

บทที่ 4

ความเสมอภาคในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ

คุณภาพชีวิตที่ดีของคนคือการมีความพร้อมด้วยปัจจัยสี่ ประกอบด้วย อาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม และยารักษาโรค นอกจากนี้การมีสุขภาพและอนามัยที่ดีที่แข็งแรงย่อมเป็นความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ซึ่งหากมีปัญหาด้านสุขภาพก็ต้องมีการรักษาพยาบาลจากผู้มีวิชาชีพโดยตรงทั้งที่เป็นพยาบาล และแพทย์ ทั้งนี้ย่อมหมายความว่ารวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในท้องถิ่นที่ไม่มีสถานพยาบาลและเพื่อเป็นการพยาบาลเบื้องต้น โดยไม่มีการวินิจฉัยโรคเป็นการให้บริการสำหรับประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบื้องต้น เช่น การวัดความดัน การแจกจ่ายยาแก้ปวด แก้ไข ซึ่งเป็นการให้บริการสาธารณสุขมูลฐานเป็นการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานจึงเป็นความสำคัญและความจำเป็นที่ประชาชนทุกคนในประเทศจะมีโอกาสที่จะเข้ารับบริการบริการด้านสุขภาพจากสถานพยาบาลโดยบุคลากรที่มีความรู้และความชำนาญ ที่ได้รับอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน โดยไม่คำนึงถึงสถานะภาพของประชาชนแต่ละคนเพราะถือว่าประชาชนทุกคนต่างก็มีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่เหมือน ๆ กันที่จะต้องได้รับการคุ้มครองจากรัฐซึ่งหากพิจารณาเฉพาะประชาชนไทยจะพบว่ารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยซึ่งเป็นกฎหมายสูงสุดของประเทศที่กำหนดนโยบาย และวางแนวทางการบริหารการปกครองในด้านต่าง ๆ ไว้และในส่วนของการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพที่ประชาชนทุกคนจะได้รับสิทธิและการคุ้มครองจากรัฐธรรมนูญที่มีความเสมอภาคกันนั้น แต่ที่เป็นปัญหาก็คือ หากพิจารณาจากพระราชบัญญัติว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพหรือสิทธิในการได้รับการรักษาพยาบาลนั้นกลับพบว่ากฎหมายที่ใช้บังคับในปัจจุบันมีอยู่ 3 ฉบับ ที่กำหนดสถานะของประชาชนในการมีสิทธิเข้ารับการรักษาพยาบาลที่มีความแตกต่างกัน จึงน่าจะเป็นการขัดแย้งกับรัฐธรรมนูญที่เป็นกฎหมายแม่บท โดยศักดิ์ของกฎหมายที่อยู่เหนือพระราชบัญญัติซึ่งพบว่ากฎหมายทั้ง 3 ฉบับ คือ พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 กลับมีบทบัญญัติที่มีความแตกต่างกันในด้านการคุ้มครองสิทธิการรักษาพยาบาลของประชาชน

การวิจัยนี้จึงมีความประสงค์ที่จะวิเคราะห์ถึงสิทธิการรักษาพยาบาลที่ได้รับการคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยและสิทธิในการรักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติแต่ละฉบับเพื่อชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างของการได้รับสิทธิการรักษาพยาบาล และความขัดแย้งของบทบัญญัติที่มีต่อรัฐธรรมนูญ นำไปสู่การพัฒนากฎหมายให้เกิดการคุ้มครองสิทธิที่มีความเสมอภาคในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพและสิทธิอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยกำหนดประเด็นการวิเคราะห์ ดังต่อไปนี้

1. สถานการณ์ของปัญหาและผลกระทบจากการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

หลักการสำคัญของการคุ้มครองประชาชนของประเทศให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีจากการเจ็บป่วยก็คือ การที่รัฐมีหน้าที่ในการจัดบริการด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนทุกคนที่จะเข้าถึงการรักษาพยาบาลยามเจ็บป่วย ซึ่งมีบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 47 “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย” เมื่อกฎหมายสูงสุดของประเทศกำหนดให้เป็นพันธกิจของรัฐแล้วย่อมหมายความว่า เป็นสิทธิของประชาชนที่จะได้รับการคุ้มครองในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลที่มีความเสมอภาคกันโดยไม่คำนึงถึงสถานะของประชาชนตามที่มีกฎหมายกำหนดไว้

ปัญหาที่มีอยู่ในปัจจุบันคือประชาชนไทยถูกกำหนดการเข้าถึงการรักษาพยาบาลไว้ตามสถานะของประชาชน คือ การเป็นข้าราชการสามารถเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 และการเป็นผู้ใช้แรงงานสามารถเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 แต่ที่เป็นปัญหาก็คือการให้สิทธิในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพกลับมีความแตกต่างกันทำให้เห็นถึงความไม่เสมอภาคในด้านการรักษาพยาบาลทั้ง ๆ ที่เป็นหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐที่จะต้องจัดบริการด้านสถานพยาบาลที่จะให้สิทธิประชาชนทุกคนที่จะใช้สิทธิรักษาพยาบาลได้เท่าเทียมกัน การให้ยาสำหรับการรักษาโรคที่เหมือนกันก็ควรที่จะได้รับยาประเภทและคุณภาพเดียวกันกับการเยียวยาความเสียหายเบื้องต้นจากความเสียหายที่เกิดขึ้นจากข้อผิดพลาดในการรักษาพยาบาลของบุคลากรทางการแพทย์ที่จำเป็นจะต้องให้การเยียวยาในการแก้ไขข้อผิดพลาดนั้นเพราะเกี่ยวข้องโดยตรงกับสุขภาพของประชาชน

ปัญหาดังกล่าวนี้หากพิจารณาจากกฎหมาย 3 ฉบับ คือ พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และพระราชกฤษฎีกาเงิน

สวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 จะพบถึงความแตกต่างใน 3 ด้านดังกล่าว ทำให้เห็นถึงความแตกต่างที่แสดงถึงความไม่เสมอภาคของประชาชนที่ได้รับจากข้อกำหนด โดยกฎหมายทั้ง 3 ฉบับ ดังนี้

1) การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ

การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพจะต้องมีการลงทะเบียนใช้สิทธิ เพื่อเลือกหน่วยบริการ ประจํารับบริการสาธารณสุขตามสิทธิที่ผู้เข้ารับบริการสาธารณสุขมีสิทธิในการรับบริการ ผู้เป็นข้าราชการหากเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลนั้นสามารถจะเข้ารับรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐได้ทุกแห่งโดยไม่จำกัดว่าเป็นโรงพยาบาลของรัฐในสังกัดหน่วยงานใน ระดับส่วนกลางหรือ ส่วนภูมิภาค หรือส่วนท้องถิ่น โดยค่าใช้จ่ายจะสามารถเบิกจ่ายโดยตรงระหว่างสถานพยาบาลกับ กระทรวงการคลัง แต่มีข้อจำกัด คือ ค่ายาสามารถเบิกได้เฉพาะยาที่กำหนดไว้ในบัญชียาที่ กระทรวงการคลังกำหนดไว้เท่านั้น และหากจำเป็นต้องรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลเอกชน หากเป็นคนไข้นอกไม่สามารถเบิกจ่ายได้ แต่หากเป็นคนไข้ในที่ต้องพักรักษาในสถานพยาบาลก็สามารถ เบิกจ่ายได้เท่าที่กระทรวงการคลังกำหนดเท่านั้น สำหรับผู้ใช้แรงงานที่ใช้สิทธิประกันตนตาม กฎหมายนั้นการจะเข้ารับการรักษาพยาบาลได้นั้นจะต้องเลือกสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน ได้ 1 สถานพยาบาลในรอบ 1 ปี และต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลได้เฉพาะที่ระบุไว้ใน การลงทะเบียนล่วงหน้า ส่วนสิทธิของประชาชนที่ใช้บัตรทอง จะเข้ารับการรักษาพยาบาลได้เฉพาะ สถานพยาบาลของรัฐที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้เท่านั้น

ในกรณีฉุกเฉินทั้งข้าราชการ ผู้ใช้แรงงาน ก็สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลได้ทุก สถานพยาบาลที่จำเป็นแต่มีสิทธิเพียง 72 ชั่วโมงก็ต้องย้ายไปยังสถานพยาบาลที่มีสิทธิ

สภาวะการณ์ของการใช้สิทธิเลือกสถานพยาบาลจึงเป็นปัญหาต่อผู้ใช้สิทธิบัตรทอง และผู้ใช้สิทธิประกันสังคม สิทธิข้าราชการ คือ การเข้ารับบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการอื่น โดยไม่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ทำให้ผู้ใช้สิทธิทั้งสามสิทธิต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเอง ซึ่งจากการ สัมภาษณ์เชิงลึกประชากรที่เป็นข้าราชการกล่าวว่าปัญหาที่ได้รับ คือ การเลือกสถานพยาบาลในการ เข้ารับบริการนั้นควรมีการขยายสิทธิการเบิกจ่ายไปในกรณีของโรงพยาบาลเอกชนด้วยเช่นเดียวกับ ผู้ใช้สิทธิประกันสังคมที่ให้สถานพยาบาลเอกชนเข้ามาเป็นหน่วยพยาบาลทางเลือกเพื่อลดความ แออัดในการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐ การสัมภาษณ์เชิงลึกประชากรที่เป็นผู้ประกันตน กล่าวว่า การเลือกสถานพยาบาลไม่ควรกำหนดให้เลือกเพียงแห่งเดียวควรมีการแก้ไขให้สามารถ เข้ารักษาพยาบาลโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชนที่รับการรักษาพยาบาลจากสิทธิประกันสังคม ส่วนการสัมภาษณ์เชิงลึกประชาชนที่ใช้บัตรทอง กล่าวว่า กฎหมายไม่ควรจะกำหนดให้มีการเลือก สถานพยาบาล ผู้ใช้สิทธิบัตรทองสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลโรงพยาบาลของรัฐได้ทุกแห่ง

เช่นเดียวกับผู้ใช้สิทธิข้าราชการ

2) ประเภทของสิทธิที่ได้รับ

ประเภทของสิทธิที่กฎหมายกำหนดให้แก่ ผู้ใช้สิทธิข้าราชการ ผู้ใช้สิทธิประกันสังคม และผู้ใช้สิทธิสิทธิบัตรทอง เช่น การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การบริการสาธารณสุข ประเภทอื่น ๆ นอกเหนือจากกฎหมายกำหนด ผู้ใช้บริการจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ประเภทของสิทธิที่เป็นปัญหาต่อผู้ใช้สิทธิบัตรทองและผู้ใช้สิทธิประกันสังคม สิทธิข้าราชการ คือ สิทธิในการรักษาพยาบาลบางประเภทที่กฎหมายไม่ได้คุ้มครอง จากการสัมภาษณ์เชิงลึกประชากรที่เป็นข้าราชการ ประชาชน ผู้ประกันตน มีปัญหาที่เหมือนกันกล่าวว่า กฎหมายควรมีการบัญญัติการคุ้มครองการรักษาพยาบาลให้ครอบคลุมทุกโรค

ปัญหาประเภทของสิทธิบัตรทองต้องเป็นประชาชนคนไทยที่มีเลขบัตรประชาชน 13 หลัก ซึ่งไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาลจากหลักประกันอื่น สำหรับสิทธิข้าราชการจะเริ่มตั้งแต่วันที่ได้รับการบรรจุแต่งตั้งและหมดสิทธิเมื่อ ลาออก ถูกไล่ออก หรือเสียชีวิต และกรณีถูกระงับสิทธิเพราะถูกพักราชการ สำหรับบุคคลในครอบครัวของผู้มีสิทธินั้น อิงการเกิดสิทธิและหมดสิทธิของผู้มีสิทธิ ผู้ประกันตนจะได้รับสิทธิบริการสาธารณสุขต่อเมื่อผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมตามที่กฎหมายกำหนด เช่น ผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินเข้ากองทุนประกันสังคมครบ 3 เดือนจึงมีสิทธิตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

ปัญหาต่อผู้ใช้สิทธิบัตรทองและผู้ใช้สิทธิประกันสังคม สิทธิข้าราชการก็คือทำให้เกิดข้อจำกัดในการเข้าถึงสิทธิ ซึ่งจากการสัมภาษณ์เชิงลึกประชากรที่เป็นข้าราชการกล่าวว่า กระบวนการเข้าถึงสิทธิในการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากโรงพยาบาลของรัฐที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติเป็นโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยมีสถานะเป็นโรงพยาบาลราชการมีการกำหนดอัตราค่าบำรุง ค่าธรรมเนียมอื่น ๆ นอกเหนือจากอัตราค่าเบิกจ่ายตามที่กฎหมายกำหนดจึงเป็นภาระในการหาเงินมาชำระค่ารักษาพยาบาลของผู้ใช้สิทธิ สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกกระบวนการเข้าถึงสิทธิการจ่ายยา ผู้ใช้สิทธิข้าราชการ ผู้ใช้สิทธิประกันสังคมและผู้ใช้สิทธิบัตรทองกล่าวเหมือนกันว่า การจ่ายยาจะได้รับการคุ้มครองสิทธิตามระบบบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้น หากโรคใดที่ต้องการยาในการรักษา นอกเหนือจากยาที่ระบุไว้ในบัญชียาค่าใช้จ่ายทั้งหมดผู้ใช้สิทธิเป็นผู้จ่าย

3) การเยียวยาความเสียหาย

การเยียวยาความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรับบริการสาธารณสุข ผู้ใช้สิทธิบัตรทอง และผู้ใช้สิทธิประกันสังคม จะได้รับการเยียวยาความเสียหายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกองทุนประกันสังคม สิทธิข้าราชการ กรณีได้รับความเสียหายนั้นต้องฟ้องเรียกค่าเสียหายต่อศาลส่งผลกระทบต่อผู้เสียหายที่ต้องพิสูจน์ต่อศาลตามหลักวิธีพิจารณาความแพ่ง มาตรา 84/1 ที่บัญญัติไว้ว่า “คู่ความฝ่ายใดกล่าวอ้างข้อเท็จจริงเพื่อสนับสนุนคำคู่ความของตนให้ คู่ความฝ่ายนั้นมีภาระการพิสูจน์ข้อเท็จจริงนั้น แต่ถ้ามีข้อสันนิษฐานไว้ในกฎหมายหรือมีข้อ สันนิษฐานที่ควรจะเป็นซึ่งปรากฏจากสภาพปกติธรรมดาของเหตุการณ์เป็นคุณแก่คู่ความฝ่ายใด คู่ความฝ่ายนั้นต้องพิสูจน์เพียงว่าตนได้ปฏิบัติตามเงื่อนไขแห่งการที่ตนจะได้รับประโยชน์จากข้อ สันนิษฐานนั้นครบถ้วนแล้ว” ทำให้ผู้เสียหายที่เป็นประชาชนที่ได้รับความเสียหายจากความผิดพลาด ของการรักษาพยาบาลจะต้องทำหน้าที่พิสูจน์ความเสียหายซึ่งเป็นการยุ่งยากมากและบางครั้งเกิน ความสามารถที่จะพิสูจน์ได้

การเยียวยาที่เป็นปัญหาต่อการพิสูจน์ความเสียหายผู้ใช้สิทธิบัตรทอง ผู้ใช้สิทธิ ประกันสังคมและสิทธิข้าราชการ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกประชากรทั้งสามสิทธิมีความเห็นเหมือนกัน คือ การใช้สิทธิทางศาลเรียกร้องค่าเสียหายที่เกิดจากการรับบริการสาธารณสุขต้องใช้เวลาในการพิจารณา คดีทำให้การเยียวยาไม่ทันต่อความเสียหายที่เกิดขึ้น และหากแพ้คดีก็จะไม่ได้รับการเยียวยาความ เสียหายทั้งที่ความเสียหายนั้นได้เกิดขึ้นจริง

การยื่นคำร้องในการขอรับการเยียวยาความเสียหายที่เกิดจากหน่วยบริการตามมาตรา 41 ของผู้ใช้สิทธิบัตรทองและปัญหาจากการยื่นคำร้องในการขอรับการเยียวยาความเสียหายของ ผู้ใช้สิทธิประกันสังคมที่เกิดจากหน่วยบริการตามมาตรา 63 (7) ปัญหาอีกประการหนึ่ง คือ คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในกรณี ที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลจากการใช้สิทธิบัตรทอง สิทธิ ประกันสังคม คณะกรรมการการพิจารณาค่าเสียหายทั้งสองสิทธิไม่มีตัวแทนจากสำนักงาน คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) สำหรับสิทธิในการรักษาพยาบาลข้าราชการและบุคคลใน ครอบครัวไม่มีการกำหนดถึงการเยียวยาเบื้องต้นในกรณีได้รับความเสียหายที่เกิดจากหน่วยบริการ

ข้อจำกัดที่ปัญหาต่อผู้ใช้สิทธิบัตรทอง ผู้ใช้สิทธิประกันสังคมและสิทธิข้าราชการ เกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการ รักษาพยาบาล ซึ่งจากการสัมภาษณ์เชิงลึกประชากรที่เป็นข้าราชการกล่าวว่าปัญหาที่ได้รับคือ เมื่อ ได้รับความเสียหายที่เกิดจากการที่หน่วยบริการไม่มีขั้นตอนและวิธีการการเยียวยาความเสียหาย เช่นเดียวกับผู้ใช้สิทธิบัตรทองและผู้ใช้สิทธิประกันสังคม เมื่อเกิดความเสียหายกลับต้องนำเรื่อง

ไปฟ้องร้องต่อศาลเพื่อเรียกค่าเสียหายที่เกิดจากหน่วยบริการทำให้เกิดค่าใช้จ่ายระหว่างดำเนินคดี เช่น ค่าธรรมเนียมศาล ค่าทนายความ ตกเป็นภาระแก่ผู้เสียหายกับการสัมภาษณ์เชิงลึก ประชากรที่เป็นผู้ประกันตนและประชาชนที่ใช้บัตรทองมีความเห็นเหมือนกัน กล่าวคือ นอกจากการเยียวยาเบื้องต้นที่เกิดจากหน่วยบริการควรมีการเยียวยาจากความเสียหายที่เกิดจากกรณีอื่นด้วย เช่น ความเสียหายที่เกิดจากการกระทำผิดจรรยาบรรณวิชาชีพของบุคลากรทางสาธารณสุข

จากสถานการณ์แห่งปัญหาดังกล่าวข้อมูชี้ให้เห็นได้ว่าคนไทยนั้นมีความแตกต่างในเรื่องสิทธิการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพเนื่องจากกฎหมายกำหนดสิทธิของคนไทย คือ การใช้สิทธิตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ของผู้จ้างงาน การใช้สิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ของประชาชนทั่วไป และการใช้สิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 ของข้าราชการ ซึ่งทำให้เห็นถึงความแตกต่างในด้านการเข้าถึงการคุ้มครองตามหลักประกันสุขภาพและที่สำคัญ คือ ปัญหาสิทธิที่จะได้รับการเยียวยาเบื้องต้นจากกรณีการรักษาพยาบาลที่ผิดพลาดหรือประมาทเลินเล่อ ตามที่ได้กล่าวมาแล้ว ปัญหาดังกล่าวนี้ข้อมูแสดงให้เห็นถึงสิทธิของคนไทยถูกกำหนดโดยกฎหมายแตกต่างกันในกฎหมาย 3 ฉบับ ทำให้เกิดความไม่เสมอภาคในการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพและส่งผลไปถึงสิทธิที่จะได้รับการเยียวยาเบื้องต้นที่ได้รับความเสียหายจากผลของการรักษาพยาบาลที่มีไม่เกิดจากตัวผู้เสียหายแต่เกิดจากบุคลากรทางการแพทย์ แต่โอกาสในการได้รับการเยียวยาเบื้องต้นกลับแตกต่างกันตามแต่บทบัญญัติกฎหมายจะได้กำหนดไว้ ซึ่งหากพิจารณาการคุ้มครองสิทธิแล้วข้อมูคัดต่อรัฐธรรมนูญและคัดต่อหลักสิทธิมนุษยชน รวมทั้งคัดต่อหลักการคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งปัญหาดังกล่าวนี้เป็นผลมาจากบทบัญญัติกฎหมายในปัจจุบัน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องปรับปรุงแก้ไขกฎหมาย

จากสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันกับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพที่ยังคงมีบางประเด็นที่เห็นถึงความแตกต่างกันระหว่างผู้ใช้สิทธิที่มีสถานะตามกฎหมายที่กำหนดให้มีความแตกต่างกันดังได้กล่าวมาแล้วนั้น ยังมีอีกปัญหาหนึ่งที่มีความแตกต่างกันนั่นก็คือ การเยียวยาเบื้องต้นจากความเสียหายที่ได้รับจากข้อผิดพลาดในการรักษาพยาบาลของบุคลากรทางการแพทย์ทำให้ผู้เสียหายจะต้องเข้ารับการรักษาใหม่และฟื้นฟูอาการที่เกิดจากข้อผิดพลาดนั้น ซึ่งในปัจจุบัน พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีบทบัญญัติในเรื่องกองทุนหลักประกันสุขภาพ ซึ่งให้การคุ้มครองเพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขรวมทั้งการเยียวยาความเสียหายเบื้องต้นที่เกิดจากหน่วยบริการส่วนประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ก็มีกองทุนประกันสังคมที่สามารถจะเป็นทุนใช้จ่ายให้ผู้ประกันตนได้รับประโยชน์ทดแทนและเยียวยาความเสียหายเบื้องต้นที่เกิดจากหน่วยบริการ

ข้าราชการกลับไม่พบว่ามียากองทุนใด ๆ ที่จะให้การเยียวยาเบื้องต้นส่งผลให้ข้าราชการมีค่าใช้จ่ายเบื้องต้นจนกว่าจะได้ฟ้องร้องเป็นคดีและชนะคดีจึงจะได้ค่าใช้จ่ายคืน แต่หากแพ้คดีเนื่องจากปัญหาของการพิสูจน์ความเสียหายที่อาจเป็นข้อจำกัดของข้าราชการที่อาจไม่สามารถหาพยานหลักฐานมายืนยันความเสียหายได้เนื่องจากเป็นข้อมูลทางด้านเทคนิคที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล ข้าราชการนั้นก็ต้องรับภาระเองทั้งที่มีได้เกิดจากความผิดหรือความบกพร่องของข้าราชการ

ปัญหาที่กล่าวมาทั้งหมด คือ สภาวะการณ์ที่เกิดขึ้นมาในปัจจุบันที่ชี้ให้เห็นว่ากองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และกองทุนประกันสังคมตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 มีหลักการที่ดีแต่อยู่ภายใต้ข้อจำกัดของกฎหมาย เพราะฉะนั้นการวิจัยจึงมีแนวคิดในการศึกษาและวิจัยเพื่อให้ได้แนวทางในการคุ้มครองความเสียหายเบื้องต้นจากการบริการสาธารณสุขที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุขจากผู้ประกอบวิชาชีพทั้ง 7 ประเภท ได้แก่ วิชาชีพกายภาพบำบัด วิชาชีพเภสัชกรรม วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ วิชาชีพทันตกรรม วิชาชีพเวชกรรม วิชาชีพการแพทย์แผนไทย วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ในกรณีที่ไม่มียากองทุนคุ้มครองความเสียหายเบื้องต้นเป็นการเฉพาะ แม้จะมีการควบคุมจรรยาบรรณการประกอบวิชาชีพที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติวิชาชีพแต่ก็ไม่ส่งผลต่อการให้การคุ้มครองความเสียหายเบื้องต้นจากการบริการสาธารณสุขของผู้ประกอบวิชาชีพ ทำให้เกิดความล่าช้าในการเยียวยาเบื้องต้นเมื่อเกิดความเสียหาย จากการคุ้มครองสิทธิในการรักษาพยาบาลการเยียวยาเบื้องต้นกรณีข้อผิดพลาดจากการรับบริการสาธารณสุขและการมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูจากข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้น

2. การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพตามกฎหมายไทย

มนุษย์อยู่ร่วมกันในลักษณะสังคมอยู่ในดินแดนมีอาณาเขตแน่นอน และมีรัฐบาลซึ่งมีอำนาจอธิปไตยหรืออำนาจสูงสุดในการดำเนินกิจการของรัฐในประเทศและนอกประเทศโดยอิสระ ดังนั้นรัฐจึงเป็นสังคมที่มีการจัดองค์กรทางการเมืองแตกต่างจากการรวมตัวกันเป็นสังคมแบบธรรมชาติ ๆ ความหมายของรัฐจึงมีองค์ประกอบที่สำคัญที่สุด คือ ประชากร ดินแดน รัฐบาล อธิปไตย ในบรรดาคำประกอบทั้ง 4 อย่างนี้ นอกจาก ดินแดน รัฐบาล อำนาจอธิปไตยแล้ว ประชาชนยังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งหากประชาชนของรัฐหรือของประเทศเหล่านั้นมีประชาชนที่สุขภาพพลานามัยสมบูรณ์และแข็งแรงจะทำให้ประเทศมีกำลังประชาชนที่จะช่วยกันพัฒนาประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพในทางกลับกันหากประเทศใดประชาชนในประเทศมีสุขภาพพลานามัยที่ไม่สมบูรณ์ย่อมส่งผลกระทบต่อระบบทางสังคม ระบบเศรษฐกิจของประเทศและด้านอื่น ๆ อีกมากมาย ทำให้ประเทศไม่พัฒนา แต่ที่เป็นปัญหาคือได้กล่าวมาแล้วในข้อ 1 แสดงให้เห็น

ได้ว่าสิทธิในการเข้าถึงการคุ้มครองด้านสุขภาพกลับถูกจำกัดโดยกฎหมายที่กำหนดให้สิทธิในการเข้าถึงหลักประกันประกันสุขภาพของประชาชนที่แตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพนี้ โดยมุ่งไปสู่สิทธิในการคุ้มครองความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลที่เกิดความผิดพลาดไม่ว่าจะโดยประมาทเดินเล่อหรือไม่ จากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีหน้าที่รักษาพยาบาลในการได้รับการ ชดเชยค่าใช้จ่ายเบื้องต้นจากผู้เสียหายที่กฎหมายจำกัดสิทธิเฉพาะประชาชนทั่วไปและผู้ใช้แรงงานเท่านั้น ซึ่งการวิเคราะห์ในส่วนนี้ได้ นำเอาบทบัญญัติกฎหมายที่เกี่ยวข้องมาวิเคราะห์เพื่อชี้ให้เห็นถึงความไม่เสมอภาคในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพของประชาชน รายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยซึ่งเป็นกฎหมายสูงสุดของประเทศที่มีบทบัญญัติคุ้มครองประชาชนสิทธิและเสรีภาพแก่ประชาชนในด้านต่าง ๆ สำหรับด้าน “การสาธารณสุข” นั้นมีความสำคัญอย่างมากเพราะจะแสดงให้เห็นถึงการมีสุขภาพและสุขอนามัยที่ดีของประชาชนทั้งประเทศ ดังที่ ศาสตราจารย์ ชาร์ลส์ เอ็ดเวิร์ด เอ วินสโลว์ (Charles Edward A. Winslow) ผู้มีชื่อเสียงทางด้านสาธารณสุข ได้ให้คำจำกัดความของคำว่า “การสาธารณสุข” ไว้ เมื่อ พ.ศ. 2464 ว่า “การสาธารณสุขเป็นวิทยาการ และศิลปะแห่งการป้องกันโรค การทำให้อายุยืนยาว การส่งเสริมอนามัย และประสิทธิภาพของบุคคล โดยความร่วมมือร่วมแรงร่วมใจของชุมชนในเรื่องต่าง ๆ อันได้แก่ การสุขาภิบาล สิ่งแวดล้อม การควบคุมโรคติดต่อ การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคล การจัดบริการทางการแพทย์และพยาบาล เพื่อการวินิจฉัยโรคตั้งแต่เริ่มแรก และให้การรักษา เพื่อมิให้ลุกลามต่อไป รวมทั้งการพัฒนาโลกแห่งสังคม เพื่อให้ทุกคนมีมาตรฐานการครองชีพ ที่เพียงพอต่อการดำรงไว้ ซึ่งอนามัยที่ดีของตน” (การสาธารณสุข, ออนไลน์, 2564) จากคำจำกัดความแสดงให้เห็นว่าการสาธารณสุข มีความสำคัญทั้งต่อตัวบุคคลและสังคม กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีสุขภาพที่แข็งแรงสามารถทำงานประกอบอาชีพได้อย่างเต็มที่สร้างฐานะครอบครัวให้มั่นคงและดำรงชีพได้อย่างผาสุกก็จะทำให้สังคมนั้น มีความเข้มแข็งและเจริญก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว ทั้งในด้านเศรษฐกิจและความมั่นคงของประเทศโดยรวม แต่อย่างไรก็ตาม การเจ็บไข้ได้ป่วยย่อมเกิดขึ้นเป็นธรรมดาของมนุษย์ทุกคนที่หลีกเลี่ยงอย่างไรก็หลีกเลี่ยงไม่พ้น การที่จะให้ประชาชนมีสุขภาพดีเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยรัฐก็จะมีการให้บริการในการรักษาพยาบาลที่ครอบคลุมเพื่อการป้องกันและรักษาโรคให้ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ กลับคืนสู่สภาวะปกติ โดยไม่ให้เกิดข้อจำกัดในด้านต่าง ๆ ในการเข้ารับบริการสาธารณสุขจากรัฐ ดังนั้น รัฐธรรมนูญไทยจึงได้มีบทบัญญัติให้การคุ้มครองสิทธิการเข้าถึงการสาธารณสุขแก่คนไทยไว้

การคุ้มครองสิทธิการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพของประชาชนนั้นพบว่ามีตั้งแต่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2534 บัญญัติไว้ใน มาตรา 83 “รัฐพึงส่งเสริมการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน โดยทั่วถึงกัน และพึงให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ยากไร้โดยไม่คิดมูลค่า และพึงส่งเสริมให้เอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะทำได้ การปกป้องและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐจะต้องกระทำให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเห็นการณ์” จากบทบัญญัตินี้ที่กำหนดให้เป็นหน้าที่ของรัฐต้องส่งเสริมการสาธารณสุขให้ได้มาตรฐานเดียวกันโดยไม่คำนึงถึงสถานะของประชาชนที่เข้ารับการักษาพยาบาล โดยเฉพาะผู้ยากไร้ที่เข้ารับการรักษาโดยไม่คิดมูลค่าและรัฐจะต้องปกป้อง ขจัดโรคติดต่ออันตรายให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเห็นการณ์รวมทั้งส่งเสริมให้เอกชนมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการสาธารณสุขของรัฐในการเข้ารับการรักษาพยาบาลของประชาชน

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มีบัญญัติใน มาตรา 52 “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้ การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ” บทบัญญัตินี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญที่จะให้สิทธิแก่ประชาชนทุกคนในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมและเสมอภาคกัน โดยเฉพาะประชาชนที่ยากไร้หรือมีปัญหาทางเศรษฐกิจที่รัฐจะต้องให้สิทธิในการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายหรือเสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด ซึ่งก็นำไปสู่การตราพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2542 และพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กฎหมายทั้งสองฉบับเป็นกฎหมายที่บัญญัติเกี่ยวกับสิทธิของผู้ใช้แรงงานและประชาชนทั่วไปในการเข้าถึงสิทธิในการรักษาพยาบาล ที่ได้กำหนดสถานะของประชาชน ที่เป็นผู้ใช้แรงงานกับประชาชนทั่วไปในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 51 “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสม โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์” รัฐธรรมนูญ ฉบับนี้ กำหนดความชัดเจนของสถานะของประชาชนที่จะได้รับการคุ้มครองสิทธิในการ

เข้าถึงหลักประกันสุขภาพ แก่ข้าราชการหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ ส่งผลให้มีการตราพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 เกี่ยวกับการเข้าถึงสิทธิในการรับบริการสาธารณสุขของข้าราชการ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 47 “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย” รัฐธรรมนูญฉบับนี้มีเป้าหมายเช่นเดียวกับรัฐธรรมนูญ ฉบับพุทธศักราช 2534 ฉบับพุทธศักราช 2540 และ ฉบับพุทธศักราช 2550 ที่มีบทบัญญัติให้การคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพที่จะรับบริการสาธารณสุขไว้อย่างชัดเจน แต่ที่เป็นปัญหาก็คือในปัจจุบันพบว่า กฎหมายที่เกี่ยวข้องได้แบ่งการเข้าถึงสิทธิของประชาชน ดังรายละเอียดจะได้วิเคราะห์ต่อไป

ปัญหาที่เกิดขึ้นจากความแตกต่างของสิทธิในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพนี้เอง หากพิจารณาในแง่มุมมองของความเป็นมนุษย์แล้วไม่ว่าประชาชนจะอยู่ในสถานะใดก็ย่อมเป็นประชาชนเหมือนกันหรืออาจกล่าวได้อีกนัยหนึ่งก็คือความเป็นคน หรือเป็นมนุษย์ที่เหมือนกันจึงถือว่าย่อมมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Human Dignity) เหมือน ๆ กัน ซึ่งได้รับการคุ้มครองโดยรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยด้วยกัน โดยมีบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับพุทธศักราช 2540 และ ฉบับพุทธศักราช 2550 โดยมีบทบัญญัติในมาตรา 4 เหมือนกันทุกฉบับว่า “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ และเสรีภาพของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย” ส่วนรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มีบทบัญญัติที่เพิ่มความชัดเจนของการคุ้มครองไว้มากขึ้นในมาตรา 4 “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคของบุคคล ย่อมได้รับความคุ้มครอง ปวงชนชาวไทยย่อมได้รับความคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญเสมอกัน”

