

รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการประสานงานวิชาการเพื่อการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย
ต่อสิทธิในหลักประกันสุขภาพของคนไร้รัฐในประเทศไทย

ภายใต้

ชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายหลักประกันสุขภาพ
ของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติในประเทศไทย

โดย

ดร.ฉวี ไพศาลพาณิชย์กุล

โครงการเฝ้าระวังสถานะไร้รัฐ (Stateless Watch)

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจาก

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

(เพื่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข)

ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย
มิใช่ความเห็นของสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

กันยายน 2551

รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการประสานงานวิชาการเพื่อการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย
ต่อสิทธิในหลักประกันสุขภาพของคนไร้รัฐในประเทศไทย

ภายใต้

ชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายหลักประกันสุขภาพ
ของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติในประเทศไทย

โดย

ดร.ณิ ไพศาลพาณิชย์กุล

โครงการเฝ้าระวังสถานะไร้รัฐ (Stateless Watch)

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจาก

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

(เพื่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข)

ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย
มิใช่ความเห็นของสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

กันยายน 2551

กิตติกรรมประกาศ

ยากที่จะนับ, หากคิดย้อนทวนถึงจำนวนครั้งที่ “พวกเรา” ได้ยิน-รับรู้-รับฟังถึงชีวิต และเรื่องราวเกี่ยวกับอุปสรรคปัญหาในการดำเนินชีวิตของคนที่ถูกเรียกว่า “ไร้รัฐไร้สัญชาติ” ในสังคมไทย ข้าพเจ้าพบว่า แม้จะต่างหนทางและเป้าหมาย แต่ปลายทางที่ใครหลายคนมุ่งไปให้ถึง อาจไม่ต่าง นั่นคือ “ชีวิตที่ดีกว่า-วันนี้” ซึ่งมันก็เป็นอีกเรื่องที่ยากจะเชื่อว่า บททดสอบของชีวิต หรือปัญหาและอุปสรรคของแต่ละก้าวนั้น มันจะยิ่งทวีความยากขึ้น หากใครคนนั้นเป็นคนไร้ตัวตนในทางกฎหมาย/ไร้เลข 13 หลัก/ไร้บัตร รวมถึงไม่ถูกนับว่าเป็นคนไทย

หลายปีมานี้ ข้าพเจ้าใช้เวลาส่วนใหญ่ในแต่ละหนึ่งวัน เพื่อพยายามเรียนรู้ คิดและ ค้นหาความรู้/คำตอบ/คำถามต่อประเด็นสถานะบุคคล วัตถุประสงค์ของการนี้ แน่แน่นอนว่า-ย่อมมิใช่เหตุผลที่ใหญ่โต หากแต่เป็นเพียงความปรารถนาที่อยากเรียนรู้จักเข้าใจปัญหาของคนไร้รัฐไร้สัญชาติ ด้วยเชื่อมั่นว่า ด้วยความรู้ทางด้านนิติศาสตร์ที่ร่ำเรียนมาอาจจะพอช่วยเยียวยาปัญหาของใครได้บ้าง ไม่มากก็น้อย และแน่นอนว่าวัตถุประสงค์ส่วนตัวนี้ คงไม่สามารถก้าวเดินได้อย่างต่อเนื่อง (แม้จะหลงออกนอกเส้นทางบ่อยๆ) หากไม่มีองค์ความรู้ที่เข้มแข็งและคอยสนับสนุนจาก รศ.ดร.พันธ์ทิพย์ สายสุนทร หรืออ.แหวน

“ไม่เกิน 5 ปี ประเทศไทยจะไม่มีคนไร้รัฐ” นั่นคือการประเมินของอ.แหวน ที่ข้าพเจ้าแอบเอามาเป็นเป้าหมาย (อีกเรื่อง) ในระยะ 5 ปีนับจากนี้

เกือบปลายปี 2550 ที่ผ่านมา อ.แหวน ได้แนะนำให้คิดค้นหาความรู้/คำตอบ/คำถามชุดใหม่ คือ เป็นไปได้หรือไม่อย่างไร-ที่คนไร้รัฐไร้สัญชาติจะมีหลักประกันสุขภาพ พร้อมๆ กับ ประชาคมพื้นที่ใหม่ คือ สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ซึ่งโจทย์ใหม่นี้ ไม่ได้ง่ายไปกว่าโจทย์ที่กำลังแก้กันอยู่ทุกวันนี้เลย

โครงการวิจัยเพื่อสิทธิในสุขภาพของคนไร้รัฐในประเทศไทย เป็นการทำงานของทีม Health for Stateless (H4S) ภายใต้ทีมที่ปรึกษา ได้แก่ อ.แหวน, รศ.ดร.กฤตยา อาชวนิจกุล, รศ.สมชาย ปรีชาศิลป์กุล รวมถึงคำปรึกษาและการสนับสนุนจากสวปก. เพื่อถักทอองค์ความรู้ และการพัฒนาพื้นที่ประชาคมใหม่ๆ ในการตอบและหาคำถามต่อยอดจากคำถามแรกๆ ของ โจทย์วิจัย

ทีม H4S ของพวกเรา เป็นทีมใหม่ จากสมาชิกทั้งหมด 7 คน มีเพียง 3 คนเท่านั้นที่เคยทำงานด้วยกันมาก่อน *ความใหม่ต่อกัน* จึงกลายเป็นที่มาของคำถาม-ปัญหา-การเรียนรู้-การก้าวข้าม-การไปให้พ้นจากคำถาม/ปัญหา/อุปสรรคที่อยู่ตรงหน้า บนระหว่างทางงานวิจัยของพวกเรา

ด้วยเป้าหมายงานชิ้นนี้ ที่ออกจะดูใหญ่โต จนทีมวิจัยเกือบจะท้อความกังวลไม่มีขีด แม้กระทั่งถึงวันนี้, แต่สิ่งที่ทำให้เรายังคงเชื่อมั่นและมั่นใจในแต่ละก้าวเดินของทีมก็คือ เราเดิน

ด้วยความรู้เพื่อแสวงหาคำตอบ/คำถาม หรือความรู้และปัญญา รวมถึงเครือข่ายของพวกเรา เพื่อผลักดันให้งานของทีมไปให้ไกลและใกล้วัตถุประสงค์ที่สุด

ขอขอบคุณเพื่อนร่วมทีมทุกท่าน-ปิ่นแก้ว อุ่นแก้ว, จุติมาศ สุกใส, กิตติวรรณ รัตนมณี, เอกสิทธิ์ วินิจกุล, ร.ต.อ.สุภาพรรณ ชวิญทอง และบงกช นภาอัมพร สำหรับการค้นคว้าหาคำตอบให้กับโจทย์วิจัยแต่ละชุดโครงการย่อย ข้อค้นพบของทุกคนได้สะท้อนให้เห็นถึงความตั้งใจและพยายาม แม้หลายคำถามยังไม่มีคำตอบ ณ ตอนนี้อย่างไรก็ตาม แต่โจทย์หลักๆ ก็ได้ถูกตอบแล้ว , ขอขอบคุณทีมที่ปรึกษา โดยเฉพาะอ.แหวน สำหรับคำชี้แนะ คำถาม ข้อท้าทายทางความคิด, และขอบคุณ คุณหมอสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, คุณรัตนภรณ์ วิเศษสังข์ และคุณอุไรวรรณ บัวแก้วสุข แห่งทีมสวปก. สำหรับการสนับสนุนที่เข้มแข็งและความตั้งใจที่จะแบ่งเบาปัญหาของคนไร้รัฐไร้สัญชาติ

ข้อโต้แย้ง คำชี้แนะ หรือข้อท้าทายทางความคิดใดๆ เป็นสิ่งที่ข้าพเจ้าน้อมรับฟัง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความผิดพลาดใดๆ หากจะมี ไม่ว่าจะเป็นในรายงานวิจัยหลักฉบับนี้ หรือโครงการวิจัยย่อยแต่ละชุด ในฐานะผู้ประสานงานโครงการฯ ข้าพเจ้าขอน้อมรับไว้

ดร.ณิ ไพศาลพาณิชย์กุล

4 สิงหาคม 2551

หลังพบ.สัญชาติฉบับแก้ไขครั้งที่ 4 มีผลบังคับใช้ 5 เดือนกับอีก 7 วัน

บทคัดย่อ

หลักประกันสุขภาพเพื่อคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ ไม่ใช่ประเด็นหรือแม้แต่เป็นคำถามใหม่สำหรับสังคมไทย เป็นที่ทราบกันดีว่า ครั้งหนึ่งคนไร้สัญชาติ เคยสามารถเข้าถึงหลักประกันสุขภาพนี้ โดยนโยบายของรัฐไทย แต่ก็ถูกดึงกลับไปด้วยนโยบายของรัฐไทยเช่นเดียวกัน ประเด็นนี้นำไปสู่ข้อท้าทายในทางวิชาการที่ว่า ถูกต้องและเป็นธรรมหรือไม่ เพียงใด-ที่หน่วยงานของรัฐไทย คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ตีความ ผู้ทรงสิทธิตามในหลักประกันสุขภาพ ว่าหมายถึงเฉพาะ “บุคคลผู้มีสัญชาติไทยเท่านั้น” เพราะการตีความลักษณะนี้ เป็นการตีความที่จำกัดสิทธิ ขัดแย้งและละเมิดต่อหลักสิทธิและเสรีภาพ คัดค้านความเป็นมนุษย์ตามรัฐธรรมนูญ นอกจากนี้ยังขัดต่อพันธกรณีของรัฐไทยผูกพันตามอนุสัญญาต่าง ๆ รวมทั้งสิ้น 5 ฉบับ ได้แก่ ข้อ 25 (1) แห่งปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน, ข้อ 12 แห่งกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม และข้อ 5(จ) 4 แห่งอนุสัญญาว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติทางเชื้อชาติในทุกรูปแบบ, ข้อ 25 แห่งกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางแพ่งและสิทธิทางการเมือง, ข้อ 12 (1) แห่งอนุสัญญาว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในทุกรูปแบบ และข้อ 24 แห่งอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก

บนฐานการตีความดังกล่าว ทำให้มนุษย์จำนวนหนึ่งในสังคมไทยถูก (กีด) กันออกจากการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยสามารถแบ่งได้เป็น กลุ่มแรก-คนไทยโดยข้อกฎหมาย (de jure) แต่ตกหล่นทางทะเบียนราษฎร ทำให้คนไทยกลุ่มนี้ต้องกลายเป็นคนไร้รัฐ (ไร้เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก)/ไร้สัญชาติ กลุ่มที่สอง-เป็นกลุ่มคนที่อพยพเข้ามาอาศัยอยู่ในรัฐไทยเป็นเวลานานแล้ว จนมีจุดเกาะเกี่ยวอย่างเข้มข้นกับสังคมไทยผ่านการผสมผสานกลมกลืนทางสังคมวัฒนธรรม การมีครอบครัวร่วมกับผู้มีสัญชาติไทย รวมถึงกลุ่มที่สาม-ได้แก่ บุตร-หลานของคนกลุ่มที่สอง ซึ่งเกิดและเติบโตขึ้นในดินแดนของรัฐไทย ซึ่งคนกลุ่มที่สองและสามนี้อาจเป็นคนไร้สัญชาติที่ไร้รัฐ และคนไร้สัญชาติที่ไม่ไร้รัฐ และภายใต้กฎหมายและนโยบายของรัฐไทย คนกลุ่มนี้กำลังอยู่ระหว่างการพัฒนาสถานะไปสู่คนที่มีสถานะชอบด้วยกฎหมายในลักษณะต่าง ๆ เช่น คนต่างด้าวเข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมายและมีสิทธิอาศัยถาวร และผู้มีสัญชาติไทย กลุ่มที่สี่-คือกลุ่มคนที่เพิ่งอพยพเข้ามาในสังคมไทยไม่นานรวมถึงผู้เพิ่งอพยพเข้ามาใหม่ และกลุ่มสุดท้าย-กลุ่มคนที่หนีภัยการสู้รบจากรัฐเพื่อนบ้าน โดยสายตาส่วนใหญ่หรือกระแสหลักของสังคมไทยจะมองคนกลุ่มดังกล่าวข้างต้นโดยไม่ได้พิจารณาถึงข้อเท็จจริงส่วนบุคคล หากแต่แบบเหมารวมว่าเป็นคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ เป็นคนอื่น และ ไม่ใช่คน “ผู้มีสัญชาติไทย”

ท่ามกลางการตีความเพื่อ (กีด) กันมนุษย์ไร้รัฐ (หรือไร้เลข 13 หลัก)/ไร้สัญชาติ ออกจากการเป็นผู้ทรงสิทธิในหลักประกันสุขภาพ กลับพบว่ายังมีความกล้าหาญของผู้บริหารสถานพยาบาลที่พยายามที่จะคิดนอกกรอบ คิดให้พ้นไปจากข้อจำกัด หรือเป็นความสร้างสรรค์

ของบุคลากรในระบบสาธารณสุข เพื่อแสวงหาแนวทางออก/สนับสนุนโอกาสให้คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ สามารถเข้าถึงและมีหลักประกันสุขภาพไว้ในมือ ผ่านโครงการ “หลักประกันสุขภาพทางเลือก” ที่ นับเป็นความพยายามที่ไม่ยอมแพ้ต่อข้อจำกัด ไม่ยอมจำนนต่อข้อกฎหมาย ต่อจำนวนงบประมาณที่ออกแบบมาเพื่อกีดกันมนุษย์คนอื่น ๆ ออกจากระบบสาธารณสุข ด้วยเหตุแห่งความแตกต่างด้านสถานะบุคคลและสัญชาติ อย่างไรก็ตาม แนวปฏิบัติที่ดี (Good Practice) นี้ ก็ถูกประเด็นความชอบด้วยกฎหมายท้าทายอยู่ด้วยเช่นกัน-ที่ว่า-การดำเนินการให้บริการหลักประกันสุขภาพทางเลือกนี้เป็น การขายบัตรเถื่อน ทั้งยังเป็นการรับรองบุคคลที่เข้าเมืองผิดโดยผิดกฎหมายหรือไม่

เป็นที่ทราบกันดีว่า ระบบบริการสุขภาพซึ่งเป็นระบบบริการที่จำเป็นนั้น โดยหลักการแล้วควรต้องครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม กล่าวคือต้องให้บริการทั้งชุมชนโดยไม่แบ่งแยกหรือละเว้นข้ามกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งในชุมชนในสังคมไทย จึงจะส่งผลในเชิงประสิทธิผลของงานบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะงานบริการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หรือการเน้นการ “สร้าง” สุขภาพ มากกว่าการ “ซ่อม” สุขภาพ และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นกลไกอย่างหนึ่งเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานหรือหลักประกันพื้นฐานที่ว่าบุคคลย่อมสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น บุคคลจะมี “สุขภาพดี” ได้จะต้องสามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้ รวมถึงการไปให้ไกลถึงความสามารถในการมีส่วนร่วมดูแลและบริหารจัดการระบบสุขภาพ

รัฐไทยควรยอมรับข้อความจริง *การมีอยู่จริง*ของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติหรือกลุ่มคนที่มีความยากลำบากสถานะบุคคลเหล่านี้ ว่าเป็นอีกความจริงอีกเรื่องหนึ่งของสังคมไทย ที่ไม่ว่ากฎหมายหรือนโยบายใด ๆ ที่จะถูกกำหนดขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นธรรมแล้ว ล้วนต่างต้องเริ่มจากการยอมรับความจริง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สังคมไทยไม่ควรเพิกเฉย ละเลยต่อคนไทย ที่ตกหล่นทางทะเบียนราษฎร รวมถึงกลุ่มคนที่มีจุดเกาะเกี่ยวอย่างเข้มข้นกับสังคมไทย หากทว่าอยู่ระหว่างการพัฒนาสถานะบุคคล

ดังนั้น หากเริ่มต้นจากการปรับเปลี่ยนทัศนคติฐานคิด จาก การกีดกันบุคคลออกจากหลักประกันสุขภาพ การได้รับบริการสาธารณสุขเพียงเพราะความแตกต่างด้านสถานะบุคคล ที่ไม่ว่าจะเป็นไร้รัฐ หรือไร้สัญชาติ เป็นว่า **มนุษย์ทุกคน**ควรสามารถเข้าถึง หรือได้รับหลักประกันในสุขภาพถ้วนหน้า ด้วยเพราะหลักประกันสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน เป็นเรื่องของความเป็นธรรมด้านสุขภาพ เป็นการเคารพในเกียรติและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการสร้างความอุ่นใจให้กับมนุษย์ทุกคนว่าจะไม่เดือดร้อนในยามจำเป็นที่ต้องใช้บริการสาธารณสุข ..แล้วตั้งคำถามใหม่ว่า แล้วหลักประกันสุขภาพสำหรับคนไร้รัฐ คนไร้สัญชาติ นั้นควรมีรูปแบบ มีการดำเนินการในลักษณะใดนั้น-อาจเป็นคำถามที่ตอบได้ง่ายกว่า

สารบัญ

กิตติกรรมประกาศ		ก
บทคัดย่อ		ค
บทที่ 1	บทนำ	1
	นิยาม	14
บทที่ 2	ไว้รัฐ ไร้สัญชาติและไร้หลักประกันสุขภาพในรัฐไทย: 3 ไว้ของคนไม่ไทยและคนไม่ถูกนับว่าเป็นไทยกับท่าทีของสถานพยาบาล ในระดับปัจเจก	26
	2.1 การเจ็บป่วยหรือการประสบอุบัติเหตุขึ้นเป็นโอกาสและความเสี่ยง ของ ‘ทุกชีวิต’ ไม่เลือกสัญชาติหรือสถานะบุคคล	20
	2.1.1 กรณีปัญหาสุขภาพเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไป	27
	2.1.2 กรณีปัญหาสุขภาพเนื่องจากการประสบอุบัติเหตุ	33
	2.1.3 กรณีปัญหาสุขภาพเนื่องจากการเจ็บป่วยจากการทำงาน	34
	2.1.4 กรณีปัญหาสุขภาพเนื่องจากการประสบอุบัติเหตุในระหว่างการทำงาน	35
	2.1.5 กรณีมีภาวะพิการแต่กำเนิด	37
	2.2 ข้อสังเกตต่อการเผชิญหน้ากับอาการเจ็บป่วยของคนไว้รัฐไร้สัญชาติ	38
	2.3 ข้อสรุปและข้อเสนอเบื้องต้น	48
	2.3.1 ข้อสรุปเบื้องต้น	48
	2.3.2 จำนวนของคนไว้รัฐ คนไร้สัญชาติในประเทศไทย	49
	2.3.2.1 ประมวลการ คนตกหล่นจากหลักประกันสุขภาพ	49
	2.3.2.2 ประมวลการ จำนวนคนไว้รัฐ/ไร้สัญชาติ	50
	2.3.3 คำถามต่อไป	53
บทที่ 3	หลักประกันสุขภาพ “ทางเลือก”	54
	3.1 สถานการณ์การดำเนินการของสถานพยาบาลเพื่อการเข้าถึงบริการ สาธารณสุขของคนใช้ไว้รัฐ	54
	3.1.1 เมื่อคนใช้ไว้รัฐมาสถานพยาบาล	54
	3.1.2 ‘การสงเคราะห์แบบมีและไม่มีเงื่อนไข’ และผลข้างเคียงที่ไม่พึง ประสงค์: ความหมัดหมางและแรงกดดันระหว่างคนใช้ไว้รัฐกับสถานพยาบาล .. แม้มองไม่เห็น แต่ต่างรู้สึก v. การแบกรับ ‘งบบานปลาย’ ของสถานพยาบาล	56

	3.1.3 หลักประกันสุขภาพ ‘ทางเลือก’ สำหรับคนไร้รัฐ	58
	1) หลักประกันสุขภาพทางเลือกที่โรงพยาบาลจังหวัดระนอง: “แรงงานข้ามชาติ/ต่างด้าว” และคนที่กำลังจะมีสัญชาติไทย	59
	2) หลักประกันสุขภาพทางเลือกที่โรงพยาบาลสังขละบุรี: กลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ /คนที่ยอพยพเข้ามาในประเทศไทยเป็นเวลานานแล้ว	49
	3) หลักประกันสุขภาพทางเลือกที่จังหวัดกาญจนบุรี และตาก: คนไทยที่ไม่มีสัญชาติไทย, คนที่อาจจะได้สัญชาติไทย	62
	4) หลักประกันสุขภาพทางเลือกเพื่อลดอุปสรรค/ข้อจำกัดของแรงงานข้ามชาติ/ต่างด้าวที่ไม่ได้เข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพ ในการได้รับบริการรักษาพยาบาล	62
	3.2 ทำหน้าที่ของสถานพยาบาลต่อผู้ป่วยไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ	63
	3.3 ข้อเสนอ	65
บทที่ 4	ผู้ทรงสิทธิในสุขภาพ หลักประกันสุขภาพภายใต้กฎหมาย: ไทย, ฝรั่งเศสและอังกฤษ และภายใต้กฎหมายระหว่างประเทศ	66
	4.1 คนไร้รัฐ: ผู้ทรงสิทธิที่ถูก (กีด) กันออกไปจากหลักประกันสุขภาพไทย	67
	4.2 คนทุกคน, พลเมืองทุกคน, ผู้หญิง และ เด็ก คือ “ผู้ทรงสิทธิ” ภายใต้กฎหมายสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศที่รัฐไทยเป็นภาคี	70
	4.3 คนไร้รัฐ: หนึ่งในผู้ทรงสิทธิ ในหลักประกันสุขภาพในประเทศฝรั่งเศส	76
	4.4 คนไร้รัฐ: หนึ่งในผู้ทรงสิทธิ ในหลักประกันสุขภาพในประเทศอังกฤษ	85
	4.5 ข้อเสนอแนะและข้อเสนอแนะเบื้องต้น	91
บทที่ 5	บทสรุป และข้อเสนอแนะต่อการก้าวต่อไป	93
	5.1 บทสรุป	93
	5.2 ข้อเสนอแนะสำหรับก้าวต่อไปในการขับเคลื่อนให้เกิด “หลักประกันสุขภาพสำหรับคนไร้รัฐ”	95

บรรณานุกรม

แผนภาพ

ภาพที่ 1	ยุทธศาสตร์การพัฒนากลไกด้านการคลังระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	8
ภาพที่ 2	กรอบแนวคิดการวิจัย	10
ภาพที่ 3	กลุ่มประชากรที่มีปัญหาสถานะบุคคล	21
ภาพที่ 4	แสดงภาพความสัมพันธ์ระหว่างสถานะบุคคลกับการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและหลักประกันสุขภาพของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ (กรณีศึกษา)	47
ภาพที่ 5		

ตาราง

ตารางที่ 1	แสดงสถานะบุคคล ปัญหาสุขภาพที่คนไร้รัฐ ไร้สัญชาติ (กรณีศึกษา) ต้องเผชิญ และการรับมือจัดการปัญหาของกรณีศึกษา	42
ตารางที่ 2	การเปรียบเทียบหลักประกันสุขภาพทางเลือกที่ดำเนินการในพื้นที่ศึกษา	61
ตารางที่ 3	ความคาดหวังของประชาคมระหว่างประเทศต่อรัฐไทย ในการดำเนินการเคารพ คุ้มครอง และส่งเสริมสิทธิในสุขภาพ ตามกติกาและอนุสัญญาระหว่างประเทศ	74
ตารางที่ 4	สรุปเปรียบเทียบสิทธิในหลักประกันสุขภาพของคนไร้รัฐ ในประเทศอังกฤษและฝรั่งเศส	90

บทที่ 1

คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในสังคมไทย

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

แม้สังคมไทยจะถูกแนะนำให้รู้จักกับแนวคิดเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage: UC) มาตั้งแต่ก่อนหน้าการปฏิรูประบบสุขภาพครั้งใหญ่ในปี 2544 กล่าวคือ มีความพยายามที่จะนำแนวความคิดเรื่องการสร้างหลักประกันสุขภาพ หรือการสร้างหลักประกันการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและคุ้มครองความเสี่ยงที่เกิดจากภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ย้อนไปอธิบายถึงการดำเนินการของรัฐที่เกิดขึ้นในช่วงก่อนและนับจาก 2518¹ มาจนถึงการสร้างกระแสผลักดันหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของภาคประชาชนผ่านการณรงค์และเคลื่อนไหวเพื่อรวบรวม 50,000 รายชื่อ เพื่อเสนอร่างกฎหมายหลักประกันสุขภาพ แต่การรู้จักอย่างเป็นทางการของสังคมไทยต่อแนวคิดเรื่องนี้ อาจกล่าวได้ว่าน่าจะนับจากการประกาศโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค หนึ่งในนโยบายประชานิยมของรัฐบาลทักษิณ ชินวัตร ที่นำเอาแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาปรับใช้เพื่อหาเสียงและแปรสู่ทางปฏิบัติการ โดยใช้เกณฑ์การร่วมจ่าย ณ จุดรับบริการ (Co-Payment) ของ “ผู้มีสิทธิ” ได้รับความบริการเป็นเงิน 30 บาท เป็นข้อความที่สื่อสารอย่างเข้มข้นกับสังคมไทย

¹ การสร้างหลักประกันสุขภาพหรือการสร้างหลักประกันการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและคุ้มครองความเสี่ยงที่เกิดจากภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เริ่มเกิดขึ้นมานานแล้วในรูปของการสงเคราะห์แก่คนยากจนด้วยการยกเว้นค่ารักษาพยาบาลให้ จนเป็นที่มาของคำว่า “ผู้ป่วยอนาถา” จนปี 2518 รัฐบาลสมัยศีกฤทธิ ปราโมช ได้ดำเนินนโยบายสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยในด้านการรักษาพยาบาล (สปร.)

กล่าวได้ว่า ระบบประกันสุขภาพในสังคมไทยก่อนปี 2544 สามารถจำแนกออกเป็น 5 กลุ่มระบบ ได้แก่ 1) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมควรให้ความช่วยเหลือแก่ (สปร.), 2) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัว หรือ Civil Service Medical Benefits Scheme : CSMBS, 3) ระบบประกันแบบบังคับ (Social Security Scheme : SSS) ได้แก่ ระบบสวัสดิการลูกจ้างตามกฎหมายประกันสังคม, กองทุนทดแทนแรงงาน, การคุ้มครองผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรตามกฎหมายคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ, 4) ระบบประกันแบบสมัครใจ แบ่งเป็น 2 ระบบคือ โครงการบัตรสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข โดยเสียเงินบัตรละ 500 บาท/ครอบครัว/ปี โดยรัฐบาลสมทบเพิ่มให้แก่สถานบริการที่รับผิดชอบอีก 1,000 บาท/บัตร และระบบประกันสุขภาพเอกชน และ 5) ระบบอื่นๆ ได้แก่ กองทุนสวัสดิการชุมชนขนาดเล็กที่เกิดขึ้นโดยการออมเงินร่วมกันของคนในชุมชน

โดยเกือบทุกระบบมุ่งที่การประกันการรักษาพยาบาล (ซ่อมสุขภาพ) มีส่วนน้อยที่ให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค (สร้างสุขภาพ) ควบคู่ไปด้วย เช่น โครงการบัตรสุขภาพ เป็นต้น, นพ.อำพล จินดาวัฒนะ, การดำเนินงานระดับนโยบาย, เอกสารวิชาการเพื่อนำสู่การแลกเปลี่ยน ข้อคิดเห็นในการประชุมวิชาการ “พลังปัญญา: สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”, หน้า 12-16.

ณ เวลานั้น แม้หลายคนจะคลั่งใจต่อระดับของคุณภาพของบริการที่จะได้รับ แต่ไม่มากนักน้อย “บัตรทอง” หรือ “30 บาทรักษาทุกโรค” ได้เริ่มต้นสร้างความรับรู้และชวนประชากรในสังคมไทยเชื่อถึง “หลักประกัน” ทางสุขภาพ

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเกิดจากแนวคิดความเป็นธรรมทางสุขภาพที่ประชาชนทุกคนควรมีโอกาสเข้าถึงระบบบริการอย่างเท่าเทียมกัน² แนวคิดนี้สอดคล้องกับแนวคิดสุขภาพเป็นสิทธิของประชาชนทุกคน (health as human right) ซึ่งกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญฉบับประชาชน ปีพ.ศ. 2540³ จึงเป็นเรื่องที่ทุกคนต้องได้รับ โดยไม่แยกฐานะยากดีมีจน ทุกคนมีโอกาสได้รับบริการเท่าเทียมกัน (equal opportunity) และถือเป็นภาระหน้าที่ของรัฐที่ต้องดำเนินการโดยใช้การคลังสาธารณะเป็นหลัก ใน “ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” โดยคณะกรรมการพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงระบุว่า “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” หมายถึง⁴ สิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติ ศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระด้านค่าใช้จ่ายไม่เป็นอุปสรรคที่จะได้รับสิทธินั้น

หลักประกันสุขภาพ ไม่ใช่สิ่งต่อไปนี้

- ไม่ใช่ “บริการสงเคราะห์” “บริการกึ่งสงเคราะห์” “บริการราคาถูก” หรือ “บริการที่มุ่งแก้ปัญหาสุขภาพแบบเฉพาะหน้า” เท่านั้น
- ไม่ใช่บริการที่ต้องมีการสมัคร จึงจะได้รับ หากแต่เป็นสิทธิตามกฎหมายของประชาชนไทยทุกคน

ในเวลานั้น ดูเหมือนว่าคำถามที่ว่า ใครบ้างที่จะสามารถมีบัตรทอง หรือ บัตร 30 บาท นี้ได้ หรือ ใครคือ “ผู้ทรงสิทธิ” ในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังไม่เป็น *ประเด็น* สำหรับสังคมไทย

² เป็นแนวคิดของกลุ่ม Egalitarianism ซึ่งเป็นฐานแนวคิดสำคัญของนโยบายรัฐสวัสดิการของประเทศต่างๆ ในยุโรป

³ มาตรา 51 “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสม โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์”

มาตรา 80 ข้อ 2 “ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุขโดยผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าวปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรม ย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย”

⁴ รศ.นพ.ศุภสิทธิ์ พรหมารุโณทัย, ปรัชญา “30 บาทรักษาทุกโรค” กับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : ไกลกันมากขึ้น หรือ ! ยิ่งห่างกันคนละทาง, “การติดตามประเมินผลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2545, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2545, หน้า 5-6.

เพราะนับตั้งแต่ช่วงแรกการดำเนินการโครงการนำร่องในเดือนเมษายน 2544 ซึ่งเป็นไปภายใต้ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2544⁵ และระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2544⁶ ได้กำหนดคุณสมบัติของผู้มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือผู้มีสิทธิถือบัตรทองว่า ได้แก่ “..ผู้ที่ยังไม่ได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลตามกฎหมายหรือระเบียบอื่น ๆ ของรัฐอยู่ก่อนแล้ว” (ได้แก่ ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัว, ลูกจ้างที่อยู่ภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม ฯลฯ) และ “มีชื่อในทะเบียนบ้านพื้นที่ที่กำหนด”⁷

อาจกล่าวได้ว่า การเริ่มต้นของบัตร 30 บาท ในทางปฏิบัติลักษณะนี้ก็ด้วยเหตุผลของการบริหารจัดการ ทำให้กล่าวต่อไปอีกได้ว่า ทางปฏิบัตินี้เองที่เริ่มต้นแนวคิดการผูกติดสิทธิในหลักประกันสุขภาพ หรือการมีบัตรทอง เข้ากับ “ทะเบียนบ้าน” (ไม่ว่าจะเป็นท.ร.13 หรือท.ร.14⁸) และ/หรือ “เลข 13 หลัก”

⁵ ข้อ 13 ผู้มีสิทธิ ได้แก่ บุคคลที่มีชื่อในทะเบียนบ้านในพื้นที่จังหวัดที่ระเบียบนี้ใช้บังคับ เว้นแต่ (1) บุคคลผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติประกันสังคม (2) บุคคลผู้มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (3) บุคคลผู้มีสิทธิตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล [ยกเลิกในฉบับที่ 3] (4) บุคคลผู้มีสิทธิตามระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยเงินอุดหนุนโครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล [ยกเลิกในฉบับที่ 3] (5) บุคคลผู้มีสิทธิตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ [ยกเลิกในฉบับที่ 3] (6) บุคคลที่อยู่ในความคุ้มครองของหลักประกันสุขภาพอื่นใดที่รัฐจัดขึ้น

คณะกรรมการอาจกำหนดให้บุคคลที่ไม่มีชื่อในทะเบียนบ้านในพื้นที่จังหวัดที่ระเบียบนี้ใช้บังคับเป็นผู้มีสิทธิตามระเบียบนี้ได้ แต่ทั้งนี้ บุคคลดังกล่าวต้องอาศัยอยู่จริงในพื้นที่จังหวัดนั้น

⁶ ข้อ 11 ผู้มีสิทธิ ได้แก่ บุคคลที่มีชื่อในทะเบียนบ้านในพื้นที่จังหวัดที่ระเบียบนี้ใช้บังคับ เว้นแต่ (1) บุคคลผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติประกันสังคม (2) บุคคลผู้มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (3) บุคคลผู้มีสิทธิตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (4) บุคคลผู้มีสิทธิตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินอุดหนุนโครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (5) บุคคลผู้มีสิทธิตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ (6) บุคคลที่อยู่ในความคุ้มครองของหลักประกันสุขภาพอื่นใดที่รัฐจัดขึ้น

ปสน.กลาง อาจกำหนดให้บุคคลที่ไม่มีชื่อในทะเบียนบ้านในพื้นที่จังหวัดที่ระเบียบนี้ใช้บังคับเป็นผู้มีสิทธิตามระเบียบนี้ได้ แต่ทั้งนี้ บุคคลดังกล่าวต้องอาศัยอยู่จริงในพื้นที่จังหวัดนั้น ๆ

⁷ ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2544 และ ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2544 กำหนดว่า

“.. “ผู้มีสิทธิ” ได้แก่ บุคคลที่มีชื่อในทะเบียนบ้านในพื้นที่จังหวัดที่ระเบียบนี้” (ข้อ 11) ใช้บังคับ ..

ในระยะเริ่มต้น เริ่มจาก 6 จังหวัด และระยะที่ 2 อีก 15 จังหวัด รวมเป็น 21 จังหวัด ได้แก่ นนทบุรี ปทุมธานี สมุทรสาคร สระบุรี เพชรบุรี นครสวรรค์ สุโขทัย แพร่ เชียงใหม่ พะเยา นครราชสีมา สุรินทร์ หนองบัวลำภู ยโสธร อำนาจเจริญ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ สระแก้ว ภูเก็ต นราธิวาส และยะลา และคาดว่าวันที่ 1 ตุลาคม 2544 – 1 เมษายน 2544 จะดำเนินการในพื้นที่ส่วนใหญ่หรือทั้งหมดของประเทศ..”

⁸ ทะเบียนบ้าน ท.ร.14 เป็นทะเบียนบ้านสำหรับบุคคลที่ได้รับสิทธิอาศัยถาวร ได้แก่ บุคคลสัญชาติไทย และคนต่างด้าวซึ่งได้รับสิทธิอาศัยถาวร ส่วนทะเบียนบ้าน ท.ร.13 เป็นทะเบียนบ้านสำหรับบุคคลต่างด้าวที่ได้รับสิทธิอาศัย

ดังนั้น “ผู้ทรงสิทธิ” หรือคนที่สามารถได้รับบัตรทอง จึงไม่ได้มีเฉพาะคนไทยหากแต่หมายถึงประชากรทุกคนที่ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรของประเทศไทยบันทึกไว้ ซึ่งอาจหมายถึง คนที่อพยพเข้ามาในประเทศไทย หรือคนต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมายแต่ได้รับการผ่อนผัน หรือได้รับอนุญาตให้อยู่อาศัยเป็นการชั่วคราว (มีสิทธิอาศัยชั่วคราว), เด็กหรือคนที่เกิดในอาณาเขตรัฐไทย แต่ไม่ได้รับสัญชาติไทยเนื่องจากเข้าข้อยกเว้นตามกฎหมายสัญชาติ⁹ หรือคนไทยที่ “ไม่ถูกนับว่าเป็นคนไทย” ซึ่งได้รับการสำรวจและจัดทำทะเบียนประวัติ มีชื่อในทะเบียนบ้านคนต่างด้าว (ท.ร.13) และมีบัตรประจำตัว (บัตรสี) กลุ่มต่างๆ

กล่าวอย่างรวบรัดก็คือ “ประชากร” ทุกคนในรัฐไทย รวมไปถึง คนไร้สัญชาติที่ไม่ไร้รัฐ (เนื่องจากการได้รับการบันทึกในฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรของกรมการปกครอง) ก็สามารถเข้าถึงหลักประกันสุขภาพนี้ได้ และมีบัตรทองให้ไว้ครอบคลุมเพื่อเป็นเอกสารยืนยัน

ภายหลังการบังคับใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ความเป็น “ผู้ทรงสิทธิ” ในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงเริ่มเป็นประเด็นในวงการสาธารณสุข

จากเอกสารที่สามารถอ้างอิงถึงได้ พบว่า มีสถานพยาบาลอย่างน้อย 2 แห่งซึ่งให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยที่เป็นคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ หากแต่มีเลขประจำตัว 13 หลัก ได้ทำหนังสือหารือถึงสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ถึงแนวทางการดำเนินงานด้านหลักประกันสุขภาพ กล่าวคือ กรณีจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ที่ต้องการขอรับเงินชดเชยจากการอนุเคราะห์คำรักษาพยาบาลคนต่างด้าว (ปช. 0027.201.6/8969 ลงวันที่ 17 ธันวาคม 2546) และสถานพยาบาลในจังหวัดแม่ฮ่องสอนเกิดความไม่ชัดเจนว่าทางสถานพยาบาลจำเป็นต้องดำเนินการขึ้นทะเบียนและออกบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ “ประชากร” กลุ่มนี้หรือไม่ (มส. 0027.005/10838 ลงวันที่ 31 ธันวาคม 2546)

สปสช.ตอบหนังสือหารือทั้งสองฉบับ ด้วยสาระใจความเดียวกันว่า

“บุคคลที่จะมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขในมาตรา 5 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 นั้น หมายถึง บุคคลที่มีสัญชาติไทย ทั้งนี้เพราะพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 บัญญัติขึ้นตามมาตรา 52 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ซึ่งอยู่ในหมวด 3 ว่า

ชั่วคราว ได้แก่ บัตรสีทั้ง 17 ประเภท ได้แก่ บัตรผู้นอพยพ, บัตรอดีตทหารจีนคณะชาติ(ทจช.), บัตรจีนฮ่ออพยพ, บัตรจีนฮ่ออิสระ, บัตรผู้ร่วมพัฒนาชาติไทย (อดีตโจรจีนคอมมิวนิสต์มาลายา), บัตรลาวอพยพ, บัตรเนปาลอพยพ, บัตรผู้พลัดถิ่นสัญชาติพม่า, บัตรผู้หลบหนีเข้าเมืองจากพม่า, บัตรผู้พลัดถิ่นสัญชาติพม่าเชื้อสายไทย, บัตรไทยลื้อ, บัตรประจำตัวบุคคลบนพื้นที่สูง, บัตรผู้อพยพเชื้อสายไทย, บัตรผู้หลบหนีเข้าเมืองจากกัมพูชา, บัตรเผ่าตองเหลือง, บัตรชุมชนบนพื้นที่สูง และบัตรแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมาย

⁹ ไม่ได้สัญชาติไทยตามหลักสืบสายโลหิตจากพ่อหรือแม่ที่เป็นคนไทย ตามมาตรา 7 (1) แห่งพระราชบัญญัติสัญชาติ พ.ศ. 2508 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ 2 และ 3 พ.ศ. 2535 และไม่ได้สัญชาติไทยตามหลักดินแดน เพราะเข้าข้อยกเว้นตามมาตรา 7 ทวิ

ด้วยสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย.. คำว่า “ชนชาวไทย” หมายถึงบุคคลที่มีสัญชาติไทยตามกฎหมายว่าด้วยสัญชาติ จึงไม่ครอบคลุมถึงคนต่างด้าวทางสปสช. จึงไม่สามารถจ่ายค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลคนต่างด้าวได้” (หนังสือ สปสช. 03/01 ลงวันที่ 5 มกราคม 2547)

และยืนยันว่า

“สิทธิในการรับบริการสาธารณสุขของบุคคลที่ไม่ปรากฏสัญชาติ จึงอยู่นอกเหนือบทบาทอำนาจหน้าที่ของสปสช. ที่จะดำเนินการ” (หนังสือ สปสช. 03/518 ลงวันที่ 30 มกราคม 2547)

การตีความดังกล่าวถูกยืนยันอีกครั้งโดยสปสช. ปรากฏตามรายงานประจำปี 2549 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ว่า

“บุคคล ตามมาตรา 5 วรรค 1 นั้น¹⁰ ครอบคลุมเฉพาะ “บุคคลที่เป็นประชาชนชาวไทย” เท่านั้น”¹¹ รวมถึงมีการย้อนเวลาไปตีความเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพฯ ในชั้นร่างกฎหมาย¹²

ในช่วงเวลาเดียวกัน หลายองค์กรหน่วยงานที่ทำงานในพื้นที่ที่มีคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติอาศัยและปรากฏตัวอยู่ ต่างก็พบว่าบัตรทองที่หลายคนเคยมีไว้ในครอบครองนั้น เริ่มทยอยถูกเรียกคืน

เดือนกรกฎาคม 2548¹³ รัฐไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศเปลี่ยนโครงการจาก “30 บาท รักษาทุกโรค” เป็น “30 บาท ช่วยคนไทยห่างไกลโรค” อย่างเป็นทางการ นับจากนั้นคนไร้สัญชาติแต่ไม่ไร้รัฐ ก็ถูกเรียกบัตรทองคืนโดยถ้วนหน้า คนกลุ่มนี้และอีกจำนวนหนึ่งที่ยังไม่เคยเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ ก็กลายเป็นบุคคลที่ไม่สามารถเข้าถึงหลักประกันสุขภาพในรัฐไทยได้อีกต่อไป ขณะเดียวกันคนไร้สัญชาติแต่ไม่ไร้รัฐกลุ่มนี้ เริ่มถูกพิจารณาและถูกมองว่าเป็น “ภาระ” ของสถานพยาบาล

สถานการณ์ดังกล่าวนี้ ยังคงดำรงอยู่ในสังคมไทยจนกระทั่งปัจจุบัน

¹⁰ มาตรา 5 วรรค 1 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 “บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัตินี้”

¹¹ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานประจำปี การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2548. นนทบุรี : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ; 2549.

¹² ดู กิติวรญา รัตมณี, รายงานวิจัยชุดโครงการทบทวนกฎหมายไทยที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิในสุขภาพการจัดหลักประกันทางสุขภาพ

¹³ สธ. อดตบ 8 หมื่นล. พยุงรักษา 30 บาทมุ่งส่งเสริมสุขภาพ,

หากความจริงที่ว่า การเจ็บไข้ได้ป่วยเป็นสัจธรรมของทุกชีวิต เป็นความจริงที่สังคมไทยพร้อมยอมรับ ปัญหาการไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขพื้นฐานเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วย รวมถึงการเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยของคนไทยและคนไม่ใช่ไทย จึงไม่น่าจะเป็นเหตุแห่งความแตกต่างที่ ย้ำซ้ำถึงความแตกต่าง โดยการเลือกปฏิบัติระหว่างคนไทยและคนไม่ใช่ไทย

แต่จากประสบการณ์ขององค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานเกี่ยวข้องกับคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ ก็คือ แม้ว่าเรื่องราวและจำนวนของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติที่ประสบปัญหาด้านสุขภาพนั้นจะมีอยู่จริง แต่มันมักจะไม่ใช่สารที่สื่อกระแสหลักจะนำเสนอ เพื่อกระตุ้นเตือนให้สังคมไทยรับรู้ เรียนรู้ถึงบทเรียนอีกด้านของนโยบายหลักประกันสุขภาพที่ไม่ถ่วงหน้ันี่ ที่สำคัญเพื่อให้สังคมไทยได้มีโอกาสร่วมถกเถียง แลกเปลี่ยนเพื่อแสวงหาทางออกกับสถานการณ์ปัญหานี้

ก่อนหน้าการปฏิรูประบบสุขภาพในปี 2544 สังคมไทยเคยเรียนรู้บทเรียนที่สำคัญเรื่องหนึ่งจากระบบประกันสุขภาพที่หลากหลายครอบคลุมประชากรหลากหลายกลุ่ม กล่าวคือรัฐไทยได้ดำเนินระบบประกันสุขภาพให้แก่ประชากรผ่านหลากหลายรูปแบบดังที่กล่าวไปข้างต้น ที่มันทำให้ดูราวกับว่ารัฐไทยได้ทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพประชากรอย่างครอบคลุมทุกกลุ่ม แต่ในความหลากหลายนั้นกลับยังคงไว้ซึ่งปัญหาเดิม ๆ อาทิ รายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศยังคงสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง, ระบบประกันสุขภาพยังคงเน้นการรักษาพยาบาล ยังไปไม่ถึงความหมายที่แท้จริงของการประกันสุขภาพ (Health Insurance) รวมถึงปัญหาใหม่ ๆ อาทิ เกิดความเหลื่อมล้ำ ไม่เสมอภาคระหว่างระบบประกันสุขภาพชนิดต่าง ๆ ทั้งในเรื่องของสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลและการได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐ เพราะมีเพียงระบบประกันที่รัฐจ่ายเงินสนับสนุนจำนวนมากเท่านั้นที่สามารถสร้างแรงจูงใจให้สถานพยาบาลมีบริการที่ดี ที่สำคัญที่สุดเห็นจะเป็นข้อค้นพบที่ว่า มีคนอีกประมาณร้อยละ 30 ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ เลย¹⁴

ข้อเท็จจริงนี้-จำเป็นต้องหมายเหตุนอกเชิงอรรถไว้ด้วย ถึงตัวอย่างของคนในจำนวนร้อยละ 30 ที่ถูกระบุเพียงว่า ได้แก่ “กลุ่มเกษตรกร ผู้มีอาชีพอิสระ แรงงานนอกระบบ เป็นต้น” มีความเป็นไปได้ว่า หากตีความว่า “คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ น่าจะไม่ถูกนับรวมอยู่ในคนร้อยละ 30 นี้” (แม้อาจถูกตีความว่ามองโลกในแง่ร้าย แต่) ก็ไม่น่าจะเกินเลยความเป็นจริง

ยิ่งไปกว่านั้น นับจากประมาณปี 2546-ปัจจุบัน (2551) ที่ยังไม่มีการศึกษาประเมินว่าภายใต้ต้นนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่กำหนดว่าจะต้องเป็น เงิน 30 บาทของ “คนไทย” เท่านั้นที่สามารถใช้ร่วมจ่ายเพื่อการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ เพื่อให้ห่างไกลโรคภัยไข้เจ็บได้นั้นมีคนจำนวนเท่าใดกันที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ เลย

ยังมีอีกประเด็นที่น่าหวั่นใจไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากันก็คือ ด้วยการจำกัดคนที่สามารถเข้าถึงหลักประกันสุขภาพว่า คือ “คนไทยมีเลข 13 หลัก” เท่านั้น แล้วคนไม่ใช่ไทย รวมถึงคนไทยที่ไม่ถูก

¹⁴ คู่มือหลักประกันสุขภาพ สำหรับประชาชน, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค, พิมพ์ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2547, หน้า 14-15.

