

# สถานการณ์การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพของคนไม่มีสัญชาติไทยและข้อเสนอแนะ<sup>1</sup>

## A Study on Accessing to Health Guarantee of Non-Thai People and Recommendation

ดร.ณิ ไพศาลพานิชกุล<sup>2</sup>

Darunee Paisanpanichkul

(Received: October 27, 2022, Revised: December 21, 2022, Accepted: December 21, 2022)

### บทคัดย่อ

แม้ว่าประเทศไทยจะมีนโยบายที่เปิดให้คนไม่มีสัญชาติไทยเข้าถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ (Universal Health Coverage: UHC) รวมถึงมีนโยบายขยายหลักประกันสุขภาพให้คนไม่มีสัญชาติไทย แต่ผลการศึกษาวิจัยพบว่ามีคนที่ตกหล่นระบบหลักประกันสุขภาพดังกล่าวอยู่ และมีข้อเสนอ เชี้นโยบายว่า ควร มีกฎหมายระดับพระราชบัญญัติเพื่อรับรองสิทธิในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพให้แก่บุคคลโดยไม่เลือกปฏิบัติ ด้วยเหตุแห่งสัญชาติ การเข้าเมืองฯ รวมถึงมีช่องทางให้บุคคลสามารถซื้อหลักประกันสุขภาพได้ โดยราคา สำหรับการเข้าถึง UHC ควรพิจารณาจาก “จุดเกาะเกี่ยว (genuine link) ของบุคคลกับประเทศไทย งานวิจัยได้ เสนอหนทางไปสู่เป้าหมายดังกล่าวไว้สามแนวทางคือ แนวทางที่หนึ่ง จะมีสองกองทุนที่เกี่ยวข้อง กล่าวคือ ยึด โยงหลักประกันสุขภาพในการทำงานกับกองทุนประกันสังคม ส่วนประกันสุขภาพที่ไม่เกี่ยวกับการทำงานเป็น อำนาจหน้าที่รับผิดชอบของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เรียกว่า “กองทุนหลักประกันสุขภาพสำหรับคน ไม่มีสัญชาติไทย” และต้องมีกฎหมายรองรับอำนาจ แนวทางที่สอง กองทุนประกันสังคมถ่ายโอนภารกิจมายัง “กองทุนหลักประกันสุขภาพสำหรับคนไม่มีสัญชาติไทย” ให้อยู่ใน ความดูแลของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ เพื่อเป็นการเสริมความเข้มแข็งของการคลังสุขภาพ ให้มีเสถียรภาพมากยิ่งขึ้น และแนวทางที่สาม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นผู้ดูแลกองทุน หลักประกันสุขภาพทั้งสำหรับคนสัญชาติไทยและคนไม่มีสัญชาติไทย โดยให้มีกฎหมายรับรองอำนาจหน้าที่

**คำสำคัญ :** หลักประกันสุขภาพสำหรับคนไม่มีสัญชาติไทย, คนไร้รัฐไร้สัญชาติ, ผู้ลี้ภัย

<sup>1</sup> บทความนี้สรุปจากงานวิจัยหัวข้อ “สถานการณ์การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพของคนไม่มีสัญชาติไทยและข้อเสนอแนะ (A Study on Accessing to Health Guarantee of Non-Thai People and Recommendation)” ซึ่งได้รับการอุดหนุนการวิจัยจาก มูลนิธิมูลนิธิศูนย์ คุ่มครองสิทธิด้านแอดส์ พ.ศ. 2565 ขอขอบคุณกรณ วัฒนภูมิ นักวิชาการอิสระ และ ผศ.กิตติพรญา รัตนมนี คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ที่ มีส่วนร่วมในการค้นคว้าข้อมูลในงานวิจัยนี้

<sup>2</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์, อาจารย์ประจำคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 239 ถนนห้วยแก้ว ตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัด เชียงใหม่ 50200, อีเมล: liu.darunee@gmail.com

Assistant Professor, Faculty of Law, Chiang Mai University), Faculty of Law, Chiang Mai University, 239 Huay Kaew Road, Muang District, Chiang Mai, Thailand, 50200 E-mail: liu.darunee@gmail.com

### Abstract

Even though Thailand allows non-Thai nationals could access to Universal Health Coverage (UHC) and requirements to purchase paid health insurance schemes and sell self-paying health insurance for non-Thai nationals. There are several groups of populations excluded from the health insurance systems. This research paper has policy recommendations as follows. First, ensure access to health insurance by act-level legislation. This access should not be discriminated against by nationalities. Immigration statuses, etc. A specific law and channels should be enabled any person to purchase a health insurance scheme. The cost of contribution for UHC should be considered from an individual's genuine link with Thailand. A person should be able to access services without concern about affordability or financial protection. The research presented three options. The first option is the healthcare fund for non-Thai nationals. The funds should be in a health insurance system or the Social Security Fund for a work-related scheme. It is recommended that the non-work-related insurance scheme should be within the responsibility of the Division of Health Economics and Security, under the Minister of Public Health. The non-work-related funds should be consolidated into a single "Fund for the Non-Thai Health Insurance System" for the stability of the health financing system. The second approach is transferring the Social Security Fund to the "Fund for the Non-Thai Health Insurance System" under the supervision Division of Health Economics and Security, Ministry of Health. This approach can strengthen and stabilize the health finances. The third approach is delegating the National Health Security Office as a custodian of the health insurance fund for Thai nationals and non-Thai nationals and enacting new legislation at the act level to vest NHSO with the mandate to provide health insurance for non-Thai nationals.

**Keywords:** Health guarantee for Non-Thai, Undocumented Stateless person, Refugee

### 1. บทนำ (Introduction)

ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีพรมแดนติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านส่งผลให้ประเทศไทยเป็นทั้งประเทศต้นทาง ทางผ่านและปลายทางของการโยกย้ายถิ่นฐาน ไม่ว่าจะเป็นการเข้ามาเพื่อหางานทำ ซึ่งมีทั้งวัยทำงาน เด็กและผู้ติดตาม ผู้ลี้ภัย รวมถึงกลุ่มผู้มีปัญหาสถานะด้านสิทธิ ต่างพำนักอาศัยอยู่ในประเทศไทยทั้งที่มีเอกสารถูกต้องและไม่ถูกต้อง ส่งผลให้คนกลุ่มดังกล่าวไม่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค มีโอกาสติดเชื้อเจ็บป่วยและเสียชีวิตสูง และด้วยขั้นตอนที่มีความยุ่งยาก ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและการทำมาหากินของพวกเขา

ทำให้เวลาเจ็บป่วยต้องออกเงินค่ารักษาและค่ายาเอง แม้ตลอดเวลาหลายปีประเทศไทยโดยความพยายามจากหลายฝ่ายหลายหน่วยงานได้มีนโยบายด้านการจัดการบริหารกลุ่มประชากรดังกล่าว แต่ยังขาดประสิทธิภาพขาดความต่อเนื่อง ทำให้หลายคนเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพ (The rights in respect of health) นอกจากนี้ยังเป็นสิทธิที่จะได้รับบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (The rights to health care) แล้ว ยังรวมถึงสิทธิที่จะมีสุขภาพที่ดี (The rights to health) ซึ่งเป็นสุขภาพตามนิยามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ<sup>3</sup> อีกทั้งยังเป็นสิทธิที่เกี่ยวข้องถึงสิทธิมนุษยชน (Human rights) ซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ จึงเป็นที่มาของการศึกษาวิจัยในหัวข้อ “สถานการณ์การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพของคนไม่มีสัญชาติไทยและข้อเสนอแนะ”

**วัตถุประสงค์ (Objective) มุ่งผลที่คาดว่าจะได้รับ (Outcome)** ในสามประการคือ (1) เพื่อศึกษาสภาพปัญหา อุปสรรคในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของบุคคลผู้ไม่มีสัญชาติไทยในประเทศไทย (2) ทบทวนแนวความคิดการจัดบริการด้านสุขภาพของบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทย และกฎหมายนโยบายที่เกี่ยวข้อง และ (3) เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะในการพัฒนากฎหมายหลักประกันสุขภาพของบุคคลผู้ไม่มีสัญชาติไทย

**ระเบียบวิธีการวิจัย (Methodology)** นั้นเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) การจัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อรับฟังสถานการณ์ปัญหาจากกลุ่มผู้ให้บริการ (สถานพยาบาล) และกลุ่มผู้ใช้บริการโดยรับฟังข้อมูลจากผู้ปฏิบัติงานในภาคประชาสังคม และองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานสนับสนุนคนไม่มีสัญชาติไทยกลุ่มต่าง ๆ อาทิ ผู้ลี้ภัย แรงงานข้ามชาติ คนไร้รัฐคนไร้สัญชาติ กลุ่มชาติพันธุ์กลุ่มต่าง ๆ ในประเทศไทยผ่านระบบ zoom เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยมีขอบเขตการศึกษาคือ มุ่งสังเคราะห์วิเคราะห์กฎหมายนโยบาย และสถานการณ์ปัญหาในทางปฏิบัติในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพของคนไม่มีสัญชาติไทย

## 2. ข้อค้นพบโดยสรุป (Results)

### 2.1 ความหมาย

โดยทั่วไปคนต่างด้าวหมายถึงคนไม่มีสัญชาติไทย ส่วนคนไร้รัฐนั้นหมายถึงบุคคลที่ไม่มีเอกสารแสดงตนของประเทศไทยหรือรัฐใดเลย (Undocumented person) หากว่าไม่มีสัญชาติไทยหรือสัญชาติใดของรัฐใดในโลกก็就会被พิจารณาว่าเป็นคนไร้สัญชาติ (Stateless Children) และหากว่าบุคคลไร้สัญชาตินั้นไม่มีเอกสารแสดงตน (Identification paper) ของประเทศไทยหรือรัฐใดเลยก็就会被พิจารณาว่าเป็นเด็กไร้สัญชาติที่ไร้เอกสารแสดงตน (Undocumented Stateless Children) และจะถูกกฎหมายสันนิษฐานว่าเป็นคนเข้าเมืองโดยไม่ชอบด้วยกฎหมาย<sup>3</sup>

<sup>3</sup> ดูเพิ่มเติมที่ ดร.ณิ ไพศาลพาณิชย์กุล, ชุตติ งามอรุณเลิศ, ลินหอม สายฟ้า และสรินยา กิจประยูร, *Nationality Procedures in Thailand: Bottlenecks Analysis and Recommendations in Addressing Implementation Challenges* (รายงานผลการวิจัย), (United Nations High Commissioner for Refugees-Thailand, 2561), น. 1-10. หรือ ดร.ณิ ไพศาลพาณิชย์กุล, หลังข้ามเส้นพรมแดนสถานะตามกฎหมายของคนย้ายถิ่น (กรณีชนกลุ่มน้อย), *วารสารนิติสังคมศาสตร์*, 9 (2) (กรกฎาคม-ธันวาคม 2559), น. 170-204. และดร.ณิ ไพศาลพาณิชย์กุล, ในปี 47 ของพลเมืองโดยหลักดินแดนที่ถูกทำให้เป็นอื่น, *วารสารนิติสังคมศาสตร์*, 12 (2) (กรกฎาคม-ธันวาคม 2562), น. 57-175.

