สิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐ: ศึกษากรณีสิทธิในการรักษาพยาบาล

นฤพนธ์ ทรงพระ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
นิติศาสตรมหาบัณฑิต
คณะนิติศาสตร์
สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
2559

สิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐ:
ศึกษากรณีสิทธิในการรักษาพยาบาล

นฤพนธ์ ทรงพระ
คณะนิติศาสตร์

ศาสตราจารย์.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ดร.บรรเจิด สิงคะเนติ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาแล้วเห็นสมควรอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรนิติศาสตรมหาบัณฑิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์.....ประธานกรรมการ
(ดร.อมรรัตน์ กุลสุจริต)

ศาสตราจารย์.....กรรมการ
(ดร.บรรเจิด สิงคะเนติ)

อาจารย์.....กรรมการ
(ดร.พัชรวรรณ นุชประยูร)

รองศาสตราจารย์.....คณบดี
(นเรศร์ เกษะประกร)
สิงหาคม 2560

บทคัดย่อ

ชื่อวิทยานิพนธ์	สิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐ: ศึกษากรณีสิทธิในการรักษาพยาบาล
ชื่อผู้เขียน	นายนฤพนธ์ ทรงพระ
ชื่อปริญญา	นิติศาสตรมหาบัณฑิต
ปีการศึกษา	2559

การวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงสถานะแห่งสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล ปัญหาอุปสรรคและแนวทางในการจัดระบบการเข้าถึงสิทธิในการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าว โดยมีขอบเขตของการศึกษาเฉพาะกรณีคนไร้สัญชาติ แรงงานต่างด้าว เด็กต่างด้าว ผู้ลี้ภัย และผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียน

ผลการวิจัยพบว่า สิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล เป็นสิทธิที่บุคคลไม่อาจบรรลุความมุ่งหมายได้ หากปราศจากการเข้ามาดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดโดยรัฐ หรือที่เรียกว่า “status positivus” ซึ่งมีสถานะเป็น “สิทธิขั้นพื้นฐานในการดำรงชีพ” ที่บุคคลไม่ว่าเชื้อชาติ หรือสัญชาติใดหรืออยู่ ณ ที่ใดในโลก ย่อมมีความสามารถเป็นผู้ทรงสิทธินี้ได้ โดยประเทศต่าง ๆ ได้ให้การรับรองสิทธินี้ไว้ในกฎหมายระหว่างประเทศ และระบบกฎหมายภายในของประเทศ ดังเช่นประเทศสหรัฐอเมริกาที่ได้รับรองสิทธินี้โดยผลของคำพิพากษาศาลสูงแห่งสหรัฐ ซึ่งวางหลักการตีความรัฐธรรมนูญในเรื่องหลักความเสมอภาคโดยขยายความรวมถึงการรับรองสิทธินี้ให้กับคนต่างด้าวด้วย เช่นเดียวกับประเทศอังกฤษ ประเทศเยอรมนี และประเทศฝรั่งเศสที่ได้รับรองสิทธินี้ให้แก่คนต่างด้าวตามพันธกรณีในทางระหว่างประเทศของสหภาพยุโรป และตามกฎหมายภายในที่รัฐตราขึ้น ส่วนการให้ความคุ้มครองสิทธินี้จะเป็นเป็นไปตามมาตรฐานการปฏิบัติต่อคนต่างด้าว ซึ่งแตกต่างกันไปตามสถานะของคนต่างด้าวและบริบทของแต่ละประเทศ สำหรับประเทศไทย ไม่มีการรับรองสิทธินี้ให้แก่คนต่างด้าวไว้อย่างชัดแจ้งในระบบกฎหมายไทย โดยปัจจุบันมีเพียงการดำเนินนโยบายของรัฐที่ขยายความคุ้มครองสิทธิประกันสังคมให้รวมถึงแรงงานต่างด้าว และการจัดตั้งกองทุนประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขขึ้น เพื่อให้คนต่างด้าวที่ไม่อยู่ในระบบประกันสังคมสามารถเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ แต่ยังคงมีข้อจำกัดในเรื่องเงื่อนไขของการเป็นผู้ทรงสิทธิ และกระบวนการเข้าสู่สิทธิ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้คนต่างด้าวเป็นจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้

จากผลการวิจัยดังกล่าว มีข้อเสนอแนะให้สร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าว ภายใต้หลักการ “ประกันสุขภาพบนพื้นฐานของการจ้างงาน” โดยผู้ที่อยู่ในระบบการจ้างงานควรจัดสรรให้เข้าสู่ระบบประกันสังคมทั้งหมด ส่วนผู้ที่มิใช่แรงงานควรจัดสรรให้เข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยบัญญัติรับรองสิทธิของคนต่างด้าวไว้ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และรวมกองทุนประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขเข้ากับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีขอบเขตการคุ้มครองเฉพาะคนต่างด้าวที่เกิดในประเทศ และอยู่ภายใต้หลักการ “ร่วมจ่ายค่าบริการ” ส่วนกรณีผู้ลี้ภัย ผู้หลบหนีเข้าเมือง และผู้ไร้สถานะทางทะเบียน ควรกำหนดเป็นมาตรการทางบริหารโดยจัดตั้งงบประมาณสนับสนุนสถานพยาบาล และมุ่งเน้นให้ความคุ้มครองเฉพาะบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน หรือบริการที่จำเป็นทางสุขภาพเท่านั้น เพื่อให้เกิดดุลยภาพของการคุ้มครองสิทธิกับภาระทางการคลังของรัฐ

ABSTRACT

Title of Thesis	The Right to Public Health Services of an Alien: Case Study of the Right to Medical Treatment
Author	Mr. Narupon Songpra
Degree	Master of Laws
Year	2016

This research was aimed at study about the status of right to medical treatment of an alien, identify the problems and obstacles to access medical treatment and analyze approach to provide medical treatment for aliens in Thailand. The scope of study is specific to stateless person, migrant workers, alien children, asylum and undocumented migrant.

The research results showed that the right to medical treatment is the rights that can only be exercised with a support of government, called “status positivus”. The status of this right is a fundamental right (sozialen Grundrechte) that everyone is able to holder of the right, without distinction of any kind, such as race, nationality or country of residence, and it was recognized by international law and domestic law in other countries, such as United State of America was recognized this right by decision of supreme court according to principle of equity before constitution, as well as England, Germany and France that recognized this right according to European Convention and domestic law, but the protection of the right are different, it’s depend on standard of treatment, status of an alien and context of countries. In Thailand, this right is not occur in constitution and other domestic law, the government provide migrant workers to access medical treatment according to social insurance system and Established Ministry of Public Health fund as a further measures to provide other aliens to access medical treatment. But it’s limited

by condition of the holder of the right and process to access the right. It is important problems that affect many aliens can't access to medical treatment.

The result of this research leads to formulating health insurance for aliens in Thailand, under Principle of "Health insurance based on employment" and provide all aliens who are workers to Social Insurance system but other aliens provide to National Health Insurance system, legislative the right to medical treatment of aliens in to the National Health Security Act, B.E. 2545, combination Ministry of Public Health fund and National Health Security fund and specific to protect an alien under "Co – payment Principle", formulating administrative measures to protect asylum and undocumented migrant by set up budget to support hospital and provide specific to emergency care and necessity health care.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาจากศาสตราจารย์ ดร.บรรเจิด สิงคะเนติ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาสละเวลาในการให้คำปรึกษา ให้แนวคิด คำแนะนำ และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งติดตามการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้อย่างใกล้ชิดตลอดมา ส่งผลให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้โดยสมบูรณ์ ผู้เขียนสำนึกในความกรุณาของท่านอาจารย์เป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ ที่นี้

นอกจากนี้ ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.อมรรัตน์ กุลสุจริต ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.พัชรวรรณ นุชประยูร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ส่งผลให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณเพื่อนนักศึกษาปริญญาโททุกคนที่คอยช่วยเหลือและเป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา และขอกราบขอบพระคุณครอบครัวของผู้เขียนที่คอยเป็นกำลังใจให้ตลอดมา เป็นผลให้สำเร็จการศึกษาสมดังที่หวังและตั้งใจไว้ คุณค่าและประโยชน์อันใดที่เกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ และทุกท่านที่มีส่วนร่วมในความสำเร็จครั้งนี้

นฤพนธ์ ทรงพระ

สิงหาคม 2560

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อ (3)

ABSTRACT (5)

กิตติกรรมประกาศ (7)

สารบัญ (8)

สารบัญตาราง (12)

บทที่ 1 บทนำ 1

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย 11

1.3 สมมติฐานการวิจัย 11

1.4 ขอบเขตของการวิจัย 12

1.5 กรอบแนวคิดของการวิจัย 12

1.6 ระเบียบวิธีวิจัย 12

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 13

บทที่ 2 ข้อความคิดว่าด้วยสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าว 14

2.1 แนวคิดพื้นฐานว่าด้วยสิทธิ 14

2.1.1 ความหมายและองค์ประกอบของสิทธิ 15

2.1.2 ประเภทของสิทธิ 19

2.2 สิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล 20

2.2.1 ความหมายของสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล 21

2.2.2 แนวคิดพื้นฐานและคุณลักษณะของสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล 23

2.3 สิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล 33

2.3.1 ความหมายของคนต่างด้าว 34

2.3.2 ประเภทของคนต่างด้าว 36

2.3.3 สถานะของคนต่างด้าวกับการเป็นผู้ทรงสิทธิ 39

2.3.4 สิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล 40
บทที่ 3 สิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าวตามกฎหมายระหว่างประเทศ และกฎหมายของต่างประเทศ 46
3.1 สิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าวตามกฎหมายระหว่างประเทศ 46
3.1.1 ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน 47
3.1.2 กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม 52
3.1.3 อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก ค.ศ. 1989 54
3.1.4 ปฏิญญาอาเซียนว่าด้วยสิทธิมนุษยชน 58
3.1.5 แถลงการณ์แห่งอัลมา-แอตาว่า ด้วยการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน 61
3.2 สิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลตามกฎหมายของต่างประเทศ 64
3.2.1 ประเทศสหรัฐอเมริกา 64
3.2.2 ประเทศอังกฤษ 77
3.2.3 ประเทศเยอรมนี 91
3.2.4 ประเทศฝรั่งเศส 102
บทที่ 4 สิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าวตามระบบกฎหมายไทย 118
4.1 ความเป็นมาของบริการรักษาพยาบาลในประเทศไทย 118
4.1.1 ยุคแห่งการแพทย์แผนไทย 118
4.1.2 ยุคแห่งการปฏิรูปสาธารณสุขไทย 120
4.1.3 ยุคแห่งการสาธารณสุขสมัยใหม่ 121
4.2 ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยในปัจจุบัน 124
4.2.1 ระบบสวัสดิการของทางราชการ 125
4.2.2 ระบบประกันสังคม 129
4.2.3 ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 138
4.3 คนต่างด้าวกับการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล 142
4.3.1 การรับรองสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล 142
4.3.2 รูปแบบการเข้าถึงสิทธิในบริการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าว 147
บทที่ 5 วิเคราะห์สิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าว 161
5.1 สถานะแห่งสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล 161
5.1.1 การเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลในฐานะศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ 164
5.1.2 การเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลในฐานะสิทธิขั้นพื้นฐานในการดำรงชีพ 165
5.2 ปัญหาการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าวตามระบบกฎหมายไทย 170

5.2.1 การไม่มีกฎหมายบัญญัติรับรองสิทธิ 170
5.2.2 การเข้าไม่ถึงหลักประกันสุขภาพ 177
5.2.3 การเข้าไม่ถึงสิทธิประโยชน์ที่จำเป็นทางสุขภาพ 183
5.3 แนวทางการจัดรูปแบบการเข้าถึงสิทธิในการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าว 185
5.3.1 กรณีคนไร้รัฐหรือไร้สัญชาติ 186
5.3.2 กรณีแรงงานต่างด้าวเข้าเมืองถูกกฎหมาย 188
5.3.3 กรณีเด็กต่างด้าว 191
5.3.4 กรณีผู้ลี้ภัยและผู้ลี้ภัยสงคราม 194
5.3.5 กรณีผู้ไร้สถานะทางทะเบียน 198
บทที่ 6 บทสรุปและข้อเสนอแนะ 204
6.1 บทสรุป 204
6.2 ข้อเสนอแนะ 208
6.2.1 การบัญญัติกฎหมายรับรองสิทธิ 208
6.2.2 การสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าว 209
6.2.3 การรวมกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวของกระทรวงสาธารณสุขกับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 211
6.2.4 การให้บริการในรูปแบบการสงเคราะห์ทางการแพทย์ 211

บรรณานุกรม **213**
ภาคผนวก **222**
ภาคผนวก ก Universal Declaration of Human Rights 223
ภาคผนวก ข International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights 232
ภาคผนวก ค Convention on the Rights of the Child 237
ภาคผนวก ง ASEAN Human Rights Declaration 251
ภาคผนวก จ Declaration of Alma-Ata 256
ภาคผนวก ฉ พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 261
ภาคผนวก ช พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 269
ภาคผนวก ซ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 285
ประวัติผู้เขียน **294**

สารบัญตาราง

ตารางที่ **หน้า**

1.1 ประชากรต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานคงเหลือทั่วราชอาณาจักรในปี พ.ศ. 2559 3
1.2 จำนวนคนไร้สัญชาติในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ 4

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สุขภาพ (Health) เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงสภาวะความสมบูรณ์ของมนุษย์ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างปกติสุข ไม่เพียงแต่การปราศจากโรคหรือทุพพลภาพเท่านั้น[1] แต่ยังรวมถึงการมีปัจจัยดำรงชีวิตที่ดีทั้งในด้านชีววิทยา (Biological) เช่น การได้รับโภชนาการที่เหมาะสม การมีอาหารและน้ำดื่มที่ปลอดภัยสำหรับการบริโภค และการมีชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมและสถานที่ทำงานที่ถูกสุขลักษณะ เป็นต้น ตลอดจนปัจจัยในด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socio–Economic Condition) โดยการมีชีวิตอยู่ภายใต้สภาพสังคมเศรษฐกิจที่ดีด้วย และสิทธิในสุขภาพ (The Right to Health) ถือได้ว่า เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ในการดำรงชีวิตอยู่อย่างสมศักดิ์ศรี ภายใต้มาตรฐานสูงสุดของการมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และความผาสุก รวมถึงการมีชีวิตอยู่โดยปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ[2] ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า สิทธิในสุขภาพ เป็นสิทธิที่บุคคลไม่ว่าเชื้อชาติหรือสัญชาติใด หรือมีภูมิลำเนาอยู่ ณ ภูมิภาคใด มีความเชื่อ ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคมอย่างไร ย่อมมีสิทธิดังกล่าวในฐานะของความเป็นมนุษย์ที่จะมีชีวิตอยู่ด้วยการมีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ มีน้ำเพื่อการบริโภคที่ปลอดภัยและได้มาตรฐานตามสุขลักษณะ มีอาหารที่ปลอดภัยสำหรับการบริโภค ได้รับโภชนาการที่เพียงพอ มีสุขภาวะทางด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและสุขศึกษา ได้รับการป้องกันและควบคุมโรค รวมถึงได้รับการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย[3] สิทธิดังกล่าว ถือได้ว่าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่สำคัญอย่างยิ่งในการมีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ของมนุษย์ ซึ่งประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ต่างให้การยอมรับและรับรองเป็นสิทธิ

---

[1] World Health Organization, **Constitution of the World Health Organization 1948**, Retrieved December 12, 2016 from http://www.who.int>who_constitution_en

[2] Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and World Health Organization, **The Right to Health**, p. 1, Retrieved December 12, 2016 from http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf

[3] *Ibid*., p. 3.

ขั้นพื้นฐานของบุคคล ในขณะเดียวกันรัฐก็มีความผูกพันโดยรัฐธรรมนูญหรือโดยกฎหมายอื่นที่จะต้องให้ความคุ้มครองสิทธิดังกล่าว โดยการกำหนดนโยบายและจัดให้มีบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานเพื่อให้ประชาชนสามารถใช้บริการได้อย่างทั่วถึง ทั้งนี้เพื่อเป็นหลักประกันสุขภาพของพลเมืองแห่งรัฐนั้น แต่อย่างไรก็ตาม แม้ว่าสิทธิในสุขภาพจะเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น แต่การคุ้มครองสิทธิในสุขภาพของประชาชนในฐานะที่เป็นพลเมืองแห่งรัฐนั้น ประเทศต่าง ๆ จะมีการพิจารณาถึงสถานะความเป็นพลเมืองของรัฐเป็นสำคัญ กล่าวคือ ในการกำหนดหรือรับรองสถานะของบุคคลผู้มีสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐนั้น จะมีการพิจารณาถึง “สัญชาติ” ของบุคคลเป็นสำคัญ ทั้งนี้เนื่องจากสัญชาติเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงสถานะและความผูกพันทางกฎหมายระหว่างบุคคลกับรัฐที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ แต่จากสภาพสังคมโลกในปัจจุบัน มีความเป็นพลวัตร (Dynamics) สูง มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไม่หยุดนิ่ง ส่งผลให้เกิดพัฒนาการก้าวข้ามผ่านเส้นเขตแดนของรัฐ หรือที่เรียกว่า “โลกไร้พรมแดน” (Globalization) มีการเคลื่อนย้ายประชากรข้ามประเทศ ด้วยเหตุผลต่าง ๆ อาทิ ด้านแรงงาน การศึกษา การท่องเที่ยว หรือแม้กระทั่งการลี้ภัย เป็นต้น ด้วยเหตุนี้ทำให้มีบุคคลเป็นจำนวนมากที่แม้จะมีสัญชาติของรัฐซึ่งถือกำเนิด หรือมีภูมิลำเนาอยู่ แต่เมื่อเดินทางออกนอกเขตแดนของรัฐและเข้าไปอาศัยอยู่ในรัฐอื่นไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดก็ตาม บุคคลเหล่านี้ก็จะไม่มีสถานะความเป็นพลเมืองของรัฐที่เข้าไปอยู่อาศัยนั้น ซึ่งการเคลื่อนย้ายประชากรข้ามประเทศดังกล่าวพบว่า ในปัจจุบันมีผู้ย้ายถิ่นข้ามประเทศเป็นจำนวนมากดังเห็นได้จากรายงานขององค์การระหว่างประเทศเกี่ยวกับการย้ายถิ่น (International Organization for Migration) ซึ่งได้เปิดเผยข้อมูลเมื่อปี พ.ศ. 2554 ว่า มีประชากรผู้ย้ายถิ่นข้ามประเทศทั่วโลกรวมทั้งสิ้น ประมาณ 214 ล้านคน กระจายตัวอยู่ในประเทศต่าง ๆ เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกามีประมาณ 1,042,625 คน ประเทศอังกฤษ 470,000 คน ประเทศเสปน 469,342 คน ประเทศสวีเดน 79,036 คน ประเทศนิวซีแลนด์ 57,618 คน[4] เป็นต้น สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลของสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว พบว่า มีประชากรต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานคงเหลือทั่วราชอาณาจักรในปี พ.ศ. 2559 จำนวนทั้งสิ้น 1,557,778 คน[5] แสดงตามตารางที่ 1.1 ดังนี้

---

[4] International Organization for Migration, **World Migration Report 2011** (Geneva, Switzerland: International Organization for Migration, 2011), p. 49.

[5] สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว, “จำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานคงเหลือทั่วราชอาณาจักร,” **วารสารสถิติจำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานทั่วราชอาณาจักร ประจำปี 2559**. (2559): 3.

ตารางที่ 1.1 ประชากรต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานคงเหลือทั่วราชอาณาจักรในปี พ.ศ. 2559

ภูมิภาค	จำนวน (คน)
1. กรุงเทพมหานคร	232,463
2. ปริมณฑล	554,783
3. ภาคกลาง	271,294
4. ภาคเหนือ	179,552
5. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	22,228
6. ภาคใต้	297,458
รวมทั่วราชอาณาจักร	**1,557,778**

นอกจากนี้ ยังมีบุคคลอีกเป็นจำนวนมากที่ไม่มีสัญชาติของรัฐใดเลย เนื่องจากเป็นผู้พลัดถิ่นที่ไม่สามารถเดินทางกลับประเทศได้ หรือไม่สามารถพิสูจน์สัญชาติได้ หรืออยู่ระหว่างรอการพิสูจน์สัญชาติ ซึ่งบุคคลดังกล่าวนี้ล้วนเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในรัฐ เป็นพลเมืองของรัฐ แต่ไม่ได้รับสัญชาติจากรัฐ จึงกลายเป็นบุคคลไร้รัฐหรือที่เรียกว่า “คนไร้รัฐ” หรือ “คนไร้สัญชาติ” (Stateless Person)[6] โดยจากรายงานของสำนักงานข้าหลวงใหญ่ผู้ลี้ภัยแห่งสหประชาชาติ (United Nations High Commissioner for Refugee: UNHCR) เมื่อปี พ.ศ. 2554 พบว่า มีประชากรที่เป็นคนไร้สัญชาติทั่วโลกเป็นจำนวนมากกว่า 10 ล้านคน[7] กระจายตัวอยู่ในภูมิภาคต่าง ๆ เช่นเดียวกับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่จากข้อมูลการรวบรวมสถิติคนไร้สัญชาติ จำนวน 5 ประเทศ ได้แก่ ประเทศพม่า ประเทศไทย ประเทศมาเลเซีย ประเทศบรูไน และประเทศเวียดนาม พบว่า มีจำนวนประชากรที่เป็นคนไร้สัญชาติรวมแล้วสูงถึง 1,385,025 คน โดยประเทศพม่า และประเทศไทย มีคนไร้สัญชาติอาศัย

[6] กฤตยา อาชวนิจกุล, **การจัดระบบคนไร้รัฐในบริบทประเทศไทย**, หน้า 104, ค้นวันที่ 12 ธันวาคม 2559 จาก http://www2.ipsr.mahidol.ac.th/ConferenceVII/Download/2011-Article-06.pdf

[7] Office of the United Nations High Commissioner for Refugee, **UNHCR Global Trend 2012** (Geneva, Switzerland: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and World Health Organization, 2012), p. 11.

อยู่ในประเทศเป็นจำนวนสูงที่สุดในภูมิภาค คือ มีจำนวน 808,075 คน และ 506,197 คน[8] ตามลำดับ รายละเอียดแสดงไว้ตามตารางที่ 1.2 ดังนี้

ตารางที่ 1.2 จำนวนคนไร้สัญชาติในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

ประเทศ	จำนวน (คน)
1. พม่า	808,075
2. ไทย	506,197
3. มาเลเซีย	40,001
4. บรูไน	20,552
5. เวียดนาม	10,200
รวม	**1,385,025**

ข้อมูลแรงงานต่างด้าวและคนไร้สัญชาติในประเทศไทย เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงความเป็นประชากรในประเทศที่ไม่มีสถานะพลเมืองของรัฐ กล่าวคือ แม้จะเป็นผู้ที่อยู่ในประเทศไทย แต่ก็ไม่มีสถานะความเป็นพลเมืองของรัฐตามกฎหมายไทย กลุ่มบุคคลเหล่านี้เรียกโดยรวมว่า “คนต่างด้าว” นั่นเอง และโดยสภาพของการเป็นคนต่างด้าวที่อาศัยอยู่ในรัฐนั้น ส่งผลให้บุคคลเหล่านี้ต้องตกอยู่ในสภาวะที่มักได้รับการเลือกปฏิบัติจากรัฐในการพิจารณาหรือการให้บริการด้านต่าง ๆ กับคนชาติหรือคนที่ถือสัญชาติของรัฐนั้นก่อน ทำให้มีสภาพความเป็นอยู่ที่เปราะบางเสี่ยงต่อการถูกละเมิดสิทธิหรือเลือกปฏิบัติได้โดยง่าย

จากปรากฏการณ์ข้อเท็จจริงทางสังคมที่เกิดขึ้นดังกล่าวข้างต้น ส่งผลให้เกิดปัญหาทางกฎหมายที่ตามมาคือ เมื่อบุคคลเหล่านี้ไม่มีสัญชาติไทยและไม่ถือว่าเป็นคนชาติ ดังนี้รัฐไทยจะมีความผูกพันที่จะต้องคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพของกลุ่มบุคคลเหล่านี้หรือไม่ การพิจารณาปัญหาดังกล่าวเห็นได้ว่า ปัจจุบันการคุ้มครองสุขภาพของประชาชนไทยนั้น รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้บัญญัติรับรองสิทธิของบุคคลในการได้รับการบริการสาธารณสุขของรัฐ และบุคคลผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ รวมถึงมีสิทธิที่จะได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายด้วย[9] และในขณะเดียวกันรัฐก็มีหน้าที่

[8] Office of the United Nations High Commissioner for Refugee, **UNHCR Global Trend 2011** (Geneva, Switzerland: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and World Health Organization, 2011), pp. 38-41.

[9] มาตรา 47 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560

หรือมีความผูกพันที่จะต้องดำเนินการเพื่อคุ้มครองสิทธินั้น ดังที่ปรากฏในบทบัญญัติว่าด้วยหน้าที่ของรัฐซึ่งกำหนดให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง โดยบริการสาธารณสุขดังกล่าวต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย[10] นอกจากนี้ประเทศไทยมีแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555–2559 ได้กำหนดวิสัยทัศน์ในการคุ้มครองสุขภาพของประชาชนทุกคนให้มีสุขภาพดีมีระบบสุขภาพพอเพียง เป็นธรรม เพื่อนำไปสู่สังคมสุขภาวะ และมีประเด็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้บรรลุวิสัยทัศน์ ประกอบด้วย 5 ประเด็นยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมความเข้มแข็งของภาคีสุขภาพในการสร้างสุขภาพตลอดจนการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ บนพื้นฐานภูมิปัญญาไทย เป็นยุทธศาสตร์ที่มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการส่งเสริมบทบาทของภาคประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายสุขภาพให้มีศักยภาพ มีความเข้มแข็งในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค การจัดการความรู้และส่งเสริมการแพทย์แผนไทย ตลอดถึงการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง เตือนภัย และการจัดการภัยพิบัติ อุบัติเหตุ และภัยสุขภาพ เป็นยุทธศาสตร์ที่มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับภัยพิบัติต่าง ๆ เช่น อุทกภัย แผ่นดินไหว สารพิษและสารเคมี ตลอดจนภัยสุขภาพอื่น ๆ โดยการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง เตือนภัย และการจัดการภัยพิบัติ ภัยสุขภาพและอุบัติเหตุ เป็นต้น

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์การมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน ควบคุมโรค และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เพื่อให้คนไทยแข็งแรงทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา เป็นยุทธศาสตร์ที่มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบสุขภาพเชิงรุก โดยการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ โดยคุ้มครองประชาชนให้ได้รับความ

"มาตรา 47 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ตามที่กฎหมายบัญญัติบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย"

[10] มาตรา 55 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560

"มาตรา 55 รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด

บริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย

รัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง"

ปลอดภัยทั้งในด้านอาหาร ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตลอดจนพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทุกกลุ่มอายุ รวมถึงการส่งเสริมการออกกำลังกาย และการมีสุขภาพจิตที่ดี

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างระบบบริการสุขภาพให้มีมาตรฐานในทุกระดับเพื่อตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพในกลุ่มเป้าหมาย และพัฒนาระบบส่งต่อที่ไร้รอยต่อ เป็นยุทธศาสตร์ที่มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและบริการให้ได้มาตรฐาน ประชาชนเข้าถึงบริการได้โดย สะดวก มีมาตรฐานและคุณภาพที่ดี มีการจัดบริการสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ได้แก่ เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และคนชายขอบ และให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วยในการรับบริการ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ยุทธศาสตร์การสร้างกลไกกลางระดับชาติในการดูแลระบบบริการสุขภาพและพัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ เป็นยุทธศาสตร์ที่มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการสร้างกลไกการบริหารจัดการระบบสุขภาพให้เกิดความเป็นเอกภาพ มีธรรมาภิบาล สร้างความสมดุลระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการ รวมถึงการกำหนดทิศทางการเงินการคลังของประเทศอย่างมีประสิทธิภาพ[11]

ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ทั้ง 5 ประเด็นดังกล่าวข้างต้น การคุ้มครองสุขภาพของคนต่างด้าวไม่มีการกล่าวถึงในประเด็นยุทธศาสตร์ของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติแต่อย่างใด คงมีปรากฏเพียงประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 ที่กำหนดเป้าหมายของการพัฒนา คือ ขยายความครอบคลุมและยกระดับคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับให้มีศักยภาพรองรับการเข้าถึงบริการของประชาชนทุกกลุ่มอย่างเหมาะสม รวมถึงกลุ่มคนชายขอบหรือกลุ่มคนไร้สัญชาติ[12] ซึ่งเป็นเพียงส่วนหนึ่งของคนต่างด้าวทั้งหมดภายในประเทศเท่านั้น และถึงแม้ว่าประเทศไทยได้ให้การรับรองสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนมีสถานะเทียบเท่ารัฐธรรมนูญ และมีการกำหนดนิตินโยบายรวมถึงนโยบายสาธารณะด้านการสาธารณสุขเพื่อคุ้มครองสุขภาพของประชาชนแล้วก็ตาม แต่ในส่วนของการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของคนต่างด้าวนั้น ยังคงเป็นข้อถกเถียงทางวิชาการว่าคนต่างด้าวมีความสามารถเป็นผู้ทรงสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้หรือไม่ ซึ่งในเรื่องนี้เมื่อพิจารณาจากระบบกฎหมายไทยที่มีอยู่ในปัจจุบัน พบว่า พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ได้ให้ความคุ้มครองลูกจ้างที่เป็นคนต่างด้าวเข้าเมืองถูกกฎหมายมีสิทธิเข้าถึงการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบประกันสังคมได้เช่นเดียวกับลูกจ้างคนไทย ส่วนกรณีคนต่างด้าวประเภทอื่นนอกเหนือจากที่อยู่ในระบบประกันสังคมแต่เดิมก่อนที่จะมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 คนต่างด้าว

---

[11] กระทรวงสาธารณสุข, **แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559** (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2555), หน้า 23-31.

[12] *เรื่องเดียวกัน*, หน้า 30.

ในประเทศไทยมีสิทธิซื้อบัตรสุขภาพของผู้มีรายได้น้อยจากโรงพยาบาลใกล้บ้าน ภายใต้โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร) ในราคา 300-500 บาท ต่อครอบครัว โดยเมื่อมีบัตรดังกล่าวแล้วสามารถเข้ารับบริการสาธารณสุขได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย แต่ในเวลาต่อมาเมื่อประเทศไทยมีการตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ขึ้น และประกาศมีผลบังคับใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา ได้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยการจัดให้มีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น ภายใต้โครงการบัตรทอง (โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค) และให้ยกเลิกโครงการ สปร เดิม เป็นเหตุให้สิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของคนต่างด้าวตามโครงการนี้เป็นอันถูกยกเลิกตามไปด้วย และภายใต้โครงการบัตรทองนั้น พบว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบหลักในการจัดระบบให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพตามโครงการนี้โดยตรง ได้มีการตีความบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติฯ ดังกล่าว ในเชิงปฏิเสธสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัตินี้โดยสิ้นเชิง[13] ดังกรณีตัวอย่างจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ที่ต้องการขอรับเงินชดเชยค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าว และจังหวัดแม่ฮ่องสอนที่ได้มีหนังสือขอหารือถึงความชัดเจนเกี่ยวกับการขึ้นทะเบียนและออกบัตรประกันสุขภาพให้กับคนต่างด้าว ซึ่งทั้งสองกรณีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในฐานะหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบหลักในการจัดระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีหนังสือตอบข้อหารือหน่วยงานดังกล่าวโดยปฏิเสธสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภายใต้พระราชบัญญัตินี้ กล่าวคือ

1. หนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสช 03/01 ลงวันที่ 5 มกราคม 2547

> บุคคลที่จะมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขในมาตรา 5 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 นั้น หมายถึงบุคคลที่มีสัญชาติไทย ทั้งนี้เพราะพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 บัญญัติขึ้นตามมาตรา 52 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ซึ่งอยู่ในหมวด 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย . . . คำว่า “ชนชาวไทย” หมายถึงบุคคลที่มีสัญชาติไทย

[13] กฤตยา อาชวนิจกุล, *เรื่องเดิม,* หน้า 115.

ตามกฎหมายว่าด้วยสัญชาติ จึงไม่ครอบคลุมถึงคนต่างด้าว ทาง สปสช จึงไม่สามารถจ่ายค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้คนต่างด้าวได้[14]

2. หนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสช 03/ 518 ลงวันที่ 30 มกราคม 2547 ได้กล่าวถึงกรณีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของคนต่างด้าวไว้ว่า “สิทธิในการรับบริการสาธารณสุขของบุคคลที่ไม่ปรากฏสัญชาติ จึงอยู่นอกเหนือบทบาทอำนาจหน้าที่ของ สปสช ที่จะดำเนินการ”[15]

นอกจากนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ยืนยันหลักการตีความกฎหมายดังกล่าวไว้อีกครั้งหนึ่ง ในรายงานประจำปี 2549 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้ยืนยันหลักการตีความดังกล่าวไว้ว่า ผู้ทรงสิทธิในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามพระราชบัญญัตินี้ “ไม่รวมคนไทยในต่างประเทศ และคนต่างด้าว”[16]

การตีความกฎหมายดังกล่าวข้างต้น สอดคล้องกับความเห็นของคณะกรรมการกฤษฎีกาที่ได้วินิจฉัยกรณีแรงงานต่างด้าวมีสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หรือไม่ ซึ่งคณะกรรมการกฤษฎีกาได้มีการพิจารณาและมีความเห็นว่าสิทธิในการมีหลักประกันสุขภาพตามกฎหมายนี้ ไม่ครอบคลุมถึงคนต่างด้าว กล่าวคือ

> มาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 บัญญัติให้บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนด บทบัญญัติดังกล่าวเป็นการรับรองสิทธิในการรับบริการสาธารณสุขตามมาตรา 52 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 โดยบัญญัติไว้ในหมวดที่ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย และต่อมามาตรา 51 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ก็ได้บัญญัติหลักการดังกล่าวไว้เช่นเดียวกัน การรับรองสิทธิในการรับบริการสาธารณสุขตามบทบัญญัติดังกล่าว จึงเป็นการรับรองสิทธิของบุคคลที่มีสัญชาติไทยเท่านั้น ดังนั้น

---

[14] กิติวรญา รัตนมณี, **รายงานฉบับสมบูรณ์สถานการณ์ปัญหาข้อกฎหมาย: ผู้ทรงสิทธิตามกฎหมายและนโยบายว่าด้วยสิทธิในสุขภาพ หลักประกันสุขภาพของประเทศไทย** (รายงานการวิจัย เสนอต่อสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2551), หน้า 5.

[15] *เรื่องเดียวกัน*, หน้า 5.

[16] สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, **รายงานประจำปี 2549 การสร้างเสริมสุขภาพถ้วนหน้า** (นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550), หน้า 29.

การขยายบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ ให้ครอบคลุมผู้ประกันตนที่เป็นแรงงานต่างด้าว จึงไม่อาจกระทำได้”[17]

การตีความสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยใช้รัฐธรรมนูญเป็นฐานอ้างอิงในการพิจารณาวินิจฉัยของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาดังกล่าวข้างต้น เป็นการปฏิเสธสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่งผลให้ประชากรกลุ่มนี้ไม่มีหลักประกันสิทธิในสุขภาพ ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของรัฐได้ หรือการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลเป็นไปโดยยาก ซึ่งจากรายงานของศูนย์ความเป็นเลิศด้านบริการสุขภาพแห่งเอเชีย (Center of Excellent Health Care of Asia) เมื่อปี พ.ศ. 2550 พบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยที่เป็นชาวต่างชาติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน เป็นจำนวนสูงถึง 1.37 ล้านคน โดยในจำนวนนี้ยังไม่รวมผู้ป่วยที่เป็นแรงงานข้ามชาติและผู้ป่วยต่างชาติที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามเขตชายแดน และจากรายงานของสำนักวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย พบว่า บริเวณชายแดนประเทศไทยที่ติดกับประเทศลาว มีประชาชนชาวลาวเข้ามารับบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนของไทยที่จังหวัดหนองคาย และจังหวัดอุดรธานี เป็นจำนวน 15,000 คน จังหวัดเชียงราย จำนวน 10,000 คน ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ที่อยู่ในเขตเมือง ส่วนประชาชนผู้ที่อยู่ในเขตชนบทจะเลือกเข้ารับบริการสาธารณสุขของรัฐ เช่น จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 2,075 คน จังหวัดหนองคาย 1,931 คน และจังหวัดมุกดาหาร 675 คน[18] เป็นต้น ส่งผลให้โรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดดังกล่าว ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการให้บริการเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะในกรณีที่เป็นผู้มีรายได้น้อยหรือยากจนไม่มีเงินค่ารักษาพยาบาล สถานบริการสาธารณสุขที่รับบุคคลเหล่านี้ไว้รักษาพยาบาลก็จะต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น[19] ส่งผลให้กลุ่มบุคคลเหล่านี้ถูกมองว่าเป็น

---

[17] สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, เรื่องเสร็จที่ 224/2555, เรื่อง การขยายบริการสาธารณสุขไปยังผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคมตามมาตรา 10 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545.

[18] สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาสุขภาพไทย, **การใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยชาวลาวในประเทศไทย: กรณีศึกษาผลกระทบต่อโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทย** (นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาสุขภาพไทย, 2555), หน้า 6.

[19] ปิ่นแก้ว อุ่นแก้ว, **รายงานฉบับสมบูรณ์สถานการณ์การเข้าถึงและการใช้บริการสุขภาพของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ: กรณีศึกษา** (รายงานการวิจัย เสนอต่อสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2551), หน้า 70-74.

ภาระของสถานพยาบาล ซึ่งนำไปสู่การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม ทำให้กลุ่มบุคคลเหล่านี้ไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ภายใต้มาตรฐานสูงสุดของการมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ และเป็นปัญหาต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากร ตลอดจนการพัฒนาประเทศต่อไปในอนาคต

นอกจากนี้ การเข้าสู่ประชาคมอาเซียนของประเทศไทย ซึ่งมีการเคลื่อนย้ายประชากรระหว่างประเทศ โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่ถือได้ว่าเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศไทย แต่ในขณะเดียวกันการเคลื่อนย้ายประชากรข้ามประเทศนั้น มีสิ่งที่เคลื่อนย้ายติดตามตัวบุคคลมาด้วยนั่นคือโรคต่าง ๆ ที่แฝงมาแพร่ระบาดในประเทศไทย โดยจากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขในการตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าวพบมีการป่วยด้วยโรคติดต่อสำคัญ ได้แก่ วัณโรค โรคซิฟิลิส และโรคเท้าช้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเท้าช้างที่เคยเป็นปัญหาสาธารณสุขไทยในอดีต ได้มีการควบคุมโรคมาอย่างต่อเนื่อง จนคาดว่าจะสามารถกำจัดให้หมดจากประเทศได้อย่างสิ้นเชิงภายในปี พ.ศ. 2563 ตามเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก แต่ปัจจุบันกลับพบการแพร่ระบาดในแรงงานต่างด้าวชาวพม่าที่อพยพเข้ามาทำงานในประเทศไทย[20] และหากคนต่างด้าวกลุ่มนี้ไม่สามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้ ย่อมก่อให้เกิดความเสี่ยงที่โรคดังกล่าวจะระบาดในประเทศไทย อันจะส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชากรในประเทศ และเกิดผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศโดยรวม

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงควรมีการศึกษาสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยมุ่งเน้นศึกษาปัญหาการตีความรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย เป็นการให้ความคุ้มครองเฉพาะพลเมืองที่ถือสัญชาติของรัฐ หรือรวมถึงคนต่างด้าวที่อาศัยอยู่ภายในรัฐด้วย อันจะส่งผลต่อการกำหนดบทบาทและมาตรฐานการปฏิบัติต่อคนต่างด้าวภายในประเทศ และเนื่องจากบริการสาธารณสุขนั้นครอบคลุมบริการต่าง ๆ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสุขภาพ ทั้งในด้านบริการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) บริการป้องกันควบคุมโรค (Disease Prevention and Disease Control) บริการรักษาพยาบาล (Medical Treatment) และบริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการรักษาหรือหลังการเจ็บป่วย (Rehabilitation) ซึ่งมีขอบเขตเนื้อหาที่กว้างและหลากหลาย ดังนั้นในการวิจัยนี้จึงมุ่งทำการศึกษาเฉพาะกรณีสิทธิในการรักษาพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากเป็นความต้องการจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของบุคคล โดยศึกษาทบทวนกฎหมายระหว่างประเทศ เช่น ปฏิญญาสากล[21] อนุสัญญา กติการะหว่างประเทศ เป็นต้น และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสุขภาพคนต่างด้าวของต่างประเทศ ได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศ

---

[20] ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล และคณะ, “โรคเท้าช้าง: โรคที่อาจกลับเป็นปัญหาของประเทศไทย,” **สงขลาคริินทร์เวชสาร** 24, 1 (มกราคม-กุมภาพันธ์ 2549): 57.

[21] Universal Declaration of Human Rights 1948

อังกฤษ ประเทศฝรั่งเศส และประเทศเยอรมนี ซึ่งประเทศดังกล่าวนี้ เป็นประเทศที่ได้รับการยอมรับจากนานาอารยประเทศว่าเป็นต้นแบบด้านการรับรองและคุ้มครองสิทธิ เสรีภาพของประชาชน รวมถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตลอดจนมีกฎหมายและนโยบายด้านการบริการสาธารณสุข และการจัดระบบประกันสุขภาพให้กับประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถนำมาวิเคราะห์สร้างองค์ความรู้ทางทฤษฎีในเรื่องสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของรัฐ และสามารถประยุกต์ใช้แนวทางการบัญญัติหรือการตีความกฎหมายของต่างประเทศให้เหมาะสมสำหรับการปฏิบัติต่อคนต่างด้าวในประเทศไทย เพื่อเป็นแนวทางในการพิจารณาปรับปรุง พัฒนากฎหมายและนโยบายของประเทศไทยให้มีมาตรฐานมากยิ่งขึ้น มีความทันสมัย สอดคล้องกับหลักการแห่งสิทธิและเสรีภาพตามหลักสากล ตลอดจนเป็นประโยชน์ในการบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทยต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาถึงสถานะแห่งสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล
2. เพื่อศึกษาถึงสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลตามกฎหมายระหว่างประเทศ กฎหมายของต่างประเทศ และกฎหมายของประเทศไทย
3. เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและเสนอแนวทางการจัดระบบการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าวที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย

1.3 สมมติฐานการวิจัย

สิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคลในฐานะของความเป็นมนุษย์ที่จะมีชีวิตอยู่ด้วยการมีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์แข็งแรง และได้รับการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ซึ่ง ถือได้ว่าเป็นความผูกพันหรือเป็นภารกิจของรัฐที่จำเป็นต้องดำเนินการเพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน แต่เนื่องจากในปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรที่ไม่มีสถานะพลเมืองของรัฐ คือ คนต่างด้าวที่อาศัยอยู่ภายในประเทศเป็นจำนวนมาก กลุ่มบุคคลเหล่านี้เป็นบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทย ส่งผลให้ไม่มีสถานะความเป็นพลเมืองของรัฐ เมื่อเกิดการเจ็บป่วย จึงเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของรัฐได้โดยยาก และอยู่ในสถานะที่เปราะบางเสี่ยงต่อการถูกเลือกปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่เป็นคนต่างด้าวและไม่มีเงินค่ารักษาพยาบาล

ดังนั้นหากบุคคลเหล่านี้ได้รับการรับรองสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของรัฐย่อมจะส่งผลให้บุคคลเหล่านี้สามารถเข้าถึงการมีสุขภาพดีได้ และในขณะเดียวกันหากรัฐจัดให้มีระบบ

การเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลสำหรับคนต่างด้าวที่มีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืนทางการคลังจะช่วยลดภาระการแบกรับค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยต่างด้าวในประเทศลงได้ อันจะส่งผลให้ประชากรทั้งที่เป็นคนชาติและคนต่างด้าวสามารถเข้าถึงสิทธิในสุภาพได้โดยสมบูรณ์ มีความมั่นคงและยั่งยืนทั้งทางสุขภาพและทางการคลังของประเทศ

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาถึงสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของรัฐ ซึ่งคำว่า “คนต่างด้าว” ในการวิจัยนี้ หมายถึง บุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทย โดยมุ่งวิเคราะห์มาตรฐานการคุ้มครองสุขภาพคนต่างด้าวตามกฎหมายระหว่างประเทศ และตามระบบกฎหมายของต่างประเทศ ได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศอังกฤษ ประเทศฝรั่งเศส และประเทศเยอรมนี วิเคราะห์เปรียบเทียบกับประเทศไทย เพื่อสร้างองค์ความรู้และวิเคราะห์แนวทางการประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับประเทศไทย ตลอดจนนำเสนอแนวทางการจัดระบบการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลสำหรับคนต่างด้าวในประเทศไทยให้มีมาตรฐานมากยิ่งขึ้น โดยมีขอบเขตของการศึกษาเฉพาะกรณีคนต่างด้าวดังต่อไปนี้ 1. คนไร้สัญชาติ 2. แรงงานต่างด้าว 3. เด็กต่างด้าว 4. ผู้อพยพและผู้ลี้ภัย 5. ผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียน

1.5 กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาบนพื้นฐานกรอบแนวคิดว่าด้วยสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของรัฐ เชื่อมโยงให้เห็นถึงความสัมพันธ์กับมาตรฐานการคุ้มครองสิทธิและการจัดระบบบริการรักษาพยาบาลสำหรับคนต่างด้าวตามกฎหมายและนโยบายของต่างประเทศ วิเคราะห์เปรียบเทียบกับประเทศไทย เพื่อให้เห็นถึงข้อจำกัดในการคุ้มครองสุขภาพคนต่างด้าวตามกฎหมายของประเทศไทย และแนวทางในการจัดระบบการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลสำหรับคนต่างด้าวของประเทศไทยให้มีมาตรฐานมากยิ่งขึ้น

1.6 ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเอกสาร (Documentary Research) โดยศึกษาจากหนังสือ ตำรา งานวิจัย บทความ และเอกสารวิชาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาษาไทยและต่างประเทศ ตลอดจน

กฎหมายต่าง ๆ ทั้งกฎหมายระหว่างประเทศ กฎหมายของต่างประเทศ และกฎหมายของประเทศไทย โดยวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอให้เห็นถึงสถานะแห่งสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของรัฐ และแนวทางในการจัดระบบการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลสำหรับคนต่างด้าวที่เหมาะสมกับประเทศไทย

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับใช้เป็นแนวทางในการวินิจฉัยตีความสิทธิของคนคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของรัฐ
2. ได้รูปแบบการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลสำหรับคนต่างด้าวที่เหมาะสมกับประเทศไทย
3. ได้แนวทางการปรับปรุงและพัฒนากฎหมายในการคุ้มครองสุขภาพของคนต่างด้าวที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย

บทที่ 2

ข้อความคิดว่าด้วยสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าว

สุขภาพ (Health) เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงสภาวะความสมบูรณ์ของมนุษย์ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างปกติสุข[22] การที่ประชากรภายในรัฐมีสุขภาพดี จึงย่อมเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชากรภายในรัฐ อันจะส่งผลต่อความเข้มแข็งและความสามารถในการพัฒนาประเทศโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางทั้งในด้านการเป็นทรัพยากรของการพัฒนา และเป็นเป้าหมายของการพัฒนาควบคู่กันไป ดังนั้นการดูแลสุขภาพประชากรภายในรัฐจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่รัฐไม่สามารถปฏิเสธได้และต้องจัดให้มีบริการรักษาพยาบาลขึ้น เพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชากรภายในรัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งถือได้ว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้มนุษย์สามารถเข้าถึงการมีสุขภาพดีและมีคุณภาพชีวิตดีได้โดยสมบูรณ์ ในบทนี้ได้นำเสนอข้อความคิดว่าด้วยสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าว โดยมีสาระสำคัญแบ่งออกเป็น 3 หัวข้อหลัก ได้แก่ 1. แนวคิดพื้นฐานว่าด้วยสิทธิ 2. สิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล และ 3. สิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของรัฐ มีสาระสำคัญดังนี้

2.1 แนวคิดพื้นฐานว่าด้วยสิทธิ

“สิทธิ” ถือได้ว่าเป็นมโนทัศน์ (Concept) ที่สำคัญที่สุดเรื่องหนึ่งในทางนิติศาสตร์[23] หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่า เป็นแนวคิดพื้นฐาน (Basic Concept) ในทางกฎหมาย ทั้งนี้เนื่องจากแนวคิดและทฤษฎีทางกฎหมายทุกเรื่องล้วนแล้วแต่มีวัตถุที่ประสงค์ หรือมีความเกี่ยวพันเชื่อมโยงกับสิทธิทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็นกฎหมายประเภทใดก็ตาม ดังนั้นการศึกษาถึงสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าว จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจข้อความคิดพื้นฐานว่าด้วยสิทธิเป็นเบื้องต้นก่อน เพื่อเป็นฐานคิดสำหรับการวิเคราะห์ถึงสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล โดยใน

---

[22] World Health Organization, *op. cit.*

[23] วรเจตน์ ภาคีรัตน์, **คำสอนว่าด้วยรัฐและหลักกฎหมายมหาชน** (กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราและเอกสารประกอบการสอนคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2555), หน้า 197.

ส่วนนี้ได้นำเสนอข้อความคิดที่สำคัญ 2 ประการ ได้แก่ 1. ความหมายและองค์ประกอบของสิทธิ และ 2. ประเภทของสิทธิ แยกพิจารณาได้ ดังต่อไปนี้

2.1.1 ความหมายและองค์ประกอบของสิทธิ

การอธิบายถึงข้อความคิดว่าด้วย “สิทธิ” จำเป็นต้องเข้าใจแนวคิดพื้นฐานในเรื่องความหมายของสิทธิ และองค์ประกอบของสิทธิ โดยมีสาระสำคัญแยกพิจารณาได้ดังนี้

2.1.1.1 ความหมายของ “สิทธิ”

คำว่า “สิทธิ” (Rights) นั้น ปรากฏข้อความคิดในการอธิบายความหมายไว้แตกต่างกันไป โดยในทางปรัชญากฎหมายธรรมชาติ (Natural Law) ปรากฏข้อความคิดของฮิวโก้ โกรเชียส (Hugo Grotius) และซามูเอล พูเรนดอร์ฟ (Samuel Purendorf) นักนิติศาสตร์แนวธรรมชาตินิยม (Naturalism) ได้อธิบายความหมายของสิทธิไว้ว่า หมายถึง “ความเท่าเทียมกัน” (qualitas) หรือ “อำนาจทางศีลธรรม” (facultas moralis) และเป็น “อำนาจ” (potestas) หรือ “อำนาจสูงสุด” (imperium) โดยอธิบายภายใต้แนวคิดกฎหมายธรรมชาติว่า มนุษย์ทุกคนมีความเป็นอิสระ เสรี และไม่มีผู้ใดที่จะมีอำนาจเหนือผู้อื่น ซึ่งโกรเชียส ได้จำแนกอำนาจนี้ออกเป็น 4 ลักษณะ ดังนี้

1) อำนาจในตัวเอง (potestas in se) หรือ เสรีภาพ (libertas) เป็นอำนาจที่มีอยู่เหนือตัวเอง

2) อำนาจสูงสุดภายในอาณาเขตแห่งรัฐ (imperium) เป็นอำนาจสูงสุดที่มีอยู่เหนือบุคคลอื่น

3) อำนาจที่มีอยู่เหนือวัตถุสิ่งของ (dominium) เป็นอำนาจที่มีอยู่เหนือทรัพย์สินและความเป็นเจ้าของ และ

4) อำนาจที่มีอยู่เหนือหนี้ (creditum)[24]

ในทางปรัชญากฎหมายฝ่ายปฏิฐานนิยม (Legal Positivism) ปรากฏข้อความคิดของจอห์น ออสติน (John Austin) นักนิติศาสตร์แนวปฏิฐานนิยม (Positivist) ได้อธิบายถึงสิทธิไว้ว่ามีข้อพิจารณาที่สำคัญ 2 ประการคือ สิทธิและหน้าที่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยกฎหมาย ซึ่งมีที่มาจากอำนาจแห่งรัฏฐาธิปัตย์ของสังคมการเมืองนั้น ๆ ซึ่งตามแนวคิดปฏิฐานนิยมของ จอห์น ออสติน มองว่า สิทธิเป็นเรื่องที่ตรงข้ามกับหน้าที่ และต้องเป็นหน้าที่ตามกฎหมายเท่านั้น กล่าวคือ เป็นกรณีที่รัฏฐาธิปัตย์ออกคำสั่งต่อบุคคลให้มีหน้าที่เท่านั้น หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ หน้าที่ตามกฎหมายพิจารณาได้จากกรณีที่รัฏฐาธิปัตย์ได้มีคำสั่งต่อปัจเจกบุคคล ส่วนสิทธิ มีข้อพิจารณาเช่นเดียวกัน แต่มีข้อแตกต่างกัน

---

[24] María José Falcóny Tella, **Three-Dimensional Theory of Law** (Leiden, Neterlands: Martinus Nijhoff, 2010), p. 326.

ที่มองจากอีกด้านหนึ่งของคำสั่ง คือ มองที่ตัวบุคคลผู้อยู่ในฐานะได้รับการเคารพจากบุคคลซึ่งได้รับคำสั่งให้มีหน้าที่นั้น[25]

ส่วนในทางปรัชญากฎหมายฝ่ายประวัติศาสตร์กฎหมาย ปรากฏข้อความคิดของซาวิญญี่ (Friedrich Carl Von Savigny) ได้อธิบายความหมายของสิทธิไว้ว่า หมายถึง อำนาจของบุคคลในอันที่จะแสดงออกซึ่งเจตจำนงสูงสุด เป็นปรากฏการณ์ทางจิตวิญญาณ (Spiritual) ที่ถูกทำให้ปรากฏเป็นรูปธรรม เมื่อถูกตั้งเป็นประเด็นคำถาม และได้มีการวินิจฉัยโดยศาล[26]

การอธิบายความหมายของสิทธิดังกล่าวมาข้างต้น เป็นการอธิบายความหมายที่สะท้อนผ่านรากฐานทางความคิดที่แตกต่างกันของแต่ละสำนักคิด กล่าวคือ ในทางปรัชญากฎหมายธรรมชาติมุ่งเน้นให้ความสำคัญในเรื่องความเสมอภาคเท่าเทียมของบุคคล ความมีอิสระ เสรี และไม่มีผู้ใดที่จะมีอำนาจเหนือผู้อื่น ส่วนในทางปรัชญากฎหมายฝ่ายปฏิฐานนิยมมุ่งเน้นให้ความสำคัญในเรื่องของอำนาจที่ก่อตั้งให้กับบุคคลโดยรัฏฐาธิปัตย์ และในทางสำนักประวัติศาสตร์กฎหมายมุ่งเน้นให้ความสำคัญในเรื่องเจตจำนงสูงสุดหรือเป็นเรื่องของปรากฏการณ์ทางจิตวิญญาณ แต่นอกเหนือจากที่กล่าวมาแล้วนี้ ยังมีข้อความคิดของนักนิติศาสตร์อีกหลายท่านที่อธิบายให้เห็นถึงความหมายของสิทธิได้อย่างชัดเจน เช่น วินด์ไชด์ (Bernard Windscheid) นักนิติศาสตร์ชาวเยอรมัน ได้อธิบายความหมายของสิทธิไว้ว่าหมายถึง “อำนาจของบุคคลในอันที่จะมีเจตจำนง”[27] เป็นการอธิบายความหมายของสิทธิที่มุ่งเน้นในเรื่องของอำนาจเป็นสำคัญ ในขณะที่เยียริ่ง (Rudolf von Jhering) อธิบายความหมายของสิทธิไว้ว่า หมายถึง “ประโยชน์ที่กฎหมายคุ้มครองให้”[28] ซึ่งเป็นการมุ่งเน้นในเรื่องของประโยชน์เป็นสำคัญ เป็นต้น แต่ในขณะเดียวกันมีนักนิติศาสตร์อีกท่านหนึ่งคือ เยลลิเน็ค (Georg Jellinek) ได้อธิบายความหมายของสิทธิไว้ว่า เป็นทั้งเจตจำนงและประโยชน์ที่กฎหมายคุ้มครองให้ กล่าวคือ เป็นอำนาจของบุคคลในอันที่จะมีเจตจำนงในเรื่องของทรัพย์สินหรือประโยชน์อื่นใด ซึ่งระบบกฎหมายให้การรับรองและคุ้มครองให้[29] สอดคล้องกับแนวคิดของนักนิติศาสตร์ที่มีชื่อเสียงของประเทศไทยคือ ศาสตราจารย์ ดร.หยุด แสงอุทัย ที่ได้อธิบายไว้ว่า สิทธิ เป็นทั้ง “อำนาจ” และเป็นทั้ง “ประโยชน์” โดยสิทธิ คืออำนาจที่กฎหมายให้เพื่อสำเร็จประโยชน์ที่กฎหมาย

---

[25] *Ibid*., p. 328.

[26] *Ibid*., p. 328.

[27] *Ibid*., p. 329.

[28] *Ibid*., p. 329.

[29] *Ibid*., p. 330.

คุ้มครอง[30] และศาลฎีกาก็ได้เคยมีคำพิพากษาเกี่ยวกับความหมายของสิทธิไว้ว่า หมายถึง ประโยชน์อันบุคคลมีอยู่ แต่ประโยชน์จะเป็นสิทธิหรือไม่ ถ้าบุคคลอื่นมีหน้าที่ต้องเคารพ ประโยชน์นั้นก็เป็นสิทธิ กล่าวคือ ได้รับการรับรองและคุ้มครองตามกฎหมาย[31]

ดังนั้นกล่าวโดยสรุปได้ว่า สิทธิ หมายถึง อำนาจที่กฎหมายให้แก่บุคคลในอันที่จะแสดงเจตจำนง กระทำการ หรืองดเว้นกระทำการ หรือเรียกร้องให้บุคคลอื่นกระทำการ หรืองดเว้นกระทำการอย่างหนึ่งอย่างใด เพื่อประโยชน์ของผู้ทรงสิทธินั้น

2.1.1.2 องค์ประกอบของสิทธิ

จากความหมายของสิทธิดังกล่าวข้างต้น เห็นได้ว่า เมื่อกล่าวถึงสิทธิแล้ว ย่อมมีผู้ทรงสิทธิ เป็นประธานแห่งสิทธินั้น และประธานแห่งสิทธิย่อมมีอำนาจที่จะกระทำการหรืองดเว้นกระทำการ หรือเรียกร้องต่อบุคคลอื่นให้กระทำการ หรืองดเว้นกระทำการอย่างหนึ่งอย่างใด เพื่อประโยชน์ของผู้ทรงสิทธิ ซึ่งลักษณะสำคัญแห่งสิทธิดังกล่าว สามารถพิจารณาแยกองค์ประกอบได้เป็น 5 ประการ[32] ดังนี้

1) ผู้ทรงสิทธิ

ผู้ทรงสิทธิ (The Holder of the Right) เป็นองค์ประกอบในฐานะประธานแห่งสิทธิที่กฎหมายให้อำนาจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ เป็นเจ้าของแห่งสิทธิที่กฎหมายรับรองและคุ้มครองให้ในเรื่องนั้น เช่น เมื่อกฎหมายรับรองสิทธิในชีวิตแล้ว บุคคลย่อมเป็นเจ้าของชีวิตและมีอำนาจเหนือชีวิตของตนในอันที่จะกระทำการหรือไม่กระทำการใด ๆ เพื่อประโยชน์แห่งชีวิตตน รวมถึงย่อมมีสิทธิเรียกร้องที่จะไม่ให้บุคคลอื่นมาทำลายชีวิตตน เป็นต้น เช่นเดียวกับเมื่อกล่าวถึงสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขแล้ว ย่อมต้องมีประธานแห่งสิทธิเป็นผู้ทรงสิทธิ ซึ่งก็คือบุคคลผู้เป็นเจ้าของสุขภาพอนามัยของตนนั่นเอง บุคคลในฐานะเป็นผู้ทรงสิทธิย่อมมีอำนาจเรียกร้องให้บุคคลอื่น เช่น รัฐ ต้องจัดให้มีบริการสาธารณสุขแก่บุคคล โดยสามารถเข้าถึงได้จริง เพื่อประโยชน์ในทางสุขภาพของบุคคล

2) การกระทำหรืองดเว้นกระทำ

การกระทำหรือละเว้นการกระทำ (The Act or Forbearance to which the Act Relates) คือ อำนาจของผู้ทรงสิทธิที่สามารถเรียกร้องจากบุคคลอื่นให้กระทำหรือละเว้นการกระทำอย่างหนึ่งอย่างใด เช่น ผู้ทรงสิทธิในทรัพย์สิน ย่อมมีอำนาจที่จะเรียกร้องให้ผู้อื่นละเว้น

---

[30] หยุด แสงอุทัย, **ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับกฎหมายทั่วไป** (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2556), หน้า 167.

[31] คำพิพากษาฎีกาที่ 124/2487

[32] หยุด แสงอุทัย, *เรื่องเดิม,* หน้า 170-171.

การกระทำที่เป็นการเข้ามายุ่งเกี่ยวกับทรัพย์สินซึ่งตนมีกรรมสิทธิ์นั้น เช่นเดียวกับสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข การกระทำในที่นี้ก็คือ การให้บริการสาธารณสุขแก่บุคคลผู้เป็นเจ้าของสิทธินั่นเอง ซึ่งโดยปกติมีการเรียกองค์ประกอบนี้ว่า “เนื้อหา” (Content) ของสิทธิ

3) วัตถุแห่งสิทธิ

วัตถุแห่งสิทธิ (The Res Concerned or the Objective of the Right) เป็นสิ่งที่ผู้ทรงสิทธิประสงค์และนำมาซึ่งการกระทำหรือละเว้นการกระทำเข้าไปเกี่ยวข้องด้วย เช่น สิทธิในทรัพย์สิน วัตถุแห่งสิทธิก็คือตัวทรัพย์สินนั้น สิทธิในชีวิต ร่างกาย ก็คือชีวิต และร่างกายของบุคคลซึ่งเป็นผู้ทรงสิทธินั้น ส่วนสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข มีวัตถุแห่งสิทธิ ก็คือสุขภาพของบุคคล นั่นเอง

4) บุคคลซึ่งมีหน้าที่

บุคคลซึ่งมีหน้าที่ (The Person Bound by the Duty) ได้แก่ บุคคลซึ่งจะต้องรับผิดต่อสภาพบังคับ (Sanction) โดยเมื่อกฎหมายรับรองสิทธิของบุคคลใดแล้ว ขณะเดียวกันย่อมก่อให้เกิดหน้าที่แก่บุคคลที่จะต้องกระทำหรือละเว้นกระทำการตามสิทธิที่กฎหมายรับรองและคุ้มครองให้แก่บุคคลนั้น หากฝ่าฝืนก็จะถูกสภาพบังคับของกฎหมาย เช่น กฎหมายรับรองสิทธิในชีวิต ก็ก่อให้เกิดหน้าที่แก่บุคคลอื่นที่จะต้องไม่ฆ่าหรือทำลายชีวิตของผู้ทรงสิทธินั้น หรือกฎหมายรับรองสิทธิในร่างกายก็ก่อให้เกิดหน้าที่แก่บุคคลอื่นที่จะต้องไม่กระทำการอันเป็นการทำร้ายร่างกายหรือประทุษร้ายต่อเนื้อตัวร่างกายของผู้ทรงสิทธิ

5) เหตุให้เกิดสิทธิหรือเหตุให้สิทธิตกทอดไปยังผู้ถือสิทธิ

เหตุให้เกิดสิทธิหรือเหตุให้สิทธิตกทอดไปยังผู้ถือสิทธิ ได้แก่ ข้อเท็จจริงที่ทำให้เกิดสิทธิ หรือทำให้สิทธิตกทอดไปยังเจ้าของสิทธิ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ข้อเท็จจริงซึ่งผลของข้อเท็จจริงนั้น เป็นเหตุให้เจ้าของสิทธิได้รับสิทธินั้น

จากที่กล่าวมาเห็นได้ว่า องค์ประกอบของสิทธิดังกล่าวข้างต้นได้สะท้อนให้เห็นถึงลักษณะที่สำคัญของสิทธิ กล่าวคือ สิทธิและหน้าที่เป็นของคู่กัน โดยเมื่อกฎหมายก่อตั้งสิทธิและให้อำนาจแก่บุคคลใดแล้ว บุคคลอื่นย่อมมีหน้าที่และความผูกพันที่จะต้องเคารพและปฏิบัติให้เป็นไปตามสิทธิหรืออำนาจที่กฎหมายก่อตั้งให้นั้น ส่วนในกรณีที่กฎหมายกำหนดหน้าที่ของบุคคลอย่างหนึ่งอย่างใด ไม่จำเป็นต้องมีผู้ทรงสิทธิเกิดขึ้นเสมอไป การกล่าวว่าสิทธิและหน้าที่เป็นของคู่กันเป็นแต่เพียงเฉพาะในกรณีที่กฎหมายกำหนด “สิทธิ” เท่านั้น เพราะเมื่อกำหนดสิทธิแล้วจึงจะก่อให้เกิดหน้าที่แก่บุคคลอื่น อันเป็นองค์ประกอบแห่งสิทธิดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

2.1.2 ประเภทของสิทธิ

แนวคิดเกี่ยวกับการจำแนกประเภทของสิทธินั้น ในทางวิชาการนิติศาสตร์มีแนวคิดการแบ่งแยกประเภทของสิทธิหลายลักษณะ เช่น แนวคิดการแบ่งแยกตามอำนาจกฎหมาย จำแนกสิทธิออกเป็นสิทธิตามกฎหมายเอกชน และสิทธิตามกฎหมายมหาชน[33] แนวคิดการแบ่งแยกตามวัตถุแห่งสิทธิ จำแนกสิทธิออกเป็นสิทธิในบุคคลภาพ และสิทธิเกี่ยวกับทรัพย์สิน[34] แนวคิดการแบ่งแยกโดยพิจารณาจากผู้ทรงสิทธิ จำแนกออกเป็นสิทธิมนุษยชน และสิทธิพลเมือง แนวคิดการแบ่งแยกตามแนวคลาสสิคของเยอรมัน จำแนกสิทธิออกเป็น “status negativus” “status positivus” และ “status activus”[35]

สำหรับการอธิบายถึงสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล ในที่นี้ได้นำแนวคิดการแบ่งแยกประเภทของสิทธิตามแนวคลาสสิคของเยอรมันมาใช้เป็นฐานในการพิจารณาแบ่งแยกประเภทของสิทธิ ทั้งนี้เนื่องจากการจำแนกประเภทของสิทธิตามแนวคิดนี้ เป็นการพิจารณาโดยอาศัยลักษณะของการใช้สิทธิของประชาชนกับหน้าที่ของรัฐเป็นข้อพิจารณาในการจำแนกประเภทของสิทธิ ซึ่งทำให้เข้าใจถึงพื้นฐานในเรื่องความมุ่งหมายของสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล และหน้าที่ของรัฐในการทำให้ความมุ่งหมายของสิทธินี้บรรลุผลได้ โดยการจำแนกประเภทของสิทธิตามแนวคิดนี้ แบ่งแยกสิทธิออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

2.1.2.1 status negativus

“status negativus” เป็นกลุ่มของสิทธิที่การใช้สิทธิของบุคคลจะต้องปราศจากการเข้ามาแทรกแซงใด ๆ ของรัฐ กล่าวคือ เป็นเรื่องที่ปัจเจกบุคคลสามารถดำเนินการได้เองโดยรัฐไม่จำเป็นต้องเข้ามาดำเนินการใด ๆ เพื่อให้ความมุ่งหมายแห่งสิทธินั้นบรรลุผล หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือเป็นสิทธิอันมีลักษณะเชิงปฏิเสธอำนาจรัฐ ซึ่งแสดงออกมาในรูปของสิทธิในการป้องกัน (abwehrrecht) เป็นการคุ้มครองสิทธิของบุคคลจากการแทรกแซงหรือการละเมิดของรัฐ และจากแนวคิดเกี่ยวกับสิทธิในเชิงป้องกันนี้ก่อให้เกิดข้อเรียกร้องของบุคคลที่มีต่อรัฐ ในการเรียกร้องให้มีการแก้ไขเยียวยาความเสียหายจากการก้าวล่วงแดนแห่งสิทธิเข้ามาแทรกแซงหรือละเมิดจากรัฐ หรืออาจเรียกร้องให้รัฐละเว้นการกระทำอย่างหนึ่งอย่างใด ตัวอย่างของสิทธิในกลุ่มนี้ เช่น เสรีภาพในการถือศาสนา เสรีภาพใน

---

[33] สุนทร มณีสวัสดิ์, **เอกสารการสอนชุดวิชากฎมายแพ่ง 1** (นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2545), หน้า 30.

[34] จันตรี สินศุภฤกษ์, **ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับกฎหมาย** (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2553), หน้า 145.

[35] บรรเจิด สิงคะเนติ, **หลักพื้นฐานเกี่ยวกับสิทธิ เสรีภาพ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์** (กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2555), หน้า 52.

เคหสถาน เสรีภาพในการสื่อสาร สิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย เสรีภาพในการแสดงความคิดเห็น และเสรีภาพในทางวิชาการ เป็นต้น

2.1.2.2 status positivus

“status positivus” เป็นกลุ่มของสิทธิที่มีลักษณะของการใช้สิทธิของปัจเจกบุคคลมิอาจบรรลุความมุ่งหมายได้หากปราศจากการเข้ามาดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดจากฝ่ายรัฐ ซึ่งสิทธิประเภทนี้แสดงออกมาในรูปของ “สิทธิเรียกร้อง” กล่าวคือ เป็นข้อเรียกร้องของบุคคลที่มีต่อรัฐในการเรียกร้องให้รัฐกระทำการอย่างหนึ่งอย่างใดเพื่อให้สิทธิของปัจเจกบุคคลบรรลุความมุ่งหมายในเรื่องนั้น ตัวอย่างของสิทธิประเภทนี้ เช่น สิทธิได้รับการเลี้ยงดูและการศึกษาอบรมจากรัฐของเด็กและเยาวชน สิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือจากรัฐของบุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปี สิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะและความช่วยเหลือจากรัฐของผู้พิการ สิทธิในการได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐาน และสิทธิในการรับบริการสาธารณสุข เป็นต้น

2.1.2.3 status activus

“status activus” เป็นกลุ่มของสิทธิที่ปัจเจกบุคคลใช้สิทธิของตนเข้าไปมีส่วนร่วมในการสร้างเจตจำนงทางการเมือง หรือเข้าไปมีส่วนร่วมกับองค์กรของรัฐ ซึ่งสิทธิประเภทนี้ได้มีการบัญญัติรับรองออกมาในรูปของ “สิทธิพลเมือง” ได้แก่ สิทธิของผู้เลือกตั้ง สิทธิในการลงสมัครรับเลือกตั้ง สิทธิในการสมัครเข้ารับราชการ สิทธิในการจัดตั้งพรรคการเมือง และสิทธิในการเข้าไปมีส่วนร่วมในทางการเมืองอื่น ๆ โดยสิทธิประเภทนี้ส่วนใหญ่จะจำกัดให้เฉพาะพลเมืองของรัฐเท่านั้น

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การจำแนกประเภทของสิทธิตามแนวคลาสสิคของเยอรมันดังกล่าว เป็นเครื่องชี้ให้เห็นถึงความจำเพาะเจาะจงของสิทธิแต่ละประเภทที่มีความแตกต่างกันโดยมีข้อพิจารณาที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานในเรื่องลักษณะการใช้สิทธิของประชาชนและหน้าที่ของรัฐที่มีต่อประชาชน แสดงให้เห็นถึงความมุ่งหมายของสิทธิในแต่ละประเภท และความผูกพันของรัฐที่มีต่อสิทธิหรือหน้าที่ของรัฐในการคุ้มครองสิทธิของประชาชนให้สามารถบรรลุผลตามความมุ่งหมายแห่งสิทธินั้นได้ ซึ่งภายใต้การจำแนกประเภทของสิทธิตามแนวคิดนี้ สิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล ถือได้ว่าจัดอยู่ในสิทธิประเภท “status positivus” กล่าวคือ เป็นสิทธิที่บุคคลไม่อาจบรรลุความมุ่งหมายได้หากปราศจากการเข้ามาดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดจากฝ่ายรัฐ นั่นคือการจัดให้มีบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งรวมถึงบริการรักษาพยาบาลด้วยนั่นเอง

2.2 สิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล

มโนทัศน์ว่าด้วยสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลนั้น เป็นมุมมองของกฎหมายที่มีต่อสิ่งซึ่งกฎหมายมุ่งประสงค์จะคุ้มครอง นั่นก็คือการที่บุคคลได้รับการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย

และการอธิบายข้อความคิดเกี่ยวกับสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลในส่วนนี้ได้นำเสนอข้อความคิดที่สำคัญ จำแนกออกเป็น 3 หัวข้อ ได้แก่ 1. ความหมายของสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล 2. แนวคิดพื้นฐานและคุณลักษณะของสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาล และ 3. หลักการพื้นฐานของสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล สามารถแยกพิจารณาได้ดังนี้

2.2.1 ความหมายของสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล

สิทธิของบุคคลในการเข้าถึงการมีสุขภาพดี หรือเรียกว่า “สิทธิด้านสุขภาพ” (The Rights in Respect of Health) เป็นคำที่มีความหมายกว้าง แบ่งออกได้เป็น สิทธิในการเข้าถึงสุขภาพ (The Rights to Health) และสิทธิที่จะได้รับบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (The Rights to Health Care)[36] ซึ่งสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล (Right to Medical Treatment) นั้น องค์การอนามัยโลก (Word Health Organization) ได้กล่าวถึงสิทธินี้ไว้ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของ “สิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข” (Right to Health Care) กล่าวคือ สิทธิในการเข้าถึงระบบการคุ้มครองสุขภาพที่มีความเท่าเทียมของโอกาสสำหรับทุกคนที่จะเข้าถึงการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การควบคุมโรค การเข้าถึงยารักษาโรคที่จำเป็น ความเท่าเทียมและทันท่วงทีในการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน[37]

จากข้อความคิดดังกล่าวข้างต้น เป็นการอธิบายถึงสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลไว้โดยรวมกับสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ซึ่งคำว่า “บริการสาธารณสุข” (Health Care Services) นั้น องค์การอนามัยโลก ได้ให้นิยามความหมายไว้ว่า หมายถึง “บริการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสุขภาพ” โดยคำว่า “สุขภาพ” หมายถึง “ความเป็นอยู่ที่มีความสมบูรณ์ทางกาย จิตใจ และสังคม มิใช่เพียงแต่ปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น”[38] ดังนั้นบริการสาธารณสุขตามความหมายโดยนัยนี้ จึงหมายความรวมถึงสินค้าและบริการต่าง ๆ ที่สามารถรักษา บำรุง และฟื้นฟูสุขภาพของบุคคลได้ นอกจากนี้คำว่า “การสาธารณสุข” ยังมีการอธิบายความหมายไว้โดยนักวิชาการซึ่งสามารถนำมาพิจารณาประกอบเพื่อให้การอธิบายความหมายของ บริการสาธารณสุข มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ดังนี้

---

[36] วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, **สุขภาพกับกฎหมาย** (กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2555), หน้า 50.

[37] Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and World Health Organization, *op. cit.*

[38] World Health Organization, *op. cit.*

วินส์โลว์ (Charles Edward Amory Winslow)[39] ได้อธิบายความหมายของการสาธารณสุขไว้ว่า เป็นศาสตร์และศิลป์ของการป้องกันโรค การทำให้มีชีวิตยืนยาว และการส่งเสริมสุขภาพอนามัยให้สมบูรณ์ โดยความร่วมมือขององค์การในชุมชนเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่วางไว้อย่างมีประสิทธิภาพในด้านต่อไปนี้

1. การควบคุมการการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม
2. การควบคุมโรคติดต่อ
3. การให้การศึกษาเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคล
4. การจัดองค์การในการให้บริการด้านการแพทย์และพยาบาล เพื่อทำการวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรก และการรักษาโรคที่ป้องกันได้
5. พัฒนากลไกของสังคมโดยจัดให้มีการประกันสังคมให้ทุกคนได้รับการรักษาสุขภาพอนามัยได้อย่างพอเพียงโดยไม่เดือดร้อนในการครองชีพ

สมาคมแพทย์อเมริกัน (House of Delegates of American Medical Association)[40] อธิบายความหมายของการสาธารณสุขไว้ว่า การสาธารณสุข เป็นวิทยาศาสตร์และศิลปศาสตร์ของการรักษาป้องกัน และการปรับปรุงสุขภาพของประชาชน โดยความร่วมมืออย่างมีประสิทธิภาพขององค์การในชุมชนนั้น ๆ โดยจัดให้มีการบริการด้านการแพทย์ขึ้นในชุมชนโดยเฉพาะ ดำเนินการเกี่ยวกับการควบคุม และป้องกันโรค เพื่อให้เกิดความอบอุ่นใจโดยได้รับบริการด้านการแพทย์อย่างพอเพียงไม่ขัดสน

สำหรับการอธิบายความหมายของการสาธารณสุขในรูปศัพท์ตามภาษาไทยนั้น พิจารณาได้จากคำศัพท์ 2 คำ คือ คำว่า “สาธารณะ” หมายถึง ประชาชน หรือชุมชน และคำว่า “สุข” หมายถึง ความสุข ดังนั้น สาธารณสุข แปลตรงตัวได้ว่า ความสุขที่เป็นกลางหรือของชุมชน[41] และเมื่อพิจารณาจากรูปศัพท์ดังกล่าวแล้วเห็นได้ว่า คำว่า “สุข” ในที่นี้ ย่อมสะท้อนผ่านภาพที่ปรากฏให้เห็นถึงการมีความสุข หรือที่เรียกว่า “สุขภาพ” นั่นเอง ดังนั้น การสาธารณสุข ในความหมายตามรูปศัพท์ดังกล่าวข้างต้น หมายถึง สุขภาพของสาธารณะ หรือสุขภาพของประชาชน

จากข้อความคิดดังกล่าวข้างต้น เห็นได้ว่า บริการสาธารณสุข เป็นบริการด้านสุขภาพที่จัดไว้ให้สำหรับบุคคลเป็นจำนวนมาก มิใช่จำกัดเพียงเฉพาะผู้ใดผู้หนึ่งเท่านั้น และเมื่อพิจารณาประกอบกับ

---

[39] สมฤทธิ์ อินทราทิพย์, **การสาธารณสุขเบื้องต้น** (กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์, 2522), หน้า 20.

[40] *เรื่องเดียวกัน*, หน้า 21.

[41] วรรณวิไล จันทราภา, **เอกสารการสอนชุดวิชา การสาธารณสุข 1** (นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2526), หน้า 8.

ความหมายของการสาธารณสุขของวินส์โลว์ และสมาคมแพทย์อเมริกันแล้ว เห็นได้ว่า การบริการสาธารณสุข ไม่ได้มีความหมายจำกัดเพียงบริการทางด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังมีความหมายครอบคลุมไปถึงบริการด้านการป้องกันควบคุมโรค การให้สุขศึกษา การรักษาพยาบาล และการจัดให้มีระบบประกันสังคมทางด้านสุขภาพด้วย ทั้งนี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน เมื่อพิจารณาประกอบกับคำว่า “สิทธิ” ซึ่งหมายถึง อำนาจของบุคคลในการเรียกร้องต่อผู้อื่นให้เคารพและมีหน้าที่ต้องกระทำการหรืองดเว้นกระทำการเพื่อประโยชน์ของผู้ทรงสิทธิ เห็นได้ว่า สิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข จึงเป็นอำนาจหรือสิทธิเรียกร้องที่บุคคลมีต่อรัฐในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐโดยครอบคลุมถึงบริการต่าง ๆ ที่รัฐจัดให้มีขึ้นเพื่อคุ้มครองสุขภาพของประชาชน ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การควบคุมโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ และการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชน

สำหรับการวิจัยนี้ มุ่งทำการศึกษาเฉพาะกรณีสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล (Right to Medical Treatment) ซึ่งหมายถึง อำนาจของบุคคลที่มีต่อรัฐ ในการเรียกร้องที่จะได้รับการบริการทางด้านการแพทย์และพยาบาลในการตรวจโรค การวินิจฉัยโรค และการรักษาโรค[42] โดยเป็นการวางสถานะของบุคคลไว้ในฐานะผู้ทรงสิทธิ และรัฐเป็นผู้มีหน้าที่ที่จะต้องดำเนินการจัดให้มีการบริการรักษาพยาบาลเพื่อประโยชน์ทางสุขภาพแก่ผู้ทรงสิทธินั้น

2.2.2 แนวคิดพื้นฐานและคุณลักษณะของสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล

จากแนวความคิดพื้นฐานว่าด้วยสิทธิ และความหมายของสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลดังที่กล่าวมาข้างต้น สามารถพิจารณาถึงคุณลักษณะของสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้ โดยมีข้อพิจารณาที่สำคัญดังต่อไปนี้

2.2.2.1 แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล

สุขภาพ (Health) ถือได้ว่าเป็นอุดมการณ์สูงสุดของมนุษย์[43] ทั้งนี้เนื่องจากมนุษย์เกิดมาพร้อมกับสัญชาตญาณของการดำรงชีวิต มนุษย์ทุกคนล้วนแล้วแต่ต้องแสวงหาอาหาร และน้ำดื่มเพื่อบำรุงรักษาสภาพร่างกายให้มีความสมบูรณ์แข็งแรง หากร่างกายเกิดการเสียสมดุลทางธรรมชาติ เกิดการเจ็บป่วยก็จะนำมาซึ่งอาการทุกขเวทนา ทำให้มนุษย์ต้องอยู่อย่างทนทุกข์ทรมานจากสภาวะที่ร่างกายและจิตใจถูกเบียดเบียนด้วยโรคภัยไข้เจ็บ ดังนั้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นมนุษย์ก็จะแสวงหาหนทางรักษาและฟื้นฟูให้สภาพร่างกายกลับมาแข็งแรง แม้ว่าจะต้องแลกกับทรัพย์สินเงิน

---

[42] สมฤทธิ์ อินทราทิพย์, *เรื่องเดิม,* หน้า 20.

[43] ประเวศ วะสี, **สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์** (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543), หน้า 2.

ทองมากมายเพียงใด มนุษย์ก็จะยอมแลกเพื่อรักษาและฟื้นฟูสุขภาพให้กลับคืนสู่ความสมบูรณ์อีกครั้ง ซึ่งปรากฏการณ์แห่งความจริงนี้เองที่เป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นว่า สุขภาพ นั้น แท้จริงแล้วก็คืออุดมการณ์สูงสุดของมนุษย์นั่นเอง การมีสุขภาพที่ไม่สมบูรณ์แข็งแรง เช่น มีร่างกายพิการ หรือเจ็บป่วยด้วยโรคภัยต่าง ๆ นั้น นำมาซึ่งความทนทุกข์ทรมาน เป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนไม่ยินดี แต่ในทางตรงกันข้าม การมีสุขภาพอนามัยที่ดี เป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนปรารถนา และการมีสุขภาพดีนี้ ถือได้ว่า เป็นมงคลชีวิตของมนุษย์ ดังเห็นได้จากคติความเชื่อตามหลักธรรมในพระพุทธศาสนา มีพระพุทธวจนะที่ว่า “อโรคยา ปรามา ลาภา” หมายความว่า “การไม่มีโรค เป็นลาภอันประเสริฐ” พระพุทธวจนะดังกล่าวบ่งบอกนัยของสิ่งที่เป็นความสุขที่มนุษย์ปรารถนาและเป็นความสุขที่ประเสริฐนั้น แท้จริงแล้วก็คือการมีชีวิตอยู่โดยปราศจากโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ซึ่งก็คือ “การมีสุขภาพดี” นั่นเอง นอกจากนี้ในทางจารีตประเพณีและวัฒนธรรมไทย ยังปรากฏข้อความคิดที่สำคัญในเรื่องสุขภาพคือ เมื่อมีงานพระราชพิธีมงคลต่าง ๆ พระสงฆ์จะถวายพระพรแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว โดยกล่าวว่า “ฑีฆายุโก โหตุ มหาราชา” หมายความว่า “ขอให้พระองค์ทรงมีสุขภาพดี มีพระชนมายุยืนยาว” เช่นเดียวกับเมื่อพระสงฆ์ให้พรประชาชน จะกล่าวว่า “อายุ วัณโณ สุขัง พลัง” ซึ่งคำกล่าวนี้ล้วนแล้วแต่เป็นเรื่องของสุขภาพทั้งสิ้น กล่าวคือ “อายุ” หมายถึง มีอายุยืน เพราะมีสุขภาพดี ปราศจากโรคภัย “วัณโณ” หมายถึง มีผิวพรรณดี ไม่ซีด ไม่โลหิตจาง เพราะโลหิตจางบ่งบอกถึงภาวะความเป็นโรค ผู้มีผิวพรรณดีไม่ซีดเซียว จึงสะท้อนสุขภาวะที่ดีในทุกด้าน “สุขัง” หมายถึง การมีความสุข หรือสุขภาวะ ซึ่งเป็นความปรารถนาสูงสุดของมนุษย์ และ “พลัง” หมายถึง การมีกำลัง เป็นสิ่งที่สะท้อนความสมบูรณ์ของร่างกาย ซึ่งก็คือการมีสุขภาพพลานามัยที่สมบูรณ์นั่นเอง ดังนั้นพรทั้งสี่ประการที่ว่า “อายุ วัณโณ สุขัง พลัง” จึงเป็นการอวยพรให้มีสุขภาพดี ซึ่งถือว่าเป็นมงคลของชีวิต เป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนปรารถนา และเป็นอุดมการณ์สูงสุดของมนุษย์

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาถึงสุขภาพในมุมมองที่เป็นสากลแล้ว ยิ่งเห็นได้ชัดว่ามีความสอดคล้องและเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับที่กล่าวมาแล้วข้างต้น กล่าวคือ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ให้คำจำกัดความของสุขภาพไว้ว่า “สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ”[44] ภายใต้คำจำกัดความดังกล่าว สามารถแยกพิจารณาความหมายในแต่ละองค์ประกอบที่สำคัญให้เห็นชัดเจนขึ้นได้ ดังนี้

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย หมายถึง ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ไม่เป็นโรค ไม่พิการ ไม่มีอุปัทวันตรายใด ๆ มีเศรษฐกิจและปัจจัยที่จำเป็นเพียงพอ และมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อหรือส่งเสริมสุขภาพ

---

[44] *เรื่องเดียวกัน*, หน้า 3.

สุขภาวะทางจิตที่สมบูรณ์ หมายถึง ภาวะที่จิตใจเป็นสุข รื่นเริง ไม่เศร้าหมอง ไม่เครียด หรือวิตกกังวล หรือหวาดระแวง จนทำให้ปราศจากความสุขในการใช้ชีวิต

สุขภาวะทางสังคม หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นไปด้วยดี ครอบครัวมีความอบอุ่น ชุมชนมีความเข้มแข็ง มีระบบบริการเป็นกิจการทางสังคม และเป็นระบบบริการสังคมที่ดี

สุขภาวะทางจิตวิญญาณ หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นจากการสัมผัสคุณค่าของการทำความดี หรือการที่จิตสัมผัสกับคุณค่าอันสูงส่ง เช่น การเสียสละ การมีความเมตตากรุณา เป็นต้น เป็นความสุขที่มิได้เกิดจากการรับที่เห็นแก่ตัว แต่เป็นความสุขที่เกิดจากการให้ ซึ่งเป็นความสุขที่ประณีตและล้ำลึก อันเป็นสุขภาวะสูงสุดของสุขภาพ

เมื่อสุขภาพเป็นสิ่งที่สำคัญสูงสุดสำหรับการดำรงชีวิตของมนุษย์ ดังนั้นการกล่าวถึงข้อความคิดว่าด้วยสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล จึงเป็นการกล่าวถึงสิทธิในการเข้าถึงการมีสุขภาพดี ในฐานะที่เป็นอุดมการณ์ของมนุษย์ ซึ่งมีข้อพิจารณาที่สำคัญปรากฏตามธรรมนูญสุขภาพขององค์การอนามัยโลก กล่าวไว้คือ “การมีความสุขจากการเข้าถึงมาตรฐานสูงสุดของการมีสุขภาพดี เป็นหนึ่งในสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคนโดยปราศจากความแตกต่างทางด้านเชื้อชาติ ภูมิลำเนา อุดมการณ์ทางการเมือง และเงื่อนไขทางเศรษฐกิจหรือสังคม” และ “สุขภาพของประชาชนทั้งมวลคือปัจจัยพื้นฐานของการบรรลุถึงสันติภาพ ความมั่นคง และความเป็นอิสระของปัจเจกชนและรัฐ”[45] ข้อความคิดดังกล่าว เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงมุมมองในเรื่องสุขภาพ ที่มองว่า สุขภาพเป็นปัจจัยพื้นฐานในการนำไปสู่อุดมการณ์เรื่องอื่น ๆ

สำหรับสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลนั้น พบว่า มีวิวัฒนาการมาอย่างยาวนาน โดยเมื่อกล่าวถึงเรื่อง สุขภาพ แต่เดิมถือว่าเป็นเรื่องเฉพาะส่วนบุคคล ซึ่งมีแนวความคิดว่าบุคคลทุกคนมีสุขภาพเป็นของตน บุคคลต้องดูแลสุขภาพของตนเองมิให้เจ็บป่วยด้วยโรคภัยไข้เจ็บ การมีสุขภาพดีเป็นเรื่องเฉพาะตัวบุคคลไม่สามารถซื้อขายหรือแบ่งปันกันได้ เช่นเดียวกับความตายที่เป็นเรื่องเฉพาะตัวบุคคล ต่อมาแนวความคิดเรื่องสุขภาพได้เริ่มมีพัฒนาการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่คิดว่าสุขภาพเป็นเรื่องส่วนตัวพัฒนามาสู่แนวคิดที่ว่าสุขภาพเป็นเรื่องสาธารณะมากขึ้น ในยุคแห่งการปฏิวัติอุตสาหกรรมประชาชนได้เริ่มเรียกร้องให้มีการรับรองสุขภาพของประชาชนในรูปของกฎหมาย ซึ่งต่อมาประเทศอังกฤษได้ออกกฎหมายการประกอบการอย่างมีคุณธรรม (Moral Apprentices Act) ในปี ค.ศ. 1802 และกฎหมายการสาธารณสุข (Public Health Act) ในปี ค.ศ. 1848 เพื่อผ่อนคลายความกดดันจากกลุ่มแรงงานภายในประเทศ เช่นเดียวกับประเทศเม็กซิโกที่มีการเรียกร้องสิทธิ

---

[45] “World Health Organization, *op. cit.*; William J. Curran and E. Donald Shapiro, **Law Medicine and Forensic Science** (Boston, Massachusetts: Little Brown and Company, 1970), p. 29.

ในสุขภาพโดยกำหนดให้รัฐมีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของสาธารณะบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ ในปี ค.ศ. 1843 แต่อย่างไรก็ตาม มุมมองในเรื่องสุขภาพยังคงมุ่งเน้นให้ความสำคัญเพียงเรื่องการปลอดจากโรคภัยไข้เจ็บ (Absence of Disease) เท่านั้น เมื่อมีการจัดตั้งองค์การอนามัยโลกขึ้นในปี ค.ศ. 1946 จึงได้มีพัฒนาการของแนวความคิดในเรื่องสุขภาพขึ้นใหม่ที่มีขอบเขตกว้างขวางขึ้นกว่าเดิม กล่าวคือ สุขภาพที่ดีนั้น ไม่เพียงแต่เป็นสภาพที่บุคคลปราศจากโรคภัยเท่านั้น แต่เป็นสภาพที่บุคคลมีความเป็นอยู่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งแนวความคิดที่ได้รับการพัฒนาขึ้นใหม่นี้ ถือได้ว่าเป็นการบูรณาการแนวความคิดที่เชื่อมโยงมิติทางสุขภาพในรูปแบบการมองภาพเป็นองค์รวม (As a Whole) โดยสุขภาพในแต่ละมิติมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันทั้งในด้านสุขภาวะทางร่างกาย สุขภาวะทางจิตใจ สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางจิตวิญญาณ (Spiritual) เป็นปัจจัยเกื้อหนุนกันนำไปสู่การมีสุขภาพดีและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในที่สุด

แนวความคิดเรื่องสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล เริ่มเป็นที่ยอมรับในระดับสากลเมื่อมีการจัดตั้งองค์การอนามัยโลกขึ้นและเริ่มใช้คำว่า “สิทธิ” กับเรื่องสุขภาพโดยแนวความคิดนี้สะท้อนผ่านธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก กล่าวไว้คือ “ความสามารถในการบรรลุถึงมาตรฐานสูงสุดที่เป็นไปได้ เป็นสิทธิพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน ไม่ว่าจะมีเชื้อชาติ ศาสนา ความเชื่อทางการเมือง สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมใดก็ตาม”[46] แนวความคิดนี้ได้รับการยอมรับจากประชาคมโลกและได้รับการรับรองในกฎหมายสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศและระดับภูมิภาคในเวลาต่อมา เช่น ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights) ปฏิญญาแห่งอเมริกาว่าด้วยสิทธิและหน้าที่ของบุคคล (American Declaration on the Rights and Duties of Man) กฎบัตรทางสังคมแห่งสหภาพยุโรป (European Social Charter) กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) และกฎบัตรว่าด้วยสิทธิมนุษยชนและสิทธิของบุคคลแห่งแอฟริกา (African Charter on Human and People’s Rights) ต่อมาในปี ค.ศ. 1978 ได้มีความพยายามรับรองสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลขึ้น โดยมีการจัดทำแถลงการณ์แห่งอัลมา -แอตา ว่าด้วยการดูแลสุขภาพขั้นมูลฐาน (The 1978 Declaration of Alma – Ata on Primary Health Care) ซึ่งแถลงการณ์ฉบับนี้ได้จุดประกายแนวความคิดการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพแบบครบวงจรและการใช้ทรัพยากรทางสุขภาพอย่างยุติธรรมและมีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกันก็ได้เน้นย้ำถึงความรับผิดชอบในการจัดหาบริการสุขภาพให้กับประชาชน จากการประชุมและแถลงการณ์ครั้งนี้องค์การอนามัยโลก

---

[46] ศรีรักษ์ ผลิพัฒน์, “สิทธิในสุขภาพและสิทธิในการศึกษา,” ใน **เอกสารการสอนชุดวิชากฎหมายสิทธิมนุษยชน** (นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2548), หน้า 361.

ได้พัฒนานโยบายเรื่อง “สุขภาพดีถ้วนหน้า” (Health for All) ขึ้น โดยประกอบด้วยแผนงานต่าง ๆ ที่มุ่งสู่เป้าหมายให้บุคคลทุกคนมีสุขภาพดีซึ่งอย่างน้อยต้องสูงกว่ามาตรฐานขั้นต่ำตามเกณฑ์ที่กำหนด

ในยุคปัจจุบัน แนวความคิดว่าด้วยสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล ได้รับการยอมรับในประชาคมโลกและรับรองให้เป็นสิทธิของบุคคลตามกฎหมายระหว่างประเทศ ดังเห็นได้จากปฏิญญาว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ข้อ 25 ที่ได้ให้การรับรองสิทธิที่จะมีมาตรฐานการมีชีวิตอย่างเพียงพอ ซึ่งครอบคลุมถึงการมีหลักประกันทางสุขภาพและสภาพความเป็นอยู่ของบุคคล โดยมุ่งเน้นความสัมพันธ์ระหว่างการมีสุขภาพที่ดีกับปัจจัยในการมีชีวิตที่ดี เช่น สิทธิในการมีที่อยู่อาศัย สิทธิในการมีอาหารเพื่อการบริโภคอย่างเพียงพอ รวมถึงสิทธิในการได้รับบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข เช่นเดียวกับตามกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ซึ่งเป็นกฎหมายสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศที่สำคัญอีกฉบับหนึ่งก็ได้ให้การรับรองสิทธิในสุขภาพของบุคคลไว้ ดังปรากฏในข้อ 12 (1) ที่บัญญัติให้ รัฐภาคีแห่งกติการะหว่างประเทศฉบับนี้รับรองสิทธิของทุกคนในการบรรลุถึงมาตรฐานสุขภาพที่สูงสุดที่เป็นไปได้ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้รัฐภาคียังมีหน้าที่ต้องดำเนินการเพื่อทำให้สิทธิในสุขภาพเป็นจริงภายในรัฐของตน รวมถึงการลดอัตราตายในเด็กแรกเกิด การรักษาโรคที่เกิดขึ้นเฉพาะพื้นที่ โรคที่เกิดจากการทำงาน และโรคอื่น ๆ รวมทั้งการดำเนินการต่าง ๆ ที่จะให้บริการทางการแพทย์และการดูแลรักษาบุคคลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย สำหรับกลุ่มประชากรที่มีความเฉพาะ เป็นบุคคลที่หย่อนความสามารถในการเข้าถึงการมีสุขภาพดีได้ เช่น กลุ่มประชากรเด็ก มีอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child) ให้การรับรองสิทธิในสุขภาพของเด็กไว้ รวมถึงการลดอัตราการเสียชีวิตของทารกและเด็ก การให้การดูแลทางการแพทย์และอนามัยแก่เด็ก การให้บริการทางการแพทย์และอนามัยของมารดา โดยที่รัฐภาคีของอนุสัญญาฉบับนี้ ต้องดำเนินการออกมาตรการต่าง ๆ เพื่อยกเลิกประเพณีหรือพิธีกรรมต่าง ๆ ที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพเด็ก เรียกร้องให้เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ส่งเสริมให้เด็กสามารถช่วยเหลือตนเอง และมีส่วนร่วมในชุมชน เข้าถึงบริการทางสุขภาพและการแพทย์ ในขณะที่กลุ่มประชากรที่มีความจำเพาะอีกประเภทหนึ่ง คือ กลุ่มประชากรสตรี ก็มีการรับรองสิทธิในสุขภาพเช่นกัน ดังปรากฏตามอนุสัญญาว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรี (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women) ได้ให้การรับรองสิทธิในสุขภาพของสตรี โดยเน้นย้ำถึงความสำคัญของการสร้างมาตรการต่าง ๆ ที่เป็นหลักประกันว่าสตรีสามารถเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพและบริการทางการแพทย์ได้โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ

นอกจากนี้ สิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล ยังได้รับการรับรองในกฎหมายสิทธิมนุษยชนระดับภูมิภาคด้วย เช่น ปฏิญญาแห่งอเมริกาว่าด้วยสิทธิและหน้าที่ของบุคคล ได้ให้การรับรองสิทธิของบุคคลในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิมนุษยชนแห่งอเมริกา (The American Convention on Human Rights) รับรองสิทธิในสุขภาพทางอ้อมจากการบัญญัติ

ให้รัฐภาคีดำเนินการทำให้สิทธิต่าง ๆ ในกฎบัตรเป็นจริง รวมถึงสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา วิทยาศาสตร์ และวัฒนธรรม นอกจากนี้สิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขยังได้รับการรับรองอย่างชัดแจ้งในพิธีสารเลือกรับเพิ่มเติม ซาน ซัลวาดอร์ (The Additional Protocol of San Salvador) ได้กำหนดมาตรการต่าง ๆ ที่รัฐภาคีควรดำเนินการ ซึ่งรวมถึงการพัฒนาเครือข่ายสาธารณสุขมูลฐาน เช่นเดียวกับกฎบัตรแห่งสหภาพยุโรป ได้ให้การรับรองสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลโดยครอบคลุมถึงการสร้างหลักประกันการสามารถเข้าถึงและได้รับบริการทางการแพทย์ เช่นเดียวกับอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิมนุษยชนและการแพทย์ชีวภาพ (The Convention on Human Rights and Biomedicine) ได้ให้การรับรองสิทธิในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของบุคคลอย่างเท่าเทียม ส่วนกฎบัตรสิทธิมนุษยชนและบุคคลแห่งแอฟริกา ก็ได้ให้การรับรองสิทธิของบุคคลในการมีสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยรัฐภาคีควรใช้มาตรการที่จำเป็นในการให้ประกันว่าบุคคลจะได้รับบริการทางการแพทย์เมื่อเกิดการเจ็บป่วย และกฎบัตรสิทธิและสวัสดิการสำหรับเด็กแห่งแอฟริกา (The African Charter on the Rights and Welfare of the Child) ก็ได้ให้การรับรองสิทธิในสุขภาพเด็กเช่นเดียวกัน

สำหรับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ซึ่งประเทศไทยเป็นภาคีสมาชิกอยู่นั้น ได้มีการรับรองสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขไว้เช่นกัน โดยบัญญัติรับรองไว้ในปฏิญญาอาเซียนว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Asean Human Rights Declaration) โดยรับรองสิทธิของบุคคลในการเข้าถึงบริการทางการรักษาพยาบาลและบริการทางสังคมที่จำเป็น บุคคลทุกคนมีสิทธิที่จะมีสุขภาพดีทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และอนามัยเจริญพันธุ์ ในมาตรฐานสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐาน และการเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกทางการแพทย์ เป็นต้น

จากที่กล่าวมาข้างต้น เห็นได้ว่า ปัจจุบันประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก มีมุมมองต่อสุขภาพที่กว้างขวางขึ้น และมองว่าสุขภาพเป็นเรื่องของสาธารณะที่บุคคลควรได้รับหลักประกันการคุ้มครองสุขภาพ ซึ่งข้อความคิดนี้พัฒนาต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน โดยเป็นที่ยอมรับกันในระดับประชาคมโลกที่ต่างให้การยอมรับว่า สิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล เป็นสิทธิที่มีความเป็นสากล และทั่วโลกได้ให้การรับรองไว้ในกฎหมายระหว่างประเทศทั้งในระดับสากลและในระดับภูมิภาค ซึ่งกล่าวโดยสรุปได้ว่า สิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคลที่พึงมีในฐานะของความเป็นมนุษย์ที่จะมีชีวิตอยู่ด้วยการมีสุขภาพอนามัยที่แข็งแรง สมบูรณ์ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นสิทธิที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานแนวความคิดว่าด้วยการใช้สิทธิของประชาชนและความผูกพันของรัฐในการคุ้มครองให้ความมุ่งหมายแห่งสิทธินี้สามารถบรรลุผลได้จริง กล่าวคือเป็นสิทธิที่ปัจเจกบุคคลมิอาจบรรลุความมุ่งหมายได้หากปราศจากการเข้ามาดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดจากฝ่ายรัฐ หรือที่เรียกว่า “status positivus”

2.2.2.2 คุณลักษณะของสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล

สิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลนั้น มิใช่เป็นเรื่องของการที่บุคคลสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเท่านั้น แต่ยังรวมถึงสิทธิต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงหรือเป็นปัจจัยเกื้อหนุนที่นำไปสู่การบรรลุสุขภาวะหรือบรรลุถึงการมีสุขภาพดีของมนุษย์ ซึ่งสามารถจำแนกลักษณะที่สำคัญออกได้เป็น 2 ประการ คือ เป็นสิทธิในการครองสิทธิ และเป็นสิทธิในเสรีภาพ แยกพิจารณาได้ดังนี้[47]

1) สิทธิในการครองสิทธิ (Entitlement)

สิทธิในการครองสิทธิ เป็นสิทธิที่บุคคลสามารถเข้าถึงการถือครองหรือเรียกว่า สิทธิในทางรับ กล่าวคือ เป็นสิทธิที่บุคคลมีความสามารถที่จะได้รับสิ่งจำเป็นต่าง ๆ รวมถึงบริการทางสุขภาพ และการอยู่อาศัยในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย

(1) สิทธิในการเข้าถึงระบบการคุ้มครองสุขภาพที่มีความเท่าเทียมของโอกาสสำหรับทุกคนที่จะเข้าถึงสุขภาพ กล่าวคือ เป็นสิทธิที่บุคคลสามารถเข้าถึงการมีหลักประกันทางสุขภาพ และสามารถเข้าถึงโอกาสในการรับบริการบริการสาธารณสุขได้อย่างเท่าเทียม เป็นระบบทั่วถึง และเพียงพอต่อความต้องการทางสุขภาพของประชาชน

(2) สิทธิในการได้รับการรักษาพยาบาล กล่าวคือ เป็นสิทธิที่บุคคลสามารถเข้าถึงบริการด้านการรักษาโรค ทั้งที่เป็นโรคระบาด โรคติดต่อ หรือแม้กระทั่งโรคไม่ติดต่อ และเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจากโรคภัยต่าง ๆ ก็มีแหล่งบริการสำหรับรักษาพยาบาลที่สามารถเข้าถึงได้

(3) สิทธิในการเข้าถึงยารักษาโรคที่จำเป็น กล่าวคือ เป็นสิทธิที่บุคคลสามารถเข้าถึงยารักษาโรคเมื่อเกิดการเจ็บป่วย

(4) สิทธิในความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานและทันท่วงที กล่าวคือ เป็นสิทธิที่บุคคลสามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลที่จำเป็นขั้นพื้นฐานได้อย่างเท่าเทียมและทันท่วงทีต่อสถานการณ์ของความจำเป็นต้องได้รับบริการรักษาพยาบาล

(5) สิทธิที่จะได้รับทราบข้อกำหนดเกี่ยวกับสุขศึกษาและสารสนเทศทางสุขภาพ กล่าวคือ เป็นสิทธิที่ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพทั้งของตนเองและภัยคุกคามสุขภาพของสาธารณะโดยปราศจากการปิดบังหรือบิดเบือนข้อมูล ทั้งนี้เพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง

(6) สิทธิในการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพในระดับชาติและระดับชุมชน กล่าวคือ เป็นสิทธิที่ประชาชนสามารถเข้ามีส่วนร่วมในการ

---

[47] Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and World Health Organization, *op. cit.,* p. 3.

