

บทที่ 3

กฎหมายเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพของต่างประเทศและประเทศไทย และการบังคับใช้กฎหมายในประเทศไทยเกี่ยวกับบุคคลไร้สัญชาติ

มาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวกับสิทธิในสุขภาพในการเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุข และการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพของประชาชนนั้น ซึ่งอยู่ภายใต้ข้อตกลงของภาคีสมาชิกของประชาคมระหว่างประเทศ ซึ่งต่างให้การรับรองเรื่องสิทธิในสุขภาพ ว่าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน หรือสิทธิขั้นต่ำที่มนุษย์พึงจะได้รับ ความคุ้มครองด้วยความเท่าเทียม และความเสมอภาคกัน ทั้งในกฎหมายระหว่างประเทศ หรือแม้กระทั่งกฎหมายภายในของแต่ละประเทศก็ตาม ซึ่งปัจจุบันในหลายประเทศได้มีการตรากฎหมายภายใน ที่เกี่ยวกับการให้ความคุ้มครองสิทธิในสุขภาพว่าเป็นสิทธิของมนุษย์ทุกคนที่พึงจะได้รับ ด้วยความเสมอภาค และความเท่าเทียมกัน โดยมีได้มีการจำกัดสิทธิของมนุษย์เพียงเพราะ เชื้อชาติ, ศาสนา, สีผิว, วัฒนธรรม และภาษา เพียงเท่านั้น เพราะการที่มนุษย์ทุกคนมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง มีอายุที่ยืนยาว ย่อมส่งผลต่อการพัฒนาประเทศในทุกมิติไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ และสังคม อันเป็นผลสืบเนื่องจากมนุษย์เป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญในการพัฒนาประเทศ ดังนั้นแต่ละประเทศจึงมีการจัดระบบหลักประกันสุขภาพให้มีความหลากหลาย เพื่อให้กับประชาชนในประเทศของตน ได้เข้าถึงการบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่มีคุณภาพ โดยมีกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบที่รัฐมีต่อประชาชนในรูปแบบของกฎหมายที่เรียกว่า “ระบบหลักประกันสุขภาพ” ซึ่งแต่ละประเทศ มีรูปแบบของระบบประกันสุขภาพที่มีความแตกต่าง และความครอบคลุมสิทธิด้านการรักษาพยาบาล ที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งในบางประเทศมีระบบหลักประกันสุขภาพ ที่มุ่งเน้นถึงการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพของประชาชนทุกคน โดยยึดหลักความเสมอภาค และความเท่าเทียมกันของประชาชนทุกคน ไม่เว้นคนไร้รัฐไร้สัญชาติ โดยมีกำหนดรูปแบบของกฎหมายหลักประกันสุขภาพที่เปิดกว้าง โดยที่ประเทศดังกล่าวได้ยึดถือหลักของพันธกรณีของกฎหมายระหว่างประเทศว่าด้วยเรื่องสิทธิมนุษยชน และอนุสัญญาที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงสิทธิในสุขภาพ (The Right to Health) เป็นสำคัญ

โดยผู้ศึกษา ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับกฎหมายหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย และพันธกรณีระหว่างประเทศในรูปแบบของกฎหมายระหว่างประเทศ ตลอดจนกฎหมายหลักประกัน

สุขภาพของต่างประเทศ ที่ให้ความสำคัญคุ้มครองกับประชาชนโดยยึดหลักความเสมอภาค และความเท่าเทียมกันเป็นหลัก ดังต่อไปนี้

3.1 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพของต่างประเทศ

ที่กล่าวมาแล้วข้างต้นนั้นเป็นการกล่าวถึงสิทธิในสุขภาพ อันเป็นกฎกติกาที่ถือได้ว่าเป็นสากล เป็นกฎหมายระหว่างประเทศ ซึ่งข้อตกลงดังกล่าวนี้ นานาประเทศต่างให้การยอมรับ ว่าสิทธิ

ในสุขภาพนั้นเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน ที่ประเทศภาคีสมาชิกควรจัดการให้ประชาชนในรัฐได้เข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุขโดยยึดหลักความเสมอภาค และความเท่าเทียมกัน โดยไม่เลือกปฏิบัติ

ในเรื่องเชื้อชาติ ศาสนา ภาษา วัฒนธรรม หรือข้อจำกัดอื่นใด ซึ่งต่อไปจะเป็นกล่าวถึงตัวอย่างของการเข้าถึงสิทธิในสุขภาพ ตามมุมมองกฎหมายภายในของต่างประเทศที่มีรูปแบบการบริหารจัดการสิทธิในสุขภาพ ให้ประชาชนทุกคน ได้เข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพ ด้วยความเสมอภาค และเท่าเทียมกัน ไม่เว้นคนไร้สัญชาติ ก็ตาม โดยผู้ศึกษาจะขอหยิบยกรูปแบบการจัดการสุขภาพของประเทศอังกฤษ ประเทศแคนาดา และสาธารณรัฐฝรั่งเศส ดังนี้

3.1.1 ประเทศอังกฤษ

ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประเทศอังกฤษหรือมีชื่อเรียกอย่างเป็นทางการว่า สหราชอาณาจักรแห่งบริเตนใหญ่และไอร์แลนด์เหนือ (The United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland) อันประกอบด้วย อังกฤษ (England), สกอตแลนด์ (Scotland), เวลส์ (Wales) และ ไอร์แลนด์เหนือ (Northern Ireland) มีการปกครองประเทศระบอบประชาธิปไตยแบบรัฐสภา โดยมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นพระประมุขเช่นเดียวกับประเทศไทยของเรา มีการบริหารประเทศ ในระบบรัฐสภา แบ่งออกได้ เป็น 2 สภา คือ สภาผู้แทนราษฎร หรือสภาสามัญ (House of Commons) และสภาขุนนาง (House of Lords) โดยสภามีอำนาจสูงสุด¹ ประเทศอังกฤษนั้นมีมหานครลอนดอนเป็นศูนย์กลางทางด้านการเมือง การปกครองการจัดการบริการสาธารณสุข และการบริหารจัดการประเทศตลอดจนการบริหารราชการแผ่นดินมีประชากรรวมประมาณ

¹ อรรถนิช รุ่งธิพานนท์. (2553). *รัฐสภาสหราชอาณาจักร: สภาสามัญ สภาขุนนาง หน่วยงานสนับสนุน*. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. หน้าที่ 8.

64,2000,000 คน (ข้อมูลการสำรวจ ณ วันที่ 1 มีนาคม 2558)² ประเทศอังกฤษเป็นประเทศหนึ่งที่มีความหลากหลายทางด้านเชื้อชาติ อันประกอบด้วย เชื้อชาติเซลท์ (Celt), พิคท์ (Pict), ไบรตัน (Briton), โรมัน นอร์มันส์ (Normans), เองเกิลส์ (Angles), แซกซอน (Saxon), เดนส์ (Danes) และจูตส์ (Jutes) ซึ่งนอกจากพลเมืองชาวอังกฤษแล้ว ยังมีประชากรที่เป็นคนไร้รัฐไร้สัญชาติอีกจำนวนหนึ่งที่อยู่อาศัยในประเทศอังกฤษด้วยเช่นกัน ซึ่งมีเป็นจำนวนไม่น้อย ประชากรกลุ่มดังกล่าวนี้ได้แก่ ชาวแอฟริกา, ชาวโซเวียต (สหภาพโซเวียตเดิม), อินเดีย, โปแลนด์ และปัจจุบันมีกลุ่มผู้ลี้ภัยจากภัยสงครามในกลุ่มประเทศตะวันออกกลาง เช่น ซีเรีย ร่วมด้วย ซึ่งส่วนใหญ่แล้วเป็นประชากรในกลุ่มประเทศอาณานิคมอังกฤษในยุคอาณานิคม ที่ได้อพยพมาอยู่ในประเทศอังกฤษมาเป็นเวลานาน และประเทศอังกฤษเป็นประเทศที่ให้สิทธิกับประชาชนในประเทศทั้งที่เป็นพลเมืองของตนเอง และที่มีใช้พลเมืองของตนเอง โดยให้สิทธิในด้านต่าง ๆ ด้วยความเสมอภาค และเท่าเทียม เช่น ด้านการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพ, ด้านการศึกษา ดังจะกล่าวต่อไป

วิวัฒนาการของกฎหมายระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ³ (Nation Health Service : NHS) ประเทศอังกฤษเป็นประเทศที่ถือได้ว่ามีการจัดการในเรื่องของระบบประกันสุขภาพให้กับประชาชนในประเทศ ที่นับได้ว่ามีการบริหารจัดการทางด้านการจัดระบบหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนอยู่ในระดับที่ดี และติดลำดับขององค์การอนามัยโลก ตลอดจนมีความโดดเด่นเรื่องของการจัดการสุขภาพที่คำนึงถึงสิทธิ ความเสมอภาค และความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพการรักษายาบาล โดยมีได้มีการคำนึงถึงข้อจำกัดด้านเชื้อชาติ ศาสนา ซึ่งนับได้ว่าเป็นประเทศหนึ่งในโลกที่มีการให้ความสำคัญด้านสิทธิในการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพให้กับคนไร้สัญชาติไว้อย่างชัดเจน โดยที่ประเทศอังกฤษได้บัญญัติสิทธิดังกล่าวไว้ในกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดังจะกล่าวต่อไป ซึ่งจากรายงานองค์การอนามัยโลก ประเทศอังกฤษติดลำดับที่ 26 ของประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพดีเด่น

สำหรับประเทศอังกฤษนั้น การจัดระบบประกันสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่แล้วเป็นการดำเนินงานโดยภาครัฐ และมีส่วนน้อยจะเป็นการดำเนินการของภาคเอกชน ในรูปแบบของการประกันสุขภาพภาคสมัครใจ อันเป็นการประกันเพิ่มเติมสิทธิประโยชน์ด้านการรักษายาบาลที่ไม่ได้จากรัฐนั่นเอง ซึ่งการให้บริการทางด้านสุขภาพของรัฐนั้น จะให้ความคุ้มครองทางด้านบริการทางการแพทย์แก่ทุกคน ไม่เว้นคนไร้สัญชาติ (Stateless Person) ซึ่งการบริการทางการแพทย์

² จำนวนประชากรเรียงตามลำดับประเทศ คั่นคืน วันที่ 17 ธันวาคม 2558 รายชื่อประเทศเรียงตามลำดับประชากร

³ ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์. (2543). *การศึกษาวิจัยเรื่องการบริหารระบบสุขภาพของประเทศอังกฤษ*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. หน้า 14.

ดังกล่าวมีความครอบคลุมในทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านอายุรกรรม และศัลยกรรม โดยระบบดังกล่าว นั้นรัฐบาลไม่ได้คำนึงถึงรายได้ของผู้รับบริการ และไม่ต้องไปเสียค่าใช้จ่ายเมื่อไปรับบริการ ซึ่งระบบดังกล่าวนี้คือ ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ หรือ Nation Health Service (NHS) ที่ครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ ซึ่งระบบหลักประกันสุขภาพดังกล่าวมีวิวัฒนาการที่ยาวนาน ผ่านมุมมองทางด้านการเมือง การปกครองของประเทศ โดย โดยถือได้ว่านโยบายด้านการให้หลักประกันทางด้านสุขภาพ หรือการจัดบริการทางด้านสุขภาพนั้น เป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจของประชาชนชาวอังกฤษที่มีต่อการเลือกตัวแทนพรรคการเมืองที่จะมาทำหน้าที่บริหารประเทศผ่านมุมมองที่แตกต่างกันบ้าง แต่อยู่บนพื้นฐานของหลักความเสมอภาค และความเท่าเทียมเป็นหลัก

ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยมีวิวัฒนาการอย่างต่อเนื่องจากรูปแบบ โดยมีจุดเริ่มต้นเป็นองค์กรการกุศลที่ไม่หวังผลกำไร (Voluntary Hospitals) ผู้การบริหารจัดการในรูปของสวัสดิการที่รัฐจัดให้กับประชาชน และคนงาน ที่ทำงานในระบบอุตสาหกรรมของประเทศอังกฤษ โดยในระยะเริ่มแรกนั้นจะเป็นการให้บริการของภาคเอกชนเสียเป็นส่วนใหญ่ ต่อมาประเทศไทยได้มีวิวัฒนาการทางด้านการพัฒนาระบบการให้บริการทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จนใน ค.ศ. 1946 อันถือได้ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งยิ่งใหญ่ ต่อระบบประกันสุขภาพของประเทศอังกฤษ ผ่านการผลักดันของภาคประชาชนในทุกภาคส่วน โดยเฉพาะกลุ่มแรงงาน จนเกิดเป็นกฎหมาย ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service: NHS)⁴ นับเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญต่อการให้บริการทางสุขภาพของประเทศ โดยมีลักษณะที่สำคัญ กล่าวคือ

- 1) มีลักษณะฟรีค่าบริการ ณ จุดที่ใช้บริการ
- 2) มีการบริหารจัดการด้านงบประมาณ โดยอาศัยงบประมาณจากรัฐผ่านการจัดเก็บภาษีทั่วไป (General Tax)
- 3) ทุกคนสามารถเข้าสู่ระบบการดูแล แม้ว่าจะเป็นการอาศัยหรือมีภูมิลำเนาในประเทศอังกฤษเป็นการชั่วคราวหรือมีการเดินทางเข้าประเทศอังกฤษ (Even People Temporarily or Visiting the Country)

ภายใต้แนวคิดในการบริหารจัดการเกี่ยวกับการจัดการระบบหลักประกันสุขภาพดังกล่าวข้างต้นนำมาสู่รูปแบบการจัดบริการหลัก 3 ประการกล่าวคือ

- 1) หน่วยบริการในระดับทุติยภูมิหรือการบริการของโรงพยาบาล (Hospital Service) เริ่มจากมีคณะกรรมการ โรงพยาบาลเขตหรือในปัจจุบันเรียกว่าระบบเขตสุขภาพ

⁴ ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์. อังแล้วเชิงอรรถที่ 3. หน้า 46 - 48.

(Regional Hospital Board) 14 แห่งในอังกฤษและเวลส์ที่บริหารจัดการให้บริการของโรงพยาบาลทั้ง 400 แห่ง ส่วนโรงเรียนแพทย์จะได้รับการบริหารโดยคณะกรรมการรัฐบาล (Boards of Governors)

2) หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care) ดำเนินการในรูปแบบของคู่สัญญาโดยที่ไม่มี การจ่ายเงินเดือนและจ่ายเป็นรายหัวตามรายการให้บริการรวมถึงการให้บริการทางด้านทันตกรรม (Dentists) จักษุแพทย์ และเภสัชกร (Pharmacists) หรือเป็นการดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่เฉพาะทาง

3) หน่วยบริการระดับชุมชน (Community Service) ซึ่งให้บริการครอบคลุมงาน ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับท้องถิ่นอันประกอบด้วยงานอนามัยแม่และเด็ก (Maternity and Child Welfare clinics), งานเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วย (Health Visitors), การผดุงครรภ์ (Midwives), การให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Vaccination & Immunization), การให้ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Education) และการบริการรถพยาบาล (Ambulance Service) ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวนี้เป็นหน้าที่และความรับผิดชอบใน ส่วนของระดับท้องถิ่น (Local authorities) บริหารจัดการภายใต้ รัฐบาลของท้องถิ่นนั้นๆ (Local Government) ภายใต้กฎหมายเกี่ยวกับการสงเคราะห์ความยากจน (The Poor Law) ร่วมกับกฎหมายอื่นในการจัดบริการทางด้านสุขภาพให้เป็นไปได้โดยทั่วถึง และ ภายหลังที่ประเทศอังกฤษได้เป็นสมาชิกภาคีอนุสัญญาสิทธิมนุษยชนแห่งยุโรปว่าด้วยแนวคิดการ ไม่เลือกปฏิบัติ (Non-discrimination) ซึ่งปรากฏในมาตรา 14 แห่งอนุสัญญาสิทธิมนุษยชนแห่ง ยุโรป ค.ศ. 1950 (The European Convention on Human Right 1950 : ECHR)⁵ โดยมีสาระสำคัญ คือ ทุกประเทศที่เป็นสมาชิกต่ออนุสัญญาดังกล่าว ควรที่จะต้องมีหลักเกณฑ์ เพื่อป้องกันมิให้เกิด การเลือกปฏิบัติด้วยเหตุเพียงเพราะ บุคคลนั้นมีความแตกต่างเพียงเชื้อชาติ ศาสนา สีผิว ภาษา ชาติ กำเนิดหรือบุคคลที่มีความคิดเห็นทางการเมืองที่แตกต่างเพียงเท่านั้น บุคคลดังกล่าวควรได้สิทธิ ต่างโดยเท่าเทียม ด้วยความเสมอภาคนั่นเอง ด้วยเหตุผลต่าง ๆ ทั้งแนวนโยบายภายใน ประเทศของ อังกฤษเอง และกฎหมาย หรือข้อตกลงระหว่างประเทศ เป็นปัจจัยประกอบที่ส่งผลต่อการกำหนด นโยบายประกันสุขภาพของประเทศอังกฤษนั่นเอง

จะเห็นได้ว่าประเทศอังกฤษมีวิวัฒนาการ ในเรื่องของระบบประกันสุขภาพมาอย่าง ต่อเนื่อง และยาวนาน ไม่ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงสักกี่ครั้ง หรือจะประสบปัญหาทางด้านภาวะ การเงิน การคลังของประเทศอย่างไร ประเทศอังกฤษก็ยังคงยึดหลักของสิทธิมนุษยชน หลักความ เสมอภาค ความเท่าเทียมกันของมนุษย์ มาเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายทางด้าน การให้บริการสาธารณสุขกับคนในประเทศ โดยได้มีการกำหนดแบบแผนในการดำเนินงานในรูป ของกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service) เป็นเครื่องมือสำคัญในการกำหนด บทบาทหน้าที่ ความชัดเจนของการปฏิบัติ และด้วยการที่รัฐบาลอังกฤษ ให้ความสำคัญมุ่งเน้น ถึง

⁵ European Convention on Human Rights (ECHR 1951)

การเข้าถึงบริการสุขภาพด้วยความเท่าเทียม และความเสมอภาคนี้เอง ทำให้กลุ่มคนไร้สัญชาติ ได้รับสิทธิดังกล่าวด้วย ซึ่งแตกต่างจากในบางประเทศที่ มองกลุ่มคนดังกล่าวเป็นกลุ่มพลเมืองชั้นสอง จึงทำให้คุณภาพชีวิตของกลุ่มคนดังกล่าว ไม่สามารถเข้าถึงการบริการทางด้านสาธารณสุขได้ ซึ่งต่างจากประเทศอังกฤษ

รูปแบบโครงสร้างการบริหารงาน

รูปแบบโครงสร้างการบริหารงานภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (NHS) ของประเทศอังกฤษนั้น มีการโครงสร้างการบริหารการให้บริการ การดูแลสุขภาพของประชาชนชาวอังกฤษ โดยมีการแบ่งโครงสร้างการบริหารเป็น 3 ระดับดังนี้

1) ระดับ Community Healthcare เป็นการให้บริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขในระดับชุมชน โดยแพทย์ทั่วไป และพยาบาล ทำการติดตามให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยส่งกลับซึ่งเป็นการดูแลแบบต่อเนื่องในชุมชน และผู้ป่วยทั่วไปเบื้องต้น

2) ระดับ Primary Healthcare ถือได้ว่าเป็นศูนย์บริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่อยู่ตามเขตพื้นที่ หรือชุมชน มีแพทย์ทั่วไป หรือแพทย์ประจำบ้าน (GPs) ทันตแพทย์ เกษัชกร พยาบาล เป็นผู้ให้การดูแลทางด้านสุขภาพแก่ประชาชน

3) ระดับ Tertiary Healthcare เป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ และการส่งต่อ มีแพทย์เฉพาะทาง มีคลินิกทางทันตกรรม และมีเตียงสำหรับรักษาผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษา พบว่าการให้บริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขของประเทศอังกฤษในทั้ง 3 ระดับ ภายใต้กฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของอังกฤษ (National Health Service : NHS) นั้น มีลักษณะสำคัญคือ รัฐบาลกลางของอังกฤษ โดยกระทรวงสาธารณสุข จะมีการกระจายอำนาจการบริหารไปยังท้องถิ่นให้ท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการทางด้านสุขภาพในรูปของ Regional Board ซึ่งมีการกระจายออกไปตามเขตพื้นที่ เป็นเขตบริการทางสุขภาพ (Area Health Authority) จำนวน 12 เขต ซึ่งมีลักษณะการบริหารจัดการที่มุ่งเน้นความเป็นเอกภาพ และให้ประชาชนได้เข้าถึงสิทธิทางสุขภาพให้เป็นที่ไปโดยเท่าเทียม และเสมอภาคกัน⁶

รูปแบบโครงสร้างการให้บริการ

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วในตอนต้น ว่าประเทศอังกฤษนั้นมีระบบประกันสุขภาพในรูปแบบ “รัฐสวัสดิการ” ซึ่งงบประมาณส่วนใหญ่มาจากการจัดเก็บภาษีโดยรัฐ (Publicly Funded แล้วนำเงินดังกล่าวมาดำเนินงานเกี่ยวกับจัดสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลให้กับประชาชนในประเทศ 120 อันเป็นที่รู้จักกันคือ ระบบสุขภาพแห่งชาติ (Nation Health Service : NHS) โดยที่ประเทศอังกฤษเป็นประเทศแรก ๆ ที่นำระบบดังกล่าวมาใช้ และยังคงตราเป็นกฎหมายไว้เป็นการเฉพาะ เพื่อกำหนด

⁶ ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 3. หน้า 37.

