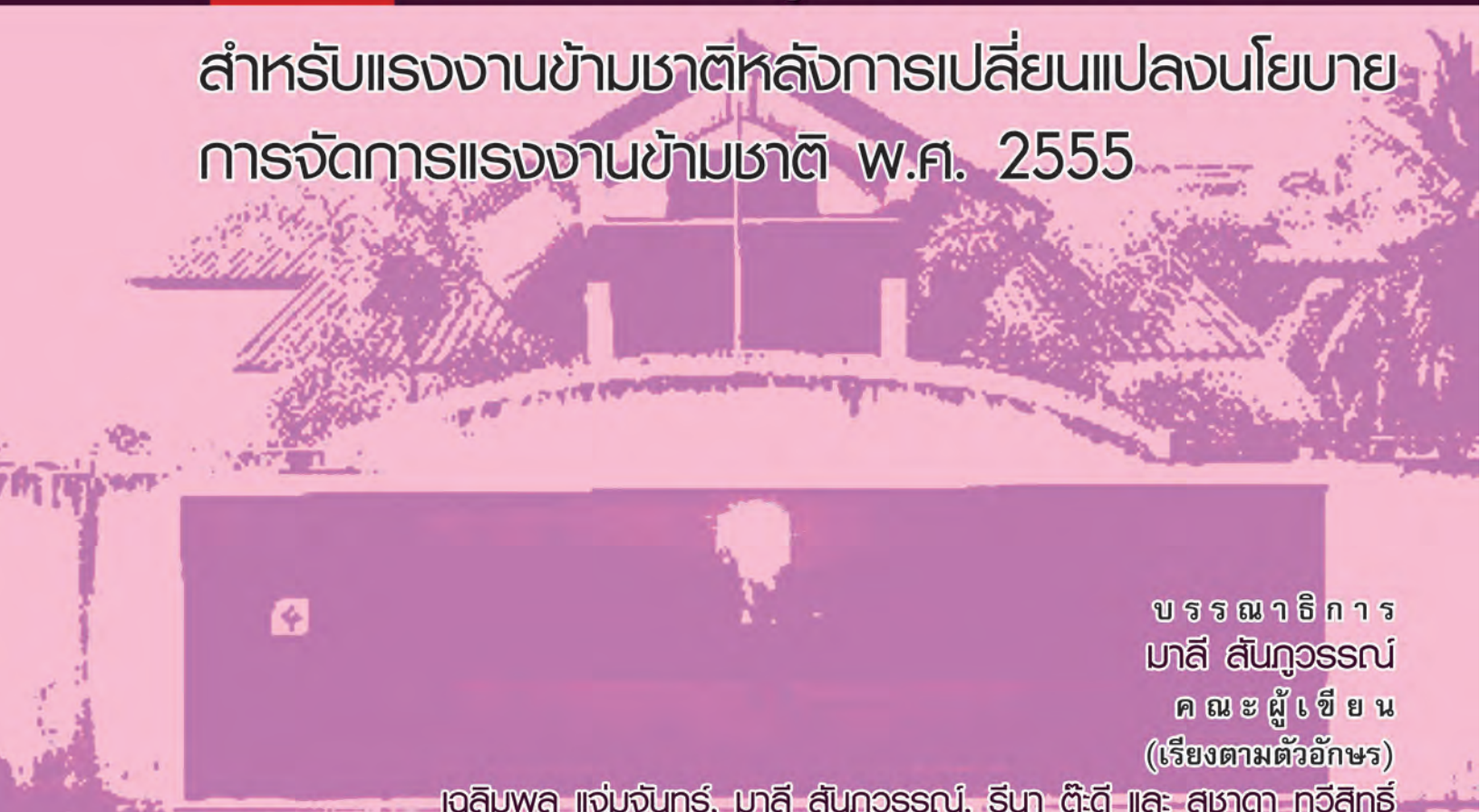
การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพและบริการสุขภาพที่เหมาะสม

สำหรับแรงงานข้ามชาติหลังการเปลี่ยนแปลงนโยบายการจัดการแรงงานข้ามชาติ พ.ศ. 2555



บรรณาธิการ
มาลี สันภูวรรณ์
คณะผู้เขียน
(เรียงตามตัวอักษร)
เฉลิมพล แจ่มจันทร์, มาลี สันภูวรรณ์, รีนา ต๊ะดี และ สุชาดา ทวีสิทธิ์
ดำเนินงานโดย:
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

สนับสนุนโดย
IRC (International Rescue Committee)

ข้อมูลทางบรรณานุกรม

การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพและบริการสุขภาพที่เหมาะสม
สำหรับแรงงานข้ามชาติหลังการเปลี่ยนแปลงนโยบายการจัดการแรงงานข้ามชาติ พ.ศ. 2555

มาลี สันภูวรรณ์, บรรณาธิการ. -- พิมพ์ครั้งที่ 1.
-- นครปฐม : สถาบันวิจัย
ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2560.
(เอกสารทางวิชาการ/สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; หมายเลข 464)
ISBN 978-616-443-000-6 (e-book)
คณะผู้วิจัย : เฉลิมพล แจ่มจันทร์, มาลี สันภูวรรณ์, รีนา ต๊ะดี และ สุชาดา ทวีสิทธิ์
1. แรงงานต่างด้าว--ไทย--สุขภาพและอนามัย. 2. นโยบายแรงงาน--ไทย. 3. แรงงานต่างด้าว--ไทย.
4. ประกันสุขภาพ. 5. บริการสุขภาพ--การบริหาร I. มาลี สันภูวรรณ์, บรรณาธิการ.
II. มหาวิทยาลัยมหิดล. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. III. ชื่อชุด.
HD8700.55 ก459 2560

ออกแบบปก รัชภร วิทยเดชากิจ
รูปเล่ม รัชภร วิทยเดชากิจ
จัดพิมพ์โดย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
พิมพ์ที่ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ตำบลศาลายา
อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170

คำนำ

รายงานวิจัยนี้ เป็นประเด็นหนึ่งในหลายๆ ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการย้ายถิ่นและแรงงานข้ามชาติที่ทางสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ให้ความสำคัญมาอย่างต่อเนื่องในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา โดยรายงายชิ้นนี้ ได้เน้นในประเด็นการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพและบริการสุขภาพที่เหมาะสม สำหรับแรงงานข้ามชาติในช่วงของการเปลี่ยนผ่านระบบบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติ และระบบบริการสุขภาพ

โครงการวิจัยนี้ ได้ศึกษาในพื้นที่สองพื้นที่ที่มีบริบทต่างกัน โดยพื้นที่หนึ่งเป็นจังหวัดชั้นในที่รองรับแรงงานข้ามชาติและแรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่อยู่ในภาคอุตสาหกรรม ในขณะที่อีกพื้นที่หนึ่งเป็นจังหวัดที่มีเขตชายแดนที่รองรับแรงงานข้ามชาติจากประเทศเพื่อนบ้าน และรวมถึงชนกลุ่มน้อยที่อยู่ในพื้นที่สูง ทั้งนี้ แรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่อยู่ในภาคเกษตรและก่อสร้าง ในด้านการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ และบริการสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามในพื้นที่ศึกษาทั้งสองแห่งนั้น ได้คำนึงถึงบริบทของพื้นที่ในการดำเนินงาน โดยคำนึงถึงการเคลื่อนย้ายแรงงาน การกระจายตัวของแรงงานในภาคการทำงานต่างๆ สัดส่วนของแรงงานและผู้ติดตามที่ไม่มีประกันสุขภาพ ความสามารถในการจ่ายของแรงงาน และผู้ติดตามที่มีอยู่ในระบบประกัน และความร่วมมือของสถานบริการด้านสุขภาพในพื้นที่

รายงานฉบับนี้ ชี้ให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนนโยบายเพื่อให้แรงงานข้ามชาติ และผู้ติดตามสามารถเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพได้มากขึ้น ทั้งประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข และระบบประกันสังคมนั้น นับว่าเป็นผลดีต่อแรงงานและผู้ติดตาม อย่างไรก็ตาม ยังคงมีปัญหาและข้อท้าทายในเชิงการบริหารจัดการในการจัดการระบบประกันสุขภาพ และบริการสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามสำหรับหน่วยบริการสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานและผู้ติดตาม ทั้งนี้ ทางทีมนักวิจัยได้เสนอแนะความเหมาะสมและประโยชน์ที่แรงงานข้ามชาติ และผู้ติดตามได้รับจากระบบประกันสุขภาพทั้งสองระบบ ซึ่งน่าจะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ปฏิบัติงานและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

(รองศาสตราจารย์ ดร.รศรินทร์ เกรย์)
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม
มหาวิทยาลัยมหิดล

คำขอบคุณจากใจนักวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้คงไม่สามารถสำเร็จได้ หากปราศจากความร่วมมือของหน่วยงาน และบุคคลที่ให้ข้อมูลสำหรับการศึกษาในพื้นที่ศึกษาทั้งสองพื้นที่ รวมทั้งผู้ปฏิบัติงานในส่วนกลาง และที่ขาดไม่ได้คือพนักงานสัมภาษณ์ที่เป็นแรงงานข้ามชาติ และผู้ประสานงานในพื้นที่ที่ทำงานอย่างเข้มข้น เพื่อให้ได้ข้อมูลและเข้าถึงแรงงานข้ามชาติกลุ่มต่างๆ อย่างไม่ย่อท้อ

ทีมวิจัยขอขอบคุณ การต้อนรับที่อบอุ่นและเป็นมิตรจากผู้ให้ข้อมูลหลัก แรงงานและผู้ประสานงานทุกท่านที่ทำให้การทำงานของทีมวิจัยเป็นไปได้ด้วยดี ทำให้ทีมวิจัยได้เข้าถึงสถานการณ์จริงและข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับการศึกษานี้

ขอบคุณสำหรับทุกๆ ความร่วมมือ และการสนับสนุนจากบุคคลหลากหลายในสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ขอขอบคุณ International Rescue Committee (IRC) ที่ให้ทุนสนับสนุนสำหรับงานวิจัยนี้ และขอบคุณผู้ประสานงานจาก IRC คุณโรยทราย วงศ์สุบรรณ และคุณอดิศร เกิดมงคล ที่ให้เกียรติและสนับสนุนการทำงานของคณะวิจัยอย่างดียิ่ง

ทางทีมวิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่นำเสนอในรายงานฉบับนี้ จะเป็นงานที่มีประโยชน์ชิ้นหนึ่งสำหรับผู้ที่สนใจในงานด้านสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติ ผู้ปฏิบัติและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย

ด้วยความขอบคุณจากใจ
คณะนักวิจัย
พฤษภาคม 2560

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การศึกษาการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ และบริการสุขภาพที่เหมาะสม สำหรับแรงงานข้ามชาติหลังการเปลี่ยนแปลงนโยบายการจัดการแรงงานข้ามชาติ พ.ศ. 2555 มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบการบริหารจัดการ และบริการด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ รวมทั้งกลไกสนับสนุนการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ความเหมาะสม และประโยชน์ที่แรงงานข้ามชาติได้รับของระบบประกันสุขภาพ และประกันสังคมในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ทั้งนี้ เพื่อให้ข้อเสนอแนะในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ และบริการด้านสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ในแต่ละกลุ่มอย่างเหมาะสม

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้ ประกอบด้วยวิธีการเชิงคุณภาพเป็นหลัก สนับสนุนด้วยวิธีการเชิงปริมาณ การศึกษาเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์ระดับลึก ผู้ให้ข้อมูลสำคัญโดยใช้แนวคำถาม จำนวน 87 คน โดยเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพและแรงงานจากองค์กรภาครัฐ และเอกชนและนายจ้าง จำนวน 39 คน แรงงานข้ามชาติที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพ ระบบประกันสังคม และไม่ได้อยู่ในระบบประกันใดๆ เลย จำนวน 48 คน ส่วนการศึกษาเชิงปริมาณ ใช้การสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง และเลือกตัวอย่างแบบโควต้า (quota sampling) มีแรงงานข้ามชาติจากเมียนมาร์ ลาว และกัมพูชา ที่เป็นตัวอย่างในการศึกษา รวมทั้งสิ้น 350 คน ทั้งนี้มีพื้นที่หลักในการศึกษาสองพื้นที่ คือจังหวัดสมุทรปราการ และจังหวัดเชียงใหม่

ผลการศึกษา พบว่า การบริหารจัดการในระบบประกันสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามมีอยู่สองระบบด้วยกัน โดยระบบหนึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของสำนักงานประกันสังคม ส่วนอีกระบบหนึ่งอยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติในระบบประกันสังคมนั้นเป็นแบบแผนเดียวกันทั้งประเทศ ส่วนการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติ ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุขนั้น มีทั้งวิธีการบริหารจัดการแบบให้สถานบริการที่เป็นคู่สัญญาในการให้บริการปฐมภูมิ (contracted unit of primary care) ดำเนินการ หรือเรียกว่า CUP-based management และการบริหารจัดการแบบบริหารจัดการร่วมในระดับจังหวัด หรือเรียกว่า Provincial pooling ทั้งนี้ ขึ้นกับบริบทของพื้นที่โดยคำนึงถึงการเคลื่อนย้ายแรงงาน การกระจายตัวของแรงงานในภาคการทำงานต่างๆ สัดส่วนของแรงงาน และผู้ติดตามที่ไม่มีประกันสุขภาพ ความสามารถในการจ่ายของแรงงาน และผู้ติดตามที่มีอยู่ในระบบประกัน และความร่วมมือของสถานบริการด้านสุขภาพในพื้นที่

ส่วนปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ และบริการสุขภาพในระบบประกันสังคมนั้น ประกอบด้วย

1) แม้ว่าในระบบประกันสังคมจะมีกฎหมายรองรับและอยู่ในสภาพบังคับ แต่ยังมีแรงงานข้ามชาติบางส่วนถูกกันออกจากระบบด้วยความไม่เข้าใจ ดังนั้น จึงต้องอาศัยความร่วมมือจากนายจ้าง และบทบาทของสภาองค์การนายจ้างร่วมกับประกันสังคมในการชี้แจง และทำความเข้าใจ

2) เนื่องจากไม่มีข้อกำหนด เรื่องการส่งเสริมและป้องกันโรคจากประกันสังคม ดังนั้น การการจัดสรรงบประมาณการส่งเสริม และป้องกันโรคจึงควรได้รับการพิจารณา นอกจากนั้นแล้ว แนวคิดเรื่องการทำการส่งเสริมและป้องกันโรคอย่างครอบคลุม (universal health promotion and prevention) ของกระทรวงสาธารณสุข ควรให้พนักงานสาธารณสุขต่างด้าว (พสต.) และอาสาสมัครสาธาณสุขต่างด้าว (อสต.) มีความรู้และมีบทบาทมากขึ้น

3) การได้รับใบอนุญาตทำงานล่าช้า ทำให้เข้าสู่ระบบประกันสังคมล่าช้าตามไปด้วย ทั้งนี้เนื่องจากใบอนุญาตทำงานเป็นเอกสารประกอบการขึ้นทะเบียนประกันสังคม ดังนั้น จึงทำให้เกิดช่องว่างระหว่างที่รอการเข้าสู่ระบบประกันสังคมยาวนานมากขึ้น (จากที่ต้องรอส่งเงินสมทบครบ 3 เดือน) และไม่สอดคล้องกับบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีระยะเวลา 3 เดือน ซึ่งส่งผลต่อการเข้าถึงบริการของแรงงานข้ามชาติ ดังนั้น การดำเนินการออกเอกสารใบอนุญาตทำงานต้องได้รับความร่วมมือระหว่างกระทรวงแรงงาน และสำนักงานประกันสังคม โดยอาจมีข้อตกลงร่วมกันว่า สามารถใช้ใบรับรอง หรือใบเสร็จรับเงินตัวจริงของการออกใบอนุญาตทำงานแทนใบอนุญาตทำงานได้

4) ทัศนคติของนายจ้างต่อประกันสังคมของแรงงานข้ามชาติ นายจ้างบางส่วนยังไม่เข้าใจเรื่องสิทธิประกันสังคมของแรงงาน ทำให้ไม่นำแรงงานข้ามชาติเข้าสู่ระบบประกันสังคม แม้ว่า ที่ผ่านมาจะมีความร่วมมือในพื้นที่ เพื่อชี้แจงทำความเข้าใจกับนายจ้าง แต่อาจยังไม่เพียงพอต่อการตัดสินใจของนายจ้าง ดังนั้น การประชาสัมพันธ์และการทำงานเชิงรุกของสำนักงานประกันสังคม และจัดหางานจังหวัด จึงยังมีความจำเป็นเพื่อให้นายจ้างเข้าใจและเห็นความสำคัญของการนำแรงงานข้ามชาติเข้าสู่ระบบประกันสังคม ส่วนนายจ้างบางส่วนที่เห็นความสำคัญของประกันสังคมและต้องการให้แรงงานเข้าสู่ระบบ แต่สถานประกอบการไม่เข้าข่ายคุ้มครอง ดังนั้นประกันสังคมอาจต้องมีการพิจารณา เรื่องการเปิดกิจการบางประเภทที่มีการจ้างงานตลอดปีเพื่อให้เข้าข่ายประกันสังคมได้มากขึ้น เช่น งานบ้าน และประมงขนาดเล็ก เป็นต้น

5) การเรียกเก็บเงินจากประกันสังคมผิดประเภท ทำให้หน่วยบริการสุขภาพเสียประโยชน์ ดังนั้น เจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่ในการเบิกจ่ายต้องมีความรู้ และความเข้าใจในการเบิกจ่ายเงินจากกองทุนต่างๆ ในระบบประกันสังคม ทั้งนี้ สำนักงานประกันสังคมกับสถานบริการสาธารณสุขคู่สัญญา ควรทำงานร่วมกันในการให้ความรู้และคำปรึกษาเรื่องการเบิกจ่ายจากกองทุนต่างๆ ของประกันสังคมอย่างถูกต้อง เพื่อให้สถานบริการสาธารณสุขคู่สัญญาได้ประโยชน์ตามที่ควรจะเป็น

6) ฐานข้อมูลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่ตรงกัน ทำให้เกิดปัญหาในการเชื่อมโยงข้อมูลและการเบิกจ่ายเงินและการเรียกเก็บ ดังนั้น การกำหนดฐานข้อมูลของแรงงานข้ามชาติต้องสอดคล้องตรงกัน เช่น การยึดการเรียงลำดับชื่อ – สกุล ตามหนังสือเดินทาง หรือตามบัตรอนุญาตทำงาน เป็นต้น เพื่อเกิดการเชื่อมโยงข้อมูลและลดปัญหาความล่าช้าในการเบิกจ่าย

7) แม้ว่า สถานบริการสุขภาพของเอกชนจะเข้ามารับประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในระบบประกันสังคม อย่างไรก็ตาม การรับภาระเมื่อแรงงานมีภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง และมีค่าใช้จ่ายสูงกลับถูกผลักให้เป็นภาระของสถานบริการภาครัฐ ดังนั้น ควรมีข้อตกลงระหว่างสำนักงานประกันสังคมกับโรงพยาบาลคู่สัญญาให้ชัดเจนในกรณีดังกล่าวว่า จะดำเนินการอย่างไร เพื่อไม่ให้เป็นการผลักภาระให้กับสถานบริการภาครัฐ

8) ปัญหาเรื่องความคุ้มทุนในการรับประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ที่เป็นผู้ประกันตนของประกันสังคมที่เป็นข้อกังวลของสถานบริการสุขภาพ ต้องมีการศึกษาต่อไปว่า จำนวนผู้ประกันตนเท่าไรในสถานบริการสุขภาพแต่ละประเภท จึงจะเกิดความคุ้มทุนในการให้บริการ

สำหรับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของระบบประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติของกระทรวงสาธารณสุขนั้น ประกอบด้วย

1) การปรับเพิ่มราคาบัตรประกันสุขภาพ และราคาบัตรประกันสุขภาพในบางกลุ่ม ยังถูกตั้งคำถามถึงราคาที่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มอายุ 7 - 15 ปี แม้ว่า จะเพิ่มสิทธิประโยชน์ แต่ยังขาดการประชาสัมพันธ์และสร้างความเข้าใจกับกลุ่มเป้าหมาย ส่งผลต่อการตัดสินในซื้อบัตรประกันสุขภาพ และอาจทำให้จำนวนผู้ซื้อบัตรประกันสุขภาพลดลง ดังนั้น การทำงานเชิงรุกเพื่อประชาสัมพันธ์และสร้างความเข้าใจ เรื่องการเพิ่มราคาบัตรประกันสุขภาพที่มาพร้อมกับสิทธิประโยชน์ที่มากขึ้น โดยอาศัยบทบาทของ องค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่ พสต. อสต. และนายหน้าจึงมีความจำเป็นในการดำเนินการ ส่วนราคาบัตรประกันสุขภาพสำหรับผู้ติดตามบางกลุ่มที่ถูกมองว่าแพงเกินไปนั้น อาจต้องการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาราคาบัตรในแต่ละกลุ่มอีกครั้ง เพื่อความเหมาะสม

2) การซื้อบัตรประกันสุขภาพของคนข้ามชาติ ไม่เกิดการกระจายความเสี่ยง เนื่องจากผู้ที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพ คือผู้ที่ต้องการรักษาพยาบาลเท่านั้น และการประกันสุขภาพไม่ได้อยู่ในสภาพบังคับ ดังนั้น เพื่อกระจายความเสี่ยงด้านงบประมาณ การประกันสุขภาพของคนข้ามชาติควรอยู่ในสภาพบังคับ โดยมีนโยบายระดับชาติ เช่น การใช้มติ ครม.กำหนดให้แรงงานข้ามชาติ และผู้ติดตามต้องมีประกันสุขภาพระบบใดระบบหนึ่งคือประกันสุขภาพ หรือประกันสังคมตามเงื่อนไขของกฎหมาย พร้อมทั้งการใช้อำนาจของอธิบดีกรมการจัดหางานออกเงื่อนไขในการขอให้แสดงเอกสารประกันสุขภาพในการขออนุญาตทำงานตามมาตรา 9 ของ พ.ร.บ.การทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2551

3) แรงงานไม่ต่อประกันสุขภาพ เนื่องจากช่องว่างของการออกบัตรอนุญาตทำงาน โดยมีเพียงแค่การรับรองว่าเป็นผู้มีสุขภาพดี ทำให้การประกันสุขภาพสำหรับแรงงานไม่มีความจำเป็น ตลอดจนความไม่สอดคล้องของระยะเวลาของบัตรอนุญาตทำงาน และบัตรประกันสุขภาพ ซึ่งบัตรประกันสุขภาพมีระยะเวลาน้อยกว่าบัตรอนุญาตทำงาน รวมทั้งการยึดพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับหน่วยงานของตนเองเป็นหลัก ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างบัตรอนุญาตทำงานกับการประกันสุขภาพ ส่วนนโยบายที่มีอยู่นั้นเป็นนโยบายระยะสั้นปีต่อปี ทำให้ไม่สามารถกำหนดนโยบายระยะยาวได้ ดังนั้น การทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวงแรงงานและกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้บัตรทั้งสองประเภทมีความสอดคล้องกันจึงเป็นเรื่องจำเป็น จึงควรมีหน่วยงานกลางในการเชื่อมประสานและวางนโยบายระดับชาติ รวมทั้งการกำหนดอายุของบัตรอนุญาตทำงาน และบัตรประกันสุขภาพให้สอดคล้องกันเพื่อแก้ปัญหาความไม่สอดคล้อง หรือไม่เชื่อมโยงในการทำงานระหว่างหน่วยงาน

4) นโยบายและหลักการของกระทรวงสาธารณสุข มีความชัดเจน แต่แนวทางในการปฏิบัติตามนโยบายยังขาดความชัดเจน มีการตีความประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องการขายประกันสุขภาพให้คนต่างด้าว

(คนข้ามชาติ) โดยเฉพาะในประเด็นคำนิยามของคนต่างด้าวที่สามารถซื้อบัตรประกันสุขภาพได้ การตีความสิทธิในบัตรประกันสุขภาพเกี่ยวกับการคลอดและการดูแลหลังคลอด 28 วัน รวมทั้งการตีความให้การซื้อบัตรประกันสุขภาพผูกติดกับเอกสาร และการรับรองจากนายจ้าง ทำให้แรงงานและผู้ติดตามบางส่วนไม่สามารถซื้อบัตรประกันสุขภาพได้ ดังนั้นจึงควรต้องมีการชี้แจงรายละเอียดเพิ่มเติม และกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนยังมีความจำเป็นสำหรับการดำเนินการในพื้นที่ว่าใช้หรือไม่ใช้ ถ้าใช้เป็นเอกสารอะไรบ้าง รวมทั้งการให้ข้อมูลเหล่านี้ถึงแรงงานโดยตรงและผ่านองค์กรพัฒนาเอกชน พสต. อสต. และนายหน้า

5) การให้ข้อมูลข่าวสารสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้มีส่วนได้เสียยังไม่เพียงพอ รวมทั้งการขาดการทำงานเชิงรุกในการดำเนินการขายบัตรประกันสุขภาพ ทำให้แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามบางส่วนไม่ได้เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพระบบใดระบบหนึ่ง ดังนั้น การทำงานเชิงรุกเพื่อให้ข้อมูลในเรื่องความสำคัญของการประกันสุขภาพ การซื้อบัตร สิทธิประโยชน์ของบัตร ร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่ พสต. อสต. นายหน้า และนายจ้าง จึงมีความจำเป็น

6) การจัดสรรเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลด้วยยาต้านไวรัส (ARV) เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ยังไม่มั่นใจในเรื่องความต่อเนื่องในการเบิกจ่ายค่ายาต้านไวรัสสำหรับคนข้ามชาติ ดังนั้น แนวปฏิบัติและการดำเนินการเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ปฏิบัติ ควรได้รับการพิจารณาจากกลุ่มงานประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข

7) ปัญหาการนำเข้าข้อมูลของการประกันสุขภาพคนข้ามชาติ ที่เชื่อมโยงกับฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในพื้นที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจากปัญหาเชิงระบบ ดังนั้น ควรต้องมีการพัฒนาระบบเพื่อรองรับ ทั้งนี้ เพื่อสะดวกต่อการเบิกจ่ายงบประมาณจากส่วนกลาง

8) ฐานข้อมูลที่จำเป็นยังขาดการแบ่งปันระหว่างหน่วยงาน รวมทั้งระบบฐานข้อมูลที่จะรองรับการประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ และผู้ติดตามที่ยังคงมีปัญหา รวมทั้งการขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น การบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพและบริการสุขภาพแรงงานข้ามชาติที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องมีการประสานงาน และการบูรณาการทิศทางนโยบายและแนวทางการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัดที่ไปในทิศทางเดียวกัน

9) ระบบบริการสุขภาพที่ผ่านมา ไม่ได้ถูกออกแบบมาให้รองรับคนข้ามชาติอย่างเป็นมิตร และการจ้าง พสต. ยังไม่มีความชัดเจน และในบางพื้นที่ไม่สามารถจ้างในอัตราที่เหมาะสมกับความรู้ความสามารถได้ ดังนั้น การกำหนดแนวทางที่ชัดเจนเกี่ยวกับการจัดจ้าง พสต. ที่สามารถทำงานทั้งเชิงรับในสถานพยาบาลและเชิงรุกในชุมชนเป็นหนึ่งในข้อควรพิจารณา

10) ในการเข้าถึงหลักประกันทางสุขภาพรวมถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ และผู้ติดตาม “นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการ” เป็นหนึ่งในตัวแปรที่สำคัญ การเพิ่มความตระหนักถึงหน้าที่ในการจัดหาหลักประกันทางสุขภาพให้แก่แรงงาน และการบังคับใช้กฎหมายในบทบาทหน้าที่ที่นายจ้างพึงปฏิบัติ รวมถึงการแก้ไขปัญหาโบรกเกอร์ (นายหน้า) และนายจ้างรับจ้างเป็นเรื่องที่ต้องดำเนินการ

สำหรับ การเข้าถึงประกันสังคมและบัตรประกันสุขภาพ ยังมีแรงงานข้ามชาติ และผู้ติดตามบางส่วนที่ยังไม่สามารถเข้าถึงระบบประกันสุขภาพและบริการสุขภาพได้ ด้วยข้อจำกัดในเรื่องของสถานะบุคคลในประเทศไทย การสื่อสาร รวมทั้งการประกันสุขภาพอยู่ในสภาพของการสมัครใจ ส่วนความรู้ความตระหนักในชุดสิทธิประโยชน์ของ

ระบบประกันสุขภาพ แรงงานที่มีประกันสุขภาพทั้งบัตรประกันสุขภาพและประกันสังคม ยังไม่รู้สิทธิประโยชน์ว่าครอบคลุมสิทธิประโยชน์อะไรบ้าง และยังไม่มั่นใจว่าแรงงานข้ามชาติจะสามารถเข้าสิทธิประโยชน์เหล่านั้นเช่นเดียวกับคนไทยหรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแรงงานข้ามชาติที่อยู่ในระบบประกันสังคม ในขณะที่ความคาดหวังต่อระบบประกันสุขภาพที่รัฐไทยจัดให้นั้น แรงงานต่างชาติมีความคาดหวังที่จะได้รับบริการสุขภาพในมาตรฐานเดียวกับคนไทย นอกจากนี้ แรงงานต่างชาติส่วนหนึ่งยังระบุถึงความจำเป็นในการมีล่ามในสถานบริการสุขภาพ เพื่อแก้ปัญหาในการสื่อสาร รวมถึงความจำเป็นในการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์ของระบบบริการสุขภาพที่แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามมีอยู่ ส่วนปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพนั้น เนื่องจากสถานะการอยู่อาศัยในประเทศไทยที่ไม่มีเอกสาร และไม่มีประกันสุขภาพในระบบใดเลย ซึ่งจะกลายเป็นภาระของสถานบริการสุขภาพ กรณีที่เขาเหล่านั้นไม่มีความสามารถในการจ่าย นอกจากนั้น ยังมีอุปสรรคในเรื่องภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร การเดินทาง และการไปรับการรักษาส่งผลกระทบต่อการทำงาน รวมทั้งขาดข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการซื้อบัตรประกันสุขภาพสำหรับแรงงานและผู้ติดตาม รวมทั้งราคาบัตรในบางกลุ่มอายุที่แรงงานและผู้ติดตามมองว่าแพงเกินไป ส่วนปัจจัยที่ทำให้แรงงานสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ดีขึ้นนั้น ได้แก่ การมีเอกสารทางกฎหมาย การมีล่ามแปลภาษาในสถานบริการสุขภาพ การมีบัตรประกันสุขภาพ สามารถเข้ารับการรักษาในสถานบริการใดก็ได้ การมีคนคอยช่วยเหลือในการไปรับบริการ และการบริการที่เป็นมิตรของผู้ให้บริการ

ส่วนข้อเสนอแนะความเหมาะสม และประโยชน์ที่แรงงานข้ามชาติได้รับของระบบประกันสุขภาพในส่วนของระบบประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย

1) แรงงานส่วนใหญ่คุ้นเคยกับระบบ

2) สามารถเข้ารับการบริการจากสถานบริการที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดได้ทุกแห่ง โดยเฉพาะในกรณีที่มีการจัดการแบบ provincial pooling

3) ในกรณีที่รอเข้าสู่ระบบประกันสังคมที่มีช่วงเวลา 3 เดือน สามารถได้รับบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานตามมาตรฐานได้

4) ในกรณีของแรงงานและผู้ติดตามที่ไม่สามารถเข้าสู่ระบบประกันสังคมได้ แต่ได้สามารถได้รับการประกันสุขภาพและได้รับบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานตามมาตรฐาน

ในขณะที่ความเหมาะสม และประโยชน์ที่แรงงานข้ามชาติได้รับของระบบประกันสังคม ประกอบด้วย

1) สามารถเข้ารับการบริการจากสถานบริการที่ระบุและจากสถานบริการในเครือข่ายที่รับประกันสังคม

2) หากทำงานในสถานประกอบการที่เข้าสู่ระบบประกันสังคมแรงงานข้ามชาติทุกคนควรเข้าสู่ระบบประกันสังคม

3) มีสิทธิประโยชน์ที่มากกกว่าระบบประกันสุขภาพได้รับความคุ้มครองใน 7 กรณี ได้แก่ กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ทุพลภาพ ตาย คลอดบุตร สงเคราะห์บุตร ชราภาพ และว่างงาน

สำหรับข้อเสนอแนะในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ และบริการด้านสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ในแต่ละกลุ่มนั้น แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามทุกคนควรต้องถูกบังคับให้อยู่ในระบบประกันสุขภาพระบบใดระบบหนึ่ง ทั้งนี้ เพื่อให้มีหลักประกันสุขภาพและสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ และจะสามารถลดภาระทางด้านค่าใช้จ่ายของสถานบริการสุขภาพ รวมทั้งให้คนข้ามชาติและผู้ติดตามทุกคนได้รับบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานตามมาตรฐาน รายละเอียดดังต่อไปนี้

1) กลุ่มที่มาตาม MOU: ควรอยู่ภายใต้ระบบประกันสังคม ทั้งนี้ เนื่องจากมีสิทธิประโยชน์ที่มากกว่าระบบประกันสุขภาพ อย่างไรก็ตาม แรงงานต้องได้รับการตรวจสุขภาพก่อนการให้ใบอนุญาตทำงานและขึ้นทะเบียนประกันสังคมทุกราย

2) กลุ่มที่อยู่ระหว่างรอพิสูจน์สัญชาติ: ควรอยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ทั้งนี้ เพื่อให้แรงงานทุกคนมีหลักประกันสุขภาพ และต้องมีการตรวจสุขภาพก่อนการให้ใบอนุญาตทำงานทุกราย

3) กลุ่มที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติ: ขึ้นกับประเภทกิจการที่แรงงานข้ามชาติทำ หากเป็นกิจการที่เข้าร่วมระบบประกันสังคม แรงงานก็ควรอยู่ภายใต้ระบบประกันสังคม และหากไม่เข้าร่วมระบบประกันสังคมก็ควรอยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ต้องมีการตรวจสุขภาพก่อนการให้ใบอนุญาตทำงานทุกราย อย่างไรก็ตาม การพิจาณาเพิ่มเติมโดยเปิดให้งานบางประเภท เช่น ประกอบกิจการ แต่เป็นบุคคลธรรมดาเข้าสู่ระบบประกันสังคมได้มากขึ้น น่าจะเป็นโอกาสอย่างหนึ่งของการให้แรงงานเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพได้มากขึ้น นอกจากนั้นแล้ว การประชาสัมพันธ์ให้นายจ้างเห็นความความสำคัญของการประกันสุขภาพของแรงงาน โดยอาศัยความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ แรงงาน ความมั่นคงยังมีความจำเป็น

