

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 : ศึกษาเฉพาะกรณี
การมีส่วนร่วมจ่ายในการเข้ารับบริการสาธารณสุข

วายุภักษ์ ทานุกูมา

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรนิติศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชานิติศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ปริธี พนมยงค์

มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์

พ.ศ. 2556

**The National Health Security Act B.E. 2545 (A.D. 2002): case study Cost
sharing and Co - payment**

Vayupak Taboonma

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Laws**

Department of Law

Pridi Banomyong Faculty of Law, Dhurakij Pundit University

2013

หัวข้อวิทยานิพนธ์	พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 :ศึกษาเฉพาะกรณีการมีส่วนร่วมจ่ายในการเข้ารับบริการสาธารณสุข
ชื่อผู้เขียน	วายุภักษ์ ทานบุญมา
อาจารย์ที่ปรึกษา	ศาสตราจารย์ ดร.ไพศิษฐ์ พิพัฒน์กุล
สาขาวิชา	นิติศาสตร์
ปีการศึกษา	2555

บทคัดย่อ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ศึกษาถึง พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545: ศึกษาเฉพาะกรณีการมีส่วนร่วมจ่ายในการเข้ารับบริการสาธารณสุข ถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนที่มีสิทธิได้รับความคุ้มครองตามบทบาทและหน้าที่ของรัฐที่ต้องจัดทำระบบสวัสดิการในด้านสาธารณสุขเพื่อให้เกิดความคุ้มครองต่อชีวิตและสุขภาพของประชาชนภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพของรัฐ

จากการศึกษาพบว่าสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐ เป็นภาระหน้าที่ที่สำคัญของรัฐที่จะต้องจัดทำบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนทุกคนเพื่อให้เกิดความครอบคลุมทั่วถึงถ้วนหน้าอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน อันจะทำให้ประชาชนของรัฐปราศจากโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ และมีสุขภาพพลานามัยที่สมบูรณ์แข็งแรง เป็นกำลังในการพัฒนาประเทศให้มีความเจริญก้าวหน้ายิ่งขึ้นต่อไป

ในสภาพทุกข์ภาวะของคนไทยนั้นกำลังรุนแรง การที่จะมีสุขภาพที่ดี ยังเป็นเรื่องที่ห่างไกลความจริงทั้ง ๆ ที่มีโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น มีเทคโนโลยีทางการแพทย์สูงมากขึ้น ยิ่งเมื่อประเทศกำลังประสบปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ยิ่งส่งผลกระทบต่อคนยากจนและผู้ด้อยโอกาสเพิ่มมากขึ้น โดยที่คนไทยต้องจ่ายค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพปีละมหาศาล แต่ผลลัพธ์กลับคืนมาไม่มีคุณภาพมาตรฐานและทำให้บทบาทบัญญัติของกฎหมายที่เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพต่าง ๆ ที่มีอยู่ได้มีส่วนที่กระทบเนื่องจากหลักกฎหมายเกี่ยวกับสุขภาพที่มีอยู่ไม่สามารถเข้าถึงหรือเยียวยาบุคคลต่าง ๆ ในสังคมได้เท่าเทียมกัน ทำให้บุคคลในสังคมส่วนใหญ่ยังมีระบบสุขภาพที่ไม่ดี ดังนั้นจึงต้องหามาตรการทางกฎหมายเพื่อป้องกันและคุ้มครองมิให้บุคคลผู้ยากไร้หรือด้อยโอกาสในสังคมเสียโอกาส และไม่ได้รับความเป็นธรรม ตามที่ปรากฏอยู่ในปัจจุบัน วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้เสนอว่า

1. จะต้องทำให้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ไม่สร้างปัญหาแก่ประชาชนและกฎหมายประกันสุขภาพอื่นที่มีอยู่แล้ว เกิดผลกระทบในทางที่เสียหายและผิดวัตถุประสงค์ของกฎหมายประกันสุขภาพอื่น ๆ

2. การกำหนดขอบเขตของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จะต้องไม่กำหนดให้กว้างขวางจนเกินไป แต่จะต้องจำกัดขอบเขตของกฎหมายให้แน่นอนชัดเจน และกระชับเท่าที่กระทำได้

3. ต้องทำให้กฎหมายมีพัฒนาการไปอย่างต่อเนื่อง ไม่ทำอย่างเร่งรัด ขาดการศึกษาอย่างรอบครอบทำให้เกิดปัญหาในข้อกฎหมายตามมาหลายประการ พร้อมทั้งพิจารณาถึงความเหมาะสมของกฎหมายให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในสังคม

Thesis Title	The National Health Security Act B.E. 2545 (A.D. 2002): case study Cost sharing and Co - payment
Author	Vayupak Taboonma
Thesis Advisor	Professor Dr. Phaisith Phipatanakul
Department	Law
Academic Year	2012

ABSTRACT

This thesis aims to study The National Health Security Act B.E. 2545 (A.D. 2002): case study Cost sharing and Co - payment are considered is fundamental rights and freedoms of Thai citizen obtaining health safeguards form the state for life Protections and health under the national health security.

The study found that rights to receive the health services from the state are obligation of the state to require public services all Thai citizen by equalization. This will enable the people of the state without of ailments. Moreover, the people will be given to ensure a good health and without sickness from government leads to develop the sustainable country in further.

Nowadays, Thai people have health problems serious to be healthy is a distant reality, although there are a lot of hospitals, high medical technologies. Even when the country is experiencing economic problems, will be effected to poor people, most Thai people must pay a lot of money on health care, but have received a lower and bad quality and the contents of the health care law cannot serve every people equally, most of people in social health insurance system that is not good. So should find out the legal measures to protect poor people and impoverished person Lose the opportunity and not fairness. This thesis will be suggested as follows:

1. Must makes The National Public Health Security Act B.E. 2545 not cause a problem to the people and other health insurance law that already exists an impact on of the damage and Incorrect legal purposes other health insurance.

2. Determining the extent of The National Public Health Security Act B.E. 2545 must not defined too provides extensive to define the exact scope of the law is clear and concise.

3. Must makes laws are developed continuously, not in hurry. And consider the appropriateness of the law in accordance with the realities of society.

DRPU

กิตติกรรมประกาศ

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

ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณท่านศาสตราจารย์ ดร. วารี นาสกุล ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ท่านรองศาสตราจารย์ ดร. วีระ โลจายะ และท่านอาจารย์ ดร. ปุณ วิชาไตรภพ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์เป็นอย่างสูงที่ได้กรุณาสละเวลาอันมีค่าและให้ความรู้คำแนะนำต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์ต่อผู้เขียนเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีเนื้อหาสาระครบถ้วนบริบูรณ์ยิ่งขึ้น

ผู้เขียนขอกราบเท้าและระลึกถึงพระคุณของคุณพ่อ ร้อยตำรวจตรีเชษฐรังสรรค์ ทาบุญมา และคุณแม่สงบ ทาบุญมา บิดาและมารดาของผู้เขียนซึ่งเป็นที่ผู้ที่ทำให้กำเนิดชีวิตและให้การสนับสนุนผู้เขียนในทุก ๆ ด้าน ตลอดจนครอบครัว ทาบุญมา ทุกคนที่ช่วยเป็นแรงผลักดันให้ผู้เขียนมีสติสัมปชัญญะ มีความคิด มีกำลังใจและความมุ่งมั่นเพื่อให้สามารถเขียนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้จนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ผู้เขียนต้องขอขอบพระคุณ คุณภริมา นิลทัพ และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้ให้การสนับสนุนในทุก ๆ ด้าน ตลอดจนการให้ความอนุเคราะห์ด้านข้อมูล ความสะดวกในการให้บริการหรือสถานที่ในการค้นคว้าเอกสารตำรา หรือการให้ความช่วยเหลือด้านอื่น ๆ

ท้ายที่สุดนี้ หากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีส่วนดีและมีคุณค่าเป็นที่ประจักษ์แก่ผู้อ่านอยู่บ้าง ผู้เขียนขอมอบไว้เพื่อบูชาแด่พระคุณของบิดา มารดา ครูบาอาจารย์ ผู้มีอุปการคุณทุก ๆ ท่าน ตลอดจนผู้แต่งหนังสือหรือตำราต่าง ๆ ที่ผู้เขียนได้ใช้อ้างอิงในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ส่วนความผิดพลาดหรือข้อบกพร่องใด ๆ ที่เกิดขึ้นในการเขียนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้เขียนต้องกราบขออภัยและขอน้อมรับไว้แต่เพียงผู้เดียว

วาสุภักษ์ ทาบุญมา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	๗
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	๖
กิตติกรรมประกาศ.....	๗
สารบัญตาราง.....	๘
สารบัญภาพ.....	๗
บทที่	
1. บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	6
1.3 สมมติฐานของการศึกษา.....	6
1.4 ขอบเขตของการศึกษา.....	6
1.5 วิธีดำเนินการศึกษา.....	7
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
1.7 นิยามศัพท์.....	8
2. ประวัติความเป็นมา แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมจ่ายตามหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.....	9
2.1 ประวัติความเป็นมาของระบบหลักประกันสุขภาพและนโยบายมีส่วนร่วมจ่าย.....	9
2.1.1 ระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย.....	9
2.1.2 แนวคิด วัตถุประสงค์ของการมีส่วนร่วมจ่าย.....	12
2.1.3 ประเภทของการมีส่วนร่วมจ่าย.....	13
2.1.4 แนวคิดเกี่ยวกับหน้าที่ของรัฐและสิทธิเสรีภาพของประชาชน.....	14
2.1.5 สิทธิและเสรีภาพในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐของประเทศไทย.....	15
2.2 แนวคิดที่ว่าด้วยหลักความเสมอภาค.....	29
2.2.1 พัฒนาการของแนวคิดเกี่ยวกับหลักความเสมอภาค.....	30

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
2.2.2 ความหมายของหลักความเสมอภาค.....	33
2.2.3 สถานะของหลักความเสมอภาค.....	35
2.2.4 หลักการทั่วไปของหลักความเสมอภาค.....	36
2.3 การนำหลักความเสมอภาคมาใช้ในระบบกฎหมายไทย.....	45
2.3.1 พัฒนาการของแนวคิดเกี่ยวกับหลักความเสมอภาคในประเทศไทย.....	45
2.3.2 การรับรองไว้ซึ่งหลักความเสมอภาคไว้ในระบบกฎหมายไทย.....	48
2.4 แนวคิดเกี่ยวกับความเสมอภาคด้านการบริการสาธารณสุข.....	55
2.4.1 ความเสมอภาคด้านการบริการสาธารณสุข.....	56
2.4.2 ความยากจน ความเสมอภาค ความเป็นธรรม ด้านการบริการสาธารณสุข.....	58
2.5 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับสวัสดิการสังคมและรัฐสวัสดิการ.....	61
2.5.1 ความเป็นมาของรัฐสวัสดิการ.....	62
2.5.2 แนวคิดและหลักการของรัฐสวัสดิการ.....	64
2.5.3 ประเทศไทยกับแนวคิดรัฐสวัสดิการ.....	65
2.6 ทฤษฎีนโยบายสาธารณะ.....	68
2.7 ทฤษฎีนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ.....	71
2.7.1 ปรัชญาของระบบสุขภาพแบบต่าง ๆ.....	72
2.7.2 พัฒนาการในเวทีระหว่างประเทศ.....	72
2.7.3 ระบบบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ.....	73
2.7.4 ระบบการเงินการคลังภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ.....	73
2.8 ทฤษฎีนโยบายประชานิยม.....	74
2.8.1 เส้นใยที่ทำให้เกิดขบวนการประชานิยม.....	74
2.8.2 ระบบการปกครองของประชานิยม.....	75
2.9 แนวคิดเกี่ยวกับนโยบายสาธารณสุข.....	76

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
2.10 แนวคิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ.....	78
2.10.1 วัตถุประสงค์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.....	82
2.10.2 เหตุผลและความจำเป็นที่จะต้องมีหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.....	83
2.10.3 หลักการสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.....	85
3. หลักมีส่วนร่วมจ่ายในการเข้ารับบริการบริการสาธารณสุข	
ของต่างประเทศและของประเทศไทย.....	87
3.1 ส่วนร่วมจ่ายที่ขึ้นอยู่กับระบบฐานการจ้างงาน.....	87
3.1.1 ประเทศสหรัฐอเมริกา.....	87
3.1.2 ประเทศเยอรมนี.....	91
3.1.3 ประเทศญี่ปุ่น.....	94
3.1.4 ประเทศไต้หวัน.....	98
3.2 ส่วนร่วมจ่ายที่ขึ้นอยู่กับระบบฐานประชากร.....	100
3.2.1 ประเทศสหราชอาณาจักร.....	100
3.2.2 ประเทศออสเตรเลีย.....	101
3.2.3 ประเทศนิวซีแลนด์.....	104
3.3 ส่วนร่วมจ่ายที่ขึ้นอยู่กับระบบฐานการจ้างงานและระบบรัฐบาลดูแล.....	105
3.3.1 ประเทศเกาหลีใต้.....	105
3.3.2 ประเทศสิงคโปร์.....	108
3.3.3 ประเทศไทย.....	111
4. วิเคราะห์ ปัญหาและเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาตามพระราชบัญญัติ	
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ศึกษาเฉพาะกรณี	
การมีส่วนร่วมจ่ายในการเข้ารับบริการบริการสาธารณสุข	
และส่วนที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณสุขของรัฐ.....	123
4.1 วิเคราะห์รูปแบบและโครงสร้างของระบบบริการสาธารณสุข.....	124
4.1.1 วิเคราะห์แหล่งที่มาของเงินทุนในระบบสุขภาพ.....	126
4.1.2 วิเคราะห์คุณสมบัติของบุคคลผู้มีสิทธิได้รับบริการด้านสุขภาพ.....	127

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4.1.3 วิเคราะห์ขอบเขตและสิทธิประโยชน์ของระบบบริการด้านสุขภาพ.....	128
4.2 ปัญหาและผลกระทบของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ พ.ศ. 2545.....	129
4.2.1 ปัญหาและผลกระทบของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่มีต่อประเทศไทย.....	129
4.2.2 ปัญหาถ้อยคำ ความหมายของคำว่า “ผู้ยากไร้ บุคคลที่สังคม ควรช่วยเหลือเกื้อกูล” ว่ามีความหมายและขอบเขตเพียงใด ที่ได้รับยกเว้นส่วนร่วมจ่ายในการเข้ารับบริการ สาธารณสุข.....	148
4.2.3 ปัญหาถ้อยคำ ความหมายของคำว่า “บุคคลทุกคน” มีสิทธิได้รับบริการ สาธารณสุข นั้นมีความหมายและขอบเขตเพียงใด ที่ได้รับสิทธิ ในการเข้ารับบริการสาธารณสุข.....	151
5. บทสรุปและเสนอแนะ.....	160
5.1 บทสรุป.....	160
5.2 ข้อเสนอแนะ.....	166
บรรณานุกรม.....	170
ภาคผนวก.....	184
ประวัติผู้เขียน.....	224

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
3.1	ภาพรวมของระบบสุขภาพประเทศต่าง ๆ	118
3.2	สิทธิประโยชน์ ภาระของประชาชน (ร่วมจ่าย).....	119
3.3	องค์กรผู้ให้หลักประกันสุขภาพ.....	120
3.4	ผู้ป่วยร่วมจ่าย.....	121
3.5	ผลลัพธ์ของระบบสุขภาพ.....	122
4.1	การใช้บริการและอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีสิทธิ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2547 - 2553.....	135
4.2	จำนวนและอัตราการสูญเสียแพทย์สุทธิเมื่อเทียบกับแพทย์จบใหม่ พ.ศ. 2537 – 2545.....	140

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
4.1 อัตราการร้องเรียนที่เข้าสู่การพิจารณาของแพทยสภา พ.ศ. 2516 - 2545 (แสดงสัดส่วนเรื่องที่ แพทย์ถูกร้องเรียนมาที่แพทยสภา ต่อแพทย์ 1,000 คน).....	136
4.2 อัตราการร้องเรียนที่เข้าสู่การพิจารณาของแพทยสภา พ.ศ. 2536 - 2554 (แสดงสัดส่วนเรื่องที่ แพทย์ถูกร้องเรียนมาที่แพทยสภา ต่อแพทย์ 1,000 คน).....	137
4.3 กราฟแสดงจำนวนเรื่องที่ถูกร้องเรียน ปี 2536 – 2554.....	138

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ได้วางหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขของรัฐ และเป็นปัจจัยเร่งให้เกิดการปฏิรูปภาคการเมืองและภาคสังคมที่สำคัญหลายประการ อาทิ การกระจายอำนาจจากส่วนกลางไปสู่ท้องถิ่น การปฏิรูประบบบริหารจัดการภาครัฐให้มีประสิทธิภาพ การจัดตั้งองค์กรอิสระเพื่อสร้างความเข้มแข็ง ให้เป็นกลไกตรวจสอบถ่วงดุลขึ้นในสังคม รวมทั้งข้อผูกพันในการปฏิรูปการศึกษาและการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ดี มีประสิทธิภาพได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ในขณะที่ประชาชนในสังคมมีความตื่นตัวเรื่องความเป็นประชาธิปไตยและกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาประชาธิปไตย มีการรวมกลุ่มอย่างเข้มแข็ง ขยายเครือข่ายเชื่อมโยงกว้างขวาง ถือเป็นทุนทางสังคมที่เป็นจุดแข็งที่จะช่วยในการปฏิรูปโครงสร้าง ระบบและกลไกการพัฒนาประชาธิปไตย เป็นไปอย่างรวดเร็ว สร้างความโปร่งใสและเป็นธรรมแก่ประชาชนมากขึ้น รวมทั้งเป็นโอกาสที่จะเอื้ออำนวยต่อการระดมความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการส่งเสริมชุมชนตลอดจนสังคมให้เข้มแข็งและยั่งยืน

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 80 (2) บัญญัติว่า “ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาวะที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข ผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าวปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจรรยาบรรณ ย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย” เพราะฉะนั้นการมีส่วนร่วมจ่ายในการรับบริการสาธารณสุขของประชาชน จึงมีหลัก 4 ประการ คือ 1) หลักความเสมอภาค (Equity) 2) หลักความเท่าเทียมกัน (Equality) 3) หลักเสรีภาพ (Freedom) และ 4) หลักประสิทธิภาพ (Efficiency) ในการจัดบริการสาธารณสุขเพื่อเสริมสร้างให้ประชาชนมีสุขภาพ หรือสุขภาพดี กล่าวคือ ประชาชนทุกคนในประเทศมีโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างเสมอภาค เท่าเทียมกัน โดยการจัดให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพและมีส่วนร่วมในการร่วมจ่ายค่าบริการสาธารณสุข ขณะเดียวกันสิทธิประโยชน์และบริการที่ได้รับจะมีความเท่าเทียมกัน โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่าง

ในเรื่องเพศ อายุ ฐานะ เชื้อชาติ ศาสนา ภูมิฐานะ ระดับการศึกษา และอาชีพ เป็นต้น นอกจากนี้ยังถือว่าเป็นการปฏิรูประบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพของสถานบริการให้มีประสิทธิภาพ คำนึงถึงความคุ้มค่าในการใช้ทรัพยากรในการดำเนินงาน ดังนั้นการมีส่วนร่วมจ่ายในการเข้ารับบริการบริการสาธารณสุขของประชาชนก่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของคนในสังคมได้ทางหนึ่ง การสร้างให้มีสุขภาพที่ดีและยั่งยืน ทั้งยังเป็นกลไกการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชน ตลอดจนจนเป็นการปรับปรุงและพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพให้มีประสิทธิภาพเป็นธรรมและเสมอภาค รวมถึงเป็นการพัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านสุขภาพ ขณะเดียวกันเป็นการช่วยประหยัดงบประมาณรายจ่ายของรัฐและประชาชนในด้านสุขภาพด้วย

จากอดีตที่ผ่านมาสังคมไทยให้ความหมายคำว่า “สุขภาพ” แคบเกินไปโดยเน้นเฉพาะเรื่องเจ็บป่วย พัฒนาระบบบริการในรูปของการตั้งรับเพื่อการรักษาพยาบาลเท่านั้น ทั้งยังเป็นระบบที่ใช้ทรัพยากรในการดำเนินการจำนวนมาก เช่น การขยายตึกอุบัติเหตุ การเพิ่มเครื่องมือการฝึกแพทย์ ฝึกพยาบาลเพื่อรองรับการบาดเจ็บ การเสียชีวิต และการพิการจากอุบัติเหตุ นอกจากนี้ก่อให้เกิดปัญหาค่าใช้จ่ายสูงแล้ว ยังผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการ การแก้ไขปัญหาสุขภาพในอดีตที่ผ่านมาเป็นการแก้ไขปัญหาที่ปลายเหตุ สำหรับระบบหลักประกันสุขภาพในอดีต ได้แก่

- 1) โครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (บัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล)
- 2) สวัสดิการรักษาพยาบาลแก่ข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ
- 3) การประกันสุขภาพภาคบังคับ และ
- 4) การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ

ล้วนมีลักษณะมุ่งเน้นไปที่การกำหนดกลุ่มเป้าหมายเพียงเฉพาะกลุ่ม และสิทธิประโยชน์ในหลักประกันสุขภาพแต่ละอย่างที่ให้กับผู้มีสิทธิเข้ารับบริการและบริการที่ได้รับก็ขึ้นอยู่กับฐานะทางเศรษฐกิจ ฐานะการจ้างงาน อายุ เป็นต้น มิได้มีความเท่าเทียมกัน ในขณะที่เดียวกันระบบหลักประกันสุขภาพที่มีความหลากหลายแบบนี้ เมื่อนำมาเชื่อมต่อกันก็ยังมีช่องว่างในการให้บริการสาธารณสุขอย่างครอบคลุมและทั่วถึง กล่าวคือ มีประชากรอีกส่วนหนึ่งที่ไม่มีสิทธิหรือความสามารถในการเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ทั้งหลายเหล่านี้ จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2544 ได้มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้ประชาชนที่เข้ารับบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการเกิดขึ้น มีเป้าหมายเพื่อ

- 1) ให้คนไทยทุกคนมีสิทธิเสมอภาคในการได้รับหลักประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น สอดคล้องกับบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มีมาตรการที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุขและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการ

สาธารณสุข ในมาตรา 51 วรรคหนึ่ง กล่าวว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย” ในวรรคสอง “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ” วรรคสาม “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์” จะเห็นได้ว่า คำว่ามีสิทธิเสมอกันในการเข้ารับบริการและในบริการนั้นจะต้องมีความทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ แต่มีเงื่อนไขอยู่ว่า ผู้ยากไร้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และบุคคลใดบ้างมีสิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขจากรัฐ เป็นเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญที่มุ่งเน้นคุ้มครองผู้ยากไร้ให้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการสาธารณสุข แต่ยังมีปัญหาเรื่องคำนิยามในกฎหมายคำว่า “ผู้ยากไร้” นั้นมีความหมายอย่างไร ขยายไปครอบคลุมถึงบุคคลใดบ้าง ปัจจุบันยากต่อการตีความคำว่า “ผู้ยากไร้” เพื่อใช้เป็นเกณฑ์กำหนดว่าผู้ใดสมควรมีสิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ในประเทศไทย มีกองทุนเกี่ยวกับการให้บริการด้านสุขภาพใหญ่ ๆ อยู่ 3 กองทุนที่ดูแลสุขภาพ 1) กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดูแลคนจำนวน 48 ล้านคน ก็เกือบ 80 เปอร์เซ็นต์ของประเทศ ใช้งบประมาณ 2,755.60 บาทต่อคนต่อปี 2) กองทุนประกันสังคม ดูแลคนประมาณ 10.5 ล้านคน ใช้งบประมาณ 2,500 บาทต่อคนต่อปี 3) สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการและครอบครัว ประมาณ 5 ล้านคน ใช้งบประมาณ 12,000 บาทต่อคนต่อปี¹ ในระยะเริ่มแรกของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทยปี 2544 นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค เป็นนโยบายที่เด่นชัดทั้งผลงานและความพึงพอใจของประชาชน แต่ก็มีเสียงสะท้อนจากผู้ที่ไม่นิยม ไม่พอใจหรือต่อต้านว่า 30 บาทเป็นโครงการชั้นสอง หากเราย้อนมองอดีต มีความจริงสำคัญหลายประการ ประการที่สำคัญอย่างแรกคือ 30 บาท ไม่สามารถรักษาได้ทุกโรค ความจริงอีกประการหนึ่งคือ ในระบบหลักประกันสุขภาพในยุค 30 บาทรักษาทุกโรค ก็มีคนจำนวนกว่าครึ่งของระบบที่ได้รับการยกเว้นไม่ต้องมีส่วนร่วมจ่าย 30 บาท ได้แก่ เด็ก ผู้ยากไร้ ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ฯลฯ บุคคลเหล่านี้ไม่ต้องร่วมจ่ายมาตั้งแต่แรกเริ่มของระบบ 30 บาท และความจริงที่สำคัญอีกประการคือเงิน 30 บาทต่อครั้งสำหรับผู้ที่ต้องร่วมจ่ายเป็นรายได้ที่แม้จะจำนวนไม่มากแต่มีความสำคัญต่อสถานพยาบาล

¹ อนันต์ อริยะชัยพาณิชย์. (2555). รายงานการประชุมวุฒิสภา ครั้งที่ 5 (สมัยสามัญนิติบัญญัติ). หน้า 157

ทั้งขนาดเล็กและขนาดใหญ่ เงินที่ได้รับจะถูกใช้เป็นค่าตอบแทนบุคลากร ค่าวัสดุการแพทย์ ค่าเวชภัณฑ์ การซ่อมบำรุงหรือแม้แต่จัดหาครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้างใหม่ จะเป็นคุณูปการ ทั้งต่อผู้ป่วยที่ร่วมจ่ายเงินและไม่ต้องร่วมจ่ายเงิน อาจแลดูเป็นเงินที่ไม่มากแต่ก็เป็นเงินไม่น้อย เช่นกัน แต่สิ่งที่เป็นผลแทรกซ้อนของการมีส่วนร่วมจ่ายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุข ดังกล่าวกลับมากกว่า คือ มีการเพิ่มขึ้นของการเข้ารับบริการสาธารณสุขที่ไม่เหมาะสมและไม่จำเป็น การรักษาพยาบาลที่ไม่มีประสิทธิภาพ ไม่มีความเสมอภาคเท่าเทียม และไม่มีความเป็น เพราะมีงบประมาณด้านการคลังสุขภาพที่จำกัด กอปรกับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ มีจำนวนไม่เพียงพอต่อการบริการรักษาพยาบาลให้กับประชาชน ตลอดจนขาดงบประมาณที่เพียงพอในการบริหารจัดการ ยา เวชภัณฑ์ เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ เทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ ฯลฯ เพิ่มขึ้นอย่างน่ากังวล นำไปสู่ภาระงานที่มากขึ้นของแพทย์ พยาบาลและบุคลากรที่แบกรับภาระงานอันหนักนี้มาแล้วอย่างต่อเนื่อง ภาระงานที่เพิ่มขึ้นส่งผลกระทบต่อทั้งโดยตรงและโดยอ้อมไปสู่ผู้ป่วยหนักและผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลและเอาใจใส่อย่างมาก จากความคาดหวังของนโยบายเพื่อจะลดค่าว่า 30 บาทเป็นการรักษาที่ไม่ได้มาตรฐาน การมีส่วนร่วมจ่ายในการเข้ารับบริการสาธารณสุข ได้ก่อให้เกิดคุณูปการที่สำคัญให้กับระบบ คือ บทเรียนการมีส่วนร่วมจ่ายช่วยชี้แจงระบบบริการสุขภาพ การไม่ปล่อยให้ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดเป็นของรัฐ รัฐก็ได้นำงบประมาณที่มาจากภาษีของประชาชน มาใช้เป็นการใช้จ่ายด้านสุขภาพ แต่ในขณะเดียวกันรัฐต้องพยายามมุ่งเน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมดูแลรักษาสุขภาพของตนเองด้วย ไม่ใช่ให้รัฐต้องดูแลงบประมาณการคลังสุขภาพโดยจ่ายค่ารักษาพยาบาลแทนประชาชนทั้งหมดหรือบางส่วนอย่างที่เป็นมาในอดีต แต่รัฐยังคงช่วยเหลือผู้ยากไร้ และบุคคลที่ไม่มีความสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้ ส่วนบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีควรร่วมมีส่วนร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลตนเองก่อนเป็นหลัก แต่หากเกินความสามารถที่ประชาชนจะแบกรับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้ รัฐจึงจะเข้าไปดูแลค่าใช้จ่ายให้ ด้วยการสร้างระบบการร่วมจ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีประสิทธิภาพ มาตรฐานและเป็นธรรมโดยอิงกับฐานการจ้างงานเป็นหลัก ซึ่งเป็นกลไกสำคัญประการหนึ่งที่มีการดำเนินการอย่างกว้างขวางแม้แต่ในประเทศที่มีฐานะทางการเงินการคลังเข้มแข็ง เช่น ประเทศอังกฤษ ประเทศออสเตรเลีย ประเทศเกาหลีใต้ และประเทศไทย ฯลฯ มีส่วนร่วมจ่ายตามรายการยา โดยร่วมจ่ายกรณีใช้ยานอกสิทธิที่กำหนด ร่วมจ่ายกรณีใช้บริการพิเศษที่อยู่นอกสิทธิร่วมจ่ายในกรณีที่ไม่ไปรับบริการในสถานพยาบาลในระดับที่แตกต่างกัน โดยประเทศส่วนใหญ่ ยกเว้นการมีส่วนร่วมจ่ายเมื่อผู้เข้ารับบริการสาธารณสุขเป็นผู้ยากไร้ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางโรคหรือผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ทำไมประเทศที่พัฒนาแล้วจึงยังมีระบบร่วมจ่าย เหตุที่ประเทศต่าง ๆ มีระบบร่วมจ่าย เพราะต่างก็มีประสบการณ์ว่า การมี

บริการที่ไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ หรือร่วมจ่ายในปริมาณจำนวนน้อยเพื่อชำระระบบจะทำให้เกิดการเข้ารับบริการที่ไม่เหมาะสมหรือเกินความจำเป็นในกลุ่มประชากรบางกลุ่ม เมื่อมีการใช้บริการมากย่อมต้องมีการตั้งทรัพยากรต่าง ๆ มาใช้มากขึ้น ต้นทุนที่เกิดขึ้นย่อมต้องมีผู้จ่ายไม่ว่ารัฐหรือสังคม ในกรณีของบริการสุขภาพ บริการที่ไม่เหมาะสม ก่อนที่รัฐจะเป็นผู้ที่ต้องรับภาระจ่ายเพิ่มหรือหาทรัพยากรมาเพิ่ม ผู้ป่วยหนักหรือผู้มีความจำเป็นด้านสุขภาพคือผู้ได้รับผลกระทบที่สำคัญเป็นอันดับแรก เนื่องจากทรัพยากรที่จำเป็นส่วนหนึ่งจะต้องถูกนำไปใช้ ในประเทศที่รายรับของรัฐมาจากภาษีมีจำนวนจำกัด การมีส่วนร่วมจ่ายนอกจากจะช่วยแก้ปัญหาการใช้บริการเกินจำเป็นยังเป็นส่วนสำคัญในการเพิ่มงบประมาณการคลังทางด้านสุขภาพ รวมทั้งสามารถลดภาระทางภาษีของประชาชนโดยรวม สำหรับประเทศที่มีฐานะร่ำรวย มีงบประมาณเพียงพอ การมีส่วนร่วมจ่ายก็นำมาเป็นกลไกในการควบคุมการใช้บริการสุขภาพที่เกินจำเป็น บริการสุขภาพที่ยังไม่มีข้อบ่งชี้ชัดเจนในเรื่องประสิทธิผลและความคุ้มค่าของการรักษาพยาบาล ดังนั้นการกำหนดส่วนร่วมจ่ายที่เหมาะสม ยังนำไปสู่การสร้างความเสมอภาคในเชิงระบบ การร่วมจ่ายเพิ่มจึงมีความจำเป็นสำหรับบริการเสริมหรือบริการที่เกินสิทธิประโยชน์ที่รัฐได้กำหนด เพื่อรัฐจะได้ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดจัดสรรบริการตามสิทธิที่กำหนดให้ได้ครอบคลุมและได้มาตรฐานตามที่กำหนดไว้แก่ประชากรทั้งหมด ด้วยเหตุนี้การกำหนดสิทธิประโยชน์ให้เหมาะสมกับสถานะทางเศรษฐกิจของประเทศ และการกำหนดรายการร่วมจ่ายให้สอดคล้องกับการพัฒนาของระบบบริการสุขภาพย่อมเป็นเครื่องมือที่จะทำให้ระบบสามารถดำรงอยู่และพัฒนาไปอย่างต่อเนื่อง พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดให้มีส่วนร่วมจ่าย เมื่อเข้ารับบริการบริการสาธารณสุขตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคในยุคแรกของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดมาตรการมีส่วนร่วมจ่ายไว้อย่างชัดเจนในมาตรา 5 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอาจกำหนดให้บุคคลที่เข้ารับบริการบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการในอัตราที่กำหนดให้แก่หน่วยบริการในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ จวบจนปัจจุบันคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการกำหนดให้บุคคลต้องมีส่วนร่วมจ่ายอยู่หลายกรณี เช่น กรณีการฟอกเลือดในผู้ป่วยไตวาย เป็นการมีส่วนร่วมจ่ายรูปแบบหนึ่ง แต่เป็นการกำหนดอัตราส่วนร่วมจ่ายในลักษณะเพื่อชำระระบบ ในด้านการใช้บริการที่เหมาะสมและการเพิ่มรายรับแก่สถานพยาบาลอย่างจริงจังยังไม่เกิดขึ้นใหม่ ผลก็คือยังมีข้อจำกัดและข้อโต้แย้งในเรื่องการเรียกเก็บค่าบริการส่วนที่เกินสิทธิหรือการชะลอการจัดบริการ ถึงแม้จะอยู่ในสิทธิ แต่เป็นภาระด้านค่าใช้จ่าย ทำให้มีการส่งผู้ป่วยไปรักษาในสถานพยาบาลอื่นและมีปัญหาการตามจ่ายค่าบริการ โดยเฉพาะกรณีที่ค่าบริการดังกล่าวมีราคาที่สูงจนมีผลกระทบทางการเงินและภาระที่ตึงต่อหน่วย

บริการที่ประชาชนลงทะเบียนไว้และสถานพยาบาลที่ให้การรักษา การนำเรื่องส่วนร่วมเข้ามาพิจารณาให้เหมาะสมและสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพ จึงเป็นกุญแจสำคัญที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติถืออยู่ และสามารถใช้เพื่อเปิดประตูของการจัดระบบหลักประกันสุขภาพ ให้สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญ ภาวะการณ์ทางการเงินการคลังของรัฐและความก้าวหน้าของระบบการแพทย์และการสาธารณสุขของไทย

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาประวัติ ความเป็นมา แนวคิด หลักทฤษฎี ขอบเขตของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่กำหนดให้ประชาชนมีส่วนร่วมจ่ายในการเข้ารับบริการบริการสาธารณสุข
2. เพื่อศึกษาหลักกฎหมายเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพ ในกรณีการมีส่วนร่วมจ่ายในการเข้ารับบริการบริการสาธารณสุขของต่างประเทศและของประเทศไทย
3. เพื่อศึกษาปัญหาและเสนอแนวการแก้ไขปัญหาตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ศึกษาเฉพาะกรณีการมีส่วนร่วมจ่ายในการเข้ารับบริการบริการสาธารณสุขและส่วนที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณสุขของรัฐ
4. เพื่อศึกษาหาแนวทางในการแก้ไขปรับปรุงพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ศึกษาเฉพาะกรณีการมีส่วนร่วมจ่ายในการเข้ารับบริการบริการสาธารณสุขให้เกิดความเป็นธรรมและสอดคล้องกับบทบัญญัติรัฐธรรมนูญ

1.3 สมมติฐานของการศึกษา

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ไม่ได้มาตรฐานตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามหลักประกันสุขภาพได้อย่างแท้จริง มีผลกระทบต่อบรรยากาศของรัฐและมีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ ส่งผลให้ประชาชนไม่ได้รับความเป็นธรรม ไม่ได้รับความเสมอภาค เท่าเทียมกันจากการรักษาที่ไม่มีประสิทธิภาพ

1.4 ขอบเขตของการศึกษา

ศึกษาถึงประวัติความเป็นมา แนวคิด ทฤษฎี หลักการในการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ภายใต้ความเสมอภาค

เท่าเทียมกันเพื่อให้ประชาชนได้รับสิทธิในการได้รับบริการด้านสาธารณสุขจากรัฐอย่างทั่วถึงเท่าเทียม โดยจะศึกษาถึงพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และการบัญญัติให้ประชาชนมีส่วนร่วมจ่ายในการเข้ารับบริการสาธารณสุข ตลอดจนทำให้ทราบถึงผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์และโรงพยาบาลที่ต้องแบกรับภาระงบประมาณที่ไม่เพียงพอในการบริการสาธารณสุข ตลอดจนเพื่อคุ้มครองผู้เข้ารับบริการสาธารณสุขให้ได้รับบริการสาธารณสุขที่เท่าเทียมและเป็นธรรม เสมอภาค มีประสิทธิภาพ และได้มาตรฐานตามเจตนารมณ์รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550

1.5 วิธีดำเนินการศึกษา

ศึกษาจากเอกสารทางวิชาการที่รวบรวมข้อมูลจาก บทบัญญัติของกฎหมาย คำบรรยายกฎหมาย ร่างกฎหมาย และกฎหมายลำดับรอง ข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์จากเว็บไซต์พระราชบัญญัติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กฎกระทรวง ประกาศของกระทรวงสาธารณสุข หนังสือบทความ รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎร และเอกสารอ้างอิงอื่น ๆ ตลอดจนสอบถามจากผู้มีความรู้และประสบการณ์

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบประวัติ ความเป็นมา แนวคิด หลักทฤษฎี ขอบเขตของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่กำหนดให้ประชาชนมีส่วนร่วมจ่ายในการเข้ารับบริการสาธารณสุข
2. ทำให้ทราบหลักกฎหมายเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพ ในกรณีการมีส่วนร่วมจ่ายในการเข้ารับบริการสาธารณสุขของต่างประเทศและของประเทศไทย
3. ทำให้ทราบปัญหาและเสนอแนวการแก้ไขปัญหาตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ศึกษาเฉพาะกรณีการมีส่วนร่วมจ่ายในการเข้ารับบริการสาธารณสุขและส่วนที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณสุขของรัฐ
4. ทำให้ทราบแนวทางในการแก้ไขปรับปรุงพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ศึกษาเฉพาะกรณีการมีส่วนร่วมจ่ายในการเข้ารับบริการสาธารณสุขให้เกิดความเป็นธรรมและสอดคล้องกับบทบัญญัติรัฐธรรมนูญ

1.7 นิยามศัพท์

ส่วนร่วมจ่าย (Cost Sharing or Co-payment) ในระบบประกันสุขภาพ หมายถึง เงินที่ผู้ให้บริการจ่ายให้แก่ผู้ให้บริการ ณ จุดที่ใช้บริการ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของค่าใช้จ่ายในการให้บริการ เงินนี้เป็นการที่ผู้ให้บริการจ่ายโดยตรงให้กับผู้ให้บริการโดยไม่ผ่านผู้ให้ประกัน แต่อัตราหรือจำนวนเงินที่ต้องจ่ายในแต่ละครั้งควรกำหนดโดยความเห็นชอบจากผู้ให้ประกัน เพื่อไม่ให้เป็นการที่หนักเกินควรแก่ผู้ให้บริการ

บัตรทองประเภท ท. คือ ประเภทยกเว้นค่าธรรมเนียม มี อักษร “ท” นำหน้าเลขที่บัตรทอง เมื่อมารับบริการ ไม่เสียค่าธรรมเนียม 30 บาท

บัตรทองประเภทไม่มี ท. คือ ประเภทเสียค่าธรรมเนียม ไม่มี อักษร “ท” นำหน้าเลขที่บัตรทองเมื่อมารับบริการเสียค่าธรรมเนียม 30 บาท

บทที่ 2

ประวัติความเป็นมา แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมจ่าย ตามหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.1 ประวัติความเป็นมาของระบบหลักประกันสุขภาพและนโยบายมีส่วนร่วมจ่าย

ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยนั้นมีประวัติความเป็นมาและมีรูปแบบรวมทั้งแนวคิดเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการและการให้บริการดังนี้

2.1.1 ระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย

ประเทศไทยเริ่มมีนโยบายในการคุ้มครองความเสี่ยงซึ่งเกิดจากภาวะค่ารักษาพยาบาลในสถานบริการสาธารณสุข มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2488 ในขณะนั้นได้ยกเว้นการมีส่วนร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่คนยากไร้ภายใต้การพิจารณาของนักสังคมสงเคราะห์ ควบคู่ไปกับการมีส่วนร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยตรงจากผู้เข้ารับบริการสุขภาพ ส่วนประชาชนผู้ที่มีฐานะดีก็จะเลือกการทำประกันสุขภาพกับภาคเอกชนเพื่อคุ้มครองความเสี่ยงค่ารักษาพยาบาลของตนสำหรับข้าราชการ ลูกจ้างส่วนราชการ ผู้เกษียณอายุ และบุคคลในครอบครัวจะได้สิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลจากภาครัฐ ต่อมาลูกจ้างภาคเอกชนได้รับการคุ้มครองความเจ็บป่วยจากระบบประกันสังคมเป็นลักษณะของไตรภาคี และได้เกิดระบบประกันสุขภาพแบบสมัครใจสำหรับคนในชุมชนตามโครงการบัตรสุขภาพขึ้น จากวิวัฒนาการของประกันสุขภาพข้างต้น ทำให้ทราบว่าการประกันสุขภาพ หมายถึง การให้หลักประกันแก่ผู้เอาประกันในด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย หลักการของการประกันสุขภาพ คือ การเฉลี่ยความเสี่ยงสำหรับคนกลุ่มมาก เพื่อให้สมาชิกในครัวเรือนได้รับความคุ้มครอง สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เมื่อเจ็บป่วยโดยมิต้องวิตกกังวลกับค่าใช้จ่าย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความหมายของการประกันสุขภาพว่า “การประกันสุขภาพเป็นการสร้างความคุ้มครองในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ผู้มีสิทธิได้รับความคุ้มครองดังกล่าวอยู่กับค่าใช้จ่ายที่ประมาณว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต จำนวนผู้ที่จะเข้าเป็นสมาชิกและแหล่งเงินที่จะสมทบจากที่อื่น...” การประกันสุขภาพสามารถทำได้ 3 ระบบคือ

1) บริษัทธุรกิจเอกชนเป็นผู้รับประกัน เป็นผู้จัดหาสถานบริการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้เอาประกันเวลาเจ็บป่วย ผู้เอาประกันจะต้องจ่ายค่าเบี้ยประกันให้แก่บริษัทผู้รับประกันเป็นจำนวนตามที่ตกลงกันไว้

2) รัฐบาลเป็นผู้รับประกัน ถือเป็นโครงการประกันสุขภาพระดับชาติ (National Health Insurance) เช่น ในประเทศอังกฤษ รัฐบาลถือเป็นนโยบายที่ทุกคนต้องทำประกันสุขภาพโดยรัฐบาลเป็นผู้ดำเนินการ รัฐบาลเก็บเบี้ยประกันจากทุกคนมาจัดสรรใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจ่ายค่าเลี้ยงชีพให้ผู้ป่วย ส่วนในสหรัฐอเมริกา โครงการ Medicaid มุ่งช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อยต่ำ โดยประชาชนไม่ต้องจ่ายเบี้ยประกัน

3) องค์การกึ่งรัฐบาลเป็นผู้รับประกัน ไม่บังคับให้ทุกคนต้องประกันแต่ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้เอาประกัน (Voluntary Insurance) แหล่งที่มาของเงินมาจากรัฐและจากผู้เอาประกัน ผู้เอาประกันต้องจ่ายเบี้ยประกันแก่องค์การ เป็นจำนวนที่ค่อนข้างต่ำและเมื่อเจ็บป่วยองค์การผู้รับประกันจะช่วยออกค่ารักษาพยาบาลมากน้อยตามที่ได้ตกลงกัน

ระบบหลักประกันสุขภาพถือเป็นกลไกที่ทำหน้าที่หลัก 2 ประการคือ ทำให้เกิดการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพเมื่อจำเป็น และป้องกันความเสียหายที่เกิดจากความเสียหายทางการเงินในการรับภาระค่ารักษาพยาบาลที่สูง ระบบประกันสุขภาพมิได้จำกัดเพียงระบบที่แต่ละคนได้จ่ายเงินเพื่อเอาประกัน (Contributory scheme) แต่หมายรวมถึงระบบสวัสดิการที่พึ่งพาแหล่งเงินทุนในระบบภาษีอีกด้วย สำหรับหลักการและแนวความคิดพื้นฐานของการประกันสุขภาพเป็นประเภทหนึ่งของการประกันสังคม อาศัยหลักการ คือ

1) หลักการสงเคราะห์หรือสาธารณูปการ (Social Assistance) มีกิจกรรมที่ดำเนินการอยู่คือ การสังคมสงเคราะห์ (Social Welfare) และการประชาสงเคราะห์ (Public Welfare)

2) หลักการบริการสังคม (Social Service) เช่น การจัดโครงสร้างพื้นฐานและบริการ

3) หลักการประกันสังคม (Social Insurance) เป็นโครงการการบริการทางสังคมที่รัฐเป็นผู้จัดดำเนินการ เพื่อให้ความคุ้มครองป้องกันประชาชนมิให้ได้รับความเดือดร้อน

การประกันสุขภาพของประเทศไทย สามารถแบ่งออกเป็น 3 รูปแบบดังนี้

1) ระบบสวัสดิการรักษารัฐจัดให้ (Social Welfare) เป็นสวัสดิการรักษายาบาลที่รัฐจัดให้แก่บุคคลบางประเภทโดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

(1) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย หรือผู้ที่สังคมควรให้ความช่วยเหลือแก่บุคคล เป็นการให้สิทธิทางการรักษายาบาลโดยไม่คิดมูลค่าแก่ผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือผู้ที่สังคมควรให้ความช่วยเหลือแก่บุคคล เช่น ผู้สูงอายุ คนยากจน คนพิการ เด็กในวัย 0 – 12 ปี เป็นต้น แต่ละประเภทมีวัตถุประสงค์เฉพาะของกลุ่มนั้น ๆ นอกจากนี้ยังได้ขยายความครอบคลุมไปยังนักบวช และผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขและสมาชิกในครอบครัว เพื่อเป็นการตอบแทนแก่ความช่วยเหลือที่มีต่อสังคม

(2) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการ ลูกจ้าง หรือพนักงานของรัฐ หรือรัฐวิสาหกิจ (Civil Servant Medical Benefit Scheme, CSMBS) เป็นระบบที่รัฐให้สวัสดิการคุ้มครองสุขภาพแก่บุคคลและสมาชิกในครอบครัว เพื่อชดเชยสำหรับเงินเดือนหรือค่าจ้างค่อนข้างต่ำในระบบราชการ

2) การประกันสุขภาพเชิงบังคับ (Compulsory Health Insurance) เป็นระบบที่มีการระดมเงินทุนจากปัจเจกชนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในภาคเอกชน ถือเป็นประกันสุขภาพในลักษณะบังคับตามกฎหมายในลักษณะต่าง ๆ ประกอบด้วยระบบย่อย 3 รูปแบบ ได้แก่

(1) ระบบสวัสดิการจ้างตามกฎหมายประกันสังคม มีแหล่งที่มาของเงินทุนจากไตรภาค ได้แก่ นายจ้าง ลูกจ้าง และเงินสมทบจากรัฐ

(2) กองทุนชดเชยแรงงาน เป็นการจ่ายเงินชดเชยของนายจ้างสำหรับค่ารักษาพยาบาลความเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บจากการทำงาน รวมทั้งค่าปลงศพสำหรับการเสียชีวิตจากการทำงาน

(3) การคุ้มครองผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร ตามกฎหมายคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ เป็นระบบที่มีแหล่งเงินทุนจากเบี้ยประกันภัยภาคบังคับ เจ้าของรถจ่ายให้แก่บริษัทประกันภัยเอกชน

3) การประกันสุขภาพโดยสมัครใจ (Voluntary Health Insurance) เป็นระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจของประชาชนที่สามารถจ่ายเบี้ยประกันได้ โครงการนี้ ได้แก่

(1) การประกันสุขภาพเอกชน ได้จากเบี้ยประกัน ให้ความคุ้มครองแก่ผู้ที่มีฐานะค่อนข้างดีเป็นส่วนใหญ่

(2) ระบบกองทุนสุขภาพ ออกโดยรัฐเพื่อให้ความคุ้มครองแก่บุคคลที่ไม่เคยได้รับความคุ้มครองจากระบบประกันใด ๆ เช่น คนทำงานในชนบท หรือคนรับจ้างหรือประกอบอาชีพอิสระไม่อยู่ในข่ายของข้อบังคับของกฎหมายประกันสังคม

นอกจากนี้ยังมีกองทุนเล็ก ๆ ที่ให้ความคุ้มครองแก่สมาชิกของตน มักจะมีการจ่ายเงินในลักษณะเงินปันผลย้อนหลังเมื่อสิ้นปีแต่ส่วนมากมักจะเป็นลักษณะของกองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์มากกว่ากองทุนสุขภาพโดยตรง¹

แต่อย่างไรก็ตามเมื่อก้าวถึงรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ถือเป็นกฎหมายสูงสุดภายใต้การปกครองในระบอบเสรีประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรง

¹ โปรดดูรายละเอียดได้ใน สังคิต พิริยะรังสรรค์ และคณะวิจัย. (2547) *โครงการวิจัยความเห็นของประชาชนต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้หลักความรับผิดชอบร่วมกัน*. สถาบันปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. หน้า 13 – 17.

เป็นประมุข บทบัญญัติแห่งกฎหมายตามรัฐธรรมนูญฉบับนี้มีเจตนารมณ์มุ่งให้การรับรองและให้ความคุ้มครองเกี่ยวกับความเสมอภาค ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิและเสรีภาพทางด้านต่าง ๆ ของประชาชนหรือปัจเจกบุคคลไว้โดยชัดแจ้งและโดยปริยายมากมายหลายประการ การให้การรับรองและคุ้มครองสิทธิทางด้านต่าง ๆ ของประชาชนอันเป็นสิทธิของปัจเจกบุคคลในลักษณะเช่นนี้ ส่วนใหญ่นิยมเรียกกันว่า “สิทธิและเสรีภาพขั้นพื้นฐาน” (Fundamental Rights and Liberties) หรืออาจจะเรียกกันอีกลักษณะหนึ่งว่า “สิทธิขั้นพื้นฐาน” (Fundamental Rights) ก็ได้ คำว่า “สิทธิ” (Right) มีความหมายคือ อำนาจที่กฎหมายรับรองให้แก่บุคคลในอันที่จะกระทำการเกี่ยวข้องกับทรัพย์สินหรือบุคคลอื่น ถือเป็นอำนาจของบุคคลในอันที่จะเรียกร้องให้บุคคลอื่นหรือหลายคนกระทำการหรือละเว้นกระทำการอย่างหนึ่งอย่างใดโดยเฉพาะเจาะจง ทั้งนี้เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตน² หรืออาจกล่าวได้อีกนัยหนึ่งว่า “สิทธิ” ถือเป็นประโยชน์ที่กฎหมายรับรองและคุ้มครองให้และเป็นกรณีที่กฎหมายบัญญัติให้ประโยชน์แก่บุคคลไว้โดยเฉพาะเจาะจง และกฎหมายได้คุ้มครองประโยชน์นี้โดยบุคคลผู้ได้รับประโยชน์สามารถใช้สิทธิทางศาลได้³ ส่วนคำว่า “เสรีภาพ” (Liberty) มีความหมายคือ ภาวะปกติของมนุษย์ที่ไม่อยู่ภายใต้การครอบงำของผู้อื่น เพราะเสรีภาพเป็นอำนาจของบุคคลในอันที่จะกระทำการในสิ่งที่ตนประสงค์จะกระทำ และที่จะไม่กระทำในสิ่งที่ตนไม่ประสงค์จะกระทำ แม้การมีอำนาจดังกล่าวจะมีผลก่อให้เกิดหน้าที่แก่ผู้อื่น ก็เป็นเพียงหน้าที่ที่จะต้องละเว้นจากการกระทำใด ๆ ที่เป็นอุปสรรคขัดขวางการใช้เสรีภาพของเขาเท่านั้น⁴ เสรีภาพจึงเป็นอำนาจที่ใช้เป็นตัวกำหนดตนเองให้สามารถเลือกได้ว่าตนเองนั้นต้องการที่จะกระทำ หรือไม่กระทำตามที่ประสงค์ กล่าวโดยสรุปได้ว่าเสรีภาพนั้น คือ อำนาจของบุคคลในอันที่จะกำหนดตนเอง เป็นอำนาจที่บุคคลนั้นย่อมสามารถที่จะเลือกวิถีชีวิตของตนได้ด้วยตนเอง เสรีภาพจึงเป็นอำนาจที่บุคคลมีอยู่เหนือตนเอง⁵

2.1.2 แนวคิด วัตถุประสงค์ของการมีส่วนร่วมจ่าย

โดยทั่วไปมีส่วนร่วมจ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพถูกกำหนดให้มีขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์ 2 อย่าง คือ 1) ป้องกันไม่ให้ผู้มีสิทธิใช้บริการมากเกินไป 2) สมทบเป็นค่าใช้จ่ายส่วนหนึ่งสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อจะได้ไม่ต้องเก็บเบี้ยประกันหรือจัดสรรภาษีเพื่อการประกันสุขภาพสูงเกินไปสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพส่วนใหญ่ โดยเฉพาะระบบ

² วรพจน์ วิศรุตพิชญ์. ก. (2540). *สิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540*. หน้า 21.

³ หยุด แสงอุทัย. ข. (2523). *ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับกฎหมายทั่วไป*. หน้า 188.

⁴ วรพจน์ วิศรุตพิชญ์. ก. (2538). *สิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญ*. หน้า 17.

⁵ เกรียงไกร เจริญธนาวัฒน์. ข. (2547). *หลักกฎหมายว่าด้วยสิทธิเสรีภาพ*. หน้า 24.

หลักประกันสุขภาพจากรัฐ วัตถุประสงค์แรกมักจะเป็นวัตถุประสงค์หลักของการมีส่วนร่วมจ่าย ทั้งนี้เพราะพบว่า คนที่ได้รับการคุ้มครองด้านการประกันสุขภาพและได้รับยกเว้นส่วนร่วมจ่าย เมื่อเข้ารับบริการบริการสาธารณสุขมักมีแนวโน้มที่จะไปใช้บริการมากกว่าตอนที่ต้องร่วมจ่าย ค่าบริการสาธารณสุขด้วยตนเอง อาจเป็นการใช้บริการที่เกินจำเป็นส่งผลให้รายจ่ายด้านบริการสุขภาพสูงเกินควร ส่วนวัตถุประสงค์ที่ให้มีส่วนร่วมจ่ายสมทบเป็นทรัพยากรเพิ่มเพื่อใช้จ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพ เช่น ในประเทศเกาหลีใต้ พบน้อยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนการมีส่วนร่วมจ่ายเพื่อลดอัตราเบี้ยประกัน มักพบในระบบประกันเอกชน⁶

2.1.3 ประเภทของการมีส่วนร่วมจ่าย

ส่วนร่วมจ่าย (Cost Sharing) สามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภทใหญ่ ๆ คือ⁷

1) Co – payment เป็นการร่วมจ่าย ณ จุดบริการให้กับผู้ให้บริการโดยตรง อาจเป็นการกำหนดราคาตายตัว (Co - payment) หรือเป็นสัดส่วนร้อยละของค่าใช้จ่าย ที่ผู้ให้บริการเรียกเก็บ (Coinsurance) ในการศึกษานี้จะใช้คำว่า Co – payment โดยทั่วไปเป็นการอาศัยหลักการพื้นฐานทางเศรษฐศาสตร์จุลภาค (Microeconomics) ว่าผู้ซื้อจะลดปริมาณการใช้บริการลง (Quantity) หากตนเองต้องจ่ายค่าบริการเพิ่มขึ้น

2) Deductible เป็นการร่วมจ่าย ณ จุดบริการ ที่ราคาร่วมจ่ายขึ้นต้นระดับหนึ่งเปรียบเสมือนเป็นเกณฑ์ที่ผู้ประกันตน ใช้เปรียบเทียบว่าการเจ็บป่วยนั้น ๆ มีความรุนแรงถึงระดับที่ต้องเข้ารับบริการบริการสุขภาพด้วยสิทธิที่มีอยู่หรือไม่ สามารถลดค่าบริการที่ไม่จำเป็นลงได้ แต่อาจมีข้อเสีย ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถประเมินความรุนแรง ของภาวะความเจ็บป่วยที่มีอยู่ ได้ดีมากพอ จนทำให้ได้รับการรักษาที่ไม่ทันเวลา ตัวอย่างเช่น บริษัทประกันอาจกำหนดให้ผู้ป่วยต้องจ่ายค่าบริการขั้นต่ำ 1,000 บาท เพื่อเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงและคิดว่าสามารถรักษาเองได้ หรือ ผู้ป่วยที่อาการรุนแรงแต่มีเงินไม่เพียงพออาจไม่เข้ารับบริการ

3) Premium หมายถึงเบี้ยประกัน เป็นการร่วมจ่ายเข้ากองทุน ตั้งแต่เข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพ หากผู้ประกันตนต้องจ่ายเบี้ยประกันสูง ก็มักมีความคาดหวังสิทธิประโยชน์สูงตามไปด้วย และบางครั้งอาจมีการใช้บริการเกินจำเป็น (Moral Hazard) ตัวอย่าง บริษัทประกันอาจ

⁶ เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์, ฐรี อนันตโชติ, ศิริตรี สุทธิจิตต์, อุบลพรรณ ชีระศิลป์, และ พลอยวรงค์ เหลืองไตรรัตน์. ก. (ม.ป.ป.). รายงานการศึกษาส่วนร่วมจ่ายค่ายาในระบบประกันสุขภาพของ 10 ประเทศ (Drug Cost Sharing in the Universal Health Insurance: Lessons Learned from 10 Countries). หน้า 6.

⁷ กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์. (2551). การมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ (Cost sharing and Co - payment Lessons from 10 Countries) (รายงานการวิจัย). ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. หน้า 16 - 17.

กำหนดให้ผู้ประกันตน ต้องจ่ายค่าเบี้ยประกันปีละ 2,000 บาท เพื่อซื้อแผนการประกันที่ครอบคลุมบริการฉุกเฉินเพียงอย่างเดียว แต่หากผู้ประกันตนต้องการความครอบคลุมบริการผู้ป่วยในห้องพักพิเศษ อาจต้องจ่ายค่าเบี้ยประกันปีละ 3,000 บาท เป็นต้น

2.1.4 แนวความคิดเกี่ยวกับหน้าที่ของรัฐและสิทธิเสรีภาพของประชาชน

คำว่า “รัฐ” เป็นชุมชนทางการเมืองของมนุษย์ ประกอบด้วยจำนวนของประชากรที่มาอยู่รวมตัวกันภายในอาณาบริเวณอันเป็นที่ตั้งของดินแดนไม่ว่าจะเป็นอาณาเขตพื้นดิน น่านน้ำอาณาเขตในท้องทะเล น่านฟ้า บริเวณใต้พื้นดิน พื้นน้ำและพื้นทะเล มีรัฐบาลเป็นองค์กรหรือหน่วยงานในการทำหน้าที่ปกครองตนเองและจัดการบริหารให้เป็นไปตามนโยบายที่ได้กำหนดไว้ เพื่อการจัดระเบียบทางสังคมและดำเนินการพิทักษ์รักษาประโยชน์ของรัฐและคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชนภายในรัฐ มีอำนาจในการดำเนินการได้อย่างมีอิสระเสรีปราศจากการควบคุมหรือสั่งการจากอำนาจเหนืออื่น ๆ ทั้งจากภายในและภายนอกรัฐ ความจำเป็นของการมีรัฐที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ เพื่อต้องการให้ประชาชนทุกคนที่มาอยู่ร่วมกันมีสิทธิได้รับการจัดระเบียบตามกฎหมายและกติกาของสังคม เพื่อความปรารถนาของการมีชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุขอย่างสมบูรณ์ มีสิทธิเสรีภาพในการดำเนินชีวิตและมีโอกาสที่ได้รับสวัสดิการต่าง ๆ จากรัฐอย่างเท่าเทียมกัน ทั้งนี้เพื่อความเจริญก้าวหน้าและการพัฒนาสติปัญญาและความสามารถของตนได้อย่างเต็มที่ แต่เดิมรัฐมีบทบาทและภาระหน้าที่หลักแต่เพียงการให้ความคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชนโดยการดูแลรักษาความสงบเรียบร้อยและความมั่นคงปลอดภัยภายในประเทศ หรือการป้องกันการรุกรานจากภายนอกประเทศเพื่อให้ความคุ้มครองเกี่ยวกับสวัสดิภาพทางด้านชีวิตของประชาชนให้อยู่รอดปลอดภัยจากภัยอันตรายต่าง ๆ เป็นสำคัญ แต่ในสังคมปัจจุบัน แนวความคิดเกี่ยวกับบทบาทและหน้าที่ของรัฐดังกล่าว ได้มีการเปลี่ยนแปลงไปเป็นอย่างมาก รัฐมีหน้าที่สำคัญที่สุดคือ การให้การดูแลทุกข์สุขของประชาชนทุกคนทุกภาคส่วน เพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงปัจจัยจำเป็นขั้นพื้นฐานแห่งการดำรงชีวิตได้อย่างเท่าเทียมกัน เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำรงตนอยู่ในสังคม ได้อย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ได้อย่างเป็นปกติสุขและสอดคล้องกับหลักสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน ได้อย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน โดยการที่รัฐเข้าไปมีบทบาทและมีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดระบบสวัสดิการสังคมในด้านต่าง ๆ ให้แก่ประชาชนเพื่อความคุ้มครองแก่สิทธิและเสรีภาพของประชาชนได้อย่างทั่วถึง และครอบคลุมแก่ประชาชนทุกสาขาอาชีพ อันถือได้ว่าเป็นการจัดระบบรัฐสวัสดิการ (Welfare State)⁸ ขึ้นภายในรัฐไม่ว่าจะ

⁸ พจนานุกรมศัพท์เศรษฐศาสตร์ ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2546 โดยสำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ อธิบาย รัฐสวัสดิการ (welfare state) ไว้ว่า “เป็นแนวคิดที่ประเทศทุนนิยมนำมาใช้โดยรัฐจัดให้มีการประกันความมั่นคงให้แก่ประชาชนอย่างกว้างขวางและเป็นระบบการประกันดังกล่าวเป็นการให้เปล่าหรือเกือบให้เปล่า เช่น

เป็นเรื่องของระบบการศึกษา ระบบการบริการสาธารณสุขหรือการบริการทางการแพทย์ หรือบริการสงเคราะห์ เด็กกำพร้า คนชราหรือคนพิการ เป็นต้น ส่วนภาระหน้าที่และความรับผิดชอบของรัฐในการจัดสวัสดิการให้แก่ประชาชนโดยเฉพาะการจัดระบบการบริการทางด้านสาธารณสุขหรือการบริการทางการแพทย์ รัฐมีหน้าที่ต้องให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนทุกคน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสิทธิในการได้รับการดูแลรักษาด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันและการรักษาโรคภัยไข้เจ็บให้แก่ประชาชน เป็นหน้าที่พื้นฐานที่สำคัญของรัฐ ที่จะต้องจัดสวัสดิการดังกล่าวให้เป็นไปอย่างทั่วถึง ทุกพื้นที่ทุกชุมชนอย่างถ้วนหน้า เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ อันอาจทำให้ได้รับความทุกข์ทรมานหรือความพิการแก่ร่างกาย ให้สามารถมีอายุยืนยาว ไม่เสียชีวิตก่อนวัยอันควรและสามารถเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ อันถือเป็นสิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐานในสิ่งปัจจัยหลักของมนุษย์ หรือการได้รับการบริการทางการแพทย์ได้อย่างเต็มที่ ปราศจากอุปสรรคทางการเงินหรือด้านอื่น ๆ เป็นหน้าที่และความผูกพันของรัฐ ในการจัดบริการสาธารณสุขอันเป็นภารกิจหลักในการจัดให้มีสวัสดิการขั้นพื้นฐานเพื่อการบริการทางด้านสังคมและพัฒนาคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ สนองตอบต่อความต้องการของประชาชน อันเป็นการให้ความคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชน โดยรวม

2.1.5 สิทธิและเสรีภาพในการได้รับการสาธารณสุขจากรัฐของประเทศไทย

สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงมีพระราชดำรัสความตอนหนึ่งว่า “การเข้าถึงเรื่องระบบสาธารณสุข โดยไม่มีอุปสรรคถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่มนุษย์ทุกคนพึงมี นอกจากประเด็นดังกล่าวแล้ว การลดภาระค่าใช้จ่ายในเรื่องของระบบสุขภาพยังสามารถช่วยป้องกันให้ประชาชนไม่ตกอยู่ในภาวะยากไร้อีกด้วย...” การที่รัฐได้บัญญัติสิทธิและเสรีภาพของประชาชนไว้ในรัฐธรรมนูญ ถือเป็นการรับรองและคุ้มครองเพื่อมิให้รัฐก้าวล่วงเข้าไปรุกรอนสิทธิและเสรีภาพของประชาชนโดยไม่ชอบด้วยกฎหมาย แต่ในขณะเดียวกันรัฐมีหน้าที่ที่จะต้องกระทำการเพื่อให้การรับรองสิทธิของราษฎร โดยการบัญญัติรับรองสิทธิดังกล่าวให้เป็นรูปธรรม ไว้ในรัฐธรรมนูญ ในอันที่จะให้ราษฎรสามารถใช้สิทธิเรียกร้องเกี่ยวกับสิทธิและประโยชน์บางประการจากรัฐได้ ถือเป็นการก่อกำเนิดให้เกิดสิทธิขั้นพื้นฐานในทางสังคม และมีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นการให้หลักประกันมาตรฐานแห่งการดำรงชีวิตขั้นต่ำให้แก่ราษฎร ให้สามารถมีผลใช้บังคับได้จริงในทางปฏิบัติอันเป็นสิทธิในทางสังคมและเศรษฐกิจของราษฎรที่มีสิทธิตามกฎหมายที่จะเรียกร้อง

การศึกษา การรักษาพยาบาล การสงเคราะห์มารดาและทารก การสงเคราะห์เด็กกำพร้า คนพิการ และคนชรา การให้สิทธิประโยชน์แก่ผู้ตกงานและการฌาปนกิจ เป็นต้น.

⁹ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. (2555, 26 มกราคม). พระราชดำรัส ในการเปิดประชุมมนานาชาติรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล ประจำปี 2012.

ให้รัฐต้องจัดทำบริการสาธารณสุขให้แก่ตน และโดยที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 51 ได้รับรองสิทธิของประชาชนในการได้รับบริการสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐ ไว้ว่ามีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย มีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ มีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายอย่างเหมาะสมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์¹⁰ จึงกล่าวได้ว่าการที่รัฐได้นำบทบัญญัติเกี่ยวกับการรับรองสิทธิของประชาชนในการได้รับบริการสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐมาบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันนั้น ถือว่าเป็นการที่รัฐให้การรับรองและคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐานทางสังคมของประชาชนและเป็นสัญญาประชาคมที่รัฐมีหน้าที่ต้องปฏิบัติตามให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ที่ได้บัญญัติไว้โดยมุ่งเน้นให้คนไทยทุกคนทุกหมู่เหล่ามีสิทธิที่จะได้รับและเข้าถึงระบบการบริการทางด้านสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน โดยเฉพาะการที่จะต้องได้รับบริการที่ได้มาตรฐานเดียวกัน ตลอดจนถึงสิทธิและโอกาสในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ดังนั้น รัฐจึงมีหน้าที่ที่จะต้องทบทวนเพื่อจัดการกลไกและกระบวนการของระบบสุขภาพที่มีอยู่เดิม ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นและสามารถระดมใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ ทั้งจากภาครัฐและเอกชน เพื่อให้สนองตอบต่ออุดมการณ์ทางด้านสุขภาพของประชาชนในสังคมตามนโยบายของรัฐ ทั้ง ๆ ที่ยังต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ทางสังคมและเศรษฐกิจดังที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน อย่างไรก็ตามสิทธิของประชาชนในการได้รับบริการสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐตามที่รัฐธรรมนูญได้บัญญัติไว้นี้ ถือเป็นการนำสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน (Fundamental Rights) มากำหนดเป็นกฎหมาย เพื่อบังคับให้รัฐต้องสร้างหลักการและแนวคิดเพื่อใช้เป็นกระบวนการผลักดันให้เกิดนโยบายที่เกี่ยวกับการสร้างหลักประกันสุขภาพของประชาชนที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพได้อย่างเป็นรูปธรรมภายใต้ความเสมอภาคและความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพที่มีความจำเป็นของประชาชน ถือเป็นสิทธิของพลเมือง (Civil Rights) และนับว่าเป็นการสอดคล้องกับสิทธิ

¹⁰ มาตรา 51 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์.

มนุษยชนที่บัญญัติไว้ในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights 1948) ข้อ 25 บัญญัติว่า¹¹

(1) มนุษย์ทุกคนมีสิทธิที่จะดำรงชีวิตตามมาตรฐานเพื่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับตนเองและครอบครัวโดยรวมถึงการได้รับอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรคและบริการทางสังคมที่จำเป็นและมีสิทธิที่จะได้รับหลักประกันความมั่นคง เมื่อว่างงาน เจ็บป่วย พิกการเป็นหม้าย ขามชรา หรือเมื่อประสบเคราะห์กรรมจากเหตุการณ์ที่เขามีส่วนเกี่ยวข้อง

(2) มารดาและเด็ก จำต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลเป็นพิเศษ เด็กทุกคนไม่ว่าจะเกิดในหรือนอกสมรสต้องได้รับการคุ้มครองจากสังคมเท่าเทียมกัน

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ยังได้กล่าวถึงแนวนโยบายด้านสาธารณสุขไว้ในมาตรา 80 (1) และ มาตรา 80 (2) รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษาและวัฒนธรรม ดังต่อไปนี้

1) คุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน สนับสนุนการอบรมเลี้ยงดูและให้การศึกษาปฐมวัย ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย เสริมสร้างและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของสถาบันครอบครัวและชุมชนรวมทั้งต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพและผู้อยู่ในสภาวะยากลำบากให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและพึ่งพาตนเองได้¹²

2) ส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพและส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข โดยผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าว ซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจรรยาบรรณ ย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย”¹³

¹¹ การประชุมดังกล่าวได้จัดขึ้น ณ กรุงปารีส ประเทศสาธารณรัฐฝรั่งเศส และปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนดังกล่าวได้รับการประกาศในรัฐกิจจานุเบกษาของประเทศสาธารณรัฐฝรั่งเศส (*le Journal Officiel*) เมื่อวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 1949.

¹² มาตรา 80 (1) คุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน สนับสนุนการอบรมเลี้ยงดูและให้การศึกษาปฐมวัย ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย เสริมสร้างและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของสถาบันครอบครัวและชุมชน รวมทั้งต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพและผู้อยู่ในสภาวะยากลำบาก ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและพึ่งพาตนเองได้.

¹³ มาตรา 80 (2) ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการ

ด้วยเหตุดังกล่าวข้างต้น แนวนโยบายเกี่ยวกับสิทธิการให้บริการสาธารณสุขของประชาชนตามที่ได้บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ ยังเป็นที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ขององค์การอนามัยโลก ที่ต้องการให้ประชาชนทุกคนได้บรรลุถึงความมีสุขภาพดีในระดับที่สูงที่สุด เท่าที่จะเป็นไปได้ และสิ่งสำคัญที่สุดเพื่อสนองวัตถุประสงค์ดังกล่าว ก็คือ การพัฒนาระบบสาธารณสุขแห่งชาติของทุกประเทศ ให้มีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง และโดยเฉพาะอย่างยิ่งมติที่ประชุมในการประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลก (World Health Assembly) ในปี 1970 ยังกล่าวไว้ว่า “สิทธิที่จะได้รับบริการเพื่อสุขภาพ (The Right to Health) เป็นสิทธิพื้นฐานของสิทธิมนุษยชน”¹⁴ ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่าในรัฐธรรมนูญของเกือบทุกประเทศก็มีการนำบทบัญญัติที่เกี่ยวกับสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขของประชาชนและสวัสดิการจากรัฐ ถือเป็น การรับรองสิทธิพลเมืองของประชาชนภายในรัฐ และเป็นสิทธิที่ประชาชนทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการบริการดังกล่าวจากรัฐ นำมาบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญในระดับที่แตกต่างกันออกไป และยังคงแสดงออกในทางกฎหมาย หรือแนวทางที่หลากหลายได้เช่นเดียวกัน จึงอาจกล่าวได้ว่า การที่รัฐมีภาระหน้าที่ที่ต้องจัดให้ประชาชนมีสิทธิได้รับการบริการทางด้านสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงและเสมอภาคเท่าเทียมกัน ตามสิทธิที่ได้ถูกกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ มิใช่เป็นเพียงแนวทางเพื่อกำหนดสิทธิของประชาชนให้เกิดขึ้นเป็นเพียงแก่นามธรรมเท่านั้น หากแต่รัฐมีภาระและความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการจัดหาวิธีการ หรือรูปแบบในลักษณะที่จะก่อให้เกิดสิทธิของประชาชนดังกล่าว และสามารถทำให้สิ่งนั้นเกิดขึ้นได้จริงอย่างเป็นรูปธรรมและเป็นระบบ¹⁵

ดังนั้น บทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ที่กล่าวถึงการให้บริการทางด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนตลอดจนนโยบายทางด้านสาธารณสุขดังกล่าว จึงถือเป็นภารกิจอันสำคัญที่รัฐจะต้องสนองตอบต่อการพัฒนาส่งเสริม เพื่อยกระดับสุขภาพอนามัย และการคุ้มครองสิทธิประโยชน์ทางด้านสาธารณสุขของประชาชน ให้สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและสอดคล้องกับบทบัญญัติดังกล่าว ทั้งนี้ เพื่อมุ่งหมายและอำนวยความสะดวกต่อสุขภาพและอนามัยของประชาชนทั้งในด้านสุขภาพกายและจิต ให้ประชาชนของรัฐสามารถ

สาธารณสุข โดยผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าวซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจรรยาบรรณ ย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย.