กรอบอำนาจหน้าที่ สิทธิ ของผู้บริการ และผู้รับบริการ อันได้แก่ กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ National Health Service Act 1946⁷ อันถือได้ว่าเป็นการปฏิวัติระบบสุขภาพในประเทศอังกฤษ อย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรม⁸ ซึ่งในการดำเนินการในระยะเริ่มแรกพบว่า ประสบปัญหาอยู่หลายประการ โดยเฉพาะความเป็นอิสระในวิชาชีพ โดยเฉพาะเหล่าแพทย์ และพยาบาลในประเทศอังกฤษ เพราะกลุ่มคนเหล่านี้ไม่ต้องการอยู่ภายใต้การสั่งการ โดยรัฐ อีกทั้งผลประโยชน์ในด้านการเปิดให้บริการในรูปแบบของคลินิกเฉพาะทางนั้นให้ผลที่ดีกว่า ส่งผลให้ดำเนินการในระยะเริ่มแรกของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (NHS) ประสบกับปัญหา ต่อมารัฐบาลได้ตระหนักและให้ความสำคัญกับปัญหาดังกล่าว จึงได้หาแนวทาง เพื่อลดการต่อต้านจากกลุ่มผู้ให้บริการคือ แพทย์ และพยาบาล โดยที่แนวทางที่ตกลงกัน คือ การที่รัฐบาลกลางจะเป็นผู้ดำเนินการในการจ้างแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (General Practitioner specialist: GPs) มาประจำที่โรงพยาบาลของรัฐ โดยเป็นการจ้างด้วยเงินเดือน และในเวลาเดียวกันนอกเวลาก็สามารถที่จะเปิดคลินิก หรือทำเวชปฏิบัติส่วนตัวได้ ตลอดจนให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นวิชาอิสระ ที่ทำสัญญากับ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (NHS) จึงให้ปัญหาดังกล่าวได้รับการแก้ไข ทำให้ระบบประกัน สุขภาพของอังกฤษดำเนินมาได้อย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน และยังใช้เป็นต้นแบบอีกหลายประเทศใน การบริหารจัดการ

สำหรับการบริหารจัดการระบบสุขภาพในประเทศอังกฤษนั้น นอกจากจะเป็น ที่ทราบกัน โดยทั่วไปว่า ประเทศอังกฤษนั้นจัดระบบการประกันสุขภาพบนพื้นฐานหลักสิทธิมนุษยชน

โดยมุ่งเน้นความเสมอภาค และความเท่าเทียมกัน จึงทำให้ประชาชนทุกคน ไม่เว้นแต่ชาวต่างชาติ ไม่ว่าจะเป็นคนไร้สัญชาติ ผู้อพยพ ฯ ต่างได้รับสิทธิในการเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุข และการบริการสุขภาพ ถึงแม้ในภายหลังจะได้มีการจำกัดกรอบการให้บริการ แต่ก็ถือได้ว่าเป็นประเทศที่ให้ความสำคัญ และมีนโยบายทางด้านสุขภาพที่ชัดเจน โดยที่ประเทศอังกฤษมีการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศ ซึ่งได้มีการจัดแบ่งพื้นที่การให้บริการ โดยเรียกแต่ละพื้นที่ให้บริการทางด้านสุขภาพ ว่า “เขตสุขภาพ” และได้เริ่มดำเนินการในปี ค.ศ. 1962 เป็นต้นมา เหตุที่

⁷ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศ. (2554). *สู่ระบบสวัสดิการสังคมถ้วนหน้า พ.ศ. 2560*. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศ. หน้า 1.

⁸ เมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2557 เวลา 16:30 น. มีรัฐประหาร โดยคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) อันมีประยุทธ์ จันทร์โอชา เป็นหัวหน้าคณะ โคนรัฐบาลรักษาการนิวัฒน์ธำรง บุญทรงไพศาล นับเป็นรัฐประหารครั้งที่ 13 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ได้ถูกยกเลิกโดยประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 5/2557 ลงวันที่ 22 พฤษภาคม 2557 และต่อมามีประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 11/2557 ลงวันที่ 22 พฤษภาคม 2557 ให้องค์กรอิสระ และองค์กรอื่น ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ยังคงปฏิบัติหน้าที่ต่อไป ดังนั้นผู้ตรวจการแผ่นดินยังคงปฏิบัติหน้าที่ได้เช่นเดิม

ต้องจัดแบ่งเขตบริการสุขภาพนั้น ก็เพราะว่าในสมัยดังกล่าวประเทศอังกฤษประสบกับปัญหางบประมาณไม่เพียงพอที่จะสนับสนุนโรงพยาบาล จึงทำให้โรงพยาบาลของรัฐหลายแห่งขาดสภาพคล่อง รัฐบาลจึงได้ออกกฎหมายเป็นการเฉพาะ คือ Hospital Plan 1962 เพื่อแก้ไขเรื่องงบประมาณ และจำนวนผู้ป่วย หรือผู้รับบริการซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ใช้แรงงาน และได้มีการจัดทำแผนงบประมาณเพื่อสนับสนุนงบประมาณให้แก่โรงพยาบาลในกรอบระยะเวลา 10 ปี ตลอดจนได้เริ่มมีกำหนดเขตบริการสุขภาพ ซึ่งมีการกำหนดให้มีโรงพยาบาลในแต่ละเขต โดยแต่ละเขตรับผิดชอบ หรือรองรับการบริการผู้ป่วยใน 600 – 800 เตียง และให้บริการทางการแพทย์เกี่ยวกับตรวจรักษาโรคทั่วไปต่อประชากร 100,000 – 150,000 คน ต่อหนึ่งเขตบริการสุขภาพ ซึ่งเรียกโรงพยาบาลในเขตดังกล่าวว่า District General Hospital (DGH) และใช้มาจนถึงปัจจุบัน ตลอดจน ในบางเขตได้มีการพัฒนาเป็น โรงเรียนที่สามารถผลิตแพทย์ได้ และให้บริการในลักษณะเฉพาะทางเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นการให้บริการในระดับตติยภูมินั่นเอง

การจัดเขตบริการสุขภาพของประเทศอังกฤษมีความชัดเจนมากขึ้นหลังจากที่มีการปฏิรูปโครงสร้างการบริหารจัดการ ระบบสุขภาพแห่งชาติ (NHS) ตามกฎหมาย NHS Act 1973⁹ โครงสร้างการบริหารจใหม่ซึ่งโครงสร้างการบริหารใหม่นี้มุ่งเน้นการกระจายอำนาจการบริหารจากเดิมที่อำนาจการบริหารส่วนใหญ่แล้วอยู่ที่ส่วนกลาง คือรัฐบาลกลางโดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการ แต่เมื่อมีการบังคับใช้กฎหมายใหม่แล้ว ได้มีการกระจายอำนาจไปยังส่วนภูมิภาค โดยที่มีรูปแบบของการบริหารจัดการ กล่าวคือ ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้บริหารสูงสุด และได้มีการแบ่งสายการบังคับบัญชาพร้อมภาระงานออกเป็นเขตที่เรียกว่า Regional Health Authorities (RHA) ซึ่งมีจำนวน 14 แห่ง ภายใต้โครงสร้างของเขตสุขภาพ (RHA) ยังมีการบริหารจัดการที่เป็นหน่วยย่อยลงไปเรียกว่า Area Health Authorities อีกจำนวน 90 แห่ง และมีการแบ่งเขตระดับรองลงไป คือระดับตำบล (District) ภายใต้คณะทำงานที่เรียกว่า District Management Team ทำหน้าที่ในการบริหารจัดการระบบสุขภาพ และดูแลภาพรวมในระดับตำบล โดยเฉพาะ โรงพยาบาลที่อยู่ในความรับผิดชอบได้แก่ District General Hospital (DGH) นั้นเอง ในการดำเนินงานในรูปแบบดังกล่าวนี้ได้ดำเนินการเรื่อยมา จนปี ค.ศ. 1982 ได้มีการควมร่วมเขตสุขภาพระดับ Area Health Authorities และ District Health Authorities เหลือเพียง 192 แห่งทั่วประเทศ¹⁰ เพื่อลดปัญหาการทับซ้อนในการบริหารงาน ทำให้การบริหารงานและการสั่งการมีความคล่องตัวขึ้น ไม่ล่าช้าอีกต่อไปหน่วยงานใหม่ที่ทำกรควมรวมนี้เรียกว่า Health Authorities ซึ่งการดำเนินงานในรูปแบบดังกล่าวนี้ ถือได้ว่าเป็นต้นแบบที่

⁹ วินัย ลิสมิทธิ. (2551). *การศึกษารูปแบบ ระบบบริหารจัดการเขตสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. รายงานการวิจัยสำนักงานเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. หน้า 7.

¹⁰ เรื่องเดียวกัน, หน้า 24.

สำคัญในการดำเนินงานระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (NHS) ในลักษณะของการแบ่งเขตสุขภาพในปัจจุบัน เพราะการบริหารจัดการในรูปแบบดังกล่าวนี้ง่ายต่อการบริหารจัดการด้านงบประมาณ บุคลากร ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นธรรม ตลอดจนสามารถตอบโจทก์ความต้องการทางด้านสุขภาพของคนในพื้นที่ระดับท้องถิ่น ได้อย่างตรงประเด็น เพราะในการจัดสรรงบประมาณ และทรัพยากรให้กับพื้นที่ในแต่ละครั้งนั้น จะมีคณะทำงานระดับพื้นที่ ที่เรียกว่า Resource Allocation Working Party (RAWP) ซึ่งคณะทำงานชุดดังกล่าวมีส่วนสำคัญ ในการกำหนดงบประมาณ โดยคำนึงถึง จำนวนประชากร เพศ และอายุ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการกำหนดงบประมาณ โดยระบบสุขภาพแห่งชาติของประเทศอังกฤษได้แบ่งการให้บริการทางด้านสุขภาพแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้¹¹

1) ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary care)

บริการปฐมภูมิในพื้นที่หมายถึง บริการทั้งหมดที่มีอยู่ในชุมชน ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของ NHS (National Health Service-NHS) หรือระบบประกันสุขภาพแห่งชาติของอังกฤษ สำหรับการให้การดูแลประชาชนทางด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ได้แก่ การตรวจรักษาพยาบาลโดยแพทย์ทั่วไป การให้บริการทันตกรรม และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งหน่วยงานดังกล่าวมีบุคลากรที่ปฏิบัติงานประกอบด้วย กลุ่มเวชปฏิบัติทั่วไป (GP Practices) ซึ่งกลุ่มบุคลากรดังกล่าวประกอบด้วย แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General Practitioners) พยาบาล (Practice nurse) และบุคลากรอื่น ๆ (Other Practice staff) อันประกอบด้วย ฝ่ายบริหาร, ฝ่ายประชาสัมพันธ์, ฯ ซึ่งกลุ่มดังกล่าวจัดได้ว่าเป็นทีมสนับสนุน การบริการทางสุขภาพ ซึ่งหน่วยให้บริการปฐมภูมินี้ (GP Practices)¹² มีฐานของการเป็นคลินิกเอกชน เดิมแพทย์ท่านนั้นเป็นผู้ทำสัญญากับรัฐ และเป็นผู้จ้างบุคลากรต่าง ๆ รวมทั้งเป็นผู้บริหารจัดการในงบลงทุนต่าง เช่น อาคาร สถานที่สำหรับประชาชนผู้ใช้บริการที่มารับบริการทางสาธารณสุข แต่ในปัจจุบันการทำสัญญาเป็นไปในลักษณะเครือข่าย ในลักษณะของรัฐ ในฐานะ ผู้ซื้อบริการสุขภาพจะทำหน้าที่เป็นผู้ทำสัญญาแทนในรูปของเครือข่ายกับทีมของแพทย์ พยาบาล และทีมบุคลากรสนับสนุน ในฐานะผู้ให้บริการคู่สัญญานั้นเอง

จากที่กล่าวมาแล้วเป็นบริการหลักๆ ที่จัดให้มีในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติของอังกฤษในระดับปฐมภูมิ ที่รัฐจัดบริการให้กับประชาชนโดยทั่วไป เป็นต้น

¹¹ NHS England."Patient Registration Standard Operating principles for primary Medical Care (General Practice)".Leeds: NHS England//Commissioning Operations/Primary Care Commissioning, 2015 P 3.

¹² The NHS Constitution, Guide to the Healthcare System in England, Including the Statement of NHS Accountability (London:The NHS Constitution,2013), p5.

2) การให้บริการในระดับทุติยภูมิ (Secondary care) การให้บริการในระดับทุติยภูมิเป็นการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของอังกฤษที่มุ่งเน้นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน¹³ เป็นการให้บริการทางการแพทย์ที่ต้องใช้ทักษะทางการแพทย์ชั้นสูงกว่าในระดับปฐมภูมิ (Primary care) และเป็นศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลโดยแพทย์เฉพาะทาง จากหน่วยบริการปฐมภูมินั้นเอง มีเพียงรองรับผู้ป่วยสำหรับการรักษาพยาบาลต่อเนื่อง เป็นต้น

การเข้าสู่สิทธิในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

จากการศึกษาพบว่า การที่ประชาชนพลเมืองของประเทศอังกฤษจะเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service) ของอังกฤษได้นั้น มีขั้นตอน และแนวปฏิบัติ อันเป็นเงื่อนไขสำคัญในการเข้าสู่สิทธิในการขอรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในทุกระดับของรัฐ โดยที่เงื่อนไข ดังกล่าวประกอบด้วย ระยะเวลาในการอยู่อาศัยในประเทศอังกฤษ ประเภทการอยู่อาศัย ตามการอนุญาตของราชการ แต่ประเด็นที่สำคัญ ที่รัฐบาลอังกฤษให้ความสำคัญในการพิจารณาการให้สิทธิ หรือการเข้าสู่สิทธิตามกฎหมายประกันสุขภาพของอังกฤษ นั้น ได้แก่ พิจารณาว่า บุคคลดังกล่าวมีสถานะ Ordinarily Resident ซึ่งได้รับรองจากรัฐหรือไม่ ซึ่งบุคคลที่อยู่อาศัยในประเทศอังกฤษนั้นแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ¹⁴ กลุ่มที่เข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมาย Ordinarily Resident และ กลุ่มที่สอง คือ กลุ่มบุคคลที่เข้าเมืองโดยมิชอบด้วยกฎหมาย (Overseas Visitors) ซึ่งบุคคลทั้งสองกลุ่มมีวิธีการ และขั้นตอนในการเข้าสู่สิทธิในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติของอังกฤษที่แตกต่างกัน จำแนกตามการจัดประเภทบุคคลได้ดังนี้

บุคคลที่เข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมาย

มีประเด็นในการพิจารณา กระบวนการเข้าสู่สิทธิในระบบประกันสุขภาพ จำแนกเป็น

1) การเข้าสู่สิทธิของบุคคลที่อาศัยอยู่ในประเทศอังกฤษที่มีการเข้าเมือง โดยชอบด้วยกฎหมาย หรือ Ordinarily Resident¹⁵ ประกอบด้วยบุคคลใน 2 กรณี อันได้แก่

(1) บุคคลที่มีที่เกิดในประเทศอังกฤษ และมีถิ่นที่อยู่อาศัยในประเทศอังกฤษ ซึ่งบุคคลดังกล่าวไม่ว่าบุคคลนั้นจะเป็นพลเมืองของประเทศอังกฤษหรือไม่ก็ตาม ถือได้ว่าบุคคลดังกล่าวเป็น Ordinarily Resident แต่บุคคลใดก็ตาม ถึงแม้ว่าจะเกิดในประเทศอังกฤษ แต่มิได้อาศัย

¹³ ซีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 3. หน้า 52.

¹⁴ กิตติมาภรณ์ บูราณสุข. (2557). *การคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของคนไร้สัญชาติในประเทศไทย : ศึกษากรณีลักษณะประกันสุขภาพ*. วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์มหาวิทยาลัยพายัพ. หน้า 71.

¹⁵ Department of Health. ORDINARY RESIDENCE : Guide on the identification of the ordinary residence of people in need of community care service, England. (London : Department of Health,2013), p. 14.

หรือทำงานในประเทศอังกฤษ แม้ว่าจะเป็นพลเมืองของประเทศอังกฤษก็ตามที่ บุคคลดังกล่าวไม่ถือว่าเป็น Ordinarily Resident

(2) กรณีที่บุคคลมีการเกิดนอกประเทศอังกฤษ แต่มีการเดินทางเข้าประเทศอังกฤษ โดยชอบด้วยกฎหมาย ด้วยเหตุผลในการทำงาน ติดตามครอบครัว หรือเพื่อการศึกษา ทั้งนี้เป็นอำนาจหน้าที่ของรัฐในการพิจารณาให้เห็นความเห็นชอบในการอยู่อาศัย และให้สิทธิว่าจะมีสิทธิประเภท Ordinarily Resident ซึ่งบุคคลดังกล่าวต้องมีเงื่อนไข ประกอบการพิจารณาของรัฐบาลอังกฤษ กล่าวคือ ถ้าเป็นนักศึกษา จะต้องอยู่อาศัยในประเทศอังกฤษไม่น้อยกว่า 6 เดือน หรือที่เข้าประเทศ อังกฤษมาเพื่อทำงานจะต้องมีใบอนุญาตเข้าทำงานในอังกฤษ กลุ่มบุคคลดังกล่าวมาแล้วนี้จะเข้าสู่สิทธิในกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติของอังกฤษได้ ต้องปฏิบัติตามเงื่อนไข และ เงื่อนไขตามที่กำหนด จึงจะได้สิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข เป็นต้น

จากการศึกษา พบว่าบุคคลที่มีการเข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมาย (Ordinarily Resident) ตามเงื่อนไขดังกล่าวมาแล้วข้างต้นนั้น บุคคลดังกล่าวแม้ไม่มีสัญชาติอังกฤษ หรือเป็นพลเมืองอังกฤษ แต่ได้อยู่อาศัยตามเงื่อนไขที่กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติของอังกฤษได้กำหนด หรือเป็นไปตามเงื่อนไขที่รัฐบาลกำหนด ตามกฎหมายตรวจคนเข้าเมืองของอังกฤษแล้วนั้น บุคคล หรือกลุ่มบุคคลดังกล่าวสามารถเข้าสู่สิทธิในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติของอังกฤษได้ เช่นเดียวกับพลเมืองอังกฤษ

บุคคลที่เข้าเมืองโดยมิชอบด้วยกฎหมาย (Oversea Visitors)¹⁶

บุคคลในกลุ่มดังกล่าว ส่วนเป็นบุคคลที่มีการเดินทางเข้าประเทศอังกฤษ โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือเป็นผู้ที่ลักลอบเข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย เพื่อการทำงาน หรือด้วยปัจจัยทางเศรษฐกิจ ความยากจน ความอดอยาก หรือการหนีภัยสงครามการสู้รบ ก็ตาม ส่วนเป็นกลุ่มบุคคลที่เข้าเมืองและอาศัยในประเทศอังกฤษแบบผิดกฎหมาย ซึ่งกลุ่มบุคคลดังกล่าวจะเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติของอังกฤษ (National Health Service) ได้ นั้น บุคคลดังกล่าวต้องแสดงเจตจำนงในการอยู่อาศัยกับเจ้าหน้าที่รัฐ และมีการอยู่อาศัยในประเทศอังกฤษไม่น้อยกว่า 12 เดือน ซึ่งกลุ่มบุคคลดังกล่าวมีสิทธิ ที่จะได้รับบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ (Primary Health Care)¹⁷ ซึ่งเป็นการรักษาเบื้องต้นโดยโรงพยาบาลของรัฐในท้องถิ่น แต่ในกรณีที่มีการรักษาด้วย

¹⁶ Department of Health. Making a fair contribution A consultation on the extension of charging overseas visitors and migrants using the NHS in England. (London : Department of Health,2013), p 11.

¹⁷ สุภาพรธรรม ขวัญทอง และเอกสิทธิ์ วินิจกุล. (2551). รายงานฉบับสมบูรณ์ ประสพการการจัดหลักประกันสุขภาพสำหรับคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ : กรณีศึกษา ประเทศอังกฤษและประเทศฝรั่งเศส. สถาบันเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. หน้า 18.

เทคโนโลยีทางการแพทย์ ที่มีระดับที่สูงขึ้น ในระดับทุติยภูมิ บุคคลในกลุ่ม Oversea Visitors จะต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง¹⁸ หรืออาจจะต้องซื้อประกันสุขภาพภาคเอกชน กลุ่มบุคคลที่มีได้อาศัยอยู่ในประเทศอังกฤษ และมีการเข้าเมืองโดยมิชอบด้วยกฎหมาย ประกอบด้วย

1) บุคคลไร้รัฐไร้สัญชาติ (Stateless Person)

สำหรับการเข้าสู่สิทธิ หรือการเป็นผู้ทรงสิทธิของบุคคลไร้รัฐ ไร้สัญชาติภายใต้กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติของอังกฤษนั้น แม้บุคคลดังกล่าวจะไม่มีเอกสารระบุตัวตนในการเข้าเมืองตามกฎหมายเข้าเมืองของอังกฤษ อยู่ในกลุ่มที่เข้าเมืองโดยมิชอบด้วยกฎหมาย แต่กลุ่มบุคคลดังกล่าว เข้าเกณฑ์เป็นบุคคลไร้รัฐไร้สัญชาติตามนิยามของอนุสัญญาเวียนอร์ก¹⁹ ว่าด้วยคนไร้รัฐไร้สัญชาติแล้วนั้น บุคคลดังกล่าวสามารถเข้าสู่สิทธิในสุขภาพได้ โดยบุคคลไร้รัฐไร้สัญชาติต้องอยู่อาศัยในประเทศอังกฤษ และจะต้องขอวีซ่าเข้าประเทศกับสถานทูตอังกฤษ ตลอดจนอยู่อาศัยมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน ซึ่งเป็น จึงจะได้รับสิทธิในการรักษาตามกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติของอังกฤษ (National Health Service) เพื่อขอรับบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขจากรัฐเช่นเดียวกับพลเมืองอังกฤษ นั้นเอง

2) การเข้าสู่สิทธิของผู้ลี้ภัย (Refugees)

การเข้าสู่สิทธิของผู้ลี้ภัย (Refugees) หมายถึง กลุ่มบุคคลที่เดินทางเข้าประเทศที่สามด้วยเหตุของภัยสงคราม หรือความยากจน อดยาก หรือลี้ภัยทางการเมือง²⁰ กลุ่มคนดังกล่าวนี้ จะเข้าสู่สิทธิในกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติของอังกฤษ (National Health Service) ได้โดยทันทีภายใต้เงื่อนไข และระยะเวลาที่กำหนด โดยกลุ่มคนเหล่านี้ต้องปฏิบัติตามขั้นตอน ร้องขอเป็นผู้ลี้ภัยในประเทศอังกฤษ โดยผ่านองค์กรให้ความช่วยเหลือผู้ลี้ภัยเป็นผู้ดำเนินการ ซึ่งผู้ลี้ภัยเมื่อเข้าสู่สิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติของอังกฤษแล้ว สามารถใช้สิทธิในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขของรัฐ โดยเฉพาะการรับบริการสุขภาพในระดับ Primary Care และ การบริการอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ภายใต้กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติของอังกฤษนั้นเอง

3) การเข้าสู่สิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นผู้อพยพโดยไม่มีเอกสารแสดงสิทธิอาศัยในประเทศปลายทาง (Undocument migration)²¹

¹⁸ วินัย ลีสmith. (2551). การศึกษารูปแบบ ระบบบริหารจัดการเขตสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. รายงานการวิจัยสำนักงานเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. หน้า 7.

¹⁹ สุภาพรธรรม ขวัญทอง และเอกสิทธิ์ วินิจกุล. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 17. หน้า 18.

²⁰ Department of Health. Internal review of the overseas visitor charging system Part 2 Analysis of the overseas visitor charging system (London : Department of Health}2013). P 33.

²¹ สุภาพรธรรม ขวัญทอง และเอกสิทธิ์ วินิจกุล. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 17. หน้า 18.