นับว่าเป็นไทย ที่อยู่ในความจน เจ็บ (ป่วยด้วยโรคและด้วยอุบัติเหตุต่างๆ) และหวาดกลัว (การถูกจับ) อีกจำนวนเท่าใดกัน-ที่ไม่สามารถเข้าถึงได้แม้แต่บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน

จริงหรือที่ว่า-จะไม่มีเรื่องราวหรือบทเรียนใด ๆ จากสถานการณ์ดังกล่าวนี้ให้สังคมไทยได้เรียนรู้

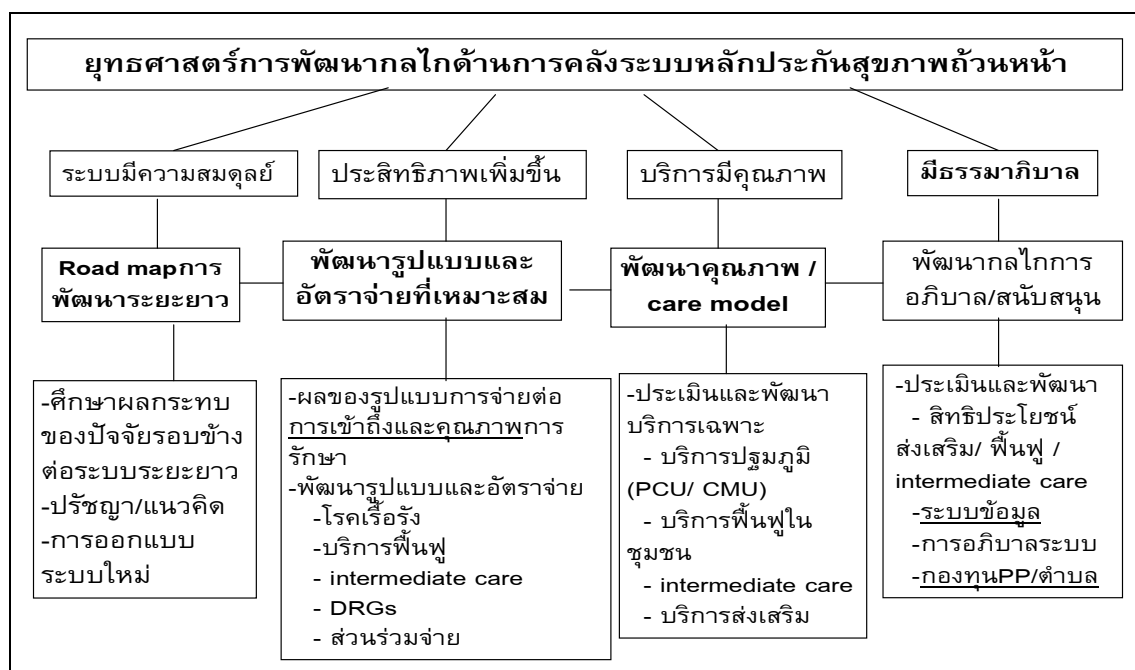
แม้การยอมรับความจริงของประเทศไทย ผ่านมติที่ประชุมของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (มติการประชุมครั้งที่ 1/2548 เมื่อวันที่ 17 มกราคม 2548) จะทำให้หลายคนเริ่มสัมผัสได้ถึงความหวัง แต่เนื้อหาใจความของมติที่ประชุมดังกล่าวก็ยืนยันถึงมติการเป็น “ภาวะ” ของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ และทางปฏิบัติยังเป็นสิ่งที่อยู่ไกลออกไป¹⁵

ขณะเดียวกัน คณะรัฐมนตรีก็ได้มีมติเห็นชอบต่อยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคล ตามที่สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสวัสดิการสังคมเสนอเมื่อวันที่ 18 มกราคม 2548 ที่เห็นว่าคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติมีสิทธิในการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐาน (ซึ่งรวมถึงสิทธิในทางสุขภาพ) อย่างไรก็ตาม ยุทธศาสตร์ฯ ดังกล่าวยังขาดรายละเอียด หลักเกณฑ์ และขั้นตอนการปฏิบัติ ทำให้ยังมีข้อขัดข้องในการปฏิบัติ

ภายใต้บริบทข้างต้น สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย(สวปก.) ได้รับการก่อตั้งขึ้นภายใต้การกำกับของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เพื่อเป็นหน่วยงานวิจัยที่มุ่งในการสร้างองค์ความรู้เพื่อพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ ได้กำหนดกรอบแนวคิดของแผนวิจัยไว้เพื่อชี้้นำการพัฒนาด้านวิชาการในการติดตามประเมินผล แสดงดังภาพที่ 1

¹⁵ “..ควรเสนอให้คณะรัฐมนตรีพิจารณาเห็นชอบให้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรครอบคลุมถึงประชากรกลุ่มดังกล่าว [คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ].. เนื่องจากเห็นว่าเป็นกลุ่มบุคคลที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยมานานและมีบทบาทในระบบเศรษฐกิจ” “..ปัจจุบัน มีสถานพยาบาลจำนวนมากได้รับผลกระทบจากภาระการให้บริการประชาชนกลุ่มดังกล่าว โดยไม่มีงบประมาณสนับสนุน จึงควรมีหน่วยงานเฉพาะรับผิดชอบ และเห็นชอบให้เสนอประเด็นปัญหานี้ให้คณะรัฐมนตรีพิจารณา หากคณะรัฐมนตรีเห็นชอบและมอบให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรับผิดชอบดูแลประชาชนกลุ่มดังกล่าว (พร้อมทั้งจัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวให้) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็สามารถดำเนินการได้ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 18(4)

ภาพที่ 1 ยุทธศาสตร์การพัฒนากลไกด้านการคลังระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



โดยมีเป้าหมายการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบประกันสุขภาพไทยระหว่างปี 2551-2553 คือ เพื่อสร้างภูมิคุ้มกัน เพิ่มประสิทธิภาพ คุณภาพ และลดความแตกต่างระหว่างระบบประกันสุขภาพอันจะนำไปสู่หลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืน สวปก. จึงให้ความสำคัญกับปัญหาที่เกิดจากการไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติในประเทศไทย ซึ่งนอกจากส่งผลกระทบต่อบุคคลดังกล่าวแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อภูมิคุ้มกันของระบบ

ต้องกล่าวว่า ภายใต้การทำงานร่วมกับที่ปรึกษาและทีมงานของสำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพ (สวปก.) ชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายหลักประกันสุขภาพของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติในประเทศไทย โดยการสนับสนุนของสำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพ หรือสวปก. (เพื่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) เกิดจากคำถามข้อใหญ่ที่ว่าจริงหรือที่-สิทธิในหลักประกันสุขภาพ เป็นสิทธิของบุคคลผู้มีสัญชาติไทยเท่านั้น แต่เพื่อค้นหาคำตอบที่วิจัยได้กระจายคำถาม(โจทย์วิจัย)ออกไปเพื่อให้ครอบคลุมสถานการณ์ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงสิทธิในหลักประกันสุขภาพของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ กล่าวคือ

ทีมวิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูล ทบทวนเอกสาร สัมภาษณ์บุคคลต่างๆ เพื่อต้องการสะท้อนให้สังคมไทยได้รับรู้ถึงสภาพปัญหาต่างๆ ที่คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติต้องเผชิญ เมื่อใครสักคนในครอบครัวเกิดล้มเจ็บป่วย หรือได้รับอุบัติเหตุ ในขณะที่เงิน เจ็บ(ป่วย/ประสบอุบัติเหตุ) พวกเขารับมือและจัดการปัญหาที่พวกเขาเผชิญหรือหาทางออกให้ตัวเองและครอบครัวอย่างไร (ดู ปิ่นแก้ว อุ๋นแก้ว และคณะ ในชุดวิจัยย่อยโครงการสำรวจสภาพปัญหาการเข้าถึงและการใช้บริการสิทธิในสุขภาพของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ: กรณีศึกษา)

ในอีกด้านหนึ่ง เมื่อผู้ป่วยไร้รัฐ/ไร้สัญชาติไปถึงสถานพยาบาล ในสถานการณ์ที่หลักประกันสุขภาพคุ้มครองเฉพาะ “ผู้มีสัญชาติไทย” มีคำถามที่น่าสนใจก็คือว่า แล้วสถานพยาบาล ในฐานะ “ปัจเจก” มีท่าที รับมือ จัดการกับกรณีนี้อย่างไรบ้าง “ระดับปัจเจก” ภายใต้การดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย (ดู จุติมาศ สุกใส ในโครงการวิจัยเพื่อสำรวจสถานการณ์การดำเนินการของโรงพยาบาล เพื่อการเข้าถึงสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพ “ทางเลือก” สำหรับคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ)

ชุดโครงการวิจัยฯ ยังพยายามศึกษาเพื่อพัฒนาเป็นข้อเสนอแนะเบื้องต้น โดยเริ่มต้นจากการสำรวจถึงอำนาจหน้าที่ของประเทศไทยในการดูแลประชากรและพลเมืองในดินแดน ผ่านคำถามวิจัยของชุดวิจัยย่อยที่ว่า จริงหรือที่-ผู้ทรงสิทธิในหลักประกันสุขภาพที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยรับรอง และคุ้มครองสิทธินี้ไว้ตั้งแต่ฉบับปี 2540 จนถึงฉบับปัจจุบัน (ฉบับปี 2550) นี้ ถูกจำกัดไว้ให้กับ “บุคคลผู้มีสัญชาติไทยเท่านั้น (ดู กิติวรญา รัตนมณี ในชุดวิจัยย่อยโครงการตรวจสอบสถานการณ์ปัญหาข้อกฎหมาย:ผู้ทรงสิทธิตามกฎหมายและนโยบายว่าด้วยสิทธิในสุขภาพ หลักประกันสุขภาพของประเทศไทย) รวมถึงความคาดหวังของประชาคมโลกที่มีต่อรัฐภาคีในกฎหมายระหว่างประเทศที่มุ่งคุ้มครองสิทธิในสุขภาพ (ดู บงกช นภาอัมพร ในชุดวิจัยย่อยโครงการศึกษาความคาดหวังของประชาคมระหว่างประเทศต่อรัฐไทยในการปฏิบัติตามพันธกรณีระหว่างประเทศเพื่อการคุ้มครองสิทธิในสุขภาพหลักประกันสุขภาพของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ) นอกจากนี้ยังได้พยายามศึกษาจากประสบการณ์ของต่างประเทศในการดำเนินการคุ้มครองสิทธิของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติอีกด้วย (ดู เอกสิทธิ์ วินิจกุล และพันธ์ารวจตรีหญิงสุภาพรณ ขวัญทอง ในชุดวิจัยย่อย โครงการศึกษาทบทวนประสบการณ์ในการจัดหลักประกันสุขภาพสำหรับคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ: กรณีศึกษาในประเทศฝรั่งเศสและอังกฤษ)

1.2 วัตถุประสงค์หลักของชุดโครงการวิจัยหลักฯ

เพื่อการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดหลักประกันสุขภาพสำหรับคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติในประเทศไทย

1.3 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1) เพื่อสำรวจและศึกษาถึงสภาพปัญหาเบื้องต้น (Factual Situation Research) ในการเข้าถึงและใช้บริการด้านสาธารณสุขของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใต้บริบทที่คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติขาดหลักประกันทางสุขภาพ และผลกระทบที่เกิดขึ้น

2) เพื่อสำรวจและศึกษาถึงรูปแบบและลักษณะการดำเนินงานของ “หลักประกันสุขภาพทางเลือก” ที่สถานพยาบาลต่างๆ รวมถึงรูปแบบของกองทุนสุขภาพชุมชน ที่มีการดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน เพื่อสนับสนุนและรองรับการเข้าถึงและใช้บริการด้านสาธารณสุขของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ

3) เพื่อสำรวจและศึกษากฎหมายภายในของประเทศไทยที่รับรองสิทธิในสุขภาพหลักประกันสุขภาพของบุคคลในประเทศไทย

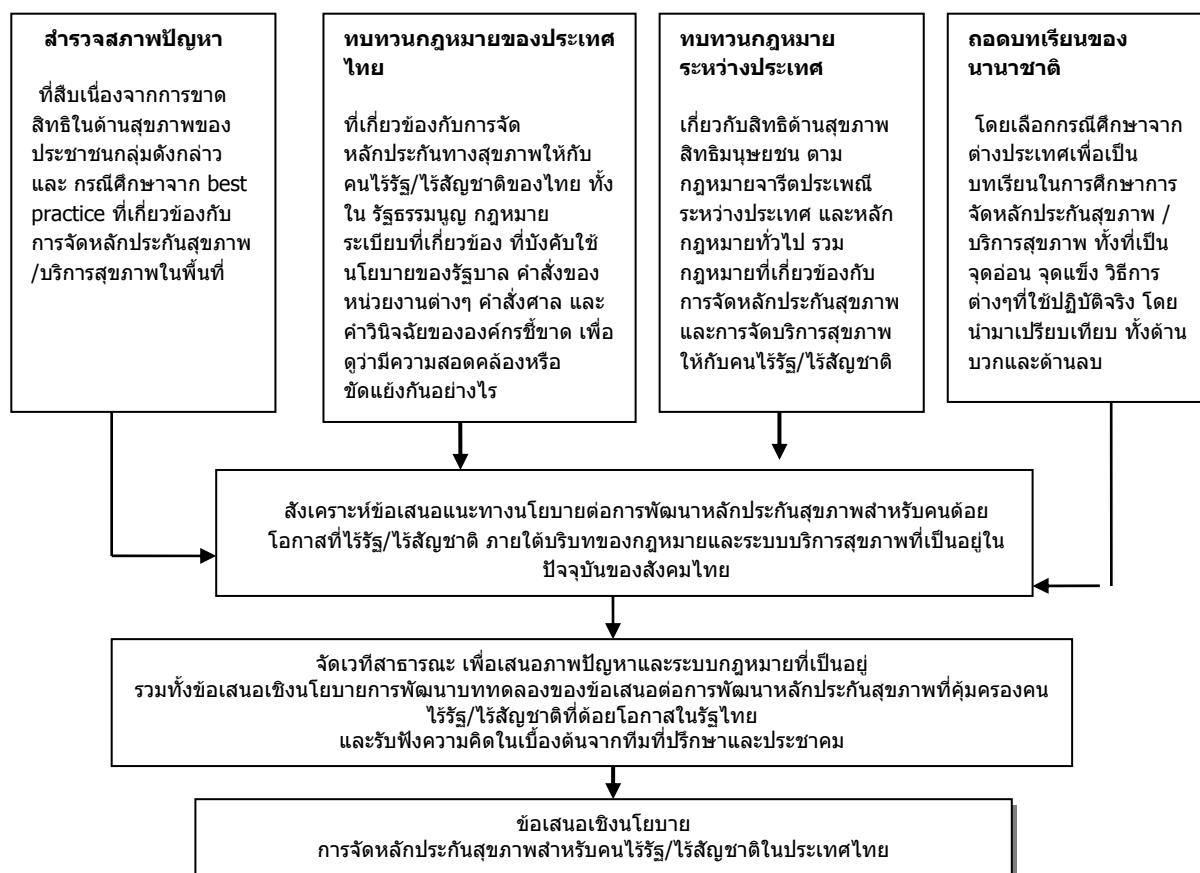
4) เพื่อสำรวจ และศึกษาถึงความคาดหวังของประชาคมระหว่างประเทศที่มีต่อการปฏิบัติตามพันธกรณีในการเคารพสิทธิในสุขภาพ หลักประกันทางสุขภาพตามกฎหมายระหว่างประเทศ

5) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบบทเรียนของต่างประเทศต่อแนวคิด นโยบาย กระบวนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ผลผลิตและผลลัพธ์ ผลกระทบระยะสั้นและระยะยาว (ทางสาธารณสุข เศรษฐกิจ สังคม ความมั่นคง) ของการคุ้มครองสิทธิในสุขภาพ การจัดหลักประกันสุขภาพแก่กลุ่มคนด้อยโอกาสที่ไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ

6) เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.4 กรอบแนวคิดการวิจัย

ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย



1.5 ระเบียบวิธีการวิจัย

เป็นแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดังนี้

1.5.1 การสำรวจสภาพปัญหาเบื้องต้น (Factual Situation Research)

(1) กรณีศึกษาสภาพปัญหาเบื้องต้น (Factual Situation Research) ในการเข้าถึงและใช้บริการด้านสาธารณสุขของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ

โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใต้บริบทที่คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติขาดหลักประกันทางสุขภาพและผลกระทบที่เกิดขึ้น โดยศึกษาผ่านกรณีศึกษาหรือตัวแทนคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติผู้ได้รับผลกระทบจากการไม่สามารถเข้าถึง/ใช้บริการด้านสาธารณสุข หลักประกันสุขภาพ จำนวน 10 กรณี อาทิ กรณีคนไทยที่ถูกเพิกถอนชื่อออกจากทะเบียนราษฎร (กรณีแม่อายุ) คนไทยพลัดถิ่น คนมอแกน คนไร้รากเหง้า คนไร้เอกสารพิสูจน์ตน คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติในสถาบันการศึกษา แรงงานไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ ฯลฯ

โดยการศึกษาทบทวน มีเนื้อหาครอบคลุมประเด็นหลัก ๆ ดังนี้ (เป็นอย่างน้อย)

- สภาพข้อเท็จจริงของความเจ็บป่วยหรือความต้องการในการเข้าถึง/ใช้บริการสาธารณสุข หลักประกันสุขภาพ ภายใต้ข้อเท็จจริงที่ว่ากลุ่มตัวแทนเคยได้รับ/ไม่เคยได้รับสิทธิในหลักประกันสุขภาพ และสภาพปัญหา-อุปสรรคในการเข้าถึงและใช้บริการด้านสาธารณสุขของกลุ่มตัวแทน
- ทักษะและความเห็นต่อการเข้ารับบริการสาธารณสุขจากรัฐที่ได้รับ
- ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินนโยบายการจัดหลักประกันสุขภาพ/การจัดบริการสุขภาพ

(2) กรณีศึกษาหลักประกันสุขภาพทางเลือก

ศึกษาเฉพาะโรงพยาบาลในจังหวัดที่มีคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพอื่นใดอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น และมีการให้บริการกับคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติโดยใช้ระบบ ซึ่งเทียบเคียงได้กับระบบ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่น การให้คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติซื้อบัตรสุขภาพต่างตัว และจ่ายค่าบริการสมทบเป็นรายครั้ง เป็นต้น โดยเลือกทำการศึกษาต่อยอดจากโรงพยาบาล ในงานวิจัยคำถามและข้อท้าทายต่อนโยบาย รัฐไทยในการจัดการปัญหาสิทธิสุขภาพและสิทธิของแรงงานข้ามชาติ และโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่มีโครงการใน 22 จังหวัด ที่มีคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติและแรงงานต่างด้าวหนาแน่น ได้แก่ อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี และ อำเภอเมือง จังหวัดระนอง

การศึกษาการประกันการเข้าถึงสุขภาพเลือกศึกษาสถานพยาบาลในพื้นที่ที่มีคนต่างด้าวเข้าเมือง และพำนักผิดกฎหมายหนาแน่น และมีแนวปฏิบัติที่อาจส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพหรือหลักประกันสุขภาพ ได้แก่ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร และอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

ศึกษาบทบาทเพิ่มเติมขององค์กรพัฒนาภาคเอกชนและภาคประชาชนที่อาจดำเนินการด้านการส่งเสริมการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพของรัฐ และหลักประกันสุขภาพทางเลือก

(3) การทบทวนกฎหมาย ประกอบด้วย

(3.1) การทบทวนกฎหมายไทยที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิในสุขภาพการจัดหลักประกันทางสุขภาพ โดยการศึกษาทบทวน มีเนื้อหาครอบคลุมประเด็นหลัก ๆ ดังนี้ (เป็นอย่างน้อย)

- การคุ้มครองสิทธิในสุขภาพ (Right to Health) หลักประกันสุขภาพภายใต้กฎหมายภายในของประเทศไทย ได้แก่ รัฐธรรมนูญ กฎหมายระดับพระราชบัญญัติ พระราชกฤษฎีกา คำสั่งของฝ่ายบริหาร นโยบาย คำพิพากษาที่เกี่ยวข้อง ฯลฯ
- ลักษณะหรือกระบวนการในการเข้าถึง/ใช้สิทธิในสุขภาพ หรือบริการด้านสาธารณสุขตามที่กฎหมายกำหนด
- การคุ้มครองสิทธิในสุขภาพ หรือการได้รับหลักประกันสุขภาพของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติมีประเด็นข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการเป็นบุคคลผู้มีชื่อในทะเบียนราษฎรหรือไม่ อย่างไร หรือผู้ทรงสิทธิตามกฎหมายได้แก่ใครบ้าง
- กฎหมาย นโยบาย คำสั่งของฝ่ายบริหาร ฯลฯ แต่ละกรณีมีความสอดคล้องกันหรือไม่ หรือมีความขัดแย้งกันหรือไม่ อย่างไร

(3.2) ศึกษาทบทวนและถอดประสบการณ์จากต่างประเทศ ที่มีกฎหมายและดำเนินนโยบายในการให้ความคุ้มครองสิทธิในสุขภาพ การจัดหลักประกันสุขภาพให้แก่คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ โดยศึกษาจุดอ่อนและจุดแข็งของกฎหมาย นโยบายในการคุ้มครองสิทธิในสุขภาพ การจัดหลักประกันสุขภาพ วิธีการในทางปฏิบัติจริง โดยหลักเกณฑ์ในการเลือกประเทศที่ทำการศึกษา จะพิจารณาถึงกลุ่มประเทศที่มีอิทธิพลต่อระบบกฎหมายของประเทศไทยเป็นหลัก และอาจเป็นประเทศที่มีแรงงานไทยไปทำงานอยู่เป็นจำนวนมาก ได้แก่ ประเทศแถบยุโรป คือ ประเทศฝรั่งเศสและประเทศอังกฤษ

โดยการศึกษาทบทวน มีเนื้อหาครอบคลุมประเด็นหลัก ๆ ดังนี้ (เป็นอย่างน้อย)

- ศึกษาแนวคิดที่เป็นกรอบในการกำหนดกฎหมาย นโยบายในการให้ความคุ้มครองสิทธิในสุขภาพ การจัดหลักประกันสุขภาพให้แก่คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติของประเทศกรณีศึกษา
- ศึกษากฎหมาย นโยบาย และทางปฏิบัติในการดำเนินการคุ้มครองสิทธิในสุขภาพ การจัดหลักประกันสุขภาพให้แก่คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ การเข้าถึงและการใช้บริการด้านสาธารณสุข
- หลักเกณฑ์หลักประกันสุขภาพของประเทศกรณีศึกษา มีการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานอย่างไร โดยมีตัวอย่างคำถาม คือ

- 1) แหล่งที่มาของงบประมาณ
- 2) วิธีการจ่ายเงินสถานพยาบาล กรณีการเจ็บป่วย กรณีการสร้างเสริมสุขภาพ
- 3) ภาระทางการเงินบุคคลไร้สถานะทางกฎหมาย (ต้องร่วมรับภาระอย่างไร)
- 4) ระบบบริการ เช่น การเข้าสู่ระบบการรับบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการส่งต่อ ได้มีข้อกำหนดไว้อย่างไร
- 5) ฯลฯ

(3.3) การทบทวนกฎหมายระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิในสุขภาพ การจัดหลักประกันสุขภาพ โดยมีประเด็นทบทวน (เป็นอย่างน้อย) ดังนี้

- สิทธิในสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพภายใต้กฎหมายระหว่างประเทศ กฎหมายจารีตประเพณีระหว่างประเทศ หลักกฎหมายทั่วไป รวมถึงอนุสัญญาฉบับต่าง ๆ ที่ประเทศไทยเป็นภาคี
- การดำเนินการของประเทศไทยในฐานะรัฐภาคีในการเคารพ คุ้มครองส่งเสริมสิทธิในสุขภาพ และการกำหนดหลักประกันสุขภาพ
- ศึกษาถึงความคาดหวังของประชาคมระหว่างประเทศต่อรัฐไทยในการดำเนินการเคารพและคุ้มครองสิทธิในสุขภาพตามกฎหมายระหว่างประเทศ

1.5.2 ยกร่างข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพที่คุ้มครองคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ

1.5.3 จัดประชุมวิชาการ (Steering Committee) เพื่อเสนอและรับฟังความคิดเห็นจากนักวิชาการผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ปรึกษาฯฯ ต่อร่างรายงานผลการศึกษาของทีมนักวิจัยย่อย 5 ชุด และร่างข้อเสนอเชิงนโยบายหลักประกันสุขภาพของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ ในประเทศไทย

1.5.4 การปรับปรุงแก้ไขร่างผลการศึกษา

- ทีมงานวิจัยย่อย 5 ชุด : หลังการแก้ไขปรับปรุง จะเสนอร่างปรับปรุงรายงานผลการศึกษาต่อที่ปรึกษา และส่งรายงานผลการศึกษานับสมบูรณ์ให้แก่ สวปก.

- งานวิจัยหลัก : หลังการแก้ไขปรับปรุงจะเสนอร่างปรับปรุงข้อเสนอเชิงนโยบายฯ

ต่อ Reviewer

1.5.5 การพิจารณาตรวจร่างข้อเสนอเชิงนโยบายฯโดย Reviewer

1.5.6 ปรับปรุงแก้ไขร่างข้อเสนอเชิงนโยบายฯ

1.5.6 ส่งรายงานข้อเสนอเชิงนโยบายฯ ฉบับสมบูรณ์

นิยามและความหมาย

ว่าด้วย “คน”

คนไร้รัฐ ได้แก่ บุคคลที่ไม่มีรัฐหนึ่งรัฐใดบนโลกใบนี้ยอมรับ และ/หรือถูกรัฐปฏิเสธความเป็นราษฎรหรือพลเมือง ทางปฏิบัติหรือรูปธรรมก็คือ การไม่ได้รับการบันทึกชื่อในฐานข้อมูลทางทะเบียนราษฎรของรัฐ ในกรณีของรัฐไทย หากว่าบุคคลดังกล่าวได้รับการสำรวจ จัดทำทะเบียนประวัติจะทำให้บุคคลได้รับเอกสารทะเบียนราษฎรและบัตรประจำตัวที่ระบุเลขประจำตัว 13 หลัก ดังนั้น คนไร้รัฐจึงอาจถูกรู้จักในอีกนิยามหนึ่งว่า “คนไม่มีเลข 13 หลัก”

คนไร้สัญชาติ หมายถึง บุคคลที่ไม่มีรัฐหนึ่งรัฐใดบนโลกใบนี้ยอมรับว่ามีสัญชาติแห่งรัฐนั้น แร่งงานต่างด้าว หรือแรงงานข้ามชาติ หมายถึงบุคคลที่ข้ามแดนจากพม่า กัมพูชาและลาว ซึ่งรัฐไทยกำหนดให้บุคคลที่มาจาก 3 ประเทศนี้ สามารถขึ้นทะเบียนเพื่อขออนุญาตทำงานได้ชั่วคราว สถานะบุคคลตามกฎหมาย (Personal Legal Status) ของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนขอใบอนุญาตทำงาน คือ เป็น “คนเข้าเมืองผิดกฎหมาย” แต่ได้รับการผ่อนผันให้อยู่อาศัยในเมืองไทยได้เป็นการชั่วคราวตามระยะเวลาการอนุญาตทำงาน และจะได้รับการกำหนดเลขประจำตัว 13 หลักโดยขึ้นต้นด้วยเลข 00 และได้รับบัตรประจำตัว นอกจากนี้ ยังหมายรวมถึงบุคคลที่ปรากฏตัวอยู่จริงในรัฐไทย แต่ไม่ได้มาขึ้นทะเบียนเพื่อขออนุญาตทำงานด้วย

ผู้ติดตามแรงงานต่างด้าวหรือแรงงานข้ามชาติ หมายถึง ครอบครัวหรือญาติของบุคคลต่างด้าวที่มาทำงานในประเทศไทย ทั้งที่มีและไม่มีใบอนุญาต

บุคคลไร้เอกสารพิสูจน์ทราบตัวบุคคล (Undocumented Person) บุคคลที่ไม่มีเอกสารแสดงตน (Identification Paper) หรือหลักฐานแสดงตนประเภทใดเลย เนื่องจากไม่ได้รับการบันทึกชื่อและรายการบุคคลในทะเบียนราษฎรของรัฐใดเลย กล่าวได้ว่า คนไร้เอกสารพิสูจน์ทราบตัวบุคคล ก็คือ คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ นั่นเอง

คนไร้สถานะทางทะเบียน (บุคคลที่ถือบัตรเลข 0) สังคมไทยเริ่มรู้จักคนกลุ่มนี้ในปี 2548 นับจากที่คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบยุทธศาสตร์จัดการปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคล (มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 18 มกราคม 2548)¹⁶ ซึ่งต่อมาได้นำไปสู่การออกระเบียบสำนักทะเบียนกลางว่าด้วยการสำรวจและจัดทำทะเบียนสำหรับบุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน พ.ศ. 2548 ทางปฏิบัติได้แก่ บุคคลที่ไร้เอกสารพิสูจน์ทราบตัวบุคคลหรือคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ ที่ต่อมาได้รับการสำรวจและจัดทำทะเบียนประวัติและบัตรประจำตัวภายใต้ระเบียบฯ ดังกล่าว

¹⁶ ยุทธศาสตร์จัดการปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคล (มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 18 มกราคม 2548)

ภายใต้ระเบียบฯ ดังกล่าว คนไร้สถานะทางทะเบียน ถูกนิยามว่า “บุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน” โดยให้ความหมายว่าหมายถึง “บุคคลที่มีถิ่นที่อยู่ในราชอาณาจักรแต่ไม่มีรายการในทะเบียนบ้าน (ท.ร.13 และ ท.ร.14) เนื่องจากไม่ปรากฏหลักฐานยืนยันถิ่นกำเนิด หรือประวัติของบุคคล หรือมีหลักฐานไม่เพียงพอที่นายทะเบียนจะพิจารณาเพิ่มชื่อในทะเบียนบ้าน ทั้งนี้ ไม่รวมถึงคนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยมิชอบด้วยกฎหมายที่ไม่อยู่ในความควบคุมของทางราชการ หรือรัฐไม่มีนโยบายผ่อนผันให้อาศัยอยู่ในราชอาณาจักรเป็นกรณีพิเศษ”

ในทางปฏิบัติ คนกลุ่มนี้รู้จักกันในอีกนิยามว่า “คนถือบัตรเลข 0” เนื่องจากเลขประจำตัว 13 หลักที่ปรากฏบนบัตรของคนกลุ่มนี้ เลขหลักแรกขึ้นต้นด้วยเลข 0

คนต่างด้าว ได้แก่ บุคคลผู้ไม่มีสัญชาติไทย (มาตรา 3 พระราชบัญญัติสัญชาติ พ.ศ. 2508)

คนด้อยโอกาส 10 กลุ่มคน ได้แก่ คนชาติพันธุ์ คนบนพื้นที่สูง คนไทยพลัดถิ่น ชาวเล (มอแกน มอเก็ลัน อุลักลาไวย์) คนไร้รากเหง้า คนชายแดน คนงานต่างด้าวไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ คนหนีภัยความตาย คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติในสถาบันการศึกษาไทย และคนไร้เอกสารพิสูจน์ตัวบุคคล¹⁷

ว่าด้วย “หลักฐานทางทะเบียนราษฎร”

เอกสารทางทะเบียนราษฎร ได้แก่ เอกสารมหาชน หรือเอกสารที่ทางราชการออกให้แก่ประชาชนเพื่อรับรองหรือแสดงข้อมูล 2 ลักษณะคือ เอกสารทางทะเบียนราษฎรที่รับรองหรือแสดงข้อมูลถิ่นที่อยู่หรือภูมิลำเนาของบุคคล ได้แก่ ทะเบียนบ้านประเภทต่างๆ ได้แก่ ทะเบียนบ้านสำหรับคนที่มีสัญชาติไทย รวมถึงคนต่างด้าวที่มีถิ่นที่อยู่ถาวร (ท.ร.14) และทะเบียนบ้านสำหรับคนต่างด้าวที่ไม่มีสัญชาติไทย และมีสิทธิอาศัยอยู่ชั่วคราว (ท.ร.13) และเอกสารทางทะเบียนราษฎรที่รับรองหรือแสดงข้อมูลส่วนบุคคล อาทิ ใบเกิดหรือสูติบัตร ประเภทต่างๆ อาทิ ท.ร.1 และท.ร.2 หรือสูติบัตรสำหรับคนผู้มีสัญชาติไทย, ท.ร.3 หรือสูติบัตรสำหรับคนผู้ไม่มีสัญชาติไทย, ฯลฯ

เอกสารเหล่านี้อยู่ในกลุ่มของ “เอกสารพิสูจน์ทราบตัวบุคคล”

เลขประจำตัว 13 หลัก หมายถึง เลขชุดหนึ่งที่ระบบคอมพิวเตอร์ของฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรกำหนดให้กับประชาชนทุกคน เรียกว่า “เลขประจำตัวประชาชน” (Personal Individual Digit หรือ PID) โดยความหมายของเลข 13 หลัก นั้นประกอบไปด้วย 5 ส่วน คือ

¹⁷ อ้างถึง เอกสาร “โครงการเวทีรับฟังข้อเสนอแนะของภาคประชาชนและภาควิชาการในการจัดการปัญหาความไร้สถานะและสิทธิของบุคคลในประเทศไทย วันที่ 10 กันยายน-12 พฤศจิกายน 2550 โดย คณะกรรมการวิสามัญศึกษาปัญหาและแนวทางแก้ไขการไร้สถานะทางกฎหมายและสิทธิของบุคคลในประเทศไทย สภานิติบัญญัติแห่งชาติ

ส่วนที่ 1 มี 1-2 หลัก หมายถึง ประเภทบุคคลซึ่งมี 11 กลุ่ม

ส่วนที่ 2 มี 4 หลัก หมายถึง สำนักทะเบียนที่ออกเลขบัตรประจำตัว

ส่วนที่ 3 และส่วนที่ 4 รวมกันมี 7 หลัก หมายถึง ลำดับที่ของบุคคลในแต่ละประเภทของแต่ละสำนักทะเบียน

ส่วนที่ 5 มี 1 หลัก หมายถึง เลขตรวจสอบความถูกต้องของเลขประจำตัวประชาชนทั้งหมด

รายละเอียดของแต่ละส่วน

ส่วนที่ 1 มี 1-2 หลัก หมายถึง ประเภทบุคคลซึ่งมี 11 กลุ่ม

- กลุ่มเลข 1 คือ บุคคลที่เกิดโดยมีสัญชาติไทยและได้แจ้งการเกิดภายในกำหนดเวลาที่กฎหมายกำหนด

- กลุ่มเลข 2 คือ บุคคลที่เกิดโดยมีสัญชาติไทยแต่แจ้งเกิดเกินกำหนดเวลาที่กฎหมายกำหนด

- กลุ่มเลข 3 คือ บุคคลสัญชาติไทยและคนต่างด้าวที่มีใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวซึ่งมีชื่อและรายการบุคคลในทะเบียนบ้านก่อนวันที่ 31 พฤษภาคม 2527

- กลุ่มเลข 4 คือ บุคคลสัญชาติไทยและคนต่างด้าวที่มีใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว และได้มีการย้ายเข้ามาในทะเบียนบ้าน ขณะยังไม่มีเลขประจำตัวประชาชน (ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 31 พฤษภาคม 2527)

- กลุ่มเลข 5 คือ บุคคลสัญชาติไทยได้รับอนุมัติให้เพิ่มชื่อและรายการเข้าในทะเบียนบ้านจากนายอำเภอ/ผู้อำนวยการเขต (ในกทม.)

- กลุ่มเลข 6 คือ คนต่างด้าวเข้าเมืองโดยไม่ชอบด้วยกฎหมาย ได้รับการผ่อนผันให้อยู่ชั่วคราว

- กลุ่มเลข 7 คือ บุตรของคนต่างด้าวกลุ่มเลข 6 ซึ่งเกิดในไทยและแจ้งเกิด (มีสูติบัตร)

ในเวลาต่อมา กลุ่มเลข 6, 7 นี้จะต้องมานำบัตรสีต่างๆ ที่ตนถือมาเปลี่ยนเป็น “บัตรประจำตัวผู้ไม่มีสัญชาติไทย” (บัตรแข็ง สีชมพู) โดยยังคงเลข 13 หลัก ของแต่ละคนในแต่ละกลุ่มไว้ตามเดิม (เป็นไปตามระเบียบสำนักทะเบียนกลางว่าด้วยการจัดทำบัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทยพ.ศ.2548)

รวมถึงคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตให้มีถิ่นที่อยู่ในราชอาณาจักรตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมืองและมีใบสำคัญประจำตัวและใบสำคัญถิ่นที่อยู่ตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมืองหรือกฎหมายว่าด้วยการทะเบียนราษฎร แล้วแต่กรณีและบุตรที่เกิดในราชอาณาจักรไทยและไม่ได้สัญชาติไทยโดยการเกิดตามกฎหมายว่าด้วยสัญชาติ จะต้องทำบัตรประจำตัวประเภทนี้ด้วย (เป็นไป

ตามกฎหมายกระทรวงกำหนดให้คนซึ่งไม่มีสัญชาติไทยปฏิบัติเกี่ยวกับการทะเบียนราษฎรและกำหนดอัตราค่าธรรมเนียม พ.ศ.2551)

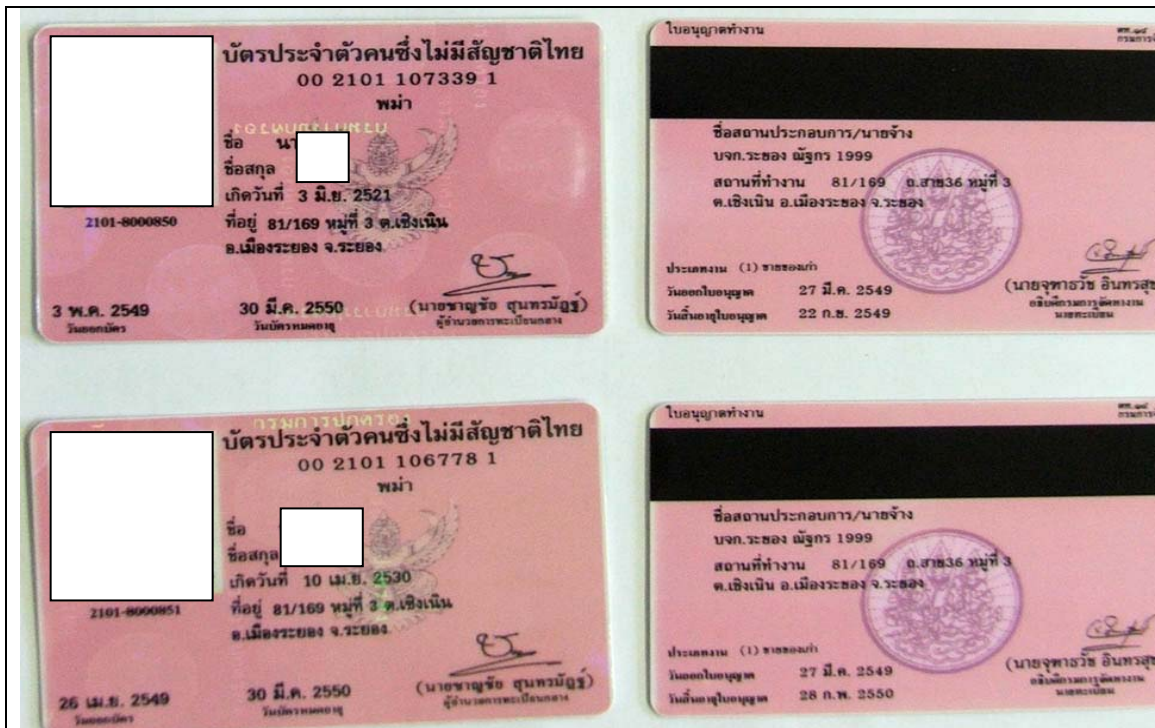
- กลุ่มเลข 8 คือ คนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตให้มถิ่นที่อยู่ถาวรในไทยหรือบุคคลที่ได้รับสัญชาติไทยตามกฎหมาย (จาก รว.มท. หรือจากนายอำเภอ กรณีชาวเขา 9 เผ่าดั้งเดิม)

- กลุ่มเลข 0 คือ คนไร้สถานะทางทะเบียน ตามระเบียบสำนักทะเบียนกลางว่าด้วยการสำรวจและจัดทำทะเบียนสำหรับบุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน พ.ศ. 2548 ทางปฏิบัติได้แก่ บุคคลที่ไร้เอกสารพิสูจน์ทราบตัวบุคคลหรือคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ ที่ต่อมาได้รับการสำรวจและจัดทำทะเบียนประวัติและบัตรประจำตัวภายใต้ระเบียบฯ ดังกล่าว

ในทางปฏิบัติ คนกลุ่มนี้รู้จักกันในอีกนัยว่า “คนถือบัตรเลข 0” เนื่องจากเลขประจำตัวตัว 13 หลักที่ปรากฏบนบัตรของคนกลุ่มนี้ เลขหลักแรกขึ้นต้นด้วยเลข 0



-กลุ่ม 00 ได้แก่คนที่มาขึ้นทะเบียนขออนุญาตทำงาน และได้รับการจัดทำบัตรอนุญาตทำงาน



□ □□□□ □□□□□ □□ □

ส่วนที่ 2 ประกอบไปด้วยเลข 4 หลัก โดยเลข 2 ตัวแรก เป็นเลขจังหวัด อาทิ กทม. คือ 10, ชลบุรี คือ 20 ส่วนเลข 2 ตัวหลัง เป็นเลขของสำนักทะเบียนอำเภอ เขต หรือ เทศบาล เริ่มที่ 01 คืออำเภอเมืองแล้วเรียงลำดับไปจนครบทุกอำเภอ/กิ่งอำเภอ เช่น จังหวัดยะลา อำเภอเมือง คือ 9501, อำเภอรามันคือ 9506

□ □□□□ □□□□□ □□ □

ส่วนที่ 3 และส่วนที่ 4 รวมกันมี 7 หลัก หมายถึงลำดับที่ของบุคคลในแต่ละประเภทของแต่ละสำนักทะเบียน เลขส่วนที่ 3 มี 5 หลัก เป็นกลุ่มเลขกำกับลำดับของประชาชนแต่ละประเภท, ส่วนที่ 4 มี 2 หลัก เริ่มที่ 00-99 เป็นกลุ่มเลขกำกับลำดับของประชาชนแต่ละประเภท จำนวน 100 คน

แต่ถ้าเป็นคนประเภทที่ 6 (คนต่างตัว) เลข 2 หลักแรกของกลุ่มจะเป็นตัวกำหนดกลุ่มให้กับกลุ่มชาติพันธุ์หรือประเภทของผู้ทำบัตร เช่น 50xxx เป็นกลุ่มบุคคลบนพื้นที่สูงตามจำนวนลำดับที่มีชื่ออยู่ในสำนักทะเบียนนั้น

□ □□□□ □□□□□ □□ □

ส่วนหลักที่ 5 มี 1 หลัก หมายถึงเลขที่ใช้ตรวจสอบความถูกต้องของเลขประจำตัวประชาชนทั้งหมดที่ระบบคอมพิวเตอร์ออกให้

บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ไม่มีสัญชาติไทย (บัตรสี) บุคคลผู้ไม่มีสัญชาติไทยที่ได้รับอนุญาตให้เข้ามาอยู่ในราชอาณาจักรเป็นกรณีพิเศษเฉพาะเรื่องจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยโดยอนุมัติของคณะรัฐมนตรีตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมืองและกระทรวงมหาดไทยได้จัดทำทะเบียนประวัติไว้ จะได้รับการออกบัตรประจำตัวและกำหนดเลขประจำตัว 13 หลักให้ บัตรดังกล่าวจะมีสีแตกต่างกันไปตามลักษณะของกลุ่ม ซึ่งมีประมาณ 17 กลุ่ม (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย เรียกคน 17 กลุ่มนี้ว่าเป็นชนกลุ่มน้อย) ได้แก่

- (1) ญวนอพยพ
- (2) อดีตทหารจีนคณะชาติ
- (3) จีนฮ่ออพยพ
- (4) จีนฮ่ออิสระ
- (5) ผู้ร่วมพัฒนาชาติไทย (อดีตโจรจีนคอมมิวนิสต์มลายา-อดีต จคม.)
- (6) ไทยลื้อ
- (7) ลาวอพยพ
- (8) เนปาลอพยพ
- (9) ผู้พลัดถิ่นสัญชาติพม่า
- (10) ผู้หลบหนีเข้าเมืองจากพม่า
- (11) ผู้พลัดถิ่นสัญชาติพม่าเชื้อสายไทย
- (12) บุคคลบนพื้นที่สูง
- (13) ผู้อพยพเชื้อสายไทยจากจังหวัดเกาะกง กัมพูชา
- (14) ผู้หลบหนีเข้าเมืองจากกัมพูชา
- (15) เผ่าตองเหลือง (มลาบรี) หรือเผ่าตองเหลือง
- (16) ชุมชนบนพื้นที่สูง
- (17) แรงงานต่างด้าวผิดกฎหมาย

อย่างไรก็ดี ในปี 2548 ได้มีการประกาศใช้ ระเบียบสำนักทะเบียนกลางว่าด้วยการจัดทำบัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย พ.ศ.2548 ทำให้มีการรวมคนทั้ง 17 กลุ่มนี้เป็นกลุ่มเดียวกัน เรียกว่าบุคคลผู้ไม่มีสัญชาติไทย และจัดทำบัตรใหม่ให้ คือ **บัตรประจำตัวผู้ไม่มีสัญชาติไทย** เป็นบัตรสีชมพู โดยยังคงเลข 13 หลัก ของแต่ละคนในแต่ละกลุ่มไว้ตามเดิม

<p>บัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย 6 5709 72007 36 3 ชุมชนบนพื้นที่สูง (ไม่ใช่ชาวเขา)</p> <p>ชื่อ <input type="text"/></p> <p>ชื่อสกุล <input type="text"/></p> <p>เกิดวันที่ -- 2532</p> <p>ที่อยู่ 7/ช หมู่ที่ 3 ต.เวียงพางคำ</p> <p>อ.แม่สาย จ.เชียงราย</p> <p>5709-0004141</p> <p>28 ส.ค. 2550 27 ส.ค. 2556</p> <p>วันออกบัตร <input type="text"/> วันบัตรหมดอายุ <input type="text"/></p> <p>นายชาญชัย สุนทรวิบูลย์ ผู้อำนวยการทะเบียนกลาง</p>	<p>กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย</p> <p>ข้อพึงปฏิบัติสำหรับผู้อพยพประจำตัว</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. บัตรมีใช้บัตรประจำตัวประชาชน 2. ให้พกบัตรนี้ติดตัวตลอดเวลาเพื่อรับการตรวจ 3. ห้ามผู้ซื้อในบัตรออกนอกพื้นที่ออกบัตร <p>วันแต่จะได้รับการอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษร</p> <p><input type="text"/></p>
---	---

ว่าด้วย “สถานะบุคคล”

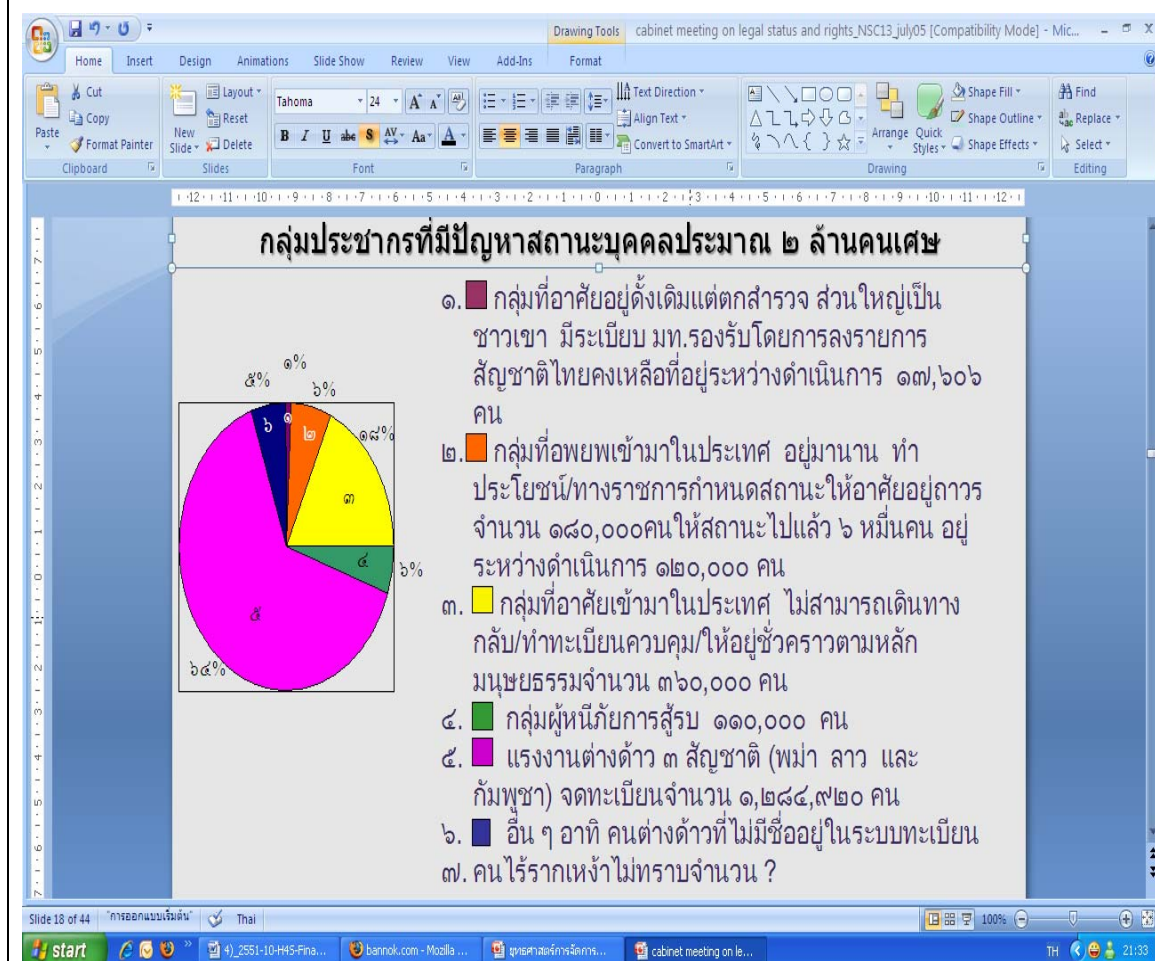
ก่อน 18 มกราคม 2548

ก่อนที่คณะรัฐมนตรีจะพิจารณาให้ความเห็นชอบ ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคลเป็นมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 18 มกราคม 2548 สภาความมั่นคงแห่งชาติ (สมช.) ได้ศึกษาและประเมินถึงตัวเลขของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ หรือบุคคลที่มีปัญหาด้านสถานะบุคคลที่ปรากฏตัวในประเทศไทยว่า มีจำนวนประมาณ 2,072,526 คน (ดูภาพที่ 1 ประกอบ)

หลัง 18 มกราคม 2548

ภายหลังการประกาศ ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคล (มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 18 มกราคม 2548) ได้มีการจำแนกกลุ่มคนไร้รัฐและไร้สัญชาติ หรือไร้สัญชาติแต่ไม่ไร้รัฐ หรือกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะบุคคลและประมาณการกลุ่มคนได้เพียงบางกลุ่มเท่านั้น กล่าวคือ (ดูภาพที่ 2-5 ประกอบ)

ภาพที่ 3 กลุ่มประชากรที่มีปัญหาสถานะบุคคล



ที่มา: สำนักงานสภาความมั่นคงแห่งชาติ, 13 กรกฎาคม 2548¹⁸

¹⁸ ฉัตรชัย บางชวด, เอกสารการนำเสนอ “ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคล”, สำนักงานสภาความมั่นคงแห่งชาติ, วันที่ 13 กรกฎาคม 2548

2007-12-6-7_Legal Status [Compatibility Mode] - Microsoft PowerPoint

Home Insert Design Animations Slide Show Review View Add-Ins

Slide 21 of 51 "development of right of nationality of person" Thai

1. ผู้ที่อพยพเข้ามาในประเทศไทยมีชื่ออยู่ในระบบทะเบียนแล้ว 480,000 คน

- เปลี่ยนสัญชาติเป็นไทยให้แก่ผู้อพยพเชื้อสายไทย (จำนวน 12,000 คนเศษ)
- บุตรที่เกิดในไทยให้ได้รับสัญชาติไทย

สถานะบุคคล : คนต่างด้าวเข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมายแก่ผู้ถืออาศัยอยู่ 10 ปี/ทำประโยชน์/ >> 5 ปี >> เปลี่ยนสัญชาติเป็นไทย

- บุตรที่เกิดในไทยให้ได้รับสัญชาติไทย (ม.7 ทวิ ว.2)

"กลุ่มเป้าหมายที่จะได้รับพิจารณากำหนดสถานะ" ตาม ยุทธศาสตร์จัดการปัญหาสถานะบุคคลและสิทธิ โดย จักรชัย บางซวด หน้า 25

start 4_2551-10-H45-Fina... bannok.com - Mozilla... 2007 Training Microsoft PowerPoint...