จากบทบัญญัติดังกล่าวนี้ย่อมชี้ให้เห็นถึงหลักการคุ้มครองสิทธิแก่ประชาชนต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่จะได้รับการคุ้มครองสิทธิในการรักษาพยาบาลที่มีความเสมอภาค เท่าเทียมกัน โดยให้ถือว่าเป็นบริการสาธารณะที่รัฐจะต้องให้ความสำคัญคุ้มครอง ดังที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ได้บัญญัติไว้ในแนวนโยบายแห่งรัฐ มาตรา 82 บัญญัติไว้ว่า “รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง” และรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านการสาธารณสุข มาตรา 80 (2) “ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาวะที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข โดยผู้มีหน้าที่ให้บริการ

ดังกล่าวซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรม ย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย’ ซึ่งมีการบัญญัติถึงรัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงและเป็นครั้งแรกที่บัญญัติถึงการคุ้มครองผู้ที่ให้บริการสาธารณสุขซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรม รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 บัญญัติไว้ใน มาตรา 55 ได้กำหนดให้ “รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด บริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรคการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย รัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง”

บทบัญญัติรัฐธรรมนูญทั้ง 3 ฉบับ กำหนดให้รัฐมีหน้าที่จัดบริการทางด้านสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพและทั่วถึงตามแนวนโยบายพื้นฐานของรัฐรวมถึงรัฐต้องจัดให้มีมาตรการหรือกลไกที่มีประสิทธิภาพในการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิประชาชนซึ่งถือเป็นผู้บริโภครัฐมีหน้าที่จัดบริการทางด้านสาธารณสุข ซึ่งถือว่าเป็นสิทธิของประชาชนที่ส่งผลให้รัฐต้องมีหน้าที่ดำเนินการให้การคุ้มครอง ดังที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 บัญญัติไว้ในหมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย มาตรา 57 “สิทธิของบุคคลซึ่งเป็นผู้บริโภคย่อมได้รับความคุ้มครอง ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ กฎหมายตามวรรคหนึ่งต้องบัญญัติให้มีองค์การอิสระซึ่งประกอบด้วย ตัวแทนผู้บริโภคทำหน้าที่ให้ความเห็นในการตรากฎหมาย กฎ และข้อบังคับ และให้ความเห็นในการกำหนดมาตรการต่าง ๆ เพื่อคุ้มครองผู้บริโภค” และรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 บัญญัติไว้ใน หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย มาตรา 61 “สิทธิของบุคคลซึ่งเป็นผู้บริโภคย่อมได้รับความคุ้มครองในการได้รับข้อมูลที่เป็นความจริง และมีสิทธิร้องเรียนเพื่อให้ได้รับการแก้ไขเยียวยาความเสียหาย รวมทั้งมีสิทธิรวมตัวกันเพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้บริโภค ให้มีองค์การเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคที่เป็นอิสระจากหน่วยงานของรัฐซึ่งประกอบด้วยตัวแทนผู้บริโภค ทำหน้าที่ให้ความเห็นเพื่อประกอบการพิจารณาของหน่วยงานของรัฐในการตราและการบังคับใช้กฎหมายและกฎ และให้ความเห็นในการกำหนดมาตรการต่าง ๆ เพื่อคุ้มครองผู้บริโภค รวมทั้งตรวจสอบและรายงานการกระทำหรือละเลยการกระทำอันเป็นการคุ้มครองผู้บริโภค ทั้งนี้ ให้รัฐสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการขององค์การอิสระดังกล่าวด้วย”

จากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ทั้ง 3 ฉบับดังกล่าว ย่อมชี้ให้เห็นได้ว่ารัฐธรรมนูญของประเทศให้การคุ้มครองหลักประกันสุขภาพที่เหมือนกันใน 4 ด้าน คือ

- 1) มีสิทธิเสมอภาคในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน
- 2) ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ
- 3) มีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐ
- 4) รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม ป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ

การคุ้มครองหลักประกันสุขภาพที่เหมือนกันใน 4 ด้านของรัฐธรรมนูญซึ่งเป็นกฎหมายสูงสุดของประเทศที่วางหลักการคุ้มครองด้านสิทธิเสรีภาพในด้านต่าง ๆ นั่นก็เพื่อให้การจัดทำกฎหมายลำดับรองคือพระราชบัญญัติให้สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญ ดังนั้นการวิจัยจึงได้นำเอาพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 มาวิเคราะห์เพื่อชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างของการคุ้มครองด้านสุขภาพของประชาชนเพื่อหาคำตอบยืนยันถึงความไม่สอดคล้องของกฎหมายกับรัฐธรรมนูญโดยกำหนดประเด็นการวิเคราะห์ ประกอบด้วย ผู้ได้รับสิทธิ ประเภทของสิทธิที่ได้รับ กระบวนการเข้าถึง การขึ้นทะเบียนสิทธิ ข้อจำกัด การเยียวยา และความรับผิดชอบ ซึ่งประเด็นดังกล่าวนี้จะวิเคราะห์ตามหลักการคุ้มครองที่รัฐธรรมนูญให้ไว้ใน 4 ด้าน ดังนี้

1. ความเสมอภาคในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพที่ได้มาตรฐาน

บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอภาคในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน “บุคคล” หมายถึง คนซึ่งสามารถมีสิทธิและหน้าที่ตามกฎหมาย เรียกว่า “บุคคลธรรมดา” (พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน,ออนไลน์, 2564) จะเกิดสิทธิต่าง ๆ ได้ตามกฎหมายบุคคลนั้นต้องมีสภาพบุคคลตามที่ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ บัญญัติไว้ใน มาตรา 15 “สภาพบุคคลย่อมเริ่มแต่เมื่อคลอดแล้วอยู่รอดเป็นทารกและสิ้นสุดลงเมื่อตาย ทารกในครรภ์มารดาก็สามารถมีสิทธิต่าง ๆ ได้ หากว่าภายหลังคลอดแล้วอยู่รอดเป็นทารก” จากบทบัญญัติดังกล่าว บุคคลในที่นี้ หมายถึง ประชาชน ผู้ประกันตน และข้าราชการ มีสิทธิเสมอภาคในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานโดยไม่เลือกปฏิบัติหรือมีการจำกัดสิทธิด้านใดด้านหนึ่งซึ่งทำให้เกิดความแตกต่างในการเข้าถึงสิทธิหลักประกันสุขภาพของผู้ใช้สิทธิบัตรทอง ผู้ใช้สิทธิประกันสังคม ผู้ใช้สิทธิข้าราชการ รายละเอียดดังนี้

(1) ผู้ได้รับสิทธิ

ผู้ได้รับสิทธิ หมายถึง ผู้ได้รับสิทธิบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการที่กฎหมายให้การคุ้มครองสิทธิตามที่กฎหมายแต่ละฉบับบัญญัติไว้ เช่น สิทธิของประชาชน ข้าราชการ

ผู้ประกันตน ที่กฎหมายให้การคุ้มครองสิทธิรับบริการสาธารณสุข ดังนี้

1.1 ผู้ใช้สิทธิบัตรทอง

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดสถานะของผู้ใช้สิทธิบัตรทองในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล มาตรา 5 บัญญัติไว้ว่า “บุคคลมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัติฉบับนี้” ซึ่งบุคคลในที่นี้ หมายถึง บุคคลที่มีสัญชาติไทย ดังนั้น ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ บุคคลที่มีสัญชาติไทยที่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก จึงมีสถานะของผู้ใช้สิทธิบัตรทองในการเข้ารับบริการสาธารณสุข มาตรา 3 หมายความว่า “บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งนี้ให้รวมถึงการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลป์ คณะกรรมการอาจกำหนดให้บุคคลที่เข้ารับบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการในอัตราที่กำหนดให้แก่หน่วยบริการในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ เว้นแต่ผู้ยากไร้หรือบุคคลอื่นที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดไม่ต้องจ่ายค่าบริการประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่บุคคลจะมีสิทธิได้รับให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด”

เมื่อพิจารณาบทบัญญัติมาตรา 5 และมาตรา 3 พบว่า กฎหมายให้การคุ้มครองสิทธิในหลักประกันสุขภาพโดยจำกัดเฉพาะประชาชนที่มีเลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลักเท่านั้นมีข้อยกเว้น กลุ่มบุคคลและการบริการที่ไม่ต้องจ่ายค่าบริการตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง บุคคลที่ไม่ต้องจ่ายค่าบริการ พ.ศ. 2555 ได้มีการแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2561

“ข้อ 2 ให้บุคคลดังต่อไปนี้ไม่ต้องเสียค่าบริการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้แก่

- (1) ผู้มีรายได้น้อย ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537 ผู้ให้หมายความร่วมมือผู้บัตรสวัสดิการแห่งรัฐด้วย
- (2) ผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนัน สารวัตรกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และแพทย์ประจำตำบลและบุคคลในครอบครัว
- (3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครและบุคคลในครอบครัว
- (4) ผู้ที่มีอายุเกินกว่า 60 ปีบริบูรณ์
- (5) เด็กอายุไม่เกิน 12 ปีบริบูรณ์

(6) คนพิการตามกฎหมายว่าด้วยส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ทั้งนี้จะมีบัตรประจำตัวคนพิการหรือไม่ก็ตาม

(7) พระภิกษุ สามเณรในพระพุทธศาสนา ซึ่งมีหนังสือสุทธิรับรอง แม่ชี นักบวช นักพรตและผู้นำศาสนาอิสลามที่มีหนังสือรับรองซึ่งหมายถึง กรรมการอิสลามประจำมัสยิด กรรมการอิสลามประจำจังหวัด กรรมการอิสลามแห่งประเทศไทย อิหม่าม คอเต็บ และบิหลั่นและบุคคลในครอบครัวของผู้นำศาสนาอิสลาม

(8) ทหารผ่านศึกทุกระดับชั้น (ชั้น 1 - 4) ที่มีบัตรทหารผ่านศึก และบุคคลในครอบครัวรวมถึงผู้ได้รับพระราชทานเหรียญชัยสมรภูมิและทายาท

(9) นักเรียนไม่เกินชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

(10) นักเรียนทหารและทหารเกณฑ์

(11) ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญงานพระราชสงครามในทวีปยุโรปและบุคคลในครอบครัว

(12) อาสาสมัครมาเลเรีย ตามโครงการของกระทรวงสาธารณสุขและบุคคลในครอบครัว

(13) ช่างสุขภัณฑ์หมู่บ้านตามโครงการของกรมอนามัยและบุคคลในครอบครัว

(14) ผู้บริหาร โรงเรียน และครูของโรงเรียนเอกชนที่สอนศาสนาอิสลามควบคู่กับวิชาสามัญ หรือวิชาชีพและบุคคลในครอบครัวในเขตจังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส สตูล สงขลา พัทลุง นครศรีธรรมราช ระนอง กระบี่ พังงา และภูเก็ต

(15) ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญราชการชายแดน

(16) ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญพิทักษ์เสรีชน

(17) สมาชิกผู้บริจาคโลหิตของสภากาชาดไทย ซึ่งมีหนังสือรับรองจากสภากาชาดไทยว่าได้บริจาคโลหิตตั้งแต่ 18 ครั้งขึ้นไป

(18) หมออาสาหมู่บ้านตามโครงการกระทรวงกลาโหม

(19) อาสาสมัครคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม

(20) อาสาสมัครทหารพรานในสังกัดกองทัพบก

(21) บุคคลที่แสดงความประสงค์ไม่จ่ายค่าบริการ”

ปัญหาสถานะของผู้ใช้สิทธิบัตรทอง คือ สถานะทางทะเบียนเป็นสิทธิเฉพาะตัวให้การคุ้มครองเฉพาะประชาชนที่มีเลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลักเท่านั้น

1.2 ผู้ใช้สิทธิข้าราชการ

พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 ให้การคุ้มครองสิทธิในการรักษาพยาบาลแก่ผู้มีสิทธิและครอบครัวโดยกำหนดไว้ในคำนิยามมาตรา 4 ได้บัญญัติเกี่ยวกับ “ผู้มีสิทธิ” หมายความว่า

“(1) ข้าราชการและลูกจ้างประจำซึ่งได้รับเงินเดือนหรือค่าจ้างประจำจากเงินงบประมาณรายจ่าย งบบุคลากรของกระทรวง ทบวง กรม เว้นแต่ข้าราชการตำรวจชั้นพลตำรวจซึ่งอยู่ในระหว่างรับการศึกษา อบรมในสถานศึกษาของสำนักงานตำรวจแห่งชาติก่อนเข้าปฏิบัติหน้าที่ราชการประจำ

(2) ลูกจ้างชาวต่างประเทศซึ่งมีหนังสือสัญญาจ้างที่ได้รับค่าจ้างจากเงินงบประมาณรายจ่าย และสัญญาจ้างนั้นมีได้ระบุเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลไว้

(3) ผู้ได้รับบำนาญปกติหรือผู้ได้รับบำนาญพิเศษเพราะเหตุทุพพลภาพตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการหรือกฎหมายว่าด้วยกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ และทหารกองหนุน มีเบี้ยหวัดตามข้อบังคับกระทรวงกลาโหมว่าด้วยเงินเบี้ยหวัด”

“บุคคลในครอบครัว” หมายความว่า

“(1) บุตรชอบด้วยกฎหมายซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะหรือบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ ซึ่งอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของผู้มีสิทธิ

แต่ทั้งนี้ ไม่รวมถึงบุตรบุญธรรม หรือบุตรซึ่งได้ยกให้เป็นบุตรบุญธรรมของบุคคลอื่นแล้ว

(2) คู่สมรสที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิ

(3) บิดาหรือมารดาที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิ”

กรณีข้าราชการและลูกจ้างประจำที่จะเป็นผู้มีสิทธินั้นจะต้องเป็นข้าราชการและลูกจ้างประจำซึ่งได้รับเงินเดือน หรือค่าจ้างประจำจากเงินงบประมาณรายจ่ายหมวดเงินเดือนและค่าจ้างประจำของ กระทรวง ทบวง กรม (งบบุคลากร) ซึ่งไม่รวมถึงข้าราชการส่วนท้องถิ่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานองค์กรของรัฐ พนักงานราชการ กรณีของลูกจ้างประจำนั้น จะเป็นผู้มีสิทธิก็ต่อเมื่อได้รับค่าจ้างจากเงินงบประมาณรายจ่าย หมวดเงินเดือนและค่าจ้างประจำเท่านั้น ลูกจ้างประจำที่ได้รับค่าจ้างจากเงินประเภทอื่น ๆ ลูกจ้างที่ได้รับเงินจากเงินนอกงบประมาณไม่ใช่ผู้มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553

ปัญหาสถานะของผู้ใช้สิทธิข้าราชการ คือ บุคคลในครอบครัวของข้าราชการอิงสิทธิการรักษาพยาบาลได้

1.3 ผู้ใช้สิทธิประกันสังคม

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 มาตรา 5 ได้บัญญัติเกี่ยวกับการคุ้มครองลูกจ้างผู้ซึ่งทำงานให้นายจ้าง โดยรับค่าจ้างและผู้ประกันผู้ซึ่งจ่ายเงินสมทบอันก่อให้เกิดสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในการเข้าถึงสิทธิในการรักษาพยาบาลภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคมและการเป็นผู้ประกันตนผู้ที่ได้รับประโยชน์ทดแทนตามพระราชบัญญัตินี้ จะต้องเป็นผู้ประกันตนตามความหมายของพระราชบัญญัตินี้ กล่าวคือ เป็นผู้ซึ่งจ่ายเงินสมทบอันก่อให้เกิดสิทธิได้รับ “ประโยชน์ทดแทน” หมายถึง ความช่วยเหลือที่ให้แก่ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ เมื่อผู้ประกันตนประสบเคราะห์ภัยหรือเดือดร้อน และปฏิบัติตามเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนดแล้ว ผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัตินี้แบ่งได้เป็น 3 ประเภท คือ

(1) การเป็นผู้ประกันตนตาม มาตรา 33 คือ ลูกจ้างผู้ซึ่งทำงานให้กับนายจ้างที่อยู่ในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป

(2) การเป็นผู้ประกันตนมาตรา 39 ผู้ประกันตนโดยสมัครใจเป็นบุคคลที่เคยเป็นผู้ประกันตน มาตรา 33 จ่ายเงินสมทบก่อนออกจากงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 12 เดือน แล้วลาออก แต่ต้องการรักษาสิทธิประกันสังคม

(3) การเป็นผู้ประกันตน มาตรา 40 คือ บุคคลทั่วไปที่ประกอบอาชีพอิสระหรือแรงงานนอกระบบไม่เป็นผู้ประกันตนมาตรา 33 หรือผู้ประกันตนมาตรา 39

ปัญหาสถานะของผู้ประกันตน คือ สถานะทางทะเบียนเป็นสิทธิเฉพาะตัวให้การคุ้มครองเฉพาะผู้ประกันตนตามมาตรา 33 มาตรา 39 และมาตรา 40

สถานะของผู้ใช้สิทธิการรับบริการสาธารณสุขซึ่งมีกฎหมายเฉพาะกำหนดสถานะของผู้ใช้สิทธิตามสถานะของประชาชนที่ถูกกำหนดไว้โดยกฎหมายนั้นพบว่ามี ความแตกต่างกัน คือ หากเป็นประชาชนทั่วไปไม่มีสิทธิตามบัตรทองที่ถือมีปัญหาการเข้าถึงสิทธิ คือ สถานะของสิทธิเป็นสิทธิเฉพาะตัวของผู้ใช้บัตรทอง ส่วนประชาชนที่มีสถานะเป็นข้าราชการมีสิทธิเข้าถึงที่มีปัญหา คือ สถานะของสิทธิคุ้มครองการรักษาถึงบุคคลในครอบครัว สำหรับประชาชนที่ใช้แรงงานมีสิทธิเข้าถึงแต่ก็มีปัญหา คือ สถานะของสิทธิเป็นสิทธิเฉพาะตัวของผู้ประกันตน บุคคลในครอบครัวของผู้ใช้บัตรทองและผู้ใช้สิทธิประกันสังคมอิงสิทธิการรักษาพยาบาลไม่ได้แตกต่างจากผู้ใช้สิทธิข้าราชการบุคคลในครอบครัวอิงสิทธิการรักษาพยาบาลได้

จึงกล่าวได้ว่าแม้กฎหมายทั้ง 3 ฉบับจะให้สิทธิในการเข้ารับบริการสาธารณสุขก็ตาม แต่ก็มีความแตกต่างกันและก็มีปัญหาที่แตกต่างกัน ดังนั้นหากจะพิจารณาสถานะของผู้ใช้สิทธิในการเข้ารับบริการสาธารณสุขตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญตามที่ได้วิเคราะห์มาแล้วจะพบว่ามี ความขัดแย้งกัน กล่าวคือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ทั้ง 3 ฉบับ ต่าง

มุ่งเน้นถึงความเสมอภาคของประชาชนโดยไม่มีกำหนดสถานะของประชาชนที่จะทำให้เกิดความแตกต่างในการเข้ารับบริการสาธารณสุข

(2) ประเภทของสิทธิที่ได้รับ

ประเภทของสิทธิที่ได้รับ หมายถึง สิทธิที่กฎหมายกำหนดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งให้ โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งนี้ ให้รวมถึงการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรค รวมถึงค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการให้แก่ผู้ใช้สิทธิข้าราชการ ผู้ใช้สิทธิประกันสังคมและผู้ใช้สิทธิสิทธิบัตรทอง ตามที่กฎหมายแต่ละฉบับบัญญัติ ดังนี้

2.1 ประเภทของสิทธิบัตรทอง

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดค่าใช้จ่ายที่ได้รับการคุ้มครองไว้ใน มาตรา 3 บัญญัติไว้ว่า “ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

- “(1) ค่าสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค
- (2) ค่าตรวจวินิจฉัยโรค
- (3) ค่าตรวจและรับฝากครรภ์
- (4) ค่าบำบัดและบริการทางการแพทย์
- (5) ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ค่าอวัยวะเทียม และค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์
- (6) ค่าทำคลอด
- (7) ค่ากินอยู่ในหน่วยบริการ
- (8) ค่าบริหารการแรกเกิด
- (9) ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย
- (10) ค่าพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ
- (11) ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย และจิตใจ
- (12) ค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นเพื่อการบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการ

กำหนด”

ปัญหาประเภทของสิทธิบัตรทอง กฎหมายบัญญัติคุ้มครองการรักษาพยาบาลไม่ครอบคลุม

2.2 ประเภทของสิทธิข้าราชการ

พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 มาตรา 6 บัญญัติไว้ว่าจะคุ้มครองค่ารักษาพยาบาล

“(1) ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ ค่าเลือดและส่วนประกอบของเลือดหรือสารทดแทน ค่าน้ำยาหรืออาหารทางเส้นเลือด ค่าออกซิเจน และอื่น ๆ ทำนองเดียวกันที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค

(2) ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ดังกล่าว

(3) ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจวินิจฉัยโรค ค่าวิเคราะห์โรคแต่ไม่รวมถึงค่าธรรมเนียมแพทย์พิเศษ ค่าจ้างผู้พยาบาลพิเศษ ค่าธรรมเนียมพิเศษ และค่าบริการอื่นทำนองเดียวกันที่มีลักษณะเป็นเงินตอบแทนพิเศษ

(4) ค่าตรวจครรภ์ ค่าคลอดบุตรและการดูแลหลังคลอดบุตร

(5) ค่าห้องและค่าอาหาร ตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาพยาบาล

(6) ค่าใช้จ่ายเพื่อเป็นการเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันโรค

(7) ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ

(8) ค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นแก่การรักษาพยาบาลตามที่กระทรวงการคลัง

กำหนด”

จากที่กล่าวมาผู้มีสิทธิในการรักษาพยาบาลตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด ได้แก่ ข้าราชการและครอบครัว ได้แก่ บิดามารดาโดยชอบด้วยกฎหมาย บุตรโดยชอบด้วยกฎหมายซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะ และไม่นับบุตรบุญธรรม รวมทั้งคู่สมรสโดยชอบด้วยกฎหมาย

ปัญหาประเภทของสิทธิข้าราชการที่ได้รับ กฎหมายบัญญัติคุ้มครองการรักษาพยาบาลไม่ครอบคลุม

2.3 ประเภทของสิทธิประกันสังคม

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 มาตรา 63 ได้บัญญัติ ประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่ เนื่องจากการทำงาน ได้แก่

“(1) ค่าตรวจวินิจฉัยโรค

(2) ค่าส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค

(3) ค่าบำบัดทางการแพทย์และค่าฟื้นฟูสมรรถภาพ

(4) ค่ากินอยู่และรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล

(5) ค่ายา และค่าเวชภัณฑ์

(6) ค่ารถพยาบาล หรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย

(7) ค่าใช้จ่ายเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ประกันตนในกรณีที่ผู้ประกันตนได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์เมื่อสำนักงานได้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ประกันตนไปแล้ว ให้สำนักงานมีสิทธิไล่เบี้ยแก่ผู้กระทำผิดได้

(8) ค่าบริการอื่นที่จำเป็น

ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ”

ปัญหาประเภทของสิทธิประกันสังคมที่ได้รับ คือ กฎหมายบัญญัติคุ้มครองการรักษาพยาบาลไม่ครอบคลุม

ประเภทของสิทธิในการรับบริการสาธารณสุขซึ่งมีกฎหมายเฉพาะกำหนดประเภทของสิทธิตามสถานะของประชาชนที่ถูกกำหนดไว้โดยกฎหมายนั้นพบว่ามีความแตกต่างกัน คือ หากเป็นประชาชนทั่วไปมีสิทธิตามบัตรทอง ข้าราชการ ประกันสังคม ประเภทของสิทธิที่ได้รับการคุ้มครองที่เหมือนกัน คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งนี้ให้รวมถึงการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรค ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ การรักษาพยาบาล นอกเหนือจากที่กฎหมายบัญญัติจะไม่ได้รับการคุ้มครองสิทธิ

จึงกล่าวได้ว่า แม้กฎหมายทั้ง 3 ฉบับจะให้สิทธิในการเข้ารับบริการสาธารณสุขก็ตาม แต่ก็มี ความแตกต่างกันและมีปัญหาที่แตกต่างกัน ดังนั้นหากจะพิจารณาสิทธิในการเข้ารับบริการสาธารณสุขตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญตามที่ได้วิเคราะห์มาแล้วจะพบว่า มีความขัดแย้งกันกล่าวคือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ทั้ง 3 ฉบับต่างมุ่งเน้นถึงความเสมอภาคของประชาชนโดยไม่มีกำหนดสถานะของประชาชนที่จะทำให้เกิดความแตกต่างในการเข้ารับบริการสาธารณสุข

(3) กระบวนการเข้าถึง

กระบวนการเข้าถึง หมายถึง ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการให้เกิดสิทธิตามที่กฎหมายกำหนดให้ผู้มีสิทธิบัตรทอง ผู้มีสิทธิข้าราชการ และผู้มีสิทธิประกันสังคมซึ่งกฎหมายแต่ละฉบับบัญญัติไว้ ดังนี้

3.1 กระบวนการเข้าถึงสิทธิบัตรทอง

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 3 ได้ให้นิยาม “หน่วยบริการ” หมายถึง “สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามพระราชบัญญัตินี้” และ

“สถานบริการ” หมายความว่า “สถานบริการสาธารณสุขของรัฐของเอกชนและของสภาวิชาชีพไทย หน่วยบริการการประกอบโรคศิลปะสาขาต่าง ๆ และสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม”

กระบวนการเข้าถึงสิทธิบัตรทอง มาตรา 6 บัญญัติว่า “บุคคลใดประสงค์จะใช้สิทธิตามมาตรา 5 ให้ยื่นคำขอลงทะเบียนต่อ สำนักงานหรือหน่วยงานที่สำนักงานกำหนด เพื่อเลือกหน่วยบริการเป็นหน่วยบริการประจำ

การลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำการขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำและหน้าที่ของหน่วยบริการประจำที่พึงมีต่อผู้รับบริการ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของบุคคลเป็นสำคัญ

ในกรณีที่บุคคลใดมีสิทธิเลือกหน่วยบริการเป็นอย่างอื่นตามหลักเกณฑ์การได้รับ สวัสดิการหรือตามสิทธิที่บุคคลนั้นได้รับอยู่ตามกฎหมาย กฎ ระเบียบ ประกาศ มติ คณะรัฐมนตรี หรือคำสั่งอื่นใด ให้การใช้สิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขในหน่วยบริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การ ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิของบุคคลนั้น”

จากบทบัญญัติมาตรา 6 บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขจะต้องเลือกหน่วยบริการด้วยการขอขึ้นทะเบียนไว้ล่วงหน้าและสถานพยาบาลนั้นจะต้องเป็นโรงพยาบาล สถานีอนามัย สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ศูนย์บริการสาธารณสุข หรือสถานพยาบาลของเอกชน ศูนย์บริการสาธารณสุข ที่เข้าร่วมโครงการกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งก็ต้องแจ้งเมื่อดำเนินการขอขึ้นทะเบียนและหากมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนสถานพยาบาลก็สามารถดำเนินการได้ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ (สปสช.) กำหนด

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 7 บัญญัติว่า “บุคคลที่ได้ลงทะเบียนแล้ว ให้ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขได้จากหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง หรือจากหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำของตนหรือเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องส่งต่อ เว้นแต่กรณีที่มีเหตุสมควรหรือกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้บุคคลนั้นมีสิทธิเข้ารับบริการจากสถานบริการอื่นได้ ทั้งนี้ ตามที่คณะกรรมการกำหนด โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของผู้ใช้ สิทธิรับบริการและให้สถานบริการที่ให้บริกการนั้นมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด” จากบทบัญญัติ มาตรา 7 แบ่งการเข้าถึงสิทธิออกเป็น 2 กรณี คือ

(1) กรณีทั่วไป บุคคลที่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการหน่วยบริการประจำ แล้ว ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขได้จากหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย หรือจากหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำของตนหรือเครือข่ายส่งต่อ โดยไม่ต้องเสียค่าบริการ แต่หากบุคคลนั้นเกิดการเจ็บป่วยและได้เข้ารับบริการจากโรงพยาบาลที่ไม่เป็นหน่วยบริการประจำตามที่ได้ลงทะเบียนไว้ครั้งแรกจะไม่ได้รับการคุ้มครองตามพระราชบัญญัติฉบับนี้

กรณีบุคคลไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการ มาตรา 8 ได้บัญญัติว่า “ผู้ซึ่งมีสิทธิตามมาตรา 5 ที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนตามมาตรา 6 อาจเข้ารับบริการครั้งแรกที่หน่วยบริการใดก็ได้และให้หน่วยบริการที่ให้บริการแก่บุคคลดังกล่าวจัดให้บุคคลนั้น ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำตามมาตรา 6 และแจ้งให้สำนักงานทราบภายในสามสิบวันนับแต่ให้บริการ โดยหน่วยบริการดังกล่าวมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการครั้งนั้นจากกองทุนตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด” เข้ารับบริการครั้งแรกที่หน่วยบริการของรัฐที่หน่วยบริการใดก็ได้และให้หน่วยบริการนั้นเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและแจ้งให้สำนักงานประกันสุขภาพภายใน 30 วัน หน่วยบริการดังกล่าวจะได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตามที่กฎหมายกำหนด

(2) กรณีเป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา 3 บัญญัติ “ให้บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกระทันหันซึ่งเป็นภัยอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นที่จะต้องได้รับการประเมินการจัดการและการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น จะต้องอยู่ในภาวะฉุกเฉิน”

กฎหมายให้สิทธิแก่ผู้มีสิทธิบัตรทองสามารถใช้บริการจากหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่นได้โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของผู้มีสิทธิ ทั้งนี้ให้เข้าใช้บริการจากหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่นที่ใกล้ที่สุดเป็นลำดับแรกโดยการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วย และได้มีการกำหนดขอบเขตการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขและให้สถานบริการที่ให้บริการนั้นมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนการแพทย์ฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

อย่างไรก็ตาม ปัญหาการขอเปลี่ยนสถานพยาบาลจะได้รับการยกเว้นหากเป็นการเจ็บป่วยฉุกเฉินกฎหมายยินยอมให้เข้ารับรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลได้ทุกแห่งรวมทั้งสถานพยาบาลของตนเอง แต่การเข้ารับการรักษาพยาบาลได้ไม่เกิน 72 ชั่วโมงผู้เจ็บป่วยจะต้องย้ายออกไปสู่สถานพยาบาลที่ได้ลงทะเบียนไว้ก่อนแล้ว จึงเป็นปัญหาต่อการโยกย้ายที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพและมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้นซึ่งผู้เจ็บป่วยจะต้องจ่ายเองและไม่สามารถเบิกจากกองทุนนี้ได้

ปัญหากระบวนการเข้าถึงสิทธิบัตรทอง คือ การเลือกหน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องเลือกไว้ล่วงหน้า ยกเว้นกรณีเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินเข้ารับรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลได้ทุกแห่ง รวมทั้งสถานพยาบาลของเอกชน แต่การเข้ารับการรักษาพยาบาลได้ไม่เกิน 72 ชั่วโมง

3.2 กระบวนการเข้าถึงสิทธิข้าราชการ

พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 ได้ให้คำนิยาม “สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลของทางราชการและสถานพยาบาลของเอกชน และ มาตรา 8 บัญญัติไว้ว่า “ผู้มีสิทธิมีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสำหรับตนเองหรือบุคคลในครอบครัวของตนในกรณีดังต่อไปนี้

(1) การเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ ทั้งประเภทผู้ป่วยนอก หรือผู้ป่วยใน

(2) การเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชนตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลัง กำหนด ประเภทผู้ป่วยใน

(3) การเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชนที่มีใช้สถานพยาบาลตาม (2) ประเภทผู้ป่วยในเฉพาะกรณีที่ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวประสบอุบัติเหตุ อุบัติภัย หรือมีความจำเป็นรีบด่วน ซึ่งหากมิได้รับการรักษาพยาบาลในทันทีทันใดอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต

(4) การเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชนตามที่กระทรวงการคลังกำหนด ประเภทผู้ป่วยนอกเป็นครั้งคราว เพราะเหตุที่สถานพยาบาลของทางราชการมีความจำเป็นต้องส่งตัวให้แก่สถานพยาบาลของเอกชนนั้น ทั้งนี้ ไม่ว่าจะเป็สถานพยาบาลของเอกชนตามพระราชกฤษฎีกานี้หรือไม่ก็ตาม” จากที่กล่าวมากระบวนการเข้าถึงสิทธิในการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ทั้งสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนแบ่งออกเป็นการรักษาพยาบาลกรณีปกติและกรณีฉุกเฉิน