สำหรับกลุ่มบุคคลดังกล่าว จัดได้ว่าเป็นบุคคลเข้าเมืองที่มีขอบด้วยกฎหมายของอังกฤษ อยู่ในกลุ่ม Overseas Residence ซึ่งเป็นผู้อพยพไปยังประเทศในโลกลที่สาม อันเป็นประเทศปลายทางโดยไม่มีเอกสารแสดงตนใด ๆ ไม่ได้จัดอยู่ในกลุ่มผู้ลี้ภัย กลุ่มบุคคลดังกล่าว จะได้รับบริการตรวจรักษาโรคเบื้องต้น หรืออุบัติเหตุฉุกเฉิน ตลอดจน โรคติดต่อเรื้อรัง ในระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ฟรี จากสถานบริการของรัฐในอังกฤษ แต่ถ้าจะต้องมีการรักษาตัวที่ในระดับที่สูงขึ้น บุคคลดังกล่าวจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง หรือต้องซื้อประกันสุขภาพเอกชนในการรักษาพยาบาลในระดับที่สูงขึ้นในระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) และระดับตติยภูมินั้นเอง

จากการศึกษา จะเห็นได้ว่า กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติของอังกฤษ (NHS) นั้น ให้สิทธิในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขกับประชาชนทุกคน ไม่เว้นคนไร้รัฐไร้สัญชาติ โดยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน บนพื้นฐานความเท่าเทียม โดยมีได้คำนึงถึงเชื้อชาติ และสัญชาติแต่อย่างใด อาศัยเพียงเกณฑ์การอยู่อาศัย หรือการมีที่อยู่เป็นหลักแหล่งเป็นสำคัญ ซึ่งแตกต่างจากพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของไทยที่ให้สิทธิเฉพาะประชาชนคนไทยที่มีเลขประชาชน 13 หลักเท่านั้น ที่จะสามารถเข้าถึงสิทธิในสุขภาพได้

สิทธิประโยชน์ และความครอบคลุมสิทธิของคนไร้สัญชาติ

จากการศึกษาพบว่า กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติของอังกฤษนั้นให้สิทธิในการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพกับคนไร้สัญชาติ ทั้งกลุ่ม Ordinarily Residence และ Overseas Residence โดยรัฐจะให้บริการกับประชาชนในกลุ่มดังกล่าว ในการตรวจโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น ตลอดจนการให้คำปรึกษาโดยเฉพาะความผิดปกติทางจิต ประชาชนสามารถเข้าถึงสิทธิดังกล่าวโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายจากโรงพยาบาล หรือหน่วยบริการปฐมภูมิของรัฐ ซึ่งได้มีการรับรองสิทธิดังกล่าวไว้ โดยมีรายละเอียดและหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1) กรณียกเว้นค่ารักษา พยาบาล ตามกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติของอังกฤษมีการยกเว้นค่ารักษาพยาบาลแก่คนไร้สัญชาติ ซึ่งเป็นสิทธิเฉพาะบุคคล กล่าวคือ

(1) การรักษาพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาล อันเนื่องจากสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุ หรือแผนกฉุกเฉินทางจักษุแพทย์ และทางทันตกรรม ในกรณีฉุกเฉินดังกล่าว ประชาชนไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย (Free for service) ยกเว้น กรณีผู้ป่วยใน

(2) การรักษา และควบคุม โรคติดต่อภายใต้การควบคุม โรคต่อเนื่องของโรงพยาบาล

(3) การรักษาทางคลินิกเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการให้คำปรึกษาทางการแพทย์ในการป้องกันการติดเชื้อ เอช ไอ วี ซึ่งเป็นบริการที่ตาม NHS ได้กำหนดไว้ในสิทธิที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสำหรับคนไร้สัญชาติ

(4) การรักษา และบำบัดกลุ่มอาการทางจิตเวช ในสถานบริการของรัฐ ผู้ป่วยที่เป็นคนไร้สัญชาติไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

3.1.2 ประเทศแคนาดา

ระบบประกันสุขภาพของประเทศแคนาดา

สำหรับการจัดระบบประกันสุขภาพของประเทศแคนาดานั้น มีการจัดระบบประกันสุขภาพที่ มุ่งเน้นความเสมอภาค และความเท่าเทียมกันกันของประชาชนทุกคน โดยที่ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance) หรือที่เรียกว่า “Medicare” ซึ่งระบบดังกล่าวนี้มีความเหมือน และมีความแตกต่างกันในบ้างประการ เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่ยกมาเป็นกรณีศึกษาถึงรูปแบบของกฎหมายประกันสุขภาพ เช่น ประเทศอังกฤษ และประเทศไทยของเรา ซึ่งอาจจะแตกต่างกันในรายละเอียดปลีกย่อยในด้านสิทธิประโยชน์ และความครอบคลุมการให้บริการทางสุขภาพ โดยมุ่งเน้นในเรื่องสิทธิสุขภาพ ของคนไร้สัญชาติ ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องเป็นการเฉพาะด้วยแล้วนั้น เพื่อให้เกิดการเปรียบเทียบที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ผู้ศึกษาจึงขอหยิบยกระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศแคนาดา ซึ่งประเทศดังกล่าวนี้ได้มีการระบบประกันสุขภาพภาครัฐให้กับพลประชาชนทุกคนให้ได้รับบริการทางด้านสุขภาพที่มีความเท่าเทียม และเสมอภาคกันตลอดจนขยายความครอบคลุมสิทธิในสุขภาพดังกล่าวไปยังกับกลุ่มคนไร้สัญชาติ, กลุ่มคนอพยพในกรณีต่าง ๆ, นักศึกษาต่างชาติ²² ให้เข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยยึดหลักกฎหมายระหว่างประเทศและสนธิสัญญาระหว่างประเทศตามหลักสิทธิมนุษยชนและสิทธิสุขภาพเป็นหลักทั้งนี้กลุ่มคนเหล่านั้นต้องเป็นกลุ่มบุคคลที่ได้รับอนุญาตให้อยู่อาศัย, หรือได้รับอนุญาตให้ทำงานจากรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่นเท่านั้น โดยที่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแคนาดา หรือที่เรียกว่า “Medicare” นั้นมีการบริหารจัดการในลักษณะที่กระจายอำนาจการบริหารจัดการระหว่างรัฐบาลส่วนกลางกับส่วนท้องถิ่นบนหลักคิดเดียวกันคือ “จ่ายโดยรัฐบริการโดยเอกชน” เป็นหลักคิดเดียวกันในการบริหารจัดการในด้านระบบบริการทางสุขภาพภายใต้แนวคิดในการบริหารหลัก 5 ประการกล่าวคือ²³

- 1) มีการบริหาร โดยรัฐ (Public Administration)
- 2) ครอบคลุมครบถ้วน (Comprehensiveness)
- 3) ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universality)
- 4) เคลื่อนย้ายได้ (Portability)

²² Canada Health Act 1985

²³ Canada Health Act 1985

5) รับประทานอาหารได้โดยง่ายสะดวก (Accessibility) ซึ่งภายใต้แนวคิดดังกล่าวนี้ทำให้พลเมืองชาวแคนาดามีการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นประกอบกับสถิติดังกล่าวยังครอบคลุมคนไร้สัญชาติและกลุ่มคนอพยพแม้จะไม่ครอบคลุมสิทธิด้านการรักษาทั้งหมดแต่ประเทศแคนาดาก็มีมาตรการทั้งด้านกฎหมายและกระบวนการทำให้สิทธิแก่กลุ่มบุคคลดังกล่าวได้เข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของรัฐเช่นเดียวกับพลเมืองแคนาดาจึงได้หยิบยกเป็นกรณีศึกษามาอธิบายเพื่อเป็นแนวทางในการเปรียบเทียบและปรับปรุงการดำเนินการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2545 ที่มีต่อคนไร้สัญชาติในประเทศไทยดังนี้

วิวัฒนาการของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประเทศแคนาดา

จุดเริ่มต้นของการจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศแคนาดานั้นมีจุดเริ่มต้นที่ไม่แตกต่างจากประเทศอังกฤษและประเทศไทยกล่าวคือเกิดจากการขับเคลื่อนและเรียกร้องจากภาคประชาชนไปยังรัฐเพื่อให้รัฐจัดสวัสดิการในด้านการรักษาพยาบาลการดูแลสุขภาพด้วยความคาดหวังของประชาชนคือการมีสุขภาพที่ดีโดยประเทศแคนาดาได้มีวิวัฒนาการในด้านการจัดระบบการบริการสุขภาพและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพของประชาชนจนนำมาสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแคนาดา (National Health Insurance) ในปัจจุบันดังนี้²⁴

ค.ศ. 1921 พรรคลิเบอรัล (Liberal) ซึ่งเป็นพรรคการเมืองของแคนาดาได้มีการเสนอรูปแบบการประกันสุขภาพแบบอังกฤษต่อสภาแคนาดาเพื่อเป็นแนวทางในการจัดการสุขภาพประชาชนในแคนาดาในอนาคตซึ่งแนวคิดดังกล่าวนี้ได้รับความสนใจเป็นอย่างมากอันเป็นจุดเริ่มต้นของการประกันสุขภาพในประเทศแคนาดาในเวลาต่อมา

ค.ศ. 1957 จากการที่ประเทศแคนาดาที่มีความสนใจหลักการสร้างหลักประกันสุขภาพตามแนวคิดของประเทศอังกฤษนั้นต่อมาประเทศแคนาดาได้เริ่มมีการปฏิรูประบบสุขภาพโดยออกกฎหมาย Hospital Insurance and Diagnostic Service Act ซึ่งกฎหมายดังกล่าวมีสาระสำคัญคือรัฐบาลกลางกำหนดให้ทุกรัฐมีแผนประกันสุขภาพถ้วนหน้าในโรงพยาบาล (Universal hospital insurance) ให้กับประชาชน โดยเริ่มต้นที่รัฐ Saskatchewan และครอบคลุมทุกรัฐในแคนาดาในปี 1961 ซึ่งเริ่มแรกนั้นรัฐจะออกค่าใช้จ่ายโดยการจัดสรรงบประมาณเป็นค่ารักษาครั้งหนึ่งและส่วนที่เหลือประชาชนเป็นผู้จ่ายเองหรือเป็นส่วนของประกันสุขภาพภาคเอกชนที่ประชาชนเป็นผู้ซื้อบริการไว้

ค.ศ. 1966 ประเทศแคนาดาได้มีการตรากฎหมายที่มีความเฉพาะในการดูแลด้านสุขภาพของพลเมืองแคนาดาเรียกว่า Medical Care Act ซึ่งกฎหมายฉบับดังกล่าวได้กำหนด

²⁴ วีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 3. หน้า 12-27.

ขอบเขตบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบสิทธิประโยชน์ตลอดจนรูปแบบการให้บริการทางสุขภาพของประชาชนซึ่งเป็นการสารต่อแนวคิดของกฎหมาย Hospital Insurance and Diagnostic Service Act²⁵ ที่เริ่มใช้ในรัฐ Saskatchewan เป็นรัฐแรกๆซึ่งมีลักษณะที่สำคัญคือรัฐเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายของการบริการทางการแพทย์ของแต่ละรัฐประมาณครึ่งหนึ่งส่วนที่เหลือก็จะเป็นของผู้ป่วยหรือประกันสุขภาพภาคเอกชนนั่นเองกฎหมาย Medical Care Act นี้ได้บังคับใช้และครอบคลุมทั้งทั้งประเทศในปี ค.ศ. 1971

ค.ศ. 1967 ประเทศแคนาดาได้มีการออกกฎหมายที่สำคัญคือ The British North America Act ซึ่งกฎหมายฉบับดังกล่าวส่งผลต่อรูปแบบลักษณะการปกครองของแคนาดา กล่าวคือกฎหมายดังกล่าวนี้ได้แบ่งการบริหารเป็นสองส่วนคือรัฐบาลกลางกับรัฐบาลท้องถิ่น โดยที่ให้อำนาจในการเก็บภาษีต่อรัฐบาลกลางซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อการบริการสาธารณสุขเช่นกันเพราะการบริการทางสาธารณสุขของแคนาดาก็ต้องแบ่งพื้นที่ตามกฎหมายดังกล่าวทำให้ท้องถิ่นที่ขึ้นอยู่กับรัฐบาลท้องถิ่นนั้นประสบปัญหาเกี่ยวกับงบประมาณด้วยเหตุที่ต้องรอนงบประมาณจากรัฐบาลกลางนั้นคือมีอำนาจในการบริหารงานด้านสุขภาพแต่ไม่มีเงินในการบริหารจัดการไม่สามารถกำหนดทิศทางในการบริหารจัดการได้นั่นเอง

ค.ศ. 1977 รัฐบาลแคนาดาได้ออกกฎหมาย Established Programs Financing Act (EPE) ซึ่งกฎหมายฉบับนี้มีผลต่อรูปแบบของการบริหารงบประมาณตามแผนสุขภาพของประชาชนซึ่งจากเดิมเป็นการที่รัฐจ่ายเงินงบประมาณในการรักษาพยาบาลเป็นแบบรัฐจ่ายเงินช่วยเหลือค่าบริการทางการแพทย์ครึ่งหนึ่งของค่าใช้จ่ายต่อการบริการหนึ่งครั้งแต่ตามกฎหมายใหม่นั้นมีรูปแบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัว (Block Funding) เช่นเดียวกับกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของไทยซึ่งใช้ลักษณะการเหมาจ่ายรายหัวต่อการให้บริการทางการแพทย์เหมือนกันจากการที่ประเทศแคนาดาได้มีการออกกฎหมาย Established Programs Financing Act (EPE) ทำให้การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของรัฐมีความยืดหยุ่นและมีความหลากหลายครอบคลุมการให้บริการทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคตลอดจนมีการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนในท้องถิ่นต่างๆทั่วประเทศ

ค.ศ. 1984 รัฐบาลแคนาดาได้ออกกฎหมาย Canada Health Act ขึ้นเนื่องจาก ณ เวลาดังกล่าวเกิดปัญหาเกี่ยวกับภาระการคลังของประเทศประกอบกับเกิดปัญหา Extra-billing อันเนื่องจากการที่แพทย์เก็บค่าส่วนต่างในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมากซึ่งรัฐบาลกลาง

²⁵ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และวิรัชเกษมทรัพย์. (2542). *การประกันสุขภาพภาคเอกชน : ประสบการณ์ของต่างประเทศ*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. หน้า 34 – 40.

เห็นว่าเป็นการซ้ำเติมต่อภาระค่าใช้จ่ายของประชาชนจึงได้มีการผลักดันกฎหมาย Canada Health Act²⁶ ซึ่งถือได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการประกันสุขภาพถ้วนหน้าของแคนาดาหรือที่เรียกกันว่า “Medicare” ซึ่งกฎหมายฉบับดังกล่าวนี้เองเป็นการเปลี่ยนแปลงระบบการประกันสุขภาพครั้งใหญ่ของประเทศแคนาดาอีกครั้งหนึ่งกล่าวคือประชาชนทุกคนมีสิทธิได้รับกับการคุ้มครองในด้านการรักษาพยาบาลโดยรัฐซึ่งเป็นแบบการเหมาจ่ายรายหัวหรือ Block Funding ซึ่งหลักประกันดังกล่าวนี้รวมถึงกลุ่มคนไร้สัญชาติที่อยู่อาศัยในแคนาดาที่ถูกต้องตามกฎหมายโดยผ่านกระบวนการตรวจคนเข้าเมืองของแคนาดายอมได้รับความคุ้มครองดังกล่าวด้วยโดยที่ประเทศแคนาดานั้นให้สิทธิดังกล่าวโดยพิจารณาจากการอยู่อาศัยของคนเป็นหลักมิได้มุ่งเน้นที่สัญชาติและรัฐอย่างเช่นพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 5 ที่กำหนดให้สิทธิเฉพาะคนไทยเท่านั้นที่สามารถขึ้นทะเบียนเป็นผู้มีสิทธิตามโครงการหลักประกันสุขภาพของไทยจึงจะได้รับความคุ้มครองซึ่งแตกต่างจากกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศแคนาดาและประเทศอังกฤษ

ค.ศ. 1990 ภายหลังจากที่ประเทศแคนาดาได้ตรากฎหมาย Canada Health Act ซึ่งเป็นกฎหมายอันมีสาระสำคัญที่บัญญัติเกี่ยวอำนาจหน้าที่ที่รัฐมีต่อประชาชนด้านการจัดสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลและการบริการทางการแพทย์ด้วยเงินประมาณประจำปีของรัฐที่ได้จากการจัดเก็บภาษีโดยที่รัฐบาลกลางจะสรรเงินงบประมาณตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในลักษณะการเหมาจ่ายรายหัวให้กับรัฐจำนวน 10 รัฐกับอีก 3 เขตปกครองของแคนาดาซึ่งจากนโยบายและกฎหมายดังกล่าวบังคับใช้สักระยะก็ได้มีการปรับเปลี่ยนทิศทางการบริหารจัดการจากเดิมรัฐนั้นมุ่งเพียงการตั้งรับและรักษาผู้ป่วยในชุมชนแต่เพียงอย่างเดียวขาดการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพลดอัตราการป่วยที่ป้องกันได้จึงทำให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายทางการคลังของประเทศและอีกหลายประเทศที่ใช้ระบบหลักประกันสุขภาพประเทศแคนาดาได้มีการปฏิรูประบบอีกครั้งซึ่งจากเดิมมุ่งเน้นการให้บริการในสถาบันสุขภาพในรูปของโรงพยาบาลระบบปฐมภูมิและทุติยภูมิทั้งในผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกเปลี่ยนมาเป็นการมุ่งเน้นการให้บริการในชุมชนด้านการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรคในชุมชนการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการแบบเขตสุขภาพ (Regionalization of health service) ที่ไม่มุ่งเน้นการครองเตียงในสถานพยาบาลเหมือนยุคก่อน

จากที่กล่าวมาแล้วนั้นจะเห็นได้ว่าประเทศแคนาดามีวิวัฒนาการด้านการจัดการระบบประกันสุขภาพให้กับประชาชนไม่ว่าจะเป็นรูปแบบการบริหารจัดการตลอดจนการพัฒนากฎหมายที่เกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศที่เปลี่ยนแปลงไปอยู่

²⁶ คูภาคผนวกที่ ๕

ตลอดเวลาซึ่งจากการดำเนินการจะเห็นได้ว่าประเทศแคนาดานั้นมีการจัดระบบสุขภาพให้กับประชาชนได้ดีเป็นลำดับที่ 9 ของโลก โดยเฉพาะการมีสุขภาพที่ดีมีอัตราอายุขัยเฉลี่ยสูงถึงร้อยละ 82.00 จากรายงานการสำรวจของ Human Development Index (HDI) ที่เป็นองค์การจัดระดับและวัดความก้าวหน้าของประเทศโดยดูจากรู้หนังสือและอายุขัยเฉลี่ยของประชากร²⁷ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงวิวัฒนาการ การพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศแคนาดานั้นเอง

รูปแบบโครงสร้างการบริหารงาน

ตามกฎหมายประกันสุขภาพของแคนาดา (Canada Health Act)²⁸ ในปัจจุบันนั้นได้กำหนดกรอบอำนาจหน้าที่ของรัฐในการจัดระบบประกันสุขภาพให้กับประชาชนชาวแคนาดาและประชาชนไร้สัญชาติที่อาศัยอยู่ในแคนาดาอย่างถูกต้องตามกฎหมายให้เข้าถึงสิทธิในสุขภาพทั้งด้านการรักษาส่งเสริมฟื้นฟูและป้องกันโรคอย่างทั่วถึงโดยรัฐบาลกลาง (State Government) นั้นได้จัดสรรงบประมาณประจำปีที่เกิดจากการจัดเก็บภาษีให้กับรัฐแต่ละรัฐจำนวน 10 รัฐและอีก 3 เขตการปกครองของแคนาดาในรูปแบบเหมาจ่ายรายหัว (Single block transfer) ซึ่งจะอุดหนุนให้รัฐทั้งในรูปแบบของเงินสด (cash contributions) และระบบอุดหนุนเป็นภาษีให้กับรัฐนั้นๆ โดยตรง (Tax points) ซึ่งจุดเด่นของระบบประกันสุขภาพของแคนาดานั้นอยู่ที่ความมีเอกภาพในการบริหารงบประมาณของระบบซึ่งเป็นระบบกองทุนเดียว (Single-payer) เกิดความคล่องตัวและมีเด็ดขาดมีทิศทางในการบริหารจัดการจึงสามารถบริหารจัดการแบบ “จ่ายโดยรัฐบริการโดยเอกชน” ได้ นั่นเองซึ่งแตกต่างจากประเทศไทยซึ่งมีหลากหลายกองทุนมากการบริหารระบบสุขภาพของประเทศแคนาดาภายใต้กฎหมายหลักประกันสุขภาพของประเทศแคนาดาในปัจจุบันมีการบริหารจัดการโดยยึดหลัก 5 ประการ (Principles of Medicare) ดังนี้²⁹

1) มีการบริหารจัดการโดยรัฐ (Public Administration) อันหมายถึงการที่รัฐบาลกลางสามารถกำหนดแผนประกันสุขภาพของประชาชนอยู่บนพื้นฐานเดียวกันทั้งประเทศคือการให้บริการแก่ประชาชนโดยไม่หวังผลกำไรโดยรัฐมีการกำหนดหน้าที่และความรับผิดชอบอย่างชัดเจนและต้องรายงานผลการดำเนินงานโดยตลอด

2) ความครอบคลุมครบถ้วน (Comprehensiveness) หมายถึงแผนประกันสุขภาพจะต้องครอบคลุมการบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นทุกรูปแบบซึ่งให้การบริการโดยโรงพยาบาลและแพทย์ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกรวมทั้งการให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านที่ประชาชนทุกคน

²⁷ United Nations Development, Human Development Reports: A historical perspective, para. 2, Retrieved February 19, 2016,

²⁸ Canada Health Act.

²⁹ วินัย ลิสมิทธิ. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 18. หน้า 35.