ตัดสินใจเชิงนโยบายของรัฐที่อาจส่งผลกระทบทางสุขภาพของประชาชน ทั้งนี้โดยรวมถึงผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมที่จะส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนด้วย

2) สิทธิในเสรีภาพ (Freedom)

สิทธิในเสรีภาพ เป็นสิทธิในเชิงปฏิเสธ (Negative) ที่บุคคลมีอิสระในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตน รวมถึงมีอิสระที่จะปฏิเสธการบังคับปฏิบัติการทางการแพทย์ หรือการวิจัยทางการแพทย์ ซึ่งประกอบด้วย

(1) เสรีภาพในการควบคุมร่างกายและสุขภาพของตนเอง เป็นเสรีภาพที่บุคคลสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง เช่น ความมีอิสระในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่ตนเห็นว่าเหมาะสม ทั้งนี้โดยได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอจากผู้ให้บริการทางการแพทย์ เป็นต้น

(2) เสรีภาพทางเพศและการสืบพันธ์ เป็นเสรีภาพของบุคคลในเรื่องการอนามัยเจริญพันธุ์ที่จะต้องไม่ถูกบังคับหรือแทรกแซงจากอำนาจรัฐหรือบุคคลอื่นใด

(3) เสรีภาพที่จะเป็นอิสระจากการถูกแทรกแซงหรือกระทำ เช่น การทรมาน การรับการรักษาหรือการทดลองทางการแพทย์โดยปราศจากความยินยอม เป็นต้น

กล่าวโดยสรุปได้ว่า สิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล มีลักษณะที่สำคัญจำแนกออกได้เป็น 2 ประการคือ เป็นสิทธิในการครองสิทธิ ซึ่งก่อให้เกิดหน้าที่ของรัฐต้องดำเนินการให้เกิดระบบการคุ้มครองสุขภาพของประชาชน และเป็นสิทธิในเสรีภาพ ที่ก่อให้เกิดหน้าที่ของรัฐหรือผู้ให้บริการสาธารณสุขที่จะต้องไม่แทรกแซงหรือกระทำการใดต่อบุคคล อันเป็นการคุกคามหรือละเมิดต่อสิทธิขั้นพื้นฐานและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของบุคคล ซึ่งสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลนั้น ต้องประกอบด้วยสิทธิทั้งสองประเภทนี้ กล่าวคือ ต้องมีสิทธิในการครองสิทธิซึ่งรัฐต้องจัดให้มีบริการรักษาพยาบาล และต้องจัดให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้ ในขณะเดียวกันต้องมีสิทธิในเสรีภาพที่จะสามารถเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมสำหรับตนเองเมื่อได้รับการบอกกล่าวเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตลอดจนความเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นแล้วประกอบการพิจารณาตัดสินใจเลือกหรือปฏิเสธการรักษา เป็นต้น

2.2.2.3 หลักการพื้นฐานของสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล

สิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล เป็นสิทธิที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานแนวคิดว่าด้วยความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สิทธิของประชาชนและหน้าที่ของรัฐในการคุ้มครองให้สิทธินี้บรรลุผลได้จริง โดยมีลักษณะที่สำคัญของสิทธินี้ สะท้อนผ่านสิทธิในการครองสิทธิ และสิทธิในเสรีภาพ ซึ่งภายใต้แนวคิดนี้ก่อให้เกิดหน้าที่ของรัฐในการจัดให้มีบริการรักษาพยาบาลสำหรับประชาชน ด้วยเหตุนี้จึงก่อให้เกิดการพัฒนาหลักการพื้นฐานของรัฐที่จะต้องสร้างหลักประกันในการคุ้มครองสุขภาพของ

ประชาชนอย่างเท่าเทียม เพื่อให้ประชาชนสามารถบรรลุถึงมาตรฐานทางสุขภาพสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งการที่จะสามารถบรรลุถึงการมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ได้นั้น มีหลักการพื้นฐานที่สำคัญ[48] ดังนี้

1) การจัดหาและให้บริการ

การจัดหาและให้บริการ (Availability) เป็นการจัดให้มีบริการรักษาพยาบาลอย่างทั่วถึงเพียงพอ ซึ่งบริการรักษาพยาบาลนี้รวมถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบถึงสุขภาพของประชาชน เช่น การจัดให้มีโรงพยาบาล คลินิก การจัดหาทรัพยากรบุคคลในการให้บริการทางการสาธารณสุข และการจัดหายารักษาโรค เป็นต้น

2) การสามารถเข้าถึงและใช้บริการได้

การสามารถเข้าถึงและใช้บริการได้ (Accessibility) หมายถึง การสามารถเข้าถึงและใช้บริการรักษาพยาบาลของรัฐได้ กล่าวคือ การที่ประชาชนมีความสามารถที่จะเข้าถึงสถานที่ตั้งหรือแหล่งบริการทางการแพทย์และการรักษาพยาบาล ทั้งนี้โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ ซึ่งการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลโดยนัยนี้ มีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการ คือ

(1) การสามารถเข้าถึงได้โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ กล่าวคือ ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติหรือจำกัดสิทธิบุคคลเฉพาะกลุ่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มบุคคลที่มีความเปราะบางทางสังคม เช่น กลุ่มคนชายขอบ คนต่างด้าว เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ หรือผู้พิการ เป็นต้น ทั้งนี้โดยบุคคลทุกกลุ่มต้องสามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้อย่างทั่วถึง เท่าทียม และผู้ให้บริการไม่อาจปฏิเสธการให้บริการแก่บุคคลใดเพราะเหตุแห่งความแตกต่างด้วยคุณลักษณะส่วนบุคคลดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น

(2) การสามารถเข้าถึงได้ทางกายภาพ (Physical Accessibility) กล่าวคือ สถานที่ให้บริการรักษาพยาบาลและวัตถุปัจจัยในการให้บริการจะต้องไม่อยู่ห่างไกลจนเกินไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มคนที่อยู่ห่างไกลจากความเจริญในเมือง เช่น ชนกลุ่มน้อย หรือกลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ ที่มักอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร เป็นต้น และวัตถุปัจจัยในการรักษาพยาบาล รวมถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข และการจัดหรือออกแบบอาคารให้เหมาะสมกับผู้พิการในการเข้าถึงบริการ เป็นต้น

(3) การสามารถเข้าถึงได้ทางเศรษฐกิจ (Economic Accessibility) กล่าวคือ บริการและวัตถุปัจจัยต่าง ๆ จะต้องไม่มีราคาแพงจนเกินไป เพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถซื้อหาวัตถุปัจจัยและบริการสุขภาพสำหรับตนได้ ทั้งนี้ไม่ว่าจะเป็นสถานบริการของรัฐหรือของเอกชน เพื่อให้ประชาชนผู้มีรายได้น้อยสามารถเข้าถึงได้

---

[48] ศรีรักษ์ ผลิพัฒน์, *เรื่องเดิม,* หน้า 364.

(4) การสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร (Information Accessibility) กล่าวคือ ประชาชนสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสาร หรือได้รับทราบข้อมูลโดยไม่ต้องทวงถาม ซึ่งข้อมูลข่าวสารในที่นี้ หมายถึง ข้อมูลสุขภาพของตน และข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชน ทั้งนี้ภายใต้เงื่อนไขที่ว่าการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารนี้จะต้องไม่ละเมิดต่อข้อมูลสุขภาพที่เป็นความลับของบุคคล

3) การสามารถยอมรับได้

การสามารถยอมรับได้ (Acceptability) หมายถึง นโยบาย แผนงาน และการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจะต้องเป็นไปอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับบริบททางสังคม และวัฒนธรรม ตลอดจนจรรยาบรรณทางการแพทย์ และให้ความเคารพต่อวัฒนธรรมของประชาชน เช่น ชนกลุ่มน้อย หรือชุมชนที่มีความละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรม เป็นต้น การให้ความเคารพต่อข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลให้มีสถานะเป็นความลับ และมุ่งเน้นการส่งเสริมให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้น

4) คุณภาพ

คุณภาพ (Quality) ในที่นี้ หมายถึง นโยบาย แผนงาน บริการ และปัจจัยต่าง ๆ ต้องมีคุณภาพดีและเหมาะสมตามหลักการทางวิทยาศาสตร์และทางการแพทย์ รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต้องได้รับการฝึกอบรมเป็นอย่างดี การใช้ยารักษาโรคที่มีคุณภาพดีไม่เสื่อมสภาพหรือหมดอายุการใช้งานและได้รับการรับรองทางวิทยาศาสตร์ การใช้น้ำเพื่อการอุปโภคและบริโภคที่สะอาดถูกสุขอนามัย

5) ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ในทางการแพทย์และการสาธารณสุขนั้น เป็นข้อความคิดที่วางอยู่บนหลักความเคารพต่อบุคคล (Respect for Persons) กล่าวคือ เป็นการพิจารณาถึงหลักจริยธรรมของการดำเนินกิจกรรมทางการแพทย์ในเรื่องต่าง ๆ ที่ต้องคำนึงถึงผู้รับบริการในฐานะที่เป็นบุคคลหรือเป็นมนุษย์ ซึ่งหลักความเคารพต่อบุคคลนี้ เป็นหลักแห่งการเคารพในคุณค่าเชิงจริยธรรม และเป็นข้อเรียกร้องในเชิงศีลธรรม (Moral Requirement) ของบุคคลต่อการรับบริการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นสิ่งที่กำกับควบคุมการกระทำหรือการปฏิบัติการทางการแพทย์ และภายใต้หลักการดังกล่าว ปัจเจกบุคคลจึงมีอิสระในการตัดสินใจเลือกรับบริการรักษาพยาบาล และได้รับการคุ้มครองความมีอิสระในการตัดสินใจนั้น ในขณะเดียวกันผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ หรือผู้วิจัยทางการแพทย์ ก็ผูกพันตนอยู่ภายใต้หลักจริยธรรมทางการแพทย์ หรือ หลักชีวจริยศาสตร์ (Bioethics) เช่น การปฏิบัติการทางชีววิทยาทางการแพทย์ (Biomedical) หรือการวิจัยในมนุษย์

(Human Subjects Research) เป็นต้น[49] ด้วยเหตุนี้ การบริการรักษาพยาบาลของรัฐจึงต้องผูกพันในเรื่องหลักความเคารพต่อบุคคลที่จะต้องให้บริการด้วยความเท่าเทียมกันต่อผู้ป่วยที่มารับบริการโดยไม่เลือกปฏิบัติเพราะเหตุปัจจัยด้านเพศ อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ การนับถือศาสนา รวมถึงเผ่าพันธุ์กำเนิดของบุคคล เพราะมนุษย์ทุกคนล้วนแล้วแต่มีคุณค่า มีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ด้วยกันทั้งสิ้น ซึ่งรัฐมีหน้าที่ต้องให้ความเคารพต่อบุคคลในฐานะที่เป็นมนุษย์ นอกจากนี้ผู้ให้บริการยังต้องผูกพันตนภายใต้หลักจริยธรรมทางการแพทย์หรือทางชีวจริยศาสตร์ที่ต้องปฏิบัติด้วยความยึดมั่นว่าบุคคลที่กระทำต่อเขาในทางการแพทย์นั้นเป็นมนุษย์ ซึ่งต้องปฏิบัติด้วยความเคารพ และจะกระทำต่อบุคคลเสมือนมิใช่มนุษย์มิได้

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า สิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ที่มีรากฐานมาจากสิทธิในเชิงคุณค่าของการมีชีวิตอยู่อย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และในขณะเดียวกันการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลก็เป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องจัดให้มีบริการรักษาพยาบาลสำหรับประชาชนอย่างเสมอภาค ซึ่งถือได้ว่าเป็นหลักการสำคัญที่ทำให้บุคคลสามารถบรรลุถึงสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้โดยสมบูรณ์ กล่าวคือ สามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้จริง และได้รับการปฏิบัติเฉกเช่นมนุษย์ทั่วไปโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ หรือการกระทำอื่นใดอันเป็นการลดทอนคุณค่าของมนุษย์หรือปฏิบัติต่อผู้รับบริการสาธารณสุขเสมือนมิใช่มนุษย์ ด้วยเหตุแห่งคุณลักษณะของบุคคล เช่น เชื้อชาติ สัญชาติ ความเป็นชนกลุ่มน้อย หรือลัทธิความเชื่อในทางศาสนา เป็นต้น และการปฏิเสธการรักษาพยาบาลหรือบริการสาธารณสุขอื่น ๆ โดยรัฐหรือผู้ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วย หรือการปฏิบัติต่อผู้รับบริการเสมือนมิใช่มนุษย์ เป็นสิ่งที่ไม่อาจกระทำได้ และการกระทำดังกล่าวถือได้ว่าเป็นการละเมิดต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ย่อมมีผลเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนหรือสิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคล ซึ่งมิอาจกระทำได้ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

2.3 สิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล

การเป็นพลเมืองของรัฐนั้น สามารถพิจารณาได้จากการถือสัญชาติของรัฐ ดังนั้นบุคคลใดที่มิได้ถือสัญชาติของรัฐที่อยู่อาศัย ย่อมถือได้ว่าเป็นคนต่างด้าว ซึ่งแต่เดิมในสมัยโบราณคนต่างด้าวที่เข้ามาอยู่ในอีกประเทศหนึ่ง มักจะถูกจำกัดสิทธิ เช่น ในประเทศอินเดียสมัยโบราณ ปรากฏตามคัมภีร์มานวะธรรมศาสตร์ได้จำแนกกลุ่มบุคคลออกเป็น 4 เหล่า คือ กษัตริย์เป็นผู้ปกป้องบ้านเมือง

---

[49] Daniel Davis, **Human Dignity and Bioethics** (Washington D.C.: University of Notre Dame Press, 2008), p. 24.

พราหมณ์เป็นผู้ฝึกสอน แพศย์เป็นผู้ทำการค้าขาย ศูทร์เป็นลูกจ้าง โดยกษัตริย์และพราหมณ์จัดเป็นผู้มีสกุลไม่สมสู่กับพวกแพศย์หรือศูทร์ซึ่งอาจเป็นเชลยที่จับมาได้จากต่างประเทศ หรือเป็นคนต่างด้าว

ในประเทศไอยคุปต์ ครั้งโบราณไม่ยอมปะปนกับคนต่างด้าว เช่น ไม่ซื้อหรือรับประทานเนื้อที่คนต่างด้าวเป็นผู้ขาย เป็นต้น

ในสมัยกรีก ก็เคยมีกฎหมายห้ามคนต่างด้าวเข้าเมือง เช่น กฎหมายของไลเคอรัส เป็นต้น

ในสมัยโรมัน คนต่างด้าวถือเสมือนหนึ่งว่าเป็นศัตรูของประเทศ แต่ต่อมาภายหลังมีคนต่างด้าวเข้ามาอยู่ในกรุงโรมมากขึ้นเนื่องจากการค้าขาย กฎหมายโรมันจึงยอมให้คนต่างด้าวพึงมีสิทธิแห่งมนุษย์ธรรมดา แต่สิทธิสำหรับพลเมืองนั้นคนต่างด้าวมีไม่ได้[50]

สำหรับประเทศไทยก็เช่นเดียวกัน ในสมัยโบราณมีกฎหมายบัญญัติจำกัดสิทธิของคนต่างด้าวหรือห้ามคนไทยเกี่ยวข้องกับคนต่างด้าว เช่น กฎมณเฑียรบาลห้ามคนต่างด้าวเข้ามาเดินในท้ายสนม ถ้าเจ้าหน้าที่ละเลยให้คนต่างด้าวเข้ามาเดินถึงท้ายสนมได้ โทษเจ้าหน้าที่ถึงตายได้ หรือกฎหมายลักษณะอาชญาหลวงบทที่ 13 ห้ามมิให้หญิงไทย มอญ แต่งงานกับคนต่างด้าว ถ้าฝ่าฝืนให้ลงโทษ 6 สถาน เป็นต้น[51] ซึ่งที่กล่าวมานี้ เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงฐานะของคนต่างด้าวที่เข้าพักอาศัยในประเทศอื่น และมักถูกจำกัดสิทธิจากอำนาจรัฐที่เข้าพักอาศัยนั้น ดังนั้นการอธิบายถึงความเป็นผู้ทรงสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐ สามารถพิจารณาได้จากข้อความคิดว่าด้วยคนต่างด้าว ซึ่งมีสาระสำคัญดังนี้

2.3.1 ความหมายของคนต่างด้าว

ความเป็นคนต่างด้าวนั้น ผูกพันอยู่กับสัญชาติของบุคคล การที่จะอธิบายความหมายของ “คนต่างด้าว” จึงจำเป็นต้องเข้าใจความหมายของคำว่า “สัญชาติ” เป็นเบื้องต้นก่อน ซึ่งตามวิเคราะห์ศัพท์ของศาสตราจารย์เวส แห่งมหาวิทยาลัยกรุงปารีส ได้อธิบายความหมายของ “สัญชาติ” คือ เครื่องมัดโดยมีนิตินัยซึ่งผูกพันบุคคลไว้กับประเทศ หรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่า สัญชาติก็คือการเป็นพลเมืองของประเทศนั่นเอง และหากจะเปรียบเทียบกับสมาคมซึ่งเป็นนิติบุคคลแล้ว สัญชาติก็คือการเป็นสมาชิกของประเทศซึ่งเป็นนิติบุคคลนั่นเอง ส่วนบุคคลอื่นซึ่งเข้ามาอยู่ในประเทศโดยมิใช่พลเมืองของประเทศที่เข้ามาอยู่นี้ เรียกว่า “คนต่างด้าว”[52]

---

[50] ปรีดี พนมยงค์, **ประชุมกฎหมายมหาชนและเอกชนของปรีดี พนมยงค์** (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2553), หน้า 294.

[51] *เรื่องเดียวกัน*, หน้า 294.

[52] *เรื่องเดียวกัน*, หน้า 254-255.

การอธิบายความหมายดังกล่าวนี้ เป็นการให้คำจำกัดความของคำว่า “สัญชาติ” และคำว่า “คนต่างด้าว” ที่มีถ้อยคำชัดเจนอยู่ในตัว นอกจากนี้ยังมีการอธิบายความหมายของคำว่าสัญชาติและคนต่างด้าวโดยนักวิชาการอีกหลายท่านที่ได้ให้ความหมายไว้ดังต่อไปนี้

พระยาศรีสารวาจา[53] ได้กล่าวถึงสัญชาติไว้ว่า การที่เอกชนรวมกันเข้าเป็นชุมชนตั้งขึ้นเป็นประเทศ เรียกว่า “พลเมืองของประเทศ” ส่วนคนนอกประเทศที่เข้ามาอาศัยอยู่ในอาณาเขต เรียกว่า “คนต่างด้าว” ซึ่งพลเมืองของประเทศกับคนต่างด้าวนี้ มีความแตกต่างกัน จึงจำเป็นต้องทราบว่าบุคคลนั้น ๆ เป็นคนสัญชาติของประเทศใด

วิเชียร วัฒนคุณ[54] ได้อธิบายความหมายของสัญชาติไว้ว่า หมายความถึง สิ่งที่ผูกพันทางการเมืองและทางจิตใจที่มีอยู่ระหว่างบุคคลกับรัฐ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่าหมายถึง คุณสมบัติของบุคคลอันเนื่องมาจากความผูกพันทางการเมืองและทางกฎหมายซึ่งผูกมัดบุคคลนั้นไว้ กับรัฐซึ่งตนเองเป็นส่วนประกอบส่วนหนึ่ง

หยุด แสงอุทัย[55] กล่าวไว้ว่า สัญชาติ คือ เครื่องมัดบุคคลไว้กับประเทศในทางกฎหมาย เป็นเหตุให้บุคคลมีสิทธิและหน้าที่ต่อประเทศที่บุคคลมีสัญชาติ และการที่บุคคลจะมีสัญชาติได้จะต้องมีกฎหมายว่าด้วยสัญชาติของประเทศบัญญัติให้บุคคลมีสัญชาติของประเทศนั้น ทั้งนี้เพราะเหตุว่าสัญชาติไม่ใช่สิ่งที่มีรูปร่างเป็นแต่เพียงเครื่องรัดรึงบุคคลไว้กับประเทศในทางกฎหมายเท่านั้น ถ้าไม่มีกฎหมายกำหนดให้รัดรึงบุคคลไว้กับประเทศบุคคลก็มีสัญชาติไม่ได้

กมล สนธิเกษตริน[56] ได้อธิบายความหมายของสัญชาติไว้ว่า ได้แก่ สิ่งผูกพันทางการเมืองและจิตใจที่ผูกมัดบุคคลไว้กับรัฐใดรัฐหนึ่ง การที่บุคคลจะมีสัญชาติของรัฐใดรัฐหนึ่งได้นั้น จะต้องมีกฎหมายว่าด้วยสัญชาติของประเทศบัญญัติให้มีสัญชาติของประเทศนั้นได้ ทั้งนี้เพราะสัญชาติเป็นสิ่งไม่มีรูปร่าง เป็นแต่เพียงเครื่องผูกมัดบุคคลไว้กับประเทศในทางกฎหมายเท่านั้น

---

[53] พระยาศรีสารวาจา, **กฎหมายระหว่างประเทศแผนกคดีบุคคล** (พระนคร: โรงพิมพ์โสภณพิพรรฒธนากร, 2474), หน้า 2.

[54] วิเชียร วัฒนคุณ, **คำบรรยายกฎหมายระหว่างประเทศแผนกคดีบุคคล** (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2508), หน้า 53.

[55] หยุด แสงอุทัย, **คำอธิบายกฎหมายระหว่างประเทศแผนกคดีบุคคล ว่าด้วยการขัดกันแห่งกฎหมายกฎหมายสัญชาติ** (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2516), หน้า 147.

[56] กมล สนธิเกษตริน, **กฎหมายระหว่างประเทศแผนกคดีบุคคล** (กรุงเทพมหานคร: นิติบรรณการ, 2539), หน้า 123.

พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร[57] กล่าวไว้ว่า สัญชาติ เป็นถ้อยคำทางกฎหมาย ซึ่งหมายความว่า ความสัมพันธ์ในทางกฎหมายระหว่างปัจเจกชนคนหนึ่งกับรัฐ ๆ หนึ่ง ในลักษณะที่ปัจเจกชนตกอยู่ภายใต้อำนาจอธิปไตยในทางบุคคลของรัฐนั้น สัญชาติจึงเป็นนิติสัมพันธ์ระหว่างรัฐและเอกชนที่ก่อให้เกิดสถานภาพ “คนชาติ” แก่บุคคลผู้เป็นคู่กรณีในนิติสัมพันธ์

จุมพต สายสุนทร[58] กล่าวไว้ว่า สัญชาติ เป็นจุดเกาะเกี่ยวประการหนึ่งที่ทำให้รัฐเจ้าของสัญชาติสามารถใช้เขตอำนาจของตนเหนือบุคคลหรือทรัพย์สินที่มีสัญชาติของรัฐนั้นได้ไม่ว่าบุคคลหรือทรัพย์สินนั้นจะอยู่ที่ใดก็ตาม ซึ่งแยกพิจารณาได้เป็นสองกรณีคือเขตอำนาจของรัฐในการออกกฎหมาย (Prescriptive Power) และเขตอำนาจของรัฐในการบังคับให้เป็นไปตามกฎหมาย (Enforcing Power)

จากที่กล่าวมาข้างต้นเห็นได้ว่า สัญชาติ เป็นถ้อยคำในทางกฎหมายที่มุ่งเน้นแสดงถึงความเป็นเครื่องผูกมัดระหว่างปัจเจกชนกับรัฐโดยมีนิตินัยที่สัมพันธ์กัน กล่าวคือ เป็นความผูกพันในทางกฎหมายที่ตั้งอยู่บนรากฐานของอุดมการณ์ทางการเมืองและจิตใจของบุคคลที่มีต่อรัฐ และในขณะเดียวกันก็เป็นความผูกพันบนรากฐานของอุดมการณ์แห่งรัฐที่มีต่อบุคคลเช่นเดียวกัน ซึ่งการที่จะผูกมัดบุคคลใดไว้กับรัฐนั้นจะต้องมีกฎหมายกำหนดให้ต้องมีความผูกพันกันคือ กฎหมายว่าด้วยสัญชาติ และโดยผลแห่งการนี้ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับบุคคลที่ถือสัญชาติของรัฐ หรือที่เรียกว่า “คนชาติ” ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ในเชิงสิทธิและหน้าที่ที่มีต่อกันภายในเขตอำนาจของรัฐ ส่วนบุคคลภายนอกที่ไม่ได้รับการยอมรับว่าเป็นคนชาติของรัฐที่เข้ามาอยู่ภายในเขตอำนาจแห่งรัฐนั้น บุคคลดังกล่าวนี้กฎหมายว่าด้วยสัญชาติได้จัดสรรให้มีสถานะเป็น “คนต่างด้าว” ที่เข้ามาอยู่ภายในรัฐ ดังนั้นกล่าวโดยสรุปได้ว่า คนต่างด้าว หมายถึง บุคคลที่มิได้ถือสัญชาติของประเทศที่เข้ามาอยู่อาศัยหรือมิใช่พลเมืองของรัฐ หรือสมาชิกของรัฐที่เข้ามาอยู่อาศัยนั้น

2.3.2 ประเภทของคนต่างด้าว

การจำแนกประเภทของคนต่างด้าวนั้น ไม่มีหลักเกณฑ์การจำแนกที่เป็นกลางหรือตายตัว ซึ่งแต่ละประเทศอาจมีการจำแนกประเภทของคนต่างด้าวโดยพิจารณาจากหลักกฎหมายของประเทศหรือตามแนวคิดและปรัชญาที่ใช้ในการจำแนกประเภทของคนต่างด้าว สำหรับประเทศไทยเนื่องจากตามสภาพข้อเท็จจริงปรากฏว่าคนต่างด้าวที่อยู่ภายในประเทศมีหลายลักษณะ โดยในแต่ละลักษณะ

---

[57] พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร, **คำอธิบายกฎหมายสัญชาติไทย** (กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2544), หน้า 23.

[58] จุมพต สายสุนทร, **กฎหมายระหว่างประเทศ เล่ม 1** (กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2555), หน้า 265.

ก็มีสิทธิ หน้าที่ และสถานภาพทางกฎหมายที่แตกต่างกัน การจำแนกประเภทคนต่างด้าวจึงอาจพิจารณาได้จากแหล่งที่มาของคนต่างด้าว ซึ่งตามสภาพความเป็นจริงในสังคมไทยพบว่า คนต่างด้าวกลุ่มหนึ่งเกิดในประเทศไทย และคนต่างด้าวอีกกลุ่มหนึ่งเกิดนอกประเทศไทย แล้วจึงเดินทางเข้ามาภายในประเทศไทย เมื่อพิจารณาบนพื้นฐานแนวความคิดนี้ การจำแนกประเภทคนต่างด้าวในประเทศไทย จึงสามารถจำแนกออกได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ คนต่างด้าวที่เกิดภายในประเทศ และคนต่างด้าวที่เข้าเมืองมา[59] แยกพิจารณาได้ดังนี้

2.3.2.1 คนต่างด้าวที่เกิดภายในประเทศ

คนต่างด้าวที่เกิดในประเทศนั้น หมายความว่าเป็นบุคคลที่เกิดบนผืนแผ่นดินไทย มิใช่กรณีคนเข้าเมืองมา แต่ด้วยเหตุผลทางข้อเท็จจริงหรือข้อกฎหมายบางประการทำให้บุคคลเหล่านี้ไม่ได้รับสัญชาติไทย และกลายเป็น “คนไร้สัญชาติ” (Stateless Person) หรือ “คนไร้รัฐตามกฎหมาย” (de jure stateless) ซึ่งสำนักงานข้าหลวงใหญ่ผู้ลี้ภัยแห่งสหประชาชาติ (United Nation High Commissioner for Refugees: UNHCR) ได้ให้นิยามไว้ว่า หมายถึง ผู้ที่ไม่ได้ถูกนับรวมว่าเป็นคนชาติ (Nationals) โดยกฎหมายของรัฐใด ๆ เลย นอกจากนี้ยังมีบุคคลอีกเป็นจำนวนมากที่เป็นคนไร้รัฐตามข้อเท็จจริง (de facto stateless) เนื่องจากเป็นผู้พลัดถิ่นที่ไม่สามารถเดินทางกลับประเทศตนเองได้ หรือไม่สามารถพิสูจน์สัญชาติของตนเองได้ หรืออยู่ระหว่างรอการพิสูจน์สัญชาติ สำหรับคนไร้สัญชาติในประเทศไทยนั้น เมื่อพิจารณาจากการจดทะเบียนราษฎรแล้ว อาจแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม[60] ดังต่อไปนี้

1) คนไร้สัญชาติ เนื่องจากเกิดก่อนการมีทะเบียนราษฎร แต่ตกหล่นจากการสำรวจเพื่อบันทึกในทะเบียนราษฎร โดยบุคคลที่เกิดและอาศัยอยู่ในประเทศไทยช่วงประมาณปี พ.ศ. 2452-2499 มีความเสี่ยงที่จะกลายเป็นคนไร้สัญชาติเพราะตกหล่นจากการสำรวจเพื่อทำทะเบียนราษฎรในช่วงเวลาดังกล่าว เนื่องจากความล้มเหลวของหน่วยงานภาครัฐในการนับจดทะเบียนประชาชนในพื้นที่ห่างไกลและเข้าถึงได้ยากเกิดการตกหล่นจากการสำรวจ รวมทั้งบุตรหลานของบุคคลนั้นด้วย ข้อเท็จจริงนี้พบมากในกลุ่มประชากรชาวเขา ชาวเล เป็นต้น

2) คนไร้สัญชาติเพราะมิได้รับการแจ้งเกิด จึงตกหล่นจากทะเบียนราษฎร เป็นคนที่เกิดในประเทศไทยแต่มิได้รับการแจ้งเกิดในทะเบียนราษฎรของรัฐไทย ซึ่งรวมถึงบุตรหลานที่เกิดในประเทศไทยในภายหลังด้วย

---

[59] พันธุ์ทิพย์ กาญจนจิตรา สายสุนทร, “คำว่าคนต่างด้าวและการจำแนกประเภทของคนต่างด้าวภายใต้กฎหมายไทย,” **ดุลพาห** 43, 4 (ตุลาคม-ธันวาคม 2539): 154.

[60] กฤตยา อาชวนิจกุล, *เรื่องเดิม,* หน้า 105-106.

3) คนไร้รัฐเพราะถูกถอนชื่อออกจากทะเบียนราษฎรไทย และไม่มีชื่อในทะเบียนราษฎรของรัฐอื่น สาเหตุของการถอนชื่อ เจ้าหน้าที่รัฐมักอ้างว่ามาจากการค้นพบว่าการมีชื่อนั้นเป็นไปโดยทุจริตมิชอบ กล่าวคือ บุคคลดังกล่าวนั้นไม่มีสิทธิได้รับสัญชาติไทยหรือเป็นคนต่างด้าวที่มีสิทธิอาศัยในประเทศไทย ข้อเท็จจริงนี้ส่วนใหญ่พบในชนกลุ่มน้อยมากกว่าคนไทยทั่วไป

2.3.2.2 คนต่างด้าวที่เข้าเมืองมา

คนต่างด้าวที่เข้าเมืองมา เป็นบุคคลที่มิได้เกิดในประเทศไทย แต่ได้เดินทางเข้าประเทศในภายหลัง โดยพิจารณาจากกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมืองเป็นหลัก ซึ่งสามารถจำแนกออกได้เป็นการเข้าเมืองโดยถูกกฎหมายหรือได้รับอนุญาตให้เข้าประเทศ และการเข้าเมืองโดยผิดกฎหมายหรือไม่ได้รับอนุญาตให้เข้าประเทศ แยกพิจารณาได้ดังนี้

1) คนต่างด้าวเข้าเมืองถูกกฎหมาย

คนต่างด้าวเข้าเมืองถูกกฎหมายนี้ เป็นผู้ที่มิได้เกิดภายในประเทศ และมิได้ถือสัญชาติไทย แต่ได้เดินทางเข้ามาภายในประเทศโดยได้รับอนุญาตถูกต้องตามกฎหมาย โดยจะพิจารณาจากวัตถุประสงค์ของการเข้าเมืองเป็นสำคัญ เช่น การเล่นกีฬา การเดินทางผ่าน ราชอาณาจักร การเป็นผู้ควบคุมพาหนะหรือคนประจำพาหนะที่เข้ามา การท่องเที่ยว ธุรกิจ การศึกษา การปฏิบัติหน้าที่ทางการทูตหรือทางราชการ การลงทุน และแรงงานข้ามชาติ เป็นต้น

สำหรับคนต่างด้าวที่เป็นกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ถือได้ว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีกำหนดการอยู่ในราชอาณาจักรเป็นเวลานาน และมีความสำคัญกับระบบเศรษฐกิจของประเทศ ซึ่งแรงงานข้ามชาตินั้น เรียกอีกอย่างได้ว่า “แรงงานต่างด้าว” เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดจากการเคลื่อนย้ายแรงงานจากประเทศหนึ่งสู่อีกประเทศหนึ่ง โดยมีลักษณะที่มีปฏิสัมพันธ์กับอีกสังคม หรืออีกวัฒนธรรมหนึ่งผ่านการว่าจ้างแรงงาน การเคลื่อนย้ายลักษณะดังกล่าวนี้เกิดขึ้นในแทบทุกภูมิภาคของโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคปัจจุบันที่การสื่อสารคมนาคมมิได้เป็นอุปสรรคต่อการเดินทางของมนุษย์ดังเช่นในอดีต ผนวกกับปัจจัยทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมที่มีความรวดเร็วและซับซ้อนมากขึ้นจนอาจกล่าวได้ว่า “แรงงานข้ามชาติ” เป็นผลอันเกิดจากภาวะ “ทุนนิยมโลกาภิวัฒน์”[61]

2) คนต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมาย

คนต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมาย เป็นบุคคลที่มิได้เกิดภายในประเทศไทยแต่ได้เดินทางเข้ามาภายในราชอาณาจักรในภายหลัง ทั้งนี้โดยมิได้รับอนุญาตตามกฎหมายหรือเป็นการ

---

[61] กาญจนา เทียนลาย และธีรนงค์ สกุลศรี, **ประชากรและสังคม 2555 ประชากรชายขอบและความเป็นธรรมในสังคมไทย** (นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2555), หน้า 37-57.

หลบหนีเข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย ซึ่งมีความผิดและมีโทษในทางอาญา รวมถึงต้องถูกส่งตัวออกนอกราชอาณาจักรไทย บุคคลกลุ่มนี้ที่พบเห็นได้บ่อยครั้งในสังคมไทย ได้แก่ ผู้ลี้ภัย (Refugees) และผู้อพยพ (Displaced Persons)

(1) ผู้ลี้ภัย เป็นบุคคลที่ได้รับการยอมรับสถานภาพในประเทศต่าง ๆ ซึ่งตามอนุสัญญาว่าด้วยสถานภาพผู้ลี้ภัย (Convention Relating to the Status of Refugees) ได้ให้นิยามคำว่าผู้ลี้ภัย หมายถึง บุคคลที่อยู่นอกอาณาเขตรัฐแห่งสัญชาติของตน และด้วยความหวาดกลัวซึ่งมีมูลอันจะกล่าวอ้างได้ว่าจะได้รับการประหัตประหารด้วยสาเหตุทางเชื้อชาติ ศาสนา สัญชาติ สมาชิกภาพในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง ไม่ว่าทางสังคมหรือแนวความคิดทางด้านการเมืองก็ตาม และในขณะเดียวกันบุคคลผู้นี้ไม่สามารถหรือไม่สมัครใจที่จะรับความคุ้มครองจากรัฐแห่งสัญชาติเนื่องจากความหวาดกลัวดังกล่าว หรือนอกจากนี้เป็นบุคคลไร้สัญชาติซึ่งอยู่นอกอาณาเขตรัฐที่เดิมมีถิ่นฐานพำนักประจำแต่ไม่สามารถหรือไม่สมัครใจที่จะกลับไปเพื่อพำนักในรัฐดังกล่าว ด้วยเหตุแห่งความหวาดกลัวที่กล่าวมาข้างต้น[62]

(2) ผู้อพยพ (Displaced Persons) คือ บุคคลบุคคลที่อพยพจากประเทศที่ตนมีสัญชาติหรือมีถิ่นที่อยู่ถาวรด้วยสาเหตุอื่น นอกเหนือจากความหวาดกลัวตามความหมายของผู้ลี้ภัย เช่น ด้วยสาเหตุของภาวะสงคราม การสู้รบ น้ำท่วม แผ่นดินไหว ภาวะแห้งแล้ง โรคระบาด หรือเหตุการณ์ใด ๆ ที่กระทบต่อความสงบเรียบร้อยของประชาชน เป็นต้น ซึ่งการอพยพดังกล่าวเป็นการหลบหนีเพียงชั่วคราวเท่านั้น เมื่อเหตุการณ์อันเป็นเหตุให้ต้องอพยพออกนอกประเทศสงบลงแล้ว บุคคลนั้นจะต้องเดินทางกลับประเทศของตน[63]

2.3.3 สถานะของคนต่างด้าวกับการเป็นผู้ทรงสิทธิ

ในรัฐต่าง ๆ นั้น ย่อมประกอบด้วยประชากร เป็นองค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่งของรัฐ ซึ่งในปัจจุบันสภาพข้อเท็จจริงทางประชากรสามารถจำแนกออกได้เป็น 2 ประเภท คือ คนชาติ (National) และคนต่างด้าว (Alien) ซึ่งบุคคลทั้งสองประเภทนี้ประกอบกันเป็นประชากรที่อาศัยอยู่ภายในดินแดนแห่งรัฐ ซึ่งในส่วนของคนต่างด้าวนั้นเป็นผู้มีลักษณะของต่างประเทศเข้ามาเจือปนอยู่ คนต่างด้าวที่เข้ามาภายในประเทศนั้น ไม่ว่าจะเข้ามาพำนักอาศัยเพียงชั่วคราวหรือหรือเข้ามาพำนักอาศัยอย่างถาวรโดยมีถิ่นที่อยู่ประจำ ย่อมต้องอยู่ภายใต้อำนาจแห่งรัฐที่คนต่างด้าวนั้นเข้าไปอยู่

---

[62] Convention Relating to the Status of Refugees, 1951

[63] จันทรา ธนะวัฒนาวงศ์ และคณะ, **แนวทางและกลไกการแก้ไขปัญหาของความทับซ้อน/กำกวมระหว่างคนไร้รัฐกับแรงงานต่างด้าวสัญชาติลาว: ศึกษากรณีพื้นที่อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี** (รายงานการวิจัย เสนอต่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2553), หน้า 8.

ในขณะเดียวกันรัฐเจ้าของสัญชาติของคนต่างด้าวก็ยังคงมีสิทธิและหน้าที่ให้ความคุ้มครองแก่พลเมืองของตนในดินแดนต่างประเทศ ส่วนประเทศที่คนต่างด้าวเข้าไปอยู่นั้นถือเป็นหลักระหว่างประเทศว่าคนต่างด้าวไม่อาจเรียกร้องสิทธิให้เท่าทียมกับพลเมืองของรัฐนั้นได้ ทั้งนี้เนื่องจากสิทธิบางอย่างกฎหมายหรือรัฐธรรมนูญของรัฐนั้น ๆ สงวนไว้ว่าเป็นสิทธิของพลเมืองของรัฐเท่านั้น เช่น สิทธิในทางการเมือง สิทธิในการมีกรรมสิทธิ์เหนืออสังหาริมทรัพย์ หรือสิทธิในการประกอบอาชีพบางอย่างที่รัฐสงวนไว้ให้พลเมืองของรัฐเท่านั้น เป็นต้น

คนต่างด้าว เป็นคนกลุ่มน้อยที่อาศัยอยู่ภายในรัฐ คือ มีจำนวนน้อยกว่าคนชาติหรือพลเมืองที่ถือสัญชาติของรัฐ ถ้ารัฐใดมีจำนวนประชากรที่เป็นคนต่างด้าวมากกว่าคนชาติแล้ว ย่อมส่งผลให้เกิดความยุ่งยากทางการเมืองขึ้นได้ และอาจส่งผลให้ฐานะของประเทศนั้นต้องเปลี่ยนแปลงไปในที่สุด และนอกจากคนต่างด้าวซึ่งเข้าเมืองมาเพื่อทำงานหรือเป็นแรงงานที่ถูกต้องตามกฎหมายแล้ว ยังมีคนต่างด้าวอีกบางจำพวกที่มีโอกาสเข้ามาก่อกวนความสงบและฐานะความมั่นคงทางการเมืองของรัฐได้ เช่น พวกอพยพ (Displaced Persons) พวกลี้ภัยทางการเมือง (Political Refugees) หรือพวกผู้ร้ายข้ามแดนที่หลบหนีการจับกุมจากรัฐหนึ่งเข้าไปอยู่ในอีกรัฐหนึ่ง ซึ่งรัฐผู้ให้ที่พักพิงแก่บุคคลเหล่านี้จะต้องมีภาระในการสอดส่องและระมัดระวังมิให้มาก่อเหตุเดือดร้อนขึ้นได้ทั้งภายในประเทศและความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ ในขณะเดียวกันหากรัฐมิยอมให้ที่พักพิงแก่บุคคลเหล่านี้ ก็ย่อมจะเป็นการขัดต่อหลักมนุษยธรรม

แต่อย่างไรก็ตาม การที่คนต่างด้าวเข้ามาพำนักอยู่ภายในดินแดนของอีกประเทศหนึ่ง ย่อมส่งผลให้มีฐานะเป็นเสมือนผู้อาศัย ดังนั้นรัฐผู้เป็นเจ้าของย่อมมีอำนาจที่จะกำหนดกฎเกณฑ์เกี่ยวกับคนต่างด้าวในการพำนักอาศัยอยู่ภายในประเทศ ตั้งแต่การเริ่มเดินทางเข้ามาภายในประเทศ การพักอาศัยและมีถิ่นที่อยู่ภายในประเทศ การประกอบอาชีพ ตลอดจนการกำหนดขอบเขตแห่งสิทธิและหน้าที่ของคนต่างด้าวว่ามีเพียงใด รวมถึงรัฐย่อมมีอำนาจตรากฎหมายกำหนดสิทธิและหน้าที่ของคนต่างด้าวที่อาศัยอยู่ในดินแดนได้ตามที่เห็นจำเป็นและที่เห็นว่าจะเป็นประโยชน์ต่อความเจริญรุ่งเรืองของประเทศ หรือเพื่อประโยชน์ในทางการเมือง การปกครอง เศรษฐกิจและวัฒนธรรมของประเทศ

2.3.4 สิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล

การกำหนดสิทธิของคนต่างด้าว มีข้อค้นพบแนวความคิดนี้มาตั้งแต่สมัยโบราณ แต่ไม่ปรากฏหลักฐานแน่ชัดว่าคนต่างด้าวในยุคแรก ๆ นั้น ได้รับการปฏิบัติอย่างมิตรหรือศัตรู ซึ่งหากพิจารณาตามหลักฐานที่ปรากฏในคำสอนทางศาสนาและวรรณกรรมหลายชิ้นทางวัฒนธรรมตะวันตก ได้มีการกล่าวถึงการให้ความอนุเคราะห์เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่แก่คนต่างด้าว ในสมัยกรีกได้เกิดสัญญาชนิดหนึ่งขึ้นเรียกว่า “symbolon” และมีสถาบันกงสุล (proxeni) เพื่อคุ้มครองคนต่างด้าวโดยเฉพาะขึ้น ในสมัยโรมันสิทธิของคนต่างด้าวได้รับความคุ้มครองอย่างเต็มที่โดยสถาบันของ “praetor peregrinus” ซึ่ง

เกิดขึ้นพร้อม ๆ กับการยอมรับฐานะทางกฎหมายของคนต่างด้าวจนกระทั่งต่อมาได้วิวัฒนาการมาเป็นหลักกฎหมายสากล (jus Gentium) เมื่อต่อมาอาณาจักรโรมันได้ล่มสลายลง ความรุ่งเรืองในทางกฎหมายรวมทั้งการให้ความคุ้มครองสิทธิของคนต่างด้าวก็สิ้นสุดลงตามไปด้วย[64]

ในประเทศไทย มีหลักฐานที่ปรากฏในศิลาจารึกสมัยสุโขทัยได้แสดงให้เห็นว่า ในสมัยนั้นมีการให้ความคุ้มครองแก่คนต่างด้าวในเรื่องความปลอดภัยแก่ชีวิต ทรัพย์สิน และการประกอบการค้า ต่อมาในสมัยกรุงศรีอยุธยามีการคุ้มครองคนต่างด้าวตามข้อตกลง ซึ่งมีลักษณะคล้ายสนธิสัญญา และในกฎหมายก็มีบทบัญญัติเรื่องการให้พระบรมโพธิสมภาร การควบคุมการเข้าเมืองและการค้าระหว่างประเทศ การใช้กฎจารีตประเพณีแก่คนต่างด้าว เช่น ห้ามหญิงไทยสมรสกับคนต่างด้าว และห้ามมิให้คนต่างด้าวเข้ามาบริเวณท้ายสนม เป็นต้น ในสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ ชนชาติยุโรปได้สิทธิเหนือคนชาติภายใต้ระบบสิทธินอกอาณาเขต ประเทศไทยได้ตรากฎหมายในรูปแบบพระบรมราชโองการเพื่อรับรู้สิทธิตามสนธิสัญญาของคนต่างด้าวขึ้นหลายฉบับ ต่อมาเมื่อประเทศไทยสามารถสละพันธนาการจากสนธิสัญญาสิทธินอกสภาพอาณาเขตได้แล้ว สิทธิของคนต่างด้าวโดยทั่ว ๆ ไป จึงเป็นไปตามบทบัญญัติของกฎหมาย[65]

ในยุคปัจจุบัน สิทธิของคนต่างด้าว ได้รับการรับรองตามกฎหมายภายในของรัฐ เช่น รัฐธรรมนูญ หรือกฎหมายภายในอื่น ๆ เป็นต้น และได้รับการรับรองตามเอกสารกฎหมายระหว่างประเทศ เช่น สนธิสัญญา อนุสัญญา หรือข้อตกลง เป็นต้น นอกจากนี้สิทธิของคนต่างด้าวยังมีอยู่ในสนธิสัญญาทวิภาคีในรูปของสนธิสัญญาทางไมตรีและพาณิชย์ สนธิสัญญาประเภทที่ได้ให้การปฏิบัติแก่คนต่างด้าวในมาตรฐานต่าง ๆ หลักกฎหมายของหลายประเทศได้ให้การรับรองสิทธิของคนต่างด้าวตามสนธิสัญญาว่าเป็นสิทธิที่อาจบังคับได้โดยตรงทำนองเดียวกับกฎหมายภายใน แต่บางประเทศก็มิได้มีหลักเกณฑ์แจ้งชัดในเรื่องนี้ ซึ่งประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มประเทศฝ่ายหลังนี้ นอกจากสิทธิตามสนธิสัญญาแล้ว คนต่างด้าวยังมีสิทธิตามหลักกฎหมายระหว่างประเทศที่ได้กำหนดขอบเขตของการใช้อำนาจอธิปไตยในขณะเดียวกันก็ได้วางหลักเกณฑ์ให้ความเคารพต่อสิทธิของคนต่างด้าว ก่อให้เกิดเป็นทฤษฎีต่าง ๆ ที่ให้ความคุ้มครองแก่คนต่างด้าวทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น การรับรองฐานะของเอกชนในกฎหมายระหว่างประเทศ การให้ความคุ้มครองสิทธิที่ได้รับมาแล้วโดยชอบธรรม เป็นต้น รวมทั้งทฤษฎีเกี่ยวกับความรับผิดของรัฐ และมาตรฐานการปฏิบัติต่อคนต่างด้าว ซึ่งกฎหมายระหว่าง

---

[64] พงศ์ธร บุญอารีย์, **กฎหมายระหว่างประเทศ เล่ม 1 แผนกคดีเมืองและบุคคล** (นครปฐม: โรงเรียนนายร้อยตำรวจ, 2539), หน้า 410.

[65] *เรื่องเดียวกัน*, หน้า 410.

ประเทศนี้มีอิทธิพลต่อระบบกฎหมายภายในด้วยการจำกัดขอบเขตของรัฐธรรมนูญ ก่อให้เกิดกฎเกณฑ์เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของกฎหมายระหว่างประเทศกับรัฐธรรมนูญ[66]

สำหรับสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของรัฐนั้น เป็นข้อเรียกร้องของบุคคลที่จะได้รับการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย โดยเป็นการวางสถานะของคนต่างด้าวไว้ในฐานะเป็นผู้ทรงสิทธิ และรัฐเป็นผู้มีหน้าที่ที่จะต้องดำเนินการจัดให้มีการบริการรักษาพยาบาล เพื่อประโยชน์ทางสุขภาพแก่คนต่างด้าวที่เป็นผู้ทรงสิทธินั้น ซึ่งสิทธิดังกล่าวนี้เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ที่มีรากฐานมาจากศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ แต่จากสภาพความเป็นจริงทางสังคมของประชากรต่างด้าวนั้น พบว่า จัดอยู่ในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงหรือมีความเปราะบางในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของรัฐ ทั้งนี้เนื่องจากเป็นประชากรแฝงที่ไม่มีสัญชาติหรือไม่ได้ถือสัญชาติของรัฐที่ตนพำนักอาศัยอยู่ จึงมีความเสี่ยงต่อการถูกเลือกปฏิบัติโดยไม่เท่าเทียมกับคนชาติ โดยปัจจุบันการย้ายถิ่นข้ามประเทศ ถือเป็นปรากฏการณ์ที่มีความสำคัญในทางการเมือง สังคมและเศรษฐกิจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นเรื่องสิทธิมนุษยชน ซึ่งจากข้อมูลขององค์การระหว่างประเทศว่าด้วยการย้ายถิ่น (International Organization for Migration) ได้ประมาณการว่า ปัจจุบันมีประชากรที่เป็นผู้ย้ายถิ่นข้ามประเทศมากถึง 200 ล้านคนทั่วโลก และจากข้อมูลขององค์การแรงงานระหว่างประเทศพบว่ามีแรงงานข้ามชาติมากถึง 90 ล้านคน[67] ซึ่งแม้ว่ากลุ่มบุคคลเหล่านี้จะมีความผูกพันเรื่องสิทธิในสุขภาพกับประเทศที่ถือกำเนิดหรือถือสัญชาติ และประเทศที่เข้าพักอาศัยก็ตาม แต่บ่อยครั้งที่พบว่ากลุ่มบุคคลเหล่านี้ มักถูกจำกัดสิทธิในสุขภาพเพราะสาเหตุที่เป็นคนต่างด้าว ถูกเลือกปฏิบัติจากรัฐ ประสบกับปัญหาอุปสรรคทางด้านภาษาและวัฒนธรรม สถานะทางกฎหมาย และในขณะเดียวกันก็ต้องเผชิญกับปัญหาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การไม่มีเอกสารสำคัญสำหรับตัวบุคคล การเข้าเมืองผิดกฎหมาย และการอยู่ในสถานกักกัน เป็นต้น ซึ่งการคุ้มครองสุขภาพคนต่างด้าวนั้น ปัจจุบันรัฐต่าง ๆ จะดำเนินการตามพันธกรณีของกฎหมายระหว่างประเทศ หรือกฎหมายภายในที่รัฐตราขึ้น โดยทั่วไปรัฐจะไม่จัดให้มีการคุ้มครองสุขภาพที่เทียบเท่ากับพลเมืองหรือผู้ถือสัญชาติของรัฐ แต่ส่วนใหญ่มักจะกำหนดความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับคนต่างด้าวเป็นไปในลักษณะ “การรักษาพยาบาลที่จำเป็น” (Essential Care) หรือ “การบริการสุขภาพในกรณีฉุกเฉิน” (Emergency Health Care) เท่านั้น แต่ในปัจจุบันหลายประเทศได้ให้ความคุ้มครองโดยขยายไปถึงการปฏิบัติโดยเคารพในสิทธิและการออกกฎหมายป้องกันการเลือกปฏิบัติในคนกลุ่มนี้ด้วย

แต่อย่างไรก็ตาม การที่รัฐมีความผูกพันตามอำนาจแห่งกฎหมายทั้งที่เป็นอำนาจแห่งกฎหมายมหาชนระหว่างประเทศ และอำนาจแห่งกฎหมายมหาชนภายในประเทศ ในอันที่จะต้องให้

---

[66] *เรื่องเดียวกัน,* หน้า 411.

[67] International Organization for Migration, *op. cit.*, p. 49.

ความคุ้มครองคนต่างด้าวนั้น มีปัญหาว่าควรใช้มาตรฐานใดในการปฏิบัติต่อคนต่างด้าวซึ่งเดินทางเข้ามาหรืออยู่ในรัฐ ซึ่งยังคงเป็นข้อถกเถียงทางวิชาการที่ยังไม่ได้ข้อยุติ ทั้งนี้เนื่องจากยังมีแนวปฏิบัติของบางรัฐที่มองว่าคนต่างด้าวซึ่งสมัครใจเดินทางเข้ามาหรืออาศัยอยู่หรือดำเนินธุรกิจในรัฐของตนต้องอยู่ภายใต้การปฏิบัติและการคุ้มครองเยี่ยงคนชาติของรัฐนั้นเท่านั้น คนต่างด้าวไม่ควรได้รับสิทธิหรือการคุ้มครองพิเศษหรือนอกเหนือจากที่รัฐให้แก่คนชาติของตนเพราะจะเป็นการขัดต่อหลักความเสมอภาคทางกฎหมายของรัฐนั้นเว้นเสียแต่จะมีความตกลงพิเศษเป็นอย่างอื่นกับรัฐเจ้าของสัญชาติของคนต่างด้าวนั้น ในขณะที่แนวปฏิบัติของรัฐอีกกลุ่มหนึ่งมองว่า เนื่องจากมาตรฐานในการปฏิบัติต่อคนชาติของรัฐแต่ละรัฐนั้นแตกต่างและเหลื่อมล้ำกัน จึงควรมีมาตรฐานขั้นต่ำในทางระหว่างประเทศเพื่อคุ้มครองคนต่างด้าวซึ่งเดินทางเข้ามาหรืออาศัยอยู่หรือดำเนินธุรกิจในรัฐซึ่งมีมาตรฐานในการปฏิบัติและคุ้มครองคนต่างด้าวต่ำกว่ามาตรฐานขั้นต่ำในทางระหว่างประเทศ ดังนั้นมาตรฐานในการปฏิบัติต่อคนต่างด้าวที่รัฐถือปฏิบัติกันอยู่ในปัจจุบันคือ มาตรฐานการปฏิบัติเยี่ยงคนชาติ และมาตรฐานขั้นต่ำในทางระหว่างประเทศ[68] ดังนี้

1. มาตรฐานการปฏิบัติเยี่ยงคนชาติ (National Treatment Standard)

มาตรฐานการปฏิบัติเยี่ยงคนชาติได้รับการสนับสนุนจากทั้งนักกฎหมายระหว่างประเทศตลอดทั้งแนวปฏิบัติของรัฐหลายรัฐโดยเฉพาะอย่างยิ่งรัฐต่าง ๆ ในทวีปอเมริกาใต้ซึ่งสนับสนุนการปฏิบัติต่อคนต่างด้าวเยี่ยงคนชาติด้วยเหตุผลที่ว่า การให้สิทธิพิเศษแก่คนต่างด้าวเป็นการขัดต่อหลักการใช้อำนาจเหนือดินแดนของรัฐและหลักความเสมอภาคของคนในชาติภายใต้กฎหมายภายในของรัฐ ซึ่งหลักการใช้มาตรฐานการปฏิบัติต่อคนต่างด้าวเยี่ยงคนชาตินี้ เป็นที่รู้จักกันในกลุ่มประเทศละตินอเมริกาว่าเป็นไปตามทฤษฎี “calvo” (Calvo Doctrine) ที่ถือว่าคนต่างด้าวไม่ควรมีสิทธิพิเศษใด ๆ นอกเหนือไปจากสิทธิที่รัฐให้แก่คนชาติของตน ทั้งนี้มิได้หมายความว่า คนต่างด้าวจะต้องมีสิทธิทุกประการเช่นที่คนชาติพึงมี แต่โดยทั่วไปจะได้รับสิทธิขั้นพื้นฐาน เช่น สิทธิในเนื้อตัวร่างกาย ทรัพย์สิน หรือแม้แต่เกียรติยศและชื่อเสียง ดังนั้นรัฐที่คนต่างด้าวเดินทางเข้าไปหรืออาศัยอยู่หรือประกอบธุรกิจจะจำกัดสิทธิบางอย่างของคนต่างด้าวที่มีลักษณะเป็นสิทธิสำคัญขั้นพื้นฐานของมนุษย์หรือสิทธิมนุษยชนไม่ได้

2. มาตรฐานขั้นต่ำในทางระหว่างประเทศ (International Minimum Standard)

เนื่องจากมาตรฐานในการปฏิบัติต่อคนต่างด้าวของรัฐแต่ละรัฐแตกต่างกันแลรัฐบางรัฐก็ปฏิบัติต่อคนต่างด้าวในลักษณะที่รัฐอื่น ๆ เห็นว่าเป็นการปฏิบัติที่ด้อยกว่าที่รัฐต่าง ๆ จะยอมรับได้ ถึงแม้รัฐจะไม่มีสิทธิเรียกร้องหรือบังคับให้รัฐอื่นต้องปฏิบัติต่อคนต่างด้าวในมาตรฐานเดียวกันกับที่รัฐ

---

[68] จุมพต สายสุนทร, **กฎหมายระหว่างประเทศ เล่ม 2** (กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2556), หน้า 214.

นั้นใช้ในการปฏิบัติต่อคนต่างด้าวก็ตาม แต่ก็เป็นที่ยอมรับของรัฐส่วนใหญ่ว่ารัฐมีสิทธิที่จะเรียกร้องต่อรัฐซึ่งปฏิบัติต่อคนต่างด้าวต่ำกว่ามาตรฐานขั้นต่ำในทางระหว่างประเทศในการปฏิบัติต่อคนต่างด้าว ประเทศที่พัฒนาแล้วโดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศในยุโรปตะวันตกและสหรัฐอเมริกาได้สนับสนุนการกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำในทางระหว่างประเทศเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ขั้นต่ำสำหรับรัฐต่าง ๆ ในการปฏิบัติต่อคนต่างด้าว โดยประเทศเหล่านี้มักมีคนชาติของตนเดินทางไปลงทุนในรัฐอื่น ๆ เป็นจำนวนมาก การยอมรับให้รัฐใช้มาตรฐานการปฏิบัติเยี่ยงคนชาติซึ่งต่ำกว่ามาตรฐานขั้นต่ำในทางระหว่างประเทศเป็นเกณฑ์ในการปฏิบัติต่อคนต่างด้าวย่อมทำให้คนต่างด้าวและรัฐเจ้าของสัญชาติของคนต่างด้าวนั้นได้รับความเสียหาย

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า คนต่างด้าว เป็นบุคคลที่ได้รับการจัดสรรสถานะตามกฎหมายว่าด้วยสัญชาติของแต่ละประเทศ โดยมีหลักการที่สำคัญคือ รัฐเป็นผู้ให้สัญชาติ บุคคลเป็นผู้รับสัญชาติ และสัญชาติเป็นเครื่องผูกมัดระหว่างบุคคลกับรัฐ ซึ่งการที่บุคคลจะได้สัญชาติของรัฐนั้น จำแนกออกได้เป็นการได้สัญชาติมาโดยการเกิด ได้แก่ การถือตามหลักสืบสายโลหิต และหลักดินแดน ประเภทหนึ่ง และอีกประเภทหนึ่งคือ การได้สัญชาติภายหลังการเกิด ได้แก่ การแปลงสัญชาติ การสมรสกับคนต่างด้าว การได้สัญชาติเดิมคืน และการเปลี่ยนแปลงอธิปไตยเหนือดินแดน ดังนั้นการที่บุคคลมิได้มีสัญชาติของรัฐหนึ่งรัฐใด หรือมีสัญชาติของรัฐหนึ่งแต่เดินทางออกนอกพรมแดนของรัฐที่ตนถือสัญชาติและเข้าไปอาศัยอยู่ในอีกรัฐหนึ่ง ทำให้บุคคลดังกล่าวเป็นผู้ไม่มีสัญชาติของรัฐเจ้าของประเทศที่เข้าไปอยู่อาศัยนั้น ซึ่งในทางกฎหมายว่าด้วยสัญชาติไม่ยอมรับว่าบุคคลเหล่านี้เป็นพลเมืองของรัฐ และเรียกบุคคลเหล่านี้ว่า “คนต่างด้าว” ซึ่งมีฐานะเป็นเพียงผู้อาศัยภายในดินแดนแห่งรัฐ มิได้มีฐานะเทียบเท่าพลเมืองของรัฐที่ถือว่าเป็นเจ้าของบ้านหรือเจ้าของประเทศ ส่งผลให้การกำหนดสิทธิสำหรับบุคคลเหล่านี้แตกต่างกับพลเมืองของรัฐ ทั้งนี้เพื่อคุ้มครองประโยชน์ของรัฐเป็นสำคัญ สำหรับสิทธิของบุคคลต่างด้าวจะมีประการใดบ้างและมีมากน้อยเพียงใดย่อมขึ้นอยู่กับความเหมาะสมที่แต่ละรัฐจะพิจารณาเห็นสมควร แต่โดยหลักทั่วไปซึ่งเป็นที่ยอมรับกันในระดับสากลคือ การให้สิทธิขั้นพื้นฐาน (Fundamental Rights) แต่อย่างไรก็ตามก็เป็นที่ยอมรับกันว่า สิทธิบางประการเป็นสิทธิที่รัฐสามารถจำกัดหรือไม่กำหนดให้สิทธิแก่คนต่างด้าวได้เพื่อประโยชน์และความมั่นคงของรัฐ ได้แก่ สิทธิในทางการเมือง สิทธิในการประกอบธุรกิจ อาชีพและวิชาชีพ สิทธิในการมีกรรมสิทธิ์ในที่ดิน สิทธิในการมีถิ่นที่อยู่อาศัย และสิทธิตามกฎหมายมหาชนอื่น ๆ ที่รัฐเห็นสมควรจำกัดหรือสงวนไว้สำหรับพลเมืองของรัฐเท่านั้น สำหรับสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลนั้น เป็นข้อเรียกร้องของปัจเจกบุคคลที่ต่อรัฐในการได้รับการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย และการเข้าถึงยารักษาโรค ซึ่งถือได้ว่าเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญที่จะทำให้บุคคลเข้าถึงการมีสุขภาพอนามัยที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นปกติสุข ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บเบียดเบียน จึงเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคลที่จะมีชีวิตอยู่อย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ นอกจากนี้ก็มิใช่สิทธิที่อาจถูกจำกัดได้ เพราะมิได้มีความกระทบกระเทือน

ต่อความดำรงอยู่ของรัฐดังเช่นกรณีของสิทธิทางการเมือง หรือสิทธิในการมีกรรมสิทธิ์หรือถือครองที่ดิน อันเป็นสิทธิที่อาจกระทบกระเทือนต่อความมั่นคงแห่งรัฐ ดังนั้นสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของรัฐ จึงเป็นสิทธิที่บุคคลสามารถได้รับการรับรองสิทธินี้ได้ แม้ว่าบุคคลนั้นจะมิได้เป็นพลเมืองของรัฐ แต่มีสถานะเป็นเพียงคนต่างด้าวก็ตาม

บทที่ 3

สิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าวตามกฎหมายระหว่างประเทศ และกฎหมายของต่างประเทศ

การศึกษาเกี่ยวกับสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าวนั้น นอกจากการศึกษาถึงแนวคิดและทฤษฎีอันเป็นรากฐานที่มาแห่งสิทธิแล้ว การศึกษาถึงการรับรองสิทธิตามบทบัญญัติของกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ถือได้ว่าเป็นสิ่งสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงการมีอยู่ของสิทธิ การยอมรับสถานะแห่งสิทธิให้มีสถานะเป็นสิทธิตามกฎหมาย (Legal Rights) อันก่อให้เกิดความผูกพันหรือหน้าที่ตามกฎหมายในการคุ้มครองสิทธิดังกล่าว ซึ่งในบทนี้ได้นำเสนอถึงการรับรองสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าวที่ปรากฏตามกฎหมายระหว่างประเทศ และตามระบบกฎหมายของต่างประเทศ แยกพิจารณาได้ดังต่อไปนี้

3.1 สิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าวตามกฎหมายระหว่างประเทศ

กฎหมายระหว่างประเทศ ถือได้ว่าเป็นเอกสารสำคัญในทางระหว่างประเทศที่มีผลผูกพันประเทศภาคีสมาชิกให้ต้องเคารพและปฏิบัติตามพันธกรณีที่มีต่อกันดังที่ได้ให้ไว้ตามความตกลงร่วมหรือการให้สัตยาบันแก่ข้อตกลงร่วมดังกล่าว ซึ่งกฎหมายระหว่างประเทศนั้นมีหลายฉบับที่ได้ให้การรับรองสิทธิของบุคคลในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลไว้ แสดงให้เห็นการยืนยันถึงความมีตัวตนของบุคคลทุกคนในสังคมโลก และเป็นการรับรองสิทธิของบุคคลที่จะสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลของรัฐได้ โดยเป็นสิทธิที่มีความเป็นสากลที่นานาประเทศได้ให้การรับรองไว้ให้มีสถานะเป็นสิทธิตามกฎหมาย ในการนำไปสู่การมีสุขภาพที่สมบูรณ์ แข็งแรงของบุคคล สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้โดยปกติสุข ปราศจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพ หรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่า กฎหมายระหว่างประเทศ ถือเป็นบ่อเกิดแห่งสิทธิในทางระหว่างประเทศของบุคคลที่สะท้อนให้เห็นถึงสิทธิที่มีความเป็นสากลและบุคคลสามารถอ้างสิทธิดังกล่าวได้ไม่ว่าจะอยู่ ณ ที่ใดในสังคมโลก ซึ่งการรับรองสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าวตามกฎหมายระหว่างประเทศที่ประเทศไทยเป็นภาคี มีดังต่อไปนี้

1. ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน
2. กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม

3. อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก
4. ปฏิญญาอาเซียนว่าด้วยสิทธิมนุษยชน
5. แถลงการณ์แห่งอัลมา-แอตา ว่าด้วยการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน

3.1.1 ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน

ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights) เป็นเอกสารสำคัญในทางจารีตประเพณีระหว่างประเทศซึ่งแสดงให้เห็นถึงการรับรองสถานะความเป็นมนุษย์ของบุคคลที่มีความเป็นสากล หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ เป็นกฎหมายสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศ (International Human Rights Law) ที่รับรองให้สิทธิมนุษยชนเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของความเป็นมนุษย์ ที่ต้องได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายระหว่างประเทศ และบุคคลทุกคนไม่ว่าจะอยู่ประเทศใด หรือมีเชื้อชาติใด ย่อมได้รับความคุ้มครองสิทธิตามปฏิญญานี้ เพื่อให้ประเทศต่าง ๆ ผูกพันในความเป็นสากลของสิทธิมนุษยชน และต้องให้ความคุ้มครองแก่บุคคลทุกคนโดยเท่าเทียมกัน มิใช่เฉพาะบุคคลที่เป็นพลเมืองของรัฐเท่านั้น ทั้งนี้ โดยไม่ต้องคำนึงถึงว่าประเทศนั้น ๆ จะได้ลงนามให้สัตยาบันแก่อนุสัญญาหรือสนธิสัญญาที่กำหนดความคุ้มครองแก่สิทธิมนุษยชนดังกล่าวไว้แล้วหรือไม่

ในการบัญญัติปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน มีรากฐานของแนวความคิด (Conceptual) หรือปรัชญา (Philosophy) ที่อยู่เบื้องหลังบทบัญญัติแห่งปฏิญญานี้ ประกอบด้วยแนวความคิด 3 กระแสหลัก[69] คือ แนวความคิดกฎหมายธรรมชาติ แนวความคิดสังคมนิยม และแนวความคิดชาตินิยม กล่าวคือ

แนวความคิดกฎหมายธรรมชาติ (Natural Law) เป็นแนวความคิดที่ได้รับอิทธิพลจากปรัชญาตะวันตก สะท้อนผ่านคำปรารภของปฏิญญานี้ ซึ่งได้กล่าวถึง “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” ไว้ว่า “ด้วยเหตุที่การยอมรับศักดิ์ศรีประจำตัวและสิทธิซึ่งเสมอกันและไม่อาจโอนแก่กันได้ของสมาชิกทั้งปวงแห่งครอบครัวมนุษย์ . . .” เป็นการสะท้อนแนวความคิดที่ว่า “ศักดิ์ศรี” เป็นสิ่งที่ติดตัวมนุษย์และเป็นสิทธิอันเท่าเทียมที่มิอาจพรากโอนได้ของมนุษย์ นอกจากนี้ในข้อ 1 ได้บัญญัติไว้ว่า “มนุษย์ทุกคนเกิดมาเป็นอิสระและเท่าเทียมกันในศักดิ์ศรีและสิทธิ” เป็นการสะท้อนแนวความคิดกฎหมายธรรมชาติของรุสโซ (J. Rousseau) ในเรื่อง “สัญญาประชาคม” (Social Contract) ที่มองว่า

---

[69] จรัญ โฆษณานันท์, **สิทธิมนุษยชนไร้พรมแดนมนุษย์** (กรุงเทพมหานคร: นิติธรรม, 2556), หน้า 293.

“มนุษย์เกิดมาเป็นอิสระเสรี แต่ทุกหนทุกแห่งเขาอยู่ในเครื่องพันธนาการ”[70] เป็นการยืนยันสภาวะความเป็นมนุษย์ในมุมมองของกฎหมายธรรมชาติที่สะท้อนผ่านบทบัญญัติแห่งปฏิญญานี้

แนวความคิดสังคมนิยม (Socialism) เป็นแนวความคิดเชิงอุดมการณ์ฝ่ายสังคมนิยมที่รวมไปถึงแนวความคิดรัฐนิยม (Statism) ด้วย ซึ่งมีปรากฏอยู่ในปฏิญญานี้หลายประการแรก กล่าวคือ ประการแรก เป็นแนวความคิดที่มองว่าปัจเจกชนมิได้มีชีวิตอยู่อย่างโดดเดี่ยวลำพัง แต่ดำรงชีวิตอยู่ในสภาวะแวดล้อมทางสังคมที่มีลักษณะเฉพาะ ซึ่งเป็นเครื่องกำหนดเงื่อนไขในการดำรงชีวิตของมนุษย์ แนวความคิดนี้สะท้อนผ่านบทบัญญัติข้อ 22 บัญญัติไว้ว่า “บุคคลทุกคนในฐานะที่เป็นสมาชิกของสังคม ต่างมีสิทธิในความมั่นคงทางสังคมและมีสิทธิในการได้มาซึ่งสิทธิทางเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรม . . .” ประการที่สอง เป็นแนวความคิดสังคมนิยมที่ได้นำเอาสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมมาบัญญัติไว้ให้มีสถานะเป็นสิทธิมนุษยชน ประการที่สาม เป็นแนวความคิดของประเทศสังคมนิยมในยุโรปตะวันออกที่เคลื่อนไหวให้ให้ยอมรับแนวคิดในเรื่อง หน้าที่ของปัจเจกชนต่อชุมชน และประการสุดท้าย เป็นแนวความคิดที่มองว่าสิทธิจะเป็นที่ยอมรับก็ต่อเมื่อมีการใช้ในลักษณะที่ไม่ขัดแย้งกับวัตถุประสงค์และหลักการของสหประชาชาติ[71]

แนวความคิดชาตินิยม (Nationalism) เป็นแนวความคิดที่พยายามปกป้องอธิปไตยของชาติให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยเป็นการต่อสู้เชิงความคิดเพื่อปกป้องอำนาจอธิปไตยแห่งรัฐด้วยการไม่ยอมรับและปฏิเสธแนวความคิดในเรื่องการบรรจุสิทธิในการร้องเรียนการละเมิดสิทธิมนุษยชนโดยเฉพาะต่อสหประชาชาติ สิทธิในการขบถ และสิทธิของชนกลุ่มน้อยในชาติ มิให้นำมาบัญญัติไว้ในปฏิญญานี้ เป็นการพยายามสร้างข้อความคิดพื้นฐานที่มองว่าสิทธิมนุษยชนเป็นเรื่องที่แต่ละประเทศต้องใส่ใจแก้ไขกันเอง มิใช่เป็นปัญหาสากลที่ประเทศอื่นจะยื่นมือเข้าแทรกแซงกิจการภายในโดยไม่ควร[72]

สำหรับบทบัญญัติของปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนที่มีผลเป็นการรับรองสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าวนั้น ปรากฏสาระสำคัญ ดังนี้

---

[70] *เรื่องเดียวกัน,* หน้า 294.

[71] *เรื่องเดียวกัน*, หน้า 295.

[72] *เรื่องเดียวกัน*, หน้า 296.

1. การรับรองสิทธิในความเท่าเทียมกันในศักดิ์ศรีและสิทธิของบุคคล โดยทุกคนได้รับการประสิทธิประสาทเหตุผลและมโนธรรม และควรปฏิบัติต่อกันอย่างฉันพี่น้อง[73] ซึ่งเป็นการวางอุดมการณ์แห่งเสรีภาพและความเท่าเทียมกันของบุคคล เป็นการรับรองความมีตัวตนของบุคคลโดยเชื่อมั่นว่ามนุษย์ทุกคนเป็นผู้มีเหตุผลและมโนธรรมในตนเอง การปฏิบัติต่อกันระหว่างเพื่อนมนุษย์จึงต้องคำนึงถึงสิทธิในความเท่าเทียมกันและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งไม่ว่าจะเป็นคนเชื้อชาติใด สัญชาติใด หรือมีภูมิลำเนาอยู่ ณ ที่ใดในโลกทุกคนล้วนเท่าเทียมกันในฐานะของความเป็นมนุษย์ คนต่างด้าวที่อาศัยอยู่ในดินแดนของรัฐอื่นก็ย่อมได้รับการรับรองสิทธิตามบทบัญญัติแห่งปฏิญญานี้ และรัฐเจ้าของดินแดนที่คนต่างด้าวเข้าไปอาศัยนั้นก็ต้องปฏิบัติการด้านการให้บริการรักษาพยาบาลต่อคนต่างด้าวโดยเคารพต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความเท่าเทียมกันเสมือนหนึ่งเป็นพลเมืองของรัฐ หรือปฏิบัติในลักษณะที่เรียกว่าปฏิบัติต่อกันฉันพี่น้องนั่นเอง

2. การรับรองให้บุคคลทุกคนมีสิทธิและเสรีภาพตามที่ระบุไว้ในปฏิญญานี้ โดยปราศจากการจำแนกความแตกต่างใด ๆ ไม่ว่าจะเป็นเชื้อชาติ สีผิว เพศ ภาษา ศาสนา ความคิดเห็นทางการเมืองหรือทางอื่น ๆ พื้นเพทางชาติหรือสังคม ทรัพย์สิน ถิ่นกำเนิด หรือสถานะอื่นใด นอกจากนี้การจำแนกข้อแตกต่างโดยอาศัยมูลฐานแห่งสถานะทางการเมือง ทางการศาล หรือทางการระหว่างประเทศของรัฐหรือดินแดนซึ่งบุคคลสังกัดจะกระทำมิได้ ทั้งนี้ไม่ว่าดินแดนดังกล่าวจะเป็นเอกราช อยู่ในความพิทักษ์ มิได้ปกครองตนเอง หรืออยู่ภายใต้การจำกัดอธิปไตยอื่นใด[74]

---

[73] Universal Declaration of Human Rights

Article 1

"All human beings are born free and equal in dignity and rights. They are endowed with reason and conscience and should act towards one another in a spirit of brotherhood."

[74] Article 2

"Everyone is entitled to all the rights and freedoms set forth in this declaration, without distinction of any kind, such as race, colour, sex, language, religion, political or other opinion, national or social origin, property, birth or other status. Furthermore, no distinction shall be made on the basis of the political, jurisdictional or international status of the country or territory to which a person belongs, whether it be independent, trust, non -self- governing or under any other limitation of sovereignty."

3. การรับรองให้บุคคลมีสิทธิในการดำรงชีวิต มีเสรีภาพ และมีความมั่นคงปลอดภัยของตนเอง[75]

4. การรับรองให้บุคคลทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการยอมรับว่าเป็นบุคคลในกฎหมายไม่ว่า ณ ที่ใด[76]

5. การรับรองให้บุคคลทุกคนเสมอภาคกันเบื้องหน้ากฎหมายและชอบที่จะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติใด ๆ และบุคคลทุกคนชอบที่จะได้รับความคุ้มครองอย่างเสมอหน้ากันจากการเลือกปฏิบัติใด ๆ อันเป็นการล่วงละเมิดปฏิญญานี้ และได้รับความคุ้มครองจากการกระทำอันเป็นการยุยงส่งเสริมให้เกิดการเลือกปฏิบัติเช่นว่านั้น[77]

6. การรับรองให้บุคคลมีสิทธิในมาตรฐานการครองชีพที่เพียงพอสำหรับสุขภาพ และความอยู่ดีของตนและครอบครัว รวมทั้งอาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย การรักษาพยาบาล และบริการสังคมที่จำเป็น รวมถึงสิทธิในความมั่นคงกรณีเกิดการเจ็บป่วยและพิการด้วย[78]

---

[75] Article 3

"Everyone has the right to life, liberty and security of person."

[76] Article 6

"Everyone has the right to recognition everywhere as a person before the law."

[77] Article 7

"All are equal before the law and are entitled without any discrimination to equal protection of the law. All are entitled to equal protection against any discrimination in violation of this declaration and against any incitement to such discrimination."

[78] Article 25 (1)

"Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family, including food, clothing, housing and medical care and necessary social services, and the right to security in the event of unemployment, sickness, disability, widowhood, old age or other lack of livelihood in circumstances beyond his control."

7. การรับรองให้มารดาและบุตรมีสิทธิที่จะรับการดูแลและได้รับการช่วยเหลือเป็นพิเศษ ซึ่งเด็กทั้งหลายไม่ว่าจะเป็นบุตรในหรือนอกสมรสมีสิทธิได้รับการคุ้มครองทางสังคมเช่นเดียวกัน[79]

การรับรองสิทธิดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นถึงสถานะแห่งสิทธิของคนต่างด้าวที่ปฏิญญานี้ได้ให้การรับรองความมีตัวตนตามกฎหมายไม่ว่าจะอยู่ ณ ที่ใดในโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลนั้น ได้มีการบัญญัติรับรองไว้ในปฏิญญานี้อย่างชัดเจน ซึ่งบุคคลทุกคนมีสิทธิที่จะเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของรัฐที่ตนอาศัยอยู่โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติและมีสิทธิที่จะได้รับการปฏิบัติอย่างเหมาะสมหรือสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ทั้งนี้ สะท้อนให้เห็นถึงการรับรองสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของบุคคล ซึ่งมีลักษณะเป็นสากลและผูกพันอยู่กับความเป็นมนุษย์โดยไม่จำกัดเพียงเส้นเขตแดนแห่งรัฐ และในขณะเดียวกันรัฐย่อมมีความผูกพันตามปฏิญญานี้ ในฐานะกฎหมายระหว่างประเทศที่จะต้องให้การรับรองและคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลแก่คนต่างด้าวแม้ว่าจะมิใช่พลเมืองของรัฐก็ตาม

แต่อย่างไรก็ตาม ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนนี้ ไม่ใช่สนธิสัญญา (Treaty) เป็นแต่เพียงตราสารที่ได้รับการรับรองจากสมัชชาทั่วไปของสหประชาชาติในรูปของมติ (Resolution) นักนิติศาสตร์บางฝ่ายจึงมีความเห็นว่าปฏิญญานี้ไม่มีสถานะทางกฎหมาย และไม่มีอำนาจบังคับทางกฎหมายโดยตัวเอง แต่ปฏิญญานี้ก็มีผลบังคับในทางอ้อมโดยเป็นหลักการที่มีความชอบธรรมซึ่งใช้ประกอบการตีความกฎบัตรสหประชาชาติ โดยได้รับการยอมรับจากสมัชชาและนักนิติศาสตร์บางฝ่ายให้ถือเป็นส่วนหนึ่งแห่งกฎหมายสหประชาชาติ (Law of the United Nations) นอกจากนี้นักนิติศาสตร์บางฝ่ายยังมีความเห็นว่าปฏิญญานี้เป็นส่วนหนึ่งของ “หลักกฎหมายทั่วไป” (General Principles of Law) แต่ในปัจจุบันปฏิญญานี้ได้รับการยอมรับโดยทั่วไปว่ามีสถานะเป็นกฎหมายจารีตประเพณีระหว่างประเทศ (International Customary Law) ทั้งนี้เนื่องจากปรากฏข้อเท็จจริงในทางปฏิบัติของรัฐ (State Practice) ที่สืบเนื่องต่อกันมาจำนวนมากและเป็นระยะเวลานานเป็นหลักฐานสำคัญที่ชี้ให้เห็นถึงการยอมรับปฏิญญานี้และนำไปปฏิบัติในประเทศต่าง ๆ ดังนั้นปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนจึงมีสภาพผูกมัดทางกฎหมายต่อทุกประเทศไม่ว่าจะเป็นประเทศสมาชิกของสหประชาชาติหรือไม่ก็ตาม[80]

---

[79] Article 25 (2)

“Motherhood and childhood are entitled to special care and assistance. All children, whether born in or out of wedlock, shall enjoy the same social protection.”

[80] จรัญ โฆษณานันท์, *เรื่องเดิม,* หน้า 296-298.

3.1.2 กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม

กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) ถือได้ว่าเป็นกฎหมายสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศในรูปของสนธิสัญญา โดยบทบัญญัติในกติกานี้ส่วนใหญ่นำมาจากปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน และมีการเพิ่มเติมในเนื้อหารายละเอียดเกี่ยวกับสิทธิต่าง ๆ มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งมุ่งเน้นการให้ความสำคัญกับหลักความเคารพต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อันมีที่มาโดยธรรมชาติ เป็นสิทธิที่มีความเสมอภาค และไม่อาจพรากโอนได้ ซึ่งสะท้อนผ่านบทบัญญัติในคำปรารภของกติกานี้ แต่บทบัญญัตินอกเหนือจากคำปรารภดังกล่าวแล้ว มีโครงสร้างของเนื้อหาแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้[81]

ส่วนที่ 1 ว่าด้วยโครงสร้างสาระสำคัญเกี่ยวกับสิทธิในการกำหนดเจตจำนงของตนเอง

ส่วนที่ 2 ว่าด้วยโครงสร้างสาระสำคัญเกี่ยวกับการวางหลักเรื่องพันธะหน้าที่ทางกฎหมายของรัฐภายใต้กติกานี้ในการดำเนินการต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุซึ่งสิทธิ หลักการไม่เลือกปฏิบัติ หลักความเสมอภาค การจำกัดสิทธิต้องเป็นไปตามกฎหมายและเป็นไปเพื่อวัตถุประสงค์ในการส่งเสริมสวัสดิสุขทั่วไปในสังคมประชาธิปไตยเท่านั้น

ส่วนที่ 3 ว่าด้วยโครงสร้างสาระสำคัญเกี่ยวกับสิทธิที่มีลักษณะเฉพาะต่าง ๆ

ส่วนที่ 4 ว่าด้วยโครงสร้างสาระสำคัญเกี่ยวกับระบบการดูแลตรวจสอบให้มีการปฏิบัติตามกติกานี้ ความผูกพันในการทำรายงานเสนอของรัฐภาคี และการมีสภาพบังคับใช้ของกติกานี้

สำหรับบทบัญญัติของกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมที่มีผลเป็นการรับรองสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าวนั้น ปรากฏสาระสำคัญ ดังนี้

1. การรับรองสิทธิของบุคคลทุกคนที่จะมีชีวิตอยู่โดยมีมาตรฐานทางสุขภาพที่สูงที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต[82]

---

[81] *เรื่องเดียวกัน*, หน้า 313-314.

[82] International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights

Article 12

"1. The States Parties to the present Covenant recognize the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health"

2. การวางกรอบขั้นตอนให้กับรัฐภาคีในการดำเนินงานเพื่อให้สิทธิในสุขภาพของบุคคลสามารถบรรลุผลเป็นจริงได้โดยสมบูรณ์ ซึ่งประกอบด้วยการดำเนินงานที่จำเป็นต่าง ๆ ดังต่อไปนี้[83]

1) การแสวงหาหนทางในการลดอัตราการเกิดไร้ชีพ (Stillbirth-Rate) การเสียชีวิตในเด็กแรกเกิด (Infant Mortality) และการพัฒนาสุขภาพของเด็ก

2) การปรับปรุงสุขอนามัยของอุตสาหกรรมและสิ่งแวดล้อม

3) การป้องกัน บำบัดรักษา และควบคุมโรคระบาด (Epidemic) โรคประจำถิ่น (Endemic) โรคจากการประกอบอาชีพ (Occupational Diseases) และโรคอื่น ๆ

4) การสร้างภาวะที่จะนำไปสู่การมีหลักประกันการบริการทางการแพทย์ทั้งปวง และการเอาใจใส่ดูแลในการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย

ภายใต้บทบัญญัติดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นถึงการรับรองสถานะแห่งสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของบุคคลซึ่งได้รับการคุ้มครองตามกติกานี้ ถือเป็นพันธกรณีระหว่างประเทศที่รัฐภาคีมีความผูกพันที่จะต้องให้การรับรองสิทธินี้ โดยมีกรอบขั้นตอนการดำเนินงานในเรื่องต่าง ๆ ที่จำเป็นในการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย และการสร้างภาวะที่จะนำไปสู่การมีหลักประกันในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ รวมถึงการเอาใจใส่ดูแลในการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย สำหรับการสร้างหลักประกันทางการแพทย์นี้ ถือได้ว่าเป็นหัวใจสำคัญที่จะนำไปสู่การมีหลักประกันในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของบุคคลทุกคนที่เป็นไปโดยเสมอภาคภายใต้กติกานี้ ซึ่งรัฐภาคีมีพันธกรณีที่จะต้องปฏิบัติต่อบุคคลที่อยู่ภายในดินแดนแห่งรัฐโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ (Non-Discrimination) เพราะเหตุสถานะที่แตกต่างกันไม่ว่าจะเป็นเชื้อชาติ สีผิว เพศ ภาษา ศาสนา ความคิดเห็นทางการเมืองหรือทางอื่น สัญชาติ ฐานะทางสังคม ทรัพย์สิน ถิ่นกำเนิด หรือสถานะอื่น ๆ ของ

---

[83] Article 12

"2. The steps to be taken by the States Parties to the present Covenant to achieve the full realization of this right shall include those necessary for:

(a) The provision for the reduction of the stillbirth-rate and of infant mortality and for the healthy development of the child;

(b) The improvement of all aspects of environment and industrial hygiene;

(c) The prevention, treatment and control of epidemic, endemic, occupational and other diseases;

(d) The creation of condition would assure to all medical service and medical attention in the event of sickness."

บุคคล[84] และเนื่องจากกติกานี้เป็นเอกสารระหว่างประเทศที่จัดทำขึ้นในรูปของสนธิสัญญา จึงมีสถานะเป็นกฎหมายระหว่างประเทศที่มีผลผูกพันรัฐภาคีในทางระหว่างประเทศโดยสมบูรณ์ สิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลที่รับรองไว้ในกติกานี้จึงมีสถานะเป็นสิทธิตามกฎหมายระหว่างประเทศที่มีความเป็นสากลและรัฐภาคีมีพันธกรณีที่จะต้องผูกพันในสิทธินี้ รวมถึงต้องดำเนินการต่าง ๆ ภายในรัฐเพื่อให้สิทธินี้สามารถเกิดขึ้นและบรรลุผลได้จริงในทางปฏิบัติของรัฐ

3.1.3 อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก ค.ศ. 1989

อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก ค.ศ. 1989 (Convention on the Rights of the Child) เป็นกฎหมายระหว่างประเทศที่จัดทำขึ้นในรูปของอนุสัญญา (Convention) ซึ่งแต่เดิมก่อนที่จะมีการจัดทำอนุสัญญาฉบับนี้ ประเทศต่าง ๆ ได้มีความพยายามในการปกป้องคุ้มครองสิทธิหรือผลประโยชน์ของเด็ก โดยมีการบัญญัติไว้เป็นส่วนหนึ่งของปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนและกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม แต่เป็นเพียงการบัญญัติแทรกไว้เพียงบางส่วนในกฎหมายระหว่างประเทศทั้งสองฉบับนี้เท่านั้น จึงยังคงมีข้อจำกัดของการรับรองสิทธิทำให้ไม่สามารถปกป้องคุ้มครองเด็กได้เท่าที่ควร ดังนั้นประเทศต่าง ๆ จึงเห็นพ้องต้องกันที่จะจัดทำกฎหมายสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศในการปกป้องคุ้มครองเด็กขึ้น และได้มีการบัญญัติอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กขึ้นเป็นการเฉพาะ ซึ่งสหประชาชาติได้มีมติรับรองเมื่อปี ค.ศ. 1989 และมีผลใช้บังคับเมื่อปี ค.ศ. 1990[85]

พัฒนาการของแนวความคิดในการจัดทำอนุสัญญานี้ เริ่มจากกระแสแนวความคิดพื้นฐานของกฎหมายเพื่อสังคม (Social Legislation) ซึ่งเป็นแนวความคิดที่เกิดขึ้นภายหลังการปฏิวัติอุตสาหกรรม ประกอบกับแนวความคิดว่าด้วยสิทธิสตรี ถือได้ว่าเป็นกระแสของแนวความคิดที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมุมมองของกฎหมายที่คำนึงถึงสถานะทางกฎหมายของเด็กมากยิ่งขึ้น ภายใต้แนวความคิดดังกล่าวก่อให้เกิดการเคลื่อนไหวในเรื่องอำนาจปกครองบุตรของบิดามารดาให้มีความเสมอภาค มีการกำหนดหน้าที่ของบิดามารดาในการปกป้องดูแลบุตร การเสนอให้มีการศึกษาภาคบังคับ การตรากฎหมายควบคุมการใช้แรงงานเด็ก กฎหมายปราบปรามการค้าสตรีและเด็ก การปฏิรูปกระบวนการยุติธรรมในคดีเกี่ยวกับเยาวชน รวมถึงการตรากฎหมายลงโทษบิดามารดาที่กระทำทารุณโหดร้ายต่อบุตร ต่อมาในช่วงก้าวเข้าสู่ศตวรรษที่ 20 เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญทางแนวความคิดในเรื่องสถานภาพของเด็กโดยมีการยอมรับต่อภาวะที่เป็นอิสระ (Independent Entity) มากขึ้น ดังปรากฏในกรณีที่สันนิบาตชาติได้มีมติรับรองปฏิญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก ค.ศ. 1924

---

[84] จรัญ โฆษณานันท์, *เรื่องเดิม,* หน้า 318.

[85] *เรื่องเดียวกัน*, หน้า 363.

โดยปฏิญญานี้มีจุดมุ่งหมายปกป้องคุ้มครองเด็กจากความอดอยาก หิวโหย และความต้องการด้านอื่น ๆ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าปฏิญญานี้ ถือเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างวาทกรรม “สิทธิเด็ก” ที่ปรากฏขึ้นอย่างชัดเจนในสังคมโลก จากนั้นภายหลังสงครามโลกครั้งที่สอง สหประชาชาติก็ได้ตระหนักถึงสิทธิเด็กมากขึ้นและเห็นถึงความล้าหลังของปฏิญญาฉบับดังกล่าว จึงได้มีการจัดทำปฏิญญาฉบับใหม่ขึ้นและได้รับการรับรองโดยสมัชชาทั่วไปแห่งสหประชาชาติเมื่อปี ค.ศ. 1959 โดยปฏิญญาฉบับที่จัดทำขึ้นใหม่นี้ได้มีการวางพื้นฐานกรอบความคิดทางศีลธรรมและพัฒนาสู่การเป็นอนุสัญญาที่มีผลผูกพันนานาประเทศ ซึ่งต่อมาคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติได้เข้ามารับผิดชอบในการยกร่างอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กจนกระทั่งมีมติรับรองอนุสัญญานี้เมื่อปี ค.ศ. 1989 และมีผลใช้บังคับในปี ค.ศ. 1990 จนถึงปัจจุบัน ซึ่งภายใต้อนุสัญญานี้มีบทบัญญัติทั้งสิ้น 45 มาตรา ครอบคลุมประเด็นสิทธิมนุษยชนด้านต่าง ๆ อย่างกว้างขวาง ทั้งนี้ โดยยึดหลักการไม่อาจแบ่งแยกออกจากกันได้ (Indivisibility) ของสิทธิมนุษยชนประเภทต่าง ๆ ซึ่งคำว่า “เด็ก” ตามอนุสัญญานี้หมายถึง บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี (เว้นแต่บรรลุนิติภาวะแล้วตามกฎหมายที่ใช้บังคับ) มีสาระสำคัญเป็นการบัญญัติให้เด็กมีสิทธิต่าง ๆ ได้โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติใด ๆ ซึ่งคำนึงถึงเด็กเป็นสำคัญ หรือกล่าวได้ว่าเป็นองค์ประธาน (Subject) แห่งสิทธิ[86]

สำหรับบทบัญญัติของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กที่มีผลเป็นการรับรองสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของเด็กที่เป็นคนต่างด้าวนั้น ปรากฏสาระสำคัญ ดังนี้

1. รัฐภาคีต้องยอมรับสิทธิของเด็กที่จะได้รับมาตรฐานสาธารณสุขสูงที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และการให้ความช่วยเหลือสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อการรักษาอาการเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสุขภาพ นอกจากนี้รัฐภาคีต้องให้ประกันว่าไม่มีเด็กคนใดที่จะถูกลิดรอนสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพ[87]

2. รัฐภาคีจะต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดในการรับรองสิทธิซึ่งบัญญัติไว้ในอนุสัญญานี้อย่างเต็มที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะต้องดำเนินมาตรการที่เหมาะสมในเรื่องดังต่อไปนี้

---

[86] *เรื่องเดียวกัน*, หน้า 364.

[87] Convention on the Rights of the Child

Article 24

“1. States Parties recognize the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health and to facilities for the treatment of illness and rehabilitation of health. States parties shall strive to ensure that no child is deprived of his or her right of access to such health care services.”

1) ลดการเสียชีวิตของทารกและเด็ก

2) การให้หลักประกันเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือทางการแพทย์ที่จำเป็นและการดูแลสุขภาพเด็กทุกคนโดยเน้นการพัฒนาบริการสุขภาพขั้นปฐมภูมิ

3) การต่อสู้กับโรคภัยและทุพโภชนาการ รวมทั้งอยู่ภายในขอบข่ายของการบริการสุขภาพขั้นปฐมภูมิ ซึ่งนอกเหนือจากวิธีการอื่นแล้วยังดำเนินการโดยการใช้เทคโนโลยีที่มีอยู่พร้อมแล้ว และโดยการจัดหาอาหารที่ถูกหลักโภชนาการและน้ำดื่มที่สะอาดอย่างเพียงพอ ทั้งนี้ โดยพิจารณาถึงอันตรายและความเสี่ยงของมลภาวะแวดล้อม

4) การประกันให้มีการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมแก่มารดาทั้งก่อนและหลังคลอด

5) การประกันว่าทุกภาคส่วนของสังคม โดยเฉพาะบิดามารดาและเด็กจะได้รับข้อมูลข่าวสารและเข้าถึงสุขศึกษาและการสนับสนุนให้ใช้ความรู้พื้นฐานในเรื่องโภชนาการและสุขภาพเด็ก เรื่องประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยน้ำนมมารดา เรื่องอนามัยและสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม และเรื่องการป้องกันอุบัติเหตุ

6) พัฒนาการดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน การแนะแนวแก่บิดามารดา การให้บริการสุขศึกษาด้านการวางแผนครอบครัว[88]

---

[88] Article 24

"2. States Parties shall pursue full implementation of this right and, in particular, shall take appropriate measures:

(a) To diminish infant and child mortality;

(b) To ensure the provision of necessary medical assistance and health care to all children with emphasis on the development of primary health care;

(c) To combat disease and malnutrition, including within the framework of primary health care, though, inter alia, the application of readily available technology and through the provision of adequate nutritious foods and clean drinking – water, taking into consideration the dangers and risk of environmental pollution;

(d) To ensure appropriate pre-natal and post-natal health care for mothers;

(e) To ensure that all segments of society, in particular parents and children, are informed, have access to education and are supported in the use of

3. รัฐภาคีจะต้องดำเนินมาตรการที่มีประสิทธิผลและมีความเหมาะสม เพื่อที่จะขจัดทางปฏิบัติดั้งเดิมที่เป็นผลร้ายต่อสุขภาพเด็ก[89]

4. รัฐภาคีรับที่จะส่งเสริมและสนับสนุนความร่วมมือระหว่างประเทศ เพื่อให้สิทธิที่ได้รับการรับรองภายใต้อนุสัญญานี้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม และการพิจารณาในเรื่องนี้ความจำเป็นของประเทศกำลังพัฒนาจะได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษ[90]

ภายใต้บทบัญญัติแห่งอนุสัญญานี้ แสดงให้เห็นถึงการรับรองสิทธิของเด็กในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของรัฐ โดยเป็นการรับรองว่าสิทธินี้ถือเป็นสิทธิที่เด็กทุกคนได้รับการรับรองและคุ้มครองไม่ว่าจะอยู่ ณ ที่ใดในโลก และแม้ว่าเด็กจะมีสัญชาติของรัฐหรือเป็นคนต่างด้าวหรือแม้กระทั่งเป็นบุคคลไร้สัญชาติหรือไม่มีสัญชาติของรัฐใด ๆ ก็ตาม เด็กนั้นก็ย่อมมีสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลและได้รับการคุ้มครองสิทธิดังกล่าวภายใต้อนุสัญญานี้โดยเสมอภาคกันทั้งในด้านการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล และการได้รับหลักประกันทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งที่กล่าวมานี้เป็นเสมือนการรับรองสถานะแห่งสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล อันเป็นอุดมการณ์สูงสุดแห่งการมีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ แข็งแรง สำหรับเด็กทุกคนในโลก ที่ไม่อาจจำกัดด้วยเหตุผลเพียงเส้นพรมแดนแห่งรัฐ หรือด้วยเหตุผลของความเป็นพลเมืองแห่งรัฐที่คำนึงถึงการรับรองเกี่ยวกับสถานะของบุคคลคือการพิจารณาให้หรือไม่ให้สัญชาติของรัฐแก่เด็กเท่านั้น แต่คำนึงถึงสิทธิที่มีความเป็นสากลในการที่เด็กนั้นจะสามารถดำรงชีวิตหรือมีชีวิตอยู่อย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สามารถเข้าถึงการมีสุขภาพดี มีอนามัยที่สมบูรณ์ แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ การทุพพลภาพ และภัยคุกคามสุขภาพอื่น ๆ ตลอดจนเป็นความต้องการจำเป็นขั้นพื้นฐานของเด็กในเข้าถึงการพัฒนาที่

---

basic knowledge of child health and nutrition, the advantages of breastfeeding, hygiene and environmental sanitation and the prevention of accidents;

(f) To develop preventive health care, guidance for parents and family planning education and services”

[89] Article 24

“3. States parties shall take all effective and appropriate measures with a view to abolishing traditional practices prejudicial to the health of children.”

[90] Article 24

“4. States parties undertake to promote and encourage international co-operation with a view to achieving account shall be taken of the needs of developing countries.”

เหมาะสม ควบคู่ไปกับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถมีพัฒนาการตามวัยเจริญเติบโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ เพื่อสร้างสรรค์สิ่งต่าง ๆ ให้กับสังคมได้ในอนาคต

3.1.4 ปฏิญญาอาเซียนว่าด้วยสิทธิมนุษยชน

ปฏิญญาอาเซียนว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (ASEAN Human Rights Declaration) เป็นเอกสารสำคัญในทางระหว่างประเทศที่ 10 ประเทศสมาชิกในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้[91] ร่วมกันจัดทำขึ้น มีคณะกรรมาธิการระหว่างรัฐบาลอาเซียนว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (ASEAN Intergovernmental Commission on Human Rights: AICHR) ซึ่งได้รับมอบหมายจากที่ประชุมรัฐมนตรีต่างประเทศอาเซียน เป็นผู้ดำเนินการพิจารณายกร่างปฏิญญานี้ ภายใต้เจตนารมณ์ที่มุ่งหมายให้ปฏิญญานี้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาไปสู่การเป็นกรอบความร่วมมืออาเซียนว่าด้วยสิทธิมนุษยชนในอนาคต ซึ่งในการดำเนินการยกร่างนั้นคณะกรรมาธิการได้กำหนดขั้นตอนการดำเนินงานเป็น 2 ขั้นตอน กล่าวคือ ขั้นตอนแรก เป็นการพิจารณายกร่างปฏิญญาฯ ฉบับพื้นฐาน และขั้นตอนที่สอง เป็นการพิจารณาจัดทำปฏิญญาฯ ฉบับสุดท้าย และได้เสนอต่อที่ประชุมรัฐมนตรีต่างประเทศอาเซียนเมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2555 ซึ่งต่อมาผู้นำอาเซียนรวมถึงนายกรัฐมนตรีของประเทศไทยได้ให้การรับรองปฏิญญานี้ในการประชุมสุดยอดอาเซียนครั้งที่ 21 ที่กรุงพนมเปญ ประเทศกัมพูชา เมื่อวันที่ 18 พฤศจิกายน 2555 โดยมีเนื้อหาสาระสำคัญของปฏิญญานี้ประกอบด้วย 7 ส่วน ได้แก่ 1. อารัมภบท 2. หลักการทั่วไป 3. สิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง 4. สิทธิทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม 5. สิทธิในการพัฒนา 6. สิทธิในสันติภาพ และ 7. ความร่วมมือในการส่งเสริมและปกป้องสิทธิมนุษยชน[92]

---

[91] ประเทศสมาชิกในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ได้มีการรวมกลุ่มจัดตั้งเป็นสมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งประกอบด้วยชาติสมาชิก 10 ประเทศ ได้แก่ ประเทศไทย ประเทศเมียนม่าร์ ประเทศกัมพูชา ประเทศสิงคโปร์ ประเทศอินโดนีเซีย ประเทศมาเลเซีย ประเทศเวียดนาม ประเทศลาว ประเทศฟิลิปปินส์ และประเทศบรูไน ดารุสซาลาม มีนิติสัมพันธ์ในทางระหว่างประเทศภายใต้กฎบัตรอาเซียน (ASEAN Charter) และความตกลงหรือความร่วมมือระหว่างประเทศอื่น ๆ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาความสัมพันธ์และการดำเนินงานร่วมกันใน 3 ด้านหลัก ๆ ได้แก่ ด้านการเมืองความมั่นคง ด้านเศรษฐกิจการค้า และด้านสังคมวัฒนธรรม ซึ่งเรียกการรวมกลุ่มของประเทศสมาชิกดังกล่าวนี้ว่า “ประชาคมอาเซียน” (ASEAN COMMUNITY: AC)

[92] กระทรวงการต่างประเทศ, กรมอาเซียน, **ปฏิญญาอาเซียนว่าด้วยสิทธิมนุษยชน** (กรุงเทพมหานคร: กรมอาเซียน กระทรวงการต่างประเทศ, 2556), หน้า 4.

สำหรับบทบัญญัติของปฏิญญาอาเซียนว่าด้วยสิทธิมนุษยชนที่มีผลเป็นการรับรองสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าวนั้น ปรากฏสาระสำคัญ ดังนี้

1. รับรองให้บุคคลทุกคนเกิดมามีความเป็นอิสระและเสมอภาคกันในศักดิ์ศรีและสิทธิ มีเหตุผลและมโนธรรม และควรปฏิบัติต่อกันด้วยจิตวิญญาณแห่งความเป็นมนุษย์[93]

2. รับรองให้บุคคลทุกคนมีสิทธิและเสรีภาพทั้งปวงตามที่กำหนดไว้ในปฏิญญานี้ โดยปราศจากการแบ่งแยกไม่ว่าชนิดใด ๆ ไม่ว่าจะเป็นเชื้อชาติ เพศสภาพ อายุ ภาษา ศาสนา ความคิดเห็นทางการเมืองหรือทางอื่น พื้นเพทางชาติหรือสังคม สถานะทางเศรษฐกิจ การเกิด ความพิการ หรือสถานะอื่น[94]

3. รับรองให้บุคคลทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการยอมรับทุกแห่งหนว่าเป็นบุคคลตามกฎหมาย บุคคลทุกคนเสมอภาคกันตามกฎหมาย บุคคลทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองของกฎหมายเท่าเทียมกันโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ[95]

4. รับรองสิทธิของสตรี เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ แรงงานโยกย้ายถิ่นฐาน กลุ่มเปราะบางและกลุ่มชายขอบ เป็นสิทธิที่ไม่อาจเพิกถอนและเป็นส่วนเดียวกันของสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐานที่ไม่อาจแยกออกจากกันได้[96]

---

[93] ASEAN Human Rights Declaration

"1. All persons are born free and equal in dignity and rights. They are endow with reason and conscience and should act towards one another in a spirit of humanity."

[94] 2. Every person is entitled to the rights and freedoms set forth herein, without distinction of any kind, such as race, gender, age, language, religion, political or other opinion, national or social origin, economic status, birth, disability or other status.

[95] 3. Every person has the right of recognition everywhere as a person before the law. Every person is equal before the law. Every person is entitled without discrimination to equal protection of the law.

[96] 4. The rights of women, children, the elderly, and persons with disabilities, migrant workers, and vulnerable and marginalized groups are an inalienable, integral and indivisible part of human rights and fundamental freedoms.

5. รับรองให้บุคคลทุกคนมีสิทธิในการรักษาพยาบาล และบริการทางสังคมที่จำเป็น รวมถึงการเข้าถึงน้ำดื่มที่สะอาดปลอดภัยถูกสุขลักษณะ และการมีชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย สะอาดและยั่งยืน[97]

6. รับรองให้บุคคลทุกคนมีสิทธิที่จะมีสุขภาพ ทั้งทางกาย จิตใจ และอนามัยเจริญพันธุ์ในมาตรฐานสูงที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ และการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานที่สามารถซื้อหาได้และการเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกทางการแพทย์[98]

7. กำหนดให้รัฐสมาชิกอาเซียนจะต้องสร้างสภาพแวดล้อมที่ดีในการเอาชนะการตีตรา การนิ่งเงียบ การปฏิเสธ และการเลือกปฏิบัติในการป้องกัน การรักษา การดูแล และการสนับสนุนบุคคลที่ทุกข์ทรมานจากโรคติดต่อต่าง ๆ ซึ่งรวมถึงเอชไอวี/เอดส์[99]

ภายใต้การรับรองสิทธิในสุขภาพตามปฏิญญานี้ เป็นการรับรองให้กับบุคคลทุกคนซึ่งรวมถึงคนต่างด้าวด้วย โดยมีมโนทัศน์ทางกฎหมายที่มองว่าสิทธิในสุขภาพเป็นสิทธิที่มนุษย์ทุกคนมีอยู่ในฐานะของความเป็นมนุษย์ แต่อย่างไรก็ตามปฏิญญานี้ไม่ใช่สนธิสัญญาหรืออนุสัญญาระหว่างประเทศจึงเป็นเพียงเอกสารทางการเมืองที่ไม่มีข้อผูกพันทางกฎหมาย แต่ถือได้ว่าเป็นข้อตกลงในทางระหว่างประเทศที่ประเทศต่าง ๆ ได้แสดงเจตนารมณ์ร่วมกันในการที่จะส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิของบุคคล

---

[97] 28. Every person has the right to an adequate standard of living for himself or herself and his or her family including:

a. The right to adequate and affordable food, freedom from hunger and access to safe and nutrition food;

b. The right to clothing

c. The right to adequate and affordable housing;

d. The right to medical care and necessary social services;

e. The right to safe drinking water and sanitation;

f. The right to a safe, clean and sustainable environment.

[98] 29. (1) Every person has the right to the enjoyment of the highest attainable standard of physical, mental and reproductive health, to basic and affordable health-care services, and to have access to medical facilities.

[99] 29. (2) The ASEAN Member States shall create a positive environment in overcoming stigma, silence, denial and discrimination in the prevention, treatment, care and support of people suffering from communicable diseases, including HIV/AIDS.

โดยได้บัญญัติรับรองสิทธิเพิ่มเติมจากปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนอันเป็นจารีตประเพณีระหว่างประเทศ และมีบทบัญญัติว่าด้วยความร่วมมือในการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชนที่เป็นเครื่องมือในการกำกับดูแลให้รัฐสมาชิกต้องร่วมมือกันส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชนตลอดจนเสรีภาพขั้นพื้นฐานของบุคคลให้เป็นไปตามกฎบัตรอาเซียน ดังนั้นประเทศสมาชิกอาเซียนทุกประเทศจึงมีความผูกพันต่อสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลตามปฏิญญานี้และภายใต้กฎบัตรอาเซียน

3.1.5 แถลงการณ์แห่งอัลมา-แอตา ว่าด้วยการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน

แถลงการณ์แห่งอัลมา-แอตา (Declaration of Alma-Ata) เป็นเอกสารทางการเมืองระหว่างประเทศอีกฉบับหนึ่งที่ได้มีการกำหนดเกี่ยวกับสิทธิของบุคคลและหน้าที่ของประเทศสมาชิกเกี่ยวกับการบริการสาธารณสุข โดยมีที่มาจากการตกลงร่วมกันของประเทศสมาชิกแห่งองค์การอนามัยโลก และได้มีการแถลงการณ์ในการประชุมระหว่างประเทศว่าด้วยการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Primary Health Care) เมื่อเดือนกันยายน ปี ค.ศ. 1978 ซึ่งมีสาระสำคัญเป็นการกำหนดให้รัฐบาลของประเทศต่าง ๆ ต้องดำเนินการในเรื่องสุขภาพของประชากร และการรวมกันเป็นประชาคมโลกในการคุ้มครองและสร้างเสริมสุขภาพของประชากรโลก โดยมีเนื้อหาสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าว สรุปได้ดังนี้

1. ยืนยันว่า สุขภาพ คือ สภาวะความสมบูรณ์ทางด้านร่างกาย จิตใจ และความผาสุกของสังคม ไม่เพียงแต่เฉพาะการปราศจากโรคหรือพิการเท่านั้น ซึ่งเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานที่นำไปสู่การบรรลุถึงการมีสุขภาพดีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และเป็นเป้าประสงค์ที่สำคัญที่สุดของสังคมโลก[100]

---

[100] Declaration of Alma-Ata

"I. The Conference strongly reaffirms that health, which is a state of complete physical, mental and social wellbeing, and not merely the absence of disease or infirmity, is a fundamental human right and that the attainment of the highest possible level of health is a most important world-wide social goal whose realization requires the action of many other social and economic sectors in addition to the health sector."

