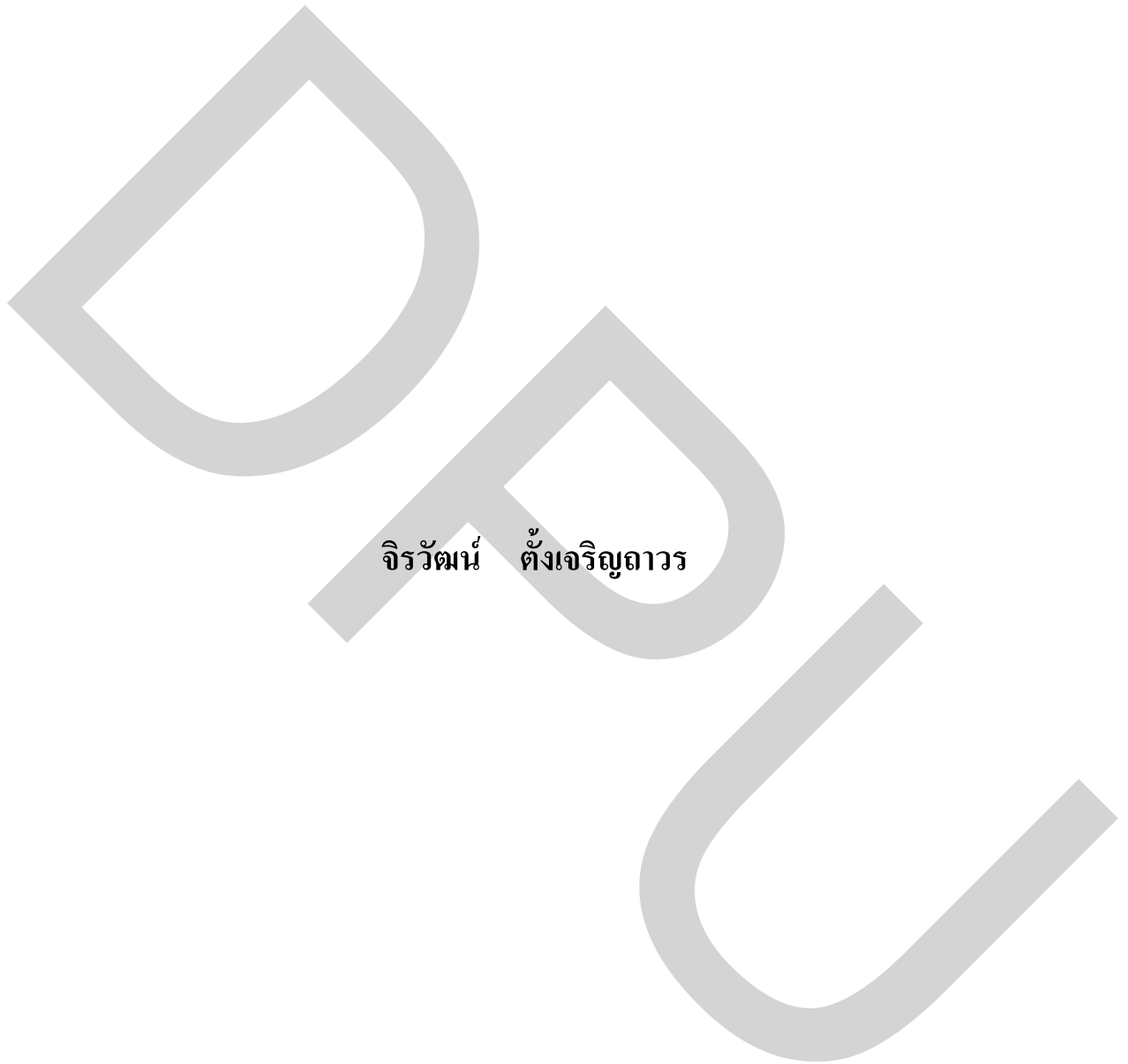


สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐ : ศึกษาเฉพาะกรณี
การใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญานิติศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชานิติศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต

พ.ศ. 2552

**THE ACCESSIBILITY OF SERVICE OF PUBLIC HEALTH
FROM GOVERNMENT : METHODOLOGY
COMPULSORY LICENSING (CL)**

JIRAWAT TUNGCHAROENTHAWORN

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Laws
Department of Law
Graduate School, Dhurakij Pundit University**

2009

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ก็ด้วยความกรุณาและความอนุเคราะห์เป็นอย่างยิ่งจากบรรดาท่านอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิและจากบุคคลหลายฝ่าย โดยอันดับแรกในที่นี้ผู้เขียนต้องขอกราบขอบพระคุณท่านศาสตราจารย์ ดร.ไพศิษฐ์ พิพัฒน์กุล เป็นอย่างสูงที่ได้กรุณาสละเวลาอันมีค่าของท่านรับเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ โดยท่านได้กรุณาให้ทั้งความรู้ คำปรึกษา คำแนะนำ และตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้อย่างละเอียดจนครบถ้วนสมบูรณ์

ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณท่านรองศาสตราจารย์ ดร.วิระ โลจายะ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ท่านอาจารย์นายแพทย์มงคล ณ สงขลา และท่านศาสตราจารย์(พิเศษ) สุชาติ ธรรมาพิทักษ์กุล กรรมการสอบวิทยานิพนธ์เป็นอย่างสูงที่ได้กรุณาสละเวลาอันมีค่าและให้ความรู้ คำแนะนำต่างๆ อันเป็นประโยชน์ต่อผู้เขียนเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีเนื้อหาสาระครบถ้วนบริบูรณ์ยิ่งขึ้น

ผู้เขียนขอกราบเท้าและระลึกถึงพระคุณของคุณพ่อเจริญ ตั้งเจริญถาวร และคุณแม่เดือนจิต ตั้งเจริญถาวร บิดาและมารดาของผู้เขียนซึ่งเป็นทั้งผู้ที่ให้กำเนิดชีวิตและให้การสนับสนุนผู้เขียนในทุกๆด้าน ตลอดจนครอบครัวตั้งเจริญถาวรทุกคนที่ช่วยเป็นแรงพลังผลักดันให้ผู้เขียนมีสติสัมปชัญญะ มีความคิด มีกำลังใจและความมุ่งมั่นเพื่อให้สามารถเขียนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้จนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ผู้เขียนต้องขอขอบพระคุณผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้ให้การสนับสนุนในทุกๆด้าน ตลอดจนการให้ความอนุเคราะห์ด้านข้อมูล ความสะดวกในการให้บริการหรือสถานที่ในการค้นคว้าเอกสารตำรา หรือการให้ความช่วยเหลือในด้านอื่นๆ

ท้ายที่สุดนี้ หากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีส่วนดีและมีคุณค่าเป็นที่ประจักษ์แก่ผู้อ่านอยู่บ้าง ผู้เขียนขอมอบไว้เพื่อบูชาแด่พระคุณของบิดา มารดา ครูบาอาจารย์ ผู้มีอุปการคุณทุกท่าน ตลอดจนผู้แต่งหนังสือหรือตำราต่างๆที่ผู้เขียนได้ใช้อ้างอิงในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ส่วนความผิดพลาดหรือข้อบกพร่องใดๆ ที่เกิดมีขึ้นในการเขียนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้เขียนต้องกราบขออภัยและขอน้อมรับไว้แต่เพียงผู้เดียว

จิรวัดน์ ตั้งเจริญถาวร

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	๗
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	๖
กิตติกรรมประกาศ.....	๗
บทที่	
1. บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	4
1.3 สมมติฐานของการศึกษา.....	4
1.4 ขอบเขตของการศึกษา.....	5
1.5 วิธีดำเนินการศึกษา.....	5
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
2. แนวความคิดและหลักการพื้นฐานเกี่ยวกับสิทธิและเสรีภาพ.....	7
2.1 แนวความคิดทางประวัติศาสตร์เกี่ยวกับสิทธิและเสรีภาพ.....	7
2.2 แนวความคิดทางประวัติศาสตร์เกี่ยวกับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์.....	18
2.3 แนวความคิดเกี่ยวกับสิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคล.....	23
2.4 แนวความคิดเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชน.....	27
2.5 แนวความคิดเกี่ยวกับสิทธิพลเมือง.....	32
2.6 แนวความคิดเกี่ยวกับหน้าที่ของรัฐและสิทธิเสรีภาพของประชาชน.....	34
3. สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐของประเทศไทยเปรียบเทียบกับ	
 ต่างประเทศ	37
3.1 สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐของประเทศไทย.....	38
3.1.1 สิทธิและเสรีภาพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์.....	45
3.1.2 สิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย.....	47
3.1.3 สิทธิและเสรีภาพในความเสมอภาคของบุคคล.....	50
3.1.4 สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐของประเทศไทย	
ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพต่างๆ.....	52

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.2 สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐของต่างประเทศ.....	78
3.2.1 ประเทศสหรัฐอเมริกา.....	78
3.2.2 ประเทศอังกฤษ.....	84
3.2.3 ประเทศแคนาดา.....	87
3.3 แนวทางการบังคับใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา ภายใต้ปฏิญญาโดฮาว่าด้วยความตกลงทริปส์กับการสาธารณสุข(Doha Declaration on TRIPs and Public Health) ภายใต้องค์การการค้าโลก (World Trade Organization).....	92
4. วิเคราะห์เปรียบเทียบสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐของประเทศไทยเปรียบเทียบกับต่างประเทศ.....	96
4.1 วิเคราะห์โครงสร้างของระบบบริการสาธารณสุข.....	96
4.2 วิเคราะห์แหล่งที่มาของเงินทุนของระบบบริการสาธารณสุข.....	99
4.3 วิเคราะห์คุณสมบัติของผู้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุข.....	100
4.4 วิเคราะห์ขอบเขตและสิทธิประโยชน์ของระบบบริการสาธารณสุข.....	101
4.5 วิเคราะห์กรณีศึกษา : การใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยาโดยรัฐของประเทศไทยและต่างประเทศ.....	103
4.6 วิเคราะห์ปัญหาและผลกระทบจากการใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยาโดยรัฐของประเทศไทย.....	118
5. บทสรุปและข้อเสนอแนะ.....	120
5.1 บทสรุป.....	120
5.2 ข้อเสนอแนะ.....	122
บรรณานุกรม.....	125
ภาคผนวก.....	132
ประวัติผู้เขียน.....	152

หัวข้อวิทยานิพนธ์	สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐ : ศึกษาเฉพาะกรณี การใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา
ชื่อผู้เขียน	จิรวัดน์ ตั้งเจริญถาวร
อาจารย์ที่ปรึกษา	ศาสตราจารย์ ดร.ไพศิษฐ์ พิพัฒนกุล
สาขาวิชา	นิติศาสตร์
ปีการศึกษา	2551

บทคัดย่อ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เพื่อศึกษาถึง สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐ ศึกษาเฉพาะกรณี การใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา ซึ่งถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนที่มีสิทธิได้รับความคุ้มครองตามบทบาทและหน้าที่ของรัฐที่ต้องจัดทำระบบสวัสดิการในด้านสาธารณสุขเพื่อให้เกิดความคุ้มครองต่อชีวิตและสุขภาพของประชาชนภายใต้โครงการประกันสุขภาพของรัฐทั้งสามระบบ คือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและลูกจ้างของรัฐ และระบบประกันสังคม ซึ่งมีรายละเอียดขอบเขตและวัตถุประสงค์ในการให้ความคุ้มครองตามหลักเกณฑ์ที่แตกต่างกัน แต่ระบบประกันสุขภาพของรัฐทั้งสามระบบดังกล่าวมีเจตนารมณ์เพื่อมุ่งเน้นให้ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง หรือ โรคเรื้อรังชนิดต่างๆ ที่ไม่สามารถเข้าถึงยาอันจำเป็นเพื่อใช้ในการรักษาเพราะเหตุที่ยามีราคาแพงมาก ให้สามารถมีสิทธิเข้าถึงยาได้โดยไม่มีอุปสรรคใดๆด้วยการประกาศใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิโดยรัฐของกระทรวงสาธารณสุขต่อยาที่จำเป็นเพื่อใช้ในการรักษาดังกล่าว

จากการศึกษาพบว่าสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐ เป็นภาระหน้าที่ที่สำคัญของรัฐที่จะต้องจัดทำบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนทุกคนเพื่อให้เกิดความครอบคลุมทั่วถึงถ้วนหน้าอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน อันจะทำให้ประชาชนของรัฐปราศจากโรคภัยไข้เจ็บต่างๆและมีสุขภาพพลานามัยที่สมบูรณ์แข็งแรง เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศให้มีความเจริญก้าวหน้ายิ่งขึ้นต่อไป

ดังนั้น สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐ โดยเฉพาะการศึกษากฎหมายการใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยาโดยรัฐในครั้งนี้ สามารถสะท้อนให้เห็นถึงแนวคิด เหตุผล ความจำเป็นและผลที่เกิดขึ้นจากการที่รัฐได้ประกาศใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา และพิจารณาให้เห็นถึงความแตกต่างและจุดบกพร่องเกี่ยวกับการให้บริการทางด้านสาธารณสุขที่ได้รับจากรัฐและการใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยาโดยรัฐของประเทศไทยเปรียบเทียบกับต่างประเทศ หลักเกณฑ์และวิธีการใช้

มาตรการบังคับใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยาโดยรัฐ ตามแนวทางการบังคับใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา ภายใต้ปฏิญญาโดฮาว่าด้วยความตกลงทริปส์กับการสาธารณสุข (Doha Declaration on TRIPs and Public Health) ข้อเสนอผลการประเมินและแนวทางปฏิบัติของคณะผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัยโลก (WHO) และหน่วยงานขององค์การระหว่างประเทศอื่นๆ ที่ได้เข้าร่วมประเมินผลการดำเนินการใช้สิทธิโดยรัฐต่อยาของประเทศไทยภายใต้มาตรการยืดหยุ่นที่มีอยู่ตามข้อตกลงทริปส์ ทั้งนี้ เพื่อเป็นการแสดงให้เห็นถึงผลการดำเนินการที่ถูกต้องชอบธรรมของประเทศไทยจากการประกาศใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิดังกล่าว และสามารถนำผลที่ได้รับจากการศึกษาเพื่อพิจารณาหาแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายในส่วนที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการให้บริการทางด้านสาธารณสุขของรัฐ ตลอดจนเหตุผลและหลักเกณฑ์ของการจดทะเบียนสิทธิบัตรใหม่เพื่อให้มีความเข้มงวดและรัดกุมมากยิ่งขึ้น เพื่อส่งผลให้เกิดความคุ้มครองต่อสิทธิของประชาชนให้สามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นได้โดยง่ายมิให้ต้องถูกผูกติดอยู่กับสิทธิบัตรอันเป็นเพียงสิทธิในทางทรัพย์สินเท่านั้น ซึ่งจะเป็นการให้ความคุ้มครองต่อสิทธิและเสรีภาพของประชาชนในประเทศไทยได้อย่างแท้จริง

Thesis Title The Accessibility of Service of Public Health from Government :
Methodology Compulsory Licensing (CL)

Author Jirawat Tungcharoenthaworn

Thesis Advisor Prof. Dr. Paisit Pipatthanakul

Department Law

Academic Year 2008

ABSTRACT

This thesis aims to study accessibility the service of Public Healthcare from government, especially in Compulsory Licensing(CL) which was defined rights the fundamental of Thai citizen obtaining health safeguards. The key role and mission of government has been making great efforts to carry out the systematic of Public healthcare for people in the country. Therefore, Health Assurance Scheme of the state has been occurred aspect of healthcare three system as follow : Universal coverage of the health Insurance System, Civil Servant Medical Benefit System and Social Security System, and their system had scope and purpose on principle in difference for health prevention. Not only the three system of government has the objection to treatment people, the serious pain of which or various connecting disease that was inaccessibility the necessary drugs and pharmaceutical products due to high price, but also the people could be access to all medicine in the essential drugs list without any barriers to the announcement of measure pursuant to Government Use of Public Health ministry for the treatment.

This methodology found that any services for Public Healthcare was particularly important the mission of government for all people to access the services coverage of equalization. Moreover, the people will be given to ensure a good health and without sickness from government leads to develop the sustainable country in further.

The accessibility of public health is given from the state, especially the study of compulsory licensing that the government has been clarify the concept, reason, necessity and adversely effect which had announced the Government Use of compulsory licensing, and the services for public health had pointed out in difference and an obstacle relating to compulsory licensing when was being comparison with a foreign country. Principle and condition of

compulsory licensing measure by each country must be CL's use pursuant to Doha Declaration on TRIPs and Public Health. In the event of Thailand had conducted the Government Use on essential medicines under the existence of TRIPs flexibility in accordance with summary the assessment of expert commission of World Health Organization (WHO) and International Organization, where their cooperation was obviously held. By virtue of Thailand of announcement the Government Use that will be considering a result of the study for improve and adapt to Domestic Law relating to the services for public health providing by state, including need to register strict for patent on drugs. Not only the people were given coverage of public health safeguard access simply to the essential drugs and pharmaceutical products that was not engaged in exclusive patent shall be deemed an intangible asset, but also it was actual the prevention to the rights and freedom on Thai people.

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นับแต่ประเทศไทย ได้มีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 เมื่อวันที่ 24 สิงหาคม 2550¹ ซึ่งถือได้ว่าเป็นรัฐธรรมนูญฉบับที่มีบทบัญญัติในการให้ความคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชนมากที่สุดเท่าที่เคยมีมาและสิทธิเสรีภาพของประชาชนที่ได้รับตามรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันนั้นเป็นสิทธิและเสรีภาพที่เป็นรูปธรรมซึ่งประชาชนสามารถนำมาใช้บังคับได้จริงในทางปฏิบัติไม่ว่าจะโดยการใช้สิทธิในทางศาลโดยไม่ต้องมีบทบัญญัติแห่งกฎหมายให้อำนาจในการใช้ อันถือได้ว่าเป็นกรณีที่ประชาชนชาวไทยสามารถเข้าถึงสิทธิและเสรีภาพของตนเองได้อย่างแท้จริง ตลอดจนการให้ความคุ้มครองต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิมนุษยชน สิทธิพลเมือง ความเสมอภาคและเท่าเทียมกันในสังคม การให้ความคุ้มครองต่อชีวิตร่างกายของประชาชน รวมถึงลดถึงพันธกิจหลักอันสำคัญเมื่อประชาชนของรัฐต้องได้รับการเจ็บไข้ได้ป่วยหรือเมื่อมีโรคติดต่อร้ายแรงเกิดขึ้น ซึ่งตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันรัฐมีหน้าที่ที่จะต้องจัดให้ประชาชนได้รับสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐานผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย มีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงมีประสิทธิภาพและมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสมโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และทันต่อเหตุการณ์²

แต่จากปัญหาการเจ็บไข้ได้ป่วยของประชาชนในสังคมไทยในปัจจุบันนับว่ามีแนวโน้มและมีปริมาณจำนวนผู้เจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี ทั้งจากโรคร้ายไข้เจ็บที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากสาเหตุต่างๆ โดยธรรมชาติ หรือแม้กระทั่งโรคติดต่อร้ายแรง เช่น โรคเอดส์ หรือ โรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมะเร็ง อันถือได้ว่าเป็นปัญหาและอุปสรรคอันสำคัญต่อการพัฒนาประเทศ ดังนั้น ปัญหาที่เกิดขึ้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่รัฐในฐานะที่เป็นผู้ปกครอง และมีหน้าที่ที่จะต้องให้ความคุ้มครองต่อสิทธิของประชาชนภายในรัฐที่จะต้องจัดให้มี

¹ ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124 ตอนที่ 47 ก ลงวันที่ 24 สิงหาคม 2550.

² รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550. มาตรา 51.

การให้บริการทางด้านสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานมีประสิทธิภาพภายใต้ความเสมอภาคเท่าเทียมกัน และมีสิทธิที่ได้รับการบำบัดรักษาอย่างจริงจัง ซึ่งรัฐจะต้องดำเนินการตามหน้าที่รับผิดชอบในการ จัดหาให้กับประชาชนโดยส่วนใหญ่โดยผ่านระบบประกันสุขภาพของรัฐและโครงการสวัสดิการ ข้าราชการและลูกจ้างของรัฐโดยตรงเพื่อแจกจ่ายให้กับผู้ประกันตนภายใต้โครงการหลักประกัน สุขภาพของรัฐในโครงการต่างๆ เช่น พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 และระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการและ ลูกจ้างของรัฐ แต่ด้วยภายใต้งบประมาณของรัฐที่มีอยู่อย่างจำกัดเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับ งบประมาณที่ต้องใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยภายในประเทศและราคาของยาต้นแบบที่ได้รับความคุ้มครองตามสิทธิบัตรที่ใช้ในการรักษาซึ่งมีราคาแพงมากอันจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่จะทำให้ ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงยาอันจำเป็นที่มีประสิทธิภาพในการให้การรักษาให้หายขาด หรือเพื่อใช้ยืด อายุในการดำรงชีวิตให้คงอยู่ปราศจากการเจ็บป่วยดังกล่าวได้ และภายใต้ข้อบังคับของ บทบัญญัติตามพระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ.2522แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสิทธิบัตร (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2535และแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสิทธิบัตร(ฉบับที่ 3)พ.ศ.2542 ซึ่งบัญญัติ ให้ความคุ้มครองรวมถึงสิทธิบัตรในผลิตภัณฑ์ยาต้นแบบของบริษัทที่ได้ทำการค้นคว้าวิจัย และ เป็นผู้ผลิตตัวยาอันสำคัญๆขึ้นเพื่อใช้ในการรักษาโรคต่างๆให้แก่หมู่พลมนุษยชาติในหลายๆ ประเทศทั่วโลก อีกทั้งบริษัทซึ่งเป็นผู้ค้นคว้าวิจัยและผลิตยาต้นแบบดังกล่าวนั้นยังคงเป็นผู้ทรง อิทธิพลและมีอำนาจในการกำหนดราคาขายต้นแบบดังกล่าวด้วยตนเอง ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะด้วย เหตุผลแต่เพียงว่าเพื่อให้เกิดความคุ้มค่างับต้นทุนในการค้นคว้าวิจัยและกรรมวิธีในกระบวนการ ผลิตที่บริษัทฯเจ้าของสิทธิบัตรต้องเสียไปและเพื่อเป็นเงินทุนในการค้นคว้าวิจัยและพัฒนา ยาต่อไปได้ในอนาคต

ดังนั้น ด้วยสาเหตุและความจำเป็นที่เกิดขึ้นซึ่งรัฐมีหน้าที่จะต้องให้ความคุ้มครองโดย การจัดหาและการให้บริการทางด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนของรัฐได้อย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน และมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ประชาชนของรัฐที่เจ็บไข้ได้ป่วยหรือมีโรคติดต่อร้ายแรงได้รับการ รักษาพยาบาลอย่างรวดเร็วและทันท่วงทีอย่างต่อเนื่อง เพื่อรักษาหรือดำรงไว้ซึ่งสภาพหรือชีวิตใน ลักษณะของความเป็นมนุษย์ ทั้งๆที่รัฐยังต้องดำรงอยู่ในภาวะและข้อจำกัดอันเนื่องมาจากยา ต้นแบบซึ่งมีราคาแพงและงบประมาณในการจัดซื้อที่มีอยู่อย่างจำกัด จึงไม่สามารถจัดซื้อหรือจัดหา ให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วยภายใต้โครงการระบบประกันสุขภาพของรัฐ หรือโครงการ สวัสดิการข้าราชการและลูกจ้างของรัฐ หรือภายใต้โครงการประกันสังคมได้ในแต่ละปี ทำให้รัฐ จำต้องหาทางออกในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ซึ่งถือเป็นมาตรการยืดหยุ่นภายใต้ข้อตกลงการค้า โลก (WTO) เพื่อช่วยเหลือประชาชนผู้เจ็บไข้ได้ป่วยและต้องทนทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยที่

เป็นอยู่ และในฐานะสิทธิพลเมืองของประชาชนที่มีสิทธิจะต้องได้รับการคุ้มครองดูแลจากรัฐอันเป็นประโยชน์ของสาธารณะโดยการประกาศใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยาโดยรัฐเพื่อผลิตยาชื่อสามัญ (Generic Drug) ขึ้นใช้ในประเทศ หรือนำเข้ายาชนิดเดียวกัน (Original Drug) มาจากต่างประเทศโดยไม่จำเป็นต้องได้รับอนุญาตจากเจ้าของสิทธิบัตรก่อนแต่ทั้งนี้ต้องจ่ายค่าตอบแทนการใช้สิทธิตามสมควร ซึ่งมาตรการดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งหมายที่ใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่จำเป็นและต้องการได้รับการรักษาพยาบาลได้มีโอกาสเข้าถึงยาที่จำเป็นได้ง่ายขึ้น ทำให้รัฐมีตัวเลือกในการพิจารณาถึงยาที่จำเป็นที่ใช้ในการรักษา แต่มีราคาถูกลงและสามารถแบกรับภาระในด้านงบประมาณการจัดซื้อผลิตภัณฑ์ยาที่สำคัญได้อย่างต่อเนื่องต่อไปและด้วยเหตุผลหลักที่มุ่งต่อการให้ความคุ้มครองต่อชีวิตและร่างกายของพลเมืองของรัฐให้มีชีวิตเพื่อดำรงอยู่ได้ตลอดไป ซึ่งเป็นที่แน่นอนว่ามาตรการของรัฐที่จำเป็นต้องประกาศใช้บังคับสิทธิเหนือสิทธิบัตรยาดังกล่าวนั้น ย่อมต้องส่งผลกระทบต่อสิทธิของผู้ทรงสิทธิบัตรของเจ้าของผลิตภัณฑ์ยาซึ่งเป็นสิทธิที่ได้รับการให้ความคุ้มครองในด้านทรัพย์สินทางปัญญาของผู้ทรงสิทธิบัตรอันเป็นสิทธิในทางทรัพย์สินประเภทหนึ่ง ทั้งยังอาจส่งผลกระทบในด้านต่างๆต่อผู้ทรงสิทธิบัตรได้ เช่นผลกระทบที่เกิดขึ้นในด้านการผลิต การกำหนดราคา การจำหน่ายหรือในการค้นคว้าและการพัฒนา แต่เมื่อพิจารณาจากเหตุผลและความจำเป็นต่อมาตรการดังกล่าวซึ่งเป็นการให้ความคุ้มครองต่อชีวิตและสุขภาพอนามัยของมนุษย์และเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคลที่จะต้องได้รับความคุ้มครองจากรัฐโดยเสมอภาคเท่าเทียมกัน จึงถือเป็นความจำเป็นซึ่งอยู่เหนือเหตุผลต่างๆที่รัฐจำเป็นต้องกระทำตามมาตรการดังกล่าว

ดังนั้น วิทยานิพนธ์นี้มุ่งหมายเพื่อวิเคราะห์ให้เห็นถึงแนวความคิดทฤษฎี หลักการเหตุผลและความจำเป็นที่รัฐต้องให้ความคุ้มครองต่อสิทธิและเสรีภาพของประชาชนด้วยหน้าที่ที่จะต้องจัดให้ประชาชนได้รับการบริการทางด้านสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพตามบทบัญญัติที่รัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันได้รับรองไว้ โดยผ่านระบบโครงการหลักประกันสุขภาพต่างๆของรัฐซึ่งจะศึกษาเฉพาะกรณีการใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา และทั้งนี้เพื่อเปรียบเทียบและวิเคราะห์ให้เห็นถึงความแตกต่างของโครงการรัฐสวัสดิการในการให้บริการทางด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนของประเทศไทยกับต่างประเทศ เหตุผลที่รัฐจำเป็นต้องใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรดังกล่าวตลอดจนผลที่เกิดขึ้นจากการบังคับใช้สิทธิดังกล่าวต่อสิทธิและเสรีภาพของประชาชน สังคม เศรษฐกิจและด้านอื่นๆ และด้วยเหตุผลและความจำเป็นที่รัฐจำเป็นต้องประกาศใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยาที่มีความต้องการใช้ในการรักษาผู้ป่วยซึ่งเป็นประชาชนของรัฐให้สามารถเข้าถึงยาได้ง่ายขึ้น และทำให้ประชาชนมีสิทธิได้รับการบริการด้านสาธารณสุขสอดคล้องกับสิทธิตามรัฐธรรมนูญ เนื่องจากราคายาดังกล่าวมีราคาสูงมากจึงเป็นอุปสรรคในการให้ความคุ้มครอง

คุณจากภาครัฐ ดังนั้น หากต่อไปในอนาคตมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายเกี่ยวกับการพิจารณา ทบทวนมาตรการบังคับใช้สิทธิ หรือมีการยกเลิกมาตรการดังกล่าวแล้ว ย่อมเป็นที่แน่นอนและ หลีกเลี่ยงไม่ได้ว่าจะต้องส่งผลกระทบต่อสิทธิและเสรีภาพของประชาชนเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย และการได้รับการบริการทางด้านสาธารณสุขของประชาชนตามที่รัฐธรรมนูญได้บัญญัติรับรองไว้ และอาจเป็นการกระทำที่เป็นการกระทบกระเทือนต่อหลักการให้ความคุ้มครองในศักดิ์ศรีความ เป็นมนุษย์ สิทธิขั้นพื้นฐาน สิทธิมนุษยชน สิทธิพลเมืองและหลักความเสมอภาคของบุคคลตามที่ รัฐธรรมนูญรับรองไว้อีกด้วย

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1.2.1 เพื่อศึกษาถึงประวัติความเป็นมา แนวความคิด หลักทฤษฎีและขอบเขตเกี่ยวกับ สิทธิและเสรีภาพของบุคคล สิทธิมนุษยชน สิทธิพลเมือง ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หลักความเสมอ ภาคและสิทธิของบุคคลที่เกี่ยวกับสิทธิที่จะได้รับการบริการทางด้านสาธารณสุขจากรัฐตามที่ รัฐธรรมนูญได้บัญญัติรับรองไว้

1.2.2 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบและวิเคราะห์ให้เห็นถึงประวัติความเป็นมา และความ แตกต่างข้อดี ข้อเสียของการให้บริการทางด้านสาธารณสุขภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพของ รัฐในประเทศไทยกับต่างประเทศ

1.2.3 เพื่อศึกษาวิเคราะห์ถึงเหตุผล ความจำเป็นและผลที่เกิดขึ้นในด้านต่างๆจากการที่ รัฐจะต้องจัดให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิได้รับการให้บริการทางด้านสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและ เสมอภาคเท่าเทียมกันภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพต่างๆของรัฐ โดยศึกษาเฉพาะกรณีการใช้ สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา เพื่อเสนอผลการวิจัยที่ได้รับนำไปแก้ไขปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องต่อไป

1.3 สมมติฐานของการศึกษา

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ได้มีการบัญญัติหลักการให้การ รับรองและคุ้มครองต่อสิทธิและเสรีภาพ ศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ สิทธิมนุษยชน สิทธิพลเมือง และสิทธิด้านต่างๆของประชาชน รวมตลอดทั้งสิทธิที่จะได้รับการให้บริการด้านสาธารณสุขที่มี ประสิทธิภาพมีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและเสมอภาคอย่างเท่าเทียมกันของประชาชนในสังคมซึ่ง ปัญหาคือเป็นอุปสรรคที่สำคัญในการให้บริการด้านสาธารณสุขและการดูแลสุขภาพประชาชนผู้เจ็บไข้ ได้ป่วยภายในรัฐอันเนื่องมาจากไม่สามารถเข้าถึงยาได้โดยง่ายเพราะมีราคาแพงทำให้รัฐจำเป็นต้อง หารายได้เพื่อใช้เป็นเครื่องมือให้ประชาชนสามารถเข้าถึงยาที่จำเป็นที่ต้องใช้ในการรักษาและ ให้ได้รับสิทธิในการดูแลสุขภาพพยาบาลได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพภายใต้โครงการ

หลักประกันสุขภาพของรัฐ เพื่อให้ประชาชนสามารถมีชีวิตร่างกายและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บทั้งที่เป็นโรคติดต่อร้ายแรงหรือโรคเรื้อรังต่างๆ โดยการใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยาโดยรัฐ ซึ่งเป็นวิธีการที่รัฐสามารถให้ความช่วยเหลือประชาชนได้อย่างเป็นรูปธรรม และเป็นประโยชน์ต่อสาธารณสุขโดยรวม ซึ่งหากมาตรการดังกล่าวได้รับการทบทวนและพิจารณายกเลิกในขณะที่ยังมีความจำเป็นต้องดำรงมาตรการดังกล่าวไว้นั้นย่อมจะต้องส่งผลกระทบต่อสิทธิและโอกาสในการได้รับการรักษาพยาบาลในชีวิตและร่างกายของประชาชนและยังเป็นการขัดต่อเจตนารมณ์ตามที่รัฐธรรมนูญได้บัญญัติให้การรับรองและคุ้มครองต่อสิทธิและเสรีภาพของประชาชนในด้านสาธารณสุขไว้ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาให้เห็นถึงภาพรวมของความแตกต่างในระหว่างระบบการให้บริการทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทยเปรียบเทียบกับต่างประเทศ เพื่อให้ทราบถึงความแตกต่างและวิเคราะห์ถึง ข้อดี ข้อเสีย เหตุผลและความจำเป็น ตลอดจนผลที่เกิดขึ้นในด้านต่างๆ จากกรณีที่รัฐประกาศใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยาและเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องนี้ได้อย่างชัดเจนเพิ่มมากยิ่งขึ้น

1.4 ขอบเขตของการศึกษา

ศึกษาถึงประวัติความเป็นมา แนวความคิด ทฤษฎี หลักการในการให้ความคุ้มครองต่อสิทธิและเสรีภาพของประชาชนตามรัฐธรรมนูญ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ สิทธิมนุษยชน สิทธิพลเมืองภายใต้หลักความเสมอภาคและเท่าเทียมกันและเพื่อให้ประชาชนได้รับสิทธิในการได้รับบริการทางด้านสาธารณสุขจากรัฐอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกันโดยการได้รับการปฏิบัติและการให้การดูแลรักษาพยาบาลภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพของรัฐในโครงการต่างๆ โดยจะศึกษาเฉพาะกรณีการให้บริการด้านสาธารณสุขของรัฐตามที่ได้ประกาศใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา ทั้งนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับเจตนารมณ์ตามที่บทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันได้ให้การรับรองและคุ้มครองไว้

1.5 วิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยจากเอกสารที่รวบรวมข้อมูลจากหนังสือ ตำรา บทความทางวิชาการ วิทยานิพนธ์ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 กฎหมาย กฎ ระเบียบ ประกาศ คำสั่ง หนังสือพิมพ์ วารสารต่างๆ ทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับเรื่องนี้

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.6.1 ทำให้ทราบถึงประวัติความเป็นมา แนวความคิด หลักทฤษฎีและขอบเขตเกี่ยวกับสิทธิและเสรีภาพในด้านต่างๆของประชาชน ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยเฉพาะสิทธิที่จะได้รับการให้บริการด้านสาธารณสุขจากรัฐตามที่รัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันได้บัญญัติรับรองไว้

1.6.2 ทำให้ทราบถึงความแตกต่าง ข้อดี และข้อเสียของระบบการให้บริการทางด้านสาธารณสุขภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย โดยเปรียบเทียบกับต่างประเทศ

1.6.3 ทำให้ทราบถึงเหตุผล ความจำเป็นและผลที่เกิดขึ้นในด้านต่างๆจากกรณีที่รัฐจัดให้ประชาชนได้รับการบริการสาธารณสุขภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพต่างๆของรัฐ โดยการใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา เพื่อให้ประชาชนได้รับสิทธิในการให้บริการทางด้านสาธารณสุขจากรัฐตามรัฐธรรมนูญอย่างเต็มที่ และนำเสนอผลการวิจัยในการแก้ไขปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องต่อไป

บทที่ 2

แนวความคิดและหลักการพื้นฐานเกี่ยวกับสิทธิและเสรีภาพ

หลักการและแนวความคิดพื้นฐานทางประวัติศาสตร์เกี่ยวกับสิทธิเสรีภาพและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์มีพัฒนาการและประวัติความเป็นมาอย่างยาวนาน ซึ่งจากหลักการและแนวคิดดังกล่าวถือได้ว่าเป็นหลักการพื้นฐานที่สำคัญที่ก่อให้เกิดผลเกี่ยวกับสิทธิและเสรีภาพในด้านต่างๆ ทั้งนี้ เพื่อเป็นหลักประกันในการให้ความคุ้มครองเกี่ยวกับสิทธิและเสรีภาพให้แก่ประชาชนเช่น สิทธิเสรีภาพขั้นพื้นฐาน สิทธิมนุษยชน และสิทธิพลเมือง เพื่อให้เป็นไปตามภาระหน้าที่ของรัฐที่จำต้องปฏิบัติตามหลักการดังกล่าวเพื่อการให้ความคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพแก่ประชาชน

2.1 แนวความคิดทางประวัติศาสตร์เกี่ยวกับสิทธิและเสรีภาพ

สิทธิและเสรีภาพของปัจเจกบุคคลมีวิวัฒนาการนับแต่อดีตจนถึงปัจจุบันถือเป็นสิทธิและเสรีภาพที่เกิดขึ้นและมีการพัฒนาจากสิทธิและเสรีภาพของชนชั้นกลางในบรรดาประเทศต่างๆ ในยุคกลางของยุโรป เช่น ประเทศสเปน อังกฤษ โปรตุเกส โปแลนด์ สวีเดน รวมถึงประเทศเยอรมัน เป็นการเรียกร้องเพื่อให้ได้มาซึ่งหลักประกันเกี่ยวกับสิทธิและเสรีภาพแก่พวกของตนเอง อันเป็นสิทธิเรียกร้องขั้นพื้นฐานซึ่งมีที่มาจากข้อตกลงมิใช่สิทธิที่เกิดขึ้นหรือมีอยู่ตามธรรมชาติ และมีผลผูกพันใช้บังคับโดยเฉพาะกับชนชั้นกลางในเขตที่ได้กำหนดไว้ ซึ่งในการเรียกร้องหลักประกันเกี่ยวกับสิทธิและเสรีภาพดังกล่าวจะมีลักษณะในเชิงบังคับให้พวกขุนนางและกษัตริย์ผู้ปกครองแผ่นดินนั้นมอบให้ซึ่งหลักประกันในรูปของเอกสารต่างๆ แก่ตนและเพื่อเป็นการให้คำมั่นสัญญาในการรับรองสิทธิในหลายๆด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับรองสิทธิของประชาชนในการใช้สิทธิฟ้องร้อง การให้คำปรึกษาหารือ การร่วมแสดงความคิดเห็น และร่วมตัดสินใจในการเข้าทำสงคราม การเข้าทำสนธิสัญญา หรือสัญญาสันติภาพต่างๆ ตลอดจนการยอมรับการล่วงละเมิดไม่ได้ในชีวิต เกียรติยศ และสิทธิในที่อยู่อาศัยและกรรมสิทธิ์

ต่อมาโดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อเรียกร้องที่เกิดขึ้นจากการต่อสู้ของชนชั้นกลางซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่มีฐานะมั่นคง มีทรัพย์สินเงินทอง มีความรู้ มีการศึกษาคดี แต่ไม่มีอำนาจและไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในทางการเมือง และการปกครองที่จะมีผลกระทบต่อผลประโยชน์สถานะภาพ

¹ Albert Bleckmann. (1979). *Staatsrecht II-Die Grundrecht.* 4 Aufl. p.2.

และความเป็นอยู่ของตนเอง จึงนำมาซึ่งความขัดแย้งระหว่างกษัตริย์ที่ยังคงต้องการและประสงค์เพื่อดำรงไว้ซึ่งพระราชอำนาจแต่เพียงผู้เดียวในการปกครองประเทศกับกลุ่มต่างๆ ในสังคมซึ่งได้มีการร่วมมือกันและเคลื่อนไหวทางการเมืองเพื่อต่อต้านและจำกัดอำนาจของกษัตริย์อันเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาทางด้านสิทธิขั้นพื้นฐานในยุคต่อๆ มาและเหตุการณ์ที่เป็นที่กล่าวถึงกันเป็นอย่างมากได้แก่ Magna Charta Libertatum ลงวันที่ 15 มิถุนายน ปี ค.ศ.1215 ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่พวกฝ่ายศาสนานานงและนครลอนดอนเกิดความไม่พอใจในการที่พระเจ้าจอห์นได้มีการสั่งให้จัดเก็บภาษีตามอำเภอใจจึงเกิดการต่อสู้ขึ้น และต่อมาภายหลังการพ่ายแพ้ของพระเจ้าจอห์นในครั้งนั้น พระองค์จำต้องทรงลงพระปรมาภิไธยเพื่อรับรองสิทธิและเสรีภาพให้แก่บุคคลต่างๆ ในฝ่ายที่เรียกร้องอันเป็นที่มาและก่อให้เกิดกฎหมายจำกัดอำนาจของกษัตริย์อังกฤษโดยกำหนดว่ากษัตริย์จะจัดเก็บภาษีบางอย่างได้ก็ด้วยความเห็นชอบของพวกขุนนางรวมตลอดจนการใช้อำนาจโดยมิชอบจากศาลของกษัตริย์ตามที่มาตรา 39 ระบุไว้ว่า“อิสระชนไม่อาจจะถูกจับกุม คุมขัง ถูกประหาร ถูกเนรเทศ หรือถูกกระทำโดยวิธีใดวิธีหนึ่ง เว้นแต่ โดยอาศัยพื้นฐานคำวินิจฉัยตามบทบัญญัติของกฎหมาย”ซึ่งสิทธิและเสรีภาพดังกล่าวเป็นที่เข้าใจกันโดยทั่วไปในสมัยนั้นว่าเป็นสิทธิตามกฎหมายที่มีมาแต่ดั้งเดิมและผู้ที่ได้รับประโยชน์ก็อยู่ในแวดวงที่จำกัดเท่านั้น

การพัฒนาการและความเข้าใจในเรื่องเกี่ยวกับสิทธิและเสรีภาพในยุคต่อๆ มาตามทฤษฎีรัฐสมัยใหม่ เช่น ในประเทศอังกฤษ เกิดขึ้นต่อมาในปี ค.ศ.1628 พวกเหล่าสภาขุนนางและสภาสามัญเรียกร้องให้พระเจ้าชาร์ลทรงยอมรับตามข้อเรียกร้องของตนซึ่งเรียกว่า Petition of Right เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงและกำหนดเงื่อนไขเกี่ยวกับสถานะแห่งสิทธิตามกฎหมายของพระมหากษัตริย์กับรัฐสภาทำให้ความหมายของเสรีภาพมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมและเป็นผลให้ไพร่ฟ้าข้าแผ่นดินทั้งหลายสามารถอ้างสิทธิต่างๆ ตามพระบรมราชโองการที่ให้การยืนยันสิทธิดังกล่าวได้ตลอดมา² และมีสาระสำคัญที่กำหนดให้บุคคลใดไม่ต้องถูกบังคับให้ต้องเสียภาษีโดยมิได้รับความยินยอมหรือบุคคลจะไม่ถูกจำคุกหรือคุมขัง เว้นแต่เป็นไปตามกฎหมายหรือพระราชบัญญัติหรือยกเลิกการบังคับให้ทหารบกหรือทหารเรือในการหาที่อยู่อาศัยหรือการเลี้ยงดูตลอดจนการดำเนินกระบวนการพิจารณาโดยกฏอัยการศึกต้องถูกเพิกถอนและเป็นโมฆะ เป็นต้น³

² บุญศรี มีวงศ์อุโฆษ. (2535). คำอธิบายวิชากฎหมายรัฐธรรมนูญเปรียบเทียบรัฐธรรมนูญเยอรมัน. หน้า 42.

³ หยุต แสงอุทัย ก (2511). คำอธิบายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย(พ.ศ.2511) เรียงมาตรา และคำอธิบายรัฐธรรมนูญทั่วไปโดยย่อ. หน้า 134.

หลังจากนั้นในปี ค.ศ. 1689 ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงอำนาจของกษัตริย์ซึ่งถือได้ว่าเป็นผลดีต่อการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสิทธิและเสรีภาพของประชาชน โดยพระเจ้าวิลเลียมและพระนางแมรีได้ให้ความเห็นชอบร่างเอกสารของรัฐสภาอังกฤษที่มีชื่อว่า Bill of Right โดยมีสาระสำคัญในการเปลี่ยนแปลงอำนาจของกษัตริย์ที่จะระงับกฎหมายหรือการบังคับใช้แห่งกฎหมายที่ปราศจากความยินยอมของรัฐสภานั้น เป็นการไม่ชอบด้วยกฎหมาย หรือการกระทำการยกเลิกหรือการบังคับใช้กฎหมายโดยกษัตริย์ ก็เป็นการไม่ชอบด้วยกฎหมายเช่นกันและกษัตริย์จะเรียกเก็บเงินในยามที่บ้านเมืองสงบเรียบร้อยโดยไม่ได้รับการอนุมัติจากรัฐสภาไม่ได้ รวมทั้งการเกณฑ์และดำรงไว้ซึ่งทหารกองประจำการโดยไม่ได้รับความยินยอมจากรัฐสภาไม่ได้หรือการผูก การอภิปรายหรือการดำเนินการในรัฐสภาไม่สามารถนำมาดำเนินการสอบสวนหรือฟ้องร้องทั้งในศาลและนอกศาลได้ ตลอดจนการกำหนดให้มีการเลือกตั้งสมาชิกรัฐสภาจะต้องเป็นไปโดยเสรี⁴

ส่วนพัฒนาการทางด้านสิทธิและเสรีภาพของประชาชนที่เกิดขึ้นในประเทศฝรั่งเศสภายหลังจากรัชสมัยของพระเจ้าหลุยส์ที่ 14 โดยเฉพาะตั้งแต่ปี ค.ศ.1770 อันเป็นช่วงเวลาที่ผ่านพ้นมาจากการที่ประเทศฝรั่งเศสได้ปกครองในระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์แบบสุดขีดการเข้าทำสงครามซึ่งกระทำโดยอำนาจของกษัตริย์อันมิได้เป็นการก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคมและการเมืองเป็นผลให้ประเทศต้องประสบกับภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ขาดแคลนข้าวปลาอาหาร สถานะภาพทางการเงินการคลังต้องเผชิญปัญหาอย่างรุนแรง อันนำไปสู่การแก้ไขปัญหามาในการปฏิรูประบบการเงินการคลัง งบประมาณ และระบบภาษีทั้งหมด เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความไม่พอใจแก่บุคคลทุกกลุ่มในสังคม ซึ่งในบรรดานักปรัชญาเมธีฝ่ายเสรีนิยมหลายคนต่างมีแนวความคิดที่ต้องการให้สังคมหลุดพ้นจากระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์แบบสุดขีดนั้นจึงได้เสนอแนวคิดอันเป็นที่มาของ“ปรัชญาทางการเมืองการปกครองยุคใหม่”ที่ได้รับอิทธิพลโดยตรงมาจากกฎหมายธรรมชาติอันเป็นแนวความคิดที่มีความเชื่อว่าอำนาจสูงสุดในการปกครองพลเมืองของประเทศยังมีเหตุผลตามธรรมชาติอยู่เหนือขึ้นไปและเมื่อสิทธิและเสรีภาพเป็นของมนุษย์ทุกคนที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติได้เองแล้วการลบล้างสิทธิและเสรีภาพที่เกิดขึ้นโดยการใช้อำนาจตามอำเภอใจของผู้ปกครองก็ย่อมไม่อาจมีได้เช่นเดียวกันและแนวความคิดตามอิทธิพลของ“ปรัชญาเสรีทางการเมือง”ซึ่งทั้งสองปรัชญานี้มีจุดมุ่งหมายเดียวกันคือการจำกัดอำนาจของผู้ปกครองมิให้มีการใช้อำนาจตามอำเภอใจและทำให้การปกครองเป็นระบอบประชาธิปไตยโดยการปกครองของประชาชนโดยส่วนใหญ่และการให้ความสำคัญกับปัจเจกบุคคลที่จะมีสิทธิอย่างเป็นทางการและเป็นอิสระและปราศจากการละเมิด หรือแทรกแซงโดยมิชอบจากผู้มีอำนาจ ทั้งนี้ เพื่อจะก่อให้เกิดความเป็นธรรม

⁴ แหล่งเดิม. หน้า 135.

และประโยชน์สุขร่วมกันของคนในสังคม

ทฤษฎีกฎหมายธรรมชาติเป็นต้นกำเนิดและรากฐานของแนวความคิดในการจำกัดอำนาจของผู้ปกครองในการใช้อำนาจรัฐมีมาตั้งแต่สมัยยุคกรีกโบราณและรุ่งเรืองจนเป็นที่แพร่หลายต่อมาในต้นยุคกลางที่ศาสนจักรโรมันคาทอลิก และคริสต์ศาสนามีอิทธิพลสูงสุดในสังคม ซึ่งมีนักปรัชญากฎหมายธรรมชาติที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อผลการเปลี่ยนแปลงแนวความคิดทางการเมืองการปกครองของยุโรปและแนวความคิดของนักปรัชญารุ่นต่อมา คือ เซนต์ ออกุสติน (Saint Augustin) และ เซนต์ โทมัส อควินัส (Saint Thomas Aquinas)

เซนต์ ออกุสติน (Saint Augustin ค.ศ.354-430) นักปรัชญาเมธีฝ่ายกฎหมายธรรมชาติ เป็นชาวเมืองทาเกสต์ (Tagaste) แลแบแอฟริกาและเป็นบุคคลที่ได้เปลี่ยนแปลงปรัชญากฎหมายธรรมชาติให้สอดคล้องกับหลักคำสอนในคริสต์ศาสนาเพื่อให้เกิดการผสมผสานกันกับความเชื่อทางศาสนาคริสต์ในเรื่องของบาปโดยกำเนิด (Original Sin) โดยกล่าวว่า “บาปเป็นอาชญากรรมที่แท้จริงของคนชั่วโดยมีรากฐานมาจากความผิดพลาดและความรักในสิ่งที่ผิด” ดังนั้น คำกล่าวของเขาที่ว่าความจำเป็นที่ต้องมีผู้ปกครองและกฎหมายนั้นก็เพื่อการจัดระเบียบของสังคมเพื่อให้ความสันติภาพได้บังเกิดขึ้น

เซนต์ ออกุสติน ได้เขียนหนังสือชื่อ “นครของพระเจ้า” (City of God) และคำสารภาพ (Confession) เป็นหลักการเชิงการเมืองของคริสต์ศาสนาที่มีแนวความคิดในลักษณะของการยอมรับกฎหมายธรรมชาติ (Natural Law) ความเสมอภาคและความเชื่อว่ารัฐและรัฐบาลเป็นสิ่งที่พระเจ้าเป็นเจ้าทรงสร้างขึ้นกำหนดให้เป็นไปทั้งสิ้นและยอมรับในความศักดิ์สิทธิ์ของสถาบันดังกล่าวซึ่งได้รับหน้าที่จากพระเจ้าโดยการเคารพเชื่อฟังอย่างเป็นพันธะเช่นเดียวกับพันธะที่มีต่อศาสนาและถือว่ารัฐมีฐานะแห่งความศักดิ์สิทธิ์ ดังนั้น ผู้ปกครองของรัฐคือผู้รับใช้พระเจ้าการเชื่อฟังจึงถือเป็นสิ่งที่จำเป็นและไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ออกุสติน ยังชี้ให้เห็นว่าสังคมและรัฐแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ รัฐโลกหรือนครทางโลกกับนครของพระเจ้าซึ่งอำนาจในการปกครองทางโลกก็มาจากพระเจ้า เพราะนครทางโลกก็อยู่ในอำนาจของพระเจ้าผู้ปกครองนครทางโลกมีหน้าที่ปกครองโดยการออกคำสั่งปกครองด้วยความดีและด้วยความยุติธรรมและเป็นอำนาจที่ได้รับการยอมรับของสังคมซึ่ง เซนต์ ออกุสติน ได้นำเอาแนวความคิดทางปรัชญามาผสมผสานกับแนวความคิดแบบคริสเตียนโดยเน้น “เจตจำนง” (Will) ของพระเจ้าเป็นเจ้าในฐานะที่เป็นที่มาของ บรรดาสรรพสิ่งทั้งหลายและเชื่อว่าการที่มนุษย์ไม่เชื่อฟังและประพฤดิฝ่าฝืนคำสั่งสอนของพระเจ้า มีผลทำให้ถูกตัดขาดจาก

⁵ บวรศักดิ์ อุวรรณโณ. (2536). กฎหมายมหาชน เล่ม 1 (วิวัฒนาการทางปรัชญาและลักษณะกฎหมายมหาชนยุคต่างๆ). หน้า 63.

พระเจ้าเป็นผู้ทำให้เกิดการตกต่ำในดำรงชีวิตของมนุษย์และสูญเสียธรรมชาติที่ดีตามที่พระเจ้าเป็นผู้สร้างขึ้นโดยทรงพระชนม์แล้ว ออกุสตินให้ความสำคัญแก่สถาบันศาสนามากกว่าสถาบันการปกครองโดยมีความศรัทธาในพระเจ้าว่าเป็นหนทางเดียวที่จะนำมนุษย์ไปสู่ความสุขซึ่งเป็นแนวความคิดที่ให้การสนับสนุนลัทธิเทวสิทธิตามแบบนักบวชคริสต์ทั้งหลาย โดยเน้นเฉพาะกษัตริย์หรือผู้ปกครองแผ่นดินที่ศรัทธาและยอมรับในตัวพระเจ้าและต้องเป็นคริสต์ศาสนิกชนจึงจะถือตัวเองได้ว่าเป็นผู้ที่ได้รับอาณัติจากสวรรค์ ส่วนในด้านเกี่ยวกับบ้านเมืองและสังคมซึ่งเป็นรัฐโลกหรือนครทางโลกนั้นล้วนเกิดขึ้นเพราะความจำเป็นเนื่องจากมนุษย์มีบาปติดตัวมาแต่เกิด บ้านเมืองเกิดขึ้นมาเพื่อควบคุมไม่ให้คนใจบาปทำตามใจชอบหรือตามกิเลสตัณหาตัวเองซึ่งหน้าที่ของรัฐจะต้องดูแลรักษาความสงบเรียบร้อยมิให้เกิดการขัดแย้งหรือต่อสู้ฆ่าฟันกันและโดยที่มนุษย์มีบาปไม่มีธรรมชาติที่ดี ดังนั้น รัฐโลกหรือนครทางโลกจึงไม่อาจมีความสมบูรณ์ได้และไม่มีทางทำให้โลกมนุษย์เป็นสวรรค์ที่สงบร่มเย็นได้โดยบริบูรณ์⁶

เซนต์ โทมัส อไควนัส (Saint Thomas Aquinas ค.ศ.1225-1274) ซึ่งเป็นนักกฎหมายธรรมชาติที่สำคัญอีกคนหนึ่ง เป็นชาวเมืองกาลาเบรีย (Calabria) ประเทศอิตาลี และโดยการที่เป็นนักเทววิทยา(Theologian) ลัทธิโรมันคาทอลิกซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากอริสโตเติลและเป็นผู้ประสานแนวความคิดของอริสโตเติลกับแนวความคิดของพวกสโตอิก (Stoics) เข้าไว้ด้วยกันโดยมองมนุษย์ว่ามีความแตกต่างที่โดดเด่นรู้จักใช้เหตุผลสามารถแยกแยะได้ว่าอะไรเป็นสิ่งที่ดีหรืออะไรเป็นสิ่งที่ไม่ดีซึ่งถือเป็นหลักการพื้นฐานในการเตรียมความพร้อมสำหรับมนุษย์ที่จะก่อให้เกิดการมีขึ้นถึงสิทธิเสรีภาพในด้านต่างๆและเป็นผู้ที่เชื่อมประสานระหว่างกฎหมายในทางโลกกับกรอบธรรมชาติซึ่งหมายถึงว่า หากกษัตริย์หรือเจ้าผู้ปกครองแผ่นดินดำเนินการใดอันเป็นการเข้าไปก้าวกาลถึงสิทธิส่วนบุคคลของพลเมืองทั้งในด้านชีวิตร่างกายเสรีภาพและกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัยซึ่งเป็นที่อยู่ภายใต้ความดูแลและคุ้มครองจากพระเจ้าแล้ว ย่อมถือได้ว่าเป็นการก้าวกาลถึงสิทธิต่างๆอย่างไร ความยุติธรรมซึ่งพระเจ้าเป็นผู้เป็นเจ้าของและเป็นสิทธิพื้นฐานที่ติดตัวมนุษย์มาแต่กำเนิดและเป็นสิทธิหนึ่งซึ่งเป็นที่ขาดเสียไม่ได้ของมนุษย์ เซนต์ โทมัส อไควนัส ยังกล่าวไว้อีกว่า นครหรือสังคมเป็นผลมาจากธรรมชาติและเหตุผลที่มนุษย์ทุกคนเข้ามารวมอยู่ด้วยกันภายใต้กฎเกณฑ์แห่งความยุติธรรมที่ทุกคนให้การยอมรับเพื่อสร้างระบบกฎหมายขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์ในการให้ความคุ้มครองทุกคนจากการถูกรุกรานของผู้อื่น ทั้งในสังคมเดียวกันหรือสังคมภายนอกและเพื่อประโยชน์ร่วมกันของทุกคนโดยมุ่งเน้นเพื่อให้ความสำคัญแก่สังคมให้มากกว่าความสำคัญของปัจเจกบุคคล โดย เซนต์ โทมัส อไควนัส ไม่ได้ปฏิเสธแนวความคิดในเรื่อง“เจตจำนง”(Will)ของพระเจ้าตามแนว

⁶ ปรีดี เกษมทรัพย์. (2539). นิติปรัชญา. หน้า 142-143.

ความคิดของ เซนต์ ออกุสติน แต่คำสอนของเขากลับตั้งอยู่บนหลักเหตุผลและยกย่องฐานะของ เหตุผลซึ่งมีฐานะที่อยู่เหนือกว่าเจตจำนงของพระเจ้าผู้เป็นเจ้าดังกล่าวและเชื่อว่าความยุติธรรมก็อาจหา ได้ในโลกนี้โดยรัฐบาลที่ยึดถือตามแนวรรอยของฝ่ายคริสต์ศาสนาโดยอาศัยธรรมชาติและเหตุผล และเป็นแนวทางที่มนุษย์สามารถออกกฎหมายมาแกสิ่งที่ไม่มีความยุติธรรมหรือกำจัดความไร้เหตุผลของ จารีตประเพณีแห่งท้องถิ่นที่ไม่สอดคล้องกับธรรมชาติและเหตุผลที่รัฐไม่สามารถออกกฎหมาย ที่ขัดกับเหตุผลและสภาพธรรมชาติมาใช้บังคับได้ แต่กลับเป็นหนทางที่นำไปสู่แนวทางการจัดทำ ประมวลกฎหมายเพื่อเป็นรากฐานสำคัญในการจำกัดอำนาจรัฐและคุ้มครองสิทธิเสรีภาพตาม ธรรมชาติของมนุษย์ให้อยู่ในกรอบแห่งเหตุผลที่เป็นธรรมชาติในยุคต่อมา

แนวความคิดในเรื่องเกี่ยวกับสิทธิและเสรีภาพช่วงหลังผ่านพื้นมาถึงช่วงปลายสมัย กลางของยุโรปซึ่งถือเป็นการเปลี่ยนผ่านมาจากแนวความคิดที่ได้รับอิทธิพลมาจากสำนักกฎหมาย ธรรมชาติและอิทธิพลทางด้านศาสนาคริสต์ซึ่งได้มีการเปลี่ยนแปลงและหันเหไปสู่แนวความคิด ของสำนักกฎหมายธรรมชาติยุคใหม่ในสมัยกรีกและโรมันโบราณที่จากเดิมคิดว่ามนุษย์อยู่ในฐานะ ส่วนหนึ่งของสังคมเท่านั้น แต่ต่อมากลับให้ความสนใจในเนื้อหาและความเป็นตัวตนเกี่ยวกับ สาระสำคัญและธรรมชาติของมนุษย์ที่ดำรงความเป็นตัวตนและมีชีวิต ตลอดจนมีความสามารถในการ ใช้เหตุและใช้ผลซึ่งย่อมสามารถที่จะก่อให้เกิดสิทธิในด้านต่างๆได้โดยธรรมชาติอันเป็นสิทธิ ขั้นพื้นฐานที่ธรรมชาติได้ก่อและกำเนิดให้เกิดมีขึ้นและสามารถส่งอิทธิพลถึงระบบกฎหมายของรัฐ ก่อเกิดที่มาแห่งรัฐธรรมนูญเพื่อกำหนดกฎเกณฑ์และกฎหมายพื้นฐานเพื่อกำหนดเป็นกรอบการ ควบคุมและจำกัดการใช้อำนาจภายในรัฐอันถือได้ว่าเป็นสัญญาประชาคมที่เกิดขึ้นภายในรัฐ

แนวความคิดในการจำกัดอำนาจผู้ปกครองเพื่อป้องกันมิให้กษัตริย์หรือผู้มีอำนาจ ปกครองใช้อำนาจเกินกว่าที่กฎหมายธรรมชาติกำหนดหรือให้อำนาจไว้มีต่อมาภายหลังการ ปกครองในลัทธิเทวสิทธิเริ่มเสื่อมคลายลงซึ่งถือได้ว่าเป็นแนวความคิดที่เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้ง สำคัญขึ้น โดยมุ่งเน้นและให้ความสำคัญแก่คุณค่าที่มีอยู่ในตัวมนุษย์ของแต่ละคนเป็นสำคัญมาก ยิ่งขึ้น ทั้งในด้านสิทธิในการได้รับการคุ้มครองชีวิต เสรีภาพและกรรมสิทธิ์ ซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน ของมนุษย์ในช่วงยุคนั้น โดยมีนักปรัชญาที่สำคัญหลายท่านได้กล่าวถึงแนวความคิดเกี่ยวกับสิทธิ ขั้นพื้นฐานดังกล่าว

แนวความคิดของ เซอร์ เอ็ดเวิร์ด ค็อก (Sir Edward Coke 1552-1634) ซึ่งเป็นผู้พิพากษา และสมาชิกรัฐสภาชาวอังกฤษเป็นผู้ที่มีบทบาทและเป็นผู้นำของกลุ่มผู้พิพากษาในการคานอำนาจ ของกษัตริย์ในช่วงเวลาดังกล่าวโดยให้ความสำคัญถึงสิทธิขั้นพื้นฐานเพื่อให้ประชาชนมีสิทธิใน การได้รับความคุ้มครองเสรีภาพในกรณีที่มีการจับกุมหรือถูกคุมขังโดยมิชอบและปราศจากเหตุอัน

สมควรหรือสิทธิในการได้รับความคุ้มครองของประชาชนอันเกี่ยวกับกรรมสิทธิ์ในทรัพย์สิน เพื่อป้องกันมิให้ถูกกระทำให้ด้อยค่าหรือถูกกระทำโดยมิชอบด้วยกฎหมาย

แนวความคิดของ โทมัส ฮอบส์ (Thomas Hobbes) ซึ่งเป็นบุคคลหนึ่งที่มีแนวความคิดในการก่อกำเนิดรัฐโดยกล่าวถึงเหตุอันเป็นที่มาของการกำเนิดรัฐซึ่งเป็นผลจากการทำพันธะสัญญา ซึ่งเกิดจากความขัดแย้งและส่งผลให้เกิดการจัดตั้งเป็นสถาบันรัฐขึ้นเนื่องจากโดยธรรมชาติแล้วนั้นมนุษย์มีสัญชาตญาณของความเห็นแก่ตัวและไม่มีความไว้วางใจระหว่างมนุษย์ด้วยกันเองจึงเกิดความไม่เชื่อมั่นในความมั่นคงและความปลอดภัยในชีวิตเพราะว่ามนุษย์ทุกคนเปรียบเสมือนหมาป่าที่จะต้องต่อสู้ดิ้นรนเพื่อให้ตนเองมีชีวิตอยู่รอดอย่างปลอดภัยไม่ต้องตกอยู่ในความหวาดระแวงกันเองเพราะมนุษย์ทุกคนโดยธรรมชาติย่อมมีสิทธิตามธรรมชาติอย่างเท่าเทียมเสมอกันทั้งในทางกายและทางใจในการดำรงตนอยู่ในสังคมซึ่งความเท่าเทียมกันดังกล่าวนี้อาจนำมาซึ่งความขัดแย้งและจำเป็นต้องเกิดการต่อสู้เพื่อให้ตนเองเป็นผู้ชนะ ด้วยแนวความคิดดังกล่าวจึงมีความสำคัญที่มนุษย์จำเป็นต้องแสวงหาสันติภาพให้เกิดมีขึ้นอันเป็นที่มาของการเกิดพื้นฐานของระบอบรัฐใหม่ขึ้นซึ่งมนุษย์ทุกคนจำต้องสละสิทธิเสรีภาพในส่วนที่จะเป็นการละเมิดสิทธิเสรีภาพของผู้อื่นเพื่อมิให้เกิดการละเมิดระหว่างกันขึ้นโดยผ่านทางอำนาจรัฐเป็นการมอบอำนาจให้รัฐเป็นตัวกลางที่จะแสวงหาความมั่นคงและเป็นหลักประกันแก่มนุษย์ทุกคนให้มีการดำรงอยู่อาศัยร่วมกันอย่างสงบสุขและปราศจากความขัดแย้งของมนุษย์ด้วยกันเพื่อก่อให้เกิดอำนาจอธิปไตยอันเป็นอำนาจเหนือพลเมืองของรัฐเป็นอำนาจเด็ดขาดและเป็นนิรันดร์⁷ ซึ่งเป็นอำนาจอธิปไตยของปวงชนทุกคนและเป็นการใช้อำนาจที่ตีกรอบและกำหนดไว้อย่างชัดเจนโดยกฎหมายเพื่อเป็นตัวกำหนดความเป็นไปในการใช้อำนาจปกครองของรัฐ

แนวความคิดของ จอห์น ล็อก (John Locke ค.ศ.1632-1704) ซึ่งเป็นนักปรัชญาชาวอังกฤษ เป็นบุคคลที่มีแนวความคิดในการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคนหนึ่งซึ่งมีผลงานว่าด้วยการปกครองพลเมือง “Two Treatises of Government” อันเป็นงานเขียนที่มุ่งถึงการปฏิบัติทางการเมือง โดยมีเนื้อหาสนับสนุนความเชื่อและส่งเสริมอารมณ์ของฝ่ายที่ต่อต้านการปกครองระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์และเป็นการเรียกร้องในสิ่งที่ถือว่าเป็นคุณธรรมขั้นพื้นฐานสำหรับมนุษย์ที่จะจัดการใช้อำนาจกดขี่ที่มีอยู่เหนือตนเองให้หมดสิ้นไปและยังมีเนื้อหาที่กล่าวถึงเรื่องสิทธิเสรีภาพของมนุษย์ไว้อย่างชัดเจนอีกด้วยว่า “มนุษย์เราย่อมเกิดมาพร้อมกับสิทธิที่จะมีเสรีภาพอย่างบริบูรณ์และสิทธิที่จะได้ชื่นชมกับบรรดาสีทธิและอภิสิทธิ์ตามกฎหมายธรรมชาติอย่างเท่าเทียมกับมนุษย์อื่นใด หรือกลุ่มอื่นใดในโลกโดยปราศจากการควบคุม ทั้งยังมีอำนาจตามธรรมชาติที่จะ

⁷ แหล่งเดิม. หน้า 160.