¹⁴ “Health as a human right Health aspects of human rights with special reference to developments in biology and medicine.” (1976). WHO Geneva. pp.10 - 13.

¹⁵ สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ. (2540). *ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ บทวิเคราะห์ทางวิชาการ*. หน้า 37 - 38.

ดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขและปราศจากโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ตลอดจนสามารถสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ประชาชนได้อย่างยั่งยืน สามารถให้ความคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในฐานะผู้บริโภค การบริการทางการแพทย์ เป็นสิทธิของคนทุกคนที่มีสิทธิเข้ารับการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขตามที่สภาวิชาชีพด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทยสภา สภากาชาด สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา และคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะได้ร่วมกันออกประกาศสิทธิผู้ป่วยไว้เมื่อ วันที่ 16 เมษายน 2541 ที่ว่า “ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ มีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ มีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรับค่านจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ”¹⁶ เป็นต้น

เมื่อพิจารณาถึงสิทธิของผู้ป่วย เป็นผู้มีสิทธิในการได้รับการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในฐานะผู้บริโภคตามกฎหมายแล้ว ย่อมมีสิทธิได้รับความคุ้มครองตามบทบัญญัติ

-
- ¹⁶ ข้อ 1 ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
- ข้อ 2 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ไม่มีการเลือกปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่างทางด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย
- ข้อ 3 ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่ เป็นการช่วยเหลือรับค่านหรือจำเป็น
- ข้อ 4 ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตมีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรับค่านจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี ไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่
- ข้อ 5 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน
- ข้อ 6 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้
- ข้อ 7 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยเคร่งครัด เว้นแต่ จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย
- ข้อ 8 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการวิจัยของผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ
- ข้อ 9 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น
- ข้อ 10 บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมอาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปี บริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้.

แห่งรัฐธรรมนูญ มาตรา 61 ที่บัญญัติว่า สิทธิของบุคคลซึ่งเป็นผู้บริโภคย่อมได้รับความคุ้มครองในการได้รับข้อมูลที่เป็นความจริงและมีสิทธิร้องเรียนเพื่อให้ได้รับการแก้ไขเยียวยาความเสียหาย รวมทั้งมีสิทธิรวมตัวกันเพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้บริโภค โดยให้มีองค์การเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคที่เป็นอิสระจากหน่วยงานของรัฐ ประกอบด้วยตัวแทนผู้บริโภคทำหน้าที่ให้ความเห็นเพื่อประกอบการพิจารณาของหน่วยงานของรัฐ ในการตราและการบังคับใช้กฎหมายและกฎ และให้ความเห็นในการกำหนดมาตรการต่าง ๆ เพื่อคุ้มครองผู้บริโภค รวมทั้งตรวจสอบและรายงานการกระทำหรือละเลยการกระทำอันเป็นการคุ้มครองผู้บริโภค ทั้งนี้ ให้รัฐสนับสนุนงบประมาณ ในการดำเนินการขององค์การอิสระดังกล่าวตามกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค¹⁷ กำหนดให้ผู้บริโภคมีสิทธิได้รับการบริการหรือ การบริโภคสินค้าในฐานะผู้บริโภคจากผู้ให้บริการหรือผู้ประกอบการและมีสิทธิได้รับความคุ้มครอง¹⁸

ทั้งนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติตามที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 47 ความว่า รัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติต้องสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และอย่างน้อยยังต้องมีสาระสำคัญเกี่ยวกับ ปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ คุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพ การจัดให้มีหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ เป็นต้น¹⁹

¹⁷ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522. มาตรา 3 บัญญัติว่า ในพระราชบัญญัตินี้ “สินค้า” หมายความว่า สิ่งของที่ผลิตหรือมีไว้เพื่อขาย

“บริการ” หมายความว่า การรับจัดทำกรงาน การให้สิทธิใด ๆ หรือการให้ใช้ หรือให้ประโยชน์ในทรัพย์สินหรือกิจการใด ๆ โดยเรียกค่าตอบแทนเป็นเงินหรือผลประโยชน์อื่น แต่ไม่รวมถึงการจ้างแรงงานตามกฎหมายแรงงาน

“ผู้บริโภค” หมายความว่า ผู้ซื้อหรือได้รับบริการจากผู้ประกอบการและหมายความรวมถึงผู้ซึ่งได้รับการเสนอหรือชักชวนจากผู้ประกอบการเพื่อให้ซื้อสินค้าหรือรับบริการด้วย

“ผู้ประกอบการ” หมายความว่า ผู้ขาย ผู้ผลิตเพื่อขาย ผู้ส่งหรือนำเข้ามาในราชอาณาจักรเพื่อขายหรือผู้ซื้อเพื่อขายต่อซึ่งสินค้าหรือผู้ให้บริการและหมายความรวมถึงผู้ประกอบการโฆษณาด้วย.

¹⁸ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522. มาตรา 4.

- ¹⁹
- 1) ปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ
 - 2) คุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพ
 - 3) การจัดให้มีหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ
 - 4) การสร้างเสริมสุขภาพ

1) สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐของประเทศไทยภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐ ถือเป็นนโยบายหลักในการให้สวัสดิการเกี่ยวกับการบริการทางด้านสาธารณสุขที่รัฐจะต้องดำเนินการจัดให้แก่ประชาชนตามสิทธิที่มีอยู่ในบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญและเพื่อใช้เป็นวัตถุประสงค์และเป็นกลไกในการทำหน้าที่เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน ในยามเมื่อมีความจำเป็นและต้องการ และเป็นอีกหนึ่งวัตถุประสงค์หลักที่ใช้เป็นเครื่องมือในการป้องกันความเสียหาย ที่เกิดจากความเสียหายทางการเงินอันเกี่ยวกับการแบกรับภาระค่ารักษาพยาบาลที่มีราคาสูงเกินกำลัง และความสามารถของประชาชน อันเป็นการคุ้มครองความเสี่ยงซึ่งเกิดจากภาระค่ารักษาพยาบาลในสถานบริการสาธารณสุขของประเทศไทย วิวัฒนาการและประวัติความเป็นมาเกี่ยวกับนโยบายของโครงการสวัสดิการการรักษาพยาบาล ให้แก่ประชาชน อันเป็นสิทธิบริการด้านสาธารณสุขของรัฐ ได้มีการพยายามสร้างหลักประกันด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนที่ยากจนและมีรายได้น้อยสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่จำเป็น โดยไม่เสียค่ารักษาพยาบาล นโยบายการคุ้มครองความเสี่ยงจากภาระค่ารักษาพยาบาลที่มีราคาสูงได้เริ่มขึ้นเป็นครั้งแรกอย่างไม่เป็นทางการในปี พ.ศ. 2488 มีการกำหนดหลักเกณฑ์ให้อยู่ภายใต้การพิจารณาของนักสังคมสงเคราะห์ เป็นระบบที่มีการยกเว้นการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลให้แก่ประชาชนผู้ยากจนควบคู่ไปกับระบบการรักษาพยาบาลที่มีการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาล โดยตรงจากผู้ใช้บริการสุขภาพ

หลังจากนั้น ได้มีวิวัฒนาการไปสู่ระบบการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย เริ่มขึ้นอย่างเป็นทางการในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2518 รัฐบาลสมัยหม่อมราชวงศ์คึกฤทธิ์ ปราโมช เป็นนายกรัฐมนตรี ได้มีการเริ่มต้นโครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยในด้าน

-
- 5) การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
 - 6) การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ
 - 7) การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ
 - 8) การคุ้มครองผู้บริโภค
 - 9) การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
 - 10) การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ
 - 11) การผลิตและการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข
 - 12) การเงินการคลังด้านสุขภาพ.

การรักษาพยาบาล (สเปน.) มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ที่มีรายได้น้อย ให้มีหลักประกันในการเข้าถึงการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข สามารถใช้สิทธิเข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ และรัฐมีหน้าที่หลักที่สำคัญจะต้องค้นหาประชาชนผู้มีรายได้น้อย เพื่อการออกบัตรสงเคราะห์และสวัสดิการดังกล่าวเป็นการเข้าสู่ระบบการพิจารณาสถานะทางกฎหมาย โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามระดับรายได้ของครัวเรือน (Mean - Testing Scheme)²⁰ เกณฑ์การประเมินขอบเขตของคำว่า “ผู้มีรายได้น้อย” จะพิจารณาจากรายได้ส่วนที่เป็นตัวเงินเพื่อใช้เป็นเส้นแบ่งความยากจน ในครั้งแรกได้กำหนดว่าบุคคลใดมีรายได้น้อยกว่า 1,000 บาทต่อเดือนถือว่าเป็นผู้มีรายได้น้อยตามหลักเกณฑ์ดังกล่าว จึงสมควรที่จะได้รับบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย (สเปน.) มีการออกบัตรสำหรับผู้มีรายได้น้อยที่ควรได้รับการสงเคราะห์เกี่ยวกับสวัสดิการและรักษาพยาบาล ครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2524 มีผู้มีสิทธิได้รับความคุ้มครองจากบัตรสงเคราะห์ดังกล่าวทั่วทั้งประเทศทั้งสิ้นจำนวน 10.9 ล้านคนหรือคิดเป็นประมาณร้อยละ 23 ของประชากรทั้งหมดที่มีอยู่ในประเทศในขณะนั้น และได้มีการแบ่งแยกข้อมูลของกลุ่มประเภทผู้รับบริการในโครงการดังกล่าวออกเป็น 3 ประเภท คือ ประเภท ก. เป็นกลุ่มผู้ป่วยสงเคราะห์ที่ไม่มีบัตร ประเภท ข. เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่จ่ายเงินบางส่วน และประเภท ค. เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีสิทธิตามระเบียบอื่น ๆ ของทางราชการ

ต่อมาในปี พ.ศ. 2526 ได้มีการประกาศเป็นปีผู้สูงอายุสากลและได้มีการจัดแบ่งประเภทของผู้สูงอายุที่มารับบริการออกเป็น 4 ประเภท คือ

- ประเภทแรก ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่จ่ายค่ารักษาพยาบาล
- ประเภทที่สอง ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่เบิกได้จากสวัสดิการข้าราชการ
- ประเภทที่สาม ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุผู้ถือบัตรรายได้น้อย และ
- ประเภทสุดท้าย ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยรายได้น้อย

ต่อมาในปี พ.ศ. 2536 ได้มีการขยายความคุ้มครองโดยครอบคลุมไปถึงผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ตลอดจนเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี บุคคลผู้พิการและผู้นำทางศาสนาและต่อมาในปี พ.ศ. 2537 ได้มีการเปลี่ยนชื่อจากโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยเป็นชื่อโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมช่วยเหลือเกื้อกูล (บัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล) มีกลุ่มบุคคลที่โครงการดังกล่าวได้ให้ความคุ้มครองทั้งสิ้นจำนวน 6 กลุ่ม คือ

- กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มผู้มีรายได้น้อยและผู้ว่างงาน
- กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ

²⁰ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. (2540). ระบบประกันสุขภาพในภาพรวมของประเทศไทย. หน้า 77.

กลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มเด็กอายุ 0 – 12 ปี

กลุ่มที่ 4 เป็นกลุ่มทหารผ่านศึก

กลุ่มที่ 5 เป็นกลุ่มผู้นำศาสนาและผู้นำชุมชน พระภิกษุและสามเณร

กลุ่มที่ 6 เป็นกลุ่มผู้พิการ

ภายหลังจากที่เปลี่ยนแปลงมาเป็นโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล สำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงช่วยเหลือเกื้อกูล ได้ก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ที่สำคัญในหลาย ๆ ด้าน ทั้งปัญหาในเชิงแนวคิด รวมถึงการนำไปปฏิบัติ เช่น จำนวนประชาชนที่จะได้รับความคุ้มครองภายใต้โครงการดังกล่าว มีความครอบคลุมทั่วถึงประชาชนแค่ไหนเพียงใด การออกบัตรสงเคราะห์ดังกล่าวตรงกับกลุ่มเป้าหมายจริงหรือไม่ กลุ่มบุคคลที่ได้รับการช่วยเหลือเป็นผู้ที่เหมาะสมและสมควรได้รับการช่วยเหลือตามนโยบายของโครงการดังกล่าวจริงหรือไม่ ปัญหาความซ้ำซ้อนของสิทธิที่ผู้ได้รับความคุ้มครองตามโครงการบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (บัตร สปร.) กับหลักประกันสุขภาพด้านอื่น ๆ กลุ่มบุคคลต่าง ๆ ที่ขาดหลักประกันด้านสุขภาพจะได้รับความคุ้มครองทั่วถึงได้อย่างไร สิทธิประโยชน์และคุณภาพของโครงการทำให้ผู้ได้รับการช่วยเหลือได้รับความคุ้มครองครอบคลุมถึงอาการเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคประเภทใดบ้างและมีประสิทธิภาพเพียงใด ปัญหาเกี่ยวกับการจัดสรร และการกระจายงบประมาณเพื่อให้เกิดความเป็นธรรม ได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพทั้งในส่วนกลางและภูมิภาค กลไกที่ใช้ในการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อกำหนดขอบเขตของผู้มีรายได้น้อยให้ตรงกับกลุ่มเป้าหมาย ตลอดจนการรับรองคุณภาพในการให้บริการของโครงการหรือสิทธิเสมอกันในการรับบริการที่เหมาะสม และได้มาตรฐานตามสิทธิที่รัฐธรรมนูญได้บัญญัติรับรองไว้ ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์สุดท้ายของระบบบริการสาธารณสุข นั่นก็คือ สถานะสุขภาพที่ดีของประชาชน

เมื่อกล่าวถึงสิทธิในการได้รับการบริการด้านสาธารณสุขของประชาชนภายใต้ระบบประกันสุขภาพและระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลในประเทศไทยในปัจจุบันมีอยู่ด้วยกันหลายประเภท เช่น ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ระบบประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน ระบบประกันสุขภาพแบบสมัครใจ ประกอบด้วยบัตรประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข การประกันสุขภาพเอกชน ระบบประกันภัยอุบัติเหตุทางจราจรตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ประกอบไปด้วยระบบประกันสุขภาพหลักของรัฐทั้งสามประเภท รัฐมีภาระหน้าที่ในการจัดทำให้แก่ประชาชนหรือบรรดาสมาชิกภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ดังที่จะกล่าวต่อไปได้แก่

ประเภทแรก คือ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประเภทที่สอง คือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและลูกจ้างของรัฐ
ประเภทที่สาม คือ ระบบประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน

1) ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เมื่อพิจารณาในประเด็นปัญหาสำคัญต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากโครงการสงเคราะห์ระบบสุขภาพดังกล่าว จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่สำคัญที่ก่อให้เกิดความพยายามในการผลักดันให้ประเทศไทยก้าวไปสู่การสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิเสมอกันในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่มาตรฐานและผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการรักษายาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ประชาชนจะต้องได้รับสิทธิประโยชน์จากนโยบายดังกล่าว ได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึงเสมอภาคกัน รวมตลอดถึงประชาชนในกลุ่มที่อยู่ภายใต้โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย และ ผู้ที่สังคมช่วยเหลือเกื้อกูล ตลอดจนประชาชนในกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพทั้งหมด

(1) วัตถุประสงค์ในการจัดตั้งระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้ประชาชนทุกคน นอกเหนือจากบุคคลที่มีสิทธิได้รับหลักประกันสุขภาพประเภทอื่นที่มีอยู่แล้ว เป็นผู้ที่มีสิทธิได้รับบริการทางสุขภาพได้อย่างทั่วถึงเสมอภาคเท่าเทียมกัน อันเป็นการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพและยังเป็นการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคนที่รัฐมีภาระหน้าที่จะต้องเข้าไปมีบทบาท ในการจัดการเกี่ยวกับนโยบายดังกล่าว ตามรูปแบบที่รัฐได้กำหนดขึ้น และเพื่อใช้เป็นสวัสดิการและเป็นหลักประกันด้านบริการสุขภาพให้แก่ประชาชน ทั้งนี้ เพื่อการรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพอนามัยของประชาชนทุกคนที่มีอาการเจ็บป่วย ประสบอุบัติเหตุหรือฉุกเฉิน ที่จะต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลและค่าบริการทางการแพทย์ อันใช้เป็นเครื่องมือเพื่อนำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพขึ้น การให้บริการทางด้านสาธารณสุขที่จำเป็น เช่น ในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินี้เป็นการสนองตอบต่อภาวะความจำเป็นของผู้ป่วยที่ถูกกำหนดขึ้นจากภาวะสุขภาพหรือความจำเป็นด้านสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ จะต้องมิใช่เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นจากความต้องการในการได้รับการบริการในสิ่งอุปโภคหรือบริโภค ดังเช่นที่มีอยู่ในห้องตลาด โดยทั่วไปแต่อย่างใด หากแต่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากความไม่แน่นอน (Uncertainty) ของการดำรงชีพ อาจมีผลถึงแก่ชีวิตของบุคคลนั้น ๆ ได้ รวมตลอดถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อบุคคลอื่นและสังคมอีกด้วยและเพื่อให้เป็นการสอดคล้องกับบทบัญญัติที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ได้บัญญัติรับรองไว้ให้ประชาชนชาวไทยย่อมมีสิทธิเสมอกันในการได้รับบริการสาธารณสุขและสวัสดิการ

จากรัฐและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ²¹ รัฐจะต้องดำเนินการส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการเสริมสร้างสุขภาพอันนำไปสู่สภาวะที่ยั่งยืนของประชาชนรวมทั้งจัดการ และส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพตลอดจนส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพรวมถึงการจัดบริการสาธารณสุข²² ดังนั้นจึงต้องจัดระบบการให้บริการสาธารณสุข ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตเพื่อให้มีการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน โดยจัดให้มีองค์กรกำกับดูแล มีส่วนร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาชน ทั้งนี้ เพื่อให้มีระบบการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทั้งประเทศ และประชาชนชาวไทยมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานเท่าเทียมกันทุกคน²³

ดังนั้น ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงหมายถึงความถึง สิทธิของประชาชนไทยทุกคน (Entitlement) ที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐาน อย่างเสมอภาคด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระด้านค่าใช้จ่ายไม่เป็นอุปสรรคที่²⁴ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติถือเป็นสวัสดิการทางด้านสุขภาพที่รัฐจัดให้แก่ประชาชนและเพื่อเป็นหลักประกันทางด้านสุขภาพเป็นสิทธิตามกฎหมายและตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ที่ประชาชนทุกคนควรมีสิทธิที่จะได้รับการบริการสาธารณสุข ไม่ต้องมีการสมัครเข้าใช้บริการ แต่ต้องมีสัดส่วนการให้บริการที่เพียงพอ ทั่วถึงอย่างสมเหตุสมผล รูปแบบในการให้บริการจะต้องมีใช้ลักษณะของการให้บริการในแบบของการบริการสงเคราะห์หรือกึ่งสงเคราะห์หรือเป็นการให้บริการราคาถูก และการจัดสรรงบประมาณจะต้องมีใช้เป็นการมุ่งไปที่กระทรวงใดกระทรวงหนึ่ง โดยขาดการพัฒนาปรับปรุงระบบการบริหารและการจัดการ เพื่อให้เกิดความคุ้มครองและประกันสิทธิของประชาชนทางด้านสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม หน่วยงานหลักที่ดูแลและรับผิดชอบจะต้องให้การสนับสนุนการพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตลอดจนการจัดตั้งขึ้นเป็นหน่วยงานเพื่อบริหารระบบ (System Manager) เพื่อให้เกิดความสมดุลแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั้งสามส่วน คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอยู่ในฐานะผู้ซื้อบริการ (Purchaser)

²¹ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550. มาตรา 51.

²² รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550. มาตรา 80.

²³ หมายเหตุท้ายพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545.

²⁴ คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. (2544). *ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. หน้า 11.

หน่วยบริการหลักทั้งสี่ประเภท²⁵ ในฐานะผู้ให้บริการ (Provider) และประชาชนในฐานะผู้รับบริการ (Consumer)

(2) โครงสร้างของระบบและที่มาของเงินกองทุน

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดตั้งขึ้นโดยดำเนินการให้เป็นไปตามบทบัญญัติของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดให้มีการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นเป็นหน่วยงานของรัฐ ที่มีฐานะเป็นนิติบุคคลและอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข²⁶ กำหนดให้มีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการและมีเลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นเลขานุการของคณะกรรมการ²⁷ ปีงบประมาณ 2556 สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับจัดสรรงบประมาณ 1,211,120,300 ล้านบาท²⁸ เพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในอัตราเหมาจ่าย 2,755.60 บาท²⁹ ต่อคนต่อปี สำหรับจำนวนประชากรผู้มีสิทธิทั้งสิ้นจำนวนกว่า 48 ล้านคน³⁰ มีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการจัดสรรเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่แต่ละจังหวัดเป็นรายเดือนและในระดับจังหวัดจะดำเนินการจัดสรรงบประมาณให้กับสถานพยาบาลในเครือข่ายโดยงบประมาณที่สถานพยาบาลจะได้รับ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับรูปแบบการบริหารงบประมาณและการจัดสรรเงินแก่สถานพยาบาลที่จังหวัดเลือก³¹

²⁵ ข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข.

²⁶ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. มาตรา 24.

²⁷ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. มาตรา 13.

²⁸ เอกสารงบประมาณฉบับที่ 1. (2556). *รายรับรายจ่ายเปรียบเทียบ*. สำนักงบประมาณสำนักนายกรัฐมนตรี. หน้า 103.

²⁹ ผลการประชุมคณะรัฐมนตรี. (2555). *เรื่อง ข้อเสนองบประมาณสำหรับงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประจำปีงบประมาณ 2556*. สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี ทำเนียบรัฐบาล.

³⁰ อนันต์ อริยะชัยพาณิชย์. (2555). *รายงานการประชุมวุฒิสภา ครั้งที่ 5 (สมัยสามัญนิติบัญญัติ)*. หน้า 157 – 158.

³¹ มี 2 รูปแบบ คือ รูปแบบที่ 1 Inclusive Capitation เป็นการจัดสรรเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว โดยรวมงบสำหรับบริการผู้ป่วยนอก (บวกงบส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค) และบริการผู้ป่วยใน (Inclusive Capitation) ให้หน่วยคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิที่รับขึ้นทะเบียนกรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่นหน่วยคู่สัญญาบริการจะต้องจ่ายตามแต่กรณีที่มีค่าบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงและค่ารักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเฉพาะนอกเขตจังหวัดให้เบิกจากกองทุนประกันสุขภาพที่ส่วนกลาง ในขณะที่การตามจ่ายกรณีส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลในจังหวัด กรณีผู้ป่วยนอกให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการระดับจังหวัดกำหนด กรณีผู้ป่วยในจะตามจ่ายในอัตราราคาตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRG)

ในหมวด 4 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้มีการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและอย่างมีประสิทธิภาพ³² กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะประกอบด้วยแหล่งที่มาของเงินทุนในด้านต่าง ๆ ดังนี้³³ เงินที่ได้รับจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี เงินที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามที่กฎหมายบัญญัติ เงินที่ได้รับจากการดำเนินการให้บริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัตินี้ เงินค่าปรับทางปกครองตามพระราชบัญญัตินี้ เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคหรือมอบให้แก่กองทุน ดอกผลหรือผลประโยชน์ที่เกิดจากเงินหรือทรัพย์สินของกองทุน เงินหรือทรัพย์สินอื่นใด ๆ ที่กองทุนได้รับมาในกิจการของกองทุน เงินสมทบอื่นตามที่กฎหมายบัญญัติ เป็นต้น

(3) คุณสมบัติของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้บัญญัติให้บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพโดยกำหนดให้บุคคลที่เข้ารับบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการตามอัตราที่กำหนด เว้นแต่ ผู้ยากไร้หรือบุคคลอื่นที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด³⁴ ต่อมาในปี พ.ศ. 2549 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้อาศัยอำนาจตามมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ประชาชน โดยเฉพาะผู้ยากไร้และด้อยโอกาส สามารถเข้าถึงบริการได้มากยิ่งขึ้น จึงมีมติและประกาศให้ยกเลิกการเก็บเงินร่วมจ่ายค่าบริการจำนวน 30 บาทต่อครั้งทั้งหมดนับตั้งแต่วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2549 เป็นต้นไป³⁵ บุคคลที่ประสงค์จะใช้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ยื่นคำขอลงทะเบียนต่อสำนักงานหรือหน่วยงานที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพ

รูปแบบที่ 2 Exclusive Capitation เป็นการจัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัวเฉพาะสำหรับบริการผู้ป่วยนอก (บวกบส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค) ให้หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Capitation for Ambulatory Care) ส่วนงบสำหรับบริการผู้ป่วยในให้บริหารที่จังหวัดโดยจ่ายให้แก่สถานพยาบาลที่รับดูแลผู้ป่วยในอัตราราคาตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG With Global Budget) ส่วนค่าบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง การบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเฉพาะนอกเขตจังหวัดให้เบิกจ่ายจากสำนักงานประกันสุขภาพที่ส่วนกลาง.

³² พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. มาตรา 38.

³³ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. มาตรา 39.

³⁴ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. มาตรา 5.

³⁵ โปรดดูรายละเอียดได้ใน ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง “การยกเลิกค่าบริการทางการแพทย์”.

แห่งชาติกำหนด³⁶ เพื่อกำหนดเป็นหน่วยบริการประจำ³⁷ ในการให้การดูแลทางด้านสุขภาพ จะถือเป็นหน่วยบริการระดับต้นหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care) และหน่วยบริการร่วมให้บริการ³⁸ ยังทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการคู่สัญญา (Main Contractor) สำหรับบริการปฐมภูมิ และเป็นหน่วยงานที่รับขึ้นทะเบียนประชาชน (Unit for Registration) อันเป็นสถานพยาบาล ด้านแรก (Front Line Service) ทำหน้าที่ในการให้บริการแบบผสมผสาน (Comprehensive Care) ตั้งแต่การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟู ตลอดจนประสานงาน การส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ³⁹ ตามสภาพ ความเจ็บป่วยและความจำเป็นด้านสุขภาพ⁴⁰ สรุปแล้วคุณสมบัติของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติมีดังนี้⁴¹

(3.1) เป็นบุคคลสัญชาติไทย

(3.2) มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลักตามกฎหมายและมีข้อมูลอยู่ในฐานข้อมูล ประชากรของสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย

(3.3) ไม่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพอื่นที่รัฐจัดให้ เช่น

³⁶ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2545. มาตรา 6.

³⁷ หน่วยบริการประจำ คือ สถานบริการหรือกลุ่มสถานบริการทุกแห่ง ที่รับค่าใช้จ่ายในการบริการ สาธารณสุขในลักษณะเหมาจ่ายรายหัวและจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิให้แก่ผู้มีสิทธิที่เลือกลงทะเบียน เป็นหน่วยบริการประจำของตน ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลของรัฐอื่น โรงพยาบาลเอกชน คลินิกชุมชนอบอุ่น.

³⁸ หน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการร่วมให้บริการ คือ สถานบริการหรือกลุ่มสถานบริการทุกแห่งใน เครือข่ายของหน่วยบริการประจำที่ให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิแก่ประชาชน โดยรับค่าใช้จ่ายในการ บริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการประจำ ได้แก่ สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล คลินิกชุมชน อบอุ่น หน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลของรัฐอื่น หน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลเอกชน สถานบริการที่ร่วมให้บริการสาธารณสุขเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง เช่น คลินิกทันตกรรม.

³⁹ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ คือ สถานพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนและมีขีดความสามารถ จัดบริการตั้งแต่ระดับทุติยภูมิขึ้นไป จนถึงระดับตติยภูมิที่มีการบริการผู้ป่วยใน บริการด้านศัลยกรรม บริการ ลูกเข็น บริการสูติกรรม บริการผู้ป่วยนอก หรือที่มีบริการรักษาพยาบาลเฉพาะทาง ซึ่งเป็นการให้บริการ สาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพที่ส่งต่อมาจากหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลของรัฐอื่น ๆ โรงพยาบาลเอกชน.

⁴⁰ สำเร็จ แหงกระโทก และคณะ. (2548 - 2549). *การพัฒนาการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นกับการสร้าง หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดนครราชสีมา*. หน้า 14.

⁴¹ โปรดดูรายละเอียดได้ใน *คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ* ปีงบประมาณ 2551. หน้า 31.

- ก. ผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม
 - ข. ข้าราชการหรือลูกจ้างของส่วนราชการทุกประเภท
 - ค. พนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาล
 - ง. พนักงานหรือลูกจ้างของรัฐวิสาหกิจ
 - จ. คู่สมรส บุตร หรือบิดา มารดาหรือบุคคลอื่นใดที่ได้รับสวัสดิการในการรักษาพยาบาลโดยอาศัยสิทธิของบุคคลตาม ข. ค. และ ง.
 - ฉ. ครูโรงเรียนเอกชน
 - ช. ข้าราชการการเมือง ได้แก่ นายกรัฐมนตรี รองนายกรัฐมนตรี รัฐมนตรีว่าการรัฐมนตรีช่วยว่าการ สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรและสมาชิกวุฒิสภาซึ่งรัฐได้จัดสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลให้
 - ซ. ผู้ซึ่งปฏิบัติงานให้แก่หน่วยงานอื่นของรัฐหรือบุคคลอื่นใดที่มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลโดยใช้จ่ายจากเงินงบประมาณของรัฐ
- (4) ประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข
 การให้บริการด้านสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถจำแนกประเภทและขอบเขตการให้บริการสาธารณสุขออกได้เป็น 2 ประเภท คือ⁴²
 ประเภทแรก เป็นการบริการที่ครอบคลุมค่าใช้จ่าย⁴³ และ
 ประเภทที่สอง เป็นการบริการที่ไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่าย⁴⁴

2.2 แนวคิดว่าด้วยหลักความเสมอภาค

หลักความเสมอภาคในการรับบริการสาธารณสุขถือเป็นหลักที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 รับรองไว้ในมาตรา 51 ความว่า บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย มีสิทธิได้รับการบริการ

⁴² ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2544. หมวด 4 ว่าด้วยการรับบริการทางการแพทย์การใส่ฟันเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่.

⁴³ โปรดคูรายละเอียดได้ใน *คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ* ปีงบประมาณ 2551. หน้า 23.

⁴⁴ แหล่งเดิม. หน้า 28.

สาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ มีสิทธิได้รับการป้องกันและจัด
โรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์⁴⁵

2.2.1 พัฒนาการของแนวคิดเกี่ยวกับหลักความเสมอภาค

หากจะกล่าวถึงหลักความเสมอภาคในฐานะที่เป็นแนวคิดทางกฎหมายแล้ว ย่อมเป็น
เช่นเดียวกับแนวคิดทางกฎหมายอื่น ๆ ที่มีได้เป็นสิ่งซึ่งปรากฏอยู่ตามรัฐธรรมนูญ หรือบทบัญญัติ
ของกฎหมายของประเทศต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม⁴⁶ แนวความคิดเกี่ยวกับหลักความเสมอภาคนั้น
ปรากฏว่าได้มีการแสดงออกถึงแนวคิดเกี่ยวกับความเสมอภาคของมนุษย์มาตั้งแต่สมัยอารยธรรม
ของกรีก⁴⁷ และ โรมัน⁴⁸ โบราณ ถึงแม้ความหมายของหลักความเสมอภาค ตลอดจนสภาพสังคมและ
วัฒนธรรมในยุคอดีตนั้น ยังมีอาจถือได้เป็นการยอมรับหลักความเสมอภาคอย่างแท้จริง เพราะเป็น
เพียงหลักการหรือแนวคิดของนักคิด นักปราชญ์บางท่านเท่านั้น ในความเป็นจริงทางสังคม
วัฒนธรรม และกฎหมายแบบเก่านั้นคงยังมีระบบศักดินา ชนชั้น และมีทาส มีการค้าทาอยู่
อย่างไรก็ดีแนวความคิดเกี่ยวกับหลักความเสมอภาคที่เรียกร้องให้ปฏิบัติต่อบุคคลที่มีสาระสำคัญ
เหมือนกันอย่างเท่าเทียมกัน จะต้องปฏิบัติต่อบุคคลที่มีสาระสำคัญไม่เหมือนกันให้แตกต่างกันนั้น
อาจปรากฏให้เห็นอยู่ในแนวคิดเกี่ยวกับความยุติธรรมของอริสโตเติล ได้กล่าวถึงความยุติธรรมไว้
ว่าความยุติธรรมในแต่ละเรื่องนั้น แบ่งออกเป็น ความยุติธรรมในการแบ่งปันปันส่วน (Distributive
justice) และความยุติธรรมในการแลกเปลี่ยนทดแทน (Commutative justice) สำหรับความยุติธรรม
ในการแบ่งปันปันส่วนนั้นเป็นความยุติธรรมที่ใช้เป็นเครื่องแบ่งสรรอำนาจหน้าที่ในกิจการ
สาธารณะ เกียรติยศ ความมั่นคง และภาระของแต่ละคนในชุมชน จะต้องแบ่งสรรสิ่งต่าง ๆ
แก่บุคคลแต่ละคนอย่างมีสัดส่วน เหมาะสมแก่คุณภาพของแต่ละบุคคล ทุกคนมีความแตกต่างกัน
ในแง่คุณธรรม เช่น ในการแต่งตั้งบุคคลเข้าดำรงตำแหน่งทางราชการ ย่อมต้องคำนึงถึงการศึกษา
ความสามารถ รวมทั้งคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งต่าง ๆ ประกอบด้วย ความสามารถแบ่งสรรสิ่ง
ต่าง ๆ ให้แต่ละคนย่อมอาจแตกต่างกันได้ตามความเหมาะสม โดยนัยดังกล่าวนี้ การให้สิ่งที่

⁴⁵ มาตรา 51 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และ
ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสมโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย
และทันต่อเหตุการณ์.

⁴⁶ Kelly, J. M. (1992). *A Short History of Western Legal Theory*. หน้า 29 – 30.

⁴⁷ พิพัฒน์ พสุธารชาติ. (2545). *รัฐกับศาสนา*. หน้า 66 - 71.

⁴⁸ จรัญ โฆษณานันท์. (2545) *นิติปรัชญา*. หน้า 131 - 132.

เท่าเทียมกันแก่ผู้มีความสามารถหรือคุณธรรมต่างกัน และการให้สิ่งที่ไม่เท่ากันแก่ผู้มีความสามารถหรือคุณสมบัติเท่ากัน ย่อมไม่เป็นธรรม⁴⁹

แนวคิดทางกฎหมายของหลักความเสมอภาคในปัจจุบันได้รับการรับรองอย่างชัดเจนโดยถือว่าบุคคลย่อมมีความเสมอภาคที่จะได้รับการรับรองและคุ้มครองตามกฎหมายอย่างเท่าเทียมกัน (Fairness) หมายถึง “หลักความเสมอภาคเบื้องหน้ากฎหมาย” (Equality before the law) ที่เป็นการยอมรับสิทธิเสรีภาพอันเป็นสาระสำคัญของความเป็นมนุษย์ที่ติดตัวมนุษย์มาตั้งแต่กำเนิดและไม่อาจพรากไปได้⁵⁰

ในส่วนของการยอมรับต่อหลักความเสมอภาคอย่างมีนัยสำคัญนั้น กล่าวได้ว่ามีความสัมพันธ์อย่างยิ่งกับการเกิดขึ้นของกฎหมายสมัยใหม่ ในช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 18 ถือว่าเป็นยุคที่ยุโรปกำลังก้าวเข้าสู่ยุคสมัยใหม่และเป็นยุคที่มีนักคิดและบุคคลที่มีคุณูปการต่อวิทยาการในด้านต่าง ๆ เกิดขึ้นอย่างมากมาย เป็นยุคแห่งการอาศัยหลักเหตุผลตามธรรมชาติ วิพากษ์วิจารณ์การกระทำที่ไม่ชอบด้วยเหตุผลของผู้ถืออำนาจทางปกครองในระบบสมบูรณาญาสิทธิราชย์ที่ใช้อำนาจเด็ดขาดล่วงล้ำสิทธิตามธรรมชาติของราษฎรมากขึ้น กฎหมายธรรมชาติ (Nature Law) ได้กลายมาเป็นหลักการที่นักปราชญ์ในยุคนี้ยกขึ้นอ้างเพื่อต่อสู้ปกป้องสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์และมีการเน้นย้ำถึงหลักความเสมอภาคและหลักความมีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกันของมนุษย์ยุคนี้จึงเป็นยุคที่มนุษย์เชื่อมั่นในเหตุผลว่าจะสามารถทำให้มนุษย์เข้าใจทุกสรรพสิ่งได้ พลังแห่งความเชื่อมั่นในเหตุผลต่อความก้าวหน้าและต่อความเชื่อที่จะบรรลุสถานะอุดมคติแห่งการสร้างสรรค์สังคมใหม่ให้ได้นั้น ได้นำไปสู่การปฏิวัติเพื่อล้มล้างสิ่งเก่าด้วยความเชื่อมั่นของการสร้างสิ่งใหม่ ดังจะเห็นได้ในยุคของการปฏิวัติใหญ่ในยุโรปช่วงปลายศตวรรษที่ 18 และครั้งแรกของศตวรรษที่ 19⁵¹ หลักกฎหมายธรรมชาตินี้ยังเป็นแนวความคิดที่สอดคล้องกับสิทธิปัจเจกชนนิยม (Individualism) ในสมัยนั้นด้วย โดยได้ให้ความสำคัญกับปัจเจกชน และสิทธิทั้งหลายของปัจเจกชน ซึ่งจุดกำเนิดของระบบปัจเจกชนนิยมในทางกฎหมายมหาชน คือ คำประกาศสิทธิมนุษยชนและพลเมืองฝรั่งเศส ลงวันที่ 26 สิงหาคม 1789 โดยการปฏิวัติปี 1789 นี้ได้ยกเลิกระบอบกษัตริย์ที่ปกครองด้วยระบบศักดินาซึ่งบุคคลขึ้นอยู่กับฐานันดรและชนชั้นที่ตนสังกัด แต่ผู้ปฏิวัติได้ยกความสำคัญของปัจเจกชนขึ้นแทน โดยคำประกาศนี้ให้ความสำคัญกับคนแต่ละคน รวมทั้งสิทธิเสรีภาพของบุคคลนั้นว่าเป็นหัวใจของสังคม ตามทฤษฎีนี้ถือว่าหัวใจของสังคมอยู่ที่การยอมรับคุณค่าของทุกคนแต่ละคนรวมกันเป็นสังคม รัฐหรือสังคมไม่สามารถก้าวท้าวสิทธิของเขาได้ เว้นแต่เพื่อประโยชน์

⁴⁹ สมยศ เชื้อไทย. ข. (2544). *ความรู้นิติปรัชญาเบื้องต้น*. หน้า 91.

⁵⁰ สมยศ เชื้อไทย. ก. (2535). *คำอธิบายหลักรัฐธรรมนูญ*. หน้า 138.

⁵¹ ปรีดี เกษมทรัพย์. (2526). *นิติปรัชญา*. หน้า 194 – 195.

ส่วนรวม อันจะเห็นได้จากคำประกาศว่าด้วยสิทธิมนุษยชนและพลเมืองปี ค.ศ. 1789 มีข้อความว่า “มนุษย์เกิดมาและมีชีวิตอยู่โดยอิสระและโดยเสมอกันภายใต้กฎหมายความแตกต่างในสังคมจะมีได้ก็เพื่อประโยชน์อันร่วมกัน⁵²

ศาสตราจารย์ ดร. ปรีดี เกษมทรัพย์ ได้กล่าวถึงการเกิดขึ้นและความสำคัญของกฎหมายสมัยใหม่ไว้ว่า การปรากฏตัวของกฎหมายสมัยใหม่ในรูปลักษณะที่สมบูรณ์เพียบพร้อมตามหลักวิชากฎหมาย และเปี่ยมด้วยหลักเหตุผลตามหลักมนุษยธรรมที่เกิดขึ้นในช่วงปลายคริสต์ศตวรรษที่ 18 นับว่าเป็นปรากฏการณ์ที่มหัศจรรย์ในตำนานอันยาวนานของประวัติศาสตร์มนุษยชาติ และถือว่าเป็นความสำเร็จที่น่าภูมิใจของวัฒนธรรมตะวันตก ปรากฏการณ์ที่สำคัญเช่นนี้ไม่ใช่สิ่งที่เกิดขึ้นในวันสองวัน แต่เป็นผลจากเหตุananการ ทั้งในทางความคิดในทางสถาบันและในทางเหตุการณ์ประวัติศาสตร์ที่เกี่ยวกันอย่างสลับซับซ้อน และเป็นที่ยืนยันได้อย่างชัดเจนว่ากฎหมายสมัยใหม่นั้นมีลักษณะพิเศษที่ดีกว่ากฎหมายก่อนสมัยใหม่อย่างมากในหลายประการ ทั้งในแง่ของรูปแบบและเนื้อหา หลักการที่มีความสำคัญอย่างยิ่งประการหนึ่งในหลายประการของระบบกฎหมายสมัยใหม่ที่เกี่ยวข้องกับหลักความเสมอภาค ก็คือการรับรู้ว่ามีมนุษย์ทุกคนนั้นเป็นบุคคลและเป็น “ตัวการของกฎหมาย” (Subject of Law) ความคิดที่ว่ามนุษย์เป็นตัวการของกฎหมายนี้เป็นการรับรู้ศักดิ์ศรีของมนุษย์ ว่ามนุษย์นั้นจะถูกกระทำให้กลายเป็นเพียงวัตถุหรือเป็นทรัพย์สินไม่ได้ ชีวิตและร่างกายของผู้หนึ่งผู้นั้นอยู่ใต้อำนาจสิทธิขาดของผู้อื่นได้ การเลิกทาสในสมัยใหม่ของโลกตะวันตก ถือเป็นผลมาจากการรับรู้ศักดิ์ศรีความเป็นบุคคลตามกฎหมาย โดยเท่าเทียมกันฐานันดร หรือสถานะโดยกำเนิด หรือโดยการยกย่องหรือแต่งตั้งไม่ก่อให้เกิดอภิสิทธิ์หรือ สิทธิพิเศษใด ๆ ทั้งสิ้น หลักนี้จึงมีความหมายโดยปริยายถึง “ความเสมอภาคต่อหน้ากฎหมาย” (Equality before the law) และความรู้สำนึกใน “ความเสมอภาค” ของคนในสมัยใหม่ เป็นเครื่องแสดงให้เห็นถึงจิตวิญญาณของกฎหมายสมัยใหม่ว่ารังเกียจอภิสิทธิ์ (Privilege) ทั้งปวง ดังนั้นการให้หรือรับรองสิทธิพิเศษแก่บุคคลในกรณีใด ๆ ในระบบกฎหมายสมัยใหม่นั้น จะทำได้ต่อเมื่อมีเหตุผลอันสมควรเพื่อประโยชน์ส่วนรวมเท่านั้น⁵³

ในแง่ของการยอมรับหลักความเสมอภาคโดยลายลักษณ์อักษร ในรูปของบทบัญญัตินั้น แม้ว่าก่อนหน้าคริสต์ศตวรรษที่ 18 จะปรากฏเอกสารทางประวัติศาสตร์อยู่หลายชิ้นที่ระบุถึงความเสมอภาคไว้ก็ตาม เช่น Magna Carta Libertatum ลงวันที่ 15 มิถุนายน ค.ศ. 1215 หรือ The Petition of Right ปี ค.ศ. 1628 ก็เป็นการยืนยันสิทธิและต่อรองอำนาจกันระหว่างกษัตริย์กับขุนนางมากกว่าจะเป็นการรับรองหลักความเสมอภาคของบุคคลทุกคน หรือในคำประกาศอิสรภาพ

⁵² บวรศักดิ์ อุวรรณโณ. ก. (2538). *คำอธิบายกฎหมายมหาชนเล่ม 1*. หน้า 70.

⁵³ แหล่งเดิม. หน้า 168.

ของสหรัฐอเมริกาในวันที่ 4 กรกฎาคม ค.ศ. 1776 นั้น ก็ถือได้ว่าเป็นการประกาศสังขรณ์ที่เข้าใจกันโดยทั่วไปแล้วว่า มนุษย์ย่อมมีสิทธิต่าง ๆ ที่ติดตัวมาแต่กำเนิดไม่อาจซื้อขายได้ ได้แก่สิทธิในชีวิต เสรีภาพ และสิทธิที่จะแสวงหาความสุข แต่ก็ยังมีได้มีบทบัญญัติเกี่ยวกับหลักความเสมอภาคเอาไว้อย่างชัดเจนกระทั่งหลังสงครามกลางเมืองยุติลงจึงได้มีการกำหนดบทแก้ไขของรัฐธรรมนูญที่รับรองหลักความเสมอภาคเอาไว้⁵⁴ ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่าเอกสารทางประวัติศาสตร์ที่แสดงออกถึงหลักความเสมอภาคได้อย่างชัดเจนที่สุดก็คือ ปฏิญญาว่าด้วยสิทธิของมนุษย์และพลเมือง (Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789) ลงวันที่ 26 สิงหาคม ค.ศ. 1789 ของประเทศฝรั่งเศสโดย

มาตรา 1 มนุษย์กำเนิดและดำรงชีวิตอย่างมีอิสระและเสมอภาคกันตามกฎหมาย การแบ่งแยกทางสังคมจะกระทำได้อีกแต่ผลประโยชน์ร่วมกันของส่วนรวม

มาตรา 6 กฎหมายคือการแสดงออกของเจตนารมณ์ร่วมกัน กฎหมายจะต้องเหมือนกันสำหรับคนทุกคนไม่ว่าจะเป็นการคุ้มครองหรือลงโทษก็ตาม พลเมืองทุกคนเท่าเทียมกันเบื้องหน้ากฎหมายและได้รับการยอมรับอย่างเท่าเทียมกันในศักดิ์ศรี สถานะและงานภาครัฐตามความสามารถโดยปราศจากความแตกต่าง เว้นแต่เฉพาะพลังและพรสวรรค์ของแต่ละคน

หลังจากนั้นเป็นต้นมา รัฐธรรมนูญของเกือบทุกประเทศก็ได้มีการบัญญัติรับรองหลักความเสมอภาคอย่างชัดเจน⁵⁵

2.2.2 ความหมายของหลักความเสมอภาค

หลักความเสมอภาคนั้นมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับหลักเสรีภาพเนื่องจากเป็นหลักการที่จะทำให้การใช้เสรีภาพเป็นไปอย่างเสมอกันทุกผู้ทุกคน แต่หากเสรีภาพสามารถใช้ได้เพียงบุคคลบางคนเท่านั้น ในขณะที่คนบางกลุ่มบางคนเข้าถึงไม่ได้ในกรณีดังกล่าวก็ไม่ถือว่ามีเสรีภาพแต่ประการใด⁵⁶ ความเสมอภาคจึงเป็นฐานของเสรีภาพและเป็นหลักประกันในการทำให้เสรีภาพเกิดขึ้นได้จริง ดังนั้นหลักความเสมอภาคภายใต้กฎหมายจึงเป็นหลักการที่ทำให้มีการปฏิบัติต่อบุคคลที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้น ๆ อย่างเท่าเทียมกันหรือไม่เลือกปฏิบัติ (non-discrimination) ทั้งนี้การปฏิบัติตามหลักความเสมอภาคนั้นจะต้องปฏิบัติต่อสิ่งที่มีสาระสำคัญเหมือนกันอย่าง

⁵⁴ บุญศรี มีวงศ์โฆษ. (2535). คำอธิบาย วิชากฎหมายรัฐธรรมนูญเปรียบเทียบ: รัฐธรรมนูญเยอรมัน. หน้า 46.

⁵⁵ สมคิด เลิศไพฑูรย์. จ. (2548). กฎหมายรัฐธรรมนูญ หลักการใหม่ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540. หน้า 71 - 72.

⁵⁶ Claude-Albert COLLIARD. op. cit. p. 215. อ้างถึงใน สมคิด เลิศไพฑูรย์. (2543, มิถุนายน) ก. “หลักความเสมอภาค” วารสารนิติศาสตร์ ปีที่ 30 ฉบับที่ 2. หน้า 165.

เท่าเทียม และจะต้องปฏิบัติต่อสิ่งที่มีสาระสำคัญแตกต่างกันให้แตกต่างกันไปตามลักษณะของเรื่องนั้น ๆ จึงจะทำให้เกิดความยุติธรรมภายใต้หลักความเสมอภาคขึ้นได้

หลักความเสมอภาคหรือที่เรียกว่าหลักความเสมอภาคต่อหน้ากฎหมาย (Equality before the law) หรืออีกนัยหนึ่งสิทธิของราษฎรที่จะได้รับการปฏิบัติจากรัฐอย่างเท่าเทียมกันนี้ กล่าวได้ว่า มีบัญญัติรับรองอยู่ในรัฐธรรมนูญของรัฐเสรีประชาธิปไตยแทบทุกรัฐดังได้แสดงตัวอย่างแล้วข้างต้น หลักความเสมอภาคดังกล่าวนี้หมายความว่าองค์กรใช้อำนาจรัฐทั้งหลาย ต้องปฏิบัติต่อบุคคลที่เหมือนกันออกไปตามลักษณะเฉพาะของแต่ละคน การปฏิบัติต่อบุคคลที่เหมือนกันในสาระสำคัญให้แตกต่างกันก็ดี การปฏิบัติต่อบุคคลที่แตกต่างกันในสาระสำคัญให้เหมือนกันก็ดี ย่อมขัดต่อหลักความเสมอภาค⁵⁷ คนเรานั้นเมื่อเกิดมาเลือกเกิดไม่ได้ ย่อมเป็นไปตามบุญตามกรรม แต่เมื่อเกิดมาภายใต้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ทุกคนมีความเสมอภาคเท่าเทียมกัน ความเสมอภาคภายใต้รัฐธรรมนูญจึงหมายถึง ความเสมอภาคกันในทางกฎหมายและความเสมอภาคในการมีส่วนร่วมในการจัดการบ้านเมือง แต่หาได้หมายความว่าความเสมอภาคในฐานะความเป็นอยู่ของบุคคลไม่ เช่น ผู้ที่มีคุณวุฒิ ความรู้ ความสามารถในกิจการงานย่อมจะได้เงินเดือนสูงกว่า ผู้ที่มีความรู้ความสามารถน้อย⁵⁸ หลักความเสมอภาคจึงมิได้หมายถึง ความเท่าเทียมกันในทุกกรณี แต่สาระสำคัญก็คือ เป็นหลักการที่เรียกร้องให้ “ต้องปฏิบัติต่อบุคคลที่มีสาระสำคัญเหมือนกันอย่างเท่าเทียมกัน และจะต้องปฏิบัติต่อบุคคลที่มีสาระสำคัญไม่เหมือนกันให้แตกต่างกันไปตามลักษณะเฉพาะของเรื่องนั้น ๆ”⁵⁹ และหากจะมีการปฏิบัติอย่างไม่เท่าเทียมกันต่อสิ่งที่มีสาระสำคัญเหมือนกัน หรือปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกันในสิ่งที่มีสาระสำคัญแตกต่างกัน ถือเป็นกรณเลือกปฏิบัติ นั้น จะกระทำได้ต่อเมื่อเป็นเหตุผลอันสืบเนื่องมาจากธรรมชาติของเรื่องนั้นเอง หรือเป็นกรณีที่ดีไ้ว่าการปฏิบัติให้แตกต่างกันนั้นมีเหตุผลอันหนักแน่นสมควรรับฟังได้ต่อการปฏิบัติในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง นอกจากนี้การปฏิบัติอย่างไม่เท่าเทียมกันนั้นจะต้องมุ่งหมายเพื่อวัตถุประสงค์ในทางที่ชอบธรรม และจะต้องเป็นไปตามหลักความได้สัดส่วนด้วย นั่นคือการปฏิบัติอย่างไม่เท่าเทียมกันนั้นจะต้องเป็นไปตามหลักความได้สัดส่วนด้วย นั่นคือการปฏิบัติอย่างไม่เท่าเทียมกันนั้นจะต้องเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกฎหมาย โดยวิธีการที่เป็นไปเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของกฎหมาย และต้องเป็นวิธีที่มีความเหมาะสมและมีความจำเป็น⁶⁰ ดังนั้น หาก

⁵⁷ วรพจน์ วิสชุดพิชญ์. ข. (2538). *หลักการพื้นฐานของกฎหมายปกครอง*. หน้า 34 – 35.

⁵⁸ มานิตย์ จุมปา. (2542) *ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย*. หน้า 55.

⁵⁹ บรรเจิด สิงคะเนติ. ก. (2543). *โครงการเฉลิมพระเกียรติสารานุกรมรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 เรื่องหลักความเสมอภาค*. หน้า 3.

⁶⁰ แหล่งเดิม หน้า 158 – 160.

ปรากฏว่าการปฏิบัติให้แตกต่างกันดังกล่าวนั้นได้ตั้งอยู่บนเหตุผลอันสมควร กรณีจึงอาจถือได้ว่าเป็นการเลือกปฏิบัติที่ไม่ขัดแย้งกับหลักความเสมอภาค

2.2.3 สถานะของหลักความเสมอภาค

หลักความเสมอภาคนั้นได้รับการยอมรับกันว่าเป็น “หลักกฎหมายทั่วไป” ที่มีคุณค่าเทียบเท่ารัฐธรรมนูญ ถือเป็นหลักประกันสิทธิเสรีภาพของประชาชนว่าจะต้องได้รับการปฏิบัติจากรัฐอย่างเท่าเทียมกัน⁶¹ ศาตราจารย์ ดร. วรพจน์ วิศรุตพิชญ์ ได้เคยกล่าวถึงหลักกฎหมายทั่วไปไว้ว่า ได้แก่ บรรดาหลักการที่เป็นรากฐานของกฎหมายของประเทศทั้งระบบ บางหลักสืบสมมติฐานว่ามาจากมูลบทเบื้องต้นของการปกครองระบบเสรีประชาธิปไตย หรืออีกนัยหนึ่งระบอบรัฐธรรมนูญนิยม บางหลักก็สืบสมมติฐานว่ามาจากตรรกทางนิติศาสตร์ หากไม่มีอยู่แล้วจะเป็นช่องทางให้มีการใช้อำนาจเกินขอบเขต หรือเกิดสภาวะไร้จื่อไร้แปงขึ้นในบ้านเมือง⁶² หลักกฎหมายทั่วไปจึงมีความเป็นนามธรรมและยากที่จะกำหนดขอบเขตให้แน่นอนตายตัว และยังเป็นที่ยกเถียงกันได้ อย่างไรก็ดีหลักกฎหมายทั่วไปนั้นถือเป็นหลักความสำคัญ เพราะถือเป็นหลักการที่ใช้ควบคุมหรือเป็นข้อจำกัดการใช้อำนาจขององค์กรใช้อำนาจรัฐทั้งหลายมิให้ใช้อำนาจกระทำการต่าง ๆ โดยเกินขอบเขต และยังเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับศาล เพื่อใช้ในการตัดสินคดี เพราะโดยทั่วไปมีหลักกฎหมายอยู่ว่าศาลไม่อาจจะปฏิเสธไม่ตัดสินคดีโดยอ้างว่าไม่มีกฎหมายไม่ได้ ดังนั้น ในกรณีที่ไม่มิตบัญญัติของกฎหมายบัญญัติไว้ ศาลจึงจำเป็นต้องสร้างหรือสกัดหลักกฎหมายขึ้นมาใช้ โดยศาลจะใช้หลักกฎหมายทั่วไปเข้ามาอุดช่องว่างของกฎหมายลายลักษณ์อักษร ตลอดจนใช้หลักกฎหมายทั่วไปเป็นพื้นฐานในการตีความกฎหมายลายลักษณ์อักษร⁶³ เพราะฉะนั้นหลักความเสมอภาคถือว่าเป็นหลักกฎหมายทั่วไปในระดับของรัฐธรรมนูญ จึงมีผลผูกพันการใช้อำนาจมหาชนขององค์กรใช้อำนาจรัฐทุกองค์กร เป็นการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของมนุษย์ และศาลย่อมนำมาใช้ได้โดยไม่ต้องอ้างอิงบทบัญญัติลายลักษณ์อักษรใดอีก อย่างไรก็ดีหลักความเสมอภาคนั้นก็ยังถือเป็นหลักกฎหมายทั่วไปที่ได้รับการยอมรับและถูกนำมาบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญของหลายประเทศ

⁶¹ บุนผา อัครพิมาน. (2548). หลักกฎหมายทั่วไป. ใน *รวมบทความทางวิชาการ เล่ม 1 : กฎหมายปกครอง ภาคสารบัญญัติ*. หน้า 10.

⁶² วรพจน์ วิศรุตพิชญ์. ข. (2543). *สิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540*. หน้า 36.

⁶³ บุนผา อัครพิมาน. เล่มเดิม. หน้า 1.

2.2.4 หลักการทั่วไปของหลักความเสมอภาค

หลักความเสมอภาคถือเป็นหลักกฎหมายสูงสุดของบรรดาประเทศที่ปกครองในระบอบประชาธิปไตยได้รับรองไว้ในรัฐธรรมนูญ

2.2.4.1 ความสำคัญของหลักความเสมอภาค

เมื่อพิจารณาถึงการยอมรับนับถือหลักความเสมอภาคของนานาอารยประเทศแล้ว อาจกล่าวได้ว่าสิทธิในความเสมอภาคหรือหลักความเสมอภาคนั้น ได้รับการยอมรับว่าเป็นหนึ่งในหลักการพื้นฐานของสิทธิและเสรีภาพที่มีความสำคัญมากที่สุดประการหนึ่งต่อมนุษย์ทุกคนที่จะดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี และย่อมต้องการการเคารพและคุ้มครองจากรัฐและปัจเจกชนผู้อื่นด้วย

2.2.4.2 หลักความเสมอภาคถือว่าเป็นหลักพื้นฐานของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

คำถามที่ตามมาก็คือศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์นั้นหมายความว่าอย่างไร ถึงแม้ว่าปัจจุบันจะยังไม่นิยามใดที่ได้รับการยอมรับเป็นการทั่วไป แต่ก็อาจกล่าวโดยสรุป สำหรับความหมายของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ได้ว่าเป็นคุณค่าที่มีลักษณะเฉพาะอันสืบเนื่องมาจากความเป็นมนุษย์เท่านั้น เป็นคุณค่าที่มีอยู่เพื่อให้มนุษย์มีอิสระที่จะพัฒนาบุคลิกภาพของบุคคลนั้นภายใต้ความรับผิดชอบของตนเอง นั่นคือบุคคลที่เป็นมนุษย์ทุกคนย่อมได้รับการคุ้มครองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ไม่ต้องคำนึงถึงเพศ เชื้อชาติ ศาสนา หรือคุณสมบัติอื่นใดของบุคคลนั้น สิ่งที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นรากฐานของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ อันเป็นสาระสำคัญที่ไม่อาจแยกจากกันได้ คือ

1) สิทธิในชีวิตร่างกาย ถือว่าเป็นสิทธิที่ติดตัวปัจเจกบุคคลมาตั้งแต่เกิด ไม่อาจถูกพรากไปจากบุคคลได้ เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงอยู่ของมนุษย์และแสดงให้เห็นว่ามนุษย์นั้นมีอิสระที่จะพัฒนาบุคลิกภาพของตนได้ตามเจตจำนงที่ตนประสงค์ ทั้งนี้ภายใต้ปริมณฑลส่วนบุคคลของปัจเจกบุคคลแต่ละคนที่ไม่เป็นการล่วงละเมิดต่อผู้อื่น และยังอาจได้รับหลักประกันที่เพิ่มมากขึ้นจากรัฐโดยบทบัญญัติของกฎหมายที่กำหนดให้ด้วย ฉะนั้นสิทธิในชีวิตร่างกายนั้นจึงถือเป็นรากที่สำคัญของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์⁶⁴

2) สิทธิในความเสมอภาค หรือหลักประกันตามหลักความเสมอภาค เป็นหลักการที่ทำให้มนุษย์สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรีอย่างแท้จริง เพราะถึงแม้ว่าบุคคลผู้นั้นจะมีสิทธิในชีวิตและร่างกายเพียงใดก็ตาม แต่หากเขาได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เท่าเทียมกันกับบุคคลอื่นในสังคมหรือถูกเลือกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมจากใช้อำนาจรัฐทั้งหลายแล้ว ย่อมไม่อาจถือได้ว่าเขาได้รับการยอมรับในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เพราะฉะนั้นสิทธิในความเสมอภาคหรือหลักความ

⁶⁴ โปรดคูรายละเอียดยุติใน บรรณเจติ สิงคะเนติ. ข. (2547). *หลักการพื้นฐานของสิทธิ เสรีภาพ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตามรัฐธรรมนูญ*. หน้า 107 - 110.

เสมอภาคจึงเป็นเครื่องแสดงให้เห็นว่ามนุษย์ทุกคนนั้นมีสิทธิและเสรีภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน และถือเป็นรากฐานที่สำคัญอีกประการหนึ่งของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ด้วย⁶⁵

3) สิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคล เป็นสิทธิที่ติดตัวมนุษย์มาตั้งแต่เกิดและไม่สามารถพรากจากมนุษย์ของแต่ละคนได้เพราะเป็นสิทธิตามธรรมชาติอันเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานและถือเป็นสิทธิมนุษยชนที่มนุษย์ทุกคนพึงมี สิทธิดังกล่าวได้แก่ สิทธิเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย สิทธิเสรีภาพในเคหสถาน สิทธิเสรีภาพในการติดต่อสื่อสารถึงกันและกัน สิทธิเสรีภาพในการเดินทางและการเลือกถิ่นที่อยู่ สิทธิเสรีภาพในครอบครัว สิทธิเสรีภาพในการประกอบอาชีพ สิทธิและเสรีภาพในทรัพย์สิน สิทธิและเสรีภาพในการทำสัญญา สิทธิเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็นทางการเมือง สิทธิเสรีภาพในการรวมตัวกันเป็นกลุ่มหรือสมาคมหรือพรรคการเมือง และสิทธิเสรีภาพในการลงคะแนนเสียงเลือกตั้งและสมัครเข้ารับเลือกตั้ง การปกครองในระบอบเสรีประชาธิปไตยภายใต้ระบบนิติรัฐอันเป็นระบบการปกครองที่รัฐยอมตนอยู่ภายใต้กฎหมายของตนเองอย่างเคร่งครัดเพื่อให้ความคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพขั้นพื้นฐานของประชาชนภายในรัฐให้เป็นไปตามกรอบของกฎหมายและรัฐธรรมนูญ ทั้งนี้ เพื่อที่ประชาชนจะได้ใช้สิทธิและเสรีภาพของตนเองเพื่อพัฒนาบุคลิกภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่ การที่รัฐให้การยอมรับและให้ความคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชนภายใต้ระบบกฎหมายและรัฐธรรมนูญนั้นมีขึ้นเป็นกรณีที่รัฐจะยอมให้ประชาชนใช้สิทธิเสรีภาพของตนเองในการกระทำการต่าง ๆ อย่างไร้ขอบเขตและปราศจากการแทรกแซงและควบคุมจากองค์กรของรัฐได้แต่อย่างใด แต่ด้วยเหตุที่รัฐต้องธำรงและรักษาไว้ซึ่งผลประโยชน์ของส่วนรวมหรือผลประโยชน์ของสาธารณะ รัฐจึงต้องมีมาตรการทางกฎหมายเพื่อบังคับให้ประชาชนกระทำการ หรือละเว้นไม่กระทำการบางอย่างตามที่จำเป็น ซึ่งรัฐจะใช้อำนาจก้าวล่วงหรือรุกล้ำเข้าไปในแดนแห่งสิทธิ และเสรีภาพของประชาชนได้ต่อเมื่อมีกฎหมายที่ได้มีการประกาศใช้บังคับก่อนแล้วบัญญัติไว้โดยชัดแจ้งและเป็นการทั่วไป แต่บทบัญญัติแห่งกฎหมายที่ให้อำนาจดังกล่าวก็สามารถกระทำการได้เพียงเท่าที่จำเป็นแก่การธำรง หรือรักษาไว้ซึ่งประโยชน์สาธารณะเท่านั้น หากบทบัญญัติแห่งกฎหมายใดที่ให้อำนาจในการใช้เพื่อล่วงล้ำเข้าไปในแดนแห่งสิทธิเสรีภาพของประชาชนได้กำหนดไว้อย่างคลุมเครือ หรือหากให้อำนาจเกินขอบเขตกว่าความจำเป็นในการธำรงรักษาไว้ซึ่งผลประโยชน์สาธารณะแล้ว บทบัญญัติแห่งเจตนาของกฎหมายนั้น ย่อมขัดกับเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ⁶⁶

4) สิทธิมนุษยชน (Human Rights) ถือเป็นคุณลักษณะประจำตัวของมนุษย์ทุกคน เพราะเป็นสิทธิและเสรีภาพของมนุษย์ที่เกิดขึ้นมาตามธรรมชาติและในฐานะที่เกิดมาเป็นมนุษย์

⁶⁵ แหล่งเดิม.

⁶⁶ เกรียงไกร เจริญธนาวัฒน์. ข. (2547). *หลักกฎหมายว่าด้วยสิทธิเสรีภาพ*. หน้า 19.

เป็นสิทธิที่ผูกพันอยู่กับความเป็นมนุษย์ เป็นสิทธิที่ติดตัวมนุษย์ เนื่องจากมนุษย์ทุกคนเกิดมามีสิทธิและเสรีภาพมาตั้งแต่ก่อนที่จะมีรัฐเกิดขึ้นจึงทำให้ไม่มีมนุษย์คนใดสามารถสละสิทธิและเสรีภาพดังกล่าวได้และไม่มีผู้ปกครองว่าการแผ่นดิน (Sovereign) คนหนึ่งคนใดหรือคณะใดที่จะมีอำนาจทำลายล้างสิทธิและเสรีภาพนี้ได้ เพราะสิทธิมนุษยชนเป็นสิ่งที่กำหนดขึ้นให้แก่ตัวบุคคลโดยไม่มีข้อจำกัดในทางลักษณะตัวบุคคล และด้วยความเชื่อที่ว่ามนุษย์เกิดมามีคุณค่า และมีวิถีทางแห่งการดำเนินชีวิต และความเป็นอยู่ในการดำรงตนในสภาพแวดล้อมที่ดีที่เหมาะสมอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ด้วยตนเอง เพราะถือว่าเป็นตามสิทธิธรรมชาติ (Natural Rights) ของมนุษย์ ซึ่งมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับกฎหมายธรรมชาติ (Natural Law) จึงเป็นที่ยอมรับกันว่าสิทธิธรรมชาติถือเป็นบ่อเกิดหรือที่มาอันสำคัญของสิทธิมนุษยชนในปัจจุบัน⁶⁷ เพราะโดยธรรมชาติของความต้องการพื้นฐานดังกล่าวของมนุษย์มีที่มาจากมนุษย์มีความกลัวในทุกระดับอยู่ตลอดเวลา เช่น ความกลัวเกี่ยวกับความตาย ความกลัวในการสูญเสียสิ่งที่รักหวงแหน ความกลัวจากการถูกรุกราน ทั้งนี้ ไม่ว่าจะนับมาตั้งแต่ในยุคสมัยที่มนุษย์ยังไม่เข้าใจหรือยังไม่สามารถควบคุมธรรมชาติได้ หรือเรื่อยมาตลอดจนกระทั่งถึงยุคสมัยที่วิวัฒนาการทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีจะเจริญก้าวหน้าจนถึงขั้นขีดสุดแล้วก็ตามมนุษย์ก็ยังจำเป็นต้องแสวงหาความปลอดภัยเพื่อเป็นหลักประกันขั้นต้นให้แก่ตนเองเพื่อให้เกิดความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต ร่างกาย ทรัพย์สิน การดำรงชีพและการประกอบอาชีพที่เกิดจากการรุกรานทั้งจากภายในและภายนอกสังคม⁶⁸ เพื่อให้ตนเองสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ด้วยความปลอดภัย ทำให้เกิดความเชื่อที่ว่าความชอบธรรมขั้นพื้นฐานมีอยู่ตามธรรมชาติพร้อมกับการเกิดมาของมนุษย์เพราะมนุษย์ทุกคนที่เกิดมาทั้งหลายเมื่อเกิดมาแล้วเท่าเทียมกัน มนุษย์มีสิทธิบางประการที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิดจนกระทั่งถึงแก่ความตาย ได้แก่ สิทธิในชีวิต เสรีภาพในร่างกาย และความเสมอภาค สิทธิดังกล่าวไม่สามารถจำหน่ายโอนให้แก่บุคคลอื่น หรือบุคคลอื่นจะล่วงละเมิดมิได้เช่นกัน ถ้าหากมีการล่วงละเมิดเกิดขึ้นก็จะก่อให้เกิดอันตราย หรือเป็นการกระทบกระเทือนเสื่อมเสียต่อสภาพของความเป็นมนุษย์ได้⁶⁹ ความหมายของคำว่า “สิทธิมนุษยชน” (Human Rights) นั้น มีผู้ให้คำจำกัดความในความหมายที่หลากหลาย ในอดีตสมัยที่สิทธิมนุษยชนยังไม่เป็นที่แพร่หลาย ได้ให้ความหมาย ของสิทธิมนุษยชนไว้ หมายถึง สิทธิของความเป็นมนุษย์ ต่อมาเมื่อสิทธิมนุษยชนได้ปรากฏและเป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายซึ่งคำว่า สิทธิมนุษยชนได้ถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวางทั้งในระดับภูมิภาคและนานาชาติ นับตั้งแต่ได้มีการก่อตั้งองค์การสหประชาชาติเป็นต้นมา ในกฎบัตรสหประชาชาติ

⁶⁷ อุดมศักดิ์ สินธิพงษ์. (2550). *สิทธิมนุษยชน*. หน้า 16.

⁶⁸ ชัยอนันต์ สมุทวณิช. (2530). *ทฤษฎีระบบการเมืองไทย กรอบการวิเคราะห์ไตรลักษณ์รัฐ*. หน้า 5 - 6.

⁶⁹ วีระ โลจายะ. (2525). *กฎหมายสิทธิมนุษยชน*. หน้า 1.

ได้กล่าวถึงสิทธิมนุษยชนไว้หลายแห่ง จึงเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าสิทธิธรรมชาติมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับกฎหมายธรรมชาติ (Natural Law) อันถือเป็นบ่อเกิดและที่มาของสิทธิมนุษยชนในปัจจุบัน มีนักกฎหมายบางท่านมีความเห็นว่า สิทธิมนุษยชนหมายความรวมถึง สิทธิตามกฎหมายและสิทธิที่มีใช้สิทธิตามกฎหมาย และยังมีนักปราชญ์ ทางกฎหมายอีกท่านหนึ่งได้กล่าวถึงสิทธิมนุษยชนไว้ว่า สิทธิมนุษยชน คือ สิทธิทั้งหลายซึ่งเป็นที่ยอมรับกันในประเทศที่มีอารยธรรมว่าเป็นสิทธิพื้นฐานที่จำเป็นในการดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีของมนุษย์ และในการพัฒนาบุคลิกภาพของมนุษย์เป็นสิทธิที่มีการคุ้มครองป้องกันในทางกฎหมายเป็นพิเศษ สมกับความสำคัญของสิทธิดังกล่าว⁷⁰

2.2.4.3 หลักความเสมอภาคเป็นหลักการพื้นฐานที่สำคัญของสิทธิและเสรีภาพทั้งหลาย ถึงแม้ว่ารัฐหนึ่งรัฐใดจะได้รับการรับรองไว้ทั้งสิทธิและเสรีภาพในชีวิต ร่างกาย ทรัพย์สิน และสิทธิหรือเสรีภาพอื่นใดของบุคคลไว้ก็ตาม แต่หากบุคคลนั้น ๆ ไม่อาจใช้สิทธิและเสรีภาพนั้นได้เท่าเทียมกับผู้อื่น ต้องถูกปฏิบัติอย่างไม่เท่าเทียมกับบุคคลอื่นในสังคมหรือถูกเลือกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมจากองค์กรผู้ใช้อำนาจรัฐทั้งหลายแล้ว สิทธิและเสรีภาพที่ได้รับการรับรองไว้นั้นย่อมไร้ความหมาย เพราะฉะนั้นสิทธิทุกสิทธิจึงต้องมีความเสมอภาค และจะต้องได้รับการยอมรับนับถือจากรัฐ ตลอดจนรัฐจะต้องคุ้มครองมิให้ผู้ใดมาล่วงละเมิดต่อหลักความเสมอภาคหรือสิทธิในความเสมอภาคของบุคคลได้⁷¹

2.2.4.4 หลักความเสมอภาคถือเป็นหลักที่ควบคุมมิให้รัฐใช้อำนาจอย่างเกินขอบเขต รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 27 ได้กำหนดให้สิทธิและเสรีภาพที่รัฐธรรมนูญรับรองไว้โดยชัดแจ้งโดยปริยายหรือโดยคำวินิจฉัยของศาลรัฐธรรมนูญย่อมได้รับความคุ้มครองและผูกพันรัฐสภา คณะรัฐมนตรี ศาล และองค์กรอื่นของรัฐโดยตรงในการตรากฎหมาย การใช้บังคับกฎหมายและการตีความกฎหมายทั้งปวง และตามมาตรา 30 ได้รับการรับรองหลักความเสมอภาคไว้ในรัฐธรรมนูญ ด้วยเหตุผลนี้รัฐจึงต้องผูกพันต่อหลักความเสมอภาค นั่นคือองค์การทั้งหลายซึ่งเป็นผู้ใช้อำนาจ หรือเป็นผู้กระทำการแทนรัฐ จึงต้องผูกพันตนต่อหลักความเสมอภาค และจะต้องไม่กระทำการที่เป็นการใช้อำนาจอย่างเกินขอบเขต อันขัดแย้งกับหลักความเสมอภาค ซึ่งได้รับการรับรองไว้โดยรัฐธรรมนูญ หลักความเสมอภาคนั้นสามารถนำไปใช้ตรวจสอบการกระทำของรัฐทั้งหลายได้ ไม่ว่าจะเป็นการกระทำทางปกครอง การกระทำของนิติบัญญัติ หรือการกระทำขององค์กรตุลาการ หากว่าการกระทำขององค์กรผู้ใช้อำนาจรัฐเหล่านั้นไม่สอดคล้องกับ

⁷⁰ แหล่งเดิม. หน้า 53 - 54.