ได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยเท่าเทียมกันและเสมอภาคเว้นเสียแต่การที่ประชาชนมีประกันภัยเอกชนร่วมด้วยซึ่งเป็นประกันภาคสมัครใจทางเลือกที่เป็นการเพิ่มเติมสิทธิประโยชน์ของประชาชนนอกเหนือจากภาครัฐ

3) รัฐต้องจัดประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universality) หมายถึงรัฐต้องจัดให้ประชาชนมีสิทธิในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพโดยทั่วถึงและเท่าเทียมกันซึ่งในประเทศแคนาดานั้นได้มีการจัดให้ประชาชนเข้าถึงบริการทางสุขภาพไม่เว้นแต่คนไร้สัญชาติกลุ่มผู้อพยพนักเรียนนักศึกษาต่างชาติซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมายแต่ต้องมีการเข้าเมืองและอยู่อาศัยโดยชอบตามกฎหมายแคนาดานั้นเอง

4) รัฐต้องจัดบริการสาธารณสุขให้ประชาชนเข้าถึงได้โดยง่าย (Accessibility) หมายถึงภายใต้กฎหมาย Canada Health Act นั้นประชาชนในแคนาดาทุกคนต้องสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งเป็นการจัดบริการของรัฐทั้งในระดับปฐมภูมิและการให้การรักษายาบาลในระดับทุติยภูมิได้โดยง่ายไร้อุปสรรคประชาชนภายใต้หลักประกันสุขภาพของรัฐไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในการเข้ารับบริการไม่มีการแบ่งแยกผู้ป่วยตามรายได้อายุสถานะทางสุขภาพแต่อย่างใด

5) ผู้ใช้สิทธิตามกฎหมายประกันสุขภาพของแคนาดาสามารถที่จะเคลื่อนย้ายในการใช้สิทธิได้ (Portability) กล่าวคือประชาชนชาวแคนาดาหรือคนไร้สัญชาติแต่มีสิทธิอยู่อาศัยในแคนาดาโดยถูกต้องตามกฎหมายมีสิทธิที่จะใช้สิทธิภายใต้กฎหมายประกันสุขภาพของแคนาดาแม้จะมีการย้ายถิ่นฐานไปอาศัยอยู่ในรัฐอื่นหรือเดินทางไปต่างประเทศประชาชนยังคงใช้สิทธิในสุขภาพภายใต้กฎหมายดังกล่าวได้ตามปกติแต่ทั้งนี้ต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขของกฎหมายภายในแต่รัฐเป็นการเฉพาะด้วยแต่สิทธิประโยชน์ตามที่ระบุในกฎหมาย Canada Health Act อันเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานทางสุขภาพนั้นประชาชนสามารถเข้าถึงและได้รับสิทธิโดยเสมอภาคและเท่าเทียมกัน โดยเฉพาะกรณีฉุกเฉินแล้วใช้ได้ทุกรัฐในแคนาดาซึ่งขั้นตอนดังกล่าวของประเทศแคนาดานั้นมีความแตกต่างจากพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่กำหนดให้ประชาชนที่ขึ้นทะเบียนในเขตจังหวัดใดให้ใช้สิทธิรักษาพยาบาลได้เฉพาะจังหวัดนั้นยกเว้นกรณีฉุกเฉินถ้ามีการเคลื่อนย้ายจำต้องขึ้นทะเบียนสิทธิใหม่ทุกครั้งซึ่งแตกต่างกันกับกฎหมายสุขภาพแห่งชาติของแคนาดาที่สิทธิประกันสุขภาพ โดยเฉพาะการเคลื่อนย้ายนั้นผูกติดไปกับตัวทำให้ประชาชนผู้ใช้แรงงานไม่เกิดความกังวลในหลักประกันด้านสุขภาพส่งผลดีต่อภาวะเศรษฐกิจโดยรวมซึ่งจากการดำเนินงานตามนโยบายและกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติแคนาดา (Canada Health Act) โดยยึดหลัก 5 ประการในการบริหารจัดการระบบสุขภาพของประเทศทำให้ประชาชนชาวแคนาดามีสุขภาพที่ดีด้วยเหตุที่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้อย่างเท่าเทียมและเสมอ

ภาคอีกทั้งยังขยายความครอบคลุมทางสิทธิสุขภาพไปยังคนไร้สัญชาติ (Stateless person), ผู้อพยพ (Refugee)³⁰ ภายใต้เงื่อนไขที่กลุ่มคนดังกล่าวต้องได้รับอนุญาตจากรัฐบาลในการมีสิทธิการอยู่อาศัยอย่างถูกต้องตามกฎหมายของแคนาดาซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของอังกฤษที่มุ่งเน้นสิทธิการอยู่อาศัยที่ถูกต้องตามกฎหมายมากกว่าเรื่องเชื้อชาติสัญชาติอันจากแตกต่างจากพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ที่ให้สิทธิเฉพาะคนไทยเท่านั้น

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้นเป็นการอธิบายถึงภาพรวมของกฎหมายประกันสุขภาพของแคนาดาแต่เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการเปรียบเทียบและเกิดความชัดเจนมากยิ่งขึ้นผู้ศึกษาจะขออธิบายถึงด้านรูปแบบโครงสร้างการบริหารงานสำหรับด้านโครงสร้างและรูปแบบการบริหารประเทศของประเทศแคนาดาที่มีรูปแบบการบริหารประเทศแบบสหพันธรัฐ (Federal state) โดยแบ่งเขตอำนาจการปกครองเป็นพื้นที่จังหวัด (Provincial Governments) จำนวน 10 แห่งมีความเป็นอิสระในการบริหารจัดการภายใต้การควบคุมกำกับทางด้านนโยบายจากรัฐบาลกลาง (State Governments) และยังมีเขตการปกครองย่อย (Territorial Governments) อีกจำนวน 3 เขตซึ่งทั้ง 3 เขตดังกล่าวมีความเป็นอิสระในการบริหารจัดการภายใต้กฎหมายกฎหมายรัฐธรรมนูญของประเทศแคนาดาน้อยกว่า Provincial Governments และในแต่ละเขตทั้ง 13 เขตจะมีหน่วยย่อยซึ่งเปรียบได้กับเทศบาล (Municipalities) ซึ่งมีการบริหารจัดการขึ้นตรงกับจังหวัด (Provincial Governments) จากรูปแบบโครงสร้างการปกครองของประเทศแคนาดาดังกล่าวมาแล้วนั้นซึ่งส่งผลโดยตรงต่อโครงสร้างการบริหารระบบสุขภาพของแคนาดาซึ่งตามกฎหมาย Canada Health Act นั้นได้มีการกำหนดโครงสร้างการบริหารจัดการระบบสุขภาพให้สอดคล้องกับเขตการปกครองภายใต้การกำกับดูแลโดยรัฐบาลกลางจึงทำให้ประเทศแคนาดามีเขตสุขภาพจำนวน 13 แห่งซึ่งแต่ละแห่งมีความเป็นอิสระในการบริหารจัดการแต่ทั้งนี้ต้องอยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของรัฐบาลกลางจึงส่งผลให้ในแต่ละจังหวัดมีความแตกต่างกันเล็กน้อยในด้านบริหารจัดการ, การคลังสุขภาพ การจัดบริการและการสาธารณสุขเพื่อให้เกิดความเข้าใจโครงสร้างในการบริหารและการจัดบริการทางสุขภาพตามเขตพื้นที่จากโครงสร้างการแบ่งเขตการให้บริการสุขภาพของประเทศแคนาดานั้นจะเห็นได้ว่าจังหวัดแต่ละจังหวัด (Provincial Governments) มีอำนาจและอิสระในการบริหารจัดการด้านการจัดการบริการสุขภาพในเขตจังหวัดของตนภายใต้กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ Canada Health Act 1984 ซึ่งเป็นที่รู้จักในประเทศแคนาดาว่า Medicare โดยยึดนโยบายหลักจากรัฐบาลกลาง (State Governments) เหมือนกันทั่วประเทศโดยที่รัฐบาลกลางจะมีหน้าที่จัดเก็บภาษีและสนับสนุนงบประมาณให้ระดับ Provincial Governments ในการบริหารจัดการทั้งด้านงบประมาณด้านทรัพยากรบุคคลอื่น ได้แก่การจ้างแพทย์ทันตแพทย์เภสัชกรพยาบาลและทีม

³⁰ Immigration and Refugee Protection Act.

สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิที่ให้บริการโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโดยที่จังหวัดหรือ Provincial Governments จะทำหน้าที่เป็นทั้งผู้ซื้อบริการทั้งในโรงพยาบาลของรัฐและคลินิกเอกชนในรูปของคู่สัญญานั้นเองด้วยเหตุนี้เองนอกจากจังหวัด (Provincial Governments) จะทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อสุขภาพแล้วในขณะเดียวกันก็มีหน้าที่เป็นผู้จัดการสุขภาพให้กับประชาชนไม่ว่าจะเป็นการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรคการให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนหรือผู้ป่วยประเภทติดเตียงให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องซึ่งการบริหารจัดการในเขตจังหวัด (Provincial Governments) ดังกล่าวต่อมารัฐบาลกลางได้มีการปฏิรูปและยกระดับให้มีความสอดคล้องกับงบประมาณและบริบทของสังคมโดยเรียกว่าเขตสุขภาพ (Regionalization) เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการบริหารงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลกลางในรูปแบบของคณะกรรมการสุขภาพเขต (Regional Health Authority : RHAs) มีหน้าที่หลักในการซื้อบริการสุขภาพให้กับประชาชนกับสถานพยาบาลเอกชนในลักษณะคู่สัญญาอีกทั้งมีหน้าที่หลักในการจัดบริการสุขภาพที่จำเป็นดังที่ได้กล่าวมาแล้วเปรียบเทียบกับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั้งในระดับประเทศและในระดับเขตของไทยนั่นเองจากโครงสร้างการบริการสุขภาพของประเทศแคนาดานั้นจะเห็นได้ว่าประเทศแคนาดามีรูปแบบการจัดการบริการสุขภาพที่มีโครงสร้างการบริหารที่ไม่ซับซ้อนมีความยืดหยุ่นและมีความคล่องตัวในการบริหารในรูปแบบเขตสุขภาพภายใต้กฎหมายทางสุขภาพเดียวกันตลอดจนมีการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาลกลางภายใต้กองทุนสุขภาพเดียวทั้งประเทศ (Single-Payer) จึงทำให้ประชาชนชาวแคนาดามีสิทธิสุขภาพในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมโดยที่ประชาชนสามารถพบแพทย์หรือคลินิกที่ตนอยากไปเพียงแค่แสดงบัตรประกันสุขภาพที่รัฐออกให้กับผู้อยู่อาศัยที่มีสิทธิตามกฎหมาย³¹ รวมทั้งคนไร้สัญชาติที่รัฐบาลอนุญาตให้อยู่อาศัยอย่างถูกต้องตามกฎหมายด้วยซึ่งกลุ่มบุคคลเหล่านี้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้นอันเป็นการแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการจัดบริการสุขภาพของประเทศแคนาดา

การเข้าสู่สิทธิในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

ดังที่กล่าวมาแล้วในข้างต้นว่าประเทศแคนาดานั้นปกครองในรูปแบบสหพันธรัฐ (Federal State) โดยมีรัฐบาลกลางทำหน้าที่วางแผนและกำหนดนโยบายของประเทศระบบสุขภาพของแคนาดาก็เช่นเดียวกันรัฐบาลกลางมีหน้าที่กำหนดนโยบายและทิศทางในการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศโดยเฉพาะสิทธิและหลักประกันสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Basic Health Service) ที่มีให้กับประชาชนในทุก Provincial ทั้ง 10 แห่งและเขตการปกครอง (Territorial) จำนวน 3 แห่งที่อยู่ภายใต้กฎหมาย Canada Health Act 1984 หรือที่ชาวแคนาดาเรียกว่า “เมดิแคร์ (Medicare)” ซึ่ง

³¹ ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 3. หน้า 35.

กำหนดให้ประชาชนทุกคนที่มีสิทธิอาศัยอยู่ในแคนาดาอย่างถูกต้องตามกฎหมายมีสิทธิที่จะเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้อย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกันไม่ว่าอยู่ในที่ใดในแคนาดาโดยสิทธิพื้นฐานที่ประชาชนพึงได้รับมีดังนี้³²

- 1) การรักษาทางทันตกรรมและศัลยกรรมใบหน้าบางชนิด โดยทันตแพทย์
- 2) การรักษาระยะยาว (Long term care)
- 3) การบริการฟื้นฟูที่บ้าน (Home health care)
- 4) การฉีดวัคซีนสำหรับเด็ก (Immunization programs for children)
- 5) การบริการทางจิตเวช (Mental health services)
- 6) บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการบาดเจ็บ
- 7) การป้องกันอันตรายต่อสุขภาพที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม (Environmental health hazards)
- 8) งานอนามัยชุมชน (Community care and support)
- 9) การให้การดูแลชั่วคราวสำหรับผู้ป่วยพักฟื้น (Respite care)
- 10) การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะสุดท้าย (Palliative care)
- 11) ค่าอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์พื้นฐาน (Basic medical equipment)
- 12) ค่าอุปกรณ์และค่าตรวจพิเศษสำหรับการตรวจด้วยเทคนิคพิเศษ
- 13) การตรวจวัดสายตาสำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีและการตรวจพิเศษสำหรับผู้มีปัญหาเกี่ยวกับสายตาสำหรับผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 19 ปี
- 14) การจัดกระดูก (Chiropractic services)
- 15) กายภาพบำบัด (Physical therapy)
- 16) การให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Respiratory therapy)
- 17) ค่ารักษาทางการแพทย์ที่จำเป็นของโรงพยาบาล
- 18) ค่าห้องรวมทั้งค่าอาหารสำหรับผู้ป่วยสำหรับห้องธรรมดา (Hospital Benefits)

ซึ่งการให้บริการดังกล่าวเป็นการให้บริการพื้นฐานตามกฎหมาย Canada Health Act ที่รัฐจำต้องจัดให้กับประชาชนโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย รวมทั้งคนไร้สัญชาติที่ได้สิทธิอยู่อาศัยโดยถูกต้องตามกฎหมายด้วย โดยที่แต่ละรัฐอาจจะมีการเพิ่มเติมสิทธิพิเศษให้กับประชาชนในแต่ละ Provincial governments ซึ่งมีอิสระในการบริหารหรือออกกฎหมายที่ไม่ขัดหรือแย้งกับ

³² ริสเซิร์ท เจริญูเศรษฐศิลป์. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 3. หน้า 29.

CanadaHealth Act ได้เช่นในจังหวัด Alberta มีการเพิ่มเติมสิทธิในการให้บริการทางสุขภาพอันเป็นการเพิ่มเติมจากสิทธิขั้นพื้นฐานอาทิเช่น³³

1) เครื่องมือกายอุปกรณ์สำหรับการดำรงชีพสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังและคนพิการ (Aids to daily living)

2) ค่าแว่นตาและฟันปลอมซึ่งประชาชนที่จะได้รับสิทธิดังกล่าวจะต้องอยู่ภายใต้ข้อกำหนดคือต้องมีอายุ 65 ปีขึ้นไป, สามีหรือภรรยาของผู้สูงอายุหรือผู้ที่อยู่ในอุปการะ, ผู้ที่เป็นหม้ายที่มีอายุ 56 – 64 ปีและได้รับเงินสงเคราะห์ผู้เป็นหม้ายตามกฎหมาย Widow Pension Act ของประเทศแคนาดา กลุ่มคนดังกล่าวนี้ย่อมได้รับสิทธิในแผนสุขภาพเพิ่มเติมจากสิทธิพื้นฐานที่รัฐได้จัดให้เป็นต้นดังที่กล่าวมาแล้ว ถ้าประชาชนต้องการสิทธิพิเศษนอกเหนือความครอบคลุมการให้บริการของภาครัฐประชาชนจะต้องซื้อบริการประกันสุขภาพกับภาคเอกชน (Supplemental private health insurance)³⁴ ซึ่งเป็นการประกันสุขภาพภาคสมัครใจเช่นเดียวกับประเทศอังกฤษ สำหรับประชาชนที่ต้องการบริการที่เป็นพิเศษในรูปแบบของสัญญาพิเศษเพิ่มเติมจากการบริการที่รัฐจัดให้

3.1.3 สาธารณรัฐฝรั่งเศส

ระบบหลักประกันสุขภาพ

ฝรั่งเศสเป็นประเทศหนึ่งที่ยึดมั่นการปกครองในระบอบเสรีประชาธิปไตยและมีรากฐานในการบริหารประเทศภายใต้แนวความคิดของรัฐสวัสดิการ (Etat-providence) ที่มุ่งเน้นให้ประชาชนสามารถเข้าถึงสวัสดิการของรัฐได้อย่างเท่าเทียมกันอาทิเช่นเรื่องของการศึกษาเรื่องของการรักษาพยาบาลทั้งนี้เพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมให้ได้มากที่สุดและแนวคิดสำคัญประการหนึ่งที่รัฐถือปฏิบัติตลอดมาใน ต้องการให้มีขึ้นในสังคมคือการไม่เลือกปฏิบัติโดยอาศัยเงื่อนไขในทางเศรษฐกิจสังคมหรือสถานการณ์อื่นๆทางสังคมเป็นเกณฑ์

นอกเหนือจากการมีระบบสวัสดิการที่ดีแล้วประเทศฝรั่งเศสยังเป็นประเทศที่มีมาตรฐานการครองชีพที่สูง โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่อยู่ในโลกที่สามารถส่งผลให้มี ประเทศต่างๆเดินทางเข้าฝรั่งเศสเพื่อทำงานและพำนักอาศัยเป็นจำนวนมากทั้งการเข้ามาโดยถูกต้องตามกฎหมายและเข้ามาโดยผิดกฎหมาย

จากสภาพการณ์ดังกล่าวข้างต้นเป็นเหตุให้ประเทศฝรั่งเศสเกิดปัญหาความแตกต่างทางด้านชาติพันธุ์และปัญหาการหลบหนีเข้าเมืองโดยผิดกฎหมายจนถึงปัญหาในเรื่องคนไร้รัฐไร้

³³ Alberta Health and Wellness. AHCIP/other Health Services & Programs Funded by Alberta Health Care Insurance.http [online]. Available URL : <http://www.health.gov.ab.ca/ahcip/exclusi.htm>.

³⁴ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และวิชชเกษมทรัพย์. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 25. หน้า 39.

ลักษณะที่เป็นผลจากการล่มสลายของหลายๆประเทศที่อยู่ทางยุโรปตะวันออก อาทิเช่น การล่มสลายของสหภาพโซเวียต การล่มสลายของประเทศยูโกสลาเวีย แม้จะประสบกับปัญหาหลายด้านแต่วิธีการแก้ไขปัญหาของประเทศฝรั่งเศสยังคงตั้งอยู่บนหลักการของความเสมอภาคและการไม่เลือกปฏิบัติโดยใช้เกณฑ์ในเรื่องสัญชาติทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในสังคมได้อย่างมากที่สุด

วิวัฒนาการ

ประเทศฝรั่งเศส มีวิวัฒนาการในเรื่องสิทธิในหลักประกันสุขภาพของประชาชนมานับร้อย ๆ ปี โดยเริ่มแรกสิทธิในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพจำกัดเฉพาะบางกลุ่มเท่านั้น แต่แนวคิดเรื่องสิทธิในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพดังกล่าวได้มีพัฒนาการจนครอบคลุมประชากรทั้งหมด³⁵ ในท้ายที่สุด

ปีค.ศ. 1898 วิวัฒนาการของแนวความคิดการทำประกันในประเทศฝรั่งเศสเริ่มตั้งแต่ในสมัยยุคกลาง โดยเริ่มจากการรวมกลุ่มของผู้ประกอบอาชีพต่าง ๆ มีลักษณะเป็นการรวมกลุ่มของผู้ประกอบอาชีพเดียวกันหรืออาชีพที่มีความสัมพันธ์ต่อกันอย่างใกล้ชิดและมี การช่วยเหลือผู้ประกอบอาชีพเดียวกันในกรณีที่ประสบปัญหาด้านการงาน หรือปัญหาส่วนตัว และมีการเก็บค่าสมาชิกในการรวมกลุ่ม เพื่อใช้เป็นค่าใช้จ่ายของกลุ่มและการรวมกลุ่มในยุคสมัยนี้มีลักษณะเป็นการรวมกลุ่มแบบไม่เป็นทางการ (ไม่มีผลทางกฎหมาย) และไม่มีลักษณะที่เป็นองค์กรอย่างชัดเจน

อย่างไรก็ตามในปี ค.ศ. 1791 ประเทศฝรั่งเศสมีการตราพระราชกฤษฎีกาอัลลาห์³⁶ กำหนดห้ามการรวมกลุ่มของอาชีพต่าง ๆ ชำงต้น จนกระทั่งในปี ค.ศ.1835 มีการตราพระราชบัญญัติฮิวมัน ลงวันที่ 22 มิถุนายน ค.ศ. 1835 ว่าด้วยการจัดตั้งกลุ่มที่ทำหน้าที่ในการให้ความช่วยเหลือ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหากำไรขึ้น³⁷ การจัดตั้งกลุ่มตามพระราชบัญญัติฮิวมัน มีลักษณะคล้าย ๆ กับการรวมกลุ่มที่ถูกห้ามโดยพระราชกฤษฎีกาอัลลาห์ เพียงแต่มีความแตกต่างกันที่วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกลุ่มที่ไม่ได้จัดตั้งขึ้นเพื่อแสวงหากำไรและการจัดตั้งกลุ่มยังได้จำกัดเฉพาะบางอาชีพเท่านั้น แต่ในภายหลังรัฐได้อนุญาตให้การจัดตั้งกลุ่มที่มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือกลุ่มอาชีพของตนสามารถทำได้โดยเสรี โดยไม่มีข้อจำกัดทางด้านอาชีพส่วนรัฐเองก็เข้ามาควบคุมการจัดตั้งกลุ่มน้อยลง

ในยุคเริ่มต้นของการทำประกัน เป็นการทำประกันด้วยความสมัครใจ และทำเฉพาะในบางกลุ่มอาชีพเท่านั้น ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ที่ทำประกันจะจำกัดอยู่เฉพาะในกลุ่มผู้มีฐานะหรือกลุ่มผู้ที่มีกำลังทรัพย์ที่จะจ่ายค่าเบี้ยประกันได้ จากเหตุผลข้างต้นทำให้รัฐมีแนวคิดที่จะสร้างความเป็น

³⁵ www.securite-sociale.fr

³⁶ Le décret d'Allarde en 1971

³⁷ La loi Humann du 22 juin 1835

ปีกแผ่นและความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของประชาชน รวมทั้งจัดความเหลื่อมล้ำของประชาชนในสังคม ดังนั้น ทางสภานิติบัญญัติจึงตรากฎหมายต่าง ๆ ขึ้นมาหลายฉบับ เพื่อช่วยเหลือผู้ที่ด้อยโอกาสในสังคม อาทิเช่น พระราชบัญญัติลงวันที่ 15 มิถุนายน ค.ศ.1893 ว่าด้วยการให้ความช่วยเหลือด้านสาธารณสุขโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย³⁸ พระราชบัญญัติลงวันที่ 9 เมษายน ค.ศ.1898 ว่าด้วยการจ่ายเงินชดเชยในกรณีที่ประสบอุบัติเหตุจากการทำงาน³⁹ เป็นต้น

