

รูปแบบการประกันสุขภาพและการจัดการด้านสุขภาพ
ในแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม

โดย

นายแพทย์ ศุภกิจ ศิริลักษณ์
ที่ปรึกษาระดับกระทรวง
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิด้านเวชกรรมป้องกัน
กระทรวงสาธารณสุข

นักศึกษาวិทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร
หลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ ๕๗
ประจำปีการศึกษา พุทธศักราช ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘

บทคัดย่อ

เรื่อง รูปแบบการประกันสุขภาพและการจัดการด้านสุขภาพในแรงงานต่างด้าวและ
ผู้ติดตาม

ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา

ผู้วิจัย นายศุภกิจ ศิริลักษณ์ หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ ๕๗

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบสถานการณ์ ปัญหาที่เป็นช่องว่างของการประกันสุขภาพและการจัดการด้านสุขภาพ ในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม เพื่อนำมาสังเคราะห์ข้อเสนอรูปแบบการประกันและการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสม เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยได้รวบรวมข้อมูลทั้งจากตำรา เอกสาร งานวิจัย รวมถึงการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับประเด็น และมีการลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลใน ๓ จังหวัดที่มีแรงงานต่างด้าวอยู่และยังมีการจัดการสัมมนาเพื่อรับฟังความเห็นจากผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ผลการศึกษาพบว่า แม้จะมีการดำเนินการเรื่องนี้มายาวนานกว่า ๒๐ ปี แต่รัฐบาลก็ยังไม่มียุทธศาสตร์ระยะยาวที่ดี การทำงานขาดการบูรณาการและการประสานการปฏิบัติ ระบบประกันสุขภาพเริ่มแรกมีระบบเดียวคือการประกันกับกระทรวงสาธารณสุข ต่อมาภายหลังมี ๒ ระบบคือการเข้าสู่การประกันสังคม ที่มีการจ่ายเงินและชุดสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกัน มีความสับสนและบางเวลาขาดการปฏิบัติอย่างเข้มงวดทำให้อัตราการมีประกันสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะการเข้าสู่ระบบประกันสังคม ย่อมทำให้เกิดปัญหาการขาดหลักประกันสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย การใช้บริการของแรงงานและผู้ติดตามซึ่งมักจะไม่ไปสถานบริการ โดยเฉพาะโรงพยาบาลหากไม่เจ็บป่วยมากนัก การใช้บริการยังมีอุปสรรคด้านภาษา ความเข้าใจ ผู้ให้บริการบางส่วนยังมีเจตคติด้านลบ โดยคิดว่าเป็นภาระทั้งด้านภาระงานและการเงินในกรณีที่ไม่มีประกันและไม่สามารถจ่ายได้ การเงินการคลังในภาพรวมยังอยู่ในภาวะเป็นบวก แม้บางจังหวัดมีการขาดทุนแต่ก็เนื่องจากการต้องแบกรับกลุ่มที่ไม่สามารถจ่ายค่าบริการได้ หลายจังหวัดสามารถพัฒนาให้แรงงานต่างด้าวมาช่วยเป็นทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพ ตัวอย่างกรณี พสต. และ อสต. มีข้อเสนอรูปแบบในการประกันสุขภาพที่เหมาะสมคือการสร้างระบบประกันสุขภาพในรูปแบบเดียว โดยมีการออก พรบ. หรือการปรับแก้กฎหมายที่เกี่ยวข้องให้สามารถดำเนินการได้ และการปรับรูปแบบบริการที่เป็นมิตร (Migrant Friendly Service) ตั้งแต่ระดับบุคคล ชุมชนต่างด้าว รวมถึงการสร้างสภาพแวดล้อมในสถานบริการให้เอื้อต่อการเข้ารับบริการของแรงงานต่างด้าวและครอบครัว ข้อเสนอแนะจากการศึกษาคือ รัฐบาลต้องมีนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะยาว สร้างกลไกบูรณาการและการประสานการปฏิบัติ พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ ปรับแก้กฎหมาย โดยสนับสนุนการนำข้อเสนอรูปแบบการประกันสุขภาพรูปแบบเดียวและการบริหารที่เป็นมิตรโดยให้หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านสุขภาพนำไปวางแผนพัฒนาให้เกิดประสิทธิภาพในทุกๆด้าน

คำนำ

แรงงานต่างด้าว ๓ สัญชาติคือเมียนมา กัมพูชาและลาว เป็นกำลังแรงงานที่สำคัญในระบบเศรษฐกิจของประเทศไทย มีทั้งที่อยู่อย่างถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมาย แรงงานเหล่านี้มีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ การแสวงหาความมั่นคงด้านสุขภาพ (Health Security) ซึ่งเป็นพื้นฐานของความมั่นคงทางสังคม (Social Safety Net) เป็นเรื่องที่มีความสำคัญ แต่แรงงานเหล่านี้โดยเฉพาะที่อยู่อย่างผิดกฎหมาย ไม่สามารถมีหลักประกันสุขภาพของตนทำให้การเข้าถึงบริการมีปัญหา และส่วนหนึ่งได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เหมาะสม หรือแม้กระทั่งเป็นเหยื่อของการค้ามนุษย์ ที่ทำให้ประเทศไทยถูกลดอันดับในเรื่องนี้ในประชาคมโลกลงเป็นระดับที่แย่ที่สุด (Tier ๓ on TIP Report) รัฐบาลแม้จะมีนโยบายการผ่อนผันแก่แรงงานเหล่านี้มากกว่า ๒ ทศวรรษแต่ก็เป็นเพียงนโยบายเฉพาะหน้าโดยพยายามใช้กฎหมายและระเบียบเท่าที่มีในการดำเนินการ หน่วยงานต่างๆไม่สามารถวางแผนรองรับระยะยาวเพราะต้องคอยฟังนโยบายเป็นระยะๆ ทำให้ขาดประสิทธิผลในการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ แม้ในยุคที่มีการบริหารโดยอำนาจเบ็ดเสร็จของ คสช. ก็เพียงแต่มีความพยายามทำให้การดำเนินการในเรื่องนี้มีความชัดเจน โปร่งใส ซึ่งปรากฏว่าได้รับการตอบรับมากพอควรโดยมีแรงงานและผู้ติดตามมาขอจดทะเบียนกับศูนย์จดทะเบียนแบบเบ็ดเสร็จ กว่า ๑.๕ ล้านคน

การมีหลักประกันสุขภาพไม่ว่าจะจะเป็นรูปแบบใดจะทำให้การเข้าถึงบริการไม่มีอุปสรรคในด้านการเงินขวางกั้น แต่สำหรับแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่มีความจำเพาะทั้งความแตกต่างเรื่องภาษา ความแตกต่างทางวัฒนธรรมความเชื่อ เจตนาคติของทุกฝ่าย ทำให้การเข้าถึงบริการและการได้รับบริการที่เหมาะสมเป็นมิตรยังเป็นปัญหาส่วนหนึ่งของการจัดการด้านสุขภาพและระบบประกันสุขภาพสำหรับกลุ่มเป้าหมายนี้ก็มี ๒ ระบบที่อยู่บนกฎระเบียบคนละส่วนกัน มีความแตกต่างกันในหลายมิติ ทำให้การจัดการมีความยุ่งยากซับซ้อน งานวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อให้ทราบสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและวิเคราะห์ให้เห็นช่องว่างที่เป็นปัญหาทั้งการประกันสุขภาพและการจัดการด้านสุขภาพ เพื่อสังเคราะห์เสนอรูปแบบการประกันสุขภาพและบริการที่เป็นมิตรแก่กลุ่มเป้าหมายทั้งตัวแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามซึ่งจะอยู่ในระบบของประเทศไปอีกนาน

(นาย ศุภกิจ ศิริลักษณ์)

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร

หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ ๕๗

ผู้วิจัย

สารบัญ

| | หน้า |
|---|----------|
| บทคัดย่อ | ก |
| คำนำ | ข |
| สารบัญ | ค |
| สารบัญตาราง | ง |
| สารบัญแผนภาพ | จ |
| บทที่ ๑ บทนำ | ๑ |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา | ๑ |
| วัตถุประสงค์ของการวิจัย | ๓ |
| ขอบเขตของการวิจัย | ๔ |
| ผังความเชื่อมโยงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย | ๕ |
| วิธีดำเนินการวิจัย | ๗ |
| ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย | ๗ |
| คำจำกัดความ | ๗ |
| บทที่ ๒ การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง | ๘ |
| ความมั่นคงปลอดภัยด้านสังคมและสุขภาพ (Social Safety Net) | ๘ |
| การประกันสุขภาพและการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Health Insurance, Universal Health Coverage (UHC)) | ๑๙ |
| ประชากรกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพที่สำคัญ (Targeted Population (Migrant and Vulnerable non-Thai)) | ๒๘ |
| ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย (Thailand Health Service System) | ๓๙ |
| นโยบาย กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับแรงงานต่างด้าว (Thailand Policy, Law and Regulation for Migrant Health) | ๔๔ |
| ระบบข้อมูลด้านสุขภาพของประชากรต่างด้าว (Migrant Health Information) | ๕๕ |
| การประกันสุขภาพประชากรต่างด้าว การเงินการคลัง และการจัดการด้านสุขภาพ (Thailand Migrant Health Insurance, Financial and Service Perspectives) | ๕๖ |
| ทรัพยากรมนุษย์ในระบบสุขภาพสำหรับประชากรต่างด้าว (HRH for Migrant Health) | ๖๑ |
| สรุปท้ายบท | ๗๑ |

สารบัญ

| | หน้า |
|--|------------|
| บทที่ ๓ สถานการณ์และปัญหาการเข้าถึงระบบบริการ การมีหลักประกันสุขภาพ | |
| ของกลุ่มแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย | ๗๑ |
| นโยบายการดำเนินการด้านสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าวของไทย | |
| และกฎหมายสำคัญที่เกี่ยวข้อง | ๗๑ |
| สถานการณ์การประกันสุขภาพและการจัดการด้านบริการสุขภาพของ | |
| กลุ่มชาวต่างด้าวในประเทศไทย | ๗๕ |
| ความครอบคลุมในการมีหลักประกันสุขภาพของกลุ่มประชากรต่างด้าว | ๘๐ |
| การเข้าถึงและคุณภาพบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าว | ๘๘ |
| ช่องว่างสำคัญและโอกาสในการพัฒนา | ๙๗ |
| สรุปท้ายบท | ๑๐๐ |
| บทที่ ๔ รูปแบบการประกันสุขภาพและการจัดบริการสำหรับแรงงาน | |
| ต่างด้าวและผู้ติดตาม | ๑๑๓ |
| รูปแบบทางเลือกที่เหมาะสมในการประกันสุขภาพ | ๑๑๓ |
| รูปแบบการจัดบริการที่เป็นมิตรสำหรับแรงงานต่างด้าว | ๑๐๖ |
| การปรับแก้นโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง | ๑๐๗ |
| สรุปท้ายบท | ๑๑๑ |
| บทที่ ๕ สรุปและข้อเสนอแนะ | ๑๑๓ |
| สรุปผลการวิจัย | ๑๑๓ |
| ข้อเสนอแนะ | ๑๑๗ |
| บรรณานุกรม | ๑๒๐ |
| ภาคผนวก | ๑๒๔ |
| ประวัติย่อผู้วิจัย | ๑๒๙ |

สารบัญตาราง

| ตารางที่ | หน้า | |
|----------|--|----|
| ๒-๑ | วิวัฒนาการระบบประกันสุขภาพหลักในประเทศไทย | ๒๑ |
| ๒-๒ | ประเทศที่มีค่าแรงสูงเป็นอันดับ ๑-๑๐ ใน AEC | ๓๐ |
| ๒-๓ | กลุ่มเป้าหมายแรงงานต่างด้าวตามกฎหมายและแรงงานผิดกฎหมายและผู้ติดตาม | ๓๙ |
| ๒-๔ | จำนวนโรงพยาบาลระดับต่างๆที่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแต่ละชั้น | ๔๓ |
| ๒-๕ | รายจ่ายด้านสุขภาพเปรียบเทียบประเทศต่างๆในเอเชีย | ๔๕ |
| ๓-๑ | นโยบายและมาตรการแนวทางการดำเนินการของรัฐบาลในปีต่างๆ | ๗๑ |
| ๓-๒ | จำนวนแรงงานต่างด้าว ๓ สัญชาติที่จดทะเบียนแรงงานในปี พ.ศ.๒๕๔๘-๕๒ | ๗๖ |
| ๓-๓ | เปรียบเทียบรูปแบบการดำเนินงานระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวกับประกันสังคม | ๘๑ |
| ๓-๔ | เปรียบเทียบการให้บริการสุขภาพของประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวกับประกันสังคม | ๘๒ |
| ๓-๕ | เปรียบเทียบสิทธิประโยชน์อื่นๆ ของประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวกับประกันสังคม | ๘๒ |
| ๓-๖ | เปรียบเทียบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวกับประกันสังคม (กรณีนายจ้าง) | ๘๓ |
| ๓-๗ | เปรียบเทียบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวกับประกันสังคม (กรณีสถานบริการ) | ๘๓ |
| ๓-๘ | เปรียบเทียบของประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวกับประกันสังคม (กรณีประชาชนไทย) | ๘๔ |
| ๓-๙ | เปรียบเทียบของประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวกับประกันสังคม (กรณีประเทศไทย) | ๘๔ |
| ๓-๑๐ | จำนวนคนต่างด้าว ที่มีระบบประกันสุขภาพ (๒๕๕๕-๒๕๕๖) | ๘๕ |
| ๓-๑๑ | การประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว | ๘๖ |
| ๓-๑๒ | ข้อมูลค่าใช้จ่ายในการให้บริการรักษาพยาบาลแก่แรงงานต่างด้าวตามพื้นที่ ปีงบประมาณ ๒๕๕๓-๒๕๕๕ | ๘๙ |
| ๓-๑๓ | ข้อมูลค่าใช้จ่ายการส่งเสริมและป้องกันโรค ปีงบประมาณ ๒๕๕๓-๒๕๕๕ | ๙๐ |
| ๓-๑๔ | โรคติดต่อที่พบและต้องติดตามการรักษา ปีงบประมาณ ๒๕๕๓-๒๕๕๕ | ๙๒ |
| ๓-๑๕ | การได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานในเด็กต่ำกว่า ๕ ปี | ๙๒ |
| ๓-๑๖ | การได้รับวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ๒ ครั้งในช่วง NID | ๙๓ |
| ๓-๑๗ | หญิงตั้งครรภ์ได้รับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก | ๙๓ |

สารบัญแผนภาพ

| | หน้า |
|--|------|
| แผนภาพที่ | |
| ๒-๑ อัตราส่วนประชากรต่อกำลังคนด้านสุขภาพ พ.ศ.๒๕๒๒-๒๕๕๓ | ๔๑ |
| ๒-๒ อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ จำแนกตามภาค พ.ศ.๒๕๒๒-๒๕๕๓ | ๔๑ |

บทที่ ๑

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีพัฒนาการทางเศรษฐกิจจนกระทั่งเป็นประเทศที่มีรายได้ต่อหัวประชากรปานกลางค่อนข้างสูง (Upper Middle Income) มีความต้องการแรงงานเพื่อการแข่งขันทางเศรษฐกิจจำนวนมากโดยเฉพาะแรงงานไร้ฝีมือซึ่งคนไทยไม่นิยมทำแล้ว จากข้อมูลของ องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) ปี พ.ศ. ๒๕๕๐ พบว่า แรงงานต่างด้าวมีสัดส่วนเป็น ๕% ของกำลังแรงงานในประเทศไทย และมีส่วนสร้างผลิตภัณฑ์มวลรวม (GDP) ของประเทศถึง ๖.๒ % และเนื่องจากนโยบายแรงงานต่างด้าวเป็นนโยบายที่แก้ปัญหาเฉพาะหน้า การดำเนินการโดยหน่วยงานหลายฝ่ายขาดการเชื่อมประสานกันทำให้เกิดปัญหาในการดำเนินการหลายประการ แรงงานต่างด้าวในประเทศไทยส่วนใหญ่มาจากประเทศเพื่อนบ้านที่มีระดับการพัฒนาเศรษฐกิจที่ต่ำกว่าคือ พม่า ลาว และกัมพูชา คิดเป็นร้อยละ ๘๗.๒ ของคนต่างด้าวทั้งหมดในระบบทะเบียนของประเทศไทย คาดว่ามีแรงงานต่างด้าวทั้งที่อยู่ในระบบและนอกระบบกว่า ๓ ล้านคน ในขณะที่ประชากรไทยทุกคนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๔๕ แต่ไม่ครอบคลุมประชากรต่างด้าวที่เข้ามาอาศัยอยู่จำนวนมาก ความครอบคลุมของการประกันสุขภาพอยู่ในระดับต่ำโดยเฉพาะกลุ่มที่เข้าพักอาศัยอยู่อย่างผิดกฎหมาย จึงเกิดปัญหาด้านสุขภาพมากมาย รวมถึงการจัดการระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประชากรกลุ่มนี้

สถานการณ์ปัญหา

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มแรงงานต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตให้ทำงานได้ถูกกฎหมายซึ่งมีราวล้านคนเศษโดยแบ่งออกเป็นกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่ได้รับการผ่อนผันเดิมโดยต้องผ่านกระบวนการพิสูจน์สัญชาติถือหนังสือเดินทาง (Passport) เข้ามาเพื่อขอใบอนุญาตทำงานคราวละ ๒ ปี ๒ ครั้งและกลุ่มที่นำเข้ามาใหม่ตามข้อตกลง (MOU) แม้ว่าจะขยายเวลาการพิสูจน์สัญชาติหลายครั้งเนื่องจากความไม่พร้อมของหลายฝ่ายรวมถึงประเทศต้นทาง แรงงานที่ได้รับการผ่อนผันรอการพิสูจน์สัญชาติก็ยังไม่สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด รอพิสูจน์สัญชาติอีก ๒๙๐,๐๐๐ คน กลุ่มสุดท้ายเป็นกลุ่มแรงงานไม่ถูกกฎหมายและผู้ติดตามแรงงานถูกกฎหมายเข้ามาในประเทศไทยส่วนหนึ่งเคยขึ้นทะเบียนกับกระทรวงมหาดไทยในกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถทราบจำนวนที่แน่นอน มีการคาดการณ์ว่าอาจมีได้ถึง ๒ ล้านคนมีทั้งที่หลบซ่อนอยู่ประจำ และที่เข้าออกตามฤดูกาลซึ่งมักเป็นพื้นที่จังหวัดชายแดน

การประกันสุขภาพ

แรงงานไร้ฝีมือ ๓ สัญชาติที่ได้รับการผ่อนผันให้ทำงานในประเทศไทยซึ่งมีจำนวนในแต่ละปีไม่เท่ากันเคยมีจำนวนมากที่สุดถึงกว่า ๑.๔ ล้านคน ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๗ ที่เริ่มการประกันอย่างเป็นระบบ ค่าตรวจร่างกาย ๓๐๐ บาทและเบี้ยประกัน ๑,๒๐๐ บาทต่อปีใกล้เคียงกับค่าประกันสุขภาพเหมาจ่ายรายหัวของคนไทยที่ได้รับ ๑,๒๐๒.๔๐ บาทในปีแรก การประกันดังกล่าวเป็นภาคบังคับ (Compulsory) แม้จำนวนแรงงานต่างด้าวที่เข้าสู่ระบบประกันในแต่ละปีแตกต่างกันตามความเข้มของนโยบาย แต่ก็ยังมีจำนวนมากเพียงพอที่ทำให้ระบบยังอยู่ได้โดยไม่ได้ขึ้นค่าเบี้ยประกันมานานับ ๑๐ ปี ในบางปีก็ให้ขยายการขยายประกันไปสู่ผู้ติดตามที่จดทะเบียนกับกระทรวงมหาดไทยแต่มีผู้ซื้อประกันในกลุ่มนี้น้อยมากเพราะเป็นผู้ไม่มีรายได้ ขุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานคล้ายคนไทยในระยะแรก และยังต้องร่วมจ่ายครั้งละ ๓๐ บาทเมื่อมารับการรักษาพยาบาล อีกทั้งครอบคลุมไปถึงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วย กรณีผู้ป่วยเอดส์ในแรงงานต่างด้าวไม่ได้รับการคุ้มครองจากการประกันระบบนี้ ทำให้ประเทศไทยต้องใช้งบอุดหนุนจากต่างประเทศเช่นกองทุนโลก (Global Fund) มาสนับสนุนยาต้านไวรัสเอดส์ให้กลุ่มผู้ป่วยเอดส์ในแรงงานต่างด้าว

เมื่อมีนโยบายการพิสูจน์สัญชาติและให้ใช้หนังสือเดินทางเข้ามาทำงานแทนการผ่อนผันเดิมโดยแรงงานต่างด้าวเหล่านี้หากทำงานในสถานประกอบการตามกฎหมายแรงงานก็ต้องเข้าสู่ระบบประกันสังคม ไม่ต้องซื้อบัตรประกันสุขภาพจากกระทรวงสาธารณสุข แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นคือ

๑) การได้สิทธิรักษาพยาบาลในประกันสังคมต้องหลังจากที่เป็นสมาชิก ๙๐ วัน

๒) สิทธิประโยชน์ของประกันสังคมไม่รวมบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

๓) กลุ่มแรงงานที่ไม่ได้ทำงานในสถานประกอบการ (Informal Sector) เช่น คนรับใช้ตามบ้าน แรงงานประมง แรงงานในไร่ นา เป็นต้น ตาม พระราชบัญญัติประกันสังคมไม่สามารถเข้าสู่ระบบประกันสังคมแต่สามารถทำงานและอยู่ในประเทศไทยอย่างถูกกฎหมายโดยอาจไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๕๖ ให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการดูแลด้านการแพทย์และสาธารณสุขแก่คนต่างด้าวทั้งหมดที่ไม่อยู่ในระบบประกันสังคม โดยมีการปรับสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมการให้ยาต้านไวรัสในผู้ป่วยเอดส์และปรับเปลี่ยนประกันเพิ่มจาก ๑,๓๐๐ บาทต่อปีเป็น ๒,๒๐๐ บาท ส่วนค่าตรวจร่างกายยังคงเดิม รวมถึงความพยายามขยายบริการไปสู่กลุ่มสตรีและเด็ก จึงมีนโยบายขยายบัตรประกันสุขภาพแก่เด็กอายุต่ำกว่า ๗ ปีในราคาวันละบาทรวม ๓๖๕ บาทต่อปี เนื่องจากไม่มีมาตรการบังคับอย่างจริงจังและยังไม่มี ความชัดเจนในการปฏิบัติเช่นคนต่างด้าวที่อาศัยอยู่ในบริเวณที่ติดกับชายแดนไทยสามารถเข้ามาซื้อได้หรือไม่ คนต่างด้าวอื่นนอกจาก ๓ สัญชาติซื้อได้หรือไม่การเกิด adverse effect เนื่องจากผู้ที่มาซื้อโดยเฉพาะผู้ที่ป่วยอยู่แล้ว ทำให้หลายพื้นที่ไม่ต้องการขยายบัตรประกันและหากจำนวนที่ขายได้ไม่มากพอ (Risk Sharing) เบี้ยประกันที่กำหนดก็ไม่อาจทำให้ระบบประกันนี้อยู่รอดได้

ภาระการให้บริการและระบบบริการที่เป็นมิตร (Friendly Service)

เนื่องจากจำนวนผู้มีสิทธิประกันสุขภาพในกลุ่มประชากรต่างมีมากน้อยแตกต่างกันมากในแต่ละปี และมีประชากรต่างด้าวจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้จดทะเบียนจึงไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ เมื่อเจ็บป่วยจนต้องมาใช้บริการก็ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองเท่าที่จะสามารถจ่ายได้ ส่วนหนึ่งโรงพยาบาลต้องแบกรับภาระไว้เองโดยเฉพาะโรงพยาบาลชายแดน ตัวเลขรายงานค่าใช้จ่ายที่ไม่

สามารถเรียกเก็บได้ทั่วประเทศกว่า ๓๐๐ ล้านบาทต่อปี นอกจากภาระค่าใช้จ่ายการแย่งพื้นที่บริการ ก็ทำให้สถานพยาบาลหลายแห่งต้องปรับตัวและอาจเกิดผลกระทบต่อการให้บริการคนไทย โรงพยาบาลแม่สอดมีคนไข้นอก (OPD) เป็นต่างด้าว ๑๗ % และคนไข้ใน ๓๐ % ในปัจจุบัน และบ่อยครั้งที่เตียงสำหรับคนไข้วิกฤต (ICU) ไม่มีสำหรับผู้ป่วยคนไทยเนื่องจากคนไข้ต่างชาตินอนอยู่นอกจากนั้นในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนต่างด้าวก็ต้องพัฒนา พนักงานสาธารณสุขต่างด้าว (พสต.) และอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) เพื่อช่วยเจ้าหน้าที่ในการดำเนินการ

ปัญหาด้านสุขภาพ

ในกลุ่มประชากรต่างด้าว 3 สัญชาติยังพบโรคที่มีน้อยลงมากแล้วในคนไทยเช่น ซิฟิลิส เหาช้าง ไข้กาฬหลังแอ่น มาลาเรีย รวมถึงวัณโรคและจำนวนหนึ่งเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR TB) วัณโรคดื้อยาสูงสุด (XDR TB) ซึ่งก็อาจพบได้ในคนไทยเช่นกัน จากรายงานปัญหาสาธารณสุขของจังหวัดระนอง ปี ๒๕๕๔ พบ อัตราความชุกของการติดเชื้อ เอชไอวีสูงขึ้นในแรงงานต่างด้าวในปี พ.ศ.๒๕๕๑-๒๕๕๔ เท่ากับร้อยละ ๐, ๒.๐๕, ๑.๗๕ และ ๓.๗๕ ตามลำดับ และในหญิงบริการ ปี พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๔ เท่ากับร้อยละ ๑๒.๙๐, ๐, ๒๘.๕๗ และ ๑๔.๐๗ ตามลำดับ การตรวจสุขภาพประจำปีก่อนทำประกันสุขภาพไม่ช่วยให้สามารถเฝ้าระวังโรคได้มากนักเนื่องจากขณะตรวจอาจไม่มีอาการป่วย การมีหลักประกันสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ตรวจพบการเจ็บป่วยและได้รับการรักษาเพื่อตัดวงจรการแพร่เชื้อ

ปัญหาอื่นๆที่เกี่ยวข้อง นอกจากความครอบคลุมในการประกันสุขภาพต่ำ การเข้าถึงบริการและภาระของสถานพยาบาล การพบโรคติดต่อหลายชนิดรวมถึงโรคอุบัติใหม่ อุตุนิยมวิทยา ยังมีปัญหาอื่นๆที่เกี่ยวข้องเช่นด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การจัดการด้านข้อมูลสุขภาพ การจัดการด้านการเงินการคลังซึ่งยังไม่มีรูปแบบที่ลงตัว (Solid) และหากปล่อยให้ในสภาพเพียงการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าอย่างในปัจจุบันก็อาจส่งผลร้ายได้มากในอนาคต การทำการวิจัยเพื่อพัฒนาและเสนอรูปแบบที่เหมาะสมในการประกันสุขภาพและการจัดบริการสำหรับกลุ่มแรงงานต่างด้าว จึงเป็นคำตอบที่สำคัญของประเทศไทยในการจัดทำนโยบาย (Evidence Base Policy) และการดำเนินการที่เหมาะสมต่อไป ทั้งนี้เพื่อการสร้างเสริมความมั่นคงแห่งชาติด้านสาธารณสุขและสอดคล้องกับนโยบายรัฐบาล อีกด้วย

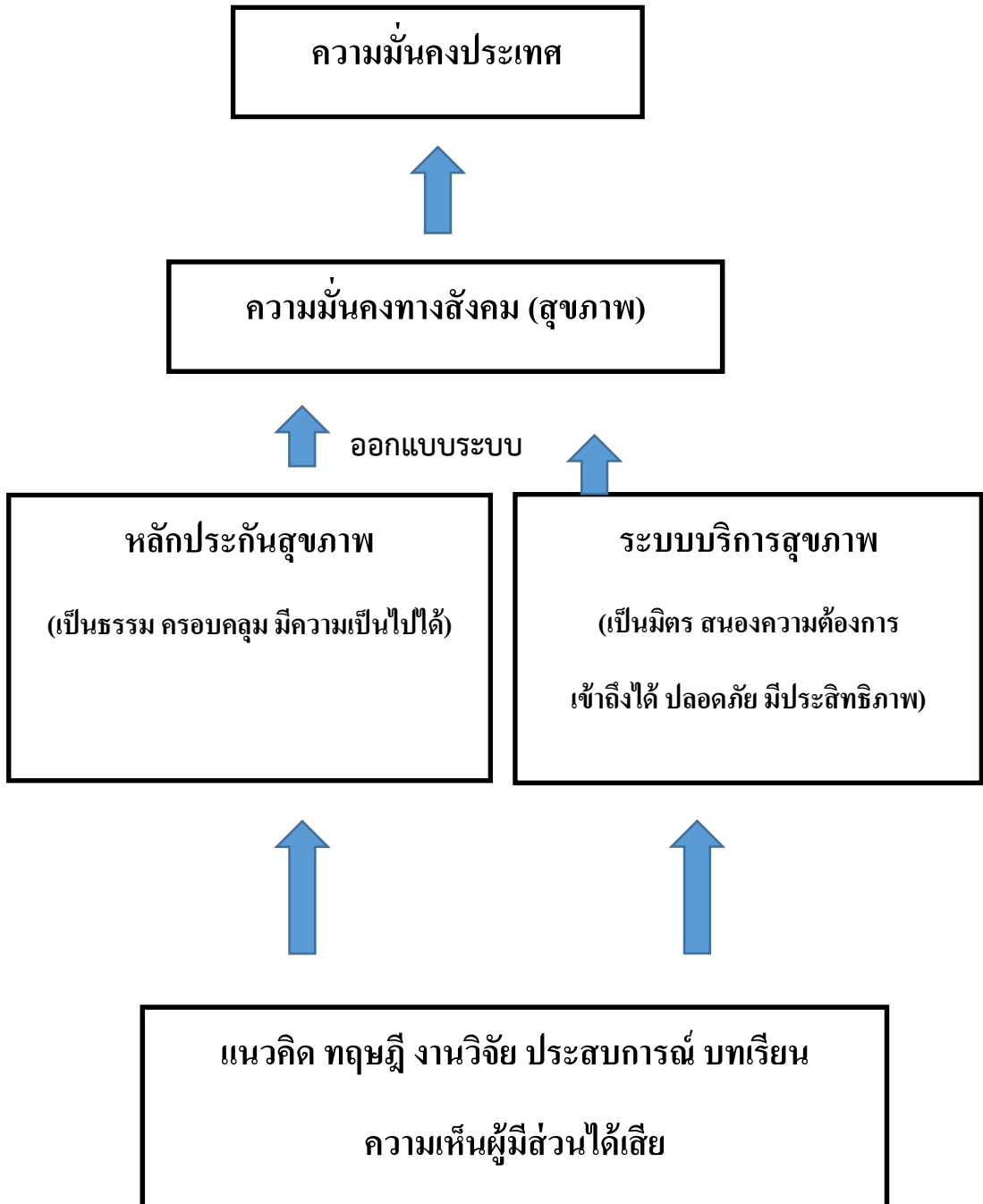
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑. เพื่อ ศึกษาสถานการณ์การประกันสุขภาพและการจัดการด้านบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรต่างด้าวที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย
๒. เพื่อ ศึกษาปัญหาในการเข้าถึงระบบบริการและการมีหลักประกันสุขภาพของกลุ่มแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย
๓. เพื่อ สังเคราะห์แนวทางการประกันสุขภาพที่เหมาะสมและการจัดบริการที่เป็นมิตรกับแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม
๔. เพื่อ จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการดำเนินการสร้างระบบประกันสุขภาพและการจัดการระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมต่อรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้มุ่งเน้นในการแสวงหาข้อเท็จจริงในการดำเนินการประกันสุขภาพและการจัดบริการแก่กลุ่มประชากรต่างด้าวที่ตั้งอยู่อย่างถูกกฎหมายและผิดกฎหมายรวมถึงผู้ติดตาม โดยมุ่งเน้นกลุ่มที่เป็นแรงงาน ๓ สัญชาติที่มีความเปราะบาง (Vulnerable) รวมถึงผู้ที่ยังมีปัญหาด้านสถานะและสิทธิที่รอการพิสูจน์สัญชาติไทย เพื่อวิเคราะห์หาช่องว่างของปัญหาที่สำคัญรวมถึงสาเหตุ และมุ่งเน้นการสังเคราะห์ข้อเสนอแนะทางที่เป็นทางเลือกที่เหมาะสมเป็นไปได้จากกระบวนการรับฟังความเห็นผู้มีส่วนได้เสียสำคัญที่จะถูกเลือกเข้าร่วมสัมมนาหรือประชุมเชิงปฏิบัติการหรือสัมภาษณ์หรือจากงานวิจัยที่มีข้อคำถามในลักษณะเดียวกันในช่วงเวลาใกล้เคียงกัน

ผังความเชื่อมโยงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่มุ่งเน้นการหารูปแบบที่เหมาะสมในการจัดระบบประกันสุขภาพให้แก่ประชากรต่างด้าวโดยมีวิธีศึกษาโดยการรวบรวมข้อมูลดังนี้

๑. ข้อมูลทุติยภูมิ รวบรวมโดยประมวลงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ เอกสารทั้งของทางราชการและองค์กรเอกชน สิ่งพิมพ์ ตำรา ข้อมูลจาก web site ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด แล้วนำมาวิเคราะห์เพื่อสังเคราะห์เสนอข้อมูลในประเด็นสำคัญ

๒. ข้อมูลปฐมภูมิ ได้จากการดำเนินการ

๒.๑ สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้บริหาร ผู้เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายในเรื่องการจัดระบบประกันสุขภาพในกลุ่มแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามในกระทรวงสาธารณสุข ๓ ท่าน

๒.๒ สัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม (Focus group) ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด , หัวหน้าพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องการดูแลสุขภาพแรงงานต่างด้าวและ, ผู้ติดตาม ผู้ให้บริการแรงงานต่างด้าวและครอบครัวในพื้นที่ และตัวแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามในชุมชนต่างด้าวจังหวัดสมุทรสาคร (แรงงานเมียนมา) จังหวัดสระแก้ว (แรงงานกัมพูชา) และ จังหวัดอุบลราชธานี (แรงงานลาว)

๒.๒ จัดประชุม (Workshop) กับผู้แทนองค์กร ภาคีที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มประชากรต่างด้าวในเรื่องการจัดระบบหลักประกันสุขภาพและการให้บริการสุขภาพ ทั้งผู้แทนหน่วยงานรัฐ องค์กรระหว่างประเทศ องค์กรเอกชนทั้งที่ประกอบธุรกิจและไม่แสวงหากำไร หน่วยงานวิชาการ เพื่อระดมความคิดเห็นต่อรูปแบบการประกันสุขภาพและการจัดบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มประชากรต่างด้าว

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

๑. ทำให้ทราบสถานการณ์การประกันสุขภาพและการจัดการด้านบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรต่างด้าวที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย

๒. ทำให้ทราบปัญหาในการเข้าถึงระบบบริการและการมีหลักประกันสุขภาพของกลุ่มแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย

๓. ได้แนวทางการประกันสุขภาพที่เหมาะสมและการจัดบริการที่เป็นมิตรกับแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม

๔. ได้ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการสร้างระบบประกันสุขภาพและการจัดการระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสม

คำจำกัดความ

ประชากรต่างด้าว หมายถึง ประชากรที่มีได้มีสัญชาติไทย อาศัยอยู่ในประเทศไทยมากกว่า ๖ เดือนและโดยส่วนใหญ่มุ่งหมายถึงกลุ่มที่มีความเปราะบางในการเข้าถึง

บริการสุขภาพ ซึ่งในบางเอกสารเรียกว่าประชากรข้ามชาติเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้คำว่าต่างด้าว

แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม

หมายถึง ประชากรต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตให้อยู่ในประเทศเพื่อทำงานตามกฎหมายหรือข้อยกเว้น รวมถึงผู้ที่มาทำงานอย่างผิดกฎหมายและผู้ติดตามที่มาอาศัยอยู่ด้วยกันเช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา บุตรซึ่งมีทั้งที่มีงานทำและไม่มีงานทำ

บริการที่เป็นมิตรสำหรับประชากรต่างด้าว (Migrant Friendly Service)

หมายถึง บริการที่จัดให้สำหรับผู้พลัดถิ่นที่ลดปัญหาและอุปสรรคในการใช้บริการเช่น การมีล่ามแปลภาษา มีป้ายและเอกสารเป็นภาษาของผู้พลัดถิ่น การจัดบริการที่คำนึงถึงวัฒนธรรมของผู้รับบริการ

โรคอุบัติใหม่ (Emerging Disease)

หมายถึง โรคที่ไม่เคยปรากฏมาก่อน เช่น SARS ไข้หวัดนก

โรคอุบัติซ้ำ (Re-emerging Disease)

หมายถึง โรคที่เคยเป็นปัญหาและได้สงบไปแล้วในระยะเวลายาวนานแต่กลับพบการระบาดขึ้นใหม่ เช่น ชิฟิลิส ไข้กาฬหลังแอ่น เถ้าช้าง

บริการปฐมภูมิ (Primary Care)

หมายถึง การให้บริการที่มุ่งเน้นการสาธารณสุขมูลฐาน การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การให้การรักษายาบาลขั้นต้นซึ่งเป็นบริการที่จำเป็นและอยู่ใกล้ชิดประชาชนและชุมชนมากที่สุด

บทที่ ๒

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ความมั่นคงปลอดภัยด้านสังคมและสุขภาพ (Social Safety Net)

๑. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับ Social Safety Nets และบทบาทต่อสังคม

โครงข่ายความปลอดภัยทางสังคม (Social Safety Net) เป็นคำใหม่ที่น่าสนใจที่นำมาใช้อย่างแพร่หลาย ในสังคมไทย ช่วงประสบภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจ อาจมีการใช้คำว่าโครงข่ายความปลอดภัยทางสังคม หรือการคุ้มครองทางสังคม ซึ่งมีความหมายรวมๆ ว่า หมายถึงระบบการคุ้มครองป้องกันมิให้คนในสังคมประสบภาวะความทุกข์ยากลำบากมากเกินไปแนวคิดดังกล่าวพัฒนามาจากแนวคิดความมั่นคงทางสังคม (Social Security) และสวัสดิการสังคม (Social Welfare) ซึ่งทั้งสองแนวคิดจะมีความแตกต่างกันโดยนโยบายสวัสดิการสังคมเป็นนโยบายที่กำหนดและมีขอบเขตกว้างกว่าความมั่นคงทางสังคมครอบคลุมทั้งด้านบริการสังคม (Social Service) สังคมสงเคราะห์ (Social assistance) และประกันสังคม (Social insurance) แต่ในกลุ่มประเทศอุตสาหกรรมซึ่งประชากรส่วนใหญ่เป็นผู้มีรายได้ประจำหรือเป็นผู้ดำรงชีพด้วยค่าจ้างเงินเดือน (Wage earners) มักจะเห็นว่าสวัสดิการสังคมคือ ความมั่นคงทางสังคม หรือกล่าวได้ว่าโครงข่ายความปลอดภัยของสังคมก็เป็นรูปแบบหนึ่งของการจัดสวัสดิการทางสังคม(ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ, ๒๕๔๒:๔๒)

ในการประชุมที่กรุงนิลา เมื่อวันที่ ๒๘ กรกฎาคม - ๑ สิงหาคม ๒๕๔๑ ILO ได้ให้คำจำกัดความของคำว่า “โครงข่ายความปลอดภัยทางสังคม” (Social Safety Nets) หรือ “การคุ้มครองทางสังคม” (Social Protection) ว่าหมายถึง “เครื่องมือต่างๆ เพื่อให้ความคุ้มครองและหลักประกันทางสังคมตามกฎหมายตลอดจนระบบประกันสังคมต่อภาคีที่มีความจำเป็นมากที่สุด ในสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ใช้แรงงานและผู้ยากจน โดยถือเป็นสิทธิมนุษยชนและสิทธิทางสังคม ซึ่งมิใช่เป็นเพียงวัตถุประสงค์ทางมนุษยธรรมและสังคมตามนโยบายของรัฐ เพื่อเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมเท่านั้น หากยังเป็นระบบแห่งสัญญาและข้อตกลงระหว่างประเทศ สัญญาและข้อตกลงร่วมทางสังคมและการกระจายรายได้อีกด้วย

ICFTU และ ILO ใช้คำว่า Social Protection และ Social Safety Nets ในความหมายเดียวกัน คือ เน้นไปที่การคุ้มครองผู้ที่มีความจำเป็นมากที่สุดให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ เหมือนกับที่เยอรมันได้กำหนดไว้ใน The Federal Social Support Act 1961 ต้องให้ความช่วยเหลือผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ และช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (Support for needy) (Neuhaus,1979:12)โครงข่ายความปลอดภัยทางสังคมตามความหมายของธนาคารโลก หมายถึง การบริการของรัฐด้านการศึกษา ด้านสุขภาพ การช่วยเหลือของรัฐที่ให้แก่คนจน คนด้อยโอกาส โครงการประกันสังคมที่รัฐจัดขึ้น โดย

ความร่วมมือของลูกจ้างและนายจ้าง และยังหมายรวมถึงโครงการต่างๆ ที่เอกชนและกลุ่มประชาชนต่างจัดขึ้นมาเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันตามความหมายนี้จึงพอจำแนกโครงการช่วยเหลือทางสังคมเป็นประเภทต่างๆ ได้ดังนี้

๑) บริการสังคม (Social Services) เช่น การศึกษา สาธารณสุข การมีงานทำ มีที่อยู่อาศัย การคุ้มครองรายได้ การคุ้มครองชีวิตและทรัพย์สิน การบริการข่าวสารข้อมูลเพื่อสวัสดิภาพของประชาชนดั่งนั้น การบริการสังคมอาจจำแนกเป็นสามประเภทคือ

๑. บริการพื้นฐาน เช่น การศึกษา การสาธารณสุข

๒. บริการสิ่งอำนวยความสะดวกปัจจัยจำเป็นต่อการดำรงชีวิต เช่น ที่อยู่อาศัย ไฟฟ้า ประปา

๓. บริการความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินเช่นบริการของตำรวจข่าวสารเพื่อสวัสดิภาพของประชาชน บริการของทหารในการรักษาความมั่นคงของประเทศ

๒) สังคมสงเคราะห์ (Social assistance) หรือ ถ้าเป็นการจัดการโดยรัฐก็มักจะเรียก “การประชาสงเคราะห์” (Public assistance) สังคมสงเคราะห์โดยรวม หมายถึง การบริการช่วยเหลือประชาชน ที่ปัญหาความเดือดร้อน และอยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ผู้ให้ความช่วยเหลือตนเองไม่ได้ผู้ให้ความช่วยเหลือมีทั้งภาครัฐและเอกชน หลักการให้ความช่วยเหลือนี้มักจะมี การทดสอบหรือตรวจสอบให้แน่ชัดเสียก่อนว่าผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือเป็นผู้เดือดร้อนจริงๆ เช่น ผู้ที่ต้องประสบภัยไฟไหม้ น้ำท่วม พายุถล่ม เห็นได้ชัดว่าเดือดร้อนจริง เป็นต้น ในประเทศไทย คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนางานสังคมสงเคราะห์แห่งชาติได้ให้ความหมายของการสังคมสงเคราะห์ว่าหมายถึงศาสตร์และศิลป์ในการป้องกัน แก้ไข ฟื้นฟูและพัฒนาบุคคล กลุ่ม ชุมชนทั้งที่ประสบและไม่ประสบปัญหาความเดือดร้อน ให้สามารถช่วยเหลือตนเองและสังคมได้

๓) ประกันสังคม (Social Insurance) หรือ “โครงการความมั่นคงทางสังคม” (Social Security Schemes) เป็นโครงการที่รัฐเป็นผู้จัดระบบและดำเนินงานเพื่อคุ้มครองป้องกันไม่ให้ประชาชนที่มีรายได้ประจำได้รับความเดือดร้อนในการดำรงชีพ เนื่องจากประสบปัญหาทำให้ไม่สามารถทำงานเลี้ยงชีพได้ตามปกติ โดยผู้มีรายได้ต้องออกเงินสมทบ (Contribution) เข้ากองทุนกลาง และได้รับประโยชน์ทดแทน (Benefits) เมื่อประสบปัญหาในการเลี้ยงชีพ ปัญหาด้านสุขภาพ การคลอดบุตร ทูพพลภาพ เสียชีวิต ประสบอุบัติเหตุและโรคร้ายจากการงาน ชราภาพ ว่างาน และการมีบุตรที่ยังเลี้ยงตนเองไม่ได้

ในการประชุมที่กรุงนิลา เมื่อวันที่ ๒๘ กรกฎาคม - ๑ สิงหาคม ๒๕๔๑ ILO ได้ให้คำจำกัดความการประกันสังคมว่า หมายถึง “การคุ้มครองซึ่งสังคมจัดให้กับสมาชิกในสังคมนั้นๆ ด้วยการกำหนดมาตรการต่างๆ ของรัฐเพื่อปกป้องผู้ประกันตนให้รอดพ้นจากความทุกข์ยากทางเศรษฐกิจและสังคมอันเนื่องมาจากการขาดรายได้หรือการมีรายได้ลดลงเพราะความเจ็บป่วย การคลอดบุตร การบาดเจ็บในการทำงาน ทูพพลภาพ ชราภาพ มรณภาพ ตลอดจนการจัดให้มีบริการรักษาพยาบาล และการให้เงินอุดหนุนแก่ครอบครัวที่มีบุตรด้วย

๔) โครงการช่วยเหลือและบริการสังคมที่จัดโดยเอกชน เช่น โครงการกองทุนสำรองเลี้ยงชีพของบริษัทเอกชน การทำงานสาธารณสุขกุศลของมูลนิธิเอกชน กิจกรรมช่วยเหลือและพัฒนาสังคมขององค์กรพัฒนาเอกชน (Non-Governmental Organizations=NGO) และรวมไปถึงการช่วยเหลือ

กันเชิงวัฒนธรรมผ่านเครือข่ายของครอบครัวและญาติมิตร เรียกรวมๆ กันว่า Informal Safety Nets ตามที่กล่าวมานี้ Social Safety Nets จะมีความหมายคล้ายกับคำว่า Social Welfare หรือ Social Security ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็นความคิดและอุดมการณ์ (Ideological hegemony) ทางเศรษฐกิจและสังคมที่ทำให้สถาบันระหว่างประเทศอย่างธนาคารโลก และ IMF ต้องคิดคำว่า Social Safety Nets มาใช้เพื่อให้สอดคล้องกับลัทธิเสรีนิยมใหม่ (New Liberalism) ที่ยึดหลักการการเปิดเสรี (liberalization) การยกเลิกกฎระเบียบการควบคุมโดยรัฐ (Deregulation) และการแปรรูปให้เป็นเอกชน (Privatization) สามประการนี้ รู้จักกันในนามของ มติวอชิงตัน (Washington Consensus) ซึ่งกลุ่มประเทศ G7 (สหรัฐอเมริกา แคนาดา อังกฤษ ฝรั่งเศส เยอรมัน อิตาลีและญี่ปุ่น) ได้กดดันให้ประเทศด้อยพัฒนาต่างๆ ต้องปฏิบัติตามผ่านกลไกสถาบันระหว่างประเทศ เช่นธนาคารโลก กองทุนการเงินระหว่างประเทศ และองค์การการค้าโลก (Stiglitz, ๑๙๙๘)

หลักการสามประการนี้มีลักษณะตรงกันข้ามกับระบบเศรษฐกิจวางแผนจากส่วนกลางของอดีตกลุ่มประเทศสังคมนิยม และแตกต่างกันมากกับระบบเศรษฐกิจของประเทศที่ใช้ระบบรัฐสวัสดิการ (Welfare States) เช่น กลุ่มสแกนดิเนเวีย ออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ (ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ, ๒๕๔๒)

ในกลุ่มประเทศอดีตสังคมนิยม เช่น โปแลนด์ ฮังการี เช็ก และ สโลวัก รัฐจะประกันการมีงานทำและบริการสิ่งจำเป็นพื้นฐานต่างๆ ให้แก่ประชาชนทุกคนฟรีหรือเสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด ตั้งแต่ด้านที่อยู่อาศัย การดูแลสุขภาพสภาพการศึกษา และการพักผ่อนหย่อนใจ รวมไปถึงอาหารและเครื่องนุ่งห่ม สิ่งเหล่านี้เป็นสวัสดิการที่รัฐสังคมนิยมจะต้องจัดหาให้ประชาชนตามหลักการที่ว่า “แต่ละคนตามความจำเป็น” ซึ่งเป็นอุดมการณ์ที่รัฐสังคมนิยมทั้งหลายต้องการให้มี

ส่วนในประเทศที่ใช้ระบบรัฐสวัสดิการภายใต้กลไกเศรษฐกิจตลาดมีลักษณะคล้ายๆ กัน แต่ระดับสวัสดิการที่รัฐต้องจัดทำให้มีความครอบคลุมด้านต่างๆ น้อยกว่า เช่น กรณีของนิวซีแลนด์ นโยบายทางสังคมของปี ๑๙๗๒ ระบุว่าประชาชนทุกกลุ่มคนและชนชั้นจะได้รับสวัสดิการจากรัฐด้านการดูแลสุขภาพสุขภาพระดับพื้นฐาน ได้รับบริการด้านที่อยู่อาศัยราคาถูก บริการด้านการศึกษาฟรีหรือเสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด ประชาชนผู้ยากจนและด้อยโอกาสจะได้รับการดูแลให้พอมีรายได้และปัจจัยยังชีพเลี้ยงตนเองได้ (ดู Boston, ๑๙๙๓) ในประเทศอื่นๆ ที่มีสวัสดิการสังคมสูงก็เช่นเดียวกัน รัฐได้จัดทำสิ่งเหล่านี้บริการให้แก่ประชาชนอย่างทั่วถึง งบประมาณเพื่อสวัสดิการสังคมในประเทศเหล่านี้จึงค่อนข้างสูง เช่น เมื่อปี ๑๙๗๕ ในประเทศสวีเดนร้อยละ ๒๑.๒ ของ GDP เนเธอร์แลนด์ ๒๙.๖ เยอรมัน ๒๗.๑ อังกฤษ ๑๕.๖ แคนาดา ๑๕.๔ เทียบกับสหรัฐอเมริกา ๑๔.๕

ในระยะหลังๆ ประเทศเหล่านี้ประสบปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายของรัฐสูงมากเกินนำไปสู่ภาวะการคลังขาดดุลเรื้อรัง จึงหันมาใช้นโยบายประหยัด ตัดค่าใช้จ่ายด้านสวัสดิการสังคมและหันไปใช้นโยบายให้ภาคเอกชนรับผิดชอบมากขึ้น เช่น การลดภาษีเพื่อให้ครัวเรือนมีเงินออมมากขึ้น เพื่อที่จะได้ใช้เงินออมนั้นสร้างสวัสดิการให้ครัวเรือนในการจัดสวัสดิการสังคม พยายามลดความครอบคลุมจากเดิมที่จัดให้แก่ทุกกลุ่มคนและชนชั้นมาสู่กลุ่มเป้าหมาย (Targeting groups) ที่ได้รับการสำรวจทดสอบ (Means Test) แล้วว่า เป็นกลุ่มคนที่ควรได้รับการช่วยเหลือ ป้องกันมิให้ประสบภาวะทุกข์ยากลำบากจนไม่อาจมีชีวิตอยู่ได้ และอาจนำไปสู่ปัญหาสังคมอื่นๆ ตามมาซึ่ง Boston

กล่าวว่า นี่เป็นการเปลี่ยนแนวคิดจากสวัสดิการเพื่อทุกกลุ่มคนและชนชั้นมาเป็นสวัสดิการพื้นฐานสำหรับกลุ่มคนยากจนคนด้อยโอกาสตามแนวคิดของพวกเสรีนิยมใหม่ (Boston, ๑๙๙๓ : บทสรุป)

ภายใต้ลักษณะดังกล่าว สวัสดิการสังคมเพื่อทุกกลุ่มคนและชนชั้นก็ได้กลายมาเป็นสวัสดิการขั้นต่ำสำหรับคนยากจน ที่เรียกว่า Social Safety Nets ซึ่ง Boston กล่าวว่า นโยบายการเปลี่ยนแปลง social welfare มาเป็น Social Safety Nets ในนิวซีแลนด์ ได้มีการให้ประชาชนที่เคยพึ่งพาสวัสดิการจากรัฐต้องหันไปพึ่งบริการช่วยเหลือด้านอาหารและเสื้อผ้าจากโบสถ์และองค์กรการกุศลมากขึ้น นี่ก็เป็นหลักการของพวกเสรีนิยมใหม่ที่ต้องการให้ภาคประชาชนและเอกชนรับผิดชอบกันเองมากขึ้น จึงสรุปได้ว่า Social Safety Nets ก็คือสวัสดิการสังคมขั้นต่ำที่รัฐจัดให้แก่กลุ่มคนยากจนคนด้อยโอกาสที่รัฐได้สำรวจทดสอบแล้วว่าเป็นกลุ่มคนที่รัฐจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือ

กล่าวอีกนัยหนึ่ง ในยุคที่เน้นความเป็นมนุษย์และความเสมอภาค ผนวกกับการต่อต้านลัทธิสังคมนิยม สวัสดิการสังคมของหลายๆ ประเทศที่มุ่งจะให้ประชาชนทุกกลุ่มคนและชนชั้นอยู่ดีมีสุข (social welfare for well-being) แต่ในยุคที่เน้นเศรษฐกิจตลาดตามแนวลัทธิเสรีนิยมใหม่ (new liberalism) สวัสดิการสังคมเป็นเพียงสวัสดิการขั้นต่ำสำหรับกลุ่มคนจนคนด้อยโอกาสที่ช่วยเหลือตัวเองให้อยู่รอดไม่ได้ สวัสดิการสังคมแบบนี้เรียกว่า Social Safety Nets (Social Safety Nets for survival) หรือที่ Atkinson เรียกว่า “การกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำสำหรับการป้องกันทางสังคม” (Atkinson, ๑๙๙๒ : บทสรุป)

มาตรฐานขั้นต่ำสำหรับป้องกันทางสังคมหรือสวัสดิการขั้นต่ำ เป็นระดับขั้นต่ำของแต่ละสังคม (social minimum) มีนัยสำคัญอยู่สามประการ

ประการแรก ขั้นต่ำทางสังคมในสังคมหนึ่งอาจจะสูงกว่าหรือต่ำกว่าในสังคมอื่นๆ ก็ได้ เช่น ขั้นต่ำของสหรัฐอเมริกาต่ำกว่าขั้นต่ำของเยอรมัน แต่สูงกว่าขั้นต่ำของเม็กซิโก เป็นต้น

ประการที่สอง คำว่า ขั้นต่ำ หมายถึง มูลค่าของสวัสดิการแต่ละประเภท ไม่ได้หมายถึงประเภทของสวัสดิการ กล่าวคือ แม้ประเภทของสวัสดิการจะมีครบถ้วน คือทั้งด้านบริการสังคม ประกันสังคม และสังคมสงเคราะห์ แต่ในแต่ละประเภทจะจัดสรรให้ในระดับขั้นต่ำของสังคมนั้นๆ

ประการที่สาม คำว่า ขั้นต่ำ หมายถึง ระดับ floor ที่ตรงข้ามคำว่า เพดานหรือขั้นสูง (ceiling) ในทัศนะของธนาคารโลก ระบบ Social Safety Nets ไม่ได้เป็นเพียงกลไกป้องกันระดับการบริโภคของสังคมนั้นๆ แต่ยังเป็นการลงทุนทางสังคมด้วย ดังนั้น จึงต้องใช้ Social Safety Nets รักษาระดับมาตรฐานขั้นต่ำของการครองชีพ (acceptable floor on living standard) ขั้นต่ำในที่นี้จึงหมายความว่า จะต้องไม่ต่ำกว่าระดับที่กำหนด (Jimenez, ๑๙๙๙)

คำว่า สวัสดิการขั้นต่ำ นำไปสู่ข้อถกเถียงและคัดค้านในสองด้าน ด้านหนึ่งเห็นว่าการกำหนดสวัสดิการขั้นต่ำไม่เป็นไปตามกลไกตลาด ไม่เป็นไปตามความสามารถของคนและงบประมาณของรัฐ เหตุผลนี้คล้ายๆ กับข้อคัดค้านการกำหนดค่าจ้างขั้นต่ำ อีกด้านหนึ่งกลับเห็นว่า การจัดสวัสดิการให้เพียงขั้นต่ำไม่เพียงพอต่อความจำเป็นของคนในสังคม อย่างไรก็ตามสำหรับสังคมไทย ธนาคารโลกเห็นว่า การจัด Social Safety Nets โดยรัฐบาลนั้น มีมูลค่าต่ำกว่าประเทศอื่นๆ ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ขณะที่ Social Safety Nets ในประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีมูลค่าต่ำกว่าประเทศแถบยุโรปและอเมริกามาก (Jimenez, ๑๙๙๙) หรืออีกนัยหนึ่ง แม้เราจะมีประเภทของสวัสดิการครบทุก

ประเภท แต่มูลค่าของสวัสดิการที่รัฐจัดสรรให้มีมูลค่าต่ำมาก เมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ ทั้งยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายต่างๆ อีกด้วย

แนวคิดการจัดสวัสดิการสังคมขั้นต่ำเพื่อคนจนคนด้อยโอกาสเห็นได้ชัดเจนจากบทวิเคราะห์ของธนาคารโลกที่กล่าวว่า ประเทศที่มีระบบ Social Safety Nets ก่อนที่จะเกิดภาวะเศรษฐกิจ จะสามารถปกป้องคนจนในยามวิกฤติได้ดีกว่า และจะสามารถหลีกเลี่ยงการทุ่มค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือคนจนที่สูงเกินไปอันเนื่องจากไม่เคยมีระบบ Social Safety Nets มาก่อนในรายงานของธนาคารโลกเรื่อง Poverty Reduction and The World Bank กล่าวว่า Social Safety Nets ถูกออกแบบมาเพื่อช่วยเหลือคนจนที่ประสบปัญหาความทุกข์ยากทางเศรษฐกิจหรือตกอยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (World Bank, ๑๙๙๗ :๒๐) บทวิเคราะห์เหล่านี้ได้ระบุไว้ชัดเจนว่า จุดประสงค์ของ Social Safety Nets คือ การช่วยเหลือคนจนให้อยู่รอดในภาวะที่ต้องสูญเสียรายได้ และสรุปไว้ชัดเจนว่า Social Safety Nets เป็นกลไกพื้นฐานประการหนึ่งของยุทธศาสตร์การลดความยากจน อีกสองปัจจัยคือความเติบโตทางเศรษฐกิจและการลงทุนในทรัพยากรมนุษย์

แม้ว่าธนาคารโลกจะสนับสนุนให้รัฐจัดบริการ Social Safety Nets เพื่อสนองต่อความต้องการของคนจน แต่ได้ย้ำเตือนว่า อย่าให้ระบบ Social Safety Nets ไปสร้างแรงจูงใจในทางลบ นั่นคือ ไปส่งเสริมให้คนไม่ยอมทำงานต่างๆ ที่มีงานให้ทำ เพราะการไม่ทำงาน ไม่มีรายได้ของตัวเอง สามารถที่จะขอความช่วยเหลือจากระบบ Social Safety Nets ได้ และสบายกว่า ดังนั้น การจัดบริการ Social Safety Nets โดยรัฐจึงถูกกำหนดให้อยู่ในระดับที่พอทำให้ชีวิตอยู่รอดเท่านั้น

Social Safety Nets โดยรัฐที่สำคัญยิ่งตามข้อเสนอของธนาคารโลกก็คือ โครงการสร้างงานภาครัฐ เช่น การก่อสร้างปัจจัยพื้นฐานของระบบเศรษฐกิจ (infrastructure) ซึ่งเหตุผลทางเศรษฐศาสตร์ก็เป็นไปตามทฤษฎีของเคนส์ (Keynes) ที่เห็นว่า ในภาวะเศรษฐกิจหดตัว การลงทุนภาคเอกชน (I) ตกต่ำ การว่างงานจะสูง รายได้ของประชาชนจะลดลง การบริโภค (C) จะลดลง ตลาดสินค้าก็จะหดตัวลง และวกกลับไปทำให้การลงทุนลดลง การว่างงานเพิ่มขึ้นไปอีก ดังนั้น การแก้ปัญหา ก็คือ ภาครัฐบาล (G) จะต้องทุ่มการลงทุนหรือการใช้จ่ายลงไปในระบบเศรษฐกิจ โครงสร้างปัจจัยพื้นฐานเป็นกรณีของการลงทุนขนาดใหญ่ของรัฐอัดฉีดเงินลงทุนลงไปในระบบเศรษฐกิจ ก่อให้เกิดการจ้างงานขนาดใหญ่ ก่อให้เกิดการใช้ปัจจัยการผลิตและสินค้าต่างๆ กระตุ้นให้เกิดการผลิตและการค้าต่อเนื่อง (linkages) ถือว่าเป็นมาตรการกระตุ้นการจ้างงานและกระตุ้นความเติบโตทางเศรษฐกิจ

สำหรับผู้ที่ไม่อยู่กำลังแรงงานหรือผู้ที่ทำงานไม่ได้ จำเป็นต้องมี Social Safety Nets โครงการอื่นๆ รองรับ โครงการประเภทนี้เป็นโครงการให้เปล่าโดยจำกัดกลุ่ม (targeted transfers) หมายความว่า จะจัดให้เฉพาะกลุ่มที่ได้ทดสอบและคัดเลือกแล้วว่า เป็นกลุ่มที่จะต้องให้ความช่วยเหลือ เพราะเป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ทำงานไม่ได้ เช่น โครงการอาหารเพื่อการศึกษา (Food for Educational Program) ในบังคลาเทศ เป็นโครงการที่จัดหาข้าวสารฟรีให้แก่ครอบครัวยากจนที่มีบุตรศึกษาอยู่ในสถาบันศึกษา โครงการจัดหาทุนการศึกษาให้แก่นักเรียนจากครอบครัวยากจน เป็นต้น โครงการเหล่านี้มีจุดประสงค์ยังมีให้เด็กต้องออกจากสถาบันการศึกษาอันเนื่องจากพ่อแม่ยากจน ว่างงาน ไม่มีรายได้

นอกจาก Social Safety Nets เพื่อช่วยแก้ปัญหาเด็กออกจากสถาบันการศึกษาแล้ว โครงการช่วยเหลือสตรีมีครรภ์ ช่วยเหลือคนชราให้มีรายได้เลี้ยงชีพ ก็เป็นสิ่งจำเป็น เพราะคนเหล่านี้เป็นบุคคลที่ไม่สามารถทำงานได้ แต่ต้องกินต้องใช้เพื่อการยังชีพ ซึ่งถ้าเคยเป็นผู้ที่มีรายได้ประจำ Social Safety Nets ที่จะช่วยพยุงชีวิตก็คือ โครงการประกันสังคมประเภทการคลอดหรือการมีบุตร (maternity insurance) ที่ครอบคลุมระยะเวลาก่อนคลอดด้วย และการประกันชราภาพ (old-age insurance) แต่ถ้าไม่ใช่ผู้มีรายได้ประจำและไม่อยู่ในโครงการประกันสังคม ก็ต้องอาศัยเงินช่วยเหลือจากรัฐตามโครงการประชาสงเคราะห์ (public assistance)

Social Safety Nets ภายใต้บริบทดังกล่าวจะเห็นได้ชัดเจนว่า เป็นการจัดสวัสดิการขั้นต่ำให้แก่กลุ่มคนเปราะบางหรือกลุ่มคนยากคนจน คนที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และสวัสดิการนั้นครอบคลุมสามด้านหลักๆ คือ บริการสังคมเช่นการศึกษา การรักษาพยาบาล (medical care) การประชาสงเคราะห์หรือสังคมสงเคราะห์ คือ การช่วยเหลือให้เปล่าแก่ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และการประกันสังคม ซึ่งผู้อุปถัมภ์จะต้องมีส่วนออกค่าใช้จ่ายในโครงการนั้นด้วย

ดังนั้น Social Safety Nets จึงไม่จำกัดอยู่เฉพาะโครงการที่จัดโดยรัฐเท่านั้น แต่ยังรวมถึงโครงการที่มุ่งช่วยเหลือคนยากคนจน คนด้อยโอกาส ที่จัดโดยภาคเอกชนด้วย มักจะเป็นการดำเนินงานของเครือข่าย NGOs ควบคู่ไปกับองค์กรอิสระของรัฐบาล (autonomous governmental organization) แหล่งเงินทุนได้แก่ ธนาคารโลก USAID (United State Agency for International Development) และเงินจากรัฐบาลของประเทศอุตสาหกรรมต่างๆ เช่น จากฟินแลนด์ สวีเดน เนเธอร์แลนด์ และออสเตรเลีย เป็นต้น องค์กรแหล่งเงินทุนเหล่านี้จะให้เงินผ่านองค์กร NGOs ใหญ่ๆ ของสหรัฐอเมริกา เช่น World Vision, CARE ควบคู่ไปกับการให้เงินผ่านองค์กรอิสระของรัฐบาล (Doyle, ๑๙๙๘ :A๘-A๒๐)

ในสหรัฐอเมริกา สิ่งที่เรียกว่า Hidden Safety Nets หรือ “โครงข่ายความปลอดภัยที่ซ่อนเร้น” ดำเนินงานเคียงคู่ไปกับการดำเนินงานด้าน Social Safety nets ของรัฐ Hidden Safety Nets ดำเนินงานโดยโบสถ์ต่างๆ ซึ่ง Ram Cnaan จากมหาวิทยาลัยเพนซิลวาเนีย (University of Pennsylvania) พบว่าในยุคของลัทธิเสรีนิยมใหม่ของสหรัฐอเมริกา การดำเนินงานด้านบริการสังคมและสังคมสงเคราะห์ของโบสถ์ต่างๆ กลับมีมากกว่ายุคก่อนๆ แต่มีการให้ความเห็นว่า แม้โบสถ์เหล่านี้จะทำงานด้านนี้อย่างเต็มที่ก็ไม่อาจเต็มเต็มส่วนที่ขาดหายไปอันเกิดจากความบกพร่องของรัฐได้ จะเป็นได้ก็เพียงส่วนประกอบประการหนึ่งของระบบ Social Safety Nets เท่านั้น

ในยุโรป ระบบสวัสดิการสังคมเพื่อความกินดีอยู่ดี (well-being) ของประชาชนกำลังถูกลดลงตามลำดับ ตามแนวคิดของลัทธิเสรีนิยมใหม่ ในอังกฤษ ยุคพรรคอนุรักษนิยม (conservative) มีอำนาจ ได้ลดสวัสดิการสังคมลงไปมาก โดยการนำเอาระบบตรวจสอบรายได้ (income tested) มาใช้ เพื่อกำหนดว่าคนกลุ่มใดบ้างที่ควรได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ ดังนั้นในปี ๑๙๘๗ จึงพบว่า จากจำนวนประชาชน ๕.๕ ล้านคนที่เคยได้รับความช่วยเหลือหรือมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือ ได้ลดลงเหลือเพียง ๔.๔ ล้านคนเท่านั้น (Department of Social Security Statistic, ๑๙๙๑) และภายใต้การรวมตัวกันเป็นสหภาพยุโรป (European Union) รัฐบาลของแต่ละประเทศถูกกดดันให้ลดโครงการช่วยเหลือประชาชนในลักษณะสังคมสงเคราะห์ (social assistance) ให้อยู่ในระดับเดียวกัน หากมีระดับที่เหลื่อมล้ำกัน ประชาชนจากประเทศที่รัฐบาลช่วยเหลือน้อยจะอพยพไปสู่

ประเทศที่รัฐบาลช่วยเหลือมากกว่า เพราะภายในสหภาพยุโรปประชาชนสามารถเคลื่อนย้ายอพยพได้อย่างเสรี ภายใต้สถานการณ์เช่นนี้ ระบบสวัสดิการสังคมของประเทศในสหภาพยุโรปจะถูกทดลองอยู่ในระดับมาตรฐานขั้นต่ำสำหรับการป้องกันทางสังคมเท่านั้น หรือเรียกตามศัพท์ภาษาของธนาคารโลก ก็คือ Social Safety Nets นั่นเอง ซึ่งหมายความว่าทุกคนอาจที่จะไม่อยู่ในข่ายของการที่จะได้รับความช่วยเหลือ