สงวนไว้ซึ่งสิทธิที่กล่าวคือ ชีวิต เสรีภาพและที่ดินของตนให้พ้นจากการละเมิดของผู้อื่น”⁸

ถือคือ มีความเห็นว่าโดยธรรมชาติมนุษย์ชอบดำรงตนและมีความเป็นอยู่อย่างสงบสุข ความผาสุกของมนุษย์ที่อยู่รวมกันในสังคมเป็นวัตถุประสงค์หลักที่ชี้ให้เห็นว่ามนุษย์ไม่สามารถแยกออกจากสังคมได้อย่างเด็ดขาด สังคมจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องทำให้มนุษย์มีเสรีภาพและมีความเท่าเทียมกันในสังคม แต่ด้วยเหตุธรรมชาติของมนุษย์ที่อาจมีการกระทบกระทั่งหรือเกิดการละเมิดกฎเกณฑ์ต่างๆทำให้สังคมจำเป็นต้องมีหลักเกณฑ์ที่ต้องถือและกำหนดเป็นสภาพบังคับเพื่อใช้ควบคุมและป้องกันมิให้เกิดการละเมิดก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยในสังคมขึ้นโดยมนุษย์ทุกคนจำเป็นต้องยอมสละสิทธิตามธรรมชาติของตนเองอันเป็นการมอบสิทธิดังกล่าวให้แก่สังคมในการบังคับใช้กฎเกณฑ์ของการอยู่รวมกัน ในสังคมจึงเกิดเป็นสัญญาประชาคมหรือสัญญาสังคมขึ้นซึ่งเกิดจากการตกลงร่วมกันของมนุษย์ผู้มีอิสระและมีจุดมุ่งหมายเพื่อประสงค์ในการคุ้มครองทรัพย์สินและความผาสุกของมนุษย์ แต่สิทธิที่จะสละเพื่อมอบให้แก่สังคมดังกล่าวนี้จะเป็นเพียงส่วนหนึ่งของเสรีภาพอันเป็นกฎธรรมชาติซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิขั้นพื้นฐานซึ่งย่อมหมายถึงมนุษย์ยังคงดำรงไว้ซึ่ง สิทธิในชีวิต สิทธิในเสรีภาพและสิทธิในทรัพย์สินของตนเอง

แนวความคิดของ จัง จากส์ รูสโซ (Jean Jacques Rousseau 1712-1778) เป็นนักปรัชญาเมธี ซึ่งมีแนวความคิดว่ามนุษย์ทุกคนโดยธรรมชาติแล้วเกิดมามีเสรีภาพแห่งการดำรงอยู่อย่างเป็นอิสระเท่าเทียมกันในสังคมและมีความเป็นตัวของตัวเองทั้งสิ้น โดยมนุษย์จะตกอยู่ภายในอาณัติหรือการควบคุมของผู้อื่นไม่ได้หากปราศจากความยินยอมพร้อมใจของผู้นั้น แต่โดยธรรมชาติแล้วมนุษย์มีสภาพคล้ายสัตว์และมีความเห็นแก่ตัวดังที่รูสโซ เขียนไว้ว่า “มนุษย์เกิดมามีเสรี แต่ทุกหนทุกแห่งเขาอยู่ในเครื่องพันธนาการ”¹⁰ อันแสดงให้เห็นถึงแนวความคิดของเขาที่ยอมรับเสรีภาพตามธรรมชาติของมนุษย์ทุกคนอย่างไม่มีขีดจำกัด แต่ด้วยเหตุที่มีเสรีภาพอย่างไม่มีขอบเขตนี้จึงทำให้เกิดความไม่มั่นคงปลอดภัยในชีวิตและเสรีภาพได้จึงจำเป็นที่มนุษย์จะต้องแสวงหาสิ่งที่ใช้เป็นหลักประกันที่แน่นอนมั่นคงโดยต้องบังคับให้มนุษย์ทุกคนต้องมารวมตัวกันและหันหน้าเข้าหากันเพื่อจัดทำข้อตกลงและวางกฎเกณฑ์ของการอยู่รวมกัน ในสังคมขึ้นเป็นสัญญาประชาคมเพื่อจำกัดการใช้เสรีภาพอย่างไร้ขอบเขตนั้นและยินยอมมอบร่างกายและอำนาจทุกอย่างของตนที่มีอยู่ให้แก่สังคมใช้เป็นเครื่องมือในการให้ความคุ้มครองร่างกาย ชีวิตและทรัพย์สินและเพื่อให้เกิดการ

⁸ บุญศรี มีวงศ์อุโฆษ ข (2549). หลักการใช้อำนาจขององค์กรที่ต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญ. หน้า 118-119.

⁹ บวรศักดิ์ อุวรรณโณ. หน้าเดิม.

¹⁰ จัง จากส์ รูสโซ. (2522). สัญญาประชาคม แปลและเรียบเรียงโดย จินดา จินตนเสรี. หน้า 21.

รวมตัวกันเป็นหนึ่งโดยเชื่อฟังตนเองให้อยู่ภายใต้อำนาจสูงสุดของเจตนาที่ตกลงร่วมกันภายในรัฐ
รูสโซ กล่าวว่า การที่ทุกคนต่างเข้าทำสัญญาประชาคมนั้น เพื่อตกลงร่วมกันก่อให้เกิด
ข้อผูกพันกับรัฐและเป็นจุดสร้างหรือก่อกำเนิดรัฐให้เกิดขึ้นมาซึ่งมิใช่เป็นการที่ทุกคนมอบเสรีภาพ
ของตนให้แก่ใครคนใดคนหนึ่งเป็นการเฉพาะเจาะจงแต่เป็นการมอบให้รัฐ ดังนั้น รัฐจึงเป็นศูนย์
รวมของการรวมตัวกันของมนุษย์ทุกคนในสังคมนั้นๆและถือว่าเป็นสังคมที่สมาชิกแต่ละคนมี
ความเสมอภาคเท่าเทียมกันหมด ซึ่งเจตนาร่วมกันของทุกคนนั้นถือเป็นอำนาจอธิปไตยของมนุษย์
ทุกคนที่ไม่สามารถส่งมอบให้แก่ผู้หนึ่งผู้ใดได้ไม่สามารถแบ่งแยกออกจากกันได้และไม่อาจสิ้นสูญ
เสื่อมคลายได้เพราะอำนาจดังกล่าวเป็นของคนทุกคนในสังคมนั้น

แนวความคิดของรูสโซได้รับอิทธิพลมาจากกฎหมายธรรมชาติซึ่งสอนให้มนุษย์หัน
กลับไปหาธรรมชาติ (Back to Nature) อันเป็นการยกย่องคุณค่าของความเป็นมนุษย์ที่ว่า “ธรรมชาติ
ของมนุษย์คืออยู่แล้วแต่สังคมทำให้มนุษย์ไม่เสมอภาคกัน” และยังบอกว่า “เหตุผลมีประโยชน์แต่
มิใช่คำตอบของชีวิตเราจึงต้องพึ่งพาความรู้สึก สัญชาตญาณและอารมณ์ของเราเองให้มากกว่า
เหตุผล” และรูสโซ ยังให้ความเห็นอีกว่าในสังคมธรรมชาติของมนุษย์นั้นกฎของธรรมชาติไม่ทำให้
เกิดอันตรายแก่บุคคลอื่นแต่มนุษย์ในสังคมตามสัญญาประชาคมนั้นกฎที่ใช้กันเป็นกฎหมายและ
การจะเป็นกฎหมายได้นั้นจะต้องได้มาจากการแสดงเจตนารมณ์ร่วมกันของสมาชิกในสังคมนั้นซึ่ง
ตามหลักทฤษฎีเกี่ยวกับกฎหมายนั้น รูสโซ กล่าวว่า กฎหมายเท่านั้นจึงจะสามารถใช้เป็นเครื่องมือ
ในการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของสมาชิกที่อยู่ในสังคมนั้นได้

แนวความคิดของ บารอง เดอ มงเตสกีเออ (Baron De Montesquieu ค.ศ.1689-1755)
หรือมีชื่อเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า Montesquieu, Charles De Secondat เป็นนักปรัชญาและเป็นนักเขียน
ชาวเมืองบอร์โดซ์ (Bordeaux) ประเทศฝรั่งเศส ซึ่งเป็นขุนนางในตระกูลผู้ดีและเป็นนักเสรีนิยมที่มี
มุมมองและให้ความสำคัญกับข้อเท็จจริงมากกว่าการสร้างการเมืองการปกครองแบบอุดมคติและ
เป็นผู้ที่เลื่อมใสในแนวความคิดของจอห์น ล็อก เป็นอย่างมาก มงเตสกีเออยังให้ความสนใจกับ
ระบอบการเมืองการปกครองของประเทศอังกฤษเป็นสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในศตวรรษที่ 18 เขา
ได้ทำการศึกษาและวิเคราะห์ระบอบการปกครองของประเทศอังกฤษ ซึ่งเขาได้กล่าวถึงเสรีภาพว่า
การจะมีเสรีภาพได้นั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับลักษณะของอำนาจในการปกครองแต่เพียงอย่างเดียวแต่
ขึ้นอยู่กับสภาพของการใช้อำนาจและต้องเป็นเสรีภาพที่เป็นของประชาชนโดยแท้จริงอันจะเป็น
วัตถุประสงค์ของรัฐบาลที่ดีเสรีภาพจึงจะเกิดขึ้นได้และที่สำคัญจะต้องทำให้อำนาจนั้นเป็นอำนาจ
ที่มีคุณลักษณะของความอ่อนตัวและไม่ให้มีการใช้อำนาจเกินสมควรซึ่งคนทุกคนที่มีอำนาจนั้น
ย่อมมีโอกาสที่จะนำไปสู่วิถีทางของการใช้อำนาจเกินสมควรจึงจำเป็นต้องมีอำนาจอื่นเข้ายับยั้งเป็น
ข้อจำกัดการใช้อำนาจดังกล่าวและเสรีภาพในทัศนะคติของมงเตสกีเออ คือ การที่สามารถทำใน

สิ่งที่คนประสงค์จะทำโดยไม่ต้องถูกบังคับในสิ่งที่ตนไม่ต้องการกระทำและต้องทำความเข้าใจในความหมายของเสรีภาพให้ลึกซึ้งว่า เสรีภาพเป็นเพียงสิทธิที่ตนจะทำอะไรก็ได้ในสิ่งที่กฎหมายไม่ได้ห้าม แต่ถ้าตนทำในสิ่งที่กฎหมายห้ามได้ทุกคนก็สามารถทำได้ ดังนั้น จึงจะแสดงให้เห็นได้ว่าเสรีภาพไม่สามารถเกิดขึ้นได้เลย และมองเดสกีเออ ยังยืนยันถึงเรื่องการแบ่งแยกการใช้อำนาจอธิปไตยในทุกรัฐซึ่งจะมีอยู่ 3 อำนาจ หนึ่งในนั้นคือ “อำนาจนิติบัญญัติ” เป็นอำนาจในการตรากฎหมายเพื่อใช้บังคับโดยมีกำหนดระยะเวลา หรือเป็นการถาวร หรือการแก้ไขหรือการยกเลิกกฎหมายที่มีอยู่เดิม สอง คือ “อำนาจบริหารสิ่งซึ่งขึ้นอยู่กับกฎหมายมหาชน” ซึ่งเป็นอำนาจในการป้องกันประเทศ หรือการรักษาความสงบเรียบร้อยทั้งภายในและภายนอกรัฐ ตลอดจนการทำสงคราม การสัมพันธ์ทางการทูตกับต่างประเทศ สาม คือ “อำนาจบริหารสิ่งซึ่งขึ้นอยู่กับกฎหมายแพ่ง” ซึ่งเป็นอำนาจในการพิจารณาและลงโทษผู้กระทำความผิดหรือการพิพาทขึ้นระหว่างเอกชนกับเอกชนซึ่งถือได้ว่าอำนาจทั้งสามอย่างจะเป็นหนทางนำไปสู่ระบบการปกครองที่อ่อนตัวและมีเสรีภาพมากที่สุด

มองเดสกีเออ ยังกล่าวอีกว่า การแบ่งแยกอำนาจอธิปไตยออกเป็น 3 อำนาจดังกล่าวจะต้องไม่ทำให้องค์กรหนึ่งองค์กรใดมีอำนาจเด็ดขาด กล่าวคือ หากเมื่อใดอำนาจนิติบัญญัติและอำนาจบริหารมารวมอยู่ด้วยกันเสรีภาพก็ไม่อาจเกิดขึ้นได้ หรือหากอำนาจการตัดสินใจมารวมกับอำนาจนิติบัญญัติ หรืออำนาจบริหารแล้วไซ้เสรีภาพก็ไม่อาจเกิดขึ้นได้เช่นเดียวกันดังนั้นเสรีภาพจะเกิดขึ้นได้ก็เพราะองค์กรผู้ใช้อำนาจแต่ละองค์กรนั้นใช้อำนาจของตนอย่างถูกต้องและต้องเป็นการใช้อำนาจโดยองค์กรที่แตกต่างกันและองค์กรที่ใช้อำนาจแต่ละองค์กรดังกล่าวนั้นจะต้องไม่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันและจะต้องไม่ก้าวก่ายการใช้อำนาจซึ่งกันและกันอย่างเด็ดขาดจึงจะนำไปสู่ระบบการเมืองการปกครองที่มีการแบ่งแยกอำนาจกันอย่างชัดเจนและเด็ดขาดและจะเป็นระบบการปกครองที่ก่อให้เกิดเสรีภาพแก่ประชาชนมากที่สุด

แนวความคิดของ มองเดสกีเออ ถือเป็นแนวความคิดที่เป็นการริเริ่มของกฎหมายมหาชนสมัยใหม่และได้รับการยอมรับหรือยกย่องจากนักกฎหมายมหาชนในปัจจุบันเป็นอย่างมาก ซึ่งหลักการแบ่งแยกอำนาจดังกล่าวนี้ถือเป็นที่มาของการแยกตัวเป็นเอกราชโดยการประกาศอิสรภาพของประเทศสหรัฐอเมริกาและก่อตั้งรูปแบบการปกครองระบอบประธานาธิบดีขึ้นซึ่งยังมีอิทธิพลต่อการปฏิวัติใหญ่ในประเทศฝรั่งเศสในปี ค.ศ.1789 อีกด้วย อีกทั้งแนวความคิดในการแบ่งแยกอำนาจของมองเดสกีเออดังกล่าวนั้นยังเป็นแบบแผนซึ่งถือได้ว่าประเทศต่างๆอีกหลายประเทศยึดถือเป็นแม่แบบในการวางระบบการปกครองของประเทศตน

แนวความคิดของ ซีเยส (Sieyes ค.ศ.1748-1836) เป็นนักปรัชญาชาวฝรั่งเศสและยังเป็นนักปฏิวัติและนักการเมืองที่มีแนวความคิดต่อต้านระบอบอภิสิทธิ์ ซึ่งโดยเฉพาะพวกกษัตริย์

และพวกขุนนางโดยมีผลงานในการเขียนหนังสือที่มีชื่อเสียงคือ “ความเรียงเกี่ยวกับเรื่องอภิสิทธิ์..” ในปี ค.ศ.1789 และเรื่อง “อะไรคือสามัญชน?” จากการที่ซีเอเยส มีแนวความคิดในการต่อต้านระบอบอภิสิทธิ์นี้ส่งผลให้เขาได้รับเลือกให้เข้าเป็นสมาชิกสภาฐานันดรอันนำไปสู่การก่อให้เกิดการปฏิวัติในปี ค.ศ.1789 และต่อมายังได้รับเลือกให้เข้าสู่สภาผู้แทนราษฎร และสภา Convention ในภายหลังการปฏิวัติ และในสมัยจักรวรรดิที่ 1 ของนโปเลียน อีกทั้งยังได้รับการแต่งตั้งให้เป็นกงสุลจำนวนหนึ่งในสามคนในยุคสมัยนั้นอีกด้วย

ซีเอเยส เห็นว่ารัฐบาลมีขึ้นเพื่อปกป้องสิทธิเสรีภาพของประชาชนและต้องมีความเสมอภาคโดยปราศจากอภิสิทธิ์อันเป็นรากฐานที่ดีของสังคมตลอดจนสิทธิเสรีภาพพื้นฐานที่เป็นสิทธิมนุษยชนที่รัฐจะต้องให้ความคุ้มครอง คือ เสรีภาพ กรรมสิทธิ์ และความมั่นคง อันเป็นอิทธิพลที่ได้รับแนวความคิดมาจากจอห์น ล็อก และแนวความคิดดังกล่าวของซีเอเยส ยังมีอิทธิพลเป็นอย่างมากต่อผู้ร่างคำประกาศสิทธิมนุษยชนและพลเมืองของประเทศฝรั่งเศสในปี ค.ศ.1789

ซีเอเยส กล่าวและมีความเห็นเช่นเดียวกันกับการแบ่งแยกอำนาจออกไปโดยตามหลักของมองเตสกีเออ ว่าเป็นสิ่งที่ดีที่จะทำให้ระบอบของอำนาจอ่อนตัวลงและจะเป็นสิ่งที่ทำให้เสรีภาพของประชาชนเกิดขึ้นได้และได้รับความคุ้มครองจริง แต่ซีเอเยส ยังได้เสนอทฤษฎีกฎหมายมหาชนขึ้นใหม่ที่ว่าด้วย “การแบ่งแยกระหว่างอำนาจสูงสุดในการก่อตั้งองค์กรทางการเมือง” (Pouvoir Constituant) กับ “อำนาจขององค์กรที่ได้รับมาจากการก่อตั้ง” (Pouvoir Constitue) ซึ่งการแบ่งแยกระหว่างอำนาจสูงสุดในการก่อตั้งองค์กรทางการเมืองนี้เป็นอำนาจของชาติ (Nation) และเป็นอำนาจสูงสุดที่ไม่มีข้อจำกัด หรือข้อผูกมัดด้วยหลักเกณฑ์ใดๆ ซึ่งเป็นอำนาจที่มอบให้ผู้แทนไปสร้างรัฐธรรมนูญขึ้นเพื่อก่อตั้งองค์กรทางการเมืองขึ้นในการปกครองประเทศ แต่อำนาจขององค์กรที่ได้รับมาจากการก่อตั้งนั้นเป็นอำนาจขององค์กรที่ตั้งขึ้น โดยรัฐธรรมนูญและเป็นอำนาจที่ถูกจำกัดโดยมีกำหนดขอบเขตโดยรัฐธรรมนูญที่ได้ก่อตั้งองค์กรนั้นขึ้นมา

ซีเอเยส ถือว่าชาติเกิดขึ้นจากการรวมกันของพลเมืองทุกคน เพราะชาติมีอยู่ก่อนสิ่งใดและเป็นที่มาของทุกสิ่ง ดังนั้น เจตนารมณ์ของชาติจึงมีความเป็นกฎหมายอยู่ในตัวเองเพราะเป็นเจตนารมณ์ที่ชอบด้วยกฎหมายและเจตนารมณ์ของชาติเท่านั้นที่จะออกกฎหมายได้โดยผ่านผู้แทนของชาติซึ่งเป็นผู้แทนที่ได้รับเลือกจากประชาชนและเมื่อได้รับเลือกแล้วก็เป็นผู้แทนของชาติมิใช่ผู้แทนของราษฎรและย่อมเป็นอิสระไม่ต้องถูกผูกมัดโดยสัญญาใดๆจากราษฎรที่เลือกจึงมีอิสระที่จะทำการแทนชาติได้อย่างเต็มที่

2.2 แนวความคิดทางประวัติศาสตร์เกี่ยวกับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

พัฒนาการทางประวัติศาสตร์เกี่ยวกับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์มีวิวัฒนาการมาอย่างยาวนานซึ่งเป็นแนวความคิดที่ได้รับอิทธิพลมาจากอารยธรรมเก่าแก่ตั้งแต่ในช่วงยุคสมัยของอียิปต์ และเมโสโปเตเมีย เป็นช่วงประมาณปี 2,200 ถึง 2,050 ก่อนคริสตกาลในสมัยที่อำนาจของฟาโรห์เริ่มเสื่อมคลายลงและนับเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ของมนุษยชาติที่อียิปต์ได้รู้จักวัฒนธรรมอันเกี่ยวกับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความยุติธรรมของปัจเจกชน ต่อมาในศตวรรษที่ 14 ก่อนคริสตกาล อียิปต์ได้มีการนำเอาต่างชาติมาไว้เป็นทาสเพื่อบังคับให้ทำงานหนักจนกระทั่งโมเสสได้รวมตัวกันเป็นกลุ่มชนพร้อมด้วยประชาชนเพื่อหลบหนีออกมาให้หลุดพ้นจากการกดขี่ข่มเหงอันเป็นการกระทำต่อมนุษย์เยี่ยงทาส

ต่อมาในยุคสมัยกรีกและโรมัน ซึ่งเป็นอารยธรรมของชาวยุโรปตะวันตกโดยจะมีสภาพความเป็นอยู่ที่แยกกันอยู่อย่างเป็นอิสระและมีนครรัฐเป็นศูนย์กลางการปกครองทั้งในด้านเศรษฐกิจและการเมือง เช่น นครรัฐสปาร์ตาและนครรัฐเอเธนส์ มีกษัตริย์เป็นผู้ปกครองนครซึ่งจะมีเฉพาะชายฉกรรจ์เท่านั้นที่จะมีสิทธิอยู่ในฐานะเป็นพลเมืองของรัฐได้เรียกว่ากลุ่มอภิสิทธิ์ชน นอกเหนือจากนั้นแล้วจะถูกกีดกันไม่ให้มีสิทธิในฐานะพลเมือง เช่น เด็ก สตรี คนชรา และทาส และหลังจากนั้นวิวัฒนาการในทางปกครองเริ่มเปลี่ยนผ่านเข้ามาสู่การปกครองแบบประชาธิปไตย พลเมืองมีสิทธิเสมอภาคเพิ่มมากขึ้นโดยมีการจำกัดหรือลดอำนาจของพวกผู้ดีลงเป็นการจัดตั้งรูปแบบสภาแทนและให้ความสำคัญเกี่ยวกับทรัพย์สินเพื่อใช้เป็นตัวกำหนดสิทธิต่างๆแต่บรรดา สตรี ทาส หรือคนต่างด้าวยังคงไม่ได้รับความเสมอภาคเท่าเทียมกันเช่นเดียวกับพลเมืองชาวเอเธนส์

เฮราคลิตุส (Heraclitus) เป็นนักปรัชญาเมธีประเทศกรีกที่ศึกษาค้นคว้าถึงแก่นสารของชีวิตว่าเป็นความจริงและมีปรากฏอยู่แล้วในธรรมชาติหาได้เกิดขึ้นจากการกระทำของมนุษย์ผู้มีอำนาจไม่และได้นำแนวความคิดพื้นฐานมาจากพวกโสฟิสต์ (Sophists) โดยถือว่ากฎธรรมชาติเป็นธรรมอันศักดิ์สิทธิ์ที่อยู่เหนือกฎหมายบ้านเมืองและกฎเกณฑ์ของธรรมชาติสามารถยกขึ้นเป็นเหตุผลในการต่อต้านการปกครองแบบทรราชที่เกิดความไม่ยุติธรรมในสังคมได้เพราะกฎเกณฑ์ที่เป็นอยู่จริงโดยธรรมชาติซึ่งอยู่นอกเหนือโครงสร้างอำนาจรัฐ¹¹ อันนำไปสู่ความคิดเห็นที่ขัดแย้งกันเพื่อเรียกร้องให้บ้านเมืองรับรองความเสมอภาคกันมากขึ้นและยังนำไปสู่ความประสงค์ที่ต้องการให้มีการยกเลิกระบบอภิสิทธิ์หรือระบบทาสในเวลาต่อมา

โสกราตีส (Socrates) เป็นบุคคลที่มีความสนใจในปัญหาเกี่ยวกับมนุษย์ โดยถือกำหนดว่าธรรมชาติความเป็นมนุษย์เป็นสิ่งที่ดีซึ่งมนุษย์เองนั้นสามารถใช้สติปัญญาเพื่อให้เกิดการเรียนรู้

¹¹ จรัญ โฆษณานันท์. (2537). นิติปรัชญา. หน้า 122.

ถึงความหมายของมนุษย์และยังให้บรรลุผลเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ วิญญาณอันเป็นปัญญาและความสำนึกดีชั่วเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่โสกราตีสจะต้องเอาใจใส่ในสิ่งที่เป็นตัวเราเพื่อแสวงหาความรู้เกี่ยวกับตนเองได้แก่คุณธรรมอันมีคุณลักษณะพิเศษที่มีประโยชน์ต่อผู้รอบครองมนุษย์ถือเป็นสัตว์สังคมที่มีความต้องการของการอยู่ร่วมกันภายในสังคม ซึ่งเหล่าเพื่อนมนุษย์ที่อยู่ในสังคมเดียวกันนั้นสามารถเป็นแหล่งของการค้นพบที่ดีและสามารถให้การเรียนรู้และให้บริการซึ่งกันและกันอันนำไปสู่วิถีทางในการอยู่ร่วมกันอย่างอยู่ดีมีสุขภายในรัฐก่อให้เกิดความสัมพันธ์ของการอยู่ร่วมกันและยอมรับในความมีศักดิ์ศรีของเพื่อนมนุษย์ที่อยู่ในสังคมนั้น

เพลโต (Plato) ได้ชี้ให้เห็นว่า มนุษย์เป็นสัตว์สังคมไม่สามารถใช้ชีวิตอยู่อย่างโดดเดี่ยวเดี๋ยวเดียวดายภายนอกสังคมได้เพราะคนเราเกิดมาเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน รัฐจึงเกิดขึ้นมาจากความจำเป็นของมนุษย์ที่จะทำให้สภาพความเป็นอยู่ของมนุษย์สามารถใช้ชีวิตได้อย่างสมบูรณ์ซึ่งจะต้องประกอบไปด้วยเหตุผลหรือปัญญา จิตใจ อารมณ์ความรู้สึก และยังชี้ให้เห็นอีกว่า คุณธรรมของคนดีมิใช่มีแต่เพียงคุณธรรมที่เป็นความรู้เท่านั้น หากแต่รวมถึงความกล้าหาญ ความพอดี ความยุติธรรมและการปฏิบัติหน้าที่ทางศาสนาถือเป็นคุณธรรมที่มีความรู้เป็นรากฐานและมีคุณค่ามากกว่า เพลโต ยังชี้ให้เห็นอีกว่าจิตใจของมนุษย์มีความสำคัญมากกว่าร่างกายเพราะจิตใจนั้นถือเป็นตัวบงการเกี่ยวกับการกระทำที่เกิดขึ้นภายนอกร่างกายของมนุษย์และเห็นว่าความชั่วนั้นเร็วกว่าความตาย ความไม่ยุติธรรมเร็วกว่าความทุกข์ทรมาน¹² ดังนั้น โดยปกติแล้วมนุษย์มุ่งแต่แสวงหาสิ่งที่ดีให้แก่ตัวเองและสามารถแยกแยะให้ได้ว่าจะอะไรดีชั่วเพื่อนำสิ่งที่ดีไปปฏิบัติให้เกิดคุณธรรม

อริสโตเติล (Aristotle) ให้ความหมายของคำว่า “มนุษย์” ไว้ว่าเป็นสัตว์ที่มีเหตุผลเพราะนอกเหนือจากที่มนุษย์มีติดตัวอยู่โดยธรรมชาติแล้ว เช่น การเจริญเติบโต การเจริญพันธุ์ การเคลื่อนไหว การหาเลี้ยงตัวเองหรือการรับรู้สัมผัสแล้วสิ่งที่มนุษย์มีอยู่และเป็นเอกลักษณ์พิเศษคือ ความมีปัญญาและเหตุผลซึ่งเป็นสิ่งที่แตกต่างและเหนือกว่าเครื่องนาค เพราะปัญญาอันนี้แหละที่เป็นจุดมุ่งหมายหรือเป็นกิจกรรมสำคัญพิเศษสุดเฉพาะมนุษย์เท่านั้น¹³ และยังเชื่อว่าความเสมอภาคทางกฎหมายเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความยุติธรรมขึ้นและทำให้ทุกคนมีสถานะทางกฎหมายโดยได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกันแม้จะมีสถานะความเป็นอยู่ทางสังคมที่แตกต่างกันก็ตาม

พัฒนาการทางประวัติศาสตร์เกี่ยวกับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ยังได้รับอิทธิพลมาจากแนวความคิดในสมัยยุคก่อตั้งสำนักสโตอิกส์ (Stoic School) ซึ่งเป็นแนวความคิดของนักปรัชญาเมธีสำนักสโตอิกส์ในสมัยกรีกโดยเน้นและให้ความสำคัญเกี่ยวกับเรื่องกฎหมายธรรมชาติซึ่งเป็นแนว

¹² จ้านง ทองประเสริฐ. (2515). *ปรัชญาประยุกต์ชุดตะวันตก*. หน้า 250.

¹³ เคือน คำดี. (2522). *ปรัชญาตะวันตก*. หน้า 79.

แนวความคิดที่มีรากฐานมาจากสิทธิธรรมชาติ โดยกล่าวว่าสิทธิธรรมชาตินั้นมีอยู่กับตัวมนุษย์ทุกคนตลอดเวลา สิทธิเหล่านี้มิใช่อภิสิทธิ์ของบุคคลหนึ่งบุคคลใดโดยเฉพาะแต่เป็นความชอบธรรมที่มนุษย์ทุกคนทุกแห่งพึงจะมีโดยเหตุที่เขาเกิดมาเป็นมนุษย์ และเป็นผู้มีเหตุผล¹⁴ ซึ่งสิทธิดังกล่าวเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเองโดยธรรมชาติมิได้เกิดจากการสร้างสรรค์ของมนุษย์และก่อให้เกิดความมีคุณค่าในตัวมนุษย์เพื่อกระทำการต่างๆเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของมนุษย์ได้อย่างมีเหตุผลและสอดคล้องกับธรรมชาติ

อิทธิพลจากพัฒนาการทางประวัติศาสตร์ในแนวความคิดเกี่ยวกับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ส่งผลให้มนุษย์เองนั้นมีแนวความคิดในเชิงอุดมคติและเปิดกว้างในความคิดที่จะยอมรับชาติพันธุ์อื่นๆรวมทั้งการยอมรับในความเสมอภาคของมนุษย์ด้วยกันเองภายใต้ความจำเป็นที่มนุษย์จำเป็นต้องรวมกันอยู่เป็นกลุ่มเพื่อให้เกิดวิวัฒนาการและการเกิดขึ้นของ “สังคมมนุษย์” และกระบวนการเรียนรู้ของมนุษย์ เพราะมนุษย์มีความสามารถในการใช้เหตุผล มีความสามารถในการใคร่ครวญเกี่ยวกับเหตุและผลและมีความคิดและจิตสำนึกเป็นของตนเองทำให้มนุษย์สามารถสร้างสรรค์สิ่งต่างๆขึ้นมาเองได้ รวมถึงการพัฒนาตนเองเพื่อกำหนดความเป็นไปในตัวของตัวเองให้เป็นไปตามบริบทแห่งสิทธิเสรีภาพของตนให้เพิ่มมากยิ่งขึ้นและด้วยความสามารถของมนุษย์ที่มีความแตกต่างจากสัตว์โดยเฉพาะด้านสติปัญญาของมนุษย์แล้วทำให้มนุษย์สามารถยกฐานะของตนให้มีความแตกต่างจากสัตว์ประเภทอื่นๆได้และด้วยเหตุดังกล่าวยังทำให้มนุษย์สามารถสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบๆตัวให้มีการเจริญขึ้นได้อย่างสร้างสรรค์และเพื่อกำหนดความเป็นไปในการดำรงชีวิตให้อยู่ภายใต้จิตสำนึกของตนเองได้ในที่สุด

เนื่องจากแนวความคิดเกี่ยวกับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ถือได้ว่าเป็นพื้นฐานของสิทธิและเสรีภาพทั้งปวงและยังมีวิวัฒนาการมาอย่างยาวนานจากพัฒนาการทางประวัติศาสตร์ในต่างประเทศเพราะคำว่า “ศักดิ์ศรี” ในความหมายของชาวโรมัน หมายถึง เกียรติในทางส่วนบุคคลที่ปรากฏต่อสาธารณะซึ่งสังเกตได้ว่าศักดิ์ศรีของชาวโรมันมิใช่เรื่องของบุคคลทุกคน หากแต่หมายถึงเฉพาะถึงบุคคลที่ได้รับเกียรติจากสาธารณะเท่านั้น¹⁵ ดังนั้นคำว่า “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” หมายถึง ความมีค่าของมนุษย์แต่ละคนทั้งในแง่ความมีค่าในตัวของผู้คนเองและในสถานะภาพของความ เป็นมนุษย์ของแต่ละคนด้วย ดังนั้น ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ย่อมเป็นส่วนที่เป็นสาระสำคัญของมนุษย์แต่ละคนที่ไม่อาจพรากเสียได้ ทำให้ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์กลายมาเป็นความหมาย

¹⁴ วีระ โลจายะ ก (2538). กฎหมายสิทธิมนุษยชน. หน้า 16.

¹⁵ บรรเจิด สิงคะเนติ. (อ้างถึงใน Albert Bleckmann, 1997 : 542)

จำเพาะและเป็นตัวกำหนดความหมายของความเป็นมนุษย์ไปโดยปริยาย เพราะศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์นี้จะมิอยู่ในตัวของมนุษย์ทุกคน โดยไม่ต้องคำนึงถึงเรื่องเพศ วัย สัญชาติ ศาสนา หรือสีผิว แต่อย่างใดและมนุษย์จะมีศักดิ์ศรีได้จะต้องมีความเป็นตัวของตัวเองเสียก่อนจึงถือเป็นเงื่อนไขที่กำหนดความเป็นตัวบุคคลขึ้น แต่แม้ว่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จะมีความสำคัญดังกล่าวแล้วก็ตาม แต่ความเป็นมนุษย์มิได้มีแต่เพียงด้านเดียวเท่านั้น หากแต่มีทั้งความเป็นปัจเจกบุคคลและความผูกพันที่มีต่อประชาคมรวมอยู่ด้วย ดังนั้น มนุษย์จำเป็นต้องอยู่ควบคู่ร่วมกันเป็นสังคมเสมอไป การผูกมัดโดยการใช้อำนาจรัฐต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ต้องดำเนินการเพื่อให้บรรลุถึงภารกิจหรือเป้าหมายของรัฐที่ย่อมจะมีหน้าที่ในการให้ความเคารพและคุ้มครองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อีกด้วย

ความเป็นมนุษย์กับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ยังไม่สามารถรวมเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันได้ในระยะเวลาอันสั้น เพราะคำว่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์นั้นยังต้องอาศัยระยะเวลาตลอดจนเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นเพื่อใช้เป็นบทเรียนและช่วยเป็นเครื่องมือในการผลักดันให้เกิดมีขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากเหตุการณ์การสังหารแบบล้างเผ่าพันธุ์ชาวยิวโดยพวกนาซีเยอรมันทำให้ต้องหยิบยกประเด็นเกี่ยวกับเรื่องศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์นำมาบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญของเยอรมันซึ่งมิใช่เป็นเพียงแต่การคุ้มครองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญเท่านั้น หากแต่รัฐธรรมนูญเยอรมันยังมีบทบัญญัติที่กำหนดห้ามมิให้มีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงบทบัญญัติดังกล่าวไว้อีกด้วย ซึ่งถือได้ว่าเป็นการให้ความคุ้มครองเกี่ยวกับบทบัญญัติในการคุ้มครองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ไว้อย่างเข้มแข็งและเป็นบทบัญญัติที่มีความสำคัญเป็นอย่างมากและด้วยความหมายของคำว่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ซึ่งถือเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของสิทธิขั้นพื้นฐานทั้งหลาย เพราะศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตั้งอยู่บนพื้นฐานของสิทธิขั้นพื้นฐานหาใช่สิทธิขั้นพื้นฐานตั้งอยู่บนพื้นฐานของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ไม่ และด้วยมนุษย์เองยังมีความสามารถในการสร้างความสำเร็จให้แก่ตนเองได้ จึงย่อมมีเสรีภาพอย่างเสมอหน้ากัน โดยไม่มีข้อยกเว้นและเป็นผลของคำว่า ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ดังที่ ปญญญาสกล่าวด้วยสิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติ ลงวันที่ 10 ธันวาคม ค.ศ.1948 ได้ระบุไว้ว่า “มนุษย์ทุกคน....ย่อมเกิดมาอย่างมีศักดิ์ศรีและสิทธิต่างๆเท่าเทียมกัน”

การนำเอาบทบัญญัติที่เกี่ยวกับการคุ้มครองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์มาบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญเป็นการเปิดโอกาสให้บุคคลสามารถใช้สิทธิเรียกร้องซึ่งเป็นสิทธิของตนได้อย่างชัดเจนเป็นรูปธรรมและยังส่งผลต่อการกำหนดรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับเอกชนเพื่อแสดงให้เห็นว่ารัฐมิได้มีอยู่หรือเกิดขึ้นเพื่อตัวของรัฐเองเท่านั้น แต่การมีอยู่และเกิดขึ้นของรัฐเป็นผลอันเนื่องมาจากการสร้างสรรค์ของมนุษย์ทำให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในรัฐได้อย่างมั่นคงปลอดภัยและมีความเป็นตัวของตัวเอง ซึ่งนั่นก็หมายถึงการทำให้ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เกิดขึ้นได้อย่าง

แท้จริงเพื่อเป็นตัวกำหนดแนวทางการจัดระเบียบของการอยู่ร่วมกันของคนในรัฐได้อย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และนำไปสู่ความผูกพันในระดับของความเป็นหน้าที่ตามกฎหมายที่ต้องปฏิบัติร่วมกัน ดังนั้น การกระทำที่เป็นการเหยียดคนลงต่ำ การประจาน การตามล่า การเหยียดหยาม การพิพากษาที่เป็นการทารุณ หรือหนักจนเกินเหตุ หรือการปฏิบัติต่อมนุษย์ที่เป็นการข่มขู่ต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตามอำเภอใจซึ่งเป็นการกระทำที่เป็นการลดฐานะของคนลงเป็นเพียงวัตถุยอมถือนั้นเป็นการกระทำที่ฝ่าฝืนต่อศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และเป็นการล่วงล้ำขอบเขตการคุ้มครองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตามที่ศาลรัฐธรรมนูญแห่งสหพันธรัฐของเยอรมัน ได้วางแนวทางไว้ กล่าวคือ การจะปฏิบัติต่อเพื่อนมนุษย์คนใดคนหนึ่งราวกับว่าเขาผู้นั้นไม่ใช่มนุษย์นั้นไม่ได้

ดังนั้น การกล่าวถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จึงเป็นการกล่าวถึง “คุณค่า” ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ซึ่งเป็นคุณค่าที่ไม่ขึ้นอยู่กับเวลาและสถานที่และจะต้องทำให้คุณค่านั้นมีผลในทางกฎหมาย ดังนั้น ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จึงประกอบไปด้วยรากฐานที่เป็นสาระสำคัญ 2 ประการที่ไม่สามารถแยกให้ออกจากกันได้ คือ สิทธิในชีวิตร่างกายและสิทธิในความเสมอภาค

สิทธิในชีวิตและร่างกาย เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่มีความสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการดำรงอยู่ของตัวมนุษย์เองเพราะสิทธิดังกล่าวเป็นสิทธิตามธรรมชาติที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิดและไม่สามารถจะพรากหรือแยกออกจากความเป็นมนุษย์ได้ และการที่สิทธิในชีวิตและร่างกายเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่สำคัญที่แสดงให้เห็นว่ามนุษย์สามารถกำหนดความเป็นไปในตัวเองได้อย่างเป็นอิสระไม่ต้องตกอยู่ภายใต้ความกดขี่ข่มเหงจากผู้อื่นผู้ใดหรือภายใต้อำนาจของบุคคลใดสามารถกำหนดการดำเนินชีวิตของตนเองได้ตามเจตนารมณ์ที่ตนประสงค์ในการที่จะพัฒนาบุคลิกภาพหรือสภาพแวดล้อมในความเป็นอยู่ของตนเองได้ ทำให้มนุษย์มีสภาพหรือความเป็นอยู่แตกต่างจากสิ่งมีชีวิตหรือสัตว์อื่นๆ ดังนั้น เพื่อเป็นการสร้างหลักประกันให้แก่สิทธิในชีวิตและร่างกาย รัฐจึงต้องบัญญัติกฎหมายเพื่อให้ความคุ้มครองและเป็นหลักประกันต่อสิทธิในชีวิตและร่างกายของบุคคลเพื่อเป็นการเคารพสิทธิในชีวิตและร่างกายของปัจเจกบุคคลอันเป็นรากฐานที่สำคัญของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

สิทธิในความเสมอภาค ซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นว่ามนุษย์ทุกคนมีสิทธิและเสรีภาพอย่างเท่าเทียมกันอันเป็นการแสดงถึงความสัมพันธ์ของปัจเจกบุคคลต่อปัจเจกบุคคลและต่อสังคม ดังนั้น ถึงแม้มนุษย์จะได้รับหลักประกันในการให้ความคุ้มครองสิทธิในชีวิตและร่างกายแล้วก็ตามแต่การปฏิบัติต่อมนุษย์โดยไม่ได้ได้รับความเท่าเทียมกันหรือถูกเลือกปฏิบัติแตกต่างจากบุคคลอื่นๆ ในสังคมแล้ว ถือได้ว่ามนุษย์ผู้นั้นย่อมขาดเสียซึ่งหลักประกันในเรื่องหลักความเสมอภาคแล้วและด้วยเหตุดังกล่าวทำให้มนุษย์ไม่สามารถดำรงตนได้อย่างมีศักดิ์ศรีได้อย่างแท้จริงอันถือได้ว่าหลักความเสมอภาคเป็นรากฐานของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่จะต้องได้รับการปฏิบัติอย่างเสมอภาคเท่า

เทียมกันในสังคม เมื่อก้าวโดยสรุปแล้ว ถือได้ว่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เป็นรากฐานและที่มาของ บรรดาสิทธิและเสรีภาพขั้นพื้นฐานทั้งปวงอันเป็นแดนแห่งสิทธิที่รัฐไม่อาจใช้อำนาจก้าวล่วง ละเมิดเข้าไปในขอบเขตดังกล่าวได้นั่นเอง

2.3 แนวความคิดเกี่ยวกับสิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคล

สิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคลเป็นสิทธิที่ติดตัวมนุษย์มาตั้งแต่เกิดและไม่สามารถพรากจาก มนุษย์ของแต่ละคนได้เพราะเป็นสิทธิตามธรรมชาติอันเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานและถือเป็นสิทธิ มนุษยชนที่มนุษย์ทุกคนพึงมี ซึ่งสิทธิดังกล่าวได้แก่ สิทธิเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย สิทธิเสรีภาพ ในเคหสถาน สิทธิเสรีภาพในการติดต่อสื่อสารถึงกันและกัน สิทธิเสรีภาพในการเดินทางและการ เลือกลงที่อยู่ที่อยู่ สิทธิเสรีภาพในครอบครัว สิทธิเสรีภาพในการประกอบอาชีพ สิทธิและเสรีภาพใน ทรัพย์สิน สิทธิและเสรีภาพในการทำสัญญา สิทธิเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็นทางการเมือง สิทธิเสรีภาพในการรวมตัวกันเป็นกลุ่มหรือสมาคมหรือพรรคการเมืองและสิทธิเสรีภาพในการ ลงคะแนนเสียงเลือกตั้งและสมัครเข้ารับเลือกตั้ง ซึ่งการปกครองในระบอบเสรีประชาธิปไตย ภายใต้ระบบนิติรัฐอันเป็นระบบการปกครองที่รัฐยอมตนอยู่ภายใต้กฎหมายของตนเองอย่าง เกรงคร้ามเพื่อให้ความคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพขั้นพื้นฐานของประชาชนภายในรัฐให้เป็นไปตาม กรอบของกฎหมายและรัฐธรรมนูญ ทั้งนี้ เพื่อที่ประชาชนจะได้ใช้สิทธิและเสรีภาพของตนเองเพื่อ พัฒนาบุคลิกภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่

การที่รัฐให้การยอมรับและให้ความคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชนภายใต้ระบบ กฎหมายและรัฐธรรมนูญนั้นมิใช่เป็นกรณีที่รัฐจะยอมให้ประชาชนใช้สิทธิเสรีภาพของตนเองใน การกระทำการต่างๆอย่างไร้ขอบเขตและปราศจากการแทรกแซงและควบคุมจากองค์กรของรัฐได้ แต่อย่างใด แต่ด้วยเหตุที่รัฐต้องธำรงและรักษาไว้ซึ่งผลประโยชน์ของส่วนรวมหรือผลประโยชน์ ของสาธารณะรัฐจึงต้องมีมาตรการทางกฎหมายเพื่อบังคับให้ประชาชนกระทำการหรือละเว้นไม่ กระทำการบางอย่างตามที่จำเป็นซึ่งรัฐจะใช้อำนาจก้าวล่วงหรือรุกล้ำเข้าไปในแดนแห่งสิทธิและ เสรีภาพของประชาชน ได้ต่อเมื่อมีกฎหมายที่ได้มีการประกาศใช้บังคับก่อนแล้วบัญญัติไว้โดยชัดแจ้งและเป็นการทั่วไป แต่บทบัญญัติแห่งกฎหมายที่ให้อำนาจดังกล่าวก็สามารถกระทำการได้เพียง เท่าที่จำเป็นแก่การธำรงหรือรักษาไว้ซึ่งประโยชน์สาธารณะเท่านั้น แต่หากบทบัญญัติแห่งกฎหมาย ใดที่ให้อำนาจในการใช้เพื่อล่วงล้ำเข้าไปในแดนแห่งสิทธิเสรีภาพของประชาชนได้กำหนดไว้อย่าง คลุมเครือหรือหากให้อำนาจเกินเลยเกินกว่าความจำเป็นในการธำรงรักษาไว้ซึ่งผลประโยชน์ สาธารณะแล้ว บทบัญญัติแห่งเจตนาของกฎหมายนั้นย่อมขัดกับเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ

เมื่อกล่าวถึงสิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคล ได้มีแนวความคิดของศาสตราจารย์กฎหมายชาวเยอรมันชื่อว่า Georg Jellinek ได้แยกประเภทของสิทธิขั้นพื้นฐานไว้เป็น 3 ประเภท ดังนี้

ประเภทที่หนึ่ง สิทธิขั้นพื้นฐานที่มีลักษณะเป็นไปในทิศทางของสิทธิมนุษยชนเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของปัจเจกบุคคลที่จะต้องปราศจากการแทรกแซงหรือการเข้ามาละเมิดสิทธิใดๆของปัจเจกบุคคลโดยรัฐ ซึ่งปัจเจกบุคคลผู้ทรงสิทธิประเภทนี้สามารถดำเนินการใช้สิทธิของตนเองที่มีอยู่ไปได้โดยตนเองอันเป็นการใช้สิทธิในเชิงปฏิเสธเพื่อป้องกันมิให้รัฐเข้ามาใช้อำนาจเพื่อกระทำการใดๆอันเป็นการละเมิดสิทธิของปัจเจกบุคคล และหากมีการละเมิดสิทธิดังกล่าวขึ้นปัจเจกบุคคลอาจใช้สิทธิเรียกร้องให้รัฐคว่นหรือละเว้นจากการกระทำดังกล่าวที่เป็นการละเมิดได้ สิทธิขั้นพื้นฐานประเภทนี้ ได้แก่ เสรีภาพในการนับถือศาสนา เสรีภาพในเคหสถาน เสรีภาพในการติดต่อสื่อสาร เสรีภาพในทางวิชาการ เสรีภาพในการแสดงความคิดเห็น สิทธิในกระบวนการยุติธรรมทางอาญา สิทธิในความเสมอภาค สิทธิของบุคคลในทรัพย์สินและสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย

ประเภทที่สอง สิทธิขั้นพื้นฐานที่มีลักษณะเป็นไปในทิศทางของสิทธิขั้นพื้นฐานในทางสังคมเป็นสิทธิที่รัฐจะต้องเข้ามากระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อให้การใช้สิทธิขั้นพื้นฐานของปัจเจกบุคคลสามารถบรรลุผลได้ตามวัตถุประสงค์และจุดมุ่งหมาย เพราะสิทธิขั้นพื้นฐานประเภทนี้ถือเป็นสิทธิเรียกร้องให้รัฐจะต้องกระทำการเพื่อให้ปัจเจกบุคคลได้รับสิทธิและประโยชน์อย่างใดอย่างหนึ่งซึ่งเป็นสิทธิที่จะตกได้แก่ความเป็นพลเมืองของรัฐ ทั้งนี้ การที่รัฐจะทำให้สิทธิประเภทนี้มีผลเกิดขึ้นเป็นจริงและใช้ได้ในทางปฏิบัติแล้วรัฐสภาจะต้องดำเนินการออกกฎหมายมาบังคับใช้เพื่อควบคุมและดำเนินการให้เป็นไปตามสิทธิและถือได้ว่าเป็นดุลพินิจอิสระที่รัฐจะกำหนดขอบเขตของปัจเจกบุคคลที่จะมีสิทธิได้รับประโยชน์จากสิทธิในเรื่องนั้นๆ ซึ่งสิทธิขั้นพื้นฐานประเภทนี้ ได้แก่ สิทธิได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐาน สิทธิได้รับบริการทางสาธารณสุข สิทธิในทางศาล สิทธิของเด็กและเยาวชนซึ่งไม่มีผู้ดูแลมีสิทธิได้รับการเลี้ยงดูและการอบรมจากรัฐ สิทธิของบุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ สิทธิของผู้พิการและผู้ทุพพลภาพซึ่งมีสิทธิที่จะได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะและความช่วยเหลือจากรัฐ

ประเภทที่สาม สิทธิขั้นพื้นฐานที่มีลักษณะเป็นไปในทิศทางของสิทธิพลเมือง เป็นสิทธิของปัจเจกบุคคลเฉพาะที่เป็นพลเมืองของรัฐเท่านั้นที่จะสามารถใช้สิทธิดังกล่าวของตนเข้าไปมีส่วนร่วมในการสร้างเจตจำนงทางการเมืองหรือสร้างเจตจำนงร่วมกันกับองค์กรของรัฐซึ่งสามารถแยกออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ สิทธิและเสรีภาพของพลเมืองทั่วไป เช่น เสรีภาพในการชุมนุม เสรีภาพในการจัดตั้งพรรคการเมือง เสรีภาพในการรวมกันเป็นสมาคมกับสิทธิและเสรีภาพทางการเมือง

เมือง เช่น สิทธิของผู้เลือกตั้ง สิทธิสมัครรับเลือกตั้ง สิทธิจัดตั้งพรรคการเมือง สิทธิเข้าชื่อของประชาชนเพื่อให้รัฐสภาพิจารณากฎหมาย สิทธิออกเสียงประชามติ สิทธิเข้าชื่อเพื่อถอดถอนผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมือง สิทธิถอดถอนผู้บริหารท้องถิ่นและสิทธิเข้าชื่อเพื่อเสนอข้อบัญญัติท้องถิ่น

ดังนั้น สิทธิและเสรีภาพขั้นพื้นฐานของบุคคลนับว่ามีรากฐานและที่มาจากคำว่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เพราะถือว่าเมื่อรัฐไม่อาจใช้อำนาจก้าวล่วงละเมิดเข้าไปในขอบเขตแดนแห่งสิทธิเสรีภาพของบุคคลได้แล้วเท่ากับแสดงว่าอำนาจรัฐนั้นก็ย่อมต้องผูกพันในฐานะที่สิทธิและเสรีภาพขั้นพื้นฐานนั้นเป็นคุณค่าที่มีสถานะในทางกฎหมายอย่างหนึ่งแยกต่างหากจากศักดิ์ศรีศรีความเป็นมนุษย์เช่นเดียวกัน

เมื่อกล่าวถึงสิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคลอันเป็นสิทธิที่เกิดขึ้นมาเองและมีอยู่ตามธรรมชาติของมนุษย์ สิทธิเสรีภาพเหล่านี้จึงเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า สิทธิมนุษยชน (Human Rights) สิทธิเสรีภาพขั้นพื้นฐานของความเป็นมนุษย์ (Fundamental Rights and Liberties) ซึ่งรัฐจำเป็นต้องรับรองและคุ้มครองสิทธิเสรีภาพดังกล่าว โดยการบัญญัติเป็นลายลักษณ์อักษรและรัฐจะเพิกถอนหรือยกเลิกสิทธิและเสรีภาพขั้นพื้นฐานของประชาชนที่ได้กำหนดไว้แล้วนั้นมิได้ แต่รัฐก็ยังสามารถดำเนินการจำกัดสิทธิเสรีภาพบางประเภทของประชาชนได้ตามที่บทบัญญัติแห่งกฎหมายหรือรัฐธรรมนูญที่ให้อำนาจแก่รัฐในการจำกัดสิทธิเสรีภาพดังกล่าว ดังนั้น การที่รัฐธรรมนูญของบรรดาประเทศเสรีประชาธิปไตยได้บัญญัติรับรองและให้ความคุ้มครองศักดิ์ศรีศรีความเป็นมนุษย์ของปัจเจกบุคคลไว้โดยชัดแจ้งหรือโดยปริยายแล้ว ถือเป็นการยอมรับและรับรองโดยให้ความคุ้มครองสิทธิเสรีภาพด้านต่างๆของมนุษย์ที่แต่ละคนพึงมีและเพื่อพัฒนาบุคลิกภาพทั้งทางกายภาพและทางจิตใจแก่ปัจเจกบุคคลนั้น สิทธิและเสรีภาพที่รัฐธรรมนูญได้รับรองและให้ความคุ้มครองแก่ปัจเจกบุคคลนี้เรียกกันว่า สิทธิและเสรีภาพขั้นพื้นฐาน (Fundamental Rights and Liberties) หรือสิทธิขั้นพื้นฐาน (Fundamental Rights) ซึ่งได้มีการบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 คือ

มาตรา 4 ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพและความเสมอภาคของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครอง

มาตรา 26 การใช้อำนาจโดยองค์กรของรัฐทุกองค์กร ต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิและเสรีภาพตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้

มาตรา 27 สิทธิและเสรีภาพที่รัฐธรรมนูญนี้รับรองไว้โดยชัดแจ้ง โดยปริยายหรือโดยคำวินิจฉัยของศาลรัฐธรรมนูญ ย่อมได้รับความคุ้มครองและผูกพันรัฐสภา คณะรัฐมนตรี ศาล รวมทั้งองค์กรตามรัฐธรรมนูญ และหน่วยงานของรัฐ โดยตรงในการตรากฎหมาย การใช้บังคับกฎหมาย และการตีความกฎหมายทั้งปวง

มาตรา 28 บุคคลย่อมอ้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์หรือใช้สิทธิและเสรีภาพของตนได้เท่าที่ไม่ละเมิดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลอื่น ไม่เป็นปฏิปักษ์ต่อรัฐธรรมนูญ หรือไม่ขัดต่อศีลธรรมอันดีของประชาชน

บุคคลซึ่งถูกละเมิดสิทธิหรือเสรีภาพที่รัฐธรรมนูญนี้รับรองไว้ สามารถยกบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้เพื่อใช้สิทธิทางศาลหรือยกขึ้นเป็นข้อต่อสู้คดีในศาลได้

บุคคลย่อมสามารถใช้สิทธิทางศาลเพื่อบังคับให้รัฐต้องปฏิบัติตามบทบัญญัติในหมวดนี้ได้โดยตรง หากการใช้สิทธิและเสรีภาพในเรื่องใดมีกฎหมายบัญญัติรายละเอียดแห่งการใช้สิทธิและเสรีภาพตามที่รัฐธรรมนูญนี้รับรองไว้แล้ว ให้การใช้สิทธิและเสรีภาพในเรื่องนั้นเป็นไปตามที่กฎหมายบัญญัติ

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการส่งเสริม สนับสนุน และช่วยเหลือจากรัฐในการใช้สิทธิตามความในหมวดนี้

มาตรา 29 การจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลที่รัฐธรรมนูญรับรองไว้จะกระทำมิได้เว้นแต่ โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมายเฉพาะเพื่อการที่รัฐธรรมนูญนี้กำหนดไว้และเท่าที่จำเป็นและจะกระทบกระเทือนสาระสำคัญของสิทธิและเสรีภาพนั้นมีได้

กฎหมายตามวรรคหนึ่งต้องมีผลใช้บังคับเป็นการทั่วไป และไม่มุ่งหมายให้ใช้บังคับแก่กรณีใดกรณีหนึ่งหรือแก่บุคคลใดบุคคลหนึ่งเป็นการเจาะจง ทั้งต้องระบุบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญที่ให้อำนาจในการตรากฎหมายนั้นด้วย

บทบัญญัติในวรรคหนึ่งและวรรคสองให้นำมาใช้บังคับกับกฎที่ออกโดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมายด้วยโดยอนุโลม

ซึ่งสิทธิและเสรีภาพขั้นพื้นฐานของบุคคลที่กล่าวมาข้างต้นนั้นมีเป็นจำนวนมาก และมีความแตกต่างกันออกไปตามแต่สภาพการณ์ทางการเมือง สังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม ตลอดจนความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีของแต่ละประเทศในแต่ละยุคสมัย แต่ทั้งนี้ในทุกประเทศและทุกยุคสมัยนั้นยังถือกันว่าสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกายและสิทธิในทรัพย์สินนั้นเป็น “แก่น” (Core) ของสิทธิและเสรีภาพขั้นพื้นฐานทั้งหลายนั่นเอง และตามที่กล่าวมานั้นถือได้ว่าเป็นการยอมรับในภาวะที่เป็นนามธรรมว่าสิทธิเสรีภาพนั้นเป็นสิ่งที่เกิดแต่โดยสภาพธรรมชาติของมนุษย์ที่รัฐไม่สามารถปฏิเสธหรือยกเลิกเพิกถอนได้ แต่การที่รัฐอาจจำกัดสิทธิเสรีภาพดังกล่าวได้บางอย่างตามที่กฎหมายได้ให้อำนาจไว้ นั้นเป็นสิ่งที่ถูกต้องตรงกับหลักกฎหมายมหาชนที่ว่า “ถ้ากฎหมายไม่ให้อำนาจไว้ ก็ทำไม่ได้”¹⁶

¹⁶ เกรียงไกร เจริญธนาวัฒน์ ก (2547). หลักกฎหมายว่าด้วยสิทธิเสรีภาพ. หน้า 19.

ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าไม่มีรัฐธรรมนูญของประเทศเสรีประชาธิปไตยประเทศใดที่บัญญัติรับรองและคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพด้านต่างๆให้แก่ประชาชนไว้อย่างสัมบูรณ์ (Absolute) กล่าวคือ เป็นการรับรองโดยไม่มีเงื่อนไขหรือข้อจำกัดใดๆ ทั้งนี้ เนื่องจากการดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันในสังคมนั้นจำเป็นต้องมีระเบียบวินัยซึ่งแต่ละคนจะใช้สิทธิหรือเสรีภาพกระทำการใดๆที่มีผลกระทบต่อสิทธิหรือเสรีภาพของผู้อื่นไม่ได้ เพราะรัฐมีพันธกิจที่จะต้องให้ความคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชนหรือเพื่อธำรงไว้ซึ่งประโยชน์สาธารณะหรือประโยชน์ส่วนรวมอันเป็นประโยชน์ของมหาชน (Public Interest) แต่ในบางกรณีก็บัญญัติรับรองไว้อย่างสัมพัทธ์ (Relative) กล่าวคือ รัฐสงวนไว้ซึ่งอำนาจในอันที่จะจำกัดการใช้สิทธิหรือเสรีภาพนั้นๆในภายหลังเพื่อที่จะมีอำนาจบังคับให้ประชาชนกระทำการหรือห้ามมิให้กระทำการบางอย่างได้เสมอ

2.4 แนวความคิดเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชน

สิทธิมนุษยชน (Human Rights) ถือเป็นคุณลักษณะประจำตัวของมนุษย์ทุกคนเพราะเป็นสิทธิและเสรีภาพของมนุษย์ที่เกิดขึ้นมาตามธรรมชาติและในฐานะที่เกิดมาเป็นมนุษย์ เป็นสิทธิที่ผูกพันอยู่กับความเป็นมนุษย์ เป็นสิทธิที่ติดตัวมนุษย์ เนื่องจากมนุษย์ทุกคนเกิดมามีสิทธิและเสรีภาพมาตั้งแต่ก่อนที่จะมีรัฐเกิดขึ้นจึงทำให้ไม่มีมนุษย์คนใดสามารถละสิทธิและเสรีภาพดังกล่าวได้และไม่มีผู้ปกครองว่าการแผ่นดิน (Sovereign) คนหนึ่งคนใดหรือคณะใดที่จะมีอำนาจทำลายล้างสิทธิและเสรีภาพนี้ได้ เพราะสิทธิมนุษยชนเป็นสิ่งที่กำหนดขึ้นให้แก่ตัวบุคคลโดยไม่มีข้อจำกัดในทางลักษณะตัวบุคคล กล่าวคือ เป็นสิทธิและเสรีภาพที่บุคคลทุกคนเป็นผู้ทรงสิทธิดังกล่าวหรืออาจกล่าวได้อีกว่าสิทธิประเภทนี้มีใช้กรณีของรัฐบัญญัติกฎหมายให้สิทธิแก่บุคคล หากแต่เป็นการที่กฎหมายของรัฐได้บัญญัติรับรองสิทธิที่ติดตัวมนุษย์ไว้ในบทบัญญัติของกฎหมาย

ดังนั้น รัฐจึงมีอำนาจจะมีคุณค่าขึ้นมาในตัวเองได้ หากแต่รัฐจะมีคุณค่าขึ้นมาเมื่อได้ทำหน้าที่ในการปกป้องและดูแลรักษาเพื่อมุ่งเน้นและส่งเสริมในการให้ความคุ้มครองต่อสิทธิและเสรีภาพของมนุษย์ซึ่งเป็นผู้ทรงสิทธิดังกล่าวและนับเป็นความเชื่อมาตั้งแต่ในอดีตที่ว่ามนุษย์เกิดมามีความกลัวคิดตัวมาโดยตลอดเวลา ไม่ว่าจะเป็นความกลัวในด้านของความปลอดภัยเกี่ยวกับชีวิต ร่างกายและทรัพย์สินหรือเกี่ยวกับความตาย ตลอดจนเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นจากปรากฏการณ์ตามธรรมชาติ ซึ่งด้วยเหตุดังกล่าวนี้เองมนุษย์จึงมีความจำเป็นที่จะต้องแสวงหาสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อใช้เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ และเพื่อใช้เป็นหลักประกันในความมั่นคงปลอดภัยเกี่ยวกับชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินให้กับตนเองเป็นสำคัญ และด้วยความเชื่อที่ว่ามนุษย์เกิดมามีคุณค่า และมีวิถีทางแห่งการดำเนินชีวิต และความเป็นอยู่ในการดำรงตนในสภาพแวดล้อมที่ดีที่เหมาะสมอย่างสมศักดิ์ศรีของ

ความเป็นมนุษย์ด้วยตนเอง เพราะถือว่าเป็นตามสิทธิธรรมชาติ (Natural Rights) ของมนุษย์ซึ่งมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับกฎหมายธรรมชาติ (Natural Law) จึงเป็นที่ยอมรับกันว่าสิทธิธรรมชาตินั้นถือเป็นบ่อเกิดหรือที่มาอันสำคัญของสิทธิมนุษยชนในปัจจุบันเลยทีเดียว

สิทธิธรรมชาติ (Natural Rights) หมายถึง สิ่งที่มีอยู่ในธรรมชาติเป็นความชอบธรรมที่มนุษย์จะพึงมีสิทธินี้มีหลักการอยู่บนความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์¹⁷ เพราะโดยธรรมชาติของความต้องการพื้นฐานดังกล่าวของมนุษย์มีที่มานั้นเนื่องมาจากมนุษย์มีความกลัวในทุกระดับอยู่ตลอดเวลา เช่น ความกลัวเกี่ยวกับความตาย ความกลัวในการสูญเสียสิ่งที่รักหวงแหน ความกลัวจากการถูกรุกราน ทั้งนี้ ไม่ว่าจะนับมาตั้งแต่ในยุคสมัยที่มนุษย์ยังไม่เข้าใจหรือยังไม่สามารถควบคุมธรรมชาติได้ หรือเรื่อยมาตลอดจนกระทั่งถึงยุคสมัยที่วิวัฒนาการทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีจะเจริญก้าวหน้าจนถึงขั้นขีดสุดแล้วก็ตามมนุษย์ก็ยังจำเป็นต้องแสวงหาความปลอดภัยเพื่อเป็นหลักประกันขั้นต่ำให้แก่ตนเองเพื่อให้เกิดความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต ร่างกาย ทรัพย์สิน การดำรงชีพและการประกอบอาชีพที่เกิดจากการรุกรานทั้งจากภายในและภายนอกสังคม¹⁸ และเพื่อให้ตนเองสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ด้วยความปลอดภัยทำให้เกิดความเชื่อที่ว่าความชอบธรรมขั้นพื้นฐานมีอยู่ตามธรรมชาติพร้อมกับการเกิดมาของมนุษย์เพราะมนุษย์ทุกคนที่เกิดมาทั้งหลายเมื่อเกิดมาแล้วเท่าเทียมกัน มนุษย์มีสิทธิบางประการที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิดจนกระทั่งถึงแก่ความตาย ซึ่งได้แก่ สิทธิในชีวิต เสรีภาพในร่างกาย และความเสมอภาค ซึ่งสิทธิดังกล่าวไม่สามารถจำหน่ายโอนให้แก่บุคคลอื่น หรือบุคคลอื่นจะล่วงละเมิดมิได้เช่นกันและหากมีการล่วงละเมิดเกิดขึ้นก็จะก่อให้เกิดอันตราย หรือเป็นการกระทบกระเทือนเสื่อมเสียต่อสภาพของความเป็นมนุษย์ได้¹⁹

ความหมายของคำว่า “สิทธิมนุษยชน” (Human Rights) นั้น มีผู้ให้คำจำกัดความในความหมายที่หลากหลายซึ่งในอดีตสมัยที่สิทธิมนุษยชนยังไม่เป็นที่แพร่หลายได้ให้ความหมายของสิทธิมนุษยชนไว้ หมายถึง “สิทธิของความเป็นมนุษย์” ต่อมาเมื่อสิทธิมนุษยชนได้ปรากฏและเป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายซึ่งคำว่า สิทธิมนุษยชนได้ถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวางทั้งในระดับภูมิภาคและนานาชาติประเทศซึ่งนับตั้งแต่ได้มีการก่อตั้งองค์การสหประชาชาติเป็นต้นมา ในกฎบัตรสหประชาชาติได้กล่าวถึงสิทธิมนุษยชนไว้หลายแห่งจึงเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า

¹⁷ อุดมศักดิ์ สินธิพงษ์. (2550). สิทธิมนุษยชน. หน้า 16.

¹⁸ ชัยอนันต์ สมุทวณิช. (2530). ทฤษฎีระบบการเมืองไทย กรอบการวิเคราะห์ไตรลักษณ์รัฐ. หน้า 5-6.

¹⁹ วีระ โลจายะ ข (2525). กฎหมายสิทธิมนุษยชน. หน้า 1.