2007-12-6-7_Legal Status [Compatibility Mode] - Microsoft PowerPoint

Home Insert Design Animations Slide Show Review View Add-Ins

Slide 22 of 51 "development of right of nationality of person" Thai

2. เด็กและบุคคลที่เรียนอยู่ในสถานศึกษามี 60,000 คน, +4,000-5,000 คน

- เด็ก/บุคคลที่เรียนต่ำกว่าอุดมศึกษาให้เข้าสู่กระบวนการกำหนดสถานะในกรอบกลุ่มที่ 1
- เกิดในไทย → ยื่นคำร้อง รมต.มท. ม. 7 ทวิ ว.2
- เกิดนอกไทย → สถานะต่างด้าว >> 5 ปี >> แปลงไทย
- บัตรเลข 0 → ให้สัญชาติไทย เมื่อจบอุดมศึกษา

"กลุ่มเป้าหมายที่จะได้รับพิจารณากำหนดสถานะ" ตาม ยุทธศาสตร์จัดการปัญหาสถานะบุคคลและสิทธิ โดย จักรชัย บางซวด หน้า 26

start 4_2551-10-H45-Fina... bannok.com - Mozilla... 2007 Training Microsoft PowerPoint...

5. กลุ่มแรงงานต่างด้าวที่ประเทศ ต้นทางไม่ยอมรับกลับ (ไม่ต่ำกว่า 300,000 คน)

ส่ง สตม./ เจริญส่งกลับอย่างเข้มข้น

สถานะบุคคล “สิทธิอยู่อาศัย”
-เข้าสู่กระบวนการพิจารณากำหนดสถานะ
-ให้ก่อนอื่นที่หลัง

“กลุ่มเป้าหมายที่จะได้รับพิจารณากำหนดสถานะ”
ตาม ยุทธศาสตร์จัดการปัญหาสถานะบุคคลและสิทธิ
โดย ฉัตรชัย บางชวด หน้า 29-30

ที่มา: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 13 กรกฎาคม 2548¹⁹

ว่าด้วย “สิทธิในสุขภาพ”

ในทางระหว่างประเทศ สิทธิในสุขภาพ หมายถึง “สิทธิในการใช้ประโยชน์จากสิ่งอำนวยความสะดวก สินค้า และบริการ รวมถึงสิ่งแวดล้อมที่รัฐต้องจัดหาให้ เท่าที่จำเป็นและเหมาะสม เพื่อให้ได้มาและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี” และยังหมายรวมถึง “สิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลที่ทันเวลาและเหมาะสม รวมถึงการเข้าถึงปัจจัยที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีอื่น ๆ เช่น การเข้าถึงน้ำ อาหาร ที่อยู่อาศัย สภาพแวดล้อม และข้อมูลที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับสุขภาพ เป็นต้น นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพก็เป็นอีกประเด็นที่มีความสำคัญในการบรรลุถึงสิทธิในสุขภาพดังที่ได้กล่าวมา”²⁰

¹⁹ ฉัตรชัย บางชวด, อ้างแล้ว

²⁰ 2000, “General Comment No.14: the Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art.12)”, Economic and Social Council, United Nations, paras 9 and 11

สิทธิในสุขภาพ ไม่ได้หมายถึง สิทธิที่จะมีสุขภาพที่ดี และก็ไม่ได้หมายความว่ารัฐบาลที่ยากจนจำเป็นต้องจัดหาบริการด้านสาธารณสุขที่มีราคาแพงให้แก่ประชาชน แต่หากเป็นการเรียกร้องให้รัฐบาลหรือผู้มีหน้าที่กำหนดแผนหรือนโยบายที่เหมาะสม ที่สามารถนำไปสู่การรักษาพยาบาลที่เข้าถึงได้ง่ายสำหรับทุกคนในระยะเวลาที่รวดเร็วที่สุด²¹

บริการสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 หมายถึง บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งนี้ให้รวมถึงการบริการการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

บริการสุขภาพ เป็นคำที่ใช้เรียกบริการสาธารณสุข ในความหมายที่กว้างกว่าคำว่าบริการสาธารณสุข อัมพล จินดาวัฒนะ ใช้คำว่า “บริการสาธารณสุข” ในความหมายเดียวกับ “บริการสุขภาพ” แต่ ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย แบ่งบริการสุขภาพ เป็นบริการรายบุคคล (UC) และบริการสาธารณสุข (Non UC)

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ สิทธิของประชาชนไทย ทุกคนที่จะได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีเท่าเทียมกัน โดยที่ภาระด้านค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับสิทธินั้น

ดังนั้น หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงไม่ใช่สิ่งต่อไปนี้

- ไม่ใช่บริการสงเคราะห์ หรือบริการราคาถูกลง เพียงเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพเฉพาะหน้าเท่านั้น แต่เป็นบริการที่ต้องมีมาตรฐาน

- ไม่ใช่บริการที่ต้องมีการ “สมัคร” หรือ “ร้องขอ” จึงจะได้รับบริการ แต่เป็นสิทธิที่ประชาชนพึงได้รับ

- ไม่ใช่ของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง แต่เป็นของประชาชนทุกคน

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ Universal Coverage of health care (UC) เกี่ยวข้องกับ 2 เรื่องใหญ่ คือ 1) การจัดบริการสาธารณสุข (Health Care) และ 2) การเงินการคลังเพื่อจัดบริการสาธารณสุข (Health care financing)

²¹ Mary Robinson, former UN High Commissioner for Human Rights, as quoted in: Nygren-Krug H. 25 Questions and answers on health and human rights. World Health Organization health and human rights publication series No 1. Geneva: WHO. 2002:11

บทที่ 2

ไร้รัฐ ไร้สัญชาติและไร้หลักประกันสุขภาพในประเทศไทย: 3 ไร้ของคนไม่ไทยและคนไม่ถูกนับว่าเป็นไทย

“..[นักวิจัย] พบว่า เส้นใยแห่งตัวตน ที่เรามองผ่าน “สถานะบุคคล” และ “ความต้อยโอกาส” นั้นเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้คน ๆ หนึ่งไม่ได้รับการดูแลด้านสุขภาพ ไม่สามารถเข้าถึงหลักประกันสุขภาพได้”

ปิ่นแก้ว อุ๋นแก้ว และคณะ, ชุดวิจัยย่อยโครงการสำรวจสภาพปัญหาการเข้าถึงและการใช้บริการสิทธิในสุขภาพของคนไร้รัฐ/ ไร้สัญชาติ: กรณีศึกษา, กันยายน 2551.

งานวิจัยย่อยชุดโครงการสำรวจสภาพปัญหาการเข้าถึงและการใช้บริการสิทธิในสุขภาพของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ : กรณีศึกษา²² ภายใต้ ชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายหลักประกันสุขภาพของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติในประเทศไทย ได้ศึกษาถึง 10 กรณีของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติที่มีปัญหาด้านสุขภาพ และต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ในระหว่างทางของการรักษาอาการเจ็บป่วยของพวกเขา แม้คน 10 คน ในงานวิจัยฯ ฉบับนี้ จะไม่สามารถทำหน้าที่เป็นตัวแทน (representative) ที่บอกเล่าหรือพูดแทนถึงสถานการณ์ปัญหา *ทั้งหมด* ที่คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติในรัฐไทยกำลังเผชิญเนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ รวมถึงบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานอยู่ในปัจจุบัน แต่ทั้ง 10 กรณี ก็เป็นเรื่องจริงที่บอกเล่าถึงผู้คนที่มีชีวิต มีตัวตนอยู่จริงในสังคมเดียวกับคนไทยทั่วไป-ที่เมื่อต้องเผชิญกับความจริงอีกด้าน, ที่หนีไม่พ้นของทุกชีวิต นั่นคือ การเจ็บไข้ได้ป่วยหรือการประสบอุบัติเหตุ วิธีการรับมือจัดการปัญหาที่ถูกนำมาใช้ การร้องขอ การทรุดตัวลงด้วยอาการยอมจำนนต่อชะตากรรม ฯลฯ จนไปถึงภาพสุดท้ายของแต่ละเรื่องราว ได้ช่วยสะท้อนภาพการจัดการและความสัมพันธ์ระหว่างสังคมไทยกับคนกลุ่มนี้-ที่ในความเป็นจริงมีจำนวนมากกว่า 10 คน สิ่งที่มีนักวิจัยพบก็คือ มันมีหลายคำถามที่ควรจะถูกถามขึ้นภายหลังการทบทวนสถานการณ์ปัญหาเรื่องนี้

²² ปิ่นแก้ว อุ๋นแก้ว และคณะ, รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการสำรวจสภาพปัญหาการเข้าถึงและการใช้บริการสิทธิในสุขภาพของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ : กรณีศึกษา, กันยายน 2551.

2.1 การเจ็บป่วย หรือการประสบอุบัติเหตุ่นั้นเป็นโอกาสและความเสี่ยงของ “ทุกชีวิต” ไม่เลือกสถานะบุคคล

จาก 10 กรณีศึกษาของงานวิจัยสำรวจสภาพปัญหาการเข้าถึงและการใช้บริการทางสุขภาพของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ พบว่า สามารถแบ่งกรณีศึกษาตามลักษณะการเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพได้เป็น 5 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพเนื่องจากเจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไป, เจ็บป่วยเนื่องจากประสบอุบัติเหตุ, เจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน, เจ็บป่วยเนื่องจากประสบอุบัติเหตุระหว่างการทำงาน และกรณีการพิการตั้งแต่กำเนิด ซึ่งกล่าวโดยสรุปได้ดังต่อไปนี้

2.1.1 กรณีปัญหาสุขภาพเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไป

(1) กรณีหนุออย²³

หนุออยวัย 2 ปี-เธอเสียชีวิตลงในวันที่ 22 กรกฎาคม 2549 ด้วยอาการปอดอักเสบเรื้อรังประกอบกับร่างกายที่อ่อนแอตั้งแต่แรกคลอด

แม่ของหนุออย คือนางสุพัตรา ซึ่งเป็นหนึ่งในชาวบ้านอำเภอแม่เมาะจำนวน 1,243 คน ผู้มีสัญชาติไทยที่ได้รับผลกระทบจากคำสั่งของจังหวัดเชียงใหม่และอำเภอแม่เมาะให้เพิกถอนชื่อชาวบ้านกลุ่มนี้ออกจากทะเบียนราษฎร (ท.ร.14) เมื่อวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2545

สถานะบุคคลตามกฎหมายของสุพัตราถูกเปลี่ยนจาก “คนไทย” เป็น “คนต่างด้าว” ความเป็นผู้มีสัญชาติไทยที่หายไป ทำให้สิทธิในหลักประกันสุขภาพหายไปด้วย บัตร 30 บาทที่เคยมี ไม่สามารถใช้ได้อีกต่อไป

โอกาสที่อาการเจ็บป่วยของหนุออยจะได้รับการตรวจดูแลรักษาจากหมออย่างต่อเนื่อง นอกจากจะลดลงไปตามขีดจำกัดของกำลังทางเศรษฐกิจของครอบครัวแล้ว ด้วยสถานะความเป็นคนต่างด้าวของแม่ที่ถ่ายทอดสู่หนุออยผู้เป็นลูกน้อยตามหลักสายโลหิต หนุออยจึงไม่มีสิทธิในการมีบัตรทอง ..ทุกครั้งที่หนุออยถูกพาไปโรงพยาบาล จึงเป็นเสมือนสัญญาฉบับบอกว่า หนุออยอาการทรุดหนัก

แม้เพียงเท่านั้น-ก็สามารถทำให้สุพัตราเป็นลูกหนี้ของโรงพยาบาลในจำนวนหนี้กว่า 200,000 บาท

แม้ต่อมาโดยคำพิพากษาศาลปกครองสูงสุด สุพัตราได้รับการเพิ่มชื่อเข้าในทะเบียนราษฎรและได้รับบัตรทองคืน แต่หนุออย-ในฐานะลูกของแม่คนไทย กลับไม่ได้สิทธิในหลักประกันสุขภาพดังกล่าว เนื่องจากหนุออยเกิดในวันที่แม่ของเธอเป็นคนต่างด้าว หลายต่อหลายครั้งที่สุพัตราทวงถาม มีเพียงการปฏิเสธพร้อมเหตุผลที่ไม่ชัดเจนจากทางอำเภอ และในเวลาต่อมาอำเภอจึงค่อยเรียกหาพยานบุคคลเพื่อยืนยันว่าเป็นแม่ลูกกันจริงๆ

²³ กรณีศึกษาฉบับเต็ม, ดู ย้อนบันทึกชีวิตที่ปลิดปลิว...ของหนุออย เด็กหญิงตัวน้อยแห่งแม่เมาะ โดย ปิ่นแก้ว อุ๋นแก้ว, โนปิ่นแก้ว และคณะฯ อ่างแล้ว

ในที่สุด หนุออยได้รับการเพิ่มชื่อในทะเบียนบ้านของแม่ จำเป็นต้องกล่าวถึงไว้ด้วยว่า วินาทีที่อำเภอแม่เฒ่าตัดสินใจดำเนินการดังกล่าว เป็นวันที่หนุออยชักจูงตัวเขี้ยว สุพัตรา อุ้มหนุออยมาขอความช่วยเหลือจากเวทีงานตลาดนัดสิทธิมนุษยชนของเด็ก เยาวชน และครอบครัวไร้รัฐ/ไร้สัญชาติซึ่งจัดขึ้น ณ อำเภอแม่เฒ่า²⁴

การมีชื่อในทะเบียนบ้านส่งผลให้หนุออยได้บัตรทองมา และด้วยบัตรทองใบนี้ การอยู่ภายใต้การดูแลของหมออย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องก็เริ่มต้นขึ้น แต่ทุกอย่างก็สาบสูญไปหนึ่งอาทิตย์หลังการไปพบหมอครั้งล่าสุด หนุออยก็เสียชีวิตลง

(2) กรณีนายหม่องละ²⁵

นายหม่องละ ชาวกะเหรี่ยงที่เดินเท้าจากพม่าเข้ามาไทยด้วยหนีภัยการบังคับใช้แรงงานของรัฐบาลทหารพม่าในปี 2510 นายหม่องละตัดสินใจลงหลักปักฐานให้ครอบครัวที่อำเภอสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน

ภายใต้กฎหมายไทย หม่องละเป็นคนเข้าเมืองผิดกฎหมาย เป็นคนไร้รัฐในรัฐไทย ต่อมาในปี 2542 หม่องละได้รับการสำรวจและจัดทำทะเบียนประวัติชุมชนบนพื้นที่สูงทำให้หม่องละมีทะเบียนประวัติและบัตรประจำตัว (บัตรเขียวขอบแดง) สถานะบุคคลของหม่องละคือ คนต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมายและได้รับการผ่อนผันให้อยู่อาศัยชั่วคราว หม่องละจึงไม่ไร้รัฐ ไร้เพียงสัญชาติ

หม่องละ เริ่มมีอาการเจ็บป่วยในเดือนตุลาคม 2548 ที่ได้ตั้งหูขวามีก้อนเนื้อนูนออกมาและรู้สึกปวด นอกจากความขัดสนยากจนแล้ว การไปหาหมอไปโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่หม่องละและครอบครัวต้องคิดหนัก ด้วยเพราะบัตรสีเขียวขอบแดงที่พวกเขาถือ ระหว่างทางพวกเขาอาจถูกเจ้าหน้าที่เรียกตรวจและนั่นอาจหมายถึงการถูกจับ ถูกเรียกเงินหรือเสียเงินค่าปรับ

แต่เมื่ออาการเจ็บปวดรุมเร้าจนไม่สามารถทนได้อีกต่อไป ทุกคนจึงยอมเสี่ยง แต่โชคดีไม่มีอะไรเกิดขึ้น

หลังจากพบหมอครั้งแรก การเสียเงินที่ต้องใช้ไปกับค่าเดินทางค่าหมอค่ายา แลกกับ “ยาแก้ปวด” ที่ได้มา ถูกชั่งน้ำหนักแล้วเห็นว่าไม่คุ้มกัน การรักษาตัวเองด้วยสมุนไพรจึงเป็นทางเลือกที่จำเป็นต้องเลือก อย่างไรก็ตาม อากาศที่ลุ่มลุ่มรุนแรงทำให้หม่องละตัดสินใจกลับไปพบหมอที่โรงพยาบาลอีกครั้ง บ้านที่อยู่อาศัยมาหลายปีถูกขายเพื่อใช้สำหรับค่าใช้จ่ายทุกรูปแบบที่เกิดขึ้นจากการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

²⁴ ระหว่างวันที่ 15-17 มีนาคม 2549 รับผิดชอบหลักโดยอาจารย์วรรณทิ รุ่งเรืองสภากุล อาจารย์ประจำคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยพายัพ โดยการสนับสนุนขององค์การยูนิเซฟ(ประจำประเทศไทย)

²⁵ กรณีศึกษาฉบับเต็ม, ดู “การจากลา...แผ่นดินไทยของพ่อ (หม่องละ)” โดย มีดา นาวานาด, ในปีนั้นแล้ว และคณะฯ อ่างแล้ว

อาการของหมีงละไม่ดีขึ้น หากกลับทรุดหนัก (“ห้ามกินผักแพง แดงกวา หมอนิด ยาวันละ 2 เซ็ม”) แม้เงินที่เหลือจากการขายบ้านจะเหลือเพียงสองพันบาท แต่ทางครอบครัวคิดว่าควรดำเนินการทำเรื่องขอส่งตัวหมีงละไปยังโรงพยาบาลที่จังหวัดเชียงใหม่

ร่วม 1 เดือนที่พักรักษาตัวที่โรงพยาบาล ทุกคนจึงรู้ว่าโรคที่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับหมีงละและครอบครัวคือ มะเร็ง หมีงละใช้เงินและเวลาอีก 3 เดือน เพื่อรับการฉายแสง ระหว่างนี้เขาต้องจ่ายค่าเช่าห้องพักในตัวเมืองเชียงใหม่เดือนละ 2,500 บาท มากไปกว่านั้นครอบครัวของหมีงละต้องเซนต์หนังสือรับสภาพหนักกับทางโรงพยาบาล

ก่อนถึงนัดพบหมอในอีกเดือนครึ่งข้างหน้า หมีงละยังคงต้องเข้า ๆ ออก ๆ โรงพยาบาล ด้วยอาการที่ทรุดลงเรื่อย ๆ (“กินอาหารไม่ได้เลย ได้แต่น้ำและนมเท่านั้น จะมีเลือดออกปากและจมูก ไม่นานมีก้อนขนาดเท่าลูกมะนาวออกมาเหนือคิ้ว สันจมูกและริมฝีปาก”) และจำเป็นต้องเข้าพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลอีกครั้งเพื่อเติมเลือดและเกล็ดเลือดเป็นเวลา 3 คืน ด้วยเพราะอาการของมะเร็งระยะที่ 3 หลังจากนั้นหมีงละได้รับอนุญาตให้กลับบ้าน และนั่นเป็นครั้งสุดท้ายของการไปหาหมอ ไปโรงพยาบาล

(3) กรณีนายสัตต ชุนภักดี²⁶

นายสัตต ชุนภักดี เป็นคนไทยพลัดถิ่น เกิดที่แม่ปูเต ปกเป็ยน ดินแดนพม่า เดินทางเข้ามาเมืองไทยเมื่อประมาณปี 2541 มาอาศัยอยู่ที่ตำบลปากน้ำ อำเภอเมือง จังหวัดระนอง

นายสัตตมีสถานะบุคคลเป็นคนเข้าเมืองผิดกฎหมาย เขาไม่มีเอกสารแสดงตนอะไรเลย เขาจึงกลายเป็นคนไร้รัฐ ไร้สัญชาติ

ปี 2549 นายสัตตได้รับการสำรวจเพื่อจัดทำทะเบียนสำหรับบุคคลไม่มีฐานะทางทะเบียน (หรือแบบ 89/1) เมื่อวันที่ 4 มกราคม 2549²⁷ แต่นายสัตตไม่ได้ไปถ่ายรูปเพื่อทำบัตรประจำตัว “ผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียน” หรือบัตรเลข 0 เพราะป่วยเป็นอัมพาตเสียก่อนในเดือนกันยายน 2550 โดยนายสัตตมีอาการปวดศีรษะ ชักเป็นครั้งคราว จนครั้งสุดท้ายมีอาการชักและมีอาการชาที่ด้านซ้ายของร่างกาย เพื่อนบ้านและภรรยาและเครือข่ายการแก้ปัญหาคนสัญชาติคนไทย จังหวัดระนอง ชุมพร ประจวบคีรีขันธ์ ที่เคยใช้บริการเลิกป่าของนายสัตตนำส่งโรงพยาบาลระนองทันที แต่ท้ายสุดก็ไม่สามารถยื้อกับการเป็นอัมพาตของร่างกายซีกซ้ายได้ ยอดค่ารักษาพยาบาลในวันนั้น คือ 2,000 บาท อย่างไรก็ตามเครือข่ายการแก้ปัญหาคนสัญชาติคนไทยฯ ช่วยออกค่าใช้จ่ายดังกล่าว

²⁶ กรณีศึกษาฉบับเต็ม, ดู ชีวิตที่เริ่มต้นก่อนเลข “ศูนย์” โดย จุติมาศ สุกใส, ในปีนแก้ว และคณะฯ อ่างแล้ว

²⁷ เอกสารอีกฉบับของนายสัตต คือ บัตรสำมะโนประชากรอิสลามพลัดถิ่น หมู่ 3 ตำบลปากน้ำ ระบุอีกชื่อหนึ่งของนายสัตตว่า นายสัมโต คนภักดี, ด้านหลังบัตรปรากฏข้อความ “บัตรนี้จัดทำขึ้นตามระเบียบวาระการประชุม กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดระนอง ที่ 2/47 ลว. 2 ก.พ. 47/ ข้อ 4.5”

หลังกลับมาอยู่บ้าน หมอที่รักษาเห็นว่านายสัตตยูยากจน จึงมาเยี่ยมบ้าน 2-3 เดือน/ครั้ง พร้อมกับข้าวสารอาหารแห้ง นอกจากนี้ยังช่วยทำเรื่องส่งต่อนายสัตตยูให้กับสถานีอนามัยตำบลหินช้าง เป็นผู้ดูแลวัดความดันและจ่ายยาลดความดันโลหิตสูง โดยพยาบาลจะมาเยี่ยมที่บ้านเพื่อวัดความดันประมาณเดือนละครั้ง

นายสัตตยูไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ

(4) เด็กชายสาละวิน (ไม่มีนามสกุล)²⁸

ทารกถูกของแรงงานต่างด้าว/ข้ามชาติซึ่งคลอดที่โรงพยาบาลแม่สอด ในวันที่ 26 กรกฎาคม 2548 หนูน้อยมีปัญหาสุขภาพหลายอย่างนับตั้งแต่เริ่มลืมตาดูโลก ที่หนักหนาสุดคือ ปัญหาหลอดอาหารและหลอดลมเชื่อมต่อกัน ทำให้ไม่สามารถกินนมแม่ทางปาก เมื่อกินแล้วจะเกิดอาการสำลักออกทางจมูก นอกจากนี้ยังมีปัญหาหัวใจมีรูรั่วขนาดไม่เกิน 5 มิลลิเมตร และปัญหาปอดอักเสบ โรงพยาบาลแม่สอดตัดสินใจช่วยชีวิตหนูน้อย ด้วยการส่งไปผ่าตัดที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (โรงพยาบาลสวนดอก) ในวันรุ่งขึ้นหลังจากลืมตาดูโลกเพียงไม่กี่ชั่วโมง คณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้ทำการผ่าตัดแยกหลอดอาหารออกจากหลอดลมจนสำเร็จ

หลังจากผ่าตัดเด็กน้อยยังไม่สามารถกินอาหารทางปากได้ เนื่องจากต้องใช้เวลาฝึกกระตุ้นความอยากอาหาร จึงจำเป็นต้องให้อาหารด้วยสายยางทางหน้าท้องไปจนกว่าเด็กน้อยจะสามารถกินอาหารได้เอง ทางโรงพยาบาลสวนดอกได้ให้การดูแลเด็กน้อยเป็นอย่างดี โดยฝ่ายสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลได้นำเงินบริจาคจากมูลนิธิราชสมาคมของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว จำนวน 731,326 บาท มาเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

พ่อแม่ของหนูน้อยรับตัวลูกกลับบ้านหลังจากที่หนูน้อยถูกส่งตัวกลับมาที่โรงพยาบาลแม่สอด แต่เนื่องจากหนูน้อยยังไม่สามารถกินนมแม่ได้ นมผงจึงเป็นสิ่งที่ต้องทดแทน แต่แน่นอน-พ่อแม่ซึ่งเป็นแรงงานต่างด้าว/ข้ามชาติย่อมไม่สามารถซื้อนมผงให้ลูกได้อย่างเพียงพอ นอกจากนี้การให้นมทางสายยางหน้าท้องยังเต็มไปด้วยความยุ่งยาก โดยต้องให้นมทุก 4 ชั่วโมง ต้องต้มกระบอกฉีดยาให้สะอาด หลังจากดูแลลูกได้เพียงหนึ่งเดือน พ่อแม่จึงนำหนูน้อยมารักษาที่โรงพยาบาลแม่สอด และหลังจากมาเยี่ยมลูกได้เพียงไม่กี่วัน พ่อแม่ก็ไม่กลับมาอีกเลย

วันดี สันติวุฒิเมธี รับเด็กน้อยคนนี้เป็นลูกบุญธรรมเมื่อเดือนกรกฎาคม 2549 ตั้งชื่อให้เด็กชายตัวน้อยคนนี้ว่า สาละวิน หรือ วิน(Win)

ปัญหาสุขภาพของน้องวินเริ่มดีขึ้น สามารถหัดกินอาหารทางปาก รูรั่วในหัวใจซึ่งมีขนาดเล็กไม่เกิน 5 มิลลิเมตรก็ปิดตัวไปเองโดยไม่ต้องเข้ารับการผ่าตัด และปัญหาเสมหะก็ค่อย ๆ ลดลงจนหายไปเอง แต่ยังคงดูแลสุขภาพของน้องวินอย่างใกล้ชิด

²⁸ กรณีศึกษาฉบับเต็ม, ดู ลูกชายต่างสายเลือดชื่อ "สาละวิน" โดย วันดี สันติวุฒิเมธี, ในปีนแก้ว และคณะฯ อ้างแล้ว

จากวันแรกจนถึง 2 ปีแรก วันดีเล่าว่าน้องวินต้องเข้าโรงพยาบาล 3 ครั้ง *ครั้งแรก* เป็นไข้ตัวร้อนจัด นอนโรงพยาบาลเอกชนสามวัน เสียค่าใช้จ่ายหมื่นกว่าบาท *ครั้งที่สอง* ต้องผ่าตัดเนื่องจากอาหารติดคอต้องเข้าไปนอนโรงพยาบาลถึงห้าวัน เสียค่าใช้จ่ายประมาณเจ็ดพันบาท และ*ครั้งที่สาม* เนื่องจากเป็นหวัดลงปอด นอนโรงพยาบาลเกือบหนึ่งอาทิตย์ เสียค่าใช้จ่ายประมาณเจ็ดพันบาท

วันดีบอกว่า สิ่งที่เรากังวลใจเกี่ยวกับสุขภาพของลูกชายตัวน้อยของเธอก็คือ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งเธอไม่สามารถทำบัตรประกันสุขภาพ หรือซื้อประกันสุขภาพ จากบริษัทประกันทั่วไปให้ลูกได้ เพราะน้องวินเป็นเด็กไร้สัญชาติและมีปัญหาด้านสุขภาพมาตั้งแต่แรกเกิด

“ทุกครั้งที่ลูกป่วย ไม่ว่าจะเข้ารักษาที่โรงพยาบาลรัฐหรือเอกชน ฉันจะต้องรับผิดชอบค่ารักษาทั้งหมด ซึ่งหากสามารถทำบัตรประกันสุขภาพได้ก็คงจะช่วยลดความกังวลใจลงไปได้บ้าง เพราะโอกาสที่ลูกเจ็บป่วยมีมากกว่าเด็กทั่วไป”

สาละวินเป็นเด็กไร้รัฐและไร้สัญชาติ

(5) กรณีหญิงวัย 50 ปี นาม เจริญ เอี่ยมละออ²⁹

ข้อเท็จจริงจากชีวิตของเธอชี้ว่าเธอเป็นผู้มีสัญชาติไทย โดยบิดามารดาเป็นคนไทย ถือกำเนิดขึ้นในอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี มีพี่น้องที่ถือบัตรประชาชนคนไทย ทว่าสืบหากันไม่พบ

กล่าวได้อีกอย่างว่า ป้าเจริญเป็นคนสัญชาติไทยโดยข้อกำหนด (De Jure) แต่ด้วยความที่ป้าเจริญไม่มีพยานบุคคลมายืนยันตัวตน ทำให้ป้าเจริญไม่มีเอกสารพิสูจน์ทราบตัวบุคคลชนิดใดๆ ที่จะมาใช้ยืนยันว่าเธอเป็นคนไทย ข้อเท็จจริงที่เด่นชัดกว่าความเป็นผู้มีสัญชาติไทยโดยข้อกำหนด จึงส่งผลให้ป้าเจริญตกเป็นคนไร้เอกสารพิสูจน์ทราบตัวบุคคล (Undocumented Person)

นอกจากนี้ คนไทยที่ไม่มีบัตรอย่างป้าเจริญ หรือคนไร้ตัวตนในสายตาของกฎหมาย ยังมีสถานะเป็น คนเข้าเมืองผิดกฎหมายโดยข้อสันนิษฐานของกฎหมาย³⁰

หรือกล่าวให้ครอบคลุมที่สุดป้าเจริญเป็นคนไร้ทั้งรัฐ และสัญชาติ

²⁹ กรณีศึกษาฉบับเต็ม, ดู “สงสุข...ป้าเจริญ เอี่ยมละออ คนไทยไร้ตัวตน” โดย ปิ่นแก้ว อุ่นแก้ว, ในปิ่นแก้ว และคณะฯ อ่างแล้ว

³⁰ มาตรา 57 วรรคแรก พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ.2522

“เพื่อประโยชน์แห่งพระราชบัญญัตินี้ ผู้ใดอ้างว่าเป็นคนมีสัญชาติไทย ถ้าไม่ปรากฏหลักฐานอันเพียงพอที่พนักงานเจ้าหน้าที่จะเชื่อถือว่าเป็นคนมีสัญชาติไทยสันนิษฐานไว้ก่อนว่า ผู้นั้นเป็นคนต่างด้าวจนกว่าผู้นั้นจะพิสูจน์ได้ว่าตนมีสัญชาติไทย”

เมื่อความเจ็บป่วยมาเยือนคนยากจน ความไร้รัฐ ไร้สัญชาติจะเป็นเหมือนโรคแทรกซ้อนอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้น

ป่าเจรียงล้มป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 3 และโรคร้ายกำลังรุกไล่ไปที่ไต ป่าเจรียงถูกโรงพยาบาลปฏิเสธการให้การรักษา ครอบครัวของป่าเจรียงได้รับการชี้แจงจากทางสถานพยาบาลว่า “รัฐบาลได้นำเอากองทุนต่าง ๆ ที่อยู่ตามโรงพยาบาลไปรวมเข้าเป็นกองทุน 30 บาท และจะให้บริการเฉพาะสมาชิกของกองทุนเท่านั้น”

ป่าเจรียงเสียชีวิตเมื่อวันที่ 14 กรกฎาคม 2549

(6) ลุงดี ชายดี

ข้อเท็จจริงของลุงดี ชายดี คล้ายคลึงกับป่าเจรียง คือ มีบิดามารดาเป็นคนไทย เกิดในประเทศไทย หากทว่าในปี 2477 ที่ลุงดีเกิดนั้น แม้แต่กฎหมายการทะเบียนราษฎรที่ใช้บังคับทั่วประเทศก็ยังไม่ประกาศใช้, ด้วยภูมิภานาที่อยู่บริเวณชายแดนห่างไกลตัวเมือง และด้วยความไม่รู้กฎหมาย จึงไม่น่าแปลกใจหากลุงดี ไม่สามารถตอบคำถามหรือข้อเรียกร้องทางกฎหมายที่ว่า-ลุงดีมีเอกสารยืนยันการเกิดว่าเกิดในประเทศไทย มีบิดามารดาเป็นไทยหรือไม่?

อย่างไรก็ดี ลุงดีได้รับการสำรวจตัวบุคคล มีเอกสารยืนยันตัวตนของลุงดี 3 ฉบับ คือ แบบ พ.ถ.2.1, ทะเบียนบ้านประเภท 13 ซึ่งระบุว่าเข้าเมืองมาเมื่อ พ.ศ.2514 และบัตรประจำตัวผู้พลัดถิ่นสัญชาติพม่าเลขประจำตัว 6501000042507

ลุงดี เกือบ มีสถานะเป็นคนต่างด้าวเข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมายและมีสิทธิอาศัยอยู่ถาวร เพราะลุงดีเคยยื่นคำร้องขอรับใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว แต่เมื่อถึงขั้นตอนไปรับเอกสาร ลุงดีก็ต้องตัดใจ เพราะไม่มีเงินสำหรับค่าธรรมเนียม

ลุงดี ป่วยเป็นโรคความดันสูง เคยปวดหัวอย่างรุนแรงจนถึงขั้นหมดสติ ครอบครัวนำส่งโรงพยาบาลแม่เอย ต้องพักรักษาตัวถึง 5 วัน แต่อาการไม่ดีขึ้น ทางโรงพยาบาลแม่เอยตัดสินใจ ส่งต่อ ลุงดีให้โรงพยาบาลไท จังหวัดเชียงราย ที่นี่-หมอแจ้งว่าเส้นเลือดฝอยที่สมองแตก ต้องผ่าตัด ..ทุกอย่างผ่านไปด้วยดี

ครอบครัวลุงดีไม่ต้องจ่ายเงินสำหรับค่ารักษาพยาบาลทั้งที่โรงพยาบาลแม่เอย และโรงพยาบาลไท

ที่โรงพยาบาลแม่เอย ลุงดีแสดงบัตรประกันสุขภาพ (ที่รัฐไทยมีนโยบายเรียกกลับคืน) และแน่นอน-มันใช้ไม่ได้ หมอเก็บบัตรดังกล่าวไว้และออก “หนังสือรับรองผู้สูงอายุ” ให้ลุงดีแทน

ที่โรงพยาบาลไท เนื่องจากลุงดีคือ ผู้ป่วยส่งต่อ โรงพยาบาลไท จึงไม่เรียกเก็บเงินกับลุงดี และครอบครัว

2.1.2 กรณีปัญหาสุขภาพเนื่องจากประสบอุบัติเหตุ

(7) กรณีนายโกโม³¹

โกโม หนุ่มพม่าเกิดและเติบโตที่พะออง ประเทศพม่า โกโมบอกว่าเขามีบัตรประจำตัวประชาชนของประเทศพม่า เขาจึงไม่ใช่คนไร้รัฐ ไร้สัญชาติ

โกโมเดินทางเข้ามายังเมืองไทยเมื่อปี 2548 ผ่านการจัดการของนายหน้า เขาจ่ายเงินให้นายหน้าไปราว 13,000 บาท โกโมจึงเป็นคนเข้าเมืองผิดกฎหมายของประเทศไทย อย่างไรก็ตาม ปี 2549 ที่ผ่านมามีโกโมได้ไปขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าว/ข้ามชาติแล้ว ทำให้เขาสามารถอยู่และทำงานในประเทศไทยอย่างถูกกฎหมายได้ชั่วคราว เป็นเวลาหนึ่งปี

ในการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าว นอกจากค่าใช้จ่ายสำหรับขึ้นทะเบียนเป็นแรงงานถูกกฎหมาย โกโมต้องจ่ายเงินอีก 1,300 บาท สำหรับการรับประกันสุขภาพ ซึ่งแสดงว่าโกโมมีหลักประกันสุขภาพ หากต้องไปหาหมอที่โรงพยาบาล เขาจะต้องเสียเงินต่อครั้ง 30 บาท

ในคืนวันที่ 28 ธันวาคม 2549 โกโมถูกรถจักรยานยนต์ชนอย่างแรงจนตัวลอยห่างออกไป 10 เมตร และรถคันนั้นทับแขนของเขาซ้ำ เขาสลบไปและมารู้สึกตัวที่โรงพยาบาล ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ หมอได้ทำการรักษาแผลเบื้องต้น ถ่ายเอกซเรย์กระดูกปรากฏว่ากระดูกแขนท่อนบนด้านซ้ายหัก และกระดูกบริเวณโคนขาหนีบด้านขวา (ใกล้กระดูกก้นกบ) มีรอยร้าวและแตก จากนั้นหมอให้ออกจากโรงพยาบาลในวันที่ 29 ธันวาคม 2550 เวลาราว 03.00 น. และนัดอีกครั้งในวันที่ 4 มกราคม 2551

โกโมไปพบหมอตตามนัด หมอให้ความเห็นว่าต้องผ่าตัด แต่หมอเห็นว่าโกโม เป็นต่างด้าว ถ้าผ่าตัดกับทางโรงพยาบาลจะต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก จึงแนะนำให้ย้ายไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลประชาธิปัตย์ ซึ่งเป็นสถานพยาบาลในระบบประกันสุขภาพ 30 บาท ของโกโม โดยได้ทำจดหมายส่งตัวให้

ที่โรงพยาบาลประชาธิปัตย์ โกโมได้รับคำชี้แจงจากหมอบอกว่า "เนื่องจากโรงพยาบาลเป็นสถานพยาบาลชุมชน ไม่มีเครื่องมือในการผ่าตัดได้" และทำจดหมายส่งตัวโกโมไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลปทุมธานี ที่นี่ หมอทำการเอกซเรย์และพันแผลให้เขาใหม่ แต่ไม่ได้วินิจฉัยหรือแจ้งให้เขาทราบว่าต้องผ่าตัดหรือไม่ เพียงแต่ได้นัดมาพบอีกครั้งวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2551

วันที่ 29 มกราคม 2551 ก่อนกำหนดนัดที่โรงพยาบาลปทุมธานี 1 เดือน โกโมตัดสินใจไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ อีกครั้ง เพราะเขารู้สึกว่าหมอนี่เป็นมิตรกว่า มีการวินิจฉัยโรคที่ดูเหมือนจะมีการดำเนินการรักษาที่จริงจังกว่า อย่างไรก็ตาม ผลเอกซเรย์ล่าสุดกระดูกเริ่มตรงแล้ว หมอบอกว่าไม่จำเป็นต้องผ่าตัดอีกแล้ว เพราะมันลวงเลยเวลามานาน ผ่าตัดไปก็ไม่ได้ช่วยอะไรมาก

สำหรับอุบัติเหตุครั้งนี้ โกโมจ่ายค่ารักษาพยาบาลไปทั้งหมด 3,000 บาท

³¹ กรณีศึกษาฉบับเต็ม, ดู 30 บาท ของโกโม.. โดย พัฒนพันธ์ บุระพันธ์ (รวบรวมข้อมูล) ปิ่นแก้ว อุ่นแก้ว (เรียบเรียง), ในปิ่นแก้ว และคณะฯ อ้างแล้ว

2.1.3 กรณีปัญหาสุขภาพเนื่องจากการเจ็บป่วยจากการทำงาน

(8) นางไ้ ลุงอ่อง³²

นางไ้ ลุงอ่อง หญิงไทใหญ่จากรัฐฉาน พม่า เดินเท้าเข้ามาหางานทำในประเทศไทย เมื่อปี 2549 และยังคงเดินทางไป-มาระหว่างบ้านที่พม่ากับบ้านแม่ของเธอที่ไทย

แม่ของนางไ้ คือ นางลาย อยู่ในพื้นที่ตลอดจึงได้ขึ้นทะเบียนเป็นแรงงานต่างด้าว/ข้ามชาติ ทั้งนางลายและนางไ้มีสถานะเป็นคนเข้าเมืองผิดกฎหมายในรัฐไทย เพียงแต่นางลายเมื่อได้ขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าว/ข้ามชาติแล้ว นางลายจึงมีสถานะเป็นผู้ได้รับการผ่อนผันให้อยู่ในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราวในฐานะแรงงานขึ้นทะเบียน ขณะที่นางไ้ยังคงเป็นคนเข้าเมืองผิดกฎหมาย ไร้รัฐและไร้สัญชาติในรัฐไทย