ในทฤษฎีของ Amartya Sen ให้ทัศนะว่าสินค้าหรือผลิตภัณฑ์มิได้สร้างความสมหวังด้วยตัวมันเอง แต่กระบวนการและกิจกรรมที่ทำให้ได้มันมาต่างหากที่ก่อให้เกิดความพอใจหรือความสมหวัง ตามนัยนี้ความพอใจหรือความสมหวังที่ Sen เรียกว่า “Welfare” หมายถึงการได้บรรลุโอกาสอย่างแท้จริง (actual opportunities) หรือการมีศักยภาพหรือความสามารถ (capabilities) ตามทฤษฎีนี้สินค้าหรือผลิตภัณฑ์จึงเป็นตัวสร้างโอกาสของปัจเจกบุคคลที่จะทำให้ปัจเจกบุคคลนั้นบรรลุความสมหวังหรือความพอใจได้ดังนั้น จึงมีนัยว่ารายได้ของปัจเจกบุคคลจะเป็นปัจจัยสร้างโอกาสให้แก่คนๆ นั้น

การที่ปัจเจกบุคคลนั้นจะเข้าถึงโอกาสนั้นได้มากน้อยแค่ไหนขึ้นอยู่กับปัจจัยประกอบอื่นๆ ด้วย เช่นสุขภาพของคนๆ นั้น เป็นต้น หมายความว่า แม้จะบรรลุโอกาส แต่สุขภาพไม่อำนวย ก็ไม่อาจใช้ประโยชน์จากโอกาสนั้นได้ Sen จึงเน้นว่าการสร้างโอกาสให้แก่ทุกกลุ่มคนและชนชั้นเป็นสิ่งจำเป็นและควรจะให้ทุกคนมีโอกาส (actual opportunities) เท่าเทียมกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด สังคมจึงควรจัดสรรทรัพยากรหรือความมั่งคั่งของสังคมให้แก่กลุ่มคนที่มีความจำเป็นต้องใช้เพื่อให้พวกเขาได้เข้าถึงโอกาสและได้แสดงความสามารถในสังคม

สำหรับ “ทฤษฎีสืทธิพื้นฐานทางสังคม” (Social basic Right) ตามที่ปฏิบัติกันอยู่ในประเทศสังคมนิยมและรัฐสวัสดิการ ที่ว่า พลเมืองทุกคนมีความเป็นเจ้าของและมีส่วนร่วมในประชาคมและทรัพยากรของประชาคม จึงมีสิทธิอันสมบูรณ์ที่จะได้ส่วนแบ่งอย่างเท่าเทียมหรือใกล้เคียงกัน (Neuhaus, ๑๙๗๙ : ๑๓-๑๔) ซึ่งขัดกับหลักของลัทธิเสรีนิยมใหม่ จึงถูกปฏิเสธและถูกยกเลิก ลัทธิเสรีนิยมใหม่ไม่มีจุดประสงค์ที่จะลดความแตกต่างทางชนชั้น แต่มีวัตถุประสงค์ที่จะป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาสังคมและความสูญเสียเปล่าของทรัพยากรมนุษย์ ใครคือคนจนและคนด้อยโอกาส เพราะต่างสังคมก็ต่างความคิด ตัวอย่างเช่น ในสังคมไทยกำหนดเอาเส้นความยากจน (poverty line) เป็นตัวกำหนดความจน หมายความว่า ถ้าใครมีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน (เช่นต่ำกว่า ๙๑๑ บาท/เดือน) ถือว่าเป็นผู้ยากจน เกณฑ์ดังว่่านี้เรียกว่า ความยากจนสัมบูรณ์ (absolute poverty) แต่ในกลุ่มประเทศยุโรปหรือสหภาพยุโรป (European Union) กลับใช้ความยากจนสัมพัทธ์ (relative poverty) กล่าวคือ ผู้ยากจนหมายถึงผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่าร้อยละ ๕๐ ของรายได้เฉลี่ยของประชากรในประเทศ (Atkinson, ๑๙๙๒ : หัวข้อที่ ๒) และถ้าหากประเทศไทยจะใช้คำจำกัดความคนยากจนโดยใช้หลักความยากจนสัมพัทธ์หรือความยากจนเปรียบเทียบแล้ว บางทีอาจจะพบว่าครึ่งหนึ่งของประชากรเป็นคนยากจน

นอกจากนี้ การกำหนด “target group” ไว้แคบ ไม่ครอบคลุม ทำให้เป็นที่วิพากษ์วิจารณ์กันว่า แนวคิด Social Safety Nets ของธนาคารโลกไม่สามารถช่วยเหลือผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือที่มีหลากหลายกลุ่มได้ ดังนั้น ธนาคารเพื่อการพัฒนาเอเชีย (Asian Development Bank) จึงได้พยายามขยายกลุ่มเป้าหมายออกไปให้ครอบคลุมผู้อ่อนแอและผู้ที่มีความเสี่ยงในสังคม

(เสี่ยงภัยการเมือง เสี่ยงภัย เศรษฐกิจ เสี่ยงภัยสังคม) เรียกรวมๆ กันว่า กลุ่มที่อยู่ภายใต้ความเสี่ยง (vulnerable groups) ประกอบด้วย เด็ก คนชรา หญิงหม้าย หญิงอาชีพพิเศษ คนพิการ ชนกลุ่มน้อย แรงงานอพยพ ผู้ลี้ภัยทางการเมือง แรงงานในกิจกรรมนอกระบบ คนป่วยโรคเอดส์ และคนจนคนด้อยโอกาสอื่นๆ (Kellers, ๑๙๙๙ :๔-๕)

ดังนั้น ในระดับแนวคิดและทฤษฎี กลุ่มบุคคลเป้าหมายที่ควรได้รับการจัดสรร Social Safety Nets ก็ยังมีปัญหาว่า ควรจะครอบคลุมกลุ่มคนใดบ้าง เพราะเหตุใด หลักเกณฑ์ในการกำหนด กลุ่มบุคคลเป้าหมายควรจะกำหนดขึ้นอย่างไรและจะให้ใครกำหนด เหล่านี้เป็นต้น

๒. Social Safety Nets ในประเทศไทย

สวัสดิการสังคมในสังคมไทยโดยความเป็นจริงเป็นเพียงสวัสดิการขั้นต่ำและครอบคลุมไม่ถึงถึงทุกกลุ่มคนที่ต้องการความช่วยเหลือ สวัสดิการสังคมตามแนว Social Right ได้มีการดำริในยุคคณะราษฎร แต่มิได้นำมาใช้แต่อย่างใด สวัสดิการสังคมขั้นต่ำที่มีอยู่หลังจากการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. ๒๔๗๕ ก็คือ บริการการศึกษา สาธารณสุข และการประชาสัมพันธ์ ในปี พ.ศ. ๒๕๓๓ ได้มีพระราชบัญญัติประกันสังคม ประกาศใช้ทำให้ระบบสวัสดิการภายใต้การจัดการของรัฐ แต่ก็เป็นสวัสดิการขั้นต่ำที่ครอบคลุมไม่ทั้งหมด แต่ในความเป็นจริงโดยทั่วไปคนยากจนในสังคมดั้นร้นต่อสู้ชีวิตด้วยตนเองหรือพึ่งพาญาติพี่น้อง รวมไปถึงการพึ่งวัดโดยเฉพาะเด็กผู้ชายของครอบครัวยากจน ได้พึ่งพาวัดเป็นที่อยู่อาศัย เป็นที่พักพิงยังชีพและศึกษาเล่าเรียน ดังนั้น อาจถือเป็นโครงข่ายทางสังคมและวัฒนธรรมเป็นกลไก Social Safety Nets โดยธรรมชาติมายาวนานและได้ช่วยเหลือครอบครัวยากจนจำนวนมากให้มีโอกาสในชีวิต

สวัสดิการโดยรัฐ แม้จะเป็นสวัสดิการขั้นต่ำ แต่ในสังคมไทยก็เรียกว่า “สวัสดิการ” ไม่ได้เรียกว่า “Social Safety Nets” แต่นับตั้งแต่ประสบภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ อยู่ภายใต้การควบคุมของ IMF และพึ่งพาเงินกู้เพื่อช่วยเหลือทางสังคมจากธนาคารโลก คำว่า “Social Safety Nets” ได้มีการพูดกันมากขึ้นตามลำดับทั้งนี้ก็เพราะ ธนาคารโลก ILO และ IMF ต้องการให้ไทยจัด Social Safety Nets อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อบรรเทาภาวะวิกฤติทางสังคม

ในความเป็นจริงได้มีความพยายามจัดระบบสวัสดิการสังคมให้รอบด้านและครอบคลุมทุกประเภทแต่ก็ยังไม่ปรากฏประสิทธิผลชัดเจน กล่าวคือ ในปี ๒๕๓๔ ได้มีการวางแผนพัฒนางานสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์แห่งชาติ (พ.ศ. ๒๕๓๔-๒๕๓๙) โดยคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการสังคมแห่งชาติ ในแผนนี้ครอบคลุมการช่วยเหลือ บริการ การบริหารจัดการงานสวัสดิการสังคม และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากประชาชน และเพื่อรองรับแผนงานดังกล่าวได้มีการร่างพระราชบัญญัติสวัสดิการสังคม ตามพระราชบัญญัตินี้กลุ่มคนที่จะได้รับสวัสดิการคือ ผู้ด้อยโอกาสและผู้ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เช่น ครอบครัวคนจน สตรีมีครรภ์ สตรีอาชีพบริการ เด็กและเยาวชน ผู้ยากไร้ ผู้ชรา และผู้ประสพภัยธรรมชาติ การให้บริการคนเหล่านี้ต้องผ่านการทดสอบ (means test) ว่าควรได้รับการช่วยเหลือจริง เช่น ในมาตรา ๒๖ ที่บอกว่า ให้ครัวเรือนซึ่งมีรายได้ไม่เพียงพอแก่การดำรงชีพได้รับสวัสดิการสังคมที่จำเป็นตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการกำหนด และการให้สวัสดิการตามมาตรานี้ครอบคลุมการศึกษา ทุนประกอบการศึกษา เครื่องอุปโภคบริโภค ที่อยู่อาศัย การรักษาพยาบาล และบริการทางสังคมสงเคราะห์

กล่าวโดยสรุป สวัสดิการสังคมตามพระราชบัญญัตินี้เป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้แก่กลุ่มคนจนด้อยโอกาส เป็นสวัสดิการขั้นต่ำเฉพาะกลุ่ม ซึ่งก็คือนิยามของคำว่า Social Safety Nets นั้นเอง แต่กระนั้นก็ตามก็ยังมีปัญหาว่าจะสามารถครอบคลุมจนคนด้อยโอกาส ทุกกลุ่มได้อย่างไร ยิ่งกว่านั้นเมื่อเทียบกับประเทศที่เจริญแล้ว สวัสดิการขั้นต่ำของสังคมในประเทศไทยไทยก็ยังอยู่ในระดับที่ต่ำกว่ากันมากและความจริงยังมีสวัสดิการสังคมอื่นๆ ในประเทศไทยที่มีลักษณะครอบคลุมทั่วถึงโดยไม่จำกัดกลุ่มคนและไม่ต้องทดสอบรายได้ (income test) นั่นคือ การบริการการศึกษาภาคบังคับ และการบริการสาธารณสุข ด้านการป้องกันโรคและดูแลสุขภาพอนามัย ซึ่งถือเป็นบริการสังคม (social services) ที่ให้แก่ทุกกลุ่มคนและชนชั้น

กล่าวได้ว่า สวัสดิการสังคมประเภทบริการสังคมและสังคมสงเคราะห์มีมานานในสังคมไทยส่วนการประกันสังคมเป็นระบบใหม่ที่เริ่มมาตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๓๓ ซึ่งทั้งหมดนี้ถือว่าเป็นสวัสดิการขั้นต่ำ ดำเนินงานทั้งโดยรัฐและเอกชนจัดได้ว่าเป็น Social Safety Nets ตามความหมายของธนาคารโลกหากจะพิจารณาสถานภาพของ Social Safety Nets ในประเทศไทย อาจจะพิจารณาได้ในสองระดับ คือ ระดับเป้าหมายและนโยบาย และระดับโครงการและประสิทธิผล

๑. ระดับเป้าหมายและนโยบาย ในระดับนโยบายแห่งชาติอาจจะพอสรุปได้ว่า รัฐบาลทุกยุคทุกสมัยย่อมมีนโยบายที่จะส่งเสริมสภาพความเป็นอยู่หรือคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดีขึ้น องค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) ที่ทำหน้าที่ด้านการสงเคราะห์และแก้ปัญหาทางสังคมก็ย่อมมีนโยบายเช่นนี้เหมือนกัน จากนโยบายดังกล่าว อาจกำหนดเป้าหมายเพื่อวัดการสัมฤทธิ์ผลในสามด้านคือ

๑) ด้านการแก้ไขความเดือดร้อนหรือบำบัดรักษา กลุ่มบุคคลในเป้าหมาย คือ บุคคลผู้ด้อยโอกาสในสังคม เช่น ประชาชนในชุมชนแออัด เด็กเร่ร่อนจรจัด คนพิการ คนอนาถา คนชราไร้ที่พึ่ง เป็นต้น สวัสดิการสังคมด้านนี้ส่วนใหญ่ คือ สังคมสงเคราะห์ (social assistance) เพื่อให้คนเหล่านี้มีชีวิตอยู่ในสังคมได้เยี่ยงมนุษย์ และสามารถที่จะแก้ไขฟื้นฟูให้มีศักยภาพที่จะทำประโยชน์ให้แก่ตนเองและสังคมได้ต่อไปจากกล่าวได้ว่า สวัสดิการสังคมส่วนนี้ในสังคมไทยมีมานาน เป็นที่รับรู้กันทั่วไปอย่างไรก็ตามในแง่ของสัมฤทธิ์ผลแล้ว อาจกล่าวได้ว่าศักยภาพของรัฐในการช่วยเหลือประชาชนผู้ด้อยโอกาสยังทำได้ในขอบเขตจำกัด ยังมีประชาชนผู้ด้อยโอกาสอีกมากมายที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือ ตัวอย่างเช่น การสงเคราะห์คนชราโดยการช่วยเหลือเงิน ครอบคลุมคนชรายังไม่ทั้งหมดทั่วประเทศ รวมไปถึงประสิทธิภาพของการดำเนินงานด้วย

๒) ด้านป้องกันปัญหา เช่น ป้องกันเยาวชน ไม่ให้เยาวชนกลายเป็นบุคคลไร้อาชีพ ประพฤติตนเสื่อมเสีย โดยการฝึกอาชีพ พัฒนาความรู้ ป้องกันไม่ให้ประชาชนเจ็บไข้ได้ป่วย ซึ่งบั่นทอนศักยภาพของการผลิต โดยการสร้างและบริการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อป้องกันโรคระบาด และดูแลรักษาให้สุขภาพสมบูรณ์

๓) ด้านพัฒนาศักยภาพ ความคิด และจิตใจ สวัสดิการสังคมด้านนี้เน้นหนักไปที่ “ตัวคนและชุมชน” คือ การพัฒนาให้คนมีศักยภาพที่จะคิด ที่จะพัฒนา มีจริยธรรม รับผิดชอบต่อส่วนรวม เคารพต่อสิทธิและพิทักษ์สิทธิมนุษยชน เป็นการพัฒนาให้คนมีอารยธรรม

๒ ระดับโครงการและประสิทธิผล

๒.๑ โครงการสงเคราะห์ประชาชน ถ้าเป็นภาครัฐก็คือ โครงการของกรมประชาสงเคราะห์เป็นสำคัญ และเป็นหน่วยงานของรัฐที่เป็นที่ยอมรับของประชาชนว่าเป็นผู้มีบทบาท

ด้านนี้มาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน โครงการประเภทนี้มีเป้าหมายเพื่อช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสในสังคมดังกล่าวมาแล้ว ถ้าเป็นภาคเอกชนก็คือ งานสงเคราะห์ชุมชนของ NGOs ต่างๆ

๒.๒ โครงการประกันสังคม ซึ่งได้เริ่มใช้มาตั้งแต่ปี ๒๕๓๓, พรบ.ประกันสังคม ๒๕๓๓ การประกันมี ๗ ประเภท คือ (๑) ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย (๒) คลอดบุตร (๓) ทูพพลภาพ (๔) ตาย (๕) สงเคราะห์บุตร (๖) ชราภาพ และ(๗) ว่างาน

การดำเนินงานในช่วงแรกๆ แม้จะมีปัญหาหลายๆ ประการ โดยเฉพาะปัญหาการจัดการและการขอความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แต่หลังจากที่ได้มีการแก้ไขปรับปรุงแล้วก็ปรากฏว่าการดำเนินงานเป็นไปได้ดี ได้รับความร่วมมือทั้งจากนายจ้าง ลูกจ้าง และสถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน สำนักงานประกันสังคมเองก็ได้มีการเรียนรู้และมีประสบการณ์มากขึ้น ผลประโยชน์ที่เกิดแก่ลูกจ้างและรัฐบาลรวมไปถึงนายจ้างก็ชัดเจนมากขึ้น นั่นคือลูกจ้างมีหลักประกันในชีวิตดีขึ้น รัฐบาลสามารถมีระดับเงินออมในลักษณะ forced saving ได้มากขึ้น ในทางการเมืองก็ได้รับการยอมรับนับถือจากประชาชนมากขึ้น ส่วนนายจ้างก็ถือได้ว่าได้ประโยชน์ เพราะรัฐบาลออกเงินสมทบส่วนหนึ่ง ลูกจ้างก็ต้องออกเงินสมทบด้วยอีกส่วนหนึ่ง นายจ้างจึงไม่ถูกกดดันรับภาระสวัสดิการลูกจ้างแต่เพียงฝ่ายเดียว

การประกันสังคมนับได้ว่าเป็นก้าวใหญ่ๆ ของพัฒนาการด้านสวัสดิการสังคมขั้นต่ำ หรือ Social Safety Nets ในประเทศไทย ที่ก่อให้เกิดส่วนร่วมในโครงการ ทั้งจากลูกจ้าง นายจ้าง และรัฐบาล เป็นพื้นฐานรองรับการเปลี่ยนแปลงสู่สังคมอุตสาหกรรมที่จำนวนลูกจ้างจะต้องเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากระบบการผลิตได้พัฒนาสู่ความเป็นอุตสาหกรรมมากขึ้นเรื่อยๆ จะเห็นได้ว่าความสำคัญของโครงข่ายความมั่นคงปลอดภัย (Social Safety Nets) ในฐานะที่เป็นกลไกช่วยคนจนคนด้อยโอกาสให้มีชีวิตรอดอยู่ได้ท่ามกลางภาวะวิกฤติ เพื่อจะได้มีโอกาสสร้างชีวิตของตนเองและเป็นทรัพยากรมนุษย์ของระบบเศรษฐกิจสังคมต่อไปการไม่มี โครงข่ายความมั่นคงปลอดภัย (Social Safety Nets) เป็นการทำลายโอกาสของปัจเจกบุคคลและโอกาสทางสังคม ดังนั้นการทำให้ โครงข่ายความมั่นคงปลอดภัย (Social Safety Nets) บรรลุต่อวัตถุประสงค์และเป้าหมาย ให้สำเร็จต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งรัฐและเอกชนที่จะเข้ามามีส่วนร่วม

๓.ความมั่นคงทางสุขภาพ (Health Security)

UNDP ได้ให้ความหมายของคำว่า“ความมั่นคงของมนุษย์” หมายถึงการที่ประชาชนสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างปลอดภัยและอิสระและมั่นใจได้ว่าโอกาสที่เข้าได้รับอยู่ในปัจจุบันจะไม่สูญเสียไปในวันข้างหน้า ความมั่นคงของมนุษย์มี ๒ มิติหลักคือ

๑. ปลอดภัยจากภัยคุกคามที่เรื้อรัง อาทิ ความหิวโหย โรคร้ายต่างๆและภาวะความกดดัน

๒. การคุ้มครองจากการคุกคามอันฉับพลันในการดำเนินชีวิตปกติประจำวันไม่ว่าจะเป็นการทำงานหรือในชุมชน

ความมั่นคงด้านสุขภาพ เป็นองค์ประกอบของความมั่นคงของมนุษย์ จำนวน ๗ องค์ประกอบ ดังนี้

๑. ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ

๒. ความมั่นคงทางอาหาร

๓. ความมั่นคงด้านสุขภาพ

๔. ความมั่นคงด้านสิ่งแวดล้อม

๕. ความมั่นคงส่วนบุคคล

๖. ความมั่นคงของชุมชน

๗. ความมั่นคงทางการเมือง

ความมั่นคงทางสุขภาพ ได้มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับความมั่นคงด้านสุขภาพไว้หลายประเด็นเช่น

UNDP ได้ให้ความหมายของความมั่นคงทางสุขภาพหมายถึงการมีสุขภาพดีปลอดภัยจากโรคต่างๆ และความเจ็บไข้ได้ป่วยอื่นๆ รวมถึงการเข้าถึงบริการด้านการรักษาพยาบาลทุกคน

ความมั่นคงทางสุขภาพ ได้แก่ความไม่เป็นโรคร้ายแรง ไม่เจ็บไข้ได้ป่วย ถึงขั้นที่เป็นอุปสรรคต่อการประกอบอาชีพ หรือการดำเนินชีวิตตามปกติ และอีกนัย ความมั่นคงทางสุขภาพ หมายถึงการมีหลักประกันการคุ้มครองให้เกิดสุขภาพที่ยั่งยืน(พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕) ซึ่งจะครอบคลุมในเรื่องต่างๆดังนี้

๑. ความมั่นคงทางสังคม หมายถึงการที่ประชาชนดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มีชีวิตที่ยืนยาวอย่างมีคุณภาพ มีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมสงบสุข มีความปลอดภัยในชีวิตทรัพย์สิน มีความเอื้ออาทร ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยไม่มีการกีดกันและแบ่งแยกของคนในสังคม

๒. ความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจ หมายถึงการที่ประชาชนมีอาชีพที่มั่นคง มีรายได้เพียงพอในการดำรงชีวิต โดยมีปัจจัยพื้นฐานที่เพียงพอในการพึ่งตนเอง ลดช่องว่างระหว่างคนรวยและคนจน

๓. ความมั่นคงโครงสร้างพื้นฐาน หมายถึงการมีระบบการศึกษา ระบบบริการสุขภาพ ระบบการคมนาคมขนส่ง ระบบสาธารณสุขปโภค ระบบสื่อสารและโทรคมนาคมเพื่อมวลชน ระบบผังเมือง ระบบพลังงานและอื่นๆ ที่เหมาะสม

๔. ความมั่นคงทางทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม หมายถึงการที่มีการอนุรักษ์ พัฒนา คุ้มครอง บำรุงรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เพื่อการใช้ประโยชน์ร่วมกันอย่างเป็นธรรม และยั่งยืน

๕. ความมั่นคงในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต

๖. ความมั่นคงทางการเมือง หมายถึงการใช้อำนาจรัฐ การกำหนดนโยบายการบริหารประเทศมีความชอบธรรม สุจริตโปร่งใสและตรวจสอบได้ โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วม รวมทั้งการมีนโยบายสงเคราะห์เพื่อสุขภาพ

๗. ความมั่นคงที่เกี่ยวกับความยุติธรรม หมายถึงการมีระบบยุติธรรมที่มีประสิทธิภาพ เพื่อสร้างความเป็นธรรม โดยเสมอภาคกัน

๘. ความมั่นคงที่เกี่ยวกับการวิจัยและประยุกต์ใช้องค์ความรู้ และเทคโนโลยีด้านสุขภาพ เพื่อสร้างความเป็นธรรม โดยเสมอภาคกัน

๙. ความมั่นคงที่เกี่ยวกับความเชื่อ ศาสนา ประเพณีและวัฒนธรรม หมายถึงการเคารพในความแตกต่างสิทธิเสรีภาพของบุคคลชุมชนท้องถิ่น ที่เกี่ยวกับความเชื่อ ศาสนา ประเพณี และวัฒนธรรมต่างๆ

คำจำกัดความที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงทางสุขภาพ

๑. สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ

๒. สุขภาวะทางกาย หมายถึง ร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ รวมถึงความเป็นอยู่ทางกายภาพ เช่น เศรษฐกิจดี เศรษฐกิจพอเพียง มีสิ่งแวดล้อมดี ไม่มีอุบัติเหตุ เป็นต้น

๓. สุขภาวะทางจิต หมายถึง การที่มีจิตใจดี มีความสุข มีความสบายใจ มีความเมตตา กรุณา ไม่เข้าไปสู่สถานการณ์ความบีบคั้นต่างๆ

๔. สุขภาวะทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างคนในระดับต่างๆ เช่นในระดับครอบครัวหมายถึงความอบอุ่น มีปัจจัยสี่เป็นปัจจัยของความสุข ในระดับชุมชน หมายถึงชุมชนดี ชุมชนมีความเข้มแข็ง เศรษฐกิจชุมชนดี มีคุณค่ารวมกันและสามารถดูแลกันให้มีความสุขและขยายออกไปเป็นสังคมที่ใหญ่ขึ้น

ภัยคุกคามต่อความมั่นคงสุขภาพ หมายถึง สิ่งต่างๆที่มีผลเสียต่อสุขภาพเกิดขึ้นโดย

- โรคติดต่อเช่น โรคเอดส์ โรคติดต่ออื่นๆ โรคอุบัติใหม่ เป็นต้น
- โรคเรื้อรังต่างๆ เช่น มะเร็ง ความดันโลหิตสูง เป็นต้น
- ขาดน้ำดื่มที่สะอาดและปลอดภัย
- อากาศเป็นพิษ ทำให้เกิดโรคภัยต่างๆ
- ระบบการให้บริการสุขภาพสำหรับประชาชน โดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาส

การประกันสุขภาพและการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Health Insurance, Universal Health Coverage : UHC)

๑.ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

แนวคิดการประกันสุขภาพ (Health Insurance) เป็นการนำความเสี่ยงของแต่ละคนมารวมกันเป็นของกลุ่ม (Risk pooling) แล้วกระจายให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการแบกรับเฉลี่ยกัน ผู้เป็นสมาชิกจะต้องจ่ายเบี้ยประกัน (premium) ให้กับองค์กรที่ทำหน้าที่รับประกัน ซึ่งองค์กรนี้จะจ่ายทดแทนความเสียหายที่เกิดให้กับสมาชิกที่ประสบความเสี่ยนั้น ลดภาระความเสี่ยงของค่าใช้จ่ายจำนวนมากของแต่ละคนให้อยู่ในระดับที่ไม่มาก แต่ได้รับความคุ้มครองเกินกว่าเงินที่แต่ละคนจ่ายเป็นการเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่ายจำนวนมากที่ไม่แน่นอนของแต่ละคน ไปสู่ค่าใช้จ่ายจำนวนน้อยๆแต่คงที่ความเป็นไปได้ของการประกันขึ้นอยู่กับการมีสมาชิกจำนวนมากพอที่จะเฉลี่ยความเสี่ยงได้อย่างกว้างขวาง (ศุภสิทธิ์ พรณารุณทัย, ๒๕๔๔ ;จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, ๒๕๔๓)

การประกันสุขภาพมีความสำคัญอย่างมากในเศรษฐศาสตร์สุขภาพ ตามอุปสงค์และอุปทานของการดูแลสุขภาพ เป็นบทบาทของรัฐบาลในการจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพ (Folland, Goodman and Stano, ๒๐๐๑) ซึ่งพบว่าสาเหตุที่ต้องทำประกันสุขภาพ คือ

๑) ค่าใช้จ่ายการดูแลสุขภาพไม่แน่นอน ค่ารักษาพยาบาลที่เกิดตามสถานพยาบาลต่างๆมีแนวโน้มสูงขึ้น

๒) การเจ็บป่วยและอุบัติเหตุสามารถเกิดได้ตลอดเวลา

๓) ประชาชนส่วนใหญ่ไม่ได้เก็บเงินออมไว้เป็นค่ารักษาพยาบาลเมื่อตนเองเจ็บป่วย

๔) การประกันสุขภาพ มีระบบบริหารจัดการ การกำกับมาตรฐานการรักษา ทำให้ค่ารักษาพยาบาลถูกลง

๒. รูปแบบการประกันสุขภาพในประเทศไทย

ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยมี ๔ รูปแบบ ดังนี้ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ๒๕๔๖)

๑) สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ ครอบคลุมข้าราชการ เจ้าหน้าที่ พนักงาน และลูกจ้างประจำภาครัฐ (Public formal sector) อันรวมถึงพนักงานในหน่วยงานต่างๆ ของรัฐ (เช่นพนักงานรัฐวิสาหกิจ เจ้าหน้าที่องค์การของรัฐ ข้าราชการส่วนท้องถิ่น) และบุคคลในครอบครัว ได้รับการคุ้มครองโดยระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการหรือสวัสดิการของหน่วยงานนั้น ซึ่งคนกลุ่มนี้มีประมาณ ๗ ล้านคน

๒) ประกันสังคม เป็นระบบที่มีการระดมเงินทุนจากปัจเจกชนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในภาคเอกชน ตามข้อบังคับในกฎหมายลักษณะต่างๆ เป็นสิทธิเฉพาะตน นายจ้างที่มีลูกจ้างตั้งแต่ ๑ คนขึ้นไป จ่ายเงินสมทบกองทุนภายใน ๓๐ วัน (สำนักงานประกันสังคม, ๒๕๔๕) โดยผู้ประกันตนต้องร่วมจ่ายเงินสมทบกองทุน ผู้ประกันตนจะได้รับบัตรรับรองสิทธิการรักษายาบาลเมื่อได้ขึ้นทะเบียนและส่งเงินสมทบครบ ๓ เดือนแล้ว โดยผู้ประกันตนจะต้องเลือกสถานพยาบาลที่จะเข้ารับการรักษาเอง ระบบสวัสดิการลูกจ้างตามกฎหมายประกันสังคมซึ่งมีแหล่งที่มาของเงินทุนจากไตรภาคีได้แก่นายจ้าง ลูกจ้าง และเงินสมทบจากรัฐ ได้รับประโยชน์ทดแทน ๗ ประเภทได้แก่ กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ ตาย สงเคราะห์บุตร ชราภาพ และกรณีว่างงาน ได้เริ่มบังคับใช้ปี ๒๕๔๗

(๓) การประกันสุขภาพทั่วหน้า ครอบคลุมกลุ่มประชาชนที่อยู่ในภาคการจ้างงานแบบไม่เป็นทางการ (Informal Sector) เช่นเกษตรกร ผู้ใช้แรงงาน รับจ้าง ค้าขายส่วนตัว และประชาชนที่เหลือ

(๔) ระบบประกันเสริมหรือเฉพาะกรณี เช่นระบบประกันสุขภาพเอกชน ประกันภัยผู้ประสบภัยจากรถ กองทุนทดแทน แรงงานกรณีเจ็บป่วยจากการทำงาน

๓. พัฒนาการการประกันสุขภาพในประเทศไทย

ระบบประกันสุขภาพหลักในประเทศไทยในช่วงที่ผ่านมา ได้มีการดำเนินการแบบค่อยเป็นค่อยไป ในช่วงเกือบ ๕ ทศวรรษที่ผ่านมา (ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๓๗ - ๒๕๕๓) เมื่อพิจารณาตามช่วงการพัฒนาตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้เป็น ๓ ระยะหลักๆ ดังต่อไปนี้

(๑) ระยะก่อตั้งระบบประกันสุขภาพหลัก ในช่วง ๒ ทศวรรษแรกของการพัฒนา ได้แก่ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๓-๖ (พ.ศ. ๒๕๑๕ - ๒๕๓๔) มีการก่อตั้งระบบ

ประกันสุขภาพแก่ประชาชนกลุ่มต่างๆ แยกกัน เช่น ผู้อยู่ในระบบราชการและครอบครัว ลูกจ้างในภาคเอกชน ประชาชนผู้มีรายได้น้อยและกลุ่มด้อยโอกาสต่างๆ และประชาชนทั่วไป

(๒) ระยะการขยายตัวของระบบประกันสุขภาพหลัก ในช่วงทศวรรษที่สามของการพัฒนา ได้แก่ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๗-๘ (พ.ศ.๒๕๓๕- ๒๕๔๔) เป็นช่วงที่มีการขยายความครอบคลุมประชากรของระบบประกันสุขภาพอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะกลุ่มลูกจ้างภาคเอกชน กลุ่มประชาชนทั่วไป รวมถึงกลุ่มผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงต้องช่วยเหลือเกื้อกูล (เช่น ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้พิการ ทหารผ่านศึก ภิกษุสงฆ์) ขณะเดียวกัน ในระยะนี้ก็มีการปฏิรูปกลไกการจัดการบริหารการเงินการคลัง ระบบประกันสุขภาพหลักไปด้วย

(๓) ระยะการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ ช่วงทศวรรษปัจจุบัน ซึ่งเริ่มตั้งแต่หลังรัฐบาลมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ.๒๕๔๔ และมีการตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ จนถึงปัจจุบัน (พ.ศ.๒๕๕๘) ได้มีการขยายประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนกลุ่มที่เหลือทั้งหมด ให้มาเป็นส่วนหนึ่งในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยรวมระบบสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) และโครงการบัตรประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขเข้ามาด้วย และขยายความครอบคลุมไปยังประชาชนไทยกลุ่มที่เหลือซึ่งยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ ที่รัฐจัดให้ในระยะนี้ได้มีการปฏิรูปกลไกการจัดการบริหารการเงินการคลังในระบบหลักประกันสุขภาพไปด้วย

ตารางที่ ๒-๑ วิวัฒนาการระบบประกันสุขภาพหลักในประเทศไทย

| | ลูกจ้างหน่วยงานของรัฐ | ลูกจ้างเอกชนภาค ทางการ | อาชีพอิสระและภาค ไม่ทางการ |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--|--|
| ก่อน พ.ศ. ๒๕๑๘ | - แต่ละส่วนราชการตั้ง งบดูแลกันเอง | - เก็บค่าบริการใน สถานพยาบาลรัฐ - กระทรวงต่างๆตั้ง งบอุดหนุนค่าลดหย่อน สำหรับผู้จ่ายค่า รักษาพยาบาลไม่ได้ | - เก็บค่าบริการใน สถานพยาบาลรัฐ - กระทรวงต่างๆตั้ง งบอุดหนุนค่าลดหย่อน สำหรับผู้จ่ายค่า รักษาพยาบาลไม่ได้ |
| แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๓ (๒๕๑๕-๒๕๑๙) | - แต่ละส่วนราชการตั้ง งบดูแลกันเอง | - พรบ.กองทุนทดแทน สำหรับการเจ็บป่วยจาก การทำงาน (๒๕๓๗) | - บัตรรายได้น้อยหรือ โครงการสวัสดิการ รักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย สปร.(๒๕๑๘) |

| | ลูกจ้างหน่วยงาน ของรัฐ | ลูกจ้างเอกชนภาค ทางการ | อาชีพอิสระและภาค ไม่ทางการ |
|---------------------------------------|--|--|---|
| แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๔ (๒๕๒๐-๒๕๒๔) | -พระราชกฤษฎีกา สวัสดิการ รักษาพยาบาล ข้าราชการ (๒๕๒๓) โดยกรมบัญชีกลางเป็น ผู้ตั้งงบประมาณผู้เดียว | - พรบ.กองทุนทดแทน สำหรับการเจ็บป่วยจาก การทำงาน (๒๕๓๗) | - บัตรรายได้น้อยหรือ โครงการสวัสดิการ รักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย สปร.(๒๕๑๘) |
| แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๕ (๒๕๒๕-๒๕๒๙) | -พระราชกฤษฎีกา สวัสดิการ รักษาพยาบาล ข้าราชการ (๒๕๒๓) โดยกรมบัญชีกลางเป็น ผู้ตั้งงบประมาณผู้เดียว | - พรบ.กองทุนทดแทน สำหรับการเจ็บป่วยจาก การทำงาน (๒๕๓๗) | - โครงการบัตรสุขภาพ (๒๕๒๗)ภาคสมัครใจ (กองทุนหมู่บ้าน) |
| แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๖ (๒๕๓๐-๒๕๓๔) | -พระราชกฤษฎีกา สวัสดิการ รักษาพยาบาล ข้าราชการ (๒๕๒๓) โดยกรมบัญชีกลางเป็น ผู้ตั้งงบประมาณผู้เดียว | -กองทุนประกันสังคม สำหรับการเจ็บป่วยที่ ไม่ได้เกิดจากการทำงาน (๒๕๓๓) -ซื้อบริการจากทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน -จ่ายแบบเหมาจ่ายราย หัวรวมผู้ป่วยนอกและใน -จ่ายเพิ่มตามอัตราใช้ บริการ (๒๕๓๘) | - โครงการบัตรสุขภาพ (๒๕๒๗)ภาคสมัครใจ (กองทุนหมู่บ้าน) |

| | ลูกจ้างหน่วยงาน ของรัฐ | ลูกจ้างเอกชนภาค ทางการ | อาชีพอิสระและภาค ไม่ทางการ |
|--|--|--|--|
| -แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๗ (๒๕๓๕-๒๕๓๙) | -พระราชกฤษฎีกา สวัสดิการ รักษาพยาบาล ข้าราชการ (๒๕๒๓) โดยกรมบัญชีกลางเป็น ผู้ตั้งงบประมาณผู้เดียว | -กองทุนประกันสังคม สำหรับการเจ็บป่วยที่ ไม่ได้เกิดจากการทำงาน (๒๕๓๓) -ซื้อบริการจากทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน -จ่ายแบบเหมาจ่ายราย หัวรวมผู้ป่วยนอกและใน -จ่ายเพิ่มตามอัตราใช้ บริการ (๒๕๓๘) | -ขยาย สปร.ไปยังผู้สูงอายุ (๒๕๓๕)และกลุ่มอื่นๆ (๒๕๓๗) และนำไปจัด ด้านอุปสงค์มาใช้ในการ จัดสรรเพิ่มขึ้น -บัตรประกันสุขภาพ ๕๐๐ บาท (๒๕๓๗) โดยรัฐสมทบ ครึ่งหนึ่งบริหารจัดการ ระดับประเทศและจังหวัด |
| | -พรบ.ผู้ประสบภัยจากรถ (๒๕๓๖) | -พรบ.ผู้ประสบภัยจากรถ (๒๕๓๖) | -พรบ.ผู้ประสบภัยจากรถ (๒๕๓๖) |
| -แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๘ (๒๕๔๐- ๒๕๔๔) | - มาตรการควบคุม ค่าใช้จ่ายด้านอุป สงค์ (๒๕๔๒) | -จ่ายเพิ่มตามปัจจัยเสี่ยง (๒๕๔๔) | -ระเบียบกระทรวงการคลัง พ.ศ.๒๕๔๑จัดสรรเงินราย หัวผู้ขึ้นทะเบียนภายใน ๓ปี -โครงการSIP ใน ๖ จังหวัด (๒๕๔๒)ใช้เหมาจ่ายรายหัว ผู้ป่วยนอกและ DRG ภายใต้ งบรวมผู้ป่วยในและนาร่อง หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ใน ๖ จังหวัดภายใต้โครงการ SIP (๒๕๔๔) -ชดเชยค่าใช้จ่ายสูงบัตร ประกันสุขภาพด้วยกลุ่ม วินิจัยโรคร่วม (๒๕๔๒) -นาร่องประกันสุขภาพถ้วน หน้าใน ๖ จังหวัดภายใต้ โครงการ SIP (๒๕๔๔) |

พระราชบัญญัติประกันสังคม ปี พ.ศ. ๒๕๓๓ มาตรา ๔, ๕ กำหนดกลุ่มลูกจ้างที่ไม่ถูก
คุ้มครองตามพระราชบัญญัตินี้ว่า มาตรา ๔ พระราชบัญญัตินี้ไม่ใช้บังคับแก่

- (๑) ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราวรายวัน และลูกจ้างชั่วคราวรายชั่วโมง ของราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค และราชการส่วนท้องถิ่น ยกเว้นลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน
- (๒) ลูกจ้างของรัฐบาลต่างประเทศหรือองค์การระหว่างประเทศ
- (๓) ลูกจ้างของนายจ้างที่มีสำนักงานในประเทศ และไปประจำทำงานในต่างประเทศ
- (๔) ครูหรือครูใหญ่ของโรงเรียนเอกชนตามกฎหมายว่าด้วยโรงเรียนเอกชน
- (๕) นักเรียน นักเรียนพยาบาล นิสิตหรือนักศึกษาหรือแพทย์ฝึกหัดซึ่งเป็นลูกจ้างของโรงเรียน มหาวิทยาลัย หรือโรงพยาบาล

(๖) กิจการหรือลูกจ้างอื่นตามที่กำหนดในพระราชกฤษฎีกา

มาตรา ๕ ในพระราชบัญญัตินี้

“ลูกจ้าง” หมายความว่า ผู้ซึ่งทำงานให้นายจ้าง โดยรับค่าจ้างไม่ว่าจะเรียกชื่ออย่างไร แต่ไม่รวมถึงลูกจ้าง ซึ่งทำงานเกี่ยวกับงานบ้านอันมิได้มีการประกอบธุรกิจรวมอยู่ด้วย และในพระราชกฤษฎีกากำหนดลูกจ้างตามมาตรา ๔ (๖) แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ พ.ศ. ๒๕๔๕ ได้กำหนดไว้ในมาตรา ๔ ว่า

มาตรา ๔ ให้ลูกจ้างต่อไปนี้เป็นลูกจ้างตามมาตรา ๔ (๖) แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓

- (๑) ลูกจ้างของเนติบัณฑิตยสภา
- (๒) ลูกจ้างของสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์
- (๓) ลูกจ้างของสภากาชาดไทย
- (๔) ลูกจ้างของรัฐวิสาหกิจตามกฎหมายว่าด้วยแรงงานรัฐวิสาหกิจสัมพันธ์
- (๕) ลูกจ้างของกิจการเพาะปลูก ประมง ป่าไม้ และเลี้ยงสัตว์ ซึ่งมีได้ใช้ลูกจ้างตลอดปี และไม่มีงานลักษณะอื่นรวมอยู่ด้วย

(๖) ลูกจ้างของนายจ้างที่จ้างไว้เพื่อทำงานบ้านอันมีลักษณะเป็นครั้งคราว เป็นการจรหรือเป็นไปตามฤดูกาล

(๗) ลูกจ้างของนายจ้างที่เป็นบุคคลธรรมดา ซึ่งงานที่ลูกจ้างทำนั้นมิได้มีการประกอบธุรกิจรวมอยู่ด้วย

(๘) ลูกจ้างของนายจ้างซึ่งประกอบการค้าหรือการค้าแฝงลอย

ดังนั้นกฎหมายจึงกำหนดให้ความคุ้มครองเฉพาะลูกจ้างในระบบเท่านั้น มิได้หมายรวมถึงลูกจ้างนอกระบบแต่อย่างใด ในขณะที่แรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่ถูกนำเข้ามาทำงานในกิจการประมง ประมงต่อเนื่องและการเกษตร รวมทั้งทำงานบ้านเป็นจำนวนมาก แรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่จึงไม่สามารถเข้าสู่ระบบประกันสังคมและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายได้

สิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตน ได้ถูกกำหนดไว้ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๓๗ และ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๔๒ ภายใต้การดำเนินงานของสำนักงานประกันสังคม ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐเป็นส่วนราชการในสังกัดกระทรวงแรงงาน เป็นองค์กรที่มีอำนาจหน้าที่ ดูแลรับผิดชอบเกี่ยวกับการให้ความช่วยเหลือหรือสงเคราะห์ต่อผู้ประกันตน ในกรณีของการประกันสังคม รวม ๗ กรณี คือ (๑) กรณีประสบอันตราย

หรือเจ็บป่วยนอกงาน (๒) กรณีทุพพลภาพ (๓) กรณีคลอดบุตร (๔) กรณีตาย (๕) กรณีสงเคราะห์บุตร (๖) กรณีชราภาพ และ (๗) กรณีว่างงาน

ผู้ประกันตนซึ่งเข้ามาประกันตนในครั้งแรก ต้องส่งเงินสมทบกองทุนประกันสังคมจำนวนหนึ่งก่อนจึงจะมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนการเจ็บป่วย ทั้งนี้ขึ้นกับว่าประเทศไทยจะกำหนดเงื่อนไขอย่างไร แต่ส่วนใหญ่จะกำหนดเอาไว้ที่ ๓ งวดหรือ ๓ เดือน กรณีว่างงานจะมีสิทธิ เมื่อจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า ๖ เดือน โดยช่วง ๖ เดือนที่จ่ายเงินสมทบนี้ ถ้าไม่ติดต่อกันเมื่อรวมระยะเวลาทั้งหมดแล้ว ต้องอยู่ภายในระยะเวลา ๑๕ เดือน ก่อนการว่างงานลูกจ้างที่จะได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้ว ไม่น้อยกว่า ๑๕ ปี (ไม่ว่าระยะเวลา ๑๕ ปีนั้น จะติดต่อกันหรือไม่ก็ตาม) และลูกจ้างต้องมีอายุครบ ๕๕ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เงินสงเคราะห์บุตร เมื่อมีการประกาศให้ประโยชน์ทดแทน กรณีสงเคราะห์บุตรแล้วลูกจ้างที่ได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี จะมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนเป็นการสงเคราะห์บุตรไม่เกิน ๒ คน ประกันสังคมไม่ครอบคลุมการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยจากการทำงาน เพราะมีกองทุนทดแทนแรงงานทำหน้าที่คุ้มครอง กรณีบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจากการทำงานอยู่แล้ว ซึ่งกองทุนนี้จะจ่ายโดยนายจ้าง นอกจากนี้ทั้งประกันสังคม และกองทุนทดแทนแรงงาน ยังไม่คุ้มครองไปถึงสิทธิการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอีกด้วย

พระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. ๒๕๔๕ กำหนดไว้ในมาตรา ๕ ว่า **“บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและประสิทธิภาพตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัตินี้”** ทั้งนี้มีได้กำหนดนิยาม **“บุคคล”** ไว้ในพระราชบัญญัตินี้แต่อย่างใด

เมื่อพิจารณา สถานะบุคคล ในความหมายของรัฐไทย ได้มีการอธิบายว่า “ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยภูมิลำเนา ทำให้ประชากรในรัฐไทยถูกจำแนกออกเป็น ๒ ลักษณะ คือ บุคคลที่มีที่ดั่งบ้านเรือนในประเทศไทย “ย่อมมีสถานะเป็นผู้มีภูมิลำเนาตามกฎหมายเอกชนในประเทศไทย” ในขณะที่ประชากรที่ไม่มีบ้านเรือนในประเทศไทย “ย่อมไม่มี” สถานะเป็นผู้มีภูมิลำเนาตามกฎหมายเอกชนในประเทศไทย กฎหมายว่าด้วยการทะเบียนราษฎรในประเทศไทยในราว พ.ศ. ๒๕๔๒ ทำให้ประชากรในรัฐไทยถูกจำแนกออกเป็นบุคคลที่ได้รับการบันทึกชื่อในทะเบียนบุคคลของรัฐ ซึ่งทำให้มีสถานะเป็น “บุคคลที่มีรัฐให้ความคุ้มครอง” หรือมักเรียกสั้นๆได้ว่า “คนมีรัฐ” และบุคคลที่ไม่ได้รับการบันทึกชื่อในทะเบียนบุคคลของรัฐ ซึ่งทำให้มีสถานะเป็น “บุคคลที่ไม่ได้รับความคุ้มครองจากรัฐ” หรือที่มักเรียกสั้นๆว่า “คนไร้รัฐ Stateless” กฎหมายว่าด้วยสิทธิในสัญชาติไทยในประเทศไทยในราว พ.ศ. ๒๕๔๔ ทำให้ประชากรในรัฐไทยถูกจำแนกออกเป็น บุคคลที่ได้รับรองว่ามีสิทธิในสัญชาติไทยแล้ว ก็ย่อมมีสถานะเป็น “คนสัญชาติไทย” และ (๒) บุคคลที่ไม่ได้รับรองว่ามีสิทธิในสัญชาติไทยแล้ว ก็ย่อมมีสถานะเป็น “คนต่างด้าว” มีการตีความโดยคณะกรรมการกฤษฎีกาว่า “บุคคล” ตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ นั้นครอบคลุมเฉพาะบุคคลสัญชาติไทย

๓. ระบบประกันสุขภาพของประเทศต้นทางผู้อพยพแรงงานในประเทศ

พม่า (เมียนมา) กัมพูชาและลาว

๑. ประเทศพม่า (เมียนมาร์) ประเทศพม่าไม่มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ารัฐบาลพม่าจัดบริการด้านรักษาพยาบาลโดยประชาชนสามารถรับบริการโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ค่าตรวจรักษา แต่ประชาชนต้องจ่ายเงินซื้อเวชภัณฑ์และยาเพื่อใช้การรักษารักษาเองจากร้านขายยาเอกชน ทั้งนี้เนื่องจากรัฐบาลจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพ (Government Health Expenditure : GHE) ในแต่

ละป็น้อยมากกล่าวคือ ในช่วงปีงบประมาณ ๒๕๕๓-๒๕๕๕ (ปีงบประมาณของประเทศพม่า คือ ๑ เมษายน-๓๑ มีนาคม) ปรมาณร้อยละ ๒ ของ GDP (Gross Domestic Product) เท่านั้น การขาดการลงทุนพื้นฐานด้านสุขภาพ ส่งผลให้เกิดการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากได้ค่าตอบแทนน้อย มีปริมาณงานที่ล้นมือ อีกทั้งขาดแคลนเวชภัณฑ์และยาในการให้บริการทุกระดับ ข้อจำกัดนี้เอง ส่งผลให้มีภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมสำคัญในการให้บริการด้วย ทั้งนี้ ประเทศพม่ามีแพทย์ทั่วประเทศ ๑๗,๔๗๖ คน ในจำนวนนี้มีแพทย์ที่เปิดคลินิกเอกชน ทั่วประเทศมีจำนวน ๑๑,๑๔๕ คน หรือคิดเป็นร้อยละ ๖๘.๘

ในส่วนองระบบประกันสังคม พม่ามีกฎหมายคุ้มครองแรงงานได้จัดตั้งกองทุนประกันสังคม (Social Security Scheme) ที่ให้การดูแลแรงงานที่ได้รับบาดเจ็บจากการทำงานภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงแรงงาน กำหนดให้นายจ้างที่มีแรงงานตั้งแต่ ๕ คน ขึ้นไป ต้องจัดให้แรงงานเข้าสู่ระบบประกันสังคม โดยเงินกองทุนฯ มาจากสามส่วน โดยคำนวณจากรายได้ของลูกจ้างคือ จากนายจ้าง (ร้อยละ ๒.๕) ลูกจ้าง (ร้อยละ ๑.๕) และรัฐบาล แต่ในกรณีของรัฐไม่ได้กำหนดสัดส่วนตามรายได้ แต่คำนวณสัดส่วนตามการลงทุนของภาคธุรกิจนั้น ๆ เพื่อให้แรงงานที่อยู่ในระบบหลักประกันสังคมได้รับการดูแลรักษาสุขภาพและสวัสดิการอื่นๆ

สำหรับการประกันสุขภาพภาคเอกชนในพม่า ที่ผ่านมารัฐไม่มีนโยบายให้บริษัทเอกชนดำเนินธุรกิจการประกันสุขภาพในประเทศ แต่ในปี ๒๕๕๘ ที่กำลังจะเปิดเขตเศรษฐกิจและการค้าเสรีของประเทศอาเซียนรัฐบาลมีนโยบายที่จะให้บริษัทเอกชนเข้ามามีบทบาทและดำเนินกิจการธุรกิจประกันสุขภาพในประเทศได้

๒. ประเทศกัมพูชา

ระบบประกันสุขภาพในประเทศกัมพูชา แบ่งออกเป็นประกันสุขภาพที่รัฐจัดให้ตามกฎหมายและระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจ ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๒.๑ ระบบประกันสุขภาพที่รัฐจัดให้ตามกฎหมาย

๒.๑.๑ กองทุนประกันสังคมแห่งชาติ (National Social Security Fun : NSSF) รัฐบาลกัมพูชามีกฎหมาย ในการดูแลและสวัสดิการลูกจ้างแรงงาน ที่กำกับดูแลโดยกระทรวงแรงงาน โดยมีนโยบายให้การดูแลแรงงานที่ได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน และเงินบำเหน็จบำนาญหลังเกษียณงาน เงินกองทุนมาจากการร่วมจ่ายสามส่วน โดยคำนวณจากเงินรายได้ที่ลูกจ้างกล่าวคือ ลูกจ้างร้อยละ ๐.๘ นายจ้างร่วมจ่ายร้อยละ ๐.๕ และรัฐบาลสมทบเข้ากองทุนอีกร้อยละ ๐.๓ ในปี ๒๕๕๓ มีแรงงานที่ลงทะเบียนในระบบประกันสังคมจำนวน ๔๘๐,๔๔๖ คน ในจำนวนนี้กว่าร้อยละ ๘๐ เป็นแรงงานหญิง

๒.๑.๒ กองทุนประกันสังคมแห่งชาติเพื่อข้าราชการและครอบครัว (National Social Security Funds for Civil Servant : NSSFC) บริหารจัดการโดยกระทรวงสวัสดิการสังคมในปี ๒๕๕๕ กองทุนให้การดูแลข้าราชการจำนวน ๑๗๕,๐๐๐ คน และครอบครัวจำนวน ๔๖๕,๐๐๐ คน

๒.๑.๓ กองทุนเพื่อการดูแลทหารผ่านศึก (National Fun for Veterans : NFV) กองทุนนี้ให้การดูแลทหารปลดประจำการ ทหารประจำการและตำรวจ ให้การช่วยเหลือในด้านสุขภาพเงินช่วยเหลือด้านสังคม เงินชดเชยต่างๆ รวมทั้งเงินเกษียณอายุในปี ๒๕๕๓ จำนวนผู้ได้รับเงิน

เกษียณอายุมีจำนวน ๑๙๙,๐๐๐ คน ในจำนวนนี้เป็นทหารผ่านศึกปลดประจำการจำนวน ๒๘,๐๐๐ คน และผู้รอดชีวิตจากการสู้รบ จำนวน ๑๖๒,๐๐๐ คน

๒.๒ ประกันสุขภาพอื่นๆ

๒.๒.๑ กองทุนประกันสุขภาพชุมชน (Community Based Health Insurance : CBHI) จัดตั้งกองทุนโดยเงินช่วยเหลือจากองค์กรพัฒนาเอกชนระหว่างประเทศ กลุ่มเป้าหมายเป็นประชาชนทั่วไปที่ยากจน หรือเป็นผู้ที่มีรายได้น้อย ที่ได้รับการคัดเลือกตามข้อกำหนดของโครงการมีพื้นที่ในการดำเนินโครงการ ๑๘ อำเภอใน ๑๐ จังหวัด กองทุนให้การดูแลครอบคลุมผู้ซื้อประกันและครอบครัว โดยให้การช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล บริการด้านสุขภาพต่างๆ รวมทั้งค่าเดินทางเพื่อมารับบริการในปี ๒๕๕๓ มีผู้เข้าร่วมโครงการจำนวน ๑๗๐,๐๐๐ คน

๒.๒.๒ กองทุนประกันสุขภาพครอบครัวของเรา (Sokapheap Krousat Yeuyun : SKY) เป็นโครงการใหญ่ที่อยู่ภายใต้กองทุนประกันสุขภาพชุมชน (CBHI) เริ่มดำเนินการในปี ๒๕๕๐ โดยกองทุนให้การช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ มีเป้าหมายเพื่อลดภาระของครอบครัวที่เสี่ยงต่อความยากจน ครอบครัวที่เข้าร่วมกองทุนจะต้องจ่ายเงินเข้ากองทุนเป็นรายเดือนๆ ละ ๑๕-๕๗ บาท ขึ้นอยู่กับจำนวนสมาชิกครอบครัว เพื่อเข้ารับบริการในสถานบริการของรัฐใกล้บ้านเมื่อเกิดการเจ็บป่วย หรือเจ็บป่วยฉุกเฉินโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ในขณะที่เดียวกัน SKY ก็มีพัฒนาศักยภาพของสถานบริการของรัฐให้มีบริการที่มีคุณภาพ เพื่อรองรับผู้ที่อยู่ในกองทุนประกันสุขภาพนี้ด้วย โครงการนี้ให้ทุนในการดำเนินการโดยองค์กรพัฒนาเอกชนจากประเทศฝรั่งเศส GRET (Groupe de Recherche et d' Echange Technologique)

๒.๒.๓ กองทุนความเสมอภาคทางสุขภาพ (Health Equity Funds : HEF) ให้การดูแลผู้ยากไร้ และมีรายได้น้อย เป็นโครงการนำร่องที่ให้การสนับสนุนโดย University Research Co.LLC.(URC) โดยมีวัตถุประสงค์ให้ประชากรเป้าหมายสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรับบริการครอบคลุมในพื้นที่ ๒๕ อำเภอในทั้งหมด ๗๕ อำเภอ มีผู้ลงทะเบียนในกองทุนแล้วประมาณ ๓ ล้านคน ซึ่งรัฐบาลมีนโยบายในการขยายกองทุนให้สามารถครอบคลุมประชากรทั้งประเทศในปี ๒๕๕๗

๒.๒.๔ ประกันสุขภาพเอกชน มีบริษัทเอกชนที่มีแผนการขายประกันสุขภาพ ในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ประชาชนที่สนใจได้เลือกซื้อ เช่นประกันสุขภาพ ประกันชีวิต ประกันการบาดเจ็บจากการทำงาน เป็นต้น ที่ผ่านมารัฐกิจประกันเติบโตอย่างรวดเร็วตามกระแสการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ แต่ที่ยังไม่เป็นที่นิยมในวงกว้างเนื่องจากผลประโยชน์ที่ได้รับยังไม่หลากหลาย และครอบคลุมทุกกลุ่ม รวมทั้งบริษัทประกันต่างๆ มีปัญหาในการจ่ายเงินตามสิทธิประโยชน์ของผู้เอาประกันตามเงื่อนไขที่ทำไว้ในสัญญา แต่เศรษฐกิจของประเทศก็พุดูท่าทีกำลังขยายตัวอย่างรวดเร็ว ผลพวงเช่นนี้จะทำให้ธุรกิจประกันสุขภาพจะขยายตัวตามไปด้วย

๓. ประเทศลาว

ประเทศลาวมีระบบประกันสุขภาพสำหรับข้าราชการ แรงงานและกองทุนชุมชน เพื่อให้เกิดความครอบคลุมประชากรในกลุ่มต่างๆ แต่ก็ยังไม่สามารถดำเนินงานได้ครอบคลุมประชาชนทั้งประเทศ ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

๓.๑ กองทุนประกันสุขภาพข้าราชการ (Civil Servant Scheme : CSS) เป็นกองทุนที่ดำเนินการโดยกระทรวงแรงงาน และสวัสดิการสังคม โดยให้การดูแลข้าราชการและครอบครัว ทั้งนี้พบว่าในปี ๒๕๔๐ กองทุนสามารถจ่ายคืนค่าบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นของสมาชิกได้เพียงร้อยละ ๓๐-๕๐ เท่านั้น ดังนั้นในปี ๒๕๔๙ จึงได้มีการปฏิรูปผลประโยชน์ด้านสุขภาพ ภายใต้การสนับสนุนโครงการจากองค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization : ILO) นำร่องในจังหวัดเวียงจันทน์ เพื่อให้ประกันสุขภาพครอบคลุมข้าราชการทหาร หน่วยงานความมั่นคง ข้าราชการทั่วไปและครอบครัว

๓.๒ กองทุนประกันสังคม (Social Security Organization Scheme : SSOS) เป็นกองทุนให้การดูแลลูกจ้าง แรงงานทั่วภาครัฐและเอกชน โดยเป็นการร่วมจ่ายของลูกจ้างและนายจ้าง โดยลูกจ้างจ่ายร้อยละ ๔.๕ ของค่าตอบแทน และนายจ้างร่วมจ่ายร้อยละ ๕ รวมเป็นร้อยละ ๙.๕ ในจำนวนนี้ ร้อยละ ๒.๒ จะนำมาเพื่อจัดสรรในด้านการดูแลสุขภาพทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในแต่ไม่รวมอุบัติเหตุจากการจราจรและการบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการเสริมความงาม ข้อมูลจากรายงานศึกษาวิจัยเรื่องประกันสังคมในประเทศลาว ๒๕๕๕ (Lao PDR Social Security 2012) มีบริษัทร่วมเข้าเป็นสมาชิกกองทุนประมาณ ๓๗๐ แห่ง สามารถในการดูแลแรงงาน และสมาชิกครอบครัวได้มากกว่า ๔๐,๐๐๐ ครอบครัว

๓.๓ กองทุนประกันสุขภาพชุมชน (Community Based Health Insurance : CBHI) เป็นกองทุนที่จัดตั้งภายใต้สำนักงบประมาณและแผนงาน โดยองค์การอนามัยโลกสนับสนุนด้านวิชาการและองค์การสหประชาชาติกองทุนเพื่อความมั่นคงของมนุษย์ (United Nation Human Security Fund : UNHSF) สนับสนุนด้านงบประมาณ กองทุนสุขภาพชุมชนนี้เป็นกองทุนตามความสมัครใจที่ให้การดูแลทั้งครอบครัว การจ่ายเงินเข้ากองทุนคำนวณตามจำนวนสมาชิกในครอบครัว (ประมาณ ๔๐-๑๐๐ บาทต่อเดือน) ผลประโยชน์ที่สมาชิกได้รับคือ รักษาพยาบาลทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย รวมถึงบริการส่งเสริมสุขภาพ มีโรงพยาบาลอำเภอเป็นเครือข่ายการให้บริการและส่งต่อ การศึกษาวิจัยการประกันสุขภาพในประเทศลาว ในปี ๒๕๕๕ พบว่า กองทุนสามารถครอบคลุม ๗ อำเภอใน ๔ จังหวัด มีสมาชิก ๑๘,๗๓๐ คน จาก ๓,๙๗๙ ครอบครัวคิดเป็นร้อยละ ๖-๒๐ ของประชากรในพื้นที่เป้าหมาย ทั้งนี้พบว่า กองทุนมีสมาชิกที่จ่ายเงินล่าช้าร้อยละ ๒-๑๙ และนอกจากการเป็นสมาชิกร้อยละ ๑-๔ การมีประกันสุขภาพชุมชนส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดีขึ้น กล่าวคือ อัตราการใช้บริการสุขภาพของสมาชิกกองทุนฯ ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสูงกว่าค่าเฉลี่ยของการใช้บริการสุขภาพในระดับประเทศ

ประชากรกลุ่มเป้าหมายด้านสุขภาพที่สำคัญ

(Targeted Population (Migrant and Vulnerable non-Thai))

๑. การอพยพแรงงานมายังประเทศไทย ปัจจุบันประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการย้ายถิ่นในภูมิภาคในลักษณะที่เป็นทั้งประเทศต้นทาง ปลายทางและทางผ่านของผู้ย้ายถิ่น ด้วยเหตุที่ไทยเป็นประเทศหนึ่งในผู้นำด้านเศรษฐกิจในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และความแตกต่างทางเศรษฐกิจและประชากรของประเทศในภูมิภาค การย้ายถิ่นในประเทศไทยมีลักษณะเป็นแบบลูกโซ่

(Chain Migration) โดยแรงงานทักษะต่ำ (Unskilled labour) จากประเทศเพื่อนบ้านที่เศรษฐกิจอ่อนแอกว่า จะเดินทางเข้ามาทำงานในประเทศไทย ส่วนแรงงานไทยที่มีทักษะสูงกว่าเล็กน้อย ก็ย้ายถิ่นไปยังเขตเศรษฐกิจที่เข้มแข็งกว่าในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เอเชียตะวันออกกลางและภูมิภาคอื่นๆ ของโลก ถึงแม้ว่าประเทศไทย จะไม่ใช่ประเทศปลายทางที่สำคัญของการย้ายถิ่นข้ามชาติเมื่อเทียบกับประเทศที่มีการพัฒนาทางเศรษฐกิจอื่นๆ ในทวีปเอเชีย แต่เมื่อพิจารณาเฉพาะในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่าไทยเป็นประเทศปลายทางของการย้ายถิ่นเป็นอันดับที่สามารถรองจากประเทศมาเลเซียและสิงคโปร์ ตั้งแต่ปี ๒๕๒๑ เป็นต้นมา ประเทศไทยมีนโยบายดึงดูดแรงงานวิชาชีพและแรงงานฝีมือในกิจการขนาดใหญ่ และกิจการที่ได้รับการส่งเสริมการลงทุน หลังจากนั้นในปี ๒๕๓๔ ประเทศไทยต้องการแรงงานในระดับล่างในภาคการผลิตมากขึ้น เพื่อนำประเทศเข้าสู่ประเทศอุตสาหกรรมใหม่ (New Industry Community : NICs) ทำให้ดึงดูดแรงงานระดับล่างจากประเทศเพื่อนบ้านที่มีการจ้างงานในภาคการเกษตรเป็นหลัก เข้ามาเพื่อรองรับความต้องการในการพัฒนาเศรษฐกิจในประเทศ โดยการนำเข้าแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านมายังประเทศไทยนี้ได้เพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาหรือในระหว่างปี ๒๕๓๔-๒๕๕๓ และการกระจายไปยังพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศไทย

ด้วยลักษณะภูมิศาสตร์ ประเทศไทยตั้งอยู่ใจกลางของคาบสมุทรอินโดจีน ตำแหน่งที่ตั้งทำให้มีพรมแดนทางบกขจรยาวทางทั้งหมด ๕,๒๖๖ กิโลเมตร ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน ๔ ประเทศได้แก่ สาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมา(พม่า) สาธารณรัฐประชาชนลาว ราชอาณาจักรกัมพูชา และมาเลเซีย โดยพรมแดนที่ยาวที่สุดคือ ด้านประเทศพม่าในด้านตะวันตก ตั้งแต่ภาคเหนือจรดภาคใต้ตอนบนของประเทศรวมระยะทาง ๒,๒๐๒ กิโลเมตร รองลงมาคือประเทศลาวในภาคเหนือและตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศ รวมระยะทาง ๑,๗๕๐ กิโลเมตร และด้านประเทศกัมพูชาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับตะวันออกเฉียงใต้รวมระยะทาง ๗๕๘ กิโลเมตร สำหรับประเทศมาเลเซีย มีพรมแดนยาว ๕๗๖ กิโลเมตรทางด้านใต้สุดของประเทศ ด้วยเหตุดังกล่าวทำให้การเคลื่อนย้ายคนระหว่างพรมแดนเป็นไปได้โดยง่าย จากฐานข้อมูลของกระทรวงมหาดไทยปี ๒๕๕๖ ประเทศไทยมีจุดผ่านแดนกับประเทศเพื่อนบ้านใน ๓ ลักษณะคือ ๑) จุดผ่อนแดนถาวร ๒) จุดผ่อนปรน ๓) จุดผ่อนปรนประชาชน รวมทั้งสิ้นถึง ๘๙ จุด ที่เอื้ออำนวยให้มีการเคลื่อนย้ายสินค้าและการไปมาของผู้คนระหว่างประเทศให้มีความสะดวกมากยิ่งขึ้น

การที่ประเทศไทยมีค่าแรงขั้นต่ำสูงกว่าประเทศเพื่อนบ้าน จึงเกิดการหลั่งไหลของแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านคือ พม่า ลาว และกัมพูชา ที่มีประชากรในภาคเกษตรในสัดส่วนค่อนข้างสูงเป็น ๓ ลำดับแรกของภูมิภาค การมีชายแดนติดต่อกันและจุดผ่านแดนมากมาย ทำให้สามารถเดินทางผ่านเข้ามายังจังหวัดชายแดนไทยต่อเนื่องมายังจังหวัดเศรษฐกิจหลักสามารถทำได้โดยง่าย (กรณีประเทศมาเลเซียเป็นประเทศที่มีเศรษฐกิจและค่าแรงขั้นต่ำที่ดีกว่าประเทศไทยจึงเป็นประเทศนำเข้าแรงงาน) โดยในระยะแรกๆส่วนใหญ่เป็นการเข้ามาทำงานโดยไม่มีเอกสารเดินทางและเอกสารทำงาน

ตารางที่ ๒-๒ ประเทศที่มีค่าแรงสูงเป็นอันดับ ๑-๑๐ ใน AEC

| ประเทศ | รายได้ /เดือน (หน่วยเป็นบาท) | เฉลี่ยรายได้ต่อวัน |
|---------------|---------------------------------|--------------------|
| ๑. บรูไน | ๕๕,๐๐๐ บาท | ๑,๘๐๐ บาท |
| ๒. สิงคโปร์ | ๒๕,๐๐๐ บาท | ๘๐๐-๙๐๐ บาท |
| ๓. มาเลเซีย | ๙,๐๐๐ บาท | ๓๐๐ บาท |
| ๔. ไทย | ๙,๐๐๐ บาท | ๓๐๐ บาท |
| ๕. ฟิลิปปินส์ | ๘,๐๐๐-๙,๐๐๐ บาท | ๒๗๐-๓๐๐ บาท |
| ๖. อินโดฯ | ๕,๑๐๐ บาท | ๑๗๐ บาท |
| ๗. เวียดนาม | ๓,๐๐๐ บาท | ๑๐๐ บาท |
| ๘. ลาว | ๒,๕๐๐ บาท | ๘๓ บาท |
| ๙. กัมพูชา | ๒,๑๐๐ บาท | ๗๐ บาท |
| ๑๐. เมียนมาร์ | ๑,๗๐๐ บาท | ๕๖ บาท |