## 2.2 แนวคิดการจัดการบริการด้านสุขภาพและหลักประกันสุขภาพของคนไม่มีสัญชาติไทย

หากพิจารณาถึงเป้าหมายของงานสาธารณสุขในบริบทของประชาคมระหว่างประเทศนั้น สุขภาพถ้วนหน้าหรือหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) คือกลไกสำคัญของการบรรลุเป้าหมายของสุขภาพที่ดีสำหรับทุกคน (Health for All) ซึ่งถือเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานของทุกคน ซึ่งปรากฏในธรรมนูญองค์การอนามัยโลกนับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1946/2489<sup>4</sup> ต่อมาปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Declaration of Human Rights: UDHR) ได้รับรองสิทธิขั้นพื้นฐานดังกล่าวไว้ในข้อ 25 รวมถึงในกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม (The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: ICESCR) ข้อ 12 องค์การอนามัยโลก ให้นิยาม UHC ว่าหมายถึง “การที่ ‘ทุกคน’ ใน ‘ทุกชุมชน’ สามารถเข้าถึง (access) และได้รับ (receive) บริการสุขภาพที่ครอบคลุมทุกบริการที่จำเป็นและมีคุณภาพได้ในยามที่ต้องการ ไม่ว่าจะเมื่อไรหรือที่ไหนก็ตามตลอด ‘ช่วงชีวิต’ โดยที่ความยากลำบากเรื่องเงินทองต้องไม่เป็นอุปสรรคขัดขวางการเข้าถึงและได้รับบริการสุขภาพ ไม่เพียงแต่คนยากจนเท่านั้น คนที่ร่ำรวยเมื่อต้องใช้จ่ายไปกับการรักษาโรคที่เรื้อรังหรือร้ายแรงก็อาจเผชิญกับความยากลำบากทางการเงินได้ในท้ายที่สุดไม่แตกต่างกัน”<sup>5</sup> องค์การอนามัยโลกยังระบุอีกด้วยว่าความสมบูรณ์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นเปรียบเสมือนลูกบาศก์ (UHC Cube) ที่แสดงมิติความครอบคลุมของการประกันสุขภาพใน 3 ด้านคือ (1) ความครอบคลุมประชากรผู้มีสิทธิ (population coverage) (2) ความครอบคลุมบริการสุขภาพ (service coverage) และ (3) ความครอบคลุมการป้องกันภาวะความเสี่ยงทางการเงิน (financial protection)<sup>6</sup> นอกจากนี้ มีการผลักดันให้ “ประชาชนมีสุขภาพที่ดี” เป็นหนึ่งในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals–SDGs ซึ่งอยู่ในเป้าหมายที่ 3: SDG Goal 3)<sup>7</sup> โดยประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศสมาชิกที่รับรองวาระ SDGs นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกให้ความเห็นว่าการเพิ่มสมรรถนะของระบบสุขภาพ (Health systems strengthening) จะเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการบรรลุเป้าหมาย UHC (ค.ศ. 2017/พ.ศ. 2560)<sup>8</sup>

---

<sup>4</sup> World Health Organization, *WHO Constitution*, Retrieved April 5, 2020, from [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)

<sup>5</sup> World Health Organization, *Universal Health Coverage (UHC)*, Retrieved April 5, 2020, from [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

<sup>6</sup> WHO Report 2010, *Health System Financing*, Retrieved April 5, 2020, from [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44371/9789241564021\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44371/9789241564021_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

<sup>7</sup> Goal 3: Ensure Healthy lives and promote wellbeing for all at all ages. Target 3.8 : Achieve *universal health coverage*, including financial risk protection, access to quality essential health-care services and access to safe, effective, quality, and affordable essential medicines and vaccines for all, see Sustainable Development Goals, *SDG Indicators*, Retrieved April 5, 2020, from <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/?Text=&Goal=3&Target=3.8>

<sup>8</sup> World Health Organization and World Bank, *Health systems for universal health coverage—a joint vision for healthy lives, UHC2030*, Retrieved April 5, 2020, from [https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/About\\_UHC2030/mgt\\_arrangemts\\_\\_\\_docs/UHC2030\\_Official\\_documents/UHC2030\\_vision\\_paper\\_WEB2.pdf](https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/About_UHC2030/mgt_arrangemts___docs/UHC2030_Official_documents/UHC2030_vision_paper_WEB2.pdf)

### 2.3 การดำเนินงานที่ผ่านมาของประเทศไทย

จากผลการศึกษาสามารถลำดับเวลาได้เป็นดังนี้ เริ่มจากการดำเนินโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย (สปร. หรือ Low Income Card Scheme) เพื่อให้ผู้มีรายได้น้อยเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และต่อมาได้ขยายครอบคลุมไปยังกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ และเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี (กล่าวได้ว่าเป็นการจัดหลักประกันสุขภาพสำหรับคนเปราะบาง) ในปี พ.ศ. 2518 ต่อมา มีการดำเนินโครงการสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme: CSMBS) สำหรับข้าราชการ ลูกจ้างประจำและครอบครัว รวมถึงบิดามารดา คู่สมรสและบุตรที่อายุต่ำกว่า 18 ปี (กล่าวได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นของความเหลื่อมล้ำเชิงระบบ) ในปี พ.ศ. 2523 และในปี พ.ศ. 2526 เกิดโครงการบัตรประกันสุขภาพภาคสมัครใจ ซึ่งคนไม่มีสัญชาติไทยสามารถซื้อหลักประกันสุขภาพได้ ในราคา 500 บาท/ครัวเรือนต่อปี ครอบคลุมสมาชิกไม่เกิน 5 คน<sup>9</sup> (กล่าวได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นของหลักประกันสุขภาพสำหรับคนไม่มีสัญชาติไทย แต่ไม่ถ้วนหน้า) ต่อมาในปี พ.ศ. 2533 เกิดหลักประกันสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน (ประกันสังคม/Social Security Scheme: SSS) และในปี พ.ศ. 2544 ได้เกิดนโยบาย “30 บาทรักษาทุกคน” หรือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme) ครอบคลุมสมาชิกโครงการ สปร. และบัตรประกันสุขภาพ (กล่าวได้ว่าเป็นหมุดหมายสำคัญของหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย) และมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปีถัดมา โดยระบุหลักการว่าเป็น “การสร้างหลักประกันให้กับทุกคนให้สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น และไม่ล้มละลายจากการเจ็บป่วย ด้วยบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน ประชาชนและผู้ให้บริการมีความพึงพอใจ โดยคำนึงถึงเกียรติ ศักดิ์ศรีของทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน”<sup>10</sup> โดยไม่เลือกปฏิบัติว่าผู้ใช้บริการจะมีสัญชาติไทยหรือไม่ จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2546 จึงมีการตีความว่า “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับคนสัญชาติไทยเท่านั้น” โดยสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา<sup>11</sup>

การตีความดังกล่าว ส่งผลให้คนไม่มีสัญชาติไทยโดยเฉพาะกลุ่มคนไร้รัฐไร้สัญชาติหรือผู้มีปัญหาสถานะบุคคลไม่สามารถเข้าถึงหลักประกันสุขภาพได้ ต่อมาด้วยความร่วมมือของภาควิชาการ ภาคประชาสังคมและหน่วยงานสาธารณสุขชายแดน รวมถึงแพทย์ชนบท ได้ร่วมกันขับเคลื่อนความเข้าใจกับรัฐบาล จนนำไปสู่ “หลักประกันสุขภาพ ท.99” หรือ “การให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ” ซึ่งเป็นไปตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2553 และมติคณะรัฐมนตรีวันที่ 20 เมษายน พ.ศ. 2558 (กรณีของแรงงานข้ามชาติ สามารถเข้าถึงหลักประกันสุขภาพได้เช่นกัน แต่

<sup>9</sup> ชุดสิทธิประโยชน์คล้าย สปร. ข้อมูลจาก สปสช. ระบุว่า ผู้ซื้อบัตรประกันสุขภาพนี้ส่วนมากเป็นผู้ที่มีความต้องการใช้บริการสุขภาพ เช่น ผู้ตั้งครรภ์ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีอัตราการใช้บริการสูง ผู้ที่มีสุขภาพดี ไม่ป่วย มักไม่ซื้อ กระทรวงสาธารณสุขจึงร่วมอุดหนุนงบประมาณ 500 บาท/บัตรประกันสุขภาพ เพื่อเป็นแรงจูงใจให้ประชาชนซื้อ, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, *การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2559-2560* (กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด แสงจันทร์การพิมพ์, 2562), น. 24.

<sup>10</sup> กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, เรื่องเดียวกัน, น. 207.

<sup>11</sup> ความเห็นของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา เรื่องเสร็จที่ 1449/2556 เห็นว่า “...การจะนำมาตรา 38 (14) และมาตรา 26 (14) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ไปใช้กับบุคคลอื่นที่ไม่มีสัญชาติไทยย่อมกระทำมิได้ ...”

จะต้องซื้อเอง<sup>12</sup>) และมีการขายหลักประกันสุขภาพให้กับคนต่างด้าวที่ขอรับการตรวจลงตราประเภทคนอยู่ชั่วคราว (Non-Immigrant Visa) รหัส O-A (ระยะเวลา 1 ปี) และขยายหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมไปถึงผู้ต้องขังที่มีปัญหาสถานะบุคคลและต่างด้าวในเรือนจำ ซึ่งเป็นไปตามมติคณะรัฐมนตรีวันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2564

งานวิจัยมีข้อสังเกตว่า การเข้าถึงการสาธารณสุขของผู้ที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสุขภาพ จะเป็นการเข้าถึงการรักษาพยาบาลและฟื้นฟู แต่สำหรับระบบประกันสุขภาพนั้น ผู้ประกันจะได้รับสิทธิประโยชน์ในการประกันสุขภาพครอบคลุม 4 ด้านคือ หนึ่ง-การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพทั่วไป สอง-การส่งเสริมสุขภาพ สาม-การเฝ้าระวังโรค และสี่-การป้องกันและควบคุมโรค<sup>13</sup> ในกรณีของคนไม่มีสัญชาติไทยที่อาจนำพาโรคที่ไม่ใช่โรคประจำถิ่นเข้ามาในประเทศไทยได้ หากเปิดโอกาสให้คนกลุ่มนี้สามารถเข้าถึงระบบประกันสุขภาพได้ จะส่งผลดีต่อการทำงานเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคอย่างทั่วถึง