⁷¹ บรรณเจ็ด สิงคะเนติ. ข. หน้า 107 - 110.

หลักความเสมอภาคแล้ว ย่อมถือได้ว่าเป็นการใช้อำนาจอย่างเกินขอบเขตซึ่งขัดแย้งกับรัฐธรรมนูญ⁷²

2.2.4.5 หลักความเสมอภาคถือเป็นหลักการที่รับรองไว้ในรัฐธรรมนูญและปฏิญญา ระหว่างประเทศ

จากที่ได้กล่าวมาแล้วว่า หลักความเสมอภาคนั้นมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการในทางประวัติศาสตร์ สังคม และวัฒนธรรมของทวีปยุโรปอย่างมาก โดยเฉพาะการปรากฏให้เป็นลายลักษณ์อักษรของบทบัญญัติที่ยืนยันซึ่งหลักความเสมอภาคของปัจเจกชนต่อรัฐ เป็นกรณีที่ถือได้ว่ามีความสำคัญต่อการพัฒนาของหลักความเสมอภาคอย่างยิ่ง ได้แก่การปรากฏขึ้นของปฏิญญาว่าด้วยสิทธิมนุษยชนและพลเมือง เมื่อปี ค.ศ. 1789⁷³ ภายหลังจากปฏิวัติใหญ่ในฝรั่งเศสเป็นต้นมา ที่เป็นจุดเริ่มที่ทำให้หลักความเสมอภาคได้เบ่งบานให้เห็นอยู่ในรัฐธรรมนูญ ซึ่งเป็นกฎหมายสูงสุดของรัฐในประเทศต่าง ๆ ได้กำหนดรับรองหลักความเสมอภาคไว้ ตัวอย่างในปฏิญญาว่าด้วยสิทธิมนุษยชนและพลเมือง (Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789) ลงวันที่ 26 สิงหาคม ค.ศ. 1789 บัญญัติว่า

มาตรา 1 มนุษย์กำเนิดและดำรงชีวิตอย่างมีอิสระและเสมอภาคกันตามกฎหมาย การแบ่งแยกทางสังคมจะกระทำได้ที่แต่ผลประโยชน์ร่วมกันของส่วนรวม

มาตรา 6 กฎหมายคือการแสดงออกของเจตนารมณ์ร่วมกัน กฎหมายจะต้องเหมือนกันสำหรับคนทุกคนไม่ว่าจะเป็นการคุ้มครองหรือลงโทษก็ตาม พลเมืองทุกคนเท่าเทียมกันเบื้องหน้ากฎหมายและได้รับการยอมรับอย่างเท่าเทียมกันในศักดิ์ศรี สถานะและงานภาครัฐตามความสามารถโดยปราศจากความแตกต่าง เว้นแต่เฉพาะพลังและพรสวรรค์ของแต่ละคน

และภายหลังจากนั้นเป็นต้นมา ที่ปรากฏว่ารัฐธรรมนูญของหลายประเทศก็ได้มีการบัญญัติรับรองหลักความเสมอภาคหรือหลักการห้ามมิให้มีการเลือกปฏิบัติเอาไว้โดยรัฐธรรมนูญของฝรั่งเศส ฉบับปัจจุบันลงวันที่ 4 ตุลาคม 1958 ได้บัญญัติถึงหลักความเสมอภาคไว้ในมาตราแรกว่า

มาตรา 1 ฝรั่งเศสเป็นสาธารณรัฐที่แบ่งแยกมิได้ เป็นกลางทางศาสนา เป็นประชาธิปไตย และเป็นของสังคมสาธารณรัฐรับรองถึงความเสมอภาคตามกฎหมาย

⁷² ภาคภูมิ โกะอินทร์. (2549). *ความเสมอภาคในระบบกฎหมายไทย*. วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. หน้า 12.

⁷³ สมคิด เลิศไพฑูรย์. ก. (2543). *วารสารนิติศาสตร์ “หลักความเสมอภาค”*. ปีที่ 30 ฉบับที่ 2. หน้า 161 - 162.

ของพลเมืองโดยไม่แบ่งแยกแหล่งกำเนิด เชื้อชาติ หรือศาสนา สาธารณรัฐเคารพต่อความเชื่อของทุกนิกาย⁷⁴ โครงสร้างของสาธารณรัฐเป็นการกระจายอำนาจการปกครอง⁷⁵

รัฐธรรมนูญของประเทศอื่น ๆ ที่ได้บัญญัติรับรองหลักความเสมอภาคไว้ เช่น⁷⁶

รัฐธรรมนูญของสหพันธรัฐเยอรมัน ฉบับปัจจุบัน ลงวันที่ 23 พฤษภาคม 1949 ได้บัญญัติไว้ในมาตรา 3 ที่ชื่อว่าความเสมอภาคเบื้องต้นว่ากฎหมาย ความว่า

1. มนุษย์ทุกคนมีความเสมอภาคเบื้องต้นตามกฎหมาย

2. ชายและหญิงมีความเท่าเทียมกันตามกฎหมาย รัฐผูกพันที่จะต้องดำเนินการให้มีความเสมอภาคอย่างแท้จริงระหว่างหญิงและชาย และจะต้องดำเนินการให้ยกเลิกอุปสรรคที่ดำรงอยู่

3. บุคคลย่อมไม่ถูกเลือกปฏิบัติหรือมีอภิสิทธิ์เพราะเหตุในเรื่องเพศ ชาติกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา ชาติ ถิ่นกำเนิด ความเชื่อ หรือความคิดเห็นในทางศาสนาหรือในทางการเมือง บุคคลย่อมไม่ถูกแบ่งแยกด้วยเหตุเพราะความพิการ

รัฐธรรมนูญของสาธารณรัฐอิตาลี ฉบับลงวันที่ 27 ธันวาคม 1947 ได้บัญญัติไว้ในมาตรา 3 ความว่า

พลเมืองทุกคนมีศักดิ์ศรีทางสังคมอย่างเดียวกันและเท่าเทียมกันเบื้องต้นตามกฎหมาย ปราศจากการแบ่งแยกเพราะเพศ เชื้อชาติ ภาษา ศาสนา ความคิดเห็นทางการเมือง สภาพร่างกาย หรือสภาพสังคม

เป็นหน้าที่ของสาธารณรัฐที่จะต้องขจัดอุปสรรคทั้งในทางเศรษฐกิจและสังคมที่ขัดขวางต่อการพัฒนาของความเป็นมนุษย์หรือขัดขวางต่อการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของผู้ใช้แรงงานในองค์กรทางการเมือง เศรษฐกิจหรือสังคมของประเทศ ทั้งนี้ภายใต้ข้อจำกัดที่ไม่กระทบต่อเสรีภาพและความเสมอภาคของพลเมือง

นอกจากนี้ยังมี เอกสารระหว่างประเทศหลายฉบับก็บัญญัติรับรองหลักความเสมอภาคไว้เช่นกัน เช่น ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights)

จากแนวคิดหลักความเสมอภาคในระบบสากลข้างต้น ได้มีอิทธิพลต่อประเทศไทย ในการกำหนดบทบัญญัติแห่งกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความเสมอภาค ก่อนการปฏิวัติ การเปลี่ยนแปลงการปกครองจากระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์มาเป็นระบอบประชาธิปไตย ในปี พ.ศ. 2475 นั้นประเทศไทยไม่มีการนำหลักความเสมอภาคมาใช้แต่ประการใด เห็นได้จากการมี

⁷⁴ บรรเจิด สิงคะเนติ. ข. เล่มเดิม. หน้า 71-72.

⁷⁵ นันทวัฒน์ บรมานันท์. (2548). *คำแปลรัฐธรรมนูญฝรั่งเศส ค.ศ. 1958*. หน้า 20.

⁷⁶ สมคิด เลิศไพฑูรย์. ก. เล่มเดิม. หน้า 162 - 164.

ส่วนร่วมทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมที่ทำโดยบุคคลบางกลุ่มเท่านั้น เมื่อคณะราษฎรทำการปฏิวัติจึงได้ร่างประกาศ 6 ประการ⁷⁷ มีหลักความเสมอภาคอันเป็นหลักการสำคัญประการหนึ่ง⁷⁸

แต่อย่างไรก็ตาม แม้พระราชบัญญัติธรรมนูญการปกครองแผ่นดินสยามชั่วคราว พ.ศ. 2475 จะมีได้กล่าวถึงหลักความเสมอภาคไว้โดยเฉพาะ ก็น่าจะเป็นเพราะต้องการความรวดเร็วและมุ่งให้เป็นธรรมนูญฉบับชั่วคราว ทั้งอีกคณะราษฎรเห็นว่าได้ยอมรับหลักความเสมอภาคไว้ในประกาศ 6 ประการ ซึ่งถือเป็นปฏิญญาแห่งกฎหมายรัฐธรรมนูญของสยามที่มีผลบังคับได้ดังเช่นรัฐธรรมนูญอยู่แล้ว จึงไม่มีความจำเป็นต้องบัญญัติให้มีการซ้ำซ้อนแต่ประการใด แต่ตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2475 นี้ก็เป็นรัฐธรรมนูญฉบับแรกที่บัญญัติให้ชายและหญิงมีความเสมอภาคในการออกเสียงเลือกตั้งโดยบัญญัติไว้ในมาตรา 14 ว่า “ราษฎรไม่ว่าเพศใด...ย่อมมีสิทธิออกเสียงลงมติเลือกผู้แทนหมู่บ้านได้...” หลังจากนั้นก็มีรัฐธรรมนูญอีกหลายฉบับที่บัญญัติหลักความเสมอภาคไว้โดยชัดแจ้ง โดยมักบัญญัติให้ประชาชนชาวไทยไม่ว่าเหล่ากำเนิดหรือศาสนาใด ย่อมอยู่ในความคุ้มครองแห่งรัฐธรรมนูญเสมอกัน⁷⁹ แต่การใช้กฎหมายของไทยนับตั้งแต่ที่ได้มีการนำหลักความเสมอภาคมาบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญฉบับแรก หลักดังกล่าวแทบจะไม่ค่อยได้รับการกล่าวถึงหลักความเสมอภาคจึงเป็นเพียงหลักการที่บัญญัติรับรองคุ้มครองไว้โดยไม่ก่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติแต่อย่างใด ด้วยเหตุนี้พัฒนาการของหลักความเสมอภาคในระบบกฎหมายไทยจึงเป็นไปอย่างจำกัด⁸⁰ จากพัฒนาการของหลักความเสมอภาคที่มีมาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน

⁷⁷ หลัก 6 ประการของคณะราษฎร โดยหลัก 6 ประการนั้นคือ

1. จะต้องรักษาความเป็นเอกราชทั้งหลาย เช่น เอกราชในบ้านเมือง ในทางศาล ในทางเศรษฐกิจของประเทศไว้ให้มั่นคง
2. จะรักษาความปลอดภัยในประเทศ ให้การประทุษร้ายต่อกันลดน้อยลงให้มาก
3. จะ ต้องบำรุงความสมบูรณ์ของราษฎรในทางเศรษฐกิจไทย รัฐบาลใหม่ จะพยายามหางานให้ราษฎรทำโดยเต็มความสามารถ จะร่างโครงการเศรษฐกิจแห่งชาติ ไม่ปล่อยให้ราษฎรอดอยาก
4. จะต้องให้ราษฎรได้มีสิทธิเสมอภาคกัน
5. จะต้องให้ราษฎรได้มีเสรีภาพ มีความเป็นอิสระ เมื่อเสรีภาพนี้ไม่ขัดต่อหลัก 4 ประการ ดังกล่าวแล้วข้างต้น
6. จะต้องให้มีการศึกษาอย่างเต็มที่แก่ราษฎร.

⁷⁸ ปรีดี พนมยงค์. ข. (2535). “คณะราษฎรกับการอภิวัฒน์ประชาธิปไตย 24 มิถุนายน”. ในแนวความคิดประชาธิปไตยของปรีดี พนมยงค์. หน้า 41 - 43. อ้างถึงในสมคิด เลิศไพฑูรย์. (2543). ข. หลักความเสมอภาควารสารนิติศาสตร์ ปีที่ 30 ฉบับที่ 2). หน้า 174.

⁷⁹ สมคิด เลิศไพฑูรย์. เล่มเดิม. หน้า 175.

⁸⁰ บรรณเจ็ด สิงคะเนติ. ก. เล่มเดิม. หน้า 1-2.

ที่ประเทศไทยได้รับมาจากระบบสากลนั้นจะเห็นได้ว่าพัฒนาการดังกล่าวมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป จนกระทั่งมีการร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 พัฒนาการจึงได้มีการก้าวกระโดดอย่างเห็นได้ชัด โดยได้มีการนำแนวคิดหลักความเสมอภาคในต่างประเทศมาบัญญัติเป็นหลักความเสมอภาคในมาตรา 30 แห่งรัฐธรรมนูญจึงทำให้มีความก้าวหน้าทัดเทียมกับนานาอารยประเทศ แต่ในขณะเดียวกันก็ต้องทำความเข้าใจในแนวคิดเรื่องหลักความเสมอภาคด้วย เพื่อจะทำให้หลักการดังกล่าวบังคับใช้ได้เป็นอย่างดี วัตถุประสงค์ ก็จะเป็นการคุ้มครองประชาชนภายใต้หลักความเสมอภาค

2.2.4.6 ประเภทของหลักความเสมอภาค

อาจจำแนกประเภทของหลักความเสมอภาคออกได้เป็น 3 ประเภทได้แก่ หลักความเสมอภาคทั่วไป หลักความเสมอภาคเฉพาะเรื่อง และหลักข้อห้ามมิให้เลือกปฏิบัติ

1) หลักความเสมอภาคทั่วไป เป็นหลักการที่มีได้เรียกร้องให้มีการปฏิบัติให้เหมือนกันในทุกกรณี แต่เรียกร้องมิให้มีการปฏิบัติต่อสิ่งที่มีสาระสำคัญเหมือนกันให้แตกต่างกันเกินขอบเขต หรือมิให้มีการปฏิบัติต่อสิ่งที่มีสาระสำคัญต่างกันให้เหมือนกันอย่างเกินขอบเขต ดังนั้นหลักความเสมอภาคทั่วไปจึงถือว่าเป็นหลักข้อห้าม หรือเป็นสิทธิเรียกร้องของบุคคลเพื่อมิให้มีการใช้อำนาจอย่างเกินขอบเขต การใช้อำนาจอย่างเกินขอบเขต หมายถึง การใช้อำนาจโดยไม่พิจารณาเนื้อหาของเรื่องนั้น ๆ และไม่อาจจะค้นหาเหตุผลอันรับฟังได้จากการพิจารณา หรือตัดสินใจดังกล่าว ตัวอย่างของหลักความเสมอภาคทั่วไปนั้นปรากฏให้เป็นรูปธรรมอยู่ใน มาตรา 30 วรรค 1 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ที่บัญญัติไว้ว่า “บุคคลย่อมเสมอภาคกันตามกฎหมายและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน” เช่นเดียวกับที่ปรากฏอยู่ในมาตรา 3 ของรัฐธรรมนูญสหพันธ์รัฐเยอรมัน (Grundgesetz) ฉบับปัจจุบัน ที่กำหนดว่า บุคคลย่อมเสมอภาคกันต่อหน้ากฎหมาย และถือกันว่าหลักความเสมอภาคทั่วไปนี้เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคลที่จะกล่าวอ้างกับการกระทำใด ๆ ของรัฐได้ หากมิได้มีการกำหนดเรื่องนั้นไว้ในหลักความเสมอภาคเฉพาะเรื่องแล้ว⁸¹

2) หลักความเสมอภาคเฉพาะเรื่อง หมายถึง หลักความเสมอภาคที่นำมาใช้พิจารณาเฉพาะกรณี ตัวอย่าง ตามมาตรา 30 วรรคสอง ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ได้บัญญัติให้ชายและหญิงมีสิทธิเทียมกัน ถือว่าเป็นหลักความเสมอภาคเฉพาะ

⁸¹ แหล่งเดิม. หน้า 7.

เรื่องที่เกี่ยวข้องชายและหญิง⁸² และในรัฐธรรมนูญของไทยฉบับปัจจุบันยังได้บัญญัติเกี่ยวกับหลักความเสมอภาคเฉพาะเรื่องไว้อีกหลายเรื่อง เช่น มาตรา 49 หลักความเสมอภาคในการรับการศึกษาขั้นพื้นฐาน⁸³ และตามมาตรา 51 หลักความเสมอภาคในการรับบริการสาธารณสุข⁸⁴ เป็นต้น ในแง่ของการนำหลักความเสมอภาคเฉพาะเรื่องไปใช้โดยพิจารณาว่ากรณีใดจะขัด หรือแย้งต่อหลักความเสมอภาคเฉพาะเรื่องหรือไม่ จึงต้องดูหลักความเสมอภาคเฉพาะเรื่องที่กำหนดไว้นั้นเสียก่อน หากเห็นว่าไม่ขัดกับหลักความเสมอภาคเฉพาะเรื่อง กรณีดังกล่าวก็ไม่ต้องกลับมาพิจารณาหลักความเสมอภาคทั่วไปอีก เพราะถือได้ว่าหลักความเสมอภาคเฉพาะเรื่องนั้นเป็นหลักกฎหมายพิเศษซึ่งมาก่อนหลักความเสมอภาคทั่วไป⁸⁵

3) หลักข้อห้ามมิให้มีการเลือกปฏิบัติ หมายถึง บุคคลไม่อาจได้รับการเลือกปฏิบัติ อันทำให้บุคคลนั้นได้เปรียบหรือเสียเปรียบกัน เนื่องจากคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และเหตุที่กำหนดไว้นั้นก็คือ ตามมาตรา 30 วรรคสามของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ที่ว่า “การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคลเพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่อง ถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมือง อันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ จะกระทำมิได้”

⁸² โปรดศุรายละเอียดยได้ใน วัชรภรณ์ รัตนโกเศศ-จันเจริญ. (2545). *ความเสมอภาคระหว่างชายและหญิงในเรื่องสิทธิส่วนบุคคลของหญิงมีสามีที่นอกเหนือจากประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์*. และ กุลพล พลวัน. (2543). *สิทธิมนุษยชนในสังคม*. หน้า 112-140.

⁸³ มาตรา 49 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับการศึกษาไม่น้อยกว่าสิบสองปีที่รัฐจะต้องจัดให้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ โดยไม่เก็บค่าเล่าเรียน

ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ หรือผู้อยู่ในสภาวะยากลำบาก ต้องได้รับสิทธิตามวรรคหนึ่งและการสนับสนุนจากรัฐเพื่อให้ได้รับการศึกษาโดยทัดเทียมกับบุคคลอื่น

การจัดการศึกษาอบรมขององค์กรวิชาชีพหรือเอกชน การศึกษาทางเลือกของประชาชน การเรียนรู้ด้วยตนเอง และการเรียนรู้ตลอดชีวิต ย่อมได้รับความคุ้มครองและส่งเสริมที่เหมาะสมจากรัฐ.

⁸⁴ มาตรา 51 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสมโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และทันต่อเหตุการณ์.

⁸⁵ บรรเจิด สิงคะเนติ. ข. เล่มเดิม. หน้า 167.

จะเห็นได้ว่ามีความคล้ายคลึงกับที่ระบุไว้ในข้อ 2 วรรคแรกแห่งปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Right) ที่ระบุว่า

“ข้อ 2 บุคคลชอบที่จะมีสิทธิและเสรีภาพประจำที่ระบุไว้ในปฏิญญานี้ ทั้งนี้โดยไม่มีการจำแนกความแตกต่างในเรื่องใด ๆ เช่น เชื้อชาติ สีผิว เพศ ภาษา ศาสนา ความเห็นทางการเมืองหรือทางอื่นใด ชาติหรือสังคมอันเป็นที่มาเดิม ทรัพย์สิน กำเนิด หรือสถานะอื่นใดนอกจากนี้ การจำแนกข้อแตกต่างโดยอาศัยมูลฐานแห่งสถานะ...”

ความหมายของการกำหนดคุณสมบัติที่ไม่อาจนำมาเป็นเหตุให้มีการปฏิบัติให้แตกต่างกันตามที่กำหนดไว้ในบทบัญญัติข้างต้นเหล่านั้น หมายถึงการทำให้เกิดความแน่ใจขั้นต่ำสุดต่อการเลือกปฏิบัติว่าจะไม่มีการอาศัยเพียงแต่สิ่งที่กำหนดไว้นั้นมาเป็นเหตุให้มีการเลือกปฏิบัติได้ ส่วนในกรณีของความแตกต่างกันในลักษณะอื่น ๆ นอกเหนือจากนี้ก็จะต้องไปพิจารณาตามหลักความเสมอภาคทั่วไป⁸⁶

2.3 การนำหลักความเสมอภาคมาใช้ในระบบกฎหมายไทย

หลักความเสมอภาคถือเป็นหลักสากลที่ทุกประเทศยอมรับ และหลักความเสมอภาคมีอิทธิพลต่อประเทศไทยในการกำหนดบทบัญญัติแห่งกฎหมายต่าง ๆ

2.3.1 พัฒนาการของแนวคิดเกี่ยวกับหลักความเสมอภาคในประเทศไทย

พัฒนาการของแนวคิดเกี่ยวกับหลักความเสมอภาค มีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กับพัฒนาการของระบบกฎหมายสมัยใหม่อย่างมาก ดังที่ศาสตราจารย์ ดร. ปรีดี เกษมทรัพย์ ได้กล่าวถึงการเกิดขึ้นของกฎหมายสมัยใหม่ไว้ว่า การปรากฏตัวของกฎหมายสมัยใหม่ในรูปลักษณะที่สมบูรณ์เพียบพร้อมตามหลักวิชากฎหมาย และเปี่ยมด้วยหลักเหตุผลตามหลักมนุษยธรรมที่เกิดขึ้นในช่วงปลายคริสต์ศตวรรษที่ 18 นับว่าเป็นปรากฏการณ์ที่น่ามหัศจรรย์ในตำนานอันยาวนานของประวัติศาสตร์มนุษยชาติและถือว่าเป็นความสำเร็จที่น่าภาคภูมิใจของวัฒนธรรมตะวันตก ปรากฏการณ์ที่สำคัญเช่นนี้ไม่ใช่สิ่งที่เกิดขึ้นในวันสองวัน แต่เป็นผลจากเหตุอันปการ ทั้งในทางความคิดในทางสถาบันและในทางเหตุการณ์ประวัติศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกันอย่างสลับซับซ้อน และการรับกฎหมายตะวันตกของประเทศตะวันออกต่าง ๆ ในปลายคริสต์ศตวรรษที่ 19 และต้นศตวรรษที่ 20 นั้นมิใช่การกระทำด้วยความจำเป็นเพราะถูกบังคับอย่างเดียว แท้จริงแล้วกล่าวได้ว่าการรับกฎหมายตะวันตกเข้ามานั้นเป็นการกระทำด้วยความสมัครใจ เพราะเป็นที่เห็นได้อย่างชัดเจนว่ากฎหมายสมัยใหม่นั้นมีลักษณะพิเศษที่ดีกว่ากฎหมายสมัยเก่าอย่างมากในหลายประการ ทั้งในแง่ของรูปแบบและเนื้อหา หลักการที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง

⁸⁶ แหล่งเดิม. หน้า 167.

ประการหนึ่งของระบบกฎหมายสมัยใหม่ก็คือ การรับรู้ว่ามีมนุษย์ทุกคนนั้นเป็นบุคคล และเป็นตัวการของกฎหมาย (Subject of Law) ความคิดที่ว่ามนุษย์เป็นตัวการของกฎหมายนี้เป็นการรับรู้ถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ว่ามนุษย์นั้นจะถูกกระทำให้กลายเป็นเพียงวัตถุหรือทรัพย์สินมิได้ เพราะตั้งแต่สมัยโบราณมาแล้วที่ระบบทาสนั้นถือว่ามนุษย์ตกเป็นทรัพย์สินของมนุษย์ด้วยกันได้ ชีวิตและร่างกายของผู้หนึ่งนั้นอยู่ใต้อำนาจสิทธิขาดของผู้อื่นได้ การเลิกทาสในสมัยใหม่ของโลกตะวันตกจึงเป็นผลมาจากการรับรู้ศักดิ์ศรี และความเท่าเทียมกันของมนุษย์ มนุษย์ที่เกิดมาในระบบกฎหมายสมัยใหม่จึงถือได้ว่ามีศักดิ์ศรีความเป็นบุคคลตามกฎหมายโดยเท่าเทียมกัน ฐานันดรหรือสถานะโดยกำเนิด หรือโดยการยกย่องหรือแต่งตั้ง ไม่ก่อให้เกิดอภิสิทธิ์หรือสิทธิพิเศษใด ๆ ทั้งสิ้น หลักนี้จึงมีความหมายโดยปริยายถึงความเสมอภาคต่อหน้ากฎหมาย (Equality before the law) และความรู้สำนึกในความเสมอภาคของคนในสมัยใหม่เป็นเครื่องแสดงให้เห็นถึงจิตวิญญาณของกฎหมายสมัยใหม่ที่รังเกียจอภิสิทธิ์ (Privilege) ทั้งปวง ดังนั้นการให้หรือรับรองสิทธิพิเศษแก่บุคคลในกรณีใด ๆ ในระบบกฎหมายสมัยใหม่นั้นจะทำได้ต่อเมื่อมีเหตุผลอันสมควรเพื่อประโยชน์ส่วนรวมเท่านั้น⁸⁷

ในส่วนของการพัฒนาระบบกฎหมายของไทยให้ทันสมัยตามอย่างตะวันตกนั้น อาจกล่าวได้ว่าเริ่มต้นตั้งแต่แผ่นดินพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 4 ในสมัยของพระองค์ได้มีการประกาศใช้กฎหมายมากมาย กฎหมายที่ประกาศใช้เวลานั้นนอกจากจะเป็นการกำหนดกฎเกณฑ์เพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะเรื่องแล้ว ประกาศส่วนหนึ่งแสดงถึงแนวพระราชดำริที่จะปรับค่านิยมของคนไทยให้เข้ากับคติในอารยประเทศ เช่น ทรงออกประกาศยกเลิกประเพณีที่บิดา มารดา หรือสามีขายบุตร ภรรยาลงเป็นทาสโดยเจ้าตัวไม่สมัครใจ เพื่อนำเงินมาชำระหนี้ ทรงดำริว่าสิทธิดังกล่าวไม่เป็นการยุติธรรมแก่เด็กและผู้หญิง⁸⁸ จึงเป็นการปฏิรูประบบกฎหมายในเวลาต่อมาและอาจกล่าวได้ว่าเป็นการปฏิรูประบบกฎหมายครั้งสำคัญแห่งกรุงรัตนโกสินทร์ ก็คือการปฏิรูประบบกฎหมายในสมัยรัชกาลที่ 5 ระยะเวลาแรกได้มีการใช้หลักกฎหมายอังกฤษสอนในโรงเรียนกฎหมาย ต่อมาในช่วงหลังอิทธิพลของกฎหมายอังกฤษได้ค่อย ๆ ลดความสำคัญลงเนื่องจากความจำเป็นที่จะต้องเร่งรัดปรับปรุงกฎหมายให้มีความทันสมัยอย่างรวดเร็ว และพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 5 ทรงมีพระบรมราชวินิจฉัยว่าระบบกฎหมายไทยมีลักษณะใกล้เคียงกับระบบกฎหมายภาคพื้นยุโรป จึงได้มีการรับเอาระบบกฎหมายของประเทศในภาคพื้นยุโรปเข้ามาเป็นแบบอย่างในการชำระสะสางและร่างประมวลกฎหมายตลอดจนปรับปรุงการเรียนการสอน

⁸⁷ ปรีดี เกษมทรัพย์. เล่มเดิม. หน้า 168:

⁸⁸ กิตติศักดิ์ ปรกติ. (2546). *การปฏิรูประบบกฎหมายไทยภายใต้อิทธิพล*. หน้า 171 – 172.

กฎหมาย⁸⁹ การริเริ่มปรับสถานะของบุคคลให้เท่าเทียมกันเริ่มต้นขึ้นในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 5 นั้น เริ่มต้นจากการผ่อนคลายการใช้อำนาจคดีระหว่างผู้ใหญ่ผู้น้อยตามหลักธรรมก่อน แล้วตามมาด้วยการเลิกทาส และยกเลิกฐานันดรไพร่ที่มีมาแต่โบราณให้กลายเป็นพลเมืองไปในที่สุด ในส่วนของคำว่าบุคคลซึ่งหมายถึงผู้ทรงสิทธิตามกฎหมายจะมีใช้กันมาอย่างไรก็ไม่ปรากฏหลักฐานแน่ชัด แต่ในคำรากกฎหมายนั้นปรากฏมีการกล่าวถึงบุคคลในหัวข้อเลิกเซอร์กฎหมายของกรมหลวงราชบุรี ร.ศ. 118 (พ.ศ. 2442) บุคคลนั้นหมายถึงคนตามธรรมดาหรือหมุ่คนที่มิอำนาจทำการได้ตามกฎหมายเหมือนเช่นคนธรรมดา สันนิฐานได้ว่าความคิดที่ว่าไม่ว่าผู้ดีหรือไพร่ต่างก็มีฐานะเป็นบุคคล สามารถมีสิทธิในฐานะที่เป็นพลเมือง ที่ได้รับหลักประกันว่าจะได้รับความเป็นธรรมตามที่กฎหมายกำหนดคงจะเป็นที่ยอมรับอยู่แล้ว แต่ยังมีได้มีกฎหมายรับรองโดยชัดแจ้งให้มีสถานะเท่าเทียม เสมอภาคกันอย่างแท้จริง ดังนั้นแม้สถานะของบุคคลจะได้รับการปรับปรุงให้พ้นจากสถานการณไพร่และทาสโดยกำเนิดเหลือแต่ฐานะเป็นพลเมือง แต่การเกิดมาในตระกูลต่างชั้นกันก็ยังคงถือกันว่ามีชาติวุฒิต่างกันและเป็นเหตุให้มีสิทธิหน้าที่ต่างกัน⁹⁰ การปรับปรุงสถานะและสิทธิเสรีภาพของบุคคลในฐานะเป็นพลเมืองแบบสมัยใหม่นั้น นักกฎหมายท่านหนึ่งได้กล่าวไว้ว่า การปฏิรูปกฎหมายในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 5 มีลักษณะเสริมสร้างคุณธรรมของรัฐสมัยใหม่ในแง่รากฐานและกลไกทางกฎหมายอย่างสำคัญหลายประการ ประการหนึ่งได้แก่ การยกย่องศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ด้วยการเลิกทาสรับรองให้บุคคลมีฐานะเป็นตัวละครสำคัญในกฎหมาย มีสิทธิเสรีภาพในชีวิต ร่างกาย อนามัย เกียรติยศ ชื่อเสียงได้รับการคุ้มครองโดยกฎหมายอย่างเท่าเทียมกัน ทั้งนี้โดยให้การคุ้มครองไว้ในประมวลกฎหมายแพ่งและประมวลกฎหมายอาญา⁹¹ ถัดมาในช่วงก่อนเปลี่ยนแปลงการปกครองในปี พ.ศ. 2475 ไม่นานนัก ก็ปรากฏว่ามีการกล่าวถึงหลักความเสมอภาค (สมภาพ) ในความหมายของกฎหมายสมัยใหม่ไว้อย่างชัดเจน ในคำอธิบายกฎหมายปกครอง ของหลวงประดิษฐ์มนูธรรม (ปรีดี พนมยงค์) เมื่อปี พ.ศ. 2474 โดยกล่าวไว้ว่า

“ลักษณะ 3

ที่มาแห่งกฎหมายปกครองและชนิดต่าง ๆ แห่งหลักกฎหมายปกครอง

ข้อ 2 ความเสมอภาค (สมภาพ)

มนุษย์เมื่อเป็นอิสระดังกล่าวแล้ว ก็อาจที่จะใช้ความอิสระของตนเสมอภาคกับเพื่อนมนุษย์อื่น ความเสมอภาคในกฎหมาย กล่าวคือสิทธิและหน้าที่ในทางกฎหมายเช่นเดียวกับบุคคล

⁸⁹ แหล่งเดิม. หน้า 110 – 115.

⁹⁰ แหล่งเดิม. หน้า 134 – 138.

⁹¹ แหล่งเดิม. หน้า 117.

อื่น ไม่ใช่ว่ามนุษย์จะต้องมีความเสมอภาคในการมีวัตถุประสงค์ของ ความเสมอภาคในทางกฎหมายนี้อาจเป็นทั้งในทางสิทธิและหน้าที่หรือภาระ

2.3.1.1 ความเสมอภาคในสิทธิ

1) มีสิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองโดยกฎหมายเดียวกัน ยกเว้นแต่บุคคลพิเศษ เช่น เจ้านาย ทหารบก ทหารเรือ ฯลฯ ที่มีกฎหมายพิเศษ

2) มีสิทธิที่จะร้องให้ศาลเช่นเดียวกันวินิจฉัย นอกจากบุคคลพิเศษซึ่งขึ้นต่อศาลกระทรวงวัง ศาลทหารบก ศาลทหารเรือ

3) มีสิทธิที่จะเข้ารับราชการเช่นเดียวกันเมื่อมีคุณสมบัติตามที่กฎหมายบัญญัติไว้⁹²

2.3.2 การรับรองไว้ซึ่งหลักความเสมอภาคในระบบกฎหมายไทย

โดยจะแบ่งได้เป็น หลักความเสมอภาคตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ หลักความเสมอภาคที่ได้รับรองไว้ในกฎหมายอื่น

2.3.2.1 หลักความเสมอภาคที่ปรากฏตามรัฐธรรมนูญของไทยในอดีต

รัฐธรรมนูญถือว่าเป็นกฎหมายที่สำคัญที่บัญญัติรับรองหลักความเสมอภาคจะเห็นได้จากการที่ประเทศไทยเมื่อเริ่มมีรัฐธรรมนูญในการปกครองประเทศ ก็มีการบัญญัติรับรองหลักความเสมอภาคไว้ในรัฐธรรมนูญฉบับแรกของไทย แม้พระราชบัญญัติปกครองแผ่นดินสยามชั่วคราว พุทธศักราช 2475 จะมีได้บัญญัติรับรองหลักความเสมอภาคไว้เป็นการเฉพาะ แต่รัฐธรรมนูญฉบับนี้ก็เป็นรัฐธรรมนูญฉบับแรกที่บัญญัติให้ชายและหญิงมีความเสมอภาคในการเลือกตั้ง ถือเป็นจุดเริ่มต้นของการนำหลักความเสมอภาคมาใช้ในประเทศไทย ในรูปแบบของบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญเป็นครั้งแรก หลังจากนั้นก็มีการบัญญัติรับรองไว้ในรัฐธรรมนูญไทยอีกหลายฉบับต่อมาจนถึงรัฐธรรมนูญไทยฉบับปัจจุบัน⁹³ อย่างไรก็ตามเนื่องจากระบอบการปกครองที่มีอำนาจการปกครองประเทศรวมอยู่ที่องค์พระมหากษัตริย์ อีกทั้งการมีส่วนร่วมทั้งในทางการเมือง เศรษฐกิจและสังคม ถูกจำกัดอยู่เฉพาะคนบางกลุ่มเท่านั้น จนกระทั่งเมื่อคณะราษฎรทำการอภิวัฒน์เปลี่ยนแปลงการปกครอง มีการประกาศหลัก 6 หลัก และหลักความเสมอภาคก็ถือว่าเป็นหลักสำคัญหนึ่งในนั้นด้วย ถึงแม้ว่าพระราชบัญญัติธรรมนูญการปกครองแผ่นดินสยามชั่วคราว พุทธศักราช 2475 จะมีได้กล่าวถึงหลักความเสมอภาคไว้โดยเฉพาะก็ตาม

⁹² ปรีดี พนมยงค์. ก. (2526). *ประชุมกฎหมายมหาชนและเอกชนของปรีดี พนมยงค์*. หน้า 154 – 156.

⁹³ บรรณเจ็ด สิงคะเนติ. ง. (2552). *หลักพื้นฐานเกี่ยวกับสิทธิเสรีภาพ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์*. หน้า 161 – 162.

แต่ก็ปรากฏว่ารัฐธรรมนูญฉบับนี้เป็นรัฐธรรมนูญฉบับแรกที่บัญญัติให้ชายและหญิงมีความเสมอภาคในการออกเสียงเลือกตั้ง⁹⁴ โดยบัญญัติไว้ในมาตรา 14 ความว่า

“ราษฎรไม่ว่าเพศใดเมื่อมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้ ย่อมมีสิทธิออกเสียงลงมติเลือกผู้แทนหมู่บ้านได้ คือ

1. มีอายุครบ 20 ปีบริบูรณ์
2. ไม่เป็นผู้ไร้หรือเสมือนไร้ความสามารถ
3. ไม่ถูกศาลพิพากษาให้เสียสิทธิในการออกเสียง
4. ต้องเป็นบุคคลที่มีสัญชาติเป็นไทยตามกฎหมาย

คุณสมบัติของผู้แทนหมู่บ้านและผู้แทนตำบลให้เป็นไปเหมือนดัง มาตรา 11”

และหลังจากนั้นก็ให้มีรัฐธรรมนูญอีกหลายฉบับ ที่บัญญัติเกี่ยวกับหลักความเสมอภาคไว้โดยชัดเจน โดยมีบัญญัติไว้ความว่า

“ประชาชนชาวไทยไม่ว่าเหล่ากำเนิดหรือศาสนาใด ย่อมอยู่ในความคุ้มครองแห่งรัฐธรรมนูญเสมอกัน”⁹⁵

หรือที่บัญญัติไว้ความว่า

“บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมาย ฐานันดรศักดิ์โดยกำเนิดก็ดี โดยแต่งตั้งก็ดี หรือโดยประกาศอื่นใดก็ดี ไม่กระทำให้เกิดเอกสิทธิ์อย่างใดเลย”⁹⁶

ต่อมาปรากฏว่าได้มีการปรับปรุงถ้อยคำเสียใหม่ โดยบัญญัติว่า

“บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมายและได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายอย่างเท่าเทียมกัน”⁹⁷

⁹⁴ สมคิด เลิศไพฑูรย์. ก. เล่มเดิม. หน้า 164.

⁹⁵ มาตรา 1 วรรคสอง รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2475, มาตรา 1 วรรคสอง รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2498, มาตรา 26 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2492, มาตรา 55 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2475 แก้ไขเพิ่มเติม พุทธศักราช 2495, มาตรา 24 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2511, มาตรา 5 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2517, มาตรา 4 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2521, มาตรา 4 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2534, มาตรา 5 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540, มาตรา 5 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550.

⁹⁶ มาตรา 12 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2475, มาตรา 12 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2489, มาตรา 27 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2492, มาตรา 56 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2475 แก้ไขเพิ่มเติม พุทธศักราช 2495. มาตรา 25 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2511.

รัฐธรรมนูญบางฉบับยังได้บัญญัติถึงหลักความเสมอภาคเฉพาะเรื่องเอาไว้ เช่น ความเสมอภาคทางการศึกษา ความว่า

“สถานศึกษาของรัฐและท้องถิ่นพึงให้ความเสมอภาคแก่บุคคลในการเข้ารับการศึกษาอบรมตามความสามารถของบุคคลนั้น”⁹⁸

หรือที่บัญญัติไว้ความว่า

“บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการเข้ารับการศึกษาขั้นมูลฐานตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาภาคบังคับ”⁹⁹

นอกจากนี้ยังได้มีการบัญญัติถึงหลักความเสมอภาคของหญิงและชาย เอาไว้ในรัฐธรรมนูญอย่างชัดเจน ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2517 บัญญัติไว้ความว่า

“ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน”¹⁰⁰

2.3.2.2 หลักความเสมอภาคที่ปรากฏในรัฐธรรมนูญปัจจุบัน

1) หลักความเสมอภาคทั่วไปตามมาตรา 5 และมาตรา 30 วรรคแรก

หลักความเสมอภาคทั่วไปตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ในปัจจุบันนั้นปรากฏอยู่ในมาตรา 5 และมาตรา 30 ของรัฐธรรมนูญ ในส่วนของมาตรา 5 ได้กำหนดไว้ว่าประชาชนชาวไทยไม่ว่าเหล่ากำเนิด เพศ หรือศาสนาใดย่อมอยู่ในความคุ้มครองแห่งรัฐธรรมนูญนี้เสมอกัน เริ่มแรกหากพิจารณาที่ตำแหน่งแห่งที่ของบทบัญญัติดังกล่าว จะพบว่าอยู่ในหมวด 1 บททั่วไป โดยหลักแล้วในบททั่วไปของรัฐธรรมนูญจะเป็นการแถลงถึงเจตนารมณ์แห่งรัฐว่ามีอยู่อย่างไร เช่น การเป็นอาณาจักรหรือเป็นสาธารณรัฐ การมีระบอบการปกครองในรูปแบบใด เป็นต้น ในแง่นี้ มาตรา 5 จึงเป็นการแสดงออกถึงเจตนารมณ์แห่งรัฐว่ามุ่งหมายที่จะให้การคุ้มครองแก่ประชาชนชาวไทยทุกคน โดยไม่อาจเลือกปฏิบัติเนื่องจากเหตุโดยเหล่ากำเนิด เพศ หรือศาสนาของบุคคล ต่อมาหากพิจารณาคำของบทบัญญัติแล้ว จะเห็นได้ว่าเป็นบทบัญญัติที่กำหนดให้รัฐ

⁹⁷ มาตรา 27 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2517, มาตรา 23 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2521, มาตรา 25 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2534, มาตรา 30 วรรคแรก รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540, มาตรา 30 วรรคแรก รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550.

⁹⁸ มาตรา 38 วรรคสี่ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2517.

⁹⁹ มาตรา 40 วรรคแรก รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2534.

¹⁰⁰ มาตรา 28 วรรคสอง รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2517, มาตรา 24 วรรคสอง รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2534.

ต้องให้การรับรองและคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญต่อประชาชนชาวไทยทุกคนอย่างเสมอภาคกัน โดยมีอาจถือเอาความแตกต่างของบุคคล โดยแหล่งกำเนิด เพศ หรือศาสนา มาเป็นเหตุให้มีการถือปฏิบัติให้แตกต่างกันได้ และโดยที่บทบัญญัติใช้คำว่า ประชาชนชาวไทย...” ดังนั้น หลักความเสมอภาคทั่วไปตามมาตรา 5 นี้ จึงถือว่าเป็นหลักความเสมอภาคของปวงชนชาวไทยเท่านั้น ส่วนอีกมาตราหนึ่งที่ว่ามีความสำคัญในฐานะที่เป็นหลักความเสมอภาคทั่วไปอันเป็นหลักการที่คุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของบุคคลนั้น ปรากฏอยู่ในมาตรา 30 วรรคแรก ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ที่ว่า “บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมายและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน” ได้บัญญัติไว้เช่นเดียวกับที่ปรากฏอยู่ในมาตรา 3 (1) ของรัฐธรรมนูญสหพันธ์รัฐเยอรมัน (Grundgesetz) ฉบับปัจจุบันที่กำหนดว่า “มาตรา 3 (1) บุคคลย่อมเสมอกันต่อหน้ากฎหมาย” และถือกันว่าหลักความเสมอภาคทั่วไปนี้เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคลที่จะกล่าวอ้างกับการกระทำใด ๆ ของรัฐได้ หากว่ามีได้มีการกำหนดเรื่องนั้น ๆ ไว้ในหลักความเสมอภาคเฉพาะเรื่อง แต่หากมีการกำหนดเรื่องนั้นเอาไว้ในหลักความเสมอภาคเฉพาะเรื่องแล้ว ก็จะต้องพิจารณาไปตามหลักความเสมอภาคเฉพาะเรื่องนั้น ๆ โดยหลักความเสมอภาคทั่วไปยังถือว่าเป็นหลักข้อห้ามหรือเป็นสิทธิเรียกร้องของบุคคลเพื่อมิให้มีการใช้อำนาจอย่างเกินขอบเขตการใช้อำนาจอย่างเกินขอบเขตนั้นหมายถึง การใช้อำนาจโดยไม่พิจารณาเนื้อหาของเรื่องนั้น ๆ และไม่อาจจะค้นหาเหตุผลอันรับฟังได้จากการพิจารณาหรือตัดสินใจดังกล่าว¹⁰¹ อย่างไรก็ดีความเสมอภาคในทางกฎหมาย แม้ว่าบุคคลจะมีฐานะอันศักดิ์ โดยกำเนิดก็ดี โดยแต่งตั้งก็ดี หรือโดยประการอื่นก็ดี ไม่ทำให้บุคคลนั้นเกิดแก่สิทธิอย่างใดเลย เช่น เป็นตำรวจสพลตำรวจเอก ทำผิดกฎหมาย ก็ต้องได้รับโทษเช่นเดียวกันกับกรณีคนธรรมดาทั่วไปทำผิดกฎหมาย¹⁰²

2) หลักความเสมอภาคเฉพาะเรื่องตามรัฐธรรมนูญ

หลักความเสมอภาคเฉพาะเรื่อง หมายความว่าถึง กฎหมายได้บัญญัติถึงหลักความเสมอภาคในขอบเขตเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นการเฉพาะ อาจเป็นการแบ่งหลักความเสมอภาคเฉพาะเรื่องออกได้ดังนี้

2.1) หลักความเสมอภาคระหว่างหญิงและชาย หมายความว่า โดยหลักแล้วลำพังแต่เฉพาะข้อเท็จจริงที่ว่าฝ่ายหนึ่งเป็นผู้ชาย อีกฝ่ายหนึ่งเป็นผู้หญิง กรณีเช่นนี้ไม่อาจถือว่าเป็นเกณฑ์ของความแตกต่างอันเป็นสาระสำคัญอันจะเป็นเหตุแห่งการปฏิบัติให้แตกต่างกันได้ แต่อย่างไรก็ดีสภาพความเป็นจริงแล้วคงไม่อาจปฏิเสธความแตกต่างในทางกายภาพและในทางหน้าที่ระหว่างหญิงและชายได้ ดังนั้น ในบางกรณี ความแตกต่างระหว่างหญิงและชายจึงอาจเป็นเหตุผลที่สำคัญ

¹⁰¹ บรรเจิด สิงคะเนติ. ก. เล่มเดิม. หน้า 7.

¹⁰² มานิตย์ จุมปา. เล่มเดิม. หน้า 55.

ของการปฏิบัติให้แตกต่างกันได้ เมื่อการปฏิบัติให้แตกต่างกันนั้นเรียกร้องให้คำนึงถึงความแตกต่างในทางกายภาพ หรือความแตกต่างในทางภาระหน้าที่ระหว่างหญิงและชาย ตัวอย่าง การกำหนดให้เฉพาะผู้ชายเท่านั้นที่เป็นทหารในหน่วยรบได้ เพราะการเป็นทหารในหน่วยรบนั้นเรียกร้องความแข็งแรงทางกายภาพในการรบ หรือในสถานการณ์สงคราม เหตุผลดังกล่าวย่อมเป็นข้อยกเว้นให้มีการปฏิบัติให้แตกต่างกันระหว่างหญิงและชายได้ ขณะที่หากมีการกำหนดว่าเฉพาะแต่ผู้ชายเท่านั้นที่เป็นนายความได้ สำหรับกรณีนี้จะเห็นได้ว่าโดยคุณสมบัติและของลักษณะการเป็นนายความนั้นมิได้เรียกร้องความแตกต่างกันในทางกายภาพระหว่างหญิงและชายแต่อย่างใด การกำหนดในลักษณะดังกล่าวจึงขัดต่อหลักความเสมอภาคระหว่างหญิงและชาย¹⁰³

2.2) หลักความเสมอภาคในกระบวนการยุติธรรม หมายความว่า บุคคลทุกคนที่ต้องใช้หรือถูกโต้แย้งสิทธิทางศาล ย่อมจะต้องสามารถนำคดีเข้ามาสู่การพิจารณาในศาลที่มีเขตอำนาจได้อย่างเท่าเทียมกัน และได้รับการพิจารณาตามกระบวนการอย่างเดียวกันจะมีการจัดตั้งศาลพิเศษขึ้นเพื่อพิจารณาคดีของตนโดยเฉพาะมิได้ ดังนั้น กฎหมายหรือการกระทำขององค์กรผู้ใช้อำนาจอธิปไตยที่เป็นอุปสรรคต่อการที่ประชาชนจะตกอยู่ภายใต้กระบวนการที่เหมือนกันหรือรับผิดชอบตามกฎหมายอย่างเดียวกัน กรณีนั้นย่อมขัดต่อหลักความเสมอภาคในกระบวนการยุติธรรม¹⁰⁴ ศาลยุติธรรมมีอำนาจที่จะพิจารณาพิพากษาอรรถคดีของประชาชนได้ทั่วถึงกัน ผู้ใดจะร้องขอให้ตั้งศาลเพื่อพิจารณาโดยเฉพาะแต่คดีของตนไม่ได้ เช่น จะตั้งคณะกรรมการตรวจสอบทรัพย์สินเพื่อพิจารณาคดีที่มีนักการเมืองทุจริต โดยเฉพาะมิได้¹⁰⁵ แต่ก็มีข้อยกเว้นในกรณีของศาลฎีกาแผนกคดีอาญาของผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมือง ที่ให้อำนาจของศาลฎีกาแผนกคดีอาญาของผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมืองเพียงศาลเดียวที่เมื่อพิจารณาพิพากษาแล้วเป็นที่สุดไม่อาจอุทธรณ์ฎีกาไปยังหน่วยงานใดได้อีก¹⁰⁶ ตัวอย่าง เดิมการที่บุคคลฟ้องคดีต่อศาลปกครองนั้นไม่สามารถขอดำเนินคดีอย่างคนอนาถาได้ ฉะนั้น หากไม่มีค่าธรรมเนียมวางต่อศาล ศาลก็จะไม่รับฟ้องคดีกรณีเช่นนี้ จะเห็นได้ว่าข้อกำหนดดังกล่าวทำให้ความยุติธรรมนั้นมีกฎเกณฑ์ที่กำหนดการเข้าถึงความยุติธรรมที่แตกต่างกัน การที่ศาลปกครองมิได้มีหลักเกณฑ์ในการดำเนินคดีอย่างคนอนาถาจึงอาจขัดกับหลักความเสมอภาคในกระบวนการยุติธรรม อย่างไรก็ดี กรณีดังกล่าวนี้ ศาลรัฐธรรมนูญได้มีคำวินิจฉัยของศาลรัฐธรรมนูญ ที่ 84/2547 แล้วว่าการที่พระราชบัญญัติจัดตั้งศาลปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครอง พ.ศ. 2542 บัญญัติเรื่องค่าธรรมเนียมศาลแตกต่างไปจากประมวลกฎหมาย

¹⁰³ บรรเจิด สิงคะเนติ. ก. เล่มเดิม. หน้า 12 – 13.

¹⁰⁴ สมคิด เลิศไพฑูรย์. ข. เล่มเดิม. หน้า 81.

¹⁰⁵ มานิตย์ จุมปา. เล่มเดิม. หน้า 55.

¹⁰⁶ สมคิด เลิศไพฑูรย์. ข. เล่มเดิม. หน้า 193.

วิธีพิจารณาความแพ่ง โดยมีได้บัญญัติเรื่องการดำเนินคดีอย่างคนอนาถาไว้¹⁰⁷ มิใช่เป็นการเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากความแตกต่างด้านฐานะทางเศรษฐกิจ เพราะบทบัญญัติดังกล่าวใช้บังคับโดยทั่วไป ดังนั้น มาตรา 45 วรรคสี่ จึงไม่ขัดหรือแย้งต่อรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา 30 และในปัจจุบันมาตรา 45/1¹⁰⁸ แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติจัดตั้งศาลปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครอง (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2548 ได้กำหนดให้ศาลมีอำนาจยกเว้นค่าธรรมเนียมศาลได้เช่นเดียวกันกับการดำเนินคดีอย่างคนอนาถาในศาลยุติธรรม¹⁰⁹

2.3) ความเสมอภาคในการเข้าทำงานในภาครัฐ หมายความว่า บุคคลทุกคนที่เป็นคนไทยที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551 หรือตามพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการฝ่ายตุลาการศาลยุติธรรม พ.ศ. 2543 หรือตามกฎหมายอื่นที่

¹⁰⁷ พระราชบัญญัติจัดตั้งศาลปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครอง พ.ศ. 2542 มาตรา 42 วรรคสี่ บัญญัติว่า “การฟ้องคดีไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียมศาล เว้นแต่การฟ้องคดีขอให้สั่งให้ใช้เงินหรือส่งมอบทรัพย์สินอันสืบเนื่องจากคดีตาม มาตรา 9 วรรคหนึ่ง (3) หรือ (4) ให้เสียค่าธรรมเนียมศาลในอัตราร้อยละสองจุดห้าของทุนทรัพย์ แต่ไม่เกินสองแสนบาท.

¹⁰⁸ มาตรา 45/1 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติม พระราชบัญญัติจัดตั้งศาลปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครอง (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2548 บัญญัติว่า “การฟ้องคดีที่ต้องเสียค่าธรรมเนียมศาลตามมาตรา 45 วรรคสี่ หากคู่กรณียื่นคำขอต่อศาล โดยอ้างว่า ไม่มีทรัพย์สินเพียงพอที่จะเสียค่าธรรมเนียมศาล หรือโดยสถานะของผู้ขอถ้าไม่ได้รับยกเว้นค่าธรรมเนียมศาลจะได้รับความเดือดร้อนเกินสมควร ถ้าศาลเห็นว่ามีข้อเท็จจริงเพียงพอที่จะรับฟ้องไว้พิจารณา หรือในกรณีอุทธรณ์ซึ่งศาลเห็นว่าเหตุผลอันสมควรที่จะอุทธรณ์ได้ แล้วแต่กรณี และศาลได้ไต่สวนแล้วเห็นว่า มีเหตุตามคำขอจริงก็ให้ศาลอนุญาตให้คู่กรณียื่นคำวินิจฉัย โดยยกเว้นค่าธรรมเนียมศาลทั้งหมดหรือเฉพาะบางส่วนได้คำสั่งให้ยกเว้นค่าธรรมเนียมศาลทั้งหมดให้เป็นที่สุด

ในกรณีที่ศาลมีคำสั่งให้ยกเว้นค่าธรรมเนียมศาลเฉพาะบางส่วน หรือมีคำสั่งให้ยกคำขอ ผู้ยื่นคำขอมีสิทธิดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ภายในสิบห้าวันนับแต่วันที่รับแจ้งคำสั่ง

(1) ยื่นคำร้องขอให้พิจารณาคำขอนั้นใหม่ เพื่ออนุญาตให้ตนนำพยานหลักฐานมาแสดงเพิ่มเติมว่าไม่มีทรัพย์สินเพียงพอที่จะเสียค่าธรรมเนียมศาลได้จริง หรือโดยสถานะของผู้ขอ ถ้าไม่ได้รับยกเว้นค่าธรรมเนียมศาลจะได้รับความเดือดร้อนเกินสมควร

(2) ยื่นอุทธรณ์คำสั่งนั้นต่อศาลปกครองสูงสุด

ในกรณีที่คู่กรณีใช้สิทธิตาม (1) หรือ (2) อย่างหนึ่งอย่างใดอย่างหนึ่งแล้ว จะใช้สิทธิอีกประการหนึ่งมิได้ การยื่นคำขอ การพิจารณาคำขอ การขอให้พิจารณาใหม่ การอุทธรณ์และการดำเนินการกระบวนพิจารณาอื่นใดที่เกี่ยวกับการขอดำเนินคดีตามวรรคหนึ่งและวรรคสองให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดโดยระเบียบของที่ประชุมใหญ่ตุลาการในศาลปกครองสูงสุดที่ออกตามมาตรา 44”.

¹⁰⁹ อักษรารท จุฬารัตน. (2548). *ประมวลกฎหมายปกครอง*. หน้า 156.

กำหนดคุณสมบัติของบุคคลที่จะเข้าทำหน้าที่ในภาครัฐ¹¹⁰ บุคคลย่อมมีความเสมอภาคที่จะสมัครเข้ารับราชการได้โดยทั่วไปแล้วกระบวนการคัดเลือกที่จะดำเนินการโดยมีการสอบแข่งขันกันเพื่อพิจารณาความรู้ความสามารถของบุคคล การนำหลักเกณฑ์อื่นมาเป็นเกณฑ์ในการพิจารณา นอกจากพิจารณาจากความรู้ความสามารถของบุคคล จึงเป็นกรณีที่น่าจะขัดกับหลักความเสมอภาค กรณีของความเสมอภาคของบุคคลที่เป็นคนไทยในการเข้าทำงานภาครัฐนั้นเป็นหลักสำคัญที่จะทำให้บุคคลที่เป็นคนไทยสามารถเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของภาครัฐได้ ดังนั้นหลักความเสมอภาคในเรื่องนี้จึงมีความสำคัญ ด้วยเหตุนี้การที่หน่วยงานของรัฐไปกำหนดคุณสมบัติบุคคลที่จะมีสิทธิสมัครสอบเข้าเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐจะต้องจบปริญญาตรีเกียรตินิยม กรณีนี้ถือว่าเป็นการขัดกับหลักความเสมอภาค เพราะเป็นการปฏิบัติต่อบุคคลที่มีสาระสำคัญเหมือนกันให้แตกต่างกัน¹¹¹

2.4) หลักความเสมอภาคในการเลือกตั้ง นั้นเป็นการพิจารณาทั้งกรณีของบุคคลผู้มีสิทธิเลือกตั้งและบุคคลผู้มีสิทธิในการสมัครรับเลือกตั้ง หมายความว่าบุคคลที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามรัฐธรรมนูญและกฎหมายกำหนดไว้ ย่อมมีสิทธิเลือกตั้งและสิทธิในการสมัครรับเลือกตั้งอย่างเท่าเทียมกัน¹¹²

2.5) หลักความเสมอภาคในการภาระของรัฐ มีอยู่ 2 ประการคือ

2.5.1) ความเสมอภาคในการเสียภาษี พลเมืองทุกคนมีความเสมอภาคในการช่วยเหลือการใช้จ่ายของประเทศตามฐานะของบุคคลนั้น ๆ อาจมากบ้าง น้อยบ้างตามจำนวนเงินรายได้เป็นรายบุคคลไป¹¹³

2.5.2) ความเสมอภาคในการรับราชการทหาร ชายฉกรรจ์ทุกคนอายุตั้งแต่ 21 ปีขึ้นไปจะต้องเข้ารับราชการทหารประจำการ โดยทั่วหน้ามีกำหนดก็ปีก็แล้วแต่เจ้าหน้าที่ฝ่ายทหารจะได้กำหนดไว้เป็นครั้งคราว เว้นแต่ทุพพลภาพ พิการ หรือพระภิกษุในพระพุทธศาสนาที่มีสมณศักดิ์ไม่ต้องเข้ารับราชการทหาร¹¹⁴

2.6) หลักความเสมอภาคในการรับบริการสาธารณะ ปราบกฏอยู่ในรัฐธรรมนูญ ตัวอย่าง บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับการศึกษาขั้นพื้นฐาน ไม่น้อยกว่าสิบสองปี (มาตรา 49 ของรัฐธรรมนูญ) หรือบุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และ

¹¹⁰ มานิตย์ จุมปา. เล่มเดิม. หน้า 55.

¹¹¹ บรรเจิด สิงคะเนติ. ค. (2552, กรกฎาคม – ธันวาคม). “ความเสมอภาคในการสมัครสอบเพื่อรับราชการ”. *วารสารผู้ตรวจการแผ่นดินของรัฐสภา* ปีที่ 2 ฉบับที่ 2. หน้า 6 - 9.

¹¹² บรรเจิด สิงคะเนติ. ง. เล่มเดิม. หน้า 161.

¹¹³ มานิตย์ จุมปา. เล่มเดิม. หน้า 56.

¹¹⁴ แหล่งเดิม.

ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (มาตรา 51 ของรัฐธรรมนูญ) เป็นไปตามหลักการที่ว่า การจัดทำบริการสาธารณะจะต้องเป็นไปตามหลักความเสมอภาค โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อผู้ใช้บริการของบริการสาธารณะทั้งหลาย¹¹⁵

ทุกคนในสังคมไทยได้เข้ารับโอกาสแห่งความเสมอภาคภายใต้รัฐธรรมนูญเท่าเทียมกัน แต่ใครจะรวยหรือจนขึ้นอยู่กับความขยันขันแข็ง มุมานะของแต่ละบุคคล โอกาสทางกฎหมายเปิดไว้แล้วอย่างเสมอภาคสำหรับคนไทยทุกคน¹¹⁶ แต่จะเห็นได้ว่าความเสมอภาคตามกฎหมายที่อยู่บนความไม่เสมอภาค และไม่มีเสรีภาพในความเป็นจริงในฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม สภาพการณ์ดังกล่าวทำให้คนที่มิมีฐานะทางเศรษฐกิจ และทางสังคมดีเป็นผู้ได้รับประโยชน์จากกฎหมายอย่างแท้จริง ในขณะที่คนที่มิมีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมด้อยกว่าหรือแย่กว่าย่อมถูกเอารัดเอาเปรียบและถูกกดขี่ในความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในสังคม ดังนั้นปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสังคม การเอารัดเอาเปรียบกันนั้นเกิดขึ้นจากหลักความเสมอภาค เสรีภาพและกรรมสิทธิ์ตามกฎหมายนั่นเอง ไม่ได้เป็นหลักความเสมอภาค เสรีภาพในความเป็นจริงของสังคม ความเสมอภาค เสรีภาพของคนที่ดีกว่าในสังคมนั้นจึงเป็นเพียงตามรูปแบบของกฎหมายเท่านั้น (forme) ไม่ใช่ตามความเป็นจริง (material)¹¹⁷

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับความเสมอภาคด้านการบริการสาธารณสุข

ความเสมอภาคด้านการบริการสาธารณสุข จัดว่าเป็นความเสมอภาคในโอกาสและเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนที่ทุกคนต้องได้รับการสุขภาพที่รัฐจัดให้ ในฐานะเป็นพลเมืองของประเทศ และการมีสุขภาพดีถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคน

ความเสมอภาคเป็นหลักการพื้นฐานอันสำคัญยิ่งของสังคมที่มีระบอบการเมืองการปกครองแบบประชาธิปไตย เป็นหลักการที่ทุกรัฐพยายามทำให้เกิดขึ้นในประเทศของตน เพื่อให้ประชาชนมีความเท่าเทียมกันในทุก ๆ ด้าน และไม่ถูกเลือกปฏิบัติ หลักประกันเกี่ยวกับความเสมอภาคพื้นฐานที่รัฐจัดให้กับสมาชิกของสังคม โดยประกาศเป็นกฎหมายในรัฐธรรมนูญ ได้แก่ ความเสมอภาคทางการเมือง (Political Equality) ความเสมอภาคทางกฎหมาย (Legal Equality) ความเสมอภาคทางเศรษฐกิจ (Economic Equality) ความเสมอภาคทางสังคม (Social Equality) และ ความเสมอภาคในโอกาส (Equality of Opportunity)

¹¹⁵ บรรเจิด สิงคะเนติ. ง. เล่มเดิม. หน้า 161.

¹¹⁶ มานิตย์ จุมปา. เล่มเดิม. หน้า 56.

¹¹⁷ เกรียงไกร เจริญนาวัฒน์. ก. (2547). *หลักการพื้นฐานกฎหมายมหาชนว่าด้วย รัฐ รัฐธรรมนูญ และกฎหมาย*. หน้า 204.

Equity Foundation ได้ให้ความหมายของ ความเสมอภาค ว่า หมายถึงความยุติธรรมทุกอย่างในสังคม เพราะเชื่อว่า ประชาชนทุกคนมีคุณค่าและสมควรที่จะได้รับโอกาสที่ดีในชีวิต (All People Have Worth and Deserve the Opportunity to Experience It...)¹¹⁸

ความเสมอภาคหรือความเท่าเทียม คือการไม่เลือกปฏิบัติ ทุกคนมีสิทธิเสรีภาพอย่างเท่าเทียมกัน การดำเนินการใด ๆ ของรัฐ เพื่อให้สิทธิหรือประโยชน์แก่ประชาชน ต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความเท่าเทียมกัน ไม่มีการเลือกปฏิบัติ¹¹⁹

ความเสมอภาค หมายถึง เสมอกัน เท่าเทียมกัน เนื่องจากไม่มีความหมายเฉพาะ ไม่มีนิยามทางกฎหมาย ดังนั้นการให้ความหมายจึงเป็นไปตามความเข้าใจหรือความรู้สึก ของแต่ละคนหรือแล้วแต่วัตถุประสงค์ ที่สำคัญคือ ขึ้นอยู่กับการให้คุณค่า (Value Judgement) ของคนในสังคม ความเสมอภาคที่สอดคล้องกับคุณค่าที่สังคมยึดถือจึงเป็นความเสมอภาคที่เหมาะสม¹²⁰

จากความหมายของความเสมอภาคที่ได้นิยามไว้ข้างต้นนั้น พบว่าความเสมอภาคหรือความเท่าเทียมกันของบุคคล จะถูกมองว่าเป็นความเท่าเทียมในโอกาส เพราะในความเป็นจริงแล้วไม่สามารถทำให้คนทุกคนได้รับหรือมีอะไรที่เท่ากันทุกอย่างได้ แต่สิ่งที่รัฐพึงจะทำได้คือทำให้ประชาชนได้รับโอกาสในด้านต่าง ๆ อย่างเสมอภาคกันโดยไม่เลือกปฏิบัติ

2.4.1 ความเสมอภาคด้านการบริการสาธารณสุข

ความเสมอภาคเป็นแนวคิดที่ถูกนำมาใช้ในระบบบริการสุขภาพอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน เป็นการก่อให้เกิดความเสมอภาคทางสังคม คือการสร้างความเป็นธรรมแก่ประชาชน แนวคิดความเป็นธรรม สามารถแบ่งได้ 2 แนวคิด ได้แก่ แนวคิดเสรีนิยม แนวคิดนี้ จะปฏิเสธความเท่าเทียมกันของทุกคน จะยอมรับก็เพียงมาตรฐานขั้นต่ำเท่านั้น ส่วนที่เกินจากนั้นให้เป็นสิทธิและเสรีภาพของแต่ละคนจะไขว่คว้าตามความสามารถ เชื่อในการตัดสินใจของแต่ละคนว่าจะสามารถเลือกสิ่งที่ดีที่สุดที่ตนเองต้องการ การทำให้เกิดความเป็นธรรมคือการให้เสรีภาพแก่ทุกคนในการเลือก จึงจะเรียกว่าเกิดความเป็นธรรม กลไกตลาดที่ทำให้เกิดประสิทธิภาพนั้นจะทำให้เกิดความเป็นธรรมได้ด้วย เพราะทุกคนเลือกได้ด้วยตนเอง แนวคิดที่สองได้แก่ แนวคิดความเท่าเทียมกัน เห็นว่าทุกคนควรมีความเท่าเทียมกันในทุก ๆ ด้าน เริ่มตั้งแต่การมีโอกาสที่เท่าเทียมกัน รวมทั้งควรได้รับสวัสดิการจากรัฐอย่างเท่าเทียมกัน และท้ายที่สุดคือการมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพใกล้เคียงกัน

¹¹⁸ Equity Foundation. (2002). *What Is Equity Foundation*. Retrieved December 21, 2012, from <http://www.Equityfoundation.org>.

¹¹⁹ วิชัย ศรีรัตน์. (2543). *สิทธิมนุษยชนและสิทธิเสรีภาพของชนชาวไทย*. หน้า 92.

¹²⁰ มีชัย ฤชุพันธุ์. (2546). *ถาม-ตอบกับมีชัย. : บทคัดย่อ*. ค้นเมื่อ 16 ตุลาคม 2555, จาก <http://www.meechaihailand.com/meechai/ask/ask04951.html>.

ผู้ที่เชื่อแนวคิดความเท่าเทียมจะปฏิเสธกลไกการตลาด เพราะเห็นว่าหากอาศัยกลไกตลาด คนที่มีข้อมูลมากกว่าก็จะใช้โอกาสที่มีมากกว่าสร้างประโยชน์ให้กับตนเอง และกลุ่มนักคิดนี้จะให้ความสำคัญกับสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่ควรเท่าเทียมกันด้านโอกาส¹²¹ จากแนวคิดความเป็นธรรมทั้งสองแนวคิดนี้ ในการบริการสุขภาพจึงเลือกใช้ความหมายความเป็นธรรมตามแนวคิดความเท่าเทียมมากกว่าแนวคิดเสรีนิยม เพราะบริการสุขภาพส่วนใหญ่ไม่สามารถใช้กลไกตลาดมาเป็นกลไกหลักในการจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนได้ และได้มีผู้นำมาเป็นแนวทางการนิยามความหมายของความเสมอภาคด้านบริการสาธารณสุข ตามแนวคิดความเท่าเทียม ดังนี้

ความเสมอภาคด้านบริการสาธารณสุข ที่ให้ความสำคัญในเรื่องสิทธิมนุษยชน กล่าวถึงการสร้างความเสมอภาคเป็นการสร้างความเป็นธรรม (Equity) ความหมายความเสมอภาคด้านบริการสาธารณสุขจึงหมายถึง การที่ประชาชนทุกคนมีความชอบธรรมที่จะได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ตามสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ใช้ความเป็นธรรมในความหมายเดียวกันกับความเสมอภาคด้านการรับบริการสาธารณสุข¹²²

ความเสมอภาคด้านบริการสาธารณสุข หมายถึง การที่ประชาชนได้รับบริการสุขภาพตามความจำเป็น (Need) ด้านสุขภาพอนามัย เสียค่าใช้จ่ายตามความสามารถที่จ่าย (Ability to Pay) และไม่มีปัจจัยอื่นเป็นอุปสรรค เช่น ปัจจัยด้านภูมิศาสตร์ และปัจจัยทางด้านสังคม ความเชื่อ การที่จะทำให้ความเสมอภาคเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ จำเป็นต้องมีการกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำของบริการสุขภาพที่ประชาชนทุกคนพึงได้รับเรียกว่า “บริการสุขภาพที่จำเป็นขั้นพื้นฐาน”¹²³ การบริการสุขภาพเป็นการบริการสาธารณะสะท้อนโอกาสความเท่าเทียม ประชาชนจะพึงได้รับบริการสาธารณะตามสิทธิอันพึงมีพึงได้ จึงให้ความหมายความเสมอภาคของการได้รับบริการสุขภาพ หมายถึง การที่บุคคลได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐานเดียวกัน ถึงแม้ว่าการจัดบริการดังกล่าวในพื้นที่หนึ่งอาจจะมีต้นทุนการจัดบริการสูงกว่าอีกพื้นที่หนึ่งก็ตาม บุคคลในพื้นที่ต่าง ๆ ของประเทศพึงได้รับการอย่างเดียวกัน¹²⁴

¹²¹ สุกสิทธิ์ พรรณณารุโณทัย. ข. (2544). *ดัชนีเศรษฐศาสตร์มหภาคเพื่อวัดความเป็นธรรมทางการคลังและการใช้บริการสาธารณสุขระหว่างปี 2529 - 2541*. หน้า 4 – 12.

¹²² สุกสิทธิ์ พรรณณารุโณทัย. ค. (2543). *ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ*. หน้า 3 - 4.

¹²³ อารี วัลยะเสวี และคณะ. (2543). *รูปแบบระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทยในสองทศวรรษหน้า*. หน้า 10.

¹²⁴ โปรดคูรายละเอียดได้ใน ทวีศักดิ์ สุททวาทีน. (2544). *การปฏิรูประบบการจัดการเพื่อรองรับการประกันสุขภาพในประเทศไทย*. หน้า 32 – 48.

Whitehead ได้นิยามคำว่า ความเสมอภาคด้านบริการสาธารณสุข หรือด้านการดูแลสุขภาพ (Equity in Health Service) หมายถึง การที่ประชาชนทุกคนสามารถใช้และเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเท่าเทียมกันสำหรับความจำเป็นเท่ากัน¹²⁵

เพราะฉะนั้นความเสมอภาคด้านการรับบริการสาธารณสุข ส่วนใหญ่จะมองว่าควรเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนที่จะได้รับโอกาสใช้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ จากบริการของรัฐ โดยไม่มีปัจจัยด้านต่าง ๆ เป็นอุปสรรคต่อการใช้บริการสุขภาพนั้น ไม่ใช่ขึ้นอยู่กับความสามารถที่จะไขว่คว้าของแต่ละคน การสร้างความเสมอภาคเป็นการสร้างความเป็นธรรมด้วยตามความหมายของความเสมอภาคด้านบริการสุขภาพ มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งสอดคล้องกับสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพของประชาชนตามรัฐธรรมนูญ ดังนั้นความเสมอภาคด้านบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน หมายถึง การที่ประชาชนทุกคนได้รับความเป็นธรรมด้านโอกาสในการใช้บริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่มีคุณภาพ เมื่อไปรับบริการจากหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.4.2 ความยากจน ความเสมอภาค ความเป็นธรรม ด้านการบริการสาธารณสุข (Poverty, Equality and Equity)

ก่อนก้าวไปสู่เนื้อหาที่ลึกของประเด็นความเป็นธรรมทางสุขภาพ จะขอนำเสนอประเด็นที่เหมือนกัน และแตกต่างกัน ระหว่างความยากจน ความเสมอภาค และความเป็นธรรม เพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน นักวิชาการหรือนักพัฒนาที่เน้นประเด็น “ความยากจน” เพราะเห็นว่าความยากจน (โดยเฉพาะความยากจนทางเศรษฐกิจ) เป็นบ่อเกิดของปัญหาความเสมอภาค และนำมาสู่ความไม่เป็นธรรม และเนื่องจากทั่วโลก มีประชากรกว่า 7000 ล้านคน ที่อยู่ภายใต้เส้นแบ่งความยากจน จึงต้องการให้สนใจแก้ปัญหาของคนกลุ่มนี้ โดยวิธีแก้ปัญหามาตามแนวคิด “ความจำเป็นพื้นฐานของมนุษย์” (Basic human needs)¹²⁶

กลุ่มที่เน้นประเด็น “ความเสมอภาค” เพราะเห็นว่าความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ยากจนหรือกลุ่มด้อยโอกาส กับกลุ่มที่ร่ำรวยหรือกลุ่มที่ได้โอกาส นับวันยิ่งขยายวงกว้างเป็นการวัดที่ง่ายกว่าการวัดว่ามีความเป็นธรรมเกิดขึ้นหรือไม่ ดังนั้นจะพบว่า มีบทความวิชาการจำนวนมากที่วัดปัญหาความไม่เสมอภาค แต่ข้อโต้แย้งสำคัญของความไม่เสมอภาค คือ ความไม่เสมอภาคเป็นคุณลักษณะอย่างกับความเป็นธรรมในหลายกรณี การที่สังคมมีความไม่เสมอภาค อาจจะเป็นธรรมแล้วก็ได้ อีกนัยหนึ่งคือ การทำให้สังคมมีความเสมอภาคมากขึ้น (คือลดความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ดี

¹²⁵ Whitehead, M. (2000). *The concept and principle of equity and health*. Retrieved December 29, 2012, from <http://www.who.dk/Document/PAE/conceptsrpd414.pdf>.