ปัญหากระบวนการเข้าถึงสิทธิข้าราชการ คือ การรักษาพยาบาลนอกเหนือจากโรงพยาบาลของรัฐที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติเป็นโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยมีสถานะเป็นโรงพยาบาลราชการมีการกำหนดอัตราค่าบำรุงค่าธรรมเนียมอื่น ๆ นอกเหนือจากอัตราค่าเบิกจ่ายตามที่กฎหมายกำหนดจึงเป็นภาระในการหาเงินมาชำระค่ารักษาพยาบาลของผู้ใช้สิทธิ ยกเว้นกรณี เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินเข้ารับรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลได้ทุกแห่งรวมทั้งสถานพยาบาลของเอกชน แต่การเข้ารับการรักษาพยาบาลได้ไม่เกิน 72 ชั่วโมง

3.3 กระบวนการเข้าถึงสิทธิประกันสังคม

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 มาตรา 3 ได้ให้คำนิยาม “สถานบริการ” หมายความว่า “สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชน และ ของสภาวิชาชีพ หน่วยบริการการประกอบโรคศิลปะสาขาต่าง ๆ และสถานบริการสาธารณสุขอื่น ที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม” หรือ “หน่วยบริการ” หมายความว่า “สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามพระราชบัญญัตินี้” เครือข่ายหน่วยบริการผู้ประกันตนทั้งสามประเภทตามมาตรา 33 มาตรา 39 และ มาตรา 40 ที่จะมีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์การเข้าถึงสิทธิจะแบ่งออกเป็น 2 กรณี คือ

(1) กรณีการเจ็บป่วยปกติ ผู้ประกันตนจะได้รับบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลเมื่อส่งเงินสมทบครบ 3 เดือน โรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล คือ โรงพยาบาลที่ผู้ประกันตนเลือกเองและสามารถเปลี่ยนแปลงได้ปีละ 1 ครั้ง ช่วงเดือน มกราคม-มีนาคมของทุกปี สิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนและเงื่อนไขการเกิดสิทธิเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ และสถานพยาบาลเครือข่ายของสถานพยาบาลตามบัตรฯ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

(2) กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย กรณีผู้ประกันตนไม่สามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ เนื่องจากประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดและแจ้งโรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ โดยเร็ว โดยสำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นตามความจำเป็นไม่เกิน 72 ชั่วโมง นับตั้งแต่วันที่ผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์ โดยไม่รวมระยะเวลาในวันหยุดราชการและโรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ จะต้องรับผิดชอบการให้บริการทางการแพทย์ต่อจากโรงพยาบาลที่ผู้ประกันตนเข้ารับการรักษาพยาบาลนับตั้งแต่วันที่เข้ารับแจ้งสำหรับค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นก่อนการแจ้งฯ ซึ่งผู้ประกันตนสำรองจ่าย สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีฉุกเฉินให้

ปัญหากระบวนการเข้าถึงสิทธิประกันสังคม คือ การเลือกหน่วยบริการปฐมภูมิต้องเลือกไว้ล่วงหน้า ยกเว้นกรณี เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินเข้ารับรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลได้ทุกแห่ง รวมทั้งสถานพยาบาลของเอกชน แต่การเข้ารับการรักษาพยาบาลได้ไม่เกิน 72 ชั่วโมง

การกระบวนการเข้าถึงสิทธิในการรับบริการสาธารณสุขซึ่งมีกฎหมายเฉพาะ กำหนดกระบวนการเข้าถึงตามสถานะของประชาชนที่ถูกกำหนดไว้โดยกฎหมายนั้นพบว่ามี ความแตกต่างกัน คือ หากเป็นประชาชนทั่วไปมีสิทธิตามบัตรทองที่ถือมีปัญหาการเข้าถึงสิทธิ คือ เลือกหน่วยบริการปฐมภูมิไว้ล่วงหน้า ส่วนประชาชนที่มีสถานะเป็นข้าราชการมีสิทธิเข้าถึงที่มี

ปัญหาคือไม่มีการเลือกหน่วยบริการไว้ล่วงหน้า โรงพยาบาลโรงพยาบาลของรัฐที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้ทุกที่ สำหรับประชาชนที่ใช้แรงงานมีสิทธิเข้าถึงแต่ก็มีปัญหา คือ เลือกหน่วยบริการปฐมภูมิไว้ล่วงหน้าทั้งหน่วยบริการของรัฐและเอกชนเลือกได้ 1 แห่ง กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งสามสิทธิคุ้มครองกระบวนการเข้าถึงสิทธิเหมือนกันที่กล่าวมาแสดงให้เห็นถึงความไม่เสมอภาคกระบวนการเข้าถึงสิทธิทั้ง 3 สิทธิ

จึงกล่าวได้ว่าแม้กฎหมายทั้ง 3 ฉบับจะให้สิทธิในการเข้ารับบริการสาธารณสุขก็ตาม แต่ก็มี ความแตกต่างกันและก็มีปัญหาที่แตกต่างกัน ดังนั้น หากจะพิจารณาสีทธิในการเข้ารับบริการสาธารณสุขตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญตามที่วิเคราะห์มาแล้วจะพบว่ามีความขัดแย้งกัน กล่าวคือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ทั้ง 3 ฉบับต่างมุ่งเน้นถึงความเสมอภาคของประชาชนโดยไม่มีการกำหนดสถานะของประชาชนที่จะทำให้เกิดความแตกต่างในการเข้ารับบริการสาธารณสุข

(4) การขึ้นทะเบียนสิทธิ

การขึ้นทะเบียน หมายถึง การเลือกหน่วยบริการสาธารณสุข โดยใช้สิทธิที่กฎหมายรับรอง เช่น การขึ้นทะเบียนสิทธิของประชาชน ผู้ประกันตน และข้าราชการในการรับบริการสาธารณสุขเป็นสิทธิที่กฎหมายรัฐธรรมนูญคุ้มครองและรับรองสิทธิดังที่ได้กล่าวมาแล้วในหัวข้อ 2.1 โดยที่สิทธิในการขึ้นทะเบียนนี้เป็นไปตามสถานะของผู้ขอขึ้นทะเบียน โดยมีกฎหมายกำหนดสิทธิและการดำเนินการ ดังนี้

4.1 การขึ้นทะเบียนสิทธิบัตรทอง

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้บัญญัติการขึ้นทะเบียนสิทธิไว้ใน มาตรา 6 “บุคคลใดประสงค์จะใช้สิทธิตามมาตรา 5 ยื่นคำขอลงทะเบียนต่อสำนักงานหรือหน่วยงานที่สำนักงานกำหนด เพื่อเลือกหน่วยบริการ เป็นหน่วยบริการประจำการ ขอลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำการขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำและหน้าที่ของหน่วยบริการประจำที่พึงมีต่อผู้รับบริการให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของบุคคลเป็นสำคัญ ในกรณีที่บุคคลใดมีสิทธิเลือกหน่วยบริการเป็นอย่างอื่นตามหลักเกณฑ์การได้รับสวัสดิการหรือตามสิทธิที่บุคคลนั้นได้รับอยู่ตามกฎหมาย กฎ ระเบียบ ประกาศ มติคณะรัฐมนตรีหรือคำสั่งอื่นใดให้การใช้สิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขในหน่วยบริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การได้รับสวัสดิการหรือสิทธิของบุคคลนั้น” จากบทบัญญัติดังกล่าวการขึ้นทะเบียนสิทธิและเลือกหน่วยบริการประจำของผู้ใช้สิทธิบัตรทองแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

(1) การลงทะเบียนรายบุคคล เพื่อเลือกหน่วยบริการประจำหรือขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ

(2) การลงทะเบียนในกลุ่มเฉพาะ เช่น กลุ่มนักเรียน นักศึกษา ที่ศึกษาหรือพักในหอพักของสถานศึกษา กลุ่มทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) ดำเนินการโดยกรมการแพทย์ทหาร กระทรวงกลาโหม

(3) การลงทะเบียนแทนผู้มีสิทธิตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมอบให้ สปสช. ดำเนินการ เช่น กรณีเด็กแรกเกิด 0-5 ปี กรณีบุคคลสิ้นสุดสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือสิ้นสุดสิทธิประกันสังคมหรือสิ้นสุดสิทธิประกันสุขภาพอื่นที่รัฐจัดให้ กรณีหน่วยบริการประจำที่บุคคลได้ลงทะเบียนไว้แล้ว ถอนตัวหรือพ้นจากการเป็นหน่วยบริการประจำ และกรณีเปลี่ยนหน่วยบริการประจำสำนักศึกษาที่สำเร็จการศึกษาแล้วแต่ยังไม่ได้เปลี่ยนหน่วยบริการกลับไปยังภูมิลำเนาและผู้ที่ทำหน้าที่ในราชทัณฑ์ที่พ้นโทษ ทหารเกณฑ์ที่ปลดประจำการ

สถานที่ลงทะเบียนใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในต่างจังหวัด หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือที่ศูนย์เคยในชื่อสถานอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข คลินิกชุมชนอบอุ่น ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลของรัฐสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 1-12

สถานที่ลงทะเบียนใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในกรุงเทพมหานคร สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานครในวันเวลาราชการ สำนักงานเขต 19 เขตของกรุงเทพมหานคร

การขึ้นทะเบียนสิทธิที่เป็นปัญหาให้กับผู้ใช้สิทธิบัตรทองนั้น คือ การขึ้นทะเบียนสิทธิในการรักษายาบาลจะต้องเป็นโรงพยาบาลของรัฐเท่านั้นและกฎหมายกำหนดให้เลือกหน่วยบริการได้เพียงหน่วยบริการเดียว การที่ผู้ใช้สิทธิจะไปรักษายาบาลนอกเหนือจากหน่วยบริการที่เลือกไว้จะแจ้งการย้ายสิทธิการรักษายาบาลไปยังหน่วยบริการต้นสิทธิซึ่งต้องใช้เวลาในการอนุมัติในการย้ายสิทธิและอีกปัญหาหนึ่งก็คือ การเข้ารับรักษาโรงพยาบาลของรัฐโดยผู้ใช้สิทธิไม่ได้แจ้งย้ายสิทธิจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด

4.2 การขึ้นทะเบียนสิทธิข้าราชการ

พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2553 ได้บัญญัติการขึ้นทะเบียนสิทธิไว้ในมาตรา 5 “กำหนดไว้ว่าให้ผู้มีสิทธิมีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวของตนตามที่บัญญัติไว้ในพระราชกฤษฎีกานี้ เพื่อประโยชน์ในการจัดทำฐานข้อมูลเกี่ยวกับการรักษายาบาล ให้ผู้มีสิทธิมีหน้าที่

รายงานข้อมูลเกี่ยวกับตนเองและบุคคลในครอบครัวของตนต่อส่วนราชการราชการเจ้าสังกัด พร้อมทั้งรับรองความถูกต้องของข้อมูล ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กระทรวงการคลัง กำหนด”

การขึ้นทะเบียนสิทธิของข้าราชการจะใช้ฐานข้อมูลบุคลากรภาครัฐ หมายถึง ข้อมูลของข้าราชการ ลูกจ้างประจำผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญและลูกจ้างชาวต่างประเทศ รวมถึงบุคคลในครอบครัวที่กรมบัญชีกลางจัดทำขึ้นเพื่อประโยชน์ในการจัดทำฐานข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ซึ่งผู้มีสิทธิมีหน้าที่รายงานและรับรองข้อมูลของตนเองและบุคคลในครอบครัว ภายใน 1 เดือน นับตั้งแต่วันที่บรรจุเข้ารับราชการหรือวันที่ข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลงมีนายทะเบียนบุคลากรภาครัฐ หมายถึง นายทะเบียนระดับกรมและส่วนภูมิภาคที่ได้รับการแต่งตั้งจากหัวหน้าส่วนราชการ ซึ่งมีรหัสผู้ใช้งาน (Username) และรหัสผ่าน (Password) ที่กำหนดโดยกรมบัญชีกลางมีหน้าที่ดูแลข้อมูล (ตรวจสอบ เพิ่มเติม ปรับปรุง หรือแก้ไขข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน) ของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชาวต่างประเทศในสังกัดและบุคคลในครอบครัว สำหรับนายทะเบียนผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญก็จะมีหน้าที่ดูแลประวัติของผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญรวมทั้งบุคคลในครอบครัว ลักษณะเดียวกัน (สวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ, ออนไลน์, 2564)

ผู้ใช้สิทธิข้าราชการหากเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับบริการสาธารณสุขนั้นสามารถจะเข้ารับรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐได้ทุกแห่งโดยไม่จำกัดว่าเป็นโรงพยาบาลของรัฐในสังกัดหน่วยงานในระดับส่วนกลางหรือส่วนภูมิภาค หรือส่วนท้องถิ่น โดยค่าใช้จ่ายจะสามารถเบิกจ่ายโดยตรงระหว่างสถานพยาบาลกับกระทรวงการคลัง แต่มีข้อจำกัด คือ ค่ายาสามารถเบิกได้เฉพาะยาที่กำหนดหนดไว้ในบัญชียาที่กระทรวงการคลังกำหนดไว้เท่านั้น และหากจำเป็นต้องรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลเอกชน หากเป็นคนไข้คนนอกไม่สามารถเบิกจ่ายได้ แต่หากเป็นคนไข้ในที่ต้องพักรักษาในสถานพยาบาลก็สามารถเบิกจ่ายได้เท่าที่กระทรวงการคลังกำหนดเท่านั้น

4.3 การขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสังคม

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 มาตรา 33 คือ ลูกจ้างที่มีอายุไม่ต่ำกว่า 15 ปี และไม่เกิน 60 ปี ผู้ซึ่งทำงานให้กับนายจ้างที่อยู่ในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ได้บัญญัติการขึ้นทะเบียนสิทธิไว้ใน มาตรา 47 บัญญัติไว้ว่า “ให้นายจ้างหักค่าจ้างของผู้ประกันตนทุกครั้งที่มีการจ่ายค่าจ้างตามจำนวนที่จะต้องนำส่งเป็นเงินสมทบในส่วนของผู้ประกันตนและให้ถือว่าผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบแล้วตั้งแต่วันที่ถึงกำหนดจ่ายค่าจ้างให้นายจ้างนำเงินสมทบในส่วนของผู้ประกันตนที่ได้หักไว้ และเงินสมทบในส่วนของนายจ้างส่งให้แก่สำนักงานภายในวันที่สิบห้าของเดือนถัดจากเดือนที่มีการหักเงิน

สมทบไว้พร้อมทั้งยื่นแบบรายการแสดงการส่งเงินสมทบ ทั้งนี้ตามแบบและวิธีการที่
 เลขาธิการ ประกาศกำหนด” โดยนายจ้างยื่นการขึ้นทะเบียนได้ที่สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่ใน
 เขตกรุงเทพมหานครให้ยื่นแบบ ได้ที่สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ที่สถาน
 ประกอบการตั้งอยู่และสำนักงานใหญ่ในส่วนภูมิภาคให้ยื่นแบบขึ้นทะเบียน ได้ที่สำนักงาน
 ประกันสังคมจังหวัดที่สถานประกอบการตั้งอยู่ (คู่มือผู้ประกอบการ, ออนไลน์, 2564) เมื่อส่งเงิน
 สมทบครบ 3 เดือน ผู้ประกันตนจะได้รับบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล คือ โรงพยาบาลที่
 ผู้ประกันตนเลือกเป็นสถานพยาบาลประกันสังคมที่อยู่ในเขตจังหวัดหรือรอยต่อจังหวัดประจำที่
 ผู้ประกันตนที่ทำงานหรืออยู่ในเขตที่พักอาศัย

การขึ้นทะเบียนสิทธิผู้ประกันตนตามมาตรา 39 บัญญัติว่า “ผู้ใดเคยเป็น
 ผู้ประกันตนตามมาตรา 33 โดยจ่ายเงินสมทบมาแล้ว ไม่น้อยกว่าสิบสองเดือน และต่อมากความเป็น
 ผู้ประกันตนได้สิ้นสุดลงตามมาตรา 38 (2) ถ้าผู้นั้น ประสงค์จะเป็นผู้ประกันตนต่อไป ให้แสดง
 ความจำนงต่อสำนักงานตามระเบียบที่เลขาธิการกำหนด ภายในหกเดือนนับแต่วันสิ้นสุดความเป็น
 ผู้ประกันตน” คือ ผู้ประกันตนโดยสมัครใจเป็นบุคคลที่เคยเป็นผู้ประกันตน มาตรา 33 จ่ายเงิน
 สมทบก่อนออกจากงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 12 เดือน แล้วลาออก แต่ต้องการรักษาสิทธิประกันสังคม
 ให้แสดงความจำนงการขึ้นทะเบียนสิทธิต่อสำนักงานประกันสังคม

การขึ้นทะเบียนสิทธิผู้ประกันตนตามมาตรา 40 บัญญัติไว้ว่า “บุคคลใดซึ่งมิใช่
 ลูกจ้างตามมาตรา 33 หรือ ไม่อยู่ในบังคับแห่งพระราชบัญญัตินี้ อาจสมัครเป็นผู้ประกันตนตาม
 พระราชบัญญัตินี้ โดยแสดงเจตจำนงต่อสำนักงาน ทั้งนี้คุณสมบัติดังกล่าวให้เป็นไปตามที่
 กำหนดในพระราชกฤษฎีกา” คือ บุคคลทั่วไปที่ประกอบอาชีพอิสระหรือแรงงานนอกระบบ ไม่เป็น
 ผู้ประกันตนมาตรา 33 หรือผู้ประกันตนมาตรา 39 ให้แสดงความจำนงการขึ้นทะเบียนสิทธิต่อสำนักงาน
 ประกันสังคมและผ่านหน่วยบริการรับสมัครผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ที่ทำความตกลงกับ
 สำนักงานประกันสังคมหรือผ่านระบบออนไลน์ของสำนักงานประกันสังคม ผู้ที่ขอขึ้นทะเบียน
 สิทธิต้องมีคุณสมบัติตามที่กฎหมายกำหนด เช่น มีสัญชาติไทย อายุไม่ต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์และไม่
 เกิน 60 ปีบริบูรณ์

ปัญหาการขึ้นทะเบียนสิทธิผู้ประกันตนจะเข้ารับการรักษาพยาบาลได้นั้น
 จะต้องเลือกสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน ได้ 1 สถานพยาบาลในรอบ 1 ปี และต้องเข้ารับการ
 รักษาพยาบาลได้เฉพาะที่ระบุไว้ในการลงทะเบียนล่วงหน้า

การขึ้นทะเบียนสิทธิการรับบริการสาธารณสุขซึ่งมีกฎหมายเฉพาะกำหนด
 กระบวนการเข้าถึงตามสถานะของประชาชนที่ถูกกำหนดไว้โดยกฎหมายนั้นพบว่า มีความแตกต่าง
 กัน คือ หากเป็นประชาชนทั่วไปมีสิทธิตามบัตรทองที่ถือมีปัญหาการเข้าถึงสิทธิ คือ การขึ้น

ทะเบียนสิทธิในการรักษาพยาบาลจะต้องเป็นโรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น ส่วนประชาชนที่มีสถานะเป็นข้าราชการมีสิทธิเข้าถึงที่มีปัญหา คือ หากเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับบริการสาธารณสุขนั้น สามารถจะเข้ารับรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐได้ทุกแห่ง สำหรับประชาชนที่ใช้แรงงานมีสิทธิเข้าถึงแต่ก็มีปัญหา คือ ผู้จะเข้ารับการรักษาพยาบาลได้นั้นจะต้องเลือกสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน ได้ 1 สถานพยาบาลในรอบ 1 ปี และต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลได้เฉพาะที่ระบุไว้ในการลงทะเบียนล่วงหน้า

จึงกล่าวได้ว่าแม้กฎหมายทั้ง 3 ฉบับจะให้สิทธิการขึ้นทะเบียนรับบริการสาธารณสุขก็ตาม แต่ก็มีความแตกต่างกันและก็มีปัญหาที่แตกต่างกัน ดังนั้นหากจะพิจารณาการขึ้นทะเบียนสิทธิในการเข้ารับบริการสาธารณสุขตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญตามที่ได้วิเคราะห์มาแล้วจะพบว่ามีความขัดแย้งกันกล่าวคือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ทั้ง 3 ฉบับต่างมุ่งเน้นถึงความเสมอภาคของประชาชนโดยไม่มีการกำหนดสถานะของประชาชนที่จะทำให้เกิดความแตกต่างในการเข้ารับบริการสาธารณสุข

(5) การเยียวยา

การเยียวยา คือ การเยียวยาความเสียหาย ผู้ใช้สิทธิบัตรทอง ผู้ใช้สิทธิข้าราชการ และผู้ใช้สิทธิประกันสังคม ที่เกิดขึ้นจากการรับบริการสาธารณสุข ซึ่งกฎหมายกำหนดไว้ ดังนี้

5.1 การเยียวยาสิทธิบัตรทอง

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 39 ให้จัดตั้ง “กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” “มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ให้ใช้จ่ายเงินกองทุนโดยคำนึงถึงการพัฒนาการบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ที่ไม่มีหน่วยบริการเพียงพอหรือมีการกระจายหน่วยบริการอย่างไม่เหมาะสมประกอบด้วย” และ มาตรา 41 บัญญัติว่า “ให้คณะกรรมการกันเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่ายให้ หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด”

จากบทบทบัญญัติ มาตรา 41 ผู้เสียหายที่ได้รับความสะดวกจากบริการสาธารณสุขจะได้รับการคุ้มครอง ดังนี้

(1) เสียชีวิต หรือทุพพลภาพอย่างถาวร (หรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต และมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต) อัตราร้อย ตั้งแต่ 240,000 บาท แต่ไม่

เกิน 400,000 บาท

(2) สูญเสียอวัยวะหรือพิการ (ที่มีผลกระทบต่ออาการดำเนินชีวิต) อัตราร้อยตั้งแต่ 100,000 บาท แต่ไม่เกิน 240,000 บาท

(3) บาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง อัตราร้อยไม่เกิน 100,000 บาท

กรณีที่ได้รับ ความเสียหายจากหน่วยบริการผู้เสียหายมีสิทธิที่จะเรียกร้องค่าเสียหายได้โดยกฎหมายกำหนดให้ผู้มีสิทธิยื่นคำร้องขอรับค่าเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข คือ ผู้รับบริการ หรือทายาท ซึ่งทายาทได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส ผู้สืบสันดาน (บุตร) พี่น้องร่วมบิดามารดา พี่น้องร่วมบิดา พี่น้องร่วมมารดา ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา โดยให้ทายาทคนใดคนหนึ่งยื่นได้โดย ไม่จำเป็นต้องยื่นตามลำดับชั้น มีระยะเวลายื่นคำร้อง 1 ปีนับจากทราบความเสียหาย สำหรับวิธียื่นคำร้องให้ยื่นคำร้องด้วยตนเองที่หน่วยรับคำร้อง หรือส่งคำร้องทางไปรษณีย์ลงทะเบียนโดยคณะกรรมการจะถือว่าวันที่ประทับตราเป็นวันที่ยื่นคำร้อง ในกรณีที่อยู่นอกกรุงเทพมหานครให้ยื่นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัด (สสจ.) ที่เกิดเหตุ สำหรับกรุงเทพมหานครให้ยื่นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขากรุงเทพมหานคร

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่ได้รับความเสียหาย พบว่า การพิจารณาค่าเสียหายเป็นการใช้ดุลพินิจของคณะกรรมการในการพิจารณาค่าเงินเยียวยาทำให้เงินที่ได้รับมีอัตราที่ไม่เหมาะสมกับความเสียหาย ประชากรที่มีข้อเสนอแนะว่ามีวิธีการใดที่จะทำให้การกำหนดอัตราค่าเสียหายเบื้องต้นให้เหมาะสมกับความเสียหายที่เกิด

เมื่อพิจารณาคณะกรรมาการพิจารณาคำร้องตาม มาตรา 13 ซึ่งมี “คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ประกอบด้วย

(1) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ

(2) ปลัดกระทรวงกลาโหม ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงพาณิชย์ ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ และผู้อำนวยการสำนักงานงบประมาณ

(3) ผู้แทนเทศบาลหนึ่งคน องค์กรบริหารส่วนจังหวัดหนึ่งคน องค์กรบริหารส่วนตำบลหนึ่งคน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่นหนึ่งคน โดยให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทคัดเลือกกันเอง

(4) ผู้แทนองค์กรเอกชนซึ่งมีวัตถุประสงค์มิใช่เป็นการแสวงหาผลกำไร และดำเนินกิจกรรม ดังต่อไปนี้ องค์กรละหนึ่งคน โดยการคัดเลือกกันเองในแต่ละกลุ่มให้เหลือกลุ่มละหนึ่งคน และให้ผู้แทนดังกล่าวคัดเลือกกันเองให้เหลือจำนวนห้าคน (ก) งานด้านเด็กหรือเยาวชน (ข) งานด้านสตรี (ค) งานด้านผู้สูงอายุ (ง) งานด้านคนพิการหรือผู้ป่วยจิตเวช (จ) งานด้านผู้ติดเชื้อ

เวชไอวีหรือผู้ป่วยเรื้อรังอื่น (ฉ) งานด้านผู้ใช้แรงงาน (ช) งานด้านชุมชนแออัด (ซ) งานด้านเกษตรกร (ฅ) งานด้านชนกลุ่มน้อย

(5) ผู้แทน ผู้ประกอบอาชีพด้านสาธารณสุขจำนวนห้าคน ได้แก่ ผู้แทน แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา และสมาคมโรงพยาบาลเอกชน ด้านละหนึ่งคน

(6) ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนเจ็ดคนซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้มีความเชี่ยวชาญ ทางด้านประกันสุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก การเงิน การคลัง กฎหมายและสังคมศาสตร์ด้านละหนึ่งคน องค์กรเอกชนตาม (4) ต้องเป็นองค์กรที่ดำเนินกิจกรรมมาไม่น้อยกว่าหนึ่งปีและ ได้มาขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานก่อนครบกำหนดสิบห้าวันนับแต่วันที่มิเหตุให้มีการคัดเลือกกรรมการ ถ้าองค์กรใดดำเนินกิจกรรมหลายกลุ่ม ให้ขึ้นทะเบียนเพื่อใช้สิทธิคัดเลือกกรรมการในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง เท่านั้น”

จะเห็นได้ว่า บทบัญญัติมาตรา 13 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่มีผู้แทนจากสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) กล่าวคือ เมื่อพิจารณาบทบัญญัติรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับปีพุทธศักราช 2560 มาตรา 61 “รัฐต้องจัดให้มีมาตรการหรือกลไกที่มีประสิทธิภาพในการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของผู้บริโภคด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านความรู้ข้อมูลที่เป็นจริง ด้านความปลอดภัยด้านความเป็นธรรมในการทำสัญญา หรือด้านอื่นใดอันเป็นประโยชน์ต่อผู้บริโภค” สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) เป็นกลไกในการคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคตามที่กฎหมายรัฐธรรมนูญบัญญัติไว้ การบริการสาธารณสุขให้แก่ผู้ใช้สิทธิบัตรทองเป็นสิทธิผู้บริโภคอย่างหนึ่งได้รับการคุ้มครองสิทธิตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2541 มาตรา 4 เมื่อได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขผู้เสียหายมีสิทธิจะได้รับการพิจารณาและชดเชยความเสียหาย อันหมายถึงสิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองและชดเชยค่าเสียหายเมื่อมีการละเมิดสิทธิผู้บริโภคกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค เมื่อพิจารณาคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งมีอำนาจพิจารณาอัตราการจ่ายเงินเยียวยาความเสียหายที่เกิดจากบริการสาธารณสุขไม่ปรากฏผู้แทนคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) ซึ่งความเสียหายนั้นได้รับการคุ้มครองสิทธิตามกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค

ปัญหาการเยียวยาความเสียหายจากการใช้สิทธิบัตรทอง คือ อัตราการจ่ายเงินเยียวยาและคณะกรรมการพิจารณาคำร้องไม่มีตัวแทนสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.)

5.2 การเยียวยาสิทธิข้าราชการ

จากการศึกษาพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 ไม่ปรากฏการเยียวยาความเสียหายที่เกิดจากบริการสาธารณสุข

ปัญหาการเยียวยา คือ กฎหมายไม่มีการบัญญัติขั้นตอนและวิธีการเยียวยาความเสียหายเบื้องต้น

5.3 การเยียวยาสิทธิประกันสังคม

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 มาตรา 21 กำหนดให้จัดตั้งกองทุนขึ้นกองทุนหนึ่งในสำนักงานประกันสังคม เรียกว่า กองทุนประกันสังคม เพื่อเป็นทุนใช้จ่ายให้ผู้ประกันตนได้รับประโยชน์ทดแทนตามที่บัญญัติไว้ในลักษณะ 3 ประโยชน์ทดแทนและมาตรา 63 (7) ค่าใช้จ่ายเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ประกันตนในกรณี que ผู้ประกันตนได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์เมื่อสำนักงานได้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ ผู้ประกันตนไปแล้วให้สำนักงานมีสิทธิไล่เบี้ยแก่ผู้กระทำผิดได้ ผู้ที่มีสิทธิยื่น ได้แก่ ผู้ประกันตน สามี ภรรยา บิดามารดา บุตรที่ได้รับมอบอำนาจตามแบบฟอร์มหนังสือมอบอำนาจที่กำหนด ต้องยื่นเรื่องภายใน 2 ปี นับแต่วันวันที่ทราบความเสียหาย

ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ พระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ประกันตน ที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลที่กำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ หรือสถานพยาบาลที่รับส่งต่อจากสถานพยาบาลที่กำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ รวมทั้ง สถานพยาบาลที่ได้รับผู้ประกันตนไว้รักษาในกรณีฉุกเฉิน และสถานพยาบาลอื่นใดที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนที่ยังไม่ได้รับการกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์” และ ข้อ 5 ได้กำหนดประเภทของความเสียหายที่เกิดจากการรับบริการทางการแพทย์ และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น แบ่งเป็น 3 กรณี ดังนี้

(1) เสียชีวิต หรือทุพพลภาพอย่างถาวร หรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต และมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ตั้งแต่ 240,000 บาท แต่ไม่เกิน 400,000 บาท

(2) สูญเสียอวัยวะหรือพิการที่มีผลกระทบต่อการค้าดำเนินชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ตั้งแต่ 100,000 บาท แต่ไม่เกิน 240,000 บาท

(3) บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ไม่เกิน 100,000 บาท กรณีที่ความเสียหายไม่อาจจัดเป็นประเภทใดประเภทหนึ่งตามวรรคหนึ่ง (1) (2) หรือ (3) ได้ ให้เป็นอำนาจของคณะกรรมการที่จะพิจารณาเทียบเคียงกับประเภทความเสียหายที่กำหนดไว้ได้ ตามความเหมาะสม

การพิจารณาความเสียหายและอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ข้อ 6 ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิที่อ้างว่าผู้ประกันตนที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์มีสิทธิยื่นคำขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามแบบที่กำหนดท้ายประกาศได้ที่สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดหรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา และให้หน่วยงานดังกล่าวส่งคำขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ เพื่อเสนอให้คณะกรรมการการแพทย์หรือคณะกรรมการที่ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการการแพทย์พิจารณาตามที่กฎหมายกำหนด

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่ได้รับความเสียหาย พบว่า การพิจารณาค่าเสียหายเป็นการใช้ดุลพินิจของคณะกรรมการในการพิจารณาค่าเงินเยียวยาทำให้เงินที่ได้รับมีอัตราที่ไม่เหมาะสมกับความเสียหายที่ได้รับ ประชากรที่มีข้อเสนอแนะว่ามีวิธีการใดที่จะทำให้การกำหนดอัตราค่าเสียหายเบื้องต้นให้เหมาะสมกับความเสียหายที่เกิด

เมื่อพิจารณาพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 มาตรา 14 บัญญัติ “คณะกรรมการการแพทย์” ประกอบด้วย ‘ประธานกรรมการ และกรรมการอื่นมีจำนวนรวมกันไม่เกินสิบหกคนซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้ง ให้ผู้แทนสำนักงานเป็นกรรมการ และเลขานุการ ประธานกรรมการและกรรมการอื่นตามวรรคหนึ่ง ให้แต่งตั้งโดยการสรรหาจาก ผู้ทรงคุณวุฒิในวิชาชีพเวชกรรมสาขาต่าง ๆ หรือในด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข หรือด้านการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล และให้มีผู้แทนฝ่ายนายจ้างและผู้แทนฝ่ายผู้ประกันตนฝ่ายละหนึ่งคน”

จะเห็นได้ว่าบทบัญญัติมาตรา 14 คณะกรรมการการแพทย์ไม่มีผู้แทนจากสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) กล่าวคือ เมื่อพิจารณาบทบัญญัติรัฐธรรมนูญ ปี 2560 มาตรา 61 “รัฐต้องจัดให้มีมาตรการหรือกลไกที่มีประสิทธิภาพในการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของผู้บริโภคด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านความรู้ข้อมูลที่เป็นจริง ด้านความปลอดภัยด้านความเป็นธรรมในการทำสัญญา หรือด้านอื่นใดอันเป็นประโยชน์ต่อผู้บริโภค” สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) เป็นกลไกในการคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคตามที่กฎหมายรัฐธรรมนูญบัญญัติไว้ การบริการสาธารณสุขให้ผู้ประกันตนเป็นสิทธิผู้บริโภคอย่างหนึ่งได้รับการคุ้มครอง

สิทธิตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2541 มาตรา 4 เมื่อได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขผู้เสียหายมีสิทธิจะได้รับการพิจารณาและชดเชยความเสียหาย อันหมายถึง สิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองและชดเชยค่าเสียหายเมื่อมีการละเมิดสิทธิผู้บริโภคกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค เมื่อพิจารณาคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีอำนาจพิจารณาอัตราการจ่ายเงินเยียวยาความเสียหายที่เกิดจากบริการสาธารณสุขไม่ปรากฏผู้แทนคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) ซึ่งความเสียหายนั้นได้รับการคุ้มครองสิทธิตามกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค

ปัญหาการเยียวยา คือ (1) อัตราการจ่ายเงินเยียวยา (2) คณะกรรมการพิจารณาคำร้องเยียวยาความเสียหายไม่มีตัวแทนสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.)