4) กลุ่มที่ไม่ได้จดทะเบียน: ควรอยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ และมีการตรวจสุขภาพก่อนซื้อบัตรประกันทุกราย อย่างไรก็ตาม ควรต้องมีการศึกษาเพื่อทบทวนราคาบัตรที่เหมาะสมสำหรับแต่ละกลุ่มอีกครั้ง รวมทั้งการขายบัตรประกันสุขภาพที่ยึดติดกับตัวเลขสถานะบุคคล อาจต้องมีการหาวิธีการอื่นที่สามารถระบุตัวบุคคลได้ เช่น การใช้ตัวชี้วัดทางชีวภาพ (biomarkers) เป็นต้น ทั้งนี้ รวมถึงการประชาสัมพันธ์ให้แรงงาน และผู้ติดตามเห็นความสำคัญของการประกันสุขภาพ โดยอาศัยความร่วมมือของทั้งภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน นับว่ามีความสำคัญ และ อสต.ควรจะมีบทบาทในการช่วยการประชาสัมพันธ์ดังกล่าว

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบการบริหารจัดการและบริการด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ รวมทั้งกลไกสนับสนุนการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ความเหมาะสมและประโยชน์ที่แรงงานข้ามชาติได้รับ ของระบบประกันสุขภาพและประกันสังคมในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ และบริการด้านสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ในแต่ละกลุ่มอย่างเหมาะสม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ในการศึกษาประกอบด้วยวิธีการเชิงคุณภาพเป็นหลัก สนับสนุนด้วยวิธีการเชิงปริมาณ การศึกษาเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์ระดับลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ โดยใช้แนวคำถาม จำนวน 87 คน ส่วนการศึกษาเชิงปริมาณของการศึกษานี้ ใช้แบบสอบถามแบบมีโครงสร้างเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ในแรงงานข้ามชาติกลุ่มต่างๆ สามสัญชาติ (เมียนมาร์ ลาว กัมพูชา) รวมทั้งสิ้น 350 คน ในพื้นที่ศึกษาสองพื้นที่ คือจังหวัดสมุทรปราการ และจังหวัดเชียงใหม่

ผลการศึกษา พบว่า การบริหารจัดการในระบบประกันสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม มีอยู่สองระบบ คือระบบที่อยู่ภายใต้การดูแลของภายใต้สำนักงานประกันสังคม และระบบที่อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติในระบบประกันสังคมนั้น เป็นแบบแผนเดียวกันทั้งประเทศ ส่วนการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติ ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุขนั้น มีทั้งวิธีการบริหารจัดการแบบให้สถานบริการที่เป็นคู่สัญญาในการให้บริการปฐมภูมิ (contracted unit of primary care) ดำเนินการ หรือเรียกว่า CUP-based management และการบริหารจัดการแบบบริหารจัดการร่วมในระดับจังหวัดหรือเรียกว่า Provincial pooling ทั้งนี้ขึ้นกับบริบทของพื้นที่

ส่วนปัญหาอุปสรรคในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ และบริการสุขภาพในระบบประกันสังคมนั้นประกอบด้วย แรงงานข้ามชาติบางส่วนถูกกันออกจากระบบด้วยความไม่เข้าใจ เข้าสู่ระบบประกันสังคมล่าช้า เนื่องจากได้รับใบอนุญาตทำงานล่าช้า นายจ้างบางส่วนยังไม่เข้าใจเรื่องสิทธิประกันสังคมของแรงงาน ทำให้ไม่นำแรงงานข้ามชาติเข้าสู่ระบบประกันสังคม ไม่มีข้อกำหนดเรื่องการส่งเสริมและป้องกันโรค การเรียกเก็บเงินจากประกันสังคมผิดประเภททำให้หน่วยบริการสุขภาพเสียประโยชน์ ฐานข้อมูลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่ตรงกัน ทำให้เกิดปัญหาในการเชื่อมโยงข้อมูล การเบิกจ่ายเงินและการเรียกเก็บ การรับภาระของภาครัฐเมื่อแรงงานมีภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังมีค่าใช้จ่ายสูง และปัญหาเรื่องความคุ้มทุนในการรับประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ที่เป็นผู้ประกันตนของประกันสังคม

สำหรับปัญหา อุปสรรค ของระบบประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติของกระทรวงสาธารณสุขนั้นประกอบด้วย การปรับเพิ่มราคาบัตรประกันสุขภาพ ส่งผลต่อการตัดสินในซื้อบัตรประกันสุขภาพ การซื้อบัตรประกันสุขภาพของคนข้ามชาติ ไม่เกิดการกระจายความเสี่ยง แรงงานไม่ต่อประกันสุขภาพ นโยบายและหลักการมีความชัดเจน แต่มีการตีความที่แตกต่างกันของพื้นที่ การให้ข้อมูลข่าวสารสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้มีส่วนได้เสียยังไม่เพียงพอ ขาดการทำงานเชิงรุกในการดำเนินการขายบัตรประกันสุขภาพ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ยังไม่มั่นใจในเรื่อง

ความต่อเนื่อง ในการเบิกจ่ายค่ายาต้านไวรัสสำหรับคนข้ามชาติ ปัญหาการนำเข้าข้อมูลของการประกันสุขภาพคนข้ามชาติที่เชื่อมโยงกับฐานข้อมูลของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ฐานข้อมูลที่จำเป็นยังขาดการแบ่งปันระหว่างหน่วยงาน ขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ระบบบริการสุขภาพที่ผ่านมาไม่ได้ถูกออกแบบมาให้รองรับคนข้ามชาติอย่างเป็นมิตร การจ้างพนักงานสาธารณสุขต่างด้าวยังไม่มีความชัดเจน และนายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการยังขาดความเข้าใจในเรื่องการเข้าถึงหลักประกันทางสุขภาพ รวมถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ และผู้ติดตาม

สำหรับในส่วนของแรงงานนั้น พบว่า การเข้าถึงประกันสังคมและบัตรประกันสุขภาพ ยังมีแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามบางส่วน ที่ยังไม่สามารถเข้าถึงระบบประกันสุขภาพและบริการสุขภาพได้ ด้วยข้อจำกัดในเรื่องของสถานะบุคคลในประเทศไทย การสื่อสาร รวมทั้งการประกันสุขภาพอยู่ในสภาพของการสมัครใจ ส่วนความรู้ความตระหนักในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพ แรงงานที่มีประกันสุขภาพทั้งบัตรประกันสุขภาพ และประกันสังคม ยังไม่รู้ความครอบคลุมของสิทธิประโยชน์ และยังไม่มั่นใจว่าจะสามารถเข้าถึงสิทธิประโยชน์เหล่านั้นเช่นเดียวกับคนไทยหรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแรงงานข้ามชาติที่อยู่ในระบบประกันสังคม ในขณะที่ความคาดหวังต่อระบบประกันสุขภาพที่รัฐไทยจัดให้นั้น แรงงานต่างชาติมีความคาดหวังที่จะได้รับบริการสุขภาพในมาตรฐานเดียวกับคนไทย นอกจากนี้ แรงงานต่างชาติหลายคนยังระบุถึงความจำเป็นในการมีล่ามในสถานบริการสุขภาพ เพื่อแก้ปัญหาในการสื่อสาร รวมถึงความจำเป็นในการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์ของระบบบริการสุขภาพที่แรงงานข้ามชาติ และผู้ติดตาม และปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพนั้น เนื่องจากสถานะการอยู่อาศัยในประเทศไทยที่ไม่มีเอกสาร และไม่มีประกันสุขภาพในระบบใดเลย อุปสรรคในเรื่องภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร การเดินทางและการไปรับการรักษาส่งผลกระทบต่อการทำงาน รวมทั้งขาดข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการซื้อบัตรประกันสุขภาพสำหรับแรงงานและผู้ติดตาม และราคาบัตรในบางกลุ่มอายุที่แรงงาน และผู้ติดตามมองว่าไม่เหมาะสม ส่วนปัจจัยที่ทำให้แรงงานสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ดีขึ้นนั้นได้แก่ การมีเอกสารทางกฎหมาย การมีล่ามแปลภาษาในสถานบริการสุขภาพ การมีบัตรประกันสุขภาพ สามารถเข้ารับการรักษาในสถานบริการใดก็ได้ การมีคนคอยช่วยเหลือในการไปรับบริการ และการบริการที่เป็นมิตรของผู้ให้บริการ

ส่วนข้อเสนอแนะความเหมาะสมและประโยชน์ที่แรงงานข้ามชาติได้รับของระบบประกันสุขภาพและประกันสังคมในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ในส่วนของระบบประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขความเหมาะสม และประโยชน์ที่แรงงานข้ามชาติได้รับ ประกอบด้วย แรงงานส่วนใหญ่คุ้นเคยกับระบบ สามารถเข้ารับการบริการจากสถานบริการที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดได้ทุกแห่ง ในกรณีที่รอเข้าสู่ระบบประกันสังคม หรือไม่สามารถเข้าสู่ระบบประกันสังคมได้ก็สามารถได้รับบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานตามมาตรฐานได้

ในขณะที่ความเหมาะสม และประโยชน์ที่แรงงานข้ามชาติได้รับของระบบประกันสังคม ประกอบด้วย สามารถเข้ารับการบริการจากสถานบริการที่ระบุ และจากสถานบริการในเครือข่ายที่รับประกันสังคม หากทำงานในสถานประกอบการที่เข้าสู่ระบบประกันสังคม แรงงานข้ามชาติทุกคนควรเข้าสู่ระบบประกันสังคม ทั้งนี้ เนื่องจากมีสิทธิประโยชน์ที่มากกกว่าระบบประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

สำหรับข้อเสนอแนะในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ และบริการด้านสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในแต่ละกลุ่มนั้น แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามทุกคน ควรต้องถูกบังคับให้อยู่ในระบบประกันสุขภาพระบบใดระบบหนึ่ง ทั้งนี้ เพื่อเป็นหลักประกันว่าแรงงานและผู้ติดตามทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและลดภาระงบประมาณของภาครัฐ

The management of the health insurance system and health service provision which is appropriate for migrant labor after the change of migrant labor management policy B.E. 2555 (2012)

ABSTRACT

The objectives of this study were to compare the management system between the health insurance system and social security system for migrants in terms of management of health service provision, access to health services and supporting mechanisms, and appropriateness and benefits that migrants would receive. In addition, the objective was to provide recommendations on the management of the health insurance system and the health service provision system for each group of migrants.

This study employed a qualitative approach as the main method of data collection; quantitative data were collected to supplement the qualitative data. An interview guideline was used to collect data from 87 key informants. A structured questionnaire and quota sampling were used to collect data from 350 migrant workers of three nationalities (Myanmar Lao PDR, and Cambodia). The study area included Samut Prakarn and Chiang Mai Provinces.

It was found that there are two health insurance systems for migrants and their dependants; one under the management of the Social Security Office (SSO) and one under the Ministry of Public Health (MOPH). The SSO management of the health insurance system for migrants has the same system for the whole country. The MOPH system has both contracted unit of primary care - based management (CUP-based management) and a provincial pooling management system which varied depending on the provincial context.

The problems and barriers of management of the health insurance system for migrants under the SSO are several. Some migrants were excluded from the SSO system or experienced delayed entry into the SSO system. Some employers did not understand the SSO benefit for migrant workers. There was no budget for health promotion and prevention for migrants. There was misunderstanding of health personnel in processing reimbursement from the SSO system services. There was a lack of sharing information and database among related organizations. There was a cost burden faced by government health facilities and lack of cost-effectiveness of being a contracted hospital of the SSO.

The problems and barriers of management of the health insurance system for migrants under the MOPH are several. There was an increasing cost of health insurance over time. There was no risk distribution mechanism. There was a lack of renewal of health insurance premiums after one year. There was a clear policy but ambiguous practical guidelines. There was a lack of sharing of information among stakeholders and lack of an outreach program for selling health cards to migrants. There was a lack of confidence in being reimbursed for expenses for antiretroviral drug cost from the MOPH system. There was no data linkage with the national database. There was a lack of collaboration among related organizations. The system was not migrant-friendly. There was no clear policy for hiring migrant health workers as a bridge between Thai officials and the migrant community. There was a lack of understanding on access to the health insurance system for migrants by employers.

Some migrants could not access health insurance and health services due to their residential status in Thailand, language barrier or the fact that health insurance was not compulsory. Migrants did not understand what the insurance package covered. Migrants were not sure whether they would get the same benefits as their Thai counterparts, particularly in the SSO system. Some migrants needed an interpreter at health facilities as well as information on the benefits package of the health insurance. For some migrants, visiting health facilities was difficult because of their work schedule. Migrants lacked information on how to buy a health card, and some felt that the cost of the card was not appropriate. To improve migrant access to Thai health services, there should be an amnesty to regularize the status of illegal migrants. There should be interpreters at health facilities. The health insurance should allow access to any public health facility. Health care providers should be respectful and kind to the migrants. If migrants work in the sector under the SSO system, all of them should receive health insurance under that SSO system. Migrants outside the SSO system can purchase insurance through the MOPH scheme.

The findings from this study suggest that health insurance should be compulsory for all migrants and their accompanying dependents. This would guarantee that all migrants and their dependents could access health services and reduce the burden on the government budget.

The management of the health insurance system and health service provision which is appropriate for migrant labor after the change of migrant labor management policy B.E. 2555 (2012)

Executive Summary

This study on the management of health insurance system and health service provision which is appropriate for migrant labor after the change of migrant labor management policy B.E. 2555 (2012) had four main objectives. Firstly, to compare the management system between the health insurance system and social security system (the SSS) for migrants in terms of management of health service provision. Secondly, to explore the access and supporting mechanisms of migrants to get health services. Thirdly, to find the appropriate health system and its benefit that migrants would receive. Lastly, to provide recommendations on the management of the health insurance system and health service provision system for each group of migrants.

This study employed qualitative methods as the main strategy for data collection, and used quantitative data to supplement the qualitative findings. The qualitative approach consisted of in-depth interviews with an interview guideline to collect data from 87 key informants. They included 39 health care providers, and staff whose work related to migrant workers from public, private and non-profit organizations. Another 48 key informants included migrants who held different types of health insurance, namely, under the Social Security Office (SSO) system, under the Ministry of Public Health (MOPH) system, or had no health insurance. The quantitative approach employed a structured questionnaire and quota sampling to collect data from 350 migrant workers of three nationalities (Myanmar, Lao PDR and Cambodia). The study area was Samut Prakarn and Chiang Mai Provinces.

It was found that there were two health insurance systems for migrants and their accompanying dependents, namely the SSO and the MOPH systems. The SSO has a unified system for the whole country. The MOPH system has both contracted unit of primary care - based management (CUP-based management) and provincial pooling management depending on the provincial context. These contextual factors include migrants' mobility, distribution of migrants in each sector, proportion of migrants and their accompanying dependents without health insurance, migrants' affordability of health services, and collaboration among health facilities in the area.

The problems and barriers of management of the health insurance system for migrants under the SSO system consist of several issues as follows:

1) Although the SSO was established under the Social Security Act, some migrant workers were excluded from the system. This was due to the fact that there was misunderstanding of some employers about health insurance for migrants. Thus, collaboration among employers through the Employers Confederation and SSO is needed in order to explain the role of these organizations and the need to include migrants in the system.
2) As there is no budget allocation for disease prevention and health promotion, SSO needs to consider such budget. In addition, universal health promotion and prevention activities should be implemented by migrant health volunteers in order to strengthen and encourage them to play a bigger role in these activities.
3) Delays in getting work permits delayed enrollment in the SSS. This was due to the fact that a work permit is required to enroll in the SSS. There is a time gap while waiting for the enrolment in the SSS. In theory, SSO benefits begin at three months after enrollment. In fact, the process it takes longer than three months. This causes difficulties in access to health services of migrants. Hence, approval of work permits needs to be done with the collaboration between the Ministry of Labor (MOL) and the SSO. One solution is to use either the receipt for payment of the work permit or original work permit to apply for SSS coverage.
4) An employer's negative attitudes toward migrants causes exclusion of migrants from the SSS. This is due to the fact that some employers did not understand the right of migrants to enroll in the SSS. Although there was an attempt of some provincial SSO to correct misunderstanding of employers, this was not thorough enough. Outreach programs and campaigns are needed in order to make employers understand the rights of migrants and the Social Security Act that includes migrants into the SSS. In some sectors, employers recognized the importance of the SSS, but the sector was not under the SSS. Thus the SSS needs to consider the sectors that hire migrants for a whole year to be included under the SSS (e.g., domestic worker and artisanal fisheries worker).
5) Some contracted hospitals claimed the wrong types of medical expenses for services to migrants, and that created a loss for the hospitals. Thus, the staff from the contracted hospitals should clearly understand how to make a claim for medical expenses from the SSS. In order to get the right reimbursement, contracted hospitals and the SSO need to work together and the SSS has to give the correct information on how to make a claim.
6) The inconsistency of databases between related organizations causes a problem of data linkage for claiming medical expense reimbursement for treating migrants. Thus there is a need for database consistency in order to link the data and prevent the delay in claiming reimbursement. For instance, the database should use the identical first and last names as shown in the passport or work permit.
7) Although private health facilities partly play a role in health service for migrants under the SSO, cases of high-cost chronic disease are usually transferred to public health facilities. Therefore, there is a need for an MOU between the SSO and contracted hospitals to cover such a cost burden until a more permanent solution for public health facilities can be found.

8) There are challenges in achieving the cost-effectiveness of being a contracted hospital of the SSO when migrants are included in the system. This is a concern that needs further study. For instance, how many migrants at each level of health facility will be worth inclusion as a contracted hospital of the SSO

Regarding problems and barriers of health insurance for migrants under the MOPH system and suggestions, there are several issues as follows:

1) Increasing the cost of the health card and related costs is not appropriate for some groups of migrants, particularly for migrants aged 7-15 years. Although the fringe benefit of the health card increases with price, migrants still had a lack of information and understanding on buying the health card. This influenced the decision to buy the card and reduced the number of migrants who purchase a health card. The outreach program to promote the health card needs to be done by NGOs, migrant health volunteers and brokers. Further study is needed in order to determine the appropriate price of the health card for different groups.
2) There was no risk distribution of selling health cards because migrants who bought the health card were mostly those who needed healthcare service. In addition, health insurance for migrants was not compulsory. In order to distribute risk in the system, health insurance for migrants should be compulsory; and that needs cabinet approval. This compulsory scheme should stipulate that all migrants and their accompanying dependents must have one type of health insurance. The Department of Employment has authority to request proof of health insurance when migrants apply for a work permit (as per the Working of Aliens Act, B.E. 2551 (2008).
3) Migrants did not renew their health insurance because renewing their work permit only needs a medical certificate. Thus, healthy migrants may have felt that health insurance was not necessary. There was also a gap of time between validity of health insurance and work permit; i.e., the work permit has a longer duration of validity than health insurance. This is due to the fact that the MOPH and MOL use their own laws. In addition the MOPH policy is a stop-gap measure, renewed annually, without a long-term mechanism. Hence collaboration between the MOPH and MOL is needed to unify processes and management. There is a need for a national organization to play a central role in cooperation and to formulate necessary policy in order to issue consistent renewal dates of the work permit and health insurance.
4) Although the MOPH has formulated a clear policy on health insurance for migrants, there was lack of clarity in practice. Problems included varying definition of migrants who could buy a health card, definition of delivery and neonatal care, and definition of required documents to buy a health card. Thus there should be a standard protocol for selling health cards, and NGOs, migrant health volunteers and brokers should have a common understanding of the protocol and communicate this to the migrants.
5) There was not enough information shared with related organizations and stakeholders, and lack of an outreach program to sell the health card. In order to provide information on the importance of health insurance, fringe benefits and how to buy a health card, more outreach has to be done by collaboration with NGOs, migrant health volunteers, employers and brokers.

6) There was a lack of confidence in ability to obtain reimbursement for cost of providing antiretroviral drugs to migrants. Providers must be assured of their ability to obtain reimbursement.
7) There was no migrant's data linkage with the national health database. The local health office could not input data on migrant health insurance to central system. Thus, there needs to be a way for entering data on expenses and reimbursement between local and central databases.
8) The collaboration and information sharing among related organizations as well as the supporting system for health insurance for migrants is still problematic. Thus the effective management of health insurance for migrants needs collaboration and an integrative policy of the related organizations in the area.
9) There was lack of a migrant-friendly health system and unclear policy for hiring migrant health workers. There is a need for a standard protocol to hire migrant health volunteers based on their qualifications. This is due to the fact that migrant health volunteers could work for outreach programs as well as in health facilities.
10) There was a lack of understanding on access to the health insurance system for migrants by employers. As employers play an important role in health insurance for migrants, the law should be more forceful in requiring employers to ensure their workforce has health insurance. This would also reduce the problem of brokers who take advantage of migrants.

Some migrants could not access health insurance and health services due to their residential status in Thailand, language barriers and lack of perceived need. There was also lack of awareness of the benefits package. Some migrants were concerned that they would receive inferior benefits to their Thai counterparts, especially under the SSS. There need to be interpreters at health facilities with large migrant populations in the vicinity. Some migrants could not easily take leave from their jobs to visit health facilities.

Findings on the appropriateness and benefits that migrants receive under the MOPH system are as follows:

1) The majority of migrants were familiar with the system;
2) Migrants could access all public health facilities, particularly in areas managed by the provincial pooling system;
3) While waiting to enroll into the SSO, migrants can still get standard health service under the MOPH scheme; and
4) If migrants and their accompanying dependents could not enroll in the SSS, they could be included in the MOPH system.

The findings on appropriateness and benefit that migrants receive from the SSO system are as follows:

1) Migrants could access contracted health facilities and their networks;
2) If migrants worked in the sector under the SSO system, all of them should get the health insurance under the SSO system and;
3) The fringe benefits of the SSO system was more than the health insurance system under the MOPH. For instance, the SSO system offers benefits that cover occupational injury, disability, death, confinement, child allowance, old age subsidy and unemployment.

The findings from this study suggest that the management of the health insurance system and health service provision system for each group of migrants should be compulsory. This would help in reducing the budget burden of health facilities as well as to guarantee that all migrants and their accompanying dependents could access standard health services. The appropriate management of the health insurance system and health service provision system for each group of migrants is as follows:

1) Migrants under the MOU system: These migrants should be under the SSO system because of the broader range of benefits than the MOPH system. All migrant workers must receive a health examination before getting a work permit.
2) Migrants waiting for Nationality Verification (NV): These migrants should be enrolled in the MOPH insurance system. All migrant workers must receive a health examination before getting a work permit.
3) Migrants who passed NV: This would depend on what type of sector they are engaged in. If the sector is under the SSO, their health insurance should be under the SSO system. If the sector is not under the SSO, they should get health insurance under the MOPH scheme. The need to open a new sector to engage in the SSO system should be considered. In addition, there should be a campaign (by health and labor groups) to convince employers to recognize the importance of health insurance for their migrant employees.
4) Undocumented migrants: They should be under the health insurance system of the MOPH. There is a need for further study on optimal price of the health card for each age group. Biomarkers to identify migrants should be considered. In addition, there should be a campaign to convince migrants of the importance of having health insurance. The campaign should be conducted in collaboration with GOs, NGOs and migrant health volunteers

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
คำนำ	ก
ถ้อยแถลง	ค
กิตติกรรมประกาศ	ง
บทสรุปผู้บริหาร	จ - ฏ
บทคัดย่อ	ฏ – ฑ
ABSTRACT	ฒ
EXECUTIVE SUMMARY	ณ-ธ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 หลักการและเหตุผล	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย	3
1.3 ระเบียบวิธีวิจัย/วิธีดำเนินการวิจัย	3
1.4 ขอบเขตของการวิจัย	8
บทที่ 2 สถานการณ์และนโยบายแรงงานข้ามชาติของรัฐบาลไทย	9
2.1 นโยบายการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติ	9
2.2 ระบบประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ	30
2.3 ปัญหาอุปสรรคในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพและบริการสุขภาพแรงงานข้ามชาติ และการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ	37
2.4 นโยบายการจัดการแรงงานและการประกันสุขภาพจากต่างประเทศ	42
บทที่ 3 การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพและบริการสุขภาพแรงงานข้ามชาติ: กรณีศึกษาจังหวัดสมุทรปราการ	49
3.1 ข้อมูลพื้นฐานจังหวัด	49
3.2 รูปแบบบริหารจัดการและบริการด้านสุขภาพของหน่วยให้บริการ	54
3.3 ปัญหาอุปสรรคของการบริหารจัดการ	60
3.4 ข้อสังเกตการบริหารจัดการโดยสถานบริการที่เป็นคู่สัญญาในการให้บริการปฐมภูมิในจังหวัดสมุทรปราการ	63

เรื่อง	หน้า

บทที่ 4 การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ และบริการสุขภาพแรงงานข้ามชาติ: กรณีศึกษาจังหวัดเชียงใหม่ 93

4.1 ข้อมูลพื้นฐานจังหวัด 93

4.2 รูปแบบการบริหารจัดการและบริการด้านสุขภาพ 95

4.3 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการบริหารจัดการ 107

4.4 ประสบการณ์เกี่ยวกับการประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในจังหวัดเชียงใหม่ 113

4.5 สรุป 137

บทที่ 5 สรุปและข้อเสนอแนะ 141

5.1 หน่วยบริการ 141

5.2 แรงงาน 148

5.3 ข้อเสนอแนะความเหมาะสมและประโยชน์ที่แรงงานข้ามชาติได้รับของระบบประกันสุขภาพและประกันสังคมในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ 150

5.4 ข้อเสนอแนะในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ และบริการด้านสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ในแต่ละกลุ่ม 151

บรรณานุกรม 153

ภาคผนวก 157

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1.1	แสดงจำนวนผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์ระดับลึก	4
2.1	การกำหนดแนวคิดนโยบายระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาวในการดำเนินการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ และบริการสุขภาพแรงงานข้ามชาติ	35
3.1	จำนวนแรงงานข้ามชาติ (3 สัญชาติในจังหวัดสมุทรปราการ 2552 - เมษายน 2557)	50
3.2	จำนวนโรงพยาบาลคู่สัญญาประกันสังคม ในจังหวัดสมุทรปราการ 2552 – 2557	52
3.3	จำนวนบัตรประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในจังหวัดสมุทรปราการ 2552 - เมษายน 2557	53
3.4	จำนวนประกันสังคมของแรงงานข้ามชาติในจังหวัดสมุทรปราการ 2556 - 2557	53
3.5	ลักษณะทางประชากรและสังคมของแรงงานข้ามชาติตัวอย่างในสมุทรปราการ	64
3.6	สถานะบุคคลในประเทศไทยของแรงงาน	66
3.7	การมีบัตรหรือเอกสารที่ยังไม่หมดอายุของแรงงานและการถือครองบัตร	67
3.8	ความคิดเห็นของแรงงานต่อมาตรการพิสูจน์สัญชาติของแรงงานข้ามชาติ	68
3.9	การมีปัญหาสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ	69
3.10	การหยุดงานเนื่องจากปัญหาสุขภาพและการดูแล	70
3.11	บริการ/สถานบริการที่แรงงานเข้าถึง	71
3.12	ประเภทของประกันสุขภาพที่เคยมี มีในปัจจุบันและค่าใช้จ่ายในการประกัน	74
3.13	เหตุผลของการไม่มีประกันสุขภาพ	75
3.14	ความตั้งใจที่จะเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพของแรงงานที่ยังไม่มีประกันสุขภาพ	75
3.15	การทราบข้อมูลเรื่องชุดสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพที่ตนเองมีอยู่	76
3.16	ความพึงพอใจในบริการสุขภาพเมื่อไปใช้สิทธิในประกันสุขภาพที่แรงงานมีอยู่	79
3.17	ความสำคัญ/ความจำเป็นของการประกันสุขภาพและระบบประกันสุขภาพที่แรงงานคิดว่าเหมาะสมกับตัวเขามากที่สุด	80
3.18	เหตุผลที่ประกันสุขภาพแต่ละประเภทเหมาสมกับตัวแรงงานเอง	82
3.19	สิทธิประโยชน์ที่ควรครอบคลุมโดยประกันสุขภาพ/ประกันสังคม	83
3.20	ลักษณะบัตรสุขภาพ/ประกันสุขภาพที่ควรทำ	83
3.21	ปัจจัยที่จะทำให้แรงงานข้ามชาติสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดีขึ้น	85
3.22	แรงงานที่มีผู้ติดตามอายุน้อยกว่า 15 ปี และความตั้งใจที่จะซื้อประกันสุขภาพให้ผู้ติดตามอายุน้อยกว่า 15 ปี ในราคาที่สามารถจ่ายได้	86

ตาราง หน้า

4.1 จำนวนแรงงานต่างด้าวที่ได้รับบัตรอนุญาตทำงานในจังหวัดเชียงใหม่ (ธ.ค. 2552 -เมษายน 2557) 94

4.2 จำนวนประชากรต่างด้าวที่มีหลักประกันทางสุขภาพ จังหวัดเชียงใหม่ 95

4.3 ลักษณะทางประชากรและสังคมของแรงงานข้ามชาติ 115

4.4 สถานะบุคคลในประเทศไทยของแรงงาน 117

4.5 การมีบัตรหรือเอกสารที่ยังไม่หมดอายุของแรงงานและการถือครองบัตร 118

4.6 ความคิดเห็นต่อการใช้มาตรการพิสูจน์สัญชาติ 118

4.7 การมีปัญหาสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ 119

4.8 การหยุดงานเนื่องจากปัญหาสุขภาพและการดูแล 120

4.9 ประเภทของประกันสุขภาพที่เคยมีและมีในปัจจุบัน 122

4.10 เหตุผลของการไม่มีประกันสุขภาพ 124

4.11 ความตั้งใจที่จะเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพของแรงงานที่ยังไม่มีประกันสุขภาพ 124

4.12 ทราบข้อมูลเรื่องชุดสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพที่ตนเองมีอยู่ 125

4.13 การมีประกันสุขภาพและประสบการณ์การไปใช้บริการ 128

4.14 ประเภทของประกันสุขภาพที่ไปใช้บริการและความพึงพอใจ 129

4.15 การเห็นความสำคัญของการประกันสุขภาพ และระบบประสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับแรงงานข้ามชาติ 129

4.16 เหตุผลที่คิดว่าระบบประกันสุขภาพเหมาะสมกับแรงงาน 131

4.17 ชุดสิทธิประโยชน์ที่ควรมีครอบคลุมไว้ในประกันสุขภาพ 132

4.18 ระบบบัตรสุขภาพ/ประกันสุขภาพที่ควรดำเนินการสำหรับแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม 133

4.19 ปัจจัยที่ทำให้แรงงานเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดีขึ้น 133

4.20 การมีผู้ติดตามอายุน้อยกว่า 15 ปี และการมีประกันสุขภาพ รวมทั้งเหตุผลของการไม่ซื้อประกันสุขภาพให้เด็กอายุไม่ถึง 15 ปี 134

4.21 ความตั้งใจที่จะซื้อ และความสำคัญของประกันสุขภาพให้ผู้ติดตามอายุน้อยกว่า 15 ปี 136

สารบัญรูปภาพ

รูป หน้า

3.1 การบริหารจัดการโดยสถานบริการที่เป็นคู่สัญญาในการให้บริการปฐมภูมิ (CUP-Based Management)

4.1 แผนผังแสดงการบริหารจัดการการเงิน ระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ของจังหวัดเชียงใหม่ ในลักษณะการบริหารจัดการร่วมในระดับจังหวัด (provincial pooling)

1

บทนำ

• มาลี สันภูวรรณ์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, สุชาดา ทวีสิทธิ์ และ รีนา ต๊ะดี

1.1 หลักการและเหตุผล

การย้ายถิ่นข้ามพรมแดน เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกว้างขวางในทั่วทุกภูมิภาคของโลก ประเทศไทยก็เช่นกันที่มีการเคลื่อนย้ายของผู้คนระหว่างพรมแดนจากประเทศเพื่อนบ้านเป็นเวลานานมากแล้ว แต่กระแสการย้ายถิ่นที่เกิดขึ้นนั้นเปลี่ยนไปตามระดับของการพัฒนาทางด้านอุตสาหกรรมของประเทศ ซึ่งส่งผลกับความต้องการแรงงานของภาคธุรกิจ ในขณะที่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรในประเทศกลับไม่ได้สนับสนุนความต้องการแรงงานดังกล่าว ทำให้แรงงานระดับล่างขาดแคลน เนื่องจากแรงงานในพื้นที่หลีกเลี่ยงการทำงานหนักที่ยาก สกปรก และอันตราย ดังนั้น ความต้องการแรงงานดังกล่าวของภาคธุรกิจจึงมีมากขึ้น และมีการคาดประมาณกันว่าน่าจะมีประชากรข้ามชาติในประเทศไทยที่มีเอกสาร และไม่มีเอกสารอยู่ในประเทศไทยประมาณ 4 ล้านคน