¹²⁶ ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย. ก. (2543). *สุขภาพคนไทยปี 2543*. “ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ”. หน้า 2.

ที่สุดกับกลุ่มที่ด้อยที่สุด) อาจหมายถึงการทำให้มาตรฐานเฉลี่ยของสังคมลดต่ำลง เพราะทำให้กลุ่มที่ดีที่สุดลดลงมาใกล้กับกลุ่มที่ต่ำที่สุด กรณีสุดท้าย คือ ความเป็นธรรมมีเนื้อหาที่ยากที่สุด เพราะขึ้นอยู่กับการศึกษาของผู้เกี่ยวข้อง¹²⁷ อย่างไรก็ตามการแยกความแตกต่างระหว่าง 3 แนวคิด มักจะเป็นข้อถกเถียงกันทางด้านวิชาการมากกว่า และไม่นำไปสู่ประโยชน์ที่ชัดเจน เพราะทั้ง 3 กลุ่มมักลงเอยด้วยการปฏิบัติที่ใกล้เคียงกัน กลุ่มที่ต้องการแก้ปัญหาความไม่เสมอภาคเพราะเห็นว่าความไม่เสมอภาคนั้นไม่เป็นธรรม และวิธีการแก้ปัญหาก็เน้นไปที่กลุ่มคนที่ยากจนก่อน¹²⁸

ปรัชญา แนวคิดความเป็นธรรม สามารถแยกออกเป็นขั้วใหญ่ ๆ ได้ 2 ขั้ว คือ แนวคิดเสรีนิยม (Libertarianism) และแนวคิดความเท่าเทียม (Egalitarianism) ผู้ที่ยึดแนวคิดเสรีนิยม จะปฏิเสธความเท่าเทียมกันของทุก ๆ คน จะยอมรับก็เพียงการมีมาตรฐานขั้นต่ำ (minimum standard) เท่านั้น ส่วนที่เกินจากนั้น ให้เป็นสิทธิและเสรีภาพของแต่ละคนที่จะซื้อขายไขว่คว้าตามความสามารถ ตรงกันข้ามกับกลุ่มที่ยึดแนวคิดความเท่าเทียมเห็นว่า ทุกคนควรมีความเท่าเทียมกันในทุก ๆ ด้าน ตั้งแต่โอกาสที่เท่าเทียม (equality of opportunity) รวมทั้งควรได้รับสวัสดิการการดูแลสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน และท้ายสุด มีสถานะสุขภาพในด้านผลลัพธ์ที่ใกล้เคียงกัน ฝ่ายเสรีนิยมเชื่อในกลไกตลาด เชื่อในการตัดสินใจของแต่ละคนว่าจะทำให้สามารถเลือกสิ่งที่ดีที่สุดที่ตนเองต้องการ ต้องให้เสรีภาพแก่ทุกคนในการเลือกจึงเรียกว่า เกิดความเป็นธรรม (Equity as choice)¹²⁹ อีกนัยหนึ่งผู้ที่ยึดแนวคิดเสรีนิยม คิดว่ากลไกตลาดที่ทำให้เกิดประสิทธิภาพนั้นจะทำให้เกิดความเป็นธรรมได้ด้วย เพราะทุกคนเลือกได้ด้วยตนเอง แต่ฝ่ายแนวคิดความเท่าเทียมจะปฏิเสธกลไกตลาดมีแนวโน้มล้มเหลว เนื่องจากถ้าคนมีโอกาสนี้ไม่เท่าเทียมกันคนที่มีข้อมูลมากกว่าก็ใช้โอกาสนี้มีมากกว่าสร้างประโยชน์ให้กับตนเอง ดังนั้นกลุ่มแนวคิดความเท่าเทียมจะให้ความหวังกับสังคมที่ช่วยกันจรรโลงความเท่าเทียมกัน จากแนวคิดทฤษฎีสังคม และประเด็นความยากจน ความเสมอภาค และความเป็นธรรมดังได้กล่าวถึงในตอนต้น ในที่นี้ จึงตัดสินใจเลือกใช้ความหมายของความเป็นธรรมทางสุขภาพ ตามกลุ่มแนวคิดความเท่าเทียมกัน (Egalitarian) มากกว่ากลุ่มที่คิด

¹²⁷ McLachlan and Maynard. (1982). เปรียบ “ความเป็นธรรม” เหมือน “ความงาม” ซึ่งขึ้นอยู่กับการศึกษาคุณค่าของผู้ตัดสิน “...equity like beauty, is in the mind of the beholder...”

¹²⁸ Gwatkin DR. (2000). Health inequalities and the health of the poor: What do we know? What can we do? *Bulletin of the world Health Organization*, 78 (1): P. 3 – 18.

¹²⁹ Le Grand. (1991). นักเศรษฐศาสตร์ชาวอังกฤษ ที่เชื่อเรื่อง ความเป็นธรรมจากการเลือก (Equity as choice) แต่ก็มีแนวคิด โน้มเอียงมาทาง Egalitarian เพราะภายหลังสรุปว่า การตัดสินใจเลือกของแต่ละคน มีบ่อยครั้งที่ถูกจำกัดด้วยองค์ประกอบที่ตนควบคุมไม่ได้ จึงต้องอาศัยระบบที่ส่วนร่วมจ่ายจะช่วยสร้างหลักประกันของทางเลือก.

อย่างเสรีนิยม (Libertarian) เพราะบริการสุขภาพส่วนใหญ่ไม่สามารถให้กลไกตลาดเป็นกลไกหลักในการกระจายอย่างได้ผล¹³⁰

นักนิติศาสตร์ รัฐศาสตร์ สังคมศาสตร์ และปรัชญาอื่น ๆ กลุ่มนี้เชื่อในหลักสิทธิมนุษยชน (Human Rights) ปฏิญญาว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights) มาตราที่ 25 ระบุว่า

“ทุกคนมีสิทธิที่จะได้อยู่ในที่ที่มาตรฐานอันเพียงพอสำหรับสุขภาพ ความเป็นอยู่ของตัวเองและครอบครัว ทั้งนี้รวมถึงการได้รับอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่พักอาศัย การดูแลรักษาทางการแพทย์ และความมั่นคงในชีวิต เมื่อต้องประสบกับการเจ็บป่วยหรือความพิการ” กระแสของสิทธิมนุษยชนมักเป็นแนวคิดที่มาจากฝั่งตะวันตก และสามารถทำให้ปรากฏอยู่ในคำประกาศต่าง ๆ ได้ แม้แต่สิทธิที่ทุกคนควรจะได้ทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม เช่น ในกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) มาตรา 12 ระบุสิทธิทางด้านสุขภาพอย่างชัดเจนว่า “ประเทศที่ลงนามในกติการะหว่างประเทศนี้ ยอมรับว่า เป็นสิทธิของประชาชนทุกคนที่จะได้รับมาตรฐานอันสูงที่สุดของสุขภาพที่ดีทั้งทางกายและทางจิต”

อย่างไรก็ตาม ประเทศสหรัฐอเมริกาเอง ยังไม่ได้ให้สัตยาบันต่อกติการะหว่างประเทศฉบับนี้ เพราะเกรงว่า การให้สิทธิทางสังคมจะทำให้ละเมิดต่อสิทธิพลเรือนและทางการเมืองอื่น ๆ การพูดถึงความเป็นธรรมตามสิทธิต่าง ๆ ที่ควรจะได้ เป็นทักษะของชาวตะวันตกด้วยหรือไม่ จะเห็นว่า ผู้นำของประเทศอินเดีย ประเทศสิงคโปร์ และประเทศจีนให้ความสำคัญต่อสิทธิของการพัฒนา มากกว่าสิทธิมนุษยชนส่วนบุคคล ดังนั้นประเทศเหล่านี้จึงถือว่ารัฐสามารถอ้างว่าเพื่อพัฒนาเศรษฐกิจในภาพรวมได้โดยไม่ต้องเคารพสิทธิส่วนบุคคล¹³¹ สำหรับกรณีที่สุดขั้ว Sen A. เห็นว่าทุพภิกขภัย (famine) ขนานใหม่ เช่น การขาดอาหารอย่างรุนแรง จะไม่เกิดในประเทศที่มีประชาธิปไตย และรัฐบาลมีความรับผิดชอบต่อประชาชนอย่างเพียงพอในความเป็นจริงแล้วอาหารไม่เคยขาดแคลนอย่างสมบูรณ์¹³²

นักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข Mooney ให้คำจำกัดความของความเป็นธรรมทางสุขภาพอย่างเป็นธรรม ตามความหมาย 7 ข้อ¹³³ ดังนี้

¹³⁰ ข้อถกเถียงเรื่องกลไกตลาดล้มเหลวในบริการสุขภาพมีสาเหตุหลายประการ เช่น การที่ผู้ให้บริการรู้ข้อมูลข่าวสารมากกว่าผู้รับบริการ การผูกขาดในระบบบริการสุขภาพ.

¹³¹ Lie R. (1998). Human Rights, Equity and Health Sector Reform. *A research proposal*.

¹³² Sen A. (1999). The value of democracy. *Development Outreach*, 1, 1, 5 – 9.

¹³³ Mooney G. (1986). *Economics, Medicine and Health care*. Sussex: Wheat sheaf.

1. ความเสมอภาคของรายจ่ายต่อหัว (Equality of expenditures per capita)
2. ความเสมอภาคของปัจจัยนำเข้าต่อหัว (Equality of inputs per capita)
3. ความเสมอภาคของปัจจัยนำเข้าสำหรับความจำเป็นที่เท่ากัน (Equality of inputs for equal need)
4. ความเสมอภาคของการเข้าถึงสำหรับความจำเป็นที่เท่ากัน (Equality of access for equal need)
5. ความเสมอภาคของการใช้บริการสำหรับความจำเป็นที่เท่ากัน (Equality of utilization for equal need)
6. ความเสมอภาคของความจำเป็นต่อหน่วยสุดท้ายที่สัมฤทธิ์ผล (Equality of marginal met need)
7. ความเสมอภาคของสุขภาพ (Equality of Health)

คำจำกัดความข้อ 1 - 2 เป็นการหารต่อหัวอย่างง่ายทางคณิตศาสตร์ เสี่ยงต่อการถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่า ไม่น่าจะใช่ความเป็นธรรมอย่างแท้จริง ส่วนคำจำกัดความที่ 3 - 5 เป็นการเปรียบเทียบต่อความจำเป็นทางสุขภาพที่เท่ากัน คำจำกัดความที่ 6 เป็นวิธีมองอย่างนักเศรษฐศาสตร์ เพื่อจัดสรรงบประมาณที่มีจำกัด ให้สามารถบรรลุผลสัมฤทธิ์ต่อหน่วยสุดท้ายในทุก ๆ สังคม ส่วนคำจำกัดความที่ 7 น่าจะเป็นเป้าหมายของการพัฒนาสุขภาพ

2.5 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับสวัสดิการสังคมและรัฐสวัสดิการ

มนุษย์ทุกคนสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมจะต้องมีสิ่งจำเป็นพื้นฐาน (Basic Needs) รองรับอย่างน้อยสี่ประการ กล่าวคือ มีอาหารสำหรับบริโภค มีเสื้อผ้าสำหรับใช้นุ่งห่ม มีบ้านเรือนสำหรับเป็นที่อยู่อาศัยและมียารักษาโรคเมื่อเจ็บป่วย จำเป็นต้องมีงานทำเพื่อให้ได้มาซึ่งรายได้ สำหรับนำไปจัดหาสิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตดังกล่าว สังคมในอดีตที่มีชีวิตความเป็นอยู่ที่เรียบง่าย เป็นสังคมเกษตรกรรม ครอบครัวอยู่ด้วยกันเป็นครอบครัวอยู่ด้วยกันเป็นครอบครัวใหญ่หรือครอบครัวขยาย (Extended Family) การจัดการสิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตจึงไม่ประสบปัญหามากนัก หากสมาชิกคนใดคนหนึ่งครอบครัวประสบปัญหาไม่สามารถทำงานหรือหารายได้ สมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ สามารถช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกันได้ ไม่จำเป็นต้องพึ่งพารัฐ ดังนั้นหน้าที่ส่วนใหญ่ของรัฐในอดีตจึงเน้นไปที่การดูแลรักษาความสงบเรียบร้อยภายในประเทศและการป้องกันประเทศ ต่อมาเมื่อปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมวิวัฒนาการเปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมสมัยใหม่ที่เป็นสังคมเมืองและอุตสาหกรรม ครอบครัวลดขนาดเป็นครอบครัวเดี่ยว (Nuclear Family) มนุษย์มีความต้องการสิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต

เพิ่มมากขึ้นตามสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ในขณะที่การหารายได้เพื่อจัดหาลำดับเป็นขั้นพื้นฐานประสบปัญหายุ่งยากมากขึ้น อันเนื่องมาจากความกดดันในการแข่งขันกันทางเศรษฐกิจที่เพิ่มขึ้นและความช่วยเหลือเกื้อกูลระหว่างคนในครอบครัวและคนในสังคมเริ่มลดน้อยถอยลง ทำให้เกิดปัญหาความเลื่อมล้ำในสังคมระหว่างคนรวยที่มีศักยภาพสูงกว่าในการจัดหาลำดับเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตที่ดีให้แก่ตนเอง และคนจนซึ่งขาดโอกาสในสังคมและความสามารถในการจัดหาลำดับเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตให้ตนเองน้อยกว่าคนรวย¹³⁴

ดังนั้นบทบาทของรัฐจึงต้องปรับเปลี่ยนไปจากในอดีตที่ให้ความสำคัญที่การดูแลรักษาความสงบเรียบร้อยภายในประเทศและการป้องกันประเทศ มาเป็นบทบาทหน้าที่ในการดูแลทุกข์สุขของประชาชนทุกคนให้สามารถเข้าถึงปัจจัยจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างเท่าเทียมกัน เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ประเทศพัฒนาแล้วหลายประเทศ เช่น ประเทศในแถบยุโรป รัฐเข้าไปมีบทบาทอย่างมากในการจัดระบบสวัสดิการสังคมแก่คนในประเทศ ให้ความสำคัญคุ้มครองประชาชนอย่างถ้วนหน้า (Universal) และสวัสดิการที่จัดให้ประชาชนเป็นไปอย่างกว้างขวางครอบคลุมทุกสาขาของสวัสดิการสังคมหลายคนเรียกว่า “รัฐสวัสดิการ” (Welfare State)¹³⁵

สำหรับประเทศไทยได้พัฒนาไปสู่ระบบรัฐสวัสดิการในลักษณะเดียวกันกับประเทศพัฒนาแล้ว เช่น ประเทศแถบยุโรปถือว่าเป็นประเทศต้นแบบรัฐสวัสดิการของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก

2.5.1 ความเป็นมาของรัฐสวัสดิการ

รูปแบบของรัฐสวัสดิการในระยะเริ่มแรกพบว่าเป็นประเทศจีนช่วงศตวรรษที่ 11 สมัยราชวงศ์ซ่ง โดยนายกรัฐมนตรีหว่างอันสื่อ (Wang Anshi) เชื่อว่ารัฐต้องรับผิดชอบในการจัดหาลำดับเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตให้แก่ประชาชน จากแนวคิดดังกล่าวนำไปสู่การริเริ่มของรัฐบาลในการให้บริการสินเชื่อเพื่อการเกษตรแก่เกษตรกรในชนบทที่ยากไร้ การปฏิรูปดังกล่าวถูกเรียกว่า “กฎหมายใหม่” (New Law) “ซินฟา” (Xin fa) รัฐสวัสดิการสมัยใหม่ (Modern Welfare State) ได้พัฒนามาเป็นลำดับอย่างต่อเนื่องในช่วงศตวรรษที่ 19 ศตวรรษที่ 20 รัฐสวัสดิการรูปแบบใหม่แตกต่างจากรูปแบบในสมัยเริ่มแรก มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนของคนยากจน

¹³⁴ โปรดคูรายละเอียดได้ใน ศศิธร สิริมหาธา. (2547, มิถุนายน). *ผลกระทบของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อการปฏิบัติงานบุคลากรทางการแพทย์*. การค้นคว้าอิสระ. รัฐศาสตรมหาบัณฑิต (การเมืองการปกครอง). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. หน้า. 5.

¹³⁵ โปรดคูรายละเอียดได้ใน *ประเทศไทยกับการไปสู่รัฐสวัสดิการ*. (2550). กองแผนงานและสารสนเทศ. สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน.

เนื่องจากเป็นรูปแบบการจัดสวัสดิการให้ทุกคนถ้วนหน้า (Universal) ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดคือ การพัฒนาระบบประกันสังคมในประเทศเยอรมนีภายใต้อิทธิพลแนวคิดของ Bismarck นอกจากนี้ รัฐสวัสดิการบางรูปแบบอย่างเช่นในประเทศแถบสแกนดิเนเวีย จะพัฒนาไปสู่การจัดสวัสดิการ ในรูปแบบของการมีส่วนร่วมของประชาชน (Mutualist) และบางประเทศเป็นการจัดระบบ โดยภาครัฐ อย่างไรก็ตาม รัฐสวัสดิการไม่ได้หมายถึงการที่รัฐจัดระบบความคุ้มครองทางสังคม (Social Protection) นักสังคมวิทยา T. H. Marshal ให้นิยามรัฐสวัสดิการว่าเป็นการผสมผสาน ระหว่างระบอบประชาธิปไตย ระบบสวัสดิการและระบบทุนนิยม¹³⁶

ตัวอย่างรัฐสวัสดิการสมัยใหม่ (Modern Welfare State) ในระยะแรก ๆ เริ่มขึ้นในช่วง ค.ศ. 1930 ในประเทศเยอรมนี และประเทศในแถบสแกนดิเนเวีย เช่น ประเทศเนเธอร์แลนด์ ประเทศออสเตรียและประเทศนิวซีแลนด์ ประเทศเยอรมนีเป็นประเทศแรกที่มีระบบสวัสดิการสังคม (Social Welfare State) มีที่มาของการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่ระบบรัฐสวัสดิการในประเทศเหล่านี้ มาจากการดำเนินการเพื่อรองรับปัญหาที่เกิดจากภาวะเศรษฐกิจถดถอยอย่างรุนแรงในช่วง ค.ศ.1930 รัฐสวัสดิการถือเป็น “ทางเลือกสายกลาง” (Meddle Way) ระหว่างระบอบคอมมิวนิสต์ (Communism) และระบอบทุนนิยม (Capitalism) การจัดบริการทางสังคมเพื่อให้ความคุ้มครอง ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งเสียชีวิต ในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ประเทศส่วนใหญ่ในยุโรปเริ่มเปลี่ยน การจัดระบบบริการทางสังคมจากรูปแบบการให้ความคุ้มครองเฉพาะกลุ่ม (Partial or Selective Provision of Social Service) เป็นรูปแบบในการคุ้มครองแบบถ้วนหน้าสำหรับประชาชนทุกคน (Comprehensive Coverage) ระบบรัฐสวัสดิการในปัจจุบันนี้ได้ขยายขอบเขตออกไปเป็นการให้ สิทธิประโยชน์ทั้งในรูปแบบตัวเงิน (Cash welfare benefits) เช่น บำนาญชราภาพ เงินช่วยเหลือ กรณีว่างงาน เป็นต้น และสิทธิประโยชน์ในรูปแบบการให้บริการ (in-kind welfare service) เช่น บริการ ด้านสาธารณสุข บริการเกี่ยวกับการดูแลเด็ก (Childcare) เป็นต้น การจัดสิทธิประโยชน์ ทั้ง 2 รูปแบบดังกล่าว จะเป็นเครื่องมือของระบบรัฐสวัสดิการในการจัดการกับชีวิตความเป็นอยู่ ของประชาชนให้มีความเท่าเทียมกันมากขึ้น รวมถึงมีอิทธิพลต่อการบริโภคและการใช้เวลาของ ประชาชนในประเทศ¹³⁷

¹³⁶ ชัยลักษณ์ รุจิภักดิ์ และ ศัญญพงษ์ ลิมประเสริฐ. (ม.ป.ป.). เอกสารคำสอน *POPULATION CHANGE AND PUBLIC SERVICE AND WELFARE POLICY. State welfare.* มหาวิทยาลัยนเรศวร. หน้า 2.

¹³⁷ The Development of Welfare States. สืบค้น 31 ตุลาคม 2555, จาก http://en.wikipedia.org/wiki/welfare_state.

2.5.2 แนวคิดและหลักการของรัฐสวัสดิการ

รัฐสวัสดิการ (Welfare State) มีการนำไปใช้ในหลายมุมมอง โดยให้ความหมายแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศโดยทั่วไปมีลักษณะดังนี้

คำว่า “รัฐสวัสดิการ” ทั่วไปหมายถึง การจัดบริการสวัสดิการ (Welfare Service) โดยรัฐบาล หรือนักวิชาการภายในประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา อาจใช้คำว่า “สวัสดิการโดยรัฐ” (State Welfare) ในความหมายเดียวกันกับคำว่า รัฐสวัสดิการ มักถูกกล่าวถึงว่าเป็นแบบจำลองในอุดมคติ (An Ideal Model) ในการจัดสวัสดิการด้านสังคมต่าง ๆ อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ให้แก่ประชาชนทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน แนวคิดนี้ถือว่ารัฐมีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในการจัดสวัสดิการให้แก่ประชาชนของตน การจัดระบบสวัสดิการดังกล่าวต้องไม่เพียงแต่พิจารณาถึง “โครงข่ายความปลอดภัย” (Safety Net) และ “มาตรฐานขั้นต่ำ” (Minimum Standards) เท่านั้น แต่ต้องจัดระบบสวัสดิการให้เป็นไปอย่างครบถ้วนสมบูรณ์แบบ (Comprehensive) และต้องให้ความคุ้มครองอย่างถ้วนหน้า (Universal) เนื่องจากทุกคนมีสิทธิได้รับความคุ้มครองสวัสดิการจากรัฐอย่างเท่าเทียมกัน ในหลายประเทศ หมายถึง การจัดระบบสวัสดิการในสังคม (Social Welfare) หรือการจัดระบบคุ้มครองทางสังคม (Social Protection) หรือการจัดระบบความมั่นคงทางสังคม (Social Security) ให้แก่ประชาชนในประเทศ ข้อเท็จจริงแล้ว ในหลายประเทศที่เป็นรัฐสวัสดิการโดยเฉพาะประเทศในแถบยุโรป สวัสดิการไม่ได้จัดการโดยรัฐอย่างแท้จริงทั้งหมด แต่เป็นการผสมผสานระหว่างการจัดบริการสวัสดิการโดยภาครัฐ (Government Service) การจัดสวัสดิการโดยรูปแบบสมัครใจของประชาชน (Voluntary) การจัดสวัสดิการในรูปแบบของการมีส่วนร่วมของประชาชน (Mutualist) ประเทศเหล่านี้ยังคงใช้คำว่า “รัฐสวัสดิการ” ทั้งนี้หน้าที่ในการจัดบริการหรือสิทธิประโยชน์อาจจะเป็นหน้าที่ของรัฐบาลกลางหรือรัฐบาลแห่งมลรัฐ องค์กรภาคเอกชน มูลนิธิหรือองค์กรอื่นที่ไม่แสวงหากำไรโดยแนวคิดดังกล่าวในระยะเวลาต่อมาได้เรียกว่า “สังคมสวัสดิการ” (Welfare Society) “ระบบสวัสดิการ” (Welfare System) ได้ถูกนำมาใช้ในการอธิบายขอบเขตของรัฐสวัสดิการและสังคมสวัสดิการที่เป็นส่วนผสมของระบบสวัสดิการต่าง ๆ ทั้งนี้ แนวคิดรัฐสวัสดิการยังคงเป็นที่โต้แย้งและมีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวางว่าอะไรคือความหมายของรัฐสวัสดิการที่แท้จริง และบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของรัฐบาลต่อการจัดสวัสดิการของประชาชนในประเทศควรจะมีมากน้อยเพียงใด ในบางประเทศ รัฐสวัสดิการไม่ได้เป็นการที่รัฐจัดการระบบเศรษฐกิจทั้งหมด แต่รัฐสวัสดิการ หมายถึงโครงการที่รัฐดำเนินการและใช้จ่ายเงินเพื่อให้ความช่วยเหลือทางการเงินแบบมีเงื่อนไข และเป็นการชั่วคราวแก่ผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการหารายได้อันเนื่องมาจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ประสบ เช่น ปัญหาสุขภาพ การเจ็บป่วยทางจิต หรือเกิด

จากภัยพิบัติทางธรรมชาติ หรือการก่อการร้าย เป็นต้น¹³⁸ ประเทศที่มีนโยบายสังคมที่มุ่งส่งเสริมคุณภาพชีวิตของคน โดยรัฐจัดโครงการหรือบริการทางสังคมให้กับประชาชนอย่างกว้างขวาง เป็นการสร้างระบบความมั่นคงทางสังคม (Social Security) ให้กับคนในรัฐนั้น ๆ อาจกล่าวได้ว่ารัฐทำหน้าที่ดูแลความเป็นอยู่ของคนในสังคมตั้งแต่แรกเกิดจนตาย¹³⁹

2.5.3 ประเทศไทยกับแนวคิดรัฐสวัสดิการ

ประเทศไทยรับเอาแนวคิดรัฐสวัสดิการมาใช้ โดยถือว่ารัฐจะจัดสวัสดิการที่จำเป็นให้ เช่น การศึกษา การสาธารณสุข การขนส่งมวลชน เป็นต้น

2.5.3.1 ความเป็นมาของระบบความมั่นคงทางสังคมในประเทศไทย

แนวความคิดเกี่ยวกับสวัสดิการสังคมในประเทศไทยมีปรากฏอยู่ในสังคมไทยมานานแล้ว เป็นลักษณะของการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในหมู่เครือญาติ เพื่อนสนิท ชุมชน รวมทั้งหน่วยงานสงเคราะห์ของภาคเอกชนต่าง ๆ เช่น ผู้สูงอายุช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ลูกส่งเงินให้พ่อแม่ การให้ยืมเงินระหว่างเพื่อนบ้านเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การทำบุญให้ผู้ยากไร้ เป็นต้น เป็นวัฒนธรรมและค่านิยมจริยธรรมที่ฝังแน่นในสังคมไทยมาโดยตลอด อย่างไรก็ตาม เมื่อสังคมไทยพัฒนาเข้าสู่วิถีการผลิตแบบทุนนิยม โครงสร้างทางสังคมเศรษฐกิจและการเมืองเปลี่ยนไป ระบบสวัสดิการแบบใหม่จึงถูกสร้างขึ้นเพื่อรองรับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเติบโตของภาคอุตสาหกรรมในเมือง และการล่มสลายของภาคชนบท

สวัสดิการแบบใหม่ มีปรากฏให้เห็นครั้งแรกในสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว พร้อมกับการปฏิรูประบบราชการ จัดให้มีสวัสดิการที่เรียกว่า “การบริการสังคม” ได้แก่ บริการด้านการศึกษาและสาธารณสุขให้แก่ประชาชน และการสงเคราะห์สังคม ได้จัดตั้งองค์การสังคมสงเคราะห์แห่งแรกขึ้นในประเทศสยาม ชื่อว่า “สภาอุณาโลมแดง” เมื่อ พ.ศ. 2436 เพื่อช่วยรักษาพยาบาลที่ได้รับบาดเจ็บจากการทำสงครามกับฝรั่งเศส กรณีพิพาทดินแดนอินโดจีนต่อมา สภาอุณาโลมแดงได้พัฒนาเป็นสภาอากาศไทยในปัจจุบัน

สำหรับแนวคิดสวัสดิการที่มีลักษณะครอบคลุมทุกกลุ่มคนเริ่มปรากฏขึ้นในยุคเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475 คณะราษฎรมีหลักการต่อเรื่องนี้ว่า “ต้องบำรุงความสุขสมบูรณ์ของราษฎรในทางเศรษฐกิจ รัฐบาลจะหางานให้ราษฎรทุกคนทำจะวางโครงการเศรษฐกิจแห่งชาติไม่ปล่อยให้ราษฎรอดอยาก” แต่แนวคิดหลักการนี้ก็ไม่ได้นำมาใช้เพราะผู้มีอำนาจหลาย ๆ คนในยุคนั้นคัดค้าน เพราะเห็นว่าเป็นแนวคิดและหลักการแบบสังคมนิยม

¹³⁸ Welfare States. สืบค้น 31 ตุลาคม 2555, จาก http://en.wikipedia.org/wiki/welfare_state.

¹³⁹ ระพีพรธรรม คำหอม. (2545). *สวัสดิการสังคมกับสังคมไทย*. หน้า. 146.

หลังจากนั้นเป็นต้นมาแนวคิดสวัสดิการสังคมในประเทศไทยก็แคลง หันไปให้ความสำคัญกับงานด้านประชาสงเคราะห์ (Public Assistance) เน้นช่วยเหลือประชาชนผู้ด้อยโอกาส และจะต้องถูกทดสอบ (Means Test) ก่อนว่าด้อยโอกาสจริง ๆ จึงจะได้รับการสงเคราะห์¹⁴⁰

2.5.3.2 รัฐสวัสดิการในประเทศไทยที่ปรากฏในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ได้บัญญัติหลักการและแนวทางที่จะนำไปสู่การเป็นรัฐสวัสดิการของประเทศไทยดังนี้

- 1) ด้านหลักการของความเสมอภาคของบุคคลที่ต้องได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกันบัญญัติไว้ในมาตรา 30¹⁴¹
- 2) หลักประกันความปลอดภัยและสวัสดิการในการทำงาน บัญญัติไว้ใน มาตรา 44¹⁴²
- 3) ด้านการศึกษาบัญญัติไว้ในมาตรา 49¹⁴³
- 4) ด้านสาธารณสุข บัญญัติไว้ในมาตรา 51¹⁴⁴

¹⁴⁰ โปรดุราขละเอียดไคโน อภิญญา เวชยชัย, ศิริพร ยอดกมลศาสตร์, ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ. (2547). *สวัสดิการสังคมชาวบ้าน แนวคิด นโยบาย แนวทางปฏิบัติ*. ศูนย์ศึกษาเศรษฐศาสตร์การเมือง คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. และ *ประกันสังคมอยู่คู่สังคมไทย*. (2545). สำนักงานประกันสังคม. ชุมชนการเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

¹⁴¹ มาตรา 30 บุคคลย่อมเสมอภาคกันในกฎหมายและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน
การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคลเพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมืองอันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ จะกระทำมิได้
มาตรการที่รัฐกำหนดขึ้นเพื่อจัดอุปสรรคหรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถใช้สิทธิและเสรีภาพได้ เช่นเดียวกับบุคคลอื่น ย่อมไม่ถือเป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมตามวรรคสาม.

¹⁴² มาตรา 44 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับหลักประกันความปลอดภัยและสวัสดิภาพในการทำงานรวมทั้งหลักประกันในการดำรงชีพทั้งในระหว่างการทำงานและเมื่อพ้นภาวะการทำงาน ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ.

¹⁴³ มาตรา 49 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับการศึกษาไม่น้อยกว่าสิบสองปีที่รัฐจะต้องจัดให้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ โดยไม่เก็บค่าเล่าเรียน

ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ หรือผู้อยู่ในสภาวะยากลำบาก ต้องได้รับสิทธิตามวรรคหนึ่งและการสนับสนุนจากรัฐเพื่อให้ได้รับการศึกษาโดยทัดเทียมกับบุคคลอื่น

การจัดการศึกษาอบรมขององค์กรวิชาชีพหรือเอกชน การศึกษาทางเลือกของประชาชน การเรียนรู้ด้วยตนเอง และการเรียนรู้ตลอดชีวิต ย่อมได้รับความคุ้มครองและส่งเสริมที่เหมาะสมจากรัฐ.

5) นโยบายสังคม การสาธารณสุขและการศึกษาตามบทบัญญัติแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐบัญญัติไว้ในมาตรา 80 (1), 80 (2) และ 80 (3)¹⁴⁵

6) การส่งเสริมการออมเพื่อดำรงชีพในยามชรา บัญญัติไว้ในมาตรา 84 (4) และนโยบายการส่งเสริมการมีงานทำ การคุ้มครองแรงงานและระบบประกันสังคมบัญญัติไว้ในมาตรา 84 (7)

“มาตรา 84 รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านเศรษฐกิจ ดังต่อไปนี้

(4) สนับสนุนให้มีการใช้หลักคุณธรรม จริยธรรม และหลักธรรมาภิบาล ควบคู่กับการประกอบกิจการ

(7) ส่งเสริมให้ประชากรวัยทำงานมีงานทำ คุ้มครองแรงงานเด็กและสตรี จัดระบบแรงงานสัมพันธ์และระบบไตรภาคีที่ผู้ทำงานมีสิทธิเลือกผู้แทนของตน จัดระบบประกันสังคม

¹⁴⁴ มาตรา 51 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสมโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และทันต่อเหตุการณ์.

¹⁴⁵ มาตรา 80 รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรม ดังต่อไปนี้

(1) คุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน สนับสนุนการอบรมเลี้ยงดูและให้การศึกษาปฐมวัย ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย เสริมสร้างและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของสถาบันครอบครัวและชุมชน รวมทั้งต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพและผู้อยู่ในสภาวะยากลำบาก ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและพึ่งพาตนเองได้

(2) ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สภาวะที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข ผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าวซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรม ย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย

(3) พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการจัดการศึกษาในทุกระดับและทุกรูปแบบให้สอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม จัดให้มีแผนการศึกษาแห่งชาติ กฎหมายเพื่อพัฒนาการศึกษาของชาติ จัดให้มีการพัฒนาคุณภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาให้ก้าวหน้าทันการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก รวมทั้งปลูกฝังให้ผู้เรียนมีจิตสำนึกของความเป็นไทย มีระเบียบวินัย คำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวม และยึดมั่นในการปกครองระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข.

รวมทั้งคุ้มครองให้ผู้ที่ทำงานที่มีคุณค่าอย่างเดียวกันได้รับค่าตอบแทน สิทธิประโยชน์ และสวัสดิการที่เป็นธรรมโดยไม่เลือกปฏิบัติ¹⁴⁶

2.6 ทฤษฎีนโยบายสาธารณะ

Eyestone, R. ได้ให้ความหมายว่า นโยบายสาธารณะ คือ ความสัมพันธ์ระหว่างองค์การของรัฐกับสิ่งแวดล้อมขององค์การ เป็นความหมายที่ค่อนข้างกว้างและยากที่จะเข้าใจความหมายที่แท้จริง เพราะสิ่งแวดล้อมขององค์การอาจหมายถึง สิ่งแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง ส่วนองค์การของรัฐอาจมีความหมายครอบคลุมองค์การทั้งหมดของรัฐ ส่วนลักษณะของความสัมพันธ์ระหว่างองค์การของรัฐกับสิ่งแวดล้อมขององค์การก็อาจมีหลายลักษณะ¹⁴⁷

Lasswell and Kaplan ให้ความหมายไว้ว่า นโยบายสาธารณะ หมายถึง การกำหนดเป้าประสงค์ (goals) ค่านิยม (values) และการปฏิบัติ (practices) ของโครงการของรัฐเป็นการระบุอย่างชัดเจนว่ากิจกรรมที่เป็นแผนงานหรือโครงการของรัฐที่เรียกว่า นโยบายสาธารณะนั้น จะต้องสอดคล้องกับค่านิยมของสังคมรวมถึงแนวทางปฏิบัติที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย แนวความคิดของ Lasswell and Kaplan จึงให้ความชัดเจนเกี่ยวกับสาระสำคัญของนโยบายสาธารณะพอสมควร¹⁴⁸

Easton, D. ให้ทัศนะว่า นโยบายสาธารณะ หมายถึง อำนาจในการจัดสรรค่านิยมของสังคมทั้งหมดและผู้ที่มีอำนาจในการจัดสรร ก็คือ รัฐบาลและสิ่งที่รัฐบาล ตัดสินใจที่จะกระทำหรือไม่กระทำเป็นผลมาจากการจัดสรรค่านิยมของสังคม¹⁴⁹

นโยบายสาธารณะ เริ่มใช้ในด้านทศวรรษ 1970 นักรัฐศาสตร์อเมริกันอาจจำแนกเป็นกลุ่มความหมายได้ 3 กลุ่มความหมาย คือ

1. กลุ่มความหมายแรก ให้ความหมายนโยบายสาธารณะในแง่ที่เป็นกิจกรรมหรือการกระทำของรัฐบาล กล่าวคือ เป็นการพิจารณาความหมายของนโยบายสาธารณะว่าโดยที่แท้จริงแล้วการกระทำต่าง ๆ ของรัฐบาลไม่ว่าจะเป็นการกระทำในลักษณะใด เป็นรัฐบาลในระดับชาติหรือรัฐบาลระดับท้องถิ่นก็ตาม ต่างถือว่าเป็นนโยบายสาธารณะทั้งสิ้น ดังนั้นนโยบายสาธารณะ

¹⁴⁶ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550.

¹⁴⁷ Eyestone, R. (1971). *The threads of public policy: A study of policy leadership*. New York: Bobbs - Merrill. p. 8.

¹⁴⁸ Lasswell, H. D., & Kaplan, A. (1970). *Power and society*. New Haven, CT: Yale University Press. P 71.

¹⁴⁹ Easton, D. (1957). An approach to the analysis of political system. *World Politics*, 9(4), 383 - 400. P. 129.

ตามกลุ่มความหมายนี้ จึงจำกัดอยู่เฉพาะที่ตัวกิจกรรมหรือการกระทำของรัฐเท่านั้น ไม่คำนึงถึงหนทางหรือแนวทางที่ก่อให้เกิดกิจกรรมนั้นขึ้นแต่ประการใด นักวิชาการในกลุ่มนี้ได้แก่

1.1 James Anderson¹⁵⁰ ได้ให้คำนิยาม ของนโยบายสาธารณะว่า หมายถึง แนวทางการกระทำของรัฐที่เกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เช่น การจัดความยากจน การผูกขาดตัดตอนทางธุรกิจและอุตสาหกรรม เป็นต้น จากความหมายข้างต้นจะเห็นได้ว่านโยบายสาธารณะเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับเรื่องราวต่าง ๆ อย่างน้อย 2 ประการ คือ

1.1.1 ต้องเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของรัฐที่กระทำหรืองดเว้นที่จะกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่ง

1.1.2 ต้องเกี่ยวข้องับผลกระทบใด ๆ ก็ตามที่เกิดขึ้นจากการกระทำหรืองดเว้นการกระทำดังกล่าวในข้อ 1.1.1

1.2 Ira Sharkansky ได้ให้คำนิยามของนโยบายสาธารณะไว้ว่า หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่รัฐกระทำ กิจกรรมดังกล่าวจะครอบคลุมถึงประเด็นต่าง ๆ อย่างน้อย 4 ประการ คือ

1.2.1 ขอบข่ายของการบริการสาธารณะด้านต่าง ๆ เช่น การศึกษา สวัสดิการการคมนาคมและขนส่ง เป็นต้น

1.2.2 กฎข้อบังคับของบุคคลและหน่วยงานในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เช่น วินัยทหารและตำรวจ ข้อบังคับของพนักงานควบคุมโรงงานอุตสาหกรรม เป็นต้น

1.2.3 การเฉลิมฉลองเนื่องในโอกาสและเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เป็นสัญลักษณ์ของประเทศ เช่น วันชาติและวันสำคัญทางศาสนา

1.3 การควบคุมกระบวนการกำหนดนโยบายหรือการกระทำทางการเมืองอื่น ๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงวิธีการนำเสนอร่างกฎหมายต่อรัฐสภา การแก้ไขรัฐธรรมนูญ การสถาปนาหรือตัดสัมพันธ์ทางการทูตกับประเทศหนึ่ง

2. กลุ่มความหมายที่สอง ให้ความหมายของนโยบายสาธารณะในแง่ที่เป็นแนวทางในการตัดสินใจของรัฐบาล นักวิชาการคนสำคัญ ๆ ของกลุ่มความหมายนี้ได้แก่

2.1 Lynton Caldwell ได้อธิบายว่า นโยบายสาธารณะ คือ บรรดาการตัดสินใจที่สัมฤทธิ์ผลทั้งเกี่ยวกับนโยบายนี้อาจแสดงออกได้ในหลายรูปแบบด้วยกัน เช่น คำแถลงการณ์ตัวบทกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ คำพิพากษา เป็นต้น

¹⁵⁰ ปิยะนุช เงินคล้าย. ก-ข. ม.ป.ป. นโยบายสาธารณะ. เอกสารหมายเลข 161 และเอกสารหมายเลข 162. หน้า 5.

2.2 William Greenwood ได้อธิบายความหมายของนโยบายสาธารณะไว้ว่า หมายถึงการตัดสินใจขั้นต้นที่จะกำหนดแนวทางกว้าง ๆ เพื่อที่จะนำไปเป็นวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องและสามารถบรรลุถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้

3. กลุ่มความหมายที่สาม ให้ความหมายของนโยบายสาธารณะในแง่ที่ว่า นโยบายสาธารณะเป็นแนวทางหรือหนทางในการกระทำของรัฐบาล กล่าวคือ เป็นการให้ความหมายในลักษณะที่เห็นว่า นโยบายสาธารณะเป็นเพียงแนวทางหรือมรรควิธี (Means) อย่างหนึ่ง ที่ก่อให้เกิดการกระทำใด ๆ ขึ้น แนวทางหรือมรรควิธีเช่นนี้อาจเป็นไปได้หลายรูปแบบ หลายลักษณะ เช่น แผนการ โครงการ หรือกำหนดการ เป็นต้น ดังนั้นความหมายของกลุ่มที่สามนี้ จึงแตกต่างไปจากกลุ่มความหมายแรก คือ กลุ่มที่สามมิได้พิจารณาถึงตัวกิจกรรมหรือการกระทำของรัฐบาล แต่พิจารณาถึงแนวทางหรือหนทางที่จะก่อให้เกิดการกระทำต่าง ๆ ขึ้นเท่านั้น ตัวอย่างของความหมายของนโยบายสาธารณะในทรรศนะของนักวิชาการต่าง ๆ มีดังนี้

3.1 Charles Jacob ได้ให้นิยามสั้น ๆ ว่า นโยบายสาธารณะ หมายถึงหลักการ แผนการหรือแนวทางการกระทำต่าง ๆ ความหมายข้างต้นมีลักษณะคล้ายคลึงกับความหมายที่ Harold Lasswell & Abraham Kapla ได้ร่วมกันอธิบายไว้ว่า นโยบายสาธารณะหมายถึงแผนงานหรือโครงการที่ได้กำหนดขึ้น อันประกอบด้วยเป้าหมาย ปลายทาง คุณค่า และการปฏิบัติต่าง ๆ

3.2 ชูบ กาญจประการ ได้ให้นิยามของนโยบายสาธารณะไว้ว่า แนวปฏิบัติที่ข้าราชการทุกคนทั้งฝ่ายการเมืองและฝ่ายข้าราชการประจำจะต้องปฏิบัติให้เป็นไปตามนโยบาย เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จภายในขอบเขตอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย คำสั่ง ระเบียบ แบบแผนของทางราชการ

2.6.1 นโยบายสาธารณะที่ปรากฏในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550

ประเทศไทยมีพัฒนาการของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันสิ่งที่เห็นเด่นชัดที่สุดคือการประกาศใช้รัฐธรรมนูญปี 2550 มีบทบัญญัติที่ระบุถึงแนวนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหลายมาตรา ได้แก่ มาตรา 57 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับข้อมูล คำชี้แจง และเหตุผลจากหน่วยราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือราชการส่วนท้องถิ่น ก่อนการอนุญาตหรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพอนามัย คุณภาพชีวิต หรือส่วนได้เสียสำคัญอื่นใดที่เกี่ยวกับตนหรือชุมชนท้องถิ่น และมีสิทธิแสดงความคิดเห็นของตนต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปประกอบการพิจารณาในเรื่องดังกล่าว เพราะฉะนั้นนโยบายสาธารณะจึงเป็นตัวกำหนดกิจกรรมและการใช้จ่ายทรัพยากรของรัฐบาลในทุกกระทรวง ทบวง กรม ผลจากนโยบายเหล่านี้กระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของคนในประเทศ ทั้งทางบวกและทางลบ การพัฒนาระบบสาธารณสุขให้ได้ผลจึงต้องคำนึงผลกระทบของนโยบาย

มาตรการ และแผนงานสาขาต่าง ๆ ของรัฐบาล และหาทางปรับเปลี่ยนทิศทางของนโยบายเหล่านี้ให้เข้าไปในทิศทางที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ

2.6.1.1 ขอบเขตนโยบายเพื่อสุขภาพ อาจกล่าวได้ว่านโยบายสาธารณะทุกเรื่องล้วนมีผลต่อสุขภาพทั้งสิ้น เพื่อให้ง่ายในการพิจารณาอาจจัดกลุ่มนโยบายสาธารณะได้ดังนี้

1) นโยบายด้านสังคม เช่น นโยบายด้านการพัฒนาระบบการเมืองการปกครอง การกระจายอำนาจการรักษาความมั่นคง การศึกษา ศาสนา วัฒนธรรม สาธารณสุข นโยบายเกี่ยวกับเด็ก สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และชนกลุ่มน้อยต่าง ๆ การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ข้อมูล ข่าวสาร และสื่อสารมวลชน เป็นต้น

2) นโยบายด้านเศรษฐกิจ เช่น นโยบายด้านเศรษฐกิจมหภาค ภาษีอากร การพัฒนาอุตสาหกรรม เกษตรกรรม การค้า การคมนาคมขนส่ง เป็นต้น

3) นโยบายด้านอื่น ๆ เช่น นโยบายด้านการพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี การพิทักษ์รักษาทรัพยากรธรรมชาติ การควบคุมมลภาวะ การปฏิรูปที่ดิน การพลังงาน การต่างประเทศ เป็นต้น

2.6.1.2 ภาพลักษณ์ของระบบประกันสุขภาพที่พึงประสงค์ของประเทศไทย

1) ครอบคลุมประชาชนทุกคน (Universal Coverage) ประชาชนทุกคนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานเท่าเทียมกัน โดยไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน

2) ชุดสิทธิประโยชน์หลัก (Core Package) ครอบคลุมถึงบริการหลักที่จำเป็น และเป็นบริการที่มีประสิทธิผลต่อต้นทุนค่อนข้างสูง (Cost Effectiveness) โดยใช้ชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการประกันสังคมเพิ่มเติมด้วยบริการส่วนบุคคลและครอบครัวที่เป็นบริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (Personal and family preventive service) เป็นชุดสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ให้มีการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์หลัก เป็นระยะ ๆ ด้วยข้อมูลที่มีหลักฐานสนับสนุน¹⁵¹

2.7 ทฤษฎีนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Health public policy) คือ นโยบายสาธารณะที่แสดงความห่วงใยอย่างชัดเจนเรื่องสุขภาพ พร้อมทั้งจะรับผิดชอบต่อผลกระทบทางด้านสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้นจากนโยบายนั้น เป็นนโยบายที่มุ่งจะสร้างสิ่งแวดล้อมทั้งทางด้านสังคมและทางกายภาพ

¹⁵¹ โปรดดูรายละเอียดได้ใน สร้อยตระกูล (ดิวนานนท์) อรรถมานะ. (2543). *สาธารณสุขบริหารศาสตร์*. หน้า 143.

ที่เอื้อต่อการมีชีวิตที่มีสุขภาพดี เป็นนโยบายที่มุ่งทำให้พลเมืองมีทางเลือกและสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพดี¹⁵²

2.7.1 ปรัชญาของระบบสุขภาพแบบต่าง ๆ¹⁵³

แนวคิดในการปรับปรุงพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยมีพื้นฐานจากการคิดเชิงระบบ กล่าวคือ เป็นการคิดวิเคราะห์อย่างเป็นขั้นเป็นตอน ครอบคลุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างครบถ้วน และมีการออกแบบโครงสร้างของระบบให้แต่ละส่วนมีบทบาทหน้าที่ที่ถูกต้องเหมาะสม และมีความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ อย่างเชื่อมโยง สอดคล้อง สนับสนุนกันและกัน จากแนวคิดพื้นฐานดังกล่าวจึงได้กำหนดปรัชญา เจตนารมณ์ และแนวคิดสำคัญของระบบสุขภาพของประเทศไทยไว้ดังนี้

- 1) สุขภาพ คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุลทั้งมิติทางกาย ทางจิต ทางสังคมและทางปัญญา สุขภาพมิได้หมายถึงเฉพาะความไม่พิการและการไม่มีโรคเท่านั้น
- 2) การมีสุขภาพที่ดีจึงถือเป็นเป้าหมายสูงสุดของชีวิตและสังคม สุขภาพดีจึงควรเป็นทั้งอุดมการณ์และเป็นหลักประกันความมั่นคงของชาติ
- 3) สุขภาพดีต้องเป็นไปเพื่อคนทั้งมวล และคนทั้งมวลต้องร่วมสร้างสุขภาพที่ดี
- 4) หลักการสร้างสุขภาพควรเป็นกระบวนการอย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งพัฒนาศักยภาพบุคคล ชุมชน และสภาพแวดล้อม
- 5) การปฏิรูประบบสุขภาพ คือ การร่วมสร้างระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของสังคมไทยที่เป็นธรรมและตรวจสอบได้สอดคล้องกับภูมิปัญญาและวิถีชีวิตบนพื้นฐานการพึ่งตนเอง

2.7.2 พัฒนาการในเวทีระหว่างประเทศ

ประเทศต่าง ๆ ได้มีความพยายามและทุ่มเงินลงทุนจัดบริการสุขภาพเป็นจำนวนมาก แต่ผลลัพธ์ยังไม่เป็นที่น่าพอใจ สถานะสุขภาพของประชาชนยังไม่ดีพอ และประสบปัญหาในคุณภาพชีวิตอย่างมาก แนวนโยบายระดับสากล เช่น Health for All by the Year 2000 ที่เน้นการสาธารณสุขมูลฐานเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญก็มีพาดานของความล้มเหลว กระแสแนวคิดการพัฒนาสุขภาพอนามัยเริ่มมีการหันมาให้ความสำคัญกับปัจจัยอื่น ๆ นอกเหนือบริการมากขึ้น เช่น ด้านเศรษฐกิจและสังคม เพราะมีผลกระทบต่อสุขภาพมากกว่าระบบบริการสุขภาพ ดังปรากฏในกฎบัตรอตตาวา ว่าด้วยการส่งเสริม (ค.ศ. 1986) ที่เน้นประเด็นนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพมาเป็นข้อแรก มีการจัดประชุมระดับสากลหลายครั้ง ว่าด้วยการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ

¹⁵² แหล่งเดิม. หน้า 14 – 15.

¹⁵³ โปรดดูรายละเอียดได้ใน ชูควิชา 54102 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

การส่งเสริมสุขภาพโดยการร่วมมือกันหลายสาขา การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและประชาสังคมเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน เป็นการแหวกกรอบแนวความคิดเดิม ๆ เกี่ยวกับสาธารณสุขนำไปสู่การสาธารณสุขแบบใหม่ (New Public Health)¹⁵⁴

2.7.3 ระบบบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

เน้นการสนับสนุนให้ประชาชนมีและใช้สถานพยาบาลปฐมภูมิ (Primary Care) ใกล้บ้านใกล้ที่ทำงาน ทั้งนี้กำหนดให้ประชาชนต้องขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลปฐมภูมิใกล้บ้านใกล้ที่ทำงานแห่งใดแห่งหนึ่ง เพื่อเป็นสถาบันประจำตัวหรือครอบครัว สถานพยาบาลปฐมภูมิใกล้บ้านทำหน้าที่เป็น Gate keeper ที่จะเชื่อมโยงไปยังสถานพยาบาลอื่น ๆ หรือระดับอื่น ๆ ในระบบต่อไป ประชาชนที่ไม่ใช้บริการตามขั้นตอนดังกล่าว จะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเองตลอดจนให้สถานพยาบาลใกล้บ้าน หรือใกล้ที่ทำงานเป็นผู้รับสัญญาหลัก (Main Contractor) ในการจัดการสุขภาพและสนับสนุนให้สถานพยาบาลปฐมภูมิใกล้บ้านกับสถานพยาบาลใกล้บ้านอื่น ๆ และสถานพยาบาลระดับอื่นร่วมกันให้บริการในลักษณะเครือข่าย (Provider network) สามารถเป็นเครือข่ายรวมทั้งภาครัฐและเอกชน (Public Private mix) ได้

2.7.4 ระบบการเงินการคลังภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

เน้นที่สามารถคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างได้ผล (cost containment system) และงบประมาณที่จำเป็นสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้คิดในอัตราเหมาจ่ายต่อหัวประชากร โดยรวมเงินเดือนและบงลงทุนด้วย ส่วนในเรื่องการจัดสรรงบประมาณให้กับพื้นที่ดำเนินการ ให้จัดสรรเฉพาะงบดำเนินการที่รวมเงินเดือนโดยจัดสรรต่อหัวประชากรในพื้นที่ ทั้งนี้ให้มีการปรับเพิ่มลด (Adjusted rate) ด้วยตัวแปรอื่น ๆ เช่น โครงสร้างอายุ ความทุรกันดารของพื้นที่ เป็นต้น รวมทั้ง การกำหนดงบประมาณขั้นต่ำที่ควรได้รับด้วย (minimum guarantee) งบประมาณสำหรับการลงทุนให้รวมไว้เป็นกองทุนที่จะพัฒนาโครงสร้างระบบบริการตามความจำเป็น เพื่อความเสมอภาคและพัฒนาคุณภาพ ในกรณีนี้คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติงบประมาณสำหรับงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประจำปีงบประมาณ 2556 วงเงินทั้งสิ้น 109,718,581,300 บาท ตามความเห็นของสำนักงบประมาณ ดังนั้นกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วงเงิน 108,507,461,000 บาท จัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว ในอัตรา 2,755.60 บาท ต่อหัวประชากร เป็นอัตราเดียวกับที่ตั้งในปีงบประมาณรายจ่าย พ.ศ. 2555 และงบบริหารจัดการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วงเงิน 1,211,120,300 บาท¹⁵⁵

¹⁵⁴ โปรดดูรายละเอียดได้ใน ศศิธร ศิริมหาราช. เล่มเดิม. หน้า 15

¹⁵⁵ ผลการประชุมคณะรัฐมนตรี. เล่มเดิม.

2.8 ทฤษฎีนโยบายประชานิยม

แนวคิดประชานิยม (Populism) เป็นแนวความคิดที่มีประวัติความเป็นมายาวนานมากพอสมควร บ้างว่าเป็นแนวคิดมาจากสมัยโรมัน เพราะว่า คำว่า populous นั้นเป็นคำที่มีรากมาจากภาษาละติน และมีความหมายบ่งแสดงถึงนัยทางความคิดทางการเมืองที่มีลักษณะเฉพาะในแบบแผนหนึ่ง ตัวอย่าง มีความนิยมเอาใจคนชั้นล่าง นิยมให้คนชั้นล่างออกเสียง (Plebiscite) เรื่องต่าง ๆ เพื่อความชอบธรรมของการปกครอง ในโลกสมัยใหม่บ้างกล่าวว่าเป็นความคิดที่มีรากฐานมาจากความคิดของรุสโซ (1712 - 1778) เป็นคนแรก ๆ ที่ให้คำอธิบายเรื่อง “เจตนารมณ์ทั่วไป” (General will) ของประชาชน และเน้นความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างผู้นำกับคนชั้นล่างซึ่งเป็นมวลมหาประชาชน โดยไม่ผ่านกลไกที่เป็นตัวกลาง คือบรรดาคณกลาง เช่น ผู้แทนพรรคการเมือง เป็นต้น

Alan knight อธิบายว่า ประชานิยมเป็นลักษณะการปกครองที่มวลชนเป็นฐานอำนาจของผู้นำที่มีบารมี การปกครองแบบนี้เกิดในช่วงวิกฤต

Kenneth Roberts อธิบายว่า ในทางสังคมศาสตร์ ประชานิยมมีความหมายยืดหยุ่นและให้นิยามกันไว้หลวม ๆ ในแวดวงนักวิชาการที่ศึกษาละตินอเมริกา มองว่าประชานิยมเป็นปรากฏการณ์ที่มีหลายมิติ (multi – dimensional phenomena) เกี่ยวข้องกับแนวคิดทางการเมืองของผู้นำที่เน้นความสัมพันธ์ส่วนตัวและการเรียกร้องทางกลุ่มของสังคม เดิมเชื่อว่าเป็นกลุ่มผู้ที่ต่ำต้อย (underdog) แต่ปัจจุบันถือว่าเป็นกลุ่มทางสังคมที่มีความแตกต่างกัน

Fred R. Harris กล่าวไว้ใน The New Populism ว่าที่เรียกว่าเป็นนโยบายประชานิยมใหม่เพราะต่างจากนโยบายเดิมที่ใช้ในทศวรรษ 1800 มีเรื่องของชาตินิยมเข้ามาเกี่ยวข้อง เป็นมุมมองในแง่ของประโยชน์ส่วนตน เป็นผลประโยชน์ส่วนตัวด้านเศรษฐกิจ มีเนื้อหาหลัก คือการกระจายความมั่งคั่ง รายได้และอำนาจ

Jones M Youngdale สรุปมุมมองของเขาต่อประชานิยมว่าประชาชนจะตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคมก็เพื่อประโยชน์ส่วนตัว (self - interest) พฤติกรรมเช่นนี้อาจเป็นไปได้โดยจิตใจสำนึก แต่ไม่ใช่สัญชาตญาณและเป็นรากฐานนำไปสู่ความเป็นไปได้ที่จะแสดงว่าจิตใจอารมณืและพฤติกรรมทางสังคมเป็นตัวกำหนดความสำเร็จของบุคคลซึ่งแตกต่างกัน

2.8.1 เงื่อนไขที่ทำให้เกิดขบวนการประชานิยม

2.8.1.1 ความล้มเหลวจากการจัดระเบียบสังคมและความสูญเสียความเชื่อมั่นที่มีต่อระบบการเมืองในการฟื้นฟูสังคม ปัญหากรณีนี้มักมาจากการเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ เช่น การเกิดภาวะเงินเฟ้ออย่างรุนแรง หรือระบบเศรษฐกิจไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานของประชาชนได้ ปัญหาเศรษฐกิจเป็นปัญหาของสังคมเพราะบั่นทอนความก้าวหน้าและสร้างความ

ปั่นป่วนให้กับทุกหมู่เหล่า คนมีรายได้น้อยลง ไม่มีงานทำ เศรษฐกิจเสื่อมทรุดส่งผลต่อระบบเงินตรา ภาษีสถาบันสังคมและระบบการเมือง ความล้มเหลวจากการจัดระเบียบทางสังคมอาจนำไปสู่ การทำสงครามการเมือง ความขัดแย้งด้านเชื้อชาติ หรือการเกิดภัยอันตรายทางธรรมชาติ วิกฤตการณ์ ทางเศรษฐกิจ จึงเป็นทั้งปัญหาเศรษฐกิจ การเมืองและสังคม

2.8.1.2 ความเสื่อมของระบบการเมืองและพรรคการเมือง ปัญหาคอร์รัปชัน การประพฤติดี การไม่ถูกตรวจสอบและการแสวงหาประโยชน์ส่วนตัว เป็นปัญหาหลัก ๆ ที่ทำให้เกิดประชานิยม ประชาชนมักอ้างว่าไม่เล่นการเมือง แต่ที่จริงเป็นกลวิธีทางการเมืองอย่างหนึ่ง ที่ทำให้นักการเมืองทั้งหลายที่ไม่ใช่พรรคการเมืองของตัวเองเป็น “คนอื่น”

2.8.1.3 การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ วัฒนธรรมและสังคม อันเนื่องมาจาก กระบวนการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เช่น การพัฒนาเมือง การสร้างความทันสมัยทางเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างชนชั้น ภูมิภาคชาติพันธุ์ หรือกระบวนการใหม่ล่าสุด คือ โลกาภิวัตน์ (globalization) หรือแรงผลักดันของเสรีนิยมใหม่ กระบวนการเหล่านี้ ทำให้เกิดความยุ่งเหยิง และการเคลื่อนย้ายทางสังคม ทำให้ต้องสลัดรูปแบบความสัมพันธ์เดิมทิ้งและสร้างเอกลักษณ์ขึ้นมา ใหม่

2.8.1.4 การเกิดพลังทางการเมืองแบบใหม่ที่ไม่ได้มาจากสถาบันการเมืองเก่า เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หรือสื่อมวลชนต่าง ๆ กลายเป็นเครื่องมือที่ทรงพลังที่หล่อหลอมคนให้คิดอย่างเดียวกัน และเป็นเครื่องมือถ่ายทอดความคิด ตลอดจนการแสวงหาความนิยมที่ได้ผล

อย่างไรก็ตาม วิกฤตการณ์ทางการเมืองและเศรษฐกิจไม่จำเป็นต้องนำไปสู่ประชานิยม เสมอไป วิกฤตเหล่านี้อาจก่อให้เกิดผลกระทบทางการเมืองแบบอื่น ๆ เช่น อำนาจนิยม เผด็จการทหาร หรือการปรับเปลี่ยนสถาบันทางการเมืองใหม่ ประชาชนมีอะไรมากกว่า ความล้มเหลวทางเศรษฐกิจและการเมือง เนื่องจากประชานิยมได้ปลุกฝังวิธีการทางการเมืองแบบ ใหม่ลงไปโดยอาศัยช่องว่างระหว่างผู้นำและผู้ตาม อันเนื่องมาจากระบบการเมืองเดิมไม่สามารถ จัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประชาชนจึงเป็นกระบวนการสร้างเอกลักษณ์ขึ้นมาใหม่ เพื่อปิดช่องว่างระหว่างคนที่เป็ตัวแทนที่ประชาชนกับคนที่เลือก โดยสร้างความสัมพันธ์ทางตรง ระหว่างผู้นำกับประชาชน¹⁵⁶

2.8.2 ระบอบการปกครองของประชานิยม

2.8.2.1 ไม่มีข้อจำกัด (no constraints) ปัญหาใหญ่ที่สุดของประชานิยม คือ จะทำเป็น ไม่สนใจข้อจำกัดทางเศรษฐกิจที่มีอยู่ให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ ผู้ที่กำหนดนโยบายจะมองศักยภาพ ที่ยังเหลืออยู่ว่ายังสามารถขยายต่อไปอีกได้ ทุนสำรองเงินตราต่างประเทศที่มีมากขึ้นและอัตรา

¹⁵⁶ โปรดดูรายละเอียดได้ใน ศศิธร ศิริมหาธา. เล่มเดิม. หน้า. 21 - 27.

แลกเปลี่ยนที่ดีขึ้นก็ยิ่งทำให้ยิ่งใช้นโยบายขยายตัวทางเศรษฐกิจได้โดยไม่ต้องกังวลกับปัญหาภายนอก ยิ่งทำให้มองปัญหาการขาดดุลการคลังว่าเป็นเรื่องเล็กน้อย

2.8.2.2 ข้อกำหนดการปฏิบัติของประชานิยม (populist prescription) รัฐบาลประชานิยมมีแผนอยู่ 3 ส่วนคือ กระตุ้นเศรษฐกิจซ้ำ กระจายรายได้ และปรับโครงสร้างทางเศรษฐกิจขั้นแรก กระตุ้นเศรษฐกิจก่อน แต่ผู้นำประชานิยมมักเจอปัญหาเศรษฐกิจที่ไม่เป็นตามคาดหวัง เพราะเศรษฐกิจเจริญเติบโตปานกลาง หรือหยุดชะงักหรือถึงขั้นหดตัว จึงต้องกระตุ้นเศรษฐกิจซ้ำ แต่กลับไม่บรรลุเป้าหมายอีก 2 ด้าน คือการกระจายรายได้และการปรับโครงสร้าง เนื่องจากจะกระจายรายได้ผ่านการเพิ่มค่าจ้างและพยายามควบคุมราคาหรือ ถึงแม้ระดับราคาจะเพิ่ม ผู้นำประชานิยมก็ไม่ยอมลดค่าเงิน ในที่สุดจะเกิดเงินเฟ้อโดยไม่มีผลดีต่อเศรษฐกิจ ส่วนทางด้าน การปรับโครงสร้างก็พยายามทำโดยการรักษ้อัตราแลกเปลี่ยน ช่วยให้อัตราค่าจ้างที่แท้จริงและ อัตราความเจริญเติบโตสูงขึ้น¹⁵⁷

2.9 แนวคิดเกี่ยวกับนโยบายสาธารณสุข

นโยบายสาธารณสุขถือเป็นหลักการที่สำคัญในการกำหนดสิทธิ รวมถึงเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของหน่วยงานด้านสาธารณสุข

2.9.1 ความหมายของนโยบายสาธารณสุข

คำว่า นโยบาย มาจากคำภาษาอังกฤษ “policy” หมายความว่า เป็นแนวคิดทั่วไปหรือแผน หรือแนวทางกำหนดขึ้นและได้รับการยอมรับอย่างเป็นทางการโดยผู้มีอำนาจเพื่อใช้เป็นหลักในการตัดสินใจ

คำว่า นโยบายสาธารณะ (Public Policy) คือ ปัจจัยนอก (Intermediate Output) ที่ได้จากการตัดสินใจของเจ้าหน้าที่ของรัฐ ผู้มีอำนาจหน้าที่ เพื่อกระทำหรือไม่กระทำ เพื่อสนองความต้องการหรือความจำเป็น หรือเพื่อแก้ไขหรือขจัดปัญหาใด ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับผลประโยชน์แห่งชาติหรือประโยชน์สาธารณะ (Public Interest) ตลอดจนตัดสินใจในสิ่งที่เป็นกฎหมาย ระเบียบ หรือข้อบังคับ กำหนดให้บุคคลหรือองค์กรตัดสินใจในส่วนหรือสิ่งนั้น¹⁵⁸

¹⁵⁷ โปรดดูรายละเอียดได้ใน Panizza, F. (2003, April). *Populism and the Mirror of Democracy*. Paper prepared for the panel on Populism and Democratic Politic of the 53th Annual Conference of the Political Studies Association. “Democracy and Diversity”. The University of Leicester. P. 15 – 17.

¹⁵⁸ ศศิธร ศิริมหาราช. เล่มเดิม. หน้า 30.

Dye. T. R.¹⁵⁹ ได้ให้ความหมายของคำว่า นโยบายสาธารณะไว้ว่า เป็นกิจกรรมที่รัฐบาลสามารถเลือกที่จะกระทำหรือไม่กระทำก็ได้ สำหรับส่วนที่รัฐเลือกที่จะกระทำนั้นจะครอบคลุมกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งหมดของรัฐบาลทั้งกิจกรรมที่เป็นกิจวัตรและที่เกิดขึ้นในบางโอกาส มีวัตถุประสงค์ให้กิจกรรมที่รัฐบาลเลือกที่จะกระทำบรรลุเป้าหมายด้วยดี ในการให้บริการแก่สมาชิกในสังคมในส่วนที่รัฐบาลเลือกที่จะไม่กระทำก็ถือว่าเป็นสาระสำคัญของนโยบาย และยังได้กล่าวถึงคุณสมบัติ เป้าหมายของ นโยบายสาธารณะเพิ่มเติมอีก ดังนี้ 1) สามารถทำการประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมที่มีต่อนโยบายได้ 2) สามารถวิเคราะห์ถึงปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากนโยบายโดยขบวนการทางการเมือง 3) สามารถตรวจสอบผลลัพธ์ต่าง ๆ ที่เกิดจากนโยบายที่เป็นผลมาจากระบบการเมือง 4) สามารถทำการประเมินผลกระทบจากนโยบายที่มีต่อสังคมทั้งในเชิงที่คาดคิด ประมาณการไว้แล้วและผลที่จะเกิดโดยไม่ได้คาดคิด

Friedrich c. J.¹⁶⁰ ได้ให้ความเห็นว่า นโยบายสาธารณะ คือ ชุดของข้อเสนอที่เกี่ยวกับการกระทำของบุคคล กลุ่มบุคคลหรือรัฐบาลภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ประกอบไปด้วย ปัญหาอุปสรรคและโอกาส นโยบายจะถูกนำเสนอเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาของประชาชน การกำหนดนโยบายนั้นมีได้เป็นการกระทำที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันทันด่วน แต่นโยบายส่วนใหญ่จะต้องผ่านการพิจารณาเป็นขั้นตอน จะมีฝ่ายบริหารเข้ามามีบทบาทอย่างสำคัญกับฝ่ายการเมืองในการกำหนดนโยบาย

Eyestone, R.¹⁶¹ ได้ให้ความหมายว่า นโยบายสาธารณะ คือ ความสัมพันธ์ ระหว่างองค์การของรัฐกับสิ่งแวดล้อมขององค์การ เป็นความหมายที่ค่อนข้างกว้างและยากที่จะเข้าใจความหมายที่แท้จริง เพราะสิ่งแวดล้อมขององค์การอาจหมายถึง สิ่งแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจและการเมือง ส่วนองค์การของรัฐอาจมีความหมายครอบคลุมองค์การทั้งหมดของรัฐ ส่วนลักษณะของความสัมพันธ์ระหว่างองค์การของรัฐกับสิ่งแวดล้อมขององค์การก็อาจมีหลายลักษณะ

Lasswell and Kaplan¹⁶² ให้ความหมายไว้ว่านโยบายสาธารณะ หมายถึง การกำหนดเป้าประสงค์ (goals) ค่านิยม (values) และการปฏิบัติ (practices) ของโครงการของรัฐเป็นการระบุอย่างชัดเจนว่ากิจกรรมที่เป็นแผนงานหรือโครงการของรัฐที่เรียกว่า นโยบายสาธารณะนั้น จะต้อง

¹⁵⁹ Dye, T. R. (1984). *Understanding public policy*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. pp. 1 - 3.

¹⁶⁰ Friedrich, c. J. (1963). *Man and his government*. New York: McGraw-Hill. p 70.

¹⁶¹ Eyestone, R. (1971). *The threads of public policy: A study of policy leadership*. New York: Bobbs-Merrill. p. 8.

¹⁶² Lasswell, H. D., & Kaplan, A. (1970). *Power and society*. New Haven, CT: Yale University Press.

สอดคล้องกับค่านิยมของสังคมรวมถึงแนวทางปฏิบัติที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย แนวความคิดของ Lasswell and Kaplan จึงให้ความชัดเจนเกี่ยวกับสาระสำคัญของนโยบายสาธารณะพอสมควร

Easton, D.¹⁶³ ให้ทัศนะว่านโยบายสาธารณะ หมายถึง อำนาจในการจัดสรรค่านิยมของสังคมทั้งหมดและผู้ที่มีอำนาจในการจัดสรร ก็คือ รัฐบาลและสิ่งที่รัฐบาลตัดสินใจที่จะกระทำหรือไม่กระทำเป็นผลมาจากการจัดสรรค่านิยมของสังคม

2.10 แนวคิดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หลักการพื้นฐานในเรื่องสุขภาพ คือ นอกจากบุคคลมีหน้าที่ต้องสร้างให้สุขภาพดีขึ้นแล้ว บุคคลในฐานะเป็นมนุษย์ยังมีสิทธิในการมีสุขภาพที่ดี สิทธิในการมีสุขภาพที่ดีนั้นเป็นสิทธิสำคัญในชีวิต ร่างกาย และความเป็นมนุษย์ เป็นส่วนสำคัญแห่งชีวิต เพราะฉะนั้นการมีสุขภาพที่ดีจึงเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิในชีวิตและร่างกายเป็นไปตามกฎหมาย จึงเป็นสิทธิที่มีในระบบรัฐธรรมนูญและกฎหมายให้การรับรองและคุ้มครองมากกว่าสิทธิอื่น ๆ หลายเท่า เพราะเสรีภาพอื่นแม้จะจำเป็น ถึงแม้สมควรจะมีแต่ไม่ใช่ว่าหัวใจความเป็นมนุษย์เท่าสิทธิในชีวิต ในร่างกาย และในสุขภาพที่มนุษย์แต่ละคนจะพึงมี

นับตั้งแต่ประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงระบบสาธารณสุขแบบพื้นบ้านมาสู่ระบบสาธารณสุขสมัยใหม่แบบตะวันตก รัฐบาลได้คำนึงถึงสวัสดิภาพของประชาชนมากขึ้น ในขณะเดียวกันดังที่ได้มีการออกกฎหมายควบคุมวิชาชีพฉบับแรกคือ พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466 มีวัตถุประสงค์ของกฎหมายฉบับนี้ปรากฏในคำปรารภที่ว่า “โดยการที่ประกอบโรคศิลปะย่อมมีสิทธิผลอันสำคัญแก่สวัสดิภาพของประชาชน โดยที่ ณ การบัดนี้ในกรุงสยามยังไม่มีระเบียบบังคับควบคุมการประกอบกิจเช่นนี้ ปล่อยให้มหาชนปราศจากความคุ้มครองจากอันตรายอันเกิดแก่การประกอบกิจแห่งผู้ที่ไร้ความรู้และมีได้ฝึกหัด และโดยที่ทรงพระราชดำริเห็นสมควรควบคุมวางระเบียบบังคับ และเลื่อนฐานะแห่งการเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะให้สูงยิ่งขึ้นไป จึงทรงกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัตินี้ไว้”¹⁶⁴ พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466 นี้ได้ใช้บังคับจนถึงปี พ.ศ. 2479 ก็ถูกยกเลิกไปโดยพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479 และหลังจากได้มีการเปลี่ยนแปลงการปกครองประเทศในปี พ.ศ. 2475 แล้ว รัฐธรรมนูญหลายฉบับได้กำหนดเป็นแนวนโยบายแห่งรัฐเกี่ยวกับการสาธารณสุข ดังที่ปรากฏในบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญตั้งแต่ปี พ.ศ. 2489 ตลอดมาจนถึงรัฐธรรมนูญฉบับปี พ.ศ. 2521 ถือเป็นหน้าที่ของรัฐที่

¹⁶³ Easton, D. (1957). An approach to the analysis of political system. *World Politics*, 9(4), 383-400. P.129.