นางลายทำงานในสวนส้มในอำเภอแม่เอย จังหวัดเชียงใหม่ ต่อมานางลายล้มป่วยไม่สามารถไปทำงานได้ จึงให้นางไ้ไปทำงานแทน เพียงวันแรกของการทำงานในสวนส้ม นางไ้มีอาการปวดหัว เมื่อกลับถึงบ้านก็ปรากฏว่ามีอาการตาแดง เพื่อนบ้านจึงพาไปหาหมอที่โรงพยาบาลแม่เอย เธอได้ยามากินและยาหยอดตา ด้วยความเชื่อว่าอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นคือการเริ่มต้นทำงานด้วยโชคร้าย มีคนแนะนำให้นางไ้แก้เคล็ดด้วยการกลับบ้านฝั่งพม่า

3 เดือนผ่านไป สิ่งแปลกปลอมในร่างกายบวกกับการรักษาที่ไม่ต่อเนื่องก็เริ่มมีอาการรุนแรง คือ “ลูกนัยน์ตาลงออกมาเกือบจะออกนอกเบ้าตา” นางไ้ตัดสินใจกลับมาอาศัยกับแม่ที่ฝั่งไทย แม่เธอพาไปคลินิก หมอเห็นอาการที่รุนแรงจึงแนะนำให้นางไ้ไปโรงพยาบาล หมอที่โรงพยาบาลแม่เอยทำเรื่องส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลแจ้งว่าจักษุแพทย์ไม่อยู่ นางไ้ไม่เข้าใจภาษาไทย และเข้าใจผิดไปเองว่า “ไม่มีหมอ” นางไ้จึงกลับบ้าน

ช่วงที่อยู่กับแม่ที่ตำบลท่าตอน อำเภอแม่เอย นางไ้ได้พบกับ “พี่บุญ” หรือ บุญพงษ์มา “ทนายตีนเปล่า” แห่งคลินิกกฎหมายด้านสถานะและสิทธิบุคคล อำเภอแม่เอย ซึ่งกำลังลงพื้นที่เก็บข้อมูลงานวิจัย พี่บุญบอกว่าวันแรกที่เจอนางไ้ นั้น นางไ้เพิ่งกลับมาจากโรงพยาบาลนครพิงค์ “พี่เห็นตานางไ้ถลนออกมานอกเบ้า น้ำตาไหล ตาแดง แม้แต่แสงแดดที่สะท้อนกับพื้นก็จ้องดูไม่ไหว พี่บุญแนะนำว่าอยู่บ้านอาการไม่ดีขึ้นแน่ น่าจะไปรักษากับหมอ”

ต้นเดือนมกราคม 2551 พี่บุญบอกให้นางลายพานางไ้ไปโรงพยาบาลแม่เอย ทางโรงพยาบาลทำเรื่องส่งตัวไปที่โรงพยาบาลนครพิงค์ และส่งต่อไปถึงโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ หรือโรงพยาบาลสวนดอก จังหวัดเชียงใหม่

³² กรณีศึกษาฉบับเต็ม, ดู “ความเจ็บป่วย” อันเนื่องมาจากโรคแทรกซ้อนที่ชื่อว่า “ไร้สัญชาติ” โดย พงษ์พันธุ์ ชุ่มใจ, ใน ปิ่นแก้ว และคณะฯ อ้างแล้ว

ที่โรงพยาบาลสวนดอก หมอรักษาโดยให้ยาหยอดตา ให้กินยาและเย็บที่หนังตา จน
นัยน์ตาหายถลอก เมื่อการรักษาพยาบาลเสร็จเรียบร้อยแล้ว นางไปได้รับอนุญาตให้กลับบ้าน
โดยแจ้งค่ารักษาพยาบาลจำนวน 13,000 บาท นางไปไม่มีเงิน ทางโรงพยาบาลจึงให้นางไปมา
นอนที่เตียงเสริม และย้ายออกจากโรงพยาบาล ไม่ได้จนกว่าจะจัดการค่ารักษาพยาบาลเสียก่อน

พี่บุญได้รับการร้องขอความช่วยเหลือจากนางลาย เธอก็ต้องการไปเยี่ยมลูก แต่ออก
จากพื้นที่ไม่ได้ กลัวตำรวจจับเพราะถือแค่บัตรแรงงานต่างด้าว/ข้ามชาติ พี่บุญแนะนำให้จ่ายค่า
รักษาโรงพยาบาลไปบางส่วนก่อนแล้วขอเจรจาว่าจะทยอยผ่อนให้กับทางโรงพยาบาล แต่แม่
ของนางไปบอกว่าหาเงินไม่ได้เลย

ที่โรงพยาบาล พี่บุญได้คุยกับงานสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล จึงทราบว่า นาง
แดง-ญาติลูกพี่ลูกน้องของนางไปบอกกับฝ่ายการเงินและงานสงเคราะห์เมื่อแรกรับว่ามีเงินอยู่
หมื่นกว่าบาท ภายหลังได้รับคำอธิบายว่า ที่พูดไปแบบนั้นก็เพราะระหว่างที่เดินทางมา
โรงพยาบาล คนขับรถสอนว่า “ให้บอกหมอว่ามีเงิน ถ้าบอกว่าไม่มีเงินจะไม่ได้รับการรักษา”

พี่บุญได้อธิบายและยืนยันกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ว่าผู้ป่วยและครอบครัว
ไม่มีเงินจริงๆ เจ้าหน้าที่ก็ยังไม่เชื่อ และขอให้ผู้ป่วยจ่ายเงินประมาณครึ่งหนึ่งของค่ารักษาพยาบาล
ทั้งหมด นางแดง นางไปและพี่บุญต่างยืนยันว่า “ไม่มี” เจ้าหน้าที่ที่ต่อรองว่าขอให้จ่าย 2,500
บาท พี่บุญจึงขอพบหัวหน้าห้องฝ่ายสงเคราะห์ของโรงพยาบาลสวนดอก

เมื่อพบหัวหน้าฝ่ายสงเคราะห์ พี่บุญได้อธิบายและยืนยันว่าทั้งครอบครัวและ
ญาตินางไปไม่มีเงินจริงๆ บ้านก็มีฐานะยากจน ทั้งยังเป็นคนไร้สัญชาติ หัวหน้าฝ่ายสง
เคราะห์จึง “ให้จ่ายเท่าที่มี เมื่อมีเงินแล้วค่อยมาจ่ายที่หลังก็ได้” พี่บุญใช้เงินส่วนตัวที่ติดตัว
มา 1,500 บาท จ่ายให้โรงพยาบาลไป โดยขั้นตอนการรักษาผู้ป่วยยังเหลือการตัดไหมที่เย็บ
เปลือกตา ซึ่งพยาบาลบอกว่าให้ไปตัดไหมที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

สำหรับค่ารักษาพยาบาลที่เหลือ นางไปต้องทำสัญญารับประกันภาพหนี้ค่าใช้จ่ายกับ
โรงพยาบาล และนำเงินมาจ่ายเมื่อมีความสามารถที่จะจ่ายได้ และหากนางไปยังไม่มี
ความสามารถที่จะจ่ายได้ โรงพยาบาลจะต้องแบกรับค่าใช้จ่ายนี้เอง

2.1.4 กรณีปัญหาสุขภาพเนื่องจากประสพอุบัติเหตุในระหว่างการทำงาน

(9) กรณีนายอาลิม ประมงกิจ³³

อาลิม ประมงกิจ ชายหนุ่มมอแกนจากเกาะช้าง อำเภอเมือง จังหวัดระนอง ด้วย
ธรรมชาติของยิปซีทะเล ประเทศไทยยังไม่ยอมรับอย่างยุติว่าการโยกย้ายถิ่นที่อยู่ตามฤดูกาลใน

³³ กรณีศึกษาฉบับเต็ม, ดู บันทึกชีวิตบนผืนน้ำ...ของมอแกนเกาะช้าง โดย ปราโมทย์ แสนสวัสดิ์ เขียน และ
ปิ่นแก้ว อุ่นแก้ว

ระหว่างรัฐไทย-พม่าและบนเส้นพรมแดนของสองรัฐนี้ เป็นวิถีชีวิตของมอแกนซึ่งเป็นคนดั้งเดิมอีกกลุ่มชาติพันธุ์หนึ่งของรัฐไทย อาลิมจึงถูกกฎหมายสันนิษฐานว่าเป็นลูกของคนเข้าเมืองโดยไม่ชอบด้วยกฎหมาย และมีสถานะเป็นคนเข้าเมืองผิดกฎหมาย ไร้รัฐเพราะไม่มีเอกสารแสดงตนอะไรเลย และแน่นอนเขาไร้สัญชาติ

อาลิมเป็นหนึ่งในมอแกนจากเกาะช้าง เกาะเหลา 19 คน ที่ได้รับการปล่อยตัวหลังจากที่ถูกทางการอินเดียจับกุมข้อหาลักลอบจับสัตว์น้ำโดยมิได้รับอนุญาตเมื่อเดือนตุลาคม 2550 ที่ผ่านมา

ด้วยทางเลือกที่จำกัดในการประกอบอาชีพของคนมอแกน งานส่วนใหญ่ของมอแกนจึงไม่ต่างไปจากคนทั่วไปที่ทางเลือกในชีวิตมีไม่มาก นั่นคือ รับจ้างทำงาน ก่อนหน้านั้น ในเดือนพฤษภาคม อาลิมกับเพื่อนมอแกนถูกนายจ้างพาไปดำปลิงในทะเลน้ำลึก ด้วยอุปกรณ์ที่นายจ้างจัดหาให้คือหน้ากากพลาสติกเก่าๆ กับสายลม แต่วันนั้นอาลิมถูกสั่งให้ดำน้ำลึกลงไป 30 เมตร ..อาลิมถูก “น้ำซ้อต” และถูกจับพร้อมเพื่อนอีก 19 คน ไปควบคุมตัวที่หมู่เกาะนิโคบาร์ ประเทศอินเดีย

ร่วม 6 เดือน อาลิมถูกควบคุมตัวในเรือนจำ ขาดการดูแลรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ระหว่างรอการพิจารณาคดีในศาลประเทศอินเดีย รอการเจรจาระหว่างองค์พัฒนาเอกชนที่ร้องขอให้รัฐบาลไทยรับตัวมอแกนกลุ่มนี้กลับมา ซึ่งทำที่ตอนแรกจากรัฐบาลไทยคือ “ปฏิเสธ” เนื่องจากเห็นว่ามอแกนกลุ่มนี้ไม่ใช่ “คนสัญชาติไทย”

การเรียกร้องจากองค์กรชาวบ้าน และเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนให้หน่วยงานปกครองยอมรับว่า มอแกนกลุ่มนี้เคยได้รับการสำรวจและบันทึกแบบพิมพ์ประวัติ ตามยุทธศาสตร์การจัดการสถานะและสิทธิของบุคคล ภายใต้มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 18 มกราคม 2548 (แบบ 89) ไว้แล้ว ซึ่งนั่นทำให้นายอาลิมไม่เป็นคนไร้รัฐ เพราะเขาได้รับการบันทึกตัวตนโดยรัฐไทย สื่อมวลชนติดตามประเด็นนี้อย่างต่อเนื่อง ในที่สุดจังหวัดระนองยอมลงลายมือชื่อในเอกสารดังกล่าว ยอมรับว่าทั้ง 19 คน อยู่ในพื้นที่จังหวัดระนองจริง ต่อมาทั้งหมดได้รับการรับตัวกลับมายังประเทศไทย

จนถึงปัจจุบัน อาลิมยังคงพักรักษาตัวอยู่โรงพยาบาลนพรัตน์ ในความดูแลของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ภายใต้นโยบาย อยู่ดี มีสุข สังคมไม่ทอดทิ้งกัน

เดือนกุมภาพันธ์ 2551 เมื่อพระราชบัญญัติสัญชาติ (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2551 มีผลบังคับใช้ นายอาลิมถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มของคนที่ได้รับผลดีจากมาตรา 23 นั้นหมายความว่าอาลิมจะมีสัญชาติไทย เพราะอาลิมเกิดจากพ่อแม่ที่เข้าเมืองโดยมิชอบด้วยกฎหมาย ทำให้เขาไม่ได้รับสัญชาติไทยโดยผลของประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 337 แต่นับจากวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2551 อาลิมมีสัญชาติไทยแล้ว สิ่งที่อาลิมต้องดำเนินการคือเตรียมพยานเอกสารและพยานบุคคลเพื่อไปยื่นคำขอลงรายการสัญชาติไทยในทะเบียนบ้าน³⁴

³⁴ มาตรา 23 พระราชบัญญัติสัญชาติ พ.ศ.2508 แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ.2551

บรรดาบุคคลที่เคยมีสัญชาติไทยเพราะเกิดในราชอาณาจักรไทยแต่ถูกถอนสัญชาติไทยตามประกาศของคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 337 ลงวันที่ 13 ธันวาคม พุทธศักราช 2515 ข้อ 1 และผู้ที่เกิดในราชอาณาจักรไทยแต่ไม่ได้

2.1.5 กรณีมีภาวะพิการแต่กำเนิด

(10) มีชา เบียงแล³⁵

เด็กหญิงจากจังหวัดเชียงราย ซึ่งถูกเรียกชื่อว่า “มีชา เบียงแล” เหยื่อของขบวนการค้ามนุษย์

ในปี 2537 ที่เธออายุ 7 ขวบ เธอถูกจับพร้อมชายที่อ้างตัวว่าเป็นพ่อในขณะที่เธอขอทานอยู่ที่สะพานลอยแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ หลังจากนั้นมิชาถูกส่งตัวให้กับบ้านราชวิถี ในปี 2537

เธอถูกส่งตัวมาที่ “บ้านนนทภูมิ” ซึ่งเป็นสถานสงเคราะห์ที่ดูแลเด็กและเยาวชนผู้พิการตั้งแต่แรกเกิดถึง 18 ปี ตลอดเวลาที่ผ่านมา เจ้าหน้าที่สถานสงเคราะห์ฯ พยายามสืบหาพ่อแม่ของมีชา แต่ไร้ผล มีชาเป็นเด็กไร้รากเหง้า ไร้สัญชาติและไร้รัฐ แต่ต่อมาด้วยการดำเนินการของสถานสงเคราะห์เด็กพิการและทุพพลภาพ ปากเกร็ด ได้ขอเพิ่มชื่อมีชาเข้าในทะเบียนบ้านของบุคคลที่อยู่ในราชอาณาจักรโดยไม่ชอบด้วยกฎหมายหรือในลักษณะชั่วคราว หรือท.ร.13 (1 มีนาคม 2544) ทำให้มีชามีบัตรประจำตัวและเลขประจำตัว 13 หลัก ขึ้นต้นด้วยเลข “6” มีชาไม่ไร้รัฐแล้วแต่ยังคงไร้สัญชาติ

เนื่องจากมีชามีอาการปากแหว่งเพดานโหว่ ซึ่งเป็นภาวะพิการแต่กำเนิด เธอถูกส่งตัวไปแผนกทันตกรรม ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เพื่อรักษาอาการปากแหว่งนับตั้งแต่ปี 2537-2542 โดยสโมสรโรตารีกรุงเทพฯ ได้เป็นหน่วยงานที่หยิบยื่นความช่วยเหลือเรื่องค่ารักษาพยาบาล

ต่อมา เมื่อสถานสงเคราะห์ฯ ยื่นเรื่องขอจัดทำบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้แก่เด็กในสถานสงเคราะห์ฯ เพียงมีชามีบัตรประจำตัวผู้พิการ สถานสงเคราะห์ฯ ก็รวมชื่อของมีชาในคำร้องนั้น ในปี 2545 มีชาก็ได้รับบัตรทอง โดยสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรคือโรงพยาบาลชลประทานรังสิต

สัญชาติไทยตามประกาศของคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 337 ลงวันที่ 13 ธันวาคม พุทธศักราช 2515 ข้อ 2 รวมถึงบุตรของบุคคลดังกล่าว ที่เกิดในราชอาณาจักรไทยก่อนวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับและไม่ได้สัญชาติไทยตามมาตรา 7 ทวิ วรรคหนึ่งแห่งพระราชบัญญัติสัญชาติ พ.ศ.2508 ซึ่งเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสัญชาติ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2535 ถ้าบุคคลผู้นั้นอาศัยอยู่จริงในราชอาณาจักรไทยติดต่อกันโดยมีหลักฐานทางทะเบียนราษฎร และเป็นผู้มีความประพฤติดี หรือทำคุณประโยชน์ให้แก่สังคมหรือประเทศไทยให้ได้สัญชาติไทยตั้งแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ เว้นแต่ผู้ซึ่งรัฐมนตรีมีคำสั่งอันมีผลให้เป็นผู้มีสัญชาติไทยแล้วก่อนวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

เมื่อพ้นกำหนดเก้าสิบวันนับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ ให้ผู้มีคุณสมบัติตามวรรคหนึ่งยื่นคำขอลงรายการสัญชาติในเอกสารการทะเบียนราษฎรต่อนายทะเบียนอำเภอหรือนายทะเบียนท้องถิ่นตามกฎหมายว่าด้วยการทะเบียนราษฎรแห่งท้องที่ที่ผู้นั้นมีภูมิลำเนาในปัจจุบัน

³⁵ กรณีศึกษาฉบับเต็ม, ดู “มีชา” ไม่ใช่ชื่อของฉัน โดย จุติมาศ สุกใส , ในปิ่นแก้ว อุ๋นแก้วและคณะ

นับแต่ได้รับบัตรทองมา มีซาเคยใช้เพียงครั้งเดียวที่หน่วยบริการของกรมการแพทย์ วันนั้นมีซามีอาการปวดท้อง มีเจ้าหน้าที่ที่บ้านนนทภูมิไปเป็นเพื่อนมีซา บัตรทองถูกยื่นพร้อมกับบัตรผู้พิการ อาจเป็นเพราะหน่วยบริการดังกล่าวไม่ได้ตรวจสอบสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับระบบคอมพิวเตอร์ใหม่-ที่ไม่รองรับบุคคลที่มีเลขประจำตัวประชาชนขึ้นต้นด้วยเลข 6 และ 7 จึงไม่ปรากฏว่ามีซาเสียสิทธิ

อย่างไรก็ดี มีซาและนักสังคมสงเคราะห์กังวลว่าหากนำบัตรไปใช้รักษาที่อื่น ๆ ที่มีการตรวจสอบเลขประจำตัวประชาชนกับระบบคอมพิวเตอร์ มีซาจะไม่สามารถใช้สิทธินี้ได้

2.2 ข้อสังเกตต่อการเผชิญหน้ากับอาการเจ็บป่วยของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ

คนไร้รัฐ ไร้สัญชาติก็เหมือนชีวิตอื่น ๆ ที่มีรัฐและสัญชาติ

นั่นคือ ทุกชีวิตต่างก็มีโอกาสที่จะเจ็บป่วย อาจโชคร้ายที่มีภาวะพิการตั้งแต่กำเนิด มีความเสี่ยงที่จะประสบอุบัติเหตุด้วยกันทั้งสิ้น การเผชิญหน้า หรือการจัดการรับมือกับอาการเจ็บป่วย/อุบัติเหตุที่ตนประสบของคนมี/ไม่มีรัฐ มี/ไม่มีสัญชาติ จึงไม่แตกต่างกัน นั่นคือ เมื่อเจ็บป่วยมีปัญหาสุขภาพก็ย่อมต้องการการเยียวยารักษา และหากสามารถทำได้ดีไปกว่านั้น-หมายถึง-หากเป็นไปได้ อาการเจ็บป่วยหรือโรคที่คุกคามร่างกายและจิตใจ ควรได้รับการป้องกัน เยียวยาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

ต่อกรณีศึกษาทั้ง 10 กรณี ชูทวีชัยหลักๆ มีข้อสังเกตดังต่อไปนี้

1) ในเบื้องต้น พบว่า จาก 10 กรณีศึกษา มีเพียงกรณีศึกษาเดียวที่หมอหรือสถานพยาบาลปฏิเสธการให้การรักษาพยาบาล

ภายในที่มิวัจยได้ตั้งข้อสังเกตต่อประเด็นนี้ไว้ด้วยเช่นกันว่า อาจเป็นเพราะสถานพยาบาลส่วนใหญ่ โดยเฉพาะสถานพยาบาลของรัฐซึ่งอยู่บริเวณชายแดนหรือจังหวัดที่อยู่ใกล้กับชายแดน มักมีทัศนคติที่ดีต่อการให้การรักษาพยาบาลแก่ “คนไม่มีบัตร” หรือ “คนไม่มีเลข 13 หลัก” มากกว่าสถานพยาบาลในเมืองใหญ่ๆ โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับกรณี “ป่าเจริยง”

นั่นหมายความว่า อาจกล่าวได้ว่า คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติสามารถ เข้าถึง สิทธิในบริการสาธารณสุขได้ แต่ต้องกล่าวต่อไปอีกด้วยว่า “การเข้าถึงสิทธิในบริการสาธารณสุข” (access to health care) นี้ มิใช่เพราะว่าการเข้าถึงสิทธิในบริการสาธารณสุขได้รับการยอมรับว่าเป็น “สิทธิ” ของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ หากอาจเป็นด้วยเพราะเหตุผลทางมนุษยธรรม หรือจรรยาบรรณของแพทย์พยาบาลที่เห็นคนเจ็บป่วยมาก็ต้องให้ความช่วยเหลือให้การรักษาพยาบาล ซึ่งไม่ใช่มาตรฐานกลางสำหรับคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติทุกคน

2) กรณีป่าเจริญที่ถูกปฏิเสธจากสถานพยาบาล แม้จะเป็นเพียงกรณีศึกษาเดียวจากสิบกรณีศึกษา แต่มันก็เป็นภาพสะท้อนที่แรง ต่อการปฏิเสธและละเมิดในสิทธิแห่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ที่จะได้รับการเยียวยาความเจ็บป่วย

3) การเข้าถึงสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ แม้จะไม่ถูกปฏิเสธโดยตรง โดยชัดแจ้ง แต่ก็มีข้อจำกัด คือ ความยากจน ไม่มีเงินสำหรับค่ายา ค่าหมอ ค่าเดินทาง และสถานะบุคคลที่เป็นคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีข้อจำกัดในการเข้าถึงสิทธิในการรับบริการสาธารณสุข

3.1) ชุดวิจัยหลักๆ พบว่า ทุกกรณีศึกษาเป็นคนยากจน ไม่สามารถหาเงินมาจ่ายค่ายา ค่าหมอ รวมถึงค่าเดินทาง หากไม่มีการช่วยเหลือจากภายนอกแล้ว การพาผู้ป่วยไปพบหมอหรือไปสถานพยาบาล เป็นสิ่งที่คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ และครอบครัวไม่มีความมั่นใจ ส่วนใหญ่จะไม่มีใครทำ ทุกครั้งที่ไปพบหมอ ไปสถานพยาบาล มักเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการทรุดหนักลง

3.2) พ้นไปจากเรื่องเงิน การไม่มีบัตรอะไรเลย หรือแม้จะมี บัตรสี แต่หากต้องออกไปหาหมอในเมือง ก็เป็นอีกเรื่องที่ผู้ป่วยและครอบครัวของเขาต้องชั่งใจ หากทนไม่ได้ก็ออกไปกับความทุกข์ทรมานของอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

ยกตัวอย่างกรณีนายหม่องละ เมื่อตัดสินใจไปหาหมอในเมือง นับแต่ออกจากบ้าน-ระหว่างทางไปสถานพยาบาล หรือแม้แต่เมื่อถึงสถานพยาบาลแล้ว นอกจากผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องตระหนกตกใจในอาการของผู้ป่วยแล้ว ยังต้องคอยลุ้นอยู่ตลอดเวลาด้วยความระทึกใจที่ไม่แพ้กันก็คือ “จะถูกจับหรือเปล่า?”

4) สถานะบุคคลเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ชีวิตหนึ่ง ๆ ไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข ด้วยเพราะการไม่มีตัวตนในทางกฎหมาย ดังกรณีของป่าเจริญ, ไม่สามารถเข้าถึงบริการที่ดี ดังกรณีนายหม่องละ, ไม่สามารถเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ ดังกรณีของโกโม, การไม่ได้รับการเยียวยาความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ดี ดังกรณีของหนูออย³⁶

5) “ความโชคดี” ไม่ใช่ความยั่งยืน และไม่ใช่มาตรฐานกลางสำหรับคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติทุกคน

กรณีของอาลิ้มที่ถูกน้ำซัดจนต้องเป็นอัมพาต ซึ่งจนถึงปัจจุบันยังคงรักษาตัวอยู่โรงพยาบาลนพรัตน์ ในความดูแลของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นผลมาจากกระแสแรงกดดันของสังคม และเป็นเพียงอีกฉากหนึ่งของการเมือง/นโยบายเฉพาะราย, รวมถึง

³⁶ ดูตาราง แสดงสถานะบุคคล ปัญหาสุขภาพที่คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ (กรณีศึกษา) ต้องเผชิญ และการรับมือจัดการปัญหาของกรณีศึกษา, ในปิ่นแก้ว อุ่นแก้ว และคณะ, อ้างแล้ว

กรณีของมีชา เบียงแล ซึ่งการดูแลโดยสถานสงเคราะห์ฯ ทำให้มีชามีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือบัตรทอง 30 บาท

หรือแม่แต่กรณีของนายสัตตู ที่ “หมอและพยาบาลใจดี” ไปตรวจวัดความดันถึงบ้าน โดยไม่คิดเงินแล้วยังแถมอาหารแห้ง ฯลฯ เป็นเพียงความโชคดีของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติไม่กี่คน ไม่มีความยั่งยืนและไม่ใช่มาตรฐานกลางสำหรับคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติคนอื่น ๆ

ต่อไป หากหน่วยงาน พม. ไม่มีนโยบายดูแล อาลิมที่เพิ่งอายุ 20 ปี เมียที่เพิ่งคลอดลูกอ่อนจะดูแลอาลิมที่เป็นอัมพาตได้อย่างไร?

หรือกรณีของมีชา เมื่อเธอเรียนจบ ไม่สามารถอยู่ในการดูแลของสถานสงเคราะห์ได้อีกต่อไป การไปสถานพยาบาลครั้งต่อ ๆ ไป ไม่มีหลักประกันใด ๆ เลยว่า หากเธอยื่นเพียงบัตรทองและบัตรคนพิการอีก เธอจะรอดพ้นจากการถูกตรวจพบว่าเธอไม่มีบัตรประชาชนคนไทย บัตรทองของเธอจะอยู่กับเธอไปอีกนานเท่าไร?

หรือกรณีของนายสัตตู หากสถานอนามัยตำบลหินช้างเปลี่ยนรุ่นหมอและพยาบาล สัตตูจะยังคงได้รับความใจดีจากหมอและพยาบาลหน้าใหม่อยู่หรือเปล่า?

6) การพัฒนาสถานะบุคคลของผู้ป่วยไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ และข้อจำกัด

มีข้อสังเกตว่า ต่อไปแม้คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติจะได้รับการแก้ไขปัญหาสถานะบุคคล หรือได้รับการพัฒนาสถานะบุคคลในลักษณะต่าง ๆ³⁷ แต่ข้อจำกัดเดิม ๆ ในการเข้าถึงการรับบริการสาธารณสุขก็ยังคงอยู่เหมือนเดิม “ยกเว้นเพียงบางกรณี”

(1)-(2) กรณีของหนุออยและนายหม่องละ แม่สองกรณีศึกษานี้จะเสียชีวิตไปแล้ว แต่ข้อสังเกตก็คือครอบครัวของหนุออยและนายหม่องละยังคงมีหนี้ก้อนโตผูกพันให้ต้องชำระหนี้อยู่ต่อไป

(3) กรณีของนายสัตตู ภายใต้สถานะของการเป็นคนไม่มีสถานะทางทะเบียน (ถือบัตรประจำตัวขึ้นต้นด้วยเลข 0) ย่อมไม่ทำให้เกิดช่องทางใด ๆ ให้นายสัตตู สามารถเข้าถึงการดูแลทางสุขภาพที่ส่งตรงถึงบ้านแบบที่ได้อยู่ในปัจจุบัน หาก “ไม่มีคุณหมอและคุณพยาบาลใจดี” นายสัตตูจะต้องจ่ายค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในแต่ละสถานการณ์

(4) กรณีของเด็กชายสาละวิน แม่ต่อไปคุณวันดีจะสามารถขอคำสั่งศาลให้น้องวินเป็นลูกบุญธรรมของเธอ และน้องวินจะได้สัญชาติไทยโดยผลของกฎหมายในฐานะลูกบุญธรรมของคนไทย ตามพระราชบัญญัติสัญชาติ พ.ศ. 2508 แก้ไขเพิ่มเติมครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 ซึ่งมีผลบังคับใช้

³⁷ เช่น พัฒนาสถานะบุคคลจาก การเป็นคนไร้รัฐ คือการเป็นคนบุคคลที่ไม่เคยได้รับการบันทึกในทะเบียนราษฎรของประเทศไทย ไปสู่การเป็น *คนไม่ไร้รัฐ* คือได้รับการบันทึกในทะเบียนราษฎรของประเทศไทย หรือพัฒนาสถานะบุคคลจากการเป็นคนไร้สัญชาติ ไปสู่การเป็นผู้มีสัญชาติไทย อาจจะโดยการแปลงสัญชาติ การมีสัญชาติไทยตามผู้รับเป็นบุตรบุญธรรม โดยการมีสัญชาติไทยโดยคำสั่งอนุมัติของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย ตามมาตรา 7 ทวิ วรรค 2 แห่งพระราชบัญญัติสัญชาติ แก้ไขฉบับที่ 4 พ.ศ. 2551 ฯลฯ

เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2551 ที่ผ่านมานั้นหมายความว่าภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลน้องวินอาจได้รับการแบ่งเบาเพราะน้องวินจะได้รับบัตรทอง 30 บาท

แต่สัญญาชาติไทยของน้องวินจะเริ่มต้นได้หลังจากศาลมีคำสั่งไปแล้ว 5 ปี นั้นหมายความว่า ในระหว่างนี้ไปจนกว่าจะครบระยะเวลา 5 ปี หลังศาลมีคำสั่ง คุณวินดียังคงต้องรับภาระนี้โดยลำพัง

(6) กรณีลุงดี แม้โดยข้อกฎหมาย ลุงดีจะสามารถพัฒนาสถานะบุคคลไปสู่การเป็นบุคคลผู้มีสัญชาติไทย แต่ลุงดีก็ต้องหาพยานบุคคล/พยานเอกสารมาพิสูจน์ความมีสัญชาติไทยของตนเอง อย่างไรก็ตาม ลุงดีคือบุคคลผู้โชคดี เพราะทางโรงพยาบาลแม่อาว ออกบัตรประจำตัวผู้สูงอายุให้ นั้นหมายความว่านับแต่ขึ้นไปลุงดีจะมีหลักประกันทางสุขภาพ

(7) กรณีนายอาลิม ต่อไปหากทางรัฐบาลยุติบทบาทในการยื่นมือเข้าช่วยเหลือดูแลอาลิมแล้วส่งอาลิมกลับบ้าน หากอาลิมไปแสดงตนกับอำเภอเพื่อการมีสัญชาติไทยตามมาตรา 23 แห่งพระราชบัญญัติสัญชาติฯ ฉบับใหม่ เขาจะได้รับบัตรทอง 30 บาท ภาระค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลสุขภาพอาลิมของครอบครัวอาลิมอาจได้รับการบรรเทาเบาบางลง

(8) กรณีนางไป๋ หากนางไป๋ไปขอขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าว/ข้ามชาติ หากโชคดี-เธอสามารถ ผ่าน การตรวจสุขภาพ และได้รับอนุญาตให้ทำงานชั่วคราว เธอจะมีหลักประกันสุขภาพ เพราะแรงงานต่างด้าว/ข้ามชาติจะถูกบังคับให้ซื้อหลักประกันสุขภาพอยู่แล้ว

อย่างไรก็ดี (9) กรณีของโกโม เป็นกรณีตัวอย่างของแรงงานที่มีหลักประกันสุขภาพ แต่ไม่สามารถใช้สิทธิได้ ปัญหาความไม่เข้าใจสิทธิของตนเองของแรงงานต่างด้าว/ข้ามชาติ ปัญหาการไม่เข้าใจ ไม่ยอมรับสิทธิในหลักประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าว/ข้ามชาติที่ขึ้นทะเบียน รวมถึงการขาดล้มในการสื่อสาร ล้วนเป็นข้อจำกัด

(10) กรณีมีชา เธอควรได้รับการสำรวจและบันทึกประวัติในฐานะ “บุคคลผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียน” ประกอบกับมีชากำลังเรียนหนังสือ หากเธอจบปริญญาตรี เธอประพฤติดี ตามมาตรา 7 ทวิวรรค 2 รวมถึงยุทธศาสตร์จัดการปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคล (มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 18 มกราคม 2548) รับรองว่า นับจากวันที่เธอมีชื่อในฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร 10 ปี เธอจะเป็นผู้มีสิทธิขอสัญชาติไทยต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย

อย่างไรก็ดี นับจากวันนี้ไปมีชายังคงอยู่ในความเสี่ยงที่จะถูกพบว่า เธอเป็นผู้ไม่มีสิทธิในบัตรทองที่เธอถืออยู่ และหากถูกตรวจพบ นับจากนั้นไปมีชอาจต้องรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพด้วยตัวของเธอเอง

ตารางที่ 1 แสดงสถานะบุคคล ปัญหาสุขภาพที่คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ (กรณีศึกษา)
ต้องเผชิญ และการรับมือจัดการปัญหาของกรณีศึกษา

	สถานะบุคคล	เอกสารแสดงตน	ปัญหาสุขภาพ	สถานพยาบาล (รับ / ไม่รับ)
กรณีปัญหาสุขภาพเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไป				
1)กรณีหนู ออย	-เป็น “คนต่าง ด้าว” -เนื่องจากเป็นลูก ของแม่ไทยที่ถูกเพิก ถอนชื่อออกจาก ทะเบียนราษฎร (กรณีแม่อาย)	-ไม่มีเอกสาร แสดงตน -เนื่องจากเกิดใน ระหว่างที่แม่ถูก ถอนชื่อออกจาก ทะเบียนราษฎร แล้วทางอำเภอไม่ รับออกเอกสารจด ทะเบียนการเกิด	-ปวดอักเสบ เรื้อรัง ตั้งแต่ กำเนิด	-ไม่กล้าไปรักษาที่โรงพยาบาล ใน ตอนแรกเนื่องจากไม่มีเงิน -สถานพยาบาลให้การรักษา แต่ เป็นการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากไม่มีเงินค่ารักษา -เป็นหนี้สถานพยาบาลมากกว่า 200,000 บาท -เสียชีวิตตอนอายุประมาณ 2 ขวบ
2)ก ร ณี นายหม่อง ละ	-เป็น “บุคคลที่เข้า เมืองผิดกฎหมาย แต่ ได้รับการผ่อนผันให้ มี สิ ท ธิ อ า ศั ย ชั่วคราว”	-บัตรเขียวขอ บ แดง	-อ่อนเพลีย มี ก อ น นู น ออกมาที่ใต้ตึงหู ข้างขวา และมี อาการปวด -ก้อนเนื้อโตขึ้น เรื่อยๆ	-ไม่กล้าไปรักษาที่โรงพยาบาลใน ตอนแรก เนื่องจากไม่มีเงิน -พบหมอ 2 ครั้งแรก ได้รับยาแก้ ปวดและแก้อักเสบ
			-ต่อมาจึงรู้ว่า เป็น มะเร็ง และ มีอาการแทรก ซ้อน (ปวดบวม , ความดัน)	-ไม่กล้าเดินทางไปรักษากับ สถานพยาบาลในเมือง เนื่องจาก ไม่มีเงินและกลัวถูกจับ
				-พบหมอครั้งที่ 3 -ห้ามกินเนื้อสัตว์ และผักบางชนิด ต้องฉีดยาวันละ 2 เข็ม, -อาเจียนมีเลือดปน (-ต้องขายบ้านเพื่อนำเงินมารักษา ตัว) -พบหมอครั้งที่ 4 พบว่าเป็น มะเร็ง ใช้วิธีฉายแสง, ปวดบวม แทรกซ้อน ความดันสูง อยู่

	สถานะบุคคล	เอกสารแสดงตน	ปัญหาสุขภาพ	สถานพยาบาล (รับ / ไม่รับ)
				โรงพยาบาล 3 เดือน แล้วกลับไปรักษาตัวที่บ้าน -เข้าๆ-ออกๆ สถานพยาบาล มีเลือดออกปากและจมูก มีก้อนขนาดเท่าลูกมะนาวโตขึ้นที่เหนือคิ้ว สันจมูกและริมฝีปาก : มะเร็งระยะที่ 3
3)ก ร ณี นายสัตต ขุนภักดี	-ถูก ถือว่า เป็น “บุคคลเข้าเมืองผิด กฎหมาย” -เรียกตัวเองว่า เป็น “คนไทยพลัดถิ่น”	-ได้รับการสำรวจ แบบ 89 หรือ ได้รับการสำรวจ บุ ค ค ล ผู้ ไม่ มี ส ต า น ะ ท า ง ทะเบียนราษฎร	-ป ว ย เ ป็ น อัมพาตครึ่งซีก	-ไม่กล้าไปรักษาที่โรงพยาบาลใน ตอนแรก เนื่องจากไม่มีเงิน
		ตามยุทธศาสตร์ จัดการปัญหา สถานะและสิทธิ ของบุคคล (ตาม ม ตี ค ร ม . 1 8 มกราคม 2548)		-โรงพยาบาลระนองให้การดูแล เสียค่ารักษาพยาบาลไป 2,000 บาท
		-อยู่ระหว่างรอรับ บัตรเลข 0		-หมอมมาเยี่ยมที่บ้าน2-3 เดือน/ ครั้ง เนื่องจากเห็นว่ายากจน
4)ก ร ณี ด.ช.สาละ วิน (ไม่มี นามสกุล)	-เป็น “บุคคลเข้า เมืองผิดกฎหมาย” โดยผลของมาตรา 7 ท วิ ว ร ร ค ท ำ ย พระราชบัญญัติ สัญชาติ แก้ไขฉบับ ที่ 3 พ.ศ.2535 เนื่องจากเป็นบุตร ของแรงงานต่างด้าว - เป็น เด็ก ไร รากเหง้า เนื่องจาก ถูกพ่อแม่ทอดทิ้งไว้ ที่โรงพยาบาลแม่	-ไม่มี เอกสาร พิสูจน์ทราบตัว บุคคลใดๆ -เด็กไร้รากเหง้า	-หลุดอาหาร และหลุดลม เชื่อมต่อกัน ตั้งแต่เกิด ทำให้ ไม่สามารถกิน นมได้ทางปาก, หัวใจรั่วขนาดไม่ เกิน 5 มิลลิเมตรและ ปอดอักเสบ	-โรงพยาบาลแม่สอด ส่งตัวไปยัง โรงพยาบาลมหาสารคาม เชียงใหม่ การ ผ่าตัดเพื่อแยกหลอดอาหารจาก หลอดลมสำเร็จ และพักฟื้น 8 เดือนที่โรงพยาบาล โดยฝ่ายสังคม สงเคราะห์ของโรงพยาบาลนำเงิน บริจาคมูลนิธิราชสมาธิของใน หลวงมาช่วย เป็นจำนวนเงิน 731,326 บาท -เข้ารับการรักษาตัวอีกสามครั้ง : เป็นไข้ (10,000 กว่าบาท), กิน อาหารคำใหญ่จนต้องผ่าตัด นอน โรงพยาบาล 5 วัน (7,000 บาท),

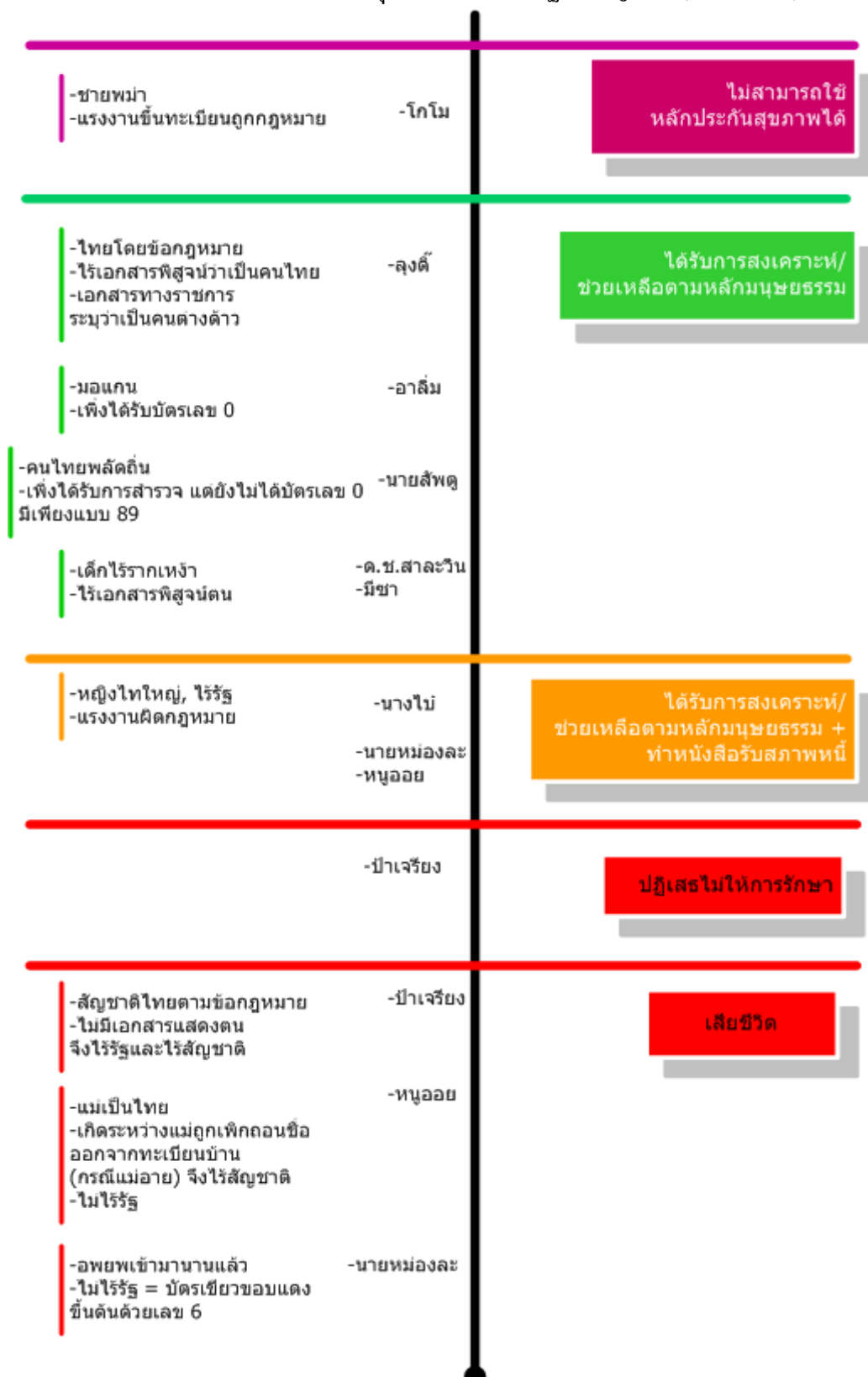
	สถานะบุคคล	เอกสารแสดงตน	ปัญหาสุขภาพ	สถานพยาบาล (รับ / ไม่รับ)
	สอด			หัตถ์ลงปอด นอนโรงพยาบาล เกือบอาทิตย์ (7,000 บาท) -ยังคงต้องรักษาตัวอย่างต่อเนื่อง จนถึงปัจจุบัน โดยมีผู้อุปการะ
5)กรณีป่า เจ รี้ ย ง เอ็ ย ม ละออ	- เป็นคนไทยโดย ข้อกฎหมาย (de jure)	-ไม่มีเอกสาร พิสูจน์ทราบตัว บุคคลใดๆ	-ป่ว ย เ ป็ น โรคมะเร็งปาก มดลูก	-ถูกสถานพยาบาลแห่งหนึ่งใน กรุงเทพมหานครปฏิเสธการให้ การรักษา
	แต่เนื่องจากขาด เอกสารยืนยันความ เป็น บุ ค ค ล ผู้ มี สัญชาติไทย			โดยชี้แจงว่า “รัฐบาลได้นำเอา กองทุนต่างๆ ที่อยู่ตาม โรงพยาบาลไปรวมเข้าเป็นกองทุน 30 บาท และจะให้บริการเฉพาะ สมาชิกของกองทุนเท่านั้น” -ป่าเจเรียงเสียชีวิตเมื่อวันที่ 14 กรกฎาคม 2549
6) กรณิ ลุงดี ชายดี	-เป็นผู้มีสัญชาติ ไทยโดยข้อกฎหมาย แต่ขาดเอกสาร ยืนยันความเป็นผู้มี สัญชาติ เนื่องจาก ขณะเกิด กฎหมาย ทะเบียนราษฎรที่ใช้ บังคับทั่วประเทศยังไม่ประกาศใช้ -ขาดความรู้ความ เข้าใจ จึงไม่ได้ ดำเนินการทำ เอกสารยืนยันว่าเกิด ในประเทศไทย และ เป็นผู้มีสัญชาติไทย	-บัตรประจำตัวผู้ พลัดถิ่นสัญชาติ พม่า (เนื่องจาก เข้ารับการสำรวจ บัตรดังกล่าว)	-โรคความดัน โลหิตสูง, มี อาการเส้นเลือด ฝอยที่สมองแตก	-โรงพยาบาลแม่ข่ายและ โรงพยาบาลไท รับตัวเข้า รักษาพยาบาล โดยไม่เรียกเก็บ เงิน ทั้งยังดำเนินการออก “หนังสือรับรองผู้สูงอายุ” ให้ แทนบัตรทองที่ลุงดี มีอยู่

	สถานะบุคคล	เอกสารแสดงตน	ปัญหาสุขภาพ	สถานพยาบาล (รับ / ไม่รับ)
กรณีปัญหาสุขภาพเนื่องจากประสบอุบัติเหตุ				
7) กรณี นายโกโม	- เข้า เมือง ผิด กฎหมาย แต่ได้รับการ ผ่อนผันให้มี สิทธิอาศัยชั่วคราว และทำงานได้ เนื่องจากขึ้น ทะเบียนขออนุญาต ทำงาน	- บัตรอนุญาต ทำงาน	- อุบัติเหตุ เนื่องจากถูกรถ ชน	- โรงพยาบาล(1) รักษาเบื้องต้น เอกซเรย์กระดูกพบกระดูกแขน ท่อนบนด้านซ้ายหัก กระดูก บริเวณโคนขาหนีบด้านขวาหัก และแตก และส่งตัวให้ไปผ่าตัดที่ โรงพยาบาล(2) เนื่องจากเป็น สถานพยาบาลตามบัตรประกัน สุขภาพ แต่โรงพยาบาล(2)ทำ เรื่องส่งตัวไป โรงพยาบาล(3)โดย อ้างว่าไม่มีเครื่องมือ และพันแผล ให้ใหม่ - กลับไปรักษาตัวที่โรงพยาบาล (1) เสียเงินเอง 3,000 บาท, ไม่ได้รับการผ่าตัดเนื่องจากแพทย์ เห็นว่าได้ผ่านเวลามาพอสมควรแล้ว การผ่าตัดไม่สามารถช่วยอะไรได้ มาก
กรณีปัญหาสุขภาพเนื่องจากการเจ็บป่วยจากการทำงาน				
8) กรณี นางไต้ ลุง อ่อง	- เป็น “บุคคลเข้า เมืองผิดกฎหมาย” หรือเป็น “แรงงาน ต่าง ด้ าว ผิด กฏหมาย” เนื่องจากไม่ได้ขึ้น ทะเบียนเป็น แรงงานตาม กฎหมาย	- ไม่มีเอกสาร พิสูจน์ทราบตัว บุคคลใดๆ	- เจ็บป่วยจาก การทำงานใน สวนส้ม	- ไม่กล้าไปรักษาที่โรงพยาบาลใน ตอนแรก เนื่องจากไม่มีเงิน - เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล (1) ได้รับการส่งตัวไปยัง โรงพยาบาล(2) - ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาล (2)

	สถานะบุคคล	เอกสารแสดงตน	ปัญหาสุขภาพ	สถานพยาบาล (รับ / ไม่รับ)
				-ต้องทำหนังสือรับสภาพหนี้ และ จ่ายเงินจำนวน 1,500 บาท ใน วันที่ออกจากโรงพยาบาล มิฉะนั้น โรงพยาบาลจะไม่ยอมให้กลับบ้าน
9)กรณีอา ลัม ประมงกิจ	-เป็น “บุคคลเข้า เมืองผิดกฎหมาย” โดยข้อสันนิษฐาน ของกฎหมาย -เป็นคนไทยดั้งเดิม (มอแกน)	-ได้รับการสำรวจ แบบ 89, อยู่ ระหว่างรอรับบัตร เลข 0	-อุบัติเหตุจาก การทำงาน (น้ำ หนีบ ระหว่าง การดำปลิงใน ทะเลลึก)	-หลังจากถูกส่งตัวกลับจากเกาะนี้ โคบาร์ โรงพยาบาลนพรัตน์ รับ รักษาตัวภายใต้การดูแลของ กระทรวงพัฒนาสังคมและความ มั่นคงของมนุษย์ -พิการ
กรณีพิการแต่กำเนิด				
10)กรณีมี ชา เบียง แล	-เป็น “บุคคลเข้า เมืองผิดกฎหมาย” โดยข้อสันนิษฐาน ของกฎหมาย -เป็นเด็กไร้ รากเหง้า	-ได้รับการเพิ่มชื่อ ในทะเบียนบ้าน ของสถาน สงเคราะห์ ประเภท ท.ร.13 และได้รับการ จัดทำบัตร ประจำตัว มีเลข 13 หลัก	-พิการแต่ กำเนิด คือมี อาการปากแหว่ง เพดานโหว่	-ได้รับการดูแลโดยสงเคราะห์เด็ก พิการและทุพพลภาพ ปากเกร็ด -และได้รับการสนับสนุนทาง การเงินจากสโมสรโรตารีกรุงเทพฯ

ที่มา: เรียบเรียงจากกรณีศึกษา ในปิ่นแก้ว อุ่นแก้ว และคณะ, ชุดวิจัยย่อยโครงการสำรวจสภาพ
ปัญหาการเข้าถึงและการใช้บริการสิทธิในสุขภาพของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ: กรณีศึกษา, กันยายน 2551.