#### 2.4 ประเภทกองทุนหลักประกันสุขภาพสำหรับคนไม่มีสัญชาติไทยและหน่วยงานที่รับผิดชอบ

งานวิจัยพบว่าในปัจจุบันมีสี่กองทุนในสามหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กองทุนแรก-กองทุนประกันสังคมสำหรับลูกจ้างไม่มีสัญชาติไทย ดูแลโดยสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน โดยการประกันสังคมของลูกจ้างที่ไม่มีสัญชาติไทยจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อลูกจ้างดังกล่าวเข้าเมืองโดยถูกต้องตามกฎหมาย มีใบอนุญาต<sup>14</sup> อาจมีนายจ้าง<sup>15</sup> หรือไม่มีนายจ้าง<sup>16</sup> โดยต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมในอัตราเดียวกับลูกจ้างสัญชาติไทยและได้รับสิทธิประโยชน์ 7 กรณี (ประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วย คลอดบุตร สงเคราะห์บุตร วางงาน ทูพพลภาพ เสียชีวิต ชราภาพ) และหากลูกจ้างประสบอันตราย เจ็บป่วย ถึงแก่ความตายหรือสูญหายเนื่องจากการทำงานก็จะสามารถเข้าถึงการเยียวยาผ่านกองทุนเงินทดแทนเช่นเดียวกับคนสัญชาติไทย

กล่าวได้ว่า สถานะการเข้าเมืองถูกต้องตามกฎหมาย รวมถึงการมีใบอนุญาตทำงานเป็นเงื่อนไขสำคัญในการเข้าถึงสถานะผู้ประกันตนตามกองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน (โดยยังไม่ไปถึงสิทธิขั้นพื้นฐานของลูกจ้าง) นั้นหมายความว่า การเข้าถึงหลักประกันทางสุขภาพและหลักประกันทางสังคมภายใต้ระบบกองทุนประกันสังคม ไม่นับรวมลูกจ้างไม่มีสัญชาติไทยบางกลุ่ม ในกิจการอื่นที่ได้รับการยกเว้น<sup>17</sup> ได้แก่ ลูกจ้างของ

<sup>12</sup> ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพคนต่างด้าว พ.ศ. 2556, พ.ศ. 2557 และพ.ศ. 2558

<sup>13</sup> กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, รายงานผลการดำเนินงานประกันสุขภาพของประชากรต่างด้าว ปีงบประมาณ 2562-2563, สืบค้นวันที่ 10 เมษายน 2565, จาก <https://moph.cc/WL3Ai-h6L>

<sup>14</sup> ใบอนุญาตทำงานตามลักษณะประเภทงานที่ไม่ต้องห้าม หรือสามารถทำได้ตาม พ.ร.ก.การบริหารจัดการการทำงานคนต่างด้าว พ.ศ. 2560

<sup>15</sup> กรณีมีนายจ้าง นายจ้างจะต้องแจ้งขึ้นทะเบียนลูกจ้างเป็นผู้ประกันตน เพื่อเข้าสู่กระบวนการจ่ายเงินสมทบครบ 3 ฝ่าย (มาตรา 33 พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533)

<sup>16</sup> กรณีไม่มีนายจ้างก็สามารถเป็นผู้ประกันตนเอง ตามมาตรา 39 พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

<sup>17</sup> ประกันสังคม ไม่ใช้บังคับกับกิจการหรือลูกจ้างอื่นตามที่กำหนดในพระราชกฤษฎีกา ตามมาตรา 4 (2) พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533



กิจการเพาะปลูก ประมง ป่าไม้ และเลี้ยงสัตว์ ซึ่งมีได้ใช้ลูกจ้างตลอดปีและไม่มีงานลักษณะอื่นรวมอยู่ด้วย, ลูกจ้างของนายจ้างที่จ้างไว้เพื่อทำงานอันมีลักษณะเป็นครั้งคราวเป็นการจร หรือเป็นไปตามฤดูกาล (การจ้างงานชายแดน)<sup>18</sup> กรณีลูกจ้างของนายจ้างที่เป็นบุคคลธรรมดา ซึ่งงานที่ลูกจ้างทำนั้นมิได้มีการประกอบธุรกิจรวมอยู่ด้วย และลูกจ้างของนายจ้างซึ่งประกอบการค้าหรือการค้าแฝงลอย<sup>19</sup> รวมถึงยังขาดความชัดเจนสำหรับคนไม่มีสัญชาติไทยที่อยู่ระหว่างรอการเนรเทศ หรือรอการส่งกลับ<sup>20</sup> กรณีกลุ่มผู้ลี้ภัยในเมือง ผู้แสวงหาที่พักพิง ยังมีคำถามว่าจะสามารถเข้าถึงกองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทนได้หรือไม่ นอกจากนี้ ลูกจ้างทำงานบ้าน หากบาดเจ็บจากการทำงาน ก็ไม่สามารถเข้าถึงการเยียวยาของกองทุนเงินทดแทน รวมถึงกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานไม่ครอบคลุมถึงลูกจ้างในภาคเกษตร ฯลฯ หรือได้เกิดช่องว่างในระดับกฎหมายนโยบาย อนึ่ง ต้องไม่ลืมว่าสถานะการเข้าเมืองของลูกจ้างไม่มีสัญชาติไทย ไม่มีผลต่อการได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายคุ้มครองแรงงาน<sup>21</sup>

**กองทุนที่สองและกองทุนที่สาม อยู่ในความรับผิดชอบของกองเศรษฐกิจและประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ กองทุน ท.99 และกองทุนสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวที่อยู่นอกระบบประกันสังคม** แยกพิจารณาได้ดังนี้

ผู้ทรงสิทธิในกองทุน ท.99 ได้แก่ บุคคลที่กระทรวงมหาดไทยกำหนดเลขประจำตัวสิบสามหลัก และคณะรัฐมนตรีอนุมัติในหลักการให้สิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุข 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่คณะรัฐมนตรีรับรองสถานะให้อยู่อาศัยถาวรในประเทศไทย หรือกลุ่มที่มีเลขประจำตัว 13 หลัก ขึ้นต้นด้วยเลข 3, 4, 5, 8 และกลุ่มที่ได้รับการผ่อนผันให้อยู่ชั่วคราวเพื่อรอกระบวนการแก้ปัญหา ได้แก่ กลุ่มคนไร้สัญชาติที่ถือเอกสาร “คนไม่มีสัญชาติไทย” (เลขประจำตัวสิบสามหลักขึ้นต้นด้วยเลข 6, 7 เลขหลักที่หกและหลักที่เจ็ดเป็นเลข 50-72) และกลุ่มคนที่ได้รับการสำรวจและจัดทำทะเบียนประวัติบุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน ตามยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคล ตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 18 มกราคม พ.ศ. 2548 (เลขประจำตัวขึ้นต้นด้วยเลข 0 และหลักที่หกหลักที่เจ็ดเป็น 89 หรือกลุ่ม 0-89) ประกอบไปด้วย กลุ่มนักเรียนในสถานศึกษาในประเทศไทย กลุ่มคนไร้รากเหง้า และกลุ่มคนที่ทำคุณประโยชน์ให้กับประเทศไทย โดยชุดสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับคือ การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง ป้องกันโรคและควบคุมโรค<sup>22</sup>

<sup>18</sup> ลูกจ้างที่ทำงานในช่วงระยะเวลา หรือตามฤดูกาล ตามมาตรา 64 พระราชกำหนดการบริหารจัดการการทำงานของบุคคลต่างด้าว พ.ศ. 2560

<sup>19</sup> มาตรา 4 พระราชกฤษฎีกากำหนดลูกจ้างตามมาตรา 4 (6) พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และ พ.ศ. 2545

<sup>20</sup> พระราชกฤษฎีกาการบริหารจัดการการทำงานของบุคคลต่างด้าว พ.ศ. 2560 เปิดโอกาสให้คนต่างด้าวตามมาตรา 63 สามารถทำงานได้ โดยคณะรัฐมนตรีต้องกำหนดประเภทงาน แต่จนถึงปัจจุบันยังไม่มีกำหนด ได้แก่ (1) คนต่างด้าวถูกเนรเทศตามกฎหมายว่าด้วยการเนรเทศและได้รับการผ่อนผันให้ไปประกอบอาชีพ ณ ที่แห่งใดแทนการเนรเทศหรืออยู่ในระหว่างรอการเนรเทศ และ (2) เข้ามาหรืออยู่ในราชอาณาจักรโดยไม่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง แต่ได้รับอนุญาตให้พักอาศัยอยู่ในราชอาณาจักรเพื่อรอการส่งกลับออกไปนอกราชอาณาจักร ตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง อันมิใช่เป็นกรณีตามมาตรา 63/2

<sup>21</sup> อาทิ ค่าแรงขั้นต่ำ เวลาทำงาน ค่าล่วงเวลา วันหยุด ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 241, การได้รับความคุ้มครองจากการเลิกจ้างไม่เป็นธรรม ตามพระราชบัญญัติแรงงานสัมพันธ์ พ.ศ. 2518

<sup>22</sup> กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, *แนวทางการดำเนินงานกองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ปีงบประมาณ 2564*, น. 9-11.

ส่วนกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข โดยผู้ทรงสิทธิได้แก่ คนสองกลุ่มต่อไปนี้<sup>23</sup> คือ (1) แรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมา ลาว กัมพูชาและเวียดนามที่ได้รับอนุญาตให้อยู่ในประเทศไทยเป็นการชั่วคราว และได้รับอนุญาตให้สามารถทำงานได้ชั่วคราว แต่เป็นลูกจ้างดังกล่าวไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม หรือเป็นกรณีที่นายจ้างแจ้งเข้าเป็นผู้ประกันตนแล้วแต่อยู่ระหว่างรอสิทธิ (2) ผู้ติดตามแรงงานอายุไม่เกิน 18 ปี ที่ได้รับอนุญาตให้อาศัยอยู่ชั่วคราวในประเทศไทย (3) คนต่างด้าวที่อยู่ในระบบการจ้างงานที่ไม่เป็นทางการ 4 สัญชาติ (เมียนมา ลาว กัมพูชา เวียดนาม) และ (4) คนต่างด้าวทั่วไป ได้แก่ คนไร้สัญชาติที่รอการพิสูจน์และยังไม่ได้รับเงินอุดหนุนการจัดบริการสาธารณสุข และคนต่างด้าวที่ถูกจำหน่ายออกจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ชุดสิทธิประโยชน์จะประกอบไปด้วย การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง ป้องกันโรคและควบคุมโรค

และกองทุนที่สี่-กองทุนเพื่อการป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ ซึ่งอยู่ในความดูแลของสำนักปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยเป็นกองทุนสำหรับการรักษาพยาบาลแก่ผู้เสียหายจากการกระทำความผิดฐานค้ามนุษย์และผู้เสียหายจากการบังคับใช้แรงงานหรือบริการ<sup>24</sup>

## 2.5 กฎหมายระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง

ต้องกล่าวย้าด้วยว่าสิทธิในสุขภาพ (Rights to health) เป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานที่ปรากฏในอนุสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิมนุษยชนหลายฉบับ และประเทศไทยในฐานะรัฐภาคีมีพันธกรณีที่จะต้องเคารพ (respect) คุ้มครอง (protect) และทำให้เป็นจริง (fulfill) ปรากฏตามข้อ 25 แห่งปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน, ข้อ 12 แห่งกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights-ICESCR)