¹⁶⁴ พันธ สิมะเสถียร และคณะ . (2538). *สิทธิมนุษยชน : รัฐบาลสาธารณสุขในสังคมไทย*. หน้า 5 - 6.

พึงส่งเสริมงานด้านสาธารณสุข สำหรับการปราบปรามและป้องกันโรคระบาด รัฐพึงทำให้ประชาชนโดยไม่คิดถึงมูลค่า นอกจากนี้ ในรัฐธรรมนูญปี พ.ศ. 2517 รัฐพึงให้การรักษาพยาบาลแก่ประชาชนผู้ยากไร้โดยไม่คิดมูลค่า

ต่อมาเมื่อมีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญ ปี พ.ศ. 2534 ได้แก้ไขเพิ่มเติมปี พ.ศ. 2538 รัฐธรรมนูญฉบับนี้ นอกจากได้กำหนดแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐเกี่ยวกับการสาธารณสุขดังที่เคยมีมาแล้วยังได้กำหนดแนวทางขึ้นใหม่ โดยถือว่าการบริการทางด้านสาธารณสุขนั้นนอกจากจะเป็นเรื่องที่รัฐพึงถือปฏิบัติแล้ว ยังถือว่าเป็นสิทธิของประชาชนที่จะได้รับการบริการในส่วนนี้ แม้ในรัฐธรรมนูญจะเขียนไว้ครอบคลุมทางด้านสาธารณสุขได้ครบทุกด้านแล้วก็ตาม แต่ก็ยังไม่มีกฎหมายฉบับรองลงไปเขียนไว้เป็นลายลักษณ์อักษรการปฏิบัติจึงยังไม่ค่อยเป็นรูปธรรม ตามที่รัฐธรรมนูญกำหนดไว้จนกระทั่งมีรัฐธรรมนูญฉบับปี พ.ศ. 2540 จึงได้มีแนวกติจะบัญญัติกฎหมายที่เกี่ยวกับสุขภาพขึ้นมาอย่างแท้จริง กล่าวคือ กฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นมาใช้บังคับ ในขณะที่ปัญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนก็ได้กำหนดไว้ในข้อที่ 25 รับรองสิทธินี้¹⁶⁵ ว่า

1) บุคคลมีสิทธิในมาตรฐานการครองชีพที่เพียงพอ สำหรับสุขภาพและความอยู่ดีของตน และครอบครัว รวมทั้งอาหารและเสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย การรักษาพยาบาล และการบริการทางสังคมที่จำเป็น และสิทธิในความมั่นคงกรณีว่างงาน เจ็บป่วย ทูพพลภาพ เป็นหม้าย วยชราหรือขาดปัจจัยในการเลี้ยงชีพ อื่นใด ในพฤติการณ์อันเกิดจากการที่ตนควบคุมมิได้ 2) มารดาและบุตรชอบที่จะได้รับการดูแล และความช่วยเหลือเป็นพิเศษ เด็กทั้งหลายไม่ว่าจะเป็นบุตรในหรือนอกสมรสย่อมได้รับความคุ้มครองทางสังคมเช่นเดียวกัน

ปัญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนเป็นกฎหมายจารีตประเพณีระหว่างประเทศของโลก รับรองสิทธิในสุขภาพในข้อที่ 25 เป็นการวางหลักนั้นคือหลักสากลที่แสดงถึงสุขภาพอันเป็นสิทธิส่วนหนึ่งในชีวิตมนุษย์ ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ที่ใช้ในปัจจุบันก็ได้กำหนดเอาไว้ในมาตรา 51¹⁶⁶ และมาตรา 80 (2)¹⁶⁷ จากบทบัญญัติทั้ง 2 มาตรา ถึงแม้

¹⁶⁵ บวรศักดิ์ อรรถนิธ. ข. (2543). *ปฏิรูประบบสุขภาพ : สิทธิหน้าที่ของคนไทย*. หน้า 10 – 11.

¹⁶⁶ มาตรา 51 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสมโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และทันต่อเหตุการณ์.

¹⁶⁷ มาตรา 80 รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรม ดังต่อไปนี้

ในรัฐธรรมนูญได้วางหลักระบบเศรษฐกิจของไทยเป็นระบบเศรษฐกิจเสรี โดยอาศัยกลไกตลาด แต่ในเรื่องบริการด้านสุขภาพและสุขภาพะนั้น รัฐธรรมนูญไม่ถือว่าเป็นระบบเศรษฐกิจเสรี แต่ถือว่าเป็นระบบที่รัฐจะต้องลงไปแทรกแซง ระบบเศรษฐกิจเสรีนำมาใช้ไม่ได้ เหตุที่นำมาใช้ไม่ได้ก็เพราะว่ารัฐธรรมนูญได้กำหนดให้เป็นหน้าที่ของรัฐ ในมาตรา 82 เป็นแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ หมายความว่าระบบเศรษฐกิจที่อาศัยกลไกตลาดจะนำมาใช้ไม่ได้ในเรื่องบริหารและบริการสุขภาพของไทย เป็นหน้าที่ของรัฐจะต้องเข้าไปแทรกแซงจัดการเอง จะให้กลไกตลาดมากำกับตามภาวะปกติเช่นเรื่องอื่นไม่ได้

1. ความหมายของหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย

หลักประกันสุขภาพ คือ สิ่งที่ทำให้คนหนึ่งมั่นใจว่าเมื่อเจ็บป่วยไม่สบายก็สามารถไปพบแพทย์ หรือแม้แต่ได้รับยาเพื่อแก้ไขเยียวยาโรคได้ ไม่ต้องกังวลเรื่องค่ารักษาพยาบาลเกินไปจนทำให้ขาดโอกาสในการรักษาตัว¹⁶⁸

หลักประกันสุขภาพ หมายถึง สิทธิของประชาชนคนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระด้านค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับสิทธินั้น¹⁶⁹

การประกันสุขภาพเป็นการให้หลักประกันสุขภาพแก่ผู้เอาประกันในด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย อาจแยกเป็น 2 นัย นัยหนึ่งเป็นหลักประกันทางตรง ด้านการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยา และค่ารักษาพยาบาล กับอีกนัยหนึ่งเป็นหลักประกันทางอ้อมด้วยการชดเชยส่วนของรายได้ที่ต้องสูญเสียไปอันเนื่องมาจากการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยเพราะอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น¹⁷⁰

(2) ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข โดยผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าวซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรม ย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย.

¹⁶⁸ กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป). สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. โครงการรณรงค์เพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. *หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. หน้า 7.

¹⁶⁹ อัมมาร สยามวาลา. (2544). *หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : เป้าหมายเชิงนโยบาย*. หน้า 7.

¹⁷⁰ ปรากรม วุฒิพงศ์ และคณะ. (2532). *ระบบประกันสุขภาพของไทย: ศูนย์ศึกษาในงานสาธารณสุข*. หน้า 12.

การประกันสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการประกันสังคม หมายถึง การที่รัฐเข้าไปดำเนินการเพื่อที่ว่าประชาชนได้มีโอกาสได้รับการประกันในด้านสุขภาพ อนามัย เงินเลี้ยงชีพ อย่างเป็นธรรม และเสมอภาค¹⁷¹

หลักประกันสุขภาพ หมายถึง สิ่งที่ทำให้คน ๆ หนึ่งมั่นใจว่าจะได้รับการดูแล เพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง มีการป้องกันโรคเพื่อไม่ให้เจ็บป่วยได้โดยง่าย และเมื่อเจ็บป่วยไม่สบายสามารถไปหาแพทย์หรือแม้แต่ได้รับยาเพื่อแก้ไขเยียวยารักษาโรคได้โดยไม่ต้องกังวลเรื่องค่ารักษาพยาบาลเกินไป จนทำให้ขาดโอกาสในการรักษาตัว อันเป็นการเฉลี่ยทุกข์ เฉลี่ยสุข¹⁷²

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หมายถึง สิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน ภาระค่าใช้จ่ายในการบริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับสิทธินั้นเพื่อให้เป็นไปตามสิทธิด้านการบริการสุขภาพ จึงได้กำหนดวัตถุประสงค์ของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ¹⁷³

สุขภาพดีถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคน ดังนั้นทุกคนควรมีโอกาสได้รับการบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานเท่าเทียมกัน เพื่อให้มั่นใจว่าประชาชนจะได้รับสิทธินั้นอย่างทั่วถึง จึงจำเป็นที่รัฐต้องกำหนดแนวทางที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพดีอันเป็นเป้าหมายสูงสุด เรียกว่าการประกันสุขภาพแก่ประชาชน ดังนั้นการประกันสุขภาพ จึงเป็นการให้หลักประกันในด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนหรือผู้อุปถัมภ์ หลักของการประกันสุขภาพเป็นการเฉลี่ยความเสี่ยงสำหรับคนกลุ่มมาก เพื่อให้สมาชิกในครัวเรือนได้รับความคุ้มครอง สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วยโดยไม่ต้องวิตกกังวลกับค่าใช้จ่าย¹⁷⁴

ที่ผ่านมารูปแบบของการประกันสุขภาพของประเทศไทย มีหลายระบบ แต่ละระบบมีความเป็นมาและการพัฒนาการที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดความหลากหลายของสิทธิประโยชน์ ในการรักษาพยาบาล คุณภาพและประสิทธิภาพในการให้บริการสุขภาพในแต่ละระบบ การเบิกจ่ายเงิน ชดเชยค่ารักษาพยาบาล การอุดหนุนทางการเงินจากรัฐ แหล่งที่มาของงบประมาณ อย่างไรก็ตาม

¹⁷¹ อนงค์ โรจนวิชัย. (2545, พฤศจิกายน). “รายงานการสัมมนาระดับนานาชาติเรื่องผลกระทบของการประกันสุขภาพต่อการจัดสรรทรัพยากรด้านสาธารณสุข.” มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. หน้า 11.

¹⁷² เกลิมเผ่า อจละนันท์ และคณะ. (2544). *หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค*. หน้า 33 – 40.

¹⁷³ คู่มือประชาชน (2545, กันยายน). *แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระยะเปลี่ยนผ่าน*. ศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กระทรวงสาธารณสุข. หน้า 3.

¹⁷⁴ ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ, วัฒนา สุวรรณแสง จันเจริญ และสุพรรณ ศรีธรรมมา. (2539). *ประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดขอนแก่น*. วิทยาลัยการสาธารณสุข และคณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ระบบที่หลากหลายดังกล่าว ยังก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ที่มีความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการแก้ไข
 อย่างเป็นระบบ แทนการแก้ไขเฉพาะจุดดังที่ผ่านมา ปัญหาสำคัญดังกล่าว ได้แก่¹⁷⁵

1. การที่ประชาชนกว่า 10 ล้านคนเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ เนื่องจากขาดหลักประกัน
 สุขภาพ ทำให้ไม่ได้รับความคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาลและเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ
 สุขภาพซึ่งถือว่าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคล

2. สิทธิประโยชน์ไม่เท่าเทียมกัน เช่น สวัสดิการรักษายาของข้าราชการ
 ประกันสังคมและการประกันภาคเอกชน ให้สิทธิประโยชน์ในการเข้ารับรักษาในสถานพยาบาลของ
 รัฐและเอกชน และการมีสิทธิอยู่ห้องพิเศษ สวัสดิการข้าราชการยังให้สิทธิเลือกสถานพยาบาลได้
 อย่างอิสระ เข้ารักษาได้โดยไม่ผ่านระบบส่งต่อ สวัสดิการประชาชนให้สิทธิประโยชน์ทางเลือก
 น้อยกว่า แต่ครอบคลุมการรักษาพยาบาลได้กว้างขวางพอสมควร เป็นต้น

3. อัตราการใช้บริการที่แตกต่างกัน การมีหลักประกันทำให้เกิดการใช้บริการที่มากเกินไป
 หรือในทางตรงข้ามผู้ที่ไม่มีหลักประกันจะเข้าไม่ถึงหลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ ผู้ที่มีหลักประกัน
 สุขภาพสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลและบัตรสุขภาพ ใช้บริการน้อยกว่ากลุ่มอื่น
 โดยเฉพาะในสถานพยาบาลภาครัฐ ส่งผลให้งบประมาณด้านสุขภาพภาพรวมสูงขึ้นอย่างมาก

4. การคลังสุขภาพที่ไม่เท่าเทียม เป็นสาเหตุทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมของสิทธิ
 ประโยชน์และอัตราการใช้บริการ ความแตกต่างของลักษณะการคลังระหว่างหลักประกันระบบ
 ต่าง ๆ แหล่งเงินงบประมาณ และงบประมาณค่าบริการที่จ่ายให้สถานพยาบาล

จากปัญหาของระบบประกันสุขภาพที่กล่าวมานั้น ทำให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง
 ได้หารูปแบบการประกันสุขภาพระบบใหม่ ที่น่าจะสามารถแก้ไขปัญหาเชิงระบบได้และมีความ
 ยั่งยืน และในที่สุดก็ร่วมกันผลักดันระบบประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้าสำเร็จในปี พ.ศ. 2544
 ภายใต้ชื่อ “โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” โดยมีคำขวัญของโครงการคือ “30 บาทรักษา
 ทุกโรค” เริ่มดำเนินการครั้งแรกเมื่อ 1 เมษายน พ.ศ. 2544¹⁷⁶

2.10.1 วัตถุประสงค์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติ
 และศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระค่าใช้จ่ายในการบริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับ

¹⁷⁵ โปรดคูรายละเอียดได้ใน ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. ก. (2543). *ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ*.
 หน้า 29 – 37.

¹⁷⁶ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (2545). *(ร่าง)แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 หน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน*. ผลสรุปคณะทำงานเพื่อเตรียมระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กระทรวงสาธารณสุข.

สิทธินั้นเพื่อให้เป็นไปตามสิทธิด้านการบริการสุขภาพ จึงได้กำหนดวัตถุประสงค์ของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ¹⁷⁷ ดังนี้

1. ความเสมอภาค (Equity) นอกจากความเสมอภาคตามสิทธิทางกฎหมายแล้ว ยังคำนึงถึงด้านสังคมที่เป็นธรรม การกระจายภาระค่าใช้จ่ายในลักษณะก้าวหน้า และโอกาสการเข้าถึงบริการที่ได้คุณภาพมาตรฐานเพียงพอเสมอกัน

2. ประสิทธิภาพ (Efficiency) หมายถึงการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพอย่างประหยัดและคุ้มค่าที่สุด มีระบบการบริหารจัดการที่เคร่งครัดและเน้นการบริการผ่านหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit)

3. ทางเลือกในการรับบริการ (Choice) ประชาชนควรมีสิทธิเลือกใช้บริการหลากหลายจากผู้ให้บริการประเภทต่าง ๆ รวมถึงสถานบริการของเอกชน สามารถเข้าถึงง่ายและเลือกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. การสร้างสุขภาพ ให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้ามุ่งสู่การสร้างสุขภาพดี ไม่เพียงคุ้มครองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเท่านั้น แต่ยังเน้นส่วนที่เป็นบริการสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Health Care) ที่เป็นบริการส่งเสริมป้องกันภัยสุขภาพ

ในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ รัฐได้มุ่งพัฒนาหน่วยงานระดับปฐมภูมิ ให้มีขีดความสามารถสูงขึ้น สามารถให้บริการแก่ประชาชนในชนบทให้ได้ระบบบริการที่เท่าเทียมหรือใกล้เคียงกับประชาชนที่อาศัยในเขตเมือง ที่มีโอกาสมากกว่าในการแสวงหาบริการสุขภาพที่ดีมีคุณภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาความไม่เท่าเทียมด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนภายใต้การบริการสุขภาพระบบต่าง ๆ ที่เคยดำเนินการมาแล้ว รวมทั้งกระแสสังคมไทยที่ให้ความสนใจประเด็นความเสมอภาคและความเป็นธรรมเพิ่มมากขึ้น¹⁷⁸

2.10.2 เหตุผลและความจำเป็นที่จะต้องมีหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่จำเป็น เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ระบบสุขภาพในอนาคตควรให้หลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนทุกคนเป็นมาตรฐานเดียวกันเท่าเทียมกัน หรืออย่างน้อยในระดับหนึ่งเป็นพื้นฐาน

¹⁷⁷ ภราดร ดังยางหาย. (2548). ความเสมอภาคด้านบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมวิทยาการพัฒนาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. หน้า 21.

¹⁷⁸ โปรดคูรายละเอียดยุคใหม่ใน ศราวุธ สมศรี. (2545). พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรทอง ตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค จังหวัดหนองบัวลำภู. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมวิทยาการพัฒนาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. หน้า 13 – 14.

เพื่อให้ประชาชนสามารถดำรงชีวิตด้วยความมั่นใจว่า เมื่อมีปัญหาทางสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องความเจ็บป่วยหรือไม่ก็ตาม จะสามารถเข้ารับบริการทางสุขภาพเพื่อแก้ปัญหาทางสุขภาพนั้น โดยไม่ต้องแบกรับภาระทางการเงิน รูปแบบของการจัดให้มีหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนต้องคำนึงถึงเป้าหมายของระบบสุขภาพ 7 ข้อ คือ 1) คุณภาพและการเข้าถึงบริการ 2) ประสิทธิภาพ 3) หลักประกันสุขภาพ 4) ความเสมอภาค 5) ความตระหนักเรื่องสุขภาพ 6) ความรับผิดชอบต่อสาธารณะ และ 7) กระบวนการวางแผนนโยบายด้านสุขภาพเชิงสร้างสรรค์เป็นสำคัญและมีข้อพึงระวังที่จะต้องไม่ให้ประชาชนมองข้ามการดูแลตนเอง¹⁷⁹ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นองค์ประกอบสำคัญอันหนึ่งของระบบสุขภาพของประเทศ มีเหตุผลและความจำเป็นที่จะต้องมีหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

1. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 51¹⁸⁰ กำหนดว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน...” ยังไม่มีกฎหมายใดกำหนดว่าประชาชนจะได้รับสิทธิเสมอกันดังที่รัฐธรรมนูญระบุไว้แต่อย่างไร

2. เมื่อเจ็บป่วยประชาชนส่วนใหญ่ได้รับความเดือดร้อนด้านค่าใช้จ่าย จนอาจเป็นเหตุให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น มีประชาชนอย่างน้อยร้อยละ 30 ของประเทศที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายค่ารักษาทั้งหมดเอง ครอบครัวไทยราวร้อยละ 60 เคยประสบความเดือดร้อนทางการเงิน ในคราวที่เจ็บป่วยหนัก (และบางกรณี ค่ารักษาพยาบาลทำให้เกิดภาระหนี้สินเกินกว่าที่จะแบกรับได้)

3. ประชาชนไทยจำนวนถึง 20 ล้านคนไม่อยู่ในการดูแลของระบบหลักประกันใด ๆ ส่วนประชาชนอีก 24 ล้านคนได้รับการดูแลด้วยระบบสงเคราะห์ ไม่มีหลักประกันใดที่คุ้มครองให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานเดียวกัน

4. ประชาชนในระบบสวัสดิการสุขภาพของไทย ได้รับบริการที่เหลื่อมล้ำหลายคน ไม่พอใจ ประชาชนส่วนใหญ่ไม่ใช่ข้าราชการ ผู้มีประกันสังคมหรือผู้มีฐานะดี พอจะจ่าย

¹⁷⁹ ธาริณี ปกาสิตธี. (2546). การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่มีผลกระทบต่อการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. หน้า 10.

¹⁸⁰ มาตรา 51 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสมโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และทันต่อเหตุการณ์.

ค่ารักษาพยาบาล ได้ รู้สึกด้อยศักดิ์ศรีเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีโอกาสดีกว่าซึ่งมีจำนวนเพียงร้อยละ 20 ของประชาชนทั้งประเทศ

5. ตลาดเสรีของบริการสุขภาพขาดประสิทธิภาพ เนื่องจากประชาชน (ผู้บริโภค) ขาดข้อมูลและความเข้าใจเพียงพอที่จะเลือกซื้อบริการอย่างสมเหตุสมผล อีกทั้งยังขาดอำนาจต่อรอง จึงเป็นการยากยิ่งที่ประชาชนแต่ละคนจะรับภาระในการเลือกซื้อบริการสุขภาพ โดยไม่มีการจัดระบบที่รัดกุมเพียงพอ

6. แม้การเพิ่มรายได้ประชาชนจะทำให้ยาก แต่การสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถลดรายจ่ายที่อาจทำให้บุคคลสิ้นเนื้อประดาตัวและเป็นรายจ่ายที่ประชาชนทุกคนมีโอกาสเสี่ยงที่จะต้องประสบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงมีผลสำคัญต่อการยกระดับความสามารถของประเทศในการแก้ปัญหาความยากจน

2.10.3 หลักการสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เป็นกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพระบบเดียวสำหรับประชาชนทุกคนโดยเท่าเทียมกัน ประชาชนทุกคนได้สิทธิตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ตามมาตรา 51 และมาตรา 80 (2) จึงต้องจัดระบบการบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐและประชาชนเพื่อให้มีระบบการรักษายาบาลที่มีประสิทธิภาพทั้งประเทศและให้ประชาชนชาวไทยทุกคนมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานด้วยกันทุกคน¹⁸¹ แนวคิดเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พอสรุปได้ว่า นโยบายดังกล่าวมุ่งเน้นที่จะแก้ไขปัญหาการบริการสุขภาพให้ดีกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ด้วยการเปลี่ยนแปลงระบบการบริหารจัดการแบบใหม่ในเรื่องสำคัญดังนี้

1. การจัดระบบการเงินในลักษณะเฉลี่ยต่อหัวประชากร เป็นการสร้างความเท่าเทียมให้กับผู้คนในสังคม ตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ ผู้คนยากไร้ ด้อยโอกาส ผู้อยู่ห่างไกลที่เคยเสียเปรียบมาตลอด จะได้รับความเสมอภาคมากขึ้น สำหรับระบบการจ่ายเงินมีการคิดรายละเอียดหลายวิธี เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้เงิน และเกิดความรับผิดชอบในการจัดบริการแก่ประชาชนมากที่สุด

2. การรวมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไว้ในชุดบริการหลักควบคู่กับการรักษายาบาล และกำหนดให้มีบริการทั้งตั้งรับและเชิงรุกไปถึงระดับครอบครัว

3. การพยายามสร้างกลไกพัฒนาและควบคุมคุณภาพสถานบริการทุกระดับ โดยตั้งเป้าหมายไว้ว่า สถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนที่จะให้บริการ จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่มี

¹⁸¹ บันทึกหลักการและเหตุผลของ คณะรัฐมนตรี. ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งเสนอต่อวุฒิสภาเพื่อพิจารณา.

มาตรฐาน และได้รับการรับรองคุณภาพ (Quality Accreditation) ถือว่าการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเป็นเงื่อนไขที่จำเป็นเพื่อสร้างหลักประกันว่า ประชาชนจะได้รับบริการที่มีคุณภาพพร้อมกับความพยายามที่จะสร้างกลไกคุ้มครองผู้บริโภคควบคู่ไปกับการสร้างระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

4. การมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการจัดระบบบริการระดับต้นที่ใกล้บ้านเพื่อเป็นจุดแรกของการบริการสุขภาพแก่ประชาชน เน้นการสร้างระบบเครือข่ายเข้ากับโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนในระดับที่สูงกว่า เพื่อให้เครือข่ายสถานบริการร่วมกันดูแลรับผิดชอบประชาชนเป็นกลุ่มที่ชัดเจน เป็นความพยายามปฏิรูประบบสุขภาพที่ไม่แน่ชัดมานานให้เข้าระบบที่ควรจะเป็น และเมื่อระบบการจัดการลงตัวแล้ว หากเกิดการเจ็บป่วยประชาชนจะต้องได้ใช้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพมาตรฐานกับสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้านที่ตนขึ้นทะเบียนไว้ลำดับแรกก่อนเสมอ ยกเว้นกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินสามารถเลือกใช้บริการกับบริการสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการที่ไหนก่อนก็ได้ เพราะบริการระดับต้นที่อยู่ใกล้บ้านเป็นบริการที่ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชนที่ครอบคลุมทั้งมิติทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ส่วนในกรณีที่เจ็บป่วยเกินขีดความสามารถจะได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการระดับที่สูงกว่าอย่างรวดเร็วและปลอดภัย¹⁸²

¹⁸² โปรดดูรายละเอียดได้ใน ศราวุธ สมศรี. เล่มเดิม. หน้า 14 – 16.

บทที่ 3

หลักมีส่วนร่วมจ่ายในการเข้ารับบริการสาธารณสุขของต่างประเทศและ ของประเทศไทย

การมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ (Cost Sharing) ของแต่ละประเทศ มีหลักการ และวิธีการที่แตกต่างกันไปตามปรัชญาของระบบสุขภาพประเทศนั้น ๆ สามารถจำแนกออกได้เป็น 3 ประเภทใหญ่ ๆ คือ 1) การร่วมจ่าย ณ จุดบริการให้กับผู้ให้บริการโดยตรง (Co-payment) 2) การร่วมจ่าย ณ จุดบริการ ที่ราคาขั้นต้นระดับหนึ่ง (Deductible) 3) เบี้ยประกัน เป็นการร่วมจ่าย เข้ากองทุน (Premium) การมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ (Cost Sharing) มีวัตถุประสงค์สำคัญ คือ 1) เพื่อลดการใช้บริการลง โดยเฉพาะบริการที่ไม่จำเป็นจะช่วยลดค่าใช้จ่ายสุขภาพ โดยเฉพาะ การร่วมจ่าย ณ จุดบริการให้กับผู้ให้บริการโดยตรง (Co-payment) และการร่วมจ่าย ณ จุดบริการ ที่ราคาขั้นต้นระดับหนึ่ง (Deductible) และ 2) เพื่อเป็นแหล่งรายได้ของกองทุนประกันสุขภาพ โดยเฉพาะเบี้ยประกัน เป็นการจ่ายร่วมเข้ากองทุน (Premium)

3.1 ส่วนร่วมจ่ายที่ขึ้นอยู่กับระบบฐานการจ้างงาน

ส่วนร่วมจ่ายที่ขึ้นอยู่กับฐานการจ้างงานนั้น จะมีส่วนร่วมจ่ายในลักษณะ เก็บจาก นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐออกให้บางส่วนแต่หลักสำคัญจะอยู่ที่นายจ้างและลูกจ้างที่ต้องมีส่วนร่วม จ่าย

3.1.1 ประเทศสหรัฐอเมริกา

การดูแลสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกานั้นไม่ใช่สิทธิตามกฎหมาย ระบบสุขภาพ ตั้งอยู่บนการประกันสุขภาพเป็นหลัก โดยมีระบบการประกันที่มีรูปแบบหลากหลายมาก เนื่องจาก ประชากรสหรัฐอเมริกาส่วนมากมีความแตกต่างของค่านิยม ส่งผลให้ประชากรส่วนใหญ่ใช้ประกัน เอกชน ผู้มีรายได้จากเงินเดือนมักใช้ประกันแบบกลุ่มที่ผูกอยู่กับการจ้างงาน¹ ในส่วนของรัฐนั้น จะให้หลักประกันสุขภาพแก่บุคคลบางกลุ่มในสังคมโดยผ่านโครงการหลัก 2 โครงการ คือ

¹ รายงานฉบับสมบูรณ์ (Final Report). (2551, กันยายน). โครงการวิจัยการศึกษาผลกระทบของรายจ่าย เพื่อสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/ลูกจ้างและพนักงานของรัฐต่อภาระทางการคลัง. ส่วนนโยบายการ คลังและงบประมาณ สำนักนโยบายการคลัง สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง. หน้า 27-31.

1) Medicare ครอบคลุมผู้มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป กับกลุ่มผู้ป่วยโรคไตบางประเภท โครงการนี้บริหารโดย Health Care Financing Administration (HCFA) ภายใต้รัฐบาลสหพันธ์ (Federal Government) คือ รัฐบาลกลาง) 2) Medicaid ครอบคลุมผู้มีรายได้น้อย และเด็กในครอบครัวที่มีผู้ปกครองคนเดียวบางส่วนซึ่งเข้าเกณฑ์ที่กำหนด ดำเนินการ โดยรัฐบาลมลรัฐ ภายใต้การสนับสนุนทางการเงินเป็นก้อนรวมจากรัฐบาลกลาง ส่วนประกันเอกชนมีทั้งประเภทที่แสวงกำไรและไม่แสวงกำไร องค์กรส่วนใหญ่ซื้อประกันแบบกลุ่ม ธุรกิจบางแห่งใช้วิธีการประกันตัวเอง (self-insured) คือจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลให้พนักงานเองโดยไม่ซื้อประกันสุขภาพ แต่เดิมนั้นบริษัทประกันสุขภาพส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นผู้จ่ายค่าบริการ ไม่มีสัญญาผูกพันกับผู้ให้บริการ แต่ในทศวรรษที่ผ่านมา มีการประกันในระบบ managed care เพิ่มขึ้นมาก เป็นระบบที่องค์กรหรือบริษัทหนึ่งอาจเป็นทั้งผู้ประกันและผู้ให้บริการ หรือเป็นผู้ประกันและซื้อบริการจากผู้ให้บริการ มีสัญญาผูกพัน ลักษณะการจัดระบบมีรูปแบบหลากหลาย สำหรับการคลังของระบบนั้น ค่าเบี้ยประกันภาคเอกชนจ่ายโดยบุคคลและธุรกิจ ผู้ที่ซื้อประกันเอกชนรับผิดชอบการจ่ายเบี้ยประกันเอง ลูกจ้างอาจมีนายจ้างจ่ายให้หรือจ่ายสมทบ และผู้ป่วยอาจต้องจ่ายร่วมเมื่อใช้บริการ ทั้งนี้ขึ้นกับสัญญาที่ทำกับบริษัทประกันแต่ละราย ไม่มีบรรทัดฐานที่แน่นอน ในขณะที่กองทุน Medicare มาจากการหักเงินรายได้ของผู้อยู่ในวัยทำงาน และกองทุน Medicaid มาจากเงินภาษีโดยส่วนหนึ่งจากรัฐบาลกลางและอีกส่วนหนึ่งจากภาษีที่เก็บโดยรัฐบาลในแต่ละมลรัฐ เมื่อพิจารณาถึงมาตรการจ่ายค่าบริการนั้น ในส่วนระดับปฐมภูมิมีรูปแบบหลากหลาย การประกันทั่วไปแบบ indemnity insurance มักเป็นแบบผู้ป่วยจ่ายก่อนแบบจ่ายเงินให้ผู้ให้บริการแบบจ่ายตามรายการ (fee-for-service) แล้วจึงเบิกคืนจากประกันภายหลัง (retrospective reimbursement) กรณี managed care เป็นแบบค่าธรรมเนียมต่อคน (capitation) หรือ จ่ายเงินให้ผู้ให้บริการแบบจ่ายตามรายการ (fee for service) ที่มีการตกลงอัตรากันล่วงหน้า (negotiated fee schedule) แพทย์ซึ่งเป็นลูกจ้างของ Health Maintenance Organization (HMO) ได้รับค่าตอบแทนในรูปเงินเดือน สำหรับกรณี Medicare มีการจ่ายค่าบริการแบบจ่ายตามรายการ รายโรค หรือ รายหัตถการ (fee schedule) ในระบบ resource-based relative value scheme (RBRVS) และกองทุน Medicaid ในแต่ละรัฐมีวิธีการจ่ายค่าบริการที่แตกต่างกัน บางส่วนจ่ายแบบจ่ายตามรายการ รายโรค หรือรายหัตถการ (fee schedule) บางส่วนเป็นระบบใช้วิธีการจ่ายเงินต่อหัว (capitation) ภายใต้การซื้อบริการแบบการจัดการบริการ (managed care)²

² สมศักดิ์ ธรรมธิตวัฒน์. (2543). การศึกษาทบทวนประสบการณ์ของประเทศสหรัฐอเมริกาในการปฏิรูประบบสุขภาพ. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2543.

สำหรับผู้ให้บริการทุติยภูมิและตติยภูมินั้น ประกันเอกชนจ่ายแบบจ่ายเงินให้ ผู้ให้บริการแบบจ่ายตามรายการ (fee-for-service) บางรายมีการเจรจาตกลงอัตราเป็นแบบจ่ายเงินให้ ผู้ให้บริการแบบจ่ายตามรายการ (fee schedule) กับผู้ให้บริการ สำหรับกองทุน Medicare และ Medicaid ในรัฐส่วนใหญ่จ่ายให้โรงพยาบาลโดยใช้ระบบวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group, DRG) คือ ระบบแบ่งกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาระบบเทียบปล้นในโรงพยาบาล เพื่อวัดผลผลิตของโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่จัดอยู่ในกลุ่มเดียวกันจะมีวันนอนในโรงพยาบาล (iso-length of stay) และใช้ทรัพยากรโรงพยาบาลเพื่อการรักษาใกล้เคียงกัน (iso-resource) มาตรการจ่ายค่าตอบแทน ผู้ให้บริการของ Medicaid แตกต่างกันในแต่ละมลรัฐ เนื่องจากรัฐบาลระดับมลรัฐเป็นผู้บริหาร โครงการ³

ประเทศสหรัฐอเมริกา มีประชากร 300 ล้านคน มีความเจริญก้าวหน้าในทุก ๆ ด้าน มีระบบสุขภาพที่เน้นภาคเอกชนเป็นหลัก แต่กลับมีผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพกว่า 45 ล้านคน ระบบสุขภาพมีข้อเด่นคือ Managed Care เป็นการผสมผสานระหว่างผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการ ที่มีรูปแบบย่อย ๆ ที่หลากหลาย ในที่นี้จึงจะเน้นเฉพาะระบบประกันสุขภาพที่เป็นของรัฐบาล 2 ระบบใหญ่ คือ Medicare และ Medicaid

3.1.1.1 ระบบประกันสุขภาพและการมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ

Medicare เป็นระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป ผู้พิการ และผู้ป่วย ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีรัฐบาลกลาง (Federal Government) เป็นผู้บริหารจัดการหลัก Medicare ประกอบด้วย 4 ส่วนใหญ่ คือ

1) Medicare Part A (Hospital Insurance) ครอบคลุมบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลและสถานพยาบาลอื่น ๆ (Skilled Nursing Facilities, Hospice, Home Health Care) ผู้ประกันตนในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ไม่ต้องจ่ายเบี้ยประกันเพิ่มเติม เนื่องจากได้เคยตัดจากเงินเดือนไปก่อนแล้ว

2) Medicare Part B (Medical Insurance) ครอบคลุมบริการผู้ป่วยนอก ค่าบริการแพทย์ และค่าบริการอื่น ๆ บางอย่างที่ Part A ไม่ครอบคลุม เช่น กายภาพบำบัด ผู้ประกันตนกลุ่มนี้ ต้องจ่ายเบี้ยประกันเพิ่มเติม

3) Prescription Drug Coverage ผู้ประกันตนกลุ่มนี้ต้องเลือกชุดสิทธิประโยชน์ทางยาที่ต้องการ และส่วนใหญ่ต้องจ่ายเบี้ยประกันรายเดือน ผู้ที่อยู่ในโครงการ Medicare ทุกคน สามารถ

³ เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. ข. (2544). *ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ*. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2544. หน้า 83.

เลือกที่จะเข้าหรือไม่เข้า Prescription Drug Coverage ก็ได้ แต่เมื่อตัดสินใจไม่เข้าแต่เปลี่ยนใจภายหลัง อาจต้องเสียค่าธรรมเนียมเพิ่มเติม

เนื่องจาก Medicare ยังไม่สามารถครอบคลุมค่าใช้จ่ายสุขภาพของผู้ป่วยได้ทุกกรณี (Coverage Gap) จึงมีระบบประกันสุขภาพเสริม เรียกว่า Supplementary Insurance แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ Private Supplementation ของผู้ประกันตนเอง และ Public Supplementation จาก Medicaid เช่น โครงการ Qualified Medicare Beneficiary (QMB) ครอบคลุมผู้ประกันตนที่มีฐานะยากจน⁴ โดย Medicaid จะเป็นผู้จ่าย Premium⁵, Co-payment⁶, และ Deductible⁷ เข้า Medicare ให้ผู้ประกันตน

Medicaid ครอบคลุมประชาชน 2 กลุ่มใหญ่ คือ กลุ่ม Categorically Needy หมายถึงครอบครัวที่เข้าได้ ตามเกณฑ์ Aid to Families with Dependent Children (AFDC), หญิงตั้งครรภ์ และเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปีที่ครอบครัวมีรายได้ต่ำกว่า 133% ของ Federal Poverty Level (FPL), เด็กอายุ 6 - 9 ปี ที่ครอบครัวมีรายได้ต่ำกว่า 100% ของ FPL, ผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี

⁴ เงินเดือนต่ำกว่า Federal Poverty Level (FPL) และทรัพย์สินไม่เกิน 2 เท่าของเกณฑ์สำหรับ Supplemental Security Income (SSI).

⁵ Premium หมายถึงเบี้ยประกัน ซึ่งเป็นการร่วมจ่ายเข้ากองทุน ตั้งแต่เข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพ ซึ่งหากผู้ประกันตนต้องจ่ายเบี้ยประกันสูง ก็มักมีความคาดหวังสิทธิประโยชน์สูงตามไปด้วย และบางครั้งอาจมีการใช้บริการเกินจำเป็น (Moral Hazard) ตัวอย่างเช่น บริษัทประกันอาจกำหนดให้ผู้ประกันตน ต้องจ่ายค่าเบี้ยประกันปีละ 2,000 บาท เพื่อซื้อแผนการประกันที่ครอบคลุมบริการฉุกเฉินเพียงอย่างเดียว แต่หากผู้ประกันตนต้องการความครอบคลุมบริการผู้ป่วยในห้องพักพิเศษ อาจต้องจ่ายค่าเบี้ยประกันปีละ 3,000 บาท เป็นต้น.

⁶ Co-payment เป็นการร่วมจ่าย ณ จุดบริการให้กับผู้ให้บริการ โดยตรง ซึ่งอาจเป็นการกำหนดราคาตายตัว (Co-payment) หรือเป็นส่วนร้อยละของค่าใช้จ่ายที่ผู้ให้บริการเรียกเก็บ (Coinsurance) ซึ่งในการศึกษานี้จะใช้คำรวมว่า Co-payment โดยทั่วไปเป็นการอาศัยหลักการพื้นฐานทางเศรษฐศาสตร์จุลภาค (Microeconomics) ว่าผู้ซื้อจะลดปริมาณการใช้บริการลง (Quantity) หากตนเองต้องจ่ายค่าบริการเพิ่มขึ้น (Price) ซึ่งได้รับการพิสูจน์ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ Co-payment ในอดีต เช่น RAND Health Insurance Experiment ซึ่งพบว่า Co-payment มีผลทำให้การใช้บริการลดลง (Utilization) โดยวัดจากจำนวนครั้งที่มารับบริการผู้ป่วยนอก หรือ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล.

⁷ Deductible เป็นการร่วมจ่าย ณ จุดบริการ ที่ราคาขั้นต้นระดับหนึ่ง เปรียบเสมือนเป็นเกณฑ์ที่ผู้ประกันตนใช้เปรียบเทียบว่าการเจ็บป่วยนั้นๆ มีความรุนแรงถึงระดับที่ต้องเข้ารับบริการสุขภาพด้วยสิทธิที่มีอยู่หรือไม่ ซึ่งสามารถลดการบริการที่ไม่จำเป็นลงได้ แต่อาจมีข้อเสียในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถประเมินความรุนแรงของภาวะความเจ็บป่วยที่มีอยู่ได้ดีมากพอ จนทำให้ได้รับการรักษาที่ไม่ทันเวลา ตัวอย่างเช่น บริษัทประกันอาจกำหนดให้ผู้ป่วยต้องจ่ายค่าบริการขั้นต่ำ 1,000 บาท เพื่อเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงและคิดว่าสามารถรักษาเองได้ หรือ ผู้ป่วยที่อาการรุนแรงแต่มีเงินไม่เพียงพอ อาจไม่เข้ารับบริการ.

ส่วน Medicaid กลุ่มที่สองคือ Medically Needy จะมีในบางรัฐ⁸ หมายถึงครอบครัวที่มีรายได้น้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด แต่มีความจำเป็นทางสุขภาพ กลุ่มนี้จะครอบคลุมหญิงตั้งครรภ์จนถึง 60 วันหลังคลอด, เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี, เด็กแรกเกิด, คนตาบอด นอกจากนี้บางรัฐยังอาจเพิ่มความครอบคลุมได้อีกตามต้องการ โดยต้องได้รับความเห็นชอบจากรัฐบาลกลางด้วย เนื่องจากเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณสมทบ บริการสุขภาพของ Medicaid ทั้งสองกลุ่ม จะมีรายละเอียดต่างกันพอสมควร

State Children's Health Insurance Programs (SCHIP) เป็นระบบประกันสุขภาพระดับรัฐที่ครอบคลุมเด็กอายุต่ำกว่า 19 ปี ที่ผู้ปกครองมีรายได้สูงกว่าที่จะเข้าโครงการ Medicaid แต่ไม่สูงมากพอที่จะซื้อประกันสุขภาพเอกชนได้ ในบางรัฐถือเป็นส่วนหนึ่งของ Medicaid บางรัฐแยกออกมาจาก Medicaid และบางรัฐมีระบบผสม นอกจากนี้ยังมีกลุ่มพิเศษ (Special Groups) อื่น ๆ อีกด้วยค่าใช้จ่ายสุขภาพที่สูงขึ้นเรื่อย ๆ จึงได้มีการออกมาตรการลดค่าใช้จ่ายโดยการลดบริการในชุดสิทธิประโยชน์ลงในปี พ.ศ. 2510 และ พ.ศ. 2513 แต่ต่อมาต้องยกเลิกเนื่องจากศาลตัดสินว่าขัดรัฐธรรมนูญ หลังจากนั้นในปี พ.ศ. 2515 ได้มีการออก 2 มาตรการลดค่าใช้จ่าย คือ 1) Prior Authorization คือการขออนุมัติก่อนเข้ารับบริการ และ 2) Co - payment สำหรับบริการผู้ป่วยนอก 2 ครั้งแรก สำหรับผู้ประกันตนที่มีรายได้หรือทรัพย์สินพอสมควร มาตรการที่ 2 นี้ ในช่วงแรกถือเป็นโครงการศึกษาวิจัยของรัฐ California ไปด้วยในตัว โดยมีสมมติฐานว่า ค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นเกิดจากการใช้บริการมากเกินไป และการใช้บริการที่มากเกินไปนั้น สามารถลดลงได้โดยพิจารณาของแพทย์ในเรื่องการจ่ายเงิน โดยในช่วงนั้น มีผู้ประกันตนประมาณ 30% ที่ต้องจ่าย Co - payment โดยทาง Medi - Cal (California's Medicaid) จะหัก \$1 สำหรับบริการผู้ป่วยนอก และ \$0.50 สำหรับค่ายา ออกจากเงินที่จะจ่ายให้ผู้ให้บริการ โดยไม่สนใจว่าทางผู้ให้บริการจะเก็บ Co - payment จากผู้ป่วยได้หรือไม่

3.1.2 ประเทศเยอรมนี

ระบบบริการสาธารณสุขในประเทศเยอรมนี เป็นระบบที่ได้รับการยอมรับว่ามีคุณภาพและมีประสิทธิภาพสูงที่สุดแห่งหนึ่ง ประชาชนได้รับหลักประกันว่าจะได้รับการทางการแพทย์อย่างทั่วถึง มีระบบประกันสุขภาพเป็นตัวรองรับ ประกอบด้วยการประกันสุขภาพตามกฎหมาย (Statutory health insurance or Sickness Funds) และการประกันสุขภาพภาคเอกชน (Private health

⁸ Arkansas, California, Connecticut, District of Columbia, Florida, Georgia, Hawaii, Illinois, Iowa, Kansas, Kentucky, Louisiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Montana, Nebraska, New Hampshire, New Jersey, New York, North Carolina, North Dakota, Pennsylvania, Puerto Rico, Rhode Island, Tennessee, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington, West Virginia, Wisconsin.

insurance) การประกันสุขภาพตามกฎหมายเป็นการประกันสุขภาพภาคบังคับ กฎหมายกำหนดให้คนทำงานที่มีรายได้ไม่เกินระดับที่กำหนดต้องเป็นสมาชิกของกองทุนการเจ็บป่วย (Sickness Fund) และจ่ายเข้ากองทุนตามสัดส่วนของรายได้ต่อเดือน สำหรับประชาชนที่มีรายได้สูงกว่าระดับที่กฎหมายกำหนดสามารถเลือกไปใช้ประกันเอกชนได้ ในส่วนของข้าราชการไม่ถูกบังคับให้เป็นสมาชิกโดยสามารถเลือกที่จะสมัครเป็นสมาชิกกองทุนหรือซื้อประกันเอกชน ทั้งนี้ผู้ที่ตัดสินใจซื้อประกันเอกชนแล้วจะไม่สามารถย้ายเข้าเป็นสมาชิกกองทุนการเจ็บป่วยในภายหลัง ข้อกำหนดนี้เป็นมาตรการป้องกันไม่ให้เพิ่มความเสี่ยงกับกองทุนการเจ็บป่วยในการต้องรับคนที่ถูกปฏิเสธจากประกันเอกชน กองทุนการเจ็บป่วยนี้จัดตั้งขึ้นโดยภาคเอกชนในลักษณะองค์กรอิสระที่ไม่แสวงกำไรภายใต้การกำกับของรัฐ อาจรวมตัวกันในลักษณะของอาชีพหรือตามภูมิลำเนาแบ่งเป็นประเภทต่าง ๆ คือกองทุนท้องถิ่น กองทุนบริษัท กองทุนช่างฝีมือ กองทุนทดแทน และกองทุนอื่น ๆ เนื่องจากหลักการของระบบประกันสุขภาพของประเทศเยอรมนีเป็นระบบพึ่งตนเองเป็นหลัก รายได้กองทุนมาจากเบี้ยประกันที่จ่ายโดยนายจ้างเท่านั้น ไม่ได้มีการอุดหนุนจากรัฐ กองทุนเหล่านี้กำหนดชุดสิทธิประโยชน์สำหรับสมาชิกและกำหนดอัตราเบี้ยประกันเองได้ แต่ต้องอยู่ภายใต้เพดานที่กฎหมายกำหนด กองทุนทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการ โดยทำความตกลงกับผู้ให้บริการต่าง ๆ

ประเทศเยอรมนีปกครองระบบสหพันธรัฐ นโยบายและกฎหมายด้านสาธารณสุขจะถูกกำหนดโดยรัฐบาลกลางร่วมกับรัฐบาลของมลรัฐ บทบาทหลักของกระทรวงสาธารณสุขของรัฐบาลกลาง คือ การออกกฎหมายต่าง ๆ เพื่อควบคุมกำกับระบบบริการสาธารณสุข รัฐบาลของมลรัฐมีบทบาทในการใช้กฎหมายต่าง ๆ ที่กำหนดโดยรัฐบาลกลาง และออกกฎหมายลูกของตน เพื่อบังคับใช้ในมลรัฐในการควบคุมกำกับการดำเนินงานขององค์กรอิสระที่ได้รับ การรับรองตามกฎหมาย ดำเนินกิจการโรงพยาบาลของมลรัฐ จัดทำแผนควบคุมและพัฒนาโรงพยาบาลในด้านศักยภาพทั้งรัฐและเอกชนควบคุมกำกับมาตรฐานการศึกษาทางการแพทย์ และรวมถึงไปถึงการควบคุมการผลิตแพทย์รัฐบาลท้องถิ่นรับผิดชอบในการให้บริการทางด้านสาธารณสุขต่าง ๆ เช่น การควบคุมป้องกันโรค บริหารจัดการโรงพยาบาลของท้องถิ่นเอง ใ้งบประมาณสนับสนุนด้านการลงทุนแก่โรงพยาบาล บริหารและสนับสนุนด้านงบประมาณแก่บ้านพักคนชราของรัฐ⁹

สำหรับแหล่งที่มาของงบประมาณนั้น เอกชนเป็นผู้รับภาระการจ่ายค่าบริการต่าง ๆ ผ่านกองทุนและประกันสุขภาพเอกชน รัฐสนับสนุนด้านการลงทุนจากภาษี ภาระทางการเงินของ

⁹ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. ข. การปฏิรูประบบสุขภาพ. กรณีศึกษาประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมัน. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยสาธารณสุข พ.ศ. 2543.

ประชาชนหรือผู้ป่วย ประชาชนจ่ายค่าเบี้ยประกันเข้ากองทุนการเจ็บป่วยหรือซื้อประกันเอกชน โดยอัตราการจ่ายเข้ากองทุนสำหรับสมาชิกภายใต้การประกันสุขภาพภาคบังคับจะแตกต่างกันในแต่ละกองทุน แต่ต้องไม่ต่ำกว่าหรือเกินกว่าอัตราที่กฎหมายกำหนด คือ ร้อยละ 8.5 – 16.5 สำหรับลูกจ้างที่ทำงานในโรงงานหรือบริษัท เบี้ยประกันจะออกโดยนายจ้างและลูกจ้างฝ่ายละครึ่ง ส่วนผู้ประกอบการอิสระต้องจ่ายเองทั้งหมด ผู้ที่ว่างงานได้รับความคุ้มครองโดย Federal Labor Administration เป็นผู้จ่าย 2 ใน 3 ของเบี้ยประกัน และอีก 1 ใน 3 จ่ายโดยหน่วยงานสวัสดิการท้องถิ่น สำหรับกรณีของผู้เกษียณอายุแล้วเบี้ยประกันจะจ่ายโดยกองทุนเกษียณ (Pension fund)¹⁰

หลักการที่น่าสนใจอันหนึ่ง คือ รัฐธรรมนูญกำหนดให้ประชาชนในแต่ละรัฐ (Länder) มีสภาพความเป็นอยู่ (Living Condition) ที่เสมอภาคกัน โดยสุขภาพ (Health) เป็นองค์ประกอบหนึ่ง รัฐบาลกลางจึงไม่ได้มีบทบาทที่เด่นชัดมากนักเกี่ยวกับสุขภาพ ในขณะที่ระดับประเทศมีกระทรวงสุขภาพโดยเฉพาะรัฐ (Länder) ส่วนใหญ่ก็มีกระทรวงที่ดูแลสุขภาพของตนเอง มักมีหน้าที่ดูแลเรื่องแรงงานและสวัสดิการสังคมด้วย¹¹

3.1.2.1 ระบบประกันสุขภาพ

เยอรมนีเป็นประเทศแรกที่ใช้ระบบประกันสังคม เรียกว่า Statutory Social Insurance (Bismarck) เป็นระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบบบังคับให้ผู้ถูกจ้างงานที่มีรายได้ไม่เกินระดับที่กำหนด ต้องเป็นสมาชิกของกองทุนการเจ็บป่วย (Sickness Fund) และต้องจ่ายเงินเข้ากองทุนตามสัดส่วนรายได้ต่อเดือนส่วนผู้ที่มีรายได้สูงกว่าระดับที่กฎหมายกำหนด สามารถเลือกประกันภาคเอกชนได้ แต่จะไม่สามารถเปลี่ยนใจกลับมาเข้าเป็นสมาชิก Sickness Fund ได้อีก ในภายหลัง ในปี พ.ศ. 2542 ประเทศเยอรมนี มี Sickness Fund ทั้งหมด 453 กองทุนที่ไม่แสวงกำไร ครอบคลุมประชากร 72 ล้านคน และมีบริษัทประกันสุขภาพเอกชน 52 แห่ง ครอบคลุมประชากร 7.1 ล้านคน Sickness Fund สามารถแบ่งออกได้เป็น 7 กลุ่ม¹² ที่มีการบริหารจัดการของตนเอง จะเห็นได้ว่าการเข้าโครงการ Sickness Fund จะขึ้นอยู่กับพื้นที่อยู่อาศัยและลักษณะงานที่ทำ

¹⁰ เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. ข. หน้า 16.

¹¹ รายงานฉบับสมบูรณ์ (Final Report). เล่มเดิม. หน้า 15 – 17.

¹² 1) General Regional Fund (Allgemeine Ortskrankenkassen, AOK) 17 กองทุน , 2) Substitute Fund (Ersatzkassen) 13 กองทุน , 3) Company-funded Funds (Betriebskrankenkassen, BKK) 359 กองทุน , 4) Guild Funds (Innungskrankenkassen, IKK) 42 กองทุน , 5) Farmers' Funds (Landwirtschaftliche Krankenkassen, LKK) 20 กองทุน , 6) Miners' Fund (Bundesknappschaft) 1 กองทุน , 7) Sailors' Fund (See-Krankenkasse) 1 กองทุน.”

Sickness Fund มีอำนาจปรับเปลี่ยนอัตราการจ่ายเบี้ยประกันและการร่วมจ่ายได้ตามกฎหมาย เพื่อให้สามารถครอบคลุมค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น จากข้อมูลปี พ.ศ. 2543 ผู้ถูกจ้างงานที่มีรายได้ไม่เกิน DM77,400 จะต้องเป็นสมาชิก Sickness Fund แต่หากมีรายได้เกินกว่านั้น จะขึ้นอยู่กับความสมัครใจ ปัจจุบัน Sickness Fund ครอบคลุมประชากรประมาณ 88% ส่วนใหญ่ 74% เข้าโครงการตามภาคบังคับ และ 14% เข้าโครงการตามความสมัครใจ ส่วนประกันสุขภาพเอกชน ครอบคลุมประชากร 9% ในขณะที่ 2% ของประชากรที่เป็นตำรวจ ทหาร ได้รับบริการสุขภาพจากรัฐบาล โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และเหลือผู้ที่ไม่มียกเว้นใด ๆ 0.1%

3.1.2.2 การมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ

การจ่ายเบี้ยประกันคิดตามรายได้ ปัจจุบันอยู่ที่อัตรา 13.5% ผู้จ้างและผู้ถูกจ้างร่วมกันจ่ายฝ่ายละ 6.75% ส่วนผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า DM630 ผู้จ้างจะเป็นผู้จ่ายเบี้ยประกันที่อัตรา 10% การคำนวณอัตราการจ่ายนี้ จะคิดจากผลรวมของค่าใช้จ่ายสุขภาพเฉลี่ยของสมาชิกใน Sickness Fund ทุกกองทุน หาดด้วยเงินรายได้จากเบี้ยประกันทุกกองทุน การคำนวณด้วยวิธีนี้ ทำให้เกิดปรากฏการณ์ผู้ประกันตนย้ายออกจากกองทุนที่มีเบี้ยประกันมากเกินค่าเฉลี่ย ไปเป็นสมาชิกกับกองทุนที่มีเบี้ยประกันต่ำกว่า กลุ่มผู้ประกันตนที่ย้ายกองทุนมีเหตุผลหลัก 58% คือเพื่อให้ได้อัตราเบี้ยประกันที่ถูกลง ในขณะที่ผู้ที่ไม่ได้ย้าย ให้ความสำคัญกับผลประโยชน์ที่จะได้รับมากกว่าอัตราเบี้ยประกัน อัตราการมีส่วนร่วมจ่ายสำหรับบริการต่าง ๆ ทั้งนี้ ยกเว้น ผู้มีรายได้น้อย ผู้ว่างงาน และเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี การมีส่วนร่วมจ่ายจะมีเพดานอยู่ที่ 2% ของรายได้ก่อนหักภาษี นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้เคยจ่ายไปแล้วอย่างน้อย 1% ของรายได้และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดี จะได้รับการยกเว้นเช่นกัน สำหรับการประกันสุขภาพเอกชน มีอยู่ 52 บริษัท จะมีวิธีการคิดเบี้ยประกันตามอายุ เพศ และประวัติโรค ประชากร 7.1 ล้านคนที่อยู่ในระบบนี้ ประกอบด้วยผู้ที่ออกจาก Sickness Fund เนื่องจากมีรายได้เกินระดับที่กำหนด ผู้ที่มีกิจการเป็นของตนเอง และเจ้าหน้าที่ของรัฐที่ยังไม่มีสิทธิรับบริการสุขภาพฟรี ผู้ประกันตนในระบบนี้ จะต้องจ่ายค่าบริการสุขภาพเมื่อเข้ารับบริการ แล้วนำใบเสร็จมาเบิกเงินคืนภายหลัง แม้ว่ารัฐบาลจะกำหนดอัตราค่าบริการไว้แล้ว ในทางปฏิบัติผู้ให้บริการจะคิดค่าบริการเกินกว่านั้นอย่างน้อย ประมาณ 1.7 - 2.3 เท่า เป็นระดับที่สูงสุดที่จะสามารถเบิกคืนได้¹³

3.1.3 ประเทศญี่ปุ่น

ประเทศญี่ปุ่นมีระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ เป็นระบบที่ผูกติดกับระบบความมั่นคงทางสังคม ระบบประกันสุขภาพมีสองประเภทหลัก ประเภทแรก คือ ระบบประกันสำหรับลูกจ้าง

¹³ ดูรายละเอียดได้ใน กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์. เล่มเดิม. หน้า 35 - 39.

(Employee-based) ประกอบด้วย 2 ประเภทย่อย คือ ระบบประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยรัฐบาล (Government-managed Health Insurance) และระบบประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยเอกชน แบบไม่แสวงกำไร (Society-managed Health Insurance) และประเภทที่ 2 คือ ระบบประกันสุขภาพในชุมชน (Community-based Insurance) หรือเรียกว่า ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance, NHI) สำหรับประชาชนที่ประกอบอาชีพอิสระ ทั้งสามกลุ่มครอบคลุมประชากรใกล้เคียงกันประมาณอย่างละหนึ่งในสาม เมื่อคนทำงานเกษียณก็จะออกจากระบบประกันสุขภาพแบบ Employee-based insurance และย้ายมาสู่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ขึ้นกับกองทุน retired person insurance ถ้าอายุเกิน 70 ปี ก็ย้ายไปเข้ากองทุน Health services for the elderly ทั้งสองกองทุนจัดอยู่ในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ปัจจุบันสัดส่วนจำนวนผู้ประกันตนที่เป็นผู้สูงอายุในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติสูงมาก การประกันสุขภาพบริหารโดยกองทุนต่าง ๆ จำนวนมากครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ กองทุนต่าง ๆ ไม่มีการกระจายความเสี่ยงระหว่างกัน กองทุนมีสมาชิกที่มีอำนาจจ่ายมากก็สามารถให้สิทธิประโยชน์มากหรือลดอัตราดอกเบี้ยประกันของตนเอง ผู้ให้ประกันไม่ได้มีการทำสัญญาการซื้อขายบริการสุขภาพกับสถานพยาบาลโดยตรง แต่รัฐบาลจังหวัด (Prefecture government) เป็นผู้กำหนดว่าสถานพยาบาลใดจะเป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการกับผู้ประกันตน โดยสถานพยาบาลเหล่านี้มีหน้าที่ในการให้บริการตามการควบคุมของรัฐบาล ค่าบริการจะจ่ายโดยองค์กรประกัน (กองทุน) ผ่านมายังองค์กรที่ทำหน้าที่ในการตรวจสอบประมวลผลการเรียกเก็บก่อนที่จะทำการจ่ายเงินให้ต่อไป เนื่องจากมีหน่วยงานที่เป็นผู้ให้การประกันจำนวนมาก ในขณะเดียวกันก็มีจำนวนมากถึงเกือบสองแสนแห่ง ในขณะที่ประชาชนมีอิสระในการใช้บริการ ดังนั้น จึงมีการจัดตั้งองค์กรใหม่ขึ้นเพื่อทำหน้าที่ในการตรวจสอบและคำนวณใบเรียกเก็บให้ในลักษณะของ Clearing house มีสองหน่วยงาน คือ Social Insurance Medical Fee Payment Fund ดูแลและให้บริการกับ Workplace-based Insurance และ Federation of National Health Insurance Association ให้บริการกับระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิประโยชน์มีทั้งประเภทบังคับที่กำหนดตามกฎหมาย และสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมที่กองทุนแต่ละแห่งเพิ่มให้กับผู้ประกัน ประเภทของสิทธิประโยชน์ที่กำหนดตามกฎหมาย เช่น บริการทางการแพทย์ ค่ายาตามใบสั่งยา เงินชดเชยสำหรับการเจ็บป่วยและบาดเจ็บ การคลอด การดูแลบุตร รวมทั้งค่าเดินทางด้วย ไม่ครอบคลุมค่าห้องพิเศษ ค่าพยาบาลฝ้าไข้ และค่าวัสดุทันตกรรม การคุ้มครองรวมไปถึงครอบครัวของผู้มีสิทธิด้วย¹⁴ ระบบการประกันสุขภาพ

¹⁴ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. ก. การปฏิรูประบบสุขภาพ : กรณีศึกษาประเทศญี่ปุ่น. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยสาธารณสุข พ.ศ. 2543.

ของญี่ปุ่นมีแหล่งที่มาของงบประมาณจากลูกจ้าง นายจ้าง สมทบเข้ากองทุน และงบประมาณรัฐ ผู้ที่มีเงินเดือนประจำทั้งภาครัฐและเอกชนถูกหักเบี้ยประกันจากเงินเดือนเป็นรายเดือน ลูกจ้างและนายจ้างจ่ายคนละครึ่ง อัตราเบี้ยประกันคำนวณตามรายได้ ทั้งนี้ มีการแบ่งเงินเดือนเป็นช่วงเรียกว่า รายได้มาตรฐาน (Standard remuneration) เป็น 40 ช่วง อัตราเบี้ยประกันจะเพิ่มขึ้นตามระดับรายได้ที่เพิ่มขึ้น ไม่มีการกำหนดเพดานของเบี้ยประกันที่จะต้องจ่ายอัตราเบี้ยประกันจะแตกต่างกันตามแต่ละกองทุน แต่มีกฎหมายควบคุมระดับของเบี้ยประกัน¹⁵ สำหรับผู้ประกอบอาชีพอิสระ อยู่ในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินการโดยรัฐบาลท้องถิ่น (Municipality government) ในการบริหารการเก็บเบี้ยประกันดำเนินการได้ 2 รูปแบบ คือ เก็บเป็นเบี้ยประกันหรือเก็บเป็นภาษีประกันสุขภาพ มีเพดานและเมื่อใช้บริการผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมจ่ายประมาหรือละ 20 มาตรการจ่ายค่าบริการจะแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ระดับผู้ให้บริการปฐมภูมิ ผู้ให้บริการทุติยภูมิและตติยภูมิ ระดับปฐมภูมิจะจ่ายแบบตามรายการร่วมจ่ายจากการเข้ารับบริการ (Fee-for-service) แบ่งเป็นสองส่วนคือ ค่าบริการทางการแพทย์และค่ายาและวัสดุ ค่าบริการทางการแพทย์ถูกกำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการในลักษณะสูตรคะแนนของบริการแต่ละประเภทและค่าบริการต่อหน่วย ค่าขานั้นมีการปรับให้สอดคล้องกับราคาตลาด และกำหนดราคาเฉลี่ยบวกอีกร้อยละ 5 ในขณะที่ผู้ให้บริการทุติยภูมิและตติยภูมิการจ่ายค่าบริการให้กับโรงพยาบาลนั้นเป็นการจ่ายแบบตามรายการร่วมจ่ายตามการเข้ารับบริการ (Fee-for-service) มีการกำหนดเป็นจ่ายตามรายการ รายโรคหรือรายหัตถการ (fee schedule) มีการแยกประเภทเดียวที่เป็นการดูแลระหว่างการดูแลระยะเฉียบพลัน (acute care) และการดูแลระยะยาว (long term care) เพื่อให้มีความชัดเจนของประเภทผู้ป่วยแยกการจ่ายออกจากสถานพยาบาล การคำนวณค่าบริการทางการแพทย์นั้นพิจารณาจากทักษะและประเภทบริการ เช่น ทักษะในการให้บริการ ผ่าตัด เทคโนโลยี จำนวนบุคลากร ราคาของยาและค่าวัสดุการแพทย์ มีการให้น้ำหนักสำหรับทักษะของแพทย์ในการคำนวณอัตราค่าบริการที่จ่ายให้ เพื่อให้ความสำคัญกับคุณภาพบริการ ในปี พ.ศ. 2540 ได้มีการทบทวนเพื่อหามาตรการที่จะลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ในขณะนี้กำลังพิจารณานำกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) มาใช้¹⁶

3.1.3.1 ระบบประกันสุขภาพและการมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ

ระบบประกันสุขภาพของประเทศมีพื้นฐานคล้ายกับ Sickness Fund ของประเทศเยอรมนี ดังจะเห็นได้จากกฎหมาย Health Insurance Law (Kenpo-ho) ปี พ.ศ. 2465 ที่ให้ความสำคัญกับผู้มีสุขภาพดี เนื่องจากเป็นกำลังสำคัญต่อการเพิ่มผลผลิตและการทหารของประเทศ

¹⁵ เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. ข. หน้า 51 – 52.

¹⁶ รายงานฉบับสมบูรณ์ (Final Report). เล่มเดิม. หน้า 17 – 20.

ต่อมาได้มีการเปลี่ยนแปลงอีกหลายครั้ง จนมาถึงกฎหมาย National Health Insurance Law ออกในปี พ.ศ. 2501 และบังคับใช้จริงจึงในปี พ.ศ. 2504 ทำให้ประเทศญี่ปุ่นมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาจนถึงปัจจุบัน จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2539 งบประมาณหลัก (84%) ที่ใช้สนับสนุนระบบประกันสุขภาพของประเทศมาจากเบี้ยประกันที่จ่ายจากผู้จ้างงาน ผู้ถูกจ้างงาน และรัฐบาล และมีการจ่ายค่าใช้จ่ายจริง (Out-of-pocket) ประมาณ 12% ประชาชนทุกคนอยู่ในระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ (Kai Hoken) จะแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้ถูกจ้างงานและผู้พึ่งพิง (Employee's Health Insurance) 2) ระบบประกันสุขภาพสำหรับเจ้าของกิจการ ผู้เกษียณอายุและผู้พึ่งพิง (National Health Insurance, Kokuho) และ 3) ระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (Health Insurance for the Elderly, Roken) นอกจากนี้ยังมี Sickness Fund อีกหลายร้อยกองทุน ที่ให้สิทธิประโยชน์ในรูปแบบเงินสดเพิ่มเติมด้วย

3.1.3.2 Employee's Health Insurance ประกอบด้วย 3 ประเภทย่อย

1) Society-managed Health Insurance (Kumiai) ครอบคลุมผู้ถูกจ้างงานในสถานประกอบการขนาดใหญ่ คิดเป็น 25.4% ของประชากร

2) Government-managed Health Insurance (Seikan) ครอบคลุมผู้ถูกจ้างงานในสถานประกอบการขนาดกลางและเล็ก ครอบคลุมประชากรที่เหลือ 30.7%

3) Mutual Aid Associations (Kyoasai Kumiai) ครอบคลุมพนักงานของรัฐ ครูเอกชน และผู้พึ่งพิงคิดเป็น 9.2% ของประชากร อัตราเบี้ยประกัน 8.5% ผู้ป่วยในระบบนี้ หากเป็นผู้ประกันตนต้องร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ 10% ในขณะที่ผู้พึ่งพิงของผู้ประกันตน ต้องจ่ายค่าบริการผู้ป่วยใน 20% และค่าบริการผู้ป่วยนอก 30%

National Health Insurance เป็นระบบประกันสุขภาพชุมชน (Community-based Health Insurance) ครอบคลุมผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพในสถานประกอบการ เช่น เจ้าของกิจการ ชาวนา ผู้เกษียณอายุ รวมทั้งผู้พึ่งพิง คิดเป็น 34.7% ของประชากร แม้ว่าจะมีสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพเหมือนกับ Employee's Health Insurance แต่ผู้ประกันตนในกลุ่มนี้จะมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) ที่สูงกว่า และได้รับสิทธิประโยชน์ในรูปแบบเงินสดที่จำกัดกว่า อัตราการจ่ายเบี้ยประกันจะแตกต่างกันไปตามพื้นที่และขึ้นอยู่กับรายได้และทรัพย์สินที่มีอยู่ ผู้ป่วยในระบบนี้หากเป็นผู้ประกันตนต้องร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ 30% หากเป็นผู้เกษียณอายุต้องจ่าย 20% ในขณะที่ผู้พึ่งพิงของผู้เกษียณอายุต้องจ่ายค่าบริการผู้ป่วยใน 20% และค่าบริการผู้ป่วยนอก 30% สำหรับทั้งสองระบบข้างต้น ได้มีการกำหนดเพดานการมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพไว้ที่ 64,000 เยนต่อเดือน สามารถต่ำกว่านี้ได้ หากมีฐานะยากจนมากหรือได้เคยจ่ายถึงระดับสูงสุดมาแล้ว 3 เดือน ใน 1 ปี

Health Insurance for the Elderly เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2526 เพื่อเป็นการกระจายความเสี่ยงทางสุขภาพระหว่างกองทุนต่าง ๆ และเพื่อเป็นการมีส่วนร่วมจ่ายมากขึ้น ผู้ประกันตนในสองระบบแรกที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป และผู้พิการที่มีอายุ 65 - 69 ปี จะต้องเข้าระบบนี้ จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2541 ผู้ป่วยต้องจ่าย 500 เยนต่อวัน (สูงสุดไม่เกิน 2,000 เยน ต่อเดือน) สำหรับบริการผู้ป่วยนอก และ 1,100 เยนต่อวัน สำหรับบริการผู้ป่วยใน เงินที่ได้จะเป็นเงินกองทุนสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ (Pooled Fund for the Elderly)¹⁷

3.1.4 ประเทศไต้หวัน

ประเทศไต้หวันใช้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นแบบบังคับครอบคลุมประชากรทุกคนมีผู้ซื้อรายเดียว ค่าบริการจัดการโรงพยาบาลถูกจำกัดไว้ไม่ให้สูงกว่าร้อยละ 3.5 ของค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพ สิทธิที่ผู้ประกันตนได้รับการรักษาพยาบาลทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การตรวจทางห้องปฏิบัติการและเอกซเรย์ ค่ายาตามใบสั่งแพทย์และยาจำหน่ายตามร้านขายยา (over-the-counter drug : OTC) ที่จำเป็นบางส่วน การทำฟัน การรักษากับแพทย์จีน การป้องกันโรค บริการเพื่อคัดกรองโรค ได้แก่ การตรวจร่างกาย ให้ผู้ที่เสี่ยงต่อโรคเรื้อรังที่พบบ่อย การดูแลก่อนคลอดการติดตามดูแลเด็กหลังคลอด และการดูแลรักษาที่บ้าน (Home care services)¹⁸

ระบบการประกันสุขภาพของไต้หวันมีแหล่งที่มาของเงินงบประมาณจากการหักจากเงินเดือนของผู้ที่มีรายได้รายเดือน สมทบด้วยส่วนของนายจ้าง และสมทบโดยรัฐจากภาษีทั่วไป และรายได้อื่น ๆ ของรัฐ เช่น จากการนำเงินไปลงทุน เงินรายได้จากสลากรัฐบาล (Social welfare lottery) และจากภาษีบุหรี่และไวน์ เงินทั้งหมดรวมเข้าเป็นกองทุนเดียว นอกจากนั้นมาจากการร่วมจ่ายค่าบริการของผู้ป่วย ทั้งนี้ อัตราการจ่ายค่าเบี้ยประกันสุขภาพได้ถูกกำหนดตั้งแต่กลางปี พ.ศ. 2537 แบ่งอัตราการจ่ายค่าเบี้ยประกันออกเป็น 6 กลุ่ม ในแต่ละกลุ่มรัฐจะให้เงินสมทบในอัตราที่แตกต่างกัน เช่น สำหรับกลุ่มผู้ยากจนและกลุ่มทหารผ่านศึกรัฐจ่ายให้ทั้งหมด กลุ่มครูโรงเรียนเอกชนจ่ายร้อยละ 40 ของค่าเบี้ยประกัน นายจ้าง (เจ้าของโรงเรียนเอกชน) จ่ายร้อยละ 30 รัฐจะจ่ายสมทบอีกร้อยละ 30 ในขณะที่กลุ่มของผู้ที่มีกิจการของตนเองและกลุ่มของนักวิชาชีพต้องจ่ายเองทั้งหมดรัฐไม่จ่ายเงินสมทบ เงินที่เก็บจากแต่ละกลุ่มรวมเข้าเป็นกองทุนเดียวโดยผู้ป่วยนอกต้องจ่ายค่าลงทะเบียนผู้ป่วย (registration free) และจ่ายค่าบริการในอัตราคงที่เมื่อรักษาที่โรงพยาบาลหรือคลินิกในพื้นที่ และต้องจ่ายเพิ่มเล็กน้อยเมื่อรักษาที่โรงพยาบาลของศูนย์เขตหรือจ่ายเพิ่มอีกจำนวน

¹⁷ กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์. เล่มเดิม. หน้า 41 - 44.

¹⁸ วิจิต เปานิล. การปฏิรูประบบสุขภาพ : กรณีศึกษาประเทศไต้หวัน. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2543.