2. การไม่ยอมรับในเรื่องความไม่เท่าเทียมกันในสถานะทางสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งความแตกต่างระหว่างประเทศที่พัฒนาแล้วกับประเทศที่กำลังพัฒนา รวมถึงความแตกต่างภายในประเทศทั้งทางด้านการเมือง สภาพสังคม และเศรษฐกิจ[101]

3. การพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจ ต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของเค้าโครงเศรษฐกิจระหว่างประเทศสมัยใหม่ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการทำให้ประชาชนเข้าถึงการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า และลดช่องว่างในสถานะทางสุขภาพระหว่างประเทศที่พัฒนาแล้วกับประเทศที่กำลังพัฒนา การสร้างเสริมและคุ้มครองสุขภาพของประชาชนเป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐานของการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจอย่างยั่งยืน เป็นการช่วยสร้างคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นและนำไปสู่สันติสุขของโลก[102]

4. ประชาชนมีสิทธิและหน้าที่ในการมีส่วนร่วมทั้งในฐานะส่วนตัวและการรวมกลุ่มในเรื่องการวางแผนงานและการดำเนินงานที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของประชาชน[103]

5. รัฐบาลมีความรับผิดชอบในสุขภาพของประชาชน และการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานคือกุญแจแห่งความสำเร็จซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาในจิตวิญญาณแห่งความยุติธรรมทางสังคม[104]

---

[101] II. The existing gross inequality in the health status of the people particularly between developed and developing countries as well as with in within countries is politically, Socially and economically unacceptable and is, therefore, of common concern to all countries.

[102] III. Economic and social development, based on a New International Economic Order, is of basic importance to the fullest attainment of health for all and to the reduction of the gap between the health status of the developing and developed countries. The promotion and protection of the health of the people is essential to sustained economic and social development and contributes to a better quality of life and to world peace.

[103] IV. The people have the right and duty to participate individually and collectively in the planning and implementation of their health care.

[104] V. Governments have a responsibility for the health of their people which can be fulfilled only by the provision of adequate health and social measures. A main social target of governments, international organizations and the whole world community in the coming decades should be the attainment by all peoples of the world by the year 2000 of a level of health that will permit them to lead a socially

6. ทุกรัฐบาลจะต้องจัดทำนโยบายระดับชาติ แผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการ เริ่มต้นดำเนินงานและสนับสนุนการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายระบบสุขภาพโดยรวม รวมถึงการประสานงานกับภาคส่วนอื่นที่เกี่ยวข้อง และเพื่อที่จะไปสู่จุดหมายจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ที่จะต้องใช้เจตจำนงทางการเมืองในการระดมทรัพยากรของประเทศและใช้ทรัพยากรนั้นอย่างสมเหตุสมผล[105]

ภายใต้แถลงการณ์ฉบับนี้ เป็นข้อตกลงร่วมกันของประเทศสมาชิกแห่งองค์การอนามัยโลกในการกำหนดกรอบแนวทางการดำเนินงานขับเคลื่อนนโยบายสาธารณสุขระหว่างประเทศ และนโยบายสาธารณสุขระดับชาติที่จะต้องสอดรับกับกรอบแนวทางการดำเนินงานนี้ เพื่อไปสู่จุดมุ่งหมายคือการทำให้มนุษย์ทุกคนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for All) ไม่จำกัดว่าจะเป็นคนเชื้อชาติหรือสัญชาติใดในฐานะที่เป็นประชากรโลก และดำเนินงานเพื่อลดช่องว่างของความแตกต่างที่ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในสถานะทางสุขภาพไม่ว่าจะเป็นด้วยความแตกต่างของการอยู่ในประเทศที่พัฒนาแล้วกับประเทศที่กำลังพัฒนา หรือความแตกต่างของบริบททางสังคม หรือทางเศรษฐกิจ โดยมียุทธศาสตร์ที่สำคัญที่ทำให้มนุษย์ทุกคนเข้าถึงการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าคือ “การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน” ซึ่งภายใต้แถลงการณ์นี้ มุ่งเน้นให้รัฐบาลของทุกประเทศดำเนินการให้เกิดนโยบายการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานแก่ประชาชนภายในประเทศ เริ่มตั้งแต่การศึกษา วิจัย เกี่ยวกับเงื่อนไขและคุณลักษณะทางเศรษฐกิจสังคมวัฒนธรรม และการเมืองของประเทศ การระบุปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ชุมชน การจัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพ บริการป้องกันโรค บริการรักษาพยาบาล และบริการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการรักษา โดยกระจายการบริการและทรัพยากรสุขภาพลงสู่ชุมชนให้ทั่วถึงและครอบคลุมทั่วทั้งประเทศ

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การรับรองสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลตามกฎหมายระหว่างประเทศ ซึ่งประเทศไทยเข้าเป็นภาคีมีทั้งสิ้น 5 ฉบับ ประกอบด้วย ปฏิญญาว่าด้วยสิทธิมนุษยชน กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก ปฏิญญาอาเซียนว่าด้วยสิทธิมนุษยชน และแถลงการณ์แห่งอัลมา-แอตา ว่าด้วยการดูแล

---

and economically productive life. Primary health care is the key to attaining this target as part of development in the spirit of social justice.

[105] VIII. All governments should formulate national policies, strategies and plan of action to launch and sustain primary health care as part of a comprehensive national health system and in coordination with other sectors. To this end, it will be necessary to exercise political will, to mobilize the country’s resources and to use available external resources rationally.

สุขภาพขั้นพื้นฐาน ซึ่งกฎหมายระหว่างประเทศทั้ง 5 ฉบับดังกล่าวมานี้ ล้วนแล้วแต่เป็นการรับรองสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลให้กับบุคคลทุกคนในฐานะที่อยู่ในสังคมโลก เป็นการรับรองให้กับมนุษย์ทุกคนบนพื้นฐานของความเสมอภาคกัน และในขณะเดียวกันก็กำหนดหน้าที่ให้รัฐต้องจัดให้มีบริการรักษาพยาบาลรวมถึงสร้างหลักประกันการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลให้กับประชาชนที่อาศัยอยู่ภายในรัฐ เพื่อให้สิทธินี้สามารถบรรลุผลได้จริงโดยสมบูรณ์

3.2 สิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลตามกฎหมายของต่างประเทศ

สถานะของความเป็นคนต่างด้าวที่เข้าไปอาศัยอยู่ภายในดินแดนของรัฐต่างประเทศนั้น ถึงแม้ว่าจะมีสิทธิในฐานะของความเป็นมนุษย์ แต่ก็ย่อมถูกจำกัดสิทธิบางประการที่รัฐพึงสงวนไว้ให้เฉพาะพลเมืองของรัฐเท่านั้น ซึ่งเป็นอำนาจอธิปไตยแห่งรัฐ การที่คนต่างด้าวจะมีสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของรัฐที่เข้าไปอยู่อาศัยหรือไม่นั้น นอกจากการพิจารณาตามมาตรฐานของกฎหมายระหว่างประเทศอันเป็นกติกาหรือข้อตกลงร่วมของประเทศต่าง ๆ ที่ได้กล่าวถึงในข้างต้นแล้วนั้น ยังต้องพิจารณาถึงระบบกฎหมายภายในของแต่ละประเทศ ในฐานะที่เป็นรัฐเจ้าของอำนาจอธิปไตยว่าได้มีการรับรองสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของรัฐหรือไม่ และให้การคุ้มครองเพียงใด ซึ่งในส่วนนี้ได้นำเสนอถึงแนวความคิดการรับรองสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของรัฐ ตามระบบกฎหมายของต่างประเทศ จำนวน 4 ประเทศ ได้แก่ 1. ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งมีระบบบริการสาธารณสุขหลัก เป็นระบบตลาดแข่งขันเสรี (Entrepreneurial Health System) 2. ประเทศอังกฤษ ซึ่งมีระบบบริการสาธารณสุขหลักเป็นระบบรัฐสวัสดิการ (Welfare-Oriented Health System) 3. ประเทศเยอรมัน ซึ่งมีระบบบริการสาธารณสุขหลักเป็นระบบประกันสังคม (Social Health Insurance System) และ 4. ประเทศฝรั่งเศส ซึ่งมีระบบบริการสาธารณสุขหลักเป็นระบบประกันสุขภาพภาครัฐ (Public Insurance Systems)[106] โดยแยกพิจารณาได้ ดังนี้

3.2.1 ประเทศสหรัฐอเมริกา

ประเทศสหรัฐอเมริกา มีการเมืองการปกครองระบอบประชาธิปไตยในรูปแบบสาธารณรัฐ (Republic) และมีโครงสร้างการปกครองในระบบสหรัฐ (Federalism) มีรัฐบาลกลาง (Central Government) ทำหน้าที่รับผิดชอบการบริหารกิจการส่วนกลาง มีอำนาจเฉพาะเจาะจงและจำกัด

---

[106] Fernando De Maio, **Health and Social Theory** (New York: Palgrave Macmillan, 2010), p. 95.

เพียงเท่าที่รัฐธรรมนูญได้ให้อำนาจไว้เท่านั้น ส่วนการบริหารกิจการอื่น ๆ ของประเทศ เป็นอำนาจของรัฐบาลแห่งมลรัฐ (State Government) ซึ่งมีอยู่ 50 มลรัฐ มีเมืองหลวง คือ กรุงวอร์ชิงตัน นอกจากนี้ยังมีดินแดนภายนอกสหรัฐที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแล เช่น เปอร์โตริโก้ (Puerto Rico) เวอร์จิ้น ไอส์แลนด์ (Virgin Island) เขตคลองปานามา และเกาะในมหาสมุทรแปซิฟิค เป็นต้น มีระบบกฎหมายของประเทศเป็นระบบคอมมอนลอว์ (Common Law) โดยมีรัฐธรรมนูญแห่งสหรัฐอเมริกาเป็นเสาหลักของระบบการเมืองการปกครอง ซึ่งพลเมืองแห่งสหรัฐต่างให้ความเคารพต่อบทบัญญัติและแนวคิดของรัฐธรรมนูญ รวมถึงมีความเชื่อถือศรัทธาในรัฐธรรมนูญว่าเป็นหลักประกันแห่งสิทธิและเสรีภาพของประชาชน ในด้านประชากร สหรัฐอเมริกาถือได้ว่าเป็นประเทศที่เป็น “เบ้าหลอม” (Melting Pot) ของชนต่างเผ่าพันธุ์ ต่างเชื้อชาติ ศาสนา และภาษา[107] โดยมีประชากรทั้งที่เป็นพลเมืองของรัฐและพลเมืองที่เป็นคนต่างด้าวอาศัยอยู่ภายในรัฐเป็นจำนวนมาก ซึ่งในส่วนของพลเมืองที่เป็นคนต่างด้าวนั้น จากข้อมูลของศูนย์วิจัยนโยบายสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา (The UCLA Center for Health Policy Research) ได้เปิดเผยรายงานการสำรวจประชากรต่างด้าวผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียนในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า มีจำนวนมากถึง 11.2 ล้านคน[108] ทั้งนี้ไม่รวมถึงคนต่างด้าวที่เข้าเมืองถูกกฎหมาย และคนต่างด้าวอื่น ๆ ซึ่งคนต่างด้าวเหล่านี้จะมีสถานะทางสุขภาพที่แตกต่างกันในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของรัฐ โดยขึ้นอยู่กับสถานะของการอยู่ในประเทศและกฎหมายที่ให้ความคุ้มครองในแต่ละกรณี ซึ่งมีสาระสำคัญในเรื่องสิทธิการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าวตามระบบกฎหมายของประเทศสหรัฐอเมริกา พิจารณาได้จากข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญดังต่อไปนี้

3.2.1.1 ระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ

ประเทศสหรัฐอเมริกา มีระบบบริการสาธารณสุขของประเทศเป็นแบบตลาดเสรี (Entrepreneurial Health System) ที่อาศัยกลไกตลาดเป็นหลัก โดยรัฐบาลกลางจะเข้ามาแทรกแซงด้วยการจัดให้มีระบบประกันสุขภาพเป็นมาตรการเสริม เพื่อลดช่องว่างของความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพเท่านั้น ซึ่งในส่วนของการประกันสุขภาพนี้มีวิวัฒนาการมาอย่างยาวนานตั้งแต่ปี ค.ศ. 1798 ที่ได้มีการประกันสุขภาพขึ้นเป็นครั้งแรก โดยรัฐสภาได้บังคับให้โรงพยาบาลทหารเรือของรัฐทำ

---

[107] ชาญชัย แสวงศักดิ์, **กฎหมายรัฐธรรมนูญ แนวคิดและประสบการณ์จากต่างประเทศ** (กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2554), หน้า 152.

[108] Stephen P. Wallece, Jacqueline Torres, Tabashir Sadegh-Nobari, Nadereh Pourat and E. Richard Brown, **Undocumented Immigrants and Health Care Reform**, p. 7, Retrieved December 12, 2016 from http://healthpolicy.ucla.edu/publications/Documents/PDF /undocumentedreport-aug2013.pdf

การประกันสุขภาพให้กับกลาสีเรือทุกคน ด้วยวิธีการหักเงินเดือนบางส่วนไว้เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลการเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้นในอนาคต จากนั้นระบบประกันสุขภาพก็ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายและเจริญรุ่งเรืองขึ้นในปี ค.ศ. 1870 และในปี ค.ศ. 1880 เกิดปรากฏการณ์ที่กลุ่มอุตสาหกรรมหลายประเภทได้มีการซื้อประกันสุขภาพให้กับคนงาน รวมถึงเกิดการประกันสุขภาพแบบกลุ่มขึ้นในปี ค.ศ. 1910 และในปี ค.ศ. 1920 มีโรงพยาบาลจำนวนหนึ่งได้เสนอการประกันสุขภาพแบบจ่ายล่วงหน้าเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม ต่อมาระบบประกันสุขภาพได้มีพัฒนาการในทางขยายตัวมากขึ้น โดยในปี ค.ศ. 1954 กรมสรรพากรได้มีมาตรการยกเว้นภาษีเงินได้ของนายจ้างที่จ่ายเบี้ยประกันสุขภาพของลูกจ้าง ซึ่งเป็นแรงกระตุ้นสำคัญที่ส่งผลให้ระบบประกันสุขภาพในสหรัฐขยายตัวมากยิ่งขึ้น จากนั้นในปี ค.ศ. 1965 ได้เกิดการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคม คือ โครงการ “Medicare” และ “Medicaid” ซึ่งเป็นการจัดให้มีระบบประกันสุขภาพสำหรับคนชราและผู้มีรายได้น้อย โดยรัฐบาลเป็นผู้สนับสนุนเงินของโครงการนี้ทั้งหมด[109]

ปัจจุบันระบบการบริการสาธารณสุขของสหรัฐอเมริกา ยังคงมีระบบบริการสาธารณสุขที่อาศัยกลไกตลาดเป็นหลัก แต่ในขณะเดียวกันรัฐบาลได้เข้ามาให้ความช่วยเหลือประชาชนที่ไม่มีความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล เพื่อลดช่องว่างของความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพด้วยการจัดให้มีระบบประกันสุขภาพสำหรับประชาชนที่เป็นการให้บริการภายใต้การดำเนินงานของศูนย์บริการทางการแพทย์ (The Center for Medicare and Medicaid Services: CMS) โดยมีการให้บริการจำแนกออกได้เป็น 2 โครงการ คือ โครงการ “Medicare” และโครงการ “Medicaid” ซึ่งในส่วนของโครงการ “Medicare” นั้น เป็นการจัดให้มีระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยโรคไตในระยะสุดท้าย ส่วนโครงการ “Medicaid” เป็นการดำเนินงานร่วมกับรัฐบาลแห่งมลรัฐในการจัดให้มีประกันสุขภาพสำหรับเด็กและผู้มีรายได้น้อย นอกจากนี้ยังมีระบบประกันสุขภาพโดยภาคเอกชน (Private Insurance) ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐบาลแห่งมลรัฐ โดยที่ผ่านมาพบว่าประชากรประมาณร้อยละ 56 ของประชากรทั้งหมดที่อาศัยอยู่ภายในประเทศ สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ภายใต้ระบบประกันสุขภาพตามความสมัครใจ (Voluntary Health Insurance: VHI) หรือประกันสุขภาพโดยภาคเอกชน ในจำนวนนี้ร้อยละ 51 เป็นการประกันโดยนายจ้าง และร้อยละ 5 เป็นการประกันของบุคคลโดยตรง ส่วนในด้านสถานบริการสาธารณสุขมีโรงพยาบาล ซึ่งจำแนกออกได้เป็น 2 ประเภทหลัก ๆ คือ โรงพยาบาลของรัฐบาลกลาง และโรงพยาบาลที่ไม่ใช่ของรัฐบาลกลาง แบ่งออกเป็นโรงพยาบาลที่ไม่

---

[109] สมชาย สุขสิริเสรีกุล, **เศรษฐศาสตร์สุขภาพ** (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2552), หน้า 282.

แสวงหากำไร โรงพยาบาลที่แสวงหากำไร และโรงพยาบาลของรัฐบาลท้องถิ่น ส่วนในด้านผู้ให้บริการสาธารณสุขส่วนใหญ่ทำงานในภาคเอกชน (ร้อยละ 60) ส่วนที่เหลือทำงานในภาครัฐ สำหรับด้านการคลังสุขภาพ มีแหล่งเงินทุนสำหรับการจัดบริการสุขภาพ จำแนกออกได้เป็น 2 ประเภท คือ งบประมาณภาครัฐ (Publicly Financed Health Care) ซึ่งได้มาจากเงินภาษีทั่วไป และกองทุนสุขภาพของภาคเอกชน (Privately Funded Health Care) ซึ่งได้มาจากการประกันสุขภาพของภาคเอกชน ทั้งนี้ โดยมีหน่วยงานของรัฐบาลกลางคือ “Department of Health and Human Services” เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักในการจัดระบบบริการสุขภาพของประเทศ[110]

3.2.1.2 การรับรองสิทธิ

สิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของรัฐ เป็นประเด็นที่มีความซับซ้อนและมีการอภิปรายโต้แย้งกันอย่างกว้างขวางในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยมีข้อพิจารณาที่สำคัญคือ การเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของรัฐ ถือว่าเป็นเรื่องของศีลธรรม (Moral) หรือกฎหมาย (Legal) หรือสิทธิทางรัฐธรรมนูญ (Constitutional Right) ทั้งนี้ หากเป็นเรื่องสิทธิของบุคคลแล้ว มีปัญหาที่ต้องพิจารณาต่อไปว่า บุคคลพึงมีสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลเพียงใด ใครเป็นผู้ให้บริการ รัฐบาลกลางและรัฐบาลแห่งมลรัฐมีหน้าที่ในการจัดให้มีบริการรักษาพยาบาลหรือไม่ และบริการใดบ้างที่จะต้องจัดให้มีขึ้นเพื่อสนองตอบต่อสิทธิดังกล่าวนี้ โดยประเด็นข้อคำถามที่กล่าวข้างต้นสามารถพิจารณาได้จากรัฐธรรมนูญแห่งสหรัฐอเมริกา (U.S. Constitution) และคำวินิจฉัยของศาลสูงสุดแห่งสหรัฐ (U.S. Supreme Court)[111] กล่าวคือ

เมื่อกล่าวถึงรัฐธรรมนูญแห่งสหรัฐอเมริกาแล้ว อาจกล่าวได้ว่าเป็นผลิตผลทางประวัติศาสตร์จากเหตุการณ์สำคัญในช่วงปี ค.ศ. 1760 ถึง ค.ศ. 1776 ที่เกิดการทำสงครามประกาศเอกราช (American War of Independence) จากประเทศอังกฤษซึ่งเป็นเจ้าอาณานิคมในขณะนั้น หรือที่เรียกว่า “การปฏิวัติอเมริกา” (American Revolution) และจากเหตุการณ์ดังกล่าว ประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีการจัดทำรัฐธรรมนูญขึ้นเพื่อกำหนดรูปแบบการปกครองประเทศภายหลังการได้รับเอกราชจากประเทศอังกฤษ ปัจจุบันรัฐธรรมนูญแห่งสหรัฐอเมริกา ประกอบด้วย 7 มาตราใหญ่ และอีก 27 บทบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติม โดยมีสาระสำคัญเป็นการจัดวางโครงสร้างพื้นฐานทางการเมืองการ

---

[110] The Common Wealth Fund, **International Profile of Health Care System, 2012,** pp. 106-108, Retrieved December 12, 2016 from http://www.commonwealth fund.org /~/media/Files/Publications/Fund%20Report/2012/Nov/1645_Squires_intl_ profiles _hlt_care_systems_2012.pdf

[111] Kathleen S. Swendiman, **Health Care: Constitutional Rights and Legislative Powers**, p. 1, Retrieved December 12, 2016 from https://fas.org/sgp/crs/misc/R40846.pdf

ปกครองของประเทศ มีการแบ่งแยกอำนาจการปกครอง (Separation of Powers) ออกเป็น 3 อำนาจ ได้แก่ อำนาจบริหาร อำนาจนิติบัญญัติ และอำนาจตุลาการ แต่ละอำนาจมีอิสระภายในขอบเขตอำนาจหน้าที่ของตนเอง และต่างฝ่ายต่างทำหน้าที่ตรวจสอบถ่วงดุลอำนาจซึ่งกันและกัน (Check and Balance) นอกจากนี้ได้มีการบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมรัฐธรรมนูญในภายหลัง เป็นการบัญญัติรับรองและคุ้มครองสิทธิของประชาชน[112] ซึ่งเป็นผลมาจากการอภิปรายของฝ่ายคัดค้านร่างรัฐธรรมนูญที่ในขณะนั้นไม่มีการบัญญัติรับรองสิทธิและเสรีภาพของบุคคลไว้ ประกอบกับในหลายมลรัฐมีการเรียกร้องให้มีการเพิ่มเติมบทบัญญัติที่เป็นการรับรองสิทธิเสรีภาพของบุคคล รัฐสภาในขณะนั้นจึงได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมรัฐธรรมนูญและนำไปขอความเห็นชอบจากมลรัฐต่าง ๆ ซึ่งต่อมาได้ให้ความเห็นชอบ จำนวน 10 ฉบับ เรียกรัฐธรรมนูญที่แก้ไขเพิ่มเติมทั้ง 10 ฉบับนี้ว่า “Bill of Rights” ซึ่งหมายถึง บทบัญญัติในรัฐธรรมนูญที่รับรองและคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของบุคคล[113]

แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาบทบัญญัติรัฐธรรมนูญแห่งสหรัฐอเมริกาฉบับปัจจุบันแล้วไม่พบการบัญญัติรับรองสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลไว้โดยชัดแจ้ง โดยคำว่า “สุขภาพ” (Health) หรือ “บริการทางการแพทย์” (Medical Care) ไม่ปรากฏการบัญญัติไว้ ณ ที่ใดในรัฐธรรมนูญนี้ แต่บทบัญญัติตามรัฐธรรมนูญได้ชี้ให้เห็นถึงการวางกรอบแนวคิดของรัฐธรรมนูญที่มุ่งพิจารณาถึงการให้หลักประกันในเรื่องเสรีภาพของบุคคลที่ปราศจากการแทรกแซงจากอำนาจของรัฐมากกว่าการให้สิทธิเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ดังเช่นในเรื่องการให้สิทธิเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล โดยแนวคิดในเรื่องสิทธิทางรัฐธรรมนูญนี้สะท้อนผ่านการบัญญัติรับรองสิทธิในเชิงของเสรีภาพ ดังปรากฏใน “Bill of Rights” เช่น สิทธิที่จะได้รับการพิจารณาคดีโดยคณะลูกขุน เสรีภาพในการทำสัญญา และเสรีภาพของบุคคลที่จะไม่ถูกบังคับใช้กฎหมายอาญาย้อนหลัง (ex post facto laws) ซึ่งการแก้ไขเพิ่มเติมรัฐธรรมนูญที่มีบทบัญญัติในเรื่องสิทธินั้น ส่วนใหญ่จะเป็นการแก้ไขเพิ่มเติมในเรื่องสิทธิพลเมือง (Civil Rights) และสิทธิทางการเมือง (Political Rights) โดยไม่ได้มีการบัญญัติถึงสิทธิทางสังคมและเศรษฐกิจ (Social and Economic Rights)

ต่อมาในปี ค.ศ. 1944 ได้มีข้อเสนอให้เพิ่มสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลไว้ในรัฐธรรมนูญ โดยประธานาธิบดี แฟรงคลิน ดี รูสเวลต์ (Franklin D. Roosevelt) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับ “Bill of Rights” ฉบับที่ 2 (Second Bill of Rights) ซึ่งประกอบด้วย สิทธิในการได้รับบริการทางการแพทย์อย่างเหมาะสมและการได้รับโอกาสที่จะเข้าถึงการมีสุขภาพดี ในขณะเดียวกันนายเจส แอล แจ็คสัน (Jesse L. Jackson) สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร ก็ได้เสนอให้มีการแก้ไขเพิ่มเติม

---

[112] มานิตย์ จุมปา, **รัฐธรรมนูญแห่งสหรัฐอเมริกา** (กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2552), หน้า 21.

[113] *เรื่องเดียวกัน*, หน้า 30.

รัฐธรรมนูญ โดยเสนอให้บทบัญญัติในมาตรา 1 เป็นการบัญญัติรับรองให้บุคคลทุกคนมีสิทธิในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพ ซึ่งต้องมีมาตรฐานสูงและเป็นไปโดยเท่าเทียมกัน (Section 1. All Persons Shall Enjoy the Right to Health Care of Equal High Quality) และมาตรา 2 กำหนดให้สภามีอำนาจในการบังคับและปฏิบัติการตามบทบัญญัตินี้ โดยการบัญญัติกฎหมายในเรื่องดังกล่าวอย่างเหมาะสม (Section 2. The Congress Shall Have Power to Enforce and Implement this Article by Appropriate Legislation)[114] ซึ่งก็ยังคงเป็นเพียงข้อเสนอและยังมิได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมรัฐธรรมนูญแต่ประการใด

ถึงแม้ว่าปัจจุบันจะยังไม่มีการแก้ไขเพิ่มเติมรัฐธรรมนูญในเรื่องสิทธิการเข้าถึงการรักษาพยาบาลก็ตาม แต่ในทางปฏิบัติศาลสูงสุดแห่งสหรัฐ (Supreme Court) ก็ได้มีคำวินิจฉัยตีความบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญในเรื่องสิทธิในความเป็นอยู่ส่วนบุคคล (Right to Privacy) นั้น มีขอบเขตแห่งสิทธิกินความรวมถึงสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข (Right to Access Health Care Services) ด้วย ซึ่งเป็นสิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองจากหลัก “ศุภนิติกระบวน” (Due Process of Law) โดยศาลสูงสุดแห่งสหรัฐถือว่ารัฐธรรมนูญได้ให้การคุ้มครองสิทธินี้ ในฐานะเป็นผลประโยชน์แห่งเสรีภาพ (Liberty Interests) ที่เกี่ยวข้องกับสิทธิในความเป็นอยู่ส่วนบุคคล และรัฐบาลจะต้องดำเนินการเกี่ยวกับการบริการรักษาพยาบาลบนพื้นฐานแห่งความสมเหตุสมผล (Rational Basis) ดังปรากฏในคำพิพากษาคดีระหว่าง แฮริส และแม็คเรย์ (Harris v. McRae)[115] ซึ่งศาลสูงสุดได้วินิจฉัยว่า การปฏิเสธการเข้าโครงการ “Medicaid” ในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับการทำแท้งที่จำเป็นของหญิง เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะเลือกทำแท้ง หญิงตั้งครรภ์ที่มีฐานะยากจนจะต้องไม่ถูกปฏิเสธความคุ้มครองอย่างเสมอภาคภายใต้กฎหมาย ตามหลักศุภนิติกระบวนและรัฐธรรมนูญแห่งสหรัฐอเมริกา

สำหรับคนต่างด้าวที่อาศัยอยู่ภายในประเทศสหรัฐอเมริกานั้น รัฐธรรมนูญแห่งสหรัฐเมริกามิได้บัญญัติรับรองสิทธิไว้โดยชัดแจ้ง แต่รัฐธรรมนูญแก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ 14 ได้มีการบัญญัติรับรองให้บุคคลทุกคนที่เกิดหรือแปลงสัญชาติในสหรัฐและอยู่ภายใต้เขตอำนาจแห่งสหรัฐ มีสถานะเป็นพลเมืองของสหรัฐและของมลรัฐที่อาศัยอยู่ มลรัฐจะตราหรือบังคับใช้กฎหมายใด ๆ ที่เป็นการตัดเอกสิทธิ์หรือความคุ้มกันของพลเมืองแห่งสหรัฐไม่ได้ มลรัฐจะจำกัดสิทธิในชีวิต เสรีภาพ หรือทรัพย์สินของบุคคลโดยปราศจากหลักศุภนิติกระบวนไม่ได้ มลรัฐจะปฏิเสธไม่ให้บุคคลใดที่อยู่ภายใน

---

[114] Kathleen S. Swendiman, *op. cit,* p. 2.

[115] *Ibid.*, p. 3.

เขตอำนาจของตนจากการได้รับการปกป้องอย่างเสมอภาคภายใต้กฎหมายไม่ได้[116] บทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้บัญญัติขึ้นภายใต้หลักการจำกัดอำนาจของมลรัฐที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่

1. มลรัฐจะต้องไม่ละเมิดเอกสิทธิ์และความคุ้มกันของพลเมือง

2. มลรัฐจะต้องไม่ตัดทอนสิทธิในชีวิต เสรีภาพ หรือทรัพย์สินของบุคคลโดยปราศจากหลักศุภนิติกระบวน

3. มลรัฐจะต้องให้หลักประกันแก่ประชาชนทุกคนว่าจะได้รับการปกป้องอย่างเสมอกันภายใต้กฎหมาย

ภายใต้บทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญดังกล่าว มีคดีที่เกิดขึ้นในมลรัฐแคลิฟอร์เนีย โดยประชาชนแห่งมลรัฐได้มีการลงประชามติให้ปฏิเสธการบริการรักษาพยาบาลแก่คนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย ซึ่งผู้บริหารแห่งมลรัฐได้มีคำสั่งให้เจ้าหน้าที่งดให้บริการฝากครรภ์ และการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (Nursing Home Patients) สำหรับผู้ป่วยที่เป็นคนต่างด้าว ซึ่งการบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านนั้น เป็นการบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว โดยพยาบาลจะใช้บ้านหรือที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยเป็นสถานที่ให้บริการสุขภาพ รวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสมรรถภาพภายหลังการรักษา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับสู่ภาวะสุขภาพดีหรือใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ เป็นการให้บริการสุขภาพในชั้นปฐมภูมิ (Primary Health Care) นั่นเอง ซึ่งต่อมาได้มีการฟ้องคดีต่อศาล และศาลสูงสุดแห่งสหรัฐได้วินิจฉัยว่าการกระทำดังกล่าวขัดรัฐธรรมนูญในเรื่องการได้รับความคุ้มครองอย่างเสมอภาคภายใต้รัฐธรรมนูญ[117] คำพิพากษาคดีนี้เห็นได้ว่า การที่ผู้บริหารแห่งมลรัฐแคลิฟอร์เนียมีคำสั่งให้เจ้าหน้าที่งดให้บริการฝากครรภ์และบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านสำหรับผู้ป่วยที่เป็นคนต่างด้าว จึงเป็นการปฏิเสธสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นปฐมภูมิ ซึ่งศาลสูงแห่งสหรัฐวินิจฉัยว่าการกระทำดังกล่าวเป็นการขัด

---

[116] Section 1 of Amendments 14 of Constitution;

"All persons born on naturalized in the United States, and subject to the jurisdiction thereof, are citizens of the United States and of the state wherein they reside. No State shall make or enforce any law which shall abridge the privileges or immunities of citizens of the United States; nor shall any state deprive any person of life, liberty, or property, without due process of law; nor deny to any person within its jurisdiction the equal protection of the laws.

[117] Virginia A. Leary, **The Right to Complain: The Right to Health**, p. 12, Retrieved December 12, 2016 from http://aihr-resourcescenter.org/administrator /upload/documents/rth.pdf

รัฐธรรมนูญ นอกจากนี้ในปี ค.ศ. 1970 ศาลสูงสุดแห่งสหรัฐอเมริกาได้วินิจฉัยในคดีระหว่างโกลด์เบิร์ก และเร็ลลี่ (Goldberg vs. Relly)[118] กรณีการได้รับสวัสดิการของรัฐเป็นไปโดยอำนาจตามรัฐธรรมนูญ การให้ประโยชน์โดยรัฐไม่อาจเพิกถอนได้ตามอำเภอใจโดยปราศจากกฎหมาย แม้ว่ารัฐธรรมนูญจะไม่ได้เรียกร้องผลประโยชน์ดังกล่าวก็ตาม[119]

ภายใต้คำพิพากษาของศาลสูงสุดแห่งสหรัฐอเมริกาดังกล่าวข้างต้น เป็นการวางหลักการตีความรัฐธรรมนูญแก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ 14 โดยพิจารณาภายใต้หลักเรื่องความเสมอภาคที่รับรองไว้ในรัฐธรรมนูญ ซึ่งขยายความไปถึงการรับรองให้คนต่างด้าวที่ไม่ใช่พลเมืองของสหรัฐอเมริกาได้รับความคุ้มครองจากหลักเรื่องความเสมอภาคตามรัฐธรรมนูญ และคำว่า “บุคคล” ที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญนี้ หมายถึง บุคคลที่เข้ามาอยู่ในเขตอำนาจของประเทศสหรัฐอเมริกา[120] ดังนั้นบุคคลซึ่งเป็นคนต่างด้าวในประเทศสหรัฐอเมริกา จึงได้รับการรับรองสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของรัฐโดยผลแห่งคำพิพากษาของศาลสูงสุดแห่งสหรัฐอเมริกา แต่อย่างไรก็ตามไม่ปรากฏข้อความคิดที่ได้อธิบายไว้อย่างชัดเจนในคำพิพากษาหรือในทางตำราว่าเมื่อคนต่างด้าวมีความสามารถเป็นผู้ทรงสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของรัฐแล้ว รัฐบาลกลางและรัฐบาลแห่งมลรัฐจะต้องมีหน้าที่ในการจัดให้มีบริการรักษาพยาบาลใดบ้าง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของคนต่างด้าวที่เป็นผู้ทรงสิทธิ ซึ่งปัญหาในเรื่องนี้เป็นข้อพิจารณาที่วางอยู่บนหลักการของการจัดความสัมพันธ์ระหว่างรัฐเจ้าของประเทศกับคนต่างด้าวที่อาศัยอยู่ภายในประเทศในเรื่องการใช้สิทธิและขอบเขตการคุ้มครองสิทธิ โดยประเทศสหรัฐอเมริกามีการให้ความคุ้มครองคนต่างด้าวที่แตกต่างกันไปตามสถานะของคนต่างด้าวและภายใต้การจัดรูปแบบการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน ดังจะได้อธิบายในหัวข้อถัดไป

3.2.1.3 รูปแบบการเข้าถึงสิทธิ

คนต่างด้าวที่อาศัยอยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา สามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของรัฐได้ โดยมีรูปแบบการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล จำแนกออกได้เป็น 4 รูปแบบหลัก ๆ ได้แก่ รูปแบบการชำระค่าบริการโดยตรง รูปแบบการประกันสุขภาพภาครัฐ รูปแบบการประกันสุขภาพภาคเอกชน และรูปแบบการประกันสุขภาพสำหรับผู้ไร้หลักประกัน แยกพิจารณาได้ดังนี้

1) รูปแบบการชำระค่าบริการโดยตรง

รูปแบบการชำระค่าบริการโดยตรง หรือเรียกว่า “การเข้ารับการรักษาพยาบาลแบบเสียค่าธรรมเนียมการรักษา” (Fee – for – Services) เป็นการให้บริการ

---

[118] *Ibid.,* p. 12.

[119] *Ibid.,* p. 12.

[120] มานิตย์ จุมปา, *เรื่องเดิม,* หน้า 209.

รักษาพยาบาลตามหลักกลไกตลาดทั่วไป ซึ่งการให้บริการในรูปแบบนี้ จะคำนึงถึงความสามารถในการจ่าย (Ability to Pay) หรือการชำระค่าธรรมเนียมการรักษาพยาบาลเป็นสำคัญ โดยไม่คำนึงถึงความเป็นพลเมืองของรัฐหรือเป็นคนต่างด้าว ดังนั้นหากคนต่างด้าวมีทุนทรัพย์เพียงพอสำหรับการรักษาพยาบาลก็สามารถเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลได้ โดยความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการเป็นไปตามหลักการทำสัญญาโดยทั่วไป

2) รูปแบบประกันสุขภาพภาครัฐ

รูปแบบประกันสุขภาพภาครัฐ เป็นการดำเนินงานของศูนย์บริการทางการแพทย์ (The Center for Medicare and Medicaid Services: CMS) ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐมีการดำเนินงานภายใต้โครงการหลัก คือ “Medicare” และ “Medicaid” กล่าวคือ โครงการ “Medicare” เป็นการดำเนินโครงการประกันสังคม (Social Insurance) ที่ครอบคลุมผู้สูงอายุและบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ผู้ทุพพลภาพขั้นร้ายแรง (Seriously Disabled Individuals) และผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย (End – Stage Renal Disease) โดยมีสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ขั้นพื้นฐานได้แก่ บริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล และการบริการสุขภาพนอกโรงพยาบาล โดยให้บริการเช่นเดียวกับการบริการผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการรักษาพยาบาลแบบเสียค่าบริการ (Fee – for – Services)[121]

ส่วนโครงการ “Medicaid” เป็นโครงการที่บริหารจัดการโดยรัฐบาลกลางและรัฐบาลแห่งมลรัฐ ดำเนินการจัดให้มีประกันสุขภาพสำหรับผู้พิการและผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน รวมถึงมารดา ทารก และเด็กที่มีฐานะยากจนด้วย โดยให้มีสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ คือ การเข้ารับบริการของโรงพยาบาล การเข้ารับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพ และการให้บริการดูแลสุขภาพระยะยาวตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประกันสุขภาพเด็กที่มีความครอบคลุมทั่วสหรัฐ ทั้งนี้ โดยมีรัฐเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการประกันสุขภาพทั้งหมด มีแหล่งเงินทุนสำหรับการประกันสุขภาพจากเงินภาษีทั่วไปของรัฐ

ในปี ค.ศ. 1996 สภาคองเกรส (Congress) ได้ตรากฎหมายที่ชื่อว่า “Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act of 1996” (PRWORA) โดยได้จำแนกความเหมาะสมสำหรับบุคคลที่ไม่ใช่พลเมืองของสหรัฐ และได้ให้นิยาม “คุณสมบัติของคนต่างด้าว” (Qualified Aliens) ที่มีสิทธิในการเข้าถึงโครงการต่าง ๆ ของรัฐ ซึ่งรวมถึงบริการด้าน

---

[121] Eleanor D. Kinney, “Realizing the International Human Right to Health for Non – citizen in the United States,” **Notre Dame Journal of International, Comparative and Human Rights Law** 1, 1 (2011): 103, Retrieved December 12, 2016 from http://scholar ship.law.nd.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1002&context =ndjicl

สุขภาพด้วย ได้แก่ ผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรตามกฎหมาย (Legal Permanent Residents) ผู้ลี้ภัย (Asylees) และผู้ลี้ภัยสงคราม (Refugees) โดยได้คัดแยกคนต่างด้าวที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน (Undocumented Immigrants) ออกจากประชากรกลุ่มนี้ และไม่ถูกจัดอยู่ในกลุ่มที่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายนี้ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่ากฎหมายฉบับนี้ให้ความคุ้มครองโดยครอบคลุมพลเมืองที่เกิดในสหรัฐและคนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยถูกกฎหมาย แต่ไม่คุ้มครองถึงคนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยผิดกฎหมายหรือไม่มีสถานะทางทะเบียน

ต่อมาในปี ค.ศ. 2003 ได้มีการตรากฎหมาย “The Medicare Modernization Act of 2003” โดยให้สิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินแก่คนต่างด้าวที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน และได้ตรากฎหมายว่าด้วยการประกันสุขภาพเด็ก (The Children’s Health Insurance Program Reauthorization Act of 2009 (CHIPRA)) ซึ่งกฎหมายฉบับนี้ได้ขยายความครอบคลุมการเข้าถึงบริการสุขภาพของเด็กและหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นคนต่างด้าว ด้วยการจัดตั้งกองทุนที่ชื่อว่า “Federal Funding” ดำเนินการโดยโครงการ “Medicaid” และโครงการประกันสุขภาพเด็ก (Children’s Health Insurance Program: CHIP) ในปี ค.ศ. 2005 รัฐบาลกลางได้จัดสรรเงินกองทุนสำหรับบริการสุขภาพลงสู่มลรัฐ โดยมีโครงการสำคัญที่มุ่งให้บริการแก่ผู้ยากจนผ่านทางศูนย์บริการสุขภาพชุมชน (Community Health Centers) ในชนบท และการให้บริการสุขภาพในพื้นที่รอบชุมชนเมือง ซึ่งโครงการทั้งหมดนี้เป็นการกำหนดว่าเป็นประโยชน์สาธารณะของสหรัฐ (Federal Public Benefits) ภายใต้กฎหมาย “PRWORA”[122]

นอกจากนี้ ปัจจุบันรัฐบาลกลางได้ผ่านกฎหมายที่ชื่อว่า “Emergency Medical Treatment and Active Labor Act” (EMTALA) โดยมีสาระสำคัญเป็นการกำหนดให้โรงพยาบาลมีหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยต่างด้าว ซึ่งถูกส่งตัวมารับการรักษาพยาบาลในห้องฉุกเฉิน เช่นเดียวกับในมลรัฐต่าง ๆ ที่ได้ตรากฎหมายกำหนดหน้าที่ให้โรงพยาบาลต้องรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินโดยไม่ต้องคำนึงถึงความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ซึ่งเป็นการตรากฎหมายขึ้นบังคับใช้ให้สอดคล้องกับพันธกรณีของกฎหมายระหว่างประเทศที่สหรัฐได้ให้สัตยาบันไว้กับประเทศต่าง ๆ ภายใต้อนุสัญญาว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของแรงงานอพยพและครอบครัว (The International Covenant on the Protection of the Rights of all Migrant Worker and Members of Their Families)[123]

---

[122] *Ibid.,* p. 104.

[123] *Ibid.,* p. 105.

3) รูปแบบการประกันสุขภาพภาคเอกชน

ประชากรส่วนใหญ่ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการจัดทำประกันสุขภาพภาคเอกชน ทั้งที่เป็นการประกันสุขภาพให้แก่ลูกจ้างโดยนายจ้าง และการประกันตนเองโดยซื้อประกันจากธุรกิจรับประกันสุขภาพ โดยมีองค์การแผนงานประกันสุขภาพ (Health Insurance Plans and Health Maintenance Organizations: HMOs) ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐบาลแห่งมลรัฐทำหน้าที่กำกับดูแลการประกันสุขภาพดังกล่าว และภายใต้กฎหมายว่าด้วยการประกันรายได้ลูกจ้างภายหลังเกษียณอายุ (Employee Retirement Income Security Act: ERISA) ได้กำหนดให้มีแผนการจัดสวัสดิการและผลประโยชน์แก่ลูกจ้างด้วยการจัดให้มีประกันสุขภาพ และนายจ้างต้องจัดให้มีประกันสุขภาพแก่ลูกจ้างทุกคน โดยที่ค่าใช้จ่ายในการประกันสุขภาพนี้ สามารถนำไปลดหย่อนภาษีธุรกิจได้ ภายใต้ประมวลรัษฎากรของมลรัฐและสหรัฐ (Federal and State Income Tax Codes) ซึ่งการประกันสุขภาพภาคเอกชนนี้ สามารถให้บริการสำหรับผู้ซื้อประกันทุกรายโดยไม่ต้องตรวจสอบสถานะความเป็นพลเมืองแต่อย่างใด[124] ดังนั้นคนต่างด้าวที่เป็นลูกจ้างหรือแรงงานในระบบจึงได้รับความคุ้มครองในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพภายใต้กฎหมายฉบับนี้

4) รูปแบบการประกันสุขภาพสำหรับผู้ไร้หลักประกัน

ในปี ค.ศ. 2009 ประเทศสหรัฐอเมริกา มีประชากรผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ เป็นจำนวนมากถึง 50.7 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.7 ของประชากรสหรัฐทั้งหมด และในจำนวนนี้มีกลุ่มประชากรที่เป็นคนต่างด้าวรวมอยู่ด้วย คิดเป็นร้อยละ 21 ของผู้ไม่มีหลักประกันทั้งหมด ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของสหรัฐเนื่องจากคนกลุ่มนี้ไม่ได้อยู่ในกลุ่มที่ได้รับความคุ้มครองจากการประกันสุขภาพภาครัฐ ไม่ยอมซื้อประกันสุขภาพภาคเอกชน และไม่มีฐานะทางเศรษฐกิจมากพอที่จะเข้ารับบริการแบบเสียค่าธรรมเนียมการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชากรกลุ่มคนต่างด้าวนี้ จะถูกจำกัดการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพและการบริการสุขภาพ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น จึงต้องตกอยู่ในสถานะเหมือนตายทั้งเป็น ต้องได้รับความทนทุกข์ทรมานและถูกทำให้ด้อยค่าในสังคม[125]

ต่อมาในปี ค.ศ. 2010 ได้มีการตรากฎหมายที่ชื่อว่า “The Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)” ซึ่งถือได้ว่าเป็นการปฏิรูปนโยบายสุขภาพครั้งสำคัญที่ดำเนินการผลักดันโดยประธานาธิบดี บารัค โอบาม่า (Barack Obama) กฎหมายฉบับนี้พลเมืองสหรัฐนิยมเรียกว่า “โอบาม่า แคร์ลอว์” (Obama Care Law) ซึ่งเป็นการเรียกตามชื่อประธานาธิบดีผู้ผลักดันการปฏิรูปนโยบายสุขภาพนี้ โดยมีเจตนารมณ์ของกฎหมายมุ่งคุ้มครองสุขภาพของกลุ่มบุคคลผู้ไร้หลักประกันสุขภาพด้วยการขยายบริการสุขภาพในโครงการสาธารณะให้

---

[124] *Ibid.,* p. 106.

[125] *Ibid.,* p. 107.

ครอบคลุมมากขึ้น เช่น การขยายโครงการ “Medicare” ลงสู่สถานพยาบาลขนาดเล็กทั่วประเทศ การบังคับให้การประกันสุขภาพต้องรวมถึงการตรวจสุขภาพ การตรวจร่างกายประจำปี และการรักษาเชิงป้องกัน (Preventive Care) การบังคับให้พลเมืองสหรัฐทุกคนต้องซื้อประกันสุขภาพ หากมีความสามารถในการซื้อเพียงพอก็เป็นผู้ซื้อเองทั้งหมด หากมีความสามารถในการซื้อไม่เพียงพอรัฐจะเป็นผู้จ่ายเงินสมทบให้ แต่มีข้อยกเว้นในกลุ่มบุคคลที่ไม่มีความสามารถในการซื้อประกันคือ กลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งรัฐจะเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผ่านโครงการ “Medicare” และกลุ่มผู้มีรายได้ต่ำกว่าเกณฑ์หรือผู้ว่างงานที่รัฐให้ความช่วยเหลือผ่านโครงการ “Medicaid” เป็นต้น นอกจากนี้ยังเป็นการปฏิรูประบบประกันสุขภาพภาคเอกชน โดยกฎหมายเข้ามาควบคุมราคาเบี้ยประกันให้สมเหตุสมผลเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ การห้ามบริษัทประกันปฏิเสธการต่อประกันหรือการยกเว้นความคุ้มครองเมื่อผู้ซื้อประกันเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งกฎหมายฉบับนี้ ครอบคลุมถึงคนต่างด้าวที่อยู่ในสหรัฐโดยถูกกฎหมาย และแรงงานต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยถูกกฎหมาย สามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้เช่นเดียวกับพลเมืองของสหรัฐ แต่อย่างไรก็ตามในกรณีคนต่างด้าวที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน (Undocumented Immigrant) นั้น ไม่ได้รับความคุ้มครองและไม่มีสิทธิเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลภายใต้กฎหมายนี้ ยกเว้นกรณีที่เป็นเด็กต่างด้าวแม้จะไม่มีสถานะทางทะเบียนก็ได้รับความคุ้มครองภายใต้โครงการ “Medicaid” และการประกันสุขภาพเด็ก (CHIP) ซึ่งประเด็นดังกล่าวได้ก่อให้เกิดการอภิปรายอย่างกว้างขวางในเรื่องการปฏิรูปกฎหมายเกี่ยวกับสุขภาพของสหรัฐอเมริกา[126]

การปฏิรูปนโยบายสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกาครั้งนี้ ได้ก่อให้เกิดกระแสการวิพากษ์วิจารณ์อย่างกว้างขวางทั้งฝ่ายที่เห็นด้วยและฝ่ายที่ไม่เห็นด้วย ซึ่งฝ่ายที่ไม่เห็นด้วยกับแนวคิดนี้คือพรรครีพับลิกัน (Republican) ได้แสดงความไม่เห็นด้วยกับการบังคับให้ซื้อประกันโดยอ้างว่าเป็นการลิดรอนสิทธิเสรีภาพและขัดรัฐธรรมนูญ เนื่องจากการซื้อประกันก็คือการซื้อสินค้าชนิดหนึ่ง รัฐย่อมไม่อาจบังคับให้บุคคลซื้อสินค้าใด ๆ ได้ และการควบคุมราคาเบี้ยประกันเป็นการแทรกแซงกลไกตลาด ต่อมาได้มีการเสนอเรื่องขึ้นสู่การพิจารณาของศาล ซึ่งศาลอุทธรณ์ได้พิพากษาให้การบังคับซื้อเป็นโมฆะแต่ให้คงหลักการอื่นไว้ จากนั้นได้มีการเสนอเรื่องต่อศาลสูงสุดแห่งสหรัฐ ซึ่งศาลสูงสุดได้มีคำพิพากษากลับคำพิพากษาของศาลอุทธรณ์ โดยพิพากษาว่าแม้จะเป็นการบังคับซื้อจริง แต่เป็นการบังคับที่มิใช่การค้าเพื่อหวังผลกำไร (Commerce Clause) และหากเลือกที่จะไม่ซื้อ

---

[126] *Ibid.,* p. 107

ก็สามารถทำได้ แต่ต้องจ่ายค่าปรับเป็นภาษีแทน (Tax Clause) และในเมื่อรัฐมีอำนาจในการจัดเก็บภาษี กฎหมายนี้จึงไม่ขัดต่อรัฐธรรมนูญ[127]

กล่าวโดยสรุปได้ว่า รูปแบบการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าวในประเทศสหรัฐอเมริกานั้น มี 2 รูปแบบหลัก ๆ ได้แก่ รูปแบบการชำระค่าธรรมเนียมการรักษาพยาบาล และรูปแบบการประกันสุขภาพ (Health Insurance) ซึ่งประกอบด้วยการประกันสุขภาพภาครัฐ การประกันสุขภาพภาคเอกชน และการประกันสุขภาพสำหรับผู้ไร้หลักประกัน โดยคนต่างด้าวสามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้ภายใต้รูปแบบการบริการทั้ง 2 รูปแบบดังกล่าวข้างต้น กล่าวคือ

1. รูปแบบการชำระค่าธรรมเนียมการรักษาพยาบาลโดยตรง เป็นรูปแบบที่ให้สิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลโดยครอบคลุมคนต่างด้าวทุกประเภทที่อยู่ภายในประเทศสหรัฐอเมริกา

2. รูปแบบประกันสุขภาพ แบ่งออกเป็น

1) การประกันสุขภาพภาคเอกชน เป็นรูปแบบที่ให้สิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลโดยครอบคลุมแรงงานต่างด้าวที่เข้าเมืองถูกกฎหมาย มีนายจ้างเป็นผู้จ่ายเบี้ยประกัน ภายใต้กฎหมายว่าด้วยการประกันรายได้ลูกจ้างภายหลังเกษียณอายุ (Employee Retirement Income Security Act) และกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ป่วยและความสามารถในการจัดหาบริการสุขภาพ (The Patient Protection and Affordable Care Act)

2) การประกันสุขภาพภาครัฐ เป็นรูปแบบที่ให้สิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลโดยครอบคลุมคนต่างด้าวประเภทต่าง ๆ ดังนี้

(1) คนต่างด้าวที่เป็นเด็ก สามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลในรูปแบบการประกันสุขภาพภาครัฐ โดยการจัดให้มีหลักประกันสุขภาพสำหรับเด็ก ภายใต้กฎหมายว่าด้วยการประกันสุขภาพเด็ก (The Children's Health Insurance Program Reauthorization Act of 2009)

(2) ผู้ลี้ภัย (Asylees) และผู้ลี้ภัยสงคราม (Refugees) สามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลในรูปแบบการประกันสุขภาพภาครัฐ ภายใต้กฎหมายว่าด้วยความ

---

[127] Supreme Court of United States, **National Federation of Independent Business et al v. Sebelius, Secretary of Health and Human Services, et al.,** pp. 1-6, Retrieved December 12, 2016 from https://www.supremecourt.gov/opinions/14pdf/14-114_qol1.pdf

รับผิดชอบของบุคคลและการยอมรับโอกาสในทางการงาน (Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act of 1996)

(3) กรณีคนต่างด้าวเข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย และคนต่างด้าวไม่มีสถานะทางทะเบียน หากเป็นแรงงานต่างด้าวสามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลในรูปแบบการประกันสุขภาพภาครัฐได้เฉพาะกรณีที่เจ็บป่วยฉุกเฉินเท่านั้น ทั้งนี้ ภายใต้กฎหมายว่าด้วยการรักษาพยาบาลฉุกเฉินสำหรับแรงงาน (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act) ส่วนกรณีที่ไม่ได้เจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือบุคคลที่ไม่ใช่แรงงาน สามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลในรูปแบบของการชำระค่าธรรมเนียมการรักษาพยาบาลด้วยตนเองตามระบบปกติ

3.2.2 ประเทศอังกฤษ

ประเทศอังกฤษ เป็นหนึ่งในสหราชอาณาจักร (United Kingdom of Great Britain) ซึ่งประกอบด้วย 4 ประเทศ คือ อังกฤษ (England) ไอร์แลนด์เหนือ (Northern Ireland) สกอตแลนด์ (Scotland) และเวลส์ (Wales) มีประชากรประมาณ 51,809,700 คน มีระบบกฎหมายเป็นแบบคอมมอนลอว์ มีระบบการเมืองที่มีสถาบันกษัตริย์อยู่ภายใต้รัฐธรรมนูญ (Monarchies Constitutionnelles) มีการปกครองในระบบรัฐสภา (Parliament) ประกอบด้วย 2 สภา คือ สภาสามัญ (House of Commons) และสภาขุนนาง (House of Lords) มีนายกรัฐมนตรี (Prime Minister) เป็นผู้นำรัฐบาลในการบริหารประเทศ และมีการกระจายอำนาจการปกครองให้แก่ท้องถิ่น ซึ่งมีรัฐบาลแห่งท้องถิ่น (Local Government) เป็นผู้รับผิดชอบตัดสินใจเชิงนโยบายในการบริหารท้องถิ่น และมีบทบาทสำคัญในการจัดให้มีบริการสาธารณะด้านต่าง ๆ แก่ประชาชน เช่น บริการด้านสังคม บริการด้านการศึกษา และบริการด้านการพักผ่อนหย่อนใจของประชาชน[128] เป็นต้น ในด้านประชากรที่เป็นคนต่างด้าวนั้น ประเทศอังกฤษมีคนต่างด้าวที่ไม่มีสถานะทางทะเบียนอาศัยอยู่ในประเทศเป็นจำนวนมากถึง 725,000 คน[129] ทั้งนี้ไม่รวมถึงคนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยถูกกฎหมายและมีสถานะทางทะเบียน ซึ่งในเรื่องสิทธิการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าวตามระบบกฎหมายอังกฤษนั้นพิจารณาได้จากข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญดังต่อไปนี้

---

[128] Seán Boyle, **United Kingdom (England): Health System Review**, p. 7, Retrieved December 12, 2016 from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/135148/ e94836.pdf

[129] Wayne Farah, **Access to Primary Health Care for Migrants is a Right Worth Defending**, p. 4, Retrieved December 12, 2016 from http://www.migrantsrights.org.uk/wp-content/uploads/publications/Access-to-Health-Care.pdf

3.2.2.1 ระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ

ประเทศอังกฤษ มีระบบบริการสาธารณสุขเป็นแบบรัฐสวัสดิการ (Welfare-Oriented Health System) โดยรัฐเป็นผู้รับผิดชอบบริหารการคลังสุขภาพเป็นหลัก ส่วนการให้บริการรักษาพยาบาลเป็นการดำเนินการภายใต้กฎหมายว่าด้วยการบริการสุขภาพแห่งชาติ (The National Health Service Act) โดยกฎหมายฉบับนี้ได้กำหนดกรอบแนวทางการดำเนินงานด้านการคลังสุขภาพ และระบบการให้บริการรักษาพยาบาลของประเทศ ซึ่งการบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service) หรือที่เรียกว่า “NHS” นี้ เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี ค.ศ. 1948 เป็นต้นมา ภายใต้แนวคิดที่สำคัญคือ รัฐมีความรับผิดชอบในการจัดให้มีบริการรักษาพยาบาลที่ครอบคลุม และสามารถเข้าถึงได้โดยเท่าเทียม มีกลไกการบริหารจัดการโดยหน่วยงานของรัฐคือ “Department of Health” ทำหน้าที่บริหารแผนงานด้านสุขภาพ ออกกฎระเบียบ และพัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ โดยมีรัฐบาลกลาง (Central Government) ทำหน้าที่จัดลำดับความสำคัญในเรื่องสุขภาพสำหรับการบริการสาธารณสุขในภาพรวม และควบคุมดูแลกองทุนสุขภาพ โดยการบริการรักษาพยาบาลแบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลัก ๆ คือ บริการชั้นปฐมภูมิ (Primary Services) และบริการชั้นทุติยภูมิ (Secondary Services) ซึ่งการบริการชั้นปฐมภูมินั้น เป็นการให้บริการภายใต้การจัดการกองทุนบริการรักษาพยาบาลชั้นปฐมภูมิ (Primary Care Trusts) โดยกำหนดให้มีผู้ให้บริการรักษาพยาบาล ประกอบด้วย ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์และสาธารณสุขในท้องถิ่น (Local General Practitioners) ศัลยแพทย์ (Surgeons) ทันตแพทย์ (Dentists) และช่างประกอบแว่นสายตา (Opticians) ทำหน้าที่ให้บริการแก่ประชาชน ใช้งบประมาณในการดำเนินงานประมาณร้อยละ 75 ของงบประมาณกองทุน “NHS” ทั้งหมด ส่วนการบริการรักษาพยาบาลชั้นทุติยภูมินั้น เป็นการให้บริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน (Acute Care) หรือการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน (Refer to Emergent) หรือการส่งต่อบริการทางเลือก (Refer to Elective Care) ซึ่งเป็นการให้บริการในโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ และเป็นการให้หลักประกันว่าการบริการจะเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ในด้านการคลังสุขภาพนั้น มีงบประมาณที่ได้มาจากเงินภาษีทั่วไปของประเทศ (General Taxation) ซึ่งจัดเก็บในลักษณะการประกันสุขภาพผ่านทางกองทุนบริการสุขภาพชั้นปฐมภูมิ โดยกองทุนจะต้องดำเนินการประเมินความต้องการบริการด้านสุขภาพของประชาชน และให้บริการอย่างเหมาะสมภายใต้งบประมาณที่กำหนดไว้ นอกจากนี้ยังมีการประกันสุขภาพภาคเอกชน ซึ่งมีอยู่ 2 ประเภทหลัก ๆ ได้แก่ การประกันสุขภาพจากการจ้างงาน (Employment – Based Insurance) และการประกันสุขภาพส่วนบุคคล (Individual Insurance) สำหรับด้านผู้ให้บริการสาธารณสุขนั้น ผู้ให้บริการส่วนใหญ่อยู่ในระบบภาครัฐ (Public Sector) โดยมีโรงพยาบาลในท้องถิ่น

(District General Hospitals) เป็นหน่วยบริการพื้นฐาน (Foundation) ของการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนของประเทศ[130]

3.2.2.2 การรับรองสิทธิ

ประเทศอังกฤษไม่มีรัฐธรรมนูญที่เป็นลายลักษณ์อักษร ตามแบบรัฐธรรมนูญนิยม (Constitutionalism) ดังเช่นในประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศภาคพื้นยุโรปอื่นๆ ส่งผลให้ไม่มีการบัญญัติรับรองสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลไว้เป็นสิทธิทางรัฐธรรมนูญ แต่อย่างไรก็ตาม ภายใต้ระบบกฎหมายอังกฤษ รัฐสภามีอำนาจตรากฎหมายที่เรียกว่า “Statutory Law” และสามารถนำกฎหมายแห่งสหภาพยุโรป (EU Law) มาปรับใช้แทนการบัญญัติรัฐธรรมนูญได้ [131] ซึ่งประเทศอังกฤษได้มีการนำกฎหมายระหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิมนุษยชนมาปรับใช้คือ อนุสัญญายุโรปว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Convention on Human Rights) เป็นกฎหมายสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศในระดับภูมิภาคที่มุ่งคุ้มครองสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐานของบุคคล โดยมีบทบัญญัติที่มุ่งเน้นการคุ้มครองสิทธิในทางการเมือง แต่ในส่วนของสิทธิทางสุขภาพนั้นมีการบัญญัติไว้ในกฎบัตรทางสังคมของยุโรป (European Social Charter) ซึ่งเป็นกฎหมายสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศในภูมิภาคยุโรปที่สำคัญอีกฉบับหนึ่ง และภายใต้กฎบัตรทางสังคมของยุโรปนี้ ได้กล่าวถึงสิทธิในสุขภาพไว้ ประกอบด้วย สิทธิที่จะมีมาตรฐานทางสุขภาพสูงที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้[132] และสิทธิที่จะได้รับการสงเคราะห์ทางสังคมและทางการแพทย์[133] โดยรัฐบาลอังกฤษมีหน้าที่ต้องดำเนินการในเรื่องดังต่อไปนี้

---

[130] Alyssa Kim Schabloski, **Health Care Systems Around the World**, pp. 32-33, Retrieved December 12, 2016 from http://www.itup.org/Reports/FreshThinking /Health _Care_Systems_Around_World.pdf

[131] Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM), **Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe**, p. 97, Retrieved December 12, 2016 from http://picum.org/picum.org/uploads/file_/ Access_to_Health_Care_for_ Undocumented_Migrants.pdf

[132] European Social Charter

Part I

“11. Everyone has the right to benefit from any measures enabling him to enjoy the highest possible standard of health attainable.”

[133] “13. Anyone without adequate resources has the right to social and medical assistance.”

1. ขจัดปัญหาสุขภาพและสาเหตุของการเจ็บป่วยให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

2. จัดให้มีบริการให้คำปรึกษา การให้ความช่วยเหลือด้านสุขศึกษา การสร้างเสริมสุขภาพ และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคล

3. ป้องกันโรคระบาด โรคประจำถิ่น และโรคอื่น ๆ รวมถึงอุบัติเหตุ[134]

ภายใต้กฎบัตรทางสังคมของยุโรป ประเทศอังกฤษจะต้องดำเนินการให้หลักประกันในเรื่องสิทธิที่จะได้รับการสงเคราะห์ทางสังคมและทางการแพทย์ และบุคคลใดที่ขาดแคลนทุนทรัพย์จะต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมตามเงื่อนไขและความจำเป็นของการเจ็บป่วยนั้น[135] นอกจากนี้ยังมีกลไกการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน โดยมีศาลสิทธิมนุษยชนแห่งยุโรปและศาลภายในประเทศ ซึ่งบุคคลใดเชื่อว่าตนถูกละเมิดสิทธิมนุษยชนที่รับรองไว้ในอนุสัญญาและกฎบัตรดังกล่าว สามารถเสนอคำฟ้องเพื่อขอรับความคุ้มครองจากศาลภายในประเทศและศาลสิทธิมนุษยชนยุโรปได้[136]

สำหรับคนต่างด้าวที่อาศัยอยู่ในประเทศอังกฤษนั้น กฎหมายภายในของอังกฤษมิได้บัญญัติรับรองสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของรัฐไว้โดยชัดแจ้ง แต่ภายใต้กฎหมายว่าด้วยการบริการสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดกรอบแนวทางการให้บริการรักษาพยาบาลของรัฐตามแนวความคิดที่ว่า “การให้บริการที่เป็นสากลสำหรับบุคคลทุกคน บนพื้นฐานความต้องการรับบริการทางการแพทย์ไม่ใช่ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ” (Universal Service for all Based on Clinical Need, not Ability to Pay) ซึ่งเป็นหลักการที่รับรองว่า การเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน

---

[134] Part II

Article 11 – The right to protection of health

“With a view to ensuring the effective exercise of the right to protection of health, the Parties undertake, either directly or in co-operation with public or private organizations, to take appropriate measures designed inter alia:

1. To remove as far as possible the causes of ill-health;

2. To provide advisory and educational facilities or the promotion of health and the encouragement of individual responsibility in matters of health;

3. To prevent as far as possible epidemic, endemic and other diseases, as well as accidents”

[135] Jonathan Montgomery, **Health Care Law** (Oxford: Oxford University Press, 2002), p. 4.

[136] *Ibid.,* pp. 11-12.

ของบุคคลทุกคน และภายใต้กฎหมายนี้ จึงไม่สามารถปฏิเสธการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของบุคคลได้เพียงเพราะสถานะทางสุขภาพหรือความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของบุคคล[137]

ดังนั้น คนต่างด้าวที่อาศัยอยู่ภายในประเทศอังกฤษ จึงมีความสามารถเป็นผู้ทรงสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของรัฐได้ ภายใต้กฎบัตรทางสังคมของยุโรปและกฎหมายว่าด้วยการบริการสุขภาพแห่งชาติ ที่มีหลักการมุ่งคุ้มครองบุคคลทุกคนที่มีความต้องการจำเป็นในการรับบริการรักษาพยาบาล

3.2.2.3 รูปแบบการเข้าถึงสิทธิ

ประเทศอังกฤษมีการตรากฎหมายภายในขึ้นบังคับใช้คือ กฎหมายว่าด้วยการบริการสุขภาพแห่งชาติ (The National Health Service Act) ซึ่งตราขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1946 และมีการปรับปรุงแก้ไขครั้งล่าสุดในปี ค.ศ. 2006 โดยเป็นกฎหมายที่วางโครงสร้างพื้นฐานของระบบการบริการสาธารณสุขภายในประเทศ โดยมีหลักการที่สำคัญคือการจัดให้มีบริการรักษาพยาบาลที่ครอบคลุมบนพื้นฐานความต้องการด้านสุขภาพ ไม่ใช่ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล[138] แต่อย่างไรก็ตาม ภายใต้กฎหมายว่าด้วยการบริการสุขภาพแห่งชาตินั้น ได้มีการกำหนดกฎระเบียบในการบริการรักษาพยาบาลโดยมีทั้งกรณีที่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และกรณีที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานะของบุคคลและประเภทของบริการ ส่งผลให้รูปแบบในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของรัฐจำแนกออกได้เป็น 2 รูปแบบหลัก ๆ คือ รูปแบบการชำระค่าบริการโดยตรง และรูปแบบการประกันสุขภาพ ซึ่งกรณีคนต่างด้าวที่อาศัยอยู่ภายในประเทศนั้น มีรูปแบบในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของรัฐ ดังต่อไปนี้

1) รูปแบบการชำระค่าบริการโดยตรง

การเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าวในประเทศอังกฤษนั้น แม้จะมีกฎหมายว่าด้วยการบริการสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้วางโครงสร้างพื้นฐานในการบริการสาธารณสุขของประเทศ และรับรองให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ณ จุดบริการ (Free at the Point of Use) ซึ่งครอบคลุมถึงคนต่างด้าวที่เกิดหรือเข้าเมืองโดยถูกกฎหมายและตั้งใจจะตั้งถิ่นฐานอยู่ในประเทศอังกฤษ (Ordinarily Resident) ด้วย[139] แต่อย่างไรก็ตาม

---

[137] Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM), *op. cit.,* p. 98.

[138] Thomas Powell, **NHS Charges for Overseas Visitors**, p. 1, Retrieved December 12, 2016 from http://researchbriefings.parliament.uk/Research Briefing/Summary/SN03051

[139] *Ibid.,* p. 1.

กฎหมายว่าด้วยการบริการสุขภาพนี้ก็ไม่ได้ให้ความคุ้มครองคนต่างด้าวทุกคนที่เข้ามาอาศัยอยู่ภายในรัฐ โดยกรณีคนต่างด้าวที่ไม่ได้ตั้งใจจะตั้งถิ่นฐานอยู่ภายในรัฐ (Non - Ordinarily Resident) นั้นไม่ได้รับความคุ้มครองภายใต้กฎหมายนี้ และกรณีบุคคลที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ การเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของบุคคลดังกล่าวนี้ เป็นไปตามรูปแบบการชำระค่าบริการแก่สถานบริการหรือผู้ให้บริการรักษาพยาบาลโดยตรง ภายใต้หลักการทำสัญญาบริการรักษาพยาบาลระหว่างคนต่างด้าวซึ่งเป็นผู้รับบริการกับผู้ประกอบวิชาชีพหรือสถานบริการซึ่งเป็นผู้ให้บริการ โดยมีความสัมพันธ์เป็นไปตามหลักกฎหมายว่าด้วยสัญญาโดยทั่วไป

2) รูปแบบการประกันสุขภาพภาคเอกชน

การประกันสุขภาพภาคเอกชน หรือที่เรียกว่า “PMI” (Private Medical Insurance) เป็นการซื้อประกันสุขภาพโดยบุคคลหรือโดยกลุ่มบุคคล ซึ่งส่วนใหญ่จะพบในกรณีที่นายจ้างซื้อประกันสุขภาพเพื่อเป็นสวัสดิการการจ้างงานให้แก่ลูกจ้างผ่านทางบริษัทรับประกันสุขภาพทั่วไป ทั้งนี้ โดยมีระยะเวลาในการประกันสุขภาพทั้งแบบรายปี และ 6 เดือน แล้วแต่ความต้องการของผู้ซื้อประกัน และจากข้อมูลการรายงานเกี่ยวกับการประกันสุขภาพภาคเอกชนนี้ พบว่า มีส่วนแบ่งทางการตลาดเป็นจำนวนมากถึงร้อยละ 25 ของส่วนแบ่งการตลาดในระบบประกันทั้งหมด[140] ซึ่งคนต่างด้าวที่อยู่ในระบบการจ้างงานถูกต้องตามกฎหมาย สามารถได้รับการประกันสุขภาพจากนายจ้างตามรูปแบบประกันสุขภาพภาคเอกชนนี้ได้

3) รูปแบบรัฐสวัสดิการ

ประเทศอังกฤษ มีวิวัฒนาการเกี่ยวกับระบบบริการรักษาพยาบาลมาอย่างยาวนานตั้งแต่ในช่วงก่อนสงครามโลกครั้งที่ 2 ในขณะนั้นประชาชนส่วนใหญ่นิยมซื้อประกันสุขภาพภาคเอกชนด้วยเงินของตนเอง ส่วนผู้ที่ไม่มีทุนทรัพย์เพียงพอในการซื้อประกันสุขภาพก็ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากภาครัฐและองค์กรการกุศลต่าง ๆ เป็นผู้เข้ามาให้ความช่วยเหลือในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล แต่ภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ได้มีความเห็นในทางการเมืองเสนอให้ประเทศอังกฤษสมัยใหม่ควรเป็นรัฐสวัสดิการ โดยผู้ที่มีมาตรฐานการครองชีพต่ำควรได้รับการช่วยเหลืออย่างสมศักดิ์ศรี โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชากรกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วย ผู้บาดเจ็บ ผู้ว่างงาน หรือผู้สูงอายุ เป็นต้น ควรมีการจัดให้ประชากรกลุ่มนี้ได้รับความคุ้มครองภายใต้โครงการประกันสังคม ซึ่งครอบคลุมในเรื่องการมีที่อยู่อาศัย การเข้าถึงการศึกษา การเข้าถึงการมีงานทำ รวมถึงการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลด้วย ต่อมาในปี ค.ศ. 1942 ประเทศอังกฤษได้ปรับเปลี่ยนรูปแบบการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลภายใต้โครงการประกันสังคมและความช่วยเหลือต่าง ๆ ที่กระจัดกระจายอย่างไม่เป็น

---

[140] Seán Boyle, *op. cit.,* p. 88.

ระเบียบ โดยจัดทำให้เป็นระบบเดียวกัน ซึ่งนำไปสู่การตรากฎหมายว่าด้วยการบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service Act) ขึ้น และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1948[141]

กฎหมายว่าด้วยการบริการสุขภาพแห่งชาตินี้ เป็นกฎหมายที่ตราขึ้นด้วยเจตนารมณ์มุ่งคุ้มครองประชาชนทุกคนที่อาศัยอยู่ภายในประเทศให้สามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยได้ ภายใต้หลักการสำคัญคือ “การให้บริการสำหรับประชาชนทุกคนด้วยความเป็นสากล บนพื้นฐานความต้องการจำเป็นด้านการรักษาพยาบาล ไม่ใช่ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล” (The NHS will Provide a Universal Service for all Based on Clinical Need, not on Ability to Pay) ซึ่งเป็นการให้บริการแบบไม่เสียค่าใช้จ่าย ณ จุดบริการ (Free at the Point of Use) และกฎหมายฉบับนี้ได้ให้ความคุ้มครองบุคคลที่มีถิ่นที่อยู่เป็นปกติในประเทศอังกฤษ เรียกกลุ่มบุคคลนี้ว่า “Ordinarily Resident” ซึ่งกฎหมายฉบับนี้ไม่ได้ให้นิยามความหมายไว้อย่างชัดแจ้ง แต่ได้มีการตีความโดยศาลสูงสุด (House of Lords) ของประเทศอังกฤษซึ่งตัดสินในปี ค.ศ. 1982 กล่าวไว้ว่า หมายถึง บุคคลซึ่งอยู่ในสหราชอาณาจักรด้วยความสมัครใจโดยถูกต้องตามกฎหมาย และตั้งใจที่จะตั้งถิ่นฐานใช้ชีวิตอยู่ในสหราชอาณาจักร[142] และภายใต้การตีความสถานะของบุคคลที่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายนี้ ส่งผลให้คนต่างด้าวที่ไม่มีสถานะเป็น “Ordinarily Resident” จึงไม่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายนี้

ต่อมาประเทศอังกฤษได้มีการตรากฎหมายเพื่อให้ความคุ้มครองคนต่างด้าวที่ไม่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย “NHS” นี้ โดยเรียกกลุ่มคนต่างด้าวที่ไม่ใช่ “Ordinarily Resident” ว่า “Overseas Visitors” และบัญญัติเป็นกฎหมายที่ชื่อว่า “The National Health Service (Charge to Overseas Visitors) Regulation” ซึ่งตราขึ้นโดยอาศัยอำนาจตามความในมาตรา 175 ของกฎหมายว่าด้วยการบริการสุขภาพแห่งชาติ โดยตราขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1989 จากนั้นได้มีการแก้ไขปรับปรุงในปี ค.ศ. 1991, ค.ศ. 1994, ค.ศ. 2000, ค.ศ. 2004, ค.ศ. 2006[143]

---

[141] สมชาย สุขสิริเสรีกุล, *เรื่องเดิม,* หน้า 284.

[142] House of Lords

“Someone who is lawfully living in the United Kingdom voluntarily and for a settled purpose as part of the regular order of his or her life for the time being, with an identifiable purpose for his or her residence here and that purpose must have a sufficient degree of continuity to be properly described as settled”

[143] Seán Boyle, *op. cit.,* p. 79.

และปรับปรุงแก้ไขครั้งล่าสุดในปี ค.ศ. 2011 มีผลบังคับใช้ในเดือนสิงหาคม ปี ค.ศ. 2011 โดยมีสาระสำคัญของกฎหมาย สรุปได้ดังนี้[144]

1. การให้คำจำกัดความคนต่างด้าวที่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายนี้

กฎหมายฉบับนี้ ได้ให้คำนิยามคำว่า “Overseas Visitors” ไว้ว่าหมายถึงบุคคลที่ไม่ใช่ “Ordinarily Resident”

2. การกำหนดหน้าที่ในการจ่ายค่าชดเชยการรักษาพยาบาล (Provision for Making and Recovery of Charge) โดยกฎหมายฉบับนี้ ได้กำหนดหน้าที่ในการจ่ายค่าชดเชยการรักษาพยาบาลสำหรับคนต่างด้าวไว้ ดังต่อไปนี้

1) กำหนดให้ “NHS” มีหน้าที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับบุคคลที่ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายนี้

2) กำหนดหน้าที่ความรับผิดในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ดังนี้

(1) กรณีคนต่างด้าวที่รับจ้างทำงานในเรือหรือเรือเดินสมุทรขนาดใหญ่ซึ่งอยู่ในสหราชอาณาจักรด้วยเหตุแห่งการจ้างงานนั้น ให้เจ้าของเรือที่เป็นนายจ้างเป็นผู้จ่ายค่าชดเชยการรักษาพยาบาลให้กับคนต่างด้าวที่เป็นลูกจ้าง

(2) กรณีคนต่างด้าวที่รับจ้างทำงานบนเครื่องบินซึ่งอยู่ในสหราชอาณาจักรด้วยเหตุแห่งการจ้างงานนั้น ให้นายจ้างเป็นผู้จ่ายค่าชดเชยการรักษาพยาบาลให้กับลูกจ้างที่เป็นคนต่างด้าวนั้น

(3) กรณีคนต่างด้าวที่เป็นเด็กซึ่งไม่ได้รับการยกเว้นค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายนี้ ให้บิดามารดาหรือผู้ปกครองเด็กนั้นเป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาล

3. การยกเว้นค่ารักษาพยาบาล โดยกฎหมายฉบับนี้ได้กำหนดหลักการและเงื่อนไขเกี่ยวกับการยกเว้นค่ารักษาพยาบาลให้กับคนต่างด้าว ในกรณีดังต่อไปนี้

1) การกำหนดบริการที่ได้รับการยกเว้นค่ารักษาพยาบาล ได้แก่

(1) การบริการรักษาพยาบาลกรณีเกิดอุบัติเหตุและการแพทย์ฉุกเฉิน แต่ไม่รวมถึงในกรณีที่ภายหลังคนต่างด้าวนั้นได้รับการยอมรับให้เข้าเป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการตามกำหนดนัด

(2) บริการอื่น ๆ ซึ่งกระทำโดยเจ้าหน้าที่ผู้ได้รับการจ้างให้ปฏิบัติงานหรือภายใต้การกำกับดูแลของโรงพยาบาล

(3) บริการวางแผนครอบครัว

(4) การรักษาพยาบาลตามบัญชีโรคที่กำหนดท้ายระเบียบ

---

[144] The National Health Service (Charge to Overseas Visitors) Regulation 2011

(5) การรักษาพยาบาลโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually Transmitted Infection) เว้นแต่ในกรณีการบริการที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ เอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus) จะได้รับการยกเว้นค่ารักษาพยาบาลเฉพาะกรณีที่ผลการตรวจวินิจฉัยพบว่ามีการติดเชื้อไวรัสแล้วเท่านั้น

(6) บริการสำหรับคนต่างด้าวที่ถูกส่งตัวเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือได้รับไว้ในความปกครองภายใต้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต (Mental Health Act 1983)

(7) การรักษาพยาบาลที่จัดให้มีขึ้นในพฤติการณ์ ต่อไปนี้

(7.1) การรักษาพยาบาลตามคำสั่งของศาล

(7.2) กรณีที่การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทตาม (6) ไม่สามารถดำเนินการได้

2) การกำหนดคนต่างด้าวที่ได้รับการยกเว้นค่ารักษาพยาบาล สำหรับกรณีผู้ที่อยู่ภายในประเทศโดยถูกกฎหมาย เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 12 เดือน

(1) ยกเว้นค่ารักษาพยาบาลให้กับคนต่างด้าวที่อยู่ในสหราชอาณาจักรโดยถูกกฎหมายเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 12 เดือน

(2) การยกเว้นค่ารักษาพยาบาลตามข้อ (1) ไม่ใช้บังคับกับกรณีบุคคลซึ่งได้รับอนุญาตให้เข้ามาในสหราชอาณาจักรโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเข้ารับบริการทางการแพทย์ภาคเอกชน (Private Medical Treatment)

(3) กรณีที่บุคคลมีถิ่นที่อยู่โดยถูกต้องเป็นไปตาม (1) ในขณะที่อยู่ในช่วงของการรักษาพยาบาลให้ได้รับการยกเว้นค่ารักษาพยาบาลไปถึงตั้งแต่วันเริ่มเข้ารับการรักษานั้น

3) การกำหนดคนต่างด้าวที่ได้รับการยกเว้นค่ารักษาพยาบาล สำหรับกรณีผู้ที่เข้ามาทำงาน หรือเข้ามาศึกษา หรือกรณีที่มีลักษณะเช่นเดียวกัน

(1) กำหนดยกเว้นค่ารักษาพยาบาลให้กับคนต่างด้าวในกรณีนี้เป็นการยกเว้นให้กับคนต่างด้าวที่สามารถแสดงหลักฐานให้เป็นที่พอใจแก่คณะกรรมการ “NHS” ว่าเข้ามาโดยมีวัตถุประสงค์ตามข้อ (2) และภายใต้เงื่อนไขดังนี้

(1.1) เป็นผู้อยู่ในสหราชอาณาจักร

(1.2) เป็นผู้อยู่ในอาณาเขตแห่งสหราชอาณาจักร

(1.3) เป็นผู้อยู่ในอาณาเขตน่านน้ำแห่งสหราชอาณาจักร

(2) วัตถุประสงค์เฉพาะในการอยู่ในราชอาณาจักร ดังนี้

(2.1) การจ้างงานในภาคส่วนธุรกิจซึ่งสำนักงานใหญ่ของผู้เป็นนายจ้างตั้งอยู่ในสหราชอาณาจักร หรือเป็นบริษัทที่จดทะเบียนในสหราชอาณาจักร

(2.2) การจ้างงานส่วนบุคคลที่สำนักงานใหญ่อยู่ในสหราชอาณาจักร

(2.3) แรงงานอาสาสมัครที่ปฏิบัติงานภายในองค์การอาสาสมัครด้านการบริการสาธารณสุข ภายใต้กฎหมายการสาธารณสุข (Public health Act 1968) หรือการสังคมสงเคราะห์ทางด้านสุขภาพ (Health and Personal Social Services)

(2.4) การศึกษาในหลักสูตรแบบเต็มเวลา ในกรณีดังต่อไปนี้

(2.4.1) กรณีได้รับทุนการศึกษาโดยรัฐมนตรีของรัฐบาลอังกฤษ เวลส์ ไอร์แลนด์เหนือ และสก็อตแลนด์

(2.4.2) มีระยะเวลาการศึกษาไม่น้อยกว่า 6 เดือน

4) การกำหนดคนต่างด้าวที่ได้รับการยกเว้นค่ารักษาพยาบาล สำหรับกรณีผู้ที่มีสิทธิตามข้อตกลงแห่งสหภาพยุโรป (EU Rights)

(1) คนต่างด้าวที่อยู่ภายใต้สนธิสัญญาแห่งสหภาพยุโรป

(2) ต่างด้าวที่อยู่ภายใต้ข้อตกลงระหว่างสหภาพยุโรปกับประเทศอื่น

(3) คนต่างด้าวกรณีอื่น ๆ ที่สามารถบังคับได้ตามสิทธิแห่งสหภาพยุโรป (EU Rights)

5) การกำหนดคนต่างด้าวที่ได้รับการยกเว้นค่ารักษาพยาบาล สำหรับกรณีบุคคลผู้อยู่ภายใต้ข้อตกลงร่วม (Reciprocal Agreements) โดยเป็นการกำหนดยกเว้นค่ารักษาพยาบาลให้กับคนต่างด้าวที่อยู่ภายใต้ข้อตกลงร่วมของประเทศ หรือเขตการปกครองตามที่ระบุในบัญชีแนบท้ายระเบียบนี้

6) การกำหนดคนต่างด้าวที่ได้รับการยกเว้นค่ารักษาพยาบาล สำหรับกรณีที่เป็นผู้ลี้ภัยสงคราม (Refugees) ผู้ลี้ภัย (Asylum Seeker) และเด็กในความดูแล (Children in Care)

(1) ผู้ลี้ภัยชั่วคราว หรือผู้ที่ได้รับความคุ้มครองภายใต้กฎหมายว่าด้วยการเข้าเมือง (Immigration Act)

(2) ผู้ที่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการเข้าเมืองและผู้ลี้ภัย (Immigration and Asylum Act)

(3) เด็ก ซึ่งรับไว้ในความดูแลของผู้บริหารท้องถิ่น ตามกฎหมายว่าด้วยเด็ก (Children Act)

7) การกำหนดคนต่างด้าวที่ได้รับการยกเว้นค่ารักษาพยาบาล สำหรับกรณีบุคคลที่เป็นเหยื่อจากการค้ามนุษย์ (Trafficking)

(1) กรณีที่มีเหตุอันเชื่อได้ว่าบุคคลนั้น เป็นเหยื่อจากการค้ามนุษย์ตามอนุสัญญาแห่งสหภาพยุโรปว่าด้วยการต่อต้านการค้ามนุษย์ (European Convention on Action against Trafficking in Human Beings 2005)

(2) มีการระบุว่าบุคคลนั้นเป็นเหยื่อจากการค้ามนุษย์ตามความหมายแห่งอนุสัญญายุโรปว่าด้วยการต่อต้านการค้ามนุษย์

8) การกำหนดคนต่างด้าวที่ได้รับการยกเว้นค่ารักษาพยาบาล สำหรับกรณีบุคคลที่ได้รับความช่วยเหลือด้วยเหตุผลทางมนุษยธรรม (Humanitarian Reason)

เป็นกรณีที่บุคคลได้รับอนุญาตให้เข้ามาในสหราชอาณาจักรเพื่อการรักษาพยาบาล และรัฐมนตรีของประเทศได้กำหนดให้ยกเว้นค่ารักษาพยาบาลด้วยเหตุผลทางมนุษยธรรม

9) การกำหนดคนต่างด้าวที่ได้รับการยกเว้นค่ารักษาพยาบาล สำหรับกรณีบุคคลที่เป็นทูต (Diplomats)

เป็นการยกเว้นค่ารักษาพยาบาลให้กับบุคคลที่เป็นทูต ภายใต้ความสัมพันธ์ทางการทูต ตามอนุสัญญากรุงเวียนนา (Vienna Convention)

10) การกำหนดคนต่างด้าวที่ได้รับการยกเว้นค่ารักษาพยาบาล สำหรับกรณีบุคคลที่ได้รับความคุ้มครองภายใต้ข้อตกลง “NATO”

เป็นการยกเว้นค่ารักษาพยาบาลให้กับบุคคลที่ได้รับความคุ้มครองซึ่งอยู่ภายใต้ข้อตกลง “NATO” (North Atlantic Treaty Organization Status of Force Agreement) ซึ่งข้อตกลงนี้ได้ทำขึ้น ณ กรุงลอนดอน เมื่อวันที่ 19 มิถุนายน ค.ศ. 1951 โดยได้กำหนดยกเว้นสำหรับค่าบริการด้านเวชกรรม (Medical) ทันตกรรม (Dental) บริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล (Hospital Services) และบริการอื่น ๆ ในทำนองเดียวกัน

11) การกำหนดคนต่างด้าวที่ได้รับการยกเว้นค่ารักษาพยาบาล สำหรับกรณีบุคคลผู้ได้รับเงินบำนาญในสหราชอาณาจักร

(1) ผู้เกษียณอายุและได้รับเงินบำนาญ ภายใต้กฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม (Social Security Contributions and Benefits Act 1992)

(2) ผู้ที่อยู่ในสหราชอาณาจักรมากกว่า 182 วันต่อปี และเป็นบุคคลที่มีสัญชาติของรัฐที่อยู่ในสหภาพยุโรป (EEA) หรือประเทศสวิตเซอร์แลนด์ไม่น้อยกว่า 183 วันต่อปี

(3) ไม่ใช่บุคคลที่มีภูมิลำเนาทางทะเบียนอยู่ในประเทศสหภาพยุโรปอื่น ๆ หรือประเทศสวิตเซอร์แลนด์

12) การกำหนดคนต่างด้าวที่ได้รับการยกเว้นค่ารักษาพยาบาล สำหรับกรณีผู้ได้รับเบี้ยหวัดหรือเงินชดเชยจากการเข้ารบในสงครามหรือการเป็นทหารในกองทัพ

13) การกำหนดคนต่างด้าวที่ได้รับการยกเว้นค่ารักษาพยาบาล สำหรับกรณีครูสอนศาสนา

14) การกำหนดคนต่างด้าวที่ได้รับการยกเว้นค่ารักษาพยาบาล สำหรับกรณีนักโทษ

15) การกำหนดคนต่างด้าวที่ได้รับการยกเว้นค่ารักษาพยาบาล สำหรับกรณีลูกจ้างบนเรือที่มีสถานะทางทะเบียนในสหราชอาณาจักร

16) การยกเว้นค่ารักษาพยาบาลให้กับสมาชิกในครอบครัวของคนต่างด้าวที่มีถิ่นที่อยู่ปัจจุบันในสหราชอาณาจักรโดยถูกกฎหมาย

ภายใต้กฎหมายฉบับนี้ ได้ให้ความคุ้มครองโดยครอบคลุมคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลไว้อย่างกว้างขวาง ซึ่งส่งผลให้สิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าวในประเทศอังกฤษได้รับการคุ้มครองอย่างเป็นรูปธรรม ภายใต้รูปแบบการเข้าถึงสุขภาพแบบรัฐสวัสดิการ

แต่อย่างไรก็ตาม ต่อมาในปี ค.ศ. 2014 ประเทศอังกฤษ ได้มีการตรากฎหมายว่าด้วยการเข้าเมือง (Immigration Act 2014) ขึ้น โดยได้บัญญัติให้คนต่างด้าวที่ไม่ใช่ “Ordinarily Resident” มีสิทธิเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลในระบบ “NHS” ตามมาตรา 175 ของกฎหมายว่าด้วยการบริการสุขภาพแห่งชาติ และภายใต้บังคับแห่งกฎหมายนี้ ซึ่งมีบทบัญญัติขึ้นใหม่โดยมีผลเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสิทธิการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพในระบบ “NHS” กล่าวคือ บัญญัติให้รัฐมนตรีมีอำนาจออกคำสั่งให้คนต่างด้าวต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ ในกรณีดังต่อไปนี้[145]

1. บุคคลที่รัฐมนตรีสามารถมีคำสั่งให้ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล ได้แก่ บุคคลที่ได้รับอนุญาตให้เข้าเมืองหรืออยู่ในสหราชอาณาจักรเพียงช่วงระยะเวลาที่จำกัด หรือบุคคลที่เข้าเมืองโดยถูกกฎหมาย และอยู่ในสหราชอาณาจักรเพียงช่วงระยะเวลาที่จำกัด หรือบุคคลที่มีหลักฐานการเข้าเมืองโดยถูกต้องตามกฎหมาย และอยู่ในสหราชอาณาจักรเพียงช่วงระยะเวลาที่จำกัด

2. รัฐมนตรีมีอำนาจออกคำสั่งกำหนดเกี่ยวกับเงื่อนไขที่บุคคลอาจต้องจ่าย หรือจำเป็นต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล และกำหนดข้อยกเว้นสำหรับการจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ รวมถึงรัฐมนตรีมีหน้าที่จะต้องคำนึงถึงขอบเขตของบริการสุขภาพที่มีความเป็นไปได้ในการยกเว้นค่ารักษาพยาบาล

---

[145] Section 38 of Immigration Act 2014

นอกจากนี้ กฎหมายได้กำหนดนิยามบุคคลซึ่งไม่ใช่ “Ordinarily Resident” ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยบัญญัติให้หมายถึงเฉพาะบุคคลดังต่อไปนี้[146]

กรณีแรก บุคคลที่ขออนุญาตเข้าเมืองหรืออยู่ในสหราชอาณาจักรแต่ได้รับการปฏิเสธไม่ให้เข้าเมืองหรือไม่ให้อยู่ในสหราชอาณาจักร

กรณีที่สอง บุคคลซึ่งได้รับอนุญาตให้เข้าเมืองหรืออยู่ในสหราชอาณาจักรเพียงช่วงระยะเวลาจำกัด

ภายใต้กฎหมายว่าด้วยการเข้าเมืองนี้ ได้ก่อให้เกิดกระแสวิพากษ์วิจารณ์อย่างกว้างขวางเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าว ซึ่งนักวิชาการหลายฝ่ายมองว่า หากพิจารณาตามบทบัญญัติแห่งกฎหมายนี้แล้ว เห็นได้ว่า บุคคลซึ่งอยู่ภายใต้บังคับแห่งกฎหมายนี้ คือ บุคคลที่ไม่ได้รับอนุญาตให้อยู่ในสหราชอาณาจักร จะต้องเป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง[147] เป็นการสร้างกำแพงการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าว และนักวิชาการเชื่อว่าจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ในเชิงลบต่อระบบสาธารณสุขของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นการทำลายหลักการพื้นฐานของการบริการสุขภาพแห่งชาติในเรื่อง “การให้บริการบนพื้นฐานความต้องการจำเป็นในการรักษาพยาบาล ไม่ใช่ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล”[148]

4) รูปแบบการสงเคราะห์ทางการแพทย์

ในประเทศอังกฤษ การเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของรัฐมีรูปแบบรัฐสวัสดิการ ซึ่งเป็นการให้ความคุ้มครองพลเมืองของรัฐเป็นหลัก และขยายความคุ้มครองถึงคนต่างด้าวที่เกิดหรือเข้าเมืองถูกกฎหมายโดยตั้งใจจะตั้งถิ่นฐานอยู่ในประเทศอังกฤษ (Ordinarily Resident) รวมถึงคนต่างด้าวที่ไม่ใช่ “Ordinarily Resident” แต่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายบริการสุขภาพแห่งชาติในส่วนที่ว่าด้วยการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าว (Charge to Overseas Visitors Regulation) โดยคนต่างด้าวนอกเหนือจากนี้จะไม่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายดังกล่าว เช่น คนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง และผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียน เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามในบางกรณีรัฐได้เข้ามาให้ความช่วยเหลือแก่คนต่างด้าวกลุ่มนี้ในรูปแบบการสงเคราะห์ทาง

---

[146] Section 39 of Immigration Act 2014

[147] Thomas Powell, *op. cit.,* p. 1.

[148] Estelle Worthington and Lorna Gledhill, **The Immigration Bill and Access to Healthcare**, p. 1, Retrieved December 12, 2016 from http://city ofsanctuary.org/files/the_immigration_bill_and_healthcare_briefing_1.pdf

การแพทย์ หรือการให้บริการแบบให้เปล่า ซึ่งเป็นการให้บริการเฉพาะการเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือมีโรคติดเชื้ออันตรายอันอาจส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขของประเทศได้[149]

กล่าวโดยสรุปได้ว่า รูปแบบการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าวในประเทศอังกฤษมี 4 รูปแบบ ได้แก่

1. รูปแบบการชำระค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเองโดยตรง เป็นรูปแบบที่ให้ความคุ้มครองการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลโดยครอบคลุมคนต่างด้าวทุกประเภทที่อยู่ในประเทศอังกฤษ

2. รูปแบบการประกันสุขภาพภาคเอกชน เป็นรูปแบบที่ให้ความคุ้มครองการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลที่ครอบคลุมแรงงานต่างด้าวที่เข้าเมืองถูกกฎหมาย โดยกรณีที่เป็นแรงงานต่างด้าวในระบบ นายจ้างจะเป็นผู้จัดให้มีประกันสุขภาพ ส่วนกรณีไม่ใช่แรงงานหรือเป็นแรงงานนอกระบบสามารถซื้อประกันสุขภาพตามความสมัครใจได้

3. รูปแบบรัฐสวัสดิการ เป็นรูปแบบที่ให้ความคุ้มครองการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลโดยครอบคลุมคนต่างด้าวที่เข้าเมืองถูกกฎหมายนอกเหนือจากแรงงานต่างด้าวที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพภาคเอกชน โดยปัจจุบันกฎหมายว่าด้วยการเข้าเมือง ค.ศ. 2014 (Immigration Act 2014) มีบทบัญญัติที่ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงนิยามคนต่างด้าวที่ได้รับความคุ้มครองตามระเบียบว่าด้วยการบริการสาธารณสุข (The National Health Service (Charge to Overseas Visitors) Regulation 2011) แตกต่างไปจากเดิมที่นิยามไว้อย่างกว้าง แต่ภายใต้กฎหมายว่าด้วยการเข้าเมืองนี้ บัญญัติไว้เพียงบุคคล 2 ประเภทคือ บุคคลที่ขอรับอนุญาตเข้าเมืองหรืออยู่ในสหราชอาณาจักรแต่ได้รับการปฏิเสธไม่ให้เข้าเมืองหรือไม่ให้อยู่ในสหราชอาณาจักร และบุคคลซึ่งได้รับอนุญาตให้เข้าเมืองหรืออยู่ในสหราชอาณาจักรเพียงช่วงระยะเวลาจำกัดเท่านั้น ส่วนบุคคลต่างด้าวนอกเหนือจากที่กล่าวมาข้างต้น สามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้ในรูปแบบการประกันสุขภาพภาคเอกชน หรือรูปแบบการเสียค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง

4. รูปแบบการสงเคราะห์ทางการแพทย์ เป็นรูปแบบที่ให้ความคุ้มครองการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลแก่คนต่างด้าวที่เข้าเมืองผิดกฎหมายโดยหลบหนีเข้าเมือง และผู้ไม่มี

---

[149] Bradford H. Gray and Ewout van Ginnekken, “Health Care for Undocumented Migrants: Eueopean Approach,” **Issue in International Health Policy** (December 2012): 8, Retrieved December 12, 2016 from http://www.commonwealthfund.org/~/media/files/ publications/issue-brief/2012/dec/1650_gray_hlt_care_undocumented_migrants_intl_brief.pdf

สถานะทางทะเบียน ซึ่งเป็นการให้บริการแบบให้เปล่า เฉพาะกรณีการเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือเป็นโรคติดเชื้ออันตรายที่อาจส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขของประเทศ

3.2.3 ประเทศเยอรมนี

ประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมัน เป็นประเทศภาคพื้นทวีปยุโรปที่มีระบบเศรษฐกิจเป็นแบบตลาดเสรี มีระบอบการเมืองการปกครองเป็นแบบสหพันธรัฐที่ปกครองด้วยระบอบประชาธิปไตยและเป็นสังคมรัฐ คือเป็นรัฐสังคมประชาธิปไตย โดยมีประธานาธิบดีเป็นประมุข (Bundespräsident) และมีนายกรัฐมนตรี (Budeskanzler) เป็นหัวหน้ารัฐบาล มีเขตการปกครองประกอบด้วย 16 รัฐ (Länder) แบ่งเป็น 13 มลรัฐ (Flächenländer) และ 3 นครรัฐ (Stadtstaaten) แต่ละรัฐมีการปกครองและมีรัฐบาลของตนเองมีเมืองหลวงคือ กรุงเบอร์ลิน มีระบบกฎหมายเป็นแบบซีวิลลอว์ (Civil law) โดยมีรัฐธรรมนูญซึ่งใช้ชื่อว่า “Grundgesetz” หรือเรียกว่า “กฎหมายพื้นฐาน” (Basic law) เป็นกฎหมายสูงสุดของประเทศ การตรากฎหมายในระดับสหพันธ์กระทำโดยสภาสหพันธรัฐ (Bundestag) โดยต้องได้รับความเห็นชอบจากสภาที่ปรึกษา (Bundesrat) ส่วนมลรัฐสามารถตรากฎหมายขึ้นบังคับใช้ภายในเขตพื้นที่ได้ตามที่รัฐธรรมนูญให้อำนาจ เช่น กฎหมายแพ่ง กฎหมายอาญา กฎหมายวิธีพิจารณาความ กฎหมายว่าด้วยผู้ลี้ภัย การสังคมสงเคราะห์ และการประกันสังคม เป็นต้น ในด้านการบริหารกิจการสาธารณะ เป็นการดำเนินการตามกฎหมายที่สภาสหพันธรัฐและมลรัฐได้ตราขึ้นบังคับใช้ โดยมีองค์กรที่รับผิดชอบคือ รัฐบาลและฝ่ายปกครองของสหพันธรัฐ มลรัฐ และองค์การปกครองตนเอง (Gemeinde) โดยมีรัฐบาลสหพันธ์อยู่ในสถานะทางการเมืองสูงสุดของอำนาจฝ่ายบริหาร และมลรัฐมีอำนาจหน้าที่ในนามของสหพันธ์ดำเนินการในเรื่องงานทะเบียนประวัติประชากร บัตรประจำตัวประชาชน สถานะทางบุคคล และทะเบียนครอบครัว[150] ส่วนด้านประชากรนั้น ประเทศเยอรมันมีประชากรประมาณ 80 ล้านคน[151] ในจำนวนนี้มีคนต่างด้าวเป็นจำนวนมากถึง 2.14 ล้านคน[152] ซึ่งในส่วนของการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าวในประเทศเยอรมันนั้น สามารถพิจารณาได้จากข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

---

[150] กมลชัย รัตนสกาววงศ์, **หลักกฎหมายปกครองเยอรมัน** (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544), หน้า 4-6.