การเยียวยาความเสียหายที่เกิดจากบริการสาธารณสุขซึ่งมีกฎหมายเฉพาะกำหนดกระบวนการเยียวยาความเสียหายตามสถานะของประชาชนที่ถูกกำหนดไว้โดยกฎหมายนั้น พบว่ามีความแตกต่างกัน คือ หากเป็นประชาชนทั่วไปมีสิทธิตามบัตรทองเกิดความเสียหายจากหน่วยบริการมีปัญหาการเยียวยา คือ อัตราการจ่ายเงินเยียวยาให้แก่ผู้ที่ได้รับความเสียหายที่เกิดจากหน่วยบริการ และ คณะกรรมการพิจารณาคำร้องไม่มีตัวแทนสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) ประชาชนทั่วไปมีสิทธิเป็นข้าราชการที่มีปัญหา คือ เมื่อได้รับความเสียหายที่เกิดจากการที่หน่วยบริการไม่มีขั้นตอนและวิธีการการเยียวยาความเสียหาย สำหรับประชาชนที่ใช้แรงงานมีสิทธิเข้าถึงแต่ก็มีปัญหา คือ อัตราการจ่ายเงินเยียวยาให้แก่ผู้ที่ได้รับความเสียหายและ คณะกรรมการพิจารณาคำร้อง ไม่มีตัวแทนสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.)

จึงกล่าวได้ว่ามีเพียงกฎหมาย 2 ฉบับจะให้สิทธิการเยียวยาความเสียหายที่เกิดจากการรับบริการสาธารณสุขก็ตาม แต่ก็มีมีความแตกต่างกันและก็มีปัญหาที่แตกต่างกัน คือ สิทธิข้าราชการกฎหมายไม่มีการบัญญัติไว้ ดังนั้นหากจะพิจารณาสหสิทธิการเยียวยาความเสียหายที่เกิดจากการรับบริการสาธารณสุขตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญตามที่ได้วิเคราะห์มาแล้วจะพบว่ามีความขัดแย้งกันกล่าวคือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ทั้ง 3 ฉบับต่างมุ่งเน้นถึงความเสมอภาคของประชาชน โดยไม่มีการกำหนดสถานะของประชาชนที่จะทำให้เกิดความแตกต่างในการเข้ารับบริการสาธารณสุข

(6) ข้อจำกัด

ข้อจำกัดสิทธิ คือ สิทธิการรับบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการของรัฐ สิทธิบัตรทอง สิทธิข้าราชการ สิทธิประกันสังคม จำกัดสิทธิในเรื่อง การคัดลอกกรรมความงามที่ไม่มีการบ่งชี้จากแพทย์ โรคที่รักษาด้วยวิธีการที่ยังอยู่ในขั้นตอนการศึกษาทดลอง การรักษาภาวะมีบุตรยาก การตรวจที่ไม่จำเป็นในการรักษาโรค การเปลี่ยนเพศ การผสมเทียมและการบริการระหว่างรักษาตัวแบบพักฟื้น

อยู่บ้านกลุ่มยาและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เบิกไม่ได้ บริการที่กล่าวมานี้กฎหมายจะไม่ได้รับการคุ้มครอง และกฎหมายทั้ง 3 ฉบับกำหนดการคุ้มครองสิทธิการรักษาพยาบาลที่เหมือนกัน คือ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตการบริการการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะผู้ใช้สิทธิบัตรทองผู้ใช้สิทธินอกเหนือจากที่กล่าวมาต้องเสียค่าใช้จ่าย

ปัญหาข้อจำกัดบริการสาธารณสุข คือ การใช้สิทธิบริการสาธารณสุขนอกเหนือจากที่กฎหมายบัญญัติ

ข้อจำกัดการรับบริการสาธารณสุขซึ่งมีกฎหมายเฉพาะกำหนดข้อจำกัดการรับบริการสาธารณสุขตามสถานะของประชาชนที่ถูกกำหนดไว้โดยกฎหมายนั้นพบว่ามี ความแตกต่างกัน คือ หากเป็นประชาชนทั่วไปมีสิทธิตามบัตรทอง ข้าราชการ ประกันสังคม มีข้อจำกัดการเข้าถึงสิทธิ คือ การคัดสรรความงามที่ไม่มีการบ่งชี้จากแพทย์ โรคที่รักษาด้วยวิธีการที่ยังอยู่ในขั้นตอนการศึกษาทดลอง การรักษาภาวะมีบุตรยาก การตรวจที่ไม่จำเป็นในการรักษาโรค การเปลี่ยนเพศ การผสมเทียมและการบริการระหว่างรักษาตัวแบบพักฟื้นอยู่บ้านกลุ่มยา และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เบิกไม่ได้ ที่กล่าวมานี้กฎหมายระดับรองบัญญัติจำกัดสิทธิการรับบริการสาธารณสุข แสดงให้เห็นถึงความไม่เสมอภาคเกิดข้อจำกัดสิทธิการเข้ารับบริการสาธารณสุข

กฎหมายทั้ง 3 ฉบับแม้จะให้สิทธิในการเข้ารับบริการสาธารณสุขก็ตามแต่ก็มีความแตกต่างกันและก็มีปัญหาที่แตกต่างกัน ดังนั้นหากจะพิจารณาข้อจำกัดสิทธิการเข้ารับบริการสาธารณสุขตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญตามที่ได้วิเคราะห์มาแล้วจะพบว่ามี ความขัดแย้งกันกล่าวคือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ทั้ง 3 ฉบับต่างมุ่งเน้นถึงความเสมอภาคของประชาชนโดยไม่มีการจำกัดสิทธิรับบริการสาธารณสุขของประชาชนที่จะทำให้เกิดความแตกต่างในการเข้ารับบริการสาธารณสุข

(7) ความรับผิดชอบ

ความรับผิดชอบเป็นการกำหนดฐานความผิดไว้เป็นการเฉพาะหากไม่ปฏิบัติหรือฝ่าฝืน จะได้รับโทษตามที่กฎหมายบัญญัติไว้ ดังนี้

7.1 ความรับผิดชอบบัตรทอง

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดความรับผิดชอบที่เกิดจากหน่วยบริการตาม กฎหมายจะกำหนดผู้ใดฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของคณะกรรมการ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน คณะอนุกรรมการของคณะกรรมการดังกล่าว คณะกรรมการสอบสวนหรือพนักงานเจ้าหน้าที่ และ ผู้ใดขัดขวางหรือไม่อำนวยความสะดวกตาม

สมควรแก่พนักงาน เจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติหน้าที่ มีทั้งโทษจำและโทษปรับ

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 บัญญัติ สิทธิการไล่เบียดผู้กระทำผิดไว้ใน มาตรา 42 “ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดได้แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควรตามมาตรา 41 เมื่อสำนักงานได้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการไปแล้ว สำนักงานมีสิทธิไล่เบียดเอาแก่ผู้กระทำผิดได้

เมื่อพิจารณามาตรา 42 สิทธิการไล่เบียดผู้กระทำผิดเป็นสิทธิของสำนักงานหลักประกันสุขภาพเมื่อสำนักงานได้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการไปแล้วจากบทบัญญัติมาตราดังกล่าวพบปัญหาว่า จากการสัมภาษณ์เชิงลึกนายกสภาวิชาชีพพบว่า การไล่เบียดผู้กระทำผิดเป็นการสร้างภาระหลายทางให้แก่บุคลากรทางการแพทย์เมื่อกระทำผิดแล้ว นอกจากผู้เสียหายเรียกค่าเสียหายแล้วหน่วยงานฟ้องไล่เบียดอีกทางหนึ่งทำให้เกิดปัญหาการหาเงินมาชดเชยค่าเสียหาย จากสภาวะการณ์ดังกล่าว จึงเสนอความเห็น ว่า เมื่อมีการแก้กฎหมายแล้วควรมีมาตรการใดที่จะบรรเทาในส่วนนี้ได้เพราะในการให้บริการคงไม่มียากให้เกิดความผิดพลาดเพราะความผิดพลาดส่งผลทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

7.2 ความรับผิดชอบสิทธิข้าราชการ

พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 กำหนดความรับผิดชอบในกรณีที่ผู้มีสิทธิหรือสถานพยาบาล เบิกเงินค่ารักษาพยาบาลโดยไม่เป็นไปตามพระราชกฤษฎีกานี้หรือเกินสิทธิที่จะได้รับตามพระราชกฤษฎีกานี้ ให้ผู้มีสิทธิหรือสถานพยาบาลนั้นส่งคืนเงินที่ได้รับไปจากกระทรวงการคลัง ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กระทรวงการคลังกำหนด เมื่อปรากฏว่าสถานพยาบาลใดมีพฤติการณ์ในทางทุจริตเกี่ยวกับการเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล ให้กระทรวงการคลังเรียกคืนเงินค่ารักษาพยาบาลและระงับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในระบบการเบิกจ่ายตรงกับสถานพยาบาลนั้น ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่กระทรวงการคลังกำหนด

7.3 ความรับผิดชอบประกันสังคม

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 กำหนดความรับผิดชอบเกี่ยวกับผู้ใดไม่ให้ถ้อยคำหรือไม่ส่งเอกสาร หลักฐาน หรือข้อมูลที่จำเป็นตาม คำสั่งของคณะกรรมการ คณะกรรมการแพทย์คณะกรรมการอุทธรณ์คณะอนุกรรมการ หรือ พนักงานเจ้าหน้าที่ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือนหรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 บัญญัติ สิทธิการไล่เบี้ยผู้กระทำผิดไว้ใน มาตรา 63 (7) “ค่าใช้จ่ายเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ประกันตน ในกรณีที่ผู้ประกันตนได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์เมื่อสำนักงานได้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ประกันตนไปแล้ว ให้สำนักงานมีสิทธิไล่เบี้ยแก่ผู้กระทำผิดได้”

เมื่อพิจารณาบทบัญญัติมาตรา 63 (7) สำนักงานประกันสังคมมีสิทธิไล่เบี้ยแก่ผู้กระทำความผิดมีปัญหาเหมือนกับสิทธิการไล่เบี้ยของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ

ปัญหาการความรับผิด คือ สิทธิการไล่เบี้ยผู้กระทำผิด บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เมื่อสำนักงานจ่ายเงินให้กับผู้เสียหายแล้ว สำนักงานหลักประกันสุขภาพและสำนักงานประกันสังคม รับช่วงสิทธิ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 229 (3) บัญญัติไว้ว่า “บุคคลผู้มีความผูกพันร่วมกับผู้อื่นหรือเพื่อผู้อื่นในอันจะต้องใช้หนี้ มีส่วนได้เสียด้วยในการใช้หนี้ นั้น และเข้าใช้หนี้” บุคคลในที่นี้หมายถึง “นิติบุคคล” คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพและสำนักงานประกันสังคมเป็นนิติบุคคลตามกฎหมายอาศัยอำนาจแห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ในการจัดตั้งมีสิทธิและหน้าที่ตามกฎหมายสามารถรับช่วงสิทธิฟ้องร้องผู้กระทำผิดได้ตามมาตรา 229 (3) ฐานกระทำละเมิดให้สำนักงาน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ,สำนักงานประกันสังคม) ได้รับความเสียหาย ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 420 บัญญัติไว้ว่า “ผู้ใดจงใจหรือประมาทเลินเล่อทำต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมายให้เขาเสียหายถึงแก่ชีวิตก็ดี แก่ร่างกายก็ดี อนามัยก็ดี เสรีภาพก็ดีทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใดก็ดี ท่านว่าผู้นั้นทำละเมิด จำต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการนั้น” เรียกฟ้องค่าเสียหายแก่ผู้ทำการละเมิดที่ทำให้สำนักงานต้องจ่ายเงินเยียวยาแก่ผู้ได้รับความเสียหาย

ความรับผิดซึ่งมีกฎหมายบัญญัติเฉพาะสิทธิการไล่เบี้ยผู้กระทำผิด คือพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ส่วนพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 ไม่มีการบัญญัติไว้ จะเป็นการบัญญัติสิทธิการไล่เบี้ยผู้กระทำผิดเมื่อพิจารณาบทบัญญัติในด้านความรับผิดประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 420 ประกอบมาตรา 229 (3) มีความจำเป็นหรือไม่ที่จะบัญญัติสิทธิการไล่เบี้ยผู้กระทำผิดไว้ในกฎหมายทั้ง 2 ฉบับ

2) ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 47 ได้รับรองสิทธิบุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมาย

บัญญัติ “บุคคลผู้ยากไร้” คือ บุคคลที่มีรายได้น้อยเพียงพอหรือผู้มีรายได้น้อยต่อการใช้จ่ายในการดำรงชีวิตตามความต้องการพื้นฐานขั้นต่ำที่ทุกคนในสังคมควรได้รับและไม่สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ เช่น ผู้ป่วยจากสถานสงเคราะห์ ผู้ป่วยจิตเวช ภิภุอาพาธและแม่ชีที่ป่วย ผู้ป่วยเรื้อรังจรจัด ผู้ป่วยในพระราชูปถัมภ์ ผู้ป่วยจากเหตุการณ์และภัยพิบัติต่าง ๆ ผู้ป่วยต่างด้าว รวมถึงผู้ป่วยระดับกลางที่ใช้สิทธิประกันตนหรือใช้ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถึงแม้ว่าประชาชนชาวไทยจะได้รับสิทธิการรักษาฟรีตามหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสิทธิพื้นฐานอื่น ๆ แต่พบว่ามีผู้ป่วยอีกจำนวนมากที่มีปัญหาการรักษาพยาบาล ดังนี้

(1) ผู้ได้รับสิทธิ

ผู้ยากไร้ได้รับสิทธิสวัสดิการแห่งรัฐ คือ การคุ้มครองและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีทางเศรษฐกิจและสังคมของพลเมือง โดยอาศัยหลักความเสมอภาคของโอกาส การกระจายความมั่งคั่งอย่างชอบธรรมและความรับผิดชอบต่อสาธารณะแก่ผู้ไม่สามารถจัดหาปัจจัยขั้นต่ำสำหรับชีวิตที่ดีได้ (วิรัตน์ พาณิชย์พงษ์, ออนไลน์, 2564) เป็นบุคคลที่ไม่ต้องจ่ายค่าบริการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ทั้งนี้ เพื่อเป็นการบรรเทาภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้มีรายได้น้อยจำนวน 11.4 ล้านคน ตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐสำหรับผู้มีรายได้น้อยซึ่งเป็นบุคคลที่ไม่ต้องจ่ายค่าบริการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ ผู้มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐที่เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 3.6 ล้านคน ผู้มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐที่อายุไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์ อาจไม่ต้องจ่ายค่าบริการในกรณี ดังต่อไปนี้

(1) เป็นผู้มีรายได้น้อย ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537 ได้แก่ คนโสดหรือผู้เยาว์ที่ไม่มีผู้อุปการะมีรายได้น้อยไม่เกินเดือนละ 2,000 บาท หรือบุคคลในครอบครัวเดียวกัน มีรายได้รวมกันไม่เกินเดือนละ 2,800 บาท

(2) คนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

(3) บุคคลที่แสดงความประสงค์ไม่จ่ายค่าบริการตามประเภทบุคคลที่ไม่ต้องจ่ายค่าบริการตามที่กำหนดในประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง บุคคลที่ไม่ต้องจ่ายค่าบริการ พ.ศ. 2555 (ประชุมคณะรัฐมนตรี (กรม.) เห็นชอบตามที่กระทรวงการคลังเสนอในการให้ผู้มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ เป็นบุคคลที่ไม่ต้องจ่ายค่าบริการตาม พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545, ออนไลน์, 2564) ถึงแม้ผู้ยากไร้จะได้สิทธิการรักษาพยาบาลจากประกาศฉบับดังกล่าวเมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลจากหน่วยบริการของรัฐเกิดความเสียหายจากการใช้บริการนั้นจะไม่มีขั้นตอนและวิธีการการเยียวยาความเสียหายเบื้องต้นเช่นเดียวกับผู้ใช้ข้าราชการ

เมื่อพิจารณาบทบัญญัติรัฐธรรมนูญ สถานะของผู้ได้รับสิทธิ ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เป็นกฎหมายรองรับสถานการณ์รับบริการสาธารณสุขผู้ยากไร้

(2) ประเภทของสิทธิที่ได้รับ

ประเภทของสิทธิที่ผู้ยากไร้ได้รับบริการสาธารณสุข ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2545 ให้คำนิยาม “สาธารณสุข” หมายถึง “กิจการเกี่ยวกับการป้องกัน การบำบัดโรค การรักษาและส่งเสริมสุขภาพของประชาชน” (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2545, ออนไลน์, 2564) นั้นหมายถึง การใด ๆ ก็ตามที่รัฐต้องมอบให้กับประชาชนเพื่อให้ได้มาซึ่งการบำบัด รักษา และส่งเสริมสุขภาพของประชาชนผู้ยากไร้

ประเภทของสิทธิที่ผู้ยากไร้ไม่ได้รับการคุ้มครองบริการสาธารณสุข เช่น การปลูกถ่ายอวัยวะเปลี่ยนไต เป็นต้น

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกประชากรผู้ยากไร้ที่ใช้สิทธิบัตรสวัสดิการแห่งรัฐในการรักษาพยาบาลประเภทของสิทธิที่ได้รับไม่ครอบคลุมบางโรค เช่น เปลี่ยนถ่ายไขกระดูกและยาหรืออุปกรณ์การแพทย์บางรายการไม่ได้อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ จึงเป็นส่วนเกินจากสิทธิที่ผู้ป่วยต้องชำระเอง

เมื่อพิจารณาบทบัญญัติรัฐธรรมนูญ ประเภทของสิทธิที่ได้รับ ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ เช่นเดียวกับผู้ใช้สิทธิบัตรทอง และผู้ใช้สิทธิประกันสังคม คือ สิทธิการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งนี้ ให้รวมถึงการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรค ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

(3) กระบวนการเข้าถึง

กระบวนการเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ยากไร้เกิดขึ้นเมื่อมี “บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ” กล่าวคือ พระราชบัญญัติการจัดพระราชรัฐสวัสดิการเพื่อเศรษฐกิจฐานรากและสังคม พ.ศ. 2562 มาตรา 3 บัญญัติความหมาย “พระราชรัฐสวัสดิการ” หมายความว่า “สวัสดิการที่จัดขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ในการลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มศักยภาพให้ประชาชนผู้มีรายได้น้อยมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น และสนับสนุน โครงการที่ให้บริการทางสังคมแก่ประชาชน โดยมีการดำเนินการร่วมกันระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน อันจะเป็นการแก้ไขปัญหาและพัฒนาเศรษฐกิจให้เป็นไปอย่างยั่งยืน” จากบทบัญญัติดังกล่าวผู้ยากไร้ต้องลงทะเบียน “โครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ” หมายความว่า “โครงการที่กระทรวงการคลังกำหนดให้ประชาชนผู้มี

รายได้น้อยที่มีคุณสมบัติมาลงทะเบียน เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการจัดประชารัฐสวัสดิการที่เป็นการให้ความช่วยเหลือผ่านบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ” โดยมี “คณะกรรมการประชารัฐสวัสดิการเพื่อเศรษฐกิจฐานรากและสังคม” มีอำนาจตามมาตรา 8 (2) บัญญัติไว้ว่า “พิจารณาการสนับสนุนโครงการที่ให้บริการทางสังคมที่จัดทำขึ้นโดยหน่วยงานของเอกชน มูลนิธิ หรือองค์กรสาธารณประโยชน์ เพื่อช่วยเหลือประชาชนในภาวะลำบากทุกประเภท เสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การเสนอโครงการให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด โดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี” กำหนดคุณสมบัติของผู้สมัครบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ เช่น มีสัญชาติไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป วางงานหรือมีรายได้ส่วนตัวไม่เกิน 100,000 บาท ต่อปี ไม่มีทรัพย์สินทางการเงิน (เงินฝากธนาคาร, สลากออมสิน, สลาก ธ.ก.ส., พันธบัตรรัฐบาล และตราสารหนี้) หรือถ้ามีทรัพย์สินดังกล่าวจะต้องมีรวมกันไม่เกิน 100,000 บาท รายได้ต่อครัวเรือนเป็นตัวประกอบการพิจารณา และถ้ามีรถยนต์จะถูกนำมาพิจารณาแต่ถ้ามี 2-3 คันจะไม่ได้รับสิทธิบัตรสวัสดิการแห่งรัฐถ้ามีการถือบัตรเครดิตก็จะถูกนำมาพิจารณา เช่นกัน

ขั้นตอนในการลงทะเบียนโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ไปธนาคารที่สะดวก (ธกส., ออมสิน, กรุงไทย)

ขั้นตอนที่ 2 แสดงบัตรประชาชน

ขั้นตอนที่ 3 กรอกแบบฟอร์มแจ้งข้อมูลส่วนตัว รายได้ ทรัพย์สินและหนี้สิน

ของตน

ขั้นตอนที่ 4 เก็บหลักฐานไว้เพื่อยืนยันการลงทะเบียน

ประชาชนผู้ยากไร้ที่ถือสิทธิการรักษาพยาบาลบัตรสวัสดิการแห่งรัฐและสิทธิการรักษาอย่างอื่น เช่น สิทธิบัตรทอง สิทธิประกันสังคม หากผู้ที่มีสิทธิประกันสังคมและสิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล ลงทะเบียนผ่านโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐและคณะพิจารณาผ่านหลักเกณฑ์ก็ไม่กระทบสิทธิการรักษาพยาบาล กล่าวคือ ประชาชนผู้ยากไร้ถือครองสิทธิการรักษาพยาบาลสองสิทธิ เช่น ถือครองสิทธิบัตรสวัสดิการแห่งรัฐและบัตรทองซึ่งมีสิทธิในการรักษาพยาบาลฟรีทั้งคู่ ผู้ถือครองสิทธิจะใช้บัตรสวัสดิการแห่งรัฐเข้าถึงสิทธินั่งรถประจำทางฟรีไปโรงพยาบาลใช้บัตรทองรักษาพยาบาลกฎหมายให้การรับรองไม่ตัดสิทธิสำหรับผู้ถือครองสิทธิในการรักษาพยาบาลทั้งสองสิทธิ

เมื่อพิจารณาบทบัญญัติรัฐธรรมนูญ กระบวนการเข้าถึงเป็นสิทธิเฉพาะตัว ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ ผู้ยากไร้เข้ารับบริการสาธารณสุขที่หน่วยพยาบาลของรัฐเมื่อเข้ารับบริการแสดง “บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ” ผู้ยากไร้รักษาพยาบาลฟรี

(4) การขึ้นทะเบียนสิทธิ

การขึ้นทะเบียนสิทธิผู้ยากไร้ในด้านการรักษาพยาบาลดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุขจะให้บริการสาธารณสุขไม่คิดค่ารักษาพยาบาลแก่ผู้ยากไร้ เพียงผู้ยากไร้นั้นมี “บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ” โดยรัฐบาลมีนโยบายช่วยเหลือประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้วยการดำเนินโครงการประชารัฐสวัสดิการ มีวัตถุประสงค์ในการลดความเหลื่อมล้ำเพิ่มศักยภาพให้ประชาชนผู้มีรายได้น้อยมีความเป็นอยู่ดีขึ้น ในปี พ.ศ. 2560 รัฐกำหนดให้มีการดำเนินโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐเพื่อจัดเก็บฐานข้อมูลผู้มีรายได้น้อยนำไปออกแบบนโยบาย และจัดสวัสดิการต่างๆ ของภาครัฐให้เหมาะสมจึงได้มี ประกาศกระทรวงสาธารณสุข แก้ไขเพิ่มเติม เรื่อง บุคคลที่ไม่ต้องจ่ายค่าบริการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2561 บัญญัติให้ “ผู้มีรายได้น้อย ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537 ทั้งนี้ ให้หมายความรวมถึงผู้มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐด้วย” ประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 17 สิงหาคม 2561 เล่ม 135 ตอนพิเศษ 199 ง หน้า 23 (ราชกิจจานุเบกษา, ออนไลน์, 2564) ผู้ยากไร้เข้ารักษาพยาบาลได้ในสถานพยาบาลของรัฐ เมื่อเข้าทำการรักษาพยาบาลต้องแสดงบัตรสวัสดิการแห่งรัฐต่อหน่วยพยาบาล

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกประชากรผู้ใช้สิทธิบัตรสวัสดิการแห่งรัฐในการรักษาพยาบาลและรายงานการตรวจสอบการดำเนินงาน โครงการประชารัฐสวัสดิการ พบว่า ปัญหาจากการขึ้นทะเบียนสิทธิผู้ยากไร้ในการรักษาพยาบาลเสียโอกาสในการได้รับความช่วยเหลือจากสวัสดิการแห่งรัฐตามโครงการเกิดความคลาดเคลื่อนบิดเบือน เนื่องจากข้อมูลไม่ถูกต้องไม่เป็นปัจจุบัน ทำให้หลักเกณฑ์ในการพิจารณาลงทะเบียนรับสิทธิบัตรสวัสดิการแห่งรัฐทำให้กลุ่มผู้ยากไร้ไม่สามารถเข้าถึงสวัสดิการแห่งรัฐ เกิดความเหลื่อมล้ำในการใช้สิทธิการรักษาพยาบาลที่เกิดจากบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ กลุ่มประชากรเสนอความเห็นว่าการปรับปรุงฐานข้อมูลให้ถูกต้องครบถ้วน เป็นปัจจุบัน โดยกำหนดให้หน่วยงานด้านปกครองในพื้นที่ ผู้นำชุมชน หรือคณะกรรมการหมู่บ้านหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้ามามีส่วนร่วมในการกระบวนการตรวจสอบ กลั่นกรอง รับรองข้อมูลเพื่อให้ได้กลุ่มเป้าหมายที่ถูกต้อง

เมื่อพิจารณาบทบัญญัติรัฐธรรมนูญ การขึ้นทะเบียนสิทธิผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ ผู้ยากไร้ได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลผ่าน “บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ” ทำให้ผู้ยากไร้เข้าถึงบริการสาธารณสุขตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญบุคคลมีสิทธิเสมอภาคในการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่แบ่งแยกสถานะ

(5) การเยียวยา

การเยียวยาพระราชบัญญัติการจัดพระราชรัฐสวัสดิการเพื่อเศรษฐกิจฐานรากและสังคม พ.ศ. 2562 มาตรา 14 บัญญัติ ให้จัดตั้งกองทุนขึ้นกองทุนหนึ่งในสำนักงาน เรียกว่าว่า “กองทุนพระราชรัฐสวัสดิการเพื่อเศรษฐกิจฐานรากและสังคม” “โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้จ่ายในการจัดพระราชรัฐสวัสดิการที่เป็นการให้ความช่วยเหลือประชาชนผู้มีรายได้น้อย หรือเพื่อสนับสนุนโครงการที่ให้บริการทางสังคมที่เป็นการช่วยเหลือประชาชนในภาวะลำบากทุกประเภท” รวมทั้งประชาชนผู้ยากไร้ที่ใช้สิทธิจากบัตรสวัสดิการแห่งรัฐในการรักษาพยาบาลเมื่อได้รับความเสียหายจากการรับบริการจะไม่ได้รับการเยียวยาจากกองทุนนี้

การเยียวยาความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรับบริการสาธารณสุขของผู้ยากไร้กรณีได้รับความเสียหายนั้นต้องฟ้องเรียกค่าเสียหายต่อศาลส่งผลกระทบต่อผู้เสียหายที่ต้องพิสูจน์ต่อศาลตามหลักวิธีพิจารณาความแพ่ง มาตรา 84/1 ที่บัญญัติว่า “คู่ความฝ่ายใดกล่าวอ้างข้อเท็จจริงเพื่อสนับสนุนคำคู่ความของตนให้คู่ความ ฝ่ายนั้นมีภาระการพิสูจน์ข้อเท็จจริงนั้น แต่ถ้ามีข้อสันนิษฐานไว้ในกฎหมายหรือมีข้อสันนิษฐานที่ควรจะเป็นซึ่งปรากฏจากสภาพปกติธรรมดาของเหตุการณ์เป็นคุณแก่คู่ความฝ่ายใด คู่ความฝ่ายนั้นต้องพิสูจน์เพียงว่าตนได้ปฏิบัติตามเงื่อนไขแห่งการที่ตนจะได้รับความเสียหายจากข้อสันนิษฐานนั้นครบถ้วนแล้ว” ทำให้ผู้เสียหายที่เป็นประชาชนผู้ยากไร้ที่ได้รับความเสียหายจากความผิดพลาดของการรักษาพยาบาลจะต้องทำหน้าที่พิสูจน์ความเสียหายซึ่งเป็นการยุ่งยากมากและบางครั้งเกินความสามารถที่จะพิสูจน์ได้

เมื่อพิจารณาบทบัญญัติรัฐธรรมนูญ การเยียวยา ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ จากการศึกษาไม่พบขั้นตอนและวิธีการเยียวยาเป็นการเฉพาะ

(6) ข้อจำกัด

ข้อจำกัดการขึ้นทะเบียนบัตรสวัสดิการแห่งรัฐมีปัญหา เรื่อง หลักเกณฑ์การพิจารณาผู้ยากไร้เพื่อบำบัดการออกบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกประชากรผู้ใช้สิทธิบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ปัญหาอีกอย่างหนึ่งคือ ปัญหาการลงทะเบียนในการรับสิทธิหากไม่ผ่านเกณฑ์การพิจารณาผู้ยากไร้ก็ไม่สามารถเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาลตามที่รัฐธรรมนูญให้การรับรองสิทธิไว้ได้

เมื่อพิจารณาบทบัญญัติรัฐธรรมนูญ ข้อจำกัดเกณฑ์การพิจารณาผู้ยากไร้ มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ ไม่ผ่านเกณฑ์การพิจารณาผู้ยากไร้ไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขทำให้เกิดความไม่เสมอภาคภายใต้ข้อจำกัดเกณฑ์การพิจารณาผู้ยากไร้

(7) ความรับผิดชอบ

พระราชบัญญัติการจัดพระราชพิธีสวัสดิการเพื่อเศรษฐกิจฐานรากและสังคม พ.ศ. 2562 ไม่มีการบัญญัติบทกำหนดโทษไว้

จากการวิเคราะห์ห้บทบัญญัติรัฐธรรมนูญผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ คือ พระราชบัญญัติการจัดพระราชพิธีสวัสดิการเพื่อเศรษฐกิจฐานรากและสังคม พ.ศ. 2562 และ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข แก้ไขเพิ่มเติม เรื่อง บุคคลที่ไม่ต้องจ่ายค่าบริการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2561 บัญญัติให้ “ผู้มีรายได้น้อย ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537 แตกต่างจากการบทบัญญัติรัฐธรรมนูญผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ ดังนี้

(1) การขึ้นทะเบียนสิทธิ ผู้ยากไร้ได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลผ่าน “บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ” ทำให้ผู้ยากไร้เข้าถึงบริการสาธารณสุขตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญบุคคลมีสิทธิเสมอภาคในการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่แบ่งแยกสถานะ

(2) สถานะของผู้ใช้สิทธิ ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ

(3) ประเภทของสิทธิ ผู้ยากไร้ได้รับสิทธิการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งนี้ ให้รวมถึงการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรค ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

(4) กระบวนการเข้าถึง เป็นสิทธิเฉพาะตัว ผู้ยากไร้มีสิทธิรับบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ เมื่อเข้ารับบริการให้แสดง “บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ” รับบริการฟรี

(5) ข้อจำกัดเกณฑ์การพิจารณาผู้ยากไร้และสิทธิการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากที่กฎหมายบัญญัติ คือ การคัดสรรความงามที่ไม่มีการบ่งชี้จากแพทย์ โรคที่รักษาด้วยวิธีการที่ยังอยู่ในขั้นตอนการศึกษาทดลอง การรักษาภาวะมีบุตรยาก การตรวจที่ไม่จำเป็นในการรักษาโรค การเปลี่ยนเพศ การผสมเทียม การบริการระหว่างรักษาตัวแบบพักฟื้นที่บ้านกลุ่มยา และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ

(6) การเยียวยาผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ จากการศึกษาไม่มีขั้นตอนและวิธีการเยียวยาเป็นการเฉพาะ

(7) ความรับผิดชอบ ไม่มีการบัญญัติบทกำหนดโทษไว้

จากที่กล่าวมาสะท้อนให้เห็นถึงความไม่เสมอภาคของผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ คือ พระราชบัญญัติการจัดพระราชรัฐสวัสดิการเพื่อเศรษฐกิจฐานรากและสังคม พ.ศ. 2562 และประกาศกระทรวงสาธารณสุข แก้ไขเพิ่มเติม เรื่อง บุคคลที่ไม่ต้องจ่ายค่าบริการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2561 ในแต่ละประเด็นที่กล่าวมาข้างต้น แสดงให้เห็นถึงความไม่เสมอภาคของผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

3) สิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 47 บัญญัติว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย” เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชนย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งเป็นหน้าที่ของรัฐ มาตรา 55 บัญญัติไว้ว่า “รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคและส่งเสริมสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทย ให้เกิดประโยชน์สูงสุด บริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่งต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรคการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วยรัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง”

จากการวิเคราะห์บทบัญญัติของรัฐธรรมนูญในหัวข้อ 2.1 การคุ้มครองสิทธิตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย หลักการและเหตุการณ์เข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2545 เป็นกฎหมายที่แสดงให้เห็นว่ารัฐดำเนินการให้ประชาชนได้รับการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคและส่งเสริมสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทย ให้เกิดประโยชน์สูงสุด บริการสาธารณสุขต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรคการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพรัฐยังคงมีการดำเนินการเกี่ยวกับการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ประชาชนคนไทยได้รับการดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาลที่ดีให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของประเทศ ทั้งยังให้มีการรื้อเรียนหาความเป็นธรรม หากได้รับการบริการสาธารณสุขที่ไม่เหมาะสม ทำให้รัฐมีการพัฒนาให้ประชาชนได้รับการบริการสาธารณสุขที่ดีขึ้นกว่าเดิม และรัฐมีการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพให้เพียงพอต่อความต้องการที่มีความต้องการอย่างต่อเนื่องจากภาวะโรคภัยไข้เจ็บที่มีความรุนแรงมากขึ้น

ปัญหากฎหมายต่าง ๆ ที่เกิดจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยมีการบัญญัติคุ้มครองสิทธิดูแลให้ประชาชนดำรงชีวิตอยู่แต่การให้บริการสาธารณสุขหลายสถานการณ์มีปัญหา เช่น ผู้ป่วยต้องการยุติชีวิตจากการทรมานที่เกิดจากอาการเจ็บป่วยจนไม่ยอมมีชีวิตอยู่ ทั้งในสถานะที่สามารถใช้ดุลพินิจและไม่สามารถใช้ดุลพินิจในการพิจารณายุติชีวิตในประเทศไทยยังกระทำไม่ได้ เนื่องจากไม่มีกฎหมายบัญญัติให้กระทำได้ และในบางสถานการณ์ที่บิดามารดาเลือกการให้กำหนดคลุกกฎหมายก็ไม่สามารถกระทำได้ เช่น การอุ้มบุญ หมายถึงการตั้งครรภ์โดยใช้อสุยมนต์ของหญิงอีกคนที่ยอมรับการตั้งครรภ์ของทารกซึ่งเป็นของกลุ่มสามีภรรยาที่ไม่สามารถตั้งครรภ์เองตามธรรมชาติได้ ซึ่งวิธีนี้แม้ว่าจะมีคนรู้จักและพูดถึงจนคุ้นหู แต่ก็มักจะไม่มีใครทราบว่าเป็นจริง ๆ แล้วสามารถทำได้จริง ๆ และผิดกฎหมายหรือไม่ (ชิติกรณ์ วาณิชกุล, ออนไลน์, 2564)

4) รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม ป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยบัญญัติการบริการสาธารณสุขเป็นหน้าที่ของรัฐจะต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม ป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพต้องมีมาตรฐานเดียวกันในการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน บุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ประกอบการวิชาชีพเป็นกลไกหนึ่งซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการบริการ ผู้ประกอบการวิชาชีพที่เกี่ยวกับงานวิจัยนี้มีทั้งหมด 7 วิชาชีพ ได้แก่ วิชาชีพกายภาพบำบัด วิชาชีพเภสัชกรรม วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ วิชาชีพทันตกรรม วิชาชีพเวชกรรม วิชาชีพการแพทย์แผนไทย วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ซึ่งเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม ป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพจะต้องมีการควบคุมมาตรฐานการประกอบวิชาชีพซึ่งมีองค์กรวิชาชีพเรียกว่า “สภาวิชาชีพ” ทำหน้าที่ควบคุมให้ผู้ประกอบวิชาชีพปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพและจรรยาบรรณวิชาชีพซึ่งมีความสำคัญเพราะเป็นเครื่องแสดงถึงความประพฤติที่ดีของผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะ หากไม่ปฏิบัติตามเมื่อเกิดความผิดพลาดก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้รับบริการโดยกำหนดประเด็นวิเคราะห์ ดังต่อไปนี้

(1) กระบวนการเข้าถึง

ผู้มีสิทธิในการร้องเรียนและกล่าวหา ผู้ประกอบวิชาชีพที่ประพฤติผิดจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ ได้แก่ ผู้เสียหาย ผู้ป่วย ญาติ ผู้รับบริการ ประชาชนทั่วไป องค์กรภาครัฐ เอกชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ยื่นเรื่องกล่าวหาต่อสภาวิชาชีพตามที่กฎหมายให้สิทธิและกำหนดขั้นตอนวิธีการไว้ใน

พระราชบัญญัติวิชาชีพทั้ง 7 ฉบับ

(2) การเยียวยา

พระราชบัญญัติวิชาชีพทั้ง 7 วิชาชีพบัญญัติสิทธิให้ผู้เสียหายหรือบุคคลอื่นสามารถใช้สิทธิกล่าวหาผู้ประกอบวิชาชีพทั้ง 7 วิชาชีพกระทำผิดอันเนื่องมาจากการประพฤติผิดจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพโดยกำหนดไว้ ดังนี้

1) พระราชบัญญัติวิชาชีพกายภาพบำบัด พ.ศ. 2547 มาตรา 34 บัญญัติไว้ว่า “บุคคลซึ่งได้รับความเสียหายเพราะการประพฤติผิดตาม มาตรา 33 ของผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด มีสิทธิกล่าวหาผู้ก่อให้เกิดความเสียหายนั้น โดยทำคำกล่าวหาเป็นหนังสือยื่นต่อสภากายภาพบำบัด”

จากบทบัญญัติ มาตรา 34 กฎหมายให้สิทธิบุคคลที่ได้รับความเสียหายจากผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดประพฤติผิดจรรยาบรรณวิชาชีพให้ทำคำกล่าวหาเป็นหนังสือยื่นเรื่องต่อสภาวิชาชีพเพื่อดำเนินการตามขั้นตอนและกฎหมายกำหนดต่อไป

2) พระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2558 มาตรา 34 บัญญัติไว้ว่า “บุคคลซึ่งได้รับความเสียหาย เพราะการประพฤติผิดจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพเภสัชกรรม ของผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม มีสิทธิกล่าวหาผู้ก่อให้เกิดความเสียหายนั้น โดยทำเรื่องยื่นต่อสภาเภสัชกรรม กรรมการหรือบุคคลอื่นที่มีสิทธิกล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมว่าประพฤติผิดจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพเภสัชกรรม โดยแจ้งเรื่องต่อสภาเภสัชกรรม”

บทบัญญัติ มาตรา 34 กฎหมายให้สิทธิบุคคลที่ได้รับความเสียหายจากผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมประพฤติผิดจรรยาบรรณวิชาชีพให้ทำคำกล่าวหาเป็นหนังสือยื่นเรื่องต่อสภาวิชาชีพเพื่อดำเนินการตามขั้นตอนและกฎหมายกำหนดต่อไป

3) พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 มาตรา 33 บัญญัติไว้ว่า “บุคคลผู้ซึ่งได้รับความเสียหายเพราะผู้ประกอบวิชาชีพ การพยาบาล การผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ประพฤติผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ มีสิทธิกล่าวหาผู้ก่อให้เกิดความเสียหายนั้น โดยทำเรื่องยื่นต่อสภาการพยาบาล”

บทบัญญัติ มาตรา 33 กฎหมายให้สิทธิบุคคลที่ได้รับความเสียหายจากผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ประพฤติผิดจรรยาบรรณวิชาชีพให้ทำคำกล่าวหาเป็นหนังสือยื่นเรื่องต่อสภาวิชาชีพเพื่อดำเนินการตามขั้นตอนและกฎหมายกำหนดต่อไป

4) พระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรมพุทธศักราช 2537 มาตรา 34 บัญญัติไว้ว่า “บุคคลซึ่งได้รับความเสียหายเพราะการประพฤติผิดจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรมของผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมมีสิทธิกล่าวหาผู้ก่อให้เกิดความเสียหายนั้น โดยทำเรื่องยื่นต่อ

ทันตแพทยสภา”

บทบัญญัติ มาตรา 34 กฎหมายให้สิทธิบุคคลที่ได้รับความเสียหายจากผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมประพฤติผิดจรรยาบรรณวิชาชีพให้ทำคำกล่าวหาเป็นหนังสือยื่นเรื่องต่อสภาวิชาชีพเพื่อดำเนินการตามขั้นตอนและกฎหมายกำหนดต่อไป

5) พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 มาตรา 32 บัญญัติไว้ว่า “บุคคลผู้ได้รับความเสียหายเพราะการประพฤติดิจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ เวชกรรมผู้ใด มีสิทธิกล่าวหาประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้นั้น โดยทำเรื่องยื่นต่อแพทยสภา”

บทบัญญัติ มาตรา 32 กฎหมายให้สิทธิบุคคลที่ได้รับความเสียหายจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมประพฤติผิดจรรยาบรรณวิชาชีพให้ทำคำกล่าวหาเป็นยื่นเรื่องต่อสภาวิชาชีพเพื่อดำเนินการตามขั้นตอนและกฎหมายกำหนดต่อไป

6) พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556 มาตรา 37 บัญญัติไว้ว่า “บุคคลซึ่งได้รับความเสียหายเพราะการประพฤติดิตตามมาตรา 36 ของผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์มีสิทธิกล่าวหาผู้ก่อให้เกิดความเสียหายนั้น โดยทำคำกล่าวหาเป็นหนังสือยื่นต่อสภาการแพทย์แผนไทย”

บทบัญญัติ มาตรา 36 กฎหมายให้สิทธิบุคคลที่ได้รับความเสียหายจากผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประพฤติดิจจรรยาบรรณวิชาชีพให้ทำคำกล่าวหาเป็นหนังสือยื่นเรื่องต่อสภาวิชาชีพเพื่อดำเนินการตามขั้นตอนและกฎหมายกำหนดต่อไป

7) พระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 มาตรา 31 บัญญัติไว้ว่า “บุคคลซึ่งได้รับความเสียหายเพราะการประพฤติดิจจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนของผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน มีสิทธิกล่าวหาผู้ก่อให้เกิดความเสียหายนั้น โดยทำคำกล่าวหา เป็นหนังสือยื่นต่อสภาการสาธารณสุขชุมชน”

บทบัญญัติ มาตรา 31 กฎหมายให้สิทธิบุคคลที่ได้รับความเสียหายจากผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนประพฤติดิจจรรยาบรรณวิชาชีพให้ทำคำกล่าวหาเป็นหนังสือยื่นเรื่องต่อสภาวิชาชีพเพื่อดำเนินการตามขั้นตอนและกฎหมายกำหนดต่อไป

เมื่อพิจารณาจากบทบัญญัติกฎหมายทั้ง 7 ฉบับเป็นการให้สิทธิการกล่าวหาผู้ประกอบวิชาชีพที่ประพฤติดิจจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพเป็นความเสียหายอีกประเภทหนึ่งที่กฎหมายไม่มีการกำหนดขั้นตอนและวิธีการเยียวยาความเสียหายที่เกิดจากผู้ประกอบวิชาชีพประพฤติดิจจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ

(3) ข้อจำกัด

ข้อจำกัดพระราชบัญญัติวิชาชีพทั้ง 7 วิชาชีพ คือไม่มีการกำหนดวิธีการเยียวยาความเสียหายเบื้องต้นให้แก่ผู้ได้รับความเสียหายที่เกิดจากการประพฤติผิดจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพจากการวิเคราะห์มาทั้งหมดจะพบว่ารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ทั้ง 3 ฉบับได้บัญญัติให้สิทธิแก่ประชาชนในการรับบริการสาธารณสุข อย่างเสมอภาคกันแต่ปรากฏว่าพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 และพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ได้กำหนดสถานะของผู้รับสิทธิบริการสาธารณสุขที่แตกต่างกันและกำหนดให้สิทธิในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพที่แตกต่างกันด้วย จึงชี้ให้เห็นว่ากฎหมายระดับรองบัญญัติทั้ง 3 ฉบับนี้กำหนดสิทธิแก่ประชาชนต่างสถานะในการได้รับสิทธิเข้าถึงหลักประกันสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัดทั้ง ๆ ที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ซึ่งเป็นกฎหมายสูงสุดกำหนดให้เป็นหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐที่จะต้องจัดบริการสถานพยาบาลผู้ได้รับสิทธิและประเภทของสิทธิที่เสมอภาคกัน ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 สิทธิการรักษาพยาบาล

การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ	พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 (สิทธิบัตรทอง)	พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 (สวัสดิการข้าราชการ)	พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 (สิทธิประกันสังคม)
1) ผู้ได้รับสิทธิ			
- บุคคลที่มีสัญชาติไทยที่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก	✓	✗	✗
- ข้าราชการและลูกจ้างประจำซึ่งได้รับเงินเดือนหรือค่าจ้างประจำจากเงินงบประมาณรายจ่าย งบบุคลากรของกระทรวง ทบวง กรม เว้นแต่ข้าราชการตำรวจชั้นพล	✗	✓	✗

การเข้าถึงหลักประกัน สุขภาพ	พระราชบัญญัติ หลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 (สิทธิบัตรทอง)	พระราชกฤษฎีกาเงิน สวัสดิการเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 (สวัสดิการ ข้าราชการ)	พระราชบัญญัติ ประกันสังคม พ.ศ. 2533 (สิทธิประกันสังคม)
ตำรวจซึ่งอยู่ในระหว่างรับ การศึกษา อบรม ใน สถานศึกษาของสำนักงาน ตำรวจแห่งชาติก่อนเข้าปฏิบัติ หน้าที่ราชการประจำ			
- ลูกจ้างชาวต่างประเทศซึ่งมี หนังสือสัญญาจ้างที่ได้รับ ค่าจ้างจากเงินงบประมาณ รายจ่าย และสัญญาจ้างนั้น มิได้ระบุเกี่ยวกับ ค่า รักษาพยาบาลไว้	✗	✓	✗
- ผู้ได้รับบำนาญปกติหรือผู้ ได้รับบำนาญพิเศษเพราะเหตุ ทุพพลภาพตามกฎหมายว่า ด้วยบำนาญ บำนาญ ข้าราชการหรือกฎหมายว่า ด้วยกองทุนบำนาญ ข้าราชการ และทหาร กองหนุน มีเบี้ยหวัดตาม ข้อบังคับกระทรวงกลาโหมว่า ด้วยเงินเบี้ยหวัด	✗	✓	✗
- ผู้ประกันตนตามมาตรา 33, 39, 40	✗	✗	✓

การเข้าถึงหลักประกัน สุขภาพ	พระราชบัญญัติ หลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 (สิทธิบัตรทอง)	พระราชกฤษฎีกาเงิน สวัสดิการเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 (สวัสดิการ ข้าราชการ)	พระราชบัญญัติ ประกันสังคม พ.ศ. 2533 (สิทธิประกันสังคม)
- บุคคลในครอบครัวผู้ใช้ สิทธิ	x	✓	x
2) ประเภทของสิทธิ			
1) การสร้างเสริมสุขภาพและ การป้องกันโรค	✓	✓	✓
2) การคุมกำเนิด การคลอด บุตรและการดูแลหลังคลอด บุตร	✓	✓	✓
3) การตรวจยีนแพ้ยา - การตรวจยีนแพ้ยา HLA- B*1502 ก่อนรักษาด้วยยา Carbamazepine เป็นยาในกลุ่ม ยากันชัก	✓	✓	x
4) การผ่าตัดปลูกถ่ายและการ เปลี่ยนอวัยวะ	✓	✓	✓
5) การล้างไตผ่านช่องท้อง ด้วยเครื่อง อัตโนมัติน (Automated peritoneal dialysis: APD)	✓	✓	✓
6) รากฟันเทียม	x	✓	✓
7) การดูแลด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) และผู้ป่วยแบบประคับ ประคองโรคตามแนวทางที่	✓	✓	x

การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ	พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 (สิทธิบัตรทอง)	พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 (สวัสดิการข้าราชการ)	พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 (สิทธิประกันสังคม)
กรมการแพทย์กำหนด (Palliative care)			
8) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์	✓	✓	✓
9) การส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า	✓	✓	✓
- ทางรถยนต์คุ้มครองทุกสิทธิ	✓	✓	✓
- ทางอากาศยาน	✓	✓	✗
- ทางน้ำ (แพขนานยนต์)	✓	✓	✗
10) ค่าห้องพิเศษ	✗	✓	✓
11) อุปกรณ์และอวัยวะเทียม	✓	✓	✓
12) เจ็บป่วยฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุ	✓	✓	✓
3) กระบวนการเข้าถึง			
1) กรณีทั่วไป	✓	✓	✓
2) กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน	✓	✓	✓
4) การขึ้นทะเบียนสิทธิ			
- โรงพยาบาลรัฐ	✓	✗	✓
- โรงพยาบาลเอกชน	✗	✗	✓
5) การเยียวยา			
- การไต่ถามคดีข้อพิพาท	✓	✗	✗

การเข้าถึงหลักประกัน สุขภาพ	พระราชบัญญัติ หลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 (สิทธิบัตรทอง)	พระราชกฤษฎีกาเงิน สวัสดิการเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 (สวัสดิการ ข้าราชการ)	พระราชบัญญัติ ประกันสังคม พ.ศ. 2533 (สิทธิประกันสังคม)
- ฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายทาง ศาล	✗	✗	✗
- กองทุน	✓	✗	✓
- ประกันภัยผู้ประกอบการวิชาชีพ	✗	✗	✗
- ระบบการชดเชยโดยไม่มี พิสูจน์ถูกผิด (No - fault compensation system)	✓	✗	✓
6) ข้อจำกัด			
- การคัดสรรความงามที่ไม่ มีการบ่งชี้จากแพทย์	✗	✓	✓
- โรคที่รักษาด้วยวิธีการที่ยัง อยู่ในขั้นตอนการศึกษาทดลอง	✓	✓	✗
- การรักษาภาวะมีบุตรยาก	✓	✓	✓
- การตรวจที่ไม่จำเป็นในการ รักษาโรค	✗	✗	✗
- การเปลี่ยนเพศ	✗	✗	✗
- การผสมเทียม	✗	✗	✗
- การบริการระหว่างรักษาตัว แบบพักฟื้นอยู่บ้านกลุ่มยา และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เบิก ไม่ได้	✗	✗	✗
- คณะกรรมการพิจารณา ค่าเสียหาย	✓	✗	✓

การเข้าถึงหลักประกัน สุขภาพ	พระราชบัญญัติ หลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 (สิทธิบัตรทอง)	พระราชกฤษฎีกาเงิน สวัสดิการเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 (สวัสดิการ ข้าราชการ)	พระราชบัญญัติ ประกันสังคม พ.ศ. 2533 (สิทธิประกันสังคม)
7) ความรับผิดชอบ			
1) ความรับผิดชอบทางแพ่ง	✓	✗	✓
2) ความรับผิดชอบในคดีอาญา	✓	✗	✓
- ฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามคำสั่ง	✓	✗	✓
- ชัดขวางหรือไม่อำนวยความสะดวก ความสะดวกตามสมควรแก่ พนักงานเจ้าหน้าที่ในการ ปฏิบัติหน้าที่	✓	✗	✓
- กรณีที่ผู้มีสิทธิหรือ สถานพยาบาลตาม เบิกเงินค่า รักษาพยาบาลโดยไม่เป็นไป ตามกฎหมายกำหนด	✗	✓	✗
3) ความรับผิดชอบทางปกครอง - คำสั่งคณะกรรมการเกี่ยวกับ การ กำหนดหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงิน ช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีที่ ผู้รับบริการได้รับความ เสียหายที่เกิดขึ้นจากการ รักษาพยาบาล	✓	✗	✓
4) ความรับผิดชอบที่ได้รับการ เยียวยาจากกองทุน	✓	✗	✓
- หน่วยบริการ	✓	✗	✓
- การวินิจฉัยโรค	✗	✗	✗

การเข้าถึงหลักประกัน สุขภาพ	พระราชบัญญัติ หลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 (สิทธิบัตรทอง)	พระราชกฤษฎีกาเงิน สวัสดิการเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 (สวัสดิการ ข้าราชการ)	พระราชบัญญัติ ประกันสังคม พ.ศ. 2533 (สิทธิประกันสังคม)
- การรักษาพยาบาลไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ	×	×	×
- การไม่ปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพ	×	×	×
- การให้ยา	×	×	×

3. การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพตามกฎหมายมหาชนระหว่างประเทศและกฎหมายต่างประเทศ

ปัจจุบันทุกประเทศในโลกประสบปัญหาด้านการให้บริการด้านสาธารณสุขเนื่องจากการระบาดของโรคมีความรุนแรงและแพร่กระจายอย่างรวดเร็วทำให้สิทธิในการรักษาพยาบาลที่เกิดจากการแพร่กระจายของโรคประชาชนที่ได้เจ็บป่วยไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่รัฐจัดบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนได้อย่างเท่าเทียมแต่ทุกประเทศได้มีการคิดหาวิธีการในการให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขซึ่งส่งผลต่อการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้รับบริการด้านสาธารณสุขตามแนวคิดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่จะต้องมีความเสมอภาคที่จะได้รับการปฏิบัติที่เท่าเทียมกันในการรับบริการสาธารณสุข ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์นี้เป็นรากฐานของสิทธิมนุษยชน การให้สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคแก่มนุษย์ โดยไม่เลือกปฏิบัติไม่ว่าจะมีสถานะใดในทางสังคมย่อมถือได้ว่าเป็นการคุ้มครองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ซึ่งก็เป็นสิทธิมนุษยชนของมนุษย์ทุกคนที่จะได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขดังมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 สิทธิในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพตามกฎหมายมหาชนระหว่างประเทศ

การคุ้มครองสิทธิตามที่กฎหมายระหว่างประเทศ มีดังนี้

1) ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ค.ศ. 1948 (2492) (Universal Declaration of Human Rights, 1948)

“ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ค.ศ. 1948 (2492) (Universal Declaration of Human Rights, 1948)” ได้กำหนดมาตรฐานขั้นต่ำ สำหรับการปฏิบัติต่อมนุษย์ในด้านสิทธิพลเมือง (Civil Rights) เป็นสิทธิที่มนุษย์ทุกคนพึงได้รับการคุ้มครองในด้านความมั่นคงในชีวิตในการได้รับเข้าถึงบริการสาธารณสุข และสิทธิทางสังคม (Social Rights) ที่จะได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพ แม้ว่าข้อบัญญัติของปฏิญญาจะไม่มีสภาพบังคับก็ตามแต่ โดยเหตุที่สิทธิมนุษยชนถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน ที่แสดงถึงสิทธิ เสรีภาพ อิสระภาพ ความเสมอภาค ความยุติธรรม และสันติภาพโลก ซึ่งเป็นศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เป็นสิทธิที่มีติดตัวมากับมนุษย์ตั้งแต่สภาวะของความเป็นมนุษย์ได้เกิดขึ้นแล้ว สิทธิมนุษยชนเป็นสาระสำคัญระดับโลกที่มีแนวคิดว่าสันติภาพและความสงบสุขจะบังเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อประเทศต่าง ๆ ให้ความเคารพต่อสิทธิมนุษยชนที่สะท้อนถึงการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ซึ่งหลังจากการจัดตั้งองค์การสหประชาชาติแล้ว จึงมีการตกลงร่วมกันระหว่างภาคีสหประชาชาติในเรื่องการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนซึ่งส่งผลให้ประเทศเสรีประชาธิปไตยต่างได้นำเอาศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่เป็นนามธรรม ได้กำหนดมาตรฐานด้านสิทธิมนุษยชนที่สำคัญไว้ในสนธิสัญญาระหว่างประเทศที่เกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนด้านต่าง ๆ ที่ได้รับการรับรองโดยที่ประชุมระหว่างประเทศในกรอบสหประชาชาติปัจจุบันมีสนธิสัญญาที่ถือกันว่าเป็นสนธิสัญญาหลักด้านสิทธิมนุษยชน เป็นสิทธิของมนุษย์ทุกคนบนโลกที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิดและเป็นสากล ไม่แบ่งแยกเชื้อชาติ ชนชาติ ประเทศ เพศ ศิพพรรณ ภาษา ศาสนา วัฒนธรรม สติปัญญา ความสามารถ ฐานะทางเศรษฐกิจ ที่จะดำเนินชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี มีอิสระเสรีภาพ เสมอภาค มีสิทธิที่จะเข้าถึงหลักประกันสุขภาพจากรัฐอย่างเหมาะสม หลักสิทธิมนุษยชนจึงมีความสำคัญเนื่องจากองค์การสหประชาชาติได้เนะหนักการดังกล่าวกำหนดไว้ในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ค.ศ. 1948 (พ.ศ. 2491) (Universal Declaration of Human Rights, 1948) อันมีสภาพบังคับเป็นกฎหมายจารีตประเพณีระหว่างประเทศที่มีผลต่อการอนุวัติกฎหมายภายในของภาคีสมาชิกให้เป็นไปตามหลักการและเงื่อนไขดังกล่าวซึ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสิทธิในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพโดยไม่จำกัดสถานะของประชาชนในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพถือว่าเป็นสิทธิมนุษยชนตาม “ข้อ 1 ทุกคนเกิดมาเท่าเทียม มีอิสระและเสมอภาคกันในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และสิทธิ ต่างในตนมีเหตุผลและมโนธรรม และควรปฏิบัติต่อกันด้วยจิตวิญญาณแห่งภราดรภาพ และ ข้อ 2 ทุกคนเกิดมาเท่าเทียม มีอิสระและเสมอภาคกันในศักดิ์ศรี และสิทธิ ต่างในตนมีเหตุผลและมโนธรรม และควรปฏิบัติต่อกันด้วยจิตวิญญาณแห่งภราดรภาพไม่แบ่งแยกทุกคนย่อมมีสิทธิและอิสรภาพทั้งปวงตามที่กำหนดไว้ในปฏิญญานี้ โดยปราศจากการแบ่งแยกไม่ว่าชนชาติใดอาทิ เชื้อชาติ ศิพ เพศ ภาษา ศาสนา

ความคิดเห็นทางการเมืองหรือทางอื่น พื้นเพทางชาติหรือสังคม ทรัพย์สิน กำเนิดหรือสถานะอื่น นอกเหนือจากนี้ จะไม่มีการแบ่งแยกใด บนพื้นฐานของสถานะทางการเมือง ทางกฎหมาย หรือทางการระหว่างประเทศของประเทศหรือดินแดนที่บุคคลสังกัด ไม่ว่าดินแดนนี้จะเป็นเอกราช อยู่ในความพิทักษ์ มิได้ปกครองตนเองหรืออยู่ภายใต้การจำกัดอธิปไตยอื่นใด และ ข้อ 3 สิทธิในการมีชีวิต ทุกคนมีสิทธิในการมีชีวิต เสรีภาพ และความมั่นคงแห่งบุคคล และข้อ 4 ได้รับการคุ้มครองทางกฎหมาย ทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการยอมรับทุกแห่งหนว่าเป็นบุคคลตามกฎหมายเท่าเทียมกันตามกฎหมายทุกคนเสมอภาคกันตามกฎหมายและมีสิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองของกฎหมายอย่างเท่าเทียมกันโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติใด ทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองเท่าเทียมกันจากการเลือกปฏิบัติใด อันเป็นการล่วงละเมิดสิทธิมนุษยชน และจากการยุ้งให้มีการเลือกปฏิบัติดังกล่าว และข้อ 5 สิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย ทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการเยียวยาอันมีประสิทธิผลจากศาลที่มีอำนาจแห่งรัฐต่อการกระทำอันล่วงละเมิดสิทธิขั้นพื้นฐาน ซึ่งตนได้รับตามรัฐธรรมนูญหรือกฎหมาย และข้อ 21 การมีส่วนร่วมในการปกครองประเทศ 2. ทุกคนมีสิทธิที่จะเข้าถึงบริการสาธารณะในประเทศตน โดยเสมอภาค และ ข้อ 22 การได้รับการดูแลและคุ้มครองจากรัฐ ทุกคนในฐานะที่เป็นสมาชิกของสังคมมีสิทธิในหลักประกันทางสังคมและข้อ 30 ไม่มีใครเอาสิทธิเหล่านี้ไปจากเราได้ ไม่มีบทใดในปฏิญานี้ที่อาจตีความได้ว่าเป็นการให้สิทธิใดแก่รัฐ กลุ่มคน หรือบุคคลใดในการดำเนินกิจกรรมใด หรือการกระทำใด อันมุ่งต่อการทำลายสิทธิและอิสรภาพใดที่กำหนดไว้ ณ ที่นี้

2) อนุสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง ค.ศ. 1976

(พ.ศ. 2510) (International Convention on Civil and Political Rights, 1967)

อนุสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง (International Covenant on Civil and Political Rights - ICCPR) เป็นสนธิสัญญาพหุภาคี ซึ่งสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติรับรองเมื่อวันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2509 และมีผลใช้บังคับเมื่อ 23 มีนาคม พ.ศ. 2519 สนธิสัญญานี้ให้คำมั่นสัญญาว่าประเทศภาคีจะเคารพสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมืองของบุคคล ซึ่งรวมถึงสิทธิในชีวิต เสรีภาพในศาสนา เสรีภาพในการพูด เสรีภาพในการชุมนุม สิทธิเลือกตั้ง และสิทธิในการได้รับการพิจารณาความอย่างยุติธรรม จนถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2552 มีประเทศลงนาม 72 แห่งและภาคี 165 แห่ง เป็นหลักการที่ได้ประกาศไว้ในกฎบัตรสหประชาชาติเกี่ยวกับ “การยอมรับในศักดิ์ศรีแต่กำเนิดและสิทธิที่เท่าเทียมกันและไม่อาจเพิกถอนได้ของสมาชิกทั้งปวงของมวลมนุษยชาติเป็นรากฐานของเสรีภาพ ความยุติธรรมและสันติธรรมในโลกตามปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับเสรีภาพทางพลเมืองและเสรีภาพทางการเมือง รวมทั้งสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ถือเป็นพันธกิจแห่งรัฐบาลภายใต้กฎบัตรสหประชาชาติที่จะส่งเสริมการ

เคารพและการยอมรับโดยสากลต่อสิทธิและเสรีภาพมนุษยชน” (อนุสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง ประเทศไทยเข้าเป็นภาคีเมื่อ 29 ตุลาคม 2513 มีผลใช้บังคับ 30 มกราคม 2540) หากประเทศใดได้ลงนามในกฎบัตรสหประชาชาติต้องปฏิบัติต่อปัจเจกบุคคลซึ่งมีหน้าที่ต่อปัจเจกบุคคลอื่นและต่อประชาคมของตนมีความรับผิดชอบที่จะเพียรพยายามในการส่งเสริมและการยอมรับสิทธิที่รับรองไว้ในกติกา นี้ คือ

ประชาชนที่อาศัยอยู่ในประเทศใดก็ตามภายใต้อธิปไตยแห่งรัฐนั้นย่อมได้รับการคุ้มครอง “ข้อ 6 ได้รับการคุ้มครองทางกฎหมายทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการยอมรับทุกแห่งหนว่าเป็นบุคคลตามกฎหมาย” ทำให้ประชาชนเท่าเทียมกันตามกฎหมายดังที่กำหนดไว้ใน “ข้อ 7 เท่าเทียมกันตามกฎหมายทุกคนเสมอภาคกันตามกฎหมายและมีสิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองของกฎหมายอย่างเท่าเทียมกัน โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติใด ทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองเท่าเทียมกันจากการเลือกปฏิบัติใด อันเป็นการล่วงละเมิดปฏิญญานี้ และจากการยุยงให้มีการเลือกปฏิบัติดังกล่าว” สิทธิตามข้อนี้หมายความว่ารวมถึงการเข้าถึงสิทธิในการรับบริการสาธารณสุขและตามที่ได้กำหนดไว้ใน “ข้อ 8 สิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการเยียวยาอันมีประสิทธิผลจากศาลที่มีอำนาจแห่งรัฐต่อการกระทำอันล่วงละเมิดสิทธิขั้นพื้นฐานซึ่งตนได้รับตามรัฐธรรมนูญหรือกฎหมาย” หากประชาชนได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขจะได้รับการเยียวยาจากความเสียหายที่เกิดขึ้นซึ่งเป็นหลักประกันทางสังคมที่รัฐจะต้องดูแลและคุ้มครองที่เป็นสมาชิกของสังคมดังที่กำหนดไว้ใน “ข้อ 22 การได้รับการดูแลและคุ้มครองจากรัฐทุกคน ในฐานะที่เป็นสมาชิกของสังคมมีสิทธิในหลักประกันทางสังคม สิทธิในการบรรลุดังซึ่งสิทธิทางเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรม อันจำเป็นยิ่งสำหรับศักดิ์ศรีของตนและการพัฒนาบุคลิกภาพของตนอย่างอิสระ ผ่านความพยายามแห่งชาติและความร่วมมือระหว่างประเทศ และตามการจัดการและทรัพยากรของแต่ละรัฐ” เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีตามที่กำหนดไว้ใน “ข้อ 25 คุณภาพชีวิตที่ดี ทุกคนมีสิทธิในมาตรฐานการครองชีพอันเพียงพอสำหรับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตนและครอบครัว รวมทั้ง อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัยการดูแลสุขภาพทางแพทย์ และบริการทางสังคมที่จำเป็น และมีสิทธิในหลักประกัน ยามว่างงาน เจ็บป่วย พิกัด หมาย เวชระ หรือปราศจากการดำรงชีพอื่น ในสภาวะแวดล้อมนอกเหนือการควบคุมของตน”