หนึ่งเมื่อเข้ารับการรักษาในศูนย์การแพทย์โดยไม่ได้รับการรักษาตามระบบการส่งต่อผู้ป่วย ดังนั้น การไปพบแพทย์แต่ละครั้งผู้ป่วยต้องจ่ายเงินตนเอง ส่วนผู้ป่วยในต้องร่วมจ่ายร้อยละ 10 - 30 ของ ค่ารักษาพยาบาล ขึ้นกับระยะเวลาที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลและโรคที่เป็น หากพัก ในโรงพยาบาลนานต้องจ่ายร่วมในอัตราสูง แต่ทั้งนี้ได้กำหนดเพดานสูงสุดไว้ว่าผู้ป่วยจะจ่าย ไม่เกินระดับที่กำหนดต่อครั้ง ที่นอนโรงพยาบาล และไม่เกินเพดานต่อปีส่วนที่เกินกองทุนประกัน สุขภาพจะเป็นผู้รับผิดชอบ สำหรับผู้ป่วยในกรณีที่มาคลอดบุตร การรักษาเพื่อป้องกันโรค การป่วย จากโรคที่ต้องเสียค่ารักษาสูง (Catastrophic diseases) รวมทั้งคนจน ทหารผ่านศึกและครอบครัว ผู้ที่อาศัยบริเวณภูเขาสูงและบนเกาะไม่ต้องร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่าย¹⁹

สำหรับมาตรการจ่ายค่าบริการนั้น จะจ่ายผู้ให้บริการปฐมภูมิแบบส่วนร่วมจ่ายโดยคิด จากการรับบริการแล้วสามารถเบิกโดยตรงจากแผนพัฒนาสุขภาพของรัฐ (Fee-for-service) ในขณะที่ ผู้ให้บริการทุติยภูมิและตติยภูมินั้น เดิมเป็นการร่วมจ่ายแบบคู่จากการเข้ารับบริการ (Fee-for-service) เช่นเดียวกัน ต่อมาได้นำเอาระบบการจ่ายเงินให้กับสถานบริการหลาย ๆ วิธีมาใช้ร่วมกัน (Multiple payment systems) ทั้งแบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) สำหรับบางโรค (Global budget) สำหรับการดูแลรักษาโรคพื้น และแบบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับผู้ที่อยู่ในเกาะ เพื่อเพิ่มความ คล่องตัวในการทำงานของแพทย์และลดปัญหาการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่าย²⁰ ได้หวั่น มีกฎหมายบังคับ ว่า คนได้วันทุกคนต้องเสียภาษี เพื่อพัฒนาประเทศ แต่ถึงกระนั้นเวลาเจ็บป่วยก็ต้องร่วมจ่ายด้วย เช่นกัน²¹

3.1.4.1 การมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ

การมีส่วนร่วมจ่ายของไต้หวัน มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อกระตุ้นให้ผู้ประกันตนไปรับ บริการพื้นฐานที่สถานบริการขนาดเล็กและส่งเสริมการแพทย์แผนจีน ในระยะแรกของโครงการมี การเก็บส่วนร่วมจ่ายแบบพื้นฐาน (Basic Co-payment) ต้องเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้นตามขนาดของ สถานพยาบาลที่ไปรับบริการ จะไม่มีการเก็บค่ายา ค่าตรวจวินิจฉัย และค่ารักษาเพิ่มเติม หลังจากนั้น ได้มีการปรับขึ้นอัตราส่วนร่วมจ่ายหลายครั้ง ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2540 ได้เริ่มเก็บค่าบริการผู้ป่วย นอกบางอย่าง ค่ากายภาพบำบัด ค่ายา และค่าบริการเพิ่มเติมสำหรับผู้ที่มาใช้บริการผู้ป่วยนอก เกินกว่า 25 ครั้งต่อปี ต่อมาในปี พ.ศ. 2541 ได้เพิ่มอัตราส่วนร่วมจ่ายในโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ และในปี พ.ศ. 2545 ได้มีการปรับเพิ่มการเก็บค่าบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่โรงพยาบาล

¹⁹ เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. ข. หน้า 63 – 64.

²⁰ รายงานฉบับสมบูรณ์ (Final Report). เล่มเดิม. หน้า 22 – 23.

²¹ กิจาพล วัฒนกุล. “สารจากผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์”. *หมอใหม่* 2555. สำนักงาน เลขาธิการแพทยสภา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. หน้า 26.

ขนาดใหญ่และโรงเรียนแพทย์ มีผลทำให้ความพึงพอใจของประชาชนลดลงแต่ก็กลับดีขึ้นในเวลาต่อมา

3.1.4.2 การมีส่วนร่วมจ่ายได้รับการยกเว้นในกรณีต่อไปนี้

โรคที่รุนแรงและโรคเรื้อรัง (Catastrophic & Rare diseases) คลอดบุตร บริการทางการแพทย์ในถิ่นทุรกันดาร ครอบครัวยากได้น้อย ทหารผ่านศึก และเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี²²

3.2 ส่วนร่วมจ่ายที่ขึ้นอยู่กับระบบฐานประชากร

ส่วนร่วมจ่ายที่รัฐจะเป็นผู้รับผิดชอบจ่ายค่ารักษาสุขภาพให้กับประชาชนภายในรัฐเป็นหลัก โดยถือว่าประชาชนเป็นผู้เสียภาษีให้รัฐ รัฐจำเป็นต้องจัดสวัสดิการให้ประชาชน พบว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในรัฐเหล่านี้ค่อนข้างสูง

3.2.1 ประเทศสหราชอาณาจักร

ประเทศสหราชอาณาจักรสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชากรตั้งแต่ปี ค.ศ. 1948 รัฐเป็นผู้จ่ายและจัดบริการโดยมีบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service, NHS) เป็นองค์กรหลักในการจัดการประกันสุขภาพและบริการโดยภาคเอกชนเป็นเพียงส่วนน้อย และระบบเสริมที่จัดโดยรัฐ²³ ระบบบริการด้านสุขภาพของประเทศสหราชอาณาจักรส่วนใหญ่เป็นระบบของรัฐ ให้ความคุ้มครองด้านบริการทางการแพทย์แก่ทุกคน ครอบคลุมทั้งทางด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม ไม่คำนึงถึงรายได้ของผู้มารับบริการ และไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเมื่อไปรับบริการ เรียกว่าระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ ในระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ มีการจัดองค์กรเป็นหลายระดับตั้งแต่ กระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบในเรื่องการจัดหางบประมาณมาจากภาษีและกระจายไปสู่พื้นที่ต่าง ๆ แบ่งเป็น 14 เขตในอังกฤษ ดูแลโดย Regional Health Authorities: RHA ส่วนในกรณีของสกอตแลนด์ เวลส์ และไอร์แลนด์เหนือจะบริหารจัดการโดยสำนักงานแห่งชาติ (National Office) และมี District Health Authorities (DHA) ดูแลในระดับอำเภออีกทีหนึ่ง นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขยังให้งบประมาณแก่ Family practitioner committees (FPCs) ในการดำเนินการบริการสาธารณสุขแบบปฐมภูมิ และ Special Health Authorities (SHA) รับผิดชอบด้านการตั้งราคาและการฝึกอบรม สำหรับการคลังของระบบนั้น แหล่งรายได้สำหรับบริการด้านสุขภาพที่จัดโดยระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health service) มาจากภาษี

²² กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์. เล่มเดิม. หน้า 69 – 71.

²³ วีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์. การปฏิรูประบบสุขภาพ : กรณีศึกษาประเทศอังกฤษ. รายงานวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2543.

ทั่วไป จากค่ายาและรายได้อื่นอีกเล็กน้อย งบประมาณมีการจัดสรรเป็นรายปี การใช้บริการทางการแพทย์และโรงพยาบาลทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ผู้ป่วยร่วมจ่ายค่ายาตามใบสั่งยา ยาที่ซื้อเองโดยไม่มีใบสั่งยาและแว่นตาไม่ได้ครอบคลุม ในขณะที่การบริการภาคเอกชนมาจากการซื้อประกันเอกชน ต้องจ่ายเบี้ยประกันเอง ยกเว้นเด็ก คนชรา และผู้ป่วยบางกลุ่ม²⁴

ลักษณะของประเทศสหราชอาณาจักรเป็นเกาะที่มีประชากรอาศัยอยู่ 60 ล้านคน มีการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2491 รัฐบาลเป็นทั้งผู้ซื้อและผู้ให้บริการ มี National Health Service (NHS) เป็นองค์กรหลักในการบริหารจัดการตามกฎหมาย National Health Service Act พ.ศ. 2520 ประชาชนทุกคนสามารถรับบริการสุขภาพโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพของประเทศสหราชอาณาจักร มี Department of Health ทำหน้าที่กำหนดนโยบายสุขภาพต่าง ๆ รวมทั้งดูแล National Health service (NHS) นอกจากนี้ยังมีกระทรวงอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพอีก ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ ได้รับการปฏิรูปเพื่อให้มีประสิทธิภาพและให้เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมากขึ้น โครงสร้างปัจจุบัน จะมี Primary Care Groups (PCGs) หมายถึงกลุ่มของแพทย์เวชปฏิบัติที่รับผิดชอบสุขภาพของประชาชนตั้งแต่ 50,000 ถึง 250,000 คน ส่วนที่สองคือ National Health service Trusts เป็นคู่สัญญาที่มีหน้าที่ดูแลการให้บริการสุขภาพ ด้วยอัตราการเพิ่มงบประมาณผ่านกลไกภาษีที่น้อยกว่าอัตราการเพิ่มค่าใช้จ่ายสุขภาพ

3.2.1.1 ระบบประกันสุขภาพและการมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ

ระบบสุขภาพของประเทศอังกฤษใช้เงินภาษีเป็นแหล่งงบประมาณหลัก และมีเงินจากระบบประกันสุขภาพ (National Insurance) เพิ่มเติมอีกเล็กน้อย ในขณะที่การมีส่วนร่วมได้จากค่ายา ค่าตรวจทางจักษุกรรม และค่าบริการทันตกรรมเพียงเล็กน้อย ในประเทศไอร์แลนด์พบว่าประชาชนที่ไม่เคยต้องมีส่วนร่วมจ่าย ส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับการต้องมีส่วนร่วมจ่าย ในขณะที่ประชาชนที่ต้องมีส่วนร่วมจ่ายอยู่แล้วเห็นด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าควรเก็บค่าบริการเพิ่มหากมีการฉีด²⁵

3.2.2 ประเทศออสเตรเลีย

ประเทศออสเตรเลียมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้ Medicare ประชากรได้รับการคุ้มครองในสิทธิประโยชน์พื้นฐานตามที่ระบุใน Medical Benefits Scheme (MBS) และ

²⁴ รายงานฉบับสมบูรณ์ (Final Report). เล่มเดิม. หน้า 31 – 33.

²⁵ กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์. เล่มเดิม. หน้า 75 – 80.

Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS) โครงสร้างของระบบมีการแยกระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการ และมีความผูกพันโดยสัญญา (Contractual Mode) การบริหารจัดการเป็นระบบกองทุนเดียว คือ Medicare บริหารโดย Health Insurance Commission ทั้งนี้ Medicare ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการ จ่ายค่าบริการพื้นฐานแก่ผู้ให้บริการไม่ว่าจะเป็นผู้ให้บริการภาครัฐหรือเอกชน ในทำนองเดียวกัน ผู้ที่ซื้อประกันสุขภาพเอกชนสำหรับบริการอื่น ๆ นอกrayการก็สามารถเลือกใช้บริการสุขภาพที่ให้ โดยรัฐหรือเอกชนได้เช่นกัน เนื่องจากมีระบบการเมืองเป็นแบบสหพันธรัฐจึงมีการแบ่งบทบาทหน้าที่ระหว่างรัฐบาลกลางกับรัฐบาลของมลรัฐและเขตปกครอง (State/Territory) ต่าง ๆ รัฐบาลกลางดูแลทางด้านนโยบายรวมสิทธิประโยชน์ของประชาชนทางด้านยาและบริการแพทย์ นอกโรงพยาบาล (nursing) รวมทั้งดูแลโรงพยาบาลรัฐและโครงการส่งเสริมสุขภาพบางส่วน ในขณะที่รัฐบาลของมลรัฐรับผิดชอบบริการสุขภาพในชุมชน โรงพยาบาลรัฐและโครงการต่าง ๆ²⁶ สำหรับการคลังของระบบนั้น ระบบการประกันสุขภาพของประเทศออสเตรเลียมีแหล่งที่มาของงบประมาณจากภาษีทั่วไปที่จัดเก็บโดยรัฐบาลกลาง เงินที่จัดสรรเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสุขภาพ ถูกแบ่งเป็น 2 ก้อน²⁷

- 1) รัฐบาลกลางจัดสรรให้กับรัฐบาลมลรัฐและเขตปกครองต่าง ๆ
- 2) รัฐบาลกลางจัดสรรให้โดยตรงแก่ผู้ให้บริการ เป็นค่าตอบแทนการให้บริการตามสิทธิประโยชน์ในโครงการ Medicare

ทั้งนี้ ในส่วนภาระทางการเงินที่เกิดกับประชาชนหรือผู้ป่วยนั้น กรณีการใช้บริการตามสิทธิประโยชน์พื้นฐาน ผู้ป่วยต้องจ่ายร่วมร้อยละ 15 ของการจ่ายตามรายการ รายโรค หรือรายหัตถการ (schedule fee) สำหรับบริการที่คลินิก และร้อยละ 25 สำหรับบริการผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาล ในกรณีที่รับบริการที่คลินิกของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปซึ่งเป็นผู้สัญญาบัตรกับ Medicare ที่ยอมรับอัตราค่าจ่ายจาก Medicare ผู้ป่วยไม่ต้องมีส่วนร่วมจ่าย ในกรณีที่รับบริการที่คลินิกของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่เรียกเก็บอัตราเงินจ่ายตามรายการ รายโรค หรือรายหัตถการ (Schedule fee) ผู้ป่วยต้องจ่ายส่วนที่เกินนั้นเอง มีระเบียบกำหนดเพดานต่อครั้ง บริการนอกเหนือจาก Medicare Benefits Scheme ผู้ป่วยต้องรับภาระเองทั้งหมด หรืออาจซื้อประกันเอกชนคุ้มครองก็ได้ ส่วนภาระค่ายาเป็นแบบที่มีการร่วมจ่ายและการรองรับด้วย safety net กล่าวคือ สำหรับผู้ป่วยทั่วไป ยาตามใบสั่งต้องร่วมจ่ายในอัตราคงที่ต่อรายการยาที่ไม่ต้องใช้ใบสั่งยาหาซื้อ

²⁶ จเร วิชาไทย. การปฏิรูประบบสุขภาพ : กรณีศึกษาประเทศออสเตรเลีย. รายงานการวิจัย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2542.

²⁷ รายงานฉบับสมบูรณ์ (Final Report). เล่มเดิม. หน้า 33 – 34.

ได้จากร้านยาต้องจ่ายเอง ทั้งนี้ สำหรับบริการผู้ป่วยในภายใต้ Medicare Benefits Scheme ไม่ต้องจ่ายค่าบริการใด ๆ รวมทั้งค่ายา²⁸

ประเทศออสเตรเลีย มีประชากร 20 ล้านคนส่วนใหญ่อยู่ในเขตเมือง ปกครองในระบบรัฐบาลกลาง (Federal Government) ที่มี 8 มลรัฐ (States) ประชากรมีความหลากหลายทางวัฒนธรรมสูง โดยส่วนใหญ่เป็นผู้อพยพเข้าและมีคนพื้นเมืองประมาณ 2.4% ของประชากร ประชากรมีรายได้และสุขภาพต่ำกว่ามาตรฐานของประเทศ 46% ของค่าใช้จ่ายสุขภาพจ่ายโดยรัฐบาลกลาง และ 22% จ่ายโดยมลรัฐ และมีการจ่ายค่าใช้จ่ายจริง (Out-of-pocket) ประมาณ 20% ส่วนใหญ่เป็นค่ายา บริการทันตกรรม และค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ รัฐบาลกลางเป็นผู้ดูแลนโยบายสุขภาพหลักและงบประมาณที่เกี่ยวข้อง ในขณะที่มลรัฐจะมีอิสระในการให้บริการสุขภาพ เนื่องจากถือเป็นเจ้าของโรงพยาบาลรัฐ และมีรัฐบาลท้องถิ่น (Local Government) ที่ดูแลเรื่องเกี่ยวกับการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ยังมีผู้ให้บริการเอกชนจำนวนหนึ่ง อย่างไรก็ตามบทบาทความรับผิดชอบเกี่ยวกับสุขภาพระหว่างรัฐบาลระดับต่าง ๆ หรือระหว่างรัฐกับเอกชนยังไม่ชัดเจน เนื่องจากการแปรรูปรัฐวิสาหกิจ (Privatization) มากขึ้นเรื่อย ๆ การปรับเปลี่ยนขนาดใหญ่ใด ๆ ต่อระบบสุขภาพของประเทศ จะต้องได้รับความเห็นชอบจากทั้งรัฐบาลกลางและมลรัฐ

3.2.2.1 ระบบประกันสุขภาพและการมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ

ในปี พ.ศ. 2518 มีการเริ่มระบบประกันสุขภาพ Medibank และได้ก่อตั้ง Health Insurance Commission (HIC) ขึ้นเพื่อบริหารจัดการ กำหนดว่าผู้ป่วยอาจเลือกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เองไปก่อน แล้วเบิกคืนได้ 85% ของราคากลางจาก Medibank หรือ แพทย์อาจเป็นผู้เบิกเงิน 85% นั้นเอง ผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ จะเห็นได้ว่าแพทย์จะมีรายได้จากวิธีแรกมากกว่า ในช่วง 7 - 8 ปีต่อมา Medibank ได้รับการปรับเปลี่ยนเป็นระยะ ๆ เช่น ประชาชนสามารถเลือกได้ว่าจะออกจากโครงการเพื่อไปซื้อประกันสุขภาพเอกชน หรือ จ่ายภาษี 2.5% เพื่อเป็นค่าเบี้ยประกันให้ Medibank ต่อมาทำให้เกิดปัญหาประชาชนขาดหลักประกันสุขภาพมากขึ้นเรื่อย ๆ จึงได้มีการรื้อฟื้นระบบประกันสุขภาพใหม่ เป็นแบบปัจจุบัน ใช้นาม Medicare ใช้เงินภาษีเป็นแหล่งงบประมาณหลัก ใช้อัตรา 1.5% ของรายได้ ผู้มีรายได้น้อยจะได้รับการยกเว้น ส่วนผู้ที่มีรายได้สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดแต่ไม่ได้ทำประกันสุขภาพเอกชนต้องจ่ายเพิ่มอีก 1% ของรายได้ Medicare ครอบคลุมประชาชนทุกคน ประชาชนชาวนิวซีแลนด์ที่อยู่ในประเทศ ตลอดจนนักท่องเที่ยวจากประเทศที่มีข้อตกลงร่วมกัน โดยหลักการผู้ประกันตนสามารถรับบริการทั้งแบบผู้ป่วยนอกและ

²⁸ เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. ข. หน้า 32-33.

ผู้ป่วยในจากโรงพยาบาลของรัฐได้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ส่วนการรับบริการจากที่อื่น ๆ จะใช้ Medical Benefits Schedule และ Pharmaceutical Benefits Schedule เพื่อช่วยสงเคราะห์ค่าบริการ และค่ายาบางอย่าง ยกเว้นบริการบางอย่าง เช่น การทำเด็กหลอดแก้ว (IVF : in vitro fertilization) ศัลยกรรมตกแต่ง บริการทันตกรรมและการแพทย์ทางเลือกจากภาคเอกชน²⁹

3.2.3 ประเทศนิวซีแลนด์

ประเทศนิวซีแลนด์มีระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด ระบบบริการสุขภาพ ภาพรวมยังถือว่าเป็นระบบบริการสุขภาพของรัฐ และบริหาร โดยองค์กรเดียว คือ Health Funding Authority (HFA) ภายใต้กระทรวงสุขภาพ ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการรายเดียว (single payer) จะทำสัญญาซื้อกับผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและภาคเอกชน รัฐมีบทบาทหลักในการดูแลด้านสุขภาพ ทั้งนี้การกำหนดคิทธิประโยชน์ในการได้รับบริการต่าง ๆ สำหรับประชากรไว้อย่างชัดเจน ครอบคลุมด้านต่าง ๆ ดังนี้ 1) บริการสาธารณสุข 2) บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ รวมถึงแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป บริการอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน การวางแผนครอบครัว การให้วัคซีน การคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก การรักษาโรคที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งการเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลเด็กและผู้ป่วย 3) บริการวินิจฉัยโรคเบื้องต้นการจ่ายยา รวมทั้งบริการสนับสนุนอื่น ๆ สามารถมีได้จากการส่งต่อของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 4) บริการดูแลตั้งครรภ์และการคลอด 5) บริการทันตกรรม เป็นบริการ การป้องกัน การให้สุขศึกษา รวมทั้งการอุดฟัน ให้บริการแก่เด็กในโรงเรียน ผู้ใหญ่โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย 6) บริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ และบริการผ่าตัด 7) บริการด้านจิตเวช 8) บริการสำหรับผู้ทุพพลภาพ³⁰ แหล่งงบประมาณหลักของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพคือได้มาจากรัฐ ใช้จ่ายประชาชน ในการสนับสนุนส่วนที่เหลือมาจากเงินที่บุคคลจ่ายสมทบและส่วนของประกันสุขภาพเอกชน

ส่วนร่วมจ่ายในการเข้ารับบริการสาธารณสุข ผู้ป่วยใช้บริการฟรีในส่วนของ การป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ การดูแลหญิงมีครรภ์และการคลอด บริการทันตกรรมป้องกัน จิตเวช บำบัดยาเสพติด และบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ผู้ป่วยต้องจ่ายค่าบริการเวชปฏิบัติทั่วไป ตามระดับรายได้ของผู้ป่วย หากมีส่วนต่างของค่าบริการที่ให้ผู้บริการเรียกเก็บกับค่าบริการที่จ่ายตามระดับรายได้ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในส่วนนี้คือ รัฐบาลจะเป็นผู้จ่ายในส่วนนี้แทน นอกจากนี้ รัฐยังอุดหนุนให้กับผู้ป่วยบางกลุ่ม เช่น ผู้มีรายได้น้อยและเด็กเป็นอัตรารายครั้ง ผู้ป่วย

²⁹ กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์. เล่มเดิม. หน้า 25.

³⁰ สวาง นิตยารัมพงศ์. (2543). การปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศนิวซีแลนด์. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ.2543.

ต้องร่วมจ่ายค่ายาตามจำนวนรายการยา มีเพดานค่าใช้จ่ายต่อปีกำหนดไว้รัฐรับผิดชอบเมื่อผู้ป่วยจ่ายเกินเพดาน และอัตราการรวมจ่ายเพิ่มขึ้นตามรายได้ของผู้ป่วยแต่ไม่เกินเพดานที่ต้องจ่ายต่อปี³¹

3.3 ส่วนร่วมจ่ายที่ขึ้นอยู่กับระบบฐานการจ้างงานและระบบรัฐบาลดูแล

ส่วนร่วมจ่ายที่ผสมระหว่างประกันสังคม และรัฐมีส่วนรับผิดชอบร่วม โดยรัฐจะมีส่วนร่วมจ่ายให้ ในระบบประกันสังคมหรือที่เรียกว่าระบบไตรภาคี (นายจ้าง ลูกจ้าง รัฐ) ระบบสวัสดิการข้าราชการ และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3.3.1 ประเทศเกาหลีใต้

ประเทศเกาหลีใต้มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าภาคบังคับ โดยชุดสิทธิประโยชน์มีลักษณะจำกัดเบี้ยประกันกำหนดในอัตราค่า บริการที่ครอบคลุมชุดสิทธิประโยชน์ เช่น บริการผู้ป่วยนอกบริการในโรงพยาบาล บริการอนามัยแม่และเด็ก ค่าเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและยา (ทั้งที่มีใบสั่งยาและไม่มีใบสั่งยา) และการแพทย์แผนตะวันออก เป็นต้น ระบบประกันสุขภาพบริหารโดยกองทุนจำนวนมาก ครอบคลุมประชากรเป้าหมายแตกต่างกัน คือ 1) กลุ่มผู้ใช้แรงงานในภาคอุตสาหกรรม อยู่ภายใต้การจัดการบริการของ Employees' Health Insurance Societies 2) กลุ่มพนักงานของรัฐและครู อยู่ภายใต้การดำเนินงานของ Korea Medical Insurance corporation และ 3) กลุ่มบุคคลที่ไม่มีรายได้ประจำ (ร้อยละ 49 ของประชากร) อยู่ภายใต้การดูแลของ Rural and Urban Health Insurance Societies³²

ในปี พ.ศ. 2541 ได้มีการรวมกองทุนประกันสุขภาพสำหรับกลุ่มบุคคลที่ไม่มีรายได้ประจำเข้าเป็นกองทุนเดียวกัน และรวมเข้ากับประกันสุขภาพของกลุ่มข้าราชการและครูโรงเรียนเอกชนเป็น National Health Insurance Corporation ทั้งหมดอยู่ภายใต้การดูแลของ National Federation of Medical Insurance และในที่สุดรัฐบาลเกาหลีใต้กำหนดให้มีการรวมกองทุนประกันสุขภาพอีกครั้งให้เหลือเพียงกองทุนเดียวในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2543

ประชาชนไม่ได้สิทธิเลือกกองทุน ไม่มีการแข่งขันระหว่างกองทุน ขณะเดียวกันกองทุนเหล่านี้ก็ไม่มีสิทธิเลือกทำสัญญากับผู้ให้บริการเอง เนื่องจากเป็นบทบาทหน้าที่ของ National Federation of Health Insurance ดังนั้น กองทุนเหล่านี้จึงทำหน้าที่เพียงแต่เป็นตัวกลางที่פקเงินก่อนที่จะจ่ายให้กับผู้ให้บริการและสถานพยาบาลเท่านั้น นอกจากนี้ยังมีประชาชนอีก

³¹ เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์. ข. หน้า 41 – 43.

³² สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. ก. การปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษาประเทศสาธารณรัฐเกาหลี. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยสาธารณสุข พ.ศ. 2543.

ประมาณร้อยละ 3.6 ที่มีฐานะยากจนอยู่ภายใต้การดูแลของ Medical Aid Program ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาล³³

ระบบการประกันสุขภาพของเกาหลีใต้มีแหล่งที่มาของงบประมาณจาก 3 แหล่งที่สำคัญคือ บุคคลจ่ายเบี้ยประกันและร่วมจ่ายค่าบริการ นายจ้างสมทบค่าเบี้ยประกัน และรัฐใช้เงินภาษีสนับสนุนกองทุนและจ่ายในโครงการช่วยเหลือผู้ยากจน ทั้งนี้ ประชาชนหรือผู้ป่วยมีภาระทางการเงิน เบี้ยประกันจ่ายตามสัดส่วนของเงินเดือน ร้อยละ 3.24 สำหรับลูกจ้างในบริษัทเอกชน และร้อยละ 3.8 สำหรับกลุ่มข้าราชการและครู ทั้งนี้ นายจ้างและลูกจ้างต้องจ่ายคนละครึ่ง (นายจ้างออกร้อยละ 30) สำหรับในกลุ่มประชาชนที่ไม่มีรายได้ประจำคำนวณอัตราดอกเบี้ยประกันจากรายได้ทรัพย์สินและขนาดของครัวเรือน รัฐบาลช่วยสนับสนุนสมทบงบประมาณ ร้อยละ 30 ของรายจ่ายทั้งหมด ในส่วนของผู้ป่วยในนั้น ต้องมีส่วนร่วมจ่ายร้อยละ 20 ของค่าบริการ ผู้ป่วยนอกมีส่วนร่วมจ่ายตามประเภทบริการ ระดับของโรงพยาบาลและขนาดของค่าใช้จ่าย ตั้งแต่ร้อยละ 30.55 เป็นต้นไป นอกจากนี้ ยังต้องจ่ายค่าธรรมเนียมการส่งยาของแพทย์และมีส่วนร่วมจ่ายสำหรับค่ายาด้วย และหากเป็นรายการที่ไม่ครอบคลุมในระบบประกันสุขภาพประชาชนก็ต้องจ่ายเอง สำหรับมาตรการจ่ายค่าบริการนั้น ทั้งผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ ผู้ให้บริการ ทุติยภูมิ และตติยภูมิจะได้รับค่าบริการแบบร่วมจ่ายตามการเข้ารับบริการ (Fee-for-service) ตามรายการบัญชีราคาบริการต่าง ๆ ที่กำหนดโดยรัฐบาล³⁴

3.3.1.1 ระบบประกันสุขภาพและการมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ

ประเทศเกาหลีใต้ได้ออก Medical Insurance Act ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2506 ต่อมาในปี พ.ศ. 2520 ก็ได้เริ่มโครงการประกันสุขภาพสำหรับสถานประกอบการที่มีลูกจ้างมากกว่า 500 คน และในอีก 2 ปีถัดมาได้ขยายความครอบคลุมไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างมากกว่า 300 คน จนสามารถสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ในปี พ.ศ. 2532 ต่อมาในปี พ.ศ. 2543 ได้ก่อตั้ง National Health Insurance Corporation (NHIC) โดยการควบรวมระบบประกันสุขภาพย่อย ๆ ทั้งหมดไว้ที่เดียว (Single Insurer) และมี Health Insurance Review Agency (HIRA) ทำหน้าที่ทบทวนการเบิกค่าใช้จ่ายจากผู้ให้บริการว่ามีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใด

กองทุนที่ใช้บริหารจัดการ คือ เงินเบี้ยประกัน (Premium) จากสามส่วน คือ ผู้จ้าง ผู้ถูกจ้าง และเงินสมทบจากรัฐบาล

³³ เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์. ข. หน้า 58 – 59.

³⁴ รายงานฉบับสมบูรณ์ (Final Report). เล่มเดิม. หน้า 20 – 21.

ผู้ประกันตนแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1) ผู้ถูกจ้างในภาครัฐและเอกชน (Employee in Private Sector & Government/Private School Employee) และ 2) เจ้าของกิจการในเมืองและชนบท (Self-employed Insured in Urban and Rural Areas) ในปี 2548 ประชาชน 47 ล้านคน (96.4%) ได้รับหลักประกันสุขภาพจากโครงการ National Health Insurance (NHI) ในขณะที่ผู้มีรายได้น้อยอีกกว่า 1.7 ล้านคน (3.6%) ได้รับความคุ้มครองในโครงการ Medical Aid Program คือได้รับการสนับสนุนจากรัฐ ผู้ประกันตนประเภทที่ 1 จะใช้เงินเดือนเป็นฐานในการคำนวณ ส่วนผู้ประกันตนประเภทที่ 2 จะมีสูตรในการคำนวณ Contribution Points ตามรายได้และมูลค่าทรัพย์สินที่มีอยู่แล้วคูณกับ Value per point แล้วรัฐบาลจะรับผิดชอบครึ่งหนึ่งของจำนวนเงินที่คำนวณได้ ส่วนที่เหลือจะส่งเรียกเก็บจากผู้ประกันตน เงินสมทบที่รัฐบาลนำมาใช้ ส่วนหนึ่งมาจากภาษีทั่วไป (General Taxation) และอีกส่วนหนึ่งมาจากภาษีบุหรี่ (Tobacco Tax) ได้ช่วยทำให้สถานการณ์ทางการเงินดีขึ้นมากเมื่อเทียบกับก่อนปี พ.ศ. 2545 ในส่วนของชุดสิทธิประโยชน์ (Benefit Package) ประกอบด้วย ประโยชน์ด้านการใช้บริการ (Service Benefits) และประโยชน์ด้านตัวเงิน (Cash Benefits) ประโยชน์ด้านการใช้บริการ (Service Benefit) ครอบคลุมค่าใช้จ่ายทุกประเภทตลอดกระบวนการรักษา ตั้งแต่ค่าตรวจวินิจฉัย ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ วัสดุทางการแพทย์ ค่ารักษา ค่าผ่าตัด ค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมและป้องกันโรค ค่ากายภาพบำบัด รวมทั้งค่าเดินทาง ทั้งนี้ยกเว้นบริการที่ไม่จำเป็น เช่น การเสริมความงาม ส่วน Cash Benefits เป็นผลประโยชน์ที่ผู้ประกันตนจะได้รับในรูปแบบเงินสด ได้แก่ 1) การเบิกค่ารักษาคืนที่ได้สำรองจ่ายไปก่อนเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน 2) ค่าฌาปนกิจศพ (250,000 won) 3) การเบิกคืนเงินส่วนร่วมจ่ายหากได้จ่ายไปเกิน 1,200,000 won ใน 30 วัน 4) การกำหนดเพดานส่วนร่วมจ่ายโดยหากผู้ประกันตนได้จ่ายส่วนร่วมจ่ายไปเกิน 3,000,000 won ใน 6 เดือน จะได้รับการยกเว้นไม่ต้องจ่ายส่วนร่วมจ่ายอีกต่อไป 5) การเบิกคืนค่าอุปกรณ์สำหรับผู้พิการได้ 80%

ส่วนร่วมจ่ายของบริการผู้ป่วยนอกมีอัตราแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับประเภทและที่ตั้งของสถานพยาบาล เพื่อจูงใจให้ใช้บริการที่สถานบริการขนาดเล็กก่อน ตัวอย่าง การใช้บริการที่คลินิก ผู้ประกันตนที่อายุน้อยกว่า 65 ปี ต้องจ่ายค่าบริการ 3,000 won ผู้สูงอายุจ่าย 1,500 won ในกรณีที่ค่าใช้จ่ายไม่เกิน 15,000 won แต่หากเกินกว่านั้น ผู้ประกันตนต้องจ่าย 30% แต่หากเป็นที่โรงพยาบาลอัตราส่วนร่วมจ่ายจะเพิ่มขึ้นตามลำดับ ส่วนบริการผู้ป่วยใน ผู้ประกันตนต้องจ่ายอัตรากว่า 20% สำหรับบริการตรวจสุขภาพและคัดกรองโรครีเอริง ผู้ประกันไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ใดๆ ส่วนบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง 5 ชนิด จะมีระบบส่วนร่วมจ่ายเฉพาะ National Health Insurance Corporation (NHIC) จะจ่าย 80% และผู้ประกันตนจ่าย 20% สำหรับการตรวจคัดกรองมะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งเต้านม และมะเร็งตับ แต่หากเป็นมะเร็งปากมดลูก

ผู้ประกันตนสามารถรับบริการได้ฟรี บริการที่ไม่ฉุกเฉินและไม่จำเป็น จะไม่ได้รับความครอบคลุมตามสิทธิประโยชน์³⁵

3.3.2 ประเทศสิงคโปร์

ประเทศสิงคโปร์มีระบบการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภาคบังคับ มีระบบการคลังที่เป็นเงินออมสำหรับบุคคลและครอบครัว (Medical Saving) เสริมด้วย safety net สำหรับค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลบุคคลในระดับสูงและสำหรับผู้ยากไร้ในสังคม ผ่านระบบกองทุนที่มีวัตถุประสงค์ต่างกันแต่เสริมกัน 3 กองทุน คือ (1) Medisave (2) Medishield และ (3) Medifund กองทุนเหล่านี้บริหารโดยรัฐบาล ลักษณะพิเศษ คือ กองทุน Medisave เป็นกองทุนที่บริหารรวมแต่เป็นบัญชีบุคคลใช้สำหรับจ่ายค่าบริการสุขภาพของบุคคลและครอบครัว นอกจากนี้รัฐเป็นผู้จัดบริการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพจำนวนมากให้เป็นบริการฟรี³⁶

ระบบ Medisave สิงคโปร์ได้สร้างขึ้นเพื่อให้ประชาชนไว้ใช้จ่ายเมื่อเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีการดำเนินการในรูปของเงินออมส่วนบุคคล กำหนดให้ประชาชนสิงคโปร์ ที่มีงานทำหรือทำงานอาชีพอิสระได้มีบัญชีเงินออมเพื่อใช้จ่ายด้านสุขภาพเป็นของตนเองและครอบครัวและต้องหักเงินสู่บัญชี Medisave การจ่ายเงินเข้าสู่บัญชีเงินออม Medisave จะหยุดเมื่อมีการสะสมเงินเข้าสู่บัญชีถึงระดับที่กำหนด

ระบบ Medisave ยืนอยู่บนหลักการของการช่วยเหลือตนเองและความรับผิดชอบต่อตัวเองและครอบครัว ระบบจึงถูกออกแบบมาเพื่อเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนรักษาสุขภาพพลานามัย และป้องกันการใช้บริการทางการแพทย์เกินความจำเป็น รัฐจะอุดหนุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในรูปแบบของสัดส่วนค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยจ่ายเองและรัฐต้องจ่ายอุดหนุน เช่น หากผู้ป่วยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลของรัฐระดับ C รัฐจะให้การอุดหนุนถึงร้อยละ 80 ของค่าใช้จ่ายและให้ผู้ป่วยจ่ายเองร้อยละ 20 และรัฐจะลดการอุดหนุนในกรณีผู้ป่วยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลระดับที่สูงกว่า และไม่อุดหนุนในกรณีผู้ป่วยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลของรัฐระดับ A และโรงพยาบาลเอกชน รวมถึงการเบิกเงินจากบัญชีเงินออม Medisave นี้ยังมีเพดานควบคุมอีกไม่ให้เบิกเกินกว่าที่กำหนดไว้

นอกจากระบบ Medisave ที่เน้นให้ประชาชนมีเงินฝากเป็นของตัวเองแล้ว สิงคโปร์ยังสร้างระบบรองรับสำหรับค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่สูงมาก เรียกว่า Medishield มีลักษณะเป็นระบบ

³⁵ กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์. เล่มเดิม. หน้า 53 – 59.

³⁶ สุพัตรา ศรีวนิชชากร. (2543). *การปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศสิงคโปร์*. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2543.

ประกันสุขภาพแบบสมัครใจ ให้ประชาชนจ่ายสมทบเข้ากองทุนทุกปี ระบบนี้จะทำตัวเป็นเสมือนระบบประกันสุขภาพเอกชนที่เก็บเบี้ยประกันต่ำ และจะจ่ายค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อจากกองทุน Medisave แต่การจ่ายค่ารักษาจะเริ่มจ่ายเมื่อผู้ป่วยจ่ายเงินเป็นค่ารักษาพยาบาลเอง (deductible) จากการที่เบิกเงินเพดานที่ Medisave กำหนด นอกจากระบบประกันสุขภาพทั้งสองแล้ว สิงคโปร์ยังได้จัดตั้งระบบประกันสุขภาพขั้นสุดท้ายเรียกว่า Medifund เป็นกองทุนที่มีไว้สำหรับผู้ยากจน หรือผู้ที่ไม่มีความสามารถจะจ่ายค่ารักษาพยาบาล³⁷ ประเทศสิงคโปร์กำหนดให้มีส่วนร่วมจ่ายในระบบประกันสุขภาพ เพราะเชื่อว่าเป็นวิธีเดียวที่จะทำให้คนจะหันมาดูแลสุขภาพตัวเอง เพราะเจ็บมาก ป่วยบ่อย ก็ต้องร่วมจ่ายทุกครั้ง³⁸

สำหรับการคลังของระบบนั้น ระบบ Medisave และ Medishield หักจากรายได้บุคคล และเงินสมทบจากนายจ้าง ประชาชนแต่ละคนถูกหักประมาณร้อยละ 6 - 8 ของเงินเดือนเข้าบัญชี Medisave (อัตราเพิ่มขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น มีการกำหนดมูลค่าขั้นต่ำและเพดาน) ในขณะที่ Medifund นั้นจ่ายจากเงินภาษี ทั้งนี้ การใช้บริการปฐมภูมิ ผู้ป่วยรับผิดชอบค่าบริการเอง และบริการโรงพยาบาลมีการกำหนดเพดานค่าบริการที่เบิกได้ ผู้ป่วยที่ใช้บริการพื้นฐานที่กำหนดไม่ต้องร่วมจ่าย แต่ถ้าเลือกบริการโรงพยาบาลเอกชน หรือโรงพยาบาลรัฐที่เป็นหอผู้ป่วยระดับพิเศษต้องร่วมจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในส่วนที่เกินด้วย มาตรการจ่ายค่าบริการทั้งผู้ให้บริการปฐมภูมิ ผู้ให้บริการทุติยภูมิ และตติยภูมิจะจ่ายเป็นระบบร่วมจ่ายตามการเข้ารับบริการ (Fee-for-service) โดยรัฐกำหนดอัตราค่าบริการต่างกันในแต่ละระดับ และอุดหนุนกรณีรายรับโรงพยาบาลต่ำกว่าที่ตั้งไว้ โดยการชดเชยตามรายการ (subvention piece rate) และอุดหนุนให้ถึงเพดาน (revenue cap)³⁹

สำหรับระบบประกันสุขภาพเอกชนในประเทศสิงคโปร์นั้นมีสัดส่วนไม่มากนัก แม้ว่ารัฐจะสนับสนุนให้เอกชนเข้ามามีบทบาทในการให้บริการทางสุขภาพ ระบบประกันสุขภาพเอกชนจะเป็นระบบ Managed care ระบบนี้จะเน้นให้ประชาชนไปใช้บริการชั้นปฐมภูมิในคลินิกและใช้ระบบการส่งต่อไปใช้บริการชั้นสูงต่อไป การจ่ายค่าตอบแทนให้แพทย์เป็นแบบเหมาจ่าย ในส่วนของประเทศสิงคโปร์เป็นประเทศขนาดเล็ก มีประชากรเพียง 4 ล้านคน แต่มีเศรษฐกิจที่เจริญ ประชาชนมีรายได้และการศึกษาสูง ได้รับการจัดให้เป็นประเทศที่มีระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดแห่งหนึ่ง เนื่องจากใช้หลักการที่ว่า ประชาชนแต่ละคนมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของตนเอง ระบบประกันสุขภาพประเภทต่าง ๆ (Medisave

³⁷ รายงานฉบับสมบูรณ์ (Final Report). หน้า 25 - 27.

³⁸ กิฎาพล วัฒนกุล. เล่มเดิม. หน้า 26.

³⁹ เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. ข. หน้า 70 - 71.

MediShield, Medifund และ ElderShield⁴⁰) เป็นเพียงการ “ช่วย” ลดภาระค่าใช้จ่ายสุขภาพของประชาชนเท่านั้น

บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาล แบ่งออกเป็นระดับต่าง ๆ คือ A, B1, B2 และ C เปรียบเสมือนหอผู้ป่วยพิเศษ ปานกลาง และสามัญตามลำดับ หลักการทั่วไปคือผู้ป่วยจะต้องจ่ายเงินเพิ่มหากต้องการรับบริการในระดับที่สูงขึ้น จะมีการกำหนดราคาของบริการระดับต่าง ๆ สำหรับโรคแต่ละโรคอย่างชัดเจน การกำหนดราคาค่าบริการระดับต่าง ๆ สำหรับการผ่าตัดใส่ตั้งปกติ การกำหนดราคาด้วยวิธีนี้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเลือกรับบริการได้ตามอย่างอิสระ ตามกำลังความสามารถในการจ่ายของตนเอง ทั้งนี้อนุมานว่าคุณภาพการดูแลรักษาโรคเดียวกันของแต่ละแห่ง ไม่แตกต่างกันมากนัก

3.3.2.1 ระบบประกันสุขภาพและการมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ

1) Medisave เกิดขึ้นตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2527 เป็นระบบการบังคับให้ประชาชนกันเงินเดือนส่วนหนึ่งไว้ในบัญชีธนาคารของตนเอง (Ordinary Account) เพื่อไว้สำหรับใช้เป็นค่ารักษาพยาบาลที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต จำนวนเงินที่เกิน \$33,500 สำหรับผู้ที่อายุไม่เกิน 55 ปี จะถูกนำไปไว้ใน Special Account ส่วนผู้ที่อายุ 55 ปีขึ้นไป จะถูกนำไปไว้ใน Retirement Account จนเมื่อมียอดเงินถึงระดับหนึ่ง ส่วนที่เกินก็จะนำกลับมาไว้ใน Ordinary Account นอกจากนี้ ผู้ที่มีอายุครบ 55 ปี มีหน้าที่รักษายอดเงินขั้นต่ำในบัญชีไว้ที่ \$28,500 และสามารถถอนเงินส่วนเกินมาใช้ได้ เนื่องจากเงินดังกล่าวไม่ได้นำมาสร้างเป็นกองทุนประกันสุขภาพที่ส่วนกลาง จึงไม่อาจถือได้ว่าเป็นระบบประกันสุขภาพที่แท้จริง และประชาชนสามารถเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลได้ทุกแห่งที่ได้รับการรับรองจากโครงการ Medisave หากมีการรับเข้าไว้ในโรงพยาบาล จะเริ่มจากการประมาณค่าใช้จ่าย (financial counseling session) แล้วเทียบกับยอดเงินที่มีอยู่ในบัญชี Medisave ของผู้ป่วย เพื่อสรุปว่าผู้ป่วยต้องจ่ายเงินเพิ่มเท่าใดโดยทางผู้ป่วยจะต้องเซ็นมอบฉันทะให้ทางโครงการ Medisave ตัดเงินในบัญชีมาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ นอกจากนี้ เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เงินหมดก่อนเวลาอันควร ยังมีการกำหนด Withdrawal Limit มากพอที่จะครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาที่ระดับ B2 และ C ได้ ในขณะที่ระดับ A และ B1 ผู้ป่วยต้องเสียเงินเพิ่มเอง

2) MediShield

เกิดขึ้นในปี 2533 เป็นระบบประกันสุขภาพ (Health Insurance) สำหรับโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงครอบคลุมการรักษาที่ระดับ B2 และ C ประชาชนสามารถนำเงิน Medisave ของตนเอง

⁴⁰ การประกันภัยเพื่อดูแลคนชรา.

มาจ่ายค่าเบี้ยประกันได้ ประชาชนสามารถเลือกที่จะออกจากโครงการได้ตามความสมัครใจ เมื่อมีการรักษาเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะต้องจ่ายเบื้องต้น \$1,500 สำหรับระดับ B2 และ \$1,000 สำหรับระดับ C ค่าใช้จ่ายที่เหลือ 80 - 90% จะจ่ายโดย MediShield ที่มีการกำหนดเพดานไว้

อย่างไรก็ตาม MediShield ไม่ครอบคลุมโรครุนแรงที่เกิดขึ้นและได้รับการรักษาในช่วง 12 เดือนก่อนเข้าร่วมโครงการ ศัลยกรรมตกแต่ง ความพิการแต่กำเนิด และโรคทางจิตเวช

3) Medifund

เกิดขึ้นในปี 2536 กองทุนนี้เป็นกองทุนเงินบริจาคเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่ยากจน ยากไร้ หรือบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือที่ไม่สามารถจ่ายค่าบริการแม้กระทั่งระดับ B2 หรือ C ได้ ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้จ่าย จะดำเนินการผ่านคณะกรรมการของโรงพยาบาลที่ทำการดูแลรักษา โดยจะพิจารณาเป็นราย ๆ ไป โดยผู้ป่วยที่เคยจ่ายค่าเบี้ยประกัน MediSave หรือ MediShield จะได้รับสิทธิพิเศษมากกว่า

4) Eldershield

เกิดขึ้นในปี 2545 เป็นระบบประกันสุขภาพสำหรับการดูแลผู้พิการ (severe disability) การจ่ายเงินช่วยเหลือรายเดือน ครอบคลุมประชาชนที่อยู่ในโครงการ MediSave ที่อายุ 40 ปีขึ้นไป โดยอัตโนมัติโดยจะมีการจ่าย 2 ประเภท คือ ElderShield300 (\$300 ต่อเดือน เป็นเวลา 60 เดือน) และ ElderShield400 (\$400 ต่อเดือน เป็นเวลา 72 เดือน)⁴¹

3.3.3 ประเทศไทย

ในประเทศไทย บุคคลที่มีสิทธิได้รับความคุ้มครองภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะต้องเป็นบุคคลที่มีสัญชาติไทย มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลักตามกฎหมาย มีข้อมูลอยู่ในฐานข้อมูลประชากรของสำนักบริหารการทะเบียนกระทรวงมหาดไทย และจะต้องเป็นบุคคลที่ยังไม่มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพอื่นใดที่รัฐจัดให้

3.3.3.1 ประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพหลัก ๆ แบ่งออกเป็น 4 ระบบ

ระบบสุขภาพของประเทศไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงหลังจากที่รัฐบาลได้เริ่มใช้นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงระบบบริหารจัดการ โดยเฉพาะการจัดการทางด้านวิธีการจ่ายบริการสุขภาพสำหรับประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ

1) 30 บาทรักษาทุกโรค เป็นระบบที่ใหญ่ที่สุดการบริหารจัดการ บริหารจัดการ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและผู้เสียภาษีเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย ครอบคลุมบุคคลที่ไม่มีสิทธิประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ

⁴¹ กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์. เล่มเดิม. หน้า 49 - 52.

2) ประกันสังคม มีขึ้นเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับลูกจ้างธุรกิจเอกชน รับผิดชอบค่าใช้จ่ายร่วมกัน โดยตัวลูกจ้าง นายจ้าง และผู้เสียภาษี บริหารงานโดยสำนักงานประกันสังคม

3)สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีขึ้นเพื่อสร้างหลักประกันให้กับข้าราชการซึ่งเป็นลูกจ้างของรัฐและครอบครัว รัฐบาลซึ่งเป็นนายจ้างใช้เงินภาษีจ่ายให้เป็นสวัสดิการ บริหารโดยกรมบัญชีกลาง

4) ประกันเอกชน เป็นระบบสมัครใจผู้ที่ต้องการได้สิทธิประโยชน์ตามข้อเสนอของบริษัทประกัน บริษัทประกันเอกชนแต่ละแห่งเป็นผู้บริหาร

3.3.3.2 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

- 1) เป็นการประกันสิทธิของประชาชนตามกฎหมายรัฐธรรมนูญ
- 2) เป็นหน้าที่ของรัฐที่ต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้แก่ประชาชน
- 3) เป็นการแก้ปัญหาเรื่องความซ้ำซ้อนของงานระบบประกันสุขภาพในอดีต
- 4) เป็นการลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพด้วยระบบงานใหม่ที่มีประสิทธิภาพ

3.3.3.3 สิทธิของประชาชนตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

1) สิทธิการเข้ารับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ

2) สิทธิเลือกหน่วยบริการประจำตัวที่มีมาตรฐาน และสะดวกในการเข้ารับบริการ

3) สิทธิได้รับบริการสาธารณสุขในกรณีฉุกเฉินที่สถานพยาบาลอื่น ๆ ได้นอกเหนือจากบริการที่ลงทะเบียน เป็นหน่วยบริการประจำตัว

4) สิทธิที่ได้รับการร้องเรียนเมื่อได้รับบริการสาธารณสุขที่ไม่ได้มาตรฐาน หรือเกิดความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุข

5) สิทธิได้รับความช่วยเหลือเยียวยาเมื่อมีความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุข

6) สิทธิในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ ทั้งการกำหนดนโยบาย การจัดสรร การประเมิน การบริหารหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น

7) ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และบุคคลใดมีสิทธิในการเข้ารับบริการสาธารณสุขตามหลักเกณฑ์การได้รับสวัสดิการหรือตามสิทธิที่เคยได้รับก่อนมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ให้การใช้สิทธิเป็นไปตามหลักเกณฑ์เดิม เช่น ผู้พิการ

3.3.3.4 ชุดสิทธิประโยชน์หลัก (core package) ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1) ชุดสิทธิประโยชน์หลักของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะประกอบด้วยบริการพื้นฐานโดยอ้างอิงชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการประกันสังคม เพิ่มเติมด้วยบริการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค ที่เป็นบริการส่วนบุคคลและครอบครัว (personal and family preventive and promotive services) รวมทั้งบริการการแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองการใช้บริการนอกเหนือจากชุดสิทธิประโยชน์หลักนี้ประชาชนหรือ/และนายจ้าง (กรณีที่เป็นลูกจ้างของ สถานประกอบการ) จะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง

2) บริการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคที่เป็นบริการส่วนบุคคลและครอบครัว จะครอบคลุมทั้งบริการในสถานพยาบาล และการจัดบริการในชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้าน การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ฯลฯ

3) บริการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคที่เป็นบริการสำหรับชุมชนและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะต่าง ๆ เช่น ผู้ติดยาเสพติด ฯลฯ การดำเนินงานกรณีที่มีการระบาดของโรค การบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด สารเสพติด การรณรงค์เพื่อควบคุมโรคเอดส์ ฯลฯ จะไม่รวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์หลัก

3.3.3.5 ระบบบริการสุขภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1) หน่วยบริการระดับต้น หรือ เครือข่ายของหน่วยบริการระดับต้น ที่จะรับขึ้นทะเบียนประชาชนได้ จะต้องสามารถให้บริการแบบผสมผสานทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ ทั้งบริการภายในและภายนอกสถานพยาบาล โดยมีแพทย์อย่างน้อย 1 คนร่วมกับบุคลากรอื่น ๆ เป็นผู้ให้บริการ ปัจจุบันสถานพยาบาลที่ประชาชนจะสามารถเลือกขึ้นทะเบียนได้ คือ โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลและศูนย์แพทย์ชุมชน (ที่มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ) โรงพยาบาลและคลินิกเอกชน (ที่มีแพทย์ปฏิบัติงานเต็มเวลา)

2) โรงพยาบาลสามารถเป็นผู้ให้บริการระดับต้นและรับขึ้นทะเบียนประชาชนได้ ทั้งนี้ต้องจัดระบบที่จะสามารถให้บริการแบบผสมผสานตามเงื่อนไขที่กำหนด

3) เพื่อให้สามารถดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ภายในเงื่อนไขเวลาที่กำหนดให้ถือว่าโรงพยาบาลของรัฐทั้งหมด ได้มาตรฐานการให้บริการไปก่อน สำหรับสถานพยาบาลภาคเอกชนต้องผ่านการประเมินมาตรฐานเบื้องต้นก่อนเข้าร่วมให้บริการ

4) สถานพยาบาลของภาคเอกชนที่จะเข้าร่วมให้บริการ กรณีที่เป็นหน่วยบริการระดับต้น เช่น คลินิก จะต้องมีความสมบัติ และสามารถรับขึ้นทะเบียนประชาชนได้เฉพาะในอำเภอที่ตั้งและอำเภอใกล้เคียงที่ติดกัน กรณีโรงพยาบาลเอกชนจะจัดบริการระดับต้นได้ ต้องมีการจัดระบบที่จะสามารถให้บริการแบบผสมผสานตามเงื่อนไขที่กำหนด

3.3.3.6 การเก็บค่าธรรมเนียมส่วนร่วมจ่าย 30 บาท (co-payment)

จะเรียกเก็บส่วนร่วมจ่าย 30 บาทต่อครั้งของการไปรับบริการทางการแพทย์ และยกเว้นให้ “ผู้ยากไร้” และ “บุคคลที่แสดงความประสงค์ไม่จ่ายค่าบริการ” ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเมื่อเข้ารับบริการบริการสาธารณสุข⁴²

1) สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการร่วมจ่าย 30 บาท ได้รับบริการที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน เช่น

1.1) ตรวจรักษาทุกโรค

1.2) ผ่าตัดทุกโรค ทำคลอดรวมไม่เกิน 2 ครั้ง กรณีที่บุตรมีชีวิตรอยู่ ทำหมัน ฉีดวัคซีนและเซรุ่มป้องกันโรคทั่วไป

1.3) อวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัดโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซม ยกเว้นอวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

1.4) การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม และการใส่ฟันเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่

1.5) ค่าห้อง และค่าอาหาร ประเภทผู้ป่วยสามัญ

2) การรักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายค่าบริการเพิ่ม

2.1) การผ่าตัดเสริมสวย

2.2) การตกแต่งฟันเพื่อความสวยงาม

2.3) แวนตา

2.4) อวัยวะเทียมที่ไม่จำเป็นต่อการดำรงชีพ

2.5) การรักษาภาวะมีบุตรยาก

2.6) การผสมเทียม

2.7) การเปลี่ยนเพศ

2.8) การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ

2.9) การรักษาที่อยู่ระหว่างการค้นคว้าทดลอง

2.10) โรคติดต่อที่ไม่ได้จัดเป็นบริการพื้นฐาน

2.11) การทำไตเทียมแบบล้างโลหิต (ไตวายเรื้อรัง)

2.12) การทำแท้ง

2.13) การรักษาเพื่อช่วยชีวิตจากการฆ่าตัวตาย

⁴² โปรดดูรายละเอียดได้ใน ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง บุคคลที่ไม่ต้องจ่ายค่าบริการ พ.ศ. 2555.

2.14) ค่าห้องและค่าอาหารพิเศษ เป็นต้น

3.3.3.7 งบประมาณที่จำเป็นสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกลไกการจ่ายเงินสถานพยาบาล

ในปีงบประมาณ 2556 สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับจัดสรรงบประมาณ 1,211,120,300⁴³ ล้านบาท เพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในอัตราเหมาจ่าย 2,755.60 บาทต่อคนต่อปี สำหรับจำนวนประชากรผู้มีสิทธิทั้งสิ้นจำนวนกว่า 48 ล้านคน คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติงบประมาณสำหรับงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประจำปีงบประมาณ 2556 วงเงินทั้งสิ้น 109,718,581,300 บาท ตามความเห็นของสำนักงบประมาณ ดังนี้⁴⁴

1) งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วงเงิน 108,507,461,000 บาท จัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว ในอัตรา 2,755.60 บาท ต่อหัวประชากร เป็นอัตราเดียวกับที่ตั้งในปีงบประมาณรายจ่าย พ.ศ. 2555

2) งบบริหารจัดการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วงเงิน 1,211,120,300 บาท ทั้งนี้ สำนักงบประมาณได้เสนอตั้งงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 รองรับไว้แล้ว

จากการศึกษาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและการกำหนดส่วนร่วมจ่ายในการรับบริการบริการสาธารณสุขแล้ว จึงสรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพเป็นปัญหาใหญ่ของพลเมืองและเป็นโจทย์ข้อใหญ่ของรัฐบาลแต่ละประเทศต่างก็ตอบโจทย์นี้ด้วยระบบดูแลสุขภาพต่าง ๆ กันบางประเทศก็ยังแก้ปัญหาไม่ตก ส่วนบางประเทศดูเหมือนแก้ปัญหาได้ แต่ก็อาจจะยังมีข้อกังขาถึงความยั่งยืน แม้ประเทศไทยเองก็เช่นเดียวกัน ประเด็นหลัก ๆ คือ ใครได้รับการดูแลบ้าง ใครเป็นผู้ให้บริการ ใครรับภาระด้านการเงิน และคุณภาพของบริการเป็นอย่างไร ในประเทศสหรัฐอเมริกา ระบบของประเทศสหรัฐอเมริกา ฟังฟังโรงพยาบาลเอกชนเป็นหลักแม้ว่าจะมีหลายโปรแกรมแต่โดยรวม ๆ กันแล้ว ทั้งระบบไม่สามารถดูแลประชาชนได้ทั่วถึง ยังมีคนจนจำนวนหนึ่งตกออกจากระบบไป และค่ารักษาพยาบาลที่สูงถึงกับทำให้บางครอบครัวถึงกับล้มละลาย เป็นระบบทุนนิยมเกือบแท้ พลเมืองอเมริกันสรุปว่า ระบบที่ใช้อยู่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข และผู้สมัครรับเลือกตั้งเป็นประธานาธิบดีสมัยปีการเลือกตั้งเป็นประธานาธิบดี ค.ศ. 2012 ก็มีข้อเสนอปรับปรุง แต่ไม่ถึงขั้นจะปฏิรูประบบ ระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศอังกฤษ สุดโต่งอีกด้านหนึ่งคือ เป็นระบบสวัสดิการเต็มรูปแบบ พลเมืองทุกคนได้รับการรักษาพยาบาลฟรีและเสมอภาคกัน เงินที่รัฐบาล

⁴³ เอกสารงบประมาณฉบับที่ 1. เล่มเดิม. หน้า 103.

⁴⁴ ผลการประชุมคณะรัฐมนตรี. เล่มเดิม.

อังกฤษ ใช้ในการดูแลสุขภาพของพลเมืองมาจากงบประมาณแผ่นดินทั้งหมด คือมาจากภาษีอากรที่รัฐบาลเก็บไป และโรงพยาบาลทั้งหมดในอังกฤษก็เป็นของรัฐทุกโรงพยาบาลได้รับคำรักษาเท่ากัน ไม่เลือกว่าโรงพยาบาลนั้นใหญ่หรือเล็ก เก่งหรือไม่เก่ง อังกฤษกำหนดให้คนไข้ต้องไปพบแพทย์ประจำบ้าน (Family Doctor) ก่อน ต่อจากนั้นแพทย์ประจำบ้าน เรียกว่า Gate Keeper หรือ นายด่าน จะเป็นผู้จ่ายคนไข้ไปหาหมอที่เชี่ยวชาญเฉพาะทางตามความจำเป็นของโรค แพทย์ประจำบ้านได้เงินตามจำนวนคนที่ลงทะเบียน มีหน้าที่ดูแลไม่ให้คนป่วย โดยได้โบนัสจากการที่คนไม่ป่วยหรือหายป่วย ดังนั้นแพทย์ประจำบ้านของอังกฤษจึงทำงานที่เน้นด้านเวชศาสตร์ป้องกัน ระบบแพทย์ประจำบ้านนี้เมืองไทยเราก็เคยพูด ๆ กันอยู่ และมีคนอยากเรียน อยากเป็น แต่ว่าระบบของประเทศไทยไม่อำนวย เพราะแพทย์ที่เลือกเชี่ยวชาญด้านการเป็นแพทย์ประจำบ้านดูแลคนไข้ทั้งตัวไม่ได้เป็นที่ยอมรับเท่ากับเป็นแพทย์เฉพาะทาง เพราะประเทศไทยไม่มีระบบให้ใครต้องไปหาแพทย์ประจำบ้านก่อนเป็นด่านแรก คนไข้ทุกคนต่างก็วินิจฉัยอาการเบื้องต้นของตนเองแล้วเลือกหาแพทย์เฉพาะทาง ถ้าอยากเป็นแพทย์ประจำบ้านและพออยู่ได้ ก็ต้องเป็นแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐที่มีมหาวิทยาลัยด้วยเท่านั้น รัฐบาลอังกฤษพยายามปรับปรุงการให้สวัสดิการอยู่เสมอ ปัจจุบันคนไข้เลือกโรงพยาบาลได้ ทำให้โรงพยาบาลต้องแข่งกันให้บริการที่ดีเพื่อรักษาคนไข้ไว้ ไม่เช่นนั้นโรงพยาบาลก็ไม่มีรายได้ระบบแบบนี้เป็นระบบในฝันของพลเมือง เพราะแสนสบาย ป่วยไข้ไม่สบายก็ไม่ต้องจ่ายค่าหมอค่ายา หรือค่ารักษาสักอย่าง เป็นพลเมืองจ่ายภาษีอย่างเต็มที่เหลือรัฐบาลจัดให้หมด แต่จะดูว่าระบบดีจริงหรือไม่ คงมองแต่ฝ่ายผู้รับบริการอย่างเดียวคงไม่ได้ ต้องมองจากทุกมุมและมองในระยะยาวด้วยว่า

1) รัฐบาลจะมีเงินจ่ายได้ตลอดไปหรือไม่ โดยที่ไม่มีปัญหาเรื่องงบประมาณการคลังเสียก่อน

2) สถานบริการทางการแพทย์จะมีกำไรพอเพียงจะพัฒนาบริการให้ดียิ่งขึ้นหรือไม่

3) จะมีบุคลากรทางการแพทย์พอเพียงหรือไม่

ส่วนในประเทศญี่ปุ่นและประเทศเยอรมนี สองประเทศนี้ ถึงจะแยกกล่าวแต่ละแห่งได้ แต่ส่วนที่เหมือนกันคือ เลือกใช้ระบบประกันสุขภาพที่ประชาชนเป็นผู้จ่าย แต่รัฐบาลมีส่วนร่วมดูแลด้วย ลักษณะสำคัญ ๆ คือ

1) ให้บริการสุขภาพแก่พลเมืองทุกคนในราคาและมาตรฐานเดียวกัน

2) ครอบคลุมเรื่องที่พักพลเมือง น่าจะต้องการบริการสุขภาพทุกอย่างหมด รวมถึงเรื่องสายตาและทำฟันด้วย

3) ทุกคนจ่ายเบี้ยประกันสุขภาพให้กับบริษัทประกันเอกชนที่ตนเองเลือกเอง แต่ละบริษัทไม่มีสิทธิเลือกลูกค้า

4) โรงพยาบาลเอกชนเป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพ โดยประชาชนผู้เอาประกันมีเสรีภาพในการเลือกโรงพยาบาล

5) รัฐบาลยื่นมือเข้าไปช่วยคนที่จนมากเกินกว่าจะจ่ายเบี้ยประกันได้

ในทั้งสองประเทศนี้ รัฐบาลมองเห็นข้อเสียของระบบเสรีในด้านการรักษาพยาบาล เพราะจะเกิดปัญหา การขาดความเท่าเทียมกันของการเข้าถึงบริการสุขภาพ รัฐบาลจึงรับหน้าที่เข้ามาเป็นคนกลางเจรจาต่อรองซื้อบริการจากผู้ให้บริการ (แพทย์และโรงพยาบาลเอกชน) ให้กับพลเมืองทุกคน เมื่อตกลงกำหนดค่าบริการไว้แค่นั้น สถานบริการทุกแห่งก็คิดได้แค่นั้น ค่ายาที่มีการเจรจาเช่นเดียวกัน การเจรจาเป็นการเจรจาระหว่างผู้มีอำนาจต่อรองอยู่ด้วยกันทั้งคู่ ระหว่างฝ่ายรัฐบาล เจรจาแทนประชาชนผู้ซื้อยากับบริษัทผลิตยา ล้วนเป็นยักษ์ใหญ่ทำกิจการข้ามชาติ ในสองประเทศนี้ อาจมีส่วนปลีกย่อยที่แตกต่างกัน เช่น ประเทศญี่ปุ่นให้การบริการฟรีทั้งหมด ประเทศเยอรมนีให้ผู้ป่วยร่วมจ่ายค่าบริการด้วยบางส่วนเป็นต้น แต่ถ้าถามโรงพยาบาลในประเทศเหล่านี้ว่าประสบภาวะขาดทุนหรือไม่ ในบางประเทศ เช่น ประเทศญี่ปุ่น โรงพยาบาลขาดทุน และในประเทศอังกฤษ โรงพยาบาลของรัฐเองก็มีบางแห่งที่ปิดลง ก็ต้องมีการคิดใหม่ในไม่ช้า เพราะว่าเป็นระบบที่จะเดินไปได้อย่างยั่งยืน ทุกคนต้องอยู่ได้ นั่นก็คือ ไม่มีแพทย์และผู้ประกอบการโรงพยาบาลที่มั่งคั่งร่ำรวยบนการรักษาพยาบาลผู้ป่วย แต่ก็ไม่ได้มีการเรียกร้องให้แพทย์เสียสละอยู่ฝ่ายเดียว หรือให้โรงพยาบาลต้องขาดทุน ผู้ประกอบการต้องอยู่ได้อย่างยั่งยืน แม้ไม่ได้กำไรสูงสุด และแพทย์มีเงินเดือนที่อยู่ได้อย่างสมกับวิชาชีพที่ต้องใช้เวลาฝึกปรืออย่างยาวนานและต้องรับผิดชอบชีวิตผู้อื่นไม่มีคนไข้ที่หมดตัวเพราะเรื่องสุขภาพ แต่ก็ไม่มีคนไข้ที่ไปพบแพทย์หรือใช้ยาอย่างฟุ่มเฟือย รัฐบาลไม่มีผลกระทบด้านงบประมาณจากการพยายามให้การดูแลสุขภาพให้ทั่วถึง และเท่าเทียมกันบนพื้นฐานที่ว่า “ทุกคนต้องอยู่ได้” ในปี 2538 ได้หันไปสร้างระบบประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นมาเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง หลังจากที่ไปศึกษาดูข้อดี ข้อเสียของระบบประกันสุขภาพอื่น ๆ ที่มีอยู่ในโลกมาแล้ว เป็นระบบที่น่าสนใจดูในรายละเอียดและเปรียบเทียบกับกับระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยอย่างยิ่ง

ตารางที่ 3.1 ภาพรวมของระบบสุขภาพประเทศต่าง ๆ

ประเทศ	ความครอบคลุม	การบังคับ	จำนวนระบบประกัน	ลักษณะหลักระบบ	บทบาทรัฐ
เยอรมนี	ถ้วนหน้า	บังคับ	2 (ระบบคู่ขนาน) 89% ประชากรใน sickness funds	ฐานการจ้างงาน	รัฐบาลกลาง : กำหนดกฎ กำกับมลรัฐ ท้องถิ่น : บริหาร รพ. ป้องกันโรค
อังกฤษ	ถ้วนหน้า	บังคับ	1+ (ระบบเสริม) 11% ประชากรมีประกันเอกชน	ฐานประชากร	กำหนดกฎ บริหารกองทุน จัดบริการ
ออสเตรเลีย	ถ้วนหน้า	บังคับ	1+ (ระบบเสริม)	ฐานประชากร	กำหนดกฎ บริหารกองทุน บริหาร รพ. ส่งเสริม ป้องกัน
ญี่ปุ่น	ถ้วนหน้า	บังคับ	3 : Gov-managed, Society-managed, NHI ครอบคลุม ประชากรอย่างละ 1 ใน 3	ฐานการจ้างงาน และ ฐานสังคม	กำหนดกฎ อัตราค่าบริการ
เกาหลีใต้	ถ้วนหน้า	บังคับ	3 : Employee's health insur society, NHI Corp, Medical aid	ฐานการจ้างงาน, ฐานสังคม, รัฐบาลดูแล	กำหนดกฎ อัตราค่าบริการ
ไต้หวัน	ถ้วนหน้า	บังคับ	1+ (ระบบเสริม)	ฐานการจ้างงาน	บริหารกองทุน จัดบริการ
สิงคโปร์	ถ้วนหน้า	บังคับ	3 : Medisave, Medishield, Medifund	ฐานการจ้างงาน และรัฐบาลดูแล	บริหารกองทุน จัดบริการ ส่งเสริม ป้องกัน สุขศึกษา
สหรัฐอเมริกา	ถ้วนหน้า	สมัครใจ	2+: Medicare, Medicaid, ประกันเอกชนหลายแบบ	ส่วนใหญ่ ฐานการจ้างงาน	รัฐบาลกลางบริหาร Medicare จัดบริการทหาร ผ่านศึก ชนพื้นเมือง มลรัฐ บริหาร Medicaid
นิวซีแลนด์	ถ้วนหน้า	บังคับ	1+ (เสริม), 37% ประชากรมี ประกันเอกชน	ฐานประชากร	กำหนดกฎ บริหารกองทุน , ส่งเสริม ป้องกัน
ไทย	ถ้วนหน้า	บังคับ	3+: Gov-managed, ประกันเอกชน, สิทธิข้าราชการ	ฐานการจ้างงาน, รัฐบาลดูแล	สิทธิ 30 บาท รักษาฟรี , ข้าราชการ รัฐเป็นผู้ดูแล สวัสดิการ, ภาคเอกชน รัฐอุดหนุน ครั้งหนึ่งร่วมกับนายจ้าง

ที่มา: สรุปจาก เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์. ระบบประกันสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ.

หมายเหตุ. รพ. แทน โรงพยาบาล, OTC แทน over-the-counter, Gov แทน Government, EPF แทน Employee Provident Fund, SOCSO แทน Social Security Organization, NHS แทน National Health Service, NHI แทน National Health Insurance

ตารางที่ 3.2 สิทธิประโยชน์ ภาระของประชาชน (ร่วมจ่าย)

ประเทศ	สิทธิประโยชน์	ภาระผู้ป่วย (ตามสิทธิ)
เยอรมนี	OP, IP, ยา ภายภาพ ฟันฟู	OP ฟรี, IP ร่วมจ่ายตามจำนวนวันนอน ร่วมจ่ายบางรายการ ยาฟรี (เบ็กกิน)
อังกฤษ	OP, IP, ยา ป้องกัน ฟันฟู	OP, IP : ฟรี ยา : ร่วมจ่าย (ยกเว้นคนบางกลุ่ม)
ออสเตรเลีย	OP, IP, ยา ตาม Medical + Pharmaceutical	GP ร่วม 15% + ส่วนเกินถึงเพดาน, OP รพ.ร่วม 25% , ฟันร่วม 15%, IP ฟรี, ยาร่วมจ่ายต่อรายการถึงเพดาน/ปี
ญี่ปุ่น	OP, IP, ยาในใบสั่งแม่และเด็ก เดินทาง บางกองทุน เพิ่มสิทธิ	ร่วมจ่าย 20 %
เกาหลีใต้	OP, IP, ยาใน + ยานอก ใบสั่ง แม่และเด็ก แพทย์ แผนตะวันออก เคลื่อนย้ายผู้ป่วย (คลุมกว้างแต่ร่วมจ่ายสูง)	OP ร่วมจ่าย 30-35%, IP ร่วม 20% , ยาร่วมจ่าย, prescribing fees
ไต้หวัน	OP, IP, ยาใน + ยานอก ใบสั่ง ฟัน แม่และเด็ก แพทย์ แผนจีน ดูแลก่อน + หลังคลอด คัดกรอง ภายภาพบำบัด	OP จ่ายต่อครั้ง ประมาณ 3-5 US\$. IP ร่วม 10-30 % ถึงเพดาน/ปี
สิงคโปร์	IP ป้องกัน ส่งเสริม	OP 100% (ของรัฐจ่ายต่อครั้ง เอกชนจ่ายต่อรายการ) IP ร่วมจ่าย
สหรัฐอเมริกา	หลากหลายแบบขึ้นกับประกันที่ใช้	หลากหลายรูปแบบ มีร่วมจ่ายขึ้นกับประกัน Medicaid ร่วมจ่าย
นิวซีแลนด์	OP, IP ยา ป้องกัน ส่งเสริม	GP ตามรายได้, OP รพ.ฟรี, IP จ่ายถึงเพดาน/ปี, ยาร่วมจ่ายต่อรายการถึงเพดาน/ปี
ไทย	OP,IP ยา ป้องกัน ส่งเสริม ฟันฟู ยาในบัญชี ฟรี ยานอกบัญชีจ่ายเองบางรายการ	ร่วมจ่าย 30 บาท ทุกรายการ เว้นแต่ แสดงความจำเป็น ที่จะไม่ร่วมจ่าย

ที่มา: สรุปจาก เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์. ระบบประกันสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ.