๒. ประชากรต่างด้าวในประเทศไทย

๒.๑ ประเภทคนต่างด้าวในประเทศไทย

คนต่างด้าวในความหมายตามพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง ปี พ.ศ. ๒๕๒๒ มาตรา ๔ หมายถึง บุคคลธรรมดาซึ่งไม่ได้มีสัญชาติไทย ซึ่งโดยนัยของความหมายนี้ รวมถึง แรงงานต่างชาติที่เข้าทำงานในประเทศไทย ครอบครัว บุตร และผู้ติดตาม ที่เข้ามาอาศัยอยู่ในช่วงระยะเวลาหนึ่งอย่างชั่วคราว หรือถาวร ทั้งที่มีเอกสารการเดินทางและอาศัยอย่างถูกต้องและไม่มีเอกสารใดๆ คนต่างด้าวยังรวมถึงบุคคลที่ยังไม่มีสัญชาติไทยที่กำลังรอพิสูจน์สัญชาติไทย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

๑) คนต่างด้าวที่เดินทางเข้า-ออกประเทศ อาศัยอยู่ชั่วคราวและนักท่องเที่ยวจากข้อมูลสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง ถือเป็นแหล่งข้อมูลที่ได้ในกลุ่มคนต่างด้าว ที่เดินทางเข้าประเทศได้มากที่สุด โดยคนกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีหนังสือเดินทางและเข้าออกผ่านขั้นตอนการตรวจลงตราประทับ (วีซ่า) อย่างถูกต้องตามกฎหมาย คนต่างด้าวในกลุ่มนี้ประกอบไปด้วย

๑.๑ นักท่องเที่ยว

๑.๒ คนต่างด้าวที่มีใบอนุญาตทำงานชั่วคราว

๑.๓ คนต่างด้าวที่เดินทางผ่านประเทศไทยเพื่อไปยังประเทศอื่นๆ

๑.๔ คนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตให้อยู่ชั่วคราวด้วยเหตุผลต่างๆ เช่น อยู่กับครอบครัวคนไทยเรียนหนังสือ ปฏิบัติภารกิจทางการทูต เป็นต้น

เมื่อพิจารณาจำนวนคนที่เดินทางเข้า-ออกในประเทศไทยในระหว่างปีพ.ศ.๒๕๕๔-๒๕๕๖ โดยตัดกลุ่มที่เดินทางผ่านประเทศไทยออกไป พบว่า มีคนต่างด้าวเข้าเมือง ปีละมากกว่า ๒๐ ล้านคน หากเปรียบเทียบจำนวนคนต่างด้าวที่เดินทางเข้าและออก พบว่าโดยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เดินทางเข้าประเทศและออกภายในปีเดียวกัน ทั้งนี้ ส่วนใหญ่ของคนต่างด้าวที่เดินทางเข้าประเทศเป็นนักท่องเที่ยว ในจำนวนของผู้ที่เข้า-ออกเมืองในแต่ละปี พบว่า มียอดคนค้างที่อาศัยอยู่ข้ามปีจำนวน ๔.๔ แสนในปี ๒๕๕๔ และ ๔.๘ แสนในปี ๒๕๕๕ (ข้อมูลปี ๒๕๕๖ มีถึงเดือนสิงหาคม) ซึ่งเห็นว่า นอกจากจำนวนนักท่องเที่ยวจำนวนมากที่หลั่งไหลเข้ามาในประเทศไทยที่ควรให้ความสนใจในการกำหนดมาตรการในการดูแลสุขภาพยังมีคนต่างด้าวจำนวนหนึ่งที่เมื่อเดินทางเข้ามายังประเทศและอาศัยอยู่ยาวนานข้ามปี ส่วนหนึ่งของคนกลุ่มนี้ คือ เข้ามาทำงานอย่างถูกต้องตามกฎหมายเป็นที่อาศัยอยู่ต่อ แม้ว่าวีซ่าจะหมดอายุแล้วก็ตาม ถือเป็นกลุ่มที่ควรศึกษาและให้ความสนใจเพื่อกำหนดมาตรการทางสุขภาพที่สอดคล้องต่อไป

๒) คนต่างด้าวที่ทำงานในประเทศไทย เนื่องด้วยประเทศไทยมีปริมาณของควยทำงานลดลงและวัยพึ่งพาเพิ่มขึ้น ประกอบกับอัตราการเกิดลดลงทำให้มีความต้องการแรงงานในระดับล่างเพิ่มขึ้น ซึ่งมีความจำเป็นที่ต้องนำเข้าแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านมาเป็นแรงงานทดแทน ในช่วง ๑๐ ปีที่ผ่านมามีความต้องการแรงงานต่างด้าวในสัดส่วนที่สูงขึ้น เพื่อทำงานในส่วนที่ยังขาดแคลนแรงงาน เช่น กรรมกรแบกหาม แม่บ้าน พนักงานรักษาความปลอดภัย คนทำความสะอาด ฯลฯ ซึ่งเป็นแรงงานที่เข้ามาโดยถูกต้องตามกฎหมายและผิดกฎหมาย จากรายงานผลการศึกษาค้นคว้าความต้องการแรงงานในช่วงปี 2553-2557 ของกรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงานพบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เพราะแรงงานต่างด้าวมีส่วนสำคัญที่ทำให้เศรษฐกิจประเทศไทยเติบโตได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในภาคการรับเหมาก่อสร้างและกิจการประมงจากรายงานสถานการณ์แรงงานต่างด้าว ปี ๒๕๕๕ สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงานพบว่า มีจำนวนแรงงานต่างด้าวในประเทศไทยทั้งสิ้นจำนวน ๑,๑๓๓,๘๕๑ คน และกว่าร้อยละ ๗๐ เป็นแรงงานจากประเทศพม่า โดยจำแนกแรงงานต่างด้าวตามพระราชบัญญัติการทำงานคนต่างด้าว พ.ศ.๒๕๑๑ เป็น ๔ กลุ่มใหญ่ ดังนี้

๒.๑ แรงงานต่างด้าวเข้าเมืองถูกกฎหมาย ตามมาตรา ๙ คือ คนต่างด้าวซึ่งเข้ามาในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราวตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมืองเพื่อทำงาน จากสถิติจำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานทั่วราชอาณาจักร ปี ๒๕๕๕ กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงานพบว่า มีจำนวน ๙๒๐, ๖๘๔ คน แรงงานกลุ่มนี้มีหนังสือเดินทางและได้รับใบอนุญาตทำงานชั่วคราว โดยแบ่งตามประเภทของใบอนุญาตทำงานได้ดังนี้

๑) ประเภทตลอดชีพ คือ คนต่างด้าวที่มีสิทธิอาศัยอยู่ถาวรในราชอาณาจักรไทยตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง พ.ศ.๒๕๒๑ มีเอกสารประจำตัวคนต่างด้าวและได้รับอนุญาตให้ทำงานได้ตลอดชีพ ปัจจุบันประเทศไทยไม่มีการออกใบอนุญาตตลอดชีพในลักษณะนี้แล้ว (กฎหมายใหม่คนต่างด้าวสามารถขอใบอนุญาตทำงานได้ โดยได้สิทธิครั้งละ ๒ ปี ซึ่งคือ ประเภททั่วไป) ทำให้คนต่างด้าวประเภทนี้ที่มีจำนวนคงที่อยู่ที่ ๑๔,๔๒๓ คน และลดลงเหลือ ๙๘๓ คน ในปีพ.ศ. ๒๕๕๔ จนถึงปัจจุบัน

๒) ประเภททั่วไป คือ คนต่างด้าวที่เข้ามาทำงานโดยได้รับใบอนุญาตชั่วคราวส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีทักษะการทำงาน (Skilled Labor) บางส่วนถูกส่งมาจากบริษัทแม่ในต่างประเทศที่เข้ามาลงทุนในประเทศไทยหรือเข้ามาทำงานชั่วคราวในงานที่ต้องใช้ทักษะและเทคโนโลยีขั้นสูง (Professional workers) มีความสามารถความชำนาญเฉพาะด้านหรือมีความสามารถทางการสื่อสารภาษาที่ยังทำคนไทยเข้าทำงานในประเทศไทยไม่ได้ บางส่วนเข้าทำงานในกิจการที่ตนเองลงทุนกิจการของคู่สมรสหรือกิจการที่ร่วมลงทุนกับคนไทยตั้งแต่ ๒ ล้านบาทขึ้นไป รวมทั้งผู้ทำงานในมูลนิธิ สมาคม องค์การเอกชนต่างประเทศ เป็นต้น เดิมคนต่างด้าวกลุ่มนี้ได้รับอนุญาตทำงานนานเท่าระยะเวลาของการได้รับอนุญาตให้อยู่ในประเทศตามการตรวจลงตรา (วีซ่า) แต่กฎหมายใหม่ปรับเป็นระยะเวลาครั้งละไม่เกิน ๒ ปี จากข้อมูลจำนวนคนต่างด้าวได้รับอนุญาตทำงานคงเหลือทั่วราชอาณาจักร ของสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว ณ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ พบว่าคนต่างด้าวในประเภททั่วไปนี้มีจำนวน ๙๕,๘๒๔ คน ส่วนใหญ่มาจากประเทศญี่ปุ่น อังกฤษ และจีน รองลงมาคือ ฟิลิปปินส์ อินเดีย และอเมริกา ตามลำดับนอกนั้นมาจากประเทศอื่นๆ จากทุกภูมิภาคของโลก ทั้งหมดมีตำแหน่งงานในระดับสูง เช่น ผู้จัดการ ครู อาจารย์ ประธานกรรมการ และผู้บริหารระดับสูง เป็นต้น

๓) ประเภทพิสุจน์สัญชาติ คือ คนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา ซึ่งเดิมคณะรัฐมนตรีมีมติผ่อนผันให้อยู่ในราชอาณาจักรไทยเป็นการชั่วคราว ระหว่างรอการส่งกลับอนุญาตให้ทำงานได้ ๒ ประเภท คือ กรรมกร และคนรับใช้ในบ้าน และได้รับการปรับเปลี่ยนสถานะจากแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง ให้เป็นแรงงานเข้าเมืองโดยถูกต้องตามกฎหมาย โดยได้รับการพิสุจน์สัญชาติและได้รับเอกสารรับรองสถานะจากเจ้าหน้าที่ประเทศต้นทาง คือ หนังสือเดินทางชั่วคราว (Temporary Passport) หรือเอกสารรับรองบุคคล (Certificate of Identity) เพื่อใช้เป็นเอกสารประกอบการขออนุญาตทำงาน ซึ่งจะได้รับอนุญาตทำงานมีระยะเวลาครั้งละไม่เกิน ๒ ปี และสามารถต่อใบอนุญาตได้หนึ่งครั้ง รวมแล้วไม่เกิน ๔ ปี ตั้งแต่ปี ๒๕๕๐ เป็นต้นมา แรงงานในกลุ่มนี้มีจำนวนเพิ่มมาเรื่อยๆ จากความก้าวหน้าของการพิสุจน์สัญชาติ ณ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ มีอยู่จำนวน ๙๑๗,๒๑๒ คน

๔) ประเภทนำเข้าตาม MOU คือ แรงงานต่างด้าวที่เข้ามาทำงานตามข้อตกลงว่าด้วยการจ้างแรงงานต่างด้าวระหว่างประเทศไทยกับประเทศคู่ภาคี (Memorandum of Understanding: MOU) ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยได้ทำข้อตกลงร่วมกับประเทศ ๓ ประเทศ คือ พม่า ลาว และกัมพูชา เพื่อนำเข้าคนต่างด้าวจากประเทศเพื่อนบ้านเข้ามาทำงานในประเทศไทยอย่างถูกต้องตามกฎหมาย แรงงานต่างด้าวประเภทนี้ได้รับอนุญาตทำงานได้ ๒ ประเภท คือ กรรมกร และคนรับใช้ในบ้าน โดยได้ใบอนุญาตทำงานครั้งละไม่เกิน ๒ ปี และต่อใบอนุญาตหนึ่งครั้ง รวมแล้วไม่เกิน ๔ ปี เช่นเดียวกับประเภทพิสุจน์สัญชาติ ณ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ มีแรงงานต่างด้าวในประเภทนี้จำนวน ๙๓,๒๖๕ คน

๒.๒ แรงงานต่างด้าวเข้าเมืองถูกกฎหมายตามมาตรา ๑๒ คือ คนต่างด้าวซึ่งเข้ามาทำงานในราชอาณาจักรตามกฎหมายพิเศษ เช่น กฎหมายส่งเสริมการลงทุน พ.ศ. ๒๕๒๐ กฎหมายการนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย พ.ศ.๒๕๒๒ หรือกฎหมายอื่นๆ และได้รับการปฏิบัติเป็นพิเศษ นายทะเบียนต้องออกใบอนุญาตให้คนต่างด้าวกลุ่มนี้ภายในเจ็ดวัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับแจ้ง ส่วนใหญ่เป็นแรงงานต่างด้าวที่มีฝีมือความชำนาญในทักษะความสามารถเฉพาะ ส่วนใหญ่ทำงานในนิคม

อุตสาหกรรม โรงงานอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ เช่น โรงงานผลิตรถยนต์ฟวง รถยนต์กึ่งฟวง โรงงานผลิตผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องดื่ม เป็นต้น คนต่างด้าวกลุ่มนี้มีักอยู่ตำแหน่งงานระดับสูง เช่น ผู้จัดการฝ่ายต่างๆ ช่างเทคนิควิศวกรรมศาสตร์ กรรมการผู้จัดการ เป็นต้น จากสถิติ ของสำนักบริหารแรงงานต่างด้าวตั้งแต่ปี ๒๕๔๙ พบว่า แรงงานในกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จาก ๒๒,๗๔๑ คน ในปี ๒๕๔๙ และเพิ่มตามลำดับ ณ เดือนสิงหาคม ปี ๒๕๕๖ มีจำนวน ๓๕,๓๒๕ คน ในจำนวนนี้ ครึ่งหนึ่งมาจากประเทศญี่ปุ่น รองลงมาคือ จีน อินเดีย จีนไต้หวัน และเกาหลีใต้ตามลำดับนอกนั้นมาจากประเทศอื่นๆ จากทุกภูมิภาคของโลก

๒.๓ แรงงานต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมาย ตามมาตรา ๑๓ การอนุญาตให้คนต่างด้าวหรือคนที่ไม่ใช่สัญชาติไทยทำงานตามประเภทที่คณะกรรมการกำหนดจำแนกเป็น

๑) ชนกลุ่มน้อยที่รอพิสูจน์สัญชาติไทย ตามมติคณะปฏิบัติฉบับที่ ๓๓๗ ลงวันที่ ๑๓ ธันวาคม พ.ศ.๒๕๑๕ จากรายงานของสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว พบว่า แรงงานต่างด้าวในกลุ่มนี้ลดจำนวนลงเรื่อยๆ อันเนื่องจากกระบวนการพิสูจน์สัญชาติไทยโดยมีจำนวน ๔๕,๐๒๙ คน ในปี ๒๕๔๙ และลดลงเหลือ ๑๙,๘๕๐ คน ณ เดือนสิงหาคมในปี ๒๕๕๖

๒) แรงงานต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมาย เป็นแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้าน คือ พม่า ลาว และกัมพูชา แรงงานกลุ่มนี้ได้รับอนุญาตให้อยู่ในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราวเพื่อรอการส่งกลับออกนอกราชอาณาจักรตามกฎหมายคนเข้าเมือง แรงงานต่างด้าวกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นแรงงานจากการย้ายถิ่นเนื่องจากความยากจน ปัญหาการว่างงาน และการขาดเสถียรภาพทางการเมืองของประเทศตนเองเพื่อแสวงหาชีวิตที่ดีกว่า ตลอดแนวชายแดนไทยมีคนต่างด้าวลักลอบเข้ามาทำงานในภาคเกษตรกรรม อุตสาหกรรม ประมงทะเล และผู้รับใช้ในบ้านเป็นจำนวนมาก แรงงานกลุ่มนี้เดิมมีจำนวนมากที่สุดในประเทศไทย ขึ้นอยู่กับ เงื่อนไขการจดทะเบียน จากสถิติของสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว พบว่าตั้งแต่ปี ๒๕๔๗ จำนวนที่ขึ้นทะเบียนมากที่สุดคือในปี ๒๕๕๕ มีถึงจำนวน ๑,๓๑๔,๓๘๒ คน และน้อยที่สุดคือ ในปี ๒๕๕๑ คือ ๕๐๑,๕๗๐ คน แรงงานในกลุ่มนี้ได้ทยอยพิสูจน์สัญชาติ กลายเป็นแรงงานในกลุ่มพิสูจน์สัญชาติและคงเหลือในประเภทนี้ ณ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ จำนวน ๑๙,๘๕๐ คน อย่างไรก็ตามแรงงานในกลุ่มนี้จำนวนมากไม่ได้เข้าสู่กระบวนการพิสูจน์สัญชาติในปี ๒๕๕๖รัฐบาลก็ไม่มียุทธศาสตร์นโยบายจดทะเบียนแรงงานเหล่านี้เพิ่มเติม ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าแรงงานต่างด้าวที่เข้าเมืองผิดกฎหมายที่ไม่ได้พิสูจน์สัญชาติ และไม่สามารถจดทะเบียนรายปีได้แล้วจะยังคงทำงานอยู่ในประเทศไทยแต่ไม่มีอยู่ในระบบรายงาน

๓) ผู้อพยพลี้ภัยตามแนวชายแดน สำนักงานข้าหลวงใหญ่ผู้ลี้ภัยแห่งสหประชาชาติ เป็นหน่วยงานหลักที่ดูแลผู้ลี้ภัยตามแนวชายแดนไทย โดยมีการจัดเก็บข้อมูลของคนต่างด้าวนี้ จากข้อมูลในเดือนมิถุนายน พ.ศ.๒๕๕๖ พบว่า ประเทศไทยมีผู้ลี้ภัยตามจังหวัดแนวชายแดนไทยจำนวนรวมทั้งสิ้น ๑๒๙,๐๑๙ คน ซึ่งเป็นผู้ที่หนีภัยความขัดแย้ง ภายในประเทศพม่าข้ามชายแดนตะวันออกของประเทศที่บริเวณชายแดนไทย-พม่า มาฝั่งฝั่งไทยต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลายาวนานกว่า ๓๐ ปี ซึ่งส่วนมากเป็นชนกลุ่มน้อย ชาวกระเหรี่ยงและกระเหรี่ยงแดง (กะยาห์) ผู้ลี้ภัยเหล่านี้อาศัยอยู่ในค่ายผู้ลี้ภัยหรือพื้นที่พักพิงชั่วคราว ๙ แห่ง ใน ๕ จังหวัดตามแนวชายแดนในประเทศไทย ได้แก่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน ๓ แห่ง จังหวัดตาก ๓ แห่ง จังหวัดเชียงใหม่ ๑ แห่ง จังหวัดกาญจนบุรี ๑ แห่ง และจังหวัดราชบุรี ๑ แห่ง ทั้งหมดรวมจำนวน ๑๒๙,๐๑๙ คน ในจำนวนนี้มีเพียง ๘๑,๐๗๗ คน ที่

ลงทะเบียนแล้วกับ UNHCR นอกจากนี้ UNHCR ยังมีผู้ลี้ภัยอีกจำนวน ๑๓,๐๐๐ คน ในอดีตมีค่ายผู้ลี้ภัยตามแนวชายแดนไทย-ลาว และชายแดนไทย-กัมพูชาด้วย หลังจากสถานการณ์ของทั้งสองประเทศได้คลี่คลายลง ค่ายผู้ลี้ภัยเหล่านี้ก็ทยอยปิดตัวลง ทำให้ปัจจุบันเหลือค่ายผู้ลี้ภัยเฉพาะในเขตชายแดนไทย-พม่า เท่านั้น

๔) บุคคลที่รอการพิสูจน์สัญชาติไทย บุคคลที่รอการพิสูจน์สัญชาติไทยหรือบุคคลที่ไร้สัญชาติ (Stateless person) หมายถึง บุคคลที่ไม่สามารถระบุได้ว่า เป็นผู้ที่มีสถานะที่เป็นสมาชิกของประเทศใดในโลกหรือไม่ในประเทศใดในโลกให้การยอมรับว่าเป็นสมาชิกหรือเคยเป็นสมาชิกของประเทศทำให้มีปัญหาด้านสถานะและสิทธิที่ซับซ้อนด้วยกฎหมายของประเทศ คนเหล่านี้ อาจเกิดจากบิดามารดาที่เป็นคนไทยโดยกฎหมายแต่ตกลงทางทะเบียนทำให้ต้องเข้าสู่ขบวนการพิสูจน์สัญชาติไทย เพื่อให้มีโอกาสได้ใช้สิทธิต่างๆ เช่นเดียวกับประชาชนของประเทศ จำนวนบุคคลไร้สัญชาติที่มีปัญหาด้านสถานะและสิทธิในประเทศไทยในปี ๒๕๕๓ มีจำนวน ๔๕๗,๔๐๙ คน เป็นกลุ่มคนที่มีตัวตนจริง มีเอกสารประจำตน มีชื่อในทะเบียนบ้านและได้สิทธิอาศัยอยู่ในผืนแผ่นดินไทยอย่างถูกต้อง ที่ผ่านมามีบุคคลเหล่านี้ได้รับสิทธิขั้นพื้นฐาน เช่น การจดทะเบียนการเกิดให้แก่บุตรที่เกิดในประเทศไทย ซึ่งจะเป็นเอกสารแสดงตนที่สำคัญสิทธิด้านการศึกษาจากมติดคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๕ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๔๘ ที่ขยายโอกาสทางการศึกษาแก่นักเรียนทุกคนที่มีชื่ออยู่ในระบบทะเบียนราษฎร แต่อาจยังไม่มีสถานะที่ถูกต้องตามกฎหมาย โดยสถานศึกษาได้รับเงินอุดหนุนรายหัวในอัตราค่าใช้จ่ายรายหัวที่ให้กับเด็กไทยสำหรับสิทธิในด้านการทำงาน บุคคลเหล่านี้ยังสามารถทำงานได้ตามพระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ.๒๕๕๑

๒.๒ ประชากรต่างด้าวกลุ่มเป้าหมาย

ในอดีตถึงปัจจุบันลักษณะการเคลื่อนย้ายแรงงานในประเทศอาเซียน คือ ประเทศต้นทางของการอพยพแรงงานเป็นประเทศที่มีประชากรหนาแน่น มีอัตราการว่างงานสูง โดยเฉพาะแรงงานมีฝีมือ ส่วนประเทศปลายทางเป็นประเทศที่มีการชะลอตัวของอัตราเพิ่มประชากร และมีการพัฒนาการทางอุตสาหกรรมทำให้เกิดการขาดแคลนแรงงาน โดยเฉพาะแรงงานระดับล่าง ประเทศต้นทางในกลุ่มอาเซียน ได้แก่ ฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย เวียดนาม พม่า กัมพูชา และลาวส่วนประเทศปลายทาง ได้แก่ ประเทศบรูไน สิงคโปร์ มาเลเซียและไทย ในจำนวนนี้มีประเทศที่มีสถานะทั้งนำเข้าและส่งออกแรงงานด้วยเช่นประเทศไทยส่งออกแรงงานไปยังไต้หวัน ญี่ปุ่น เกาหลีและตะวันออกกลาง ประเทศกัมพูชานำเข้าแรงงานจากประเทศเวียดนามเป็นต้น

ประชากรของประเทศในกลุ่มอาเซียนมีประมาณ ๖๐๐ ล้านคน เป็นประชากรที่อยู่ในวัยแรงงานประมาณ ๓๐๗ ล้านคน และประชากร ๑๔๘ ล้านคน มีรายได้ต่อวันต่ำกว่า ๖๔ บาท และ ๒๘.๘ ล้านคน มีรายได้ต่อวันต่ำกว่า ๓๒ บาท หากพิจารณาในระดับประเทศ พบว่า ประเทศอินโดนีเซียมีจำนวนประชากรในวัยแรงงานมากที่สุดในบรรดาประเทศสมาชิก คือ ๑๒๐ ล้านคน รองลงมาคือ เวียดนาม ๕๒ ล้านคน ฟิลิปปินส์และไทยมีประมาณ ๔๐ ล้านคน พม่า ๒๘ ล้านคน มาเลเซีย ๑๒ ล้านคน กัมพูชา ๘ ล้านคน ลาว ๓ ล้านคน สิงคโปร์ ๒.๙ ล้านคน และบรูไน ๐.๒ ล้านคน ตามลำดับ สำหรับแรงงานที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย ทั้งระดับล่างและแรงงานฝีมือมีประมาณ ๑.๘ ล้านคน (ไม่รวมแรงงานข้ามชาติเข้าเมืองผิดกฎหมายที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน) คิดเป็นร้อยละ ๐.๖ ของแรงงานทั้งหมดของประเทศกลุ่มอาเซียน การเคลื่อนย้ายแรงงานในภูมิภาคเป็นการเคลื่อนย้ายแบบ

ชั่วคราว มีสัญญาจ้างไม่เกิน ๒ ปี ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งประเด็นสำคัญของการอพยพแรงงานในประเทศกลุ่มอาเซียน คือ ยังมีจำนวนมากเป็นการอพยพที่ไม่ถูกกฎหมาย

ปัจจุบัน ประชาชนของประเทศอาเซียน สามารถใช้หนังสือเดินทางโดยไม่ต้องประทับตราวีซ่า (แต่ยังต้องผ่านกระบวนการตรวจคนเข้าเมือง) เพื่อเดินทางไปประเทศต่างๆ ในอาเซียนได้ในระยะเวลาที่กำหนดในแต่ละประเทศ ซึ่งมีผลต่อการเคลื่อนย้ายบุคคลธรรมดา โดยเฉพาะทางด้านการท่องเที่ยวและการไปมาหาสู่กันเพื่อติดต่อทางการค้าและแลกเปลี่ยนวิชาการ การเคลื่อนย้ายแรงงานภายในประเทศอาเซียน

โอกาสที่ประเทศกลุ่มอาเซียนจะเป็นเขตประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community : AEC) ในปี ๒๕๕๘ ได้เปิดให้มีการย้ายถิ่นของแรงงานฝีมือ แรงงานในระดับวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล วิศวกร นักบัญชี สถาปนิก และนักสำรวจ โดยมีการทำข้อตกลงยอมรับร่วม(Mutual Recognition Agreements : MARs) เพื่อกำหนดคุณสมบัติในแต่ละสาขาวิชาชีพให้บุคลากรเหล่านั้นมีการเคลื่อนย้ายอย่างเสรี นอกจากการเคลื่อนย้ายแรงงานวิชาชีพแล้ว อาเซียนยังทำข้อตกลงร่วมกันในการกำหนดสัดส่วนการถือครองการลงทุนในภาคธุรกิจของประเทศสมาชิกเท่าเทียมกันในร้อยละ ๗๐ ดังนั้น สิ่งที่จะคาดว่าจะตามมาคือ การเคลื่อนย้าย การลงทุน และฐานการผลิต ดังนั้น การเคลื่อนย้ายแรงงานทั้งแรงงานฝีมือ และแรงงานไร้ฝีมือจึงต้องเกิดขึ้นในอนาคตอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ แม้ว่าโอกาสการเคลื่อนย้ายการลงทุนในอนาคตดูเหมือนจะทำให้ อาจมีการย้ายฐานการลงทุนและการผลิตออกจากประเทศไทย ไปยังประเทศที่ต้นทุนต่ำกว่าเช่น พม่า เวียดนาม และกัมพูชา อย่างไรก็ตาม อัตราค่าแรงที่มากกว่าประเทศเพื่อนบ้าน ก็ยังคนเป็นปัจจัยดึงดูดให้แรงงานต่างด้าวยังคงต้องการเข้ามาทำงานในประเทศไทย โดยนอกจากประเทศพม่า ลาว และกัมพูชาแล้ว ประเทศเวียดนามก็อาจมีแนวโน้มอพยพแรงงานเข้ามาทำงานในประเทศไทยได้ เนื่องด้วยแรงจูงใจในด้านค่าแรงขั้นต่ำ ดังแสดงในตารางต่อไปนี้ ซึ่งปัจจุบันในประเทศไทย ก็สามารถพบเห็นแรงงาน ต่างด้าวชาวเวียดนามที่ทำงานในประเทศไทย แต่ก็ยังไม่มีการรายงานและระบบจดทะเบียนรองรับอย่างเป็นทางการ

การที่ประเทศไทยจะมีการปรับสัดส่วนการลงทุนจากร้อยละ ๔๙ เป็นร้อยละ ๗๐ ในปี ๒๕๕๘ นั้น คาดว่าจะมีการลงทุนเพิ่มขึ้นในภาคธุรกิจต่างๆ ทำให้มีการขยายตัวทางเศรษฐกิจตามมา เนื่องจากประเทศไทยมีจุดแข็งคือ เป็นฐานการผลิตสินค้าอุตสาหกรรมและสินค้าเกษตรหลายรายการที่เป็นรายใหญ่ของโลก มีที่ตั้งเอื้อต่อการเป็นศูนย์กลางโครงข่ายเชื่อมโยงคมนาคมด้านต่างๆ มีสาธารณูปโภคพื้นฐานทั่วถึง มีระบบธนาคารค่อนข้างเข้มแข็ง ดังนั้น ประเทศไทยยังคงมีความต้องการแรงงานอย่างต่อเนื่องประกอบกับการขาดแคลนแรงงานภายในประเทศ จึงทำให้ต้องมีการนำแรงงานต่างด้าวมาทดแทนอยู่ดี เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงหลังจากที่ประเทศไทยเข้าสู่ประชาคมอาเซียนเพื่อพิจารณาว่าแรงงานกลุ่มไหนที่ประเทศไทยควรให้ความสนใจเป็นพิเศษ ข้อมูลสัดส่วนของแรงงานต่างด้าวพบว่า แรงงานประเภทฝีมือทักษะสูง และวิชาชีพ ซึ่งมีสัดส่วนเพียงร้อยละ ๑๒.๘ ของแรงงานต่างด้าวทั้งหมดทั้งหมดในประเทศ เป็นแรงงานที่ได้รับการดูแลจากหน่วยงาน องค์กรหรือบริษัทที่ทำงานอยู่ อีกทั้งคนต่างด้าวเหล่านี้ มีค่าตอบแทนตามมาตรฐานวิชาชีพของตำแหน่งงานนั้นๆ รวมทั้งได้รับสวัสดิการด้านสุขภาพและสังคม ที่บางส่วนครอบคลุมถึงครอบครัวและการศึกษาของบุตรด้วย คนต่างด้าวกลุ่มนี้สามารถเข้าถึงบริการพื้นฐานต่างๆ ได้ดีกว่า เมื่อเทียบ

กับแรงงานต่างด้าวไร้ฝีมือหรือแรงงานในระดับล่างที่มากถึงร้อยละ ๘๗.๒ ของแรงงานต่างด้าวในประเทศและส่วนใหญ่เป็นแรงงานจากประเทศที่มีพรมแดนติดต่อกับประเทศไทย คือ พม่า ลาว และ กัมพูชา แรงงานเหล่านี้ยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน โดยเฉพาะบริการด้านสุขภาพ ถึงแม้ว่ารัฐบาลไทยจะมีมาตรการในการดูแลสุขภาพ โดยให้แรงงานต่างด้าวเข้าสู่ระบบประกันสังคม เช่นเดียวกับคนไทย แต่ไม่ครอบคลุมแรงงานในบางกลุ่มวิชาชีพเช่นกิจการประมง ประมงต่อเนื่อง เกษตรและปศุสัตว์ เกษตรต่อเนื่อง แรงงานตามฤดูกาล ป่าไม้ ก่อสร้าง และผู้รับใช้ในบ้าน เป็นต้น รวมถึงแรงงานที่ทำงานโดยไม่มีเอกสารซึ่งคาดว่าจะมีจำนวนมาก

จากสถานการณ์ความต้องการแรงงานในประเทศในการพัฒนาเศรษฐกิจหลังการเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ทำให้มีคนไทยต่างด้าวเข้ามาอยู่ในประเทศไทยจำนวนมาก สิ่งที่ต้องคำนึงไม่ได้ คือ ปัญหาการจัดการทั้งในเรื่องระบบบริการสาธารณสุข ระบบการศึกษา ระบบสวัสดิการสังคมต่างๆ ซึ่งสถานะดังกล่าว รัฐบาลคงต้องพิจารณากำหนดนโยบายการดูแลที่สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างจริงจัง ในอนาคตอันใกล้ที่ประเทศในภูมิภาคอาเซียนจะเปิดให้มีการเคลื่อนย้ายวิชาชีพทางการแพทย์และพยาบาล ประเทศไทยอาจใช้โอกาสนี้ในการเปิดให้บุคลากรเหล่านี้ได้ทำงานร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขไทย ในการให้บริการสุขภาพแก่แรงงานต่างด้าวที่มาจากประเทศเดียวกันเพื่อลดภาระของบุคลากร และระบบในการดูแลคนต่างด้าวที่มักพบปัญหาในการสื่อสาร และความแตกต่างทางวัฒนธรรม และให้ระบบสุขภาพไทยสร้างสมดุลในการดูแลคนไทย และคนต่างด้าวที่อาศัยอยู่ร่วมกันในประเทศต่อไป

๒.๓ ระบบการดูแลสุขภาพประชากรกลุ่มต่างๆในประเทศไทย

๒.๓.๑. ระบบการดูแลสุขภาพคนไทย

ในอดีตประชาชนในประเทศไทยใช้บริการสุขภาพที่โรงพยาบาลรัฐ จะต้องจ่ายค่าบริการสุขภาพเองตามที่ใช้บริการจริง สำหรับผู้ที่ไม่มียกจ่าย รัฐได้ใช้แนวทางการสงเคราะห์ภายใต้โครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย ด้านการรักษาพยาบาล โดยดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๑๘ นอกเหนือจากผู้มีรายได้น้อยแล้ว ยังมีสวัสดิการรักษายาบาลอื่นๆที่รัฐจัดให้กับกลุ่มต่างๆ เช่น โครงการสงเคราะห์ผู้สูงอายุด้านการรักษาพยาบาลเริ่มในปี พ.ศ. ๒๕๓๔ โครงการประกันสุขภาพแก่เด็กแรกเกิดถึงอายุ ๑๒ ปี เริ่มในปี พ.ศ. ๒๕๓๔ ที่พัฒนามาจากโครงการประกันสุขภาพแก่เด็กนักเรียนประถมศึกษา นอกจากนี้ยังมีโครงการสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ลูกจ้างประจำรวมถึงพนักงานรัฐวิสาหกิจ ซึ่งความครอบคลุมถึง บิดา มารดา คู่สมรสและบุตรของผู้มีสิทธิด้วย และโครงการสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย เช่น ผู้พิการ ทหารผ่านศึก กำนัน ผู้ใหญ่บ้านและอาสาสมัครประเภทต่างๆ

ในปี พ.ศ. ๒๕๔๕ รัฐบาลไทยได้ออกพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๕ ภายใต้พระราชบัญญัตินี้ ได้มีการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ให้เป็นองค์กรของรัฐภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะประธานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดย สปสช. ทำหน้าที่สำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการฯ ชุดนี้ สปสช. มีภารกิจหลักในการบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมาตรฐาน และบริหารจัดการเงินกองทุนฯ อย่างมีประสิทธิภาพ โปร่งใส สามารถตรวจสอบได้ ระบบสุขภาพภายใต้หลักประกัน

สุขภาพถ้วนหน้านี้ ทำให้ผู้เข้ารับบริการสุขภาพที่มีสัญชาติไทย สามารถแสดงบัตรประจำตัวประชาชน เพื่อขอเข้ารับบริการ ณ สถานบริการสุขภาพที่ใดลงทะเบียนไว้ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ หลังจากที่ประเทศไทยได้ใช้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากกว่า ๑๐ ปี พบว่าประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น จำนวนผู้ที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการลดลง จากข้อมูลการสำรวจในปี 2553 พบว่า มีประชาชนเพียงร้อยละ ๑.๔๔ และ ๐.๔ ที่เจ็บป่วยและมีความจำเป็นต้องได้รับการบริการสุขภาพ แต่ไม่สามารถได้รับการบริการ ซึ่งนับว่าน้อยกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว

นอกจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังมีการประกันสุขภาพในลักษณะบังคับและสมัครใจ โดยตั้งเป็นกองทุนเพื่อใช้กับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ในกรณีต่างๆ ได้แก่

๑) กองทุนเงินทดแทน พ.ศ. ๒๕๑๕ เพื่อสร้างหลักประกันให้แก่ลูกจ้างที่ได้รับอันตราย หรือมีการเจ็บไข้ได้ป่วยอันเกิดจากสภาพของการทำงาน ให้ได้รับการรักษาพยาบาลรวมถึงได้รับเงินช่วยเหลือทดแทนตามเหตุการณ์และตามความจำเป็น

๒) กองทุนประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เป็นหลักประกันแก่ลูกจ้างในด้านการรักษาพยาบาล คลอดบุตร สงเคราะห์บุตร ทูพพลภาพ เสียชีวิต ชราภาพและการว่างงาน

๓) การประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติคุ้มครอง ผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. ๒๕๓๕ ครอบคลุมค่ารักษาพยาบาลและกรณีทุพพลภาพ โดยมีบทบังคับให้เจ้าของยานพาหนะ ต้องซื้อกรมธรรม์กับบริษัทประกันภัยเอกชน

๔) การประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน เป็นการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจของประชาชนที่สามารถจ่ายค่าเบี้ยประกันได้ จำแนกได้เป็น ๒ ประเภทคือ การประกันส่วนบุคคลและการประกันสุขภาพหมู่

๒.๓.๒ ระบบการดูแลสุขภาพคนต่างด้าวสัญชาติพม่า ลาวและกัมพูชา

การที่ประเทศไทยได้ใช้แนวทางประกันสุขภาพ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อเอื้ออำนวยให้ประชาชนไทยเข้าถึงบริการสุขภาพโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ดังนั้น แนวคิดและหลักการของการประกันสุขภาพจึงได้ใช้เป็นแนวทางหลักในการสร้างความครอบคลุมของบริการสุขภาพของทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย เมื่อมีคนต่างด้าวสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา เข้ามาทำงานในประเทศไทยจำนวนมาก กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดให้มีการประกันสุขภาพประจำปีสำหรับแรงงานต่างด้าว ภายใต้การกำกับของสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งต่อมาในปี ๒๕๕๒ ได้มีการปรับโครงสร้าง และบทบาทภารกิจภายในกระทรวงสาธารณสุข ภารกิจการจัดการบริการและประกันสุขภาพนี้ จึงได้ย้ายมาอยู่ในสังกัดของสำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทำให้สามารถกำกับดูแลโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศได้โดยตรง

การประกันสุขภาพคนต่างด้าวสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา เริ่มมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๔ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ออก “มาตรการและแนวทางการดำเนินการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว” เป็นแนวทางให้โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดฯ กระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศทั้งประเทศมีโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนรับไปดำเนินการ สำหรับในกรุงเทพมหานคร กระทรวงสาธารณสุขได้มอบหมายให้กรมการแพทย์บริหารจัดการ โดยใช้โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ และโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร นอกจากนี้ยัง

โรงพยาบาลเอกชนจำนวน ๒ โรง ที่รับประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวในจังหวัดสมุทรสาครและ กรุงเทพมหานครที่มีประชากรต่างด้าวอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น

ข้อสังเกตหนึ่งที่ได้จากการตรวจและรับประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๗-๒๕๕๔ พบว่า การจัดการประกันสุขภาพนั้น มีการปรับเปลี่ยนในลักษณะปีต่อปี ตามมติ คณะรัฐมนตรีซึ่งต้องมีการพิจารณาทุกปี โดยมติฯ ดังกล่าวจะเน้นแนวทางการจัดระบบแรงงานต่างด้าว เป็นหลักโดยมีคณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง (กบร.) ที่นำโดยกระทรวง แรงงานมีบทบาทหลักในการนำมติกรมไปปฏิบัติ ส่วนหน่วยงานอื่นๆ รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุขก็จะออกแนวทางปฏิบัติให้สอดคล้องกับมติคณะรัฐมนตรีและแนวทางการดำเนินงานของ กบร. ในปี นั้นๆ ยกตัวอย่างเช่น ในปี ๒๕๔๗ และในปี ๒๕๔๙ มติคณะรัฐมนตรีได้ให้ความสำคัญกับการจดทะเบียนของผู้ติดตาม และครอบครัวของแรงงานต่างด้าวในระบบทะเบียนราษฎร (ทร.๓๘/๑) ด้วย ดังนั้นในช่วงเวลาดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขก็มีแนวโน้มให้การรับประกันสุขภาพครอบคลุมผู้ติดตาม และครอบครัวด้วย

ในระยะแรกๆ ของการรับประกันสุขภาพ คือ ในระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๑ กระทรวงสาธารณสุขมีความพยายามที่จะขยายขอบข่ายของการเข้าสู่ระบบประกันให้ครอบคลุมประชากรต่างด้าวให้มากที่สุด คือ ครอบคลุมแรงงาน ผู้ติดตามและครอบครัว โดยไม่คำนึงถึงสถานะทางกฎหมาย ซึ่งมาตรการนี้มีการถกเถียงกันในวงกว้าง โดยแบ่งออกเป็น ๒ แนวคิด คือ

๑) กระทรวงสาธารณสุขควรปฏิบัติตามมติคณะรัฐมนตรีอย่างเคร่งครัด โดยรับผิดชอบ เฉพาะกลุ่มแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ และจัดประกันสุขภาพให้คนกลุ่มนี้เท่านั้น ไม่ควรจัดประกันสุขภาพสำหรับผู้ที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน แนวทางนี้สอดคล้องกับแนวคิดของสภาความมั่นคง แห่งชาติที่กล่าวว่า ไม่ควรรับประกันสุขภาพให้กับผู้ที่อาศัยอยู่ในประเทศอย่างผิดกฎหมาย

๒) กระทรวงสาธารณสุขในฐานะของผู้ที่รับผิดชอบหลักด้านสุขภาพของประเทศไทย ควรขยายประกันสุขภาพครอบคลุมให้ทั้งแรงงานและครอบครัวด้วย ไม่ควรจำกัดอันเนื่องมาจากสถานะทางทะเบียน เนื่องจากสิทธิสุขภาพเป็นสิทธิพื้นฐานของทุกคน

ในระหว่างปี ๒๕๔๘-๒๕๔๙ กระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมกับภาคส่วนต่างๆ ของสังคมทั้ง ภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน นักวิชาการ และภาคธุรกิจ รวมทั้งกระทรวงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนา ยุทธศาสตร์สาธารณสุขประชากรต่างด้าว ยุทธศาสตร์นี้ได้พัฒนาอย่างมีส่วนร่วมของหน่วยงานต่างๆ โดยมีนิยามของประชากรต่างด้าวครอบคลุม แรงงานต่างด้าว ผู้ติดตาม และผู้ไม่ได้ถือสัญชาติไทย ยุทธศาสตร์มีวิสัยทัศน์ “ให้ประชากรต่างด้าวมีสุขภาพดี” โดยความร่วมมือของภาครัฐ องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคธุรกิจ เอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน และการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างบูรณา การ โดยมีประเด็นยุทธศาสตร์ ๕ ด้าน ดังนี้

๑) การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับประชากรต่างด้าวที่ครอบคลุมและเข้าถึง ได้และมีมาตรฐาน

๒) การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

๓) การมีส่วนร่วมของประชากรต่างด้าว และชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเองและ ครอบครัว โดยความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

๔) การพัฒนาระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศการบริหารจัดการ

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ร่วมกับองค์การอนามัยโลก และภาคส่วนต่างๆ พัฒนาแผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน โดยเน้นพื้นฐานชายแดน ไทย-พม่า ไทย-ลาว และไทย-กัมพูชา เป็นหลัก ครอบคลุมประชากรทุกคนที่อาศัยอยู่บริหารชายแดน ไทยทั้งหมด รวมทั้งคนไทยที่รอพิสูจน์สัญชาติ ผู้หนีภัยการสู้รบจากพม่า แรงงานต่างด้าวทั้งที่มีเอกสาร และไม่มีเอกสาร รวมทั้งครอบครัว โดยมีประเด็นยุทธศาสตร์ ๔ ประเด็น ได้แก่ ๑) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๒) การเข้าถึงบริการสุขภาพพื้นฐาน ๓) ความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ๔) การบริหารจัดการ ซึ่งปัจจุบันแผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนได้มีการจัดทำเป็นฉบับที่ ๒ ในกรอบเวลา ๒๕๕๕-๒๕๕๙

ตารางที่ ๒-๓ กลุ่มเป้าหมายแรงงานต่างด้าวทั้งที่ถูกกฎหมายและแรงงานผิดกฎหมายและผู้ติดตาม

| กลุ่มเป้าหมาย | จำนวน (คน) |
|--------------------------------|--------------------------|
| ๑. ผู้อพยพในค่าย ๙ แห่ง | ๑๓๐,๐๐๐ |
| ๒. คนมีปัญหาสถานะรอสัญชาติไทย | ๔๕๐,๐๐๐ |
| ๓. แรงงาน ๓ สัญชาติ | |
| - กลุ่มพิสูจน์สัญชาติ | ๙๑๗,๒๑๒ |
| - นำเข้าตาม MOU จำนวน | ๑๖๘,๔๘๖ |
| - ส่งเสริมการลงทุน BOI | ๗๒,๑๖๗ |
| - ทั่วไป | ๘๗,๓๔๙ |
| - ตลอดชีพ | ๙๘๓ |
| ๔. แรงงานผิดกฎหมายและผู้ติดตาม | ๒,๐๐๐,๐๐๐ (ประมาณการ) |

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย (Thailand Health Service System)

๑. ความครอบคลุมของโครงสร้างพื้นฐาน

๑.๑ หน่วยบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข : ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทย ได้ถูกออกแบบโครงสร้างของหน่วยบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ (primary care) ระดับทุติยภูมิ (secondary care) ระดับตติยภูมิ (tertiary care) และระดับตติยภูมิและสูงกว่า (supra-tertiary care) กระจายอยู่ในทุกจังหวัดทั่วประเทศเพื่อรองรับการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ครอบคลุมการส่งเสริม ป้องกัน ควบคุมโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งนี้ มีหน่วยบริการที่เป็นโรงพยาบาลระดับจังหวัดประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ ๒๕ แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป ๗๐

แห่ง โรงพยาบาลชุมชนครอบคลุมทุกอำเภอรวม ๗๔๘ แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(สถานีอนามัยเดิม) ๙,๗๕๐ แห่ง โรงพยาบาล/สถาบันเฉพาะทางในสังกัดกรมการแพทย์ ๓๑ แห่ง และโรงพยาบาล/ศูนย์สังกัดกรมควบคุมโรค และโรงพยาบาลของกรมสุขภาพจิตอีกจำนวนหนึ่ง

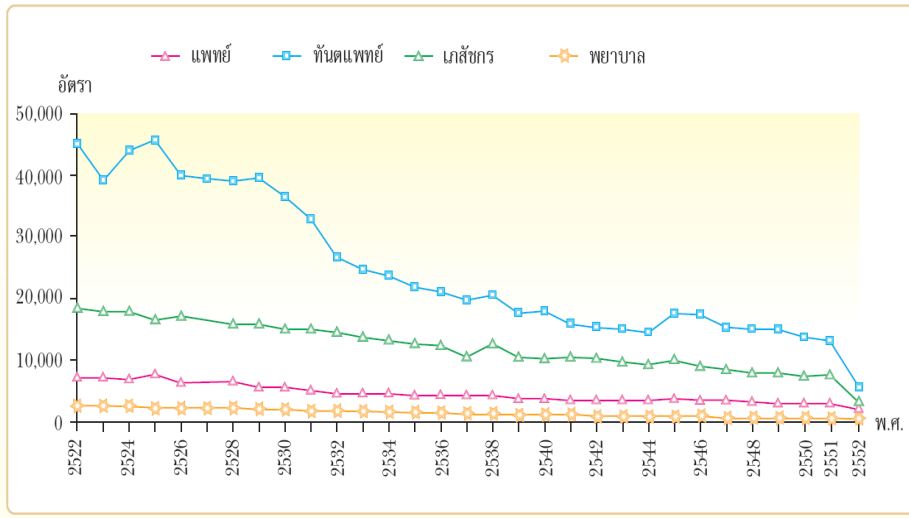
หน่วยบริการภาครัฐอื่น ๆ นอกจากกระทรวงสาธารณสุขแล้วยังมีการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยหน่วยบริการภาครัฐสังกัดมหาวิทยาลัย กระทรวงกลาโหม กระทรวงยุติธรรม กรุงเทพมหานคร และส่วนราชการอื่น ๆ จำนวน ๑๑๕ แห่ง

หน่วยบริการภาคเอกชน : โรงพยาบาลเอกชน จำนวน ๓๒๑ แห่งซึ่งส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานคร มีจำนวนเตียงในหน่วยบริการภาครัฐจำนวน ๑๑๓,๔๙๙ เตียง และโรงพยาบาลภาคเอกชน จำนวน ๓๐,๕๘๓ เตียง

๑.๒ กำลังคนด้านสาธารณสุข

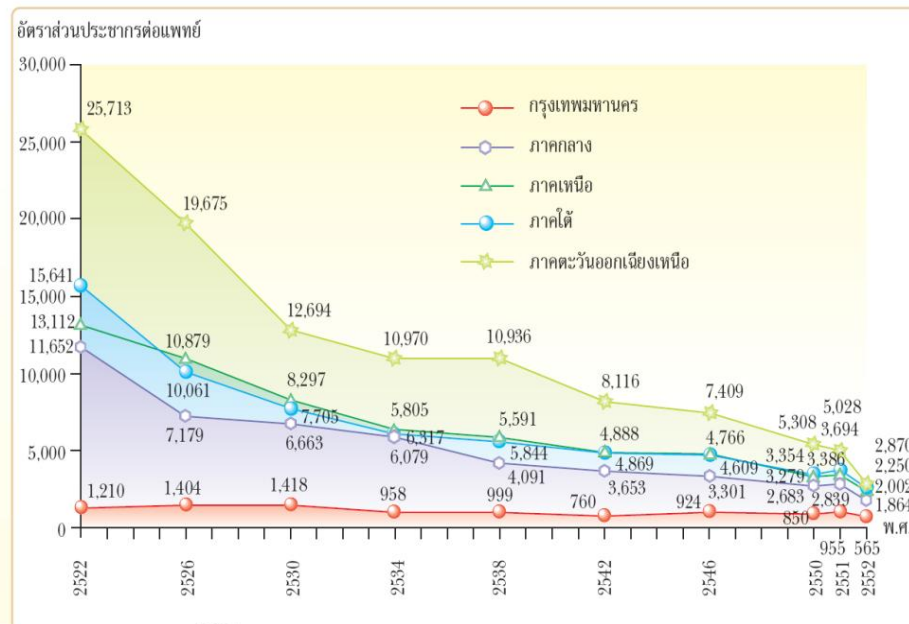
มีหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีแพทย์ปฏิบัติงาน จำนวน ๒๖,๑๖๒ คน (สัดส่วนต่อประชากร เท่ากับ ๑ ต่อ ๒,๔๓) มีพยาบาลวิชาชีพ จำนวน ๑๓๘,๗๑๐ คน (สัดส่วนต่อประชากร เท่ากับ ๑ ต่อ ๔๕๘) ทั้งนี้ยังขาดแคลนกำลังคนด้านสาธารณสุข ส่วนหนึ่งมาจากระบบบริการทางการแพทย์ที่เน้นการรักษามากกว่าการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งทำให้ประชาชนจำนวนมากต้องเจ็บป่วยจากโรคภัยไข้เจ็บที่สามารถป้องกันได้ ส่งผลให้เพิ่มภาระงานด้านการรักษาของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังเกิดจากภาวะสมองไหลที่แพทย์ลาออกจากโรงพยาบาลภาครัฐไปทำงานในภาคเอกชน ซึ่งเป็นธุรกิจทางการแพทย์ที่มีความเติบโตอย่างรวดเร็ว ทำให้การกระจายของแพทย์ไม่สมดุล ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ มีการดูดซับบุคลากรภาครัฐสู่ภาคเอกชน และชนบทสู่เมือง โดยในปี พ.ศ.๒๕๔๘ มีแพทย์ลาออกจากภาครัฐสูงถึง ๖๖๓ คน ทั้งนี้ยังมีปัญหาในการกระจายแพทย์ กล่าวคือ มีสัดส่วนของแพทย์ในกระทรวงสาธารณสุขเพียงร้อยละ ๕๐.๘ หรือจำนวน ๒๖,๑๖๒ คนของจำนวนแพทย์ทั้งหมดในขณะที่ต้องรับภาระการดูแลประชาชนกว่าร้อยละ ๘๐ สำหรับกำลังคนด้านสาธารณสุขสาขาพยาบาล จากการสำรวจทรัพยากรสาธารณสุขของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขพบว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๓๓ มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพียง ๑๓๘,๗๑๐ คน

แผนภาพที่ ๒-๑ แสดงอัตราส่วนประชากรต่อกำลังคนด้านสุขภาพ พ.ศ.๒๕๒๒-๒๕๕๓



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

แผนภาพที่ ๒-๒ แสดงอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรจำแนกตามรายภาค พ.ศ.๒๕๒๒-๒๕๕๓



๑.๓ เทคโนโลยีทางการแพทย์

จากรายงานการรวบรวมข้อมูลของสำนักงั่งสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์และรายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ พบว่า การกระจายของเครื่องมือแพทย์ที่มีเทคโนโลยีสูงมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นแต่มีการกระจุกตัวอยู่ในเมืองใหญ่ และอยู่ในภาคเอกชนมากกว่าภาครัฐ เช่น เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์(CT Scan) จำนวน ๓๙๙ เครื่อง โดยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ถึงร้อยละ ๓๒.๑ หรือ ๑๒๘ เครื่อง ในขณะที่อยู่ในภาคเอกชน ๒๕๔ เครื่องหรือร้อยละ ๖๓.๗ เป็นต้น รายละเอียดปรากฏดังตาราง อปรณการแพทย์ที่สำคัญและการกระจาย

๒. การเข้าถึงบริการสุขภาพ

การใช้บริการของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน พบว่าในช่วง 5 ปีที่ผ่านมามีการใช้บริการมากขึ้นทั้งในลักษณะของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน กล่าวคือ มีการใช้บริการผู้ป่วยนอกจำนวน ๑๗๕.๘๐ ล้านครั้ง ในปี พ.ศ.๒๕๕๔ เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.๒๕๕๐ ซึ่งมีการใช้บริการเพียง ๑๕๐.๔๒ ล้านครั้ง หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๖.๘๗ โดยมีการใช้บริการสูงที่สุดที่กรุงเทพมหานคร (๔-๖ ครั้ง) และต่ำที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (๑.๒-๓ ครั้ง) ในขณะที่การใช้บริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. ๒๕๕๐ ถึงร้อยละ ๒๖.๘๙ (ปี ๒๕๕๐ จำนวน ๙.๒๕ ล้านราย ปี พ.ศ. ๒๕๕๔ จำนวน ๗.๒๙ ล้านราย)และเช่นเดียวกันพบว่ามีมีการใช้บริการผู้ป่วยในสูงที่สุดที่กรุงเทพมหานคร และต่ำที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

การเข้าถึงบริการเมื่อมีความจำเป็น : การเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ยังไม่ครอบคลุมและหรือไม่มีคุณภาพ มาตรฐานรวมถึงระยะเวลารอคอยในการรับบริการทางการแพทย์ที่ไม่เหมาะสมถือว่าเป็นข้อจำกัดและปัญหาในด้านการจัดการเชิงระบบที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน เช่น ผู้ป่วยต้อกระจก(Blinding cataract) ซึ่งมีอุบัติการณ์ร้อยละ 10 หรือ ๖๐,๐๐๐ ราย

และมีผู้ป่วยสะสมที่ยังไม่ได้รับการรักษาอีกประมาณ ๗๐,๐๐๐ ราย และต้องรอคอยเพื่อรับการผ่าตัดต้อกระจก นานเกินกว่า ๙๐ จะทำให้เกิดตาบอดได้ ระยะเวลาในการรอคอยการฉายแสงของผู้ป่วยมะเร็ง การเข้าถึงบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis, HD) การล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร (continuous ambulatory peritoneal dialysis, CAPD)ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เป็นต้น

๓.คุณภาพบริการสุขภาพ

การจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความเสี่ยงที่จะเกิดเหตุและหรือภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วยด้วยเหตุปัจจัยต่าง ๆ อาทิ ศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ การใช้ยา การให้บริการต่าง ๆ เช่นการทำหัตถการหรือแม้แต่ความเสี่ยงจากการติดเชื้อ ฯลฯ ดังนั้น เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและเพื่อให้การจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขมีคุณภาพและมาตรฐาน กระทรวงสาธารณสุขโดยความร่วมมือกับสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้ร่วมประเมินคุณภาพในด้านต่าง ๆ ที่เป็นองค์ประกอบของการจัดบริการในโรงพยาบาลแต่ละระดับและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ ในขั้นต้นเป็นการประเมินและพัฒนาเพื่อลดความเสี่ยงต่าง ๆ และขั้นต่อไปสถาบันพัฒนาและรับรอง

คุณภาพโรงพยาบาลได้ให้คำแนะนำและการพัฒนาคุณภาพองค์ประกอบต่าง ๆ อย่างครบถ้วนจนสามารถให้การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้(Hospital Accreditation, HA)

ตารางที่ ๒-๔ จำนวนโรงพยาบาลระดับต่างๆที่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแต่ละชั้น

| ประเภทโรงพยาบาล | จำนวน รพ. | ชั้น 1 | | ชั้น 2 | | ชั้น 3 | | รวม | |
|--|--------------|--------|------|--------|-------|--------|--------|-------|--------|
| | | จำนวน | % | จำนวน | % | จำนวน | % | จำนวน | % |
| โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) | 742 | 6 | 0.81 | 381 | 51.35 | 314 | 42.32 | 701 | 94.47 |
| โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) | 68 | 0 | 0.00 | 9 | 13.24 | 52 | 76.47 | 61 | 89.71 |
| โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) | 28 | 0 | 0.00 | 3 | 10.71 | 23 | 82.14 | 26 | 92.86 |
| โรงพยาบาลรัฐอื่นๆ ในสังกัด สธ. | 60 | 1 | 1.67 | 12 | 20.00 | 35 | 58.33 | 48 | 80.00 |
| โรงเรียนแพทย์/ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย | 12 | 0 | 0.00 | 1 | 8.33 | 11 | 91.67 | 12 | 100.00 |
| กรุงเทพมหานคร (สังกัด กทม.) | 8 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 8 | 100.00 | 8 | 100.00 |
| กระทรวงกลาโหม | 59 | 4 | 6.78 | 22 | 37.29 | 23 | 38.98 | 49 | 83.05 |
| โรงพยาบาลรัฐอื่นๆ | 27 | 1 | 3.70 | 6 | 22.22 | 3 | 11.11 | 10 | 37.04 |
| รวม โรงพยาบาลรัฐ | 1,004 | 12 | 1.20 | 434 | 43.23 | 469 | 46.71 | 915 | 91.14 |
| รวม โรงพยาบาลเอกชน | 313 | 7 | 2.24 | 52 | 16.61 | 66 | 21.09 | 125 | 39.94 |
| รวมทั้งสิ้น | 1,317 | 19 | 1.44 | 486 | 36.90 | 535 | 40.62 | 1040 | 78.91 |

ที่มา รายงานประจำปี ๒๕๕๖ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

๔. ประสิทธิภาพในการจัดบริการ

สถานการณ์การเงินการคลังด้านสุขภาพในรายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ.๒๕๕๐-๒๕๕๓พบว่า รายจ่ายโดยรวมด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๓.๘ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ(Gross Domestic Product, GDP) ในปี พ.ศ. ๒๕๒๓ เป็นร้อยละ ๖.๔ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งมีอัตราเพิ่มที่เร็วกว่าการเพิ่มของ GDP กล่าวคือ รายจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยร้อยละ ๗.๖ ต่อปีในมูลค่าจริง ในขณะที่ GDP เพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยร้อยละ ๕.๖ ต่อปี ซึ่งรายจ่ายด้านสุขภาพดังกล่าวร้อยละ ๑๙ หรือ จำนวน ๕๙,๙๕๑ ล้านบาท มาจากการจ่ายเงินของภาครัฐไว้เช่น การซื้อยามารับประทานเอง การรักษาพยาบาลในคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งมีผลกระทบต่อครัวเรือนที่มีฐานะยากจน จะเห็นได้ว่าถึงแม้ว่าภาครัฐจะลงทุนทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นเพียงใด ก็ยังไม่สามารถประเมินได้ว่าจะเพิ่มการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมาตรฐาน

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ จากรายงานของ The world health report ๒๐๑๐ พบว่าสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพต่อ GDPของประเทศไทยเปรียบเทียบกับ ๖ ประเทศในเอเชีย ประเทศไทย มีสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพต่อ GDPสูงที่สุด คือ ร้อยละ ๖.๔ ต่อ GDP ในขณะที่ประเทศสิงคโปร์มีสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพต่อ GDP เพียงร้อยละ ๓.๑ และหากเปรียบเทียบสถานะด้านสุขภาพเมื่อปี

พ.ศ.๒๕๕๒ กลับพบว่าประเทศไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพียง ๖๒ ปี ต่ำกว่าประเทศสิงคโปร์ ที่ประชาชนอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรก เท่ากับ ๗๓ ปี

ตารางที่ ๒-๕ รายจ่ายด้านสุขภาพเปรียบเทียบประเทศต่างๆในเอเชีย

| ประเทศ | ค่าใช้จ่ายต่อหัว (USD) | % ของผลิตภัณฑ์ มวลรวมในประเทศ | สัดส่วนการจ่าย รัฐ : ประชาชน |
|-------------|---------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| อินโดนีเซีย | 82 | 2.2 | 54.5 : 45.5 |
| ฟิลิปปินส์ | 130 | 3.9 | 34.7 : 65.3 |
| ศรีลังกา | 179 | 4.2 | 47.5 : 52.5 |
| มาเลเซีย | 604 | 4.4 | 44.4 : 55.6 |
| ไทย (2551) | 282 | 6.4 | 42.4 : 57.6 |
| สิงคโปร์ | 1,643 | 3.1 | 32.6 : 67.4 |
| เกาหลีใต้ | 1,688 | 6.3 | 54.9 : 45.1 |

ที่มา: The world health report, 2010 (เป็นข้อมูล พ.ศ. 2550)

หมายเหตุ: ตัวเลข พ.ศ. 2551 คัดอัตรา 33 บาท ต่อ 1 USD

นโยบาย กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับแรงงานต่างด้าว

(Thailand Policy, Law and Regulation for Migrant Health)

ในอดีตประเทศไทยไม่เคยมีนโยบายโดยตรงในเรื่องแรงงานต่างด้าว มีแต่แนวปฏิบัติในเรื่องการควบคุมการทำงานของคนต่างชาติ ที่ตั้งอยู่บนระบบความคิดต้องการสงวนอาชีพบางอย่างไว้ให้คนไทยทำ เริ่มจากประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ ๓๒๒/ ๒๕๑๕ ซึ่งกำหนดให้คนต่างชาติที่ต้องการทำงานต้องขออนุญาต ประกาศคณะปฏิวัติฉบับนี้เป็นฐานคิดหลักของการตราพระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ.๒๕๒๑ ที่มีประกาศแนบท้ายสงวนอาชีพและวิชาชีพสำหรับคนไทยไว้จำนวนรวม ๓๙ อาชีพ หนึ่งในหลายอาชีพนั้นคืองานกรรมกรใช้แรงงานต่อมาได้มีการกำหนดไว้ชัดเจนใน มาตรา ๑๒ ของพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ.๒๕๒๒ ว่าไม่อนุญาตให้คนต่างชาติเข้ามาเป็นกรรมกรในประเทศ แต่สถานการณ์ตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๓๑ เริ่มจากเหตุการณ์ในประเทศพม่าที่มีการปราบปรามประชาชนจนเป็นจลาจลทางการเมือง ทำให้มีประชาชนจากประเทศพม่าทะลักเข้าประเทศไทยนับเป็นจำนวนแสนเพื่อหลบภัยและหางานทำ ประกอบกับสภาวะเศรษฐกิจของไทยในช่วงนั้น โดยเฉพาะภาคการก่อสร้างและประมงเกิดความต้องการแรงงานระดับล่างจำนวนมาก ขณะที่พื้นที่ชายแดนติดกับประเทศกัมพูชาและลาวก็มีแรงงานจากสองประเทศนี้เดินทางลักลอบเข้ามาเมืองมาทำงานจำนวนมากเช่นกัน สถานการณ์ดังกล่าวบีบบังคับให้รัฐไทยจำต้องยอมรับการมีอยู่ของแรงงานข้ามชาติจากประเทศเพื่อนบ้านที่อพยพเข้ามาทำงานเป็นกรรมกรในหลายกิจการจ้างงาน ในส่วนของภาคธุรกิจเอกชนเองโดยการรวมตัวกันของหอการค้าแห่งประเทศไทย สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย และสมาคมธนาคารไทย ก็มีทั้งการเจรจาและกดดันรัฐบาลให้เปิดให้มีการจ้างแรงงานข้ามชาติได้ ทำให้รัฐบาลต้องปรับตัวหันมาใช้นโยบายที่ยืดหยุ่น โดยอาศัยอำนาจตามมาตรา ๑๗ แห่งพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ.๒๕๒๒ เปิดนโยบาย “ผ่อนผัน” ให้บุคคลที่มีสถานะเป็นผู้หลบหนีเข้า

เมื่อถึงมติกฎหมายเฉพาะจาก ๓ ประเทศเพื่อนบ้านคือพม่า กัมพูชาและลาว เท่านั้น สามารถทำงานได้ในลักษณะชั่วคราวตามเงื่อนไขที่รัฐกำหนด ทั้งนี้ใช้วิธีออกเป็นมติคณะรัฐมนตรีประกาศผ่อนผันและวางแนวทางปฏิบัติการอนุญาตจดทะเบียนแรงงานข้ามชาติผิดกฎหมายเป็นรายปี โดยในปี พ.ศ. ๒๕๓๕ ได้มีมติคณะรัฐมนตรี อนุญาตให้มีการจ้างผู้หลบหนีเข้าเมืองอย่างผิดกฎหมายจากทั้ง ๓ ประเทศ ให้อาศัยและทำงานในประเทศไทยเป็นการชั่วคราวระหว่างรอการส่งกลับ มติคณะรัฐมนตรีนี้ส่งผลให้เกิดแนวปฏิบัติในการจดทะเบียนแรงงานเป็นรายปีจนถึงปัจจุบัน โดยเริ่มจากจังหวัดชายแดนไทย -พม่า ๙ จังหวัด ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๓๙ ได้ขยายไปยังจังหวัดที่ประกอบกิจการประมงทะเลรวม ๔๓ จังหวัด ในปีถัดไปมีการเพิ่มเติมทั้งประเภทกิจการจำนวนจังหวัดที่อนุญาตให้มีการจ้างแรงงานต่างด้าว และครบทุกจังหวัดในประเทศไทยในปี พ.ศ. ๒๕๔๔ อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติกลับพบว่าจำนวนแรงงานที่เข้าสู่การจดทะเบียนอย่างถูกต้องในแต่ละปีมีแนวโน้มลดลง และมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนแรงงานต่างด้าวที่มีอยู่จริง