ในประเทศไทยเองนั้น ได้มีการจัดระเบียบแรงงานข้ามชาติมานานกว่าทศวรรษ โดยการผ่อนผันให้การใช้แรงงานที่ไม่มีเอกสาร (undocumented migrant workers) จากเมียนมาร์ ลาว และกัมพูชา ตามมติของคณะรัฐมนตรีในรูปแบบของการอนุญาตให้แรงงานเหล่านี้ สามารถทำงานในประเทศไทยได้เป็นการชั่วคราว รวมทั้งมีความพยายามที่จะทำให้เกิดระบบการจ้างงานที่ถูกกฎหมาย โดยได้ทำข้อตกลงในการจ้างแรงงานข้ามชาติอย่างถูกกฎหมาย และดำเนินการในสองลักษณะ คือ การพิสูจน์สัญชาติ และการนำเข้าแรงงานตามบันทึกข้อตกลง (MOU) ทั้งนี้แรงงานข้ามชาติ ที่ได้รับผ่อนผันให้อยู่และทำงานในประเทศไทย จะดำเนินการพิสูจน์สัญชาติกับประเทศต้นทาง เมื่อประเทศต้นทางให้การยอมรับความเป็นพลเมืองของประเทศนั้นๆ แล้วก็จะดำเนินการออกหนังสือเดินทางชั่วคราว หรือเอกสารแทนหนังสือเดินทางให้ และนำไปสู่กระบวนการจ้างงานอย่างถูกกฎหมายต่อไป ส่วนการนำเข้าแรงงานข้ามชาติตามข้อตกลงการจ้างแรงงาน (MOU) ระหว่างไทยและประเทศเพื่อนบ้านนั้น จะเป็นกระบวนการนำเข้าแรงงานข้ามชาติเข้ามาทำงานในประเทศไทยผ่านระบบการจัดหางานอย่างถูกต้อง และผลจากการจัดระเบียบดังกล่าว ก่อให้เกิดแรงงานข้ามชาติที่มีเอกสารสามกลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการผ่อนผันให้อยู่และทำงานในประเทศไทยได้เป็นการชั่วคราว กลุ่มที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติ และกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่นำเข้าตามระบบ MOU อย่างไรก็ตาม ยังมีแรงงานอีกกลุ่มหนึ่งที่ยังคงเป็นแรงงานที่ไม่มีเอกสารและผู้ติดตามที่ไม่ได้อยู่ในสามกลุ่มดังกล่าวข้างต้น

กลุ่มแรงงานข้ามชาติทั้งที่มีเอกสารและไม่มีเอกสารในถิ่นปลายทางในหลายๆ ประเทศประสบกับปัญหาในการเข้าถึงสวัสดิการสังคมต่างๆ ที่จัดให้โดยรัฐด้วยหลากหลายเหตุผล ไม่ว่าจะเป็นรื่องอุปสรรคทางด้านภาษาและ

วัฒนธรรม ไม่มีเวลาและขาดความตระหนักในสิทธิขั้นพื้นฐานของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสวัสดิการสังคมต่างๆ ที่จัดให้โดยรัฐที่ยึดโยงกับความเป็นพลเมือง ประเทศไทยเองก็เช่นกันที่การเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมต้องมีเอกสารแสดงสถานะบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเข้าถึงบริการสุขภาพ ที่ผ่านมาได้มีความพยายามของหลายภาคส่วนที่จะจัดบริการด้านสุขภาพให้กับแรงงานข้ามชาติ โดยเริ่มต้นจากระบบประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติในปี 2540 และเริ่มกองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว (compulsory migrant health insurance scheme (CMHI)) ในปี 2543 เป็นต้นมา ภายใต้ความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้มีความพยายามปรับเปลี่ยนนโยบายให้มีความเหมาะสมและให้แรงงานและผู้ติดตามสามารถเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพได้มากขึ้น พร้อมทั้งมีการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติโดยเข้าสู่ระบบประกันสังคมตั้งแต่ปี 2555 เป็นต้นไป และปัจจุบันกำลังอยู่ในช่วงของการเปลี่ยนผ่านของระบบสุขภาพดังกล่าว

อย่างไรก็ตาม ระบบประกันสุขภาพทั้งสองอย่างที่กล่าวถึงต่างก็มีข้อจำกัด โดยระบบประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ (CMHI) ที่รับผิดชอบโดยกระทรวงสาธารณสุขนั้น แม้จะครอบคลุมส่วนของแรงงานที่จดทะเบียนทั้งหมด แต่ไม่รวมถึงแรงงานที่ไม่ได้จดทะเบียนและผู้ติดตาม สำหรับบริการสุขภาพที่ให้นั้นจะเป็นบริการสาธารณสุขพื้นฐาน แต่ไม่สามารถดำเนินการได้อย่างเต็มที่ในเรื่องส่งเสริมและป้องกันโรค ซึ่งเป็นผลกระทบจากการปฏิรูประบบสาธารณสุข ส่วนสิทธิประโยชน์นอกเหนือจากด้านสุขภาพนั้นไม่มี ในขณะที่ระบบประกันสังคมจะครอบคลุมเฉพาะแรงงานผ่านการพิสูจน์สัญชาติ และมีเอกสารใบอนุญาตทำงาน หนังสือเดินทาง หรือเอกสารแสดงตัวแทนหนังสือเดินทางแล้วเท่านั้น ทั้งนี้จะไม่รวมแรงงานในกิจการที่มิได้ใช้ลูกจ้างตลอดปี โดยเฉพาะแรงงานในภาคเกษตร และลูกจ้างหาบเร่ แผงลอย รวมทั้งแรงงานที่นายจ้างมิได้ประกอบกิจการ แต่เป็นบุคคลธรรมดา เช่น งานบ้าน เป็นต้น นอกจากนั้นยังไม่รวมถึงแรงงานที่อยู่ในระหว่างขั้นตอนการผ่อนผันอนุญาตให้ทำงานและรอพิสูจน์สัญชาติอีกนับล้านคน ส่วนบริการสุขภาพนั้น ครอบคลุมเฉพาะการรักษาพยาบาลเท่านั้น มิได้รวมถึงการส่งเสริมและป้องกันโรค แม้ว่าจะมีสิทธิประโยชน์ด้านอื่นๆ เพิ่มขึ้น และที่สำคัญการศึกษาระบบประกันสังคมของแรงงานข้ามชาติยังมีอยู่ค่อนข้างจำกัด

ดังนั้น การศึกษาในประเด็นการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพและบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับแรงงานข้ามชาติในช่วงของการเปลี่ยนผ่านระบบการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติ และระบบบริการสุขภาพจึงเป็นประเด็นที่สำคัญ เพื่อนำไปสู่การนโยบายและระบบบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ที่เหมาะสมต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบการบริหารจัดการและบริการด้านสุขภาพ ทั้งในระบบประกันสุขภาพและประกันสังคมในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ
2) เพื่อเปรียบเทียบการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ รวมทั้งกลไกสนับสนุนการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพทั้งในระบบประกันสุขภาพและประกันสังคมในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ
3) เพื่อเปรียบเทียบความเหมาะสม และประโยชน์ที่แรงงานข้ามชาติได้รับของระบบประกันสุขภาพและประกันสังคมในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ
4) เพื่อให้ข้อเสนอแนะในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ และบริการด้านสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในแต่ละกลุ่มอย่างเหมาะสม

1.3 ระเบียบวิธีวิจัย/วิธีดำเนินการวิจัย

1.3.1 การศึกษาเชิงคุณภาพ

การศึกษานี้ใช้การศึกษาเชิงคุณภาพเป็นวิธีการดำเนินการหลักของของการวิจัย โดยใช้การสัมภาษณ์ระดับลึก ผู้ให้ข้อมูลสำคัญโดยใช้แนวคำถาม จำนวน 87 คน โดยเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพและแรงงานจากองค์กรภาครัฐและเอกชน จำนวน 39 คน แรงงานข้ามชาติที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพ ระบบประกันสังคม และไม่ได้อยู่ในระบบประกันใดๆ เลย จำนวน 48 คน

กลุ่มเป้าหมายของแหล่งข้อมูล:

ในการศึกษานี้ รวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (key informants) เพื่อสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ทั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญจะเป็นผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติ การบริการด้านสุขภาพ และผู้มีส่วนได้เสียซึ่งประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ภาครัฐ เจ้าหน้าที่องค์กรภาคเอกชน นายจ้าง และแรงงานข้ามชาติ

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (inclusion criteria): ผู้เข้าร่วมในการวิจัยมีคุณสมบัติ ดังนี้

1) เป็นผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติ การบริการด้านสุขภาพ และผู้มีส่วนได้เสีย
2) สามารถสื่อสารได้ตามปกติ

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (exclusion criteria): สำหรับผู้ที่ไม่อยู่ในเกณฑ์การคัดเลือกเข้าเป็นผู้ร่วมการวิจัยในฐานะผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประกอบด้วย

1) เป็นผู้ที่ทำงานไม่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติ การบริการด้านสุขภาพ และไม่เป็นผู้มีส่วนได้เสีย
2) มีอายุน้อยกว่า 18 ปี
3) ไม่ยินดีที่จะให้ข้อมูล
4) มีปัญหาในการสื่อสาร

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย (termination criteria):

การยุติการเข้าร่วมการวิจัย สำหรับการสำรวจนี้จะเกิดขึ้นเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องการตอบคำถามใดๆ และจะไม่ถูกบังคับให้ตอบคำถามใดๆ นอกจากนั้นแล้วผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถที่จะยุติการสัมภาษณ์ได้ตลอดเวลาที่ต้องการ

การจัดผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้ากลุ่ม (subject allocation):

การจัดผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้ากลุ่มในพื้นที่ในการศึกษานี้ คือพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดสมุทรปราการ ส่วนตัวอย่างในการศึกษาเชิงคุณภาพนั้น ประกอบด้วยผู้ให้ข้อมูลสำคัญสำหรับการสัมภาษณ์ระดับลึกรายละเอียดดังตาราง 1.1

ตาราง 1.1: แสดงจำนวนผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์ระดับลึก

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ	การสัมภาษณ์ระดับลึก		
	เชียงใหม่	สมุทรปราการ	ส่วนกลาง
ผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับแรงงาน	1	1	1
ผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพภาครัฐ เอกชน และองค์กรพัฒนาเอกชน	10	10	1
ผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับงานประกันสังคม	1	1	1
นายจ้าง	6	6	-
แรงงานข้ามชาติ			-
• หญิง	12	12	-
• ชาย	12	12	-
รวม	**42**	**42**	**3**

การดำเนินการหากผู้เข้าร่วมการวิจัยถอนตัวออกจากการวิจัย:

ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยถอนตัวออกจากการวิจัย เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (inclusion criteria) จะถูกนำมาใช้ในการคัดเลือกผู้ร่วมวิจัยทดแทน และกระบวนการวิจัยจะถูกดำเนินการต่อไป

กระบวนการวิจัย

วิธีการศึกษานี้จะเป็นการสัมภาษณ์ระดับลึก โดยใช้แนวคำถาม ผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกกำหนดตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (inclusion criteria) หลังจากนั้น ประชากรตัวอย่างจะได้รับการทาบทามให้เข้าร่วมการศึกษา โดยได้รับคำอธิบายโครงการ (participant information sheet) การสัมภาษณ์ระดับลึกจะใช้เวลา 60 - 90 นาที ทั้งนี้มีแนวคำถามในการสัมภาษณ์ระดับลึกจำนวน 4 ชุด คือ สำหรับหน่วยบริการสุขภาพ/ผู้ให้บริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน แรงงานข้ามชาติ นายจ้าง และ ผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับนโยบายแรงงานสุขภาพและประกันสังคม

ถ้ายินดีเข้าร่วมในการศึกษา ประชากรตัวอย่างจะได้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา หรือสามารถตอบตกลงด้วยคำพูด (verbal consent) ประชากรตัวอย่างจะได้รับการบอกกล่าวเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา กระบวนการสัมภาษณ์ การรักษาความลับของข้อมูล และสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการศึกษาในระหว่างการสัมภาษณ์ และในกรณีที่ถอนตัวออกจากการศึกษา เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (inclusion criteria) จะถูกนำมาใช้ในการคัดเลือกผู้ร่วมวิจัยทดแทน และกระบวนการวิจัยจะถูกดำเนินการต่อไป

1.3.2 การศึกษาเชิงปริมาณ

การศึกษาเชิงปริมาณของการศึกษานี้ ดำเนินการเพื่อเสริมการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสอบถามแบบมีโครงสร้างเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) สำหรับการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ

การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ และข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับแรงงานข้ามชาติกลุ่มต่างๆ รวมทั้งสิ้น 350 คน

กลุ่มเป้าหมายของแหล่งข้อมูล:

แรงงานข้ามชาติสัญชาติเมียนมาร์ ลาว และกัมพูชา จำนวน 350 คน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (inclusion criteria):

1) เป็นแรงงานข้ามชาติ 3 สัญชาติ (เมียนมาร์ ลาว และ กัมพูชา) ที่มีเป็นผู้ที่มีอายุ 18 - 59 ปี
2) อาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษา
3) มีประสบการณ์ในการใช้บริการสุขภาพในประเทศไทย
4) สามารถสื่อสารได้ตามปกติ

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (exclusion criteria):

1) ผู้ที่อายุน้อยกว่า 18 ปี หรือมากกว่า 59 ปี และหรือไม่เป็นแรงงานข้ามชาติ 3 สัญชาติ (เมียนมาร์ ลาว และกัมพูชา)
2) ไม่ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษา
3) ไม่มีประสบการณ์ในการใช้บริการสุขภาพในประเทศไทย
4) มีปัญหาในการสื่อสาร

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย (termination criteria):

การยุติการเข้าร่วมการวิจัยสำหรับการสำรวจนี้จะเกิดขึ้น เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องการตอบคำถามใดๆ และจะไม่ถูกบังคับให้ตอบคำถามใดๆ นอกจากนั้น ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถที่จะยุติการสัมภาษณ์ได้ตลอดเวลาที่ต้องการ

การจัดผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้ากลุ่ม (subject allocation):

การจัดผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้ากลุ่มในพื้นที่การศึกษานี้ คือ พื้นที่จังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดสมุทรปราการ การศึกษาเชิงปริมาณได้กำหนดตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 350 คน ทั้งนี้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนข้อค้นพบงานวิจัยเชิงคุณภาพ

การสุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ จะเป็นการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling strategies) และใช้วิธีการคัดเลือกแบบกำหนดโควต้า (quota selection) โดยเมื่อได้จำนวนตัวอย่างดังกล่าวข้างต้นแล้ว หลังจากนั้น จึงทำการสุ่มเลือกบุคคลซึ่งเป็นแรงงานข้ามชาติ 3 สัญชาติ (เมียนมาร์ ลาว และกัมพูชา) ที่มีอายุ 18 - 59 ปี ตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 350 คน

การดำเนินการ หากผู้เข้าร่วมการวิจัยถอนตัวออกจากการวิจัย:

ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยถอนตัวออกจากการวิจัย เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (inclusion criteria) จะถูกนำมาใช้ในการคัดเลือกผู้ร่วมวิจัยทดแทน และกระบวนการวิจัยจะถูกดำเนินการต่อไป

การคำนวณขนาดตัวอย่าง (sample size calculation):

ด้วยการศึกษานี้เน้นไปในเรื่องการรับบริการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ 3 สัญชาติ (เมียนมาร์ ลาว กัมพูชา) และหน่วยการสุ่มตัวอย่างคือบุคคล (แรงงานข้ามชาติ) ใช้วิธีการคัดเลือกแบบกำหนดโควต้า (quota selection) เป็นการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการกำหนดสัดส่วนของจำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย แล้วเลือกตัวอย่างที่มีลักษณะดังกล่าวให้ครบตามจำานวนที่กำหนดคือ 350 คน

สถิติหรือวิธีการอื่นๆ ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล (data Analysis)

ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณด้านสุขภาพ ความคิดเห็นต่อระบบประกันสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ใช้สถิติเชิงบรรยาย (descriptive statistics) ซึ่งประกอบด้วยร้อยละ และตารางไขว้

กระบวนการเชิญชวนให้เข้าร่วมการวิจัย (recruitment process)

กระบวนการเชิญชวนให้เข้าร่วมการวิจัยของการศึกษานี้ เริ่มต้นจากการกำหนดประชากรเป้าหมาย คือ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ และแรงงานข้ามชาติ หลังจากนั้นจะใช้แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ระดับลึก และแบบแบบสอบถามในการสัมภาษณ์ กระบวนการดำเนินการจะเริ่มต้นจากการติดต่อผ่านผู้นำชุมชน/หมู่บ้านและนายจ้าง เพื่อขออนุญาตให้พนักงานสัมภาษณ์ของโครงการ เก็บข้อมูลกับสมาชิกในชุมชน/ลูกจ้างที่เป็นตัวอย่างของการศึกษา โดยอยู่ภายใต้การดูแลของผู้ควบคุมงานสนามและนักวิจัย ส่วนการสัมภาษณ์ระดับลึกนั้นจะทำการติดต่อประสานงานส่งจดหมายและขอเข้าพบ เพื่อสัมภาษณ์

หลังจากการระบุประชากรเป้าหมายแล้ว ประชากรเป้าหมายจะได้รับเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (participant information sheet) และหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (informed consent form) นอกจากนั้น ประชากรเป้าหมายจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา กระบวนการและขั้นตอนการสัมภาษณ์ การรักษาความลับของข้อมูล สิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการศึกษาจากพนักงานสัมภาษณ์ ในกรณีที่ประชากรเป้าหมายยินดีเข้าร่วมในการศึกษา ประชากรเป้าหมายจะได้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนที่การสัมภาษณ์จะเริ่มต้น นักวิจัยได้ให้ความใส่ใจต่อการชี้แจงแก่แรงงานข้ามชาติที่ไม่สามารถอ่านภาษาไทยได้ ดังนั้น พนักงานสัมภาษณ์จะเป็นผู้อ่านเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (participant information sheet) และหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ฟัง และเปิดโอกาสให้ซักถามได้ตลอดเวลา

พื้นที่ในการศึกษา

จังหวัดสมุทรปราการ และจังหวัดเชียงใหม่เป็นพื้นที่ในการศึกษานี้ ทั้งนี้ เนื่องจากจังหวัดสมุทรปราการเป็นจังหวัดที่เป็นเขตอุตสาหกรรม และผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด (GPP) มาจาก (การผลิต) การขนส่ง/คมนาคม และสถานที่เก็บสินค้า (logistics) รวมทั้งการค้าส่งค้าปลีก ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 99.5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด ในขณะที่มูลค่าภาคเกษตรกรรมมีเพียงร้อยละ 0.5 เท่านั้น นอกจากนั้นแล้วยังเป็นจังหวัดชั้นในที่รองรับแรงงานข้ามชาติและแรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่อยู่ในภาคอุตสาหกรรม ส่วนจังหวัดเชียงใหม่นั้น แม้ว่าผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด (GPP) มาจากอุตสาหกรรม ร้อยละ 82.9 ในขณะที่ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดที่มาจากภาคเกษตรมีเพียงร้อยละ 17.1 แต่แรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่อยู่ในภาคเกษตรและก่อสร้าง นอกจากนั้น เชียงใหม่ยังเป็นจังหวัดชายแดนที่รองรับแรงงานข้ามชาติจากประเทศเพื่อนบ้าน และรวมถึงชนกลุ่มน้อยที่อยู่ในพื้นที่สูง

1.3.3 จริยธรรมการวิจัย

ในการศึกษานี้มีข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในคน (ethical consideration) ดังนี้

- ผู้เข้าร่วมการวิจัย ได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นที่ศึกษา ได้รับการยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลด้วยผู้ให้ข้อมูลมีความรู้อย่างดีในเรื่องสิทธิที่จะปฏิเสธการตอบคำถาม หรือออกจากการศึกษา
- ขอยืนยันว่าการติดต่อกับผู้เข้าร่วมการวิจัย จะไม่นำไปสู่ปัญหาหรือความขัดแย้งใดๆ กับสมาชิกในครัวเรือนหรือเพื่อนบ้าน
- ไม่มีการตัดสินปฏิกิริยาการตอบสนองของผู้เข้าร่วมการวิจัย
- เลือกวันเวลาในการสัมภาษณ์ที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยสะดวก
- มีความละเอียดอ่อนต่อสถานการณ์รอบด้านในขณะที่ดำเนินการสัมภาษณ์ และพร้อมที่จะยุติการสัมภาษณ์เมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย รู้สึกอึดอัดใจหรือไม่ปลอดภัย
- มีระบบการลงรหัสข้อมูลส่วนบุคคลทั้งหมด เช่น ชื่อ หรือที่อยู่ของผู้เข้าร่วมการวิจัย
- เก็บข้อมูลอย่างเป็นความลับ และเก็บรักษาไว้เป็นระยะเวลา 5 ปี แล้วจะถูกทำลาย อย่างไรก็ตามอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น สถาบัน หรือคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สาขาสังคมศาสตร์เป็นต้น
- ให้ของที่ระลึกเล็กๆ น้อยๆ สำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย ที่เสียสละเวลาในการให้สัมภาษณ์

ทั้งนี้ การศึกษานี้ได้ผ่านขั้นตอนการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สาขาสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามเอกสารหมายเลข COA.No 2014/114.2904

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้ครอบคลุมพื้นที่ศึกษาสองจังหวัด คือ เชียงใหม่ และสมุทรปราการ โดยมีกลุ่มประชากรเป้าหมายซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (key informants) ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพและแรงงานจากองค์กรภาครัฐและเอกชน นายจ้าง รวมทั้งแรงงานข้ามชาติที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพ ระบบประกันสังคม และไม่ได้อยู่ในระบบประกันใดๆ เลย โดยเนื้อหาจะครอบคลุมการบริหารจัดการ ระบบบริการ การเข้าถึงบริการ ความเหมาะสมและประโยนช์ของระบบประกันสุขภาพและประกันสังคม และรวมถึงข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และรูปแบบการบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับแรงงานแต่ละกลุ่ม ในช่วงระยะเวลา มกราคม พ.ศ 2554 – เมษายน พ.ศ. 2557

2

สถานการณ์และนโยบายแรงงานข้ามชาติของรัฐบาลไทย

• สุชาดา ทวีสิทธิ์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, มาลี สันภูวรรณ์ และ รีนา ตีะดี

ในการทบทวนสถานการณ์ในการศึกษานี้ ได้เน้นไปที่นโยบายแรงงานและการเปลี่ยนแปลงนโยบายที่เริ่มตั้งมีการผ่อนผันการใช้แรงงานตั้งแต่ปี 2535 เป็นต้นมา รวมทั้งนโยบายประกันสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติที่เริ่มในปี 2539 และปัญหาอุปสรรคในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพและบริการสุขภาพแรงงานข้ามชาติและการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา รวมทั้งนโยบายการจัดการแรงงานและการประกันสุขภาพจากต่างประเทศ

2.1 นโยบายการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติ

การจัดการแรงงานข้ามชาติในประเทศไทยนั้น ได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 เป็นต้นมา ทั้งนี้เป็นความพยายามของรัฐบาลไทยในการแก้ไขปัญหาผู้ลักลอบหลบหนีเข้าเมือง เพื่อมาทำงานเป็นจำนวนมาก รัฐบาลไทยได้พยายามที่จะทำให้เกิดระบบการจ้างงานที่ถูกกฎหมาย โดยการจัดระเบียบแรงงานข้ามชาติในสามลักษณะด้วยกัน คือ 1) การผ่อนผันให้การใช้แรงงานที่ไม่ได้จดทะเบียน (undocumented migrant workers) จากสามประเทศ (เมียนมาร์ ลาว และกัมพูชา) ตามมติของคณะรัฐมนตรี 2) การพิสูจน์สัญชาติ (national verification) และ 3) การนำเข้าแรงงานตามบันทึกข้อตกลง (MOU)

2.1.1 การผ่อนผันให้มีการใช้แรงงานต่างชาติ ตามมติของคณะรัฐมนตรี

ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา รัฐไทยได้มีมติคณะรัฐมนตรีเพื่อผ่อนผันให้นายจ้างใช้แรงงานข้ามชาติจากสามประเทศเพื่อนบ้าน ได้แก่ ลาว กัมพูชา และเมียนมาร์ ที่เข้าเมืองผิดกฎหมายได้ โดยทำการปรับสถานะเข้าเมืองผิดกฎหมายมาเป็นเข้าเมืองถูกกฎหมาย พร้อมทั้งสามารถทำงานได้ตามพระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2521 (Chalamwong, 2007; Vasuprasat, 2010; กฤตยา อาชวนิจกุล, 2550) โดยการผ่อนผันนี้ ได้อาศัยพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 มาตรา 17 ทำให้ผู้เข้าเมืองผิดกฎหมายเหล่านี้ สามารถอยู่อาศัยและทำงานได้ชั่วคราวในราชอาณาจักรไทย แต่ยังอยู่ภายใต้เงื่อนไขที่รัฐบาลไทยกำหนด ทั้งนี้ วัตถุประสงค์ของการผ่อนผันเพื่อให้มีแรงงานในระดับล่าง (low-skilled labor) เพียงพอกับความต้องการ พร้อมทั้งสามารถควบคุมจำนวนแรงงานต่างชาติที่มีอยู่ในประเทศไทยได้โดยผ่านการออกใบอนุญาตให้ทำงาน

ในการผ่อนผันการใช้แรงงานครั้งที่ 1 ของมติคณะรัฐมนตรี ปี 2535 นั้น ปรากฏว่าแรงงานข้ามชาติจากประเทศเมียนมาร์ได้รับอนุญาตให้ทำงานชั่วคราวในงาน 27 ประเภท และต้องอยู่ใน 4 จังหวัดชายแดนเท่านั้น ก่อนที่จะขยายเป็น 9 จังหวัดในเวลาต่อมา ซึ่งในขณะนั้น นายจ้างต้องจ่าย 5,000 บาท สำหรับค่าประกัน และ 1,000 บาท สำหรับค่าใบอนุญาตทำงาน ทำให้มีแรงงานเมียนมาร์ 704 คนเท่านั้น ที่มาขึ้นทะเบียน (Chantavanich, 2007)

ในการผ่อนผันการใช้แรงงานครั้งที่ 2 ในปี 2539 ได้ใช้พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 มาตรา 17 เพื่อผ่อนผันให้แรงงานจากเมียนมาร์ ลาว และกัมพูชา มาขึ้นทะเบียนและขอใบอนุญาตทำงานชั่วคราว โดยได้จำกัดประเภทงานไว้ 24 ประเภท และขยายพื้นที่เป็น 43 จังหวัด ทั้งนี้ เพื่อลดปัญหาการขาดแคลนแรงงานในระดับล่างและมุ่งจัดระเบียบแรงงานข้ามชาติ โดยได้ลดค่าประกันเหลือ 1,000 บาท ในขณะที่บัตรอนุญาตทำงานยังคงราคาเดิมไว้ คือ 1,000 บาท และเพิ่มรายการบัตรสุขภาพเข้ามาในราคา 500 บาท ทำให้ในขณะนั้น มีแรงงานจากสามสัญชาติจำนวน 323,123 รายมาขึ้นทะเบียน และมีเพียง 239,652 รายได้รับใบอนุญาตทำงาน และใบอนุญาตทำงานได้ขยายเวลาไปจนถึงปี 2540

ในปี 2541 ประเทศไทยประสบปัญหาวิกฤตทางเศรษฐกิจ ทำให้อัตราการว่างงานสำหรับคนไทยเพิ่มขึ้น รัฐบาลไทยจึงมีเป้าหมายที่จะส่งแรงงานที่ไม่มีเอกสารกลับ ทั้งนี้ เพื่อให้มีตำแหน่งงานว่างสำหรับคนไทย ในเดือนมีนาคม 2541 กระทรวงแรงงานได้ประกาศส่งแรงงานผิดกฎหมายกลับประเทศ ภายในวันที่ 1 พฤษภาคม 2541 โดยประกาศว่า ถ้าหากยังพบว่ามีแรงงานต่างชาติผิดกฎหมาย แรงงานเหล่านั้นจะถูกจับกุมและลงโทษจำคุก 8 ปี หรือปรับ 110,000 บาท แต่อย่างไรก็ตาม รัฐไทยได้อนุญาตแรงงานที่จดทะเบียนและมีบัตรอนุญาตทำงาน โดยเฉพาะในงานอุตสาหกรรมประมง รวมทั้งภาคเกษตร ขนส่ง ทำไม้ ทอผ้า เคมี และการค้า จำนวน 90,911 ราย ให้ทำงานต่อไปได้ และในปีนั้นเองรัฐบาลไทยได้ลดระยะเวลาการออกใบอนุญาตทำงานของแรงงานต่างชาติจาก 2 ปี เหลือเพียง 1 ปี แต่ได้เพิ่มพื้นที่อนุญาตให้จ้างแรงงานต่างชาติ 3 สัญชาติ เป็น 54 จังหวัด ประกอบด้วย 13 จังหวัดชายแดน 22 จังหวัด ที่ประกอบการอุตสาหกรรมประมง และ 19 จังหวัด ที่ประสบปัญหาขาดแคลนแรงงานในพื้นที่ และในช่วงดังกล่าว ยังได้เพิ่มค่าประกันสุขภาพจาก 500 บาทเป็น 1,000 บาท และอีก 700 บาทเป็นค่าตรวจร่างกาย

ในช่วงปี 2542 - 2543 แรงงานที่จดทะเบียน ได้รับการอนุญาตจ้างต่อในพื้นที่เป้าหมาย 37 จังหวัด โดยอนุญาตให้ทำงานได้เป็นระยะเวลา 1 ปี และระบบการขอโควต้าแรงงานข้ามชาติได้เริ่มต้นขึ้นในช่วงระยะเวลาดังกล่าว ทั้งนี้ เพื่อจำกัดจำนวนแรงงานข้ามชาติ นายจ้างในภาคการก่อสร้าง ประมง และเกษตรกรรม ได้แสดงความจำนงความต้องการแรงงานข้ามชาติเป็นจำนวนมาก อย่างไรก็ตาม จำนวนแรงงานที่จดทะเบียนก็ยังต่ำกว่าความต้องการดังกล่าว ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากแรงงานในภาคอุตสาหกรรม และคนรับใช้ในบ้านไม่สามารถที่จะจดทะเบียนต่อได้ นอกจากนั้น ยังมีนายจ้างอีกจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้นำแรงงานไปจดทะเบียน เพราะไม่ต้องการเสียค่าใช้จ่ายในการจดทะเบียน แต่ทว่ายอมจ่ายใต้โต๊ะให้กับเจ้าหน้าที่รัฐที่เกี่ยวข้อง

ในปี 2544 มีมติคณะรัฐมนตรีประกาศออกมาอีกครั้ง เพื่อให้นายจ้างในทุกภาคส่วน ทุกพื้นที่พาแรงงานไปจดทะเบียน โดยไม่จำกัดจำนวน ทั้งนี้ เพื่อให้ทราบจำนวนที่ชัดเจนของแรงงานข้ามชาติที่อาศัยและทำงานอยู่ใน

ประเทศไทย แรงงานข้ามชาติได้รับใบอนุญาตทำงานในทุกภาคการทำงาน แต่ส่วนใหญ่เป็นแรงงานระดับล่าง (low-skilled workers) โดยเฉพาะประมง โรงงานอุตสาหกรรม คนรับใช้ในบ้านและเกษตรกรรม ในการขึ้นทะเบียนครั้งนี้ แรงงานจะต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวน 3,250 บาท สำหรับค่าใบอนุญาตทำงานระยะเวลา 1 ปี และค่าประกันสุขภาพตามระยะเวลาของใบอนุญาตทำงาน ในขณะนั้นมีจำนวนแรงงานมาขึ้นทะเบียนทั้งหมด จำนวน 568,000 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่สูงที่สุดตั้งแต่เคยมีมา และในปี 2545 ได้ให้มีการต่อทะเบียนแรงงานกลุ่มเดิม แต่มีแรงงานเพียง 409,339 คนเท่านั้น ที่มาจดทะเบียนต่อ (Chantavanich, 2007; กฤตยา อาชวนิจกุล, 2550)

ในเดือนกรกฎาคม ปี 2547 ได้รณรงค์ให้มีการจดทะเบียนแรงงานข้ามชาติ และผู้ติดตาม ทั้งนี้ เพื่อให้มีการจดทะเบียนของแรงงานข้ามชาติ และผู้ติดตามที่มีอยู่ในประเทศไทยให้ได้จำนวนมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยออกบัตรประจำตัวให้กับแรงงานและผู้ติดตาม และอนุญาตให้อาศัยอยู่ในประเทศไทยเป็นการชั่วคราว โดยแรงงานสามารถทำงานได้ถ้าหากมีนายจ้าง กรณีไม่มีนายจ้างให้รอระยะเวลาการส่งกลับประเทศ ในขณะนั้น มีจำนวนแรงงานและผู้ติดตามแสดงตัวสูงถึง 1.2 ล้านคน โดย 838,943 คน เป็นแรงงานที่จดทะเบียน และมีนายจ้างจำนวน 248,746 รายที่จ้างแรงงานข้ามชาติ ปีนี้นับเป็นปีแรกที่ได้กำหนดมีการขึ้นทะเบียนทั้งในส่วนแรงงานข้ามชาติ และนายจ้างในปีนี้เองที่มีจำนวนแรงงานข้ามชาติจดทะเบียนสูงมากที่สุดตั้งแต่เคยมีมา คือสูงถึง 921,492 คน (รวมคนใหม่และคนที่ต่อทะเบียน) และในปีนี้เช่นเดียวกันที่มีการขึ้นค่าใช้จ่ายสำหรับการจดทะเบียนแรงงานจาก 3,250 บาท เป็น 3,800 บาท โดยเป็นค่าบัตรอนุญาตทำงาน 1,800 บาท ค่าตรวจสุขภาพ 600 บาท ค่าบัตรประกันสุขภาพ 1,300 บาท และค่าจดทะเบียน 100 บาท

ในปี 2548 มีนายจ้างมาแจ้งความจำนงต้องการจ้างแรงงานข้ามชาติ และได้รับอนุมัติให้จ้างแรงงานข้ามชาติ 237,455 ราย โดยได้รับอนุมัติโควต้าจ้างแรงงานข้ามชาติ 1,773,349 คน แต่ปรากฏว่ามีการนำแรงงานข้ามชาติมาตรวจร่างกาย และต่อใบอนุญาตทำงานรวม 705,293 คน คงเหลือโควต้าการจ้างแรงงานข้ามชาติถึง 1,068,056 คน

ในปี พ.ศ. 2549 แรงงานข้ามชาติที่มาต่อใบอนุญาตทำงานลดลงเหลือเพียง 460,014 คน ขณะที่นายจ้างแสดงความจำนงขอจ้างแรงงานข้ามชาติเพิ่มขึ้น รัฐบาลจึงได้เปิดโอกาสให้รับจดทะเบียนแรงงานข้ามชาติใหม่ ปรากฏว่ามีแรงงานข้ามชาติมาจดทะเบียนใหม่ รวม 208,562 คน รวมกับแรงงานข้ามชาติเดิมที่มาต่ออายุแล้วเป็นจำนวน 668,576 คน