จากข้อบัญญัติดังกล่าวเกี่ยวกับอนุสัญญาสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง (International Covenant on Civil and Political Rights – ICCPR) การคุ้มครองความเสียหายเบื้องต้นจากการบริการสาธารณสุขทุกคนและสิทธิการใช้บริการสาธารณสุขที่เท่าเทียมกันตามกฎหมายทุกคนเสมอภาคกันมีสิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองของกฎหมายอย่างเท่าเทียมกัน โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติจากการดูแลสุขภาพทางแพทย์เมื่อเกิดความเสียหายต้องได้รับการเยียวยาให้กลับสู่คุณภาพชีวิตที่ดี

สำหรับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของคนและครอบครัว เพราะฉะนั้นอนุสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมืองจึงมีความสำคัญในการรับรองสิทธิบุคคลภายใต้ความเท่าเทียมกันตามกฎหมายเมื่อในการรับบริการสาธารณสุขเสมอภาคกัน

3) กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ค.ศ. 1966

(พ.ศ. 2509) International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights

กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ค.ศ. 1966 (พ.ศ. 2509) (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) ตามหลักการซึ่งได้ประกาศไว้ในกฎบัตรสหประชาชาติ “การรับรองศักดิ์ศรีที่มีมาแต่กำเนิดและสิทธิเท่าเทียมกันและไม่อาจเพิกถอนได้ของมวลมนุษยชาตินั้นเป็นรากฐานของเสรีภาพ ความยุติธรรมและสันติภาพในโลก รับรองว่าสิทธิเหล่านี้มาจากศักดิ์ศรีแต่กำเนิดของมนุษย์ตามปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน อุดมการณ์ที่ว่าเสรีชนจะต้องปลอดจากความกลัวและความขาดแคลนนั่น จะสามารถสัมฤทธิ์ผลได้ก็ต่อเมื่อมีการสร้างสภาวะซึ่งทุกคนจะได้รับสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม รวมทั้งสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมืองของตนเท่านั้น พิจารณาถึงพันธกรณีแห่งรัฐภายใต้กฎบัตรสหประชาชาติในการส่งเสริมการเคารพและการยอมรับโดยสากลในสิทธิและเสรีภาพมนุษยชน ตระหนักว่า บังเอิญบุคคลซึ่งมีหน้าที่ต่อบังเอิญบุคคลอื่น และต่อประชาคมของตนมีความรับผิดชอบที่จะต้องพยายามส่งเสริมและยอมรับสิทธิที่รับรองไว้ในกติกานี้” เป็นสนธิสัญญาพหุภาคี ซึ่งผ่านมติสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ เมื่อวันที่ 16 ธันวาคม ค.ศ. 1966 และมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม ค.ศ. 1976 (พ.ศ. 2519) กติกาฯ ถูกมีดภาคีให้ทำงานเพื่อมุ่งสู่การให้สิทธิทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง (ESCR) แก่บังเอิญบุคคล รวมถึงสิทธิแรงงานและสิทธิในสุขภาพอนามัย สิทธิในการศึกษาตลอดจนสิทธิในมาตรฐานการครองชีพที่พอเพียงจนถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2554 กติกาฯ มีภาคี 160 ประเทศ

ประเทศไทยเข้าเป็นภาคีพิธีสารและอนุสัญญาข้างต้นสองฉบับดังที่ได้กล่าวมา มีการรับรองสิทธิของทุกคนที่จะมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่เป็นได้หมายความว่ารวมถึงกระบวนการสาธารณสุขที่ให้บริการสุขภาพกายที่ผิดปกติไปจากเดิมคือการเจ็บไข้ เป็นที่ประจักษ์ว่าไม่มีผู้ใดที่เจ็บไข้แล้วจะมีสุขภาพจิตที่ดีเป็นการสร้างสภาวะที่ประกันบริการทางแพทย์และการให้การดูแลรักษาพยาบาลแก่ทุกคนในกรณีเจ็บป่วยแต่หากไปรับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานจะมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ค.ศ. 1966 (พ.ศ. 2509) ข้อ 12 “รัฐภาคีแห่งกติกานี้รับรองสิทธิของทุกคนที่จะมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่เป็นได้มีขั้นตอนในการดำเนินการ โดยรัฐเพื่อบรรลุผลในการทำให้สิทธินี้เป็นจริงอย่างสมบูรณ์จะต้องรวมถึงถึงการสร้างสภาวะที่ประกัน

บริการทางแพทย์และการให้การดูแลรักษาพยาบาลแก่ทุกคนในกรณีเจ็บป่วย” แต่อย่างไรก็ตาม ในการเข้าเป็นภาคีกติกาและอนุสัญญาระหว่างประเทศดังกล่าวข้างต้นประเทศไทยได้ตั้งข้อสงวน และถ้อยแถลงตีความในบางข้อของกติกาหรืออนุสัญญาเพื่อตีกรอบให้กติกาหรืออนุสัญญานั้นมีผลบังคับใช้กับประเทศไทยเท่าที่ไม่ขัดกับกฎหมายภายในและการลงนามและให้สัตยาบันไว้ตาม กฎหมายระหว่างประเทศด้านสิทธิมนุษยชนเป็นพันธกรณีระหว่างประเทศเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชน หรือสนธิสัญญาด้านสิทธิมนุษยชน ที่มีลักษณะเป็นสนธิสัญญาพหุภาค กล่าวคือ เป็นสนธิสัญญาที่มีรัฐมากกว่าสองรัฐขึ้นไปเข้าเป็นภาคี สนธิสัญญา ซึ่งกระบวนการในการทำสนธิสัญญามีหลาย ขั้นตอนนับตั้งแต่การเจรจา การให้ความยินยอมของรัฐเพื่อผูกพันตามสนธิสัญญาโดยการลงนาม การให้สัตยาบัน การภาคยานุวัติ รวมทั้ง การที่บางรัฐอาจตั้งข้อสงวนและเมื่อปฏิบัติตาม ขั้นตอนในการทำสัญญาครบถ้วนแล้วภาคีมีพันธกรณีที่ต้องปฏิบัติตามสนธิสัญญาต่อไปมิฉะนั้นอาจต้องรับผิดชอบในทางระหว่างประเทศประเทศไทยจึงต้องปฏิบัติตามที่ลงนามไว้ข้างต้น

การคุ้มครองความเสียหายเบื้องต้นจากการบริการสาธารณสุขทุกคนที่ใช้สิทธิการใช้บริการสาธารณสุขที่เท่าเทียมกันตามกฎหมายทุกคนเสมอภาคกันมีสิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองของกฎหมายอย่างเท่าเทียมกัน โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติจากการดูแลรักษาทางแพทย์เมื่อเกิดการเจ็บป่วยต้องได้รับการรักษาให้กลับสู่ภาวะปกติเพื่อความเป็นอยู่ที่ดีของตนและครอบครัว เพราะฉะนั้นกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมืองจึงมีความสำคัญ ในการรับรองสิทธิบุคคลภายใต้ความเท่าเทียมกันตามกฎหมายในด้านการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามกฎหมายมหาชนระหว่างประเทศ

3.2 การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพของต่างประเทศ

ปัจจุบันการคุ้มครองและการเข้าถึงสิทธิในการรักษาพยาบาลได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทั้งด้านกฎหมายและความรู้ทางด้านวิทยาการและเทคโนโลยีใหม่ ๆ มาใช้ในกระบวนการให้บริการมากยิ่งขึ้น ซึ่งวิทยาการและเทคโนโลยีใหม่ ๆ ทำให้การรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพเป็นการตอบสนองการรักษาพยาบาลงานวิจัยนี้จึงทำการศึกษาคู่มือสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของ อังกฤษ ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา เครือรัฐออสเตรเลีย เปรียบเทียบประเด็นดังต่อไปนี้ การขึ้นทะเบียนสิทธิ สถานะของผู้ได้รับสิทธิ ประเภทของสิทธิที่ได้รับ กระบวนการเข้าถึงข้อจำกัด การเยียวยา ความรับผิดชอบ รายละเอียด ดังนี้

1) ผู้ได้รับสิทธิ

ผู้ได้รับสิทธิบริการสาธารณสุขของ สหราชอาณาจักรอังกฤษ ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา เครือรัฐออสเตรเลียที่กฎหมายให้การคุ้มครองสิทธิตามที่กฎหมายแต่ละฉบับบัญญัติไว้ รายละเอียด ดังนี้

(1) สหราชอาณาจักรอังกฤษ

ผู้ได้รับสิทธิบริการสาธารณสุขมีกฎหมาย “National Health Service Act 2006 (พ.ศ. 2549)” เป็นกฎหมายในการบริการสุขภาพแห่งชาติซึ่งประชาชนอังกฤษสามารถใช้บริการสุขภาพได้ฟรีโดยใช้จ่ายเงินภาษีจากรัฐ อยู่ภายใต้ระบบการดูแลสุขภาพของอังกฤษอยู่ภายใต้การดูแลขององค์กรสำนักงานการสาธารณสุขแห่งชาติ (National Health Service-NHS) ซึ่งเป็นองค์กรของรัฐได้กำหนดระบบบริการสาธารณสุขของอังกฤษออกเป็น “ผู้ซื้อ” และ “ผู้ให้” และมีการแบ่งสำนักงานการสาธารณสุขแห่งชาติ (National Health Service-NHS) ออกเป็น 2 ส่วน กล่าวคือ แบ่งเป็นส่วนที่เป็นผู้ให้บริการ (Provider) และส่วนที่เป็นผู้ซื้อบริการ (Purchaser) ซึ่งเรียกกันโดยทั่วไปว่า “Purchaser Provider Split” โดยที่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีแนวโน้มที่จะต้องเป็นทั้งผู้ให้บริการ (Primary care) และผู้ซื้อบริการ (Secondary and tertiary care) และในปี ค.ศ. 1990 (พ.ศ. 2533) ได้มีประกาศใช้กฎหมายที่ทำให้เกิด Purchaser-Provider Split (กฎหมายฉบับนี้มีชื่อว่า National Health Service and Community Care Act) ทำให้แบ่ง NHS ออกเป็น 2 ส่วน คือ “ผู้ให้บริการ” และ “ผู้ซื้อบริการ” ประกอบด้วย

1. บุคลากรที่มีฐานเดิมของการเป็นข้าราชการ ซึ่งประกอบไปด้วย บุคลากรของโรงพยาบาลและสถานบริการที่อยู่ในชุมชนในส่วนของ Local authority มาอยู่ใน NHS จะอยู่ภายใต้ โครงสร้างการบริหารจัดการเดียวกัน โดยออกแบบโครงสร้างของการบริหารจัดการแบบใหม่เป็นลักษณะของ “Trust” โดยมีชื่อเรียกว่า NHS Trust และ

2. ผู้ให้บริการที่เดิมอยู่ภาคเอกชน ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์ เวชปฏิบัติทั่วไป ทันตแพทย์ เกษษกรและทีมงาน ผู้ซื้อบริการประกอบไปด้วย

- (1) สำนักงานสาธารณสุขที่ดูแลพื้นที่ (District Health Authority or Health Board)

- (2) แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ในการทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการ มีชื่อเรียกว่า GP Fundholder ด้วยระบบนี้ทำให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่ “ไม่เป็น” GP Fundholder เมื่อส่งคนไข้ไปยังโรงพยาบาล Health Board จะเป็นผู้จ่ายเงินให้โรงพยาบาล และ 2) กลุ่มที่ “เป็น” GP (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, ออนไลน์, 2564)

ประชาชนอังกฤษทุกคนได้รับบริการสาธารณสุขที่ครอบคลุมรวมไปถึง (คนงาน) ที่อยู่ภายใต้ National Insurance Act ด้วย มีผลทำให้อังกฤษมี “กองทุน” (Single fund) เพื่อสุขภาพสำหรับประชาชนทุกคนเพียงกองทุนเดียว เป็นกลไกสำคัญที่ทำให้รัฐสามารถเข้าไปดูแลและบริหารจัดการเพื่อให้มีบริการสุขภาพสำหรับประชาชนทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ด้อยโอกาส คือ การนำงบประมาณที่เก็บมาจากภาษีทั่วไป (General tax) มาใช้ในการบริหารจัดการโดยไม่จำกัดว่า

จะต้องจัดสรรไปยังภาครัฐเท่านั้น แต่สามารถจัดสรรไปยัง สถานบริการ และผู้ให้บริการ ในภาคเอกชนและองค์กรการกุศล ตลอดจนซื้อกิจการจากภาคเอกชนตามความจำเป็น

(2) ญี่ปุ่น

ผู้ได้รับสิทธิบริการสาธารณสุขญี่ปุ่นเป็นประเทศแรกในเอเชียที่ใช้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขและมีวิวัฒนาการมากกว่า 70 ปีโดยเริ่มใน ค.ศ. 1905 (พ.ศ. 2448) ถึง ค.ศ. 1910 เริ่มมีการจัดให้มีบริการด้านสุขภาพแก่ลูกจ้างในโรงงาน ในลักษณะสวัสดิการแก่ลูกจ้าง และได้มีการออก กฎหมายโรงงาน “Factory Act” เนื่องจากในขณะ มีการเรียกร้องจากกลุ่มผู้ใช้แรงงาน การออกกฎหมายหลักประกันสุขภาพของประเทศญี่ปุ่นเกิดขึ้น เป็นครั้งแรก “Health Insurance Law” ใน ค.ศ. 1922 (พ.ศ. 2465) และให้มีผลบังคับใช้เพียงใน โรงงานที่ประกอบกิจการเกี่ยวกับ เหมืองแร่และการคมนาคม ที่มีลูกจ้างกว่า 10 คนขึ้นไปเท่านั้นซึ่ง ต่อมาใน ค.ศ. 1934 (พ.ศ. 2477) ได้มีการขยายการบังคับใช้กฎหมายดังกล่าวไปยังโรงงานที่มีลูกจ้าง ตั้งแต่ห้าคนขึ้นไป ประเทศญี่ปุ่นมีการก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการใน ค.ศ. 1938 (พ.ศ. 2481) และมีการออกกฎหมายหลักประกันสุขภาพ National Health Insurance Law และขยายการ บังคับใช้ไปยัง บริษัท เอกชนที่มีลูกจ้างต่ำกว่าสิบคน และต่อมาใน ค.ศ. 1942 (พ.ศ. 2485)

การเข้าถึงสิทธิของระบบประกันสุขภาพของญี่ปุ่นจะเห็นได้ว่าระบบประกันสุขภาพเกิดขึ้นก่อน ระบบประกันสังคม การพัฒนาระบบประกันสุขภาพและระบบประกันสังคมของญี่ปุ่นจึงมีความสัมพันธ์กันใกล้ชิดกันมีกลไกสำคัญของการปฏิรูป คือ ระบบสุขภาพต่าง ๆ ถูกกำหนดขึ้นด้วยกฎหมายทั้งสิ้นไม่ว่าจะเป็นระบบประกันสุขภาพประกันสังคม หรือระบบบริการสุขภาพมาตรการที่ใช้มีทั้งการปรับโครงสร้างของระบบประกัน ระบบบริการ และ มาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์โดยในช่วงแรกนั้นให้ความคุ้มครองกับกลุ่มผู้ใช้แรงงาน ดังนี้

“ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ” ทำหน้าที่ดูแลผู้ประกอบการรายย่อย ผู้รับบำนาญ และผู้ทำงาน “บางเวลา” ครอบคลุมประชากรราว 38 ล้านคน มีกองทุนต่าง ๆ ดูแลอยู่ราว 1,800 กองทุนมีค่าใช้จ่ายราว 10 ล้านล้านเยน

“สมาคมประกันสุขภาพญี่ปุ่น” (Japan Health Insurance Association) ดูแล พนักงานในวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม ครอบคลุมประชากรราว 35 ล้านคนเป็นกองทุน ขนาดใหญ่กองทุนเดียว ค่าใช้จ่ายประมาณ 5 ล้านล้านเยน

“สมาคมประกันสุขภาพ” (Health Insurance Societies) ดูแลพนักงานในบริษัทขนาดใหญ่ ครอบคลุมประชากรราว 30 ล้านคน ประกอบด้วยกองทุนราว 1,400 กองทุน

“สมาคมสิทธิประโยชน์” (Benefit Societies) ดูแลข้าราชการและครอบครัวราว 9 ล้านคน มี 85 กองทุน ค่าใช้จ่ายในกลุ่มที่สี่และห้ารวมราว 5 ล้านล้านเยน รวม 5 กลุ่ม มีกองทุนขนาดต่าง ๆ กันรวม 4,033 กองทุน ค่าใช้จ่ายรวมทั้งหมดประมาณ 34 ล้านล้านเยน รวมกับกรณีที่มีการปรับค่าใช้จ่ายของประชากรกลุ่มอายุ 65-75 ปีราว 14 ล้านคน อีกราว 6 ล้านล้านเยน รวมเป็นค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น 40 ล้านล้านเยน ในปี 2556 คิดเป็นเงินไทยราว 12.8 ล้านล้านบาท (1 บาท เท่ากับ 3.126 เยน) เท่ากับ 5.7 เท่าของงบประมาณประเทศไทยในปีเดียวกัน เทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศคือ จีดีพี (GDP) เท่ากับ ร้อยละ 9.5 ขณะที่ของสหรัฐอเมริกาสูงสุดถึงร้อยละ 17.8 สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีกับสาธารณรัฐฝรั่งเศส เท่ากัน คือร้อยละ 11.6 สหราชอาณาจักรเท่ากับราชอาณาจักรสเปน คือร้อยละ 9.6 ของประเทศไทยประมาณร้อยละ 4 (วิชัย โชควิวัฒน์, ออนไลน์, 2556)

หลักประกันสุขภาพญี่ปุ่นแบ่งตามกลุ่มอาชีพ กล่าวคือ

(1) ระบบประกันสำหรับลูกจ้าง (Employee-based) ที่ประกอบด้วย สองประเภทย่อย คือ ระบบประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยรัฐบาล (Government-managed Health Insurance) และระบบประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยเอกชนแบบไม่แสวงหากำไร (Society managed Health Insurance) ญี่ปุ่นมีความภาคภูมิใจในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติของตนเองมากประชาชนทั่วไปก็พอใจ

(2) ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance : NHI) สำหรับประชาชนที่ประกอบอาชีพอิสระซึ่งมีทั้งหมด 8 กลุ่ม ได้แก่ กะลาสีเรือ ข้าราชการท้องถิ่น ข้าราชการส่วนกลาง สมาชิกสหภาพแรงงาน ครู เป็นต้น เมื่อคนทำงานเกษียณอายุก็จะออกจากระบบประกันสุขภาพแบบ Employee-based Insurance และย้ายมาสู่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นกับกองทุน Retired Person Insurance ถ้าอายุเกิน 70 ปีก็ย้ายไปเข้ากองทุน Health Services for the Elderly ทั้งสองกองทุนจัดระบบประกันสุขภาพแห่งชาติตามที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2555, หน้า 10)

ญี่ปุ่นมีองค์กรของรัฐที่ทำหน้าที่หลักในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ คือ กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ Ministry of Health, Labor and Welfare MOHLW (สุณี วงศ์คงคาเทพ, 2560, หน้า 250) และจะมีกระทรวงอื่น ๆ เข้ามาเสริมในบางเรื่องทั้งองค์กรเอกชน (Private Companies) องค์กรร่วมอิสระ (Society Association) และหน่วยงานของรัฐ (Municipal Government) และประเทศญี่ปุ่นจะมีการกระจายอำนาจการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพออกไปสู่ใน ระดับท้องถิ่นซึ่งแต่ละท้องถิ่นจะรับผิดชอบสาธารณสุขในเขตของตนเอง (รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการพัฒนาแนวทางอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพ, 2556, หน้า 2-9)

(3) สหรัฐอเมริกา

ผู้ได้รับสิทธิบริการสาธารณสุขมีระบบการบริการสาธารณสุขในสหรัฐอเมริกา เริ่มต้นเมื่อ ค.ศ. 1798 (พ.ศ. 2341) รัฐสภาของสหรัฐอเมริกามีการบังคับให้โรงพยาบาลทหารเรือของรัฐเริ่มต้นทำประกันสุขภาพให้กับทหารเรือ ทุกคน โดยการหักเงินเดือนบางส่วนเพื่อไว้สำหรับเป็นเบี้ยประกันต่อมาใน ค.ศ. 1870 (พ.ศ. 2413) และ ค.ศ. 1880 (พ.ศ. 2423) มีการซื้อประกันสุขภาพให้กับแรงงานภาคเอกชนทำให้แรงงานภาคเอกชนเจริญรุ่งเรืองมาก ส่งผลให้เกิดการประกันสุขภาพแบบหมู่เป็นครั้งแรกด้วย และใน ค.ศ. 1910 (พ.ศ. 2453) เริ่มมีแนวความคิดในการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขโดยผ่านระบบประกันสังคม แต่แนวความคิดนี้กลับถูกคัดค้านและท้ายที่สุดจึงได้ถูกล้มเลิกไป ต่อมาใน ค.ศ. 1935 (พ.ศ. 2478) ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพิเศษของคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาข้อเสนอการประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนทุกคนเพื่อทบทวนสถานการณ์ของสวัสดิการสังคม การงาน สุขภาพและความยากจน โดยเฉพาะในกลุ่มของผู้สูงอายุต่อมาจึงเปลี่ยนแนวความคิดจากระบบประกันสุขภาพแห่งชาติให้กลายเป็นเพียงแผนการประกันสุขภาพให้แก่ผู้ได้รับสิทธิประโยชน์จากการประกันสังคมซึ่งต่อมาภายหลัง คือ โครงการจัดการสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุหรือที่เรียกว่า “Medicare” และโครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ยากจนหรือผู้มีรายได้น้อย หรือ ที่เรียกว่า “Medicaid” โดยรัฐบาลเป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านแหล่งเงินทุน และถือได้ว่าเป็นครั้งแรก ที่รัฐบาลสหรัฐอเมริกาเข้ามามีบทบาททางด้านประกันสุขภาพและในปีต่อมาใน ค.ศ. 1970 (พ.ศ. 2513)

ในปัจจุบันระบบหลักประกันสุขภาพในสหรัฐอเมริกามีอยู่หลายรูปแบบเนื่องจากสหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่ประชาชนมีความแตกต่างกันในเรื่องของค่านิยมประชาชน โดยส่วนใหญ่ที่เป็นผู้ใช้แรงงานและมีรายได้เป็นเงินเดือนหรือค่าจ้างมักใช้บริการทางด้านสุขภาพจากระบบประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยเอกชน แต่สหรัฐอเมริกามีระบบบริการทางด้านสุขภาพที่ดำเนินการโดยรัฐบาลหลักอยู่ 2 ระบบ คือ

- Medicare คือโครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุซึ่งมีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปและกลุ่มผู้ป่วยโรคไตบางประเภท โครงการ Medicare บริหารงาน ภายใต้การควบคุมของรัฐบาลกลาง

- Medicaid คือโครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ยากจนหรือผู้มีรายได้น้อย และเด็กในครอบครัวที่มีผู้ปกครองเพียงคนเดียว ซึ่งจะเข้าหลักเกณฑ์ที่กำหนดให้แต่ละมลรัฐต้องดำเนินการโดยมีแหล่งเงินทุนสนับสนุนจากรัฐบาลกลางทั้ง 2 โครงการมีหน่วยงานหลัก ที่รับผิดชอบ คือ “Centers for Medicare and Medicaid Service (CMS)” ซึ่งอยู่ภายใต้ Department of health and human service

1) Medicare คือโครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ

(1.1) ผู้มีสิทธิภายใต้โครงการ Medicare คือ

(1) ประชากรที่อายุ 65 ปีขึ้นไป

(2) ผู้พิการอย่างถาวรโดยไม่จำกัดช่วงอายุ

(3) ผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายที่ต้องงฟอกไตหรือรักษาโดยการผ่าตัด

โดยไม่จำกัดช่วงอายุ

(1.2) องค์กรที่มีอำนาจดูแลอยู่ภายใต้การบริหารงานของรัฐบาลกลางของสหรัฐอเมริกา คือ “Centers for Medicare and Medicaid Service (CMS)” อยู่ภายใต้ US Department of health and human service โครงการ Medicare มีแหล่งเงินทุนมาจากรายได้การเก็บภาษีจากประชาชนเฉพาะกลุ่มลูกจ้างที่มีเงินได้จากการทำงาน

(1.3) สิทธิประโยชน์ที่จะได้รับภายใต้โครงการ “Medicare” ประกอบด้วยโครงการย่อย ดังนี้

(1) Medicare Part A ผู้มีสิทธิภายใต้โครงการนี้จะได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในการบริการในสถานพยาบาลที่มีพยาบาลที่มีทักษะและการรักษาพยาบาลที่บ้าน รวมถึงการดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะสุดท้ายและบริการเยี่ยมที่บ้านผู้มีสิทธิในโครงการนี้เมื่ออายุครบ 65 ปีจะได้รับสิทธิโครงการ Medicare โดยทันทีโดยที่ผู้ใช้สิทธิไม่จำเป็นต้องร้องขอและไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย เนื่องจากผู้มีสิทธิได้ร่วมสมทบจ่ายค่าเบี้ยประกันในรูปแบบของภาษีโดยร่วมสมทบมาตั้งแต่ในขณะที่ตนเองอยู่ในวัยทำงาน ในกรณีที่มีบางบุคคลได้เคยร่วมจ่ายภาษีในขณะที่ทำงาน ก่อนเข้ารับรักษาพยาบาล ภายใต้โครงการนี้ผู้ป่วยจะต้องซื้อประกัน “Medicare Part A” (วายุภักษ์ ทาบุญมา, 2556, หน้า 89) แหล่งที่มาของเงินค่ารักษาพยาบาลภายใต้โครงการนี้ได้มาจากภาษีจากรัฐและจากการร่วมสมทบจากลูกจ้างในวัยทำงานและบริษัทผู้ว่าจ้าง

(2) Medicare Part B เป็นบริการเสริมที่ผู้มีสิทธิภายใต้โครงการนี้สามารถเลือกเพิ่มเติมได้โดยจะครอบคลุมถึงค่าบริการทางการแพทย์และค่าบริการด้านอื่นที่ Medicare Part A ไม่ครอบคลุมถึง เช่น ค่ากายภาพบำบัด ตรวจสุขภาพประจำปี ตรวจกระดูก การฉีดวัคซีนป้องกัน

(3) Medicare Part C บริการเสริมเช่นกันที่ผู้สิทธิสามารถเลือกซื้อเพิ่มเติมได้ Medicare Part C เป็นบริการที่จัดโดยบริษัทประกันที่เป็นเอกชนและเป็นเอกชนที่ได้รับการรับรองจาก CMS โดยจะมีข้อตกลงที่บริษัทประกันสุขภาพอยู่ในลักษณะของ “Health Maintenance Organizations” หรือ “Preferred Provider Organizations” หรือรูปแบบที่เป็น “Free For Service” บริษัทประกันสุขภาพของเอกชนจะยื่นเสนอแผนโครงการประกันสุขภาพเสริมอื่น ๆ แหล่งที่มา

ของเงินทุนภายใต้โครงการมาจากการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุโดยที่บริษัทประกันเอกชนทำข้อตกลงให้กับ Medicare และจ่ายค่าตอบแทนแบบเหมารายหัวเป็นรายปี

(4) Medicare Part D บริการเพิ่มเติมให้ผู้มีสิทธิสามารถซื้อเพิ่มเติมได้ เพื่อให้ได้รับสิทธิประโยชน์ทางด้านตัวยาผู้มีสิทธิแจ้งความประสงค์ที่จะใช้บริการ Medicare Part D ภายในเวลา 3 เดือนก่อนและหลังเมื่ออายุครบ 65 ปี ในกรณีที่แจ้งความประสงค์ช้ากว่าช่วงเวลาดังกล่าว ผู้สิทธินั้นจะต้องเสียเบี้ยประกันในอัตราที่สูงขึ้น (จิววัฒน์ ตั้งเจริญถาวร, 2552, หน้า 80)

สำหรับแหล่งที่มาของเงินทุนภายใต้โครงการ Medicare Part D มีแหล่งที่มาของรายได้จากการจ่ายเบี้ยประกันจากผู้มีสิทธิ

2) Medicaid คือ โครงการจัดสรรสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ยากจนหรือผู้ที่รายได้น้อย

(2.1) ผู้มีสิทธิภายใต้โครงการนี้ คือ ผู้ที่มีรายได้น้อย เด็กในครอบครัวที่มีผู้ปกครองคนเดียว และผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลทางการแพทย์ตามที่กำหนดผู้มีสิทธิภายใต้โครงการนี้มีการผูกโยงถึงคุณสมบัติของผู้มีสิทธิไว้กับระบบการจ่ายเงินช่วยเหลือของสวัสดิการสังคมและต้องพิสูจน์ว่ายากจนหรือมีรายได้น้อย (จิววัฒน์ ตั้งเจริญถาวร, 2552, หน้า 80)

(2.2) องค์กรที่มีอำนาจกำกับดูแล Medicaid เป็น โครงการที่ดำเนินการโดยรัฐบาลกลาง รัฐบาลกลางมีหน้าที่ในการกำหนดนโยบายเพื่อให้รัฐบาลในมลรัฐต่าง ๆ บริหารจัดการซึ่งแต่ละมลรัฐจะมีการกำหนดหลักเกณฑ์แตกต่างกันไป

(2.3) สิทธิประโยชน์ที่ได้รับโดยทั่วไปแล้วสิทธิประโยชน์ภายใต้โครงการ Medicaid แต่ละรัฐจะมีความแตกต่างเนื่องจากสาเหตุดังที่กล่าวมา เนื่องจากการกำหนดจากรัฐบาลกลางที่จะช่วยเหลือในเรื่องเงินอุดหนุน เช่น การบริการตรวจโรคสำหรับผู้ป่วยนอก และในการฝากครรภ์ การให้บริการวัคซีนแก่เด็ก การฉายรังสี และการตรวจในห้องปฏิบัติการ ส่วนที่เหลือจึงเป็นเหมือนบริการเสริมแต่ละมลรัฐจะบริการให้แก่ผู้ใช้สิทธิ

แม้สหรัฐอเมริกาจะเป็นประเทศที่พัฒนาแล้วแต่ยังคงไม่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ให้ประชาชน ประชาชนพึ่งพาประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยภาคเอกชนเป็นหลัก สหรัฐอเมริกามีระบบหลักประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยรัฐบาลอยู่ 2 ระบบใหญ่คือ 1) Medicare คือ สิทธิในโครงการจัดสรรสวัสดิการด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุและ 2) Medicaid คือ สิทธิในโครงการจัดสรรสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ยากจนหรือผู้ที่มีรายได้น้อย ทั้งสองระบบ Medicaid และระบบ Medicare จะมีแหล่งที่มาของเงินทุนจากภาษีที่ได้รับมาจากการจัดสรรของรัฐบาลกลาง และอีกส่วนหนึ่งคือภาษีที่ได้มาจากการจัดเก็บจากประชาชนในแต่ละมลรัฐ ดังนั้นขั้นตอนและหลักเกณฑ์การจ่ายค่ารักษาพยาบาลของทั้งสองระบบนี้ในแต่ละมลรัฐจึงมีความแตกต่างกัน

(4) เครือรัฐออสเตรเลีย

ผู้ได้รับสิทธิบริการสาธารณสุขได้รับการยอมรับว่ามีระบบบริการสุขภาพที่ดีในอันดับต้น ๆ ของโลกสะท้อนด้วยดัชนีทางด้านสุขภาพในหลาย ๆ ด้าน เช่น ประชากรออสเตรเลียนี้อายุคาดเฉลี่ยติดอันดับ 5 ประเทศแรกของโลกที่มีประชากรอายุยืนยาวที่สุดในปี ค.ศ. 2002-2004 (พ.ศ. 2545-2547) อายุคาดเฉลี่ยของผู้หญิงและผู้ชายออสเตรเลีย คือ 83 ปีและ 78 ปีตามลำดับโดยประมาณ 1 ใน 3 หรือร้อยละ 31 ของชาวออสเตรเลียตายเมื่ออายุ 85 ปีขึ้นไป ระบบบริการสุขภาพออสเตรเลียดูแลรับผิดชอบโดยหลายหน่วยงานและองค์กรแพทย์ในออสเตรเลียอยู่ในภาคเอกชนและได้รับค่าบริการตามการรักษา (fee-for-service) โดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจะเป็นด่านหน้าก่อนเข้าสู่บริการเฉพาะทางสองในสามของโรงพยาบาลเป็นของรัฐที่เหลือดำเนินการโดยเอกชนแพทย์ที่ปฏิบัติงานในภาครัฐ