ในปี พ.ศ. ๒๕๔๗ ได้มีนโยบายการจัดการแรงงานต่างด้าวทั้งระบบ โดยให้ประชากรต่างด้าวจาก ๓ ประเทศทั้งหมดที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย คือ แรงงานที่มีและไม่มีเอกสารอนุญาตทำงาน รวมทั้งครอบครัวและผู้ติดตามทั้งหมด ขึ้นทะเบียนกับกระทรวงมหาดไทย โดยได้รับเอกสารประจำตัวคือทะเบียนราษฎร หรือ ท.ร. ๓๘/๑ ที่มีเลข ๑๓ หลักเช่นเดียวกับคนไทย (แต่ไม่ได้รับสัญชาติไทย) ส่วนผู้ที่ประสงค์จะทำงาน ต้องขอใบอนุญาตทำงานจากกรมการจัดหางานกระทรวงแรงงาน แรงงานต่างด้าวที่ขอใบอนุญาตทำงานทุกคนต้องตรวจสุขภาพ และทำประกันสุขภาพทุกปี โดยได้รับสิทธิประโยชน์ใกล้เคียงแต่่น้อยกว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้ ประชากรต่างด้าวที่ทำ ท.ร. ๓๘/๑ เฉพาะผู้ที่ทำงานต้องมารายงานตัวในระบบทะเบียนราษฎร เพื่อนำหลักฐานไปต่อใบอนุญาตทำงาน โดยต้องตรวจร่างกายและทำประกันสุขภาพ การต่ออายุแรงงานมีค่าใช้จ่ายโดยรวมประมาณปีละ ๓,๙๐๐ บาท สำหรับการทำงานในประเทศไทยชั่วคราว ๑ ปี หากไม่ได้ดำเนินการด้านเอกสารต่อเนื่องในปีถัดไป ก็จะไม่ได้รับการผ่อนผันให้อาศัยและทำงานในประเทศไทย แรงงานในระบบผ่อนผันรายปีนี้จะมิชื่อเรียกในเอกสารของทางราชการว่า แรงงานต่างด้าวตามมาตรา ๑๓ หรือเรียกสั้นๆว่า “กลุ่มผ่อนผัน” ซึ่งแรงงานในกลุ่มนี้จะต้องเข้าสู่การพิสูจน์สัญชาติภายใต้บันทึกช่วยจำในด้านการจัดการแรงงานระหว่างประเทศ แรงงานที่เข้าสู่ระบบในปี พ.ศ. ๒๕๔๗ เท่านั้นที่สามารถจดทะเบียนเพื่อขออนุญาตทำงานในปีถัดไป เนื่องจากกระบวนการผ่อนผันนี้เป็นนโยบายปีต่อปี การจดทะเบียนแรงงานในแต่ละปี ต้องรอให้มีมติคณะรัฐมนตรี เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำมาจัดทำแนวปฏิบัติในแต่ละปี ซึ่งมีระยะเวลาเตรียมการค่อนข้างกระชั้นชิด และมีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง และความร่วมมือจากนายจ้างที่มักจดทะเบียนให้กับลูกจ้างเพียงบางคน รวมถึงการเปลี่ยนแปลงแนวปฏิบัติของการจดทะเบียนซึ่งมีการปรับเปลี่ยนในรายละเอียดทุกปี ส่งผลให้มีแรงงานต่างด้าวจำนวนมากไม่ได้เข้าสู่ระบบผ่อนผันรายปีอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับการสกัดกั้นผู้อพยพเข้ามาใหม่ตามแนวชายแดนไทยก็ไม่ประสบความสำเร็จเพราะมีขบวนการลักลอบส่งคนต่างด้าวเข้าเมืองที่ทำงานอย่างเป็นระบบเพื่อตอบสนองต่อความต้องการแรงงานของประเทศ และแม้ว่าแรงงานต่างด้าวที่อพยพเข้ามาใหม่ประสงค์จะทำงาน มีงานและมีนายจ้างรองรับก็ตาม แต่ไม่สามารถเข้าสู่ระบบการจดทะเบียนอย่างถูกต้องได้ ส่งผลให้จำนวนผู้ที่เข้าสู่การจดทะเบียนแรงงานในระบบมีน้อยลงทุกๆปี ในขณะที่จำนวนแรงงานต่างด้าวที่ทำงานอยู่จริงนั้นมีได้น้อยลง ทั้งนี้เพราะจำนวนมากทำงานโดยไม่มีใบอนุญาตอย่างถูกต้อง จาก

สถานการณ์และข้อจำกัดดังกล่าว ทำให้ผู้ประกอบการไทยที่ขาดแรงงานในภาคการผลิตต่างๆได้ร้องขอให้รัฐบาลเปิดให้มีการจดทะเบียนแรงงานที่ไม่มีเอกสาร รัฐบาลไทยในแต่ละยุคได้มีมติคณะรัฐมนตรีให้จดทะเบียนเพิ่มเติมสำหรับแรงงานที่ไม่มีเอกสารในปี พ.ศ.๒๕๔๙,๒๕๕๒ และ๒๕๕๔ อย่างไรก็ตาม พบว่า การจดทะเบียนแรงงานและการจดทะเบียนเพิ่มเติมในปีหลังๆ รัฐบาลไม่อนุญาตให้มีการจดทะเบียนผู้ติดตามและครอบครัวแต่อย่างใด แต่การผ่อนผันได้ยกเว้นลูกของแรงงานต่างด้าวที่อายุไม่เกิน ๑๕ ปี รวมถึงลูกที่เกิดในประเทศไทยที่สามารถนำไปรับรองการเกิดจากสถานพยาบาล (ท.ร. ๑/ ๑) เพื่อขอสูติบัตร (ท.ร. ๑/ ๒) ที่มีเลข ๑๓ หลักแต่ไม่ได้รับสัญชาติไทย ทั้งนี้ เป็นไปตามพระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๑

ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๐ เป็นต้นมา ได้มีการนำแนวปฏิบัติที่ได้จากบันทึกช่วยจำ (MOU; Memorandum of Understanding) ในด้านการจัดการแรงงานระหว่างประเทศไทยกับประเทศเพื่อนบ้านคือ กัมพูชา ลาวและพม่า มาดำเนินงาน สำคัญของบันทึกช่วยจำนี้คือการทำให้แรงงานต่างด้าวที่ทำงานในประเทศไทยนั้นมีเอกสารทำงานอย่างถูกต้องทั้งในประเทศไทยและประเทศต้นทาง โดยมีแนวทางการดำเนินงานที่สำคัญคือ

๑) การพิสูจน์สัญชาติกับแรงงานที่ได้รับการผ่อนผันในประเทศไทย เพื่อให้ประเทศต้นทางจัดทำหนังสือเดินทาง (Passport) และเอกสารอนุญาตทำงาน

๒) การนำเข้าแรงงานต่างด้าวจากประเทศต้นทางอย่างเป็นทางการโดยมีหนังสือเดินทางและเอกสารอนุญาตทำงาน

แรงงานที่เข้าสู่ระบบการจัดการแรงงานระหว่างประเทศตาม MOU มักปรากฏในเอกสารราชการว่า แรงงานต่างด้าวตามมาตรา ๙ หรือเรียกสั้นๆว่า “กลุ่มนำเข้า” แรงงานมาตรา ๙ นั้นจะเข้าสู่ระบบประกันสังคมเช่นเดียวกับแรงงานไทย และรับสิทธิประโยชน์บริการสุขภาพของประกันสังคม แต่หากประเภทงานนั้นๆ ไม่เข้าข่ายระบบประกันสังคม เช่น แรงงานในภาคประมง เป็นต้น ก็จะเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพพรายปี เช่นเดียวกับแรงงานในระบบผ่อนผันฯ อย่างไรก็ตามด้วยปัญหาของการพิสูจน์สัญชาติของประเทศต้นทาง และการนำเข้าแรงงานที่มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างแพงจากประเทศต้นทาง ทำให้มีแรงงานจำนวนไม่มากเข้าสู่ระบบตามแนวปฏิบัติตาม MOU นี้ ขณะที่การอพยพแรงงานข้ามพรมแดนอย่างผิดกฎหมายยังคงอยู่เพื่อตอบสนองต่อความต้องการแรงงานในประเทศไทย ส่วนประชากรต่างด้าวอีกกลุ่มคือ ผู้ติดตามและครอบครัว หลังจากปี พ.ศ. ๒๕๔๗ เป็นต้นมา พบว่าไม่มีนโยบายที่ชัดเจนว่ารัฐบาลไทยจะมีแนวปฏิบัติอย่างไรกับคนกลุ่มนี้ ทั้งๆที่มีจำนวนไม่น้อยที่ยังอาศัยอยู่ในประเทศไทย และมีบางจำนวนที่ได้เดินทางกลับประเทศต้นทางไปแล้ว ทำให้ขาดข้อมูลของประชากรกลุ่มนี้ ทั้งที่ยังคงอาศัยอยู่ และเคลื่อนย้ายออกไปแล้วในระบบทะเบียนราษฎร ที่เป็นปัจจุบัน ทำให้คาดเดาได้ยากว่ามีจำนวนเท่าไรที่ยังอาศัยอยู่ในประเทศไทย

๑. หน่วยงานที่กำหนดนโยบายแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย

การจัดระบบแรงงานในประเทศไทยมีโครงสร้างระดับประเทศ โดยมีระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง (กบร.) ประกอบด้วย นายกรัฐมนตรีหรือผู้ที่นายกรัฐมนตรีมอบหมาย เป็นประธานกรรมการ โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงาน เป็นรองประธาน ปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ปลัดกระทรวงกลาโหม ปลัดกระทรวงต่างประเทศ ปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ปลัดกระทรวงอุตสาหกรรม ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวง

แรงงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เลขาธิการนายกรัฐมนตรี เลขาธิการสภาความมั่นคงแห่งชาติ เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ผู้อำนวยการสำนักงานงบประมาณ ผู้อำนวยการสำนักข่าวกรองแห่งชาติ ผู้บัญชาการทหารบก ผู้บัญชาการทหารเรือ ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ เลขาธิการกองอำนวยการรักษาความมั่นคงภายใน อธิบดีกรมการจัดหางาน อธิบดีกรมประชาสัมพันธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งนายกรัฐมนตรีแต่งตั้งไม่เกินสี่คน เป็นกรรมการ เลขาธิการคณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง เป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขาธิการ โดยหน่วยงานหลักมีหน่วยงานในกำกับที่มีบทบาทหน้าที่ต่างๆดังนี้

- กระทรวงแรงงาน โดยกรมการจัดหางาน ดำเนินการพิจารณาอนุญาตการทำงานของแรงงานต่างด้าว

- กระทรวงมหาดไทย โดยกรมการปกครอง ดำเนินการรับรายงานตัวคนต่างด้าวที่สำนักทะเบียน และจัดทำบัตรประจำตัวบุคคล

- กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการออกมาตรการให้โรงพยาบาลในสังกัดของกระทรวงฯ ดำเนินการตรวจสอบสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว รวมทั้งกำกับดูแลโรงพยาบาลที่รับประกันสุขภาพ

- กระทรวงกลาโหม โดยกองทัพบก และกองทัพเรือ ทำการป้องกันและสกัดกั้นการเข้ามาของคนต่างด้าวในบริเวณชายแดนไทย

- สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ดำเนินการปราบปราม จับกุม ดำเนินคดีคนต่างด้าวที่ลักลอบเข้าเมืองอย่างผิดกฎหมาย และทำงานโดยไม่มีใบอนุญาต

- สำนักนายกรัฐมนตรี โดยสำนักงานสภาความมั่นคง ดำเนินการด้านความมั่นคงภายในประเทศ และจัดการในเรื่องการไร้สถานะบุคคลของกลุ่มต่างๆในประเทศไทย ตามยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาและสถานะสิทธิบุคคล

- คณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง มีสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน เป็นหน่วยงานเลขานุการ มีบทบาทหลัก คือ การจัดการแรงงานต่างด้าวในประเทศไทยทั้งระบบ โดยมีการประชุมเพื่อพิจารณาประเด็นสำคัญ ที่เกี่ยวข้องกับระบบแรงงานต่างด้าวในแต่ละปี เพื่อเสนอต่อคณะรัฐมนตรีจัดทำเป็น มติ ครม. เพื่อให้มีผลบังคับใช้ต่อไป ต่อมาภารกิจและโครงสร้างของ กบร. ได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมตามสถานการณ์ใน พ.ศ. ๒๕๔๖ และ พ.ศ. ๒๕๕๓ ล่าสุดในเดือนเมษายน พ.ศ. ๒๕๕๔ คณะรัฐมนตรีได้ปรับโครงสร้างและภารกิจของ กบร. เพื่อครอบคลุมการบริหารจัดการแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง รวมทั้งปรับโครงสร้างของ กบร. ให้มีคณะกรรมการทั้งในส่วนกลางและในระดับจังหวัด ยกกระดับหน่วยงานที่เป็นเลขานุการ กบร. คือสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว ให้เป็นกรมในสังกัดกระทรวงแรงงาน

นอกจากหน่วยงานใน กบร. ที่ได้กล่าวมาแล้ว ยังมีหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ มีบทบาทในการจัดการดำเนินงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง อาทิ

- กระทรวงศึกษาธิการ โดยสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ได้ออกระเบียบว่าด้วยหลักฐานในการรับนักเรียน ให้ลูกของแรงงานต่างด้าวทั้งที่มีและไม่มีเอกสารประจำตน เข้าศึกษาในสถานศึกษาของรัฐได้เช่นเดียวกับเด็กไทย ใน พ.ศ. ๒๕๔๘

- กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ใช้อำนาจดำเนินงานตามพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ.๒๕๕๑ เนื่องจากการอพยพข้ามพรมแดนเพื่อทำงานในประเทศนั้นมีความเกี่ยวข้องกับ การ จัดหา ซื่อ ขาย กักขัง หน่วงเหนี่ยว ใช้กำลัง ลักพาตัว ฯลฯ แรงงานจากประเทศต้นทางมายังประเทศไทย

- กระทรวงแรงงาน โดยกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน มีหน้าที่ในการสร้างความเสมอภาคในการคุ้มครองแรงงาน รวมทั้งแรงงานต่างด้าวทั้งที่มีการจดทะเบียนอย่างถูกต้องตามกฎหมายหรือไม่มีเอกสารการทำงานแต่มีสภาพการทำงานจริง

- สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ มีคณะอนุกรรมการฯ ๒ ชุดที่เกี่ยวข้องคือ ๑) อนุกรรมการฯด้านสิทธิมนุษยชนของผู้ไร้สัญชาติ ไทยพลัดถิ่น ผู้อพยพ และชนพื้นเมือง ๒)อนุกรรมการด้านการคุ้มครองสิทธิแรงงานและการประกอบอาชีพ ซึ่งอนุกรรมการฯทั้งสองชุด เกี่ยวข้องกับประชากรต่างด้าวทั้งแรงงาน ผู้ติดตามและครอบครัว

- สภานายความแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ มีอนุกรรมการด้านสิทธิมนุษยชนด้านชนชาติ ผู้ไร้สัญชาติ แรงงานข้ามชาติ และผู้พลัดถิ่น เพื่อให้ความช่วยเหลือในด้านกระบวนการยุติธรรมกับประชากรต่างด้าว

๒. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับแรงงานต่างด้าว

๒.๑ พระราชบัญญัติสัญชาติ (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๑

ในปี ๒๕๕๐ นักวิชาการ นักการเมือง องค์กรพัฒนาเอกชน และข้าราชการกลุ่มหนึ่งได้ร่วมกันผลักดันให้เกิดการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติสัญชาติ พ.ศ. ๒๕๐๖ ผ่านสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ภายใต้คณะมนตรีความมั่นคงแห่งชาติ (คมช.) ซึ่งแปรสภาพมาจากคณะปฏิรูปการปกครองในระบอบประชาธิปไตย อันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข ที่ยึดอำนาจการปกครองมาจากรัฐบาลในช่วงปี ๒๕๔๙ ในขณะที่คนส่วนใหญ่ให้ความสนใจสถานการณ์ทางการเมืองที่พัฒนาขึ้นมาเป็นความขัดแย้งระหว่างความเห็นทางการเมืองที่ต่างขั้วกัน โดยกฎหมายฉบับนี้ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๑ เรียกว่า พระราชบัญญัติสัญชาติ (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๑ และมีบทบัญญัติมาตรา ๒๓ ที่ทำให้ลูกคนต่างด้าวที่เคยถูกถอนสัญชาติ หรือไม่ได้รับสัญชาติเนื่องจากประกาศคณะปฏิวัติ ฉบับที่ ๓๓๗ ได้รับสัญชาติไทย

ผลจากการประกาศใช้พระราชบัญญัติข้างต้นทำให้น่าจะมีผู้ที่เกิดในประเทศไทยได้รับการแก้ไขปัญหาด้านสถานะบุคคลเป็นจำนวนมาก และนี่ถือเป็นการหันกลับมาให้สัญชาติไทยตามหลักดินแดนโดยการเกิดอีกครั้งหนึ่งของรัฐไทย ทั้งนี้จนถึงวันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๕๑ มีผู้ที่ได้รับหมายเลขประจำตัวและลงรายการสัญชาติไทยในทะเบียนบ้านจำนวน ๗,๙๘๖ คน อย่างไรก็ตามในบางพื้นที่การดำเนินงานรับคำรับรองลงรายการสัญชาติไทยในทะเบียนบ้านตามกฎหมายนี้ ยังคงเต็มไปด้วยปัญหาความล่าช้าและทัศนคติของเจ้าหน้าที่ที่มองคนเหล่านี้เป็นคนอื่น ซึ่งน่าจะเป็นผลมาจากการหยิ่งรากลของวิธีคิดและการปฏิบัติที่เกิดจาก ปว. ๓๓๗ ในยุคสงครามเย็น อันไม่ก่อประโยชน์ใดสำหรับการแก้ไขปัญหา ขณะที่อีกด้านหนึ่งกฎหมายนี้ก็เป็ความหวังของคนไร้สัญชาติจำนวนมากเช่นกัน

๒.๒ พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง

พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. ๒๕๒๒ นิยาม “คนต่างด้าว” ว่าหมายถึง “บุคคลธรรมดาที่ไม่มีสัญชาติไทย” รวมทั้งให้สันนิษฐานว่าผู้ไม่มีหลักฐานเพียงพอที่จะทำให้เชื่อว่าได้เป็น

บุคคลสัญชาติไทยคือคนต่างด้าว และคนต่างด้าวซึ่งเข้าเมืองโดยไม่มีหนังสือเดินทาง ไม่ได้รับการตรวจลงตรา และไม่มี การประทับตราให้อยู่ในราชอาณาจักร ก็คือ คนต่างชาติเข้าเมืองผิดกฎหมาย หรือหลบหนีเข้าเมือง

ดังนั้น คนไร้รัฐไร้สัญชาติ ซึ่งไม่มีเอกสารทางทะเบียนราษฎรระบุว่าเป็นคนสัญชาติไทย คนตกหล่นทางทะเบียนทั้งหมด ผู้ถือบัตรชนกลุ่มน้อย หรือแม้กระทั่งผู้มีสัญชาติไทยที่ไม่สามารถแสดงหลักฐานให้เจ้าหน้าที่เชื่อได้ก็ถือเป็นคนต่างด้าว และเป็นคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง เนื่องจากไม่มีหลักฐานการเข้าเมืองซึ่งหมายความรวมถึงเด็กที่เกิดในประเทศไทยจากพ่อแม่ที่เป็นคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองด้วย

๒.๓ พระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร

พระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร ถือเป็นกฎหมายหลักที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำทะเบียนประวัติและบัตรประจำตัวของบุคคลในประเทศไทย ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับทะเบียนของทั้งคนที่มีสัญชาติไทยและคนที่ไม่สัญชาติไทยด้วย โดยทะเบียนดังกล่าว ได้แก่ ทะเบียนการเกิด การย้ายถิ่น การตายและอื่นๆ

พระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร พ.ศ. ๒๕๓๔ ซึ่งใช้อยู่ปัจจุบันได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมเป็นพระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๑ เพื่อให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติสัญชาติ (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๑ อันเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนการดำเนินงานด้านการทะเบียนราษฎรของผู้ที่ประสบปัญหาด้านสถานะบุคคลและสิทธิ ตามยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคลที่จะได้กล่าวต่อไป โดยกฎหมายนี้เป็นเครื่องมือสำคัญในการทำให้ผู้ที่มีปัญหาด้านสถานะบุคคลได้มีเอกสารทางทะเบียนราษฎรซึ่งอาจไม่เคยมีมาก่อนหน้านี้ และมีส่วนทำให้คนเหล่านี้ได้รับการรับรองสถานะบุคคลโดยรัฐ ทำให้ไม่ต้องตกอยู่ในภาวะไร้รัฐอีกต่อไป

การเปิดโอกาสให้คนทุกคนที่เกิดในประเทศไทยสามารถจดทะเบียนการเกิดได้ตามกฎหมาย ถือเป็นรูปธรรมหนึ่งของการบังคับใช้กฎหมายนี้ และเป็นส่วนหนึ่งของการทำให้บุคคลได้รับสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานตามอนุสัญญาสิทธิเด็ก รวมถึงปฏิญญาสากลด้านสิทธิมนุษยชน และกติกา ระหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและการเมือง ทำให้เด็กได้รับหลักประกันด้านสถานะบุคคล รวมถึงการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานอื่นๆ เช่น สิทธิที่จะมีชื่อ การมีสัญชาติ บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน การศึกษา การป้องกันการถูกค้ามนุษย์ การค้าบริการ/ การละเมิดทางเพศ การใช้แรงงานเด็ก เป็นต้น

๒.๔ พระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว

พระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. ๒๕๕๑ ประกาศใช้แทนพระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. ๒๕๒๑ โดยได้นิยามว่า “คนต่างด้าว” หมายถึง บุคคลธรรมดาซึ่งไม่มีสัญชาติไทยและกำหนดให้คนต่างด้าวที่มีสิทธิขออนุญาตทำงาน (ซึ่งหมายถึง การทำงานโดยใช้กำลังกาย หรือความรู้ ด้วยประสงค์ค่าจ้าง หรือประโยชน์อื่นใดหรือไม่ก็ตาม) ประกอบด้วย

๑) คนต่างด้าวเข้าเมืองถูกกฎหมาย ซึ่งไม่ใช่บุคคลที่เข้ามาทำหน้าที่ทางการทูต ผู้ติดตามทูต เจ้าหน้าที่องค์การสหประชาชาติ รวมถึงเจ้าหน้าที่รัฐบาลต่างประเทศหรือองค์การระหว่างประเทศได้แก่ คนต่างด้าวทั่วไปที่เข้าเมืองชั่วคราว (มิใช่พนักงานทอมกเทศ) คนต่างด้าวที่มีถิ่นที่อยู่ถาวรตามประกาศคณะปฏิวัติ ฉบับที่ ๓๒๒ คนต่างด้าวที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติ คนต่างด้าวที่ได้รับการอนุญาตทำงานตามข้อตกลงกับต่างประเทศ และต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานตามกฎหมายว่า

ด้วยการส่งเสริมการลงทุนหรือตามกฎหมายอื่น เช่น พระราชบัญญัติปิโตรเลียม พระราชบัญญัติการนิคมอุตสาหกรรม

๒) คนต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมาย และคณะรัฐมนตรีมีมติให้ขออนุญาตทำงานได้ ได้แก่ ผู้ถือบัตรชนกลุ่มน้อย หรือบัตรสีต่างๆ และกลุ่มแรงงานต่างด้าว ๓ สัญชาติ (พม่า ลาว และกัมพูชา) ซึ่งจะสามารถทำงานประเภทต่างๆได้ตามที่กำหนดไว้เท่านั้น โดยเน้นงานที่ใช้กำลังกายและงานรับใช้ในบ้านเรือน

นอกจากนี้ กฎหมายนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้ที่เกิดในราชอาณาจักรแต่ไม่ได้รับสัญชาติไทย ตามกฎหมายว่าด้วยสัญชาติ สามารถขอรับใบอนุญาตทำงานได้ด้วย

กล่าวเฉพาะกลุ่มแรงงานต่างด้าว ๓ สัญชาติในปัจจุบันถือเป็นกลุ่มที่ได้รับการผ่อนผันให้อาศัยอยู่ในประเทศไทยชั่วคราวเป็นกรณีพิเศษ และให้สามารถทำงานได้ตามนโยบายผ่อนผันการจดทะเบียนแรงงานข้ามชาติตามมติคณะรัฐมนตรี พ.ศ. ๒๕๔๗-๒๕๕๐ ซึ่งต่อมาได้มีการปรับปรุงนโยบายบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติในประเทศไทยปี พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๒ ซึ่งจะได้กล่าวถึงต่อไป

๓. นโยบายและยุทธศาสตร์เกี่ยวกับการจัดการแรงงานต่างด้าว

รัฐบาลไทยได้ริเริ่มมีนโยบายเกี่ยวกับแรงงานต่างด้าว หรือแรงงานข้ามชาติ (ตามการนิยามขององค์การสหประชาชาติ ในอนุสัญญาว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของบรรดาแรงงานข้ามชาติ และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งหมายถึง “บุคคลซึ่งจะถูกว่าจ้างให้ทำงาน กำลังถูกว่าจ้าง หรือเคยถูกว่าจ้างทำงาน โดยได้รับค่าตอบแทนในรัฐที่ตนไม่ได้เป็นคนของชาตินั้นๆ มาตั้งแต่ปี ๒๕๑๙ โดยได้มีการประกาศใช้นโยบายผ่อนผันการใช้แรงงานข้ามชาติ และต่อมาได้มีการตราพระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. ๒๕๒๑ ซึ่งกำหนดให้มีการออกบัตรประจำตัวคนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยไม่ได้รับอนุญาต (บัตรสีส้มและบัตรสีม่วง) มีอายุ ๕ ปี เพื่อรอการส่งกลับประเทศต้นทาง โดยในระหว่างนี้ต้องอยู่ในพื้นที่ที่กำหนดให้ และสามารถขออนุญาตทำงานตามที่คณะรัฐมนตรีประกาศได้

รัฐบาลไทยทุกสมัยก็ล้วนมีนโยบายที่เกี่ยวกับแรงงานข้ามชาติ โดยอาศัยมติคณะรัฐมนตรี โดยเน้นที่การผลักดัน จับกุม และสกัดกั้นแรงงานข้ามชาติที่ลักลอบเข้าเมืองมาทำงานอย่างต่อเนื่อง แต่มีมาตรการรองรับผลกระทบคือ การผ่อนผันให้มีการจ้างแรงงานข้ามชาติในจังหวัดที่มีกิจการที่หาแรงงานไทยทำไม่ได้ ขณะที่ความต้องการแรงงานต่างด้าวมียุคแนวโน้มขยายตัวเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากมีค่าจ้างต่ำกว่าแรงงานไทยซึ่งจะช่วยลดต้นทุนการผลิตของตนเองลง จนกระทั่งในปี ๒๕๔๔ รัฐบาลสมัยนั้นได้กำหนดนโยบายในส่วนนี้จึงมีการเปลี่ยนแปลงแบบพลิกหน้ามือเป็นหลังมือ เริ่มจากการมีมติคณะรัฐมนตรีให้ปรับปรุงแก้ไข เพิ่มเติมระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีด้วยการบริหารแรงงานข้ามชาติหลบหนีเข้าเมือง พ.ศ. ๒๕๔๔ และให้กระทรวงแรงงานเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักในการบริหารงานของสำนักงานคณะกรรมการบริหารแรงงานข้ามชาติหลบหนีเข้าเมือง รวมทั้งจัดให้มีการขึ้นทะเบียนและการอนุญาตให้แรงงานข้ามชาติหลบหนีเข้าเมืองทำงาน และการจัดทำระบบทะเบียนประวัติของแรงงานข้ามชาติ พร้อมกันนี้ยังผ่อนผันให้ผู้หลบหนีเข้าเมืองอยู่ในราชอาณาจักรได้เป็นการชั่วคราวเพื่อรอรับการส่งกลับต่อไปได้อีก ๑ ปี และให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการกำหนดค่าธรรมเนียมการตรวจสุขภาพและการประกันสุขภาพ การป้องกันรักษาและควบคุมการแพร่ระบาด รวมถึงการให้ความรู้ทางด้านการป้องกันการรักษาของโรคติดต่อร้ายแรง การคุมกำเนิด การสำรวจตรวจสอบข้อมูล และให้กระทรวงแรงงานเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักในการบริหารงานของ

สำนักงานคณะกรรมการบริหารแรงงานข้ามชาติหลบหนีเข้าเมืองทำงาน รวมทั้งจัดให้มีการขึ้นทะเบียนและการอนุญาตให้แรงงานข้ามชาติหลบหนีเข้าเมืองทำงานและการจัดทำระบบทะเบียนประวัติของแรงงานข้ามชาติ พร้อมกันนี้ยังผ่อนผันให้ผู้หลบหนีเข้าเมืองอยู่ในราชอาณาจักรได้เป็นการชั่วคราว เพื่อรอการส่งกลับต่อไปได้อีก ๑ ปี และให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการกำหนดค่าธรรมเนียมการตรวจสุขภาพและการประกันสุขภาพ การป้องกันรักษาและการควบคุมการแพร่ระบาดของโรค รวมถึงการให้ความรู้ทางด้านการป้องกันการรักษาของโรคติดต่อร้ายแรง การคุมกำเนิด และการสำรวจตรวจสอบข้อมูลผู้ติดตามหรือบุคคลในครอบครัวของแรงงานข้ามชาติ เป็นต้น

ความเปลี่ยนแปลงข้างต้นนี้นำไปสู่การกำหนดยุทธศาสตร์การบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติทั้งระบบ ตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๒ มีนาคม และ ๒๗ เมษายน ๒๕๔๗ โดยการกำกับดูแลของคณะกรรมการอำนวยการบริหารแรงงานข้ามชาติทั้งระบบ ซึ่งมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงานเป็นประธานภายใต้คณะกรรมการบริหารจัดการแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง (กบร.) ที่มีนายกรัฐมนตรีหรือผู้ที่นายกรัฐมนตรีมอบหมายเป็นประธาน และกำหนดให้มียุทธศาสตร์หลัก ๗ ยุทธศาสตร์ได้แก่

๑. ยุทธศาสตร์การจัดระบบการจ้างแรงงานข้ามชาติ ซึ่งเสนอให้มีการจัดระบบแรงงานต่างด้าวที่อยู่ในประเทศ โดยผ่อนผันให้อยู่ชั่วคราว(รอการส่งกลับ) พร้อมจัดทำทะเบียนคนต่างด้าว จัดทะเบียนนายจ้าง พิจารณาจำนวนที่อนุญาต ตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ และการอนุญาตทำงาน รวมทั้งการปรับเปลี่ยนสถานะแรงงานต่างด้าวที่อยู่ในระบบผ่อนผันให้เป็นผู้เข้าเมืองโดยถูกกฎหมาย โดยการเจรจากับประเทศต้นทาง (พม่า ลาว และกัมพูชา) และสามารถทำงานได้

๒. ยุทธศาสตร์การกำหนดมาตรฐานการจ้างแรงงานข้ามชาติ ซึ่งกำหนดมาตรการให้มีการคุ้มครองแรงงานตามกฎหมาย เช่น การพัฒนาฝีมือแรงงาน การทำสัญญาจ้าง และการประกันสังคม เป็นต้น

๓. ยุทธศาสตร์การสกัดกั้นแรงงานข้ามชาติลักลอบเข้ามาทำงาน

๔. ยุทธศาสตร์การปราบปราม จับกุม ดำเนินคดีแรงงานข้ามชาติลักลอบเข้าเมือง

๕. ยุทธศาสตร์การผลักดันและส่งกลับแรงงานข้ามชาติ

๖. ยุทธศาสตร์การประชาสัมพันธ์การจัดระบบแรงงานข้ามชาติ

๗. ยุทธศาสตร์การติดตามประเมินผล เน้นการบริหารจัดการให้แรงงานข้ามชาติหลบหนีเข้าเมืองกลับเข้าสู่ระบบ กลายเป็นคนเข้าเมืองที่ถูกต้องตามกฎหมาย และมีใบอนุญาตทำงาน รวมทั้งจัดระบบการทำงานให้มีมาตรฐาน

ยุทธศาสตร์หลักในการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติทั้งระบบ ๗ ยุทธศาสตร์ ซึ่งมีจุดเน้นอยู่ที่การทำให้แรงงานผิดกฎหมายกลายเป็นแรงงานที่ถูกกฎหมาย หรือทำให้แรงงานต่างด้าวที่อยู่ใต้ดินกลับขึ้นมาอยู่บนดิน นับเป็นความเปลี่ยนแปลงที่น่าจะได้ผลในทางบวกมากกว่าโดยเฉพาะต่อแรงงานต่างด้าวเอง การเข้ารับการสำรวจจัดทำทะเบียนประวัติและจดทะเบียนแรงงานย่อมทำให้ได้รับหลักประกันในการทำงานและสิทธิต่างๆ ของตนเองได้รับการคุ้มครองมากขึ้น (แม้ว่าในความเป็นจริงอาจไม่ได้เป็นดั่งนั้น และปัญหาแรงงานต่างมีความซับซ้อนในตัวของมันมากกว่านี้) และมีส่วนสำคัญทำให้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. ๒๕๕๑ แทน

พระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. ๒๕๒๑ และพระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๓๔

อย่างไรก็ตามผลอีกด้านของการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ข้างต้นนี้ได้ทำให้คนกลุ่มหนึ่งที่เข้ามาอยู่อาศัยในประเทศไทยติดต่อกันเป็นเวลานาน และไม่สามารถหรือยังไม่สามารถกลับประเทศต้นทางได้ กลายเป็นสถานะเป็นเสมือนแรงงานต่างด้าวที่เพ็งลักลอบเข้ามาทำในประเทศไทย เนื่องจากเข้ารับการสำรวจจัดทำทะเบียนประวัติ แรงงานต่างด้าว ๓ สัญชาติ (ท.ร. ๓๘/ ๑) ด้วยความต้องการมีเอกสารหรือบัตรประจำตัวที่ทางราชการออกให้ ด้วยไม่รู้อย่างชัดเจนว่าการเข้ารับการสำรวจดังกล่าวคืออะไร ด้วยไม่รู้ว่าสถานะที่ได้ตามมาจะเป็นอย่างไร และด้วยการบังคับแกมข่มขู่จากเจ้าหน้าที่ของทางราชการเอง ในลักษณะที่ว่า หากไม่เข้ารับการสำรวจจะต้องถูกจับและส่งกลับประเทศต้นทาง กระทั่งต้องมีชีวิตอยู่ภายใต้ความหวาดกลัวว่าจะต้องพลัดพรากจากครอบครัวในท้ายที่สุด

จุดด้อย (ในมุมมองของผู้เข้ารับการสำรวจ) ของยุทธศาสตร์ข้างต้น ซึ่งในเวลาต่อมาได้กลายเป็นข้อดีที่ทำให้ไม่มีโอกาสจดทะเบียนเป็นแรงงานต่างด้าวจริงๆ (ในมุมมองของผู้เข้ารับการสำรวจเช่นกัน) คือการกำหนดค่าใช้จ่ายสำหรับการจดทะเบียนแรงงานไว้ที่ประมาณ ๓,๘๐๐ บาท / หัว / ปี ซึ่งเป็นอัตราที่แพงเกินความสามารถจ่ายได้ของคนกลุ่มนี้ โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีสมาชิกหลายคนและแม้ว่าการเปิดรับจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวรอบล่าสุด (สิ้นสุดเมื่อวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๕๒) จะกำหนดให้จดทะเบียนเฉพาะตัวแรงงานเท่านั้น (ผู้ติดตาม หรือลูก- เมีย ไม่ต้องจด) ซึ่งทำให้จำนวนเงินรวมที่ต้องจ่ายลดลง แต่ข้อเท็จจริงของตนเองที่ไม่ได้เข้าประเทศมาเพื่อทำงานและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารทำให้คนกลุ่มนี้จำนวนมากตัดสินใจเลือกที่จะเป็นตัวของตัวเอง โดยปฏิเสธที่จะเข้ารับการสำรวจและจดทะเบียนเป็นแรงงานต่างด้าว และขอให้มีการปรับปรุงทะเบียนประวัติของตนเองให้ตรงตามข้อเท็จจริง

๔. กฎหมายระหว่างประเทศ และอนุสัญญาระหว่างประเทศ

นอกจากกฎหมายของไทยที่เป็นเงื่อนไขจำกัดสถานะของผู้ลี้ภัยที่กลายเป็นคนไร้รัฐแล้ว ประเทศไทยในฐานะเป็นสมาชิกขององค์การสหประชาชาติ ยังได้ลงนามให้สัตยาบันในข้อตกลงหรืออนุสัญญาต่างๆที่มีฐานะเป็นกฎหมายระหว่างประเทศซึ่งเกี่ยวกับคนไร้รัฐและแรงงานต่างด้าวหลายฉบับ ทำให้มีภาระผูกพันต้องปฏิบัติตาม ขณะเดียวกันก็ได้ลงนามให้สัตยาบันที่เกี่ยวข้องหลายฉบับเช่นกัน ดังต่อไปนี้

พันธกรณีระหว่างประเทศที่ประเทศไทยให้สัตยาบัน

๑) ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights 1948, UDHR)

๒) อนุสัญญาว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในทุกรูปแบบ (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women-CEDAW)

๓) กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม (International Covenant on Economic Social and Cultural Rights-ICESCR)

๔) กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง ((International Covenant on Civil and Political Rights 1966-ICCPR)

๕) อนุสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติทางเชื้อชาติในทุกรูปแบบ ((International Covenant on the Elimination of ALL Forms of Racial Discrimination- ICERD)

๖) อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Covenant on the Rights of the Child 1989-CRC) พันธกรณีระหว่างประเทศที่ประเทศไทยไม่ได้ให้สัตยาบัน

๗) อนุสัญญาว่าด้วยสถานะของผู้ลี้ภัย ค.ศ. ๑๙๖๑ (The 1961 Convention relating to the Status of Refugees)

ผู้ลี้ภัย ตามอนุสัญญาว่าด้วยสถานะของผู้ลี้ภัย หมายถึง บุคคลใดก็ตามที่หนีออกจากประเทศเจ้าของสัญชาติของตน หรือออกจากประเทศที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่เป็นปกติ สำหรับกรณีที่บุคคลผู้นั้นเป็นบุคคลไร้สัญชาติ เพราะความกลัวที่มีเหตุผลอันน่าเชื่อว่าจะถูกคุกคาม ช่มแครงแค้นโดยไม่เป็นธรรม ด้วยเหตุผลทางด้านเผ่าพันธุ์ ศาสนา สัญชาติ หรือความคิดเห็นทางการเมือง และไม่สามารถหรือไม่ต้องการได้รับการคุ้มครองทางการทูตจากประเทศเจ้าของสัญชาติของตน หรือไม่สามารถกลับไปยังประเทศอันเป็นถิ่นที่อยู่ปกติของตนได้ สำหรับกรณีที่บุคคลนั้นๆ เป็นบุคคลไร้สัญชาติเพราะความกลัวดังกล่าว โดยให้ระบุงถึงสิทธิของผู้ลี้ภัยซึ่งรัฐบาลผู้ทำสัตยาบันจะต้องปฏิบัติตาม

๘) อนุสัญญาว่าด้วยสถานะของคนไร้รัฐ ค.ศ. ๑๙๕๔ (The 1954 Convention Relating to the Status of Stateless Persons)

คนไร้รัฐตามอนุสัญญาว่าด้วยสถานะของคนไร้รัฐหมายถึงบุคคลที่ได้รับการพิจารณาว่ามีสัญชาติตามกฎหมายของรัฐใด และมุ่งจัดการปัญหาของผู้ที่อยู่นอกเหนือการคุ้มครองของอนุสัญญาว่าด้วยสถานะของผู้ลี้ภัย โดยกำหนดให้ประเทศที่ให้สัตยาบันในอนุสัญญานี้ปฏิบัติต่อคนไร้รัฐโดยไม่เลือกปฏิบัติด้วยเหตุผลทางด้านเชื้อชาติ ศาสนา หรือรัฐดั้งเดิม รวมทั้งต้องให้สิทธิด้านต่างๆ เพื่อให้คนไร้รัฐสามารถพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตของตนเอง เช่นสิทธิในการทำงานและได้รับค่าจ้าง สิทธิทางการศึกษา สิทธิการได้รับการรักษาพยาบาล สิทธิในด้านการทะเบียนราษฎรและการพัฒนาสถานะบุคคล (อาจทำโดยการแปลงสัญชาติ) สิทธิในการดำเนินคดีทางศาล และสิทธิในการได้รับการคุ้มครองทางสังคม เป็นต้น ขณะที่คนไร้รัฐเองมีหน้าที่ต้องปฏิบัติตามกฎหมายในดินแดนของรัฐที่ตนอาศัย

๙) อนุสัญญาว่าด้วยการลดความไร้รัฐ ค.ศ. ๑๙๖๑ (The 1961 Convention on the Reduction of statelessness)

อนุสัญญาว่าด้วยการลดความไร้รัฐถือว่าสิทธิในการมีสัญชาติเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์รัฐจึงมีหน้าที่ร่วมกันในการยอมรับและให้สัญชาติกับผู้ที่ไม่มีสัญชาติหรือคนไร้รัฐ ภายใต้ อนุสัญญานี้จึงเน้นให้ประเทศผู้ให้สัตยาบันพิจารณาให้สัญชาติแก่คนไร้รัฐ ทั้งด้วยหลักดินแดนขณะที่เกิดหรือหลังการเกิด และหลักการสืบสายโลหิต ทั้งนี้เพื่อลดหรือขจัดความไร้รัฐให้หมดไปในที่สุด

ระบบข้อมูลด้านสุขภาพของประชากรต่างด้าว (Migrant Health Information)

ระบบข้อมูลด้านสุขภาพของประชากรต่างด้าวในปัจจุบัน ยังมีปัญหาเรื่องการเชื่อมโยงของข้อมูลทั้งภายในสำนักงานส่วนกลางและเครือข่ายฐานข้อมูลในภูมิภาค ปัญหาในเรื่องความล่าช้าและความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการนำเสนอข้อมูลเพื่อการตัดสินใจของผู้บริหาร การนำเสนอผลงานที่มีความน่าเชื่อถือ ถูกต้องและมีความแม่นยำ ดังนั้นการพัฒนาระบบข้อมูลด้านสุขภาพของประชากรต่างด้าวจึงมีความสำคัญ ต้องการมีความเอกภาพในระดับหนึ่ง ที่ผ่านมาเป็นการพัฒนาแบบแยกเป็นส่วนๆตามความต้องการเฉพาะหน้าโดยขาดทิศทางการพัฒนาระบบข้อมูลในภาพรวม ทำให้เกิดปัญหาอุปสรรคต่อการใช้ข้อมูลร่วมกัน มีการกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาระบบข้อมูลด้านสุขภาพของประชากรต่างด้าว (Migrant Health Information) เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการทำงานและการบริหารจัดการงบประมาณตามข้อมูลที่เป็นปัจจุบันมากที่สุด แต่ก็ยังมีข้อจำกัดด้านขีดพัฒนาสมรรถนะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ จำเป็นอย่างยิ่งต้องมีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงโดยนำเทคโนโลยี มาขยายขีดความสามารถของระบบลดเวลาและขั้นตอนในการทำงาน และการพัฒนาระบบฐานข้อมูลที่เป็น สามารถเชื่อมโยงกันได้ ให้เกิดความคล่องตัวมากยิ่งขึ้น และนำสู่การบริหารจัดการข้อมูล เพื่อการตัดสินใจ

นโยบายการพัฒนาระบบข้อมูลด้านสุขภาพของประชากรต่างด้าว

๑. การบูรณาการระบบสารสนเทศ เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างระบบงาน ทั้งภายในองค์กรและภายนอก โดยใช้หลักการตามแนวทาง TH e-GIF (Thailand e-Government Interoperability framework) เป็นกรอบแนวทางการทำงานแบบบูรณาการระบบสารสนเทศ การกำหนดนโยบายการบูรณาการระบบสารสนเทศ ระบบข้อมูลด้านสุขภาพของประชากรต่างด้าว ที่ใช้งานในกระทรวงสาธารณสุข สามารถตอบสนองความต้องการในการดำเนินพันธกิจ ยุทธศาสตร์ และสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนหลักของกระทรวงสาธารณสุข ให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์และตัวชี้วัดที่ได้กำหนดไว้ และเพื่อให้การวางแผนการพัฒนาและใช้งานระบบสารสนเทศ สามารถเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้ เอื้อต่อการบูรณาการการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุด

๒. การบริหารการเปลี่ยนแปลง (Change Management) เพื่อเตรียมการรองรับความเปลี่ยนแปลงในกระบวนการทำงาน ส่งผลต่อการปฏิบัติงานและเครือข่าย

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงระบบฐานข้อมูลที่สำคัญ

๑. สำนักงานสภาความมั่นคงแห่งชาติ
๒. สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง
๓. กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน
๔. สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน
๕. กระทรวงสาธารณสุข
๖. กระทรวงศึกษาธิการ
๗. สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

๘. กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ

๙. กระทรวงการต่างประเทศ

๑๐. NGOs

๑๑. นายจ้าง

การประกันสุขภาพประชากรต่างด้าว การเงินการคลัง และการจัดการด้านสุขภาพ (Thailand Migrant Health Insurance, Financial and Service Perspective)

การนำเข้าแรงงานจากประเทศต้นทางนั้น มีข้อจำกัดในทางปฏิบัติอยู่หลายประการ เห็นได้จากข้อมูลตั้งแต่ปี ๒๕๕๐-๒๕๕๕ ยังคงมีจำนวนสะสมไม่ถึงแสนคนทั้งๆ ที่เจตจำนงของ MOU ระหว่างประเทศนั้น ต้องการให้มีการนำเข้าแรงงานเข้ามาในประเทศอย่างถูกต้องตามกฎหมาย โดยมีหนังสือเดินทาง สาเหตุหนึ่งที่สำคัญคือ กระบวนการของประเทศต้นทางมีหลายขั้นตอน และใช้เงินจำนวนมาก ในขณะที่การเดินทางข้ามพรมแดนประเทศมายังประเทศไทย โดยอาศัยนายหน้านั้นแม้ว่าจะเสี่ยงแต่ก็มีค่าใช้จ่ายที่น้อยกว่า ในด้านการพิสูจน์สัญชาติสำหรับแรงงานที่จดทะเบียนระบบรายปีในประเทศไทย เดิมกำหนดให้เสร็จสิ้นในปี ๒๕๕๕ ต่อมาได้มีการขยายออกไปเป็นระยะๆ เนื่องจากความล่าช้าในการพิสูจน์สัญชาติ และสถานการณ์ภัยอุทกภัยในจังหวัดต่างๆ จนล่าสุดในปี ๒๕๕๖ กรมการจัดหางานจึงได้ขยายระยะเวลายื่นคำขออนุญาตทำงานไปถึงวันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๕๖ ในภาพรวมจำนวนแรงงานต่างด้าวในระบบ ขึ้นอยู่กับมติคณะรัฐมนตรี ดังนั้น จำนวนการจดทะเบียนจึงขึ้น-ลง ตามแนวปฏิบัติของมติคณะรัฐมนตรีในแต่ละปี ในขณะที่จำนวนที่มีอยู่จริง อาจจะไม่ได้แตกต่างกันมากนัก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามการเติบโตของเศรษฐกิจไทยรวมทั้งการขึ้นค่าแรงเป็น ๓๐๐ บาท ในปี ๒๕๕๕ ที่เป็นปัจจัยดึงดูดหนึ่งที่สำคัญในการเข้ามาทำงานของแรงงานต่างด้าว

๑. มาตรการดูแลสุขภาพคนต่างด้าวสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา

ในปี ๒๕๕๖ มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ กล่าวคือได้มีมติคณะรัฐมนตรีลงวันที่ ๑๕ มกราคม อนุมัติให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการให้การดูแลทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่คนต่างด้าวทั้งหมดที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม โดยมีข้อเสนอแนะให้ศึกษาแนวทางการสร้างแรงจูงใจให้แก่กลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยนัยของมตินี้คือกระทรวงสาธารณสุขสามารถจัดระบบประกันสุขภาพให้ครอบคลุมแก่คนต่างด้าวโดยไม่ต้องคำนึงถึงสถานะทางกฎหมายได้ ซึ่งนอกจากแรงงานต่างด้าวที่จดทะเบียนในระบบแล้ว ยังรวมถึงผู้ติดตาม ครอบครัวและบุตรด้วย ในเดือนมีนาคม ๒๕๕๖ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกมาตรการและแนวทางการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพคนต่างด้าว (สัญชาติ พม่า ลาว และกัมพูชา) ในวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๕๖ โดยมีข้อสังเกตว่ามาตรการนี้ได้ใช้คำว่า “คนต่างด้าว” แทนที่จะใช้คำว่า “แรงงานต่างด้าว” ดังเช่นมาตรการในปีก่อนๆ ที่ผ่านมามีปัจจุบันคนต่างด้าวสัญชาติ พม่า ลาว และกัมพูชาในประเทศไทย มีหลักประกันสุขภาพดังต่อไปนี้

๑) ระบบประกันสังคม โดยสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน ประกอบไปด้วย

๑.๑) แรงงานต่างด้าวที่นำเข้ามาจากประเทศต้นทาง

๑.๒) แรงงานต่างด้าวที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติ

๒) ระบบประกันสุขภาพรายปี โดยกระทรวงสาธารณสุข ประกอบไปด้วย

๒.๑) แรงงานต่างด้าวที่นำเข้ามาและผ่านการพิสูจน์สัญชาติที่ทำงานในกิจการประมง
เกษตร ปศุสัตว์ ก่อสร้าง ผู้รับใช้ในบ้าน และอื่นๆที่ไม่เข้าข่ายอยู่ในระบบประกันสังคม

๒.๒) แรงงานต่างด้าวที่นำเข้ามาและผ่านการพิสูจน์สัญชาติที่เข้าสู่ระบบ
ประกันสังคมแล้วอยู่ระหว่างรอสิทธิรักษาพยาบาล เนื่องจากต้องส่งเงินให้ครบ ๓ เดือนก่อนจึงได้สิทธิ
รักษาพยาบาล แรงงานในกลุ่มนี้ทำประกันสุขภาพในระยะเวลา ๓ เดือน

๒.๓) แรงงานต่างด้าวที่ทำงานในประเทศไทยโดยไม่มีเอกสารใดๆ

๒.๔) ผู้ติดตาม ครอบครัว และลูกที่อายุไม่เกิน ๑๕ ปี รวมทั้งคนต่างด้าวอื่นๆที่อาศัยใน
ประเทศไทย

๒. ระบบประกันสังคม

สำนักงานประกันสังคม ได้กำหนดให้แรงงานต่างด้าวสัญชาติ ลาว กัมพูชาและพม่า ทั้ง
ที่เดินทางเข้ามาทำงานจากประเทศต้นทาง และผู้ที่จดทะเบียนรายปีที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติ เป็น
ผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ มีการจ่ายเงินสมทบจาก ๓ ส่วนคือรัฐ
นายจ้าง และลูกจ้างแต่หากเป็นแรงงานในภาคธุรกิจ ประมง ภาคเกษตรกรรม ผู้รับใช้ในบ้าน เป็นต้น
ซึ่งเป็นอาชีพที่สามารถเข้าสู่ระบบประกันสังคมไม่ได้ ก็กำหนดให้เข้าสู่ระบบประกันรายปีของ
กระทรวงสาธารณสุข โดยทางสำนักงานประกันสังคม ได้กำหนดเงื่อนไขอาชีพเข้าสู่การประกันสังคม
ไม่ได้ไว้ดังต่อไปนี้คือ กรณีเป็นลูกจ้างของกิจการเพาะปลูก ประมง ป่าไม้ และเลี้ยงสัตว์ ซึ่งมีได้ใช้
ลูกจ้างตลอดปี และไม่มียานลักษณะอื่นรวมอยู่ด้วย กรณีลูกจ้างของนายจ้างที่จ้างไว้เพื่อทำงานอันมี
ลักษณะเป็นครั้งคราว เป็นการจร หรือเป็นไปตามฤดูกาล กรณีลูกจ้างของนายจ้างที่เป็นบุคคลธรรมดา
ซึ่งงานที่ลูกจ้างทำนั้นมิได้มีการประกอบธุรกิจรวมอยู่ด้วย กรณีเป็นลูกจ้างของนายจ้าง ซึ่ง
ประกอบการค้าหรือการค้าแฝงลอย กรณีเป็นลูกจ้างที่ทำงานเกี่ยวกับงานบ้านอันมิได้มีการ
ประกอบธุรกิจรวมอยู่ด้วย

แรงงานต่างด้าวที่เข้าข่ายประกันสังคม ต้องนำส่งเงินสมทบกองทุนประกันสังคมในอัตรา
ร้อยละ ๕ ของค่าจ้างรายเดือน กำหนดค่าจ้างที่ไม่ต่ำกว่าเดือนละ ๑,๖๕๐ บาท และไม่เกินเดือนละ
๑๕,๐๐๐ บาท เมื่อแรงงานต่างด้าวได้ขึ้นทะเบียนประกันสังคม และได้นำส่งเงินสมทบจะได้รับความ
คุ้มครองใน ๗ กรณีได้แก่ ๑) ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ๒) ทูพพลภาพ ๓) ตาย ๔) คลอดบุตร ๕)
สงเคราะห์บุตร ๖) ชราภาพและ ๗) ว่างาน ตั้งแต่สำนักงานประกันสังคมได้เปิดให้แรงงานต่างด้าวเข้า
สู่ระบบประกันสังคม พบปัจจัยหลายด้านที่เป็นอุปสรรคเข้าสู่ประกันสังคม ความไม่เข้าใจสิทธิ
ประโยชน์ของแรงงานต่างด้าวเป็นปัจจัยที่สำคัญ อีกทั้งการส่งเงินประกันสังคมนั้นในภาพรวมมีราคา
สูงกว่าการประกันสุขภาพรายปี ในส่วนของนายจ้างก็ต้องมีการจ่ายเงินสมทบซึ่งทำให้ผู้ประกอบการมี
ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

แม้ว่าสิทธิประโยชน์ของประกันสังคมจะมีมากกว่าการรับบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตาม
ประกันสังคมก็ถูกออกแบบมาสำหรับแรงงานที่ต้องได้รับการคุ้มครองในระยะยาว ซึ่งไม่สอดคล้องกับ
แรงงานต่างด้าวที่ทำงานได้เพียง ๔ ปี ในประเทศไทย ซึ่งส่งผลต่อการใช้สิทธิรับเงินสงเคราะห์บุตร

สิทธิกรณีชราภาพ อีกทั้งการใช้สิทธิกรณีคลอดบุตรก็พบข้อจำกัด เพราะต้องแสดงทะเบียนสมรสหรือหนังสือรับรองบุตรจึงจะใช้สิทธิคลอดบุตรของคู่สมรสได้ รวมทั้งการชดเชยการว่างงาน เนื่องจากแรงงานต่างด้าวที่สิ้นสุดการเป็นลูกจ้างต้องถูกส่งกลับประเทศต้นทาง การใช้สิทธิที่ไม่เต็มที่ได้ในทางปฏิบัติ แต่กลับต้องส่งเงินสมทบเข้าสู่กองทุนประกันสังคมค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับการประกันสุขภาพรายปี กล่าวคือ แรงงานต่างด้าวที่ได้รับค่าแรงขั้นต่ำวันละ ๓๐๐ บาท ทำงาน ๒๕ วันต่อเดือน จะต้องส่งเงินสมทบเข้ากองทุน ๓๗๕ บาทต่อเดือนหรือคิดเป็น ๔,๕๐๐ บาทต่อปี

ผลการศึกษาวิจัยเรื่องแรงงานข้ามชาติควรได้รับความคุ้มครองสิทธิประกันสังคมแค่ไหน ผลการศึกษามีการเสนอแนวคิดที่จะตรากฎหมายประกันสังคมเฉพาะแรงงานต่างด้าวขึ้นมาใหม่ และมีข้อเสนอสิทธิประโยชน์ที่ควรได้รับการคุ้มครอง ประกอบด้วย ๑) การเจ็บป่วยนอกงาน และเงินทดแทนการขาดรายได้ระหว่างหยุดงาน ๒) การคลอดบุตร แต่ให้ยกเว้นการจ่ายเงินทดแทนการขาดรายได้ เพื่อส่งเสริมให้แรงงานต่างด้าวเห็นความสำคัญของการคุมกำเนิด ๓) กรณีทุพพลภาพ และค่าใช้จ่ายในการเดินทางกลับประเทศต้นทาง ๔) กรณีเสียชีวิต ๕) กรณีชราภาพเปลี่ยนวิธีการจ่ายในรูปของบำเหน็จแทนจ่ายบำนาญ ๖) กรณีสงเคราะห์บุตร ควรได้รับบริการสุขภาพ การศึกษาและการดูแลชั่วคราวระหว่างที่พ่อแม่ได้รับอนุญาตทำงานในประเทศไทย และให้ ๗) ยกเว้นสิทธิกรณีว่างงาน

อย่างไรก็ตามสำหรับภาคประชาสังคมและวิชาการ ได้ให้ความเห็นต่อกรณีนี้ว่า ประเทศไทยมีระบบประกันสังคมที่ดีอยู่แล้วเมื่อเทียบกับประเทศในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ จุดเด่นของการประกันสังคมคือไม่แบ่งแยกสิทธิประโยชน์ของแรงงานตามสัญชาติ ดังนั้นจึงไม่เห็นด้วยกับแนวทางการตรากฎหมายประกันสังคมเฉพาะแรงงานต่างด้าว โดยมีความเห็นว่า สิ่งที่ประเทศไทยควรปรับปรุงคือแนวปฏิบัติของสิทธิประกันสังคมในบางด้านให้สอดคล้องกับการจัดจ้างและการทำงานของแรงงานต่างด้าว รวมทั้งการจัดบริการให้สิทธิประโยชน์ที่แรงงานต่างด้าวพึงจะได้เข้าถึงอย่างแท้จริง และลดอุปสรรคในการสื่อสารภาษากับแรงงาน

๓. ระบบประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลที่รับประกันสุขภาพ มีบทบาทในการจัดการตรวจสุขภาพโดยมีค่าใช้จ่ายคนละ ๓๐๐ บาท และประกันสุขภาพคนละ ๑,๓๐๐ บาท รวมค่าใช้จ่ายต่อปีที่ต้องจ่ายเพื่อการเข้าสู่ระบบประกันคือ ๑,๖๐๐ บาท สำหรับกลุ่มที่เข้าสู่ระบบประกันสังคม ก็ต้องได้รับการตรวจสุขภาพและเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพคุ้มครอง ๓ เดือน ซึ่งเป็นช่วงเวลาของช่องว่างของการรักษาพยาบาลของสิทธิประกันสังคม กลุ่มนี้มีค่าใช้จ่ายตรวจสุขภาพ ๖๐๐ บาท และค่าประกันสุขภาพ ๔๔๗ บาท รวมเป็นเงิน ๑,๐๔๗ บาท การประกันสุขภาพในกรณีเด็กอายุไม่เกิน ๑๕ ปี ไม่ต้องตรวจสุขภาพ มีค่าใช้จ่ายในการประกันสุขภาพรวม ๓๖๕ บาท

สิทธิประโยชน์ในประกันสุขภาพคนต่างด้าวนั้นใกล้เคียงกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยกเว้น การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างไต และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม รวมทั้ง การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ แต่ครอบคลุมในกรณีเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โดยการใช้บริการแต่ละครั้งต้องเสียค่าใช้จ่าย ๓๐ บาท งบประมาณที่ได้จากการรับประกันสุขภาพนี้มีได้บริหารด้วยการรวมศูนย์ไว้ที่ส่วนกลาง แต่มีวิธีการจัดการเงินประกันที่จัดเก็บจากคนต่างด้าว เป็นค่าใช้จ่ายในส่วนต่างๆ โดยในระดับโรงพยาบาลเป็นค่าส่งเสริมป้องกันโรคและค่าบริการทางการแพทย์ ระดับจังหวัดเป็นค่าบริหารจัดการ และในส่วนกลางเป็นค่าบริหารจัดการและ

ค่าบริการทางการแพทย์ที่มีค่าใช้จ่ายสูง การบริหารจัดการในลักษณะนี้จึงมีความเสี่ยงต่อการจัดการในกรณีที่โรงพยาบาลมีคนต่างด้าวเข้าร่วมประกันสุขภาพจำนวนน้อย

จากมาตรการดังกล่าวมานี้ จะเห็นว่าประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขมีเจตจำนงที่จะให้คนต่างด้าวทั้งหมดในประเทศไทย ไม่ว่าจะมิสถานะทางกฎหมาย ได้เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพรายปีให้มากที่สุด ซึ่งความท้าทายของมาตรการนี้ คือ ทำอย่างไรในคนต่างด้าวได้รับข่าวสาร สร้างแรงจูงใจให้เห็นความสำคัญต่อการประกันสุขภาพ และยินดีจ่ายค่าตรวจและประกันสุขภาพเพื่อเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามเจตนารมณ์ของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป หลังจากมาตรการนี้พบว่าคนต่างด้าวสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชามีจำนวนที่เข้าสู่ระบบจำนวนยังไม่มากนัก

จากข้อมูลสถานการณ์เมื่อปี ๒๕๕๖ การให้บริการของโรงพยาบาลสมุทรสาครที่ให้การประกันสุขภาพคนต่างด้าวเป็นจำนวนมากแห่งหนึ่งในประเทศไทย พบว่า หลังจากที่มีการตรวจและประกันสุขภาพไม่ได้เป็นภาคบังคับในลักษณะที่เป็นเงื่อนไขหนึ่งในการเข้าสู่การจดทะเบียนแรงงานดังเช่นก่อน ทำให้จำนวนผู้ประกันต่างด้าวนั้นลดต่ำลงอย่างมาก อีกทั้งจำนวนมากของคนต่างด้าวที่เข้าสู่การประกันสุขภาพ คือ ผู้ที่ป่วยหนักแล้วต้องการเข้ารับการรักษาในระบบประกันทำให้แนวทางหลักของการประกันสุขภาพที่ใช้แนวคิดของการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข ในการใช้จ่ายงบประมาณเพื่อกลุ่มผู้ประกันสุขภาพที่มีสุขภาพดีและป่วยอย่างสมดุล ดังนั้น การที่มีคนต่างด้าวเข้าสู่ประกันสุขภาพน้อย ในขณะที่ภาระในการรักษาพยาบาลและการส่งเสริม ควบคุมโรคนั้นยังคงเดิมทำให้ที่ผ่านมาโรงพยาบาลประสบภาวะขาดทุนสะสมต่อเนื่องเป็นจำนวน ๕๔ ล้านบาท นอกจากนี้การที่แรงงานต่างด้าวจำนวนหนึ่งเข้าสู่ระบบประกันสังคม ซึ่งจำนวนหนึ่งก็ใช้บริการประกันสังคมที่โรงพยาบาลนี้ แต่กองทุนประกันสังคม ไม่ครอบคลุมการป้องกันและควบคุมโรค ในขณะที่จำนวนมากก็กระจายไปใช้ประกันสังคมในโรงพยาบาลเอกชน ในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาครและเขตใกล้เคียง ส่งผลให้การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคเพื่อเข้าถึงกลุ่มประชากรต่างด้าวนั้น ทำได้ยากลำบาก สะท้อนถึงคนต่างด้าวที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพ มีอุปสรรคในการเข้ารับบริการ เช่น กรณีเมื่อเจ็บป่วย ความไม่สะดวกในการเดินทางเพราะต้องมียาจำพาไป ต้องใช้เวลารอคอยนานทำให้ขาดรายได้ สื่อสารกับแพทย์และเจ้าหน้าที่ไม่ได้ และล่ามประจำสถานพยาบาลมีจำนวนจำกัดรวมถึงการถูกคุกคาม ริดไถ และจับกุม จากเจ้าหน้าที่รัฐระหว่างเดินทางไปรับบริการ นอกจากนี้ยังพบว่าสถานบริการที่รับประกันสุขภาพจำนวนมาก ยังไม่มีระบบสถานบริการเครือข่ายดังเช่น หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของคนไทย ทำให้คนต่างด้าวที่มีประกันสุขภาพต้องไปรับบริการ ณ สถานบริการที่ตนมีประกันเท่านั้น ซึ่งอาจห่างไกลจากสถานที่ทำงานและแหล่งที่อยู่อาศัย ทั้งๆ ที่มีสถานบริการใกล้บ้านเช่น สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นต้น ซึ่งหากประสงค์จะใช้สถานบริการใกล้บ้านที่มีความสะดวกและเข้าถึงได้ง่าย ก็ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลแม้ว่าตนเองมีประกันสุขภาพ ส่งผลให้คนต่างด้าวจำนวนมากมาโรงพยาบาลก็ต่อเมื่อมีอาการหนักมาแล้ว ทำให้โรงพยาบาลที่รับประกันสุขภาพมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลค่อนข้างสูง ทั้งนี้ ปัญหาผู้ให้บริการสุขภาพ ในด้านทัศนคติอันเนื่องมาจาก ความแตกต่างของเชื้อชาติ สัญชาติและขนบธรรมเนียมประเพณีก็ยังคงมีอยู่

ทั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่ทำให้การให้บริการสุขภาพคนต่างด้าวเป็นไปอย่างเป็นมิตร คือการมีพนักงานสาธารณสุขต่างด้าวเพื่อลดอุปสรรคในการสื่อสารและลดภาระเจ้าหน้าที่ในการให้บริการทั้งเชิงรับและเชิงรุก รวมทั้งในโรงพยาบาลที่มีคนต่างด้าวจำนวนมากได้แยกแผนกผู้ป่วยนอก(OPD : Out

Patient Department)สำหรับคนต่างด้าวที่ประกันสุขภาพโดยเฉพาะ ทำให้ได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการ

ในเดือนสิงหาคม ๒๕๕๖ กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการปรับมาตรการและแนวทางการดำเนินงานตรวจและประกันสุขภาพคนต่างด้าวอีกครั้ง ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ก้าวกระโดดจากพัฒนาการในปีที่ผ่านมา โดยสาระสำคัญของการเปลี่ยนแปลงมีดังต่อไปนี้

- ๑) เปิดกว้างให้คนต่างด้าวทุกคน โดยไม่จำกัดเฉพาะคนต่างด้าวสัญชาติพม่า ลาว และ กัมพูชา
- ๒) ไม่ผูกติดการเข้าสู่การประกันสุขภาพกับการจดทะเบียนแรงงาน
- ๓) เพิ่มสิทธิประโยชน์ในด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
- ๔) เพิ่มค่าประกันสุขภาพอีก ๙๐๐ บาท จากเดิม ๑,๓๐๐ บาท เป็น ๒,๒๐๐ บาทต่อปี
- ๕) ให้เด็กต่างด้าวอายุ ๗ ปีขึ้นไป เสียค่าประกันสุขภาพในอัตราผู้ใหญ่
- ๖) ระบุให้หน่วยบริการสุขภาพที่เข้าข่ายให้บริการสุขภาพ ต้องเป็นไปตามเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่งผลให้โรงพยาบาลเอกชนที่เคยรับประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวต้องยุติบทบาทลง

๗) กำหนดโครงสร้างส่วนกลางและจังหวัด ควบคุมกำกับการประกันสุขภาพในรูปแบบคณะกรรมการและในส่วนกลาง เพิ่มกรมอนามัยให้เข้ามามีบทบาทจากเดิมที่มีแต่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและกรมการแพทย์

๘) ในส่วนกลาง กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดฯ จะมีบทบาทในการกำกับดูแลการประกันสุขภาพร่วมกับสำนักบริหารการสาธารณสุขที่ดูแลในด้านการให้บริการสุขภาพ

การเพิ่มบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ดส์ (ART) ในชุดสิทธิประโยชน์ประกันสุขภาพต่างด้าวรายปี เป็นสิ่งที่ภาคประชาสังคมและองค์กรพัฒนาเอกชนสนับสนุนให้ครอบคลุมตั้งแต่ปี ๒๕๔๗ เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในคนไทย ซึ่งกองทุนโลกด้านเอ็ดส์ วัณโรค และมาลาเรีย ให้การสนับสนุนโครงการให้บริการยาต้านไวรัสเอ็ดส์กับคนต่างด้าวในปี ๒๕๕๐ ภายใต้โครงการชื่อ NAPHA (National Antiretroviral for People Living with HIV/AIDS) ครอบคลุมผู้รับบริการที่ไม่มีสัญชาติไทยที่ไม่สามารถใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพได้ถึง ๒,๕๑๘ คน ในจำนวนนี้เป็นคนต่างด้าวสัญชาติพม่า ลาวและกัมพูชาอยู่ร้อยละ ๘๒.๗๒ กลุ่มชาติพันธุ์ร้อยละ ๑๔.๗๐ และบุคคลที่มีปัญหาในการใช้สิทธิร้อยละ ๒.๕๘ โครงการ NAPHA จะสิ้นสุดลงในเดือนกันยายน ปี ๒๕๕๗ ทั้งนี้จากงานของกองทุนโลก พบว่ายังมีคนต่างด้าวในประเทศไทยต้องการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอยู่ถึง ๑,๐๐๐ คน การเพิ่มสิทธิประโยชน์ในด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัส จึงเป็นการสร้างความต่อเนื่องของการได้รับบริการอยู่แล้วหลังจากโครงการ NAPHA สิ้นสุดลง

โครงการ NAPHA มีหน่วยให้บริการทั่วประเทศไทย ๔๐๐ แห่ง โดยโรงพยาบาลที่มีจำนวนคนต่างด้าวอาศัยอยู่จำนวนมาก เช่น ระนอง สมุทรสาคร เป็นต้น มักมีระบบการให้บริการที่ดีเนื่องจากมีปัจจัยเอื้ออำนวย เช่น โรงพยาบาลมีพนักงาน/อาสาสมัครต่างด้าว (พสต./ อสต.) ช่วยในการให้บริการ อีกทั้งมีองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานในด้านนี้สนับสนุนการติดตามต่อเนื่อง ทั้งนี้ ผู้บริหารจัดการโครงการนี้ในส่วนของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดทำร่างแนวทางการให้บริการยาต้านไวรัสสำหรับกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าว ในสาระสำคัญได้เสนอการจัดบริการไว้

๓ ด้าน คือ ๑) บริการปรึกษาและตรวจเลือดโดยสมัครใจ (VCT) โดยมีการตรวจ HIV antibody testing ด้วย ๒) บริการยาต้านไวรัส (ART) และ ๓) การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามรักษา ทั้งนี้ได้เสนอให้พิจารณาการให้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อและการรับเชื้อดื้อยา ไว้เป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์ด้วย