คณะกรรมการประจำสนธิสัญญา ESCR (Committee on ESCRs) ได้มีความเห็นทั่วไป ลำดับที่ 14 (General Comment no.14) เรื่องสิทธิในทางสาธารณสุข โดยในย่อหน้าที่ 8 ได้ระบุว่า “สิทธินั้นรวมถึงสิทธิในระบบของการคุ้มครองทางสาธารณสุขซึ่งให้โอกาสบุคคลอย่างเสมอภาคในการที่จะมีสุขภาพตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้” และความเห็นทั่วไป ลำดับที่ 20 ได้กล่าวถึงการไม่เลือกปฏิบัติทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม นอกจากนี้ยังมีความเห็นว่า “เหตุผลเรื่องสัญชาติไม่ควรเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงสิทธิตามกติกาฯ เช่น เด็กทุกคนที่อยู่ในรัฐ รวมถึงคนที่ไม่ใช่เอกสารอะไรเลย เขาเหล่านั้นมีสิทธิที่จะได้รับสิทธิทางการศึกษา และเข้าถึงอาหารที่เพียงพอและบริการสาธารณสุขที่สามารถมีได้ สิทธิในกติกาฯนี้ใช้สำหรับคนทุกคน รวมถึงบุคคลที่ไม่ใช่คนชาตินั้น เช่น ผู้ลี้ภัย ผู้แสวงหาการลี้ภัย คนไร้รัฐ แรงงานข้ามชาติ และเหยื่อจากการค้ามนุษย์ระหว่างประเทศ โดยไม่คำนึงถึงสถานะทางกฎหมาย และเอกสารประจำตัว”<sup>25</sup> การปฏิบัติหน้าที่ของรัฐภาคีตาม

<sup>23</sup> กระทรวงสาธารณสุข, คู่มือการดำเนินงานประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว พ.ศ. 2563, สืบค้นวันที่ 10 เมษายน 2565, จาก <https://dhes.moph.go.th/?p=9173>

<sup>24</sup> พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ. 2551 มาตรา 42 และมาตรา 45

<sup>25</sup> UN Committee on Economic, Social, and Cultural Rights, *General Comment No. 20 on Non-discrimination in economic, Social and Cultural Rights (Art. 2, para. 2, of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)* E/C.12/GC/20, 2 July 2009, Retrieved April 8, 2020, from <https://www.refworld.org/docid/4a60961f2.html>



อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กจะต้องใช้ควบคู่กับหลักการพื้นฐานด้านสิทธิมนุษยชน คือ “หลักการไม่เลือกปฏิบัติ” (Non-discrimination) ตามข้อ 2 ซึ่งเป็นหลักการพื้นฐานด้านสิทธิมนุษยชนที่สำคัญ และได้รับการรับรองไว้ในกฎหมายจารีตประเพณีระหว่างประเทศ (ข้อ 7 UDHR) ที่นานารัฐต้องยึดถือปฏิบัติเป็นหลักทั่วไปในการกระทำใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเด็กด้วย ประกอบกับ “หลักประโยชน์สูงสุดของเด็ก” (The Best Interest of The Child) ตามข้อ 3 ซึ่งคณะกรรมการ ได้มีความเห็นทั่วไป ลำดับที่ 14 (ค.ศ. 2013)<sup>26</sup> ดังนั้นประเทศไทยจึงต้องทำให้สิทธิที่จะมีสุขภาพตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่เป็นได้ เป็นจริงกับเด็กทุกกลุ่ม ไม่ว่าจะเป็นเด็กสัญชาติไทย เด็กไร้รัฐไร้สัญชาติ เด็กข้ามชาติ ผู้แสวงหาการลี้ภัยเด็ก ผู้ลี้ภัยเด็ก โดยไม่เลือกปฏิบัติและคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของเด็กเป็นสำคัญ อนึ่ง แม้ประเทศไทยจะยังคงข้อสงวนในข้อ 22 แห่งอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก แต่ก็ไม่ได้หมายความว่า ประเทศไทยจะไม่ดูแลการเข้าถึงสิทธิในสุขภาพของเด็กผู้ลี้ภัย

ยังมีพันธกรณีตามอนุสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติทางเชื้อชาติในทุกรูปแบบ (International Convention on the Elimination of Racial Discrimination: ICERD) ข้อ 1 และข้อ 5 รวมถึงปฏิญญาอาเซียนว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (ASEAN Human Rights Declaration: ADHR)<sup>27</sup> ที่รับรองว่าสิทธิของสตรี เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ แรงงานโยกย้ายถิ่นฐาน กลุ่มเปราะบางและกลุ่มคนชายขอบเป็นสิทธิที่ไม่อาจเพิกถอน เป็นส่วนเดียวกันกับสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐานที่ไม่อาจแยกออกจากกันได้ (ข้อ 4) ซึ่งสิทธิดังกล่าวได้รวมถึงสิทธิในสุขภาพด้วย (ข้อ 28 และข้อ 29) และยืนยันว่าสิทธิตาม ADHR จะต้องไม่ถูกเลือกปฏิบัติ

นอกจากนี้ยังมีเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติ (Sustainable Development Goals: SDGs)<sup>28</sup> โดยเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิในสุขภาพของเด็ก ปรากฏอยู่ในเป้าหมายที่ 3 คือ การสร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย (Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป้าประสงค์ที่ 3.6 อนามัยการเจริญพันธุ์ และการวางแผนครอบครัว เป้าหมายที่ 3.7 การเข้าถึงบริการสาธารณสุขและป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน และเป้าหมายที่ 3.8 บรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ารวมถึงการป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน การเข้าถึงการบริการสาธารณสุขจำเป็นที่มีคุณภาพ และเข้าถึงยาและวัคซีนจำเป็นที่ปลอดภัยมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และมีราคาที่สามารถซื้อหาได้ เห็นได้ว่าเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ได้มุ่งเน้นให้รัฐดำเนินการตามเป้าหมายกับบุคคลทุกเพศทุกวัย และทุกกลุ่มที่อาศัยอยู่ในรัฐ โดยมีมาตรการที่แตกต่างออกไปตาม

<sup>26</sup> UN Committee on the Rights of the Child (CRC), *General Comment no. 14 (2013) on the right of the child to have his or her best interests taken as a primary consideration* (Art 3, para 1) (29 May 2013) CRC/C/GC/14, Retrieved April 8, 2020, from <https://www.refworld.org/docid/51a84b5e4.html>

<sup>27</sup> กรมอาเซียน กระทรวงการต่างประเทศ, *ปฏิญญาอาเซียนว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ASEAN Human Rights Declaration*, Retrieved April 10, 2020, from [https://aichr.org/wp-content/uploads/2019/02/AHRD\\_Booklet\\_FIN\\_13June.pdf](https://aichr.org/wp-content/uploads/2019/02/AHRD_Booklet_FIN_13June.pdf)

<sup>28</sup> United Nations, *Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development*, A/RES/70/1. , Retrieved April 8, 2020, from <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>

เป้าประสงค์ เพื่อเป็นหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดี เกณฑ์ตาม SDGs มักถูกใช้เป็นเกณฑ์มาตรฐานในการประเมินของรัฐต่าง ๆ ทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยด้วย รวมถึงในกระบวนการทบทวนสถานการณ์สิทธิมนุษยชน (Universal Periodic Review: UPR) รอบที่ 2 (ค.ศ. 2016-2020/พ.ศ. 2559-2563) และรอบที่ 3 (ค.ศ. 2016-2018/พ.ศ. 2559-2561) ประเทศไทยยืนยันว่า สิทธิแรงงานข้ามชาติและลูกแรงงานข้ามชาติ รวมไปถึงการเข้าถึงการศึกษาและสุขภาพเป็น 1 ใน 8 ประเด็นสำคัญที่ประเทศไทยให้ความสำคัญ ในขณะที่สำนักงานข้าหลวงใหญ่สิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติ (the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights) ให้ความเห็นต่อรายงาน UPR ของประเทศไทยว่า องค์การสหประชาชาติมีข้อห่วงใยต่อการเข้าถึงได้อย่างเบางดบังต่อการบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานของแรงงานข้ามชาติ ผู้ลี้ภัย และผู้แสวงหาที่พักพิงในท้องถิ่น ซึ่งสอดคล้องกับข้อห่วงใยของ UNHCR โดย UNHCR ได้มีข้อเสนอแนะต่อรัฐบาลไทยว่า ควรพิจารณาและปรับปรุงกฎหมายนโยบายเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ลี้ภัยและผู้แสวงหาที่พักพิงสามารถเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพ โดยผ่านขั้นตอนการลงทะเบียน รวมถึงมีข้อเสนอแนะว่าประเทศไทยควรขยายสวัสดิการทางสังคมให้ครอบคลุมถึงผู้ลี้ภัยและผู้แสวงหาที่พักพิง โดยอนุญาตให้บุคคลดังกล่าวสามารถทำงานได้<sup>29</sup>

## 2.6 กฎหมายและนโยบายของประเทศไทยที่เกี่ยวข้อง

รัฐธรรมนูญของประเทศไทยได้บัญญัติรับรองถึงสิทธิ เสรีภาพและความเสมอภาคของบุคคล โดยไม่เลือกปฏิบัติ ซึ่งถือเป็นการปฏิบัติตามหน้าที่ของรัฐบาลที่เคารพและปฏิบัติตามหลักการไม่เลือกปฏิบัติ ตาม IESCR และ CRC โดยบัญญัติไว้ในมาตรา 27 แห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 สิทธิในสุขภาพที่ได้รับการรับรองไว้ในมาตรา 47

อย่างไรก็ดี มีประเด็นว่า ถ้อยคำในมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่บัญญัติว่า “บุคคลทุกคน มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ” สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (เรื่องเสร็จที่ 224/2555 และเรื่องเสร็จที่ 1449/2556) ได้ให้ความเห็นต่อ “บุคคลทุกคน” ว่าหมายถึง บุคคลสัญชาติไทยเท่านั้น โดยไม่ได้หมายความว่ารวมถึง บุคคลสัญชาติอื่นที่พำนักอยู่หรือพักอาศัยอยู่หรือเข้ามาในประเทศไทย เนื่องจากเหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เป็นไปตามบทบัญญัติในมาตรา 52 และมาตรา 82 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ซึ่งต่อมามาตรา 51 และมาตรา 80 (2) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ก็ได้บัญญัติหลักการดังกล่าวไว้เช่นเดียวกัน และสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา มีความเห็นว่า “การจะนำมาตรา 18 (14) และมาตรา 26 (14) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ไปใช้กับบุคคลอื่นที่ไม่มีสัญชาติไทยจึงกระทำไม่ได้ อย่างไรก็ดี ในกรณีที่คณะรัฐมนตรีจะมีนโยบายให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปฏิบัติหน้าที่ตามข้อหาหรือ (...สนับสนุนการสร้าง