ภาพที่ 4 แสดงภาพความสัมพันธ์ระหว่างสถานะบุคคลกับการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและหลักประกันสุขภาพของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ (กรณีศึกษา)



ที่มา: โครงการเฝ้าระวังสถานะไร้รัฐ, กันยายน 2551

6) ประเด็น “สถานะบุคคลตามกฎหมาย” คือ หัวใจของข้อจำกัดของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติในการได้รับบริการสาธารณสุข

เมื่อความเจ็บป่วยมาเยือนคนยากจน ความไร้รัฐไร้สัญชาติจึงเป็นเหมือนโรคแทรกซ้อนอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้น

เพราะหากเปรียบเทียบคนไร้รัฐกับคนไทยในประเด็นความยากจนไม่มีเงินจ่ายค่ายา ค่าหมอ ค่าเดินทาง คนมีสัญชาติไทยก็ยังมีโอกาสดีกว่าคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ เพราะคนไทยมีบัตรทอง 30 บาท ด้วยอาการเจ็บป่วยคล้ายคลึงกัน ด้วยโรคเดียวกัน ขณะที่สิ่งที่คนไทยหลายคนทำก็คือ แค่นั่งไปหมอบไปสถานพยาบาล แสดงบัตรทอง 30 บาทพร้อมกับบัตรประชาชนไทย แต่สิ่งที่คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติส่วนใหญ่ทำก็คือ ยึดเวลาที่พาตัวเอง (หรือพาผู้ป่วย) ไปหาหมอไปสถานพยาบาล หรือ “เซนเซอร์ตัวเอง” ไปเสียก่อน

ยกตัวอย่างกรณีของหนุออย แม้ว่าเธอจะเสียชีวิตด้วยโรคปอดเรื้อรังประกอบกับร่างกายอ่อนแอตั้งแต่แรกเกิด แต่คงต้องกล่าวด้วยว่าปัจจัยเร่งที่ทำให้การเสียชีวิตมาถึงเร็วขึ้นอย่างคาดไม่ถึงนั้น เป็นเพราะหนุออยไม่สามารถเข้าถึงหมอเพื่อรับการดูแลรักษาอย่างเป็นระบบและอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เนิ่น ๆ จริงที่ว่า หนุออยไม่ได้ถูกปฏิเสธการให้การรักษา แต่ด้วยสถานะบุคคลตามกฎหมายของหนุออยและผู้เป็นแม่ที่ถูกเปลี่ยนจาก “คนไทย” เป็น “คนต่างด้าว” ทำให้บัตรทองของแม่ถูกยึด และหนุออยพลอยไม่ได้รับบัตรทองไปด้วย ทำให้การไปโรงพยาบาลแต่ละครั้งถูกยึดยื้อออกไปเพราะแม่ของเธอไม่มีเงิน ครั้งสุดท้ายที่หนุออยถูกส่งตัวไปโรงพยาบาล ก่อนที่หนุออยจะได้รับบัตรทองนั้น-เธอ “ชักจนตัวเขียว”

2.3 ข้อสรุปที่พัฒนาไปสู่โจทย์หรือคำถามใหม่สำหรับสังคมไทย

2.3.1 ข้อสรุปเบื้องต้น

แม้ตัวอย่างของกรณีศึกษาจะมีเพียงจำนวน 10 กรณี แต่กล่าวได้ว่ากรณีศึกษาดังกล่าวสามารถสะท้อน กลุ่มคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติที่ปรากฏตัวในประเทศไทยได้อย่างเกือบครบถ้วน กล่าวคือ³⁸ กลุ่มที่ 1 คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติที่มีสัญชาติไทย แต่ขาดซึ่งเอกสารพิสูจน์ทราบตัวบุคคลที่รับรองว่าเขาเป็นคนไทย อาทิ ไม่มีบัตรประจำตัวประชาชนคนไทย ไม่มีการบันทึกชื่อและรายการบุคคลกลุ่มนี้ในทะเบียนราษฎร ทำให้คนไทยกลุ่มนี้ ไม่ถูกนับว่าเป็นไทย กลายเป็นคนไร้สัญชาติ และ

³⁸ ในทางข้อเท็จจริง ยังมีคนอีกกลุ่มหนึ่งที่จัดได้ว่าเป็นคนอพยพที่เข้ามาอยู่ในประเทศไทยเป็นเวลานานแล้ว แต่ไม่อาจกล่าวได้ว่ามีความผสมกลมกลืนกับสังคมไทย เนื่องจากการบริหารจัดการที่แตกต่างไปจากกลุ่มอื่นโดยรัฐไทย นั่นคือ กลุ่มผู้หนีภัยจากการสู้รบที่ปัจจุบัน (ในทางการ) ซึ่งรัฐบาลไทยกำหนดให้อาศัยอยู่ในพื้นที่พักพิงชั่วคราว (temporary shelter) จำนวน 9 แห่ง ริมตะเข็บชายแดนไทย-พม่า ได้แก่ ได้แก่ พื้นที่พักพิงฯ บ้านใหม่ในสอย, บ้านแม่สุรินทร์, บ้านแม่ละอูน, บ้านแม่ลามาลอง จังหวัดแม่ฮ่องสอน, บ้านแม่หละ, บ้านอุ่มเปี่ยม, บ้านนุโพ จังหวัดตาก, บ้านต้นยาง จังหวัดกาญจนบุรี และบ้านถ้ำหิน จังหวัดราชบุรี

เป็นคนไร้เอกสารพิสูจน์ทราบตัวบุคคล (Undocumented Person) หรือคนไร้รัฐ เช่นกรณีของป่าเจ็ริง, หนุออย, ลุงดี, อาลิม ฯลฯ, กลุ่มที่ 2 คนที่อพยพเข้ามาอยู่ในประเทศไทยเป็นเวลานานแล้ว จนมีความผสมกลมกลืนกับสังคม วัฒนธรรมของประเทศไทย หลายคนได้รับการสำรวจและบันทึกชื่อและรายการบุคคลในทะเบียนราษฎรไทย ได้รับบัตรประจำตัว อย่างไรก็ตาม พบว่ามีคนกลุ่มนี้ที่ยังคงตกหล่นการสำรวจ และกลุ่มที่ 3 คือกลุ่มคนที่อพยพเข้ามาใหม่ (new comer) ซึ่งอาจเข้ามาด้วยเหตุผลทางเศรษฐกิจ คือต้องการมาหางานทำ หรือด้วยเหตุผลของการหนีภัยความตาย

สำหรับคนกลุ่มที่ 1 อาจกล่าวได้ว่า เป็นกลุ่มคนที่มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพแต่ไม่สามารถเข้าถึงได้ เนื่องจากสถานะบุคคลที่เป็นผู้มีสัญชาติไทยนี้ ยังขาดการรับรองโดยรัฐไทย ส่วนคนกลุ่มที่ 2 และ 3 เป็นกลุ่มที่ถูกสันนิษฐานโดยอ้างการตีความกฎหมายว่าเป็นกลุ่มที่ไม่มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพ อาจเป็นคนไร้ทั้งรัฐและสัญชาติ เช่น กรณีของด.ช.สาละวิน, นางใบ้ หรือเป็นคนไร้สัญชาติ แต่ไม่ไร้รัฐ เช่น กรณีนายสัตต, หม่องละ, มีชา ฯลฯ อย่างไรก็ตาม ข้อสันนิษฐานดังกล่าวมีประเด็นคำถาม โดยเป็นคำถามหลักของงานวิจัยชุดหลักนี้ด้วยเช่นกัน

อย่างไรก็ดี มีข้อควรสังเกตเพิ่มเติมด้วยว่า มีคนกลุ่มที่ 1 จำนวนไม่น้อย (ไม่ทราบจำนวน) ไปรับการสำรวจและการบันทึกชื่อและรายการบุคคลในทะเบียนราษฎรเป็นคนต่างด้าว (หรือเป็นคนกลุ่มที่ 2) รวมถึงมีคนกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 -ไม่ทราบจำนวน-ไปขึ้นทะเบียนเป็นแรงงานข้ามชาติ/ต่างด้าวเพื่อขอรับใบอนุญาตทำงาน ซึ่งหมายถึงว่ามีการปะปนกันระหว่างคนกลุ่มที่ 1 ,2 และ 3

2.3.2 จำนวนของคนไร้รัฐ คนไร้สัญชาติในประเทศไทย?

มีคำถามหนึ่งที่เคยเป็นคำถามในกลุ่มของคน/องค์กรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับประเด็นสถานะบุคคล, แรงงานข้ามชาติหรือผู้ลี้ภัยฯ แต่ดูเหมือนเวลานี้ได้เป็นคำถามของคน/องค์กรด้านสาธารณสุขด้วยนั่นคือ แล้วคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาตินี้ มีจำนวนเท่าไร ซึ่งเชื่อมต่อกับคำถามต่อไปที่ว่าขนาดของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติที่ประสบปัญหาการเข้าถึงบริการสาธารณสุข หรือหลักประกันสุขภาพ

2.3.2.1 ประเมินการคนตกหล่นจากหลักประกันสุขภาพ

ในปี 2549 มีการประเมินถึงจำนวนคนตกหล่นจากหลักประกันสุขภาพ³⁹ โดยระบุว่าหลักประกันสุขภาพในปัจจุบันไม่ครอบคลุมถึงคนไทยที่ไม่มีเอกสารพิสูจน์ตน (หรือคนที่ไม่มีหลักฐานแสดงสิทธิการเป็นคนไทย) เช่น ชาวเขา จำนวน 377,677 คน และคนไร้บ้าน ชาวเล คนไทยพลัดถิ่นและแรงงานต่างด้าว/ข้ามชาติ อีกประมาณ 800,00 คน

³⁹ เอกสารประกอบการประชุมเชิงนโยบาย “หลักประกันสุขภาพไทย: ทิศทางในวันนี้..สู่วันหน้า”, คณะทำงานพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2 กุมภาพันธ์ 2549, หน้า 35.

2.3.2.2 ประมาณการจำนวนคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ

ก่อน 18 มกราคม 2548

ดังที่ได้กล่าวไปแล้วในบทที่ 1 ว่า ก่อนที่คณะรัฐมนตรีจะพิจารณาให้ความเห็นชอบยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคลเป็นมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 18 มกราคม 2548 สภาความมั่นคงแห่งชาติ (สมช.) ได้ศึกษาและประเมินถึงตัวเลขของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติหรือบุคคลที่มีปัญหาด้านสถานะบุคคลที่ปรากฏตัวในประเทศไทยว่า มีจำนวนประมาณ 2,072,526 คน (ดูภาพที่ 1 ในบทที่ 1 ประกอบ) ซึ่งต้องกล่าวว่า จำนวนของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ หรือผู้มีปัญหาสถานะบุคคลมีจำนวนสูงกว่านี้แน่นอน เพราะตัวเลขนี้ยังไม่รวมถึงคนต่างด้าวที่ตกสำรวจหรือไม่มีชื่อและรายการในทะเบียนราษฎร และคนไร้รากเหง้า ดังปรากฏในตารางที่ 2 นอกจากนี้ คนตกหล่นการประเมินหรือการสำรวจเป็นเรื่องปกติธรรมดาที่เกิดขึ้นได้

ตารางที่ 2

แสดงการประมาณการกลุ่มคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ (ก่อนมติครม. 18 มกราคม 2548)

1.	คนไทยที่ไม่ถูกนับว่าเป็นไทยหรือคนดั้งเดิมที่ตกหล่นทางทะเบียน	17,606	
2.	คนที่อพยพเข้ามาในประเทศไทยเป็นเวลานานแล้วและได้รับการบันทึกชื่อและรายการบุคคลในทะเบียนราษฎร	480,000	
3.	กลุ่มผู้หนีภัยจากการสู้รบ	110,000	
4.	แรงงานขึ้นทะเบียนขอใบอนุญาตทำงาน	แรงงานข้ามชาติ/ ต่างด้าว 3 สัญชาติ	ชนกลุ่มน้อย
		2548 (2549) (2550) (2551)	1,284,920 (668,576) (535,732) (501,570)
			45,029 50,341 56,990
5.	อื่น ๆ (คนต่างด้าวที่ไม่มีชื่ออยู่ในทะเบียน, คนไร้รากเหง้า)	ไม่ทราบจำนวน	
	รวม	2,072,526+ *	

ที่มา: ปรับปรุงจากสำนักงานสภาความมั่นคง 2548 และจุติมาศ สุกใส 2551

หมายเหตุ: * ยอดรวม ไม่รวม (ตัวเลขในวงเล็บ)

มีข้อสังเกตด้วยว่า การปะปนกันระหว่างชนกลุ่มน้อยและคนต่างด้าวที่อพยพเข้ามาอยู่ในประเทศไทยเป็นเวลานานแล้วถูกเน้นให้ปรากฏชัดขึ้นอีกครั้ง ซึ่งหากเราพิจารณาเพียงใบอนุญาตทำงานที่คนกลุ่มนี้ถือ ก็อาจทำให้ชนกลุ่มน้อย ซึ่งอาจหมายถึงคนไทยดั้งเดิมที่ถือบัตรสี และคนต่างด้าวที่อพยพเข้ามา(ถือบัตรสี) จะถูกพิจารณาว่าเป็นแรงงานข้ามชาติ/ต่างด้าวที่มีบัตรประกันสุขภาพอยู่แล้ว แต่ก็ต้องไม่ลืมด้วยว่าฐานของการได้มาซึ่งบัตร/หลักประกันสุขภาพของแรงงานฯ นี้ แตกต่างไปจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าชุดหลัก

หลัง 18 มกราคม 2548

ภายหลังการประกาศ ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคล (มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 18 มกราคม 2548) ได้มีการจำแนกกลุ่มคนไร้รัฐและไร้สัญชาติ หรือไร้สัญชาติแต่ไม่ไร้รัฐ หรือกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะบุคคลใหม่และประมาณการกลุ่มคนได้เพียงบางกลุ่มเท่านั้น กล่าวคือ (ดูตารางที่ 3 , และภาพที่ 5-8 ในบทที่ 1 ประกอบ)

มีข้อสังเกต คือ ยอดรวมที่ประมาณการไม่ได้ ข้างต้นนี้ ต้องไม่ลืมว่า ยังไม่ได้รวมคนไทยที่ตกหล่นทางทะเบียน (ประมาณ 17,606 คน)

รวมถึงชนกลุ่มน้อยที่ถือบัตรแรงงานข้ามชาติ/ต่างด้าว (ประมาณ 45,029 คนในปี 2549 , 50,341 คนในปี 2550 และ 56,990 คน ในปี 2551) ยังคงถูกกลืนหายไปกับการมีบัตรประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ/ต่างด้าว

ตารางที่ 3

แสดงการประมาณการกลุ่มคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ (หลังมติครม. 18 มกราคม 2548)

	กลุ่มคนที่ถูกจำแนก	ประมาณจำนวน (คน)	การกำหนดสถานะ/ การพัฒนาสถานะ
1.	คนที่อพยพเข้ามาในประเทศไทยเป็นเวลานานแล้ว และได้รับการบันทึกชื่อและรายการบุคคลในทะเบียนราษฎร	480,000	1.ให้สถานะคนต่างด้าวเข้าเมืองถูกกฎหมาย หากอยู่มานาน 10 ปี 2.หากผู้อพยพมีเชื้อสายไทย สามารถแปลงสัญชาติไทยเป็นไทยได้ 3.ลูกที่เกิดในไทยให้ได้รับสัญชาติไทย
2.	เด็ก และ บุคคล ในสถาบันการศึกษา	60,000 (ตัวเลขการสำรวจในปี 2549)	-ให้สัญชาติไทย แก่คนที่เกิด, อาศัยในประเทศไทย แล้วจบการศึกษา ระดับอุดมศึกษา
3.	กลุ่มคนทำคุณประโยชน์ให้แก่ประเทศ	พิจารณาเป็นรายกรณี	-ให้สัญชาติไทย

	กลุ่มคนที่ถูกจำแนก	ประมาณจำนวน (คน)		การกำหนดสถานะ/ การพัฒนาสถานะ
4.	กลุ่มคนไร้รากเหง้า	ไม่ทราบจำนวน		-ให้สัญชาติไทย กรณี 1.เป็นบุตรบุญธรรม โดยคำสั่งศาล 2.มีชื่อในทะเบียนราษฎรอย่างน้อย 10 ปี
5.	แรงงานขึ้นทะเบียนขอ ใบอนุญาตทำงาน ที่ประเทศต้น ทางไม่ยอมรับกลับ	2548	1,284,920	-การเจรจาส่งกลับอย่างเข้มข้น -ให้สิทธิอยู่ชั่วคราว และเข้าสู่ กระบวนการพิจารณากำหนดสถานะ
		2549	668,576	
		2550	535,732	
		2551	501,570	
6.	คนกลุ่มอื่นๆ: ที่ไม่เข้า หลักเกณฑ์ตาม 1-5 และไม่ สามารถเดินทางกลับประเทศต้น ทางได้	ไม่ทราบจำนวน		1.ให้สิทธิอาศัยชั่วคราว/ต้องไม่เป็น ภัยความมั่นคง 2.กำหนดมาตรการแก้ไขระยะยาว
รวม		?		

ที่มา: ปรับปรุงจากสำนักงานสภาความมั่นคง 2548 และจุติมาศ สุกใส 2551

2.3.3 คำถามต่อไป

ที่มิวิจัยเห็นด้วยกับโจทย์วิจัยของโครงการวิจัยชุดนี้ โดยเฉพาะจากคำถามมากมายที่เกิดขึ้นในระหว่างการดำเนินงานวิจัยย่อยๆ ชุดนี้ รวมถึงจากข้อค้นของงานวิจัยย่อยๆ ที่ว่า การที่สังคมไทยปล่อยให้มนุษย์ชีวิตอื่น ๆ ตกอยู่ในความเจ็บป่วย ทุกข์ทรมานทางกายและสิ้นหวัง หรือจนและเจ็บต่อไป โดยปฏิเสธการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของพวกเขา โดยที่สังคมไทยยังคงพยายามยืนยันต่อไปว่า หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ควรครอบคลุมไปถึงคนกลุ่มนี้ ด้วยเหตุเพียงเพราะว่าพวกเขา เป็นคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ ไม่ใช่ “บุคคลผู้มีสัญชาติไทย”

ที่มิวิจัยฯ มีคำถามต่อการให้เหตุผลดังกล่าว หากเพราะเหตุผลของเรื่องเป็นเพราะความไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ ไม่ได้เป็นผู้มีสัญชาติไทย คำถามต่อไปก็คือ เหตุผลเรื่องนี้เกิดขึ้นบนแนวคิดอย่างไร อยู่บนฐานของกฎหมายฉบับใดและกฎหมายลักษณะนี้ถูกต้องชอบธรรมหรือไม่ และที่สำคัญก็คือสังคมไทยต้องการให้สภาพปัญหาเหล่านี้ดำรงอยู่ต่อไปจริงหรือ?

รัฐไทย รวมถึงหน่วยงานรัฐไทยควรยอมรับข้อความจริง การมีอยู่จริงของตัวตนของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ หรือกลุ่มคนที่มีปัญหาสถานะบุคคลเหล่านี้ ว่าเป็นอีกความจริงอีกเรื่องหนึ่งของสังคมไทย ที่ไม่ว่ากฎหมายหรือนโยบายใด ๆ ที่จะถูกกำหนดขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นธรรมแล้ว ล้วนต่างต้องเริ่มจากการยอมรับความจริง

ขณะที่สังคมไทยตระหนักกันดีระดับหนึ่งว่า ระบบบริการสุขภาพซึ่งเป็นระบบบริการที่จำเป็นนั้น โดยหลักการแล้วควรต้องครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม กล่าวคือต้องให้บริการทั้งชุมชนโดยไม่แบ่งแยกหรือละเว้นกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง จึงจะมีผลในเชิงประสิทธิภาพของงานบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะงานบริการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ขณะเดียวกัน-ในอีกด้านหนึ่ง-หากสังคมไทยรับฟังและพยายามเปิดรับการมองจากมุมมองของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ จะเห็นได้ว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ ย่อมไม่ได้หมายถึง การร่วมจ่ายศูนย์ (0) บาท ณ จุดรับบริการ (Co-Payment)

ดังนั้น หากเริ่มต้นจากการปรับเปลี่ยนทัศนคติ ฐานคิด เป็นว่า **มนุษย์ทุกคน**ควรสามารถเข้าถึง หรือได้รับหลักประกันในสุขภาพถ้วนหน้า ด้วยเพราะหลักประกันสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน เป็นเรื่องของความเป็นธรรมด้านสุขภาพ เป็นการเคารพในเกียรติและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการสร้างความอุ่นใจให้กับมนุษย์ทุกคนว่าจะไม่เดือดร้อนในยามจำเป็นที่ต้องใช้บริการสาธารณสุข ..แล้วตั้งคำถามใหม่ว่า แล้วหลักประกันสุขภาพสำหรับคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ นั้นควรมีรูปแบบ มีการดำเนินการในลักษณะใดนั้น-อาจเป็นคำถามที่ตอบได้ง่ายกว่า

บทที่ 3

หลักประกันสุขภาพ “ทางเลือก”

ข้อเท็จจริง 2 ชุดที่สำคัญซึ่งเป็นข้อเท็จจริงพื้นฐานของชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายหลักประกันสุขภาพของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติในประเทศไทย ได้แก่ ข้อค้นพบของชุดวิจัยย่อยโครงการสำรวจสภาพปัญหาการเข้าถึงและการใช้บริการสิทธิในสุขภาพของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ: กรณีศึกษา⁴⁰ ซึ่งเป็นการบอกเล่าภาพด้านหนึ่งซึ่งเป็นด้านของผู้ป่วยไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ คือ ภาพในระหว่างทางของผู้ป่วยไร้รัฐ/ไร้สัญชาติที่กำลังจะไปหาหมอไปสถานพยาบาล ว่าผู้ป่วยอย่างพวกเขาครอบครัวของพวกเขา คิด รู้สึก และตัดสินใจ/รับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงปัญหาที่สืบเนื่องจากการเจ็บป่วยของพวกเขาอย่างไร และข้อค้นพบของชุดวิจัยย่อยโครงการสำรวจสถานการณ์การดำเนินการของโรงพยาบาล เพื่อการเข้าถึงสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพ “ทางเลือก” สำหรับคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ ซึ่งเป็นภาพอีกด้านหนึ่งคือด้านสถานพยาบาลและหมอหรือฝ่ายสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้ให้บริการแก่ประชากรกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ รongรับ หรือเป็นการสะท้อนภาพที่ว่าเมื่อผู้ป่วยไร้รัฐ/ไร้สัญชาติมาถึงสถานพยาบาล ถึงมือหมอแล้ว มีการรับมือหรือให้บริการทางสาธารณสุขกับผู้ป่วยไร้รัฐ/ไร้สัญชาติหรือไม่ อย่างไร รวมถึงการตอบโจทยวิจัยอีกข้อที่ตั้งคำถามถึง “หลักประกันสุขภาพทางเลือก” สำหรับคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ ที่เกิดขึ้นแล้วในปัจจุบันในสังคมไทย ว่ามีหลักการและรูปแบบการดำเนินการอย่างไร

ชุดวิจัยย่อยโครงการสำรวจสถานการณ์การดำเนินการของโรงพยาบาลฯ ได้ทำการสำรวจศึกษาผ่านประสบการณ์การดำเนินงานของสถานพยาบาลจำนวน 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลในจังหวัดระนอง โรงพยาบาลในอำเภอสังขละบุรี โรงพยาบาลในอำเภอแม่สอด และโรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรสาคร

3.1 สถานการณ์การดำเนินการของสถานพยาบาลเพื่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ป่วยไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ

3.1.1 เมื่อคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ มาถึงสถานพยาบาล

ชุดวิจัยย่อยโครงการสำรวจสถานการณ์การดำเนินการของโรงพยาบาลฯ พบว่า เมื่อผู้ป่วยไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ มาถึงสถานพยาบาล ในกรณีทั่วไป แน่นนอนว่า-คำถามแรกๆที่ผู้ป่วยจะต้องตอบ ย่อม

⁴⁰ ปิ่นแก้ว อุ่นแก้ว และคณะ ในชุดวิจัยย่อยโครงการสำรวจสภาพปัญหาการเข้าถึงและการใช้บริการสิทธิในสุขภาพของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ: กรณีศึกษา

ไม่ใช่ว่า “มีเงินจ่ายหรือเปล่า” แต่คือการชั่งปรัดเพื่อจัดทำทะเบียนผู้ป่วย บันทึกอาการเบื้องต้น การตรวจวัดความดัน และการให้นั่งรอเพื่อส่งไปห้องตรวจเพื่อพบแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับอาการ

อย่างไรก็ดี ชูติวิชัยย่อยๆ พบด้วยเช่นกันว่า มีบางกรณีที่สถานพยาบาลจะแนะนำให้ผู้ป่วย ไปขอรับการรักษากจากคลินิกการกุศลเอกชนก่อนและให้คลินิกดังกล่าวส่งต่อมายังโรงพยาบาล ซึ่งหมายความว่าคลินิกจะรับภาระค่ารักษาส่วนหนึ่งหรือทั้งหมด ซึ่งแล้วแต่ข้อตกลงระหว่างคลินิกกับ โรงพยาบาล หรือกรณีของจังหวัดระนอง โรงพยาบาลบางแห่งอาจแนะนำให้ผู้ป่วยไปขอรับการรักษากจาก มูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี(พอสว.) แทน⁴¹ หรือหากสถานพยาบาล นั้นไม่สามารถให้การรักษาคได้ ก็จะส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่มีความพร้อมกว่าทางการแพทย์และ อุปกรณ์

ในกรณีที่ทางสถานพยาบาลรับให้การรักษาค หากผู้ป่วยไม่ต้องเข้ารับการรักษาในฐานะ ผู้ป่วยใน ขั้นตอนต่อไปคือการจ่ายเงินและรับยา ซึ่งขั้นตอนนี้เป็นช่วงเวลาสำคัญสำหรับผู้ป่วยไร้รัฐ/ ไร้สัญชาติที่ไร้ทรัพย์สิน เช่นเดียวกับกรณีผู้ป่วยสัญชาติไทยที่ต้องรับการรักษาในฐานะผู้ป่วยใน ใบแจ้ง ยอดค่ารักษาพยาบาลมักจะมาถึงวันก่อนวันสุดท้ายหรือวันสุดท้ายที่จะออกจากโรงพยาบาล หรือหาก ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ใบแจ้งยอดค่ารักษาพยาบาลอาจมาถึงมือทุก 3-4 วัน อาจมาถึงในช่วงเช้าหรือช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งของวันนั้น

ชูติวิชัยย่อยๆ พบว่า สำหรับ “ต้นทุน” ของสุขภาพที่กระเตื้องขึ้นนี้ ผู้ป่วยไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ เองก็เห็นว่ามันเป็น “ค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่าย” หากด้วยข้อจำกัดทางเศรษฐกิจของพวกเขา “การเจรจา ต่อรอง”-แม้จะเป็นกระบวนการที่ไม่พึงประสงค์-แต่ก็จำเป็นต้องเกิดขึ้น ในขั้นตอนนี้ หลังจากการ ชักถามโดยฝ่ายการเงิน ผู้ป่วยไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ มัก จะได้รับการแนะนำให้ไปพบกับเจ้าหน้าที่ฝ่าย สังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล

เจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์จะทำหน้าที่กลั่นกรองเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยไม่สามารถรับภาระ ค่าบริการทั้งหมดได้จริง โดยต้องอาศัยการสอบถาม ตรวจสอบ ทั้งจากผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย อาจารย์ไป ถึงผู้นำชุมชน และสถานพยาบาลคู่สัญญาในชุมชน ซึ่งการดำเนินการเช่นนี้เป็นความจำเป็นของ สถานพยาบาล เพราะเป็นการทำตามหน้าที่ ตามระเบียบเพื่อรักษาผลประโยชน์ของสถานพยาบาล⁴² และเมื่อทางสถานพยาบาลได้รับคำตอบว่า ผู้ป่วยไร้รัฐ/ไร้สัญชาติไม่สามารถรับผิดชอบค่า รักษาพยาบาลทั้งหมดได้ และแน่นอน-พวกเขาไม่มีบัตรทอง 30 บาท แล้วสถานพยาบาลดำเนินการ ต่อไปอย่างไร

⁴¹ จุติมาศ สุกใส, อ่างแล้ว

⁴² จุติมาศ สุกใส, อ่างแล้ว

3.1.2 “การสงเคราะห์แบบมีและไม่มีเงื่อนไข” และผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์: ความบาดหมางและแรงกดดันระหว่างผู้ป่วยไร้รัฐ/ไร้สัญชาติกับสถานพยาบาล..แม้มองไม่เห็น แต่ต่างรู้สึก v. การแบกรับ “งบบานปลาย” ของสถานพยาบาล

ชุดวิจัยย่อยโครงการสำรวจสถานการณ์การดำเนินการของโรงพยาบาลฯ พบว่าแนวทางการดำเนินการของสถานพยาบาลอาจแบ่งเป็นเชิงกว้างได้ 2 แนวทาง กล่าวคือ *การสงเคราะห์แบบมีและไม่มีเงื่อนไข* ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบจากชุดวิจัยย่อยชุดกรณีศึกษาที่พบว่ากรณีศึกษา 8 ใน 10 กรณี ในบทที่ 2 ก็ได้รับการสงเคราะห์ทั้งแบบมีและไม่มีเงื่อนไขของสถานพยาบาลต่างๆ กล่าวคือ

(1) ผู้ป่วยไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ ได้รับการบริการสาธารณสุข โดยมีบุคคลภายนอกกลุ่มต่างๆ ยื่นมือให้ความช่วยเหลือเต็มจำนวน

อาทิ กรณีนายอาลิม กระทรงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด, กรณีเด็กชายสาละวิน ได้รับการช่วยเหลือโดย *มูลนิธิราชสมภารของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว* ในจำนวนเงิน 731,326 บาท, สโมสรโรตารีกรุงเทพฯ ได้ รับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลของมีชา⁴³ หรือองค์กรพัฒนาเอกชนที่จะช่วยประสานการนำส่งผู้ป่วยรวมถึงการเจรจาเพื่อขอรับการสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลจากสถานพยาบาล อาทิ *เครือข่ายการแก้ปัญหาคนสัญชาติคนไทยจังหวัดระนอง ชุมพร ประจวบคีรีขันธ์* รับผิดชอบค่าใช้จ่ายจำนวน 2,000 บาท ของนายสัตตุ

(2) มาตรการ “ลด (ราคา) ค่ารักษาพยาบาล”

ในกรณีที่ไม่มีบุคคลภายนอกยื่นมือเข้าช่วยค่ารักษาพยาบาล สถานพยาบาลอาจเลือกใช้มาตรการ “ลด (ราคา) ค่ารักษาพยาบาล” ลง ซึ่งกรณีนี้ ผู้ป่วยไร้รัฐ/ไร้สัญชาติเองมักเข้าใจและยอมรับได้ เพราะการได้รับการลดหย่อนค่าใช้จ่าย ยังคงเป็นทางเลือกที่ดีกว่าการจ่ายตามยอดเต็มจำนวน โดยผู้ป่วยไร้รัฐ/ไร้สัญชาติเองไม่ได้มองการเข้ารับการสงเคราะห์ในเชิงลบเสียทั้งหมด พวกเขาเข้าใจดีว่าการเก็บเงินเป็นหน้าที่ของห้องการเงิน⁴⁴

(3) การสงเคราะห์ช่วยเหลือโดยสถานพยาบาล

อย่างไรก็ดี การขอรับการสงเคราะห์ ก็ใช้ว่าจะได้รับการพิจารณาทุกกรณี หรือ “ได้ง่ายๆ” เพราะสถานพยาบาลถือว่าเป็นหน้าที่ เป็นระเบียบเพื่อรักษาผลประโยชน์ของสถานพยาบาล จึงจำเป็นต้องตรวจสอบฐานะและศักยภาพในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลจนกว่าจะแน่ใจ ขณะที่สิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญก็คือ ความอับอาย รู้สึกกดดันในระหว่างการเจรจาต่อรอง

⁴³ ปิ่นแก้ว อุ่นแก้ว และคณะ, อ้างแล้ว,

⁴⁴ จุติมาศ สุกใส, อ้างแล้ว

ข้อมูลจากชุดวิจัยย่อยๆ ยกตัวอย่างถึงการดำเนินการต่อรองเพื่อให้ได้มาซึ่งการสงเคราะห์

“เวลาพาแม่ที่ไม่มีบัตรอะไรเลยไปโรงพยาบาลเพื่อรักษาความดันโลหิตสูง ถ้าต้องนอนโรงพยาบาล ต้องไปจ่ายเงินทุกเช้า โรงพยาบาลจะออกใบเสร็จจมาเก็บเงินรายวัน เข้ามาเราก็เอาใบเสร็จไปห้องเบอร์เก้า [ห้องสังคมสงเคราะห์ - ผู้วิจัย] เขาก็จะถามว่าจ่ายได้เท่าไร เรอบอกว่าสองร้อย เขาก็ให้ไปจ่ายสองร้อย วันต่อมาก็ทำอย่างนี้อีก จนกว่าแม่จะออกจากโรงพยาบาล สมมติว่ามีเงินพันหนึ่ง ก็จะแบ่งให้ได้ตามวันที่แม่ต้องนอน จะได้เห็นว่าเราก็พยายามจ่ายทุกวัน แต่ก็จ่ายหมดตามค่ารักษาจริงไม่ได้ ต้องขอสงเคราะห์ส่วนมากโรงพยาบาลก็เก็บเท่าที่เรามี”

ผู้ร่วมประชุมกลุ่มย่อย เพศหญิง มีบัตรผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียน
อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

(4) ผู้ป่วยต้องทำหน้าที่อะไรบ้าง

ในกรณีที่ไม่มีบุคคลภายนอกยื่นมือเข้าช่วยเหลือคำรักษาพยาบาล ภายหลังจากเจรจาต่อรองเพื่อขอรับการสงเคราะห์จากสถานพยาบาล เมื่อไม่ประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ อาจได้รับข้อเสนอให้ทำหน้าที่รับสภาพหนี้ เพื่อทยอยชำระคืน ซึ่งแน่นอนว่าจำนวนเงินที่ผู้ป่วยจะต้องชำระคืนนั้นไม่ใช่ยอดเงินเต็มจำนวนค่าใช้จ่ายทั้งหมด ได้แก่ กรณีของหนุออย, กรณีนายหม่องละ, กรณีนางไป๋

และเช่นกัน-สิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญก็คือ ความอับอาย รู้สึกกดดันทุกครั้งที่ถูกเรียกหรือทวงถาม(ซ้ำๆ) ให้ชำระหนี้

(5) การให้การรักษาโดยไม่คิดค่ารักษาพยาบาล

มีหลายกรณีที่สถานพยาบาลให้ข้อมูลว่า ไม่ได้คิดค่ารักษาพยาบาลหากผู้ป่วยไร้รัฐ/ไร้สัญชาติไม่มีเงินจ่าย เนื่องจากเพราะสถานพยาบาลเข้าใจถึงข้อจำกัดทางเศรษฐกิจของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ ยิ่งไปกว่านั้นสถานพยาบาลบริเวณชายแดนเข้าใจดีว่า ผู้ป่วยไร้รัฐ/ไร้สัญชาติบางคน เป็นคนไทยโดยข้อกฎหมาย เพียงแต่เขาไม่มีเอกสารยืนยันว่าเป็นคนไทย

(6) ปฏิเสธการให้การรักษา ?

การจัดกลุ่มให้กับกรณีศึกษา คือกรณีโกโม ดูจะเป็นกรณีที่กำกวมต่อคำถามว่าโกโมถูกปฏิเสธการขอรับการรักษาหรือไม่ และนายโกโมรับผิดชอบคำรักษาพยาบาลของตนเอง ส่วนกรณีของป้าเจรีียง ที่ถูกสถานพยาบาลปฏิเสธที่จะให้การรักษาระบบประกันสุขภาพ โดยแจ้งว่าผู้ป่วยต้องออกค่ารักษาเองทั้งหมด ป้าเจรีียงจึงตัดสินใจไม่ไปรักษา เพราะไม่มีเงิน ต่อมาไม่นานก็เสียชีวิต ซึ่งสถานพยาบาลที่นักวิจัยสัมภาษณ์สถานพยาบาลทุกแห่งให้ข้อมูลว่า ไม่เคยปฏิเสธการให้บริการการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ

ในความเห็นของชุดวิจัยย่อยโครงการสำรวจสถานการณ์การดำเนินการของโรงพยาบาลฯ เห็นว่า “กระบวนการสงเคราะห์ อาจเป็นทางออกสุดท้าย ซึ่งสร้างความมั่นคงในสิทธิในสุขภาพ หากทั่วก็แฝงไปด้วยความสั่นคลอนของสิทธิดังกล่าวเช่นเดียวกัน เพราะกระบวนการสงเคราะห์ ได้ส่งผล

กระทบเรื่องร้องต่อทรัพยากรของโรงพยาบาล มิใช่เพียงเฉพาะโรงพยาบาลที่รับภาระการรักษาโดยตรง แต่รวมถึงโรงพยาบาลที่อยู่ในเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรักษาพยาบาลด้วย”⁴⁵

กล่าวอีกแบบก็คือ การไม่คิดเงินค่ารักษาพยาบาล หรือการลดค่ารักษาพยาบาลลง ตลอดจนการแบ่งค่ารักษาพยาบาลเป็นงวดเพื่อผ่อนชำระ ย่อมหมายถึงยอดค่าใช้จ่าย (รวมถึงอาจเป็น “ตัวแดง”) ที่เพิ่มสูงขึ้น นั้นหมายถึงสถานพยาบาลต้องหาเงินหรือ *เกลี้ยเงิน/เกลี้ยงบ* จากยอดอื่น อาทิ ยอดเงินจากเงินต่อหัวของบัตรทอง หรือยอดเงินจากเงินประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าว และนี่เอง ที่อาจหมายถึงที่มาของทัศนคติ หรือการรับรู้จากมุมมองที่มองว่าผู้ป่วยไร้รัฐ/ไร้สัญชาติว่าเป็น “ภาระ” ของสถานพยาบาล หรือกล่าวอย่างเฉพาะเจาะจงก็คือ ภาระด้านงบประมาณที่เพิ่มขึ้นของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง ซึ่งแปรไปสู่บรรยากาศความหวาดและแรงกดดันระหว่างผู้ป่วยไร้รัฐ/ไร้สัญชาติกับสถานพยาบาล ที่แม้ว่าจะมองไม่เห็น แต่ต่างก็รู้สึก

3.1.3 หลักประกันสุขภาพ “ทางเลือก” สำหรับคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ

ในขณะที่สถานพยาบาลหลายแห่งพยายามจัดการรับมือกับผู้ป่วยไร้รัฐ/ไร้สัญชาติซึ่งย่อมแตกต่างกันไปตามประสบการณ์และการรับรู้ รวมถึงทัศนคติของสถานพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วยไร้รัฐ/ไร้สัญชาติผ่านกระบวนการสงเคราะห์ ชูศักยภาพย่อยโครงการสำรวจสถานการณ์การดำเนินการของโรงพยาบาลฯ พบว่า มีสถานพยาบาลบางแห่งที่ก้าวพ้นทัศนคติและการรับมือ/จัดการปัญหาแบบเดิม ๆ ผ่านการดำเนินงาน “หลักประกันสุขภาพทางเลือก”

1) หลักประกันสุขภาพทางเลือกที่โรงพยาบาลจังหวัดระนอง: “แรงงานข้ามชาติ/ต่างด้าว” และคนที่กำลังจะมีสัญชาติไทย

อาจกล่าวได้ว่า โรงพยาบาลจังหวัดระนองคือต้นแบบความคิดเรื่องหลักประกันสุขภาพ “ทางเลือก” นับตั้งแต่ปี 2539 (หลักประกันสุขภาพทางเลือกที่โรงพยาบาลจังหวัดระนองดำเนินการก่อนเกิดโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถึง 5 ปี) โรงพยาบาลจังหวัดระนอง โดยสาธารณสุขจังหวัดในเวลานั้น ยอมรับความจริงที่ว่า ความเจ็บป่วยเป็นสัจธรรมที่เกิดขึ้นกับมนุษย์ทุกคน และในสภาพการอยู่อาศัยที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ทั้งยังแออัดของกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาทำงานอย่างหนาแน่นในจังหวัดระนอง โดยเฉพาะในตัวเมือง จึงกล่าวได้ว่าที่มาของหลักประกันสุขภาพทางเลือกของโรงพยาบาลจังหวัดระนองนั้นเป็นไปเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพนั่นเอง โดยเป็นความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแรงงานข้ามชาติ/ต่างด้าวที่มักมาใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยหนัก ทำให้มีโอกาสในการแพร่โรคติดต่อสูง ต้องเสียงบประมาณในการจัดการควบคุมโรคระบาดมากกว่าการให้การรักษาแต่เนิ่น ๆ ดังนั้น “หากเขาไม่สามารถเข้าหาเราได้ การควบคุมโรคจะทำได้ลำบาก” บัตรประกันสุขภาพ ราคา 500 บาทต่อปี จึงเริ่มต้นขึ้น พร้อมกับการเจรจาเป็นความตกลงร่วมกับฝ่ายปกครองว่า หากมีบัตรสุขภาพ ขอความร่วมมือให้เจ้าหน้าที่ไม่จับกุม⁴⁶

⁴⁵ จุติมาศ สุกใส, อ้างแล้ว

⁴⁶ จุติมาศ สุกใส, อ้างแล้ว

อย่างไรก็ดี นับจาก ในปี 2547 ที่รัฐไทยมีนโยบายขึ้นทะเบียนแรงงานข้ามชาติ/ต่างด้าว⁴⁷ และกำหนดให้แรงงานต้องทำประกันสุขภาพ นับจากปี 2549 กลุ่มเป้าหมายของการขายบัตรประกันสุขภาพก็เปลี่ยนเป็นกลุ่มผู้พลัดถิ่นจากพม่าเชื้อสายไทยหรือคนไทยพลัดถิ่น รวมถึงคนไทยที่เกาะเหลา มอแกน ฯลฯ โดยเห็นว่าเป็นการให้หลักประกันสุขภาพแก่ *คนต่างด้าวที่มีแนวโน้มว่าจะได้สัญชาติไทย* เท่านั้น โดยขายบัตรประกันสุขภาพให้ ในระหว่างที่ยังไม่ได้สัญชาติไทยในราคา 1,300 บาทต่อปี

ในขั้นตอนการรับผู้ป่วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมีการตรวจสอบด้วยว่าผู้ป่วยไม่ใช่พม่าหรือแรงงานข้ามชาติ/ต่างด้าว เพราะเกรงว่าจะเป็นการละเมิดกฎหมายคนเข้าเมือง วิธีการก็คือการสังเกตการใช้ภาษาไทย และหากยังไม่สามารถแน่ใจได้อาจขอให้มีคนในพื้นที่มาเป็นผู้ให้การรับรอง และพบว่าคนที่มาซื้อบัตรประกันสุขภาพนั้น มักเป็นกลุ่มคนที่มีอาการเจ็บป่วยอยู่แล้ว

ประเด็นที่น่าสนใจคือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเคยเสนอให้องค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่ ตั้งกองทุนสุขภาพ เพื่อซื้อบัตรสุขภาพในอัตราเหมาจ่ายให้คนกลุ่มนี้ ซึ่งจะสามารถรับส่วนลดจากราคาที่ขายปกติเนื่องจากการซื้อเหมาลักษณะนี้จะไม่มีการออกบัตรให้ ต้นทุนอาจลดลงเหลือเพียง 800 บาทต่อคน

อย่างไรก็ดี คำถามจากการประชุมกลุ่มย่อยคนไทยพลัดถิ่นก็คือ “ทำไมต้อง(จ่าย)เท่าแรงงานฯ”