การให้บริการยาต้านไวรัส HIV เพื่อได้ยาที่มีประสิทธิภาพ หน่วยบริการสุขภาพต้องมีการบริหารจัดการและบุคลากรที่มีประสบการณ์ จากการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบโครงการ NAPHA พบว่าการให้บริการยาต้านไวรัสในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับคนไทย สถานบริการของรัฐจำนวนร้อยละ ๘๐ สามารถให้บริการได้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานแล้ว อย่างไรก็ตามสำหรับคนต่างด้าวซึ่งมีสื่อสารภาษาที่แตกต่างและการติดตามการรักษาอาจทำได้ยากกว่า อีกทั้งกลุ่มนี้ก็มีการเคลื่อนย้ายสูง ดังนั้น การให้บริการยาต้านไวรัสอาจต้องมีการพัฒนาในระยะหนึ่ง ซึ่งในอนาคตอันใกล้ มีความเป็นไปได้ว่าในจังหวัดหนึ่งๆ อาจมีหน่วยบริการ ๑-๓ แห่งที่มีความพร้อมและให้บริการ เพื่อการบริหารจัดการเวชภัณฑ์และการให้บริการที่สื่อสารภาษาที่แตกต่างได้ โดยใช้ระบบส่งต่อบริการสุขภาพภายในจังหวัด

ปัจจุบันมีโรงพยาบาลที่รับประกันสุขภาพคนต่างด้าวทั้งสิ้น ๘๘๓ แห่ง ในจำนวนนี้เป็นโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ๔ แห่ง และโรงพยาบาลที่เป็นองค์กรมหาชน ๑ แห่ง (โรงพยาบาลบ้านแพ้ว) จากการคำนวณความเป็นไปได้ทางการจัดการการเงิน กลุ่มงานประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขควรมีคนต่างด้าวเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ ๒๐๐,๐๐๐ คน จากทั่วประเทศ

ทรัพยากรมนุษย์ในระบบสุขภาพสำหรับประชากรต่างด้าว (HRH for Migrant Health)

ประชากรต่างด้าวในประเทศไทยยังคงต้องการบริการด้านสุขภาพและการควบคุมโรค ป้องกันโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพตามกฎหมายหลักสิทธิมนุษยชน มนุษย์ทุกคนไม่ว่าสัญชาติใด ย่อมมีความเท่าเทียมกันและไม่เลือกปฏิบัติในการได้รับการดูแลด้านสาธารณสุขพื้นฐาน ประชากรต่างด้าวบนผืนแผ่นดินไทยทุกเชื้อชาติ สัญชาติ ทุกกลุ่มทุกประเภท ซึ่งกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่จดทะเบียนหรือได้รับการผ่อนผันแรงงานข้ามชาติที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติ กลุ่มแรงงานต่างด้าวตามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่างประเทศ แรงงานข้ามชาติที่ไม่ได้จดทะเบียนหรือครอบครัวแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาพำนักอยู่ในประเทศไทยและกลุ่มคนต่างด้าวทั้งชนกลุ่มน้อย ชาวเขา คนไร้รัฐ คนไร้สถานะทางทะเบียนหรือผู้มีปัญหาสถานะบุคคลก็ต้องการสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพและหลักประกันสุขภาพและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพอนามัยที่ดี โดยไม่มีการแบ่งแยกตามฐานะ เศรษฐกิจ สังคม สภาพทางกาย ความพิการ เพศ อายุ ถิ่นที่อยู่อาศัย เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา วัฒนธรรม ความเชื่อและอุดมการณ์ทางการเมือง ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๒๒ ข้อ ๔ และข้อ ๑๖ ที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการพัฒนาระบบสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับประชากรต่างด้าวเป็นลำดับ หนึ่งในนวัตกรรมของการบริการคือการพัฒนาพนักงานสาธารณสุขต่างด้าว (พสต.) และอาสาสมัครสาธารณสุขแรงงานต่างด้าว (อสต.) การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขแบบบูรณาการความร่วมมือของหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบด้านการ

พัฒนาศักยภาพประชาชนในรูปแบบอาสาสมัครทำให้การบริการด้านสุขภาพต่อแรงงานข้ามชาติและผู้มีปัญหาสถานะบุคคลดีขึ้นทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เนื่องจาก พสต.และ อสต. ในฐานะผู้ช่วยบุคลากรทางการแพทย์ได้ช่วยในการเผยแพร่ความรู้และเฝ้าระวังในเรื่องโรคติดต่อในชุมชนของแรงงานข้ามชาติ

จากปัญหาในพื้นที่เรื่องการสื่อสารถือเป็นปัญหาใหญ่ ที่กระบวนการปรับใช้นโยบายด้านการพัฒนาและคุ้มครองแรงงานข้ามชาติจากส่วนกลางสะดุดที่หน่วยงานรัฐในพื้นที่ เนื่องจากไม่สามารถส่งผ่านข้อมูลสู่กลุ่มแรงงานข้ามชาติได้อย่างครอบคลุม เจ้าหน้าที่มีจำนวนจำกัดและล่ามขาดแคลนอย่างหนัก ทำให้เกิดการจ้างพนักงานสาธารณสุขต่างด้าว (พสต.) โดยเจ้าหน้าที่เหล่านี้ประจำอยู่ตามโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อทำหน้าที่ล่ามและให้ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพแก่แรงงานข้ามชาติ ช่วยประชาสัมพันธ์เรื่องสิทธิการรักษาพยาบาลด้วยการบอกเล่าหรือกระจายแผ่นพับความรู้ และพสต.มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการเพิ่มประสิทธิภาพของการส่งเสริมและป้องกันโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ เพื่อไม่ให้โรคระบาดมาสู่คนไทย ซึ่งแรงงานข้ามชาติมักเชื่อและฟังผู้ที่พูดภาษาเดียวกัน สิ่งสำคัญหัวใจของการบริการคือการพัฒนากระบวนการให้บริการให้มีความเป็นมิตรเข้าถึงได้จริง

ในงานด้านการพัฒนาศักยภาพบุคคลหรือทรัพยากรมนุษย์ในระบบสุขภาพสำหรับประชากรต่างด้าวจึงมีความสำคัญที่จะเข้ามาช่วยในระบบบริการให้มีคุณภาพที่ดีและตอบสนองความต้องการของกลุ่มประชากรต่างด้าวที่มารับบริการอย่างแท้จริง การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มประชากรต่างด้าวพุทธศักราช ๒๕๕๗ จึงเป็นการพัฒนาหลักสูตรที่มีความเหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการประชากรต่างด้าวในการดูแลสุขภาพตามแนวทางการสาธารณสุขมูลฐาน โดยกำหนดสาระการเรียนรู้ มาตรฐานการเรียนรู้ การจัดการเรียนรู้ การวัดและประเมินผล ให้มีความสำคัญกับการพัฒนากลุ่มเป้าหมายด้านจิตใจ ให้มีคุณธรรมควบคู่ไปกับการพัฒนาการเรียนรู้ สร้างภูมิคุ้มกันที่มีเป้าหมายมุ่งพัฒนาให้อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อเป็นแบบอย่างและเป็นสื่อในการเรียนรู้ของประชากรต่างด้าวในชุมชน มีความตระหนักในการดูแลตนเองด้านสุขภาพมากขึ้น รวมถึงทำหน้าที่ในการถ่ายทอดความรู้และให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นในเขตชุมชนต่างด้าว ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสมและสอดคล้องกับขนบธรรมเนียมและความต้องการของชุมชนต่างด้าวที่ดำเนินการโดยประชาชนต่างด้าวเพื่อประชากรต่างด้าวด้วยตนเอง ตลอดจนเชื่อมประสานการบริการและทำงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อสำรวจข้อมูลค้นหาผู้ป่วยและผู้เสี่ยงต่อโรคต่างๆตามสภาพปัญหาสาธารณสุข การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด การจัดการสุขภาพในชุมชนต่างด้าวและการสร้างเสริมสุขภาพได้ดีขึ้น เพื่อให้เป็นที่พึงสุภาพขั้นต้นของประชาชนต่างด้าว อันเป็นการสร้างโอกาสให้ประชาชนทั้งคนไทยและคนต่างด้าวมีสุขภาพอนามัยดีขึ้น ได้รับบริการอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพเต็มเต็มส่วนขาดและข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชากรต่างด้าวที่ผ่านมา อีกทั้งยังสนับสนุนการจัดระบบแรงงานต่างด้าวให้เป็นไปตามกฎหมาย

๑. บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว

๑. สื่อข่าวสารสาธารณสุข เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ถ่ายทอดความรู้ให้คำแนะนำแก่ประชาชนต่างด้าว ด้านสาธารณสุขมูลฐาน การขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพ การเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพและหน้าที่ประชากรต่างด้าวในประเทศไทย การเข้าถึงบริการสาธารณสุข การนัดหมายบริการสุขภาพ รวมทั้งแจ้งข้อมูล/รายงานสิ่งผิดปกติและโรคติดต่อในชุมชนให้แก่ประชาชนและเจ้าหน้าที่ ตลอดจนโน้มน้าว ชักชวนเพื่อนบ้านในชุมชนต่างด้าว ให้ทำตามหน้าที่ประชากรต่างด้าวในประเทศไทย และเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชนต่างด้าว ตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรต่างด้าว

๒. เป็นแกนนำด้านสุขภาพของชุมชนต่างด้าว ในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพ ชักชวนเพื่อนเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาสุขภาพและกิจกรรมบริการสาธารณสุข และเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของประชาชนชุมชนต่างด้าว

๓. จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและปัญหาสาธารณสุข ตลอดจนภัยสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของท้องถิ่นและประชากรต่างด้าว รวมทั้งสำรวจข้อมูลภาวะสุขภาพในชุมชน การดูแลสุขภาพอนามัยและสภาพแวดล้อม

๔. ร่วมให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนต่างด้าว ทั้งบริการเชิงรุก/เชิงรับ ในการปฐมพยาบาล ฝ้าระวัง สังเกต รายงานและแจ้งเหตุ/ข้อมูลสิ่งผิดปกติในชุมชน คัดกรอง แนะนำ/นัดหมายบริการสุขภาพที่ถูกต้อง เยี่ยมบ้าน และส่งต่อ

๕. ประสานเชื่อมโยงองค์กรชุมชน อสม. ไทย ชุมชนประชาชนต่างด้าวและรัฐ ดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย พัฒนาคุณภาพชีวิตและชุมชนต่างด้าว

๒. การอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว

๒.๑ คุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว

ประชากรต่างด้าวในชุมชน พื้นที่เป้าหมาย โดยเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติดังนี้

๑. ประชากรต่างด้าวที่ประสงค์จะเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว และมีคุณสมบัติดังนี้

๑.๑ อายุไม่ต่ำกว่า ๑๘ ปี บริบูรณ์

๑.๒ จดทะเบียนกับกระทรวงมหาดไทย และมีเลขประจำตัวประชาชน ๑๓ หลัก หรือมีเลขที่หนังสือเดินทาง หรือหนังสือผ่านแดน หรือผู้นำชุมชนรับรอง

๑.๓ อาศัยอยู่เป็นการประจำในชุมชนต่างด้าวไม่น้อยกว่า ๖ เดือน และได้รับการคัดเลือกจากชุมชน โดยประชากรต่างด้าวไม่น้อยกว่า ๑๐ ครั้งเรือนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้เข้ารับการฝึกอบรมตามหลักสูตรมาตรฐาน เพื่อเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ให้เข้ารับการฝึกอบรมตามหลักสูตรมาตรฐาน เพื่อเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มประชากรต่างด้าว

๑.๔ อ่านออกเขียนได้ในภาษาของตนเองและสื่อสารภาษาไทยได้ ใฝ่เรียนรู้

๑.๕ มีจิตอาสา สมัครใจ จัดสรรเวลาเป็น มีอาชีพเป็นของตัวเอง มีความพร้อมที่จะปฏิบัติงานสาธารณสุขเพื่อประชาชนต่างด้าว และได้รับการยอมรับจากประชาชนชุมชนต่างด้าว

๑.๖ มีภาวะความเป็นผู้นำหรือผู้ที่มีศักยภาพอยู่แล้ว ถ้าคิด ถ้าทำ มีความรับผิดชอบ

๑.๗ สุขภาพแข็งแรง ไม่มีประวัติติดสารเสพติดและคดีอาชญากรรม

๑.๘ ประวัติการทำงานดี สามารถประสานงานได้ดี

๒. อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ผู้ที่ผ่านการอบรมมาจากพื้นที่อื่นย้ายมาทำงานในพื้นที่เป้าหมาย และประสงค์ที่จะปฏิบัติงานสาธารณสุขเพื่อประชาชนต่างด้าว

๒.๒ หลักการของหลักสูตร

๑. เป็นหลักสูตรเพื่อพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขในกลุ่มประชากรต่างด้าว ให้ความรู้พื้นฐานและความชำนาญเฉพาะด้านในการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มประชากรต่างด้าว มีคุณธรรม บุคลิกภาพและเจตคติที่เหมาะสม สามารถทำหน้าที่ได้ตรงตามความต้องการของพื้นที่และชุมชน สอดคล้องกับนโยบายเศรษฐกิจพอเพียงและนโยบายการพัฒนาสุขภาพประชาชนประชาคมอาเซียนทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับชาติ

๒. ส่งเสริม สนับสนุนการประสานความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการจัดการฝึกอบรมระหว่างหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ท้องถิ่นและเอกชน

๓. เป็นหลักสูตรที่เปิดโอกาสให้ฝึกอบรมได้อย่างกว้างขวาง มีโครงสร้างยืดหยุ่นด้านสาระการเรียนรู้ เวลาเรียน และการจัดการเรียนรู้ โดยเน้นการบูรณาการเนื้อหาให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต ความแตกต่างระหว่างบุคคลและชุมชน สังคม เน้นความรู้ ความเข้าใจ ความชำนาญด้านการปฏิบัติจริง ยกระดับความสามารถของประชากรต่างด้าวในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองที่มุ่งสู่เป้าหมายคนไทยทุกคนมีสุขภาพแข็งแรงขึ้น เพื่อสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ ทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างยั่งยืน

๔. เป็นหลักสูตรที่สามารถจัดฝึกอบรมได้ตามศักยภาพและโอกาสของผู้เรียน

๒.๓ จุดมุ่งหมายของหลักสูตร

๑. เพื่อผลิตและพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มประชากรต่างด้าวให้มีความรู้ เจตคติ ทักษะและความสามารถในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒. เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มประชากรต่างด้าว มีความรู้ ทักษะและประสบการณ์ในคุณลักษณะที่พึงประสงค์ (มาตรฐานสมรรถนะ) ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง นำไปปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตประชากรต่างด้าว ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีและมีคุณค่า สร้างสรรค์ความเจริญต่อชุมชน ท้องถิ่นและประเทศไทย ตลอดจนชุมชนมีความมั่นคงในการดูแลสุขภาพช่วยเหลือคนต่างด้าว

๓. เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มประชากรต่างด้าว มีบุคลิกภาพ เจตคติ มนุษยสัมพันธ์ มีคุณธรรม จริยธรรม และวินัยในตนเอง มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจและพฤติกรรมสุขภาพ เหมาะสมกับงานดูแลสุขภาพคนต่างด้าว

๔. เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มประชากรต่างด้าว ตระหนักและมีส่วนร่วมในการปรับทัศนคติต่อประชาชนต่างด้าว ซึ่งเป็นทรัพยากรที่มีค่าของครอบครัว ชุมชนและสังคม สร้างคุณค่า บทบาทของประชาชนต่างด้าวอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

๓. มาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว

๑. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ถ่ายทอดความรู้ แจ้งข่าวสารสาธารณสุข ให้คำแนะนำแก่ประชาชน รายงานสิ่งผิดปกติในชุมชนให้เจ้าหน้าที่ทราบ และรณรงค์ขับเคลื่อนประชากรต่างด้าว ให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเองชุมชนและสภาวะแวดล้อมของสังคม

๒. เป็นแกนนำสุขภาพและเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของประชาชนชุมชนต่างด้าวด้านการเริ่มปฏิบัติจริงจากตนเองอย่างเป็นรูปธรรมและถ่ายทอดสู่ผู้อื่น

๓. จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพและปัญหาสาธารณสุข

๔. ร่วมให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนต่างด้าว ทั้งบริการเชิงรุกและเชิงรับ และการส่งต่อผู้ป่วย

๕. ทำงานเป็นทีม สร้างเครือข่ายและประสานการดำเนินงานพัฒนาชุมชนต่างด้าว

ปัจจุบันสถานพยาบาลในพื้นที่ที่มีแรงงานข้ามชาติอยู่หนาแน่นจะมีลักษณะการจ้างพست. ด้วยเงินจากระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวในแต่ละปี และอบรมส่งเสริมการทำงานของพสต. ในชุมชนและสถานประกอบการ โดยใช้บส่งเสริมป้องกันจากประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวเช่นกัน แต่บุคลากรในรูปแบบ พสต.และอสต. ยังเป็นทางเลือกของแต่ละสถานพยาบาลที่จะจัดจ้างพสต.หรือพัฒนา อสต.ในพื้นที่ โดยเจ้าหน้าที่ระดับนโยบายของกระทรวงเห็นถึงความเหมาะสมในแต่ละพื้นที่ สถานพยาบาลในบางพื้นที่ซึ่งเดิมใช้เงินจากงบประมาณในประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวพสต. อาจต้องประสบปัญหาในเรื่องงบการจ้าง เพราะหลังจากแรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่จะเข้าสู่ระบบประกันสังคม ซึ่งไม่มีความชัดเจนในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพให้จ้าง พสต. ทั้งยังไม่มียางสำหรับงานส่งเสริมป้องกันในสถานพยาบาลที่ดูแลแรงงานข้ามชาติ ซึ่งแต่เดิมได้รับจากประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๑.งานวิจัยต่างประเทศ

จากการทบทวนวรรณกรรมต่างประเทศ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพมีหลายปัจจัย ในประเทศสหรัฐอเมริกาประชาชนที่มีรายได้ต่ำ สมาชิกครัวเรือนทำงานรายได้ไม่เพียงพอ ลักษณะงานที่ไม่ได้เสนอหลักประกันสุขภาพ อายุในช่วง ๑๘-๒๔ ปี ขาดหลักประกันสุขภาพ (ร้อยละ ๒๘.๔) ผู้สูงอายุไม่มีหลักประกันสุขภาพ (ร้อยละ ๑.๑) ผู้ใหญ่อายุ ๑๘-๖๔ ปี มีความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพน้อยกว่าเด็กหรือผู้สูงอายุ เชื้อชาติ คนย้ายถิ่นเป็นอีกปัจจัยที่มีผลต่อความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ (DHHS, ๑๙๙๗ cite by Chang, Price and Pfoutz, ๒๐๐๑)

วีโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (๑๙๙๓) ได้ศึกษาวิจัยพบว่า ระดับรายได้สูงจะมีการประกันสุขภาพอื่น ๆ มากขึ้นตามระดับรายได้ การมีหลักประกันสุขภาพมีความสัมพันธ์สูงกับหลายลักษณะของการจ้างงาน รวมทั้งสถานะการทำงาน ระดับรายได้ การได้รับการศึกษา อาชีพ และลักษณะนายจ้าง ได้แก่ขนาดบริษัทและส่วนของงานจ้าง คนงานชั่วคราวจะได้รับข้อเสนอที่น้อยกว่าคนงานประจำ จากการศึกษาวิเคราะห์หลายตัวแปรที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญกับการไม่มีหลักประกันสุขภาพ มีความเกี่ยวข้องกับการวัดลักษณะ ได้แก่รายได้ อาชีพ ลักษณะงานและขนาด

บริษัทจ้างงาน การศึกษา สถานะสุขภาพ อายุ เพศ เชื้อชาติและลักษณะกลุ่มชน (Ethnicity) สถานภาพการเป็นพลเมือง และภูมิศาสตร์ กลุ่มที่มีการย้ายถิ่นมีแนวโน้มที่จะไม่มีประกันสุขภาพสูง ในประเทศสหรัฐอเมริกา (Institute of medicine of the National Academics, ๒๐๐๓) กลุ่มอาชีพแรงงานรับจ้างมีหลักประกันสุขภาพน้อยกว่ากลุ่มวิชาชีพ (Park, et al., ๒๐๐๑) ร้อยละ ๘๐ และร้อยละ ๖๗ เพศชายมีหลักประกันสุขภาพ และคนที่มิสถานภาพสมรสมีประกันเอกชน ร้อยละ ๗๓.๐ สูงกว่าคนโสดที่มีเพียง ร้อยละ ๔๐.๙ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการซื้อประกันสุขภาพเอกชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพื่อลดรายจ่ายด้านสุขภาพที่สูง (catastrophic health expenses) ได้แก่ สภาพทางภูมิศาสตร์ที่ได้รับการพัฒนาต่ำกว่าเขตอื่น ประชาชนขาดการได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับความสำคัญการมีหลักประกันสุขภาพ เขตเมืองกับเขตชนบท ลักษณะส่วนบุคคล (สถานภาพสมรส เพศ อายุ การศึกษา งานอาชีพ และสถานการณ์ลูกจ้างงาน) และอีกสองปัจจัยด้านครอบครัว (ขนาดของครอบครัว และรายได้ครัวเรือน) (Liu and Chen, ๒๐๐๒)

Lee (๒๐๐๕) ได้วิเคราะห์สถานการณ์คนไร้รัฐชาวพม่าในประเทศไทย ที่เงื่อนไขทางเศรษฐกิจบีบให้เข้าทำงานในลักษณะ “แรงงานผิดกฎหมาย” ซึ่งในแง่หนึ่งเป็นทั้งลักษณะผิดกฎหมาย แต่ในอีกแง่หนึ่งก็เป็นการเอื้อให้กับเอกชนในการลดต้นทุนการผลิต ซึ่งสุดท้ายคนที่เป็นเหยื่อคือคนไร้รัฐ ที่เป็นด้านมืดที่ไม่มีใครสนใจและพิจารณาถึงชีวิตความเป็นอยู่ของพวกเขา ทั้งๆที่คนเหล่านี้มีส่วนสำคัญในการสร้างความเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ

Nagayama (๑๙๙๓) และ อภิญญา ตั้งเจริญยิ่ง (๒๕๔๘) ศึกษามาตรฐานแรงงานความรับผิดชอบต่อสังคม (Social Accountability (SA ๘๐๐๐) ที่ประเทศคู่ค้ารายใหญ่นำมาใช้เป็นพื้นฐานการดำเนินการซื้อขาย รวมถึงการจัดฝึกอบรมแนะนำจากเจ้าหน้าที่รัฐชี้ให้เห็นถึงผลกระทบการดำเนินงานที่ไม่ราบรื่นที่มีคนงานเข้าออกบ่อยๆ ที่กำชับให้ดูแลสภาพแวดล้อมการทำงานและที่อยู่อาศัยของแรงงานให้ถูกสุขลักษณะ การสร้างเครือข่ายด้านสุขภาพ การวางตัวให้สอดคล้องกับขนบธรรมเนียมประเพณีไทย เพื่อการอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างมีความสุข ทำให้สถานประกอบการมีความรับผิดชอบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อมมากขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานแรงงานต่างด้าว ในด้านการทำงานได้รับความคุ้มครองขั้นพื้นฐาน ความเป็นธรรมในการทำงาน และในความสัมพันธ์ระหว่างชีวิตทำงานกับชีวิตทั่วไป

๒. งานวิจัยในประเทศ

อีเลน เพียร์สันและคณะ(๒๕๔๙) ศึกษาการจ้างแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย ในกลุ่มแม่น้ำโขง ได้ทำการศึกษาการจ้างแรงงานและสภาพการทำงานของแรงงานข้ามชาติในภาคการจ้างงานสำคัญ ๔ ภาคของประเทศไทย คือการเกษตร งานบ้าน เรือประมงและการแปรรูปปลา และการผลิต ผลการวิจัยพบว่า แรงงานรับใช้ในบ้านกว่าครึ่งหนึ่งและลูกเรือหาปลาอีกกว่า ๑ ใน ๕ ถูกห้ามไม่ให้ออกจากที่ทำงาน หรือถูกนายจ้างบังคับให้ทำงานเยี่ยงทาส มีการละเมิดสิทธิมนุษยชนแรงงานข้ามชาติ การบังคับให้ทำงาน จำกัดพื้นที่ ใช้แรงงานเด็กในงานเสี่ยงอันตราย การถูกกระทำทารุณทั้งทางใจและทางวาจาเป็นประจำ แรงงานส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจสิทธิตาม พ.ร.บ. คุ้มครองแรงงาน และแรงงานส่วนใหญ่ได้รับค่าจ้างต่ำกว่าค่าจ้างขั้นต่ำที่กฎหมายกำหนด ถือเป็นภาระละเมิดต่อกฎหมายไทย

สังคม ศุภรัตน์กุลและคณะ (๒๕๕๕) ศึกษาความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสานพบว่า ครอบครัวในชนบทอีสานมีรูปแบบการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ ๓ รูปแบบ ประกอบด้วย การสร้างผ่านครอบครัว ผ่านชุมชนและผ่านโครงสร้าง มีทุนทางสังคมเป็นองค์ประกอบปัจจัยและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสานมีอยู่ ๔ กลุ่มปัจจัย ได้แก่ กลุ่มปัจจัยแรกคือโครงสร้างของครอบครัว กลุ่มปัจจัยที่สองคือทุนทางสังคมในครอบครัว กลุ่มปัจจัยที่สามคือ ทุนทางสังคมในชุมชนและกลุ่มปัจจัยสุดท้ายคือทุนทางสังคมจากโครงสร้าง และการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญกับทุนทางสังคมที่มีอยู่ในครอบครัวชนบทให้มากขึ้น เพราะว่าทุนทางสังคมดังกล่าวได้หนุนเสริมให้เกิดกระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสานได้ดี

หทัยรัตน์ เสียงดังและเบญจมาศ รอดภัย (๒๕๕๐) จากการศึกษาแรงงานข้ามชาติ พบว่า ยังขาดความรู้และความเข้าใจ รวมทั้งไม่ตระหนักถึงสิทธิของตนเองและสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการประกันสุขภาพ ในบางจังหวัดมีการลงทะเบียน มี ทร. ๓๘/๑ แล้ว มีการตรวจสุขภาพและมีบัตรประกันสุขภาพได้รับใบอนุญาตทำงานอย่างถูกต้องแล้ว แต่ไม่สามารถได้รับบัตรต่างๆ เหล่านี้ได้ เพราะนายจ้างมักยึดบัตร มี ทร. ๓๘/๑ บัตรประกันสุขภาพ รวมทั้งใบอนุญาตทำงานของแรงงานไว้เพื่อป้องกันไม่ให้แรงงานโยกย้ายไปทำงานยังสถานประกอบการอื่น ทำให้แรงงานไม่สามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขต่างๆ ได้โดยสะดวก บางครั้งผู้ที่ไม่มียบัตรนำบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ ที่มีบัตรไปใช้บริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลตามสิทธิ เนื่องจากบัตรสุขภาพไม่มีรูปของเจ้าของบัตร ซึ่งขณะนี้แต่ละโรงพยาบาลออกแบบบัตรประกันสุขภาพให้ใช้ในพื้นที่ในความรับผิดชอบเอง ทำให้ไม่สามารถตรวจสอบตัวบุคคลได้ ส่วนแรงงานข้ามชาติที่ตรวจสุขภาพแล้วพบว่ามี โรคติดเชื้อที่ต้องติดตามรับยารักษาโรคอย่างต่อเนื่อง เช่นวัณโรค พวกนี้ย้ายหนีจากที่ทำงานเดิมและออกไปจากพื้นที่เนื่องจากเกรงว่าจะถูกจับส่งตัวกลับประเทศ แรงงานข้ามชาติหญิงที่ตั้งครรภ์จำนวนมากพยายามทำแท้ง หรือยุติการตั้งครรภ์ก่อนที่จะตรวจสุขภาพ บางคนส่งปัสสาวะของเพื่อนที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ไปตรวจเพราะเกรงกลัวว่าจะถูกส่งตัวกลับบ้านหากถูกตรวจพบว่าตั้งครรภ์ ทำให้มีอัตราการทำแท้งสูงในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิง รวมทั้งไม่มีการวางแผนครอบครัวที่เหมาะสมในกลุ่มนี้

สมพงษ์ สระแก้ว (๒๕๕๑) พบว่าแรงงานข้ามชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพจำนวนมาก หากเจ็บป่วยเล็กน้อย มักพยายามที่จะรักษาตนเองมากกว่าไปโรงพยาบาล เพราะยุ่งยาก ต้องรอนาน ใช้เวลามาก ส่วนกลุ่มแรงงานที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพไปรับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐเป็นกลุ่มใหญ่ ที่มักถูกกล่าวถึงเป็นอย่างมากโรงพยาบาล ของรัฐต้องรับภาระค่าใช้จ่าย จากการที่แรงงานข้ามชาติจำนวนมาก ที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ บางรายต้องนอนรักษาที่โรงพยาบาลเป็นเวลานานหลายเดือน โรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนแสนๆต่อคน และโดยมากแรงงานที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพพบว่าหากเขาไม่ป่วยหนักมาก จะไม่ไปรักษาที่โรงพยาบาล เพราะมีความกลัวเจ้าหน้าที่ตำรวจจับกุมระหว่างเดินทางไป ส่วนใหญ่จึงรักษาพยาบาลที่คลินิกเอกชนใกล้ที่พัก หรือที่ทำงาน หรือหาซื้อยาทานเองดีกว่า จึงมีหมอมดขี้ครรภ์ หรือหมอดำแย หมอนวดโบราณ ในชุมชนของแรงงาน และให้บริการรักษาพยาบาลแก่แรงงานข้ามชาติ ที่หน่วยงานด้านสาธารณสุขของรัฐไม่สามารถเข้าถึงได้

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์และคณะ(๒๕๔๙) ได้ศึกษาระบบการเงินการคลังสาธารณสุขสำหรับแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย พบว่าระบบบังคับให้มีบัตรประกันสุขภาพ โดยกระทรวง

สาธารณสุข (Compulsory Migrant Health Insurance: CMHI) เป็นระบบหลักในการดูแลแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย อย่างไรก็ตามแนวโน้มระบบนี้จะลดความสำคัญลง เนื่องจากจำนวนแรงงานข้ามชาติที่ลงทะเบียนลงจำนวนลง หลังปี ๒๕๔๙ ซึ่งเน้นความมั่นคงเป็นหลัก ขณะที่โรงพยาบาลพยายามเก็บเงินจากแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ ที่เจ็บป่วยเข้ามาใช้บริการระบบบังคับให้มีการประกันสุขภาพ โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นระบบที่กระทรวงสาธารณสุขพัฒนาขึ้น เพื่อลดภาระด้านการเงินในการดูแลแรงงานข้ามชาติ โดยโรงพยาบาลของรัฐ ระบบนี้ประสบความสำเร็จจากการให้บริการรักษาพยาบาลแรงงานข้ามชาติและครอบครัว ควบคู่กับการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค อย่างไรก็ตามประเด็นที่ผู้กำหนดนโยบาย ให้ความสำคัญคือเน้นไปที่การหาแหล่งงบประมาณเพิ่มให้แก่โรงพยาบาลของรัฐให้เพียงพอมากกว่า ที่จะเน้นการจัดหางบประมาณดูแลแรงงานข้ามชาติให้เพียงพอ

ปัจจุบันประเทศไทยสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคุ้มครองคนไทยทุกคน โดยให้คนไทยอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพระบบใดระบบหนึ่ง โดยมีกลไกการจ่ายเงินเฉพาะตามแต่ละระบบ และรัฐไม่ต้องรับผิดชอบนอกเหนือจากนั้น ด้วยวิธีการเช่นนี้ทำให้โรงพยาบาลต่างๆต้องมีหน้าที่รับผิดชอบการเงินการคลังทั้งหมด สำหรับโรงพยาบาลที่มีทรัพยากรจำกัด มีปัญหาในการจัดหาทรัพยากรมาดูแลแรงงานข้ามชาติและครอบครัวที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ การศึกษานี้พบว่าแรงงานข้ามชาติเข้าถึงบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน อย่างไรก็ตามการใช้บริการผู้ป่วยนอกของแรงงานข้ามชาติยังต่ำกว่า การใช้บริการของคนไทยในระบบประกันสังคมและประกันสุขภาพถ้วนหน้า แรงงานข้ามชาติยังคงซื้อยากินเอง แม้ว่าจะมีบัตรประกันสุขภาพก็ตาม ขณะที่บริการผู้ป่วยในของแรงงานข้ามชาติใช้สิทธิใกล้เคียงกับคนไทยในระบบประกันสังคมและประกันสุขภาพถ้วนหน้า แรงงานข้ามชาติยังได้ประโยชน์จากระบบการส่งต่อและบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงอีกด้วย แรงงานข้ามชาติและครอบครัวได้รับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ว่าจะมีบัตรหรือไม่มีบัตรประกันสุขภาพ วัคซีนไข้มองอีกเสบและวัคซีนดับอีกเสบไวรัสบีนั้น ไม่ได้ฉีดให้เด็กที่เป็นบุตรแรงงานข้ามชาติทุกคน อาจเป็นเพราะวัคซีนมีราคาแพง และยังไม่สามารถสรุปได้แน่ชัดว่าการฉีดวัคซีนให้แก่เด็กทุกคน มีผลกระทบทางระบาดวิทยา อย่างไรก็ตามหากต้องการควบคุมโรคทั้งสองอย่างมีประสิทธิภาพ ก็ควรจะฉีดวัคซีนทั้งสองนี้ให้ครอบคลุมเด็กข้ามชาติด้วยเช่นกัน บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคบางส่วนในบางจังหวัด ได้รับการสนับสนุนทรัพยากรบางส่วนจากองค์กรระหว่างประเทศและองค์กรเอกชน

การใช้บริการเพิ่มขึ้นของแรงงานข้ามชาติ ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ของโรงพยาบาลตามสิทธิเพิ่มขึ้น แต่ค่าใช้จ่ายนี้ก็ไม่สูงเกินกว่าค่าบัตรประกันสุขภาพ ปัญหาคือแรงงานข้ามชาติและครอบครัวที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ มาใช้บริการรักษาพยาบาลทำให้มีภาระค่าใช้จ่ายสำหรับทั้ง ๒ กลุ่ม สูงเกินกว่าค่าประกันสุขภาพที่เก็บได้ในปี ๒๕๔๘ ความเพียงพอของเงินที่เก็บได้จากค่าบัตรประกันสุขภาพกับค่ารักษาพยาบาลแรงงานข้ามชาติทั้งกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพ และกลุ่มที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ แตกต่างไปตามบริบทในแต่ละจังหวัด ในจังหวัดชายแดนพบว่าสัดส่วนของแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่มีบัตรมาก เพราะมีชาวต่างชาติข้ามชายแดนเข้ามารักษาในประเทศไทย

การบริหารจัดการระบบโดยเฉพาะธรรมาภิบาลของระบบนี้ควรได้รับการพิจารณาเกี่ยวกับประเด็นผลประโยชน์ทับซ้อน เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขเป็นทั้งผู้ให้บริการและผู้ซื้อบริการในระบบนี้โดยมีโรงพยาบาลเอกชนเพียงแห่งเดียวในจังหวัดสมุทรสาคร เป็นการจำกัดโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ นอกจากนี้ยังมีปัญหาในการกำกับและประเมินผล เนื่องจากการส่งรายงานจากจังหวัดต่างๆมายังกระทรวงสาธารณสุขลดน้อยลง ดังนั้นการวางระบบการจัดซื้อบริการให้ดีขึ้น รวมทั้งการกำกับติดตามประเมินผล และพัฒนาระบบข้อมูลให้ดีขึ้นเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญ

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันไทย (สวปก.) (๒๕๕๔) ได้ศึกษาวิจัยพฤติกรรมการแสวงหาบริการและการใช้บริการ เพื่อพัฒนาระบบการเงินการคลังสุขภาพ และการจัดบริการที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการสำหรับแรงงานข้ามชาติ ในจังหวัดระยองและสมุทรสาคร พบว่าแรงงานข้ามชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพยังไม่เข้าใจสิทธิการให้บริการเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินสูงถึงร้อยละ ๒๑.๓๖ และร้อยละ ๒๕.๑๖ ในประเด็นความรู้ความเข้าใจสิทธิส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ยังมีผู้ไม่ทราบถึง ร้อยละ ๓๐.๑๙ และร้อยละ ๒๗.๘๘ ตามลำดับ แรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยต่อคนสูงถึง ๗๑๑.๗๐ บาท และ ๔๕๙.๖๖ บาท ในจังหวัดระยองและสมุทรสาคร นอกจากนี้ยังพบว่ามีปัญหาโครงสร้างองค์กรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลที่ยังไม่ได้รับรองรับการดูแลแรงงานข้ามชาติด้านสาธารณสุข ทั้งที่มีจำนวนแรงงานเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากและเป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดการแพร่กระจายโรคติดต่อต่างๆที่ต้องควบคุมโรคให้ได้หลายๆโรค ปัญหาความไม่เพียงพอของยาต้านไวรัสเอชไอวี (ARV) สำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อ เอชไอวี ก็เป็นปัญหาที่ทุกจังหวัดกล่าวถึง รวมทั้งการไม่มีงบประมาณสนับสนุน เพื่อดูแลแรงงานข้ามชาติที่ไม่ได้ลงทะเบียนและไม่ได้ซื้อบัตรประกันสุขภาพ ทำให้ตกเป็นภาระของโรงพยาบาล

นอกจากนี้มีการระบุถึงปัญหาด้านนโยบายความมั่นคงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการของแรงงานข้ามชาติ ของจังหวัดระยองและสมุทรสาคร พบว่าสำนักงานตำรวจแห่งชาติมีนโยบายจับกุมแรงงานข้ามชาติ โดยกำหนดเป้าหมายการจับกุมชัดเจน จังหวัดระยองมีการตั้งเป้าหมายการจับกุมในแต่ละเดือน ให้สถานีตำรวจดำเนินการสืบสวนจับกุม ผลักดันแรงงานต่างด้าวเป้าหมายการจับกุมจะถูกกำหนดจากหน่วยงานระดับภาค มีการตั้งเป้าหมายเป็นรายเดือน แยกรายอำเภอ แต่ละเดือนมีเป้าหมายไม่เท่ากัน แต่หลังจากวันที่มติ ครม. กำหนดให้ลงทะเบียนขอใบอนุญาตทำงาน ก็จะผ่อนผันไม่จับกุม ดังนั้นแรงงานข้ามชาติและครอบครัวมีความเสี่ยงที่จะถูกจับกุมได้ตลอดเวลา ยกเว้นเฉพาะช่วงเวลาผ่อนผันเป็นการภายในไม่ใช่กฎหมายตายตัว ในส่วนของจังหวัดสมุทรสาครตั้งเป้าหมายการจับกุมแรงงานข้ามชาติและครอบครัว ให้ได้จำนวน ๒,๖๐๐ คน ทุก ๓ เดือน นอกจากนี้ผู้แทนแรงงานข้ามชาติให้ข้อมูลว่า มีการดักรอจับขณะจะไปรับบริการที่สถานพยาบาล ในช่วงเวลาที่ต้องการเร่งจับกุมให้ครบ ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งทำให้แรงงานข้ามชาติมีความเดือดร้อนอย่างมาก

วิชุดา เสพสมุทร (๒๕๕๔) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค วัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ในจังหวัดสมุทรสาครพบว่าตัวแปรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมวัณโรคในแรงงานต่างด้าวของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวได้แก่ รายได้ต่อเดือน

เฉลี่ย ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว สถานภาพสมรสคู่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร จำนวนสมาชิกที่พักอาศัยอยู่ในครัวเรือน เนื่องจากงานป้องกันและควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว เป็นงานที่ต้องอาศัยความร่วมมือของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นหลัก อีกทั้งพื้นฐานความเป็นอยู่ส่วนใหญ่ของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ที่เข้ามาทำงานในจังหวัดสมุทรสาครเป็นศูนย์กลางการผลิตเพื่อส่งออกผลผลิตทางการเกษตรและประมงและมีการเคลื่อนย้ายแรงงานเข้าสู่จังหวัดสมุทรสาครอย่างต่อเนื่อง ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวส่วนใหญ่ต้องทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพตนและครอบครัว

ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์และคณะ (๒๕๕๖) ศึกษาการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ กรณีศึกษาจังหวัดระนอง พบว่าการทำงานในพื้นที่ชายแดน มีลักษณะจำเพาะต้องอาศัยบุคลากรที่เข้าใจพื้นที่ รวมถึงพูดภาษาถิ่นได้ จะช่วยประสานและประชาสัมพันธ์ให้ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ หรือคนไทยพลัดถิ่นมาลงทะเบียนเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพและตระหนักรู้ในสิทธิของตน การทำงานเชิงรุกผ่าน “พนักงานสาธารณสุขต่างด้าว (พสต.)” และ “อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.)” ช่วยให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น เพราะมีความคุ้นเคยในพื้นที่ ภาษาและวัฒนธรรม มากกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั่วไป

สรุปท้ายบท

การทบทวนวรรณกรรมในบทที่ ๒ เป็นการทบทวนวรรณกรรมเพื่อเตรียมข้อมูลไว้เพื่อการวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อการตอบวัตถุประสงค์การวิจัยในบทต่อไป ซึ่งมุ่งเน้นการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเรื่อง หน่วยความคิด ทฤษฎี วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า

ความมั่นคงทางด้านสุขภาพ (Health Security) ของมนุษย์ทุกคนเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้เกิดความมั่นคงทางด้านสังคม (Social Safety Net) ซึ่งทั้งทางทฤษฎีและนโยบายของประเทศเกือบทั่วโลกให้ความสำคัญและมุ่งมั่นที่จะดำเนินการในประเทศของตน ในประเทศไทยเองนโยบายของเกือบทุกรัฐบาลก็ให้ความสำคัญกับเรื่องดังกล่าว จะเห็นได้จากการมีการประกันสังคมและการประกันสุขภาพให้กับประชาชนไทย ในแง่การประกันสุขภาพถือได้ว่าประชาชนไทยทุกคนเกือบ ๑๐๐% มีหลักประกันด้านสุขภาพในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ไม่ว่าจะเป็นสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการและพนักงานของรัฐอื่นๆ หรือเป็นผู้ประกันตนกับกองทุนประกันสังคม หรือประกันสุขภาพในระบบบัตรทอง แม้จะยังมีความเหลื่อมล้ำในเรื่องสิทธิประโยชน์การประกัน ๓ กองทุน แต่ก็ถือได้ว่าเกือบทุกคนมีหลักประกันสุขภาพเมื่อยามเจ็บป่วย และทำให้การเข้าถึงบริการมีมากขึ้นเรื่อยๆ ลดภาระการล้มละลายของครอบครัวจากการต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงที่มีค่าใช้จ่ายสูงจำนวนมาก

กลุ่มเป้าหมายทางสุขภาพนอกจากคนไทย ๖๔ ล้านคนแล้วก็ยังมีคนต่างด้าวที่ไม่มีสิทธิในการประกันสุขภาพที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยอีกจำนวนหนึ่ง บางกลุ่มรอการปรับเป็นสัญชาติไทย บางกลุ่มเป็นแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามโดยเฉพาะแรงงาน ๓ สัญชาติ คือ เมียนมาร์ ลาว และ กัมพูชา ที่มีอยู่ในจำนวนมากกว่า ๒ ล้านคน คนเหล่านี้ส่วนหนึ่งต้องขึ้นทะเบียนประกันสังคม และอีก

จำนวนหนึ่งต้องซื้อบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข แต่ความครอบคลุมของการประกันสุขภาพยังไม่ดีนัก ทำให้แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม จำนวนมากไม่มีหลักประกันสุขภาพและจำนวนหนึ่งยังไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้เช่นเดียวกับคนไทย ซึ่งมีสาเหตุนอกจากการขาดหลักประกันสุขภาพแล้วยังมีปัญหาเรื่องการไม่มีบริการที่เป็นมิตรกับชาวต่างชาติ เช่น การไม่สามารถสื่อสารกับผู้ใช้บริการได้เมื่อไปรับบริการที่สถานพยาบาล หรือการไปใช้บริการไม่มีความสะดวก

ประเทศไทยมีระบบบริการที่มีความครอบคลุมตั้งแต่ระดับปฐมภูมิในตำบลจนถึงระดับสูงในจังหวัด การเข้าถึงบริการของคนไทยค่อนข้างทั่วถึง และสถานบริการส่วนมากให้บริการได้แบบเบ็ดเสร็จทั้งส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ มีระบบส่งต่อผู้ป่วยเมื่อเกินขีดความสามารถของสถานบริการไปยังสถานบริการที่มีขีดความสามารถมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับระบบบริการของประเทศรอบบ้านเราโดยเฉพาะเมียนมาร์ กัมพูชาและลาว จะพบว่าระบบบริการในประเทศไทยมีคุณภาพสูงกว่ามาก

ประเทศไทยมีนโยบายการผ่อนผันให้แรงงานต่างด้าวเข้ามาทำงานได้มากกว่า ๒๐ ปี ด้วยเหตุผลของการขาดแคลนแรงงานและอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจที่ต้องการแรงงานจำนวนมาก ทั้งในภาคอุตสาหกรรมและเกษตร รวมถึงคนรับใช้ตามบ้าน กฎหมายที่สำคัญคือ พรบ.สัญชาติ, พรบ.คนเข้าเมือง, พรบ.การทะเบียนราษฎร, พรบ.การทำงานของคนต่างด้าว อีกทั้งยังมีการกำหนดยุทธศาสตร์และมติคณะรัฐมนตรีออกมาเป็นระยะ ในการแก้ปัญหาแรงงานต่างด้าวที่ได้รับการผ่อนผันและหลบหนีเข้าเมือง ทำให้จำนวนแรงงานต่างด้าวและการขึ้นทะเบียน รวมถึงการมีหลักประกันสุขภาพแตกต่างกันในแต่ละปี

มีการออกแบบระบบข้อมูลแรงงานต่างด้าวโดยพยายามบูรณาการข้อมูลของหน่วยงานต่างๆ เช่น สภาความมั่นคงแห่งชาติ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานประกันสังคม สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง กระทรวงต่างประเทศ ให้สามารถเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างกันได้แต่ยังไม่สำเร็จเป็นรูปธรรม

การประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย นั้น เป็นไปตามกฎหมายประกันสังคม กรณีที่ทำงานอยู่ในสถานประกอบการตามกฎหมายประกันสังคม และตามมติคณะรัฐมนตรี สำหรับแรงงานที่ไม่ได้เข้าระบบประกันสังคม ซึ่งจะต้องซื้อประกันกับกระทรวงสาธารณสุข จำนวนแรงงานต่างด้าวที่ประกันสังคมกับประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขแตกต่างกันไปในแต่ละช่วงเวลาตามความเข้มงวดของนโยบาย ยังมีแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามจำนวนมากที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ทำให้ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพต่ำ เมื่อมีการเจ็บป่วย และยังเป็นภาระทางการเงิน กับสถานบริการจำนวนมากโดยเฉพาะบริเวณชายแดน

กำลังคนที่จะใช้ในการดูแลสุขภาพแรงงานต่างด้าวนั้น นอกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแล้วยังมี พนักงานสาธารณสุขต่างด้าว (พสต.) และอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ซึ่งเป็นคนต่างด้าวเอง ที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข สามารถช่วยให้ระบบบริการมีคุณภาพและเป็นมิตรกับชาวต่างด้าวมากขึ้น

บทที่ ๓

สถานการณ์และปัญหาการเข้าถึงระบบบริการ และการมี หลักประกันสุขภาพของกลุ่มแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย

นโยบายการดำเนินการด้านสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าวของไทย และ
กฎหมายสำคัญที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนานโยบายการดำเนินการด้านแรงงานต่างด้าวและการดำเนินการ
ด้านสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าวของไทย

ในภาพรวมจำนวนแรงงานต่างด้าวในระบบ ขึ้นอยู่กับมติคณะรัฐมนตรี ดังนั้นจำนวน
การจดทะเบียนจึงขึ้น-ลง ตามแนวปฏิบัติของมติคณะรัฐมนตรีในแต่ละปี ในขณะที่จำนวนที่มีอยู่จริง
อาจจะไม่ได้แตกต่างกันมากนัก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามการเติบโตของเศรษฐกิจไทย รวมทั้งอัตรา
ค่าแรงงาน

ตารางที่ ๓-๑ นโยบายและมาตรการแนวทางการดำเนินการของรัฐบาลในปีต่างๆ

| | |
|---------|---|
| ปี ๒๕๓๔ | ประเทศไทยต้องการแรงงานในระดับล่างในภาคการผลิต เพื่อก้าวสู่การเป็นประเทศ อุตสาหกรรมใหม่ ทำให้เกิดผลกระทบจากการเพิ่มขึ้นของแรงงานจากประเทศเพื่อน บ้านเข้ามาจำนวนแบบก้าวกระโดด ทำให้รัฐบาลไทยเริ่มออกแนวทางและระเบียบที่ ชัดเจน |
| ปี ๒๕๓๕ | รัฐบาลไทยมีนโยบายผ่อนผันให้แรงงานต่างด้าวจากสามประเทศ ได้แก่ ลาว กัมพูชา และพม่า ให้สามารถขอใบอนุญาตทำงานได้อย่างถูกต้องตามกฎหมายชั่วคราวในประเทศไทย |
| ปี ๒๕๓๙ | อนุญาตให้ให้แรงงานต่างชาติที่เข้าเมืองผิดกฎหมายจดทะเบียนแรงงาน โดยการมีมติ กรม. เพื่อจัดทำกรอบการจดทะเบียนเป็นรายปี การอนุญาตชั่วคราวนี้ได้ขยายเวลา มาตลอดทุกปี |
| ปี ๒๕๔๔ | มีการออกมาตรการให้แรงงานต่างด้าวที่จดทะเบียนได้ ตรวจสอบสุขภาพก่อนการต่อ ทะเบียนแรงงานและซื้อประกันสุขภาพ เพื่อที่จะเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ แนว ทางการจดทะเบียนแรงงานที่เข้าเมืองผิดกฎหมายนี้ เป็นการใช้ มติ กรม.ปีต่อปี จุดเริ่มต้นของการออกมาตรการและแนวทางการดำเนินการตรวจสอบสุขภาพและ ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว |

| | |
|------------------|---|
| ปี ๒๕๔๕- ๒๕๔๗ | ประเทศไทยได้ทำข้อตกลงทวิภาคีในด้านการจัดจ้างแรงงานกับประเทศเพื่อนบ้าน ถือได้ว่าเป็นกลุ่มนำเข้าโดยผ่านบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ ประเทศต้นทาง เริ่มจาก ลาว กัมพูชาและพม่า เพื่ออนุญาตให้แรงงานต่างด้าวใช้ฝีมือเข้ามาทำงานในประเทศไทยอย่างถูกต้องตามกฎหมาย เพื่อเริ่มกระบวนการพิสูจน์สัญชาติแรงงานต่างชาติที่ทำงานอยู่ในประเทศไทย หลังจากนั้นจะออกหนังสือเดินทางชั่วคราวโดยรัฐบาลของประเทศต้นทางให้กับแรงงานที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติและเริ่มนำเข้าแรงงานโดยมีเอกสารการเดินทางและการจ้างงานที่ถูกต้องจากประเทศต้นทาง |
| ปี ๒๕๔๕ | ประเทศไทยได้ลงนามบันทึกความเข้าใจ (MOU) กับประเทศลาว เมื่อวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๔๕ |
| ปี ๒๕๔๖ | ประเทศไทยได้ลงนามบันทึกความเข้าใจ (MOU) กับประเทศกัมพูชา เมื่อวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๔๖ |
| ปี ๒๕๔๖ | ประเทศไทยได้ลงนามบันทึกความเข้าใจ (MOU) กับประเทศพม่า เมื่อวันที่ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๔๖ |
| ปี ๒๕๔๗ | “กลุ่มผ่อนผัน” หรือแรงงานที่จดทะเบียนเพื่อให้ได้สิทธิอาศัยอยู่ชั่วคราว (ทร.๓๘/๑) และได้รับหมายเลขประจำตัวประชาชน ๑๓ หลักจากกระทรวงมหาดไทย การจดทะเบียนแรงงานในระบบรายปีเริ่มในปี ๒๕๔๗ โดยได้รับอนุญาตให้พำนักอาศัยอยู่ชั่วคราว เพื่อรอการพิสูจน์สัญชาติ |
| ปี ๒๕๔๙ | “กลุ่มพิสูจน์สัญชาติ” หรือแรงงานต่างด้าวที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติ (Nationality Verification) รัฐบาลได้วางมาตรการที่จะปรับสถานะของแรงงานกลุ่มผ่อนผันมาเป็นแรงงานถูกกฎหมาย โดยผ่านกระบวนการพิสูจน์สัญชาติ การพิสูจน์สัญชาติแรงงานต่างด้าวจากลาวและกัมพูชาเริ่มดำเนินการในปี ๒๕๔๗ |
| ปี ๒๕๔๙ | มติ ครม.ได้ให้ความสำคัญกับการจดทะเบียนของผู้ติดตามและครอบครัวของแรงงานต่างด้าวในระบบทะเบียนราษฎร (ทร.๓๘/๑) กระทรวงสาธารณสุขมีแนวโน้มให้การประกันสุขภาพครอบคลุมผู้ติดตามและครอบครัวด้วย |
| ปี ๒๕๔๘ ๒๕๕๑ | กระทรวงสาธารณสุขมีความพยายามที่จะขยายขอบข่ายของการเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชากรต่างด้าวให้มากที่สุด และครอบคลุมถึงผู้ติดตามและครอบครัว โดยไม่คำนึงถึงสถานะทางกฎหมาย |

| | |
|---------|---|
| ปี ๒๕๕๒ | มีการปรับแนวทางการประกันสุขภาพให้เป็นไปตามแนวทางของมติกรม.ละคณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง (กปร.) การประกันสุขภาพกลับมาครอบคลุมเฉพาะแรงงานต่างด้าวเท่านั้น โดยได้เพิ่มบุตรที่อายุไม่เกิน ๑๕ ปี เข้ามาด้วยแต่หลังจากดำเนินการพบว่าจำนวนเด็กต่างด้าวที่เข้ามาซื้อประกันสุขภาพนั้นยังมีจำนวนค่อนข้างน้อย |
| ปี ๒๕๕๓ | มติ ครม.เมื่อวันที่ ๑๙ มกราคม ๒๕๕๓ วันที่ ๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕ และวันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๕๖ กำหนดแนวทางการจัดระบบแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติเมียนมาร์ ลาว กัมพูชา เพื่อให้การบริหารจัดการแรงงานต่างด้าวดำเนินการไปตามยุทธศาสตร์การบริหารจัดการแรงงานต่างด้าวทั้งระบบ โดยมีจุดมุ่งหมายคือการใช้แรงงานต่างด้าวโดยถูกกฎหมายสอดคล้องกับบันทึกความเข้าใจระหว่างรัฐว่าด้วยความร่วมมือด้านการจ้างแรงงาน (MOU) จึงควรดำเนินการจัดระบบการจ้างแรงงานต่างด้าวที่ได้รับการผ่อนผันให้อยู่ในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราว ได้รับการจัดทำทะเบียนประวัติ การตรวจสุขภาพ และการออกใบอนุญาตทำงาน ตลอดจนการรักษาความมั่นคงของชาติ |
| ปี ๒๕๕๕ | มีการเพิ่มค่าแรงในประเทศไทยเป็น ๓๐๐ บาท จึงเป็นปัจจัยดึงดูดที่สำคัญในการเข้ามาทำงานของแรงงานต่างด้าว |
| ปี ๒๕๕๖ | มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ มติ ครม.ลงวันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๕๖ อนุมัติให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการให้การดูแลทางด้าน การแพทย์และสาธารณสุขแก่คนต่างด้าวทั้งหมดที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม โดยมีข้อเสนอให้ศึกษาแนวทางการสร้างแรงจูงใจให้แก่กลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยนัยคือ กระทรวงสาธารณสุขสามารถจัดระบบประกันสุขภาพให้ครอบคลุมแก่คนต่างด้าวโดยไม่ต้องคำนึงถึงสถานะทางกฎหมายได้ ซึ่งนอกจากรวมแรงงานต่างด้าวที่จดทะเบียนในระบบแล้ว ยังรวมผู้ติดตาม ครอบครัว และบุตรด้วย |

| | |
|----------------|--|
| <p>ปี ๒๕๕๖</p> | <p>เดือนมีนาคม ๒๕๕๖ กระทรวงสาธารณสุขได้ออกมาตรการและแนวทางการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพคนต่างด้าว (สัญชาติ พม่า ลาวและกัมพูชา) ในวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๕๖ มีหลักประกันสุขภาพดังต่อไปนี้</p> <p>๑.ระบบประกันสังคม โดยสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน ประกอบไปด้วย</p> <p>๑.๑แรงงานต่างด้าวที่นำเข้าจากประเทศต้นทาง</p> <p>๑.๒แรงงานต่างด้าวที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติ</p> <p>๒. ระบบประกันสุขภาพรายปี โดยกระทรวงสาธารณสุข ประกอบไปด้วย</p> <p>๒.๑ แรงงานต่างด้าวที่นำเข้าและผ่านการพิสูจน์สัญชาติที่ทำงานในกิจการประมง เกษตร ปศุสัตว์ ก่อสร้าง ผู้รับใช้ในบ้าน และอื่นๆ ที่ไม่เข้าข่ายอยู่ในระบบประกันสังคม</p> <p>๒.๒ แรงงานต่างด้าวที่นำเข้าและผ่านการพิสูจน์สัญชาติที่เข้าสู่ระบบประกันสังคมแล้วอยู่ระหว่างรอสิทธิรักษาพยาบาล เนื่องจากต้องส่งเงินให้ครบ ๓ เดือน ก่อนจึงได้สิทธิรักษาพยาบาล แรงงานในกลุ่มนี้ทำประกันสุขภาพในระยะเวลา ๓ เดือน</p> <p>๒.๓ แรงงานต่างด้าวที่ทำงานในประเทศไทยโดยไม่มีเอกสารใดๆ</p> <p>๒.๔ ผู้ติดตาม ครอบครัวและลูกที่อายุไม่เกิน ๑๕ ปี รวมทั้งคนต่างด้าวอื่นๆที่อาศัยในประเทศไทย</p> |
| <p>ปี ๒๕๕๖</p> | <p>เดือนสิงหาคม ๒๕๕๖ กระทรวงสาธารณสุขได้มีการปรับมาตรการและแนวทางการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพคนต่างด้าวอีกครั้ง ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ก้าวกระโดดจากพัฒนาการในปีที่ผ่านมา โดยสาระสำคัญของการเปลี่ยนแปลงมีดังต่อไปนี้</p> <p>๑)เปิดกว้างให้คนต่างด้าวทุกคน โดยไม่จำกัดเฉพาะคนต่างด้าวสัญชาติ พม่า ลาว กัมพูชา ๒) ไม่ผูกติดการเข้าสู่การประกันสุขภาพกับการจดทะเบียนแรงงาน ๓)เพิ่มสิทธิประโยชน์ในด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัส๔)เพิ่มค่าประกันสุขภาพอีก ๕๐๐ บาท จากเดิม ๑,๓๐๐ บาท เป็น ๒,๒๐๐ บาทต่อปี ๕)ให้เด็กต่างด้าวอายุ ๗ ปีขึ้นไปเสียค่าประกันสุขภาพในอัตราผู้ใหญ่ ๖)ระบุให้หน่วยบริการสุขภาพที่เข้าข่ายให้บริการสุขภาพ ต้อง</p> <p>เป็นไปตามเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่งผลให้โรงพยาบาลเอกชนที่เคยรับประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวต้องยุติบทบาทลง ๗)กำหนดโครงสร้างส่วนกลางและจังหวัด ควบคุมกำกับกับการประกันสุขภาพในรูปแบบคณะกรรมการและในส่วนกลาง เพิ่มกรมอนามัยให้เข้ามามีบทบาทจากเดิมที่มีแต่สำนักงานปลัดฯ และกรมการแพทย์ ๘)ในส่วนกลาง กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดฯ จะบทบาทในการกำกับดูแลการประกันสุขภาพร่วมกับสำนักบริหารการสาธารณสุขที่ดูแลในด้านการให้บริการสุขภาพ</p> |

| | |
|---------|---|
| ปี ๒๕๕๗ | มติ ครม. เมื่อวันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๕๗ เห็นชอบแนวทางการแก้ไขปัญหาแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมาร์ ลาว กัมพูชา ที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติซึ่งครบกำหนดวาระการจ้างงาน ๔ ปี โดยผ่อนผันให้แรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมาร์ ลาว กัมพูชา ที่ได้รับการพิสูจน์สัญชาติซึ่งครบกำหนดวาระการจ้างงาน ๔ ปี ที่ถือหนังสือเดินทาง (Passport) หนังสือเดินทางชั่วคราว (Temporary Passport) หรือเอกสารรับรองบุคคล (Certificate of Identity) แต่อาศัยอยู่ในราชอาณาจักรเกินกว่าระยะเวลาที่ได้รับอนุญาตในราชอาณาจักรเป็นกรณีพิเศษเป็นเวลา ๑๘๐ วัน หรือจนกว่าจะมีคณะรัฐมนตรีชุดใหม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ สุดแต่แต่ระยะเวลาใดจะถึงก่อน เพื่อให้ นายจ้างพาแรงงานต่างด้าวไปขอรับการตรวจลงตราและประทับตราอนุญาตให้อยู่ในราชอาณาจักร ขอรับใบอนุญาตทำงาน ตามขั้นตอนและสถานที่ที่กรมการจัดหางานกำหนด ทั้งนี้ในส่วนของการประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ให้ปฏิบัติตามแนวทางเดิมที่ให้ชื่อประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น |
| ปี ๒๕๕๘ | มติ ครม. เมื่อวันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘ เห็นชอบแนวทางการดำเนินการจัดระบบแรงงานต่างด้าวสัญชาติเวียดนาม ซึ่งผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาการทำงานของคนต่างด้าว ครั้งที่ ๑/๒๕๕๘ เมื่อวันที่ ๙ มกราคม ๒๕๕๘ แล้ว ตามที่กระทรวงแรงงานเสนอ |

สถานการณ์การประกันสุขภาพและการจัดการด้านบริการสุขภาพของกลุ่มชาวต่างด้าวในประเทศไทย

จะเห็นได้ว่าความเปลี่ยนแปลงสิ่งที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงเวลาในการกำหนดมาตรการต่อแรงงานต่างด้าวมีมาอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ไขปัญหาผลกระทบที่อาจตามมาได้ รัฐบาลทุกสมัยล้วนมีนโยบายเกี่ยวกับแรงงานต่างด้าวมาเป็นเวลายาวนาน โดยอาศัยมติคณะรัฐมนตรี โดยเน้นการผลักดันและสกัดกั้นแรงงานต่างด้าวที่ลักลอบเข้าเมืองที่ผิดกฎหมายอย่างต่อเนื่อง มีการออกมาตรการรองรับผลกระทบ คือการผ่อนผันให้มีการจ้างแรงงานข้ามชาติในจังหวัดที่มีกิจการที่หาแรงงานไทยทำไม่ได้ ขณะที่ความต้องการแรงงานต่างด้าวมีแนวโน้มขยายตัวเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของจันทรา ธนะวัฒน์นางศ์และคณะ(๒๕๕๓) ศึกษาแนวทางและกลไกการแก้ไขปัญหาของ ความทับซ้อน กำแพงระหว่างคนไร้รัฐกับแรงงานต่างด้าวสัญชาติลาว:กรณีศึกษาพื้นที่อำเภอบุญศรีกร จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้วิเคราะห์การกำหนดยุทธศาสตร์การบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติทั้งระบบ ตามมติ ครม.เมื่อปี ๒๕๔๗ ที่มีจุดเน้นอยู่ที่การให้แรงงานผิดกฎหมายกลายเป็นแรงงานที่ถูกกฎหมาย หรือการทำให้แรงงานต่างด้าวที่อยู่ใต้ดินกลับขึ้นมาบนดิน นับเป็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ จุดอ่อนคือการกำหนดค่าใช้จ่ายสำหรับการจดทะเบียนแรงงานซึ่งเป็นอัตราที่แพงเกินความสามารถจ่ายได้ของคนกลุ่มนี้ โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีสมาชิกหลายคน จะเห็นได้ว่ามาตรการในแต่ละช่วงเวลา จะส่งผลต่อการขึ้นทะเบียนมาก หรือน้อยลงของจำนวนแรงงานต่างด้าว

ตารางที่ ๓-๒ จำนวนแรงงานต่างด้าว ๓ สัญชาติที่จดทะเบียนแรงงานในปี พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๖

| มติ ครม. (ปี) | จำนวนแรงงาน ที่จดทะเบียน | ประเภทของการจดทะเบียน | | |
|------------------|-----------------------------|-----------------------|----------------|---------------------------|
| | | ผ่อนผันรายปี | พิสูจน์สัญชาติ | นำเข้าจากประเทศ ต้นทาง |
| 2548 | 849,552 | 849,552 | | |
| 2549 | 668,576 | 668,576 | | |
| 2550 | 632,920 | 546,272 | 72,098 | 14,150 |
| 2551 | 589,646 | 501,570 | 71,017 | 17,059 |
| 2552 | 1,419,743 | 1,314,382 | 77,914 | 27,447 |
| 2553 | 1,200,698 | 932,225 | 228,471 | 43,032 |
| 2554 | 1,825,658 | 1,248,064 | 505,238 | 72,356 |
| 2555 | 994,749 | 167,881 | 733,609 | 93,265 |
| 2556 | 1,105,528 | 19,850 | 917,212 | 168,486 |

*เป็นปีที่มติ ครม. เปิดกว้างการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวยกเว้น โดยอนุญาตให้กลุ่มที่ยังไม่ได้จดทะเบียน ใดๆ เข้าสู่การจดทะเบียนรายปีได้ ในขณะที่การจดทะเบียนในแต่ละปี อนุญาตเฉพาะแรงงานต่างด้าวต่ออายุใบอนุญาตทำงาน ทำให้จำนวนลดลง

ที่มาของข้อมูล :

- ๑).แบบรายงานผลความต้องการจ้างแรงงานต่างด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควตา) และกาพิจารณาออกใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา ปี ๒๕๔๗ ทั่วประเทศ ข้อมูล ณ ๓๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๔๘, ๒).จำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานคงเหลือทั่วราชอาณาจักร สรุปี ๒๕๔๙-๒๕๕๕ ณ เดือนธันวาคม ๒๕๔๙-๒๕๕๕, ๓).จำนวนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานคงเหลือทั่วราชอาณาจักร ข้อมูล ณ เดือนสิงหาคม ๒๕๕๖

จากตารางข้างต้น จะเห็นได้ว่า การนำเข้าแรงงานจากประเทศต้นทางนั้น คงมีข้อจำกัดในทางปฏิบัติอยู่หลายประการ เห็นได้จากข้อมูลตั้งแต่ปี ๒๕๕๐-๒๕๕๕ ยังคงมีจำนวนสะสมไม่ถึงแสนคนทั้งๆ ที่เจตจำนงของ MOUระหว่างประเทศนั้น ต้องการให้มีการนำเข้าแรงงานเข้ามาในประเทศไทยอย่างถูกต้องตามกฎหมาย โดยมีหนังสือเดินทาง สาเหตุหนึ่งที่สำคัญคือ กระบวนการของประเทศต้นทางมีหลายขั้นตอน และใช้เงินจำนวนมาก ในขณะที่การเดินทางข้ามพรมแดนประเทศมายังประเทศไทย โดยอาศัยนายหน้านั้นแม้ว่าจะเสี่ยงแต่ก็มีค่าใช้จ่ายที่น้อยกว่า

เมื่อทบทวนจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙) ฉบับปัจจุบันพบว่า ได้สะท้อนนโยบายด้านการโยกย้ายถิ่นฐานและแรงงานโยกย้ายถิ่นฐานมากขึ้น ซึ่งรวมทั้งเรื่องการพัฒนาเขตเศรษฐกิจชายแดนการสร้างความเป็นหุ้นส่วนทางเศรษฐกิจในภูมิภาคด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การเคลื่อนย้ายแรงงานและการส่งเสริมแรงงานไทยใน