สิทธิธรรมชาติ (Natural Rights) ซึ่งมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับกฎหมายธรรมชาติ (Natural Law) อันถือเป็นป่อเกิดและที่มาของสิทธิมนุษยชนในปัจจุบันนั่นเอง

มีนักกฎหมายบางท่านมีความเห็นว่า สิทธิมนุษยชน หมายถึง “สิทธิตามกฎหมาย และสิทธิที่มีใช้สิทธิตามกฎหมาย” และยังมีนักปราชญ์ทางกฎหมายอีกท่านหนึ่งได้กล่าวถึงสิทธิมนุษยชนไว้ว่า สิทธิมนุษยชน คือ “สิทธิทั้งหลายซึ่งเป็นที่ยอมรับกันในประเทศที่มีอารยะธรรมว่าเป็นสิทธิพื้นฐานที่จำเป็นในการดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีของมนุษย์และในการพัฒนาบุคลิกภาพของมนุษย์เป็นสิทธิที่มีการคุ้มครองป้องกันในทางกฎหมายเป็นพิเศษกับความสำคัญของสิทธิดังกล่าว”²⁰

ดังนั้น จากคำจำกัดความข้างต้นจึงสามารถให้ความหมายของสิทธิมนุษยชนซึ่งหมายถึง “สิทธิขั้นพื้นฐานเป็นมาตรฐานขั้นต่ำที่พึงมี เป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตของมนุษย์อย่างมีศักดิ์ศรีและมีคุณค่า หากมีการล่วงละเมิดต่อสิทธิดังกล่าวย่อมจะได้รับการรับรองและคุ้มครองโดยกฎหมาย เช่น สิทธิในชีวิตร่างกายและความมั่นคงปลอดภัย สิทธิในการถือครองทรัพย์สิน ตลอดจนสิทธิในการเคลื่อนไหวและการเลือกถิ่นที่อยู่” และนอกจากนี้สิทธิมนุษยชนยังหมายถึง “สิทธิที่พึงมีเพื่อการพัฒนาบุคลิกภาพ คุณภาพชีวิต เพื่อธำรงไว้ซึ่งคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เช่น สิทธิในการเลือกที่จะประกอบอาชีพ สิทธิในการแสดงความคิดเห็น สิทธิในการนับถือศาสนา และสิทธิในการมีส่วนร่วมในทางการเมือง” และสำหรับประเทศไทยตามพระราชบัญญัติคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ พ.ศ.2542 มาตรา 3 ได้ให้ความหมายของสิทธิมนุษยชนไว้ หมายถึง “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพและความเสมอภาคของบุคคลที่ได้รับการรับรองหรือคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย หรือตามกฎหมายไทย หรือตามสนธิสัญญาที่ประเทศไทยมีพันธกรณีที่จะต้องปฏิบัติตาม”

เมื่อกล่าวถึงสิทธิมนุษยชนมีความแตกต่างกับสิทธิทางกฎหมายอยู่หลายประการ กล่าวคือ สิทธิมนุษยชนเป็นสิทธิตามธรรมชาติซึ่งเกิดขึ้นมาติดตัวพร้อมกับความเป็นมนุษย์ทุกคนไม่สามารถแยกหรือสลัดทิ้งได้ ดังนั้นโดยพื้นฐานแล้วจึงมิใช่กฎหมายเป็นแต่เพียงสิทธิที่ได้ถูกกำหนดให้มีความชัดเจนขึ้นและมีการออกกฎหมายเพื่อกำหนดขอบเขตในการให้ความรับรองและคุ้มครองสิทธิดังกล่าวให้เป็นรูปธรรม เช่น การรับรองและคุ้มครองสิทธิและความเท่าเทียมกันในการประกอบอาชีพ หรือความแตกต่างในเรื่องเพศ เป็นต้น ซึ่งแตกต่างกับสิทธิทางกฎหมายอันเป็นสิ่งที่เกิดขึ้น โดยมนุษย์ได้กำหนดให้มีขึ้น เพื่อใช้เป็นกรอบในการรับรองและคุ้มครองสิทธิเพื่อให้

²⁰ แหล่งเดิม. หน้า 53-54.

มนุษย์สามารถใช้สิทธิที่บังคับกันได้ในสังคม เช่น การให้ความคุ้มครองเกี่ยวกับการคิดค้นหรือประดิษฐ์เกี่ยวกับการสร้างสรรค์งานตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ สิทธิบัตร หรือเครื่องหมายการค้า

สิทธิมนุษยชน เป็นสิทธิที่ปราศจากขอบเขตและข้อจำกัดใดๆและถือเป็นสิทธิที่ไร้พรมแดนเพราะมนุษย์ทุกคนเมื่อเกิดมาในโลกนี้แล้วย่อมมีสิทธิและความเสมอภาคเท่าเทียมกันที่สามารถจะกำหนดความเป็นอยู่ความเป็นไปในการดำเนินชีวิตของตนเองได้โดยปราศจากการแทรกแซงและไม่มีข้อยกเว้น แต่สิทธิตามกฎหมายเป็นสิทธิของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลโดยเฉพาะที่ต้องถูกกำหนดให้มีขอบเขตในการจำกัดสิทธิตามที่กฎหมายกำหนดขึ้น

สิทธิมนุษยชน เป็นสิทธิของมนุษย์ทุกคนที่เกิดมีชีวิตและร่างกายอย่างเท่าเทียมกันโดยปราศจากการแทรกแซงและการประทุษร้ายอันเป็นการละเมิดต่อสิทธิส่วนบุคคลจากบุคคลอื่น แต่สิทธิตามกฎหมายเป็นสิทธิเฉพาะบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ซึ่งอาจถูกจำกัดสิทธิให้สามารถมีได้เฉพาะบุคคลผู้มีสัญชาติเฉพาะเจ้าของประเทศนั้นเท่านั้น สิทธินี้ได้แก่ความเป็นเจ้าของกรรมสิทธิ์ในทรัพย์สิน

สิทธิมนุษยชน เป็นสิทธิที่คงอยู่ติดตัวมนุษย์ได้โดยตลอดไปทุกยุคทุกสมัยและสามารถพิสูจน์ให้เห็นได้ว่าสิทธิประเภทนี้มีอยู่จริงอันเป็นสิทธิที่เป็นนิรันดรของมนุษย์ แต่สิทธิทางกฎหมายนี้ย่อมขึ้นอยู่กับผลบังคับใช้หรือสภาพบังคับของกฎหมายที่ใช้บังคับอยู่ในชั่วระยะเวลาใดเวลาหนึ่งเป็นสำคัญโดยจะพิจารณาตามความเหมาะสมตามกาลเวลาและสภาพความเปลี่ยนแปลงของสังคมและความจำเป็นของการดำรงอยู่และการบังคับใช้ของกฎหมายนั้นซึ่งอาจมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงหรือถูกยกเลิกไปเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในอนาคต

สิทธิมนุษยชน เป็นสิทธิที่เกิดขึ้นมาอยู่กับมนุษย์เป็นการเฉพาะตัวของแต่ละบุคคลไม่สามารถทำลาย จำหน่าย จ่าย โอนให้แก่ผู้อื่นได้ ส่วนสิทธิทางกฎหมายสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง จำหน่าย จ่าย โอนให้แก่ผู้อื่นได้ทั้งโดยทางนิติกรรมหรือทางมรดก เช่น การโอนกรรมสิทธิ์ สิทธิครอบครอง การซื้อขาย แลกเปลี่ยนหรือให้

สิทธิมนุษยชน โดยหลักการและพื้นฐานของสิทธิประเภทนี้แล้วเป็นสิทธิที่ไม่มีสภาพบังคับโดยแท้จริงเช่นเดียวกับสิทธิตามกฎหมาย ซึ่งการจะทำให้เกิดสภาพบังคับได้ก็โดยนำสิทธินั้นไปบัญญัติรับรองไว้ในกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมืองของสหประชาชาติหรือกฎหมายภายในประเทศหรือในรัฐธรรมนูญ

ในส่วนของ การนำหลักการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชนไปบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญจึงสามารถแยกประเภทและให้ความหมายของสิทธิมนุษยชนได้แก่ สิทธิที่รัฐธรรมนูญมีเจตนารมณ์ที่จะให้ความคุ้มครองแก่บุคคลทุกคน โดยมีได้แบ่งแยกคุณสมบัติของตัวบุคคลว่าเป็นคนสัญชาติ เชื้อชาติ ภาษา หรือศาสนาใดเป็นสำคัญ หากแต่ขอให้ถือว่าบุคคลคนนั้นได้เข้ามา

ดำรงตนอยู่และโดยอาศัยอำนาจทางพื้นที่ที่ใช้รัฐธรรมนูญนั้น จึงจะมีสิทธิได้รับความคุ้มครองตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนั้นด้วย สิทธิมนุษยชนนี้เป็นสิทธิและเสรีภาพที่เกิดขึ้นมาคิดตัวและประจำตัวอันเป็นคุณลักษณะของมนุษย์ทุกคนในฐานะที่ทุกคนเกิดมาเป็นมนุษย์ที่มีสิทธิและความเสมอภาคเท่าเทียมกันมาตั้งแต่เกิด จึงมีลักษณะและความมุ่งหมายเพื่อคุ้มครองมนุษย์คล้ายกับคำว่า “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” นั่นเอง

เมื่อสิทธิมนุษยชน (Human Rights) ซึ่งตามที่ปรากฏและเป็นที่ยุติกันอย่างแพร่หลาย นับตั้งแต่องค์การสหประชาชาติ (United Nations) ได้ให้การรับรองหลักการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน เมื่อวันที่ 10 ธันวาคม ค.ศ.1948 โดยที่ประชุมสมัชชาใหญ่สหประชาชาติได้ให้การรับรองปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (The Universal Declaration of Human Rights) ขึ้น โดยมีเจตนารมณ์เพื่อให้เป็นองค์กรที่ปกป้องสิทธิมนุษยชนในระดับระหว่างประเทศและให้การรับประกันสิทธิทางเศรษฐกิจ สิทธิทางสังคมและสิทธิทางวัฒนธรรม แต่เนื่องจากปฏิญญาดังกล่าวไม่ก่อให้เกิดพันธะ ในทางกฎหมายที่จะผูกพันรัฐสมาชิกของสหประชาชาติให้ต้องปฏิบัติตามเพราะปฏิญญาดังกล่าว มิใช่สนธิสัญญาที่จะมีสภาพบังคับ แต่ทั้งนี้ สหประชาชาติก็มีจุดมุ่งหมายเพื่อต้องการให้ปฏิญญาดังกล่าวเป็นเอกสารชี้แนะให้แก่อรัฐสมาชิกเพื่อการรับรองคุ้มครองสิทธิมนุษยชนภายในประเทศของตนเท่านั้น แต่ยังมีนักกฎหมายชาวฝรั่งเศสซึ่งเป็นผู้หนึ่งที่ได้ร่วมร่างปฏิญญาดังกล่าว คือ ศาสตราจารย์ เรอเน่ กาสแซง ยืนยันว่าปฏิญญาดังกล่าวมีค่าบังคับมากกว่าเป็นเอกสารชี้แนะเพราะรัฐสมาชิกทั้งปวงให้คำมั่นว่าจะดำเนินการร่วมกัน... ในการร่วมมือกับองค์การเพื่อให้บรรลุแห่งความมุ่งหมายที่กำหนดไว้... ซึ่งที่สำคัญ ก็คือ การส่งเสริมให้มีการเคารพในสิทธิมนุษยชน²¹

ซึ่งจากคำปรารภของปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนมีเนื้อหาแสดงให้เห็นถึงเจตนารมณ์และวัตถุประสงค์ตามที่ศาสตราจารย์ เรอเน่ กาสแซง ได้วิเคราะห์ไว้โดยแบ่งเป็น 6 กลุ่ม กลุ่มแรก มีเนื้อหาอยู่ในสองมาตราแรกเป็นการรับรองถึงสิทธิมนุษยชนพื้นฐาน มาตราแรกได้นิยามพื้นฐานทางอุดมการณ์ของปฏิญญาดังกล่าวไว้ว่า “มนุษย์ทั้งหลายเกิดมาอิสระเสรีและเท่าเทียมกันทั้งศักดิ์ศรีและสิทธิทุกคนได้รับการประสิทธิประสาทเหตุผลและมโนธรรมและควรปฏิบัติต่อกันอย่างฉันพี่น้อง” มาตราสอง กล่าวถึงขอบเขตการใช้สิทธิเสรีภาพโดยบัญญัติว่า “บุคคลชอบที่จะมีสิทธิและเสรีภาพที่ระบุไว้ในปฏิญญานี้ โดยไม่มีการจำแนกความแตกต่างในเรื่องเชื้อชาติ ศาสนา ภาษา เพศ สีผิว ความเห็นทางการเมือง ชาติ ทรัพย์สิน กำเนิดหรือสถานะอื่นใด...”²²

²¹ โกลิน พลกุล. (2529). ปัญหาและข้อคิดบางเรื่องจากรัฐธรรมนูญฯ. หน้า 91.

²² แพลและเรียบเรียงโดย คณะอนุกรรมการสิทธิมนุษยชนและสันติภาพ องค์การการศึกษาวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (UNESCO).

กลุ่มที่สอง เป็นการให้ความสำคัญเกี่ยวกับสิทธิของบุคคลโดยบัญญัติไว้ในมาตรา 3 ถึงมาตรา 14 เช่น สิทธิในร่างกายและเสรีภาพ อิสระจากการเป็นทาส อิสระจากการทรมาน การลงโทษหรือการปฏิบัติที่ต่ำช้า สิทธิที่จะเป็นบุคคลตามกฎหมาย สิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองจากกฎหมายอย่างเสมอภาคกัน สิทธิได้รับการเยียวยาทางศาลและการถูกละเมิดสิทธิ อิสระจากการถูกจับกุมคุมขังหรือเนรเทศโดยพลการ สิทธิที่จะได้รับความเป็นธรรมจากการพิจารณาคดี สิทธิในคดีอาญาที่ได้รับการสันนิษฐานไว้ก่อนว่าบริสุทธิ์จนกว่าจะพิสูจน์ได้ว่ากระทำความผิดจริง สิทธิที่จะไม่ถูกแทรกแซงความเป็นส่วนตัว สิทธิในการเดินทางและย้ายถิ่นที่อยู่ออกนอกประเทศ

กลุ่มที่สาม เป็นบทบัญญัติที่ให้การรับรองสถานะส่วนบุคคลตามมาตรา 15 ถึงมาตรา 17 เช่น สิทธิในการถือสัญชาติ สิทธิในการสมรสและการสร้างครอบครัว สิทธิที่จะมีทรัพย์สิน

กลุ่มที่สี่ เป็นการรับรองสิทธิเสรีภาพและเสรีภาพทางการเมืองโดยปรากฏอยู่ในมาตรา 18 ถึงมาตรา 21 เช่น สิทธิเสรีภาพในการนับถือศาสนา เสรีภาพในการแสดงความคิดเห็นและการแสดงออก การรับหรือการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร สิทธิในการชุมนุมอย่างสงบ

กลุ่มที่ห้า เป็นการรับรองสิทธิทางเศรษฐกิจและสังคมซึ่งปรากฏตามมาตรา 22 ถึงมาตรา 27 เช่น สิทธิในสวัสดิการทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม สิทธิในการทำงานร่วมกันในสหภาพแรงงาน สิทธิในการพักผ่อนและมีวันหยุด สิทธิมาตรฐานการครองชีพ มารดาและเด็กจะต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ สิทธิในการศึกษา สิทธิในการเข้าร่วมศิลปวัฒนธรรม

และกลุ่มสุดท้าย เป็นการบัญญัติไว้ก่อนข้างกว้างและยืนยันถึงสิทธิของมนุษย์ทุกคนที่จะได้รับประโยชน์จากระเบียบของสังคมและรวมถึงหน้าที่ของบุคคลที่มีต่อชุมชน ข้อจำกัดสิทธิเสรีภาพซึ่งจะถูกจำกัดได้ด้วยกฎหมายเท่านั้นตามมาตรา 28 และมาตรา 29

ซึ่งตามคำประกาศของสมัชชาแห่งสหประชาชาติได้ประกาศว่า ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนนี้เป็นมาตรฐานร่วมกันแห่งความสำเร็จสำหรับประชาชนทั้งหลาย และประชาชาติทั้งปวงด้วยจุดประสงค์ที่จะให้ปัจเจกบุคคลทุกผู้ทุกนามและองค์กรของสังคมทุกหน่วยโดยการระลึกเสมอถึงปฏิญญานี้พยายามสั่งสอนและให้การศึกษาเพื่อส่งเสริมการเคารพต่อสิทธิและเสรีภาพเหล่านี้และด้วยมาตรการที่เจริญก้าวหน้าไปข้างหน้าทั้งในและระหว่างประเทศเพื่อให้ได้มาซึ่งการยอมรับและการนับถือปฏิบัติต่อสิทธิเหล่านั้นสากลและได้ผลทั้งในหมู่ประชาชนของรัฐสมาชิกเอง และในหมู่ประชาชนแห่งดินแดนที่อยู่ภายใต้ดูแลของรัฐบาลสมาชิกดังกล่าว

2.5 แนวความคิดเกี่ยวกับสิทธิพลเมือง

สิทธิพลเมือง ถือเป็นสิทธิในอันที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการสร้างเจตนารมณ์ของรัฐ ซึ่งโดยเหตุผลแล้วสิทธิพลเมืองจะมีขึ้นได้ก็เฉพาะในภายหลังจากที่มีการกำเนิดเกิดขึ้นของรัฐ

แล้วเท่านั้น และยังคงกล่าวกันว่าสิทธิพลเมืองเป็นสิทธิและเสรีภาพที่สืบเนื่องมาจากสิทธิมนุษยชน เนื่องจากสิทธิพลเมืองเป็นวิธีการที่ประชาชนจะได้รับการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของตนอีกทางหนึ่งได้อย่างมั่นใจและยังอาจกล่าวได้อีกว่า สิทธิพลเมืองเป็นสิทธิที่รัฐธรรมนูญมุ่งที่จะให้ความคุ้มครองเฉพาะบุคคลที่เป็นพลเมืองของรัฐเท่านั้น ไม่ใช่มีไว้สำหรับบุคคลที่เป็นคนต่างด้าวที่พำนักพักอาศัยอยู่ในรัฐนั้น เพราะไม่มีรัฐใดในโลกที่ยอมให้คนต่างด้าวที่อาศัยอยู่ในราชอาณาจักรของตนไม่ว่าจะเป็นการชั่วคราวหรือถาวรมีสิทธิเสรีภาพทางการเมืองได้²³ ซึ่งสิทธิดังกล่าวเป็นสิทธิและเสรีภาพที่มอบให้แก่เฉพาะพลเมืองของรัฐในฐานะผู้ทรงสิทธิและเสรีภาพ เพราะสิทธิและเสรีภาพที่ตกได้แก่พลเมืองของรัฐนั้นมักจะเป็นสิทธิและเสรีภาพที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในทางการเมือง สิทธิในการตั้งพรรคการเมือง หรือสิทธิในการรับราชการหรือสิทธิในการเข้าเป็นสมาชิกขององค์กรของรัฐอื่นๆ เนื่องจากสิทธิในทางการเมือง เช่น สิทธิในการเลือกตั้งถือเป็นสิทธิพื้นฐานของหลักประชาธิปไตยและหลักอธิปไตยเป็นของปวงชนซึ่งสิทธิพื้นฐานดังกล่าวเป็นสิทธิของประชาชนของรัฐนั้นเท่านั้นและนอกเหนือจากสิทธิในทางการเมืองแล้ว สิทธิพลเมืองยังเป็นสิทธิที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดสถานะของความเป็นบุคคลของชาติ เช่น การให้ความคุ้มครองโดยมิให้มีการถอดถอนสัญชาติของบุคคลชาตินั้นหรือการห้ามมิให้มีการเนรเทศบุคคลที่มีสัญชาตินั้นออกจากประเทศของตนอีกด้วย

แต่การมีสิทธิเสรีภาพทางการเมืองของบุคคลที่มีสัญชาติของรัฐนั้นก็หาได้มีเหมือนกันหมดทุกคนภายในรัฐไม่ ซึ่งเฉพาะแต่บุคคลที่มีคุณสมบัติครบถ้วนและไม่มียกเว้นต้องห้ามตามกฎหมายบางประการเท่านั้นจึงจะมีสิทธิเสรีภาพในทางการเมืองที่จะมีสิทธิเลือกตั้งหรือสมัครรับเลือกตั้งได้ หากเป็นบุคคลที่มีสัญชาติของรัฐนั้นแล้วแต่มีคุณสมบัติหรือมีลักษณะต้องห้ามอย่างหนึ่งอย่างใดตามที่กฎหมายกำหนดไว้ก็ห้ามมีสิทธิเสรีภาพดังกล่าวแต่อย่างใด แต่ถึงอย่างไรบุคคลที่มีสัญชาติของรัฐนั้นย่อมมีสิทธิและใช้สิทธิที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมในทางการเมือง ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการสร้างเจตนารมณ์ในการปกครองของระบอบประชาธิปไตยของรัฐ ดังนั้น การที่รัฐจะใช้อำนาจเพื่อตัดสิทธิของบุคคลที่มีสัญชาติของรัฐซึ่งถือเป็นหลักข้อยกเว้นจากหลักทั่วไปนั้นจะต้องมีเหตุผลหนักแน่นเพียงพอที่สามารถให้อำนาจกระทำได้ ซึ่งมีความเห็นของท่านศาสตราจารย์ ดร. หยุต แสงอุทัย²⁴ และศาสตราจารย์ ดร. วิษณุ เครืองาม²⁵ ให้ไว้ว่า “ผู้ทรงสิทธิและ

²³ Hermann ROESLER, in Johannes SIEMEST, Hermann ROESLER and the making of Meiji State. Tokyo. p.117.

²⁴ หยุต แสงอุทัย ก เล่มเดิม. หน้า 130-131.

²⁵ วิษณุ เครืองาม. (2530). กฎหมายรัฐธรรมนูญ. หน้า 655.

เสรีภาพตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยทุกฉบับได้แก่ คนสัญชาติไทยเท่านั้น โดยทั้งสองท่านได้ให้เหตุผลไว้ว่า รัฐธรรมนูญของรัฐแต่ละรัฐย่อมกำหนดความสัมพันธ์ระหว่างรัฐนั้นกับคนสัญชาติของตนเท่านั้นไม่ได้กำหนดความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับคนต่างด้าว” ซึ่งท่านศาสตราจารย์ ดร.หยุด แสงอุทัย ยังให้ความเห็นไว้อีกว่า “ถ้ารัฐธรรมนูญจะให้สิทธิและเสรีภาพแก่คนต่างด้าวก็จะต้องบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญโดยเฉพาะ ในกรณีที่รัฐธรรมนูญไม่ได้บัญญัติไว้คนต่างด้าวจะมีสิทธิเพียงใดย่อมเป็นไปตามสนธิสัญญาและกฎหมายอื่นซึ่งไม่ใช่เรื่องของรัฐธรรมนูญ”²⁶

ความแตกต่างระหว่างสิทธิพลเมืองกับสิทธิมนุษยชน กล่าวคือ สิทธิพลเมืองเป็นสิทธิที่สำนักกฎหมายฝ่ายบ้านเมืองเป็นผู้กำหนดกฎเกณฑ์ขึ้นมาว่าสิ่งใดเป็นสิทธิที่พลเมืองควรจะมีหรือควรจะต้องรู้หรือปฏิบัติ แต่สิทธิมนุษยชนถือเป็นสิทธิที่กำเนิดขึ้นมาติดตัวอยู่กับมนุษย์เองตามธรรมชาติ ซึ่งสิทธิพลเมืองสามารถแยกประเภทของสิทธิได้ออกเป็น 2 ประเภท คือ สิทธิพลเมืองทั่วไป ได้แก่ เสรีภาพในการชุมนุม เสรีภาพในการจัดตั้งพรรคการเมือง เสรีภาพในการรวมกันเป็นสมาคม และอีกประเภทหนึ่งคือ สิทธิทางการเมือง ได้แก่ สิทธิของผู้เลือกตั้ง สิทธิสมัครรับเลือกตั้ง สิทธิจัดตั้งพรรคการเมือง สิทธิเข้าชื่อของประชาชน เพื่อให้รัฐสภาพิจารณากฎหมาย สิทธิออกเสียงประชามติ สิทธิเข้าชื่อเพื่อถอดถอนผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมือง สิทธิถอดถอนผู้บริหารท้องถิ่น และสิทธิในการเข้าชื่อเพื่อเสนอข้อบัญญัติท้องถิ่น เป็นต้น

2.6 แนวความคิดเกี่ยวกับหน้าที่ของรัฐและสิทธิเสรีภาพของประชาชน

คำว่า “รัฐ” เป็นชุมชนทางการเมืองของมนุษย์ซึ่งประกอบด้วยจำนวนของประชากรที่มาอยู่รวมตัวกันภายในอาณาบริเวณอันเป็นที่ตั้งของดินแดนไม่ว่าจะเป็นอาณาเขตพื้นดิน น้ำนํ้าอาณาเขตในท้องทะเล น้ำนํ้า บริเวณใต้พื้นดิน พื้นน้ำและพื้นทะเล โดยมีรัฐบาลซึ่งเป็นองค์กรหรือหน่วยงานในการทำหน้าที่ปกครองตนเองและจัดการบริหารให้เป็นไปตามนโยบายที่ได้กำหนดไว้ เพื่อการจัดระเบียบทางสังคมและดำเนินการพิทักษ์รักษาประโยชน์ของรัฐและคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชนภายในรัฐ โดยมีอำนาจในการดำเนินการได้อย่างมีอิสระเสรีปราศจากการควบคุมหรือสั่งการจากอำนาจเหนืออื่นๆทั้งจากภายในและภายนอกรัฐ

ความจำเป็นของการมีรัฐที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ เพื่อต้องการให้ประชาชนทุกคนที่มาอยู่ร่วมกันมีสิทธิได้รับการจัดระเบียบตามกฎเกณฑ์และกติกาของสังคม เพื่อความปรารถนาของการมีชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุขอย่างสมบูรณ์ มีสิทธิเสรีภาพในการดำเนินชีวิตและมีโอกาสที่ได้รับสวัสดิการต่างๆจากรัฐอย่างเท่าเทียมกัน ทั้งนี้เพื่อความเจริญก้าวหน้าและการพัฒนาสติปัญญา

²⁶ หยุด แสงอุทัย ก หน้าเดิม.

และความสามารถของตน ได้อย่างเต็มที่ ซึ่งแต่เดิมรัฐมีบทบาทและภาระหน้าที่หลักแต่เพียงการให้ความคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชน โดยการดูแลรักษาความสงบเรียบร้อยและความมั่นคงปลอดภัยภายในประเทศ หรือการป้องกันการรุกรานจากภายนอกประเทศเพื่อให้ความคุ้มครองเกี่ยวกับสวัสดิภาพทางด้านชีวิตของประชาชนให้อยู่รอดปลอดภัยจากอันตรายต่างๆเป็นสำคัญ

แต่ในสังคมปัจจุบันแนวความคิดเกี่ยวกับบทบาทและหน้าที่ของรัฐดังกล่าวได้มีการเปลี่ยนแปลงไปเป็นอย่างมาก ซึ่งรัฐมีหน้าที่ที่สำคัญที่สุดคือ การให้การดูแลทุกข์สุขของประชาชนทุกคนทุกภาคส่วนเพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงปัจจัยจำเป็นขั้นพื้นฐานแห่งการดำรงชีวิตได้อย่างเท่าเทียมกัน เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำรงตนอยู่ในสังคมได้อย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ได้อย่างเป็นปกติสุขและสอดคล้องกับหลักสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานได้อย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน โดยการที่รัฐเข้าไปมีบทบาทและมีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดระบบสวัสดิการสังคมในด้านต่างๆให้แก่ประชาชนเพื่อให้เกิดความคุ้มครองแก่สิทธิและเสรีภาพของประชาชนได้อย่างทั่วถึงถ้วนหน้าและครอบคลุมแก่ประชาชนทุกสาขาอาชีพ อันถือได้ว่าเป็นการจัดระบบรัฐสวัสดิการ(Welfare State)²⁷ ขึ้นภายในรัฐไม่ว่าจะเป็นเรื่องของระบบการศึกษา ระบบการบริการสาธารณสุขหรือการบริการทางการแพทย์ หรือบริการสงเคราะห์เด็กกำพร้า คนชราหรือคนพิการ เป็นต้น

ภาระหน้าที่และความรับผิดชอบของรัฐในการจัดสวัสดิการให้แก่ประชาชน โดยเฉพาะการจัดระบบการบริการทางด้านสาธารณสุขหรือการบริการทางการแพทย์ ซึ่งรัฐมีหน้าที่ที่จะต้องให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนทุกคนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสิทธิในการได้รับการดูแลรักษาด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันและการรักษาโรคร้ายไข้เจ็บให้แก่ประชาชนซึ่งเป็นหน้าที่พื้นฐานที่สำคัญของรัฐที่จะต้องจัดสวัสดิการดังกล่าวให้เป็นไปอย่างทั่วถึงทุกพื้นที่ทุกชุมชนอย่างทั่วถึงถ้วนหน้าเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจโดยปราศจากโรคร้ายไข้เจ็บต่างๆอันอาจทำให้ได้รับความทุกข์ทรมานหรือความพิการแก่ร่างกายให้สามารถมีอายุยืนยาวไม่เสียชีวิตก่อนวัยอันควรและสามารถเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์อันถือเป็นสิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐานในสิ่งปัจจัยหลักของมนุษย์หรือการได้รับการบริการทางการแพทย์ได้อย่างเต็มที่ โดยปราศจากอุปสรรคทางการเงินหรือ

²⁷ พจนานุกรมศัพท์เศรษฐศาสตร์ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 7 พ.ศ.2546 โดยสำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ อธิบาย รัฐสวัสดิการ (welfare state) ไว้ว่า “เป็นแนวคิดที่ประเทศทุนนิยมนำมาใช้โดยรัฐจัดให้มีการประกันความมั่นคงให้แก่ประชาชนอย่างกว้างขวางและเป็นระบบ การประกันดังกล่าวเป็นการให้เปล่าหรือเกือบให้เปล่า เช่น การศึกษา การรักษาพยาบาล การสงเคราะห์มารดาและทารก การสงเคราะห์เด็กกำพร้า คนพิการ และคนชรา การให้สิทธิประโยชน์แก่ผู้ตกงาน และการฌาปนกิจ เป็นต้น.

ด้านอื่นๆ ซึ่งเป็นหน้าที่และความผูกพันของรัฐในการจัดบริการสาธารณะอันเป็นภารกิจหลักในการจัดให้มีสวัสดิการขั้นพื้นฐานเพื่อการบริหารทางด้านสังคมและพัฒนาคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการของประชาชนอันเป็นการให้ความคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชนโดยรวมได้อย่างแท้จริง



บทที่ 3

สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐ ของประเทศไทยเปรียบเทียบกับต่างประเทศ

เมื่อกล่าวถึงรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ซึ่งเป็นรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันที่ใช้ในการปกครองประเทศและถือเป็นกฎหมายสูงสุดภายใต้การปกครองในระบอบเสรีประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์เป็นประมุข โดยบทบัญญัติแห่งกฎหมายตามรัฐธรรมนูญฉบับนี้มีเจตนารมณ์มุ่งให้การรับรองและให้ความคุ้มครองเกี่ยวกับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิและเสรีภาพทางด้านต่างๆของประชาชนหรือปัจเจกบุคคลไว้โดยชัดแจ้งและโดยปริยายมากมายหลายประการ ซึ่งการให้การรับรองและคุ้มครองสิทธิทางด้านต่างๆของประชาชนอันเป็นสิทธิของปัจเจกบุคคลในลักษณะเช่นนี้ ส่วนใหญ่นิยมเรียกกันว่า “สิทธิและเสรีภาพขั้นพื้นฐาน” (Fundamental Rights and Liberties) หรืออาจจะเรียกกันอีกลักษณะหนึ่งว่า “สิทธิขั้นพื้นฐาน” (Fundamental Rights) ก็ได้

คำว่า “สิทธิ” (Right) มีความหมายคือ อำนาจที่กฎหมายรับรองให้แก่บุคคลในอันที่จะกระทำการเกี่ยวข้องกับทรัพย์สินหรือบุคคลอื่น ซึ่งถือเป็นอำนาจของบุคคลในอันที่จะเรียกร้องให้บุคคลอื่นหรือหลายคนกระทำการหรือละเว้นกระทำการอย่างหนึ่งอย่างใดโดยเฉพาะเจาะจง ทั้งนี้เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตน¹ หรืออาจกล่าวได้อีกนัยหนึ่งว่า “สิทธิ” ถือเป็นประโยชน์ที่กฎหมายรับรองและคุ้มครองให้และเป็นกรณีที่กฎหมายบัญญัติให้ประโยชน์แก่บุคคลไว้โดยเฉพาะเจาะจง และกฎหมายได้คุ้มครองประโยชน์นี้โดยบุคคลผู้ได้รับประโยชน์สามารถใช้สิทธิทางศาลได้²

ส่วนคำว่า “เสรีภาพ” (Liberty) มีความหมายคือ ภาวะโดยปกติของมนุษย์ที่ไม่อยู่ภายใต้การครอบงำของผู้อื่น เพราะเสรีภาพเป็นอำนาจของบุคคลในอันที่จะกระทำการในสิ่งที่ตนประสงค์จะกระทำและที่จะไม่กระทำในสิ่งที่ตนไม่ประสงค์จะกระทำ แม้การมีอำนาจดังกล่าวจะมีผลก่อให้เกิดหน้าที่แก่ผู้อื่น ก็เป็นเพียงหน้าที่ที่จะต้องละเว้นจากการกระทำใดๆที่เป็นอุปสรรคขัดขวางการ

¹ วรพจน์ วิศรุดพิชญ์ ก (2540). สิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540. หน้า 21.

² หยุต แสงอุทัย ข (2523). ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับกฎหมายทั่วไป. หน้า 188.

ใช้เสรีภาพของเขาเท่านั้น³ เสรีภาพจึงเป็นอำนาจที่ใช้เป็นตัวกำหนดตนเองให้สามารถเลือกได้ว่าตนเองนั้นต้องการที่จะกระทำหรือไม่กระทำตามที่ประสงค์ ซึ่งกล่าวโดยสรุปได้ว่าเสรีภาพนั้นคืออำนาจของบุคคลในอันที่จะกำหนดตนเองซึ่งเป็นอำนาจที่บุคคลนั้นย่อมสามารถที่จะเลือกวิถีชีวิตของตนได้ด้วยตนเอง เสรีภาพจึงเป็นอำนาจที่บุคคลมีอยู่เหนือตนเอง⁴

3.1 สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐของประเทศไทย

การที่รัฐได้บัญญัติสิทธิและเสรีภาพของประชาชนไว้ในรัฐธรรมนูญ ถือเป็นการรับรองและคุ้มครองเพื่อมิให้รัฐก้าวล่วงเข้าไปปิดรอนสิทธิและเสรีภาพของประชาชนโดยไม่ชอบด้วยกฎหมาย แต่ในขณะที่เดียวกันรัฐยังมีหน้าที่ที่จะต้องกระทำเพื่อให้การรับรองสิทธิของราษฎร โดยการบัญญัติรับรองสิทธิดังกล่าวให้เป็นรูปธรรมไว้ในรัฐธรรมนูญ ในอันที่จะให้ราษฎรสามารถใช้สิทธิเรียกร้องเกี่ยวกับสิทธิและประโยชน์บางประการจากรัฐได้ ซึ่งถือเป็นการก่อกำเนิดให้เกิดสิทธิขั้นพื้นฐานในทางสังคมและมีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นการให้หลักประกันมาตรฐานแห่งการดำรงชีวิตขั้นต่ำให้แก่ราษฎรให้สามารถมีผลใช้บังคับได้จริงในทางปฏิบัติอันเป็นสิทธิในทางสังคมและเศรษฐกิจของราษฎรที่มีสิทธิตามกฎหมายที่จะเรียกร้องให้รัฐต้องจัดทำบริการสาธารณสุขให้แก่ตนเองและโดยที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 51 ได้บัญญัติรับรองสิทธิของประชาชนในการได้รับบริการสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐไว้ดังนี้

บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์

มาตรา 27 ได้บัญญัติไว้ว่า สิทธิและเสรีภาพที่รัฐธรรมนูญนี้รับรองไว้โดยชัดแจ้งโดยปริยายหรือโดยคำวินิจฉัยของศาลรัฐธรรมนูญ ย่อมได้รับความคุ้มครองและผูกพันรัฐสภา คณะรัฐมนตรี ศาล รวมทั้งองค์กรตามรัฐธรรมนูญและหน่วยงานของรัฐโดยตรงในการตรากฎหมาย การบังคับใช้กฎหมาย และการตีความกฎหมายทั้งปวง

³ วรพจน์ วิศรุตพิชญ์ ข (2538). สิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญ. หน้า 17.

⁴ เกรียงไกร เจริญธนาวัฒน์ ก เล่มเดิม. หน้า 24.

มาตรา 28 ได้บัญญัติไว้ว่า

บุคคลย่อมอ้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์หรือใช้สิทธิและเสรีภาพของตนได้เท่าที่ไม่ละเมิดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลอื่น ไม่เป็นปฏิปักษ์ต่อรัฐธรรมนูญ หรือไม่ขัดต่อศีลธรรมอันดีของประชาชน

บุคคลซึ่งถูกละเมิดสิทธิหรือเสรีภาพที่รัฐธรรมนูญนี้รับรองไว้ สามารถยกบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้เพื่อใช้สิทธิทางศาลหรือยกขึ้นเป็นข้อต่อสู้คดีในศาลได้

บุคคลย่อมสามารถใช้สิทธิทางศาลเพื่อบังคับให้รัฐต้องปฏิบัติตามบทบัญญัติในหมวดนี้ได้โดยตรง หากการใช้สิทธิและเสรีภาพในเรื่องใดมีกฎหมายบัญญัติรายละเอียดแห่งการใช้สิทธิและเสรีภาพตามที่รัฐธรรมนูญนี้รับรองไว้แล้ว ให้การใช้สิทธิและเสรีภาพในเรื่องนั้นเป็นไปตามที่กฎหมายบัญญัติ

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการส่งเสริม สนับสนุน และช่วยเหลือจากรัฐ ในการใช้สิทธิตามความในหมวดนี้

มาตรา 29 ได้บัญญัติไว้ว่า

การจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลที่รัฐธรรมนูญรับรองไว้จะกระทำมิได้ เว้นแต่โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย เฉพาะเพื่อการที่รัฐธรรมนูญนี้กำหนดไว้และเท่าที่จำเป็นและจะกระทบกระเทือนสาระสำคัญของสิทธิและเสรีภาพนั้นมิได้

กฎหมายตามวรรคหนึ่งต้องมีผลใช้บังคับเป็นการทั่วไป และไม่มุ่งหมายให้ใช้บังคับแก่กรณีใดกรณีหนึ่งหรือแก่บุคคลใดบุคคลหนึ่งเป็นการเจาะจง ทั้งต้องระบุบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญที่ให้อำนาจในการตรากฎหมายนั้นด้วย

บทบัญญัติในวรรคหนึ่งและวรรคสองให้นำมาใช้บังคับกับกฎที่ออกโดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมายด้วยโดยอนุโลม

กล่าวได้ว่า การที่รัฐได้นำบทบัญญัติเกี่ยวกับการรับรองสิทธิของประชาชนในการได้รับบริการสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐมาบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันนั้น ถือเป็น การที่รัฐให้การรับรองและคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐานทางสังคมของประชาชนและเป็นสัญญาประชาคมที่รัฐมีหน้าที่ที่จะต้องปฏิบัติตามให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ที่ได้บัญญัติไว้โดยมุ่งเน้นให้คนไทยทุกคนทุกหมู่เหล่ามีสิทธิที่จะได้รับและเข้าถึงระบบการบริการทางด้านสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน โดยเฉพาะการที่จะต้องได้รับบริการที่ได้มาตรฐานเดียวกัน ตลอดจนถึงสิทธิและโอกาสในการเข้าถึงยาที่มีคุณภาพ ดังนั้น รัฐจึงมีหน้าที่ที่จะต้องทบทวนเพื่อจัดการกลไกและกระบวนการของระบบสุขภาพที่มีอยู่เดิมให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นและสามารถระดมใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ ทั้งจากภาครัฐ

และเอกชน เพื่อให้สนองตอบต่ออุดมการณ์ทางด้านสุขภาพของประชาชนในสังคมตามนโยบายของรัฐ ทั้งๆที่ยังต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆทางสังคมและเศรษฐกิจดังที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

สิทธิของประชาชนในการได้รับบริการสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐตามที่รัฐธรรมนูญได้บัญญัติไว้ถือเป็นการนำสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน(Fundamental Rights)มา กำหนดเป็นกฎหมาย เพื่อบังคับให้รัฐต้องสร้างหลักการและแนวคิดเพื่อใช้เป็นกระบวนการผลักดัน ให้เกิดนโยบายที่เกี่ยวกับการสร้างหลักประกันสุขภาพของประชาชนที่มีคุณภาพและมี ประสิทธิภาพได้อย่างเป็นรูปธรรมภายใต้ความเสมอภาคและความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการ ทางด้านสุขภาพที่มีความจำเป็นของประชาชน ซึ่งถือเป็นสิทธิของพลเมือง(Civil Rights)และนับว่า เป็นการสอดคล้องกับสิทธิมนุษยชนที่บัญญัติไว้ในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน(Universal Declaration of Human Rights 1948) ข้อ 25 ซึ่งบัญญัติว่า

(1) มนุษย์ทุกคน มีสิทธิที่จะดำรงชีวิตตามมาตรฐานเพื่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี สำหรับตนเองและครอบครัวโดยรวมถึงการได้รับอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรคและ บริการทางสังคมที่จำเป็นและมีสิทธิที่จะได้รับหลักประกันความมั่นคง เมื่อว่างงาน เจ็บป่วย พิกัด เป็นหม้าย ยามชรา หรือเมื่อประสบเคราะห์กรรมจากเหตุการณ์ที่เขามิได้มีส่วนเกี่ยวข้อง

(2) มารดาและเด็ก จำต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลเป็นพิเศษ เด็กทุกคนไม่ว่าจะเกิดใน หรือนอกสมรสต้องได้รับการคุ้มครองจากสังคมเท่าเทียมกัน

ซึ่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ยังได้กล่าวถึงแนวนโยบาย ด้านสาธารณสุขไว้อีกด้วยว่า

มาตรา 80 รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษาและ วัฒนธรรม ดังต่อไปนี้

(1) คุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน สนับสนุนการอบรมเลี้ยงดูและให้การศึกษา ปฐมวัย ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย เสริมสร้างและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของ สถาบันครอบครัวและชุมชนรวมทั้งต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้พิการ หรือทุพพลภาพและผู้อยู่ในสภาวะยากลำบากให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและพึ่งพาตนเองได้

(2) ส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่ สุขภาวะที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มี มาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพและส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมให้การพัฒนา สุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุขโดยผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าวซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตาม มาตรฐานวิชาชีพและจรรยาบรรณ ย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย

(3) พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการจัดการศึกษาในทุกระดับและทุกรูปแบบให้สอดคล้อง

คล้องกับความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม จัดให้มีแผนการศึกษาแห่งชาติ กฎหมายเพื่อพัฒนาการศึกษาของชาติ จัดให้มีการพัฒนาคุณภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาให้ก้าวหน้าทันการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก รวมทั้งปลูกฝังให้ผู้เรียนมีจิตสำนึกของความเป็นไทย มีระเบียบวินัย คำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวม และยึดมั่นในการปกครองระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข

(4) ส่งเสริมและสนับสนุนการกระจายอำนาจเพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน องค์กรทางศาสนาและเอกชน จัดและมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนามาตรฐานคุณภาพการศึกษาให้เท่าเทียมและสอดคล้องกับแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ

(5) ส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษาวิจัยในศิลปะวิทยาการแขนงต่างๆและเผยแพร่ข้อมูล ผลการศึกษาวิจัยที่ได้รับทุนสนับสนุนการศึกษาวิจัยจากรัฐ

(6) ส่งเสริมและสนับสนุนความรู้รักสามัคคีและการเรียนรู้ ปลูกจิตสำนึก และเผยแพร่ ศิลปวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีของชาติ ตลอดจนค่านิยมอันดีงามและภูมิปัญญาท้องถิ่น และแนวนโยบายเกี่ยวกับสิทธิการให้บริการสาธารณสุขของประชาชนตามที่ได้บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ ยังเป็นที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ขององค์การอนามัยโลกที่ต้องการให้ประชาชนทุกคนได้บรรลุถึงความมีสุขภาพดีในระดับที่สูงที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้และสิ่งสำคัญที่สุดเพื่อสนองวัตถุประสงค์ดังกล่าว ก็คือ การพัฒนาระบบสาธารณสุขแห่งชาติของทุกประเทศให้มีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งและโดยเฉพาะอย่างยิ่งมติที่ประชุมในการประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลก(World Health Assembly) ในปี 1970 ยังกล่าวไว้ว่า “สิทธิที่จะได้รับการเพื่อสุขภาพ (The Right to Health) เป็นสิทธิพื้นฐานของสิทธิมนุษยชน”⁵ ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่า ในกฎหมายรัฐธรรมนูญของเกือบทุกประเทศก็มีนำบทบัญญัติที่เกี่ยวกับสิทธิในการได้รับการสาธารณสุขของประชาชนและสวัสดิการจากรัฐ ซึ่งถือเป็นการรับรองสิทธิพลเมืองของประชาชนภายในรัฐและเป็นสิทธิที่ประชาชนทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการบริการดังกล่าวจากรัฐนำมาบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญในระดับที่แตกต่างกันออกไปและยังอาจนำเสนอออกในทางกฎหมายในลักษณะหรือแนวทางที่หลากหลายได้เช่นเดียวกัน

จึงอาจกล่าวได้ว่า การที่รัฐซึ่งมีภาระหน้าที่ต้องจัดให้ประชาชนมีสิทธิได้รับการบริการทางด้านสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงและเสมอภาคเท่าเทียมกันตาม

⁵ “Health as a human right Health aspects of human rights with special reference to developments in biology and medicine.” WHO Geneva : 1976 : p.10-13.

สิทธิที่ได้ถูกกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ มิใช่เป็นเพียงแนวทางเพื่อกำหนดสิทธิของประชาชนให้เกิดขึ้นเป็นเพียงแก่นามธรรมเท่านั้น หากแต่รัฐมีภาระและความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการจัดหาวิธีการหรือรูปแบบในลักษณะที่จะก่อให้เกิดสิทธิของประชาชนดังกล่าวและสามารถทำให้สิ่งนั้นเกิดขึ้นได้จริงอย่างเป็นรูปธรรมและเป็นระบบ ซึ่งสามารถตอบสนองต่อความต้องการและความจำเป็นในการให้บริการแก่ประชาชนในฐานะผู้ทรงสิทธิดังกล่าว เพื่อให้บทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ ซึ่งเป็นกฎหมายสูงสุดที่ใช้ในการปกครองประเทศและถือเป็นแม่แบบในการให้ความคุ้มครองต่อสิทธิและเสรีภาพของประชาชนเกิดความศักดิ์สิทธิ์สามารถให้ความคุ้มครองแก่สิทธิและเสรีภาพของประชาชนได้อย่างแท้จริง

การจัดให้เกิดการบริการทางด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนอันเป็นสวัสดิการของรัฐ จะต้องให้ความสำคัญและพิจารณาในหลายๆแนวทาง ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดการพัฒนาาระบบสุขภาพที่ดีของประชาชนอันนำไปสู่การพัฒนาความเจริญเติบโตของประเทศทั้งในเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง เพราะด้วยเหตุที่ว่า การพัฒนาสาธารณสุขและสุขภาพอนามัยของประชาชนนั้น ไม่อาจแยกออกได้จากการพัฒนาทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง เนื่องจากสุขภาพที่ดีของประชาชนเป็นผลจากระบบสังคมที่ดี การปฏิรูปเพื่อสุขภาพจึงต้องมอง ไปถึงการปฏิรูปสังคมและการเมืองโดยรวมด้วย⁶

ดังนั้น บทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ที่กล่าวถึงการให้บริการทางด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนตลอดจนนโยบายทางด้านสาธารณสุขดังกล่าวจึงถือเป็นภารกิจอันสำคัญที่รัฐจะต้องสนองตอบต่อการพัฒนาส่งเสริมเพื่อยกระดับสุขภาพอนามัยและการคุ้มครองสิทธิประโยชน์ทางด้านสาธารณสุขของประชาชนให้สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและสอดคล้องกับบทบัญญัติดังกล่าว ทั้งนี้ เพื่อมุ่งหมายและอำนวยผลต่อสุขภาพและอนามัยของประชาชนทั้งในด้านสุขภาพกายและจิต เพื่อให้ประชาชนของรัฐสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขและปราศจากโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ และสามารถสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ประชาชนได้อย่างยั่งยืน โดยสามารถให้ความคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในฐานะผู้บริโภคบริการทางการแพทย์ซึ่งเป็นสิทธิของคนทุกคนที่มีสิทธิเข้ารับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขตามที่สภาวิชาชีพด้านสุขภาพซึ่งได้แก่ แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภาและคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลป์ได้ร่วมกันออกประกาศสิทธิผู้ป่วยไว้เมื่อวันที่ 16 เมษายน 2541 ที่ว่า⁷

⁶ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2540). ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ : บทวิเคราะห์ทางวิชาการ. หน้า 37-38.

⁷ ทศนีย์ เน้นอุคร. (2543). สิทธิผู้ป่วย เรียนรู้และเข้าใจเพื่อใช้ให้เป็น. หน้า 7.

ข้อ 1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ

ข้อ 2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มี การเลือกปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่างทางด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย

ข้อ 3. ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและ เข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอม หรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อดัน เว้นแต่ เป็นการช่วยเหลือรับด่วนหรือ จำเป็น

ข้อ 4. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตมีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรับด่วน จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณีโดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอ ความช่วยเหลือหรือไม่

ข้อ 5. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้าน สุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน

ข้อ 6. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็น ผู้ให้บริการแก่ตนและมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้

ข้อ 7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพ ด้านสุขภาพ โดยเคร่งครัด เว้นแต่ จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตาม กฎหมาย

ข้อ 8. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือ ถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการวิจัยของผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ

ข้อ 9. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของเฉพาะของตน ที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของ บุคคลอื่น

ข้อ 10. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมอาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยัง ไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

เมื่อพิจารณาถึงสิทธิของผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้มีสิทธิในการได้รับการบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขในฐานะผู้บริโภคตามกฎหมายแล้ว ย่อมมีสิทธิได้รับความคุ้มครองตามบทบัญญัติ แห่งรัฐธรรมนูญ มาตรา 61 ที่บัญญัติว่า

สิทธิของบุคคลซึ่งเป็นผู้บริโภคย่อมได้รับความคุ้มครองในการได้รับข้อมูลที่เป็นความจริงและมีสิทธิร้องเรียนเพื่อให้ได้รับการแก้ไขเยียวยาความเสียหาย รวมทั้งมีสิทธิรวมตัวกันเพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้บริโภค

ให้มืองค์การเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคที่เป็นอิสระจากหน่วยงานของรัฐซึ่งประกอบด้วยตัวแทนผู้บริโภคทำหน้าที่ให้ความเห็นเพื่อประกอบการพิจารณาของหน่วยงานของรัฐในการตราและการบังคับใช้กฎหมายและกฎ และให้ความเห็นในการกำหนดมาตรการต่างๆเพื่อคุ้มครองผู้บริโภค รวมทั้งตรวจสอบและรายงานการกระทำหรือละเลยการกระทำอันเป็นการคุ้มครองผู้บริโภค ทั้งนี้ ให้รัฐสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการขององค์การอิสระดังกล่าว

ซึ่งตามกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค⁸ กำหนดให้ผู้บริโภคมีสิทธิได้รับการบริการหรือการบริโภคสินค้าในฐานะผู้บริโภคจากผู้ให้บริการหรือผู้ประกอบการและมีสิทธิได้รับความคุ้มครองดังต่อไปนี้

(1) สิทธิที่จะได้รับข่าวสารรวมทั้งคำพรรณานคุณภาพที่ถูกต้องและเพียงพอเกี่ยวกับสินค้าและบริการ

(2) สิทธิที่จะมีอิสระในการเลือกหาสินค้าหรือบริการ

(3) สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยจากการใช้สินค้าหรือบริการ

(4) สิทธิที่จะได้รับความเป็นธรรมในการทำสัญญา

(5) สิทธิที่จะได้รับการพิจารณาและชดเชยความเสียหาย

ทั้งนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติตามที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 47 ซึ่งบัญญัติว่า รัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติต้องสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และอย่างน้อยยังต้องมีสาระสำคัญ

⁸ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522. มาตรา 3 บัญญัติว่า ในพระราชบัญญัตินี้

“สินค้า” หมายความว่า สิ่งของที่ผลิตหรือมีไว้เพื่อขาย.

“บริการ” หมายความว่า การรับจัดทำกรงาน การให้สิทธิใดๆหรือการให้ใช้ หรือให้ประโยชน์ในทรัพย์สินหรือกิจการใดๆโดยเรียกค่าตอบแทนเป็นเงินหรือผลประโยชน์อื่น แต่ไม่รวมถึงการจ้างแรงงานตามกฎหมายแรงงาน.

“ผู้บริโภค” หมายความว่า ผู้ซื้อหรือได้รับบริการจากผู้ประกอบการและหมายความรวมถึงผู้ซึ่งได้รับการเสนอหรือชักชวนจากผู้ประกอบการเพื่อให้ซื้อสินค้าหรือรับบริการด้วย.

“ผู้ประกอบการ” หมายความว่า ผู้ขาย ผู้ผลิตเพื่อขาย ผู้ส่งหรือนำเข้ามาในราชอาณาจักรเพื่อขาย หรือผู้ซื้อเพื่อขายต่อซึ่งสินค้าหรือผู้ให้บริการและหมายความรวมถึงผู้ประกอบการโฆษณาด้วย.

⁹ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2522. มาตรา 4.

เกี่ยวกับเรื่องดังต่อไปนี้

1. ปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ
2. คุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพ
3. การจัดให้มีหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ
4. การสร้างเสริมสุขภาพ
5. การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
6. การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ
7. การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ
การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ
8. การคุ้มครองผู้บริโภค
9. การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
10. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ
11. การผลิตและการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข
12. การเงินการคลังด้านสุขภาพ

3.1.1 สิทธิและเสรีภาพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

กล่าวได้ว่ารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ได้บัญญัติถึงการให้ความคุ้มครองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งถือเป็นพื้นฐานของสิทธิและเสรีภาพของประชาชนในทุกๆด้าน เพราะศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ถือเป็นมูลฐานหนึ่งของหลักสิทธิมนุษยชนโดยมีนัยสำคัญ 2 ประการ กล่าวคือ นัยแรกเป็นเรื่อง “ธรรมชาติของมนุษย์” หรือเป็นลักษณะที่แท้จริงของมนุษย์ที่เกี่ยวกับสภาพจิตใจและความต้องการที่มุ่งใจให้มนุษย์ทำการใดๆภายใต้อิทธิพลของสังคมและวัฒนธรรม และอีกนัยหนึ่ง คือ “ศีลธรรม” ซึ่งเป็นหลักที่ว่าด้วยความผิชอบชั่วดีที่สังคมกำหนดให้สมาชิกยึดถือ¹⁰ เพราะศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีลักษณะและสภาพเป็นพลวัตมิใช่เป็นสิ่งที่มีความเป็นเนื้อที่หรือตายตัว

การที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 บัญญัติรับรองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ไว้ตามมาตรา 4 ซึ่งบัญญัติว่า

ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพและความเสมอภาคของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครอง

¹⁰ อุดม รัฐอมฤต, นพนิธิ สุริยะ และบรรเจิด สิงคะเนติ. (2544). การอ้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์หรือใช้สิทธิและเสรีภาพของบุคคลตามมาตรา 28 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540. หน้า 1-3.

มาตรา 26 บัญญัติว่า

การใช้อำนาจโดยองค์กรของรัฐทุกองค์กร ต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิและเสรีภาพตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้

มาตรา 28 บัญญัติว่า

บุคคลย่อมอ้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์หรือใช้สิทธิและเสรีภาพของตนได้เท่าที่ไม่ละเมิดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลอื่น ไม่เป็นปฏิปักษ์ต่อรัฐธรรมนูญ หรือไม่ขัดต่อศีลธรรมอันดีของประชาชน

บุคคลซึ่งถูกละเมิดสิทธิหรือเสรีภาพที่รัฐธรรมนูญนี้รับรองไว้ สามารถยกบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้เพื่อใช้สิทธิทางศาลหรือยกขึ้นเป็นข้อต่อสู้คดีในศาลได้

บุคคลย่อมสามารถใช้สิทธิทางศาลเพื่อบังคับให้รัฐต้องปฏิบัติตามบทบัญญัติในหมวดนี้ได้โดยตรง หากการใช้สิทธิและเสรีภาพในเรื่องใดมีกฎหมายบัญญัติรายละเอียดแห่งการใช้สิทธิและเสรีภาพตามที่รัฐธรรมนูญนี้รับรองไว้แล้ว ให้การใช้สิทธิและเสรีภาพในเรื่องนั้นเป็นไปตามที่กฎหมายบัญญัติ

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการส่งเสริม สนับสนุน และช่วยเหลือจากรัฐในการใช้สิทธิตามความในหมวดนี้

ซึ่งบทบัญญัติดังกล่าวข้างต้นทำให้เห็นได้ว่ารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยมีเจตนารมณ์ที่ชัดเจนที่จะให้การรับรองเกี่ยวกับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของบุคคลเป็นการทั่วไปโดยมิได้จำกัดตัวบุคคลหนึ่งบุคคลใดเป็นการเฉพาะทำให้หลักกฎหมายดังกล่าวสามารถให้ความคุ้มครองต่อบุคคลได้อย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน กล่าวคือ บุคคลทุกคนไม่ว่าเหล่ากำเนิดชาติใด ย่อมอ้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เพื่อคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของตนเองได้ทั้งสิ้น ซึ่งการบัญญัติให้มีผลคุ้มครองและให้ความเคารพต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์นี้ ถือเป็น การรับรองและคุ้มครองในอีกลักษณะหนึ่งแยกต่างหากจาก “สิทธิและเสรีภาพ” และถือเป็น การให้หลักประกันตามหลักนิติรัฐ เพื่อคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพขั้นพื้นฐานตามที่รัฐธรรมนูญบัญญัติรับรองไว้ให้มั่นคงมิให้มีการกระทำต่อบุคคลหนึ่งบุคคลใดอันเป็นการละเมิดต่อศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

คุณค่าของความเป็นมนุษย์มิใช่มีเพียงแต่สิทธิและเสรีภาพขั้นพื้นฐานในการที่จะกระทำสิ่งใดๆตามความต้องการของตนได้เท่านั้น หากแต่จะต้องมีเนื้อหาของคุณค่าในความเป็นมนุษย์อีกส่วนหนึ่งด้วยนั่นก็คือ “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” นั้นเอง เพราะคำว่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ยังหมายความรวมถึงการให้การยกย่องหรือเชิดชูในตัวคุณค่าสากลของความเป็นมนุษย์มากกว่าเรื่องของปัจเจกบุคคลเพราะการกระทำใดที่เป็นการละเมิดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ย่อมถือได้ว่าการกระทำนั้นเป็นการลดคุณค่าของความเป็นมนุษย์ให้ต่ำลงนอกเหนือจากความเท่าเทียมกันในทาง

สังคมและทางกฎหมาย เพราะการกระทำที่มีลักษณะเป็นการปฏิบัติโดยไม่เท่าเทียมกันกับสมาชิกคนอื่น ๆ ในสังคมอันมิใช่เรื่องที่เกิดขึ้นเพราะสถานะในทางสังคมที่แตกต่างกันและยังถือได้อีกว่าการกระทำนั้นๆ เป็นการละเมิดต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของบุคคลนั้นได้เช่นกัน

ดังนั้น คุณค่าของความเป็นมนุษย์สามารถพิจารณาให้เห็นความจริงได้ในทางปฏิบัติว่าการกระทำใดเป็นการละเมิดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์หรือไม่นั้นสามารถพิจารณาได้จากเหตุผลหลัก 3 ประการ โดยเหตุผล ประการแรก คือ การกระทำในสิ่งนั้นๆ มนุษย์ควรปฏิบัติต่อกันหรือไม่ ประการที่สอง สภาพความรู้สึทางด้านจิตใจของสังคมไทยในขณะนั้นให้การสนับสนุนหรือโต้แย้งหรือไม่เพียงใด และประการสุดท้าย พิจารณาจากแนวทางที่สังคมอื่นที่มีประสบการณ์ในลักษณะเช่นเดียวกันมาก่อนมาประกอบเหตุผลการพิจารณาถึงเหตุแห่งการละเมิดศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ อันถือได้ว่าเป็นการกระทำที่เป็นการลดคุณค่าแห่งความเป็นมนุษย์ของบุคคลอื่นลง เพราะเหตุที่คุณค่าของความเป็นมนุษย์ย่อมมีสิทธิและเสรีภาพเป็นพื้นฐานทางกระบวนการในทางความคิดที่มีการพัฒนาการมาจากศีลธรรมขั้นสูงและที่มีอยู่ในจิตใจของมนุษย์ อันจะนำมาซึ่งความเป็นเอกภาพที่มีอยู่โดยธรรมชาติของตัวบุคคลหรืออยู่เหนือเรื่องของส่วนบุคคลใดๆ และเป็นหลักประกันในการดำเนินชีวิตของบรรดาสมาชิกต่างๆ ในสังคม

ซึ่งจะว่าไปแล้ว คำว่า ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เป็นสิทธิและเสรีภาพที่ผูกพันอยู่กับความเป็นมนุษย์ ดังนั้น ประชาชนทุกคนที่อยู่ภายในรัฐภายใต้บทบัญญัติของรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันที่ให้สิทธิในการรับรองและให้ความคุ้มครองทางด้านสาธารณสุขแก่ประชาชน ย่อมมีสิทธิที่จะได้รับการให้คุ้มครองถึงความมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่มีอยู่ในตัวของมนุษย์เอง โดยการได้รับสิทธิทางด้านสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงเสมอภาคและเท่าเทียมกันและสามารถทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการทางด้านสุขภาพและสาธารณสุข ตลอดจนเวชภัณฑ์และยาที่มีความสำคัญและจำเป็นต่อการดำรงชีวิตได้อย่างทั่วถึงและง่ายขึ้น ทั้งนี้ โดยไม่จำเป็นต้องพิจารณาว่าจะเป็นคนของชนชาติ ศาสนาใด เพราะบุคคลทุกๆ คนย่อมมีสิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองเกี่ยวกับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของตนที่มีอยู่ด้วยเหตุผลก็เพราะว่าบุคคลนั้นดำรงอยู่ในฐานะความมนุษย์หรือความเป็นคนซึ่งมีความเป็นอยู่หรือฐานะที่แตกต่างไปจากสัตว์ต่างๆ ไป

3.1.2 สิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย

สิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกายนับเป็นรากฐานอันเป็นสาระสำคัญของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ประการหนึ่งนอกเหนือจากสิทธิในความเสมอภาคเพราะถือได้ว่าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่สำคัญที่สุดในการที่จะมีชีวิตและการดำรงอยู่โดยได้รับการคุ้มครองให้ปลอดภัยและโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีและคุณค่าของชีวิตร่างกายอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกันดังที่ปรากฏและ

ได้รับการรับรองและคุ้มครองไว้อย่างชัดเจนในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 32 ซึ่งบัญญัติว่า

บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย

การทรมาน ทารุณกรรม หรือการลงโทษด้วยวิธีการโหดร้าย หรือไร้มนุษยธรรมจะกระทำมิได้ แต่การลงโทษตามคำพิพากษาของศาลหรือตามที่กฎหมายบัญญัติไม่ถือว่าเป็นการลงโทษด้วยวิธีการโหดร้ายหรือไร้มนุษยธรรมตามความในวรรคนี้

การจับและการคุมขังบุคคล จะกระทำมิได้ เว้นแต่มีคำสั่งหรือหมายของศาลหรือมีเหตุอย่างอื่นตามที่กฎหมายบัญญัติ

การค้นตัวบุคคลหรือการกระทำใดอันกระทบต่อสิทธิและเสรีภาพตามวรรคหนึ่งจะกระทำมิได้ เว้นแต่มีเหตุตามที่กฎหมายบัญญัติ

ในกรณีที่มีการกระทำซึ่งกระทบต่อสิทธิและเสรีภาพตามวรรคหนึ่ง ผู้เสียหาย พนักงานอัยการหรือบุคคลอื่นใดเพื่อประโยชน์ของผู้เสียหายมีสิทธิร้องขอต่อศาลเพื่อให้สั่งระงับหรือเพิกถอนการกระทำเช่นนั้น รวมทั้งจะกำหนดวิธีการตามสมควรหรือการเยียวยาความเสียหายที่เกิดขึ้นด้วยก็ได้

เมื่อกล่าวถึงสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกายของบุคคล ซึ่งเป็นความมั่นคงในชีวิตและร่างกายและเป็นเสรีภาพที่ไม่มีมนุษย์ผู้ใดสามารถปฏิเสธการยอมรับ หากแต่เป็นเสรีภาพที่มนุษย์ทุกคนมีความต้องการให้เกิดกระบวนการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพดังกล่าวให้แก่ตนเพราะถือเป็นความสำคัญอย่างยิ่งยวดมากกว่าสิทธิและเสรีภาพประเภทอื่นๆ เนื่องจากสิทธิและเสรีภาพดังกล่าวนี้ถือเป็นพื้นฐานของเสรีภาพอื่นๆ ทั้งหมดที่จะเป็นการป้องกันมิให้เกิดการกระทำที่มีผลต่อชีวิตและร่างกายของตน ซึ่งมุ่งเน้นในเรื่องของการคุ้มครองชีวิตและร่างกายของบุคคลจากการกระทำของบุคคลอื่น โดยบุคคลอื่นต้องให้ความเคารพต่อสิทธิเสรีภาพดังกล่าวด้วย และยังสามารถพิจารณาและเห็นได้จากการที่รัฐในประเทศต่างๆ ให้การยอมรับหลักการบัญญัติกฎหมายที่บังคับใช้ภายในรัฐของตน ซึ่งมีให้มีการลงโทษแก่บุคคลผู้กระทำความผิดในทางอาญาอันเนื่องมาจากการกระทำย้อนหลังก่อนกฎหมายบังคับใช้และต้องเป็นการใช้บทบัญญัติแห่งกฎหมายที่ได้รับการตราขึ้นโดยองค์กรนิติบัญญัติเพื่อกำหนดความผิดและโทษที่จะใช้ในการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลและการพิจารณาลงโทษจะต้องกระทำตามกระบวนการวิธีพิจารณาตามกฎหมายโดยอำนาจขององค์กรศาลหรือตุลาการ โดยยังสามารถให้สิทธิแก่บุคคลในการใช้สิทธิเพื่อป้องกันสิทธิของตนเองได้ ดังนั้น สิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกายของบุคคลถือเป็นสิทธิและเสรีภาพที่จะต้องได้รับการรับรองหรือให้ความมั่นคงตามกฎหมายที่ได้บัญญัติรับรองและให้ความคุ้มครองไว้เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมายดังกล่าวนี้

สิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกายของบุคคล ซึ่งมนุษย์ทุกคนย่อมมีสิทธิและเสรีภาพ ตามที่รัฐธรรมนูญได้บัญญัติรับรองไว้โดยชัดแจ้งแล้ว นอกเหนือจากนั้นแล้วบุคคลนั้นยังสามารถ คงไว้ซึ่งสิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองตามหลักเกณฑ์ที่รัฐมอบให้หรือกำหนดให้ไว้อันเป็นหน้าที่ ของรัฐที่จะต้องปฏิบัติให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์นั้น บุคคลนั้นในฐานะที่เป็นประชาชนผู้มีสิทธิ ในชีวิตและร่างกายของตนย่อมสามารถใช้สิทธิและเสรีภาพเพื่อกำหนดความเป็นไปในชีวิตและ ร่างกายของตนเองได้อย่างเป็นอิสระอันเป็นสิทธิที่จะให้ความสำคัญในชีวิตและร่างกายของตนเอง ทั้งในด้านการป้องกันหรือแก้ไขเพื่อมิให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อความสูญเสียหรือความเสียหายที่ จะเกิดขึ้นกับชีวิตและร่างกายของตนเองดังปณิธานสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ค.ศ.1948 ได้ระบุไว้ ดังต่อไปนี้¹¹

ข้อ 3. มนุษย์แต่ละคนมีสิทธิในชีวิต ความมีเสรีและความปลอดภัยในร่างกาย

ข้อ 4. ห้ามเอาคนลงเป็นทาสหรือตกอยู่ในภาวะจำยอม

ข้อ 5. ห้ามปฏิบัติหรือลงโทษอย่างทารุณ ไร้มนุษยธรรม หยามเกียรติ

ดังนั้น สิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกายของบุคคลตามที่รัฐธรรมนูญได้รับรองและ ให้ความสำคัญคุ้มครองไว้นั้น ย่อมหมายความว่ารวมถึงสิทธิในการได้รับการพัฒนาสุขภาพอนามัยและ คุณภาพชีวิตของประชาชนเพื่อให้มีชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ตลอดจนการส่งเสริมและพัฒนา สุขภาพอนามัยทั้งสุขภาพกายและจิตใจเพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถดำรงตนอยู่ในสังคมได้ อย่างเป็นปกติสุขและปราศจากโรคภัยไข้เจ็บอันถือเป็นแนวทางการยกระดับในการพัฒนาระบบ สุขภาพของประชาชนและเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบการให้ความสำคัญคุ้มครองสิทธิในด้าน การบริการทางด้านสาธารณสุขของรัฐได้อย่างทั่วถึงและเสมอภาคเท่าเทียมกันในสังคม ซึ่งสิทธิ ดังกล่าวยังถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานในชีวิตและร่างกายของความเป็นมนุษย์ทุกคนและมีใช้หมาย เฉพาะถึงสิทธิที่จะได้รับเฉพาะแต่เพียงผู้ที่ได้รับความเจ็บไข้ได้ป่วยเท่านั้น แต่หมายความว่ารวมถึง บุคคลที่มีความต้องการที่จะได้รับการบริการทางสาธารณสุขจากแพทย์ซึ่งจะมีทั้งผู้ที่เจ็บป่วยและ มิได้เจ็บป่วยโดยรวมถึงสิทธิต่างๆที่จะได้รับบริการทางการแพทย์และระบบการบริการทางด้าน สาธารณสุขทั้งหมดตามสิทธิในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มีการบัญญัติรับรองและคุ้มครอง ไว้ในรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันในมาตรา 51 ซึ่งสิทธิและเสรีภาพดังกล่าวจะถูกจำกัดสิทธิอันเป็น การขัดต่อรัฐธรรมนูญมิได้ ดังรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา 29 ได้บัญญัติไว้ว่า

การจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลที่รัฐธรรมนูญรับรองไว้จะกระทำมิได้ เว้นแต่ โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย เฉพาะเพื่อการที่รัฐธรรมนูญนี้กำหนดไว้ และเท่าที่

¹¹ ปณิธานสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนของสหประชาชาติ ค.ศ.1948.