ปีค.ศ. 1898 ถึงปีค.ศ. 1945

หากเปรียบเทียบการวิวัฒนาการก่อนปี ค.ศ.1898 ว่าเป็นต้นกำเนิดของแนวคิดการทำประกัน และการให้ความช่วยเหลือของรัฐ วิวัฒนาการในช่วงที่สองก็คงเปรียบได้กับช่วงเวลาแห่งการเติบโตของแนวคิดการทำประกัน เนื่องในช่วงนี้รัฐมีนโยบายบังคับให้ประชาชนทำประกันบางประเภทโดยตรากฎหมายบังคับให้ประชาชนทำประกัน อาทิเช่น พระราชบัญญัติลงวันที่ 9 เมษายน ค.ศ.1898 ว่าด้วยการจ่ายเงินชดเชยในกรณีที่ประสบอุบัติเหตุจากการทำงาน ซึ่งเจตนาธรรมณ์ในการตราพระราชบัญญัตินี้ เพื่อให้ความคุ้มครองลูกจ้างที่ประสบอุบัติเหตุจากการทำงาน ในกรณีที่อุบัติเหตุดังกล่าวไม่ได้เกิดจากความผิดของนายจ้าง

พระราชบัญญัติลงวันที่ 5 เมษายน ค.ศ.1928 และพระราชบัญญัติลงวันที่ 30 เมษายน ค.ศ.1930 ว่าด้วยการทำประกันภัยเฉพาะผู้ที่ทำงานประจำในกรณีที่มีการเจ็บป่วย ทูพพลภาพ ชราภาพ และการตาย เกิดขึ้น พระราชบัญญัติลงวันที่ 30 เมษายน ค.ศ.1928 ว่าด้วยการทำประกันที่มีสภาพบังคับสำหรับผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรม

พระราชบัญญัติลงวันที่ 1 มีนาคม ค.ศ.1932 ว่าด้วยการจัดตั้งกองทุนเพื่อช่วยเหลือสถานะทางครอบครัวโดยเงินที่ใช้ในการสนับสนุนกองทุนได้มาจากการหักเงินจากนายจ้าง

วิวัฒนาการในสมัยนี้แม้จะมีการจัดตั้งหลักประกันต่าง ๆ ขึ้นมากมาย แต่การบริหารจัดการของแต่ละหลักประกันยังมีลักษณะเป็นหน่วยงานเฉพาะกลุ่มที่ทำประกัน กล่าวคือ แต่ละสาขาการประกันจะมีความเป็นเอกเทศจากกัน ทั้งในด้านการบริหารจัดการ และในด้านเงินทุน

ปีค.ศ.1945 ถึงปีค.ศ.1946

ปีค.ศ.1945 สภาที่ปรึกษา สภาที่ปรึกษาขบวนการใต้ดินในสมัยนั้น มีความต้องการที่จะสร้างความสามัคคีและความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันขึ้นในชาติ จึงมีการนำแนวคิดการประกันมาใช้เป็นเครื่องมือโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิอย่างเท่าเทียมกัน ในการได้รับค่าชดเชยจากรัฐในทุก ๆ กรณี หากประชาชนไม่สามารถทำงานได้ ไม่ว่าจะด้วยเหตุใดก็ตาม รัฐจึง

³⁸ La loi du 15 juillet 1893 institue une assistance médicale gratuite

³⁹ La loi du 9 avril 1898 facilitera considérablement l'indemnisation des victimes d'un accident du travail

ตราพระราชกำหนดลงวันที่ 4 ตุลาคม ค.ศ. 1945⁴⁰ เพื่อทำหน้าที่รวบรวมกลุ่มต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการประกันให้มารวมกันเป็นหน่วยงานเดียวกัน เรียกชื่อหน่วยงานดังกล่าวว่า “หน่วยงานประกันสังคม” โดยให้อำนาจในการจัดเก็บค่าเบี้ยประกันจากสมาชิกและกำหนดให้การบริหารจัดการหน่วยงานเป็นไปตามกฎหมายเอกชน กล่าวคือ สามารถบริหารจัดการโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหาผลกำไร และการบริหารจัดการหน่วยงานดังกล่าวทำโดยตัวแทนของสหภาพของลูกจ้างฝ่ายหนึ่ง และตัวแทนของสหภาพของนายจ้างอีกฝ่ายหนึ่ง

แนวคิดการปฏิรูประบบประกันสังคมในยุคนี้มีแนวคิดหลักสามประการด้วยกัน ดังนี้

การสร้างความเป็นเอกภาพของระบบประกัน โดยการตราพระราชกำหนดลงวันที่ 4 ตุลาคม ค.ศ.1945 มีเจตนารมณ์ที่จะสร้างและเชื่อมโยงเครือข่ายของระบบประกันสังคมประเภทต่าง ๆ เข้าด้วยกันและมีการบริหารจัดการอย่างเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และการตราพระราชบัญญัติลงวันที่ 30 ตุลาคม ค.ศ.1946 มีเจตนารมณ์เพื่อรวมการประกันอุบัติเหตุจากการทำงานกับการประกันประเภทอื่น ๆ เข้าด้วยกัน

การสร้างหลักประกันให้ครอบคลุมแก่ประชาชน โดยการตราพระราชบัญญัติลงวันที่ 2 พฤษภาคม ค.ศ. 1946 ว่าด้วยการขยายขอบเขตการประกันให้ครอบคลุมประชาชนทุกคนและพระราชบัญญัติลงวันที่ 22 สิงหาคม ค.ศ.1946 มีเจตนารมณ์เพื่อช่วยเหลือการสร้างครอบครัวให้แก่ประชาชน

การสร้างหลักประกันที่ครอบคลุมในทุกสาขาความเสี่ยง โดยการตราพระราชกำหนดลงวันที่ 19 ตุลาคม ค.ศ.1945 มีเจตนารมณ์เพื่อครอบคลุมการประกันทุก ๆ สาขาความเสี่ยง (การเจ็บป่วย ทูพพลภาพ ชราภาพ การตาย)

แม้ว่าจะมีการตราพระราชกำหนดเพื่อรวบรวมองค์กรต่าง ๆ ที่ทำหน้าที่ประกันให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันแล้ว แต่ทว่ามีบางอาชีพที่มีได้อยู่ภายใต้หลักประกันสังคมดังกล่าว ซึ่งในเวลาต่อมากลายเป็นระบบประกันสังคมในอีกรูปแบบหนึ่งซึ่งมีลักษณะพิเศษ เช่น ประกันสังคมสำหรับอาชีพข้าราชการ ประกันสังคมสำหรับผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรม เป็นต้น

ปีค.ศ.1946 ถึง ปีค.ศ.2008

วิวัฒนาการของระบบประกันสังคมในปีค.ศ.1945 ถึงแม้จะมีการมุ่งเน้นให้ประชาชนได้รับความคุ้มครองอย่างเสมอภาคกันก็ตาม ประเทศฝรั่งเศสยังบัญญัติถึงสิทธิของประชาชนที่จะได้รับการรับรองและดูแลจากรัฐในเรื่องความมั่นคงในการดำรงชีวิต เห็นได้จากวรรค 10 และวรรค 11 แห่งคำปรารภของกฎหมายรัฐธรรมนูญ. ศ. 1946

⁴⁰ L'ordonnance du 4 octobre 1945 relative à l'organisation de la Sécurité sociale : crée un régime général de sécurité sociale

“ชาติจะต้องให้หลักประกันแก่ประชาชนและครอบครัวของเขาตามความจำเป็นเพื่อการพัฒนาของประชาชน”

“ชาติจะต้องรับรองการคุ้มครองทางด้านสุขภาพ ความปลอดภัยในสิ่งต่างๆ ที่มีลักษณะเป็นรูปธรรม การมีเวลาสำหรับพักผ่อน และการจัดให้ประชาชนมีความผ่อนคลาย โดยเฉพาะแก่เด็ก ผู้หญิงที่มีสถานะเป็นมารดาและคนชราที่ทำงาน

มนุษย์ทุกคนย่อมมีสิทธิ์ที่จะได้รับการช่วยเหลือตามความเหมาะสมในกรณีที่ไม่สามารถทำงานได้ทั้งนี้ภายใต้เงื่อนไขเรื่องอายุสภาพร่างกายสภาพจิตใจและสถานภาพทางเศรษฐกิจ”

อาจกล่าวได้ว่าปีค.ศ. 1946 เป็นปีแห่งการพัฒนาแนวคิดทางด้านประกันสังคมผ่านหลักที่สร้างขึ้นมากในปีค.ศ. 1945 คือรัฐได้รวบรวมระบบประกันต่าง ๆ เข้ากับระบบประกันสังคมหลัก ซึ่งในช่วงต้นของการพัฒนาแนวคิดดังกล่าวมีบางระบบประกันที่พยายามจะไม่รวมกับระบบประกันสังคมหลัก แต่ท้ายที่สุดระบบประกันที่มีขนาดเล็กและมีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการที่ดียกกว่า ก็ต้องจำยอมเข้าร่วมกับระบบประกันที่เป็นหลัก นับแต่ปีค.ศ. 1946 เป็นต้นมา รัฐได้ออกกฎหมายหลายฉบับเพื่อให้ระบบประกันสังคมมีความเป็นเอกภาพและครอบคลุมถึงประชาชนทุกคนมากขึ้น

เห็นได้ว่าวิวัฒนาการที่ผ่านมา ประเทศฝรั่งเศส มิได้ปฏิรูปเฉพาะรูปแบบของการบริหารจัดการระบบประกันสังคมเท่านั้น แต่ยังปฏิรูประบบการเงินของระบบประกันสังคมอีกด้วย กล่าวคือ โดยนับจากปี ค.ศ. 1945 เป็นต้นมา รายได้หลักของหน่วยงานประกันสังคมมาจากเงินของผู้ประกันตนกับนายจ้างส่วนหนึ่ง และอีกส่วนหนึ่งได้รับการสนับสนุนจากรัฐซึ่งนำมาจากเงินภาษีและเงินสะสมที่รัฐได้หักจากรายได้ของประชาชน⁴¹ นอกจากนั้นแล้ว รัฐยังได้ตราพระราชกำหนดลงวันที่ 24 มกราคม ค.ศ. 1996 กำหนดให้บริษัทต่าง ๆ มีหน้าที่ต้องจ่ายเงินสมทบเพื่อนำมาเป็นค่าใช้จ่ายในการสร้างความมั่นคงในสังคม โดยรัฐจะนำเงินดังกล่าวมาจัดสรรให้แก่หน่วยงานประกันสังคมเพื่อใช้เป็นค่าใช้จ่ายของหน่วยงานต่อไป

การเข้าสู่สิทธิในระบบ

ประเทศฝรั่งเศสได้สร้างระบบ Etat-providence ซึ่งมีแนวความคิดเดียวกันกับระบบ welfare-state ในประเทศอังกฤษซึ่งระบบดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความคุ้มครองประชาชนจากภาวะความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจนเป็นเหตุให้ไม่สามารถทำงานได้อีกต่อไปโดยรัฐมีหน้าที่ในการให้หลักประกันแก่ประชาชนในกรณีความ

⁴¹ พระราชบัญญัติลงวันที่ 22 กรกฎาคม ค.ศ. 1993 (Loi du 22 juillet 1993)

เสี่ยงดังกล่าวเกิดขึ้นและจะต้องรับผิดชอบในเรื่องค่าใช้จ่ายตลอดจนดูแลบุคคลที่ผู้ประสบภัยมีภาระหน้าที่จะต้องเลี้ยงดู

การดำเนินนโยบายคุ้มครองสังคมในประเทศฝรั่งเศส รัฐได้ปฏิบัติการผ่าน สามแนวทางหลัก ดังนี้

1) แนวทางด้านการทำงานประกันสังคม มีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองประชาชนจากความเสี่ยงในด้านการขาดแคลนรายได้ในอนาคตไม่ว่าด้วยเหตุใด ๆ ก็ตาม โดยหน่วยงานประกันสังคมจะเก็บเงินจากรายได้ของผู้ประกันตนเพื่อใช้เป็นเงินออมสำหรับผู้ประกันตน

2) แนวทางด้าน แนวทางด้าน การให้ความช่วยเหลือ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเสมอภาคและเท่าเทียมกันในสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้มีรายได้น้อย ซึ่งการช่วยเหลือตามแนวทางนี้จะพิจารณาถึงรายได้เป็นหลักเกณฑ์สำคัญ (มิได้พิจารณาถึงความเสี่ยงใดๆ ที่อาจเกิดขึ้น ดังเช่นประกันสังคม) โดยรัฐใช้เงินภาษีที่จัดเก็บจากประชาชนในการจ่ายเงินให้ความช่วยเหลือแก่ประชาชน

3) แนวทางการให้ความคุ้มครองและช่วยเหลือทุก ๆ คน มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายแก่ประชาชนทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่พิจารณาถึงเรื่องรายได้ หรือเงินสะสมที่หักเก็บจากผู้ประกันตน ดังเช่นสองกรณีข้างต้น เพียงแต่ประชาชนที่จะได้รับความช่วยเหลือจะต้องมีเงื่อนไขครบตามที่รัฐกำหนดเท่านั้น อาทิเช่น เด็กทารกสามารถได้รับเงินช่วยเหลือเรื่องค่าเลี้ยงดู หรือ การเข้าเรียนในมหาวิทยาลัยโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ เป็นต้น

ทางปฏิบัติสามารถจำแนกสิทธิของผู้เข้ารับบริการทางด้านสาธารณสุขตามสิทธิในหลักประกันสุขภาพที่รัฐจัดให้ได้สองประเภทด้วยกัน คือ

สิทธิในการรักษาพยาบาลตามโครงการต่างๆ ที่รัฐจัดให้เพื่อช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อย ซึ่งสิทธิในแต่ละโครงการย่อมมีกระบวนการการเข้าสู่สิทธิที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม หลักการสำคัญในการให้ความช่วยเหลือของรัฐตั้งอยู่บนเงื่อนไขการพิจารณาสองประการด้วยกัน ดังนี้

ก) หลักเกณฑ์ด้านผู้ร้องขอต้องอยู่อาศัยในประเทศฝรั่งเศส

รัฐจะพิจารณาให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ร้องขอความช่วยเหลือจากรัฐโดยพิจารณาถึงการมีถิ่นที่อยู่ที่มีลักษณะถาวรในประเทศฝรั่งเศสเป็นเงื่อนไขสำคัญ แต่ในบางกรณีที่เกี่ยวข้องทางด้านมนุษยธรรม การให้ความช่วยเหลือของรัฐในบาง โครงการรัฐมิได้พิจารณาถึงสิทธิในการอยู่อาศัยโดยชอบด้วยกฎหมายในประเทศฝรั่งเศสแต่อย่างใด

หลักเกณฑ์ว่าด้วยการมีถิ่นที่อยู่ในประเทศฝรั่งเศส⁴²

⁴² Les conditions liée à la résidence.

การให้ความช่วยเหลือของรัฐแก่ผู้ที่ยื่นคำร้องขอมีเจตนารมณ์ที่จะจำกัดการให้ความช่วยเหลือเฉพาะแก่บุคคลที่มีถิ่นที่อยู่ในประเทศฝรั่งเศสเท่านั้นซึ่งมิได้พิจารณาหลักเกณฑ์เรื่องสัญชาติแต่ประการใดกล่าวคือแม้ว่าผู้ร้องขอความช่วยเหลือจากรัฐจะไม่ได้เป็นผู้มีสัญชาติฝรั่งเศสก็ตาม⁴³ หากเพียงแต่มีถิ่นที่อยู่ในประเทศฝรั่งเศสอย่างถูกต้องตามกฎหมายก็เป็นผู้มีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ⁴⁴

ทั้งนี้เนื่องจากเจตนารมณ์ของการให้ความช่วยเหลือของรัฐนั้น ไม่ได้ต้องการให้ความช่วยเหลือครอบคลุมไปถึงนักท่องเที่ยวหรือบุคคลใด ๆ ที่แวะมาเพียงชั่วคราว⁴⁵ แต่สนใจในเรื่องระยะเวลาของการมีถิ่นที่อยู่ในประเทศฝรั่งเศสจะสัมพันธ์กับประเภทของโครงการที่รัฐจัดให้แก่ผู้ร้องขอซึ่งในการร้องขอความช่วยเหลือจากรัฐในแต่ละประเภทจะกำหนดเงื่อนไขในเรื่องระยะเวลาที่แตกต่างกัน

การให้ความช่วยเหลือของรัฐในบางประเภทรัฐจะพิจารณาด้านการมีสิทธิในการพักอาศัยด้วยแต่ในบางกรณีที่ทำเป็นเร่งด่วนและมีลักษณะเกี่ยวเนื่องกับหลักมนุษยธรรมรัฐก็จะให้ความช่วยเหลือทันทีโดยไม่คำนึงถึงสิทธิการอยู่อาศัยโดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาลในกรณีเร่งด่วน

การร้องขอความช่วยเหลือของรัฐในบางประเภทเพียงแต่พิสูจน์ให้รัฐเห็นว่าได้อยู่ในประเทศฝรั่งเศสในระยะเวลาหนึ่งก็มีสิทธิแล้วทั้งนี้โดยไม่จำเป็นต้องอยู่โดยถูกต้องตามกฎหมาย ก็ได้ เช่น การร้องขอความช่วยเหลือของรัฐในเรื่องเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลบางประเภท หรือในเรื่องเกี่ยวกับการช่วยเหลือเด็ก เป็นต้น

หลักเกณฑ์ว่าด้วยการอยู่อาศัยโดยชอบด้วยกฎหมาย

เป็นหลักเกณฑ์ที่กำหนดให้ผู้ร้องขอความช่วยเหลือจากรัฐจะต้องเป็นผู้ที่อยู่อาศัยในประเทศฝรั่งเศสอย่างถูกต้องตามกฎหมายเท่านั้น กล่าวคือ ผู้ร้องขอจะต้องแสดงตัวว่ามีสิทธิในการพักอาศัยในประเทศฝรั่งเศสโดยไม่คำนึงถึงระยะเวลาในการอยู่อาศัยเป็นสำคัญ อีกทั้งหลักเกณฑ์ประเภทนี้ไม่มีการพิจารณาถึงเรื่องสัญชาติแต่อย่างใด ดังนั้น ผู้ร้องขออาจจะมีสัญชาติใด ๆ ก็ได้ หรือแม้แต่

⁴³ CE, 30 juin 1989, Ville de Paris et BAS de Paris/Lévy: RFD. adm. 1990, p.575 Dr.soc.1989, p.767, note X. Prétot - TA. Marseille, 7 avril 1998, Préfet Bouches-du-rhône : Juris-Data n. 930192 ; D. 1998, jurisprudence, p. 571, note H. Moutouh

⁴⁴ La loi du 24 août 1993

⁴⁵ Comm. Centr. Aide soc., 5 mai 1987, Dpt. Var, req. N. 5/87. – 7 juin 1985, Dpt Haut-Rhin, req. N. 5/84. – 9 décembre 1987, Dpt Haut-Rhin, req. N. 28/87. – CE, 18 décembre 1996, CHU Montpellier : Dr. adm. 1997, comm. N. 100

เป็นบุคคลไร้สัญชาติบุคคลนั้นก็ย่อมมีสิทธิที่จะร้องขอความช่วยเหลือจากรัฐได้หากเพียงแต่บุคคลเหล่านั้นมีสิทธิที่จะอยู่อาศัยในประเทศฝรั่งเศส ซึ่งในบางกรณีหากผู้ร้องขอได้อยู่อาศัยในประเทศอย่างถูกต้องตามกฎหมายแล้วก็ไม่จำเป็นต้องขึ้นกับเงื่อนไขในเรื่องระยะเวลาการอยู่อาศัยในประเทศฝรั่งเศส เช่น ในกรณีร้องขอความช่วยเหลือจากรัฐในเรื่องที่พักอาศัยจากคนชรา หรือ ผู้พิการ เป็นต้น แต่ในบางกรณีจะต้องมีเงื่อนไขทั้งสองประเภทประกอบกัน กล่าวคือ มีเงื่อนไขเรื่องระยะเวลาและมีเงื่อนไขเรื่องการอยู่อาศัยโดยถูกต้องตามกฎหมาย

ข) หลักเกณฑ์ว่าด้วยเรื่องรายได้

หลักเกณฑ์ในเรื่องรายได้ถือว่าเป็นหลักเกณฑ์ที่เป็นสาระสำคัญในการร้องขอความช่วยเหลือจากรัฐจะต้องแสดงรายได้ของคนส่วนหนึ่งและอีกส่วนหนึ่งจะต้องแสดงว่าตนขาดไร้ซึ่งผู้อุปการะเลี้ยงดู

รายได้ของผู้ร้องขอจะต้องไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต การให้ความช่วยเหลือโดยรัฐในแต่ละประเภทจะกำหนดเพดานของรายได้ไว้แตกต่างกัน กล่าวคือ หากผู้ร้องขอมียาได้มากกว่าที่กฎหมายกำหนด ผู้นั้นจะไม่มีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือและวิธีการพิจารณารายได้ให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนดหรือเป็นไปตามบทบัญญัติในมาตรา 141 แห่งประมวลกฎหมายครอบครัวและการให้ความช่วยเหลือของรัฐ วิธีการคิดคำนวณจะคิดจากรายได้ทั้งหมดที่มี อาทิเช่น รายได้ที่ได้จากการประกอบอาชีพ รายได้ที่ได้จากเงินช่วยเหลือในส่วนอื่น ๆ ของรัฐ รายได้ที่เกิดจากรัพย์สินอื่น ๆ ที่มีราคา เป็นต้น เว้นแต่ เงินบำนาญของทหารผ่านศึก หรือเงินบำนาญอื่น ๆ ที่มีลักษณะเดียวกัน⁴⁶ ที่ไม่นำมาคำนวณรวม

การขาดรายได้ซึ่งผู้อุปการะเลี้ยงดูการให้ความช่วยเหลือของรัฐจะพิจารณาว่าผู้ร้องขอมียูอุปการะเลี้ยงดูหรือไม่หรือผู้ร้องขอมีสัทธิที่จะเรียกร้องให้คนใกล้ชิดให้อุปการะเลี้ยงดูหรือไม่

ก่อนที่รัฐจะให้ความช่วยเหลือและจะเรียกผู้ที่ใกล้ชิดโดยตรงกับผู้ร้องขอและมีหน้าที่ที่จะต้องให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ร้องขอมาพบเพื่อจะให้ผู้นั้นรับภาระเรื่องค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูผู้ร้องขอเว้นแต่ผู้ที่ใกล้ชิดนั้นสามารถแสดงให้เห็นว่าไม่มีความสามารถที่จะเลี้ยงดูผู้ร้องขอได้⁴⁷

กรณีที่ผู้ร้องขอมียคนใกล้ชิดที่สามารถให้อุปการะเลี้ยงดูได้และรัฐได้ประกาศเรียกผู้ใกล้ชิดของผู้ร้องขอมาพบแต่ไม่มีผู้ใดมาพบผู้ว่าราชการจังหวัดหรือประธานสภาจังหวัดสามารถร้องขอต่อศาลครอบครัวให้คนใกล้ชิดผู้ร้องขอเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายได้เนื่องจากหากไม่มีผู้ใดรับภาระค่าใช้จ่ายของผู้ร้องขอทางจังหวัดจะเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่าย