2) หลักประกันสุขภาพทางเลือกที่โรงพยาบาลสังขละบุรี: กลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ /คนที่อพยพเข้ามาในประเทศไทยเป็นเวลานานแล้ว

หลักประกันสุขภาพทางเลือกที่อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี ได้รับการกล่าวถึงในฐานะก้าวที่ข้ามพ้นข้อจำกัดของรัฐในการจัดหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชากร กล่าวคือ หลักเกณฑ์ในการขายหลักประกันสุขภาพทางเลือกนั้นยึดหลักการหรือยึดเพียงข้อเท็จจริงที่ว่า ผู้ป่วยไร้รัฐ/ไร้สัญชาติที่อาศัยอยู่จริงในประเทศไทย⁴⁸

แม้เหตุผล ณ ช่วงเริ่มต้น จะเกิดจากความต้องการแบ่งเบาภาระของผู้ใช้บริการซึ่งไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ โดยในช่วงแรกทางโรงพยาบาลดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพทางเลือกแบบ(ซื้อโดย)สมัครใจ แต่ต่อมาทางโรงพยาบาลพบว่า ผู้ที่มาซื้อบัตรสุขภาพมักเป็นคนกลุ่มน้อยที่

⁴⁷ แม้จะมีการอนุญาตให้จ้างแรงงานข้ามชาติโดยการผ่อนผันให้ผู้มีสถานะเป็นคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองผิดกฎหมาย จากพม่า ลาว และกัมพูชา เข้ามาประกอบอาชีพได้ โดยมีมติคณะรัฐมนตรี ตั้งแต่ พ.ศ.2539 เป็นต้นมา ระบบประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติเริ่มเมื่อ พ.ศ.2539 (กฤตยา อาชวนิชกุล, 2550) หลังจากนั้นก็มีมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 2 มีนาคม พ.ศ.2547 เรื่องแนวทางการบริหารจัดการแรงงานต่างด้าว และ ปีเดียวกัน กำหนดให้แรงงานต่างด้าวต้องเสียค่าตรวจสุขภาพ 600 บาท และค่าหลักประกันสุขภาพ 1,300 บาทต่อคน (กฤตยา อาชวนิชกุล และ พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร, 2548) ซึ่งเป็นอัตราที่ใช้มาจนถึง พ.ศ.2551, ดู จุติมาศ สุกใส, อ่างแล้ว

⁴⁸ กฤตยา อาชวนิชกุล และ พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร, อ่างใน จุติมาศ สุกใส, อ่างแล้ว

ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้ค่ารักษาพยาบาลสูง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจและมะเร็ง ฯลฯ ทำให้จำนวนสมาชิกบัตรน้อยเกินกว่าจะผลัดคืนให้ระบบขับเคลื่อนไปด้วยเงินกองทุนที่ได้รับ

ในปีถัดมา ทางโรงพยาบาลจึงขอความร่วมมือกับนายอำเภอสังขละบุรี ในการดำเนินการขยายบัตรประกันสุขภาพให้แก่กลุ่มชาติพันธุ์ที่ถือบัตรสีที่มาต่ออายุบัตรประจำตัว ทำให้สามารถขยายฐานสมาชิกได้มากขึ้น อย่างไรก็ตาม ทางโรงพยาบาลดำเนินการหลักประกันสุขภาพทางเลือกเช่นนี้ได้เพียง 3 ปี ก็ต้องหยุดชะงักไป 1 ปี หลังจากนั้น ทางโรงพยาบาลก็สามารถเปิดขยายบัตรประกันสุขภาพได้อีกครั้ง แต่สามารถดำเนินการต่อได้อีกเพียงปีเดียว นับจากนั้นบัตรประกันสุขภาพทางเลือกของโรงพยาบาลสังขละก็ยุติลงจนถึงปัจจุบัน

ในช่วงเวลาที่ทางโรงพยาบาลหยุดดำเนินการหลักประกันสุขภาพทางเลือกชั่วคราวจนถึงปัจจุบันนั้น เป็นไปด้วยเหตุแห่งข้อถกเถียงและข้อกังวลบนความไม่เข้าใจต่อหลักการของหลักประกันสุขภาพทางเลือก และความไม่เห็นด้วยต่อการดำเนินการดังกล่าว กล่าวคือ เจ้าหน้าที่รัฐ โดยเฉพาะฝ่ายปกครองมีความเห็นว่า การขยายบัตรประกันสุขภาพให้แก่ กลุ่มชาติพันธุ์ที่ถือบัตรสีนั้น เป็นการขยายบัตรเถื่อน ทั้งยังเป็นการออกเอกสารรับรองการอยู่อาศัย หรือการมีตัวตนของคนเข้าเมืองผิดกฎหมาย

นอกจากนี้ อีกเหตุผลสำคัญก็คือ ประเด็นความคุ้มทุนจากการกระจายความเสี่ยง เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายของบัตรประกันสุขภาพทางเลือกที่เป็นชาวบ้านรายได้น้อย จนถึงยากจน ซึ่งส่งผลต่อเนื้อคือมีคนของกลุ่มเป้าหมายจำนวนหนึ่งเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงหลักประกันสุขภาพทางเลือกนี้ได้ ขณะที่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อคน-สูง โรงพยาบาลจึงรับภาระความเสี่ยงสูงซึ่งส่งผลต่อการคืนทุนและความยั่งยืนของกองทุน แม้จะสามารถระดมทุนได้สูงสุดถึงปีละ 700,000-800,000 บาท ทางโรงพยาบาลก็ยังประสบกับภาวะขาดทุนอยู่

แม้หลักประกันสุขภาพทางเลือกจะล้มเลิกไปแล้ว แต่ปัจจุบันทางโรงพยาบาลก็ยังคงให้บริการแก่กลุ่มชาติพันธุ์กลุ่มต่าง ๆ ทั้งที่มีบัตรและไม่มีบัตรประจำตัว เช่นเดียวกับคนไทย อาทิ การรับวัคซีนสำหรับเด็ก การรับยาต้านไวรัส ฯลฯ นอกจากนี้ยังได้จัดให้มีหน่วยบริการเคลื่อนที่ไปให้บริการในพื้นที่ห่างไกลในช่วงฤดูร้อน โดยเฉพาะกลุ่มประชากรที่อพยพมาจากพม่าเข้ามาตั้งถิ่นฐานในประเทศไทยเนิ่นนานแล้ว โดยไม่คิดค่ารักษา โดยอาศัยงบประมาณที่ทางโรงพยาบาลได้รับ

ตารางที่ 2
เปรียบเทียบหลักประกันสุขภาพทางเลือกที่ดำเนินการในพื้นที่ศึกษา

รายละเอียด	บัตรประกันสุขภาพ คนไทยพลัดถิ่นจังหวัดระนอง	บัตรสุขภาพ โรงพยาบาลสังขละบุรี
1. ผู้มีสิทธิ	คนไทยพลัดถิ่น หรือผู้ไม่มีสัญชาติไทยที่ถือบัตรคนไทยพลัดถิ่น เฉพาะจังหวัดระนองเท่านั้น	ผู้ไม่มีสัญชาติไทยที่ถือบัตรสี และแรงงานต่างด้าว/ข้ามชาติที่ไม่ขึ้นทะเบียน
2. พื้นที่ดำเนินการ	จังหวัดระนอง	อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี
3. สิทธิประโยชน์	ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก เช่นเดียวกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ใช้บริการได้เฉพาะในจังหวัดระนองเท่านั้น หากต้องส่งต่อนอกจังหวัด ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง และไม่ครอบคลุมอุบัติเหตุ และการรักษาฉุกเฉิน	ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกเช่นเดียวกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการส่งต่อไปรักษา ณ โรงพยาบาลอื่นในจังหวัด ผู้ป่วยต้องจ่ายค่ารักษากับโรงพยาบาลอื่นๆ เอง
4. อัตราค่าบัตรประกันสุขภาพ	1,300 บาท/ปี	500 บาท/คน/ปี (ต่อมาปรับขึ้นเป็น 700 บาท) และ 1,000 บาท/ครอบครัว (ต่อมาขึ้นเป็น 1,300 บาท)
5. จำนวนสมาชิกต่อบัตร	1 คน	1 คน สำหรับบัตรราคา 500 บาท และ 5 คนสำหรับบัตร 1,000 บาท
6. ระยะเวลาคุ้มครอง	1 ปี	1 ปี
7 สถานที่ให้บริการ	โรงพยาบาลและสถานีอนามัยในจังหวัดระนองทุกแห่ง	สถานีอนามัยในอำเภอสังขละบุรี และโรงพยาบาลสังขละบุรี
8. การสมทบค่ารักษาพยาบาลเพิ่มเติม	ไม่มี	ไม่มี
9. จำนวนสมาชิกบัตร	พ.ศ. 2550 จำนวน 1,472 คน พ.ศ. 2549 จำนวน 1,388 คน พ.ศ. 2548 จำนวน 1,337 คน	ไม่มีข้อมูล แต่จากการประเมินอย่างหยาบ สมาชิกมีจำนวนน้อยมาก เมื่อเทียบกับประชากรกลุ่มเป้าหมาย
10. เงื่อนไขการใช้บัตรประกันสุขภาพ	ต้องเป็นสมาชิกก่อน 2 สัปดาห์ก่อนเริ่มใช้งาน	
11. ประเมินการคืนทุน	ขาดทุน	ขาดทุน

ที่มา: จุติมาศ สุกใส, โครงการวิจัยเพื่อสำรวจสถานการณ์การดำเนินการของโรงพยาบาล เพื่อการเข้าถึงสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพ “ทางเลือก” สำหรับคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ, กันยายน 2551

3) หลักประกันสุขภาพทางเลือกที่จังหวัดกาญจนบุรี และตาก: คนไทยที่ไม่มีสัญชาติไทย, คนที่อาจจะได้สัญชาติไทย

เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาล โดยเฉพาะระดับนโยบายเห็นว่า แม้จะไม่มีเอกสารยืนยันความเป็นผู้มีสัญชาติไทย ไม่มีบัตรทอง แต่ทางสถานพยาบาลก็ดำเนินการให้ความช่วยเหลือโดยไม่รู้สึกรว่าเป็นภาระที่รัฐไทยต้องแบกรับ ด้วยทัศนคติที่ว่า “อย่างไรก็ต้องรักษา เพราะเขาก็เป็นคนไทยคนหนึ่ง” หรือ “คนกลุ่มนี้เป็นคนไทย เพียงแต่เขายังไม่ได้บัตรประชาชนไทย”⁴⁹

วิธีการก็คือ ทางสถานพยาบาลใช้วิธีแบ่งงบบัตรทองให้กับประชาชนที่บัตรทองไม่ครอบคลุม ส่วนนี้บางปีต้องของบเพิ่มเติมจากผู้ตรวจ บางครั้งก็ให้คลินิกที่ดำเนินการโดยองค์กรพัฒนาเอกชนส่งต่อมาให้แล้วให้องค์กรพัฒนาเอกชนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายดูแล

หรืออีกวิธีที่สถานพยาบาลดำเนินการเพื่อช่วยเหลือคนไทยที่ไม่มีสัญชาติไทย และกลุ่มผู้ถือบัตรสี คือให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ซื้อบัตรประกันสุขภาพสำหรับกลุ่มแรงงานข้ามชาติ/ต่างด้าวในฐานะเป็นผู้ติดตาม เนื่องจากการซื้อ-ขายหลักประกันสุขภาพ จะช่วยสนับสนุนงบประมาณของสถานพยาบาล ขณะเดียวกันผู้ป่วยก็ไม่ต้องรับภาระมากเกินไป อย่างไรก็ตาม การดำเนินการลักษณะนี้สถานพยาบาลจะต้องทำความเข้าใจกับทางจังหวัด

4) หลักประกันสุขภาพทางเลือกเพื่อลดอุปสรรค/ข้อจำกัดของแรงงานข้ามชาติ/ต่างด้าวที่ไม่ได้เข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพ ในการได้รับบริการรักษาพยาบาล

แรงงานข้ามชาติ/ต่างด้าวที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนแรงงานหรือไม่มีใบอนุญาตทำงาน แต่ปรากฏตัวและทำงานอยู่ในรัฐไทยเป็นอีกกลุ่มเป้าหมายของการดำเนินการหลักประกันสุขภาพทางเลือก

[...] โรงพยาบาลเอกชนเป็นโรงพยาบาลแรกในจังหวัดที่ซื้อรถตรวจสุขภาพเคลื่อนที่เพื่อให้บริการแรงงานข้ามชาติถึงโรงงานที่นายจ้างตามโรงงานใหญ่ๆ เหมาะให้โรงพยาบาลเอกชนมาตรวจสุขภาพ ออกใบรับรองการตรวจสุขภาพ และออกบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติให้ถึงโรงงานนายจ้างไม่ต้องพาแรงงานที่ละมาก ๆ ไปตรวจในเวลาทำการ เพราะงานโรงงานทำเป็นกะ และมีเวลาทำงานไม่ตรงกับเวลาเปิดบริการตรวจสุขภาพของโรงพยาบาลของรัฐ ต่อมาโรงพยาบาลซึ่งเป็นองค์กรมหาชนก็ซื้อรถตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ เพื่อตรวจสุขภาพแรงงานข้ามชาติถึงโรงงานด้วย [...]

เจ้าหน้าที่สถานพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร

⁴⁹ จุติมาศ สุกใส, อ้างแล้ว

“สิทธิด้านสุขภาพเป็นสิทธิที่แรงงานข้ามชาติควรได้รับ สิทธิพื้นฐานเพื่อการป้องกัน เช่นเดียวกับการศึกษาที่ให้คนไม่มีสัญชาติไทยเรียนได้ เพราะ[สิทธิด้านสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติ] คุ่มกว่าการรักษา ทั้งคนไทยและคนต่างตัวต่างก็ได้ประโยชน์ ถ้าไม่มีระบบให้วัคซีน ระบบวางแผนครอบครัว เพื่อลดอัตราการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย และลดการติดเชื้อ เราจะเหนื่อยกว่านี้ ถ้ายังมีทรัพยากรจำกัด ไม่สามารถครอบคลุมได้ทั้งหมด หรือเกรงว่าจะเป็นปัจจัยดึงดูดให้เขาเข้ามา ก็ให้เฉพาะในเรื่องที่ส่งผลกระทบต่อคนไทย”

ผู้บริหารสถานพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดตาก

“ถ้าเขาสามารถเข้าถึงบริการเราได้ เราจะควบคุมโรคได้ง่ายและเร็วขึ้น สมัยก่อนก็ชายบัตรนอกระบบ แต่เดี๋ยวนี้ไม่มีแล้ว ตอนนั้นยังไม่เกิดมิตโรคภาพแต่เกิดคลินิกห้องแถวก่อน การเข้าถึงบริการทำให้เราสามารถควบคุมโรคได้ แต่วัตถุประสงค์หลักคือปรัชญาที่ว่า การที่เขาเข้าถึงบริการทำให้สามารถควบคุมโรคได้ เมื่อก่อนเวลาเขาเจ็บป่วยก่อนที่จะหาเรา ตอนที่เขาเข้าถึงบริการไม่ได้ แทะตายแล้ว โรคระบาดไปไม่รู้เท่าไรกว่าจะเข้ามาเจอ”

“การลดปัญหาด้านสาธารณสุข ยึดปรัชญาการเข้าถึง ยินดีชายบัตรประกันสุขภาพ ไม่ดูเรื่องความถูกกฎหมาย แต่ปัญหาในการขายบัตรสุขภาพต้องมีผลประโยชน์ที่สามารถทำให้เขาอยู่ได้ แม้จะเป็นคนผิด ก็ทำให้ตำรวจไม่จับ เขาจึงจะซื้อ มิฉะนั้นเขาจะไม่ซื้อ คนที่จะซื้อคือคนที่เจ็บป่วยอยู่แล้ว หรือรู้ว่าตั้งท้องแล้วซื้อเพื่อจะข้ามฝั่งมาคลอดก็มี ซึ่งขาดทุน หากเป็นเช่นนี้ อนาคตจะอยู่ไม่ได้ [...] ”

ผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัด จังหวัดระนอง

3.2 ทศนคติของสถานพยาบาลต่อผู้ป่วยไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ

“พบแรงงานต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมาย โปรตแจ๊จ (เบอร์โทรสถานีตำรวจ)”
สตีกเกอร์ที่ปิดอยู่ในบริเวณสถานพยาบาลแห่งหนึ่ง

ข้อความข้างต้นนี้ ไม่ได้ยกมากล่าวเพื่อชีวิตหรือเป็นตัวสะท้อนถึงทัศนคติของสถานพยาบาลต่อผู้ป่วยไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ แต่มันช่วยสะท้อนได้ดีว่านี่คือทัศนคติอีกชุดหนึ่งที่อบอวล (หรือหลอกหลอน) อยู่ในสถานพยาบาลมากกว่าหนึ่งแห่งในสังคมไทย

จากข้อค้นพบของชุดวิจัยย่อยโครงการสำรวจสถานการณ์การดำเนินการของโรงพยาบาลฯ พบว่า คงไม่เกินไปที่จะสรุปว่าในทัศนคติของสถานพยาบาลที่ดำเนินการให้การรักษายาบาลคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ นั้น เห็นว่า คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติที่เข้ามาขอรับบริการทางสาธารณสุขนั้น เป็นมนุษย์

คนหนึ่งเช่นกัน เพียงแต่ว่า เขาเหล่านี้ “ไม่มีสัญชาติไทย”, “ตกหล่น” จากทะเบียนราษฎร (โดยคิดว่าคนกลุ่มนี้อาจเป็นคนไทยตกหล่น หรือคนต่างด้าวตกหล่นจากทะเบียนราษฎร) ให้การรักษาพยาบาลบนฐานของวิชาชีพหรือจรรยาบรรณของแพทย์ รวมถึง “สงสาร” แต่สำหรับประเด็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลนั้น การที่คนกลุ่มนี้ไม่มีความสามารถในการจ่าย ย่อมเท่ากับเป็นการสร้าง “ภาระ” ให้กับสถานพยาบาล ทั้งในแง่ตัวเลขงบประมาณที่อาจจะบานปลาย หรือเพิ่มความบานปลาย รวมถึงภาระในแง่ความกังวลใจ ไม่นั่นใจว่าการให้การรักษาพยาบาลนั้น เป็นการช่วยเหลือให้ที่พึงพิงแก่แรงงานต่างด้าวหรือเปล่า

ประเด็นที่สำคัญที่สุดก็คือคำถามจากสถานพยาบาลเหล่านี้ที่ว่า หลักประกันสุขภาพทางเลือกที่กำลังดำเนินอยู่นี้ เป็นการดำเนินการที่ขัดต่อกฎหมายหรือไม่? สถานพยาบาลกำลังขายบัตรเดือน? โดยเฉพาะอย่างยิ่งการขายบัตรประกันสุขภาพที่ต้องขึ้นกับ “ความเห็นชอบ” และ “ความร่วมมือ” ของเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองท้องถิ่น⁵⁰ ซึ่งกลายเป็นปัจจัยที่ทั้งสนับสนุนและต้านทาน ด้วยเพราะทัศนคติของเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองเองที่เห็นว่า “บัตรสุขภาพ (ทางเลือก)” ลักษณะนี้เป็นเสมือนการออกเอกสารเพื่อรับรองการอยู่อาศัยหรือตัวตนของคนเข้าเมืองผิดกฎหมาย⁵¹

3.3 ข้อสรุป

การดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพทางเลือกให้กับคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติของสถานพยาบาลทั้ง 4 แห่ง คือโรงพยาบาลจังหวัดระนอง โรงพยาบาลอำเภอสังขละบุรี โรงพยาบาลสมุทรสาคร และโรงพยาบาลแม่สอด นั้น โดยกำหนดให้มีนโยบายหลักประกันสุขภาพทางเลือกสำหรับประชากรที่ไม่อยู่ในระบบประกันสุขภาพใดๆ โดยไม่รอให้รัฐส่วนกลางเข้ามาจัดการ ถือเป็นก้าวที่สำคัญ และยากลำบาก เป็นความสร้างสรรค์ของบุคลากรในระบบสาธารณสุขที่ลองผิดลองถูก ลองถูก ล้มลุกคลุกคลานจนสามารถผลักดันโครงการบัตรสุขภาพออกมาเป็นทางเลือกให้ผู้ให้บริการ-คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติให้สามารถมี “โอกาส” ที่จะมหลักประกันสุขภาพ อันเป็นความพยายามที่จะคิดนอกกรอบ-คิดให้พ้นไปและไม่ยอมแพ้ต่อข้อจำกัด ไม่ยอมจำนนต่อข้อกฎหมายงบประมาณที่ออกแบบมาเพื่อกีดกันมนุษย์คนอื่น ๆ ออกจากระบบสาธารณสุข ด้วยเหตุของ “รัฐ” และ “สัญชาติ”⁵² ทั้งยังนับเป็นความกล้าหาญของผู้บริหารสถานพยาบาล เพราะในระหว่างดำเนินการสถานพยาบาลเหล่านี้จะต้องเผชิญกับแรงเสียดทานจากการดำเนินการโดยไม่มีกฎหมายรองรับ ต้องอาศัยการต่อรองกับเจ้าหน้าที่รัฐหน่วยงานต่าง ๆ

⁵⁰ ในกฤตยา อาชวนิจกุล และ พันธทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร (2548) ระบุว่า “เราจะแบ่งเปอร์เซ็นต์ให้อำเภอ 10% และ ทางสาธารณสุขอำเภออีก 10 %” ด้วย แต่ขณะเก็บข้อมูลโดยนักวิจัย ผู้ให้ข้อมูลมิได้ให้ข้อมูลดังกล่าว

⁵¹ จุติมาศ สุกใส, อ้างแล้ว, หน้า 16

⁵² จุติมาศ สุกใส, อ้างแล้ว, หน้า 2

ปรัชญาของการสร้างหลักประกันสุขภาพทางเลือก เพื่อประชากรไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ คือการส่งเสริมสุขภาพ เพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันและควบคุมโรค ทำให้คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติและครอบครัวซึ่งไม่ได้รับการครอบคลุมในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ บุคลากรสาธารณสุขที่พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพเชื่อว่าประชากรกลุ่มนี้อาศัยอยู่ในประเทศไทยและในชุมชนมาเป็นเวลานานจนมีความเป็นไทยไม่แตกต่างจากคนสัญชาติไทยและบางกลุ่มมีโอกาสได้รับสัญชาติไทยในอนาคต อย่างไรก็ตามเมื่อประชากรกลุ่มนี้ยังไม่ได้รับสัญชาติไทย และไม่สามารถเข้าสู่หลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือประกันสังคมได้ก็ต้องดูแลพวกเขาตามหลักสิทธิมนุษยชน การมีหลักประกันสุขภาพทำให้คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะกรณีเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บที่ต้องใช้ค่ารักษาพยาบาลจำนวนมาก โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเต็มจำนวน

จากความพยายามที่ต้องการคิดให้พ้นไปจากกรอบของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ผูกติดกับสถานะบุคคล ทำให้ไม่มีโอกาสซื้อหลักประกันสุขภาพทางเลือกอย่างกว้างขวาง แต่ในพื้นที่ที่มีหลักประกันสุขภาพทางเลือกก็ยังจำกัดเฉพาะประชากรบางกลุ่ม อาทิ จะเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่อพยพเข้ามาเป็นเวลานานแล้ว หรือเห็นว่ากลุ่มเป้าหมายเป็น บุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทย โดยไม่ว่าคนกลุ่มนี้อาจจะเป็นเพียงผู้มีสิทธิอาศัยชั่วคราว หรือถาวร หากแต่ปรากฏตัวและอาศัยอยู่ในประเทศไทยมาเป็นเวลานาน พูดภาษาไทยกลมกลืนกับสังคมไทย เป็น “คนไทย” อีกกลุ่มหนึ่งที่ตกหล่นจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ขณะที่พฤติกรรมของการซื้อบัตรประกันสุขภาพนั้น ผู้ใช้บริการจะซื้อด้วยเหตุที่ตนป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง (โรงพยาบาลสังขละบุรี), เป็นแรงงานข้ามชาติ/ต่างด้าวที่ไม่ได้มีจุดประสงค์จะประกันตนเอง แต่ซื้อเพื่อให้สามารถอาศัยอยู่และทำงานได้ อย่างไรก็ตาม เหตุผลส่วนตัวของผู้ซื้อบัตรประกันสุขภาพ ก็สอดคล้องกับนโยบายของสถานพยาบาลที่เห็นว่าจำเป็นต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแรงงานข้ามชาติที่มักมาใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยหนัก ทำให้มีโอกาสสูงที่จะเกิดการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ ทำให้ต้องเสี่ยงงบประมาณในการจัดการควบคุมโรคระบาด, มีปัญหาเรื่องการกระจายความเสี่ยง เมื่อกลุ่มเป้าหมายไม่ซื้อหลักประกันสุขภาพทางเลือก

บทที่ 4

ผู้ทรงสิทธิในสุขภาพ หลักประกันสุขภาพภายใต้กฎหมาย : ไทย, ฝรั่งเศสและอังกฤษ และภายใต้กฎหมายระหว่างประเทศ

(ก่อนหน้าปี 2549 – 2550)

อยากมีสัญชาติไทย เพื่อจะได้เรียนหนังสือได้

อยากมีสัญชาติไทย เพื่อจะได้ทำงาน มีเงินมาเลี้ยงดูพ่อแม่

อยากมีสัญชาติไทย เพื่อจะได้ไปหาหมอได้

อยากมีสัญชาติไทย เพื่อจะได้มีบัตรทอง เสียเงิน 30 บาท ก็รักษาพ่อหนูได้

อยากมีสัญชาติไทย เพื่อจะได้ไปเที่ยวทะเล

.....

นอกจากความ *อยากเป็นคนไทย* แล้ว-ข้อความข้างต้นเป็นหลายประโยชน์ร่วมของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติที่สะท้อนถึงเหตุผลอย่างอื่นที่ทำให้คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติอยากเป็นผู้มีสัญชาติไทย ซึ่งหากพิจารณาถึงสิ่งที่คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ “ต้องการ” “เป็น” หรือ “อยากทำได้” นั้น ได้แก่สิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานรวมถึงสิทธิในทางแพ่ง (Civil Rights) นั้น ซึ่งเป็นคนละเรื่องคนละประเด็น และไม่ควรถูกนำไปผูกติด, ทำให้เป็นเนื้อเดียวกันกับการเป็นหรือไม่เป็นผู้มีสัญชาติไทย แต่ในทางปฏิบัติของสังคมไทย เรากำลังเห็นภาพการผูกติดสิทธิสุขภาพ และสิทธิในหลักประกันสุขภาพ (Right to Health and Right to Health Guarantee) เข้ากับความเป็นผู้มีสัญชาติไทย

ภายใต้ชุดวิจัยย่อยโครงการตรวจสอบสถานการณ์ปัญหาข้อกฎหมาย:ผู้ทรงสิทธิตามกฎหมายและนโยบายว่าด้วยสิทธิในสุขภาพ หลักประกันสุขภาพของประเทศไทย⁵³ ได้เสนอถึงข้อถกเถียงที่น่าสนใจต่อที่มาของการตีความว่าหลักประกันสุขภาพเป็นสิทธิของ *ผู้มีสัญชาติไทย* เท่านั้น ขณะเดียวกันการค้นคว้าของชุดวิจัยย่อย โครงการศึกษาความคาดหวังของประชาคมระหว่างประเทศต่อรัฐไทยในการปฏิบัติตามพันธกรณีระหว่างประเทศเพื่อการคุ้มครองสิทธิในสุขภาพ หลักประกันสุขภาพของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ ที่สำรวจถึง ผู้ทรงสิทธิในหลักประกันสุขภาพภายใต้กฎหมายระหว่างประเทศที่รัฐไทยเป็นภาคี⁵⁴ และประสบการณ์ที่ชุดวิจัยย่อยโครงการศึกษาทบทวน

⁵³ ดู กิตติรญา รัตนมณี, ชุดวิจัยย่อยโครงการตรวจสอบสถานการณ์ปัญหาข้อกฎหมาย:ผู้ทรงสิทธิตามกฎหมายและนโยบายว่าด้วยสิทธิในสุขภาพ หลักประกันสุขภาพของประเทศไทย, กันยายน 2551

⁵⁴ ดู บงกช นภาอัมพร, ชุดวิจัยย่อยโครงการศึกษาความคาดหวังของประชาคมระหว่างประเทศต่อรัฐไทยในการปฏิบัติตามพันธกรณีระหว่างประเทศเพื่อการคุ้มครองสิทธิในสุขภาพหลักประกันสุขภาพของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ, กันยายน 2551

ประสบการณ์ในการจัดหลักประกันสุขภาพสำหรับคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ: กรณีศึกษาในประเทศฝรั่งเศส และอังกฤษ⁵⁵ ข้อค้นพบจากชุดโครงการวิจัยย่อยทั้ง 3 ชุดช่วยสนับสนุนคำตอบสำหรับโจทย์วิจัย ที่ว่า ผู้ทรงสิทธิในหลักประกันสุขภาพนั้นได้แก่ “บุคคลทุกคน” มิได้จำกัดเฉพาะผู้มีสัญชาติไทยเท่านั้น

4.1 คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ : ผู้ทรงสิทธิที่ถูก (กีด) กันออกไปจากหลักประกันสุขภาพไทย

“บุคคล” ในมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และในมาตรา 52 แห่งรัฐธรรมนูญฯ (2540) จึงหมายถึง “ชนชาวไทย” ตามหมวด 3 แห่งรัฐธรรมนูญ ซึ่งในทางกฎหมายคำว่า “ชนชาวไทย” หมายถึงบุคคลที่มีสัญชาติไทย ตามกฎหมายว่าด้วยสัญชาติ จึงไม่ครอบคลุมถึง “คนต่างด้าว”

หนังสือตอบข้อหารือ เลขที่ สปสช.03/01 ลงวันที่ 5 มกราคม 2547, เลขที่ สปสช. 03/518 ลงวันที่ 30 มกราคม 2547 และเลขที่ สปสช. 03/674 ลงวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2547

“บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสม โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์”

มาตรา 51 แห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550

“บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัตินี้”

มาตรา 5 วรรค 1 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

ตั้งที่ได้กล่าวไปแล้วว่า ก่อนหน้าปี 2547 คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติหลายคนมีหลักประกันสุขภาพติดกระเปาะ เมื่อเจ็บป่วยก็ไปหาหมอไปสถานพยาบาล แต่เมื่อนโยบายของรัฐไทยเปลี่ยน จาก

⁵⁵ ดู เอกสิทธิ์ วินิจกุล และพันตำรวจตรีหญิงสุภาพรรณ ขวัญทอง, ชุดวิจัยย่อย โครงการศึกษาทบทวนประสบการณ์ในการจัดหลักประกันสุขภาพสำหรับคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ: กรณีศึกษาในประเทศฝรั่งเศส และอังกฤษ, กันยายน 2551

“30 บาท รักษาทุกโรค” เป็น “30 บาท ช่วยคนไทยห่างไกลโรค” หลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ ก็ถูกดึงกลับคืนไป หนังสือตอบข้อหารือของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ข้างต้น คือ เอกสารที่ย้ำมากกว่าหนึ่งครั้งถึงหลักการนี้ และแนวคิดการตีความพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ พ.ศ.2545 และรัฐธรรมนูญฉบับปี 2540 ข้างต้นของสปสช. คือ หนึ่งในหลายคำถามของชุดโครงการวิจัยฯ และสิ่งที่ชุดโครงการวิจัยฯ ทำก็คือ การตั้งคำถามกลับ ต่อแนวคิดและการตีความกฎหมายของสปสช.

ในการทำงานของชุดวิจัยย่อยโครงการตรวจสอบสถานการณ์ปัญหาข้อกฎหมาย : ผู้ทรงสิทธิ ตามกฎหมายและนโยบายว่าด้วยสิทธิในสุขภาพ หลักประกันสุขภาพของประเทศไทย ได้ทบทวนให้เห็นถึงข้อถกเถียงต่อแนวคิดและการตีความ คำว่า “ชนชาวไทย” ของสปสช.

ในชั้นยกร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 สมาชิกสภากร่างรัฐธรรมนูญเอง ก็มีข้อถกเถียงกันว่า “ชนชาวไทย” ตามชื่อของหมวด 3 ว่าด้วย *สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย* นั้น หมายถึง *คนทุกคน* หรือหมายถึง *คนสัญชาติไทย* เท่านั้น⁵⁶ ในประเด็นนี้มีความเห็นแบ่งเป็น 2 ฝ่าย⁵⁷ คือ

ฝ่ายหนึ่งเห็นว่าผู้ที่อยู่ภายใต้ความคุ้มครองของรัฐธรรมนูญหมวดนี้ก็คือ “ชนชาวไทย” ซึ่งหมายถึงบุคคลที่มีสัญชาติไทยเท่านั้น เนื่องจากมีชื่อหมวดกำกับอยู่เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ขณะที่อีกฝ่ายเห็นว่า ไม่เพียงแต่บุคคลที่มีสัญชาติไทยเท่านั้นที่จะได้รับความคุ้มครอง แต่ “ชนชาวไทย” ตามความในหมวดนี้ ยังคุ้มครองไปถึงบุคคลทุกคนด้วย เนื่องจากหากพิจารณาจากเนื้อหาแห่งสิทธิที่มุ่งคุ้มครองแล้วปรากฏว่าโดยสาระแล้วสิทธิดังกล่าวเป็นสิทธิที่เกี่ยวข้องกับ “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” อันเป็นสิทธิในชีวิตร่างกาย เป็นคุณค่าที่ตกอยู่เพียงเพราะความเป็นมนุษย์ เป็นคุณค่าเฉพาะตัวของแต่ละปัจเจกชน และเป็นคุณค่าที่ปราศจากพรมแดนระหว่างคนชาติกับคนต่างด้าว ไม่ว่าจะคนต่างด้าวนั้นจะเป็นคนต่างด้าวที่มีรัฐ หรือเป็นคนต่างด้าวไร้รัฐก็ตาม

ด้วยประเด็นเดียวกัน ในชั้นยกร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ พ.ศ... ก็มีการถกเถียงว่าใครควรเป็น “ผู้มีสิทธิ” ในหลักประกันสุขภาพตามกฎหมายฉบับนี้ ในกรณีนี้ที่มิวิจัยพบว่ามี 3 กลุ่มความเห็น⁵⁸

⁵⁶ บรรเจิด สิงคะเนติ. หลักพื้นฐานของสิทธิเสรีภาพและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตามรัฐธรรมนูญ, พิมพ์ครั้งที่ 2 , วิทยุชน, กรุงเทพฯ, 2547

⁵⁷ บรรเจิด สิงคะเนติ, เพิ่งอ้าง.

⁵⁸ ปิยบุตร แสงกนกกุล,เอกสารข้อมูลและบทวิเคราะห์ทางวิชาการเพื่อประกอบการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.--,กรุงเทพฯ,สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภาและสถาบันพระปกเกล้า, 2545, หน้า (ค),และ 18-20.

ความเห็นกลุ่มแรก-เห็นว่าควรรับรองสิทธิให้กับบุคคลทุกคน⁵⁹ ไม่เฉพาะแต่บุคคลสัญชาติไทยเท่านั้น

ความเห็นกลุ่มที่สอง-เห็นว่าควรรับรองสิทธิให้กับบุคคลสัญชาติไทยเท่านั้น⁶⁰ เนื่องจากงบประมาณที่นำมาใช้ล้วนมาจากภาษีอากรของประชาชน ประกอบกับสถานะทางการคลังหลังวิกฤติเศรษฐกิจของประเทศไทยยังไม่ดีนักจึงควรให้แก่คนชาติก่อน และ

ความเห็นกลุ่มสุดท้ายเห็นว่าควรรับรองสิทธิให้กับบุคคลสัญชาติไทยซึ่งมีภูมิลำเนาในประเทศไทย⁶¹ เท่านั้น ไม่ควรรวมถึงคนสัญชาติไทยที่มีภูมิลำเนาต่างประเทศด้วย และเมื่อกฎหมายฉบับนี้ถูกประกาศบังคับใช้ในปี 2545 ถ้อยคำที่ปรากฏในกฎหมาย คือ บุคคลทุกคน

ทีมวิจัยเห็นว่า การตีความ “ชนชาวไทย” ในหมวด 3 นั้น ย่อมต้องตีความว่าหมายถึงบุคคลทุกคน ด้วยเหตุผลที่ปรากฏในชั้นยกร่างรัฐธรรมนูญฯ โดยสสร. นั้นปรากฏเหตุผลที่มีน้ำหนักสอดคล้องกับความเป็นจริงและความเป็นธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อคำนึงถึงบริบทของการปฏิรูปการเมืองและการผลักดันให้เกิดรัฐธรรมนูญฉบับประชาชน ถ้อยคำที่กล่าวถึง “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” ในมาตรา 4⁶² ได้สะท้อนแล้วถึงเนื้อหาแห่งสิทธิเสรีภาพที่รัฐธรรมนูญฉบับนี้มุ่งคุ้มครองเคารพ รวมถึงเยียวยา ดังนั้นโดยสรวัดแล้วสิทธิดังกล่าวเป็นสิทธิที่เกี่ยวข้องกับ “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” อันเป็นสิทธิในชีวิตร่างกาย เป็นคุณค่าที่ตกอยู่เพียงเพราะความเป็นมนุษย์ เป็นคุณค่าเฉพาะตัวของแต่ละปัจเจกชน และเป็นคุณค่าที่ปราศจากพรมแดนระหว่างคนชาติกับคนต่างด้าวไม่ว่าคนต่างด้าวนั้นจะเป็นคนต่างด้าวที่มีรัฐ หรือเป็นคนต่างด้าวไร้รัฐก็ตาม ซึ่งเจตนารมณ์ สิทธิเสรีภาพดังกล่าวนี้ก็ได้รับการรับรองไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับปัจจุบัน (พ.ศ.2550) ด้วย

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เป็นกฎหมายลูกที่ออกหรืออนุวัติการตามมาตรา 52 แห่งรัฐธรรมนูญฯ ซึ่งเจตนารมณ์ของกฎหมายฉบับนี้ก็คือการรับรองและคุ้มครองสิทธิในการได้รับบริการทางสาธารณสุข การมีหลักประกันสุขภาพอันเป็นปัจจัยพื้นฐานของมนุษย์ทุกชีวิต

ดังนั้น บุคคลทุกคน จึงเป็นผู้ทรงสิทธิ หรือบุคคลที่บทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญให้การรับรองและคุ้มครองสิทธิ การคุ้มครอง รับรองสิทธิของผู้ทรงสิทธิในกฎหมายลูก จึงควรอนุวัติการ/บังคับใช้ /ตีความโดยคำนึงถึง เคารพต่อหลักการและเจตนารมณ์แห่งรัฐธรรมนูญและเจตนารมณ์

⁵⁹ ร่าง พระราชบัญญัติฯที่เสนอโดย นายสุวัฒน์ วรรณศิริกุล และคณะ

⁶⁰ ร่าง พระราชบัญญัติฯที่เสนอโดย นายภูมิินทร์ สีธีระประเสริฐและคณะ, ร่าง พระราชบัญญัติฯ ที่เสนอโดยนายอำนาจ คลังผา และคณะ ,ร่าง พระราชบัญญัติฯ ที่เสนอโดยนายสิทธิชัย กิตติธเนศวร และคณะ

⁶¹ ร่าง พระราชบัญญัติฯที่เสนอโดยนายปรีชา มุสิกกุล และคณะ

⁶² มาตรา 4 แห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ และเสรีภาพของบุคคล ย่อมได้รับความคุ้มครอง

รวมถึงที่มาของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือต้องอนุวัติการ/บังคับใช้ /ตีความในเชิงคุ้มครองสิทธิ

การตีความของสปสช. ในหนังสือตอบข้อหารือข้างต้น จึงกล่าวได้ว่า เป็นการตีความ ใช้ดุลพินิจที่ขัดต่อเจตนารมณ์แห่งรัฐธรรมนูญ และเจตนารมณ์แห่งกฎหมายลูก เป็นการตีความในเชิงจำกัดสิทธิ มิใช่คุ้มครองสิทธิ ซึ่งขัดต่อความชอบด้วยกฎหมาย ความชอบด้วยรัฐธรรมนูญมาตรา 29 และ 26 แห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540⁶³

4.2 คนทุกคน, พลเมืองทุกคน, ผู้หญิง และ เด็ก คือ “ผู้ทรงสิทธิ” ภายใต้กฎหมายสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศที่รัฐไทยเป็นภาคี

“แมรี โรบินสัน อดีตข้าหลวงใหญ่เพื่อสิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติ ได้กล่าวไว้อย่างน่าสนใจว่า *สิทธิในสุขภาพ* ไม่ได้หมายถึง สิทธิที่จะมีสุขภาพที่ดี และก็ไม่ได้อธิบายความว่ารัฐบาลที่ยากจนจำเป็นต้องจัดหาบริการด้านสาธารณสุขที่มีราคาแพงให้แก่ประชาชน แต่หากเป็นการเรียกร้องให้รัฐบาล หรือผู้มีหน้าที่กำหนดแผนหรือนโยบายที่เหมาะสมที่สามารถนำไปสู่การรักษาพยาบาลที่เข้าถึงได้ง่ายสำหรับทุกคนในระยะเวลาที่รวดเร็วที่สุด⁶⁴ ”

บงกช นภอัมพร, ชูตวิชัยย่อยโครงการศึกษาความคาดหวังของประชาคมระหว่างประเทศต่อรัฐไทยในการปฏิบัติตามพันธกรณีระหว่างประเทศเพื่อการคุ้มครองสิทธิในสุขภาพหลักประกันสุขภาพของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ, กันยายน 2551

ประเทศไทยผูกพันในฐานะรัฐภาคีต่ออนุสัญญา 5 ฉบับ และกฎหมายจารีตประเพณีระหว่างประเทศอีก 1 ฉบับ ข้อค้นพบจากการทบทวนเอกสารของชูตวิชัยย่อยโครงการศึกษาความคาดหวังของประชาคมระหว่างประเทศต่อรัฐไทยในการปฏิบัติตามพันธกรณีระหว่างประเทศเพื่อการคุ้มครองสิทธิในสุขภาพหลักประกันสุขภาพของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ พบว่า อนุสัญญาทุกฉบับล้วน

⁶³ มาตรา 26 แห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 การใช้อำนาจโดยองค์กรของรัฐทุกองค์กร ต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ และเสรีภาพตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้

มาตรา 29 การจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลที่รัฐธรรมนูญรับรองไว้จะกระทำมิได้ เว้นแต่โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมายเฉพาะเพื่อการที่รัฐธรรมนูญนี้กำหนดไว้และเท่าที่จำเป็นเท่านั้น และจะกระทบกระเทือนสาระสำคัญของสิทธิและเสรีภาพนั้นมิได้

⁶⁴ Mary Robinson, former UN High Commissioner for Human Rights, as quoted in: Nygren-Krug H. 25 Questions and answers on health and human rights. World Health Organization health and human rights publication series No 1. Geneva: WHO. 2002:11.

รับรองถึงสิทธิในสุขภาพ หลักประกันสุขภาพว่าเป็นสิทธิของ *คนทุกคน* หรือ everyone ตามข้อ 25(1) แห่งปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน, ข้อ 12 แห่งกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม และข้อ 5 (ฉ) 4) แห่งอนุสัญญาว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติทางเชื้อชาติในทุกรูปแบบ, *พลเมืองทุกคน* หรือ every citizen ตามข้อ 25 กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง, *สตรี และคนทุกคน* (หรือ women ตามข้อ 12(1) แห่งอนุสัญญาว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในทุกรูปแบบ และ *เด็ก* หรือ the child, all children ตามข้อ 24 แห่งอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (ดูล้อมกรอบประกอบ)

ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน

Universal Declaration of Human Rights

ข้อบัญญัติในเรื่องการเคารพ คุ้มครอง และส่งเสริมสิทธิในสุขภาพและสิทธิในหลักประกันสุขภาพ ก็ปรากฏอยู่ในข้อที่ 25(1)

คนทุกคน มีสิทธิที่จะมีมาตรฐานการครองชีพอันเพียงพอต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตนเองและครอบครัว รวมไปถึงการได้รับอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย การดูแลสุขภาพ และการบริการทางสังคมที่จำเป็น นอกจากนี้ คนทุกคนยังมีสิทธิที่จะได้รับความมั่นคงแม้ในช่วงว่างงาน เจ็บป่วย พิกัด เป็นหม้าย วัยชรา หรือขาดปัจจัยดำรงชีวิตอื่น ๆ ในพฤติการณ์ที่นอกเหนืออำนาจของตน

กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางแพ่งและสิทธิทางการเมือง

International Covenant on Civil Political Rights

ข้อ 25

พลเมืองทุกคน ย่อมมีสิทธิและโอกาส โดยปราศจากความแตกต่างดังกล่าวไว้ในข้อ 2 และโดยปราศจากข้อจำกัดอันไม่สมควร

- (ก) ในการที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมในการบริหารรัฐกิจโดยตรง หรือผ่านทางผู้แทนซึ่งได้รับเลือกมาอย่างเสรี
- (ข) ในการที่จะออกเสียงหรือได้รับเลือกตั้งในการเลือกตั้งอันแท้จริงตามวาระซึ่งมีการออกเสียงโดยทั่วไปและเสมอภาค และโดยการลงคะแนนลับเพื่อประกันการแสดงเจตนาโดยเสรีของผู้เลือก
- (ค) ในการที่จะเข้าถึงการบริการสาธารณะในประเทศของตน ตามหลักเกณฑ์ทั่วไปแห่งเสมอภาค

กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม

International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights

มีข้อบัญญัติที่ว่าด้วยการเคารพ คุ้มครอง และส่งเสริมสิทธิในสุขภาพและสิทธิในหลักประกันสุขภาพซึ่งระบุไว้อย่างชัดเจนในข้อที่ 12 ทั้งสิทธิในสุขภาพในภาพกว้างและ

มาตรการที่จำเป็นที่รัฐภาคีต้องปฏิบัติตามเพื่อบรรลุถึงการเคารพ คุ้มครอง และส่งเสริมสิทธิดังกล่าว

ข้อ 12.