จำเป็นและจะกระทบกระเทือนสาระสำคัญแห่งสิทธิและเสรีภาพนั้นมิได้

กฎหมายตามวรรคหนึ่งต้องมีผลใช้บังคับเป็นการทั่วไปและไม่มุ่งหมายให้ใช้บังคับแก่กรณีใดกรณีหนึ่งหรือแก่บุคคลใดบุคคลหนึ่งเป็นการเจาะจง ทั้งต้องระบุบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญที่ให้อำนาจในการตรากฎหมายนั้นด้วย

บทบัญญัติในวรรคหนึ่งและวรรคสองให้นำมาใช้บังคับกับกฎที่ออกโดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมายด้วยโดยอนุโลม

ดังนั้น จึงถือได้ว่าการที่รัฐมีหน้าที่ในการพิทักษ์รักษาสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกายของประชาชน จึงถือได้ว่าเป็นพันธะกิจหลักอันสำคัญของรัฐที่จะต้องให้ความคุ้มครองในชีวิตและร่างกายของประชาชนให้อยู่รอดปลอดภัยเพื่อให้สมดังเจตนารมณ์ตามที่รัฐธรรมนูญได้บัญญัติและรับรองไว้ จึงเกิดเป็นแนวความคิดและแนวปฏิบัติเพื่อเป็นหลักการประกันสุขภาพให้แก่ประชาชน โดยมุ่งเน้นให้เห็นถึงการมองสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐานที่กว้างกว่าการรักษาพยาบาล เพราะเนื่องจากในยุคปัจจุบันด้วยความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาการทำให้มนุษย์สามารถป้องกันโรคต่างๆหรือป้องกันการเสื่อมโทรมของสุขภาพร่างกายได้ ทั้งนี้ เพื่อให้ตนเองมีชีวิตและร่างกายที่มีพลานามัยที่แข็งแรงและสมบูรณ์ เพราะสุขภาพที่ดีเป็นผลลัพธ์มาจากสังคมที่ดีทำให้ประชาชนสามารถดำรงอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างเกื้อกูลและสมานฉันท์ซึ่งกันและกัน

3.1.3 สิทธิและเสรีภาพในความเสมอภาคของบุคคล

สิทธิและเสรีภาพในความเสมอภาคของบุคคล ถือเป็นรากฐานอันเป็นสาระสำคัญของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อีกประการหนึ่งนอกเหนือจากสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกายของบุคคลที่พึงมีและเนื่องจากหลักความเสมอภาคถือเป็นหลักการสำคัญในการปกครองในระบอบประชาธิปไตยของรัฐเสรีประชาธิปไตยโดยทั่วไป ซึ่งมนุษย์ทุกคนย่อมได้รับการรับรองและคุ้มครองในสิทธิและเสรีภาพตามกฎหมายอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน(Fairness) และในฐานะที่เป็นมนุษย์โดยมิต้องคำนึงถึงคุณสมบัติในด้านอื่นๆ เช่น เชื้อชาติ ศาสนา ภาษา ถิ่นกำเนิดและในขณะที่เดียวกันหลักความเสมอภาคยังถือเป็นหลักการที่ใช้เป็นเครื่องมือในการควบคุมมิให้รัฐใช้อำนาจหน้าที่ของตนได้ตามอำเภอใจ ซึ่งหากรัฐได้กระทำการใดๆอันเป็นการใช้อำนาจแก่กลุ่มบุคคลหนึ่งบุคคลใดแล้วนั้น รัฐต้องสามารถให้คำตอบและอธิบายถึงเหตุผลที่รัฐได้กระทำการดังกล่าวต่อบุคคลนั้นๆได้ มิฉะนั้นจะถือได้ว่ารัฐได้ใช้อำนาจของตนเป็นไปอย่างตามอำเภอใจอันเป็นการส่งผลกระทบต่อสิทธิและเสรีภาพของบุคคลและซึ่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 30 บัญญัติไว้ว่า

บุคคลย่อมเสมอภาคกันในกฎหมายและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกันชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน

การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคลเพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมืองอันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญจะกระทำมิได้

มาตรการที่รัฐกำหนดขึ้นเพื่อขจัดอุปสรรคหรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถใช้สิทธิและเสรีภาพได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่น ย่อมไม่ถือเป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมตามวรรคสาม

ซึ่งเมื่อได้พิจารณาจากบทบัญญัติตามมาตรา 30 ของรัฐธรรมนูญดังกล่าวข้างต้นแล้วสามารถแยกหลักการเกี่ยวกับความเสมอภาคจากบทบัญญัติดังกล่าวได้ดังนี้

ตามมาตรา 30 วรรคแรก เป็นบทบัญญัติที่เกี่ยวหลักความเสมอภาคทั่วไป อันเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานเบื้องต้นของบุคคลและเป็นหลักการพื้นฐานของหลักความยุติธรรมซึ่งบุคคลจะต้องได้รับการปฏิบัติจากรัฐอย่างเท่าเทียมเสมอภาคกันเพื่อให้เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานของรัฐกระทำการหรือปฏิบัติต่อบุคคลได้ตามอำนาจอย่างอำเภอใจ แต่หลักความเสมอภาคดังกล่าวมิได้เรียกร้องให้ปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกันอย่างสิ้นเชิงเพราะบุคคลทุกคนจะได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกันโดยมิได้คำนึงถึงข้อแตกต่างอย่างใดๆเลยนั้นหาได้ไม่ หากแต่เฉพาะกรณีที่สองสิ่งที่มีสาระสำคัญเหมือนกันจึงควรที่จะได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกัน แต่ในกรณีที่สิ่งสองสิ่งนั้นมีสาระสำคัญที่แตกต่างกันแล้วก็ควรที่จะได้รับการปฏิบัติที่แตกต่างกันอยู่นั่นเอง

ตามมาตรา 30 วรรคสอง เป็นบทบัญญัติที่เกี่ยวกับหลักความเสมอภาคเฉพาะเรื่องเพราะเป็นการทำให้หลักความเสมอภาคทั่วไปมีความเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น เพราะกรณีหากข้อเท็จจริงใดปรากฏว่าฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเป็นชายและอีกฝ่ายหนึ่งเป็นหญิงหลักเกณฑ์ที่ใช้ในการปฏิบัติที่กำหนดถึงความแตกต่างอันเป็นสาระสำคัญนั้นจะต้องไม่พิจารณาถึงความแตกต่างดังกล่าวมาเป็นตัวตัดสินเพื่อปฏิบัติให้แตกต่างกันได้ แต่ในทางความเป็นจริงทางด้านกฎหมายก็ไม่อาจที่จะไม่คำนึงถึงสาระสำคัญของความแตกต่างในทางกายภาพและความแตกต่างในหน้าที่ระหว่างชายและหญิงได้อย่างสมบูรณ์

ตามมาตรา 30 วรรคสาม เป็นบทบัญญัติที่เกี่ยวกับหลักข้อห้ามมิให้มีการเลือกปฏิบัติที่แตกต่างเพราะการปฏิบัติต่อบุคคลใดโดยนำความแตกต่างในด้านถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมืองมาเป็นข้อกำหนดในการปฏิบัติเพื่อให้เกิดความได้เปรียบหรือเสียเปรียบกันนั้นไม่อาจกระทำได้ ซึ่งหากเจ้าหน้าที่ของรัฐได้กระทำการปฏิบัติต่อบุคคลใดโดยอาศัยความแตกต่างดังกล่าวมาเป็นข้อพิจารณาเพื่อเป็นเหตุถึงการปฏิบัติที่แตกต่างกันแล้ว ถือได้ว่าการกระทำนั้นเป็นการเลือกปฏิบัติต่อบุคคลนั้นโดยไม่เป็นธรรมซึ่งการ

ปฏิบัติดังกล่าวอาจหมายความว่ารวมถึงการปฏิบัติที่มีลักษณะเกิดจากการกระทำหรือการละเว้นไม่กระทำด้วย

มาตรา 30 วรรคท้าย เป็นบทบัญญัติที่เกี่ยวกับหลักการเลือกปฏิบัติที่เป็นธรรมเพราะการกระทำของรัฐที่เป็นการกระทำเพื่อจัดอุปสรรคหรือเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถใช้สิทธิและเสรีภาพได้เสมอภาคเช่นเดียวกันกับบุคคลอื่นแล้วนั้น ถือเป็นที่แสดงให้เห็นว่าคุณสมบัติหรือสาระสำคัญในเรื่องใดเรื่องหนึ่งของบุคคล ย่อมมีลักษณะพิเศษที่แตกต่างไปจากบุคคลทั่วไป ดังนั้น การที่รัฐซึ่งมีหน้าที่ที่สำคัญที่จะต้องทำให้สมาชิกของรัฐ โดยรวมสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นปกติสุขในสังคมเช่นบุคคลทั่วไปแล้วรัฐย่อมมีอำนาจที่จะปฏิบัติในสิ่งที่มีความแตกต่างจากบุคคลทั่วไปได้อย่างเช่นกรณีของผู้พิการ ซึ่งกรณีเช่นนี้ย่อมไม่อาจถือได้ว่าเป็นการที่รัฐได้เลือกปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรมแต่อย่างใดและเมื่อพิจารณาประกอบกับปณิญาสากล่าวด้วยสิทธิมนุษยชนของสหประชาชาติ ค.ศ.1948 ซึ่งกล่าวถึงความเสมอภาคของมนุษย์ไว้ดังนี้¹²

ข้อ 1. มนุษย์ทุกคนเกิดมาอิสระเสรีและเสมอภาคในทุกด้านจึงควรปฏิบัติต่อกันฉันพี่น้อง

ข้อ 6. บุคคลแต่ละคนเป็นบุคคลตามกฎหมาย

ข้อ 7. บุคคลแต่ละคนเสมอภาคตามกฎหมาย และได้รับความคุ้มครองเสมอกันโดยไม่เลือกปฏิบัติ

ดังนั้น จึงเห็นได้ว่าการที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับปัจจุบันได้บัญญัติหลักการให้ความคุ้มครองทางด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนโดยกำหนดให้บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน จึงถือเป็นหลักประกันได้ว่าบุคคลที่อยู่ภายใต้ความคุ้มครองสิทธิดังกล่าวตามที่รัฐธรรมนูญได้บัญญัติไว้จะต้องได้รับการปฏิบัติจากรัฐทางด้านสาธารณสุขที่เสมอกันและเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพโดยไม่มี การเลือกปฏิบัติ จึงจำเป็นที่รัฐจะต้องนำหลักการดังกล่าวซึ่งอยู่ในฐานะเป็นเพียงแก่นามธรรมมาปฏิบัติให้เกิดเป็นรูปธรรมเพื่อการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชนได้อย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน และทำให้ประชาชนสามารถมีชีวิตอยู่รอดปลอดภัยและดำรงตนอยู่ในสังคมได้ตลอดไป

3.1.4 สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐของประเทศไทยภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพต่างๆ

สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐ ถือว่าเป็นนโยบายหลักในการให้สวัสดิการ

¹² ปณิญาสากล่าวด้วยสิทธิมนุษยชนของสหประชาชาติ ค.ศ.1948.

เกี่ยวกับการบริการทางด้านสาธารณสุขที่รัฐจะต้องดำเนินการจัดให้แก่ประชาชนตามสิทธิที่มีอยู่ใน บทบัญญัติของรัฐธรรมนูญและเพื่อใช้เป็นวัตถุประสงค์และเป็นกลไกในการทำหน้าทีเพื่อให้ ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกันในสังคม ในยามเมื่อมีความจำเป็นและต้องการ และเป็นอีกหนึ่งวัตถุประสงค์หลักที่ใช้เป็นเครื่องมือในการ ป้องกันความเสียหายที่เกิดจากความเสียหายทางการเงินอันเกี่ยวกับการแบกรับภาระค่ารักษาพยาบาลที่ มีราคาสูงเกินกำลังและความสามารถของประชาชน อันเป็นการคุ้มครองความเสี่ยงซึ่งเกิดจากภาระ ค่ารักษาพยาบาลในสถานบริการสาธารณสุขของประเทศไทย ซึ่งวิวัฒนาการและประวัติความเป็น มาเกี่ยวกับนโยบายของโครงการสวัสดิการการรักษายาบาลให้แก่ประชาชนอันเป็นสิทธิ บริการด้านสาธารณสุขของรัฐได้มีการพยายามสร้างหลักประกันด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนขึ้น เพื่อให้ประชาชนที่ยากจนและมีรายได้น้อยสามารถเข้าถึงการรักษายาบาลที่จำเป็น โดยไม่ต้องเสีย ค่ารักษาพยาบาล โดยนโยบายการคุ้มครองความเสี่ยงจากภาระค่ารักษาพยาบาลที่มีราคาสูงได้เริ่มมี ขึ้นเป็นครั้งแรกอย่างไม่เป็นทางการในปีพุทธศักราช 2488 โดยมีการกำหนดหลักเกณฑ์ให้อยู่ภายใต้ การพิจารณาของนักสังคมสงเคราะห์ซึ่งเป็นระบบที่มีการยกเว้นการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลให้แก่ ประชาชนผู้ยากจนควบคู่ไปกับระบบการรักษาพยาบาลที่มีการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลโดยตรงจาก ผู้ใช้บริการสุขภาพ

หลังจากนั้นได้มีวิวัฒนาการไปสู่ระบบการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายซึ่งเริ่ม ขึ้นอย่างเป็นทางการในประเทศไทยในปีพ.ศ.2518 โดยรัฐบาลสมัยหม่อมราชวงศ์ กิจกฤติ ปรามาช เป็นนายกรัฐมนตรีได้มีการเริ่มต้นโครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยในด้านการ รักษาพยาบาล (สปน.) ซึ่งมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ที่มีรายได้น้อยได้มีหลักประกันใน การเข้าถึงการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยสามารถใช้สิทธิเข้ารับการรักษาพยาบาล จากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆและรัฐมีหน้าที่ซึ่งเป็นกิจกรรม หลักที่สำคัญที่จะต้องค้นหาประชาชนผู้มีรายได้น้อยเพื่อการออกบัตรสงเคราะห์และสวัสดิการ ดังกล่าวเป็นการเข้าสู่ระบบการพิจารณาสิทธิทางการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามระดับ รายได้ของครัวเรือน(Mean-Testing Scheme)¹³ โดยเกณฑ์การประเมินขอบเขตของคำว่า“ผู้มีรายได้น้อย” จะพิจารณาจากรายได้ส่วนที่เป็นตัวเงินเพื่อใช้เป็นเส้นแบ่งความยากจน ซึ่งในครั้งแรกได้ กำหนดว่าบุคคลใดมีรายได้น้อยต่ำกว่า 1,000 บาทต่อเดือนถือว่าเป็นผู้มีรายได้น้อยตามหลักเกณฑ์ ดังกล่าว จึงสมควรที่จะได้รับบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย(สปน.)โดยมีการออกบัตรสำหรับผู้มี รายได้น้อย ซึ่งควรได้รับการสงเคราะห์เกี่ยวกับสวัสดิการและรักษาพยาบาลในครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ.

¹³ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. (2540). ระบบประกันสุขภาพในภาพรวมของประเทศไทย. หน้า 77.

2524 โดยมีผู้มีสิทธิได้รับความคุ้มครองจากบัตรสงเคราะห์ดังกล่าวทั่วทั้งประเทศทั้งสิ้นจำนวน 10.9 ล้านคนหรือคิดเป็นประมาณร้อยละ 23 ของประชากรทั้งหมดที่มีอยู่ในประเทศในขณะนั้น และได้มีการแบ่งแยกข้อมูลของกลุ่มประเภทผู้รับบริการในโครงการดังกล่าวออกเป็น 3 ประเภทคือ ประเภท ก. เป็นกลุ่มผู้ป่วยสงเคราะห์ที่ไม่มีบัตร ประเภท ข. เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่จ่ายเงินบางส่วน และ ประเภท ค. เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีสิทธิตามระเบียบอื่นๆของทางราชการ

ต่อมาในปีพุทธศักราช 2526 ซึ่งได้มีการประกาศเป็นปีผู้สูงอายุสากลและได้มีการจัดแบ่งประเภทของผู้สูงอายุที่มารับบริการออกเป็น 4 ประเภท คือ

ประเภทแรก ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่จ่ายค่ารักษาพยาบาล

ประเภทที่สอง ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่เบิกได้จากสวัสดิการข้าราชการ

ประเภทที่สาม ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุผู้ถือบัตรรายได้น้อย และ

ประเภทสุดท้าย ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยรายได้น้อย

และต่อมาในปีพุทธศักราช 2536 ได้มีการขยายความคุ้มครองโดยครอบคลุมไปถึงผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ตลอดจนเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี บุคคลผู้พิการและผู้นำทางศาสนาและต่อมาในปีพุทธศักราช 2537 ได้มีการเปลี่ยนชื่อจากโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยเป็นชื่อโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมช่วยเหลือเกื้อกูล(สปร.) โดยมีกลุ่มบุคคลที่โครงการดังกล่าวได้ให้ความคุ้มครองทั้งสิ้นจำนวน 6 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มผู้มีรายได้น้อยและผู้ว่างงาน

กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ

กลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มเด็กอายุ 0-12 ปี

กลุ่มที่ 4 เป็นกลุ่มทหารผ่านศึก

กลุ่มที่ 5 เป็นกลุ่มผู้นำศาสนาและผู้นำชุมชน พระภิกษุและสามเณร

กลุ่มที่ 6 เป็นกลุ่มผู้พิการ

ภายหลังจากที่เปลี่ยนแปลงมาเป็นโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมช่วยเหลือเกื้อกูล(สปร.)ได้ก่อให้เกิดปัญหาต่างๆที่สำคัญในหลายๆด้านทั้งปัญหาในเชิงแนวคิดรวมถึงไปสู่การนำไปปฏิบัติ เช่น จำนวนประชาชนที่จะได้รับความคุ้มครองภายใต้โครงการดังกล่าว มีความครอบคลุมทั่วถึงประชาชนแค่ไหนเพียงใด การออกบัตรสงเคราะห์ดังกล่าวตรงกับกลุ่มเป้าหมายจริงหรือไม่ กลุ่มบุคคลที่ได้รับการช่วยเหลือเป็นผู้ที่เหมาะสมและสมควรได้รับการช่วยเหลือตามนโยบายของโครงการดังกล่าวจริงหรือไม่ ปัญหาความซ้ำซ้อนของสิทธิที่ผู้ได้รับความคุ้มครองตามโครงการ สปร.กับหลักประกันสุขภาพด้านอื่นๆ กลุ่มบุคคลต่างๆที่ขาดหลักประกันด้านสุขภาพจะได้รับความครอบคลุมทั่วถึงได้อย่างไร สิทธิ

ประโยชน์และคุณภาพของโครงการทำให้ผู้ได้รับการช่วยเหลือได้รับความคุ้มครองครอบคลุมถึงอาการเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคประเภทใดบ้างและมีประสิทธิภาพเพียงใด ปัญหาเกี่ยวกับการจัดสรรและการกระจายงบประมาณเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพทั้งในส่วนกลางและภูมิภาค กลไกที่ใช้ในการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อกำหนดขอบเขตของผู้มีรายได้น้อยให้ตรงกับกลุ่มเป้าหมาย ตลอดจนการรับรองคุณภาพในการให้บริการของโครงการหรือสิทธิเสมอกันในการรับบริการที่เหมาะสมและได้มาตรฐานตามสิทธิที่รัฐธรรมนูญได้บัญญัติรับรองไว้ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์สุดท้ายของระบบบริการสาธารณสุข นั่นก็คือ สถานะสุขภาพที่ดีของประชาชน

เมื่อกล่าวถึงสิทธิในการได้รับการด้านสาธารณสุขของประชาชนภายใต้ระบบประกันสุขภาพและระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลในประเทศไทยในปัจจุบันมีอยู่ด้วยกันหลายประเภท เช่น ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ระบบประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน ระบบประกันสุขภาพแบบสมัครใจซึ่งประกอบด้วยบัตรประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข การประกันสุขภาพเอกชน ระบบประกันภัยอุบัติเหตุทางจราจรตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.2535 ซึ่งในที่นี้ผู้เขียนจะขอกล่าวถึงเฉพาะระบบประกันสุขภาพหลักของรัฐทั้งสามประเภทแรกซึ่งรัฐมีภาระหน้าที่ในการจัดทำให้แก่ประชาชนหรือบรรดาสมาชิกภายใต้ระบบประกันสุขภาพดังที่จะกล่าวต่อไปได้แก่

ประเภทแรก คือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประเภทที่สอง คือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและลูกจ้างของรัฐ

ประเภทที่สาม คือ ระบบประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน

1) ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เมื่อพิจารณาในประเด็นปัญหาสำคัญต่างๆ ที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากโครงการสงเคราะห์ระบบสุขภาพดังกล่าว จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่สำคัญที่ก่อให้เกิดความพยายามในการผลักดันให้ประเทศไทยก้าวไปสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายโดยประชาชนจะต้องได้รับสิทธิประโยชน์จากนโยบายดังกล่าวได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึงเสมอกันรวมทั้งรวมถึงประชาชนในกลุ่มที่อยู่ภายใต้โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงความช่วยเหลือแก่กลุ่ม(สปร.) ตลอดจนประชาชนในกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพทั้งหมด

(1) วัตถุประสงค์ในการจัดตั้งระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สิทธิในการได้รับบริการทางด้านสาธารณสุขภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้ประชาชนทุกคนนอกเหนือจากบุคคลที่มีสิทธิได้รับหลักประกันสุขภาพประเภทอื่นที่มีอยู่แล้วเป็นผู้มีสิทธิได้รับบริการทางสุขภาพได้อย่างทั่วถึงเสมอหน้าเท่าเทียมกันอันเป็นการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพและยังเป็นการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคนที่รัฐมีภาระหน้าที่ที่จะต้องเข้าไปมีบทบาทในการจัดการเกี่ยวกับนโยบายดังกล่าวตามรูปแบบที่รัฐได้กำหนดขึ้นและเพื่อใช้เป็นสวัสดิการและเป็นหลักประกันด้านบริการสุขภาพให้แก่ประชาชน ทั้งนี้ เพื่อการรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพอนามัยของประชาชนทุกคนที่มีอาการเจ็บป่วย ประสบอุบัติเหตุหรือฉุกเฉินที่จะต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและค่าบริการทางการแพทย์ อันใช้เป็นเครื่องมือเพื่อนำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพขึ้น

การให้บริการทางด้านสาธารณสุขที่จำเป็นเช่นในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้เป็นการสนองตอบต่อภาวะความจำเป็นของผู้ป่วยที่ถูกกำหนดขึ้นจากภาวะสุขภาพหรือความจำเป็นด้านสุขภาพของบุคคลนั้นๆ ซึ่งจะต้องมิใช่เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นจากความต้องการในการได้รับการบริการในสิ่งอุปโภคหรือบริโภคดังเช่นที่มีอยู่ในท้องตลาดโดยทั่วไปแต่อย่างใด หากแต่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากความไม่แน่นอน (Uncertainty) ของการดำรงชีพซึ่งอาจมีผลถึงแก่ชีวิตของบุคคลนั้นๆ ได้ รวมตลอดถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อบุคคลอื่นและสังคมอีกด้วยและเพื่อให้เป็นการสอดคล้องตอบทัญญูที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับปัจจุบันได้บัญญัติรับรองไว้ซึ่งประชาชนชาวไทยย่อมมีสิทธิเสมอกันในการได้รับบริการสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐ ซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ¹⁴ และรัฐจะต้องดำเนินการส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการเสริมสร้างสุขภาพอันนำไปสู่สภาวะที่ยั่งยืนของประชาชนรวมทั้งจัดการและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพและส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมให้การพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข¹⁵ ดังนั้นจึงต้องจัดระบบการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตเพื่อให้มีการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐานโดยจัดให้มีองค์กรกำกับดูแลและมีส่วนร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาชน ทั้งนี้ เพื่อจัดการให้มีระบบ

¹⁴ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550. มาตรา 51.

¹⁵ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550. มาตรา 80.

การรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทั่วประเทศ และประชาชนชาวไทยมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานด้วยกันทุกคน¹⁶

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงหมายถึงความถึง สิทธิของประชาชนไทยทุกคน (Entitlement) ที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้าด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระด้านค่าใช้จ่ายไม่เป็นอุปสรรคที่เขาจะได้รับสิทธินั้น¹⁷

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถือเป็นสวัสดิการทางด้านสุขภาพที่รัฐจัดให้แก่ประชาชนและเพื่อเป็นหลักประกันทางด้านสุขภาพโดยเป็นสิทธิตามกฎหมายและตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยที่ประชาชนทุกคนควรมีสิทธิที่จะได้รับโดยไม่ต้องมีการสมัครเข้าใช้บริการ และต้องมีสัดส่วนการให้บริการที่เพียงพอทั่วถึงอย่างสมเหตุสมผล ซึ่งรูปแบบในการให้บริการจะต้องมิใช่ลักษณะของการให้บริการในแบบของการบริการสงเคราะห์หรือกึ่งสงเคราะห์หรือเป็นการให้บริการราคาถูกและการจัดสรรงบประมาณจะต้องมิใช่เป็นการมุ่งไปที่กระทรวงใดกระทรวงหนึ่ง โดยขาดการพัฒนาปรับปรุงระบบการบริหารและการจัดการ ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดความคุ้มครองและประกันสิทธิของประชาชนทางด้านสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยหน่วยงานหลักที่ดูแลและรับผิดชอบจะต้องให้การสนับสนุนการพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตลอดจนการจัดตั้งขึ้นเป็นหน่วยงานเพื่อบริหารระบบ (System Manager) เพื่อให้เกิดความสมดุลแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งสามส่วนคือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งอยู่ในฐานะผู้ซื้อบริการ (Purchaser) หน่วยบริการหลักทั้งสี่ประเภท¹⁸ ในฐานะผู้ให้บริการ (Provider) และประชาชนในฐานะผู้รับบริการ (Consumer)

(2) โครงสร้างของระบบและที่มาของเงินกองทุน

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้จัดตั้งขึ้น โดยดำเนินการให้เป็นไปตามบทบัญญัติของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ซึ่งกำหนดให้มีการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ขึ้นเป็นหน่วยงานของรัฐที่มีฐานะเป็นนิติบุคคลและอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข¹⁹ และกำหนดให้มีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ

¹⁶ หมายเหตุท้ายพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2545.

¹⁷ คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. (2544). ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. หน้า 11.

¹⁸ ข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข.

¹⁹ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2545. มาตรา 24.

และมีเลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นเลขานุการของคณะกรรมการ²⁰ เพื่อการปฏิบัติการกิจด้านนโยบายเกี่ยวกับการสร้างหลักประกันสุขภาพและพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า²¹ ภายใต้โครงสร้างการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเน้นให้มีการกระจายอำนาจการบริหารระบบงานไปยังหน่วยงานในระดับพื้นที่(Local System Manager) คือสำนักงานสาขาเขตให้มีครอบคลุมทั่วทั้งประเทศรวมทั้งสิ้น 13 แห่ง แบ่งเป็นสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและสำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาเขตพื้นที่อีก 12 แห่งซึ่งแต่ละเขตดูแลพื้นที่ประมาณ 3-5 จังหวัด โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัดของแต่ละจังหวัดเป็นหน่วยงานสนับสนุนในการปฏิบัติการกิจในด้านต่างๆให้แก่สำนักงานสาขาเขตพื้นที่ โดยในปีงบประมาณ 2551 สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับจัดสรรงบประมาณเพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในอัตราเหมาจ่าย 2,100 บาทต่อคน สำหรับจำนวนประชากรผู้มีสิทธิทั้งสิ้นจำนวน 46,477 ล้านคน²² โดยมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการจัดสรรเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่แต่ละจังหวัดเป็นรายเดือนและในระดับจังหวัดจะดำเนินการจัดสรรงบประมาณให้กับสถานพยาบาลในเครือข่ายโดยงบประมาณที่สถานพยาบาลจะได้รับ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับรูปแบบการบริการงบประมาณและการจัดสรรเงินแก่สถานพยาบาลที่จังหวัดเลือกซึ่งมี 2 รูปแบบ คือ

รูปแบบที่ 1 Inclusive Capitation เป็นการจัดสรรเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวรวม โดยรวมงบสำหรับบริการผู้ป่วยนอก (บวกงบส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค) และบริการผู้ป่วยใน (Inclusive Capitation) ให้หน่วยคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิที่รับขึ้นทะเบียนกรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่นหน่วยคู่สัญญาบริการจะต้องจ่ายตามแต่กรณีที่มีค่าบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงและค่ารักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเฉพาะนอกเขตจังหวัดให้เบิกจากกองทุนประกันสุขภาพที่ส่วนกลาง ในขณะที่การตามจ่ายกรณีส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลในจังหวัด กรณีผู้ป่วยนอกให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการระดับจังหวัดกำหนด กรณีผู้ป่วยในจะตามจ่ายในอัตราราคาตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRG)

รูปแบบที่ 2 Exclusive Capitation เป็นการจัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัวเฉพาะสำหรับบริการผู้ป่วยนอก (บวกงบส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค) ให้หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ(Capitation for Ambulatory Care) ส่วนงบสำหรับบริการผู้ป่วยในให้บริหารที่

²⁰ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2545. มาตรา 13.

²¹ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2545. มาตรา 18.

²² คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2551. หน้า 85.

จังหวัด โดยจ่ายให้แก่สถานพยาบาลที่รับดูแลผู้ป่วยในอัตราราคาตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม(DRG With Global Budget) ส่วนค่าบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง การบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเฉพาะนอกเขตจังหวัดให้เบิกจ่ายจากสำนักงานประกันสุขภาพที่ส่วนกลาง

โดยในหมวด 4 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ได้กำหนดให้มีการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและอย่างมีประสิทธิภาพ²³ ซึ่งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะประกอบด้วยแหล่งที่มาของเงินทุนในด้านต่างๆ ดังนี้²⁴

1. เงินที่ได้รับจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี
2. เงินที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามที่กฎหมายบัญญัติ
3. เงินที่ได้รับจากการดำเนินการให้บริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัตินี้
4. เงินค่าปรับทางปกครองตามพระราชบัญญัตินี้
5. เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคหรือมอบให้แก่กองทุน
6. ดอกผลหรือผลประโยชน์ที่เกิดจากเงินหรือทรัพย์สินของกองทุน
7. เงินหรือทรัพย์สินอื่นๆ ที่กองทุนได้รับมาในกิจการของกองทุน
8. เงินสมทบอื่นตามที่กฎหมายบัญญัติ

(3) คุณสมบัติของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ได้บัญญัติให้บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ โดยกำหนดให้บุคคลที่เข้ารับบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการตามอัตราที่กำหนด เว้นแต่ ผู้ยากไร้หรือบุคคลอื่นที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด²⁵ แต่ต่อมาในปี พ.ศ. 2549 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้อาศัยอำนาจตามมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติดังกล่าวและ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ประชาชน โดยเฉพาะผู้ยากไร้และด้อยโอกาสสามารถเข้าถึงบริการ ได้มากยิ่งขึ้น จึงมีมติและประกาศให้ยกเลิกการเก็บเงินร่วมจ่ายค่าบริการจำนวน 30 บาทต่อครั้งทั้งหมดนับตั้งแต่วันที่ 31 ตุลาคม 2549 เป็นต้นไป²⁶ โดยบุคคลที่ประสงค์จะใช้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้ยื่นคำขอลงทะเบียน

²³ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2545. มาตรา 38.

²⁴ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2545. มาตรา 39.

²⁵ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2545. มาตรา 5.

²⁶ ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการยกเลิกค่าบริการทางการแพทย์.

ต่อสำนักงานหรือหน่วยงานที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด²⁷ เพื่อกำหนดเป็นหน่วยบริการประจำ²⁸ ในการให้การดูแลทางด้านสุขภาพซึ่งจะถือเป็นหน่วยบริการระดับต้นหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care) และหน่วยบริการร่วมให้บริการ²⁹ โดยยังทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการคู่สัญญา (Main Contractor) สำหรับบริการปฐมภูมิและเป็นหน่วยงานที่รับขึ้นทะเบียนประชาชน (Unit for Registration) อันเป็นสถานพยาบาลด่านแรก (Front Line Service) ซึ่งทำหน้าที่ในการให้บริการแบบผสมผสาน (Comprehensive Care) ตั้งแต่การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟู ตลอดจนประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่นซึ่งเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ³⁰ ตามสภาพความเจ็บป่วยและความจำเป็นด้านสุขภาพ³¹ ซึ่งโดยสรุปแล้วคุณสมบัติของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีดังนี้³²

1. เป็นบุคคลสัญชาติไทย
2. มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลักตามกฎหมายและมีข้อมูลอยู่ในฐานข้อมูลประชากรของสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย

²⁷ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2545. มาตรา 6.

²⁸ หน่วยบริการประจำ คือ สถานบริการหรือกลุ่มสถานบริการทุกแห่ง ที่รับค่าใช้จ่ายในการบริการสาธารณสุขในลักษณะเหมาจ่ายรายหัวและจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิให้แก่ผู้มีสิทธิที่เลือกลงทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำของตน ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลของรัฐอื่น โรงพยาบาลเอกชน คลินิกชุมชนอบอุ่น.

²⁹ หน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการร่วมให้บริการ คือ สถานบริการหรือกลุ่มสถานบริการทุกแห่งในเครือข่ายของหน่วยบริการประจำที่ให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิแก่ประชาชน โดยรับค่าใช้จ่ายในการบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการประจำ ได้แก่ สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล คลินิกชุมชนอบอุ่น หน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลของรัฐอื่น หน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลเอกชน สถานบริการที่ร่วมให้บริการสาธารณสุขเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง เช่น คลินิกทันตกรรม.

³⁰ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ คือ สถานพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนและมีขีดความสามารถจัดบริการตั้งแต่ระดับทุติยภูมิขึ้นไป จนถึงระดับตติยภูมิที่มีการบริการผู้ป่วยใน บริการด้านศัลยกรรม บริการฉุกเฉิน บริการสูติกรรม บริการผู้ป่วยนอก หรือที่มีบริการรักษาพยาบาลเฉพาะทาง ซึ่งเป็นการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพที่ส่งต่อมาจากหน่วยบริการประจำ/หน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลของรัฐอื่นๆ โรงพยาบาลเอกชน.

³¹ สำเร็จ แห้งกระทอกและคณะ. (2548-2549). การพัฒนาการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดนครราชสีมา. หน้า 14.

³² คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2551. หน้า 31.

3. ไม่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพอื่นที่รัฐจัดให้ เช่น

- ก. ผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม
- ข. ข้าราชการหรือลูกจ้างของส่วนราชการทุกประเภท
- ค. พนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเช่นองค์การบริหารส่วนจังหวัด , องค์การบริหารส่วนตำบล และเทศบาล
- ง. พนักงานหรือลูกจ้างของรัฐวิสาหกิจ
- จ. คู่สมรส บุตร หรือบิดา มารดาหรือบุคคลอื่นใดที่ได้รับสวัสดิการในการรักษาพยาบาลโดยอาศัยสิทธิของบุคคลตาม 3.2 , 3.3 และ 3.4
- ฉ. ครูโรงเรียนเอกชน
- ช. ข้าราชการการเมือง ได้แก่ นายกรัฐมนตรี รองนายกรัฐมนตรี รัฐมนตรีว่าการ รัฐมนตรีช่วยว่าการ สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรและสมาชิกวุฒิสภาซึ่งรัฐได้จัดสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลให้
- ซ. ผู้ซึ่งปฏิบัติงานให้แก่หน่วยงานอื่นของรัฐหรือบุคคลอื่นใดที่มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลโดยใช้จ่ายจากเงินงบประมาณของรัฐ

(4) ประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข

การให้บริการด้านสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถจำแนกประเภทและขอบเขตการให้บริการสาธารณสุขออกได้เป็น 2 ประเภท คือ³³

- ประเภทแรก เป็นการบริการที่ครอบคลุมค่าใช้จ่าย และ
- ประเภทที่สอง เป็นการบริการที่ไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่าย

1. การบริการที่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายต่างๆที่เกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการซึ่งเป็นสถานบริการสาธารณสุขที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้แก่³⁴

ก. ค่าสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
ครอบคลุมบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ข. ค่าตรวจวินิจฉัยโรค

³³ ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2544. หมวด 4 ว่าด้วยการรับบริการทางการแพทย์การใส่ฟันเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่.

³⁴ รายละเอียดคูกู้มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2551. หน้า 23.

ครอบคลุมบริการตรวจเพื่อวินิจฉัย รวมทั้งการตรวจยืนยันกรณีพบความผิดปกติจากการตรวจคัดกรองตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

ค. ค่าตรวจและรับฝากครรภ์

ครอบคลุมบริการตรวจและการบริหารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของหญิงมีครรภ์

ง. ค่าบำบัดและบริการทางการแพทย์

ครอบคลุมบริการดังต่อไปนี้

1. การบำบัดและบริการทางเวชกรรมรวมถึงการบริการทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะจนสิ้นสุดการรักษา
2. การบำบัดทดแทนไตในการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างช่องท้อง (Peritoneal Dialysis) หรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Haemo Dialysis)
3. การบำบัดและบริการทางการแพทย์ทางทันตกรรม ได้แก่ การให้บริการในการถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม และการใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่

จ. ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าวิสัญญีและค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ โดยครอบคลุมยาตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติและรวมการบริการยาต้านไวรัสเอดส์สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์

ฉ. ค่าทำคลอด

ครอบคลุมการคลอดบุตรรวมกันไม่เกิน 2 ครั้งกรณีที่บุตรมีชีวิตอยู่

ช. ค่ากินอยู่ในหน่วยบริการ

ครอบคลุมการบริการอาหารและห้องผู้ป่วยสามัญ

ซ. ค่าบริหารทารกแรกเกิด

ฅ. ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย

ครอบคลุมเฉพาะกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินและการส่งต่อเพื่อการรักษา

ระหว่างสถานพยาบาล

ฉ. ค่าพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ

ครอบคลุมเฉพาะกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินและการส่งต่อเพื่อการรักษา

ระหว่างสถานพยาบาล

ฎ. ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ

ครอบคลุมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์จนสิ้นสุดการรักษา

ก. ค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นเพื่อการบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนด

2. การบริการที่ไม่ครอบคลุมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้แก่³⁵

ก. กลุ่มบริการที่เกินความจำเป็นพื้นฐาน

1. การรักษาภาวะมีบุตรยาก
2. การผสมเทียม
3. การเปลี่ยนเพศ
4. การกระทำใดๆเพื่อความสวยงามโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
5. การตรวจวินิจฉัยและรักษาใดๆที่เกินความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทาง

การแพทย์

6. การรักษาที่อยู่ระหว่างการค้นคว้าทดลอง

กองทุนอื่น

ข. กลุ่มบริการที่มีงบประมาณจัดสรรให้เป็นการเฉพาะหรือครอบคลุมโดย

1. โรคจิตกรณี่ที่ต้องได้รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในเกินกว่า 15 วัน
2. การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วย

ยาเสพติด

3. การบาดเจ็บจากการประสบภัยจากรถซึ่งอยู่ในความคุ้มครองตาม

กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถเฉพาะส่วนที่บริษัทหรือกองทุนตามกฎหมายนั้นต้องเป็นผู้จ่าย

ค. กลุ่มบริการอื่นๆ

1. โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในเกิน 180 วัน ยกเว้นกรณีที่เป็นต้องรักษาต่อเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนหรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

2. การปลูกถ่ายอวัยวะ (Organ Transplantation)

2) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและลูกจ้างของรัฐ

(1) วัตถุประสงค์ในการจัดตั้งระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและลูกจ้างของรัฐ

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและลูกจ้างของรัฐ (Civil Servant

³⁵ รายละเอียดคู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2551. หน้า 28.

Medical Benefit Scheme:CSMBS) เป็นนโยบายที่รัฐบาลจัดเป็นสวัสดิการในการให้ความช่วยเหลือแก่ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญและบุคคลในครอบครัว เพื่อเป็นการบรรเทาความเดือนร้อนและช่วยเหลือภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล อันเป็นสวัสดิการที่จะก่อให้เกิดสิทธิขึ้นได้เฉพาะอาการเจ็บป่วยด้วยโรคหรือเกิดจากลักษณะอาการที่ผิดปกติทางร่างกายหรือความบกพร่องหรือความผิดปกติทางจิตใจซึ่งแพทย์เห็นว่าจำเป็นต้องทำการรักษาให้กลับคืนสู่สภาพปกติดังเดิม มิฉะนั้น จะเกิดอันตรายแก่สุขภาพผู้ป่วยโดยไม่รวมถึงการดำเนินการใดๆที่มีลักษณะเป็นการส่งเสริมสุขภาพ หรือการป้องกันโรค และการเสริมสวย

(2) โครงสร้างของระบบและที่มาของเงินกองทุน

สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของข้าราชการถือเป็นสวัสดิการจากทางราชการประเภทหนึ่งที่ต้องอาศัยการเบิกจ่ายจากเงินงบประมาณรายจ่ายอันเป็นที่มาของเงินทุนในการแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของระบบ ทั้งนี้โดยมาตรา 3(6) แห่งพระราชบัญญัติการกำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการจ่ายเงินบางประเภทตามงบประมาณรายจ่าย พ.ศ.2518 ซึ่งได้กำหนดให้ตราเป็นพระราชกฤษฎีกาเป็นเกณฑ์บังคับใช้³⁶ โดยในระยะเริ่มแรกเกี่ยวกับสวัสดิการในการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ได้อาศัยหลักเกณฑ์ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.2521 มาเป็นเกณฑ์บังคับใช้ ซึ่งต่อมาได้ถูกยกเลิกโดยมาตรา 3 แห่งพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.2523 ที่ได้ประกาศใช้บังคับแทนและที่แก้ไขเพิ่มเติมจนถึงปัจจุบันรวมจำนวน 8 ฉบับ³⁷ อันเป็นกฎหมายหลักที่กำหนดถึงขอบเขตเกี่ยวกับสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและอาศัยระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วย การเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2545 ซึ่งออกโดยกระทรวงการคลังเพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดวิธีปฏิบัติของผู้มีสิทธิ อำนาจหน้าที่ของผู้ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งสถานพยาบาลต่างๆ โดยกรมบัญชีกลางซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดกระทรวงการคลังมีหน้าที่ดูแลและรับผิดชอบในการเบิกจ่ายในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการดังกล่าวทั้งระบบ

(3) คุณสมบัติของผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ

พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.2523 มาตรา 6

³⁶ พระราชบัญญัติการกำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการจ่ายเงินบางประเภทตามงบประมาณรายจ่าย พ.ศ. 2518. มาตรา 3(6).

³⁷ พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2528, (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2532, (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2533, (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2534, (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2540, (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2541, (ฉบับที่ 8) พ.ศ. 2545.

แก้ไขยกเลิกโดยมาตรา 5 แห่งพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล(ฉบับที่ 4) พ.ศ.2533 ซึ่งกำหนดให้บุคคลดังต่อไปนี้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล สำหรับตนเอง และบุคคลในครอบครัวของตน คือ

1. ข้าราชการซึ่งได้รับเงินเดือนจากเงินงบประมาณรายจ่ายหมวดเงินเดือนและค่าจ้างประจำของกระทรวง ทบวง กรม ได้แก่

- ก. ข้าราชการพลเรือนตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการพลเรือน
- ข. ข้าราชการครูตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการครู
- ค. ข้าราชการฝ่ายตุลาการตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการฝ่ายตุลาการ
- ง. ข้าราชการฝ่ายอัยการตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการฝ่ายอัยการ
- จ. ข้าราชการพลเรือนในมหาวิทยาลัยตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการพลเรือนในมหาวิทยาลัย

- ฉ. ข้าราชการฝ่ายรัฐสภาตามกฎหมายว่าด้วยข้าราชการฝ่ายรัฐสภา
- ช. ข้าราชการตำรวจตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการตำรวจ
- ซ. ข้าราชการทหารตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการทหาร
- ฅ. ข้าราชการการเมืองตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการการเมือง

2. ลูกจ้างประจำ ซึ่งได้รับค่าจ้างประจำจากเงินงบประมาณรายจ่ายหมวดเงินเดือนและค่าจ้างประจำ

3. ผู้ได้รับบำนาญปกติหรือผู้ได้รับบำนาญพิเศษเหตุอุปพลภาพตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการ และทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัดตามข้อบังคับกระทรวงกลาโหมว่าด้วยเงินเบี้ยหวัด

4. บุคคลในครอบครัวของผู้ที่มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลได้แก่³⁸ บิดามารดา คู่สมรสและบุตรชอบด้วยกฎหมายคนที่หนึ่งถึงคนที่สาม³⁹ซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะหรือบรรลุนิติภาวะแล้วแต่เป็นคนไร้ความสามารถ⁴⁰ หรือเสมือนไร้ความสามารถ⁴¹ แต่ทั้งนี้ ไม่รวมถึงบุตรบุญธรรมหรือบุตรที่ได้ยกให้เป็นบุตรบุญธรรมของผู้อื่นแล้ว

³⁸ พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523. มาตรา 4.

³⁹ พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523. มาตรา 7.

⁴⁰ ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์. มาตรา 28.

⁴¹ ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์. มาตรา 32.

แต่ในกรณีที่ผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ใดที่ยังไม่มีบุตรหรือมีบุตรที่มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามมาตรา 7 ยังไม่ถึงสามคน ถ้าต่อมามีบุตรแฝดซึ่งทำให้มีจำนวนบุตรเกินสามคนให้ผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสำหรับบุตรคนที่หนึ่งถึงคนสุดท้าย⁴² และบิดามารดาของผู้ที่มีสิทธินั้นจะต้องเป็นบิดาหรือมารดาโดยสายเลือดและต้องชอบด้วยกฎหมาย โดยบิดาจะต้องเป็นผู้ที่ได้จดทะเบียนสมรสกับมารดาหรือหากมิได้จดทะเบียนสมรสกับมารดา จะต้องเป็นบิดาที่ได้มีการจดทะเบียนรับรองว่าผู้มีสิทธิเป็นบุตรหรือมีคำพิพากษาของศาลว่าเป็นบิดาโดยชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิ จึงจะมีสิทธิได้รับความคุ้มครอง

ส่วนคำว่าคู่สมรสของผู้มีสิทธิจะต้องเป็นคู่สมรสที่ได้มีการจดทะเบียนสมรสกันโดยชอบด้วยกฎหมายจึงจะเป็นคู่สมรสตามความหมายดังกล่าว ซึ่งคู่สมรสของผู้มีสิทธิจะมีได้เฉพาะเพียงหนึ่งคนเท่านั้น เว้นแต่ ชายผู้มีสิทธิเป็นผู้นับถือศาสนาอิสลามและมีภูมิลำเนาอยู่ในเขต 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ คือ นราธิวาส ปัตตานี ยะลา และสตูล โดยได้จดทะเบียนตามหลักศาสนาอิสลาม ณ สำนักงานคณะกรรมการกลางอิสลามใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ จึงจะมีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลให้กับคู่สมรสได้ 4 คน

5. ลูกจ้างชาวต่างประเทศซึ่งมีหนังสือสัญญาจ้างที่ได้รับค่าจ้างจากเงินงบประมาณรายจ่ายและสัญญาจ้างนั้นมีได้ระบุเกี่ยวกับการช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลไว้

(4) ประเภทและขอบเขตของสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการกำหนดให้สิทธิประโยชน์ภายใต้ความคุ้มครองแก่ผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัว ได้แก่ การรักษาพยาบาลและศัลยกรรมผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน บริการฉุกเฉิน รวมทั้งยาและเวชภัณฑ์โดยมุ่งเน้นการให้การรักษแต่ทั้งนี้ไม่รวมถึงศัลยกรรมตกแต่งเพื่อความงามและการบริการป้องกันโรค เว้นแต่ การตรวจสุขภาพประจำปี เฉพาะตัวของผู้มีสิทธิเท่านั้น โดยเข้ารับบริการได้ที่โรงพยาบาลของรัฐแห่งใดก็ได้ทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในหรือโรงพยาบาลของเอกชนเฉพาะผู้ป่วยในซึ่งต้องเจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุ ฉุกเฉินหรือมีความจำเป็นเร่งด่วน โดยหากมิได้รับการรักษาในทันทีทันใดอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้และต้องมีใบรับรองของแพทย์จากสถานพยาบาลของเอกชนดังกล่าวประกอบ⁴³

⁴² พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.2523. มาตรา 7 ทวิ แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2532. มาตรา 3.

⁴³ พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.2523. มาตรา 11(2) แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2541. มาตรา 4.

ขอบเขตในการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ลูกจ้างประจำหรือผู้รับเบี้ยหวัด บำนาญและบุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นผู้มีสิทธิได้รับความคุ้มครองในระบบสวัสดิการนี้สามารถเข้ารับการรักษาและใช้สิทธิเบิกจ่ายได้ตามสิทธิประโยชน์ต่างๆดังนี้

1. ค่ารักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ⁴⁴ ในการรักษาพยาบาล⁴⁵ คนที่เจ็บป่วยไม่สบายหรือมีความบกพร่องผิดปกติทางร่างกายหรือจิตใจโดยไม่มีอาการโรคหรือเหตุของการเจ็บป่วย⁴⁶ โดยมุ่งเน้นเฉพาะเพื่อการรักษาเยียวยาให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพปกติ

2. ค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยจิตเวชซึ่งเป็นการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องหรือผิดปกติทางจิต โดยแพทย์ผู้ทำการรักษาจะต้องมีหนังสือรับรองว่าอยู่ในระดับต้องบำบัดรักษาพยาบาลหรือเป็นขั้นตอนของการรักษาพยาบาล⁴⁷

3. ค่ายา รวมถึงยาสมุนไพรซึ่งมีคุณสมบัติเฉพาะเพื่อการรักษาโรคเท่านั้น มิใช่เป็นเพียงบรรเทา ป้องกันหรือช่วยเสริมความงามและอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติที่คณะกรรมการแห่งชาติด้านยากำหนด เว้นแต่ ในกรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ก็ให้คณะกรรมการแพทย์ที่ผู้อำนวยการสถานพยาบาลแต่งตั้งเป็นผู้วินิจฉัยและออกหนังสือรับรองว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เพื่อประกอบการเบิกจ่าย

4. ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคทั้งที่มีลักษณะข้อบ่งชี้

⁴⁴ พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523. มาตรา 4 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2533. มาตรา 3.

“ค่ารักษาพยาบาล” หมายความว่า เงินที่สถานพยาบาลเรียกเก็บในการรักษาพยาบาล ดังนี้

(1) ค่ายา ค่าเลือด และส่วนประกอบของเลือดหรือสารทดแทน ค่าน้ำยาหรือค่าอาหารทางเส้นเลือด ค่าออกซิเจน และอื่นๆ ทำนองเดียวกันที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค

(2) อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซม

(3) ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจ ค่าวิเคราะห์โรค แต่ไม่รวมถึงค่าจ้างผู้พยาบาลพิเศษ ค่าธรรมเนียมพิเศษและค่าบริการอื่นทำนองเดียวกันที่มีลักษณะเป็นเงินตอบแทนพิเศษ

(4) ค่าห้องและค่าอาหารตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษาพยาบาล

(5) ค่าตรวจสุขภาพประจำปี

⁴⁵ พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523. มาตรา 4.

“การรักษาพยาบาล” หมายความว่า รวมถึงการตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อประโยชน์ทางด้านสาธารณสุข.

⁴⁶ กรมบัญชีกลาง. (2551). หนังสือคู่มือสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเล่ม 1. หน้า 14.

⁴⁷ หนังสือกระทรวงการคลัง ที่ กค 0526.5/3150 ลงวันที่ 29 มกราคม 2539 เรื่อง การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีบำบัดรักษาโรคทางจิตเวชและปัญญาอ่อน.

ในการใช้เป็นการเฉพาะหรือที่มีความชัดเจนอยู่ในตัว ไม่มีการกำหนดลักษณะและข้อบ่งชี้ในการใช้ ซึ่งรวมตลอดถึงการซ่อมแซมอวัยวะเทียม⁴⁸ รวม 10 หมวด จำนวน 373 รายการ

5. ค่าบริการสาธารณสุข ซึ่งหมายถึง ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจ ค่าวิเคราะห์โรค ตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยตามปกติทั่วไป เช่นค่าห้องผ่าตัด ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าX-ray หรือค่าตรวจ MRI ค่าหัตถการในห้องผ่าตัด ค่ากายภาพบำบัด ค่าเวชกรรมฟื้นฟู ค่าฝังเข็มและค่าบริการแพทย์แผนไทย แต่ทั้งนี้ ไม่รวมถึง ค่าธรรมเนียมพิเศษ ค่าตอบแทนพิเศษหรือค่าบริการอื่นที่มีลักษณะพิเศษเช่นค่าจ้างพยาบาลพิเศษสำหรับเฝ้าดูแลผู้ป่วยหรือค่าธรรมเนียมแพทย์พิเศษ⁴⁹

6. ค่าห้องและค่าอาหาร สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 กรณี คือ⁵⁰

ก. เตียงสามัญ เบิกได้รวมค่าอาหารไม่เกิน 300 บาท/วันไม่จำกัดจำนวนวัน
ข. ห้องพิเศษ เบิกได้รวมค่าอาหารในราคาไม่เกิน 600 บาท/วันไม่เกิน 13 วัน แต่หากเกิน 13 วันจะต้องให้คณะกรรมการแพทย์ที่ผู้อำนวยการสถานพยาบาลแต่งตั้งวินิจฉัยและออกหนังสือรับรอง

ค. เตียงสังเกตอาการเฉพาะกรณีผู้ป่วยนอกเบิกได้ในอัตรา 100 บาท/ครั้ง/วัน

7. ค่าตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งรัฐระบุให้เป็นสิทธิเฉพาะตัวของข้าราชการ ลูกจ้างประจำหรือผู้ได้รับเบี้ยหวัดบำนาญ ไม่รวมถึงบุคคลในครอบครัวของผู้นั้น โดยเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีได้ปีละ 1 ครั้ง ในสถานพยาบาลของทางราชการ โดยแบ่งเป็นสองช่วงอายุ คือผู้มีอายุไม่เกิน 35 ปีบริบูรณ์กับผู้มีอายุเกิน 35 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ตามอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด⁵¹

8. ค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ เช่น

ก. ค่าเลือดและส่วนประกอบของเลือดหรือสารทดแทน⁵²

⁴⁸ หนังสือเวียนกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค 0417/ว 77 ลงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2548, ด่วนที่สุด ที่ กค 0417/ว 165 ลงวันที่ 11 พฤษภาคม 2550 และ ด่วนที่สุด ที่ กค 0417/ว 370 ลงวันที่ 26 ตุลาคม 2550.

⁴⁹ หนังสือเวียนกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค 0417/ว 177 ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2549, ด่วนที่สุด ที่ กค 0417/ว 309 ลงวันที่ 17 กันยายน 2550 และ ด่วนที่สุด ที่ กค 0417/ว 414 ลงวันที่ 26 พฤศจิกายน 2550.

⁵⁰ หนังสือเวียนกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค 0417/ว 177 ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2549.

⁵¹ หนังสือเวียนกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค 0417/ว 177 ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2549, (รายการแนบท้าย : ค่าตรวจสุขภาพประจำปี).

⁵² ได้แก่ เลือด (Whole Blood), เม็ดเลือดแดง (Plastetet Concentrate), พลาสมาสด (Fresh Plasma หรือ Fresh Frozen Plasma), เกร็ดเลือด (Plastetet Concentrate) และพลาสมา (Plasma).

ข. ค่าน้ำยาหรืออาหารทางเส้นเลือด⁵³

ค. ค่าออกซิเจน⁵⁴

ส่วนประเภทของการเบิกจ่ายของผู้มีสิทธิหรือนุคคลในครอบครัวสามารถใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลในกรณีเข้ารับการรักษาในฐานะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในในสถานพยาบาลของทางราชการ⁵⁵ ของระบบการเบิกจ่ายตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ(Fee for Services)หรือตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม(Diagnosis Related Groups : DRGs) ซึ่งเป็นการตกลงการจ่ายล่วงหน้าตามกลุ่มโรค (Case Base) ตามข้อตกลงระหว่างกรมบัญชีกลางกับสถานพยาบาลของทางราชการตามอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนดทั้งโดยวิธีการเบิกจ่ายโดยระบบใบเสร็จรับเงินหรือระบบเบิกจ่ายตรงที่ได้สมัครไว้หรือในกรณีเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของเอกชน⁵⁶ เฉพาะผู้ป่วยในเท่านั้นที่สามารถเบิกจ่ายค่ารักษา , ค่าห้องค่าอาหาร หรืออุปกรณ์และอวัยวะเทียมตามที่กระทรวงการคลังกำหนดไว้โดยวิธีการเบิกจ่ายในระบบใบเสร็จรับเงินซึ่งต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลไปก่อนแล้วนำใบเสร็จรับเงินมาขอเบิกที่ส่วนราชการต้นสังกัดในภายหลัง

3) ระบบประกันสังคม และระบบกองทุนเงินทดแทน

(1) ระบบประกันสังคม

ก. วัตถุประสงค์ในการจัดตั้งระบบประกันสังคม

ระบบประกันสังคม เป็นระบบสวัสดิการในการรักษาพยาบาลที่รัฐจัดให้มีขึ้นโดยมีเจตนารมณ์และวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นหลักประกันในการให้ความช่วยเหลือแก่ลูกจ้างซึ่งเป็นผู้ประกันตน⁵⁷ หรือผู้แทนอันชอบธรรมของบุคคลนั้นในกรณีเมื่อลูกจ้างผู้ประกันตนเกิดเหตุต้องประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน หรือกรณีการคลอดบุตร พุพพลภาพ

⁵³ หมายถึง ยาหรืออาหารที่ให้ผู้ป่วยทางเส้นเลือด ซึ่งไม่ได้รับประทานทางปากโดยปกติ เช่น กลูโคส น้ำเกลือ โปรตีน เว้นแต่ การให้อาหารทางสายยาง ให้เบิกรวมกับค่าห้องและค่าอาหาร.

⁵⁴ หมายถึง ออกซิเจนที่ให้ผู้ป่วยเป็นเครื่องช่วยในการหายใจ.

⁵⁵ “สถานพยาบาลของทางราชการ” หมายความว่า สถานพยาบาลของทางราชการตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน และให้หมายความรวมถึงสถานพยาบาลของกรุงเทพมหานคร รัฐวิสาหกิจ ตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ สภากาชาดไทย ครุสภา สมาคมปราบวัณโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกและสถานพยาบาลอื่นที่กระทรวงการคลังกำหนด.

⁵⁶ “สถานพยาบาลของเอกชน” หมายความว่า สถานพยาบาลของเอกชนที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ซึ่งได้รับอนุญาตให้ตั้งหรือดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล.

⁵⁷ หมายความว่า “ผู้ประกันตน” ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พุทธศักราช 2533. มาตรา 5.

เสียชีวิต สงเคราะห์บุตร ชราภาพและกรณีการว่างงานตลอดจนยังเป็นการลดภาระความเดือนร้อนของครอบครัวของลูกจ้างหรือสังคมโดยรวม เพื่อให้ลูกจ้างมีความมั่นคงและความปลอดภัยในการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมและเป็นการวางระบบการสร้างหลักประกันพื้นฐานให้กับลูกจ้างและบุคคลอื่นซึ่งเป็นผู้ประกันตน⁵⁸ โดยกำหนดสิทธิให้ผู้ได้รับประโยชน์ทดแทนต่างๆจากเงินกองทุนประกันสังคมตามที่พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 , พระราชบัญญัติประกันสังคม(ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2537 และพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542 ได้กำหนดไว้

ข. โครงสร้างของระบบและที่มาของเงินกองทุน

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 มาตรา19ได้กำหนดให้มีการจัดตั้งสำนักงานประกันสังคมขึ้น เพื่อเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ในการปฏิบัติการและรับผิดชอบดำเนินการต่างๆให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว โดยมีเลขาธิการสำนักงานประกันสังคมเป็นผู้บังคับบัญชาและมีหน้าที่ควบคุมดูแลโดยทั่วไปและมาตรา 21 กำหนดให้มีการจัดตั้งกองทุนประกันสังคมขึ้นเพื่อเป็นทุนใช้จ่ายให้แก่ผู้ประกันตนให้ได้รับประโยชน์ทดแทนตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าวโดยสำนักงานประกันสังคมจะทำสัญญาและซื้อบริการจากโรงพยาบาลรัฐและเอกชนมีการกำหนดมาตรฐานสำหรับโรงพยาบาลที่สามารถจะเป็นโรงพยาบาลคู่สัญญาไว้และมีวิธีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายเป็นรายหัว(Capitation)ซึ่งหลังจากที่พระราชบัญญัตินี้ดังกล่าวเริ่มมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 2 กันยายน 2533 เป็นต้นมาในปีพ.ศ.2534 สำนักงานประกันสังคมได้เริ่มจัดการให้ความคุ้มครองแก่ลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป โดยต่อมาในปี พ.ศ. 2536 ได้มีการขยายการให้ความคุ้มครองแก่ลูกจ้างที่อยู่ในสถานประกอบการขนาดเล็กลงมาที่มีลูกจ้างตั้งแต่10 คนขึ้นไปหลังจากนั้นในปี พ.ศ. 2537 ได้เปิดโอกาสให้บุคคลซึ่งมิใช่ลูกจ้างที่มีความประสงค์สมัครเข้าเป็นผู้ประกันตนได้โดยต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมเป็นรายปี⁵⁹และในปี พ.ศ.2545 ได้ขยายการให้ความคุ้มครองแก่ลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่1คนขึ้นไป⁶⁰ เป็นผลให้ลูกจ้างที่อยู่ในสถานประกอบการขนาดเล็กมีสิทธิในการได้รับหลักประกันในการดูแลสุขภาพชีวิตโดยได้รับสิทธิในการให้ความคุ้มครอง

⁵⁸ มงคล เทียนประเทืองชัย. (2539). การจัดสวัสดิการแรงงานของไทย กรณีศึกษากองทุนเงินทดแทนและกองทุนประกันสังคม. หน้า 127.

⁵⁹ พระราชกฤษฎีกากำหนดหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินสมทบประเภทของประโยชน์ทดแทนตลอดจนหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแห่งสิทธิในการรับประโยชน์ทดแทนของผู้ประกันตนซึ่งมิใช่ลูกจ้าง พ.ศ.2537.

⁶⁰ พระราชกฤษฎีกาให้ใช้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533. บังคับแก่นายจ้างที่มีลูกจ้างตั้งแต่หนึ่งคนขึ้นไป พ.ศ.2545.

ตามสิทธิประโยชน์จากกองทุนประกันสังคมเช่นเดียวกับลูกจ้างในสถานประกอบการขนาดกลาง และขนาดใหญ่โดยนายจ้างซึ่งเป็นเจ้าของสถานประกอบการที่มีได้อยู่ภายใต้ช้อยกเว้นกิจการหรือ ลูกจ้างบางประเภทที่ไม่ต้องอยู่ภายใต้บังคับแห่งพระราชบัญญัติประกันสังคมพ.ศ.2533⁶¹ มีหน้าที่ ต้องยื่นแบบขึ้นทะเบียนนายจ้างโดยยื่นแบบแสดงรายชื่อผู้ประกันตนอัตราค่าจ้างและข้อความอื่น ภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ลูกจ้างนั้นเป็นผู้ประกันตน⁶² และนายจ้างมีหน้าที่ต้องหักเงินสมทบ จากค่าจ้างที่ลูกจ้าง ซึ่งเป็นผู้ประกันตนได้รับและในส่วนของนายจ้างเพื่อนำส่งให้แก่สำนักงาน ประกันสังคมภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดจากเดือนที่จ่ายค่าจ้าง⁶³ ตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติ ประกันสังคม(ฉบับที่ 2)พ.ศ. 2537 มาตรา 22 กำหนดที่มาของเงินทุนประกันสังคมซึ่งประกอบด้วย

1. เงินสมทบจากรัฐบาล นายจ้าง ผู้ประกันตน มาตรา 40 และมาตรา 46
2. เงินเพิ่มตามมาตรา 39 มาตรา 49 และมาตรา 53
3. ผลประโยชน์ของกองทุนตามมาตรา 26
4. เงินค่าธรรมเนียมตามมาตรา 45
5. เงินที่ได้รับจากการบริจาคหรือเงินอุดหนุน
6. เงินที่ตกเป็นของกองทุนตามมาตรา 47 มาตรา 47 ทวิ มาตรา 50 มาตรา 53

และมาตรา 56

7. เงินอุดหนุน เงินอุดหนุนราชการที่รัฐบาลจ่ายตามมาตรา 24 วรรคสาม
8. เงินค่าปรับที่ได้จากการเปรียบเทียบตามมาตรา 102
9. รายได้อื่น

ค. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิในระบบประกันสังคม

พระราชบัญญัติประกันสังคมพ.ศ.2533 มาตรา 33 กำหนดให้ลูกจ้าง⁶⁴ หรือ เป็นผู้ประกันตน⁶⁵ เป็นบุคคลที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนจากกองทุนประกันสังคม ดังนี้

⁶¹ พระราชบัญญัติประกันสังคม พุทธศักราช 2533. มาตรา 4.

⁶² พระราชบัญญัติประกันสังคม พุทธศักราช 2533. มาตรา 34.

⁶³ พระราชบัญญัติประกันสังคม พุทธศักราช 2533. มาตรา 47.