สำหรับปี พ.ศ. 2550 รัฐบาลยังคงใช้นโยบายให้แรงงานข้ามชาติที่ได้รับอนุญาตทำงานแล้วมาต่อใบอนุญาต แต่ก็ได้เปิดโอกาสให้มีการรับจดทะเบียนแรงงานข้ามชาติกลุ่มใหม่ได้เฉพาะนายจ้างในเขต 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ (สงขลา สตูล ปัตตานี ยะลาและนราธิวาส) ซึ่งประสบปัญหาขาดแคลนแรงงาน ปรากฏว่ามีนายจ้างแรงงานข้ามชาติ ในเขต 5 จังหวัดดังกล่าว จำนวน 11, 997 คน ส่วนใหญ่อยู่ในกิจการก่อสร้าง เกษตร ประมงทะเล และผู้รับใช้ในบ้าน

ใน ปี 2551 การบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติ ดำเนินการไปตามยุทธศาสตร์การบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติทั้งระบบ โดยมีจุดมุ่งหมาย คือ การใช้แรงงานข้ามชาติ โดยถูกกฎหมายสอดคล้องกับบันทึกความเข้าใจ

ระหว่างรัฐ ว่าด้วยความร่วมมือด้านการจ้างแรงงาน (MOU) จึงดำเนินการจัดระบบการจ้างแรงงานข้ามชาติในปี 2551 ตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 18 ธันวาคม 2550 มีการผ่อนผันให้แรงงานข้ามชาติหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติเมียนมาร์ ลาว และกัมพูชาที่ได้รับใบอนุญาตทำงานในปี 2550 และใบอนุญาตจะหมดอายุในปี 2551 จำนวน 3 กลุ่ม *(ใบอนุญาตทำงานหมดอายุวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2551 วันที่ 14 มีนาคม 2551 และวันที่ 30 มิถุนายน 2551) อยู่และ* ทำงานในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราว เพื่อรอการส่งกลับ และยังอนุญาตให้แรงงานข้ามชาติที่หลบหนีเข้าเมืองสัญชาติเมียนมาร์ ลาว กัมพูชา ที่เคยมี ทร. 38/1 แต่ไม่มีใบอนุญาตทำงาน หรือใบอนุญาตทำงานหมดอายุไปแล้ว มาจดทะเบียนแรงงานและขอใบอนุญาตทำงาน โดยทั้งสี่กลุ่มข้างต้นจะสามารถอยู่และทำงานในประเทศไทยในงานกรรมกรและผู้รับใช้ในบ้านได้ เป็นระยะเวลาไม่เกิน 2 ปี สิ้นสุดวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2553 เท่ากันทุกกลุ่ม นอกจากนี้มติคณะรัฐมนตรี ยังได้ผ่อนผันให้บุตรแรงงานข้ามชาติกลุ่มที่ใบอนุญาตทำงานหมดอายุวันที่ 30 มิถุนายน 2551 *(หมายถึง บุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ หรือบุตรที่เกิดในราชอาณาจักรระหว่างบิดามารดาได้รับอนุญาตให้อยู่ในราชอาณาจักร)* สามารถอยู่ในราชอาณาจักรได้เช่นเดียวกับพ่อและแม่

เมื่อวันที่ 26 พฤษภาคม 2552 คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบ ตามมติคณะกรรมการบริหารแรงงานข้ามชาติหลบหนีเข้าเมือง *(กบร.)* ครั้งที่ 2/2552 วันที่ 27 เมษายน 2552 ตามที่กระทรวงแรงงานเสนอ โดยเห็นชอบให้เปิดจดทะเบียนแรงงานข้ามชาติหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติเมียนมาร์ ลาว และกัมพูชา ที่อยู่นอกระบบผ่อนผันซึ่งลักลอบทำงานอยู่ในประเทศ โดยไม่รวมบุตรและผู้ติดตาม อยู่ในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราวเพื่อรอการส่งกลับสิ้นสุดไม่เกินวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2553 ตามประเภทกิจการงานที่กำหนด และเมื่อวันที่ 3 พฤศจิกายน 2552 คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบให้จดทะเบียนผ่อนผันให้บุตรของแรงงานต่างด้าว ตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 26 พฤษภาคม 2552 และตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม 2552 *(แรงงานกิจการประมงที่ได้รับการขยายระยะเวลาการจดทะเบียน)* อยู่ในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราว

มติคณะรัฐมนตรีวันที่ 19 มกราคม 2553 เรื่องการขยายเวลาการพิสูจน์สัญชาติ และการผ่อนผันให้อยู่ในราชอาณาจักรแก่แรงงานต่างด้าว และการแต่งตั้งกรรมการในคณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองเพิ่มเติม คือ 1) ขยายเวลาการพิสูจน์สัญชาติและการผ่อนผันให้อยู่ในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราว แก่แรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติเมียนมาร์ ลาว และกัมพูชาที่จดทะเบียน และได้รับอนุญาตให้ทำงานได้ ปี 2552 ตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 18 ธันวาคม 2550 มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 26 พฤษภาคม 2552 วันที่ 28 กรกฎาคม 2552 และวันที่ 3 พฤศจิกายน 2552 ซึ่งเป็นแรงงานต่างด้าวที่ใบอนุญาตทำงานหมดอายุวันที่ 20 มกราคม 2553 และ 28 กุมภาพันธ์ 2553 ที่ได้แจ้งความประสงค์เข้ารับการพิสูจน์สัญชาติ โดยขยายเวลาการอนุญาตให้อยู่ในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราว เพื่อรอการส่งกลับไม่เกิน 2 ปี สิ้นสุดวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2555 และไม่ต้องปฏิบัติตามมาตรา 54 แห่งพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 โดยแรงงานต่างด้าวดังกล่าวต้องต่ออายุใบอนุญาตทำงานและกรอกแบบการพิสูจน์สัญชาติให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2553 และเข้ารับการพิสูจน์สัญชาติให้แล้วเสร็จตามวันเวลาที่กำหนด ทั้งนี้ไม่เกินวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2555 2) แต่งตั้งกรรมการในคณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองเพิ่มเติม ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง พ.ศ. 2544 โดยให้เพิ่มเติมอธิบดีกรมการปกครองเป็นกรรมการในคณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง การจดทะเบียนแรงงานในปี 2554

ในปี 2554 ได้มีเป้าหมายการจดทะเบียน คือ แรงงานข้ามชาติจากเมียนมาร์ ลาว และกัมพูชา ที่ทำงานอยู่กับนายจ้าง แต่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนรวมถึงผู้ติดตาม ซึ่งเป็นบุตรที่อายุไม่เกิน 15 ปี โดยมีระยะเวลาในการอนุญาตให้อยู่และทำงานในประเทศไทยไม่เกิน 1 ปี ทำอาชีพ 2 ประเภท คือ งานกรรมกร และคนรับใช้ในบ้านใน 6 กิจการ คือ ประมง (ทะเล/น้ำจืด) ต่อเนื่องประมง เกษตรและเลี้ยงสัตว์ ก่อสร้าง คนรับใช้ในบ้าน อื่นๆ โดยครั้งนี้ได้ปรับเปลี่ยนค่าใช้จ่ายในเรื่องใบอนุญาตทำงาน กล่าวคือมีค่าใช้จ่ายระหว่าง 1,000 - 1,900 บาท ขึ้นอยู่กับท้องที่และประเภทกิจการ ในขณะที่ค่าตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพยังคงอยู่ที่ 1,900 บาท (ค่าตรวจสุขภาพ 600 บาท และค่าประกันสุขภาพ 1,300 บาท)

มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 12 มิถุนายน 2555 เรื่องขยายเวลาการพิสูจน์สัญชาติและการผ่อนผันให้อยู่ในราชอาณาจักรแก่แรงงานต่างด้าว ซึ่งกำหนดว่าแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ ได้แก่ เมียนมาร์ ลาว และกัมพูชาที่ได้รับการผ่อนผันให้อยู่และทำงานในประเทศไทย จะต้องดำเนินการพิสูจน์สัญชาติ และปรับสถานะเป็นแรงงานที่เข้าเมืองถูกกฎหมายให้เสร็จสิ้นก่อนวันที่ 14 ธันวาคม 2555 ดังนั้น หากแรงงานข้ามชาติที่ได้รับการผ่อนผันไม่สามารถดำเนินการพิสูจน์สัญชาติให้เสร็จสิ้นได้ทันวันที่ 14 ธันวาคม 2555 นี้ ก็จะต้องถูกผลักดันส่งกลับประเทศต่อไป ข้อมูล ณ วันที่ 14 ธันวาคม 2555 พบว่า มีแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนกับกรมการปกครองแล้วทั้งสิ้น 1.79 ล้านคน ผ่านการพิสูจน์สัญชาติแล้ว 1.28 ล้านคน แบ่งเป็นเมียนมาร์ 1.14 ล้านคน กัมพูชา 1.04 แสนคน และลาว 3.49 หมื่นคน คงเหลือแรงงานต่างด้าวที่ยังไม่ได้รับการพิสูจน์สัญชาติอีกจำนวน 3.11 แสนคน ที่อาจจะต้องผลักดันกลับประเทศตามมติคณะรัฐมนตรี 12 มิถุนายน 2555

ในปี 2556 ภาคเอกชนคาดการณ์ว่า ถ้าหากส่งแรงงานที่ยังไม่พิสูจน์สัญชาติกลับประเทศทั้งหมดตามมติคณะรัฐมนตรีที่ประกาศไว้ในปี 2555 โดยที่ยังไม่มีมาตรการจัดหาแรงงานมารองรับหรือทดแทน จะทำให้ภาวะขาดแคลนแรงงานของประเทศไทยเข้าสู่ภาวะวิกฤตรุนแรง เพราะแรงงานไทยยังมีไม่เพียงพอที่จะเข้ามาทดแทนแรงงานต่างชาติได้ทั้งหมด อันจะส่งผลกระทบต่อเนื่องไปยังธุรกิจการส่งออก รวมทั้งจะทำให้การขยายตัวของเศรษฐกิจไทยต่ำกว่าเป้าหมายที่รัฐบาลกำหนดไว้ ผู้ประกอบการจึงเรียกร้องให้รัฐบาลขยายเวลาในการพิสูจน์สัญชาติออกไปอีกระยะหนึ่ง กระทรวงแรงงานจึงได้เสนอเรื่องนี้เข้าสู่การพิจารณาของคณะรัฐมนตรี ทำให้มีมติคณะรัฐมนตรีขยายเวลาการพิสูจน์สัญชาติออกมา 3 ครั้ง กล่าวคือ ครั้งที่ 1 มีมติเมื่อวันที่ 15 มกราคม พ.ศ. 2556 เห็นชอบให้มีการผ่อนผันให้แรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ ที่ลักลอบเข้ามาทำงานกับนายจ้าง รวมทั้งบุตรของแรงงานอายุไม่เกิน 15 ปี อยู่ในราชอาณาจักรเป็นกรณีพิเศษ เป็นเวลาไม่เกิน 120 วัน ตั้งแต่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2555 ถึง 13 เมษายน พ.ศ. 2556

ครั้งที่ 2 คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2556 ให้แรงงานต่างด้าวและบุตรอายุไม่เกิน 15 ปี อยู่ในราชอาณาจักรเป็นกรณีพิเศษเป็นเวลาไม่เกิน 120 วัน ตั้งแต่ 14 เมษายน พ.ศ. 2556 ถึง 11 สิงหาคม พ.ศ. 2556 โดยแรงงานต้องเดินทางกลับประเทศต้นทาง เพื่อดำเนินการเป็นแรงงานถูกกฎหมาย และสามารถกลับมาทำงานกับนายจ้างรายเดิมได้ และกระทรวงมหาดไทยออกประกาศให้แรงงานต่างด้าวผิดกฎหมายอาศัยอยู่ในประเทศไทยได้ โดยไม่ให้เจ้าหน้าที่ตำรวจจับกุมในระหว่างรอดำเนินการเป็นแรงงานถูกกฎหมาย แต่หากครบกำหนด 120 วัน ในวันที่ 15 เมษายน พ.ศ. 2556 แล้ว แต่นายจ้างยังไม่ดำเนินการ จะดำเนินคดีกับนายจ้าง เพราะถือว่าจ้างแรงงานต่างชาติในแบบไม่ถูกต้อง ส่วนแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมายก็จะถูกผลักดันกลับประเทศต้นทาง

ครั้งที่ 3 คณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2557 เห็นชอบในแนวทางที่กระทรวงแรงงานเสนอให้ผ่อนผันแรงงานจากเมียนมาร์ ลาว และกัมพูชา ที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติ และครบกำหนดวาระการจ้างงาน 4 ปี โดยให้แรงงานประเภทนี้ที่ถือหนังสือเดินทาง (passport) หนังสือเดินทางชั่วคราว (temporary passport) หรือเอกสารรับรองบุคคล (certificate of identity) แต่อาศัยอยู่ในราชอาณาจักรเกินกว่าระยะเวลาที่ได้รับอนุญาต สามารถอยู่ในราชอาณาจักรเป็นกรณีพิเศษต่อไปเป็นเวลา 180 วัน หรือจนกว่าจะมีคณะรัฐมนตรีชุดใหม่ที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้

2.1.2 นโยบายพิสูจน์สัญชาติแรงงานข้ามชาติที่จดทะเบียน

นโยบายนี้เชื่อมโยง หรือเป็นนโยบายที่ต่อเนื่องจากนโยบายการผ่อนผันแรงงานเข้าเมืองผิดกฎหมาย โดยรัฐบาลไทยได้นำระบบลงนามบันทึกความเข้าใจ (memorandum of understanding) เรื่องแรงงานระหว่างประเทศกับประเทศเพื่อนบ้าน 3 ประเทศ มาเป็นเครื่องมือจัดระบบแรงงานข้ามชาติ โดยใน ปี 2545 ได้ทำบันทึกความเข้าใจเรื่องแรงงานกับรัฐบาลประเทศลาว ปีถัดมา คือ ปี 2546 ทำข้อตกลงความเข้าใจกับรัฐบาลประเทศกัมพูชา และเมียนมาร์ เป้าหมายสำคัญที่ทำให้รัฐบาลไทยเครื่องมือ MOU มาใช้ คือความพยายามที่จะทำให้แรงงานข้ามชาติจากประเทศเพื่อนบ้านทั้งสามประเทศที่เข้ามาในประเทศไทยอย่างผิดกฎหมาย และขึ้นทะเบียนแล้วทั้งหมดได้รับการพิสูจน์สัญชาติ หรือได้รับการรับรองว่าเป็นพลเมืองของประเทศเพื่อนบ้าน (Nationality Verification) ที่ได้รับอนุญาตให้เข้ามาทำงานประเทศไทยชั่วคราว โดยที่ระบบการจัดการเรื่องการพิสูจน์สัญชาติผ่านข้อตกลง MOU ต้องอาศัยความร่วมมือลักษณะทวิภาคี คือระหว่างรัฐบาลไทยและรัฐบาลประเทศต้นทางของแรงงานข้ามชาติเป็นหลัก เพราะรัฐบาลของประเทศต้นทางต้องยอมรับสถานะพลเมืองของแรงงานข้ามชาติที่มาจากประเทศของตนด้วยการออกหนังสือเดินทางชั่วคราว หรือหนังสือรับรองสถานะบุคคลให้กับแรงงานย้ายถิ่นจากประเทศของตนที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยก่อนหน้านั้นแล้ว

ภายใต้ระบบการพิสูจน์สัญชาติ รัฐบาลไทยและประเทศต้นทางของแรงงานทั้งสามประเทศตกลงดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

- ขั้นตอนแรก รัฐบาลไทยต้องส่งรายชื่อ พร้อมรายละเอียดต่างๆ ของแรงงานข้ามชาติแต่ละคนที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยอยู่แล้ว และมีนายจ้างรับรองชัดเจนไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของประเทศต้นทาง ซึ่งแรงงานเหล่านั้น ต้องเป็นแรงงานที่ได้รับการจดทะเบียนแรงงานตามมติของคณะรัฐมนตรีเท่านั้น
- ขั้นตอนที่สอง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องของประเทศต้นทางทำการตรวจสอบหลักฐานต่างๆ เพื่อให้ทราบว่าแรงงานแต่ละคนเหล่านั้นมีสถานะเป็นพลเมืองของประเทศตนจริงหรือไม่
- ขั้นตอนที่สาม หากผลพิสูจน์หลักฐานแล้วปรากฏชัดเจนว่าเป็นพลเมืองจากประเทศตน เจ้าหน้าที่ก็จะออกหนังสือเดินทางชั่วคราวให้กับแรงงาน ซึ่งในขั้นตอนเหล่านี้ แรงงานข้ามชาติจะต้องเดินทางไปยังประเทศของตน เพื่อพิสูจน์สัญชาติและรับหนังสือเดินทาง ซึ่งในช่วงแรกรัฐบาลไทยอำนวยความสะดวกให้แก่แรงงาน โดยจัดให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องของประเทศเพื่อนบ้าน คือ กัมพูชา และสาธารณรัฐประชาชนลาวให้เข้ามาตั้งสำนักงานชั่วคราวในประเทศไทย เพื่อดำเนินการพิสูจน์สัญชาติให้กับแรงงานจากประเทศของตน

ถึงแม้ว่านโยบายการพิสูจน์สัญชาติแรงงานข้ามชาติได้ดำเนินการมาหลายปีแล้ว กระนั้นยังพบว่า ที่ผ่านมาจำนวนของแรงงานข้ามชาติจากทั้งสามประเทศ ซึ่งเข้ามาทำงานในประเทศไทยก่อนหน้านั้นแล้วได้เข้าสู่กระบวนการพิสูจน์สัญชาติจำนวนน้อยมาก จากสถิติที่รวบรวมไว้ พบว่าในช่วงระหว่าง ปี 2549 ถึง 2553 แรงงานข้ามชาติที่จากประเทศกัมพูชา และประเทศสาธารณรัฐประชาชนลาวที่ได้รับการพิสูจน์สัญชาติมีร้อยละ 57 และร้อยละ 53 ตามลำดับ ของแรงงานที่จดทะเบียน ณ ปี 2552 พบว่า กระบวนการพิสูจน์สัญชาติแรงงานข้ามชาติจากประเทศเมียนมาร์ไม่ประสบความสำเร็จในช่วงแรก เพราะมีแรงงานเข้าสู่กระบวนการพิสูจน์สัญชาติจำนวนน้อยมาก ทั้งๆ ที่รัฐบาลเมียนมาร์ และรัฐบาลไทยได้ทำข้อตกลงเรื่องการพิสูจน์สัญชาติแรงงานตั้งแต่ ปี 2546 กระบวนการพิสูจน์สัญชาติแรงงานจากเมียนมาร์เริ่มจะมาบังเกิดผลสำเร็จในปี 2552 เพราะรัฐบาลไทยได้ผลักดันเรื่องนี้อย่างจริงจัง มีการประกาศนโยบายที่ชัดเจน เพื่อเร่งรัดให้แรงงานจากประเทศเมียนมาร์ที่จดทะเบียนตามมติคณะรัฐมนตรีปีต่างๆ เข้าสู่กระบวนการพิสูจน์สัญชาติ เพื่อจะได้รับใบอนุญาตทำงาน เดือนมีนาคม ปี 2553 มีแรงงานจากประเทศเมียนมาร์ได้รับการพิสูจน์สัญชาติ และได้หนังสือเดินทางจำนวน 41,770 คน หรือประมาณร้อยละ 4 ของแรงงานข้ามชาติที่จดทะเบียน ณ ปี 2552[1]

ในกระบวนการพิสูจน์สัญชาติ ณ ปัจจุบัน แรงงานจดทะเบียนจากประเทศเพื่อนบ้านจำเป็นต้องเดินทางกลับประเทศของต้นทาง เพื่อได้รับการรับรองสถานะพลเมือง และรับหนังสือเดินทางเพื่อกลับเข้ามาทำงานในประเทศไทยอย่างถูกฎหมาย สำหรับแรงงานจากประเทศเมียนมาร์สามารถเลือกเดินทางไปยังหน่วยงานออกรับรองสัญชาติและรับหนังสือเดินทางได้ในจุดผ่านแดน 3 จุด ใกล้ที่ไหนไปที่นั่น ได้แก่ ที่เมียวดี ซึ่งอยู่ใกล้จังหวัดตาก เมืองเกาะสอง ใกล้จังหวัดระนอง และท่าขี้เหล็ก ใกล้จังหวัดเชียงราย เมื่อได้รับหนังสือเดินทางแล้ว แรงงานเหล่านั้น จะต้องผ่านสู่ระบบการตรวจคนเข้าเมือง และได้รับการประทับตราวีซ่าในหนังสือเดินทางจากเจ้าหน้าที่ศุลกากรของไทยอย่างถูกต้อง พวกเขาก็จะได้รับใบอนุญาตทำงานกับนายจ้างที่รับรองพวกเขา

กระบวนการรับรองสัญชาติของแรงงานจากประเทศเมียนมาร์ ประสบกับปัญหาค่อนข้างมากและมีความซับซ้อนด้านการเมืองมากกว่ากระบวนการของอีกสองประเทศ ตัวอย่างเช่น มีข่าวลือในหมู่แรงงานเมียนมาร์ว่าถ้าหากเข้าสู่กระบวนการพิสูจน์สัญชาติแล้ว จะทำให้ครอบครัวในเมียนมาร์ถูกเจ้าหน้าที่รัฐเข้าไปรีดไถเงินจากครอบครัวแรงงาน หรือเจ้าหน้าที่รัฐบังคับให้ครอบครัวที่มีแรงงานมาทำงานในประเทศไทย จะต้องถูกเจ้าหน้าที่รัฐเรียกเก็บภาษี นอกจากนั้น ยังมีการพูดกันทั่วไปว่าแรงงานที่กลับไปพิสูจน์สัญชาติจะถูกจับขังคุก[2] อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับข่าวลือเหล่านี้ว่าจริงเท็จประการใด

---

[1] Vasuprasat, Pracha. (2008). Inter-state Cooperation on Labor Migration: Lessons Learned from MOUs between Thailand and Neighboring Countries. International Labor Organization, Regional Office for Asia and the Pacific.

[2] Vasuprasat, Pracha. (2008). Inter-state Cooperation on Labor Migration: Lessons Learned from MOUs between Thailand and Neighboring Countries. International Labor Organization, Regional Office for Asia and the Pacific.

2.1.3 นโยบายนำเข้าแรงงานข้ามชาติตามสัญญาจ้าง

นโยบายนี้เกี่ยวข้องการทำบันทึกความเข้าใจ เรื่องแรงงานข้ามชาติกับประเทศเพื่อนบ้านเช่นกัน ในบันทึกความเข้าใจเรื่องแรงงานข้ามชาติ นอกจากได้กล่าวถึงข้อตกลง เรื่องการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติร่วมกันระหว่างรัฐบาลไทยกับรัฐบาลประเทศเพื่อนบ้าน โดยพยายามจัดการให้แรงงานรายเก่าที่เข้าเมืองผิดกฎหมาย ซึ่งได้รับการผ่อนผันให้ทำงานในประเทศไทยได้ชั่วคราวตามมติคณะรัฐมนตรี ต้องเข้าสู่กระบวนการพิสูจน์สัญชาติกับประเทศต้นทางแล้ว บันทึกความเข้าใจแบบทวิภาคียังมีข้อตกลงร่วม เรื่องให้สามารถนำเข้าแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านตามสัญญาจ้างได้ด้วย โดยใช้ระบบโควต้า คือ มีจำนวนแรงงานเป็นไปตามความต้องการของนายจ้างที่แจ้งความจำนงไว้กับรัฐบาล ซึ่งการนำเข้าแรงงานตามสัญญาจ้างจะทำให้มั่นใจได้ว่า แรงงานเหล่านี้จะเข้ามาอย่างถูกกฎหมายตั้งแต่ต้น และหวังให้พวกเขาจะได้รับการคุ้มครองสิทธิแรงงานและสิทธิมนุษยชน อีกทั้งทำให้มั่นใจได้ว่า เมื่อหมดสัญญาจ้างแรงงานเหล่านี้จะเดินทางกลับประเทศของตน[3]

นโยบายการนำเข้าแรงงานตามสัญญาจ้างเริ่มต้นอย่างจริงจังในปี 2548 เชื่อกันว่าระบบการนำเข้าแรงงานแบบนี้จะช่วยลดค่าใช้จ่ายของแรงงานลงได้ เช่น ค่านายหน้าที่สูง และการถูกหลอกลวงจากนายหน้า นอกจากนี้ยังคาดกันว่าการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติลักษณะนี้ น่าจะส่งผลดีต่อการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศส่งออกแรงงานเองด้วย เพราะรัฐบาลสามารถสนับสนุนให้ประชากรภายในประเทศอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ยากจน หรือเขตพื้นที่ที่มีภาวะว่างงานสูงได้ประโยชน์จากการย้ายถิ่นไปทำงานในประเทศไทย การจ้างแรงงานข้ามชาติภายใต้นโยบายนี้ต้องผ่านระบบนายหน้าที่ขึ้นทะเบียนกับรัฐบาลของประเทศต้นทางของแรงงาน ที่สำคัญที่สุด คือ หวังให้นโยบายนี้ช่วยป้องกันปัญหาการลักลอบเข้าเมืองของแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้าน ตลอดจนปัญหาการลักลอบนำเข้าแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านสู่ประเทศไทย

อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังไม่ประสบความสำเร็จนักในการนำนโยบายนำเข้าแรงงานตามสัญญาจ้างจากประเทศลาว กัมพูชา และเมียนมาร์ ด้วยเหตุผลที่ว่าในการปฏิบัตินั้น การนำเข้าแรงงานตามสัญญาจ้างทำให้แรงงานมีค่าใช้จ่ายมากขึ้น เพราะบริษัทเอกชนในประเทศต้นทางที่ได้สัมปทานในการจัดหาแรงงานจากรัฐบาลของตนกำหนดค่าธรรมเนียมที่เรียกเก็บจากแรงงานที่ประสงค์จะมาทำงานในประเทศไทยในอัตราค่อนข้างสูง นอกจากนี้ ยังมีขั้นตอนยุ่งยากและใช้เวลานานกว่าจะได้รับหนังสือเดินทาง ยังมีข้อบังคับด้านอื่นๆ ของประเทศไทยอีกด้วย ได้แก่ แรงงานที่เข้ามาตามสัญญาจ้างต้องอยู่ทำงานกับบริษัทและนายจ้างเดิมที่ระบุไว้ในใบอนุญาตทำงาน โดยไม่มีสิทธิเปลี่ยนแปลงนายจ้างได้เอง ยกเว้นเฉพาะรายที่นายจ้างยกเลิกสัญญาจ้างเอง ซึ่งข้อบังคับนี้ทำให้แรงงานมีความเสี่ยงสูงที่จะถูกเอารัดเอาเปรียบจากนายจ้าง ที่ผ่านมาการเอารัดเอาเปรียบแรงงานข้ามชาติ ที่เข้ามาตามสัญญาจ้างเกิดขึ้นในหลายลักษณะ เช่น โรงงานแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่นำเข้าแรงงานจากประเทศลาว ตามสัญญาจ้างบังคับให้แรงงานต้องอาศัยอยู่ในหอพัก ซึ่งอยู่ภายในโรงงานเพราะกลัวแรงงานหนี และต้องการเก็บค่าเช่าหอพักภายในโรงงานจากแรงงานในอัตราสูง การมีธุรกิจหอพักภายในโรงงาน จึงเป็นอีกหนทางหนึ่งที่แรงงานถูกเอารัด

---

[3] Vasuprasat, Pracha. (2008). Inter-state Cooperation on Labor Migration: Lessons Learned from MOUs between Thailand and Neighboring Countries. International Labor Organization, Regional Office for Asia and the Pacific.

เอาเปรียบ เพราะแรงงานต้องจ่ายค่าที่พัก และค่าน้ำค่าไฟในอัตราที่สูงกว่าราคาค่าเช่าห้องพักที่ให้บริการอยู่ภายนอกโรงงาน

ในขณะเดียวกัน แรงงานยังต้องประสบกับปัญหา มีรายได้รวมจากค่าแรงต่อเดือน ต่ำกว่าข้อมูลที่บริษัทนายหน้าจัดส่งแรงงานบอกไว้ เพราะบริษัทนายหน้าจัดหางานภายในประเทศของตนมักให้ข้อมูลเกี่ยวกับค่าจ้างที่สูงกว่าความเป็นจริง โดยบวกค่าทำงานนอกเวลาเข้าไปในค่าแรงปกติด้วย ซึ่งทำให้แรงงานเข้าใจผิดว่า ตนเองจะได้รับค่าจ้างในอัตราสูงอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน แต่ในความเป็นจริง พบว่า หากโรงงานไม่มีงานนอกเวลาให้แรงงานทำ เพราะยอดคำสั่งซื้อสินค้าจากต่างประเทศมีน้อยลง อันเนื่องจากภาวะเศรษฐกิจโลกผันผวน แรงงานก็จะไม่มีงานนอกเวลาทำและได้รับเฉพาะค่าแรงปกติ ซึ่งรวมทั้งเดือนแล้วน้อยมากแทบไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายกินอยู่ประจำวัน มิต้องกล่าวถึงการมีเงินมากพอที่จะส่งกลับไปให้ครอบครัวใช้จ่าย หรือใช้หนี้สินที่ยืมมาเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการเดินทางเข้ามาทำงานในประเทศไทย (The World Bank, 2012)

แรงงานข้ามชาติตามสัญญาจ้างส่วนใหญ่จะเป็นหนี้นายจ้าง กล่าวคือ นายจ้างจะเป็นคนออกค่าใช้จ่าย ได้แก่ ค่าเดินทาง ค่าธรรมเนียมบริษัทนายหน้า ค่าธรรมเนียมให้กับรัฐในการทำหนังสือเดินทาง ค่าประกันสุขภาพและการทำใบอนุญาตทำงานในประเทศไทย ฯลฯ แทนแรงงานล่วงหน้าทั้งหมด เพื่อนำพวกเขาเข้ามาทำงานในประเทศไทย หลังจากนั้น นายจ้างจะหักค่าใช้จ่ายทั้งหมดคืนจากค่าแรงรายสัปดาห์ของแรงงานจนกว่าจะหมดหนี้สินกัน แรงงานส่วนใหญ่ที่เข้ามาตามสัญญาจ้างสูงสุด คือไม่เกิน 2 ปี ซึ่งในระหว่างนี้พวกเขาจะเปลี่ยน หรือย้ายนายจ้างไม่ได้เลย ต้องทนอยู่กับนายจ้าง แม้ว่าจะไม่มีงานนอกเวลาทำก็ตาม แรงงานจำนวนหนึ่งหนีสัญญาการจ้างงาน เช่น กลับไปเยี่ยมบ้านแล้วไม่กลับมาอีก หรือหนีออกจากโรงงานไปทำงานที่อื่น ส่วนนายจ้างก็จะต้องทำทุกวิถีทาง เพื่อไม่ให้แรงงานหนีกลับบ้านหรือหนีไปทำงานกับนายจ้างอื่น เพราะเกรงว่าจะสูญเสียเงินที่ตนเองจ่ายไปล่วงหน้า เพื่อให้แรงงานเข้ามาทำงานในประเทศไทย ด้วยเหตุผลดังกล่าว ทำให้การนำเข้าแรงงานตามสัญญาจ้างจึงไม่ได้รับความนิยมจากทั้งนายจ้างและตัวแรงงานเอง

ในปีแรกของการนำนโยบายนี้มาใช้ ประเทศไทยได้ขอโควต้าแรงงานนำเข้าตามสัญญาจ้างจากประเทศสาธารณรัฐประชาชนลาว จำนวนทั้งสิ้น 51,105 คน และจากประเทศกัมพูชาจำนวน 17,470 คน แต่ประเทศลาวสามารถส่งแรงงานให้ได้แค่ ร้อยละ 7 ของจำนวนที่ขอโควต้าไปทั้งหมด ในขณะที่ประเทศกัมพูชาส่งเข้ามาได้เพียงร้อยละ 3 ของจำนวนแรงงานที่ประเทศไทยต้องการ ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2550 ความต้องการแรงงานตามสัญญาจ้างของนายจ้างในประเทศไทยเพิ่มสูงขึ้นหลายหมื่นคน กล่าวคือ ต้องการแรงงานจากลาวจำนวน 60,890 คน และแรงงานจากประเทศกัมพูชา 36,733 คน แต่ปรากฏว่ามีแรงงานนำเข้าตามสัญญาจ้างที่มาจากประเทศลาวแค่ 5,282 คน ส่วนจากประเทศกัมพูชามีนำเข้ามาได้แค่ 3,939 คนเท่านั้น ซึ่งต่ำกว่าปีแรก และต่ำกว่าจำนวนที่ขอไปอย่างมาก สะท้อนให้เห็นบทเรียนจากการบริหารจัดการแรงงานตามนโยบายนี้ว่า ยังมีปัญหาอุปสรรคที่ต้องได้รับการแก้ไขอยู่มากทีเดียว[4]

[4] Vasuprasat, Pracha (2008). Inter-state Cooperation on Labor Migration: Lessons Learned from MOUs between Thailand and Neighboring Countries. International Labor Organization, Regional Office for Asia and the Pacific.