[151] United Nation, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2016

[152] Federal Office for Migration and Refugees, **Migration Report 2015 Central Conclusions**, p. 2, Retrieved December 12, 2016 from http://www.bamf.de/shared

3.2.3.1 ระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ

ประเทศเยอรมัน มีระบบบริการสาธารณสุขในรูปแบบประกันสังคมที่จัดให้สำหรับประชาชน เริ่มมีขึ้นครั้งแรกตั้งแต่ปี ค.ศ. 1883 โดยผู้ซึ่งวางรากฐานแนวความคิดนี้ คือ นายอ็อตโต ฟอน บิสมาร์ค (Otto von Bismarck) ซึ่งพลเมืองชาวเยอรมันนิยมเรียกระบบประกันสุขภาพนี้ว่า “บิสมาร์ค โมเดล” (Bismarck Model) ต่อมาในปี ค.ศ. 2007 ได้มีการปฏิรูประบบสุขภาพภายใต้เป้าประสงค์ที่สำคัญ 4 ประการคือ 1. การประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่ม (Mandatory Universal Health Insurance Coverage) 2. การปรับปรุงคุณภาพการรักษาพยาบาล (Improvement of Medical Care) 3. การปรับปรุงกองทุนการเจ็บป่วยให้ทันสมัยยิ่งขึ้น (Modernization of Sickness Funds) และ 4. การปฏิรูปกองทุนสุขภาพ (Reform of the Health Fund) ซึ่งถือได้ว่าเป็นพื้นฐานสำคัญของการคลังสุขภาพในประเทศเยอรมัน และภายใต้การปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อบรรลุเป้าประสงค์ 4 ประการดังกล่าวข้างต้น รัฐบาลได้กำหนดกรอบการดำเนินงานภายใต้หลักการที่สำคัญ 3 ประการคือ หลักความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน (Solidarity) หลักการช่วยเหลือส่งเสริม (Subsidiarity) และหลักการรวมกลุ่ม (Corporatism) ดังนี้[153]

หลักความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน เมื่อประชาชนชาวเยอรมันกล่าวถึงหลักความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันนั้น หมายความว่า รัฐบาลจะต้องมีความรับผิดชอบในการดำเนินการให้ประชาชนทุกคน (Universal) สามารถเข้าถึงการมีหลักประกันสุขภาพ โดยรัฐบาลมีความรับผิดชอบที่จะต้องให้ความช่วยเหลือบุคคลที่ไม่สามารถเข้าถึงการประกันสุขภาพภาคเอกชนได้ ทั้งนี้ โดยมิได้ผูกขาดการประกันสุขภาพภาครัฐดังเช่นในประเทศอังกฤษ แต่เป็นการดำเนินการภายใต้แนวความคิดว่าด้วยความเป็นหุ้นส่วนทางสังคม (Social Partnership) โดยมุ่งเน้นการสร้างหลักประกันสุขภาพบนพื้นฐานความสัมพันธ์ระหว่างนายจ้างและลูกจ้างเป็นสำคัญ

หลักการช่วยเหลือส่งเสริม เป็นการส่งเสริมระบบการกระจายอำนาจภายใต้นโยบายทางการเมืองและหน่วยงานในทางการปกครองที่เหมาะสมกับสังคม ซึ่งในเรื่องการบริการรักษาพยาบาลนั้น รัฐบาลมีความรับผิดชอบในการกำหนดกรอบกฎเกณฑ์ทางกฎหมาย (Legislative Framework) และจัดให้มีกระบวนการต่อรองในการรวมกลุ่ม (Corporatist Bargaining Process)

หลักการรวมกลุ่ม เป็นหลักการประชาธิปไตยที่สะท้อนผ่านการเลือกตั้งผู้แทนของลูกจ้างและนายจ้างเพื่อทำหน้าที่คณะกรรมการกองทุนการเจ็บป่วย (Boards of Sickness Funds)

Docs/Anlagen/EN/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2015-zentrale-ergebnisse.html?nn=2006704

[153] Elliot Bidgood, **Healthcare Systems: Germany**, pp. 1-2, Retrieved December 12, 2016 from http://www.digitalezorg.nl/digitale/uploads/2015/03/ germany.pdf

ซึ่งผู้แทนในคณะกรรมการนี้จะทำหน้าที่เจรจาเกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์ (Medical care) และผลประโยชน์ของกลุ่ม เช่น แพทย์ (Doctors) ทันตแพทย์ (Dentists) เภสัชกร (Pharmacists) อุตสาหกรรมยา (Pharmaceutical Industry) และผู้รับประกันสุขภาพ (Insurers) ซึ่งมีผลให้เป็นการยากที่กลุ่มใดกลุ่มหนึ่งจะสามารถเปลี่ยนแปลงกฎ ระเบียบ หรือขึ้นค่าธรรมเนียมการให้บริการสุขภาพหรือเปลี่ยนแปลงอัตราค่าบริการโดยปราศจากความยินยอมของกลุ่มอื่น ๆ

ในด้านนโยบายและการจัดการสาธารณสุข มีรัฐบาลแห่งสหพันธ์เป็นผู้กำกับดูแลการพัฒนานโยบายสุขภาพและการบริการสาธารณสุข มีกระทรวงสาธารณสุข (Bundesministerium für Gesundheit) ทำหน้าที่บริหารนโยบายสาธารณสุขของประเทศ โดยมีนโยบายหลักที่ผ่านการพิจารณาจากสภาแห่งรัฐคือ ทั้งสภาแห่งสหพันธ์ (Budestag) และสภาแห่งมลรัฐ (Länder) มีนโยบายที่สำคัญในปัจจุบันคือ นโยบายความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน (Solidarity) มีแนวความคิดว่าประชาชนทุกคนจะต้องสามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพสูงอย่างเสมอภาค ทั้งนี้โดยคำนึงถึงความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Ability to Pay) และกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบบริหารกองทุนสุขภาพ ซึ่งเรียกว่า “Solidarity Fund” เป็นระบบประกันสุขภาพในรูปแบบประกันสังคม (Social Health Insurances System) และมีการจัดตั้งกองทุนที่มีชื่อว่า “Sickness Fund” เป็นการดำเนินการเกี่ยวกับผลประโยชน์ในสุขภาพโดยทั้งสองกองทุนดังกล่าวดำเนินการภายใต้กฎระเบียบของรัฐบาล

ในด้านการคลังสุขภาพ แต่เดิมเป็นการดำเนินการภายใต้รูปแบบที่เรียกว่า “Internal Subsidy Model” กล่าวคือ ในระบบนี้ ผู้บริโภคจะต้องจ่ายเงินภาษีสมทบเข้ากองทุน “Solidarity” และซื้อเบี้ยประกันสุขภาพเองโดยตรงในกองทุน “Sickness Fund” ซึ่งกองทุน “Sickness Fund” จะส่งเงินสมทบเข้ากองทุน “Solidarity” รวมเข้าเป็นกองทุนร่วม เรียกว่า “Government Health Fund” และในขณะเดียวกันกองทุน “Solidarity” ก็จะจ่ายเงินเบี้ยประกันอุดหนุน (Premium Subsidies) ให้กับกองทุน “Sickness Fund” ซึ่งภายใต้ระบบการคลังสุขภาพในรูปแบบนี้ ทั้งลูกจ้างและนายจ้างจะต้องจ่ายเงินเข้ากองทุน “Sickness Fund” โดยเบี้ยประกันคำนวณจากฐานเงินเดือนของลูกจ้าง ซึ่งลูกจ้างจะจ่ายเงินอยู่ที่ร้อยละ 7.6 ของฐานเงินเดือน และนายจ้างจะต้องจ่ายเงินสมทบให้อีกร้อยละ 6.6 เพื่อเป็นค่าประกันสุขภาพของลูกจ้าง นอกจากนี้การส่งเงินเบี้ยประกันสุขภาพยังสามารถใช้ได้กับแรงงานที่มีรายได้น้อยกว่า 60,000 เหรียญสหรัฐต่อปี หรือผู้เกษียณอายุการทำงาน หรือนักเรียน นักศึกษา ผู้ว่างงาน และผู้ไร้ที่อยู่อาศัยด้วย แต่ในเวลาต่อมาภายหลังการปฏิรูประบบสุขภาพในปี ค.ศ. 2007 ได้มีการปฏิรูประบบการคลังสุขภาพ โดยเปลี่ยนแปลงอัตราการจัดเก็บเบี้ยประกันสุขภาพจากเดิมคำนวณตามอัตราก้าวหน้าจากฐานเงินเดือน เปลี่ยนเป็นจัดเก็บตามอัตราคงที่ของผู้ประกันตนและนายจ้าง โดยจ่ายเงินสมทบนี้เข้ากองทุนสุขภาพของรัฐบาล (Gesundsheitsfonds or Health Fund) โดยตรง ซึ่งเริ่มขึ้นตั้งแต่เมื่อ

เดือนมกราคม ค.ศ. 2009 และการจ่ายเงินเบี้ยประกันอุดหนุนโดยรัฐบาลสหพันธ์จะจ่ายเข้ากองทุนใหม่นี้โดยตรง ทั้งนี้ ภายใต้กองทุนสุขภาพดังกล่าวจะมีการจัดสรรเงินเพื่อดำเนินงานตามแผนประกันสุขภาพ (Insurance Plans) ต่อรายหัวประชากร แต่อย่างไรก็ตาม การเบิกจ่ายงบประมาณของกองทุนจะต้องดำเนินการบริหารความเสี่ยงบนพื้นฐานของอายุ เพศ และสถานะโรคภัยสุขภาพ (Disease Status) ของประชากร เป็นการบริหารจัดการแผนงานประกันสุขภาพโดยกรณีที่มีเงินหรือดอกเบี้ยเพิ่มขึ้น สามารถส่งเงินส่วนที่เพิ่มขึ้นกลับไปยังผู้ทำประกัน หรือจัดสรรเป็นผลประโยชน์ในรูปแบบอื่นให้กับผู้ทำประกันได้

ในด้านผู้ให้บริการรักษาพยาบาล ประเทศเยอรมันมีระบบบริการรักษาพยาบาลที่มีผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ซึ่งจะเน้นการให้บริการในโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ และโรงพยาบาลได้รับเงินงบประมาณจากกองทุน “Sickness Fund” ประมาณร้อยละ 93 ของเงินทุนทั้งหมดในการดำเนินกิจการ ครอบคลุมต้นทุนค่าใช้จ่ายและค่าบำรุงโรงพยาบาล ภายใต้แผนงานจัดสรรการลงทุนในโรงพยาบาลโดยรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในระบบบริการรักษาพยาบาลมีประมาณ 133,000 คน ในจำนวนนี้มี 118,000 คน เป็นผู้ให้บริการในระบบประกันสุขภาพ (Health Insurance System) และครึ่งหนึ่งของจำนวนนี้เป็นแพทย์ประจำบ้าน (Family Practitioners) ในขณะที่ผู้ให้บริการอีก 59,000 คน เป็นผู้ให้บริการแพทย์เฉพาะทาง (Specialty Care)

ในด้านการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของรัฐ มีการจัดประเภทของประชาชนในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพโดยกฎหมาย กล่าวคือ ในกรณีแรงงานผู้มีรายได้น้อยกว่า 60,000 เหรียญสหรัฐต่อปี หรือผู้เกษียณอายุการทำงาน นักเรียน นักศึกษา ผู้ว่างงาน ผู้พิการ และผู้ไร้ที่อยู่อาศัย ได้รับการคุ้มครองภายใต้ระบบประกันสุขภาพในรูปแบบประกันสังคม ผู้ทำประกันทั้งหมดภายใต้ระบบนี้สามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้อย่างเสมอภาค ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่จำเป็น รวมถึงการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่วนการประกันสุขภาพภาคเอกชน จะจำกัดเฉพาะบุคคลผู้ซึ่งมีรายได้มากกว่า 60,000 เหรียญสหรัฐต่อปี หรือออกจากการประกันสังคมในระบบการจ้างงานมาซื้อประกันสุขภาพภาคเอกชนแทน[154]

3.2.3.2 การรับรองสิทธิ

ระบบกฎหมายว่าด้วยสิทธิของประชาชนในประเทศเยอรมันนั้น ตั้งอยู่บนแนวความคิดพื้นฐานว่าด้วย “สิทธิทางมหาชน” (Subjektives öffentliches Recht) ซึ่งเป็นอำนาจที่ระบบกฎหมายให้ไว้แก่บุคคลในอันที่จะเรียกร้องต่อรัฐให้กระทำการหรืองดเว้นกระทำการอย่างหนึ่งอย่างใดเพื่อประโยชน์แก่ผู้ทรงสิทธินั้น โดยอาจมีลักษณะเป็นสิทธิในทางป้องกัน (status negativus)

---

[154] Alyssa Kim Schabloski, *op. cit.*, pp. 12-15.

ที่สามารถเรียกร้องให้รัฐงดเว้นกระทำการอันเป็นการก้าวล่วงแดนแห่งสิทธิของบุคคล หรือมีลักษณะเป็นสิทธิในการแสดงเจตจำนงทางการเมือง (status activus) ที่สามารถเรียกร้องการเข้ามีส่วนร่วมทางการเมืองได้ หรือมีลักษณะเป็นสิทธิที่ผู้ทรงสิทธิสามารถเรียกร้องให้รัฐกระทำการในสิ่งที่ให้ประโยชน์แก่ตน (status positivus)[155] ซึ่งสิทธิทางมหาชนในแนวคิดของระบบกฎหมายเยอรมันพัฒนาขึ้นจากข้อความคิดที่ว่าด้วย “สิทธิทางมหาชนของของปัจเจกบุคคล” (Rechtsschutzanspruch) โดยแนวความคิดนี้มองว่ารัฐมีสถานะเป็นบุคคล และเมื่อรัฐมีสถานะเป็นบุคคลแล้ว ความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับพลเมืองจึงตั้งอยู่บนฐานของความสัมพันธ์ทางกฎหมายระหว่างบุคคล สิทธิทางมหาชนจึงเป็นเรื่องของความสัมพันธ์ทางกฎหมายที่บุคคลมีต่อรัฐ เมื่อมีการกระทำทางกฎหมายหรือกฎเกณฑ์ทางกฎหมายที่บังคับให้รัฐต้องคุ้มครองประโยชน์ส่วนบุคคล บุคคลจึงสามารถเรียกร้องให้รัฐกระทำการหรือละเว้นกระทำการเพื่อประโยชน์เหล่านั้นได้[156] และความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับบุคคลเช่นว่านี้สะท้อนผ่านอุดมการณ์สูงสุดของประชาชน คือ รัฐธรรมนูญ (Grundgesetz) หรือเรียกว่า “กฎหมายพื้นฐาน” (Basic Law) ของประเทศ ซึ่งเป็นสิ่งที่สะท้อนเจตจำนงร่วมของประชาชนในชาติโดยได้บัญญัติรับรองสิทธิของประชาชนไว้ เป็นอำนาจของปัจเจกบุคคลที่มีต่ออำนาจมหาชนแห่งรัฐ

แต่อย่างไรก็ตาม รัฐธรรมนูญของประเทศเยอรมัน มิได้มีการบัญญัติรับรองสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลไว้โดยชัดแจ้ง แต่มีบทบัญญัติที่วางหลักประกันในเรื่องการเป็นรัฐประชาธิปไตยและเป็นสังคมรัฐ[157] ซึ่งภายใต้หลักสังคมรัฐ (Sozialstaat) นี้ เป็นการกำหนดให้รัฐต้องตรากฎหมายและบังคับใช้กฎหมายเพื่อบรรลุเป้าประสงค์คือ ความยุติธรรมทางสังคม (Social Justice)[158] โดยเป็นการกำหนดบทบาทหน้าที่ของรัฐในการสร้างความเป็นธรรม การรักษาความเป็นธรรม และความมั่นคงทางสังคม รัฐจะต้องสร้างหลักประกันให้กับบุคคลทุกคนสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Menschen–Wuerde) และประชาชนพึงได้รับประโยชน์จากการบัญญัติกฎหมาย รวมถึงการใช้และการตีความกฎหมาย กล่าวคือ[159]

---

[155] วรเจตน์ ภาคีรัตน์, *เรื่องเดิม,* หน้า 197.

[156] ปิยบุตร แสงกนกกุล, **กฎหมายปกครองของประเทศในยุโรป** (กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราและเอกสารประกอบการสอน คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2556), หน้า 63-64.

[157] Article 20 of The Basic law (Grundgesetz)

“(1) The German Republic is a democratic and a social federal state”

[158] Rainer Grote, **Constitution of the Countries of the World: The Federal Republic of Germany** (New York: Oxford University Press, 2009), p. 17.

[159] บุญศรี มีวงศ์อุโฆษ, **กฎหมายมหาชนเบื้องต้น** (กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราและเอกสารประกอบการสอน คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2555), หน้า 130-131.

1. เป็นข้อเรียกร้องให้รัฐมีหน้าที่จะต้องกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำในการดำรงชีวิตของประชาชนและรัฐจะต้องประกันมิให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งต้องดำรงชีวิตในระดับที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้

2. เป็นข้อเรียกร้องต่อรัฐในการใช้และการตีความกฎหมาย โดยรัฐจะต้องคำนึงถึงเนื้อหาของสังคมรัฐ ในกรณีที่กฎหมายไม่ได้กำหนดหลักเกณฑ์ไว้อย่างชัดเจนในการตีความกฎหมาย รัฐจะต้องตีความกฎหมายไปในทางที่เป็นการแก้ไขสถานภาพทางกฎหมายของผู้ด้อยโอกาสทางสังคมให้ได้มีสถานะที่ดียิ่งขึ้น

3. เป็นข้อเรียกร้องต่อรัฐในการบริหารประเทศ โดยจะต้องคำนึงถึงหลักสังคมรัฐ ถึงแม้ว่าจะไม่มีกฎหมายให้อำนาจไว้ แต่เมื่อมีสถานการณ์ที่จำเป็นเกิดขึ้น รัฐจะต้องเข้ามาให้ความช่วยเหลือประชาชน และหลักสังคมรัฐนี้สามารถใช้อ้างเป็นฐานในทางกฎหมาย ก่อให้เกิดสิทธิเรียกร้องของประชาชนที่มีต่อรัฐในการเรียกร้องให้รัฐดำเนินการบำบัดทุกข์บำรุงสุขของประชาชนได้

ภายใต้หลักสังคมรัฐนี้ ประเทศเยอรมันได้มีการสร้างระบบประกันสังคม (Social Insurance System) ขึ้น เพื่อให้ความคุ้มครองแก่ผู้ใช้แรงงานโดยมีความร่วมมือระหว่าง 3 ฝ่ายคือ ฝ่ายนายจ้าง ฝ่ายลูกจ้าง และฝ่ายภาครัฐ แต่ละฝ่ายมีหน้าที่ต้องจ่ายเบี้ยประกันในส่วนของตนตามอัตราที่กฎหมายกำหนด เพื่อเป็นกองทุนค่าใช้จ่ายสำหรับกรณีที่ลูกจ้างเกิดการเจ็บป่วย หรือเกิดอุบัติเหตุระหว่างการทำงาน ส่วนผู้ที่ไม่อยู่ในหลักเกณฑ์ดังกล่าวหน่วยงานของรัฐจะทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เป็นเสมือนตาข่ายของสังคมที่รองรับประชาชนไม่ให้ตกไปในห้วงแห่งความสิ้นหวังเพราะขาดปัจจัยในการดำรงชีวิต และการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบประกันสังคมนี้ถือว่าเป็นสิทธิ[160] ที่ประชาชนได้รับการคุ้มครองตามหลักสังคมรัฐ อันเป็นหลักการพื้นฐานของรัฐธรรมนูญแห่งสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมัน

สำหรับสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของรัฐนั้น เมื่อพิจารณาตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมันแล้ว ไม่พบการบัญญัติรับรองสิทธิดังกล่าวไว้โดยชัดแจ้ง แต่อย่างไรก็ตามภายใต้รัฐธรรมนูญนี้ได้มีการบัญญัติรับรองสิทธิมนุษยชนโดยแยกต่างหากจากสิทธิพลเมือง ปรากฏตามบทบัญญัติในมาตรา 1 ซึ่งให้การรับรองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของบุคคลอันจะละเมิดมิได้ และรับรองสิทธิมนุษยชนอันไม่อาจละเมิดหรือพรากโอนได้ตลอดจนการกำหนดให้องค์กรผู้ใช้อำนาจอธิปไตยทั้ง 3 ฝ่าย คือ ฝ่ายนิติบัญญัติ ฝ่ายบริหาร และฝ่าย

---

[160] Timothy Stoltzfus Jost, “The Role of the Courts in Health Care Rationing: The German Model,” **Journal of Contemporary Health Law & Policy** 18, 3 (2002): 613, Retrieved December 12, 2016 from http://scholarship.law.edu/cgi/viewcontent.cgi?article =1203&context=jchlp

ตุลาการต้องปฏิบัติหน้าที่โดยเคารพต่อสิทธิขั้นพื้นฐานเสมือนเป็นกฎหมายที่ใช้บังคับได้[161] และบทบัญญัติในมาตรา 2 ได้รับรองสิทธิในเสรีภาพของบุคคลในการที่จะพัฒนาบุคลิกภาพของตนเองได้โดยเสรี สิทธิในชีวิตและสิทธิในร่างกาย รวมถึงเสรีภาพของบุคคลนั้น ไม่อาจละเมิดได้[162] นอกจากนี้บทบัญญัติในมาตรา 3 แห่งรัฐธรรมนูญได้มีการรับรอง “สิทธิในความเสมอภาค” (Gleichheitrecht) ซึ่งภายใต้บทบัญญัตินี้ได้วางหลักการพื้นฐานในเรื่อง “หลักความเสมอภาค” (Gleichheitsaatz) กล่าวคือ ตามมาตรา 3 วรรคหนึ่ง เป็นการวางหลักความเสมอภาคทั่วไป (der allgemeine Gleichheitsaatz) มาตรา 3 วรรคสอง เป็นการวางหลักความเสมอภาคเฉพาะเรื่อง และมาตรา 3 วรรคสาม เป็นการวางหลักข้อห้ามการเลือกปฏิบัติ แยกพิจารณาได้ดังนี้[163]

---

[161] Article 1 of The Basic law (Grundgesetz)

“(1) Human dignity shall be inviolable. To respect and protect it shall be the duty of all state authority.

(2) The German people therefore acknowledge inviolable and inalienable human rights as the basis of every community, of peace and of justice in the world.

(3) The following basic rights shall bind the legislature, the executive, and the judiciary as directly applicable law.”

[162] Article 2 of The Basic law (Grundgesetz)

“(1) Every person shall have the right to free development of his personality insofar as he does not violate the rights of others or offend against the constitutional order or the moral law

(2) Every person shall have the right to life and physical integrity. Freedom of the person shall be inviolable. These rights may be interfered with only pursuant to a law.”

[163] Article 3 of The Basic law (Grundgesetz)

“(1) All person shall be equal before the law

(2) Men and women shall have equal rights. The state shall promote the actual implementation of equal rights for women men and take step to eliminate disadvantages that now exist.

(3) No person shall be favored or disfavored because of sex, parentage, race, language, homeland and origin, faith, or religious or political opinions. No person shall be disfavored because of disability.”

หลักความเสมอภาคทั่วไป เป็นข้อเรียกร้องทั่วไปถึงความเท่าเทียมกันในการบังคับใช้กฎหมาย หรือเรียกว่า “ความเสมอภาคต่อกฎหมาย” (Gleichheit vor Gesetz) และหลักความเสมอภาคในการบัญญัติกฎหมาย (Reehtssetzungsgleichheit) หรือเรียกว่า “ความเสมอภาคของกฎหมาย” (Gleichheit des Gesetzes) เป็นหลักการที่ผูกพันฝ่ายนิติบัญญัติต่อหลักความเสมอภาค อันเป็นผลมาจากความเกี่ยวเนื่องกันระหว่างมาตรา 3 วรรคหนึ่ง กับมาตรา 1 วรรคสาม ที่บัญญัติรับรองความผูกพันของฝ่ายนิติบัญญัติต่อสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน

หลักความเสมอภาคเฉพาะเรื่อง (des spezielle Gleichheitsaatz) เป็นหลักความเสมอภาคที่กล่าวถึงเฉพาะเรื่องของหญิงและชาย

หลักความเสมอภาคในการห้ามเลือกปฏิบัติ (Diskriminierungsverbot) โดยบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญมาตรา 3 วรรคสาม ได้วางหลักข้อห้ามการเลือกปฏิบัติไม่ว่าจะเป็นการรอนสิทธิหรือให้อภิสิทธิ์ ด้วยเหตุของความแตกต่างทางเพศ บิดามารดา เชื้อชาติ ภาษา ศาสนา ถิ่นกำเนิด หรือความคิดเห็นทางการเมือง มิให้ถือเป็นเหตุของการปฏิบัติให้แตกต่างกัน

ส่วนการพิจารณาถึงผู้ทรงสิทธิ (Grundrechtstraeger) ตามรัฐธรรมนูญเยอรมันนั้น บทบัญญัติมาตรา 3 วรรคหนึ่งได้กำหนดให้สิทธิในความเสมอภาคเป็น “สิทธิมนุษยชน” (Menschenrechte) ซึ่งทั้งพลเมืองชาวเยอรมันและชาวต่างชาติล้วนแล้วแต่ได้รับการรับรองสิทธิในความเสมอภาคตามรัฐธรรมนูญนี้ทั้งสิ้น และบุคคลทุกคนไม่ว่าจะมีเชื้อชาติหรือสัญชาติใดเมื่ออยู่ภายใต้อำนาจอธิปไตยของประเทศเยอรมันแล้ว ย่อมอ้างสิทธิในความเสมอภาคได้ อันเป็นผลมาจากลักษณะของสิทธิตามมาตรา 3 ที่ได้บัญญัติไว้อย่างชัดแจ้งว่า ไม่ใช่เป็นเพียงสิทธิของชาวเยอรมันเท่านั้น แต่เป็นสิทธิของบุคคลทุกคน ทั้งนี้ ไม่ว่าจะเป็นพลเมืองผู้ถือสัญชาติเยอรมัน พลเมืองชาวต่างชาติ หรือแม้กระทั่งบุคคลผู้ไม่มีสัญชาติ ก็ล้วนแล้วแต่สามารถอ้างหลักความเสมอภาคได้ และหลักความเสมอภาคนี้ย่อมผูกพันองค์กรผู้ใช้อำนาจรัฐทุกองค์กรที่จะต้องให้ความเคารพต่อสิทธิในความเสมอภาคของบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากบทบัญญัติมาตรา 1 วรรคสาม ของรัฐธรรมนูญที่ได้บัญญัติในเรื่องความผูกพันของอำนาจรัฐทั้งหมดต่อสิทธิขั้นพื้นฐาน ประกอบกับมาตรา 20 วรรคสาม ที่ได้บัญญัติในเรื่องความผูกพันของฝ่ายนิติบัญญัติต่อรัฐธรรมนูญด้วย[164]

กล่าวโดยสรุปคือ รัฐธรรมนูญแห่งสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมัน มิได้มีการบัญญัติเรื่องสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลไว้โดยชัดแจ้ง แต่ได้มีการตีความสิทธินี้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิในการเข้าถึงระบบประกันสังคมตามหลักสังคมรัฐ[165] อันเป็นสิทธิที่ได้รับรองไว้ในรัฐธรรมนูญ แต่สำหรับคนต่างด้าวในประเทศเยอรมันนั้น มิได้มีการรับการรับรองสถานะแห่งสิทธินี้ไว้โดยชัดแจ้งใน

---

[164] บรรเจิด สิงคะเนติ, *เรื่องเดิม,* หน้า 129-130.

[165] Timothy Stoltzfus Jost, *op. cit.,* p. 613.

รัฐธรรมนูญ หรือโดยคำพิพากษาของศาล รัฐธรรมนูญเพียงแต่ให้การรับรองสถานะของคนต่างด้าวเป็นผู้ทรงสิทธิมนุษยชน ตามหลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หลักสิทธิมนุษยชน และหลักความเสมอภาค อันเป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน (Fundamental rights) ของบุคคลที่ได้รับการรับรองไว้โดยรัฐธรรมนูญเท่านั้น และเป็นสิทธิของบุคคลทุกคนไม่เพียงแต่เฉพาะพลเมืองชาวเยอรมัน แต่อย่างไรก็ตามภายใต้การรับรองสิทธิดังกล่าว ก่อให้เกิดความผูกพันของรัฐในการปฏิบัติต่อคนต่างด้าวด้วยความเคารพต่อสิทธินี้ ซึ่งตามมาตรา 1 แห่งรัฐธรรมนูญได้บัญญัติให้องค์กรของรัฐทุกองค์กรต้องผูกพันต่อสิทธิดังกล่าวนี้ในฐานะเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคล โดยรัฐมีความผูกพันตามรัฐธรรมนูญที่จะต้องปฏิบัติต่อคนต่างด้าวภายใต้หลักความเสมอภาคภายใต้รัฐธรรมนูญแห่งสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมัน ดังนั้น การจัดให้มีระบบบริการรักษาพยาบาลสำหรับคนต่างด้าว จึงไม่ใช่สิทธิที่ได้รับการรับรองไว้อย่างชัดแจ้งแต่เป็นสิทธิที่รัฐให้ความคุ้มครองภายใต้หลักความเสมอภาคและหลักสังคมรัฐตามรัฐธรรมนูญแห่งสหพันธสาธารณรัฐเยอรมัน

3.2.3.3 รูปแบบการเข้าถึงสิทธิ

การเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าว ภายใต้ระบบบริการรักษาพยาบาลของประเทศเยอรมนี มีหลักการที่สำคัญคือการเข้าถึงภายใต้ “หลักความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล” (Ability to Pay) โดยรัฐจะไม่เข้ามาแทรกแซงกลไกการตลาดของการซื้อหาบริการสุขภาพ แต่ได้จัดให้มีระบบประกันสุขภาพในรูปแบบประกันสังคม (Public Statutory Health Insurance Scheme: SHI) หรือเรียกในภาษาเยอรมันว่า “Gesetzliche Krankenversicherung” (GKV) เพื่อลดช่องว่างความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพและนำไปสู่ “ความยุติธรรมทางสังคม” (Social Justice) ตามหลักสังคมรัฐ อันเป็นหลักการพื้นฐานที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ ซึ่งมีผลผูกพันองค์กรของรัฐทุกองค์กร ส่งผลให้การเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าวในประเทศเยอรมัน สามารถเข้าถึงได้ในหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลและภายใต้กฎหมายภายในที่เกี่ยวข้อง แยกพิจารณาได้ดังนี้

1) รูปแบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเองโดยตรง

การเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าว ภายใต้รูปแบบการชำระค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเองโดยตรง (Fee for Services) เป็นกรณีที่คนต่างด้าวผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ สามารถเข้ารับบริการสาธารณสุขได้ ภายใต้หลักกฎหมายในเรื่องสัญญา ซึ่งเป็นนิติสัมพันธ์ในการให้บริการรักษาพยาบาลระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ โดยสถานพยาบาลมีหน้าที่ให้บริการแก่คนต่างด้าวที่เข้ามาขอรับบริการ ในขณะเดียวกันคนต่างด้าวที่เป็นผู้รับบริการก็มีหน้าที่จะต้องชำระค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาที่ตกลงกันไว้เมื่อสิ้นสุดการรักษาหรือสิ้นสุดการเข้ารับบริการ ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นสำคัญ ซึ่งปัจจุบันประเทศเยอรมันมี

ประชากรผู้ไม่มีหลักประกันและอยู่ภายใต้การเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลในรูปแบบนี้ ประมาณร้อยละ 0.1 ของประชากรทั้งหมดภายในประเทศ[166]

2) รูปแบบการประกันสุขภาพภาคเอกชน

การประกันสุขภาพภาคเอกชน (Private Health Insurance) มีพัฒนาการมาจากระบบประกันสุขภาพของบิสมาร์ค (Bismarckian System) ซึ่งได้วางระบบแนวความคิดในเรื่องการประกันสังคม (Social Security) ขึ้น บนพื้นฐานหลักการที่ว่ารัฐมีหน้าที่ให้ความช่วยเหลือเฉพาะบุคคลที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เท่านั้น ซึ่งภายใต้แนวความคิดนี้ การประกันสุขภาพภาคเอกชน (PHI) จึงเข้ามามีบทบาทสำคัญในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของบุคคล โดยบุคคลสามารถหาซื้อประกันสุขภาพภาคเอกชนได้จากบริษัทรับประกันสุขภาพ ภายใต้หลักการทำสัญญาประกันสุขภาพทั่วไป และมีการกำกับดูแลโดยกฎหมายว่าด้วยสัญญาประกัน (Insurance Contract Act 2008) หรือเรียกเป็นภาษาเยอรมันว่า “Versicherungsvertragsgesetz” เรียกโดยย่อว่า “VVG” ซึ่งภายใต้กฎหมายฉบับนี้ ภาครัฐจะเข้ามากำหนดกติกาของการดำเนินกิจการประกันสุขภาพ เช่น บริษัทประกันสุขภาพจะต้องมีการให้บริการประกันสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Basic Package) ซึ่งสามารถครอบคลุมเงื่อนไขระยะยาว หรือผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 55 ปีขึ้นไป หรือบริษัทไม่สามารถเพิ่มเบี้ยประกันด้วยเหตุผลใด ๆ นอกเหนือจากต้นทุนค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น[167] เป็นต้น

3) รูปแบบการประกันสังคม

การประกันสุขภาพในรูปแบบประกันสังคม เป็นการดำเนินการภายใต้กฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม (German Social Code) หรือเรียกเป็นภาษาเยอรมันว่า “Sozialgesetbuch” เรียกโดยย่อว่า “SGB” เป็นกฎหมายที่วางระบบการประกันสังคมในประเทศเยอรมัน ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 สาขา ได้แก่ การประกันสุขภาพ (Health Insurance) การประกันการดูแลในระยะยาว (Long-term Care Insurance) การประกันหลังเกษียณอายุ (Pension Insurance) การประกันอุบัติเหตุ (Accident Insurance) และการประกันผู้ว่างงาน (Unemployment Insurance) ซึ่งภายใต้กฎหมายฉบับนี้ได้ให้ความคุ้มครองการประกันสุขภาพคนต่างด้าวบนพื้นฐานระบบการจ้างงาน (Employment-Based social insurance system) หรือบนพื้นฐานความสัมพันธ์ของการจ้างงาน (Standard Employment Relationship) โดยกฎหมายกำหนดให้มีการประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้าง มีแหล่งเงินทุนในการประกันสุขภาพได้มาจากการจัดเก็บจากนายจ้างและ

---

[166] WHO Regional Office for Europe, **Health Care Systems in Transition Germany**, p. 39, Retrieved December 12, 2016 from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/108301/1/E68952.pdf

[167] Elliot Bidgood, *op. cit.,* p. 5.

ลูกจ้างเป็นผู้จ่ายตามสัดส่วนและอัตราที่กฎหมายกำหนด ซึ่งคำนึงถึงหลักความสามารถในการจ่าย (Pay as You Go System)[168] เป็นสำคัญ

4) รูปแบบการสงเคราะห์ทางการแพทย์

การสงเคราะห์ทางการแพทย์ เป็นการให้ความคุ้มครองคนต่างด้าวที่เป็นผู้ลี้ภัย (Asylum) และผู้ลี้ภัยสงคราม (Refugees) ที่ได้รับอนุญาตให้อยู่ภายในประเทศเนื่องจากเหตุผลทางมนุษยธรรม หรือผู้ได้รับการผ่อนผันให้อยู่ในประเทศชั่วคราวก่อนถูกส่งตัวออกนอกประเทศ หรือที่เรียกว่า “Duldung” (Temporary Suspension of Deportation) ให้สามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยผู้ลี้ภัย (Asylum Procedure Act 2008) ซึ่งภายใต้กฎหมายฉบับนี้ได้รับรองให้คนต่างด้าวที่เป็นผู้ลี้ภัยหรือผู้ลี้ภัยสงครามสามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลในลักษณะเดียวกับการประกันสุขภาพหรือสวัสดิการของรัฐ ประกอบด้วย บริการรักษาพยาบาลกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน (Case of Emergency) ซึ่งได้รับการรับรองโดยประมวลกฎหมายอาญา (Penal Code) ที่กำหนดให้บุคคลทุกคนที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินจะต้องได้รับการช่วยเหลือจากรัฐ บริการรักษาพยาบาลด้านโรคติดเชื้อ (Infectious Diseases) ที่กำหนดให้รัฐต้องจัดให้มีบริการให้คำปรึกษาและการตรวจวัณโรค (Tuberculosis) และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually Transmitted Diseases) มีผู้ให้บริการทั้งที่เป็นหน่วยงานภาครัฐและศูนย์บริการภาคเอกชนโดยเฉพาะกรณีที่มีความต้องการจำเป็นในการเข้ารับการรักษาพยาบาล และกรณีที่มีคำสั่งจากภาครัฐให้ป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และวัณโรค ซึ่งในกรณีนี้จะเป็นการออกให้บริการโดยหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIV/Aids) สามารถเข้ารับบริการได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ณ สถานพยาบาลของรัฐ ส่วนหญิงตั้งครรภ์สามารถเข้ารับบริการตรวจครรภ์ บริการทำคลอด บริการดูแลหลังคลอด และบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่นเดียวกับเด็กสามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้เช่นเดียวกัน ส่วนกรณีแรงงานต่างด้าวที่ได้รับบาดเจ็บจากการประสบอุบัติเหตุระหว่างการทำงานสามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้ภายใต้การประกันอุบัติเหตุ ในกรณีที่นายจ้างไม่ได้จ่ายเงินสมทบตามระบบประกันสังคมและผู้บาดเจ็บเป็นผู้ได้รับอนุญาตให้ทำงานหรืออยู่ภายในประเทศ ซึ่งบริษัทรับประกันภัยมีสิทธิที่จะเรียกร้องเงินชดเชยค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากนายจ้างได้ สำหรับกรณีที่เกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยที่เป็นคนต่างด้าวสามารถ

---

[168] Andreas Müller, Matthias M. Mayer and Nadine Bauer, **Social Security for Third – Country Nationals in Germany**, pp. 12-15, Retrieved December 12, 2016 from https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/home affairs/files/what-we-do/networks/european_migration_network/reports/docs/emn-studies/11a.germany_social_security_final_en_version.pdf

เข้ารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลได้โดยตรงหรือเข้ารับการรักษาพยาบาลจากแพทย์หรือผู้ให้บริการสาธารณสุข ซึ่งมีหน้าที่ตามกฎหมายในการให้บริการรักษาพยาบาล และค่ารักษาพยาบาลได้มาจากเงินกองทุนภาษีซึ่งดูแลโดยสำนักงานสวัสดิการสังคม (Tax-funded Social Welfare Office) ตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม[169]

กล่าวโดยสรุปได้ว่า รูปแบบการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าวในประเทศเยอรมันจำแนกออกได้เป็น 4 รูปแบบหลัก ๆ คือ

1. รูปแบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง เป็นรูปแบบที่ให้สิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลโดยครอบคลุมคนต่างด้าวทุกประเภทที่อยู่ในประเทศเยอรมัน

2. รูปแบบการประกันสุขภาพภาคเอกชน เป็นรูปแบบที่ให้สิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลโดยครอบคลุมคนต่างด้าวทุกประเภทที่มีความสามารถในการหาซื้อประกันสุขภาพจากบริษัทรับประกันสุขภาพ

3. รูปแบบการประกันสังคม เป็นรูปแบบที่ให้สิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลโดยครอบคลุมคนต่างด้าวที่เป็นแรงงานต่างด้าวเข้าเมืองถูกกฎหมาย

4. รูปแบบการสงเคราะห์ทางการแพทย์ เป็นรูปแบบที่ให้สิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลโดยครอบคลุมคนต่างด้าวที่เป็นผู้ลี้ภัย และผู้ลี้ภัยสงคราม ซึ่งเป็นการบริการรักษาพยาบาลที่มุ่งเน้นในเรื่องการแพทย์ฉุกเฉิน และบริการป้องกันควบคุมโรค

3.2.4 ประเทศฝรั่งเศส

ประเทศฝรั่งเศส เป็นประเทศที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นต้นแบบของระบบกฎหมายซีวิลลอว์และระบบกฎหมายมหาชน โดยมีการเมืองการปกครองของประเทศเป็นระบอบประชาธิปไตย มีรูปแบบของรัฐเป็น “รัฐเดี่ยว” มีรัฐธรรมนูญเป็นกฎหมายสูงสุดของประเทศที่วางหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการแบ่งแยกอำนาจ (La séparation des pouvoirs) ในการปกครองประเทศ แบ่งออกเป็น 3 ฝ่าย คืออำนาจนิติบัญญัติ อำนาจบริหาร และอำนาจตุลาการ การจัดระเบียบการบริหารกิจการแผ่นดินแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น มีประธานาธิบดีที่มาจากการเลือกตั้งโดยตรงของประชาชน มีอำนาจหน้าที่บริหารกิจการของประเทศ โดยมีนายกรัฐมนตรีซึ่งมาจากหัวหน้าพรรครัฐบาลที่มีเสียงข้างมากในสภาผู้แทนราษฎรเป็นผู้บริหารประเทศควบคู่กันไป

---

[169] Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM), *op. cit.,* pp. 37-38.

และมีรัฐมนตรีทำหน้าที่บริหารกระทรวง ทบวง กรม ตามที่ได้รับมอบหมาย[170] ในส่วนของการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของคนต่างด้าวในประเทศฝรั่งเศสนั้น สามารถพิจารณาได้จากข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

3.2.4.1 ระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ

การบริการรักษาพยาบาลในประเทศฝรั่งเศส เป็นการดำเนินการบนพื้นฐานแนวความคิดว่าด้วย “บริการสาธารณะ” (Service Public) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับประโยชน์สาธารณะ (Intérét général) ที่รัฐทำให้กับประชาชนเป็นการตอบแทนการเสียภาษีอากรของประชาชน เรียกว่า “บริการสาธารณะทางสุขภาพ” (Services publics de santé) เป็นกิจกรรมที่รัฐจัดให้มีขึ้นเพื่อการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพ การรณรงค์ให้มีการรักษาสุขภาพหรือรณรงค์เพื่อต่อต้านโรคภัยไข้เจ็บบางประเภท รวมทั้งการจัดตั้งองค์กรหรือสถาบันพิเศษขึ้นมาทำหน้าที่รักษาโรคบางประเภท ซึ่งข้อความคิดว่าด้วยบริการสาธารณะทางสุขภาพนี้ ปรากฏขึ้นครั้งแรกในคำวินิจฉัยของศาลปกครองสูงสุด ลงวันที่ 8 พฤศจิกายน ค.ศ. 1953 ในคดี “Dame Philipponeau” ศาลได้วินิจฉัยว่า การตั้งสถาบันพิเศษขึ้นมาเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยบางประเภทถือว่าเป็นการจัดทำบริการสาธารณะประเภทหนึ่ง ต่อมาศาลคดีขัดกันได้วางแนวคำวินิจฉัยไว้ในทำนองเดียวกัน ดังปรากฏตามคำวินิจฉัยลงวันที่ 25 มีนาคม ค.ศ. 1957 ในคดี “Chilloux et Isaad Slimane” วินิจฉัยว่า การดำเนินกิจกรรมของสถานพยาบาล เป็นบริการสาธารณะ และคำวินิจฉัยเมื่อปี ค.ศ. 1961 ในคดี “Eugéne Marquis” วินิจฉัยว่า ศูนย์รณรงค์ต่อต้านโรคมะเร็งถือได้ว่าเป็นองค์กรที่จัดทำบริการสาธารณะ ต่อมาได้มีการสร้างแนวความคิดเกี่ยวกับบริการสาธารณะทางการรักษาพยาบาล (Service Public Hospitalier) ขึ้น โดยมีการแก้ไขกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลเมื่อปี ค.ศ. 1970 โดยรัฐบัญญัติลงวันที่ 31 ธันวาคม ค.ศ. 1970 มีเนื้อหาสาระสำคัญเป็นการเปิดโอกาสให้เอกชนเข้ามาจัดทำบริการสาธารณะทางการรักษาพยาบาลได้ ซึ่งแต่เดิมเป็นหน้าที่ของรัฐเท่านั้น จากนั้นเมื่อปี ค.ศ. 1991 ได้มีการแก้ไขกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลอีกครั้งโดยรัฐบัญญัติลงวันที่ 31 กรกฎาคม ค.ศ. 1991 มีเนื้อหาสาระสำคัญเป็นการเน้นย้ำหลักการเปิดโอกาสให้เอกชนเข้ามาร่วมจัดทำบริการสาธารณะทางการพยาบาล กล่าวคือ สถานพยาบาลเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหากำไรสามารถเข้าร่วมจัดทำบริการสาธารณะทางการพยาบาลได้ ภายใต้เงื่อนไขบางประการ คือ งบประมาณและการตัดสินใจที่มีผลเป็นการแก้ไขเปลี่ยนแปลงวัตถุประสงค์ของสถานพยาบาลเอกชนที่ร่วมจัดทำบริการสาธารณะทางการพยาบาลกับรัฐจะต้องเสนอต่อตัวแทน

---

[170] นันทวัฒน์ บรมานันท์, **การปกครองท้องถิ่นฝรั่งเศส** (กรุงเทพมหานคร: สถาบันนโยบายศึกษา, 2544), หน้า 1-2.

ของรัฐ (Représentant de l'Etat) เพื่อขอความเห็นชอบก่อน[171] สำหรับในปัจจุบัน รัฐบาลได้พยายามจัดให้มีบริการรักษาพยาบาลให้ครอบคลุมประชากรทั้ง 64 ล้านคน ที่อาศัยอยู่ภายในประเทศและภายใต้อำนาจอธิปไตยแห่งรัฐ โดยมีการปฏิรูประบบบริการรักษาพยาบาลครั้งใหญ่เมื่อปี ค.ศ. 1996 เป็นการปรับเปลี่ยนระบบการคลังสุขภาพจากเดิมมีแหล่งเงินงบประมาณได้มาจากภาษีเงินได้จากการทำงาน (Tax on Earned Income) เปลี่ยนเป็นการจัดเก็บจากเงินภาษีรายได้รวม (Tax on Total Income) พร้อมกับการกำหนดบทบาทหน้าที่ของรัฐให้มีหน้าที่ต้องกำหนดนโยบายสาธารณะทางสุขภาพ กำหนดเป้าประสงค์ทางการคลังสุขภาพ การจัดให้มีหน่วยงานสถานพยาบาลในระดับภูมิภาค (Agences Regionales Hospitales) และการจัดการคลังสุขภาพให้ครอบคลุมประชากรทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศ[172]

ในด้านนโยบายและการบริหารจัดการ เป็นการดำเนินการโดยแบ่งสรรอำนาจหน้าที่ระหว่างบริการรักษาพยาบาลระดับชาติ (National) ระดับภูมิภาค (Regional) และระดับจังหวัดในฐานะกิจการบริหารส่วนภูมิภาค (Departmental Levels of Government) กล่าวคือ การบริการสาธารณสุขในระดับชาติ รัฐบาลจะเป็นผู้ควบคุมอัตราขั้นสูงของเบี้ยประกันสุขภาพในทุกปี และมีอำนาจหน้าที่ในการปรับเปลี่ยนข้อกำหนดเกี่ยวกับผลประโยชน์ของการประกันสุขภาพ และการวางกฎระเบียบเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ ตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม (Act on Social Security) มีกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่บริหารจัดการระบบบริการรักษาพยาบาล ส่วนการบริการรักษาพยาบาลในระดับภูมิภาค มีหน่วยงานสถานพยาบาลในระดับภูมิภาครับผิดชอบการจัดสรรเงินกองทุนให้กับสถานพยาบาลเอกชน การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงภาษีสำหรับสถานพยาบาลเอกชนที่มุ่งแสวงหาผลกำไร และวางแผนเกี่ยวกับการจัดประเภทของสถานพยาบาล โดยหน่วยงานเป็นผู้รายงานการดำเนินงานต่อกระทรวงสาธารณสุข และสุดท้ายในส่วนของจังหวัด (Département) เป็นหน่วยงานให้บริการปรึกษาทั่วไปทางด้านสังคม (General Councils Provide Social) ด้านสุขภาพ (Health) และการให้บริการสาธารณสุขในระดับจังหวัด (Public Health Services at the Departmental Level)[173]

ในด้านการคลังสุขภาพ มีแหล่งเงินงบประมาณการคลังสุขภาพจากเบี้ยประกันสุขภาพเป็นหลัก โดยได้มาจากภาษีทั่วไป (General Social Contribution Tax) ซึ่งจัดเก็บจากเงินได้โดยรวมของบุคคลผู้มีถิ่นที่อยู่ภายในประเทศ (Contribution sociale général) และการจัดเก็บเบี้ย

---

[171] นันทวัฒน์ บรมานันท์, **หลักกฎหมายปกครองเกี่ยวกับบริการสาธารณะ** (กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2552), หน้า 39-40.

[172] Alyssa Kim Schabloski, *op. cit.,* p. 8.

[173] *Ibid.,* p. 8.

ประกันการจ้างงานจากนายจ้างและลูกจ้าง (Employers and Employees) นอกจากนี้ยังได้รับการอุดหนุนจากรัฐบาลด้วยเงินภาษีเฉพาะ เช่น ภาษีรถยนต์ (Car Usage) ภาษีการบริโภคแอลกอฮอล์และยาสูบ (Alcohol and Tobacco Consumption) หรือการโฆษณาของบริษัทยา เป็นต้น โดยดำเนินการภายใต้กองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ (Union nationale des caisses d'assurance maladies) หรือเรียกโดยย่อว่า "UNCAM" ประกอบด้วย กองทุนหลักประกัน 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับแรงงานจ้างรายเดือน (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés) เรียกโดยย่อว่า "CNAMTS" การประกันสำหรับเกษตรกรรม (Mutualité sociale agricole) เรียกโดยย่อว่า "MSA" และกองทุนประกันสุขภาพสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ (Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendentes) เรียกโดยย่อว่า "CANAM" การประกันสุขภาพในแต่ละกองทุนจะถูกจัดสรรกระจายให้กับกองทุนระดับภูมิภาคและท้องถิ่น[174]

ในด้านผู้ให้บริการรักษาพยาบาล มีผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและภาคเอกชนซึ่งประมาณการว่ามีสถานพยาบาลที่ให้บริการทั่วประเทศเป็นจำนวน 4,000 แห่ง ในจำนวนนี้เป็นสถานพยาบาลภาครัฐจำนวน 1,000 แห่ง หรือคิดเป็นร้อยละ 25 ของสถานพยาบาลทั้งหมด นอกเหนือจากนี้เป็นสถานพยาบาลภาคเอกชนประเภทไม่มุ่งแสวงหาผลกำไรจำนวน 1,400 แห่ง และสถานพยาบาลภาคเอกชนประเภทมุ่งแสวงหาผลกำไรจำนวน 1,750 แห่ง มีผู้ประกอบวิชาชีพเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางประมาณ 194,000 คน แบ่งเป็นแพทย์เฉพาะทางประมาณ ร้อยละ 51 ของแพทย์ทั้งหมด และแพทย์ผู้ให้บริการรักษาพยาบาลขั้นมูลฐานประมาณ ร้อยละ 49 ของแพทย์ทั้งหมด[175]

ในด้านการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของรัฐ ประชากรที่มีถิ่นที่อยู่ในประเทศฝรั่งเศสสามารถเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ ภายใต้กฎหมายว่าด้วยการบริการสุขภาพถ้วนหน้า (Couverture Maladie Universelle or Universal Health Care Act) โดยหลักประกันสุขภาพนี้ครอบคลุมบริการสุขภาพในสถานพยาบาล บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ การบริการจิตเวช การให้บริการผู้ป่วยนอก บริการตรวจวินิจฉัยโรค การเข้าถึงยารักษาโรค และบริการเวชศาสตร์ป้องกัน เป็นต้น[176]

3.2.4.2 การรับรองสิทธิ

ข้อความคิดว่าด้วยสิทธิของประชาชนตามระบบกฎหมายของประเทศฝรั่งเศสนั้นปรากฏในรัฐธรรมนูญแห่งสาธารณรัฐฝรั่งเศส ค.ศ. 1958 โดยสะท้อนผ่านบทบัญญัติในอารัมภบท

---

[174] *Ibid.,* p. 9.

[175] *Ibid.,* p. 9.

[176] *Ibid.,* p. 10.

(Préambule) ซึ่งบัญญัติรับรองสิทธิมนุษยชนและสิทธิพลเมืองของชาวฝรั่งเศสไว้ว่า เป็นอุดมการณ์ร่วมของประชาชนที่แสดงออกถึงความยึดมั่นและยืนยันในสิทธิดังกล่าว ซึ่งเป็นสิทธิทางรัฐธรรมนูญ[177] และภายใต้บทบัญญัตินี้ได้กล่าวถึงแหล่งที่มาสำคัญของการรับรองสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนตามรัฐธรรมนูญนี้ คือ ปฏิญญาสิทธิมนุษยชนและพลเมือง ค.ศ. 1789 (Déclaration des Droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789) ซึ่งเป็นเอกสารสำคัญที่วางข้อความคิดปรัชญาทางการเมืองในเรื่องสิทธิและเสรีภาพของประชาชน อันเป็นผลมาจากเหตุการณ์ปฏิวัติฝรั่งเศสเมื่อปี ค.ศ. 1789 โดยผู้แทนของพลเมืองชาวฝรั่งเศสที่รวมกันเป็นสภาผู้แทนราษฎร ได้มีความเห็นร่วมกันว่าการไม่รับรู้ การหลงลืม หรือการดูถูกสิทธิมนุษยชน เป็นที่มาแห่งความหายนะของสังคม และการฉ้อราษฎร์บังหลวงของรัฐบาล จึงได้ลงมติประกาศไว้ในปฏิญญาอย่างเป็นทางการถึงสิทธิตามธรรมชาติ (Les droits naturels) ที่ไม่มีใครลบล้างได้ เพื่อให้ปฏิญญานี้สถิตอยู่ในจิตสำนึกของสมาชิกทุกคนของสังคมตลอดเวลา และเพื่อให้ข้อเรียกร้องของพลเมืองซึ่งตั้งอยู่บนหลักการที่เรียบง่าย แต่ไม่สามารถโต้แย้งได้ นำมาซึ่งการธำรงไว้ซึ่งรัฐธรรมนูญและความผาสุกของทุกคน โดยภายใต้ปฏิญญานี้มีบทบัญญัติสำคัญที่เป็นการรับรองสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน เช่น ข้อ 1 มนุษย์ทุกคนเกิดมาและดำรงอยู่อย่างมีอิสระและเสมอภาคกันในสิทธิ การแบ่งแยกทางสังคมจะกระทำได้ก็แต่เพื่อประโยชน์ร่วมกัน[178] ข้อ 2 วัตถุประสงค์ของสมาคมทางการเมืองทุกสมาคม คือ การรักษาไว้ซึ่งสิทธิตามธรรมชาติและไม่มีอายุความของมนุษย์ สิทธิเหล่านี้ได้แก่ เสรีภาพ กรรมสิทธิ์ ความมั่นคง ปลอดภัยและการต่อต้านการกดขี่ข่มเหง[179] และข้อความคิดที่ปรากฏเด่นชัดที่สุดในการรับรองสิทธิ

---

[177] Préamble, Constitution de 1958

"Le peuple francais proclame solennellement son attachement aux Droits de l'homme et aux principes de la souveraineté nationale tels qu'ils ont été définis par la Déclaration de 1789, confirmée et complétée par le préambule de la constitution de 1946 <<, ainsi qu'aux droits et devoris définis dans la Charte de l'environnement de 2004 >>; นันนทวัฒน์ บรมานันท์, **คำแปลรัฐธรรมนูญแห่งสาธารณรัฐฝรั่งเศส ค.ศ. 1958** (กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2549), หน้า 19.

[178] Déclaration des Droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789

"Article 1

Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits. Les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune"

[179] Article 2

ของประชาชนปรากฏใน ข้อ 16 กล่าวไว้คือ สังคมใดไม่มีการให้หลักประกันในการคุ้มครองสิทธิเสรีภาพ สังคมนั้นไม่มีรัฐธรรมนูญ[180]

นอกจากปฏิญญาสิทธิมนุษยชนและพลเมือง ค.ศ. 1789 แล้ว ยังมีแหล่งที่มาสำคัญของการรับรองสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนที่รัฐธรรมนูญได้ให้การรับรองไว้ คือ คำปรารภของรัฐธรรมนูญ ลงวันที่ 27 ตุลาคม ค.ศ. 1946 (Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946) ซึ่งได้มีการบัญญัติรับรองเพื่อยืนยันหลักการดังกล่าวไว้ในอารัมภบทของรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน (ค.ศ. 1958) โดยมีการประกาศเจตจำนงร่วมของประชาชนในชาติเกี่ยวกับสิทธิทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม บนหลักการพื้นฐานในเรื่อง “ความต้องการจำเป็นอย่างยิ่งในยุคสมัยของเรา” (Especially Necessary to Our Times) หลักการนี้ประกอบด้วย การรับรองสิทธิของประชาชนในด้านต่าง ๆ เช่น ความเสมอภาคทางเพศระหว่างชายหญิง ความเสมอภาคต่อภาระหน้าที่อันเกิดจากภัยพิบัติของชาติ ความเสมอภาคในการเข้าถึงการศึกษาและการฝึกอบรม สิทธิในการมีงานทำ สิทธิการรวมกลุ่มเป็นสหภาพ และสิทธิในการนัดหยุดงาน เป็นต้น ซึ่งสิทธิดังกล่าวมานี้ มีลักษณะเป็นสิทธิทางสังคมมากกว่าปฏิญญาสิทธิมนุษยชนและพลเมือง ที่มุ่งให้การรับรองสิทธิของปัจเจกบุคคลและอำนาจอธิปไตยแห่งรัฐเป็นสำคัญ นอกจากนี้คำปรารภของรัฐธรรมนูญยังได้วางหลักการพื้นฐานทางกฎหมายแห่งสาธารณรัฐ (Fundamental Principles Acknowledge in the Laws of the Republic) โดยกำหนดให้บรรดากฎหมายต่าง ๆ ที่รัฐตราขึ้น ต้องคำนึงถึงสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน และรัฐมีหน้าที่ต้องให้ความคุ้มครองสิทธิดังกล่าว โดยถือเป็นประเพณีปฏิบัติแห่งรัฐ[181]

ส่วนสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลนั้น ปรากฏข้อความคิดนี้ในคำปรารภของรัฐธรรมนูญ ค.ศ. 1946 โดยบัญญัติไว้ในข้อ 11 กล่าวคือ “ประเทศชาติย่อมให้หลักประกันแก่ทุกคน โดยเฉพาะเด็ก มารดา และคนงานที่สูงอายุ ในอันที่จะได้รับการคุ้มครองสุขภาพ . . .”[182]

“Le but de toute association politique est la conservation des droits naturels et imprescriptibles de l’homme. Ces droits sont la liberté, la propriété, la sûreté, et la résistance á l’oppression”

[180] Article 16

“Toute Société dans laquelle la garantie des droits n’est pas assurée, ni la séparation des pouvoirs déterminée, n’a point de constitution”

[181] Rüdiger Wolfrum and Rainer Grote, Constitutions of the countries of the world The French Republic: Oxford University Press, 2008 p. 21

[182] Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946

ซึ่งบทบัญญัติดังกล่าวเป็นการรับรองสิทธิของบุคคลทุกคนในการเข้าถึงการคุ้มครองสุขภาพ โดยกำหนดให้เป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องดำเนินการให้ความคุ้มครองสุขภาพแก่ประชาชนทุกคนที่อยู่ภายใต้อำนาจแห่งรัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลผู้ด้อยโอกาสหรือผู้หย่อนความสามารถ เช่น มารดาและเด็ก หรือแรงงานสูงอายุ เป็นต้น และรับรองให้บุคคลผู้ด้อยโอกาสหรือหย่อนความสามารถเหล่านี้มีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือจากสังคมให้สามารถดำรงชีพได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการรับรองสิทธิของประชาชนตามคำปรารภของรัฐธรรมนูญ ค.ศ. 1946 นี้ ถือได้ว่าเป็นหลักการพื้นฐานทางกฎหมายในระดับสูงกว่ารัฐบัญญัติ (Supra-Legal) และศาลปกครองฝรั่งเศส (Conseil d'Etat) ได้นำมาใช้ในการตรวจสอบความชอบด้วยกฎหมายของการกระทำทางปกครอง (Administrative action)[183]

สำหรับสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของรัฐนั้น ไม่ปรากฏการบัญญัติไว้โดยชัดแจ้งในรัฐธรรมนูญแห่งสาธารณรัฐฝรั่งเศส ค.ศ. 1958 แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาจากบทบัญญัติในปฏิญญาสิทธิมนุษยชนและพลเมือง ค.ศ. 1789 และคำปรารภของรัฐธรรมนูญ ค.ศ. 1946 อันเป็นที่มาแห่งสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนที่มีสถานะเทียบเท่ารัฐธรรมนูญ หรือเรียกได้ว่าเป็นสิทธิทางรัฐธรรมนูญนั้น มีลักษณะเป็นสิทธิมนุษยชนที่บัญญัติรับรองสิทธินี้ให้กับประชาชนทุกคนที่อยู่ภายใต้อำนาจอธิปไตยแห่งรัฐสามารถเข้าถึงได้อย่างเสมอภาคโดยไม่มีการแบ่งแยกทางด้านเผ่าพันธุ์ ศาสนา หรือความเชื่ออย่างใด ๆ ซึ่งรวมถึงคนต่างด้าวที่เข้ามาอาศัยอยู่ภายในประเทศหรือภายใต้อำนาจอธิปไตยแห่งรัฐด้วย ดังปรากฏตามคำวินิจฉัยของศาลสิทธิมนุษยชนแห่งสหภาพยุโรป เมื่อปี ค.ศ. 2013 ในคดี "Médecin du Monde v. France" ซึ่งศาลได้วินิจฉัยว่า คนต่างด้าวที่อาศัยอยู่นประเทศฝรั่งเศส มีสิทธิในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ (Medical Care) การรักษาพยาบาล (Health Treatment) การบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Care) การได้รับวัคซีนป้องกันโรค (Vaccination) ในค่ายอพยพ รวมถึงการได้รับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ (Information)[184] ด้วย ดังนั้นบุคคลต่างด้าวในประเทศฝรั่งเศสจึงมีสถานะแห่งสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของรัฐได้ ในขณะเดียวกันรัฐก็มีความผูกพันในการปฏิบัติต่อคนต่างด้าวด้วยความเคารพในสิทธิดังกล่าว เป็นการผูกพันต่อสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคนที่อยู่ในรัฐหรืออยู่ภายใต้อำนาจอธิปไตยแห่งรัฐ

"11. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé..."

[183] Rüdiger Wolfrum and Rainer Grote, **Constitutions of the Countries of the World the French Republic** (Oxford: Oxford University Press, 2008), p. 21.

[184] European Committee of Social Rights, Médecin du Monde – International v. France, Complaint No. 67/ 2011, 2013

3.2.4.3 รูปแบบการเข้าถึงสิทธิ

การเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลในประเทศฝรั่งเศสนั้น มีกฎหมายที่วางระบบการบริการสุขภาพโดยครอบคลุมประชากรทั่วประเทศ คือ “กฎหมายว่าด้วยการเข้าถึงบริการสุขภาพถ้วนหน้า” (Couverture Maladie Universelle or Universal Health Coverage Act of 1999) หรือเรียกโดยย่อว่า “CMU” เป็นกฎหมายที่ให้หลักประกันในเรื่องการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของประชากรทั้งหมดภายในประเทศฝรั่งเศส (Applying to the Whole Population) และเป็นการคุ้มครองบนพื้นฐานของประชากรที่มีถิ่นที่อยู่ภายในประเทศ (On the Basis of Residency) โดยมีสาระสำคัญคือการคุ้มครองการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลให้กับบุคคลผู้มีรายได้น้อย มุ่งเน้นการประกันสุขภาพภายใต้ระบบการประกันสังคม ซึ่งนายจ้างและลูกจ้างมีหน้าที่ต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม และรัฐมีหน้าที่จัดสรรเงินภาษีอีกส่วนหนึ่งเข้าสมทบกองทุน โดยเงินภาษีที่รัฐจัดสรรให้กับกองทุนนี้ได้มาจากภาษีเงินได้ของบุคคล (Personal Income Tax) รวมถึงเงินภาษีบุหรี่และสุรา (Tobacco and Alcohol) ด้วย ซึ่งผู้ป่วยมีหน้าที่ต้องจ่ายเงินในการรับบริการประมาณร้อยละ 30 (30%) ของต้นทุนค่าบริการสุขภาพ ณ จุดบริการเรียกว่า “การจ่ายค่าบริการร่วม” (Co-Payments) โดยมีข้อยกเว้นการจ่ายค่าบริการร่วมให้กับบุคคลบางประเภท ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ (Pregnant Women) เด็ก และผู้เจ็บป่วยเรื้อรังที่มีรายได้น้อย ซึ่งจะเห็นได้ว่าการประกันสุขภาพภายใต้กฎหมาย “CMU” นั้น แม้จะรับรองให้บุคคลทุกคนมีสิทธิเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้โดยถ้วนหน้า แต่ก็ได้กำหนดประเภทของการคุ้มครองสุขภาพประชากรขึ้นอยู่กับสถานะและรายได้ของบุคคล ส่งผลให้การเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของประชากรภายในประเทศฝรั่งเศส สามารถจำแนกรูปแบบการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลออกได้เป็นหลายรูปแบบ โดยสามารถแยกพิจารณาได้ดังนี้

1) รูปแบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเองโดยตรง

การเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลภายใต้กฎหมาย “CMU” นั้น ได้กล่าวมาแล้วในตอนต้นว่าเป็นการวางระบบการคุ้มครองสุขภาพของประชากรที่มีถิ่นที่อยู่ภายในประเทศ แต่ภายใต้ระบบการคุ้มครองของกฎหมายก็ได้ให้เสรีภาพแก่บุคคลในการที่จะเลือกรูปแบบการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลตามความต้องการได้ ซึ่งรูปแบบหนึ่งในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของรัฐก็คือ รูปแบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเองโดยตรง โดยมีผู้ป่วยหรือผู้รับบริการอยู่ในฐานะของผู้บริโภค (Consumer) มีหน้าที่จ่ายค่าบริการให้กับผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ให้บริการรักษาพยาบาลและผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ให้บริการได้รับค่าบริการจากผู้ป่วย ณ เวลาที่ให้บริการ (The Time of Service) ซึ่งเป็นไปตามหลักการทำสัญญาโดยทั่วไป[185]

---

[185] Alyssa Kim Schabloski, *op. cit.,* p. 10.

2) รูปแบบการประกันสุขภาพภาคเอกชน

ในประเทศฝรั่งเศส การประกันสุขภาพภาคเอกชนถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสังคม โดยมีวิวัฒนาการมาอย่างยาวนานตั้งแต่ในช่วงยุคกลางหรือช่วงศตวรรษที่ 19 (Mid-19th century) ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่เกิดสงครามโลกครั้งที่ 2 และประชาชนเกิดการเจ็บป่วยเป็นจำนวนมาก รัฐจึงเข้ามาทำหน้าที่ในการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ประชาชน ต่อมาเมื่อบริบททางการเมืองและเศรษฐกิจเปลี่ยนแปลงไป ประเทศฝรั่งเศสได้มีพัฒนาการด้านการให้บริการรักษาพยาบาลโดยได้สร้างระบบประกันสุขภาพ (Health Insurance) ขึ้นเช่นเดียวกับประเทศอื่น ๆ และพัฒนาต่อมาเป็นการประกันสุขภาพภาคเอกชน ซึ่งปัจจุบันระบบการประกันสุขภาพภาคเอกชนถือได้ว่าเป็นมาตรการสำคัญในการช่วยส่งเสริมให้ระบบการคุ้มครองสุขภาพของประชาชนในประเทศฝรั่งเศส มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นทั้งในด้านสินค้าและบริการทางการแพทย์[186]

3) รูปแบบประกันสุขภาพภาครัฐ

การให้ความคุ้มครองการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลในรูปแบบประกันสุขภาพภาครัฐนี้ เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการเข้าถึงบริการสุขภาพถ้วนหน้า" (Couverture Maladie Universelle or Universal Health Coverage Act of 1999) หรือเรียกโดยย่อว่า "CMU" โดยภายใต้กฎหมายฉบับนี้เป็นการให้หลักประกันในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของประชากรทั้งหมดภายในประเทศฝรั่งเศส ซึ่งรวมถึงคนไร้รัฐ (Stateless Person) ผู้ลี้ภัย (Asylum) และผู้ลี้ภัยสงคราม (Refugee) ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนให้อยู่ในประเทศถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งในการให้ความคุ้มครองการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลนั้น มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น (Local Health Insurance Office) เป็นผู้ดำเนินการจัดให้คนต่างด้าวกลุ่มนี้มีสถานะทางทะเบียนและมีหลักประกันสุขภาพ[187]

4) รูปแบบการประกันสังคม

ในประเทศฝรั่งเศส ระบบการประกันสังคมถือเป็นมาตรการบังคับสำหรับกรณีการจ้างงาน และกรณีการอาศัยอยู่ภายในประเทศ ซึ่งเป็นการดำเนินการภายใต้กฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม (Social Security Code) โดยมีการแบ่งประเภทของการประกันสังคมออกได้เป็น

---

[186] Thomas C. Buchmueller and Agnes Couffinhal, **Private Health Insurance in France: Graduate School of Management** (Sacramento, CA.: University of California, 2004), p. 8.

[187] Ministère de L'Intérieur, **Guide for Asylum Seekers 2013**, p. 30, Retrieved December 12, 2016 from http://www.immigration.interieur.gouv.fr/ content/download/69983/510865/file/Guide_demandeur_asile_2013_Anglais.pdf

4 ประเภท ได้แก่ การประกันการเจ็บป่วย การประกันครอบครัว การประกันอุบัติเหตุและโรคจากการประกอบอาชีพ และการประกันการเกษียณอายุการทำงาน แยกพิจารณาได้ดังนี้[188]

การประกันการเจ็บป่วย (Sickness Branch) เป็นการประกันสังคมกรณีการเจ็บป่วยของบุคคล โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรับบริการสุขภาพ (Health Care) และเป็นการให้หลักประกันการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล (Access to Treatment) ซึ่งบริหารจัดการโดยหน่วยงานด้านการประกันสังคม 3 หน่วยงานหลัก ได้แก่ หน่วยงานกองทุนการประกันการเจ็บป่วยสำหรับลูกจ้าง (National Sickness Insurance Fund for Employees) หน่วยงานกองทุนการประกันเกษตรกรและแรงงานนอกระบบ (Agricultural Social Mutual Benefit Fund and the Social Protection Scheme for Self-Employed Workers) และหน่วยงานกองทุนการประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Union of Health Insurance Funds)

การประกันครอบครัว (Family Branch) เป็นการประกันสังคมที่มุ่งเน้นการบริหารจัดการผลประโยชน์ของครอบครัว (Family Benefits) โดยมีบทบาทภารกิจหลักคือการลดความไม่เท่าเทียมกันของมาตรฐานในการดำรงชีวิตสำหรับบุคคลในครอบครัว (House Hold) การขึ้นทะเบียนสมาชิกในครอบครัวที่เป็นเด็ก เพื่อให้ความคุ้มครองใน 4 กรณีหลักคือ การช่วยเหลือครอบครัวด้านการดำรงชีวิตประจำวัน (Support for Families in Their Every Day Life) การให้ความช่วยเหลือสำหรับเด็กก่อนปฐมวัย (Early Childhood) การให้ความช่วยเหลือด้านการเข้าถึงที่อยู่อาศัย (Access to Housing) การต่อต้านสภาวะความไม่มั่นคงและการทุพพลภาพ (Fight Against Insecurity or Disability)

การประกันอุบัติเหตุและโรคจากการประกอบอาชีพ (The Work-Related Accidents and Occupational Diseases Branch) เป็นการประกันสังคมเกี่ยวกับความเสี่ยงของลูกจ้างที่อาจได้รับอุบัติเหตุและการเกิดโรคจากการประกอบอาชีพอันเนื่องมาจากการทำงาน โดยมีการบริหารจัดการเช่นเดียวกับการประกันการเจ็บป่วย

การประกันการเกษียณอายุการทำงาน (Retirement Branch) เป็นการประกันในเรื่องเงินบำนาญให้กับผู้เกษียณอายุการทำงาน บนพื้นฐานหลักการจ่ายตามสถานภาพที่ควร

---

[188] Marie-Hélène AMIEL, **Migrant Access to Social Security and Healthcare in France**, pp. 15-16, Retrieved December 12, 2016 from http://ec.europa.eu/home-affairs/sites/ homeaffairs/files/what-we-do/networks/european_migration_network/reports/docs/emn-studies/illegally-resident/09a.france_national_report_social_security_en_version.pdf

ได้รับจริง (Pay as You Go) ซึ่งบริหารจัดการโดยหน่วยงานกองทุนการประกันผู้สูงอายุแห่งชาติ (National Old-Age Insurance Fund)

สำหรับการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าวนั้น อยู่ภายใต้ระบบประกันสังคมใน 2 กรณี คือ กรณีการประกันการเจ็บป่วย และกรณีการประกันอุบัติเหตุและโรคจากการประกอบอาชีพ ซึ่งคนต่างด้าวที่อาศัยอยู่ในประเทศฝรั่งเศสนั้น สามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบประกันสังคมทั้งสองประเภทนี้ โดยการประกันสังคมทั้งสองประเภทนี้ได้ให้ความคุ้มครองคนต่างด้าวที่เป็นแรงงานจ้างโดยถูกกฎหมายทุกคน หรือบุคคลผู้มีถิ่นที่อยู่ต่อเนื่องหรือถาวรในประเทศฝรั่งเศสเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน มีสิทธิเข้าถึงประกันประกันสุขภาพภายใต้ระบบประกันสังคมนี้ได้ โดยมีสิทธิประโยชน์ทางการรักษาพยาบาล ประกอบด้วย บริการรักษาพยาบาล (Medical Treatment) การให้บริการของโรงพยาบาล (Hospitalization) การบริการทันตกรรม (Dental Care) การบริการเภสัชกรรม (Pharmaceutical Products) และการบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข โดยมีแหล่งเงินทุนในการประกันสังคมได้มาจากการจัดเก็บในลักษณะรวมจ่าย (Mixed)[189] กล่าวคือ จัดเก็บจากผู้ประกันตนคือนายจ้างและลูกจ้างส่วนหนึ่ง และจัดสรรจากเงินภาษีทั่วไปของรัฐอีกส่วนหนึ่ง

5) รูปแบบการสงเคราะห์ทางการแพทย์

การเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าวในรูปแบบการสงเคราะห์ทางการแพทย์นั้น เป็นการให้ความคุ้มครองแก่บุคคลที่ไม่ได้รับความคุ้มครองการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลในรูปแบบอื่น ๆ ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ซึ่งส่วนใหญ่คือคนต่างด้าวผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียน (Undocumented Migrants) ทั้งนี้ โดยมีเหตุผลสำคัญตั้งอยู่บนพื้นฐานของระบบเศรษฐกิจและธรรมชาติของความเป็นมนุษย์ (Humanitarian in Nature) กล่าวคือ โดยสภาพแห่งความเป็นมนุษย์นั้นย่อมตระหนักอยู่เสมอถึงความเป็นจริงที่แตกต่างกันซึ่งต้องพิจารณาบนพื้นฐานของข้อเท็จจริงเป็นรายกรณี (Case by Case) การดำเนินนโยบายในเรื่องการสาธารณสุขของฝรั่งเศสก็เช่นเดียวกันที่ต้องพิจารณาความเหมาะสมของการจัดทำนโยบายสาธารณะและการบริหารนโยบายสาธารณะเพื่อคุ้มครองสุขภาพของประชาชน โดยในส่วนของการบริการรักษาพยาบาลสำหรับคนต่างด้าวผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียนนั้น มีพัฒนาการทางกฎหมายและนโยบายที่หลากหลาย จนกระทั่งในปี ค.ศ. 1999 ได้มีนโยบายการให้บริการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายสำหรับกลุ่มบุคคลผู้มีรายได้น้อย ต่อมาในปี ค.ศ. 2010 ได้มีการจัดสรรให้บุคคลผู้ไม่มีถิ่นที่อยู่ประจำในประเทศฝรั่งเศสไม่ได้รับความคุ้มครองการเข้าถึงการบริการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยการเข้าถึงบริการสุขภาพถ้วนหน้า (CMU) แต่ได้กำหนดมาตรการทางการบริหารซึ่งเป็นมาตรการเฉพาะสำหรับคนต่างด้าวผู้ไม่มี

---

[189] *Ibid.*, p. 19.

สถานะทางทะเบียนขึ้น เรียกมาตรการนี้ว่า “การช่วยเหลือทางการแพทย์โดยรัฐ” (Aide Médicale de I’Etat: AME) โดยมาตรการนี้ได้อนุญาตให้คนต่างด้าวผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียนสามารถเข้าถึงการได้รับความช่วยเหลือทางด้านบริการสุขภาพ ภายใต้เงื่อนไขเกี่ยวกับการอยู่ภายในประเทศและรายได้ของบุคคลนั้น ซึ่งเป็นไปตามบทบัญญัติมาตรา 3 แห่งกฎหมายว่าด้วยการเข้าถึงบริการสุขภาพถ้วนหน้า และภายใต้บังคับเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (Soin d’urgence) โดยการให้บริการที่ครอบคลุมถึงบริการด้านการกู้ชีพฉุกเฉิน การรักษาโรคติดต่อ การจัดให้มีบริการที่จำเป็นในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางด้านการสาธารณสุข การบริการสาธารณสุขทุกประเภทสำหรับคนต่างด้าวที่เป็นเด็ก การบริการสูติกรรม (Maternity Care) และการทำแท้ง (Abortion) ด้วยเหตุผลทางการแพทย์ แต่ในส่วนของการรักษาโรคติดต่อเรื้อรัง (Chronic Diseases) นั้น ไม่จัดอยู่ในแนวคิดว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency)

สำหรับการเข้าถึงความช่วยเหลือทางด้านการแพทย์ของคนต่างด้าวผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียนดังกล่าวนี้ มีหน่วยงานที่รับผิดชอบคือ สำนักงานศูนย์บริการสุขภาพ (Permanences d’Accèes aux Soin de santé or Healthcare Centre Offices) ซึ่งมีหน้าที่ความรับผิดชอบในการจัดให้มีบริการทางการแพทย์ (Medical) การช่วยเหลือทางสังคม (Social Support) การให้ความช่วยเหลือในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลของรัฐ ทั้งนี้ โดยมีเงื่อนไขคือ บุคคลที่จะมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือตามมาตรการนี้ ต้องเป็นผู้ที่อยู่ในประเทศฝรั่งเศสมาแล้วมากกว่า 3 เดือน เช่น วีซ่าหมดอายุ (Expired Visas) หรือผู้ลี้ภัยที่ได้รับการปฏิเสธการขึ้นทะเบียน (Asylum Rejection Notifications) เป็นต้น และมีรายได้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งบุคคลผู้เข้าเงื่อนไขนี้สามารถเข้ารับบริการสาธารณสุขได้ โดยครอบคลุมบริการรักษาพยาบาลทุกประเภท รวมถึงบริการทำแท้งด้วย นอกจากนี้ยังมีการให้ความช่วยเหลือด้านบริการแพทย์ประจำบ้าน (Assistance médicale à domicile or Home Medical Assistance) ซึ่งอนุญาตให้คนต่างด้าวสามารถเข้าถึงบริการปรึกษาสุขภาพ ทั้งนี้ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (Free of Charge)[190]

กล่าวโดยสรุปได้ว่า รูปแบบการเข้าถึงสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของรัฐในประเทศฝรั่งเศสนั้น สามารถเข้าถึงได้ใน 5 รูปแบบ ได้แก่

1. รูปแบบการชำระค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเองโดยตรง เป็นรูปแบบที่ให้สิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลโดยครอบคลุมคนต่างด้าวทุกประเภทที่อยู่ในประเทศฝรั่งเศส

---

[190] Carin Björngren Cuadra, **Policies on Health Care for Undocumented Migrants in EU27 Country Report France**, pp. 12-13, Retrieved December 12, 2016 from http://c-hm.com/wp-content/uploads/2015/08/country_report_France.pdf

2. รูปแบบการประกันสุขภาพภาคเอกชน เป็นรูปแบบที่ให้สิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลโดยครอบคลุมคนต่างด้าวทุกประเภทที่มีความสามารถในการหาซื้อประกันสุขภาพจากบริษัทรับประกันสุขภาพ

3. รูปแบบประกันสุขภาพภาครัฐ เป็นรูปแบบที่ให้สิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลโดยครอบคลุมคนต่างด้าวที่เป็นคนไร้รัฐ ผู้ลี้ภัยและผู้ลี้ภัยสงครามที่ได้รับการอนุญาตให้ขึ้นทะเบียนโดยถูกต้องตามกฎหมาย

4. รูปแบบการประกันสังคม เป็นรูปแบบที่ให้สิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลโดยครอบคลุมคนต่างด้าวที่เป็นแรงงานต่างด้าวเข้าเมืองถูกกฎหมาย

5. รูปแบบการสงเคราะห์ทางการแพทย์ เป็นรูปแบบที่ให้สิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลโดยครอบคลุมคนต่างด้าวที่เป็นผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียน ผู้ลี้ภัยที่ไม่ได้รับอนุญาตให้ขึ้นทะเบียน และคนต่างด้าวที่อยู่ในประเทศโดยวีซ่าหมดอายุด้วย ซึ่งเป็นการให้บริการรักษาพยาบาลทุกประเภทรวมถึงบริการทำแท้งด้วย

จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า สิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของรัฐตามมาตรฐานในทางกฎหมายระหว่างประเทศ มีการบัญญัติรับรองสิทธิของบุคคลในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลไว้ ดังที่ปรากฏตามกฎหมายระหว่างประเทศที่ประเทศไทยเป็นภาคีทั้ง 5 ฉบับ คือ 1. ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน 2. กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม 3. อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก 4. ปฏิญญาอาเซียนว่าด้วยสิทธิมนุษยชน และ 5. แถลงการณ์แห่งอัลมา-แอตา ว่าด้วยการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน ซึ่งเป็นการรับรองสถานะแห่งสิทธิของบุคคลในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล เป็นสิทธิที่มีความเป็นสากล และได้รับการรับรองให้มีสถานะเป็นสิทธิตามกฎหมาย (Legal Rights) ที่บุคคลทุกคนพึงมีอยู่ในฐานะของความเป็นมนุษย์ ไม่ว่าจะมีเชื้อชาติใด สัญชาติใด หรืออาศัยอยู่ ณ ที่ใดในโลก ย่อมสามารถเป็นผู้ทรงสิทธินี้ได้ และสิทธินี้ไม่อาจถูกพรากไปจากบุคคลได้ด้วยเส้นพรมแดนแห่งรัฐ หรือพียงเพราะการเป็น “คนต่างด้าว” และนอกจากกฎหมายจะบัญญัติรับรองสิทธิของบุคคลในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลแล้ว ยังได้กำหนดหน้าที่ของรัฐให้ต้องดำเนินการจัดให้บุคคลสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้จริง ซึ่งเป็นข้อผูกพันหรือพันธกรณีที่รัฐภาคีต้องปฏิบัติตามด้วย ส่วนการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าวตามกฎหมายของต่างประเทศนั้น ประเทศที่กล่าวถึงข้างต้นทั้ง 4 ประเทศ คือ ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศอังกฤษ ประเทศเยอรมัน และประเทศฝรั่งเศส ไม่มีการบัญญัติรับรองสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลไว้ในรัฐธรรมนูญโดยชัดแจ้ง แต่มีการให้ความคุ้มครองสิทธิไว้แตกต่างกันภายใต้รูปแบบการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน โดยสามารถสรุปได้ดังนี้

1. รูปแบบการชำระค่าธรรมเนียมการรักษาพยาบาลโดยตรง (Fee-for-Services)

รูปแบบนี้ เป็นการให้ความคุ้มครองสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบบริการสาธารณสุขแบบตลาดแข่งขันเสรี (Entrepreneurial Health System) ซึ่งเป็นระบบที่เปิดโอกาสให้เอกชนเข้ามาจัดหาและให้บริการรักษาพยาบาลแก่ประชาชน โดยอาศัยกลไกตลาดเป็นเครื่องมือให้เกิดการแข่งขันอย่างเสรีบนพื้นฐานของความเท่าเทียมกันในการเข้ารับบริการรักษาพยาบาล และคนต่างด้าวที่เจ็บป่วยสามารถเข้ารับบริการรักษาพยาบาลโดยสามารถเลือกรับบริการจากสถานพยาบาลใดก็ได้ตามความสมัครใจ และรัฐมีหน้าที่เพียงอำนวยการหรือควบคุมกำกับให้กลไกทางการตลาดสามารถดำเนินไปอย่างเรียบร้อยเท่านั้น

2. รูปแบบการประกันสุขภาพภาคเอกชน (Private Medical Insurance)

รูปแบบนี้ เป็นการให้ความคุ้มครองสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบบริการสาธารณสุขแบบตลาดแข่งขันเสรีเช่นเดียวกับรูปแบบการชำระค่าธรรมเนียมการรักษาโดยตรง แต่มีข้อแตกต่างกันคือ ในรูปแบบนี้มีการบริหารความเสี่ยงทางการเงินของคนต่างด้าวด้วยการจัดให้มีการประกันสุขภาพขึ้น โดยมีบริษัทประกันสุขภาพของเอกชนเป็นผู้รับประกันและคนต่างด้าวสามารถซื้อประกันสุขภาพในลักษณะของการจ่ายเบี้ยประกันให้กับบริษัทประกันสุขภาพเหล่านี้ และเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นคนต่างด้าวสามารถเข้ารับบริการในสถานพยาบาลโดยมีบริษัทที่รับประกันสุขภาพเป็นผู้ชำระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการรักษาพยาบาลภายใต้ข้อตกลงและเงื่อนไขตามสัญญาประกันสุขภาพนั้น โดยรูปแบบนี้คนต่างด้าวสามารถเข้าถึงได้ใน 2 ลักษณะ ได้แก่ การซื้อประกันสุขภาพสำหรับตนเองด้วยความสมัครใจ และการทำประกันสุขภาพให้กับลูกจ้างโดยนายจ้าง

3. รูปแบบการประกันสังคม (Social Insurance)

รูปแบบนี้ เป็นการให้ความคุ้มครองสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบบริการสาธารณสุขแบบประกันสังคม (Social Health Insurance System) มีลักษณะเป็นการให้ความคุ้มครองสุขภาพของคนต่างด้าวบนพื้นฐานของระบบการจ้างงาน (Employment Based Social Insurance System) หรือบนพื้นฐานความสัมพันธ์ของการจ้างงาน (Standard Employment Relationship) เป็นการกำหนดให้มีการคุ้มครองสุขภาพของลูกจ้างภายใต้การบริหารความเสี่ยงทางด้านการเงิน โดยลูกจ้างที่เป็นแรงงานต่างด้าวถูกกฎหมายจะถูกบังคับให้เข้าสู่ระบบประกันสังคมนี้ และเมื่อเป็นลูกจ้างในระบบประกันสังคมแล้วเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นก็สามารถเข้ารับบริการในสถานพยาบาลที่รองรับสิทธิประกันสังคมได้ โดยมีกองทุนประกันสังคมเป็นผู้ชำระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้น ซึ่งแหล่งที่มาของรายได้กองทุนประกันสังคมนี้ได้มาจากการจัดเก็บจาก 3 ส่วนคือ นายจ้างส่วนหนึ่ง ลูกจ้างส่วนหนึ่ง และรัฐสนับสนุนให้อีกส่วนหนึ่ง ทั้งนี้ตามสัดส่วนที่กฎหมายกำหนด

4. รูปแบบประกันสุขภาพภาครัฐ (Public Insurance)

รูปแบบนี้ เป็นการให้ความคุ้มครองสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบบริการสาธารณสุขแบบประกันสุขภาพภาครัฐ (Public Insurance System) มีลักษณะเป็นการให้หลักประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวด้วยวิธีการบริหารความเสี่ยงทางด้านการเงินในการเข้ารับการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย มีรัฐทำหน้าที่เป็นผู้รับประกันสุขภาพให้กับประชาชนโดยการจัดเก็บเบี้ยประกันสุขภาพ ซึ่งจัดเก็บจากบุคคลที่มีถิ่นที่อยู่ภายในประเทศในลักษณะของภาษีเงินได้ หรือเบี้ยประกันจากการจ้างงานของนายจ้างและลูกจ้าง โดยรวมเข้าเป็นกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ และเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นคนต่างด้าวสามารถเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลของรัฐและสถานพยาบาลของเอกชนที่รองรับสิทธินี้ได้ โดยกองทุนจะเป็นผู้ชำระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นให้กับสถานพยาบาลที่เป็นผู้ให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย

5. รูปแบบรัฐสวัสดิการ (Welfare-Oriented)

รูปแบบนี้ เป็นการให้ความคุ้มครองสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบบริการสาธารณสุขแบบรัฐสวัสดิการ (Welfare-Oriented Health System) โดยรัฐเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการทั้งในด้านการบริหารการคลังสุขภาพและการให้บริการสุขภาพ ซึ่งคนต่างด้าวที่จะมีสิทธิเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลในรูปแบบนี้จะถูกจำกัดเฉพาะคนต่างด้าวบางประเภทเท่านั้น เนื่องจากเป็นรูปแบบของการจัดสวัสดิการรักษาพยาบาลให้กับพลเมืองและผู้เสียภาษีให้กับรัฐเป็นหลัก ซึ่งแหล่งงบประมาณสำคัญที่ใช้ในการจัดบริการรักษาพยาบาลได้มาจากภาษีทั่วไปของประเทศ โดยประเทศอังกฤษซึ่งจัดรูปแบบการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลสำหรับคนต่างด้าวตามรูปแบบนี้ กำหนดให้คนต่างด้าวที่สามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลตามรูปแบบนี้ มีเพียง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มคนต่างด้าวที่มีถิ่นที่อยู่เป็นปกติในประเทศอังกฤษ หรือที่เรียกว่า “Ordinary Resident” และกลุ่มคนต่างด้าวที่เข้าเมืองมา ที่เรียกว่า “Overseas Visitors” เท่านั้น โดยคนต่างด้าวกลุ่มหลังนี้ จะมีหลักเกณฑ์การกำหนดคุณลักษณะของบุคคลตามกฎหมายที่เคร่งครัด กล่าวคือ จะต้องเป็นบุคคลที่ขออนุญาตเข้าเมืองแต่ได้รับการปฏิเสธหรือบุคคลซึ่งอยู่ในประเทศเพียงชั่วระยะเวลาที่จำกัดเท่านั้น ส่วนคนต่างด้าวนอกเหนือจากนี้ไม่ได้รับความคุ้มครองการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลในรูปแบบนี้

6. รูปแบบการสงเคราะห์ทางการแพทย์ (Medical Assistance)

รูปแบบการสงเคราะห์ทางการแพทย์ หรือบางประเทศเรียกว่า “การสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์” (Social Welfare) หรือ “การช่วยเหลือทางการแพทย์โดยรัฐ” (Aide Médicale de l’Etat: AME) เป็นการให้ความคุ้มครองสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลในลักษณะของการให้เปล่าด้วยเหตุผลทางมนุษยธรรมและความเคารพต่อความเป็นมนุษย์ของบุคคล โดยรัฐจะพิจารณาถึงความเหมาะสมของการให้ความช่วยเหลือหรือการสงเคราะห์เป็นรายกรณีไป ซึ่งประเทศต่าง ๆ ส่วนใหญ่จะให้ความช่วยเหลือแก่คนต่างด้าวที่ไม่ได้รับความคุ้มครองการเข้าถึง

บริการรักษาพยาบาลในรูปแบบอื่น เช่น คนต่างด้าวผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียน เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามก็มิได้ให้ความคุ้มครองโดยเท่าเทียมกับพลเมืองของรัฐหรือคนต่างด้าวที่อยู่ภายใต้การคุ้มครองในรูปแบบอื่น แต่จะได้รับความคุ้มครองเฉพาะการรักษาพยาบาลที่จำเป็นเท่านั้น เช่น บริการแพทย์ฉุกเฉิน การกู้ชีพ การรักษาโรคติดต่อร้ายแรง และการบริการสูติกรรม เป็นต้น นอกจากนี้ในบางประเทศ เช่น ประเทศฝรั่งเศส ยังให้ความคุ้มครองถึงบริการทำแท้งและบริการแพทย์ประจำบ้านด้วย

ดังนั้นเห็นได้ว่า การจัดระบบบริการสาธารณสุขของรัฐเป็นพื้นฐานที่นำมาซึ่งการออกแบบหรือการจัดรูปแบบในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าวที่สอดคล้องเป็นไปในแนวทางเดียวกับระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยคนต่างด้าวจะสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลในรูปแบบใดนั้น จะขึ้นอยู่กับสถานะของการอาศัยอยู่ในประเทศ เป็นเครื่องจัดสรรการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลในแต่ละรูปแบบ ซึ่งตามระบบกฎหมายของต่างประเทศที่ได้ให้ความคุ้มครองคนต่างด้าวในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของรัฐ ถือได้ว่าเป็นการดำเนินการจัดให้บุคคลสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้จริง ภายใต้รูปแบบที่เหมาะสมกับสภาพสังคมเศรษฐกิจของประเทศ (Socio-Economic Condition) และสอดคล้องกับมาตรฐานในทางกฎหมายระหว่างประเทศที่ให้การรับรองและคุ้มครองสิทธิของบุคคลในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

บทที่ 4

สิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าวตามระบบกฎหมายไทย

การศึกษาเกี่ยวกับสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าวตามกฎหมายไทย ได้อธิบายถึงสาระสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1. ความเป็นมาของบริการรักษาพยาบาลในประเทศไทย 2. ระบบบริการรักษาพยาบาลของประเทศไทยในปัจจุบัน 3. คนต่างด้าวกับการเข้าถึงการรักษาพยาบาล ดังนี้

4.1 ความเป็นมาของบริการรักษาพยาบาลในประเทศไทย

การบริการรักษาพยาบาลในประเทศไทยนั้น มีวิวัฒนาการมาอย่างยาวนานตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ซึ่งอาจแบ่งช่วงของวิวัฒนาการออกได้เป็น 3 ยุค คือ 1. ยุคแห่งการแพทย์แผนไทย 2. ยุคแห่งการปฏิรูปการสาธารณสุขไทย และ 3. ยุคแห่งการสาธารณสุขสมัยใหม่ โดยในแต่ละยุคมีแนวคิดและรูปแบบในการบริการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันไป ดังนี้

4.1.1 ยุคแห่งการแพทย์แผนไทย

ในสมัยโบราณ การให้บริการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนยังไม่มีปรากฏเด่นชัด โดยในยุคนี้มีการรักษาโรคด้วยการใช้พืชสมุนไพรท้องถิ่นผสมผสานกับความเชื่อทางไสยศาสตร์ ซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากอารยธรรมอินเดีย ต่อมาในสมัยเมืองเชียงแสน (พ.ศ. 1700-1800) ได้รับอารยธรรมทางการแพทย์จากจีน และในสมัยสุโขทัย (พ.ศ. 1900-2000) ได้รับอารยธรรมทางการแพทย์จากเขมรเข้ามาผสมผสาน โดยรับช่วงอารยธรรมต่อมาจากอินเดีย

ในสมัยกรุงศรีอยุธยา (พ.ศ. 2000-2310) มีข้อค้นพบทางประวัติศาสตร์ในเรื่องการรักษาผู้ป่วยโดยพบว่าหมอที่มีอิทธิพลต่อการรักษาผู้ป่วยในสมัยนั้น คือ หมอจีน และหมอไทย ต่อมาในสมัยสมเด็จพระรามาธิบดีที่ 2 (พ.ศ. 2016) มีชาวต่างประเทศเข้ามาตั้งถิ่นฐานภายในราชอาณาจักร คือ ชาวโปรตุเกส ซึ่งมีแพทย์เข้ามาด้วยพร้อมกับมีการนำตำรับยาขี้ผึ้งใส่บาดแผลเข้ามาทำการรักษาผู้ป่วย และในสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราช (พ.ศ. 2025) ประเทศไทยได้เริ่มมีการติดต่อกับ

ประเทศฝรั่งเศสและชาวฝรั่งเศสได้มีการนำตำรายาของแพทย์ฝรั่งเศสขึ้นทูลเกล้าฯ ถวายแด่สมเด็จพระนารายณ์มหาราช พร้อมทั้งได้ตั้งโรงพยาบาลขึ้นที่กรุงศรีอยุธยาเพื่อให้การรักษาผู้ป่วย[191]

ในสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ พระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราช (สมัยรัชกาลที่ 1 พ.ศ. 2325-2352) ได้ทรงปฏิสังขรณ์วัดโพธารามขึ้นเป็นพระอารามหลวง ชื่อว่า “วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม” โดยได้มีการรวบรวมจารึกตำรายาและท่าฤาษีดัดตนไว้ตามศาลารายสำหรับใช้ในการจัดหายาของทางราชการ นอกจากนี้ได้มีการจัดตั้งกรมหมอโรงพระโอสถ โดยมีหมอที่รับราชการเรียกว่า “หมอหลวง” ส่วนหมอที่ให้การรักษาประชาชนทั่วไป เรียกว่า “หมอราษฎร” หรือ “หมอเชลยศักดิ์” ในสมัยพระบาทสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัย (สมัยรัชกาลที่ 2 พ.ศ. 2352-2367) ได้ทรงให้รวบรวมตำราทางด้านการแพทย์ที่กระจัดกระจายอยู่ตามที่ต่าง ๆ พร้อมกับทรงโปรดเกล้าฯ ให้เชิญผู้ชำนาญโรคและสรรพคุณยาชนิดต่าง ๆ ให้นำเข้ามาทูลเกล้าฯ ถวาย และให้กรมหมอหลวงคัดเลือกจดเป็น “ตำราหลวงสำหรับโรงพระโอสถ” เพื่อประโยชน์ของประชาชน นอกจากนี้ยังได้ทรงมีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้ตรากฎหมายชื่อ “กฎหมายพนักงานพระโอสถถวาย” โดยให้พนักงานตามกฎหมายนี้มีอำนาจออกไปค้นหาสมุนไพรที่ปรากฏมีอยู่ในแผ่นดิน ซึ่งผู้ใดจะคัดค้านมิได้ ต่อมาในสมัยพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว (สมัยรัชกาลที่ 3 พ.ศ. 2367-2394) ได้ทรงปฏิสังขรณ์วัดพระเชตุพนฯ และโปรดเกล้าฯ ให้จารึกตำรายาไว้บนแผ่นหินอ่อน ประดับไว้ตามผนังโบสถ์และศาลารายภายในวัด มีตำราบอกสมุฏฐานของโรคและวิธีบำบัด ทรงให้นำสมุนไพรที่ใช้ในการปรุงยาที่หาได้ยากมาปลูกไว้ เพื่อให้ราษฎรได้ศึกษาและนำไปใช้ในการรักษาตนโดยมิได้หวงห้าม[192] ในขณะเดียวกันได้มีชาวต่างชาติคือพวกมิชชันนารีโปรแตสแตนท์เข้ามาในกรุงเทพมหานคร มีการนำยาเข้ามาด้วยเป็นจำนวนมาก และได้แจกจ่ายยาให้แก่คนเจ็บป่วยที่มารับการรักษาพยาบาลที่บ้านพัก ในปี พ.ศ. 2378 นายแพทย์แดน บีช บรัดเลย์ (Dan Beach Bradley) ได้นำการปลูกฝีเข้ามาทำการปลูกเป็นครั้งแรก เป็นผู้ริเริ่มการแพทย์ด้านศัลยกรรม ทำตำราครรภ์รักษา ซึ่งถือเป็นตำราสูติศาสตร์เล่มแรกในประเทศไทย ต่อมา พ.ศ. 2390 นายแพทย์แซมาล เรย์โนลด์เฮาส์ (Samuel Reynolds Hoese) เป็นศัลยแพทย์ที่ใช้อีเทอร์ในการผ่าตัดเป็นครั้งแรก โดยสมัยนี้มีโรคระบาดเกิดขึ้น 2 โรค คือ อหิวาตกโรค และโรคไข้ทรพิษ ที่คร่าชีวิตประชาชนไปเป็นจำนวนมาก หมอเฮ้าส์ได้ใช้พันธุ์หนองฝีจากสิงคโปร์ตระเวนปลูกฝีให้กับประชาชน ซึ่งถือได้ว่าเป็นการให้บริการสาธารณสุขด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่อครั้งแรกในประเทศไทย จากนั้นการแพทย์ของคณะแพทย์ชุดนี้ก็ได้ขยายไปสู่ส่วนภูมิภาค โดยบริการในระยะแรกเป็นการให้บริการรักษาฟรี จนกระทั่งเมื่อปี พ.ศ. 2431

---

[191] สมฤทธิ์ อินทราทิพย์, *เรื่องเดิม*, หน้า 8-9.

[192] ปาณบดี เอกะจัมปกะ และนิธิ วัฒนมะโน, **การสาธารณสุขไทย 2551-2553** (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2554), หน้า 1.

นายแพทย์เฮ้าส์ จึงริเริ่มแนวคิดว่า หากมีการเก็บเงินค่ารักษาจากผู้ป่วยบ้างแล้ว จะช่วยให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าและช่วยให้โรงพยาบาลสามารถเลี้ยงตนเองได้ ซึ่งตั้งแต่นั้นเป็นต้นมาโรงพยาบาลของคณะมิชชันนารีจึงมีนโยบายเก็บเงินในการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วย[193]

4.1.2 ยุคแห่งการปฏิรูปการสาธารณสุขไทย

ยุคแห่งการปฏิรูปการสาธารณสุขไทย เริ่มต้นตั้งแต่สมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว (รัชกาลที่ 5) เมื่อปี พ.ศ. 2413 ได้มีการประกาศใช้กฎหมายชื่อว่า “พระราชบัญญัติธรรมเนียมคลอง” เพื่อให้มีการรักษาความสะอาดของคลองให้ได้มาตรฐาน ซึ่งถือได้ว่าเป็นกฎหมายเกี่ยวกับการสุขาภิบาลฉบับแรกของประเทศไทย และได้มีการเผยแพร่การแพทย์ตะวันตกหรือแพทย์แผนปัจจุบันไปสู่ต่างจังหวัด โดยเมื่อปี พ.ศ. 2410 ศาสตราจารย์แม็คกิลวารี ได้นำวิทยาการแพทย์แผนปัจจุบันไปบำบัดรักษาโรคไข้จับสั่นและป้องกันโรคไข้ทรพิษ โดยใช้ยาควินินและหนองฝีที่ได้รับจากนายแพทย์บรัดเลย์ ส่วนแพทย์ที่มีชื่อเสียงโด่งดังในยุคนี้คือ นายแพทย์เจมส์ ดับเบิลยู แมคเคน (James W. Mckean) ผู้ริเริ่มการจัดตั้งสถานควบคุมโรคเรื้อนแห่งแรกในประเทศไทย และได้นำเครื่องจักรทำยาเม็ดเข้ามาผลิตยาควินินเม็ดแจกจ่ายให้กับราษฎรเพื่อควบคุมโรคไข้จับสั่น นอกจากนี้ยังเป็นผู้ตั้งสถานผลิตหนองฝีขึ้นในจังหวัดเชียงใหม่เพื่อการรักษาโรคไข้ทรพิษด้วย ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวมีอิทธิพลก่อให้เกิดระบบงานสาธารณสุขของประเทศไทย โดยในปี พ.ศ. 2429 ได้มีการจัดตั้ง “คอมมิตตีจัดการโรงพยาบาล” เพื่อสร้างโรงพยาบาลที่วังหลัง ธนบุรี หรือ “ศิริราชพยาบาล” ซึ่งภายหลังการก่อตั้งแล้วเสร็จ พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าอยู่หัวได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้คณะกรรมการชุดนี้พ้นจากหน้าที่และจัดตั้งกรมพยาบาลขึ้นแทนเมื่อ ปี พ.ศ. 2431 ซึ่งถือได้ว่าเป็นการเริ่มศักราชใหม่ของการแพทย์และการสาธารณสุขแผนปัจจุบันในประเทศไทย โดยปรากฏหลักฐานในแต่ละเรื่องที่สำคัญ ดังนี้

4.1.2.1 การผลิตยาตำราหลวง

ในปี พ.ศ. 2445 พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ทรงมีพระราชประสงค์ให้มียาดีและจำหน่ายในราคาถูกให้แก่ราษฎรได้ใช้ทั่วราชอาณาจักร ในการนี้สมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาดำรงราชานุภาพ ในฐานะเสนาบดีกระทรวงมหาดไทยซึ่งมีหน้าที่บำบัดโรคภัยไข้เจ็บแก่ราษฎร ได้จัดให้มีการประชุมหมอฝรั่งที่เข้ามาทำงานในกรุงเทพฯ และภายหลังจากการประชุมปรึกษาหารือกันแล้ว ได้ตกลงให้ผลิตยาสามัญประจำบ้าน จำหน่ายให้กับราษฎรทั่วราชอาณาจักร

---

[193] สมฤทธิ์ อินทราทิพย์, *เรื่องเดิม,* หน้า 9-10.

4.1.2.2 การจัดตั้งแพทย์ประจำตำบล

เจ้าพระยาสุรสีห์วิสิษฎศักดิ์ (เชย กัลยาณมิตร) เมื่อครั้งดำรงตำแหน่งเป็นพระยาศรีสุริยราชวรานุวัติ ข้าหลวงเทศาภิบาล มณฑลพิษณุโลก ได้ขอตั้งหมอพื้นเมืองเป็นแพทย์ประจำตำบล เพื่อให้ช่วยจดบันทึกคนเกิดคนตาย ต่อมาสมเด็จกรมพระยาดำรงราชานุภาพทรงดำริให้กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เลือกหมอแผนโบราณในท้องที่ให้เป็นหมอประจำตำบล เพื่อแบ่งเบาภาระแพทย์ประจำเมืองในการปลูกฝีและจำหน่ายยาตำราหลวง ปรากฏว่าเป็นที่ได้ผลน่าพึงพอใจ จากนั้นในปี พ.ศ. 2457 กระทรวงมหาดไทยจึงได้แก้ไขพระราชบัญญัติลักษณะปกครองท้องที่ ร.ศ. 116 ให้มีตำแหน่งแพทย์ประจำตำบลตั้งแต่นั้นมา

4.1.2.3 การจัดตั้งโอสถสภาหรือสถานีอนามัย

ในปี พ.ศ. 2456 สมเด็จกรมพระยาดำรงราชานุภาพทรงพระดำริให้จัดตั้งโอสถสภาขึ้นเป็นสถานที่ทำงานของแพทย์หลวงประจำหัวเมือง โดยให้แต่ละท้องถิ่นหาทุนเพื่อจัดตั้งโอสถสภาประจำท้องถิ่นนั้น ๆ ต่อมาเรียกโอสถสภานี้ว่า “สุขศาลา” และเป็น “สถานีอนามัย” ในเวลาต่อมา

4.1.2.4 การจัดตั้งโรงพยาบาลหัวเมืองหรือโรงพยาบาลประจำจังหวัด

การจัดตั้งโรงพยาบาลหัวเมือง มีหลักการเดียวกับการจัดตั้งโอสถสภา คือ สนับสนุนให้จังหวัดหาทุนจัดตั้งขึ้นเป็นสำคัญ โดยในช่วงก่อนปี พ.ศ. 2475 ยังไม่ได้รับความนิยมจากราษฎรเท่าที่ควร เนื่องจากราษฎรยังไม่รู้จักการแพทย์และการสาธารณสุขแผนปัจจุบัน ส่งผลให้การสร้างโรงพยาบาลหัวเมืองมีไม่มาก และกระทรวงมหาดไทยจึงมุ่งเน้นการขยายโอสถสภาเป็นสำคัญ

4.1.2.5 การสถาปนากระทรวงสาธารณสุข

ในปี พ.ศ. 2485 ได้มีการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขตามรูปแบบการบริหารประเทศในระบอบประชาธิปไตย โดยมีการรวบรวมสถาบันที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขเข้าไว้ด้วยกันและสถาปนา “กระทรวงสาธารณสุข” ขึ้น เมื่อวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2485 จากนั้นได้มีการขยายงานรักษาพยาบาลไปสู่ส่วนภูมิภาคมากขึ้น มีการก่อสร้างโรงพยาบาลขึ้นครบทุกจังหวัด มีการป้องกันควบคุมโรค และมีการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2504 เป็นต้นมา[194]

4.1.3 ยุคแห่งการสาธารณสุขสมัยใหม่

ภายหลังการปฏิรูปการสาธารณสุขจากยุคแห่งการแพทย์แผนไทย พัฒนาสู่การแพทย์และการสาธารณสุขแบบตะวันตก มีสิ่งที่ปรากฏเด่นชัดในเรื่องบริการรักษาพยาบาลสำหรับประชาชนคือ ในช่วงปี พ.ศ. 2504 ถึง 2519 ประเทศไทยได้มีการจัดบริการรักษาพยาบาลโดยรัฐ มีบริการป้องกันโรคระบาดสำคัญ และการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม มีการกวาดล้างโรคติดต่อร้ายแรง เช่น คุดทะราด

---

[194] สุนทร แม้นสงวน, *เรื่องเดิม,* หน้า 25-30.

ไข้ทรพิษ และกาฬโรค เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาและถ่ายทอดเทคโนโลยีทางการแพทย์และการสาธารณสุขสมัยใหม่ลงสู่ชนบท มีโครงการปรับปรุงอนามัยชนบท ที่เน้นการสุขาภิบาล น้ำสะอาด เพื่อป้องกันควบคุมโรคทางเดินอาหาร และการพัฒนาอนามัยท้องถิ่น

ในปี พ.ศ. 2529 ประเทศไทยได้เข้าร่วมการประชุมนานาชาติซึ่งจัดขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก ที่กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา มีชื่อการประชุมครั้งนี้ว่า “การสร้างเสริมสุขภาพ: การเคลื่อนสู่การสาธารณสุขแนวใหม่” โดยเป็นการประชุมที่มุ่งเน้นให้ความสำคัญในเรื่องแนวคิดและกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อการบรรลุเป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วนหน้า ในปี พ.ศ. 2543” (Health For All 2000) ภายหลังการประชุมเสร็จสิ้น ที่ประชุมได้มีการประกาศ “กฎบัตรออตตาวา เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ” พร้อมกับให้นิยามคำว่า “การสร้างเสริมสุขภาพ” หมายถึง “กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง” ซึ่งภายใต้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพดังกล่าว ได้มีการกำหนดกลยุทธ์ที่สำคัญไว้ 5 ประการคือ การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งกฎบัตรออตตาวานี้ถือได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นของ “การสาธารณสุขสมัยใหม่” (New Public Health)[195]

ในปี พ.ศ. 2540 ประเทศไทยได้มีแนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพ จากเดิมที่มุ่งเน้นการรักษาพยาบาล พัฒนาสู่การป้องกันมิให้เกิดการเจ็บป่วย ภายใต้แนวคิด “การสร้างเสริมสุขภาพ” โดยการประยุกต์ใช้กฎบัตรออตตาวา มาขับเคลื่อนนโยบายสาธารณสุขมูลฐานและการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543 ซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพคนชนบท ผ่านกลไกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) ที่ครอบคลุมหมู่บ้านทั่วประเทศ[196] โดยเป็นการดำเนินงานภายใต้หลักการสาธารณสุขแนวใหม่ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนทุกภาคส่วนในสังคม ร่วมกันขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนาปัจจัยกำหนดสุขภาพแบบองค์รวมตามแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานและกฎบัตรออตตาวาที่มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพในฐานะที่เป็นกระบวนการที่ทำให้ประชาชนสามารถกำหนด ควบคุม และพัฒนาสุขภาพตนเอง ด้วยการส่งเสริมให้ดำเนินวิถีชีวิตที่มีสุขภาวะ ทั้งในด้านการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคล การจัดการกับสภาวะที่เป็นปัจจัยส่งผลต่อสุขภาพ ได้แก่ ที่อยู่อาศัย สุขศึกษา อาหาร รายได้ ระบบนิเวศน์ รวมถึงสังคมที่เป็นธรรมและยั่งยืน

---

[195] อำพล จินดาวัฒนะ, **ระบบการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทย: การสาธารณสุขไทย 2551-2553** (นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2540), หน้า 364-365.

[196] *เรื่องเดียวกัน*, หน้า 370.