ต่างประเทศ จะเห็นได้ว่าที่ผ่านมาจะให้ความสำคัญกับการดำเนินมาตรการต่างๆ เพื่อลดผลกระทบด้านลบของการโยกย้ายถิ่นฐานและคุ้มครองสิทธิแรงงานโยกย้ายถิ่นฐาน อาทิ นโยบายด้านการจดทะเบียนแรงงานโยกย้ายถิ่นฐานในไทย (Regularization scheme) และการพิสูจน์สัญชาติแรงงาน ๓ สัญชาติจากประเทศเพื่อนบ้าน (National verification) เพื่อช่วยลดจำนวนแรงงานนอกระบบและนำไปสู่การประกันสิทธิและให้ความคุ้มครองแรงงานเหล่านี้เท่าเทียมกับแรงงานไทย ทั้งการจัดทำบันทึกความเข้าใจด้วยการจ้างงานกับประเทศเพื่อนบ้าน การคุ้มครองสิทธิที่ไทยให้ความสำคัญในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขทั้งสำหรับแรงงานโยกย้ายถิ่นและผู้ติดตาม

ในภาพรวมจำนวนแรงงานต่างด้าวในระบบ ขึ้นอยู่กับมติคณะรัฐมนตรี ดังนั้นจำนวนการจดทะเบียนจึงขึ้น-ลง ตามแนวปฏิบัติของมติคณะรัฐมนตรีในแต่ละปี ในขณะที่จำนวนที่มีอยู่จริงอาจจะไม่ได้แตกต่างกันมากนัก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามการเติบโตของเศรษฐกิจไทย รวมทั้งอัตราค่าแรงงาน

ปัจจุบันในประเด็นนโยบายรัฐบาลการรักษาความมั่นคงของรัฐและต่างประเทศรัฐบาลได้ดำเนินการมีความก้าวหน้าในหลายด้าน ในการแก้ไขปัญหาแรงงานต่างด้าว การแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแรงงานบนเรือประมง โดยมีผลการดำเนินงานที่สำคัญดังนี้

ในการแก้ไขปัญหาแรงงานต่างด้าว ได้จัดระเบียบให้แรงงานต่างด้าวที่หลบหนีเข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย มาขึ้นทะเบียนและผ่อนผันให้อยู่ในราชอาณาจักรไทยได้ถึงวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๘ เพื่อเข้าสู่กระบวนการตรวจพิสูจน์สัญชาติจากประเทศต้นทาง ซึ่งได้มีแรงงานต่างด้าว ๓ สัญชาติ (เมียนมาร์ ลาวและกัมพูชา) มาขึ้นทะเบียน จำนวน ๑,๖๒๖,๒๓๕ คน (แรงงานต่างด้าว ๑,๕๓๓,๖๗๕ คนและผู้ติดตาม ๙๒,๖๕๐ คน) ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๘ มีนายจ้างแจ้งบัญชีรายชื่อแรงงานต่างด้าวเพื่อเข้ารับการตรวจสัญชาติ จำนวน ๘๗๓,๙๓๙ คน และตรวจสัญชาติแล้วเสร็จ ๑๖๘,๕๔๘ คน จากจำนวนแรงงานต่างด้าวที่มาขึ้นทะเบียนทั้งหมด เนื่องจากมีข้อจำกัดหลายประการจากประเทศต้นทาง ซึ่งรัฐบาลได้มอบหมายให้กระทรวงแรงงานและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไปประชุมหารือกับประเทศต้นทางเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวแล้ว

นอกจากนี้ เมื่อวันที่ ๓ มีนาคม ๒๕๕๘ คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบให้ขยายการอาศัยและทำงานในประเทศไทยของแรงงานต่างด้าวดังกล่าว เป็นการชั่วคราวต่อไป จนถึงวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๙ โดยแรงงานต่างด้าว จะต้องมารายงานตัวเพื่อขอรับบัตรใหม่ ณ ศูนย์บริการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) ภายในวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๕๘ และเข้าสู่กระบวนการตรวจสัญชาติต่อไป และเพื่อเป็นการคุ้มครองแรงงานต่างด้าว ได้ดำเนินการตรวจสอบการทำงานของคนต่างด้าวและสถานประกอบกิจการที่มีการจ้างงานคนต่างด้าว จำนวน ๑๘,๒๒๙ แห่ง (คิดเป็นร้อยละ ๕๐.๖๔ จากเป้าหมายทั้งปี ๓๖,๐๐๐ แห่ง) มีลูกจ้างเกี่ยวข้องจำนวน ๑๒๓,๕๔๐ คน (คิดเป็นร้อยละ ๕๑.๐๕ จากเป้าหมายทั้งปี ๒๔๒,๐๐๐ คน) จากสถานประกอบการ จำนวน ๗,๒๖๘ แห่ง (คิดเป็นร้อยละ ๓๙.๘๗ จากสถานประกอบกิจการ ๑๘,๒๒๙ แห่ง และเห็นชอบให้มีการแก้ไขเพิ่มเติม พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ. ๒๕๕๑ เพิ่มอำนาจการปกครองให้แก่เจ้าหน้าที่รัฐในการสั่งปิดหรือพักใช้ใบอนุญาตของสถานประกอบการหรือโรงงานที่เกี่ยวข้องกับคดีการค้ามนุษย์ รวมทั้งเพิ่มบทลงโทษต่อผู้กระทำความผิด ขั้นสูงสุดต้องระวางโทษจำคุกตลอดชีวิตหรือประหารชีวิต การให้ความสำคัญกับการลงโทษเจ้าหน้าที่รัฐที่เกี่ยวข้องกับการค้า

มนุษย์และดำเนินคดีกับนักค้ามนุษย์ ทั้งนายหน้า บริษัทจัดหางานที่ผิดกฎหมายทั้งนี้รัฐบาลให้ความสำคัญคุ้มครองคนหางานในประเทศและต่างประเทศ จำนวน ๕๐๗,๓๑๓ คน (คิดเป็นร้อยละ ๕๐.๘๔ จากเป้าหมายทั้งปี ๙๙๗,๘๐๐ คน)

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารในประเด็นด้านนโยบายการ ดำเนินการด้านสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าวของไทยและกฎหมายสำคัญที่เกี่ยวข้อง

ได้สะท้อนมุมมองการให้ความสำคัญต่อการดำเนินนโยบายการดำเนินการด้านสุขภาพและการแก้ไขปัญหา ดังนี้

“การบูรณาการระหว่าง สอง สามหน่วยงาน ที่จะต้องประสาน คณะกรรมการมีผู้ว่าฯ เป็นประธานการเข้าสู่ One Stop Service ที่ คสช มีนโยบายนำที่ดินขึ้นมาบนดิน นโยบายภาครัฐ เข้าไปสอดคล้องกับนโยบายแรงงานเข้ามาในระบบประกันสังคม การดึงภาคเอกชนเข้ามา โดยมีข้อตกลง เรื่องการปฏิบัติตาม Catchment area แต่ในทางปฏิบัติ PP ยังย้อนกลับมาที่เรา วิธีที่ดีภาครัฐเข้าไปจัดการ ดึงภาคเอกชนเข้ามาร่วมโครงการ ด้วยภาคเอกชนเองก็มีข้อจำกัด”

“ปัญหาของส่วนกลางสำนักงานปลัดฯ คือขาดการสื่อสารระหว่างผู้จัดการระบบเรื่อง Finance เรื่อง Delivery, เรื่องข้อมูลข่าวสาร ยังไม่มี Body ที่รับผิดชอบโดยตรงที่จะจัดการระบบ และมีการจัดระบบ ถ้าทำในรูปคณะกรรมการที่จะบริหารจัดการอาจช่วยแก้ไขได้”

“มุมมองข้างนอกกระทรวงสาธารณสุข คนที่เกี่ยวข้องทั้งแรงงาน ประกันสังคม จัดหางานและกระทรวงมหาดไทย ตรวจคนเข้าเมือง ควรที่จะมาคิดว่าจะทำอย่างไร มีพระราชบัญญัติ เฉพาะที่จะจัดการต่อเรื่องนี้อย่างไร ระบบการจัดบริการต้องคำนึงถึงการจัดการด้านเงิน และพื้นฐานที่ต้องให้”

“จะให้ความสำคัญต่อการขึ้นทะเบียนมาก่อน ถ้าไม่ขึ้นทะเบียนจะ Identify ได้ยากและเมื่อป่วยเป็นโรค จะตามไม่รู้ว่ามาเมื่อไร กลุ่มนี้ถ้าขึ้นทะเบียนจะสามารถช่วยในเรื่องการป้องกันโรคในพวกโรคไม่ติดต่อมาจากแหล่งสะสมโรคได้อย่างไร

“การ X-ray อีกรอบ ควรบูรณาการทุกหน่วยงาน ช่วยทำให้เห็น เพื่อให้เค้าเข้าถึงบริการและบริการปฐมภูมิ รพสต.ในชุมชนเป็นหลักและน่าจะมีคลินิก อสต./พสต. มาช่วย เพราะรู้บริบท รู้ภาษา ทำบริการปฐมภูมิ ทำเรื่องส่งเสริมสุขภาพ ทำเรื่องป้องกันในชุมชน และหน่วยงานรัฐเป็นที่เลี้ยง เพราะเป็นแรงงานตั้งหลักแหล่งถาวร ในชุมชนที่มีคนเป็นแสน”

“อยากให้มีนโยบายที่ร่วมกับประกันสังคม จัดหางานจังหวัด ตรวจคนเข้าเมือง และสำนักงานตำรวจแห่งชาติ เพราะต้องประสานงานกับทุกฝ่าย เพื่อให้แรงงานต่างด้าวเข้าถึงบริการได้ดี”

จากข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า การให้ความสำคัญต่่อนโยบายและมาตรการการดำเนินงานในระดับพื้นที่ที่ต้องสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่าผู้บริหารการให้ความสำคัญกับการขึ้นทะเบียนที่ถูกต้องตามกฎหมาย และความสำคัญต่อการทำงานแบบบูรณาการทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็น กระทรวงแรงงาน กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และหน่วยงานในระดับพื้นที่ที่ต้องนำนโยบายสู่การปฏิบัติ และสร้างการมีส่วนร่วมทั้งภาครัฐและภาคเอกชน สิ่งสำคัญต้องมีการประสานเชื่อมโยงทั้งในด้านประสานนโยบาย ประสานข้อมูล เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการระบบที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินงาน และปฏิบัติตามมาตรการต่างๆ ตลอดจนการปรับแก้ไขกฎหมายเพื่อเอื้อต่อการทำงานใน

ระดับพื้นที่อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของกฤตยา อาชวนิจกุลและคณะ (๒๕๕๐) ศึกษาความก้าวหน้าของนโยบายและความหยุดนิ่งของการปฏิบัติ ที่พบว่าปัญหาการติดตามควบคุมโรคเกิดจากแรงงานเคลื่อนย้ายบ่อยและติดตามยาก แรงงานบางคนพอรู้ตัวว่าเป็นโรคติดต่อ ก็ไม่ยอมขึ้นทะเบียนเพราะกลัวถูกส่งตัวกลับ นายจ้างบางรายรู้ว่าเป็นโรคติดต่อไล่ออกเลย นอกจากนี้ปัญหาในเชิงโครงสร้าง ผู้รับผิดชอบงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ส่วนกลางก็เป็นงานของสำนักงานปลัดกระทรวงซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการประสานมาก นอกจากนี้ยังเสนอให้มีการจัดทำแผนแม่บทการจัดการแรงงานต่างด้าวในระยะยาว โดยการระดมการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เพื่อให้เกิดแนวทางการจัดการในระยะยาว โดยจะต้องเป็นนโยบายที่เน้นการคุ้มครองแรงงานที่ชัดเจน เพื่อให้เกิดผลต่อการคุ้มครองแรงงานอย่างจริงจัง ในระดับปฏิบัติ โดยเฉพาะการจดทะเบียนจะต้องมีความสอดคล้องกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง โดยควรจะมีการเปิดโอกาส ให้จดทะเบียนได้ตลอดทั้งปี เพื่อสอดคล้องกับการหมุนเวียนแรงงานตามความต้องการของตลาดแรงงาน โดยทั้งนี้ต้องไม่ละเลยด้านความมั่นคงภายในของประเทศ

ผู้บริหารนโยบายในระดับพื้นที่ได้เห็นความสำคัญของนโยบายการขึ้นทะเบียนข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารระดับนายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่ การมีมุมมองต่อการประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวและการจัดการด้านสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม มีมุมมองต่อการดำเนินการต่อนโยบายด้านสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม และการบูรณาการทำงานกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อเป็นการเตรียมการในการบริหารจัดการระบบในภาพรวม ดังที่สะท้อนมุมมอง

“นโยบายการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวและปัญหาแรงงานต่างด้าวถือเป็นเรื่องสำคัญ เป็นนโยบายสำคัญ เพื่อจะพิสูจน์ได้ว่าอยู่กับเราเท่าไร เมื่อไร และจำนวนเท่าไร ถ้ามา...มาอย่างถูกต้องมีขึ้นทะเบียนถูกต้องมี ถ้ากรณีเข้ามาแบบไม่ถูกต้องกรณีแรงงานเถื่อนเปลี่ยนนายจ้างไปเรื่อยๆ หรือแบบ One Day ตามฤดูกาล ซึ่งการขึ้นทะเบียนถือเป็นเรื่องทีนอกเหนือจากสาธารณสุขไปแล้ว ต้องเข้ามาช่วยกัน เพราะมีผลต่อเราเวลาเค้าเจ็บป่วย จะได้ว่าโรคร้ายไข้เจ็บเป็นอย่างไร”

“กรณีบัตรสุขภาพแรงงานต่างด้าว นโยบายรัฐบาลต้องบอกให้ชัด ชัดใจแล้วเคาะ...”

“รัฐบาลกลางจะช่วยได้หรือไม่กรณี ๒ กลุ่มคือ ๑) เข้ามาแบบไม่ถูกต้อง แรงงานเถื่อนและ๒) มาแบบ One Day ไปเข้า กลับเย็น ไม่งั้นเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการในพื้นที่ที่เป็นเขตเศรษฐกิจพิเศษ เราต้องมาแบกรับปัญหาไป”

“..ควรมีมาตรการ ๑) เร่งรัดหากวิธีเรื่องการซื้อบัตรประกันสุขภาพมากขึ้น มีวิธีการอะไรบางอย่างที่จะให้เค้าลดหย่อนได้ บางทีนายจ้างแกล้งลืม ไม่มีการบังคับทางกฎหมาย ๒) เราไปผูกติดกับการจดทะเบียนและบัตรประกัน ถ้าเป็นไปได้แยกออกมาแล้ว โรงพยาบาลทำเชิงรุก”

ในประเด็นด้านการบริหารจัดการในพื้นที่

“การให้บริการแรงงานต่างด้าว ๓ สัญชาติ รพ มีการจัดแยก ทำให้บริการได้ดีขึ้น”

“แรงงานต่างด้าวจะเข้าถึง อสต เพราะในแต่ละพื้นที่ของเค้าจะมีอสต อยู่โดยสอ. ย่อยดูแล บทบาทของ อสต จะช่วยในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค”

“ในประเด็นการเข้าไม่ถึงบริการ ถ้าไม่ขึ้นทะเบียนก็ทำให้เข้าไม่ถึงบริการ บางรายโรงพยาบาลต้องจ่ายฟรี เพราะเอามาทิ้งไว้ รพ สมุทรสาคร ปีหนึ่งต้องจ่ายฟรีประมาณ ๑๐ ล้านบาท”

“ในพื้นที่ สมุทรสาคร มี รพ.สมุทรสาครและ รพ. เอกชน แต่ไม่มี รพ. ที่เป็นช้อยกลาง ทางจังหวัดสมุทรสาครเสนอโมเดล CUP Split ที่ โศภกกระป๋อง อ้อมน้อย โดยวางจุดศูนย์บริการ ๔ มุมมอง เป็นโรงพยาบาลด่านหน้า ดักเอาไว้ ในกรณีที่ แรงงานต่างด้าวที่ Healthy ก็มารักษาด้วย Acute Care ไม่จำเป็นต้องแพทย์ใหญ่ หรือแพทย์เฉพาะทาง ถือเป็นทางเลือกที่ประหยัด การใช้ทรัพยากรไม่มีประสิทธิภาพ Unit Cost แพง แต่ต้องมีกลไกการกรองทรัพยากร ให้โรงพยาบาลใหญ่ๆรับ Case หนักๆ”

“พยายามต้องกระตุ้นให้งานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคมามากขึ้น เพื่อป้องกัน Acute Diarrhea การใช้ส้วม ความแออัด และเรื่องใช้เลือดออก มาช่วยกันในการดูแลป้องกันส่งเสริมสุขภาพ ให้เข้มแข็ง งานส่งเสริมสุขภาพจะมี อสต ทำงานแบบจิตอาสา มีแรงจูงใจ หรืออาจมีรูปแบบพิเศษมี สวัสดิการ (อาหาร แจกกระเป๋) หรือมีจักรยาน อสต ๑ คนต่อคันให้ไปดูแลต่างด้าว ๑๐๐-๒๐๐ คน เพื่อให้ไปช่วยดูแลต่างด้าวมากขึ้น มีการสร้างวัฒนธรรมที่มารวมตัวกัน”

“การกำหนดบทบาทที่ชัดเจน ที่สมุทรสาคร จะทำที่ศูนย์บริการนอกระบบ ที่วัดเจษฎาราม หลวงพ่อจะให้พื้นที่ หรือที่ รพ. เมียวดี มีศูนย์ แจกแพทย์ที่เกษียณมาทำงานที่ CUP โดยที่ CUP จะต้องมียุทธศาสตร์ตัวเองพอสมควร”

ความครอบคลุมในการมีหลักประกันสุขภาพของกลุ่มแรงงานต่างด้าว

๑.ระบบประกันสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม

ในปัจจุบันแรงงานต่างด้าวที่อยู่ในประเทศไทยอยู่ในระบบประกันสุขภาพ ๒ ระบบ ใหญ่คือ การประกันสังคมซึ่งมีสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลด้วย และระบบประกันสุขภาพกับ กระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการมาตั้งแต่มีนโยบายการผ่อนผันให้แรงงานต่างด้าว ๓ สัญชาติเข้ามาทำงานในประเทศไทย

นายแพทย์บัญชา ค้าของ ได้วิเคราะห์การเปรียบเทียบ ข้อดี ข้อเสีย และผลกระทบ ของระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ของสำนักงานประกันสังคมกับกระทรวงสาธารณสุข

๑.๑ ระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวและประกันสังคม

๑) รูปแบบการดำเนินงาน

- ขั้นตอนการออกใบอนุญาตทำงานต้องตรวจร่างกายโดย รพ.รัฐ หรือรพ.เอกชน ภายใต้การกำกับของกรมการจัดหางาน

- ขั้นตอนการทำประกันสุขภาพ ทำโดยสำนักงานประกันสังคมแต่ในช่วง ๓ เดือนแรกสิทธิด้านการรักษาพยาบาลยังไม่เกิด ต้องทำประกันสุขภาพกับกระทรวงสาธารณสุขก่อน

ตารางที่ ๓-๓ เปรียบเทียบรูปแบบการดำเนินงานระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวกับประกันสังคม

| ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว | ประกันสังคม |
|--|--|
| <p>๑.รพ. เอกชน ร่วมให้บริการทำให้ผู้ประกันตนได้รับความสะดวก และรวดเร็วในการตรวจร่างกาย</p> | <p>๑.ไม่สามารถควบคุมมาตรฐานการตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าว โดยเฉพาะในกรณีการตรวจโรคต้องห้าม ๗ โรคตาม พรบ.คนเข้าเมือง พ.ศ. ๒๕๒๒ และ พรบ.โรคติดต่อ ๒๕๒๓</p> <p>๒.มีข้อร้องเรียนการเปิดช่องทางการทุจริตโดยการร่วมมือของสำนักจัดหางานกับ รพ.เอกชน โดยการผูกขาดการตรวจสุขภาพกับเอกชนเจ้าใดเจ้าหนึ่ง และมีรูปแบบลดต้นทุนได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - การตรวจสุขภาพไม่ครบตามเกณฑ์เพื่อลดต้นทุน แต่เรียกเก็บค่าตรวจสุขภาพราคาแพง - พบว่าหลายรายไม่มีการตรวจสุขภาพแต่ออกไปรับรอนแพทย์ <p>๓.ไม่มีการบังคับให้ทำประกันสุขภาพ หลังการตรวจสุขภาพก่อนออกใบอนุญาตทำงาน กำหนดการทำประกันสุขภาพไว้ในขั้นตอนภายหลังทำให้ผู้ประกันตนไม่มาทำประกันและสำนักงานประกันสังคมยากที่จะติดตามมาทำประกันได้ทั้งหมด จากข้อเท็จจริงจำนวนแรงงานในระบบ ที่กรมจัดหางานออกใบอนุญาตทำงาน ๘๐๐,๐๐๐ คน สำนักงานประกันสังคมสามารถติดตามมาทำประกันได้เพียง ๔๐๐,๐๐๐ คน</p> |

๒) การให้บริการสุขภาพในระบบประกันสุขภาพ ผู้ประกันตนสามารถขึ้นทะเบียนกับ รพ.เอกชน ในเครือข่ายประกันสังคมได้

ตารางที่ ๓-๔ เปรียบเทียบการให้บริการสุขภาพของประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวกับประกันสังคม

| ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว | ประกันสังคม |
|--|---|
| <p>๑. ได้รับความสะดวกในการรับบริการจากรพ.เอกชนที่อยู่ใกล้โรงงานหรือสถานประกอบการ</p> <p>๒. ลดความหนาแน่นของรพ.ภาครัฐ</p> | <p>๑. ไม่มีบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค</p> <p>๒. มีการควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่ายเพื่อป้องกันการขาดทุนจนกระทบต่อคุณภาพมาตรฐานการให้บริการในผู้ประกันตน</p> <p>๓. มีการห่วงใยการส่งต่อในกรณีโรคที่ต้องตามจ่ายโดย รพ.ต้นทาง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเสีงต่อโรครุนแรง</p> |

๓) สิทธิประโยชน์อื่นๆนอกเหนือจากการรักษาพยาบาล ได้กำหนดให้มีสิทธิประโยชน์อีก ๖ ประเภทได้แก่ ทูพลภาพ ตาย คลอดบุตร สงเคราะห์บุตร ชราภาพ และว่างงาน

ตารางที่ ๓-๕ เปรียบเทียบสิทธิประโยชน์อื่นๆ ของประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวกับประกันสังคม

| ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว | ประกันสังคม |
|---|---|
| <p>๑. ผู้ประกันตนได้รับสิทธิประโยชน์ด้านอื่นนอกเหนือจากค่ารักษาพยาบาล เช่น ได้รับค่าคลอดบุตร ได้รับการชดเชยเมื่อว่างงานและทูพลภาพ เป็นต้น</p> | <p>๑. ผู้ประกันตนต้องจ่ายค่าประกันสุขภาพทุกเดือน เมื่อรวมค่าประกันสุขภาพทั้งปี พบว่าต้องจ่ายตั้งแต่ ๔,๐๐๐ บาทถึง ๙,๐๐๐ บาทต่อปี</p> <p>๒. ข้อเท็จจริงจากผลการศึกษาของกระทรวงแรงงานพบว่า แรงงานต่างด้าวไม่ได้อาศัยอยู่ในประเทศไทยถาวร จึงไม่ประสงค์รับสิทธิประโยชน์ด้านอื่นๆแต่ต้องแบกรับภาระชำระค่าประกันให้กองทุน สิทธิประโยชน์ที่ไม่เหมาะสมกับแรงงานต่างด้าวประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - สิทธิประโยชน์ด้านเงินค่ามรณภาพ และชราภาพ เนื่องจากไม่ได้อยู่จนชราภาพหรือเสียชีวิต - สงเคราะห์บุตร เนื่องจากเป็นกลุ่มที่เข้ามาทำงานไม่ควรสนับสนุนให้มีบุตร และตั้งถิ่นฐานในประเทศไทย |

ตารางที่ ๓-๖ เปรียบเทียบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวกับประกันสังคม (กรณีนายจ้าง)

| ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว | ประกันสังคม |
|---|--|
| ๑. นายจ้างไม่ต้องรับภาระค่ารักษาพยาบาลที่สูงมากเพราะมีกองทุนเป็นผู้จ่าย | ๑. เป็นภาระของนายจ้าง โดยเฉพาะนายจ้างที่มีแรงงานมาก และแรงงานย้ายงานบ่อย |

ตารางที่ ๓-๗ เปรียบเทียบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวกับประกันสังคม (กรณีสถานบริการ)

| ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว | ประกันสังคม |
|--|--|
| ๑. มีการแบ่งความเสี่ยงโดยมีกองทุนส่วนกลางชดเชยให้กรณีที่เป็นค่าใช้จ่ายสูง ๒. สถานบริการเอกชนร่วมให้บริการลดความหนาแน่นของ รพ. รัฐ | ๑. เดิมแรงงานต่างด้าวเหล่านี้ทำประกันกับกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด รายได้ค่าประกันตกกับ รพ. ของรัฐทั้งหมด สามารถชดเชยกรณีแรงงานต่างด้าวที่ไม่มีค่ารักษาพยาบาล ต้องสงเคราะห์ปีละ ๑๐๐ ล้านบาท เมื่อแยกไปอยู่กับระบบประกันสังคม ทำให้รายได้ส่วนใหญ่ไปตกกับ รพ. เอกชน ทำให้รพ. รัฐหลายแห่งประสบปัญหาขาดทุนมากขึ้น ๒. รพ. รัฐต้องรับบริการส่งเสริมสุขภาพแต่เพียงผู้เดียว โดย รพ. เอกชนไม่ได้มาร่วมอย่างจริงจัง เนื่องจากระบบประกันสังคมไม่ได้กำหนดคุ้มครองด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ รพ. เอกชนในสังกัดดำเนินการ |

ตารางที่ ๓-๘ เปรียบเทียบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวกับประกันสังคม (กรณีประชาชนไทย)

| ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว | ประกันสังคม |
|--|--|
| ๑.ประชาชนไทยมีแรงงานต่างด้าวมาสนับสนุนการพัฒนาเศรษฐกิจ | ๑.แรงงานต่างด้าวเป็นกลุ่มที่มีโรคติดต่อที่มีอัตราป่วยและอัตราแพร่กระจายเชื้อสูง หากไม่ได้มีการตรวจสุขภาพคัดกรองแบบเข้มข้นตามมาตรฐานกรมควบคุมโรค ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อในประชาชนคนไทย ๒.ความไม่ครอบคลุมในการทำประกันสุขภาพเนื่องจากกระบวนการบังคับทำประกันไม่เบ็ดเสร็จในขั้นตอนเดียวกับการตรวจร่างกาย ทำให้ผู้ประกันตนจำนวนมากไม่มีประกันสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยต้องใช้ระบบบริการภาครัฐของคนไทย ทำให้เกิดเป็นภาระต่อค่าใช้จ่ายของ รพ. รัฐ ทั้งนี้รัฐไม่เคยสนับสนุนช่วยเหลือ รพ.ในกรณีดังกล่าวเลย |

ตารางที่ ๓-๙ เปรียบเทียบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวกับประกันสังคม (กรณีประเทศไทย)

| ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว | ประกันสังคม |
|----------------------------|---|
| ๑.แรงงานมีหลักประกันสุขภาพ | ๑.ขาดความมั่นคงด้านสุขภาพ เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรค เนื่องจากไม่ได้เข้มงวดในการตรวจสุขภาพและไม่มีบริการส่งเสริมป้องกันโรค ๒.อาจถูกมองว่าประเทศไทยเอาเปรียบแรงงานต่างด้าว |

๒.ความครอบคลุมของการประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม

จากสถานการณ์ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุข มีโรงพยาบาลที่รับประกันสุขภาพ มีบทบาทในการจัดการตรวจสุขภาพโดยมีค่าใช้จ่ายคนละ ๖๐๐ บาท และประกันสุขภาพคนละ ๑,๓๐๐ บาท รวมค่าใช้จ่ายต่อปีที่ต้องจ่ายเพื่อการเข้าสู่ระบบประกันคือ ๑,๙๐๐ บาท สำหรับกลุ่มที่เข้าสู่ระบบประกันสังคม ก็ต้องได้รับการตรวจสุขภาพและเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพคุ้มครอง ๓ เดือน ซึ่งเป็นช่วงเวลาของช่องว่างของการรักษาพยาบาลของสิทธิประกันสังคม กลุ่มนี้มีค่าใช้จ่ายตรวจสุขภาพ ๖๐๐ บาท และค่าประกันสุขภาพ ๔๔๗ บาท รวมเป็นเงิน ๑,๐๔๗ บาท การประกันสุขภาพในกรณีเด็กอายุไม่เกิน ๑๕ ปี ไม่ต้องตรวจสุขภาพ มีค่าใช้จ่ายในการประกันสุขภาพรวม ๓๖๕ บาท

สิทธิประโยชน์ในประกันสุขภาพคนต่างด้าวนี้ใกล้เคียงกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยกเว้น การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างไต และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรวมทั้ง การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ แต่ครอบคลุมในกรณีเพื่อการป้องกันการแพร่กระจาย

เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โดยการ ใช้บริการแต่ละครั้งต้องเสียค่าใช้จ่าย ๓๐ บาท งบประมาณที่ได้จากการรับประกันสุขภาพนี้มีได้บริหารด้วยการรวมศูนย์ไว้ที่ส่วนกลาง แต่มีวิธีการจัดการเงินประกันที่จัดเก็บจากคนต่างด้าว เป็นค่าใช้จ่ายในส่วนต่างๆ โดยในระดับโรงพยาบาลเป็นค่าส่งเสริมป้องกันโรค และค่าบริการทางการแพทย์ ระดับจังหวัดเป็นค่าบริหารจัดการ และในส่วนกลางเป็นค่าบริหารจัดการ และค่าบริการทางการแพทย์ที่มีค่าใช้จ่ายสูง การบริหารจัดการในลักษณะนี้จึงมีความเสี่ยงต่อการจัดการในกรณีที่โรงพยาบาลมีคนต่างด้าวเข้าร่วมประกันสุขภาพจำนวนน้อย

จากมาตรการดังกล่าวมานี้ จะเห็นว่าประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขมีเจตจำนงที่จะให้คนต่างด้าวทั้งหมดในประเทศไทย ไม่ว่าจะมิใช่สถานะทางกฎหมาย ได้เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพรายปีให้มากที่สุด ซึ่งความท้าทายของมาตรการนี้ คือ ทำอย่างไรจะมีการบริหารจัดการระบบข้อมูลด้านสุขภาพของประชากรต่างด้าวและให้คนต่างด้าวได้รับข่าวสาร สร้างแรงจูงใจให้เห็นความสำคัญต่อการประกันสุขภาพ และยินดีจ่ายค่าตรวจและประกันสุขภาพเพื่อเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามเจตนารมณ์ของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป หลังจากมาตรการนี้พบว่าคนต่างด้าวสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชามีจำนวนที่เข้าสู่ระบบจำนวนยังไม่มากนัก ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ ๓-๑๐ จำนวนคนต่างด้าว ที่มีระบบประกันสุขภาพ (๑๕ ธ.ค. ๒๕๕๕- ๑๑ ส.ค.๒๕๕๖)

| ประกันราย ๓ เดือน | | ประกันสุขภาพรายปี | | | | | | |
|--------------------|----------------------|----------------------------|------------------------------|---------------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|-----------------------|
| | | ผู้ใหญ่ | | | | | เด็ก | |
| ประกันสังคม | จำนวนที่ประกันสุขภาพ | กลุ่มผ่อนผัน | กลุ่มไม่เข้าข่ายประกันสุขภาพ | กลุ่มไม่มีบัตรอนุญาตทำงาน | ผู้ติดตามและครอบครัว | จำนวนที่ประกันสุขภาพ | จำนวนเด็กต่างด้าว (0-15) | จำนวนเด็กประกันสุขภาพ |
| 736,104 | 23,065 | 19,850 | 349,594 | ไม่มีข้อมูล | ไม่มีข้อมูล | 234,284 | ไม่มีข้อมูล | 2,306 |
| ครอบคลุมร้อยละ 3.1 | | จำนวนเป้าหมายรวม 369,444++ | | | | | จำนวนคาดประมาณ 63,015++ | |
| | | ครอบคลุมร้อยละ 63.4 | | | | | ร้อยละ 3.7 | |

*คาดประมาณจากงานศึกษาวิจัยในกรุงเทพมหานครในปี ๒๕๕๔ ที่พบว่าเด็กต่างด้าวมีร้อยละ ๕.๗๔ ของประชากรที่สำรวจ นำมาทำสัดส่วนจากรายงานคนต่างด้าวที่มีอยู่ในระบบ ซึ่งถือว่าเป็นข้อมูลที่ต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากขาดข้อมูลกลุ่มไม่มีบัตร ผู้ติดตามและครอบครัว

ตารางที่ ๓-๑๑ การประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว

| การประกันสุขภาพ | จำนวน (คน) |
|---|------------|
| ประกันสังคม | 407,684 |
| ประกันกับกระทรวงสาธารณสุข | 447,151 |
| บัตรเก่า | |
| บัตรประกันสุขภาพ (ราคา 1,300 บาท) | 201,468 |
| บัตรประกันก่อนประกันสังคม (447 บาท) | 17,980 |
| บัตรเด็ก (ราคา 365) | 6,496 |
| บัตรใหม่ | |
| บัตรประกันสุขภาพ (ราคา 2,200 บาท) | 183,834 |
| บัตรประกันก่อนประกันสังคม (ราคา 550 บาท) | 27,091 |
| บัตรเด็กอายุไม่เกิน 7 ปีบริบูรณ์ (ราคา 365 บาท) | 10,282 |

3. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

จากข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า.ในมุมมองของผู้บริหารและผู้ให้บริการแรงงานต่างด้าวและครอบครัว ดังจากมุมมองที่สะท้อน....

“อยากให้มีบังคับต้องมีประกันสุขภาพทุกคนบัตร เพื่อจะได้จูนเจอกับคนที่ไม่มีจริงๆ บางคนมาแบบไม่มีนายจ้าง พวกนี้จะถูกทิ้งเยอะ ไม่มีญาติ ไม่มีอะไรกรณี เวลาเจ็บในงาน แต่ถ้าใช้บัตรสุขภาพ เวลาเจ็บจะได้ทั้งหมด”

“ คนเข้าประเทศทุกคน....ควรซื้อบัตรประกันสุขภาพ”

“ปัญหาที่พบคือไม่ซื้อประกันสุขภาพ จะมาเมื่อท้องหรือเป็นโรครมาและในกรณีเด็กต่างด้าวที่เป็นนักเรียนไม่ได้ซื้อบัตรเกิด Head Injury ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายสูง ต้องนอนนาน โรงพยาบาลเก็บไม่ผู้ต้องแบกรับภาระ ทำให้งบประมาณไม่พอ”

“ ในพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ ควรมีมาตรการ หากลวิธีเรื่องการซื้อบัตร มีวิธีการอะไรบางอย่างที่จะให้เค้าลดหย่อนได้”

“ รพ อรัฐประเทศ ขายบัตรประกันสุขภาพได้น้อย เพราะพวกนี้มารับจ้างแบบ Individual ไม่มีนายจ้าง ไปเช้า กลับเย็น ควรกำหนดมาตรการรองรับสิทธิกลุ่มนี้ เพราะด่านนี้เข้าออกวันละเป็นหมื่น เพราะพวกนี้มารับจ้างทุกวัน คนที่ด่านตรวจคนเข้าเมืองต้องรู้ แบบนี้ต้องซื้อบัตรสุขภาพ เป็นรายปี หรือไม่ก็เก็บเป็นรูปของภาษีว่าคนเข้าทุกคนต้องเสียค่าเหยียบแผ่นดิน ที่ส่วนหมื่นมาจัดสรรตั้งเป็นกองทุนดูแลสุขภาพของคนี่เข้าประเทศ ”

“ควรกำหนดให้ซื้อบัตรสุขภาพให้หมด เพื่อให้กลุ่มนี้เข้าถึงบริการสุขภาพของ

กระทรวงสาธารณสุข จะต้องมีการดำเนินงานที่ชัดเจน ถ้ากลุ่มไหนเข้าระบบประกันสังคม ควรมี On Top ให้ค่าการจ่ายชดเชย การทดแทนหรือการประกันการว่างงาน แต่ถ้าบัตรประกันสุขภาพ ควรต้องมี Basic Package ให้ค่า”

“อยากให้เข้าระบบประกันสังคมเก็บเป็นรายหัว เพื่อจะมีจากกองทุนมาช่วยเหลือ ต่อสัญญาปีต่อปี แรงแรงงานจ่าย ๒ เท่า ผู้ประกอบการ ๑ เท่า ต้องช่วยเพราะใช้แรงงานเค้าควรต้องรับผิดชอบ หรืออาจในรูปการเก็บภาษี”

“บัตรประกันสุขภาพส่วนมากไปผูกว่าต้องมีนายจ้างเท่านั้น ควรมีการเปิดขายเป็น Individual”

“ ส่วนมากนายจ้างมองไม่เห็นความสำคัญของการประกันสุขภาพ มองว่าสิ้นเปลือง”

“ ส่วนกลางต้องกำหนดการตรวจสุขภาพที่ชัดเจน บางรายพม่าตั้งครุฑไม่ได้ตรวจ”

“ ควรมีภาคบังคับทำบัตร กับไม่ทำบัตรเพราะต่อไปเข้าสู่ ประชาคมอาเซียน AEC ระบบหลักประกันต้องมี และควรมี Insurance Criteria การซื้อว่าจะเท่าไร”

“ พวกกลุ่มชายขอบ ควรเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ จะได้ไม่เป็นภาระของเรา ควรกำหนดมาตรการให้ได้ หรือต้องขอเงินมา Support เพื่อให้โรงพยาบาลมั่นคง”

“ ทำอย่างไรจะช่วยแรงงานให้ ๑๐๐ % เพราะบางคนเข้ามาสมัครวีซ่าเป็นคนไทย ใช้บัตร UC จะทำแบบซื้อบัตรประกัน ๕๐๐ บาท ให้ครอบครัว เพราะพวกนี้อยู่ ๔-๕ ปีเค้าไม่กลับแล้ว”

จะเห็นได้ว่าความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพยังไม่ทั่วถึง ด้วยเหตุจากบางรายเข้าเมืองแบบผิดกฎหมาย ลักลอบเข้ามาทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของอีเลน เพียร์สันและคณะ (๒๕๔๙) โดยการสนับสนุนจากโครงการอนุภูมิภาคลุ่มน้ำโขงเพื่อต่อต้านการค้าเด็กและหญิงขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) (๒๕๔๙) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “งานทำทนายที่ลุ่มน้ำโขง: การจ้างแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย งานหนักจ่ายน้อย และไม่ได้รับการคุ้มครอง” โดยทำการศึกษาวิธีการว่าจ้างแรงงานและสภาพการทำงานของแรงงานข้ามชาติในภาคการจ้างงานสำคัญ ๔ ภาคของประเทศ ไทย คือการเกษตร งานบ้าน เรือประมงและการแปรรูปปลา และการผลิต ผลการวิจัยพบว่าแรงงานรับใช้ในบ้านกว่าครึ่งหนึ่งและลูกเรือหาปลาอีกกว่า ๑ ใน ๕ ถูกห้ามไม่ให้ออกจากที่ทำงาน บังคับให้ทำงานจำกัดพื้นที่ ใช้แรงงานเด็กเสี่ยงอันตราย ต้องทำงานวันละ ๑๒ ชั่วโมง มีแรงงานจำนวนหนึ่งทำงานโดยไม่ได้รับใบอนุญาต (ไม่ได้ขึ้นทะเบียน) ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ มีข้อเสนอแนะจากงานวิจัยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ รัฐบาล กระทรวงแรงงาน กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานตำรวจแห่งชาติ องค์การแรงงานระหว่างประเทศ ฯลฯ จัดให้มีกลไกแจ้งข้อร้องเรียนจากแรงงานข้ามชาติที่รู้สึกถูกรังแกโดยมิชอบ เพื่อป้องกันไม่ให้นายจ้างกระทำการอันมิชอบกับคนต่างชาติที่ไม่มีเอกสารถูกต้อง และเพื่อส่งเสริมให้คนต่างด้าวเข้าประเทศโดยถูกต้องตามกฎหมายและปลอดภัย นอกจากนี้ เรียกร้องให้ยอมรับแรงงานในภาคเกษตร แรงงานรับใช้ในบ้าน และแรงงานประมงเป็นการจ้างงานในกรอบนิยามของ พรบ. ป้องกันแรงงานด้วย

ในกรณีที่เกิดการเจ็บป่วยเมื่อไม่มีหลักประกันสุขภาพ ทำให้โรงพยาบาลรัฐจำนวนมากต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายจากการที่แรงงานไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ บางรายที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องนอนพักรักษาตัวเป็นเวลานานหลายเดือน โรงพยาบาลเสียค่าใช้จ่ายเป็นหลักล้าน

ต่อคน ซึ่งไม่สามารถเรียกทดแทนได้จากหน่วยงานใด สอดคล้องกับการศึกษาของทัศนัย ชันตยาภรณ์ และคณะ (๒๕๕๖) ศึกษาาระบบบริการสุขภาพคนต่างด้าวในประเทศไทย:สถานการณ์ การตอบสนอง และข้อท้าทายในอนาคต ในบริบทประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ๒๕๕๘ ที่ปัจจุบันการดูแลสุขภาพคนต่างด้าวอยู่ภายใต้การประกัน ๒ ระบบคือ ๑)ระบบประกันสังคมโดยสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและ ๒) ระบบประกันสุขภาพรายปีโดยกระทรวงสาธารณสุขสำหรับระบบรายปีกำหนดให้ครอบคลุมแรงงานต่างด้าวที่ประเภทอาชีพไม่สามารถเข้าสู่ระบบประกันสังคมแรงงานต่างด้าวที่ไม่อยู่ในระบบทะเบียนแรงงาน รวมถึงครอบครัว ผู้ติดตาม และเด็ก ข้อมูลในปี ๒๕๕๖ พบว่าแรงงานต่างด้าวที่เข้าสู่ระบบประกันสังคมครอบคลุมไม่ถึงร้อยละ ๕๐ ในขณะที่ระบบประกันสุขภาพรายปีครอบคลุมน้อยกว่าร้อยละ ๖๓ (ไม่รวมกลุ่มที่ไม่มีสถานะทางทะเบียนเนื่องจากไม่มีข้อมูล) ดังนั้นตัวเลขความครอบคลุมจริงอาจต่ำกว่านี้ สำหรับประกันสุขภาพเด็ก เมื่อใช้วิธีการคำนวณจากการคาดประมาณจำนวนพบว่าครอบคลุมเพียงร้อยละ ๗.๘ เท่านั้น อย่างไรก็ตาม แม้ว่าคนต่างด้าวจะมีประกันสุขภาพ การเข้ารับบริการสุขภาพยังพบอุปสรรคในด้านการสื่อสารภาษาที่แตกต่าง การถูกตรวจจับระหว่างไปรับบริการและหลายพื้นที่ยังไม่มีการจัดบริการเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพใกล้บ้าน เงื่อนไขในการถือวีซ่าและการตรวจและประกันสุขภาพไม่ได้เป็นภาคบังคับในลักษณะที่เป็นเงื่อนไขในการเข้าสู่การจดทะเบียนแรงงานดังเช่นก่อน ทำให้จำนวนผู้ประกันต่างด้าวลดต่ำลงอย่างมาก อีกทั้งจำนวนมากของคนต่างด้าวที่เข้าสู่การประกันสุขภาพคือผู้ที่ป่วยหนักแล้วต้องการเข้ารับการรักษาในระบบประกัน ทำให้แนวทางหลักของการประกันสุขภาพที่ใช้แนวคิดของการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข ในการใช้จ่ายงบประมาณเพื่อกลุ่มผู้ประกันสุขภาพที่มีสุขภาพดีและป่วยอย่างสมดุล ดังนั้นการที่มีคนต่างด้าวเข้าสู่ประกันสุขภาพน้อย ในขณะที่ภาระในการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมควบคุมโรคนั้นยังคงเดิม ทำให้ที่ผ่านมารณีโรงพยาบาลสมุทรสาครต้องประสบภาวะขาดทุนสะสมต่อเนื่องเป็นจำนวน ๕๔ ล้านบาท นอกจากนี้ในการวิจัยระบุว่าแรงงานต่างด้าวจำนวนหนึ่งเข้าสู่ระบบประกันสังคม ซึ่งจำนวนหนึ่งก็ใช้บริการประกันสังคมที่โรงพยาบาลนี้ แต่กองทุนประกันสังคม ไม่ครอบคลุมการป้องกันและควบคุมโรค ในขณะที่จำนวนมากกระจายไปใช้ประกันสังคมในโรงพยาบาลเอกชนต่างๆในจังหวัดสมุทรสาครและเขตใกล้เคียงส่งผลให้การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคเพื่อเข้าถึงกลุ่มประชากรต่างด้าวนั้นทำได้ยากลำบากยิ่งขึ้น

การเข้าถึงและคุณภาพบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าว

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยในของแรงงานต่างด้าวภาพรวมทั้งประเทศ ในปีงบประมาณ ๒๕๕๓ - ๒๕๕๕

๑.การมาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยในของแรงงานต่างด้าวภาพรวมทั้งประเทศ ในปีงบประมาณ ๒๕๕๓ - ๒๕๕๕ จากการศึกษาของ อุษาวดี สุตะภักดิ์ (๒๕๕๗) พบว่าข้อมูลค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการให้บริการรักษาพยาบาลเฉพาะในส่วนที่มีบัตรประกันสุขภาพ (ตารางที่) และค่าใช้จ่ายด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ตารางที่) เมื่อเปรียบเทียบกับรายรับจากการออกบัตรประกันในแต่ละปี พบว่าในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ ในระบบประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวจะมียอดรายจ่ายสูงกว่ารายรับ และเมื่อพิจารณาถึงอัตราการใช้บริการรักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าว

เฉพาะที่มีบัตรประกันสุขภาพทั้งในส่วนการเจ็บป่วยแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๕ พบว่าการใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกมีอัตราสูงขึ้น จาก ๐.๖๕ ครั้ง /คน/ ปี ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ เป็น ๑.๒๑ ครั้ง /คน/ ปี ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ ส่วนบริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในนั้นมีอัตราเพิ่มขึ้นเล็กน้อย คือ ๐.๐๖ ครั้ง /คน/ ปี ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ เป็น ๐.๐๗ ครั้ง /คน/ ปี ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ ซึ่งต่ำกว่าอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของคนไทยในระบบหลักประกันสุขภาพ ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ ๓-๑๒ ข้อมูลค่าใช้จ่ายในการให้บริการรักษาพยาบาลแก่แรงงานต่างด้าวตามพื้นที่
ปีงบประมาณ ๒๕๕๓-๒๕๕๕

| ปี งบ ประมาณ | ประเภท | ผู้ป่วยนอก | | ผู้ป่วยใน | | รวมค่าใช้จ่าย ทั้งหมด | |
|--------------------|--------------------|------------|---------------------|-------------|---------|--------------------------|----------------|
| | | ครั้ง | ค่าใช้จ่าย (บาท) | ราย (คน) | วัน | | ค่าใช้จ่าย |
| ปี ๒๕๕๓ | มีบัตร | 252,251 | 109,011,052.06 | 23,378 | 64,613 | 145,028,272.29 | 254,039,324.35 |
| | ไม่มีบัตร (ฟรี) | 108,190 | 25,933,391.87 | 20,992 | 100,053 | 101,182,694.51 | 127,116,086.38 |
| | ไม่มีบัตร(จ่ายเอง) | 181,869 | 63,825,445.26 | 17,230 | 55,819 | 65,820,783.46 | 129,646,228.72 |
| | มีประกันสังคม | 4,230 | 2,085,426.03 | 75 | 377 | 369,198.30 | 2,454,624.33 |
| ปี ๒๕๕๔ | มีบัตร | 284,420 | 136,228,611.31 | 21,480 | 171,127 | 179,536,037.56 | 315,764,648.87 |
| | ไม่มีบัตร (ฟรี) | 109,362 | 40,210,441.03 | 8662 | 39,294 | 96,359,706.10 | 136,570,147.13 |
| | ไม่มีบัตร(จ่ายเอง) | 301,925 | 121,961,065.07 | 25,894 | 80,586 | 170,270,773.12 | 292,231,838.19 |
| | มีประกันสังคม | 10,498 | 2,773,565.25 | 350 | 882 | 1,408,875.25 | 4,182,440.50 |
| ปี ๒๕๕๕ | มีบัตร | 277,720 | 121,614,134.48 | 17,747 | 60,120 | 138,688,205.20 | 260,302,339.68 |
| | ไม่มีบัตร (ฟรี) | 23,899 | 20,871,914.41 | 3636 | 17,315 | 45,555,870.45 | 66,427,784.86 |
| | ไม่มีบัตร(จ่ายเอง) | 242,805 | 128,756,366.34 | 18,580 | 50,714 | 127,225,219.39 | 255,981,585.73 |
| | มีประกันสังคม | 38,896 | 18,157,431.27 | 2815 | 6562 | 4,226,220.00 | 22,383,651.27 |

ตารางที่ ๓-๑๓ ข้อมูลค่าใช้จ่ายการส่งเสริมและป้องกันโรค ปีงบประมาณ ๒๕๕๓ - ๒๕๕๕

| ปีงบประมาณ | ค่าใช้จ่ายด้านการส่งเสริมและป้องกันโรค (บาท) |
|------------|--|
| ปี ๒๕๕๓ | 80,069,826.00 |
| ปี ๒๕๕๔ | 129,825,430 |
| ปี ๒๕๕๕ | 47,108,080.00 |

ในด้านพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behaviour) จากการสัมภาษณ์แรงงานต่างด้าวทั้งที่มีบัตรประกันสุขภาพและไม่มีบัตร พบว่าถ้าเจ็บป่วยไม่มากนักแรงงานเหล่านี้ จะอาศัยการซื้อยาที่พอมียู่ในท้องตลาดบรรเทาอาการเจ็บป่วย

“ ส่วนมากถ้าเป็นนิดหน่อย ปวดเมื่อยตัว กินได้น้อย จะไปคลินิกเครือข่ายใกล้บ้าน ถ้าเป็นมากๆถึงไปโรงพยาบาล”

ผลการศึกษาจะสอดคล้องกับแนวคิดของ ธนวรรณ อิมสมบูรณ์ (๒๕๔๒) ในพฤติกรรมสุขภาพการใช้บริการ (Medical Utilization) หมายถึงการไปรับการรักษาต่างๆไม่ว่าจะเป็นแผนปกติหรือแผนโบราณ การซื้อยากินเอง และการรับข้อมูลจากร้านขายยา และพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self Care Behavior) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่จัดการตนเอง ในชีวิตประจำวัน ที่พยายามหาทางแก้ไขปัญหาด้วยตนเองก่อนเป็นอันดับแรก เมื่อรู้ว่าไม่สามารถแก้ไขได้เอง ก็จะแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น อาจกล่าวได้ว่า การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นกิจกรรมที่บุคคลแต่ละคนปฏิบัติและยึดเป็นแบบแผนในการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี

และอีกเหตุผลในกรณีที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพการที่ต้องแสวงหาการรักษาหรือหายามาทานเอง หรือไปรักษาที่คลินิก เพราะแรงงานกลัวเจ้าหน้าที่จับกุม ถ้าหากเดินทางไปรักษาที่สถานีนามัยหรือโรงพยาบาล ดังนั้นคลินิกจึงเป็นที่พึ่งที่กลุ่มเหล่านี้ต้องไปแสวงหาการรักษาพยาบาลเพราะเข้าใช้บริการได้ง่าย นอกจากนี้แรงงานข้ามชาติที่มีบัตรสามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพ การรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐได้ ก็พบปัญหาอุปสรรค หากโรงพยาบาลใดที่มีผู้ปฏิบัติให้การรักษาพยาบาลที่มีทัศนคติเชิงลบต่อแรงงานอยู่แล้ว ไม่ได้รับการปฏิบัติที่ดีเท่าที่ควร

เมื่อพิจารณาถึงข้อมูลจากการสัมภาษณ์ในพื้นที่สัดส่วนแรงงานต่างด้าวที่ถูกกฎหมายจะน้อยกว่าแรงงานต่างด้าวที่เข้าเมืองแบบผิดกฎหมายเป็นจำนวนมาก และกลุ่มนี้จะไม่มีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ซึ่งในรูปแบบของกลุ่มที่เข้าเมืองแบบผิดกฎหมายที่มารับบริการมีหลากหลายรูปแบบ เช่น เข้ามาอาศัยอยู่กับญาติพี่น้องที่เข้ามาทำงาน พวกนี้จะไม่มียุทธประกันสุขภาพ กรณีที่เจ็บป่วยต้องรักษาตัวจะเข้ามาในรูปแบบกลุ่มแอบแฝง ทำให้โรงพยาบาลต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่าย กรณีที่เป็นแรงงานต่างด้าวที่ถูกกฎหมายพบว่าจะไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย เนื่องจากกลุ่มแรงงานถูกกฎหมายจะมีหลักประกันสุขภาพ สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลและในบางพื้นที่ที่มีจำนวนแรงงานต่างด้าวจำนวนมาก ถือเป็นรายได้จากการให้บริการของโรงพยาบาล แต่อย่างไรก็ตามหากแนวโน้มการเปิดประเทศ จะทำให้บางพื้นที่แรงงานต่างด้าวจะเพิ่มจำนวนทวีมากขึ้น แม้จะเป็นรายได้ของโรงพยาบาลในกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่ถูกกฎหมาย แต่ถ้าหากเป็นกลุ่มเด็กที่เกิดจากแรงงานต่างด้าวที่

ถูกกฎหมายนี้ ทางโรงพยาบาลต้องให้การรักษาฟรีและถือเป็นภาระของโรงพยาบาล

โดยสรุปมีการให้บริการแบ่งเป็นสามกลุ่มคือกลุ่มแรงงานผิดกฎหมายซึ่งมาทำงานประจำและทำงานแบบเข้าไปเย็นกลับ เป็นกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ และกลุ่มผู้ติดตามซึ่งไม่มีหลักประกัน

โรคที่พบในแรงงานต่างด้าว

จากการตรวจร่างกาย

กฎอนามัยระหว่างประเทศ ค.ศ. ๒๐๐๕ ซึ่งเป็นกฎอนามัยที่ได้รับการรับรองจากองค์การอนามัยโลก ที่มุ่งเน้นด้านการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของนานาชาติ เพื่อการตรวจหา ลดปริมาณ หรือขจัดแหล่งแพร่เชื้อ ป้องกันการแพร่กระจายของพาหะนำโรค และไม่ให้เกิดความกังวลถึงโรคที่จะแพร่ระบาดเข้ามาในประเทศของตน ถือเป็นแนวปฏิบัติที่จะต้องดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคที่ต้องเฝ้าระวัง ที่อาจเกิดการแพร่ระบาดมาจากกลุ่มแรงงานต่างด้าว ทำให้การให้ความสำคัญต่อการตรวจสุขภาพแรงงานต่างชาติจึงมีความสำคัญ เนื่องจากในบางพื้นที่แรงงานต่างด้าวมักมีการสลับสับเปลี่ยนเข้ามาทำงานตลอดเวลา ตามความเร่งด่วนของการทำงาน ซึ่งการตรวจสุขภาพของกลุ่มแรงงานต่างด้าวสามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในแรงงานต่างด้าว เพื่อลดความเสี่ยงด้านสุขภาพของประชาชนและสามารถใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ อาจถือได้ว่าโรคติดต่อถือเป็นปัญหาที่สำคัญ ที่เป็นภาระต่อพื้นที่ที่มีแรงงานต่างด้าวที่ตรวจพบเชื้อและเป็นภาระต่อพื้นที่ตามแนวชายแดนทั้งโรคเท้าช้าง โรคมาลาเรีย โรควัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ และโรคอุจจาระร่วง จากการศึกษาที่ปรากฏจากข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่รับผิดชอบตรวจสุขภาพต่างด้าวในพื้นที่

“ บางทีตรวจร่างกายต่างด้าวพม่าผลรายงานจากโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมร่วม รายงานผล วัณโรค flase nagative พอให้เค้ากลับไป เรามาตรวจทะเบียนพบว่า ผลเป็น Positive เจอหลายรายในพื้นที่สมุทรสาคร ทำให้เราติดตามยาก พวกโรคเท้าช้างก็เจอ”

“ จะตรวจพบเป็นวัณโรคเยอะ เพราะมีอาการมากแล้วนายจ้างถึงส่งมา”

“ ด้านนี้จะเข้าออกเยอะวันละ เป็นหมื่นคน จะมีปัญหาเรื่องการควบคุมโรค โรคอุจจาระร่วง ในเขตนี้ถึงมีปัญหาเรื่อง Sepsis โรคติดเชื้อ ทำให้มีแผนๆที่จะส่งแพทย์ไปเรียนเฉพาะทางเรื่องโรคติดเชื้อ”

“ ต่างด้าวที่เป็นโรค พบว่า ๑๐ % ขึ้นทะเบียนเป็น TB”

ปัญหาโรควัณโรค (Tuberculosis:TB) คือความต่อเนื่องในการรักษา ซึ่งแพทย์ต้องนัดมาตรวจรักษาและรับยาอย่างต่อเนื่องจนกว่าโรคจะหายขาด ใช้เวลานาน ๖ เดือน สิ่งที่มาคือผู้ป่วยจะมารับการรักษาอีกครั้งก็ต่อเมื่ออาการแย่มากขึ้น และทำให้เชื้อเกิดการดื้อยากลายเป็นวัณโรคเชื้อดื้อยา (Multi Drug Resistance:MDR-TB) ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน และค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมากกว่าวัณโรคปกติเกือบสิบเท่า ความสำคัญในระบบบริการในการตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าวคือความแม่นยำผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพราะโรคติดต่อเหล่านี้ต้องอาศัยเครื่องมือที่ได้มาตรฐานเพื่อให้ผลการตรวจมีความถูกต้องเชื่อถือได้

ตารางที่ ๓-๑๔ โรคติดเชื้อที่พบและต้องติดตามการรักษา งบประมาณ ปี ๒๕๕๓-๒๕๕๕

| ปีงบประมาณ | ประเภทโรค | พม่า | ลาว | กัมพูชา | รวมจำนวน |
|------------|---------------|-------|-----|---------|----------|
| ปี ๒๕๕๓ | วัณโรค | ๓,๖๗๕ | ๑๐๗ | ๒๓๙ | ๔,๐๒๑ |
| | โรคเท้าช้าง | ๒๗ | ๐ | ๐ | ๒๗ |
| | โรคเรื้อน | ๕ | ๑ | ๐ | ๖ |
| | โรคซิฟิลิส | ๙๔๒ | ๒๗ | ๑๖๗ | ๑๑๓๕ |
| | โรคมาลาเรีย | ๑๙ | ๑ | ๑ | ๑๓ |
| | โรคพยาธิลำไส้ | ๑๓ | ๒ | ๐ | ๙ |
| ปี ๒๕๕๔ | วัณโรค | ๒,๗๒๕ | ๒๑๕ | ๘๖๙ | ๓,๘๐๙ |
| | โรคเท้าช้าง | ๔๙ | ๐ | ๑ | ๕๐ |
| | โรคเรื้อน | ๗ | ๒ | ๓ | ๑๒ |
| | โรคซิฟิลิส | ๒๐๒๓ | ๖๑ | ๔๔๗ | ๒,๕๔๕ |
| | โรคมาลาเรีย | ๑๓ | ๑ | ๕ | ๑๙ |
| | โรคพยาธิลำไส้ | ๑๘ | ๔ | ๘ | ๓๐ |
| ปี ๒๕๕๕ | วัณโรค | ๑,๔๖๘ | ๑๐๐ | ๔๖๖ | ๒,๐๓๔ |
| | โรคเท้าช้าง | ๓๕ | ๑ | ๒ | ๓๘ |
| | โรคเรื้อน | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ |
| | โรคซิฟิลิส | ๑,๐๘๘ | ๓๓ | ๒๓๘ | ๑,๓๕๙ |
| | โรคมาลาเรีย | ๖ | ๐ | ๖ | ๑๒ |
| | โรคพยาธิลำไส้ | ๒ | ๐ | ๐ | ๒ |

ที่มา : การศึกษารูปแบบและการดำเนินการด้านสุขภาพที่เหมาะสมของกองทุนระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย

การเข้าถึงบริการการป้องกันโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน

ตารางที่ ๓-๑๕ การได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานในเด็กต่ำกว่า ๕ ปี

| ปีงบประมาณ | ได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐาน (คน) |
|------------|------------------------------|
| ปี ๒๕๕๓ | ๔,๒๓๓ คน |
| ปี ๒๕๕๔ | ๗,๔๒๕ คน |
| ปี ๒๕๕๕ | ๘,๒๐๒ คน |

ที่มา : การศึกษารูปแบบและการดำเนินการด้านสุขภาพที่เหมาะสมของกองทุนระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย

ตารางที่ ๓-๑๖ การได้รับวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ๒ ครั้งในช่วง NID

| ปีงบประมาณ | ครั้งที่ ๑ (ราย) | ครั้งที่ ๒ (ราย) |
|------------|------------------|------------------|
| ปี ๒๕๕๓ | ๖,๓๕๙ คน | ๒,๓๙๓ คน |
| ปี ๒๕๕๔ | ๑,๙๗๙ คน | ๑,๘๕๙ คน |
| ปี ๒๕๕๕ | ๓๖๒ คน | ๑๖๘ คน |

ที่มา : การศึกษารูปแบบและการดำเนินการด้านสุขภาพที่เหมาะสมของกองทุนระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย

ตารางที่ ๓-๑๗ หญิงตั้งครรภ์ได้รับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก

| ปีงบประมาณ | ได้รับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก (คน) |
|------------|-------------------------------------|
| ปี ๒๕๕๓ | ๑,๗๘๘ คน |
| ปี ๒๕๕๔ | ๓,๕๔๐ คน |
| ปี ๒๕๕๕ | ๓,๔๖๙ คน |

ที่มา : การศึกษารูปแบบและการดำเนินการด้านสุขภาพที่เหมาะสมของกองทุนระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในบุคลากรที่ดูแลแรงงานต่างด้าวในพื้นที่

“ปัญหาเยอะมาก หลักๆการให้ความรู้ จะสื่อสารอย่างไรให้เค้าดูแลสุขภาพป้องกันโรค อธิบายแบบคนไทย อย่างการล้างมือ ต้มชวดน้ำ ความสะอาดร่างกาย ความสะอาดชวดนม ไม่รู้ว่าเค้ารู้เรื่องแค่ไหน ดูแล้วน่าสงสาร”

“ ส่วนมากบางคนที่มา ท้องร่วง ไม่รู้เค้ากินอยู่อย่างไร เรายังไม่รู้ที่บ้านเค้าเป็นอย่างไร บางคนทิ้งอุจจาระร่วง ปอดบวม”

“ การระบาดในต่างด้าวจะมาเป็นระยะๆ ช่วงเทศกาล การระบาดของโรค หรือมีไปอยู่ในRisk Area พื้นที่ต้องคอยฟังข่าวสารระบดวิทยาตลอด ต้องคุยกันบ่อย คุยกับ อบต. หรือดูว่าที่ กทม.มีเหตุการณ์อะไร เฝ้าระวังข้อมูลที่มีอยู่ รวมทั้งวัดใหญ่ ตาแดง อหิวาห์ วิเคราะห์ดูว่าอะไร การสัมผัส เตรียมสถานการณ์ เดียวกันมา ”

“ส่วนมากที่นี่ จะป่วยด้วยโรคติดต่อประมาณ ๓๐ % ของประชาชนที่มารับบริการ พม่าจะเป็นมาก เค้าอยู่แออัด สุขอนามัยไม่ค่อยดี ต้องคอยตามสถานการณ์ในโรงงานที่เค้าทำอยู่ แล้วตามไปดูในชุมชน”

จากการศึกษาที่ปรากฏทำให้สามารถอภิปรายผลได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพที่แสดงออกมาของแรงงานต่างด้าว แบ่งออกเป็น ๒ ลักษณะ ประกอบด้วย ๑) พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงบวก (Positive Behaviour) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั้นเอง เป็นพฤติกรรมที่ควรส่งเสริมให้ปฏิบัติต่อไป เช่นการรับประทานอาหารให้ถูกต้องตามหลักโภชนาการ การแปรงฟันที่ถูกวิธี ถือเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์

(Promotion Behaviour) ที่มีความสำคัญที่สุดทำให้บุคคลต่างๆไม่เจ็บป่วย มีสุขภาพที่ดีและมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยน้อยที่สุด สามารถทำให้ถูกต้องเหมาะสมในแต่ละวัย ตามสภาวะทางเศรษฐกิจแต่ละบุคคล หรือแต่ละครอบครัวและตามสภาวะสังคม และสิ่งแวดล้อมแต่ละสังคม ๒)พฤติกรรมการป้องกันโรคที่พึงประสงค์ (Prevention Behaviour) เป็นพฤติกรรมสุขภาพทั้งในการป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ รวมทั้งการป้องกันอุบัติเหตุและอื่นๆด้วยที่จะทำให้บุคคลไม่บาดเจ็บหรือเจ็บป่วย พฤติกรรมป้องกันโรคที่สำคัญได้แก่พฤติกรรมเกี่ยวกับสุขบัญญัติทั่วไป พฤติกรรมเกี่ยวกับสุขอนามัย เช่นการล้างมือ การต้มชวดนม การรักษาความสะอาดของร่างกาย

การควบคุมโรคติดต่อในชุมชน การควบคุมโรคติดต่อในระบบทางเดินอาหาร การควบคุมโรคไข้เลือดออก ถือเป็นพฤติกรรมที่มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ที่สำคัญได้แก่ พฤติกรรมควบคุมโรคติดต่อต่างๆ เช่นการนำเด็กไปรับวัคซีน มารดาตั้งครรภรับวัคซีน

การบริการแบบเป็นมิตร(Friendly service)

การบริการแบบเป็นมิตร(Friendly service) การให้ความรู้สึกเวลาที่แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม เข้ามารับบริการในหน่วยบริการ หรืออยู่ในชุมชน เหมือนเดินเข้ามาอยู่ในบ้านเมืองเค้า เกิดความอบอุ่น เกิดความรู้สึกสบายๆผ่อนคลายไม่อึดอัด หดหู่ ไม่เกิดความรู้สึกแปลกแยก มีความเข้าใจในบุคคลต่างชาติ ต่างศาสนา ต่างวัฒนธรรม ยอมรับในความแตกต่างระหว่างบุคคล แสดงถึงความเห็นอกเห็นใจ การปฏิบัติที่แสดงถึงความเข้าใจในผู้รับบริการ มีความปรารถนาดีที่อยากให้ผู้รับบริการทุกคนมีความสุข พ้นจากความทุกข์จากการเจ็บป่วย จากการศึกษาที่ปรากฏจากข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่รับผิดชอบตรวจสุขภาพต่างด้าวในพื้นที่ต่อการให้บริการแบบเป็นมิตรได้สะท้อนข้อมูล ดังนี้

“เค้าอยู่อย่างลำบาก เลยเกิดโรค เค้าเป็นตัวฝึกวิชาการ ทำให้เราทบทวนตลอดเวลา ทำให้ได้เรียนรู้กับเค้าด้วย ทำให้ใช้หัวคิดใหญ่กลายเป็นเรื่องเล็ก เวลาลงชุมชนคุ้นเคยกับเค้าจะทำงานได้ง่ายขึ้น ทำให้เราเหมือนสะสมแต้ม เราลงชุมชนไปอยู่เรื่อยๆ พอเข้ารู้ว่าเราไป โรงพยาบาลมาเค้าดีใจยินดี มันขึ้นอยู่กับการสร้างสัมพันธ์ภาพของเรากับสังคมตรงนี้”

“เราต้องพยายามเรียนรู้ รู้ประวัติ ถามเค้าได้ เค้าจะไว้วางใจเหมือนสื่อรู้เรื่อง...รักในตัวเรา ถ้าฟังล่ำมหมดเหมือนไม่ได้ใจเค้า ส่วนนี้ที่เค้ามองว่าแสดงถึงความเอาใจใส่ พวกที่อยู่ในงานบริการต้องมี ต้องพยายามเรียนรู้วัฒนธรรมเค้า”

“งานควบคุมโรคมีส่วนดี ทำให้เราได้ซ้อมแผน ทำให้ฝึกความคล่องในการเฝ้าระวังไม่ให้ระบาด”

“ไปคลอดฝากพิเศษ อยู่ รพ. ๖ วันเพราะลูกตัวเล็ก หมอไม่ให้กลับบ้าน มาที่นี่หมอดูแลดี”

จากข้อมูลการศึกษาที่ปรากฏสามารถอภิปรายผลได้ว่า ผลการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการให้ความหมายการดูแลอย่างเท่าเทียม ด้วยความเอาใจใส่ดูแลญาติมิตร ของอังคณา วังทองและคณะ (๒๕๕๖) และแนวคิดของ Jean Watson ที่การดูแลด้วยความเอาใจใส่ดูแลญาติมิตรต้องเป็นการให้การดูแลโดยไม่รังเกียจ บริการเสมือนญาติ มีจิตสาธารณะ สร้างโอกาสให้คนในชุมชนเข้าถึงระบบบริการอย่างเสมอภาค ลดความขัดแย้ง เกิดความสงบสุข ความเข้าใจในบุคคลต่างชาติต่างศาสนาไม่ว่าจะมาจากแห่งไหน การดูแลผู้ป่วยในพื้นที่เชื่อมโยงกับวิถีชีวิตและบริบทของสังคม ทฤษฎีการดูแลของ Jean Watson เน้นการดูแลอันเป็นคุณธรรมที่ดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็น

มนุษย์ โดยอาศัยการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ภายใต้ความรักในความเป็นเพื่อนมนุษย์ ที่ให้ความสำคัญทั้งร่างกายและจิตใจ การดูแลนี้ประกอบด้วย ๕ องค์ประกอบ คือ ๑) ความเห็นอกเห็นใจ (Compression) ความเมตตา ความรักใคร่ ประารถนาที่จะให้ผู้อื่นเป็นสุข ๒) ความสามารถ (Competence) สามารถดูแลได้มีความรู้ ความสามารถ สามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า การดูแลเบื้องต้น การป้องกันควบคุม และมีทักษะประสบการณ์ การตัดสินใจและมีความชำนาญในงาน ๓) ความเชื่อมั่น (Confidence) ความน่าเชื่อถือ การตอบสนองความต้องการ ๔) ความมีสติรู้ชอบ รู้ว่าอะไรควรทำ ไม่ควรทำ ๕) ความมุ่งมั่น (Commitment) สามารถอธิบายความมุ่งมั่นที่จะกระทำให้บรรลุผลสำเร็จตามความมุ่งหมาย ภายใต้ความรับผิดชอบ ตั้งใจ อุตุน เน้นการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์มาช่วยจัดการข้อขัดแย้ง

ในประเด็นการบริการแบบเป็นมิตร กลไกสำคัญที่จะทำให้เกิดการบริการดังกล่าวได้คือการให้ความสำคัญเรื่องการสื่อสาร เพื่อให้เกิดการพัฒนาาระบบสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับประชากรต่างด้าว การพัฒนาพนักงานสาธารณสุขต่างด้าว (พสต.) และอาสาสมัครสาธารณสุขแรงงานต่างด้าว (อสต.) เพื่อให้เกิดการบริการด้านสุขภาพที่ไม่มีอุปสรรค ในเรื่องการสื่อสาร จะทำหน้าที่ล่ามและให้ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพแก่แรงงานต่างด้าว ช่วยในการประชาสัมพันธ์เรื่องสิทธิการรักษาพยาบาลด้วยการบอกเล่ากระจายผ่านพบความรู้ และพสต. มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการเพิ่มประสิทธิภาพของการส่งเสริมและป้องกันโรคในกลุ่มแรงงานต่างด้าว เพื่อไม่ให้โรคติดต่อสำคัญระบาดมาสู่คนไทย เนื่องจากการสื่อสาร วัฒนธรรม จะพูดภาษาเดียวกัน

“ รพ แลวนี บริการดี พุดจาดี ภาษาเราได้ ไม่มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร”

“ รักษาที่ศูนย์สุขภาพในชุมชน บริการดี สะดวกสบาย”

“..ควรมีหน่วยในการดูแลต่างด้าวโดยเฉพาะ ควรมีล่ามเพิ่มขึ้น และควรมีคลินิกชุมชนรักษาโดยเฉพาะ.”