⁴⁶ Comm. Centr. Aide soc., 23 janvier 1989 ; RF aff. Soc. 1989 ; RF aff. Soc. 1989, cah. Jur. N. 4, p. 38

⁴⁷ CE, 17 mars 1993, Deloye et Alii

ทั้งหมดของผู้ร้องขอ⁴⁸ ดังนั้น ผู้ว่าราชการจังหวัดหรือประธานสภาจังหวัดจึงเป็นผู้มีสิทธิร้องขอต่อศาลในกรณีดังกล่าวนี้⁴⁹ และทันทีที่ศาลได้วินิจฉัยเรื่องจำนวนค่าใช้จ่ายแล้วถือว่าจำนวนนั้นเป็นที่สุด

สิทธิของคนไร้สัญชาติ

แม้ว่าคนไร้สัญชาติในประเทศฝรั่งเศสเป็นบุคคลที่ไม่มีรัฐใดรับรองว่าเป็นคนชาติของตนแต่ไม่ได้เป็นบุคคลที่ไร้สถานะทางกฎหมายตามกฎหมายฝรั่งเศสกล่าวคือคนไร้สัญชาติมีสิทธิตามกฎหมายทุกประการหากได้รับการรับรองสถานะคนไร้สัญชาติจากองค์กรที่ทำหน้าที่รับผิดชอบได้แก่องค์กรคุ้มครองผู้ลี้ภัยและคนไร้รัฐไร้สัญชาติแห่งประเทศฝรั่งเศส (OFPRA)⁵⁰ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการให้เป็นที่ไปตามข้อผูกพันระหว่างประเทศที่ประเทศฝรั่งเศสได้ไปลงนามเพื่อเป็นการปฏิบัติตามอนุสัญญาเจนีวาและองค์การดังกล่าวนี้อยู่ภายใต้การควบคุมของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการต่างประเทศ

องค์กรคุ้มครองผู้ลี้ภัยและคนไร้รัฐไร้สัญชาติแห่งประเทศฝรั่งเศสมีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงต่อคนไร้รัฐไร้สัญชาตินับตั้งแต่มีการปรากฏตัวของคนไร้รัฐไร้สัญชาติจนกระทั่งสถานะคนไร้รัฐไร้สัญชาติได้สิ้นไป

เมื่อผู้ร้องขอได้รับการรับรองสถานะการเป็นคนไร้สัญชาติจากองค์กรคุ้มครองผู้ลี้ภัยและคนไร้รัฐไร้สัญชาติแห่งประเทศฝรั่งเศสแล้วผู้นั้นย่อมได้รับความคุ้มครองและมีสิทธิ์ตามกฎหมายฝรั่งเศส⁵¹ ดังนี้

1) ได้รับบัตรอนุญาตให้มีสิทธิพำนักอาศัยเป็นการชั่วคราว (La carte de séjour temporaire portant la mention vie privée et famille) ซึ่งจะต้องทำการต่ออายุปีต่อปีแต่เมื่อผู้ที่ได้รับบัตรดังกล่าวได้พำนักอาศัยในประเทศฝรั่งเศสเป็นระยะเวลา 3 ปีติดต่อกันบุคคลนั้นจะมีสิทธิ์ที่จะได้รับอนุญาตให้มีสิทธิทำนอะอาศัยเป็นระยะเวลา 10 ปี⁵²

2) ได้รับสิทธิในการทำงาน⁵³ และในระหว่างหางานก็มีสิทธิ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ⁵⁴ เป็นจำนวนเงิน 10.22 ยูโรต่อวัน⁵⁵ ผู้ร้องขอก็มีสิทธิ์ที่จะได้รับสวัสดิการจากรัฐตามโครงการ AI⁵⁶ (l'Allocation d'Insertion)

⁴⁸ Code de famille, art. 196 modifié D. n. 97-941, 14 octobre 1997

⁴⁹ Code de famille, art. 145

⁵⁰ l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

⁵¹ Article L 721-2 et 3 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

⁵² Article L 314-11 9°

⁵³ Article L 313-11 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

3) ได้รับสิทธิจากประกันสังคม อาทิเช่น สิทธิได้รับเงินอุดหนุนทางครอบครัวสิทธิได้รับการรักษาเมื่อเจ็บป่วย เป็นต้น

3.2 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย

อดีตที่ผ่านมาประเทศไทยได้มีการรับรอง “สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุข สุข” เป็นครั้งแรกเมื่อปี พุทธศักราช 2540 โดยบัญญัติไว้ในมาตรา 52 หมวดสิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทยตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ได้รับรองว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่มีค่าใช้จ่าย” อันเป็นการรับรองให้คนไทยทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างเท่าเทียมกัน และสิทธิในการได้รับบริการทางสาธารณสุขนี้ยังคงได้รับการรับรองและบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญฉบับต่อ ๆ มาอย่างต่อเนื่องจนถึง ปัจจุบันคือรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ซึ่งในอดีตที่ผ่านมา รัฐธรรมนูญมีความพยายาม ในการปฏิรูปและดำเนินนโยบายต่าง ๆ เพื่อลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ก็เพื่อให้ประชาชน ทุกคนได้รับบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง และเท่าเทียมกันตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญที่ได้บัญญัติไว้

3.2.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540

สิทธิการเข้าถึงสาธารณสุขในการเข้ารับบริการปรากฏครั้งแรกโดยบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ ฉบับ พุทธศักราช 2540 หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย ได้บัญญัติถึงสิทธิการเข้าถึงสาธารณสุขว่า บุคคล ย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาล จากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่มีค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ การบริการทางสาธารณสุข ของรัฐต้องเป็น ไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชน มีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้ การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายรัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนโดยไม่ คิดมูลค่า

⁵⁴ Allocation temporaire d'attente

⁵⁵ Décret n°2007-32 du 8 janvier 2007 portant révalorisation de l'allocation de revenue minimum d'insertion, de l'allocation d'insertion, de l'allocation temporaire d'attente, de l'allocation solidarité spécifique et de l'allocation équivalent retraite

⁵⁶ โครงการ AI เป็นโครงการของรัฐที่ช่วยเหลือผู้ที่ร้องขอสถานะผู้ลี้ภัยหรือสถานะคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติแล้วแต่กรณีต่อ OFPRA ซึ่งโครงการดังกล่าวจัดหาสวัสดิการให้แก่ผู้ร้องขอในระยะเวลาที่รอการรับรองสถานะจาก

และทันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ⁵⁷ โดยรัฐธรรมนูญฉบับนี้ให้ความสำคัญกับคำว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกัน” และ “บริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน” เพื่อเป็นหลักประกันในการรับรองสิทธิตาม รัฐธรรมนูญให้ชัดเจนขึ้น

3.2.2 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550

และในรัฐธรรมนูญฉบับ พุทธศักราช 2550 บัญญัติไว้ใน หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย ส่วนที่ 9 สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขและสวัสดิการของรัฐ ได้บัญญัติรับรองว่าบุคคลย่อมมีสิทธิ เสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน โดยผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาล จากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐ อย่างเหมาะสมโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย⁵⁸

โดยรัฐธรรมนูญฉบับนี้ ให้ความสำคัญกับคำว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกัน” และ “บริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน” โดยเพิ่มเติมคำว่า “ที่เหมาะสม” เพื่อขยายความมาตรฐานทาง สาธารณสุขของปวงชนชาวไทยจะได้รับอย่างเหมาะสมนั่นเองและ บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพมีสิทธิได้รับสวัสดิการสิ่ง อำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรี และความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ

⁵⁷ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540

มาตรา 52 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ

การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้

การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ

⁵⁸ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550

มาตรา 51 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสม โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และทันต่อเหตุการณ์

และบุคคลซึ่งพิการ หรือทุพพลภาพ มีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ และความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ บุคคลวิกลจริต ย่อมได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ

3.2.3 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560

ปัจจุบันรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพ ของปวงชนชาวไทย ได้บัญญัติถึงสิทธิการเข้าถึงสาธารณสุขว่า บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการ สาธารณสุขของรัฐ บุคคลผู้ยากไร้ ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ตามที่กฎหมาย รัฐมีหน้าที่ดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงบัญญัติ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสีย ค่าใช้จ่าย⁹⁹ และสิทธิของมารดาในช่วงระหว่างก่อนและหลังการคลอดบุตรย่อมได้รับ ความคุ้มครอง และช่วยเหลือตามที่กฎหมายบัญญัติ รวมถึงผู้ซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีและไม่มีรายได้เพียงพอแก่ การยังชีพ และบุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐตามที่กฎหมาย บัญญัติโดยผู้ร่าง รัฐธรรมนูญฉบับนี้ยืนยันว่าสิทธิด้านสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชนชาว ไทยได้จะได้รับการคุ้มครองโดยตรง และคุ้มครองมากกว่ารัฐธรรมนูญทุกฉบับที่ผ่านมา

และในหมวด 5 รัฐธรรมนูญกำหนดให้เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการ ส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค และส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญา ด้าน แพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยบริการสาธารณสุขดังกล่าว ต้องครอบคลุมการส่งเสริม สุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วยรัฐต้องพัฒนาการ บริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องอีกทั้งในหมวด 6 แนวนโยบาย แห่งรัฐได้กำหนดไว้ว่า รัฐพึงเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวอันเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่ สำคัญของสังคม จัดให้ประชาชนมีที่อยู่อาศัยอย่างเหมาะสม ส่งเสริมและพัฒนาการ สร้างเสริม สุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่แข็งแรง รัฐจึงมีหน้าที่ต้องปฏิบัติหากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ละเลย อาจเข้าช่วยเหลือปฏิบัติหน้าที่โดยมิชอบได้ นอกจากนี้ในหมวดการปฏิรูปประเทศ รัฐธรรมนูญได้บัญญัติไว้ว่าให้ มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ให้ดูแลใน สัดส่วนที่เหมาะสมโดยกระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการจัดตั้งโครงการคลินิกหมอครอบครัว ซึ่งหมอหนึ่งทีมจะต้องดูแลประชาชน หนึ่งหมื่นรายในพื้นที่ที่ ดนรับผิดชอบ และทีมหมอ

⁹⁹ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560

มาตรา 47 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการ สาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัด โรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ครอบครัวนี้จะประกอบไปด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ เกษัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และสหสาขาวิชาชีพ บทบัญญัติของรัฐธรรมนูญและการดำเนินการของกระทรวงสาธารณสุขนี้ เป็นการดำเนินการด้านสุขภาพเชิงรุก คือ ไม่ใช่รอให้ประชาชนป่วยเสียก่อน แล้วจึงไปรับบริการสถานพยาบาลต้องแบกรับเนื่องจากการเข้ามารับบริการ การรักษาพยาบาลและการรับบริการ สาธารณสุขจากรัฐ แต่เป็นการที่รัฐส่งเสริมบุคลากรให้เข้าไปดูแลประชาชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ และเป็น มาตรการป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย ซึ่งการดำเนินการเช่นนี้ นอกจากจะทำให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรงและ เป็นการป้องกันการเจ็บป่วยแล้ว ยังเป็นการช่วยลดต้นทุนที่รัฐบาลและทางสาธารณสุขของประชาชน

3.2.4 สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำหรับประเทศไทยของเรานั้นมีระบบสุขภาพหลักด้วยกัน 4 รูปแบบ ดังที่กล่าวมาแล้ว คือ

1) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการ ที่ให้ความคุ้มครองทางด้านการรักษายาบาล และการส่งเสริมเสริมสุขภาพกับข้าราชการ ข้าราชการรัฐวิสาหกิจ ตลอดจนข้าราชการ ในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วย

2) ระบบประกันสังคม ที่ให้ความคุ้มครองสิทธิด้านการรักษายาบาล และการส่งเสริมสุขภาพกับผู้ประกันตน ที่เป็นผู้ใช้แรงงานตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 โดยมีกองทุนเงิน ทดแทนดูแลเรื่องค่ารักษายาบาลให้กับผู้ประกันตน รวมทั้งแรงงานต่างด้าว ที่เข้าเมืองโดยชอบด้วย กฎหมาย อันประกอบด้วย พม่า ลาว กัมพูชา และเวียดนาม ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้สามารถเข้าถึงสิทธิในการ รักษาพยาบาลได้เหมือนกับคนไทยโดยทั่วไป เว้นเสียแต่คนไร้สัญชาติ ที่ไม่มีการขึ้นทะเบียน และไม่มี เลข 13 หลัก กลุ่มคนดังกล่าวยังไม่ได้รับความคุ้มครอง ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เช่นกัน

3) กองทุนคืนสิทธิ สำหรับกองทุนดังกล่าว เป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่รัฐบาลไทยได้ขยายความครอบคลุมในเรื่องสิทธิในสุขภาพให้กับคนไทยที่ประสบปัญหาในเรื่องสถานะของบุคคล รอกการ พิสูจน์สิทธิ ให้สามารถเข้าการบริการทางสุขภาพของรัฐ ซึ่งกลุ่มคนดังกล่าวจะต้องแสดงให้เห็น ทราบว่า ตนเป็นคนไทย อยู่อาศัยในประเทศไทยมาเป็นเวลาช้านาน แต่มีการตกหล่นทางทะเบียน ประสบปัญหา การไร้สัญชาติ แต่มิได้ไร้รัฐ ซึ่งกองทุนดังกล่าวนี้ ให้ความคุ้มครองสิทธิในสุขภาพ ด้านการรักษายาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ภายใต้อำนาจบังคับ ดังที่กล่าวมาแล้ว

4) ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งถือได้ว่าเป็นระบบหลัก ที่ให้ความคุ้มครองด้าน สิทธิในการรักษายาบาล และการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนคนไทยทั่วประเทศ ที่ไม่ได้้อยู่ภายใต้ ระบบสุขภาพของทั้ง 3 ระบบดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น สำหรับกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 นั้น บุคคลที่จะเข้าสู่สิทธิในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จะต้องเป็นไปตาม มาตรา 5⁶⁰และ

⁶⁰ พระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

มาตรา 6⁶¹ นั้น แห่งพระราชบัญญัติดังกล่าว ซึ่งจากการศึกษาพบว่าสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งถือได้ว่ามีบทบาทหน้าที่โดยตรงในการจัดระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และได้มีการตีความ คำว่า “บุคคล” ตามมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ว่าหมายถึง ประชาชนคนไทย ที่มีการจัดบันทึกตามทะเบียนราษฎร์ และมีรหัสประจำตัวประชาชน 13 หลักเท่านั้น ด้วยเหตุดังกล่าวนี้เอง จึงทำให้คนไทยอีกจำนวนหนึ่งที่มีความตกหล่น ไม่มีเลข 13 หลัก มีการเกิดในประเทศไทย และอยู่อาศัยมาเป็นเวลาช้านาน แต่กลายเป็นคนไร้สัญชาติ ไม่สามารถเข้าสู่สิทธิในสุขภาพดังกล่าวได้ ได้สิทธิเพียงการสงเคราะห์ ตามหลักสิทธิมนุษยชนเพียงเท่านั้น ซึ่งส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลภาครัฐ เพราะหน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปฏิเสธการจ่ายค่ารักษาพยาบาล หรือค่าใช้จ่ายอื่น ในการให้บริการกับกลุ่มคน ไร้สัญชาติ ภายใต้งบเงิน และสิทธิที่กำหนดในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งไม่ได้ ให้ความครอบคลุมกับกลุ่มคนดังกล่าว นอกจากนี้ ประเทศไทยยังได้มีการตรากฎหมายภายในที่ให้ความสำคัญต่อการคุ้มครองสิทธิทางด้านสุขภาพในรูปของพระราชบัญญัตินั้นคือ สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายสุขภาพแห่งชาติสำหรับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2550 นั้นถือได้ว่าเป็นกฎหมายแม่บททางด้านสุขภาพฉบับแรกของไทย ที่ผ่านกระบวนการคิด การสานเสวนา การรับฟังความคิดเห็น ตลอดจนกระบวนการยกร่างกฎหมายที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในสังคม ซึ่งใช้เวลา ยาวนาน รวม 8 ปี โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดทิศทางของระบบสุขภาพ ของประเทศไทย ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค เพื่อลดความ

มาตรา 5 “บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพตามที่กำหนด โดยพระราชบัญญัตินี้คณะกรรมการอาจกำหนดให้บุคคลที่เข้ารับการบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการ ในอัตราที่กำหนดให้แก่หน่วยบริการในแต่ละครั้งที่เข้ารับการบริการ เว้นแต่ผู้ยากไร้หรือบุคคลอื่นที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดไม่ต้องจ่าย ค่าบริการประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่บุคคลจะมีสิทธิได้รับให้ เป็นไปตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด”

⁶¹ พระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

มาตรา มาตรา 6 “บุคคลใดประสงค์จะใช้สิทธิตามมาตรา 6 ให้ยื่นคำขอลงทะเบียนต่อสำนักงานหรือหน่วยงานที่สำนักงานกำหนดเพื่อเลือกหน่วยบริการ เป็นหน่วยบริการประจำ

การลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำการขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำและหน้าที่ของหน่วยบริการประจำที่พึงมีต่อผู้รับบริการให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของ บุคคลเป็นสำคัญ

ในกรณีที่บุคคลใดมีสิทธิเลือกหน่วยบริการเป็นอย่างอื่นตามหลักเกณฑ์การได้รับสวัสดิการหรือตามสิทธิที่บุคคลนั้นได้รับอยู่ตามกฎหมาย กฎ ระเบียบ ประกาศ มติคณะรัฐมนตรีหรือคำสั่งอื่นใดให้การใช้สิทธิเข้ารับการบริการสาธารณสุขในหน่วยบริการ เป็นไปตามหลักเกณฑ์การได้รับสวัสดิการหรือสิทธิของบุคคลนั้น”

เจ็บป่วยให้กับประชาชน ตลอดจนเป็นเครื่องมือในการกำหนดนโยบาย และยุทธศาสตร์สุขภาพแบบมีส่วนร่วม จากทุกภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นภาควิชาการ ภาควิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ภาคประชาสังคม ภาคการเมือง และภาค ราชการ ซึ่งจะเป็นการยกระดับสุขภาพของคนไทยให้ดีขึ้น มีหลักประกันสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐาน

ดังที่กล่าวมาแล้วว่า พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ หรือที่รู้จักกันดีว่า “ธรรมนูญสุขภาพของประเทศไทย” นั้น เป็นกฎหมายที่ได้บัญญัติถึงบทบาทหน้าที่ ขอบเขต การเชื่อมโยงนโยบายสู่การปฏิบัติ ในการให้บริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่มีความครอบคลุมประชาชนมากที่สุด ดังจะเห็นได้จากมาตรา 47 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยมีสาระสำคัญ คือ พระราชบัญญัติฉบับดังกล่าวจะต้องมีความสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญ และให้ความคุ้มครองสิทธิของประชาชน 12 ประการ ดังต่อไปนี้

- 1) ปรัชญา และแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ
- 2) คุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพ
- 3) การจัดให้มีหลักประกันและการคุ้มครองให้มีสุขภาพ
- 4) การสร้างเสริมสุขภาพ
- 5) การป้องกันและการควบคุมโรค และปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
- 6) การบริการสาธารณสุข และการควบคุมคุณภาพ
- 7) การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ
- 8) การคุ้มครองผู้บริโภค
- 9) การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ทางด้านสุขภาพ
- 10) การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ
- 11) การผลิตและการพัฒนาบุคลากรทางด้านสาธารณสุข
- 12) การเงินการคลังทางด้านสุขภาพ

จากที่กล่าวมาแล้วนั้น จะเห็นได้ว่า พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2550 เป็นกฎหมายอีกฉบับหนึ่งที่เกี่ยวข้อง และเชื่อมโยง ต่อระบบประกันสุขภาพของไทย โดยเฉพาะ การคุ้มครองสิทธิ โดยเฉพาะในมาตร 47 (3) – (7) ที่บ่งบอกถึงการคุ้มครองสิทธิในสุขภาพของประชาชน คนไทย ให้เข้าถึงบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขจากรัฐ ซึ่งตามมาตรา 47 ก็กล่าวไว้ชัดเจนว่า การกำหนดสิทธินั้นต้องให้สอดคล้อง หรือเป็นไปตามรัฐธรรมนูญ ซึ่งรัฐธรรมนูญทุกฉบับของไทย ต่างก็ให้ความสำคัญต่อหลักของสิทธิมนุษยชน และมุ่งคุ้มครองสิทธิให้เป็นไปโดยเท่าเทียม และเสมอภาค โดยเฉพาะการคุ้มครองสิทธิในสุขภาพ ด้วยแล้วนั้น ถ้าตีความตามเจตนารมณ์ของ

รัฐธรรมนูญ ทั้งฉบับปี 2540 และ 2550 ล้วนแล้วแต่ให้ความคุ้มครองสิทธิในสุขภาพครอบคลุมประชาชนคนไทย ทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย

ดังนั้น คนไร้รัฐไร้สัญชาติที่เกิด และมีถิ่นอาศัยอยู่ในประเทศไทย ควรได้รับความคุ้มครองตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2550 ซึ่งเปรียบเสมือนแผนแม่บทในการยกระดับคุณภาพชีวิตของคนไทยให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น ให้ประชาชนกลุ่มดังกล่าวสามารถ เข้าถึงการบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข ยามเจ็บไข้ได้ป่วย เสกเช่นคนไทยทั่วไป

จากที่กล่าวมาแล้ว จะเห็นได้ว่าหนึ่งในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพของไทย คงจะหนีไม่พ้นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีหน้าที่หลักในการจัดบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขให้กับประชาชนผู้มีสิทธิ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และจากประเด็นปัญหา ของการตีความตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ออกข้อกำหนดให้ผู้มีสิทธิ ที่จะขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้มีสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ และ สาธารณสุขได้จะต้องเป็นคนไทยเท่านั้น ส่วนคนไร้สัญชาติที่อยู่อาศัยในประเทศไทยนั้น ไม่มีสิทธิ ในการขึ้นทะเบียนต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้นั้น ย่อมไม่สอดคล้องกับ ธรรมนูญ ว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ที่บัญญัติโดยอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ทั้งกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งถือได้ว่าเป็นกฎหมายที่ดูแลทางด้านสุขภาพของคนไทยส่วนใหญ่ในประเทศ ยังมีข้อจำกัดในการใช้ สิทธิสำหรับคนไร้รัฐไร้สัญชาติอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งไม่เป็นไปตามหลักสิทธิมนุษยชนสากล หรือแม้แต่ อนุสัญญาระหว่างประเทศต่าง ๆ ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว อีกทั้งพระราชบัญญัติกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มุ่งเน้นการให้สิทธิกับประชาชนทางด้านการรักษาพยาบาล โดยอาศัยหลักเรื่องสัญชาติเป็นสำคัญ ซึ่งแตกต่างจากประเทศอังกฤษ และประเทศแคนาดาซึ่งอาศัยสิทธิการอยู่อาศัย และได้รับอนุญาตให้ทำงานเป็นสาระสำคัญในการพิจารณาในการเข้าสู่สิทธิในสุขภาพในระบบประกันสุขภาพของทั้ง 2 ประเทศ เป็นต้น