⁶⁴ “ลูกจ้าง” หมายความว่า ผู้ซึ่งทำงานให้นายจ้างโดยรับค่าจ้าง ไม่ว่าจะเรียกชื่ออย่างไร แต่ไม่รวมถึง ลูกจ้างซึ่งทำงานเกี่ยวกับงานบ้านอันมิได้มีการประกอบธุรกิจรวมอยู่ด้วย.

⁶⁵ “ผู้ประกันตน” หมายความว่า ผู้ซึ่งจ่ายเงินสมทบอันก่อให้เกิดสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตาม พระราชบัญญัตินี้.

1. เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 มาตรา 33 แก้ไขเพิ่มเติมโดย

พระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2537 มาตรา 9 กำหนดคุณสมบัติของลูกจ้างซึ่งเป็นผู้ประกันตนจะต้องมีอายุไม่ต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์และไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์แต่ในกรณีที่ลูกจ้างซึ่งผู้ประกันตนอยู่แล้วมีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์และยังเป็นลูกจ้างซึ่งทำงานในสถานประกอบการอยู่ให้ถือว่าลูกจ้างนั้นเป็นผู้ประกันตนต่อไป ซึ่งผู้ประกันตนตามมาตรา นี้จะต้องออกเงินสมทบเข้ากองทุนร่วมกับรัฐบาลและนายจ้างในอัตราฝ่ายละเท่ากันในรูปแบบลักษณะไตรภาคีตามอัตราที่กำหนดในกฎกระทรวงแต่ไม่เกินอัตราเงินสมทบท้ายพระราชบัญญัตินี้⁶⁶ โดยผู้ประกันตนตามมาตรา นี้อาจสิ้นสุดการเป็นผู้ประกันตนเมื่อถึงแก่ความตายหรือสิ้นสภาพการเป็นลูกจ้าง แต่หากก่อนสิ้นสภาพการเป็นลูกจ้างผู้ประกันตนได้ส่งเงินสมทบตามเงื่อนไขที่กำหนดให้เกิดสิทธิที่จะได้รับประโยชน์ทดแทนแล้ว ให้ผู้ประกันตนนั้นมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย หรือกรณีคลอดบุตร หรือกรณีทุพพลภาพ หรือกรณีตาย ต่อไปอีกหกเดือนนับแต่วันที่สิ้นสภาพการเป็นลูกจ้าง หรือตามระยะเวลาที่กำหนดโดยพระราชกฤษฎีกา แต่ไม่เกินสิบสองเดือนนับแต่วันที่สิ้นสภาพการเป็นลูกจ้าง⁶⁷

2. เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39

เป็นบุคคลที่เคยเป็นลูกจ้างผู้ประกันตนและก่อนสิ้นสภาพของการเป็นลูกจ้างได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่าสิบสองเดือน โดยมีความประสงค์ที่จะแสดงความจำนงเป็นผู้ประกันตนต่อสำนักงานประกันสังคม ภายในหกเดือนนับแต่วันสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน ซึ่งผู้ประกันตนจะต้องนำส่งเงินสมทบเข้ากองทุนเดือนละครั้งภายในวันที่สิบห้าของเดือนถัดไป⁶⁸ โดยรัฐบาลออกหนึ่งเท่าและผู้ประกันตนออกสองเท่าของอัตราเงินสมทบที่แต่ละฝ่ายต้องออกตามที่กำหนดในกฎกระทรวง⁶⁹ โดยผู้ประกันตนตามมาตรา นี้อาจสิ้นสุดการเป็นผู้ประกันตนเมื่อถึง

⁶⁶ พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533. มาตรา 46 วรรคหนึ่ง,วรรคสอง แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2542. มาตรา 5.

⁶⁷ พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533. มาตรา 38 วรรคหนึ่ง และ พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533. มาตรา 38 วรรคสอง แก้ไขเพิ่มเติมโดย พระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2542. มาตรา 3.

⁶⁸ พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533. มาตรา 39 แก้ไขเพิ่มเติมโดย พระราชบัญญัติประกันสังคม(ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2537. มาตรา 12.

⁶⁹ พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533. มาตรา 46 วรรคสาม แก้ไขเพิ่มเติมโดย พระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542. มาตรา 5.

แก่ความตาย หรือกลับมาเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 หรือลาออกจากการเป็นผู้ประกันตน หรือไม่ส่งเงินสมทบสามเดือนติดต่อกัน ซึ่งจะสิ้นสุดตั้งแต่เดือนแรกที่ไม่ส่งเงินสมทบหรือภายใน ระยะเวลาสิบสองเดือนส่งเงินสมทบมาแล้วไม่ครบเก้าเดือน โดยจะสิ้นสุดลงในเดือนที่ส่งเงินสมทบ ไม่ครบเก้าเดือน แต่ในกรณีเฉพาะผู้ประกันตนที่สิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตนจากกรณีลาออกหรือ กรณีไม่ส่งเงินสมทบสามเดือนติดต่อกัน หรือภายในระยะเวลาสิบสองเดือนส่งเงินสมทบมาแล้วไม่ ครบเก้าเดือน ได้ดำเนินการส่งเงินสมทบครบตามเงื่อนไขที่จะก่อให้เกิดสิทธิที่จะได้รับประโยชน์ ทดแทนแล้ว ให้ผู้ประกันตนนั้นมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือ เจ็บป่วย หรือกรณีคลอดบุตร หรือกรณีทุพพลภาพ หรือกรณีตายต่อไปอีกหกเดือนนับแต่วันที่สิ้น สภาพการเป็นผู้ประกันตน⁷⁰

3. เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40

เป็นบุคคลอื่นใดซึ่งมิใช่ลูกจ้างตามมาตรา 33 และมีอายุไม่ต่ำกว่า 15 ปี บริบูรณ์แต่ไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์ และต้องไม่เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39 หรือเป็นผู้ทุพพลภาพ หรือไม่เป็นโรควิธโรคในระหว่างอันตรายหรือโรคพิษสุราเรื้อรัง หรือโรคใดๆ ซึ่งอยู่ในระหว่างการ รักษาและอยู่ในสภาพการใช้เครื่องช่วยชีวิต⁷¹ ซึ่งผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ต้องจ่ายเงินสมทบเข้า กองทุนเป็นรายปีภายในสิ้นเดือนมกราคมของทุกปีตามอัตราที่กำหนดในบัญชีท้ายพระราช กฤษฎีกา⁷² โดยความเป็นผู้ประกันตนอาจสิ้นสุดลงเมื่อผู้ประกันตนลาออกโดยแสดงความจำนงต่อ สำนักงานประกันสังคม หรือได้เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 หรือเมื่อความปรากฏต่อสำนักงานประกันสังคมว่า ผู้ประกันตนได้แจ้งข้อความหรือ แสดงหลักฐานเกี่ยวกับคุณสมบัติหรือลักษณะต้องห้ามในการสมัครในสาระสำคัญอันเป็นที่⁷³

⁷⁰ พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533. มาตรา 41 แก้ไขเพิ่มเติมโดย พระราชบัญญัติ ประกันสังคม(ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2537. มาตรา 13.

⁷¹ รัชชชัย ผลเจริญ. (2544). สรุปสาระสำคัญของพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533. แก้ไขเพิ่มเติม โดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2537 และ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542 และ พระราชบัญญัติเงิน ทดแทน พ.ศ. 2537. หน้า 9.

⁷² คู่มือการเงินสมทบท้ายพระราชกฤษฎีกา กำหนดหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินสมทบ ประเภทของ ประโยชน์ทดแทน ตลอดจนหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแห่งสิทธิในการรับประโยชน์ทดแทนของผู้ประกันตนซึ่ง มิใช่ลูกจ้าง พ.ศ. 2537.

⁷³ พระราชกฤษฎีกา กำหนดหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินสมทบประเภทของประโยชน์ทดแทน ตลอดจนหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแห่งสิทธิในการรับประโยชน์ทดแทนของผู้ประกันตนซึ่งมิใช่ลูกจ้าง พ.ศ. 2537. มาตรา 10.

ง. ประเภทและขอบเขตของสิทธิประโยชน์ทดแทน

ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 ได้กำหนดสิทธิประโยชน์ทดแทนให้แก่ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับจากกองทุนประกันสังคม รวม 7 ประเภท คือ⁷⁴

1. ประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย
2. ประโยชน์ทดแทนในกรณีคลอดบุตร
3. ประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพ
4. ประโยชน์ทดแทนในกรณีตาย
5. ประโยชน์ทดแทนในกรณีสงเคราะห์บุตร
6. ประโยชน์ทดแทนในกรณีชราภาพ
7. ประโยชน์ทดแทนในกรณีว่างงาน ยกเว้นผู้ประกันตนตามมาตรา 39

ซึ่งขอบเขตของการได้รับประโยชน์ทดแทนของผู้ประกันตนทุกประเภทดังกล่าวจะขึ้นอยู่กับหลักเกณฑ์และเงื่อนไขของผู้ประกันตนตามแต่ละประเภทตามที่พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และพระราชกฤษฎีกากำหนดหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินสมทบ ประเภทของประโยชน์ทดแทน ตลอดจนหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแห่งสิทธิในการรับประโยชน์ทดแทนของผู้ประกันตนซึ่งมิใช่ลูกจ้างพ.ศ.2537ได้กำหนดสิทธิไว้เพราะเมื่อสิทธิประโยชน์ทดแทนดังกล่าวได้เกิดขึ้นแล้วเจ้าหน้าที่ที่ไม่มีอำนาจที่จะใช้ดุลพินิจว่าจะให้ประโยชน์ทดแทนแก่ผู้ประกันตนนั้นหรือไม่ เว้นแต่ จะพิจารณาว่าผู้ประกันตนเป็นผู้มีสิทธิในนั้นหรือไม่ เนื่องจากสิทธิดังกล่าวเป็นสิทธิในลักษณะเชิงบังคับและการใช้สิทธิดังกล่าวก็มีใช้เรื่องของสวัสดิการ หรือการขอรับความช่วยเหลือจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด ซึ่งรูปแบบขอบเขตของประโยชน์ทดแทนที่ผู้ประกันตนจะได้รับนั้นสามารถจำแนกออกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

- ประโยชน์ทดแทนจากบริการทางการแพทย์หรือในรูปบริการและสิ่งของ
- ประโยชน์ทดแทนในรูปเงินสด

(2) ระบบกองทุนเงินทดแทน

ก. วัตถุประสงค์ในการจัดตั้งระบบกองทุนเงินทดแทน

ระบบกองทุนเงินทดแทน มีวัตถุประสงค์ในการก่อตั้งเพื่อการคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยของลูกจ้างอันเป็นการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเดือนร้อนและใช้เป็นหลักประกันในชีวิตให้แก่ลูกจ้างในกรณีเมื่อลูกจ้างต้องประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย หรือเสียชีวิต

⁷⁴ พระราชบัญญัติประกันสังคม พุทธศักราช 2533. มาตรา 54.

อันเนื่องมาจากการทำงานให้แก่นายจ้างหรือป้องกันรักษาผลประโยชน์ให้แก่นายจ้างซึ่งจะต้องเป็นไปตามลักษณะอาการของโรคที่เกิดขึ้นตามที่กฎหมายกำหนดไว้ หรือเป็นอาการของโรคที่เกิดขึ้นโดยสามารถพิสูจน์ได้ว่าเกิดขึ้นอันเนื่องมาจากการทำงานหรือการปฏิบัติงานให้แก่นายจ้าง อีกทั้งเพื่อเป็นการขจัดความไม่แน่นอนในการเรียกร้องค่าเสียหายและเป็นการเฉลี่ยความเสี่ยงของลูกจ้างเมื่อต้องประสบเหตุดังกล่าว ตลอดจนยังเป็นการช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ลูกจ้างสามารถกลับมาประกอบอาชีพได้ตามความเหมาะสมและยังส่งเสริมให้นายจ้างต้องมีส่วนร่วมในความรับผิดชอบเพื่อหามาตรการต่างๆ ที่จำเป็นในการป้องกันและเยียวยาให้แก่ลูกจ้าง

ข. โครงสร้างของระบบและที่มาของเงินกองทุนเงินทดแทน

พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ.2537 กำหนดให้จัดตั้งกองทุนเงินทดแทนขึ้นในสำนักงานประกันสังคมซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมเพื่อจ่ายเป็นเงินทดแทน⁷⁵ แก่ลูกจ้าง⁷⁶ แทนนายจ้าง⁷⁷ ซึ่งนายจ้างมีหน้าที่ต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนเป็นรายปีตามอัตราที่กำหนดตามประเภทขนาดของกิจการและตามท้องที่ที่นายจ้างต้องจ่ายเงินสมทบ โดยกิจการของนายจ้างที่มีลูกจ้างทำงานตั้งแต่หนึ่งคนขึ้นไปมีหน้าที่ต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน ยกเว้น งานเพาะปลูก ประมง ป่าไม้ เลี้ยงสัตว์ ซึ่งมีได้ใช้ลูกจ้างตลอดปีและไม่มีงานลักษณะอื่นรวมอยู่ด้วย รวมทั้งหน่วยงานซึ่งเป็นราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาคและราชการส่วนท้องถิ่น หน่วยงานอื่นหรือนายจ้างในกิจการที่ได้รับยกเว้น⁷⁸ ไม่ต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนตามพระราชบัญญัตินี้ โดยเงินสมทบที่นายจ้างจ่ายเข้ากองทุนจะเป็นลักษณะของการประกัน โดยรัฐในฐานะที่เป็นผู้รับผิดชอบในการดำเนินการเพื่อบริการเงินกองทุนเพื่อให้ลูกจ้างที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยหรือทายาทผู้มีสิทธิของลูกจ้าง⁷⁹

⁷⁵ พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537. มาตรา 5 คำว่า “เงินทดแทน” หมายความว่า เงินที่จ่ายเป็นค่าทดแทน ค่ารักษาพยาบาล ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงาน และค่าทำศพ.

⁷⁶ พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537. มาตรา 5 คำว่า “ลูกจ้าง” หมายความว่า ผู้ซึ่งทำงานให้นายจ้างโดยรับค่าจ้างไม่ว่าจะเรียกชื่ออย่างไร แต่ไม่รวมถึงลูกจ้างซึ่งทำงานเกี่ยวกับงานบ้านอันมิได้มีการประกอบธุรกิจรวมอยู่ด้วย.

⁷⁷ พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537. มาตรา 5 คำว่า “นายจ้าง” หมายความว่า ผู้ซึ่งตกลงรับลูกจ้างเข้าทำงานโดยจ่ายค่าจ้างให้และหมายความรวมถึงผู้ซึ่งได้รับมอบหมายให้ทำงานแทนนายจ้างในกรณีที่นายจ้างเป็นนิติบุคคลให้หมายความรวมถึงผู้มีอำนาจกระทำการแทนนิติบุคคลและผู้ซึ่งได้รับมอบหมายจากผู้มีอำนาจกระทำการแทนนิติบุคคลให้ทำการแทนด้วย.

⁷⁸ พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537. มาตรา 4.

⁷⁹ พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537. มาตรา 20.

ที่ต้องเสียชีวิต หรือสูญหายให้ได้รับการบรรเทาและเยียวยาความเสียหายที่เกิดขึ้น

ที่มาของเงินกองทุน⁸⁰ จะประกอบด้วย

- เงินกองทุนเงินทดแทน ตามมาตรา 26 วรรคสอง
- เงินสมทบ
- ผลประโยชน์ของกองทุนตามมาตรา 29
- เงินเพิ่มตามมาตรา 46
- เงินที่ตกเป็นของกองทุนตามมาตรา 47
- เงินค่าปรับที่ได้จากการเปรียบเทียบตามมาตรา 66
- ทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคให้หรือเงินอุดหนุน
- รายได้อื่น
- ดอกผลของกองทุน

ก. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิในระบบกองทุนเงินทดแทน

ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ.2537 ได้กำหนดคุณสมบัติของบุคคลผู้มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล⁸¹ หรือเงินค่าทดแทน⁸² ดังนี้

- ลูกจ้าง ซึ่งเป็นผู้ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการทำงานให้แก่นายจ้าง หรือป้องกันรักษาผลประโยชน์ให้แก่นายจ้าง

- ในกรณีที่ลูกจ้างต้องประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยจนถึงแก่ความตาย หรือสูญหายอันเนื่องมาจากการทำงานให้แก่นายจ้าง หรือป้องกันรักษาผลประโยชน์ให้แก่นายจ้างให้บิดา มารดา สามีหรือภรรยา หรือบุตรที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี เว้นแต่เมื่อมีอายุครบ 18 ปีแล้วแต่ยังศึกษาในระดับไม่สูงกว่าปริญญาตรี ให้มีสิทธิได้รับส่วนแบ่งตลอดระยะเวลาที่ศึกษาอยู่ หรือมีอายุตั้งแต่ 18 ปีและทุพพลภาพหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบซึ่งอยู่ในอุปการะของลูกจ้างก่อนถึงแก่ความตายหรือสูญหายให้เป็นทายาทผู้มีสิทธิได้รับเงินทดแทนจากนายจ้างตามพระราชบัญญัตินี้

แต่ในกรณีที่ลูกจ้างคนใดเศษของมีนเมาหรือสิ่งเสพติดอื่นจนไม่สามารถครองสติได้ หรือจงใจทำให้ตนเองประสบอันตรายหรือยอมให้ผู้อื่นทำให้ตนประสบอันตราย ลูกจ้างคนนั้นจะไม่ได้ได้รับความคุ้มครองจากระบบกองทุนเงินทดแทน⁸³

⁸⁰ พระราชบัญญัติเงินทดแทน พุทธศักราช 2537. มาตรา 27.

⁸¹ พระราชบัญญัติเงินทดแทน พุทธศักราช 2537. มาตรา 13.

⁸² พระราชบัญญัติเงินทดแทน พุทธศักราช 2537. มาตรา 18.

⁸³ พระราชบัญญัติเงินทดแทน พุทธศักราช 2537. มาตรา 22.

ง. ประเภทและขอบเขตของสิทธิประโยชน์ทดแทน

ลูกจ้างที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการทำงานมีสิทธิได้รับประโยชน์จากระบบกองทุนเงินทดแทน ดังนี้

- ค่ารักษาพยาบาล

ลูกจ้างมีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกิน 35,000 บาทต่อการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย 1 ครั้ง

แต่ในกรณีที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเกินกว่า 35,000 บาทให้จ่ายเพิ่มตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดได้อีกไม่เกิน 50,000 บาท

ในกรณีที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลในกองทุนลูกจ้างไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล แต่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลอื่นลูกจ้างต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลไปก่อนแล้วขอเบิกคืนจากกองทุนภายใน 90 วัน

แต่ในกรณีที่ลูกจ้างไม่สามารถทำงานติดต่อกันได้เกินสามวันให้นายจ้างจ่ายค่าทดแทนเป็นรายเดือนให้แก่ลูกจ้างในอัตราร้อยละ 60 ของค่าจ้างรายเดือนตั้งแต่วันที่ลูกจ้างไม่สามารถทำงานได้ไปจนตลอดระยะเวลาที่ไม่สามารถทำงานได้แต่ไม่เกิน 1 ปี

- กรณีสูญเสียอวัยวะหรือสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของอวัยวะบางส่วนลูกจ้างมีสิทธิได้รับค่าทดแทนเป็นรายเดือนในอัตราร้อยละ 60 ของค่าจ้างรายเดือนตามประเภทของการสูญเสียอวัยวะเป็นระยะเวลาไม่เกิน 10 ปี

กรณีที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานภายหลังจากการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยจะได้รับค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ด้านการแพทย์และอาชีพเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 20,000 บาทและค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดเพื่อประโยชน์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงานไม่เกิน 20,000 บาท

- กรณีทุพพลภาพเนื่องมาจากการทำงาน

ได้รับค่าทดแทนเป็นรายเดือนในอัตราร้อยละ 60 ของค่าจ้างรายเดือนโดยจ่ายตามประเภทของการทุพพลภาพเป็นระยะเวลาไม่เกิน 15 ปี

- กรณีถึงแก่ความตายหรือสูญหาย

ทายาทผู้มีสิทธิของลูกจ้างมีสิทธิได้รับค่าทำศพจำนวน 100 เท่าของอัตราสูงสุดของค่าจ้างขั้นต่ำรายวันและมีสิทธิได้รับค่าทดแทนเป็นรายเดือนในอัตราร้อยละ 60 ของค่าจ้างรายเดือนเป็นระยะเวลา 8 ปี

3.2 สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขของต่างประเทศ

3.2.1 ประเทศสหรัฐอเมริกา

ประเทศสหรัฐอเมริกาตั้งอยู่บนทวีปอเมริกาเหนือมีเนื้อที่ทั้งประเทศรวมประมาณ 9,631,418 ตารางกิโลเมตรเป็นประเทศที่ใหญ่เป็นอันดับสามของโลกรองมาจากประเทศรัสเซียและแคนาดา จากสภาพและภูมิประเทศของจำนวนเนื้อที่ซึ่งมีความกว้างใหญ่ไพศาลและมีความแตกต่างกันอย่างมากตั้งแต่ภูเขา น้ำแข็งเขตที่ราบหนาวเย็นแบบทรุนดาไปจนถึงป่าเมืองร้อนและทะเลทราย ส่วนพื้นแผ่นดินใหญ่ทั้งหมดโดยรวมมี 4 ฤดู คือ ฤดูหนาว ฤดูใบไม้ผลิ ฤดูร้อนและฤดูใบไม้ร่วง ซึ่งส่วนใหญ่มีอากาศดีเป็นปกติตามธรรมชาติตลอดปี ยกเว้น เขตตะวันออกเฉียงใต้บนแผ่นดินใหญ่ที่มีอากาศค่อนข้างไปทางแห้งแล้ง มีประชากรรวม ณ ปี 2006 ทั้งสิ้นประมาณ 299 ล้านคน ซึ่งสหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่มีจำนวนประชากรสูงเป็นอันดับที่สามรองจากประเทศจีนและอินเดีย มีระบบเศรษฐกิจเป็นแบบทุนนิยม (Capitalism) ซึ่งเป็นระบบเศรษฐกิจที่ให้เอกชนเป็นผู้ดำเนินธุรกิจ โดยที่รัฐจะเข้าแทรกแซงในกิจการของเอกชนน้อยและสนับสนุนให้มีการแข่งขันกันอย่างเสรีทั้งภายในและภายนอกประเทศ

ประเทศสหรัฐอเมริกาได้ยึดถือรัฐธรรมนูญเป็นกฎหมายสูงสุดของประเทศมีระบอบการปกครองเป็นแบบสหพันธรัฐ(Federal Republic)⁸⁴ ที่เป็นประชาธิปไตยอย่างเข้มแข็งโดยมีประธานาธิบดีเป็นประมุขและเป็นหัวหน้ารัฐบาล(Chief Executive) ซึ่งรัฐธรรมนูญของประเทศได้กำหนดให้มีการแบ่งเขตการปกครองออกเป็น 50 มลรัฐและ 1 District(District of Columbia)อันเป็นที่ตั้งของกรุงวอชิงตัน ดี ซี เมืองหลวงของประเทศโดยมีรัฐบาลกลาง (Federal Government) ซึ่งมีฐานะที่เหนือกว่ารัฐบาลของมลรัฐหรือรัฐบาลท้องถิ่น(State Government) โดยตั้งอยู่ตามแต่ละมลรัฐ 50 แห่งทั่วประเทศ ซึ่งรัฐบาลกลางมีรัฐสภาและศาลสูงสุด (U.S. Supreme Court) อันเป็นองค์กรที่มีอำนาจอย่างกว้างขวางในการควบคุมความสัมพันธ์ระหว่างมลรัฐต่างๆและเป็นผู้มีอำนาจชี้ขาดสุดท้ายเกี่ยวกับข้อขัดแย้งทางด้านกฎหมายระหว่างกฎหมายของระดับมลรัฐ กฎหมายรัฐธรรมนูญหรือกฎหมายของรัฐบาลกลาง โดยระบบกฎหมายดังกล่าวยึดถือแนวทางตามรูปแบบกฎหมายในลักษณะ Common Law ของประเทศอังกฤษซึ่งให้อิสระแก่มลรัฐแต่ละแห่งให้มีสิทธิในการออกกฎหมายมาบังคับใช้ภายในมลรัฐของตนเองตามรูปแบบและรายละเอียดที่เกี่ยวกับกลไกการปกครองและกิจการในรัฐแต่ละรัฐตามที่ปรากฏอยู่ในรัฐธรรมนูญของมลรัฐซึ่งแต่ละทุกๆมลรัฐจะมี

⁸⁴ สหพันธรัฐ คือ การรวมกันของรัฐมากกว่า 2 รัฐขึ้นไปมีรัฐบาลสองระดับ คือ รัฐบาลของแต่ละรัฐเรียกว่า รัฐบาลท้องถิ่น และรัฐบาลกลาง คือ รัฐบาลที่รัฐตกลงมอบอำนาจไปส่วนหนึ่งตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ.

รัฐธรรมนูญเป็นของตนเอง แต่ทั้งนี้ ต้องอยู่ภายใต้แนวทางและขอบเขตของกฎหมายรัฐธรรมนูญของประเทศและกฎหมายที่ออกโดยรัฐบาลกลางเป็นหลัก

ระบบสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกาตั้งอยู่บนพื้นฐานของการประกันสุขภาพเป็นหลัก เป็นระบบสุขภาพที่มีการกระจายอำนาจสูงมากทั้งในด้านการบริหารและบริการ โดยผ่านรัฐ เมืองและชุมชนซึ่งมีรูปแบบหลากหลายมากโดยประชาชนส่วนใหญ่ใช้บริการของประกันสุขภาพเอกชน แต่ประชาชนบางกลุ่มในสังคมยังได้รับหลักประกันสุขภาพตามกฎหมายจากรัฐ (Social Security Act 1965) โดยผ่านโครงการหลัก 2 โครงการ คือ

1) โครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ (Medicare)

เป็นโครงการประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ใหญ่ที่สุดครอบคลุมผู้มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ผู้ที่มีความพิการอย่างถาวร (Permanently Disabled) และกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้าย (Terminal-Stage Renal Failure) ซึ่งต้องการล้างไต (Dialysis) หรือผ่าตัดเปลี่ยนไต จัดบริการให้แก่ทหารผ่านศึก และเป็นระบบบริการสุขภาพที่มีความต่อเนื่องของการดูแลซึ่งผู้สูงอายุสามารถเลือกตรวจกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General Practitioner : GP) หรือพยาบาลหรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หรือโรงพยาบาลตามประกันสุขภาพ รวมถึงการป้องกัน การตรวจรักษา การส่งต่อการรักษาในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน (Acute Care) การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Care / Hospital) การดูแลระยะยาว (Long-Term Care) ในผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ตลอดจนถึงการดูแลในระยะเวลาสุดท้าย (Hospice Care or Palliative Care) สถานบริการสุขภาพทั้งในสถาบัน สถานบริการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน โดยนโยบายสาธารณสุขของชาติ Healthy People 2010 มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ให้แก่ผู้สูงอายุทั้งเพศชายหรือหญิงซึ่งมีอายุ 50 ปีขึ้นไปจะครอบคลุมในประกัน Medicare ได้แก่ การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้และมะเร็งต่อมลูกหมาก การตรวจหาความหนาแน่นของกระดูก โรคเบาหวาน ซึ่งระบบ Medicare จะประกอบด้วยโครงการสองส่วนคือ

Part A (Hospital Insurance) เป็นส่วนบังคับซึ่งเป็นประกันสุขภาพที่จ่ายเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในสถานบริการขนาดเล็กที่ให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในแก่ประชาชนในพื้นที่ชนบท (Rural Areas) หรือเมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการพยาบาลเฉพาะทาง (Skill Nursing Facilities) สถานบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice Care) ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปจะได้รับประกันสุขภาพ Part A โดยอัตโนมัติและไม่ต้องจ่ายเงินค่าธรรมเนียมรายเดือน ถ้าผู้สูงอายุหรือคู่สมรสได้จ่าย Medicare Taxes ไว้แล้วตั้งแต่ในช่วงทำงาน แต่ถ้ายังมิได้จ่าย Medicare Taxes ไว้ก่อนก็สามารถซื้อประกันสุขภาพ Part A นี้ได้เมื่อมีอายุครบ 65 ปี

Part B (Medical Insurance)เป็นส่วนสมัครใจซึ่งเป็นโครงการที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลในส่วนที่เป็นค่าบริการทางการแพทย์ ค่าบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายทางห้องปฏิบัติการต่างๆ และค่ารักษาพยาบาลอื่นๆที่ Part A ไม่ได้จ่ายให้ เช่น ค่ากายภาพบำบัด ค่าอาชีวบำบัดและการให้บริการบางอย่างที่บ้าน ซึ่งผู้สูงอายุจะต้องจ่ายเบี้ยประกันภัยเป็นรายเดือนจำนวนร้อยละ 25 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ส่วนค่าใช้จ่ายอีกร้อยละ 85 ที่เหลือได้มาจากภาษีทั่วไปของรัฐ โดยมี Health Care Financing Administration : HCFA ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐบาลกลาง (Federal Government) เป็นผู้บริหารระบบ Medicare ของชาวอเมริกันทุกคนรวมทั้งผู้สูงอายุและมีหน้าที่ในการบริหารจัดการด้านค่าใช้จ่ายประกันสุขภาพ(Medicare and Medicaid) ออกกฎและระเบียบในการจ่ายประกันและดูแลความปลอดภัยและคุณภาพของบริการสุขภาพ

2) โครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ยากจนหรือผู้มีรายได้น้อย (Medicaid)

เป็นระบบประกันสุขภาพครอบคลุมสำหรับผู้ที่มีฐานะยากจนหรือผู้มีรายได้น้อย และเด็กในครอบครัวที่มีผู้ปกครองเดียวบางส่วนตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยมีการผูกโยงถึงด้านคุณสมบัติของผู้มีสิทธิไว้กับระบบการจ่ายเงินช่วยเหลือของสวัสดิการสังคมซึ่งผู้มีสิทธิได้รับสิทธิประโยชน์จะต้องพิสูจน์ว่าตนเองมีฐานะยากจนหรือเป็นผู้มีรายได้น้อยโดยระบบสุขภาพ Medicaid เป็นระบบประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยรัฐบาลในระดับมลรัฐและมีการจัดสวัสดิการที่แตกต่างกันออกไปของแต่ละมลรัฐ กล่าวคือ ในแต่ละรัฐจะมีอิสระในการดำเนินการด้านสุขภาพภายใต้การดูแลของผู้ว่าราชการรัฐภายใต้การสนับสนุนทางการเงินซึ่งเป็นก้อนรวมจากรัฐบาลกลางโดยจะต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์หรือมาตรฐานที่รัฐบาลกลางกำหนดไว้และเงินที่ได้รับจากรัฐบาลท้องถิ่นของแต่ละมลรัฐนั้น ส่วนการประกันเอกชนมีทั้งประเภทที่แสวงหากำไรและไม่แสวงหากำไร องค์กรส่วนใหญ่ซื้อประกันแบบกลุ่ม ธุรกิจบางแห่งใช้วิธีการประกันตัวเอง (Self Insured) คือ การจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลให้พนักงานเองโดยไม่ซื้อประกันสุขภาพ

แหล่งที่มาของเงินกองทุนในระบบสุขภาพ Medicare มาจากการหักเงินรายได้ของผู้อยู่ในวัยทำงาน ส่วนเงินกองทุนในระบบสุขภาพ Medicaid เป็นเงินที่ได้มาจากเงินภาษีโดยส่วนหนึ่งได้มาจากรัฐบาลกลางและอีกส่วนหนึ่งได้มาจากภาษีที่จัดเก็บโดยรัฐบาลในแต่ละมลรัฐซึ่งภาระทางการเงินของประชาชนซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ซื้อประกันเอกชนต้องรับผิดชอบการจ่ายเบี้ยประกันเอง ส่วนลูกจ้างนั้นอาจมีนายจ้างจ่ายให้หรือจ่ายสมทบซึ่งผู้ป่วยอาจต้องจ่ายร่วมเมื่อใช้บริการ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับสัญญาที่ทำกับบริษัทประกันแต่ละรายโดยไม่มีบรรทัดฐานที่แน่นอน ส่วนคนในวัยทำงานจะจ่ายเงินสะสมเข้ากองทุน Medicare จากรายได้ของตนเอง

มาตรการในการจ่ายค่าบริการสำหรับผู้ให้บริการปฐมภูมิ⁸⁵ (Primary Care) จะมีรูปแบบและวิธีการจ่ายที่หลากหลาย การประกันแบบทั่วไปผู้ป่วยจะต้องสำรองจ่ายเงินก่อนแบบ Fee-For-Service⁸⁶ แล้วจึงเบิกคืนจากประกันภายหลัง(Retrospective Reimbursement) ส่วนกรณีของ Manages Care ซึ่งเป็นระบบการดูแลบริการภายใต้การจัดการจะมีลักษณะการจ่ายแบบเหมาจ่ายเป็นรายหัว(Capitation)⁸⁷ หรือ Fee-For-Service ที่มีการตกลงกันตามอัตราไว้ล่วงหน้า (Negotiated Fee Schedule) โดยจะมีหลักดำเนินการที่สำคัญ 4 ประการ คือ

(1) มีการคัดเลือกผู้ให้บริการโดยอาศัยทั้งเหตุผลด้านคุณภาพของการให้บริการ และเงื่อนไขทางการเงิน เช่น การจ่ายค่าตอบแทน ความครอบคลุมที่ให้ประโยชน์ต่อผู้รับบริการ หรือผู้ซื้อประกันสุขภาพและบุคคลที่สาม เช่น บริษัทประกันสุขภาพอย่างเหมาะสม

(2) มีการจัดการเกี่ยวกับการใช้บริการ คือ มีกระบวนการตรวจสอบ กำกับการใช้ และให้บริการของระบบ

(3) การต่อรองด้านการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ให้บริการ โดยอาศัยการสร้างอำนาจต่อรองในการตลาดอันเกิดจากจำนวนของผู้ซื้อประกันสุขภาพที่รวมกันเป็นจำนวนมาก

(4) มีการจัดการดูแลด้านสุขภาพ โดยวัดจากความพึงพอใจของประชาชนและเริ่มมีการวัดหรือประเมินคุณภาพโดยอาศัยดัชนีชี้วัดเกี่ยวกับสุขภาพโดยตรงมากขึ้นเรื่อยๆ

ในส่วนของแพทย์ซึ่งเป็นลูกจ้างของ Health Maintenance Organization : HMO⁸⁸ จะได้รับอัตราค่าตอบแทนในรูปของเงินเดือน

⁸⁵ เป็นบริการที่อยู่ใกล้ชีวิตประชาชนและชุมชนมากที่สุด จึงเน้นที่ความครอบคลุม มีการบริการแบบผสมผสานทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค ฟื้นฟูสภาพ จัดบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ชนบท สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน สำหรับในเขตเมืองอาจเป็นศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครหรือศูนย์แพทย์ชุมชน.

⁸⁶ เป็นวิธีการจ่ายค่าตอบแทนตามรายการของการให้บริการที่เกิดขึ้นในการรักษาพยาบาลเช่นค่าฉีดยา ค่า LAB ค่าเอ็กซเรย์ เป็นต้น.

⁸⁷ เป็นวิธีการจ่ายค่าตอบแทนแบบเหมาจ่ายจะอยู่บนพื้นฐานของการจ่ายต่อรายของบุคคล(Per-Person Basis) การจ่ายจะคงที่ในช่วงระยะเวลาที่กำหนด เช่น เป็นเดือนหรือเป็นปี เป็นต้น.

⁸⁸ เป็นองค์กรที่มีบทบาทหน้าที่เป็นผู้รับประกันสุขภาพและจัดให้มีบริการสุขภาพในตัวเองโดยรับเบี้ยประกันภายใต้แผนการประกันสุขภาพที่กำหนดจากผู้ซื้อประกันล่วงหน้า แล้วจะต้องมีหน้าที่จัดบริการให้ผู้ซื้อประกันให้ความครอบคลุมสิทธิประโยชน์ตามแผนการประกันสุขภาพนั้นๆในระยะเวลาที่กำหนด เช่น กำหนดระยะเวลาไว้ 1 ปี.

สำหรับมาตรการในการจ่ายค่าบริการสำหรับผู้ให้บริการทุติยภูมิ/ตติยภูมิ⁸⁹ ประกันเอกชนเป็นการจ่ายแบบ Fee-For-Service ซึ่ง Medicare และ Medicaid ในรัฐส่วนใหญ่จะจ่ายให้กับโรงพยาบาลโดยใช้ระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม(Diagnosis-Related Group : DRG)⁹⁰ โดยมาตรการในการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ให้บริการของ Medicaid จะแตกต่างกันในแต่ละมลรัฐเนื่องจากรัฐบาลระดับมลรัฐนั้นจะเป็นผู้บริหารโครงการ

ในด้านของระบบบริการซึ่งเป็นทางเลือกในการใช้บริการของผู้บริโภค การเข้าสู่ระบบ หรือการส่งต่อนั้น สำหรับการประกันแบบทั่วไปผู้ป่วยสามารถที่จะเลือกใช้บริการสุขภาพจากผู้ให้บริการได้โดยอิสระแต่ส่วนใหญ่แล้วจะมีแพทย์ประจำครอบครัวซึ่งผู้ที่ซื้อประกันกับ HMO ต้องพบแพทย์เวชปฏิบัติซึ่งทำหน้าที่เสมือนเป็นนายทวารผู้รักษาประตูเสียก่อน(Gatekeeper) เพราะถือเป็นผู้ให้บริการคนแรกที่จะดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการ เพราะก่อนที่ผู้ป่วยจะไปรับบริการกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (Specialist) ในระดับที่สูงขึ้นไปได้นั้นจะต้องให้แพทย์เวชปฏิบัติเป็นผู้ส่งไปเท่านั้น สำหรับผู้ที่ซื้อประกันกับ Managed Care แบบอื่นๆจะมีทางเลือกเกี่ยวกับการบริการเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะในระบบ Preferred Provider Organization : PPO⁹¹ สามารถเลือกผู้ให้บริการตามรายชื่อที่บริษัทประกันให้มาได้

⁸⁹ การบริการทุติยภูมิ (Secondary Care) เป็นการบริการที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในระดับที่สูงขึ้น เน้นการบริการรักษาพยาบาลโรคที่หายซับซ้อนมากขึ้น ส่วนการบริการตติยภูมิ (Tertiary Care) เป็นการบริการที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง มีความสลับซับซ้อนมาก มีบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาเฉพาะทาง.

⁹⁰ หมายถึง การจัดกลุ่มผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคและใช้ทรัพยากรในการรักษาใกล้เคียงกันไว้ในกลุ่มเดียวกัน โดยทางผู้รับประกันจะจ่ายผู้ให้บริการคืนตามกลุ่มที่ได้กำหนดไว้.

⁹¹ เป็นระบบการให้บริการแบบผสมผสาน(Integrated Delivery System) ที่ให้ตัวองค์กรทำหน้าที่เป็น Broker ระหว่างผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการ ซึ่งจะทำสัญญากับเครือข่ายหรือกลุ่มของแพทย์เพื่อให้บริการทางการแพทย์แก่สมาชิกผู้ทำประกัน โดยจะให้ผลตอบแทนตามราคาค่าบริการและส่วนลดที่กำหนดไว้ล่วงหน้าและจะไม่กำหนดให้แพทย์ผู้ให้บริการเป็นแพทย์ที่เสมือนเป็นนายทวารผู้รักษาประตูเสียก่อน(Gatekeeper) ดังเช่น HMO โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกมีทางเลือกกว่าจะใช้บริการจากผู้ให้บริการในเครือข่ายหรือ“Preferred Providers” โดยสมาชิกจะได้รับความคุ้มครองที่มากกว่าและเสียค่าใช้จ่ายร่วม ณ จุดรับบริการน้อยกว่าหากใช้บริการสุขภาพในเครือข่ายบริการที่ได้จัดไว้ให้ และในทางกลับกันผู้ให้บริการอื่นได้แก่ แพทย์ จะยอมรับการอยู่ภายใต้ระบบการจัดการให้บริการของ PPOs เพื่อเข้าไปอยู่ในเครือข่าย ซึ่งผู้ให้บริการมักจะได้รับค่าตอบแทนตามบริการโดยมีส่วนลด (Discounted Fee-For-Service) ซึ่งเป็นกรณีที่ไม่ได้รับความเสี่ยงทางการเงินแต่อย่างใด.

ในส่วนของบริษัทของรัฐและเอกชนในการให้บริการนั้น โดยส่วนใหญ่แล้วจะเป็นการให้บริการรักษาพยาบาลที่จัดโดยภาคเอกชนสูงถึงร้อยละ 81 ของสถานพยาบาลที่อยู่ในภาคเอกชนทั้งหมดและดำเนินการเพื่อหาผลกำไรมีเพียงร้อยละ 4 เท่านั้นที่มีรัฐบาลเป็นเจ้าของและมีเพียงร้อยละ 15 ที่มีองค์กรศาสนาและองค์กรการกุศลเป็นเจ้าของ ซึ่งผู้ให้บริการปฐมภูมิโดยส่วนใหญ่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเดี่ยวๆ (Solo Practice) แต่ต่อมาในระยะหลังจะมีการรวมตัวกันเป็นกลุ่มๆมากขึ้น ซึ่งโรงพยาบาลจะมีทั้งของเอกชนที่แสวงกำไรและไม่แสวงกำไร โรงพยาบาลของรัฐมีเพียงส่วนน้อย ซึ่งจะให้บริการทหารผ่านศึกและชนพื้นเมืองหรืออินเดียนแดง (Native Americans)

สำหรับสิทธิประโยชน์และความคุ้มครองพื้นฐานทางการแพทย์โดยส่วนใหญ่ของการประกันสุขภาพภาคเอกชนที่มีบทบาทในการให้ความคุ้มครองแก่ผู้ซื้อบริการ มีดังนี้

(1) การดูแลรักษาในระดับปฐมภูมิ (Primary Care) เป็นการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเฉพาะสำหรับเด็ก เช่น การสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน รวมถึงคลินิกเด็กดี (Well-Baby Clinic)

(2) การบริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาล เป็นการรักษาโรคที่ต้องเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล

(3) การบริการห้องฉุกเฉิน เป็นการรักษาโรคที่คุกคามต่อชีวิตในกรณีฉุกเฉินจากศูนย์ที่ได้รับการรับรองตามแผนการประกัน

(4) การผ่าตัดกรณีผู้ป่วยนอก เป็นการผ่าตัดที่ไม่จำเป็นต้องอยู่โรงพยาบาลเกินกว่า 24 ชั่วโมง

(5) การบริการเกี่ยวกับยา (Prescriptions) ซึ่งเป็นยาที่แพทย์เป็นผู้สั่งเพื่อการรักษาหรือป้องกันโรค

(6) การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) เป็นการรักษาในกรณีผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน ในศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายโดยนักกายภาพบำบัด

(7) การบริการเกี่ยวกับสุขภาพจิต (Mental Health) เป็นการรักษาในกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในสถานบำบัดทางจิตโดยจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา

(8) การบริการในการดูแลที่บ้าน (Home Care) เป็นการพยาบาลและการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพที่ให้โดยบุคลากรทางการแพทย์แก่ผู้เอาระกั้นที่บ้านภายใต้คำสั่งแพทย์

(9) การบริการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ เป็นการตรวจทางรังสีวิทยาและพยาธิวิทยาที่สั่งโดยแพทย์เพื่อตรวจหาโรคหรือติดตามการรักษาซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นห้องปฏิบัติการที่มีสัญญาอยู่กับบริษัทประกัน

(10) อุปกรณ์ทางการแพทย์ชนิดถาวร เป็นอุปกรณ์ที่สั่งโดยแพทย์ให้กับผู้ป่วย

(11) การบริการ Hospice ซึ่งเป็นการบริการแบบบูรณาการที่รวมถึงการดูแลที่บ้าน การดูแลสุขภาพจิต การให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว ยา อุปกรณ์ ผู้ช่วยพยาบาลและบริการผู้ป่วยใน สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สั่งโดยแพทย์ ซึ่งโดยทั่วไปมักเป็นผู้ที่อยู่ได้อีกไม่เกิน 6 เดือน โดยช่วงเวลาที่ได้รับสิทธิประโยชน์มักจำกัดระยะเวลาไว้ที่ 6 เดือน

3.2.2 ประเทศอังกฤษ

ประเทศอังกฤษ ตั้งอยู่ทางด้านทิศตะวันตกของทวีปยุโรปมีเนื้อที่รวมทั้งเกาะทั้งสิ้น ประมาณ 242,910 ตารางกิโลเมตร ประเทศอังกฤษเป็นเพียงส่วนหนึ่งของดินแดนที่ถูกล้อมรอบด้วยทะเลที่เรียกว่า เกาะบริเตนใหญ่ (Great Britain : G.B.) อันประกอบด้วย 3 ประเทศหรือแคว้น คือ อังกฤษ (England) สกอตแลนด์ (Scotland) และเวลส์ (Wales) แต่หากผนวกเอาอีกประเทศหนึ่งคือ ไอร์แลนด์เหนือ (Northern Ireland) เข้ามารวมอยู่ด้วยแล้ว ทั้งหมดจะมีชื่ออย่างเป็นทางการว่า “สหราชอาณาจักร” (The United Kingdom : U.K.) ประเทศอังกฤษมีประชากรรวมทั้งหมด ณ ปี ค.ศ.2002 รวมทั้งสิ้นประมาณ 49 ล้านคน ลักษณะของสภาพภูมิอากาศโดยทั่วไปจัดอยู่ในประเภท ค่อนข้างหนาวและมีความชื้นสูงเพราะสภาพภูมิประเทศมีลักษณะเป็นเกาะมีกระแส น้ำอุ่นและน้ำ เย็นไหลผ่าน โดยทางตอนเหนือจะมีอากาศหนาวกว่าทางตอนใต้มีปริมาณฝนตกทางภาคตะวันตก มากกว่าทางภาคตะวันออก มีฤดูกาลรวมทั้งหมด 4 ฤดู คือ ฤดูใบไม้ผลิ (Spring) ฤดูร้อน (Summer) ฤดูใบไม้ร่วง (Autumn) และฤดูหนาว (Winter) ระบบเศรษฐกิจของประเทศอยู่ในอุตสาหกรรม บริการเพิ่มมากขึ้น โดยมีลอนดอนซึ่งเป็นเมืองหลวงของประเทศเป็นผู้นำและศูนย์กลางทางด้าน การธนาคาร การประกันและการบริการด้านการเงินอื่นๆ และมีอุตสาหกรรมที่ใช้วิทยาการอันทันสมัย เพื่อทดแทนอุตสาหกรรมในรูปแบบเดิมๆ ประเทศอังกฤษถือได้ว่าเป็นแม่แบบของการปกครองใน ระบอบประชาธิปไตยแบบรัฐสภา โดยมีพระมหากษัตริย์เป็นประมุขของรัฐและสัญลักษณ์ของประเทศ (ปัจจุบัน คือ สมเด็จพระราชินี อลิซาเบธ ที่ 2 ซึ่งเป็นกษัตริย์พระองค์ที่ 4 แห่งราชวงศ์ วินด์เซอร์ นับตั้งแต่วันที่ 6 กุมภาพันธ์ ค.ศ.1952 จนถึงปัจจุบัน) และโดยเฉพาะที่สำคัญอย่างยิ่งของ ประเทศอังกฤษ คือ การมีรัฐธรรมนูญที่ไม่เป็นลายลักษณ์อักษร(Unwritten Constitution) อันเป็นผล เนื่องมาจากการที่ประเทศอังกฤษมีประวัติศาสตร์ทางการเมืองและการปกครองที่มีพัฒนาการมา เป็นระยะเวลาอย่างยาวนาน และได้สร้างกฎเกณฑ์การปกครองประเทศที่เป็นมรดกสำคัญขึ้นมา และทิ้งไว้ให้ปรากฏแก่ชาว โลกนั้นก็คือ ระบอบประชาธิปไตยแบบรัฐสภาดังที่มีประเทศต่างๆ จำนวนมากต่างพากันใช้ระบบนี้ภายใต้ความเชื่อมโยงซึ่งกันและกันของสาม สถาบันหลัก

ระบบสุขภาพของประเทศอังกฤษ เป็นการสร้างหลักประกันสุขภาพทั่วหน้าให้แก่ ประชากรถือกำเนิดมาตั้งแต่วันที่ 5 กรกฎาคม ค.ศ.1948 เป็นต้นมาโดยมีการออกพระราชบัญญัติ

National Health Service Act และก่อตั้ง National Health Service : NHS เป็นองค์กรหลักในการบริหารระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ National Health Service : NHS มีหลักการเพื่อจัดระบบสุขภาพที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการให้บริการฟรีอย่างครอบคลุมทั้งหมดกับประชากรทั้งประเทศอย่างเสมอภาค ซึ่งระบบบริการสุขภาพของประเทศส่วนใหญ่เป็นของรัฐเป็นผู้จ่ายและจัดบริการให้ โดยให้ความคุ้มครองด้านบริการทางการแพทย์และโรงพยาบาลทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน แก่บุคคลทุกคนครอบคลุมทั้งทางด้านอายุกรรมและศัลยกรรมโดยไม่คำนึงถึงรายได้ของผู้มารับบริการและไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆเมื่อเข้ารับบริการ แต่ทั้งนี้ผู้ป่วยยังต้องร่วมจ่ายค่ายาตามใบสั่ง (ยกเว้น เด็ก คนชราและผู้ป่วยบางกลุ่ม) ตลอดจนยาที่ซื้อเองโดยไม่มีใบสั่งยาและแว่นตาซึ่งไม่ได้รับความคุ้มครอง

ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service : NHS) มีการจัดองค์กรแบ่งออกเป็นหลายระดับเริ่มตั้งแต่กระทรวงสาธารณสุข (Department of Health) ซึ่งมีหน้าที่และควมรับผิดชอบในเรื่องการจัดหางบประมาณทั้งหมด และคณะกรรมการบริหารประจำภาค (Regional Board) ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมบริหารงานโรงพยาบาลและขึ้นตรงต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขกระจายไปสู่พื้นที่ต่างๆ โดยแบ่งออกเป็น 14 เขต (Region) โดยในประเทศอังกฤษดูแลโดย Regional Health Authorities : RHA มีหน้าที่ในการวางแผนในพื้นที่ของตนเพื่อจัดการบริการและการจัดสรรทรัพยากร จัดตั้งสภาสุขภาพประจำชุมชน (Community Health Council : CHC) รวมทั้งกำกับผลการดำเนินงาน ทำสัญญากับที่ปรึกษาโรงพยาบาลต่างๆ และกำหนดงบประมาณสำหรับอำเภอ ซึ่งแต่ละอำเภอจะมี District Health Authorities : DHA ทำหน้าที่เป็นตัวจักรสำคัญในการรับผิดชอบดูแลทางด้านสุขภาพของประชาชน

แหล่งที่มาของงบประมาณในระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (NHS) ส่วนใหญ่ได้มาจากเงินภาษีอากรทั่วไป (General Taxation) เป็นหลักและจำนวนเงินที่ได้รับจากค่ายาและรายได้อื่นๆ อีกเล็กน้อย ซึ่งเงินงบประมาณจะมีการจัดสรรให้กับระบบบริการสุขภาพแห่งชาติเป็นรายปีโดยรัฐ มีบทบาทหลักทางด้านการศึกษา ส่วนรูปแบบของการบริการภาคเอกชนซึ่งมาจากการประกันของเอกชนจะมีบทบาทเป็นเพียงตัวเสริมในบางส่วนน้อย โรงพยาบาลส่วนใหญ่ในประเทศจะเป็นของรัฐบาลที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแล

สำหรับมาตรการในการจ่ายค่าบริการสำหรับผู้ให้บริการปฐมภูมิ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีรายได้จากการบริการ 3 ส่วน คือ

- 1) การจ่ายต่อหัวประชากร (Capitation) ที่ขึ้นทะเบียนกับ GP นั้นๆ
- 2) ค่าบริการตรวจรักษา (Fees) จากบริการพิเศษบางอย่าง เช่น เยี่ยมไข้นอกเวลา หรือ การบริการฉีดวัคซีน (Immunization)

3) ค่าบริการเวชปฏิบัติ (Practice Allowances) จากการจัดบริการจำเพาะบางอย่างเช่น บริการสำหรับผู้สูงอายุ รายได้จากบริการของแพทย์เวชปฏิบัติจะเพิ่มขึ้นหรือลดลงขึ้นอยู่กับจำนวนของผู้ป่วยเป็นหลัก

การจ่ายค่าตอบแทนให้แก่แพทย์ขึ้นอยู่กับข้อเสนอขององค์กรอิสระคือ Doctors and Dentists Review Body สำหรับเภสัชกรได้รับการจ่ายค่ายาแบบ Cost Plus และได้รับค่าตอบแทนการจ่ายยา (Dis-Pensing Fees) ในสัดส่วนที่ลดลงตามจำนวนใบสั่งยาที่แต่ละคนให้บริการ โดยค่าจ่ายยานี้ได้รับการจัดสรรเป็นก้อนรวมทั้งหมดเป็นรายปีจากการเจรจาระหว่างองค์กรเภสัชกรกับกระทรวงสาธารณสุข

สำหรับมาตรการในการจ่ายค่าบริการสำหรับผู้ให้บริการทุติยภูมิ/ตติยภูมิ โรงพยาบาลได้รับงบประมาณตามข้อตกลงกับ District Health Authority ในด้านบริการและจำนวนผู้ป่วยที่รับบริการซึ่งแพทย์ในโรงพยาบาลจะได้รับค่าตอบแทนในรูปของเงินเดือน

ในด้านของระบบบริการ ซึ่งเป็นทางเลือกในการใช้บริการของผู้บริโภค การเข้าสู่ระบบหรือการส่งต่อนั้น หากประชาชนได้รับการเจ็บไข้ได้ป่วยอาจไปพบแพทย์เพื่อทำการตรวจวินิจฉัยโรค หรือพบเภสัชกรเพื่อซื้อยาที่ไม่ต้องใช้ใบสั่งยา หรือจะเลือกติดต่อไปยังแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลก็ได้ และประชาชนส่วนใหญ่จะขึ้นทะเบียนไว้กับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับ National Health Service : NHS ซึ่งแต่ละคนสามารถเลือกขึ้นทะเบียนกับแพทย์เวชปฏิบัติที่ตนเองต้องการได้หรือจะปรับเปลี่ยนแพทย์เวชปฏิบัติคนใหม่ก็ได้ สำหรับการบริการป้องกันโรคบางอย่างแพทย์เวชปฏิบัติจะทำหน้าที่เป็นนายทวารผู้รักษาประตู (Gatekeeper) ของระบบบริการเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเล็กน้อย เป็นคนไข้นอกและเป็นผู้ตัดสินใจหลักในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หรือ โรงพยาบาลหลังจากการตรวจรักษาได้โดยอิสระตามแต่จะเลือกและเห็นสมควร ซึ่งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอาจส่งต่อผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล หรือส่งกลับไปให้แพทย์เวชปฏิบัติ หรือส่งต่อไปยังหน่วยบริการในชุมชนอื่นๆ เช่น Nursing Home และแพทย์เวชปฏิบัติอาจเป็นผู้ให้บริการด้านการป้องกันโรคต่างๆแก่ประชาชน เช่น การให้ภูมิคุ้มกันโรค การวางแผนครอบครัว และการตรวจหามะเร็งปากมดลูก ซึ่งระบบนี้จะช่วยส่งเสริมให้แพทย์รู้จักผู้ป่วยของตนเป็นอย่างดีและยังเป็นการให้อิสระแก่ผู้ป่วยในการเลือกแพทย์เวชปฏิบัติให้เป็นแพทย์ประจำครอบครัว

ในส่วนของบทบาทของรัฐและเอกชนในการให้บริการนั้น การบริการระดับปฐมภูมิในคลินิกและร้านยาจัดโดยภาคเอกชนโดยที่ผู้ให้บริการในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติต้องขึ้นทะเบียนกับ National Health Service : NHS

สำหรับสิทธิประโยชน์และความคุ้มครองพื้นฐานทางการแพทย์สำหรับประชากรชาวอังกฤษทั้งหมดมีหลักประกันสุขภาพเมื่อได้รับการเจ็บป่วย มีสิทธิใช้บริการทางการแพทย์และโรงพยาบาลโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เด็ก คนชรา หรือผู้ป่วยบางกลุ่ม แต่ผู้ป่วยอื่นๆอาจจะต้องร่วมจ่ายค่ายาตามที่ปรากฏในใบสั่งยาของแพทย์

3.2.3 ประเทศแคนาดา

ประเทศแคนาดา ตั้งอยู่บนตอนบนของทวีปอเมริกาเหนือมีจำนวนพื้นที่ทั้งหมดประมาณ 9,970,600 ตารางกิโลเมตรซึ่งปัจจุบันถือเป็นประเทศที่มีพื้นที่ใหญ่เป็นอันดับหนึ่งของโลกโดยประกอบไปด้วยรัฐ(Province) จำนวน 10 รัฐและ3 เขตการปกครอง(Territory) ซึ่งอยู่ภายใต้การปกครองของรัฐบาลกลาง มีจำนวนประชากรทั้งหมด ณ ปี ค.ศ.1999 ทั้งสิ้นประมาณ 30.9 ล้านคนและมีเมืองออตตาวาเป็นเมืองหลวงของประเทศ ซึ่งรูปแบบการปกครองของประเทศจะเป็นแบบสหพันธรัฐ ก็จะมีรัฐบาลกลางและรัฐบาลของอีก10รัฐและ3เขตการปกครองโดยรัฐบาลกลางและรัฐบาลของรัฐต่างๆมีระบบการบริหารแบบรัฐสภาของประเทศอังกฤษและประชาชนจะเป็นผู้เลือกผู้แทนของตนเอง ซึ่งพรรคที่ได้คะแนนเสียงส่วนใหญ่จะมีหน้าที่ในการจัดตั้งรัฐบาลเพื่อการบริหารประเทศ

สภาพภูมิอากาศของประเทศแคนาดาจะมีความแตกต่างกันไปตามแต่ละพื้นที่และฤดูกาล โดยในช่วงฤดูร้อนประมาณเดือนกรกฎาคมและสิงหาคมจะมีอุณหภูมิเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 24 องศาเซลเซียสหรือสูงกว่านี้ในแถบทุ่งหญ้าแพรรีกับออนตาริโอใต้ ส่วนแคนาดาเหนือในตอนกลางวันอุณหภูมิประมาณ 15 องศาเซลเซียสและอาจลดลงเกือบถึงจุดเยือกแข็งตอนกลางคืนสำหรับฤดูหนาวจะมีอุณหภูมิเฉลี่ยบริเวณชายฝั่งทะเลจนถึงออนตาริโอใต้ประมาณ-5 ถึง-10 องศาเซลเซียส ส่วนแถบควิเบ็คเหนือถึงเทือกเขาร็อกกีอากาศจะเย็นกว่าโดยมีอุณหภูมิอยู่ที่-18 ถึง-5 องศาเซลเซียส ขณะที่ยูคอนและเขตตะวันตกเฉียงเหนืออาจหนาวจัดถึง-40 องศาเซลเซียสแต่ชายฝั่งด้านใต้ของบริติชโคลัมเบียได้รับอิทธิพลจากกระแสอุ่นแปซิฟิกจึงไม่หนาวจัดซึ่งเกือบทั่วทั้งประเทศแคนาดาจะมีหิมะตกหนักบริเวณเทือกเขา

ระบบเศรษฐกิจของประเทศแคนาดาเป็นระบบแบบเศรษฐกิจทุนนิยมและเป็นระบบเศรษฐกิจที่ขึ้นอยู่กับทรัพยากรธรรมชาติภายในประเทศตั้งแต่อุตสาหกรรมป่าไม้(สินค้าหลัก คือ กระดาษและไม้แปรรูป) แร่ธาตุและพลังงาน ซึ่งประเทศแคนาดาเป็นประเทศผู้ผลิตและส่งออกชั้นนำของยูเรเนียม โปแตสเซียม แร่ใยหิน นิกเกิล เงิน ทอง ถ่านหิน น้ำมัน แก๊สและไฟฟ้าพลังน้ำและอาชีพกสิกรรมซึ่งยังคงมีบทบาทที่สำคัญของวิถีชีวิตของชาวแคนาดา

ประเทศแคนาดา ได้ออกกฎหมายสุขภาพ (Canadian Health Act) เมื่อปี ค.ศ.1984 เพื่อการประกันสุขภาพทั่วหน้าและครอบคลุม ซึ่งชาวแคนาดานิยมเรียกว่า “Medicare” เป็นระบบ

ประกันสุขภาพแห่งชาติที่ดำเนินงานโดยภาครัฐในความรับผิดชอบของรัฐบาลท้องถิ่นของแต่ละรัฐ ภายใต้แนวทางและการสนับสนุนทางการเงินส่วนหนึ่งจากรัฐบาลกลางหรืออาจเรียกชื่อได้อีกอย่างหนึ่งว่า “การประกันสุขภาพแห่งชาติ”(National Health Insurance) โดยจะให้ความคุ้มครองเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นจากแพทย์และโรงพยาบาลฟรีแก่ประชาชนทุกคนทั้งในฐานะผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกและเป็นระบบที่ “จ่ายโดยรัฐ บริการโดยเอกชน” ⁹² ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบภาคบังคับโดยมีผู้จ่ายรายเดียว (Universal, Single-Payer Health Insurance System) เพราะแคนาดาถือว่าบริการทางสุขภาพเป็นสินค้าสาธารณะ(Public) เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นและยังถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่เปิดกว้างสำหรับประชาชนทุกคนโดยไม่ต้องคำนึงถึงความสามารถในการจ่ายเงินซึ่งระบบประกันสุขภาพของประเทศแคนาดาจะบริหารจัดการ โดยรัฐ(Provinces) 10 รัฐ และเขตการปกครอง (Territories) อีก3แห่งของประเทศเพื่อให้สอดคล้องกับกฎหมายสุขภาพ(Canadian Health Act) โดยการควบคุมนโยบายทางสุขภาพด้านต่างๆอันเป็นอำนาจหน้าที่ของรัฐบาลระดับรัฐแต่ละรัฐโดยมีกระทรวงสุขภาพ (Ministry Government) เป็นผู้รับผิดชอบทั้งในทางด้านการบริหารและทางด้านการคลังทั้งหมด เช่น การตั้งอัตราค่าใช้จ่ายแก่โรงพยาบาลหรืออัตราการจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์สาขาต่างๆและการควบคุมการใช้จ่ายด้านสินค้านำเข้าภายใต้มาตรฐานที่กำหนด โดยรัฐบาลกลาง (Federal Government) ซึ่งกำหนดให้เป็นแนวทางที่สำคัญแก่รัฐบาลระดับรัฐในการจัดการเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนโดยยึดหลักการและการให้สิทธิประโยชน์แก่ประชาชนภายในรัฐซึ่งได้ให้ประกันสุขภาพไว้ ดังนี้

1) ความครอบคลุมถ้วนหน้า (Universal Coverage) หมายถึงการให้สิทธิในการให้ความคุ้มครองและครอบคลุมประชากรตามแผนประกันสุขภาพของรัฐนั้นๆทุกคนและจะต้องได้รับบริการทางสุขภาพที่รัฐประกันให้ไว้ภายใต้กฎระเบียบและข้อบังคับที่เหมือนกันทุกคน

2) ความครอบคลุมที่มีบูรณาการ (Comprehensive Coverage) หมายถึง การให้สิทธิประโยชน์เพื่อคุ้มครองด้านการแพทย์ที่มีความจำเป็นทุกรูปแบบซึ่งให้บริการทั้งในด้านบริการของแพทย์ โรงพยาบาล ยารักษาโรคที่จำเป็นทุกชนิด เครื่องมือทางการแพทย์และการตรวจสอบเพื่อการวินิจฉัย การบริการทางสุขภาพต่างๆสำหรับผู้ป่วยนอก การดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง บริการป้องกันโรค บริการด้านสุขภาพจิต

3) การเข้าถึงบริการ (Accessibility) หมายถึง แผนประกันสุขภาพของรัฐจะต้องจัดให้ประชาชนเข้ารับบริการทางสุขภาพ หรือในโรงพยาบาล หรือแพทย์ให้เป็นที่ไปได้อย่างง่ายดายและจะต้อง

⁹² วีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์. (2547). รายงานการศึกษาวิจัยเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพกรณีศึกษาประเทศแคนาดา. หน้า 4.

ไม่มีอุปสรรคด้านการเงินในการเข้าถึงบริการ ได้แก่ ประชาชนต้องไม่มีส่วนร่วมจ่ายในบริการทางการแพทย์ที่ได้รับความคุ้มครองด้านการแพทย์ที่มีความจำเป็น หรือไม่อนุญาตให้คิดค่าบริการเพิ่มจากผู้ป่วยที่มีประกันซึ่งมารับบริการสุขภาพที่รัฐประกันไว้ ไม่ว่าจะอยู่ในรูปของDeductible⁹³, Coinsurance⁹⁴ หรือ Copayment⁹⁵ ก็ตามและจะต้องไม่มีการแบ่งแยกผู้ป่วยตามรายได้ อายุ สถานะทางสุขภาพและอื่นๆ

4) ความครอบคลุมข้ามเขต (Portable Coverage) หมายถึง การให้ความคุ้มครองโดยมีความยืดหยุ่นสูง กล่าวคือเมื่อประชาชนในรัฐนั้นเกิดความเจ็บป่วยในรัฐอื่นๆของประเทศหรือแม้จะย้ายไปอาศัยในรัฐอื่นๆก็ตามหรือไม่ว่าประชาชนจะอยู่ ณ ที่ใดในโลกก็จะได้รับความคุ้มครองในอัตราที่เท่ากัน แต่ทั้งนี้ทุกรัฐจะมีข้อจำกัดในการครอบคลุมการประกันสำหรับบุคคลที่นอกประเทศแคนาดา ซึ่งอาจจะต้องมีการอนุญาตล่วงหน้าสำหรับบริการสุขภาพนอกเขตในกรณีที่ไม่มีเหตุฉุกเฉิน

5) การบริการโดยภาครัฐ (Public Administration) หมายถึงการบริหารจัดการของระบบประกันสุขภาพของรัฐจะต้องทำโดยองค์กรของรัฐซึ่งแผนประกันสุขภาพของรัฐจะต้องบริหารและดำเนินงานบนพื้นฐานของการไม่หวังผลกำไร โดยหน่วยงานของรัฐมีหน้าที่รับผิดชอบและรายงานต่อรัฐบาลของรัฐนั้นๆ เพราะฉะนั้นจึงจำเป็นต้องมีลักษณะเป็นผู้จ่ายรายเดียว(Single Payer) อันจะมีผลทำให้บทบาทของภาคเอกชนต้องถูกจำกัดอยู่เฉพาะบริการที่ไม่ถูกคุ้มครองโดยระบบประกันสุขภาพของรัฐเท่านั้น

แหล่งที่มาของงบประมาณในระบบประกันสุขภาพของประเทศแคนาดาจะได้รับเงินสนับสนุนพื้นฐานมาจากเงินภาษี โดยการเก็บภาษีรายได้ส่วนบุคคลและนิติบุคคลของส่วนกลางและของรัฐบาลท้องถิ่น จำนวน 2 รัฐ คือ รัฐอัลเบอร์ตา และรัฐบริติชโคลัมเบีย ซึ่งจะใช้วิธีเก็บเบี้ย

⁹³ หมายถึง การที่ผู้ที่มีประกันสุขภาพต้องเสียค่าใช้จ่ายเริ่มต้นเองจำนวนหนึ่งไปจนถึงอัตราที่กำหนดไว้ก่อนที่ผู้รับประกันจะร่วมจ่ายให้ต่อ วิธีนี้มักรวมใช้กับ Coinsurance โดยมีการกำหนดค่า Deductible ไว้ที่อัตราหนึ่งก่อน และเมื่อเกินอัตรานี้ไปแล้วผู้เอาประกันเองก็ยังต้องเสียค่าใช้จ่ายเองตามวิธี Coinsurance ด้วย ตัวอย่างเช่น Deductible 2,000 บาทต่อปี ค่าใช้จ่ายที่เกินจากนี้ผู้ที่มีประกันสุขภาพยังจะต้องจ่าย Coinsurance ร่วมอีกร้อยละ 20 ของค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น.