แต่อย่างไรก็ตาม แม้ว่าภาครัฐจะได้ดำเนินกิจกรรมและโครงการต่าง ๆ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชน แต่สิ่งที่ปฏิเสธไม่ได้ก็คือการเจ็บป่วยของประชาชนนั้นยังคงมีอยู่ และเมื่อประชาชนเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ปัญหาที่ตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้นั่นคือ ความเสี่ยงทางด้านการเงิน โดยเมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยที่ต้องการรับบริการรักษาพยาบาล ทางเลือกในการแก้ปัญหาจะเริ่มต้นจากการใช้รายได้ประจำหรือเงินออมที่สะสมไว้ หรือการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในระหว่างเครือญาติ แต่หากยังไม่เพียงพอก็อาจใช้การขายทรัพย์สิน หรือกู้ยืมเงินมาเป็นค่าใช้จ่ายในการรับบริการรักษาพยาบาล อันส่งผลกระทบต่อเศรษฐานะทำให้ยากจนลง ขาดรายได้และเข้าสู่กับดักของความยากจน จากสภาวการณ์ดังกล่าวประเทศไทยจึงมีแนวความคิดในเรื่องการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชน เพื่อกระจายความเสี่ยงทางด้านการเงินของประชาชน ควบคู่ไปกับการสร้างเสริมสุขภาพ โดยประเทศไทยได้มีแนวคิดริเริ่มและดำเนินการพัฒนาระบบประกันสุขภาพมาอย่างยาวนานแบบค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งสามารถจำแนกตามช่วงพัฒนาการได้เป็น 3 ระยะหลัก ๆ ดังนี้

ระยะก่อตั้งระบบประกันสุขภาพหลัก เป็นช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 3-6 (พ.ศ. 2518-2534) มีการก่อตั้งระบบประกันสุขภาพแก่ประชาชนกลุ่มต่าง ๆ แยกกัน เช่น ผู้อยู่ในระบบราชการและครอบครัว ลูกจ้างในภาคเอกชน ประชาชนผู้มีรายได้น้อยและกลุ่มผู้ด้อยโอกาส เป็นต้น

ระยะขยายตัวของระบบประกันสุขภาพหลัก เป็นช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7-8 (พ.ศ. 2535-2544) เป็นช่วงที่มีการขยายความครอบคลุมประชากรของการประกันสุขภาพอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะกลุ่มลูกจ้างภาคเอกชน กลุ่มผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล เช่น ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้พิการ ทหารผ่านศึก พระภิกษุสงฆ์ เป็นต้น พร้อมกับมีการปฏิรูประบบการคลังสุขภาพของประเทศด้วย

ระยะการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นช่วงที่เริ่มต้นจากรัฐบาลมีนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อปี พ.ศ. 2544 และได้มีการตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ขึ้นโดยภายใต้พระราชบัญญัตินี้ได้มีการขยายประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนกลุ่มที่เหลือทั้งหมดให้มาเป็นส่วนหนึ่งในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยรวมระบบสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล และโครงการบัตรประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขเข้าไว้ด้วยกัน นอกจากนี้ยังขยายความครอบคลุมไปยังประชาชนไทยกลุ่มที่เหลือซึ่งยังไม่มีหลักประกัน

สุขภาพใด ๆ พร้อมกันนี้ได้มีการปฏิรูประบบการคลังสุขภาพของประเทศเพื่อรองรับการสร้างหลักประกันสุขภาพนี้ด้วย[197]

4.2 ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยในปัจจุบัน

ประเทศไทย มีระบบบริการสาธารณสุขที่จัดอยู่ในประเภทระบบผสมผสาน (Mixed System) ระหว่างกลไกตลาดและรัฐสวัสดิการ[198] ซึ่งภายใต้ระบบนี้ได้จัดสรรประชากรออกเป็น 2 ส่วน คือ ประชากรส่วนหนึ่งเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายในการรับบริการรักษาพยาบาลด้วยตนเองตามระบบกลไกตลาด และอีกส่วนหนึ่งได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการรับบริการรักษาพยาบาลจากรัฐ โดยมีกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นราชการบริหารส่วนกลาง เป็นหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบหลักในการวางแผน และกำหนดนโยบาย ตลอดจนขับเคลื่อนนโยบายด้านการสาธารณสุขของประเทศ ทั้งในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการรักษาพยาบาลพยาบาล

ในด้านผู้ให้บริการรักษาพยาบาล มีผู้ให้บริการประกอบด้วย สถานพยาบาลภาครัฐ และภาคเอกชน โดยสถานพยาบาลภาครัฐนั้น มีทั้งที่เป็นโรงพยาบาลสังกัดโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลเฉพาะโรค โรงพยาบาลเฉพาะทาง สถาบันเฉพาะโรค ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นต้น ซึ่งสถานพยาบาลที่กล่าวมานี้ มีที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ ทั้งในกรุงเทพมหานคร และในระดับภูมิภาค ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบล และระดับหมู่บ้าน ทั้งนี้ เพื่อรองรับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน นอกจากนี้ยังมีสถานพยาบาลภาคเอกชน ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการให้บริการสุขภาพโดยเฉพาะในพื้นที่เขตชุมชนเมืองที่มีภาวะทางเศรษฐกิจที่ดี ประชาชนมีกำลังซื้อบริการสูง โดยสถานพยาบาลภาคเอกชนมีการให้บริการประชาชนแบ่งออกได้เป็น 4 ประเภท คือ ร้านขายยา สถานพยาบาลที่ไม่มีเตียงผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) สถานพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (โรงพยาบาลเอกชน) และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

ในด้านกำลังคนในระบบบริการรักษาพยาบาล มีผู้ประกอบวิชาชีพในการให้บริการรักษาพยาบาลทั้งที่อยู่ในภาครัฐและภาคเอกชน โดยผู้ประกอบวิชาชีพส่วนใหญ่จะอยู่ในภาครัฐ

---

[197] สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, **ระบบหลักประกันสุขภาพไทย** (นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555), หน้า 41.

[198] สมชาย สุขศิริเสรีกุล, *เรื่องเดิม,* หน้า 291.

มากกว่าภาคเอกชนและผู้ประกอบวิชาชีพที่อยู่ตามภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วประเทศ ส่วนใหญ่จะสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ในด้านการคลังสุขภาพ มีแหล่งเงินงบประมาณมาจากภาษีทั่วไปเป็นหลัก โดยมีการบริหารจัดการและการเบิกจ่ายตามกฎหมายและวิธีการทางงบประมาณแผ่นดิน มีกระทรวงการคลังเป็นผู้รับผิดชอบในการบริหารจัดการการคลังสุขภาพ โดยมีกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้รับการจัดสรรเงินงบประมาณและเป็นแหล่งจ่ายเงินรายใหญ่ในการบริการรักษาพยาบาลของประเทศ นอกจากนี้ยังมีสำนักงานประกันสังคม ซึ่งมีอำนาจหน้าที่ในการจัดสรรงบประมาณเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพให้กับแรงงานที่อยู่ในระบบประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีอำนาจหน้าที่บริหารจัดการและจัดสรรงบประมาณเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการบริการรักษาพยาบาลให้กับประชาชนผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอีกด้วย ส่วนในด้านรายจ่ายสุขภาพภาคเอกชนนั้น มีแหล่งการจ่ายเงินรายใหญ่คือภาคครัวเรือน เนื่องจากพฤติกรรมของประชาชนบางส่วนที่นิยมการรักษาด้วยการซื้อยามารับประทานเอง หรือเข้ารับบริการในสถานพยาบาลที่ไม่สามารถใช้สิทธิการรักษาที่มีอยู่ได้ เช่น คลินิกเอกชน หรือโรงพยาบาลเอกชน เป็นต้น ซึ่งการบริการรักษาพยาบาลในภาคเอกชนนี้ เป็นไปตามระบบกลไกทางการตลาดโดยทั่วไป

สำหรับการจัดระบบบริการรักษาพยาบาลของรัฐนั้น ในปัจจุบันประเทศไทยมีการจัดระบบบริการ ประกอบด้วย ระบบบริการหลัก 3 ระบบ ได้แก่ ระบบสวัสดิการของทางราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยในแต่ละระบบมีสาระสำคัญแยกพิจารณาได้ดังนี้

4.2.1 ระบบสวัสดิการของทางราชการ

ระบบสวัสดิการของทางราชการ เป็นสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลที่รัฐจัดให้แก่ข้าราชการเพื่อคุ้มครองสุขภาพและสร้างความมั่นคงให้กับข้าราชการ โดยประเทศไทยได้มีการประกาศใช้พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2521 ซึ่งตราขึ้นโดยอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติการกำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการจ่ายเงินบางประเภทตามงบประมาณรายจ่าย พ.ศ. 2518 ต่อมาได้ยกเลิก และเปลี่ยนเป็นพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523 โดยมีการแก้ไขเพิ่มเติมอีก จำนวน 8 ฉบับ ปัจจุบันได้ยกเลิกพระราชกฤษฎีกาดังกล่าวและที่แก้ไขเพิ่มเติมทั้ง 8 ฉบับ โดยได้ประกาศใช้พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 และที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยมีสาระสำคัญดังนี้

4.2.1.1 เจตนารมณ์ของการประกาศใช้กฎหมาย

เจตนารมณ์หรือเหตุผลของการประกาศใช้พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 พิจารณาได้จากสาระสำคัญที่ปรากฏตามหมายเหตุท้ายพระราช

กฤษฎีกานี้ กล่าวไว้คือ เพื่อให้การจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของข้าราชการเป็นไปโดยสอดคล้องกับการให้บริการทางการแพทย์และระบบประกันสุขภาพอื่น และเพื่อพัฒนาระบบสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของรัฐโดยขยายสิทธิการได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนให้กว้างขึ้น รวมถึงการกำหนดให้การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคถือเป็นการรักษาพยาบาลด้วย ตลอดจนกำหนดให้มีการนำระบบเบิกจ่ายตรงมาใช้กับการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล อันเป็นการลดขั้นตอนการดำเนินการ เพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมค่าใช้จ่ายของรัฐ และอำนวยความสะดวกให้กับผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

เมื่อพิจารณาเหตุผลของการประกาศใช้พระราชกฤษฎีกาตามหมายเหตุแนบท้ายแล้ว เห็นได้ว่า พระราชกฤษฎีกาฉบับนี้มีเจตนารมณ์ที่มุ่งให้สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลแก่กลุ่มบุคคลที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐเพื่อคุ้มครองและสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีพระราชกฤษฎีกาฉบับนี้เป็นเสมือนหลักประกันสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของรัฐ ซึ่งปัจจุบันระบบสวัสดิการของทางราชการได้พัฒนาแนวคิดในเรื่องการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลโดยมิได้จำกัดเฉพาะบริการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น แต่ขยายไปถึงสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาลเอกชนด้วย และในด้านบริการรักษาพยาบาลก็ขยายโดยครอบคลุมถึงบริการด้านการสร้างเสริมสุภาพและการป้องกันควบคุมโรคด้วย ทั้งนี้ โดยมุ่งเน้นการอำนวยความสะดวกให้ผู้มีสิทธิตามกฎหมายนี้สามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้โดยง่าย ด้วยการนำระบบการจ่ายค่าบริการแบบเบิกจ่ายตรง ซึ่งมีกรมบัญชีกลางเป็นผู้จ่ายค่าบริการให้กับสถานพยาบาลโดยตรงมาใช้เพื่อให้กลุ่มบุคคลผู้ทรงสิทธิตามกฎหมายนี้สามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้สะดวกยิ่งขึ้น

4.2.1.2 ผู้ทรงสิทธิ

ผู้ทรงสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบสวัสดิการของทางราชการมีบัญญัติไว้ตามมาตรา 5 แห่งพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 ซึ่งได้แก่ ผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัว โดยคำว่า “ผู้มีสิทธิ” และ “บุคคลในครอบครัว” มีบัญญัติไว้ในมาตรา 4 หมายถึง บุคคลดังต่อไปนี้

1) “ผู้มีสิทธิ” ได้แก่ บุคคลดังต่อไปนี้

(1) ข้าราชการและลูกจ้างประจำซึ่งได้รับเงินเดือนหรือค่าจ้างประจำจากเงินงบประมาณรายจ่ายงบบุคลากรของกระทรวง ทบวง กรม โดยมีข้อยกเว้นกรณีข้าราชการตำรวจชั้นพลตำรวจซึ่งอยู่ในระหว่างรับการศึกษาอบรมในสถานศึกษาของสำนักงานตำรวจแห่งชาติก่อนเข้าปฏิบัติหน้าที่ราชการประจำ

(2) ลูกจ้างชาวต่างประเทศซึ่งมีหนังสือสัญญาจ้างที่ได้รับเงินค่าจ้างจากงบประมาณรายจ่ายและสัญญาจ้างนั้นมิได้ระบุเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลไว้

(3) ผู้ได้รับบำนาญปกติหรือผู้ได้รับบำนาญพิเศษเพราะเหตุทุพพลภาพตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการหรือกฎหมายว่าด้วยกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ และทหารกองหนุน มีเบี้ยหวัดตามข้อบังคับกระทรวงกลาโหมว่าด้วยเงินเบี้ยหวัด

2) “บุคคลในครอบครัว” ได้แก่ บุคคลดังต่อไปนี้

(1) บุตรโดยชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะ หรือบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถซึ่งอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของผู้มีสิทธิ แต่ทั้งนี้ไม่รวมถึงบุตรบุญธรรมหรือบุตรซึ่งได้ยกให้เป็นบุตรบุญธรรมของบุคคลอื่น

(2) คู่สมรสที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิ

(3) บิดาหรือมารดาที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิ

กล่าวโดยสรุปได้ว่า บุคคลที่เป็นผู้ทรงสิทธิตามพระราชกฤษฎีกานี้ ประกอบด้วย ข้าราชการ ลูกจ้างประจำซึ่งได้รับเงินเดือนหรือค่าจ้างประจำจากเงินงบประมาณรายจ่ายงบบุคลากรของกระทรวง ทบวง กรม ลูกจ้างชาวต่างประเทศซึ่งมีหนังสือสัญญาจ้างที่ได้รับเงินค่าจ้างจากงบประมาณรายจ่ายและสัญญาจ้างนั้นมิได้ระบุเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลไว้ และผู้ได้รับบำนาญปกติหรือผู้ได้รับบำนาญพิเศษเพราะเหตุทุพพลภาพตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการหรือกฎหมายว่าด้วยกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ และทหารกองหนุน มีเบี้ยหวัดตามข้อบังคับกระทรวงกลาโหมว่าด้วยเงินเบี้ยหวัด ซึ่งเรียกโดยรวมว่า “ผู้มีสิทธิ” และบุคคลในครอบครัวของ “ผู้มีสิทธิ” ประกอบด้วย บุตรโดยชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะหรือบรรลุ นิติภาวะแล้ว แต่เป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถซึ่งอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของผู้มีสิทธิ แต่ทั้งนี้ไม่รวมถึงบุตรบุญธรรมหรือบุตรซึ่งได้ยกให้เป็นบุตรบุญธรรมของบุคคลอื่น คู่สมรสที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิ และบิดาหรือมารดาที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิ ซึ่งเรียกโดยรวมว่า “บุคคลในครอบครัว”

4.2.1.3 สิทธิประโยชน์

สิทธิประโยชน์ในบริการรักษาพยาบาลที่ผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวได้รับตามพระราชกฤษฎีกานี้ มีบัญญัติไว้ในมาตรา 4 ซึ่งบัญญัตินิยามคำว่า “การรักษาพยาบาล” ไว้หมายความว่า การให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขโดยตรงแก่ผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวของผู้มีสิทธิ เพื่อการรักษาโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต และหมายความรวมถึงการตรวจสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคเพื่อประโยชน์ด้านสาธารณสุข โดยค่าบริการสาธารณสุขที่สามารถเบิกจ่ายได้ ประกอบด้วย

1) ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ ค่าเลือดหรือส่วนประกอบของเลือดหรือสารทดแทน ค่าน้ำยาหรืออาหารทางเส้นเลือด ค่าออกซิเจน และอื่น ๆ ทำนองเดียวกันที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค

2) ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ดังกล่าว

3) ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าบริการทางการพยาบาล ค่าตรวจนิจฉัยโรค ค่าวิเคราะห์โรค แต่ไม่รวมถึงค่าธรรมเนียมแพทย์พิเศษ และค่าบริการอื่นทำนองเดียวกันที่มีลักษณะเป็นเงินตอบแทนพิเศษ

4) ค่าตรวจครรภ์ ค่าคลอดบุตร และการดูแลหลังคลอดบุตร

5) ค่าห้องและค่าอาหารตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาพยาบาล

6) ค่าใช้จ่ายเพื่อเป็นการเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันโรค

7) ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ

8) ค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นแก่การรักษาพยาบาลตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า สิทธิประโยชน์ในบริการรักษาพยาบาลที่ผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวได้รับตามพระราชกฤษฎีกานี้ ครอบคลุมบริการด้านสาธารณสุขในทุกประเภท ตั้งแต่บริการตรวจสุขภาพ บริการสร้างเสริมสุขภาพ บริการป้องกันโรค บริการรักษาพยาบาล บริการทำคลอด และบริการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการรักษาพยาบาลและการคลอด

4.2.1.4 ผู้ให้บริการ

ในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบสิทธิสวัสดิการข้าราชการนี้ พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ได้บัญญัติถึงผู้ให้บริการรักษาพยาบาลไว้ในมาตรา 4 กล่าวคือ สถานพยาบาลของทางราชการ และสถานพยาบาลของเอกชน โดยกำหนดนิยามของผู้ให้บริการทั้งสองกรณีไว้ดังนี้

1) สถานพยาบาลของทางราชการ ได้แก่ สถานพยาบาลซึ่งเป็นส่วนราชการตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน รวมถึงสถานพยาบาลของมหาวิทยาลัยของรัฐ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา องค์การมหาชนตามกฎหมายว่าด้วยองค์การมหาชน รัฐวิสาหกิจตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ กรุงเทพมหานคร สภากาชาดไทย องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก โรงพยาบาลประสานมิตร และสถานพยาบาลอื่นตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

2) สถานพยาบาลเอกชน ได้แก่ สถานพยาบาลที่มีลักษณะการให้บริการเป็นโรงพยาบาล ซึ่งได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

4.2.1.5 ระบบการคลังสุขภาพ

ในด้านการคลังสุขภาพภายใต้ระบบสวัสดิการของทางราชการนี้ มีแหล่งเงินทุนงบประมาณในการบริการรักษาพยาบาลจากเงินงบประมาณรายจ่ายประจำปี ตามพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี ซึ่งได้มาจากเงินภาษีทั่วไปของประเทศ โดยการเบิกจ่ายเป็นไปตาม

พระราชบัญญัติการกำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการจ่ายเงินบางประเภทตามงบประมาณรายจ่าย พ.ศ. 2518 ซึ่งบัญญัติไว้ในมาตรา 3 ให้การเบิกจ่ายเงินตามงบประมาณรายจ่ายในประเภทเงินสวัสดิการจากทางราชการให้กระทำได้โดยตราเป็นพระราชกฤษฎีกา และภายใต้บทบัญญัตินี้ จึงได้มีการตราพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 ขึ้น เพื่อเป็นสวัสดิการให้แก่ข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชาวต่างประเทศที่ปฏิบัติหน้าที่รับใช้ราชการให้มีความเป็นอยู่ที่มั่นคง มีสุขภาพที่ดีในการปฏิบัติหน้าที่รับใช้ประเทศชาติ โดยมีกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง เป็นผู้มีอำนาจหน้าที่และรับผิดชอบในการบริหารจัดการงบประมาณให้เป็นไปตามกฎหมายและวินัยทางการคลัง

4.2.2 ระบบประกันสังคม

ระบบประกันสังคม เป็นระบบที่ให้การประกันต่อบุคคลในสังคมที่มีปัญหาหรือได้รับความเดือดร้อนทางด้านการเงินเนื่องจากการประสบเคราะห์ภัย หรือมีเหตุการณ์อันทำให้เกิดปัญหาหรือมีความเดือดร้อนในการดำรงชีพ ซึ่งต้องการได้รับความช่วยเหลือ โดยการร่วมมือกันของประชาชนในสังคม ช่วยเหลือซึ่งกันและกันด้วยการรวบรวมเงินเพื่อสมทบเข้าเป็นกองทุนร่วมกัน และเฉลี่ยความเสี่ยงหรือร่วมกันเสี่ยงต่อเคราะห์ภัยหรือปัญหาความเดือดร้อนที่อาจจะเกิดขึ้น[199] ซึ่งประเทศไทยได้รับอิทธิพลแนวคิดในเรื่องระบบประกันสังคมนี้จากประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี โดยแนวความคิดนี้เริ่มปรากฏขึ้นครั้งแรกในช่วงปี พ.ศ. 2476 ซึ่งมี ดร.ปรีดี พนมยงค์ เป็นผู้ริเริ่มเสนอแนวความคิดนี้ไว้ในเค้าโครงเศรษฐกิจเกี่ยวกับการจัดให้มีร่างกฎหมายความมั่นคงทางสังคม แต่ยังไม่ได้รับการตอบสนองเท่าที่ควรในขณะนั้น ต่อมาเมื่อปี พ.ศ. 2495 ในสมัยรัฐบาลของจอมพล ป. พิบูลสงคราม มีนโยบายสร้างความมั่นคงทางสังคมให้กับประชาชน และได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการสังคมสงเคราะห์ขึ้น มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานพร้อมด้วยกรรมการอื่นอีก 11 คน มีหน้าที่พิจารณาวิธีการให้ความช่วยเหลือประชาชนทางด้านสวัสดิการสังคม นอกจากนั้นคณะกรรมการชุดนี้ยังมีบทบาทสำคัญในการผลักดันให้รัฐบาลเสนอร่างกฎหมายประกันสังคมต่อรัฐสภาจนเป็นผลสำเร็จ มีการตราเป็นพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 ประกาศมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2497 และได้มีการจัดตั้งกรมประกันสังคมขึ้นสังกัดกระทรวงการคลัง ภายใต้พระราชบัญญัตินี้มีหลักการที่สำคัญคือ การจัดให้มีระบบประกันสังคม 6 ประเภท ได้แก่ ประกันสังคมกรณีเจ็บป่วย กรณีพิการทุพพลภาพ กรณีคลอดบุตร กรณีสงเคราะห์บุตร กรณีชราภาพ และกรณีฌาปนกิจ โดยผู้ประกันตนจะต้องมีรายได้ตั้งแต่ 500 บาทขึ้นไปในทุกสาขาอาชีพ มีการ

---

[199] วิจิตรา (ฟุ้งลัดดา) วิเชียรชม, **คำอธิบายกฎหมายประกันสังคม** (กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราและเอกสารประกอบการสอน คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2557), หน้า 31.

จัดตั้งกองทุนซึ่งมีแหล่งเงินมาจากการจ่ายเงินสมทบจาก 3 ฝ่าย คือ นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล แต่เนื่องจากการระบบประกันสังคมเป็นเรื่องใหม่ในสมัยนั้น และประชาชนยังไม่เข้าใจถึงผลดีของระบบนี้ จึงมีการคัดค้านจากประชาชนและสื่อมวลชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มนายจ้างที่ไม่ต้องการจ่ายเงินสมทบ และได้มีความพยายามขัดขวางมิให้นำระบบนี้มาใช้ นายกรัฐมนตรีจึงมีคำสั่งให้ระงับการบังคับใช้ระบบประกันสังคมโดยไม่มีกำหนด และกรมประกันสังคมได้ถูกยุบไปเป็นกองความมั่นคงแห่งสังคมในสังกัดกรมประชาสงเคราะห์ ต่อมาในสมัยรัฐบาลของจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ ได้มีการพิจารณาปรับปรุงพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 ได้มีการศึกษาถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการนำระบบประกันสังคมมาบังคับใช้ แต่ยังมิได้ดำเนินการแก้ไขพระราชบัญญัติให้มีผลบังคับใช้ ได้เกิดการปฏิวัติขึ้นซึ่งคณะปฏิวัติได้ออกประกาศของคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2515 กำหนดให้มีกองทุนเงินทดแทนเพื่อจ่ายเงินทดแทนแก่ลูกจ้างกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน และจัดตั้งสำนักงานกองทุนเงินทดแทนขึ้น ทำหน้าที่รับผิดชอบบริหารงานกองทุนดังกล่าว ซึ่งถือได้ว่าประกาศของคณะปฏิวัติฉบับนี้มีผลเป็นการบังคับให้มีระบบประกันสังคมขึ้นในประเทศไทยนั่นเอง จากนั้นได้มีความพยายามเสนอร่างพระราชบัญญัติประกันสังคมอีกหลายครั้ง จนในที่สุดได้มีการผลักดันพระราชบัญญัติประกันสังคมเป็นผลสำเร็จเมื่อ พ.ศ. 2533 โดยได้มีการเสนอร่างกฎหมายเข้าสู่การพิจารณาของรัฐสภา และรัฐสภาได้พิจารณาเห็นชอบให้มีกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคมขึ้น ส่งผลให้มีการตรากฎหมายคือ “พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533” ซึ่งมีผลใช้บังคับจนถึงปัจจุบัน[200]

4.2.2.1 เจตนารมณ์ของการประกาศใช้กฎหมาย

การประกาศใช้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เป็นผลสืบเนื่องมาจากการที่ประเทศไทยได้เคยมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 ซึ่งมีมาเป็นเวลานานแล้ว แต่ในขณะนั้นสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมยังไม่อำนวยให้นำกฎหมายดังกล่าวมาใช้บังคับได้ ซึ่งในปัจจุบันการพัฒนาในด้านเศรษฐกิจและสังคมได้ก้าวหน้าไปมาก สมควรสร้างหลักประกันให้แก่ลูกจ้างและบุคคลอื่น โดยการจัดตั้งกองทุนประกันสังคมขึ้นเพื่อให้การสงเคราะห์แก่ลูกจ้างและบุคคลอื่นซึ่งประสบอันตราย เจ็บป่วย ทุพพลภาพ หรือตายอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน รวมทั้งกรณีคลอดบุตร กรณีสงเคราะห์บุตร กรณีชราภาพ และสำหรับกรณีว่างงานซึ่งให้หลักประกันเฉพาะลูกจ้าง จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้[201]

ภายใต้เจตนารมณ์แห่งพระราชบัญญัตินี้ ได้กำหนดหลักการสำคัญเพื่อสร้างความมั่นคงทางสังคมให้กับประชาชน ประกอบด้วยหลักการ 4 ประการ ดังนี้

---

[200] *เรื่องเดียวกัน*, หน้า 22-26.

[201] พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

1) การสร้างหลักประกันขั้นต่ำสำหรับลูกจ้างหรือผู้ประกันตน เพื่อให้ลูกจ้างหรือผู้ประกันตนได้รับความคุ้มครอง ช่วยเหลือ ดูแล เมื่อประสบเคราะห์ภัยหรือได้รับความเดือดร้อนในการดำรงชีวิต โดยมีหน่วยงานของรัฐเป็นผู้รับผิดชอบดูแลให้การประกันสังคมแก่ลูกจ้างหรือผู้ประกันตนเป็นอย่างมีความเป็นธรรม โดยอาจกำหนดให้ความคุ้มครองสูงกว่าหรือมากกว่าที่กฎหมายกำหนดได้ แต่จะดำเนินการให้ความคุ้มครองแก่ลูกจ้างหรือผู้ประกันตนต่ำกว่าที่กฎหมายกำหนดไม่ได้

2) การเข้าเป็นผู้ประกันตนเพื่อได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย กรณีเป็นลูกจ้างจะต้องเข้าเป็นผู้ประกันตนโดยบังคับ ส่วนบุคคลอื่นที่มิใช่ลูกจ้างที่ประสงค์จะเข้าเป็นผู้ประกันตนสามารถแสดงความจำนงได้โดยสมัครใจ

3) การเฉลี่ยความทุกข์ความสุข เป็นหลักการกระจายความเสี่ยงระหว่างสมาชิกในกลุ่ม เนื่องจากเคราะห์ภัยอาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต เป็นสิ่งที่ไม่แน่นอน ไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าจะเกิดขึ้นหรือไม่ หรือเกิดขึ้นแล้วจะมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด ซึ่งบุคคลแต่ละคนอาจไม่สามารถแบกรับภาระนั้นได้เพียงลำพัง การประกันสังคมจึงออกแบบมาเพื่อกระจายการแบกรับภาระของเคราะห์ภัยหรือความเดือดร้อน เมื่อเกิดเคราะห์ภัยหรือความเดือดร้อนขึ้น บุคคลผู้ต้องประสบกับเหตุนั้นจะได้รับความช่วยเหลือหรือบรรเทาความเดือดร้อนโดยการกระจายความช่วยเหลือในรูปแบบของประโยชน์ต่าง ๆ ตามความจำเป็น

4) การทำให้เงินกองทุนมีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยกำหนดให้เงินสมทบที่ส่งเข้ากองทุนประกันสังคมต้องนำไปบริหารจัดการให้เกิดดอกผล เพื่อให้เงินกองทุนมีจำนวนเพิ่มขึ้นสามารถจ่ายเป็นประโยชน์ทดแทนกลับคืนสู่ผู้ประกันตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ[202]

หลักการของกฎหมายประกันสังคมทั้ง 4 ประการดังกล่าวข้างต้น เป็นหลักการสำคัญที่สะท้อนเจตนารมณ์ของกฎหมายในการมุ่งสร้างความมั่นคงให้กับสังคม อันส่งผลให้เกิดระบบประกันสังคมในการให้ความคุ้มครองด้านสุขภาพของลูกจ้างและผู้ประกันตนให้เกิดความมั่นคงในการทำงานและการดำรงชีวิต

4.2.2.2 ผู้ทรงสิทธิ

การเป็นผู้ทรงสิทธิในระบบประกันสังคมนั้น กฎหมายกำหนดให้ความคุ้มครองเฉพาะผู้ประกันตนเท่านั้น ซึ่งผู้ประกันตนตามกฎหมายนี้ หมายถึง ผู้ซึ่งจ่ายเงินสมทบอันก่อให้เกิดสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามพระราชบัญญัตินี้[203] ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

---

[202] วิจิตรา (ฟุ้งลัดดา) วิเชียรชม, *เรื่องเดิม,* หน้า 28-30.

[203] มาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

1) ผู้ประกันตนซึ่งเป็นลูกจ้าง

ความเป็นผู้ประกันตนของลูกจ้างนั้น มีลักษณะบังคับโดยกฎหมาย ซึ่งกำหนดให้ลูกจ้างที่มีอายุไม่ต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์ และไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์ กับลูกจ้างซึ่งเป็นผู้ประกันตนอยู่แล้ว มีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ และยังเป็นลูกจ้างของนายจ้างซึ่งอยู่ในบังคับของกฎหมายประกันสังคม[204]

2) ผู้ประกันตนซึ่งมิใช่ลูกจ้าง ได้แก่

(1) ผู้ประกันตนซึ่งเคยเป็นลูกจ้าง กล่าวคือ ผู้ประกันประเภทนี้เป็นบุคคลที่เคยเป็นลูกจ้างและสิ้นสภาพการเป็นลูกจ้างแล้ว แต่ยังมีความประสงค์ที่จะเป็นผู้ประกันตนเพื่อให้ได้รับความคุ้มครองในประโยชน์ทดแทนเช่นเดิมต่อไป โดยกฎหมายกำหนดให้ผู้เคยเป็นลูกจ้างซึ่งจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 12 เดือน และต่อมาความเป็นผู้ประกันตนซึ่งเป็นลูกจ้างสิ้นสุดลง ถ้าผู้นั้นประสงค์จะเป็นผู้ประกันตนต่อไป ก็สามารถสมัครเข้าเป็นผู้ประกันตนโดยแสดงความจำนงต่อสำนักงานประกันสังคมภายใน 6 เดือน นับแต่วันสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน[205]

(2) ผู้ประกันตนซึ่งมิใช่ลูกจ้างโดยไม่เคยเป็นลูกจ้างมาก่อน กล่าวคือ ผู้ประกันตนประเภทนี้ เป็นบุคคลที่แสดงความจำนงเข้าเป็นผู้ประกันตนโดยความสมัครใจ ตามพระราชกฤษฎีกากำหนดหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินสมทบ ประเภทของประโยชน์ทดแทน ตลอดจนหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแห่งสิทธิในการรับประโยชน์ทดแทนของบุคคลซึ่งสมัครเป็นผู้ประกันตน พ.ศ. 2544 ซึ่งกำหนดให้บุคคลที่มีอายุไม่ต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์ และไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์ สมัครเข้าเป็นผู้ประกันตนโดยแสดงความจำนงต่อสำนักงานประกันสังคมได้ และต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมเป็นรายเดือนซึ่งอาจจ่ายเงินสมทบล่วงหน้าได้ครั้งละไม่เกิน 12 เดือน แต่ไม่อาจจ่ายเงินสมทบย้อนหลังได้

4.2.2.3 สิทธิประโยชน์

สิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม แบ่งออกได้เป็น 4 ชุดสิทธิประโยชน์ ประกอบด้วย สิทธิได้รับบริการทางการแพทย์ เงินทดแทนการขาดรายได้ เงินทำศพ และเงินสงเคราะห์ โดยในที่นี้จะได้อธิบายถึงสิทธิประโยชน์ในเรื่องการบริการทางการแพทย์ ซึ่งถือเป็นบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ประกันตนภายใต้พระราชบัญญัตินี้ โดยมีสาระสำคัญดังนี้

---

[204] มาตรา 33 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

[205] มาตรา 39 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

1) ประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน[206] ได้แก่

(1) ค่าตรวจวินิจฉัยโรค

(2) ค่าบำบัดทางการแพทย์

(3) ค่ากินอยู่และรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล

(4) ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์

(5) ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย

(6) ค่าบริการอื่นที่จำเป็น

2) ประโยชน์ทดแทนในกรณีคลอดบุตร[207] ได้แก่

(1) ค่าตรวจและรับฝากครรภ์

(2) ค่าบำบัดทางการแพทย์

(3) ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์

(4) ค่าทำคลอด

(5) ค่ากินอยู่และรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล

(6) ค่าบริบาลและค่ารักษาพยาบาลทารกแรกเกิด

(7) ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย

(8) ค่าบริการอื่นที่จำเป็น

3) ประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพ[208] ได้แก่

(1) ค่าตรวจวินิจฉัยโรค

(2) ค่าบำบัดทางการแพทย์

(3) ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์

(4) ค่ากินอยู่และรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล

(5) ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ

(6) ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย จิตใจและอาชีพ

(7) ค่าบริการอื่นที่จำเป็น

ภายใต้สิทธิประโยชน์ทั้ง 3 ประการดังกล่าวข้างต้น ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และรายละเอียด สรุปได้ดังนี้

---

[206] มาตรา 63 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

[207] มาตรา 66 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

[208] มาตรา 70 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

1. บริการทางการแพทย์กรณีปกติ กล่าวคือ กรณีนี้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในรูปแบบของบริการทางการแพทย์ คือ

1) ค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่าย กรณีนี้ผู้ประกันตนสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลดังกล่าว ด้วยการแสดงบัตรรับรองสิทธิซึ่งสำนักงานประกันสังคมเป็นผู้ออกให้ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ในการรับบริการรักษาพยาบาลสำหรับกรณีที่ได้รับอันตรายหรือเจ็บป่วยนอกงาน การคลอดบุตร และกรณีทุพพลภาพ ทั้งนี้เนื่องจากสำนักงานประกันสังคมเป็นผู้รับผิดชอบจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับสถานพยาบาลที่ให้บริการสาธารณสุขดังกล่าวโดยวิธีเหมาจ่าย

2) ค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคที่มีภาระเสี่ยง เป็นกรณีที่สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลเพิ่มขึ้นจากข้อ 1) สำหรับสถานพยาบาลที่ต้องรับภาระกรณีโรคที่มีภาระเสี่ยงของผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ดังนี้

กรณีค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยนอก ได้กำหนดบัญชีโรคเรื้อรังไว้ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคตับอักเสบเรื้อรังและตับแข็ง โรคภาวะหัวใจล้มเหลว โรคเส้นเลือดสมองแตก/อุดตัน โรคมะเร็ง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคถุงลมโป่งพอง โรคไตวายเรื้อรัง โรคพาร์กินสัน โรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ และโรคจิตตามบัญชีจำแนกโรค เป็นต้น

กรณีค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยใน การคำนวณค่าบริการตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups: DRGs) ที่มีค่าใช้จ่ายสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน

3) ค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มตามจำนวนผู้ประกันตน กรณีนี้สำนักงานประกันสังคมจะทำการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มจากกรณีเหมาจ่ายปกติและค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคที่มีภาระเสี่ยงโดยจ่ายให้กับสถานพยาบาลตามอัตราที่กำหนดต่อจำนวนผู้ประกันตนหนึ่งคนภายในระยะเวลา 1 ปี ดังนี้

กรณีสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) หรือที่ได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน JCJ (Joint Commission International) อย่างใดอย่างหนึ่ง สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าชดเชยการให้บริการรักษาพยาบาลแก่สถานพยาบาลดังกล่าวนี้ ในอัตรา 80 บาท ต่อผู้ประกันตนหนึ่งราย

กรณีสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลตามบันไดขั้นที่ 2 สู่ “HA” สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าชดเชยการให้บริการรักษาพยาบาลแก่สถานพยาบาลดังกล่าวนี้ ในอัตรา 40 บาท ต่อผู้ประกันตนหนึ่งราย

4) ค่าบริการทางการแพทย์กรณีต้องรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง เป็นกรณีที่ผู้ประกันตนได้รับความเจ็บป่วยที่ต้องการรักษาโดยแพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทาง สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการตามอัตราที่กำหนดโดยการจำแนกเป็นรายโรค เช่น กรณีไตวายเฉียบพลันที่มีระยะเวลาการรักษาไม่เกิน 60 วัน จ่ายค่าบริการฟอกไตให้ตามความเป็นจริง

ไม่เกินครั้งละ 3,000 บาท และการล้างไตช่องท้อง จ่ายเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินวันละ 500 บาท เป็นต้น

5) ค่าบริการทางการแพทย์กรณีรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง เป็นกรณีที่สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดให้ผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์หรือสถานพยาบาลอื่นได้ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนประเภทผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลหรือผู้ประกันตนดังกล่าว โดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ในอัตราไม่เกิน 15,000 บาท ต่อ 1 น้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนของผู้ประกันตน

6) ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ทำหมัน สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายเท่าที่ผู้ประกันตนได้จ่ายไปจริงตามความจำเป็น โดยกรณีทำหมันชาย ไม่เกิน 500 บาทต่อราย และกรณีทำหมันหญิง ไม่เกิน 1,000 บาทต่อราย

2. บริการทางการแพทย์กรณีจำเป็น กล่าวคือ ผู้ประกันตนที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินนอกงาน และมีความจำเป็นทำให้ไม่สามารถไปรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดให้สำหรับผู้ประกันตนนั้น เมื่อผู้ประกันตนได้เข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลอื่น สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลที่ให้บริการแก่ผู้ประกันตนแล้วแต่กรณี

3. กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติ หรือประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน กล่าวคือ กรณีที่ผู้ประกันตนได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันอันมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งหากไม่รับปฏิบัติการทางการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาทแล้วจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้อาการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างฉับไว

4. กรณีต้องส่งผู้ประกันตนไปรักษาพยาบาลต่อในสถานพยาบาลอื่น สำนักงานประกันสังคมจะต้องจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้กับสานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาแรก และต้องจ่ายค่าพาหนะให้แก่ผู้ประกันตนหรือโรงพยาบาลแรกด้วย

5. กรณีผู้ประกันตนยังไม่ได้รับบัตรรับรองสิทธิ ถ้าผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบแก่กองทุนประกันสังคมจนก่อให้เกิดสิทธิรับประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยนอกงานแล้ว แต่สำนักงานประกันสังคมยังไม่ได้ออกบัตรรับรองสิทธิให้ สำนักงานประกันสังคมจะต้องจ่ายเงินเป็นค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลตามหลักเกณฑ์และอัตราเช่นเดียวกับกรณีจำเป็นเนื่องจากประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน

6. กรณีผู้ประกันตนไม่มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์ เป็นกรณีที่การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยนอกงานด้วยเหตุหรือกลุ่มโรคและบริการ 14 ประเภท ซึ่งผู้ประกันตนไม่

มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์ ได้แก่ โรคหรือการประสบอันตรายอันเนื่องมาจากการใช้สารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทคนไข้ในเกิน 180 วัน ในหนึ่งปี ยกเว้น กรณีการบริการทางการแพทย์ตามเงื่อนไขและหลักเกณฑ์ที่กำหนด การบำบัดทดแทนไตกรณีไตวายเรื้อรัง ยกเว้นกรณีไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ให้มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร หรือการปลูกถ่ายไต ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด การกระทำใด ๆ เพื่อความสวยงามโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ การรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างการค้นว้าทดลอง การรักษาภาวะมีบุตรยาก การตรวจเนื้อเยื่อเพื่อการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ยกเว้นการปลูกถ่ายไขกระดูก ให้จ่ายเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกิน 7,000 บาท การตรวจใด ๆ ที่เกินกว่าความจำเป็นในการรักษาโรค การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ยกเว้นการปลูกถ่ายไขกระดูก และกระจกตา การเปลี่ยนเพศ การผสมเทียม การบริการระหว่างรักษาตัวแบบพักฟื้น ทันตกรรม ยกเว้น ถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน ผ่าตัดฟันคุด และการบริการประกอบแว่นสายตา

จากที่กล่าวมาข้างต้น เป็นสิทธิประโยชน์ในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติประกันสังคมฯ ซึ่งครอบคลุมเฉพาะประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานเท่านั้น แต่สำหรับกรณีที่ลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยด้วยโรคซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงาน (Occupational and Environmental Disease) เป็นไปตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 กล่าวคือ

1. เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ให้นายจ้างจัดให้ลูกจ้างได้รับการรักษาพยาบาลทันทีตามความเหมาะสมแก่อันตรายหรือความเจ็บป่วยนั้น และให้นายจ้างจ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น[209] ซึ่งค่ารักษาพยาบาลนั้น ประกอบด้วย ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการตรวจ การรักษา การพยาบาล และค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็น เพื่อให้ผลของการประสบอันตรายหรือการเจ็บป่วยบรรเทาหรือหมดสิ้นไป รวมถึงค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอุปกรณ์ เครื่องใช้ หรือวัตถุที่ใช้แทนหรือทำหน้าที่แทนหรือช่วยอวัยวะที่ประสบอันตรายด้วย[210]

---

[209] มาตรา 13 แห่งพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537

[210] มาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537

2. ในกรณีที่ลูกจ้างจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงานภายหลังการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ให้นายจ้างจ่ายค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงานของลูกจ้างตามความจำเป็น[211] ซึ่งรวมถึงใช้จ่ายที่จำเป็นเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงานทั้งหมด[212]

4.2.2.4 ผู้ให้บริการ

เป็นโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่ทำสัญญาให้บริการทางการแพทย์กับสำนักงานประกันสังคม เพื่อประโยชน์ของผู้ประกันตนทั้งสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน รวมถึงสถานพยาบาลในเครือข่ายของสถานพยาบาลหลักที่ทำสัญญาไว้ดังกล่าวด้วย โดยจะต้องมีมาตรฐานเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

4.2.2.5 ระบบการคลังสุขภาพ

ระบบการคลังสุขภาพ ภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เป็นการจัดตั้งกองทุนขึ้น เรียกว่า “กองทุนประกันสังคม” มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นทุนใช้จ่ายให้ผู้ประกันตนได้รับประโยชน์ทดแทนตามสิทธิประโยชน์ที่บัญญัติไว้ในกฎหมาย และเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารงานของสำนักงานประกันสังคม[213] โดยมีแหล่งเงินกองทุน ประกอบด้วย[214]

1) เงินสมทบจากรัฐบาล นายจ้าง และผู้ประกันตน

2) เงินเพิ่ม ในกรณีผู้ประกันตนที่เคยเป็นลูกจ้างแล้วต่อมาเป็นผู้ประกันตนโดยสมัครใจ ไม่ส่งเงินสมทบหรือส่งไม่ครบจำนวนภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป กรณีนายจ้างไม่นำส่งเงินสมทบในส่วนของตนหรือหรือในส่วนของผู้ประกันตน หรือส่งไม่ครบจำนวนภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดจากเดือนที่มีการหักเงินสมทบ และกรณีผู้รับเหมาช่วงไม่นำส่งเงินสมทบหรือส่งไม่ครบจำนวนภายในกำหนด

3) ผลประโยชน์ของทุนประกันสังคม กรณีการจัดหาผลประโยชน์ของคณะกรรมการประกันสังคม โดยความเห็นชอบของกระทรวงการคลัง

4) เงินค่าธรรมเนียม กรณีหนังสือสำคัญหรือบัตรประกันสังคมสูญหาย ถูกทำลาย หรือชำรุดในสาระสำคัญ และต้องขอออกใบแทน

5) เงินที่ได้จากการบริจาคเงินอุดหนุน

6) เงินที่ตกเป็นของกองทุนประกันสังคม ตามที่กฎหมายกำหนด

---

[211] มาตรา 15 แห่งพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537

[212] มาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537

[213] มาตรา 21 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม

[214] มาตรา 22 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม

7) เงินอุดหนุนหรือเงินทดรองราชการที่รัฐบาลจ่ายให้
8) เงินค่าปรับ กรณีมีการกระทำผิดตามกฎหมายประกันสังคม
9) รายได้อื่น

สำหรับกรณีลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการทำงาน ระบบการคลังสุขภาพเป็นไปตามพระราชบัญญัติเงินทดแทนฯ ซึ่งเป็นการจัดตั้งกองทุนขึ้น เรียกว่า “กองทุนเงินทดแทน” ภายในสำนักงานประกันสังคม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจ่ายเป็นเงินทดแทนแก่ลูกจ้างแทนนายจ้างซึ่งมีหน้าที่ต้องจ่ายเงินสมทบ มีแหล่งที่มาของเงินกองทุนจากเงินสมทบที่นายจ้างจ่ายสมทบเข้ากองทุนเพื่อใช้เป็นเงินทดแทนให้แก่ลูกจ้าง รวมถึงทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคให้หรือเงินอุดหนุน และรายได้อื่น ๆ ของกองทุน[215] โดยในกรณีที่นายจ้างเป็นผู้มีหน้าที่ต้องจ่ายเงินสมทบ สำนักงานประกันสังคมจะเป็นผู้จ่ายเงินทดแทนแก่ลูกจ้างแทนนายจ้าง แต่ถ้านายจ้างได้ทดรองจ่ายเงินทดแทนให้แก่ลูกจ้างไปก่อน และเป็นกรณีที่พนักงานเจ้าหน้าที่มีคำวินิจฉัยว่าลูกจ้างมีสิทธิได้รับเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายเงินคืนให้กับนายจ้างโดยนายจ้างมีหน้าที่ร้องขอเพื่อรับเงินดังกล่าว[216]

4.2.3 ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นการดำเนินงานภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งเกิดขึ้นจากความพยายามผลักดันให้มีการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน โดยมีแนวทางการดำเนินงานตามที่คณะทำงานข้อเสนอนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ให้ความหมายไว้ กล่าวคือ “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง สิทธิของชนชาวไทยทุกคนในการได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึง ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยภาระค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่บุคคลจะได้รับสิทธินั้น”[217] ทั้งนี้ โดยมีเจตนารมณ์และหลักการอันเป็นสาระสำคัญดังต่อไปนี้

4.2.3.1 เจตนารมณ์ของการประกาศใช้กฎหมาย

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ตราขึ้นโดยมีเหตุผลที่สำคัญคือ เนื่องจากรัฐธรรมนูญแห่งราอาณาจักรไทย ได้บัญญัติรับรองสิทธิของชนชาวไทยให้มีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจาก

---

[215] มาตรา 26 แห่งพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537

[216] มาตรา 25 แห่งพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537

[217] จเด็จ ธรรมธัชอารี และวลัยพร พัชรนฤมล, **ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย** (กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555), หน้า 93

สถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ และการให้บริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะกระทำได้ นอกจากนี้รัฐจะต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องมีการจัดระบบบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตให้มีการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน โดยมีองค์กรกำกับดูแลซึ่งจะดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาประชาชนเพื่อจัดการให้มีระบบการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทั้งประเทศ และให้ประชาชนชาวไทยมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานด้วยกันทุกคน[218] โดยมีแนวคิดที่สำคัญดังนี้

1) การเฉลี่ยทุกข์ เฉลี่ยสุข โดยเน้นความครอบคลุมบุคคลที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ และการร่วมจ่ายค่าบริการสาธารณสุขผ่านระบบภาษี

2) มุ่งเน้นความยั่งยืนของกลไก 3 ประการคือ นโยบายยั่งยืน การเงินยั่งยืน และสถาบันยั่งยืน ซึ่งความยั่งยืนของกลไกดังกล่าวมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อระบบโดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา เนื่องจากประเทศที่กำลังพัฒนาส่วนใหญ่มีปัจจัยทางเศรษฐกิจเป็นตัวชี้นำระบบบริการสาธารณสุขเนื่องจากมีแหล่งเงินทุนจำกัด ระบบโครงสร้างพื้นฐานทางด้านการสาธารณสุขสำหรับรองรับยังไม่เพียงพอ มีระบบการเมืองที่ไม่มั่นคง และการใช้ทรัพยากรด้อยประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยทางด้านสังคม ปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรมนุษย์ และไม่มีทิศทางการลงทุนในเรื่องของการศึกษาเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

3) มุ่งเน้นการมีบทบาทของทุกฝ่าย รวมถึงภาคประชาชน โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือ สุขภาวะของคนไทยทุกคนตามหลักการสุขภาพพอเพียง

4) สนับสนุนให้ประชาชนมีและใช้บริการที่หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน เป็นบริการด่านหน้า ที่ให้บริการผสมผสานทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ หลักการดังกล่าวนี้เป็นความแตกต่างที่สำคัญจากระบบประกันสังคม ซึ่งใช้โรงพยาบาลขนาดใหญ่กว่า 100 เตียง ทั้งรัฐและเอกชนเป็นหน่วยรับสัญญา และระบบสวัสดิการข้าราชการ ซึ่งให้ผู้มีสิทธิในระบบไปใช้บริการที่สถานพยาบาลของรัฐแห่งใดก็ได้

5) การบริหารระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มุ่งเน้นการกระจายอำนาจให้พื้นที่คือ เขต และจังหวัดได้มีบทบาทและอำนาจตัดสินใจดำเนินการภายใต้หลักเกณฑ์ แนวทาง และมาตรฐานที่กำหนด โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีการแยกบทบาท

---

[218] พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

ผู้ซื้อและผู้ให้บริการสาธารณสุข ทำให้มีระบบตรวจสอบ ควบคุม กำกับ ติดตาม และประเมินผลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

6) ระบบต้องควบคุมการขยายตัวของค่าใช้จ่ายให้ได้ โดยเน้นการจ่ายเงินแบบปลายปิด รวมทั้งการจ่ายเงินตามผลการปฏิบัติงาน[219]

4.2.3.2 ผู้ทรงสิทธิ

การเป็นผู้ทรงสิทธิในระบบประกันสุขภาพแห่งชาตินั้น พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 บัญญัติให้ความคุ้มครองบุคคลทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ[220] ซึ่งก็คือ ประชาชนชาวไทยทุกคน โดยไม่จำเป็นต้องขึ้นอยู่กับฐานะทางการคลังของประเทศ ทั้งนี้ เพื่อเป็นการรับรองสิทธิของบุคคลในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลให้สอดรับกับบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

แต่อย่างไรก็ตาม ในส่วนของบุคคลที่มีสิทธิประกันสุขภาพอื่นอยู่แล้ว ก็ให้ใช้บริการรักษาพยาบาลตามสิทธิที่มีอยู่นั้น โดยให้เป็นไปตามกฎหมาย กฎ ระเบียบ ประกาศ มติคณะรัฐมนตรี หรือคำสั่งใด ๆ ที่กำหนดขึ้นสำหรับส่วนราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ ซึ่งได้แก่

1) ข้าราชการหรือลูกจ้างของส่วนราชการ

2) พนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3) พนักงานหรือลูกจ้างของรัฐวิสาหกิจ หรือผู้ซึ่งปฏิบัติงานให้แก่หน่วยงานอื่นของรัฐหรือบุคคลอื่นใดที่มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลโดยใช้จ่ายจากเงินงบประมาณ

4) บิดา มารดา คู่สมรส บุตร หรือบุคคลอื่นใด ที่ได้รับสวัสดิการรักษาพยาบาลโดยอาศัยสิทธิของบุคคลตาม (1) (2) และ (3)[221]

5) ผู้มีสิทธิประกันสังคมตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม[222]

4.2.3.2 สิทธิประโยชน์

ผู้ทรงสิทธิในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ มีสิทธิได้รับประโยชน์ในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล โดยครอบคลุมบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นบริการซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการ

---

[219] จเด็จ ธรรมธัชอารี และวลัยพร พัชรนฤมล, *เรื่องเดิม,* หน้า 93-94.

[220] มาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

[221] มาตรา 9 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

[222] มาตรา 10 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

ฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต รวมถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกด้วย[223] ทั้งนี้ โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ซึ่งได้แก่[224]

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

สำหรับการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลตามสิทธิประโยชน์ดังกล่าวข้างต้นนั้น กฎหมายให้อำนาจคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถกำหนดให้บุคคลที่เข้ารับบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการในอัตราที่กำหนดให้แก่หน่วยบริการในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ เว้นแต่ผู้ยากไร้หรือบุคคลอื่นที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดไม่ต้องจ่ายค่าบริการ[225] ซึ่งในปัจจุบันคณะกรรมการได้กำหนดอัตราค่าบริการที่ต้องจ่ายร่วมไว้คือ 30 บาท ส่งผลให้ในเวลาต่อมานิยมเรียกสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติว่า “30 บาท รักษาทุกโรค”

4.2.3.3 ผู้ให้บริการ

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องจัดให้มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการแล้วประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบ เพื่อลงทะเบียนเลือกเป็นหน่วยบริการประจำของตน[226] ซึ่งมีทั้ง

---

[223] มาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

[224] มาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

[225] มาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

[226] มาตรา 44 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

สถานพยาบาลของรัฐ และเอกชนที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามกฎหมายนี้ โดยผ่านการตรวจสอบคุณสมบัติ มาตรฐานทั้งด้านอาคาร สถานที่ บุคคลากร ขีดความสามารถ และคุณภาพบริการ

4.2.3.4 ระบบการคลังสุขภาพ

ระบบประกันสุขภาพภายใต้ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เป็นการจัดตั้งกองทุนขึ้น เรียกว่า “กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ[227] โดยมีแหล่งที่มาของเงินกองทุน ประกอบด้วย[228]

1) เงินที่ได้รับจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี
2) เงินที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามที่กฎหมายบัญญัติ
3) เงินที่ได้รับจากการให้บริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัตินี้
4) เงินค่าปรับทางปกครองตามพระราชบัญญัตินี้
5) เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคหรือมอบให้แก่กองทุน
6) ดอกผลหรือผลประโยชน์ที่เกิดจากเงินหรือทรัพย์สินของกองทุน
7) เงินหรือทรัพย์สินใด ๆ ที่กองทุนได้รับมาในกิจการของกองทุน
8) เงินสมทบอื่นตามที่กฎหมายบัญญัติ

4.3 คนต่างด้าวกับการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล

การเข้าถึงการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าว ภายใต้ระบบบริการสาธารณสุขของไทยในปัจจุบัน มีข้อพิจารณาเกี่ยวกับสถานะแห่งสิทธิและรูปแบบการเข้าถึงการรักษาพยาบาล ดังนี้

4.3.1 การรับรองสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล

การรับรองสิทธิของบุคคลตามระบบกฎหมายไทยนั้น สามารถพิจารณาได้จากบทบัญญัติแห่งกฎหมาย ซึ่งกฎหมายสูงสุดของประเทศที่บัญญัติรับรองสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนไว้ คือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย โดยปรากฏครั้งแรกในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับปี พ.ศ. 2517 ได้ให้การรับรองสิทธิของบุคคลไว้หลายประการ เช่น สิทธิในความเสมอภาคตามกฎหมาย สิทธิทางการเมือง เสรีภาพในการนับถือศาสนา เสรีภาพจากการถูกลงโทษโดยปราศจากความผิดตาม

---

[227] มาตรา 38 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

[228] มาตรา 39 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

กฎหมาย เสรีภาพในชีวิตร่างกาย และเสรีภาพในการศึกษาอบรม[229] เป็นต้น สำหรับสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของรัฐนั้น มีข้อพิจารณาที่สำคัญแยกได้เป็น 2 ประการ คือ 1. สิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล และ 2. สิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล โดยแยกพิจารณาได้ดังนี้

4.3.1.1 สิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ได้มีการรับรองสิทธิของประชาชนไว้เป็นสิทธิทางรัฐธรรมนูญปรากฏครั้งแรกในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับปี พ.ศ. 2517 แต่ไม่พบว่ามีการบัญญัติรับรองสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล หรือสิทธิในเรื่องทางสุขภาพไว้แต่อย่างใด ต่อมาในปี พ.ศ. 2534 ได้มีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับปี พ.ศ. 2534 และในปี พ.ศ. 2538 ได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญฉบับนี้ โดยได้มีการบัญญัติรับรองสิทธิของบุคคลในการได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าไว้ด้วย ซึ่งบทบัญญัติดังกล่าวถือได้ว่าเป็นการรับรองสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลไว้ในรัฐธรรมนูญเป็นครั้งแรก กล่าวคือ “มาตรา 41 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับบริการโดยไม่คิดมูลค่า ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ”[230]

จากนั้นได้มีการยกเลิกรัฐธรรมนูญฉบับดังกล่าว และประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับใหม่ขึ้นแทนที่ คือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับปี พ.ศ. 2540 ซึ่งได้มีการบัญญัติรับรองสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลไว้ทำนองเดียวกัน โดยบัญญัติไว้ในหมวด 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย กล่าวคือ

> มาตรา 52 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ
>
> การบริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพโดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้
>
> การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนโดไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ[231]

---

[229] มาตรา 41 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับปี พ.ศ. 2517)

[230] มาตรา 52 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับปี พ.ศ. 2534)

[231] รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับปี พ.ศ. 2540)

ต่อมาได้มีการยกเลิกรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับปี พ.ศ. 2540 และมีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับปี พ.ศ. 2550 ขึ้นบังคับใช้แทน ซึ่งภายใต้รัฐธรรมนูญฉบับนี้ได้บัญญัติรับรองสิทธิของบุคคลในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลไว้ในหมวด 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย กล่าวคือ

> มาตรา 51 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย
>
> บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ
>
> บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสม โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์[232]

ภายใต้บทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้ มีเจตนารมณ์เพื่อคุ้มครองสิทธิของประชาชนให้ได้รับบริการทางสาธารณสุขอย่างเสมอภาค จึงกำหนดให้รัฐมีหน้าที่ต้องจัดบริการสาธารณสุขซึ่งรวมถึงบริการรักษาพยาบาลและบริการป้องกันโรคติดต่ออันตรายแก่ประชาชนอย่างได้มาตรฐานทั่วถึง เท่าเทียมกัน และมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังกำหนดให้ผู้ยากไร้มีสิทธิเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ เช่น สถานีอนามัย หน่วยบริการทางการแพทย์หรือสถานพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้เป็นการบัญญัติรัฐธรรมนูญโดยคงไว้ซึ่งหลักการเดิมตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับปี พ.ศ. 2540 แต่เพิ่มบทบาทของรัฐในการให้หลักประกันแก่ประชาชนในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล เพื่อคุ้มครองสิทธิของประชาชนให้ได้รับการดูแลด้านสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ[233]

ปัจจุบัน ได้มีการยกเลิกรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับปี พ.ศ. 2550 และประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ขึ้นบังคับใช้แทน ซึ่งภายใต้รัฐธรรมนูญฉบับนี้ได้บัญญัติรับรองสิทธิของบุคคลในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลไว้ในหมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย กล่าวคือ

---

[232] มาตรา 51 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับปี พ.ศ. 2550)

[233] คณะกรรมาธิการวิสามัญบันทึกเจตนารมณ์ จดหมายเหตุ และตรวจรายงานการประชุมสภาร่างรัฐธรรมนูญ, **เจตนารมณ์รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550** (กรุงเทพมหานคร: สำนักกรรมาธิการ 3 สำนักงานเลขาธิการสภาร่างรัฐธรรมนูญ, 2550), หน้า 45.

มาตรา 47 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการทางสาธารณสุขของรัฐ

บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ตามที่กฎหมายบัญญัติ

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย[234]

จากบทบัญญัติดังกล่าวมาข้างต้น เห็นได้ว่า รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้รับรองสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของบุคคลให้เป็นสิทธิตามกฎหมายและมีสถานะเทียบเท่ารัฐธรรมนูญ ซึ่งมีผลผูกพันองค์กรของรัฐทุกองค์กรที่ต้องให้ความเคารพ คุ้มครอง และปฏิบัติให้เป็นไปตามสิทธินั้น

4.3.1.2 สิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับปี พ.ศ. 2560 ได้บัญญัติรับรองสิทธิของบุคคลในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลไว้เป็นส่วนหนึ่งของสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ซึ่งบัญญัติไว้ในหมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย แต่เมื่อพิจารณาถึงสิทธิของคนต่างด้าวตามรัฐธรรมนูญแล้ว ไม่ปรากฏบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญที่ว่าด้วยเรื่องสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของรัฐ หรือความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับคนต่างด้าวในเรื่องของการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของรัฐแต่อย่างใด และในทางข้อเท็จจริงก็ยังไม่พบว่ามีคดีที่ขึ้นสู่ศาลรัฐธรรมนูญเพื่อมีคำวินิจฉัยว่าคนต่างด้าวมีสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของรัฐหรือไม่ โดยปัจจุบันมีปรากฏเพียงแนวทางการตีความของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในกรณีที่โรงพยาบาลของรัฐขอรับค่าชดเชยการรักษาพยาบาลคนต่างด้าว และกรณีขอหารือถึงความชัดเจนเกี่ยวกับการขึ้นทะเบียนและออกบัตรประกันสุขภาพให้กับคนต่างด้าว ซึ่งทั้งสองกรณีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในฐานะหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบหลักในการจัดระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีหนังสือตอบข้อหารือหน่วยงานดังกล่าวโดยปฏิเสธสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กล่าวคือ

---

[234] มาตรา 47 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (พ.ศ. 2560)

> หนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสช 03/01 ลงวันที่ 5 มกราคม 2547
>
> บุคคลที่จะมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขในมาตรา 5 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 นั้น หมายถึงบุคคลที่มีสัญชาติไทย ทั้งนี้เพราะพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 บัญญัติขึ้นตามมาตรา 52 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ซึ่งอยู่ในหมวด 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย. . . คำว่า “ชนชาวไทย” หมายถึงบุคคลที่มีสัญชาติไทยตามกฎหมายว่าด้วยสัญชาติ จึงไม่ครอบคลุมถึงคนต่างด้าว ทาง สปสช. จึงไม่สามารถจ่ายค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้คนต่างด้าวได้[235]

> หนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสช 03/518 ลงวันที่ 30 มกราคม 2547
>
> สิทธิในการรับบริการสาธารณสุขของบุคคลที่ไม่ปรากฏสัญชาติ จึงอยู่นอกเหนือบทบาทอำนาจหน้าที่ของ สปสช ที่จะดำเนินการ[236]

จากการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีหนังสือตอบข้อหารือทั้งสองกรณีดังกล่าวข้างต้น แม้จะเป็นเพียงการวินิจฉัยเกี่ยวกับผู้ทรงสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ก็ตาม แต่เหตุผลที่สำคัญอย่างยิ่งซึ่งใช้ยกขึ้นอ้างอิงในการตอบข้อหารือ คือ เนื่องจากพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 บัญญัติขึ้นตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ซึ่งอยู่ในหมวด 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย และคำว่า “ชนชาวไทย” นั้น หมายถึง บุคคลที่มีสัญชาติไทยตามกฎหมายว่าด้วยสัญชาติ จึงเป็นการตีความสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลตามที่รัฐธรรมนูญบัญญัติรับรองไว้ว่า จำกัดเฉพาะบุคคลที่มีสัญชาติไทยเท่านั้น ไม่รวมถึงคนต่างด้าว ดังนั้นโดยนัยนี้ จึงอาจกล่าวได้ว่า บุคคลต่างด้าว ไม่ได้รับการรับรองสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลตามระบบกฎหมายไทย

---

[235] กิติวรญา รัตนมณี, *เรื่องเดิม*, หน้า 5.

[236] *เรื่องเดียวกัน*, หน้า 5.

แต่อย่างไรก็ตาม การตีความว่าสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย เป็นสิทธิของบุคคลที่มีสัญชาติไทยเท่านั้น เป็นเพียงการตีความโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีผลผูกพันเฉพาะการบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เท่านั้น แต่กรณีดังกล่าวยังไม่เคยมีการเสนอคดีต่อศาลรัฐธรรมนูญเพื่อพิจารณาวินิจฉัย ซึ่งหากเป็นการวินิจฉัยโดยศาลรัฐธรรมนูญแล้ว โดยผลของคำวินิจฉัยย่อมมีผลผูกพันองค์กรของรัฐทุกองค์กร เมื่อยังไม่มีคำวินิจฉัยของศาลรัฐธรรมนูญดังกล่าวแล้ว จึงยังไม่มีความชัดเจนในทางปฏิบัติของแต่ละองค์กรในการให้บริการรักษาพยาบาลแก่คนต่างด้าว ซึ่งเป็นเรื่องที่แต่ละองค์กรจะต้องวินิจฉัยตีความตามกฎหมายที่อยู่ในอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบ

ดังนั้นกล่าวโดยสรุปได้ว่า ในปัจจุบันรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยไม่มีบทบัญญัติที่รับรองสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของรัฐไว้โดยชัดแจ้ง และไม่มีคำวินิจฉัยของศาลรัฐธรรมนูญที่ตีความสถานะแห่งสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลไว้เช่นเดียวกัน จึงอาจกล่าวได้ว่า ในปัจจุบันระบบกฎหมายไทย ยังไม่มีการรับรองสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของรัฐไว้โดยแจ้งชัด

4.3.2 รูปแบบการเข้าถึงสิทธิในบริการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าว

การเป็นคนต่างด้าวที่เข้ามาอยู่อาศัยในประเทศไทยนั้น ถึงแม้ว่ารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยจะไม่มีบทบัญญัติให้การรับรองสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลไว้อย่างชัดแจ้ง แต่คนต่างด้าวก็สามารถเข้ารับบริการรักษาพยาบาลของรัฐได้ โดยมีรูปแบบในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับสถานะของการอยู่อาศัยหรือสถานะของการเข้าเมือง ซึ่งสามารถแยกพิจารณาได้ดังนี้

4.3.2.1 รูปแบบการชำระค่าธรรมเนียมการรักษาพยาบาลโดยตรง

การเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าวในรูปแบบการชำระค่าธรรมเนียมการรักษาพยาบาลโดยตรง เป็นการดำเนินการภายใต้แนวคิดว่าด้วยสัญญาการให้บริการรักษาพยาบาล โดยมีสถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่ให้บริการรักษาพยาบาลเป็นคู่สัญญาฝ่ายหนึ่ง และคนต่างด้าวที่เข้ารับบริการรักษาพยาบาลเป็นคู่สัญญาอีกฝ่ายหนึ่ง ทั้งสองฝ่ายตกลงทำสัญญาเข้ารับบริการทางด้านการรักษาพยาบาลโดยผู้ให้บริการมีหน้าที่จัดหาและให้บริการรักษาพยาบาลแก่คนต่างด้าวตามที่ร้องขอ ซึ่งเป็นไปตามเงื่อนไขข้อตกลงของสัญญา และคนต่างด้าวมีหน้าที่ต้องชำระค่าธรรมเนียมการรักษาพยาบาลรวมถึงค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับบริการรักษาพยาบาลนั้นเป็นการตอบแทนการได้รับบริการ ซึ่งการตกลงทำสัญญาเข้ารับบริการรักษาพยาบาลในรูปแบบนี้มีสาระสำคัญที่เป็นสัญญาต่างตอบแทนเป็นหลัก หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ เป็นการให้บริการ

บนพื้นฐานของความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นหลัก โดยไม่คำนึงถึงสถานะความเป็นพลเมืองหรือความเป็นคนต่างด้าว ซึ่งในทางข้อเท็จจริงที่ผ่านมาพบว่า มีกลุ่มนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่เข้ามาท่องเที่ยวในประเทศไทยเพียงช่วงระยะเวลาสั้น ๆ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยระหว่างอยู่ในประเทศไทย ได้เข้ารับบริการสาธารณสุขในสถานพยาบาลและพบว่าหลายครั้งคนต่างด้าวกลุ่มนี้ไม่มีเงินเพียงพอในการชำระค่าบริการ ก่อให้เกิดหนี้ค้างชำระกับสถานพยาบาล โดยจากสถิติของสมาคมโรงพยาบาลเอกชนได้เปิดเผยว่า มีชาวต่างชาติค้างชำระค่าบริการรักษาพยาบาลแก่สถานพยาบาลเป็นจำนวนมาก ประมาณ 100 ล้านบาทต่อปี ทั้งนี้ โดยยังไม่รวมกรณีการเข้ารับบริการในคลินิกเอกชน[237]

4.3.2.2 รูปแบบสวัสดิการของทางราชการ

การเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าวในรูปแบบสวัสดิการของทางราชการนั้น เป็นกรณีเฉพาะคนต่างด้าวที่ปฏิบัติหน้าที่รับใช้ราชการไทย ด้วยเหตุนี้รัฐจึงเข้ามาให้ความคุ้มครองสุขภาพ โดยมีกฎหมายที่กำหนดรูปแบบการเข้าถึงสิทธิของคนต่างด้าว คือ พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 มีสาระสำคัญดังนี้

1) ผู้มีสิทธิ

คนต่างด้าวผู้มีสิทธิเข้ารับบริการรักษาพยาบาลในรูปแบบสวัสดิการของทางราชการนั้น บัญญัติไว้ในมาตรา 4 ของพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 ได้แก่ ลูกจ้างชาวต่างประเทศซึ่งมีหนังสือสัญญาจ้างที่ได้รับเงินค่าจ้างจากงบประมาณรายจ่ายและสัญญาจ้างนั้นมิได้ระบุเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลไว้ กล่าวคือ มีเงื่อนไขที่สำคัญ 4 ประการดังนี้

(1) เป็นชาวต่างประเทศ

(2) ได้รับการจ้างจากรัฐบาลไทย โดยมีหนังสือสัญญาจ้าง

(3) แหล่งเงินค่าจ้าง ได้รับจากการจัดสรรจากงบประมาณรายจ่ายของรัฐ

(4) สัญญาจ้างมิได้ระบุเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลไว้

นอกจากนี้ ตามมาตรา 5 แห่งพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 ยังกำหนดให้บุคคลในครอบครัวของคนต่างด้าวตามมาตรา 4 ดังกล่าวข้างต้น มีสิทธิได้รับความคุ้มครองในการรักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาฯ นี้ด้วย ซึ่งบุคคลในครอบครัว ได้แก่

---

[237] มูลนิธิภิวัฒน์สาธารณสุขไทย, **รุกคืบจัดระบบ “หลักประกันสุขภาพคนต่างด้าว”**, ค้นวันที่ 13 กันยายน 2558 จาก http://www.hfocus.org/content/2013/07/3856

(1) บุตรชอบด้วยกฎหมายของคนต่างด้าวผู้มีสิทธิซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะ หรือบรรลุนิติภาวะแล้วแต่เป็นคนไร้ความสามารถซึ่งอยู่ในอุปการะเลี้ยงดูของผู้มีสิทธิ แต่ทั้งนี้ ไม่รวมถึงบุตรบุญธรรมหรือบุตรซึ่งได้ยกให้เป็นบุตรบุญธรรมของบุคคลอื่น

(2) คู่สมรสที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้ทรงสิทธิ

(3) บิดา หรือมารดาที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิ

2) กระบวนการเข้าสู่สิทธิ

การเข้าสู่สิทธิในการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าว ภายใต้รูปแบบสวัสดิการของทางราชการนั้น คนต่างด้าวเริ่มมีสิทธิตั้งแต่วันที่ได้รับการบรรจุแต่งตั้งให้ปฏิบัติราชการ ซึ่งกระทรวงการคลังได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติการจ้างลูกจ้างชาวต่างประเทศไว้ เป็นการจ้างเพื่อปฏิบัติการสอนภาษาต่างประเทศในสถาบันการศึกษาระดับต่าง ๆ และการสอนในระดับบัณฑิตวิทยาลัย หรือสอนในระดับบัณฑิตวิทยาลัยและการทำวิจัย สัญญาจ้างมี 2 แบบ คือ สัญญาจ้างที่มีกำหนดระยะเวลาตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป และสัญญาจ้างที่มีกำหนดระยะเวลาไม่ถึง 2 ปี[238] โดยมีกรมบัญชีกลางเป็นผู้รับผิดชอบจัดทำฐานข้อมูลบุคลากรภาครัฐซึ่งเป็นลูกจ้างชาวต่างประเทศและบุคคลในครอบครัว พร้อมทั้งจัดทำฐานข้อมูลเกี่ยวการรักษาพยาบาลของบุคคลดังกล่าว โดยผู้มีสิทธิมีหน้าที่รายงานและรับรองข้อมูลของตนเองและบุคคลในครอบครัว ดังนี้

(1) กรอกแบบคำขอเพิ่มข้อมูลในฐานข้อมูลบุคลากรภาครัฐ

(2) ข้อมูลที่ต้องรายงาน ประกอบด้วย ข้อมูลตัวบุคคลของผู้มีสิทธิ บุคคลในครอบครัว และข้อมูลสถานะของทางราชการ

(3) ยื่นแบบคำขอ ภายในกำหนด 1 เดือน นับแต่วันที่เข้ารับราชการตามสัญญาจ้าง

3) สิทธิประโยชน์

สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลที่ผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวได้รับตามพระราชกฤษฎีกานี้ มีบัญญัติไว้ในมาตรา 4 ซึ่งบัญญัตินิยามคำว่า “การรักษาพยาบาล” ไว้หมายความว่า การให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขโดยตรงแก่ผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวของผู้มีสิทธิ เพื่อการรักษาโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต และหมายความรวมถึงการตรวจสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคเพื่อประโยชน์ด้านสาธารณสุข โดยค่าบริการสาธารณสุขที่สามารถเบิกจ่ายได้ ประกอบด้วย

---

[238] กระทรวงการคลัง, ที่ กค 0415/ว 41, 2 มิถุนายน 2546, เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติการจ้างลูกจ้างชาวต่างประเทศที่มีสัญญาจ้าง.

(1) ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ ค่าเลือดหรือส่วนประกอบของเลือดหรือสารทดแทน ค่าน้ำยาหรืออาหารทางเส้นเลือด ค่าออกซิเจน และอื่น ๆ ทำนองเดียวกันที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค

(2) ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ดังกล่าว

(3) ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าบริการทางการพยาบาลค่าตรวจวินิจฉัยโรค ค่าวิเคราะห์โรค แต่ไม่รวมถึงค่าธรรมเนียมแพทย์พิเศษ และค่าบริการอื่นทำนองเดียวกันที่มีลักษณะเป็นเงินตอบแทนพิเศษ

(4) ค่าตรวจครรภ์ ค่าคลอดบุตร และการดูแลหลังคลอดบุตร

(5) ค่าห้องและค่าอาหารตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาพยาบาล

(6) ค่าใช้จ่ายเพื่อเป็นการเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันโรค

(7) ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ

(8) ค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นแก่การรักษาพยาบาลตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

4) ผู้ให้บริการ

พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ได้บัญญัติถึงผู้ให้บริการสาธารณสุขไว้ในมาตรา 4 ซึ่งได้แก่ สถานพยาบาลของทางราชการ และสถานพยาบาลของเอกชน โดยกำหนดนิยามของผู้ให้บริการทั้งสองกรณีไว้ดังนี้

(1) สถานพยาบาลของทางราชการ ได้แก่ สถานพยาบาลซึ่งเป็นส่วนราชการตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน รวมถึงสถานพยาบาลของมหาวิทยาลัยของรัฐ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา องค์การมหาชนตามกฎหมายว่าด้วยองค์การมหาชน รัฐวิสาหกิจตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ กรุงเทพมหานคร สภากาชาดไทย องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก โรงพยาบาลประสานมิตร และสถานพยาบาลอื่นตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

(2) สถานพยาบาลเอกชน ได้แก่ สถานพยาบาลที่มีลักษณะการให้บริการเป็นโรงพยาบาล ซึ่งได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล เฉพาะกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

5) ระบบการคลังสุขภาพ

ระบบการคลังสุขภาพ ภายใต้ระบบสวัสดิการของทางราชการนี้ มีแหล่งเงินทุนงบประมาณในการบริการสาธารณสุขได้มาจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี ตามพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี ซึ่งมีที่มาจากเงินภาษีทั่วไปของประเทศ โดยเบิกจ่ายตาม

พระราชบัญญัติการกำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการจ่ายเงินบางประเภทตามงบประมาณรายจ่าย พ.ศ. 2518 ซึ่งบัญญัติไว้ในมาตรา 3 กล่าวคือ การเบิกจ่ายเงินตามงบประมาณรายจ่ายในประเภทเงินสวัสดิการจากทางราชการให้กระทำได้โดยตราเป็นพระราชกฤษฎีกา และภายใต้บทบัญญัตินี้ จึงได้มีการตราพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 ขึ้น เพื่อเป็นสวัสดิการให้แก่ข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชาวต่างประเทศที่ปฏิบัติหน้าที่รับใช้ราชการให้มีความเป็นอยู่ที่มั่นคง มีสุขภาพที่ดีในการปฏิบัติหน้าที่รับใช้ประเทศชาติ โดยมีกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง เป็นผู้มีอำนาจหน้าที่และรับผิดชอบในการบริหารจัดการงบประมาณให้เป็นไปตามกฎหมายและวินัยทางการคลัง

4.3.2.3 รูปแบบประกันสังคม

การเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าวในรูปแบบประกันสังคม มีรูปแบบและวิธีการเข้าถึงการรักษาพยาบาล ดังนี้

1) ผู้มีสิทธิ

คนต่างด้าวผู้มีสิทธิเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลในรูปแบบประกันสังคมนั้นต้องมีสถานะเป็น “ลูกจ้าง” ตามมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 กล่าวคือ เป็นผู้ซึ่งทำงานให้นายจ้างโดยได้รับค่าจ้าง ไม่ว่าจะเรียกชื่ออย่างไร แต่ไม่รวมถึงลูกจ้างซึ่งทำงานเกี่ยวกับงานบ้านอันมิได้มีการประกอบธุรกิจรวมอยู่ด้วย โดยปัจจุบันมีประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง การขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าว พ.ศ. 2558 กำหนดให้ลูกจ้างแรงงานต่างด้าวเป็นผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ซึ่งประกอบด้วยลูกจ้างต่างด้าว 2 ประเภท ได้แก่

(1) แรงงานต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยโดยชอบด้วยกฎหมาย ตามบันทึกความเข้าใจว่าด้วยความร่วมมือด้านการจ้างแรงงานระหว่างรัฐ (MOU) ประกอบด้วยกลุ่มแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ คือ พม่า ลาว และกัมพูชา แรงงานต่างด้าวกลุ่มนี้จะได้รับการตรวจลงตรา (Visa) เพื่อการทำงาน และประทับตราให้อยู่ในราชอาณาจักรเป็นเวลาไม่เกิน 2 ปี ตามกฎหมายว่าด้วยการทำงานของคนต่างด้าว มีสถานะเป็นผู้เข้าเมืองถูกกฎหมาย ต้องขออนุญาตทำงานภายใน 30 วัน นับจากวันที่เข้ามาในราชอาณาจักร เมื่อครบกำหนด 2 ปี สามารถขออยู่ต่อได้อีกเป็นเวลาไม่เกิน 2 ปี แต่เมื่อครบ 4 ปีแล้ว ต้องเดินทางออกไปนอกราชอาณาจักร

(2) แรงงานต่างด้าวสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา ที่ได้รับการพิสูจน์สัญชาติ โดยเป็นแรงงานต่างด้าวที่จดทะเบียนผ่อนผันให้อยู่อาศัยและทำงานในประเทศไทยเป็นการชั่วคราวตามมติคณะรัฐมนตรี ซึ่งได้รับการพิสูจน์สัญชาติกับประเทศต้นทาง โดยประเทศต้นทางจะออกหนังสือเดินทางประเภทชั่วคราว (Temporary Passport) หรือเอกสารรับรองบุคคล (Certificate of Identity) ให้เป็นหลักฐานแล้วแรงงานต่างด้าวนำหนังสือเดินทางชั่วคราวหรือเอกสารรับรองบุคคลไปขอรับการตรวจลงตรา (Visa) และประทับตราให้อยู่ในราชอาณาจักรเป็นเวลา

ไม่เกิน 2 ปี จากเจ้าหน้าที่ตรวจคนเข้าเมืองของประเทศไทย โดยวีซ่าที่ได้รับจะเป็นวีซ่าเพื่อการทำงาน โดยสถานะของแรงงานต่างด้าวกลุ่มนี้เป็นผู้เข้าเมืองถูกต้องตามกฎหมาย และต้องขออนุญาตทำงานภายใน 15 วัน เมื่อครบกำหนด 2 ปี สามารถขออยู่ต่อได้อีกเป็นเวลาไม่เกิน 2 ปี เมื่อครบ 4 ปี แล้ว ต้องเดินทางกลับออกไปนอกราชอาณาจักร

2) กระบวนการเข้าสู่สิทธิ

การเข้าสู่สิทธิในการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าวภายใต้รูปแบบประกันสังคมนั้น ไม่ว่าจะเป็นแรงงานต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยถูกกฎหมาย ตามบันทึกความเข้าใจว่าด้วยความร่วมมือด้านการจ้างแรงงานระหว่างรัฐ หรือแรงงานต่างด้าวที่ได้รับการผ่อนผันให้อยู่อาศัยและทำงานภายในประเทศซึ่งได้รับการพิสูจน์สัญชาติแล้ว เมื่อมีสถานะเป็นลูกจ้างตามพระราชบัญญัติประกันสังคมฯ มีใบอนุญาตทำงาน และเกิดการจ้างงานขึ้น คนต่างด้าวนั้นก็จะมีสถานะเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคมฯ ซึ่งตามมาตรา 34 บัญญัติให้นายจ้างมีหน้าที่ต้องยื่นแบบรายการแสดงรายชื่อผู้ประกันตน อัตราค่าจ้าง และข้อความอื่นตามแบบแสดงรายการที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ลูกจ้างต่างด้าวเป็นผู้ประกันตน โดยเมื่อนายจ้างยื่นแบบแสดงรายชื่อผู้ประกันตนแล้ว สำนักงานประกันสังคมจะออกหนังสือสำคัญแสดงการขึ้นทะเบียนประกันสังคมให้แก่นายจ้าง และออกบัตรประกันสังคมให้แก่ลูกจ้าง

3) สิทธิประโยชน์

เมื่อคนต่างด้าวเข้าเป็นผู้ประกันตน ตามพระราชบัญญัติประกันสังคมฯ แล้ว คนต่างด้าวจะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายประกนสังคม และได้รับสิทธิประโยชน์ในการรับบริการรักษาพยาบาลในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ดังนี้

(1) ค่าตรวจวินิจฉัยโรค

(2) ค่าบำบัดทางการแพทย์

(3) ค่ากินอยู่และค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาล

(4) ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์

(5) ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย

(6) ค่าบริการอื่นที่จำเป็น[239]

[239] มาตรา 63 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

นอกจากนี้ ผู้ประกันตนยังมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีคลอดบุตรสำหรับตนเองหรือภรรยา[240] โดยมีประโยชน์ทดแทน ประกอบด้วย[241]

(1) ค่าตรวจและรับฝากครรภ์

(2) ค่าบำบัดทางการแพทย์

(3) ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์

(4) ค่าทำคลอด

(5) ค่ากินอยู่และรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล

(6) ค่าบริบาลและรักษาพยาบาลทารกแรกเกิด

(7) ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย

(8) ค่าบริการอื่นที่จำเป็น

4) ผู้ให้บริการ

ผู้ให้บริการรักษาพยาบาลตามรูปแบบประกันสังคมนั้น ต้องเป็นโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่ทำสัญญาให้บริการทางการแพทย์กับสำนักงานประกันสังคมเพื่อประโยชน์ของผู้ประกันตน ซึ่งรวมทั้งสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน ตลอดจนสถานพยาบาลในเครือข่ายของสถานพยาบาลหลักที่ทำสัญญาไว้ดังกล่าวด้วย ทั้งนี้ โดยจะต้องมีมาตรฐานเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

5) ระบบการคลังสุขภาพ

ระบบการคลังสุขภาพ ภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เป็นการจัดตั้งกองทุนขึ้น เรียกว่า “กองทุนประกันสังคม” มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นทุนใช้จ่ายให้ผู้ประกันตนได้รับประโยชน์ทดแทนตามสิทธิประโยชน์ที่บัญญัติไว้ในกฎหมาย และเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารงานของสำนักงานประกันสังคม[242] โดยมีแหล่งเงินกองทุน ประกอบด้วย[243]

(1) เงินสมทบจากรัฐบาล นายจ้าง และผู้ประกันตน

(2) เงินเพิ่ม ในกรณีผู้ประกันตนที่เคยเป็นลูกจ้างแล้วต่อมาเป็นผู้ประกันตนโดยสมัครใจ ไม่ส่งเงินสมทบหรือส่งไม่ครบจำนวนภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป กรณีนายจ้างไม่นำส่งเงินสมทบในส่วนของตนหรือหรือในส่วนของผู้ประกันตน หรือส่งไม่ครบจำนวน

---

[240] มาตรา 65 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

[241] มาตรา 66 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

[242] มาตรา 21 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

[243] มาตรา 22 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

ภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดจากเดือนที่มีการหักเงินสมทบ และกรณีผู้รับเหมาช่วงไม่นำส่งเงินสมทบหรือส่งไม่ครบจำนวนภายในกำหนด

(3) ผลประโยชน์ของทุนประกันสังคม กรณีการจัดหาผลประโยชน์ของคณะกรรมการประกันสังคม โดยความเห็นชอบของกระทรวงการคลัง

(4) เงินค่าธรรมเนียม กรณีหนังสือสำคัญหรือบัตรประกันสังคมสูญหาถูกทำลาย หรือชำรุดในสาระสำคัญ และต้องขอออกใบแทน

(5) เงินที่ได้จากการบริจาคเงินอุดหนุน

(6) เงินที่ตกเป็นของกองทุนประกันสังคม ตามที่กฎหมายกำหนด

(7) เงินอุดหนุนหรือเงินทดรองราชการที่รัฐบาลจ่ายให้

(8) เงินค่าปรับ กรณีมีการกระทำผิดตามกฎหมายประกันสังคม

(9) รายได้อื่น

4.3.2.4 รูปแบบกองทุนประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

กองทุนประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข เป็นการจัดตั้งกองทุนขึ้นเพื่อให้ความคุ้มครองทางด้านการเงินในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลสำหรับคนต่างด้าวที่อยู่อาศัยในประเทศไทย โดยจัดตั้งขึ้นตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2553 ซึ่งมีมติให้กระทรวงสาธารณสุขให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ โดยรัฐบาลเป็นผู้จัดสรรงบประมาณประจำปีเพื่อให้กลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ด้านการรักษาพยาบาล การควบคุมและการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งแก้ปัญหาภาระค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการกระทรวงสาธารณสุขที่ให้บริการสุขภาพแก่กลุ่มบุคคลดังกล่าวมาเป็นเวลานานแลไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุน ซึ่งในเวลาต่อมามีมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 15 มกราคม 2556 อนุมัติให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการให้การดูแลทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่คนต่างด้าวที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคมและผู้ติดตามทั้งหมด ประกอบกับปัจจุบันได้มีประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 70/2557 ลงวันที่ 25 มิถุนายน 2557 ให้กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง จัดทำทะเบียนประวัติ ออกบัตรประจำตัว และตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าว ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงมีการดำเนินการให้ความคุ้มครองในเรื่องการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลแก่แรงงานต่างด้าว และคนต่างด้าวที่อยู่อาศัยหรือทำงานภายในประเทศ โดยมีรูปแบบและวิธีการเข้าถึงสิทธิในการรักษาพยาบาล ดังนี้

1) ผู้มีสิทธิ

คนต่างด้าวผู้มีสิทธิเข้าถึงการรักษาพยาบาลในรูปแบบกองทุนประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขนี้ เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ลงวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2558 และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพคนต่างด้าว ลงวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2558 ซึ่งจำแนกออกได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ แรงงานต่างด้าว และคนต่างด้าว แยกพิจารณาได้ดังนี้

(1) แรงงานต่างด้าว ได้แก่ แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามที่อยู่ในประเทศไทย ยกเว้นแรงงานต่างด้าวที่อยู่ในระบบประกันสังคม[244]

(2) คนต่างด้าว ได้แก่ คนต่างด้าวทั่วไป และเด็กต่างด้าวอายุไม่เกิน 7 ปี บริบูรณ์

2) กระบวนการเข้าสู่สิทธิ

กระบวนการเข้าสู่สิทธิในระบบกองทุนประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข มีดังนี้

(1) การประชาสัมพันธ์ และขายบัตรประกันสุขภาพโดยกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้หน่วยบริการ หรือโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ เป็นผู้ดำเนินการปะชาสัมพันธ์ให้ทราบว่าเป็นสถานที่ตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ ซึ่งจำแนกการดำเนินการตามประเภทของคนต่างด้าวผู้มีสิทธิเข้าถึงบริการสาธารณสุข แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

(1.1) กรณีแรงงานต่างด้าว สามารถเข้าสู่สิทธิในการรับบริการสาธารณสุข โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการรับลงทะเบียนตรวจสุขภาพและขายบัตรประกันสุขภาพให้แก่แรงงานต่างด้าว ณ สถานบริการสาธารณสุขที่เป็นหน่วยบริการ หรือโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลอื่นที่เข้าร่วมโครงการ ตามอัตราค่าตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ[245] ดังนี้

(1.1.1) แรงงานต่างด้าวรวมผู้ติดตาม ซึ่งอยู่ในประเทศไทยทุกคน บัตรราคา 2,100 บาท มีอายุคุ้มครอง 1 ปี ประกอบด้วย

---

[244] สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ที่ สธ 0209.01/ว 89, 19 พฤษภาคม 2558, เรื่อง การประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว.

[245] ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ลงวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2558

(1.1.1.1) ค่าตรวจสุขภาพ คนละ 500 บาท

(1.1.1.2) ค่าประกันสุขภาพ คนละ 1,600 บาท แยกเป็น 1. ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 206 บาท 2. ค่าบริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ 914 บาท 3. ค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง 350 บาท 4. ค่าบริหารจัดการ 130 บาท

(1.1.2) แรงงานต่างด้าวรวมผู้ติดตามซึ่งอยู่ในประเทศไทยทุกคน บัตรราคา 1,400 บาท มีอายุคุ้มครอง 6 เดือน ประกอบด้วย

(1.1.2.1) ค่าตรวจสุขภาพ คนละ 500 บาท

(1.1.2.2) ค่าประกันสุขภาพคนละ 900 บาท แยกเป็น 1. ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 117 บาท 2. ค่าบริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ 515 บาท 3. ค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง 193 บาท 4. ค่าบริหารจัดการ 75 บาท

(1.1.3) แรงงานต่างด้าวรวมผู้ติดตามซึ่งอยู่ในประเทศไทยทุกคน บัตรราคา 1,000 บาท มีอายุคุ้มครอง 3 เดือน ประกอบด้วย

(1.1.3.1) ค่าตรวจสุขภาพ คนละ 500 บาท

(1.1.3.2) ค่าประกันสุขภาพ คนละ 1,600 บาท แยกเป็น 1. ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 65 บาท 2. ค่าบริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ 286 บาท 3. ค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง 107 บาท 4. ค่าบริหารจัดการ 42 บาท

(1.1.4) เด็กต่างด้าว อายุไม่เกิน 7 ปีบริบูรณ์ คนละ 365 บาท มีอายุคุ้มครอง 1 ปี ประกอบด้วย

(1.1.4.1) ไม่มีค่าตรวจสุขภาพ

(1.1.4.2) ค่าประกันสุขภาพ คนละ 365 บาท แยกเป็น 1. ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 58 บาท 2. ค่าบริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ 257 บาท 3. ค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง 14 บาท 4. ค่าบริหารจัดการ 36 บาท

(1.2) กรณีคนต่างด้าว สามารถเข้าสู่สิทธิในการรับบริการสาธารณสุข โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการรับลงทะเบียนตรวจสุขภาพและขายบัตรประกันสุขภาพให้แก่คนต่างด้าว ณ สถานบริการสาธารณสุขที่เป็นหน่วยบริการ หรือโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่นที่เข้าร่วมโครงการ ตามอัตราค่าตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ[246] ดังนี้

(1.2.1) คนต่างด้าวทั่วไป บัตรราคา 2,700 บาท มีอายุคุ้มครอง 1 ปี ประกอบด้วย

---

[246] ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพคนต่างด้าว ลงวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2558

(1.2.1.1) ค่าตรวจสุขภาพ คนละ 500 บาท

(1.2.1.2) ค่าประกันสุขภาพ คนละ 2,200 บาท แยกเป็น 1. ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 206 บาท 2. ค่าบริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ 1,514 บาท 3. ค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง 350 บาท 4. ค่าบริหารจัดการ 130 บาท

(1.2.2) เด็กต่างด้าว อายุไม่เกิน 7 ปีบริบูรณ์ คนละ 365 บาท มีอายุคุ้มครอง 1 ปี ประกอบด้วย

(1.2.2.1) ไม่มีค่าตรวจสุขภาพ

(1.2.2.2) ค่าประกันสุขภาพ คนละ 365 บาท แยกเป็น 1. ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 58 บาท 2. ค่าบริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ 257 บาท 3. ค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง 14 บาท 4. ค่าบริหารจัดการ 36 บาท

(2) เมื่อขายบัตรประกันสุขภาพทั้ง 2 กรณีดังกล่าวข้างต้นแล้ว ผู้ให้บริการจะส่งข้อมูลการลงทะเบียนตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพให้กองทุนส่วนกลางภายใน 15 วัน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง

(3) ผู้ให้บริการออกบัตรประจำตัวให้แก่ผู้ประกันสุขภาพ โดยมีข้อมูลสำคัญ เช่น เลขประจำตัวคนต่างด้าว (สำหรับบุคคลที่ไม่มีเลขประจำตัว กระทรวงสาธารณสุขจะกำหนดเลขประจำตัว 13 หลักให้) เลขที่บัตร (Card No.) ชื่อ สกุล เพศ วันเดือนปีเกิด ที่อยู่ ชื่อบิดามารดาหรือผู้ปกครอง กรณีที่เป็นบัตรประกันสุขภาพเด็ก วันออกบัตรและวันที่บัตรหมดอายุ ลายมือชื่อผู้ออกบัตรกำกับ เป็นต้น

3) สิทธิประโยชน์

สิทธิประโยชน์คุ้มครองในการเข้ารับบริการสาธารณสุข ภายใต้การประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย

(1) การตรวจรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพทั่วไป ได้แก่

(1.1) การตรวจ วินิจฉัย บำบัดรักษา การคลอดบุตร การฟื้นฟูสภาพทางการแพทย์จนสิ้นสุดการรักษา ตลอดจนการแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองของคณะกรรมการประกอบโรคศิลปะ

(1.2) การถอนฟัน (รวมถึงการผ่าหรือถอนฟันคุด) การอุดฟัน การขูดหินปูน

(1.3) บริการอาหารและห้องผู้ป่วยสามัญ

(1.4) ยาและเวชภัณฑ์ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ

(1.5) การจัดส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างหน่วยบริการ

(1.6) การให้วัคซีนขั้นพื้นฐาน (ในเด็ก 0–15 ปี)

(2) การชดเชยค่ารักษาพยาบาล การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง

(3) การป้องกันควบคุมโรค

(3.1) การตรวจคัดดกรอง ให้ยาป้องกันและรักษาโรคเท้าช้าง

(3.2) การตรวจคัดกรองและรักษาโรคเรื้อน

(3.3) การตรวจและให้ยา เพื่อควบคุมโรคพยาธิลำไส้

(4) การเฝ้าระวังโรคในแรงงานต่างด้าว และคนต่างด้าว

(5) การให้ยาต้านไวรัสเอดส์ (ARV)

(6) การส่งเสริมสุขภาพ เช่น การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การวางแผนครอบครัว การให้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพ (Counseling) การเยี่ยมบ้าน (Home Visit) และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care) เป็นต้น

สำหรับกรณีบริการรักษาพยาบาลที่ไม่ได้รับความคุ้มครองตามสิทธิประโยชน์ในประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวและคนต่างด้าวของกระทรวงสาธารณสุข มีดังนี้

1. โรคจิต
2. การบำบัดรักษา ฟื้นฟูผู้ติดยา และสารเสพติด ตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด
3. ผู้ประสบภัยจากรถที่สามารถใช้สิทธิตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ
4. การรักษาภาวะมีบุตรยาก
5. การผ่าตัดแปลงเพศ
6. การกระทำใด ๆ เพื่อความสวยงาม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
7. การตรวจ วินิจฉัย และรักษาใด ๆ ที่เกินความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
8. โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในเกิน 180 วัน ยกเว้นหากมีความจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อน หรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
9. การรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างการค้นว้าทดลอง
10. การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างไต (Peritoneal Dialysis) และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Haemodialysis)
11. การเปลี่ยนอวัยวะ (Organ Transplant)
12. การทำฟันปลอม

4) ผู้ให้บริการ

ผู้ให้บริการรักษาพยาบาลในการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพในระบบนี้เป็นการดำเนินงานโดยหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลของรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสถานพยาบาลอื่นที่เข้าร่วมโครงการ แบ่งพื้นที่ดำเนินการโดยอ้างอิงพื้นที่รับผิดชอบ (Catchment Area) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่สถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการนั้น ต้องได้รับการรับรองมาตรฐานอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ISO หรือ HA (Hospital Accreditation) เป็นต้น และจะต้องเป็นสถานพยาบาลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามข้อบังคับของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเป็นโรงพยาบาลตามสัญญาจ้างให้บริการทางการแพทย์ตามพระราบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ที่จัดให้บริการผู้ป่วยซึ่งสามารถรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนไม่น้อยกว่า 50 เตียงขึ้นไป

5) ระบบการคลังสุขภาพ

ระบบการคลังสุขภาพภายใต้กองทุนประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขมีแหล่งที่มาของเงินกองทุนได้มาจากการขายประกันสุขภาพให้แก่แรงงานต่างด้าวและคนต่างด้าวส่วนหนึ่ง และได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐบาลโดยการจัดสรรจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี ซึ่งได้มาจากภาษีทั่วไปของประเทศอีกส่วนหนึ่ง มีกลไกการบริหารจัดการแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ในระดับส่วนกลางมีคณะกรรมการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพคนต่างด้าว และกลุ่มประกันสุขภาพสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงาน ส่วนในระดับจังหวัด มีคณะกรรมการระดับจังหวัดเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงาน

กล่าวโดยสรุปได้ว่า รูปแบบการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าวในประเทศไทย ปัจจุบันสามารถเข้าถึงได้ใน 4 รูปแบบ ได้แก่

1. รูปแบบการชำระค่าธรรมเนียมการรักษาพยาบาลโดยตรง เป็นรูปแบบที่ให้สิทธิในการเข้าถึงรักษาพยาบาลที่ครอบคลุมคนต่างด้าวที่อยู่ภายในประเทศไทยทุกคน ทั้งนี้โดยคำนึงถึงหลักความสามารถในการจ่ายค่าบริการของคนต่างด้าวเป็นสำคัญ

2. รูปแบบสวัสดิการของทางราชการ เป็นรูปแบบที่ให้สิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลโดยครอบคลุมคนต่างด้าวที่เป็นลูกจ้างของทางราชการ รวมถึงบุคคลในครอบครัวของบุคคลนั้น ซึ่งเป็นกรณีที่ต้องเป็นการจ้างโดยมีสัญญาจ้าง และได้รับเงินค่าจ้างจากงบประมาณรายจ่ายประจำปีของส่วนราชการที่จ้างลูกจ้างชาวต่างประเทศนั้น บุคคลที่มีสิทธิเข้าถึงการรักษาพยาบาลในรูปแบบนี้ ได้แก่

1) ลูกจ้างชาวต่างประเทศของส่วนราชการ

2) บุคคลในครอบครัว ได้แก่ บุตรชอบด้วยกฎหมายของคนต่างด้าวผู้มีสิทธิซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะ หรือบรรลุนิติภาวะแล้วแต่เป็นคนไร้ความสามารถซึ่งอยู่ในอุปการะเลี้ยงดูของ

ผู้มีสิทธิ แต่ทั้งนี้ไม่รวมถึงบุตรบุญธรรมหรือบุตรซึ่งได้ยกให้เป็นบุตรบุญธรรมของบุคคลอื่น คู่สมรสที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้ทรงสิทธิ และบิดา หรือมารดาที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิ

3. รูปแบบประกันสังคม เป็นรูปแบบที่ให้สิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลโดยครอบคลุมบุคคลที่เป็นแรงงานต่างด้าวเข้าเมืองถูกกฎหมาย 2 ประเภท คือ

1) แรงงานต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยโดยชอบด้วยกฎหมายตามบันทึกความเข้าใจว่าด้วยความร่วมมือด้านการจ้างแรงงานรัฐ ซึ่งได้แก่ แรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ คือ พม่า ลาว และกัมพูชา

2) แรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ คือ พม่า ลาว และกัมพูชา ที่ได้รับการพิสูจน์สัญชาติแล้วและได้รับการจดทะเบียนผ่อนผันให้อยู่อาศัยและทำงานภายในประเทศไทยเป็นการชั่วคราว

4. รูปแบบกองทุนประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข เป็นรูปแบบที่ให้สิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลโดยครอบคลุมคนต่างด้าว 2 ประเภท ได้แก่

1) แรงงานต่างด้าวรวมทั้งผู้ติดตามที่อยู่ในประเทศไทย นอกเหนือจากแรงงานต่างด้าวที่อยู่ในระบบประกันสังคม

2) คนต่างด้าวทั่วไป และเด็กต่างด้าวอายุไม่เกิน 7 ปีบริบูรณ์

บทที่ 5

วิเคราะห์สิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าว

สิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลนั้น เป็นสิทธิที่ได้รับการรับรองไว้ในกฎหมายระหว่างประเทศ และระบบกฎหมายภายในของประเทศต่าง ๆ ก็ได้ให้การรับรองและคุ้มครองสิทธินี้เช่นเดียวกัน ซึ่งการรับรองและคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าวในแต่ละประเทศมีทั้งส่วนที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกัน โดยมีข้อค้นพบจากการศึกษาที่น่าสนใจสามารถนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อสร้างองค์ความรู้และหาแนวทางในการพัฒนาระบบกฎหมายของประเทศไทยให้ดียิ่งขึ้น โดยมีประเด็นการวิเคราะห์ที่สำคัญจำแนกออกเป็น 3 หัวข้อ ได้แก่ 1. สถานะแห่งสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล 2. ปัญหาการเข้าถึงสิทธิของคนต่างด้าวตามระบบกฎหมายไทย และ 3. แนวทางการจัดรูปแบบการเข้าถึงสิทธิในการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าว

5.1 สถานะแห่งสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล

สิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล ถือได้ว่าเป็นสิทธิที่มีความเป็นสากล โดยสังคมโลกในปัจจุบันได้ให้การยอมรับและรับรองให้มีสถานะเป็นสิทธิตามกฎหมาย (Legal Rights) ดังปรากฏตามกฎหมายระหว่างประเทศที่ประเทศไทยเข้าเป็นภาคี จำนวน 5 ฉบับ ได้แก่ 1. ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน 2. กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม 3. อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก 4. ปฏิญญาอาเซียนว่าด้วยสิทธิมนุษยชน และ 5. แถลงการณ์แห่งอัลมา-แอตาว่าด้วยการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน กฎหมายระหว่างประเทศทั้ง 5 ฉบับดังกล่าวข้างต้นล้วนแล้วแต่มีการบัญญัติรับรองสิทธิของบุคคลในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลไว้ทั้งสิ้น เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นว่าประเทศต่าง ๆ ได้ให้การยอมรับสิทธินี้ว่าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคลไม่ว่าจะอยู่ ณ ที่ใดในโลก และขณะเดียวกันรัฐภาคีก็มีความผูกพันตามพันธกรณีในทางระหว่างประเทศที่จะต้องจัดให้มีบริการรักษาพยาบาลสำหรับประชาชนทั้งที่เป็นพลเมืองแห่งรัฐและคนต่างด้าวที่อาศัยอยู่ภายในรัฐ แต่อย่างไรก็ตาม แม้ว่าในทางกฎหมายระหว่างประเทศจะให้การยอมรับสิทธินี้ว่าเป็นสิทธิที่มีความเป็นสากล แต่เมื่อพิจารณาถึงระบบกฎหมายภายในของแต่ละประเทศแล้วเห็นได้ว่า สิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลนั้น ยังคงเป็นปัญหาพื้นฐานทางกฎหมายที่สำคัญในการกำหนด

ความสัมพันธ์ระหว่างรัฐเจ้าของอำนาจอธิปไตยกับคนต่างด้าวที่เข้ามาอยู่อาศัยในดินแดนและภายใต้อำนาจอธิปไตยแห่งรัฐ ทั้งนี้ เนื่องจากในกรณีที่ปรากฏว่าระบบกฎหมายของรัฐเจ้าของอำนาจอธิปไตยไม่ให้การยอมรับในสถานะแห่งสิทธินี้ว่าเป็นสิทธิที่คนต่างด้าวสามารถเป็นผู้ทรงสิทธิได้แล้ว คนต่างด้าวย่อมไม่ได้รับการรับรองสิทธิและไม่ได้รับความคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของรัฐ แต่หากระบบกฎหมายของรัฐเจ้าของอำนาจอธิปไตยให้การยอมรับในสถานะแห่งสิทธินี้ว่าคนต่างด้าวที่อาศัยอยู่ภายในรัฐมีความสามารถเป็นผู้ทรงสิทธิได้ ย่อมส่งผลให้คนต่างด้าวได้รับการรับรองและคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของรัฐได้จริง

จากปัญหาแนวคิดทางกฎหมายดังกล่าวข้างต้น เมื่อพิจารณาถึงข้อความคิดพื้นฐานว่าด้วยสถานะของคนต่างด้าวกับการเป็นผู้ทรงสิทธิแล้วเห็นได้ว่า คนต่างด้าวที่เข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศไม่ว่าจะเป็นการชั่วคราวหรือถาวรโดยมีถิ่นที่อยู่ประจำนั้น ย่อมมีความสามารถเป็นผู้ทรงสิทธิในฐานะของความเป็นมนุษย์ได้ เช่น สิทธิในการมีชีวิต สิทธิในร่างกาย อนามัย เสรีภาพในทางความคิด และการนับถือศาสนา รวมถึงเสรีภาพจากการถูกเอาลงเป็นทาส หรือได้รับการปฏิบัติต่อตนเสมือนมิใช่มนุษย์ เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากเป็นสิทธิที่เกิดขึ้นพร้อมกับการเกิดของมนุษย์และติดตัวมนุษย์ไปทุกหนทุกแห่ง มิอาจถูกพรากไปจากบุคคลได้โดยอำนาจรัฐหรือเพียงเส้นเขตแดนแห่งรัฐ ซึ่งสิทธิดังกล่าวนี้ส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มสิทธิประเภท “status negativus” คือ เป็นสิทธิที่มีความสมบูรณ์ในตัวเอง บุคคลสามารถบรรลุถึงสิทธินี้ได้ด้วยตนเอง เพียงแต่รัฐห้ามเข้ามาแทรกแซงเท่านั้น ดังนั้นคนต่างด้าวแม้จะอาศัยอยู่ ณ ที่ใดในโลก จึงมีความสามารถเป็นผู้ทรงสิทธินี้ได้ นอกจากนี้คนต่างด้าวยังมีความสามารถเป็นผู้ทรงสิทธิตามกฎหมายได้ ภายใต้การรับรองโดยกฎหมายระหว่างประเทศ เช่น สนธิสัญญา อนุสัญญา หรือข้อตกลง เป็นต้น และภายใต้การรับรองโดยกฎหมายภายในของประเทศ เช่น รัฐธรรมนูญ หรือกฎหมายภายในอื่น ๆ เป็นต้น ซึ่งการรับรองสิทธิตามกฎหมายดังกล่าวนี้ก่อให้เกิดความผูกพันของรัฐในการคุ้มครองสิทธิของคนต่างด้าวให้สามารถบรรลุผลได้จริง

แต่อย่างไรก็ตาม ภายใต้หลักการพื้นฐานของอำนาจอธิปไตยแห่งรัฐและหลักในทางระหว่างประเทศ มีหลักการที่ตรงกันว่า คนต่างด้าวไม่อาจเรียกร้องสิทธิให้เท่าเทียมกับพลเมืองของรัฐนั้นได้ เนื่องจากสิทธิบางอย่างนั้นรัฐธรรมนูญหรือกฎหมายภายในของรัฐได้สงวนไว้ว่าเป็นสิทธิของพลเมืองของรัฐเท่านั้น เช่น สิทธิในทางการเมือง (Political Rights) ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มสิทธิประเภท “status activus” ที่เป็นการรับรองให้บุคคลสามารถใช้สิทธิเข้าไปมีส่วนร่วมในการสร้างเจตจำนงทางการเมือง หรือเข้าไปมีส่วนร่วมในองค์กรของรัฐ หรือสิทธิในการมีกรรมสิทธิ์เหนืออสังหาริมทรัพย์ หรือสิทธิในการประกอบอาชีพบางอย่างที่รัฐสงวนไว้ให้พลเมืองของรัฐเท่านั้น เป็นต้น ทั้งนี้มีเหตุผลที่สำคัญคือสิทธิที่กล่าวนี้หากให้คนต่างด้าวมีสิทธิเทียบเท่าพลเมืองของรัฐแล้วอาจส่งผลกระทบต่อความคงอยู่ของรัฐได้ เช่น การแทรกแซงอำนาจทางการเมืองของรัฐ หรือการสูญสิ้นดินแดนของรัฐ เป็นต้น ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ถึงแม้รัฐจะมีความผูกพันตามกฎหมายระหว่างประเทศหรือกฎหมายภายในที่รัฐ

ตราขึ้นที่จะต้องให้ความคุ้มครองสิทธิของคนต่างด้าวที่อาศัยอยู่ภายในรัฐ แต่มีข้อยกเว้นให้รัฐสามารถจำกัดสิทธิของคนต่างด้าวนั้นได้ ด้วยเหตุผลในเรื่องความคงอยู่ของรัฐ หรือความมั่นคงของรัฐนั่นเอง

สำหรับสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลนั้น เป็นสิทธิที่มีรากฐานมาจากสิทธิในเชิงคุณค่าของการมีชีวิตอยู่อย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ทั้งนี้เนื่องจากมนุษย์ทุกคนเกิดมาพร้อมกับสัญชาตญาณของการดำรงชีวิต มนุษย์ทุกคนล้วนแล้วแต่ต้องแสวงหาอาหาร น้ำดื่ม เพื่อบำรุงรักษาร่างกายให้มีความสมบูรณ์แข็งแรง โดยหากร่างกายเกิดการเจ็บป่วยขึ้น มนุษย์จะต้องตกอยู่ในสภาวะที่ทนทุกข์ทรมานจากการถูกเบียดเบียนด้วยโรคภัยไข้เจ็บ ซึ่งเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนไม่ปรารถนา และจำเป็นต้องแสวงหาหนทางรักษาฟื้นฟูสภาพร่างกายให้กลับมาสมบูรณ์แข็งแรง สามารถบรรลุถึงการมีความสุขจากการเข้าถึงมาตรฐานสูงสุดของการมีสุขภาพดี อันเป็นสิทธิประการหนึ่งในสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคนโดยปราศจากความแตกต่างทางด้านเชื้อชาติ ภูมิลำเนา อุดมการณ์ทางการเมือง และเงื่อนไขทางสังคมหรือเศรษฐกิจ นอกจากนี้สุขภาพของประชาชนยังเป็นปัจจัยพื้นฐานของการบรรลุถึงสันติภาพ ความมั่นคง และความเป็นอิสระของปัจเจกชนและรัฐ แต่อย่างไรก็ตาม โดยสภาพของสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลนั้น ไม่ใช่สิทธิที่บุคคลสามารถบรรลุความมุ่งหมายแห่งสิทธิได้ด้วยตนเอง กล่าวคือ การใช้สิทธิของบุคคลมิอาจบรรลุความมุ่งหมายได้หากปราศจากการเข้ามาดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดจากฝ่ายรัฐ โดยรัฐมีหน้าที่หรือภารกิจที่จะต้องจัดให้มีบริการรักษาพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน หรือจัดให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้ ภายใต้หลักความเคารพต่อบุคคล (Respect for Person) โดยคำนึงถึงว่าบุคคลทุกคนควรได้รับการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย โดยจะปล่อยให้บุคคลต้องทนทุกข์ทรมานหรือเจ็บป่วยจนเสียชีวิตไป อันเป็นการปฏิบัติต่อบุคคลเสมือนมิใช่มนุษย์มิได้ สิทธินี้จึงจัดอยู่ในกลุ่มสิทธิประเภท “status positivus” และเนื่องจากสิทธิประเภทนี้มิใช่สิทธิที่อาจส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของรัฐ กล่าวคือ การเข้ารับบริการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าวไม่อาจกล่าวได้ว่าเป็นเรื่องที่กระทบต่อความคงอยู่ของรัฐ ดังเช่นกรณีสิทธิในทางการเมือง หรือสิทธิในการถือครองกรรมสิทธิ์ที่ดินของรัฐ และมิใช่เป็นเรื่องที่พึงสงวนไว้สำหรับพลเมืองของรัฐเท่านั้น ดังเช่นกรณีสิทธิในการประกอบอาชีพบางอย่างของพลเมืองแห่งรัฐ จึงมิอาจจำกัดสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้ ดังนั้นคนต่างด้าว จึงมีความสามารถในการเป็นผู้ทรงสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้

นอกจากนี้ เมื่อทำการวิเคราะห์ถึงสถานะแห่งสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล โดยพิจารณาถึงคุณลักษณะที่สำคัญของสิทธินี้แล้วจะเห็นได้ว่า มีคุณลักษณะที่สำคัญและเป็นเสมือนระดับหรือขอบเขตแห่งสิทธิที่ซ้อนกันอยู่ 2 ประการ กล่าวคือ เป็นทั้ง “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” และ “สิทธิขั้นพื้นฐาน” ดังนี้

5.1.1 การเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลในฐานะศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ในทางการแพทย์และการสาธารณสุขนั้น เป็นข้อความคิดที่วางอยู่บนหลักความเคารพต่อบุคคล (Respect for Persons) กล่าวคือ เป็นการพิจารณาถึงหลักจริยธรรมของการดำเนินกิจกรรมทางการแพทย์ในเรื่องต่าง ๆ ที่ต้องคำนึงถึงผู้รับบริการในฐานะที่เป็นบุคคลหรือเป็นมนุษย์[247] ซึ่งเมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยและจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาล (Clinical Need) โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน (Emergency) โดยได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งเป็นภยันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิต เช่น กรณีประสบอุบัติเหตุและต้องได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน (Sergeant Emergency) เป็นต้น กรณีนี้ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์หรือผู้ให้บริการรักษาพยาบาลย่อมมีหน้าที่อันเกิดจากความเคารพต่อบุคคลในฐานะที่บุคคลนั้นเป็นมนุษย์ซึ่งต้องได้การรักษาพยาบาลรวมถึงปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างใด ๆ ก็ตาม เพื่อช่วยชีวิตของบุคคลนั้น โดยมิอาจปล่อยทิ้งให้เสียชีวิตไปอันเป็นการเคารพต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของบุคคล ทั้งนี้ เนื่องจากศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์นั้น เป็นคุณค่าที่มีลักษณะเฉพาะอันสืบเนื่องมาจากความเป็นมนุษย์และผูกพันอยู่เฉพาะกับความเป็นมนุษย์เท่านั้น โดยไม่ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขอื่นใดทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็นเพศ วัย ศาสนา เชื้อชาติหรือคุณสมบัติอื่น ๆ ของบุคคล และด้วยเหตุนี้เมื่อคนต่างด้าวเกิดการเจ็บป่วยร้ายแรงและจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนเพื่อช่วยชีวิต คนต่างด้าวนั้นก็ย่อมมีสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลในฐานะของความเป็นมนุษย์และต้องได้รับการปฏิบัติเฉกเช่นมนุษย์ทั่วไป โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติหรือการกระทำอื่นใดอันเป็นการลดทอนคุณค่าของมนุษย์ นอกจากนี้ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ยังมีลักษณะที่สำคัญคือเป็นสารัตถะที่มนุษย์แต่ละคนได้รับเพื่อความเป็นมนุษย์ของบุคคลนั้น[248] ซึ่งมิใช่เป็นแต่เพียงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของปัจเจกบุคคลเท่านั้น แต่เป็นศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของชาติพันธุ์มนุษย์ด้วย ซึ่งในสายตาของกฎหมาย (Legal Aspect) มุ่งให้ความคุ้มครองในฐานะคุณค่าของมนุษยชาติ (Mankind) ถึงแม้ว่าบุคคลนั้นไม่ประสงค์จะได้รับความคุ้มครองก็ตาม บุคคลก็ไม่อาจสละศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์นี้ได้ ดังนั้น เมื่อคนต่างด้าวเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินร้ายแรงและจำเป็นต้องได้รับการรักษาเพื่อช่วยชีวิตอย่างเร่งด่วน แม้ว่าบุคคลนั้นจะได้ให้ความยินยอมในการรับการรักษาหรือไม่ก็ตาม ก็ไม่อาจเป็นข้ออ้างให้รัฐหรือผู้ให้บริการที่จะงดทำการรักษาเพื่อช่วยชีวิตบุคคลนั้นได้ การที่แพทย์หรือผู้ให้บริการปฏิเสธการรักษาพยาบาลแก่คนต่างด้าวและปล่อยให้คนต่างด้าวต้องทนทุกข์ทรมานหรือเจ็บป่วยจนเสียชีวิต ย่อมไม่ต่างอะไรกับการปฏิบัติต่อมนุษย์เยี่ยงพืชผักที่เน่าเสียหรือ

---

[247] Daniel Davis, *op. cit.*, p. 24.