“ ต้องใช้ล่ามในการแปลภาษา แต่โรงพยาบาลมีล่ามจำนวนจำกัด”

จากผลการศึกษาข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกสามารถอภิปรายได้ว่า ในพื้นที่ที่มีจำนวนแรงงานต่างด้าวมารับบริการในหน่วยบริการจำนวนมาก จะต้องมีล่ามที่ทำหน้าที่คอยบริการประชาสัมพันธ์เพื่อให้เกิดความเข้าใจในระบบบริการสุขภาพที่ถูกต้อง และความรู้ ความเข้าใจในวิธีการปฏิบัติตนทั้งเมื่อเจ็บป่วย หลังจากรักษาอาการ การสังเกต ในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร โรงพยาบาลสมุทรสาครมีการจ้าง การพัฒนาพนักงานสาธารณสุขต่างด้าว จำนวน ๒๘ รายเพื่อช่วยบริการแก่ประชากรต่างด้าวในพื้นที่ที่มารับบริการที่โรงพยาบาล เนื่องจากพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร มีจำนวนแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนเป็นจำนวนหลักแสนราย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์และคณะ (๒๕๕๖) ศึกษาการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ กรณีศึกษาจังหวัดระนอง พบว่าการทำงานในพื้นที่ชายแดน มีลักษณะจำเพาะต้องอาศัยบุคลากรที่เข้าใจพื้นที่ รวมถึงพูดภาษาถิ่นได้ จะช่วยในการประสานและประชาสัมพันธ์ให้ผู้มีปัญหสถานะและสิทธิ หรือคนไทยพลัดถิ่นมาลงทะเบียนเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพและตระหนักรู้ในสิทธิของตน การทำงานเชิงรุกผ่าน “พนักงานสาธารณสุขต่างด้าว (พสต.)” และ “อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.)” ช่วยให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น เพราะมีความคุ้นเคยในพื้นที่ ภาษา และวัฒนธรรม มากกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั่วไป และสอดคล้องกับการศึกษาวิชชุดา เสพสมุทร

(๒๕๕๔) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคฉี่หนูของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ในจังหวัดสมุทรสาครพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว จะช่วยในการทำงานเชิงรุกในพื้นที่เพื่อเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคฉี่หนู ได้เป็นอย่างดี”

การออกหน่วย

การทำงานเชิงรุกในพื้นที่ ด้วยบริบทสังคม วัฒนธรรมในพื้นที่ที่กลุ่มแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามบางพื้นที่จะเป็นชุมชนใหญ่ที่มีความแออัด อาทิ เช่นพื้นที่ชุมชนวัดบ้านแหลม จังหวัดสมุทรสาคร เป็นลักษณะชุมชนแออัดหรือชุมชนตลาดโรงเกลือ อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว ทำให้ระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่ต้องมีการจัดบริการผสมผสานที่ให้ประชาชนทุกกลุ่มอายุ ในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค เป็นการบริการทั้งในสถานบริการและบริการในชุมชน การให้บริการในเชิงรุก เป็นการดำเนินการเพื่อสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชนและสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเอง บุคคลในครอบครัวและของชุมชน ตามชุดสิทธิประโยชน์ที่ประชาชนทุกคนควรจะได้รับขั้นพื้นฐาน การจัดบริการเชิงรุกจะเน้นที่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home visit and Home Health Care) เน้นการจัดบริการในชุมชน ในการดูแลผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยง กลุ่มโรคเรื้อรัง กลุ่มด้อยโอกาส อย่างเป็นองค์รวมและมีความต่อเนื่องเป็นระยะๆ เพื่อทำความรู้จักและเข้าใจสภาพปัญหาวิถีชีวิตของผู้รับบริการแรงงานต่างด้าวและครอบครัว

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกการออกหน่วย

“ตรงเราเหมือนเมืองหน้าด่าน ผ่านเข้าออกวันละเป็นหมื่นคนที่จะเฝ้าระวังและให้การบริการเชิงรุก การตรวจสุขภาพเชิงรุก ดูแล โดยรถเคลื่อนที่ ที่นี่เป็นพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ”

“ มี รายนึงพม่าออกจากร่วงอย่างแรง หมดสติ รถตุ๊กๆมาส่ง เรานำทีมลงพื้นที่เหมือนออกหน่วยตามผู้สัมผัส ประสานโรงงาน ชุมชน อบต. ให้ช่วยกัน เป็นทีมเคลื่อนที่เร็ว แจกยา คำดีใจรู้ว่าเราไปมีแต่ให้”

“..คิดว่าควรมีการดำเนินงานเชิงรุกในด้านการให้คำแนะนำในสถานีนอนมัย หรือสถานบริการที่ให้การรักษาแรงงานต่างด้าว.”

“ แฟนพูดไทยได้ ต้องการให้มีหมอมายเยี่ยมบ้าน”

จากผลการศึกษานี้สามารถอภิปรายได้ว่า การจัดระบบบริการสาธารณสุขการทำงานเชิงรุกในพื้นที่ หรือการออกหน่วยเคลื่อนที่มีความสำคัญกับประชากรกลุ่มเปราะบางทุกกลุ่มไม่ว่าจะเป็นประชากรไทยหรือประชากรแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม ไม่ว่าจะเป็นด้านการส่งเสริมสุขภาพหรือการควบคุมป้องกันโรค หรือการบริการรักษาขั้นพื้นฐานในชุมชน เพื่อให้กลุ่มประชากรในพื้นที่ทุกคนทุกสัญชาติมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ตลอดจนการมีคุณภาพชีวิตที่ดี เพราะไม่ว่าใครก็ตามถ้าเกิดการเจ็บป่วยในพื้นที่ในบางโรคอาจจะส่งผลกระทบต่อทุกคนที่อาศัยอยู่ในชุมชนแห่งนั้นจำเป็นที่จะต้องให้การดูแล เอาใจใส่ต่อทุกคน ทุกสัญชาติในชุมชน

ช่องว่างและโอกาสในการพัฒนา

๑. นโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับแรงงานต่างด้าว

พบว่ารัฐบาลไม่มีนโยบายและยุทธศาสตร์ระยะยาว แม้จะมีกลไกที่เรียกว่า คณะกรรมการบริการแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง ที่มีนายกรัฐมนตรี หรือผู้ที่นายกรัฐมนตรี มอบหมาย เป็นประธาน และมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมอยู่ในคณะกรรมการ แต่การทำงานเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเป็นส่วนใหญ่ตามสถานการณ์และแรงกดดันของฝ่ายต่างๆที่เกี่ยวข้องกับแรงงานต่างด้าว การดำเนินนโยบายผ่อนผันให้ใช้แรงงาน ๓ สัญชาติมากกว่า ๒๐ ปี มีการปรับเปลี่ยนกฎ กติกา บ่อยมาก ทำให้ไม่สามารถวางแผนพัฒนาระบบที่จำเป็นในการรองรับการดำเนินการได้ แม้แต่ระบบ ประกันสุขภาพและระบบบริการสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าว ประเทศไทยไม่มียุทธศาสตร์การ จัดการเรื่องแรงงานต่างด้าวระยะยาวที่ครอบคลุมการดำเนินการในทุกมิติ ทำให้ขาดทิศทางการ พัฒนาเรื่องดังกล่าว

๒. การบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

มีหน่วยงานจำนวนมากที่เกี่ยวข้องกับแรงงานต่างด้าว ตั้งแต่กระทรวงมหาดไทยที่ รับผิดชอบเรื่องทะเบียนราษฎร การอนุญาตให้คนต่างด้าวเข้ามาในประเทศไทย กระทรวงต่างประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับการกิจการระหว่างประเทศเพื่อนบ้าน กระทรวงแรงงานเกี่ยวข้องกับการทำงานของคน ต่างด้าว และสำนักงานประกันสังคมที่รับผิดชอบเรื่องการขึ้นทะเบียนประกันสังคม กระทรวง สาธารณสุขดูแลการตรวจสุขภาพและการประกันสุขภาพ สำนักงานตรวจคนเข้าเมืองดูแลเรื่องการ ผ่านเข้าออก สภาพความมั่นคงรับผิดชอบเรื่องความมั่นคงที่อาจเกิดจากแรงงานต่างด้าว รวมถึง หน่วยงานอื่นๆ อีกมาก แต่การทำงานบนกฎหมายที่ตนเองมีอยู่และการสั่งการไปยังหน่วยปฏิบัติใน พื้นที่ ไม่มีการบูรณาการหรือการประสานการปฏิบัติระหว่างหน่วยงานจึงขาดประสิทธิภาพ ในกรณีของ การประกันสุขภาพพบว่า มีแรงงานจำนวนมากที่ได้รับใบอนุญาตทำงาน (Work Permit) แต่ไม่ได้ทำ ประกันสุขภาพ เนื่องจากผู้รับผิดชอบจากกรมจัดหางานให้เหตุผลว่า ในกฎหมายการอนุญาตทำงาน ระบุแต่การไม่มีโรคต้องห้ามเท่านั้น ไม่ได้ระบุเรื่องการต้องมีประกันสุขภาพแต่อย่างใด

๓. การประกันสุขภาพในระบบประกันสังคมและประกันสุขภาพของ

กระทรวงสาธารณสุข

แรงงานต่างด้าวที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยจะมีหลักประกันสุขภาพภายใต้ ๒ ระบบคือ ระบบประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการมาตั้งแต่แรกเริ่มที่มีการผ่อนผันให้เข้ามา ทำงานชั่วคราว โดยการประกันสังคมนั้นจะครอบคลุมเฉพาะลูกจ้างที่ไม่เข้าข่ายข้อยกเว้น และต้องมี การพิสูจน์สัญชาติแล้ว ดังนั้นแรงงานต่างด้าวที่อยู่ระหว่างรอพิสูจน์สัญชาติและพิสูจน์สัญชาติแล้ว แต่ ทำงานในประเภทงานที่ยกเว้น เช่น ประมง ฟาร์มเกษตร คนรับใช้ในบ้าน ก็ไม่สามารถเข้าสู่ระบบ ประกันสังคมได้ จึงต้องทำประกันกับกระทรวงสาธารณสุข แต่จากข้อเท็จจริงพบว่านายจ้างและ ลูกจ้างจำนวนมากที่เข้าข่ายต้องทำประกันสังคมไม่ไปขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนกับสำนักงาน ประกันสังคม บางส่วนมาซื้อประกันสุขภาพกับกระทรวงสาธารณสุข บางส่วนไม่ทำประกันใดๆเลย ทำให้เกิดปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เมื่อเกิดการเจ็บป่วย และการประกันสุขภาพในระบบ

ประกันสังคมมีข้อด้อยบางประการ คือ ๑.มีระยะเวลาที่ไม่สามารถใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลได้โดยจะต้องส่งเงินครบ ๙๐ วันก่อน ๒.ไม่ครอบคลุมกิจกรรมบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ๓.สิทธิประโยชน์บางประการที่ลูกจ้างจ่ายเงินสมทบแต่ไม่ได้ใช้ประโยชน์ เช่น กรณีชราภาพหรือกรณีเสียชีวิต เนื่องจากส่วนมากทำงานไม่ได้ต่อเนื่องยาวนานแบบแรงงานไทย ประเด็นสำคัญคือการบังคับใช้กฎหมายให้แรงงานต่างด้าวทำประกันสุขภาพไม่ว่าในระบบประกันสังคมหรือระบบประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่เข้มงวด ทำให้มีแรงงานจำนวนมากที่ไม่มีประกันสุขภาพใดๆเลย รวมถึงการขาดการประสานข้อมูลกันอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้จำนวนผู้ที่ได้รับอนุญาตทำงานกับจำนวนผู้ที่มีหลักประกันสุขภาพแล้ว ไม่สามารถตรวจสอบกันได้

๔.ระบบบริการสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าว

การให้บริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวไม่ว่าจะเป็นระบบประกันสังคมหรือระบบประกันของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนใหญ่เป็นสถานบริการที่อยู่ในการดูแลของกระทรวงสาธารณสุข แต่ปัญหาในการเข้าถึงบริการยังมีอยู่สำหรับแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม เนื่องจากไม่มีการกำหนดระบบติดตาม กำกับคุณภาพบริการ การศึกษาพบว่าแรงงานส่วนใหญ่แม้จะมีบัตรประกันสุขภาพก็ไม่ไปใช้บริการที่สถานบริการ หากเจ็บป่วยไม่มาก เพราะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางและกังวลต่อสภาพแวดล้อมในการให้บริการ การสื่อสารกับผู้รับบริการ และทัศนคติในด้านลบของผู้ให้บริการบางแห่ง

การส่งต่อผู้ป่วยยังมีข้อจำกัด เนื่องจากแรงงานมักไม่มีญาติและการเดินทางออกนอกพื้นที่ก็อาจมีปัญหามาแม้อาจตามกฎหมายจะอนุญาตให้สามารถเดินทางออกไปได้ ในกรณีที่ไปรับการรักษาพยาบาลก็ตาม และในหลายพื้นที่ก็ไม่มีมีการพัฒนาระบบการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน ที่จะช่วยแรงงานต่างด้าวในการดูแลตนเองและการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลสุขภาพ โรงพยาบาลหลายแห่งมีภาระในการให้บริการแรงงานต่างด้าวที่ไม่มีประกันสุขภาพและไม่สามารถจ่ายเงินได้จำนวนรวมปีละหลายร้อยล้านบาท ทำให้ประสพภาวะขาดทุนทางการเงินการคลัง แม้ว่าในภาพรวมเงินค่าประกันสุขภาพจะเพียงพอสำหรับการรักษาพยาบาลกลุ่มแรงงานต่างด้าวก็ตามที่

ทั้งหมดนี้เป็นปัญหาการจัดการด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าวที่จะต้องแก้ไขและพัฒนา หากประเทศไทยยังต้องพึ่งพาการทำงานของแรงงานเหล่านี้ไปอีกในระยะเวลาที่ยาวนาน การศึกษานี้จึงสังเคราะห์รูปแบบการประกันสุขภาพและการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม

ปัญหาการเข้าถึงระบบบริการ และการมีหลักประกันสุขภาพของกลุ่มแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย

สิ่งที่เป็อุปสรรคสำคัญที่ทำให้ประชากรต่างด้าวเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ คือความกลัวและความไม่คุ้นเคยในระบบบริการ แม้แต่ผู้ประกันสุขภาพก็ไม่เข้าใจสิทธิในการใช้บริการในระบบประกัน การรับบริการสุขภาพพบอุปสรรคของการสื่อสารต่างภาษาทั้งการพูดและการเขียน ทำให้ผู้รับบริการมีความยากลำบากในการรับบริการขั้นตอนต่างๆ ทำให้โดยส่วนใหญ่เลือกจะซื้อยากินเองหรือไปหาหมออนามัยที่คุ้นเคยสื่อภาษากันได้เรียกโทรได้ตลอด และการไปโรงพยาบาลก็ต่อเมื่อมีอาการหนัก ดึงข้อมูลจากการสัมภาษณ์

“ การสื่อสารพูดกับเค้าไม่เข้าใจ ภาษาเค้าหลากหลายสำเนียง คนละความหมายไปก็มี ทำให้เจ้าหน้าที่เองก็เครียด ด้วยความที่ความหมายของภาษาไม่ตรงกัน บางที่ต่างด้าวบางคนรุนแรง”

“ บางทีเจ้าหน้าที่เราไม่ฟังตนเองเรียนรู้ที่จะพัฒนาภาษา ฟังลุ่มบางที่ลุ่มก็แปลผิด แปลถูก”

“ ต่างตัวบางคนก็ไม่เชื่อลุ่มเค้า แต่เราเชื่อลุ่มเค้า”

“ ปัญหาเรื่องการสื่อสาร โรงพยาบาลจัดสอนภาษาเขมร ให้กับบุคลากรในโรงพยาบาล บุคลากรมาเรียนไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากต้องขึ้นเวร”

“ เวลาไปรับบริการที่โรงพยาบาลหมอไม่ได้ตรวจละเอียด อยากให้ใส่ใจมากกว่านี้”

“ จะไปก็ต่อเมื่อปวดมาก ทั้งปวดหัว ปวดท้อง เราปวดจริงๆ ถ้าไม่ปวดไม่ไปหรอก แต่ บางครั้งไปเค้าก็ไม่ทำอะไรให้ อุปกรณ์ก็มีแต่ไม่ตรวจละเอียด ตรวจเจาะเลือด X-ray ดีกว่า ดีกว่าต้อง มาอีกหลายรอบ ๓-๔ รอบ”

“ อยากให้พูดจาให้บริการดีๆ ตอนไปคลอด พยาบาลพูดจาไม่ดี”

“ ด้านภาระงาน โรงพยาบาลมีภาระงานที่เพิ่มขึ้น เพราะแรงงานต่างด้าวมารับบริการ จำนวนมากในแต่ละวัน ด้านภาระการคลัง ต่างด้าวมียอดค้างชำระ/อนุเคราะห์ จำนวนมากในแต่ละ เดือน”

“ มีบัตรสุขภาพ แต่เวลาเป็นผีที่หลังนายจ้างพาไปคลินิก ผ่าผีเสียไป ๑๗๐๐ บาท นายจ้างออกให้ไม่ต้องเสียเวลาไปใช้สิทธิ์ที่โรงพยาบาล”

“ อาจในรูปแบบ Health Card สำหรับเด็กกับคนท้องเพราะนโยบายบัตร ประกันสังคม ที่ไม่เข้าเพราะว่าเค้าไม่ได้อยู่กับเราตลอดไป แต่ต้องมาส่งรายเดือน เค้าไม่อิสระ พวกนี้ จะกลับบ้านบ่อย”

ปัญหาด้านการให้บริการแบ่งเป็นสามส่วนที่สำคัญคือ ๑)ภาระงานจากการให้บริการใน โรงพยาบาล ๒) ปัญหาเรื่องการสื่อสาร สามารถสรุปได้ดังนี้

ปัญหาภาระงาน

เนื่องจากบางพื้นที่ ผู้มารับบริการเป็นทั้งแรงงานถูกกฎหมาย แรงงานผิดกฎหมาย กลุ่ม ผู้ติดตาม ที่ข้ามฝั่งมารับบริการรักษาพยาบาลทำให้เพิ่มภาระงานบริการในโรงพยาบาลมากขึ้น ในขณะที่กรอบโครงสร้างด้านบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลในพื้นที่ จะ พิจารณาจากจำนวนประชากรไทยที่อยู่ในพื้นที่นั้น ทำให้เกิดการให้บริการที่ไม่ดีพอ ไม่ทั่วถึง เนื่องจากปริมาณงานที่มากขึ้น โดยเฉพาะบริการส่งเสริมสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก ที่มารับบริการ ผากครรภ์ คลอดและรับวัคซีน ในบางพื้นที่เป็นชาวต่างด้าวมากกว่าคนไทย ผลกระทบที่ตามมาคือ ความไม่เข้าใจและไม่พอใจของผู้รับบริการชาวไทย โดยผู้รับบริการชาวไทยมองว่าคนไทยต้องได้สิทธิ์ ก่อน ในบางโรงพยาบาลหาทางออกของปัญหาโดยจัดแยกช่องทางการบริการเพื่อการบริหารจัดการที่ ดีและมีความคล่องตัว

ปัญหาเรื่องการสื่อสาร

ภาษาเป็นอุปสรรคในการสื่อสาร เนื่องจากในภาษาพม่าเองก็มีหลากหลายชนเผ่า เหนือ ได้ กลาง ทำให้เป็นปัญหาต่อการสื่อสาร ต้องบริหารจัดการแก้ปัญหาด้วยการจ้างล่าม หรือจ้าง พนักงานสาธารณสุขต่างด้าวทำหน้าที่เป็นล่ามในโรงพยาบาลแต่ละแผนกหรือระหว่างปฏิบัติการ ทำงานช่วงกะเพื่อมาสื่อสารระหว่างผู้มารับบริการต่างด้าวกับผู้ให้บริการคือแพทย์และพยาบาล โดย จ้างไว้เพื่อปฏิบัติหน้าที่ รวมถึงการสื่อสารเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจจากสื่อต่างๆ รวมทั้งต่อการ

เจ็บป่วย และการดูแลตนเองของผู้มารับบริการชาวต่างด้าว โดยเฉพาะในกรณีโรคติดต่อเรื้อรัง ที่ต้องการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับบ้านเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค

จากการศึกษาที่ปรากฏทำให้สามารถอภิปรายผลได้ว่า การอำนวยความสะดวกในการให้บริการสาธารณสุข ตามแนวคิดของ ดี มิเลทท์ (๒๐๐๘) กล่าวว่า ความสำคัญของการเข้าถึงบริการ (Access) ประกอบด้วย ๑) ผู้ใช้บริการเข้าใช้หรือรับบริการได้สะดวก ระเบียบขั้นตอนไม่มากและไม่ซับซ้อนเกินไป ๒) ผู้ใช้บริการใช้เวลารอคอยน้อย ๓) เวลาให้บริการเป็นเวลาที่เหมาะสมสำหรับผู้ใช้บริการ ๔) อยู่ในสถานที่ที่ผู้ให้บริการติดต่อสะดวก สิ่งที่เป็นตัวกำหนดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ ค่านิยมทัศนคติ ความเชื่อ การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพอนามัย ลักษณะทางด้านเศรษฐกิจประชากรรวมทั้งการบริการที่มีให้ในสังคมนั้นๆ รวมทั้งการบริการที่มีให้ในสังคมนั้นๆ ผู้รับบริการจะเลือกใช้ตัดสินใจไปรับบริการทางการแพทย์จากสถานบริการใด จะมีปัจจัยหลายประการเข้ามาเกี่ยวข้องและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกใช้บริการ และสอดคล้องกับแนวคิดของ ปรีชา อุปโยคิน (๒๕๓๘) ที่ได้กล่าวสรุปเหตุผลในการเลือกแหล่งรักษาพยาบาลของผู้ป่วยในพฤติกรรม การแสวงหาการรักษา ระหว่างโรคเรื้อรังและโรคที่มีอาการเฉียบพลันไว้ว่า (๑) แม้ว่าจะต้องไปไกล แต่ก็มีหวังว่าจะหายเพราะคนรักษาเก่งมีชื่อเสียง (๒) แม้ว่าการรักษาจะมีประสิทธิภาพเท่าๆกัน แต่ผู้รักษามีอหิยาศยดีพูดกันรู้เรื่อง ก็เลือกมารักษา (๓) ผู้รักษาอยู่ไม่ไกลสะดวกในการเดินทางไม่เสียเวลา (๔) ผู้รักษาไม่ซูดรีด (๕) อาการของโรคไม่รุนแรง รักษาที่ไหนก็ได้ ด้วยเหตุนี้ มูลเหตุจูงใจในการเลือกเข้ามารับบริการจึงอยู่บนพื้นฐานของความคาดหวังของผู้ใช้บริการ โดยมีพื้นฐานจากความ ต้องการได้รับการดูแลเอาใจใส่การอำนวยความสะดวก ในด้านต่างๆ ตลอดระยะเวลาที่เข้ามารับบริการสาธารณสุข

สรุปท้ายบท

จากการศึกษาวิเคราะห์ในบทที่ ๓ มีความมุ่งหมายเพื่อที่จะตอบวัตถุประสงค์การวิจัย ข้อที่ ๑ เพื่อศึกษาสถานการณ์การประกันสุขภาพและการจัดการด้านบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรต่างด้าวและผู้ติดตามที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย และข้อที่ ๒ เพื่อศึกษาปัญหาการเข้าถึงระบบบริการและการมีหลักประกันสุขภาพของกลุ่มแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ผลของการศึกษาวิเคราะห์สรุปการตอบวัตถุประสงค์การวิจัยทั้ง ๒ ข้อข้างต้นได้ดังนี้ คือ

ในการกำหนดนโยบายและมาตรการต่อแรงงานต่างด้าวมีความสำคัญ เนื่องจากในแต่ละช่วงเวลาจะมีนโยบายและมาตรการต่อแรงงานต่างด้าวมาอย่างต่อเนื่อง ทั้งการกำหนดยุทธศาสตร์การบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติทั้งระบบ ในช่วงเวลาปี ๒๕๔๗ ถือเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญที่มีจุดเน้นอยู่ที่การให้แรงงานผิดกฎหมายกลายเป็นแรงงานที่ถูกกฎหมาย นับเป็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ เมื่อวิเคราะห์ให้เห็นได้ว่ามาตรการในแต่ละช่วงเวลาจะส่งผลต่อการขึ้นทะเบียนมากหรือน้อยลงของจำนวนแรงงานต่างด้าว และความสัมพันธ์กับการดำเนินมาตรการต่างๆ เพื่อลดผลกระทบด้านลบของการโยกย้ายถิ่นฐานและคุ้มครองสิทธิแรงงานโยกย้ายถิ่นฐาน เพื่อช่วยลดจำนวนแรงงานนอกระบบและนำไปสู่การประกันสิทธิและให้ความคุ้มครองแรงงานเหล่านี้เท่าเทียมกับแรงงานไทย ทั้งการจัดทำบันทึกความเข้าใจว่าด้วยการจ้างงานกับประเทศเพื่อนบ้าน การคุ้มครองสิทธิที่ไทยให้ความสำคัญใน

การเข้าถึงบริการสาธารณสุขทั้งสำหรับแรงงานโยกย้ายถิ่นและผู้ติดตาม

การทำงานแบบบูรณาการทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็น กระทรวงแรงงาน กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กรมการจัดหางาน หน่วยตรวจคนเข้าเมืองและหน่วยงานในระดับพื้นที่ที่ต้องนำนโยบายสู่การปฏิบัติ และสร้างการมีส่วนร่วมทั้งภาครัฐและภาคเอกชน สิ่งสำคัญต้องมีการประสานเชื่อมโยงทั้งในด้านประสานนโยบาย ประสานข้อมูล เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการระบบที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินงาน และปฏิบัติตามมาตรการต่างๆ ตลอดจนการปรับแก้ไขกฎหมายเพื่อเอื้อต่อการทำงานในระดับพื้นที่อย่างเหมาะสม

ในประเด็นการเปรียบเทียบ ข้อดี ข้อเสีย และผลกระทบของระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ของสำนักงานประกันสังคม และการให้บริการสุขภาพในระบบประกันสุขภาพผู้ประกันตนขึ้นทะเบียนกับรพ.ของรัฐและรพ. นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขแต่ไม่สามารถขึ้นทะเบียนกับ รพ. เอกชนได้ จะพบว่ามีทั้งข้อดี ข้อเสียและข้อจำกัดควรที่จะต้องมีการทบทวนในแต่ละระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม และกำหนดมาตรการป้องกันมิให้เกิดความเหลื่อมล้ำ เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการประกันสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามให้มากที่สุด และสร้างโอกาสในการเข้าถึงบริการอย่างครอบคลุมในชุดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามสมควรที่จะได้รับอย่างเหมาะสมทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค และการฟื้นฟู ตลอดจนการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่คนกลุ่มนี้ควรที่จะได้รับ ในฐานะบทบาทกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นองค์กรหลักในการดูแลสุขภาพของประชากรทุกคน ทุกสัญชาติบนพื้นแผ่นดินไทยมีเจตจำนงที่จะให้คนต่างด้าวทั้งหมดในประเทศไทย ไม่ว่าจะมิสถานะทางกฎหมายได้เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพรายปีให้มากที่สุด ซึ่งความท้าทายของมาตรการนี้ คือ ทำอย่างไรจะมีการบริหารจัดการระบบข้อมูลด้านสุขภาพของประชากรต่างด้าวและให้คนต่างด้าวได้รับข่าวสาร สร้างแรงจูงใจให้เห็นความสำคัญต่อการประกันสุขภาพ และยินดีจ่ายค่าตรวจและประกันสุขภาพเพื่อเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามเจตนารมณ์ของกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตามแม้ว่าคนต่างด้าวจะมีประกันสุขภาพ การเข้ารับบริการสุขภาพยังพบอุปสรรค เจ็บป่วยในกรณีที่การตรวจและประกันสุขภาพไม่ได้เป็นภาคบังคับในลักษณะที่เป็นเงื่อนไขหนึ่งในการเข้าสู่การจดทะเบียนแรงงานดังเช่นก่อน ทำให้จำนวนผู้ประกันต่างด้าวลดต่ำลงอย่างมาก อีกทั้งจำนวนมากของคนต่างด้าวที่เข้าสู่การประกันสุขภาพคือผู้ที่ป่วยหนักแล้วต้องการเข้ารับการรักษาในระบบประกัน ทำให้แนวทางหลักของการประกันสุขภาพที่ใช้แนวคิดของการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข ในการใช้จ่ายงบประมาณเพื่อกลุ่มผู้ประกันสุขภาพที่มีสุขภาพดีและป่วยอย่างสมดุลเกิดข้อจำกัดและอุปสรรคดังนั้นการที่มีคนต่างด้าวเข้าสู่ประกันสุขภาพน้อย ในขณะที่ภาระในการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมควบคุมโรคนั้นยังคงเดิม

ในประเด็นการเข้าถึงบริการและคุณภาพบริการพบว่าสิ่งที่เป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ประชากรต่างด้าวเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ คือความกลัวและความไม่คุ้นเคยในระบบบริการและปัญหาการสื่อสาร และสิ่งที่ถือเป็นข้อจำกัดในการให้บริการของบุคลากรสาธารณสุขที่มีต่อกลุ่มแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามคือปัญหาด้าน ภาระงานจากการให้บริการในโรงพยาบาลทำให้เกิดการให้บริการที่ไม่ดีพอ ไม่ทั่วถึงและปัญหาเรื่องการสื่อสารอันเป็นอุปสรรคสำคัญ

การตรวจสภาวะสุขภาพแรงงานต่างชาติจึงมีความสำคัญ สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในแรงงานต่างด้าว เพื่อลดความเสี่ยงด้านสุขภาพของประชาชนและใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ อาจถือได้ว่าโรคติดต่อถือเป็นปัญหาที่สำคัญที่เป็นภาระต่อพื้นที่ที่มีแรงงานต่างด้าวที่ตรวจพบเชื้อและเป็นภาระต่อพื้นที่ตามแนวชายแดนทั้งโรคเท้าช้าง โรคมาลาเรีย โรคฉี่หนู โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ และโรคอุจจาระร่วง

ด้วยความต่างของสังคม วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี และวิถีการดำเนินชีวิตของกลุ่มแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามที่มาอาศัยอยู่ในพื้นแผ่นดินไทยการให้บริการแบบเป็นมิตร(Friendly service) จึงเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น การให้ความรู้สึกเวลาที่แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามเกิดความอบอุ่นไม่เกิดความรู้สึกแปลกแยก เป็นสิ่งจำเป็น มีความเข้าใจในบุคคลต่างชาติ ต่างศาสนา ต่างวัฒนธรรม ยอมรับในความแตกต่างระหว่างบุคคล แสดงถึงความเห็นอกเห็นใจ ความเข้าใจในผู้รับบริการ นอกจากนี้การจัดระบบบริการสาธารณสุขเชิงรุกในพื้นที่ หรือการออกหน่วยเคลื่อนที่มีความสำคัญ ไม่ว่าจะเป็นด้านการส่งเสริมสุขภาพหรือการควบคุมป้องกันโรค หรือการบริการรักษาขั้นพื้นฐานในชุมชน เพื่อให้กลุ่มประชากรในพื้นที่ทุกคน ทุกสัญชาติมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ตลอดจนการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

บทที่ ๔

รูปแบบการประกันสุขภาพและการจัดบริการ สำหรับแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม

รูปแบบทางเลือกที่เหมาะสมในการประกันสุขภาพ

๑. รูปแบบตามนโยบายและกฎหมายปัจจุบัน

๑.๑ กรณีแรงงานต่างด้าวที่อยู่อย่างถูกกฎหมาย

๑.๑.๑ ระบบประกันสังคมซึ่งครอบคลุมถึงการประกันสุขภาพด้วย

แรงงานต่างด้าวถูกกฎหมายที่มีเอกสารแสดงตน (National Verification) ตามกฎหมายและได้รับการอนุญาตเพื่ออาศัยอยู่และทำงานในประเทศไทยได้ โดยแรงงานส่วนนี้เมื่อทำงานอยู่ในสถานประกอบการที่ต้องให้ลูกจ้างขึ้นทะเบียนประกันสังคม ก็จะต้องขึ้นทะเบียนกับสำนักงานประกันสังคม โดยต้องจ่ายเงินสมทบกองทุนประกันสังคมทุกเดือน แต่ระบบประกันสังคมในปัจจุบันยังมีปัญหาหลายประการ ดังนี้

๑. การดำเนินการบังคับใช้กฎหมายให้นายจ้างและแรงงานต่างด้าวขึ้นทะเบียนประกันสังคมยังไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้กลุ่มเป้าหมายดังกล่าวขึ้นทะเบียนประกันสังคมไม่มีความครอบคลุม เนื่องจากการจ่ายสมทบกองทุนประกันสังคมในแต่ละเดือน เมื่อคำนวณเป็นรายปีแล้วสูงกว่าที่ซื้อประกันสุขภาพกับกระทรวงสาธารณสุขมากถึง ๒-๔ เท่า และนายจ้างเองก็ต้องสมทบเงินในจำนวนเดียวกัน รวมถึงเมื่อขึ้นทะเบียนกับกองทุนประกันสังคม ก็จะต้องเข้าสู่ระบบกองทุนเงินทดแทนซึ่งหากมีการเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานนายจ้างก็ต้องสมทบเงินเข้ากองทุนเงินทดแทน ทำให้นายจ้างจำนวนหนึ่งพยายามหลีกเลี่ยงที่จะนำลูกจ้างมาขึ้นทะเบียนประกันสังคม

๒. กฎหมายประกันสังคมไม่ครอบคลุมลูกจ้างที่อยู่ในกิจการที่ไม่เข้าข่ายประกันสังคม เช่น แรงงานภาคเกษตร ประมง คนรับใช้ตามบ้าน ซึ่งไม่แตกต่างกับแรงงานไทย ทำให้แรงงานเหล่านั้นไม่สามารถขึ้นทะเบียนประกันสังคมได้ และการมีสภาพที่ไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มทำให้การทำให้หรือไม่ทำประกันสุขภาพขึ้นกับการเป็นกลุ่มแรงงานที่เข้าข่ายตามกฎหมายหรือไม่ ทำให้เกิดการหลบรอดไม่ทำประกันสุขภาพแบบใดๆเลย หรือประกันผิดประเภทอันนำไปสู่อัตราความครอบคลุมการประกันสุขภาพโดยรวมต่ำลง

๓. การได้สิทธิรักษาพยาบาลในกรณีประกันสังคมต้องรอเวลา ๙๐ วัน หลังจากเริ่มส่งเงินสมทบกองทุนประกันสังคม ทำให้เกิดช่องว่างในการมีสิทธิในการรักษาเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ในระหว่างที่ยังไม่ครบ ๙๐ วัน

๔. สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพในระบบประกันสังคมนั้นไม่ครอบคลุมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค ซึ่งในกรณีของลูกจ้างประกันสังคมไทย รัฐบาลได้

จัดงบประมาณสำหรับคนกลุ่มนี้แล้วนำไปรวมกับงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ไม่มีปัญหาในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค สำหรับลูกจ้างประกันสังคมไทย แต่กรณีแรงงานต่างด้าวไม่มีงบประมาณสนับสนุนดังกล่าว

๕. สิทธิประโยชน์บางประการไม่มีความจำเป็นสำหรับแรงงานต่างด้าว แต่ต้องสมทบเงินเข้าสู่กองทุนประกันสังคม เช่น เงินสงเคราะห์บุตร กรณีชราภาพ กรณีเสียชีวิตก็มักไม่สามารถหาทายาทมารับเงินสงเคราะห์ดังกล่าวได้ เป็นต้น เพราะแรงงานต่างด้าวเหล่านี้ ได้รับอนุญาตให้ทำงานไม่เกิน ๔ ปี และต้องเว้นวรรคกลับไปประเทศของตนไม่น้อยกว่า ๓ ปี (ปัจจุบันแก้ไขเป็น กลับไปไม่น้อยกว่า ๓๐ วัน) จึงมีแนวคิดการกำหนดสิทธิประโยชน์เฉพาะที่จำเป็นสำหรับแรงงานต่างด้าว และคำนวณจำนวนเงินที่ลูกจ้างจะต้องสมทบตามสิทธิประโยชน์ที่เหมาะสม

๑.๑.๒ ระบบประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

ในกลุ่มแรงงานต่างด้าวถูกกฎหมายซึ่งเป็นลูกจ้างนอกระบบประกันสังคม (Informal Sector) จะต้องประกันสุขภาพกับกระทรวงสาธารณสุข ตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข ๓๐ มิถุนายน ๒๕๕๗ ซึ่งเปิดโอกาสให้ประกันสุขภาพได้ราคา ๑,๖๐๐ บาทต่อคนต่อปี ไม่รวมค่าตรวจสุขภาพประจำปี ๕๐๐ บาท โดยได้รับสิทธิประโยชน์ที่จำเป็น รวมถึงยาต้านไวรัสเอดส์ แต่การประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขยังมีปัญหาสำคัญ คือ

๑. ความครอบคลุมของอัตราการประกันสุขภาพ ขึ้นกับนโยบายและความเข้มงวดในการบังคับใช้ เช่น กรณี คสช.เปิดจดทะเบียนในรูปของ One Stop Service ที่ทำให้มีผู้มาขึ้นทะเบียนถึง ๑.๖ ล้านคน และเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพเกือบทั้งหมด การคิดเบี้ยประกันสุขภาพตามหลักการร่วมรับความเสี่ยง (Risk Sharing) จะต้องมีจำนวนผู้ประกันมากพอจึงจะทำให้ระบบดำเนินการไปได้โดยไม่ล้มละลายทางการเงิน

๒. การเข้าถึงบริการยังเป็นปัญหาในหลายๆกรณี เช่น การที่นายจ้างยัดบัตรประกันสุขภาพไว้ เพื่อป้องกันการหลบหนี การไม่คุ้นเคยหรือไม่สามารถสื่อสารกับผู้ให้บริการได้ การเดินทางที่ต้องเสียค่าใช้จ่าย รอคิวนาน เป็นต้น แรงงานต่างด้าวส่วนมากจึงไม่ไปรักษาที่สถานพยาบาล หากเจ็บป่วยไม่มาก

๓. การขาดหน่วยงานเจ้าภาพหรือกลไกที่เป็นเอกภาพในส่วนกลาง ทำให้การประสานงานกับรัฐบาล กระทรวง หรือหน่วยงานภายนอก รวมถึงการประสานกับผู้ปฏิบัติในพื้นที่มีความยุ่งยากไม่ชัดเจน

๔. การเปลี่ยนแนวทางในการดำเนินการของส่วนกลาง ความไม่ชัดเจนในการดำเนินการ ทำให้ผู้ปฏิบัติในหลายพื้นที่เกิดความสับสน เช่น การตรวจสุขภาพ การขายประกันที่มีระยะเวลาคุ้มครองหลายประเภท การดำเนินการเรื่องยาต้านไวรัสเอดส์ การส่งเงินและการขอรับเงินชดเชยค่าใช้จ่ายสูง การกรอกข้อมูลในระบบที่ยังไม่สะดวก และเป็นภาระ เหล่านี้ทำให้การบริหารงานการประกันสุขภาพมีอุปสรรค

๕. เงินค่าประกันสุขภาพส่วนใหญ่ บริหารที่จังหวัดซึ่งไม่มีกลไกการตรวจสอบ ประเมินผลว่าได้ดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ โดยเฉพาะการดำเนินการเรื่องส่งเสริมสุขภาพ และควบคุมป้องกันโรค ซึ่งพบว่าหลายแห่งไม่ได้ดำเนินการอย่างเหมาะสมกับเงินที่ได้รับโดยหลายจังหวัดให้เหตุผลว่าต้องนำไปชดเชยกับการเก็บค่ารักษาพยาบาลไม่ได้ในแรงงานต่างด้าวที่ไม่มีประกันสุขภาพ แต่โดยหลักการแล้วเป็นคนละส่วนกัน

๖. อัตราค่าประกันสุขภาพที่ใช้มานานมากแม้จะมีการปรับเพิ่มอีก ๓๐๐ บาท แต่ก็ยังเป็นค่าขาดด้านไวรัสเอดส์ มีการคำนวณค่าประกันสุขภาพที่เหมาะสมแต่ก็ขึ้นกับตัวแปรจำนวนของการประกันสุขภาพ ทำให้ไม่สามารถปรับเปลี่ยนค่าประกันได้ และแม้หลายฝ่ายจะเห็นว่าค่าประกันเพียงปีละ ๑,๖๐๐ บาทต่ำกว่าความเป็นจริง (ประกันสุขภาพถ้วนหน้าในคนไทยประมาณ ๓,๐๐๐ บาท/คน/ปี) แต่ก็เป็นการที่แรงงานต่างด้าว และผู้ติดตามไม่ยอมทำประกัน จะเห็นว่าเมื่อเปิดโอกาสให้เลือกทำประกันประเภทที่มีระยะเวลาสั้นที่สุด (๓ เดือน)

๗. การจัดระบบการเงินการคลังในการประกันสุขภาพต่างด้าวมีการศึกษาโดย นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์และคณะ(๒๕๔๙) พบว่าหากมีการรวมเบี้ยประกันทั้งหมดไว้ที่ส่วนกลาง จะทำให้สามารถเฉลี่ยความเสี่ยงได้และมีเงินเหลือสำหรับกรณีที่เกิดค่ารักษาพยาบาลไม่ได้จากแรงงานต่างด้าวที่ไม่มีประกันสุขภาพ เมื่อจำนวนแรงงานที่ประกันมีจำนวนมากพอระดับหนึ่ง แต่การปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริหารจัดการดังกล่าวน่าจะได้รับความต้านทานจากพื้นที่โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีผลการดำเนินการที่อยู่ในภาวะกำไร

๑.๒ กรณีแรงงานต่างด้าวที่อยู่อย่างผิดกฎหมาย

มติคณะรัฐมนตรี ๑๕ มกราคม ๒๕๕๖ และคำสั่ง คสช.ที่ ๗๐/๒๕๕๗ ให้กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบในการตรวจสุขภาพและทำประกันสุขภาพแก่แรงงานต่างด้าวโดยไม่ได้มีเงื่อนไขการอยู่อย่างถูกหรือผิดกฎหมาย ซึ่งกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่บางเวลาอาจมีมากกว่ากลุ่มที่ถูกกฎหมาย และอัตราการซื้อประกันสุขภาพก็ต่ำกว่ากลุ่มที่จดทะเบียนถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งกฎหมายบังคับให้ทำประกันในระบบ One Stop Service พร้อมกับการจดทะเบียน ความครอบคลุมในการทำประกันสุขภาพจึงต่ำมาก และแม้กรณีผู้ติดตามที่เป็นเด็กอายุต่ำกว่า ๗ ปี กระทรวงสาธารณสุขกำหนดคิดเบี้ยประกันสุขภาพเพียงวันละ ๑ บาท ก็ยังพบว่ามิได้จดทะเบียนตามกฎหมาย จึงมักจะไม่ซื้อประกันสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยแล้ว ทำให้หลายโรงพยาบาลปฏิเสธการขายประกันให้เพราะเป็นเรื่องของการละเมิดหลักการร่วมรับความเสี่ยง (Risk Sharing) การเข้าถึงบริการในกลุ่มนี้จึงมักไม่ดี และจำนวนมากเป็นภาระแก่สถานบริการเนื่องจากไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล

๒. รูปแบบที่เป็นข้อเสนอทางเลือก

กำหนดนโยบายการประกันสุขภาพรูปแบบเดียว สำหรับแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม โดยดำเนินการดังนี้

๑. ออก พรบ.การประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว หรือบัญญัติไว้ใน พรบ.การจ้างงานของคนต่างด้าวให้ครอบคลุมการประกันสุขภาพ (คสช.เคยยกร่างกฎหมายดังกล่าว) หรือปรับแก้กฎหมายประกันสังคมให้มีการกำหนดให้แรงงานต่างด้าว ๓ สัญชาติ คือ เมียนมาร์ กัมพูชา และลาว หรืออาจมีเพิ่มเติมในอนาคต เข้าสู่ประกันสุขภาพในระบบเดียวกัน การประกันสังคมอาจมีอยู่ต่อไปแต่ไม่ต้องคำนวณเบี้ยประกันในส่วนของการประกันสุขภาพ

๒. จัดทะเบียนแรงงานต่างด้าวให้เป็นแรงงานที่ถูกกฎหมายให้มากที่สุด และดำเนินการอย่างเด็ดขาด จริงจังกับผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามกฎหมายไม่ว่าจะเป็นนายจ้าง แรงงานต่างด้าว หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการกระทำผิดกฎหมาย และเปิดโอกาสให้มีการจดทะเบียนแรงงานตามความต้องการจริง เช่น แรงงานตามฤดูกาล แรงงานประมง

๓. คำนวนเบี้ยประกันสุขภาพที่เหมาะสมกับชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพที่แรงงานต่างด้าวพึงจะได้รับ ให้ครอบคลุมบริการทั้งส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ รวมถึงการส่งต่อและอุบัติเหตุ อุทธรณ์โดยใช้ข้อมูลจากการให้ประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข เป็นฐานเริ่มต้น

๔. แหล่งงบประมาณควรมาจาก ๓ ฝ่าย คือ นายจ้าง แรงงานต่างด้าวและรัฐบาล ในสัดส่วนที่เหมาะสม เช่น ๑:๑:๐.๕ เนื่องจากทั้งนายจ้าง แรงงานต่างด้าวและรัฐบาลเป็นผู้ได้ประโยชน์จากการจ้างงานด้วยกันทั้งสิ้น ในกรณีผู้ติดตาม ผู้เอาประกันจะเป็นผู้รับผิดชอบเอง

๕. กำหนดกลไกในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในแรงงานต่างด้าวโดยให้มีผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงที่เกี่ยวข้อง ผู้ให้บริการ นายจ้าง แรงงานต่างด้าว และผู้ทรงคุณวุฒิตามความเหมาะสม รวมถึงกลไกการติดตาม กำกับ ประเมินผลการดำเนินการและรายงานต่อสาธารณะอย่างสม่ำเสมอ

๖. จัดทำระบบข้อมูลสารสนเทศแรงงานต่างด้าวที่มีประสิทธิภาพโดยประสานกับกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ทั้งกระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง เป็นต้น เพื่อตรวจสอบและบริหารจัดการในระบบให้มีประสิทธิผล

รูปแบบการจัดบริการที่เป็นมิตรสำหรับแรงงานต่างด้าว

บริการที่เป็นมิตร (Migrant Friendly Service) หมายถึงบริการสุขภาพที่ทำให้แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามในฐานะผู้รับบริการมีปัญหาและอุปสรรคน้อยที่สุดในการมารับบริการ โดยสถานบริการควรดำเนินการดังต่อไปนี้

๑. จัดบริการทั้งตั้งรับที่สถานบริการและเชิงรุกลงไปในชุมชนที่แรงงานต่างด้าวอาศัยอยู่โดยอาจร่วมจัดบริการกับองค์กรภาคีอื่นๆ ที่ทำงานกับแรงงานต่างด้าวในชุมชนอยู่แล้วโดยให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค รวมถึงการควบคุมโรคอย่างทันทั่วถึงเมื่อมีโรคระบาดเกิดขึ้น ในบางพื้นที่ชุมชนต่างด้าวอยู่ห่างไกลจากสถานพยาบาลมากอาจมีการออกหน่วยเคลื่อนที่ให้บริการซึ่งไม่ต้องแยกจากคนไทยหากอยู่ในชุมชนเดียวกัน

๒. ให้ความสำคัญกับการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ในชุมชนต่างด้าว เพื่อให้แรงงานต่างด้าวในชุมชนสามารถดูแลตนเองได้และให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลในการดูแลสุขภาพของตนเองในการลดปัจจัยเสี่ยงและสร้างเสริมสุขภาพของตน การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ซึ่งเป็นตัวแทนของแรงงานต่างด้าวเอง เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นเหมือนกับที่ระบบอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ของไทยช่วยให้ชุมชนไทยมีสุขภาพดี

๓. ในบางสถานประกอบการ เช่น โรงงานอุตสาหกรรมที่มีแรงงานต่างด้าวอยู่จำนวนมาก หรือในบางชุมชนที่มีต่างด้าวอยู่กันอย่างหนาแน่น อาจร่วมมือกับผู้ประกอบการหรือผู้นำในชุมชน จัดตั้งสถานการรักษาพยาบาลเบื้องต้น (Health Corner, Health Post) ให้อสต.ที่ได้รับการฝึกฝนมาดูแลหมุนเวียนกันให้บริการโดยสถานพยาบาลสนับสนุนองค์ความรู้ การติดตามนิเทศ และอาจรวมถึง เวชภัณฑ์พื้นฐานและสื่อให้การดูแลสุขภาพอย่างง่าย

๔. ในสถานพยาบาลควรมีการสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมาใช้บริการ เช่น ป้ายภาษาต่างด้าว การมีล่ามที่อาจใช้พนักงานสาธารณสุขต่างด้าว (พสต.) ที่ได้รับการฝึกฝนเป็นผู้ช่วยเจ้าหน้าที่ในการแปลภาษา หรือ สื่อสารอธิบายการดำเนินการรักษาที่จะเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยและญาติที่เป็นแรงงานต่างด้าว รวมถึงระมัดระวังไม่ให้เกิดความรู้สึกแปลกแยก แบ่งเชื้อชาติหรือดูถูกดูแคลนผู้ป่วยต่างด้าว การเข้าใจวัฒนธรรมประเพณีของผู้ป่วย จะทำให้การให้บริการราบรื่น มีผลลัพธ์ที่ดี

๕. การปรับทัศนคติของผู้ให้บริการผู้ป่วยต่างด้าว เป็นเรื่องที่มีความสำคัญ ในหลายการศึกษาพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังมีทัศนคติทางลบต่อแรงงานต่างด้าว ว่าเป็นผู้ที่มาเพิ่มภาระที่เพิ่มขึ้น และค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลกรณีที่ไม่มีเงินค่ารักษาหรือมีไม่พอ หลายคนเกรงกลัวโรคติดต่อ แรงงานจำนวนมากไม่เข้าใจกฎระเบียบของโรงพยาบาลก็มักจะทำผิดกฎ และส่วนใหญ่มีฐานะความเป็นอยู่ไม่ดี สุขอนามัยส่วน

บุคคลไม่ดี จึงเป็นที่รังเกียจ การสื่อสารกันไม่รู้เรื่อง ทำให้ทัศนคติเป็นในด้านลบมากยิ่งขึ้น รวมถึงอาจต้องมีกระบวนการปรับทัศนคติของผู้ป่วยที่ใช้บริการร่วมกับคนต่างด้าวด้วยเพื่อลดปัญหาในการให้บริการ

๖. การทำเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางสุขภาพที่มีภาษาหลายภาษา หรือมีภาษาสากล เช่น ภาษาอังกฤษ จะทำให้การสื่อสารระหว่างผู้รักษาด้วยกันเกิดประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เช่น การทำสมุดคู่มือแม่และเด็กเป็น ๓ ภาษา (ไทย, เมียนมาร์/กัมพูชา และอังกฤษ) ในการบันทึกกิจกรรมต่างๆ เช่น การให้วัคซีน จะทำให้เมื่อไปรับบริการที่ใดก็สามารถสื่อความกันได้ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชายแดนที่ผู้รับบริการมีโอกาสไปรับการรักษาพยาบาลทั้ง ๒ ประเทศ

การปรับแก้นโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๑. นโยบายการประกันสุขภาพในแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม

รัฐบาลต้องกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์เรื่องแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามที่เป็นนโยบายระยะยาวเช่นเป็นทศวรรษการจัดการด้านแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย โดยเป็นนโยบายและยุทธศาสตร์ชาติที่ครอบคลุมในทุกๆมิติ ทั้งเศรษฐกิจ สังคมและความมั่นคงซึ่งต้องคำนึงถึงผลกระทบในทุกๆด้านอย่างมีสมดุลและเป็นภาพพจน์ที่ดีต่อประชาคมโลก กรณีที่ผ่านมารัฐบาลอาจปล่อยปละละเลยจนมีการประเมินและจัดลำดับประเทศไทยในประเด็นการค้ามนุษย์ (Trafficking in Person (TIP) Report) อยู่ในระดับ Tier ๓ ซึ่งเป็นระดับต่ำสุดและอาจถูกตอบโต้ในด้านการค้าได้ มีผู้เกี่ยวข้องและกระบวนการแสวงหาประโยชน์มากมายในการจัดหา นำพาโดยเฉพาะแรงงานต่างด้าวที่อยู่อย่างผิดกฎหมาย การศึกษาและคาดการณ์อย่างรอบด้านโดยหน่วยงานที่มีความน่าเชื่อถือร่วมกับหน่วยงานที่มีส่วนได้เสียทั้งหมด เช่นสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติกับสถาบันทางการศึกษาที่มีประสบการณ์ มีความเชี่ยวชาญในมิติต่างๆที่เกี่ยวข้อง จะทำให้ได้ข้อเสนอแผนยุทธศาสตร์ที่ดี สามารถแก้ปัญหาได้จริง แผนยุทธศาสตร์นี้ต้องมีการกำหนดเป้าหมายในระยะต่างๆอย่างชัดเจนว่าจะทำให้บรรลุเป้าหมายใด ในระยะใด มาตรการที่กำหนดในแผนต้องมีหน่วยงานรับผิดชอบชัดเจนและมีการติดตามกำกับความก้าวหน้าอย่างเป็นวาระสม่ำเสมอ

นอกจากตัวแผนยุทธศาสตร์ที่จะใช้เป็นพิมพ์เขียวแล้ว การขับเคลื่อนให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมจำเป็นต้องมีกลไกที่สามารถบูรณาการและประสานการปฏิบัติกับหน่วยงานทุกหน่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ใ้ใช้กลไกเดิมคือ คณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง (กบร.) อาจต้องมีการประเมิน (Assessment) ว่ามีประสิทธิผลเพียงใด มีจุดอ่อนอยู่ที่ใด ทั้งในด้านองค์ประกอบ วิธีการบริหารงาน สมรรถนะของสำนักงานเลขา อาจต้องเสนอโครงสร้างการจัดการรูปแบบใหม่ที่จะทำให้การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์บังเกิดผลหากพบว่าผลการประเมินกลไกเดิมไม่อาจปรับปรุงให้ดีขึ้นได้จริง

๒. การปรับแก้กฎหมายและการออกกฎหมายที่จำเป็น

๒.๑ พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. ๒๕๖๒

เป็นกฎหมายที่ใช้ควบคุมการเข้ามาในประเทศของคนต่างด้าวโดยกำหนดข้อห้ามไว้ในมาตรา ๑๒ “กำหนดห้ามมิให้คนต่างด้าวที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้เข้ามาในราชอาณาจักร

๑. ไม่มีหนังสือเดินทางหรือเอกสารใช้แทนหนังสือเดินทางอันถูกต้องและยังสมบูรณ์อยู่ หรือมีแต่ไม่ได้รับการตรวจลงตราในหนังสือเดินทางหรือเอกสารใช้แทนหนังสือเดินทางเช่นว่านั้นจากสถานทูตหรือสถานกงสุลไทยในต่างประเทศหรือจากกระทรวงการต่างประเทศ เว้นแต่กรณีที่ไม่ต้องมีการตรวจลงตราสำหรับคนต่างด้าวบางประเภทเป็นกรณีพิเศษ

การตรวจลงตราและการยกเว้นการตรวจลงตราให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง (๑) การตรวจลงตราตาม (๑) ให้เสียค่าธรรมเนียมตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

๒. ไม่มีปัจจัยในการยังชีพตามควรแก่กรณีที่เข้ามาในราชอาณาจักร

๓. เข้ามาเพื่อมีอาชีพเป็นกรรมกร หรือเข้ามาเพื่อรับจ้างทำงานด้วยกำลังกาย โดยไม่ได้อาศัยวิชาความรู้หรือการฝึกทางวิชาการ หรือเข้ามาเพื่อทำงานอื่นอันเป็นการฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยการทำงานของคนต่างด้าว

๔. วิกจริตหรือมีโรคอย่างใดอย่างหนึ่งตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

๕. ยังมีได้ปลุกผีป้องกันไข้ทรพิษ หรือฉีดยั้วฉีดยื่น หรือปฏิบัติการอย่างอื่นตามวิชาการแพทย์เพื่อป้องกันโรคติดต่อตามที่กฎหมายบัญญัติและไม่ยอมให้แพทย์ตรวจคนเข้าเมืองกระทำการเช่นนั้น

๖. เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาของศาลไทยหรือคำสั่งที่ขอด้วยกฎหมาย หรือคำพิพากษาของศาลต่างประเทศ เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดลหุโทษหรือความผิดอันได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดที่ยกเว้นไว้ในกฎกระทรวง

๗. มีพฤติการณ์เป็นที่น่าเชื่อว่าเป็นบุคคลที่เป็นภัยต่อสังคม หรือจะก่อเหตุร้ายให้เกิดอันตรายต่อความสงบสุขหรือความปลอดภัยของประชาชนหรือความมั่นคงแห่งราชอาณาจักร หรือบุคคลซึ่งเจ้าหน้าที่รัฐบาลต่างประเทศได้ออกหมายจับ

๘. มีพฤติการณ์เป็นที่น่าเชื่อว่าจะเข้ามาเพื่อการค้าประเวณี การค้าหญิง หรือเด็ก การค้ายาเสพติดให้โทษ การลักลอบหนีภาษีศุลกากร หรือเพื่อประกอบกิจการอื่นที่ขัดต่อความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน

๙. ไม่มีเงินติดตัวหรือไม่มีประกันตามที่รัฐมนตรีประกาศตามมาตรา ๑๔

๑๐. รัฐมนตรีไม่อนุญาตให้เข้ามาในราชอาณาจักรตามมาตรา ๑๖

๑๑. ถูกรัฐบาลไทยหรือรัฐบาลต่างประเทศเนรเทศ หรือถูกเพิกถอนสิทธิการอยู่อาศัยในราชอาณาจักรหรือในต่างประเทศมาแล้ว หรือถูกพนักงานเจ้าหน้าที่ส่งกลับออกไปนอกราชอาณาจักร โดยรัฐบาลไทยเสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ เว้นแต่รัฐมนตรีได้พิจารณายกเว้นให้เป็นกรณีพิเศษเฉพาะราย

การตรวจวินิจฉัยโรค ร่างกายหรือจิต ตลอดจนการปฏิบัติการเพื่อป้องกันโรคติดต่อ ให้ใช้แพทย์ตรวจคนเข้าเมือง”

และมาตรา ๑๗ ได้กำหนดไว้ว่า “ในกรณีพิเศษเฉพาะเรื่อง รัฐมนตรีโดยอนุมัติของคณะรัฐมนตรีจะอนุญาตให้คนต่างด้าวผู้ใดหรือจำพวกใดเข้ามาอยู่ในราชอาณาจักรภายใต้เงื่อนไขใด ๆ หรือจะยกเว้นไม่จำเป็นต้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัตินี้ ในกรณีใด ๆ ก็ได้”

ดังนั้นการดำเนินการตามรูปแบบข้อเสนอทางเลือกในการประกันสุขภาพและการจัดบริการสำหรับแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามไม่จำเป็นต้องแก้ พรบ. ฉบับนี้แต่อย่างใด

๒.๒ พระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. ๒๕๕๑

ใน พรบ. ฉบับนี้เป็นการกำหนดการทำงานของคนต่างด้าวในประเทศไทย ซึ่งได้กำหนดขั้นตอน กระบวนการในการขอใบอนุญาต การต่อใบอนุญาต การกำหนดลักษณะอาชีพที่จะให้คนต่างด้าวทำ รวมถึงการจัดตั้งกองทุนและการเก็บค่าธรรมเนียมเพื่อการส่งกลับ เช่น

มาตรา ๗ “งานใดที่คนต่างด้าวอาจทำได้ในท้องที่ใด เมื่อใด ให้เป็นไปตามที่กำหนดในกฎกระทรวง โดยคำนึงถึงความมั่นคงของชาติ โอกาสในการประกอบอาชีพของคนไทยและความต้องการ

แรงงานต่างด้าวที่จำเป็นต่อการพัฒนาประเทศ ทั้งนี้ จะกำหนดให้แตกต่างกันระหว่างคนต่างด้าวทั่วไปกับคนต่างด้าวตามมาตรา ๑๓ และมาตรา ๑๔ ก็ได้”

มาตรา ๑๔ “คนต่างด้าวซึ่งมีภูมิลำเนาและเป็นคนสัญชาติของประเทศที่มีชายแดนติดกับประเทศไทย ถ้าได้เข้ามาในราชอาณาจักรโดยมีเอกสารใช้แทนหนังสือเดินทางตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง อาจได้รับอนุญาตให้ทำงานบางประเภทหรือลักษณะงานในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราวในช่วงระยะเวลาหรือตามฤดูกาลที่กำหนดได้ ทั้งนี้ เฉพาะการทำงานภายในท้องที่ที่อยู่ติดกับชายแดนหรือท้องที่ต่อเนื่องกับท้องที่ดังกล่าว

คนต่างด้าวซึ่งประสงค์จะทำงานตามวรรคหนึ่ง ให้ยื่นคำขอรับใบอนุญาตทำงานชั่วคราวพร้อมกับแสดงเอกสารใช้แทนหนังสือเดินทางต่อนายทะเบียนและชำระค่าธรรมเนียมตามที่กำหนดในกฎกระทรวง ในการออกใบอนุญาต ให้นายทะเบียนระบุท้องที่หรือสถานที่ที่อนุญาตให้ทำงาน ระยะเวลาที่อนุญาตให้ทำงาน ประเภทหรือลักษณะงาน และนายจ้างที่คนต่างด้าวนั้นจะไปทำงานด้วย ทั้งนี้ ตามแบบและวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

ความในมาตรานี้จะใช้บังคับกับท้องที่ใด สำหรับคนต่างด้าวสัญชาติใด เพื่อทำงานประเภทหรือลักษณะใด ในช่วงระยะเวลาหรือฤดูกาลใด โดยมีเงื่อนไขอย่างใด ให้เป็นไปตามที่คณะรัฐมนตรีกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา”

พรบ. ฉบับนี้ไม่ได้เป็นอุปสรรคในการดำเนินการตามข้อเสนอรูปแบบข้างต้น เพียงแต่อาจต้องปรับการกำหนดประเภทหรือลักษณะงานให้สอดคล้องกับข้อเท็จจริง เพื่อให้มีการขึ้นทะเบียนแรงงานอย่างถูกกฎหมายมากที่สุด

๒.๓ พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓

เป็นการสร้างหลักประกันโดยกำหนดให้นายจ้างที่มีลูกจ้างตั้งแต่หนึ่งคนขึ้นไปทุกท้องที่ทั่วราชอาณาจักรต้องเข้าสู่ระบบประกันสังคม ยกเว้นการจ้างงานบางประเภทตามมาตรา ๕ “พระราชบัญญัตินี้ไม่ใช้บังคับแก่

(๑) ข้าราชการและลูกจ้างประจำของราชการส่วนกลางราชการส่วนภูมิภาคและราชการส่วนท้องถิ่น ยกเว้นลูกจ้างชั่วคราว

(๒) ลูกจ้างของรัฐบาลต่างประเทศหรือองค์การระหว่างประเทศ

(๓) ลูกจ้างของนายจ้างที่มีสำนักงานในประเทศและไปประจำทำงานในต่างประเทศ

(๔) ครูหรือครูใหญ่ของโรงเรียนเอกชนตามกฎหมายว่าด้วยโรงเรียนเอกชน

(๕) นักเรียน นักเรียนพยาบาล นิสิตหรือนักศึกษา หรือแพทย์ฝึกหัดซึ่งเป็นลูกจ้างของโรงเรียน มหาวิทยาลัย หรือโรงพยาบาล

(๖) กิจการหรือลูกจ้างอื่นตามที่กำหนดในพระราชกฤษฎีกา”

ซึ่งกิจการหรือลูกจ้างอื่นตาม (๖) ได้แก่ ลูกจ้างสภาอากาศไทย ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ ลูกจ้างของกิจการเพาะปลูก ประมง ป่าไม้และเลี้ยงสัตว์ ซึ่งไม่ได้ใช้ลูกจ้างตลอดปีและไม่ได้มีลักษณะงานอื่นอยู่ด้วย.....