<sup>29</sup> UN Human Rights Council, *Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, Compilation on Thailand, A/HRC/WG.6/39/THA/2*, (para 39, para 76), Retrieved April 8, 2020, from [https://www.ecoi.net/en/file/local/2061049/A\\_HRC\\_WG.6\\_39\\_THA\\_2\\_E.pdf](https://www.ecoi.net/en/file/local/2061049/A_HRC_WG.6_39_THA_2_E.pdf)

หลักประกันสุขภาพต่างประเทศและประเทศเพื่อนบ้าน และร่วมจัดระบบหลักประกันสุขภาพให้กับคนต่างชาตินที่เข้ามาพำนักในประเทศไทย...) จึงกระทำได้เท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับบทบัญญัติแห่งกฎหมาย”

นอกจากนี้ยังพบว่ามติดคณะรัฐมนตรีจำนวนมากที่รับรองสิทธิในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพของ คนไม่มีสัญชาติไทยหลากหลายกลุ่ม ได้แก่ (1) มติดคณะรัฐมนตรี วันที่ 18 มกราคม พ.ศ. 2548 เรื่อง ยุทธศาสตร์การจัดการสถานะและสิทธิของบุคคล เพื่อเป็นแนวทางการกำหนดสถานะบุคคล และรับรองสิทธิ ขั้นพื้นฐานแก่ผู้มีปัญหาสถานะบุคคล (2) มติดคณะรัฐมนตรี วันที่ 5 กรกฎาคม พ.ศ. 2548 เห็นชอบให้ กระทรวงศึกษาธิการขยายโอกาสการศึกษาแก่นักเรียนนักศึกษาที่ไร้สัญชาติ รวมถึงนักเรียนนักศึกษาที่ไม่มี เอกสารแสดงตน (ไร้รัฐ) สามารถเรียนได้ โดยได้รับเงินอุดหนุนรายหัวในอัตราเดียวกับเด็กไทย (3) มติ คณะรัฐมนตรี วันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2553 เรื่องการให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มี ปัญหาสถานะและสิทธิ (4) มติดคณะรัฐมนตรี วันที่ 15 มกราคม พ.ศ. 2556 เรื่อง อนุมัติให้กระทรวง สาธารณสุข (สธ) เป็นหน่วยงานหลักในการให้การดูแลทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขแก่คนต่างด้าว ทั้งหมดที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม โดยคนต่างด้าวกลุ่มนี้จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง (5) มติดคณะรัฐมนตรี วันที่ 20 เมษายน พ.ศ. 2558 เรื่องการให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับ บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ เพิ่มเติมและการจัดการสถานะและสิทธิในการบริการสาธารณสุขของบุคคลไร้ สัญชาติทั้งระบบ มติดคณะรัฐมนตรี วันที่ 2 เมษายน 2562 อนุมัติหลักการให้เพิ่มเติมหลักเกณฑ์การรับประกัน สุขภาพสำหรับคนต่างด้าวผู้ขอรับตรวจลงตราประเภทคนอยู่ชั่วคราว (Non-Immigrant Visa) รหัส O-A (ระยะเวลา 1 ปี) ซึ่งเป็นข้อเสนอแนะจากกระทรวงสาธารณสุข (6) มติดคณะรัฐมนตรี วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2562 เรื่อง เห็นชอบต่อคำมั่นที่ประเทศไทยจะประกาศในการประชุมระดับสูงว่าด้วยคนไร้สัญชาติในวันที่ 7 ตุลาคม พ.ศ. 2562 ณ นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส (7) มติดคณะรัฐมนตรีวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2563 ขยายสิทธิ กองทุนคืนสิทธิ ให้แก่บุคคลดั้งเดิมที่ไม่มีสัญชาติไทย แต่มีชื่อในทะเบียนราษฎร ได้แก่ คนต่างด้าว (เฉพาะ สัญชาติจีน เวียดนาม เมียนมา เนปาล ลาว กัมพูชา ที่มีเลขประจำตัวสิบสามหลักขึ้นต้นด้วยเลข 3 และ 4 มี ชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านตั้งแต่ปี พ.ศ. 2499-31 พฤษภาคม พ.ศ. 2527 จำนวน 24,071 คน (8) มติดคณะรัฐมนตรี วันที่ 22 กันยายน พ.ศ. 2563 เรื่องการให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหา สถานะและสิทธิเด็กและบุคคลที่เรียนอยู่ในสถานศึกษา กลุ่ม 0-00 (9) มติดคณะรัฐมนตรี วันที่ 26 มกราคม พ.ศ. 2564 เรื่อง หลักเกณฑ์การกำหนดสถานะและสิทธิของบุคคลที่อพยพเข้ามาและอาศัยอยู่มานาน (10) มติ คณะรัฐมนตรีวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2564 เรื่องการให้สิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหา สถานะและสิทธิเด็กและบุคคลที่เรียนอยู่ในสถานศึกษา ครั้งที่ 2 และ (11) มติดคณะรัฐมนตรี วันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2564 เรื่องหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้ต้องขังที่มีปัญหาสถานะบุคคลและต่างด้าวในเรือนจำ<sup>30</sup>

<sup>30</sup> เป็นไปตามข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย โดยคณะทำงานจัดระบบบริการและระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้ต้องขังที่มีปัญหาสถานะ บุคคลและคนต่างด้าวในเรือนจำ ตามคำสั่งของกระทรวงยุติธรรม โดยข้อเสนอนี้ให้เหตุผลว่า “...เพื่อเป็นไปตามข้อ 24 (1) ของข้อกำหนดมาตรฐาน ขั้นต่ำขององค์การสหประชาชาติในการปฏิบัติต่อผู้ต้องขัง (The United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners-(Mandela Rules) )

## 2.7 สถานการณ์การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพของคนไม่มีสัญชาติไทย

**2.7.1** ในส่วนการประชุมกลุ่มย่อยในส่วนของผู้ให้บริการ (สถานพยาบาล) สถานพยาบาลให้ข้อมูลตรงกันว่า โรงพยาบาลให้บริการคนไม่มีสัญชาติไทย ไม่ว่าจะเป็นกรณีกลุ่มคนภายใต้กองทุนคืนสิทธิฯ หรือกองทุนสุขภาพคนต่างด้าวเช่นเดียวกับที่ให้บริการกับคนไทย (ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) และเห็นว่าปัญหาส่วนใหญ่เป็นเรื่องของการเข้าถึงการบริการของผู้รับบริการมากกว่า กล่าวคือ ไม่เข้าใจสิทธิของตนเอง หรือกรณีแรงงานที่ถือเอกสารหลายประเภท อาทิ หนังสือเดินทาง บัตรประจำตัวสีชมพู บัตรประกันสุขภาพที่ต้องใช้คู่กับหนังสือเดินทาง หรือบัตรประจำตัวสีชมพู ทำให้แรงงานต้องแสดงบัตรหลายใบ และหลายกรณีปรากฏว่าเลขประจำตัวสิบสามหลักไม่ตรงกัน รวมถึงเลขประจำตัวของกลุ่มแรงงานมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย, บางกรณีนายจ้างซื้อประกันสุขภาพให้แค่สามเดือน ฯลฯ เมื่อโรงพยาบาลดำเนินการตรวจสอบสิทธิของผู้มารับบริการก่อน ว่ามีสิทธิในหลักประกันสุขภาพระบบใดหรือไม่ หากไม่พบ ก็จะ “ระบุว่า ชำระเงิน” (เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล) และหากผู้มารับบริการไม่มีเอกสารแสดงตนซึ่งโรงพยาบาลบางแห่งไม่สบายใจที่จะให้บริการ รวมถึงกรณีภายหลังให้บริการด้านสุขภาพแล้ว ก็ประสานงานติดต่อกับเจ้าหน้าที่ตรวจคนเข้าเมืองให้มารับหรือไปส่งยังสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง<sup>31</sup>

สำหรับประเด็นการขายบัตรประกันสุขภาพนั้น สถานพยาบาลหลายแห่งให้ข้อมูลตรงกันว่า ไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนจากส่วนกลาง หรือ “มีเอกสารมาเพียงกระดาษหนึ่งหน้าขนาดเอสี่ แต่ไม่มีการแนะนำวิธีการขาย” ทำให้หลายโรงพยาบาลตัดสินใจไม่ขาย หรือขายเป็นบางช่วงเวลาแล้วแต่นโยบาย ไม่ได้เปิดขายทั้งปี<sup>32</sup> หรือบางแห่ง จะขายให้กับคนไม่มีสัญชาติไทยกลุ่มคนไร้สัญชาติเฉพาะกลุ่ม อาทิ กลุ่มคนไทยพลัดถิ่น ซึ่งหากเป็นคนไทยพลัดถิ่นมาซื้อ แม้ไม่มีเลขประจำตัวสิบสามหลัก ทางโรงพยาบาลก็จะกำหนดเลขให้เอง โดยมีเงื่อนไขว่าต้องมีบุคคลมารับรองว่าเป็นคนไทยพลัดถิ่น<sup>33</sup> หรือโรงพยาบาลบางแห่งเคยเปิดขายบัตรประกันสุขภาพ แต่พบว่าแม้แต่คนป่วยรวมถึงผู้ป่วยเรื้อรังมาซื้อก็ต้องหยุดการขายไป<sup>34</sup> อย่างไรก็ตาม มีโรงพยาบาลอย่างน้อยสองแห่งระบุว่ายังเปิดขายอยู่จนถึงปัจจุบัน<sup>35</sup> และมีหนึ่งแห่งให้ข้อมูลว่า “ไม่มีใครมาซื้อ”<sup>36</sup>

**2.7.2** ฝั่งผู้รับบริการ กรณีของกองทุนคืนสิทธิ<sup>37</sup> มีการตั้งประเด็นถึงคุณภาพการรักษา ผู้รับบริการให้ข้อสังเกตว่า การเดินทางเพื่อไปพบแพทย์แต่ละนัดใช้เวลานานมาก แต่เมื่อพบแพทย์ แพทย์ใช้เวลาไม่นาน บางครั้งไม่ถามอะไรเลย ใช้เวลาไม่นาน จ่ายค่ายากกลับบ้าน และไปพบแพทย์อีกครั้งนัดหน้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีหน่วยบริการอยู่ห่างไกลจากชุมชน, กรณีไม่สามารถใช้สิทธิได้โดยไม่มีคำชี้แจง, กรณีการเข้าถึงการคุ้มครองความเสียหายที่เกิดจากการเข้ารับบริการสาธารณสุข เมื่อเกิดการรักษาผิดพลาด ไม่มีการจ่าย

<sup>31</sup> ข้อมูลจากการประชุมกลุ่มย่อย กลุ่มผู้ให้บริการ เมื่อวันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2565

<sup>32</sup> ผู้ให้บริการที่ 2 การประชุมกลุ่มย่อย กลุ่มผู้ให้บริการ เมื่อวันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2565

<sup>33</sup> ผู้ให้บริการที่ 1 การประชุมกลุ่มย่อยกลุ่มผู้ให้บริการ วันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2565