การให้บริการผ่านระบบประกันสุขภาพครอบคลุมกลุ่มประชากรอื่น ๆ เช่น ผู้ว่างงาน ผู้พิการ นอกจากนี้ เครือรัฐออสเตรเลีย ยังมีแผนงานสำหรับประชากรกลุ่ม เป้าหมายเฉพาะ เช่น ทหารผ่านศึกและบุตร เป็นต้น (Shimmel, 1964) (พ.ศ. 2507) Medicare เป็นระบบประกันสุขภาพเริ่มดำเนินการครั้งแรกเมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 1984 (พ.ศ. 2527) บริหารจัดการโดยองค์กรที่มีชื่อว่า Medicare Australia (จากชื่อเดิม Health Insurance Commission) ภายใต้แผนงาน Medicare ผู้ป่วยจะได้รับบริการฟรีหรือร่วมจ่ายบางส่วนครอบคลุมการรักษาโดยแพทย์ Optometrists พยาบาลที่ให้การรักษาในนามของแพทย์ เวชปฏิบัติทั่วไปและบริการอื่น ๆ บางอย่าง เช่น ทันตแพทย์และผู้ให้บริการอื่น ๆ ที่ร่วมอยู่ในแผนงานคนออสเตรเลียที่อาศัยอยู่ในประเทศที่เป็นพลเมืองของออสเตรเลีย ผู้ที่ได้รับวีซ่าถาวรหรือเป็นพลเมืองของนิวซีแลนด์ทุกคนมีสิทธิได้รับบริการตามแผนงาน Medicare ยกเว้น นักการทูตประเทศอื่นและครอบครัวผู้ที่เข้ามาพำนักในเครือรัฐออสเตรเลียชั่วคราว (ยกเว้นกรณีมีข้อตกลงระหว่างประเทศร่วมกัน)

บริการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นบริการฟรี โดยเฉพาะในโรงพยาบาลของรัฐทั้งที่เป็นบริการทั่วไปและบริการเฉพาะทาง ขณะที่ค่ายาจะถูกช่วยจ่าย (subsidized) โดยรัฐ นอกจากนี้รัฐบาลยังช่วยจ่ายบริการทางการแพทย์บางอย่างที่อยู่ในรายการของ Medical Benefits Schedules และยาที่อยู่ตามรายการ Pharmaceutical Benefit Schedule ในภาพรวม ร้อยละ 68 ของรายได้ Medicare มีแหล่งเงินมาจากภาษีทั่วไปภาษีราย ได้ภาษีภาคบังคับ (คนออสเตรเลียจ่ายเงินให้กับ Medicare โดยตรง ผ่านภาษีที่หักร้อยละ 1.5 จากรายได้หรือ Medicare Levy) ส่วนที่เหลือมาจากการประกันภาคเอกชนและเงินที่ผู้ป่วยจ่ายเอง ร้อยละ 32 (Jane Hall, 1999) โรงพยาบาล 2 ใน 3 เป็นโรงพยาบาลของรัฐบาล (Australian Institute of Health and Welfare, 2002) (พ.ศ. 2545) โดยได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐและเขตการปกครองแต่ทั้งนี้จะขึ้นอยู่กับเงินทุนของรัฐบาลกลาง รัฐบาลกลาง

จะดูแลใน 2 ด้านสำคัญ คือ ด้านการรักษาพยาบาลและด้านเภสัชกรรม รัฐบาลกลาง สามารถเปลี่ยนแปลงการจัดการด้านการเงินของรัฐและเขตการปกครองกำกับประกัน ภาคเอกชน และให้การสนับสนุนโดยตรงกับหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพการพัฒนา ปรุ่สานงานของโครงการต่าง ๆ ตามความเร่งด่วน นอกจากนี้ ยังให้การสนับสนุนด้านการเงินสำหรับรายการยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติด้วย (Jane Hall, 1999) ภาคเอกชนให้บริการแบบคิดค่าธรรมเนียมตามรายครั้งของการใช้บริการ (fee for service) (Australian Institute of Health and Welfare, 2002) (พ.ศ. 2545)

2) ประเภทของสิทธิที่ได้รับ

ประเภทของสิทธิที่ สหราชอาณาจักรอังกฤษ ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา เครือรัฐออสเตรเลีย กำหนดการใช้สิทธิบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนของแต่ละประเทศ รายละเอียด ดังนี้

(1) สหราชอาณาจักรอังกฤษ

ระบบการดูแลสุขภาพอังกฤษอยู่ภายใต้การดูแลขององค์กรสำนักงานการสาธารณสุขแห่งชาติ (National Health Service-NHS) ซึ่งเป็นองค์กรของรัฐภายใต้ ระบบดังกล่าวคนอังกฤษสามารถใช้บริการสุขภาพได้ฟรีโดยใช้เงินภาษีจากรัฐ NHS กำเนิดขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1948 (พ.ศ. 2491) และขยายใหญ่โตจนเป็นระบบสุขภาพที่รัฐเป็นดูแลที่ใหญ่ที่สุดในโลกและเป็นระบบที่ถือว่ามีประสิทธิภาพมีความครอบคลุมและเอื้ออาทรที่สุดระบบหนึ่งของโลก NHS เกิดขึ้นจากปรัชญาว่าบริการดูแลสุขภาพควรมีให้กับทุกคนโดยไม่จำกัดฐานะ หรือรายได้บริการสุขภาพที่มีให้ภายใต้ระบบนี้โดยส่วนใหญ่เป็นบริการฟรี (ยกเว้นยาบางชนิดบริการทันตกรรมและจักษุ) ปัจจุบันครอบคลุมประชากรประมาณ 60 ล้านคนทั้งในอังกฤษให้บริการครอบคลุมตั้งแต่บริการการฝากครรภ์ การรักษาโรคทุกชนิด การผ่าตัด อุบัติเหตุและภาวะฉุกเฉินจนถึงการดูแลในภาวะสุดท้ายของชีวิตการคลังของ NHS จ่ายด้วยเงินที่มาจากภาษีของประเทศ

(2) ญี่ปุ่น

สิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพของประเทศญี่ปุ่นสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ สิทธิประโยชน์ที่กฎหมายบังคับและสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมที่ถูกต้องกฎหมายบังคับ (National Health Insurance Act 1983 (พ.ศ. 2526) Article 2 ดังนี้

- 1) สิทธิประโยชน์บริการทางการแพทย์
- 2) สิทธิในการได้รับเงินชดเชยเมื่อเจ็บป่วย
- 3) สิทธิในการได้รับเงินชดเชยเมื่อคลอดบุตร
- 4) สิทธิในการได้รับเงินชดเชยจากการดูแลบุตร
- 5) สิทธิในการได้รับเงินชดเชยจากความตาย และค่าเดินทาง

กฎหมายประกันสุขภาพฉบับนี้เป็นการประกันในส่วนที่จำเป็นเมื่อเกิดการเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการตาย รวมทั้งการคลอดบุตร เจ็บป่วย บาดเจ็บ การคลอดบุตรแหล่งเงินทุนสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพของญี่ปุ่นได้รับจาก

- 1) เงินที่ได้รับจัดสรรการจัดสรรงบประมาณของภาครัฐ
- 2) เงินที่ได้รับจากการเก็บสมทบซึ่งการจัดเก็บเงินสมทบจะทำในลักษณะคือเก็บในรูปของเบี้ยประกันและเก็บในรูปแบบของ “ภาษีสุขภาพ” (National Health Insurance Tax)
- 3) เงินที่ได้รับจากการร่วมจากของผู้ป่วยจะเห็นได้ว่าญี่ปุ่นสามารถให้หลักประกันสุขภาพกับประชาชนทุกคนซึ่งกำหนดเป็นกฎหมายสิทธิประโยชน์ระบบประกันสุขภาพมี 2 ประเภทหลักระบบประกันสำหรับลูกจ้าง (Employee-based) ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับประชาชนที่ประกอบอาชีพอิสระ

ญี่ปุ่นมีองค์กรของรัฐที่ทำหน้าที่หลักในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ คือ กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ Ministry of Health, Labor and Welfare MOHLW (สุฉิ วังศ์คงคาเทพ, 2560, หน้า 250) และจะมีกระทรวงอื่น ๆ เข้ามาเสริมในบางเรื่องทั้งองค์กรเอกชน (Private Companies) องค์กรร่วมอิสระ (Society Association) และหน่วยงานของรัฐ (Municipal Government) และประเทศญี่ปุ่นจะมีการกระจายอำนาจการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพออกไปสู่ในระดับท้องถิ่นซึ่งแต่ละท้องถิ่นจะรับผิดชอบสาธารณสุขในเขตของตนเอง

(3) สหรัฐอเมริกา

สิทธิประโยชน์ที่ได้รับโดยทั่วไปแล้วสิทธิประโยชน์ภายใต้โครงการ Medicaid แต่ละรัฐจะมีความแตกต่าง เนื่องจากสาเหตุดังที่กล่าวมา เนื่องจากการกำหนดจากรัฐบาลกลางที่จะช่วยเหลือในเรื่องเงินอุดหนุน เช่น การบริการตรวจโรคสำหรับผู้ป่วยนอกและการฝากครรภ์ การให้บริการวัคซีน แก่ เด็ก การฉายรังสี และการตรวจในห้องปฏิบัติการ ส่วนที่เหลือจึงเป็นเหมือนบริการเสริมแต่ละมลรัฐจะบริการให้แก่ผู้ที่ใช้สิทธิ

(4) เครือรัฐออสเตรเลีย

ระบบสุขภาพของเครือรัฐออสเตรเลียใช้ระบบคู่ขนานประกอบด้วยระบบประกันสุขภาพ หลักที่รัฐเป็นผู้จัดหาบริการให้แก่ประชาชน เรียกว่า Medicare Australia ซึ่งระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage) เป็นระบบที่รัฐบังคับใช้และให้บริการด้านสุขภาพครอบคลุมประชาชนออสเตรเลียทุกคนส่วนระบบประกันสุขภาพรอง ซึ่งขนานไปกับระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ ระบบประกันสุขภาพเอกชน (Private health insurance) ซึ่งเป็นระบบที่ประชาชนมีสิทธิที่จะเลือกซื้อบริการโดยสมัครใจรัฐให้การอุดหนุนผ่านการลดภาษีหากประชาชน

เลือกที่จะซื้อบริการจากผู้ให้ประกันสุขภาพภาคเอกชนตามนโยบาย ร้อยละ 30 ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า “Medicare Australia” มีการให้บริการสำคัญ 4 อย่าง กล่าวคือ

- 1) บริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกและบริการตรวจรักษาผู้ป่วยใน โดยบริการทั้งสองอยู่ภายใต้ Medicare program
- 2) บริการด้านยาผู้ป่วยนอก ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของ Pharmaceutical Benefits program
- 3) บริการด้านการให้วัคซีนแก่เด็กอายุต่ำกว่า 7 ปี ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของ Australian Childhood Immunisation Register
- 4) บริการด้านการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของ Australian Organ Donor Register

การประกันสุขภาพภาคเอกชนมีบทบาทเป็นทางเลือกเสริมความคุ้มครองที่ได้จาก Medicare ซึ่งจะให้สิทธิประโยชน์ครอบคลุมค่าห้องและค่าบริการทางการแพทย์ทั้งในโรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลเอกชน เรียกว่า การประกันค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล (Hospital Insurance) การประกันลักษณะนี้มีไว้เพื่อให้แข่งขันกับ Medicare การคุ้มครองบริการทันตกรรมเวชศาสตร์ฟื้นฟู รวมทั้งบริการอื่น ๆ เรียกว่า การประกันข้างเคียง (Ancillary insurance) ซึ่งมีไว้สำหรับบริการที่ไม่ครอบคลุมโดย Medicare ต้องมีค่าใช้จ่ายแต่บริษัทเอกชนที่รับประกันภัยจะให้การคุ้มครองสำหรับประชาชนที่มีความต้องการที่จะเลือกรูปแบบของการรักษาเองและอาจจะได้รับสวัสดิการอื่น ๆ ที่เพิ่มมากขึ้นกว่าที่กำหนด ไว้ค่าใช้จ่ายโดยรวมที่บริษัทประกันคุ้มครองจะครอบคลุมค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการรักษาและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่ไม่ได้เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ค่าทำศพ สวัสดิการที่ให้เมื่อยามเจ็บป่วย และกิจกรรมต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Australian Institute of Health and Welfare, 2002) (พ.ศ. 2545) รูปแบบของการประกันมีอยู่ด้วยกัน 4 รูปแบบ คือ 1. การประกันตัวเอง 2. การประกันคู่สมรส 3. การประกันเฉพาะผู้ปกครอง 4. การประกันคู่สมรสและเด็ก (รายละเอียดปรากฏอยู่ในบทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม)

3) กระบวนการเข้าถึง

กระบวนการเข้าถึงสิทธิบริการสาธารณสุขของประชาชน สหราชอาณาจักรอังกฤษ ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา เครือรัฐออสเตรเลีย รายละเอียด ดังนี้

(1) สหราชอาณาจักรอังกฤษ

กระบวนการเข้าถึงบริการสาธารณสุขอังกฤษเกิดขึ้นจากปรัชญาว่าบริการดูแลสุขภาพควรมีให้กับทุกคนโดยไม่จำกัดฐานะ หรือรายได้บริการสุขภาพที่มีให้ภายใต้ระบบนี้โดยส่วนใหญ่เป็นบริการฟรี หลักการทั้งหมดเป็นระบบเดียวกันปัจจุบันสำนักงานการสาธารณสุข

แห่งชาติ (National Health Service-NHS) เป็นผู้ดูแลระบบบริการสาธารณสุขภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข (Department of Health) หน่วยงานให้บริการสาธารณสุขทั้งโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน (รายละเอียดปรากฏอยู่ในบทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม)

(2) ญี่ปุ่น

กระบวนการเข้าถึงระบบประกันสุขภาพของญี่ปุ่นมีระบบประกันสุขภาพและระบบประกันสังคมของญี่ปุ่นจึงมีความสัมพันธ์กันใกล้ชิดกันมีกลไกสำคัญของการปฏิรูป ระบบสุขภาพต่าง ๆ ถูกกำหนดขึ้นด้วยกฎหมายทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็นระบบประกันสุขภาพประกันสังคมหรือระบบบริการสุขภาพมาตรฐานที่ใช้มีทั้งการปรับโครงสร้างของระบบประกัน ระบบบริการ และมาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์ (รายละเอียดปรากฏอยู่ในบทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม)

(3) สหรัฐอเมริกา

สหรัฐอเมริกาไม่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ให้ประชาชน มีระบบหลักประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยรัฐบาลอยู่ 2 ระบบใหญ่คือ 1) Medicare คือ สิทธิในโครงการจัดสรรสวัสดิการด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุและ 2) Medicaid คือ สิทธิในโครงการจัดสรรสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ยากจนหรือผู้มีรายได้น้อย ทั้งสองระบบ Medicaid และ ระบบ Medicare จะมีแหล่งที่มาของเงินทุนจากภาษีที่ได้รับมาจากการจัดสรรของรัฐบาลกลางและอีกส่วนหนึ่งคือภาษีที่ได้มาจากการจัดเก็บจากประชาชนในแต่ละมลรัฐ ดังนั้น ขั้นตอนและหลักเกณฑ์การจ่ายค่ารักษาพยาบาลของทั้งสองระบบนี้ในแต่ละมลรัฐจึงมีความแตกต่างกัน

(4) เครือรัฐออสเตรเลีย

รัฐบาลออสเตรเลียช่วยจ่ายบริการทางการแพทย์บางอย่างที่อยู่ในรายการของ Medical Benefits Schedules และยาที่อยู่ตามรายการ Pharmaceutical Benefit Schedule ในภาพรวมร้อยละ 68 ของรายได้ Medicare มีแหล่งเงินมาจากภาษีทั่วไปภาษีรายได้ภาษีภาคบังคับ (คนออสเตรเลียจ่ายเงินให้กับ Medicare โดยตรง ผ่านภาษีที่หักร้อยละ 1.5 จากรายได้หรือ Medicare Levy) ส่วนที่เหลือมาจากการประกันภาคเอกชนและเงินที่ผู้ป่วยจ่ายเองร้อยละ 32 (Jane Hall, 1999) โรงพยาบาล 2 ใน 3 เป็นโรงพยาบาลของรัฐบาล (Australian Institute of Health and Welfare, 2002) (พ.ศ. 2545) โดยได้รับเงิน สนับสนุนจากรัฐและเขตการปกครอง แต่ทั้งนี้จะขึ้นอยู่กับเงินทุนของรัฐบาลกลางรัฐบาลกลางจะดูแลใน 2 ด้านสำคัญ คือ ด้านการรักษาพยาบาลและด้านเภสัชกรรม รัฐบาลกลาง สามารถเปลี่ยนแปลงการจัดการด้านการเงินของรัฐและเขตการปกครองกำกับ การประกัน ภาคเอกชน และให้การสนับสนุนโดยตรงกับหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพการพัฒนา ประสานงานของโครงการต่าง ๆ ตามความเร่งด่วน

4) การขึ้นทะเบียนสิทธิ

การขึ้นทะเบียนสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของ อังกฤษ ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา เคอร์รัฐออสเตรเลีย ประชาชนทุกคนของทั้ง 4 ประเทศได้รับบริการสาธารณสุขที่เหมือนกัน

5) การเยียวยา

การเยียวยาหมายความว่า เป็นกระบวนการหรือวิธีการทำให้ผู้ที่ได้รับความเสียหาย กลับสู่สภาวะเดิมหรือการเยียวยาความเสียหายทางจิตใจจากผลของความเสียหายนั้น โดยทั้ง 4 ประเทศมีรายละเอียด ดังนี้

(1) สหราชอาณาจักรอังกฤษ

สหราชอาณาจักรอังกฤษ ได้นิยามความเสียหายไว้ว่า “อันตรายแก่ชีวิตและร่างกายซึ่งมีวิธีการเยียวยาทาง” (Consumer Protection Act 1987) (พ.ศ. 2530) ผู้เสียหายจะมีสิทธิได้รับการเยียวยาหากข้อเท็จจริงในคดีนั้นตรงตามหลักเกณฑ์ที่วางไว้เกี่ยวกับการเยียวยานั้น ๆ แม้ว่าการให้การเยียวยานั้น ๆ อาจไม่เป็นธรรมกับอีกฝ่ายและทำให้เกิดประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพประชาชนเผชิญกับการร้องเรียนที่ไม่มีเหตุผลหรือไม่ชอบธรรมอย่างจริงจังตรงไปตรงมาหาข้อยุติกับข้อร้องเรียนที่ชอบธรรมอย่างมีประสิทธิภาพส่งเสริมให้มีมาตรการการป้องกันมากขึ้นและมีแผนการชดเชยความผิดพลาดจากการรักษาทางการแพทย์ (clinical negligence medical negligence) แต่เดิมนั้นการฟ้องร้องทางศาล คือ ช่องทางหลักของผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายที่จะใช้เป็นช่องทางในการเรียกร้องการชดเชยจึงมีการสร้างกลไกในการจัดการและรับมือกับผลกระทบที่เกิดขึ้นกลไกหนึ่งที่สำคัญ คือ National Health Service Litigation Authority-NHSLA ซึ่งจะมี 3 ขั้นตอน

1) Local Resolution ผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลสามารถร้องเรียนด้วยวาจาในระดับสถานบริการหน่วยงานระดับต้นจะเป็นผู้คลี่คลายเรื่องราว

2) Management Resolution ถ้าการร้องเรียน ไม่ได้รับการแก้ไข หรือคลี่คลายในระดับต้น ผู้เสียหายจะต้องเสนอเรื่องเป็นลายลักษณ์อักษรต่อ Chief Executive เรื่องจะได้รับการจัดการภายใน 2 วันทำการและจะต้องมีการสอบสวนหาสาเหตุความผิดพลาดและจะหาข้อสรุปชี้แจงต่อผู้เสียหายภายใน 21 วัน

3) Appeals ถ้าผู้เสียหายยังไม่พอใจจากการเสนอเรื่องในระดับ Management Resolution จาก Chief Executive สามารถอุทธรณ์ได้ ภายใน 21 วันหลังจากที่รับเรื่องชี้แจงจาก Chief Executive ในกรณีนี้ NHSLA จะนำเรื่องเข้าสู่คณะกรรมการอิสระเพื่อพิจารณา เรื่องจะดำเนินการสิ้นสุดภายใน 21 วัน

ผู้เสียหายจะได้รับจากแผนการชดเชยสิทธิที่ผู้เสียหายจะได้รับ คือ การชดเชยการบาดเจ็บ (pain and suffering) การสูญเสียรายได้และรายจ่ายในการดูแลที่ผ่านมารวมทั้งการสูญเสียรายได้และรายจ่ายในการดูแลที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ดังนั้นการจ่ายเงินชดเชยในกรณีการบาดเจ็บจากการรักษาทางการแพทย์จะมีความซับซ้อนกว่าการบาดเจ็บกรณีอื่น ๆ เนื่องจากผู้ที่ได้รับความเสียหาย จะมีการเจ็บป่วยมาก่อนแล้ว จึงเข้ารับการรักษาในกรณีดังกล่าว ในบางกรณีปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการพิจารณาจำนวนเงินที่จะต้องจ่าย ได้แก่ ค่าชดเชยการบาดเจ็บ ความเจ็บป่วยและการสูญเสียคุณภาพชีวิต ค่าใช้จ่ายในการดูแลประจำวัน 24 ชั่วโมง ค่าใช้จ่ายในการทำกายภาพบำบัดและฟื้นฟูสภาพ ค่าดูแลบุตร ค่าการช่วยเหลืออื่น ๆ ในบ้านที่เกี่ยวข้อง ค่ารักษาพยาบาลต่อเนื่อง ค่าใช้จ่ายในการดูแลในอนาคต เครื่องมือ อุปกรณ์ช่วยในการดูแล ค่าชดเชยการสูญเสียรายได้ ค่าเสียหายอื่น ๆ

การชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ถูกผิดในอังกฤษมีการถกเถียงกันว่าระบบการฟ้องศาลมีข้อดีในการแก้ปัญหาความขัดแย้งโดยเฉพาะการลงโทษบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีการกระทำที่ประมาทเลินเล่อจนทำให้เกิดการบาดเจ็บเสียหายกับผู้ป่วยในทางทฤษฎีแล้วการฟ้องศาลจึงเป็นการปกป้องผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม พบว่าระบบการฟ้องศาลมีข้อบกพร่องอย่างมากไม่ว่าจะเป็นกระบวนการที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงมากใช้เวลานานและเงินชดเชยที่ได้รับไม่คุ้มสมาคมแพทย์แห่งอังกฤษ (British Medical Association) จึงได้มีประกาศให้การสนับสนุนแนวคิดนี้และในเดือนธันวาคม 1999 (พ.ศ. 2542) รัฐบาลอังกฤษโดยคณะกรรมการที่ชื่อ Health Select Committee ได้แสดงความสนใจกับการใช้ระบบการชดเชย ความเสียหายแบบนี้ โดยเรียกร้องให้กระทรวงสาธารณสุข มีการศึกษาทบทวนและจัดพิมพ์เผยแพร่ข้อมูลในเรื่องนี้ใน ค.ศ. 1999 (พ.ศ. 2542) ในการประชุมของและที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ซึ่งครอบคลุมเฉพาะการจ่ายเงินช่วยเหลือความเสียหายที่เกิดจากการใช้บริการสาธารณสุข

(2) ญี่ปุ่น

การเรียกร้องการเยียวยาความเสียหายทางจิตใจโดยบัญญัติว่า (Product Liability, Article 3) และกฎหมาย (The Consumer Protection Fundamental Act, 1968) (พ.ศ. 2529) ความเสียหายที่จะได้รับการเยียวยาตามกฎหมายฉบับนี้ คือ ความเสียหายแก่ชีวิต ร่างกายและทรัพย์สินจะมีการระงับข้อพิพาทที่สำคัญคือระบบตุลาการซึ่งเป็นตัวแทนของการดำเนินคดีทางแพ่งเป็นระบบและกลไกการคุ้มครองผู้เสียหายจากความเสียหายเบื้องต้นจากการบริการสาธารณสุขประเทศญี่ปุ่น

การนำหลักการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทมาใช้กับผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ (The Law For Conciliation Civil Affairs Act 1995 (พ.ศ. 2538) Revised 2006 (พ.ศ. 2549)) หลักการระงับข้อพิพาท

โดยนำกระบวนการไกล่เกลี่ยมาใช้ในคดีแพथย์ในศาลของญี่ปุ่น ไม่ได้มีความแตกต่างกันกับการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทคดีทรัพย์สินทางอุตสาหกรรมและคดีแพ่งสามัญในทางศาล ซึ่งการระงับข้อพิพาทเกิดจากการทำสัญญาประนีประนอมยอมความภายใต้ประมวลกฎหมายแพ่งของญี่ปุ่นในมาตรา 695 และมาตรา 267 ซึ่งในมาตรา 695 บัญญัติว่า “การประนีประนอมยอมความจะมีผลเมื่อคู่ความทั้งสองฝ่ายเห็นชอบที่จะระงับข้อพิพาทที่เกิดขึ้นระหว่างคู่ความโดยข้อตกลงที่มีต่อกัน” โดยไม่ว่าการพิจารณาคดีจะดำเนินไปแล้วเพียงใด

กระบวนการไกล่เกลี่ยระงับข้อพิพาทของญี่ปุ่น โดยศาลยุติธรรมในกระบวนการระงับข้อพิพาทนั้นยังแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่

1) การไกล่เกลี่ยในการฟ้องคดี (Compromise in Course of Litigation) เป็นกระบวนการไกล่เกลี่ยในศาลโดยการไกล่เกลี่ยภายหลังจากมีการฟ้องร้องดำเนินคดีต่อศาลแล้ว

2) การไกล่เกลี่ยก่อนฟ้อง (Compromise Prior to Filing Suit) เป็นการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทภายนอกศาลก่อนนำข้อพิพาทมาฟ้องเป็นคดีต่อศาล โดยผู้หน้าที่ไกล่เกลี่ยข้อพิพาทนั้นจะเป็นบุคคลภายนอก (ชวลิต ทวีพัฒนานนท์, 2549, หน้า 43)

จากการทบทวนวรรณกรรมในบทที่ 2 กรณีที่ปรากฏความขัดแย้งจากการเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นญี่ปุ่นจะมุ่งเน้นให้การสนับสนุนการใช้กระบวนการระงับข้อพิพาททางเลือกโดยคณะกรรมการการไกล่เกลี่ยเป็นกระบวนการที่องค์การสาธารณสุขได้เข้ามาช่วยเหลือผู้พิพากษา เพื่อแก้ไขปัญหาข้อพิพาททางการแพทย์ร่วมกันเพื่อช่วยเหลือให้คู่พิพาทมีความเข้าใจ และสามารถตกลงกันได้พร้อมที่จะแก้ไข ปัญหาข้อพิพาทที่เกิดขึ้นร่วมกันเพื่อให้ผู้ที่ได้รับผลกระทบหรือความเสียหายดังกล่าวได้รับการเยียวยารวดเร็วเป็นธรรมที่สุดและญี่ปุ่นนำระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ความผิดได้ดำเนินการมาตั้งแต่ช่วงปี 1970 (พ.ศ. 2513) โดยแพทยสมาคมของญี่ปุ่น (Japan Medical Association: JMA) และระบบนี้ถูกนำมาผลักดันอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมในช่วงปี ค.ศ. 2006 (พ.ศ. 2549) ได้นำระบบการประกันภัยมาใช้บริหารจัดการ

(3) สหรัฐอเมริกา

การเยียวยาความเสียหายทางจากบริการสาธารณสุขสหรัฐอเมริกาจะใช้ระบบประกันสหรัฐอเมริกาคุ้มครองความเสียหายต่อชีวิตและร่างกายสามารถเรียกค่าสินไหมทดแทนสำหรับความเสียหายทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงินที่เกิดขึ้นแล้วและที่จะเกิดขึ้นในอนาคต สหรัฐอเมริกาความเสียหายทางจิตใจ หมายถึง ความเจ็บปวด ความทุกข์ ทรมาน การตกใจ การหมดสติ การอับอายขายหน้า ความรังเกียจ ความหวาดผวา ความวิตกกังวล ความกลัว ต่าง ๆ (Phobia) หรือการกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงและเป็นการกระทำที่สุจริตหรือสุจริตโง่หรือเลวร้ายถึงขนาดที่สังคมที่เจริญแล้วไม่อาจทนทานได้ต้องเป็นการกระทำที่คาดหมายได้ว่าวิญญูชน

จะได้รับความเสียหายทางจิตใจ (Intentional Infliction of Emotional Distress) สหรัฐอเมริกา ไม่ยอมให้ผู้เสียหายเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนสำหรับความเสียหายทางจิตใจที่เรียกว่าเว้นแต่ความเสียหายดังจิตใจนั้นจะเป็นผลเกี่ยวพันกับความเสียหายทางร่างกายด้วย (Negligent Infliction of Emotional Distress) บุคคลอาจได้รับความเสียหายทางจิตใจเมื่อประสบหรือพบเห็นผู้อื่นได้รับอันตราย

สหรัฐอเมริกานำระบบการชดเชยโดยไม่พิสูจน์ถูกผิดกับความเสียหายจากการใช้บริการทางการแพทย์ของสหรัฐอเมริกามีการดำเนินการอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมครั้งแรกในปลายทศวรรษที่ 1980 (พ.ศ. 2523) ด้วยโครงการชดเชยความพิการทางสมองอันเนื่องมาจากการคลอด (Birth-related neurological impairments) ของรัฐเวอร์จิเนียและรัฐฟลอริดาโดยใช้ตัวแบบจากกองทุนชดเชยแรงงาน (Workers' Compensation Model) ระบบทั้งสองเป็นระบบการชดเชยแบบจำกัด (limited scheme)

ระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ถูกผิดของรัฐเวอร์จิเนียและฟลอริดา มีชื่อเรียกว่า Birth-related Neurological Injury Compensation Act รัฐเวอร์จิเนียประกาศใช้กฎหมายดังกล่าวนี้ในปี 1987 (พ.ศ. 2530) มีผลชดเชยความเสียหายจากการคลอดตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ปี 1988 (พ.ศ. 2531) การนำเอากรณีความเสียหายจากการทางแพ่งออกจากการพิจารณาในระบบศาลเพื่อนำมาชดเชยในกรอบมาตรฐานของการชดเชยแบบไม่พิสูจน์ถูกผิด ลักษณะของการออกแบบของกฎหมายคล้าย ๆ กับการกำหนดเพดานการชดเชยในระบบกฎหมายละเมิดเพื่อลดค่าใช้จ่ายที่เกิดในกระบวนการทางศาลและเพื่อให้สามารถให้การชดเชยกับกรณีความเสียหายจำนวนมากหรือครอบคลุมมากขึ้นทั้งหมดก็คือ เพื่อยังให้มีการประกันความเสียหายแต่ไม่มุ่งลดผลกระทบเชิงลบจากกระบวนการฟ้องร้องทางศาลที่เกิดขึ้นในระบบการฟ้องร้องปกติ เพื่อให้คนจนในเมืองชั้นในและคนชนบทรอบนอกสามารถได้รับการช่วยเหลือได้

(4) เครือรัฐออสเตรเลีย

การร้องขอรับการชดเชยออสเตรเลียมี 2 แบบกล่าว คือ

แบบที่ 1 การไต่เถียง คือ การจัดการอย่างไม่เป็นทางการ (Informal process) การประเมินข้อร้องเรียนการส่งเสริมการให้ความช่วยเหลือโดยตรงโดยติดต่อระหว่างผู้ร้องทุกข์กับให้บริการเพื่อแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียนคณะกรรมการจะถามถึงความต้องการของผู้ร้องทุกข์ถึงสิ่งที่ต้องการคณะกรรมการจะติดต่อประสานงานกับผู้ร้องทุกข์อย่างสม่ำเสมอ จนกระทั่งได้รับคำตอบที่เหมาะสมสำหรับทั้งสองฝ่ายและให้นำข้อมูลเหล่านั้นมาใช้ในการตัดสินใจภายในเวลา 60 วัน นับตั้งแต่รับข้อมูลร้องทุกข์คณะกรรมการจะต้องเลือกดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

ยกเลิกข้อร้องเรียนส่งต่อข้อร้องเรียนสำหรับการไต่ถามเกี่ยวกับความยินยอมของฝ่ายต่าง ๆ ส่งต่อข้อร้องเรียนไปยังคณะกรรมการชุดใหญ่หรือองค์กรอื่น ๆ และสืบสวนข้อร้องเรียน

แบบที่ 2 การใช้อำนาจทางกฎหมายการใช้กระบวนการไต่ถามเกี่ยวกับกฎหมายจะมีกระบวนการไต่ถามเกี่ยวกับซึ่งมุ่งหวังที่จะให้ได้ ข้อยุติที่เป็นประโยชน์กับทุกฝ่าย แต่หากกรณีที่ผ่านมากระบวนการไต่ถามเกี่ยวกับข้อ 1 แล้วไม่สามารถยุติปัญหาได้ก็จะต้องเข้าสู่กระบวนการของคณะกรรมการฯซึ่งจะต้องเป็นไปตามเงื่อนไขต่อไปนี้

1) เป็นความสมัครใจของทั้ง 2 ฝ่าย ซึ่งตกลงใจร่วมกันในการเข้าสู่กระบวนการของคณะกรรมการทั้งสองฝ่ายยอมรับที่จะต่อรองและประสานกับในผลประโยชน์ของวิธีการแก้ปัญหา