2.1.4 นโยบายเกี่ยวกับการคุ้มครองสวัสดิการแรงงานข้ามชาติของรัฐบาลไทย

กล่าวได้ว่านโยบายและมาตรการต่างๆ ทั้ง 3 แนวทางของรัฐบาลไทยที่กล่าวมา จะเป็นขั้นแรกของการทำให้แรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านได้รับประโยชน์จากการย้ายถิ่นเข้ามาทำงานในประเทศไทยได้อย่างเต็มที่ เพราะการทำให้พวกเขาเป็นแรงงานที่ถูกกฎหมาย นอกจากจะช่วยให้พวกเขามีเครื่องมือที่จะเผชิญกับปัญหาการกดขี่ การถูกทำความรุนแรง และรีดไถได้แล้ว ยังทำให้พวกเขาได้เข้าถึงสวัสดิการและบริการต่างๆ โดยเฉพาะด้านสุขภาพที่ควรได้รับในฐานะมนุษย์ที่มีศักดิ์ศรีคนหนึ่งอีกด้วย

ประเทศไทยมีพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2518 และพระราชบัญญัติการจ้างแรงงานต่างด้าว พ.ศ. 2551 ที่นำมาใช้บังคับ เพื่อปกป้องคุ้มครองสิทธิของแรงงานภายในประเทศ ทั้งที่เป็นคนไทยและคนต่างชาติ โดยพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2518 ตราขึ้น เพื่อช่วยในการคุ้มครองค่าแรง สวัสดิการ และจัดการปัญหาความขัดแย้ง หรือข้อพิพาทที่เกิดขึ้นระหว่างนายจ้างกับลูกจ้าง อย่างไรก็ตาม ด้วยเหตุผลเรื่องความมั่นคงของชาติ รัฐบาลไทยยังไม่อนุญาตให้แรงงานต่างชาติตั้งสหภาพแรงงานขึ้นมา เพื่อดูแลคุ้มครองสิทธิของแรงงานต่างชาติเป็นการเฉพาะ กระนั้นกฎหมายนี้ไม่ได้ห้าม หรือจำกัดสิทธิของแรงงานต่างชาติไม่ให้เป็นสมาชิกสหภาพแรงงานไทย และไม่ได้ห้ามทำการฟ้องร้องนายจ้างที่ไม่เป็นธรรมกับตน หรือนายจ้างที่ละเมิดกฎหมายแรงงานผ่านสภาพแรงงานไทย แต่พบว่าระเบียบภายในของสหภาพแรงงานไทยเองมีข้อจำกัดสำหรับการเป็นสมาชิกของแรงงานต่างชาติ เพราะปัจจุบันยังไม่ได้มีการแก้ไขข้อบังคับของสหภาพแรงงานไทยที่กำหนดว่า สมาชิกของสหภาพแรงงานไทยต้องมีสัญชาติไทยเท่านั้น

ปัจจุบันรัฐบาลไทยมีนโยบายให้แรงงานข้ามชาติ ที่มีใบอนุญาตทำงานได้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมผ่านสองระบบ คือ ระบบประกันสุขภาพ และระบบประกันสังคม โดยแรงงานที่สมัครเข้าสู่ระบบประกันสังคมจะได้รับสวัสดิการต่างๆ รวมทั้งการรักษาพยาบาลเท่าเทียมกับแรงงานสัญชาติไทยที่อยู่ในระบบเดียวกัน ซึ่งเป็นไปตามพระราชบัญญัติสวัสดิการสังคม พ.ศ. 2533 พระราชบัญญัติการจ่ายเงินค่าทดแทนแรงงาน พ.ศ. 2540 และพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน ซึ่งคุ้มครองค่าจ้างขั้นต่ำต่อวันปัจจุบัน คืออัตรา 300 บาท แต่อาจยังไม่ครอบคลุมทุกจังหวัด จำนวนชั่วโมงทำงานไม่เกิน 8 ชั่วโมงต่อวัน และไม่เกิน 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ สิทธิการลาป่วย ได้รับค่าแรงทำงานล่วงเวลาในอัตราที่กำหนด วันหยุดพักหนึ่งวันต่อสัปดาห์ และจะต้องได้รับเงินทดแทนจากการบาดเจ็บ พิการหรือป่วยอันเนื่องมาจากการทำงาน มีเงินสวัสดิการหลังเกษียณอายุงาน หรือลาออกในระยะเวลาที่มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการที่กำหนด กฎหมายสวัสดิการสังคมกำหนดให้บุคคลที่เป็นลูกจ้างทั้งไทยและต่างชาติจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนสวัสดิการสังคมร้อยละ 5 ของรายได้ต่อเดือน และนายจ้างจะต้องจ่ายสมทบให้อีกร้อยละ 5 เช่นกัน แรงงานข้ามชาติภายใต้ระบบการนำเข้าตามสัญญาจ้าง ส่วนใหญ่จะเข้าสู่ระบบประกันสังคม ส่วนแรงงานข้ามชาติที่ทำงานกับผู้ประกอบการรายย่อยมักสมัครใจเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ เพราะไม่ต้องถูกหักเงินเดือนเข้ากองทุนทุกเดือน เนื่องจากเห็นว่าตนเองไม่ได้ประโยชน์จากกองทุนในระยะยาว คือสวัสดิการหลังเกษียณเช่นที่คนไทยได้รับ เพราะพวกตนไม่ได้ตั้งรกรากในประเทศไทย อีกทั้งนายจ้างเองก็ไม่ยินดีที่จะจ่ายเงินในส่วนของนายจ้างเพื่อสมทบเข้ากองทุนเช่นกัน (รายละเอียดกล่าวถึงในส่วนที่ทบทวนนโยบายด้านสุขภาพ)

2.1.5 การเข้าร่วมนโยบายบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติของแรงงานและนายจ้าง

งานวิจัยที่สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ทำร่วมกับธนาคารโลกเกี่ยวกับแรงงานข้ามชาติจากประเทศเมียนมาร์เมื่อปี 2554 ซึ่งเก็บข้อมูลจากแรงงานเมียนมาร์ พบว่าแรงงานเมียนมาร์กว่าร้อยละ 70 เข้ามาทำงานในประเทศไทย โดยไม่มีใบอนุญาตทำงาน ส่วนใหญ่ทำงานรับจ้างในภาคเกษตรกรรมตามชายแดน และจำนวนหนึ่งอาศัยอยู่ในประเทศไทยมาเป็นเวลานาน แรงงานกลุ่มนี้ คิดว่าใบอนุญาตทำงานไม่มีความจำเป็นสำหรับตนเอง และพวกเขามักไม่มีข้อมูลเลย หรือได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายการบริหารจัดการแรงงานของรัฐบาลไทยน้อยมาก ร้อยละ 12.2 ของแรงงานเมียนมาร์ ในงานวิจัยนี้บอกว่า พวกเขาไม่ทราบเกี่ยวกับนโยบายการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติ ร้อยละ 6.4 บอกว่า ค่าธรรมเนียมที่ต้องจ่ายเพื่อรับใบอนุญาตทำงานแพงเกินกว่าที่พวกเขาจะจ่ายได้ ร้อยละ 4.2 บอกว่าหน่วยของรัฐที่จะไปขอใบอนุญาตทำงานหรือขึ้นทะเบียนแรงงานอยู่ไกลเกินไป และร้อยละ 3.1 ให้ข้อมูลว่านายจ้างไม่ได้สนใจที่จะจ้างแรงงานถูกกฎหมาย นอกจากนี้ ประมาณเกือบครึ่งของแรงงานเมียนมาร์ที่ให้สัมภาษณ์บอกว่า จะไม่เดินทางเข้ามาทำงานในประเทศไทยหากรัฐบาลไทยกำหนดค่าธรรมเนียมต่างๆ ให้แรงงานถูกกฎหมายต้องจ่ายในอัตราสูงเกินไป ในขณะเดียวกันแรงงานร้อยละ 67 เชื่อว่านโยบายการพิสูจน์สัญชาติเพื่อทำให้แรงงานต่างด้าวผิดกฎหมายได้ทำงานในประเทศไทยอย่างถูกต้อง กล่าวคือมีใบอนุญาตทำงาน มีหนังสือเดินทาง มีวีซ่าเข้าประเทศไทย เป็นนโยบายที่เกิดผลดีต่อแรงงานมากกว่าเกิดผลเสีย (The World Bank, 2012) ทั้งผู้ประกอบการ และแรงงานข้ามชาติต่างมีวิธีการเข้าร่วมนโยบายการบริหารจัดการแรงงานต่างชาติอย่างหลากหลายวิธีการ ดังนี้

งานวิจัยเรื่องเดียวกันของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม พบว่า แรงงานเมียนมาร์ในจังหวัดสมุทรสาครที่ไม่มีใบอนุญาตทำงานส่วนใหญ่มักเป็นแรงงานที่เพิ่งเข้ามาทำงานในประเทศไทยได้ไม่นาน และเข้ามาเป็นครั้งแรก แรงงานกลุ่มนี้เข้ามาในประเทศไทยในช่วงหลังการเปิดให้นายจ้างนำแรงงานไปจดทะเบียนได้สิ้นสุดไปแล้ว ซึ่งรัฐบาลไม่ได้เปิดให้จดทะเบียนแรงงานใหม่ในทุกปี แรงงานข้ามชาติที่ให้สัมภาษณ์บอกว่า พวกเขาเฝ้ารอการเปิดให้จดทะเบียนแรงงานรอบใหม่เพื่อจะได้ไปขอใบอนุญาตทำงานให้ถูกต้อง กระนั้น แรงงานบางคนก็บอกว่า พวกเขาจะไม่สามารถเข้าสู่กระบวนการที่ทำให้เป็นแรงงานถูกกฎหมายได้เลย ถ้าหากนายจ้างไม่ช่วยออกค่าใช้จ่ายให้ล่วงหน้า เพื่อเป็นค่าใบอนุญาตทำงาน ค่าตรวจสุขภาพ และค่าประกันสุขภาพ หรือถ้าหากนายจ้างไม่ช่วยดำเนินการด้านเอกสารและค่าธรรมเนียมต่างๆ ให้กับพวกเขา

งานวิจัยนี้ ยังพบอีกว่านายจ้างในภาคอุตสาหกรรมขนาดเล็ก และนายจ้างที่เป็นเจ้าของฟาร์ม เช่น ฟาร์มผลไม้ ดอกไม้ ฯลฯ มักไม่ค่อยเต็มใจที่จะพาแรงงานต่างชาติไปจดทะเบียนและขอใบอนุญาตทำงาน เพราะพวกเขาไม่ต้องการแบกภาระจ่ายเงินค่าธรรมเนียมต่างๆ ให้กับแรงงานล่วงหน้า ถึงแม้ว่า จะมาหักคืนจากค่าแรงได้ก็ตาม เหตุผลสำคัญที่พวกเขาปฏิเสธไม่พาแรงงานไปจดทะเบียน และขอใบอนุญาตทำงานให้คือเกรงว่า ออกค่าใช้จ่ายให้ทั้งหมดแล้ว แรงงานอาจหนีหนี้ไปทำงานกับนายจ้างใหม่ที่ให้ค่าแรงดีกว่า หรืองานหนักน้อยกว่า เป็นต้น ทั้งหมดนี้เป็นเหตุผลที่ทำให้แรงงานในสองภาคส่วนนี้มักเป็นแรงงานที่ไม่ถูกกฎหมาย

มีบริษัทหรือผู้ประกอบการจำนวนหนึ่ง ที่จ้างแรงงานต่างชาติที่ไม่มีใบอนุญาตทำงานยอมรับว่าต้องจ่ายเงินใต้โต๊ะให้กับเจ้าหน้าที่รัฐในพื้นที่เป็นประจำทุกเดือน เพื่อไม่ให้แรงงานและตนเองถูกเจ้าหน้าที่จับกุม จำนวนเงินที่จ่ายให้เจ้าหน้าที่แต่ละเดือนขึ้นอยู่กับจำนวนลูกจ้างชาวต่างชาติที่จ้างไว้ โดยผู้ปะกอบการจะหักเงินค่าแรงของลูกจ้างชาวต่างชาติไว้จำนวนหนึ่งทุกสัปดาห์ที่ต้องจ่ายค่าแรงเพื่อจ่ายใต้โต๊ะให้กับเจ้าหน้าที่ แต่มีบางผู้ประกอบการที่จ่ายเองโดยไม่หักจากลูกจ้าง แต่ในผู้ประกอบการที่ทำแบบนี้มักจ่ายค่าแรงรายวันให้กับลูกจ้างต่างชาติในอัตราที่ต่ำกว่ากฎหมายกำหนด

ผู้ประกอบการในภาคอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ในจังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งจ้างแรงงานต่างชาติมากกว่า 1,000 คน มักจะมีแผนกย่อยของบริษัท หรือบางแห่งที่ไม่มีแผนกเฉพาะ ก็จัดให้มีเจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคลช่วยดูแลเรื่องการขึ้นทะเบียน และการขอใบอนุญาตทำงานให้กับแรงงานต่างชาติโดยเฉพาะ บางบริษัทที่ต้องการลดภาระเรื่องการบริหารจัดการแรงงานต่างชาติในโรงงานของตน ก็ยินดีจ้างแรงงานต่างชาติผ่านบริษัทนายหน้าจัดหาคนงาน ที่เรียกว่านายหน้ารายย่อย (sub-contractors) ซึ่งเป็นลักษณะจัดจ้างภายนอก (outsource) บริษัทจัดหางานเหล่านี้จัดหาแรงงานที่ถูกกฎหมายไว้ป้อนบริษัทที่ว่าจ้างมา โดยรับผิดชอบเรื่องการขึ้นทะเบียน และการขอใบอนุญาตทำงานให้กับแรงงานเองทั้งหมด รวมทั้งการออกค่าธรรมเนียมต่างๆ ล่วงหน้าให้แรงงาน โดยบริษัทจัดหาแรงงานจะเรียกเก็บหนี้คืนโดยหักจากค่าแรงรายวันของแรงงานทุกคน ที่ส่งเข้าไปทำงานให้กับบริษัทต่างๆ และบริษัทนายหน้าจัดหาแรงงานก็เรียกเก็บค่าบริการจัดหาแรงงานจากบริษัทที่ว่าจ้างด้วย

นอกจากนี้ ยังพบว่าบริษัทขนาดเล็กที่มักไม่มีการบริหารจัดการแรงงาน เพื่อจ้างแรงงานต่างชาติอย่างถูกกฎหมาย แรงงานจำนวนหนึ่งที่มีความพร้อมกว่า คือมีเครือข่าย มักดิ้นรนหาทางทำให้ตนเองได้จดทะเบียน และได้ใบอนุญาตทำงานด้วยตัวเอง โดยส่วนใหญ่จะติดต่อผ่านนายหน้า ที่รู้จักกัน หรือที่เพื่อนแนะนำให้ช่วยดำเนินการให้ ซึ่งพวกเขาต้องจ่ายค่าบริการให้กับนายหน้าเหล่านั้นตามอัตราที่ถูกเรียกร้อง ซึ่งก็ขึ้นอยู่กับสถานภาพทางกฎหมายของแรงงาน เพราะแต่ละกรณีจะมีความยุ่งยากในการดำเนินการขอใบอนุญาตทำงานไม่เท่ากัน ตัวอย่างเช่น หากเป็นกรณีเป็นแรงงานที่เคยจดทะเบียนไว้แล้ว และใบอนุญาตทำงานใกล้หมดอายุต้องการต่ออายุใบอนุญาตทำงานกับนายจ้างปัจจุบัน คิดค่าบริการประมาณ 5,000 – 6,000 บาท แต่ถ้าหากเป็นกรณีที่ไม่เคยจดทะเบียนแรงงานมาก่อน หรือเป็นกรณีที่ใบอนุญาตทำงานหมดอายุ เพราะไม่มีนายจ้างมาเป็นระยะเวลานาน ค่าบริการก็จะแพงขึ้นอยู่ที่ประมาณ 8,000 บาท ซึ่งค่าบริการเหล่านี้รวมค่าใบอนุญาตทำงาน ค่าตรวจสุขภาพ และค่าประกันสุขภาพจำนวน 3,800 บาท ไว้ด้วยแล้ว

ส่วนการเข้าร่วมนโยบายพิสูจน์ และรับรองสัญชาติของแรงงานที่จดทะเบียนแล้ว พบว่าแรงงานที่ต้องผ่านกระบวนการพิสูจน์ และรับรองสัญชาติจากรัฐบาลของตน จำเป็นต้องใช้บริการของบริษัทเอกชนที่ได้รับอนุญาตจากรัฐบาลไทยให้ดำเนินการเรื่องนี้แทนแรงงานได้ แรงงานบางคนยืมเงินจากนายจ้างของตนมาใช้จ่ายเพื่อการนี้ ในขณะที่นายจ้างบางส่วนเรียกเก็บค่ามัดจำจากลูกจ้างต่างชาติจำนวน 2,000 บาท และให้ลูกจ้างยืมในส่วนที่เหลือ และติดต่อว่าจ้างบริษัทเอกชนให้ดำเนินการให้กับลูกจ้างต่างชาติของตน ค่าบริการที่บริษัทดำเนินการเรื่องการพิสูจน์

สัญชาติ เรียกเก็บขึ้นอยู่กับว่า แรงงานต้องการไปพิสูจน์สัญชาติที่จุดบริการ ณ จุดใดในประเทศของตน เมื่อบริษัทที่ว่าจ้างดำเนินการด้านเอกสารเสร็จเรียบร้อยแล้ว แรงงานต้องเดินทางกลับไปประเทศเพื่อพิสูจน์สัญชาติด้วยตัวเอง ซึ่งในกรณีของแรงงานเมียนมาร์มีจุดบริการพิสูจน์สัญชาติของหน่วยงานรัฐบาลเมียนมาร์อยู่ 3 จุด ดังที่ได้กล่าวไปก่อนหน้านี้แล้ว หากแรงงานที่สมุทรสาครต้องไปรับการพิสูจน์สัญชาติที่ด่านตรวจคนที่อยู่ใกล้กับจังหวัดระนอง ค่าบริการที่ถูกเรียกเก็บอยู่ที่ประมาณ 6,000 – 7,000 บาท แต่ถ้าต้องไปที่ท่าขี้เหล็กหรือเมียวดีจะอยู่ในอัตรา 12,000 บาท ซึ่งทั้งสองอัตรารวมค่าเดินทางด้วย

ในการเข้าร่วมหรือปฏิบัติตามนโยบายพิสูจน์สัญชาติของรัฐบาลไทย พบว่า แรงงานข้ามชาติอาจประสบกับปัญหาไม่มีเงินเพียงพอที่จะจ่ายค่าธรรมเนียม และค่าให้บริการของบริษัทนายหน้า ต้องกู้ยืมจากนายจ้าง หรือบางรายอาจถูกหลอกลวงฉ้อโกงจากบริษัทที่จัดการเรื่องนี้ให้ แรงงานที่มีประสบการณ์มาทำงานในประเทศไทยเป็นเวลานานมักมีข้อมูลว่า บริษัทนายหน้าใดบ้างที่คิดอัตราค่าบริการถูก หรือบริษัทใดน่าเชื่อถือ บริษัทใดไม่น่าเชื่อถือ พวกเขาจะเลือกใช้บริการตามความเชื่อของตัวเอง แต่แรงงานข้ามชาติบางคนก็ถูกหลอกลวงจากบริษัทนายหน้าเหล่านั้น ในการพิสูจน์สัญชาติ เช่น อาจมีการหลอกลวงว่าได้จดทะบียนให้แรงงานแล้ว หรือทำใบอนุญาตทำงาน บัตรประกันสุขภาพ และหนังสือเดินทางปลอมให้แรงงาน บางรายอาจเรียกเก็บเงินแล้วเชิดเงินหนี โดยไม่ดำเนินการใดๆ ให้ เป็นต้น

จากการพูดคุยกับผู้นำแรงงานต่างชาติในบางพื้นที่ พบว่า แรงงานต่างชาติ โดยเฉพาะจากประเทศเมียนมาร์ มีความเข้าใจต่อนโยบายการบริหารจัดการแรงงาน ด้วยกระบวนการพิสูจน์สัญชาติไปในเชิงบวกมากกว่าเชิงลบ พวกเขาไม่ได้คิดว่านโยบายนี้มุ่งผลักดันพวกเขาให้กลับประเทศ และไม่ได้กลัวว่าการเข้าสู่กระบวนการพิสูจน์สัญชาติกับรัฐบาลเมียนมาร์จะทำให้พวกเขาถูกเจ้าหน้าที่ของรัฐบาลเมียนมาร์มารีดไถ หรือเก็บภาษีจากเงินที่พวกเขาส่งไปให้ครอบครัวของพวกเขาที่อยู่ในเมียนมาร์ ในทางตรงกันข้ามพวกเขาคิดว่า การเข้าสู่กระบวนการพิสูจน์สัญชาติจะช่วยทำให้พวกเขาได้ทำงาน และเดินทางไปไหนมาไหนในประเทศไทยได้อย่างไม่กังวลว่า จะถูกตำรวจจับกุม และการกดขี่ค่าแรงของนายจ้างก็อาจทำไม่ได้อีกต่อไป พวกเขาก็จะได้รับค่าแรงที่ยุติธรรมเป็นไปตามกฎหมายแรงงาน อย่างไรก็ตาม แรงงานข้ามชาติก็ยังมีความกังวลใจเรื่องค่าใช้จ่ายที่จะนำมาใช้ เพื่อเข้าสู่กระบวนการพิสูจน์สัญชาติ เพราะพวกเขาต้องจ่ายให้บริษัทที่ดำเนินให้ในอัตราสูง เนื่องจากไม่มีมาตรการของรัฐบาลไทยควบคุมบริษัทเหล่านี้ให้กำหนดค่าบริการที่เหมาะสมและไม่หลอกลวงแรงงาน

ส่วนใหญ่แล้ว แรงงานต่างชาติในภาคอุตสาหกรรมในแต่ละพื้นที่ ต่างรับทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับนโยบาย และการปรับเปลี่ยนนโยบายเกี่ยวกับการบริหารจัดการแรงงานต่างชาติของรัฐบาลไทย และการเรียกเก็บค่าธรรมเนียมใหม่ๆ ต่างๆ จากบริษัทนายหน้าจัดหางาน หรือจากผู้ประกอบการโรงงานที่พวกเขาทำงานอยู่ และแรงงานที่มีใบอนุญาตทำงานส่วนใหญ่จะเห็นถึงประโยชน์ของการมีใบอนุญาตทำงาน ถึงแม้จะต้องมีค่าใช้จ่ายในการได้มาก็ตาม เพราะพวกเขาบอกว่า การมีใบอนุญาตทำงาน หมายถึงการไม่ถูกกดขี่ค่าแรง การมีประกันสุขภาพ การได้เดินทางไปไหนมาไหน รวมทั้งการกลับไปเยี่ยมบ้านได้อย่างไม่ต้องกังวลกับการถูกจับกุม หรือถูกตำรวจรีดไถ

ปัญหาอุปสรรคสำคัญ ที่ทำให้แรงงานไม่เข้าร่วมในนโยบายบริหารจัดการแรงงานของรัฐบาลไทย คือ ช่วงเวลาของการเปิดจดทะเบียนแรงงาน เพื่อผ่อนผันให้แรงงานเข้ามาทำงานไม่มีความชัดเจน ไม่แน่นอน ไม่สม่ำเสมอ และเมื่อเปิดให้จดทะเบียนได้ก็ให้เวลาแค่ 1 เดือน ซึ่งนโยบายการเปิดจดทะเบียนเป็นช่วงๆ นี้ไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นจริง มีข้อเสนอแนะจากแรงงานและองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานกับแรงงานต่างชาติ เสนอให้รัฐบาลไม่ควรกำหนดกรอบเวลาของการจดทะเบียนแรงงานต่างชาติที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยแล้ว ควรอนุญาตให้แรงงานต่างชาติที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยแล้ว ได้มีโอกาสจดทะเบียน และขอใบอนุญาตทำงานได้ตลอดทั้งปี

ข้อจำกัดอีกประการหนึ่ง ที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามนโยบายการบริหารจัดการแรงงานต่างชาติของรัฐบาลไทย ซึ่งส่งผลให้แรงงานต่างชาติจำนวนหนึ่งไม่อยากเป็นแรงงานในระบบกฎหมาย คือ การไม่ให้เปลี่ยนแปลงนายจ้าง ถ้าจะเปลี่ยนนายจ้างต้องให้นายจ้างเป็นฝ่ายเซ็นเลิกจ้างก่อน ถ้านายจ้างไม่ยอมเซ็นให้และลูกจ้างหนี หรือลาออกใบอนุญาตทำงานจะสิ้นสุดทันที ถึงแม้จะไปทำงานกับนายจ้างใหม่แล้วก็ตาม โดยแรงงานจะกลายสภาพจากแรงงานถูกกฎหมายเป็นแรงงานผิดกฎหมายทันที แรงงานบางคนต้องการเปลี่ยนงาน เปลี่ยนนายจ้างไปทำงานที่ได้ค่าตอบแทนสูงกว่า แต่นายจ้างไม่ยินยอมเซ็นใบเลิกจ้างให้ หากแรงงานไม่จ่ายเงินค่าเซ็นเลิกจ้าง แรงงานบางคนต้องยอมจ่ายเงินค่าเซ็นไปจำนวนหนึ่งตามที่นายจ้างเรียกร้อง ซึ่งปัญหานี้เป็นปัญหาสำคัญอันหนึ่งของแรงงานส่วนใหญ่

กล่าวโดยสรุป อุปสรรคสำคัญของการนำนโยบายทั้ง 4 แนวทางในการบริหารจัดการแรงงานของรัฐบาลไทยไปสู่การปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ประการแรก คือ นายจ้างมักไม่ให้ความร่วมมือเพราะหวังผลกำไรมากเกินไป โดยปฏิเสธที่จะจ่ายเงินหรือรับผิดชอบในส่วนที่ตนเองต้องจ่าย เกี่ยวกับการจ้างแรงงานต่างชาติ เช่น ค่าแรงขั้นต่ำ ค่าสวัสดิการ ประการที่สอง เป็นความล้มเหลวของระบบบริหารราชการของรัฐที่ไม่สามารถขจัดปัญหาการคอรัปชั่น การเก็บส่วย รีดไถ ตลอดจนความล้มเหลวที่จะดูแลระบบบริหารจัดการแรงงานต่างชาติให้มีประสิทธิภาพ เช่น การปราบปรามบริษัทนายหน้าไม่ให้หลอกลวงและเรียกเก็บค่าบริการต่างๆ จากแรงงานในอัตราที่สูง

2.1.6 นโยบายจัดระเบียบแรงงานข้ามชาติของคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (ยุค คสช.)

หลังการทำรัฐประหารเป็นต้นมา จนถึงขณะนี้คือเดือนกันยายน 2557 คณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) ได้ออกประกาศคำสั่งเกี่ยวกับแรงงานข้ามชาติ ดังนี้

วันที่ 10 มิถุนายน พ.ศ. 2557 ออกคำสั่งฉบับที่ 59/2557 และคำสั่งฉบับที่ 60/2557 จัดตั้งคณะทำงานพิเศษ 2 ชุด เพื่อแก้ปัญหาแรงงานข้ามชาติผิดกฎหมาย โดยคำสั่งฉบับที่ 59/2557 ตั้งคณะกรรมการนโยบายการจัดการปัญหาแรงงานต่างด้าว โดยให้มีอำนาจหน้าที่เสนอแนะนโยบาย เพื่อแก้ปัญหาติดตามผล รวมทั้งพิจารณาให้ความเห็นชอบแผนงานเกี่ยวกับการจัดการแรงงานข้ามชาติก่อนนำเสนอ คสช. ส่วนคำสั่งฉบับที่ 60/2557 สั่งให้จัดตั้งคณะอนุกรรมการประสานงานการจัดการปัญหาแรงงานต่างด้าว มีหน้าที่เสนอแนะนโยบาย หรือมาตรการต่อคณะกรรมการนโยบายการจัดการปัญหาแรงงานต่างด้าว ประสานงาน ติดตามการดำเนินงาน และให้ข้อเสนอแนะ

แก่ส่วนราชการ รวมทั้งพิจารณาทบทวน ปรับปรุง และพัฒนาหลักเกณฑ์ในการบริหารจัดการแรงงานต่างด้าว เสนอแก่คณะกรรมการ เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม คำสั่งทั้งสองฉบับของ คสช. ได้ทำให้เกิดความเข้าใจผิด และกระแสข่าวลือว่า คสช. ต้องการกวาดล้างจับแรงงานข้ามชาติ ทำให้แรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะชาวกัมพูชาตื่นตระหนก และอพยพกลับประเทศ มีการวิเคราะห์ว่าสาเหตุหนึ่ง ที่ทำให้แรงงานชาวกัมพูชากังวลใจและเดินทางกลับ เนื่องจากในระหว่างที่มีความขัดแย้งทางการเมืองระหว่างคนต่างสี แรงงานชาวกัมพูชาถูกกล่าวหาว่า เข้ามาพัวพันในการชุมนุมทางการเมือง เมื่อ คสช. ประกาศจัดระเบียบแรงงานข้ามชาติจึงเกิดความหวั่นวิตก อีกทั้งข่าวลือดังกล่าวส่งผลให้นายจ้างกลัวความผิด จึงไล่แรงงานออกและส่งกลับประเทศ

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้ คสช. ต้องออกประกาศชี้แจง และหามาตรการแก้ไข โดยในวันที่ 16 มิถุนายน 2557 คสช. ได้ออกประกาศฉบับที่ 67/2557 ยืนยันว่า คสช. ไม่มีมาตรการกวาดล้างแรงงานข้ามชาติผิดกฎหมายแต่อย่างไร และยังให้ความชัดเจนเรื่องวิธีการจัดระเบียบแรงงาน โดยให้นายจ้างทำบัญชีรายชื่อลูกจ้างในสังกัด เพื่อรับการตรวจสอบจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ เพื่อป้องกันไม่ให้มีการทำผิดกฎหมาย ปัญหายาเสพติด ปัญหาการจ้างงานที่ไม่เป็นธรรม รวมทั้งกล่าวเตือนให้ระมัดระวัง หากมีบุคคล หรือกลุ่มบุคคลแอบอ้างตัวเป็นเจ้าหน้าที่ มาปล่อยข่าวให้แรงงานเกิดความหวาดกลัว

ประจวบเหมาะกับที่ในช่วงดังกล่าว ประเทศไทยประสบปัญหาถูกประเทศสหรัฐอเมริกาประกาศลดระดับความน่าเชื่อถือในการตอบสนองต่อปัญหาการค้ามนุษย์ของรัฐบาลไทย โดยถูกปรับลงไปอยู่ในระดับต่ำสุด สาเหตุสำคัญมาจากความไม่มีประสิทธิภาพในการปราบปรามการค้ามนุษย์ในอุตสาหกรรมการประมง การลักลอบนำแรงงานต่างด้าวมาใช้แรงงาน และค้าประเวณี รวมถึงเหตุที่เจ้าหน้าที่กองทัพเรือไทยพัวพันการหาผลประโยชน์กับผู้ลี้ภัยชาวมุสลิมโรฮิงญา ผลกระทบที่จะติดตามมาจากการถูกลดระดับ คือ สหรัฐอเมริกาอาจพิจารณาระงับการให้ความช่วยเหลือ ที่มิใช่ความช่วยเหลือเพื่อมนุษยธรรม และความช่วยเหลือที่เกี่ยวกับการค้าแก่ไทย คสช. ได้ตอบสนองต่อการถูกประกาศลดระดับดังกล่าว โดยออกประกาศและคำสั่งเกี่ยวกับแรงงานข้ามชาติอีกหลายฉบับ ได้แก่

ในวันที่ 17 มิถุนายน 2557 คณะรักษาความสงบแห่งชาติ กำหนดมาตรการเร่งด่วนในการป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ และการแก้ไขปัญหาแรงงานต่างด้าว ระยะที่ 1 เป็นการชั่วคราว โดยให้นายจ้างที่ใช้แรงงานต่างด้าว ดำเนินการตามกระบวนการทางกฎหมาย เพื่อให้แรงงานต่างด้าวได้รับความคุ้มครองในการทำงาน รวมทั้งให้นายจ้าง และแรงงานต่างด้าวที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ให้ความร่วมมือกับทางราชการ เพื่อให้สามารถคุ้มครองดูแลตามหลักสิทธิมนุษยชน อีกทั้งมอบหมายให้คณะกรรมการนโยบายการจัดการปัญหาแรงงานต่างด้าว เป็นผู้ติดตามผลและเสนอรายงานต่อ คสช. มีการผ่อนผันให้แรงงานที่เข้ามาผิดกฎหมายทำงานต่อไปเป็นการชั่วคราว และเร่งดำเนินการนำแรงงานที่ไม่จดทะเบียนทั้งหมดเข้าสู่ระบบ เพื่อให้การบริหารจัดการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นยังมีนโยบายปราบปรามนายหน้าที่นำเข้าแรงงานอย่างผิดกฎหมายด้วย หลังจากนั้นคณะรักษาความสงบแห่งชาติมีคำสั่งที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติอีกหลายฉบับ ได้แก่ ประกาศ คสช. ฉบับที่ 70/2557 ฉบับที่ 73/2557 และ

74/2557 ฉบับที่ 77/2557 ฉบับที่ 90/2557 และ ฉบับที่ 94/2557 คำสั่งเหล่านั้น ระบุมาตรการชั่วคราวสำหรับบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติ และการแก้ไขปัญหาการค้ามนุษย์ โดยสรุปพบว่า มาตรการที่คณะรักษาความสงบแห่งชาติประกาศใช้มีดังนี้

1) แต่งตั้งคณะกรรมการนโยบายการจัดการปัญหาแรงงานต่างด้าว และการค้ามนุษย์ และอนุกรรมการประสานงานการจัดการปัญหาแรงงานต่างด้าว และการค้ามนุษย์ เพื่อให้มีอำนาจหน้าที่ เสนอแนะนโยบายการแก้ปัญหาแรงงานต่างด้าวและปัญหาการค้ามนุษย์ ประสานงาน ติดตามการดำเนินงาน และให้ข้อคิดเห็นแก่ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง[5]

2) จัดตั้งศูนย์ประสานรับแรงงานกัมพูชากลับเข้าทำงานในพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ สระแก้ว จันทบุรี ตราด และสุรินทร์ เพื่อดำเนินการออกใบอนุญาตเข้าเมืองชั่วคราวให้แก่แรงงานสัญชาติกัมพูชา โดยให้กระทรวงมหาดไทยเป็นหน่วยงานหลัก และปฏิบัติงานร่วมกับกระทรวงแรงงาน สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยศูนย์ดังกล่าวเริ่มทำการตั้งแต่วันที่ 26 มิถุนายน 2557 คนต่างด้าวสัญชาติกัมพูชาที่จะเข้ามาทำงานในประเทศไทย ไม่ว่าจะได้เคยทำงานในประเทศไทยมาก่อนหรือไม่ก็ตาม ให้แจ้งความประสงค์ต่อศูนย์ประสานรับแรงงานกัมพูชา เพื่อกลับเข้ามาทำงานภายในวันที่ 25 กรกฎาคม 2557 หากพ้นกำหนดนี้แล้ว การเข้ามาทำงานของคนต่างด้าวสัญชาติกัมพูชาให้เป็นไปตามกฎหมายในเรื่องนั้นๆ[6] และได้ขยายระยะเวลาให้แรงงานกัมพูชาแจ้งความประสงค์ที่จะเข้าทำงานในประเทศไทยถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2557[7]