[248] บรรเจิด สิงคะเนติ, *เรื่องเดิม*, หน้า 87.

สัตว์เจ็บป่วยที่ถูกทอดทิ้งแล้วปล่อยให้ตายไป อันถือได้ว่าเป็นการปฏิบัติต่อบุคคลเสมือนมิใช่มนุษย์และเป็นการละเมิดต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

5.1.2 การเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลในฐานะสิทธิขั้นพื้นฐานในการดำรงชีพ

นอกจากสถานะแห่งสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่เป็น “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” ดังกล่าวข้างต้นแล้ว การเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลยังถือได้ว่าเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนจำเป็นต้องได้รับเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ด้วยการมีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ แข็งแรง ทั้งนี้เนื่องจากภายใต้กฎแห่งธรรมชาติย่อมไม่อาจปฏิเสธได้ว่ามนุษย์ไม่อาจหลีกพ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหรือภัยสุขภาพ และเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น มนุษย์จำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลให้หายจากโรคหรือความเจ็บป่วยอันเป็นสิ่งที่ทำให้ต้องทนทุกข์ทรมานนั้น ซึ่งเป็นความต้องการจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ และถือได้ว่าเป็น “สิทธิขั้นพื้นฐานในการดำรงชีพ” (sozialen Grundrechte)[249] โดยเป็นข้อเรียกร้องที่บุคคลมีต่อรัฐให้ต้องดำเนินการจัดให้บุคคลสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ อันเป็นผลประโยชน์ของปัจเจกบุคคลและสังคม หรือเรียกว่า “สิทธิขั้นพื้นฐานทางสังคม”[250] ในขณะเดียวกันก็ก่อให้เกิดความผูกพันต่อรัฐในการคุ้มครองสิทธิดังกล่าว โดยรัฐมีหน้าที่หรือความผูกพันที่จะต้องจัดทำบริการสาธารณะด้านการรักษาพยาบาล รวมถึงดำเนินการอื่นใดเพื่อให้บุคคลสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้ ซึ่งมีคุณลักษณะสำคัญจำแนกได้เป็น 2 ประการ คือ สิทธิในการครองสิทธิ และสิทธิในเสรีภาพ ดังนี้

5.1.2.1 สิทธิในการครองสิทธิ

การที่คนต่างด้าวมีสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลนั้น ย่อมก่อให้เกิดความผูกพันต่อรัฐในการให้ความคุ้มครองสิทธิดังกล่าว โดยรัฐมีหน้าที่ต้องจัดให้คนต่างด้าวสามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้ อันมีลักษณะเป็นสิทธิในการครองสิทธิ (Entitlement) กล่าวคือ เมื่อใดก็ตามที่คนต่างด้าวมีความจำเป็นทางสุขภาพที่จะต้องเข้ารับการรักษาพยาบาล และประสงค์จะเข้ารับการรักษาพยาบาล คนต่างด้าวนั้นย่อมมีสิทธิเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้และรัฐมีหน้าที่คุ้มครองให้การใช้สิทธินี้สามารถบรรลุผลเป็นจริงได้ ภายใต้การคำนึงถึงมาตรฐานการให้บริการขั้นพื้นฐานโดยเฉพาะอย่างยิ่งการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลที่จำเป็น (Essential Medicines)

5.1.2.2 สิทธิในเสรีภาพ

สิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลนั้น แม้ว่าคนต่างด้าวจะมีความสามารถในการเป็นผู้ทรงสิทธิได้ แต่การใช้สิทธินี้ย่อมเป็นไปโดยความประสงค์ของบุคคลนั้นเองเป็นสำคัญ อันมี

---

[249] *เรื่องเดียวกัน,* หน้า 41.

[250] *เรื่องเดียวกัน,* หน้า 40.

ลักษะเป็นสิทธิในเสรีภาพ (Freedom) กล่าวคือ คนต่างด้าวย่อมมีสิทธิที่จะรับบริการหรือไม่ก็ได้ หรือเลือกที่จะรับการรักษาด้วยวิธีการใดก็ตามที่เห็นว่าเหมาะสม อันเป็นหลักการพื้นฐานสำคัญที่มีรากฐานมาจากสิทธิในชีวิต (Right to Life) และร่างกาย (Right to Body) ซึ่งคนต่างด้าวในฐานะที่เป็นองค์ประธานแห่งสิทธิย่อมสามารถกำหนดเจตจำนงเกี่ยวกับชีวิตและร่างกายของตนเองได้ และรัฐมีหน้าที่ต้องเคารพต่อสิทธิและการแสดงออกซึ่งเจตจำนงดังกล่าว ทั้งนี้ เท่าที่ไม่ขัดกับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เช่น กรณีประสบอุบัติเหตุร้ายแรงที่ต้องให้บริการกู้ชีพฉุกเฉิน เป็นต้น หรือไม่ขัดต่อความสงบเรียบร้อยหรือความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชนภายในรัฐ เช่น การรักษาพยาบาลเพื่อป้องกันควบคุมโรคระบาด เป็นต้น ซึ่งรัฐย่อมสามารถจำกัดสิทธิของบุคคลโดยทำการรักษาพยาบาลได้ แม้ว่าคนต่างด้าวจะปฏิเสธไม่ยอมรับการรักษาก็ตาม แต่ต้องกระทำโดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมายที่ให้กระทำได้ เช่น กฎหมายว่าด้วยการควบคุมโรคติดต่อ เป็นต้น

จากที่กล่าวมาข้างต้น เห็นได้ว่า ภายใต้ขอบเขตแห่งสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลนั้นมีสถานะแห่งสิทธิเป็นทั้ง “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” และ “สิทธิขั้นพื้นฐานในการดำรงชีพ” ซึ่งสถานะแห่งสิทธิทั้งสองประการนี้ อาจกล่าวได้ว่า “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” เป็นระดับหรือขอบเขตแห่งสิทธิในขอบเขตอย่างแคบที่ก่อให้เกิดอำนาจเรียกร้องต่อรัฐต้องดำเนินการอย่างใด ๆ เพื่อให้บุคคลสามารถเข้าถึงการรักษาที่จำเป็นได้ เช่น กรณีกู้ชีพฉุกเฉิน เป็นต้น และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ยังมีสถานะเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานสิทธิหนึ่ง[251] จึงอยู่ภายใต้ขอบเขตแห่ง “สิทธิขั้นพื้นฐานในการดำรงชีพ” ที่เป็นข้อเรียกร้องต่อรัฐให้ต้องดำเนินการจัดให้บุคคลสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ โดยเมื่อใดก็ตามที่คนต่างด้าวมีความจำเป็นทางสุขภาพที่จะต้องเข้ารับการรักษาพยาบาล และประสงค์จะเข้ารับการรักษาพยาบาล คนต่างด้าวนั้นย่อมมีสิทธิเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้และรัฐมีหน้าที่คุ้มครองให้การใช้สิทธินี้สามารถบรรลุผลเป็นจริงได้ ภายใต้การคำนึงถึงมาตรฐานการให้บริการขั้นพื้นฐาน ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าสิทธิขั้นพื้นฐานในการดำรงชีพดังกล่าวนี้ เป็นระดับหรือขอบเขตแห่งสิทธิในขอบเขตอย่างกว้างที่ครอบคลุมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อีกชั้นหนึ่ง และเป็นสิทธิที่คนต่างด้าวมีความสามารถเป็นผู้ทรงสิทธิได้

แต่อย่างไรก็ตาม แม้ว่าคนต่างด้าวจะมีความสามารถเป็นผู้ทรงสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล แต่โดยสถานะของความเป็นคนต่างด้าวที่เข้ามาอาศัยอยู่ภายในรัฐนั้น ย่อมมิอาจเรียกร้องสิทธิได้เทียบเท่ากับพลเมืองของรัฐ ดังนั้นแม้รัฐจะมีความผูกพันหรือหน้าที่ในการคุ้มครองสิทธิของคนต่างด้าวให้สามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล แต่การให้ความคุ้มครองนั้นอาจเหมือนหรือแตกต่างจากการให้ความคุ้มครองพลเมืองของรัฐได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานะของคนต่างด้าวมาตรฐานการปฏิบัติต่อคนต่างด้าวของแต่ละรัฐ ดังเช่นกรณีของประเทศที่เป็นตัวอย่างของการศึกษา

---

[251] *เรื่องเดียวกัน,* หน้า 93.

ครั้งนี้ ก็มีมาตรฐานการปฏิบัติต่อคนต่างด้าวที่แตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ และเมื่อพิจารณาระบบกฎหมายภายในของประเทศที่เป็นตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้แล้ว มีข้อค้นพบที่น่าสนใจสามารถนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบให้เห็นถึงความเหมือนและความแตกต่างของแนวคิดในการกำหนดสถานะแห่งสิทธิและความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับคนต่างด้าวที่เข้ามาอาศัยอยู่ภายในรัฐ ดังต่อไปนี้

ประเทศสหรัฐอเมริกา มีการรับรองสิทธิของประชาชนโดยบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญแก้ไขเพิ่มเติม ที่เรียกว่า “Bill of Rights” เป็นหลักประกันการคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชนแห่งสหรัฐ ซึ่งในส่วนของคนต่างด้าวนั้น รัฐธรรมนูญแก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ 14 ได้บัญญัติรับรองให้บุคคลทุกคนที่เกิดหรือแปลงสัญชาติในสหรัฐและอยู่ภายใต้เขตอำนาจแห่งสหรัฐ มีสถานะเป็นพลเมืองของสหรัฐและของมลรัฐที่อาศัยอยู่ โดยมลรัฐจะตราหรือบังคับใช้กฎหมายใด ๆ ที่เป็นการตัดเอกสิทธิ์หรือความคุ้มกันของพลเมืองแห่งสหรัฐไม่ได้ ซึ่งภายใต้บทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้ ไม่ปรากฏการรับรองสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลไว้โดยชัดแจ้ง แต่ในทางปฏิบัติศาลสูงสุดแห่งสหรัฐ (Supreme Court) ได้มีคำวินิจฉัยตีความบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญในเรื่องสิทธิในความเป็นอยู่ส่วนบุคคล (Right to Privacy) มีขอบเขตแห่งสิทธิกินความรวมถึงสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล (Right to Access Health Care Services) ด้วย ซึ่งเป็นสิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองจากหลัก “ศุภนิติกระบวน” (Due Process of Law) ในฐานะเป็นผลประโยชน์แห่งเสรีภาพ (Liberty Interests) ที่เกี่ยวข้องกับสิทธิในความเป็นอยู่ส่วนบุคคล และรัฐบาลมีหน้าที่ต้องดำเนินการเกี่ยวกับการบริการรักษาพยาบาลบนพื้นฐานแห่งความสมเหตุสมผล (Rational Basis) และรัฐบาลไม่สามารถปฏิเสธการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าว แม้ว่าจะเป็นคนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยผิดกฎหมายก็ตาม การที่รัฐบาลปฏิเสธให้บริการรักษาพยาบาลแก่คนต่างด้าวดังกล่าว ศาลสูงแห่สหรัฐได้เคยวินิจฉัยไว้ว่าเป็นการขัดรัฐธรรมนูญในเรื่องการได้รับความคุ้มครองอย่างเสมอภาคภายใต้รัฐธรรมนูญ ซึ่งก็คือเป็นการละเมิดสิทธิตามรัฐธรรมนูญนั่นเอง

ประเทศอังกฤษ ไม่มีรัฐธรรมนูญที่เป็นลายลักษณ์อักษรดังเช่นประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศภาคพื้นยุโรปอื่น ๆ จึงไม่มีการบัญญัติรับรองสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลไว้เป็นสิทธิทางรัฐธรรมนูญ แต่ภายใต้ระบบกฎหมายอังกฤษ สามารถนำกฎหมายแห่งสหภาพยุโรป (EU Law) มาปรับใช้แทนการบัญญัติรัฐธรรมนูญได้ ซึ่งประเทศอังกฤษได้มีการนำกฎหมายระหว่างประเทศมาปรับใช้ในการรับรองและคุ้มครองสิทธิของประชาชนคือ กฎบัตรทางสังคมของยุโรป (European Social Charter) ซึ่งได้รับรองสิทธิในสุขภาพไว้ ประกอบด้วย สิทธิที่จะมีมาตรฐานทางสุขภาพสูงที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และสิทธิที่จะได้รับการสงเคราะห์ทางการแพทย์ โดยกฎบัตรทางสังคมของยุโรปมีสถานะเป็นกฎหมายระดับสูงกว่ากฎหมายภายในประเทศ (Supra State) แต่อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติประเทศอังกฤษได้ตรากฎหมายภายในขึ้นเพื่อให้ความคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล คือ กฎหมายว่าด้วยการบริการสุขภาพแห่งชาติ (NHS) ซึ่งกฎหมายนี้ได้บัญญัติให้

ความคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของพลเมืองแห่งรัฐรวมถึงคนต่างด้าวที่อาศัยอยู่ภายในประเทศด้วย จึงเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงการรับรองสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของบุคคลไม่ว่าจะเป็นพลเมืองของรัฐหรือเป็นคนต่างด้าวที่อาศัยอยู่ภายในรัฐก็ตาม

ประเทศเยอรมัน มีการรับรองสิทธิของประชาชนบนพื้นฐานแนวความคิดว่าด้วยสิทธิทางมหาชน (Subjektives öffentliches Recht) โดยบัญญัติรับรองไว้ในรัฐธรรมนูญ (Grundgesetz) แต่เมื่อพิจารณาตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแล้ว ไม่พบการบัญญัติรับรองสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลไว้โดยชัดแจ้ง แต่ภายใต้รัฐธรรมนูญนี้ ได้วางหลักการทางกฎหมายที่เรียกว่า “หลักสังคมรัฐ” (Sozialstaat) โดยเป็นข้อเรียกร้องให้รัฐต้องตรากฎหมายและบังคับใช้กฎหมายเพื่อบรรลุเป้าประสงค์คือ ความยุติธรรมทางสังคม (Social justice) กล่าวคือ รัฐจะต้องสร้างหลักประกันให้กับบุคคลทุกคนสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Menschen – wuerde) อันนำไปสู่การสร้างระบบประกันสังคมขึ้น และการเข้าถึงการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบประกันสังคมนี้ ตามระบบกฎหมายของเยอรมันถือว่าเป็นสิทธิ โดยเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิในการเข้าถึงระบบประกันสังคมตามหลักสังคมรัฐ

ประเทศฝรั่งเศส ไม่มีการบัญญัติรับรองสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลไว้อย่างชัดแจ้งในรัฐธรรมนูญเช่นเดียวกัน แต่ตามบทบัญญัติในปฏิญญาสิทธิมนุษยชนและพลเมือง ค.ศ. 1789 ได้มีการรับรองสิทธิมนุษยชนไว้ให้มีสถานะเทียบเท่ารัฐธรรมนูญหรือเป็นสิทธิทางรัฐธรรมนูญ และคำปรารภของรัฐธรรมนูญ ค.ศ. 1946 ได้กล่าวถึงสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลไว้ โดยบัญญัติให้รัฐมีหน้าที่ต้องให้หลักประกันแก่บุคคลทุกคนโดยเฉพาะเด็ก มารดา และคนงานที่สูงอายุ ในอันที่จะได้รับการคุ้มครองสุขภาพ อันมีลักษณะเป็นสิทธิที่บัญญัติรับรองให้กับประชาชนภายใต้อำนาจอธิปไตยแห่งรัฐ ซึ่งรวมถึงคนต่างด้าวที่เข้ามาอยู่อาศัยภายในดินแดนและภายใต้อำนาจอธิปไตยแห่งรัฐด้วย และศาลสิทธิมนุษยชนแห่งสหภาพยุโรปได้วินิจฉัยยืนยันหลักการนี้ไว้ในคดี “Médecin du monde v. France” ซึ่งศาลได้วินิจฉัยว่า คนต่างด้าวที่อาศัยอยู่ในประเทศฝรั่งเศสมีสิทธิในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ (Medical Care) การรักษาพยาบาล (Health Treatment) บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Care) การได้รับวัคซีนป้องกันโรค (Vaccination) และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (Information) ซึ่งเป็นการยืนยันว่าสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐ เป็นสิทธิที่คนต่างด้าวมีความสามารถเป็นผู้ทรงสิทธินี้ได้ด้วย

สำหรับประเทศไทย เมื่อพิจารณารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน พบว่า สิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล มีการบัญญัติรับรองไว้ครั้งแรกในรัฐธรรมนูญ ฉบับปี พ.ศ. 2534 ซึ่งเป็นการแก้ไขเพิ่มเติมในปี พ.ศ. 2538 จากนั้นเมื่อได้มีการยกเลิกรัฐธรรมนูญและตราฉบับใหม่ขึ้นใช้แทน ก็ยังคงไว้ซึ่งหลักการดังกล่าว โดยปรากฏในรัฐธรรมนูญ ฉบับปี พ.ศ. 2540 และรัฐธรรมนูญ ฉบับปี พ.ศ. 2550 ซึ่งรับรองสิทธินี้ไว้ในทำนองเดียวกัน กล่าวคือ “บุคคลย่อมมีสิทธิ

เสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย” สำหรับปัจจุบันได้มีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 โดยมีบทบัญญัติรับรองสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลบัญญัติไว้ในมาตรา 47 กล่าวคือ

> มาตรา 47 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ
>
> บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ
>
> บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

แต่อย่างไรก็ตามภายใต้รัฐธรรมนูญทั้ง 4 ฉบับนี้ การรับรองสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ได้บัญญัติไว้ในหมวดที่ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงการให้ความสำคัญในเชิงสิทธิพลเมืองเป็นหลัก และในขณะเดียวกันการรับรองสิทธิเสรีภาพของประชาชนในหมวดนี้ เป็นการมุ่งให้ความคุ้มครองทั้งสิทธิมนุษยชนและสิทธิพลเมืองปะปนกันไปโดยมิได้แบ่งแยก ทั้งนี้ การพิจารณาว่าเป็นสิทธิประเภทใดขึ้นอยู่กับการวินิจฉัยตีความลักษณะของสิทธินั้น ซึ่งในทางข้อเท็จจริงยังไม่พบว่ามีคดีที่ขึ้นสู่ศาลรัฐธรรมนูญเพื่อมีคำวินิจฉัยว่าสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลนั้น คนต่างด้าวสามารถเป็นผู้ทรงสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลหรือไม่ จึงอาจกล่าวได้ว่า ในปัจจุบันระบบกฎหมายไทย ยังไม่มีการรับรองสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลไว้โดยแจ้งชัด

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า สิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลตามกฎหมายระหว่างประเทศ และกฎหมายภายในประเทศดังที่กล่าวมาข้างต้นมีลักษณะที่ตรงกันคือ เป็นสิทธิที่บุคคลไม่อาจบรรลุความมุ่งหมายได้หากปราศจากการเข้ามาดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดจากฝ่ายรัฐ โดยเป็นสิทธิที่แสดงออกในรูปของ “สิทธิเรียกร้อง” กล่าวคือ เป็นข้อเรียกร้องของบุคคลที่มีต่อรัฐในการเรียกร้องให้รัฐกระทำการอย่างหนึ่งอย่างใดเพื่อให้บุคคลสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยได้ สิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลนี้ จึงมีสถานะเป็นสิทธิประเภท “status positivus” ที่บุคคลจะสามารถบรรลุถึงความมุ่งหมายแห่งสิทธินี้ได้ ก็แต่โดยการที่รัฐเข้ามาแทรกแซงด้วยการจัดให้มีบริการรักษาพยาบาล หรือการจัดระบบให้บุคคลสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้ ส่วนการที่คนต่างด้าวจะสามารถเป็นผู้ทรงสิทธินี้ได้หรือไม่ ย่อมขึ้นอยู่กับว่ารัฐมีความผูกพันตามพันธกรณีในทางระหว่างประเทศ หรือความผูกพันตามกฎหมายภายในประเทศ หรือมีนโยบายแห่งรัฐในการคุ้มครองสิทธินี้หรือไม่ เพียงใด ดังจะเห็นได้ว่าระบบกฎหมายของแต่ละประเทศที่เป็นตัวอย่างของการศึกษานั้น

ต่างไม่มีการรับรองสิทธินี้ไว้ในบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญอย่างชัดแจ้ง แต่ได้ให้ความคุ้มครองการเข้าถึงสิทธิในการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันไปตามบริบทและนิติวิธีของระบบกฎหมายในแต่ละประเทศ ดังเช่นในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการรับรองสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลโดยความผูกพันตามผลคำวินิจฉัยของศาลสูงแห่งสหรัฐและกฎหมายภายในที่ตราขึ้นบังคับใช้ ประเทศอังกฤษ มีการรับรองสิทธินี้โดยการนำกฎหมายสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศ คือ กฎบัตรทางสังคมยุโรป ผนวกเข้ามาปรับใช้เป็นกฎหมายภายในโดยมีสถานะเป็นกฎหมายในระดับที่สูงกว่ากฎหมายภายใน และมีการตรากฎหมายภายในขึ้นมารับรองสิทธินี้ ส่วนประเทศเยอรมันได้ให้การรับรองสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลไว้ โดยรับรองไว้ในกฎหมายภายในที่รัฐตราขึ้น เช่นเดียวกับประเทศฝรั่งเศสได้ให้การรับรองสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลตามกฎหมายภายในที่รัฐตราขึ้น และโดยความผูกพันตามผลคำวินิจฉัยของศาลสิทธิมนุษยชนแห่งสหภาพยุโรป

5.2 ปัญหาการเข้าถึงสิทธิในการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าวตามระบบกฎหมายไทย

ปัจจุบันระบบกฎหมายไทย ได้ให้ความคุ้มครองการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าวในหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับสถานะของบุคคลนั้น แต่อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติยังคงพบว่ามีคนต่างด้าวเป็นจำนวนมากที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของรัฐได้ หรือการเข้าถึงเป็นไปโดยยากลำบากไม่สะดวกเท่าที่ควร หรือไม่สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นขั้นพื้นฐานได้ ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ระบบกฎหมายและรูปแบบการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของคนต่างด้าวที่มีอยู่ในปัจจุบันแล้ว พบว่ามีปัญหาทางกฎหมายที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1. การไม่มีกฎหมายบัญญัติรับรองสิทธิ 2. การเข้าไม่ถึงหลักประกันสุขภาพ และ 3. การเข้าไม่ถึงสิทธิประโยชน์ที่จำเป็นในทางสุขภาพ แยกพิจารณาดังนี้

5.2.1 การไม่มีกฎหมายบัญญัติรับรองสิทธิ

สิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลนั้น เป็นข้อถกเถียงทางวิชาการด้านนิติศาสตร์ว่าเป็นสิทธิที่บุคคลทุกคนสามารถเป็นผู้ทรงสิทธิได้หรือไม่ ซึ่งเป็นประเด็นข้อถกเถียงทางวิชาการที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการกำหนดท่าทีและนโยบายการปฏิบัติด้านการให้บริการการรักษาพยาบาลสำหรับคนต่างด้าวที่เข้ามาอยู่อาศัยภายในรัฐ ทั้งนี้ เนื่องจากหลักการจัดสรรสถานะบุคคลด้วยสัญชาติ เป็นหลักการสากลที่นานาประเทศให้การยอมรับว่าเป็นเครื่องมือในการรักษาความมั่นคงของรัฐ กล่าวคือ เมื่อพิจารณาองค์ประกอบของความเป็นรัฐ นอกเหนือจากดินแดนและอำนาจอธิปไตยแล้ว องค์ประกอบที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ พลเมืองแห่งรัฐ ซึ่งในแต่ละรัฐจะต้องดำเนินนโยบายเพื่อรักษาความเป็นปึกแผ่นของพลเมืองไว้ เพราะความมั่นคงทางพลเมืองนั้นย่อมส่งผล

กระทบโดยตรงต่อความมั่นคงของรัฐด้วย กฎหมายว่าด้วยสัญชาติจึงเป็นเครื่องมือที่ใช้สำหรับจัดสรรสถานะและความสัมพันธ์ที่แท้จริง (Genuine Link) ระหว่างบุคคลและรัฐ รวมถึงวางข้อกำหนดในการยอมรับว่าคนต่างด้าวกรณีใดที่สมควรจะได้รับสัญชาติของรัฐ ซึ่งการได้รับสัญชาติของรัฐดังกล่าวนี้ย่อมนำมาซึ่งสถานะความเป็นพลเมืองแห่งรัฐ และการได้มาซึ่งสิทธิต่าง ๆ โดยเท่าเทียมกันกับประชากรผู้ถือสัญชาติของรัฐโดยกำเนิด ซึ่งเป็นหลักการทางกฎหมายระหว่างประเทศที่ยอมรับว่าเป็นอำนาจอธิปไตยของของรัฐเจ้าของสัญชาติที่จะให้สัญชาติของตนหรือไม่ก็ได้[252] แต่ในขณะเดียวกันในปัจจุบันพัฒนาการของกระแสแนวความคิดเรื่องสิทธิมนุษยชนได้เข้ามามีอิทธิพลเหนือความรู้สึกนึกคิดของมวลมนุษยชาติ จนก่อให้เกิดการสร้างกฎเกณฑ์ทางกฎหมายระหว่างประเทศสมัยใหม่ที่มุ่งคุ้มครองสิทธิในความเป็นมนุษย์ เกิดแนวความคิดการจำกัดอำนาจอธิปไตยของรัฐในการกำหนดสัญชาติ ด้วยเหตุผลที่ว่าการปราศจากสัญชาติจะส่งผลให้บุคคลไม่สามารถเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตได้

สำหรับประเทศไทย มีการต่อสู้กันทางความคิดในเรื่องการกำหนดท่าทีและนโยบายการปฏิบัติต่อคนต่างด้าวมาอย่างยาวนาน ภายใต้แนวความคิดว่าด้วยความมั่นคงของรัฐ และแนวความคิดว่าด้วยสิทธิของบุคคล โดยในยุคเริ่มต้นเป็นการถกเถียงกันในเรื่องปัญหาการให้สัญชาติว่า กรณีใดที่บุคคลควรจะได้รับสัญชาติไทย โดยเฉพาะกรณีบุคคลต่างด้าวที่เกิดในประเทศไทยควรจะมีสัญชาติไทยหรือไม่ แต่อย่างไรก็ตามในปัจจุบันกระแสของแนวความคิดว่าด้วยสิทธิมนุษยชนได้มีอิทธิพลอย่างมากต่อระบบกฎหมายไทย ซึ่งได้ให้การยอมรับความมีตัวตนของบุคคลแม้ว่าบุคคลนั้นจะเป็นคนต่างด้าวก็ตาม โดยให้ความคุ้มครองตามหลักสิทธิมนุษยชนภายใต้บริบทด้านนโยบายความมั่นคงของรัฐควบคู่กันไป ก่อให้เกิดพัฒนาการของแนวความคิดในเรื่องสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลนี้ คนต่างด้าวสามารถเป็นผู้ทรงสิทธิได้หรือไม่ และรัฐมีหน้าที่ต้องให้ความคุ้มครองหรือไม่ หรือเป็นเพียงปฏิบัติการทางมนุษยธรรมเท่านั้น ซึ่งข้อถกเถียงดังกล่าวนี้หากพิจารณาจากเจตจำนงร่วมของคนในชาติที่เป็นอุดมการณ์สูงสุดของประเทศ ย่อมสะท้อนผ่านบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ซึ่งพบว่า สิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล เริ่มปรากฏครั้งแรกในรัฐธรรมนูญ ฉบับปี พ.ศ. 2534 แก้ไขเพิ่มเติมในปี พ.ศ. 2538 โดยได้บัญญัติรับรองสิทธิของบุคคลในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลไว้ในหมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย เป็นการรับรองให้บุคคลมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับบริการโดยไม่คิดมูลค่า[253]

---

[252] พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร, **คำอธิบายกฎหมายระหว่างประเทศแผนกคดีบุคคล ภาคนำ: แนวความคิดทั่วไปเกี่ยวกับนิติสัมพันธ์ของเอกชนที่มีลักษณะระหว่างประเทศ** (กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2548), หน้า 150.

[253] มาตรา 41 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับปี พ.ศ. 2534)

ต่อมาได้มีการยกเลิกรัฐธรรมนูญฉบับดังกล่าว และประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับใหม่ขึ้นแทนที่ คือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับปี พ.ศ. 2540 ซึ่งได้มีการบัญญัติรับรองสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลไว้เช่นกัน โดยบัญญัติไว้ในหมวด 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย กล่าวคือ บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย การบริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพโดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้ และการป้องกันขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์[254] ซึ่งรัฐธรรมนูญฉบับนี้เอง ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ใช้เป็นฐานอ้างอิงการวินิจฉัยปัญหาข้อกฎหมายว่า สิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เป็นของประชาชนชาวไทยเท่านั้น ไม่รวมถึงคนต่างด้าว ทั้งนี้ เนื่องจากพระราชบัญญัตินี้ บัญญัติขึ้นตามมาตรา 52 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ซึ่งอยู่ในหมวด 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย ซึ่งคำว่า “ชนชาวไทย” หมายถึงบุคคลที่มีสัญชาติไทยตามกฎหมายว่าด้วยสัญชาติ จึงไม่ครอบคลุมถึงคนต่างด้าว และไม่สามารถจ่ายค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้คนต่างด้าวได้[255]

จากนั้นได้มีการยกเลิกรัฐธรรมนูญ ฉบับปี พ.ศ. 2540 และประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับใหม่ขึ้นแทนที่ คือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับปี พ.ศ. 2550 ซึ่งภายใต้รัฐธรรมนูญฉบับนี้ได้บัญญัติรับรองสิทธิของบุคคลในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลไว้ในหมวด 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย โดยรับรองให้บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์[256] ซึ่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับปี พ.ศ. 2550 นี้ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาได้ใช้เป็นฐานอ้างอิงในการวินิจฉัยปัญหาข้อกฎหมาย และยืนยันว่าสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เป็นของประชาชนชาวไทยเท่านั้น ไม่รวมถึงคนต่างด้าว[257]

---

[254] มาตรา 52 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับปี พ.ศ. 2540)

[255] กิติวรญา รัตนมณี, *เรื่องเดิม,* หน้า 5.

[256] มาตรา 51 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับปี พ.ศ. 2550)

[257] สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, *เรื่องเดิม*.

ปัจจุบัน ได้มีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ซึ่งได้บัญญัติรับรองสิทธิของบุคคลในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลไว้ในหมวด 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย โดยรับรองให้บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ ผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ และบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย[258]

ภายใต้บทบัญญัติของรัฐธรรมนูญทั้ง 4 ฉบับที่กล่าวมาข้างต้น เห็นได้ว่า การรับรองสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล ล้วนแล้วแต่บัญญัติไว้ในหมวดที่ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทยทั้งสิ้น โดยไม่มีการบัญญัติถึงสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลไว้อย่างชัดแจ้งแต่ประการใด ดังนั้นการพิจารณาว่าคนต่างด้าวมีสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของรัฐหรือไม่ จึงจำเป็นต้องอาศัยการตีความรัฐธรรมนูญและกฎหมายที่เกี่ยวข้องเป็นสำคัญ ซึ่งการตีความสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลภายใต้พระราชบัญญัติที่ตราขึ้นโดยอาศัยอำนาจบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้ จึงมีความเป็นไปได้ที่จะตีความไปตามระบบหรือโครงสร้างของกฎหมายที่มุ่งพิจารณาถึงตำแหน่งที่ตั้งของบทกฎหมายว่าจัดอยู่ในหมวดหมู่หรือส่วนใดของกฎหมาย[259] ซึ่งเมื่อพิจารณาแล้วจะเห็นได้ว่า สิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขนั้น มิได้อยู่ในหมวดหมู่ที่เป็นบททั่วไป แต่อยู่ในหมวดหมู่เฉพาะที่ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย จึงย่อมตีความได้ว่าเป็นสิทธิที่บัญญัติรับรองไว้ให้เฉพาะบุคคลที่มีสัญชาติไทยเท่านั้น ดังที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้วินิจฉัยไว้ข้างต้น ซึ่งการตีความรัฐธรรมนูญดังกล่าว สอดคล้องกับการพิจารณาร่างรัฐธรรมนูญ ฉบับปี พ.ศ. 2540 ที่ปรากฏการอภิปรายประเด็นสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทยในหมวด 3 ไว้ กล่าวคือ

นายสามารถ แก้วมีชัย (กรรมาธิการ) อภิปรายว่า

> . . . ในที่สุดได้ข้อสรุปว่าการที่จะเขียนอยู่ในหมวดเดียวกัน โดยแยกชนชาวไทยและแยกบุคคลที่เป็นคนต่างด้าวด้วยจะเกิดความสับสน จะมีปัญหา คณะกรรมาธิการพิจารณาร่างก็ได้ปรับเปลี่ยนให้ชัดเจน ใช้คำว่า “สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย” ซึ่งหลายท่านก็กังวลว่าถ้าใช้ถ้อยคำชนชาวไทยแล้ว สิทธิของคนต่างด้าวก็ดี ต่างชาติก็ดี ที่เข้ามาอยู่ในราชอาณาจักรจะได้รับการคุ้มครองตามหมวดนี้ไหม อยากจะกราบเรียนว่าไม่มีสิทธิในเรื่องการถือครองทรัพย์สิน ถือครองที่ดิน ไม่ว่าสิทธิในเรื่องของการนับถือศาสนา เราจะมีบทบัญญัติกฎหมายว่าด้วยการนั้นให้

---

[258] มาตรา 47 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560

[259] วรเจตน์ ภาคีรัตน์, **การใช้การตีความกฎหมาย** (กรุงเทพมหานคร: กองทุนศาสตราจารย์จิตติ ติงศภัทย์, 2552), หน้า 325.

ข้อยกเว้นไว้ ซึ่งก็ได้ปฏิบัติสืบต่อกันมา รัฐธรรมนูญของเราทุกฉบับตั้งแต่ปี 2475 จนถึงฉบับที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน 2534 ก็ใช้คำว่าบุคคล ก็ชัดเจนโดยมีคำกำกับไว้ในหัวหมวดแล้วว่าบุคคลนั้นหมายถึงชนชาวไทย ส่วนต่างด้าวก็จะมีกฎหมายต่างหากที่จะยกเว้นต่อไป[260]

ศาสตราจารย์ ดร.บวรศักดิ์ อุวรรณโณ (กรรมาธิการ) อภิปรายว่า

. . . ปัญหาว่าใครเป็นผู้ตัดสินว่าเรื่องใดควรจะให้ความคุ้มครองแก่คนที่ไม่ใช่คนไทย และเรื่องใดควรให้ความคุ้มครองเสมอกับคนไทย บางเรื่องนั้นเป็นไปไม่ได้ที่เราจะให้ความคุ้มครองแก่คนต่างด้าวด้วย เช่น เสรีภาพในเรื่องการเดินทางและเลือกถิ่นที่อยู่ในมาตรา 35 และย่อมเป็นไปไม่ได้อีกเช่นกันที่จะให้การรับรองคนต่างด้าวเท่ากับคนไทย ปัญหาว่าใครจะเป็นคนวินิจฉัยไม่ใช่สภาร่างรัฐธรรมนูญเท่านั้นที่จะวินิจฉัยครับ เป็นหน้าที่ของรัฐสภาจะต้องออกกฎหมายว่าต้องการที่จะจำกัดเสรีภาพในการเดินทางและการเลือกถิ่นที่อยู่ในราชอาณาจักรให้กระทำได้ แต่ถ้าจะรับรองให้เท่ากันรัฐสภาก็กระทำได้ ซึ่งเป็นการปล่อยให้อยู่ในดุลพินิจอิสระของท่านสมาชิกรัฐสภาในอนาคตจะเป็นการเหมาะสมกว่าครับ สิ่งที่กรรมาธิการเขียนไว้ในหมวด 3 นั้น จำกัดเฉพาะบุคคลไทย แต่นั่นไม่ได้หมายความว่า รัฐสภาจะออกกฎหมายมาให้สิทธิแก่คนต่างด้าวเท่าคนไทยหรือไม่เท่าไม่ได้ รัฐสภาทำได้ครับที่จะออกกฎหมายให้สิทธิเท่าหรือที่จำกัดสิทธิกว่าคนไทยทำไมสภาร่างรัฐธรรมนูญไม่เขียนเสียเองว่าตรงไหนเป็นชนชาวไทย ตรงไหนเป็นบุคคล ท่านประธานครับ เรามีเวลา 240 วัน ถ้ามานั่งเถียงกันว่าสิทธิตรงนี้เป็นสิทธิของทุกคน เสรีภาพตรงนี้เป็นสิทธิของทุกคน ไม่ว่าคนไทยหรือหาไม่ ตรงนี้เฉพาะคนไทยที่ได้ กระผมเกรงว่าเวลาไม่พอ เพราะฉะนั้นการใช้คำว่าบุคคลทั้งหมดในหมวดนี้ต้องเข้าใจว่าหมายถึงบุคคลที่เป็นคนไทย เมื่อใดรัฐสภาต้องการจะจำกัดสิทธิของคนที่ไม่ใช่คนไทยลงไปให้น้อยกว่านี้ก็ทำได้ เมื่อใดที่รัฐสภาต้องการออกกฎหมายมาให้สิทธิคนต่างด้าวเท่าคนไทยตามสถานการณ์บ้านเมืองที่ผันแปรไปก็ทำได้"[261]

---

[260] บรรเจิด สิงคะเนติ, *เรื่องเดิม*, หน้า 123.

[261] *เรื่องเดียวกัน*, หน้า 124.

ความเห็นของคณะกรรมาธิการในการพิจารณาร่างรัฐธรรมนูญ ฉบับปี พ.ศ. 2540 ดังกล่าวข้างต้น ปรากฏชัดว่า บทบัญญัติในรัฐธรรมนูญ หมวดว่าด้วย สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทยนั้น หมายถึงเฉพาะบุคคลที่มีสัญชาติไทยเท่านั้น ไม่รวมถึงคนต่างด้าวด้วย ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นในทางตำราที่มีนักวิชาการนิติศาสตร์ที่มีชื่อเสียงของประเทศไทยคือ ศาสตราจารย์ ดร.หยุด แสงอุทัย ได้อธิบายไว้ว่า รัฐธรรมนูญหมวดที่ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทยนั้น ได้กำหนดความสัมพันธ์ระหว่างประเทศไทยกับชนชาวไทยเท่านั้น คนต่างด้าวหาได้รับความคุ้มครองจากรัฐธรรมนูญไม่ ทั้งนี้เพราะคนต่างด้าวไม่ได้เป็น “ราษฎร” ของรัฐ และสิทธิหน้าที่ของคนต่างด้าวย่อมเป็นไปตามสนธิสัญญาระหว่างประเทศไทยกับประเทศเจ้าของสัญชาติและตามกฎหมายเท่านั้น และความหมายของคำว่า “ชนชาวไทย” ก็คือ “ผู้มีสัญชาติไทย” ตามกฎหมายว่าด้วยสัญชาติของไทย ซึ่งได้แก่ผู้ที่กฎหมายว่าด้วยสัญชาติของไทยกำหนดให้มีสัญชาติไทยและไม่ได้กำหนดให้เสียสัญชาติไทย[262]

เช่นเดียวกับความเห็นของ ศาสตราจารย์ ดร.วิษณุ เครืองาม ที่ได้อธิบายไว้ว่า ผู้ทรงสิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยทุกฉบับ ได้แก่ คนสัญชาติไทยเท่านั้น ทั้งนี้ด้วยเหตุผลว่า รัฐธรรมนูญของรัฐแต่ละรัฐย่อมกำหนดความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับคนสัญชาติของตนเท่านั้น ไม่ได้กำหนดความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับคนต่างด้าว ดังนั้นถึงแม้ว่าบทบัญญัติรัฐธรรมนูญหมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย มาตราต่าง ๆ จะบัญญัติว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิ. . .” หรือ “บุคคลย่อมมีเสรีภาพ. . .” แต่คำว่า “บุคคล” ในมาตราเหล่านี้ต้องเข้าใจว่าหมายถึง “ชนชาวไทย” และคำ ๆ นี้จะเข้าใจเป็นอย่างอื่นไปไม่ได้ นอกจากผู้มีสัญชาติไทย[263]

แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาจากรากฐานในทางทฤษฎีแล้ว เห็นได้ว่า สิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ที่มีรากฐานมาจากสิทธิในเชิงคุณค่าของการมีชีวิตอยู่อย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การปฏิเสธการรักษาพยาบาล โดยรัฐหรือผู้ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล หรือการปฏิบัติต่อผู้รับบริการเสมือนมิใช่มนุษย์ เป็นสิ่งที่ไม่อาจกระทำได้ และการกระทำดังกล่าวถือได้ว่าเป็นการละเมิดต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยมีการรับรองสิทธินี้เป็นสิทธิของบุคลตามกฎหมายระหว่างประเทศ ดังปรากฏตามปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights) ที่ได้รับรองให้บุคคลมีสิทธิในมาตรฐานการครองชีพที่เพียงพอ

---

[262] หยุด แสงอุทัย, **คำบรรยายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยและรัฐธรรมนูญทั่วไป** (กรุงเทพมหานคร: ม.ป.พ., 2500), หน้า 34-35.

[263] วรพจน์ วิศรุตพิชญ์, **สิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540** (กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2543), หน้า 50.

สำหรับสุขภาพ การรักษาพยาบาล และสิทธิในความมั่นคงกรณีเกิดการเจ็บป่วยและพิการด้วย[264] เช่นเดียวกับกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) ที่ได้ให้การรับรองสิทธิของบุคคลทุกคนที่จะมีชีวิตอยู่โดยมีมาตรฐานทางสุขภาพที่สูงที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต[265] และเมื่อพิจารณาจากแนวความคิดในเรื่องสิทธิมนุษยชนแล้ว อาจกล่าวได้ว่า ความเป็นมนุษย์คือคุณสมบัติแต่เพียงประการเดียวของการมีสิทธิมนุษยชน ดังคำกล่าวของ เซนต์ พอลล์ (Saint Paul) ที่ได้กล่าวไว้ว่า ไม่มีคนกรีก คนยิว ทาส และเสรีชนอีกต่อไป ซึ่งหมายความว่า โลกนี้คงมีแต่เพียง “มนุษย์” เท่านั้น ดังนั้นมนุษย์ทุกคน ไม่ว่าจะอยู่แห่งหนตำบลใด จะเป็นบ้านเกิดเมืองนอนของตนหรือไม่ก็ตาม ย่อมมีสิทธิมนุษยชนติดตัวอยู่เสมอ[266]

ภายใต้แนวความคิดดังกล่าว เมื่อพิจารณาประกอบกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยแล้ว พบว่า รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ได้บัญญัติรับรอง “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” ไว้ในหมวดที่ 1 บททั่วไป มาตรา 4 บัญญัติไว้ว่า “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครอง”[267] เช่นเดียวกับรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน คือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ได้บัญญัติรับรอง “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” ไว้ในหมวดที่ 1 บททั่วไป มาตรา 4 บัญญัติไว้ว่า “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครอง” ซึ่งบทบัญญัตินี้อาจกล่าวได้ว่า เป็นการรับรองสิทธิของบุคคลทุกคน และจะต้องตีความในเชิงให้คุณค่าดังกล่าวมีผลมุ่งคุ้มครองเป็นการทั่วไป ทั้งนี้ โดยพิจารณาจากสารัตถะของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่ไม่อาจตีความโดยจำกัดว่าเป็นการให้ความคุ้มครองเฉพาะคนที่มีสัญชาติไทยเท่านั้น แต่อย่างไรก็ตาม เนื่องจากรัฐธรรมนูญมิได้บัญญัติในเรื่องสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลไว้อย่างชัดแจ้งในบททั่วไป และการพิจารณาว่าสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลนั้น ถือเป็นเรื่องของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตามมาตรา 4 แห่งรัฐธรรมนูญนี้หรือไม่ จำเป็นต้องอาศัยการตีความรัฐธรรมนูญ ซึ่งในปัจจุบันองค์กรที่มีอำนาจหน้าที่วินิจฉัยตีความรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยคือ ศาลรัฐธรรมนูญ แต่เนื่องจากในทางข้อเท็จจริงยังไม่เคยมีการเสนอคดีต่อศาลรัฐธรรมนูญเพื่อพิจารณาวินิจฉัยในกรณีดังกล่าว ซึ่งหากเป็นการวินิจฉัยโดยศาลรัฐธรรมนูญแล้ว ผลของคำวินิจฉัยย่อมผูกพันองค์กรของรัฐทุกองค์กร ดังนั้นเมื่อยังไม่มีคำวินิจฉัยของ

---

[264] Universal Declaration of Human Rights, Article 25 (1)

[265] International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, Article 12

[266] วรพจน์ วิศรุตพิชญ์, **สิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540**, หน้า 49.

[267] มาตรา 4 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (พ.ศ. 2550)

ศาลรัฐธรรมนูญดังกล่าวแล้ว จึงกล่าวได้ว่าปัจจุบันระบบกฎหมายไทยยังไม่มีการรับรองสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลไว้อย่างชัดแจ้ง และส่งผลให้เกิดความไม่ชัดเจนในทางปฏิบัติของแต่ละองค์กรในการให้บริการสาธารณสุขแก่คนต่างด้าว ซึ่งเป็นเรื่องที่แต่ละองค์กรจะต้องวินิจฉัยตีความตามกฎหมายที่อยู่ในอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบ ดังที่ปรากฏในกรณีการรักษาพยาบาลตามรูปแบบประกันสังคม ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานประกันสังคม ภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 นั้น ได้ให้ความคุ้มครองลูกจ้างต่างด้าวที่เข้าเมืองถูกกฎหมายมีสิทธิเข้าถึงการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบประกันสังคมได้เช่นเดียวกับลูกจ้างคนไทย แต่ในขณะเดียวกันการรักษาพยาบาลในรูปแบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่ดำเนินการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ตีความพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ประกอบรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยแล้ววินิจฉัยว่า การเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาตินั้น ให้ความคุ้มครองเฉพาะคนไทยเท่านั้น ไม่รวมถึงคนต่างด้าว

จากที่กล่าวมาข้างต้น เห็นได้ว่า การที่ประเทศไทยไม่มีการบัญญัติกฎหมายรับรองสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าวไว้โดยชัดแจ้ง ส่งผลให้เกิดการพิจารณาดำเนินการที่แตกต่างกันของหน่วยงานผู้รับผิดชอบกฎหมายในการจัดให้มีบริการรักษาพยาบาล ก่อให้เกิดความไม่เป็นเอกภาพของระบบกฎหมายไทย และเกิดความไม่เป็นมาตรฐานเดียวกันในการปฏิบัติต่อคนต่างด้าวในด้านการให้บริการรักษาพยาบาล ส่งผลให้คนต่างด้าวเป็นจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงบริการการรักษาพยาบาลได้ ด้วยข้อจำกัดจากการไม่มีกฎหมายบัญญัติรับรองสถานะแห่งสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลดังที่กล่าวมานี้

5.2.2 การเข้าไม่ถึงหลักประกันสุขภาพ

การเจ็บป่วยของบุคคล เป็นสิ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้และไม่แน่นอนว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใดและกับบุคคลใด แต่เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยขึ้นแล้ว ก็จำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งในขณะเดียวกันเป็นสิ่งที่ไม่อาจคาดหมายได้ว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจะมีเป็นจำนวนมากหรือน้อยเพียงใด โดยหากค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นมีเป็นจำนวนมาก ย่อมก่อให้เกิดภาระทางด้านการเงินแก่บุคคลในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล ด้วยเหตุนี้ประเทศต่าง ๆ จึงมีการกระจายความเสี่ยงทางสุขภาพ โดยการบริหารการเงินเพื่อเป็นหลักประกันว่าเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นบุคคลจะสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้ทุกครั้ง หรือที่เรียกว่าเป็น “ความมั่นคงทางสุขภาพ” ซึ่งวิธีการที่มีประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับของประเทศต่าง ๆ คือ การสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชน ด้วยการเฉลี่ยกำลังจ่ายของ “ผู้ที่มี” ไปยัง “ผู้ที่เจ็บป่วย” เพื่อขจัดหรือลดอุปสรรคทางด้านการเงินเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการรักษาพยาบาล และในขณะเดียวกันยังเป็นการสร้างหลักประกันแก่ผู้ให้บริการได้รับค่าใช้จ่ายที่ได้ให้บริการแก่ผู้ที่เจ็บป่วยอีกด้วย เช่นเดียวกับกรณี

ของคนต่างด้าวที่ถึงแม้ว่าจะมีสถานะเป็นบุคคลที่มิใช่พลเมืองของรัฐด้วยเหตุที่มิได้ถือสัญชาติของรัฐที่ตนอยู่อาศัยก็ตาม แต่เมื่อพิจารณาถึงคุณค่าของความเป็นมนุษย์ที่ควรจะได้เข้าถึงการมีสุขภาวะ หรือการมีสุขภาพพลานามัยที่สมบูรณ์แข็งแรง และสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์แล้ว คนต่างด้าวก็ควรจะมีหลักประกันสุขภาพในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้เช่นเดียวกับประชาชนผู้ถือสัญชาติของรัฐนั้น และในขณะเดียวกันก็เป็นการลดภาระความเสี่ยงของสถานพยาบาลจากหนี้ค่าบริการค้างชำระของคนต่างด้าว

สำหรับคนต่างด้าวในประเทศไทยนั้น เมื่อพิจารณาจากสภาพข้อเท็จจริงในบริบทของประเทศไทย สามารถจำแนกออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ กลุ่มคนต่างด้าวที่เกิดภายในประเทศแต่ไม่ได้รับสัญชาติไทย ได้แก่ กลุ่มคนไร้สัญชาติ หรือกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะทางทะเบียน และกลุ่มคนต่างด้าวที่เข้าเมืองมา ได้แก่ คนต่างด้าวเข้าเมืองถูกกฎหมาย คนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง และผู้ลี้ภัย ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงความเป็นผู้ทรงสิทธิในหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 รูปแบบ คือ รูปแบบสวัสดิการของทางราชการ รูปแบบประกันสังคม และรูปแบบกองทุนประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขแล้ว มีข้อจำกัดของกฎหมายในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพในแต่ละรูปแบบ แยกพิจารณาดังนี้

1. ข้อจำกัดด้านผู้ทรงสิทธิ

ความเป็นผู้ทรงสิทธิในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพของคนต่างด้าวในประเทศไทยนั้น พิจารณาได้จากรูปแบบการให้ความคุ้มครองคนต่างด้าวในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล โดยปัจจุบันมี 3 รูปแบบ คือ รูปแบบสวัสดิการของทางราชการ รูปแบบประกันสังคม และรูปแบบกองทุนประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข แต่ละรูปแบบมีข้อจำกัดของกฎหมายในการให้ความคุ้มครองคนต่างด้าวแตกต่างกัน กล่าวคือ

การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพในรูปแบบสวัสดิการของทางราชการ ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 นั้น คนต่างด้าวที่ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายนี้จำกัดเฉพาะลูกจ้างชาวต่างประเทศที่มีสัญญาจ้างกับส่วนราชการตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กระทรวงการคลังกำหนด ปัจจุบันได้แก่ ลูกจ้างชาวต่างประเทศที่ส่วนราชการจ้างสอนภาษาต่างประเทศ หรือสอนในระดับบัณฑิตศึกษา โดยจะต้องเป็นกรณีที่ได้รับค่าจ้างจากการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายของรัฐเท่านั้น ซึ่งนอกจากกฎหมายจะให้ความคุ้มครองตัวบุคคลต่างด้าวที่เป็นลูกจ้างแล้ว ยังครอบคลุมถึงบุคคลในครอบครัว ได้แก่ บุตร คู่สมรส และบิดาหรือมารดาที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้ทรงสิทธิด้วย แต่อย่างไรก็ตามในสภาพความเป็นจริงแล้ว การจ้างลูกจ้างชาวต่างประเทศเพื่อทำการสอนภาษาในสถานศึกษาระดับต่าง ๆ มิได้มีเฉพาะการจ้างที่อาศัยเงินค่าจ้างจากงบประมาณรายจ่ายของรัฐเท่านั้น แต่มีการใช้เงินนอกงบประมาณจากเงินบำรุงการศึกษา เพื่อเป็นค่าจ้างครูชาวต่างชาติที่ปฏิบัติหน้าที่สอน หรือเป็นค่าตอบแทนครูชาวต่างชาติที่ปฏิบัติหน้าที่

สอน[268] ซึ่งคนต่างด้าวกลุ่มนี้จะได้รับการทำสัญญาจ้างเป็น 2 แบบ คือ สัญญาจ้างที่มีกำหนดระยะเวลาตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป และสัญญาจ้างที่มีกำหนดระยะเวลาไม่ถึง 2 ปี ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความตกลงของสถานศึกษากับคนต่างด้าวที่รับจ้างตามสัญญานั้น โดยส่วนราชการเป็นผู้ดำเนินการขอต่อใบอนุญาตทำงานให้ครูชาวต่างชาติก่อนการตรวจลงตราหนังสือเดินทางหมดอายุอย่างน้อย 1 เดือน ดังนั้นจะเห็นได้ว่า คนต่างด้าวกลุ่มที่เป็นครูสอนภาษาซึ่งได้รับค่าจ้างจากเงินนอกงบประมาณนี้ แม้จะมีสถานะเป็นลูกจ้างชาวต่างประเทศที่มีสัญญาจ้างกับส่วนราชการและเป็นการจ้างตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กระทรวงการคลังกำหนด แต่ไม่อยู่ในสถานะของผู้ทรงสิทธิในหลักประกันสุขภาพ และไม่ได้รับความคุ้มครองการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลในรูปแบบสวัสดิการของทางราชการ ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 และบุคคลในครอบครัวของลูกจ้างชาวต่างประเทศที่จ้างจากเงินนอกงบประมาณนี้ ก็ไม่มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพตามพระราชกฤษฎีกานี้เช่นเดียวกัน

ส่วนการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพในรูปแบบประกันสังคม ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 นั้น เป็นการให้ความคุ้มครองการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของบุคคลโดยผูกสิทธินี้ไว้กับการจ้างงาน กล่าวคือ บุคคลที่จะเข้าถึงความเป็นผู้ทรงสิทธิในหลักประกันสุขภาพตามรูปแบบประกันสังคมได้นั้น จะต้องเป็นลูกจ้างตามพระราชบัญญัตินี้เท่านั้น โดยการประกันสุขภาพในรูปแบบนี้มีลักษณะเป็นการประกันภาคบังคับที่กำหนดให้นายจ้างต้องยื่นแบบรายการแสดงรายชื่อผู้ประกันตน อัตราค่าจ้าง และข้อความอื่นตามแบบที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ลูกจ้างเป็นผู้ประกันตน แต่มีข้อจำกัดที่เป็นการให้ความคุ้มครองเป็นการประกันเฉพาะตัวบุคคลที่เป็นแรงงานต่างด้าวเท่านั้น ไม่ครอบคลุมถึงผู้ติดตามแรงงานต่างด้าวนั้นด้วย เช่น บุตรของแรงงานต่างด้าว เป็นต้น นอกจากนี้สถานะความเป็นลูกจ้างตามมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคมฯ นั้น ไม่ครอบคลุมถึงลูกจ้างต่างด้าวซึ่งทำงานเกี่ยวกับงานบ้านที่มิได้ประกอบธุรกิจรวมอยู่ด้วย ดังนั้นจะเห็นได้ว่า มีคนต่างด้าวที่อยู่ในระบบการจ้างงานแต่ไม่ได้รับความคุ้มครองการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพในรูปแบบประกันสังคม คือ กลุ่มแรงงานต่างด้าวนอกระบบธุรกิจ เช่น แรงงานที่รับจ้างทำงานบ้านทั่วไป เป็นต้น ส่งผลให้คนต่างด้าวกลุ่มนี้ไม่สามารถเข้าถึงหลักประกันสุขภาพในรูปแบบประกันสังคมได้ นอกจากนี้ยังมีข้อพิจารณาที่สำคัญอีกประการหนึ่งเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 กล่าวคือ กรณีแรงงานต่างด้าวที่เคยอยู่ในระบบประกันสังคมแล้วต่อมาได้ลาออกหรือสิ้นสุดสัญญาจ้างตามกำหนดระยะเวลา กรณีนี้กฎหมายได้เข้ามาให้ความคุ้มครองโดยให้บุคคลดังกล่าวสามารถใช้สิทธิ

---

[268] กรมบัญชีกลาง, ที่ กค 0415/ 311, 4 กุมภาพันธ์ 2546, เรื่อง การใช้เงินนอกงบประมาณในการจ้างครูชาวต่างประเทศ.

ประกันสังคมต่อไปได้อีก 6 เดือน[269] โดยมิต้องเสียค่าใช้จ่าย ซึ่งรวมถึงการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยหรือประสบอันตราย รวมถึงกรณีคลอดบุตรด้วย[270] แต่มีเงื่อนไขว่าต้องเป็นผู้ประกันตนที่ได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน และต้องอยู่ภายในระยะเวลา 15 เดือน ก่อนที่ผู้ประกันตนไม่ได้ทำงาน[271] เว้นแต่ผู้นั้นประสงค์จะเป็นผู้ประกันตนต่อและได้ยื่นคำขอต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ภายในหกเดือนนับแต่วันสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน[272] ซึ่งจะเห็นได้ว่า กรณีนี้กฎหมายได้เข้ามาให้ความคุ้มครองเฉพาะลูกจ้างที่ว่างงานเพราะเหตุลาออกหรือสิ้นสุดสัญญาจ้างเท่านั้น แต่ไม่รวมถึงลูกจ้างที่ถูกเลิกจ้างระหว่างสัญญาด้วย ดังนั้น เมื่อคนต่างด้าวที่เป็นแรงงานในระบบและถูกนายจ้างเลิกจ้างไม่ว่าด้วยเหตุใดก็ตามนอกเหนือจากการสิ้นสุดสัญญาจ้างตามระยะเวลา คนต่างด้าวกลุ่มนี้ก็จะตกเป็นผู้ไม่มีสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบประกันสังคมทันทีที่มีการเลิกจ้าง จึงเกิดช่องว่างในการคุ้มครองสิทธิของคนต่างด้าวกลุ่มนี้ และแม้ว่าคนต่างด้าวที่ตกเป็นผู้ว่างงานเพราะเหตุที่ลาออกหรือสิ้นสุดสัญญาจ้างจะได้รับการคุ้มครองให้สามารถใช้สิทธิการรักษาพยาบาลในระบบประกันสังคมได้ต่อไปอีก แต่ก็มีระยะเวลาจำกัดเพียง 6 เดือนเท่านั้น เมื่อพ้นกำหนดระยะเวลาดังกล่าวก็ต้องตกเป็นผู้ไม่มีสิทธิเข้าถึงการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบประกันสังคมนี้เช่นกัน

สำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพแก่คนต่างด้าว ในรูปแบบกองทุนประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขนั้น เป็นการจัดตั้งขึ้นตามมติคณะรัฐมนตรี ซึ่งเป็นการอุดช่องว่างของการเข้าไม่ถึงหลักประกันสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ โดยให้ความคุ้มครองแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามที่อยู่ในประเทศไทย ยกเว้นแรงงานต่างด้าวที่อยู่ในระบบประกันสังคม นอกจากนี้ยังให้ความคุ้มครองคนต่างด้าวทั่วไปรวมถึงเด็กต่างด้าวอายุไม่เกิน 7 ปีบริบูรณ์ ซึ่งเป็นการให้ความคุ้มครองโดยครอบคลุมทั้งกลุ่มแรงงานต่างด้าว และคนต่างด้าวอื่น ๆ ที่ไม่อยู่ในระบบประกันสังคม คนต่างด้าวที่อยู่ระหว่างรอสิทธิประกันสังคม เด็กต่างด้าว รวมถึงกลุ่มคนไร้สัญชาติและผู้มีปัญหาสถานะทางทะเบียนด้วย แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาถึงสถานะของความเป็นผู้ทรงสิทธิในหลักประกันสุขภาพ ตามรูปแบบกองทุนประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขแล้ว เห็นได้ว่า กรณีของเด็กต่างด้าวนั้น กองทุนประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขให้ความคุ้มครองเฉพาะเด็กที่มีอายุไม่เกิน 7 ปีบริบูรณ์เท่านั้นที่สามารถซื้อประกันสุขภาพในราคาถูก คือ 365 บาท ต่อคนต่อปี โดยยกเว้นค่าตรวจสุขภาพ ในขณะที่การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพในรูปแบบประกันสังคมให้ความคุ้มครองเฉพาะลูกจ้างที่มีอายุตั้งแต่

---

[269] มาตรา 38 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

[270] สำนักงานประกันสังคม, **สิทธิประโยชน์กรณีว่างงาน**, ค้นวันที่ 23 เมษายน 2560 จาก http://www.sso.go.th/wpr/category.jsp?cat=874

[271] มาตรา 79/1 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

[272] มาตรา 39 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

15 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่จะมีสิทธิเป็นผู้ประกันตนและได้รับความคุ้มครองตามสิทธิประกันสังคม ก่อให้เกิดช่องว่างของการคุ้มครองสิทธิของเด็กอายุมากกว่า 7 ปีบริบูรณ์ แต่ไม่ถึง 15 ปีบริบูรณ์ ไม่สามารถเข้าถึงหลักประกันสุขภาพเด็กในรูปแบบประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข และไม่สามารถเข้าถึงหลักประกันสุขภาพในรูปแบบประกันสังคมได้ ในขณะเดียวกันแม้ว่าเด็กต่างด้าวกลุ่มนี้จะได้รับความคุ้มครองในรูปแบบประกันสุขภาพคนต่างด้าวทั่วไป แต่เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ จึงเป็นภาระทางการเงินที่ตกแก่บิดามารดาหรือผู้ปกครองเด็กนั้นที่ต้องจ่ายค่าประกันสุขภาพให้แก่เด็กในราคาสูงเท่ากับผู้ใหญ่ ทั้งนี้ ไม่รวมค่าประกันสุขภาพของบิดามารดาหรือผู้ปกครองที่ต้องจ่ายให้กับตนเองอีกส่วนหนึ่งต่างหาก ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการประกันสุขภาพมีจำนวนสูงทำให้เด็กต่างด้าวกลุ่มนี้เข้าถึงหลักประกันสุขภาพได้ยาก

นอกจากนี้ยังมีคนต่างด้าวอีกบางกลุ่มที่ไม่สามารถเข้าถึงหลักประกันสุขภาพใด ๆ ใน 3 รูปแบบข้างต้นได้เลย กล่าวคือ กลุ่มผู้ลี้ภัย และผู้ลี้ภัยสงคราม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้พักอาศัยอยู่ตามศูนย์อพยพ และตามระบบกฎหมายไทยไม่ได้ให้ความคุ้มครองการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของรัฐไว้ มีเพียงการปฏิบัติการทางด้านมนุษยธรรมของหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ องค์การระหว่างประเทศหรือองค์กรการกุศลไม่มุ่งแสวงหากำไร (NGO) เป็นผู้เข้ามาให้ความช่วยเหลือทางด้านการสาธารณสุขในรูปแบบการสงเคราะห์ทางการแพทย์เท่านั้น เช่นเดียวกับกลุ่มนักท่องเที่ยวต่างชาติที่เข้ามาท่องเที่ยวในประเทศไทยเพียงช่วงระยะเวลาที่สั้น คนต่างด้าวกลุ่มนี้ไม่ได้รับความคุ้มครองการเข้าถึงการรักษาพยาบาลทั้ง 3 รูปแบบข้างต้น เมื่อเกิดการเจ็บป่วยระหว่างที่อยู่ในประเทศไทยและเข้ารับการรักษาพยาบาล จะต้องเป็นผู้ชำระค่าบริการด้วยตนเอง ซึ่งในทางข้อเท็จจริงพบว่าหลายครั้งที่คนกลุ่มนี้ไม่มีเงินเพียงพอในการชำระค่าบริการ ก่อให้เกิดหนี้ค้างชำระซึ่งเป็นภาระของสถานพยาบาล โดยจากข้อมูลสถิติของสมาคมโรงพยาบาลเอกชนเปิดเผยว่า มีชาวต่างชาติค้างชำระค่าบริการประมาณ 100 ล้านบาทต่อปี ทั้งนี้ โดยยังไม่รวมการเข้ารับบริการในคลินิกเอกชน[273] เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นว่าคนต่างด้าวทั้งสองกลุ่มนี้ยังไม่สามารถเข้าถึงหลักประกันสุขภาพได้ ส่งผลให้โอกาสในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของรัฐเป็นไปโดยยากลำบาก และในขณะเดียวกันเมื่อคนต่างด้าวกลุ่มนี้เจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาพยาบาลก็เป็นภาระของสถานพยาบาลที่ต้องแบกรับความเสี่ยงจากหนี้ค้างชำระของผู้ป่วยต่างด้าวยากไร้หรือไม่มีความสามารถเพียงพอในการชำระค่ารักษาพยาบาลให้กับสถานพยาบาล

จากที่กล่าวมาเห็นได้ว่า ประเทศไทยมีความพยายามในการสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่คนต่างด้าวที่อยู่ในประเทศทุกคน แต่ด้วยข้อจำกัดของกฎหมายและระเบียบปฏิบัติของหน่วยงานภาครัฐที่กล่าวมาข้างต้นส่งผลให้การคุ้มครองคนต่างด้าวยังไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร และถึงแม้ว่าจะมี

---

[273] มูลนิธิภิวัฒน์สาธารณสุขไทย, *เรื่องเดิม.*

การจัดตั้งกองทุนประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขขึ้น โดยขยายความคุ้มครองผู้มีสิทธิเข้าถึงหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นจากรูปแบบสวัสดิการของทางราชการ และรูปแบบประกันสังคมก็ตาม แต่เป็นเพียงการจัดตั้งขึ้นตามมติคณะรัฐมนตรี ไม่มีกฎหมายรองรับ ซึ่งแตกต่างกับรูปแบบสวัสดิการของทางราชการที่มีกฎหมายรองรับคือ พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 และรูปแบบประกันสังคมที่มีกฎหมายรองรับคือ พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ส่งผลให้การบริหารจัดการและการดำเนินงานของกองทุนเป็นไปตามนโยบายของรัฐบาลซึ่งมีความไม่แน่นอนและอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ในอนาคต ขึ้นอยู่กับนโยบายทางการเมืองและการให้ความสำคัญของรัฐบาลแต่ละยุคสมัย

2. ข้อจำกัดด้านกระบวนการเข้าสู่สิทธิ

การเข้าสู่สิทธิในหลักประกันสุขภาพของคนต่างด้าว เมื่อพิจารณาจากรูปแบบการให้ความคุ้มครองที่มีอยู่ในปัจจุบัน 3 รูปแบบ คือ รูปแบบสวัสดิการของทางราชการ ซึ่งมีลักษณะเป็นการประกันสุขภาพโดยรัฐ รูปแบบประกันสังคม เป็นการประกันสุขภาพภาคบังคับ และรูปแบบกองทุนประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข เป็นการประกันสุขภาพภาคสมัครใจ มีข้อพิจารณาในเรื่องกระบวนการเข้าสู่สิทธิในหลักประกันสุขภาพของแต่ละรูปแบบที่แตกต่างกัน กล่าวคือ การประกันสุขภาพในรูปแบบสวัสดิการของทางราชการนั้น ไม่พบว่ามีข้อจำกัดในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ เนื่องจากส่วนราชการที่เป็นผู้ว่าจ้างต้องดำเนินการขออนุมัติจ้างลูกจ้างชาวต่างประเทศตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กระทรวงการคลังกำหนด และมีหน้าที่รายงานการจ้างให้กระทรวงการคลังทราบ โดยมีกรมบัญชีกลางเป็นผู้จัดทำฐานข้อมูลบุคลากรภาครัฐและให้การคุ้มครองค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการสาธารณสุข จึงมีความชัดเจนในทางปฏิบัติและสามารถให้ความคุ้มครองลูกจ้างชาวต่างประเทศได้เป็นอย่างดี

ส่วนกรณีการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพในรูปแบบประกันสังคมนั้น มีลักษณะเป็นการประกันภาคบังคับ โดยกฎหมายกำหนดให้รัฐบาล นายจ้าง และลูกจ้าง ออกเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม ฝ่ายละเท่ากัน เพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย[274] ซึ่งการบังคับประกันในลักษณะนี้ แม้ว่าจะส่งผลดีต่อลูกจ้างต่างด้าวที่สามารถเข้าถึงหลักประกันสุขภาพได้ แต่ในขณะเดียวกันการที่กฎหมายกำหนดให้นายจ้างมีหน้าที่ต้องจ่ายเงินสมทบร่วมด้วย ก่อให้เกิดภาระกับนายจ้างที่ต้องส่งเงินเข้าสมทบกองทุน เป็นการเพิ่มต้นทุนในการประกอบกิจการของนายจ้าง ส่งผลให้เกิดการหลีกเลี่ยงการขึ้นทะเบียนประกันสังคมให้กับลูกจ้าง[275] โดยหลีกเลี่ยงไม่

---

[274] มาตรา 46 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

[275] ประพัฒชนม์ จริยพันธุ์ และคณะ, **การพัฒนาระบบการขึ้นทะเบียนประกันสังคมแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ** (กรุงเทพมหานคร: สำนักงานประกันสังคม, 2557), หน้า 38.

ยื่นแบบรายการแสดงรายชื่อลูกจ้างที่เป็นผู้ประกันตน ทำให้ลูกจ้างต่างด้าวไม่ได้เข้าสู่สิทธิการมีหลักประกันสุขภาพในระบบประกันสังคม แม้ว่าจะเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมายก็ตาม

สำหรับกรณีการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพในรูปแบบกองทุนประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขนั้น มีลักษณะเป็นการประกันภาคสมัครใจโดยไม่ได้บังคับดังเช่นกรณีประกันสังคม ดังนั้นการเข้าสู่สิทธิประกันสุขภาพจึงเป็นไปโดยความสมัครใจของแรงงานต่างด้าวหรือคนต่างด้าวที่ต้องเป็นผู้ซื้อประกันสุขภาพจากกระทรวงสาธารณสุข แต่อย่างไรก็ตามแม้ว่าการประกันสุขภาพในรูปแบบนี้จะให้การคุ้มครองโดยครอบคลุมคนต่างด้าวหลายกลุ่ม แต่กรณีของแรงงานต่างด้าวที่หลบหนีเข้าเมืองและรับจ้างทำงานบ้านซึ่งไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม แม้จะมีสิทธิซื้อประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขได้ แต่เนื่องจากรูปแบบการประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่มีลักษณะเป็นการประกันภาคสมัครใจ มิได้บังคับให้นายจ้างต้องซื้อประกันสุขภาพให้แก่ลูกจ้างหรือต้องแจ้งรายชื่อลูกจ้างต่างด้าวแก่หน่วยงานของรัฐเพื่อการจัดหาหลักประกันสุขภาพ กรณีนี้จึงเป็นช่องว่างที่ทำให้คนต่างด้าวกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ตกสำรวจ และการที่ลูกจ้างต่างด้าวจะมาซื้อประกันสุขภาพก็เป็นปัญหาในทางปฏิบัติเพราะการเปิดเผยตัวของลูกจ้างย่อมต้องรับความเสี่ยงต่อการถูกจับดำเนินคดีในกรณีหลบหนีเข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย ส่งผลให้ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพและไม่สามารถเข้าถึงการมีหลักประกันสุขภาพได้

5.2.3 การเข้าไม่ถึงสิทธิประโยชน์ที่จำเป็นทางสุขภาพ

การคุ้มครองสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล เมื่อพิจารณารูปแบบการประกันสุขภาพทั้ง 3 รูปแบบแล้ว เห็นได้ว่า รูปแบบสวัสดิการของทางราชการ และรูปแบบกองทุนประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข มีสิทธิประโยชน์ในการบริการสาธารณสุขที่จำเป็นขั้นพื้นฐานครบถ้วน ทั้งในด้านการตรวจสุขภาพ การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาล การคลอดบุตร และการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการรักษาหรือการเจ็บป่วย แต่การเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลในรูปแบบประกันสังคมนั้น พบว่า มีข้อจำกัดทางกฎหมายและนโยบายภาครัฐที่ทำให้คนต่างด้าวไม่สามารถเข้าถึงสิทธิประโยชน์ที่จำเป็นทางสุขภาพได้ กล่าวคือ การเป็นผู้ประกันตนของคนต่างด้าวในรูปแบบประกันสังคมนั้น พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ให้ความคุ้มครองลูกจ้างมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนเฉพาะในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยที่มิใช่เนื่องมาจากการทำงาน[276] แต่ในทางความเป็นจริงแล้ว การเจ็บป่วยจากการทำงานนั้นสามารถเกิดขึ้นได้ หากสภาพของงานหรือสภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงานไม่เอื้อต่อสุขภาพและมีลักษณะเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยในทางการสาธารณสุขเรียกภาวะของโรคชนิดนี้ว่า “โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม”

---

[276] มาตรา 62 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

(Environmental and Occupational Disease) ดังนั้นเมื่อแรงงานต่างด้าวประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยจากการทำงาน จึงไม่ได้รับความคุ้มครองตามพระราชบัญญัติประกันสังคมฯ และในขณะเดียวกันแรงงานต่างด้าวกลุ่มนี้ก็ไม่มีสถานะความเป็นผู้ทรงสิทธิในการได้รับความคุ้มครองตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 ทั้งนี้ เนื่องจากภาครัฐมีนโยบายที่ปิดกั้นโอกาสในการเข้าถึงกองทุนเงินทดแทน จากการที่สำนักงานประกันสังคมได้ออกหนังสือเวียนว่าด้วยแนวปฏิบัติในการให้ความคุ้มครองแก่แรงงานต่างด้าวที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย โดยกำหนดเงื่อนไขให้การคุ้มครองต่อเมื่อแรงงานต่างด้าวมีหลักฐานการจดทะเบียนแรงงานและมีใบอนุญาตทำงาน (Work Permit) ที่ราชการออกให้มาแสดงประกอบกับหนังสือเดินทางหรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว และนายจ้างต้องได้จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนเงินทดแทนในอัตราไม่ต่ำกว่าค่าจ้างขั้นต่ำ โดยแรงงานต่างด้าวต้องยื่นแบบเสียภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาให้กับประเทศไทย[277] ซึ่งนโยบายนี้ได้ก่อให้เกิดปัญหาในการเข้าถึงกองทุนเงินทดแทนขอแรงงานต่างด้าวที่ส่วนใหญ่ไม่สามารถทำตามเงื่อนไขที่กำหนดได้ ด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้[278]

ประการแรก การกำหนดให้แรงงานต่างด้าวต้องมีหลักฐาน ซึ่งไม่เพียงแต่เฉพาะใบอนุญาตทำงาน แต่ยังต้องมีหนังสือเดินทางหรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวด้วย ขณะที่สภาพปัจจุบันมีแรงงานต่างด้าวจำนวนมากที่ยังไม่ได้เข้าสู่กระบวนการพิสูจน์สัญชาติจึงยังไม่สามารถมีเอกสารดังกล่าวได้

ประการที่สอง การกำหดให้นายจ้างต้องจ่ายต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนเงินทดแทน แต่สำนักงานประกันสังคมกลับไม่อนุญาตให้นายจ้างจ่ายเงินดังกล่าวหากลูกจ้างยังไม่ได้รับหนังสือเดินทาง แม้ระเบียบที่เกี่ยวข้องกับเงินทดแทนจะกำหนดความรับผิดชอบของนายจ้างให้จ่ายเงินเข้ากองทุน และสำนักงานประกันสังคมมีหน้าที่ในการบังคับให้เป็นไปตามระเบียบก็ตาม

ประการสุดท้าย การกำหนดให้แรงงานต่างด้าวต้องจ่ายภาษีเพื่อนำเงินส่งเข้ากองทุน โดยแรงงานต่างด้าวต้องลงทะเบียนเพื่อขอมีเลขประจำตัวผู้เสียภาษีก่อน แต่แรงงานต่างด้าวที่แม้จะขึ้นทะเบียนแรงงานแล้วก็ยังไม่สามารถทำได้ เนื่องจากขาดเอกสารพิสูจน์ตนจากประเทศต้นทาง หรือหนังสือเดินทางเพื่อใช้ในการเสียภาษี

---

[277] สำนักงานประกันสังคม, ที่ รส 0711/ว 751, 25 ตุลาคม 2544, เรื่อง การให้ความคุ้มครองแรงงานต่างด้าวที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน.

[278] อานดี้ ฮอล์ และบงกช นภาอัมพร, **การเข้าไม่ถึงกองทุนเงินทดแทนอุบัติเหตุ: ภาพสะท้อนความอยุติธรรมต่อแรงงานข้ามชาตในประเทศไทย**, หน้า 273, ค้นวันที่ 12 ธันวาคม 2559 จาก http://www2.ipsr.mahidol.ac.th/ConferenceVIII/Download/PPT_Files/1330-1600-G3-02-Bongkoch-Labor.pdf

นอกจากนี้ กระทรวงแรงงานได้มีหนังสือถึงเลขาธิการคณะรัฐมนตรี รายงานเกี่ยวกับการคุ้มครองแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองที่ได้รับการผ่อนผันให้อยู่ในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราวและได้รับอนุญาตให้ทำงาน โดยให้เหตุผลไว้ในมติคณะรัฐมนตรีว่า “การจะนำแรงงานต่างด้าวเข้าระบบกองทุนเงินทดแทนโดยจ่ายเงินสมทบเท่าอัตราคนไทยน่าจะเป็นความเสี่ยงต่อเสถียรภาพของกองทุนเงินทดแทน”[279] ดังนั้นจึงไม่มีการให้สิทธิแก่แรงงานต่างด้าวในการเข้าสู่ระบบกองทุนเงินทดแทน ซึ่งมีผลเป็นการปฏิเสธสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ที่จำเป็นในทางสุขภาพในกรณีที่ต้องประสบอันตรายหรือเกิดการเจ็บป่วยจากการทำงาน จึงไม่ได้รับความคุ้มครอง และไม่สามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้ ก่อให้เกิดภาระต่อสังคมและส่งผลกระทบต่อระบบการคลังสาธารณะของประเทศที่ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล เป็นค่าชดเชยให้กับสถานพยาบาลที่ได้ให้บริการแก่คนต่างด้าวในกรณีดังกล่าว

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ถึงแม้ประเทศไทยจะมีความพยายามให้ความคุ้มครองคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐ แต่ภายใต้รูปแบบของการเข้าถึงสิทธิในบริการสาธารณสุขที่มีอยู่ในปัจจุบันยังคงมีคนต่างด้าวเป็นจำนวนมากที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐได้ หรือไม่สามารถเข้าถึงสิทธิประโยชน์ที่จำเป็นต่อสุขภาพได้เท่าที่ควร ทั้งนี้ อันเนื่องมาจากสภาพปัญหาทางกฎหมายที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่

1. การไม่มีกฎหมายรับรองสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าวไว้โดยชัดแจ้ง
2. การเข้าไม่ถึงหลักประกันสุขภาพของคนต่างด้าวบางกลุ่ม เช่น ผู้ลี้ภัย ผู้ลี้ภัยสงคราม นักท่องเที่ยวต่างชาติ และแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง เป็นต้น
3. การเข้าไม่ถึงสิทธิประโยชน์ที่จำเป็นทางสุขภาพ ซึ่งพบในกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่อยู่ในระบบประกันสังคม โดยมีข้อจำกัดของกฎหมายประกันสังคมทำให้แรงงานต่างด้าวไม่ได้รับความคุ้มครองกรณีเกิดการเจ็บป่วยหรือได้รับอันตรายจากการทำงาน

5.3 แนวทางการจัดรูปแบบการเข้าถึงสิทธิในการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าว

การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐนั้น เมื่อระบบกฎหมายยอมรับให้คนต่างด้าวมีสถานะเป็นผู้ทรงสิทธิแล้ว รัฐย่อมมีหน้าที่ต้องจัดให้คนต่างด้าวสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐได้ ซึ่งจากการศึกษารูปแบบการเข้าถึงสิทธิในบริการสาธารณสุขของคนต่างด้าวในต่างประเทศ พบว่า มี

---

[279] สภาทนายความ, คณะอนุกรรมการสิทธิมนุษยชน ด้านชนชาติ ผู้ไร้สัญชาติ แรงงานข้ามชาติ และผู้พลัดถิ่น, **นโยบายและมาตรการการแก้ปัญหาแรงงานข้ามชาติ** (กรุงเทพมหานคร: สภาทนายความ, 2554), หน้า 82.

รูปแบบในการเข้าถึงสิทธิที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ และสถานะของคนต่างด้าวที่อาศัยอยู่ภายในรัฐ โดยมีประเด็นที่น่าสนใจสามารถนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบให้เห็นถึงแนวคิดของระบบกฎหมายแต่ละประเทศในการสร้างรูปแบบการเข้าถึงบริการสาธารณสุขสำหรับคนต่างด้าว พิจารณาจำแนกตามประเภทของคนต่างด้าวได้ ดังนี้

5.3.1 กรณีคนไร้รัฐหรือไร้สัญชาติ

การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของคนต่างด้าว ในกรณีที่เป็นคนไร้รัฐหรือไร้สัญชาติ มีข้อค้นพบจากการศึกษาระบบกฎหมายของต่างประเทศในการกำหนดรูปแบบการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของคนต่างด้าวกลุ่มนี้ ซึ่งเมื่อนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบรูปแบบของแต่ละประเทศแล้วพบว่า มีแนวทางในการจัดรูปแบบการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของคนไร้รัฐหรือไร้สัญชาติ สรุปได้ดังนี้

1. รูปแบบรัฐสวัสดิการ

การเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลตามรูปแบบนี้ เป็นรูปแบบที่ใช้ในประเทศอังกฤษโดยเป็นการดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยการบริการสุขภาพแห่งชาติ มีรัฐเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการทั้งในด้านการบริหารการคลังสุขภาพและการให้บริการสุขภาพ และภายใต้กฎหมายว่าด้วยการบริการสุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้คนต่างด้าวที่เป็นคนไร้รัฐหรือไร้สัญชาติที่อาศัยอยู่ในประเทศอังกฤษ หากพิสูจน์ได้ว่าเป็นบุคคลที่มีถิ่นที่อยู่เป็นปกติ โดยตั้งใจจะตั้งถิ่นฐานอยู่ในประเทศอังกฤษ ซึ่งเรียกคนต่างด้าวกลุ่มนี้ว่า “Ordinary Resident” มีสิทธิได้รับความคุ้มครองในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลเช่นเดียวกับพลเมืองของอังกฤษ ทั้งนี้ ภายใต้แนวคิดการให้บริการบนพื้นฐานความจำเป็นด้านการรักษาพยาบาล ไม่ใช่ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ส่งผลให้การเข้าถึงบริการในรูปแบบนี้จึงเป็นแบบไม่เสียค่าใช้จ่าย ณ จุดบริการ แต่รัฐจะดำเนินการการจัดเก็บโดยอ้อมจากภาษีเงินได้ของบุคคล

2. รูปแบบประกันสุขภาพภาครัฐ

การเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลตามรูปแบบนี้ เป็นรูปแบบที่ใช้ในประเทศฝรั่งเศส โดยเป็นการให้ความคุ้มครองคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล ภายใต้กฎหมายว่าด้วยการเข้าถึงบริการสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งให้ความคุ้มครองเช่นเดียวกับพลเมืองของประเทศฝรั่งเศส มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้ดำเนินการจัดให้คนต่างด้าวกลุ่มนี้มีสถานะทางทะเบียนและมีหลักประกันสุขภาพ โดยมีกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการค่ารักษาพยาบาล นอกจากนี้คนต่างด้าวที่เข้ารับการรักษาพยาบาลมีหน้าที่ต้องจ่ายเงินในการรับบริการร้อยละ 30 ของต้นทุนค่าบริการ ณ จุดบริการด้วย เรียกว่า “การจ่ายค่าบริการร่วม” มีข้อยกเว้นการจ่ายค่าบริการร่วมเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ เด็ก และผู้เจ็บป่วยเรื้อรังที่มีรายได้น้อย

นอกจากนี้พบว่า ในประเทศสหรัฐอเมริกาก็ใช้รูปแบบนี้ในการให้หลักประกันสุขภาพแก่คนไร้รัฐหรือไร้สัญชาติในประเทศเช่นเดียวกันแต่มีความแตกต่างกับประเทศฝรั่งเศสตรงที่ประเทศสหรัฐอเมริกาไม่มีการจัดตั้งกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่เป็นการดำเนินงานโดยรัฐบาลเป็นหลักภายใต้กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ป่วยและความสามารถในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล (The Patient Protection and Affordable Care Act: PPACA) โดยหากคนไร้รัฐหรือไร้สัญชาติมีรายได้จากการทำงานที่ถูกต้องตามกฎหมายจะถูกบังคับให้ต้องซื้อประกันสุขภาพ และหากมีความสามารถในการซื้อเพียงพอก็เป็นผู้ซื้อเองทั้งหมด หากมีความสามารถในการซื้อไม่เพียงพอรัฐจะเป็นผู้จ่ายเงินสมทบให้ และยกเว้นให้กับบุคคลที่ไม่มีความสามารถในการหาซื้อประกันสุขภาพ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ เป็นต้น รัฐจะเป็นผู้จัดให้มีหลักประกันสุขภาพโดยรัฐเป็นผู้รับผิดชอบทั้งหมด หรือคนไร้รัฐไร้สัญชาติที่เป็นเด็กก็จะได้รับความคุ้มครองตามโครงการประกันสุขภาพเด็ก แต่หากเป็นคนไร้รัฐหรือไร้สัญชาติที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน จะไม่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายนี้

สำหรับประเทศไทย ได้มีการนำรูปแบบการประกันสุขภาพภาครัฐมาใช้สร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับคนไร้รัฐหรือไร้สัญชาติในประเทศเช่นเดียวกับประเทศฝรั่งเศส แต่มีความแตกต่างกันที่ประเทศฝรั่งเศสให้ความคุ้มครองโดยกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นการคุ้มครองภายใต้มาตรฐานเดียวกับพลเมืองแห่งประเทศฝรั่งเศส ส่วนประเทศไทยนั้นคนไร้รัฐหรือไร้สัญชาติไม่ได้รับความคุ้มครองจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่รัฐบาลได้จัดตั้งกองทุนขึ้นอีกกองทุนหนึ่งเรียกว่า “กองทุนประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข” เป็นการเปิดโอกาสให้คนต่างด้าวทุกคนที่ไม่ได้อยู่ในระบบสิทธิประกันสังคมซึ่งรวมถึงคนไร้รัฐไร้สัญชาติด้วย สามารถเข้าถึงการมีหลักประกันสุขภาพและบริการรักษาพยาบาลได้ โดยคนไร้รัฐหรือไร้สัญชาติมีหน้าที่จะต้องซื้อประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขในอัตราที่รัฐกำหนดในลักษณะของการประกันตน โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับประกันสุขภาพ และเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเกิดขึ้นสามารถเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลของรัฐในพื้นที่ภูมิลำเนาได้ โดยรัฐจะจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้กับโรงพยาบาลจากเงินกองทุนนี้

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของคนไร้รัฐหรือไร้สัญชาติ มีรูปแบบที่ใช้ในต่างประเทศจำแนกออกได้เป็น 2 รูปแบบ คือ รูปแบบรัฐสวัสดิการ ซึ่งมีการใช้รูปแบบนี้ในประเทศอังกฤษ และอีกรูปแบบหนึ่งคือ รูปแบบประกันสุขภาพภาครัฐ ซึ่งมีการใช้รูปแบบนี้ในประเทศฝรั่งเศสและประเทศสหรัฐอเมริกา ส่วนประเทศเยอรมันนั้นไม่มีการกำหนดคนไร้รัฐหรือไร้สัญชาติให้มีสถานะเป็นพิเศษแยกต่างหาก แต่เป็นการพิจารณาถึงความสัมพันธ์ที่มีต่อรัฐบนพื้นฐานของระบบการจ้างงานเป็นสำคัญ กล่าวคือ หากคนไร้รัฐหรือไร้สัญชาตินั้นอยู่ในระบบการจ้างงาน ก็จะถูกบังคับให้เข้าสู่ระบบประกันสังคมเช่นเดียวกับแรงงานต่างด้าวทั่วไป แต่หากไม่ได้อยู่บนพื้นฐานของการจ้างงานและ

ไม่สามารถระบุตัวตนได้ก็จะเป็นบุคคลไร้สถานะทางทะเบียนซึ่งจะมีรูปแบบการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลในอีกรูปแบบหนึ่งต่างหาก

5.3.2 กรณีแรงงานต่างด้าวเข้าเมืองถูกกฎหมาย

การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของคนต่างด้าว ในกรณีที่เป็นแรงงานต่างด้าวเข้าเมืองโดยถูกกฎหมาย มีข้อค้นพบจากการศึกษาระบบกฎหมายของต่างประเทศในการกำหนดรูปแบบการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของคนต่างด้าวกลุ่มนี้ ซึ่งเมื่อนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบรูปแบบของแต่ละประเทศแล้ว พบว่า ประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศอังกฤษมีความคล้ายคลึงกันโดยมีการใช้รูปแบบการประกันสุขภาพภาคเอกชน ซึ่งแตกต่างกับประเทศเยอรมันและประเทศฝรั่งเศสที่ใช้รูปแบบประกันสุขภาพในระบบประกันสังคม โดยแยกพิจารณาได้ดังนี้

1. รูปแบบประกันสุขภาพภาคเอกชน

การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของคนต่างด้าวในรูปแบบประกันสุขภาพภาคเอกชนนั้น พบว่ามีการใช้รูปแบบนี้ในการให้หลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศอังกฤษ แต่อย่างไรก็ตามแม้ว่าทั้งสองประเทศดังกล่าวจะมีรูปแบบการเข้าถึงสิทธิที่คล้ายกัน แต่ก็ยังคงมีความแตกต่างกันในรายละเอียดบางประการ กล่าวคือ

ประเทศสหรัฐอเมริกา มีการตรากฎหมายว่าด้วยการประกันรายได้ลูกจ้างหลังเกษียณอายุ (Employee Retirement Income Security Act) โดยภายใต้กฎหมายฉบับนี้กำหนดให้มีการจัดสวัสดิการและผลประโยชน์แก่ลูกจ้าง ซึ่งรวมถึงการจัดให้มีประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้างทุกคน โดยนายจ้างเป็นผู้ซื้อประกันสุขภาพให้แก่ลูกจ้างจากธุรกิจรับประกันสุขภาพ มีหน่วยงานของรัฐบาลแห่งมลรัฐ คือ องค์การแผนงานประกันสุขภาพ (Health Insurance Plans and Health Maintenance Organization: HMOs) ทำหน้าที่กำกับดูแลการประกันสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ป่วยและความสามารถในการจัดหาบริการสุขภาพ (The Patient Protection and Affordable Care Act) เป็นกฎหมายที่เข้ามาควบคุมราคาเบี้ยประกันสุขภาพให้เป็นไปอย่างเหมาะสม สามารถเข้าถึงได้ และห้ามบริษัทประกันปฏิเสธการต่อประกันหรือการยกเว้นความคุ้มครองในกรณีที่ผู้ซื้อประกันเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทั้งนี้โดยรัฐบาลมีนโยบายส่งเสริมให้นายจ้างจัดหาหลักประกันสุขภาพให้แก่ลูกจ้างทุกคน ด้วยการกำหนดให้ค่าใช้จ่ายในการประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้าง เป็นค่าใช้จ่ายที่สามารถนำมาลดหย่อนภาษีธุรกิจได้ ภายใต้ประมวลรัษฎากรของมลรัฐและสหรัฐ (Federal and State Income Tax Code) ซึ่งจะเห็นได้ว่า การใช้รูปแบบประกันสุขภาพภาคเอกชนสำหรับแรงงานต่างด้าวของประเทศสหรัฐอเมริกา มีความสอดคล้องกับระบบเศรษฐกิจและเป็นไปตามระบบบริการสาธารณสุขของประเทศที่เป็นแบบตลาดเสรี (Entrepreneurial Health System) ที่อาศัยกลไกตลาดเป็นหลัก และรัฐเข้ามาแทรกแซงเพียงการส่งเสริมให้คนต่างด้าวสามารถเข้าถึง

หลักประกันสุขภาพได้ ด้วยการควบคุมราคาเบี้ยประกันให้เป็นไปโดยสมเหตุสมผล และการลดหย่อนภาษีธุรกิจให้กับนายจ้าง เพื่อเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายของนายจ้างและกระตุ้นให้นายจ้างนำแรงงานต่างด้าวเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ

ส่วนประเทศอังกฤษ มีการใช้รูปแบบประกันสุขภาพภาคเอกชน ที่เรียกว่า “PMI” (Private Medical Insurance) โดยนายจ้างเป็นผู้ซื้อประกันสุขภาพเพื่อเป็นสวัสดิการการจ้างงานให้แก่ลูกจ้างตามความสมัครใจของนายจ้างผ่านทางบริษัทประกันสุขภาพทั่วไป เช่นเดียวกับประเทศสหรัฐอเมริกา แต่มีความแตกต่างกันที่ประเทศอังกฤษมีการเข้ามาแทรกแซงการประกันสุขภาพในแรงงานต่างด้าวบางกลุ่ม คือ แรงงานต่างด้าวที่รับจ้างทำงานในเรือหรือเรือเดินสมุทรขนาดใหญ่ และแรงงานต่างด้าวที่รับจ้างทำงานบนเครื่องบินซึ่งอยู่ในสหราชอาณาจักร โดยทั้งสองกรณีดังกล่าวกฎหมายบังคับให้นายจ้างเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดหาประกันสุขภาพหรือรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้แก่ลูกจ้าง ทั้งนี้ ตามกฎหมายว่าด้วยการบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service Act) ในส่วนที่ว่าด้วยการบริการสุขภาพสำหรับคนต่างด้าว (Charge to Overseas Visitors Regulation) ซึ่งจะเห็นได้ว่า การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของแรงงานต่างด้าวที่เข้าเมืองถูกกฎหมายในประเทศอังกฤษนั้น แม้ว่าระบบบริการสุขภาพของประเทศจะเป็นแบบรัฐสวัสดิการ (Welfare–Oriented Health System) ที่รัฐเป็นผู้รับผิดชอบให้บริการและบริหารการคลังสุขภาพ ตามหลักการให้บริการบนพื้นฐานความจำเป็นด้านสุขภาพ (Clinical Need) แต่ก็มิได้ปฏิเสธหลักความสามารถในการชำระค่าบริการ (Ability to Pay) โดยสิ้นเชิง ซึ่งประเทศอังกฤษได้มีการใช้รูปแบบประกันสุขภาพภาคเอกชนเข้ามามีบทบาทในการให้หลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าวถูกกฎหมายโดยการผลักภาระความรับผิดชอบในการจัดหาหลักประกันสุขภาพให้กับนายจ้าง อันเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายภาครัฐที่เกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าว

2. รูปแบบประกันสังคม

การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของคนต่างด้าวในรูปแบบประกันสุขภาพ ในระบบประกันสังคมนั้น พบว่ามีการใช้รูปแบบนี้ในการให้หลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยถูกกฎหมายในประเทศเยอรมัน และประเทศฝรั่งเศส แต่อย่างไรก็ตามแม้ว่าทั้งสองประเทศดังกล่าวจะมีรูปแบบการเข้าถึงสิทธิที่คล้ายกัน แต่ก็ยังคงมีความแตกต่างกันในรายละเอียดบางประการ กล่าวคือ

ประเทศเยอรมัน มีการให้หลักประกันสุขภาพแก่แรงงานต่างด้าวภายใต้กฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม (German Social Code) ซึ่งให้ความคุ้มครองการประกันสุขภาพบนพื้นฐานความสัมพันธ์ของการจ้างงาน (Standard Employment Relationship) โดยมีแหล่งเงินกองทุนประกันสังคมสำหรับใช้จ่ายในการบริการสาธารณสุข ได้มาจาก 3 ฝ่าย คือนายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐตามอัตราที่กฎหมายกำหนด ซึ่งคำนวณบนพื้นฐานหลักความสามารถในการจ่าย (Pay as You Go System) ซึ่งจะเห็นได้ว่า รูปแบบนี้เป็นไปตามระบบบริการสาธารณสุขของประเทศเยอรมันที่เป็น

แบบประกันสังคม (Social Health Insurance System) ภายใต้หลักสังคมรัฐ และหลักความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน (Solidarity) ที่รัฐบาลจะต้องมีความรับผิดชอบดำเนินการให้ประชาชนทุกคน (Universal) ในประเทศ ไม่เพียงแต่เฉพาะพลเมืองแห่งรัฐเท่านั้น แต่รวมถึงคนต่างด้าวด้วย สามารถเข้าถึงการมีหลักประกันสุขภาพภายใต้แนวความคิดว่าด้วยการเป็นหุ้นส่วนทางสังคม (Social Partnership) โดยมุ่งเน้นการสร้างหลักประกันสุขภาพบนพื้นฐานความสัมพันธ์ระหว่างนายจ้างและลูกจ้างเป็นสำคัญ