3.2.5 สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ผู้มีปัญหาการรับรองสถานะบุคคลตามกฎหมายที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยอาจได้รับสวัสดิการในการรักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 ได้เนื่องจากพระราชกฤษฎีกาฉบับนี้มีไว้รับรองสิทธิในสุขภาพดีเฉพาะผู้มีสิทธิตามความหมายในมาตรา 4 เพียงเท่านั้น แต่ยังคงรวมถึงบุคคลในครอบครัวของผู้มีสิทธิด้วยดังที่บัญญัติไว้ในมาตรา 5 ว่า “ ให้ผู้มีสิทธิที่มีสิทธิ ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวของตนตามที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัตินี้

จะเห็นได้ว่าหากผู้มีปัญหาการรับรองสถานะบุคคลตามกฎหมายเป็นบุคคลในครอบครัวตามที่พระราชกฤษฎีกานี้กำหนดไว้ก็ย่อมได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลเช่นเดียวกับผู้มีสิทธิซึ่งบุคคลในครอบครัวมีความหมายครอบคลุมบุคคล 3 กลุ่มคือบุตรที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะคู่สมรสที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิและบิดาหรือมารดาที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิซึ่งกลุ่มเป้าหมายภายใต้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้อาจจะอยู่ในสถานะของคู่สมรสหรือบิดามารดาที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิก็ได้ซึ่งทำให้บุคคลเหล่านี้ได้รับสิทธิในหลักประกันสุขภาพภายใต้กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

สำหรับประเด็นเนื้อหาแห่งสิทธิในสุขภาพดีภายใต้พระราชกฤษฎีกาฉบับนี้คือการรับรองสิทธิในหลักประกันสุขภาพให้แก่บุคคลที่เป็นข้าราชการลูกจ้างประจำลูกจ้างชาวต่างประเทศและผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญรวมถึงบุคคลในครอบครัวของผู้มีสิทธิซึ่งจะได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลและประกันค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาลที่ครอบคลุมค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ ค่าวิริยะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษาโรค ค่าตรวจวินิจฉัยโรค ค่าบริการทางการแพทย์และพยาบาล ค่าตรวจครรภ์ ค่าคลอดบุตร และการดูแลหลังคลอด ค่าห้องและค่าอาหารระหว่างเข้ารับการรักษาพยาบาล ค่าเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันโรค ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพ และค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นตามที่กระทรวงการคลังกำหนด เป็นต้น

จากการศึกษาเบื้องต้นแห่งสิทธิในสุขภาพดีภายใต้กฎหมายและนโยบายของรัฐไทยในบทคัดย่อฉบับนี้ในสภาพไว้

1) ภายใต้กฎหมายและนโยบายของรัฐไทยได้ให้การรับรองสิทธิในสุขภาพของบุคคลโดยมีความสอดคล้องกับตราสารระหว่างประเทศด้านสิทธิมนุษยชนที่ผูกพันรัฐไทยซึ่งรับรองสิทธิสำหรับบุคคลทุกคนดังจะเห็นได้จากรัฐธรรมนูญบัญญัติรับรองสิทธิของบุคคล โดยใช้คำว่า “บุคคล” “ประชาชน” “พลเมือง” กฎหมายในลำดับรองที่เกี่ยวข้องบัญญัติรับรองสิทธิของบุคคล โดยใช้คำว่า “บุคคลทุกคน” “ลูกจ้าง” “ผู้ประกันตน” “บุคคลในครอบครัว” นอกจากนี้ภายใต้นโยบายด้านสุขภาพอนามัยรัฐไทยได้ให้การรับรองสิทธิในสุขภาพดีแก่บุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทยโดยเรียกบุคคลเหล่านั้นว่า “บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ” “คนต่างด้าว” ดังนั้นภายใต้บทบัญญัติแห่งกฎหมายและถ้อยความตามนโยบายของรัฐไทยย่อมเป็นที่เพียงพอที่จะสรุปว่ารัฐไทยได้ให้การรับรองสิทธิในสุขภาพดีแก่บุคคลทุกคน แต่ในทางปฏิบัติยังพบปัญหาการเข้าไม่ถึงสิทธิในสุขภาพของบุคคลบางกลุ่มอยู่ซึ่งอาจเป็นเพราะความรู้ความเข้าใจหรือทัศนคติของบุคคลที่เกี่ยวข้อง

2) เนื้อหาแห่งสิทธิในสุขภาพดีภายใต้กฎหมายและนโยบายของไทยมีความสอดคล้องกับสิทธิในสุขภาพดีที่ถูกรับรองในกฎหมายระหว่างประเทศซึ่งอาจแบ่งลักษณะเนื้อหาแห่งสิทธิได้ 4 ลักษณะคือ

(1) สิทธิในการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข (right to health access) กล่าวคือ การเข้าถึงการรักษาพยาบาลการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรครวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย จิตใจและสติปัญญาโดยไม่ได้รับการปฏิเสธ

(2) สิทธิในหลักประกันสุขภาพ (right to health guarantee) กล่าวคือ การประกัน การเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข โดยขจัดการระงับค่าใช้จ่ายของบุคคลอันเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ

(3) สิทธิในการเต็มเต็มสุขภาพขั้นสูงสุดที่เป็นไปได้ (right to health fulfillment) กล่าวคือ การเข้ารับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานทั่วถึงมีประสิทธิภาพและบริการสาธารณสุขอื่น ๆ ที่จำเป็นเพียงพอต่อการมีสุขภาพอนามัยที่ดีเช่น การรับการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐานและเต็ม ประสิทธิภาพเพื่อกลับสู่การมีสุขภาพที่ดี

(4) สิทธิในการรับรองสุขภาพ (right to health recognition) กล่าวคือ การได้รับการรับรองสุขภาพะทางร่างกายและจิตใจตามสภาพที่ปรากฏเพื่อเข้าถึงการบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมตามสภาพต่อไปเช่น เด็กพิการต้องได้รับการรับรองความพิการให้มีสิทธิที่ได้รับการคุ้มครองเป็นพิเศษมากกว่าบุคคลทั่วไป 3. ในทางกฎหมายและนโยบายของรัฐไทยรัฐได้มีความพยายามในปฏิบัติ ตามพันธกรณีระหว่างประเทศมาโดยลำดับซึ่งปัจจุบันถือได้ว่าครอบคลุมบุคคลทุกคนที่อาศัยอยู่ใน ประเทศไทย แต่ในทางปฏิบัติของหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ผู้บังคับใช้กฎหมายยังคงเกิดปัญหาและ อุปสรรคในการมีสิทธิในสุขภาพดีของบุคคลบางกลุ่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้มีปัญหาการรับรองสถานะ ตามกฎหมายที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยในบทยต่อไปเพื่อที่จะพิจารณาความมีผลจริงของการรับรองสิทธิ ในสุขภาพดีของมนุษย์ที่มีปัญหาการรับรองสถานะบุคคลตามกฎหมายที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยผู้ทำ วิทยานิพนธ์จะกล่าวถึงปัญหาในการจัดการสิทธิดังกล่าวตลอดจนถึงทางออกของปัญหาดังกล่าว

3.2.6 สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายประกันสังคม

ผู้มีปัญหาการรับรองสถานะบุคคลที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยนอกจากจะมีสิทธิในสุขภาพดี โดยได้รับหลักประกันสุขภาพแบบให้เปล่าภายใต้กองทุนท. 99 และหลักประกันสุขภาพแบบสมัครใจ ในราคาถูกลงตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขแล้วบุคคลดังกล่าวอาจมีสิทธิในหลักประกันสุขภาพ แบบสมัครใจภายใต้กองทุนประกันสังคมตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ได้ด้วยหากอยู่ ในสถานะเป็นผู้ประกันตนซึ่งเป็นผู้ทรงสิทธิในหลักประกันสุขภาพดังกล่าว

ทั้งนี้บทบัญญัติมาตรา 33 ได้ระบุถึงความเป็นผู้ทรงสิทธิไว้ว่า “ให้ลูกจ้างซึ่งมีอายุไม่ต่ำกว่า สิบห้าปีบริบูรณ์และไม่เกินหกสิบปีบริบูรณ์เป็นผู้ประกันตน” คำว่าลูกจ้างในบทบัญญัตินี้มีได้จำกัด เฉพาะลูกจ้างที่มีสัญชาติเท่านั้น แต่รวมถึงลูกจ้างที่เป็นบุคคลคนต่างด้าวซึ่งไม่มีสัญชาติด้วยโดย กฎหมายได้กำหนดให้นายจ้างมีหน้าที่ในการยื่นแบบรายการแสดงชื่อผู้ประกันตนตามแบบขึ้นทะเบียน ที่สำนักงานหลักประกันสังคมประกาศกำหนดซึ่งบุคคลต่างด้าวที่มีความประสงค์จะยื่นขอเป็น

ผู้ประกันตนได้จะต้องเป็นลูกจ้างตามความหมายในพระราชบัญญัติฉบับนี้และมีหลักฐานประกอบคำร้องขอเพื่อออกบัตรประกันสังคมอย่างใดอย่างหนึ่งคือหนังสือเดินทางใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว ใบอนุญาตการทำงานของคนต่างด้าว

จะเห็นได้ว่าผู้มีปัญหาการรับรองสถานะบุคคลตามกฎหมายที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยหากได้รับการพัฒนาสถานะจนได้รับสิทธิอาศัยถาวรมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านประเภท ท.ร. 14 และรัฐมนตรีได้อนุมัติให้ออกใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวแล้วหากบุคคลดังกล่าวเป็นลูกจ้างเข้าทำงานในสถานประกอบกิจการก็ย่อมได้รับสิทธิที่จะได้รับหลักประกันสังคมภายใต้พระราชบัญญัตินี้

สำหรับเนื้อหาแห่งสิทธิในสุขภาพดีตามพระราชบัญญัติประกันสังคมเป็นการรับรองสิทธิในหลักประกันสุขภาพแบบสมัครใจซึ่งนายจ้างลูกจ้างและรัฐจะเป็นผู้ร่วมจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม โดยผู้ประกันตนจะได้รับสิทธิประโยชน์ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการสาธารณสุขในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยการคลอดบุตรรวมถึงประโยชน์ทดแทนอื่น ๆ ในกรณีทุพพลภาพกรณีตายกรณีสงเคราะห์บุตรกรณีชราภาพและกรณีการว่างงาน

3.2.7 นโยบายการคืนสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขสำหรับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2553

หลังจากประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ผู้มีปัญหาการรับรองสถานะบุคคลตามกฎหมายบางส่วน ที่เคยมีสิทธิในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ถูกเพิกถอนสิทธิในหลักประกันสุขภาพทำให้ขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขในเวลานั้นจึงมีความพยายามจากภาคประชาสังคมในการรณรงค์ให้รัฐบาลคืนสิทธิในหลักประกันสุขภาพแก่บุคคลกลุ่มดังกล่าว จนกระทั่งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีมติในวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2553 เห็นชอบให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสปสช. เสนอเรื่องต่อคณะรัฐมนตรีซึ่งในเวลาต่อมารัฐบาลได้มีมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2553 เห็นชอบในหลักการตามที่สปสช. เสนอโดยให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการให้สิทธิหรือคืนสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขแก่ผู้มีปัญหาการรับรองสถานะบุคคลตามกฎหมายซึ่งคณะรัฐมนตรีเรียกว่า “บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ” จำนวน 457,409 คนที่กระจายอยู่ในพื้นที่บริการของโรงพยาบาลชายแดน 172 แห่งใน 15 จังหวัดทั่วประเทศโดยจัดสรรเงินทุนให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้บริหารกองทุนนี้ซึ่งรู้จักกันในวงการสาธารณสุขว่ากองทุนท. 99

กลุ่มบุคคลเป้าหมายที่คณะรัฐมนตรีเห็นชอบในการรับรองสิทธิในหลักประกันสุขภาพภายใต้กองทุนท. 99 ตามข้อเสนอของสปสช. ได้เลือกเฉพาะกลุ่มบุคคลที่มีตัวตนจริงมีเลขประจำตัวประชาชนมีทะเบียนบ้านและได้สิทธิอาศัยในราชอาณาจักรไทยอย่างถูกต้องตามกฎหมายและเป็นกลุ่มที่ไม่มีปัญหาเรื่องความมั่นคงมาเกี่ยวข้องซึ่งอาจแบ่งได้ 3 กลุ่มคือ

1) บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิที่คณะกรรมการรับรองสถานะให้อยู่อาศัยถาวรประเภททะเบียนราษฎร พ.ร. 14 ได้แก่ คนที่มีเลขประจำตัวประชาชนขึ้นต้นด้วยเลข 3 และเลข 4 ที่เข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมายได้รับสิทธิอาศัยถาวรตามพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2552 และคนที่มีเลขประจำตัวประชาชนขึ้นต้นด้วยเลข 5 และเลข 8 เป็นคนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมายมีสิทธิอาศัยถาวร

2) บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิที่ได้รับการผ่อนผันให้อยู่ชั่วคราวประเภททะเบียนราษฎร พ.ร. 13 ได้แก่ คนที่มีเลขประจำตัวประชาชนขึ้นต้นด้วยเลข 6 ซึ่งคนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมายในลักษณะชั่วคราวและคนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยไม่ชอบด้วยกฎหมายและคนที่มีเลขประจำตัวประชาชนขึ้นต้นด้วยเลข 7 ซึ่งบุตรคนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมายในลักษณะชั่วคราวที่เกิดในประเทศไทยและบุตรคนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยไม่ชอบด้วยกฎหมายที่เกิดในประเทศไทย และ

3) บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิที่ได้รับการผ่อนผันให้อยู่ชั่วคราวประเภททะเบียนราษฎร พ.ร. 38 ก ได้แก่ คนที่มีเลขประจำตัวประชาชนขึ้นต้นด้วยเลข 0 ที่ได้รับการสำรวจจัดทำทะเบียนประวัติและบัตรประจำตัวบุคคลผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียนเฉพาะกลุ่มต่อไปนี้คือกลุ่มเด็กนักเรียนในสถานศึกษาที่รับสวัสดิการจากรัฐด้านการศึกษากลุ่มคนไร้รากเหง้าและกลุ่มคนที่ทำประโยชน์ให้แก่ประเทศ

จะสังเกตได้ว่าภายใต้มติคณะกรรมการดังกล่าวมิได้ถูกตีความเพื่อรับรองสิทธิในหลักประกันสุขภาพแก่ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและสิทธิที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยทุกคน แต่เป็นการรับรองเฉพาะบุคคลที่เคยมีสิทธิในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือที่มีสิทธิอาศัยในประเทศไทยในลักษณะถาวรเท่านั้น ทั้งนี้เกิดขึ้นจากแปลงมติคณะกรรมการให้มีผลในทางปฏิบัติซึ่งคณะทำงานใช้แนวคิดที่มีลักษณะแคบนิยมจึงกำหนดให้สิทธิในหลักประกันสุขภาพครอบคลุมเพียงบุคคลจำนวนหนึ่งเท่านั้น โดยใช้เลขประจำตัวประจำตัว 13 หลักตามกฎหมายว่าด้วยการทะเบียนราษฎรมากำหนดความเป็นผู้ทรงสิทธิในหลักประกันสุขภาพภายใต้กองทุนท. 99 ซึ่งครอบคลุมเฉพาะบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิที่มีเลขประจำตัวประชาชนขึ้นต้นด้วยเลข 6,7,8 รวมถึงเลข 0 ที่ได้รับการสำรวจก่อนวันที่ 18 มกราคม พ.ศ. 2548 เท่านั้นดังนั้นจึงมีบุคคลในกลุ่มดังกล่าวบางส่วนที่ยังเข้าไม่ถึงสิทธิในหลักประกันสุขภาพแบบให้เปล่าภายใต้กองทุนนี้ ได้แก่

1) บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิที่มีเลขประจำตัวประชาชนขึ้นต้นด้วย 0 ที่ได้รับการสำรวจก่อนวันที่ 18 มกราคม 2558

2) บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิที่มีเลขประจำตัวประชาชนขึ้นต้นด้วย 0⁶² ที่ได้รับการสำรวจตั้งแต่วันที่ 18 มกราคม 2558

จะเห็นได้ว่าการให้สิทธิในหลักประกันสุขภาพแก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิมิได้ใช้กฎเกณฑ์ความมีหรือไม่มีสัญชาติไทยเหมือนกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่อาศัยฐานความคิดจากการที่บุคคลกลุ่มนี้มีจุดเกาะเกี่ยวกับรัฐไทยในลักษณะการอยู่อาศัยถาวรในราชอาณาจักรดังนั้นผู้มีปัญหาการรับรองสถานะบุคคลตามกฎหมายที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยในลักษณะถาวรจึงต้องได้รับสิทธิในหลักประกันสุขภาพภายใต้กองทุนนี้ โดยเสมอภาคกันแต่ที่ว่าการมีแนวคิดในการบริหารนโยบายแบบแคบนิยมของคณะทำงานได้นำไปสู่การเลือกปฏิบัติต่อกลุ่มบุคคลดังกล่าวแม้จะมีลักษณะการอยู่อาศัยถาวรในประเทศเช่นเดียวกัน แต่บางส่วนได้รับการรับรองสิทธิในหลักประกันสุขภาพในกองทุนท. 99 นี้ในขณะที่อีกส่วนหนึ่งกลับไม่ได้รับการรับรองสิทธิดังกล่าว

สำหรับเนื้อหาแห่งสิทธิในสุขภาพดีตามนโยบายนี้คือการรับรองสิทธิในหลักประกันสุขภาพของผู้มีปัญหาการรับรองสถานะบุคคลตามกฎหมายซึ่งสิทธิประโยชน์ภายใต้กองทุนผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและสิทธิหรือกองทุนท. 99 นี้มีความใกล้เคียงกับสิทธิประโยชน์ในกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งครอบคลุมสิทธิประโยชน์ดังต่อไปนี้⁶³ ค่าสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคค่าตรวจวินิจฉัยโรคค่าบำบัดและบริการทางการแพทย์ค่ายาและเวชภัณฑ์ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทางการแพทย์ค่าทำคลอดค่าอาหารและห้องผู้ป่วยสามัญค่าบริการรถพยาบาลรับส่งผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นเพื่อการบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนด

3.2.8 นโยบายการคืนสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขสำหรับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิตามมติคณะรัฐมนตรี เพิ่มเติม เมื่อวันที่ 20 เมษายน 2558

ถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมีนโยบายให้สิทธิในหลักประกันสุขภาพภายใต้กองทุนท. 99 แก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2553 ดังที่กล่าวมาแล้ว แต่อย่างไรก็ตามปรากฏว่าการดำเนินนโยบายเพื่อให้สิทธิแก่กลุ่มเป้าหมายตามมติคณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติในหลักการนั้นยังไม่ครอบคลุมบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิที่จำนวนหนึ่งซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อปัญหาด้านสุขภาพอนามัยของบุคคลเหล่านั้น โดยตรงและยังส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขในภาพรวม โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบการเงินการคลังของโรงพยาบาลชายแดนซึ่งมีกลุ่ม

⁶² เป็นกลุ่มบุคคลที่อยู่นอกเหนือจาก กลุ่มเด็กนักเรียน ในสถานศึกษาที่รับสวัสดิการจากรัฐบาลด้านการศึกษา กลุ่มคนไร้รากเหง้า และกลุ่มผู้ทำประโยชน์ให้ประเทศ

⁶³ กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แนวทางการดำเนินงานการให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. หน้า 6-7.