ในกรณีที่มีนายจ้างยื่นแบบแจ้งความต้องการแรงงานต่างด้าว หรือบัญชีรายชื่อแรงงานต่างด้าวที่เคยทำงานในกิจการของตนเอง ไว้กับศูนย์ประสานรับแรงงานกัมพูชากลับเข้าทำงาน หากตรวจสอบแล้ว พบว่าคนต่างด้าวสัญชาติกัมพูชาที่แจ้งความประสงค์ไว้ มีลักษณะตรงตามความต้องการของนายจ้าง หรือเมื่อมีการตรวจสอบบัญชีรายชื่อของนายจ้างแล้ว ตรงกับคนต่างด้าวสัญชาติกัมพูชาที่แจ้งความประสงค์ไว้ ให้นายจ้างมารับตัวบุคคลนั้น เพื่อดำเนินการขอใบอนุญาตทำงานชั่วคราวได้เลย และให้ศูนย์ฯ พิจารณาออกใบอนุญาตเข้าเมืองชั่วคราวแก่คนต่างด้าวสัญชาติกัมพูชาที่มีนายจ้าง โดยให้ใบอนุญาตมีอายุ 60 วันนับแต่วันที่ออก และให้คนต่างด้าวสัญชาติกัมพูชาที่ได้รับใบอนุญาตเข้าเมืองชั่วคราว สามารถทำงานกับนายจ้างได้ตั้งแต่วันที่ได้รับใบอนุญาต[8]

3) จัดตั้งศูนย์บริการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวแบบเบ็ดเสร็จ (one stop service) ทุกจังหวัด เพื่อทำหน้าที่พิจารณาออกใบอนุญาตทำงานชั่วคราว และขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวทั้ง 3 สัญชาติ คือเมียนมาร์ ลาว และกัมพูชา โดยให้กระทรวงมหาดไทยเป็นหน่วยงานหลักดูแล และปฏิบัติงานร่วมกับกระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยให้จัดตั้งศูนย์ฯ ในจังหวัดสมุทรสาครเป็น

---

5 คำสั่ง คสช. ฉบับที่ 73/2557 และ คำสั่ง คสช. 74/2557

6 ประกาศ คสช. ฉบับที่ 70/2557

7 ประกาศ คสช. ฉบับที่ 118/2557

8 ประกาศ คสช. ฉบับที่ 70/2557

แห่งแรก ซึ่งเริ่มทำการตั้งแต่วันที่ 30 มิถุนายน 2557 ศูนย์บริการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวแบบเบ็ดเสร็จ มีหน้าที่จัดทำทะเบียนประวัติ ออกบัตรประจำตัว และตรวจสุขภาพคนต่างด้าว ตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด

คสช. กำหนดให้คนต่างด้าวสัญชาติเมียนมาร์ ลาว และกัมพูชา ที่เข้ามาหรืออยู่ในประเทศไทย โดยไม่ได้รับอนุญาตตามกฎหมาย หรือการอนุญาตนั้นสิ้นสุดไปแล้ว หรือทำงานโดยไม่ได้รับอนุญาตตามกฎหมาย ต้องไปรายงานตัว ณ ศูนย์บริการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวแบบเบ็ดเสร็จ โดยให้ศูนย์บริการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวแบบเบ็ดเสร็จ พิจารณาออกใบอนุญาตทำงานชั่วคราวได้ ตามหลักเกณฑ์ที่ระบุในกฎหมายการอนุญาตให้แรงงานต่างด้าวทำงาน ใบอนุญาตทำงานมีอายุ 60 วัน นับแต่วันที่ออกให้ และให้คนต่างด้าวที่ได้รับใบอนุญาตทำงานชั่วคราวสามารถทำงานกับนายจ้างได้ ตั้งแต่วันที่ได้รับใบอนุญาต ซึ่งมาตรการนี้ไม่ครอบคลุมคนต่างด้าวสัญชาติเมียนมาร์ ลาว และกัมพูชา ที่มีใบอนุญาตเข้าเมืองชั่วคราว หรือใบอนุญาตทำงานชั่วคราวที่ยังไม่หมดอายุ

ต่อมา คสช. มีคำสั่งให้ขยายพื้นที่จัดตั้งศูนย์บริการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวแบบเบ็ดเสร็จเพิ่มเติม และออกมาตรการจัดระเบียบแรงงานต่างด้าว ที่ทำงานเรือประมงในจังหวัดที่มีพื้นที่ติดทะเลใน 7 จังหวัด คือ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี พระนครศรีอยุธยา ระยอง สงขลา สมุทรปราการ และสุราษฎร์ธานี มีผลตั้งแต่วันที่ 7 กรกฎาคม 2557 โดยให้นายจ้างของคนต่างด้าวที่ทำงานในเรือประมงเพื่อจับสัตว์น้ำทางทะเล จัดทำบัญชีรายชื่อสัญชาติและจำนวนของคนต่างด้าวดังกล่าว และแจ้งต่อสำนักงานจัดหางานจังหวัดตามภูมิลำเนาที่จดทะเบียนเรือใน 22 จังหวัด ที่มีพื้นที่ติดทะเล ได้แก่ กระบี่ จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ชุมพร ตราด ตรัง นครศรีธรรมราช นราธิวาส ประจวบคีรีขันธ์ ปัตตานี พังงา เพชรบุรี ภูเก็ต ระนอง ระยอง สงขลา สตูล สมุทรปราการ สมุทรสงคราม สมุทรสาคร และสุราษฎร์ธานี ให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 21 กรกฎาคม 2557[9]

ให้จัดตั้งศูนย์บริการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าว แบบเบ็ดเสร็จเพิ่มเติมในกรุงเทพมหานคร จำนวน 6 แห่ง ประกอบด้วย ศูนย์กีฬารามอินทรา เขตบางเขน ศูนย์เยาวชนกรุงเทพมหานคร (ไทย-ญี่ปุ่น) เขตดินแดง ศาลาประชาคมเมืองมีนถิ่นทอง เขตมีนบุรี ศูนย์เยาวชนลุมพินี เขตปทุมวัน ศูนย์เยาวชนทวีวัฒนา เขตทวีวัฒนา ศูนย์กีฬาเฉลิมพระเกียรติ 84 พรรษา (บางบอน) เขตบางบอน[10] และให้จัดตั้งศูนย์บริการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวแบบเบ็ดเสร็จเพิ่มเติมใน 15 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดกระบี่ จันทบุรี ชุมพร ตรัง ตราด นครศรีธรรมราช นราธิวาส ประจวบคีรีขันธ์ ปัตตานี พังงา เพชรบุรี ภูเก็ต ระนอง สตูล และสมุทรสงคราม ทั้งนี้ ให้เริ่มทำการมีผลตั้งแต่วันที่ 22 กรกฎาคม 2557 ถึงวันที่ 21 สิงหาคม 2557[11]

---

9 ประกาศ คสช. ฉบับที่ 77/2557

10 ประกาศ คสช. ฉบับที่ 90/2557

11 ประกาศ คสช. ฉบับที่ 94/2557

ให้จัดตั้งศูนย์บริการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าว แบบเบ็ดเสร็จเพิ่มเติมใน 53 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดกาญจนบุรี กาฬสินธุ์ กำแพงเพชร ขอนแก่น ชัยนาท ชัยภูมิ เชียงราย เชียงใหม่ ตาก นครนายก นครปฐม นครพนม นครราชสีมา นครสวรรค์ นนทบุรี น่าน บึงกาฬ บุรีรัมย์ ปทุมธานี ปราจีนบุรี พะเยา พัทลุง พิจิตร พิษณุโลก เพชรบูรณ์ แพร่ มหาสารคาม มุกดาหาร แม่ฮ่องสอน ยโสธร ยะลา ร้อยเอ็ด ราชบุรี ลพบุรี ลำปาง ลำพูน เลย ศรีสะเกษ สกลนคร สระแก้ว สระบุรี สิงห์บุรี สุโขทัย สุพรรณบุรี สุรินทร์ หนองคาย หนองบัวลำภู อ่างทอง อำนาจเจริญ อุดรธานี อุทัยธานี อุตรดิตถ์ และอุบลราชธานี[12]

โดยกำหนดให้แรงงานต่างด้าวเข้าเมืองไม่ถูกต้อง ทั้ง 3 สัญชาติอยู่ในราชอาณาจักร เพื่อเข้ารับการพิสูจน์สัญชาติ โดยแรงงานต่างด้าวต้องไปรายงานตัว ณ ศูนย์บริการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวแบบเบ็ดเสร็จในจังหวัดซึ่งเป็นที่ตั้งของสถานประกอบการของตน เพื่อจัดทำทะเบียนประวัติ ตรวจสุขภาพ ออกบัตรอนุญาตให้อยู่ในราชอาณาจักรและทำงานได้ชั่วคราว ตั้งแต่ 26 มิถุนายน 2557 จนถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2557 รวมทั้งกำหนดให้คนต่างด้าวสัญชาติเมียนมาร์ ลาว และกัมพูชา ที่ได้รับใบอนุญาตทำงานชั่วคราวตามประกาศ คสช. ฉบับที่ 70/2557 ต้องเข้าสู่กระบวนการพิสูจน์สัญชาติ เพื่อการออกใบอนุญาตให้อยู่ในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราวและใบอนุญาตทำงานตามที่กฎหมายกำหนด

กำหนดว่า เมื่อพ้นเวลาในใบอนุญาตเข้าเมืองชั่วคราว และใบอนุญาตทำงานชั่วคราวแล้ว ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องบังคับใช้กฎหมายแก่แรงงานต่างด้าว และผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างเคร่งครัด ให้กองกำลังป้องกันชายแดนของกองทัพบก กองทัพเรือ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควบคุมการผ่านเข้าออกประเทศตามแนวชายแดนอย่างเข้มงวด ให้เป็นไปตามมาตรการที่กำหนด และให้ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัดกับขบวนการลักลอบนำเข้าแรงงานต่างด้าว และการค้ามนุษย์ ตลอดจนดำเนินการทางวินัยและอาญาแก่เจ้าหน้าที่รัฐ ซึ่งละเว้นการปฏิบัติหน้าที่ หรือแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบ[13] อย่างไรก็ตาม คสช. ได้ออกประกาศเปลี่ยนแปลงให้ใบอนุญาตทำงานชั่วคราวที่ศูนย์บริการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวแบบเบ็ดเสร็จ ออกให้แก่แรงงานต่างด้าวใช้ได้จนถึงวันที่ 31 มีนาคม 2558 ทั้งนี้ เพื่อให้แรงงานต่างด้าวที่ได้รับใบอนุญาตทำงานชั่วคราวดังกล่าว เข้าสู่กระบวนการตรวจสัญชาติเพื่อการออกใบอนุญาตให้อยู่ในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราว และใบอนุญาตทำงานตามที่กฎหมายกำหนดต่อไปตามประกาศ คสช. ฉบับที่ 118/2557[14]

เพื่อให้การปฏิบัติสอดคล้องกับประกาศของ คสช. กรมแรงงานจึงได้แจ้งให้ สำนักงานจัดหางานจังหวัดและสำนักจัดหางานกรุงเทพมหานครทุกเขต ปฏิบัติโดยให้เรียกเก็บค่าธรรมเนียมใบอนุญาตในอัตรา 900 บาท ตั้งแต่วันที่ 31 กรกฎาคม 2557 และให้แรงงานข้ามชาติทั้ง 3 สัญชาติ ซึ่งใบอนุญาตทำงานจะหมดอายุในวันที่ 11 สิงหาคม 2557 มาขึ้นทะเบียนใหม่ได้ที่ศูนย์จดทะเบียนแบบเบ็ดเสร็จ ที่ตั้งอยู่ในจังหวัดที่แรงงานข้ามชาติทำงาน ส่วนกรณี

---

[12] ประกาศ คสช. ฉบับที่ 117/2557

[13] ประกาศ คสช. ฉบับที่ 70/2557

[14] ประกาศ คสช. ฉบับที่ 118/2557

ของแรงงานข้ามชาติที่มาจดทะเบียนที่ศูนย์จดทะเบียนแบบเบ็ดเสร็จไปแล้ว ตั้งแต่ประกาศของ คสช. ฉบับที่ 70/2557 และได้รับให้อยู่อาศัย และทำงานในประเทศไทยเพียงแค่ 60 วัน ยังไม่มีประกาศแนวทางแก้ไขชัดเจน[15]

5) เห็นชอบร่างกฎกระทรวงตามพระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2551 จำนวน 2 ฉบับ คือ ร่างกฎกระทรวงยกเลิกกฎกระทรวง ซึ่งออกตามความในมาตรา 15 และมาตรา 16 แห่งพระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2551 พ.ศ. ... ซึ่งเป็นการยกเลิกการหักเงินค่าจ้างของลูกจ้าง เพื่อนำส่งเข้ากองทุนเพื่อการส่งคนต่างด้าวกลับออกไปนอกราชอาณาจักร และร่างกฎกระทรวงกำหนดค่าธรรมเนียม และยกเว้นค่าธรรมเนียมการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. ... โดยสาระสำคัญ เป็นการกำหนดค่าธรรมเนียมการทำงานของคนต่างด้าว สำหรับสาขาอาชีพรับจ้างทำงาน โดยใช้กำลังกายเป็นหลัก หรือรับจ้างทำงานในบ้าน ในอัตราเดียวกันทุกท้องที่ทั่วราชอาณาจักร และให้บังคับใช้กฎกระทรวงนี้ ตั้งแต่วันที่ 25 มิถุนายน 2557 ทั้งนี้ เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแรงงาน และเป็นการจูงใจให้คนต่างด้าวที่อยู่นอกระบบการจ้างงานเข้าสู่ระบบการจ้างงานถูกต้องตามกฎหมาย[16]

2.2 ระบบประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ

ระบบหลักประกันทางสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย ปัจจุบัน มี 2 ระบบ ด้วยกัน ได้แก่ ระบบบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ ซึ่งบริหารจัดการโดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และระบบประกันสังคม บริหารจัดการโดยสำนักงานประกันสังคม ก่อนเดือนสิงหาคม 2556 บัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ เป็นระบบประกันสุขภาพภาคบังคับที่แรงงานข้ามชาติ ทุกคนที่ขึ้นทะเบียน (ภายใต้มติ ครม.) และขอใบอนุญาตทำงานอย่างถูกกฎหมายแล้ว ทุกคนต้องเข้าร่วมโดยเสียเบี้ยประกันสุขภาพปีละ 1,300 บาท รวมค่าตรวจร่างกายอีก 600 บาท เป็นเงินทั้งสิ้น 1,900 บาท แรงงานข้ามชาติรวมถึงผู้ติดตามที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน หรือไม่ได้ยื่นขอใบอนุญาตในการทำงานอย่างถูกกฎหมาย ซึ่งคาดการณ์ว่ามีจำนวนมากในขณะนั้น ไม่สามารถเข้าร่วมในระบบบัตรประกันสุขภาพนี้ได้ สิทธิประโยชน์ทางสุขภาพที่แรงงานข้ามชาติได้รับ ค่อนข้างเทียบเท่ากับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือบัตรทองของคนไทย โดยครอบคลุมบริการสุขภาพในการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลที่กำหนดไว้ บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (ไม่เกิน 180 วัน) บริการฟื้นฟูสุขภาพ กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน การฝากครรภ์ การคลอดบุตรและการดูแลหลังคลอด รวมถึงการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ และการวางแผนครอบครัว ยกเว้นสิทธิประโยชน์ในบางประเภทที่ไม่ครอบคลุม เช่น การให้ยาต้านไวรัส ARV สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี (แต่ครอบคลุมในกรณีเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก) จำนวนผู้ประกันตนในแต่ละปี เป็นไปตามจำนวนแรงงานข้ามชาติ ซึ่งทำการขึ้นทะเบียนและขอใบอนุญาตการทำงานในปีนั้นๆ ซึ่งเปลี่ยนแปลงทุกปี ตามระดับความเข้มงวด หรือข้อผ่อนปรนของการขึ้นทะเบียนแรงงานตามมติ ครม.ในแต่ละปี (Chamchan & Apipornchaisakul, 2012)

สำหรับแรงงานที่ผ่านกระบวนการพิสูจน์สัญชาติ โดยได้รับการออกหนังสือเดินทางชั่วคราว และกลุ่มที่เข้าประเทศ เพื่อมาทำงานภายใต้ของตกลง MOU ระหว่างประเทศไทย และประเทศต้นทางจะไม่สามารถเข้าร่วม

---

15 บันทึกข้อความ กรมจัดหางาน สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว ลงวันที่ 31 กรกฎาคม 2557

16 http://www.prachatai.com/journal/2014/08/54918

ระบบบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติของกระทรวงสาธารณสุขได้ แต่ต้องรายงานตน และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนกับกองทุนประกันสังคม ภายในระยะเวลา 30 วัน โดยเสียเบี้ยประกัน หรือเงินสมทบรายเดือนจากเงินเดือน หรือค่าตอบแทนในอัตราเดียวกับผู้ประกันตนคนไทย (อัตราร้อยละ 5 ของค่าตอบแทนรายเดือนที่เพดานสูงสุด 15,000 บาทต่อเดือน) โดยนายจ้างมีหน้าที่ต้องร่วมจ่ายเบี้ยประกันในอัตราที่เท่ากับแรงงานด้วยเช่นกัน สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากกองทุนประกันสังคมเทียบเท่ากับผู้ประกันตนคนไทยทุกประการ ซึ่งเป็นไปตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2537 ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ใน 7 ด้าน ได้แก่ สิทธิการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยการเสียชีวิตและทุพพลภาพ การคลอดบุตร การสงเคราะห์บุตร สิทธิประโยชน์กรณีว่างงานและกรณีชราภาพ อย่างไรก็ตาม การใช้สิทธิประโยชน์แต่ละด้านสามารถกระทำได้ ต่อเมื่อผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนแล้ว ขั้นต่ำตามระยะเวลาที่กำหนด สำหรับสิทธิประโยชน์ในด้านการรักษาพยาบาล แรงงานต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนแล้วเป็นเวลาขั้นต่ำ 3 เดือน ด้วยเหตุผลนี้ และการที่นายจ้างต้องร่วมจ่ายเงินสมทบร่วมด้วย ซึ่งไม่จูงใจให้แรงงานและนายจ้างมารายงานขึ้นทะเบียนตน (Hall, 2011)

ข้อด้อยของประกันสังคม ในบางมิติจากมุมมองของแรงงานเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์บางกรณีที่ไม่สอดคล้องกับเงื่อนไข ระยะเวลาที่แรงงานได้รับอนุญาตให้ทำงานเมืองไทย เช่น สิทธิประโยชน์กรณีชราภาพ หรือกรณีการว่างงาน อีกทั้งกระบวนการติดตาม และบังคับใช้ให้แรงงานทุกคนที่ผ่านกระบวนการพิสูจน์แล้ว ต้องขึ้นทะเบียนกับสำนักงานประกันสังคมยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ทำให้พบว่า แรงงานที่ผ่านกระบวนการพิสูจน์สัญชาติแล้ว จำนวนมากไม่ถูกนายจ้างนำมาขึ้นทะเบียน และกลายเป็นแรงงานที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ เนื่องจากไม่สามารถเข้าร่วมในระบบบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติได้เช่นกัน (Chamchan & Apipornchaisakul, 2012)

จากสภาพปัญหาข้างต้น ทั้งในส่วนของบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ และประกันสังคม ส่งผลให้มีแรงงานข้ามชาติจำนวนมาก ทั้งกลุ่มที่เป็นแรงงานเข้าเมืองผิดกฎหมายที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน ทร. 38/1 หรือไม่มีใบอนุญาตทำงาน รวมถึงผู้ติดตาม และกลุ่มแรงงานที่ผ่านกระบวนการพิสูจน์สัญชาติแล้ว แต่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนกับสำนักงานประกันสังคม (นายจ้างไม่ดำเนินการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนกับประกันสังคม) ยังคงเป็นกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันทางสุขภาพใดๆ ประสบกับความยากลำบากในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่จำเป็น และภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นตามมา ซึ่งในหลายกรณีที่แรงงานจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการ แต่ไม่มีเงินเพียงพอที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาล ก็กลายเป็นภาระทางการเงินของสถานพยาบาล ที่ต้องแบกรับ (ภัสสร ลิมานนท์ และ นริสรา พึ่งโพธิ์สภ, 2553; กฤตยา อาชวนิจกุล, 2556) โดยเฉพาะสถานบริการในพื้นที่จังหวัดชายแดนของประเทศไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งมีประชากรข้ามชาติอาศัยอยู่ หรือเดินทางข้ามแดนเข้ามารับการรักษาเป็นจำนวนมาก

เดือนสิงหาคม 2556 – มิถุนายน 2557 ภายใต้สภาพปัญหาดังกล่าว มติ ครม. เมื่อวันที่ 15 มกราคม 2556 จึงเห็นชอบให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลัก ที่มีหน้าที่ในการดูแลรับผิดชอบการแพทย์ และการสาธารณสุขในกลุ่มต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมายทั้งหมด ที่ไม่อยู่ในระบบประกันสุขภาพ ซึ่งมติดังกล่าวได้นำมาสู่การเปลี่ยนแปลงในหลักเกณฑ์การดำเนินงานของระบบประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติในหลายเรื่องด้วยกัน

ตามประกาศหลักเกณฑ์การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก และการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพคนต่างด้าว ลงวันที่ 5 สิงหาคม 2556 (กระทรวงสาธารณสุข, 2556) สรุปได้ดังนี้

1) การขยายกลุ่มเป้าหมายแรงงานข้ามชาติ ที่สามารถเข้าร่วมระบบประกันสุขภาพด้วยการซื้อบัตรสุขภาพ (health card) จากแต่เดิมได้เฉพาะแรงงานข้ามชาติที่ขึ้นทะเบียน และมีใบอนุญาตการทำงานอย่างถูกกฎหมายเท่านั้น เป็นกลุ่มคนต่างด้าวทั่วไปทุกคน (ซึ่งรวมแรงงานข้ามชาติที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน ไม่มีใบอนุญาตทำงาน กลุ่มผู้ติดตาม หรือกลุ่มคนต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมายที่ไม่ได้ทำงานด้วย) กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นหน่วยงานรับผิดชอบในการลงทะเบียนออกบัตรสุขภาพ โดยกลุ่มเป้าหมายจำแนกออกได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

- กลุ่มคนต่างด้าวทั่วไป ที่มีอายุเกิน 7 ปีบริบูรณ์ ค่าประกันสุขภาพรายปี 2,200 บาท ค่าตรวจสุขภาพ 600 บาท รวมเป็นเงิน 2,800 บาท
- เด็กต่างด้าวอายุไม่เกิน 7 ปีบริบูรณ์ ค่าประกันสุขภาพรายปี 365 บาท
- กลุ่มแรงงานข้ามชาติ ที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพในช่วง 3 เดือนแรกที่สิทธิประโยชน์กองทุนประกันสังคมยังไม่ครอบคลุม ค่าประกันสุขภาพสำหรับ 3 เดือน 550 บาท ค่าตรวจสุขภาพ 600 บาท รวมเป็นเงิน 1,150 บาท

2) การเพิ่มการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ ARV ในสิทธิประโยชน์ของบริการที่ได้รับจากบัตรสุขภาพ ในส่วนของสิทธิการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง สิทธิประโยชน์อื่นไม่แตกต่างจากสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติเดิม การเพิ่มสิทธิในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ARV เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ค่าประกันสุขภาพรายปี (สำหรับคนต่างด้าวทั่วไป ที่มีอายุเกิน 7 ปีบริบูรณ์) เพิ่มขึ้น 900 บาท จากเดิม 1,300 บาท เป็น 2,200 บาท ความครอบคลุมของสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ หรือบัตรสุขภาพแรงงานข้ามชาติ (หลังสิงหาคม 2556) สรุปได้ ดังนี้

- การตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา การคลอดบุตร การดูแลทารกแรกคลอดจนถึงอายุ 28 วัน การฟื้นฟูสภาพ รวมถึงการแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองของคณะกรรมการประกอบโรคศิลป์
- ทันตกรรมพื้นฐาน ได้แก่ การถอนฟัน (รวมการถอนหรือผ่าฟันคุด) การอุดฟัน และการขูดหินปูน
- การรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน (ห้องผู้ป่วยสามัญ รวมบริการอาหาร)
- ยา และเวชภัณฑ์ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ
- การจัดส่งต่อ เพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล
- การวัคซีนพื้นฐาน (ในเด็กอายุ 0 - 5 ปี)
- การให้ยาต้านไวรัสเอดส์ ARV

3) การดำเนินโครงการฝากท้องทุกที่ ฟรีด้วยบัตรสุขภาพแม่และเด็ก (health card for mother and child) ด้วยการจัดระบบบริการการดูแลก่อนคลอด (ANC) ที่มีคุณภาพ การฝากครรภ์คุณภาพ ห้องคลอดคุณภาพ และคลินิกสุขภาพเด็กดี (well child clinic (WCC)) คุณภาพให้กับแม่และเด็กทุกคนในประเทศ ซึ่งกลุ่มเป้าหมายนั้นรวมถึงกลุ่มประชากรต่างด้าวโดยแม่และเด็กต่างด้าวทุกคน จะได้รับการออกบัตรสุขภาพแม่และเด็ก เพื่อการติดตาม

สุขภาพอนามัยและการควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง โดยกลุ่มที่ซื้อประกันมีบัตรสุขภาพได้รับบริการทุกประเภทฟรี ขณะที่กลุ่มที่ไม่ซื้อประกันต้องจ่ายเงินเองทุกครั้งที่รับบริการ (รายละเอียดเพิ่มเติม เป็นไปตามประกาศหลักเกณฑ์การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก และการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพคนต่างด้าว ลงวันที่ 5 สิงหาคม 2556)

จากข้อมูลอย่างไม่เป็นทางการ ณ เดือนพฤษภาคม 2557 แรงงานข้ามชาติ ซึ่งเป็นผู้ประกันตนกับสำนักงานประกันสังคมมีจำนวนทั้งสิ้น ประมาณ 4 แสนคน แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามอายุตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไปถือบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติมีจำนวนประมาณ 3 - 4 แสนคน และผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติอายุน้อยกว่า 7 ปี ที่ถือบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติมีจำนวนประมาณ 1 หมื่นคน

ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2557 เป็นต้นมา โดยประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) ฉบับที่ 67, 68, 70 และ 77 ปี 2557 ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับมาตรการชั่วคราว มาตรการเร่งด่วนในการป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ และแก้ไขปัญหาแรงงานต่างด้าว และการจัดตั้งศูนย์บริการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวแบบเบ็ดเสร็จ ได้การเปลี่ยนแปลงนโยบายประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติที่สำคัญอีกครั้งหนึ่ง โดยเฉพาะในส่วนบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติที่รับผิดชอบ โดยกระทรวงสาธารณสุข

ในการดำเนินงานจัดตั้งศูนย์บริการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวแบบเบ็ดเสร็จ หรือ One Stop Service Center (OSSC) ในทุกจังหวัดตามประกาศ คสช. แรงงานข้ามชาติรวมถึงผู้ติดตาม 3 สัญชาติที่ไม่มีเอกสารการขึ้นทะเบียน และบัตรอนุญาตทำงานอย่างถูกกฎหมายในประเทศไทยต้องมาดำเนินการที่ศูนย์บริการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวแบบเบ็ดเสร็จ เพื่อทำทะเบียนประวัติ ทร. 38/1 กับกระทรวงมหาดไทย (ค่าธรรมเนียม 80 บาท ใบ ทร. 38/1 เมียนมาร์ สีเขียว สปป.ลาว สีน้ำเงิน และกัมพูชา สีน้ำตาล) ขอใบอนุญาตทำงานชั่วคราว (อายุไม่เกิน 3 เดือน) จากกรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน (ค่าธรรมเนียม 225 บาท) โดยต้องผ่านการตรวจร่างกายและทำบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติกับกระทรวงสาธารณสุข (ค่าตรวจร่างกาย 500 บาท และค่าบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ ซึ่งในช่วงแรกกำหนดให้คุ้มครองเพียง 3 เดือน ที่ราคา 500 บาท และในภายหลังกำหนดให้ทำบัตรประกันฯ คุ้มครองเป็นระยะเวลา 1 ปี ที่ราคา 1,600 บาท) การลดลงของค่าบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ จาก 2,200 บาท เหลือเพียง 1,600 บาท ไม่กระทบต่อสิทธิประโยชน์ต่างๆ ที่ครอบคลุม แนวทางการจัดสรรเงินยังคงเหมือนเดิมเกือบทุกประการ ยกเว้นในส่วนการจัดสรรค่าบัตรสำหรับการรักษาด้วยยาต้าน ARV ที่จัดสรรลดลงจาก 900 บาท เหลือ 300 บาท ส่วนราคาค่าบัตรประกันสุขภาพผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติที่มีอายุน้อยกว่า 7 ปี ยังคงราคาที่ 365 บาทต่อปี สำหรับแรงงาน หรือผู้ติดตาม 3 สัญชาติ ที่ไม่ต้องดำเนินการขึ้นทะเบียนแรงงาน ณ ศูนย์ดำเนินการเบ็ดเสร็จ และบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติที่มีอยู่หมดอายุลง (หรือไม่มีบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ) สามารถติดต่อทำบัตรได้ที่โรงพยาบาลที่รับผิดชอบในพื้นที่ โดยเสียค่าตรวจร่างกาย และค่าบัตรประกันสุขภาพในราคาเท่ากับการดำเนินการที่ศูนย์ดำเนินการเบ็ดเสร็จฯ (ค่าตรวจร่างกาย 500 บาท และค่าบัตรประกันสุขภาพ 1,600 บาท) ส่วนประชากรต่างด้าวที่เป็นกลุ่มคนไร้รัฐ และผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิสามารถทำบัตรประกันสุขภาพได้เช่นกันที่โรงพยาบาลในพื้นที่ โดยเสียค่าตรวจร่างกาย 600 บาท และค่าบัตรประกันสุขภาพ 2,200 บาท

นอกจากการปรับเปลี่ยนในเรื่องบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวแล้ว กระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดแนวคิดนโยบายระยะสั้น ระยะกลางและระยะยาวในการดำเนินการเกี่ยวกับการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพและบริการสุขภาพแรงงานข้ามชาติ สรุปโดยสังเขปได้ดังตาราง 2.1

ตาราง 2.1: การกำหนดแนวคิดนโยบายระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาวในการดำเนินการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ และบริการสุขภาพแรงงานข้ามชาติ

นโยบายระยะสั้น	นโยบายระยะกลาง	นโยบายระยะยาว
1. พัฒนาวิธีการที่ชัดเจนในการเพิ่มความครอบคลุมในการตรวจสุขภาพ และเข้าถึงการประกันสุขภาพ 1.1 ประกันสังคม – แรงงานต้องเข้าระบบประกันสังคมก่อนให้ใบอนุญาตทำงาน หรือต่อเวลาอนุญาตทำงาน 1.2 บัตรประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข - แรงงานต้องปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพก่อนได้รับใบอนุญาตทำงานหรือต่อเวลาอนุญาตทำงาน 2. จัดบริการ One Stop Service ในการตรวจสุขภาพและการประกันสุขภาพเพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่แรงงานและนายจ้าง 3. จัดให้มีบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมโรค และสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม	1. ลงทะเบียนแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย 2. กำหนดเป็นภาคบังคับให้แรงงานและผู้ติดตามเข้าสู่ระบบประกันแบบใดแบบหนึ่ง 3. การร่วมจ่ายค่าประกันสุขภาพระหว่างแรงงานต่างด้าว นายจ้าง และรัฐบาล และแรงงานต่างด้าวจ่ายค่าประกันสุขภาพสำหรับผู้ติดตาม 4. ค่าประกันสุขภาพที่สมเหตุสมผลและราคาที่จ่ายได้สำหรับแรงงานและปรับให้เหมาะสมระหว่างสิทธิประโยชน์และค่าประกันอย่างสม่ำเสมอ 5. จัดให้มีการบริหารจัดการที่ดีของกองทุนประกันสุขภาพโดยกระทรวงสาธารณสุข และจัดให้มีระบบการกำกับติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ 6. พัฒนาระบบข้อมูลแรงงานต่างด้าว โดยไม่เพิ่มภาระกับระบบข้อมูลสุขภาพที่มีอยู่แล้ว	พัฒนาระบบประกันสุขภาพ สำหรับแรงงานต่างด้าวที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

ตาราง 2.1: การกำหนดแนวคิดนโยบายระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาวในการดำเนินการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ และบริการสุขภาพแรงงานข้ามชาติ (ต่อ)

นโยบายระยะสั้น	นโยบายระยะกลาง	นโยบายระยะยาว
4. จัดตั้งกองทุนสนับสนุนสถานบริการสุขภาพที่แบกรับภาระค่าใช้จ่ายจากการให้บริการสุขภาพ ในลักษณะเพื่อมนุษย์ธรรม/อนุเคราะห์ 5. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอก กระทรวงสาธารณสุข ช่วยกันสนับสนุนให้แรงงานเข้าถึงระบบประกันสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าว	7. เพิ่มความร่วมมือกับประเทศต้นทาง, องค์กรระหว่างประเทศ และ NGO	

ที่มา: เอกสารการนำเสนอ “นโยบายแรงงานต่างด้าว และการเข้าถึงบริการ” โดย นพ.พรเพชร ปัญจปิยะกุล สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ใน The 3rd Mahidol Migration Center Regional Conference (4-6 August 2014)

2.2.1 แผนแม่บทและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการด้านสุขภาพ และการเข้าถึงบริการของแรงงานข้ามชาติ