หมายเหตุ. GP แทน General practitioner(ผู้ป่วยทั่วไป), OP แทน out-patient (ผู้ป่วยนอก) ,IP แทน in-patient (ผู้ป่วยใน)

ตารางที่ 3.3 องค์กรผู้ให้หลักประกันสุขภาพ

ประเทศ	องค์กร	เจ้าของ	ลักษณะพิเศษ
เยอรมนี	Sickness fund	เอกชนไม่ทำกำไร	มีการกระจายความเสี่ยงระหว่างกองทุน (Structura equalization fund)
อังกฤษ	National Health Service (NHS)	รัฐ	
ออสเตรเลีย	Medicare : Health Insurance Commission	รัฐ	มลรัฐทำสัญญาการให้บริการและงบกับรัฐบาลกลางกำหนด 5 ปี
ญี่ปุ่น	รัฐ เทศบาล, NHI, Health Insur Society, Mutual Aid Asso	รัฐบาล เทศบาล เอกชนไม่ทำกำไร	มีองค์กรที่ทำหน้าที่ตรวจสอบและจ่ายเงิน (Clearing House)
เกาหลีใต้	Employees' Health Insurance societies, NHI Corp. Medical Aid Program	รัฐ เอกชนไม่ทำกำไร	มีการกระจายความเสี่ยงระหว่างกองทุน
ไต้หวัน	Bureau of National Health Insurance	รัฐ	
สิงคโปร์	Central Provident Fund บริหาร Medi-save กับ Medi-shield กระทรวงสุขภาพบริหาร Medifund	รัฐ	3 กองทุนเป็นระบบเสริมกัน Medisave เป็นบัญชีบุคคล จ่ายให้ครอบครัวได้
สหรัฐอเมริกา	Medicare : HCFA, Medicaid : กระทรวงสาธารณสุขของมลรัฐ, องค์กรประกันเอกชนต่างๆ	รัฐ + เอกชน	มีนวัตกรรมจำนวนมากทางด้านบริการระบบประกัน
นิวซีแลนด์	Health Funding Authority (HFA)	รัฐ	-
ไทย	รัฐ จัดสรรงบประมาณให้ สปสช., องค์กรประกันเอกชน	รัฐ+เอกชน	บริหารจัดการกองทุนโดย สปสช.เอง

ที่มา: สรุปจาก เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. ระบบประกันสุขภาพ : ประสพการณ์จาก 10 ประเทศ.

หมายเหตุ. HCFA แทน Health Care Financing Administration.

ตารางที่ 3.4 ผู้ป่วยร่วมจ่าย

ประเทศ	ผู้ป่วยร่วมจ่าย
เยอรมนี	OP ฟรี, IP ร่วมจ่ายตามจำนวนวัน ร่วมจ่ายบางรายการ ยาฟรี (เบิกคืน)
อังกฤษ	OP,IP ฟรี, ยา ร่วมจ่าย (ยกเว้นคนบางกลุ่ม)
ออสเตรเลีย	GP ร่วม 15%+ส่วนเกินถึงเพดาน, OP รพ.ร่วม 25%, ฟันร่วม 15%, IP ฟรี, ยาร่วมจ่ายต่อรายการถึงเพดาน/ปี
ญี่ปุ่น	ร่วมจ่าย 20%
เกาหลีใต้	OP ร่วมจ่าย 30-35%, IP ร่วมจ่าย 20% ยาร่วมจ่าย, Prescribing fees
ไต้หวัน	OP จ่ายต่อครั้ง 3-5 US\$, IP ร่วมจ่าย 10-30% ถึงเพดาน/ปี
สิงคโปร์	OP 100% (ของรัฐจ่ายต่อครั้ง เอกชนต่อรายการ), IP ร่วมจ่าย
สหรัฐอเมริกา	หลากหลายแบบ มีร่วมจ่ายขึ้นกับประกัน , Medicaid ร่วมจ่าย
นิวซีแลนด์	GP ตามรายได้, OP รพ.ฟรี, IP จ่าย ถึงเพดาน/ปี, ยาร่วมจ่ายต่อรายการ ถึงเพดาน/ปี
ไทย	ผู้ยากไร้, ประกาศกระทรวงฯ ฟรี, ร่วมจ่ายตามใบสั่งยา

ที่มา: สรุปจาก เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. ระบบประกันสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ.

หมายเหตุ. GP แทน General practitioner(ผู้ป่วยทั่วไป) , OP แทน out-patient (ผู้ป่วยนอก) , IP แทน in-patient (ผู้ป่วยใน)

ตารางที่ 3.5 ผลลัพธ์ของระบบสุขภาพ

ประเทศ	ความคุ้มครอง (% Coverage)	ความพึงพอใจ (Equity)	ความพึงพอใจ (Satisfaction)
เยอรมนี	เกือบ 100	พบ Cream skimming ในบางกองทุน ยึดหลัก social solidarity	ดี
อังกฤษ	100	กลุ่มรายได้น้อย เข้าถึง/ใช้ต่ำกว่า	โดยทั่วไปพอใจ แต่ไม่พอใจที่ต้องรอนาน
ออสเตรเลีย	100	ชนเผ่าพื้นเมืองและที่ห่างไกลเข้าถึงต่ำกว่า ทรัพยากรกระจุกตัวในเมือง	พอใจ Medicare แต่ไม่พอใจรอผ่าตัดคนาน
ญี่ปุ่น	เกือบร้อย	ไม่มีการกระจายความเสี่ยงระหว่างกองทุน รัฐต้องเข้ามาทำหน้าที่สนับสนุน มีปัญหาการกระจายทรัพยากรสาธารณสุข	ดี
เกาหลีใต้	เกือบ 100	ประชาชนมีการค่าใช้จ่ายมาก และมีปัญหาการกระจายทรัพยากรสาธารณสุข	ไม่ดี ประชาชนมีการค่าใช้จ่ายมาก
ไต้หวัน	96 (ปี 1999)	ผู้อยู่ห่างไกล เกะ เข้าถึงยากกว่าแต่ดีขึ้น	พอใจ
สิงคโปร์	เกือบ 100	ดี	ดี
สหรัฐอเมริกา	86-89	ผู้มีรายได้น้อย ชนกลุ่มน้อย ห่างไกล เข้าถึงต่ำกว่า คุณภาพบริการด้อย	โดยทั่วไปพอใจคุณภาพ บางส่วนไม่พอใจองค์กรดูแลด้านสุขภาพ
นิวซีแลนด์	100	ผู้มีรายได้น้อย ชนกลุ่มน้อย ได้รับการดูแลเป็นพิเศษจากรัฐบาล	ส่วนใหญ่ยังเห็นว่าต้องปรับปรุง
ไทย	เกือบ 100	ผู้ยากไร้ได้รับการยกเว้นร่วมจ่าย บางคนที่ไม่ยากไร้จริง แสดงความจำนงไม่ร่วมจ่าย	ความเสมอภาค ประสิทธิภาพ ความเป็นธรรม

ที่มา: สรุปรจาก เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. ระบบประกันสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ.

บทที่ 4

วิเคราะห์ ปัญหาและเสนอแนวการแก้ไขปัญหาตามพระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ศึกษาเฉพาะกรณีการมีส่วนร่วมจ่าย ในการเข้ารับบริการบริการสาธารณสุขและส่วนที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ สาธารณสุขของรัฐ

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

การรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด เพราะในขณะที่กองทุนประกันสังคม สมาชิกส่วนมากเป็นผู้ใหญ่วัยทำงานที่ยังแข็งแรง นาน ๆ ครั้งจะเจ็บป่วย ส่วนในกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกลับมีแต่คนแก่ เด็ก คนว่างงาน และคนที่มีฐานะยากจน

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

4.1 วิเคราะห์รูปแบบและโครงสร้างของระบบบริการสาธารณสุข

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

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

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

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

ประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทนเพื่อให้ความคุ้มครองด้านสุขภาพแก่ลูกจ้างที่เจ็บป่วย หรือเสียชีวิต ทั้งมีโชอันเนื่องมาจากการทำงานและเนื่องมาจากการทำงานให้แก่นายจ้าง

4.1.1 วิเคราะห์แหล่งที่มาของเงินทุนในระบบสุขภาพ

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

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

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

4.1.2 วิเคราะห์คุณสมบัติของบุคคลผู้มีสิทธิได้รับบริการด้านสุขภาพ

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

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

4.1.3 วิเคราะห์ข้อบ่งชี้และสิทธิประโยชน์ของระบบบริการด้านสุขภาพ

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

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

4.2 ปัญหาและผลกระทบของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ก่อให้เกิดปัญหาและผลกระทบต่อประชาชนดังต่อไปนี้

4.2.1 ปัญหาและผลกระทบของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่มีต่อประเทศไทย

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

คำรักษาพยาบาลเหมาจ่ายรายหัวจากรัฐบาล และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้จ่ายงบประมาณนั้นให้แก่โรงพยาบาลอีกต่อหนึ่ง

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

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

บทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญข้างต้น เป็นการรับรองสิทธิทางด้านสาธารณสุขของประชาชนไทย และเป็นกำหนดหน้าที่ของรัฐในการจัดการด้านการสาธารณสุข โดยรัฐต้องให้

¹ มาตรา 51 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสมโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และทันต่อเหตุการณ์.

“ความคุ้มครอง” แก่บุคลากรสาธารณสุขที่ได้ปฏิบัติหน้าที่ให้บริการสาธารณสุข ที่ได้ทำตามมาตรฐานวิชาชีพ”

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

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

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

ประโยชน์โดยตรงจากการนำแนวคิดความคิดในกรณีดังกล่าวไปใช้ ในประเทศไทยน่าจะนำแนวคิดในลักษณะเช่นนี้ไปประยุกต์ใช้ ทำให้เกิดประโยชน์กับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พร้อมทั้งเกิดประโยชน์กับประชาชนและรัฐในการพัฒนากฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอีกทางหนึ่งด้วย²

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

² พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. มาตรา 9.

เพราะอาจทำให้ผิดวัตถุประสงค์และเจตนารมณ์ของกฎหมายได้ โดยที่หลักกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศญี่ปุ่นยังคงเข้ามามีส่วนร่วมกับประชาชน โดยให้เงินงบประมาณช่วยเหลือบางส่วน ปล่อยให้กฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำหน้าที่ต่อไปตามปกติ ส่วนกฎหมายประกันสุขภาพของประเทศญี่ปุ่นซึ่งมีลักษณะคล้าย ๆ กับกฎหมายประกันสังคมของประเทศไทย ก็ยังคงมีกฎหมายในลักษณะดังกล่าว โดยที่ไม่นำไปปะปนรวมเข้ากับกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้เขียนเห็นว่าควรนำแนวคิดของกฎหมายในประเทศญี่ปุ่นในลักษณะที่กล่าวไปแล้วนั้นมาประยุกต์ใช้กับกรณีของประเทศไทยน่าจะเกิดประโยชน์หลายด้านอาทิเช่น ไม่ผิดเจตนารมณ์และวัตถุประสงค์ของกฎหมายแต่ละฉบับพร้อมกันนั้นยังไม่ขัดกับรัฐธรรมนูญอีกทางด้วย

ผู้เขียนเห็นควรสรุปผลกระทบของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยรอบด้านดังต่อไปนี้

1) ผลที่มีต่อประชาชน

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

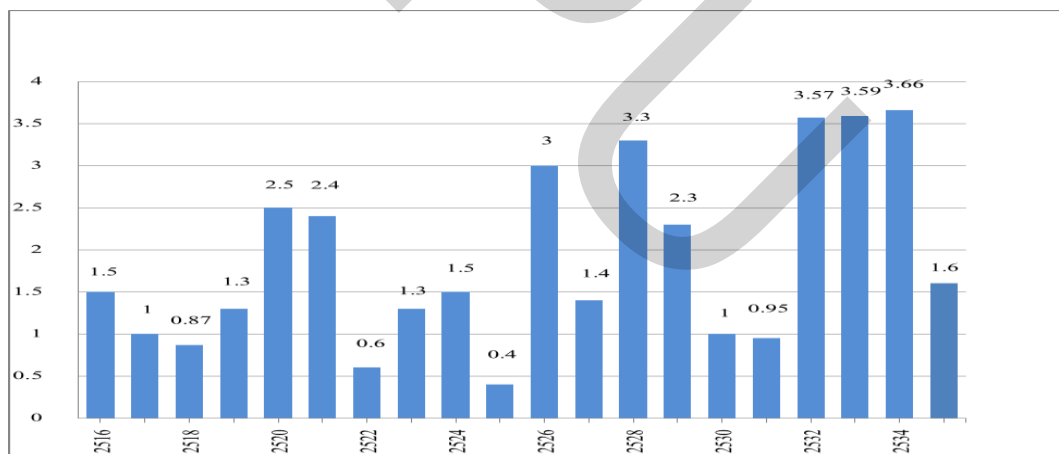
เสียหายจากความผิดพลาดนั้น ๆ หรือประชาชนเสี่ยงต่อความเข้าใจผิดในคำอธิบายของแพทย์ เนื่องจากแพทย์มีเวลาน้อยเกินไปสำหรับอธิบายกับผู้ป่วยแต่ละคน ทำให้เกิดการกล่าวหาและฟ้องร้องแพทย์มากขึ้น นอกจากนี้ระบบการจ่ายเงินในการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษายังโรงพยาบาลอื่นที่มีการจ่ายค่าเช่าและเงินที่จ่ายก็ไม่ครบตามที่โรงพยาบาลที่รักษาผู้ป่วยต้องจ่ายจริง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

ตารางที่ 4.1 การใช้บริการและอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2547 - 2553

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

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

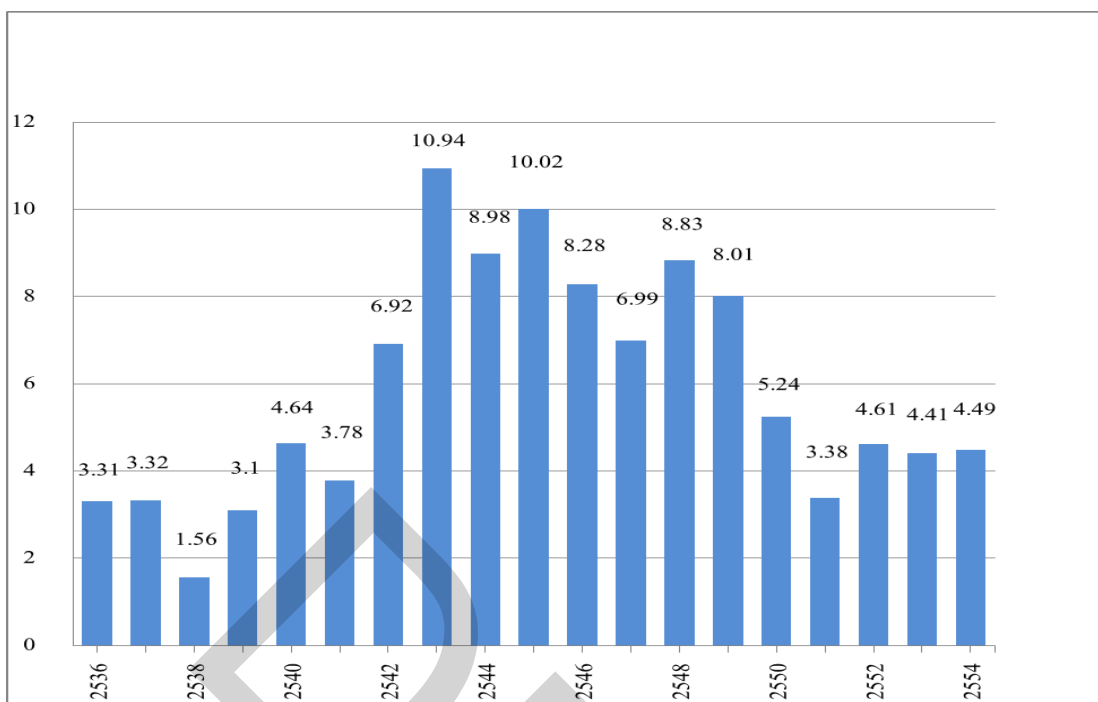
1.2) ประชาชนร้องเรียนเพื่อขอเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและฟ้องร้องต่อศาลมากขึ้น³ สืบเนื่องมาจากผลกระทบจากเหตุผลในข้อ 1.1) ดังกล่าวแล้วข้างต้น ประชาชนอาจได้รับผลเสียหายจากความผิดพลาดในการตรวจรักษาหรือประชาชนเข้าใจ ผิดว่าโรคแทรกซ้อนอันเป็นเหตุสุดวิสัยทางการแพทย์นั้น เกิดจากความบกพร่องของระบบ หรือเกิดจากความผิดพลาดของแพทย์และ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



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

ที่มา: การดำเนินงานของชมรมแพทย์ชนบทรุ่นที่ 21

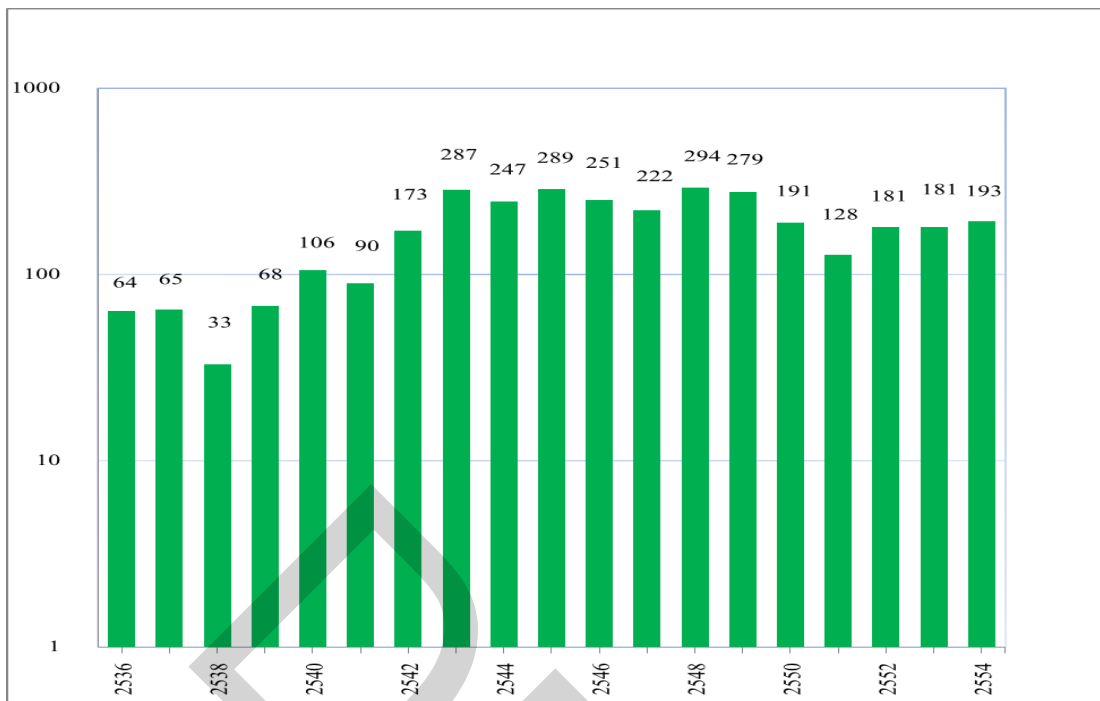
³ อิศพร คณะเจริญ. (2555). *หมอใหม่*. สารจากกรงเลขาริการแพทยสภา. “เรื่องที่แพทย์ใหม่ต้องรู้”. หน้า 11 - 13.



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

ที่มา: จดหมายข่าวแพทยสภา ปีที่ 15 ฉบับที่ 1/2555

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



ภาพที่ 4.3 กราฟแสดงจำนวนเรื่องที่ถูกร้องเรียน ปี 2536 - 2554

ที่มา: จดหมายข่าวแพทยสภา ปีที่ 15 ฉบับที่ 1/2555

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

2) ผลกระทบที่มีต่อแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์

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

2.2) แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ลาออกมากขึ้น แพทย์ตัดสินใจลาออกมากขึ้น จำนวนแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่ขาดแคลนอยู่แล้วยิ่งขาดแคลนมากขึ้น สาเหตุของการลาออกที่สำคัญคือ ต้องรับภาระงานมากเกินไป เงินเดือนและค่าตอบแทนน้อย และยังมีความเสี่ยงต่อการที่จะถูกประชาชนร้องเรียนและฟ้องร้องมากขึ้น ไปจนถึงการถูกตัดสินใจถูกจำคุก

เพราะการตั้งใจรักษาผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ส่วนหนึ่งจึงเลือกที่จะลาออกจากราชการ จากสาเหตุต่าง ๆ เหล่านี้ ทำให้บุคลากรที่ยังเหลืออยู่ต้องรับภาระงานหนักยิ่งขึ้น ประชาชนก็ต้องรอตรวจและรักษานานมากขึ้น แต่ก็ยังมีความเสี่ยงต่อความผิดพลาดหรือการตรวจรักษาที่ไม่ได้มาตรฐานเพราะแพทย์ต้องรีบเร่งทำงานให้ทันเวลา แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ถูกฟ้องร้องก็จะเสีย “ความรู้สึก” หมดกำลังใจที่จะทำงาน มีความรู้สึกที่เราทำดีที่สุดแล้ว แต่กลับถูกฟ้อง และยังคงตกเป็นจำเลยทั้งคดีแพ่งและอาญา ต้องจ้างทนายและวิ่งเต้นหาผู้เชี่ยวชาญมาช่วยสู้คดี ถ้าโชคร้ายไม่สามารถอธิบายให้ศาลเข้าใจถึงข้อจำกัดในทางการแพทย์ได้ ก็อาจจะถูกศาลพิพากษาจำคุกในความผิดฐานฆ่าคนตายโดยประมาท การต้องถูกจำคุกในฐานะผู้ร้ายฆ่าคนตาย แพทย์ต่างรู้สึกว่าเป็นความไม่ยุติธรรม” เพราะมีความเสี่ยงที่จะต้องตกเป็นผู้ร้ายโดยที่ไม่เคยมีเจตนาที่จะ “ฆ่า” ใคร แต่มีความตั้งใจที่จะช่วยรักษาเยียวยามนุษย์ เมื่อไม่สามารถรักษาชีวิตมนุษย์ไม่ได้กลับต้องถูกจำคุกในฐานะฆ่าคนตายโดยประมาททำให้แพทย์ลาออกจากระทรวงสาธารณสุขมากยิ่งขึ้น และงานที่ทำก็เป็นงานที่เร่งด่วนต้องตัดสินใจทำงานในเวลาอันจำกัด ไม่สามารถเก็บงานรอทำในเวลาอื่นได้ เพราะเวลาเป็นสิ่งสำคัญที่สุดต่อความเป็นความตายของผู้ป่วยหนักที่อยู่ตรงหน้า เวลาที่แพทย์ต้องทำงานล่วงเวลาในเวลาวิกาลและวันหยุดราชการนั้น ทำให้แพทย์มีความเหน็ดเหนื่อยอ่อนเพลีย เครียด ไม่มีเวลาพักผ่อน เกิดความเครียดสะสม เป็นปัจจัยที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งที่ส่งเสริมให้แพทย์ตัดสินใจลาออกจากราชการ รายละเอียดการลาออกของแพทย์ ปี พ.ศ. 2537 – 2545 ตามตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวนและอัตราการสูญเสียแพทย์สุทธิเมื่อเทียบกับแพทย์จบใหม่ พ.ศ. 2537 - 2545

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

ที่มา: โครงการวิจัยความคิดเห็นของประชาชนต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้ความรับผิดชอบร่วมกัน

3) ผลกระทบที่มีต่อระบบบริการทางการแพทย์

3.1) โรงพยาบาลขาดสภาพคล่องทางการเงิน เนื่องจากระบบการจัดสรรงบประมาณของโรงพยาบาลมิได้มาจากการคิดคำนวณงบประมาณที่ต้องใช้จริง แต่มาจากการเหมาจ่ายรายหัวที่มีเงินไม่เพียงพอ และเงินนี้ยังถูกหักไปจ่ายเป็นเงินเดือนบุคลากรอีกประมาณ 40 % ของงบเหมาจ่ายรายหัว ทำให้งบประมาณค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยมีไม่เพียงพอ ถ้าเปรียบเทียบกับงบเหมาจ่ายรายหัวของกองทุนประกันสังคมนั้น จะเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ประกันตนจริง ๆ ไม่ต้องจ่ายค่าเงินเดือนบุคลากรหรือค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ของโรงพยาบาลแต่อย่างใด ในเมื่อโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณส่วนใหญ่มาจากงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวจากโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ให้เงินมาน้อยกว่าค่าใช้จ่ายที่จำเป็นจริง ๆ ในการดำเนินงานของโรงพยาบาล จึงมีความจำเป็นที่โรงพยาบาลต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุขต้องนำเงินที่เก็บสำรองไว้ (เงินบำรุงโรงพยาบาล) มาชดเชยงบประมาณค่ารักษาพยาบาลที่ขาดดุลทุก ๆ ปี จนทำให้โรงพยาบาลขาดสภาพคล่องทางการเงิน

3.2) ระบบการส่งต่อผู้ป่วยสลับส่นวุ่นวาย เนื่องจากระบบการจ่ายเงินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่จ่ายให้โรงพยาบาลไม่เท่ากับค่าใช้จ่ายจริงที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งต้องจ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยตามสิทธิรักษาฟรี แต่คิดค่าใช้จ่ายเป็นรายหัวทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน แต่ถ้าเป็นโรงพยาบาลระดับสูงที่ต้องรับผู้ป่วยอาการหนักที่โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลจังหวัดส่งต่อมาให้รักษาต่อ ก็จะได้รับเงินที่โรงพยาบาลระดับต้นที่ส่งผู้ป่วยมาตามมาจ่ายเงิน แต่ก็มีปัญหาการติดค้างค่าใช้จ่าย ทำให้โรงพยาบาลระดับสูงเกี่ยงกันที่จะรับผู้ป่วยมารักษาต่อ ผู้บริหารโรงพยาบาลจึงต้องเข้มงวดในเรื่องการรับผู้ป่วยส่งต่อ ทำให้ประชาชนต้องเสียเวลาในการหาเตียงที่จะรับตัวผู้ป่วยไว้รักษาต่อ บางครั้งอาจก่อให้เกิดอันตรายกับชีวิตผู้ป่วย เนื่องจากระบบการบริหารจัดการนี้จากผู้บริหาร ทำให้แพทย์เกิดความอึดอัดกับข้อใจในการจะส่งผู้ป่วยต่อ และผู้ป่วยก็อาจเสียโอกาสที่จะรอดชีวิต เนื่องจากต้องเสียเวลาในการติดต่อหาโรงพยาบาลระดับสูงหลาย ๆ แห่งกว่าจะได้ออกเดินทางไปโรงพยาบาลระดับสูงต่อไป

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

4) ผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติ

4.1) ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก่อให้เกิดความไม่เสมอภาคและไม่เป็นธรรมแก่ประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนที่เป็นลูกจ้างต้องจ่ายเงินของตนเองทุกเดือนเพื่อสมทบกองทุนประกันสังคม จึงจะได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลจากระบบประกันสังคม และ

บางครั้งยังมีสิทธิน้อยกว่าประชาชนที่มีสิทธิบริการรักษาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่บางคนอาจจะมีรายได้ หรือฐานะทางเศรษฐกิจดีกว่าลูกจ้างเหล่านี้เสียอีก

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

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

5) ปัญหาของการไม่มีพระราชกฤษฎีกาเพื่อรองรับการใช้สิทธิ ตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

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

⁴ ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ขณะนี้บรรจุอยู่ในระเบียบวาระการประชุมสภาผู้แทนราษฎร.

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

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

งบประมาณที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มา เป็นงบประมาณจากรายหัวที่รัฐคำนวณให้จากประชากรที่ลงทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพียง 48 ล้านคน ดังนั้นพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ครอบคลุมทุกคนที่อยู่ใน

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

การกำหนดรายละเอียดอะไรให้แน่ชัด การเสียสิทธิและเสียโอกาสหลายประการของประชาชนควร จะได้รับการปลดปล่อย เริ่มจากการคุ้มครองผู้เสียหายทางการแพทย์ทุกกลุ่ม จากพระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

เหตุที่ต้องมีพระราชกฤษฎีกาเพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้เข้ารับบริการสาธารณสุขตาม มาตรา 41 ประกอบมาตรา 66 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจาก

(1) ประเทศไทยมีแนวโน้มของปัญหาผู้ป่วยที่ต้องบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากความ ผิดพลาดในทางการแพทย์ โดยเฉพาะกระบวนการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก และทำให้เกิดการ เผชิญหน้ากันระหว่างประชาชนกับบุคลากรด้านการแพทย์ที่ทวีความรุนแรงขึ้น จึงสมควรสร้าง กลไกเพื่อบรรเทาและแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างรีบด่วน

(2) กลไกช่วยเหลือคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขในปัจจุบันยังมี ข้อจำกัดที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้เสียหายได้อย่างเป็นธรรมและมีไม่มีประสิทธิภาพ ปัจจุบันมี กฎหมายที่เกี่ยวข้องในเรื่องดังกล่าวได้แก่

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

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

(3) การใช้กระบวนการทางศาล ยังก่อให้เกิดภาระแก่ผู้เสียหาย เนื่องจาก

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

(3.2) การต่อสู้ในชั้นศาล มีค่าใช้จ่ายสูง หาทนายที่เชี่ยวชาญเรื่องคดีทางการแพทย์ ได้ยาก ทั้งกระบวนการสืบพยานยังสร้างความเครียด ความทุกข์ทรมาน เจ็บซ้ำใจให้แก่ผู้เสียหาย มากขึ้นไปอีก

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

(3.4) ทำให้เกิดผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้เสียหาย

(3.5) ศาลเป็นระบบกล่าวโทษ และมุ่งพิสูจน์ความผิด ซึ่งไม่ใช่วัตถุประสงค์ที่สำคัญที่ผู้เสียหายต้องการ เพราะผู้เสียหายต้องการการเยียวยา ชดเชยความเสียหายมากกว่ามุ่งทำให้แพทย์หรือบุคลากรอื่นต้องได้รับโทษ

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

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

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

พระราชกฤษฎีกาให้ผู้เสียหายมีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชยจากกองทุนตามพระราชกฤษฎีกานี้โดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด โดยมีเงื่อนไข มิให้ใช้บังคับในกรณีดังต่อไปนี้

(1) ความเสียหายที่เกิดขึ้นตามปกติธรรมดาของโรคนั้น แม้มีการให้บริการสาธารณสุขตามมาตรฐานวิชาชีพ

(2) ความเสียหายซึ่งหลีกเลี่ยงมิได้จากการให้บริการสาธารณสุขตามมาตรฐานวิชาชีพ

(3) ความเสียหายที่เมื่อสิ้นสุดกระบวนการให้บริการสาธารณสุขแล้วไม่มีผลกระทบต่ออาการชีวิตตามปกติ

ทั้งนี้ คณะกรรมการอาจจะประกาศกำหนดรายละเอียดเพิ่มเติมภายใต้หลักเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้นได้

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

(1) ค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในการรักษาพยาบาล รวมทั้งค่าฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจ

(2) ค่าขาดประโยชน์ทำมาหาได้

(3) ค่าชดเชยในกรณีพิการหรือทุพพลภาพ

(4) ค่าชดเชยความเสียหายต่อจิตใจ

(5) ค่าชดเชยในกรณีถึงแก่ความตาย

(6) ค่าชดเชยการขาดไร้อุปการะกรณีถึงแก่ความตายและมีทายาทที่จะต้องอุปการะเลี้ยงดู

(7) ค่าชดเชยเพื่อความเสียหายอย่างอื่น อันมิใช่ตัวเงิน

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

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

กรณีตามข้างต้นให้เป็นที่ไปตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการประกาศกำหนด⁷

3) พระราชกฤษฎีกาฉบับนี้ต้องกำหนดให้ผู้เสียหายหรือทายาทที่ยินยอมรับเงินชดเชยไปแล้วให้แสดงเจตนาที่จะสละสิทธิการฟ้องร้องดำเนินคดีทางแพ่งและทางอาญากับแพทย์หรือผู้ให้บริการอันเนื่องมาจากการประกอบวิชาชีพ⁸ โดยกำหนดรายละเอียดไว้ในพระราชกฤษฎีกาให้ผู้เสียหายหรือทายาทที่ตกลงยินยอมรับเงินชดเชยแล้ว ให้ผู้ให้บริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายและผู้เสียหาย จัดทำสัญญาประนีประนอมยอมความ ทั้งนี้ตามวิธีการรูปแบบ และรายละเอียดที่คณะกรรมการกำหนดในระเบียบ⁹

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

4.2.2 ปัญหาถ้อยคำ ความหมายของคำว่า “ผู้ยากไร้ บุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล” ว่าเป็นความหมายและขอบเขตเพียงใด ที่ได้รับยกเว้นส่วนร่วมจ่ายในการเข้ารับบริการสาธารณสุข

“ยากไร้” หมายถึง ยากจน ขาดแคลนไปทุกอย่างทุกอย่าง ตัวอย่าง คนยากไร้¹⁰

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

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

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

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

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

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

“บุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล” หมายความว่า บุคคลซึ่งไม่ได้รับสิทธิในด้านบริการสาธารณสุขตามกฎหมาย กฎ ระเบียบ ประกาศ มติคณะรัฐมนตรี หรือคำสั่งอื่นใดและเป็นบุคคล ดังต่อไปนี้

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 1) บุคคลซึ่งมีอายุไม่เกิน 12 ปีบริบูรณ์

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

4.2.3 ปัญหาถ้อยคำ ความหมายของคำว่า “บุคคลทุกคนผู้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุข” นั้นมีความหมายและขอบเขตเพียงใด ที่ได้รับสิทธิในการเข้ารับบริการสาธารณสุข

“บุคคลทุกคน” ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หมายถึงใครบ้าง

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

บทบัญญัติในมาตรา 5 วรรคแรก เป็นการรับรองสิทธิของบุคคลในการรับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ ภายใต้งื่อนใจที่ว่าต้องเป็นไป “ตามฐานะการคลังของประเทศ” แต่เพื่อให้มาตรฐานและประสิทธิภาพของการบริการสาธารณสุขเป็นไปอย่างมั่นคง ไม่แปรผันตามฐานะการคลังของประเทศจึงได้มีการเสนอให้ตัดถ้อยคำ “ตามฐานะการคลังของประเทศ” ออก

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

ในประเด็นนี้ได้มีความเห็นของผู้เสนอร่างกฎหมายเป็น 3 กลุ่ม

กลุ่มแรก เห็นว่ามาตรา 5 วรรคแรกรับรองสิทธิให้กับ “บุคคลทุกคน” ไม่เฉพาะบุคคลสัญชาติไทยเท่านั้น¹³

กลุ่มสอง เห็นว่ามาตรา 5 วรรคแรกรับรองสิทธิให้กับ “บุคคลสัญชาติไทยเท่านั้น”¹⁴

กลุ่มสาม เห็นว่ามาตรา 5 วรรคแรกรับรองสิทธิให้กับ “บุคคลสัญชาติไทยซึ่งมีภูมิลำเนาในประเทศไทย”¹⁵

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

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

¹³ ร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.ที่เสนอโดย นายสุวัฒน์ วรรณศิริกุล และคณะ.

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

¹⁵ ร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.ที่เสนอโดยนายปรีชา มุสิกกุลและคณะ.

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

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

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

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

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

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

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

ข้อพิจารณาว่าสิทธิใดเป็นสิทธิของคนทุกคน ก็คือต้องเป็นสิทธิที่บุคคลนั้นมีมาตั้งแต่เกิดโดยไม่ขึ้นอยู่กับพรมแดนของอำนาจรัฐ สิทธิในร่างกายเป็นสิทธิมนุษยชนเพราะว่าเป็นสิทธิที่ได้มาจากพระเจ้าไม่ใช่รัฐให้ ดังนั้นพรมแดนของรัฐจึงไม่ใช่ตัวจำกัดสิทธิเหล่านี้ ต่างจากสิทธิในทางการเมืองเป็นสิทธิที่รัฐเป็นผู้ให้ รัฐจึงมีความชอบธรรมที่จะกำหนดว่าจะให้ใครแก่ไหน และเพียงใด

นอกจากนี้อาจจำแนกสิทธิโดยแนวคลาสสิกของเยอรมันได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มแรก status negativus เป็นสิทธิที่ปฏิเสธอำนาจรัฐ ได้แก่ สิทธิส่วนบุคคล สิทธิในชีวิตร่างกาย รัฐมีหน้าที่อยู่ห่าง ๆ บังเจกบุคคลสามารถใช้สิทธิได้เองโดยรัฐไม่ต้องเข้าไปยุ่งเกี่ยว

กลุ่มที่สอง status positivus เป็นสิทธิที่บุคคลไม่สามารถทำให้บรรลุเป้าหมายได้ด้วยตัวของปัจเจกบุคคลเอง รัฐต้องเข้ามาดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งให้สิทธินั้นบรรลุเป้าหมายได้ เช่น

สิทธิของคนพิการที่จะต้องได้รับการอำนวยความสะดวก เช่น รถไฟฟ้าต้องจัดลิฟท์ให้คนพิการ สิทธิในการเรียนฟรีที่รัฐต้องเข้าสร้างโรงเรียนให้เรียน สิทธิในสุขภาพที่รัฐต้องเข้ามาสร้างโรงพยาบาลให้ เป็นสิ่งที่ปัจเจกบุคคลไม่อาจบรรลุเองได้หากรัฐไม่เข้ามาดำเนินการ

กลุ่มที่สาม status activus เป็นสิทธิทางการเมือง เป็นสิทธิที่จะเข้าเป็นส่วนหนึ่งของพลเมืองของรัฐ รัฐมีหน้าที่ต้องอำนวยความสะดวกให้ทุกคนได้ใช้อย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน

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

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

1. ถ้าเป็นกรณีมีสนธิสัญญาที่ประเทศไทยเข้าเป็นภาคีในเรื่องนี้ ก็ให้นำสนธิสัญญาทั้งหลายที่ไทยเป็นภาคีเข้ามาอธิบายว่าประเทศไทยมีพันธกรณีต้องผูกพันตามสนธิสัญญาใดบ้าง แยกไหน เพียงใด

2. แต่ถ้าเป็นกรณีที่ไม่มีสนธิสัญญา ก็ต้องใช้การอธิบายจากตัวเนื้อแห่งสิทธิ ให้เห็นว่าสิทธินี้เป็นสิทธิที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตอยู่ของมนุษย์ และเป็นสิทธิที่บุคคลพึงจะมีในฐานะที่เป็นมนุษย์ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เป็นสิ่งที่มีความค่าสูงสุดบุคคลจะดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างไร หากปราศจากสิทธิในทางสุขภาพ ดังนั้นจึงต้องอธิบายว่าสิทธินี้เป็นสาระสำคัญของดำรงอยู่ของชีวิต สิทธินี้จึงไม่ควรขึ้นอยู่กับการจำแนกแยกแยะคน

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

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

¹⁶ บรรเจิด สิงคะเนติ. แหล่งเดิม. หน้า 62 – 63.

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

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

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

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

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

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

“ผู้มีสิทธิได้แก่ บุคคลที่มีชื่อในทะเบียนบ้านในพื้นที่จังหวัดที่ระเบียบนี้ใช้บังคับ เว้นแต่

- 1) บุคคลผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
- 2) บุคคลผู้มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

3) บุคคลผู้มีสิทธิตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล

4) บุคคลผู้มีสิทธิตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินอุดหนุน โครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล

5) บุคคลผู้มีสิทธิตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ

6) บุคคลที่อยู่ในความคุ้มครองของหลักประกันสุขภาพอื่นใดที่รัฐจัดขึ้น

คณะกรรมการประกันสุขภาพถ้วนหน้ากลาง อาจกำหนดให้บุคคลที่ไม่มีชื่อในทะเบียนบ้านในพื้นที่จังหวัดที่ระเบียบนี้ใช้บังคับเป็นผู้มีสิทธิตามระเบียบนี้ได้ แต่ทั้งนี้ บุคคลดังกล่าวต้องอาศัยอยู่จริงในพื้นที่จังหวัดนั้น ๆ”

บทที่ 5

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

5.1 บทสรุป

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

เป็นไปตามเงื่อนไข โดยให้เรียกเก็บกรณีประชาชนไปใช้บริการและได้รับการส่งจ่ายยาเท่านั้น หากไม่มีการส่งยาไม่ต้องเรียกเก็บ

ประเทศอื่น ๆ ยังมีนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวกับการประกันสุขภาพที่แตกต่างกันออกไป มี 2 รูปแบบ

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

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

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

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

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

รักษาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายค่าตรวจรักษาใด ๆ หรือร่วมจ่ายในราคาที่ถูกลง จึงส่งผลให้มีการเรียกร้องสิทธิในการตรวจรักษามากยิ่งขึ้น โดยไม่ต้องรับผิดชอบต่อพฤติกรรมประจำวันของคนที่อาจเป็นสาเหตุหนึ่งของการเจ็บป่วยที่มากขึ้น และเมื่อมารักษาแล้วประสบกับผลการรักษาที่ไม่เป็นไปตามที่ตนคาดหวังไว้ ก็จะไปฟ้องร้องเพื่อเรียกร้องเงินช่วยเหลือหรือไปฟ้องร้องต่อศาลมากยิ่งขึ้น

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

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

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

การที่ไม่ตราพระราชกฤษฎีกา เพื่อรองรับการใช้สิทธิ ตามมาตรา 41 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เป็นกลไกสำคัญและมีความเป็นไปได้

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

¹ มาตรา 41 ให้คณะกรรมการกันเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือหาผู้กระทำผิดได้ แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด.

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

5.2 ข้อเสนอแนะ

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

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

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

- 1) บุคคลซึ่งมีอายุไม่เกิน 12 ปีบริบูรณ์
- 2) บุคคลซึ่งมีอายุสูงเกินกว่า 60 ปีบริบูรณ์
- 3) บุคคลซึ่งพิการหรือทุพพลภาพ

4) ภิกษุ สามเณร นักพรต นักบวช

5) บุคคลซึ่งได้กระทำความดี เป็นคุณแก่ชาติ หรือบุคคลซึ่งกำลังปฏิบัติราชการหรือปฏิบัติงานให้รัฐ และรัฐเห็นสมควรให้ได้รับสวัสดิการบริการด้านสาธารณสุข ทั้งนี้ ตามที่กำหนดในกฎกระทรวง”

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

“ผู้มีสิทธิได้แก่ บุคคลที่มีชื่อในทะเบียนบ้านในพื้นที่จังหวัดที่ระเบียบนี้ใช้บังคับ
เว้นแต่

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

คณะกรรมการประกันสุขภาพถ้วนหน้ากลาง อาจกำหนดให้บุคคลที่ไม่มีชื่อในทะเบียนบ้านในพื้นที่จังหวัดที่ระเบียบนี้ใช้บังคับเป็นผู้มีสิทธิตามระเบียบนี้ได้ แต่ทั้งนี้ บุคคลดังกล่าวต้องอาศัยอยู่จริงในพื้นที่จังหวัดนั้น ๆ ”

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

เอกชนและรัฐจะเป็นผู้ดูแลผู้ยากไร้ให้ได้รับบริการทางการแพทย์โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ตลอดจนทำให้ประชาชนสามารถเข้ารับการรักษาที่ใด โรงพยาบาลรัฐหรือเอกชนก็ได้ โดยไม่จำกัดสถานที่เข้ารับการรักษามือถือกับระบบ Sickness funds ของประเทศเยอรมนี

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

1) ให้ผู้เสียหายมีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชยจากกองทุนตามพระราชกฤษฎีกานี้โดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบ โดยมีเงื่อนไข มิให้ใช้บังคับในกรณีดังต่อไปนี้

(1) ความเสียหายที่เกิดขึ้นตามปกติธรรมดาของโรคนั้น แม้มีการให้บริการสาธารณสุขตามมาตรฐานวิชาชีพ

(2) ความเสียหายซึ่งหลีกเลี่ยงมิได้จากการให้บริการสาธารณสุขตามมาตรฐานวิชาชีพ

(3) ความเสียหายที่เมื่อสิ้นสุดกระบวนการให้บริการสาธารณสุขแล้ว ไม่มีผลกระทบต่ออาการชีวิตตามปกติ

ทั้งนี้ คณะกรรมการอาจจะประกาศกำหนดรายละเอียดเพิ่มเติมภายใต้หลักเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้นได้

2) “เงินชดเชย” หมายถึง

(1) ค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในการรักษาพยาบาล รวมทั้งค่าฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจ

(2) ค่าขาดประโยชน์ทำมาหาได้

(3) ค่าชดเชยในกรณีพิการหรือทุพพลภาพ

(4) ค่าชดเชยความเสียหายต่อจิตใจ

(5) ค่าชดเชยในกรณีถึงแก่ความตาย

(6) ค่าชดเชยการขาดรายได้ผู้ประกอบการถึงแก่ความตายและมีทายาทที่จะต้อง
อุปการะเลี้ยงดู

(7) ค่าชดเชยเพื่อความเสียหายอย่างอื่น อันมิใช่ตัวเงิน

กรณีตามข้างต้นให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

3) ให้ผู้เสียหายหรือทายาทที่ตกลงยินยอมรับเงินชดเชยแล้ว ให้ผู้ให้บริการ
สาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายและผู้เสียหาย จัดทำสัญญาประนีประนอม
ยอมความ ทั้งนี้ตามวิธีการ รูปแบบ และรายละเอียดที่คณะกรรมการกำหนดในระเบียบ

DPU

DU
P
U

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

หนังสือ

- กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์. (2551). *การมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ (Cost sharing and Co-payment Lessons from 10 Countries)* (รายงานการวิจัย). ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.
- กระทรวงแรงงาน. (2550). *ประเทศไทยกับการไปสู่รัฐสวัสดิการ*. กรุงเทพฯ : กองแผนงานและสารสนเทศ สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน.
- กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป). สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. โครงการรณรงค์เพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. *หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. กรุงเทพฯ: สภาวิจัยสาธารณสุข.
- กิตติศักดิ์ ปกติ. (2546). *การปฏิรูประบบกฎหมายไทยภายใต้อิทธิพลยุโรป*. กรุงเทพฯ: วิญญูชน.
- กุลพล พลวัน. (2543). *สิทธิมนุษยชนในสังคม*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์.
- โกสุม สายจันทร์. (2546). “Civil Disobedience under Thai Crony Capitalism”. *รัฐศาสตร์ปริทัศน์*. เชียงใหม่: ภาควิชารัฐศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เกรียงไกร เจริญธนาวัฒน์. ก. (2547). *หลักการพื้นฐานกฎหมายมหาชนว่าด้วย รัฐ รัฐธรรมนูญ และกฎหมาย*. โครงการตำราและสื่อการสอน คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ: วิญญูชน.
- _____. ข. (2547). *หลักกฎหมายว่าด้วยสิทธิเสรีภาพ*. กรุงเทพฯ: วิญญูชน.
- คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. (2544). *ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า* (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสาธารณสุข.
- คู่มือประชาชน (2545, กันยายน). *แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน*. ศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กระทรวงสาธารณสุข. ปัตตานี: โรงพิมพ์มิตรภาพ ปัตตานี.
- คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2548. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

- คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2551. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- จรัญ โฆษณานันท์. (2545). *นิติปรัชญา*. (พิมพ์ครั้งที่ 11). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ฉัตรทิพย์ นาถสุภา. (2539). *ลัทธิเศรษฐกิจการเมือง*. “ประวัติศาสตร์การปฏิวัติอุตสาหกรรมเปรียบเทียบ”. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เฉลิมเผ่า อจละนันท์ และคณะ. (2544). *หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค*. กรุงเทพฯ: สถาบันจิตวิทยาความมั่นคง สถาบันวิชาการป้องกันประเทศ กองบัญชาการทหารสูงสุด.
- เชิญชู อริยศรีวัฒนา. (2555). *มหัศจรรย์ 30 บาทรักษาทุกโรค*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- ชัยอนันต์ สมุทวณิช. (2530). *ทฤษฎีระบบการเมืองไทย การอภิปรายวิเคราะห์ไตรลักษณ์รัฐ*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ. (2546, ธันวาคม). *บทสังเคราะห์ภาพรวม การพัฒนาระบบสวัสดิการสำหรับคนจนและคนด้อยโอกาสในสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: ศูนย์ศึกษาเศรษฐศาสตร์การเมือง คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทวีศักดิ์ สุททกวาทิน. (2544). *การปฏิรูประบบการจัดการเพื่อรองรับการประกันสุขภาพในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: ทีพีเอ็น เพรส.
- ทัศนีย์ แน่นอุดร. (2543). *สิทธิผู้ป่วย เรียนรู้และเข้าใจเพื่อใช้ให้เป็น* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค.
- ชนัน อนุমানราชชน. (2546), “The Tenacity of the Thai Laid-off Workers: The Merit of the IMF Bailout Program”. *รัฐศาสตร์ปริทัศน์*. เชียงใหม่: ภาควิชารัฐศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นันทวัฒน์ บรมานันท์. (2548). *คำแปลรัฐธรรมนูญฝรั่งเศส ค.ศ.1958*. กรุงเทพฯ: วิญญูชน.
- บรรเจิด สิงคะเนติ. ก. (2543). *โครงการเฉลิมพระเกียรติสารานุกรมรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 เรื่องหลักความเสมอภาค*. กรุงเทพฯ: องค์การคำครุสภา.
- _____. ข. (2547). *หลักการพื้นฐานของสิทธิ เสรีภาพ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตามรัฐธรรมนูญ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: วิญญูชน.
- _____. ค. (2552, กรกฎาคม – ธันวาคม). “ความเสมอภาคในการสมัครสอบเพื่อรับราชการ”.

- วารสารผู้ตรวจการแผ่นดินของรัฐสภา ปีที่ 2 ฉบับที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักงานผู้ตรวจการแผ่นดินของรัฐสภา.
- _____ . ง. (2552). *หลักพื้นฐานเกี่ยวกับสิทธิเสรีภาพ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: วิญญูชน.
- บวรศักดิ์ อุวรรณโณ. ก. (2538). *คำอธิบายกฎหมายมหาชนเล่ม 1*. กรุงเทพฯ: วิญญูชน.
- _____ . ข. (2543). *ปฏิรูประบบสุขภาพ : สิทธิหน้าที่ของคนไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข.
- บุญศรี มีวงศ์โฆษ. (2535). *คำอธิบาย วิชากฎหมายรัฐธรรมนูญเปรียบเทียบ: รัฐธรรมนูญเยอรมัน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- บุบผา อัครพิมาน. (2548). *หลักกฎหมายทั่วไป*. ใน *รวมบทความทางวิชาการ เล่ม 1 กฎหมายปกครอง ภาคสารบัญญัติ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานศาลปกครอง.
- ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์. (2548). *สุขภาพดีไม่ต้องแพง*. กรุงเทพฯ: ประชาไทบู๊คคลับ.
- ปรากรม วุฒิพงศ์ และคณะ. (2532). *ระบบประกันสุขภาพของไทย: ศูนย์ศึกษาในงานสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปรีดี เกษมทรัพย์. *นิติปรัชญา*. (2526). พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ปรีดี พนมยงค์. ก. (2526). *ประชุมกฎหมายมหาชนและเอกชนของปรีดี พนมยงค์*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- _____ . ข. (2535). “*คณะราษฎรกับการอภิวัฒน์ประชาธิปไตย 24 มิถุนายน*”. ใน *แนวความคิดประชาธิปไตยของปรีดี พนมยงค์*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง, วรรณภา ศรีชัยรัตน์. (2553, มกราคม). *นิยามคำสำคัญ ที่เกี่ยวกับสิทธิผู้สูงอายุตามรัฐธรรมนูญฯ ในบริบทของชุมชนเทศบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร*. โครงการวิจัยเรื่อง การขับเคลื่อนระบบบริการอย่างบูรณาการเพื่อสิทธิและสุขภาวะของผู้สูงอายุในระดับชุมชน. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.): หจก. คลังน่านาวิทยา.
- พนัส สิมะเสถียร และคณะ . (2538). *สิทธิมนุษยชน: รัฐกับสาธารณสุขในสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พิพัฒน์ พสุธารชาติ. (2545). *รัฐกับศาสนา*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สยาม.
- โกกิน พลกุล. (2529). *ปัญหาและข้อคิดบางเรื่องจากรัฐธรรมนูญฯ*. กรุงเทพฯ: สมาคมสังคมศาสตร์.

- มานิตย์ จุมปา. (2542) *ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย* (แก้ไขเพิ่มเติมครั้งที่ 3 พ.ศ. 2542). คณะนิติศาสตร์. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รพีพรรณ คำหอม. (2545, กรกฎาคม). *สวัสดิการสังคมกับสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- รายงานฉบับสมบูรณ์ (Final Report). (2551, กันยายน). *โครงการวิจัยการศึกษาผลกระทบของรายจ่ายเพื่อสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการ/ลูกจ้างและพนักงานของรัฐต่อภาระทางการคลัง*. กรุงเทพฯ: ส่วนนโยบายการคลังและงบประมาณ สำนักนโยบายการคลัง สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง.
- วรพจน์ วิสชุดพิชญ์ ก. (2538). *สิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)
- _____. ข. (2538). *หลักการพื้นฐานของกฎหมายปกครอง*. กรุงเทพฯ: บริษัท ธรรมสาร จำกัด.
- _____. ค. (2540). *สิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: วิญญูชน.
- _____. ง. (2543). *สิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540*. กรุงเทพฯ: วิญญูชน.
- วิชัย ศรีรัตน์. (2543). *สิทธิมนุษยชนและสิทธิเสรีภาพของชนชาวไทย*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- วิษณุ เครืองาม. (2530). *กฎหมายรัฐธรรมนูญ*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: นิติธรรม.
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. (2540). *ระบบประกันสุขภาพในภาพรวมของประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วีระ โลจายะ (2525). *กฎหมายสิทธิมนุษยชน*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ศศิธร ศิริมหาราช. (2547, มิถุนายน). *ผลกระทบของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อการปฏิบัติงานบุคลากรทางการแพทย์* (การค้นคว้าอิสระ). รัฐศาสตร์มหาบัณฑิต(การเมืองการปกครอง). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย. ก. (2543). *สุขภาพคนไทยปี 2543. "ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ."* นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- _____. ข. (2544). *ดัชนีเศรษฐศาสตร์มหภาคเพื่อวัดความเป็นธรรมทางการคลังและการใช้บริการสาธารณสุขระหว่างปี 2529 - 2541*. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- _____. ค. (2548, 28 มิถุนายน). *ความเป็นธรรมทางสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

- ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ, วัฒนา สุวรรณแสง จันเจริญ และสุพรรณ ศรีธรรมมา. (2539). *ประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดขอนแก่น*. วิทยาลัยการสาธารณสุข และคณะเศรษฐศาสตร์. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมคิด เลิศไพฑูรย์. ก. (2543, มิถุนายน). “หลักความเสมอภาค”. *วารสารนิติศาสตร์* ปีที่ 30 ฉบับที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- _____. ข. (2548). *กฎหมายรัฐธรรมนูญ หลักการใหม่ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมยศ เชื้อไทย. ก. (2535). *คำอธิบายหลักรัฐธรรมนูญทั่วไป*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- _____. ข. (2544). *ความรู้นิติปรัชญาเบื้องต้น*. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: วิญญูชน.
- สรุปการติดตามผลนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค*.
- สร้อยตระกูล (ติวานนท์) อรรถมานะ. (2543). *สาธารณสุขบริหารศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ. (2540). *ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ: บทวิเคราะห์ทางวิชาการ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสาธารณสุข.
- ลำเรียง แหงกระโทกและคณะ. (2548 - 2549). *การพัฒนาการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดนครราชสีมา* (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์, ภูรี อนันตโชติ, ศิริตรี สุทธิจิตต์, อุบลพรรณ ชีระศิลป์, และพลอย วรงค์ เหลืองไตรรัตน์. ก. *รายงานการศึกษาส่วนร่วมจ่ายค่ายาในระบบประกันสุขภาพของ 10 ประเทศ (Drug Cost Sharing in the Universal Health Insurance : Lesson Learned from 10 Countries)* (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: สำนักงานวิจัยระบบประกันสุขภาพไทย.
- _____. ข. (2544). *ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ*. (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: สำนักงานวิจัยระบบประกันสุขภาพไทย.
- _____. ค. (2551). *สิทธิประโยชน์ภาคบังคับที่เท่าเทียม vs. สิทธิประโยชน์ที่ให้ทางเลือก ผู้บริโภคและเก็บส่วนร่วมจ่าย*. เอกสารกรอบคิดประเด็นค่านิยม (Values) ในการออกแบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: สำนักงานวิจัยระบบประกันสุขภาพไทย.
- สังคีต พิริยะรังสรรค์ และคณะวิจัย. (2547, มกราคม) *โครงการวิจัยความเห็นของประชาชนต่อ*

- หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้หลักความรับผิดชอบร่วมกัน (รายงานการวิจัย).
กรุงเทพฯ: สถาบันที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (2545). *(ร่าง)แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน*. ผลสรุปคณะทำงานเพื่อเตรียมระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- หยุด แสงอุทัย. ก. (2511). *คำอธิบายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย. (2511) เรียงมาตราและคำอธิบายรัฐธรรมนูญทั่วไปโดยย่อ*. พระนคร: กรุงเทพมหานครพิมพ์.
- _____. ข. (2523). *ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับกฎหมายทั่วไป (พิมพ์ครั้งที่ 9)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อนงค์ โรจน์วณิชช์. (2545, พฤศจิกายน). “รายงานการสัมมนาระดับนานาชาติเรื่องผลกระทบของการประกันสุขภาพต่อการจัดสรรทรัพยากรด้านสาธารณสุข”. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. (2536). *ผลการดำเนินงานสำนักงานประกันสุขภาพ ปี 2536*. กรุงเทพฯ: สำนักงานประกันสุขภาพ.
- อภิญา เวชชัย, ศิริพร ยอดกมลศาสตร์, ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ. (2547). *สวัสดิการสังคมชาวบ้าน แนวคิด นโยบาย แนวทางปฏิบัติ*. ศูนย์ศึกษาเศรษฐศาสตร์การเมือง คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. และ *ประกันสังคมอยู่คู่สังคมไทย*. (2545). สำนักงานประกันสังคม. ชุมชนการเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพิน ผลสุวรรณ สบายรูป. (2552). *กฎหมายการคลัง*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โครงการตำราและเอกสารประกอบการสอน คณะนิติศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อารี วัลยะเสวี และคณะ. (2543). *รูปแบบระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทยในสองทศวรรษ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกลบอลทอง.
- อิทธิพร คณะเจริญ. (2555). *หมอใหม่*. สารจากรองเลขาธิการแพทยสภา. “เรื่องที่แพทย์ใหม่ต้องรู้”. นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา.
- อุดม รัฐอมฤต, นพนิต สุริยะ และบรรเจิด สิงคะเนติ. (2544). *การอ้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์หรือใช้สิทธิและเสรีภาพของบุคคลตามมาตรา 28 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิคอนราด อาเดนาวร์.
- อุดมศักดิ์ สินธิพงษ์. (2550). *สิทธิมนุษยชน* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

อักษราทร จุฬารัตน. (2548). *ประมวลกฎหมายปกครอง*. กรุงเทพฯ: บริษัท บพิศการพิมพ์ จำกัด.

อัมมาร สยามวาลา. (2544). *หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : เป้าหมายเชิงนโยบาย*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

บทความ

กัญญาพล วัฒนกุล. (2555). “สารจากผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์”. *หมอใหม่* 2555. สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

จเร วิชชาไทย. (2542). *การปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษาประเทศออสเตรเลีย*. รายงานการวิจัย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ: สำนักงานวิจัยระบบประกันสุขภาพไทย.

ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์. (2543). *การปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษาประเทศอังกฤษ*. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2543. กรุงเทพฯ: สำนักงานวิจัยระบบประกันสุขภาพไทย.

ปิยะนุช เงินคล้าย. ก. (ม.ป.ป). *นโยบายสาธารณะ*. เอกสารหมายเลข 161 กรุงเทพฯ : ศูนย์เอกสารทางวิชาการ คณะรัฐศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

_____. ข. (ม.ป.ป). *นโยบายสาธารณะ*. เอกสารหมายเลข 162 กรุงเทพฯ : ศูนย์เอกสารทางวิชาการ คณะรัฐศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

วิจิต เปานิล. (2543). *การปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษาประเทศไต้หวัน*. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2543. กรุงเทพฯ: สำนักงานวิจัยระบบประกันสุขภาพไทย.

สงวน นิตยารัมพพงศ์. (2543). *การปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศนิวซีแลนด์*. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ.2543. กรุงเทพฯ: สำนักงานวิจัยระบบประกันสุขภาพไทย.

สมศักดิ์ ธรรมธิตวัฒน์. (2543). *การศึกษาทบทวนประสบการณ์ของประเทศสหรัฐอเมริกาในการปฏิรูประบบสุขภาพ*. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2543. กรุงเทพฯ: สำนักงานวิจัยระบบประกันสุขภาพไทย.

สุพัตรา ศรีวนิชชากร. (2543). *การปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศสิงคโปร์*. รายงานการวิจัย

- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2543. กรุงเทพฯ:สำนักงานวิจัยระบบประกันสุขภาพไทย.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. ก. (2543). การปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษาประเทศญี่ปุ่น. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยสาธารณสุข พ.ศ. 2543. กรุงเทพฯ: สำนักงานวิจัยระบบประกันสุขภาพไทย.
- _____. ข. (2543). การปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษาประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมัน. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยสาธารณสุข พ.ศ. 2543. กรุงเทพฯ: สำนักงานวิจัยระบบประกันสุขภาพไทย.
- _____. ค. (2543). การปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษาประเทศสาธารณรัฐเกาหลี. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยสาธารณสุข พ.ศ. 2543. กรุงเทพฯ: สำนักงานวิจัยระบบประกันสุขภาพไทย.

วิทยานิพนธ์

- จิรวัดน์ ตั้งเจริญถาวร. (2552). สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐ: ศึกษาเฉพาะกรณีการใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.
- ธาริณี ปกาสิทธิ์. (2546). การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่มีผลกระทบต่อการปฏิรูปร่างของบุคลากรสาธารณสุข (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ประภาส คงชุม. (2545). ปัญหาทางกฎหมายในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545: ศึกษาเฉพาะกรณีมาตรา 9 มาตรา 10 มาตรา 11 และมาตรา 45 (2) (3) (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- พัทยาพร ยิ้มเที่ยง. (2546). ทิศนะของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีต่อนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพและการนำนโยบายไปปฏิบัติ ศึกษาเฉพาะ: โรงพยาบาลตรัง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ภราดร ดั่งยางหวาย. (2548). ความเสมอภาคด้านบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ภาคภูมิ โภคะอินทร์. (2549). ความเสมอภาคในระบบกฎหมายไทย (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เลิศศักดิ์ ต้นโต. (2555). *การคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของบุคคลที่ถูกควบคุมตัวภายใต้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.
- วัชรารัตน์ รัตนโกเศศ-จันเจริญ.(2545). *ความเสมอภาคระหว่างชายและหญิงในเรื่องสิทธิส่วนบุคคลของหญิงมีสามีที่นอกเหนือจากประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศรายุทธ สมศรี. (2545). *พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีบัตรทอง ตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค จังหวัดหนองบัวลำภู* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต).
- ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เอกสารอื่น ๆ

- กิติพัฒน์ นนทปัทมะคุลย์. (2554). *เอกสารคำสอน นโยบายสวัสดิการสังคมเปรียบเทียบ*. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ชัยลักษณ์ รุจิภักดิ์ และ สัจญญพงศ์ ถิมประเสริฐ. (ม.ป.ป.). *เอกสารคำสอน “POPULATION CHANGE AND PUBLIC SERVICE AND WELFARE POLICY. “State welfare”*. มหาวิทยาลัยนเรศวร กรุงเทพฯ. หน้า 2.
- แนวคิดและหลักการประกันสังคม*. สำนักงานประกันสังคม. (ม.ป.ป.).
- บันทึกสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา เรื่อง *อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการกำหนดอัตราค่าบริการตามมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เรื่องเสรีจที่ 483/2546*.
- บันทึกหลักการและเหตุผลของคณะรัฐมนตรี ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งเสนอต่อวุฒิสภาเพื่อพิจารณา.
- ผลการประชุมคณะรัฐมนตรี. (2555, 29 พฤษภาคม). “เรื่อง *ข้อเสนองบประมาณสำหรับงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประจำปีงบประมาณ 2556*”. กรุงเทพฯ: สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี ทำเนียบรัฐบาล.
- พระราชดำรัสของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ในการเปิดประชุมนานาชาติรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ประจำปี 2012. (2555, มกราคม, 26).
- พลเอก สุรยุทธ์ จุลานนท์. (2549). *คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี*.

- ยิ่งลักษณ์ ชินวัตร. (2554). คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี.
- รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎร ชุดที่ 21 ปีที่ 2 ครั้งที่ 23 (สมัยสามัญทั่วไป). (2545, 8 พฤษภาคม). ต้นฉบับ ชุดที่ 17 ของ 17 ชุด. หน้า 9 – 10.
- รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎร ชุดที่ 21 ปีที่ 2 ครั้งที่ 24 (สมัยสามัญทั่วไป). (2545, 15 พฤษภาคม). ต้นฉบับ ชุดที่ 8 ของ 17 ชุด.
- ลิขิต ธีรเวคิน. (2554, 8 กันยายน). “ปัญหาในการจัดการคำรักษาพยาบาลฟรี”.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2553). “เอกสารโครงการการขับเคลื่อนระบบบริการอย่างบูรณาการ เพื่อสิทธิและสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับชุมชนภายใต้ชุดโครงการพัฒนาการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะด้านสิทธิที่เชื่อมโยงกับสุขภาพ”. (เอกสารอัดสำเนา).
- สุกฤษฎี กิติศรีวรพันธุ์. (ม.ป.ป.). “การสาธารณสุขของไทยกับอุปสรรคในทางกฎหมาย”.
- เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. (2549, 9 พฤศจิกายน). “การยกเลิกเก็บค่าธรรมเนียม 30 บาทต่อครั้งของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค”. วิทยาลัยการสาธารณสุขและคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มติชนรายวัน ปีที่ 29 ฉบับที่ 10470.
- อมร รอดคล้าย. “30 บาท ไม่สามารถรักษาได้ทุกโรค”.
- อนันต์ อริยะชัยพาณิชย์. (2555, 23 มกราคม). “รายงานการประชุมวุฒิสภา ครั้งที่ 5 (สมัยสามัญนิติบัญญัติ)”. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. หน้า 157 – 158.
- อภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ. (2551). คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี.
- เอกสารงบประมาณฉบับที่ 1. (2556). รายรับรายจ่ายเปรียบเทียบ. สำนักงบประมาณ: กรุงเทพฯ. สำนักนายกรัฐมนตรี. หน้า 103.
- เอกสารชุดวิชา 54102 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- เอกสารประกอบการประชุมรับฟังความเห็น/ข้อเสนอแนะ ต่อ (ร่าง) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. หน้า 34 - 35.
- เอกสารการศึกษา การพัฒนาสังคมและสวัสดิการปีงบประมาณ 2554. ของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

กฎหมาย

- ข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข. ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนของสหประชาชาติ ค.ศ. 1948. ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ สปสช. 01/ว.1293.

ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การยกเลิกค่าบริการทางการแพทย์.
พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522.
พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533.
พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545.
พระราชบัญญัติสัญญาชาติ พ.ศ. 2555.
ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2544.
รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540.
รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550.

สารสนเทศจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

การมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพประสบการณ์จาก 10 ประเทศ. สืบค้นเมื่อ
วันที่ 3 พฤษภาคม 2555, จาก <http://dspace.hsri.or.th/dspace/handle/123456789/2265>.
การศึกษาส่วนร่วมจ่ายค่ายา ในระบบประกันสุขภาพของ 10 ประเทศ. สืบค้นเมื่อ
วันที่ 3 เมษายน 2555, จาก http://www.hisro.or.th/main/modules/research/research_financing_show_detail.php?id=148.
มีชัย ฤชุพันธุ์. (2546). *ถาม-ตอบกับมีชัย. : บทคัดย่อ*. ค้นเมื่อ 16 ตุลาคม 2555,
จาก <http://www.meechaithailand.com/meechai/ask/ask04951.html>.
หลักเกณฑ์การออกบัตร สปร. สืบค้นเมื่อ วันที่ 11 มิถุนายน 2555,
จาก <http://oldforum.serithai.net/index.php?topic=1016.25;wap2>.
The Development of Welfare States . จาก http://en.wikipedia.org/wiki/welfare_state หัวข้อ.
สืบค้นเมื่อ วันที่ 31 ตุลาคม 2555.
Welfare States.. จาก http://en.wikipedia.org/wiki/welfare_state หัวข้อ. สืบค้นเมื่อ วันที่ 31
ตุลาคม 2555.

ภาษาต่างประเทศ

BOOKS

Birdsall. N. and Haggard. S. (2000). *After the Crisis: The Social Contract and The Middle*

- Class in East Asia*. Washington, D.C.: Carnegie Endowment for International Peace. pp 51-55.
- Dye, T. R. (1984). *Understanding public policy*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. pp. 1-3.
- Easton, D. (1957). An approach to the analysis of political system. *World Politics*, 9(4), 383-400. P.129.
- Eyestone, R. (1971). *The threads of public policy: A study of policy leadership*. New York: Equity Foundation. (2002). *What Is Equity Foundation*. Retrieved December 21, 2012, from <http://www.Equityfoundation.org>.
- Friedrich, c. J. (1963). *Man and his government*. New York: McGraw-Hill. p 70.
- Gwatkin DR. (2000) *Health inequalities and the health of the poo: What do we know? What can we do?* Bulletin of the world Health Organization. 78 (1): pp. 3 – 18.
- Hermann ROESLER. (1968). *In Johannes SIEMEST*. Meiji State. Tokyo. P. 117.
- Kelly. J. M. *A Short History of Western Legal Theory*. (New York : Oxford University Press, 1992). pp 29 – 30.
- Lasswell, H. D., & Kaplan, A. (1970). *Power and society*. New Haven, CT: Yale University Press. P 71.
- Lie R. (1998). Human Rights, Equity and Health Sector Reform. *A research proposal*.
- McLachlan and Maynard (1982) เปรียบ “ความเป็นธรรม” เหมือน “ความงาม” ซึ่งขึ้นอยู่กับการตีคุณค่าของผู้ตัดสิน “...equity like beauty, is in the mind of the beholder...”
- Mooney G. (1986). Economics. *Medicine and Health care*. Sussex: Wheat sheaf.
- Munro-Kua, A. (1996). *The Authoritarian Populism in Malaysia*: Macmillan Press Lid. London. P 105.
- NG M. (1997). Why Asia needs democracy. *Journal of Democracy*, 8, pp. 10 – 23.
- Panizza, F. *Populism and the Mirror of Democracy*. (2003, April). Paper pared for the panel on Populism and Democratic Politic of the 53th Annual Conference of the Political Studies Association. “Democracy and Diversity”. The University of Leicester. pp. 15 – 17.
- Sen A. (1997). Human rights and Asia values. *New Republic* (July 14 – 21): 33; 39.
- Sen A. (1999). The value of democracy. *Development Outreach*, 1, 1, pp. 5 – 9.

The Henry J. Kaiser Family Foundation. *Cost Sharing for Health Care : France, Germany, and Switzerland*. Menlo Park,CA.

Whitehead, M. (2000). *The concept and principle of equity and health*. Retrieved December 29, 2012, from <http://www.who.dk/Document/PAE/conceptsrpd414.pdf>.

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

Bobbs-Merrill. p. 8.