บุคคลที่ไร้หลักประกันสุขภาพอาศัยอยู่หนาแน่นกระทรวงสาธารณสุขจึงได้เสนอเรื่องการให้สิทธิคืนสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและสิทธิเพิ่มเติมซึ่งครอบคลุมบุคคลจำนวน 285,171 คนโดยแยกเป็นผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและสิทธิรวมถึงบุตรของบุคคลดังกล่าวที่ได้รับสิทธิอาศัยชั่วคราวอยู่ในประเภททะเบียนบ้าน ท.ร. 38 ก มีเลขประจำตัวประชาชนขึ้นต้นด้วยเลข 0 จำนวน 208,631 คนและผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและสิทธิที่เป็นเด็กและบุคคลที่เรียนอยู่ในสถานศึกษาของไทยและอยู่ระหว่างการจัดทำทะเบียนและกำหนดเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก จำนวน 76,540 คน

คณะกรรมการรัฐมนตรีด้านเศรษฐกิจซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานได้พิจารณาตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอและมีมติอนุมัติในหลักการเมื่อวันที่ 16 เมษายน 2558 โดยมอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการให้สิทธิในหลักประกันสุขภาพกับบุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิที่กระทรวงมหาดไทยได้ขึ้นทะเบียนโดยมีเลขประจำตัว 13 หลักเรียบร้อยแล้วจำนวน 208,631 คนสำหรับบุคคลอื่น ๆ ที่ประชุมมีความเห็นว่ายังขาดหลักฐานที่ชัดเจนเพียงพอในจำนวนที่แท้จริงและอาจมีความซ้ำซ้อนจึงได้เสนอให้กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกระทรวงมหาดไทยและสภาความมั่นคงแห่งชาติตรวจสอบข้อมูลเพื่อยืนยันความถูกต้องและรับรองการขึ้นทะเบียนของกลุ่มบุคคลดังกล่าวเสียก่อนแล้วเสนอคณะกรรมการรัฐมนตรีพิจารณาในโอกาสต่อไปและหลังจากนั้นคณะกรรมการรัฐมนตรีได้มีมติคณะกรรมการรัฐมนตรีอนุมัติตามมติคณะกรรมการรัฐมนตรีด้านเศรษฐกิจเมื่อวันที่ 20 เมษายน 2558

บุคคลเป้าหมายในการรับรองสิทธิในหลักประกันสุขภาพภายใต้กองทุนท. 99 ตามข้อเสนอของกระทรวงสาธารณสุขที่คณะกรรมการรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบมีอยู่ 3 กลุ่มซึ่งหมายถึงบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิที่มีชื่ออยู่ในระบบทะเบียนราษฎรของกรมการปกครองกระทรวงมหาดไทยรวมถึงบุตรของบุคคลดังกล่าวที่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลักขึ้นต้นด้วยเลขที่ได้รับสิทธิอาศัยชั่วคราวประเภททะเบียนราษฎร ท.ร. 38 ปีจำนวน 208,631 คน ได้แก่

1) บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิที่เป็นชนกลุ่มน้อยอพยพเข้ามาในประเทศไทยซึ่งเป็นบุคคลเป้าหมายกลุ่มที่ 1 ของยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคล พ.ศ. 2548 จำนวน 150,076 คน

2) บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิที่เป็นบุตรของบุคคลตามกลุ่มเป้าหมายของยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคลจำนวน 56,6762 คน

3) บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิกลุ่มอื่น ๆ ที่ได้รับการสำรวจและจัดทำทะเบียนตามยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคลในโครงการเฉพาะเช่นบุคคลที่ขึ้นทะเบียนไว้ตามโครงการเฉลิมพระเกียรติ 84 พรรษาจำนวน 1,883 คนจะเห็นได้ว่าการอ้างอิงเลขประจำตัวประชาชน 13 หลักมาเป็นเงื่อนไขในการกำหนดความเป็นผู้ทรงสิทธิในหลักประกันสุขภาพภายใต้กองทุนดังกล่าวย่อมทำให้บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิบางกลุ่มที่แม้ลักษณะการอาศัยถาวรใน

ประเทศไทยเช่นเดียวกัน แต่ไม่อาจเข้าถึงสิทธิในหลักประกันสุขภาพได้โดยเท่าเทียมกันซึ่งในกรณีดังกล่าวกลุ่มเด็กและบุคคลที่เรียนในสถานศึกษาของรัฐซึ่งยังไม่มีเลขประจำรัฐประชาชนแม้จะตกอยู่ในสถานะบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิและมีลักษณะอาศัยถาวรในประเทศ แต่ก็มีได้รับการรับรองสิทธิในหลักประกันสุขภาพตามมติคณะรัฐมนตรีนี้ แต่อย่างไร

สำหรับเนื้อหาแห่งสิทธิในสุขภาพดีตามนโยบายนี้คือการรับรองสิทธิในหลักประกันสุขภาพแก่ผู้มีปัญหาการรับรองสถานะบุคคลตามกฎหมายหรือบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิเพิ่มเติมจากมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2553 ที่ได้รับการสำรวจและดำเนินการทางทะเบียน โดยมีหมายเลขประจำตัวประชาชนเรียบร้อยแล้วซึ่งสิทธิประโยชน์ที่บุคคลดังกล่าวจะได้รับเป็นไปตามสิทธิภายใต้กองทุนผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและสิทธิหรือกองทุน. 99 ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว

3.2.9 คำวินิจฉัยของคณะกรรมการกฤษฎีกา (คณะที่ 10) เรื่องเสร็จที่ 224/2555

เรื่องเสร็จที่ 224/2555 บันทึกสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา เรื่อง การขยายบริการสาธารณสุขไปยังผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคมตามมาตรา 10 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีหนังสือ ที่ สปสช. 03/759 ลงวันที่ 29 ธันวาคม 2554 ถึงสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สรุปความได้ว่า ด้วยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการประกันสังคมตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคมได้ประชุมร่วมกันเพื่อเตรียมทำข้อตกลงขยายบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไปยังผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม ซึ่งเป็นการดำเนินการตามมาตรา 10 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

ในการประชุมร่วมของคณะกรรมการทั้งสองคณะ มีประเด็นหารือข้อกฎหมาย อันเนื่องมาจากมาตรา 10 วรรคสาม แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 บัญญัติว่า “เมื่อมีพระราชกฤษฎีกาตามวรรคสองใช้บังคับแล้ว ให้สำนักงานประกันสังคมส่งเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนประกันสังคมให้แก่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามจำนวนที่คณะกรรมการ (หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) และคณะกรรมการประกันสังคมตกลงกัน” คณะกรรมการทั้งสองคณะจึงมีมติให้ขอความเห็นจากคณะกรรมการกฤษฎีกา เพื่อให้ได้ข้อยุติ ด้านกฎหมายและแนวปฏิบัติที่ชัดเจนก่อน แล้วจึงพิจารณาทำข้อตกลงในรายละเอียดกันไป โดยมี ประเด็นหารือ ดังนี้

ประเด็นที่หนึ่ง หากต้องขยายบริการสาธารณสุขไปยังผู้ประกันตนตามมาตรา 10 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ที่ต้องส่งให้แก่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งส่วนหนึ่งเป็นเงินสมทบจากผู้ประกันตน รวมอยู่

ด้วย (คือ มีที่มาจาก 3 ฝ่าย คือ ลูกจ้าง นายจ้าง และรัฐบาล) จะเป็นการขัดหรือแย้งกับมาตรา 30 ของ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ในเรื่องความเสมอภาค ซึ่งกำหนดว่า บุคคลย่อมเสมอภาคในกฎหมายและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกันหรือไม่อย่างไร

ฝ่ายหนึ่ง มีความเห็นว่า เนื่องจากผู้ประกันตนเป็นประชาชนชาวไทยมีฐานะเป็น บุคคลผู้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามมาตรา 5 แห่งกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ ด้วยเช่นกัน แต่ผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินสองทาง คือจ่ายภาษีซึ่งเงินภาษีส่วนหนึ่งนำมาใช้ จ่าย เพื่อดูแลประชาชนทั่วไปที่ใช้สิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและยังต้อง จ่ายเงิน สมทบเข้ากองทุนประกันสังคมอีก หากต้องส่งเงิน สมทบของผู้ประกันตนให้กองทุน หลักประกัน สุขภาพแห่งชาติเพื่อให้ผู้ประกันตนมีสิทธิรับบริการสาธารณสุขเช่นเดียวกับ ประชาชนทั่วไป ในขณะที่ บุคคลทั่วไปที่ไม่ใช่ผู้ประกันตน กลับได้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตาม กฎหมายว่าด้วยหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายหรือไม่ต้องจ่ายเงินเข้ากองทุน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่อย่างใด

อีกฝ่ายหนึ่ง มีความเห็นว่า โดยหลักการทุกคนย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุข ตามมาตรา 5 แต่มาตรา 10 วรรคหนึ่ง บัญญัติว่า “ขอบเขตของสิทธิรับบริการสาธารณสุขของ ผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคมให้เป็นไปตามที่กำหนดในกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม การขยายบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัตินี้ไปยังผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการและคณะกรรมการประกันสังคมตกลงกัน” ดังนั้น ผู้ประกันตนจึงมี สิทธิ ได้รับบริการสาธารณสุขภายใต้บทบัญญัติกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม และในกรณีจะมี การขยายบริการ สาธารณสุข ไปยังผู้ประกันตน คณะกรรมการของทั้งสองกองทุนต้องตกลงกันและ เสนอให้รัฐบาล ออกพระราชกฤษฎีกาตามมาตรา 10 วรรคสอง และวรรคสาม ซึ่งบัญญัติว่า “เมื่อมีพระราชกฤษฎีกา ตามวรรคสองใช้บังคับแล้ว ให้สำนักงานประกันสังคมส่งเงินค่าใช้จ่ายเพื่อ บริการสาธารณสุขจาก กองทุนประกันสังคมให้แก่กองทุน (หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ตาม จำนวนที่คณะกรรมการและ คณะกรรมการประกันสังคมตกลงกัน” จึงเห็นว่าการดำเนินการ ดังกล่าวเป็นไปตามที่กฎหมายบัญญัติ มิได้เป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เสมอภาค เพราะเดิม การให้บริการตามระบบหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติก็กำหนดให้ผู้รับบริการต้องร่วมจ่ายค่าบริการ ในอัตรา 30 บาทต่อครั้งบริการ เพียงแต่ ในปัจจุบันได้ปรับอัตราเป็นไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเท่านั้น

ประเด็นที่สอง ในการดำเนินงานตามมาตรา 10 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2545 หากมีการตกลงว่า สำนักงานประกันสังคมจะส่งเงินจากกองทุน ประกันสังคมให้แก่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้วยการจ่ายเงินล่วงหน้าตามข้อเสนอ ของ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประมาณ 2.3 หมื่นล้านบาท (คิดจาก 2,500 บาท ต่อราย หัวผู้ประกันตนจำนวน 9.4 ล้านคน) และคงอัตราดังกล่าวเป็นระยะเวลา 3 ปีโดย (1) มิได้มี การแจก

แจ้งรายละเอียดค่าใช้จ่ายในแต่ละรายการ เช่น ค่าตรวจวินิจฉัยโรค ค่าบำบัดทางการแพทย์ ค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาล ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ค่ารถพยาบาล หรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย (2) เป็นการจ่ายเงินที่มีได้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และอัตราที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม (ซึ่งที่ผ่านมามีการออกระเบียบการจ่ายเงินเพื่อการเจ็บป่วย โดยจ่ายล่วงหน้าประมาณร้อยละ 75 และส่วนที่เหลือร้อยละ 25 เป็นการจ่าย กระทบยอดและจ่ายรายเดือน) จะเป็นการปฏิบัติที่ขัดกับกฎหมายว่าด้วยประกันสังคมตามมาตรา 24 และมาตรา 63 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 หรือไม่

ประเด็นที่สาม หากประเด็นที่สอง สามารถดำเนินการได้โดยไม่ขัดกับกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม และสำนักงานประกันสังคมต้องส่งเงินกองทุนประกันสังคมให้แก่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำนักงานประกันสังคมต้องส่งเงินส่วนใดให้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพราะเงินกองทุนประกันสังคมมีที่มาจาก 3 ฝ่าย คือ ลูกจ้าง นายจ้าง และรัฐบาล จะส่ง เฉพาะเงินกองทุนประกันสังคมส่วนที่รัฐบาลจ่ายสมทบมาแล้ว ได้หรือไม่

ประเด็นที่สี่ คณะกรรมการทั้งสองคณะจะตกลงกัน และเสนอร่างพระราชกฤษฎีกาให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเสนอขอรับเงินงบประมาณรายจ่ายประจำปีเป็นเงิน เหม่าจ่ายรายหัวเช่นเดียวกับการขอรับงบประมาณเป็นเงินเหม่าจ่ายรายหัวสำหรับบุคคลทั่วไป เพื่อให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้ประกันตน แทนการส่งเงินจากกองทุนประกันสังคมเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้หรือไม่

ประเด็นที่ห้า เมื่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดเตรียมความพร้อม ในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม และได้ตกลงกับ คณะกรรมการประกันสังคมเรียบร้อยแล้วตามแนวทางที่คณะกรรมการกฤษฎีกาตอบข้อหารือ ข้างต้น การร่างพระราชกฤษฎีกาที่เสนอต่อรัฐบาลตามมาตรา 10 จะต้องระบุรายละเอียดเกี่ยวกับ ที่มาของเงิน จำนวนเงิน วิธีการ เงื่อนไขในการส่งเงิน ไว้ในร่างพระราชกฤษฎีกาหรือไม่ประการใด

ประเด็นที่หก กรณีแรงงานต่างด้าวที่เป็นผู้ประกันตนจะปฏิบัติอย่างไร หากมีการตรา พระราชกฤษฎีกาตามมาตรา 10 แห่งกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว จะครอบคลุม กลุ่มแรงงานต่างด้าวที่มีใบอนุญาตทำงานด้วยหรือไม่และหากครอบคลุมบริการสาธารณสุขไปถึง แรงงานต่างด้าวที่เป็นผู้ประกันตนด้วย จะขัดต่อหลักการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติหรือไม่

คณะกรรมการกฤษฎีกา (คณะที่ 10) พิจารณาข้อหารือของสำนักงานหลักประกัน สุขภาพ แห่งชาติ โดยมีผู้แทนกระทรวงแรงงาน (สำนักงานประกันสังคม) และผู้แทนสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้ชี้แจงข้อเท็จจริงแล้ว มีความเห็นตามประเด็นข้อหารือ ดังนี้

ประเด็นที่หนึ่ง กรณีต้องขยายบริการสาธารณสุขไปยังผู้ประกันตนตามมาตรา 10 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2545 เงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ซึ่งต้องส่งให้แก่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งส่วนหนึ่งเป็นเงินสมทบจากผู้ประกันตนรวมอยู่ด้วย ทำให้ผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินสองทาง คือจ่ายภาษีซึ่งส่วนหนึ่งนำมาใช้จ่ายเพื่อดูแลประชาชนทั่วไป ที่ใช้สิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม ในขณะที่บุคคลทั่วไปที่ไม่ใช่ผู้ประกันตนได้รับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายหรือไม่ต้องจ่ายเงินเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะเป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม ซึ่งขัดหรือแย้งกับมาตรา 30 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย หรือไม่เห็นว่า รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย หมวด 4 หน้าหนึ่งของ ชนชาวไทย มาตรา 73 บัญญัติให้บุคคลมีหน้าที่เสียภาษีอากรตามที่กฎหมายบัญญัติและรัฐได้นำ เงินภาษีไปใช้ในการบริหารประเทศ รวมทั้งให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนทั่วไป กองทุนหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติก็ได้รับเงินส่วนหนึ่งจากงบประมาณรายจ่ายประจำปีและเงินที่ได้รับจากการดำเนินการ ให้บริการสาธารณสุขตามมาตรา 39 (1) และ (3) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติการจذبบริการสาธารณสุขเป็นบริการสาธารณะที่รัฐจัดให้แก่บุคคลทั่วไป บุคคลทุกคนต้องได้รับสิทธินั้น โดยเท่าเทียมกันตามมาตรา 30 และมาตรา 51 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ส่วนการ จะดำเนินการเพื่อให้ได้รับสิทธิเช่นว่านั้นอย่างไรก็ขึ้นอยู่กับนโยบายของรัฐ และมาตรการที่รัฐกำหนดขึ้น ดังนั้น จะเห็นได้ว่า ผู้ที่มีได้เป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคมเชื่อว่าไม่ต้องเสีย ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขหรือไม่ต้องจ่ายเงินเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแต่อย่างใด

เมื่อพิจารณาประ โยชน์ทดแทนที่ผู้ประกันตนได้รับจากกองทุนประกันสังคมตามมาตรา 54 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 กับการ ได้รับบริการสาธารณสุข

ตามมาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2545 แล้ว จะเห็นได้ว่า ผู้ประกันตนได้รับประโยชน์ทดแทนตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคมครอบคลุมกว้างกว่า เพราะกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้สิทธิผู้ประกันตนได้รับประ โยชน์เฉพาะบริการ สาธารณสุขเท่านั้น การบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นมาตรการส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ประกันตนได้รับบริการสาธารณสุขเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป กฎหมายทั้งสองฉบับจึงสอดคล้องต้องกัน ดังนั้น การที่มาตรา 10 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ บัญญัติให้ขยายการบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมไปยังผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม เป็นมาตรการที่รัฐกำหนดตามกฎหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ประกันตนสามารถใช้สิทธิรับบริการ สาธารณสุขได้เช่นเดียวกับบุคคลตามมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การส่งเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้แก่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ก็มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้ประกันตนตามมาตรการ ดังกล่าวได้โดยเท่าเทียมกัน

ฉะนั้น การขยายบริการสาธารณสุขไปยังผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม โดยส่งเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนประกันสังคมของผู้ประกันตนให้แก่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการประกันสังคมตกลงกันตามมาตรา 10 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จึงไม่ขัดหรือแย้งกับมาตรา 30 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากข้อหาหรือในประเด็นที่หนึ่งนี้เป็นปัญหาเกี่ยวกับการบังคับใช้บทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ซึ่งอยู่ในอำนาจหน้าที่ของศาลรัฐธรรมนูญที่จะเป็นผู้พิจารณาวินิจฉัย ดังนั้น การให้ความเห็นทางกฎหมายของคณะกรรมการกฤษฎีกา (คณะที่ 10) ในกรณีนี้จึงเป็นไปเพื่อประโยชน์แก่ทางราชการในการบริหารราชการแผ่นดินเท่านั้น แต่การวินิจฉัยชี้ขาดเป็นที่สุดย่อมเป็นอำนาจหน้าที่ของศาลรัฐธรรมนูญ

ประเด็นที่สอง กรณีที่มีการตกลงกันให้สำนักงานประกันสังคมส่งเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนประกันสังคมให้แก่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติล่วงหน้า ในอัตราคงที่ปีละประมาณ 2.3 หมื่นล้านบาท เป็นระยะเวลา 3 ปีโดยมิได้มีการแจกแจงรายละเอียดค่าใช้จ่ายในแต่ละรายการ และเป็นการจ่ายเงินที่มีได้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และอัตราที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม จะเป็นการปฏิบัติที่ขัดกับ มาตรา 24 และมาตรา 63 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 หรือไม่นั้น เห็นว่า แม้มาตรา 24 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 จะบัญญัติว่า เงินกองทุน ให้จ่ายเป็นประโยชน์ทดแทนก็ตาม แต่เมื่อมาตรา 10 วรรคสาม แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 บัญญัติให้ส่งเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนประกันสังคมให้แก่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามจำนวนที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการประกันสังคมตกลงกัน ก็ย่อมต้องดำเนินการให้เป็นไปตาม บทบัญญัติของกฎหมายดังกล่าว

ส่วนกรณีการแจกแจงรายละเอียดค่าใช้จ่ายตามมาตรา 63 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคมฯ ซึ่งความในมาตรา 63 วรรคสอง บัญญัติให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และอัตราที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม ดังนั้น หากคณะกรรมการประกันสังคมได้ตกลงกับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และอัตราการส่งเงินให้แก่กองทุนหลักประกันสุขภาพสำหรับกรณีดังกล่าวอย่างไร ก็ถือ

ได้ว่า คณะกรรมการประกันสังคมได้ให้ความเห็นชอบหลักเกณฑ์และอัตราการส่งเงินตามมาตรา 63 วรรคสอง แล้ว การดำเนินการก็จะต้องเป็นไปตามนั้นเช่นเดียวกัน

ประเด็นที่สาม กรณีตามประเด็นที่สอง หากสามารถส่งเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนประกันสังคมให้แก่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้โดยไม่ขัดกับกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม สำนักงานกองทุนประกันสังคมต้องส่งเงินส่วนใดให้แก่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพราะเงินกองทุนประกันสังคมมีที่มาจาก 3 ฝ่าย คือ ลูกจ้าง นายจ้าง และรัฐบาล จะส่งเฉพาะเงินส่วนที่รัฐบาลจ่ายสมทบมาแล้วได้หรือไม่ นั้น เห็นว่า มาตรา 22 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคมฯ บัญญัติให้เงินกองทุนประกันสังคมประกอบด้วยเงิน มีที่มาจากหลายส่วน และเมื่อรวมเป็นเงินกองทุนประกันสังคมแล้ว มาตรา 24 วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติดังกล่าว บัญญัติให้จ่ายเงินกองทุนเป็นประโยชน์ทดแทน โดยมีได้ระบุให้จำแนก การจ่ายเงินที่มาจากแต่ละส่วนแต่อย่างใด จึงเห็นได้ว่า เงินกองทุนประกันสังคมมีเจตนารมณ์ ให้จ่ายเป็นประโยชน์ทดแทนตามที่กฎหมายกำหนดโดยไม่แยกส่วน ดังนั้น เงินกองทุนดังกล่าว จึงไม่อาจแยกส่วนหรือที่มาของเงินกองทุน ไปใช้สำหรับส่งเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้

ประเด็นที่สี่ กรณีคณะกรรมการทั้งสองคณะจะตกลงกัน และเสนอร่างพระราชกฤษฎีกา ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเสนอขอรับเงินงบประมาณรายจ่ายประจำปีเป็นเงินเหมาจ่าย รายหัวเช่นเดียวกับการขอรับเงินงบประมาณเป็นเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบุคคลทั่วไปเพื่อให้ บริการสาธารณสุขแก่ผู้ประกันตน แทนการส่งเงินจากกองทุนประกันสังคมเข้ากองทุนหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติได้หรือไม่ นั้น เห็นว่า มาตรา 10 วรรคสาม แห่งพระราชบัญญัติหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2545 บัญญัติให้ส่งเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุน ประกันสังคมให้แก่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้น มิได้บัญญัติให้คณะกรรมการทั้งสองคณะ ตกลงกันเสนอร่างพระราชกฤษฎีกาให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขอรับเงินงบประมาณรายจ่าย ประจำปีเพื่อให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้ประกันตนแต่อย่างใด จึงไม่อาจเสนอร่างพระราชกฤษฎีกา ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเสนอขอรับเงินงบประมาณรายจ่ายประจำปีเพื่อให้บริการ สาธารณสุขแก่ผู้ประกันตนได้

ประเด็นที่ห้า กรณีเมื่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดเตรียมความพร้อม ในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม การร่างพระราชกฤษฎีกา ที่เสนอต่อรัฐบาลตามมาตรา 10 จะต้องระบุรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาของเงิน จำนวนเงิน วิธีการ เงื่อนไขในการส่งเงิน ไว้ในร่างพระราชกฤษฎีกาหรือไม่ประการใด นั้น เห็นว่า มาตรา 10 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ บัญญัติให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดเตรียมความพร้อมในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วย

ประกันสังคม และเมื่อ ได้ตกลงกันเกี่ยวกับความพร้อมให้บริการสาธารณสุขกับคณะกรรมการประกันสังคมแล้ว ให้เสนอ ตราพระราชกฤษฎีกาต่อรัฐบาลกำหนดระยะเวลาการเริ่มให้บริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการแก่ ผู้มีสิทธิดังกล่าว บทบัญญัติดังกล่าวกำหนดให้ตราพระราชกฤษฎีกาเพื่อกำหนดระยะเวลาการเริ่ม ให้บริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการเท่านั้น การตราพระราชกฤษฎีกาดังกล่าวจึงไม่จำเป็นต้องกำหนด รายละเอียดต่าง ๆ ตามที่หารือ

ประเด็นที่หก กรณีแรงงานต่างด้าวที่เป็นผู้ประกันตนจะปฏิบัติอย่างไร หากมีการ ตราพระราชกฤษฎีกาตามมาตรา 10 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2545 แล้ว จะครอบคลุมกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่มีใบอนุญาตทำงานด้วยหรือไม่และหากครอบคลุมบริการสาธารณสุขไปถึงแรงงานต่างด้าวที่เป็นผู้ประกันตนด้วยจะขัดต่อหลักการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือไม่ นั้น เห็นว่า มาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ บัญญัติให้บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนด บทบัญญัติดังกล่าวเป็นการรับรองสิทธิในการรับบริการสาธารณสุขตามมาตรา 52 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 โดยบัญญัติไว้ในหมวดที่ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย และต่อมา มาตรา 51 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ก็ได้บัญญัติหลักการดังกล่าวไว้เช่นเดียวกัน การรับรองสิทธิในการรับบริการสาธารณสุขตามบทบัญญัติดังกล่าวจึงเป็นการรับรองสิทธิของบุคคลที่มีสัญชาติไทยเท่านั้น ดังนั้น การขยายบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ ให้ครอบคลุมไปถึงผู้ประกันตนที่เป็น แรงงานต่างด้าวด้วย จึงไม่อาจกระทำได้