⁹⁴ หมายถึง การที่ผู้ที่มีประกันสุขภาพต้องร่วมจ่ายค่าใช้จ่ายในการรับบริการร่วมกับผู้รับประกันเป็นสัดส่วนที่แน่นอนอันหนึ่งของค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น เช่น ร้อยละ 20 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด.

⁹⁵ หมายถึง การที่ผู้ที่มีประกันสุขภาพต้องเสียค่าใช้จ่ายร่วมเป็นจำนวนเงินที่แน่นอนจำนวนหนึ่งในการไปรับบริการแต่ละครั้ง.

ประกันบริการสุขภาพเพิ่มจากประชาชน โดยในปี ค.ศ.1997 รัฐบาลกลางได้ให้การสนับสนุนระบบการบริการสุขภาพในด้านการคลังโดยการออกกฎหมาย Canada Health and Social Transfer ซึ่งเงินสนับสนุนของรัฐบาลกลางที่ให้กับแผนสุขภาพและสังคมของแต่ละรัฐจะจ่ายเป็นแบบเหมารวม (Single Block Transfer) ในรูปของเงินสด (Cash Contributions) และระบบภาษีแบบ (Tax Points)

ระบบประกันสุขภาพของประเทศแคนาดา ขึ้นอยู่กับแพทย์เวชปฏิบัติซึ่งจะให้บริการในระดับปฐมภูมิ อันเป็นด่านแรกของระบบสุขภาพที่เป็นทางการและมีหน้าที่ควบคุมการส่งต่อให้กับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หรือผู้ให้บริการสุขภาพอื่นๆ หรือส่งต่อเพื่อการตรวจวินิจฉัยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยจะมีจำนวนแพทย์เวชปฏิบัติโดยส่วนใหญ่ที่ทำงานในคลินิกและได้รับเงินโดยคิดจากการบริการ (Fee-For-Service) แล้วสามารถยื่นเบิกโดยตรงจากแผนประกันสุขภาพของรัฐ ส่วนแพทย์ที่ทำงานในลักษณะอื่นๆ จะได้รับเงิน โดยคิดจากการบริการหรือในรูปเงินเดือนหรือค่าตอบแทนในลักษณะอื่น

เมื่อประชาชนมีความจำเป็นต้องเข้ารับบริการทางการแพทย์ก็จะไปพบแพทย์หรือคลินิกที่ต้องการ โดยแสดงบัตรประกันสุขภาพที่รัฐออกให้ตามที่มีสิทธิตามกฎหมายผู้ป่วยไม่ต้องจ่ายเงินโดยตรงให้กับโรงพยาบาลที่มีการประกันหรือการบริการของแพทย์โดยรัฐบาลของแต่ละรัฐจะให้การประกันสุขภาพที่ครอบคลุมบริการสุขภาพอื่นนอกเหนือจากการประกันสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นแก่ประชาชนบางกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุ เด็กและผู้รับสวัสดิการสังคม การบริการสุขภาพอื่น การรักษาทางทันตกรรม การตรวจวัดสายตา เครื่องช่วยและอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น แขนขาเทียม ฟันปลอม แก้วหู ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ซึ่งนอกเหนือจากบริการสุขภาพอื่นที่รัฐกำหนดให้แล้วประชาชนอาจต้องการซื้อประกันสุขภาพที่ให้ความครอบคลุมเพิ่มเติม นอกเหนือจากนั้นได้ โดยการซื้อประกันสุขภาพจากบริษัทประกันเอกชน ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับรายได้และความสามารถในการจ่ายของผู้ป่วยเอง แต่รัฐจะไม่ให้บริษัทประกันเอกชนให้ประกันสุขภาพในส่วนที่เหมือนกับรัฐแต่จะให้แข่งขันกันในด้านตลาดของการให้บริการสุขภาพเสริม

สิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพของแต่ละรัฐจะต้องมีแผนประกันสุขภาพที่ได้กำหนดให้ความครอบคลุมถึงการบริการสุขภาพพื้นฐาน (Basic Health Service) ที่สอดคล้องกับ Medicare และการบริการเพิ่มเติม (Extended Health Service) ซึ่งจะแตกต่างกันออกไปของแต่ละรัฐ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับแผนประกันสุขภาพของรัฐนั้นๆที่จะกำหนดให้ความคุ้มครองครอบคลุมการบริการสุขภาพที่จำเป็นนอกเหนือจากโครงสร้างของการประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงการบริการสุขภาพอื่น โดยโรงพยาบาลในแคนาดาว่า 95% จะดำเนินการในลักษณะเอกชนที่ไม่หวังผลกำไรซึ่งทำงานโดยคณะกรรมการชุมชน องค์กรอาสาสมัครหรือองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น โดยโรงพยาบาลจะควบคุมค่าใช้จ่ายทรัพยากรของตนซึ่งต้องอยู่ภายใต้งบประมาณที่ตั้งไว้

ประเทศแคนาดา มีมาตรการทางการควบคุมงบประมาณในการกำกับ (Budgets Limits) ในการใช้และการกระจายของเทคโนโลยีที่มีราคาแพง การเสนอขยายแผนงานการบริการและการขอหรือการแจกจ่ายเครื่องมือแพทย์ที่มีราคาแพงและมีเทคโนโลยีสูง โดยจะต้องได้รับความเห็นชอบและมีการตกลงกันล่วงหน้า ดังนั้น โรงพยาบาลไม่สามารถจัดซื้อได้ตามต้องการแต่จะต้องยื่นเรื่องขอทุนจากกระทรวงสาธารณสุขตามความจำเป็นและเหมาะสม โดยจะมีคณะกรรมการของรัฐบาลกลางและรัฐบาลของแต่ละรัฐและคณะทำงานเป็นผู้ประเมินเทคโนโลยีโดยจะทำใน 3 ระดับคือ

- 1) ศึกษาลักษณะเฉพาะตัวและประโยชน์สัมพัทธ์ของเทคโนโลยีที่มีต่อการปฏิบัติงานทางคลินิก
- 2) ประเมินผลและต้นทุนในระยะยาวของเทคโนโลยีที่มีต่อสาธารณะ
- 3) เฝ้าติดตามการใช้งานเพื่อประกันการปฏิบัติตามมาตรฐานและกฎเกณฑ์เพื่อคุณภาพของบริการ

การมีส่วนร่วมของผู้บริโภคในการได้รับระบบข้อมูลข่าวสารทำให้ผู้บริโภคมีโอกาสในการเลือกมากขึ้น โดยมี Health Canada ซึ่งเป็นหน่วยงานด้านต่างๆของรัฐที่มีหน้าที่ช่วยเหลือและคุ้มครองสุขภาพของผู้บริโภคโดยทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่น เช่น กระทรวงสาธารณสุขของรัฐต่างๆ ในการเฝ้าระวังการป้องกันและการควบคุมและวิจัยเกี่ยวกับโรคในแคนาดาและทั่วโลก รวมทั้งควบคุมสุขภาพและความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการซื้อขายยาแลด้านสิทธิบัตรและราคาอาหาร เคมีภัณฑ์ ยาฆ่าแมลง อุปกรณ์การแพทย์และผลิตภัณฑ์บางชนิด การใช้สารอันตรายในที่ทำงาน การดูแลเรื่องวัตถุอันตราย การตรวจสุขภาพของนักบินและพนักงานในหอบังคับการบิน และการประเมินสุขภาพสิ่งแวดล้อม (Environmental Health) และมีการออกกฎหมายและข้อบังคับต่างๆเพื่อใช้ในการคุ้มครองผู้บริโภค เช่น กฎหมายเกี่ยวกับอาหารยา กฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมสิทธิบัตรยา กฎหมายคุ้มครองข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล กฎหมายควบคุมสารพิษและสารเสพติดและอื่นๆ เป็นต้น

3.3 แนวทางการบังคับใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา ภายใต้ปฏิญญาโดฮาว่าด้วยความตกลงทริปส์กับการสาธารณสุข (Doha Declaration on TRIPs and Public Health) ภายใต้องค์การการค้าโลก (World Trade Organization)

องค์การการค้าโลก(World Trade Organization)หรือWTO เป็นองค์กรที่ได้ถูกจัดตั้งขึ้นอันเป็นผลสืบเนื่องมาจากผลการเจรจารอบสุดท้ายจากระบบการค้าพหุภาคีภายใต้ความตกลงทั่วไปว่าด้วยภาษีศุลกากรและการค้า(แกตต์) รอบอุรุกวัยเมื่อระหว่างปี ค.ศ.1986-1993 โดยเริ่มมีบทบาทในการทำหน้าที่ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ค.ศ.1995 มีบรรดาประเทศสมาชิกทั่วโลกกว่า145ประเทศสมัครเข้าเป็นสมาชิกซึ่งประเทศสมาชิกที่สำคัญได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา อังกฤษ เยอรมัน ฝรั่งเศส แคนาดา ญี่ปุ่น อิตาลี เนเธอร์แลนด์ ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ รวมทั้งประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งขึ้นเพื่อส่งเสริมและควบคุมการเปิดเสรีทางการค้าระหว่างประเทศและยังเป็นหน่วยงานที่มีสถานภาพทางกฎหมาย ตลอดจนมีอำนาจจัดการเกี่ยวกับเรื่องราวต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการค้าระหว่างประเทศอีกด้วย

ในการประชุมของบรรดาประเทศสมาชิกภายใต้องค์การการค้าโลกเป็นผลให้ประเทศสมาชิกต่างๆมีพันธกรณีต้องปฏิบัติตามความตกลงร่วมกัน โดยหนึ่งในความตกลงพหุภาคีที่สำคัญคือความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้าหรือความตกลงทริปส์หรือทริปส์ ซึ่งเป็นความตกลงที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายสิทธิบัตรและการกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำในสาขาทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ยาหรือเภสัชภัณฑ์และสิ่งประดิษฐ์ที่เป็นกรรมวิธีโดยกำหนดให้มีอายุการคุ้มครองเป็นเวลา 20 ปีหรือในบางกรณีอาจอนุญาตให้ประเทศสมาชิกสามารถผลิตยาโดยบริษัทอื่นนอกเหนือจากผู้ทรงสิทธิบัตรหรือที่เรียกว่าการบังคับใช้สิทธิหรือซีแอล (Compulsory Licensing) หรือการอนุญาตให้นำเข้ายาจากประเทศอื่นๆที่เรียกว่า การนำเข้าซ้อนได้ในกรณีที่เกิดเหตุฉุกเฉินในประเทศ อันเป็นพันธกรณีที่บรรดาประเทศสมาชิกต้องปฏิบัติตามมาตรฐานดังกล่าวด้วยการปรับเปลี่ยนกฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับต่างๆภายในประเทศของตนเพื่อให้สอดคล้องกับหลักเกณฑ์ภายใต้ความตกลงดังกล่าวนี้

โดยภายใต้ความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้า หรือความตกลงทริปส์ ได้วางกรอบการพิจารณาเกี่ยวกับเงื่อนไขของการบังคับใช้สิทธิโดยรัฐของบรรดาประเทศสมาชิกไว้ซึ่งมีหลักสำคัญในการพิจารณาดังนี้⁹⁶

- 1) โดยพิจารณาจากเหตุผลของการใช้สิทธิเป็นสำคัญ ซึ่งจะพิจารณาจากคุณค่าของ

⁹⁶ จักรกฤษณ์ วรรณพจน์. (2550). มาตรการบังคับใช้สิทธิกับปัญหาการเข้าถึงยา : ข้อพิจารณาด้านกฎหมายและความตกลงระหว่างประเทศ. หน้า 27-35.

สิ่งประดิษฐ์ภายใต้สิทธิบัตรนั้น (Individual Merits) ถือว่ามีความเหมาะสมและจำเป็นในการใช้ สิ่งประดิษฐ์นั้นมากน้อยเพียงใด มิใช่พิจารณาจากสาขาของเทคโนโลยีหรือเพียงแต่ลักษณะ เฉพาะตัวของผู้ทรงสิทธิ⁹⁷

2) ก่อนการบังคับใช้สิทธิจะต้องมีการเจรจากับผู้ทรงสิทธิบัตรนั้นก่อน เพื่อขอใช้สิทธิ ตามสิทธิบัตรจากผู้ทรงสิทธิโดยสมัครใจ แต่หากการเจรจาไม่เป็นผลก็สามารถใช้มาตรการบังคับ ใช้สิทธินั้นได้โดยไม่ต้องได้รับอนุญาตจากผู้ทรงสิทธิบัตรก่อน แต่รัฐอาจใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิ ภายใต้อาณัติของทรัพย์สิน⁹⁸ ซึ่งเป็นข้อยกเว้นที่มีจำกัดเจรจากับผู้ทรงสิทธิบัตรก่อน คือ⁹⁸

(1) กรณีสถานการณ์ที่เป็นภาวะฉุกเฉินของประเทศ (Nation Emergency) หรือเป็น สถานการณ์ฉุกเฉินอย่างมาก (Extreme Urgency)

(2) กรณีเพื่อประโยชน์สาธารณะโดยมิได้มีวัตถุประสงค์ในเชิงพาณิชย์

(3) กรณีเพื่อเป็นการเยียวยาการกระทำที่เป็นปฏิปักษ์ต่อการแข่งขัน

แต่ทั้งนี้เมื่อมีการประกาศใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิแล้วผู้ขอใช้ยังคงมีภาระ และหน้าที่ที่จะต้องแจ้งให้ผู้ทรงสิทธิบัตรทราบในทันทีโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้

3) จะต้องมีการกำหนดวัตถุประสงค์เพื่อการบังคับใช้ให้เป็นไปตามมาตรการที่ประกาศ บังคับใช้สิทธินั้นเท่านั้นและห้ามมิให้นำไปจำหน่าย จ่าย แจกหรือนำไปใช้นอกเหนือจาก วัตถุประสงค์ของโรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ เช่น โรงพยาบาลเอกชนและการ ใช้สิทธิจะต้องมีการกำหนดระยะเวลาหรือเหตุการณ์ที่จำเป็นไว้เป็นการเฉพาะ ซึ่งหากครบกำหนด ระยะเวลาหรือผ่านพ้นเหตุการณ์ดังกล่าวแล้วการใช้สิทธิย่อมระงับลง⁹⁹

4) มาตรการบังคับใช้สิทธิโดยรัฐ จะต้องไม่จำกัดการใช้สิทธิแต่เฉพาะหน่วยงานรัฐ แต่เพียงผู้เดียว ทั้งนี้ จะต้องเปิดโอกาสให้ผู้ทรงสิทธิบัตรสามารถใช้สิทธิตามสิทธิบัตรของตนได้ ตามกฎหมายโดยปกติและผู้ทรงสิทธิบัตรยังสามารถที่จะอนุญาตหรือยินยอมให้ผู้หนึ่งผู้ใดเป็นผู้ใช้ สิทธิตามสิทธิบัตรนั้นได้¹⁰⁰

5) มาตรการบังคับใช้สิทธิที่ประกาศโดยรัฐนั้นไม่สามารถโอนการใช้สิทธิหรืออนุญาต ใ้บุคคลหนึ่งบุคคลใดดำเนินการใช้สิทธินั้นแทนได้ เพราะผู้ใช้สิทธิตามมาตรการดังกล่าว

⁹⁷ TRIPS Agreement. Art. 31(a).

⁹⁸ TRIPS Agreement. Art. 31(b).

⁹⁹ TRIPS Agreement. Art. 31(c).

¹⁰⁰ TRIPS Agreement. Art. 31(d).

จะต้องเป็นผู้รับอนุญาตตามมาตรการบังคับใช้สิทธินั้นเท่านั้น¹⁰¹

6) ให้มีการกำหนดระยะเวลาการสิ้นสุดของการใช้สิทธิตามมาตรการบังคับใช้สิทธิที่แน่นอนหรือกำหนดให้มีการสิ้นสุดการใช้สิทธิเมื่อเหตุการณ์และความจำเป็นของมาตรการบังคับใช้สิทธิได้สิ้นสุดลง¹⁰²

7) กำหนดให้มีการจ่ายค่าชดเชยเป็นค่าตอบแทนแก่ผู้ทรงสิทธิบัตรในการบังคับใช้สิทธินั้นอย่างเพียงพอ (Adequate Remuneration) และเป็นธรรมในทุกๆกรณีโดยให้พิจารณาจากเหตุผลและความจำเป็นของสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในการประกาศใช้มาตรการบังคับใช้สิทธินั้น และให้คำนึงถึงมูลค่าทางเศรษฐกิจของการอนุญาตให้ใช้สิทธิเป็นเกณฑ์ประกอบในการพิจารณาการกำหนดอัตราค่าชดเชยที่จะต้องจ่ายนั้นด้วย¹⁰³

8) มาตรการบังคับใช้สิทธิที่ประกาศโดยรัฐหรือคำสั่งเกี่ยวกับการกำหนดอัตราค่าชดเชยในการบังคับใช้สิทธินั้นจะต้องเปิดโอกาสให้ผู้ทรงสิทธิบัตรสามารถยื่นอุทธรณ์ต่อศาลหรือองค์กรปกครองระดับสูงที่มีความเป็นอิสระและปราศจากการควบคุมของหน่วยงานที่ประกาศใช้มาตรการบังคับใช้สิทธินั้น เพื่อให้มีการทบทวนคำสั่งที่อนุญาตให้ใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิหรือคำสั่งเกี่ยวกับอัตราค่าชดเชยนั้นได้¹⁰⁴

ปฏิญญาโดฮาว่าด้วยความตกลงทริปส์และการสาธารณสุข (Doha Declaration on TRIPs and Public Health) ภายใต้องค์การการค้าโลก (World Trade Organization)¹⁰⁵ ได้กำหนดมาตรการยืดหยุ่นต่างๆ ที่เกี่ยวกับการบังคับใช้สิทธิโดยรัฐ โดยเฉพาะการใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยาเพิ่มมากขึ้น เพื่อมุ่งเน้นและให้ความสำคัญแก่ประชาชนที่เจ็บป่วยของบรรดาประเทศสมาชิกภายใต้องค์การการค้าโลก (World Trade Organization) ในการประชุมข้อตกลงทางการค้าเกี่ยวกับทรัพย์สินทางปัญญา ซึ่งเปิดโอกาสให้ประเทศต่างๆ กำหนดมาตรการและกลไกที่ยืดหยุ่นภายใต้ความตกลงทริปส์และการสาธารณสุขดังกล่าวด้วยตนเอง เพื่อให้เป็นไปตามเหตุและผลตามความจำเป็นของแต่ละประเทศ โดยให้มุ่งเน้นการพิจารณาเป้าหมายด้านสุขภาพหรือการป้องกันด้านสาธารณสุขให้ดำรงอยู่เหนือเป้าหมายอันเป็นประโยชน์ในทางการค้าและเป็นการส่งเสริมการให้ความคุ้มครอง

¹⁰¹ TRIPS Agreement. Art. 31(e).

¹⁰² TRIPS Agreement. Art. 31(g).

¹⁰³ TRIPS Agreement. Art. 31(h).

¹⁰⁴ TRIPS Agreement. Art. 31(i), 31(j).

¹⁰⁵ DECLARATION ON THE TRIPS AGREEMENT AND PUBLIC HEALTH, MINISTERIAL CONFERENCE, Fourth Session, Doha, 9-14 November 2001, WORLD TRADE ORGANIZATION.

ต่อสิทธิของผู้ป่วยให้สามารถเข้าถึงยาที่จำเป็นได้อย่างถ้วนหน้าเพิ่มมากขึ้นโดยไม่มีอุปสรรคใดๆ และเพื่อเป็นการสร้างความสมดุลระหว่างการส่งเสริมการประดิษฐ์คิดค้น และสิทธิการเข้าถึง นวัตกรรมด้านยาของประชาชน ทั้งนี้ เพื่อเป็นการปกป้องคุ้มครองผลประโยชน์สาธารณะและ สุขภาพของประชาชนเป็นสำคัญ¹⁰⁶

มาตรการยืดหยุ่นที่เกิดขึ้นของปฏิญญา โดฮาว่าด้วยความตกลงทริปส์และการ สาธารณสุขนับว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงแนวความคิดในลักษณะเดิมที่มุ่งแต่จะให้ความสำคัญและ คุ้มครองสิทธิของผู้ทรงสิทธิบัตรจากสิ่งประดิษฐ์ต่างๆอันเนื่องมาจากเหตุผลที่มุ่งเฉพาะแต่การให้ ความคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาเป็นหลักสำคัญแต่เพียงด้านเดียว ซึ่งจากผลของการเปลี่ยนแปลง ดังกล่าวที่เกิดขึ้นนั้นสามารถส่งอิทธิพลและให้ความสำคัญต่อคุณค่าของคำว่า สิทธิมนุษยชนในการ เข้าถึงยาจำเป็นอันเป็นสิ่งสำคัญยิ่งของสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานซึ่งเป็นสิทธิตามธรรมชาติของ มนุษย์ทุกคนที่ควร ได้รับการคุ้มครองชีวิตให้สามารถเข้าถึงยาได้อย่างทั่วถึงเพิ่มมากขึ้นและยังเป็น ตัวชีวิตให้เห็น ได้ว่าสิทธิบัตรผลิตภัณฑ์ยา จัดเป็นสินค้าคุณธรรมที่สามารถช่วยให้ชีวิตและสุขภาพ ของมนุษย์ดีขึ้น จึงมีความแตกต่างจากสิทธิบัตรสิ่งประดิษฐ์ประเภทอื่นซึ่งเป็นสินค้าประเภททั่วไป เพราะสิทธิบัตรผลิตภัณฑ์ยายังอาจส่งผลกระทบต่อสิทธิมนุษยชนในการเข้าถึงยาได้อีกด้วย¹⁰⁷

ในทุกกลุ่มประเทศทั่วโลกที่เข้าเป็นสมาชิกขององค์การการค้าโลก (World Trade Organization) ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว กลุ่มประเทศกำลังพัฒนา หรือในกลุ่มประเทศ พัฒนาน้อยที่สุดนั้น ซึ่งทุกประเทศต่างต้องดำรงอยู่ภายใต้เงื่อนไขของการใช้มาตรการบังคับใช้ สิทธิเพื่อการปกป้องคุ้มครองการสาธารณสุขของแต่ละประเทศตามที่ได้ตกลงกันไว้ภายใต้ความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้า (TRIPS) และสาธารณสุข โดยทุกประเทศได้ ตกลงกันว่าจะไม่ทำการขัดขวางการใช้มาตรการใดๆของประเทศสมาชิกในการคุ้มครองการ สาธารณสุขและตกลงที่จะตีความหรือปฏิบัติการให้เป็นไปในแนวทางที่สนับสนุนประเทศสมาชิก ให้สามารถดำเนินนโยบายให้สอดคล้องกับความตกลงทริปส์ ต่อการส่งเสริมระบบสาธารณสุขได้ อันถือเป็นการแสดงเจตนาร่วมกันเพื่อให้การตีความ การใช้ความยืดหยุ่น หรือการกำหนดเงื่อนไข ของสถานการณ์ฉุกเฉินตามเหตุผลของประเทศสมาชิกแต่ละประเทศได้กำหนดขึ้น เพื่อให้เป็นไป ตามความตกลงและเป็นการระงับข้อพิพาทของเหล่าประเทศสมาชิกรุ่นด้วย¹⁰⁸

¹⁰⁶ กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพ. (2551). คำตอบต่อ 10 ประเด็นสำคัญใน เรื่องการใช้สิทธิโดยรัฐต่อยาต้านโรคมะเร็งที่มีสิทธิบัตรทั้ง 4 รายการ. คำนำ.

¹⁰⁷ สิทธิกร นิพภยะ. (2548). สิทธิบัตรกับการเข้าถึงยา. หน้า 24.

¹⁰⁸ แหล่งเดิม. หน้า 39.

บทที่ 4

วิเคราะห์เปรียบเทียบสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐ ของประเทศไทยเปรียบเทียบกับต่างประเทศ

การศึกษาวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐของประเทศไทย ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศอังกฤษและประเทศแคนาดาได้มีการศึกษาเปรียบเทียบสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐของแต่ละประเทศโดยสามารถกำหนดเป็นประเด็นที่สำคัญของแต่ละระบบได้ดังนี้

4.1 วิเคราะห์โครงสร้างของระบบบริการสาธารณสุข

ประเทศไทย มีระบบการบริการทางด้านสาธารณสุขที่รัฐจัดให้แก่ประชาชนรวมทั้งสิ้น 3 ระบบได้แก่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดให้สิทธิแก่บุคคลทุกคนที่มีสัญชาติไทยมีสิทธิได้รับสวัสดิการทางด้านสุขภาพที่รัฐได้จัดให้มีขึ้นภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยกำหนดให้บุคคลทุกคนที่ยังไม่มีสิทธิทางด้านสุขภาพในระบบอื่นๆ เช่น ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและลูกจ้างของรัฐ และระบบประกันสังคม ให้สามารถใช้สิทธิและได้รับความคุ้มครองในระบบสวัสดิการด้านสุขภาพดังกล่าวจากรัฐได้อย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน โดยไม่ต้องคำนึงถึงฐานะและความเป็นอยู่หรือความแตกต่างในด้านอื่นๆ

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นนโยบายหลักทางด้านสุขภาพที่รัฐจัดให้เป็นสวัสดิการแก่ประชาชนซึ่งให้ความคุ้มครองและครอบคลุมแก่ประชาชนโดยส่วนใหญ่ทุกระดับของประเทศอย่างถ้วนหน้ากันและเพื่อให้เกิดการสอดคล้องกับบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญที่ให้การรับรองและคุ้มครองสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐ ซึ่งประชาชนสามารถใช้สิทธิในฐานะที่เป็นประชาชนของรัฐในการเข้ารับการรักษาฟื้นฟูสุขภาพอนามัยจากอาการเจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีมาตรฐาน โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.)เป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ดูแลและรับผิดชอบโดยตรงและมีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อการปฏิบัติการกิจด้านนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพและพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ระบบสวัสดิการรักษายาของข้าราชการและลูกจ้างของรัฐ เป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้โดยเฉพาะแก่ข้าราชการและลูกจ้างของรัฐ ผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญ ตลอดจนบุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นสวัสดิการในการให้ความช่วยเหลือและบรรเทาความเดือดร้อนในภาระค่าใช้จ่ายในการรักษายา อันเนื่องมาจากการเจ็บไข้ได้ป่วย แต่ทั้งนี้ไม่รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการเสริมสวย โดยมีกรมบัญชีกลางเป็นหน่วยงานผู้มีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบ

ระบบประกันสังคม เป็นสวัสดิการในการรักษายาที่รัฐได้จัดให้มีขึ้นเพื่อเป็นหลักประกันและเป็นการช่วยเหลือแก่ลูกจ้างผู้ซึ่งประกันตน ตลอดจนผู้แทนโดยชอบธรรมที่ได้รับการเจ็บป่วยหรือประสบอันตรายอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ตลอดจนกรณีการคลอดบุตร ทูพพลภาพ เสียชีวิต สงเคราะห์บุตร ชราภาพหรือกรณีการว่างงานตามพระราชบัญญัติประกันสังคมฯ โดยมีสำนักงานประกันสังคมเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ดูแลและรับผิดชอบแต่หากเป็นกรณีที่ลูกจ้างประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย หรือเสียชีวิตอันเนื่องมาจากการทำงานให้นายจ้างตามลักษณะและอาการของโรคตามที่พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ.2537 ได้กำหนดไว้รวม 22 โรค ซึ่งลูกจ้างยังมีหลักประกันในชีวิตและมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากกองทุนเงินทดแทนเพื่อเป็นการบรรเทาความเดือดร้อนที่ได้รับอันเนื่องมาจากการทำงานให้นายจ้าง โดยมีสำนักงานประกันสังคมเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ดูแลและรับผิดชอบ

ประเทศสหรัฐอเมริกา มีการจัดสวัสดิการทางด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนของประเทศผ่านระบบสุขภาพ 2 โครงการ คือ โครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ (Medicare) และโครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ยากจนหรือผู้มีรายได้น้อย (Medicaid) ซึ่งโครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ (Medicare) ยังสามารถแบ่งเป็นประเภทของโครงการออกเป็นสองส่วนคือ Part A เป็นประกันสุขภาพที่เป็นส่วนบังคับและ Part B เป็นประกันสุขภาพที่เป็นส่วนที่สมัครใจ โดยโครงการจัดสวัสดิการของรัฐทั้งสองโครงการจะตั้งอยู่บนพื้นฐานของการประกันสุขภาพเป็นหลัก โดยไม่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชน ซึ่งแตกต่างกับประเทศไทยที่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นหลักประกันด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนแต่จะมีลักษณะคล้ายกับระบบประกันสังคมของประเทศไทย

โครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ เป็นโครงการที่รัฐจัดเป็นสวัสดิการเพื่อครอบคลุมผู้มีอายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไป หรือผู้ที่มีความพิการติดตัวอย่างถาวร กลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายซึ่งต้องการล้างไตหรือผ่าตัดเปลี่ยนไต รวมถึงการป้องกัน การตรวจรักษา การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งต่างๆซึ่งผู้สูงอายุ 65 ปี ขึ้นไป จะต้องมีการจ่าย Medicare Taxes ไว้แล้วตั้งแต่ในช่วยวัยทำงาน หรือหากยังมีได้จ่ายในช่วงวัยทำงานดังกล่าว ก็ต้องเสียเงินซื้อประกันสุขภาพนี้ได้เมื่ออายุครบ 65 ปี ซึ่งแตกต่างกับประเทศไทยที่รัฐจัดให้เป็นสวัสดิการแก่ประชาชนโดยไม่ต้องเสีย

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผ่านระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการและลูกจ้างของรัฐ เว้นแต่ การเป็นผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมซึ่งต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมในฐานะผู้ประกันตน

โครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ (Medicare) จะบริหารจัดการโดยรัฐบาลกลางซึ่งมีการกำหนดขอบเขตการให้ความคุ้มครองแตกต่างกับโครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ยากจนหรือผู้มีรายได้น้อย (Medicaid) ซึ่งบริหารจัดการโดยรัฐบาลของแต่ละมลรัฐโดยมีการกำหนดขอบเขตการให้ความคุ้มครองที่แตกต่างกันตามแต่ละรัฐที่จะกำหนดสิทธิให้แก่ประชาชน และมีข้อแตกต่างกับประเทศไทยที่จะให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนทั่วทั้งประเทศเหมือนกัน ทุกจังหวัดภายใต้ขอบเขตความคุ้มครองอย่างมีมาตรฐานเสมอภาคเท่าเทียมกัน

ประเทศอังกฤษ มีการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชนของประเทศ โดยมีการออกพระราชบัญญัติ National Health Service Act และก่อตั้ง National Health Service : NHS ซึ่งเป็นองค์กรหลักที่มีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบระบบบริการสุขภาพแห่งชาติสามารถให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนทั้งประเทศได้อย่างเสมอภาคโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในด้านบริการทางการแพทย์และโรงพยาบาลเช่นเดียวกับประเทศไทย แต่ผู้ป่วยยังมีส่วนร่วมจ่ายเกี่ยวกับค่ายาตามใบสั่ง หรือการซื้อยามารับประทานเองโดยไม่มีใบสั่งยา เว้นแต่ ผู้ป่วยที่เป็นเด็ก คนชราและผู้ป่วยบางกลุ่มที่ได้รับการยกเว้นไม่ต้องร่วมจ่ายค่ายา โดยรัฐจะเป็นผู้รับผิดชอบในการจ่ายและจัดการบริการให้แทน ซึ่งระบบบริการสุขภาพแห่งชาติของประเทศอังกฤษมีเพียงระบบเดียวที่ให้ความคุ้มครองครอบคลุมแก่ประชาชนของประเทศ โดยมีข้อแตกต่างกับประเทศไทยซึ่งมีระบบการให้บริการด้านสาธารณสุขจากรัฐทั้งสามระบบ โดยระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยไม่ต้องร่วมจ่ายทั้งค่าบริการทางการแพทย์ ค่ายาหรือเวชภัณฑ์ตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ

ประเทศแคนาดา มีการออกกฎหมายเกี่ยวกับสุขภาพ คือ Canadian Health Act ซึ่งเป็นหลักประกันด้านสุขภาพแก่ประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งชาวแคนาดาเรียกว่า Medicare โดยให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนเกี่ยวกับการ บริการทางการแพทย์ที่จำเป็นและโรงพยาบาล โดยรัฐเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมดทั้งในฐานะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ตลอดจนการบริการป้องกันโรค ซึ่งเป็นระบบที่รัฐเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายทั้งหมดแต่ให้เอกชนเป็นผู้จัดทำระบบการบริการให้แก่ประชาชน โดยมีลักษณะแบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเช่นเดียวกับประเทศไทย และประเทศอังกฤษ แต่มีข้อแตกต่างกับประเทศไทยเพียงลักษณะขององค์กรทางด้านสุขภาพของรัฐมีเพียงองค์กรเดียวซึ่งเป็นแบบภาคบังคับที่รัฐจะต้องจัดให้เป็นการบริการสาธารณะแก่ประชาชนของประเทศเช่นเดียวกับประเทศอังกฤษ

เมื่อวิเคราะห์ข้อแตกต่างในด้านโครงสร้างของระบบบริการสาธารณสุขของรัฐของประเทศไทยเปรียบเทียบกับประเทศอังกฤษและประเทศแคนาดาแล้ว ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่นเดียวกับ ประเทศอังกฤษ และประเทศแคนาดา โดยแตกต่างกับประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งไม่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชน แต่ประเทศไทยนอกเหนือจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้วยังมีระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและลูกจ้างของรัฐ ซึ่งเป็นสวัสดิการที่แบ่งแยกเฉพาะสิทธิของผู้เป็นข้าราชการ ผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญหรือลูกจ้างของรัฐ ตลอดจนบุคคลในครอบครัว ให้มีสิทธิได้รับสวัสดิการดังกล่าว และยังมีระบบประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทนเพื่อให้ความคุ้มครองด้านสุขภาพแก่ลูกจ้างที่เจ็บป่วย หรือเสียชีวิต ทั้งนี้ข้ออื่นเนื่องมาจากการทำงานและเนื่องมาจากการทำงานให้แก่ นายจ้าง

4.2 วิเคราะห์แหล่งที่มาของเงินทุนของระบบบริการสาธารณสุข

ประเทศไทย มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ได้กำหนดแหล่งที่มาของเงินกองทุนซึ่งเป็นเงินที่ได้รับจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี เงินที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เงินที่ได้รับจากการดำเนินการให้บริการสาธารณสุข เงินค่าปรับทางปกครอง เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคหรือมอบให้แก่กองทุน ดอกผลหรือผลประโยชน์ที่เกิดจากเงินหรือทรัพย์สินของกองทุน เงินหรือทรัพย์สินอื่นๆ ที่กองทุนได้รับมาในกิจการของกองทุน หรือเงินสมทบอื่น

ส่วนระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและลูกจ้างของรัฐ เป็นสวัสดิการของทางราชการที่อาศัยการเบิกจ่ายเงินจากงบประมาณรายจ่ายตามหลักเกณฑ์แห่งพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ.2523 และระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ.2545

ระบบประกันสังคม โดยพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2537 มาตรา 22 ซึ่งกำหนดที่มาของเงินกองทุนจากเงินสมทบจากรัฐบาล นายจ้างและลูกจ้างผู้ประกันตน เงินเพิ่ม ผลประโยชน์ของกองทุน เงินค่าธรรมเนียม เงินที่ได้รับจากการบริจาคหรือเงินอุดหนุน เงินที่ตกเป็นของกองทุน เงินอุดหนุนหรือเงินที่ตรงที่รัฐบาลจ่าย เงินค่าปรับที่ได้จากการเปรียบเทียบและรายได้อื่น

ส่วนระบบกองทุนเงินทดแทนมีที่มาของเงินทุน คือ เงินกองทุนเงินทดแทน เงินสมทบที่นายจ้างจ่ายเข้ากองทุน ผลประโยชน์ของกองทุน เงินเพิ่ม เงินที่ตกเป็นของกองทุน เงินค่าปรับที่ได้จากการเปรียบเทียบ ทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคให้หรือเงินอุดหนุน รายได้อื่น และดอกผลของกองทุน

ประเทศสหรัฐอเมริกา มีโครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ(Medicare) ซึ่งมีที่มาของเงินกองทุนจากการหักรายได้ของผู้อยู่ในวัยทำงานอันมีลักษณะคล้ายกับระบบประกันสังคมของประเทศไทยที่มีการหักเงินสมทบจากลูกจ้างผู้ประกันตน ส่วนโครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ยากจนหรือผู้มีรายได้น้อย (Medicaid) มีที่มาของเงินกองทุนที่ได้รับจากเงินภาษีส่วนหนึ่งจากรัฐบาลกลาง และภาษีที่จัดเก็บโดยรัฐบาลในแต่ละมลรัฐ

ประเทศอังกฤษ ในระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (NHS) มีที่มาของเงินงบประมาณที่ได้มาจากภาษีอากรทั่วไป (General Taxation) และเงินที่ได้รับจากค่ายาซึ่งได้รับชำระจากผู้ป่วย

ประเทศแคนาดา การประกันสุขภาพแห่งชาติมีแหล่งที่มาของเงินงบประมาณที่ได้จากการจัดเก็บภาษีรายได้ส่วนบุคคลและนิติบุคคลของส่วนกลางและของรัฐบาลท้องถิ่นรวมทั้งการเก็บเบี้ยประกันบริการสุขภาพเพิ่มเติมจากประชาชน

4.3 วิเคราะห์คุณสมบัติของผู้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุข

ประเทศไทย บุคคลที่มีสิทธิได้รับความคุ้มครองภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะต้องเป็นบุคคลที่มีสัญชาติไทยทุกคนซึ่งมีเลขประจำตัวประชาชน13หลักตามกฎหมายโดยมีข้อมูลอยู่ในฐานข้อมูลประชากรของสำนักบริหารการทะเบียนกระทรวงมหาดไทย และจะต้องเป็นบุคคลที่ยังไม่มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพอื่นใดที่รัฐจัดให้

ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการและลูกจ้างของรัฐ ซึ่งกำหนดให้เป็นสวัสดิการเฉพาะตัวของข้าราชการและลูกจ้างของรัฐและบุคคลในครอบครัว โดยจะต้องเป็นข้าราชการซึ่งได้รับเงินเดือนจากเงินงบประมาณรายจ่ายหมวดเงินเดือนและค่าจ้างประจำของกระทรวง ทบวง กรม ลูกจ้างประจำ ซึ่งได้รับค่าจ้างประจำจากเงินงบประมาณรายจ่ายหมวดเงินเดือนและค่าจ้างประจำ ผู้ได้รับบำนาญปกติหรือผู้ได้รับบำนาญพิเศษเหตุทุพพลภาพตามกฎหมายว่าด้วยบำนาญข้าราชการ ทหารกองหนุนและบุคคลในครอบครัว เช่น บิดามารดา คู่สมรส และบุตรชอบด้วยกฎหมายคนที่หนึ่งถึงคนที่สามซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะหรือบรรลุนิติภาวะแล้วแต่เป็นคนไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ ตลอดจนลูกจ้างชาวต่างประเทศซึ่งมีหนังสือสัญญาจ้างที่ได้รับค่าจ้างจากเงินงบประมาณรายจ่าย และสัญญาจ้างนั้นมีได้ระบุเกี่ยวกับการช่วยเหลือค่ารักษายาพยาบาลไว้

ระบบประกันสังคม ซึ่งผู้มีสิทธิได้รับความคุ้มครองจะต้องเป็นลูกจ้างผู้ประกันตนและจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม ร่วมกับเงินสมทบจากนายจ้าง และรัฐบาล หรือเป็นบุคคลที่เคยเป็นลูกจ้างผู้ประกันตนที่จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมและก่อนสิ้นสภาพการเป็นลูกจ้างได้แสดงความประสงค์ขอเข้าเป็นผู้ประกันตนต่อไปโดยต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนด้วย

ตนเอง และบุคคลอื่นที่มีใช้ลูกจ้างซึ่งมีคุณสมบัติครบถ้วนในการสมัครเข้าเป็นผู้ประกันตนและ
จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนเป็นรายปี

ประเทศสหรัฐอเมริกา บุคคลที่มีสิทธิในโครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ
(Medicare) จะต้องเป็นบุคคลที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปที่ได้จ่าย Medicare Taxes ไว้แล้วตั้งแต่ในช่วงวัย
ทำงาน หรือสมัครเข้าซื้อประกันสุขภาพเมื่อมีอายุครบ 65 ปี ส่วนโครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพ
แก่ผู้ยากจนหรือผู้มีรายได้น้อย (Medicaid) เป็นสวัสดิการด้านสุขภาพที่จัดให้ผู้ที่มิฐานะยากจน
หรือผู้มีรายได้น้อย

ประเทศอังกฤษ กำหนดให้ประชากรทุกคนทั่วทั้งประเทศมีสิทธิได้รับความคุ้มครอง
จากระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (NHS) เช่นเดียวกับประเทศแคนาดา ซึ่งกำหนดให้ประชาชนทุก
คนได้รับสิทธิในความคุ้มครองจากการประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance) และมี
ลักษณะคล้ายกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย ซึ่งให้ความคุ้มครองแก่
ประชาชนที่อยู่นอกเหนือระบบประกันสุขภาพอื่นๆ

4.4 วิเคราะห์ขอบเขตและสิทธิประโยชน์ของระบบบริการสาธารณสุข

ประเทศไทย ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้มีการกำหนดขอบเขตและ
สิทธิประโยชน์การให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนโดยให้ความคุ้มครองการบริการที่ครอบคลุม
ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการเข้ารับบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการหรือจากสถานบริการ
สาธารณสุขที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้อย่างกว้างขวางโดยครอบคลุมถึง ค่าเสริมสร้างสุขภาพและป้องกัน
โรค ค่าตรวจวินิจฉัยโรค ค่าตรวจและรับฝากครรภ์ ค่าบำบัดและบริการทางการแพทย์ ค่ายา ค่า
เวชภัณฑ์ ค่าอวัยวะเทียม ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์โดยครอบคลุมยาตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ
และยาต้านไวรัสเอดส์สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ค่าทำคลอด ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายหรือ
จิตใจและค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นเพื่อการบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติกำหนด โดยไม่ครอบคลุมถึงกลุ่มบริการที่เกินความจำเป็นขั้นพื้นฐาน กลุ่มบริการที่มี
งบประมาณจัดสรรให้เป็นการเฉพาะหรือครอบคลุมโดยกองทุนอื่น หรือกลุ่มบริการอื่นๆ โดย
ประชาชนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการสาธารณสุขที่ระบบให้ความคุ้มครองถึงแต่เดิมต้องจ่ายเงิน
ค่าบริการร่วมจำนวน 30 บาทต่อครั้ง แต่ต่อมาคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มี
ประกาศ เรื่องการยกเลิกค่าบริการทางการแพทย์ ได้รับการยกเว้นไม่ต้องจ่ายค่าบริการร่วมจ่าย
จำนวนดังกล่าว นับตั้งแต่วันที่ 31 ตุลาคม 2549 เป็นต้นไป

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและลูกจ้างของรัฐกำหนดให้สิทธิ
ประโยชน์แก่ผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัว ในการรักษายาบาลและศัลยกรรมผู้ป่วยนอกและ

ผู้ป่วยใน บริการฉุกเฉิน รวมทั้งยาและเวชภัณฑ์ตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งมุ่งเน้นในการให้การรักษา แต่ไม่รวมถึงศัลยกรรมตกแต่งเพื่อความงาม การบริการป้องกันโรค เว้นแต่ การตรวจสุขภาพประจำปีเฉพาะตัวของผู้มีสิทธิ โดยเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐทั้งประเภทผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน แต่สำหรับ โรงพยาบาลของเอกชนใช้บริการได้เฉพาะผู้ป่วยในซึ่งต้องเจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุฉุกเฉินหรือมีความจำเป็นเร่งด่วนซึ่งหากมิได้รับการรักษาในทันทีจะมีอันตรายถึงชีวิตและต้องมิไต่ร่องแพทย์จากโรงพยาบาลเอกชนประกอบ

ระบบประกันสังคม กำหนดให้สิทธิประโยชน์ทดแทนแก่ผู้ประกันตน โดยได้รับบริการทางการแพทย์ บริการหรือสิ่งของ หรือประโยชน์ทดแทนในรูปของเงินสดในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพผลภพ ตาย สงเคราะห์บุตร ชราภาพและกรณีว่างงาน

ประเทศสหรัฐอเมริกา กำหนดสิทธิประโยชน์ โดยให้ความคุ้มครองพื้นฐานทางการแพทย์ โดยจะกำหนดให้ผู้ป่วยมีแพทย์เวชปฏิบัติประจำตัวหรือประจำครอบครัวและจะเป็นผู้ให้บริการในการดูแลผู้ป่วยคนแรกและส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งมีข้อแตกต่างกับประเทศไทยที่ไม่มีกำหนดตัวแพทย์ให้เป็นแพทย์ประจำตัวผู้ป่วยหรือประจำครอบครัว โดยสามารถรับบริการจากแพทย์ในสถานบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับคนใดก็ได้

ประเทศอังกฤษ กำหนดให้ความคุ้มครองบริการทางการแพทย์เมื่อเกิดการเจ็บป่วยโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์ แต่ไม่รวมถึงค่ายาที่ผู้ป่วยจะต้องร่วมจ่าย เว้นแต่ผู้ป่วยที่เป็นเด็ก คนชรา หรือผู้ป่วยบางกลุ่มที่ถูกกำหนดให้ได้รับสิทธินั้น โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ซึ่งแตกต่างกับประเทศไทยที่ไม่ต้องเสียเงินร่วมจ่ายในกรณีเข้ารับบริการทั้งการบริการทางการแพทย์ หรือยาที่กำหนดไว้เฉพาะในบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้น เว้นแต่ ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติตามที่แพทย์เป็นผู้สั่งจ่ายยา ผู้ป่วยจะต้องรับผิดชอบชำระค่ายานั้นเอง

ประเทศแคนาดา ให้ความคุ้มครองสิทธิในระบบการประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์ทั้งในฐานะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในซึ่งตามกฎหมายสุขภาพได้กำหนดให้รัฐเป็นผู้รับผิดชอบทางการเงินการคลังทั้งหมด คือ การชำระค่าใช้จ่ายให้แก่โรงพยาบาลและค่าตอบแทนให้แก่แพทย์คล้ายกับประเทศไทยที่จัดให้ในโครงการประกันสุขภาพของรัฐ ซึ่งมีหลักการให้สิทธิประโยชน์แก่ประชากรอย่างครอบคลุมถ้วนหน้าเช่นเดียวกับประเทศไทยโดยให้ความครอบคลุมอย่างบูรณาการเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการให้ความคุ้มครองด้านการแพทย์ที่จำเป็นทุกรูปแบบและประชาชนเข้าถึงได้โดยไม่มีอุปสรรคและมีความยืดหยุ่นสูงโดยกำหนดให้ประชาชนที่เจ็บป่วยไม่ว่าจะอยู่ที่รัฐใดหรือประเทศใดยังมีสิทธิได้รับความคุ้มครองจากระบบสุขภาพของประเทศด้วยบัตรอิเล็กทรอนิกส์เพียงใบเดียว ซึ่งถือเป็นแบบอย่างที่ดีเพื่อนำไปเป็น

ต้นแบบต่อการพัฒนาระบบสุขภาพและการบริการสาธารณสุขของประเทศไทยในอนาคต ส่วนหลักการให้สิทธิประโยชน์ด้านการให้บริการซึ่งจัดทำขึ้นโดยองค์กรในภาครัฐโดยไม่หวังผลกำไร และมีผู้จ่ายรายเดียวตามระบบสุขภาพเดียวที่รัฐจัดทำขึ้น จะมีข้อแตกต่างกับประเทศไทยที่มีระบบประกันสุขภาพหลายระบบ โดยแต่ละระบบจะมีหน้าที่รับผิดชอบในการจ่ายตามที่กำหนดไว้ในระบบของตัวเอง ซึ่งอาจส่งผลดีในด้านการแข่งขันให้มีข้อเปรียบเทียบและไม่ก่อให้เกิดการผูกขาดในการให้บริการ ในด้านการมีส่วนร่วมของผู้บริโภค ประเทศแคนาดามีระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อสร้างโอกาสในการเลือกแก่ผู้บริโภคเพิ่มมากขึ้นและมีระบบการควบคุมและกำกับการใช้เทคโนโลยีเกี่ยวกับ Health Information ที่ดี ซึ่งถือเป็นแบบอย่างที่ดีต่อการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารในด้านสุขภาพของประเทศไทย

4.5 วิเคราะห์กรณีศึกษา : การใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยาโดยรัฐของประเทศไทยและต่างประเทศ

ประเทศไทยเริ่มมีกฎหมายเกี่ยวกับการกำหนดให้ความคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาประเภทเกี่ยวกับสิทธิบัตร ฉบับแรกเมื่อปี พ.ศ. 2522 โดยการประกาศใช้พระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ. 2522 ต่อมาได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมรวม 2 ครั้ง คือ พระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ. 2522 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสิทธิบัตร (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติสิทธิบัตร (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542 โดยมีเจตนารมณ์และจุดมุ่งหมายเพื่อให้การคุ้มครองสิ่งประดิษฐ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นโดยสติปัญญาของมนุษย์ให้สามารถนำสิ่งประดิษฐ์เหล่านั้นมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในชีวิตประจำวันและความเป็นอยู่ ซึ่งความหมายของ “สิทธิบัตร” หมายถึง เอกสารสิทธิที่รัฐโดยกรมทรัพย์สินทางปัญญาซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดกระทรวงพาณิชย์ ออกให้แก่ผู้ที่ลงทุนในการค้นคว้าวิจัยและพัฒนาเพื่อประดิษฐ์สิ่งใหม่ๆ ที่มีคุณค่าทางอุตสาหกรรมและสามารถนำไปใช้ในเชิงพาณิชย์ได้ ซึ่งการใช้สิทธิบัตรนี้ถือเป็นการให้สิทธิเด็ดขาดแก่ผู้ทรงสิทธิบัตรในช่วงระยะเวลาหนึ่ง¹ เพื่อให้สามารถใช้สิทธิในการผลิต นำเข้า จำหน่าย หรือใช้ประดิษฐ์กรรมนั้นในการสร้างประโยชน์ตอบแทนจากการค้นคว้าวิจัยและพัฒนา แต่สิทธิเด็ดขาดที่ได้รับนั้นจะต้องมีการแลกเปลี่ยนกับการเปิดเผยรายละเอียดของสิ่งที่ประดิษฐ์ให้แก่สาธารณชน โดยทั่วไปโดยปรากฏอยู่ในขั้นตอนการยื่นขอจดทะเบียนสิทธิบัตรนั้น

โดยที่สิทธิบัตรซึ่งถือเป็นทรัพย์สินทางปัญญานิดหนึ่งของผู้ทรงสิทธิบัตรจะได้รับความคุ้มครองสิทธิโดยกฎหมายโดยได้รับอนุญาตให้มีสิทธิเด็ดขาดแต่เพียงผู้เดียว จึงอาจจะนำมาซึ่งผลกระทบต่อประโยชน์สาธารณะในด้านต่างๆ และก่อให้เกิดการผูกขาดในผลิตภัณฑ์ที่ได้ประดิษฐ์

¹ พระราชบัญญัติสิทธิบัตร พุทธศักราช 2522. มาตรา 35.

ขึ้น ซึ่งมาตรการบังคับใช้สิทธิโดยรัฐถือเป็นมาตรการหนึ่งที่รัฐใช้เป็นเครื่องมือในการถ่วงดุลระหว่างการใช้สิทธิเด็ดขาดตอบแทนแก่ผู้ทรงสิทธิบัตรในการวิจัยและพัฒนา กับประโยชน์สาธารณะที่จำต้องให้ความคุ้มครอง² ทั้งนี้ เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ดังกล่าวแก่ประชาชนและป้องกันปัญหาการผูกขาดในการทำการตลาดและเพิ่มศักยภาพในการแข่งขัน โดยมาตรการบังคับใช้สิทธิโดยรัฐนี้ยังอาจเป็นกรณีที่รัฐอนุญาตให้ผู้อื่นที่มีใช้ผู้ทรงสิทธิบัตรให้สามารถทำการผลิต นำเข้า จำหน่ายผลิตภัณฑ์ภายใต้สิทธิบัตรนั้น ได้โดยอาศัยเหตุผลและความจำเป็นอันเป็นมาตรการทางด้านกฎหมายที่มุ่งเน้นเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมและเพื่อเป็นการคุ้มครองสิทธิหรือประโยชน์ของสาธารณชนโดยรวม

ตามพระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ.2522 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสิทธิบัตร (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2535 และแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสิทธิบัตร (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542 ได้กำหนดมาตรการบังคับใช้สิทธิไว้เป็น 2 กรณี คือ

1) การใช้สิทธิแทนผู้ทรงสิทธิโดยเอกชน

เป็นกรณีที่ผู้ทรงสิทธิบัตรไม่ใช้สิทธินั้นโดยชอบสามารถแบ่งได้อีกเป็น 2 กรณีคือ³

(1) ผู้ทรงสิทธิบัตรไม่มีการผลิตผลิตภัณฑ์หรือไม่มีการใช้กรรมวิธีตามสิทธิบัตรภายในราชอาณาจักรโดยไม่มีเหตุอันสมควร หรือ

(2) ผู้ทรงสิทธิบัตรไม่มีการขายผลิตภัณฑ์ตามสิทธิบัตรหรือผลิตภัณฑ์ที่ได้ใช้กรรมวิธีตามสิทธิบัตรหรือมีการขายผลิตภัณฑ์ดังกล่าวในราคาสูงเกินควรหรือไม่ตอบสนองความต้องการของประชาชนภายในราชอาณาจักรโดยไม่มีเหตุอันสมควร

ซึ่งทั้งสองกรณีเมื่อพ้นกำหนดสามปีนับแต่วันออกสิทธิบัตรหรือสี่ปีนับแต่วันยื่นขอรับสิทธิบัตรแล้วแต่ระยะเวลาใดจะสิ้นสุดลงทีหลังบุคคลอื่นอาจยื่นคำขอใช้สิทธิตามสิทธิบัตรนั้นต่ออธิบดีกรมทรัพย์สินทางปัญญาโดยได้แสดงให้เห็นแล้วว่าตนได้พยายามขออนุญาตใช้สิทธิตามสิทธิบัตรและเสนอเงื่อนไขค่าตอบแทนที่เพียงพอแล้วแต่ไม่สามารถตกลงกันได้ แต่หากตกลงกันได้ก็จะเป็นกรณีที่ผู้ทรงสิทธิบัตรให้ใช้สิทธิโดยสมัครใจ (Voluntary Licensing) แต่หากตกลงกันไม่ได้ อธิบดีอาจอนุญาตให้ผู้อยากใช้สิทธิทำการผลิตหรือนำเข้าผลิตภัณฑ์ตามสิทธิบัตรนั้นก็ได้

2) การใช้สิทธิแทนผู้ทรงสิทธิโดยหน่วยงานของรัฐ

เป็นอำนาจของกระทรวง ทบวง กรม ที่สามารถประกาศใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิ⁴

² สิทธิกร นิพนธ์. เล่มเดิม. หน้า 93.

³ พระราชบัญญัติสิทธิบัตร พุทธศักราช 2522. มาตรา 46.

⁴ พระราชบัญญัติสิทธิบัตร พุทธศักราช 2522. มาตรา 51.

เพื่อประโยชน์ในการประกอบกิจการอันเป็นสาธารณูปโภค หรือการอันจำเป็นในการป้องกันประเทศ หรือการสงวนรักษาหรือการได้มาซึ่งทรัพยากรธรรมชาติหรือสิ่งแวดล้อม หรือป้องกันหรือบรรเทาการขาดแคลนอาหาร ยา หรือสิ่งอุปโภคบริโภคอย่างอื่นอย่างรุนแรงหรือเพื่อประโยชน์สาธารณะอย่างอื่น ทั้งนี้โดยไม่ต้องเจรจากับผู้ทรงสิทธิบัตรก่อน แต่จะต้องแจ้งการใช้สิทธิโดยรัฐ ดังกล่าวต่อผู้ทรงสิทธิบัตรทราบเป็นหนังสือ โดยมีชักช้าและเสียค่าตอบแทนการใช้สิทธิต่อผู้ทรงสิทธิ ซึ่งอำนาจการใช้สิทธิโดยรัฐตามมาตรา ๓๖ ไม่อยู่ภายใต้บังคับเงื่อนไขในมาตรา ๔๖ มาตรา ๔๗ และมาตรา ๔๗ ทวิ แต่อย่างไร

ในปี พ.ศ. ๒๕๔๕ ประเทศไทยซึ่งเป็นหนึ่งในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาได้มีการดำเนินนโยบายด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและมีการตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ขึ้นเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการบังคับใช้และกำหนดสิทธิประโยชน์ในการให้ความคุ้มครองด้านสุขภาพ ตลอดจนสิทธิในการเข้าถึงยาที่บรรจุอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ (National List of Essential Drugs)^๕ เพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงยาต่างๆ ที่จำเป็นได้เมื่อยามเจ็บป่วย แต่ด้วยผลของการคุ้มครองสิทธิบัตรของผู้ทรงสิทธิบัตรที่ได้รับตามกฎหมายเป็นสิทธิที่มีการผูกขาดแต่เพียงผู้เดียว โดยที่บุคคลอื่นไม่สามารถแสวงหาประโยชน์จากการประดิษฐ์นั้นได้เป็นการเพิ่มอำนาจผูกขาดแก่ผู้ทรงสิทธิบัตรที่จะมีอำนาจเหนือตลาดในการกำหนดราคาขายที่สูงเกินกว่าต้นทุนส่วนเพิ่ม ทำให้ราคาขายสูงขึ้นและทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าถึงยาลดลง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาอย่างเช่นกรณีของประเทศไทยซึ่งประชาชนส่วนใหญ่มีรายได้น้อย^๖ รวมตลอดถึงสิทธิในชีวิตของผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างรีบด่วนด้วยความต้องการที่จะต้องได้รับการบริ โภคยาที่สำคัญและจำเป็นเพื่อใช้ในการรักษาอาการของโรคที่เป็นอยู่และรักษาชีวิตของตน แต่ด้วยเหตุของการขาดแคลนในปัจจุบันทางด้านเศรษฐกิจและความสามารถในการกำลังซื้อของประชาชนที่ยากจนและเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงจำนวนมาก ซึ่งต้องถูกตัดในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขอันเป็นผลมาจากการกำหนดราคาขายที่มีราคาสูงมากโดยตัวผู้ทรงสิทธิบัตรเองและเป็นการจำกัดอยู่กับผู้จำหน่ายที่ผูกขาดแต่เพียงรายเดียว โดยไม่มีการแข่งขันอย่างเสรีในท้องตลาด จึงเป็นอุปสรรคที่สำคัญในการเข้าถึงยาอันเป็นสิทธิตามธรรมชาติของมนุษย์ทุกคนที่ควรจะได้รับ การคุ้มครองเพื่อให้เกิดการเข้าถึงยาเป็นไปได้อย่างทั่วถึง^๗ และเป็น

^๕ บัญชียาหลักแห่งชาติ หมายถึง บัญชีซึ่งแสดงยาหลัก ซึ่งเป็นยาที่มีความสำคัญ เป็นยาพื้นฐานที่ขาดเสียมิได้ และมีความจำเป็นต่อสุขภาพของประชากร ตลอดจนการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของประเทศ.

^๖ สิทธิกร นิพนธ์. เล่มเดิม. หน้า ๑๐๑.

^๗ แหล่งเดิม. หน้า ๒๙.

ยอมรับกันว่ายาถือเป็นสินค้าเชิงคุณธรรม และมีความสำคัญต่อชีวิตแตกต่างจากตัวสินค้านิตอื่น เพราะก็ด้วยเหตุผลที่ว่า สิทธิของมนุษย์ที่ควรจะมีชีวิตอยู่ย่อมเหนือกว่าผลประโยชน์เชิงพาณิชย์⁸

และจากการที่ประชาชนในประเทศเป็นจำนวนมากต้องเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงและโรคเรื้อรังชนิดต่างๆ เช่น โรคเอดส์ โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ โรคมะเร็งปอด โรคมะเร็งเต้านมและโรคมะเร็งชนิดอื่นๆ ซึ่งส่วนหนึ่งที่สำคัญของวิธีการรักษาโรคร้ายแรงชนิดดังกล่าวคือการทำให้ผู้ป่วยได้รับการบริโภคนยาที่สำคัญและจำเป็นเพื่อใช้ในการรักษาและเพื่อบรรเทาอาการที่เป็นอยู่ อันเป็นเหตุผลสำคัญที่ประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศต้องดำเนินการประกาศการบังคับใช้สิทธิโดยรัฐ (Government Use) ต่อยาที่สำคัญและจำเป็นในการรักษาหลายรายการเพื่อใช้เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเจรจาต่อรองให้ผู้ทรงสิทธิบัตรยาลดราคาเพื่อให้มีราคาถูกลงหรืออาจใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิเพื่อการผลิต หรือการนำเข้ายาชื่อสามัญ (Generic Drug) ที่มีราคาต่ำกว่ายาต้นตำรับซึ่งมีราคาแพงและมีสิทธิบัตรคุ้มครองอยู่ เพื่อเป็นการเพิ่มโอกาสให้แก่ผู้ป่วยในการเข้าถึงยาได้เพิ่มมากขึ้น อีกทั้งรัฐยังสามารถดำเนินนโยบายในการให้ความคุ้มครองต่อสุขภาพของประชาชนให้เป็นไปตามระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและลูกจ้างของรัฐหรือระบบกองทุนประกันสังคม ซึ่งเป็นนโยบายหลักด้านสุขภาพของรัฐที่สำคัญได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งด้วยเหตุผลและความจำเป็นเพื่อประโยชน์ในการประกอบกิจการอันเป็นสาธารณูปโภคหรือการอันจำเป็นในการป้องกันประเทศหรือการสงวนรักษาหรือการได้มาซึ่งทรัพยากรธรรมชาติหรือสิ่งแวดล้อมหรือป้องกันหรือบรรเทาการขาดแคลนอาหาร ยา หรือสิ่งอุปโภคบริโภคอย่างอื่นอย่างรุนแรงหรือเพื่อประโยชน์สาธารณะอย่างอื่น⁹ อันเป็นผลให้ประเทศไทยต้องประกาศใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิโดยรัฐต่อยาที่มีสิทธิบัตรดังกล่าว

การใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิต่อยาโดยรัฐของประเทศไทยมีการดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุขภายใต้ขอบเขตและวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบของรัฐในระบบประกันสุขภาพทั้งสามประเภท ซึ่งรัฐเป็นผู้แบกรับภาระค่าใช้จ่ายให้มีสิทธิเข้าถึงบริการและได้รับยาจำเป็นที่มีคุณภาพดีตามที่กำหนดไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ได้อย่างทั่วถึงถ้วนหน้าภายใต้งบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัดโดยหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกยาที่จะประกาศใช้สิทธิต้องเป็นยาหรือเวชภัณฑ์ที่จำเป็นต้องใช้และอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ เป็นยาหรือเวชภัณฑ์ที่

⁸ กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพ. (2550). ข้อมูลความจริง 10 ประเด็นร้อน การใช้สิทธิโดยรัฐต่อยาที่มีสิทธิบัตร 3 รายการในประเทศไทย. หน้า 3.

⁹ พระราชบัญญัติสิทธิบัตร พุทธศักราช 2522. มาตรา 51.

จำเป็นในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข หรือเป็นยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นในภาวะฉุกเฉิน หรือเป็นที่จำเป็นในการป้องกันและควบคุมโรคระบาด หรือเป็นยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นต้องใช้ในการช่วยชีวิตและยาและเวชภัณฑ์ดังกล่าวมีราคาสูงมากจนรัฐไม่สามารถจัดหางบประมาณมาได้อย่างเพียงพอเพื่อให้บริการแก่ประชาชนอย่างถ้วนหน้าได้ด้วยงบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัด อีกทั้งเพื่อให้เกิดการแข่งขันในตลาดยาและส่งผลให้ราคายาต่ำลง โดยหลักเกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือกยาที่จำเป็นที่จะประกาศใช้สิทธิโดยรัฐนั้นขึ้นอยู่กับข้อเสนอที่คณะกรรมการการดำเนินการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรด้านยาและเวชภัณฑ์โดยรัฐ (Government Use)¹⁰ และคณะกรรมการคัดเลือกยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นและมีปัญหาในการเข้าถึงของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพ¹¹ ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้แต่งตั้งขึ้นและคณะกรรมการสนับสนุนการดำเนินงานเกี่ยวกับการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยรัฐ¹² และคณะกรรมการเจรจาต่อรองเพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาจำเป็นที่มีสิทธิบัตร¹³ ตามที่ได้รับแต่งตั้งโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เพื่อคัดเลือดยาและนำเสนอข้อมูลอื่นต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเพื่อใช้ในการพิจารณาและตัดสินใจในการประกาศใช้มาตรการบังคับสิทธิ โดยกระทรวงสาธารณสุขจะได้พิจารณาถึงอัตราการจ่ายค่าตอบแทนเป็นการชดเชยให้แก่ผู้ทรงสิทธิบัตรในอัตราที่เหมาะสมตามเหตุผลและตามความจำเป็นของจำนวนปริมาณยาแต่ละชนิดที่มีการประกาศใช้มาตรการบังคับใช้สิทธินั้น

ประเทศไทยได้มีการพยายามที่จะเรียกร้องให้รัฐมีการประกาศใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิต่อยาโดยรัฐมาแล้วเมื่อประมาณปี พ.ศ.2542 เนื่องจากสาเหตุที่ภาคประชาชนมีความต้องการให้มีการลดราคายาเอดส์ลง โดยเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเทศไทยและองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสาธารณสุข เรียกร้องให้กระทรวงสาธารณสุขใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิกับยาดีดีไอ (DDI) ของบริษัท บริสทอล ไบเยอร์สควิบบี จำกัด (Bristol Myers Squibb : BMS) เนื่องจากการจัดทะเบียนสิทธิบัตรยาชนิดนี้ไม่มีขั้นตอนการผลิตที่สูงขึ้นเพื่อให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์การยื่นขอจดทะเบียนสิทธิบัตรแต่อย่างใด แต่มีการตั้งราคาเพื่อนำมาจำหน่ายในประเทศไทยด้วยราคาสูงมาก

¹⁰ คำสั่งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ 4/2549 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการการดำเนินการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรด้านยาและเวชภัณฑ์โดยรัฐ (Government Use).

¹¹ คำสั่งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ 3/2550 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการการคัดเลือกยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นและมีปัญหาในการเข้าถึงของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพ.

¹² คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 205/2550 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการดำเนินงานเกี่ยวกับการใช้สิทธิตามสิทธิบัตร โดยรัฐ.

¹³ คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 566/2550 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการเจรจาต่อรองเพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาจำเป็นที่มีสิทธิบัตร.