<sup>34</sup> ผู้ให้บริการที่ 4 การประชุมกลุ่มย่อยกลุ่มผู้ให้บริการ วันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2565

<sup>35</sup> ผู้ให้บริการที่ 1 และ 7 การประชุมกลุ่มย่อยกลุ่มผู้ให้บริการ วันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2565

<sup>36</sup> ผู้ให้บริการที่ 2 การประชุมกลุ่มย่อย กลุ่มผู้ให้บริการ วันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2565

<sup>37</sup> ข้อมูลจากการประชุมกลุ่มย่อย กลุ่มผู้ให้บริการ วันที่ 19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

ค่าชดเชย (กรณีหลักประกันสุขภาพ สปสช.มี) ฯลฯ กรณีผู้รับบริการเป็นกลุ่มใช้สิทธิประกันสังคม พบว่า มีกรณีปัญหาการให้บริการที่ไม่เป็นมิตร หลายคนจึงหันไปใช้บริการสถานพยาบาลอื่นแทนโดยต้องเสียค่าเดินทางเพิ่มขึ้น, มีการข่มขู่ว่าจะแจ้งความหรือส่งตัวออกไปนอกราชอาณาจักร, กรณีคลอดบุตร แม้แม่จะมีสิทธิตามระบบประกันสังคม แต่เหมือนทางโรงพยาบาลยังมีความกังวล หากมีกรณีเด็กต้องเข้าตู้อบ ทางโรงพยาบาลจะยึดบัตร/เอกสารของแม่, กรณีไม่มีบัตรประกันสุขภาพ จะมีการยึดเอกสารผู้รับบริการไว้ก่อน, บางโรงพยาบาลไม่ขายประกันสุขภาพให้กับเด็ก เพราะไม่มีเอกสารรับรองการเกิดมาแสดง (เด็กไม่ได้เกิดในประเทศไทย) ฯลฯ และกรณีผู้รับบริการที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพ พบว่า มักจะต้องมีคนไทยมาด้วย (นายจ้างหรือเจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชน) เพราะหากมาเองลำพัง โรงพยาบาลมักไม่ขายให้ หรือโรงพยาบาลบางแห่งยังงักไม่ขายให้<sup>38</sup> แม้จะมีความพยายามประสานงานกับระดับผู้บริหารของโรงพยาบาลเพื่อให้มีการขายบัตรประกันสุขภาพให้แก่เด็ก ก็ไม่ประสบความสำเร็จ<sup>39</sup> หรือจะขายให้กับเด็กเฉพาะที่พ่อแม่เด็กมีใบอนุญาตทำงานแล้วเท่านั้น<sup>40</sup> หรือโรงพยาบาลที่เคยขาย ก็เลิกขายไปแล้ว ฯลฯ นอกจากนี้ปัญหาร่วมของผู้รับบริการกลุ่มภายใต้กองทุนคืนสิทธิ และกลุ่มหลักประกันสุขภาพคนต่างด้าวก็คือ โรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีล่าม ไม่มีอาสาสมัครต่างด้าว (อสต.) หรือกรณีสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กที่เป็นภาษาไทย ทำให้เกิดปัญหาในการสื่อสาร, มีปัญหาช่องว่างระหว่างนโยบายกับผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข นอกจากนี้แต่ละพื้นที่ โรงพยาบาล/ผู้ปฏิบัติงาน ก็ยังดำเนินการแตกต่างกันอีกด้วย ฯลฯ<sup>41</sup>

### 3. อภิปรายหรือข้อถกเถียง (Discussion)

จากข้อค้นพบข้างต้น เมื่อสังเคราะห์วิเคราะห์แล้วพบว่ามีประเด็นสำคัญคือ

**ประการแรก แม้จะไม่มีนโยบายรับรองการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพให้กับคนไม่มีสัญชาติไทยทุกกลุ่ม แต่ประเทศไทยมีนโยบาย “ขายหลักประกันสุขภาพ” เพื่อขยายความครอบคลุม แต่ก็ยังพบว่ามีคนตกหล่นหลักประกันสุขภาพ ด้วยเหตุผลหลักสามประการคือ** ข้อแรก-คนไม่มีความสามารถในการจ่าย/ซื้อบัตรประกันสุขภาพ ข้อที่สอง-แม้จะมีความสามารถในการซื้อบัตรประกันสุขภาพ แต่สถานพยาบาลหลายแห่งไม่ยอมเปิดขาย และเหตุผลที่สำคัญข้อสุดท้ายคือไม่มีเลขประจำตัวสิบสามหลัก

**ประการที่สอง ใครบ้างที่ยังคงตกหล่นจากระบบหลักประกันสุขภาพ น่าจะได้แก่คน 5 กลุ่มดังต่อไปนี้**

(1) คนไร้สัญชาติที่ไร้เอกสารแสดงตน

(2) แรงงานข้ามชาติที่ได้รับอนุญาตทำงาน แต่ไม่อยู่ในระบบประกันสุขภาพ อาจเพราะนายจ้างไม่ได้แจ้งขึ้นทะเบียน หรือเคยอยู่ในระบบประกันสังคม แต่ไม่มีการจ่ายสมทบต่อ และแรงงานในภาคเกษตร

<sup>38</sup> ข้อมูลจากการประชุมกลุ่มย่อย กลุ่มผู้ให้บริการ วันที่ 19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

<sup>39</sup> ผู้ให้บริการที่ 9 ข้อมูลจากการประชุมกลุ่มย่อย กลุ่มผู้ให้บริการ วันที่ 21 ธันวาคม พ.ศ. 2564

<sup>40</sup> ผู้ให้บริการที่ 9 ข้อมูลจากการประชุมกลุ่มย่อย กลุ่มผู้ให้บริการ วันที่ 21 ธันวาคม พ.ศ. 2564

<sup>41</sup> ข้อมูลจากการประชุมกลุ่มย่อย กลุ่มผู้ให้บริการ วันที่ 19 พฤศจิกายน 2565 และวันที่ 21 ธันวาคม พ.ศ. 2564



(3) กลุ่มผู้ลี้ภัยในเมือง (Urban Refugee)

(4) กลุ่มเด็กและเยาวชนไร้รัฐไร้สัญชาติ ซึ่งรายงานวิจัยได้จำแนกเด็กและเยาวชนกลุ่มต่าง ๆ ได้อีก 8 กลุ่ม คือ

(4.1) เด็กและเยาวชนไร้รัฐและไร้สัญชาติที่พ่อแม่เป็นคนไทยแต่ยังไม่ได้รับการสิทธิในสัญชาติไทย

(4.2) เกิดในประเทศไทย จากพ่อแม่กลุ่มชาติพันธุ์หรือต่างด้าวทั่วไป<sup>42</sup>

(4.3) เกิดนอกประเทศไทยจากพ่อแม่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์หรือต่างด้าวทั่วไป<sup>43</sup>

(4.4) เป็นบุตรของแรงงานข้ามชาติที่เข้าเมืองถูกกฎหมายและทำงานถูกกฎหมาย โดยติดตามเข้าเมืองมาพร้อมพ่อแม่หรือเกิดในไทย

(4.5) เป็นบุตรของแรงงานข้ามชาติ ทั้งที่เข้าเมืองถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย ซึ่งสามารถจำแนกได้อีกคือ มีบัตรประจำตัวขึ้นต้นด้วยเลข 0 จากโรงเรียน อาจมีเลขรหัส G จากโรงเรียน หรือไม่มีเอกสารใด ๆ หรือเป็นกรณีที่เกิดเรียนในศูนย์การเรียนรู้ อยู่นอกระบบการศึกษาทุกประเภท ไม่มีเอกสารแสดงตนใด ๆ

(4.6) เด็กหรือคนเร่ร่อนหรือไร้รากเหง้า ซึ่งอาจอยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐ หรือเอกชน หรือที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนใด ๆ

(4.7) เด็กและเยาวชนในสถานการณ์พิเศษ ได้แก่

(4.7.1) เด็กและเยาวชนตามบันทึกความเข้าใจ เรื่องการกำหนดมาตรการและแนวทางแทนการกักตัวเด็กไว้ในสถานกักตัวคนต่างด้าวเพื่อการส่งกลับ สามารถจำแนกตามการปรากฏตัวได้อีก 5 ลักษณะคือ (ก) ได้รับการประกันตัวออกมาและอยู่ในชุมชน (ข) อยู่กับมารดา ใน “ศูนย์ดูแลเด็ก” ที่ตั้งอยู่ในสำนักงานตรวจคนเข้าเมืองบางเขน (ค) เด็กและเยาวชนซึ่งอยู่กึ่งมารดา ใน “บ้านพัก” ภายใต้การดูแลของ พม. (ง) อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ในขณะที่ผู้ปกครองอยู่ในห้องกักและไม่ได้การประกันตัว (จ) ไม่มีผู้ดูแล (unaccompanied minor: UAM) ซึ่งปัจจุบันอยู่ภายใต้การดูแลของ พม.

(4.7.2) เหยื่อจากการค้ามนุษย์ ตามพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ. 2551

(4.7.3) เด็กและเยาวชนซึ่งเป็นผู้ลี้ภัยในเมือง (urban refugee) และผู้แสวงหาการลี้ภัย (asylum seeker) ซึ่งเป็นกลุ่ม Person of Concern-PoC หรือกลุ่ม non-PoC ซึ่งแบ่งตามลักษณะการปรากฏตัวได้อีก 5 กลุ่มย่อย คือ หนึ่ง-ผู้ลี้ภัยและผู้แสวงหาการลี้ภัยซึ่งเกิดในประเทศไทย มีบัตรประจำตัวขึ้นต้นด้วยเลข 0 แต่ไม่ได้อยู่ในสถานศึกษา สอง-ผู้ลี้ภัยและผู้แสวงหาการลี้ภัยซึ่งเกิดในประเทศไทย มีบัตรประจำตัวขึ้นต้นด้วยเลข 0 และกำลังศึกษาอยู่ในสถานศึกษาตั้งแต่ชั้นเตรียมอนุบาลขึ้นไป สาม-ผู้ลี้ภัยและผู้แสวงหาการลี้ภัยซึ่งเกิดนอกประเทศไทย ไม่มีบัตรประจำตัวขึ้นต้นด้วยเลข 0 กำลังศึกษาอยู่ในสถานศึกษา และอาจจะมีหรือไม่มีเลขรหัส

<sup>42</sup> ดูรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับเด็กกลุ่มนี้ได้ใน ดร.ณิ ไพศาลพาณิชย์กุล, ในปีที่ 47 ของพลเมืองโดยหลักดินแดนที่ถูกทำให้เป็นอื่น, วารสารนิติสังคมศาสตร์, 12 (2) (กรกฎาคม-ธันวาคม 2562), น. 157-175.

<sup>43</sup> ดูรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับเด็กกลุ่มนี้ได้ใน ดร.ณิ ไพศาลพาณิชย์กุล, หลังข้ามเส้นพรมแดนสถานะตามกฎหมายของคนย้ายถิ่น (กรณีชนกลุ่มน้อย), วารสารนิติสังคมศาสตร์, 9 (2) (กรกฎาคม-ธันวาคม 2559), น. 170-204.