นอกเหนือไปจากนโยบายด้านหลักประกันทางสุขภาพ ในกลุ่มประชากรข้ามชาติแล้ว ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ประเทศไทยได้มีการพัฒนาแผนแม่บท และยุทธศาสตร์การดำเนินงานในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการด้านสุขภาพ และส่งเสริมการเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่จำเป็น ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ หนึ่งในนั้น ซึ่งกำลังอยู่ในช่วงการดำเนินการตามแผน ได้แก่ แผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน พ.ศ. 2555 - 2559 (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2555) ซึ่งเป็นแผนที่จัดทำขึ้น โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้ความร่วมมือจากหลากหลายองค์กรในภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชนทั้งในระดับท้องถิ่น และระดับนานาชาติ องค์กรระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง โดยเป็นแผนแม่บทฯ ฉบับที่ 2 สืบเนื่องจากแผนฯ ฉบับแรกในช่วงปี 2550 - 2554 วัตถุประสงค์หลักของแผนฯ นี้ เป็นไปเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชากรที่อาศัยใน 32 จังหวัดชายแดนของประเทศ ทั้งกลุ่มประชากรไทย และกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่คนไทย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มแรงงานข้ามชาติจากประเทศเพื่อนบ้านที่อาศัยอยู่ค่อนข้างหนาแน่นในพื้นที่ชายแดน ตัวชี้วัดซึ่งใช้ในการติดตามการดำเนินงานของแผนแม่บทฯ ตลอดระยะเวลา 5 ปีในแต่ละพื้นที่จังหวัดมีด้วยกัน 4 ตัวชี้วัดด้วยกัน ได้แก่ 1) ร้อยละของโรงพยาบาลในพื้นที่ชายแดน ที่จัดบริการสุขภาพที่มีลักษณะเป็นมิตรกับประชากรข้ามชาติ (migrant-friendly health services) 2) ร้อยละของประชากรข้ามชาติที่มีประกันสุขภาพ 3) ร้อยละของผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการตรวจสอบคุณภาพ และ 4) ร้อยละของโรงพยาบาลในพื้นที่ชายแดนที่มีการพัฒนาระบบข้อมูล

สุขภาพของประชากรข้ามชาติตามมาตรฐาน จากตัวชี้วัดเหล่านี้ จะเห็นได้ว่า แม้จะเป็นแผนฯ ที่ครอบคลุมประชากรโดยรวมทั้งหมดในพื้นที่ชายแดน แต่การส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรของประชากรข้ามชาติ และการพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพของประชากรกลุ่มนี้ ก็เป็นประเด็นที่ถูกให้ความสำคัญค่อนข้างมากในแผนฯ นี้

ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ ซึ่งได้มีการกำหนดแผนแม่บท 5 ปี (ปี 2550 - 2554 และ 2555 - 2559) เป็นอีกหนึ่งยุทธศาสตร์ที่ให้ความสำคัญกับกลุ่มประชากร และแรงงานข้ามชาติค่อนข้างมากในฐานะประชากรกลุ่มเสี่ยงในการดำเนินงาน เพื่อเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทย โดยมีเป้าหมาย เพื่อการลดอัตราการติดเชื้อรายใหม่ ลดการเสียชีวิตจากโรคเอดส์ และลดการตีตราและเลือกปฏิบัติจากสังคมต่อผู้ติดเชื้อ (กรมควบคุมโรค, 2555)

2.2.2 ความท้าทายเชิงนโยบาย

ความท้ายเชิงนโยบายที่สำคัญของประเทศไทย ในการบริหารจัดการสุขภาพแรงงานข้ามชาติและการพัฒนางานที่เกี่ยวข้อง ยังคงมีอยู่ในหลายด้านด้วยกัน โดยเฉพาะ 1) ปัญหาและข้อจำกัดในเรื่องการพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพประชากรข้ามชาติในประเทศที่เป็นมาตรฐานครบถ้วน สมบูรณ์และให้ข้อมูลที่เชื่อถือได้ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผน และนโยบายที่เหมาะสม โดยตั้งอยู่บนหลักฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ (Chamchan & Apipornchaisakul, 2012) 2) การขาดยุทธศาสตร์นโยบาย หรือแผนงานระยะยาวในการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติของประเทศไทย รวมถึงแนวทางในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ การเข้าถึงหลักประกันทางสุขภาพ และบริการที่จำเป็นของแรงงานข้ามชาติ ที่มีลักษณะบูรณาการ และมีความต่อเนื่อง (แรงงานข้ามชาติ ชนกลุ่มน้อย คนไร้รัฐ และผู้ลี้ภัยในประเทศไทยกับความเป็นประชาคมอาเซียน, 2556) ซึ่งมีสาเหตุหลักมาจากมุมมองที่ขัดกัน โดยเฉพาะมุมมองในด้านความมั่นคงของชาติ ด้านสิทธิมนุษยชน และด้านทุนนิยม ที่สังคมไทย รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีต่อกลุ่มแรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะกลุ่มที่เข้าเมืองมาอย่างผิดกฎหมาย และ 3) การประสานความร่วมมือขององค์กรเครือข่ายในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการ แก้ไขปัญหา และพัฒนางานด้านสุขภาพแรงงานข้ามชาติทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรระหว่างประเทศ รวมถึงการสร้างข้อตกลงความร่วมมือกับรัฐบาลในประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งเป็นประเทศต้นทางของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ที่ยังคงมีอยู่ค่อนข้างจำกัด ไม่เพียงพอ (การทบทวนและสังเคราะห์นโยบาย เกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ และการประกันสุขภาพ ภายใต้โครงการส่งเสริมการป้องกันเอดส์ในแรงงานข้ามชาติประเทศไทย, 2553)

2.3 ปัญหาอุปสรรคในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพและบริการสุขภาพแรงงานข้ามชาติและการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ

ในการศึกษานี้จะทบทวนงานที่ผ่านมา ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ และการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ และบริการสุขภาพแรงงานข้ามชาติ โดยในส่วนของปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาตินั้น ส่วนใหญ่เป็นปัญหาสถานะบุคคล หรือสถานกฎหมายที่ทำให้แรงงานเกิดความกลัวถูกจับ หรือส่งกลับเมื่อไปรับบริการสุขภาพ ความขัดสนทางการเงิน และปัญหาในเรื่องของภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร (Isarabhakdi, 2004; Jinsong, 2013; Naing, Geater, & Pungrassami, 2012; Webber, Spitzer, Somrongthong, Dat, & Kounnavongsa, 2012)

นอกจากปัญหาอุปสรรคในส่วนของตัวแรงงานข้ามชาติแล้ว ที่ผ่านมายังมีงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ และบริการสุขภาพแรงงานข้ามชาติหลายการศึกษาด้วยกัน โดยข้อค้นพบ ส่วนใหญ่เป็นปัญหาอุปสรรคทางการจัดระบบบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ และบริการสุขภาพแรงงานข้ามชาติ ทั้งนี้ ปัญหาอุปสรรคทางการจัดระบบบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ และบริการสุขภาพแรงงานข้ามชาติที่สำคัญ ได้แก่ งานของกฤตยาและพันธุ์ทิพย์ ในปี 2548 ชี้ให้เห็นว่า หน่วยงานส่วนกลางยังขาดนโยบาย และมาตรการการควบคุมกามโรคและโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติโดยเฉพาะ ทั้งนี้ ยังรวมถึงนโยบายและมาตรการสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ด้วย (กฤตยา อาชวนิจกุล & พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร, 2548) งานของกฤตยา และคณะ (2550) ชี้ให้เห็นปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้แรงงานข้ามชาติมีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ดังนี้ 1) นโยบายและระเบียบการใช้งบประมาณที่ไม่ชัดเจนไม่สอดคล้องกับพื้นที่ 2)ไม่มีการสร้างทางเลือกที่หลากหลายในการประกันสุขภาพแก่กลุ่มแรงงานข้ามชาติ และทางเลือกในการเข้าถึงบริการสุขภาพ 3) ขาดความเชื่อมโยงของระบบบริการสาธารณสุขระหว่างแผนก หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและเอกชนรวม ทั้งองค์กรพัฒนาเอกชน และ 4) การให้บริการตามหลักการควบคุมโรค และการส่งเสริมสุขภาพอย่างครบถ้วน ยังขาดงบประมาณ และงบที่มีอยู่ยึดติดกับสถานะบุคคล (กฤตยา อาชวนิจกุล, 2550)

ในขณะเดียวกัน จากการนำเสนอของชาญวิทย์ ธราเทพ ในปี 2551 ชี้ให้เห็นว่า 1) มติคณะรัฐมนตรีปีต่อปีที่กระทบต่อจำนวนการจดทะเบียนแรงงาน 2) สถานบริการสุขภาพมีทรัพยากรที่จำกัด (ควรมีการจัดการงบประมาณการเงินการคลังที่เหมาะสม สอดคล้องกับบริบท) และ 3) องค์กรที่ให้บริการมียุทธศาสตร์และวิสัยทัศน์ที่แตกต่างกัน ทำให้ขาดความเชื่อมโยง (ชาญวิทย์ ธราเทพ, 2008) นอกจากนั้น งานของ Webber และคณะ ได้ระบุปัญหาที่สำคัญของระบบบริการ คือราคา ที่ตั้ง และสิ่งแวดล้อม (โดยเฉพาะในกรณีของการบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ที่ต้องการการรักษาความลับ) เวลาทำการ และความพร้อมของยาและเวชภัณฑ์ รวมทั้งทัศนะคติของผู้ให้บริการ (Webber et al., 2012)

ส่วนการเสนอแนวทาง การจัดระบบบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ และบริการสุขภาพแรงงานข้ามชาติที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพ ได้มีข้อเสนอแนะจากการศึกษาที่ผ่านมาเช่นกัน ได้แก่ การศึกษาร่วมกันระหว่างองค์การระหว่างประเทศ เพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน (IOM) และองค์การอนามัยโลก (WHO) (International Organization for Migration & World Health Organization, 2009) ได้นำเสนอทางเลือก (options) สำหรับการจัดตั้งระบบการคลังด้านสุขภาพแก่แรงงานข้ามชาติไว้ 2 ทางเลือกหลัก ดังนี้

ทางเลือกที่ 1 รัฐบาลทำหน้าที่ในการเป็นผู้แบกรับต้นทุนด้านสาธารณสุข โดยภาครัฐทำหน้าที่ในการจัดสรรงบประมาณโดยตรง ผ่านระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal coverage) แก่คนไทยไร้สัญชาติ ซึ่งการขยายในส่วนนี้จะต้องใช้งบประมาณเพิ่มอีกประมาณ 1,080 ล้านบาทต่อปี นอกจากนี้ ยังจำเป็นที่จะต้องขยายงบประมาณไปในโรงพยาบาลท้องถิ่น โดยเฉพาะในอำเภอที่มีแรงงานข้ามชาติ (ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน) มีการกระจุกตัวอยู่หนาแน่น ถึงแม้ทฤษฎีทางเศรษฐศาสตร์จะเห็นว่า ผู้ที่ได้ประโยชน์จากการจ้างแรงงานข้ามชาติ อย่างผู้ประกอบการ หรือนายจ้างควรทำหน้าที่เป็นผู้จ่ายค่าใช้จ่ายนี้โดยตรงก็ตาม แต่เนื่องจากผู้ประกอบการ/นายจ้างเหล่านั้น

ล้วนแต่เสียภาษีแก่ภาครัฐทั้งทางตรงและทางอ้อม (direct/indirect tax) การอุดหนุนจากภาครัฐในส่วนนี้เป็นสิ่งที่สมควรกระทำ การศึกษานี้ได้ทำการประมาณการภาระของงบประมาณอย่างน้อย (ทำในปี พ.ศ. 2549) ที่จะเพิ่มขึ้นอีก 117 - 170 ล้านบาทต่อปี สำหรับภาระในการจัดสรรงบประมาณให้กับแรงงานข้ามชาติดังกล่าว ซึ่งทางเลือกนี้มีข้อดี คือสามารถครอบคลุมแรงงานข้ามชาติได้จำนวนมาก แต่ข้อเสียที่เกิดขึ้นตามมาก็คือ ภาระทางการคลังที่ค่อนข้างสูง และอาจเป็นระบบที่ไม่มีความยั่งยืน (non sustainability)

ทางเลือกที่ 2 ขยายระบบ “ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว” โดยนอกจากขยายระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่กลุ่มคนไทยไร้สัญชาติ ตามที่อธิบายไว้ในทางเลือกข้างต้นแล้ว รัฐบาลสามารถขยายระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว (compulsory migrant health insurance scheme หรือ CMHI) ที่จากเดิมครอบคลุมเฉพาะแรงงานข้ามชาติที่ขึ้นทะเบียน (registered migrants) ไปสู่แรงงานข้ามชาติที่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียน (unregistered migrants) โดยทางเลือกนี้จะสร้างงบประมาณผูกพันน้อยกว่า และมีความยั่งยืนมากกว่าทางเลือกแรก แต่มีความท้าทายก็คือ ภาครัฐจะต้องสามารถทำให้แรงงานข้ามชาติเหล่านั้นให้มาขึ้นทะเบียน และกำหนดให้แต่ละคนทำการจ่ายเงินสมทบ (contribution) เข้ามาในกองทุน ซึ่งควรจะมีลักษณะของการบังคับ (compulsory contribution) มากกว่าการสมัครใจ (voluntary contribution) ซึ่งจะเป็นเรื่องที่ยากมากในทางปฏิบัติ

ไม่ว่าภาครัฐจะเลือกทางเลือกใดก็ตาม สิ่งที่จำเป็นที่สุดในการจัดตั้งระบบการคลังทางด้านสาธารณสุขสำหรับแรงงานข้ามชาติก็คือ “การทราบถึงจำนวน และข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องของแรงงานข้ามชาติในประเทศ” การประสานความร่วมมือจากหลายฝ่ายในการทราบถึงข้อมูลที่ทันสมัยและถูกต้องของแรงงานข้ามชาติเป็นกุญแจที่สำคัญที่สุด ทั้งนี้ หน่วยงานที่ทำหน้าที่เก็บข้อมูลแรงงานอย่างสำนักงานสถิติแห่งชาติ จำเป็นที่จะต้องมีการสำรวจแรงงานข้ามชาติในแบบการสำรวจแรงงาน และครัวเรือนทุกประเภท ไม่ว่าจะเป็นการสำรวจกำลังแรงงาน (labor Force Survey) การสำรวจสภาพเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน (household socio-economic survey) การสำรวจความต้องการแรงงาน (labor demand) และการทำสำมะโนประชากร (census) เป็นต้น ซึ่งแน่นอนว่าการตามหาแรงงานข้ามชาติที่ผิดกฎหมายเหล่านั้นเป็นเรื่องที่ยาก และเป็นสิ่งท้าทายที่สำนักงานสถิติกำลังประสบ ความร่วมมือของกลุ่ม NGO ในการให้ข้อมูลดังกล่าวเป็นสิ่งที่จำเป็น

นอกจากนี้ นโยบายทางด้านสุขภาพอื่นๆ อย่างการป้องกันโรคภัยใข้เจ็บแก่พื้นที่ในเขตชายแดน การเพิ่มกำลังคนทางการแพทย์ในพื้นที่ที่แรงงานข้ามชาติกระจุกตัว หรืออาจรวมไปถึงการจ้างแพทย์/พยาบาลจากประเทศเพื่อนบ้าน (เช่น การจ้างแพทย์จากเมียนมาร์ พยาบาลจากกัมพูชา) ยังเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่สามารถกระทำได้ ทั้งนี้ เป็นสิ่งจำเป็นที่การบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติ โดยภาพรวมจะต้องสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติของประเทศ และควรยกระดับประเด็นด้านแรงงานข้ามชาตินี้ให้เป็นวาระแห่งชาติ (International Organization for Migration & World Health Organization, 2009)

ขณะเดียวกันจากการศึกษา เพื่อประเมินนโยบายรัฐไทยในมิติสุขภาวะและสิทธิของแรงงานข้ามชาตินี้ใช้การวิเคราะห์นโยบาย และการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก และขยายเรื่องที่เชื่อมโยงไปสู่กระทรวง

แรงงาน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ในมิติการละเมิดสิทธิของแรงงานข้ามชาติ ได้ข้อค้นพบสำคัญๆ ดังนี้ (กฤตยา อาชวนิจกุล และ พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร, 2548)

มิติเชิงนโยบาย นโยบายการจัดการแรงงานข้ามชาติจากประเทศเพื่อนบ้าน 3 ประเทศ ที่ประกาศใช้ในปี 2547 เป็นก้าวที่มีความสำคัญเชิงรุกต่อการเปลี่ยนระบบการจัดการประชากรกลุ่มนี้ใหม่ทั้งหมด เพราะมุ่งปรับระบบสถานะบุคคลของแรงงานข้ามชาติให้อยู่อย่างถูกกฎหมาย

มิติเชิงสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติ 1) แผนแม่บทและแผนยุทธศาสตร์ในระดับจังหวัด ที่ใช้ในการพัฒนาสุขภาพแรงงานข้ามชาติ ไม่มีความชัดเจน และในหลายจังหวัด พบว่า ไม่มีฝ่ายที่เป็นเจ้าภาพรับผิดชอบโดยตรง 2) ผลการปฏิรูประบบสาธารณสุข และการเกิดโครงการ 30 บาท ทำให้งานเชิงรุกในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหลายแห่งหยุดชะงักลง การควบคุมโรคในแรงงานข้ามชาติจึงเป็นการทำงานเพื่อตามแก้ไขสิ่งที่เกิดขึ้นแล้ว มากกว่าการป้องกัน ขณะที่งานเชิงรุกเพื่อส่งเสริมสุขภาพและควบคุมโรคในพื้นที่ไม่สามารถดำเนินงานได้ด้วยข้อจำกัดของระบบ 3) ขาดความชัดเจนของการเรียกเก็บค่าบริการจากแรงงานข้ามชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพ แรงงานข้ามชาติที่เป็นชนกลุ่มน้อย และบุคคลบนพื้นที่สูงที่ยังไม่มีสัญชาติไทยไม่มีหลักประกันสุขภาพ 4) ระบบฐานข้อมูลของงานเวชระเบียนเฉพาะในกลุ่มต่างชาติ ยังมีการบันทึกไม่เป็นระบบเดียวกัน 5) ผลกระทบจากการปฏิรูปราชการ และโครงการเกษียณก่อนกำหนด ทำให้จำนวนเจ้าหน้าที่ในงานบริการทุกระดับลดลง แต่จำนวนผู้เอาประกันตนที่เป็นแรงงานข้ามชาติเพิ่มมากขึ้น และเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ขาดประสบการณ์ตรงกับผู้รับบริการที่เป็นคนต่างเชื้อชาติและวัฒนธรรม และมีการเคลื่อนย้ายบ่อย โดยที่การให้บริการก็ยุ่งยากซับซ้อนกว่า เนื่องจากสื่อกันคนละภาษา รวมถึงเจ้าหน้าที่บางคนยังคงกังวลว่าการทำงานบริการแรงงานในกลุ่มที่ไม่มีบัตร เป็นการทำผิดกฎหมายหรือไม่ ทั้งหมดนี้ทำให้เกิดความคิดต่อการทำงานสุขภาพแรงงานข้ามชาติว่าเป็น “ภาระ” มากกว่า “ความท้าทาย”

มิติเชิงสิทธิในการทำงาน รัฐไทยยอมรับหลักการที่จะเข้าจัดการปัญหาสุขภาวะ และสิทธิของแรงงานข้ามชาติ ซึ่งในหลายลักษณะอาจจะเข้าจัดการแม้ไม่มีกฎหมายรองรับ หรือไม่มีนโยบายของรัฐบาลที่ชัดเจน แต่การบังคับใช้กฎหมายคุ้มครองแรงงานต่อแรงงานข้ามชาติยังมีปัญหาอยู่มากทุกระดับ

ข้อเสนอในการแปรคำถาม และข้อค้นพบสู่ข้อท้าทาย มีดังนี้ 1) ต้องปรับมาตรการเรื่องสุขภาพและสิทธิที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติ ซึ่งรวมศูนย์อยู่ที่ส่วนกลาง ให้กระจายสู่การร่วมตัดสินใจของภาคีเครือข่ายภาครัฐ ประชาคม และเอกชนในท้องถิ่นมากขึ้น 2) ต้องวางแนวทางและลงมือแก้ไขปัญหาจริงๆ ต่อข้อสงสัย และข้อขัดข้องที่เกิดจากกฎหมาย และระเบียบปฏิบัติต่างๆ ที่ทำให้การดำเนินงานตามนโยบายการจัดการแรงงานข้ามชาติในปี 2547 ไม่ประสบความสำเร็จ 3) ต้องค้นหารูปแบบแนวปฏิบัติที่ดี และส่งผลกระทบทางบวกทั้งต่อตัวแรงงานต่างด้าว และต่อชุมชนไทย (best practices) เพื่อนำมากำหนดเป็นนโยบาย และมาตรการใช้เป็นรูปแบบในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ เช่น จัดระบบเงินรายได้จากเงินประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติใหม่ จัดสรรกองทุนจากเงินส่วนหนึ่งของรายได้ การจดทะเบียนแรงงานข้ามชาติมาสร้างกลไกการทำงาน เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะและคุ้มครองสิทธิของแรงงานข้ามชาติ ดำเนินการทุกวิถีทางที่จะทำให้สามารถจ้างทรัพยากรบุคคลที่เป็นแรงงานข้ามชาติ เข้ามาช่วย

สนับสนุนการทำงานได้จริงอย่างถูกต้องตามกฎหมาย และ 4) การปรับแก้ฐานคติของคนไทยที่มองแรงงานข้ามชาติอย่างไม่ไว้วางใจ และเพ่งโทษว่า แรงงานข้ามชาติอาจนำผลร้ายนานาประการมาสู่สังคมไทย จนก่อให้เกิดการเลือกปฏิบัติต่อแรงงานข้ามชาตินานารูปแบบ โดยต้องมีมุมมองใหม่ว่า แรงงานข้ามชาติก็คือมนุษย์คนหนึ่ง ควรได้รับการปฏิบัติในบ้านเราอย่างเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ จะทำให้การแก้ปัญหาเชิงรุกของรัฐไทยในเรื่องนี้ยั่งยืนยิ่งขึ้น และเป็นคุณต่อสังคมโดยรวมด้วย (กฤตยา อาชวนิจกุล และ พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร, 2548)

แม้งานวิจัยที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ชี้ให้เห็นถึงนโยบายที่เปิดช่องทางให้ระบบประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ สามารถดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพที่ดี แต่ยังมีข้อจำกัด ทั้งในเรื่องระบบการเงินการคลังของหลักประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ รวมทั้งข้อจำกัดในระดับปฏิบัติในเรื่องการครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่เข้าสู่ระบบ แต่อย่างไรก็ดี การเปลี่ยนแปลงในระดับนโยบายซึ่งจะมีผลอย่างชัดเจนหลังปี พ.ศ. 2555 นี้จะนำไปสู่ข้อท้าทายของการจัดระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติครั้งใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีระบบประกันสังคมเข้ามามีบทบาทมากขึ้น แต่การจัดบริการสุขภาพระหว่างสองกองทุนยังมีความแตกต่างกัน รวมทั้งกลไกที่ช่วยหนุนเสริมระบบประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติที่เคยเกิดในยุคของประกันสุขภาพในช่วงที่ผ่านมา เช่น พนักงานสาธารณสุขต่างด้าว หรืออาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว จะมีบทบาทและฐานะอย่างไรในช่วงการเปลี่ยนผ่านระบบประกัน และบริการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติที่กำลังเกิดขึ้น ขณะเดียวกันปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในกลุ่มที่ไม่สามารถเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีเอกสาร (undocumented migrant worker) และการจัดระบบประกันสุขภาพและบริการด้านสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่จ้างงานในพื้นที่ชายแดน ตาม พรบ.การทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2551 ก็ยังเป็นคำถามสำคัญเช่นกัน

ดังนั้น การแสวงหาองค์ความรู้ รวมทั้งการแสวงหารูปแบบที่เหมาะสม สำหรับบริการด้านสุขภาพในช่วงการเปลี่ยนแปลงนโยบายด้านแรงงานข้ามชาติที่กำลังจะเกิดขึ้น จึงมีความจำเป็นสำหรับการพัฒนาในเรื่องนโยบายและระบบบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติที่กำลังจะเปลี่ยนแปลงไป

2.4 นโยบายการจัดการแรงงานและการประกันสุขภาพจากต่างประเทศ

ในการทบทวนนโยบายการจัดการแรงงานและระบบประกันสุขภาพนั้น ในการศึกษานี้ได้ทบทวนงานในบางประเทศในกลุ่มอาเซียน และยุโรป โดยทั้งนี้ในอาเซียนได้ทบทวนในประเทศ สิงคโปร์ มาเลเซีย อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ ไต้หวัน และเกาหลี

สิงคโปร์

ระบบประกันสังคมของสิงคโปร์ ได้รับการพัฒนามาจากระบบ Central Provident Fund (CPF) ซึ่งประกอบไปด้วยส่วนหลักๆ ได้แก่ การรักษาพยาบาล การเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย ค่าเล่าเรียนบุตร และการเพิ่มสินทรัพย์ (สมเกียรติ ฉายะศรีวงศ์, 2556) แต่ระบบประกันสังคมนี้มีให้เฉพาะผู้ที่มีสัญชาติสิงคโปร์ หรือผู้ที่พำนักอยู่ในประเทศถาวร (เป็นเวลา 3 ปีขึ้นไป) ซึ่งแรงงานต่างด้าวที่ถือแค่ใบอนุญาตทำงานไม่สามารถยื่นขอเป็นผู้พำนักถาวรได้ จึงไม่สามารถเข้าระบบประกันสังคมนี้ได้ (Hall, 2011)

อย่างไรก็ตาม แรงงานต่างด้าวได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายของสิงคโปร์หลายบท เช่น The Employment Act (1998), Employment of Foreign Manpower Act (1990), Work Injury Compensation Act (2008), Workplace Safety and Health Act (2006), Employment Agencies Act (1958) เป็นต้น (Hall, 2011; Ministry of Manpower, 2012)

กระทรวงแรงงานของสิงคโปร์ กำหนดให้นายจ้างต้องซื้อประกันสุขภาพให้แรงงานต่างด้าว ที่มีใบอนุญาตทำงาน (S-Passes) และคนรับใช้ในบ้าน (domestic worker) โดยมีความคุ้มครองขั้นต่ำ 15,000 สิงคโปร์ดอลลาร์ต่อ 12 เดือน ในการเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยในและการผ่าตัดในระหว่างที่อยู่ในประเทศสิงคโปร์ หรืออาจเลือกซื้อประกันสุขภาพจากบริษัทที่มีความร่วมมือกับกระทรวงแรงงานก็ได้ นอกจากนี้ ยังสามารถเลือกประกันแผนอื่นๆ ให้แรงงานต่างด้าวได้ด้วยเช่นกัน ซึ่งแต่ละแบบก็จะแตกต่างกันไป (Hall, 2011; Ministry of Manpower, 2012)

ในกรณีที่แรงงานต่างด้าวได้รับบาดเจ็บในระหว่างทำงาน ก็จะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย Employment Act (1968 part 4) และ Work Injury Compensation act (2008 part 3) แรงงานต่างด้าวมีสิทธิ์ได้รับค่าตอบแทนเต็มเป็นเวลาสูงสุด 14 วัน ในกรณีบาดเจ็บจากการทำงานและเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอก และสูงสุด 60 วันในกรณีต้องรักษาตัวที่โรงพยาบาล นอกเหนือจาก 2 กรณีนี้ แรงงานมีสิทธิ์ได้รับค่าตอบแทน 2 ใน 3 เป็นเวลาสูงสุด 1 ปีหลังจากได้รับอุบัติเหตุ และเงินชดเชยเป็นก้อนหากพิการหรือเสียชีวิต (Hall, 2011 ; Ministry of Manpower, 2012)

ในเรื่องความเป็นอยู่ นายจ้างสามารถให้แรงงานทำงานได้สูงสุดวันละ 14 ชั่วโมง แต่ต้องได้รับความยินยอมจากแรงงานเป็นลายลักษณ์อักษร แรงงานต้องเข้ารับการอบรมในเรื่องสุขภาพ และความปลอดภัย (เป็นภาษาของแรงงานเอง) เพื่อป้องกันอุบัติเหตุในที่ทำงาน และนายจ้างต้องจัดหาที่พักที่อยู่ในสภาพดี และถูกสุขอนามัยให้กับแรงงาน โดยจะมีการตรวจสอบเป็นระยะจากรัฐบาล (Hall, 2001; Ministry of Manpower, 2012) หากพบว่ามีการฝ่าฝืนข้อกำหนดหรือกฎหมายต่างๆ เกี่ยวกับการจ้างงานแรงงานต่างด้าว นายจ้างและนายหน้าจัดหางานจะได้รับการลงโทษตามกฎหมายแรงงาน (Hall, 2011)

มาเลเซีย

สิทธิประโยชน์และสวัสดิการที่แรงงานต่างด้าวในประเทศมาเลเซียได้รับนั้น ค่อนข้างใกล้เคียงกับแรงงานท้องถิ่น ได้แก่ ในเรื่องการคุ้มครองภายใต้พระราชบัญญัติการจ้างงานแห่งชาติ ค.ศ. 1955 ที่ห้ามไม่ให้มีการกีดกันในการทำงานของแรงงานไม่ว่าจะเป็นแรงงานท้องถิ่น หรือแรงงานต่างด้าว และกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิประโยชน์คนงาน ค.ศ. 1952 ที่ให้แรงงานต่างชาติได้รับการคุ้มครองเท่าเทียมกับแรงงานท้องถิ่น นอกจากนี้ นายจ้างยังต้องทำประกันชีวิตให้กับแรงงานต่างชาติ คิดเป็นค่าประกัน 86 ริงกิตต่อคนต่อปี และแรงงานยังได้รับค่าชดเชยประมาณ 18,000 - 23,000 ริงกิต ในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุ และเสียชีวิต หรือทุพพลภาพถาวรจากการทำงาน และจะได้รับค่าชดเชยครึ่งหนึ่งของค่าจ้างทุกเดือนในกรณีทุพพลภาพชั่วคราวอีกด้วย และหากแรงงานเสียชีวิต หรือทุพพลภาพถาวร เนื่องจากประสบอุบัติเหตุนอกเวลาทำงาน แรงงานจะได้รับค่าชดเชยประมาณ 20,000 ริงกิต (สมเกียรติ ฉายะศรีวงศ์, 2556; Devadason & Meng, 2014)

นอกจากนี้ ยังมีการกำหนดให้แรงงานเข้าร่วมกองทุนสะสมสำรองเลี้ยงชีพลูกจ้าง (employees provident fund – EPF) เช่นเดียวกับแรงงานท้องถิ่น โดยเมื่อแรงงานกลับประเทศภูมิลำเนาก็จะได้รับเงินสะสมคืน ทั้งนี้ ข้อกำหนดนี้ไม่บังคับใช้กับแรงงานต่างชาติประเภทผู้ช่วยแม่บ้าน (Maids) นอกจากจะสมัครใจเข้าร่วมกองทุนเอง อย่างไรก็ตาม ข้อบังคับนี้ได้ถูกยกเลิกไปเมื่อเดือนกรกฎาคม 2544 แต่หากลูกจ้างต้องการส่งเงินสมทบสะสมต่อก็สามารถทำได้ตามความสมัครใจ (สมเกียรติ ฉายะศรีวงศ์, 2556; Devadason & Meng, 2014)

อินโดนีเซีย

Social security ในอินโดนีเซีย แบ่งออกเป็น 4 แบบ ได้แก่ Jamsotek (กองทุนประกันสังคมสำหรับนายจ้างและลูกจ้างในภาคเอกชน), Taspen, Askes, และ Asabri ซึ่ง 3 ประเภทหลังนี้เป็นประเภทการคุ้มครองเพื่อลูกจ้างในภาครัฐ อย่างไรก็ตาม การคุ้มครองแบบ Jamsotek มีบทบาทสำคัญมากกว่า เนื่องจากประชากรส่วนใหญ่ทำงานในภาคเอกชน ซึ่งการคุ้มครองรูปแบบนี้เป็นการสมทบจากทั้งนายจ้างและลูกจ้าง ซึ่งคุ้มครองครอบคลุมถึงการประกันสุขภาพ การบาดเจ็บจากการทำงาน กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ และเงินชดเชยกรณีเสียชีวิต (Hall, 2011; 2012)

อินโดนีเซียมีระบบ social insurance สำหรับผู้ที่ทำงานในระบบเท่านั้น และมีโครงการสวัสดิการแบบสมัครใจ สำหรับผู้ที่ทำงานนอกระบบด้วย แต่ความครอบคลุมยังค่อนข้างต่ำมาก (Hall, 2011; 2012)

อินโดนีเซียผ่านกฎหมายระบบประกันสังคมแห่งชาติ เมื่อปี 2004 การผ่านกฎหมายฉบับนี้ส่งผลบังคับให้นายจ้างต้องนำลูกจ้างเข้าสู่ระบบประกันสังคม และรัฐบาลยังให้ความช่วยเหลือทางสังคม ซึ่งรวมไปถึงประกันสุขภาพ อุบัติเหตุที่เกิดจากการทำงาน กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ กรณีทุพพลภาพ และเงินชดเชยกรณีเสียชีวิต กฎหมายนี้เป็นที่รู้จักในนาม Law No. 40 of 2004 (Hall, 2011; 2012)

ฟิลิปปินส์

ระบบประกันสังคมในประเทศฟิลิปปินส์ ครอบคลุมเฉพาะผู้ที่ทำงานในระบบ ในภาคอุตสาหกรรม บริการ และภาครัฐบาลเท่านั้น โดยมีการจ่ายเงินสมทบคิดเป็นร้อยละ 10.4 ของเงินเดือนของลูกจ้าง ซึ่งลูกจ้างจ่ายสมทบร้อยละ 3.33 และนายจ้างร้อยละ 7.07 ลูกจ้างจะได้รับความคุ้มครองในกรณีชราภาพ ทุพพลภาพ เสียชีวิต เจ็บป่วย คลอด และกรณีอื่นๆ ที่ทำให้สูญเสียรายได้ (Hall, 2011;2012)

ไต้หวัน

หลักประกันสุขภาพที่แรงงานข้ามชาติในไต้หวัน สามารถเข้าถึงได้ แบ่งออกเป็นประกันแรงงานและประกันสุขภาพแห่งชาติ