หากแต่ครั้งนั้นรัฐบาลไทยก็ยังไม่ยอมใช้มาตรการบังคับสิทธิโดยรัฐเพราะได้รับแรงกดดันจากประเทศสหรัฐอเมริกาด้วยมาตรการต่างๆ จนกระทั่งเมื่อปี พ.ศ.2549 ด้วยเหตุผลและความจำเป็นที่ประชาชนของประเทศเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ โรคหัวใจและโรคมะเร็งชนิดต่างๆซึ่งตามหลักเกณฑ์ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่กำหนดให้คนไทยต้องได้รับบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและทั่วถึง เพื่อให้สอดคล้องกับสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขตามที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้บัญญัติไว้โดยผู้ป่วยดังกล่าวไม่สามารถเข้าถึงยารักษาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นปกติมีความสุขกับครอบครัวของตนและทำประโยชน์ให้กับสังคมต่อไปได้ ด้วยเหตุที่ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่สามารถที่จะเข้าถึงยาจำเป็นสำหรับการรักษาโรคได้ เพราะยาที่ใช้ในการรักษากับโรคกลุ่มดังกล่าวเป็นยาที่มีราคาแพงมากเนื่องจากมีสิทธิบัตรคุ้มครองอยู่บริษัทยาจึงสามารถกำหนดหรือตั้งราคาสินค้าให้เป็นไปตามที่ตนเองต้องการและผูกขาดอยู่กับการจำหน่ายสินค้านั้นแต่เพียงผู้เดียวและถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีพระราชบัญญัติการแข่งขันทางการค้า พ.ศ.2542¹⁴ ซึ่งเป็นมาตรการทางกฎหมายเพื่อใช้เป็นเครื่องมือควบคุม ห้ามมิให้ผู้ประกอบธุรกิจซึ่งมีอำนาจเหนือตลาดกระทำการกำหนดหรือรักษาระดับราคาซื้อหรือขายสินค้าหรือค่าบริการ¹⁵ อย่างไม่เป็นธรรมหรือกำหนดเงื่อนไขในลักษณะที่เป็นการบังคับโดยทางตรงหรือโดยทางอ้อมอย่างไม่เป็นธรรมให้ผู้ประกอบธุรกิจอื่นซึ่งเป็นลูกค้าของตนต้องจำกัดการบริการ การผลิต การซื้อหรือการจำหน่ายสินค้าหรือต้องจำกัดโอกาสในการเลือกซื้อหรือขายสินค้า การได้รับหรือให้บริการหรือในการจัดหาสินค้าจากผู้ประกอบธุรกิจอื่นหรือระงับ ลด หรือจำกัดการบริการ การผลิต การซื้อ การจำหน่าย การส่งมอบ การนำเข้า มาในราชอาณาจักรโดยไม่มีเหตุอันสมควร ทำลายหรือทำให้เสียหายซึ่งสินค้าเพื่อลดปริมาณให้ต่ำกว่าความต้องการของตลาดหรือแทรกแซงการประกอบธุรกิจของผู้อื่นโดยไม่มีเหตุผลอันสมควร และถึงแม้จะมีพระราชบัญญัติว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ พ.ศ. 2542¹⁶ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการกำหนดราคาซื้อ ราคาจำหน่าย หรือการกำหนดเงื่อนไข หรือวิธีปฏิบัติ ทางการค้าอันไม่

¹⁴ พระราชบัญญัติการแข่งขันทางการค้า พุทธศักราช 2542. มาตรา 25.

¹⁵ พระราชบัญญัติการแข่งขันทางการค้า พุทธศักราช 2542. มาตรา 3 ในพระราชบัญญัตินี้.

“สินค้า” หมายความว่า สิ่งของที่อาจใช้ในการอุปโภคหรือบริโภค รวมทั้งเอกสารแสดงสิทธิในสิ่งของ.

“บริการ” หมายความว่า การรับจัดทำกรงาน การให้สิทธิใดๆ การให้ใช้หรือให้ประโยชน์ในทรัพย์สินหรือกิจการใดๆ โดยเรียกค่าตอบแทนเป็นเงินหรือผลประโยชน์อื่น แต่ไม่รวมถึงการจ้างแรงงาน.

¹⁶ พระราชบัญญัติว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ พุทธศักราช 2542. มาตรา 24.

เป็นธรรมแล้วก็ตาม ก็ไม่สามารถทำให้ราคาขายที่ถูกผูกขาดโดยสิทธิบัตรมีราคาลดลงหรืออยู่ใน
ภาวะที่ก่อให้เกิดการแข่งขันได้ในท้องตลาด ซึ่งตรงกันข้ามกับประเทศสหรัฐอเมริกาที่ใช้กฎหมาย
ต่อต้านการผูกขาดซึ่งเป็นกฎหมายภายในประเทศเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการบังคับใช้สิทธิที่
เข้มงวดกับมาตรการบังคับใช้สิทธิกับยารักษาโรคแอนแทรกซ์ที่ผ่านมา

ดังนั้น รัฐโดยกระทรวงสาธารณสุขจึงได้อาศัยอำนาจในการประกาศบังคับใช้สิทธิ
เหนือสิทธิบัตรยา ตามมาตรา 51 แห่งพระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ.2522 แก้ไขเพิ่มเติมโดย
พระราชบัญญัติสิทธิบัตร (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2535 และพระราชบัญญัติสิทธิบัตร (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2542
และตามพันธกรณีในฐานะประเทศสมาชิกในความตกลงทริปส์ ข้อ 31 ที่อนุญาตให้บรรดาประเทศ
สมาชิกสามารถบังคับใช้สิทธิได้ตามเงื่อนไขที่กำหนดเพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรการ
ยึดหยุ่นของ ปฏิญญาโดฮาว่าด้วยความตกลงทริปส์กับการสาธารณสุข (Doha Declaration on TRIPs
and Public Health) ภายใต้องค์การการค้าโลก (World Trade Organization) ที่ได้ตอกย้ำว่าประเทศ
ต่างๆมีสิทธิที่จะบังคับใช้สิทธิและมีเสรีภาพที่จะพิจารณาเหตุผลของการใช้สิทธินั้นเพื่อให้เป็นไป
ตามวัตถุประสงค์ในการใช้เพื่อประโยชน์สาธารณะของภาครัฐ ซึ่งประเทศไทยได้ประกาศใช้สิทธิ
เหนือสิทธิบัตรยา รวมแล้วทั้งสิ้นจำนวน 7 ชนิด ดังนี้

(1) ยาเอฟฟาวิเรนซ์ (Efavirenz) หรือชื่อทางการค้าว่า สต็อคริน (Stocrin) ซึ่งเป็นยา
ต้านไวรัสเอชไอวี สูตรพื้นฐาน ของบริษัท เมิร์ก ชาร์ป แอนด์ โดห์ม จำกัด (Merck Sharp & Dohm)
ซึ่งได้ประกาศใช้สิทธิเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2549¹⁷

(2) ยาโลพินาเวียร์และริโทนาเวียร์ (Lopinavir&Ritonavir) หรือชื่อทางการค้าว่า
คาเลตรา (Kaletra) ซึ่งเป็นยาด้านไวรัสเอชไอวี สูตรคือยา ของบริษัท แอ็บบอต ลาบอแรตอรีส์
จำกัด (Abbott Laboratories) ซึ่งได้ประกาศใช้สิทธิเมื่อวันที่ 24 มกราคม 2550¹⁸

(3) ยาโคลพิโดเกรล (Clopidogrel) หรือชื่อทางการค้าว่า พลาวิกซ์ (Plavix) ซึ่งเป็นยา
รักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ(Myocardial Ischemia)และสมอง(Cerebro-Vascular Accident)ของ
บริษัท ซาโนฟี-ซินเธอลาโบ(ประเทศไทย) จำกัด ซึ่งได้ประกาศใช้สิทธิเมื่อวันที่ 25 มกราคม 2550¹⁹

¹⁷ ดูประกาศกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การใช้สิทธิตามสิทธิบัตรด้านยาและ
เวชภัณฑ์ กรณียาเอฟฟาวิเรนซ์ (Efavirenz) ลงวันที่ 29 พฤศจิกายน 2549.

¹⁸ ดูประกาศกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การใช้สิทธิตามสิทธิบัตรด้านยาและ
เวชภัณฑ์ กรณียาโลพินาเวียร์และริโทนาเวียร์ (Lopinavir & Ritonavir) ลงวันที่ 24 มกราคม 2550.

¹⁹ ดูประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การใช้สิทธิตามสิทธิบัตรด้านยาและเวชภัณฑ์ กรณียาโคลพิโด
เกรล (Clopidogrel) ลงวันที่ 25 มกราคม 2550.

(4) ยาโดซีแท็กเซล (Docetaxel) หรือชื่อทางการค้าว่า แท็กโซทีแยร์ (Taxotere) ซึ่งเป็นยาต้านมะเร็งหลายชนิด เช่น มะเร็งปอด และมะเร็งเต้านม ของบริษัท ซาโนฟี อเวนติส (ประเทศไทย) จำกัด ซึ่งได้ประกาศใช้สิทธิเมื่อวันที่ 4 มกราคม 2551²⁰

(5) ยาเล็ทโทโรโซล (Letrozole) หรือชื่อทางการค้าว่า ฟีมาร์่า (Femara) ซึ่งเป็นยาต้านมะเร็งเต้านม ของบริษัท โนวาร์ติส (ประเทศไทย) จำกัด ซึ่งได้ประกาศใช้สิทธิเมื่อวันที่ 4 มกราคม 2551²¹

(6) ยาเออร์โลทินิบ (Erlotinib) หรือชื่อทางการค้าว่า ทราซีว่า (Tarceva) ซึ่งเป็นยาต้านมะเร็งปอด ของบริษัท โรช (ประเทศไทย) จำกัด ซึ่งได้ประกาศใช้สิทธิเมื่อวันที่ 4 มกราคม 2551²²

(7) ยาอิมาทินิบ (Imatinib) หรือชื่อทางการค้าว่า กลีเวค (Glivec) ซึ่งเป็นยาต้านมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรัง (Chronic Myeloid Leukemia) และโรคมะเร็งทางเดินอาหารในชั้นเนื้อเยื่อสโตรมอล (Gastro-Intestinal Stromal Tumours) ของบริษัท โนวาร์ติส (ประเทศไทย) จำกัด ซึ่งได้ประกาศใช้สิทธิเมื่อวันที่ 4 มกราคม 2551²³

จากการที่ประเทศไทยได้ประกาศใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิโดยรัฐต่อยาทั้ง 7 ชนิดดังกล่าวข้างต้นภายใต้การเคลื่อนไหวสนับสนุนการดำเนินการดังกล่าวของประเทศไทยจากบรรดานักวิชาการด้านกฎหมายและสมาชิกสภากรองเกรส ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 22 ท่าน ตลอดจนองค์กรเอกชนที่มีชื่อเสียงและมีบทบาทในระดับสากลหลายองค์กร ซึ่งได้ให้การสนับสนุนการดำเนินการดังกล่าวว่าเป็นไปอย่างถูกต้อง แต่ก็ยังไม่ได้รับการยอมรับจากประเทศยักษ์ใหญ่อย่าง สหรัฐอเมริกาและกลุ่มธุรกิจข้ามชาติที่ต้องได้รับผลกระทบจากมาตรการดังกล่าว แต่ด้วยความเตรียมพร้อมในการรับมือถึงปัญหาที่จะเกิดขึ้นจากการประกาศใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิโดยรัฐต่อยาและเกสท์กันท์ของบรรดาประเทศสมาชิกภายใต้มาตรการยืดหยุ่นของปฏิญญาโดฮาว่าด้วยความตกลงทริปส์กับการสาธารณสุข (Doha Declaration on TRIPs and Public Health)

²⁰ ดูประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การใช้สิทธิตามสิทธิบัตรด้านยาและเวชภัณฑ์ กรณียาโดซีแท็กเซล (Docetaxel) ลงวันที่ 4 มกราคม 2551.

²¹ ดูประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การใช้สิทธิตามสิทธิบัตรด้านยาและเวชภัณฑ์ กรณียาเล็ทโทโรโซล (Letrozole) ลงวันที่ 4 มกราคม 2551.

²² ดูประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การใช้สิทธิตามสิทธิบัตรด้านยาและเวชภัณฑ์ กรณียาเออร์โลทินิบ (Erlotinib) ลงวันที่ 4 มกราคม 2551.

²³ ดูประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การใช้สิทธิตามสิทธิบัตรด้านยาและเวชภัณฑ์ กรณียาอิมาทินิบ (Imatinib) ลงวันที่ 4 มกราคม 2551.

เพื่อเป็นการส่งเสริมในการนำนโยบายด้านยาของประเทศต่างๆ ไปปฏิบัติให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ในการเพิ่มการเข้าถึงยาที่มีความสำคัญและใช้เป็นเครื่องมือคุ้มครองการสาธารณสุขของประเทศต่างๆตามวัตถุประสงค์ตามยุทธศาสตร์ด้านยาทั้งสี่ประการขององค์การอนามัยโลกคือการสร้างความเข้มแข็งให้แก่นโยบายในด้านยาของประเทศต่างๆ การเพิ่มการเข้าถึงยาจำเป็นการปรับปรุงคุณภาพและความปลอดภัยของยา และการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล²⁴

องค์การอนามัยโลกจึงได้มีมติอย่างเป็นทางการในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกเมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2550 ตามนัยแห่งมติสมัชชาอนามัยโลกที่ 60.30 (WHA 60.30) [ดังที่ระบุไว้ในหัวข้อปฏิบัติการที่ 3(2)] ซึ่งกำหนดให้ผู้บัญชาการใหญ่ขององค์การอนามัยโลกโดยความร่วมมือขององค์การระหว่างประเทศอื่นๆเพื่อกำหนดให้จัดเตรียมและจัดหาผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัยโลก (WHO) , องค์การประชุมสหประชาชาติว่าด้วยการค้าและการพัฒนา (UNCTAD) , สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) และจากองค์การการค้าโลก (WTO) เข้าร่วมในคณะผู้เชี่ยวชาญเพื่อสนับสนุนข้อมูลข่าวสารทางวิชาการและข้อเท็จจริงต่างๆ ตลอดจนนโยบายอื่นๆที่เกี่ยวข้องให้แก่ประเทศต่างๆที่มีความประสงค์จะใช้ประโยชน์จากข้อยึดหยุ่นในความตกลงทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้า (TRIPS) และข้อตกลงระหว่างประเทศฉบับอื่นๆรวมถึงเพื่อนำคำประกาศของที่ประชุมรัฐมนตรีที่โตโฮว่าด้วยข้อตกลงทริปส์กับการสาธารณสุขและตราสารฉบับอื่นๆขององค์การการค้าโลกไปปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยานั้น

ดังนั้น ภายหลังจากที่ประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีการประกาศใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิโดยรัฐต่อยาบางรายการไปแล้ว กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีหนังสือเชื้อเชิญ ที่ 0224.01/3149 ลงวันที่ 17 กรกฎาคม พ.ศ.2550²⁵และด่วนที่สุดที่ 0224.01/3149 ลงวันที่ 20 กันยายน พ.ศ. 2550²⁶ เพื่อให้องค์การอนามัยโลกจัดส่งคณะผู้เชี่ยวชาญโดยความร่วมมือขององค์การระหว่างประเทศมาเพื่อให้การสนับสนุนด้านวิชาการและนโยบาย รวมไปถึงเพื่อการประเมินผลระบบปฏิบัติการตลอดจนผลกระทบต่างๆที่เกิดขึ้นจากการนำความยืดหยุ่นในความตกลงทริปส์ไปปฏิบัติและเพื่อจัดทำและเสนอแนะแนวทางสำหรับประเทศสมาชิกในการนำข้อผ่อนปรนของทริปส์ไปปฏิบัติในวิธีทางที่จะก่อให้เกิดคุณภาพระหว่างการเข้าถึงยาและแรงจูงใจให้เกิดการคิดค้นนวัตกรรม ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนองค์การอนามัยโลกจากสำนักงานใหญ่ที่กรุงเจนีวา ,

²⁴ วิชัย โชควิวัฒน์. (2551, มิถุนายน). “ใครว่าไทยละเมิดสิทธิบัตรยา ที่จริงเรายังไม่ได้ทำอีกหลายอย่าง”. หน้า 18.

²⁵ ดูภาคผนวก. หน้า 148-149.

²⁶ ดูภาคผนวก. หน้า 150-151.

ผู้แทนจากสำนักงานภาคพื้นเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และที่ปรึกษาชั่วคราวขององค์การอนามัยโลก , ผู้แทนจากองค์การประชุมสหประชาชาติว่าด้วยการค้าและการพัฒนาหรืออังก์ถัด , ผู้แทนจากสำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ หรือยูเอ็นดีพี และผู้แทนจากองค์การการค้าโลกเพื่อเข้ามาดำเนินการตามมติสมัชชาอนามัยโลกที่ 60.30 ดังกล่าวต่อกรณีการใช้สิทธิกับสิทธิบัตรยาของประเทศไทยที่กรุงเทพมหานครในระหว่างวันที่ 4 ถึงวันที่ 6 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551

โดยองค์การอนามัยโลกได้ให้การสนับสนุนมาตรการต่างๆในการเพิ่มการเข้าถึงยาที่จำเป็นแก่ประเทศสมาชิกโดยเน้นให้เห็นถึงความสำคัญของข้อยึดหยุ่นตามข้อตกลงทริพส์ดังกล่าวและเรียกร้องให้ประเทศต่างๆต้องบรรลุสาระสำคัญเหล่านั้นเพื่อการคุ้มครองการสาธารณสุขไว้ในกฎหมายภายในของตนและให้มีทรศนะในเชิงนโยบายบนพื้นฐานของหลักการที่ว่า การเข้าถึงยาจำเป็นเป็นข้อหนึ่งของสิทธิมนุษยชน ยาจำเป็นมิใช่สินค้าบริโภคทั่วไป เครื่องมือป้องกันตามข้อตกลงทริพส์จึงมีความสำคัญยิ่ง การคุ้มครองสิทธิบัตรเป็นแรงจูงใจที่ได้ผลสำหรับการวิจัยและพัฒนาใหม่ ควรมีการดำเนินการจัดการกับสิทธิบัตรโดยไม่มีอคติ โดยคุ้มครองผลประโยชน์ของผู้ทรงสิทธิเช่นเดียวกับการปกป้องหลักการต่างๆของการสาธารณสุข²⁷ รวมทั้งการกำหนดทางเลือกในเชิงนโยบายผนวกเข้าไปในกฎหมายภายในประเทศเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการแก้ไขปัญหาคาณณที่มีการผูกขาดของสิทธิบัตรซึ่งเป็นรายการของข้อยึดหยุ่นภายใต้ข้อตกลงทริพส์ที่มีผลกระทบต่อ การเข้าถึงยา นอกเหนือจากมาตรการบังคับใช้สิทธิโดยรัฐให้แก่สมาชิกองค์การการค้าโลกทุกประเทศได้บันทึกไว้ เพื่อใช้เป็นทางเลือกและใช้เป็นประเด็นในการเจรจาเกี่ยวกับสิทธิพิเศษทางการค้าและการลงทุน เช่น วิธีการยึดหยุ่นที่สามารถนำมาใช้ก่อนที่ว่าจะได้รับสิทธิบัตรซึ่งเรียกว่า ข้อยึดหยุ่น “ก่อนให้สิทธิบัตร” และภายหลังที่ได้รับสิทธิบัตรแล้ว ซึ่งเรียกว่า ข้อยึดหยุ่น “หลังให้สิทธิบัตร”²⁸ นั่นเอง

ซึ่งจากการเข้าร่วมของคณะผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัยโลกและองค์การระหว่างประเทศต่างๆที่เกี่ยวข้องในครั้งนี แม้เป็นเพียงเพื่อวัตถุประสงค์ในการส่งเสริมความเข้าใจต่อบริบทและสถานการณ์แวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้สิทธิโดยรัฐและเพื่อร่วมกันค้นหาแนวทางที่เหมาะสมทั้งในทางวิชาการเพื่อสนองตอบต่อนโยบายที่จำเป็นในการใช้ข้อยึดหยุ่นต่างๆของข้อตกลงทริพส์เพื่อการคุ้มครองการสาธารณสุขในประเทศไทย ตลอดจนการชี้แนะถึงแง่มุมในทางปฏิบัติและกรรมวิธีการใช้ข้อยึดหยุ่นต่างๆของข้อตกลงทริพส์ในการบังคับใช้สิทธิโดยรัฐโดยไม่มีเจตจำนงที่จะทำการประเมินหรือวัดผลอย่างใดๆก็ตาม

²⁷ วิชัย โชควิวัฒน์. เล่มเดิม. หน้า 18-19.

²⁸ แหล่งเดิม. หน้า 46.

แต่จากรายงานผลการดำเนินการตามที่ปรากฏตามกรอบการปฏิบัติงานของคณะผู้เชี่ยวชาญถึงข้อกำหนดและขั้นตอนการบังคับใช้สิทธิเพื่อประโยชน์ของรัฐที่มีใช้เพื่อประโยชน์ในทางการค้า หรือแม้การจะบังคับใช้สิทธิด้วยเหตุผลอื่นๆก็ยังคงต้องปฏิบัติตามหลักการที่กำหนดไว้ในข้อตกลงทริปส์ด้วยเช่นเดียวกัน

ซึ่งกระบวนการหรือระบบดำเนินการวิธีในการบังคับใช้สิทธิจะแตกต่างกันไปตามเหตุผลและความจำเป็นของแต่ละประเทศ โดยเฉพาะการบังคับใช้สิทธิโดยรัฐต่อชาติที่จำเป็นของประเทศไทยที่ได้ดำเนินการตามข้อตกลงทริปส์และได้อ้างอิงถึงหลักการตามที่กฎหมายไทยกำหนดไว้ อันถือเป็นเรื่องทางยุทธศาสตร์และเป็นอำนาจการตัดสินใจในเบื้องต้นของฝ่ายบริหารในการบังคับใช้สิทธิและการกำหนดอัตราค่าตอบแทนให้แก่ผู้ทรงสิทธิบัตรที่รัฐบาลไทยจะต้องพิจารณาและตัดสินใจในการเลือกใช้มาตรการต่างๆซึ่งเป็นข้อยืดหยุ่นที่มีอยู่ตามข้อตกลงทริปส์ดังกล่าวและจากเนื้อหารายงานย่อมเป็นการประเมินและสรุปผลได้อย่างชัดเจนแล้วว่าประเทศไทยยังมีประเด็นเกี่ยวกับความจำเป็นในการบังคับใช้สิทธิโดยรัฐที่ควรทำเพื่อประโยชน์ของประเทศชาติและประชาชนอีกเป็นจำนวนมากและการดำเนินการบังคับใช้สิทธิโดยรัฐของประเทศไทยในครั้งนี้ได้มีการดำเนินการเป็นไปอย่างถูกต้องและชอบธรรมทั้งตามกฎหมายไทยและกติกการค้าสากลระหว่างประเทศอย่างแท้จริง²⁹

การประกาศใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยาโดยรัฐของประเทศไทยมิใช่เป็นเพียงประเทศแรกๆ หรือเป็นเพียงประเทศเดียวในโลกที่ได้มีการประกาศบังคับใช้สิทธิดังกล่าว แต่ในบรรดากลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วก็ได้มีการประกาศบังคับใช้สิทธิโดยอาศัยวิธีดำเนินการและการใช้ประโยชน์จากข้อยืดหยุ่นตามข้อตกลงทริปส์เกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารนโยบายและมาตรการทางกฎหมายตามเหตุผลและความจำเป็นของประเทศของตนด้วยเช่นกัน ซึ่งถือเป็นบทเรียนราคาแพงที่มีประโยชน์เพื่อใช้ศึกษาเป็นแนวทางและประสบการณ์ให้แก่กลุ่มประเทศอื่นๆที่มีความจำเป็นได้เป็นอย่างดี ตัวอย่างเช่น ประเทศสหรัฐอเมริกาในตลอดหลายสิบปีที่ผ่านมาได้อ้างเหตุผลของการใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิเพื่อวัตถุประสงค์ในการเยียวยาการกระทำที่เป็นปฏิปักษ์ต่อการแข่งขันและใช้เพื่อประโยชน์สาธารณะรวมแล้วมากกว่า 50 กรณี โดยเหตุการณ์ล่าสุดได้แก่การประกาศใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิกับยารักษาโรคแอนแทรกซ์ จากกรณีที่หน่วยข่าวกรองของประเทศสหรัฐอเมริกาทราบว่ามีการวางระเบิดแอนแทรกซ์ในหลายๆจุดและหลายๆประเทศโดยเฉพาะในประเทศสหรัฐอเมริกา และอีกหลายครั้งในกรณีที่บรรษัทกระทำการเป็นปฏิปักษ์ต่อการแข่งขันทางการค้า เช่น การฮั้วกัน การกำหนดราคาไม่เป็นธรรม ซึ่งรัฐบาลกลางสหรัฐอเมริกาเกรงว่าจะเกิดการผูกขาด

²⁹ วิชัย โชควิวัฒน์. เล่มเดิม. หน้า 8.

มากเกินไปอันจะเป็นการส่งผลเสียต่อประโยชน์ของผู้บริโภค ส่วนในประเทศอังกฤษก็เคยประกาศใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิโดยรัฐต่อยาเกี่ยวกับกรณียาทำแท้งมาแล้วเช่นเดียวกัน

ส่วนประเทศที่พัฒนาแล้วอีกประเทศหนึ่งคือ ประเทศแคนาดา นับได้ว่าเป็นประเทศที่มีการประกาศใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิโดยรัฐมากที่สุด โดยตลอดในช่วงตั้งแต่ปี พ.ศ.2466-2536 มีการกำหนดเหตุผลการใช้ไว้อย่างกว้างขวางเพื่อประโยชน์สาธารณะรวมทั้งเหตุผลเพื่อเป็นการส่งเสริมอุตสาหกรรมยาชื่อสามัญด้วย ซึ่งตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาประเทศแคนาดามีการประกาศใช้สิทธิโดยรัฐเฉลี่ยประมาณ 20 ครั้งต่อปีโดยในระหว่างปี พ.ศ.2512-2535 ได้มีการขอนำเข้าหรือผลิตยาภายใต้การบังคับใช้สิทธิ 1,030 รายการและได้รับอนุญาต 613 รายการ³⁰ ซึ่งก่อนที่แคนาดาจะเข้าเป็นสมาชิกภายใต้ความตกลงเขตการค้าเสรีอเมริกาเหนือหรือนาฟต้า (NAFTA) ได้มีนโยบายหลักคือการส่งเสริมผู้ผลิตในประเทศให้ผลิตยาที่มีสิทธิบัตร แต่ภายหลังจากได้ร่วมลงนามภายใต้ความตกลงเขตการค้าเสรีอเมริกาเหนือหรือนาฟต้า (NAFTA) ดังกล่าวกับประเทศสหรัฐอเมริกาและเม็กซิโกแล้ว ได้ถูกกดดันให้มีการยกเลิกบทบัญญัติว่าด้วยมาตรการใช้สิทธินั้นอย่างเด็ดขาด

สำหรับประเทศในกลุ่มกำลังพัฒนาอื่นที่มีสภาพทางเศรษฐกิจและฐานะความเป็นอยู่ใกล้เคียงกับประเทศไทยและตั้งอยู่ในภูมิภาคอาเซียนด้วยกัน เช่น ประเทศมาเลเซีย ก็ได้มีการประกาศบังคับใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยามาแล้วภายหลังจากความล้มเหลวของกระทรวงสาธารณสุขในการเจรจาต่อรองให้ลดราคา ยา โดยเมื่อวันที่ 29 ตุลาคม พ.ศ. 2546 รัฐบาลมาเลเซียได้ออกใบอนุญาตให้ใช้ประโยชน์จากสิ่งประดิษฐ์ที่ถือสิทธิบัตรโดยรัฐแก่บริษัท สยาริกัดเมกาห์ฟาร์มา แอนด์วิคซัน จำกัด เพื่อนำเข้ายาเม็ดไดคาโนซิน ยาเม็ดซิควิดินและยาสูตรผสมไดคาโนซิน+ซิควิดิน จากบริษัท ซิปลา จำกัด ประเทศอินเดีย โดยใบอนุญาตดังกล่าวมีกำหนดอายุสองปีนับแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2546 และกำหนดให้ติดฉลากของกระทรวงสาธารณสุขมาเลเซีย โดยมีเงื่อนไขให้มีการกำหนดราคาสูงสุดและจ่ายค่าธรรมเนียมการใช้สิทธิให้แก่ผู้ทรงสิทธิบัตรภายในสองเดือนในอัตราร้อยละ³¹ ซึ่งภายหลังจากที่ใบอนุญาตให้ใช้สิทธิหมดอายุลงเมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2548 ราคาขงดังกล่าวของเจ้าของสิทธิบัตรได้ลดลงจนเป็นที่พอใจ จึงทำให้ไม่มีการต่ออายุใบอนุญาตให้ใช้สิทธิดังกล่าวแต่อย่างใด

³⁰ Reichman, J , Hasenzahl, C. Non-voluntary licensing of patented inventions:historical perspective, legal framework under TRIPS, and an overview of the practice in Canada and the USA. Geneva, ICTSD/UNCTAD, 2003.

³¹ วิชัย โชควิวัฒน์. เล่มเดิม. หน้า 56.

ประเทศอินโดนีเซีย ได้มีการออกกฤษฎีกาเพื่ออนุญาตให้กระทรวงสาธารณสุข มอบหมายผู้ผลิตให้ใช้ประโยชน์จากสิทธิบัตรยามิวูดินและเนวิราพิน เมื่อวันที่ 5 ตุลาคม พ.ศ. 2547 โดยใบอนุญาตดังกล่าวมีกำหนดอายุ 7 ปี สำหรับยานเนวิราพินและ 8 ปี สำหรับยามิวูดิน ต่อมาประเทศอินโดนีเซียยังได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมกฤษฎีกาดังกล่าวเมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. 2550 เพื่อให้ขยายความครอบคลุมถึงยาเอฟาไวเรนซ์อีกด้วย³²

ประเทศบราซิล ซึ่งเป็นประเทศที่ตั้งอยู่ในทวีปอเมริกาใต้ และเป็นประเทศที่ต้องเผชิญกับปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของประชากรภายในประเทศของตนซึ่งประเทศบราซิลมีความสามารถในการผลิตยาชื่อสามัญที่ใช้ในการต่อต้านเชื้อเอชไอวีได้ภายในประเทศ แต่กระทรวงสาธารณสุขของประเทศบราซิลได้ออกกฤษฎีกาหมายเลข 866 เมื่อวันที่ 24 เมษายน พ.ศ. 2550 เพื่อประกาศว่ายาเอฟาไวเรนซ์ เป็นยาที่อยู่ในข่ายของการบังคับใช้สิทธิโดยรัฐที่มีใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการค้า และต่อมาเมื่อวันที่ 4 พฤษภาคม พ.ศ. 2550 ได้มีการประกาศบังคับใช้สิทธิโดยรัฐต่อยาดังกล่าวเพื่ออนุญาตให้มีการนำเข้าเพื่อใช้ในโครงการเอดส์ชาติโดยกำหนดให้ใบอนุญาตมีระยะเวลา 5 ปี และกำหนดค่าตอบแทนในอัตราร้อยละ 1.5 ให้แก่ผู้ทรงสิทธิบัตรนั้น³³

ประเทศซิมบับเว ได้มีการประกาศบังคับใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยาเมื่อวันที่ 8 เมษายน พ.ศ. 2546 ซึ่งเป็นการประกาศบังคับใช้สิทธิภายหลังการประกาศภาวะฉุกเฉินอันเป็นเงื่อนไขที่ต้องกระทำก่อนตามกฎหมายภายในของซิมบับเว เพื่อการบังคับใช้สิทธิกับยาที่เกี่ยวข้องกับเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ทั้งหมดโดยอนุญาตให้บริษัท วาริเคม ฟาร์มาซูติคัล จำกัด ผลิตยาภายในกำหนดระยะเวลาที่ประกาศภาวะฉุกเฉินและกำหนดให้มีการควบคุมราคาขายที่ผลิตดังกล่าว³⁴

ประเทศแซมเบีย ได้มีการประกาศใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิต่อยาสูตรผสมลามิวูดิน+สตาวูดิน+เนวิราพิน เมื่อวันที่ 29 กันยายน 2547 โดยใบอนุญาตบังคับใช้สิทธิหมายเลข CL01/2004 ซึ่งอนุญาตให้บริษัท ฟาร์มโค จำกัด ผลิตยาดังกล่าวแต่ห้ามมิให้มีการส่งยาดังกล่าวออกนอกประเทศและกำหนดอัตราค่าตอบแทนไม่เกินร้อยละ 2.5 ของสินค้าที่มีการส่งมอบ³⁵

ส่วนประเทศที่ใช้ข้อยึดหยุ่นตามข้อตกลงทริพส์กับกฎหมายต่อต้านการแข่งขันซึ่งเป็นกลไกอีกประการหนึ่งนอกเหนือจากการบังคับใช้สิทธิโดยรัฐ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือปกป้องด้านสาธารณสุขและการเพิ่มการเข้าถึงยาได้แก่

³² วิชัย โชควิวัฒน์. เล่มเดิม. หน้า 57.

³³ แหล่งเดิม. หน้า 58.

³⁴ แหล่งเดิม. หน้า 55.

³⁵ แหล่งเดิม. หน้า 57.

ประเทศแอฟริกาใต้ เป็นประเทศที่มีผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์จำนวนมากเป็นอันดับต้นๆ ของโลกและประสบความสำเร็จในการบังคับใช้สิทธิโดยสมัครใจจากการที่องค์กรพัฒนาเอกชนได้ ร้องทุกข์ต่อคณะกรรมการการแข่งขันท่างการค้าของประเทศเพื่อให้ศาลพิเศษเรื่องการแข่งขันท ำการพิจารณาและต่อมาได้มีคำตัดสินเมื่อวันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ.2546 เป็นผลให้บริษัท บอห์ริง เอร์ อินเทลไฮม์ จำกัด ตกลงให้ใบอนุญาตให้ใช้สิทธิโดยสมัครใจสำหรับยานิวราฟีน แก่บริษัท แอสเพนฟาร์มาแคร์โซลคิง จำกัด และบุคคลที่มีความเหมาะสมอีกจำนวนสองท่านโดยใบอนุญาต นั้นสามารถให้ส่งยาได้ทั้งในภาครัฐและเอกชนและส่งออกไปยังประเทศต่างๆทางตอนใต้ของ ทะเลทรายสะฮาราโดยคิดค่าธรรมเนียมสูงสุดตามข้อตกลงระหว่างผู้ร้องทุกข์ 12 รายการหมายเลข 2002 Sep 226 ที่ได้ยื่นไว้ต่อคณะกรรมการการแข่งขันท่างการการค้าของแอฟริกาใต้ เพียงอัตราไม่เกินร้อยละ5 ส่วนบริษัท แกล็กโซสมิทไคลน์ จำกัด ก็สามารถบรรลุข้อตกลงระหว่างผู้ร้องทุกข์ 12 รายการ หมายเลข 2002 Sep 226 ที่ได้ยื่นไว้ต่อคณะกรรมการการแข่งขันท่างการการค้าของแอฟริกาใต้สำหรับกรณียา ชิโดวูดีนและลามิวูดีนได้เช่นเดียวกัน³⁶

ประเทศรวันดา องค์กรอนามัยโลกได้มีประกาศตามข้อ 2 (a) ของคำวินิจฉัยลงวันที่30 สิงหาคม พ.ศ.2546 เรื่อง การดำเนินการตามข้อ 6 แห่งปฏิญญาโคฮาเรื่องข้อตกลงทริปส์กับการ สาธารณสุข. IP/N/9/RWA/1 ที่ระบุว่า รวันดาสามารถใช้สิทธิของตนในฐานะประเทศที่พัฒนาน้อย ที่สุดโดยไม่ต้องตกอยู่ภายใต้การบังคับของสิทธิบัตรใดๆที่อาจมีการออกให้สำหรับยาสูตรผสมของ ชิโดวูดีน+ลามิวูดีน+นิวราฟีน ซึ่งเป็นยาที่รวันดาประสงค์จะนำเข้าจากบริษัท อโปเทกซ์ จำกัด ซึ่งเป็นบริษัทผลิตยาชื่อสามัญในประเทศแคนาดาจำนวน 260,000 กล่อง และรวันดายังมีสิทธิที่จะ ปรับปริมาณการนำเข้ายาดังกล่าวได้ตามความจำเป็นโดยนับเป็นผลสำเร็จครั้งแรกของการใช้ ประโยชน์จากระบบที่ได้วางไว้ภายใต้การบังคับใช้สิทธิเพื่อส่งออกไปยังประเทศที่ไม่มี ประสิทธิภาพในการผลิตยาที่มีความจำเป็นเพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วย³⁷

ประเทศอิตาลี มีการใช้ประโยชน์จากข้อยึดหยุ่นตามข้อตกลงทริปส์กับกรณีการแก้ไข ข้อกล่าวหากรณีการครอบครองตลาดโดยไม่ถูกต้อง โดยเมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ.2550 หน่วยงานด้าน การแข่งขันท่างการการค้าของอิตาลีได้ออกคำสั่งให้บริษัท เมอร์คแอนด์โค จำกัด อนุญาตให้มีการผลิต ยาชื่อสามัญที่เป็นยาปฏิชีวนะสูตรผสมอิมิพีแนม/ซิลาสเตดิน โดยไม่มีการผูกขาดและไม่มีการคิด ค่าธรรมเนียมแต่อย่างใด³⁸

³⁶ วิชัย โชควิวัฒน์. เล่มเดิม. หน้า 60.

³⁷ แหล่งเดิม. หน้า 61.

³⁸ แหล่งเดิม.

ประเทศอินเดีย เป็นที่ทราบกันดีว่ามีการแก้ไขกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิบัตรครั้งล่าสุดเมื่อปี พ.ศ.2548 โดยการนำบทบัญญัติในการให้ความเข้มงวดเกี่ยวกับหลักเกณฑ์การขอขึ้นทะเบียนสิทธิบัตรว่าจะต้องเป็นสิทธิบัตรที่มีนวัตกรรมใหม่ที่แท้จริงมาบัญญัติไว้โดยพระราชบัญญัติสิทธิบัตร(แก้ไขเพิ่มเติม) พ.ศ.2548 มาตรา 3 (d) บัญญัติขึ้นเพื่อตัดมิให้ได้รับสิทธิบัตร“กรณีที่เป็นเพียงการค้นพบรูปแบบใหม่ของสารที่เป็นที่รู้จักกันอยู่แล้วซึ่ง ไม่มีผลเพิ่มประสิทธิภาพของสารนั้นหรือเป็นเพียงการค้นพบคุณสมบัติใหม่หรือประโยชน์ใหม่ของสารที่เป็นที่รู้จักกันอยู่แล้วหรือเป็นเพียงการใช้กระบวนการที่รู้จักกันอยู่แล้วรวมทั้งเครื่องจักรหรืออุปกรณ์ เว้นแต่ กระบวนการดังกล่าวมีผลให้เกิดผลิตภัณฑ์ใหม่หรือต้องใช้ตัวทำปฏิกิริยาใหม่อย่างน้อยหนึ่งตัว” ซึ่งในเนื้อหาของกฎหมายดังกล่าวมีคำอธิบายตามมาว่า “เพื่อวัตถุประสงค์ของวรรคนี้ กลีโอสเทอร์ อีเทอร์ โพลีเมอร์ฟ เมแทบอลไลท์ สารบริสุทธิ์ ขนาดพาร์ติเคิล ไอโซเมอร์ ส่วนผสมของไอโซเมอร์ สารประกอบเชิงซ้อน ส่วนผสมและอนุพันธ์อื่นๆของสารที่เป็นที่รู้จักกันแล้วให้พิจารณาว่าเป็นสารเดียวกัน เว้นแต่ จะมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในคุณสมบัติที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพ”³⁹

บทเรียนในการควบคุมค่าขอขึ้นทะเบียนสิทธิบัตรที่มีการนำรูปแบบใหม่ของสารที่เป็นที่รู้จักกันแล้วซึ่ง ไม่มีผลเพิ่มประสิทธิภาพที่รู้จักกันอยู่แล้วว่าไม่สามารถมีสิทธิบัตรได้นั้น เห็นได้อย่างชัดเจนคือเมื่อปี พ.ศ. 2541 จากกรณีของบริษัท โนวาร์ตีส จำกัด ยื่นคำขอจดทะเบียนสิทธิบัตรเบต้าคริสตัลไลน์ฟอรัมของอิมาทินิบมีไซเลท ซึ่งเป็นยาต้านมะเร็งชื่อกลีโอสเทอร์ ที่เป็นเพียงโพลีเมอร์ฟของอิมาทินิบ มีไซเลท ตามที่ปรากฏตามคำคัดค้านของกลุ่มผู้ป่วยและบริษัทผลิตยาชื่อสามัญหลายแห่งของอินเดียโดยมาตรา 3 (d) พิจารณาว่าโพลีเมอร์ฟต่างๆเป็นสารตัวเดียวกัน เว้นแต่ จะมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของคุณสมบัติที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพทำให้สำนักงานสิทธิบัตรของอินเดียปฏิเสธคำขอขึ้นทะเบียนสิทธิบัตรดังกล่าว⁴⁰ และกรณีของบริษัท แกล็ก โซสมิทไคลน์ จำกัด ได้ยื่นคำขอสิทธิบัตรยาคอมบิเวียร์ ซึ่งเป็นยาสูตรผสมชิโดวูดีน+ลามิวูดีนในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2549 แต่ก็ได้รับการคัดค้านจากกลุ่มทำงานเพื่อประโยชน์สาธารณะ โดยอ้างมาตรา 3 (d) ดังกล่าวว่ายสูตรผสมของยาในเม็ดเดียวจึงไม่ควรพิจารณาว่าเป็นสิ่งประดิษฐ์ตามกฎหมายสิทธิบัตรของอินเดีย เป็นผลให้บริษัท แกล็ก โซสมิทไคลน์ จำกัดต้องประกาศถอนคำขอสิทธิบัตรยาดังกล่าวทั้งในประเทศอินเดียและในประเทศไทย เมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2549⁴¹

³⁹ แหล่งเดิม. หน้า 62.

⁴⁰ แหล่งเดิม. หน้า 62-63.

⁴¹ แหล่งเดิม.

4.6 วิเคราะห์ปัญหาและผลกระทบจากการใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยาโดยรัฐของประเทศไทย

จากแนวทางการใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยาโดยรัฐของประเทศไทยซึ่งเป็นการนำมาตรการทางกฎหมายของพระราชบัญญัติสิทธิบัตรฯ มาใช้เพื่อเป็นแนวทางในการบังคับใช้เพื่อให้ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงและโรคเรื้อรังชนิดต่างๆ ที่มีปริมาณผู้ป่วยจำนวนมากและไม่มีความสามารถในการเข้าถึงยาที่มีราคาแพงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐทั้งสาม โครงการโดยมีข้อจำกัดในด้านเงินทุนในการจัดซื้อยาที่จำเป็นดังกล่าวเพื่อสนองต่อความต้องการของปริมาณยาให้แก่บรรดาผู้ป่วยทั้งหลายให้สามารถยืดชีวิตได้ต่อไป ซึ่งหากประชาชนที่ได้รับการเจ็บป่วยไม่สามารถเข้าถึงยาที่จำเป็นดังกล่าวได้แล้วย่อมเป็นที่แน่นอนว่าจะต้องสูญเสียชีวิตด้วยโรคดังกล่าวก่อนวัยอันควรอย่างแน่นอนและทำให้ประเทศชาติต้องสูญเสียทรัพยากรมนุษย์อันมีค่าต่อการพัฒนาประเทศ รวมทั้งการพัฒนาด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจ เพราะชีวิตของมนุษย์ทุกคนต่างมีค่าเท่ากันตามหลักสิทธิมนุษยชนและตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ซึ่งกำหนดให้ทุกคนมีสิทธิขั้นพื้นฐานและมีสิทธิได้รับการบริการด้านสาธารณสุขจากรัฐโดยการมีชีวิตอยู่และการมีสุขภาพที่ดีซึ่งถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่สำคัญและจำเป็นที่ประชาชนพึงมีสิทธิได้รับเพราะการแพทย์และการสาธารณสุขถือเป็นพื้นฐานที่สำคัญอย่างหนึ่งของการพัฒนาประเทศ ไม่มีประเทศใดในโลกจะเจริญก้าวหน้าได้อย่างสมบูรณ์แบบหากประชากรในประเทศนั้นๆ ยังมีสุขภาพพลานามัยไม่ดีพอ⁴²

ดังนั้น สิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานจึงไม่ควรถูกมองว่ามีศักดิ์ที่ต่ำกว่าสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาและนโยบายเกี่ยวกับการใช้สิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาเพื่อการพัฒนาเศรษฐกิจก็ไม่ควรได้รับความสำคัญยิ่งไปกว่าการปกป้องสิทธิมนุษยชนของบุคคล ซึ่งไม่ว่าจะเป็นคนจนหรือคนรวยหากไม่สามารถเข้าถึงยาอันจำเป็นที่ใช้ในการรักษาชีวิตหรือเพื่อใช้ป้องกันความตายได้ด้วยเหตุเพราะยาต้องติดสิทธิบัตรและมีราคาแพงเกินไปก็ย่อมถือได้ว่าได้เกิดโศกนาฏกรรมทางมนุษยธรรมขึ้นแล้วนั่นเอง

ประชาชนในฐานะผู้บริโภคย่อมต้องมีสิทธิเข้าถึงบริการอันจำเป็นต่อการดำรงชีวิต โดยเฉพาะการรักษาโรคซึ่งถือเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ที่มีความจำเป็นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคนที่จำเป็นต้องเข้าถึงเมื่อเกิดการเจ็บป่วยและยังเป็นสิทธิตามธรรมชาติที่ควรจะมีสิทธิได้รับการรักษาดูแลรักษาตามมาตรฐานอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่มีข้อจำกัดใดๆ ไม่ว่าจะเป็นความแตกต่างในเรื่องของ

⁴² พระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ พระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช, ในพิธีพระราชทานรางวัลมหิดล ประจำปี พ.ศ. 2539 ณ พระที่นั่งจักรีมหาปราสาท วันที่ 31 มกราคม 2540 สาธารณสุขของแผ่นดิน กระทรวงสาธารณสุข.

เชื้อชาติ สีผิว สถานะทางสังคม หรือความแตกต่างของสถานะทางด้านเศรษฐกิจก็ตาม

ผลจากการใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยาโดยรัฐของประเทศไทยมิใช่จะส่งผลกระทบต่อชีวิตและร่างกายในทางที่ดีขึ้นของประชาชนชาวไทยที่ต้องเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงหรือโรคเรื้อรังชนิดต่างๆที่รอคอยแต่เพียงความหวังเท่านั้น แต่ยังสามารถใช้เป็นแนวทางเพื่อเป็นบรรทัดฐานในการใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยาของกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาหรือในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาน้อยที่สุดต่างๆที่ประชาชนของแต่ละประเทศนั้นยังคงได้รับความเจ็บปวดจากโรคร้ายใช้เจ็บทั้งหลายที่มีปริมาณมากกว่า 30 ล้านคนทั่วโลก ซึ่งไม่สามารถที่จะเข้าถึงยาอันจำเป็นที่ใช้ในการรักษาหรือการเยียวยาให้มีสภาพอาการที่ดีขึ้นได้ ก็เพียงเพราะด้วยเหตุอุปสรรคที่ไม่ต่างจากประเทศไทยอันเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและยาที่สำคัญและจำเป็นต่อการดำรงชีพ

ดังนั้น เราจึงควรใคร่ครวญและทบทวนให้เห็นถึงความสำคัญและความแตกต่างของความมีคุณค่าระหว่างคำว่าชีวิตของมนุษย์กับสิทธิประโยชน์ในทรัพย์สินทางปัญญาซึ่งเป็นเพียงประโยชน์ในทางการค้าและพิจารณาด้วยเหตุผลที่ว่า ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์หรือคุณค่าของความเป็นคน ย่อมมีคุณค่ามากกว่าและย่อมอยู่เหนือเหตุผลทางการค้าด้วยประการทั้งปวง

บทที่ 5

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

5.1 บทสรุป

สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐตามที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับปัจจุบันได้บัญญัติรับรองไว้ถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนที่พึงมีสิทธิได้รับในฐานะที่เป็นสวัสดิการของรัฐที่ได้มอบให้เพื่อเป็นหลักประกันต่อการดำรงชีวิตของประชาชนอันเป็นทรัพยากรธรรมชาติที่สำคัญของประเทศเพื่อการพัฒนาให้เกิดความเจริญในทั้งด้านสังคมและเศรษฐกิจและการพัฒนาประเทศ โดยการกำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขให้แก่ประชาชนในโครงการประกันสุขภาพประเภทต่างๆ เพื่อให้ความคุ้มครองและครอบคลุมถึงประชากรทั้งประเทศ ได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและลูกจ้างของรัฐ และระบบประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน

ซึ่งจากการศึกษาพบว่าการจัดรูปแบบการให้บริการด้านสาธารณสุขของรัฐในโครงการต่างๆ ที่กล่าวถึงในแต่ละประเภทนั้นจะมีรูปแบบ โครงสร้างและแหล่งที่มาของเงินทุนตลอดจนคุณสมบัติของผู้มีสิทธิในรูปแบบที่แตกต่างกัน แต่ทั้งนี้โดยมีจุดมุ่งหมายและวัตถุประสงค์ในลักษณะที่เป็นแบบอย่างเดียวกัน คือ เพื่อการจัดสิทธิประโยชน์ทางด้านสาธารณสุขและการบริการด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนให้อยู่ในความครอบคลุมตามสิทธิประโยชน์ของแต่ละโครงการตามแนวทางการจัดบริการสุขภาพที่รัฐได้กำหนดไว้ และเพื่อมุ่งหมายให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงถ้วนหน้า มีประสิทธิภาพและคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนดไว้โดยปราศจากอุปสรรคหรือเหตุผลใดๆ

ประเทศไทยนับเป็นประเทศหนึ่งในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาที่สามารถบูรณาการสิทธิทางด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนให้สามารถได้รับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยการบัญญัติรับรองสิทธิในการได้รับบริการทางด้านสาธารณสุขไว้โดยสมบูรณ์ในบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญและพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยกำหนดให้รัฐต้องมีพันธกิจและมีบทบาทหน้าที่ในการจัดรูปแบบการบริการทางด้านสุขภาพเพื่อให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิได้รับการบริการทางด้านสาธารณสุขอย่างเสมอภาคถ้วนหน้ากัน นอกเหนือจากสิทธิอันเป็นสวัสดิการในการรักษายาบาลของข้าราชการและลูกจ้างของรัฐ ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2523 และระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับ

การรักษาพยาบาล พ.ศ.2545 และสิทธิของผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และพระราชบัญญัติกองทุนเงินทดแทน พ.ศ. 2537 ซึ่งหลักการสำคัญของการใช้กฎหมายเพื่อเป็นเครื่องมือในการสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชน มิใช่เป็นเพียงหลักประกันในการสร้างระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เกิดขึ้นได้เท่านั้น หากแต่อยู่ที่ความสามารถของผู้ที่รับผิดชอบดูแลและมีหน้าที่เกี่ยวข้องที่จะนำกฎหมายต่างๆที่อาศัยใช้เป็นเครื่องมือในการนำไปใช้ให้เกิดผลได้จริงในทางปฏิบัติและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนได้อย่างแท้จริง

ด้วยสิทธิของประชาชนที่ได้รับสิทธิอย่างถ้วนหน้าในระบบประกันสุขภาพต่างๆจากรัฐย่อมมีสิทธิได้รับความคุ้มครองในฐานะที่เป็นผู้บริโภคด้านสุขภาพให้สามารถเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานของตนเองในการได้รับการดูแลรักษาเกี่ยวกับชีวิตและร่างกายให้พ้นจากโรคภัยไข้เจ็บปราศจากโรคาพยาธิได้อย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน อันเป็นสิทธิที่ควรได้รับตามหลักสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานและสิทธิของพลเมืองภายในรัฐเพื่อการดำรงคงอยู่เป็นทรัพยากรมนุษย์ในการมุ่งหมายเพื่อการพัฒนาประเทศให้เกิดความเจริญรุ่งเรืองและยังเป็นการปกป้องสิทธิตามธรรมชาติในฐานะที่เป็นประชาชนที่ควรได้รับการยอมรับและความเคารพต่อศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

ในบรรดาประเทศต่างๆที่มีระบบการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนภายในรัฐของตนเองต่างมุ่งเน้นให้ความสำคัญถึงความปลอดภัยของการมีชีวิตอยู่เป็นเกณฑ์สำคัญโดยมิได้มีแต่เพียงการให้ความสำคัญต่อการเฝ้าระวังรักษาแต่เพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ยังคงมุ่งเน้นให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของประชาชนในเบื้องต้นเพื่อให้มีสุขภาพร่างกายและอนามัยที่ดียากต่อการเจ็บป่วยหรือการสูญเสียชีวิตและเพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการและสวัสดิการในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องจากรัฐรวมทั้งการได้รับยาและเวชภัณฑ์ที่มีความจำเป็นขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่ใช้ในการรักษาโรค ซึ่งถือเป็นเรื่องสำคัญของประโยชน์ของสาธารณะ

ในระบบหลักประกันสุขภาพที่มีหลักดำเนินการในการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพที่ชัดเจนเพื่อมุ่งเน้นให้ประชาชนในกลุ่มเป้าหมายสามารถได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานโดยมีการกำหนดสิทธิประโยชน์ที่เป็นธรรมครบถ้วนและสามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวกตามทางเลือกที่เหมาะสมกับฐานะและความเป็นอยู่ทางด้านเศรษฐกิจ ยิ่งจะก่อให้เกิดความเชื่อมั่นถึงระบบบริการด้านสุขภาพและมั่นใจในหลักการของหลักประกันสุขภาพที่ถูกต้องพร้อมที่จะปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นได้ตรงตามเป้าหมายเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ถึงการมีระบบประกันสุขภาพที่มีความมั่นคงและยั่งยืน

ซึ่งปัญหาสำคัญของภาครัฐที่มีหน้าที่หลักในการสนองตอบต่อความต้องการในการให้บริการด้านสุขภาพและบริการด้านสาธารณสุขที่จำเป็นและเหมาะสมแก่ประชาชนนั้นจะต้องมี

การกำหนดนโยบายและตัดสินใจดำเนินนโยบายโดยไม่เกรงกลัวต่อผลกระทบหรือการกีดกันทางการเมือง การตอบโต้ทางการค้า หรือผลกระทบที่เกิดจากการลดการให้ความช่วยเหลือจากกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว หรือแม้กระทั่งผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ เพียงเพราะเหตุที่จำเป็นต้องปกป้องชีวิตประชาชนของตนภายในรัฐให้สามารถอยู่รอดปลอดภัยและยังเป็นการทำท้ายขีดความสามารถและพิสูจน์ถึงภาวะความเป็นผู้นำในการตัดสินใจในการดำเนินนโยบายทางด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับการประกาศใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิโดยรัฐเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการให้ความคุ้มครองต่อสิทธิในชีวิตและร่างกาย รวมทั้งส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนได้รับสิทธิการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นขั้นพื้นฐานที่ใช้ในการรักษาโรคต่างๆ โดยไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายอันเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงและเพื่อเป็นการปกป้องคุ้มครองรายได้หรือทรัพย์สินของผู้ที่ได้รับความเจ็บป่วยเพื่อมิต้องให้ได้รับความสูญเสียจนถึงขั้นสิ้นเนื้อประดาตัว หรือสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เพราะเหตุที่ไม่สามารถเอื้อมถึงสิ่งที่จำเป็นต่อการดำรงชีพเหล่านั้นได้อีกต่อไป

5.2 ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขของประเทศไทย ศึกษาเฉพาะกรณีการใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยาในครั้งนี้ เห็นได้ว่ามาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับระบบการให้บริการทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทยในหลายๆส่วนยังมีความจำเป็นที่ต้องมีการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการให้สมดังเจตนารมณ์ในการให้ความคุ้มครองสิทธิดังกล่าวแก่ประชาชนและเพื่อเป็นการรักษามาตรฐานและประสิทธิภาพของระบบการให้บริการสาธารณสุขของรัฐให้มีความมั่นคงและยั่งยืนต่อไป โดยผู้เขียนขอเสนอแนะมาตรการทางด้านกฎหมายในด้านต่างๆเพื่อให้รัฐนำไปพิจารณาเพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมาย กฎ ระเบียบ ประกาศหรือคำสั่งที่เกี่ยวข้องต่อไป ดังนี้

1. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ให้ความคุ้มครองในการให้บริการทางด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพในระบบอื่น สามารถมีสิทธิได้รับการให้บริการได้โดยไม่ต้องเสียค่าบริการทางการแพทย์ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การยกเลิกค่าบริการทางการแพทย์ ซึ่งเริ่มนับตั้งแต่วันที่ 31 ตุลาคม 2549 เป็นต้นมา โดยอาจส่งผลกระทบและก่อให้เกิดปัญหาทางด้านเงินทุนของโครงการในอนาคต จึงเห็นควรให้มีการกำหนดมาตรการทางด้านกฎหมายเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการสร้างความเข้มแข็งและความมั่นคงทางการเงินให้เกิดขึ้นแก่โครงการได้ในระยะยาว โดยเสนอให้มีการพิจารณายกเลิกประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฉบับดังกล่าว และมีการกำหนดมาตรการทาง

กฎหมายเพื่อให้มีการจัดเก็บเงินค่าบริการทางการแพทย์โดยตรงจากผู้ใช้บริการหรือมีลักษณะของการร่วมจ่าย(Co-Share) จากบุคคลผู้ที่มีฐานะทางการเงินที่ดีและมีความมั่นคงหรือเป็นบุคคลที่มีรายได้อยู่ในเกณฑ์หรือในระดับที่สามารถแบกรับภาระได้ โดยมีการกำหนดให้มีการเรียกเก็บเงินก่อนเข้ารับบริการเพื่อป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นเกี่ยวกับการแบ่งแยกความแตกต่างระหว่างคนรวยกับคนจน เว้นแต่ เป็นบุคคลที่มีฐานะยากไร้หรือเป็นบุคคลที่มีรายได้น้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งรัฐควรให้บริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ และเสนอแนะให้มีการนำมาตรการทางด้านกฎหมายในการจัดสรรเงินที่ได้รับจากการจัดเก็บภาษีที่ฟุ่มเฟือย เช่น ภาษีสนามบิน , ภาษีสำหรับบุคคลที่นำเงินหรือรายได้ออกนอกประเทศ, ภาษีเหล้าหรือบุหรี่ เพื่อนำเงินภาษีที่ได้รับมาชดเชยเงินทุนของโครงการที่ได้ให้บริการในส่วนของผู้ที่ยากไร้หรือมีรายได้น้อย รวมทั้งเสนอแนะให้มีการเพิ่มสิทธิประโยชน์ในการให้บริการเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพเป็นประจำโดยทดลองให้บริการในระยะเริ่มแรกทุกๆหนึ่งปี, สองปีหรือสามปี เพื่อมุ่งเน้นถึงประโยชน์ในการป้องกันโรคมมากกว่าการรักษาพยาบาลและจะเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลได้โดยทางอ้อม

2. เสนอแนะให้มีการเพิ่มมาตรการในการตรวจสอบสิทธิบัตรการประดิษฐ์ที่ขออนุญาตทะเบียนตามพระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ.2522 โดยเฉพาะผลิตภัณฑ์ยาที่ไม่เหมาะสมโดยมีการเปลี่ยนแปลงสูตรโครงสร้างทางเคมีของยาเพียงเล็กน้อย หรือกรณีการทำยาต่อท้าย(“Me-Too” Drug) ที่นำมาจดทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิบัตรใหม่ โดยให้มีความเคร่งครัดและเข้มงวดเกี่ยวกับหลักเกณฑ์ในการตรวจสอบสิทธิบัตรว่าจะต้องเป็นสิทธิบัตรที่มีนวัตกรรมโครงสร้างทางเคมีของตัวยาที่เกิดขึ้นจากการประดิษฐ์ขึ้นใหม่ หรือมีขั้นตอนการประดิษฐ์ที่สูงขึ้นและสามารถประยุกต์ในทางอุตสาหกรรมได้อย่างแท้จริง

3. เสนอแนะให้มีมาตรการในการจัดทำระบบข้อมูลสารสนเทศของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบสวัสดิการรักษายาของข้าราชการและลูกจ้างของรัฐ และระบบประกันสังคม โดยการจัดทำบัตร Smart Card เพื่อรวบรวมข้อมูลและสิทธิประโยชน์ของผู้มีสิทธิทั้งสามระบบไว้ในบัตรเดียว ทั้งนี้ เพื่อเป็นการช่วยประหยัดงบประมาณรายจ่ายของทางราชการในการควบคุมดูแลระบบและก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบริหารระบบข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ต่างๆ ตลอดจนการแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการว่างสิทธิหรือการปลอดสิทธิของผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมในช่วงระยะเวลาที่มีการว่างงานและมีได้เป็นผู้ประกันตนโดยให้สามารถมีสิทธิเข้ารับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ต่อไปในทันที

4. เสนอแนะให้มีการยกระดับหลักเกณฑ์การจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยการตราขึ้นเป็นพระราชบัญญัติบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการสร้างความมั่นคงและให้ความคุ้มครองแก่ผู้ป่วย และเพื่อกำหนดมาตรการในการส่งเสริมการเข้าถึงยาให้แก่ประชาชนเพิ่ม

มากขึ้น ตลอดจนการสร้างความเข้มแข็งเกี่ยวกับนโยบายด้านยา การเข้าถึงยาที่จำเป็น การปรับปรุงคุณภาพและความปลอดภัยในการใช้ยา การส่งเสริมการซื้อ การขายหรือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล โดยการกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการจัดทำ เปลี่ยนแปลง แก้ไขหรือเพิ่มเติมบัญชีรายชื่อของยาที่ได้รับการคัดเลือกเพื่อให้เกิดความยืดหยุ่นหรือเกิดความคล่องตัวโดยการออกเป็นประกาศกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งอาศัยอำนาจตามหลักเกณฑ์ตามที่พระราชบัญญัติบัญชียาหลักแห่งชาติได้กำหนดไว้

5. เสนอแนะให้รัฐพิจารณาเหตุผลและความจำเป็นในการที่จะกล้าประกาศใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยาหรือเวชภัณฑ์ที่มีความจำเป็นอื่นๆทั้งในปัจจุบัน เช่น ยาจิตเวชหรือยาโรคประสาท หรือยาและเวชภัณฑ์อื่นที่มีความจำเป็นในอนาคตโดยอาศัยหลักเกณฑ์ตามสิทธิของรัฐในการประกาศใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตร ตามพระราชบัญญัติสิทธิบัตรพ.ศ. 2522 และหลักเกณฑ์ของข้อยืดหยุ่นในการประกาศใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยาของประเทศไทยในฐานะประเทศสมาชิกภายใต้ปฏิญญาโดฮาว่าด้วยความตกลงทริปส์กับการสาธารณสุข (Doha Declaration on TRIPs and Public Health) ภายใต้องค์การการค้าโลก (World Trade Organization) ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดความคุ้มครองชีวิตและสุขภาพของผู้ป่วยซึ่งเป็นประชาชนของประเทศให้อยู่รอดปลอดภัยและเพื่อการพัฒนาประเทศให้เจริญยิ่งขึ้นต่อไป

6. เสนอแนะให้รัฐสนับสนุนและส่งเสริมการทำวิจัยเพื่อการพัฒนาอุตสาหกรรมยาภายในประเทศให้มีความเข้มแข็งและมีความเจริญก้าวหน้าอย่างจริงจัง และเพื่อให้เกิดการพัฒนาการในด้านวงการอุตสาหกรรมเกี่ยวกับยาได้อย่างยั่งยืนสามารถทัดเทียมกับประเทศในกลุ่มพัฒนาแล้วได้ต่อไปในอนาคต



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

หนังสือ

- กรมบัญชีกลาง. (2551). **หนังสือคู่มือสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเล่ม 1**. กรุงเทพฯ: กองทุนสวัสดิการ.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2550). **ข้อมูลความจริง 10 ประเด็นร้อน การใช้สิทธิโดยรัฐต่อยาที่มีสิทธิบัตร 3 รายการในประเทศไทย**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพ.
- _____. (2550). **สาธารณสุขของแผ่นดิน**. พระบรมราโชวาทพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช. ในพิธีพระราชทานรางวัลมหิดล ประจำปี พ.ศ. 2539 ณ พระที่นั่งจักรีมหาปราสาท วันที่ 31 มกราคม 2540. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2551). **คำตอบต่อ 10 ประเด็นสำคัญในเรื่องการใช้สิทธิโดยรัฐต่อยาต้านโรคมะเร็งที่มีสิทธิบัตรทั้ง 4 รายการ**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพ.
- เกรียงไกร เจริญชนาวัดณ์. (2547). **หลักกฎหมายว่าด้วยสิทธิเสรีภาพ**. กรุงเทพฯ: วิญญูชน. คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. (2544). **ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า** (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- จรัญ โฆษณานันท์. (2537). **นิติปรัชญา** (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- จำนง ทองประเสริฐ. (2515). **ปรัชญาประยุกต์ชุดตะวันตก**. กรุงเทพฯ: แพร์พิทยา.
- จักรกฤษณ์ ควรวจน์. (2550). **มาตรการบังคับใช้สิทธิกับปัญหาการเข้าถึงยา : ข้อพิจารณาด้านกฎหมายและความตกลงระหว่างประเทศ**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- จ้ง จากส์ รุสโซ. (2522). **สัญญาประชาคม**. แปลและเรียบเรียงโดย จินดา จินตนาเสรี. กรุงเทพฯ: ศิริพรการพิมพ์.
- ชัยอนันต์ สมุทวณิช. (2530). **ทฤษฎีระบบการเมืองไทย กรอบการวิเคราะห์ไตรลักษณ์รัฐ**. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เดือน คำดี. (2522). **ปรัชญาตะวันตก**. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ทัศนีย์ แน่นอุดร. (2543). **สิทธิผู้ป่วย เรียนรู้และเข้าใจเพื่อใช้ให้เป็น** (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ:

มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค.

รัชชชัย ผลเจริญ. (2544). **สรุปสาระสำคัญ พ.ร.บ.พระกันสังคม พ.ศ. 2533** แก้ไขเพิ่มเติมโดย **พระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2537 และ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542 และพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537.** กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์. (2547). **การปฏิรูประบบสุขภาพ กรณีศึกษาประเทศแคนาดา** (รายงานการวิจัย). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

นพนธิ สุริยะ, บรรเจิด สิงคะเนติ และอุดม รัฐอมฤต. (2544). **การอ้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หรือใช้สิทธิและเสรีภาพของบุคคลตามมาตรา 28 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540.** กรุงเทพฯ: สำนักงานศาลรัฐธรรมนูญ.

บรรเจิด สิงคะเนติ. (2543). **หลักพื้นฐานของสิทธิ เสรีภาพ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตามรัฐธรรมนูญใหม่.** กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

บวรศักดิ์ อุวรรณโณ. (2536). **วิวัฒนาการทางปรัชญาและลักษณะกฎหมายมหาชนยุคต่างๆ.** กรุงเทพฯ: นิติธรรม.

บุญศรี มีวงศ์อุโฆษ. (2535). **คำอธิบายกฎหมายรัฐธรรมนูญเปรียบเทียบ : รัฐธรรมนูญเยอรมัน.** กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

_____. (2549). **หลักการใช้อำนาจขององค์กรที่ต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ และเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญ.** กรุงเทพฯ: สำนักงานศาลรัฐธรรมนูญ.

ปรีดี เกษมทรัพย์. (2539). **นิติปรัชญา (พิมพ์ครั้งที่ 3).** กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

โกคิน พลกุล. (2529). **ปัญหาและข้อคิดบางเรื่องจากรัฐธรรมนูญ.** กรุงเทพฯ: สมาคม สังคมศาสตร์.

วรพจน์ วิสสุตพิชญ์. (2538ก). **สิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 (พิมพ์ครั้งที่ 1).** กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

_____. (2538ข). **สิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญ.** กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุน การวิจัย (สกว.).