1. รัฐภาคีแห่งกติกาฉบับนี้รับรองสิทธิของคนทุกคนที่จะมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่เป็นได้

2. ขั้นตอนในการดำเนินการโดยรัฐภาคีแห่งกติกาฉบับนี้ เพื่อบรรลุผลในการทำให้สิทธินี้เป็นจริงอย่างสมบูรณ์ จะต้องรวมถึงสิ่งต่างๆ ที่จำเป็นเพื่อ

- (ก) การหาหนทางลดอัตราการตายของทารกก่อนคลอด และของเด็กแรกเกิด และการพัฒนาที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของเด็ก
- (ข) การปรับปรุงในทุกด้านของสุขลักษณะทางสิ่งแวดล้อมและอุตสาหกรรม
- (ค) การป้องกัน รักษา และควบคุมโรคระบาด โรคประจำถิ่น โรคจากการประกอบอาชีพ และโรคอื่น ๆ
- (ง) การสร้างสภาวะที่ประกันบริการทางการแพทย์และการให้การดูแลรักษาพยาบาลแก่ทุกคนในกรณีเจ็บป่วย

อนุสัญญาว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติทางเชื้อชาติในทุกรูปแบบ

International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination

อนุสัญญาฯ ฉบับนี้ระบุถึงการประกันสิทธิในสุขภาพและสิทธิในหลักประกันสุขภาพโดยปราศจากการแบ่งแยกด้วยเหตุต่างๆ ไว้อย่างชัดเจน

ข้อ 5 เพื่อให้สอดคล้องตามพันธกรณีพื้นฐานที่ได้จัดวางไว้ตามข้อ 2 ของอนุสัญญานี้ รัฐภาคีจะห้ามและจัดการเลือกปฏิบัติทางเชื้อชาติในทุกรูปแบบ และจะประกันสิทธิของคนทุกคนให้มีความเสมอภาคกันตามกฎหมาย โดยไม่จำแนกตามเชื้อชาติ สีผิว ชาติ หรือ เผ่าพันธุ์กำเนิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการใช้สิทธิดังต่อไปนี้...

(ฉ) สิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง..

4) สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุข การดูแลทางการแพทย์ การประกันสังคม และการบริการทางสังคม

นอกจากนี้ข้อที่ 36 ของ General Recommendation no.30 ของกติกาฉบับนี้ ที่ว่าด้วยเรื่อง “การแบ่งแยกโดยใช้เหตุความไม่เป็นราษฎรของรัฐ” ยังพูดถึงหน้าที่ของรัฐภาคีที่จะต้องเคารพในสิทธิของ “คนที่ไม่ใช่พลเมืองของรัฐ (Non-citizens)” ในเรื่องสิทธิในสุขภาพ และต้องไม่จำกัดการเข้าถึงการบริการทางด้านสาธารณสุขของคนกลุ่มนี้ด้วย

อนุสัญญาว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในทุกรูปแบบ

Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women

อนุสัญญาฯ ฉบับนี้เน้นความสำคัญไปที่ผู้หญิงในสังคม ประชาชนที่เป็นผู้หญิงก็ย่อมมีสิทธิในสุขภาพและสิทธิในหลักประกันสุขภาพที่เท่าเทียมกับผู้ชาย

ข้อ 12 (1)

“รัฐภาคีจะใช้มาตรการที่เหมาะสมทุกอย่าง เพื่อจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในด้านการรักษาสุขภาพ เพื่อประกันการมีโอกาสได้รับการบริการในการรักษาสุขภาพ รวมทั้งบริการเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว บนพื้นฐานของความเสมอภาคของบุรุษและสตรี”

อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก

Convention of the Rights of the Child

เนื่องจากเด็กเป็นผู้ทรงสิทธิ (Right Holder) ที่ง่ายต่อการถูกละเมิดมากที่สุด อนุสัญญาฯ ฉบับนี้รับรองสิทธิทุกประการที่เด็กพึงได้รับ รวมทั้งมาตรการต่าง ๆ ในการคุ้มครองเด็กด้วย โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเคารพ คุ้มครอง และส่งเสริมสิทธิในสุขภาพและสิทธิในหลักประกันสุขภาพของเด็กก็มีการระบุไว้อย่างชัดเจนในข้อที่ 24

ข้อ 24

1. รัฐภาคีจำต้องรับรองสิทธิของเด็กทุกคนในการได้รับประโยชน์จากมาตรฐานอันพึงมีของการมีสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ อีกทั้งยังต้องจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการรักษาพยาบาล เด็กทุกคนจะต้องสามารถเข้าถึงการให้บริการสาธารณสุขอย่างเต็มที่

2. รัฐภาคีควรจะปฏิบัติตามขั้นตอนต่อไปนี้ เพื่อให้ได้มาซึ่งการคุ้มครองสิทธิในสุขภาพอย่างเต็มที่

- (ก) ลดอัตราการเสียชีวิตของเด็กและทารกแรกเกิด
- (ข) วางมาตรการที่จำเป็นที่จะช่วยเหลือในเรื่องการรักษาพยาบาลและการดูแลสุขภาพของเด็ก โดยให้ความสำคัญที่การพัฒนาสุขภาพของเด็กในระยะเบื้องต้น
- (ค) ป้องกันเชื้อโรคและการขาดสารอาหารโดยเน้นที่การพัฒนาสุขภาพของเด็กในระยะเบื้องต้น อนึ่ง ควรมีการใช้เทคโนโลยีที่สามารถจัดหาได้ รวมไปถึงการจัดหาอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการที่เพียงพอและน้ำดื่มที่สะอาด นอกจากนี้ควรเล็งเห็นความสำคัญของอันตรายของมลภาวะจากสิ่งแวดล้อมที่มีต่อเด็กอีกด้วย
- (ง) วางมาตรการที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพของแม่ทั้งก่อนและหลังคลอด
- (จ) รับรองว่าทุกภาคส่วนในสังคม โดยเฉพาะพ่อแม่และเด็ก ได้เข้าถึงการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพและโภชนาการของเด็ก ประโยชน์ของ

<p>การให้หมบุตร สุขอนามัยที่ดี และการป้องกันอุบัติเหตุ เป็นต้น</p> <p>(ฉ) พัฒนาความรู้ในสภาวะเชิงป้องกัน รวมถึงการแนะนำและการให้บริการเรื่องการวางแผนครอบครัว</p> <p>3. รัฐภาคีจำต้องดำเนินมาตรการที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมในการจัดประเพณีปฏิบัติต่างๆ ที่จะก่อให้เกิดความเสียหายแก่เด็ก</p> <p>4. รัฐภาคีจำต้องให้การสนับสนุนความร่วมมือระหว่างประเทศ ในการบรรลุเป้าหมายของการคุ้มครองสิทธิในสุขภาพของเด็กตั้งที่ได้กล่าวไว้ในข้อบังคับนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่กำลังพัฒนา</p>

ขณะเดียวกัน ชุดวิจัยย่อยโครงการศึกษาความคาดหวังของประชาคมระหว่างประเทศต่อรัฐไทยฯ พบว่าความคาดหวังของประชาคมระหว่างประเทศต่อรัฐไทยในการดำเนินการเคารพ คุ้มครอง และส่งเสริมสิทธิในสุขภาพตามกติกาและอนุสัญญาระหว่างประเทศ ซึ่งพบว่ารัฐไทยยังคงเดินไปไม่ถึงความคาดหวังของประชาคมระหว่างประเทศ หรือการปฏิบัติตามพันธกรณีแห่งอนุสัญญา (ดูตารางที่ 5) และหากพิจารณาย้อนกลับไปยังสถานการณ์ข้อเท็จจริงในบทที่ผ่านมา ก็คงต้องกล่าวว่าข้อสรุปนี้ไม่ได้เกินเลยความจริง

ตารางที่ 3

ความคาดหวังของประชาคมระหว่างประเทศต่อรัฐไทยในการดำเนินการเคารพ คุ้มครอง และส่งเสริมสิทธิในสุขภาพตามกติกาและอนุสัญญาระหว่างประเทศ

	ประเด็นของความคาดหวัง	คณะกรรมการผู้ให้ความเห็น	รัฐภาคีผู้รับความเห็น
การไม่เลือกปฏิบัติเพื่อการเข้าถึงสิทธิในสุขภาพ			
1.	รัฐภาคีไม่ควรเลือกปฏิบัติต่อประชาชนที่อาศัยภายในประเทศ ด้วยเหตุใดก็ตาม	CCPR CESCR CERD CEDAW CRC	ทุกประเทศภาคี
2.	รัฐภาคีควรจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลและสตรีที่เป็นชาวเขาในด้านการได้รับบริการสาธารณสุขได้อย่างเท่าเทียม	CEDAW	ไทย ฟิลิปปินส์
3.	รัฐภาคีควรรับรองสิทธิของแรงงานต่างด้าวในการเข้าถึงการบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะยาต้านเชื้อไวรัสในผู้ติดเชื้อ	CESCR	อังกฤษ

	ประเด็นของความคาดหวัง	คณะกรรมการ ผู้ให้ความเห็น	รัฐภาคี ผู้รับความเห็น
	(Anti-retroviral Therapy: ART)		
กฎหมายและการบังคับใช้กฎหมายภายในประเทศ ให้สอดคล้องกับกติกาและอนุสัญญาระหว่างประเทศ			
4.	รัฐภาคีควรสร้างมาตรการทางกฎหมายภายในประเทศ ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับกติกาและอนุสัญญาระหว่างประเทศ	CCPR CESCR CERD CEDAW CRC	ทุกประเทศภาคี
5.	รัฐภาคีควรประกันสิทธิของบุคคลที่ไม่ใช่ประชากรของรัฐ รวมไปถึงผู้ลี้ภัยและคนไร้รัฐ ในรัฐธรรมนูญด้วย	CESCR	จีน
6.	รัฐภาคีควรผลักดันให้เกิดการปฏิบัติตามเจตนารมณ์ของกฎหมายที่บัญญัติการไม่เลือกปฏิบัติ	CERD	เม็กซิโก
7.	รัฐภาคีควรจัดทำมาตรการที่เหมาะสมเพื่อดูแลสุขภาพความเป็นอยู่ของแรงงานต่างด้าวทั้งที่ขึ้นทะเบียนและไม่ได้ขึ้นทะเบียนด้วย โดยเฉพาะการประกันสุขภาพแรงงาน	CERD	เม็กซิโก
8.	รัฐภาคีควรมีบทบัญญัติให้การรับรองสิทธิของชนกลุ่มน้อยภายในรัฐด้วย แม้ว่าจะมีการบัญญัติอยู่แล้วว่าบุคคลย่อมเสมอกันตามกฎหมาย แต่ก็ยังไม่เพียงพอที่จะการันตีสิทธิมนุษยชนที่เท่าเทียมกัน ทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ของชนกลุ่มน้อยได้	CESCR	ฝรั่งเศส
การจัดสรรงบประมาณ			
9.	รัฐภาคีไม่ควรแปรรูปการบริการด้านสาธารณสุขไปสู่ภาคเอกชนมากเกินไป เพราะจะทำให้ประชาชนชายขอบยิ่งเข้าไปถึงบริการที่มีแนวโน้มว่าจะแพงขึ้น หากการบริการสาธารณสุขกลายเป็นธุรกิจของภาคเอกชน	CESCR	ฟิลิปปินส์ เม็กซิโก
10.	ความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ ภายในประเทศ เช่น ภาครัฐ ภาคประชาสังคม และภาควิชาการ เป็นต้น	CRC	ทุกประเทศภาคี
11.	การแสวงหาความร่วมมือจากองค์กรระหว่างประเทศที่มีความชำนาญและเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะการให้ความช่วยเหลือทางความรู้ด้านเทคนิค	CRC	ทุกประเทศภาคี
การสร้างกลไกในการติดตามการทำงานตามกติกาและอนุสัญญาระหว่างประเทศ			
12.	การมีกลไกในการติดตามการทำงาน ให้เป็นไปตามกติกาและอนุสัญญาระหว่างประเทศในทุกๆ ประเด็น	CRC	ทุกประเทศภาคี
13.	รัฐภาคีควรเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกติกาและอนุสัญญาระหว่างประเทศ ในทุกๆ ประเด็น	CCPR CESCR CERD CEDAW	ทุกประเทศภาคี

	ประเด็นของความคาดหวัง	คณะกรรมการ ผู้ให้ความเห็น	รัฐภาคี ผู้รับความเห็น
		CRC	

4.3 คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ: หนึ่งในผู้ทรงสิทธิ ในหลักประกันสุขภาพในประเทศฝรั่งเศส

สำหรับคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ กล่าวได้ว่าประเทศฝรั่งเศสคุ้นเคยกับคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติมาเป็นเวลานานแล้วนับแต่คราวล่มสลายของจักรวรรดิรัสเซีย จักรวรรดิออสเตรีย-ฮังการี และจักรวรรดิออตโตมัน⁶⁵ ข้อค้นพบที่งานวิจัยย่อยโครงการศึกษาทบทวนประสบการณ์ในการจัดหลักประกันสุขภาพสำหรับคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ: กรณีศึกษาในประเทศฝรั่งเศส และอังกฤษ พบว่า อาจแบ่งมุมมองการคุ้มครองสิทธิในหลักประกันสุขภาพของประเทศฝรั่งเศสเป็น 3 มุมมองคือ มองจากมุมมองของกฎหมายภายในของประเทศฝรั่งเศสเอง, มองจากมุมมองของอนุสัญญาที่ฝรั่งเศสผูกพันในฐานะรัฐภาคี และประการสุดท้าย เนื่องจาก “คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ” มีสถานะเป็นผู้ทรงสิทธิในหลักประกันสุขภาพของประเทศฝรั่งเศส มุมมองสุดท้ายจึงจะเป็นการมองผ่านการทบทวนศึกษาถึง “ทางปฏิบัติ” ของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติในฐานะผู้ทรงสิทธิในประเทศฝรั่งเศส

4.3.1 ผู้ทรงสิทธิในหลักประกันสุขภาพตามกฎหมายภายในของประเทศฝรั่งเศส

ประเทศฝรั่งเศสได้จัดตั้งระบบ Etat-providence อย่างเป็นทางการขึ้นในราวปี ค.ศ. 1945 โดยอาศัยมรดกทางประวัติศาสตร์ในเรื่องการทำประกันและการให้ความช่วยเหลือของรัฐเพื่อใช้เป็นรากฐานในการสร้างระบบดังกล่าว (ระบบ Etat-providence เป็นแนวความคิดเดียวกันกับระบบ welfare-state ในประเทศอังกฤษและระบบ Bismarck ในประเทศเยอรมัน) นโยบายหลักของระบบ

⁶⁵ คราวล่มสลายของจักรวรรดิรัสเซีย จักรวรรดิออสเตรีย-ฮังการี และจักรวรรดิออตโตมัน ซึ่งเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์โลกที่ปรากฏผู้ลี้ภัยจำนวนมาก ซึ่งแต่เดิมลักษณะของคนไร้รัฐกับลักษณะของผู้ลี้ภัยยังไม่ชัดเจนนัก และในขณะเดียวกันในภาวะสงครามมีผู้ลี้ภัยและผู้อพยพจำนวนมากที่ต้องการละทิ้งสัญชาติเดิมหรือถูกรัฐที่ตนเองลี้ภัยมาเพิกถอนสัญชาติ ความหมายของคนไร้รัฐในบริบทที่รู้จักกันในปัจจุบันเริ่มชัดเจนมากขึ้นภายหลังสงคราม โลกครั้งที่สองซึ่งมีการแยกประเภทคนไร้รัฐและผู้ลี้ภัยออกจากกันอย่างชัดเจน กล่าวคือ ผู้ลี้ภัยเป็นผู้ที่หลบหนีภัยรุกรานจากรัฐที่ตนอยู่ซึ่งมักจะมีพิจารณาจากข้อเท็จจริงเป็นสำคัญ แต่คนไร้รัฐเป็นบุคคลที่มีสถานะบกพร่องตามกฎหมายซึ่งสถานะของคนไร้รัฐไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการถูกรุกรานจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลอื่นเลย ความแตกต่างของ “คนไร้รัฐ” กับ “ผู้ลี้ภัย” มีความชัดเจนมากขึ้นเมื่อทางสหประชาชาติ ได้กำหนดและแยกลักษณะของผู้ลี้ภัยกับคนไร้รัฐออกจากกันอย่างเด็ดขาดโดยการดูแลผู้ลี้ภัยทางสหประชาชาติได้ตราอนุสัญญาเจนีวา (28 กรกฎาคม ค.ศ. 1951) เพื่อใช้กับผู้ลี้ภัยโดยเฉพาะ และอนุสัญญานิวออร์ก (28 กันยายน ค.ศ. 1954) เพื่อปรับใช้กับคนไร้รัฐ

Etat-providence คือ นโยบายคุ้มครองสังคม (la protection sociale)⁶⁶ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ ความคุ้มครอง *ประชาชน* จากภาวะความเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจนเป็นเหตุให้ไม่สามารถทำงานได้อีกต่อไป ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการว่างงาน อุบัติเหตุ จนกระทั่งการตาย โดยรัฐมีหน้าที่ในการให้หลักประกันแก่ประชาชนในกรณีความเสี่ยง ดังกล่าวเกิดขึ้น รัฐจะรับผิดชอบในเรื่องค่าใช้จ่ายตลอดจนดูแลบุคคลที่ผู้ประสบภัยมีภาระหน้าที่ จะต้องเลี้ยงดู

แนวคิดในเรื่องระบบประกันสังคมเริ่มต้นพัฒนาอย่างจริงจังในปีค.ศ.1946 ในปีเดียวกับ ที่ฝรั่งเศสประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับปีค.ศ.1946 ที่มุ่งรับรองสิทธิของ *ประชาชน* ในการที่จะได้รับการรับรองและดูแลจากรัฐในเรื่องความมั่นคงในการดำรงชีวิต ข้อสังเกตก็คือรัฐธรรมนูญฯ ใช้คำว่า *ประชาชน* และ *มนุษย์ทุกคน*⁶⁷

ในปีค.ศ.1789 ฝรั่งเศสได้ประกาศใช้ประกาศสิทธิมนุษยชนและพลเมืองฉบับ ปี ค.ศ. 1789 ที่มีจำนวนทั้งสิ้น 17 มาตรา และเนื้อหาทั้งหมดมุ่งรับรองสิทธิและเสรีภาพขั้นพื้นฐานตาม

⁶⁶ นโยบายคุ้มครองสังคมในประเทศฝรั่งเศส ประกอบด้วย แนวทางด้านการทำประกันสังคม มีวัตถุประสงค์เพื่อ คุ้มครองประชาชนจากความเสี่ยงในด้านการขาดแคลนรายได้ในอนาคตไม่ว่าด้วยเหตุใด ๆ ก็ตาม โดยหน่วยงาน ประกันสังคมจะเก็บเงินจากรายได้ของผู้ประกันตนเพื่อใช้เป็นเงินออมสำหรับผู้ประกันตน, แนวทางด้านการให้ ความช่วยเหลือ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเสมอภาคและเท่าเทียมกันในสังคมโดยมุ่งเน้นช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส ทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้มีรายได้น้อย ซึ่งการช่วยเหลือตามแนวทางนี้จะพิจารณาถึงรายได้เป็นหลักเกณฑ์ สำคัญ (มิได้พิจารณาถึงความเสี่ยงใด ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น ดังเช่นประกันสังคม) โดยรัฐใช้เงินภาษีที่จัดเก็บจาก ประชาชนในการจ่ายเงินให้ความช่วยเหลือแก่ประชาชน และแนวทางการให้ความคุ้มครองและช่วยเหลือทุก ๆ คนมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายแก่ประชาชนทุกคนอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่มี การพิจารณาถึงเรื่อง รายได้ หรือเงินสะสมที่หักเก็บจากผู้ประกันตนดังเช่นในสองกรณีข้างต้น เพียงแต่ประชาชนที่จะได้รับความ ช่วยเหลือจะต้องมีเงื่อนไขครบตามที่รัฐกำหนดเท่านั้น อาทิเช่น เด็กทารกสามารถได้รับเงินช่วยเหลือเรื่องค่าเลี้ยงดู หรือ การเข้าเรียนในมหาวิทยาลัยโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ เป็นต้น

⁶⁷ วรรค 10 แห่งคำปรารภของกฎหมายรัฐธรรมนูญปี ค.ศ. 1946

“ชาติจะต้องให้หลักประกันแก่ประชาชนและครอบครัวของเขาตามความจำเป็นเพื่อการพัฒนาของ ประชาชน”

วรรค 11

“ชาติจะต้องรับรองการคุ้มครองทางด้านสุขภาพ ความปลอดภัยในสิ่งต่าง ๆ ที่มีลักษณะเป็นรูปธรรม การ มีเวลาสำหรับพักผ่อน และการจัดให้ประชาชนมีความผ่อนคลาย โดยเฉพาะแก่ เด็ก ผู้หญิงที่มีสถานะเป็นมารดา และคนชราที่ทำงาน

มนุษย์ทุกคน ย่อมมีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือตามความเหมาะสมในกรณีที่ไม่สามารถทำงานได้ ทั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขเรื่องอายุ สภาพร่างกาย สภาพจิตใจ และสถานภาพทางเศรษฐกิจ”

ธรรมชาติของมนุษย์⁶⁸ และที่สำคัญที่สุดคำประกาศนี้รับรองว่า *มนุษย์ทุกคนที่เกิดมามีความเสมอภาคกัน*

ต่อมา เมื่อประเทศฝรั่งเศสประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับปี ค.ศ. 1958 ที่รับรองสิทธิและเสรีภาพขั้นพื้นฐาน รวมถึงสิทธิในการเข้าถึงหลักประกันทางสาธารณสุขไว้ในวรรค 11 แห่งคำปรารภของกฎหมายรัฐธรรมนูญ “...คนทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็ก ผู้หญิงที่มีสถานะเป็นมารดา และคนชราที่ทำงาน สมควรจะได้รับหลักประกันในการคุ้มครองด้านสาธารณสุขและสิทธิที่จะได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ...”

จากบทบัญญัติดังกล่าว กฎหมายรัฐธรรมนูญได้ประกันสิทธิของ *คนทุกคน* ในการได้รับหลักประกันทางด้านสาธารณสุข แต่หลักประกันดังกล่าวจะนำมาปรับใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพจริงนั้นจะต้องนำมาปรับใช้ร่วมกับหลักความเสมอภาค ทั้งนี้เพื่อเป็นการจัดการเลือกปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรมอันเป็นเงื่อนไขสำคัญที่จะนำไปสู่สิทธิการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพอย่างเสมอภาคกัน

โครงการวิจัยหลักๆ เห็นว่า แนวความคิดเรื่องหลักความเสมอภาคในรัฐธรรมนูญของประเทศฝรั่งเศสมีความน่าสนใจ กล่าวคือ ประเทศฝรั่งเศสเห็นว่า *ประการแรก-ความเสมอภาค* เบื้องหน้ากฎหมาย หมายถึง *คนทุกคน* ที่อยู่ในรัฐเดียวกันจะต้องอยู่ภายใต้การบังคับใช้กฎหมายเดียวกัน ทั้งนี้รวมถึงการมีสิทธิและหน้าที่ต่อรัฐเหมือนกัน และจะต้องไม่มีผู้ใดที่อยู่นอกเหนือการบังคับใช้กฎหมาย, *ประการที่สอง-ความเสมอภาคทางด้านสังคม* หมายถึง *คนทุกคน* สมควรที่จะได้รับการปฏิบัติจากสังคมเหมือนกันโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติโดยใช้หลักเกณฑ์ทางด้านสัญชาติ เชื้อชาติ ศาสนา หรือ ความเชื่อใด ๆ อาทิเช่น การรับพนักงานโดยไม่พิจารณาถึงเพศเป็นหลักเกณฑ์สำคัญ และ*ประการสุดท้าย-ความเสมอภาคทางด้านโอกาส* หมายถึง โอกาสในความก้าวหน้าในสังคมจะต้องมีอย่างเท่าเทียมกัน ทั้งนี้โอกาสที่เกิดขึ้นนั้นจะต้องมิได้มาจากการเลือกปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรม ซึ่ง การปรับใช้หลักความเสมอภาคทางด้านโอกาสในปัจจุบันมักจะแสดงออกถึงความเสมอภาคหรือความเท่าเทียมกันระหว่างเพศชายและเพศหญิงในการทำงาน

4.3.2 ผู้ทรงสิทธิในหลักประกันสุขภาพภายใต้อนุสัญญาที่ผูกพันฝรั่งเศสในฐานะรัฐภาคี

ในทางระหว่างประเทศ ประเทศฝรั่งเศสผูกพันที่จะเคารพ คุ้มครองสิทธิของ “คนทุกคน” ตามปฏิญญาสากลว่าด้วยเรื่องสิทธิมนุษยชน ค.ศ. 1948 (*Déclaration universelle de droit de l’Homme*) ซึ่งงานวิจัยย่อยชุดโครงการ C-1 เห็นว่าปฏิญญาสากลฉบับดังกล่าวมิได้บัญญัติถึงสิทธิในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพโดยตรง เพียงแต่กล่าวเป็นนัยว่าสิทธิที่ทุกคนสมควรจะได้รับคือสิทธิในความมั่นคงในสุขภาพตามคุณภาพที่เพียงพอเท่านั้น ดังปรากฏใน

⁶⁸ แบ่งเป็น 3 หมวดคือ 1.หมวดเสรีภาพขั้นพื้นฐาน หมวดนี้จะกำหนดถึงเสรีภาพทางการเมือง 2.หมวดความเสมอภาค ที่มุ่งรับรองความเท่าเทียมกันของสิทธิขั้นพื้นฐาน อาทิเช่น บัญญัติว่ามนุษย์ทุกคนเกิดมามีสิทธิที่เท่าเทียมกัน และมนุษย์ทุกคนย่อมมีความเสมอภาคกันภายใต้กฎหมายและกระบวนการยุติธรรม และความเสมอภาคกันเบื้องหน้าอำนาจรัฐซึ่งความเสมอภาคในที่นี้หมายถึงความเสมอภาคในเรื่องของสิทธิที่ได้รับจากรัฐและความเสมอภาคในเรื่องของหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติต่อรัฐ และ 3.หมวดเรื่องอำนาจอธิปไตย

ข้อ 25

คนทุกคน ย่อมมีสิทธิที่จะได้รับคุณภาพที่เพียงพอ ในความมั่นคงในสุขภาพ การมีชีวิตที่ดี การมีครอบครัว โภชนาการ เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย การรักษาทางการแพทย์

ข้อ 22

บุคคลใด ๆ ก็ตามในฐานะที่เป็นสมาชิกของสังคม ย่อมมีสิทธิที่จะได้รับหลักประกันทางสังคม ซึ่งหมายถึงสิทธิในทางเศรษฐกิจ สิทธิในทางสังคม สิทธิในทางวัฒนธรรม

งานโครงการวิจัยย่อยชุด C-1 เห็นต่อไปด้วยว่า หลักประกันทางสังคมตามข้อ 22 หมายถึงหลักประกันที่จะได้รับความคุ้มครองจากรัฐจากความไม่มั่นคงทางสังคมไม่ว่าจะโดยการให้ความช่วยเหลือของรัฐที่ดี หรือการจัดหาหลักประกันสังคมหรือโดยวิธีการอย่างหนึ่งอย่างใดที่รัฐให้ความคุ้มครองตามแต่ความเหมาะสม

นอกจากนี้ ฝรั่งเศสผูกพันกับประชาคมระหว่างประเทศ ผ่านกลไกของกฎหมายสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศโดยต้องคุ้มครองสิทธิของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ จากการที่ฝรั่งเศสเข้าเป็นภาคีในอนุสัญญา 2 ฉบับคือ อนุสัญญาเจนีวา ลงวันที่ 20 กรกฎาคม ค.ศ. 1951 ซึ่งส่งผลให้ฝรั่งเศสเป็นประเทศหนึ่งที่เป็นประเทศรองรับผู้ลี้ภัยจากประเทศต่าง และอนุสัญญานิวยอร์ก⁶⁹ โดยข้อ 24 แห่งอนุสัญญานิวยอร์กได้รับรองถึงสิทธิในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพของคนไร้รัฐ โดยกำหนดให้รัฐภาคีต้องปฏิบัติต่อคนไร้รัฐ เสมือนเป็นคนที่สัญชาติของตน ในการเข้าถึงหลักประกันสังคมของรัฐ กล่าวคือ เงื่อนไขในการทำประกันสังคมและสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับจากการทำประกันสังคมจะต้องอยู่ภายใต้หลักเกณฑ์เดียวกันกับชาวฝรั่งเศส

ดังนั้น การที่ประเทศฝรั่งเศสกำหนดให้ประชาชนต้องทำประกันสังคมทุกคน ซึ่งเป็นระบบประกันสังคมที่ครอบคลุม 4 ด้านคือ ประกันสุขภาพ ประกันชราภาพ ประกันการช่วยเหลือสถานะทางครอบครัว และประกันการออมทรัพย์ซึ่งผู้ประกันตนจะได้รับเงินสะสมจากประกันสังคมคืนเมื่อครบตามระยะเวลาที่กำหนด

เงื่อนไขของผู้ทำประกันสังคมจะต้องเป็นผู้ที่มีสิทธิในการอยู่อาศัยในประเทศฝรั่งเศสเท่านั้น ดังนั้น คนไร้รัฐที่อยู่อาศัยในประเทศฝรั่งเศสอย่างถูกต้องตามกฎหมายย่อมมีสิทธิที่จะทำประกันสังคมได้

⁶⁹ คนไร้รัฐ หมายถึง ข้อ 1 บุคคลใด ๆ ก็ตามซึ่งโดยทางกฎหมายไม่มีรัฐโดยอมรับว่าเป็นคนชาติของตน บุคคลนั้นถือว่าเป็นคนไร้รัฐ

ในทางข้อเท็จจริงคนไร้รัฐ อาจเกิดขึ้นได้ในหลาย ๆ กรณี อาทิเช่น ความบกพร่องหรือช่องโหว่ของระบบกฎหมายเรื่องสัญชาติ การล่มสลายของรัฐ ความบกพร่องของการทำทะเบียนทางการเกิด การถูกเพิกถอนสัญชาติ เป็นต้น

สิทธิของคนไร้รัฐในการทำประกันสังคมมีเพิ่มมากขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1980 โดยรัฐมนตรีออกหนังสือเวียนลงวันที่ 23 มกราคม ค.ศ. 1980⁷⁰ เพื่อให้ผู้ลี้ภัยและคนไร้รัฐที่อยู่ในสหภาพยุโรปมีสิทธิตามกฎหมายต่าง ๆ ตามที่สหภาพยุโรปกำหนด อาทิเช่น สิทธิที่จะให้คู่สมรสเป็นผู้รับผลประโยชน์จากประกันสังคมในกรณีที่ผู้ทำประกันถึงแก่กรรม เป็นต้น

จากความเบื้องต้นนี้ โครงการวิจัยย่อยชุด C-1 เห็นว่า ประเทศฝรั่งเศสให้สิทธิต่าง ๆ แก่คนไร้รัฐเฉกเช่นเดียวกันกับพลเมืองของตน โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติเลยไม่ว่าจะเป็นสิทธิในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพที่ดี หรือสิทธิในการทำประกันสังคมที่ดี

4.3.3 “ทางปฏิบัติ” ของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติที่เป็นผู้ทรงสิทธิในหลักประกันสุขภาพในฝรั่งเศส

4.3.3.1 การจัดทำมีองค์กรคุ้มครองผู้ลี้ภัยและคนไร้รัฐแห่งประเทศฝรั่งเศส (OFPRA)

เพื่อเป็นการอนุวัติการตามอนุสัญญาเจนีวา ประเทศฝรั่งเศสจึงได้ออกกฎหมาย คือพระราชบัญญัติลงวันที่ 24 กรกฎาคม ค.ศ. 1952 เพื่อจัดตั้งองค์กรคุ้มครองผู้ลี้ภัยและคนไร้รัฐแห่งประเทศฝรั่งเศส (OFPRA)⁷¹ โดยองค์กรดังกล่าวนี้อยู่ภายใต้การควบคุมของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการต่างประเทศ มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงต่อคนไร้รัฐ นับตั้งแต่มีการปรากฏตัวของคนไร้รัฐจนกระทั่งสถานะคนไร้รัฐได้สิ้นไป

➤ สถานะของ “ผู้ลี้ภัย” ในประเทศฝรั่งเศส

ผู้ลี้ภัย จะต้องยื่นคำร้องต่อ OFPRA เพื่อขอสถานะเป็น “คนไร้รัฐ” หลังได้รับคำร้อง ทางองค์กรจะออก “ใบรับคำร้อง” และทำการตรวจสอบคุณสมบัติต่าง ๆ หากคุณสมบัติครบถ้วน จะประกาศให้เป็น “คนไร้รัฐ” และมีสิทธิตามที่กฎหมายกำหนด

ผู้ร้องที่ถูกปฏิเสธสามารถอุทธรณ์คำสั่งดังกล่าวต่อศาลปกครองได้ภายใน 2 เดือน

➤ สิทธิของ “คนไร้รัฐ”

(1) สิทธิอาศัยชั่วคราว ต้องต่ออายุปีต่อปี (หากอยู่อาศัยเป็นเวลา 3 ปี ติดต่อกันบุคคลดังกล่าวมีสิทธิร้องขอใบอนุญาตที่มีอายุ 10 ปีได้⁷² และมีสิทธิร้องขอสัญชาติฝรั่งเศสได้)

(2) สิทธิในการทำงาน⁷³ ⁷⁴ และในระหว่างหางานก็มีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ⁷⁵ เป็นจำนวนเงิน 10.22 ยูโรต่อวัน⁷⁶ หรือในระหว่างที่รอ

⁷⁰ Circulaire ministérielle n 8 ss du 23 janvier 1980 Rappelant et complétant les modalités d'octroi des avantages non contributifs de vieillesse aux réfugiés et aux apatrides

⁷¹ l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

⁷² มาตรา L 313-11 9° แห่งประมวลกฎหมายว่าด้วยเรื่องการเข้ามาและการพำนักอาศัยของชาวต่างชาติ (Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile)

การรับรองสถานะคนไร้รัฐจากองค์กรคุ้มครองผู้ลี้ภัยและคนไร้รัฐแห่งประเทศฝรั่งเศส ผู้ร้องขอก็มีสิทธิที่จะได้รับสวัสดิการจากรัฐตามโครงการ AI⁷⁷ (l'Allocation d'Insertion)

- (3) สิทธิในประกันสังคม อาทิเช่น สิทธิได้รับเงินอุดหนุนทางครอบครัว สิทธิได้รับการรักษาเมื่อเจ็บป่วย เป็นต้น

4.3.3.2 การจัดให้มีโครงการต่าง ๆ ของรัฐทางด้านสาธารณสุขที่คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติสามารถเข้าถึงบริการ

ดังที่กล่าวมาแล้วในเบื้องต้นว่า การจัดหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนในประเทศฝรั่งเศสนั้น ทางรัฐมิได้คำนึงถึงสถานะทางสัญชาติ เชื้อชาติ ใด ๆ เลย ดังนั้น โครงการต่าง ๆ ที่รัฐจัดให้บริการประชาชนทางด้านสาธารณสุขนั้น ประชาชนย่อมสามารถใช้บริการได้อย่างเสมอภาค เท่าเทียม ซึ่งเงื่อนไขในการใช้บริการย่อมแตกต่างกันไปตามแต่ละประเภทของโครงการ

(1)โครงการ CMU (la Couverture Maladie Universelle) สิทธิในการได้รับการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานจากรัฐ

CMU เป็นชื่อของโครงการที่เริ่มเมื่อ วันที่ 1 มกราคม ค.ศ. 2000 ซึ่งเป็นโครงการที่รัฐจัดสวัสดิการในการรักษาพยาบาลแก่ทุก ๆ คนที่มีสถานะถูกต้องตามกฎหมายแต่มีรายได้ต่ำกว่าที่กฎหมายกำหนดและไม่สามารถใช้สิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากประกันสังคมหรือโครงการอื่น ๆ ได้

ผู้ที่ประสงค์ที่จะขอรับสวัสดิการจากโครงการ CMU จะต้องยื่นคำร้องต่อสำนักงานหลักประกันการเจ็บป่วย (la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) หรือศูนย์ประกันสังคม (le Centre de Sécurité sociale) หรือขอคำปรึกษาด้านข้อมูลได้ที่สำนักงานเทศบาล (le Centre communal

⁷³ มาตรา L 313-11 แห่งประมวลกฎหมายว่าด้วยเรื่องการเข้ามาและการพำนักอาศัยของชาวต่างชาติ (Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile)

⁷⁴ Article L 721-2 et 3 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

⁷⁵ Allocation temporaire d'attente

⁷⁶ Décret n°2007-32 du 8 janvier 2007 portant révalorisation de l'allocation de revenue minimum d'insertion, de l'allocation d'insertion, de l'allocation temporaire d'attente, de l'allocation solidarité spécifique et de l'allocation équivalent retraite

⁷⁷ โครงการ AI เป็นโครงการของรัฐที่ช่วยเหลือผู้ร้องขอสถานะผู้ลี้ภัยหรือสถานะคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติแล้วแต่กรณีต่อ OFPRA ซึ่งโครงการดังกล่าวจัดหาสวัสดิการให้แก่ผู้ร้องขอในระยะเวลาที่รอการรับรองสถานะจาก OFPRA ซึ่งโครงการนี้กำหนดให้ผู้ร้องจะต้องลงทะเบียนการทำงาน และทางโครงการจะจ่ายเบี้ยเลี้ยงชีพจำนวน ๙.๕๕ ยูโรต่อวัน สูงสุดไม่เกินหนึ่งปีแต่จะต้องทำการต่ออายุทุก ๆ หกเดือน และหากมีความจำเป็นที่จะต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลบุคคลดังกล่าวมีสิทธิที่จะได้รับการรักษาประเภท CMU (Couverture Maladie Universelle)

d'action sociale-CCAS) หรือหน่วยงานบริการทางด้านสังคมประจำจังหวัด (le Service départemental d'action sociale-SDAS) หรือหน่วยงานอื่น ๆ ทางด้านสาธารณสุข

- **คุณสมบัติของผู้ขอใช้สิทธิรับสวัสดิการ CMU**
 - (1) ผู้ยื่นคำร้องขอใช้สิทธิจะต้องพำนักอาศัยในประเทศฝรั่งเศสไม่น้อยกว่า 3 เดือน
 - (2) ผู้ยื่นคำร้องขอใช้สิทธิจะต้องมีสิทธิในการพำนักอาศัยในประเทศฝรั่งเศสโดยชอบด้วยกฎหมายและมีลักษณะถาวร
 - (3) ผู้ยื่นคำร้องขอใช้สิทธิจะต้องเป็นผู้มีรายได้ไม่เกิน 6,609 ยูโรต่อปี⁷⁸
- **สิทธิประโยชน์ ภายใต้โครงการ CMU**
 - ได้รับสิทธิประโยชน์เหมือนกับผู้ที่ได้รับสิทธิประโยชน์ในโครงการประกันสังคมทุกประการ กล่าวคือ สามารถได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ เลย ทั้งนี้รวมถึงค่าธรรมเนียมในการปรึกษาแพทย์ ค่าธรรมเนียมในการรักษาพยาบาลและค่ายา ฯลฯ
 - สามารถทำคำร้องขอรับสิทธิในการรักษาพยาบาลประเภทพิเศษที่ นอกเหนือจากการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานได้ หากมีความจำเป็น เช่น ช็อก กรอบแว่นตา, ช็อกฟันปลอม ฯลฯ แต่การพิจารณาให้สิทธิดังกล่าวจะพิจารณาจากรายได้เป็นเกณฑ์

มีทางปฏิบัติที่น่าสนใจประการหนึ่งคือ ตุลาการรัฐธรรมนูญเคยได้วินิจฉัยความชอบด้วยรัฐธรรมนูญของร่างพระราชบัญญัติว่าด้วยการจัดตั้งโครงการ CMU โดยกล่าวว่า โครงการ CMU ซึ่งเป็นโครงการที่มุ่งเน้นความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐ และในประเทศฝรั่งเศสไม่เพียงแต่ทุก ๆ คนมีสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามหลักความเสมอภาคเท่านั้น แต่ทุก ๆ คนจะต้องได้รับการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐานที่ดี ซึ่งพบได้จากคำวินิจฉัยของสภาแห่งรัฐในคดี Epoux Vergoz⁷⁹ โดยในคำพิพากษาได้อ้างอิงถึงหลักความเสมอภาคควบคู่กับมาตรา 11 แห่งคำปรารภกฎหมายรัฐธรรมนูญปี ค.ศ. 1958 ประกอบด้วย

⁷⁸ หลักเกณฑ์ที่กำหนดให้ใช้จนกระทั่งถึงวันที่ 30 กันยายน 2003

⁷⁹ CC, 23 juillet 1999, la loi portant création de la CMU

(2) โครงการ AME (l'Aide Médicale d'Etat)⁸⁰ การช่วยเหลือด้านการแพทย์จากรัฐ

AME เป็นชื่อของโครงการเพื่อการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใด ๆ ที่รัฐจัดเป็นสวัสดิการให้แก่บุคคลที่มีสัญชาติฝรั่งเศส ที่ถือว่าอยู่ใน สถานะที่ไม่ชอบด้วยกฎหมายและมีรายได้ต่ำกว่าที่กฎหมายกำหนด ซึ่งกลุ่มบุคคลดังกล่าวนี้ไม่มีสิทธิที่จะได้รับสวัสดิการใด ๆ จากประกันสังคมเลย โดยโครงการ AME จะให้ความช่วยเหลือในทุกด้านที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล อาทิเช่น ค่าธรรมเนียมของการรักษาพยาบาล ค่าธรรมเนียมในการปรึกษาแพทย์ ค่ายา ครอบคลุมถึงการรักษาพยาบาลในคลินิกเอกชนและในโรงพยาบาลของรัฐ

สิทธิในสวัสดิการการรักษาพยาบาลภายใต้โครงการ AME นี้ นอกจากผู้ยื่นคำร้องแล้ว ยังครอบคลุมถึงบุคคลอื่นที่ผู้ร้องขอต้องรับภาระในการเลี้ยงดูในขณะร้องขอด้วย เช่น คู่สมรส บุตรที่มีอายุไม่ถึง 16 ปี

➤ คุณสมบัติของ ผู้ยื่นคำร้อง เพื่อขอใช้สิทธิรับสวัสดิการ AME	
1. ต้องไม่มีสัญชาติฝรั่งเศส	
2. ไม่ได้อยู่ในสถานะที่ชอบด้วยกฎหมาย ⁸¹	
3. ต้องมีรายได้ในระดับที่ต่ำกว่าที่กฎหมายกำหนดตามตาราง ดังนี้	
จำนวนผู้ยื่นคำร้องต่อครอบครัว	รายได้ของผู้ยื่นคำร้องไม่เกิน/เดือน
1 คน	598.23 ยูโร
2 คน	897.35 ยูโร
3 คน	1076.82 ยูโร
4 คน	+239.29 ยูโร
มากกว่า 4 คน บวกเพิ่มคนละ	+239.29 ยูโร
4. จะต้องอาศัยในประเทศฝรั่งเศสมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือนและมีลักษณะถาวร	
5. เป็นผู้ไม่มีสิทธิที่จะร้องขอจากประกันสังคมหรือจากโครงการอื่น	
6. ต้องมีที่อยู่ที่แน่นอน หากในเวลาร้องขอผู้ยื่นคำร้องขอไม่มีที่อยู่ชัดเจน ให้แจ้งต่อสำนักงานเทศบาลหรือหน่วยงานอื่น ๆ ตามที่สำนักงานหลักประกันการเจ็บป่วยกำหนดไว้ในบัญชีก่อนที่จะทำการยื่นคำร้องต่อ AME	
➤ สิทธิประโยชน์ภายใต้โครงการ AME	
<ul style="list-style-type: none"> ● ได้รับค่ารักษาพยาบาล หรือค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวเนื่องนับตั้งแต่วันยื่นคำร้อง 	

⁸⁰ Article L 251-1 du Code de l'action sociale et des familles

⁸¹ Article L 111-2 3° du Code de l'action sociale et des familles

- ได้รับคำรักษาพยาบาล แม้การรักษาดังกล่าวจะเกิดขึ้น ก่อนวันยื่นคำร้องแต่ภายในระยะเวลาหนึ่งเดือน
- มีสิทธิที่จะเลือกสถานพยาบาลเพื่อทำการรักษาภายใต้เงื่อนไขเดียวกันกับผู้มีสิทธิตามประกันสังคม
- สิทธิตามโครงการนี้ มีระยะเวลาหนึ่งปี

คำร้องดังกล่าวจะต้องยื่นต่อสำนักงานหลักประกันการเจ็บป่วย (des Caisses Primaries d'Assurance Maladie) สำนักงานเทศบาลหรือศูนย์ความร่วมมือระหว่างเทศบาลที่มีหน้าที่ให้บริการด้านสังคม (des Centres communaux et intercommunaux d'action sociale) ศูนย์บริการด้านสังคมและสาธารณสุขแห่งจังหวัด (des Service sanitaires et sociaux des départements) หรือหน่วยงานอื่นๆ ตามที่สำนักงานหลักประกันการเจ็บป่วยกำหนดไว้ในบัญชี หลังจากนั้น หน่วยงานจะส่งเอกสารให้แก่สำนักงานหลักประกันการเจ็บป่วยภายใน 8 วัน เพื่อพิจารณาการให้สวัสดิการตามโครงการดังกล่าวแก่ผู้ร้องขอภายใน 1 เดือน นับแต่ผู้ยื่นคำร้องได้ยื่นเอกสารต่อหน่วยงาน หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวโดยที่ไม่มีคำตอบใดๆ จากสำนักงานหลักประกันการเจ็บป่วย ให้ถือว่าเป็นการปฏิเสธ อย่างไรก็ตามผู้ร้องขอสามารถอุทธรณ์คำสั่งปฏิเสธโดยปริยาย (จากการไม่ให้คำตอบภายในระยะเวลาที่กำหนด) ต่อคณะกรรมการทางด้านสังคมประจำจังหวัดภายในระยะเวลา 2 เดือน

(3) สิทธิในการทำหลักประกันสุขภาพ (Assurance maladie)

การทำประกันสุขภาพเป็นสาขาหนึ่งของการทำประกันสังคมซึ่งเป็นการประกันขั้นพื้นฐานที่รัฐบังคับให้ประชาชนทุกคนทำประกัน โดยรัฐหักค่าทำประกันโดยตรงจากรายได้ ซึ่งการทำประกันประเภทนี้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ของการรักษาพยาบาล เช่น ค่าแพทย์ ค่ายา ค่าใช้จ่ายสำหรับโรงพยาบาล เป็นต้น

➤ คุณสมบัติของผู้มีสิทธิทำประกันสุขภาพ

- 1) เป็น *ผู้มีสิทธิอาศัย* จะต้องแสดงใบอนุญาตแสดงสิทธิอาศัย และต้องอาศัยอยู่ในประเทศฝรั่งเศส อย่างน้อย 3 เดือน
- 2) เป็น *ผู้ไม่มีสิทธิอาศัย* หรือเป็นผู้เคยมีสิทธิอาศัยแต่สิทธินั้นหมดไปแล้ว ต้องขอทำประกันสุขภาพภายใน 4 ปี แต่ประกันสุขภาพจะครอบคลุมเฉพาะค่ารักษาพยาบาลเท่านั้น⁸²
- 3) เป็น *ผู้เยาว์* ซึ่งสามารถทำประกันสุขภาพได้ โดยไม่จำเป็นต้องมีสิทธิอาศัย

⁸² article L 161-8 du CSS

4.4 คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ: หนึ่งในผู้ทรงสิทธิ ในหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย

จากการศึกษาทบทวนเอกสารโดยโครงการศึกษาทบทวนประสบการณ์ในการจัดหลักประกันสุขภาพสำหรับคนไร้รัฐ ในประเทศไทย หรือโครงการวิจัยย่อยชุด C-2⁸³ พบว่า ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service) ของประเทศไทยสำหรับคนไร้รัฐ (Stateless Persons) เกิดขึ้นในปี ค.ศ.1948 พร้อมๆ กับการให้บริการสุขภาพแก่พลเมืองอังกฤษ (British Citizens) โดยการนำแนวคิดความเสมอภาค ไม่เลือกปฏิบัติและรัฐสวัสดิการ มากำหนดเป็นนโยบาย และจัดทำกฎหมายในการจัดระบบบริการสุขภาพให้แก่คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ

ภายใต้นโยบายดังกล่าว ที่ *คนทุกคน* สามารถเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพได้ทั้งการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลปฐมภูมิและการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล อีกทั้งประเทศไทยยังไม่คำนึงว่าคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติเหล่านั้นจะเป็นคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติที่เดินทางเข้าสู่ประเทศไทยจะเป็นคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติที่เข้าเมืองชอบด้วยกฎหมาย (Legal Immigrants) หรือคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติที่เข้าเมืองไม่ชอบด้วยกฎหมาย (Illegal Immigrants) จึงทำให้คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติทุกคนสามารถเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติได้ ผลที่ตามมาคือ เกิดการหลั่งไหลของประชากรจากทั่วทุกมุมโลกเดินทางเข้าสู่ประเทศไทยเพื่อเข้ามารับการรักษาพยาบาล (Health Tourist) โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีของชาวอาฟริกาที่เดินทางมาเพื่อรับการรักษาโรคเอดส์ ประเทศไทยจึงประสบปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นทุกปี

ต่อมาประเทศไทยจึงปรับเปลี่ยนนโยบายและกฎหมายตามสถานการณ์เพื่อแก้ไขภาระการคลังของรัฐ โดยการบัญญัติกฎหมายในปี ค.ศ.1989 กำหนดหลักเกณฑ์ให้คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติที่เดินทางเข้าสู่ประเทศไทย (Overseas visitors) บางกลุ่มต้องจ่ายรักษาพยาบาลเอง เช่น กลุ่มแรงงานที่เดินทางเข้าประเทศไทยเพื่อทำงานและมีใบอนุญาตทำงาน แต่ไม่ได้ทำงานจริงในขณะที่เข้าใช้บริการสุขภาพ เป็นต้น และได้มีการแก้ไขกฎหมายที่สำคัญในปี ค.ศ.2004 กำหนดให้คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติที่จะสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแห่งชาติได้ต้องอาศัยโดยชอบด้วยกฎหมาย (Legal Resident) และมีผลบังคับจนถึงปัจจุบัน

กล่าวโดยสรุปก็คือ ในการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติในประเทศไทยนั้น หลักเกณฑ์ที่ประเทศไทยใช้ก็คือ หลักการมีถิ่นที่อยู่ (Ordinarily Resident) ไม่ได้ใช้หลักสัญชาติ (Nationality) ดังนั้น หากคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ มีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย ก็ย่อมสามารถเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพได้เช่นเดียวกับพลเมืองของอังกฤษ

⁸³ ดู พ.ต.ต.หญิง สุภาพรณ ขวัญทอง, อ้างแล้ว

4.4.1 ผู้ทรงสิทธิในหลักประกันสุขภาพของประเทศอังกฤษภายใต้พันธกรณีระหว่างประเทศ

หากพิจารณาจากการมีกฎหมายรองรับสิทธิการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ โครงการวิจัยย่อยชุด C-2 พบว่า ประเทศอังกฤษผูกพันให้ต้องปฏิบัติตามพันธกรณีตามกติกาอนุสัญญาระหว่างประเทศ คือ ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ค.ศ. 1948 (The Charter of the United Nations and the Universal Declaration of Human Rights 1948 : UDHR), กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง (International Covenant on Civil and Political Rights 1966 : ICCPR), กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ค.ศ.1966 (International Covenant on Economic Social and Cultural Rights 1966 : ICESCR), กติการะหว่างประเทศว่าด้วยการเลือกปฏิบัติทางเชื้อชาติ ค.ศ. 1965 (The International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination 1965 : ICERD), กติการะหว่างประเทศว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีทุกรูปแบบ ค.ศ.1979 (The Convention on Elimination of All Forms of Discrimination against Women 1979 : CEDAW) และ และอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก ค.ศ.1989 (The Convention of the Rights of the Child 1989 : CRC)

นอกจากนี้ประเทศอังกฤษยังมีพันธกรณีตามข้อ 14 แห่งอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิมนุษยชนแห่งยุโรป (European Convention on Human Rights 1950 : ECHR)⁸⁴ ในการห้ามเลือกปฏิบัติในทุกรูปแบบ (Prohibition of Discrimination) และอนุสัญญาความเกี่ยวพันเกี่ยวกับสถานะของคนไร้รัฐ (Convention relating to the Status of Stateless Persons 1954)⁸⁵

4.4.2 ผู้ทรงสิทธิในหลักประกันสุขภาพในประเทศอังกฤษภายใต้กฎหมายภายใน

โครงการวิจัยย่อยชุด C-2 พบว่า ในประเทศอังกฤษนั้น แม้จะมีระบบกฎหมายที่แตกต่างกัน 3 ระบบ กล่าวคือระบบกฎหมายของอังกฤษและเวลส์, สกอตแลนด์และไอร์แลนด์เหนือ แต่ในประเด็นของผู้ทรงสิทธิในหลักประกันสุขภาพนั้นไม่มีความแตกต่างกันคือ คนทุกคนสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ โดยมีเงื่อนไขเพียงบุคคลดังกล่าวต้องมีถิ่นที่อยู่ (Ordinary Residence) ในประเทศอังกฤษ อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงและรับบริการดังกล่าวจะต้องเสียค่าบริการ หรือร่วมจ่าย โดยทั้งอังกฤษ เวลส์ สกอตแลนด์ และไอร์แลนด์เหนือต่างได้ตรากฎหมายลำดับรองอีกหลายฉบับ กำหนดหลักเกณฑ์การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลสำหรับคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล

⁸⁴ ลงนามที่กรุงโรมเมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน พ.ศ. 1950 มีผลบังคับตั้งแต่วันที่ 18 พฤษภาคม ค.ศ. 1954 ประเทศอังกฤษเป็นประเทศแรกที่ลงนามเมื่อวันที่ 8 มีนาคม ค.ศ. 1951 และเป็นประเทศแรกที่ให้สัตยาบันและเริ่มมีอิทธิพลตั้งแต่วันที่ 23 กันยายน ค.ศ. 1953 ในขณะนั้นประเทศอังกฤษไม่มีกฎหมายภายใน ปัจจุบันมีประเทศที่ให้สัตยาบัน 45 ประเทศ

⁸⁵ มีการลงนามเมื่อวันที่ 28 กันยายน ค.ศ. 1954 และมีผลบังคับตั้งแต่วันที่ 6 มิถุนายน ค.ศ. 1960 ประเทศอังกฤษได้ลงนามเมื่อวันที่ 28 กันยายน ค.ศ. 1954 และให้สัตยาบันเมื่อวันที่ 16 เมษายน ค.ศ. 1959

นอกจากนี้ ในกรณีของเด็กที่มีอายุไม่เกิน 16 ปี หรืออายุไม่เกิน 19 ปี แต่อยู่ในระบบการศึกษาสามารถเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติได้, หากเป็นกรณีแรงงานไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ ต้องเข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมาย มีใบอนุญาตทำงานและต้องเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพในระหว่างที่ทำงานไม่ใช่ว่างงานจึงจะเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพฟรี, กรณีคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ ที่ขอลี้ภัยสามารถเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติได้ฟรีในระหว่างที่ยื่นคำร้องขอลี้ภัยและระหว่างรอการพิจารณา แต่เมื่อได้รับการปฏิเสธคำร้องขอลี้ภัยก็จะไม่สามารถเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพฟรี ในกรณีคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ ที่เดินทางเข้าสู่ประเทศอังกฤษโดยชอบด้วยกฎหมายพร้อมหนังสือเดินทางและกำหนดระยะเวลาในการอาศัยในประเทศอังกฤษถ้าอาศัยในประเทศอังกฤษเกินหกเดือนสามารถเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ แต่ถ้าอาศัยในสหราชอาณาจักรโดยไร้เอกสารหรือเกินระยะเวลาที่กำหนดในหนังสือเดินทางจะไม่สามารถเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ ในบางกรณีกำหนดให้คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ ที่เดินทางเข้าสู่ประเทศอังกฤษและอาศัยในประเทศอังกฤษเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 3 เดือนสามารถเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิได้แพทย์เวชปฏิบัติได้รับลงทะเบียน ฯลฯ

วิเคราะห์การเปรียบเทียบประสบการณ์ในการจัดหลักประกันสุขภาพระหว่างประเทศอังกฤษและประเทศฝรั่งเศส

1. แนวคิดที่ประเทศอังกฤษและประเทศฝรั่งเศสปฏิบัติต่อคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ

การปฏิบัติต่อคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ นั้นทั้งสองประเทศปฏิบัติโดยอยู่บนพื้นฐานของหลักความเสมอภาคและการไม่เลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาถึงรายละเอียดในการปฏิบัติต่อคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ ของทั้งสองประเทศ พึงเห็นได้ว่า

- ประเทศอังกฤษ มีการปฏิบัติต่อคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ โดยอยู่บนพื้นฐานของหลักความเสมอภาคและหลักการไม่เลือกปฏิบัติโดยอาศัยหลักเกณฑ์ทางด้านสัญชาติ เช่นเดียวกับกับประเทศฝรั่งเศส แต่หลักเกณฑ์ในการพิจารณาถึงสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐนั้นแตกต่างกัน กล่าวคือประเทศอังกฤษพิจารณาถึงสิทธิในการอยู่อาศัยในประเทศอังกฤษเป็นสำคัญ (ซึ่งประเทศฝรั่งเศสกำหนดให้ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐได้เสมอเหมือนกันทุกคนไม่คำนึงถึงสิทธิในการอยู่อาศัย)

ประเทศอังกฤษจำแนกผู้มีสิทธิในการอยู่อาศัยเป็นสองประเภทด้วยกัน

1. Ordinarily resident ซึ่งเป็นบุคคลที่ต้องมีการอาศัยอยู่จริงด้วยความสมัครใจและ ต้องเข้าเมืองและมีสิทธิในการอยู่อาศัยโดยชอบด้วยกฎหมาย
2. Oversea visitor (non-ordinarily resident) เป็นบุคคลที่ไม่ใช่ Ordinarily resident กล่าวคือ เป็นผู้ที่มิได้มีสิทธิในการอยู่อาศัยซึ่งอาจเป็นผู้ที่กำลังอยู่ในระหว่างการพิจารณาคำร้อง เพื่อเป็น Ordinarily resident ก็ได้ ซึ่งคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ และผู้อพยพก็จัดอยู่ในจำพวกนี้

การให้สิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐนั้น รัฐพิจารณาจากสิทธิในการอยู่อาศัยตามกฎหมายเป็นสำคัญ กล่าวคือ หากผู้ขอใช้สิทธิในการรับการรักษาพยาบาลจากรัฐเป็นผู้ที่มีสิทธิในการอยู่อาศัยตามกฎหมายในประเทศอังกฤษ ผู้นั้นย่อมได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลเช่นเดียว

กับคนชาติ ในทางกลับกัน หากผู้นั้นเป็นผู้ที่ไม่มีสิทธิในการอยู่อาศัยในประเทศอังกฤษ ผู้นั้นย่อมไม่มีสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐ ดังนั้น แม้ว่าผู้ร้องขอจะมีสถานะเป็น oversea visitor หากแต่มีสิทธิในการอยู่อาศัยในประเทศอังกฤษ ผู้นั้นย่อมมีสิทธิในการได้รับการรักษาพยาบาลจากรัฐ

- ประเทศฝรั่งเศส มีการปฏิบัติต่อคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ อย่างมีความเสมอภาคและเท่าเทียมกันกับคนชาติเนื่องจากหลักความเสมอภาคและหลักการไม่เลือกปฏิบัติโดยอาศัยหลักเกณฑ์ทางด้านสัญชาติได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายรัฐธรรมนูญและกฎหมายระหว่างประเทศ ดังนั้นคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ มีสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐเช่นเดียวกันกับคนชาติและอยู่ภายใต้เงื่อนไขเดียวกัน ทั้งสิทธิในการทำประกันสังคมและสิทธิในการได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ

อย่างไรก็ดี คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ ทั้งที่มีสถานะที่ชอบด้วยกฎหมายและไม่ชอบด้วยกฎหมาย เป็นผู้ที่มีสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งหากเป็นคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติที่อยู่ในสถานะที่ชอบด้วยกฎหมายสามารถเข้าถึงหลักประกันสุขภาพของรัฐได้โดยอาศัยสิทธิตามประกันสังคมซึ่งอยู่ภายใต้เงื่อนไขของการมีสิทธิในการอยู่อาศัยในประเทศฝรั่งเศส แต่หากคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ นั้นมีฐานะที่ยากจนและไม่อาจทำประกันสังคมได้หรือทำประกันสังคมแล้วแต่ยังไม่มีเงินเพียงพอที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เป็นส่วนต่างจากการชดเชยของประกันสังคม ผู้นั้นสามารถร้องขอความช่วยเหลือจากรัฐตามโครงการ CMU ได้

กรณีที่ คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ ที่มีสถานะที่ไม่ชอบด้วยกฎหมายสามารถเข้าถึงหลักประกันสุขภาพของรัฐได้โดยอาศัยสิทธิในการร้องขอความช่วยเหลือจากรัฐตามโครงการ AME ได้ซึ่งเป็นโครงการที่รัฐจัดตั้งขึ้นเพื่อช่วยเหลือด้านการสาธารณสุขแก่ผู้ที่อาศัยในประเทศฝรั่งเศสโดยไม่ชอบด้วยกฎหมายโดยเฉพาะ

อย่างไรก็ดี หลักเกณฑ์ที่ประเทศฝรั่งเศสใช้ในการพิจารณาถึงการให้สิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐจะพิจารณาจากรายได้เป็นเกณฑ์สำคัญ กล่าวคือ ผู้ที่ขอรับการรักษาพยาบาลหากมีรายได้ต่ำกว่าที่กฎหมายกำหนด รัฐจะให้ความช่วยเหลือทางด้านค่าใช้จ่ายทั้งหมดหรือบางส่วนแล้วแต่ละกรณี ซึ่งรัฐมิได้พิจารณาถึงเรื่องสัญชาติหรือสิทธิในการอยู่อาศัยในประเทศฝรั่งเศสตามกฎหมายเลย ซึ่งการจำแนกหลักเกณฑ์ในการให้ความช่วยเหลือโดยอาศัยเรื่องรายได้เป็นเกณฑ์นั้น รัฐมิได้พิจารณาเพื่อปฏิบัติต่อคนดังกล่าวอย่างแตกต่างกันจากคนอื่น ๆ แต่ทว่าการจำแนกดังกล่าวก็เพื่อให้ง่ายแก่การบริหารจัดการเท่านั้น

การให้สิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐ ทั้งในประเทศอังกฤษและในประเทศฝรั่งเศสมิได้พิจารณาทางด้านสัญชาติเป็นเกณฑ์ ดังนั้น จึงไม่มีปัญหาว่าเป็นคนมีรัฐหรือเป็นคนไร้รัฐหรือไม่ แต่ในบริบทของ “ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐ” ระหว่างประเทศอังกฤษและประเทศฝรั่งเศสมีเนื้อหาที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐในบริบทของประเทศฝรั่งเศสนั้น ทุก ๆ คนมีสิทธิที่จะเข้าถึงบริการได้อย่างเสมอกันไม่ว่าผู้นั้นจะมีฐานะเช่นใดและรัฐยังไม่คำนึงถึงสิทธิในการอยู่อาศัยในประเทศเลย แต่ในบริบทของประเทศอังกฤษนั้นความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐ มีเนื้อหาที่แคบกว่าของประเทศฝรั่งเศส กล่าวคือ ความเสมอภาคของผู้ที่มีสิทธิที่จะเข้าถึงการบริการสาธารณสุขของรัฐนั้นถูกจำกัดเพียงแค่อำนาจที่มีสิทธิในการอยู่อาศัยในประเทศอังกฤษเท่านั้น ซึ่งผู้ที่ไม่มีสิทธิในการอยู่อาศัยย่อมไม่มีสิทธิที่จะเข้าถึงการบริการสาธารณสุขของรัฐ เว้นแต่ว่า ป่วยด้วยบางโรคตามที่กฎหมายกำหนด

2. สิทธิและหน้าที่ของผู้ประสงค์จะขอใช้สิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขจากรัฐ

แม้ว่าทั้งประเทศอังกฤษและประเทศฝรั่งเศสจะให้สิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐโดยยึดหลักความเสมอภาคเช่นเดียวกับคนชาติ แต่ทั้งสองประเทศก็กำหนดเงื่อนไขให้คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ จะต้องปฏิบัติตามเสียก่อนเพื่อที่จะได้รับสิทธิดังกล่าว

- ประเทศอังกฤษ กำหนดให้คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ ที่มีสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขจากรัฐจะต้องมีสิทธิในการอยู่อาศัยเสียก่อน ดังนั้น คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ จะต้องดำเนินการตามที่กฎหมายกำหนดเพื่อให้ได้ซึ่งสิทธิในการอยู่อาศัยเสียก่อน จึงมีสิทธิที่จะได้รับการบริการรักษาพยาบาลจากรัฐ

สิทธิในการได้รับการรักษาพยาบาลจากรัฐที่คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ จะได้รับนั้น คือ คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ จะต้องร่วมจ่ายในการรักษาขั้นปฐมภูมิ (Primary Care Unit) เป็นจำนวนเงิน 6.37 ปอนด์ และในขั้นทุติยภูมิ (Secondary Care Unit or Hospital Care) จะจ่ายเป็นบางกรณีตามที่กฎหมายกำหนด

- ประเทศฝรั่งเศส กำหนดให้คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ จะต้องร้องขอต่อหน่วยงาน OFPRA เพื่อให้หน่วยงานดังกล่าวรับรองสถานะภาพคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ เพื่อให้มีสถานะที่ขอด้วยกฎหมายทั้งนี้เพื่อจะได้รับสิทธิต่าง ๆ ตามที่กฎหมายกำหนด อาทิ สิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐ สิทธิในการขอรับเงินช่วยเหลือกรณีเป็นผู้ไม่มีรายได้ เป็นต้น และในการใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ นั้นอยู่ภายใต้เงื่อนไขเดียวกันกับคนชาติ กล่าวคือ สามารถได้รับเงินชดเชยจากประกันสังคมบางส่วนหรือทั้งหมด (ได้รับเงินชดเชยในส่วนต่างหลังจากได้รับจากประกันสังคมแล้วจากรัฐในกรณีเป็นผู้มีรายได้น้อย) เป็นต้น

ทั้งประเทศอังกฤษและประเทศฝรั่งเศสได้กำหนดเงื่อนไขในการเข้าสู่สิทธิของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ ไว้แตกต่างกัน แต่จุดประสงค์หลักของการกำหนดเงื่อนไขดังกล่าวนั้นก็เพื่อต้องการข้อเท็จจริงที่ยืนยันว่ามีการปรากฏตัวของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ และเพื่อจัดให้มีการลงทะเบียนการเป็นคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ หรือการยื่นคำร้องขอให้หน่วยงานที่รับผิดชอบรับรองสถานะการเป็นคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติก็เพื่อที่รัฐสามารถนำบุคคลดังกล่าวเข้ามาอยู่ภายใต้ระบบของรัฐซึ่งอาจเป็นระบบที่รัฐจัดขึ้นมาดูแลคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติโดยเฉพาะ หรือเป็นระบบที่เหมือนกับคนชาติก็ได้ ส่วนสิทธิประโยชน์ทางการบริการสาธารณสุขจากรัฐนั้น ทั้งสองประเทศมีแนวคิดเดียวกันคือ คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติสามารถใช้สิทธิประโยชน์ร่วมกับคนชาติได้อย่างเสมอเหมือนกัน เว้นแต่ในกรณีของประเทศอังกฤษที่การรักษาพยาบาลขั้น ทุติยภูมิ(Secondary Care Unit or Hospital Care) ซึ่งมีความแตกต่างกันกับการรักษาพยาบาลคนชาติเพียงบางกรณี

ตารางที่ 4

สรุปเปรียบเทียบสิทธิในหลักประกันสุขภาพของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติในประเทศอังกฤษและฝรั่งเศส

ประเด็น	ประเทศอังกฤษ	ประเทศฝรั่งเศส
1. แนวคิด	เสมอภาค ไม่เลือกปฏิบัติ	เสมอภาค ไม่เลือกปฏิบัติ
2. นโยบาย	รัฐสวัสดิการ/NHS	รัฐสวัสดิการ/ประกันสังคม
3. กฎหมาย		
3.1 ระหว่างประเทศ	1. UDHR 2. ICESCR 3. CRC 4. CEDAW 5. อนุสัญญานิวยอร์ก	1.UDHR 2. อนุสัญญานิวยอร์ก
3.2 กฎหมายภายใน	6. ECHR 1. Magna Carta 1215 2. HRA 1988 3.NHS 1977 4. SI 306 5. SI 614	1. ประกาศสิทธิมนุษยชนและพลเมือง ค.ศ. 1789 2. กฎหมายรัฐธรรมนูญฉบับปี ค.ศ. 1958

ประเด็น	ประเทศอังกฤษ	ประเทศฝรั่งเศส
4. หลักเกณฑ์เข้าถึงสิทธิ	Ordinarily Resident	ถิ่นที่อยู่ถาวรโดยชอบด้วยกฎหมาย
5. งบประมาณ	1. ภาษีทั่วไป (General Tax) 2. ผู้ป่วยร่วมจ่าย	1. เงินเรียกเก็บจากผู้ประกันและนายจ้าง 2. ภาษีทั่วไป 3. เงินเรียกเก็บจากบริษัท
6. หน่วยงาน	1. รัฐบาล 2. กระทรวงสาธารณสุข 3. หน่วยงานภูมิภาค 4. หน่วยงานท้องถิ่น 4.1 NHS Trusts	OFPPA
7. ชุดสิทธิเบื้องต้น	1. Primary Care 2. Secondary Care 3. Special Care	1. โครงการ CMU และโครงการ AME 2. สิทธิที่ผู้ทรงสิทธิได้รับ 2.1 ค่าชดเชยที่ผู้ทำประกันตนเองจะได้รับ 2.2 สิทธิสำหรับค่าห้องพักในระหว่างการรักษาพยาบาล 2.3 ค่าเดินทางสำหรับผู้ประกันตน

ที่มา: โครงการศึกษาทบทวน “ประสบการณ์ในการจัดหลักประกันสุขภาพสำหรับคนไร้รัฐ : กรณีศึกษาในประเทศอังกฤษและฝรั่งเศส”

4.5 สรุปและข้อเสนอแนะ

ในขณะที่อนุสัญญาหรือกฎหมายสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศที่รัฐไทยเป็นภาคีจะรับรองสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข หลักประกันสุขภาพว่าเป็นสิทธิของ “คนทุกคน” โดยจะต้องไม่มีการเลือกปฏิบัติด้วยเหตุต่างๆ และประสบการณ์การเข้าถึงบริการสาธารณสุขและระบบประกันสุขภาพแห่งรัฐของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติในประเทศฝรั่งเศสและอังกฤษ เป็นตัวอย่างของการคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐานที่สุดประการหนึ่งของมนุษย์ นั่นคือ สิทธิการได้รับหลักประกันขั้นพื้นฐานทางสุขภาพ กล่าวให้ถึงที่สุดก็คือเป็นการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของชีวิตหนึ่งๆ

คำถามต่อไปที่เกิดขึ้นจากการหาคำตอบโดยวิจัยในบทนี้ก็คือ จริงหรือที่-สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. ในฐานะหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะยังคงยืนยันที่จะตีความกฎหมายระดับรอง หรือพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2544 โดยฝืนและขัดต่อเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ ซึ่งขัดต่อความชอบด้วยกฎหมาย ความชอบด้วยรัฐธรรมนูญ และขัดต่อพันธกรณีระหว่างประเทศที่รัฐไทยเป็นภาคี รวมถึงสวนทางกับทางปฏิบัติของรัฐอื่น ๆ

ข้อเสนอสำหรับโจทย์วิจัยบทนี้ก็คือ สปสช. ควรดำเนินการทั้งในเชิงกฎหมาย นโยบาย และทางปฏิบัติเพื่อให้เกิดความชัดเจนว่า สิทธิในหลักประกันสุขภาพเป็นสิทธิพื้นฐานสำหรับมนุษย์ทุกคนที่เกิดและปรากฏตัวในดินแดนของประเทศไทย ส่วน วิธีการหรือรูปแบบที่ควรเป็น ทั้งยังเหมาะสม นั้น เป็นเพียงอีกโจทย์หรืออีกคำถาม-ต่างหาก มิใช่-หลักการหรือเงื่อนไขสำคัญเพื่อการปฏิเสธสิทธิโดยวิธีแรก-เป็นการดำเนินการในกฎหมายระดับพระราชบัญญัติ คือพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2544 คือบัญญัติให้ชัดเจน หรือวิธีที่สอง-เป็นการดำเนินการในกฎหมายระดับรอง โดยหน่วยงานรัฐควรดำเนินการให้มีประกาศ กฎกระทรวง หรือหนังสือสั่งการเพื่อให้เกิดความชัดเจนว่า ผู้ทรงสิทธิในหลักประกันสุขภาพได้แก่บุคคลทุกคน โดยไม่คำนึงถึงเหตุแห่งความแตกต่างด้านสัญชาติ หรือสถานะบุคคล

บทที่ 5

บทสรุป และข้อเสนอแนะต่อการก้าวต่อไป

5.1 บทสรุป

หลักประกันสุขภาพเพื่อคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ ไม่ใช่ประเด็นและคำถามที่ใหม่สำหรับสังคมไทย ดังเป็นที่ทราบกันว่า ครั้งหนึ่งคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติเคยสามารถเข้าถึงหลักประกันสุขภาพนี้ โดย “นโยบาย” ของรัฐไทย แต่ก็ถูกดึงกลับไปด้วย “นโยบาย” ของรัฐไทยเช่นเดียวกัน ประเด็นนี้ นำไปสู่ประเด็นข้อสังเกตที่ทำทนายว่า ถูกต้องและเป็นธรรมตามหลักกฎหมายหรือไม่ เพียงใด-ที่หน่วยงานของรัฐไทย คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่ความ ผู้ทรงสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ว่าหมายถึงเฉพาะ “บุคคลผู้มีสัญชาติไทยเท่านั้น” เพราะการตีความลักษณะนี้อาจหมายถึงการตีความที่จำกัดสิทธิ ขัดแย้งและละเมิดต่อสิทธิเสรีภาพของบุคคล ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับ 2540 ที่พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ อนุวัติการตาม รวมถึงรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับพ.ศ.2550

นอกจากนี้ยังขัดต่อพันธกรณีของรัฐไทยผูกพันตามอนุสัญญาต่างๆ รวมทั้งสิ้น 5 ฉบับ ได้แก่ ข้อ 25(1) แห่งปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน, ข้อ 12 แห่งกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม และข้อ 5 (จ) 4) แห่งอนุสัญญาว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติทางเชื้อชาติในทุกรูปแบบ, ข้อ 25 กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง, ข้อ 12(1) แห่งอนุสัญญาว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในทุกรูปแบบ และข้อ 24 แห่งอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก

ข้อสังเกตนี้อาจต้องเร่งให้เกิดความกระจ่าง ซึ่งกลไกตามรัฐธรรมนูญนั้นเปิดช่องไว้อยู่แล้วว่าสามารถกระทำได้โดยผ่านองค์กฤษฎีกาตามรัฐธรรมนูญ 2 หน่วยงานคือผู้ตรวจการแผ่นดินรัฐสภา และคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ สามารถส่งประเด็นนี้ให้ศาลรัฐธรรมนูญตีความเพื่อวางบรรทัดฐาน กับอีกหนทางหนึ่งคือ การดำเนินการแก้ไขปรับปรุงข้อกฎหมายเพื่อให้เกิดความชัดเจนว่าหลักประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ นั้น ครอบคลุมถึง “บุคคลทุกคน” โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างด้วยเหตุแห่งสัญชาติหรือสถานะบุคคล

ท่ามกลางการตีความเพื่อ (กีด) กันมนุษย์ไร้รัฐ หรือไร้เลข 13 หลัก ออกจากการเป็นผู้ทรงสิทธิในหลักประกันสุขภาพ ยังมีความกล้าหาญของผู้บริหารสถานพยาบาลที่พยายามที่จะคิดนอกกรอบ-คิดให้พ้นไปจากข้อจำกัด หรือเป็นความสร้างสรรค์ของบุคลากรในระบบสาธารณสุขที่ลองผิดลองถูก เพื่อหาช่องทางให้คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติมี “โอกาส” ที่จะเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ อันเป็นความพยายามที่ไม่ยอมแพ้ต่อข้อจำกัด ไม่ยอมจำนนต่อข้อกฎหมาย ต่อจำนวนงบประมาณที่ออกแบบมาเพื่อกีดกันมนุษย์คนอื่นๆ ออกจากระบบสาธารณสุข ด้วยเหตุของ “รัฐ” และ “สัญชาติ”

อย่างไรก็ดี แนวปฏิบัติที่ดี (Good Practice) นี้ก็ถูกประเด็นความชอบด้วยกฎหมายท้าทาย อยู่ด้วยเช่นกัน ด้วยคำถามที่ว่า การดำเนินหลักประกันสุขภาพนี้เป็น การขายบัตรเดือน ทั้งยังเป็น การรับรองบุคคลที่เข้าเมืองผิดโดยผิดกฎหมายหรือไม่

เป็นที่ทราบกันดีว่า ระบบบริการสุขภาพซึ่งเป็นระบบบริการที่จำเป็นนั้น โดยหลักการแล้ว ควรต้องครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม กล่าวคือต้องให้บริการทั้งชุมชนโดยไม่แบ่งแยกหรือละเว้นข้าม กลุ่มใดกลุ่มหนึ่งในชุมชนในสังคมไทย จึงจะส่งผลในเชิงประสิทธิภาพของงานบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะงานบริการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

รัฐไทย รวมถึงหน่วยงานรัฐไทยควรยอมรับข้อความจริง การมีอยู่จริงของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติหรือกลุ่มคนที่มีปัญหาสถานะบุคคลเหล่านี้ ว่าเป็นอีกความจริงอีกเรื่องหนึ่งของสังคมไทย ที่ไม่ว่ากฎหมายหรือนโยบายใด ๆ ที่จะถูกกำหนดขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นธรรมแล้ว ล้วนต่างต้องเริ่มจากการยอมรับความจริง

ดังนั้น ชุดวิจัยฯ จึงเสนอให้รัฐไทยเริ่มต้นจากการปรับเปลี่ยนทัศนคติฐานคิด จาก การกีดกันบุคคลออกจากหลักประกันสุขภาพ การได้รับบริการสาธารณสุขเพียงเพราะความแตกต่างด้าน “สัญชาติ” เป็นว่า **มนุษย์ทุกคน**ควรสามารถเข้าถึง หรือได้รับหลักประกันในสุขภาพถ้วนหน้า ด้วย เพราะหลักประกันสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน เป็นเรื่องของความเป็นธรรมด้านสุขภาพ เป็นการเคารพในเกียรติและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นการสร้างความอุ่นใจให้กับมนุษย์ทุกคนว่าจะไม่เดือดร้อนในยามจำเป็นที่ต้องใช้บริการสาธารณสุข ..แล้วตั้งคำถามใหม่ว่า แล้วหลักประกันสุขภาพสำหรับคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ นั้นควรมีรูปแบบ มีการดำเนินการในลักษณะใดนั้น-อาจเป็นคำถามที่ตอบได้ง่ายกว่า

แนวคิดในการคุ้มครองและประกันสิทธิในหลักประกันสุขภาพของบุคคลทุกคนที่เกิดและปรากฏตัวในดินแดนของรัฐไทย โดยไม่เลือกปฏิบัติด้วยเหตุแห่งความแตกต่างใดๆ ได้รับการรับรองไว้แล้วโดยหลักการคุ้มครองสิทธิเสรีภาพ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพ.ศ.2540 และ 2550 ตลอดจนเป็นพันธกรณีของรัฐไทยต้องปฏิบัติตามในฐานะรัฐภาคีแห่งอนุสัญญาฉบับต่าง ๆ

รัฐไทย โดย สปสช. หรือหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง ควรเร่งดำเนินการทั้งในเชิงกฎหมาย นโยบายรวมถึงทางปฏิบัติเพื่อให้เกิดความชัดเจนว่า สิทธิในหลักประกันสุขภาพเป็นสิทธิพื้นฐานสำหรับมนุษย์ทุกคนที่เกิดและปรากฏตัวในดินแดนของรัฐไทย ส่วน วิธีการหรือรูปแบบที่ควรเป็น ทั้งยังเหมาะสม นั้น เป็นเพียงอีกโจทย์หรืออีกคำถาม-ต่างหาก มิใช่-หลักการหรือเงื่อนไขสำคัญเพื่อการปฏิเสสิทธิ โดยอาจดำเนินการได้ใน 2 ลักษณะคือ วิธีแรก-เป็นการดำเนินการในกฎหมายระดับพระราชบัญญัติ คือพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2544 คือบัญญัติให้ชัดเจน หรือวิธี

ที่สอง-เป็นการดำเนินการในกฎหมายระดับรอง โดยดำเนินการให้มีประกาศ กฎกระทรวง หรือหนังสือสั่งการเพื่อให้เกิดความชัดเจนว่า ผู้ทรงสิทธิในหลักประกันสุขภาพได้แก่บุคคลทุกคน โดยไม่คำนึงถึงเหตุแห่งความแตกต่างด้านสัญชาติ หรือสถานะบุคคล

5.2 ข้อเสนอแนะสำหรับก้าวต่อไปในการขับเคลื่อนให้เกิด “หลักประกันสุขภาพสำหรับคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ”

ทีมวิจัยภายใต้การทำงานร่วมกับที่ปรึกษา เห็นว่า การขับเคลื่อนให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในสังคมนั้น จำเป็นต้องเดินไปด้วยองค์ความรู้ที่ถักทอขึ้น โดยความร่วมมือและสนับสนุนของประชาคมวิจัย หลังจากนั้นจึงนำไปสู่กระบวนการขับเคลื่อนทางสังคม (Social Move)

กล่าวได้ว่า การเริ่มต้นของชุดโครงการวิจัยเพื่อสิทธิในหลักประกันสุขภาพของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติในประเทศไทย ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (เพื่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) คือจุดเริ่มต้นของการสร้างประชาคมวิจัย ซึ่งประชาคมวิจัย ณ ปัจจุบัน ยังคงต้องการการขยายพื้นที่และเครือข่ายเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันมันยังเป็นจุดเริ่มต้นของการถักทอองค์ความรู้ ที่อยู่ในช่วงของการทบทวนองค์ความรู้เดิม และพัฒนาองค์ความรู้ที่ท้าทาย ความรู้หรือทัศนคติปัจจุบันของสังคมไทย ยังมีคำถามที่สำคัญคือ กระบวนการขับเคลื่อนทางสังคมนั้น มีความพร้อมมากน้อยเพียงใด

สิ่งที่ทีมวิจัยสามารถประเมินและตอบได้ เป็นดังต่อไปนี้

ทีมวิจัยเห็นว่าข้อเสนอ (เบื้องต้น) เพื่อการขับเคลื่อนทางสังคม เพื่อให้เกิดหลักประกันสุขภาพของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติขึ้นในสังคมไทยนั้น กระบวนการหรืองานที่ต้องดำเนินการต่อไปได้แก่

- ในส่วนของประชาคมวิจัย

1) จำเป็นต้องแสวงหาการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนของสังคม ไม่ว่าจะเป็น เจ้าของปัญหา ซึ่งเป็นบุคคลผู้มีปัญหาสถานะทางกฎหมาย, ภาคประชาชน, ภาควิชาการ, ภาครัฐ และการเมือง

2) จำเป็นต้องถ่ายทอดองค์ความรู้ที่เพิ่งได้จากงานวิจัยเบื้องต้นนี้ให้แก่คนในประชาคมวิจัย

- ในส่วนของการถักทอองค์ความรู้

3) ยังมีคำถามอีกจำนวนหนึ่งที่ต้องการการศึกษา ค้นคว้า (และ/หรือ “เติม”) ในเชิงลึกต่อไป อาทิ สถานการณ์ของบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากการไม่สามารถเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ,

ความถูกต้องและความชอบด้วยกฎหมายของระบบประกันสุขภาพทางเลือกที่หลายหน่วยงานได้ดำเนินการอยู่ รวมถึงกองทุนชุมชนที่ดำเนินงานด้านสุขภาพ, ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นหากประเทศไทยไม่ปฏิบัติตามพันธกรณีระหว่างประเทศ

4) ยังมีคำถามอีกจำนวนหนึ่งที่ต้องการการแสวงหาคำตอบใหม่ ๆ แนวทางใหม่ ๆ เช่น

4.1) การสร้างกรอบการทำงานด้านกฎหมายในการแก้กฎหมาย นโยบาย รวมถึงการนำหลักกฎหมายระหว่างประเทศเข้ามาปรับใช้

4.2) หลักประกันสุขภาพทางเลือกสำหรับคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติที่ควรเกิดขึ้น โดยพิจารณาถึง 3 มิติ คือ ด้านสิทธิมนุษยชน ด้านเศรษฐศาสตร์ และด้านกฎหมาย รวมถึงการตอบคำถามต่าง ๆ อาทิ รูปแบบ, บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่อาจมีส่วนร่วมได้, ราคาที่เหมาะสม เป็นไปได้ มีประสิทธิภาพและยุติธรรมต่อคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ ความชอบด้วยกฎหมาย

4.3) ต่อยอดองค์ความรู้ในประเด็นปัญหาและข้อจำกัดของหลักประกันสุขภาพของกลุ่มแรงงานต่างด้าว/ข้ามชาติที่ขึ้นทะเบียน เพื่อปรับปรุง-พัฒนาหลักประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าว/ข้ามชาติกลุ่มนี้ให้มีความเหมาะสม ประสิทธิภาพ สอดคล้องกับข้อเท็จจริงทางสังคม และเป็นธรรมมากยิ่งขึ้น

4.4) ฯลฯ

- ในส่วนของการขับเคลื่อนทางสังคม

5) การดำเนินการเพื่อการปรับทัศนคติกับคนกลุ่มต่าง ๆ ในสังคม

5.1) การเยี่ยมเชิงกัลยาณมิตร กับหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัด, โรงพยาบาล สถานีอนามัยทั้งในส่วนกลาง ส่วนท้องถิ่น และบริเวณตะเข็บชายแดน

5.2) การจัดประชุมกลุ่มย่อยกับฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อขยายเครือข่ายสนับสนุน อาทิ ภาควิชาการ, ภาคประชาชน, องค์กรพัฒนาเอกชน

5.3) การจัดประชุมร่วมกับฝ่ายการเมืองและข้าราชการประจำ เช่น นักการเมืองที่สนใจประเด็นด้านสิทธิมนุษยชนด้านสุขภาพ และหน่วยงานรัฐที่กำกับนโยบาย

5.4) การดำเนินการเพื่อการปรับทัศนคติของคนในสังคมไทย ผ่านการจัดเวทีสาธารณะเพื่อเผยแพร่แนวคิด-ผลักดัน-สร้างแนวร่วม, การสื่อสารผ่านสื่อต่าง ๆ

5.5) การถักทอองค์ความรู้ให้มีพลวัต คือปรับปรุงองค์ความรู้เพื่อการปรับใช้กับกลุ่มเป้าหมายกลุ่มต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บรรณานุกรม

พ.ศ.2543

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย., ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์. และ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย.สำนักงานโครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข.นนทบุรี, 2543.

บวรศักดิ์ อุวรรณโณ. ปฏิรูประบบสุขภาพ : สิทธิ? หน้าที่? ของคนไทย .สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. การประชุมวิชาการ (ครั้งที่ 2 : 2543 : กรุงเทพฯ)สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (Notes: ถอดความจากเทปคำบรรยายในการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 วันที่ 17 สิงหาคม 2543 ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค กรุงเทพมหานคร.) .นนทบุรี, 2543.

พ.ศ.2544

เสาวคนธ์ รัตตวิจิตรศิลป์. ระบบหลักประกันสุขภาพ : ถอดประสบการณ์ 10 ประเทศ .สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นนทบุรี , 2544

พ.ศ.2545

ปิยะบุตร แสงกนกกุล. เอกสารข้อมูลและบทวิเคราะห์ทางวิชาการเพื่อประกอบการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.-- . สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภาและสถาบันพระปกเกล้า.กรุงเทพ , 2545.

พ.ศ.2546

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ . เจตนารมณ์เรียงมาตรา พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 .วิญญูชน.กรุงเทพ , 2546.

ปิยะฉัตร ชื่นตระกูล. แนวทางการดำเนินงานสวัสดิการสังคมเพื่อรองรับการปฏิรูประบบราชการ และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี , 2546.

อรวรรณ รอดสังวาลย์. สิทธิในการมีสุขภาพอนามัยดีของคนไร้สัญชาติในประเทศไทย.วิทยานิพนธ์นิติศาสตร์มหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2546.

พ.ศ.2547

สำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ . กฎระเบียบสำหรับนักบุกเบิกระบบหลักประกันสุขภาพ.นนทบุรี, 2547.

อุบลพันธ์ วัฒนา.การเข้าถึงบริการตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาล
สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก พ.ศ. 2546 .วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศา
สตรมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2547.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.ความคิดเห็นของประชาชนและผู้ให้บริการในการสร้าง
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า . สำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ. นนทบุรี,
2547

นัท ผาสุข.พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545.กลุ่มงานพัฒนากฎหมาย สำนัก
กฎหมาย สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา.กรุงเทพ , 2547.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.รายงานประจำปี.สำนักนโยบายและแผน สำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.นนทบุรี, 2547

วิโรจน์ ณ ระนอง., อัญญา ณ ระนอง. และศรัชย์ เตரியมวรกุล.หนึ่งปีแรกของการจัดหลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า . สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.กรุงเทพ, 2547.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ :หลักประกันแห่งความเสมอภาค
และคุณภาพมาตรฐานบริการสาธารณสุข.นนทบุรี, 2547

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ .คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ,2547

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ .คู่มือหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชน ,2547

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ .คู่มือแนวทางขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพ
,2547

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ .กฎระเบียบสำหรับนักบุกเบิกระบบหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ ,2547

พ.ศ.2548

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. ความเป็นธรรมทางสุขภาพ.เอกสารประกอบการประชุมสัมมนา. ศูนย์วิจัย
และติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.พิษณุโลก,
2548

วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์.วิเคราะห์การหาแหล่งเงินเพิ่มเติมสำหรับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า .มูลนิธิ
สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.กรุงเทพ , 2548.

สำนักบริการประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สถานการณ์การร้องเรียนและคุ้มครอง
สิทธิของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพ. นนทบุรี, 2548

กฤตยา อาชวนิจกุล, พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร. คำถามและข้อท้าทายต่อนโยบายรัฐไทยใน
การจัดการปัญหาสิทธิสุขภาพและสิทธิของแรงงานข้าม.สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
มหาวิทยาลัยมหิดล.นครปฐม , 2548.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ .คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ,2548ข

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ .จาก 30 บาท รักษาตลอด 30 บาท ช่วยคนไทย ห่างไกลโรค ,2548

พ.ศ.2549

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์.ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. นนทบุรี ,2549.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวคำวินิจฉัยประเด็นทางกฎหมาย ,2549

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ .คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ,2549

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ .คู่มือหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชน ,254

พ.ศ.2550

อมราภรณ์ จรจันทร์.การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับแรงงานต่างด้าว กรณีศึกษา อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย .วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2550.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2550. นนทบุรี , 2550.

สันติพงษ์ มูลพอง. วันเด็กไร้สัญชาติหลักประกันสุขภาพคนไร้สิทธิ.คณะทำงานวันเด็กไร้สัญชาติ ศูนย์พัฒนาเครือข่ายเด็กและชุมชน ภายใต้สมาคมฟื้นฟูและพัฒนาลุ่มน้ำสาละวิน, 2550.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ .คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ,2550

พ.ศ.2551

กิติวรรณ รัตนมณี, (ร่าง) รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการตรวจสอบสถานการณ์ปัญหาข้อกฎหมาย:ผู้ทรงสิทธิตามกฎหมายและนโยบายว่าด้วยสิทธิในสุขภาพ หลักประกันสุขภาพของประเทศ ไทย, ภายใต้ชุดโครงการวิจัยเพื่อสิทธิในสุขภาพของคนไร้รัฐในประเทศไทย,สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (เพื่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข), พฤษภาคม 2551

จุติมาศ สุกใส, (ร่าง) รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการสำรวจสถานการณ์การดำเนินการของโรงพยาบาลเพื่อการเข้าถึงสิทธิในสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพ “ทางเลือก” สำหรับคนไร้รัฐ ภายใต้ชุดโครงการวิจัยเพื่อสิทธิในสุขภาพของคนไร้รัฐในประเทศไทย,สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (เพื่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข), พฤษภาคม 2551

บงกช นภอัมพร, (ร่าง) รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการประเมินความคาดหวังของประชาคมระหว่างประเทศต่อรัฐไทย ในการปฏิบัติตามพันธกรณีระหว่างประเทศ เพื่อการคุ้มครองสิทธิในสุขภาพหลักประกันสุขภาพของคนไร้รัฐ, ภายใต้ชุดโครงการวิจัยเพื่อสิทธิในสุขภาพของคน

ไรรัฐในประเทศไทย,สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (เพื่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข),พฤษภาคม 2551

ปิ่นแก้ว อุ่นแก้ว, (ร่าง) รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการสำรวจสภาพปัญหาการเข้าถึงและการใช้บริการสิทธิในสุขภาพของคนไรรัฐ : กรณีศึกษา, ภายใต้ชุดโครงการวิจัยเพื่อสิทธิในสุขภาพของคนไรรัฐในประเทศไทย,สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (เพื่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข),พฤษภาคม 2551

สุภาพรรณ ขวัญทอง, (ร่าง) รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการศึกษาทบทวนประสบการณ์ในการจัดหลักประกันสุขภาพสำหรับคนไรรัฐ ในประเทศอังกฤษ, ภายใต้ชุดโครงการวิจัยเพื่อสิทธิในสุขภาพของคนไรรัฐในประเทศไทย,สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (เพื่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข),พฤษภาคม 2551

เอกสิทธิ์ วินิจกุล, (ร่าง) รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการศึกษาทบทวนประสบการณ์ในการจัดหลักประกันสุขภาพสำหรับคนไรรัฐ ในประเทศฝรั่งเศส, ภายใต้ชุดโครงการวิจัยเพื่อสิทธิในสุขภาพของคนไรรัฐในประเทศไทย,สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (เพื่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข),พฤษภาคม 2551