G ผู้ลี้ภัยและผู้แสวงหาการลี้ภัยซึ่งเกิดนอกประเทศไทย และอยู่นอกสถานศึกษา และห้า-ผู้ลี้ภัยและผู้แสวงหาการลี้ภัยซึ่งเกิดนอกประเทศไทย และอยู่ตามบ้านพักต่าง ๆ ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด เช่น เด็กโรฮิงญา

(4.7.4) เด็กและเยาวชนในพื้นที่พักพิงชั่วคราว

(4.7.5) เด็กและเยาวชนผู้ลี้ภัยใหม่จากเมียนมาซึ่งเข้ามาในประเทศไทยหลังเหตุการณ์รัฐประหารในเมียนมา (หลังวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564) และ

(4.8) เด็กและเยาวชนที่เข้าเมืองมาโดยถูกต้องตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมืองและได้รับสิทธิให้อาศัยอยู่ในประเทศไทยได้โดยถูกต้องตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง เช่น บุคคลที่เข้ามาเรียนหนังสือโดยถือวีซ่านักเรียนนักศึกษา เป็นต้น

(5) กลุ่มคนเข้าเมืองไม่ถูกต้อง และรัฐบาลจัดให้เป็นกลุ่มความมั่นคงเฉพาะพิเศษ อาทิ กลุ่มเมียนมาร์มุสลิม และ

(6) นักท่องเที่ยว (เข้าเมืองมาปีละ 24-26 ล้านคน)

**ประการที่สาม ปัญหาทางปฏิบัติในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ รวมถึงบริการสุขภาพ** พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลหลายแห่งรายงาน/แจ้งเจ้าหน้าที่ตรวจคนเข้าเมือง เมื่อพบว่าผู้ป่วยเป็นคนไม่มีสัญชาติไทยและไร้เอกสารแสดงตน<sup>44</sup> นอกจากนี้ ทางปฏิบัติในการให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขึ้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขให้แก่เด็กรหัส G นั้น จะต้องเป็นไปตามที่กรมการปกครองกำหนดคือ จะต้องมีการ “ปรับปรุงสถานะบุคคล” เสียก่อน (ปรากฏตาม มท.0309.1/ ว7167 วันที่ 21 ธันวาคม พ.ศ. 2560 และ มท 009.1/ว 5784 วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2562) จึงจะสามารถเข้าถึงสิทธิในหลักประกันสุขภาพกองทุน ท.99 ได้ (G to 0-00) โดยเด็กนักเรียนที่จะสามารถเข้าถึงกรอบนโยบายการให้สิทธิหรือคืนสิทธิทางสาธารณสุขได้ต้องเป็นเด็กนักเรียนที่ได้รับการจัดทำรายชื่อจากกระทรวงศึกษาธิการ ส่งถึงกระทรวงมหาดไทย เพื่อทำการคัดกรองและเพิ่มชื่อในระบบทะเบียนราษฎรเท่านั้น ส่งผลให้เด็กนักเรียนกลุ่มอื่น ๆ ที่มีเลขประจำตัวขึ้นต้นด้วยตัวอักษรหรือไม่มีเลขประจำตัวใด ๆ เลย (กรณีศูนย์การเรียน) ที่ไม่ได้รับการสำรวจและจัดทำรายชื่อยังคงไม่สามารถเข้าถึงสิทธิได้ และแม้ว่าจะมีนโยบายหลักประกันสุขภาพที่เอื้อให้เด็กสามารถเข้าถึงหลักประกันได้ แต่โดยการซื้อ และราคาซื้อบัตรประกันสุขภาพมีประเด็นว่า เด็กอายุต่ำกว่า 7 ปี สามารถซื้อประกันสุขภาพในราคา 365 บาท แต่เด็กที่อายุมากกว่า 7 ปีขึ้นไป ราคาซื้อกลับเท่าผู้ใหญ่ ประเด็นนี้ส่งผลต่อการตัดสินใจซื้อ

<sup>44</sup> แม้แต่ในประเทศอังกฤษ ก็พบปัญหาเดียวกันนี้ อย่างไรก็ดี ในประเทศอังกฤษ ภายใต้ระบบ NHS มีระบบให้ UDM และแพทย์สามารถติดต่อสอบถามถึงข้อจำกัดหรือเงื่อนไขต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับการระบุสิทธิ รวมถึงมีระบบคลินิกของ NHS และคลินิกที่ดำเนินการโดยองค์กรพัฒนาเอกชน หรือองค์กรการกุศล ที่ทำงานเชื่อมโยงกับระบบ NHS ซึ่งสามารถช่วยให้ UDM ที่กลัวการเปิดเผยตัวในระบบบริการของรัฐ, ในอิตาลี มีกฎหมายระบุชัดเจนว่า บุคลากรด้านสุขภาพ ไม่ต้องรายงานเรื่องการปรากฏตัวของ ผู้ป่วย UDM ให้หน่วยงานตรวจคนเข้าเมืองทราบ เว้นแต่จะสงสัยเรื่องประวัติอาชญากรรม, ดู ระพีพิงค์ และคณะ, ระพีพิงค์ สุพรรณไชยมาตย์ และคณะ, *การจัดระบบและคาดการณ์งบประมาณเพื่อชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินและภาวะวิกฤตสำหรับบุคคลต่างด้าวที่หลบจากการประกันสุขภาพ* (รายงานผลการวิจัย), (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข : 2560), น. 21.

หรือไม่ซื้อหลักประกันสุขภาพ และส่งผลต่อเนื่องต่อทัศนคติของสถานพยาบาลที่หลายแห่งมองว่า ราคาบัตรประกันสุขภาพกรณีเด็กเล็กนั้น มีความ “ไม่คุ้มค่า” และความสามารถในการซื้อส่งผลต่อภาระหนี้ของสถานพยาบาล เพราะผู้ป่วยไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองได้ หรือผู้ป่วยต้องใช้วิธีการอื่น เช่น พ่อแม่ซื้อยาให้ลูกเอง และอาจต้องพามาหาหมอเมื่ออาการหนัก ฯลฯ และยังมีปัญหาทางปฏิบัติอื่น ๆ อาทิ การสื่อสารภาษาไทยไม่ได้ และไม่มีล่ามในสถานพยาบาลได้กลายเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ ประการสำคัญในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 พบว่า การเข้าถึงสิทธิในทุกกองทุนมีปัญหา

**ประการที่สี่ ช่องว่างทางกฎหมาย นโยบาย ปัญหาต่าง ๆ** ข้างต้นที่เกิดขึ้นอาจกล่าวได้ว่า ด้วยเพราะไม่มีนโยบายกฎหมายที่รับรองหลักประกันสุขภาพสำหรับคนไม่มีสัญชาติไทยที่ครอบคลุมคนไม่มีสัญชาติไทยทุกกลุ่ม รวมถึงกลุ่มที่ไร้เอกสารแสดงตน นอกจากนี้ระบบการคุ้มครองสุขภาพที่ดีแรงงานข้ามชาติที่เป็นอยู่ก็ยังคงมีช่องว่าง และไม่ครอบคลุม อาทิ ลูกจ้างทำงานบ้าน แรงงานตามฤดูกาลตกหล่นการคุ้มครองจากกฎหมายคุ้มครองแรงงาน กรณีลูกจ้างทำงานบ้านหากบาดเจ็บจากการทำงานไม่สามารถเข้าถึงกองทุนเงินทดแทนได้ กรณีการคุ้มครองความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน กรณีการไม่คุ้มครองแรงงานในภาคเกษตร

นอกจากนี้การตีความ “มาตรา 5 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2545” ของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ที่ปฏิเสธหลักการและเจตนารมณ์ของ UHC ทั้งยังขัดแย้งต่อพันธกรณีระหว่างประเทศที่ผูกพันประเทศไทยในฐานะรัฐภาคีทุกฉบับ และส่งผลให้ “มนุษย์ที่ไม่มีสัญชาติไทยที่ปรากฏตัวประเทศไทย” ไม่ถูกนับรวมเข้าในระบบหลักประกันสุขภาพ ประเด็นชวนถกเถียงต่อเรื่องนี้ก็คือ มีข้อเสนอจากผู้ให้ข้อมูลว่า “ควรต้องมีการส่งเรื่องให้สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาตีความใหม่อีกครั้ง” แต่ด้วยข้อถกเถียงในเชิงคำถามกลับก็คือ หากสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกายังคงยืนยันการตีความเช่นเดิม จะเท่ากับจะเป็นการยืนยันการปฏิเสธหลักการและเจตนารมณ์ของ UHC และยืนยันที่จะย้อนแย้งกับพันธกรณีของประเทศไทย ในประเด็นนี้ รายงานวิจัยมีข้อสังเกตต่อการใช้อุดมคติหรือท่าทีขององค์กรรัฐ รวมถึงองค์กรอิสระภายใต้รัฐบาลชุดปัจจุบันถึงการไม่เคารพต่อหลักการสิทธิมนุษยชน อาทิ กรณีการตีความในประเด็น “การเลือกปฏิบัติด้วยเหตุแห่งความแตกต่างด้านเชื้อชาติ” ในกรณีของ “ม.33 เรารักกัน” โดยผู้ตรวจการแผ่นดินนั้น เป็นความเห็นไม่สอดคล้องกับมาตรฐานในทางระหว่างประเทศและน่าผิดหวัง และไม่มีการบังคับให้พนักงานที่เกี่ยวข้องประกันสุขภาพ ซึ่งกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีกำลังซื้อ

**ประการที่ห้า ประเด็นในเชิงระบบ** พบว่า ขาดการบูรณาการบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพเชิงระบบ (Fund manager) ระหว่างกองทุนต่าง ๆ ทั้ง นอกจากนี้ มี 2 กองทุนที่วางตำแหน่งแห่งที่ของตนเองเป็นผู้กำกับดูแลและอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Regulator UHC) รวมถึงติดตามการดำเนินงานของผู้ให้บริการ (Provider Monitoring) ได้แก่กองทุน สปสช. และกองทุนหลักประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะบุคคล เมื่อพิจารณาจากกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่ระบุว่า การสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพจำเป็นต้องทำงานผ่านปัจจัยสำคัญที่เรียกว่า 6 เสาหลักของระบบสุขภาพคือ หนึ่ง-ภาวะการผู้นำและธรรมาภิบาล สอง-การคลังสุขภาพ สาม-การจัดบริการสุขภาพ สี่-บุคลากรทางสุขภาพ

หาข้อมูลและการวิจัย และทบทวน-เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีแล้ว จะเห็นได้ว่าสังคมไทยกำลังเผชิญกับข้อท้าทายเชิงระบบที่ยั่งยืน ข้ำซ้อน ไม่บูรณาการ และเป็นอุปสรรคต่อ UHC รวมถึงคำถามต่อเสถียรภาพของการคลังทั้งระบบ