2) ข้อมูลไม่สามารถถูกเปิดเผยให้กับฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดไม่ว่าจะด้วยวัตถุประสงค์ใด ๆ ก็ตามและไม่สามารถถูกส่งเป็นหมายเรียกในชั้นศาลหรือเปิดเผยในที่สาธารณะได้โดยทั่วไปปัญหาที่สามารถไต่ถามเกี่ยวกับ

การไต่ถามเกี่ยวกับหรือการสืบสวนจะพิจารณาตัดสินมาตรฐานของการรักษาในเรื่องนั้น ๆ ดังนั้นคณะกรรมการจึงต้องการความคิดเห็นหรือคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญและ Peer reviewer ที่ปรึกษาภายนอกจะได้รับข้อมูลในประเด็นที่เกี่ยวข้อง เช่น บันทึกทางการแพทย์ รายงานข้อความร้องทุกข์ผู้เชี่ยวชาญจะให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้การรักษาแต่จะไม่ได้รับสิทธิ์ในการออกความคิดเห็นของผลลัพธ์ที่ได้ความคิดเห็นของคณะกรรมการ จึงเป็นวัตถุประสงค์ (Objectivity) และอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลจริงในขณะที่ทำการไต่ถามเกี่ยวกับผู้รับบริการหรือผู้ร้องทุกข์ จะได้รับการแก้ปัญหาที่สมเหตุสมผล

หลักการการชดเชยให้กับผู้ป่วยและการจ่ายเพื่อชื้อประกัน โดยแพทย์ในเชิงโครงสร้างระบบการชดเชยความเสียหายของเครือรัฐออสเตรเลียใช้ระบบการฟ้องศาลเพียงแต่มีการใช้กลไกของการประกันทางการแพทย์มาเป็นขั้นตอนก่อนถึงการใช้กลไกการตัดสินของศาล การประกันทางการแพทย์การทำประกันทางการแพทย์เป็นระบบหนึ่งที่ใช้ในเครือรัฐออสเตรเลียคล้ายกับประเทศอื่น ๆ แพทย์สภาของออสเตรเลียได้สนับสนุนให้สมาชิกซึ่งเป็นแพทย์เห็นความสำคัญของเงินชดเชยค่าเสียหายทางการแพทย์โดยให้เหตุผลสนับสนุนต่าง ๆ มากมาย อาทิ เช่น การเพิ่มขึ้นของการฟ้องร้องทางการแพทย์ การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้อง การเพิ่มขึ้นของจำนวนเงินที่ต้องชดเชยความจำเป็นและความต้องการเงินทุนสำหรับความเสียหายที่อาจจะเกิดขึ้น

6) ข้อจำกัด

ข้อจำกัดในการรับบริการสาธารณสุขของประชาชน สหราชอาณาจักรอังกฤษ ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา เครือรัฐออสเตรเลีย รายละเอียดดังนี้

เครือรัฐออสเตรเลีย มีข้อจำกัดในการใช้บริการสาธารณสุขห้ามนักท่องเที่ยวประเทศอื่น และครอบครัวผู้ที่เข้ามาพำนักในเครือรัฐออสเตรเลียชั่วคราว (ยกเว้นกรณีมีข้อตกลงระหว่างประเทศร่วมกัน)

3.3 การเปรียบเทียบการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพตามกฎหมายมหาชนระหว่างประเทศและต่างประเทศ

จากการศึกษาการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามกฎหมายระหว่างประเทศ “ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ค.ศ. 1948 (2492) (Universal Declaration of Human Rights, 1948)” มนุษย์ทุกคนมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เป็นสิทธิที่มีติดตัวมากับมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนถึงตาย สิทธิมนุษยชนจึงเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคนที่แสดงถึงสิทธิ เสรีภาพ อิสรภาพ ความเสมอภาค ความยุติธรรม ซึ่งประชาชนที่อาศัยอยู่ในประเทศใดก็ตามภายใต้อธิปไตยแห่งรัฐนั้นย่อมได้รับการคุ้มครองทางกฎหมายทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการยอมรับทุกแห่งหนว่าเป็นบุคคลตามกฎหมาย ทำให้ประชาชน เท่าเทียมกันตามกฎหมายทุกคนเสมอภาคกันตามกฎหมายและมีสิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองของกฎหมายอย่างเท่าเทียมกันโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติใด ทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองเท่าเทียมกันจากการเลือกปฏิบัติใด รวมถึงการเข้าถึงสิทธิในการรับบริการสาธารณสุขดำเนินการโดยรัฐให้ประชาชนมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่เป็นได้และการสร้างสภาวะที่ประกันบริการทางแพทย์และการให้การดูแลสุขภาพพยาบาลแก่ทุกคนในกรณีเจ็บป่วย (กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ค.ศ. 1966 (พ.ศ. 2509) (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) และมีสิทธิที่จะได้รับการเยียวยาหากมีการกระทำล่วงละเมิดสิทธิขั้นพื้นฐาน (กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ค.ศ. 1966 (พ.ศ. 2509) (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)

จากที่กล่าวมาผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการคุ้มครองบริการสาธารณสุขของอังกฤษ ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา เครือรัฐออสเตรเลียได้กำหนดประเด็นดังกล่าวมาเปรียบเทียบ ดังนี้

1) ผู้ได้รับสิทธิ

การบริการสาธารณสุขของสหราชอาณาจักรอังกฤษ ประชาชนอังกฤษสามารถใช้บริการสุขภาพได้ฟรีโดยใช้เงินภาษีจากรัฐ อยู่ภายใต้ระบบการดูแลสุขภาพของอังกฤษอยู่ภายใต้การดูแลขององค์กรสำนักงานการสาธารณสุขแห่งชาติ (National Health Service-NHS) ญี่ปุ่น ประชาชนสามารถ

เข้าใช้บริการสุขภาพโดยมีระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีองค์กรของรัฐที่ทำหน้าที่หลักในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ คือ กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ Ministry of Health, Labor and Welfare MOHLW สหรัฐอเมริกา ระบบหลักประกันสุขภาพในสหรัฐอเมริกามีอยู่หลายรูปแบบเนื่องจากสหรัฐอเมริกาคือประเทศที่ประชาชนมีความแตกต่างกันในเรื่องของค่านิยมประชาชนโดยส่วนใหญ่ที่เป็นผู้ใช้แรงงานและมีรายได้เป็นเงินเดือนหรือค่าจ้างมักใช้บริการทางด้านสุขภาพจากระบบประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยเอกชน และมีการดำเนินงานโดยรัฐ 2 ระบบ คือ

(1) Medicare คือ โครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุซึ่งมีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปและกลุ่มผู้ป่วยโรคไตบางประเภท โครงการ Medicare บริหารงาน ภายใต้การควบคุมของรัฐบาลกลาง

(2) Medicaid คือ โครงการจัดสรรสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ยากจนหรือผู้ที่มีรายได้น้อย และเด็กในครอบครัวที่มีผู้ปกครองเพียงคนเดียว ซึ่งจะเข้าหลักเกณฑ์ที่กำหนดให้แต่ละมลรัฐต้องดำเนินการ โดยมีแหล่งเงินทุนสนับสนุนจากรัฐบาลกลางทั้ง 2 โครงการมีหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ คือ “Centers for Medicare and Medicaid Service (CMS)” ซึ่งอยู่ภายใต้ Department of health and human service เครือรัฐออสเตรเลีย ประชาชนใช้บริการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นบริการฟรีและร่วมจ่ายบางส่วนโดยองค์กรที่มีชื่อว่า Medicare Australia ภายใต้แผนงาน Medicare ผู้ป่วยจะได้รับบริการฟรีเฉพาะในโรงพยาบาลของรัฐทั้งที่เป็นบริการทั่วไปและบริการเฉพาะทาง

2) ประเภทของสิทธิที่ได้รับ

ประเภทของสิทธิที่ได้รับในการรับบริการสาธารณสุขจากรัฐ สหราชอาณาจักร อังกฤษ ให้บริการครอบคลุมตั้งแต่บริการ การฝากครรภ์ การรักษาโรคทุกชนิด การผ่าตัด อุบัติเหตุ และภาวะฉุกเฉินจนถึงการดูแล ในภาวะสุดท้ายของชีวิต ญี่ปุ่น ให้บริการครอบคลุมสิทธิประโยชน์บริการทางการแพทย์ สิทธิในการได้รับเงินชดเชยเมื่อเจ็บป่วย สิทธิในการได้รับเงินชดเชยเมื่อคลอดบุตร สิทธิในการได้รับเงินชดเชยจากการดูแลบุตร สิทธิในการได้รับเงินชดเชยจากความตาย และค่าเดินทาง สหรัฐอเมริกา ให้บริการครอบคลุมการบริการตรวจโรคสำหรับผู้ป่วยนอกและในการฝากครรภ์การให้บริการวัคซีน แก่ เด็ก การฉายรังสี และการตรวจในห้องปฏิบัติการ ส่วนที่เหลือจึงเป็นเหมือนบริการเสริมแต่ละมลรัฐจะบริการให้แก่ผู้ใช้สิทธิ เครือรัฐออสเตรเลียมีการให้บริการสำคัญ 4 อย่าง กล่าวคือ บริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกและบริการตรวจรักษาผู้ป่วย บริการด้านยาผู้ป่วยนอก บริการด้านการให้วัคซีนแก่เด็กอายุต่ำกว่า 7 ปีและบริการด้านการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ

3) กระบวนการเข้าถึง

กระบวนการเข้าถึงสิทธิที่ได้รับในการรับบริการสาธารณสุข สหราชอาณาจักรอังกฤษ ระบบบริการสาธารณสุขอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข (Department of Health) หน่วยงานให้บริการสาธารณสุขทั้งโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน ญี่ปุ่น ระบบประกันสุขภาพมีสองระบบ คือ ระบบประกันสุขภาพ ระบบประกันสังคม การเข้าถึงสิทธิรัฐจะเป็นผู้ดูแลทั้งในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนสหรัฐอเมริกา ใช้ระบบประกันในการเข้ารับบริการทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชน เครือรัฐออสเตรเลียรัฐบาลกลางจะเป็นผู้รับผิดชอบการเข้ารับบริการ โรงพยาบาลรัฐ รายละเอียดปรากฏอยู่ในบทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม

4) การขึ้นทะเบียนสิทธิ

การขึ้นทะเบียนสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของ สหราชอาณาจักรอังกฤษ อยู่ภายใต้กฎหมาย National Health Service and Community Care Act 1990 (พ.ศ. 2533) ญี่ปุ่น อยู่ภายใต้กฎหมาย National Health Insurance Law 1938 (พ.ศ. 2481) สหรัฐอเมริกา อยู่ภายใต้การดูแลของรัฐบาลกลางมีหน่วยงานหลัก ที่รับผิดชอบ คือ “Centers for Medicare and Medicaid Service (CMS)” ซึ่งอยู่ภายใต้ Department of health and human service กฎหมายในแต่แต่ละรัฐจะมีการกำหนดรายละเอียดที่แตกต่างกัน เครือรัฐออสเตรเลีย อยู่ภายใต้กฎหมาย (Australian Institute of Health and Welfare, 2002) (พ.ศ. 2545) ประชาชนทุกคนของทั้ง 4 ประเทศได้รับบริการสาธารณสุขที่เสมอเหมือนกันถึงแม้จะมีรายละเอียดที่แตกต่างกันของแต่ละประเทศรายละเอียดปรากฏอยู่ในบทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม

5) การเยียวยา

การเยียวยาความเสียหายที่เกิดจากบริการสาธารณสุขทั้ง สหราชอาณาจักรอังกฤษ ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา เครือรัฐออสเตรเลียได้มีการกำหนดการเยียวยาทั้งเหมือนและแตกต่างกันไม่ว่าจะเป็น การไต่ถามข้อพิพาท การฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายทางศาล กองทุน การประกันภัยระบบการชดเชยโดยไม่พิสูจน์ถูกผิด (No - fault compensation system) นำมาใช้เยียวยาความเสียหายที่เกิดจากบริการสาธารณสุขรายละเอียดปรากฏอยู่ในบทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม

6) ข้อจำกัด

เครือรัฐออสเตรเลีย ปรากฏข้อจำกัดในการใช้บริการสาธารณสุขห้ามนักการทูตประเทศอื่นและครอบครัวผู้ที่เข้ามาพำนักในเครือรัฐออสเตรเลียชั่วคราว

จากที่กล่าวมาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามกฎหมายต่างประเทศ สหราชอาณาจักรอังกฤษ ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา เครือรัฐออสเตรเลียโดยกำหนดประเด็นการวิเคราะห์ ประกอบด้วย การขึ้นทะเบียนสิทธิ สถานะของผู้ได้รับสิทธิ ประเภทของสิทธิที่ได้รับ กระบวนการเข้าถึง ข้อจำกัด การเชี่ยวชาญ และความรับผิดชอบ รายละเอียดตามตารางเปรียบเทียบที่ 4.2 (ดูตารางที่ 4.2) ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4.2 การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพต่างประเทศ

การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ	สหราชอาณาจักร อังกฤษ	ญี่ปุ่น	สหรัฐ อเมริกา	เครือรัฐ ออสเตรเลีย
1) ผู้ได้รับสิทธิ				
- ประชาชน	✓	✓	✓	✓
2) ประเภทของสิทธิที่ได้รับ	✓	✓	✓	✓
1) การสร้างเสริมสุขภาพและ การป้องกันโรค	✓	✓	✓	✓
2) การคุมกำเนิด การคลอด บุตรและการดูแลหลังคลอด บุตร	✓	✓	✓	✓
3) การตรวจชิ้นเนื้อ	✓	✓	✓	✓
4) การผ่าตัดปลูกถ่ายและการ เปลี่ยนอวัยวะ	✓	✓	✓	✓
5) การล้างไตผ่านช่องท้องด้วย เครื่องอัตโนมัติ (Automated peritoneal dialysis: APD)	✓	✓	✓	✓
6) รากฟันเทียม	✓	✓	✓	✓
7) การดูแลด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) และผู้ป่วยแบบประคับ ประคองโรคตามแนวทางที่	✓	✓	✓	✓

การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ	สหราชอาณาจักร อังกฤษ	ญี่ปุ่น	สหรัฐอเมริกา	เครือรัฐ ออสเตรเลีย
กรมการแพทย์กำหนด (Palliative care)				
8) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านการแพทย์	✓	✓	✓	✓
9) การส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า	✓	✓	✓	✓
10) ค่าห้องพิเศษ	✓	✓	✓	✓
11) อุปกรณ์และอวัยวะเทียม	✓	✓	✓	✓
12) เจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือ อุบัติเหตุ	✓	✓	✓	✓
3) กระบวนการเข้าถึง				
1) กรณีทั่วไป	✓	✓	✓	✓
2) กรณี อุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน	✓	✓	✓	✓
4) การขึ้นทะเบียน	✓	✓	✓	✓
5) การเยียวยา				
- การไกล่เกลี่ยข้อพิพาท	✓	✓	✓	✓
- ฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายทางศาล	✓	✓	✓	✓
- กองทุน	✗	✓	✓	✗
- การประกันภัย	✗	✓	✓	✓
- ระบบการชดเชยโดยไม่มี พิสูจน์ผู้กผิด (No - fault compensation system)	✗	✓	✓	✗
6) ข้อจำกัด	✗	✗	✗	✓

3.4 การเปรียบเทียบการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพของต่างประเทศและประเทศไทย

การคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของ อังกฤษ ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา เครือรัฐออสเตรเลีย จากตารางเปรียบเทียบที่ 4.2 (ดูตารางที่ 4.2) จะนำมาเปรียบเทียบการคุ้มครองสิทธิบริการสาธารณสุขของไทยกำหนดประเด็นเปรียบเทียบ ดังนี้

1) ผู้ได้รับสิทธิ

การบริการสาธารณสุขของ สหราชอาณาจักรอังกฤษ ประชาชนอังกฤษสามารถใช้บริการสุขภาพได้ฟรีโดยใช้เงินภาษีจากรัฐ อยู่ภายใต้ระบบการดูแลสุขภาพของอังกฤษอยู่ภายใต้การดูแลขององค์กรสำนักงานการสาธารณสุขแห่งชาติ (National Health Service-NHS) ญี่ปุ่น ประชาชนสามารถเข้ารับบริการสุขภาพโดยมีระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีองค์กรของรัฐที่ทำหน้าที่หลักในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ คือ กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ Ministry of Health, Labor and Welfare MOHLW สหรัฐอเมริกา ระบบหลักประกันสุขภาพในสหรัฐอเมริกามีอยู่หลายรูปแบบเนื่องจากสหรัฐอเมริกาคือประเทศที่ประชาชนมีความแตกต่างกันในเรื่องของค่านิยมประชาชน โดยส่วนใหญ่ที่เป็นผู้ใช้แรงงานและมีรายได้เป็นเงินเดือนหรือค่าจ้างมักใช้บริการทางด้านสุขภาพจากระบบประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยเอกชน และมีการดำเนินงานโดยรัฐ 2 ระบบ คือ

(1) Medicare คือ โครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุซึ่งมีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปและกลุ่มผู้ป่วยโรคไตบางประเภท โครงการ Medicare บริหารงาน ภายใต้การควบคุมของรัฐบาลกลาง

(2) Medicaid คือ โครงการจัดสรรสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ยากจนหรือผู้ที่มีรายได้น้อย และเด็กในครอบครัวที่มีผู้ปกครองเพียงคนเดียว ซึ่งจะเข้าหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ แต่ละมลรัฐต้องดำเนินการ โดยมีแหล่งเงินทุนสนับสนุนจากรัฐบาลกลางทั้ง 2 โครงการมีหน่วยงานหลัก ที่รับผิดชอบ คือ “Centers for Medicare and Medicaid Service (CMS)” ซึ่งอยู่ภายใต้ Department of health and human service เครือรัฐออสเตรเลีย ประชาชนใช้บริการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นบริการฟรีและร่วมจ่ายบางส่วน โดยองค์กรที่มีชื่อว่า Medicare Australia ภายใต้แผนงาน Medicare ผู้ป่วยจะได้รับบริการฟรีเฉพาะในโรงพยาบาลของรัฐทั้งที่เป็นบริการทั่วไปและบริการเฉพาะทาง ประเทศไทย ประชาชนแบ่งออกเป็น 3 สถานในการรับบริการสาธารณสุขจากสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน

2) ประเภทของสิทธิที่ได้รับ

ประเภทของสิทธิที่ได้รับในการรับบริการสาธารณสุขจากรัฐ สหราชอาณาจักรอังกฤษ ให้บริการครอบคลุมตั้งแต่บริการ การฝากครรภ์ การรักษาโรคทุกชนิด การผ่าตัด อุบัติเหตุและภาวะ

ถูกเงินจนถึงการดูแล ในภาวะสุดท้ายของชีวิต ญี่ปุ่น ให้บริการครอบคลุมสิทธิประโยชน์ บริการทางการแพทย์ สิทธิในการได้รับเงินชดเชยเมื่อเจ็บป่วย สิทธิในการได้รับเงินชดเชยเมื่อคลอดบุตร สิทธิในการได้รับเงินชดเชยจากการดูแลบุตร สิทธิในการได้รับเงินชดเชยจากความตาย และค่าเดินทาง สหรัฐอเมริกา ให้บริการครอบคลุมการบริการตรวจโรคสำหรับผู้ป่วยนอก และในการฝากครรภ์การให้บริการวัคซีน แก่ เด็ก การฉายรังสี และการตรวจในห้องปฏิบัติการ ส่วนที่เหลือจึงเป็นเหมือนบริการเสริมแต่ละมลรัฐจะบริการให้แก่ผู้ใช้สิทธิ เครือรัฐออสเตรเลีย มีการให้บริการสำคัญ 4 อย่าง กล่าวคือ บริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกและบริการตรวจรักษาผู้ป่วย บริการด้านยาผู้ป่วยนอก บริการด้านการให้วัคซีนแก่เด็กอายุต่ำกว่า 7 ปี และบริการด้านการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ประเทศไทย ค่าตรวจวินิจฉัยโรค ค่าส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ค่าบำบัดทางการแพทย์และค่าฟื้นฟูสมรรถภาพ ค่ากินอยู่และรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล เป็นต้น

3) กระบวนการเข้าถึงสิทธิ

กระบวนการเข้าถึงสิทธิที่ได้รับในการรับบริการสาธารณสุขสหราชอาณาจักร อังกฤษ ระบบบริการสาธารณสุขอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข (Department of Health) หน่วยงานให้บริการสาธารณสุขทั้งโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน ญี่ปุ่น ระบบประกันสุขภาพมีสองระบบ คือ ระบบประกันสุขภาพ ระบบประกันสังคม การเข้าถึงสิทธิรัฐจะเป็นผู้ดูแลทั้งในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน สหรัฐอเมริกา ใช้ระบบประกันในการเข้ารับบริการทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชน เครือรัฐออสเตรเลีย รัฐบาลกลางจะเป็นผู้รับผิดชอบการเข้ารับบริการโรงพยาบาลรัฐ ประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพจะเป็นผู้ดูแลในการเข้ารับบริการหน่วยบริการของรัฐและเอกชน

4) การขึ้นทะเบียนสิทธิ

การขึ้นทะเบียนสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของ สหราชอาณาจักรอังกฤษ อยู่ภายใต้กฎหมาย National Health Service and Community Care Act 1990 (พ.ศ. 2533) ญี่ปุ่น อยู่ภายใต้กฎหมาย National Health Insurance Law 1938 (พ.ศ. 2481) สหรัฐอเมริกา อยู่ภายใต้การดูแลของรัฐบาลกลางมีหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ คือ “Centers for Medicare and Medicaid Service (CMS)” ซึ่งอยู่ภายใต้ Department of health and human service กฎหมายในแต่ละมลรัฐจะมีการกำหนดรายละเอียดที่แตกต่างกัน เครือรัฐออสเตรเลีย อยู่ภายใต้กฎหมาย (Australian Institute of Health and Welfare, 2002) (พ.ศ. 2545) ประเทศไทย กำหนดสิทธิการรักษาพยาบาลไว้ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 พระราชบัญญัติการเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

5) การเยียวยา

การเยียวยาความเสียหายที่เกิดจากบริการสาธารณสุขทั้ง สหราชอาณาจักรอังกฤษ ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา เครือรัฐออสเตรเลีย ประเทศไทย ได้มีการกำหนดการเยียวยาทั้งเหมือนและแตกต่างกันไม่ว่าจะเป็นการไต่ถามข้อพิพาท การฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายทางศาล กองทุนการประกันภัย ระบบการชดเชยโดยไม่พิสูจน์ถูกผิด (No - fault compensation system) นำมาใช้เยียวยาความเสียหายที่เกิดจากบริการสาธารณสุขรายละเอียดปรากฏอยู่ในบทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม

6) ข้อจำกัด

เครือรัฐออสเตรเลีย ปรากฏข้อจำกัดในการใช้บริการสาธารณสุขห้ามให้นักการทูตประเทศอื่นและครอบครัวผู้ที่เข้ามาพำนักในเครือรัฐออสเตรเลียชั่วคราว ประเทศไทย มีข้อจำกัดหลายประการดังปรากฏในตารางเปรียบเทียบที่ 4.3

7) ความรับผิดชอบ

ความรับผิดชอบที่เกิดขึ้นทั้ง สหราชอาณาจักรอังกฤษ ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา เครือรัฐออสเตรเลียประเทศไทย ได้มีการกำหนดการเยียวยาทั้งเหมือนและแตกต่างกัน ได้แก่ ความรับผิดชอบทางแพ่ง ความรับผิดชอบในคดีอาญา ความรับผิดชอบทางปกครองและมาตรการที่นำมาใช้ในการคุ้มครองบริการสาธารณสุข ระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ถูกผิดซึ่งใช้ควบคู่ในการจัดตั้งกองทุนเป็นมาตราที่มีความน่าสนใจที่จะนำมาเยียวยาความเสียหายเบื้องต้นที่เกิดจากการบริการสาธารณสุข

จากการเปรียบเทียบกล่าวได้ว่าทั้ง 4 ประเทศ คือ สหราชอาณาจักรอังกฤษ ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา เครือรัฐออสเตรเลีย และประเทศไทยการคุ้มครองบริการสาธารณสุขต่างประเทศและประเทศไทย ซึ่งดูได้จากตารางเปรียบเทียบที่ 4.3

สาระสำคัญหลักในการแก้ไขกฎหมายทั้ง 3 ฉบับ ได้แก่ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ดังนั้น จึงควรที่จะมีการพัฒนากฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิบริการสาธารณสุขให้มีความสอดคล้องตามที่รัฐธรรมนูญบัญญัติรับรองสิทธิในด้าน

- 1) ความเสมอภาคในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน
- 2) ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ
- 3) มีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐ

4) รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม ป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ

กำหนดประเด็นการวิเคราะห์ ประกอบด้วย สถานะของผู้ได้รับสิทธิ ทำให้เกิดความเสมอภาคในการรับบริการสาธารณสุขในฐานะประชาชนคนไทยเหมือนกัน ประเภทของสิทธิที่ได้รับ ทำให้เกิดการคุ้มครองสิทธิในการรักษาพยาบาลมากขึ้น เกิดประโยชน์กับประชาชน กระบวนการเข้าถึง ทำให้เกิดการขยายสิทธิการรักษาพยาบาลไปถึงสถานพยาบาลของเอกชนการขึ้นทะเบียนสิทธิ ทำให้ลดความเหลื่อมล้ำในการขึ้นทะเบียนสิทธิรับบริการสถานพยาบาลของรัฐ ทั้งผู้ใช้สิทธิบัตรทองและสิทธิประกันสังคมการเยียวยา ทำให้เกิดการพัฒนากฎการคุ้มครองเยียวยาความเสียหาย เช่น การเสียชีวิต วงเงินที่ได้รับการเยียวยาและคณะกรรมการพิจารณาเงินเยียวยา ข้อจำกัด ทำให้เกิดการพัฒนาระบบและกลไกกรณีผู้ใช้บริการสาธารณสุขได้รับความเสียหายจากการรับบริการ ความรับผิดชอบ สิทธิการไล่เบียดแก่ผู้กระทำความผิด (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ สำนักงานประกันสังคม) ภายหลังจ่ายเงินเยียวยาให้ผู้เสียหาย รายละเอียด (ดูตารางที่ 4.3) ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4.3 การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพของต่างประเทศและไทย

การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ	สหราชอาณาจักร อังกฤษ	ญี่ปุ่น	สหรัฐอเมริกา	เครือรัฐ ออสเตรเลีย	ไทย
1) ผู้ได้รับสิทธิ					
- ประชาชน	✓	✓	✓	✓	✓
2) ประเภทของสิทธิที่ได้รับ	✓	✓	✓	✓	✓
1) การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค	✓	✓	✓	✓	✓
2) การคุมกำเนิด การคลอดบุตรและการดูแลหลังคลอดบุตร	✓	✓	✓	✓	✓
3) การตรวจยืนยันแพทย์	✓	✓	✓	✓	✓

การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ	สหราชอาณาจักร อังกฤษ	ญี่ปุ่น	สหรัฐอเมริกา	เครือรัฐ ออสเตรเลีย	ไทย
4) การผ่าตัดปลูกถ่ายและการเปลี่ยนอวัยวะ	✓	✓	✓	✓	✓
5) การล้างไตผ่านช่องท้องด้วยเครื่อง อัตโนมัติน (Automated peritoneal dialysis: APD)	✓	✓	✓	✓	✓
6) รากฟันเทียม	✓	✓	✓	✓	✓
7) การดูแลด้านสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) และผู้ป่วยแบบประคับประคองโรคตามแนวทางที่กรมการแพทย์กำหนด (Palliative care)	✓	✓	✓	✓	✓
8) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์	✓	✓	✓	✓	✓
9) การส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า	✓	✓	✓	✓	✓
10) ค่าห้องพิเศษ	✓	✓	✓	✓	✓
11) อุปกรณ์และอวัยวะเทียม	✓	✓	✓	✓	✓
12) เจ็บป่วยฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุ	✓	✓	✓	✓	✓
3) กระบวนการเข้าถึง					
1) กรณีทั่วไป	✓	✓	✓	✓	✓

การเข้าถึงหลักประกัน สุขภาพ	สหราชอาณาจักร อังกฤษ	ญี่ปุ่น	สหรัฐอเมริกา	เครือรัฐ ออสเตรเลีย	ไทย
2) กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วย ฉุกเฉิน	✓	✓	✓	✓	✓
4) การขึ้นทะเบียน	✗	✗	✗	✗	✓
5) การเยียวยา					
- การใกล้เคียงข้อพิพาท	✓	✓	✓	✓	✓
- ฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย ทางศาล	✓	✓	✓	✓	✓
- กองทุน	✗	✓	✓	✗	✓
- การประกันภัย	✗	✓	✓	✓	✗
- ระบบการชดเชยโดยไม่มี พิสูจน์ถูกผิด (No - fault compensation system)	✗	✓	✓	✗	✓
6) ข้อจำกัด	✗	✗	✗	✓	✓
7) ความรับผิดชอบ					
1) ความรับผิดชอบทางแพ่ง	✗	✗	✗	✗	✓
2) ความรับผิดชอบในคดีอาญา	✗	✗	✗	✗	✓
3) ความรับผิดชอบทาง ปกครอง	✗	✗	✗	✗	✓

4. การพัฒนากฎหมายเพื่อความเสมอภาคในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ

ผลจากการวิเคราะห์ในข้อ 1 ข้อ 2 และ ข้อ 3 พบว่ารัฐธรรมนูญบัญญัติให้บุคคลมีสิทธิเสมอภาคในการรับบริการสาธารณสุขจากการวิเคราะห์พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 และพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ซึ่งเป็นกฎหมายลำดับรองบัญญัติรับรองสิทธิการรับบริการสาธารณสุข แตกต่างจากบทบัญญัติรัฐธรรมนูญจึงสมควรที่จะปรับปรุงแก้ไขกฎหมายทั้ง 3 ฉบับ เพื่อให้เกิด

ความเสมอภาคสิทธิการรับบริการสาธารณสุขตามที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยบัญญัติไว้ โดยไม่คำนึงถึงสถานะของประชาชนที่มีความแตกต่างกันตามที่กฎหมายเฉพาะกำหนดไว้ คือ สถานะของการเป็นประชาชนทั่วไปพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ข้าราชการตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 และผู้ประกันตนพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ทำให้เห็นถึงความแตกต่างของกระบวนการคุ้มครองที่ไม่เกิดความเสมอภาคตามรัฐธรรมนูญ ดังนั้นการวิจัยจึงกำหนดประเด็นที่เป็นความแตกต่างจากผลของการวิเคราะห์มาแล้วเพื่อจัดทำเป็นกฎหมายให้เกิดความเสมอภาคตามรัฐธรรมนูญ โดยกำหนดแนวทางการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายทั้ง 3 ฉบับ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับกระบวนการคุ้มครองที่ไม่เกิดความเสมอภาคตามรัฐธรรมนูญ ดังนั้น การวิจัยจึงกำหนดประเด็นที่เป็นความแตกต่างจากผลของการวิเคราะห์มาแล้วเพื่อจัดทำเป็นกฎหมายให้เกิดความเสมอภาคตามรัฐธรรมนูญโดยกำหนดแนวทางการปรับปรุงแก้ไข การวิจัยนี้จะนำไปสู่การจัดทำการมีส่วนร่วมออกแบบ, ร่วมออกแบบ (Participatory Design, Co- Design) กำหนดไว้ในบทที่ 3 ระเบียบวิธีวิทยาการวิจัย เพื่อให้ประชากรผู้มีส่วนได้เสีย (Stakeholders) ได้ร่วมกันออกแบบกระบวนการคุ้มครองที่ไม่เกิดความเสมอภาคตามรัฐธรรมนูญต่อไป

จากโครงสร้างกฎหมายที่ได้กล่าวมาข้างต้นการวิจัยนี้ได้นำเอาประเด็นโครงสร้างกฎหมายไปสู่การจัดทำการมีส่วนร่วมออกแบบ, ร่วมออกแบบโดยกำหนดเป็น 4 ประเด็น ดังนี้

- 1) การเลือกสถานพยาบาลปฐมภูมิ
- 2) การคุ้มครองสิทธิในการรักษาพยาบาล
 - สิทธิในการเลือกโรงพยาบาลรัฐ
 - สิทธิในการไม่ถูกจำกัดประเภทยา
 - สิทธิในการเยียวยาเบื้องต้นกรณีรักษาผิดพลาด
 - กองทุนสำหรับค่ารักษาพยาบาล
- 3) การเยียวยาความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาล
 - ความเสียหายที่เกิดจากหน่วยบริการ
 - ความเสียหายที่เกิดจากผู้ประกอบวิชาชีพ
 - ความเสียหายที่เกิดจากผู้ประกอบวิชาชีพประพฤตินิคมจริยบรรณวิชาชีพ
- 4) กองทุนหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนทุกคน
 - วัตถุประสงค์ของกองทุน
 - ประเภทความเสียหาย

- องค์กรพิจารณาเยียวยาความเสียหาย
- กระบวนการพิจารณาเยียวยาความเสียหาย
- ฯลฯ

จากโครงสร้างของกฎหมายต้นแบบนำไปสู่การวิจัยในขั้นตอนของการมีส่วนร่วมออกแบบ,
ร่วมออกแบบ (Participatory Design, Co-Design) ต่อไป