เช่นเดียวกับประเทศฝรั่งเศส ที่มีการนำรูปแบบการประกันสุขภาพในระบบประกันสังคมมาใช้เป็นมาตรการบังคับสำหรับกรณีการจ้างงาน โดยแรงงานต่างด้าวที่เข้าเมืองถูกกฎหมายในประเทศฝรั่งเศสจะอยู่ภายใต้การประกันสังคมใน 2 สาขาคือ การประกันการเจ็บป่วย (Sickness Branch) และการประกันอุบัติเหตุและโรคจากการประกอบอาชีพ (The Work–Related Accidents and Occupational Diseases Branch) โดยมีแหล่งเงินกองทุนสำหรับใช้จ่ายในการบริการสาธารณสุขได้มาจากการจัดเก็บจากผู้ประกันตนคือ นายจ้าง ลูกจ้าง ส่วนหนึ่ง และการจัดสรรจากรัฐอีกส่วนหนึ่ง เรียกว่า การจัดเก็บในลักษณะรวมจ่าย (Mixed) ซึ่งจะเห็นได้ว่า การประกันสุขภาพในรูปแบบนี้ เป็นไปตามระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ภายใต้แนวความคิดการปฏิรูประบบการคลังสุขภาพของปะเทศฝรั่งเศส โดยมุ่งเน้นการประกันสุขภาพในระบบประกันสังคม ซึ่งนายจ้างและลูกจ้างมีหน้าที่ต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม และรัฐมีหน้าที่จัดสรรเงินภาษีอีกส่วนหนึ่งเข้าสมทบกองทุน

สำหรับประเทศไทย ได้มีการนำรูปแบบการประกันสุขภาพในระบบประกันสังคมมาใช้กับกรณีแรงงานต่างด้าวเข้าเมืองถูกกฎหมายเช่นเดียวกับประเทศเยอรมันและประเทศฝรั่งเศส แต่ในส่วนของแรงงานต่างด้าวที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขในรูปแบบกองทุนประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขได้ ซึ่งแรงงานต่างด้าวจะต้องซื้อประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขในอัตราที่รัฐกำหนดในลักษณะของการประกันตน โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับประกันสุขภาพ เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงความไม่ชัดเจนในการกำหนดรูปแบบการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าความไม่ชัดเจนนี้มีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากความไม่ชัดเจนของสถานะแห่งสิทธิ ส่งผลให้การกำหนดนโยบายและท่าทีการปฏิบัติต่อคนต่างด้าวมีความไม่ชัดเจน เกิดความลักลั่น ไม่เป็นเอกภาพในการบริการสาธารณสุขสำหรับคนต่างด้าว

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของแรงงานต่างด้าวที่เข้าเมืองถูกกฎหมาย มีรูปแบบที่ใช้ในต่างประเทศจำแนกออกได้เป็น 2 รูปแบบ คือ รูปแบบการประกันสุขภาพภาคเอกชน ซึ่งมีการใช้รูปแบบนี้ในประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศอังกฤษ ส่วนอีกรูปแบบหนึ่งคือ รูปแบบประกันสังคม มีการใช้รูปแบบนี้ในประเทศเยอรมันและประเทศฝรั่งเศส สำหรับประเทศไทย มีการใช้

รูปแบบประกันสังคมเช่นเดียวกับประเทศเยอรมันและประเทศฝรั่งเศส นอกจากนี้ยังมีการจัดให้แรงงานต่างด้าวที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคมสามารถเข้าถึงหลักประกันสุขภาพในรูปแบบพิเศษ คือ รูปแบบกองทุนประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นการประกันภาคสมัครใจ ส่วนการประกันสุขภาพภาคเอกชนที่นายจ้างเป็นผู้ซื้อประกันให้กับลูกจ้างดังเช่นในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศอังกฤษนั้น ไม่พบการใช้รูปแบบนี้ในประเทศไทย ซึ่งอาจมีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการซื้อประกันสุขภาพให้กับแรงงานต่างด้าวนั้น เป็นการเพิ่มต้นทุนการผลิตและเป็นภาระค่าใช้จ่ายของนายจ้าง ดังนั้นเมื่อไม่มีกฎหมายบังคับให้ต้องซื้อประกันสุขภาพให้กับแรงงานต่างด้าว นายจ้างส่วนใหญ่จึงไม่มีการซื้อประกันสุขภาพภาคเอกชนให้กับแรงงานต่างด้าว เพราะจะเป็นการเพิ่มต้นทุนการผลิตดังได้กล่าวมาข้างต้น

5.3.3 กรณีเด็กต่างด้าว

การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของคนต่างด้าวในกรณีที่เป็นเด็กต่างด้าวนั้น มีข้อค้นพบจากการศึกษาระบบกฎหมายของต่างประเทศในการกำหนดรูปแบบการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งเมื่อนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบรูปแบบของแต่ละประเทศแล้ว พบว่า ประเทศต่าง ๆ มีรูปแบบที่คล้ายคลึงกันโดยภาครัฐเข้ามามีบทบาทสำคัญในการให้ความคุ้มครองการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐ กล่าวคือ

1. รูปแบบประกันสุขภาพภาครัฐ

การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของเด็กต่างด้าวในรูปแบบประกันสุขภาพภาครัฐ พบว่า มีการใช้รูปแบบนี้ในประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศฝรั่งเศส แต่การให้หลักประกันสิทธิการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของทั้งสองประเทศ มีข้อแตกต่างกันของพื้นฐานแนวความคิดและสาระสำคัญบางประการ กล่าวคือ

ประเทศสหรัฐอเมริกา มีการให้สิทธิแก่เด็กต่างด้าวสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพในรูปแบบการประกันสุขภาพภาครัฐ โดยการจัดให้มีหลักประกันสุขภาพสำหรับเด็ก (Children’s Health Insurance Program: CHIP) ภายใต้กฎหมายว่าด้วยการประกันสุขภาพเด็ก (The Children’s Health Insurance Program Reauthorization Act of 2009: CHIPRA) ซึ่งจะเห็นได้ว่ากฎหมายฉบับนี้ ได้ให้ความคุ้มครองโดยครอบคลุมถึงเด็กต่างด้าวที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกามีสิทธิในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพและสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐได้โดยเสมอภาคและเท่าเทียมกันกับเด็กที่เป็นพลเมืองของสหรัฐ

ส่วนประเทศฝรั่งเศส มีการให้สิทธิแก่เด็กต่างด้าวสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐภายใต้กฎหมายว่าด้วยการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Couverture Maladie Universelle) โดยสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขในรูปแบบการประกันสุขภาพภาครัฐ ภายใต้กองทุนประกันการเจ็บป่วย

(Sickness branch) มีหน่วยงานที่กำกับดูแลคือ หน่วยงานกองทุนการประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Union of Health Insurance Funds) และในการเข้ารับบริการ ณ จุดบริการ จะได้รับการยกเว้นการจ่ายค่าบริการร่วม (Co-Payments) ซึ่งจะเห็นได้ว่าเป็นการให้ความคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขบนรากฐานของแนวความคิดว่าด้วยการให้หลักประกันสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชากรทั้งหมดภายในประเทศฝรั่งเศส (Applying to the whole Population) และเป็นการคุ้มครองบนพื้นฐานของประชากรที่มีถิ่นที่อยู่ภายในประเทศ (On the Basis of Residency) อันเป็นแนวความคิดพื้นฐานของการให้บริการสาธารณสุขตามระบบประกันสุขภาพภาครัฐ ซึ่งเป็นแนวความคิดการจัดระบบบริการสาธารณสุขของประเทศฝรั่งเศส

2. รูปแบบรัฐสวัสดิการ

การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของเด็กต่างด้าวในรูปแบบรัฐสวัสดิการ พบว่า มีการใช้รูปแบบนี้ในประเทศอังกฤษ โดยมีการให้สิทธิแก่เด็กต่างด้าวสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐในรูปแบบรัฐสวัสดิการ ตามกฎหมายว่าด้วยการบริการสุขภาพแห่งชาติในส่วนที่ว่าด้วยการบริการสุขภาพสำหรับคนต่างด้าว ซึ่งภายใต้กฎหมายฉบับนี้มีบทบัญญัติยกเว้นค่ารักษาพยาบาลให้กับเด็กต่างด้าวที่อยู่ในความดูแลของผู้ลี้ภัยและผู้ลี้ภัยสงคราม ส่วนเด็กต่างด้าวนอกเหนือจากนี้กฎหมายกำหนดให้บิดามารดาหรือผู้ปกครองเด็กนั้นเป็นผู้มีหน้าที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับเด็ก ซึ่งจะเห็นได้ว่าเป็นการให้ความคุ้มครองโดยผูกอยู่กับเงื่อนไขของความสามารถในการมีรายได้ของบิดา มารดา หรือผู้ปกครองของเด็ก โดยหากบุคคลดังกล่าวมีความสามารถในการหารายได้จากการทำงาน เช่น กรณีแรงงานต่างด้าว เป็นต้น กฎหมายกำหนดให้มีหน้าที่ต้องรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลให้กับเด็กที่อยู่ในความปกครองด้วย แต่หากเป็นบุคคลที่ไม่มีความสามารถหรือความสามารถในการหารายได้มีจำกัดดังเช่นกรณีของผู้ลี้ภัยและผู้ลี้ภัยสงครามนั้น เพื่อให้เด็กต่างด้าวที่อยู่ในความปกครองหรืออยู่ในความดูแลได้รับการคุ้มครองสิทธิ กฎหมายจึงกำหนดให้เด็กกลุ่มนี้ได้รับการยกเว้นค่ารักษาพยาบาล

3. รูปแบบผสม

การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของเด็กต่างด้าวในรูปแบบนี้พบว่ามีการใช้ในประเทศเยอรมัน โดยมีการให้สิทธิแก่เด็กต่างด้าวสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐในรูปแบบของการประกันสุขภาพภาคเอกชน โดยผู้ปกครองสามารถหาซื้อประกันสุขภาพให้กับเด็กในความปกครองได้จากธุรกิจรับประกันสุขภาพทั่วไป และรูปแบบการสงเคราะห์ทางการแพทย์โดยมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องคือ กฎหมายอาญา (Penal Code) ที่กำหนดให้บุคคลทุกคนที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินจะต้องได้รับการช่วยเหลือจากรัฐ ซึ่งจะเห็นได้ว่าแนวความคิดในการให้หลักประกันสุขภาพสำหรับเด็กต่างด้าวในประเทศเยอรมัน เป็นไปตามแนวความคิดว่าด้วยการบริการสาธารณสุขในรูปแบบประกันสังคมที่ผูกอยู่กับความสัมพันธ์ในระบบการจ้างงาน ดังนั้นเมื่อแรงงานต่างด้าวมีความสามารถในการหารายได้จากการทำงานจึงต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการจัดหาหลักประกันสุขภาพให้แก่เด็กต่างด้าวที่

อยู่ในความปกครอง แต่อย่างไรก็ตามในกรณีเป็นเด็กต่างด้าวที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพและเกิดการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน กฎหมายก็ยังเข้ามาให้ความคุ้มครองการเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ภายใต้กฎหมายอาญาที่กำหนดให้รัฐต้องให้ความช่วยเหลือในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล โดยเป็นการกำหนดหน้าที่ให้หน่วยงานของรัฐต้องให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งเป็นเสมือนตาข่ายของสังคมที่รองรับประชาชนไม่ให้ตกไปในห้วงแห่งความสิ้นหวังเพราะขาดปัจจัยในการดำรงชีวิต ตามหลักสังคมรัฐที่บัญญัติรับรองไว้เป็นสิทธิตามรัฐธรรมนูญ

สำหรับประเทศไทย การเข้าถึงการรักษาพยาบาลของเด็กต่างด้าว มีการให้ความคุ้มครองที่หลากหลาย กล่าวคือ ในกรณีเด็กต่างด้าวที่เป็นบุตรชอบด้วยกฎหมายของคนต่างด้าว ซึ่งรับจ้างทำงานให้กับส่วนราชการ เด็กกลุ่มนี้จะได้รับความคุ้มครองการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในรูปแบบสวัสดิการของทางราชการ ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 ส่วนเด็กต่างด้าวที่อยู่ในความดูแลหรือติดตามแรงงานต่างด้าวที่เข้าเมืองถูกกฎหมาย และเด็กต่างด้าวทั่วไปที่มีอายุไม่เกิน 7 ปีบริบูรณ์ สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ในรูปแบบกองทุนประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข มีลักษณะเป็นการประกันตามความสมัครใจที่บิดา มารดา หรือผู้ปกครองสามารถซื้อประกันสุขภาพจากกระทรวงสาธารณสุขให้กับเด็กที่อยู่ในความปกครองได้ในราคาถูก ซึ่งจะเห็นได้ว่ารูปแบบการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของเด็กต่างด้าวในประเทศไทยนั้น มีรูปแบบที่หลากหลาย หรืออาจกล่าวได้ว่า มีรูปแบบผสมทั้งการให้สวัสดิการโดยรัฐ และการประกันสุขภาพภาครัฐในลักษณะการประกันตามความสมัครใจ เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงแนวความคิดการกำหนดรูปแบบการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของเด็กต่างด้าวที่สอดคล้องสัมพันธ์กับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศที่เป็นระบบผสม (Mixed System) ระหว่างกลไกตลาดและรัฐสวัสดิการ

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของเด็กต่างด้าวทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ มีความคล้ายคลึงกันที่รัฐเข้ามามีบทบาทสำคัญในการให้ความคุ้มครองการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของเด็กต่างด้าวที่อยู่ภายในรัฐ ทั้งนี้อันเนื่องจากสาเหตุที่สำคัญส่วนหนึ่งคือ การเข้าร่วมเป็นภาคีตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก ซึ่งมีสถานะเป็นกฎหมายระหว่างประเทศ โดยภายใต้อนุสัญญานี้กำหนดให้รัฐภาคีต้องให้หลักประกันเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือทางการแพทย์ที่จำเป็นและการดูแลสุขภาพเด็กทุกคน จึงเป็นความผูกพันในทางระหว่างประเทศที่ต้องปฏิบัติให้เป็นไปตามมาตรฐานนี้ แต่อย่างไรก็ตามการให้ความคุ้มครองเด็กต่างด้าวในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประเทศต่าง ๆ ยังคงมีรูปแบบที่แตกต่างกัน สามารถจำแนกออกได้เป็น 3 รูปแบบ คือ รูปแบบการประกันสุขภาพภาครัฐ พบว่า มีการใช้รูปแบบนี้ในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศฝรั่งเศส รูปแบบรัฐสวัสดิการ พบมีการใช้ในประเทศอังกฤษ และรูปแบบผสมพบมีการใช้ในประเทศเยอรมัน เช่นเดียวกับประเทศไทย แต่มีสาระสำคัญแตกต่างจากประเทศเยอรมัน โดยประเทศไทยมีการใช้

รูปแบบสวัสดิการของทางราชการในลักษณะคล้ายกับรัฐสวัสดิการของประเทศอังกฤษ และใช้รูปแบบประกันสุขภาพภาครัฐที่เป็นการซื้อประกันตามความสมัครใจซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของประเทศไทย

5.3.4 กรณีผู้ลี้ภัยและผู้ลี้ภัยสงคราม

การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ลี้ภัย (Asylums) และผู้ลี้ภัยสงคราม (Refugees) นั้น มีข้อค้นพบจากการศึกษาระบบกฎหมายของต่างประเทศในการกำหนดรูปแบบการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งเมื่อนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบรูปแบบของแต่ละประเทศแล้ว พบว่า ประเทศต่าง ๆ มีรูปแบบที่คล้ายคลึงกันโดยภาครัฐเข้ามามีบทบาทสำคัญในการให้ความคุ้มครองการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐ กล่าวคือ

ประเทศสหรัฐอเมริกา มีการให้ความคุ้มครองคนต่างด้าวที่เป็นผู้ลี้ภัยและผู้ลี้ภัยสงคราม สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐได้ ในรูปแบบประกันสุขภาพภาครัฐ เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยความรับผิดชอบของบุคคลและการยอมรับโอกาสในทางการงาน (Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act of 1996: PRWORA) โดยภายใต้กฎหมายฉบับนี้ได้กำหนดนิยาม “คุณสมบัติของคนต่างด้าว” (Qualified Aliens) ที่มีสิทธิเข้าถึงบริการสาธารณสุขในโครงการต่าง ๆ ของรัฐ รวมถึงผู้ลี้ภัยและผู้ลี้ภัยสงครามที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาด้วย ซึ่งจะเห็นได้ว่า ตามระบบกฎหมายของประเทศสหรัฐอเมริกานั้นได้จัดสรรสถานะของบุคคลผู้มีสิทธิเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของรัฐ โดยให้การคุ้มครองบุคคลที่เป็นพลเมืองของสหรัฐเป็นหลัก เป็นการคุ้มครองในรูปแบบการให้หลักประกันสุขภาพภาครัฐแก่พลเมือง แต่นอกเหนือจากพลเมืองของสหรัฐแล้ว กฎหมายยังได้ให้การยอมรับบุคคลที่ไม่ใช่พลเมืองของสหรัฐสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขในโครงการของรัฐ โดยการกำหนดคุณสมบัติของคนต่างด้าวที่มีสิทธิเข้าถึงโครงการต่าง ๆ ของรัฐ และภายใต้การกำหนดคุณสมบัติดังกล่าว ประเทศสหรัฐอเมริกาได้ให้การยอมรับสิทธิของผู้ลี้ภัยและผู้ลี้ภัยสงคราม ถือว่าเป็นผู้มีสิทธิเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐในรูปแบบประกันสุขภาพภาครัฐได้เช่นเดียวกับพลเมืองของสหรัฐ

ประเทศอังกฤษ มีการให้ความคุ้มครองคนต่างด้าวที่เป็นผู้ลี้ภัยและผู้ลี้ภัยสงครามสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐได้ในรูปแบบรัฐสวัสดิการ ได้แก่ ผู้ลี้ภัยชั่วคราว หรือผู้ที่ได้รับความคุ้มครองภายใต้กฎหมายว่าด้วยการเข้าเมือง (Immigration Act) ผู้ที่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการเข้าเมืองและผู้ลี้ภัย (Immigration and Asylum Act) รวมเด็กที่อยู่ในความดูแลของบุคคลดังกล่าว โดยการให้ความคุ้มครองการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการบริการสุขภาพแห่งชาติในส่วนที่ว่าด้วยการบริการสุขภาพสำหรับคนต่างด้าว ซึ่งจะเห็นได้ว่าระบบกฎหมายของประเทศอังกฤษได้ให้การยอมรับสถานะของผู้ลี้ภัยสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐได้ ในรูปแบบที่มีความสอดคล้องกับระบบบริการสาธารณสุขของรัฐที่เป็นแบบรัฐสวัสดิการ

โดยได้รับการยกเว้นค่ารักษาพยาบาลในการเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลของรัฐเช่นเดียวกับพลเมืองของประเทศอังกฤษ

ประเทศเยอรมัน มีการให้ความคุ้มครองคนต่างด้าวที่เป็นผู้ลี้ภัยและผู้ลี้ภัยสงครามที่ได้รับอนุญาตให้อยู่ภายในประเทศด้วยเหตุผลทางมนุษยธรรม หรือผู้ได้รับการผ่อนผันให้อยู่ในประเทศชั่วคราวก่อนถูกส่งตัวออกนอกประเทศ สามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของรัฐได้ตามกฎหมายว่าด้วยผู้ลี้ภัย (Asylum Procedure Act 2008) โดยภายใต้กฎหมายฉบับนี้ เป็นการให้ความคุ้มครองการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลในรูปแบบการสงเคราะห์ทางการแพทย์ กล่าวคือ เป็นการให้บริการสาธารณสุขแบบให้เปล่า ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเมื่อบุคคลเหล่านี้เข้าบริการจากสถานพยาบาลของรัฐ และบริการสาธารณสุขนอกเหนือจากบริการแพทย์ฉุกเฉิน และการรักษาพยาบาลทั่วไปแล้ว ยังมีบริการรวมถึงการตรวจโรค และการป้องกันควบคุมโรคระบาดด้วย เช่น วัณโรค (Tuberculosis) และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually Transmitted Diseases) เป็นต้น ซึ่งจะเห็นได้ว่า ระบบกฎหมายของประเทศเยอรมันได้ให้การยอมรับสถานะของคนต่างด้าวที่เป็นผู้ลี้ภัยและผู้ลี้ภัยสงครามสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐได้ เป็นการให้ความคุ้มครองคนต่างด้าวบนพื้นฐานของหลักมนุษยธรรมและการป้องกันควบคุมโรคระบาดภายในประเทศที่อาจส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางสุขภาพภายในประเทศ

ส่วนประเทศฝรั่งเศส มีการจำแนกสถานะของผู้ลี้ภัยและผู้ลี้ภัยสงครามออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้อยู่ในประเทศโดยถูกต้องตามกฎหมาย และผู้ที่ได้รับการปฏิเสธการขึ้นทะเบียน โดยบุคคลทั้งสองประเภทนี้สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐได้ในรูปแบบที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ลี้ภัยในประเทศถูกต้องตามกฎหมาย สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐได้ครอบคลุมทุกบริการในรูปแบบการประกันสุขภาพภาครัฐเช่นเดียวกับพลเมืองของประเทศฝรั่งเศส ส่วนผู้ที่ได้รับการปฏิเสธการขึ้นทะเบียนจะได้รับความคุ้มครองในรูปแบบการช่วยเหลือทางการแพทย์โดยรัฐ (Aide Médicale de l’Etat: AME) โดยมีความครอบคลุมเฉพาะบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน รวมถึงการบริการสูติกรรม (Maternity care) และการทำแท้ง (Abortion) ด้วยเหตุผลทางการแพทย์ แต่ไม่รวมถึงการรักษาโรคติดต่อเรื้อรัง (Chronic Diseases) ซึ่งจะเห็นได้ว่า ระบบกฎหมายของประเทศฝรั่งเศสให้การยอมรับสถานะของผู้ลี้ภัยและผู้ลี้ภัยสงครามสามารเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐได้ ภายใต้เงื่อนไขของสถานะทางกฎหมาย โดยหากเป็นบุคคลที่ได้รับการขึ้นทะเบียนผู้ลี้ภัยถูกต้องตามกฎหมายจะได้รับความคุ้มครองครอบคลุมบริการสาธารณสุขทุกประเภทเช่นเดียวกับพลเมืองของรัฐ แต่หากเป็นผู้ได้รับการปฏิเสธการขึ้นทะเบียนจะได้รับความคุ้มครองเฉพาะบริการสาธารณสุขเท่าที่จำเป็นต่อสุขภาพ เช่น บริการแพทย์ฉุกเฉิน และสูติกรรม เป็นต้น ทั้งนี้ โดยมีเหตุผลสำคัญตั้งอยู่บนพื้นฐานของระบบเศรษฐกิจและแนวความคิดของประเทศฝรั่งเศสที่มองว่าธรรมชาติของความเป็นมนุษย์ (Humanitarian in Nature)

ย่อมมีความเป็นจริงที่แตกต่างกันและรัฐจะต้องพิจารณาให้ความคุ้มครองบนพื้นฐานของข้อเท็จจริงเป็นรายกรณี (Case by Case)

สำหรับประเทศไทย ไม่มีรูปแบบเฉพาะในการให้ความคุ้มครองการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ลี้ภัย และผู้ลี้ภัยสงคราม โดยปัจจุบันบุคคลดังกล่าวสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐได้ โดยหากเป็นผู้ที่มีความสามารถในการหารายได้สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ในรูปแบบการชำระค่าธรรมเนียมการรักษาพยาบาลโดยตรง หรือการซื้อประกันสุขภาพจากกระทรวงสาธารณสุข แต่หากเป็นผู้ที่ไม่มีความสามารถในการหารายได้ สถานพยาบาลของรัฐจะให้บริการตามหลักมนุษยธรรม ซึ่งจะเห็นได้ว่าเป็นผลอันเนื่องมาจากสถานะแห่งสิทธิที่ไม่มีการรับรองไว้อย่างชัดแจ้งตามกฎหมาย หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ตามระบบกฎหมายไทยยังไม่ให้การยอมรับสถานะแห่งสิทธิของผู้ลี้ภัยและผู้ลี้ภัยสงคราม ส่งผลให้คนกลุ่มนี้ไม่สามารถเข้าถึงหลักประกันสุขภาพได้ แต่อย่างไรก็ตามมิได้หมายความว่าประเทศไทยจะไม่ให้การช่วยเหลือคนต่างด้าวกลุ่มนี้แต่ประการใด โดยปัจจุบันได้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน การระดมทรัพยากรและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยาและการจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น ลงวันที่ 15 มีนาคม 2560 ซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ได้กำหนดให้สถานพยาบาลมีหน้าที่ช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินที่หากปล่อยไว้จะเป็นอันตรายต่อชีวิต โดยต้องให้การช่วยเหลืออย่างเต็มขีดความสามารถของสถานพยาบาลนั้น และห้ามนำเรื่องสิทธิการประกันสุขภาพ การขึ้นทะเบียนสถานพยาบาล หรือความสามารถในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยฉุกเฉิน หรือเงื่อนไขใด ๆ มาเป็นเหตุปฏิเสธผู้ป่วยฉุกเฉินให้ไม่ได้รับการบริการอย่างทันท่วงที[280] โดยมีประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการบริการด้านการแพทย์

---

[280] ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน การระดมทรัพยากรและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยาและการจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น ลงวันที่ 15 มีนาคม 2560, ข้อ 3

"เมื่อมีผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งหากปล่อยไว้เช่นนั้นจะเป็นอันตรายต่อชีวิต หรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บ หรืออาการของผู้ป่วยฉุกเฉินได้ ให้ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการของสถานพยาบาลมีหน้าที่ดำเนินการช่วยเหลือเยียวยาตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

(1) ตรวจคัดแยกระดับความฉุกเฉินและจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบริการตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน และเมื่อดำเนินการดังกล่าวแล้ว ให้แจ้งผลของการคัดแยกให้ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยทราบ

กรณีที่มีปัญหาการวินิจฉัยในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตให้ปรึกษาศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้ตลอดเวลายี่สิบสี่ชั่วโมง เพื่อ

ฉุกเฉินของสถานพยาบาล พ.ศ. 2557 กำหนดนิยาม “ ผู้ป่วยฉุกเฉิน” ไว้ว่าหมายถึง บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นภยันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการและการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น[281] ซึ่งจะเห็นได้ว่าภายใต้ประกาศกระทรวงสาธารณสุขทั้งสองฉบับดังกล่าว ได้กำหนดหน้าที่ให้สถานพยาบาลมีหน้าที่ต้องให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินโดยมิได้จำกัดว่าจะเป็นคนไทยหรือคนต่างด้าว เพียงแต่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินตามบทนิยามข้างต้นย่อมได้รับความคุ้มครองและมีสิทธิเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้ตามมาตรฐานที่กำหนด และห้ามสถานพยาบาลปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ว่ากรณีใด ๆ เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงการรับรอง “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” ของบุคคลที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงทีเพื่อช่วยให้สามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ โดยมิอาจปล่อยทิ้งให้เสียชีวิตไป อันเป็นการปฏิบัติต่อบุคคลเสมือนมิใช่มนุษย์ ซึ่งคนต่างด้าวที่เป็นผู้ลี้ภัย และผู้ลี้ภัยสงครามนั้น แม้ว่าจะไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ แต่ก็สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลกรณีฉุกเฉินดังกล่าวนี้ได้ ทั้งนี้โดยไม่มีเงื่อนไขการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลเพื่อไม่ให้เป็นอุปสรรคต่อการดูแลรักษา ส่วนค่าใช้จ่ายที่

ดำเนินการวินิจฉัยโดยคำวินิจฉัยของศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติให้ถือเป็นที่สุด

(2) ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับการบริการฉุกเฉินจนเต็มขีดความสามารถของสถานพยาบาลนั้น ก่อนการส่งต่อ เว้นแต่มีผู้ประกอบวิชาชีพให้การรับรองว่าการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินจะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้น

(3) การให้บริการต่อผู้ป่วยฉุกเฉินต้องเป็นไปตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ฉุกเฉินโดยมิให้นำสิทธิการประกัน การขึ้นทะเบียนสถานพยาบาล หรือความสามารถในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายฉุกเฉิน หรือเงื่อนไขใด ๆ มาเป็นเหตุปฏิเสธผู้ป่วยฉุกเฉินให้ไม่ได้รับการบริการอย่างทันท่วงที

นอกจากวรรคหนึ่งแล้ว สถานพยาบาลต้องกระทำการใด ๆ อันจะมีผลเป็นการควบคุม ระงับ หรือบรรเทาผลร้ายจากอันตรายหรือความเสียหายที่เกิดขึ้นนั้นได้อย่างทันท่วงทีตามสมควรแก่กรณี”

[281] ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินของสถานพยาบาล พ.ศ. 2547, ข้อ 3

เกิดขึ้นจากการให้บริการรักษาพยาบาลนั้น ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องจะเป็นผู้จัดสรรเงินค่าชดเชยให้แก่สถานพยาบาลตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดต่อไป[282]

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของผู้ลี้ภัยและผู้ลี้ภัยสงครามในต่างประเทศ มีรูปแบบที่คล้ายคลึงกันคือรัฐเข้ามามีบทบาทในการให้ความคุ้มครองอย่างชัดเจน เช่น การประกันสุขภาพภาครัฐในประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศฝรั่งเศส การให้บริการในรูปแบบรัฐสวัสดิการของประเทศอังกฤษ และรูปแบบการสงเคราะห์ทางการแพทย์ของประเทศเยอรมัน เป็นต้น ทั้งนี้โดยมีสาเหตุที่สำคัญส่วนหนึ่งอันเนื่องมาจากการที่ระบบกฎหมายของต่างประเทศได้ให้การรับรองสถานะของสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของรัฐเป็นสิทธิมนุษยชน การให้ความคุ้มครองการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลจึงตั้งอยู่บนแนวความคิดพื้นฐานของการจัดให้มีรูปแบบการเข้าถึงโดยครอบคลุมประชากรทุกคนในประเทศ รวมทั้งผู้ลี้ภัยและผู้ลี้ภัยสงครามด้วย ซึ่งแตกต่างกับประเทศไทยที่ระบบกฎหมายยังไม่ให้การยอมรับสถานะแห่งสิทธินี้ว่าเป็นสิทธิมนุษยชน หรือสิทธิของมนุษย์ทุกคน จึงส่งผลให้ไม่มีการกำหนดรูปแบบเฉพาะในการให้ความคุ้มครองคนต่างด้าวกลุ่มนี้เหมือนในระบบกฎหมายของต่างประเทศดังที่กล่าวมาข้างต้น แต่ได้มีการให้ความคุ้มครองโดยทั่วไปภายใต้การให้บริการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งหากผู้ลี้ภัยและผู้ลี้ภัยสงครามได้รับอันตรายหรือเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินก็มีสิทธิได้รับการรักษาในกรณีนี้ได้ ส่วนกรณีเจ็บป่วยนอกเหนือจากนี้หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือหากผู้ลี้ภัยและผู้ลี้ภัยสงครามในประเทศไทยมิได้เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินก็จะไม่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายนี้แต่ประการใด

5.3.5 กรณีผู้ไร้สถานะทางทะเบียน

ในส่วนนี้ เป็นการวิเคราะห์กรณีศึกษาในกลุ่มบุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน ประกอบด้วยคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง และคนต่างด้าวอื่น ๆ ที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน มีข้อค้นพบจากการศึกษาระบบกฎหมายของต่างประเทศในการกำหนดรูปแบบการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งเมื่อนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบรูปแบบของแต่ละประเทศแล้ว พบว่า ประเทศต่าง ๆ มีรูปแบบที่คล้ายคลึงกันโดยภาครัฐเข้ามามีบทบาทสำคัญในการให้ความคุ้มครองการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐ กล่าวคือ

ประเทศสหรัฐอเมริกา มีการให้ความคุ้มครองการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของคนต่างด้าวผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียน โดยจัดสรรสถานะของบุคคลออกเป็น 2 ประเภท คือ ผู้ที่เป็นแรงงานต่างด้าว และผู้ที่ไม่ใช่แรงงาน ในกรณีผู้ที่เป็นแรงงานต่างด้าวจะได้รับความคุ้มครองการเข้าถึงบริการ

---

[282] ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ลงวันที่ 29 มีนาคม 2560

สาธารณสุข ในรูปแบบประกันสุขภาพภาครัฐ เฉพาะกรณีที่เป็นการเจ็บป่วยฉุกเฉินเท่านั้น ตามกฎหมายว่าด้วยการรักษาพยาบาลฉุกเฉินสำหรับแรงงาน (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act) ส่วนกรณีที่มิใช่การเจ็บป่วยฉุกเฉิน และกรณีคนต่างด้าวคนต่างด้าวที่ไม่ใช่แรงงาน จะไม่ได้รับความคุ้มครองการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในรูปแบบประกันสุขภาพภาครัฐภายใต้กฎหมายนี้หรือกฎหมายอื่น แต่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ในรูปแบบการชำระค่ารักษาพยาบาลโดยตรง ซึ่งจะเห็นได้ว่า ตามระบบกฎหมายของประเทศสหรัฐอเมริกานั้น ได้ให้ความคุ้มครองคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐโดยผูกอยู่กับเงื่อนไขการสร้างประโยชน์หรือก่อประโยชน์ให้กับรัฐ กล่าวคือ แม้จะเป็นคนต่างด้าวที่หลบหนีเข้าเมือง แต่หากเข้ามาแล้วได้ทำการรับจ้างทำงานอันก่อให้เกิดผลิตภาพต่อระบบเศรษฐกิจของรัฐ ในกรณีนี้รัฐก็จะเข้ามาให้ความคุ้มครองภายใต้เงื่อนไขที่จำกัดตามสถานะของการเข้าเมืองโดยไม่ถูกต้องตามกฎหมาย คือ ให้ความคุ้มครองเฉพาะกรณีการเจ็บป่วยฉุกเฉินเท่านั้น ไม่คุ้มครองถึงบริการสาธารณสุขอื่นดังเช่นกรณีแรงงานต่างด้าวถูกกฎหมาย และหากเป็นบุคคลที่หลบหนีเข้าเมืองซึ่งมิใช่แรงงานนั้น รัฐมิได้เข้ามาให้ความช่วยเหลือในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข โดยคนต่างด้าวกลุ่มนี้ต้องแบกรับความเสี่ยงของภาระค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นขึ้นจากการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยตนเอง

ประเทศอังกฤษ มีการให้ความคุ้มครองการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐ ในรูปแบบรัฐสวัสดิการ ตามกฎหมายว่าด้วยการบริการสุขภาพแห่งชาติ โดยมุ่งให้ความคุ้มครองพลเมืองของรัฐเป็นหลักและขยายความคุ้มครองถึงคนต่างด้าวที่เข้าเมืองถูกกฎหมายหรือที่รับเข้ามาอยู่ในประเทศด้วยเหตุผลทางมนุษยธรรม เช่น ผู้ลี้ภัย หรือเหยื่อจากการค้ามนุษย์ เป็นต้น แต่ภายใต้กฎหมายฉบับนี้ไม่ให้ความคุ้มครองครอบคลุมถึงคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองหรือผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียน แต่อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติหากเป็นกรณีที่เกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือโรคติดเชื้อร้ายแรงที่อาจส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุของประเทศ ในกรณีนี้รัฐจะเข้ามาให้ความช่วยเหลือในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในรูปแบบการสงเคราะห์ทางการแพทย์ หรือเป็นการบริการแบบให้เปล่า ซึ่งจะเห็นได้ว่าตามระบบกฎหมายของประเทศอังกฤษไม่ยอมรับสถานะของผู้เข้าเมืองผิดกฎหมาย หรือหลบหนีเข้าเมือง ในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามรูปแบบรัฐสวัสดิการดังเช่นกรณีคนต่างด้าวที่เข้าเมืองถูกกฎหมาย ดังนั้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยคนต่างด้าวกลุ่มนี้สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขในรูปแบบการชำระค่ารักษาพยาบาลโดยตรง และต้องแบกรับความเสี่ยงทางสุขภาพและภาระค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นด้วยตนเอง แต่ในกรณีมีสถานการณ์ที่จำเป็นทางสุขภาพ รัฐได้เข้ามาให้ความช่วยเหลือในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขแก่คนต่างด้าวกลุ่มนี้ โดยเป็นการให้ความช่วยเหลือเฉพาะกรณีที่เป็นการเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือเกิดโรคติดเชื้อร้ายแรงที่อาจส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุของประเทศ อันเป็นการให้ความคุ้มครองบนพื้นฐานของหลักมนุษยธรรม และการป้องกันโรคระบาดภายในประเทศตามหลักความมั่นคงทางสุขภาพ

ประเทศเยอรมัน ไม่มีการกำหนดรูปแบบการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของคนต่างด้าวที่หลบหนีเข้าเมืองและผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียนไว้อย่างชัดเจนตามกฎหมายดังเช่นกรณีคนต่างด้าวกลุ่มอื่น ดังนั้นคนต่างด้าวกลุ่มนี้จึงสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขในรูปแบบการชำระค่ารักษาพยาบาลโดยตรง แต่อย่างไรก็ตามหากเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินขึ้น สถานพยาบาลมีหน้าที่ต้องรับบุคคลดังกล่าวไว้รักษาพยาบาล นอกจากนี้พบว่าในนครเบอร์ลิน ได้มีการจัดให้มีการประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวที่ไร้สถานะทางทะเบียนโดยการซื้อบัตรประกันสุขภาพตามความสมัครใจที่หน่วยบริการสาธารณสุขในนครเบอร์ลิน[283] เป็นรูปแบบพิเศษที่มีการนำมาใช้เพื่อลดความเสี่ยงของหนี้สูญเปล่าจากการให้บริการสาธารณสุขแก่คนต่างด้าวกลุ่มนี้ ซึ่งจะเห็นได้ว่า ตามระบบกฎหมายของประเทศเยอรมันนั้นไม่ยอมรับสถานะของคนต่างด้าวที่หลบหนีเข้าเมืองและผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียนในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐในรูปแบบที่รัฐจัดขึ้นสำหรับคนต่างด้าวกลุ่มอื่น ๆ ทั้งนี้เนื่องจากความแตกต่างของสถานะการเข้าเมืองของบุคคล โดยบุคคลที่เข้าเมืองถูกต้องตามกฎหมายจะได้รับความคุ้มครองการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในรูปแบบต่าง ๆ ที่รัฐจัดให้ แต่กรณีที่เป็นผู้เข้าเมืองผิดกฎหมาย ระบบกฎหมายของประเทศเยอรมันไม่ยอมรับสถานะของคนต่างด้าวกลุ่มนี้ แต่จะให้บริการเฉพาะการเจ็บป่วยฉุกเฉินเท่านั้น ซึ่งสถานพยาบาลต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นนั้น ส่งผลให้สถานพยาบาลในนครเบอร์ลินที่ต้องแบกรับภาระหนี้ค้างชำระค่ารักษาพยาบาลได้หาวิธีการลดความเสี่ยงด้วยการจัดให้มีประกันสุขภาพแบบประกันตามความสมัครใจขึ้น ซึ่งคนต่างด้าวจะต้องซื้อประกันสุขภาพจากสถานพยาบาลเพื่อเป็นหลักประกันการเข้าถึงบริการสาธารณสุข และเป็นหลักประกันการได้รับชำระค่ารักษาพยาบาลของสถานพยาบาลด้วย

ประเทศฝรั่งเศส มีการให้ความคุ้มครองคนต่างด้าวผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียนในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐในรูปแบบการสงเคราะห์ทางการแพทย์ เรียกว่า “การช่วยเหลือทางการแพทย์โดยรัฐ” (Aide Médicale de l’Etat: AME) โดยอนุญาตให้คนต่างด้าวผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียนสามารถเข้าถึงการได้รับความช่วยเหลือทางด้านบริการสุขภาพ ภายใต้เงื่อนไขเกี่ยวกับการอยู่ภายในประเทศและรายได้ของบุคคลนั้น ภายใต้บังคับเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (Soin d’urgence) ที่ครอบคลุมบริการกู้ชีพฉุกเฉิน การรักษาโรคติดต่อ การจัดให้มีบริการที่จำเป็นในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางด้านการสาธารณสุข การบริการสาธารณสุขทุกประเภทสำหรับคนต่างด้าวที่

---

[283] Bradford H. Gray and Ewout van Ginnekken, “Health Care for Undocumented Migrants: Eueopean Approach,” **Issue in International Health Policy** (December 2012): 8, Retrieved December 12, 2016 from http://www.commonwealthfund.org/~/media/files/publications/issue-brief/2012/dec/1650_gray_hlt_care_ undocumented_migrants_intl_brief.pdf

เป็นเด็ก การบริการสูติกรรม (Maternity Care) และการทำแท้ง (Abortion) ด้วยเหตุผลทางการแพทย์ แต่ไม่รวมถึงการรักษาโรคติดต่อเรื้อรัง (Chronic Diseases) ซึ่งจะเห็นได้ว่า ตามระบบกฎหมายของประเทศฝรั่งเศสได้ให้การยอมรับสถานะของคนต่างด้าวที่ไม่มีสถานะทางทะเบียนสามารถเข้าถึงบริการสาธารสุขของรัฐได้ โดยไม่ได้มุ่งให้ความคุ้มครองบนพื้นฐานของสถานะการเข้าเมือง แต่ให้ความคุ้มครองบนพื้นฐานของการอยู่ภายในดินแดนและอำนาจอธิปไตยแห่งรัฐ โดยคำนึงถึงระบบเศรษฐกิจและธรรมชาติของความเป็นมนุษย์ อันเป็นรากฐานแนวความคิดในการจัดระบบบริการสาธารณสุขของประเทศฝรั่งเศส และมุ่งเน้นการให้บริการเท่าที่จำเป็นต่อสุขภาพ เช่น การแพทย์ฉุกเฉิน การป้องกันควบคุมโรคระบาด และการสูติกรรม เป็นต้น

สำหรับประเทศไทย ไม่มีการกำหนดรูปแบบการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของคนต่างด้าวที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน และคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองไว้โดยเฉพาะ แต่ภายใต้รูปแบบกองทุนประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข คนต่างด้าวกลุ่มนี้สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐได้ โดยซื้อประกันสุขภาพจากสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการไว้กับกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะเห็นได้ว่า ตามระบบกฎหมายไทยแม้ว่าจะไม่มีการให้ความคุ้มครองคนต่างด้าวกลุ่มนี้ในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐไว้โดยชัดแจ้ง แต่ภายใต้นโยบายทางด้านการบริหารของรัฐได้ให้ความช่วยเหลือคนต่างด้าวกลุ่มนี้สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐได้ในรูปแบบกองทุนประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข เป็นสิ่งที่สะท้อนถึงแนวความคิดในการคุ้มครองคนต่างด้าวทุกกลุ่มที่อยู่ภายในดินแดนและภายใต้อำนาจอธิปไตยของราชอาณาจักรไทยให้สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐได้ โดยไม่จำกัดเฉพาะกลุ่มคนที่มีสถานะบนความสัมพันธ์ของการจ้างงานและสถานะของการเข้าเมือง

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองและผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียนในต่างประเทศ มีรูปแบบที่คล้ายคลึงกันคือรัฐเข้ามามีบทบาทในการให้ความคุ้มครองการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐ แต่อย่างไรก็ตามในแต่ละประเทศได้กำหนดรายละเอียดของการให้ความคุ้มครองที่แตกต่างกันตามบริบทและนิติวิธีของระบบกฎหมายแต่ละประเทศ ดังเช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกาที่ให้ความคุ้มครองคนต่างด้าวกลุ่มนี้บนพื้นฐานของแนวความคิดว่าด้วยการสร้างประโยชน์หรือการก่อให้เกิดผลิตภาพทางเศรษฐกิจ ซึ่งระบบกฎหมายได้ให้ความคุ้มครองแรงงานต่างด้าวที่หลบหนีเข้าเมืองสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐได้ในรูปแบบประกันสุขภาพภาครัฐ เฉพาะกรณีการเจ็บป่วยฉุกเฉิน แต่ไม่ให้ความคุ้มครองผู้หลบหนีเข้าเมืองที่ไม่ใช่แรงงาน ส่วนประเทศอังกฤษ ประเทศเยอรมัน และประเทศฝรั่งเศสมีการให้ความคุ้มครองการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในรูปแบบการสงเคราะห์ทางการแพทย์ โดยให้ความคุ้มครองเฉพาะกรณีการเจ็บป่วยฉุกเฉินเท่านั้น แต่การให้ความคุ้มครองดังกล่าวตั้งอยู่บนพื้นฐานแนวความคิดที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ประเทศอังกฤษ ให้ความคุ้มครองบนพื้นฐานหลักมนุษยธรรมและการป้องกันโรคระบาด

ภายในประเทศ เช่นเดียวกับประเทศฝรั่งเศสที่ให้ความคุ้มครองบนพื้นฐานของหลักดินแดนและอำนาจอธิปไตยแห่งรัฐ แตกต่างกับประเทศเยอรมัน ที่ให้ความคุ้มครองบนพื้นฐานของสถานะการเข้าเมือง โดยไม่ยอมรับสถานะของผู้เข้าเมืองผิดกฎหมายที่จะมีสิทธิเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้เท่าเทียมกับพลเมืองของรัฐหรือคนต่างด้าวที่เข้าเมืองถูกกฎหมาย ซึ่งคล้ายกับรูปแบบการให้ความคุ้มครองของประเทศไทย นอกจากนี้รูปแบบการเข้าถึงบริการสาธารณสุขแบบพิเศษที่จัดให้มีการประกันสุขภาพภาคสมัครใจที่มีการใช้ในนครเบอร์ลินก็มีลักษณะคล้ายกับรูปแบบกองทุนประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทย อันมีลักษณะเป็นมาตรการจัดการความเสี่ยงทางการเงินของทั้งผู้ป่วยและสถานพยาบาลที่ให้บริการสาธารณสุข เป็นการช่วยเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐได้มากยิ่งขึ้น และในขณะเดียวกันก็เป็นการลดความเสี่ยงทางด้านการเงินของสถานพยาบาลอันเนื่องมาจากหนี้ค้างชำระของผู้ป่วยต่างด้าวที่ไม่มีความสามารถในการชำระค่ารักษาพยาบาลอีกด้วย

จากที่กล่าวมาข้างต้น เห็นได้ว่า แนวทางในการกำหนดรูปแบบการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าวในทุกประเทศที่เป็นตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ มีมาตรฐานในการปฏิบัติต่อคนต่างด้าวโดยการให้ความคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันไปโดยจำแนกตามสถานะของคนต่างด้าว ซึ่งส่วนใหญ่จะจำแนกตามความสัมพันธ์บนพื้นฐานของการจ้างงานเป็นสำคัญ กล่าวคือ หากคนต่างด้าวนั้นเป็นแรงงานในระบบการจ้างงาน จะได้รับความคุ้มครองการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลด้วยการจัดให้มีหลักประกันสุขภาพของแรงงาน ดังเช่นในประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศอังกฤษมีการใช้รูปแบบประกันสุขภาพเอกชนซึ่งนายจ้างจะเป็นผู้ซื้อประกันสุขภาพให้เป็นสวัสดิการแก่ลูกจ้าง ส่วนประเทศเยอรมัน ประเทศฝรั่งเศส และประเทศไทยใช้รูปแบบการประกันสังคม โดยเป็นการจ่ายเงินสมทบ 3 ฝ่าย คือ ฝ่ายนายจ้างส่วนหนึ่ง ฝ่ายลูกจ้างส่วนหนึ่ง และฝ่ายรัฐช่วยสนับสนุนอีกส่วนหนึ่ง เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงแนวคิดพื้นฐานของรัฐที่ให้ความคุ้มครองคนต่างด้าว โดยอาจมุ่งพิจารณาถึงการก่อประโยชน์ทางเศรษฐกิจให้กับรัฐ และมองว่าเป็นบุคคลที่มีความสามารถในการจ่ายภาษีให้กับรัฐ ซึ่งไม่กระทบกับความยั่งยืนทางการคลังของรัฐ จึงให้ความคุ้มครองคนต่างด้าวกลุ่มนี้ให้มีหลักประกันสุขภาพและสามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยได้ ส่วนคนต่างด้าวที่ไม่มีความสัมพันธ์กับรัฐบนพื้นฐานของระบบการจ้างงานจะไม่ได้รับความคุ้มครองในทุกกรณีเหมือนแรงงานต่างด้าว แต่จะได้รับความคุ้มครองที่แตกต่างกันไปตามเหตุผลของแต่ละประเทศ โดยอาจมีการคุ้มครองในระดับเทียบเท่ากับพลเมืองของรัฐ ดังเช่นกรณีประเทศอังกฤษที่ให้ความคุ้มครองคนต่างด้าวที่เป็น “Ordinary Resident” สามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลในรูปแบบรัฐสวัสดิการได้เช่นเดียวกับพลเมืองของรัฐ แต่ในขณะเดียวกันคนต่างด้าวบางกลุ่มอาจไม่ได้รับความคุ้มครองในการมีหลักประกันสุขภาพ ดังเช่นในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่ไม่ให้ความคุ้มครองการมีหลักประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวที่เป็นผู้ไร้สถานะทางทะเบียน เป็นต้น

แต่อย่างไรก็ตามสำหรับกลุ่มคนต่างด้าวที่ไม่ใช่แรงงานนี้ มีข้อยกเว้นที่ทุกประเทศให้ความคุ้มครองด้วยการจัดให้มีหลักประกันสุขภาพโดยรัฐ คือ กลุ่มเด็กต่างด้าว ทั้งนี้เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความเปราะบาง และไม่มีความสามารถเพียงพอที่จะช่วยเหลือตัวเองให้ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บได้เทียบเท่ากับวัยผู้ใหญ่ ระบบกฎหมายจึงให้ความสำคัญกับเด็กเป็นพิเศษโดยในทางกฎหมายระหว่างประเทศปรากฏตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กที่ได้รับรองสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของเด็กทุกคน และขณะเดียวกันก็กำหนดหน้าที่ของรัฐภาคีที่จะต้องให้ความคุ้มครองเด็กทุกคนที่อยู่ภายในรัฐให้มีมาตรฐานทางด้านสุขภาพ ดังนั้นในทุกประเทศซึ่งรวมถึงประเทศไทยด้วยจึงมีการจัดให้เด็กทุกคนที่อยู่ภายในรัฐ สามารถเข้าถึงการมีหลักประกันสุขภาพและสามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้ เป็นสิ่งที่สะท้อนคุณธรรมทางกฎหมายที่ระบบกฎหมายของแต่ละประเทศมุ่งให้ความคุ้มครองนอกเหนือจากแนวคิดการสร้างประโยชน์ให้กับรัฐหรือความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลดังเช่นกรณีแรงงานต่างด้าวที่ได้กล่าวมาข้างต้น

บทที่ 6

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

สุขภาพ เป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต่างดิ้นรนแสวงหาให้ได้มาซึ่งการมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง แม้ว่าปรากฏการณ์ทางสังคมในปัจจุบันอาจพบเห็นหลายครั้งที่มนุษย์ให้ความสำคัญกับการมุ่งแสวงหาทรัพย์สินเงินทอง แต่ในท้ายที่สุดก็เพื่อนำมาบำรุงรักษาสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรง ดังเห็นได้จากเมื่อมนุษย์เกิดการเจ็บป่วยมนุษย์ก็พร้อมที่จะสละทรัพย์สินหรือเงินทองเพื่อนำมาใช้จ่ายในการรักษาฟื้นฟูสุขภาพให้กลับมาสมบูรณ์แข็งแรง ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า การมีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์แข็งแรง เป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนปรารถนา ดังนั้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น มนุษย์ทุกคนจึงดิ้นรนแสวงหาหนทางได้รับการรักษาพยาบาลให้หายจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคภัยไข้เจ็บที่เบียดเบียนนั้น ซึ่งเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตอยู่อย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ จึงเรียกสิ่งนี้ว่าเป็น “สิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล” แต่อย่างไรก็ตามการเข้าถึงการรักษาพยาบาลนั้น เป็นสิ่งที่บุคคลไม่อาจบรรลุถึงความมุ่งหมายนี้ได้ด้วยตนเอง แต่จำเป็นต้องมีการดำเนินการจัดให้มีบริการรักษาพยาบาลขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการจำเป็นขั้นพื้นฐานนี้ ซึ่งเป็นภารกิจอย่างหนึ่งของรัฐในการจัดให้มีบริการสาธารณะด้านสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน โดยรัฐมีความผูกพันที่จะต้องจัดให้มีบริการรักษาพยาบาลหรือจัดให้ประชาชนภายในรัฐสามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้ และนำมาสู่ข้อถกเถียงในทางวิชาการว่าสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลนี้ คนต่างด้าวมีความสามารถเป็นผู้ทรงสิทธิได้หรือไม่ และรัฐมีความผูกพันที่จะต้องให้ความคุ้มครองสิทธินี้หรือไม่ เพียงใด ซึ่งข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาสามารถนำมาสังเคราะห์เป็นบทสรุปและข้อเสนอแนะ ดังนี้

6.1 บทสรุป

การจัดให้มีบริการรักษาพยาบาลสำหรับคนต่างด้าวนั้น เป็นข้อถกเถียงในทางวิชาการนิติศาสตร์ว่าเป็นเรื่องของ “ศีลธรรม” (Moral) หรือ “กฎหมาย” (Legal) หากเป็นเรื่องของกฎหมายหรือที่เรียกว่าเป็น “สิทธิ” (Rights) ของบุคคลแล้ว มีปัญหาต้องพิจารณาต่อไปว่ารัฐมีหน้าที่หรือความผูกพันต่อสิทธิที่จะต้องจัดให้มีบริการรักษาพยาบาลสำหรับคนต่างด้าว หรือจัดให้คนต่างด้าวสามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลหรือไม่ เพียงใด ซึ่งข้อค้นพบจากการศึกษา พบว่า สิทธิ (Rights)

เป็นอำนาจที่กฎหมายให้แก่บุคคลในอันที่จะแสดงเจตจำนงกระทำการ หรืองดเว้นกระทำการ หรือเรียกร้องให้บุคคลอื่นกระทำการ หรืองดเว้นกระทำการอย่างหนึ่งอย่างใด เพื่อประโยชน์ของผู้ทรงสิทธินั้น ซึ่งการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้รับการยอมรับในระดับสากลว่าเป็น “สิทธิ” ดังปรากฏตามกฎหมายระหว่างประเทศ เช่น ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights) กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) และอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child) เป็นต้น ซึ่งกฎหมายระหว่างประเทศดังที่กล่าวมาข้างต้นล้วนแล้วแต่มีการบัญญัติรับรองสิทธิของบุคคลในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลทั้งสิ้น ซึ่งเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงแนวคิดการยอมรับในเรื่องการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลว่าเป็นสิทธิประการหนึ่งของบุคคล เรียกว่า “สิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล” (Right to Medical Treatment) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิทางสุขภาพ (Right to Health) และประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ต่างมีมุมมองต่อสุขภาพว่าเป็นเรื่องของสาธารณะที่บุคคลทุกคนควรได้รับการรักษาเมื่อเกิดการเจ็บป่วย โดยเมื่อพิจารณาลักษณะของการใช้สิทธินี้แล้ว เห็นได้ว่าการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลนั้น มิใช่เป็นกรณีที่การใช้สิทธิของบุคคลสามารถบรรลุความมุ่งหมายได้ด้วยตนเอง (status negativus) หรือมีลักษณะเป็นการให้สิทธิแก่บุคคลในการเข้ามีส่วนร่วมกำหนดเจตจำนงทางการเมืองของรัฐ (status activus) แต่มีลักษณะเป็นข้อเรียกร้องที่บุคคลมีต่อรัฐให้ต้องกระทำการอย่างหนึ่งอย่างใดเพื่อให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้ จึงเป็นสิทธิที่จัดอยู่ในประเภท “status positivus” กล่าวคือ เป็นสิทธิที่บุคคลไม่อาจบรรลุความมุ่งหมายได้ หากปราศจากการเข้ามาแทรกแซงดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดโดยรัฐ ซึ่งนั่นก็คือการจัดให้มีบริการรักษาพยาบาลหรือจัดให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้ และเมื่อพิจารณาจากคุณลักษณะที่สำคัญของสิทธินี้แล้วจะเห็นได้ว่า มีสถานะแห่งสิทธิเป็นทั้ง “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” (Menschenwuerde) และ “สิทธิขั้นพื้นฐานในการดำรงชีพ” (sozialen Grundrechte) กล่าวคือ

สถานะแห่งสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลในฐานะ “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” เป็นการพิจารณาถึงหลักจริยธรรมของการดำเนินกิจกรรมทางการแพทย์ในเรื่องต่าง ๆ ที่ต้องคำนึงถึงผู้รับบริการในฐานะที่เป็นบุคคลหรือเป็นมนุษย์ ซึ่งเป็นคุณค่าที่มีลักษณะเฉพาะอันสืบเนื่องมาจากความเป็นมนุษย์และผูกพันอยู่กับความเป็นมนุษย์เท่านั้น โดยไม่ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขอื่นใดทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็นเพศ วัย ศาสนา เชื้อชาติ หรือคุณสมบัติอื่น ๆ ของบุคคล ด้วยเหตุนี้เมื่อคนต่างด้าวได้รับอันตรายหรือเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินและจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนเพื่อช่วยชีวิต คนต่างด้าวนั้นก็ย่อมมีสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลในฐานะของความเป็นมนุษย์ ในขณะเดียวกันก็ก่อให้เกิดหน้าที่ต่อรัฐหรือผู้ให้บริการทางการแพทย์ที่มิอาจปฏิเสธการรักษาพยาบาลแก่คนต่างด้าว โดยการปล่อยให้คนต่างด้าวต้องทนทุกข์ทรมานหรือเจ็บป่วยจนเสียชีวิต ซึ่งไม่ต่างอะไรกับการปฏิบัติต่อมนุษย์เยี่ยงพืชผักที่เน่าเสียหรือสัตว์

เจ็บป่วยที่ถูกทอดทิ้งแล้วปล่อยให้ตายไป อันถือได้ว่าเป็นการปฏิบัติต่อบุคคลเสมือนมิใช่มนุษย์ และเป็นการละเมิดต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

สถานะแห่งสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลในฐานะ “สิทธิขั้นพื้นฐานในการดำรงชีพ” เป็นการพิจารณาถึงความเป็นจริงที่มนุษย์ทุกคนต้องตกอยู่ภายใต้กฎแห่งธรรมชาติที่ไม่อาจปฏิเสธหรือหลีกพ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหรือภัยสุขภาพได้ และเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น มนุษย์จำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลให้หายจากโรคหรือความเจ็บป่วยอันเป็นสิ่งที่ทำให้ต้องทนทุกข์ทรมานนั้น ซึ่งเป็นความต้องการจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ โดยมีคุณลักษณะที่สำคัญของสิทธิแบ่งออกได้เป็น 2 ประการคือ เป็นสิทธิในการครองสิทธิ (Entitlement) กล่าวคือ เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยขึ้นและประสงค์จะเจ้ารับการรักษาพยาบาล บุคคลนั้นย่อมมีสิทธิที่จะได้รับบริการรักษาพยาบาลได้ รวมถึงการเข้าถึงยารักษาโรคที่จำเป็นด้วย ส่วนคุณลักษณะอีกประการหนึ่งคือ เป็นสิทธิในเสรีภาพ (Freedom) กล่าวคือ บุคคลมีอิสระในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง เช่น ความมีอิสระในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่เห็นว่าเหมาะสม รวมถึงอิสระที่จะปฏิเสธการบังคับปฏิบัติการทางการแพทย์ เป็นต้น อันเป็นหลักการพื้นฐานสำคัญที่มีรากฐานมาจากสิทธิในชีวิต (Right to Life) และร่างกาย (Right to Body) ซึ่งคนต่างด้าวในฐานะที่เป็นองค์ประธานแห่งสิทธิย่อมสามารถกำหนดเจตจำนงเกี่ยวกับชีวิตและร่างกายของตนเองได้ และรัฐมีหน้าที่ต้องเคารพต่อสิทธิและการแสดงออกซึ่งเจตจำนงดังกล่าว ทั้งนี้เท่าที่ไม่ขัดกับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เช่น กรณีประสบอุบัติเหตุร้ายแรงที่ต้องให้บริการกู้ชีพฉุกเฉิน กรณีดังกล่าวนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยจะเป็นคนชาติหรือคนต่างด้าวและได้แสดงความประสงค์หรือได้ให้ความยินยอม (Consent) ในการรักษาพยาบาลไว้หรือไม่ก็ตาม รัฐและสถานพยาบาลย่อมมีหน้าที่ทำการกู้ชีพฉุกเฉินให้กับบุคคลนั้น ภายใต้หลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เป็นต้น หรือเท่าที่ไม่ขัดต่อความสงบเรียบร้อยหรือความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชนภายในรัฐ เช่น กรณีเกิดโรคระบาดร้ายแรงที่รัฐจำเป็นต้องทำการรักษาผู้ป่วยเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค เป็นต้น

สถานะแห่งสิทธิทั้งสองประการนี้ เห็นได้ว่า “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” เป็นระดับหรือขอบเขตแห่งสิทธิในขอบเขตอย่างแคบที่ก่อให้เกิดอำนาจเรียกร้องต่อรัฐต้องดำเนินการอย่างใด ๆ เพื่อให้บุคคลสามารถเข้าถึงการรักษาที่จำเป็นได้ จึงเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานประการหนึ่งที่อยู่ภายใต้ขอบเขตแห่ง “สิทธิขั้นพื้นฐานในการดำรงชีพ” ที่เป็นข้อเรียกร้องต่อรัฐให้ดำเนินการจัดให้บุคคลสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นระดับหรือขอบเขตแห่งสิทธิในขอบเขตอย่างกว้างที่ครอบคลุมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อีกชั้นหนึ่ง นอกจากนี้โดยลักษณะการใช้สิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าวนั้น ไม่อาจกล่าวได้ว่าเป็นการกระทบต่อความมั่นคงของรัฐดังเช่นกรณีสิทธิในทางการเมือง หรือสิทธิในการถือครองกรรมสิทธิ์ในที่ดิน และมิใช่สิทธิที่พึงสงวนไว้เพื่อประโยชน์ของพลเมืองแห่งรัฐเท่านั้น ดังเช่น สิทธิในการประกอบอาชีพบางอย่าง เป็นต้น ซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงคุณลักษณะสำคัญของสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล ที่มิใช่เป็นสิทธิที่อาจถูก

จำกัดได้โดยอำนาจรัฐ และเป็นสิทธิที่บุคคลทุกคนไม่ว่าเชื้อชาติหรือสัญชาติใด หรืออยู่ ณ ที่ใดในโลก ย่อมมีความสามารถเป็นผู้ทรงสิทธิได้ ในขณะเดียวกันก็ก่อให้เกิดความผูกพันต่อรัฐตามพันธกรณีในทางระหว่างประเทศและกฎหมายภายในประเทศที่รัฐตราขึ้น ในการให้ความคุ้มครองสิทธิดังกล่าวนี้ โดยเมื่อพิจารณากฎหมายระหว่างประเทศที่ประเทศไทยเข้าเป็นภาคี จำนวน 5 ฉบับ ได้แก่ 1. ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน 2. กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม 3. อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก 4. ปฏิญญาอาเซียนว่าด้วยสิทธิมนุษยชน และ 5. แถลงการณ์แห่งอัลมา - แอตา ว่าด้วยการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน ล้วนแล้วแต่มีบทบัญญัติรับรองสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลไว้ทั้งสิ้น โดยเป็นการรับรองให้กับมนุษย์ทุกคนบนพื้นฐานของความเสมอภาคกัน และในขณะเดียวกันก็กำหนดหน้าที่ให้รัฐต้องจัดให้มีบริการรักษาพยาบาล รวมถึงสร้างหลักประกันการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลให้กับประชาชนที่อาศัยอยู่ภายในรัฐ เพื่อให้สิทธินี้สามารถบรรลุผลได้จริง เช่นเดียวกับระบบกฎหมายของต่างประเทศที่เป็นตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ คือ ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศอังกฤษ ประเทศเยอรมัน และประเทศฝรั่งเศส โดยเมื่อทำการศึกษารัฐธรรมนูญเปรียบเทียบแล้ว แม้ไม่พบว่ารัฐธรรมนูญของประเทศใดมีบทบัญญัติรับรองสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลไว้โดยชัดแจ้ง แต่ภายใต้ระบบกฎหมายของประเทศต่าง ๆ ล้วนแล้วแต่ให้การรับรองสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลไว้ทั้งสิ้น ดังเช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา มีการรับรองสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลไว้ ซึ่งเป็นผลจากคำพิพากษาของศาลสูงสุดแห่งสหรัฐที่ได้วางหลักการตีความรัฐธรรมนูญแก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ 14 เรื่องหลักความเสมอภาคที่รับรองไว้ในรัฐธรรมนูญที่ขยายความไปถึงการรับรองให้คนต่างด้าวได้รับความคุ้มครองจากหลักเรื่องความเสมอภาค และคำว่า “บุคคล” ที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ หมายถึง บุคคลที่เข้ามาอยู่ในเขตอำนาจของประเทศสหรัฐอเมริกาด้วย ส่วนสิทธิประโยชน์ในการบริการรักษาพยาบาลนั้น อาจมีมากน้อยแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับสถานะทางกฎหมายของคนต่างด้าวและกฎหมายภายในที่รัฐตราขึ้นเพื่อให้ความคุ้มครองเป็นการเฉพาะเรื่องด้วย ส่วนประเทศอังกฤษแม้ไม่มีรัฐธรรมนูญลายลักษณ์อักษร แต่ได้มีการนำกฎบัตรทางสังคมของยุโรป (European Social Charter) มาผนวกเพื่อปรับใช้แทนรัฐธรรมนูญ ซึ่งภายใต้กฎบัตรนี้ได้รับรองสิทธิของบุคคลที่จะได้รับการขจัดปัญหาและสาเหตุของการเจ็บป่วย รวมถึงการได้รับการสงเคราะห์ทางการแพทย์ด้วย และด้วยเหตุนี้ประเทศอังกฤษจึงได้พัฒนาหลักการจัดทำบริการสาธารณะด้านการรักษาพยาบาล เรียกว่า “หลักการให้บริการที่เป็นสากลสำหรับบุคคลทุกคน บนพื้นฐานความต้องการจำเป็นในการรับบริการทางการแพทย์ ไม่ใช่ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ” (Universal Service for All Based on Clinical Need, not Ability to Pay) คนต่างด้าวในประเทศอังกฤษ จึงมีความสามารถเป็นผู้ทรงสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้ภายใต้เงื่อนไขที่กฎหมายกำหนด เช่นเดียวกับประเทศเยอรมัน และประเทศฝรั่งเศส ที่มีการให้ความคุ้มครองสุขภาพคนต่างด้าวภายใต้กฎหมายภายในที่รัฐตราขึ้น และตามพันธกรณีในทางระหว่างประเทศของสหภาพยุโรป

จากที่กล่าวมาข้างต้นเห็นได้ว่า สิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล มีสถานะแห่งสิทธิเป็นทั้งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และสิทธิขั้นพื้นฐานในการดำรงชีพ ซึ่งคนต่างด้าวสามารถเป็นผู้ทรงสิทธินี้ได้ และขณะเดียวกันก็มิใช่สิทธิที่รัฐอาจเข้ามาจำกัดการใช้สิทธิได้ เนื่องจากการใช้สิทธินี้มิอาจกล่าวได้ว่ามีผลกระทบต่อความมั่นคงของรัฐหรือกระทบต่อผลประโยชน์ของพลเมืองแห่งรัฐเกินสมควร นอกจากนี้ในทางกฎหมายระหว่างประเทศได้ให้การรับรองสิทธินี้ให้กับบุคคลทุกคนอย่างเสมอภาคไม่ว่าบุคคลนั้นจะมีเชื้อชาติ หรือสัญชาติใด หรืออยู่ ณ ที่ใดในโลกนี้ พร้อมกับกำหนดให้รัฐภาคีมีหน้าที่ต้องให้ความคุ้มครองบุคคลทุกคนที่อยู่ภายในรัฐให้สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้ ซึ่งในประเทศต่าง ๆ ก็ได้ให้การยอมรับความมีอยู่ของสิทธินี้เช่นเดียวกัน และคนต่างด้าวในประเทศที่เป็นตัวอย่างของการศึกษาทั้งประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศอังกฤษ ประเทศเยอรมัน และประเทศฝรั่งเศส ล้วนแล้วแต่มีความสามารถเป็นผู้ทรงสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้ทั้งสิ้น แต่การใช้สิทธิและมาตรฐานการปฏิบัติต่อคนต่างด้าวนั้นอาจมีความแตกต่างกันได้ขึ้นอยู่กับสถานะทางกฎหมายของคนต่างด้าวและความเหมาะสมภายใต้บริบทของแต่ละประเทศที่จะให้ความคุ้มครองสิทธิดังกล่าวนี้

6.2 ข้อเสนอแนะ

การเข้าถึงสิทธิในการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าว เมื่อพิจารณาบนพื้นฐานแนวคิดว่าด้วยสิทธิตามระบบกฎหมายไทยประกอบกับสภาพปัญหาการเข้าถึงสิทธิของคนต่างด้าวแล้ว มีข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา การปรับปรุงและพัฒนากฎหมายเพื่อคุ้มครองสิทธิของคนต่างด้าว ตลอดจนพัฒนาระบบบริการรักษาพยาบาลในกลุ่มคนต่างด้าวที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย ดังต่อไปนี้

6.2.1 การบัญญัติกฎหมายรับรองสิทธิ

จากข้อค้นพบของการศึกษาบ่งชี้ให้เห็นสภาพปัญหาที่สำคัญในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าวตามระบบกฎหมายไทย คือ การไม่มีกฎหมายบัญญัติรับรองสิทธินี้ให้มีสถานะเป็น “สิทธิทางกฎหมาย” จึงส่งผลให้เกิดการตีความกฎหมายในเรื่องสิทธิของคนต่างด้าวที่แตกต่างกันไปในแต่ละองค์กรผู้รับผิดชอบในการจัดบริการรักษาพยาบาล ก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบบริการรักษาพยาบาลที่ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกันและส่งผลให้คนต่างด้าวเป็นจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้ ดังนั้น ผู้วิจัยเสนอให้มีการบัญญัติรับรองสิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล เพื่ออุดช่องว่างการเข้าไม่ถึงสิทธิและเป็นเสมือนตาข่ายรองรับทางสังคมให้กับคนต่างด้าวที่ไม่ใช่ลูกจ้างของส่วนราชการ และไม่ใช่แรงงานต่างด้าวในระบบประกันสังคม เพื่อให้มีสิทธิตามกฎหมายในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล ซึ่งสามารถทำได้โดยการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยแก้ไขเพิ่มเติมความในมาตรา 5 ดังนี้

มาตรา 5 บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัตินี้

บุคคลซึ่งไม่มีสัญชาติไทยและมีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่งได้

คณะกรรมการอาจกำหนดให้บุคคลที่เข้ารับการบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการในอัตราที่กำหนดให้แก่หน่วยบริการในแต่ละครั้งที่เข้ารับการบริการ เว้นแต่ผู้ยากไร้หรือบุคคลอื่นที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดไม่ต้องจ่ายค่าบริการ

ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่บุคคลจะมีสิทธิได้รับให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด”

ภายใต้ร่างบทบัญญัติดังกล่าวนี้ จะเป็นฐานอำนาจในการออกประกาศหรือการวินิจฉัยตีความกฎหมายเพื่อจัดระบบบริการรักษาพยาบาลสำหรับคนต่างด้าวให้สามารถเข้าถึงสิทธินี้ได้โดยสมบูรณ์สอดคล้องกับหลักการพื้นฐานว่าด้วยสิทธิและพันธกรณีในทางระหว่างประเทศ โดยการแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติเพื่อรับรองสิทธิของคนต่างด้าวไว้ในวรรคสอง จะส่งผลให้การบังคับตามสิทธิย่อมเป็นไปตามบทบัญญัติในวรรคสามและวรรคสี่ กล่าวคือ เป็นการเปิดโอกาสให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติต่อคนต่างด้าวได้ตามความเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสามารถในทางการคลังของรัฐ และในขณะเดียวกันก็ไม่เป็นการผูกมัดว่ารัฐจะต้องประกันสิทธิของคนต่างด้าวให้มีสถานะเทียบเท่าพลเมืองผู้ถือสัญชาติไทยอันอาจก่อให้เกิดภาระทางการคลังและทรัพยากรในการให้บริการรักษาพยาบาลของรัฐเกินสมควร

6.2.2 การสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าว

จากผลการศึกษาที่บ่งชี้ให้เห็นปัญหาสำคัญในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของคนต่างด้าว คือ การเข้าไม่ถึงหลักประกันสุขภาพ ส่งผลให้คนต่างด้าวจำนวนมากต้องแบกรับภาระความเสี่ยงทางการเงินและหลายกรณีพบว่าคนต่างด้าวไม่มีความสามารถทางการเงินเพียงพอที่จะเข้ารับการรักษาพยาบาลได้ ซึ่งปัญหาในเรื่องนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะให้ดำเนินการภายใต้หลักการ “การสร้างดุลยภาพของการคุ้มครองสิทธิ” กล่าวคือ เป็นการจัดความสมดุลระหว่างการให้ความคุ้มครองสิทธิของคนต่างด้าวพิจารณาประกอบกับภาระทางการคลังของรัฐ และแสวงหาแนวทางที่เหมาะสมเพื่อดำเนินการให้เกิดดุลยภาพในเรื่องดังกล่าว ซึ่งการสร้างหลักประกันสุขภาพที่สามารถดำเนินการได้ทันทีโดยไม่กระทบเทือนระบบกฎหมายและโครงสร้างทางการคลังสาธารณะของประเทศไทยในปัจจุบัน คือ การจัดสรรให้คนต่างด้าวมีหลักประกันสุขภาพได้บนพื้นฐานของ “ความสามารถในการสร้างรายได้” หรือ “หลักประกันสุขภาพบนพื้นฐานของการจ้างงาน” (Based on Employment) ซึ่งแต่เดิมแรงงานต่างด้าวบางส่วน

สามารถเข้าถึงหลักประกันสุขภาพได้อยู่แล้ว ได้แก่ ลูกจ้างที่อยู่ภายใต้ระบบประกันสังคม ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และลูกจ้างของส่วนราชการ ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 ซึ่งกรณีนี้ควรคงหลักการเดิมของการให้ความคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพดังกล่าว

ส่วนคนต่างด้าวที่ไม่ได้อยู่ในระบบการจ้างงาน การสร้างหลักประกันสุขภาพจะเป็นเสมือนการสร้างตาข่ายรองรับทางสังคมให้คนต่างด้าวกลุ่มนี้ให้สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้ ซึ่งผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่าควรนำรูปแบบการประกันสุขภาพตามแนวทางของประเทศฝรั่งเศสมาปรับใช้ เนื่องจากมีการให้ความคุ้มครองโดยครอบคลุมคนต่างด้าวทุกกลุ่มที่อยู่ภายในประเทศและเป็นการสนับสนุนให้มีการสำรวจประชากรที่เป็นคนต่างด้าว ทำให้คนต่างด้าวได้รับการยอมรับถึงความมีตัวตนและมีสถานะทางทะเบียน ซึ่งการสร้างหลักประกันสุขภาพภาครัฐในแนวทางของประเทศฝรั่งเศสนี้ มีรูปแบบและกลไกการดำเนินงานที่คล้ายคลึงกับประเทศไทยในปัจจุบัน กล่าวคือ กองทุนประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวของกระทรวงสาธารณสุขที่จัดตั้งขึ้นตามมติคณะรัฐมนตรี และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ด้วยเหตุนี้จึงมีความเหมาะสมที่จะนำมาปรับใช้กับประเทศไทยได้ โดยไม่กระทบกระเทือนกับระบบกฎหมายและการคลังสาธารณะที่มีอยู่เดิมมากจนเกินสมควร ดังนั้น ผู้วิจัยเสนอให้นำคนต่างด้าวกลุ่มนี้เข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทางของประเทศฝรั่งเศส แต่ควรมีขอบเขตของการคุ้มครองโดยมุ่งให้ความคุ้มครองคนต่างด้าวที่เกิดภายในประเทศ หรือเข้าเมืองโดยถูกกฎหมายและตั้งใจตั้งถิ่นฐานอยู่ในประเทศเป็นการถาวรเท่านั้น ได้แก่ คนไร้รัฐ หรือคนไร้สัญชาติ และเด็กต่างด้าว โดยไม่รวมถึงคนต่างด้าวที่อยู่ภายในประเทศเป็นการชั่วคราว เช่น ผู้ลี้ภัย หรือคนต่างด้าวที่หลบหนีเข้าเมือง เป็นต้น เพื่อมิให้เกิดภาระทางการคลังกับภาครัฐมากเกินสมควร แต่ทั้งนี้ไม่ตัดสิทธิคนต่างด้าวประเภทอื่นที่มีสถานะทางทะเบียนและประสงค์จะเข้าสู่สิทธิตามรูปแบบนี้ ย่อมสามารถมีสิทธิเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพรูปแบบนี้ได้เพียงแต่อาจจะต้องมีเงื่อนไขและภาระที่มากกว่าคนสัญชาติไทยและคนต่างด้าวกลุ่มข้างต้น ซึ่งสามารถกระทำได้โดยอาศัยอำนาจตามมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกประกาศกำหนดบุคคลที่ต้องจ่ายค่าบริการร่วมแตกต่างกันตามสถานะของคนต่างด้าว กล่าวคือ กรณีคนไร้รัฐ และเด็กต่างด้าว ให้จ่ายค่าบริการร่วมเช่นเดียวกับบุคคลที่มีสัญชาติไทย โดยคำนึงถึงความยากไร้ประกอบด้วย แต่หากเป็นกรณีคนต่างด้าวอื่นนอกจากนี้อาจเรียกเก็บค่าบริการร่วมในจำนวนที่สูงกว่าได้ โดยเทียบเคียงกับอัตราเรียกเก็บของกองทุนประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขที่คำนวณไว้เดิม

6.2.3 การรวมกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวของกระทรวงสาธารณสุขกับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับคนต่างด้าวนั้น ปัจจุบันพบว่ามีโครงสร้างทางการคลังสุขภาพที่สร้างภาระทางทรัพยากรและการบริหารงานภาครัฐ คือ การมีกองทุนประกันสุขภาพที่หลากหลาย ทั้งกองทุนประกันสังคม กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกองทุนประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นเพื่อลดความซ้ำซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการคลังสุขภาพ รวมถึงลดภาระทางทรัพยากรการดำเนินงานของรัฐ ผู้วิจัยมีข้อเสนอให้จัดโครงสร้างทางการคลังสุขภาพตามสถานะของคนต่างด้าว โดยการจัดสรรสถานะคนต่างด้าวออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เป็นแรงงาน และกลุ่มที่มิใช่แรงงาน กล่าวคือ

กรณีกลุ่มที่เป็นแรงงานนั้น ควรดึงเข้าสู่ระบบประกันสังคมเพื่อให้อยู่ภายใต้การบริหารการคลังสุขภาพของกองทุนประกันสังคม ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความเป็นเอกภาพและเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารกองทุนและการจัดสรรสิทธิประโยชน์

ส่วนกรณีคนต่างด้าวที่มิใช่แรงงาน ควรมีการรวมกองทุนประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขเข้ากับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เกิดความเป็นเอกภาพในการจัดระบบหลักประกันสุขภาพคนต่างด้าวและการบริหารงานกองทุน ซึ่งสามารถกระทำได้โดยการนำงบประมาณรายจ่ายประจำปีที่คำนวณไว้สำหรับดำเนินงานกองทุนประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขมารวมเข้ากับงบประมาณรายจ่ายประจำปีที่ตั้งไว้สำหรับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และให้งบประมาณทั้งหมดอยู่ในกองทุนเดียวกันคือ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อรวมกองทุนดังกล่าวแล้วให้เสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อมีมติยุบเลิกและโอนภารกิจของกองทุนประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขไปให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้ดูแลแทน เพื่อมิให้เกิดความซ้ำซ้อนของงบประมาณ และการดำเนินงานกองทุน ตลอดจนป้องกันและแก้ไขปัญหาความสับสนของการดำเนินงานประกันสุขภาพคนต่างด้าวกลุ่มนี้ด้วย

6.2.4 การให้บริการในรูปแบบการสงเคราะห์ทางการแพทย์

การให้บริการรักษาพยาบาลคนต่างด้าวในรูปแบบนี้ เป็นการให้ความคุ้มครองคนต่างด้าวที่ไม่ได้อยู่ในระบบของการจ้างงาน และไม่ได้อยู่ในระบบประกันสุขภาพภาครัฐ ซึ่งเป็นเสมือนตาข่ายทางสังคมชั้นสุดท้ายที่รองรับให้คนต่างด้าวสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้ โดยคนต่างด้าวที่ควรจัดสรรให้ได้รับความคุ้มครองในรูปแบบนี้ คือ คนต่างด้าวที่อยู่ภายในประเทศเป็นการชั่วคราว เช่น คนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง หรือผู้ลี้ภัยที่อยู่ระหว่างรอการส่งตัวกลับประเทศต้นทาง รวมถึงคนต่างด้าวอื่นที่ไม่มีสถานะทางทะเบียนด้วย (Undocumented Migrants) ซึ่งผู้วิจัยมีข้อเสนอว่า ควรนำรูปแบบของประเทศฝรั่งเศสมาปรับใช้ เนื่องจากเป็นรูปแบบของการจัดสรรให้บุคคลผู้ไม่มีถิ่นที่อยู่ประจำในประเทศ

และไม่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการเข้าถึงบริการสุขภาพถ้วนหน้าสามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้ โดยกำหนดมาตรการทางการบริหารขึ้นเป็นมาตรการเฉพาะสำหรับคนต่างด้าวผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียนขึ้น เรียกว่า “การช่วยเหลือทางการแพทย์โดยรัฐ” (Aide Médicale de l’Etat: AME) การใช้มาตรการนี้ในประเทศฝรั่งเศส ได้อนุญาตให้คนต่างด้าวที่ไม่มีสถานะทางทะเบียนสามารถเข้าถึงการได้รับความช่วยเหลือทางด้านบริการสุขภาพภายใต้เงื่อนไขเกี่ยวกับการอยู่ภายในประเทศและรายได้ของบุคคลนั้น ซึ่งจากบริบททางข้อเท็จจริงและข้อกฎหมายดังกล่าว มีความคล้ายคลึงกับประเทศไทยและสามารถนำมาปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของประเทศไทยได้ ดังนั้น จึงควรกำหนดเป็นมาตรการทางบริหารของประเทศไทยขึ้น โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดทำงบประมาณเพื่อขอรับการจัดสรรสำหรับการดำเนินงาน ซึ่งอาจใช้วิธีประมาณการแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation Rate) โดยอ้างอิงจำนวนประชากรต่างด้าวกลุ่มนี้จากฐานข้อมูลของกระทรวงมหาดไทยและแหล่งข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นฐานในการคำนวณวงเงินงบประมาณ โดยมุ่งเน้นให้ความคุ้มครองเฉพาะบริการรักษาพยาบาลด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical) และบริการที่จำเป็นด้านสุขภาพ (Clinical Need) เช่น การกู้ชีพฉุกเฉิน การรักษาโรคติดต่อ การป้องกันโรคควบคุมโรคระบาด และการบริการสูติกรรม (Maternity Care) เป็นต้น ทั้งนี้ เพื่อมิให้กระทบกระเทือนต่อสถานะทางการคลังของประเทศมากจนเกินสมควร

บรรณานุกรม

กมล สนธิเกษตริน. **กฎหมายระหว่างประเทศแผนกคดีบุคคล**. กรุงเทพมหานคร: นิติบรรณการ, 2539.

กมลชัย รัตนสกาววงศ์. **หลักกฎหมายปกครองเยอรมัน**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.

กรมบัญชีกลาง. ที่ กค 0415/ 311. 4 กุมภาพันธ์ 2546. **เรื่อง การใช้เงินนองบประมาณในการจ้างครูชาวต่างประเทศ.**

กระทรวงการคลัง. ที่ กค 0415/ ว 41. 2 มิถุนายน 2546. **เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติการจ้างลูกจ้างชาวต่างประเทศที่มีสัญญาจ้าง.**

กระทรวงการต่างประเทศ, กรมอาเซียน. **ปฏิญญาอาเซียนว่าด้วยสิทธิมนุษยชน**. กรุงเทพมหานคร: กรมอาเซียน กระทรวงการต่างประเทศ, 2556.

กระทรวงสาธารณสุข. **แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์, 2555.

กฤตยา อาชวนิจกุล. **การจัดระบบคนไร้รัฐในบริบทประเทศไทย**. ค้นวันที่ 12 ธันวาคม 2559 จาก http://www2.ipsr.mahidol.ac.th/ConferenceVII/Download/2011-Article-06.pdf

กาญจนา เทียนลาย และธีรนงค์ สกุลศรี. **ประชากรและสังคม 2555 ประชากรชายขอบและความเป็นธรรมในสังคมไทย.** นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2555.

กิติวรญา รัตนมณี. **รายงานฉบับสมบูรณ์สถานการณ์ปัญหาข้อกฎหมาย: ผู้ทรงสิทธิตามกฎหมายและนโยบายว่าด้วยสิทธิในสุขภาพ หลักประกันสุขภาพของประเทศไทย**. รายงานการวิจัย เสนอต่อสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2551.

คณะกรรมาธิการวิสามัญบันทึกเจตนารมณ์ จดหมายเหตุ และตรวจรายงานการประชุม สภาร่างรัฐธรรมนูญ. **เจตนารมณ์รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550.** กรุงเทพมหานคร: สำนักกรรมาธิการ 3 สำนักงานเลขาธิการสภาร่างรัฐธรรมนูญ, 2550.

จเด็จ ธรรมธัชอารี และวลัยพร พัชรนฤมล. **ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555.

จรัญ โฆษณานันท์. **สิทธิมนุษยชนไร้พรมแดนมนุษย์**. กรุงเทพมหานคร: นิติธรรม, 2556.

จันตรี สินศุภฤกษ์. **ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับกฎหมาย**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2553.

จันทรา ธนะวัฒนาวงศ์ และคณะ. **แนวทางและกลไกการแก้ไขปัญหาของความทับซ้อน/กำกวมระหว่างคนไร้รัฐกับแรงงานต่างด้าวสัญชาติลาว: ศึกษากรณีพื้นที่อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี**. รายงานการวิจัย เสนอต่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2553.

จุมพต สายสุนทร. **กฎหมายระหว่างประเทศ เล่ม 1**. กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2555.

ชาญชัย แสวงศักดิ์. **กฎหมายรัฐธรรมนูญ แนวคิดและประสบการณ์จากต่างประเทศ**. กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2554.

ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล และคณะ. โรคเท้าช้าง: โรคที่อาจกลับเป็นปัญหาของประเทศไทย. **สงขลาคริน ทร์เวชสาร.** 24, 1 (มกราคม-กุมภาพันธ์ 2549): 53-58.

ดำริห์ บูรณะนนท์. **ความรู้เบื้องต้นทางรัฐศาสตร์และกฎหมายมหาชน**. กรุงเทพมหานคร: นิติธรรม, 2548.

ธเนศวร์ เจริญเมือง. **แนวคิดว่าด้วยความเป็นพลเมือง**. นนทบุรี: สถาบันพระปกเกล้า, 2548.

นันทวัฒน์ บรมานันท์. **การปกครองท้องถิ่นฝรั่งเศส**. กรุงเทพมหานคร: สถาบันนโยบายศึกษา, 2544.

นันทวัฒน์ บรมานันท์. **คำแปลรัฐธรรมนูญแห่งสาธารณรัฐฝรั่งเศส ค.ศ. 1958.** กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2549.

นันทวัฒน์ บรมานันท์. **หลักกฎหมายปกครองเกี่ยวกับบริการสาธารณะ**. กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2552.

บรรเจิด สิงคะเนติ. **หลักพื้นฐานเกี่ยวกับสิทธิ เสรีภาพ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์**. กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2555.

บุญศรี มีวงศ์อุโฆษ. **กฎหมายมหาชนเบื้องต้น**. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราและเอกสารประกอบการสอน คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2555.

ประชุม โฉมฉาย. **กฎหมายเอกชนเปรียบเทียบเบื้องต้น: จารีตโรมันและแองโกลแซกซอน**. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราและเอกสารประกอบการสอน คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2552.

ประพัฒชนม์ จริยพันธุ์ และคณะ. **การพัฒนาระบบการขึ้นทะเบียนประกันสังคมแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานประกันสังคม, 2557.

ประเวศ วะสี. **สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์**. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543.

ปรีดี พนมยงค์. **ประชุมกฎหมายมหาชนและเอกชนของปรีดี พนมยงค์**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2553.

ปาณบดี เอกะจัมปกะ และนิธิ วัฒนมะโน. **การสาธารณสุขไทย 2551-2553**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2554.

ปิ่นแก้ว อุ่นแก้ว. **รายงานฉบับสมบูรณ์สถานการณ์การเข้าถึงและการใช้บริการสุขภาพของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ: กรณีศึกษา**. รายงานการวิจัย เสนอต่อสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2551.

ปิยบุตร แสงกนกกุล. **กฎหมายปกครองของประเทศในยุโรป**. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราและเอกสารประกอบการสอน คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2556.

พงศ์ธร บุญอารีย์. **กฎหมายระหว่างประเทศ เล่ม 1 แผนกคดีเมืองและบุคคล**. นครปฐม: โรงเรียนนายร้อยตำรวจ, 2539.

พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร. คำว่าคนต่างด้าวและการจำแนกประเภทของคนต่างด้าวภายใต้กฎหมายไทย. **ดุลพาห**. 43, 4 (ตุลาคม-ธันวาคม 2539): 150-163.

พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร. **คำอธิบายกฎหมายระหว่างประเทศแผนกคดีบุคคล ภาคนำ: แนวความคิดทั่วไปเกี่ยวกับนิติสัมพันธ์ของเอกชนที่มีลักษณะระหว่างประเทศ**. กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2548.

พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร. **คำอธิบายกฎหมายสัญชาติไทย**. กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2544.

มานิตย์ จุมปา. **รัฐธรรมนูญแห่งสหรัฐอเมริกา**. กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2552.

มูลนิธิภิวัฒน์สาธารณสุขไทย. **รุกคืบจัดระบบ "หลักประกันสุขภาพคนต่างด้าว"**. ค้นวันที่ 13 กันยายน 2558 จาก http://www.hfocus.org/content/2013/07/3856

วรเจตน์ ภาคีรัตน์. **การใช้การตีความกฎหมาย**. กรุงเทพมหานคร: กองทุนศาสตราจารย์จิตติ ติงศภัทย์, 2552.

วรเจตน์ ภาคีรัตน์. **คำสอนว่าด้วยรัฐและหลักกฎหมายมหาชน**. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราและเอกสารประกอบการสอนคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2555.

วรพจน์ วิศรุตพิชญ์. **สิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญ**. กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2538.

วรพจน์ วิศรุตพิชญ์. **สิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540.** กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2543.

วรรณวิไล จันทราภา. **เอกสารการสอนชุดวิชา การสาธารณสุข 1**. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2526.

วิจิตรา (ฟุ้งลัดดา) วิเชียรชม. **คำอธิบายกฎหมายประกันสังคม**. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราและเอกสารประกอบการสอน คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2557.

วิเชียร วิฒนคุณ. **คำบรรยายกฎหมายระหว่างประเทศแผนกคดีบุคคล**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2508.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. **สุขภาพกับกฎหมาย**. กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2555.

ศรีรักษ์ ผลิพัฒน์. สิทธิในสุขภาพและสิทธิในการศึกษา. ใน **เอกสารการสอนชุดวิชากฎหมายสิทธิมนุษยชน**. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2548.

ศรีสารวาจา, พระยา. **กฎหมายระหว่างประเทศแผนกคดีบุคคล**. พระนคร: โรงพิมพ์โสภณพิพรรฒธนากร, 2474.

สภาทนายความ, คณะอนุกรรมการสิทธิมนุษยชน ด้านชนชาติ ผู้ไร้สัญชาติ แรงงานข้ามชาติ และผู้พลัดถิ่น. **นโยบายและมาตรการการแก้ปัญหาแรงงานข้ามชาติ**. กรุงเทพมหานคร: สภาทนายความ, 2554.

สมชาย กษิติประดิษฐ์. **สิทธิมนุษยชน**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2542.

สมชาย สุขสิริเสรีกุล. **เศรษฐศาสตร์สุขภาพ**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2552.

สมยศ เชื้อไทย. **คำสอนชั้นปริญญาตรี วิชากฎหมายรัฐธรรมนูญ**. กรุงเทพมหานคร: ม.ป.พ., 2534.

สมฤทธิ์ อินทราทิพย์. **การสาธารณสุขเบื้องต้น**. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์, 2522.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. **ระบบหลักประกันสุขภาพไทย**. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555.

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

สำนักงานประกันสังคม. ที่ รส 0711/ว751. 25 ตุลาคม 2544. **เรื่อง การให้ความคุ้มครองแรงงานต่างด้าวที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน.**

สำนักงานประกันสังคม. **สิทธิประโยชน์กรณีว่างงาน**. ค้นวันที่ 23 เมษายน 2560 จาก http://www.sso.go.th/wpr/category.jsp?cat=874

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาสุขภาพไทย. **การใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยชาวลาวในประเทศไทย: กรณีศึกษาผลกระทบต่อโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทย**. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาสุขภาพไทย, 2555.

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ที่ สธ 0209.01/ว89. 19 พฤษภาคม 2558. **เรื่อง การประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว.**

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. **รายงานประจำปี 2549 การสร้างเสริมสุขภาพถ้วนหน้า**. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550.

สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว. จำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานคงเหลือทั่วราชอาณาจักร. **วารสารสถิติจำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานทั่วราชอาณาจักร ประจำปี 2559**. (2559): 3.

สุนทร มณีสวัสดิ์. **เอกสารการสอนชุดวิชากฎมายแพ่ง 1**. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2545.

สุนทร แม้นสงวน. **การสาธารณสุขเบื้องต้น**. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2540.

หยุด แสงอุทัย. **ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับกฎหมายทั่วไป**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2556.

หยุด แสงอุทัย. **คำบรรยายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยและรัฐธรรมนูญทั่วไป**. กรุงเทพมหานคร: ม.ป.พ., 2500.

หยุด แสงอุทัย. **คำอธิบายกฎหมายระหว่างประเทศแผนกคดีบุคคล ว่าด้วยการขัดกันแห่งกฎหมายกฎหมายสัญชาติ**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2516.

หยุด แสงอุทัย. **วิชาการเมือง เล่ม 1**. พระนคร: ม.ป.พ., 2482.

อำพล จินดาวัฒนะ. **ระบบการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทย: การสาธารณสุขไทย 2551-2553**. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2540.

อุดมศักดิ์ สินธิพงษ์. **สิทธิมนุษยชน**. กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2553.

ฮอล์, อานดี้ และบงกช นภาอัมพร. **การเข้าไม่ถึงกองทุนเงินทดแทนอุบัติเหตุ: ภาพสะท้อนความอยุติธรรมต่อแรงงานข้ามชาตในประเทศไทย**. ค้นวันที่ 12 ธันวาคม 2559 จาก http://www2.ipsr.mahidol.ac.th/ConferenceVIII/Download/PPT_Files/1330-1600-G3-02-Bongkoch-Labor.pdf

AMIEL, Marie-Hélène. **Migrant Access to Social Security and Healthcare in France**. Retrieved December 12, 2016 from http://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-we-do/networks/european_migration_network/reports/docs/emn-studies/illegally-resident/09a.france_national_report_social_security_en_version.pdf

Austrian Development Agency. **Human Rights Manuals.** Retrieved December 12, 2016 from http://www.entwicklung.at/fileadmin/user_upload/Manual_Human_Rights.pdf

Bidgood, Elliot. **Healthcare Systems: Germany**. Retrieved December 12, 2016 from http://www.digitalezorg.nl/digitale/uploads/2015/03/germany.pdf

Boyle, Seán. **United Kingdom (England): Health System Review**. Retrieved December 12, 2016 from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf

Buchmueller, Thomas C. and Couffinhal, Agnes. **Private Health Insurance in France: Graduate School of Management**. Sacramento, CA.: University of California, 2004.

The Common Wealth Fund. **International Profile of Health Care System, 2012.** Retrieved December 12, 2016 from http://www.commonwealthfund.org/~/media/Files/Publications/Fund%20Report/2012/Nov/1645_Squires_intl_profiles_hlt_care_systems_2012.pdf

Cuadra, Carin Björngren. **Policies on Health Care for Undocumented Migrants in EU27 Country Report France**. Retrieved December 12, 2016 from http://c-hm.com/wp-content/uploads/2015/08/country_report_France.pdf

Curran, William J. and Shapiro, E. Donald. **Law Medicine and Forensic Science**. Boston, Massachusetts: Little Brown and Company, 1970.

Davis, Daniel. **Human Dignity and Bioethics**. Washington D.C.: University of Notre Dame Press, 2008.

Donnelly, Jack. **Human Dignity and Human Rights**. Retrieved December 12, 2016 from https://www.socialjustice.ie/sites/default/files/attach/publication/3568/214-10-08-humandignityandhumanrights.pdf

European Committee of Social Rights. **Médecin du Monde – International v. France, Complaint No. 67/ 2011.** Retrieved December 12, 2016 from https://rm.coe.int/16805c9fd2

Farah, Wayne. **Access to Primary Health Care for Migrants is a Right Worth Defending**. Retrieved December 12, 2016 from http://www.migrantsrights.org.uk/wp-content/uploads/publications/Access-to-Health-Care.pdf

Federal Office for Migration and Refugees. **Migration Report 2015 Central Conclusions**. Retrieved December 12, 2016 from http://www.bamf.de/sharedDocs/Anlagen/EN/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2015-zentrale-ergebnisse.html?nn=2006704

Gray, Bradford H. and Ginnekken, Ewout van. Health Care for Undocumented Migrants: European Approach. **Issue in International Health Policy.** (December 2012): 8. Retrieved December 12, 2016 from http://www.commonwealthfund.org/~/media/files/ publications/issue-brief/2012/dec/1650 _gray_hlt_care_undocumented_migrants_intl_brief.pdf

Grote, Rainer. **Constitution of the Countries of the World: The Federal Republic of Germany**. New York: Oxford University Press, 2009.

Iija, Veera Ilona. **An Analysis of the Concept of Citizenship: Legal, Political and Social Dimensions.** Master's Thesis Faculty of Social Sciences Social and Moral Philosophy University of Helsinki, 2011.

International Organization for Migration. **World Migration Report 2011.** Geneva, Switzerland: International Organization for Migration, 2011.

Jost, Timothy Stoltzfus. The Role of the Courts in Health Care Rationing: The German Model. **Journal of Contemporary Health Law & Policy.** 18, 3 (2002). Retrieved December 12, 2016 from http://scholarship.law.edu/cgi/view content.cgi?article=1203&context=jchlp

King, Meredith L. **Immigrants in the U.S. Health Care System**. Retrieved December 12, 2016 from https://www.americanprogress.org/issues/healthcare/reports/2007/06/07/3147/immigrants-in-the-u-s-health-care-system/

Kinney, Eleanor D. Realizing the International Human Right to Health for Non – citizen in the United States. **Notre Dame Journal of International, Comparative and Human Rights Law**. 1, 1 (2011): 94-113. Retrieved December 12, 2016 from http://scholarship.law.nd.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1002&context=ndjicl

Leary, Virginia A. **The Right to Complain: The Right to Health**. Retrieved December 12, 2016 from http://aihr-resourcescenter.org/administrator/upload/documents/rth.pdf

Maio, Fernando De. **Health and Social Theory**. New York: Palgrave Macmillan, 2010.

McCrudden, Christopher. **Human Dignity and Judicial Interpretation of Human Rights**. Retrieved December 12, 2016 from https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1162024

Ministère de L'Intérieur. **Guide for Asylum Seekers 2013**. Retrieved December 12, 2016 from http://www.immigration.interieur.gouv.fr/content/download/69983/510865/file/Guide_demandeur_asile_2013_Anglais.pdf

Montgomery, Jonathan. **Health Care Law**. Oxford: Oxford University Press, 2002.

Müller, Andreas; Mayer, Matthias M. and Bauer, Nadine. **Social Security for Third – Country Nationals in Germany**. Retrieved December 12, 2016 from https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-we-do/networks/european_migration_network/reports/docs/emn-studies/11a.germany_social_security_final_en_version.pdf

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. **Human Rights: a Handbook for Parliamentarians**. Geneva, Switzerland: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2005.

Office of the United Nations High Commissioner for Refugee. **UNHCR Global Trend 2011**. Geneva, Switzerland: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and World Health Organization, 2011.

Office of the United Nations High Commissioner for Refugee. **UNHCR Global Trend 2012**. Geneva, Switzerland: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and World Health Organization, 2012.

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and World Health Organization. **The Right to Health.** Retrieved December 12, 2016 from http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf

Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM). **Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe**. Retrieved December 12, 2016 from http://picum.org/picum.org/uploads/file_/Access_to_Health_Care_for_Undocumented_Migrants.pdf

Powell, Thomas. **NHS Charges for Overseas Visitors**. Retrieved December 12, 2016 from http://researchbriefings.parliament.uk/ResearchBriefing/Summary/SN03051

Schabloski, Alyssa Kim. **Health Care Systems around the World**. Retrieved December 12, 2016 from http://www.itup.org/Reports/FreshThinking/Health_Care_Systems_Around_World.pdf

Supreme Court of United States. **National Federation of Independent Business et al v. Sebelius, Secretary of Health and Human Services, et al.** Retrieved December 12, 2016 from https://www.supremecourt.gov/opinions/14pdf/14-114_qol1.pdf

Swendiman, Kathleen S. **Health Care: Constitutional Rights and Legislative Powers**. Retrieved December 12, 2016 from https://fas.org/sgp/crs/misc/R40846.pdf

Tella, María José Falcóny. **Three-Dimensional Theory of Law**. Leiden, Neterlands: Martinus Nijhoff, 2010.

Wallece, Stephen P.; Torres, Jacqueline; Sadegh-Nobari, Tabashir; Pourat, Nadereh and Brown, E. Richard. **Undocumented Immigrants and Health Care Reform**. Retrieved December 12, 2016 from http://healthpolicy.ucla.edu/publications/Documents/PDF/undocumentedreport-aug2013.pdf

WHO Regional Office for Europe. **Health Care Systems in Transition Germany**. Retrieved December 12, 2016 from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/108301/1/E68952.pdf

Wolfrum, Rüdiger and Grote, Rainer. **Constitutions of the Countries of the World the French Republic**. Oxford: Oxford University Press, 2008.

World Health Organization. **Constitution of the World Health Organization 1948.** Retrieved December 12, 2016 from http://www.who.int>who_constitution _en

Worthington, Estelle and Gledhill, Lorna. **The Immigration Bill and Access to Healthcare**. Retrieved December 12, 2016 from http://cityofsanctuary.org/files/the_immigration_bill_and_healthcare_briefing_1.pdf

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

Universal Declaration of Human Rights

Universal Declaration of Human Rights

Preamble

Whereas recognition of the inherent dignity and of the equal and inalienable rights of all members of the human family is the foundation of freedom, justice and peace in the world,

Whereas disregard and contempt for human rights have resulted in barbarous acts which have outraged the conscience of mankind, and the advent of a world in which human beings shall enjoy freedom of speech and belief and freedom from fear and want has been proclaimed as the highest aspiration of the common people,

Whereas it is essential, if man is not to be compelled to have recourse, as a last resort, to rebellion against tyranny and oppression, that human rights should be protected by the rule of law,

Whereas it is essential to promote the development of friendly relations between nations,

Whereas the peoples of the United Nations have in the Charter reaffirmed their faith in fundamental human rights, in the dignity and worth of the human person and in the equal rights of men and women and have determined to promote social progress and better standards of life in larger freedom,

Whereas Member States have pledged themselves to achieve, in cooperation with the United Nations, the promotion of universal respect for and observance of human rights and fundamental freedoms,

Whereas a common understanding of these rights and freedoms is of the greatest importance for the full realization of this pledge,
Now, therefore,

The General Assembly,

Proclaims this Universal Declaration of Human Rights as a common standard of achievement for all peoples and all nations, to the end that every individual and every organ of society, keeping this Declaration constantly in mind, shall strive by teaching and education to promote respect for these rights and freedoms and by progressive measures, national and international, to secure their universal and effective recognition and observance, both among the peoples of Member States themselves and among the peoples of territories under their jurisdiction.

Article 1

All human beings are born free and equal in dignity and rights. They are endowed with reason and conscience and should act towards one another in a spirit of brotherhood.

Article 2

Everyone is entitled to all the rights and freedoms set forth in this declaration, without distinction of any kind, such as race, colour, sex, language, religion, political or other opinion, national or social origin, property, birth or other status. Furthermore, no distinction shall be made on the basis of the political, jurisdictional or international status of the country or territory to which a person belongs, whether it be independent, trust, non -self- governing or under any other limitation of sovereignty.

Article 3

Everyone has the right to life, liberty and security of person.

Article 4

No one shall be held in slavery or servitude; slavery and the slave trade shall be prohibited in all their forms.

Article 5

No one shall be subjected to torture or to cruel, inhuman or degrading treatment or punishment.

Article 6

Everyone has the right to recognition everywhere as a person before the law.

Article 7

All are equal before the law and are entitled without any discrimination to equal protection of the law. All are entitled to equal protection against any discrimination in violation of this declaration and against any incitement to such discrimination.

Article 8

Everyone has the right to an effective remedy by the competent national tribunals for acts violating the fundamental rights granted him by the constitution or by law.

Article 9

No one shall be subjected to arbitrary arrest, detention or exile.

Article 10

Everyone is entitled in full equality to a fair and public hearing by an independent and impartial tribunal, in the determination of his rights and obligations and of any criminal charge against him.

Article 11

1. Everyone charged with a penal offence has the right to be presumed innocent until proved guilty according to law in a public trial at which he has had all the guarantees necessary for his defence.

2. No one shall be held guilty of any penal offence on account of any act or omission which did not constitute a penal offence, under national or international

law, at the time when it was committed. Nor shall a heavier penalty be imposed than the one that was applicable at the time the penal offence was committed.

Article 12

No one shall be subjected to arbitrary interference with his privacy, family, home or correspondence, nor to attacks upon his honour and reputation. Everyone has the right to the protection of the law against such interference or attacks.

Article 13

1. Everyone has the right to freedom of movement and residence within the borders of each State.
2. Everyone has the right to leave any country, including his own, and to return to his country.

Article 14

1. Everyone has the right to seek and to enjoy in other countries asylum from persecution.
2. This right may not be invoked in the case of prosecutions genuinely arising from non-political crimes or from acts contrary to the purposes and principles of the United Nations.

Article 15

1. Everyone has the right to a nationality.
2. No one shall be arbitrarily deprived of his nationality nor denied the right to change his nationality.

Article 16

1. Men and women of full age, without any limitation due to race, nationality or religion, have the right to marry and to found a family. They are entitled to equal rights as to marriage, during marriage and at its dissolution.

2. Marriage shall be entered into only with the free and full consent of the intending spouses.

3. The family is the natural and fundamental group unit of society and is entitled to protection by society and the State.

Article 17

1. Everyone has the right to own property alone as well as in association with others.

2. No one shall be arbitrarily deprived of his property.

Article 18

Everyone has the right to freedom of thought, conscience and religion; this right includes freedom to change his religion or belief, and freedom, either alone or in community with others and in public or private, to manifest his religion or belief in teaching, practice, worship and observance.

Article 19

Everyone has the right to freedom of opinion and expression; this right includes freedom to hold opinions without interference and to seek, receive and impart information and ideas through any media and regardless of frontiers.

Article 20

1. Everyone has the right to freedom of peaceful assembly and association.

2. No one may be compelled to belong to an association.

Article 21

1. Everyone has the right to take part in the government of his country, directly or through freely chosen representatives.