#### 4. สรุปและข้อเสนอแนะ

เป้าหมายที่จะผลักดันให้เกิดสุขภาพที่ดีถ้วนหน้า (Health for ALL) เป็นภารกิจที่ประเทศไทยหลีกเลี่ยงได้ยาก ดังที่ได้กล่าวถึงพันธกรณีในทางระหว่างประเทศ รวมถึงคำมั่นและท่าทีของประเทศไทยในเวทีระหว่างประเทศ และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมคนทุกกลุ่ม คือ เส้นทางที่จะนำไปสู่เป้าหมายดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากพิจารณาในมิติของการเฝ้าระวังและควบคุมโรค และหลักการสำคัญอย่าง “ป้องกันราคาถูกกว่ารักษาและฟื้นฟู” อย่างไรก็ดี ข้อถกเถียงบนข้อเท็จจริง ต่าง ๆ ในหัวข้อที่กล่าวมาข้างต้น รวมถึงข้อเสนอแนะจากการประชุมกลุ่มต่าง ๆ เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชี้ให้เห็นถึงระยะทางที่ยังคงห่างไกลต่อเป้าหมาย และข้อเสนอเบื้องต้นเพื่อไปสู่เป้าหมายอันห่างไกลนั้น เป็นดังต่อไปนี้

**ประการแรก** จากแนวทางการดำเนินการในปัจจุบันของประเทศไทยจัดอยู่ในระดับที่มีการรับรองสิทธิโดยกฎหมาย ก้าวต่อไปคือควรเป็นการพัฒนาให้หลักประกันสุขภาพครอบคลุมบุคคลทุกคนที่ปรากฏตัวในประเทศไทย โดยไม่คำนึงถึงสัญชาติ สถานะบุคคลตามกฎหมายคนเข้าเมือง (เข้าเมืองถูกกฎหมายหรือไม่) สถานะบุคคลตามกฎหมายการทะเบียนราษฎร (มีเอกสารแสดงตนหรือไม่) โดยมีกฎหมายระดับพระราชบัญญัติรับรองสิทธิดังกล่าวไว้เป็นการเฉพาะ

**ประการที่สอง** UHC ดำเนินการในลักษณะของกองทุนประกันประกันสังคมที่ครอบคลุมถึงลูกจ้างทุกกลุ่มที่กฎหมายกำหนดให้ต้องเข้าสู่กระบวนการประกันตน กรณีที่ไม่มีได้มีสถานะเป็นลูกจ้าง ให้บุคคลสามารถเข้าถึงกองทุนประกันสุขภาพสำหรับผู้ไม่มีสัญชาติไทย โดยกำหนดให้ต้องซื้อประกันสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ราคาจ่ายสำหรับการเข้าถึง UHC ควรพิจารณาจาก “จุดเกาะเกี่ยว (genuine link หรือ connection point/factor)” ของบุคคลกับประเทศไทย เช่น บุคคลดังกล่าวมีจุดเกาะเกี่ยวในประเทศไทยโดยการเกิด โดยการอาศัยอยู่มาระยะเวลาใดระยะหนึ่ง<sup>45</sup> โดยตระหนักว่า บุคคลต้องสามารถเข้าถึงบริการ โดยไม่คำนึงถึงความสามารถในการจ่ายและการคุ้มครองทางการเงินการคลัง (Financial protection) หรือต้องไม่มีผู้ใดประสบปัญหาการเงินซึ่งเป็นผลมาจากความต้องการบริการสาธารณสุข ดังนั้น บุคคลที่มีจุดเกาะเกี่ยวประเทศไทยอย่างเข้มข้น ควรเข้าถึงหลักประกันสุขภาพได้ถ้วนหน้า และกลุ่มคนยากจน เปราะบาง ไม่ควรถูกกีดกันให้ตกหล่นจากระบบหลักประกันสุขภาพ เพียงเพราะไม่มีกำลังซื้อประกันสุขภาพ หรือควรได้รับการยกเว้น

<sup>45</sup> มีงานศึกษาเสนออัตราบัตรประกันสุขภาพ ผ่านแนวคิดการร่วมจ่าย (co-payment) ในอัตรา 500-1,000 บาท/คน/ปี ด้วยเหตุผลว่าการร่วมจ่ายจะก่อให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาสุขภาพ ระบบประกันสุขภาพนี้เป็นการระดมเงินทุนเพื่อลดความเสี่ยงร่วมกัน และลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน เพราะการรักษาพยาบาลในหน่วยบริการผู้ป่วยในบางโรคบางกลุ่มอาจมีค่าใช้จ่ายสูง, ดูเพิ่มเติม ศิริเพ็ญ สุภกาญจนกันติ และคณะ, กองทุนสุขภาพบุคคลผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและสิทธิ (รายงานผลการวิจัย), (กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ : มกราคม 2564), น. 239-242.

ต้นทุนที่ร่วมจ่ายสมทบเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพ ควรมาจากอุดหนุนจากรายได้จากกลุ่มนักท่องเที่ยว โดยกำหนดให้นักท่องเที่ยวซื้อประกันสุขภาพระยะสั้น โดยรัฐบาลสามารถดำเนินการในลักษณะของคนต่างด้าวผู้ขอรับการตรวจลงตราประเภทคนอยู่ชั่วคราว Non-Immigrant Visa รหัส O-A (ระยะ 1 ปี) (ดูในส่วนที่ 3) รวมถึงกรณีแบ่งรายได้จากเงิน “ค่าเหยียบแผ่นดิน” ซึ่งรัฐบาลได้มีการกำหนดนโยบายไว้แล้ว

**ประการที่สาม** ควรต้องมีการจัดทำรายงานแสดงให้เห็นถึงสถานการณ์การเข้าถึง UCH และมีการติดตามความก้าวหน้าของสถานการณ์ดังกล่าวในแต่ละปี ซึ่งเป็นไปตามตัวชี้วัดสถานการณ์การเข้าถึงสุขภาพถ้วนหน้า (UHC Index) โดยธนาคารโลก

### แนวทางไปสู่เป้าหมาย

**แนวทางที่หนึ่ง** กองทุนหลักประกันสุขภาพสำหรับคนไม่มีสัญชาติไทย จะมีเพียงสองกองทุน กล่าวคือ โดยยึดโยงหลักประกันสุขภาพในการทำงานกับกองทุนประกันสังคม ส่วนประกันสุขภาพที่ไม่เกี่ยวกับการทำงานเป็นอำนาจหน้าที่รับผิดชอบของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยดำเนินการให้เหลือเพียงกองทุนเดียวเป็น “กองทุนหลักประกันสุขภาพสำหรับคนไม่มีสัญชาติไทย” เพื่อให้การคลังสุขภาพมีเสถียรภาพ และเพื่อให้บทบาทของ Fund Manager รวมถึง UHC Regulator มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีกฎหมายระดับพระราชบัญญัติรองรับอำนาจหน้าที่บทบาทดังกล่าว รวมถึงการจัดทำกฎหมายระดับพระราชบัญญัติเพื่อการจัดทำหลักประกันสุขภาพสำหรับคนไม่มีสัญชาติไทยทุกกลุ่ม ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำหน้าที่ช่วยบริหารกองทุน โดยใช้แนวทางดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.) มาเป็นต้นแบบการทำงาน

**แนวทางที่สอง** กองทุนประกันสังคมถ่ายโอนภารกิจมายัง “กองทุนหลักประกันสุขภาพสำหรับคนไม่มีสัญชาติไทย” และอยู่ในความดูแลของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นการเสริมความเข้มแข็งของการคลังสุขภาพให้มีเสถียรภาพมากยิ่งขึ้น

**แนวทางที่สาม** สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นผู้ดูแลกองทุนหลักประกันสุขภาพทั้งสำหรับคนสัญชาติไทยและคนไม่มีสัญชาติไทย และเพื่อรับรองอำนาจหน้าที่บทบาทของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะต้องมีการจัดทำร่างกฎหมายระดับพระราชบัญญัติเพื่อการจัดทำหลักประกันสุขภาพสำหรับคนไม่มีสัญชาติไทย

### **บรรณานุกรม**

กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *คู่มือการดำเนินงานประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว พ.ศ. 2563*.

สืบค้นวันที่ 10 เมษายน 2565, จาก <https://dhes.moph.go.th/?p=9173>

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). *การสาธารณสุขไทย 2559-2560*.

กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด แสงจันทร์การพิมพ์.

- กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ. (2564). รายงานผลการดำเนินงานประกันสุขภาพของประชากรต่างด้าว ปีงบประมาณ 2562-2563. สืบค้นวันที่ 10 เมษายน 2565, จาก <https://moph.cc/WL3Ai-h6L>
- ดรุณี ไพศาลพาณิชย์กุล, ชุติ งามอรุณเลิศ, ลีนหอม สายฟ้า และสรินยา กิจประยูร (2561). *Nationality Procedures in Thailand: Bottlenecks Analysis and Recommendations in Addressing Implementation Challenges* (รายงานผลการวิจัย). United Nations High Commissioner for Refugees-Thailand.
- ดรุณี ไพศาลพาณิชย์กุล. (2559). หลังข้ามเส้นพรมแดนสถานะตามกฎหมายของคนย้ายถิ่น (กรณีชนกลุ่มน้อย). *วารสารนิติสังคมศาสตร์*, 9 (2), 170-204.
- ดรุณี ไพศาลพาณิชย์กุล. (2562). ในปีที่ 47 ของพลเมืองโดยหลักดินแดนที่ถูกทำให้เป็นอื่น, *วารสารนิติสังคมศาสตร์*, 12 (2), 57-175.
- ระพีพงศ์ และคณะ, ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ และคณะ.(2561). *การจัดระบบและคาดการณ์งบประมาณเพื่อชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินและภาวะวิกฤตสำหรับบุคคลต่างด้าวที่หลบหนีจากการประกันสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศิริเพ็ญ ศุภกาญจน์กันติ และคณะ. (2564). *กองทุนสุขภาพบุคคลผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและสิทธิ*. กรุงเทพมหานคร: กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- UN Committee on Economic, Social, and Cultural Rights. *General Comment No. 20 on Non-discrimination in economic, Social and Cultural Rights (Art. 2, para. 2, of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) E/C.12/GC/20, 2 July 2009*. Retrieved April 8, 2020, from <https://www.refworld.org/docid/4a60961f2.html>
- UN Human Rights Council. *Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, Compilation on Thailand, A/HRC/WG.6/39/THA/2, (para 39, para 76)*. Retrieved April 8, 2020, from [https://www.ecoi.net/en/file/local/2061049/A\\_HRC\\_WG.6\\_39\\_THA\\_2\\_E.pdf](https://www.ecoi.net/en/file/local/2061049/A_HRC_WG.6_39_THA_2_E.pdf)
- WHO Report 2010. *Health System Financing*. Retrieved April 8, 2020, from [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44371/9789241564021\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44371/9789241564021_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- World Health Organization. *Universal Health Coverage (UHC)*. Retrieved April 8, 2020, from [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
- World Health Organization. *WHO Constitution*. Retrieved April 8, 2020, from [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)