หากจะดำเนินการตามข้อเสนอข้างต้นก็ต้องกำหนดให้แรงงานต่างด้าวทุกประเภทกิจการไม่อยู่ภายใต้บังคับของ พรบ.ประกันสังคม หรือ แก้ไขให้ไม่ครอบคลุมเฉพาะสิทธิประโยชน์ในการเจ็บป่วยและไม่ต้องสมทบเงินในกรณีดังกล่าว

๒.๔ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

ในมาตรา ๕ กำหนดไว้ว่า “บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนด โดยพระราชบัญญัตินี้

คณะกรรมการอาจกำหนดให้บุคคลที่เข้ารับการบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการในอัตราที่กำหนดให้แก่หน่วยบริการในแต่ละครั้งที่เข้ารับการบริการ เว้นแต่ผู้ยากไร้หรือบุคคลอื่นที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดไม่ต้องจ่ายค่าบริการ

ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่บุคคลจะมีสิทธิได้รับให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการ ประกาศกำหนด“

มีการตีความโดยคณะกรรมการกฤษฎีกาแล้วว่า บุคคลทุกคนในมาตรา ๕ หมายถึงคนที่มีสัญชาติไทยเท่านั้น ทำให้คนที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ์ที่รอการได้สัญชาติไทยรวมถึงแรงงานต่างด้าวไม่อยู่ในขอบเขตของการประกันสุขภาพที่รัฐถือเป็นสวัสดิการที่ให้กับประชาชนไทย

๒.๕ การออกพระราชบัญญัติการประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม

การดำเนินการในการประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบันนี้ อาศัยเพียงมติ ครม. ที่ให้อำนาจในการออกประกาศกระทรวง ซึ่งทำให้ไม่สามารถดำเนินการก้าวล่วงไปยังการดำเนินการของหน่วยงานอื่นๆได้ การบริหารจัดการถูกจำกัดด้วยกฎ ระเบียบที่มีอยู่ซึ่งหลายกรณีเป็นอุปสรรคในการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ รวมถึงการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับกลุ่มแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม การตราพระราชบัญญัติการประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามขึ้นย่อมจะทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดข้อโต้แย้งทางกฎหมายใน พรบ.นี้ควรประกอบด้วยสาระสำคัญอย่างน้อย

- ๑) กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ภายใต้การดำเนินการตาม พรบ.นี้ คือแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามที่จดทะเบียนถูกต้องตามกฎหมายทุกคนแม้จะเป็นการชั่วคราว
- ๒) กำหนดการจ่ายเงินค่าประกันสุขภาพโดยการร่วมจ่ายในสัดส่วนที่เหมาะสม
- ๓) กำหนดชุดสิทธิประโยชน์ที่เหมาะสม ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ รวมถึงการส่งต่อ อุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- ๔) กำหนดการดำเนินการของผู้ให้บริการ
- ๕) กำหนดมาตรฐานบริการและการกำกับดูแล รวมถึงการส่งเสริมบริการที่เป็นมิตร
- ๖) ให้การสนับสนุนการดำเนินการสาธารณสุขมูลฐาน
- ๗) กำหนดกลไกการบริหารเงินกองทุน ให้มีการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน มีธรรมาภิบาล
- ๘) กำหนดกลไกการประเมินผลจากองค์กรภายนอกที่เป็นอิสระ

สรุปท้ายบท

การศึกษาในบทที่ ๔ มีความมุ่งหมายเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ ๓ คือ เพื่อสังเคราะห์รูปแบบและแนวทางการประกันสุขภาพที่เหมาะสมและการจัดบริการที่เป็นมิตรกับแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม จากผลการศึกษาทำให้ทราบแนวทางการประกันสุขภาพที่เหมาะสมและการจัดบริการที่เป็นมิตรกับแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม สรุปผลการศึกษาเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

๑. รูปแบบการประกันสุขภาพที่เหมาะสมในแรงงานต่างด้าว

มี ๒ แนวทางคือ ๑) การดำเนินการภายใต้นโยบายและกฎหมายเท่าที่มีอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งแรงงานต่างด้าวที่อยู่อย่างถูกกฎหมายต้องประกันสุขภาพโดยเข้าสู่ระบบประกันสังคม กรณีที่นายจ้างประกอบกิจการที่เข้าข่ายตามกฎหมายประกันสังคม และต้องประกันสุขภาพกับกระทรวงสาธารณสุขในกลุ่มที่เหลือ ซึ่งจะต้องปรับปรุงให้มีการเข้มงวดกับการดำเนินการให้มีการทำประกันสุขภาพให้ครอบคลุม ไม่ให้มีการหลบเลี่ยงปรับสิทธิประโยชน์และการจ่ายเงินสมทบของแรงงานต่างด้าวให้เหมาะสม ให้มีการประกันสุขภาพกับกระทรวงสาธารณสุขในกลุ่มที่เหลือโดยไม่ต้องคำนึงถึงสถานะทางกฎหมายในการอาศัยอยู่ในประเทศไทย ๒) การดำเนินการตามข้อเสนอทางเลือกใหม่ ให้มีการประกันสุขภาพในระบบเดียว ซึ่งต้องมีการปรับนโยบายและปรับแก้กฎหมายหรือออกกฎหมายใหม่เพิ่มเติม

๒. รูปแบบบริการด้านสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับแรงงานต่างด้าว

รูปแบบการให้บริการที่เป็นมิตรสำหรับผู้ป่วยต่างด้าว สถานบริการต้องให้ความสำคัญกับการให้บริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ มีการจัดบริการทั้งในสถานบริการและเชิงรุกในชุมชน รวมถึงการจัดตั้งสถานประกอบการดูแลสุขภาพในสถานประกอบการหรือชุมชนที่แรงงานต่างด้าวอาศัยอยู่ การรักษาพยาบาลให้สถานพยาบาลต้อง

สร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการใช้บริการของผู้ป่วยต่างด้าวและญาติโดยไม่เกิดอุปสรรค เช่น การมีล่ามแปลภาษา มีป้ายบอกทางเป็นภาษาต่างด้าวรวมถึงสื่อต่างๆที่ต้องการจะสื่อสารกับผู้ป่วยและที่สำคัญคือการสร้างทัศนคติที่ดีของผู้ให้บริการรวมถึงผู้ป่วยชาวไทยต่อแรงงานต่างด้าวที่มาใช้บริการ

๓. การปรับแก้นโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ในการเลือกรูปแบบการประกันสุขภาพแบบใหม่และการปรับบริการสำหรับแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม เมื่อพิจารณากฎหมายที่เกี่ยวข้อง ในส่วนของ พรบ.คนเข้าเมือง พ.ศ. ๒๕๒๒ และ พรบ.การทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. ๒๕๕๑ ไม่ต้องปรับแก้เพียงแต่ปรับข้อกำหนดปลีกย่อยที่กฎหมายให้อำนาจไว้ แต่จะต้องปรับแก้ พรบ.ประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ฉบับที่ปรับแก้ใหม่ ให้แรงงานต่างด้าวทุกประเภทกิจการไม่เข้าข่ายการทำประกันสังคมหรือยกเว้นประเด็นการเจ็บป่วยรวมถึงการจ่ายเงินสมทบในส่วนนี้ และต้องมีการออกกฎหมาย พรบ.การประกันสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม

บทที่ ๕

สรุปและข้อเสนอแนะ

การวิจัยในครั้งนี้ ได้กำหนดวัตถุประสงค์การวิจัยไว้ ๔ ประการ ประกอบด้วย ๑) เพื่อศึกษาสถานการณ์การประกันสุขภาพและการจัดการด้านบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรต่างด้าวและผู้ติดตามที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ๒) เพื่อศึกษาปัญหาในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและการมีหลักประกันสุขภาพของกลุ่มแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ๓) เพื่อสังเคราะห์รูปแบบและแนวทางการประกันสุขภาพที่เหมาะสมและการจัดบริการที่เป็นมิตรกับแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม ๔) เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการดำเนินการสร้างระบบประกันสุขภาพและการจัดการระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมต่อรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ รวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากหนังสือข้อมูลที่เกี่ยวข้องควบคู่ไปกับการรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ประกอบทฤษฎีและแนวความคิดตามที่กำหนดไว้ในบทที่ ๒ ทำให้สามารถตอบวัตถุประสงค์การวิจัยทั้ง ๔ ประการตามลำดับ ดังมีสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

๑.ความมั่นคงทางด้านสุขภาพ (Health Security) คือความมั่นคงทางสังคม (Social Safety Net)

ทั้งในแง่ทฤษฎีเกือบทุกสำนักและองค์การพัฒนาระดับโลก อาทิเช่น UNDP และ World Bank ได้ให้ความสำคัญกับการสร้างความมั่นคงทางสังคมแก่ประชาชนทุกคนในทุกประเทศทั่วโลก ที่ต้องให้ความสำคัญในเรื่องดังกล่าว การได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จำเป็นและเหมาะสม เป็นมาตรฐานขั้นต่ำของมนุษย์ทุกคน และการมีหลักประกันสุขภาพสำหรับมนุษย์ทุกคน ย่อมนำไปสู่การเข้าถึงและได้รับบริการที่จำเป็นและเหมาะสมดังกล่าว ทุกประเทศควรให้ความสำคัญและมีนโยบายในเรื่องการสร้างหลักประกันสุขภาพให้มีความครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มที่อาศัยอยู่ในประเทศของตน

๒.การอพยพเคลื่อนย้ายของประชากร

มีจำนวนมาก ด้วยเหตุผลที่เป็นแรงผลักดันที่สำคัญ คือการแสวงหาคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าแรงงาน ๓ สัญชาติ(เมียนมาร์ ลาวและกัมพูชา) รอบประเทศไทยก็อพยพเคลื่อนย้ายมาเพื่อหางานทำ ด้วยอัตราค่าจ้างที่สูงกว่า รวมถึงแรงดึงดูดที่มีความต้องการแรงงานเนื่องจากความขาดแคลนแรงงานในหลายประเภท ตามการเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจของประเทศไทย ทำให้ปัจจุบันคาดว่ามีแรงงานทั้งที่ถูกกฎหมายและลักลอบกว่า ๓ ล้านคน และในจำนวนนี้เป็นแรงงาน ๓ สัญชาติ คือ เมียนมาร์, กัมพูชา และลาวในสัดส่วนที่มากที่สุด องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) ปี พ.ศ. ๒๕๕๐ พบว่า

แรงงานต่างด้าวมีสัดส่วนเป็น ๕% ของกำลังแรงงานในประเทศไทย และมีส่วนสร้างผลิตภัณฑ์มวลรวม (GDP) ของประเทศถึง ๖.๒% โดยเป็นแรงงานในภาคอุตสาหกรรม ๗-๑๐ % และภาคเกษตร ๔-๕ % ของแรงงานทั้งระบบ

๓.นโยบายแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ

รัฐบาลได้มีนโยบายผ่อนผันให้แรงงานต่างด้าว ๓ สัญชาติ (เมียนมาร์ ลาว และกัมพูชา) เข้ามาอยู่ในราชอาณาจักรไทยเป็นการชั่วคราว และอนุญาตให้ทำงานได้ตามประเภทแรงงานที่กำหนดมีมากกว่า ๒๐ ปี หน่วยงานที่มีบทบาทกำหนดนโยบายประกอบด้วยหลายฝ่าย โดยมีกลไกสำคัญคือ คณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง (กบร.) ซึ่งประกอบด้วย นายกรัฐมนตรีหรือผู้ที่ นายกรัฐมนตรีมอบหมาย เป็นประธานกรรมการ โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงาน เป็นรองประธาน ปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ปลัดกระทรวงกลาโหม ปลัดกระทรวงการต่างประเทศ ปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ปลัดกระทรวงอุตสาหกรรม ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงแรงงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เลขาธิการนายกรัฐมนตรี เลขาธิการสภาความมั่นคงแห่งชาติ เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ผู้อำนวยการสำนักงานงบประมาณ ผู้อำนวยการสำนักข่าวกรองแห่งชาติ ผู้บัญชาการทหารสูงสุด ผู้บัญชาการทหารบก ผู้บัญชาการทหารเรือ ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ เลขาธิการกองอำนวยการรักษาความมั่นคงภายใน อธิบดีกรมการจัดหางาน อธิบดีกรมประชาสัมพันธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งนายกรัฐมนตรีแต่งตั้งไม่เกินสี่คน เป็นกรรมการ เลขาธิการคณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง เป็นกรรมการและเลขานุการ และรองเลขาธิการคณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง เป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ แต่่นโยบายเป็นไปตามสถานการณ์ และปัจจัยผลักดันของฝ่ายที่เกี่ยวข้อง รัฐบาลซึ่งเป็นผู้กำหนดนโยบายมิได้วางนโยบายระยะยาวในเรื่องนี้และแม้มีความพยายามที่จะกำหนดแนวทางสำหรับการดำเนินการดังกล่าวก็มักปรับเปลี่ยนเมื่อนำไปปฏิบัติ แล้วไม่เกิดผลลัพธ์ตามที่ ต้องการ จึงเป็นนโยบายเฉพาะกิจเป็นส่วนใหญ่ ทำให้หน่วยงานผู้ปฏิบัติตามนโยบายด้านต่างๆ ไม่สามารถวางแนวทางที่เป็นการพัฒนาในระยะยาวได้

สรุปผลวิจัยข้อ ๑- ๓ ตอบวัตถุประสงค์การวิจัยในข้อที่ ๑) เพื่อศึกษา สถานการณ์การประกันสุขภาพและการจัดการด้านบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรต่างด้าวและผู้ติดตามที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย

๔.กลุ่มเป้าหมายทางสุขภาพ

นอกจากคนสัญชาติไทย ๖๔ ล้านคนแล้วยังมีประชากรกลุ่มอื่นๆ ที่อาศัยค่อนข้างถาวร (เกินกว่า ๖ เดือน) จำนวนมากทั้งผู้อพยพในค่ายผู้ลี้ภัย คนที่ยังมีปัญหาด้านสุขภาพและสิทธิ แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม ทั้งที่อยู่อย่างถูกและผิดกฎหมาย การออกแบบบริการสุขภาพให้กับกลุ่มคนเหล่านี้มีความแตกต่างกัน ปัจจัยสำคัญในการเข้าถึงบริการสุขภาพคือการมีหลักประกันสุขภาพ ซึ่งในกลุ่มแรงงานต่างด้าว ต้องเข้าสู่ระบบประกันสังคม เมื่อพิสูจน์สัญชาติแล้ว แต่กระบวนการพิสูจน์สัญชาติมีความล่าช้า ทำให้แรงงานต่างด้าวจำนวนมาก ไม่มีเอกสารแสดงสัญชาติของตน จึงไม่สามารถเข้าสู่ระบบประกันสังคมได้ และประกันสังคมครอบคลุมเฉพาะกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่อยู่ในสถานประกอบการที่เข้าข่ายเท่านั้น ไม่รวมถึงแรงงานที่อยู่ในภาคเกษตร ประมง หรือคนรับใช้ตามบ้าน ซึ่งแรงงานกลุ่มนี้มีไม่น้อยกว่ากลุ่มแรก ซึ่งมีมติ ครม.ให้ประกันสุขภาพกับกระทรวงสาธารณสุข

๕.ระบบประกันสุขภาพ ๒ ระบบ

ปัจจุบันแรงงานต่างด้าวที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย อยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพตามกฎหมายและมติ ครม. ในระบบประกันสังคม และประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้การบังคับให้ประกันตามกฎหมายหรือตามมติ ครม. มีความซับซ้อนและขาดประสิทธิผล แรงงานต่างด้าวจำนวนมากไม่มีประกันสุขภาพทั้ง ๒ แบบ ทำให้อัตราความครอบคลุมการประกันสุขภาพต่ำ และในปีใดหากนโยบายไม่มีการดำเนินการอย่างเข้มงวด ก็มักหลบเลี่ยงไม่มาทำประกันสุขภาพ การประกันสุขภาพทั้ง ๒ ระบบมีความแตกต่างกันในทุกมิติ ทั้งระยะเวลาในการได้รับสิทธิการรักษาพยาบาล ชุดสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกัน จำนวนเงินและวิธีการจ่ายค่าประกันสุขภาพซึ่งทำให้เป็นประเด็นโต้เถียงกัน ส่วนพวกแรงงานที่อยู่อย่างผิดกฎหมายอัตราการมีประกันสุขภาพยิ่งต่ำมาก เนื่องจากแรงงานเหล่านี้ไม่เห็นความสำคัญ และการอยู่อย่างผิดกฎหมายทำให้เกรงกลัวที่จะเปิดเผยตัวเพื่อมาทำประกันสุขภาพหรือมารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐเมื่อเจ็บป่วย

๖.การบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการมีประกันสุขภาพ

ยังไม่มีความชัดเจนระหว่างกรมการจัดหางาน สำนักงานประกันสังคมและกระทรวงสาธารณสุขที่ถือกรอบกติกาของตนเป็นหลักทำให้ข้อมูลการออกใบอนุญาตทำงาน การทำประกันสุขภาพและการทำประกันสังคม ไม่สามารถเชื่อมต่อกันได้ ทั้งในระดับส่วนกลางและส่วนภูมิภาค การตรวจสอบจำนวนแรงงานที่ต้องทำประกันสุขภาพจึงเป็นไปได้ยาก ทำให้นายจ้างหรือแรงงานต่างด้าวหลบเลี่ยงในการทำประกันสุขภาพได้

๗.การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม

ในกรณีที่มีหลักประกันสุขภาพจะดีกว่ากรณีที่ไม่มีหลักประกัน แต่ก็ยังมีอุปสรรคในการไปใช้บริการในสถานพยาบาลที่กำหนดหลายประการ เช่นการถูกนายจ้างยึดบัตรไว้เพื่อป้องกันการหลบหนี การสวมสิทธิแทนผู้อื่น การไม่สามารถสื่อสารกับผู้ให้บริการ รวมถึงการไม่มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการอย่างเป็นมิตร (Friendly Service) เช่น ป้ายบอกภาษาต่างด้าว ล่ามแปลภาษา เป็นต้น แรงงานต่างด้าวจึงมักไปรักษาเมื่อมีการเจ็บป่วยค่อนข้างหนักแล้ว ซึ่งเป็นผลเสียต่อระบบสุขภาพ ทั้งค่าใช้จ่ายที่สูงและการเฝ้าระวังควบคุม ป้องกันโรค เนื่องจากไม่สามารถตรวจวินิจฉัยโรคได้แต่เนิ่นๆ การเพิ่มภาระในการให้บริการแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามทำให้สถานบริการต้องการกำลังคนเพิ่มและนอกจากจำนวนยังต้องการทักษะพิเศษบางประการเช่นการสื่อสารภาษาต่างด้าวได้ รวมถึงการเข้าใจวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการที่เป็นต่างด้าว การพัฒนาและจ้างพนักงานสาธารณสุขต่างด้าว (พสต.) เป็นนวัตกรรมที่ประสบความสำเร็จในหลายพื้นที่ เช่นที่ จังหวัดตาก ระนอง สมุทรสาคร ระยอง เป็นต้น แต่ก็ยังมีปัญหาในการจ้างงานที่แรงงานต่างด้าวที่มาเป็น พสต. ไม่เข้าประเภทของการจ้างงานใดๆที่ได้รับการผ่อนผันตามกฎหมาย

๘.บริการสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม

นอกจากบริการรักษาพยาบาลแล้ว การประกันสุขภาพกับกระทรวงสาธารณสุขยังต้องให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมและป้องกันโรคทั้งในระดับบุคคลและชุมชน ซึ่งไม่มีในการประกันสังคม การดำเนินการในชุมชนต้องอาศัยบุคลากรที่เป็นกลุ่มแรงงานต่างด้าว คือ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) และการให้บริการพื้นฐานเช่นการให้วัคซีน สถานพยาบาลส่วนใหญ่ถือเป็นหน้าที่เพื่อการ

ป้องกันและควบคุมโรคโดยส่วนใหญ่ให้บริการฟรี แต่เนื่องจากการที่ไม่สามารถมีหลักฐานแสดงตัวบุคคลและมีการอพยพเคลื่อนย้ายบ่อยทำให้ไม่สามารถหาอัตราความครอบคลุมได้

๙. ปัญหาสุขภาพในแรงงานต่างด้าว

ในกลุ่มประชากรต่างด้าว ๓ สัญชาติยังพบโรคที่มีน้อยลงมากแล้วในคนไทย เช่น ซิฟิลิส เแท้ข้าง ไข้กาฬหลังแอ่น มาลาเรีย รวมถึงวัณโรคและจำนวนหนึ่งเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR TB) วัณโรคดื้อยาสูงสุด (XDR TB) ซึ่งก็อาจพบได้ในคนไทยเช่นกัน จากรายงานปัญหาสาธารณสุขของจังหวัดระนอง ปี ๒๕๕๔ พบ อัตราความชุกของการติดเชื้อ เอชไอวีสูงขึ้นในแรงงานต่างด้าวในปี พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๔ เท่ากับร้อยละ ๐, ๒.๐๕, ๑.๗๕ และ ๓.๗๕ ตามลำดับ และในหญิงบริการ ปี พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๔ เท่ากับร้อยละ ๑๒.๙๐, ๐, ๒๘.๕๗ และ ๑๔.๐๗ ตามลำดับ การตรวจสอบสุขภาพประจำปีก่อนทำประกันสุขภาพไม่ช่วยให้สามารถเฝ้าระวังโรคได้มากนักเนื่องจากขณะตรวจอาจไม่มีอาการป่วย การมีหลักประกันสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ตรวจพบการเจ็บป่วยและได้รับการรักษาเพื่อตัดวงจรการแพร่เชื้อ

๑๐. สถานการณ์การเงินการคลังสุขภาพในระบบประกันแรงงานต่างด้าว

ในหลายการศึกษาพบว่า การดำเนินการตรวจสอบสุขภาพและประกันสุขภาพในกลุ่มแรงงานต่างด้าวของกระทรวงสาธารณสุขมีรายได้จากค่าประกันเพียงพอในภาพรวม อาจมีบางแห่งที่มีผู้ทำประกันน้อยแต่ก็มีการลดความเสี่ยงโดยการส่งเงินประกันสำหรับค่าใช้จ่ายสูงมายังส่วนกลาง ซึ่งเป็นการประกันความเสี่ยงได้อีกทีหนึ่ง การขาดทุนส่วนมาเกิดจากที่ต้องแบกรับภาระการมารับการรักษาพยาบาลแล้วไม่สามารถจ่ายเงินได้ของแรงงานต่างด้าวที่ไม่มีประกันสุขภาพหรือกลุ่มผู้ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพอื่น หากจำนวนผู้ทำประกันไม่น้อยจนเกินไป และอัตราการเข้ารับบริการของผู้ป่วยแรงงานต่างด้าวไม่เพิ่มมากขึ้นจนผิดปกติ สถานพยาบาลก็ยังไม่ปัญหาสถานะทางการเงินกรณีรักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าว

สรุปผลวิจัยข้อ ๔- ๑๐ ตอบวัตถุประสงค์การวิจัยในข้อที่ ๒) เพื่อศึกษาปัญหาในการเข้าถึงระบบบริการและการมีหลักประกันสุขภาพของกลุ่มแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย

๑๑. รูปแบบการประกันสุขภาพที่เหมาะสมในแรงงานต่างด้าว

มี ๒ แนวทางคือ

๑) การดำเนินการภายใต้นโยบายและกฎหมายเท่าที่มีอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งแรงงานต่างด้าวที่อยู่อย่างถูกกฎหมายต้องประกันสุขภาพโดยเข้าสู่ระบบประกันสังคม กรณีที่นายจ้างประกอบกิจการที่เข้าข่ายตามกฎหมายประกันสังคม และต้องประกันสุขภาพกับกระทรวงสาธารณสุขในกลุ่มที่เหลือ ซึ่งจะต้องปรับปรุงให้มีการเข้มงวดกับการดำเนินการให้มีการทำประกันสุขภาพให้ครอบคลุม ไม่ให้มีการหลบเลี่ยง ปรับสิทธิประโยชน์และการจ่ายเงินสมทบของแรงงานต่างด้าวให้เหมาะสม ให้มีการประกันสุขภาพกับกระทรวงสาธารณสุขในกลุ่มที่เหลือโดยไม่ต้องคำนึงถึงสถานะทางกฎหมายในการอาศัยอยู่ในประเทศไทย ๒) การดำเนินการตามข้อเสนอทางเลือกใหม่ ให้มีการประกันสุขภาพในระบบเดียว ซึ่งต้องมีการปรับนโยบายและปรับแก้กฎหมายหรือออกกฎหมายใหม่เพิ่มเติม

๑๒. รูปแบบบริการด้านสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับแรงงานต่างด้าว

รูปแบบการให้บริการที่เป็นมิตรสำหรับผู้ป่วยต่างด้าว สถานบริการต้องให้ความสำคัญกับการให้บริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ มีการจัดบริการทั้งในสถานบริการและเชิงรุกในชุมชน รวมถึงการจัดตั้งสถานที่การดูแลในสถานประกอบการหรือชุมชนที่แรงงานต่างด้าวอาศัยอยู่ การรักษาพยาบาลให้สถานพยาบาลต้องสร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการใช้บริการของผู้ป่วยต่างด้าวและญาติโดยไม่เกิดอุปสรรค เช่น การมีล่ามแปลภาษา มีป้ายบอกทางเป็นภาษาต่างด้าวรวมถึงสื่อต่างๆที่ต้องการจะสื่อสารกับผู้ป่วยและที่สำคัญคือการสร้างทัศนคติที่ดีของผู้ให้บริการรวมถึงผู้ป่วยชาวไทยต่อแรงงานต่างด้าวที่มาใช้บริการ

๑๓. การปรับแก้นโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ในการเลือกรูปแบบการประกันสุขภาพแบบใหม่และการปรับบริการสำหรับแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม เมื่อพิจารณากฎหมายที่เกี่ยวข้อง ในส่วนของ พรบ.คนเข้าเมือง พ.ศ. ๒๕๒๒ และ พรบ.การทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. ๒๕๕๑ ไม่ต้องปรับแก้เพียงแต่ปรับข้อกำหนดปลีกย่อยที่กฎหมายให้อำนาจไว้ แต่จะต้องปรับแก้ พรบ.ประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ฉบับที่ปรับแก้ใหม่ ให้แรงงานต่างด้าวทุกประเภทกิจการไม่เข้าข่ายการทำประกันสังคมหรือยกเว้นประเด็นการเจ็บป่วย รวมถึงการจ่ายเงินสมทบในส่วนนี้ และต้องมีการออกกฎหมาย พรบ.การประกันสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม

สรุปผลวิจัยข้อ ๑๑- ๑๓ ตอบวัตถุประสงค์การวิจัยในข้อที่ ๓) เพื่อสังเคราะห์รูปแบบและแนวทางการประกันสุขภาพที่เหมาะสมและการจัดบริการที่เป็นมิตรกับแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑. ข้อเสนอแนะในการดำเนินการตามข้อเสนอทางเลือกกรณีใช้นโยบายและกฎหมายปัจจุบัน

๑.๑ รัฐบาลต้องให้ความสำคัญกับการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม โดยไม่ต้องคำนึงถึงสถานทางกฎหมายในการอยู่อาศัยในประเทศไทย

๑.๒ กรณีที่เข้าข่ายการประกันสังคม รัฐต้องใช้กลไกทุกประเภทที่จะทำให้เกิดการประกันสังคมครอบคลุม ๑๐๐% ของกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว ลงโทษอย่างจริงจังกับนายจ้างหรือเจ้าหน้าที่ที่ปล่อยปละละเลยไม่ดำเนินการตามกฎหมาย

๑.๓ กลุ่มที่ไม่สามารถทำประกันสังคมได้ ให้การประกันสุขภาพกับกระทรวงสาธารณสุขเป็นสภาพบังคับ หากไม่ทำประกันให้ครอบคลุมระยะเวลาที่ได้รับอนุญาตให้อยู่และทำงานในประเทศไทยแล้ว ให้การผ่อนผันดังกล่าวสิ้นสุดลงทันทีและดำเนินการตามกฎหมายต่อไป

๑.๔ เพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ ด้านการเงินการให้บริการแก่แรงงานต่างด้าวของกระทรวงสาธารณสุข จัดให้มีระบบการประเมินผลและนำผลการประเมินมาพัฒนากระบวนการ

๑.๕ เพิ่มสิทธิประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคสำหรับแรงงานต่างด้าวในระบบประกันสังคม

๑.๖ บูรณาการระบบข้อมูล และการประสานการปฏิบัติระหว่างกระทรวงแรงงาน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับส่วนกลางและพื้นที่

ข้อเสนอแนะระดับปฏิบัติ

๑. ข้อเสนอแนะในการดำเนินการกรณีสรูปแบบใหม่

๑.๑ ให้มีคณะทำงานร่วมระหว่างกระทรวงแรงงาน สำนักงานประกันสังคม และกระทรวงสาธารณสุข ในการดำเนินการศึกษาให้ได้คำตอบต่อแนวทางตามข้อเสนอดังกล่าว

๑.๒ ยกย่องพระราชบัญญัติการประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม โดยผ่านการรับฟังความเห็นอย่างรอบด้าน ทัวถึง ให้เป็นไปตามเจตนารมณ์มากที่สุด

๑.๓ สร้างความเข้าใจและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกๆภาค

๑.๔ รัฐบาลรับเป็นวาระของรัฐบาลในการติดตามการจัดทำข้อเสนอตามแนวทางที่เสนอเป็นทางเลือกใหม่

๒. ข้อเสนอแนะการดำเนินการจัดการด้านสุขภาพในแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม

๒.๑ กระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้ให้บริการรายใหญ่และมีอำนาจในการดำเนินการตามกฎหมาย ต้องให้ความสำคัญต่อคุณภาพการให้บริการแก่แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามทั้งในเรื่อง การตรวจสุขภาพ การทำประกัน และการจัดระบบบริการที่เป็นมิตร

๒.๒ ให้ความสำคัญกับระบบบริการปฐมภูมิเพื่อสร้างความเข้มแข็ง ให้กับตัวแรงงานต่างด้าวและชุมชน พัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ให้สามารถช่วยงานเจ้าหน้าที่และเป็นผู้แทนแรงงานต่างด้าวในชุมชน

๒.๓ สร้างการมีส่วนร่วมโดยเฉพาะองค์กรปกครองท้องถิ่นและภาคีสุขภาพอื่นที่ดำเนินการอยู่ในพื้นที่ โดยสร้างกลไกที่จะทำให้เกิดการทำงานร่วมกัน

๒.๔ พัฒนา พนักงานสาธารณสุขชุมชนต่างด้าว (พสต.) ให้มีศักยภาพ หาทางจ้างงานแรงงานเหล่านี้เพื่อช่วยในการสนับสนุนให้บริการมีคุณภาพและเป็นมิตรมากขึ้น เป็นการลดภาระด้านบุคลากรที่มีความขาดแคลนอยู่แล้วในระบบ

๒.๕ พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อช่วยในการวางแผนการให้บริการแก่แรงงานต่างด้าว

๒.๖ กระทรวงสาธารณสุขจัดให้มีหน่วยงานที่เป็นเจ้าภาพหลักในการดูแลจัดการปัญหาแรงงานต่างด้าวในหน่วยงานส่วนกลางและจังหวัดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินการ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

๑. ข้อเสนอแนะการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม

ยังมีคำถามการวิจัยอีกมากที่ต้องการคำตอบในการดำเนินการในการประกันสุขภาพ และจัดการด้านสุขภาพในแรงงานต่างด้าว โดยมีโจทย์วิจัยที่สำคัญดังนี้

๑.๑ ชุมชนที่มีประโยชน์และเปี่ยมประกนสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับแรงงานต่างด้าวและ
ผู้ติดตาม

๑.๒ กลไกที่มีประสิทธิภาพในการบริหารกองทุนประกนสุขภาพแรงงานต่างด้าว

๑.๓ การออกแบบข้อมูลสารสนเทศที่สามารถดำเนินการได้อย่างมีคุณภาพ ไม่เป็น
ภาระแก่หน่วยบริการและสามารถเชื่อมต่อได้

๑.๔ การจัดตั้งกองทุนกรณีแรงงานเคลื่อนย้ายในประชาคมอาเซียน

สรุปผลวิจัยข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ ทั้งข้อเสนอแนะเชิง
นโยบาย ข้อเสนอแนะระดับปฏิบัติ ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป ตอบ
วัตถุประสงค์การวิจัยในข้อที่ ๔) เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการดำเนินการสร้าง
ระบบประกนสุขภาพและการจัดการระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมต่อรัฐบาลและ
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

หนังสือ

กฤตยา อาชวนิจกุล. การจัดการระบบคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติในบริบทประเทศไทย. ใน: สุรีย์พร พันพิ่ง, มาลี สันภูวรรณ. (บรรณาธิการ). ประชากรและสังคม ฉบับจุดเปลี่ยนประชากรจุดเปลี่ยนสังคมไทย. พิมพ์ครั้งที่ ๑. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากร; ๒๕๕๔. หน้า ๑๐๓-๒๖.

อีเลน เพียร์สันและคณะ. งานทำทนายที่ลุ่มน้ำโขง การจ้างงานแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย: งานหนักจ่ายน้อยและไม่ได้รับการคุ้มครองเล่ม ๑. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสิ่งพิมพ์องค์การแรงงานระหว่างประเทศ; ๒๕๕๙. หน้า ๓๐-๙๐.

วารสาร หนังสือพิมพ์

ปรีชา อุปโยธิน. พฤติกรรมการแสวงหาการรักษาโรคเรื้อรังและเฉียบพลัน. วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์. (๑), เมษายน ๒๕๓๘. หน้า ๓๑-๔๘.

ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์และคณะ. การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ กรณีศึกษาจังหวัดระนอง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. (๗), เมษายน-มิถุนายน ๒๕๕๖. หน้า ๒๐๗-๒๒๒.

เอกสารวิจัย

จันทรา ธรรมวัฒนาวงศ์และคณะ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัยแนวทางและกลไกการแก้ไข ปัญหาความทับซ้อน/กำกวมระหว่างคนไร้รัฐกับแรงงานต่างด้าวสัญชาติลาว: กรณีศึกษา พื้นที่อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนการวิจัย; ๒๕๕๓. หน้า ๔๙-๗๗.

ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐและคณะ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ การสำรวจความรู้เชิงแนวคิด ทฤษฎี บทบาทและความสำคัญต่อสังคมของโครงข่ายความปลอดภัยทางสังคม (Social Safety Net). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนการวิจัย; ๒๕๕๒. หน้า ๔-๕๒.

ทัศนัย ชันทยาภรณ์ละศิวนารถ เยี่ยงสว่าง มาลีลิต. ระบบบริการสุขภาพคนต่างด้าวในประเทศไทย: สถานการณ์การตอบสนองและข้อท้าทายในอนาคต ในบริบทประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ๒๕๕๘. นนทบุรี: องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย; ๒๕๕๖. หน้า ๑๑-๖๓.

ธนวรรธน์ อิมสมบูรณ์. แนวทางการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ สรุปลผลการวิจัยพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพโดยครอบครัว. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก; ๒๕๕๖. หน้า ๑๑๕-๑๓๒.

สมพงศ์ สระแก้ว. แนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพแรงงานต่างด้าวในจังหวัดสมุทรสาคร. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพัฒนาชุมชนมหาบัณฑิต. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ๒๕๕๔.

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันไทยและเครื่องสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. การศึกษาพฤติกรรมและการแสวงหาบริการและการใช้บริการ เพื่อพัฒนาระบบการเงินการคลังสุขภาพ และการจัดบริการที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการสำหรับแรงงานข้ามชาติ:กรณีศึกษาจังหวัดสมุทรสาครและจังหวัดระยอง. นนทบุรี; สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๕๔. หน้า ๒๓-๗๐ .

อภิญา ตังเจริญยิ่ง. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตการทำงาน ความพึงพอใจในงานของพนักงาน และประสิทธิผลการทำงานขององค์กร ระหว่างองค์กรที่ได้รับการรับรองมาตรฐานความรับผิดชอบต่อสังคม ๘๐๐๐ (SA ๘๐๐๐) และองค์กรที่ไม่ได้รับการรับรองมาตรฐานความรับผิดชอบต่อสังคม ๘๐๐๐ (SA ๘๐๐๐). วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพมหานคร:สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ; ๒๕๕๘.

อุษาวดี สุตะภักดิ์. การศึกษารูปแบบและการดำเนินการด้านสุขภาพที่เหมาะสมของกองทุนระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; ๒๕๕๗. หน้า ๕-๓๔.

อรทัย ศรีทองธรรมและคณะ. โครงการผลกระทบของแรงงานข้ามชาติลาว กัมพูชาและพม่า ต่อภาระงานบริการสุขภาพของโรงพยาบาลตามแนวชายแดนในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนการวิจัย; ๒๕๕๖. หน้า ๑๒๐- ๑๖๐.

ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

คณะวิจัยประเทศไทย. ปัญหาการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพอนามัยและการบริการทางสาธารณสุข (อุปสรรคจากแรงงานข้ามชาติและครอบครัว) เอกสารงานวิจัยของเครือข่าย การย้ายถิ่นในกลุ่มน้ำโขง พ.ศ.๒๕๕๒. อ้างถึงในคณะอนุกรรมการสิทธิมนุษยชนด้านชนชาติ ผู้ไร้สัญชาติแรงงานข้ามชาติและผู้พลัดถิ่น. เข้าถึงได้จาก:

<http://www.statelessperson.com/www/?q=node/6706>.

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.๒๕๓๓. และที่แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. ๒๕๓๗ และ ๒๕๔๒ สำนักงานประกันสังคม.กระทรวงแรงงาน.เข้าถึงได้จาก:

<http://www.library.coj.go.th/info/data/N44-01-001-2533.pdf>.

พระราชกฤษฎีกากำหนดลูกจ้างตามมาตรา๔ (๖) แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.๒๕๓๓ และ พ.ศ. ๒๕๔๕ เข้าถึงได้จาก:

<http://www.sso.go.th/sites/default/files/2.4web.htm>.

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕. เข้าถึงได้จาก:

http://www.tnc.or.th/file/2010/02/page-131/_24992.pdf.

วิชุดา เสพสมุทร. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อของอาสาสมัคร

สาธารณสุขต่างด้าวในจังหวัดสมุทรสาคร. เข้าถึงได้จาก. <http://www.stou.ac.th...//>.

อังคณา วังทองและคณะ. มุมมองผู้รับบริการต่อการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ในพื้นที่ต่าง
วัฒนธรรมบริบทอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี. เข้าถึงได้จาก: <http://www.smnc.ac.th/ULIB6//bulin.php?ID=13399112737.pdf>.

ภาษาต่างประเทศ

Book

Atkinson, T. Toward a European Social Safety Net ? Fiscal Studies, 13 (2), Aug 1992. p.41-53.

Boston, J. Reshaping Social Policy in New Zealand Fiscal Studies. 14 (3), Aug 1993.p. 64-85.

Doyle, K. Microfinance in the Wake of Conflict : Challenges and Opportunities. Maryland : USAID. A8-A20.

Neuhaua, R. Social Security : How it works in the Federal Republic of Germany. Brunswick: Braunschweig.druck.1.979.

Journals

Jimenez, Emmanuel. Issues in Modernizing Social Safety Nets. Presented to Manila Social Forum, The New Social Agenda for Central, East & Southeast Asia. Organized by World Bank, 9-12 November 1999.

Kelles, Anita. Social Inclusion of Vulnerable Groups. A Background Paper for the ADB/World Bank Social Forum. 9-12 November 1999. Manila.

Research Report

Nagayama, Y. The concept of the Quality of Working Life of White Collar Workers, An International Comparison of Professional and Manager. Tokyo: The Japan institute of Labour.2005.p.9-20.

Electronic Data Base

Ban, N. Economic Theory and the Welfare State : a Survey and Reinterpretation.

(Online). Available : <http://www.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1475-4932../pdf>.

Samrit Sithamrongsawat. Ed. Financing Healthcare for Migrants: A case Study from

Thailand. (Online). Available: [http://publication.iom.int/bookstore/free/Financing_Healthcare_for Migrants_Thailand.pdf](http://publication.iom.int/bookstore/free/Financing_Healthcare_for_Migrants_Thailand.pdf).

Millet John, D. Management in the Public Service. (Online). Availa-

ble:<http://www.questa.com/management-in-the-public-sum.pdf>.

Watson, Jean. Watson's caring Theory.(Online). Availa-

ble:<http://www.chulapedia.chula.ac.th/index.php/pdf>.

ภาคผนวก

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

เครื่องมือเก็บข้อมูล

คำชี้แจง

การเก็บข้อมูลต่อไปนี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับรูปแบบการประกันสุขภาพและการจัดการด้านสุขภาพในแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม เพื่อศึกษาสถานการณ์การประกันสุขภาพและการจัดการด้านบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรต่างด้าวและผู้ติดตามที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย/ เพื่อศึกษาปัญหาในการเข้าถึงระบบบริการและการมีหลักประกันสุขภาพของกลุ่มแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย/ เพื่อสังเคราะห์รูปแบบและแนวทางการประกันสุขภาพที่เหมาะสมและการจัดบริการที่เป็นมิตรกับแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม/เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการดำเนินการสร้างระบบประกันสุขภาพและการจัดการระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมต่อรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้จะเก็บในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร สระแก้วและอุบลราชธานี ทั้งในหน่วยบริการ โรงพยาบาลที่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ข้อมูลที่ได้รับเราจะเก็บรักษาเป็นอย่างดี จะปกปิดเป็นความลับ และจะไม่มีผลเสียต่อท่านแต่ประการใด

รายละเอียดของเครื่องมือประกอบด้วย

ชุดที่ ๑ แบบสัมภาษณ์ผู้บริหาร ผู้กำหนดนโยบาย

ชุดที่ ๒ แบบสัมภาษณ์นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด /ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ชุดที่ ๓ แบบสัมภาษณ์ผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม ในโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์

ชุดที่ ๔ แบบสัมภาษณ์กลุ่มแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม ในชุมชน

แนวคำถามสัมภาษณ์ผู้บริหาร

.....

ในฐานะที่ท่านผู้บริหารดูแลนโยบาย ที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวและการจัดระบบบริการ ให้กลุ่มด้านสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม

๑. ในมุมมองของท่านต่อการดำเนินการต่อนโยบายด้านสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามมีการบูรณาการการทำงานกับหน่วยงานต่างๆอย่างไร (กระทรวงต่างๆ องค์กรภาคเครือข่าย ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อเตรียมการในการบริหารจัดการระบบงบประมาณ การเงิน การคลัง เพื่อให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

- ความสำคัญของปัญหาแรงงานต่างด้าว (Priority) มีประเด็นใดบ้าง ในมุมมองของท่าน (ไม่ขึ้นทะเบียน/เข้าไม่ถึงบริการ/โรคติดต่อ)

- ปัญหาที่สำคัญในการดำเนินการเรื่องแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย (บัตรสุขภาพแรงงานต่างด้าวและการมีหลักประกัน/ภาวะของประเทศ และสถานบริการ / การให้บริการแก่แรงงานต่างด้าว/ ภาวะคุกคาม เช่นโรคติดต่อ)

- มาตรการระดับปกติ หรือระดับนโยบายที่คิดว่าได้ผล

- กลไก/ เครื่องมือ ที่สำคัญในการผลักดันมาตรการในข้อ ๓ ให้เกิดประสิทธิผลและเกิดการบูรณาการ

๒. การดำเนินการ การวางแผนระยะยาว เพื่อป้องกันการขาดสภาพคล่องต่อการดำเนินการระบบบริการสุขภาพกลุ่มแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม ในฐานะที่ท่านกำกับหน่วยงานที่ให้บริการ ได้มีการเตรียมการและมีแนวทางในการจัดการต่อปัญหา หรือมีการกำหนดมาตรการเพื่อรองรับอย่างไร ในระดับพื้นที่ของท่าน

๓. ในมุมมองของท่าน ท่านคิดว่าควรมีมาตรการเชิงระบบ รูปแบบใดที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดความเป็นธรรม /ค่าใช้จ่ายสุขภาพและการใช้จ่ายการบริหารจัดการ

๔. ท่านมีแนวทางการอภิบาลระบบ ในภาพรวมของหน่วยงานของท่านอย่างไร เพื่อบรรเทาต่อปัญหา

๕. ท่านคิดว่าแนวทางการบริหารจัดการเพื่อจัดบริการสุขภาพพื้นฐานขั้นต่ำที่เหมาะสมและเป็นไปได้สำหรับคนต่างด้าว ทุควรจะเป็น ควรีรูปแบบใดอย่างไร ทั้งการบริหารจัดการและการจัดบริการ

๖. ท่านมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม อย่างไรบ้าง

**แนวคำถามเชิงลึกสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ
ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม
ในโรงพยาบาลทั่วไป/ โรงพยาบาลศูนย์**

๑. โดยส่วนใหญ่ที่ท่านให้บริการให้กับกลุ่มแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม พบว่าลักษณะโรค การบริการความเจ็บป่วย การบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในโรงพยาบาลท่านเป็นอย่างไร
๒. ปัญหาผลกระทบ และอุปสรรคการดำเนินงาน เนื่องจากการให้บริการแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม ที่โรงพยาบาลของท่านเป็นอย่างไร
 - ท่านคิดว่ามีภาระที่เพิ่มขึ้นมีอะไรบ้าง
 - ปัญหาอุปสรรคในการให้บริการและดำเนินงานเป็นอย่างไร
๓. ทางโรงพยาบาล ได้มีแนวทางในการจัดการปัญหาและอุปสรรคอย่างไร เพื่อบรรเทาต่อปัญหาดังกล่าว
 - ผลการจัดการแก้ไขปัญหาดังกล่าวเป็นอย่างไร
๔. ท่านคิดว่าเพื่อให้เกิดการเตรียมความพร้อมต่อการให้บริการสุขภาพแก่กลุ่มแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพไม่มีปัญหาอื่นตามมา ควรมีการพัฒนา/ปรับปรุงระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลของท่านอย่างไร
๕. การดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค กลุ่มแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามของโรงพยาบาลเป็นอย่างไร
๖. ในมุมมองของท่านต่อนโยบายการบริหารจัดการแรงงานต่างด้าว เป็นอย่างไร มีความเหมาะสมครอบคลุมหรือไม่
๗. ทิศนคติของท่านต่อแรงงานต่างด้าว
๘. ท่านทราบหรือไม่ว่า โรงพยาบาลที่ท่านประจำมีภาระการให้บริการ (ภาระงาน/การเงินการคลัง) เป็นอย่างไร
๙. ท่านมีข้อเสนอ ต่อการพัฒนาระบบประกันสุขภาพแก่กลุ่มแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม เป็นอย่างไรและการบริการที่เหมาะสมควรมีรูปแบบใด ที่ท่านอยากเห็น

แนวคำถามเชิงลึกสัมภาษณ์กลุ่มแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม ในชุมชน

๑. เมื่อท่านหรือคนในครอบครัวของท่านเจ็บป่วย จะไปรักษาที่ใด (คลินิก / รพสต. / โรงพยาบาล / ซื้อมารับประทานเอง) เหตุผลที่เลือกดังกล่าว เป็นอย่างไร(ความสะดวก / คุณภาพ / ความเชื่อมั่นในการรักษา)
๒. ท่านมาใช้บริการในโรงพยาบาล มากน้อยแค่ไหน (ไม่เคย / นานๆครั้ง (1-2 ครั้งต่อปี) / บ่อยครั้ง (5 ครั้งต่อปี)) และส่วนใหญ่มาใช้บริการเพราะสาเหตุใด
๓. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง โดยประมาณเท่าไร ค่าอะไรบ้าง (ค่าพาหนะ / ค่าอาหาร / อื่นๆระบุ.....) ค่าใช้จ่ายเหล่านี้มีใครสนับสนุนหรือไม่
๔. ท่านคิดว่าปัญหาความเจ็บป่วยลักษณะใดที่ต้องมารับบริการในโรงพยาบาลของไทย และปัญหาความเจ็บป่วยแบบไหนที่ไม่ต้องมารับบริการ เพราะอะไร
๕. ปัญหาอุปสรรค ระหว่างที่มารับบริการในสถานพยาบาลมีอะไรบ้าง (ระยะเวลาในการตรวจรักษา / การสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ / อื่นๆระบุ.....) และเพราะอะไร ท่านคิดว่าหากต้องแก้ไขทำอย่างไร
๖. ท่านคิดว่าควรมีการบริการด้านสุขภาพอะไรบ้าง ที่เป็นพื้นฐานให้กับท่านและผู้ติดตามในชุมชน และกรณี
ในโรงพยาบาลควรมีการบริการใดบ้างที่อำนวยความสะดวก (เช่นการมีศูนย์ล้าง มีแผนกตรวจรักษาแรงงานต่างด้าวแยกออกไป มีผู้ประสานงาน ประชาสัมพันธ์ในโรงพยาบาล)
๗. ในปัจจุบันลักษณะการทำงาน ประเภทของงานท่านเป็นอย่างไร มีการประกันสุขภาพอย่างไรเมื่อเจ็บป่วย
(มีบัตรประกันสังคม / มีบัตรประกันสุขภาพ / ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ)

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ นายศุภกิจ ศิริลักษณ์

วัน เดือน ปี เกิด ๒๖ ตุลาคม ๒๕๐๕

การศึกษา -แพทยศาสตร์บัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 -Master of primary health care สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน (AIHD) มหาวิทยาลัยมหิดล
 -อนุมัติบัตรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ป้องกัน สาขาสาธารณสุข

การรับราชการ

-ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีแม่และกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย
 -นายแพทย์ 9 ด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก
 -นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
 -ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
 -ที่ปรึกษาระดับกระทรวง นายแพทย์ทรงคุณวุฒิด้านเวชกรรมป้องกัน

ผลงานวิจัย

ตีพิมพ์ในวารสารภายในประเทศ

-1998 Effect of Amphetamine Addict Prevention Programs in Kirimat District Secondary School, Sukhothai, 1997
 -2003 Unit cost of Health Services in Community Hospital in Tak
 -2005 Potency and Performance of Malaria Post Workers in Tak Malaria Initiative Project (รางวัลงานวิจัยดีเด่น กสธ)

ตีพิมพ์ในวารสารต่างประเทศ

-2006 Deployment of Early Diagnosis and Mefloquine-Artesunate Treatment of Falci-parum Malaria in Thailand: The Tak Malaria Initiative
 -2011 Trends and inequities in where women delivered their babies in 25 low-income countries: evidence from Demographic and Health Surveys
 -2011 Equity of access to and utilization of reproductive health services in Thailand: national Reproductive Health Survey data, 2006 and 2009
 -2012 Community participation of cross-border migrants for primary health care in Thailand
 -2013 Achieving Universal Health Coverage goals in Thailand: the vital role of strategic purchasing

สรุปย่อ

ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา

เรื่อง รูปแบบการประกันสุขภาพและการจัดการด้านสุขภาพในแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม

ผู้วิจัย นายศุภกิจ ศิริลักษณ์

หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ 57

ตำแหน่ง ที่ปรึกษาระดับกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์ทรงคุณวุฒิด้านเวชกรรมป้องกัน

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากข้อมูลของ องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) ปี พ.ศ. ๒๕๕๐ พบว่า แรงงานต่างด้าวมียอดส่วนเป็น ๕% ของกำลังแรงงานในประเทศไทย และมีส่วนสร้างผลิตภัณฑ์มวลรวม (GDP) ของประเทศถึง ๖.๒ % ในขณะที่ประเทศไทยยังมีความเติบโตทางด้านเศรษฐกิจและต้องการแรงงานเป็นจำนวนมากและมีภาวะขาดแคลนแรงงานในประเทศ แรงงานต่างด้าว ๓ สัญชาติ (เมียนมาร์ ลาว และกัมพูชา) ในประเทศไทยมีทั้งที่ถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย ไม่มีตัวเลขแน่ชัดแต่คาดว่ามากกว่า ๓ ล้านคน แม้จะมีการผ่อนผันให้แรงงานกลุ่มนี้เข้ามาทำงานเป็นระยะเวลากว่า ๒๐ ปีแล้ว แต่การจัดการยังพบว่ามีปัญหาอยู่หลายประการ ทั้งในเรื่องการประกันสุขภาพที่ยังมีความครอบคลุมที่ต่ำ ทำให้การเข้าถึงบริการมีปัญหา ซึ่งนำไปสู่การเจ็บป่วยและภาระค่าใช้จ่ายกับสถานพยาบาล ซึ่งส่วนมากเป็นของรัฐ การดำเนินการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคยังขาดประสิทธิภาพ การให้บริการในสถานพยาบาลเองยังมีข้อสงสัยในเรื่องการบริการที่เหมาะสมสำหรับแรงงานกลุ่มนี้ รัฐบาลไม่มีนโยบายและยุทธศาสตร์ระยะยาวที่จะดำเนินการเรื่องแรงงานต่างด้าว รวมถึงการขาดเอกภาพในการกำหนดแนวทางและการประสานการปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้การดำเนินการด้านสาธารณสุขเป็นแบบเฉพาะหน้าเช่นกัน การศึกษาเพื่อให้ทราบสถานการณ์ปัญหาที่แท้จริงในมิติที่เกี่ยวข้องจะสามารถนำไปสู่การสังเคราะห์รูปแบบการดำเนินการที่เหมาะสมได้ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามแล้วยังเป็นประโยชน์ต่อในการทำให้เกิดผลิตภาพและเศรษฐกิจของประเทศอีกด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑. เพื่อศึกษาสถานการณ์การประกันสุขภาพและการจัดการด้านบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรต่างด้าวและผู้ติดตามที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย

๒. เพื่อศึกษาปัญหาในการเข้าถึงระบบบริการ และการมีหลักประกันสุขภาพของกลุ่มแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย

๓. เพื่อสังเคราะห์รูปแบบและแนวทางการประกันสุขภาพที่เหมาะสมและการจัดบริการที่เป็นมิตรกับแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม

๔. เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการดำเนินการสร้างระบบประกันสุขภาพและการจัดการระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมต่อรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้มุ่งเน้นในการแสวงหาข้อเท็จจริงในการดำเนินการประกันสุขภาพและการจัดบริการแก่กลุ่มประชากรต่างด้าวทั้งที่อยู่อย่างถูกกฎหมายและผิดกฎหมายรวมถึงผู้ติดตาม โดยมุ่งเน้นกลุ่มที่เป็นแรงงาน ๓ สัญชาติและผู้ติดตาม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพที่มุ่งเน้นการหารูปแบบที่เหมาะสมในการจัดระบบประกันสุขภาพและการจัดการด้านสุขภาพให้แก่ประชากรต่างด้าวโดยมีวิธีศึกษาด้วยการรวบรวมข้อมูลดังนี้

๑. ข้อมูลทุติยภูมิ รวบรวมโดยประมวลงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ เอกสารทั้งของทางราชการและองค์กรเอกชน สิ่งพิมพ์ ตำรา ข้อมูลจาก Web Site ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด

๒. ข้อมูลปฐมภูมิ ได้จากการดำเนินการ

๒.๑ สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้บริหารที่มีส่วนในการกำหนดนโยบายในเรื่องการจัดระบบประกันสุขภาพในกลุ่มแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามในกระทรวงสาธารณสุข 3 ท่าน

๒.๒ สัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม (Focus Group) ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หัวหน้าพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง ผู้ให้บริการสุขภาพแรงงานในพื้นที่ และตัวแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามในชุมชนต่างด้าวจังหวัดสมุทรสาคร (แรงงานเมียนมา) จังหวัดสระแก้ว (แรงงานกัมพูชา) และ จังหวัดอุบลราชธานี (แรงงานลาว)

๒.๓ จัดประชุม (Workshop) กับผู้แทนองค์กร ภาคีที่เกี่ยวข้อง ทั้งผู้แทนหน่วยงานรัฐ องค์กรระหว่างประเทศ องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร หน่วยงานวิชาการ เพื่อระดมความคิดเห็นต่อรูปแบบการประกันสุขภาพและการจัดบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มประชากรต่างด้าว

๓. วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

สถานการณ์

๑.สภาพทั่วไป

แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามที่นายจ้างพามาขึ้นทะเบียนที่ศูนย์บริการเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) ตามนโยบาย คสช. ในปี พ.ศ.๒๕๕๗ มีจำนวน ๑,๖๒๖,๒๓๕ คนเป็น กัมพูชา ๔๕.๔ % เมียนมา ๔๐.๖ % ลาว ๑๓.๙ % ไม่รวมแรงงานที่จดทะเบียนถูกต้องตามกฎหมายเดิมและผู้หลบหนีเข้าเมือง แรงงานเหล่านี้สามารถไปดำเนินการพิสูจน์สัญชาติเพื่อเข้ามาเป็นแรงงานตามกฎหมายได้เพียง ๑๙๐,๐๐๐ คน จึงต้องมีมติ ครม.ยึดการผ่อนผันออกไปอีก

๒.นโยบายและกฎหมาย

นโยบายในเรื่องแรงงานต่างด้าวขึ้นอยู่กับมติ ครม. ของรัฐบาลในแต่ละสมัย ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๓๕ ที่เริ่มมีการผ่อนผันให้มีแรงงานต่างด้าว ๓ สัญชาติเข้ามาทำงานในบางประเภทกิจการ และในบางพื้นที่จนกระทั่งขยายไปทั่วประเทศไทย หน่วยงานนโยบายในภาพรวมคือคณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง (กบร) โดยในระยะเริ่มแรก การดูแลด้านสุขภาพเป็นของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งการตรวจสุขภาพและการประกันสุขภาพ โดยมีการตรวจสุขภาพเพื่อการคัดกรองโรค ราคา ๓๐๐ บาทและประกันสุขภาพในราคา ๑,๒๐๐ บาทต่อปี มีการปรับราคาตรวจสุขภาพเป็น ๖๐๐ บาทและประกันสุขภาพเป็น ๑,๓๐๐ บาท ต่อมาเมื่อนโยบายการพิสูจน์สัญชาติเพื่อให้แรงงานเหล่านี้เข้ามาทำงานอย่างถูกกฎหมาย รวมถึงการนำเข้าตามบันทึกข้อตกลง แต่จำนวนแรงงานที่มาจากทะเบียนก็มีจำนวนมากขึ้นกับสถานการณ์ในแต่ละปี ทั้งที่จำนวนที่มีอยู่จริงน่าจะไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับแรงงานต่างด้าวมียุทธศาสตร์ ตั้งแต่ พ.ร.บ.คนเข้าเมือง พ.ศ. ๒๕๒๒, พ.ร.บ.การทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. ๒๕๕๑, พ.ร.บ.ประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๕๓ ฉบับที่ปรับแก้ไขใหม่และ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ เมื่อมีนโยบายอย่างไรก็จะมี การหาช่องทางตามกฎหมายให้สามารถดำเนินการได้ แต่ไม่มีกฎหมายสำหรับแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม โดยเฉพาะ

๓.การประกันสุขภาพ

แรงงานต่างด้าวที่อยู่ในประเทศไทยมีทางเลือกในการประกันสุขภาพ ๒ รูปแบบคือการประกันสุขภาพกับกระทรวงสาธารณสุข และการประกันสุขภาพภายใต้ระบบประกันสังคม โดยกลุ่มที่จะต้องเข้าสู่การประกันสังคมคือ กลุ่มที่ต้องเข้าเมืองอย่างถูกกฎหมายและทำงานอยู่ในสถานประกอบการที่ไม่เข้าข่ายข้อยกเว้นตามมาตรา ๕ (๖) เช่น แรงงานในภาคเกษตร แรงงานประมง คนรับใช้ตามบ้าน ซึ่งมีสัดส่วนไม่น้อย ตั้งแต่ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๖ ครม. มีมติให้กระทรวงสาธารณสุขทำประกันสุขภาพให้แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามโดยไม่คำนึงถึงสถานะทางกฎหมาย แต่ความครอบคลุมของการประกันสุขภาพก็ยังมีไม่มากนัก โดยก่อนมีนโยบายของ คสช. มีผู้ขึ้นทะเบียนในระบบประกันสังคมเพียง ๔๐๗,๐๐๐ รายและประกันกับกระทรวงสาธารณสุขเพียง ๔๔๐,๐๐๐ ราย ในขณะที่คาดว่ามีแรงงานจดทะเบียนอยู่ ๑,๒๐๐,๐๐๐ คนและแรงงานเถื่อนอีกกว่าล้านคน และการไม่เป็นสภาพบังคับ ทำให้แรงงานจำนวนหนึ่งมาซื้อประกันเมื่อเจ็บป่วยแล้ว การจ่ายเงินค่าประกัน

สุขภาพและสิทธิประโยชน์ของการประกันสุขภาพและการประกันสังคมยังมีความแตกต่างกันอยู่มาก เช่น ระยะเวลาการได้สิทธิในการรักษาพยาบาลและการครอบคลุมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กรณีประกันสุขภาพกับกระทรวงสาธารณสุขปัจจุบัน สามารถประกันแบบ ๓ เดือนราคา ๕๐๐ บาท แบบ ๖ เดือนราคา ๙๐๐ บาทและ ๑ ปีราคา ๑,๖๐๐ บาท สำหรับเด็กอายุไม่เกิน ๗ ปีราคา ๓๖๕ บาท

๔. การเข้าถึงและคุณภาพบริการ

แรงงานทุกคนที่มาขึ้นทะเบียน จะต้องตรวจสุขภาพตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ยังมีโรคที่เป็นโรคต้องห้ามในการทำงานและโรคที่ต้องทำการรักษาให้หายก่อนอนุญาตให้ทำงานที่สำคัญคือ วัณโรค ซิฟิลิส เท้าช้าง ยาเสพติดโดยเฉพาะยาบ้า มีการตรวจการตั้งครรภ์พบว่า แรงงานมีการตั้งครรภ์เกือบ ๒ หมื่นรายต่อปี แรงงานต่างด้าวที่มีประกันสุขภาพส่วนมากสามารถมาใช้บริการตามสถานพยาบาลที่กำหนดได้ แต่มักจะไม่มาใช้บริการในกรณีเจ็บป่วยไม่มากนักด้วยสาเหตุหลายประการเช่น การถูกนายจ้างยัดยัด การไม่สามารถหยุดงานหรือต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางกรณีอยู่ไกล การสื่อสารภาษาไทยไม่ได้ และกลัวการถูกจับกุมกรณีไม่มีบัตร แต่ส่วนใหญ่มีความเชื่อถือในการให้บริการ โรคที่เป็นโดยทั่วไปส่วนมากก็ไม่แตกต่างจากคนไทย หลายโรงพยาบาลมีการพัฒนาและใช้พนักงานสาธารณสุขต่างด้าว (พสต.) ช่วยให้บริการ และอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ในการดูแลแรงงานต่างด้าวในชุมชนซึ่งพบว่าได้ผลดี

๕. ปัญหา

ปัญหาสำคัญ ๑) ประเด็นนโยบายคือ การไม่มีนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ระยะยาวในการจัดการแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม ๒) ประเด็นการประกันสุขภาพคือ การที่แรงงานต่างด้าวมีอัตราการประกันสุขภาพต่ำ มีประกันหลายระบบ และการไม่มีสภาพบังคับเข้มงวด ๓) ประเด็นการเข้าถึงและคุณภาพบริการ คือ การเข้าถึงบริการน้อยกว่าคนไทย ไปสถานพยาบาลเมื่อป่วยหนัก โดยมีเหตุปัจจัยการที่เกิดจากตัวแรงงานเอง นายจ้างและการจัดบริการรวมถึงสภาพแวดล้อมของสถานบริการที่ยังไม่เป็นมิตร

๖. ข้อเสนอรูปแบบการประกันและการจัดการด้านสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม

๖.๑ การประกันสุขภาพโดยใช้นโยบายและกฎหมายปัจจุบัน

บูรณาการและประสานการปฏิบัติให้แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามต้องมีประกันสุขภาพระบบใดระบบหนึ่ง และมีผลต่อการออกใบอนุญาตทำงานและการอนุญาตให้อาศัยอยู่ในประเทศไทย ปรับชุดสิทธิประโยชน์ให้ใกล้เคียงกัน

๖.๒ การประกันสุขภาพกรณีใช้แนวทางใหม่

มีนโยบายการประกันสุขภาพระบบเดียวสำหรับแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม ออก พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานกลุ่มนี้ หรือปรับแก้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง ขึ้นทะเบียนให้มากที่สุดครอบคลุมทุกประเภทกิจการที่จำเป็นตามแผนยุทธศาสตร์ระยะยาว คำนวณและปรับเบี้ยประกันที่เหมาะสม มีการร่วมจ่ายจากทุกฝ่ายในสัดส่วนที่เหมาะสม จัดกลไกการบริหารกองทุน มีการกำกับติดตาม ประเมินผลทั้งภายในและภายนอก

๖.๓ การจัดการด้านสุขภาพ

การให้บริการสุขภาพแก่แรงงานต่างด้าวและครอบครัวควรเป็นบริการที่เป็นมิตร (Migrant Friendly Service) โดยควรให้บริการครอบคลุมทั้ง ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ โดยให้ความสำคัญกับบริการระดับปฐมภูมิ มุ่งสร้างศักยภาพในการดูแลตนเอง ความเข้มแข็งของชุมชน การสร้าง อสต.และการสาธารณสุขมูลฐาน จะทำให้การดูแลด้านสุขภาพประสบผลมากขึ้น การรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลควรมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการรับบริการ ลดอุปสรรคด้านภาษา การสื่อสารวัฒนธรรม การพัฒนาให้มี พสต. สามารถช่วยงานได้และควรเสริมสร้างเจตคติที่ดีทั้งในผู้ให้บริการและคนไทยที่อยู่ในสังคมเดียวกัน

ข้อเสนอแนะ

๑. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑.๑ รัฐบาลต้องมีนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ด้านแรงงานต่างด้าวระยะยาว (Solid Long Term Policy) โดยเป็นยุทธศาสตร์ที่ใช้ข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based)

๑.๒ รัฐบาลต้องให้ความสำคัญกับการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม โดยไม่ต้องคำนึงถึงสถานทางกฎหมายในการอยู่อาศัยในประเทศไทย

๑.๓ กรณีที่เข้าข่ายการประกันสังคม รัฐบาลต้องใช้กลไกทุกประเภทที่จะทำให้เกิดการประกันสังคมครอบคลุม ๑๐๐ % ของกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว

๑.๔ กลุ่มที่ไม่สามารถทำประกันสังคมได้ ให้การประกันสุขภาพกับกระทรวงสาธารณสุขเป็นสภาพบังคับ หากไม่ทำประกันให้ครอบคลุมระยะเวลาที่ได้รับอนุญาตให้อยู่และทำงานในประเทศไทยแล้ว ให้การผ่อนผันดังกล่าวสิ้นสุดลงทันทีและดำเนินการตามกฎหมายอย่างเข้มงวดต่อไป

๑.๕ เพิ่มสิทธิประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพ และควบคุมป้องกันโรคสำหรับแรงงานต่างด้าวในระบบประกันสังคม

กรณีการประกันตามรูปแบบทางเลือกใหม่

๑.๖ รัฐบาลรับเป็นวาระของรัฐบาลในการติดตามการจัดทำข้อเสนอตามทางเลือกใหม่

๑.๗ ให้มีคณะทำงานร่วมระหว่างกระทรวงแรงงาน สำนักงานประกันสังคม และกระทรวงสาธารณสุข ในการดำเนินการได้ตามแนวทางตามข้อเสนอดังกล่าว

๑.๘ ยกย่องพระราชบัญญัติการประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม หรือปรับแก้กฎหมาย

การจัดการด้านสุขภาพ

๑.๙ กระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้ให้บริการรายใหญ่และมีอำนาจในการดำเนินการตามกฎหมาย ต้องให้ความสำคัญต่อคุณภาพการให้บริการแก่แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามทั้งในเรื่องการตรวจสุขภาพ การทำประกันสุขภาพ และการจัดระบบบริการที่เป็นมิตร

๒. ข้อเสนอเชิงปฏิบัติ

๒.๑ กระทรวงสาธารณสุขจัดให้มีหน่วยงานที่เป็นเจ้าภาพหลักในการดูแลจัดการปัญหาสุขภาพแรงงานต่างด้าวในหน่วยงานส่วนกลางและจังหวัดอย่างเป็นทางการเพื่อเพิ่มประสิทธิผลในการดำเนินการ

๒.๒ ให้ความสำคัญกับระบบบริการปฐมภูมิเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับตัวแรงงานต่างด้าว และผู้ติดตาม พัฒนา อสต. ให้สามารถช่วยงานเจ้าหน้าที่และเป็นผู้แทนแรงงานต่างด้าวในชุมชน

๒.๓ สร้างการมีส่วนร่วมโดยเฉพาะองค์กรปกครองท้องถิ่นและภาคีสุขภาพอื่นที่ดำเนินการอยู่ในพื้นที่ โดยสร้างกลไกที่จะทำให้เกิดการทำงานร่วมกัน

๒.๔ พัฒนา พสต.ให้มีศักยภาพและหาทางจ้างงานแรงงานเหล่านี้เพื่อช่วยในการสนับสนุนให้บริการมีคุณภาพและเป็นมิตรมากขึ้น เป็นการลดภาระด้านบุคลากรที่มีความขาดแคลนอยู่แล้วในระบบ

๒.๕ พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อช่วยในการวางแผนการให้บริการแก่แรงงานต่างด้าวและการประสานการปฏิบัติระหว่างหน่วยงาน

๒.๖ เพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ โดยจัดให้มีระบบการประเมินผลทั้งภายในและภายนอก และนำผลการประเมินมาพัฒนากระบวนการ

๓. ข้อเสนอแนะการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม

ยังมีคำถามการวิจัยอีกมากที่ต้องการคำตอบในการดำเนินการในการประกันและจัดการด้านสุขภาพในแรงงานต่างด้าว โดยมีโจทย์วิจัยที่สำคัญดังนี้

๓.๑ ชุดสิทธิประโยชน์และเบี้ยประกันสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม

๓.๒ กลไกที่มีประสิทธิภาพในการบริหารกองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว

๓.๓ การออกแบบระบบข้อมูลสารสนเทศที่สามารถดำเนินการได้อย่างมีคุณภาพ

๓.๔ การจัดตั้งกองทุนกรณีแรงงานเคลื่อนย้ายในประชาคมอาเซียน