ELECTRONIC SOURCES

<http://dspace.hsri.or.th>

<http://www.hisro.or.th>

<http://www.kff.org>

<http://www.moph.go.th>

<http://www.saranair.com>

<http://www.thaigov.go.th>

กรม
การ
การ

ภาคผนวก

พระราชบัญญัติ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
พ.ศ. 2545

ภูมิพลอดุลยเดช ป.ร.
ให้ไว้ ณ วันที่ 11 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545
เป็นปีที่ 57 ในรัชกาลปัจจุบัน

พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ
ให้ประกาศว่า

โดยที่เป็นการสมควรให้มีกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พระราชบัญญัตินี้มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล
ซึ่งมาตรา 29 ประกอบกับมาตรา 35 และมาตรา 48 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บัญญัติ
ให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย

จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัติขึ้นไว้โดยคำแนะนำและยินยอม
ของรัฐสภาดังต่อไปนี้

มาตรา 1 พระราชบัญญัตินี้เรียกว่า “พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.
2545”

มาตรา 2 พระราชบัญญัตินี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษา
เป็นต้นไป

มาตรา 3 ในพระราชบัญญัตินี้

“บริการสาธารณสุข” หมายความว่า บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งให้
โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การ

รักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งนี้ ให้รวมถึงการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

“สถานบริการ” หมายความว่า สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชน และของสภากาชาดไทยหน่วยบริการการประกอบโรคศิลปะสาขาต่างๆ และสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามพระราชบัญญัตินี้

“เครือข่ายหน่วยบริการ” หมายความว่า หน่วยบริการที่รวมตัวกันและขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการตามพระราชบัญญัตินี้

“ค่าบริการ” หมายความว่า เงินที่ผู้รับบริการจ่ายให้แก่หน่วยบริการในการรับบริการสาธารณสุขแต่ละครั้ง

“ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ได้แก่

- (1) ค่าสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค
- (2) ค่าตรวจวินิจฉัยโรค
- (3) ค่าตรวจและรับฝากครรภ์
- (4) ค่าบำบัดและบริการทางการแพทย์
- (5) ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าอวัยวะเทียม และค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์
- (6) ค่าทำคลอด
- (7) ค่ากินอยู่ในหน่วยบริการ
- (8) ค่าริบาลทารกแรกเกิด
- (9) ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย
- (10) ค่าพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ
- (11) ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย และจิตใจ
- (12) ค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นเพื่อการบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนด

“กองทุน” หมายความว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน” หมายความว่า คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

“เลขานุการ” หมายความว่า เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานสาขาแล้วแต่กรณี

“พนักงานเจ้าหน้าที่” หมายความว่า ผู้ซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งโดยคำแนะนำของคณะกรรมการหรือคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน แล้วแต่กรณี ให้ปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้

“รัฐมนตรี” หมายความว่า รัฐมนตรีผู้รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา 4 ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ และให้มีอำนาจแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ กับออกกฎกระทรวงและประกาศเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้

กฎกระทรวงและประกาศนั้น เมื่อได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้วให้ใช้บังคับได้

หมวด 1

สิทธิการรับบริการสาธารณสุข

มาตรา 5 บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัตินี้

คณะกรรมการอาจกำหนดให้บุคคลที่เข้ารับบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการในอัตราที่กำหนดให้แก่หน่วยบริการในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ เว้นแต่ผู้ยากไร้หรือบุคคลอื่นที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดไม่ต้องจ่ายค่าบริการ

ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่บุคคลจะมีสิทธิได้รับให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

มาตรา 6 บุคคลใดประสงค์จะใช้สิทธิตามมาตรา 5 ให้ยื่นคำขอลงทะเบียนต่อสำนักงานหรือหน่วยงานที่สำนักงานกำหนด เพื่อเลือกหน่วยบริการ เป็นหน่วยบริการประจำ

การลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ การขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำ และหน้าที่ของหน่วยบริการประจำที่พึงมีต่อผู้รับบริการ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของบุคคลเป็นสำคัญ

ในกรณีที่บุคคลใดมีสิทธิเลือกหน่วยบริการเป็นอย่างอื่นตามหลักเกณฑ์การได้รับสวัสดิการหรือตามสิทธิที่บุคคลนั้นได้รับอยู่ตามกฎหมาย กฎ ระเบียบ ประกาศ มติคณะรัฐมนตรี หรือคำสั่งใด ให้การใช้สิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขในหน่วยบริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การได้รับสวัสดิการหรือสิทธิของบุคคลนั้น

มาตรา 7 บุคคลที่ได้ลงทะเบียนแล้ว ให้ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขได้จากหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง หรือจากหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำของตนหรือเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องส่งต่อ เว้นแต่กรณีที่มีเหตุสมควร หรือกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้บุคคลนั้นมีสิทธิเข้ารับบริการจากสถานบริการอื่นได้ ทั้งนี้ ตามที่คณะกรรมการกำหนด โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของผู้ใช้สิทธิรับบริการ และให้สถานบริการที่ให้บริการนั้นมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 8 ผู้ซึ่งมีสิทธิตามมาตรา 5 ที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนตามมาตรา 6 อาจเข้ารับบริการครั้งแรกที่หน่วยบริการใดก็ได้ และให้หน่วยบริการที่ให้บริการแก่บุคคลดังกล่าวจัดให้บุคคลนั้นลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำตามมาตรา 6 และแจ้งให้สำนักงานทราบภายในสามสิบวันนับแต่ให้บริการ โดยหน่วยบริการดังกล่าวมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการครั้งนั้นจากกองทุนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 9 ขอบเขตของสิทธิรับบริการสาธารณสุขของบุคคลดังต่อไปนี้ ให้เป็นไปตามกฎหมาย กฎระเบียบ ประกาศ มติคณะรัฐมนตรีหรือคำสั่งใด ๆ ที่กำหนดขึ้นสำหรับส่วนราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ และให้ใช้สิทธิดังกล่าวตามพระราชบัญญัตินี้

- (1) ข้าราชการหรือลูกจ้างของส่วนราชการ
- (2) พนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- (3) พนักงานหรือลูกจ้างของรัฐวิสาหกิจ หรือผู้ซึ่งปฏิบัติงานให้แก่หน่วยงานอื่นของรัฐ หรือบุคคลอื่นใดที่มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลโดยใช้จ่ายจากเงินงบประมาณ
- (4) บิดามารดา คู่สมรส บุตร หรือบุคคลอื่นใดที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลโดยอาศัยสิทธิของบุคคลตาม (1) (2) หรือ (3)

ในการนี้ ให้คณะกรรมการมีหน้าที่จัดการให้บุคคลดังกล่าวสามารถได้รับการสาธารณสุขตามที่ได้ตกลงกันกับรัฐบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ แล้วแต่กรณี

การกำหนดให้บุคคลตามวรรคหนึ่งประเภทใด หรือหน่วยงานใด ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัตินี้ได้เมื่อใด ให้เป็นไปตามที่กำหนดโดยพระราชกฤษฎีกา

เมื่อมีพระราชกฤษฎีกาตามวรรคสามใช้บังคับแล้ว ให้รัฐบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ แล้วแต่กรณี ดำเนินการจัดสรรเงินในส่วนที่เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสำหรับบุคคลตามที่กำหนดโดยพระราชกฤษฎีกานั้น ให้แก่กองทุนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และระยะเวลาที่ตกลงกับคณะกรรมการ

มาตรา 10 ขอบเขตของสิทธิรับบริการสาธารณสุขของผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคมให้เป็นไปตามที่กำหนดในกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม การขยายบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัตินี้ไปยังผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคมให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการและคณะกรรมการประกันสังคมตกลงกัน

ให้คณะกรรมการจัดเตรียมความพร้อมในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม และเมื่อได้ตกลงกันเกี่ยวกับความพร้อมให้บริการสาธารณสุขกับคณะกรรมการประกันสังคมแล้ว ให้คณะกรรมการเสนอรัฐบาลเพื่อตราพระราชกฤษฎีกากำหนดระยะเวลาการเริ่มให้บริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการตามพระราชบัญญัตินี้แก่ผู้มีสิทธิดังกล่าว

เมื่อมีพระราชกฤษฎีกาตามวรรคสองใช้บังคับแล้ว ให้สำนักงานประกันสังคมส่งเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนประกันสังคมให้แก่กองทุนตามจำนวนที่คณะกรรมการและคณะกรรมการประกันสังคมตกลงกัน

มาตรา 11 ในกรณีที่ลูกจ้างซึ่งมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทนผู้ใดใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการตามพระราชบัญญัตินี้เมื่อใดแล้วให้หน่วยบริการแจ้งการเข้ารับบริการนั้นต่อสำนักงานและให้สำนักงานมีสิทธิเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนเงินทดแทน แต่ไม่เกินอัตราที่กำหนดตามกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทนส่งเข้ากองทุนเพื่อส่งต่อไปให้หน่วยบริการต่อไป

ในกรณีที่ผู้เข้ารับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัตินี้เป็นลูกจ้างของนายจ้างที่ไม่มีหน้าที่ต้องจ่ายเงินสมทบกองทุนเงินทดแทน ให้สำนักงานมีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินทดแทน

แทนลูกจ้างตามกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทนเพื่อชำระค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข แต่ไม่เกิน อัตราที่กำหนดตามกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน ส่งเข้ากองทุนเพื่อส่งต่อให้หน่วยบริการต่อไป

การจ่ายเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามมาตรา นี้ ให้ถือเป็นการจ่ายเงินทดแทน ในส่วนของค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน

มาตรา 12 ในกรณีที่ผู้ประสบภัยจากรถตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัย จากรถผู้ใดใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการตามพระราชบัญญัตินี้เมื่อใดแล้ว ให้ หน่วยบริการแจ้งการเข้ารับบริการนั้นต่อสำนักงานและให้สำนักงานมีสิทธิเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อ บริการสาธารณสุขจากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย แต่ไม่เกินจำนวนค่าสินไหมทดแทนตาม ภาระหน้าที่ที่กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยต้องจ่ายตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจาก รถ ส่งเข้ากองทุนเพื่อส่งต่อให้หน่วยบริการต่อไป

ในกรณีที่บริษัทผู้รับประกันภัยรถหรือบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถจำกัด มี หน้าที่ต้องจ่ายค่าสินไหมทดแทนให้แก่ผู้ประสบภัยจากรถที่เข้ารับบริการสาธารณสุขตามวรรค หนึ่ง ให้สำนักงานมีอำนาจออกคำสั่งให้บริษัทดังกล่าวชำระค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขแต่ไม่ เกินสิทธิที่พึงได้รับตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ส่งเข้ากองทุนเพื่อส่งต่อให้หน่วยบริการ ต่อไป

การจ่ายเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามมาตรา นี้ ให้ถือเป็นการจ่ายค่าสินไหม ทดแทนในส่วนของค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

หมวด 2

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

มาตรา 13 ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่ง เรียกว่า “คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ” ประกอบด้วย

- (1) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ
- (2) ปลัดกระทรวงกลาโหม ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงพาณิชย์ ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ และผู้อำนวยการสำนักงานประมาณ

(3) ผู้แทนเทศบาลหนึ่งคน องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนึ่งคน องค์การบริหารส่วนตำบลหนึ่งคนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่นหนึ่งคน โดยให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทคัดเลือกกันเอง

(4) ผู้แทนองค์กรเอกชนซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่มีใช้เป็นการแสวงหาผลกำไรและดำเนินกิจกรรมดังต่อไปนี้ องค์กรละหนึ่งคน โดยการคัดเลือกกันเองในแต่ละกลุ่มให้เหลือกลุ่มละหนึ่งคน และให้ผู้แทนดังกล่าวคัดเลือกกันเองให้เหลือจำนวนห้าคน

(ก) งานด้านเด็กหรือเยาวชน

(ข) งานด้านสตรี

(ค) งานด้านผู้สูงอายุ

(ง) งานด้านคนพิการหรือผู้ป่วยจิตเวช

(จ) งานด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเรื้อรังอื่น

(ฉ) งานด้านผู้ใช้แรงงาน

(ช) งานด้านชุมชนแออัด

(ซ) งานด้านเกษตรกร

(ณ) งานด้านชนกลุ่มน้อย

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

(6) ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนเจ็ดคนซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้มีความเชี่ยวชาญทางด้านประกันสุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก การเงินการคลัง กฎหมายและสังคมศาสตร์ ด้านละหนึ่งคนองค์กรเอกชนตาม (4) ต้องเป็น

องค์กรที่ดำเนินกิจกรรมมาไม่น้อยกว่าหนึ่งปีและได้มาขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานก่อนครบกำหนดสิบห้าวันนับแต่วันที่มิเหตุให้มีการคัดเลือกกรรมการถ้าองค์กรใดดำเนินกิจกรรมหลายกลุ่ม ให้ขึ้นทะเบียนเพื่อใช้สิทธิคัดเลือกกรรมการในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเท่านั้น

หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือกกรรมการตาม (3) และ (4) ให้เป็นไปตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

ให้กรรมการตาม (1) (2) (3) (4) และ (5) ดำเนินการสรรหาและพิจารณาคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิสั่งให้คณะรัฐมนตรีแต่งตั้งเป็นกรรมการตาม (6)

หลักเกณฑ์และวิธีการสรรหาและพิจารณาคัดเลือกกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิตามวรรคสี่ให้ เป็นไปตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

ให้เลขานุการเป็นเลขานุการของคณะกรรมการ

มาตรา 14 กรรมการตามมาตรา 13 จะดำรงตำแหน่งกรรมการตามมาตรา 48 ในขณะเดียวกันมิได้

มาตรา 15 กรรมการตามมาตรา 13 วรรคหนึ่ง (3) (4) (5) และ (6) มีวาระอยู่ในตำแหน่งคราวละสี่ปี และอาจได้รับเลือกหรือแต่งตั้งใหม่อีกได้ แต่จะดำรงตำแหน่งเกินกว่าสองวาระติดต่อกันไม่ได้

เมื่อครบกำหนดวาระตามวรรคหนึ่ง หากยังมีได้มีการคัดเลือกกรรมการตามมาตรา 13 วรรคหนึ่ง (3) (4) และ (5) หรือแต่งตั้งกรรมการตามมาตรา 13 วรรคหนึ่ง (6) ขึ้นใหม่ให้กรรมการซึ่งพ้นจากตำแหน่งตามวาระนั้น อยู่ในตำแหน่งเพื่อปฏิบัติหน้าที่ต่อไปจนกว่ากรรมการซึ่งได้รับคัดเลือกหรือได้รับแต่งตั้งใหม่เข้ารับหน้าที่แต่ต้องไม่เกินเก้าสิบวันนับแต่วันที่กรรมการพ้นจากตำแหน่งตามวาระนั้น

ในกรณีที่กรรมการตามวรรคหนึ่งพ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระ ให้ดำเนินการคัดเลือกหรือแต่งตั้งกรรมการประเภทเดียวกันแทนภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ตำแหน่งกรรมการนั้นว่างลงและให้ผู้ที่ได้รับคัดเลือกหรือได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งแทนอยู่ในตำแหน่งเท่ากับวาระที่เหลืออยู่ของกรรมการซึ่งตนแทน

ในกรณีที่วาระของกรรมการที่พ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระเหลืออยู่ไม่ถึงเก้าสิบวันจะไม่ดำเนินการคัดเลือกหรือแต่งตั้งกรรมการแทนตำแหน่งที่ว่างนั้นก็ได้ และในกรณีนี้ ให้คณะกรรมการประกอบด้วยกรรมการเท่าที่เหลืออยู่

มาตรา 16 นอกจากการพ้นตำแหน่งตามวาระตามมาตรา 15 วรรคหนึ่งแล้วกรรมการตามมาตรา 13 วรรคหนึ่ง (3) (4) (5) และ (6) พ้นจากตำแหน่ง เมื่อ

- (1) ตาย
- (2) ลาออก
- (3) เป็นบุคคลล้มละลาย
- (4) เป็นคนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถ
- (5) ได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่โทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
- (6) คณะรัฐมนตรีให้ออกเพราะบกพร่องต่อหน้าที่ มีความประพฤติเสื่อมเสียหรือหย่อนความสามารถ

มาตรา 17 การประชุมคณะกรรมการ ต้องมีกรรมการมาประชุมไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนกรรมการทั้งหมด จึงจะเป็นองค์ประชุม

ให้ประธานกรรมการเป็นประธานในที่ประชุม ถ้าประธานกรรมการไม่มาประชุมหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้กรรมการที่มาประชุมเลือกกรรมการคนหนึ่งเป็นประธานในที่ประชุม

การวินิจฉัยชี้ขาดของที่ประชุมให้ถือเสียงข้างมาก กรรมการคนหนึ่งให้มีเสียงหนึ่งในการลงคะแนนถ้าคะแนนเสียงเท่ากัน ให้ประธานในที่ประชุมออกเสียงเพิ่มขึ้นอีกเสียงหนึ่งเป็นเสียงชี้ขาด

ในการประชุม ถ้ามีการพิจารณาเรื่องที่กรรมการผู้ใดมีส่วนได้เสีย กรรมการผู้นั้นมีหน้าที่แจ้งให้คณะกรรมการทราบและมีสิทธิเข้าชี้แจงข้อเท็จจริงหรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องนั้นแต่ไม่มีสิทธิเข้าร่วมประชุม

และลงคะแนนเสียง

วิธีการประชุม การปฏิบัติงานของคณะกรรมการ และส่วนได้เสียซึ่งกรรมการมีหน้าที่ต้องแจ้ง ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 18 คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(1) กำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ และกำหนดมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพ

(2) ให้คำแนะนำต่อรัฐมนตรีในการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ ออกกฎกระทรวงและประกาศเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้

(3) กำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตและอัตราค่าบริการสาธารณสุขตามมาตรา 5

(4) กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน

(5) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการถอดถอนเลขาธิการตามมาตรา 31 และกำหนดคุณสมบัติหรือลักษณะต้องห้ามของเลขาธิการตามมาตรา 32

(6) ออกระเบียบเกี่ยวกับการรับเงิน การจ่ายเงิน และการรักษาเงินกองทุน รวมทั้งการจัดหาผลประโยชน์ตามมาตรา 40

(7) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลโดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ผู้รับบริการไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควรตามมาตรา 41

(8) สนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการ เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ตามมาตรา 47

(9) สนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร ดำเนินงานและบริการจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ตามมาตรา 47

(10) กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

(11) กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการลงโทษปรับทางปกครองและการเพิกถอนการขึ้นทะเบียน

(12) จัดทำรายงานเกี่ยวกับผลงานและอุปสรรคในการดำเนินงาน รวมทั้งบัญชีและการเงินทุกประเภทของคณะกรรมการ แล้วรายงานต่อคณะรัฐมนตรี สภาผู้แทนราษฎร และวุฒิสภาเป็นประจำทุกปีภายในหกเดือนนับแต่วันสิ้นปีงบประมาณ

(13) จัดประชุมเพื่อให้คณะกรรมการรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการเป็นประจำทุกปี

(14) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการหรือตามที่คณะรัฐมนตรีมอบหมาย

มาตรา 19 ให้คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ควบคุมดูแลสำนักงานให้ดำเนินกิจการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ อำนาจหน้าที่เช่นว่านี้ให้รวมถึง

(1) กำหนดนโยบายการบริหารงาน และให้ความเห็นชอบแผนการดำเนินงานของสำนักงาน

(2) อนุมัติแผนการเงินของสำนักงาน

(3) ควบคุมดูแลการดำเนินงานและการบริหารงานทั่วไป ตลอดจนอกระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศหรือข้อกำหนดเกี่ยวกับการบริหารงานทั่วไป การบริหารงานบุคคล การงบประมาณ การเงินและทรัพย์สิน การติดตามประเมินผล และการดำเนินการอื่นของสำนักงาน

มาตรา 20 คณะกรรมการมีอำนาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ หรือตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

ให้นำมาตรา 17 มาใช้บังคับกับการประชุม วิธีการประชุม และการปฏิบัติงานของ คณะอนุกรรมการและอนุกรรมการโดยอนุโลม

มาตรา 21 ให้คณะกรรมการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการตรวจสอบขึ้นคณะหนึ่งมีอำนาจหน้าที่ตรวจสอบการบริหารเงินและการดำเนินงานของสำนักงาน เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปโดยถูกต้องตามกฎหมายและระเบียบแบบแผนที่เกี่ยวข้อง มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมีความ โปร่งใส และมีผู้รับผิดชอบ ทั้งนี้ ตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

อนุกรรมการตามวรรคหนึ่ง ให้ถือเป็นผู้ดำรงตำแหน่งซึ่งต้องห้ามมิให้ดำเนินกิจการที่ เป็นการขัดกันระหว่างประโยชน์ส่วนบุคคลและประโยชน์ส่วนรวมตามกฎหมายประกอบ รัฐธรรมนูญว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการทุจริตด้วย

มาตรา 22 ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ให้คณะกรรมการ หรือ คณะอนุกรรมการแล้วแต่กรณี มีอำนาจขอให้หน่วยงานของรัฐหรือสั่งให้บุคคลใดที่เกี่ยวข้องมี หนังสือชี้แจงข้อเท็จจริง มาให้ถ้อยคำหรือส่งเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้

มาตรา 23 ให้กรรมการและอนุกรรมการได้รับเบี้ยประชุม ค่าใช้จ่ายในการเดินทางและ ค่าใช้จ่ายอื่นในการปฏิบัติหน้าที่ ตามที่รัฐมนตรีกำหนด

หมวด 3

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

มาตรา 24 ให้มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นหน่วยงานของรัฐมีฐานะเป็น นิติบุคคลอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรี

กิจการของสำนักงานไม่อยู่ภายใต้บังคับแห่งกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน กฎหมายว่าด้วยแรงงานสัมพันธ์ กฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม และกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน ทั้งนี้ เจ้าหน้าที่และลูกจ้างของสำนักงานต้องได้รับประโยชน์ตอบแทนไม่น้อยกว่าที่กำหนดไว้ในกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน กฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม และกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน

มาตรา 25 ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตั้งอยู่ที่กรุงเทพมหานคร หรือในเขตจังหวัดใกล้เคียง

ให้คณะกรรมการมีอำนาจจัดตั้ง รวม หรือยุบเลิกสำนักงานสาขาในเขตพื้นที่โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

การจัดตั้งสำนักงานสาขาให้คำนึงถึงความจำเป็นและความคุ้มค่าในการดำเนินการเมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่าย และให้คณะกรรมการมีอำนาจมอบหมายให้หน่วยงานของรัฐหรือเอกชนทำหน้าที่สำนักงานสาขาแทนก็ได้ โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 26 ให้สำนักงานมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(1) รับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานคณะอนุกรรมการของคณะกรรมการดังกล่าว และคณะกรรมการสอบสวน

(2) เก็บ รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานการบริการสาธารณสุข

(3) จัดให้มีทะเบียนผู้รับบริการ หน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ

(4) บริหารกองทุนให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

(5) จ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนดให้แก่หน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา 46

(6) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

(7) ดำเนินการเพื่อให้ประชาชนมีหน่วยบริการประจำ และการขอเปลี่ยนหน่วยบริการ ประจํารวมทั้งประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนทราบข้อมูลของหน่วยบริการ

(8) กำกับดูแลหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในการให้บริการสาธารณสุขให้เป็นไปตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด และอำนวยความสะดวกในการเสนอเรื่องร้องเรียน

(9) ถือกรรมสิทธิ์ มีสิทธิครอบครอง และมีทรัพย์สินต่างๆ

- (10) ก่อตั้งสิทธิและทำนิติกรรมสัญญาหรือข้อตกลงใดๆ เกี่ยวกับทรัพย์สิน
- (11) เรียกเก็บค่าธรรมเนียมหรือค่าบริการในการดำเนินกิจการของสำนักงาน
- (12) มอบให้องค์กรอื่นหรือบุคคลอื่นทำกิจการที่อยู่ภายในอำนาจหน้าที่ของสำนักงาน
- (13) จัดทำรายงานประจำปีเกี่ยวกับผลงานและอุปสรรคในการดำเนินงานของคณะกรรมการและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน และเผยแพร่ต่อสาธารณชน
- (14) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นบัญญัติให้เป็นอำนาจหน้าที่ของสำนักงานหรือตามที่คณะกรรมการหรือคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานมอบหมาย

มาตรา 27 ทรัพย์สินของสำนักงานไม่อยู่ในความรับผิดชอบแห่งการบังคับคดี

มาตรา 28 บรรดาอสังหาริมทรัพย์ที่สำนักงานได้มาโดยมีผู้บริจาคให้ หรือได้มาโดยการซื้อหรือแลกเปลี่ยนจากรายได้ของสำนักงาน ให้เป็นกรรมสิทธิ์ของสำนักงาน

ให้สำนักงานมีอำนาจในการปกครอง ดูแล บำรุงรักษา ใช้และจัดหาผลประโยชน์จากทรัพย์สินของสำนักงาน

มาตรา 29 ให้คณะกรรมการเสนอขอรับงบประมาณรายจ่ายประจำปีต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารงานของสำนักงาน

มาตรา 30 การเก็บรักษาและการใช้จ่ายเงินของสำนักงานให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

การบัญชีของสำนักงาน ให้จัดทำตามหลักสากลตามแบบและหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการกำหนด และต้องจัดให้มีการตรวจสอบภายในเกี่ยวกับการเงิน การบัญชี และการพัสดุของสำนักงาน ตลอดจนรายงานผลการตรวจสอบให้คณะกรรมการทราบอย่างน้อยปีละครั้ง

มาตรา 31 ให้สำนักงานมีเลขาธิการเป็นผู้รับผิดชอบการบริหารกิจการของสำนักงานให้เป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ ข้อกำหนด นโยบาย มติ และประกาศของคณะกรรมการ และเป็นผู้บังคับบัญชาเจ้าหน้าที่และลูกจ้างของสำนักงานทุกตำแหน่ง

ให้คณะกรรมการเป็นผู้คัดเลือกเพื่อแต่งตั้งและถอดถอนเลขาธิการ

ในการจ้างและแต่งตั้งเลขธิการ ให้คณะกรรมการคัดเลือกคณะกรรมการสรรหาจำนวนห้าคนซึ่งต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา 32 (1) (2) (4) (5) (6) (9) (10) (11) และ (12)

ให้คณะกรรมการสรรหาทำหน้าที่สรรหาบุคคลที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์เหมาะสมที่จะเป็นเลขธิการซึ่งต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา 32 (1) (3) (4) (5) (6) (9) (10) (11) และ (12) นอกจากนี้ จะต้องไม่เป็นกรรมการในคณะกรรมการและมีอายุไม่เกินหกสิบปีบริบูรณ์ในวันยื่นใบสมัครเพื่อเสนอให้คณะกรรมการพิจารณาทำสัญญาจ้างและแต่งตั้งเป็นเลขธิการ ทั้งนี้ โดยอาจเสนอชื่อผู้มีความเหมาะสมมากกว่าหนึ่งชื่อก็ได้

กรรมการสรรหาไม่มีสิทธิได้รับการเสนอชื่อเป็นเลขธิการ

ให้กรรมการสรรหาประชุมและเลือกกันเองให้คนหนึ่งเป็นประธานกรรมการสรรหา และเลือกอีกคนหนึ่งเป็นเลขานุการคณะกรรมการสรรหา

ให้สำนักงานทำหน้าที่เป็นหน่วยธุรการในการดำเนินการสรรหาและคัดเลือกเลขธิการ

มาตรา 32 เลขธิการต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

- (1) มีสัญชาติไทย
- (2) สามารถทำงานให้แก่สำนักงานได้เต็มเวลา
- (3) ไม่เป็นบุคคลวิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือน
- (4) ไม่เป็นหรือเคยเป็นบุคคลล้มละลาย
- (5) ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
- (6) ไม่เคยต้องคำพิพากษาหรือคำสั่งของศาลให้ทรัพย์สินตกเป็นของแผ่นดินเพราะร่ำรวยผิดปกติหรือมีทรัพย์สินเพิ่มขึ้นผิดปกติ
- (7) ไม่เป็นผู้บริหารหรือพนักงานของรัฐวิสาหกิจอื่น หรือกิจการอื่นที่แสวงหากำไร
- (8) ไม่เป็นข้าราชการ พนักงาน หรือลูกจ้าง ซึ่งมีตำแหน่งหรือเงินเดือนประจำของราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค ราชการส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ
- (9) ไม่เป็นข้าราชการการเมือง สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร สมาชิกวุฒิสภาสมาชิกสภาท้องถิ่น หรือผู้บริหารท้องถิ่น
- (10) ไม่เป็นกรรมการหรือที่ปรึกษาพรรคการเมือง หรือเจ้าหน้าที่ในพรรคการเมือง
- (11) ไม่เคยถูกไล่ออก ปลดออก หรือให้ออกจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือบริษัทมหาชนจำกัด เพราะทุจริตต่อหน้าที่

(12) ไม่เป็นหรือภายในระยะเวลาหนึ่งปีก่อนวันได้รับแต่งตั้ง ไม่เคยเป็นกรรมการหรือผู้บริหารหรือผู้มีอำนาจในการจัดการหรือมีส่วนได้เสียในนิติบุคคลซึ่งเป็นคู่สัญญาผู้เข้าร่วมงานหรือมีประโยชน์ได้เสียเกี่ยวข้องกับกิจการของสำนักงาน

(13) คุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามอื่นตามที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 33 เลขานุการพ้นจากตำแหน่งเมื่อ

- (1) ตาย
- (2) ลาออก
- (3) ขาดคุณสมบัติหรือมีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา 32
- (4) ต้องคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่ในความผิดอันได้กระทำโดยประมาท หรือความผิดลหุโทษ
- (5) ขาดการประชุมคณะกรรมการเกินสามครั้งติดต่อกัน โดยไม่มีเหตุอันสมควร
- (6) คณะกรรมการถอดถอนจากตำแหน่งเพราะบกพร่องต่อหน้าที่ มีความประพฤติเสื่อมเสียหรือหย่อนความสามารถ
- (7) ถูกเลิกสัญญาจ้าง

มาตรา 34 ให้เลขานุการมีวาระอยู่ในตำแหน่งคราวละสี่ปี และอาจได้รับแต่งตั้งอีกได้ แต่จะดำรงตำแหน่งเกินสองวาระติดต่อกันไม่ได้

เมื่อตำแหน่งเลขานุการว่างลงและยังไม่มีกรรมการแต่งตั้งเลขานุการคนใหม่ หรือในกรณีเลขานุการไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้เป็นการชั่วคราว ให้คณะกรรมการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ของสำนักงานคนหนึ่งเป็นผู้รักษาการแทนเลขานุการ

ให้ผู้รักษาการแทนมีอำนาจหน้าที่เช่นเดียวกับเลขานุการ

มาตรา 35 ให้เลขานุการเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งเป็นผู้ดำรงตำแหน่งระดับสูงและให้ถือเป็นผู้ดำรงตำแหน่งซึ่งต้องห้ามมิให้ดำเนินกิจการที่เป็นการแข่งขันระหว่างประโยชน์ส่วนบุคคลและประโยชน์ส่วนรวมตามกฎหมายประกอบรัฐธรรมนูญว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการทุจริตด้วย

มาตรา 36 เลขานุการมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(1) บรรจุ แต่งตั้ง เลื่อน ลด ตัดเงินเดือน หรือค่าจ้าง ลงโทษทางวินัยเจ้าหน้าที่และลูกจ้างของสำนักงาน ตลอดจนให้เจ้าหน้าที่และลูกจ้างของสำนักงานออกจากตำแหน่ง ทั้งนี้ตามข้อบังคับที่คณะกรรมการกำหนดและในกรณีของเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้างที่ปฏิบัติงานในสำนักตรวจสอบ ให้ฟังความเห็นของคณะกรรมการตรวจสอบประกอบการพิจารณาด้วย

(2) ออกระเบียบหรือประกาศเกี่ยวกับการดำเนินงานของสำนักงานโดยไม่ขัดหรือแย้งกับระเบียบข้อบังคับ ประกาศ ข้อกำหนด นโยบาย หรือมติของคณะกรรมการ

ในกิจการที่เกี่ยวกับบุคคลภายนอก ให้เลขาธิการเป็นผู้แทนของสำนักงาน เพื่อการนี้เลขาธิการจะมอบอำนาจให้เจ้าหน้าที่ใดของสำนักงานปฏิบัติงานเฉพาะอย่างแทนก็ได้ ทั้งนี้ตามข้อบังคับที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 37 ให้มีสำนักตรวจสอบขึ้นในสำนักงานทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการตรวจสอบ และให้รับผิดชอบขึ้นตรงต่อคณะกรรมการตรวจสอบและรายงานเลขาธิการตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

หมวด 4

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

มาตรา 38 ให้จัดตั้งกองทุนขึ้นกองทุนหนึ่งในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรียกว่า “กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพให้ใช้จ่ายเงินกองทุนโดยคำนึงถึงการพัฒนาการบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ที่ไม่มีหน่วยบริการเพียงพอหรือมีการกระจายหน่วยบริการอย่างไม่เหมาะสมประกอบด้วย

มาตรา 39 กองทุนประกอบด้วย

- (1) เงินที่ได้รับจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี
- (2) เงินที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามที่กฎหมายบัญญัติ
- (3) เงินที่ได้รับจากการดำเนินการให้บริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัตินี้
- (4) เงินค่าปรับทางปกครองตามพระราชบัญญัตินี้

- (5) เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคหรือมอบให้แก่กองทุน
- (6) ดอกผลหรือผลประโยชน์ที่เกิดจากเงินหรือทรัพย์สินของกองทุน
- (7) เงินหรือทรัพย์สินใดๆ ที่กองทุนได้รับมาในกิจการของกองทุน
- (8) เงินสมทบอื่นตามที่กฎหมายบัญญัติ

เงินและทรัพย์สินที่เป็นของกองทุนไม่ต้องนำส่งกระทรวงการคลังเป็นรายได้แผ่นดิน ตามกฎหมายว่าด้วยเงินคงคลังและกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ

ในการเสนอขอรับงบประมาณตาม (1) ให้คณะกรรมการจัดทำคำขอต่อคณะรัฐมนตรี โดยพิจารณาประกอบกับรายงานความเห็นของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน ตลอดจนบัญชีการเงินและทรัพย์สินของกองทุนในขณะที่จัดทำคำขอดังกล่าว

มาตรา 40 การรับเงิน การจ่ายเงิน และการเก็บรักษาเงินกองทุน รวมทั้งการนำเงินกองทุนไปจัดหาผลประโยชน์ ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 41 ให้คณะกรรมการกันเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือหาผู้กระทำผิดได้ แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 42 ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดได้แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควรตามมาตรา 41 เมื่อสำนักงานได้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการไปแล้ว สำนักงานมีสิทธิไล่เบี้ยเอาแก่ผู้กระทำผิดได้

มาตรา 43 ภายในสามเดือนนับแต่วันสิ้นปีงบประมาณตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ ให้คณะกรรมการเสนองบดุลและรายงานการรับจ่ายเงินของกองทุนในปีที่ล่วงมา ซึ่งสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินตรวจสอบรับรองแล้วต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อทราบ

งบดุลและรายงานการรับจ่ายดังกล่าว ให้รัฐมนตรีเสนอต่อนายกรัฐมนตรีเพื่อนำเสนอต่อสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาเพื่อทราบ และจัดให้มีการประกาศในราชกิจจานุเบกษา

หมวด 5
หน่วยบริการและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

มาตรา 44 ให้สำนักงานจัดให้มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการแล้วประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบ เพื่อดำเนินการลงทะเบียนเลือกเป็นหน่วยบริการประจำของตนตามมาตรา 6

การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ รวมทั้งวิธีการประชาสัมพันธ์ตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 45 ให้หน่วยบริการมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(1) ให้บริการสาธารณสุข รวมทั้งการใช้วัคซีน ยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ในการรักษาที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ โดยให้ความเสมอภาคและอำนวยความสะดวกในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็น ตลอดจนเคารพในสิทธิส่วนบุคคล ในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความเชื่อทางศาสนา

(2) ให้ข้อมูลการบริการสาธารณสุขของผู้รับบริการตามที่ผู้รับบริการร้องขอและตามประกาศที่มีการกำหนดเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยและผู้รับบริการโดยไม่บิดเบือน ทั้งในเรื่องผลการวินิจฉัย แนวทาง วิธีการทางเลือก และผลในการรักษา รวมทั้งผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้รับบริการตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือถูกส่งต่อ

(3) ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเชื้อแพथ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้รับผิดชอบในการดูแลอย่างต่อเนื่องทางด้านสุขภาพกายและสังคม แก่ญาติหรือผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการอย่างเพียงพอ ก่อนจำหน่ายผู้รับบริการออกจากหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการ

(4) รักษาความลับของผู้รับบริการจากการปฏิบัติหน้าที่ตาม (1) และ (2) อย่างเคร่งครัด เว้นแต่เป็นการเปิดเผยต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

(5) จัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข เพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพและบริการรวมทั้งการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการและการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานกำหนด

มาตรา 46 หน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา 44 และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อผู้รับบริการ มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

หลักเกณฑ์การกำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ต้องผ่านการรับฟังความคิดเห็นตามมาตรา 18 (13) ก่อน และอย่างน้อยต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไข ดังต่อไปนี้

- (1) อาศัยราคากลางที่เป็นจริงของโรคทุกโรคมามาเป็นฐานตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานตามมาตรา 50 (4)
- (2) ครอบคลุมถึงค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการในส่วนเงินเดือนและค่าตอบแทนบุคลากร
- (3) คำนึงถึงความแตกต่างในภารกิจของหน่วยบริการ
- (4) คำนึงถึงความแตกต่างในกลุ่มผู้รับบริการและในขนาดของพื้นที่บริการที่หน่วยบริการรับผิดชอบ

มาตรา 47 เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับบุคคลในพื้นที่ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ให้คณะกรรมการสนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน

หมวด 6

คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

มาตรา 48 ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่ง เรียกว่า “คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข” ประกอบด้วย

- (1) อธิบดีกรมการแพทย์ เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ประธานสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และผู้อำนวยการกองการประกอบโรคศิลปะ
- (2) ผู้แทนแพทยสภา ผู้แทนสภาการพยาบาล ผู้แทนทันตแพทยสภา ผู้แทนสภาเภสัชกรรม และผู้แทนสภานายความ
- (3) ผู้แทนโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นสมาชิกของสมาคมโรงพยาบาลเอกชนหนึ่งคน

(4) ผู้แทนเทศบาลหนึ่งคน องค์กรบริการส่วนจังหวัดหนึ่งคน องค์กรบริหารส่วนตำบลหนึ่งคนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่นหนึ่งคน โดยให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทคัดเลือกกันเอง

(5) ผู้แทนผู้ประกอบการวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ทันตกรรม และเภสัชกรรม วิชาชีพละหนึ่งคน

(6) ผู้แทนราชวิทยาลัยแพทย์เฉพาะทางสาขาสุนัขรีเวช สาขาศัลยกรรม สาขาอายุรกรรม และสาขากุมารเวชกรรม สาขาละหนึ่งคน

(7) ผู้แทนผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ สาขากายภาพบำบัด สาขาเทคนิคการแพทย์ สาขารังสีเทคนิค สาขากิจกรรมบำบัด สาขาเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก และสาขาการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย สาขาละหนึ่งคน และให้ผู้แทนดังกล่าวคัดเลือกกันเองให้เหลือจำนวนสามคน

(8) ผู้แทนองค์กรเอกชนซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่มิใช่เป็นการแสวงหาผลกำไร และดำเนินกิจกรรมดังต่อไปนี้ องค์กรละหนึ่งคน โดยการคัดเลือกกันเองในแต่ละกลุ่มให้เหลือกลุ่มละหนึ่งคน และให้ผู้แทนดังกล่าวคัดเลือกกันเองให้เหลือจำนวนห้าคน

(ก) งานด้านเด็กหรือเยาวชน

(ข) งานด้านสตรี

(ค) งานด้านผู้สูงอายุ

(ง) งานด้านคนพิการหรือผู้ป่วยจิตเวช

(จ) งานด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเรื้อรังอื่น

(ฉ) งานด้านผู้ใช้แรงงาน

(ช) งานด้านชุมชนแออัด

(ซ) งานด้านเกษตรกร

(ณ) งานด้านชนกลุ่มน้อย

(9) ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้งจำนวนหกคน โดยในจำนวนนี้ให้เป็นผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว สาขาจิตเวช และสาขาการแพทย์แผนไทย สาขาละหนึ่งคน

องค์กรเอกชนตาม (8) ต้องเป็นองค์กรที่ดำเนินกิจกรรมมาไม่น้อยกว่าหนึ่งปีและได้มาขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานก่อนครบกำหนดสิบห้าวันนับแต่วันที่มิเหตุให้มีการคัดเลือกกรรมการ ถ้าองค์กรใดดำเนินกิจกรรมหลายกลุ่ม ให้ขึ้นทะเบียนเพื่อใช้สิทธิคัดเลือกกรรมการในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเท่านั้น

หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือกกรรมการตาม (3) (4) (5) (6) (7) และ (8) ให้เป็นไปตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

ให้กรรมการตาม (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) และ (8) ดำเนินการสรรหาและพิจารณาคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิเสนอให้คณะรัฐมนตรีแต่งตั้งเป็นกรรมการตาม (9)

หลักเกณฑ์และวิธีการสรรหาและพิจารณาคัดเลือกกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิตามวรรคสี่ให้ เป็นไปตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

ให้กรรมการตามวรรคหนึ่งประชุม และเลือกกันเองให้คนหนึ่งเป็นประธานกรรมการ ให้เลขาธิการเป็นเลขานุการของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน

มาตรา 49 การดำรงตำแหน่ง วาระการดำรงตำแหน่ง การพ้นจากตำแหน่งและการประชุมของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน ให้นำมาตรา 14 มาตรา 15 มาตรา 16 และ มาตรา 17 มาใช้บังคับโดยอนุโลม

มาตรา 50 คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(1) ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตาม มาตรา 45

(2) กำกับดูแลการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการให้มีคุณภาพและมาตรฐาน ในกรณีที่หน่วยบริการนั้นๆ มีการให้บริการในส่วนที่สูงกว่าบริการสาธารณสุขตามมาตรา 5

(3) กำหนดมาตรการควบคุมและส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ

(4) เสนอแนะอัตราราคากลางของโรคทุกโรคต่อคณะกรรมการเพื่อประกอบการวางหลักเกณฑ์กำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการตามมาตรา 46

(5) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการร้องเรียนของผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการและวิธีพิจารณาเรื่องร้องเรียนดังกล่าว รวมทั้งหลักเกณฑ์และวิธีการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ และกำหนดหน่วยรับเรื่องร้องเรียนเพื่อให้ประชาชนสามารถเสนอเรื่องร้องเรียนได้โดยสะดวกและเป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน

(6) รายงานผลการตรวจตราและการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการต่อคณะกรรมการ พร้อมทั้งแจ้งหน่วยบริการและหน่วยงานต้นสังกัดเพื่อปรับปรุงแก้ไขและติดตามประเมินผลในเรื่องการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐาน

(7) สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจตราและการควบคุมกำกับหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ

(8) จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลโดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ผู้รับบริการไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควรตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

(9) สนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบการเผยแพร่ข้อมูลแก่ประชาชนเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการเข้ารับบริการสาธารณสุข

(10) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นกำหนด ให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหรือตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

มาตรา 51 คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานมีอำนาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อพิจารณาหรือปฏิบัติตามที่คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานมอบหมายได้

ให้นำมาตรา 17 มาใช้บังคับการประชุม วิธีการประชุม และวิธีปฏิบัติงานของคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานโดยอนุโลม

มาตรา 52 ให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน และคณะอนุกรรมการมีอำนาจขอให้หน่วยงานของรัฐหรือสั่งให้บุคคลใดที่เกี่ยวข้องมีหนังสือชี้แจงข้อเท็จจริง มาให้ถ้อยคำหรือส่งเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้

มาตรา 53 ให้กรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานและอนุกรรมการได้รับค่าเบี้ยประชุมค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่าใช้จ่ายอื่น ในการปฏิบัติหน้าที่ตามที่รัฐมนตรีกำหนด

หมวด 7

พนักงานเจ้าหน้าที่

มาตรา 54 ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีอำนาจเข้าไปในสถานที่ของหน่วยบริการ หรือของเครือข่ายหน่วยบริการ ในระหว่างเวลาทำการ เพื่อตรวจสอบ สอบถามข้อเท็จจริงตรวจสอบทรัพย์สินหรือเอกสารหลักฐาน ถ่ายภาพ ถ่ายสำเนาหรือ

นำเอกสารที่เกี่ยวข้องไปตรวจสอบ หรือกระทำกรอย่างอื่นตามสมควรเพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงอันที่จะปฏิบัติการให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้

ในการดำเนินการตามวรรคหนึ่ง ถ้าพบการกระทำผิด ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจยึด หรืออายัดเอกสารหลักฐาน ทรัพย์สิน หรือสิ่งของเพื่อใช้เป็นพยานหลักฐานในการพิจารณา ดำเนินการต่อไป

วิธีปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการหรือ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานกำหนด แล้วแต่กรณี

มาตรา 55 ในการปฏิบัติหน้าที่ พนักงานเจ้าหน้าที่ต้องแสดงบัตรประจำตัวแก่บุคคลซึ่ง เกี่ยวข้องบัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ให้เป็นไปตามแบบที่รัฐมนตรีกำหนด โดยประกาศใน ราชกิจจานุเบกษา

ในการปฏิบัติหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ ให้บุคคลซึ่งเกี่ยวข้องอำนวยความสะดวก ตามสมควร

มาตรา 56 ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่เป็นเจ้า พนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา

หมวด 8

การกำกับมาตรฐานหน่วยบริการ

มาตรา 57 ในกรณีที่สำนักงานตรวจสอบพบว่าหน่วยบริการใดไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน การให้บริการสาธารณสุขที่กำหนด ให้รายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเพื่อ แต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวนพิจารณา

คณะกรรมการสอบสวนตามวรรคหนึ่ง ให้มีจำนวนตามความเหมาะสมประกอบด้วย ผู้แทนหน่วยงานของรัฐที่ปฏิบัติงานในด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และกฎหมาย ผู้แทนองค์กร เอกชนหรือผู้ทรงคุณวุฒิอื่นซึ่งไม่เป็นผู้มีส่วนได้เสียในเรื่องที่จะพิจารณา มีหน้าที่สอบสวนและ เสนอความเห็นต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน

ในการแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวน คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานอาจ แต่งตั้งไว้ล่วงหน้าเป็นจำนวนหลายคณะเพื่อให้ดำเนินการสอบสวนโดยเร็วได้

การสอบสวนต้องกระทำไปแล้วเสร็จภายในสามสิบวัน ถ้ายังดำเนินการไม่แล้วเสร็จให้ขยายเวลาออกไปได้อีกไม่เกินสามสิบวัน และถ้ายังดำเนินการไม่แล้วเสร็จอีก ให้รายงานคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเพื่อพิจารณามีคำสั่งให้ขยายเวลาได้เท่าที่จำเป็น

ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ให้คณะกรรมการสอบสวนเป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา และให้มีอำนาจขอให้หน่วยบริการ เครื่องข่ายหน่วยบริการ ผู้ร้องเรียน หรือบุคคลใดที่เกี่ยวข้องมีหนังสือชี้แจงข้อเท็จจริงมาให้ถ้อยคำ หรือส่งเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้

เมื่อคณะกรรมการสอบสวนดำเนินการสอบสวนแล้วเสร็จ ให้เสนอเรื่องพร้อมความเห็นต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเพื่อพิจารณาต่อไป

ให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานพิจารณาออกคำสั่งตามมาตรา 58 หรือมาตรา 59 แล้วแต่กรณี ภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับเรื่องจากคณะกรรมการสอบสวน

มาตรา 58 ในกรณีที่ผลการสอบสวนตามมาตรา 57 ปรากฏว่าหน่วยบริการใดไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนด ให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานดำเนินการ ดังต่อไปนี้

- (1) ในกรณีที่เป็นการกระทำโดยไม่เจตนาให้มีคำสั่งเตือนให้ปฏิบัติโดยถูกต้อง
- (2) ในกรณีที่มีเจตนากระทำผิด ให้มีคำสั่งให้หน่วยบริการนั้นชำระค่าปรับทางปกครองเป็นจำนวนไม่เกินหนึ่งแสนบาท สำหรับการกระทำความผิดแต่ละครั้ง และให้นำบทบัญญัติเกี่ยวกับการบังคับทางปกครองตามกฎหมายว่าด้วยวิธีปฏิบัติราชการทางปกครองมาใช้บังคับ และในกรณีที่ไม่มีเจ้าหน้าที่ดำเนินการบังคับตามคำสั่ง ให้เลขาธิการมีอำนาจฟ้องคดีต่อศาลปกครองเพื่อบังคับชำระค่าปรับ ในการนี้ ถ้าศาลปกครองเห็นว่าคำสั่งให้ชำระค่าปรับนั้นชอบด้วยกฎหมายก็ให้ศาลปกครองมีอำนาจพิจารณาพิพากษาและบังคับคดีให้มีการยึดหรืออายัดทรัพย์สินขายทอดตลาดเพื่อชำระค่าปรับได้

(3) แจ้งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการสอบสวนและวินิจฉัยชี้ขาดข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษผู้ประกอบการวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขซึ่งอาจมีส่วนรับผิดชอบในการกระทำผิดของหน่วยบริการ และให้มีการดำเนินการทางวินัยในกรณีที่ผู้กระทำผิดเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ

มาตรา 59 ในกรณีที่ผู้รับบริการผู้ใดไม่ได้รับความสะดวกตามสมควรหรือตามสิทธิที่จะได้รับบริการสาธารณสุขที่กำหนดตามพระราชบัญญัตินี้จากหน่วยบริการหรือหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการจากตนโดยไม่มีสิทธิที่จะเก็บหรือเรียกเก็บเกินกว่าอัตราที่คณะกรรมการกำหนด หรือไม่ได้รับค่าเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการภายในระยะเวลาอันสมควร ให้ผู้

นั้นมิสิทธิร้องเรียนต่อสำนักงานเพื่อให้มีการสอบสวนและให้นำความในมาตรา 57 มาใช้บังคับโดยอนุโลม

ถ้าผลการสอบสวนปรากฏว่า หน่วยบริการ ไม่ได้กระทำตามที่ถูกร้องเรียนให้เลขานุการแจ้งให้ผู้ร้องเรียนทราบภายในสิบห้าวันนับแต่วันที่ผลการสอบสวนดังกล่าว

ในกรณีที่ผลการสอบสวนปรากฏว่า หน่วยบริการมีการกระทำตามที่ถูกร้องเรียนให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานมีอำนาจดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(1) ตักเตือนเป็นหนังสือให้หน่วยบริการนั้นปฏิบัติตามต่อผู้ร้องเรียนให้เหมาะสมหรือถูกต้องตามสิทธิประโยชน์ของผู้ร้องเรียนนั้น สำหรับกรณีร้องเรียนว่าหน่วยบริการไม่อำนวยความสะดวกหรือไม่ปฏิบัติตามสิทธิประโยชน์ของผู้ร้องเรียน

(2) ออกคำสั่งเป็นหนังสือให้หน่วยบริการนั้นคืนเงินค่าบริการส่วนเกินหรือที่ไม่มีสิทธิเรียกเก็บให้แก่ผู้ร้องเรียนพร้อมดอกเบี้ยร้อยละสิบห้าต่อปีนับแต่วันที่เก็บค่าบริการนั้นจนถึงวันที่จ่ายเงินคืน และในกรณีที่ไม่มี การปฏิบัติตามคำสั่งให้นำความในมาตรา 58 (2) มาใช้บังคับโดยอนุโลม

มาตรา 60 ในกรณีที่การกระทำผิดของหน่วยบริการตามมาตรา 58 หรือมาตรา 59 เป็นการกระทำผิดร้ายแรงหรือเกิดซ้ำหลายครั้ง ให้เลขานุการรายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเพื่อพิจารณาดำเนินการ ดังต่อไปนี้

- (1) สั่งเพิกถอนการขึ้นทะเบียนของหน่วยบริการนั้น
- (2) แจ้งต่อรัฐมนตรีผู้รักษาการตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลเพื่อพิจารณาดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น
- (3) แจ้งต่อรัฐมนตรีผู้กำกับดูแลเพื่อให้มีการดำเนินการทางวินัยแก่ผู้บริหารของหน่วยบริการในกรณีที่เป็นสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ
- (4) แจ้งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการสอบสวนและวินิจฉัยชี้ขาดข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขซึ่งมีส่วนรับผิดชอบในการกระทำผิดของหน่วยบริการ และให้มีการดำเนินการทางวินัยในกรณีที่มีผู้กระทำผิดเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ

มาตรา 61 ผู้ร้องเรียนหรือหน่วยบริการที่ได้รับคำสั่งจากคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานตามหมวดนี้ ให้มีสิทธิอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการภายในสามสิบวันนับแต่วันที่รับแจ้งหรือวันที่ได้รับทราบคำสั่ง แล้วแต่กรณี

คำวินิจฉัยอุทธรณ์ของคณะกรรมการให้เป็นที่สิ้นสุด

หลักเกณฑ์และวิธีการอุทธรณ์และวิธีพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์ตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 62 เมื่อคณะกรรมการวินิจฉัยอุทธรณ์คำสั่งตามมาตรา 61 ผลเป็นประการใดแล้ว ให้เลขาธิการรายงานผลการดำเนินการหรือคำวินิจฉัยต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเพื่อทราบ

หมวด 9

บทกำหนดโทษ

มาตรา 63 ผู้ใดฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของคณะกรรมการ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน คณะอนุกรรมการของคณะกรรมการดังกล่าว คณะกรรมการสอบสวน หรือพนักงานเจ้าหน้าที่ตามมาตรา 22 มาตรา 52 มาตรา 54 หรือมาตรา 57 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา 64 ผู้ใดขัดขวางหรือไม่อำนวยความสะดวกตามสมควรแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรา 55 วรรคสาม ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

บทเฉพาะกาล

มาตรา 65 ในวาระเริ่มแรก มิให้นำบทบัญญัติมาตรา 6 มาตรา 7 มาตรา 8 มาตรา 11 และมาตรา 12 มาใช้บังคับ จนกว่าจะได้มีการจัดเตรียมความพร้อมเพื่อให้บริการสาธารณสุขตามบทบัญญัติดังกล่าว

เมื่อได้มีการจัดเตรียมความพร้อมเพื่อให้บริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่งแล้วให้รัฐมนตรีประกาศกำหนดระยะเวลาการเริ่มให้บริการสาธารณสุขในราชกิจจานุเบกษา ซึ่งต้องไม่เกินหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามมาตรา 46 สำหรับหน่วยบริการที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข ให้สำนักงานจ่ายให้กระทรวงสาธารณสุขก่อนเป็นระยะเวลาสามปีนับแต่วันเริ่มให้บริการสาธารณสุขตามวรรคสอง

มาตรา 66 ให้ตราพระราชกฤษฎีกาตามมาตรา 9 และมาตรา 10 ภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ และหากไม่แล้วเสร็จให้ขยายระยะเวลาได้ครั้งละหนึ่งปี โดยให้สำนักงานหรือสำนักงานและสำนักงานประกันสังคม แล้วแต่กรณี รายงานเหตุผลที่ไม่อาจดำเนินการได้ต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อทราบ และจัดให้มีการเผยแพร่รายงานนั้นต่อสาธารณชน

มาตรา 67 ให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการให้มีการคัดเลือกและแต่งตั้งกรรมการตามมาตรา 13 (3) (4) (5) และ (6) รวมทั้งสรรหาและคัดเลือกเลขาธิการเพื่อให้ได้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามพระราชบัญญัตินี้ภายในหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

ในระหว่างที่ยังไม่มีคณะกรรมการตามวรรคหนึ่ง ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่ง ประกอบด้วยรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการ ปลัดกระทรวงกลาโหม ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงพาณิชย์ ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ปลัดทบวงมหาวิทยาลัย ผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ และผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้งจำนวนห้าคนโดยในจำนวนนี้ให้เป็นผู้แทนผู้บริโภคจำนวนสี่คนเป็นกรรมการ

ให้รัฐมนตรีแต่งตั้งรองปลัดกระทรวงคนหนึ่งในกระทรวงสาธารณสุข เพื่อทำหน้าที่เลขาธิการเป็นการชั่วคราวจนกว่าเลขาธิการซึ่งได้รับการแต่งตั้งตามพระราชบัญญัตินี้เข้ารับหน้าที่

ให้ผู้ซึ่งได้รับแต่งตั้งให้ทำหน้าที่เลขาธิการตามวรรคสามเป็นเลขานุการของคณะกรรมการตามวรรคสอง และให้รัฐมนตรีแต่งตั้งข้าราชการในกระทรวงสาธารณสุข จำนวนสองคนเป็นผู้ช่วยเลขานุการ

มาตรา 68 ให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการให้มีการคัดเลือกและแต่งตั้งกรรมการตามมาตรา 48 (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) และ (9) เพื่อให้ได้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานตามพระราชบัญญัตินี้ภายในหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

ในระหว่างที่ยังไม่มีคณะกรรมการตามวรรคหนึ่ง ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่ง ประกอบด้วยอธิบดีกรมการแพทย์ เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ประธานสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลผู้อำนวยการกองการประกอบโรคศิลปะ เลขาธิการทันตแพทยสภา

เลขาธิการแพทยสภา เลขาธิการสภาการพยาบาล เลขาธิการสภาเภสัชกรรม นายกสภานายความ และผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้งจำนวนเจ็ดคน โดยให้เป็นผู้แทนองค์กรเอกชนที่ดำเนินกิจกรรมทางด้านคุ้มครองผู้บริโภคจำนวนสามคน และผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิชาชีพการแพทย์และสาธารณสุขจำนวนสี่คนเป็นกรรมการ

ให้กรรมการตามวรรคสองประชุมและเลือกกันเองให้คนหนึ่งเป็นประธานกรรมการ และให้ประธานกรรมการแต่งตั้งผู้ช่วยเลขานุการคนใดคนหนึ่งตามมาตรา 67 เป็นเลขานุการคนหนึ่ง และแต่งตั้งข้าราชการในกระทรวงสาธารณสุขจำนวนสองคนเป็นผู้ช่วยเลขานุการ

มาตรา 69 ให้โอนกิจการ ทรัพย์สิน สิทธิ หนี้ และความรับผิดชอบ รวมทั้งเงินงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัตินี้ ตลอดจนเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพไปเป็นของสำนักงานในวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

มาตรา 70 ข้าราชการหรือลูกจ้างของส่วนราชการใดสมัครใจจะเปลี่ยนไปเป็นเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้างของสำนักงาน ให้แจ้งความจำเป็นหนังสือต่อผู้บังคับบัญชา และจะต้องผ่านการคัดเลือกหรือการประเมินตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการกำหนด

ข้าราชการซึ่งเปลี่ยนไปเป็นเจ้าหน้าที่ของสำนักงานตามวรรคหนึ่ง ให้ถือว่าออกจากราชการเพราะเลิกหรือยุบตำแหน่งตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการหรือกฎหมายว่าด้วยกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการแล้วแต่กรณี

ลูกจ้างซึ่งเปลี่ยนไปเป็นลูกจ้างของสำนักงานตามวรรคหนึ่ง ให้ถือว่าออกจากราชการเพราะทางราชการยุบเลิกตำแหน่งหรือเลิกจ้างโดยไม่มีความผิด และให้ได้รับบำเหน็จตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยบำเหน็จลูกจ้าง

เพื่อประโยชน์ในการนับเวลาทำงานสำหรับคำนวณสิทธิประโยชน์ตามข้อบังคับของสำนักงานข้าราชการหรือลูกจ้างส่วนราชการผู้ใดเปลี่ยนไปเป็นเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้างของสำนักงานตามมาตรา นี้ ประสงค์จะให้นับเวลาราชการหรือเวลาทำงานในขณะที่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างต่อเนื่องกับเวลาทำงานของเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้างของสำนักงาน แล้วแต่กรณี ก็ให้มีสิทธิกระทำได้ โดยแสดงความจำนงว่าไม่ขอรับบำเหน็จหรือบำนาญ

การไม่ขอรับบำเหน็จหรือบำนาญตามวรรคสี่ จะต้องกระทำภายในสามสิบวันนับแต่วันที่โอน สำหรับกรณีของข้าราชการให้ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการหรือกฎหมายว่าด้วยกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ แล้วแต่กรณี สำหรับกรณีของลูกจ้างให้กระทำเป็นหนังสือลงลายมือชื่อเป็นหลักฐานยื่นต่อผู้ว่าจ้างเพื่อส่งต่อไปให้กระทรวงการคลังทราบ

ผู้รับสนองพระบรมราชโองการ
พันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร
นายกรัฐมนตรี

D
P
U

ที่ สปสช. 01/ว.1293

1 พฤศจิกายน 2549

เรื่อง ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่และสาขาจังหวัดทุกแห่ง
สิ่งที่ส่งมาด้วย ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 1 ฉบับ

ตาม ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีมติให้ยกเลิกการเก็บค่าบริการผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 30 บาทต่อการเข้ารับบริการแต่ละครั้ง และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในฐานะประธานคณะกรรมการฯ ได้ลงนามในประกาศยกเลิกดังกล่าวแล้ว โดยให้มีผลตั้งแต่วันที่ 31 ตุลาคม 2549 เป็นต้นไป ดังรายละเอียดในสิ่งที่ส่งมาด้วย และเพื่อให้การบริหารจัดการและการจัดบริการผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นไปด้วยความเรียบร้อยเป็นไปในทิศทางเดียวกัน จึงขอให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่และสาขาจังหวัดทุกแห่งประสานหน่วยบริการในพื้นที่รับผิดชอบให้ดำเนินการตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดังกล่าว และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้ทราบโดยทั่วกัน จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการดังกล่าว จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

นายประทีป ธนกิจเจริญ

รองเลขาธิการ ปฏิบัติราชการแทน

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(2)

ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การยกเลิกค่าบริการทางการแพทย์

โดยที่เป็นการสมควรให้บุคคลที่ต้องร่วมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในแต่ละครั้ง ที่เข้ารับบริการ สามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามมาตรา 5 วรคสองแห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ให้ยกเลิกการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ที่เรียกเก็บ ในอัตราสามสิบบาทใน แต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ

ข้อ 2 ประกาศนี้ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2549 เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2549

นายมงคล ณ สงขลา

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่องเสร็จที่ 483/2546

บันทึกสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
เรื่อง อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการกำหนดอัตรา
ค่าบริการตามมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
พ.ศ. 2545

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีหนังสือ ที่ สปสช. 03/1883 ลงวันที่ 12 มีนาคม 2546 ถึงสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สรุปความได้ดังนี้

จากการที่มาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอาจกำหนดให้บุคคลที่เข้ารับบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการในอัตราที่กำหนดให้แก่หน่วยบริการในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการนั้น ในการประชุมของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีมติเห็นชอบในหลักการที่จะกำหนดให้ผู้รับบริการที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีต้องร่วมจ่ายค่าบริการเพิ่มเติมตามอัตราที่คณะกรรมการกำหนด

อย่างไรก็ตาม จากหลักการดังกล่าวคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีความเห็นแตกต่างกันเป็นสองฝ่าย ดังนี้

ฝ่ายที่หนึ่ง เห็นว่า การกำหนดให้ผู้เข้ารับบริการในหึ่งพิเศษซึ่งเป็นผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจดีต้องร่วมจ่ายค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมจากกรณีที่เข้ารับบริการในหึ่งสามัญจะขัดกับมาตรา 5 ที่กำหนดให้ทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน และอาจจะขัดกับรัฐธรรมนูญในเรื่องการเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม

ฝ่ายที่สอง เห็นว่า การที่มาตรา 5 บัญญัติให้คณะกรรมการอาจกำหนดให้บุคคลที่เข้ารับบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการในอัตราที่กำหนดนั้น คณะกรรมการสามารถกำหนดให้ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจ่ายค่าบริการสาธารณสุขสำหรับกรณีการเข้ารับบริการในหึ่งพิเศษได้โดยไม่ขัดต่อมาตรา 5 ดังกล่าว

ส่งพร้อมหนังสือ ที่ นร 0901/0691 ลงวันที่ 9 กรกฎาคม 2546 ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกามีถึงสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี

ดังนั้น เพื่อให้การกำหนดการร่วมจ่ายของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นไปโดยชอบด้วยกฎหมาย และมีแนวทางที่เป็นบรรทัดฐานต่อไป จึงขอหารือดังนี้

(1) คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถกำหนดการร่วมจ่ายค่าบริการสาธารณสุขตามมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในหลักการข้างต้น ได้หรือไม่

(2) อัตราที่กำหนดให้ผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจต้องร่วมจ่าย คือ

(ก) ค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ ตามอัตราค่าบริการของสถานพยาบาลตามจำนวนวันนอนที่อยู่ห้องพิเศษ

(ข) ค่าบริการสาธารณสุขตามวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังต่อไปนี้

วิธีที่ 1 จ่ายค่าบริการในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการในอัตราตายตัว โดยคิดตามระดับสถานพยาบาล เช่น เข้ารับบริการที่สถานพยาบาลขนาดต่ำกว่า 120 เตียง ต้องร่วมจ่ายค่าบริการ 1,000 บาท หรือเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลขนาด 120 เตียงถึง 250 เตียง ต้องร่วมจ่ายค่าบริการ 2,000 บาท หรือเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลขนาด 250 เตียงถึง 500 เตียง ต้องร่วมจ่ายค่าบริการ 3,000 บาท หรือเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลขนาดตั้งแต่ 500 เตียงขึ้นไปต้องร่วมจ่ายค่าบริการ 4,000 บาท เป็นต้น

วิธีที่ 2 จ่ายตามค่ารักษาพยาบาลในแต่ละโรคโดยคิดตามสัดส่วนค่ารักษาพยาบาลในอัตราตายตัวต่อการนอนโรงพยาบาลหนึ่งครั้ง เช่น กำหนดสัดส่วนของการให้บริการสาธารณสุขของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในห้องพิเศษไว้ร้อยละ 50 ของค่ารักษาพยาบาล ดังนั้นเมื่อเข้ารับบริการสาธารณสุขด้วยโรคใดสักโรคและขอพักรักษาในห้องพิเศษค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้น 3,000 บาท ผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายค่าบริการ 1,500 บาท

วิธีที่ 3 จ่ายตามค่ารักษาพยาบาลในแต่ละโรคโดยคิดตามสัดส่วนค่ารักษาพยาบาลในแต่ละวัน เช่น กำหนดสัดส่วนค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในห้องพิเศษไว้ร้อยละ 50 ดังนั้น เมื่อเข้ารับบริการสาธารณสุขและขอพักรักษาในห้องพิเศษด้วยโรคใดสักโรคสักวันแรกที่เข้ารับบริการมีค่ารักษาพยาบาล 1,000 บาท ผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายค่าบริการ 500 บาท วันที่สองมีค่ารักษาพยาบาล 2,000 บาท ผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายค่าบริการ 1,000 บาท เป็นต้น

จากการกำหนดให้ผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจดีต้องร่วมจ่ายค่าบริการเมื่อเข้ารับบริการสาธารณสุขในแต่ละวิธีข้างต้น มีวิธีใดที่กำหนดแล้วจะไม่เป็นการขัดกับมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

คณะกรรมการกฤษฎีกา (คณะที่ 9) ได้รับฟังคำชี้แจงข้อเท็จจริงเพิ่มเติมจากผู้แทน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สรุปได้ว่า ในปัจจุบันเมื่อผู้รับบริการผู้ใดใช้สิทธิในการเข้ารับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หากผู้รับบริการผู้นั้นมิได้เป็นผู้ยากไร้หรือเป็นบุคคลตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดให้ไม่ต้องร่วมจ่ายค่าบริการแล้ว จะต้องร่วมจ่ายค่าบริการสาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการทุกครั้งที่ได้รับบริการ ทั้งนี้ ไม่ว่าจะเป็นการรับบริการสาธารณสุขในส่วนที่เป็นห้องสามัญหรือห้องพิเศษก็ตาม โดยในส่วนของค่าบริการสาธารณสุขที่ผู้รับบริการจะได้รับจะมีประสิทธิภาพและมีมาตรฐานเดียวกันตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด แต่ถ้าผู้รับบริการผู้ใดได้แสดงความประสงค์เข้ารับบริการสาธารณสุขในห้องพิเศษของหน่วยบริการ ผู้รับบริการผู้นั้นจะต้องจ่ายค่าบริการสาธารณสุขในส่วนที่เป็นค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษเพิ่มเติมตามอัตราที่สถานพยาบาลแต่ละแห่งได้กำหนดไว้

คณะกรรมการกฤษฎีกา (คณะที่ 9) ได้พิจารณาปัญหาที่หารือมาประกอบกับคำชี้แจงข้อเท็จจริงเพิ่มเติมดังกล่าวแล้ว เห็นว่า มาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และเหตุผล ในการออกพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าวมีหลักการและเจตนารมณ์ที่จะให้หลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนชาวไทยโดยการกำหนดให้บริการสาธารณสุขที่ทุกคนจะได้รับจากหน่วยบริการต้องมีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงและเสมอภาคเท่ากันทุกคน ทั้งนี้ เพื่อเป็นการรองรับสิทธิและเสรีภาพของประชาชนไทย และเป็นการดำเนินการตามแผนนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐตามมาตรา 52 และมาตรา 82 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และเพื่อให้บรรลุถึงหลักการและเจตนารมณ์ดังกล่าว มาตรา 18 แห่งพระราชบัญญัตินี้จึงกำหนดให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต และอัตราค่าบริการสาธารณสุข และกำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ รวมทั้งกำหนดมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพ โดยบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพที่รัฐจะจัดให้เพื่อเป็นหลักประกันแก่ประชาชนจะมีประเภทและขอบเขตแค่ไหนเพียงใด นั้น มาตรา 5 วรรคสาม แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 บัญญัติให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกาศกำหนด

ดังนั้น การที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะกำหนดอัตราค่าบริการสาธารณสุขที่ผู้รับบริการจะต้องร่วมจ่ายให้แก่หน่วยบริการตามมาตรา 5 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ให้แตกต่างกันเป็นหลายอัตราหรือแยกประเภทของผู้รับบริการตามฐานะทางเศรษฐกิจของบุคคลนั้น ย่อมเป็นการขัดแย้งต่อหลักการและ

เจตนาธรรมเนียมแห่งบทบัญญัติดังกล่าว

อย่างไรก็ตาม หากผู้รับบริการผู้ใดแสดงความจำนงเป็นเอกสารหลักฐานต่อหน่วยบริการว่าจะเข้ารับการบริการสาธารณสุขในห้องพักพิเศษ โดยยินยอมที่จะจ่ายค่าบริการในส่วนที่สูงกว่าอัตราที่กำหนดไว้ในมาตรา 5 วรรคสอง ก็ชอบที่จะให้กระทำได้ โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีอำนาจตามมาตรา 5 วรรคสาม แห่งพระราชบัญญัตินี้ที่จะกำหนดให้การขอรับบริการสาธารณสุขในห้องพักพิเศษดังกล่าว นั้น ไม่อยู่ในขอบเขตการให้บริการสาธารณสุขที่บุคคลทั่วไปมีสิทธิได้รับ

ลงชื่อ พรทิพย์ จาละ

(นางสาวพรทิพย์ จาละ)

รองเลขาธิการ/รักษาราชการแทน

เลขาธิการคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

กรกฎาคม 2546

ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง ร่วมจ่ายค่าบริการ

พ.ศ. 2555

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดให้บุคคลที่เข้ารับบริการสาธารณสุขร่วมจ่ายค่าบริการในอัตราที่กำหนดในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 5 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 อันเป็นกฎหมายที่มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลซึ่งมาตรา 29 ประกอบกับมาตรา 36 และมาตรา 41 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บัญญัติให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย ประกอบกับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีมติจากการประชุมครั้งที่ 8/2555 เมื่อวันที่ 10 กรกฎาคม พ.ศ. 2555 จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 บุคคลที่เข้ารับบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการในอัตราสามสิบบาท ในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการและได้รับยา โดยจ่ายให้แก่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชนขึ้นไป หรือโรงพยาบาลของรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหรือโรงพยาบาลของรัฐในสังกัดมหาวิทยาลัย หรือโรงพยาบาลเอกชน ที่มีระดับเท่าเทียมตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชนขึ้นไป หรือหน่วยบริการอื่นที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกาศกำหนดเพิ่มเติม

ข้อ 2 บุคคลที่เข้ารับบริการสาธารณสุข ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค หรือการเข้ารับบริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน หรือบุคคลผู้ยากไร้ หรือบุคคลอื่นที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด หรือบุคคลที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการที่มีระดับต่ำกว่าโรงพยาบาลชุมชน ไม่ต้องร่วมจ่ายค่าบริการตามข้อ 1

ข้อ 3 ประกาศนี้ ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2555 เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ 27 กรกฎาคม พ.ศ. 2555

(นายวิทยา บุรณศิริ)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง บุคคลที่ไม่ต้องจ่ายค่าบริการ
พ.ศ. 2555

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงการกำหนดให้ผู้ยากไร้หรือบุคคลอื่น เช่น บุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล บุคคลที่เสียสละสร้างคุณงามความดีอันเป็นประโยชน์ต่อสังคมและประเทศชาติ เป็นบุคคลที่ไม่ต้องจ่ายค่าบริการ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 4 และมาตรา 5 วรรคสองแห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขโดยคำแนะนำของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ 8/2555 เมื่อวันที่ 10 กรกฎาคม 2555 จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ให้ยกเลิก

(1) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง บุคคลที่ไม่ต้องจ่ายค่าบริการ ลงวันที่ 23 เมษายน 2546

(2) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง บุคคลที่ไม่ต้องจ่ายค่าบริการ (ฉบับที่ 2) ลงวันที่ 11 พฤษภาคม 2547

ข้อ 2 ให้บุคคลดังต่อไปนี้ ไม่ต้องจ่ายค่าบริการ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

(1) ผู้มีรายได้น้อย ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537

(2) ผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนัน สารวัตรกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และแพทย์ประจำตำบล และบุคคลในครอบครัว

(3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร และบุคคลในครอบครัว

(4) ผู้ที่มีอายุเกินกว่า 60 ปีบริบูรณ์

(5) เด็กอายุไม่เกิน 12 ปีบริบูรณ์

(6) คนพิการตามกฎหมายว่าด้วยส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ทั้งนี้จะมีบัตรประจำตัวคนพิการหรือไม่ก็ตาม

(7) พระภิกษุ สามเณร ในพระพุทธศาสนา ซึ่งมีหนังสือสุทธิรับรอง แม่ชี นักบวช นักพรต และผู้นำศาสนาอิสลามที่มีหนังสือรับรอง ซึ่งหมายถึงกรรมการอิสลามประจำมัสยิด กรรมการอิสลามประจำจังหวัด กรรมการอิสลามแห่งประเทศไทย อิหม่าม คอเต็บ และบิหลั่นและบุคคลในครอบครัวของผู้นำศาสนาอิสลาม

(8) ทหารผ่านศึกทุกระดับชั้น (ชั้น 1-4) ที่มีบัตรทหารผ่านศึกและบุคคลในครอบครัว รวมถึงผู้ได้รับพระราชทานเหรียญชัยสมรภูมิและทนายท

(9) นักเรียนไม่เกินชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

(10) นักเรียนทหารและทหารเกณฑ์

(11) ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญงานพระราชสงครามในทวีปยุโรปและบุคคลในครอบครัว

(12) อาสาสมัครมาเลเรีย ตาม โครงการของกระทรวงสาธารณสุข และบุคคลในครอบครัว

(13) ช่างสุขภัณฑ์หมู่บ้านตามโครงการของกรมอนามัยและบุคคลในครอบครัว

(14) ผู้บริหาร โรงเรียน และครูของ โรงเรียนเอกชนที่สอนศาสนาอิสลามควบคู่กับ วิชาสามัญหรือวิชาชีพและบุคคลในครอบครัว ในเขตจังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส สตูล สงขลา พัทลุง นครศรีธรรมราช ระนอง กระบี่ พังงา และภูเก็ต

(15) ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญราชการชายแดน

(16) ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญพิทักษ์เสรีชน

(17) สมาชิกผู้บริจาคโลหิตของสภากาชาดไทย ซึ่งมีหนังสือรับรองจากสภากาชาดไทย ว่าได้บริจาคโลหิตตั้งแต่ 18 ครั้งขึ้นไป

(18) หมออาสาหมู่บ้านตามโครงการกระทรวงกลาโหม

(19) อาสาสมัครคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม

(20) อาสาสมัครทหารพรานในสังกัดกองทัพบก

(21) บุคคลที่แสดงความประสงค์ไม่จ่ายค่าบริการ

ข้อ 3 บุคคลในครอบครัวตามประกาศนี้ หมายถึง บิดามารดา คู่สมรส หรือบุตรโดยชอบด้วยกฎหมายที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะของผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

ข้อ 4 ประกาศนี้ ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2555 เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ 27 กรกฎาคม พ.ศ. 2555

(นายวิทยา บุรณศิริ)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

DRPU

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-นามสกุล

ประวัติการศึกษา

วายุภักษ์ ทานบุญมา

นิติศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ปีที่จบการศึกษา พ.ศ. 2551

DPU