วิชัย โชควิวัฒน์. (2551). **“ใครว่าไทยละเมิดสิทธิบัตรยา ที่จริงเรายังไม่ได้ทำอีกหลายอย่าง”.** แปลจาก IMPROVING ACCESS TO MEDICINES IN THAILAND : The use of TRIPs flexibilities (Report of a WHO Mission, Bangkok, 31 January to 6 February 2008) (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: อุษาการพิมพ์.

วิษณุ เครืองาม. (2530). **กฎหมายรัฐธรรมนูญ.** กรุงเทพฯ: แสงสิทธิการพิมพ์.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. (2540). **ระบบประกันสุขภาพในภาพรวมของประเทศไทย.** กรุงเทพฯ:

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

วีระ โลจายะ. (2525). **กฎหมายสิทธิมนุษยชน**. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

_____. (2538).

สิทธิกร นิพยะ. (2548). **สิทธิบัตรกับการเข้าถึงยา**. กรุงเทพฯ: โครงการ WTO Watch (จับ
กระแสดังกล่าวการค้าโลก).

สุวิทย์ วิบุตผลประเสริฐ. (2540). **ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ : บทวิเคราะห์ทางวิชาการ**
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สำเร็จ แหงกระโทกและคณะ. (2549). **การพัฒนาการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นกับการสร้าง**
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดนครราชสีมา(รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ:
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.).

หยุด แสงอุทัย. (2511). **คำอธิบายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย(พ.ศ.2511) เรียงมาตรา,**
และคำอธิบายรัฐธรรมนูญทั่วไปโดยย่อ. พระนคร: กรุงเทพมหานครพิมพ์.

_____. (2523). **ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับกฎหมายทั่วไป** (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

อุดมศักดิ์ สินธิพงษ์. (2550). **สิทธิมนุษยชน** (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

วิทยานิพนธ์

มงคล เทียนประเทืองชัย. (2539). **การจัดสวัสดิการแรงงานของไทย กรณีศึกษากองทุนเงิน**
ทดแทนและกองทุนประกันสังคม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชานิติศาสตร์
กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.

กฎหมาย

คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2551.

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 205/2550 เรื่อง **แต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการดำเนินงาน**
เกี่ยวกับการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยรัฐ.

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 566/2550 เรื่อง **แต่งตั้งคณะกรรมการเจรจาต่อรองเพื่อเพิ่มการ**
เข้าถึงยาจำเป็นที่มีสิทธิบัตร.

คำสั่งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ 3/2550 เรื่อง **แต่งตั้งคณะกรรมการการ**

คัดลอกยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นและมีปัญหาในการเข้าถึงของประชาชนในระบบ
หลักประกันสุขภาพ.

คำสั่งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ 4/2549 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการ
ดำเนินการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรด้านยาและเวชภัณฑ์โดยรัฐ (Government Use).

ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนของสหประชาชาติ. 1948.

ประกาศกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การใช้สิทธิตามสิทธิบัตรด้านยาและ
เวชภัณฑ์ กรณียาเอฟฟาเวอเรนซ์ (Efavirenz) ลงวันที่ 29 พฤศจิกายน 2549.

ประกาศกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การใช้สิทธิตามสิทธิบัตรด้านยาและ
เวชภัณฑ์ กรณียาโลพินาเวียร์และริโทนาเวียร์ (Lopinavir & Ritonavir) ลงวันที่ 24
มกราคม 2550.

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การใช้สิทธิตามสิทธิบัตรด้านยาและเวชภัณฑ์ กรณียาโคลพิโด
เกรล (Clopidogrel) ลงวันที่ 25 มกราคม 2550.

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การใช้สิทธิตามสิทธิบัตรด้านยาและเวชภัณฑ์ กรณียาโดซีแท็ก
เซล (Docetaxel) ลงวันที่ 4 มกราคม 2551.

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การใช้สิทธิตามสิทธิบัตรด้านยาและเวชภัณฑ์ กรณียาเล็ทโท
โซล (Letrozole) ลงวันที่ 4 มกราคม 2551.

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การใช้สิทธิตามสิทธิบัตรด้านยาและเวชภัณฑ์ กรณียาเออร์
โลทินิบ (Erlotinib) ลงวันที่ 4 มกราคม 2551.

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การใช้สิทธิตามสิทธิบัตรด้านยาและเวชภัณฑ์ กรณียาอิมาทิ
นิบ (Imatinib) ลงวันที่ 4 มกราคม 2551.

ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการยกเลิกค่าบริการทางการแพทย์. 2549.
ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์.

พระราชกฤษฎีกา กำหนดหลักเกณฑ์ และอัตราการจ่ายเงินสมทบ ประเภทของประโยชน์ทดแทน
ตลอดจนหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแห่งสิทธิในการรับประโยชน์ทดแทนของผู้ประกันตนซึ่ง
มิใช่ลูกจ้าง. 2537.

พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล. 2523.

พระราชกฤษฎีกา ให้ใช้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 บังคับแก่นายจ้างที่มีลูกจ้างตั้งแต่
หนึ่งคนขึ้นไป. 2545.

พระราชบัญญัติการกำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการจ่ายเงินบางประเภทตามงบประมาณรายจ่าย.
2518.

พระราชบัญญัติการแข่งขันทางการค้า. 2542.
พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค. 2522.
พระราชบัญญัติเงินทดแทน. 2537.
พระราชบัญญัติประกันสังคม. 2533.
พระราชบัญญัติว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ. 2542.
พระราชบัญญัติสิทธิบัตร. 2522.
พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ. 2550.
พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2545.
รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย. 2550.
ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2544.
หนังสือกระทรวงการคลัง ที่ กค 0526.5/3150 ลงวันที่ 29 มกราคม 2539 เรื่อง การเบิกจ่ายค่า
รักษาพยาบาลกรณีบำบัดรักษาโรคทางจิตเวชและปัญญาอ่อน.
หนังสือเวียนกรมบัญชีกลาง ค่วนที่สุด ที่ กค 0417/ว 77 ลงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2548, ค่วนที่สุด ที่
กค 0417/ว 165 ลงวันที่ 11 พฤษภาคม 2550 และ ค่วนที่สุด ที่ กค 0417/ว 370 ลงวันที่ 26
ตุลาคม 2550.
หนังสือเวียนกรมบัญชีกลาง ค่วนที่สุด ที่ กค 0417/ว 177 ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2549 ค่วนที่สุด ที่
กค 0417/ว 309 ลงวันที่ 17 กันยายน 2550 และ ค่วนที่สุด ที่ กค 0417/ว 414 ลงวันที่ 26
พฤศจิกายน 2550.
หนังสือเวียนกรมบัญชีกลาง ค่วนที่สุด ที่ กค 0417/ว 177 ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2549. (รายการ
แนบท้าย : ค่าตรวจสอบสุขภาพประจำปี).

ภาษาต่างประเทศ

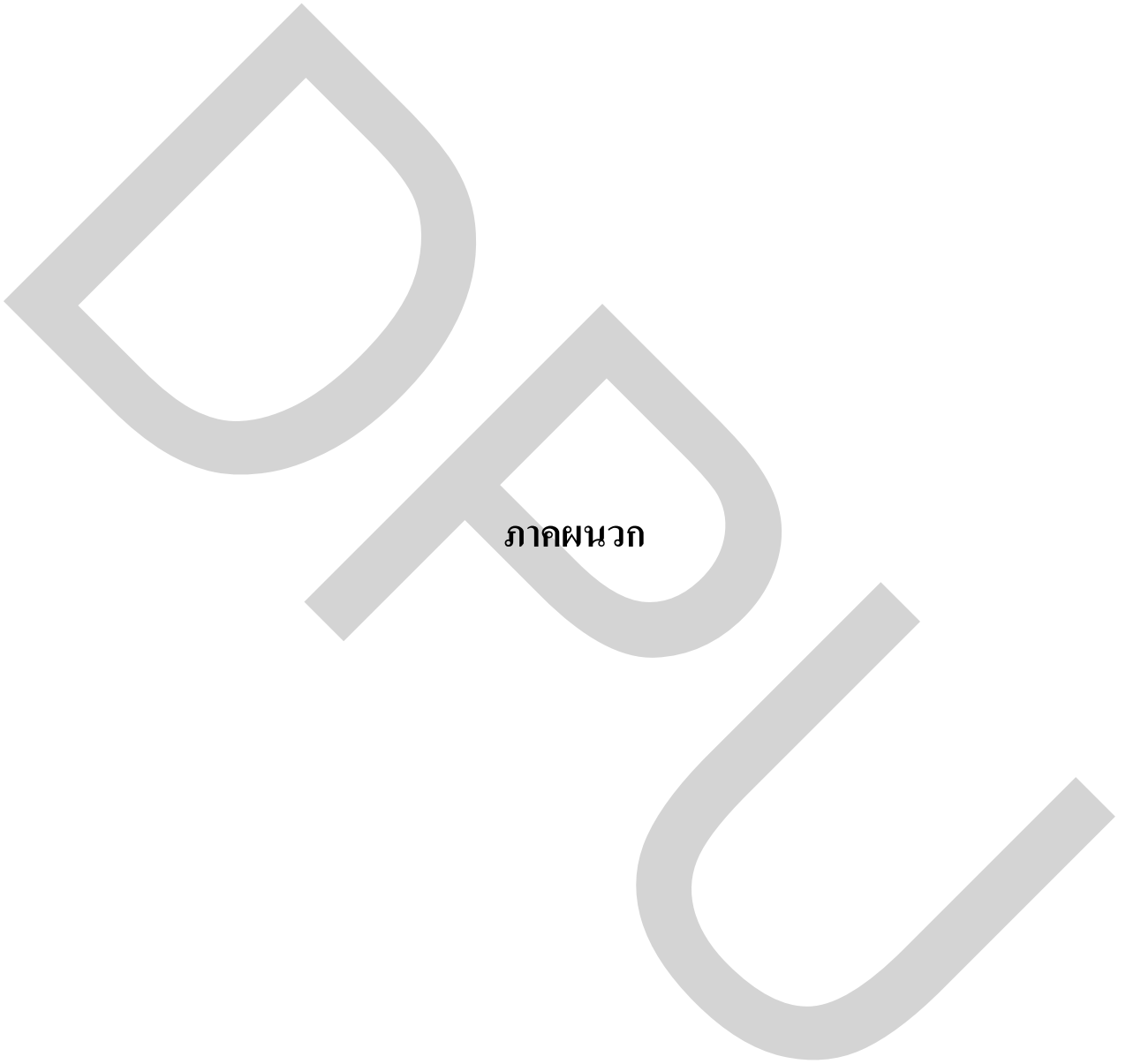
BOOKS

- Albert Bleckmann. (1979). **Staatsrecht II-Die Grundrecht**. 4 Aufl.,
Hermann ROESLER. (1968). **In Johannes SIEMEST** (p 117). Meiji State: Tokyo.
Reichman, J , Hasenzahl, C. (2003). **Non-voluntary licensing of patented
inventions:historical perspective, legal framework under TRIPS, and an overview
of the practice in Canada and the USA**. Geneva: ICTSD/UNCTAD.

WHO. (1976). **Health as a human right. Health aspects of human rights with special reference to developments in biology and medicine** (p 10-13). Geneva.

OTHER

DECLARATION ON THE TRIPS AGREEMENT AND PUBLIC HEALTH, MINISTERIAL CONFERENCE, Fourth Session, Doha, 9-14 November 2001, WORLD TRADE ORGANIZATION



ภาคผนวก

ประกาศกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง การใช้สิทธิตามสิทธิบัตรด้านยาและเวชภัณฑ์

ส่วนหนึ่งของมาตรา 51 แห่งพระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ.2522 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสิทธิบัตร (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติสิทธิบัตร (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542 ระบุว่าเพื่อประโยชน์สาธารณะ กระทรวง ทบวง กรม อาจใช้สิทธิตามสิทธิบัตรใดๆ ได้โดยไม่ต้องขออนุญาตจากผู้ทรงสิทธิบัตรก่อน เจตนารมณ์ของกฎหมายส่วนนี้มีความชัดเจนว่ากิจการใดที่มีได้มุ่งหวังประโยชน์เชิงพาณิชย์โดยเฉพาะกิจการสาธารณะประโยชน์ของภาครัฐ เช่น บริการสาธารณสุข รัฐสามารถใช้สิทธิดังกล่าวได้โดยชอบธรรม

เป็นที่ทราบกันดีว่า การระบาดของเชื้อไวรัสเอชไอวี (เอดส์) เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขโดยถึงขณะนี้ประมาณได้ว่ามีคนไทยมากกว่าหนึ่งล้านคนแล้วที่ติดเชื้อเอชไอวีและในจำนวนนี้ยังมีชีวิตอยู่มากกว่าห้าแสนคน ซึ่งในระยะยาวจำเป็นต้องใช้ยาต้านไวรัสเพื่อการดำรงชีพปกติแก่คนอื่น ในขณะที่งบประมาณสำหรับจัดบริการสุขภาพแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2549 มีเพียง 2,769.2 ล้านบาท สำหรับเป้าหมายจำนวน 82,000 คนเท่านั้น

แม้ในปัจจุบัน จะมียาต้านไวรัสเอชไอวีที่มีประสิทธิภาพในเชิงประจักษ์ ซึ่งสามารถยืดอายุผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างแท้จริง และรัฐบาลไทยได้ประกาศนโยบายที่จะให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความจำเป็นต้องใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีสามารถเข้าถึงยาได้ทุกคน ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2546 เป็นต้นมา และได้จัดสรรงบประมาณเพื่อการนี้เป็นการเฉพาะ แต่ยังมียาต้านไวรัสเอชไอวีบางชนิดที่ยากต่อการเข้าถึง ทั้งที่จำเป็นต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพราะมีประสิทธิภาพดีและผลข้างเคียงไม่สูง ทั้งนี้เพราะยาเหล่านี้เป็นยาที่มีสิทธิบัตรคุ้มครองตามพระราชบัญญัติสิทธิบัตรดังกล่าว ทำให้สามารถทำการตลาดโดยปราศจากการแข่งขัน จึงมีราคาสูง เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงยาด้านไวรัสของผู้ป่วยที่รัฐจะจัดให้ได้

ยา Efavirenz ได้รับการพิสูจน์แล้วในระยะเวลาที่ผ่านมาว่าเป็นยาด้านไวรัสเอชไอวีชนิดหนึ่งที่มีประสิทธิภาพสูงในการรักษา มีพิษภัย และอาการแทรกซ้อนจากการใช้ยาไม่มาก และจัดอยู่ในสูตรยาในระบบหลักประกันการเข้าถึงยาเอดส์แห่งชาติ แต่เนื่องจากยาดังกล่าวนี้อาจมีสิทธิบัตรคุ้มครอง ทำให้ห้องปฏิบัติการเภสัชกรรมหรือผู้ผลิตรายอื่นไม่สามารถผลิต หรือนำเข้ามาจำหน่ายเพื่อแข่งขันในตลาดได้ราคาภายในประเทศไทยจึงสูงกว่ายาดังกล่าวที่ผลิตขึ้นในประเทศอินเดียถึงสองเท่า งบประมาณที่รัฐจัดสรรสำหรับใช้จัดหาวันนี้จึงครอบคลุมผู้ป่วยได้เพียงบางส่วน

เท่านั้น ผู้ป่วยที่เหลือจำเป็นต้องใช้ยาอื่นที่ไม่มีสิทธิบัตรคุ้มครอง เพราะมีราคาสูงกว่า แม้จะได้ผล แต่ก็มียอัตรการเกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงสูงกว่าสูตรยา Efavirenz หลายเท่า

ภายใต้ปณินญาโดฮาที่ว่าด้วยทริปลั้กับการสาธารณสุข (Doha Declaration) ระบุไว้ว่า ประเทศสมาชิกมีสิทธิที่จะปกป้องการสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการส่งเสริมการเข้าถึงยา อย่างถ้วนหน้าด้วยการบังคับใช้สิทธิในกรณีที่มีความจำเป็นเร่งด่วน รวมทั้งที่เป็นประโยชน์ สาธารณะ โดยเฉพาะยาที่จำเป็นต่อการบำบัดรักษาโรคเอดส์ วัณโรค มาลาเรีย และโรคระบาดอื่นๆ อีกทั้งภายใต้กฎหมายว่าด้วยสิทธิบัตรของไทยได้บัญญัติให้กระทรวง ทบวง กรม ใช้สิทธิตาม สิทธิบัตรได้ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์สาธารณะที่มีใช้ประโยชน์ในเชิงพาณิชย์ดังกล่าวแล้ว

ดังนั้น กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขจึงอาศัยบทบัญญัติ มาตรา 51 แห่ง พระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ. 2522 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสิทธิบัตร (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติสิทธิบัตร (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2542 ใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยาที่มีชื่อการค้าว่า Stocrin® (ชื่อสามัญคือ Efavirenz) โดยให้องค์การเภสัชกรรมเป็นผู้ใช้สิทธิแทนตามสิทธิที่กำหนด ไว้ในมาตรา 36 วรรค 1 แห่งพระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ.2522 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติ สิทธิบัตร (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2535 และพระราชบัญญัติสิทธิบัตร (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2542 ภายใต้เงื่อนไข ดังนี้:-

- (1) ให้ใช้สิทธิตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2554
- (2) เพื่อจัดให้มียาชื่อสามัญดังกล่าวจำนวนที่เพียงพอในการให้บริการแก่ผู้ที่จำเป็นต้อง ใช้ยานี้จำนวนไม่เกินกว่า 200,000 คนต่อปีไว้บริการเฉพาะผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 และผู้มีสิทธิ ในระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและลูกจ้างของทางราชการ

(3) กำหนดค่าตอบแทนให้แก่ผู้ทรงสิทธิบัตร จำนวนไม่เกินร้อยละ 0.5 ของมูลค่าการ จำหน่ายยาชื่อสามัญดังกล่าวโดยองค์การเภสัชกรรม

การควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขจะแจ้งให้ผู้ทรงสิทธิบัตรและกรมทรัพย์สินทาง ปัญญาให้ทราบโดยมิชักช้า

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ 29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2549

(นายวัช สุนทรจารย์)

อธิบดีกรมควบคุมโรค

ประกาศกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง การใช้สิทธิตามสิทธิบัตรด้านยาและเวชภัณฑ์

กรณียาสูตรผสมระหว่างโลพินาเวียร์และริโทนาเวียร์ (Lopinavir & Ritonavir)

ส่วนหนึ่งของมาตรา 51 แห่งพระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ.2522 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสิทธิบัตร (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติสิทธิบัตร (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542 ระบุไว้ว่าเพื่อประโยชน์สาธารณะ กระทรวง ทบวง กรม อาจใช้สิทธิตามสิทธิบัตรใดๆ ได้โดยไม่ต้องขออนุญาตจากผู้ทรงสิทธิบัตรก่อน เจตนารมณ์ของกฎหมายส่วนนี้มีความชัดเจนว่ากิจการใดที่มีได้มุ่งหวังประโยชน์ในเชิงพาณิชย์ โดยเฉพาะกิจการสาธารณประโยชน์ของภาครัฐ เช่น บริการสาธารณสุข รัฐสามารถใช้สิทธิดังกล่าวได้โดยชอบธรรม

เป็นที่ทราบกันดีว่าการระบาดของเชื้อไวรัสเอชไอวี (เอดส์) เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขโดยถึงขณะนี้ประมาณได้ว่า มีคนไทยมากกว่าหนึ่งล้านคนแล้วที่ติดเชื้อเอชไอวี และในจำนวนนี้ยังมีชีวิตอยู่มากกว่าห้าแสนคน ซึ่งในระยะยาวจำเป็นต้องใช้ยาต้านไวรัสเพื่อการดำรงชีพปกติแก่คนอื่น และรัฐบาลไทยได้ประกาศนโยบายที่จะให้ผู้ติดเชื้อที่มีความจำเป็นต้องใช้ยาต้านไวรัสฯ สามารถเข้าถึงยาได้ทุกคนตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2546 เป็นต้นมา และได้จัดสรรงบประมาณเพื่อการนี้เป็นการเฉพาะ แต่ยังมียาต้านไวรัสเอดส์บางชนิดที่ยากต่อการเข้าถึง ทั้งที่จำเป็นต่อผู้ติดเชื้อ เพราะมีประสิทธิภาพและผลข้างเคียงไม่สูง ทั้งนี้ เพราะยาเหล่านี้เป็นยาที่มีสิทธิบัตรคุ้มครองตามพระราชบัญญัติสิทธิบัตรฯ ทำให้สามารถทำการตลาดโดยปราศจากการแข่งขัน จึงมีราคาสูง รัฐจึงไม่สามารถจัดสรรงบประมาณให้เพียงพอได้ ในขณะนี้นับประมาณสำหรับจัดบริการสุขภาพแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2550 มีเพียง 3,855.6 ล้านบาท สำหรับเป้าหมายจำนวน 108,000 คนเท่านั้น ในจำนวนดังกล่าวได้มีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่เริ่มมีการซื้อยาสูตรพื้นฐาน และมีความจำเป็นต้องใช้ยาสูตรคือยา

ยาสูตรผสมระหว่าง Lopinavir และ Ritonavir ภายใต้ชื่อการค้า Kaletra ได้รับการพิสูจน์แล้วในระยะเวลาที่ผ่านมาว่าเป็นยาด้านไวรัสฯชนิดหนึ่งที่มีประสิทธิภาพสูงในสูตรการรักษาผู้ป่วยที่มีเชื้อคือยาที่ไม่สามารถรักษาด้วยสูตรยาพื้นฐานได้ และจัดอยู่ในสูตรยาในระบบหลักประกันการเข้าถึงยาเอดส์แห่งชาติ แต่ยาดังกล่าวนั้นมีสิทธิบัตรคุ้มครอง ทำให้องค์การเภสัชกรรมหรือผู้ผลิตรายอื่นไม่สามารถผลิตหรือนำเข้ามาจำหน่ายเพื่อแข่งขันในตลาดได้ ราคายาในประเทศไทยจึงสูงกว่ายาดังกล่าวที่ผลิตขึ้นในประเทศอย่างมาก ทำให้ผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาสูตรพื้นฐานจำนวนมากไม่สามารถได้รับยาดังกล่าว และเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสจนเกิด

อันตรายถึงแก่ชีวิต หากมีการผลิตในประเทศ หรือนำเข้ายาชื่อสามัญดังกล่าวเข้ามาใช้ทดแทนยาต้น
ตำรับ จะช่วยให้ราคายาถูกลงและทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงได้มากขึ้น

ภายใต้ปฏิญญาโดฮาที่ว่าด้วยความตกลงทริปส์กับการสาธารณสุข (Doha Declaration
on TRIPs and Public Health) ระบุว่า ประเทศสมาชิกมีสิทธิที่จะปกป้องการสาธารณสุข
โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการส่งเสริมการเข้าถึงยาอย่างถ้วนหน้า ด้วยการบังคับใช้สิทธิในกรณีที่มีความ
จำเป็นเร่งด่วน รวมทั้งที่เป็นประโยชน์สาธารณะ โดยเฉพาะยาที่จำเป็นต่อการบำบัดรักษาโรคเอดส์
วัณโรค มาลาเรีย และโรคระบาดอื่นๆ อีกทั้งภายใต้กฎหมายว่าด้วยสิทธิบัตรของไทยได้บัญญัติให้
กระทรวง ทบวง กรม ใช้สิทธิตามสิทธิบัตรได้ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์สาธารณะที่มีใช้ประโยชน์ในเชิง
พาณิชย์ดังกล่าวแล้ว

ดังนั้น อาศัยบทบัญญัติ มาตรา 51 แห่งพระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ.2522 แก้ไข
เพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสิทธิบัตร (ฉบับที่ 2)พ.ศ. 2535และพระราชบัญญัติสิทธิบัตร (ฉบับที่ 3)
พ.ศ.2542 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขจึงใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยาที่มีชื่อการค้าว่า Kaletra
(ชื่อสามัญคือ Lopinavir ผสมกับ Ritonavir) โดยให้องค์การเภสัชกรรมเป็นผู้ใช้สิทธิแทนตามสิทธิ
ที่กำหนดไว้ในมาตรา 36 วรรค 1 แห่งพระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ. 2522 แก้ไขเพิ่มเติมโดย
พระราชบัญญัติสิทธิบัตร (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2535 และพระราชบัญญัติสิทธิบัตร (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2542
ภายใต้เงื่อนไขดังนี้:-

- (1) ให้ใช้สิทธิตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป จนถึงวันที่ 31 มกราคม พ.ศ.2555
- (2) เพื่อจัดให้มียาชื่อสามัญดังกล่าวจำนวนที่เพียงพอในการให้บริการแก่ผู้ที่จำเป็นต้อง
ใช้ยานี้จำนวนไม่เกินกว่า 50,000 คนต่อปี ไว้บริการเฉพาะผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 และผู้มีสิทธิ
ในระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการและลูกจ้างของทางราชการ
- (3) กำหนดค่าตอบแทนให้แก่ผู้ทรงสิทธิบัตรจำนวนร้อยละ 0.5 ของมูลค่าการจำหน่าย
ยาชื่อสามัญดังกล่าวโดยองค์การเภสัชกรรม

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขจะแจ้งผู้ทรงสิทธิบัตรและกรมทรัพย์สินทาง
ปัญญาให้ได้รับทราบโดยมิชักช้า

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ 24 มกราคม พ.ศ. 2550

(นายวัช สุนทรจารย์)

อธิบดีกรมควบคุมโรค

ประกาศ กระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง การใช้สิทธิตามสิทธิบัตรด้านยาและเวชภัณฑ์

กรณียาโคลพิโดเกรล (Clopidogrel)

ส่วนหนึ่งของมาตรา 51 แห่งพระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ.2522 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสิทธิบัตร (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติสิทธิบัตร (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542 ได้กำหนดไว้ว่า เพื่อประโยชน์สาธารณะ กระทรวง ทบวง กรม อาจใช้สิทธิตามสิทธิบัตรใดๆ ได้โดยไม่ต้องเจรจาเพื่อขออนุญาตจากผู้ทรงสิทธิบัตรก่อน เจตนารมณ์ของกฎหมายส่วนนี้มีความชัดเจนว่า กิจการใดที่มีได้มุ่งหวังประโยชน์ในเชิงพาณิชย์ โดยเฉพาะกิจการสาธารณสุขประโยชน์ของภาครัฐ เช่น บริการสาธารณสุข รัฐสามารถใช้สิทธิดังกล่าวได้โดยชอบธรรม

โรคเส้นเลือดอุดตันทั้งในหัวใจ (Myocardial Ischemia) และในสมอง (Cerebrovascular Accident) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญยิ่งของประเทศเนื่องจากมีความร้ายแรงสูงที่นำมาซึ่งความตายและความพิการจำนวนมาก อัตราตายของโรคนี้อยู่ในสามอันดับแรกเกือบทุกปี โรคเส้นเลือดอุดตันทั้งในหัวใจและในสมองเป็นโรคที่สร้างภาระให้กับวงการสาธารณสุขไทยในลำดับต้นๆ โดยมีค่าสูญเสียสุขภาพ (DALYs Loss) สูง โดยอยู่ในสิบอันดับแรกทั้งเพศหญิงและเพศชาย แม้ว่าโรคนี้อาจป้องกันได้ด้วยการใช้ชีวิตในวิถีที่เหมาะสม โดยเฉพาะในการรับประทานอาหาร การบริหารจัดการและการออกกำลังกาย แต่อุบัติการณ์ของโรคนี้อย่างมากและมีความจำเป็นที่ต้องใช้ยาในการรักษาและป้องกันมิให้เกิดความรุนแรงเพิ่มขึ้น เพื่อลดอัตราป่วยและอัตราตายของโรคหลอดเลือดที่เกิดจากการอุดตันของลิ้มเลือด

โคลพิโดเกรล (Clopidogrel) หรือที่จำหน่ายในประเทศไทยภายใต้ชื่อการค้าว่าพลาวิกซ์ (Plavix[®]) เป็นยาที่มีประสิทธิผลเชิงประจักษ์ ในการป้องกันความรุนแรงของโรคเส้นเลือดอุดตันทั้งในหัวใจและในสมองได้ รวมทั้งใช้ระยะสั้นในการสอดฝังขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือด (Coronary Stent Implantation) โดยการยับยั้งการจับกลุ่มกันของเกล็ดเลือด แต่ยานี้มีราคาแพงมาก ขาดต่อการเข้าถึง เนื่องจากมีสิทธิบัตรคุ้มครองตามพระราชบัญญัติสิทธิบัตรฯ ทำให้ปราศจากการแข่งขัน โดยองค์การเภสัชกรรมหรือผู้ผลิตรายอื่นไม่สามารถผลิตหรือนำเข้ามาจำหน่ายเพื่อแข่งขันในตลาดได้

จากสถิติอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดและหัวใจในอัตรา 350 ต่อ 100,000 ทำให้ประมาณการได้ว่าเฉพาะระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพียงระบบเดียว (45 ล้านคน) ก็ยังมีความจำเป็นต้องใช้ยานี้สูงถึง 20.5 ล้านเม็ดต่อปี แต่เนื่องจากยานี้มีราคาสูงและงบประมาณมีจำกัดจึงพบว่ามิเพียงร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดอุดตันภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงยานี้ หากเปิดโอกาสให้มีการแข่งขันในตลาด โดยการนำเข้ายาชื่อสามัญหรือผลิตยาชื่อสามัญขึ้นเองในประเทศ ราคาขายนี้อาจลดลงอย่างมากและทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาได้

เพิ่มขึ้น 6-12 เท่าตัว ซึ่งจะช่วยให้เห็นนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นจริงได้อย่างสมบูรณ์

ภายใต้ปฏิญญาโดฮาที่ว่าด้วยความตกลงทริปส์กับการสาธารณสุข (Doha Declaration on TRIPs and Public Health) ระบุไว้ว่า ประเทศสมาชิกมีสิทธิที่จะปกป้องการสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อเป็นการส่งเสริมการเข้าถึงยาอย่างถ้วนหน้า ด้วยการบังคับใช้สิทธิในกรณีที่มีความจำเป็นเร่งด่วน รวมทั้งที่เป็นประโยชน์สาธารณะ อีกทั้งภายใต้กฎหมายว่าด้วยสิทธิบัตรของไทยก็ได้บัญญัติให้กระทรวง ทบวง กรม ใช้สิทธิตามสิทธิบัตรได้ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์สาธารณะที่มิใช่ประโยชน์ในเชิงพาณิชย์ดังกล่าวแล้ว

ดังนั้นอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติ มาตรา 51 แห่งพระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ.2522 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสิทธิบัตร (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติสิทธิบัตร (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542 กระทรวงสาธารณสุขจึงออกประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยาที่มีชื่อการค้าว่า Plavix[®] และยาที่มีองค์ประกอบของ Clopidogrel ในทุกสูตรตำรับ รวมทั้งอนุพันธ์ต่างๆ ของยานี้ที่มีสิทธิบัตรในประเทศไทยโดยมอบหมายให้องค์การเภสัชกรรมเป็นผู้ใช้สิทธิแทนตามสิทธิที่กำหนดไว้ในมาตรา 36 วรรค 1 แห่งพระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ. 2522 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสิทธิบัตร (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติสิทธิบัตร (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542 ภายใต้เงื่อนไข ดังนี้

(1) ให้ใช้สิทธิได้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป จนกว่าจะหมดระยะเวลาของสิทธิบัตรหรือหมดความจำเป็นต้องใช้ยานี้

(2) เพื่อจัดให้มียาชื่อสามัญดังกล่าวจำนวนเพียงพอในการให้บริการแก่ผู้ที่จำเป็นต้องใช้ยานี้เฉพาะผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 และผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการและลูกจ้างของทางราชการ ทั้งนี้ไม่จำกัดจำนวนผู้ที่จะใช้ยานี้โดยให้อยู่ในดุลพินิจของแพทย์

(3) กำหนดค่าตอบแทนให้แก่ผู้ทรงสิทธิบัตรจำนวนร้อยละ 0.5 ของมูลค่าการจำหน่ายยาชื่อสามัญดังกล่าวโดยองค์การเภสัชกรรม

กระทรวงสาธารณสุข จะแจ้งผู้ทรงสิทธิบัตรและกรมทรัพย์สินทางปัญญาให้ได้รับทราบโดยมิชักช้า จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2550

(นายปราศรัย บุญยวงศ์วิโรจน์)

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง การใช้สิทธิตามสิทธิบัตรด้านยาและเวชภัณฑ์

กรณียา Docetaxel

มาตรา 51 แห่งพระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ.2522 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสิทธิบัตร (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติสิทธิบัตร (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542 ได้กำหนดไว้ว่า เพื่อประโยชน์สาธารณะ กระทรวง ทบวง กรม อาจใช้สิทธิตามสิทธิบัตรอย่างใดอย่างหนึ่งตามมาตรา 36 โดยกระทำการดังกล่าวเองหรือให้บุคคลอื่นกระทำแทน ในการใช้สิทธิดังกล่าว กระทรวง ทบวง กรม จะต้องเสียค่าตอบแทนแก่ผู้ทรงสิทธิบัตรหรือผู้ได้รับอนุญาตให้ใช้สิทธิของผู้ทรงสิทธิบัตรตามมาตรา 48 วรรคสอง และจะต้องแจ้งให้ผู้ทรงสิทธิบัตรทราบเป็นหนังสือโดยไม่ชักช้า ทั้งนี้ โดยไม่อยู่ภายใต้บังคับเงื่อนไขมาตรา 46 มาตรา 47 และมาตรา 47 ทวิ

เจตนารมณ์ของกฎหมายส่วนนี้มีความชัดเจนว่า กิจการใดที่มีได้มุ่งหวังประโยชน์ในเชิงพาณิชย์ โดยเฉพาะกิจการสาธารณประโยชน์ของภาครัฐ เช่น บริการสาธารณสุข รัฐสามารถใช้สิทธิดังกล่าวได้โดยชอบธรรมและไม่ต้องทำการเจรจาต่อรองกับผู้ทรงสิทธิบัตรก่อน และไม่ต้องดำเนินการตามมาตรา 46 มาตรา 47 และมาตรา 47 ทวิ ดังกล่าวมาแล้ว

โรคมะเร็งเป็นโรคที่คร่าชีวิตคนไทยสูงมากในแต่ละปี อัตราตายด้วยโรคนี้อยู่ในอันดับสูงอย่างต่อเนื่องมาตลอด ความรุนแรงของโรคทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์แสนสาหัส นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายที่สูงมากในการรักษาทั้งโดยการผ่าตัด การฉายรังสี และโดยเฉพาะการให้เคมีบำบัด เป็นภาระต่อผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลกระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นเหตุให้ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยถึงปานกลางถึงขั้นล้มละลาย

โรคมะเร็งปอดและโรคมะเร็งเต้านม เป็นโรคมะเร็งที่มีอุบัติการณ์เกิดโรคสูงเป็นลำดับต้นในชายไทยและหญิงไทยตามลำดับ ในปัจจุบันมียาที่ช่วยยืดอายุผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งทั้งสองได้อย่างชัดเจนจำนวนหนึ่งที่สำคัญ คือยา Docetaxel หรือที่จำหน่ายในประเทศไทยภายใต้ชื่อการค้าว่า Taxotere®

นอกจากโรคมะเร็งปอดและโรคมะเร็งเต้านมแล้ว Docetaxel ยังใช้รักษาโรคมะเร็งที่กระเพาะอาหาร ศรีษะและคอได้อีกด้วย ยานี้จึงมีความสำคัญมาก อย่างไรก็ตาม ยานี้มีราคาแพงมากเนื่องจากมีสิทธิบัตรคุ้มครองตามพระราชบัญญัติสิทธิบัตรฯ ทำให้ปราศจากการแข่งขัน โดยองค์การเภสัชกรรมหรือผู้ผลิตรายอื่นไม่สามารถผลิตหรือนำเข้ามาจำหน่ายได้

แม้จะสามารถใช้อำนาจตามมาตรา 51 ของพระราชบัญญัติสิทธิบัตรดังกล่าวมาแล้วในช่วงหลายเดือนที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขก็ได้พยายามทุกวิถีทางที่จะเจรจาต่อรองราคาของ

ขาดกล่าวกับบริษัทผู้ทรงสิทธิ แต่ก็ไม่ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ แม้บริษัทจะลดราคาลงมาระดับหนึ่ง แต่ก็ยังมีราคาสูงมากเมื่อเทียบกับยาชื่อสามัญและบริษัทผู้ทรงสิทธิบัตรยังได้กำหนดเงื่อนไขที่ยุ่งยากในทางปฏิบัติทำให้ไม่สามารถบรรลุข้อตกลงที่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างแท้จริงได้ หากพยายามเจรจาต่อไปก็คงจะไม่บรรลุผลที่จะทำให้ผู้ป่วยภายใต้ระบบประกันสุขภาพของรัฐทั้งสามระบบสามารถเข้าถึงยาดังกล่าวได้ทุกคนและยังเป็นการทำให้ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นจะต้องได้รับยาดังกล่าวต้องรอต่อไปโดยไม่ทราบว่าจะได้รับยาเมื่อไร

ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติ มาตรา 51 แห่งพระราชบัญญัติสิทธิบัตรพ.ศ.2522 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสิทธิบัตร(ฉบับที่ 2)พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติสิทธิบัตร(ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542 ใช้สิทธิตามสิทธิบัตรต่อยาที่มีองค์ประกอบของ Docetaxel ในทุกสูตรตำรับรวมทั้งอนุพันธ์ต่างๆ ของยาดังกล่าวที่มีสิทธิบัตรในประเทศไทย โดยมอบหมายให้องค์การเภสัชกรรมเป็นผู้ใช้สิทธิแทนตามสิทธิที่กำหนดไว้ในมาตรา 36 วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ.2522 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสิทธิบัตร(ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติสิทธิบัตร (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2542 ภายใต้อำนาจ ดังนี้

(1) ให้ใช้สิทธิได้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป จนกว่าจะหมดระยะเวลาของสิทธิบัตรหรือหมดความจำเป็นต้องใช้ยานี้

(2) เพื่อจัดให้มียาชื่อสามัญดังกล่าวจำนวนเพียงพอในการให้บริการแก่ผู้ที่จำเป็นต้องใช้ยานี้เฉพาะผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 และผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและลูกจ้างของทางราชการ ทั้งนี้ ไม่จำกัดจำนวนผู้ที่ต้องใช้ยานี้โดยให้อยู่ในดุลพินิจของแพทย์ผู้รักษา

(3) กำหนดค่าตอบแทนให้แก่ผู้ทรงสิทธิบัตร จำนวนร้อยละ 3 ของมูลค่าการจำหน่ายยาชื่อสามัญดังกล่าวโดยองค์การเภสัชกรรม

กระทรวงสาธารณสุข จะแจ้งผู้ทรงสิทธิบัตรและกรมทรัพย์สินทางปัญญาให้ได้รับทราบโดยมิชักช้า

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2551

(นายมงคล ณ สงขลา)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง การใช้สิทธิตามสิทธิบัตรด้านยาและเวชภัณฑ์

กรณียา Letrozole

มาตรา 51 แห่งพระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ.2522 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสิทธิบัตร (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติสิทธิบัตร (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542 ได้กำหนดไว้ว่า เพื่อประโยชน์สาธารณะ กระทรวง ทบวง กรม อาจใช้สิทธิตามสิทธิบัตรอย่างใดอย่างหนึ่งตามมาตรา 36 โดยกระทำการดังกล่าวเองหรือให้บุคคลอื่นกระทำแทน ในการใช้สิทธิดังกล่าว กระทรวง ทบวง กรม จะต้องเสียค่าตอบแทนแก่ผู้ทรงสิทธิบัตรหรือผู้ได้รับอนุญาตให้ใช้สิทธิของผู้ทรงสิทธิบัตรตามมาตรา 48 วรรคสอง และจะต้องแจ้งให้ผู้ทรงสิทธิบัตรทราบเป็นหนังสือโดยไม่ชักช้า ทั้งนี้ โดยไม่อยู่ภายใต้บังคับเงื่อนไขมาตรา 46 มาตรา 47 และมาตรา 47 ทวิ

เจตนารมณ์ของกฎหมายส่วนนี้มีความชัดเจนว่า กิจการใดที่มีได้มุ่งหวังประโยชน์ในเชิงพาณิชย์ โดยเฉพาะกิจการสาธารณสุขประโยชน์ของภาครัฐ เช่น บริการสาธารณสุข รัฐสามารถใช้สิทธิดังกล่าวได้โดยชอบธรรม โดยไม่ต้องเจรจากับผู้ทรงสิทธิบัตรก่อน และไม่ต้องดำเนินการตามมาตรา 46 มาตรา 47 และมาตรา 47 ทวิ ดังกล่าวมาแล้ว

โรคมะเร็งเป็นโรคที่คร่าชีวิตคนไทยสูงมากในแต่ละปี อัตราตายด้วยโรคนี้อยู่ในอันดับสูงมากมาหลายปีติดต่อกัน ความรุนแรงของโรคทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์อันแสนสาหัส นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายที่สูงมากในการรักษาทั้งโดยการผ่าตัด การฉายรังสี และโดยเฉพาะการให้เคมีบำบัด เป็นภาระต่อผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลกระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจ จนเป็นเหตุให้ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยถึงปานกลางถึงขั้นล้มละลาย

โรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่มีอุบัติการณ์เกิดโรคสูงสุดในหญิงไทย ในปัจจุบันมียาที่ช่วยยืดอายุผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม ได้อย่างชัดเจนจำนวนหนึ่ง ที่สำคัญ คือยา Letrozole แต่ยานี้มีราคาแพงมาก ยากต่อการเข้าถึง เนื่องจากมีสิทธิบัตรคุ้มครองตามพระราชบัญญัติสิทธิบัตรฯ ทำให้ปราศจากการแข่งขัน โดยองค์การเภสัชกรรมหรือผู้ผลิตรายอื่นไม่สามารถผลิตหรือนำเข้ามาจำหน่ายเพื่อแข่งขันในตลาดได้ หากเปิดโอกาสให้มีการแข่งขันในตลาด โดยการนำเข้ายาชื่อสามัญหรือผลิตยาชื่อสามัญขึ้นเองในประเทศ ราคาขายนี้จะลดลง ทำให้ผู้ป่วยภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐทั้งสามระบบสามารถเข้าถึงยาได้ทุกคนขึ้น แม้จะสามารถใช้อำนาจตามมาตรา 51 ของพระราชบัญญัติสิทธิบัตรดังกล่าวมาแล้ว โดยไม่ต้องเจรจากับผู้ทรงสิทธิบัตรก่อน แต่ในช่วงหลายเดือนที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขได้พยายามทุกวิถีทางที่จะเจรจากับบริษัทผู้ทรงสิทธิ แต่ก็ไม่ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ แม้บริษัทจะลดราคาลงมาบ้างระดับหนึ่ง แต่ก็ยังมีราคาสูงมากเมื่อเทียบกับ

ยาชื่อสามัญและบริษัทผู้ทรงสิทธิบัตรยังได้กำหนดเงื่อนไขที่ยุ่งยากในทางปฏิบัติ ทำให้ไม่สามารถบรรลุข้อตกลงที่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างแท้จริงได้ หากเจรจาต่อไปก็คงจะไม่บรรลุผลที่จะทำให้ผู้ป่วยภายในระบบประกันสุขภาพของรัฐทั้งสามระบบสามารถเข้าถึงยาดังกล่าวได้ทุกคน และทำให้ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นจะต้องได้รับยาต้องรอต่อไปโดยไม่ทราบว่าจะได้รับยาเมื่อไร

ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติ มาตรา 51 แห่งพระราชบัญญัติสิทธิบัตรพ.ศ.2522 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสิทธิบัตร(ฉบับที่ 2)พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติสิทธิบัตร(ฉบับที่ 3) พ.ศ.2542 เพื่อใช้สิทธิโดยรัฐตามสิทธิบัตรยาที่มีองค์ประกอบของ Letrozole ในทุกสูตรตำรับ รวมทั้งอนุพันธ์ต่างๆ ของยาดังกล่าวที่มีสิทธิบัตรในประเทศไทย โดยมอบหมายให้องค์การเภสัชกรรมเป็นผู้ใช้สิทธิแทนตามสิทธิที่กำหนดไว้ในมาตรา 36 วรรค 1 แห่งพระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ.2522 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสิทธิบัตร(ฉบับที่ 2) พ.ศ.2535 และพระราชบัญญัติสิทธิบัตร(ฉบับที่ 3) พ.ศ.2542 ภายใต้อนุญาต ดังนี้

(1) ให้ใช้สิทธิได้ตั้งแต่วันที่นี้เป็นต้นไป จนกว่าจะหมดระยะเวลาของสิทธิบัตรหรือหมดความจำเป็นต้องใช้ยา

(2) เพื่อจัดให้มียาชื่อสามัญดังกล่าวจำนวนเพียงพอในการให้บริการแก่ผู้ที่จำเป็นต้องใช้ยา โดยเฉพาะผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 และผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการและลูกจ้างของทางราชการ ทั้งนี้ ไม่จำกัดจำนวนผู้ที่ต้องใช้ยา โดยให้อยู่ในดุลพินิจของแพทย์ผู้รักษา

(3) กำหนดค่าตอบแทนให้แก่ผู้ทรงสิทธิบัตร จำนวนร้อยละ 3 ของมูลค่าการจำหน่ายยาชื่อสามัญดังกล่าวโดยองค์การเภสัชกรรม

กระทรวงสาธารณสุข จะแจ้งผู้ทรงสิทธิบัตรและกรมทรัพย์สินทางปัญญาให้ได้รับทราบโดยมิชักช้า

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2551

(นายมงคล ณ สงขลา)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง การใช้สิทธิตามสิทธิบัตรด้านยาและเวชภัณฑ์

กรณียา Erlotinib

มาตรา 51 แห่งพระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ.2522 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสิทธิบัตร (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติสิทธิบัตร (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542 ได้กำหนดไว้ว่า เพื่อประโยชน์สาธารณะ กระทรวง ทบวง กรม อาจใช้สิทธิตามสิทธิบัตรอย่างใดอย่างหนึ่งตามมาตรา 36 โดยกระทำการดังกล่าวเองหรือให้บุคคลอื่นกระทำแทน ในการใช้สิทธิดังกล่าว กระทรวง ทบวง กรม จะต้องเสียค่าตอบแทนแก่ผู้ทรงสิทธิบัตรหรือผู้ได้รับอนุญาตให้ใช้สิทธิของผู้ทรงสิทธิบัตรตามมาตรา 48 วรรคสอง และจะต้องแจ้งให้ผู้ทรงสิทธิบัตรทราบเป็นหนังสือโดยไม่ชักช้า ทั้งนี้ โดยไม่อยู่ภายใต้บังคับเงื่อนไขมาตรา 46 มาตรา 47 และมาตรา 47 ทวิ

เจตนารมณ์ของกฎหมายส่วนนี้มีความชัดเจนว่า กิจการใดที่มีได้มุ่งหวังประโยชน์ในเชิงพาณิชย์โดยเฉพาะกิจการสาธารณสุขประโยชน์ของภาครัฐเช่นบริการสาธารณสุข รัฐโดยกระทรวง ทบวง กรม สามารถใช้สิทธิดังกล่าวได้โดยชอบธรรม โดยไม่ต้องเจรจากับผู้ทรงสิทธิบัตรก่อน และไม่ต้องดำเนินการตามมาตรา 46 มาตรา 47 และมาตรา 47 ทวิ ดังกล่าวมาแล้ว

โรคมะเร็งเป็นโรคที่คร่าชีวิตคนไทยสูงมากในแต่ละปี อัตราตายด้วยโรคนี้อยู่ในอันดับสูงมากมาตลอด ความรุนแรงของโรคทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์อันแสนสาหัส นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายที่สูงมากในการรักษาทั้งโดยการผ่าตัด การฉายรังสี และโดยเฉพาะการให้เคมีบำบัด ยังเป็นภาระต่อผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลกระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจ จนเป็นเหตุให้ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยถึงปานกลางถึงขั้นล้มละลาย

โรคมะเร็งปอดเป็นโรคมะเร็งที่มีอุบัติการณ์สูงเป็นลำดับต้นๆ โดยเฉพาะในชายไทยในปัจจุบันมียาที่ช่วยยืดอายุผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งปอด ได้อย่างชัดเจนจำนวนหนึ่งที่สำคัญ คือยา Erlotinib หรือที่จำหน่ายในประเทศไทยภายใต้ชื่อการค้าว่า Tarceva[®] ยานี้มีราคาแพงมาก ยากต่อการเข้าถึง เนื่องจากมีสิทธิบัตรคุ้มครองตามพระราชบัญญัติสิทธิบัตรฯ ทำให้ปราศจากการแข่งขันโดยองค์การเภสัชกรรมหรือผู้ผลิตรายอื่นไม่สามารถผลิตหรือนำเข้ามาจำหน่ายในตลาดได้ หากเปิดโอกาสให้มีการแข่งขันในตลาด โดยการนำเข้ายาชื่อสามัญหรือผลิตยาชื่อสามัญขึ้นเองในประเทศ ราคายานี้จะลดลงอย่างมากทำให้ผู้ป่วยภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐทั้งสามระบบสามารถเข้าถึงยาได้ทุกคน

แม้จะสามารถใช้อำนาจตามมาตรา 51 ของพระราชบัญญัติสิทธิบัตรดังกล่าวมาแล้ว โดยไม่ต้องเจรจากับผู้ทรงสิทธิบัตรก่อน แต่ในช่วงหลายเดือนที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขได้

พยายามทุกวิถีทางที่จะเจรจาต่อรองราคาของยาดังกล่าวกับบริษัทผู้ทรงสิทธิ แต่ก็ไม่ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ แม้บริษัทจะลดราคาลงมาบ้างระดับหนึ่ง แต่ก็ยังมีราคาสูงมากเมื่อเทียบกับยาชื่อสามัญและบริษัทผู้ทรงสิทธิบัตรยังได้กำหนดเงื่อนไขที่ยุ้งยากในทางปฏิบัติ ทำให้ไม่สามารถบรรลุข้อตกลงที่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างจริงจังได้ หากพยายามเจรจาต่อไปก็คงจะไม่บรรลุผลที่จะทำให้ผู้ป่วยภายในระบบประกันสุขภาพของรัฐทั้งสามระบบสามารถเข้าถึงยาดังกล่าวได้ทุกคน และยังเป็นการทำให้อุปกรณ์ที่มีความจำเป็นจะต้องได้รับยาดังกล่าวต้องรอต่อไปโดยไม่ทราบว่าจะได้รับยาเมื่อไร

ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติ มาตรา 51 แห่งพระราชบัญญัติสิทธิบัตรพ.ศ.2522 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสิทธิบัตร(ฉบับที่ 2)พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติสิทธิบัตร(ฉบับที่ 3) พ.ศ.2542 เพื่อใช้สิทธิโดยรัฐตามสิทธิบัตรยาที่มีองค์ประกอบของ Erlotinib ในทุกสูตรตำรับรวมทั้งอนุพันธ์ต่างๆของยาดังกล่าวที่มีสิทธิบัตรในประเทศไทย โดยมอบหมายให้องค์การเภสัชกรรมเป็นผู้ใช้สิทธิแทนกระทรวงสาธารณสุขตามสิทธิที่กำหนดไว้ในมาตรา 36 วรรค 1 แห่งพระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ.2522 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสิทธิบัตร(ฉบับที่ 2) พ.ศ.2535 และพระราชบัญญัติสิทธิบัตร (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542 ภายใต้งบเงื่อนไข ดังนี้

(1) ให้ใช้สิทธิได้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป จนกว่าจะหมดระยะเวลาของสิทธิบัตรหรือหมดความจำเป็นต้องใช้นานี้

(2) เพื่อจัดให้มียาชื่อสามัญดังกล่าวจำนวนเพียงพอในการให้บริการแก่ผู้ที่จำเป็นต้องใช้นานี้เฉพาะผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 และผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและลูกจ้างของทางราชการ ทั้งนี้ ไม่จำกัดจำนวนผู้ที่จะใช้นานี้โดยให้อยู่ในดุลพินิจของแพทย์ผู้รักษา

(3) กำหนดค่าตอบแทนให้แก่ผู้ทรงสิทธิบัตร จำนวนร้อยละ 3 ของมูลค่าการจำหน่ายยาชื่อสามัญดังกล่าวโดยองค์การเภสัชกรรม

กระทรวงสาธารณสุข จะแจ้งผู้ทรงสิทธิบัตรและกรมทรัพย์สินทางปัญญาให้ได้รับทราบโดยมิชักช้า จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2551

(นายมงคล ณ สงขลา)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง การใช้สิทธิตามสิทธิบัตรด้านยาและเวชภัณฑ์

กรณียา Imatinib

ส่วนหนึ่งของมาตรา 51 แห่งพระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ.2522 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสิทธิบัตร (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติสิทธิบัตร (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542 ได้กำหนดไว้ว่า เพื่อประโยชน์สาธารณะ กระทรวง ทบวง กรม อาจใช้สิทธิตามสิทธิบัตรอย่างใดอย่างหนึ่งตามมาตรา 36 โดยกระทำการดังกล่าวเองหรือให้บุคคลอื่นกระทำแทน ในการใช้สิทธิดังกล่าว กระทรวง ทบวง กรม จะต้องเสียค่าตอบแทนแก่ผู้ทรงสิทธิบัตรหรือผู้ได้รับอนุญาตให้ใช้สิทธิของผู้ทรงสิทธิบัตรตามมาตรา 48 วรรคสอง และจะต้องแจ้งให้ผู้ทรงสิทธิบัตรทราบเป็นหนังสือโดยไม่ชักช้า ทั้งนี้ โดยไม่อยู่ภายใต้บังคับเงื่อนไขมาตรา 46 มาตรา 47 และมาตรา 47 ทวิ

เจตนารมณ์ของกฎหมายส่วนนี้มีความชัดเจนว่า กิจการใดที่เป็นสาธารณประโยชน์ของภาครัฐ เช่น บริการสาธารณสุข รัฐ โดยกระทรวง ทบวง กรม สามารถใช้สิทธิดังกล่าวได้โดยชอบธรรม โดยไม่ต้องเจรจากับผู้ทรงสิทธิก่อนและไม่ต้องดำเนินการ ตามมาตรา 46 มาตรา 47 และมาตรา 47 ทวิ ดังกล่าวมาแล้ว

โรคมะเร็งเป็นโรคที่คร่าชีวิตคนไทยสูงมากในแต่ละปี อัตราตายด้วยโรคนี้อยู่ในอันดับสูงมาตลอด ความรุนแรงของโรคนี้นี้ทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์อันแสนสาหัส นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายที่สูงมากในการรักษาทั้งโดยการผ่าตัด การฉายรังสี และโดยเฉพาะการให้เคมีบำบัด ยังเป็นภาระต่อผู้ป่วยและครอบครัวส่งผลกระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจ จนเป็นเหตุให้ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยถึงปานกลางถึงขั้นล้มละลาย

โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรัง (Chronic Myeloid Leukemia) และโรคมะเร็งทางเดินอาหารในชั้นเนื้อเยื่อสโตรมอล (Gastro-Intestinal Stromal Tumours) เป็นโรคมะเร็งที่มีทางเลือกน้อยสำหรับการรักษาด้วยยา ในปัจจุบันมียาที่ช่วยยืดอายุผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งทั้งสองได้อย่างชัดเจนคือยา Imatinib หรือที่จำหน่ายในประเทศไทยภายใต้ชื่อการค้าว่า Glivec[®] ยานี้มีราคาแพงมาก มีค่าใช้จ่ายสูงถึงปีละกว่าหนึ่งล้านบาท ซึ่งผู้มีรายได้น้อยหรือปานกลางไม่สามารถที่จะเข้าถึงยานี้ได้ การที่ยามีราคาสูงมากก็เนื่องจากมีสิทธิบัตรคุ้มครอง ทำให้ผู้ผลิตรายอื่นไม่สามารถผลิตหรือนำเข้ามาจำหน่ายเพื่อแข่งขันในตลาดได้ แม้บริษัทจะมีการดำเนินการตามโครงการ GIPAP เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยรายได้น้อยให้สามารถเข้าถึงยาได้ แต่โครงการดังกล่าวก็ไม่ครอบคลุมผู้มีรายได้น้อยถึงปานกลาง ซึ่งมีกว่า 10 ล้านคนทั่วประเทศ ที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐทั้งสามระบบ เนื่องจากระบบหลักประกันดังกล่าวไม่สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายที่สูงมากเช่นนั้นได้ หากเปิดโอกาสให้มีการ

แข่งขันในตลาด โดยการนำเข้ายาชื่อสามัญหรือผลิตยาชื่อสามัญขึ้นเองในประเทศ ราคาขายนี้จะลดลงเหลือเพียงปีละไม่กี่หมื่นบาททำให้ระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐทั้งสามระบบสามารถให้บริการผู้ป่วยให้เข้าถึงยาได้ทุกคน ซึ่งจะช่วยให้เห็นนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นจริงได้อย่างสมบูรณ์ และป้องกันภาวะล้มละลายของครอบครัวผู้ป่วยได้

แม้จะสามารถใช้อำนาจตามมาตรา 51 ของพระราชบัญญัติสิทธิบัตรดังกล่าวมาแล้วโดยไม่ต้องเจรจากับผู้ทรงสิทธิบัตรก่อน แต่ในช่วงหลายเดือนที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขได้พยายามที่จะเจรจากับบริษัทยาเจ้าของสิทธิบัตร เพื่อขอให้ลดราคายาลงมาหรือให้ผู้ป่วยโดยเฉพาะที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและผู้ป่วยประกันสังคม ให้สามารถเข้าโครงการ GIPAP ได้โดยไม่ต้องมีเงื่อนไขเรื่องระดับรายได้หรือเงื่อนไขอื่นๆ แต่ไม่ประสบผลสำเร็จ บริษัทยืนยันที่จะให้ผู้ป่วยทุกรายเข้าเงื่อนไขของโครงการ GIPAP ซึ่งจะมีประชาชนที่มีรายได้ปานกลางกว่า 10 ล้านคนไม่สามารถเข้าโครงการนี้ได้ จึงเป็นเหตุให้ไม่สามารถบรรลุข้อตกลงที่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างจริงจังได้ หากพยายามเจรจาต่อไปก็คงจะไม่บรรลุผลที่จะทำให้ผู้ป่วยภายในระบบประกันสุขภาพของรัฐทั้งสามระบบสามารถเข้าถึงยาดังกล่าวได้ทุกคน และยังเป็นการทำให้อำนาจที่มีอยู่จำเป็นต้องได้รับยาดังกล่าวต้องรอต่อไปโดยไม่ทราบว่าจะได้รับยาเมื่อไร

ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติ มาตรา 51 แห่งพระราชบัญญัติสิทธิบัตรพ.ศ.2522 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสิทธิบัตร(ฉบับที่ 2)พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติสิทธิบัตร(ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542 เพื่อใช้สิทธิโดยรัฐตามสิทธิบัตรต่อยาที่มีองค์ประกอบของ Imatinib ในทุกสูตรตำรับ รวมทั้งอนุพันธ์ต่างๆ ของยาดังกล่าวที่มีสิทธิบัตรในประเทศไทย โดยมอบหมายให้องค์การเภสัชกรรมเป็นผู้ใช้สิทธิแทนตามที่กำหนดไว้ในมาตรา 36 วรรค 1 แห่งพระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ.2522 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสิทธิบัตร (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2535 และพระราชบัญญัติสิทธิบัตร (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2542 ภายใต้อำนาจ ดังนี้

(1) ให้ใช้สิทธิได้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป จนกว่าจะหมดระยะเวลาของสิทธิบัตรหรือหมดความจำเป็นต้องใช้ยานี้

(2) เพื่อจัดให้มียาชื่อสามัญดังกล่าวจำนวนเพียงพอในการให้บริการแก่ผู้ที่จำเป็นต้องใช้ยานี้เฉพาะผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 และผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการและลูกจ้างของทางราชการ ทั้งนี้ ไม่จำกัดจำนวนผู้ที่ต้องใช้ยานี้โดยให้อยู่ในดุลพินิจของแพทย์ผู้รักษา

(3) กำหนดค่าตอบแทนให้แก่ผู้ทรงสิทธิบัตร จำนวนร้อยละ 5 ของมูลค่าการจำหน่ายยาชื่อสามัญดังกล่าวโดยองค์การเภสัชกรรม

กระทรวงสาธารณสุข จะแจ้งผู้ทรงสิทธิบัตรและกรมทรัพย์สินทางปัญญาให้ได้
รับทราบโดยมิชักช้า

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2551

(นายมงคล ฅ สงขลา)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ที่ 0224.01/3149

กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ นนทบุรี 11000

ประเทศไทย

โทรศัพท์ : 66 2590 1367

โทรสาร : 66 2591 8562

วันที่ 17 กรกฎาคม พ.ศ. 2550

เรียน ดร.ชาน

ตามมติสมัชชาอนามัยโลกที่ 60.30 (WHA 60.30) ขอให้ [ดังที่ระบุไว้ในหัวข้อปฏิบัติการที่ 3 (2)] ผู้อำนวยการใหญ่ร่วมมือกับองค์การระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ดำเนินการให้การสนับสนุนด้านวิชาการและด้านนโยบายที่เหมาะสมตามที่ประเทศสมาชิกร้องขอ ในเรื่องการใช้ประโยชน์จากข้อยึดหยุ่นในความตกลงทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้า (TRIPS) และข้อตกลงระหว่างประเทศฉบับอื่นๆ รวมไปถึงเพื่อนำคำประกาศของที่ประชุมรัฐมนตรีที่โตโฮว่าด้วยข้อตกลงทรัพย์สินทางปัญญาและการสาธารณสุขและตราสารฉบับอื่นๆขององค์การการค้าโลกไปปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยารักษาโรค

นับตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2549 เป็นต้นมา ประเทศไทยได้ประกาศเจตนารมณ์ที่จะใช้สิทธิโดยรัฐต่อสิทธิบัตรยาสามขนานเพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงยาจำเป็นสำหรับคนไทยให้มากขึ้น ดังนั้น ผมจึงใคร่ร้องขอตามมติสมัชชาอนามัยโลกที่ 60.30 ให้ท่านผู้อำนวยการใหญ่ได้ร่วมมือกับองค์การระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง อาทิ UNCTAD, WTO, และ WIPO ในอันที่จะพิจารณาให้การสนับสนุนด้านวิชาการและนโยบายแก่ประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เราใคร่ขอให้มีการส่งผู้เชี่ยวชาญที่มีคุณสมบัติเหมาะสมมายังประเทศไทยเพื่อให้การสนับสนุนด้านวิชาการ รวมไปถึงประเมินผลระบบปฏิบัติการ ตลอดจนผลกระทบต่างๆ ที่เกิดจากการนำความยืดหยุ่นดังกล่าวไปปฏิบัติ นอกจากนี้เราใคร่ขอให้องค์การอนามัยโลกร่วมมือกับองค์การระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ UNCTAD, WTO, และ WIPO จัดทำแนวทางสำหรับการนำข้อผ่อนปรนของทริปส์ไปปฏิบัติ ในวิถีทางที่จะก่อให้เกิดดุลยภาพระหว่างการเข้าถึงยาและจูงใจให้คิดค้นนวัตกรรม

ขอขอบคุณในความอนุเคราะห์ของท่านมา ณ ที่นี้

ขอแสดงความนับถือ

นายแพทย์มงคล ฌ สงขลา
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ดร.มาร์กาเรต ชาน
ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก
20 Avenue Appia
CH 1211, เจนีวา
สวิตเซอร์แลนด์

ด่วนที่สุด

ที่ 0224.01/3149

กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ นนทบุรี 11000

ประเทศไทย

โทรศัพท์ : 66 2590 1367

โทรสาร : 66 2591 8562,

66 2590 1374

วันที่ 20 กันยายน พ.ศ. 2550

เรียน ดร.ชาน

ตามจดหมายของท่านฉบับลงวันที่ 4 กันยายน 2550 ซึ่งขอให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขระบุรายละเอียดและลักษณะเฉพาะของความช่วยเหลือพิเศษที่ต้องการตามมติสมัชชาอนามัยโลกที่ 60.30 (WHA 60.30) นั้น กระทรวงสาธารณสุขขอขอบคุณที่ท่านกรุณาจะพิจารณาและดำเนินการในพันธกรณีตามมติสมัชชาอนามัยโลกที่ 60.30 ตามที่กล่าวถึงนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้รับเอกสารทั้งหมดแล้วและได้เข้าร่วมในโครงการอบรมด้วยเช่นกัน ทั้งนี้ ได้มีการทำกิจกรรมทั้งหลายเหล่านี้เสร็จเรียบร้อยแล้วและได้เข้าร่วมในการรับรองมติสมัชชาอนามัยโลกที่ 60.30

ในเรื่องที่ขอให้องค์การอนามัยโลกดำเนินการตามคำร้องขอของประเทศสมาชิกตามมติสมัชชาอนามัยโลกดังกล่าว นั้น เราใคร่ขอเน้นเนื้อหาสองประเด็นที่จำเป็นจะต้องได้รับการสนับสนุนทางวิชาการและปฏิบัติการที่เหมาะสมจากองค์การอนามัยโลกตามมติสมัชชาอนามัยโลกที่ 60.30 ต่อไปอีกดังนี้คือ

1. ให้พิจารณาส่งผู้เชี่ยวชาญที่มีคุณสมบัติเหมาะสมมายังประเทศไทยเพื่อให้การสนับสนุนด้านวิชาการ รวมไปถึงการประเมินผลกระทบและความโปร่งใสของการนำข้อผ่อนปรนของทริปส์ (TRIPS flexibilities) ไปปฏิบัติ ตลอดจนผลกระทบต่างๆที่เกิดจากการปฏิบัติ นั้นนี้เป็นเรื่องสำคัญเนื่องจากมีการกล่าวอ้างว่าการดำเนินการในประเทศไทยไม่มีความโปร่งใสและอาจไม่ก่อให้เกิดประโยชน์มากนัก

2. ให้ประสานงานกับองค์การระหว่างประเทศที่มีความสามารถ ได้แก่ UNCTAD, WIPO, และ WTO เพื่อจัดทำและเสนอแนะแนวทางสำหรับประเทศสมาชิกในการนำข้อผ่อนปรนของทริปส์ไปปฏิบัติในวิถีทางที่จะก่อให้เกิดดุลยภาพระหว่างการเข้าถึงยาและแรงจูงใจให้คิดค้น

นวัตกรรมเนื่องจากในบรรดาเอกสารที่มีอยู่นั้นมิได้ให้คำแนะนำว่าทำอะไรจึงจะเกิดคุณภาพ
อันเป็นประเด็นที่ท่านเป็นห่วงอยู่

ขอขอบคุณในความอนุเคราะห์ของท่านมา ณ ที่นี้

ขอแสดงความนับถือ

นายแพทย์ปราชญ์ บุญวงศ์วิโรจน์
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ดร.มาร์กาเร็ต ชาน, ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก

20 Avenue Appia, CH 1211, เจนีวา, สวิตเซอร์แลนด์

สำเนาถึง - ผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย

- คณะผู้แทนถาวรแห่งประเทศไทยประจำสหประชาชาติ
และองค์การระหว่างประเทศอื่นๆ

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-นามสกุล

จิรวัดน์ ตั้งเจริญถาวร

ประวัติการศึกษา

นิติศาสตรบัณฑิต

มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต ปี พ.ศ. 2533

มินิเอ็มบีเอ รุ่นที่ 1

มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย ปี พ.ศ. 2541

ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน

ผู้จัดการส่วนอาวุโส ส่วนกฎหมาย

บริษัท ไมค์ ลิสซิ่ง จำกัด (มหาชน)

48/2-5 หมู่ที่ 1 ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง

เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210

ประสบการณ์

เจ้าหน้าที่อำนวยสินเชื่อ (Lending officer)

ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน)

สาขาพังโคน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร

ผู้จัดการฝ่ายกฎหมาย

บริษัท ไมค์ แอสเซ็ท จำกัด (มหาชน)

267 ถนนจรัญสนิทวงศ์ แขวงบางอ้อ

เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร 10700