2. Everyone has the right to equal access to public service in his country.

3. The will of the people shall be the basis of the authority of government; this will shall be expressed in periodic and genuine elections which shall be by universal and

equal suffrage and shall be held by secret vote or by equivalent free voting procedures.

Article 22

Everyone, as a member of society, has the right to social security and is entitled to realization, through national effort and international co-operation and in accordance with the organization and resources of each State, of the economic, social and cultural rights indispensable for his dignity and the free development of his personality.

Article 23

1. Everyone has the right to work, to free choice of employment, to just and favourable conditions of work and to protection against unemployment.
2. Everyone, without any discrimination, has the right to equal pay for equal work.
3. Everyone who works has the right to just and favourable remuneration ensuring for himself and his family an existence worthy of human dignity, and supplemented, if necessary, by other means of social protection.
4. Everyone has the right to form and to join trade unions for the protection of his interests.

Article 24

Everyone has the right to rest and leisure, including reasonable limitation of working hours and periodic holidays with pay.

Article 25

1. Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family, including food, clothing, housing and medical care and necessary social services, and the right to security in the event of unemployment, sickness, disability, widowhood, old age or other lack of livelihood in circumstances beyond his control.

2. Motherhood and childhood are entitled to special care and assistance. All children, whether born in or out of wedlock, shall enjoy the same social protection.

Article 26

1. Everyone has the right to education. Education shall be free, at least in the elementary and fundamental stages. Elementary education shall be compulsory. Technical and professional education shall be made generally available and higher education shall be equally accessible to all on the basis of merit.
2. Education shall be directed to the full development of the human personality and to the strengthening of respect for human rights and fundamental freedoms. It shall promote understanding, tolerance and friendship among all nations, racial or religious groups, and shall further the activities of the United Nations for the maintenance of peace.
3. Parents have a prior right to choose the kind of education that shall be given to their children.

Article 27

1. Everyone has the right freely to participate in the cultural life of the community, to enjoy the arts and to share in scientific advancement and its benefits.
2. Everyone has the right to the protection of the moral and material interests resulting from any scientific, literary or artistic production of which he is the author.

Article 28

Everyone is entitled to a social and international order in which the rights and freedoms set forth in this Declaration can be fully realized.

Article 29

1. Everyone has duties to the community in which alone the free and full development of his personality is possible.
2. In the exercise of his rights and freedoms, everyone shall be subject only to such limitations as are determined by law solely for the purpose of securing due

recognition and respect for the rights and freedoms of others and of meeting the just requirements of morality, public order and the general welfare in a democratic society.

3. These rights and freedoms may in no case be exercised contrary to the purposes and principles of the United Nations.

Article 30

Nothing in this Declaration may be interpreted as implying for any State, group or person any right to engage in any activity or to perform any act aimed at the destruction of any of the rights and freedoms set forth herein.

ภาคผนวก ข

International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights

International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights

Preamble

The States Parties to the present Covenant,

Considering that, in accordance with the principles proclaimed in the Charter of the United Nations, recognition of the inherent dignity and of the equal and inalienable rights of all members of the human family is the foundation of freedom, justice and peace in the world,

Recognizing that these rights derives from the inherent dignity of the human person,

Recognizing that, in accordance with the Universal Declaration of Human Rights, the ideal of free human beings enjoying freedom from fear and want can only be achieved if conditions are created whereby everyone may enjoy his his economic, Social and cultural rights, as well as his civil and political rights,

Considering the obligation of States under the Charter of the United Nations to promote universal respect for, and observance of, human rights and freedoms,

Realizing that the individual, having duties to other individuals and to the community to which he belongs, is under a responsibility to strive for the promotion and observance of the rights recognized in the present Covenant,

Agree upon the following articles:

Part I

Article 1

1. All peoples have the right to self-determination. By virtue of that right they freely determine their political status and freely pursue their economic, social and cultural development.

2. All peoples may, for their own ends, freely dispose of their natural wealth and resources without prejudice to any obligations arising out of international economic co-operation, based upon the principle of mutual benefit, and international law. In no case may a people be deprived of its own means of subsistence.

3. The States Parties to the present covenant, including those having responsibility for the administration of Non-Self-Governing and Trust Territories, shall promote the realization of the right of self-determination, and shall respect that right, in conformity with the provisions of the charter of the United Nations.

Part II

Article 2

1. Each State Party to the present Covenant undertakes to take steps, individually and through international assistance and co-operation, especially economic and technical, to the maximum of its available resources, with a view to achieving progressively the full realization of the rights recognized in the present Covenant by all appropriate means, including particularly the adoption of legislative measures.

2. The States Parties to the present Covenant undertake to guarantee that the rights enunciated in the present Covenant will be exercised without discrimination of any kind as to race, colour, sex, language, religion, political or other opinion, national or social origin, property, birth or other status.

3. Developing countries, with due regard to human rights and their national economy, may determine to what extent they would guarantee the economic rights recognized in the present Covenant to non-nationals.

Article 3

The Sates Parties to the present Covenant undertake to ensure the equal right of men and women to the enjoyment of all economic, social and cultural rights set forth in the present Covenant.

Article 4

The Sates Parties to the present Covenant recognize that, in the enjoyment of those rights provided by the state in conformity with the present Covenant, the state may subject such rights only the such limitations as are determined by law only in so far as this may be compatible with the nature of these rights and solely for the purpose of promoting the general welfare in a democratic society.

Article 5

1. Nothing in the present Covenant may be interpreted as implying for any state, group or person any right to engage in many activity or to perform any act aimed at the destruction of any of the rights or freedoms recognized herein, or at their limitation to a greater extent than is provided for in the present Covenant.

2. No restriction upon or derogation from any of the fundamental human rights recognized or existing in any country in virtue of law, conventions, regulations or custom shall be admitted on the pretext that the present Covenant does not recognize such rights or that it recognizes them to a lesser extent.

Part III

Article 12

1. The States Parties to the present Covenant recognize the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health

2. The steps to be taken by the States Parties to the present Covenant to achieve the full realization of this right shall include those necessary for:

(a) The provision for the reduction of the stillbirth-rate and of infant mortality and for the healthy development of the child;

(b) The improvement of all aspects of environment and industrial hygiene;

(c) The prevention, treatment and control of epidemic, endemic, occupational and other diseases;

(d) The creation of condition would assure to all medical service and medical attention in the event of sickness.

PART V

Article 26

1. The present Covenant is open for signature by any State Member of the United Nations or member of any of its specialized agencies, by any State Party to the Statute of the International Court of Justice, and by any other State which has been invited by the General Assembly of the United Nations to become a party to the present Covenant.

2. The present Covenant is subject to ratification. Instruments of ratification shall be deposited with the Secretary-General of the United Nations.

3. The present Covenant shall be open to accession by any State referred to in paragraph 1 of this article.

4. Accession shall be effected by the deposit of an instrument of accession with the Secretary-General of the United Nations.

5. The Secretary-General of the United Nations shall inform all States which have signed the present Covenant or acceded to it of the deposit of each instrument of ratification or accession.

ภาคผนวก ค

Convention on the Rights of the Child

Convention on the Rights of the Child

Preamble

The States Parties to the present Convention,

Considering that, in accordance with the principles proclaimed in the Charter of the United Nations, recognition of the inherent dignity and of the equal and inalienable rights of all members of the human family is the foundation of freedom, justice and peace in the world,

Bearing in mind that the peoples of the United Nations have, in the Charter, reaffirmed their faith in fundamental human rights and in the dignity and worth of the human person, and have determined to promote social progress and better standards of life in larger freedom,

Recognizing that the United Nations has, in the Universal Declaration of Human Rights and in the International Covenants on Human Rights, proclaimed and agreed that everyone is entitled to all the rights and freedoms set forth therein, without distinction of any kind, such as race, colour, sex, language, religion, political or other opinion, national or social origin, property, birth or other status,

Recalling that, in the Universal Declaration of Human Rights, the United Nations has proclaimed that childhood is entitled to special care and assistance,

Convinced that the family, as the fundamental group of society and the natural environment for the growth and well-being of all its members and particularly children, should be afforded the necessary protection and assistance so that it can fully assume its responsibilities within the community,

Recognizing that the child, for the full and harmonious development of his or her personality, should grow up in a family environment, in an atmosphere of happiness, love and understanding,

Considering that the child should be fully prepared to live an individual life in society, and brought up in the spirit of the ideals proclaimed in the Charter of the United Nations, and in particular in the spirit of peace, dignity, tolerance, freedom, equality and solidarity,

Bearing in mind that the need to extend particular care to the child has been stated in the Geneva Declaration of the Rights of the Child of 1924 and in the Declaration of the Rights of the Child adopted by the General Assembly on 20 November 1959 and recognized in the Universal Declaration of Human Rights, in the International Covenant on Civil and Political Rights (in particular in articles 23 and 24), in the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (in particular in article 10) and in the statutes and relevant instruments of specialized agencies and international organizations concerned with the welfare of children,

Bearing in mind that, as indicated in the Declaration of the Rights of the Child, "the child, by reason of his physical and mental immaturity, needs special safeguards and care, including appropriate legal protection, before as well as after birth",

Recalling the provisions of the Declaration on Social and Legal Principles relating to the Protection and Welfare of Children, with Special Reference to Foster Placement and Adoption Nationally and Internationally; the United Nations Standard Minimum Rules for the Administration of Juvenile Justice (The Beijing Rules); and the Declaration on the Protection of Women and Children in Emergency and Armed Conflict, Recognizing that, in all countries in the world, there are children living in exceptionally difficult conditions, and that such children need special consideration,

Taking due account of the importance of the traditions and cultural values of each people for the protection and harmonious development of the child, Recognizing the importance of international co-operation for improving the living conditions of children in every country, in particular in the developing countries,

Have agreed as follows:

PART I

Article 1

For the purposes of the present Convention, a child means every human being below the age of eighteen years unless under the law applicable to the child, majority is attained earlier.

Article 2

1. States Parties shall respect and ensure the rights set forth in the present Convention to each child within their jurisdiction without discrimination of any kind, irrespective of the child's or his or her parent's or legal guardian's race, colour, sex, language, religion, political or other opinion, national, ethnic or social origin, property, disability, birth or other status.
2. States Parties shall take all appropriate measures to ensure that the child is protected against all forms of discrimination or punishment on the basis of the status, activities, expressed opinions, or beliefs of the child's parents, legal guardians, or family members.

Article 3

1. In all actions concerning children, whether undertaken by public or private social welfare institutions, courts of law, administrative authorities or legislative bodies, the best interests of the child shall be a primary consideration.
2. States Parties undertake to ensure the child such protection and care as is necessary for his or her well-being, taking into account the rights and duties of his or

her parents, legal guardians, or other individuals legally responsible for him or her, and, to this end, shall take all appropriate legislative and administrative measures.

3. States Parties shall ensure that the institutions, services and facilities responsible for the care or protection of children shall conform with the standards established by competent authorities, particularly in the areas of safety, health, in the number and suitability of their staff, as well as competent supervision.

Article 4

States Parties shall undertake all appropriate legislative, administrative, and other measures for the implementation of the rights recognized in the present Convention. With regard to economic, social and cultural rights, States Parties shall undertake such measures to the maximum extent of their available resources and, where needed, within the framework of international co-operation.

Article 5

States Parties shall respect the responsibilities, rights and duties of parents or, where applicable, the members of the extended family or community as provided for by local custom, legal guardians or other persons legally responsible for the child, to provide, in a manner consistent with the evolving capacities of the child, appropriate direction and guidance in the exercise by the child of the rights recognized in the present Convention.

Article 6

1. States Parties recognize that every child has the inherent right to life.

2. States Parties shall ensure to the maximum extent possible the survival and development of the child.

Article 7

1. The child shall be registered immediately after birth and shall have the right from birth to a name, the right to acquire a nationality and. as far as possible, the right to know and be cared for by his or her parents.

2. States Parties shall ensure the implementation of these rights in accordance with their national law and their obligations under the relevant international instruments in this field, in particular where the child would otherwise be stateless.

Article 8

1. States Parties undertake to respect the right of the child to preserve his or her identity, including nationality, name and family relations as recognized by law without unlawful interference.

2. Where a child is illegally deprived of some or all of the elements of his or her identity, States Parties shall provide appropriate assistance and protection, with a view to re-establishing speedily his or her identity.

Article 9

1. States Parties shall ensure that a child shall not be separated from his or her parents against their will, except when competent authorities subject to judicial review determine, in accordance with applicable law and procedures, that such separation is necessary for the best interests of the child. Such determination may be necessary in a particular case such as one involving abuse or neglect of the child by the parents, or one where the parents are living separately and a decision must be made as to the child's place of residence.

2. In any proceedings pursuant to paragraph 1 of the present article, all interested parties shall be given an opportunity to participate in the proceedings and make their views known.

3. States Parties shall respect the right of the child who is separated from one or both parents to maintain personal relations and direct contact with both parents on a regular basis, except if it is contrary to the child's best interests.

4. Where such separation results from any action initiated by a State Party, such as the detention, imprisonment, exile, deportation or death (including death arising from any cause while the person is in the custody of the State) of one or both parents or of the child, that State Party shall, upon request, provide the parents, the child or, if appropriate, another member of the family with the essential information

concerning the whereabouts of the absent member(s) of the family unless the provision of the information would be detrimental to the well-being of the child. States Parties shall further ensure that the submission of such a request shall of itself entail no adverse consequences for the person(s) concerned.

Article 10

1. In accordance with the obligation of States Parties under article 9, paragraph 1, applications by a child or his or her parents to enter or leave a State Party for the purpose of family reunification shall be dealt with by States Parties in a positive, humane and expeditious manner. States Parties shall further ensure that the submission of such a request shall entail no adverse consequences for the applicants and for the members of their family.

2. A child whose parents reside in different States shall have the right to maintain on a regular basis, save in exceptional circumstances personal relations and direct contacts with both parents. Towards that end and in accordance with the obligation of States Parties under article 9, paragraph 1, States Parties shall respect the right of the child and his or her parents to leave any country, including their own, and to enter their own country. The right to leave any country shall be subject only to such restrictions as are prescribed by law and which are necessary to protect the national security, public order (ordre public), public health or morals or the rights and freedoms of others and are consistent with the other rights recognized in the present Convention.

Article 11

1. States Parties shall take measures to combat the illicit transfer and non-return of children abroad.

2. To this end, States Parties shall promote the conclusion of bilateral or multilateral agreements or accession to existing agreements.

Article 12

1. States Parties shall assure to the child who is capable of forming his or her own views the right to express those views freely in all matters affecting the child, the views of the child being given due weight in accordance with the age and maturity of the child.

2. For this purpose, the child shall in particular be provided the opportunity to be heard in any judicial and administrative proceedings affecting the child, either directly, or through a representative or an appropriate body, in a manner consistent with the procedural rules of national law.

Article 13

1. The child shall have the right to freedom of expression; this right shall include freedom to seek, receive and impart information and ideas of all kinds, regardless of frontiers, either orally, in writing or in print, in the form of art, or through any other media of the child's choice.

2. The exercise of this right may be subject to certain restrictions, but these shall only be such as are provided by law and are necessary:

(a) For respect of the rights or reputations of others; or

(b) For the protection of national security or of public order (ordre public), or of public health or morals.

Article 14

1. States Parties shall respect the right of the child to freedom of thought, conscience and religion.

2. States Parties shall respect the rights and duties of the parents and, when applicable, legal guardians, to provide direction to the child in the exercise of his or her right in a manner consistent with the evolving capacities of the child.

3. Freedom to manifest one's religion or beliefs may be subject only to such limitations as are prescribed by law and are necessary to protect public safety, order, health or morals, or the fundamental rights and freedoms of others.

Article 15

1. States Parties recognize the rights of the child to freedom of association and to freedom of peaceful assembly.

2. No restrictions may be placed on the exercise of these rights other than those imposed in conformity with the law and which are necessary in a democratic society in the interests of national security or public safety, public order (ordre public), the protection of public health or morals or the protection of the rights and freedoms of others.

Article 16

1. No child shall be subjected to arbitrary or unlawful interference with his or her privacy, family, or correspondence, nor to unlawful attacks on his or her honour and reputation.

2. The child has the right to the protection of the law against such interference or attacks.

Article 17

States Parties recognize the important function performed by the mass media and shall ensure that the child has access to information and material from a diversity of national and international sources, especially those aimed at the promotion of his or her social, spiritual and moral well-being and physical and mental health.

To this end, States Parties shall:

(a) Encourage the mass media to disseminate information and material of social and cultural benefit to the child and in accordance with the spirit of article 29;

(b) Encourage international co-operation in the production, exchange and dissemination of such information and material from a diversity of cultural, national and international sources;

(c) Encourage the production and dissemination of children's books;

(d) Encourage the mass media to have particular regard to the linguistic needs of the child who belongs to a minority group or who is indigenous;

(e) Encourage the development of appropriate guidelines for the protection of the child from information and material injurious to his or her well-being, bearing in mind the provisions of articles 13 and 18.

Article 18

1. States Parties shall use their best efforts to ensure recognition of the principle that both parents have common responsibilities for the upbringing and development of the child. Parents or, as the case may be, legal guardians, have the primary responsibility for the upbringing and development of the child. The best interests of the child will be their basic concern.

2. For the purpose of guaranteeing and promoting the rights set forth in the present Convention, States Parties shall render appropriate assistance to parents and legal guardians in the performance of their child-rearing responsibilities and shall ensure the development of institutions, facilities and services for the care of children.

3. States Parties shall take all appropriate measures to ensure that children of working parents have the right to benefit from child-care services and facilities for which they are eligible.

Article 19

1. States Parties shall take all appropriate legislative, administrative, social and educational measures to protect the child from all forms of physical or mental violence, injury or abuse, neglect or negligent treatment, maltreatment or exploitation, including sexual abuse, while in the care of parent(s), legal guardian(s) or any other person who has the care of the child.

2. Such protective measures should, as appropriate, include effective procedures for the establishment of social programmes to provide necessary support for the child and for those who have the care of the child, as well as for other forms of prevention and for identification, reporting, referral, investigation, treatment and follow-up of instances of child maltreatment described heretofore, and, as appropriate, for judicial involvement.

Article 20

1. A child temporarily or permanently deprived of his or her family environment, or in whose own best interests cannot be allowed to remain in that environment, shall be entitled to special protection and assistance provided by the State.

2. States Parties shall in accordance with their national laws ensure alternative care for such a child.

3. Such care could include, inter alia, foster placement, kafalah of Islamic law, adoption or if necessary placement in suitable institutions for the care of children. When considering solutions, due regard shall be paid to the desirability of continuity in a child's upbringing and to the child's ethnic, religious, cultural and linguistic background.

Article 21

States Parties that recognize and/or permit the system of adoption shall ensure that the best interests of the child shall be the paramount consideration and they shall:

(a) Ensure that the adoption of a child is authorized only by competent authorities who determine, in accordance with applicable law and procedures and on the basis of all pertinent and reliable information, that the adoption is permissible in view of the child's status concerning parents, relatives and legal guardians and that, if required, the persons concerned have given their informed consent to the adoption on the basis of such counselling as may be necessary;

(b) Recognize that inter-country adoption may be considered as an alternative means of child's care, if the child cannot be placed in a foster or an adoptive family or cannot in any suitable manner be cared for in the child's country of origin;

(c) Ensure that the child concerned by inter-country adoption enjoys safeguards and standards equivalent to those existing in the case of national adoption;

(d) Take all appropriate measures to ensure that, in inter-country adoption, the placement does not result in improper financial gain for those involved in it;

(e) Promote, where appropriate, the objectives of the present article by concluding bilateral or multilateral arrangements or agreements, and endeavour,

within this framework, to ensure that the placement of the child in another country is carried out by competent authorities or organs.

Article 22

1. States Parties shall take appropriate measures to ensure that a child who is seeking refugee status or who is considered a refugee in accordance with applicable international or domestic law and procedures shall, whether unaccompanied or accompanied by his or her parents or by any other person, receive appropriate protection and humanitarian assistance in the enjoyment of applicable rights set forth in the present Convention and in other international human rights or humanitarian instruments to which the said States are Parties.

2. For this purpose, States Parties shall provide, as they consider appropriate, co-operation in any efforts by the United Nations and other competent intergovernmental organizations or non-governmental organizations co-operating with the United Nations to protect and assist such a child and to trace the parents or other members of the family of any refugee child in order to obtain information necessary for reunification with his or her family. In cases where no parents or other members of the family can be found, the child shall be accorded the same protection as any other child permanently or temporarily deprived of his or her family environment for any reason, as set forth in the present Convention.

Article 23

1. States Parties recognize that a mentally or physically disabled child should enjoy a full and decent life, in conditions which ensure dignity, promote self-reliance and facilitate the child's active participation in the community.

2. States Parties recognize the right of the disabled child to special care and shall encourage and ensure the extension, subject to available resources, to the eligible child and those responsible for his or her care, of assistance for which application is made and which is appropriate to the child's condition and to the circumstances of the parents or others caring for the child.

3. Recognizing the special needs of a disabled child, assistance extended in accordance with paragraph 2 of the present article shall be provided free of charge, whenever possible, taking into account the financial resources of the parents or others caring for the child, and shall be designed to ensure that the disabled child has effective access to and receives education, training, health care services, rehabilitation services, preparation for employment and recreation opportunities in a manner conducive to the child's achieving the fullest possible social integration and individual development, including his or her cultural and spiritual development

4. States Parties shall promote, in the spirit of international cooperation, the exchange of appropriate information in the field of preventive health care and of medical, psychological and functional treatment of disabled children, including dissemination of and access to information concerning methods of rehabilitation, education and vocational services, with the aim of enabling States Parties to improve their capabilities and skills and to widen their experience in these areas. In this regard, particular account shall be taken of the needs of developing countries.

Article 24

1. States Parties recognize the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health and to facilities for the treatment of illness and rehabilitation of health. States parties shall strive to ensure that no child is deprived of his or her right of access to such health care services.

2. States Parties shall pursue full implementation of this right and, in particular, shall take appropriate measures:

(a) To diminish infant and child mortality;

(b) To ensure the provision of necessary medical assistance and health care to all children with emphasis on the development of primary health care;

(c) To combat disease and malnutrition, including within the framework of primary health care, though, inter alia, the application of readily available technology and through the provision of adequate nutritious foods and clean drinking – water, taking into consideration the dangers and risk of environmental pollution;

(d) To ensure appropriate pre-natal and post-natal health care for mothers;

(e) To ensure that all segments of society, in particular parents and children, are informed, have access to education and are supported in the use of basic knowledge of child health and nutrition, the advantages of breastfeeding, hygiene and environmental sanitation and the prevention of accidents;

(f) To develop preventive health care, guidance for parents and family planning education and services

3. States parties shall take all effective and appropriate measures with a view to abolishing traditional practices prejudicial to the health of children.

4. States parties undertake to promote and encourage international co-operation with a view to achieving account shall be taken of the needs of developing countries.

ภาคผนวก ง

ASEAN Human Rights Declaration

ASEAN Human Rights Declaration

WE, the Heads of State/Government of the Member States of the Association of Southeast Asian Nations (hereinafter referred to as "ASEAN"), namely Brunei Darussalam, the Kingdom of Cambodia, the Republic of Indonesia, the Lao People's Democratic Republic, Malaysia, the Republic of the Union of Myanmar, the Republic of the Philippines, the Republic of Singapore, the Kingdom of Thailand and the Socialist Republic of Viet Nam, on the occasion of the 21st ASEAN Summit in Phnom Penh, Cambodia.

REAFFIRMING our adherence to the purposes and principles of ASEAN as enshrined in the ASEAN Charter, in particular the respect for and promotion and protection of human rights and fundamental freedoms, as well as the principles of democracy, the rule of law and good governance;

REAFFIRMING FURTHER our commitment to the Universal Declaration of Human Rights, the Charter of the United Nations, the Vienna Declaration and Programme of Action, and other international human rights instruments to which ASEAN Member States are parties;

REAFFIRMING ALSO the importance of ASEAN's efforts in promoting human rights, including the Declaration of the Advancement of Women in the ASEAN Region and the Declaration on the Elimination of Violence against Women in the ASEAN Region;

CONVINCED that this Declaration will help establish a framework for human rights cooperation in the region and contribute to the ASEAN community building process;

HEREBY DECLARE AS FOLLOWS:

GENERAL PRINCIPLES

1. All persons are born free and equal in dignity and rights. They are endow with reason and conscience and should act towards one another in a spirit of humanity.

2. Every person is entitled to the rights and freedoms set forth herein, without distinction of any kind, such as race, gender, age, language, religion, political or other opinion, national or social origin, economic status, birth, disability or other status.

3. Every person has the right of recognition everywhere as a person before the law. Every person is equal before the law. Every person is entitled without discrimination to equal protection of the law.

4. The rights of women, children, the elderly, persons with disabilities, migrant workers, and vulnerable and marginalized groups are an inalienable, integral and indivisible part of human rights and fundamental freedoms.

5. Every person has the right to an effective and enforceable remedy, to be determined by a court or other competent authorities, for acts violating the rights granted to that person by the constitution or by law.

6. The enjoyment of human rights and fundamental freedoms must be balanced with the performance of corresponding duties as every person has responsibilities to all other individuals, the community and the society where one lives. It is ultimately the primary responsibility of all ASEAN Member States to promote and protect all human rights and fundamental freedoms.

7. All human rights are universal, indivisible, interdependent and interrelated. All human rights and fundamental freedoms in this Declaration must be treated in a fair and equal manner, on the same footing and with the same emphasis. At the same time, the realization of human rights must be considered in the regional and national

context bearing in mind different political, economic, legal, social, cultural, historical and religious backgrounds.

8. The human rights and fundamental freedoms of every person shall be exercised with due regard to the human rights and fundamental freedoms of others. The exercise of human rights and fundamental freedoms shall be subject only to such limitations as are determined by law solely for the purpose of securing due recognition for the human rights and fundamental freedoms of others, and to meet the just requirements of national security, public order, public health, public safety, public morality, as well as the general welfare of the peoples in a democratic society.

9. In the realization of the human rights and freedoms contained in this Declaration, the principles of impartiality, objectivity, non-selectivity, non-discrimination, nonconfrontation and avoidance of double standards and politicization, should always be upheld. The process of such realization shall take into account peoples' participation, inclusivity and the need for accountability.

ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS

28. Every person has the right to an adequate standard of living for himself or herself and his or her family including:

a. The right to adequate and affordable food, freedom from hunger and access to safe and nutrition food;

b. The right to clothing

c. The right to adequate and affordable housing;

d. The right to medical care and necessary social services;

e. The right to safe drinking water and sanitation;

f. The right to a safe, clean and sustainable environment.

29. (1) Every person has the right to the enjoyment of the highest attainable standard of physical, mental and reproductive health, to basic and affordable health-care services, and to have access to medical facilities.

(2) The ASEAN Member States shall create a positive environment in overcoming stigma, silence, denial and discrimination in the prevention, treatment, care and support of people suffering from communicable diseases, including HIV/ AIDS

ภาคผนวก จ

Declaration of Alma-Ata

Declaration of Alma-Ata

The International Conference on Primary Health Care, meeting in Alma-Ata this twelfth day of September in the year Nineteen hundred and seventy-eight, expressing the need for urgent action by all governments, all health and development workers, and the world community to protect and promote the health of all the people of the world, hereby makes the following

Declaration:

I. The Conference strongly reaffirms that health, which is a state of complete physical, mental and social wellbeing, and not merely the absence of disease or infirmity, is a fundamental human right and that the attainment of the highest possible level of health is a most important world-wide social goal whose realization requires the action of many other social and economic sectors in addition to the health sector.

II. The existing gross inequality in the health status of the people particularly between developed and developing countries as well as with in within countries is politically, Socially and economically unacceptable and is, therefore, of common concern to all countries.

III. Economic and social development, based on a New International Economic Order, is of basic importance to the fullest attainment of health for all and to the reduction of the gap between the health status of the developing and developed countries. The promotion and protection of the health of the people is essential to sustained economic and social development and contributes to a better quality of life and to world peace.

IV. The people have the right and duty to participate individually and collectively in the planning and implementation of their health care.

V. Governments have a responsibility for the health of their people which can be fulfilled only by the provision of adequate health and social measures. A main social target of governments, international organizations and the whole world community in the coming decades should be the attainment by all peoples of the world by the year 2000 of a level of health that will permit them to lead a socially and economically productive life. Primary health care is the key to attaining this target as part of development in the spirit of social justice.

VI. Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self-reliance and self-determination. It forms an integral part both of the country's health system, of which it is the central function and main focus, and of the overall social and economic development of the community. It is the first level of contact of individuals, the family and community with the national health system bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process.

VII. Primary health care:

1. Reflects and evolves from the economic conditions and sociocultural and political characteristics of the country and its communities and is based on the application of the relevant results of social, biomedical and health services research and public health experience;

2. Addresses the main health problems in the community, providing promotive, preventive, curative and rehabilitative services accordingly;

3. Includes at least: education concerning prevailing health problems and the methods of preventing and controlling them; promotion of food supply and proper nutrition; an adequate supply of safe water and basic sanitation; maternal and child health care, including family planning; immunization against the major infectious

diseases; prevention and control of locally endemic diseases; appropriate treatment of common diseases and injuries; and provision of essential drugs;

4. Involves, in addition to the health sector, all related sectors and aspects of national and community development, in particular agriculture, animal husbandry, food, industry, education, housing, public works, communications and other sectors; and demands the coordinated efforts of all those sectors;

5. Requires and promotes maximum community and individual self-reliance and participation in the planning, organization, operation and control of primary health care, making fullest use of local, national and other available resources; and to this end develops through appropriate education the ability of communities to participate;

6. Should be sustained by integrated, functional and mutually supportive referral systems, leading to the progressive improvement of comprehensive health care for all, and giving priority to those most in need;

7. Relies, at local and referral levels, on health workers, including physicians, nurses, midwives, auxiliaries and community workers as applicable, as well as traditional practitioners as needed, suitably trained socially and technically to work as a health team and to respond to the expressed health needs of the community.

VIII. All governments should formulate national policies, strategies and plan of action to launch and sustain primary health care as part of a comprehensive national health system and in coordination with other sectors. To this end, it will be necessary to exercise political will, to mobilize the country's resources and to use available external resources rationally.

IX. All countries should cooperate in a spirit of partnership and service to ensure primary health care for all people since the attainment of health by people in any one country directly concerns and benefits every other country. In this context the joint WHO/UNICEF report on primary health care constitutes a solid basis for the further development and operation of primary health care throughout the world.

X. An acceptable level of health for all the people of the world by the year 2000 can be attained through a fuller and better use of the world's resources, a considerable part of which is now spent on armaments and military conflicts. A genuine policy of independence, peace, détente and disarmament could and should release additional resources that could well be devoted to peaceful aims and in particular to the acceleration of social and economic development of which primary health care, as an essential part, should be allotted its proper share.

The International Conference on Primary Health Care calls for urgent and effective national and international action to develop and implement primary health care throughout the world and particularly in developing countries in a spirit of technical cooperation and in keeping with a New International Economic Order. It urges governments, WHO and UNICEF, and other international organizations, as well as multilateral and bilateral agencies, nongovernmental organizations, funding agencies, all health workers and the whole world community to support national and international commitment to primary health care and to channel increased technical and financial support to it, particularly in developing countries. The Conference calls on all the aforementioned to collaborate in introducing, developing and maintaining primary health care in accordance with the spirit and content of this Declaration.

ภาคผนวก ฉ

พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553

พระราชกฤษฎีกา เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553

ภูมิพลอดุลยเดช ป.ร.
ให้ไว้ ณ วันที่ 24 มีนาคม พ.ศ. 2553
เป็นปีที่ 65 ในรัชกาลปัจจุบัน

พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มีพระบรมราชโองการโปรดเกล้า ฯ ให้ประกาศว่า

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 187 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และมาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติการกำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการจ่ายเงินบางประเภทตามงบประมาณรายจ่าย พ.ศ. 2518 จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้า ฯ ให้ตราพระราชกฤษฎีกาขึ้นไว้ ดังต่อไปนี้

มาตรา 1 พระราชกฤษฎีกานี้เรียกว่า “พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553”

มาตรา 2 พระราชกฤษฎีกานี้ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

มาตรา 3 ให้ยกเลิก

(1) พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523

(2) พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2528

(3) พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2532

(4) พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2533

(5) พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2534

(6) พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2540

(7) พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2541

(8) พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 8) พ.ศ. 2545

มาตรา 4 ในพระราชกฤษฎีกานี้

“การรักษาพยาบาล” หมายความว่า การให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขโดยตรงแก่ผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวของผู้มีสิทธิ เพื่อการรักษาโรค การตรวจวินิจฉัย การฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต และให้หมายความรวมถึงการตรวจสุขภาพ การสร้างเสริม

สุขภาพ และการป้องกันโรคเพื่อประโยชน์ด้านสาธารณสุข ทั้งนี้ ตามที่กระทรวงการคลังกำหนด แต่ไม่รวมถึงการเสริมความงาม

“ค่ารักษาพยาบาล” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล ดังต่อไปนี้

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

(2) ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ดังกล่าว

(3) ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าบริการทางการพยาบาล ค่าตรวจวินิจฉัยโรค ค่าวิเคราะห์โรคแต่ไม่รวมถึงค่าธรรมเนียมแพทย์พิเศษ ค่าจ้างผู้พยาบาลพิเศษ ค่าธรรมเนียมพิเศษ และค่าบริการอื่นทำนองเดียวกันที่มีลักษณะเป็นเงินตอบแทนพิเศษ

(4) ค่าตรวจครรภ์ ค่าคลอดบุตรและการดูแลหลังคลอดบุตร

(5) ค่าห้องและค่าอาหาร ตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาพยาบาล

(6) ค่าใช้จ่ายเพื่อเป็นการเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันโรค

(7) ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ

(8) ค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นแก่การรักษาพยาบาลตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลของทางราชการและสถานพยาบาลของเอกชน

“สถานพยาบาลของทางราชการ” หมายความว่า สถานพยาบาลซึ่งเป็นส่วนราชการตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน และให้หมายความรวมถึงสถานพยาบาลของมหาวิทยาลัยของรัฐ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา องค์การมหาชน ตามกฎหมายว่าด้วยองค์การมหาชน รัฐวิสาหกิจตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ กรุงเทพมหานคร สภากาชาดไทย และองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก โรงพยาบาลประสานมิตร และสถานพยาบาลอื่น ตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

“สถานพยาบาลของเอกชน” หมายความว่า สถานพยาบาลที่มีลักษณะการให้บริการเป็นโรงพยาบาล ซึ่งได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

“ผู้มีสิทธิ” หมายความว่า

(1) ข้าราชการและลูกจ้างประจำซึ่งได้รับเงินเดือนหรือค่าจ้างประจำจากเงินงบประมาณรายจ่ายงบบุคลากรของกระทรวง ทบวง กรม เว้นแต่ข้าราชการตำรวจชั้นพลตำรวจซึ่งอยู่ในระหว่างรับการศึกษาอบรมในสถานศึกษาของสำนักงานตำรวจแห่งชาติก่อนเข้าปฏิบัติหน้าที่ราชการประจำ

(2) ลูกจ้างชาวต่างประเทศซึ่งมีหนังสือสัญญาจ้างที่ได้รับค่าจ้างจากเงินงบประมาณรายจ่ายและสัญญาจ้างนั้นมิได้ระบุเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลไว้

(3) ผู้ได้รับบำนาญปกติหรือผู้ได้รับบำนาญพิเศษเพราะเหตุทุพพลภาพตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการหรือกฎหมายว่าด้วยกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ และทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัดตามข้อบังคับกระทรวงกลาโหมว่าด้วยเงินเบี้ยหวัด

“บุคคลในครอบครัว” หมายความว่า

(1) บุตรชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะ หรือบรรลุนิติภาวะแล้วแต่เป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถซึ่งอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของผู้มีสิทธิ แต่ทั้งนี้ ไม่รวมถึงบุตรบุญธรรมหรือบุตรซึ่งได้ยกให้เป็นบุตรบุญธรรมของบุคคลอื่น

(2) คู่สมรสที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิ

(3) บิดาหรือมารดาที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิ

มาตรา 5 ให้ผู้มีสิทธิมีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวของตนตามที่บัญญัติไว้ในพระราชกฤษฎีกานี้

เพื่อประโยชน์ในการจัดทำฐานข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ให้ผู้มีสิทธิมีหน้าที่รายงานข้อมูลเกี่ยวกับตนเองและบุคคลในครอบครัวของตนต่อส่วนราชการเจ้าสังกัดพร้อมทั้งรับรองความถูกต้องของข้อมูล ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กระทรวงการคลังกำหนด

มาตรา 6 ให้ผู้มีสิทธิมีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสำหรับบุตรได้เพียงคนที่หนึ่งถึงคนที่สาม

ผู้มีสิทธิผู้ใดมีบุตรเกินสามคน และต่อมาบุตรคนหนึ่งคนใดในจำนวนสามคนตามวรรคหนึ่งตายลงก่อนที่จะบรรลุนิติภาวะ ให้ผู้นั้นมีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสำหรับบุตรเพิ่มขึ้นอีกเท่าจำนวนบุตรที่ตาย โดยให้นับบุตรคนที่อยู่ในลำดับถัดไปก่อน

การนับลำดับบุตร ให้นับเรียงตามลำดับการเกิดก่อนหลัง ทั้งนี้ ไม่ว่าเป็นบุตรที่เกิดจากการสมรสครั้งใด หรืออยู่ในอำนาจปกครองของตนหรือไม่

มาตรา 7 ผู้มีสิทธิผู้ใดยังไม่มีบุตรหรือมีบุตรที่มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามมาตรา 6 ยังไม่ถึงสามคน ถ้าต่อมามีบุตรแฝดซึ่งทำให้มีจำนวนบุตรเกินสามคนให้ผู้มีสิทธิผู้นั้นมีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามมาตรา 6 สำหรับบุตรคนที่หนึ่งถึงคนสุดท้าย แต่บุตรแฝดดังกล่าวต้องเป็นบุตรซึ่งเกิดจากคู่สมรส หรือเป็นบุตรของตนเองในกรณีที่หญิงเป็นผู้ใช้สิทธิขอรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ในกรณีที่บุตรคนหนึ่งคนใดของผู้มีสิทธิตามวรรคหนึ่งตายลงก่อนที่จะบรรลุนิติภาวะ ให้ลดจำนวนบุตรที่ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลลงจนกว่าจำนวนบุตรที่ได้รับเงินสวัสดิการ

เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเหลือไม่เกินสามคน และหลังจากนั้นผู้มีสิทธิจึงจะมีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นได้ตามมาตรา 6 วรรคสอง

เพื่อประโยชน์แห่งมาตรานี้ บทบัญญัติที่อ้างถึงบุตรคนที่หนึ่งถึงคนที่สามของผู้มีสิทธิให้หมายความถึงบุตรคนที่หนึ่งถึงคนสุดท้ายของผู้มีสิทธิตามวรรคหนึ่ง

มาตรา 8 ผู้มีสิทธิมีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสำหรับตนเองหรือบุคคลในครอบครัวของตน ในกรณีดังต่อไปนี้

(1) การเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ ทั้งประเภทผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน

(2) การเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชนตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังกำหนด ประเภทผู้ป่วยใน

(3) การเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชนที่มิใช่สถานพยาบาลตาม (2) ประเภทผู้ป่วยใน เฉพาะกรณีที่ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวประสบอุบัติเหตุ อุบัติภัย หรือมีความจำเป็นรีบด่วน ซึ่งหากมิได้รับการรักษาพยาบาลในทันทีทันใดอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต

(4) การเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชนตามที่กระทรวงการคลังกำหนด ประเภทผู้ป่วยนอก เป็นครั้งคราว เพราะเหตุที่สถานพยาบาลของทางราชการมีความจำเป็นต้องส่งตัวให้แก่สถานพยาบาลของเอกชนนั้น ทั้งนี้ ไม่ว่าจะเป็นสถานพยาบาลของเอกชนตามพระราชกฤษฎีกานี้หรือไม่ก็ตาม การจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ให้จ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลโดยให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ประเภท และอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด

มาตรา 9 ในกรณีที่ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวได้เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลและก่อนที่การรักษาพยาบาลจะสิ้นสุดลง ผู้มีสิทธิได้พ้นสภาพความเป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชาวต่างประเทศ ผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญ หรือถูกสั่งพักราชการ หรือถูกสั่งให้ออกจากราชการไว้ก่อน หรือบุคคลในครอบครัวพ้นสภาพความเป็นบุคคลในครอบครัวตามพระราชกฤษฎีกานี้ ให้ผู้มีสิทธิมีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสำหรับตนเองหรือบุคคลในครอบครัวจนสิ้นสุดการรักษาพยาบาลในคราวนั้น

มาตรา 10 ในกรณีที่ผู้มีสิทธิมีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นให้ผู้มีสิทธิเลือกว่าจะใช้สิทธิรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกานี้ หรือใช้สิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น และหากเลือกใช้สิทธิจากหน่วยงานอื่นผู้นั้นไม่มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกานี้ ทั้งนี้ การเลือกและการเปลี่ยนแปลงการใช้สิทธิ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กระทรวงการคลังกำหนด

ในกรณีที่บุคคลในครอบครัวมีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามสิทธิของตนเองจากหน่วยงานอื่น ผู้มีสิทธิไม่มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสำหรับบุคคลใน

ครอบครัวตามพระราชกฤษฎีกานี้ เว้นแต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับนั้นต่ำกว่าเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่มีสิทธิจะได้รับตามพระราชกฤษฎีกานี้ ให้ผู้มีสิทธิมีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสำหรับบุคคลในครอบครัวเฉพาะส่วนที่ขาดอยู่

ในกรณีที่บุคคลในครอบครัวเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่นซึ่งมีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุคคลในครอบครัวจากหน่วยงานอื่นในขณะเดียวกัน ให้ผู้มีสิทธิมีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสำหรับบุคคลในครอบครัวตามพระราชกฤษฎีกานี้

มาตรา 11 ในกรณีที่มีการทำสัญญาประกันภัยซึ่งให้ความคุ้มครองในการรักษาพยาบาลแก่ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว หากสิทธิที่จะได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัยนั้นต่ำกว่าค่ารักษาพยาบาลในคราวนั้น ให้ผู้นั้นมีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกานี้เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่ แต่ต้องไม่เกินไปกว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นจริง ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังกำหนด

มาตรา 12 ในกรณีที่ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวได้รับค่าสินไหมทดแทนเพราะเหตุละเมิดเป็นค่ารักษาพยาบาลจากบุคคลอื่นแล้ว ผู้มีสิทธิไม่มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกานี้ เว้นแต่ค่าสินไหมทดแทนที่ได้รับนั้นต่ำกว่าเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่มีสิทธิจะได้รับตามพระราชกฤษฎีกานี้ ให้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกานี้เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่

ในกรณีที่ได้มีการจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลไปแล้ว และปรากฏว่าผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวได้รับค่าสินไหมทดแทนเพราะเหตุละเมิดเป็นค่ารักษาพยาบาลจากบุคคลอื่นในภายหลัง ให้ผู้มีสิทธิส่งคืนเงินเท่ากับจำนวนเงินค่าสินไหมทดแทนที่ได้รับดังกล่าว ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กระทรวงการคลังกำหนด

มาตรา 13 ในกรณีที่สถานพยาบาลไม่มียา เลือดและส่วนประกอบของเลือดหรือสารทดแทน น้ำยาหรืออาหารทางเส้นเลือด ออกซิเจน อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคจำหน่ายหรือไม่อาจให้การตรวจทางห้องทดลองหรือโดยวิธีการเอกซเรย์แก่ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวได้ เมื่อแพทย์ผู้ตรวจรักษาหรือหัวหน้าสถานพยาบาลของสถานพยาบาลแห่งนั้นลงลายมือชื่อรับรองตามแบบที่กระทรวงการคลังกำหนดแล้ว ให้ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวซื้อ หรือรับการตรวจทางห้องทดลองหรือโดยวิธีการเอกซเรย์จากสถานที่อื่นซึ่งอยู่ในประเทศไทยและนำมาเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลได้ ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด

มาตรา 14 ในการเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล ผู้มีสิทธิอาจนำหลักฐานการรับเงินที่สถานพยาบาลซึ่งตนเองหรือบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาพยาบาลออกให้มายื่นต่อส่วนราชการเจ้าสังกัด หรืออาจให้สถานพยาบาลนั้นเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลแทนโดยระบบการเบิกจ่ายตรงก็ได้ ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กระทรวงการคลังกำหนด

มาตรา 15 ในกรณีที่ผู้มีสิทธิหรือสถานพยาบาลตามมาตรา 14 เบิกเงินค่ารักษาพยาบาลโดยไม่เป็นไปตามพระราชกฤษฎีกานี้หรือเกินสิทธิที่จะได้รับตามพระราชกฤษฎีกานี้ ให้ผู้มีสิทธิหรือสถานพยาบาลนั้นส่งคืนเงินที่ได้รับไปจากกระทรวงการคลัง ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กระทรวงการคลังกำหนด

เมื่อปรากฏว่าสถานพยาบาลใดมีพฤติการณ์ในทางทุจริตเกี่ยวกับการเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลให้กระทรวงการคลังเรียกคืนเงินค่ารักษาพยาบาลและระงับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในระบบการเบิกจ่ายตรงกับสถานพยาบาลนั้น ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่กระทรวงการคลังกำหนด

มาตรา 16 ในกรณีที่ข้าราชการไปมีตำแหน่งหน้าที่ประจำอยู่ในต่างประเทศ หลักเกณฑ์และอัตราของเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของข้าราชการดังกล่าว รวมทั้งคู่สมรสและบุตรซึ่งไปอยู่ในต่างประเทศกับข้าราชการผู้นั้นขณะที่อยู่ในต่างประเทศ ให้เป็นไปตามระเบียบที่กระทรวงการคลังกำหนด

มาตรา 17 ในกรณีที่ข้าราชการไปศึกษา ฝึกอบรม ดูงานในต่างประเทศ หรือเดินทางไปปฏิบัติราชการต่างประเทศชั่วคราว ให้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลขณะที่อยู่ในต่างประเทศ ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด

มาตรา 18 บรรดาระเบียบและประกาศที่ออกตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523 และที่แก้ไขเพิ่มเติมซึ่งใช้บังคับอยู่ก่อนวันที่พระราชกฤษฎีกานี้ใช้บังคับให้ยังคงใช้บังคับได้ต่อไปเท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับบทบัญญัติแห่งพระราชกฤษฎีกานี้จนกว่าจะมีระเบียบหรือประกาศที่ออกตามพระราชกฤษฎีกานี้ใช้บังคับ

มาตรา 19 ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังรักษาการตามพระราชกฤษฎีกานี้

ผู้รับสนองพระบรมราชโองการ
อภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ
นายกรัฐมนตรี

<u>หมายเหตุ</u> :- เหตุผลในการประกาศใช้พระราชกฤษฎีกาฉบับนี้ คือ โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เพื่อให้สอดคล้องกับการให้บริการทางการแพทย์และระบบประกันสุขภาพอื่น และเพื่อพัฒนาระบบสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของรัฐ โดยขยายสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชนให้กว้างขึ้น และกำหนดให้การเสริมสร้างสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นการรักษาพยาบาลด้วย รวมทั้งกำหนดให้มีการนำระบบการเบิกจ่ายตรงมาใช้กับการเบิกจ่ายเงิน

สวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล อันเป็นการลดขั้นตอนการดำเนินการ เพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมค่าใช้จ่ายของรัฐ และอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลมากยิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องตราพระราชกฤษฎีกานี้

ภาคผนวก ช

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

ภูมิพลอดุลยเดช ป.ร.
ให้ไว้ ณ วันที่ 11 สิงหาคม พ.ศ. 2533
เป็นปีที่ 45 ในรัชกาลปัจจุบัน

พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้ประกาศว่า

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม

จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัติขึ้นไว้โดยคำแนะนำและยินยอมของรัฐสภา ดังต่อไปนี้

มาตรา 1 พระราชบัญญัตินี้เรียกว่า “พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533”

มาตรา 2 พระราชบัญญัตินี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป เว้นแต่บทบัญญัติหมวด 2 ของ ลักษณะ 2 ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดระยะเวลาหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับและบทบัญญัติมาตรา 40 ให้ใช้บังคับภายในสี่ปีนับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

มาตรา 3 ให้ยกเลิกพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 บรรดากฎหมาย กฎ และข้อบังคับอื่นในส่วนที่มีบัญญัติไว้แล้วในพระราชบัญญัตินี้ หรือซึ่งขัดหรือแย้งกับบทแห่งพระราชบัญญัตินี้ ให้ใช้พระราชบัญญัตินี้แทน

มาตรา 4 พระราชบัญญัตินี้ไม่ใช้บังคับแก่

(1) ข้าราชการและลูกจ้างประจำของราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค และราชการส่วนท้องถิ่น

(2) นักเรียน นักเรียนพยาบาล นิสิตหรือนักศึกษา หรือแพทย์ฝึกหัด ซึ่งเป็นลูกจ้างของโรงเรียน สถานพยาบาล วิยาลัย หรือมหาวิทยาลัยนั้น

(3) ลูกจ้างของรัฐบาลต่างประเทศหรือองค์การระหว่างประเทศ

(4) กิจการหรือลูกจ้างอื่นตามที่กำหนดในพระราชกฤษฎีกา

มาตรา 5 ในพระราชบัญญัตินี้

“ลูกจ้าง” หมายความว่า ผู้ซึ่งทำงานให้นายจ้างโดยรับค่าจ้าง

“นายจ้าง” หมายความว่า ผู้ซึ่งรับลูกจ้างเข้าทำงานโดยจ่ายค่าจ้าง และให้หมายความรวมถึงผู้ซึ่งได้รับมอบหมายให้ทำงานแทนนายจ้าง ในกรณีที่นายจ้างเป็นนิติบุคคลให้หมายความรวมถึงผู้มีอำนาจกระทำการแทนนิติบุคคลและผู้ซึ่งได้รับมอบหมายจากผู้มีอำนาจกระทำการแทนนิติบุคคลให้ทำการแทนด้วย

“ค่าจ้าง” หมายความว่า เงินทุกประเภทที่นายจ้างจ่ายให้แก่ลูกจ้างเป็นค่าตอบแทนการทำงานในวันและเวลาทำงานปกติไม่ว่าจะคำนวณตามระยะเวลาหรือคำนวณตามผลงานที่ลูกจ้างทำได้ และให้หมายความรวมถึงเงินที่นายจ้างจ่ายให้ในวันหยุดและวันลาซึ่งลูกจ้างไม่ได้ทำงานด้วย ทั้งนี้ ไม่ว่าจะกำหนด คำนวณหรือจ่ายในลักษณะใดหรือโดยวิธีการใด และไม่ว่าจะเรียกชื่ออย่างไร

“วันทำงาน” หมายความว่า วันที่กำหนดให้ลูกจ้างทำงานตามปกติ

“ผู้ประกันตน” หมายความว่า ผู้ซึ่งจ่ายเงินสมทบอันก่อให้เกิดสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามพระราชบัญญัตินี้

“การคลอดบุตร” หมายความว่า การที่ทารกออกจากครรภ์มารดาซึ่งมีระยะเวลาตั้งครรภ์ไม่น้อยกว่ายี่สิบแปดสัปดาห์ไม่ว่าทารกจะมีชีวิตรอดอยู่หรือไม่

“ทุพพลภาพ” หมายความว่า การสูญเสียอวัยวะหรือสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะหรือของร่างกาย หรือสูญเสียสภาวะปติของจิตใจ จนทำให้ความสามารถในการทำงานลดลงถึงขนาดไม่อาจประกอบการงานตามปกติได้ ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ที่เลขาธิการประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการการแพทย์

“ว่างงาน” หมายความว่า การที่ผู้ประกันตนต้องหยุดงานเนื่องจากนิติสัมพันธ์ระหว่างนายจ้างและลูกจ้างตามสัญญาจ้างแรงงานสิ้นสุดลง

“ภัยพิบัติ” หมายความว่า อัคคีภัย วาตภัย อุทกภัย หรือธรณีพิบัติภัย ตลอดจนภัยอื่น ๆ ไม่ว่าเกิดจากธรรมชาติหรือมีผู้ทำให้เกิดขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายแก่ชีวิตหรือร่างกายของประชาชนหรือความเสียหายแก่ทรัพย์สินของประชาชนหรือของรัฐ

“กองทุน” หมายความว่า กองทุนประกันสังคม

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานประกันสังคม

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการประกันสังคม

“กรรมการ” หมายความว่า กรรมการประกันสังคม

“พนักงานเจ้าหน้าที่” หมายความว่า ผู้ซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งให้ปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้

“เลขาธิการ” หมายความว่า เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

“รัฐมนตรี” หมายความว่า รัฐมนตรีผู้รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา 6 ในการคำนวณค่าจ้างเพื่อการออกเงินสมทบ ให้ถือเอาค่าจ้างที่คิดเป็นรายเดือนเป็นเกณฑ์คำนวณ

ในการคำนวณค่าจ้างที่มิใช่ค่าจ้างรายเดือนให้เป็นค่าจ้างรายเดือน ให้ถือว่าค่าจ้างที่ลูกจ้างได้รับจริงในเดือนใดเป็นค่าจ้างรายเดือนของเดือนนั้น

เพื่อประโยชน์ในการนับระยะเวลาการส่งเงินสมทบของผู้ประกันตน ให้ถือว่าเงินสมทบที่หักจากค่าจ้างที่จ่ายให้ลูกจ้างในเดือนใดเป็นการจ่ายเงินสมทบของเดือนนั้น และไม่ว่าเงินสมทบนั้นจะได้หักไว้หรือนำส่งเดือนละกี่ครั้ง ให้ถือว่ามีระยะเวลาในการจ่ายเงินสมทบเท่ากับหนึ่งเดือน

มาตรา 7 ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ และให้มีอำนาจแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่กับออกกฎกระทรวงกำหนดค่าธรรมเนียมไม่เกินอัตราในบัญชีท้ายพระราชบัญญัตินี้ ยกเว้นค่าธรรมเนียมและกำหนดกิจการอื่นเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้

กฎกระทรวงนั้น เมื่อได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้ว ให้ใช้บังคับได้

ลักษณะ 1

บททั่วไป

หมวด 3

กองทุนประกันสังคม

มาตรา 21 ให้จัดตั้งกองทุนขึ้นกองทุนหนึ่งในสำนักงานประกันสังคม เรียกว่า กองทุนประกันสังคม เพื่อเป็นทุนใช้จ่ายให้ผู้ประกันตนได้รับประโยชน์ทดแทนตามที่บัญญัติไว้ในลักษณะ 3 และเป็นค่าใช้จ่ายตามมาตรา 24 วรรคสอง

มาตรา 22 กองทุนประกอบด้วย

(1) เงินสมทบจากรัฐบาล นายจ้าง และผู้ประกันตนตามมาตรา 40 และมาตรา 46

(2) เงินเพิ่มตามมาตรา 39 มาตรา 49 และมาตรา 53

(3) ผลประโยชน์ของกองทุนตามมาตรา 26

(4) เงินค่าธรรมเนียมตามมาตรา 45

(5) เงินที่ได้รับจากการบริจาคหรือเงินอุดหนุน

(6) เงินที่ตกเป็นของกองทุนตามมาตรา 47 มาตรา 47 ทวิ มาตรา 50 มาตรา 53 และมาตรา 56

(7) เงินอุดหนุนหรือเงินทดรองราชการที่รัฐบาลจ่ายตามมาตรา 24 วรรคสาม

(8) เงินค่าปรับที่ได้จากการเปรียบเทียบตามมาตรา 102

(9) รายได้อื่น

หมวด 4

การสำรวจการประกันสังคม

มาตรา 28 เพื่อประโยชน์แก่การประกันสังคมตามพระราชบัญญัตินี้จะตราพระราชกฤษฎีกาเพื่อสำรวจปัญหาและข้อมูลด้านแรงงานก็ได้ในพระราชกฤษฎีกาตามวรรคหนึ่งอย่างน้อยให้ระบุ

(1) วัตถุประสงค์ในการสำรวจ

(2) เจ้าหน้าที่หรือพนักงานเจ้าหน้าที่ที่จะทำการสำรวจ

(3) กำหนดเวลาการใช้บังคับพระราชกฤษฎีกาซึ่งจะต้องไม่เกินสองปี

มาตรา 29 เมื่อได้ตราพระราชกฤษฎีกาตามมาตรา 28 แล้ว ให้เลขาธิการประกาศกำหนด

(1) แบบสำรวจ

(2) ระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่หรือพนักงานเจ้าหน้าที่จะส่งแบบสำรวจให้แก่นายจ้าง

(3) กำหนดเวลาไม่น้อยกว่าสามสิบวันให้นายจ้างต้องส่งคืนแบบสำรวจที่ได้กรอกรายการแล้วแก่เจ้าหน้าที่หรือพนักงานเจ้าหน้าที่ ซึ่งต้องระบุไว้ในแบบสำรวจด้วย

การประกาศตามมาตรานี้ให้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา

มาตรา 30 แบบสำรวจตามมาตรา 29 (1) ที่จะต้องส่งไปยังนายจ้างให้ส่งโดยทางไปรษณีย์ลงทะเบียนตอบรับ หรือให้เจ้าหน้าที่หรือพนักงานเจ้าหน้าที่นำไปส่ง ณ ภูมิลำเนา หรือถิ่นที่อยู่ หรือสำนักงานของนายจ้างในระหว่างเวลาพระอาทิตย์ขึ้นถึงพระอาทิตย์ตก หรือในเวลาทำการของนายจ้าง ถ้าไม่พบนายจ้าง ณ ภูมิลำเนา หรือถิ่นที่อยู่ หรือสำนักงานของนายจ้างจะส่งให้แก่บุคคลใดซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว และอยู่หรือทำงานในบ้าน หรือสำนักงานที่ปรากฏว่าเป็นของนายจ้างนั้นก็ได้ ถ้าไม่สามารถส่งตามวิธีในวรรคหนึ่งได้ ให้ใช้วิธีปิดแบบสำรวจไว้ในที่ซึ่งเห็นได้ง่ายที่สำนักงานของนายจ้าง เมื่อได้ดำเนินการดังกล่าวและเวลาได้ล่วงพ้นไปเกินสิบห้าวันแล้ว ให้ถือว่านายจ้างได้รับแบบสำรวจนั้นแล้ว

มาตรา 31 เมื่อนายจ้างได้รับแบบสำรวจแล้ว ให้นายจ้างกรอกรายการในแบบสำรวจทุกข้อตามความเป็นจริง แล้วส่งแบบสำรวจที่ได้กรอกรายการนั้นคืนให้เจ้าหน้าที่หรือพนักงานเจ้าหน้าที่ภายในกำหนดเวลาตามมาตรา 29 (3)

มาตรา 32 บรรดาข้อความหรือตัวเลขที่ได้กรอกไว้ในแบบสำรวจให้ถือเป็นความลับ ห้ามมิให้ผู้ซึ่งมีหน้าที่ปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้เปิดเผยข้อความหรือตัวเลขนั้นแก่บุคคลซึ่งไม่มีหน้าที่ปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้ เว้นแต่มีความจำเป็นเพื่อประโยชน์แก่การประกันสังคมหรือการคุ้มครองแรงงาน หรือเพื่อประโยชน์แก่การสอบสวนหรือการพิจารณาคดี

ลักษณะ 2

การประกันสังคม

หมวด 1

การเป็นผู้ประกันตน

มาตรา 33 ให้ลูกจ้างซึ่งมีอายุไม่ต่ำกว่าสิบห้าปีบริบูรณ์และไม่เกินหกสิบปีบริบูรณ์เป็นผู้ประกันตน

ลูกจ้างซึ่งเป็นผู้ประกันตนอยู่แล้วตามวรรคหนึ่ง เมื่อมีอายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ และยังเป็นลูกจ้างของนายจ้างซึ่งอยู่ภายใต้บังคับแห่งพระราชบัญญัตินี้ ให้ถือว่าลูกจ้างนั้นเป็นผู้ประกันตนต่อไป

มาตรา 34 ให้นายจ้างซึ่งมีลูกจ้างที่เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ยื่นแบบ รายการแสดงรายชื่อผู้ประกันตน อัตราค่าจ้าง และข้อความอื่นตามแบบที่เลขาธิการกำหนด ต่อสำนักงานภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ลูกจ้างนั้นเป็นผู้ประกันตน

มาตรา 35 ในกรณีที่ผู้ประกอบกิจการได้ว่าจ้างโดยวิธีเหมาค่าแรงมอบให้แก่บุคคลหนึ่งบุคคลใดรับช่วงไปควบคุมดูแลการทำงานและรับผิดชอบจ่ายค่าจ้างให้แก่ลูกจ้างอีกทอดหนึ่งก็ดี มอบหมายให้บุคคลหนึ่งบุคคลใดเป็นผู้จัดหาลูกจ้างมาทำงานอันมิใช่การประกอบธุรกิจจัดหางานก็ดี โดยการทำงานนั้นเป็นส่วนหนึ่งส่วนใดในกระบวนการผลิตหรือธุรกิจซึ่งกระทำในสถานประกอบกิจการหรือสถานที่ทำงานของผู้ประกอบกิจการและเครื่องมือที่สำคัญสำหรับใช้ทำงานนั้นผู้ประกอบกิจการเป็นผู้จัดหา กรณีเช่นว่านี้ผู้ประกอบกิจการย่อมอยู่ในฐานะนายจ้างซึ่งมีหน้าที่ต้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัตินี้

ในกรณีที่ผู้รับเหมาค่าแรงตามวรรคหนึ่งเป็นผู้ยื่นแบบรายการต่อสำนักงาน ตามมาตรา 34 ในฐานะนายจ้าง ให้ผู้รับเหมาค่าแรงมีหน้าที่ปฏิบัติตามพระราชบัญญัตินี้เช่นเดียวกับนายจ้าง ในกรณีเช่นว่านี้ให้ผู้ประกอบกิจการหลุดพ้นจากความรับผิดในหนี้เงินสมทบและเงินเพิ่มเพียงเท่าที่ผู้รับเหมาค่าแรงได้นำส่งสำนักงาน

มาตรา 36 เมื่อนายจ้างยื่นแบบรายการตามมาตรา 34 แล้ว ให้สำนักงานออกหนังสือสำคัญแสดงการขึ้นทะเบียนประกันสังคมให้แก่นายจ้างและออกบัตรประกันสังคมให้แก่ลูกจ้าง ทั้งนี้ ตามแบบ หลักเกณฑ์ และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

มาตรา 37 ในกรณีที่ความปรากฏแก่สำนักงานหรือจากคำร้องของลูกจ้างว่านายจ้างไม่ยื่นแบบรายการตามมาตรา 34 หรือยื่นแบบรายการแล้วแต่ไม่มีชื่อลูกจ้างบางคนซึ่งเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ในแบบรายการนั้น ให้สำนักงานมีอำนาจบันทึกรายละเอียดในแบบรายการตามมาตรา 34 โดยพิจารณาจากหลักฐานที่เกี่ยวข้อง แล้วออกหนังสือสำคัญแสดงการขึ้นทะเบียนประกันสังคมให้แก่นายจ้าง และหรือออกบัตรประกันสังคมให้แก่ลูกจ้างตามมาตรา 36 แล้วแต่กรณี

ในการดำเนินการตามวรรคหนึ่ง เลขาธิการหรือผู้ซึ่งเลขาธิการมอบหมาย จะดำเนินการสอบสวนก่อนก็ได้

มาตรา 38 ความเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 สิ้นสุดลงเมื่อผู้ประกันตนนั้น

(1) ตาย

(2) สิ้นสภาพการเป็นลูกจ้าง

ในกรณีที่ผู้ประกันตนที่สิ้นสภาพการเป็นลูกจ้างตาม (2) ได้ส่งเงินสมทบครบตามเงื่อนเวลาที่จะก่อให้เกิดสิทธิตามบทบัญญัติในลักษณะ 3 แล้ว ให้ผู้นั้นมีสิทธิตามบทบัญญัติในหมวด 2 หมวด 3 หมวด 4 และหมวด 5 ต่อไปอีกหกเดือนนับแต่วันที่สิ้นสภาพการเป็นลูกจ้างหรือตามระยะเวลาที่กำหนดเพิ่มขึ้นโดยพระราชกฤษฎีกาซึ่งต้องไม่เกินสิบสองเดือนนับแต่วันที่สิ้นสภาพการเป็นลูกจ้าง

มาตรา 39 ผู้ใดเคยเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 โดยจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่าสิบสองเดือน และต่อมาความเป็นผู้ประกันตนได้สิ้นสุดลงตามมาตรา 38 (2) ถ้าผู้นั้นประสงค์จะเป็นผู้ประกันตนต่อไป ให้แสดงความจำนงต่อสำนักงานตามระเบียบที่เลขาธิการกำหนดภายในหกเดือนนับแต่วันสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน

จำนวนเงินที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณเงินสมทบที่ผู้ประกันตนตามวรรคหนึ่ง ต้องส่งเข้ากองทุนตามมาตรา 46 วรรคสอง ให้เป็นไปตามอัตราที่กำหนดในกฎกระทรวง ทั้งนี้ โดยให้คำนึงถึงความเหมาะสมกับสภาพทางเศรษฐกิจในขณะนั้นด้วย

ให้ผู้ประกันตนตามวรรคหนึ่งนำส่งเงินสมทบเข้ากองทุนเดือนละครั้งภายในวันที่สิบห้าของเดือนถัดไป

ผู้ประกันตนตามวรรคหนึ่งซึ่งไม่ส่งเงินสมทบหรือส่งไม่ครบจำนวนภายในเวลาที่กำหนดตามวรรคสาม ต้องจ่ายเงินเพิ่มในอัตราร้อยละสองต่อเดือนของจำนวนเงินสมทบที่ยังมิได้นำส่งหรือของจำนวนเงินสมทบที่ยังขาดอยู่นับแต่วันถัดจากวันที่ต้องนำส่งเงินสมทบ สำหรับเศษของเดือนถ้าถึงสิบห้าวันหรือกว่านั้นให้นับเป็นหนึ่งเดือน ถ้าน้อยกกว่านั้นให้ปัดทิ้ง

มาตรา 40 บุคคลอื่นใดซึ่งมิใช่ลูกจ้างตามมาตรา 33 จะสมัครเข้าเป็นผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัตินี้ก็ได้ โดยให้แสดงความจำนงต่อสำนักงานหลักเกณฑ์ และอัตราการจ่ายเงินสมทบประเภทของประโยชน์ทดแทนที่จะได้รับตามมาตรา 54 ตลอดจนหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแห่งสิทธิในการรับประโยชน์ทดแทนให้ตราเป็นพระราชกฤษฎีกา

มาตรา 41 ความเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39 สิ้นสุดลงเมื่อผู้ประกันตนนั้น

(1) ตาย

(2) ได้เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 อีก

(3) ลาออกจากความเป็นผู้ประกันตนโดยการแสดงความจำนงต่อสำนักงาน

(4) ไม่ส่งเงินสมทบสามเดือนติดต่อกัน

(5) ภายในระยะเวลาสิบสองเดือนส่งเงินสมทบมาแล้วไม่ครบเก้าเดือน

การสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตนตาม (4) สิ้นสุดลงตั้งแต่เดือนแรกที่ไม่ส่งเงินสมทบและการสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตนตาม (5) สิ้นสุดลงในเดือนที่ส่งเงินสมทบไม่ครบเก้าเดือนในกรณีที่ผู้ประกันตนที่สิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตนตาม (3) (4) และ (5) ได้ส่งเงินสมทบครบตามเงื่อนเวลาที่จะก่อให้เกิดสิทธิตามบทบัญญัติในลักษณะ 3 แล้ว ให้ผู้นั้นมีสิทธิตามบทบัญญัติในหมวด 2 หมวด 3 หมวด 4 และหมวด 5 ต่อไปอีกหกเดือนนับแต่วันที่สิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน

มาตรา 42 เพื่อก่อสิทธิแก่ผู้ประกันตนในการขอรับประโยชน์ทดแทนตามบทบัญญัติลักษณะ 3 ให้นับระยะเวลาประกันตนตามมาตรา 33 และหรือมาตรา 39 ทุกช่วงเข้าด้วยกัน

มาตรา 43 กิจการใดที่อยู่ภายใต้บังคับพระราชบัญญัตินี้ แม้ว่าภายหลังกิจการนั้นจะมีจำนวนลูกจ้างลดลงเหลือน้อยกว่าจำนวนที่กำหนดไว้ก็ตาม ให้กิจการดังกล่าวอยู่ภายใต้บังคับพระราชบัญญัตินี้ต่อไปจนกว่าจะเลิกกิจการ และให้ลูกจ้างที่เหลืออยู่เป็นผู้ประกันตนต่อไป ในกรณีที่กิจการนั้นได้รับลูกจ้างใหม่เข้าทำงาน ให้ลูกจ้างใหม่นั้นเป็นผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัตินี้ด้วยแม้ว่าจำนวนลูกจ้างรวมทั้งสิ้นจะไม่ถึงจำนวนที่กำหนดไว้ก็ตาม

มาตรา 44 ในกรณีที่ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อความในแบบรายการที่ได้ยื่นไว้ต่อสำนักงานเปลี่ยนแปลงไป ให้นายจ้างแจ้งเป็นหนังสือต่อสำนักงานตามระเบียบที่เลขาธิการกำหนดเพื่อขอเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเพิ่มเติมรายการภายในวันที่สิบห้าของเดือนถัดจากเดือนที่มีการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

ให้นำความในมาตรา 37 มาใช้บังคับแก่กรณีที่นายจ้างไม่ปฏิบัติตามมาตรานี้โดยอนุโลม

มาตรา 45 ในกรณีที่หนังสือสำคัญแสดงการขึ้นทะเบียนประกันสังคมหรือบัตรประกันสังคมสูญหาย ถูกทำลาย หรือชำรุดในสาระสำคัญ ให้นายจ้างหรือผู้ประกันตนยื่นคำขอรับใบแทนหนังสือสำคัญแสดงการขึ้นทะเบียนประกันสังคมหรือใบแทนบัตรประกันสังคมแล้วแต่กรณี ต่อสำนักงานภายในสิบห้าวันนับแต่วันที่ได้ทราบถึงการสูญหาย ถูกทำลาย หรือชำรุดดังกล่าว ทั้งนี้ ตามระเบียบที่เลขาธิการกำหนด

หมวด 2
เงินสมทบ

มาตรา 46 ให้รัฐบาล นายจ้าง และผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ออกเงินสมทบเข้ากองทุนเพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีทุพพลภาพ กรณีตาย และกรณีคลอดบุตร ฝ่ายละเท่ากันตามอัตราที่กำหนดในกฎกระทรวง แต่ต้องไม่เกินอัตราเงินสมทบท้ายพระราชบัญญัตินี้

ให้รัฐบาล นายจ้าง และผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ออกเงินสมทบเข้ากองทุนเพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนในกรณีสงเคราะห์บุตร กรณีชราภาพ และกรณีว่างงานตามอัตราที่กำหนดในกฎกระทรวง แต่ต้องไม่เกินอัตราเงินสมทบท้ายพระราชบัญญัตินี้

สำหรับการประกันตนตามมาตรา 39 ให้รัฐบาลและผู้ประกันตนออกเงินสมทบเข้ากองทุนโดยรัฐบาลออกหนึ่งเท่าและผู้ประกันตนออกสองเท่าของอัตราเงินสมทบที่แต่ละฝ่ายต้องออกตามที่กำหนดในวรรคหนึ่งและวรรคสอง

การกำหนดอัตราเงินสมทบตามวรรคหนึ่งและวรรคสอง ให้กำหนดโดยคำนึงถึงประโยชน์ทดแทนและค่าใช้จ่ายในการบริหารงานของสำนักงานตามมาตรา 24

ค่าจ้างขั้นต่ำและขั้นสูงที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณเงินสมทบของผู้ประกันตนตามมาตรา 33 แต่ละคน ให้เป็นไปตามที่กำหนดในกฎกระทรวง ในการคำนวณเงินสมทบของผู้ประกันตนแต่ละคน สำหรับเศษของเงินสมทบที่มีจำนวนตั้งแต่ห้าสิบสตางค์ขึ้นไปให้นับเป็นหนึ่งบาทถ้าน้อยกว่านั้นให้ปัดทิ้ง ในกรณีที่ผู้ประกันตนทำงานกับนายจ้างหลายรายให้คำนวณเงินสมทบจากค่าจ้างที่ได้รับจากนายจ้างแต่ละราย

มาตรา 47 ทุกครั้งที่มีการจ่ายค่าจ้าง ให้นายจ้างหักค่าจ้างของผู้ประกันตนตามจำนวนที่ต้องนำส่งเป็นเงินสมทบในส่วนของผู้ประกันตนตามมาตรา 46 และเมื่อนายจ้างได้ดำเนินการดังกล่าวแล้ว ให้ถือว่าผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบแล้วตั้งแต่วันที่นายจ้างหักค่าจ้าง

ให้นายจ้างนำเงินสมทบในส่วนของผู้ประกันตนที่ได้หักไว้ตามวรรคหนึ่ง และเงินสมทบในส่วนของนายจ้าง ส่งให้แก่สำนักงานภายในวันที่สิบห้าของเดือนถัดจากเดือนที่มีการหักเงินสมทบไว้ พร้อมทั้งยื่นรายการแสดงการส่งเงินสมทบตามแบบที่เลขาธิการกำหนด

ถ้านายจ้างไม่จ่ายค่าจ้างตามกำหนดเวลาที่ต้องจ่าย ให้นายจ้างมีหน้าที่นำส่งเงินสมทบตามที่บัญญัติไว้ในวรรคสอง โดยถือเสมือนว่ามีการจ่ายค่าจ้างแล้ว

ในกรณีที่นายจ้างนำเงินสมทบในส่วนของผู้ประกันตนหรือเงินสมทบในส่วนของนายจ้างส่งให้แก่สำนักงานเกินจำนวนที่ต้องชำระ ให้นายจ้างหรือผู้ประกันตนยื่นคำร้องขอรับเงินในส่วนที่เกินคืนได้ตามระเบียบที่เลขาธิการกำหนด ถ้านายจ้างหรือผู้ประกันตนมิได้เรียกเอาเงินดังกล่าวคืนภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่นำส่งเงินสมทบหรือไม่มารับเงินคืนภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่ได้รับแจ้งให้มารับเงิน ให้เงินนั้นตกเป็นของกองทุน

มาตรา 47 ทวิ ในกรณีที่นายจ้างไม่นำส่งเงินสมทบหรือนำส่งไม่ครบตามกำหนดเวลาในมาตรา 47 วรรคสอง ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีคำเตือนเป็นหนังสือ ให้นายจ้างนำเงินสมทบที่ค้างชำระและเงินเพิ่มมาชำระภายในกำหนดไม่น้อยกว่าสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือนั้น

ถ้านายจ้างได้รับคำเตือนดังกล่าวแล้วแต่ยังไม่นำเงินสมทบที่ค้างชำระและเงินเพิ่มมาชำระภายในกำหนด ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจประเมินเงินสมทบและแจ้งเป็นหนังสือให้นายจ้างนำส่งได้ ดังนี้

(1) ถ้านายจ้างเคยนำส่งเงินสมทบมาแล้ว ให้ถือว่าจำนวนเงินสมทบที่นายจ้างมีหน้าที่นำส่งในเดือนต่อมาแต่ละเดือนมีจำนวนเท่ากับจำนวนเงินสมทบในเดือนที่นายจ้างได้นำส่งแล้วเดือนสุดท้ายเต็มเดือน

(2) ถ้านายจ้างซึ่งมีหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้แต่ไม่ยื่นแบบรายการตาม มาตรา 34 หรือยื่นแบบรายการตามมาตรา 34 แล้ว แต่ไม่เคยนำส่งเงินสมทบ หรือยื่นแบบรายการตามมาตรา 34 โดยแจ้งจำนวนและรายชื่อลูกจ้างน้อยกว่าจำนวนลูกจ้างที่มีอยู่จริง ให้ประเมินเงินสมทบจากแบบรายการที่นายจ้างเคยยื่นไว้ หรือจากจำนวนลูกจ้างที่พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจพบ แล้วแต่กรณี โดยถือว่าลูกจ้างแต่ละคนได้รับค่าจ้างเป็นรายเดือนในอัตราที่ได้เคยมีการยื่นแบบรายการไว้ แต่ถ้าไม่เคยมีการยื่นแบบรายการหรือยื่นแบบรายการไม่ครบถ้วน ให้ถือว่าลูกจ้างแต่ละคนได้รับค่าจ้างรายเดือนไม่น้อยกว่าอัตราค่าจ้างขั้นต่ำรายวันตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงานที่ใช้บังคับอยู่ในท้องที่นั้น คูณด้วยสามสิบ

ในกรณีที่มีการพิสูจน์ได้ภายในสองปีนับแต่วันที่มีการแจ้งการประเมินเงินสมทบตามวรรคหนึ่งว่าจำนวนเงินสมทบที่แท้จริงที่นายจ้างมีหน้าที่ต้องนำส่ง มีจำนวนมากกว่าหรือน้อยกว่าจำนวนเงินสมทบที่พนักงานเจ้าหน้าที่ประเมินไว้ตาม (1) หรือ (2) ให้สำนักงานมีหนังสือแจ้งผลการพิสูจน์ให้นายจ้างทราบภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ทราบผลการพิสูจน์ เพื่อให้นายจ้างนำส่งเงินสมทบเพิ่มเติมภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับแจ้ง หรือยื่นคำขอต่อสำนักงานเพื่อขอให้คืนเงินสมทบ ถ้านายจ้างไม่มารับเงินดังกล่าวคืนภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่ทราบผลการพิสูจน์ ให้เงินนั้นตกเป็นของกองทุน

การนำส่งคำเตือน การแจ้งจำนวนเงินสมทบที่ประเมินได้ และการแจ้งผลการพิสูจน์ให้นำความในมาตรา 30 มาใช้บังคับโดยอนุโลม

มาตรา 48 ในกรณีที่ผู้ประกันตนทำงานกับนายจ้างหลายราย ให้นายจ้างทุกรายมีหน้าที่ปฏิบัติตามมาตรา 46 และมาตรา 47

มาตรา 49 นายจ้างซึ่งไม่นำส่งเงินสมทบในส่วนของตนหรือในส่วนของผู้ประกันตนหรือส่งไม่ครบจำนวนภายในเวลาที่กำหนดตามมาตรา 47 ต้องจ่ายเงินเพิ่มในอัตราร้อยละสองต่อเดือนของจำนวนเงินสมทบที่นายจ้างยังมิได้นำส่ง หรือของจำนวนเงินสมทบที่ยังขาดอยู่ นับแต่วันถัดจากวันที่ต้องนำส่งเงินสมทบ สำหรับเศษของเดือนถ้าถึงสิบห้าวันหรือกว่านั้นให้นับเป็นหนึ่งเดือน ถ้าน้อยกว่านั้นให้ปัดทิ้ง

ในกรณีที่นายจ้างมิได้หักค่าจ้างของผู้ประกันตน เพื่อส่งเป็นเงินสมทบหรือหักไว้แล้วแต่ยังไม่ครบจำนวนตามมาตรา 47 วรรคหนึ่ง ให้นายจ้างรับผิดใช้เงินที่ต้องส่งเป็นเงินสมทบในส่วนของ

ผู้ประกันตนเต็มจำนวน และต้องจ่ายเงินเพิ่มในเงินจำนวนนี้ตามวรรคหนึ่งนับแต่วันถัดจากวันที่ต้องนำส่งเงินสมทบ และในกรณีเช่นว่านี้สิทธิที่ผู้ประกันตนพึงได้รับคงมีเสมือนหนึ่งว่าผู้ประกันตนได้ส่งเงินสมทบแล้ว

มาตรา 50 เลขาธิการมีอำนาจออกคำสั่งเป็นหนังสือให้ยึด อายัด และขายทอดตลาดทรัพย์สินของนายจ้างซึ่งไม่นำส่งเงินสมทบและหรือเงินเพิ่ม หรือนำส่งไม่ครบจำนวนตามมาตรา 49 ทั้งนี้ เพียงเท่าที่จำเป็นเพื่อให้ได้รับเงินที่ค้างชำระการมีคำสั่งให้ยึด อายัด หรือขายทอดตลาดทรัพย์สินตามวรรคหนึ่ง จะกระทำได้ต่อเมื่อได้ส่งคำเตือนเป็นหนังสือให้นายจ้างนำเงินสมทบและหรือเงินเพิ่มที่ค้างมาชำระภายในกำหนดไม่น้อยกว่าสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือนั้นและนายจ้างไม่ชำระภายในกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการยึด อายัด และขายทอดตลาดทรัพย์สินตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามระเบียบที่รัฐมนตรีกำหนด ทั้งนี้ ให้นำหลักเกณฑ์และวิธีการตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่งมาใช้บังคับโดยอนุโลม

เงินที่ได้จากการขายทอดตลาดดังกล่าวให้หักไว้เป็นค่าใช้จ่ายในการยึด อายัด และขายทอดตลาด และชำระเงินสมทบและเงินเพิ่มที่ค้างชำระ ถ้ามีเงินเหลือให้คืนแก่นายจ้างโดยเร็ว ถ้านายจ้างมิได้เรียกเอาเงินที่เหลือคืนภายในห้าปีให้ตกเป็นของกองทุน

มาตรา 51 หนี้ที่เกิดจากการไม่ชำระเงินสมทบและหรือเงินเพิ่ม ให้สำนักงานมีบุริมสิทธิเหนือทรัพย์สินทั้งหมดของนายจ้างซึ่งเป็นลูกหนี้ ในลำดับเดียวกับบุริมสิทธิในมูลค่าภาษี อากรตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

มาตรา 52 ในกรณีที่นายจ้างเป็นผู้รับเหมาช่วง ให้ผู้รับเหมาช่วงถัดขึ้นไปหากมีตลอดสายจนถึงผู้รับเหมาชั้นต้นร่วมรับผิดกับผู้รับเหมาช่วงซึ่งเป็นนายจ้างในเงินสมทบซึ่งนายจ้างมีหน้าที่ต้องจ่ายตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา 53 ให้นำบทบัญญัติมาตรา 49 มาตรา 50 และมาตรา 51 มาใช้บังคับโดยอนุโลมแก่ผู้รับเหมาช่วงตามมาตรา 52 ซึ่งไม่นำส่งเงินสมทบหรือส่งไม่ครบจำนวนภายในเวลาที่กำหนดลักษณะ 3

ประโยชน์ทดแทน

หมวด 1
บททั่วไป

มาตรา 54 ผู้ประกันตนหรือบุคคลตามมาตรา 73 มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนจากกองทุนดังต่อไปนี้

(1) ประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย

(2) ประโยชน์ทดแทนในกรณีคลอดบุตร

(3) ประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพ

(4) ประโยชน์ทดแทนในกรณีตาย

(5) ประโยชน์ทดแทนในกรณีสงเคราะห์บุตร

(6) ประโยชน์ทดแทนในกรณีชราภาพ

(7) ประโยชน์ทดแทนในกรณีว่างงาน ยกเว้นผู้ประกันตนตามมาตรา 39

มาตรา 55 ในกรณีที่นายจ้างได้จัดสวัสดิการเกี่ยวกับกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย หรือกรณีทุพพลภาพ หรือกรณีตายอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน หรือกรณีคลอดบุตร หรือกรณีสงเคราะห์บุตร หรือกรณีชราภาพ หรือกรณีว่างงาน ก่อนวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับให้แก่ลูกจ้างซึ่งเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ที่เข้าทำงานก่อนวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ ถ้าสวัสดิการนั้นมีกรณีใดที่จ่ายในอัตราสูงกว่าประโยชน์ทดแทนตามพระราชบัญญัตินี้ ให้นายจ้างนั้นนำระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับการทำงาน สัญญาจ้างแรงงานหรือข้อตกลงเกี่ยวกับสภาพการจ้าง ซึ่งกำหนดสวัสดิการที่ว่านั้นมาแสดงต่อคณะกรรมการเพื่อขอลดส่วนอัตราเงินสมทบในประเภทประโยชน์ทดแทนที่นายจ้างได้จัดสวัสดิการให้แล้วจากอัตราเงินสมทบที่ผู้ประกันตนและนายจ้างนั้นต้องจ่ายเข้ากองทุนตามมาตรา 46 และให้นายจ้างใช้อัตราเงินสมทบในส่วนที่เหลือภายหลังคิดส่วนลดดังกล่าวแล้วมาคำนวณเงินสมทบในส่วนของผู้ประกันตนและเงินสมทบในส่วนของนายจ้างที่ยังมีหน้าที่ต้องส่งเข้ากองทุนเพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนในส่วนอื่นต่อไป

การขอลดส่วนอัตราเงินสมทบและการพิจารณาหักส่วนลดอัตราเงินสมทบตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 56 ผู้ประกันตนหรือบุคคลอื่นใดเห็นว่าตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีใดตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 54 และประสงค์จะขอรับประโยชน์ทดแทนนั้น ให้ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนต่อสำนักงานตามระเบียบที่เลขาธิการกำหนด ภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่มีสิทธิขอรับประโยชน์ทดแทนนั้น และให้เลขาธิการหรือผู้ซึ่งเลขาธิการมอบหมายพิจารณาสั่งการโดยเร็วประโยชน์ทดแทนตามวรรคหนึ่งที่เป็นตัวเงิน ถ้าผู้ประกันตนหรือบุคคลซึ่งมีสิทธิไม่มารับภายในสองปีนับแต่วันที่ได้รับแจ้งจากสำนักงาน ให้เงินนั้นตกเป็นของกองทุน

มาตรา 57 การคำนวณค่าจ้างรายวันในการจ่ายเงินทดแทนการขาดรายได้ให้แก่ผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ให้คำนวณโดยนำค่าจ้างสามเดือนแรกของค่าจ้างที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณเงินสมทบที่นายจ้างนำส่งสำนักงานแล้วย้อนหลังเก้าเดือน หารด้วยเก้าสิบ แต่ถ้าผู้ประกันตนมีหลักฐานพิสูจน์ได้ว่าถ้านำค่าจ้างของสามเดือนอื่นในระยะเวลาเก้าเดือนนั้นมาคำนวณแล้วจะมีจำนวนสูงกว่า ก็ให้นำค่าจ้างสามเดือนนั้น หารด้วยเก้าสิบ หรือในกรณีที่ผู้ประกันตนยังส่งเงินสมทบไม่ครบเก้าเดือน ให้นำค่าจ้างสาเดือนสุดท้าย ที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณเงินสมทบที่นายจ้างได้นำส่งสำนักงานแล้วหารด้วยเก้าสิบเป็นเกณฑ์คำนวณ

สำหรับการคำนวณค่าจ้างรายวันในการจ่ายเงินทดแทนการขาดรายได้ให้แก่ผู้ประกันตนตามมาตรา 39 นั้น ให้คำนวณโดยเฉลี่ยจากจำนวนเงินที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณเงินสมทบตามมาตรา 39 วรรคสอง

มาตรา 58 การรับประโยชน์ทดแทนตามพระราชบัญญัตินี้ในกรณีที่เป็นบริการทางการแพทย์ ผู้ประกันตนหรือคู่สมรสของผู้ประกันตนจะต้องรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลตามมาตรา 59 รายละเอียดและเงื่อนไขเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์ที่ผู้ประกันตนหรือคู่สมรสของผู้ประกันตนจะได้รับ ให้เป็นไปตามระเบียบที่เลขาธิการกำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ

มาตรา 59 ให้เลขาธิการประกาศในราชกิจจานุเบกษากำหนดเขตท้องที่และชื่อสถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนหรือคู่สมรสของผู้ประกันตน มีสิทธิไปรับบริการทางการแพทย์ได้

ผู้ประกันตนหรือคู่สมรสของผู้ประกันตนซึ่งมีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์ ถ้าทำงานหรือมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตท้องที่ใดให้ไปรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลตามวรรคหนึ่งที่อยู่ในเขตท้องที่นั้น เว้นแต่ในกรณีที่ในเขตท้องที่นั้นไม่มีสถานพยาบาลตามวรรคหนึ่ง หรือมีแต่ผู้ประกันตนหรือคู่สมรสของผู้ประกันตนมีเหตุผลสมควรที่ไม่สามารถไปรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลดังกล่าวได้ ก็ให้ไปรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลตามวรรคหนึ่งที่อยู่ในเขตท้องที่อื่นได้

ในกรณีที่ผู้ประกันตนหรือคู่สมรสของผู้ประกันตนไปรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลอื่นนอกจากที่กำหนดไว้ในวรรคสอง ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์ที่ต้องจ่ายให้แก่สถานพยาบาลอื่นนั้นตามจำนวนที่สำนักงานกำหนด โดยคำนึงถึงสภาพของการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย การคลอดบุตร สภาพทางเศรษฐกิจของแต่ละเขตท้องที่ และลักษณะของการบริการทางการแพทย์ที่ได้รับ ทั้งนี้ จะต้องไม่เกินอัตราที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ

มาตรา 60 ในกรณีที่ผู้ประกันตนหรือคู่สมรสของผู้ประกันตนไปรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลแล้วละเลยหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำหรือคำสั่งของแพทย์โดยไม่มีเหตุผลอันสมควร เลขาธิการหรือผู้ซึ่งเลขาธิการมอบหมายจะสั่งลดประโยชน์ทดแทนก็ได้ ทั้งนี้ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการการแพทย์

มาตรา 61 ผู้ประกันตนหรือบุคคลตามมาตรา 38 วรรคสอง มาตรา 73 หรือมาตรา 73 ทวิ ไม่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนเมื่อปรากฏว่า การประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย หรือการทุพพลภาพหรือการตายนั้น เกิดขึ้นเพราะเหตุที่บุคคลดังกล่าวจงใจก่อให้เกิดขึ้นหรือยินยอมให้ผู้อื่นก่อให้เกิดขึ้น

มาตรา 61 ทวิ ในกรณีที่ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ตามมาตรา 64 และมาตรา 71 หรือเงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอดบุตรตามมาตรา 67 ในเวลาเดียวกัน ให้มีสิทธิขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้หรือเงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอดบุตรในประเภทใดประเภทหนึ่งได้เพียงประเภทเดียว โดยให้แสดงความจำนงตามแบบที่เลขาธิการกำหนด

หมวด 2

ประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย

มาตรา 62 ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ต่อเมื่อภายในระยะเวลาสิบห้าเดือนก่อนวันรับบริการทางการแพทย์ ผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่าสามเดือน

มาตรา 63 ประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ได้แก่

(1) ค่าตรวจวินิจฉัยโรค

(2) ค่าบำบัดทางการแพทย์

(3) ค่ากินอยู่และรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล

(4) ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์

(5) ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย

(6) ค่าบริการอื่นที่จำเป็น

ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ

ผู้ประกันตนที่ต้องหยุดงานเพื่อการรักษาพยาบาลตามคำสั่งของแพทย์ให้ได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในมาตรา 64 ด้วย

มาตรา 64 ในกรณีที่ผู้ประกันตนประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ในอัตราร้อยละห้าสิบของค่าจ้างตามมาตรา 57 สำหรับการที่ผู้ประกันตนต้องหยุดงานเพื่อการรักษาพยาบาลตามคำสั่งของแพทย์ครั้งหนึ่งไม่เกินเก้าสิบวัน และในระยะเวลาหนึ่งปีปฏิทินต้องไม่เกินหนึ่งร้อยแปดสิบวัน เว้นแต่การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังตามที่กำหนดในกฎกระทรวง ก็ให้มีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้เกินหนึ่งร้อยแปดสิบวัน แต่ไม่เกินสามร้อยหกสิบห้าวัน

ระยะเวลาได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ให้เริ่มนับแต่วันแรกที่ต้องหยุดงานตามคำสั่งของแพทย์จนถึงวันสุดท้ายที่แพทย์กำหนดให้หยุดงาน หรือจนถึงวันสุดท้ายที่หยุดงาน ในกรณีผู้ประกันตนกลับเข้าทำงานก่อนครบกำหนดเวลาตามคำสั่งของแพทย์แต่ไม่เกินระยะเวลาที่กำหนดในวรรคหนึ่ง

ในกรณีที่ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับค่าจ้างจากนายจ้างในระหว่างหยุดงานเพื่อการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน หรือมีสิทธิตามระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับการทำงาน สัญญาจ้างแรงงาน หรือข้อตกลงเกี่ยวกับสภาพการจ้าง แล้วแต่กรณี ผู้ประกันตนไม่มีสิทธิได้รับเงินทดแทนตามวรรคหนึ่งจนกว่าสิทธิได้รับเงินค่าจ้างนั้นได้สิ้นสุดลงจึงจะมีสิทธิได้รับเงินทดแทน

ดังกล่าวเท่าระยะเวลาที่คงเหลือ และถ้าเงินค่าจ้างที่ได้รับจากนายจ้างในกรณีใดน้อยกว่าเงินทดแทนการขาดรายได้จากกองทุน ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับเงินทดแทนจากกองทุนในส่วนที่ขาดด้วย

หมวด 3

ประโยชน์ทดแทนในกรณีคลอดบุตร

มาตรา 65 ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีคลอดบุตรสำหรับตนเองหรือภริยา หรือสำหรับหญิงซึ่งอยู่กินด้วยกันฉันสามีภริยากับผู้ประกันตนโดยเปิดเผยตามระเบียบที่เลขาธิการกำหนด ถ้าผู้ประกันตนไม่มีภริยา ทั้งนี้ ต่อเมื่อภายในระยะเวลาสิบห้าเดือนก่อนวันรับบริการทางการแพทย์ผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่าเจ็ดเดือนประโยชน์ทดแทนในกรณีคลอดบุตร ให้ผู้ประกันตนแต่ละคนมีสิทธิได้รับสำหรับการคลอดบุตรไม่เกินสองครั้ง

มาตรา 66 ประโยชน์ทดแทนในกรณีคลอดบุตร ได้แก่

(1) ค่าตรวจและรับฝากครรภ์

(2) ค่าบำบัดทางการแพทย์

(3) ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์

(4) ค่าทำคลอด

(5) ค่ากินอยู่และรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล

(6) ค่าบริบาลและค่ารักษาพยาบาลทารกแรกเกิด

(7) ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย

(8) ค่าบริการอื่นที่จำเป็น

ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ

ผู้ประกันตนซึ่งต้องหยุดงานเพื่อการคลอดบุตรให้ได้รับเงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอดบุตรตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในมาตรา 67 ด้วย

มาตรา 67 ในกรณีที่ผู้ประกันตนต้องหยุดงานเพื่อการคลอดบุตร ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอดบุตรไม่เกินสองครั้ง เป็นการเหมาจ่ายในอัตราครั้งละร้อยละห้าสิบของค่าจ้างตามมาตรา 57 เป็นเวลาเก้าสิบวัน

มาตรา 68 ในกรณีที่ผู้ประกันตนหรือคู่สมรสของผู้ประกันตนไม่สามารถรับประโยชน์ทดแทนตามมาตรา 66 ได้ เนื่องจากผู้ประกันตนหรือคู่สมรสของผู้ประกันตนไม่ได้คลอดบุตรในสถานพยาบาลตามมาตรา 59 ให้ผู้ประกันตนได้รับประโยชน์ทดแทนการคลอดบุตรตามหลักเกณฑ์และอัตราที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ

หมวด 4

ประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพ

มาตรา 69 ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ต่อเมื่อภายในระยะเวลาสิบห้าเดือนก่อนทุพพลภาพ ผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่าสามเดือน

มาตรา 70 ประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพ ได้แก่

(1) ค่าตรวจวินิจฉัยโรค

(2) ค่าบำบัดทางการแพทย์

(3) ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์

(4) ค่ากินอยู่และรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล

(5) ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ

(6) ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจและอาชีพ

(7) ค่าบริการอื่นที่จำเป็น

ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ

มาตรา 71 ในกรณีที่ผู้ประกันตนทุพพลภาพอันมิใช่เนื่องจากการทำงานให้มีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ในอัตราร้อยละห้าสิบของค่าจ้างตามมาตรา 57 ตลอดชีวิต

มาตรา 72 ในกรณีที่คณะกรรมการการแพทย์วินิจฉัยว่าการทุพพลภาพของผู้ประกันตนได้รับการฟื้นฟูตามมาตรา 70 (6) จนมีสภาพดีขึ้นแล้ว ให้เลขาธิการหรือผู้ซึ่งเลขาธิการมอบหมายพิจารณาสั่งลดเงินทดแทนการขาดรายได้ เนื่องจากการทุพพลภาพได้ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ

ในกรณีที่ได้มีการลดเงินทดแทนการขาดรายได้ตามวรรคหนึ่งไปแล้ว ต่อมาในภายหลังปรากฏว่าเหตุทุพพลภาพนั้นมีสภาพเสื่อมลง ถ้าคณะกรรมการการแพทย์วินิจฉัยว่าการทุพพลภาพนั้นเสื่อมลงไปจากที่เคยวินิจฉัยไว้ตามวรรคหนึ่ง ให้เลขาธิการพิจารณาเพิ่มเงินทดแทนการขาดรายได้นั้นได้

ภาคผนวก ซ

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 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 บัญญัติให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย

จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัติขึ้นไว้โดยคำแนะนำและยินยอมของรัฐสภา ดังต่อไปนี้

มาตรา 1 พระราชบัญญัตินี้เรียกว่า “พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545”

มาตรา 2 พระราชบัญญัตินี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

มาตรา 3 ในพระราชบัญญัตินี้

“บริการสาธารณสุข” หมายความว่า บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต 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) ค่าบริบาลทารกแรกเกิด

(9) ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย

(10) ค่าพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ

(11) ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย และจิตใจ

(12) ค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นเพื่อการบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนด

“กองทุน” หมายความว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน” หมายความว่า คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

“เลขาธิการ” หมายความว่า เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานสาขา แล้วแต่กรณี

“พนักงานเจ้าหน้าที่” หมายความว่า ผู้ซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งโดยคำแนะนำของคณะกรรมการหรือคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน แล้วแต่กรณี ให้ปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้

“รัฐมนตรี” หมายความว่า รัฐมนตรีผู้รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา 4 ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ และให้มีอำนาจแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ กับออกกฎกระทรวงและประกาศเพื่อปฏิบัติการ ตามพระราชบัญญัตินี้

กฎกระทรวงและประกาศนั้น เมื่อได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้วให้ใช้บังคับได้

หมวด 1

สิทธิการรับบริการสาธารณสุข

มาตรา 5 บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัตินี้

คณะกรรมการอาจกำหนดให้บุคคลที่เข้ารับการบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการในอัตราที่กำหนดให้แก่หน่วยบริการในแต่ละครั้งที่เข้ารับการบริการ เว้นแต่ผู้ยากไร้หรือบุคคลอื่นที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดไม่ต้องจ่ายค่าบริการ

ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่บุคคลจะมีสิทธิได้รับให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

มาตรา 6 บุคคลใดประสงค์จะใช้สิทธิตามมาตรา 5 ให้ยื่นคำขอลงทะเบียนต่อสำนักงานหรือหน่วยงานที่สำนักงานกำหนด เพื่อเลือกหน่วยบริการ เป็นหน่วยบริการประจำ

การขอลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ การขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำและหน้าที่ของหน่วยบริการประจำที่พึงมีต่อผู้รับบริการ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของบุคคลเป็นสำคัญ

ในกรณีที่บุคคลใดมีสิทธิเลือกหน่วยบริการเป็นอย่างอื่นตามหลักเกณฑ์การได้รับสวัสดิการหรือตามสิทธิที่บุคคลนั้นได้รับอยู่ตามกฎหมาย กฎ ระเบียบ ประกาศ มติคณะรัฐมนตรี หรือคำสั่งอื่นใด ให้การใช้สิทธิเข้ารับการบริการสาธารณสุขในหน่วยบริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การได้รับสวัสดิการหรือสิทธิของบุคคลนั้น

มาตรา 7 บุคคลที่ได้ลงทะเบียนแล้ว ให้ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขได้จากหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง หรือจากหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำของตนหรือเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องส่งต่อ เว้นแต่กรณีที่มีเหตุสมควรหรือกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้บุคคลนั้นมีสิทธิเข้ารับบริการจากสถานบริการอื่นได้ทั้งนี้ ตามที่คณะกรรมการกำหนด โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของผู้ใช้สิทธิรับบริการและให้สถานบริการที่ให้บริการนั้นมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

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

มาตรา 9 ขอบเขตของสิทธิรับบริการสาธารณสุขของบุคคลดังต่อไปนี้ ให้เป็นไปตามกฎหมาย กฎระเบียบ ประกาศ มติคณะรัฐมนตรีหรือคำสั่งใดๆ ที่กำหนดขึ้นสำหรับส่วนราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ และให้ใช้สิทธิดังกล่าวตามพระราชบัญญัตินี้

(1) ข้าราชการหรือลูกจ้างของส่วนราชการ

(2) พนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(3) พนักงานหรือลูกจ้างของรัฐวิสาหกิจ หรือผู้ซึ่งปฏิบัติงานให้แก่หน่วยงานอื่นของรัฐหรือบุคคลอื่นใดที่มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลโดยใช้จ่ายจากเงินงบประมาณ

(4) บิดามารดา คู่สมรส บุตร หรือบุคคลอื่นใดที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลโดยอาศัยสิทธิของบุคคลตาม (1) (2) หรือ (3)

ในการนี้ ให้คณะกรรมการมีหน้าที่จัดการให้บุคคลดังกล่าวสามารถได้รับบริการสาธารณสุขตามที่ได้ตกลงกันกับรัฐบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ แล้วแต่กรณี

การกำหนดให้บุคคลตามวรรคหนึ่งประเภทใด หรือหน่วยงานใด ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัตินี้ได้เมื่อใด ให้เป็นไปตามที่กำหนดโดยพระราชกฤษฎีกา

เมื่อมีพระราชกฤษฎีกาตามวรรคสามใช้บังคับแล้ว ให้รัฐบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ แล้วแต่กรณี ดำเนินการจัดสรรเงินในส่วนที่เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสำหรับบุคคลตามที่กำหนดโดยพระราชกฤษฎีกานั้นให้แก่กองทุนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และระยะเวลาที่ตกลงกับคณะกรรมการ

มาตรา 10 ขอบเขตของสิทธิรับบริการสาธารณสุขของผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคมให้เป็นไปตามที่กำหนดในกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม การขยายบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัตินี้ไปยังผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคมให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการและคณะกรรมการประกันสังคมตกลงกัน

ให้คณะกรรมการจัดเตรียมความพร้อมในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม และเมื่อได้ตกลงกันเกี่ยวกับความพร้อมให้บริการสาธารณสุขกับคณะกรรมการประกันสังคมแล้ว ให้คณะกรรมการเสนอรัฐบาลเพื่อตราพระราชกฤษฎีกากำหนดระยะเวลาการเริ่มให้บริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการตามพระราชบัญญัตินี้แก่ผู้มีสิทธิดังกล่าว

เมื่อมีพระราชกฤษฎีกาตามวรรคสองใช้บังคับแล้ว ให้สำนักงานประกันสังคมส่งเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนประกันสังคมให้แก่กองทุนตามจำนวนที่คณะกรรมการและคณะกรรมการประกันสังคมตกลงกัน

มาตรา 11 ในกรณีที่ลูกจ้างซึ่งมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทนผู้ใดใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการตามพระราชบัญญัตินี้เมื่อใดแล้วให้หน่วยบริการ

แจ้งการเข้ารับบริการนั้นต่อสำนักงานและให้สำนักงานมีสิทธิเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนเงินทดแทน แต่ไม่เกินอัตราที่กำหนดตามกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน ส่งเข้ากองทุนเพื่อส่งต่อให้หน่วยบริการต่อไป

ในกรณีที่ผู้เข้ารับการบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัตินี้เป็นลูกจ้างของนายจ้างที่ไม่มีหน้าที่ต้องจ่ายเงินสมทบกองทุนเงินทดแทน ให้สำนักงานมีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินทดแทนแทนลูกจ้างตามกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทนเพื่อชำระค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข แต่ไม่เกินอัตราที่กำหนดตามกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน ส่งเข้ากองทุนเพื่อส่งต่อให้หน่วยบริการต่อไป

การจ่ายเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามมาตรานี้ ให้ถือเป็นการจ่ายเงินทดแทนในส่วนของค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน

มาตรา 12 ในกรณีที่ผู้ประสบภัยจากรถตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถผู้ใดใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการตามพระราชบัญญัตินี้เมื่อใดแล้ว ให้หน่วยบริการแจ้งการเข้ารับบริการนั้นต่อสำนักงานและให้สำนักงานมีสิทธิเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย แต่ไม่เกินจำนวนค่าสินไหมทดแทนตามภาระหน้าที่ที่กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยต้องจ่ายตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ส่งเข้ากองทุนเพื่อส่งต่อให้หน่วยบริการต่อไป

ในกรณีที่บริษัทผู้รับประกันภัยรถหรือบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถจำกัด มีหน้าที่ต้องจ่ายค่าสินไหมทดแทนให้แก่ผู้ประสบภัยจากรถที่เข้ารับบริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ให้สำนักงานมีอำนาจออกคำสั่งให้บริษัทดังกล่าวชำระค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขแต่ไม่เกินสิทธิที่พึงได้รับตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ส่งเข้ากองทุนเพื่อส่งต่อให้หน่วยบริการต่อไป

การจ่ายเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามมาตรานี้ ให้ถือเป็นการจ่ายค่าสินไหมทดแทนในส่วนของค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

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

เงินและทรัพย์สินที่เป็นของกองทุนไม่ต้องนำส่งกระทรวงการคลังเป็นรายได้แผ่นดินตามกฎหมายว่าด้วยเงินคงคลังและกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ

ในการเสนอขอรับงบประมาณตาม (1) ให้คณะกรรมการจัดทำคำขอต่อคณะรัฐมนตรีโดยพิจารณาประกอบกับรายงานความเห็นของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน 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 ซึ่งสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินตรวจสอบรับรองแล้วต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อทราบงบดุลและรายงานการรับจ่ายเงินดังกล่าว 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) ให้ข้อมูลที่เกี่ยวกับชื่อแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้รับผิดชอบในการดูแลอย่างต่อเนื่องทางด้านสุขภาพกายและสังคม แก่ญาติหรือผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการอย่างเพียงพอก่อนจำหน่ายผู้รับบริการออกจากหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการ

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

(5) จัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข เพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพและบริการรวมทั้งการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการและการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานกำหนด

มาตรา 46 หน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา 44 และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อผู้รับบริการ มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

หลักเกณฑ์การกำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ต้องผ่านการรับฟังความคิดเห็นตามมาตรา 18 (13) ก่อน และอย่างน้อยต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไข ดังต่อไปนี้

(1) อาศัยราคากลางที่เป็นจริงของโรคทุกโรคมาเป็นฐานตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานตามมาตรา 50 (4)

(2) ครอบคลุมถึงค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการในส่วนเงินเดือนและค่าตอบแทนบุคลากร

(3) คำนึงถึงความแตกต่างในภารกิจของหน่วยบริการ

(4) คำนึงถึงความแตกต่างในกลุ่มผู้รับบริการและในขนาดของพื้นที่บริการที่หน่วยบริการรับผิดชอบ

มาตรา 47 เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับบุคคลในพื้นที่ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ให้คณะกรรมการสนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ ชื่อสกุล	นายนฤพนธ์ ทรงพระ
ประวัติการศึกษา	วิทยาศาสตรบัณฑิต (วิทยาศาสตร์การกีฬา) มหาวิทยาลัยมหิดล ปีที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2548
	นิติศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ปีที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2549
	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์และ สาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล ปีที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2553
ประสบการณ์การทำงาน	พ.ศ. 2552 – 2553 นิติกร 3 กรุงเทพมหานคร
	พ.ศ. 2553 – 2559 นิติกรชำนาญการ กรมควบคุมโรค
	พ.ศ. 2559 – ปัจจุบัน พนักงานคดีปกครองปฏิบัติการ สำนักงานศาลปกครอง