1) ประกันแรงงาน (labour insurance) นายจ้างของแรงงานข้ามชาติที่ถูกระบุใน “Labour Insurance Guideline” ว่า ต้องเข้าร่วมโครงการประกันแรงงานกับสำนักประกันแรงงาน ซึ่งอาชีพที่ถูกระบุว่าต้องเข้าร่วมโครงการประกันแรงงานนี้ ได้แก่

- แรงงานที่ทำงานในเหมืองแร่ บริษัท สื่อสารมวลชน ทำงานเกี่ยวกับวัฒนธรรม หรือองค์กรที่ไม่แสวงหากำไรที่มีลูกจ้างมากกว่า 5 คน
- ลูกจ้างของหน่วยงานรัฐบาล โรงเรียนรัฐบาลหรือเอกชน ที่ไม่สามารถเข้าร่วมประกันข้าราชการประกันของครู หรือลูกจ้างโรงเรียนเอกชน
- ลูกจ้างในภาคการประมง

โดยการเข้าร่วมโครงการ ต้องมีการแสดงหลักฐาน เช่น ใบอนุญาตทำงาน ใบรับรองที่อยู่ของคนข้ามชาติ (alien residence certificate) หรือสำเนาหนังสือเดินทาง หรือแรงงานข้ามชาติอื่นๆ ที่ไม่ได้ถูกบังคับให้เข้าร่วมโครงการตาม Labour Insurance Guideline ก็สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตามความสมัครใจ ผู้ที่เข้าร่วมโครงการจะได้รับการคุ้มครองเทียบเท่ากับแรงงานสัญชาติไต้หวัน คือ ได้รับเงินชดเชยในกรณีเจ็บป่วย บาดเจ็บ ทุพพลภาพ หรือเสียชีวิต นอกจากนี้ ยังได้รับบริการทางสุขภาพด้วย (Department of Labor and Employment, 2012)

2) ประกันสุขภาพแห่งชาติ (national health insurance)

มาตรา 10 ของกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติระบุว่า แรงงานข้ามชาติที่ทำงานในไต้หวันและมีใบรับรองที่อยู่ของคนข้ามชาติ (alien residence certificate) จะต้องเข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยตามมาตรา 2 ระบุว่า แรงงานข้ามชาติที่ได้เข้าร่วมโครงการจะได้รับความคุ้มครองในกรณีเจ็บป่วย บาดเจ็บ และคลอดบุตร (Department of Labor and Employment, 2012)

เกาหลี

แรงงานข้ามชาติที่พบในประเทศเกาหลี มีการจำแนกตามประเภทวีซ่า เป็น 4 ประเภทใหญ่ๆ คือ

1) แรงงานข้ามชาติที่อยู่ภายใต้ระบบการอนุญาตการจ้างงาน
2) แรงงานข้ามชาติที่ผ่านการอบรม
3) แรงงานข้ามชาติที่เป็นผู้ฝึกงาน
   - ผู้ฝึกงานในโรงงานอุตสาหกรรม
   - ผู้ฝึกงานจากบริษัทย่อยในต่างประเทศ
4) แรงงานข้ามชาติผิดกฎหมาย

โดยแรงงานข้ามชาติที่อยู่ภายใต้ระบบการอนุญาตการจ้างงาน และแรงงานข้ามชาติที่ผ่านการอบรมจะถูกบังคับให้เข้าร่วมระบบประกันการจ้างงาน ระบบประกันชดเชยอุบัติเหตุในอุตสาหกรรม ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบเงินบำนาญแห่งชาติ แรงงานข้ามชาติจะได้รับการคุ้มครองในระบบเหล่านี้ ยกเว้นระบบประกันการว่างงาน ซึ่งสามารถเข้าร่วมได้ตามความสมัครใจ แรงงานข้ามชาติทั้งสองประเภทจะได้รับความคุ้มครองตามระบบต่างๆ ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

ส่วนแรงงานที่เป็นผู้ฝึกงานในโรงงานอุตสาหกรรม จะได้รับความคุ้มครองภายใต้ระบบประกันชดเชยอุบัติเหตุในอุตสาหกรรม ระบบประกันสุขภาพ และจะไม่ได้รับความคุ้มครองในระบบเงินบำนาญแห่งชาติ และระบบประกันการว่างงาน

ด้านแรงงานข้ามชาติที่เป็นผู้ฝึกงานจากบริษัทย่อยในต่างประเทศ และแรงงานข้ามชาติที่ผิดกฎหมายจะได้รับการคุ้มครองภายใต้ระบบประกันชดเชยอุบัติเหตุในอุตสาหกรรมเท่านั้น และจะไม่ได้รับความคุ้มครองจากระบบอื่นๆ (Kim, 2015)

สหภาพยุโรป

ในสหภาพยุโรปมีข้อตกลง เพื่อให้ระบบประกันสังคมมีความสอดคล้องกันในประเทศสมาชิก 27 ประเทศ ซึ่งข้อตกลงนี้มีการนำไปใช้ในประเทศไอซ์แลนด์ ลิคเทนสไตน์ นอร์เวย์ และสวิสเซอร์แลนด์ด้วย ส่วนโปรตุเกสและสเปนได้เข้าร่วมข้อตกลง Ibero-American Convention and Social Security ซึ่งเป็นข้อตกลงระหว่างประเทศละตินอเมริกา 12 ประเทศ (Hirose, Nikac, & Tamagno, 2011)

ข้อตกลงระหว่างประเทศเหล่านี้ มีการตั้งมาตรฐานและกฎเกณฑ์ เรื่องการประสานระบบประกันสังคมร่วมกันของประเทศสมาชิกที่เข้าร่วมและรองรับการปฏิบัติที่เท่าเทียมกันต่อแรงงานทั้งหมด ไม่ว่าแรงงานจะมาจากประเทศอะไร โดยอยู่ภายใต้สิทธิและข้อกำหนดของระบบประกันสังคมของประเทศที่เข้าร่วม นอกจากนี้ การทำข้อตกลงระหว่างประเทศร่วมกันยังเป็นการลดภาระในการจัดการ โดยการกำหนดขั้นตอน และแบบฟอร์มในการเข้าร่วม รวมถึงการจัดการด้านอื่นๆ ทั้งหมดให้เป็นแบบแผนเดียวกันในหน่วยงานที่ดูแลเรื่องประกันสังคมในประเทศที่เข้าร่วม อย่างไรก็ตาม การทำข้อตกลงระหว่างประเทศจำเป็นต้องมีความพยายาม เพื่อให้ข้อตกลงต่างๆ เป็นที่เห็นพ้องต้องกันระหว่างประเทศที่เข้าร่วม (Hirose et al., 2011)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ประเทศในอาเซียนให้ความคุ้มครองแรงงานต่างชาติในระดับต่างๆ กัน โดยแรงงานต่างชาติในประเทศมาเลเซียได้รับการคุ้มครองเท่าเทียมกับแรงงานท้องถิ่น สิงคโปร์มีทั้งระบบประกันสุขภาพและระบบประกันสังคม แต่แรงงานต่างชาติไม่สามารถเข้าถึงระบบประกันสังคมได้ เนื่องจากเงื่อนไขว่าผู้ที่จะเข้าสู่ระบบประกันสังคมจะต้องเป็นผู้ที่มีสัญชาติสิงคโปร์ หรือเป็นผู้ที่ได้รับอนุญาตให้พำนักในประเทศถาวร อย่างไรก็ตาม กระทรวงแรงงานของสิงคโปร์กำหนดให้นายจ้างต้องซื้อประกันสุขภาพให้แรงงานต่างชาติที่ทำงานระดับกลางด้วยความรู้และทักษะ เฉพาะทางเช่น ช่างเทคนิค พ่อครัว และอื่นๆ(S-Passes) และคนรับใช้ในบ้าน (domestic worker) ซึ่งอาจเลือกซื้อประกันสุขภาพจากบริษัท ที่มีความร่วมมือกับกระทรวงแรงงานก็ได้ และในกรณีที่แรงงานต่างด้าวได้รับบาดเจ็บในระหว่างทำงาน ก็จะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย Employment Act (1968 part 4) และ Work Injury Compensation act (2008 part 3) ส่วนอินโดนีเซียมีทั้งระบบ social security และ social insurance ซึ่งให้ความครอบคลุมกับผู้ที่ทำงานในระบบ ถึงแม้จะมี social insurance ที่ผู้ที่ทำงานนอกระบบสามารถเข้าถึงได้ แต่ก็มีจำนวนผู้เข้าร่วมไม่มากนัก และฟิลิปปินส์มีระบบประกันสังคม ซึ่งครอบคลุมเฉพาะผู้ที่ทำงานในระบบในภาคอุตสาหกรรม และบริการและภาครัฐบาลเท่านั้น

3

การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพและบริการสุขภาพแรงงานข้ามชาติ: กรณีศึกษาจังหวัดสมุทรปราการ

● มาลี สันภูวรรณ์ และ รีนา ต๊ะดี

ในการนำเสนอผลในการศึกษาจะนำเสนอครอบคลุมเนื้อหาดังนี้ ข้อมูลพื้นฐานจังหวัดโดยสังเขป ข้อมูลของหน่วยให้บริการและข้อมูลของแรงงานข้ามชาติ โดยทั้งนี้ข้อมูลของหน่วยให้บริการครอบคลุมประเด็น รูปแบบบริหารจัดการด้านการเงิน รูปแบบการบริหารจัดการเงินส่งเสริมสุขภาพ และรูปแบบการขายบัตรประกันสุขภาพ ส่วนข้อมูลของแรงงานข้ามชาติ ประกอบด้วย ปัญหาอุปสรรคของการบริหารจัดการการเข้าถึงระบบประกันสังคมและระบบประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติและบุตรอายุไม่เกิน 7 ปี ความรู้และความตระหนักในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบบริการสุขภาพที่ตนเองมี ปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงการให้บริการสุขภาพ และความคาดหวังของแรงงานข้ามชาติต่อระบบดูแลสุขภาพที่รัฐไทยจัดให้

3.1 ข้อมูลพื้นฐานจังหวัด

ข้อมูลพื้นฐานทางด้านเศรษฐกิจของจังหวัดสมุทรปราการ จากข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) พบว่า จังหวัดสมุทรปราการ มีผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด (GPP : Gross Provincial Product) ในปี 2555 มูลค่า 694,254 ล้านบาท ซึ่งมีมูลค่าสูงเป็นอันดับ 2 ของประเทศ รองจากกรุงเทพมหานคร และมีมูลค่าผลิตภัณฑ์จังหวัดเฉลี่ยต่อคน (GPP Per Capita) ที่ 364,721 บาทต่อคน[1] ซึ่งสูงเป็นอันดับ 4 ของประเทศ รองจากระยอง สมุทรสาคร และพระนครศรีอยุธยา โดยผลิตภัณฑ์จังหวัดสาขาที่มีมูลค่ามากที่สุดคือนอกภาคเกษตรกรรม ได้แก่ อุตสาหกรรม (การผลิต) การขนส่ง/คมนาคม และสถานที่เก็บสินค้า (Logistics) และการค้าส่ง ค้าปลีก คิดเป็นร้อยละ 99.5 ของผลิตภัณฑ์จังหวัด ในขณะที่มูลค่าภาคเกษตรกรรมมีเพียงร้อยละ 0.5 เท่านั้น

ส่วนข้อมูลพื้นฐานทางด้านประชากรนั้น จังหวัดสมุทรปราการมีประชากรเป็นอันดับ 2 ของภาคกลาง รองจากกรุงเทพมหานคร ทั้งนี้ ด้วยเหตุที่เป็นจังหวัดรองรับการขยายตัวจากกรุงเทพมหานคร ทั้งในด้านการผลิต คือ อุตสาหกรรม และการกระจายตัวของประชากร ทำให้จังหวัดมีประชากรย้ายถิ่นจากที่อื่นมาอาศัยอยู่ในพื้นที่เป็น

[1] สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.): ตารางผลิตภัณฑ์ภาคและจังหวัด แบบปริมาณลูกโซ่ อนุกรมเวลา 2538-2555 http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=96

จำนวนมาก ทั้งคนไทยและคนข้ามชาติ ซึ่งมีทั้งประชากรที่เคลื่อนย้ายเข้ามา โดยแจ้งย้ายที่อยู่อย่างถูกต้องและไม่ย้ายทะเบียนราษฎร์เข้ามา ทำให้จำนวนประชากรที่มีอยู่จริงสูงกว่าจำนวนประชากรในทะเบียนราษฎร์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่อยู่ในวัยทำงานจะมีรายชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร์ต่ำกว่ากลุ่มอื่น[2] จากข้อมูลของสำนักทะเบียนกลางตามหลักฐานการทะเบียนราษฎร เมื่อวันที่ 31 ธันวาคม ปี 2556 มีประชากรในจังหวัด จำนวน 1,241,610 คน[3] แต่จากการคาดประมาณของผู้ทำงานที่เกี่ยวข้องคาดว่า มีประชากรแฝงในพื้นที่ประมาณหนึ่งเท่าตัว[4]

3.1.1 สถานการณ์แรงงานข้ามชาติในจังหวัด

ในจังหวัดสมุทรปราการนั้น จำนวนแรงงานข้ามชาติ 3 สัญชาติ (เมียนมาร์ ลาว กัมพูชา) มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับนโยบายในแต่ละปีของรัฐไทย ในปี 2554 มีจำนวนแรงงาน 3 สัญชาติขึ้นทะเบียนมากที่สุด คือเจ็ดหมื่นกว่าคน (ตาราง 3.1) อย่างไรก็ตาม ในพื้นที่คาดว่าจะมีแรงงานข้ามชาติที่เป็นประชากรแฝงที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนจากเมียนมาร์ ลาว และกัมพูชาอีกส่วนหนึ่ง ซึ่งคาดว่าน่าจะมีประชากรข้ามชาติ 3 สัญชาติรวมทั้งหมดประมาณ 80,000 – 100,000 คน[5] แรงงานข้ามชาติเหล่านี้ ส่วนใหญ่ทำงานในภาคอุตสาหกรรม ประมงต่อเนื่องที่เป็นการรับเหมาช่วง รับจ้าง/งานบริการ และก่อสร้าง โดยจากการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องมีการคาดประมาณว่าแรงงานข้ามชาติจะเข้าสู่ระบบประกันสังคมประมาณร้อยละ 30 - 40[6]

ตาราง 3.1: จำนวนแรงงานข้ามชาติ (3 สัญชาติในจังหวัดสมุทรปราการ 2552 - เมษายน 2557)

ปี	พิสูจน์สัญชาติ	นำเข้า MOU	ตามมติ ครม.	รวม
2552 (ธันวาคม)	6,682	1 ,810	58,613	67,105
2553 (ธันวาคม)	19,566	2 ,546	36,111	58,223
2554 (ธันวาคม)	1 5,343	3,899	53,652	72,894
2555 (ธันวาคม)	12,408	2,372	6 ,758	21,538
2556 (กรกฎาคม)*	3 5,719	6,569	-	42,288
2557 (เมษายน)**	13,166	5,449	-	18,615

หมายเหตุ: *และ** ไม่มีการผ่อนผันแรงงานสามสัญชาติตามมาตรา 13
*ก่อนมีมติ ครม. 6 ส.ค.2556 **ก่อนมีประกาศ คสช.

[2] สำนักงานจังหวัดสมุทรปราการ:สถานการณ์และแนวโน้ม ด้านเศรษฐกิจ สังคม ทรัพยากรธรรมชาติ http://www.samutprakan.go.th/newweb/index.php?option=com_content&view=article&id=69:2011-11-29-16-11-19&catid=14:2011-11-29-15-17-14&Itemid=12

[3] สำนักทะเบียนกลาง http://stat.bora.dopa.go.th/stat/y_stat56.html

[4] สัมภาษณ์ผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับแรงงานและการบริการสาธารณสุข

[5] สัมภาษณ์ผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับแรงงานและการบริการสาธารณสุข

[6] สัมภาษณ์ผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับแรงงานและประกันสังคม

3.1.2 โครงสร้างสถานบริการสาธารณสุขในจังหวัด

จากข้อมูลโครงสร้างสถานบริการสาธารณสุข ในจังหวัดสมุทรปราการมีปริมาณสถานบริการแยกตามประเภท ดังนี้

- โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง (395 เตียง)
- โรงพยาบาลชุมชน 5 แห่ง (390 เตียง)
- โรงพยาบาลรัฐ สังกัดกระทรวงอื่นๆ 4 แห่ง (390 เตียง)
- โรงพยาบาลเอกชน 14 แห่ง (2,011 เตียง)
- สถานพยาบาล 7 แห่ง (122 เตียง)
- คลินิกเอกชน 344 แห่ง
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 68 แห่ง (สถานีอนามัยเดิม)[7,8]

ตามเกณฑ์ที่ส่วนกลางกำหนด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 แห่ง ควรรับผิดชอบประชากรไม่เกิน 10,000 คน แต่จากข้อมูลที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จังหวัดสมุทรปราการมีประชากร 1,172,033 คน ในขณะที่ปริมาณ รพ.สต. มีเพียง 68 แห่ง ทำให้เห็นว่าจังหวัดสมุทรปราการมีปริมาณ รพ.สต. ไม่เพียงพอที่จะรองรับประชากรในจังหวัด

นอกจากนี้ ยังพบว่าจังหวัดสมุทรปราการมีปริมาณบุคลากรสาธารณสุขไม่เพียงพออีกด้วย โดยตามเกณฑ์ระบุว่า ควรมีจำนวนแพทย์ 203 คน ทันตแพทย์ 119 คน เภสัชกร 110 คน และพยาบาล 1,209 คน ในขณะที่ในความเป็นจริงบุคลากรสาธารณสุขมีจำนวนแพทย์ 115 คน ทันตแพทย์ 43 คน เภสัชกร 78 คน และพยาบาล 595 คน เท่านั้น[9]

ส่วนโรงพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาหลักกับสำนักงานประกันสังคมนั้น มีจำนวน 14 - 17 แห่ง ซึ่งประกอบด้วย สถานพยาบาลของรัฐ และเอกชน ทั้งนี้ การเป็นโรงพยาบาลคู่สัญญาของประกันสังคม (main contractor) นั้น จะต้องมีเงื่อนไข คือเป็นสถานพยาบาลที่มีขนาดไม่น้อยกว่า 100 เตียง และมีการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้ประกันตนได้รับความสะดวกในการไปเข้ารับบริการทางการได้มาตรฐานของสถานพยาบาล คือเป็นสถานพยาบาลที่มีบริการส่งตัวผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการทางการแพทย์จนสิ้นสุดการรักษา (supra contractor หรือโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน ที่เกินขีดความสามารถของสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลจะให้บริการแก่ผู้ประกันตนได้) ซึ่งเป็นสถานพยาบาลที่จัดให้มีบริการทางการแพทย์ตั้งแต่ 12 สาขาหลักขึ้นไป (อายุรกรรมทั่วไป ศัลยกรรมทั่วไป สูติ-นรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม/ศัลยกรรมออร์โธปิติกส์/จักษุวิทยา/โสต

[7] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ http://www.spko.moph.go.th/?page_id=14

[8] สัมภาษณ์ผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับแรงงานและประกันสังคม

[9] เวบไซต์ทางการของจังหวัดสมุทรปราการ http://www.samutprakan.go.th/newweb/index.php?option=com_content&view=article&id=71:2011-11-29-16-15-50&catid=14:2011-11-29-15-17-14&Itemid=12 (เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 กันยายน 2557)

นาสิก ลาริงซ์ รังสีวิทยา/วิสัญญีวิทยา นิติเวชกรรม/เวชกรรม ป้องกัน/ยูโรวิทยา หรือตจวิทยา)[10] ส่วนเครือข่ายให้บริการ (sub-contractor) อาจมี หรือไม่มีก็ได้

จากตาราง 3.2 จะเห็นได้ว่า โรงพยาบาลคู่สัญญาของประกันสังคมนั้น เป็นโรงพยาบาลของเอกชนเป็นส่วนใหญ่ และจากสถิติล่าสุดเป็นโรงพยาบาลของรัฐเพียง 3 แห่งเท่านั้น

ตาราง 3.2: จำนวนโรงพยาบาลคู่สัญญาประกันสังคม ในจังหวัดสมุทรปราการ 2552 – 2557

ปี	รัฐ	เอกชน	รวม
2552	1	14	15
2553	2	12	14
2554	3	13	16
2555	3	13	16
2556	3	14	17
2557	3	14	17

แหล่งที่มา: คำนวณจากรายชื่อสถานพยาบาลเครือข่ายกองทุนประกันสังคมปี 2552 - 2557[11]

3.1.3 สถานการณ์การประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในจังหวัดสมุทรปราการ

จากสถานการณ์แรงงานที่มีจำนวนแรงงานในแต่ละปี แตกต่างกันไปตามนโยบายของรัฐไทยในแต่ละปีนั้น ส่งผลต่อจำนวนแรงงานที่มีบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขเช่นกัน แม้ว่า จำนวนบัตรประกันสุขภาพจะเพิ่มขึ้นตามจำนวนแรงงานจดทะเบียนที่เพิ่มขึ้น แต่จำนวนแรงงานที่มีบัตรสุขภาพนั้น น้อยกว่าแรงงานที่จดทะเบียน ยกเว้นในปี 2555 ที่มีจำนวนแรงงานที่มีบัตรสุขภาพมากกว่าแรงงานที่จดทะเบียน ทั้งนี้ เนื่องจากบัตรประกันสุขภาพนั้น มิได้จำกัดเฉพาะแรงงานเท่านั้น แต่ยังรวมถึงผู้ติดตามด้วย อย่างไรก็ตาม ในปี 2556 – 2557 (เมษายน) จำนวนบัตรประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติมีประมาณเพียงครึ่งหนึ่งของแรงงานที่จดทะเบียนเท่านั้น (ตาราง 3.3) แต่ทั้งนี้อาจเนื่องจากแรงงานส่วนหนึ่งเข้าสู่ระบบประกันสังคม

[10] ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่องกำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน

[11] สมาคมโรงพยาบาลเอกชน http://www.thaiph.org/body/members.html

ตาราง 3.3: จำนวนบัตรประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในจังหวัดสมุทรปราการ 2552 - เมษายน 2557

ปี	จำนวนแรงงานข้ามชาติที่จดทะเบียน	จำนวนแรงงานข้ามชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพ
2552	67,105	63,983
2553	58,223	38,346
2554	72,894	69,553
2555	21,538	38,361
2556	42,288	19,636
2557 (เมษายน)	18,615	9,530

3.1.4 สถานการณ์การประกันสังคมของแรงงานข้ามชาติในจังหวัดสมุทรปราการ

ส่วนสถานการณ์ประกันสังคมของแรงงานข้ามชาติในจังหวัดสมุทรปราการนั้น มีสถิติข้อมูลของแรงงานข้ามชาติ 3 สัญชาติที่เข้าสู่ประกันสังคมในปี 2556 จำนวน 22,116 คน และเพิ่มขึ้นในปี 2557 ซึ่งคาดว่าในเดือนเมษายน มีแรงงาน 3 สัญชาติเข้าสู่ระบบประกันสังคมประมาณ 30,000 คน (ตาราง 3.4)

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาข้อมูลจำนวนแรงงานที่จดทะเบียนกับจำนวนแรงงานที่มีบัตรประกันสุขภาพและแรงงานที่เข้าระบบประกันสังคมแล้ว พบว่า ยังมีจำนวนแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ

ตาราง 3.4: จำนวนประกันสังคมของแรงงานข้ามชาติในจังหวัดสมุทรปราการ 2556* - 2557**

ปี	สัญชาติ	จำนวน (คน)
2556	เมียนมาร์	14,970
	ลาว	829
	กัมพูชา	6,317
	รวม	22,116
2557	คาดว่ามีจำนวนแรงงานข้ามชาติ 3 สัญชาติอยู่ในประกันสังคมประมาณ 30,000 คน[12]	

หมายเหตุ: * ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
** ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

[12] จากการสัมภาษณ์ผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับประกันสังคม

3.2 รูปแบบบริหารจัดการและบริการด้านสุขภาพของหน่วยให้บริการ

ในการศึกษานี้ ได้เน้นไปที่หน่วยบริการ โดยแบ่งรูปแบบการบริหารจัดการด้านสุขภาพออกเป็นการบริหารจัดการด้านรายได้ การบริหารจัดการงบประมาณสำหรับการส่งเสริมป้องกันโรค การบริหารจัดการด้านการให้บริการ การบริหารจัดการด้านการขายบัตรประกันสุขภาพ และรวมถึงปัญหาอุปสรรคของการบริหารจัดการ

3.2.1 การบริหารจัดการด้านการเงินจากประกันสังคม

จากข้อมูลที่ระบุว่า จังหวัดสมุทรปราการมีแรงงาน 3 สัญชาติ (เมียนมาร์ ลาว กัมพูชา) ที่เข้าสู่ระบบประกันสังคม ประมาณ 30,000 คนนั้น จังหวัดมีรายได้จากประกันสังคมตามที่ระบบประกันสังคมกำหนด คือเป็นโรงพยาบาลคู่สัญญากับสำนักงานประกันสังคม และมีมาตรฐานตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด[13] โดยทั้งนี้หน่วยบริการที่เป็นคู่สัญญาจะได้รับเป็นค่าใช้จ่ายรายหัว (capitation) จำนวน 1,466 บาท/คน/ปี และสามารถเบิกค่ากลุ่มโรคที่มีภาวะเสี่ยง (ระดับความรุนแรงน้อยกว่า 2 ได้รับ 432 บาท/คน/ปี และถ้าระดับความรุนแรง 2 หรือมากกว่าได้รับ 446 บาท/คน/ปี) และโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงได้เพิ่มเติม โดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (diagnosis relative groups: DRGs) (จำนวนไม่เกิน 15,000 บาท) รวมทั้งเงินค่ารับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) (77 บาท/คน/ปี) ในกรณีที่ผ่านการรับรองรายรับที่หน่วยบริการได้รับจากประกันสังคมนั้น ทั้งคนไทยและแรงงานข้ามชาติได้รับการจัดสรรงบประมาณเหมือนกัน ส่วนการบริหารจัดการขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการของแต่ละหน่วยบริการ

3.2.2 การบริหารจัดการการเงินจากตรวจสุขภาพและบัตรประกันสุขภาพ

การบริหารจัดการรายได้ของการตรวจสุขภาพและบัตรประกันสุขภาพนั้น ทางจังหวัดสมุทรปราการได้ทำตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ทั้งนี้รายรับแบ่งออกเป็นค่าตรวจสุขภาพ และค่าบัตรสุขภาพ รวมทั้งสิ้น 2,800 บาท โดยแบ่งเป็นค่าตรวจสุขภาพ จำนวน 600 บาท และค่าบัตรประกันสุขภาพ จำนวน 2,200 บาท

ค่าตรวจสุขภาพ 600 บาท หรือคิดเป็นร้อยละ 21.4 ของรายรับทั้งหมดจะเป็นรายรับของสถานบริการที่รับตรวจสุขภาพ การบริหารจัดการรายรับส่วนนี้ หน่วยบริการจะเป็นผู้บริหารจัดการเอง ส่วนค่าบัตรประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามจำนวน 2,200 บาทต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 78.6 ของรายรับทั้งหมดนั้น มีการบริหารจัดการในลักษณะของการกระจายให้กับสถานบริการที่เป็นคู่สัญญาในการให้บริการปฐมภูมิ (contracted unit of primary care) ซึ่งเป็นผู้ขายบัตร ผู้วิจัยขอเรียกรูปแบบการบริหารจัดการนี้ว่า การบริหารจัดการโดยสถานบริการที่เป็นคู่สัญญาในการให้บริการปฐมภูมิ (CUP-based Management) ตามรูปที่ 3.1 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) 120 บาท (4.3%) CUP เป็นผู้ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อเป็นค่าบริหารจัดการในระดับจังหวัด

2) 914 บาท เป็นค่าบริการทางการแพทย์อยู่ที่ CUP (contracted unit of primary care) ซึ่ง CUP เป็นผู้บริหารจัดการ โดยหน่วยบริการในเครือข่ายของ CUP เรียกเก็บค่าให้บริการ การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยแรงงานข้ามชาติจาก CUP

[13] ดูเพิ่มเติมในประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่องกำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน

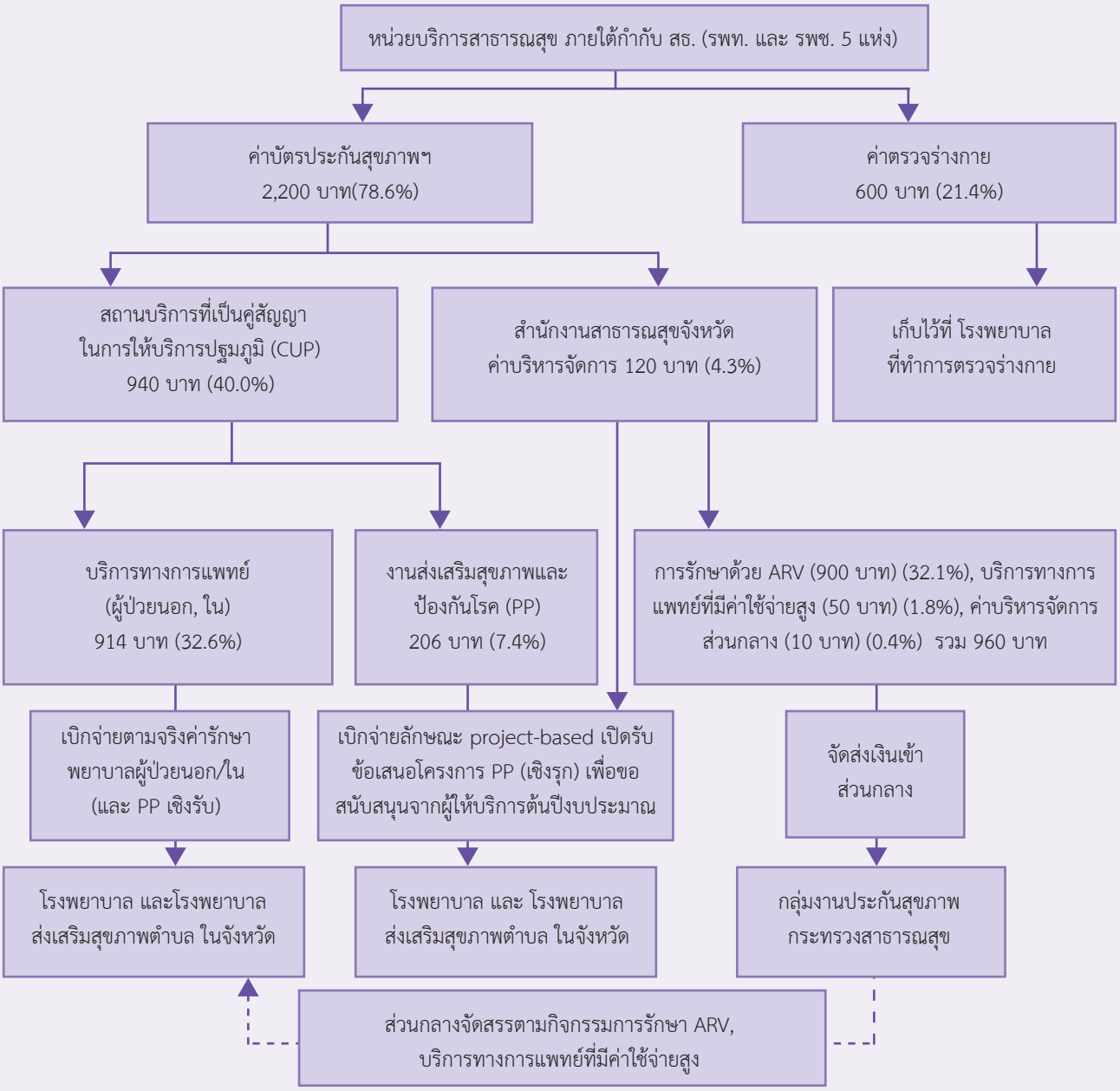
3) 206 บาท (7.4%) เป็นงบสำหรับการส่งเสริมและป้องกันโรค (PP) สถานบริการที่เป็นคู่สัญญาในการให้บริการปฐมภูมิ (contracted unit of primary care) เป็นคนบริหารจัดการเอง โดยในต้นปีงบประมาณจะให้สถานบริการในเครือข่าย เสนอโครงการส่งเสริมและป้องกันโรค (PP) และงบประมาณจะถูกจัดสรรตามข้อเสนอโครงการ (project-based allocation) โดยมีคณะกรรมการฯ พิจารณา

4) 960 บาท สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ส่งให้กับกลุ่มประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ 900 บาท (32.1%) สำหรับค่ายาต้านไวรัส (ARV) สำหรับผู้ติดเชื้อ HIV 50 บาท (1.8%) สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ที่มีค่าใช้จ่ายสูง และ 10 บาท (0.4%) เป็นค่าบริหารจัดการ

5) ส่วนค่าบัตรประกันสุขภาพที่แรงงานข้ามชาติรอเข้าสู่ระบบประกันสังคม จำนวน 550 บาท (3 เดือน) จะแบ่งสัดส่วนบริหารจัดการเช่นเดียวกับบัตรประกันสุขภาพ 1 ปี รายละเอียดดังนี้

- 30 บาท (4.3%) เป็นค่าบริหารจัดการในระดับจังหวัด โดย CUP เป็นผู้ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- 228.50 บาท เป็นค่าบริการทางการแพทย์อยู่ที่ CUP (contracted unit of primary care) ซึ่ง CUP เป็นผู้บริหารจัดการ โดยหน่วยบริการในเครือข่ายของCUP เรียกเก็บค่าให้บริการการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยแรงงานข้ามชาติ จาก CUP
- 51.50 บาท (7.4%) เป็นงบสำหรับการส่งเสริมและป้องกันโรค (PP) สถานบริการ ที่เป็นคู่สัญญาในการให้บริการปฐมภูมิ (contracted unit of primary care) เป็นคนบริหารจัดการเอง โดยในต้นปีงบประมาณจะให้สถานบริการในเครือข่าย เสนอโครงการส่งเสริมและป้องกันโรค (PP) และงบประมาณจะถูกจัดสรรตามข้อเสนอโครงการ (project-based allocation) โดยมีคณะกรรมการพิจารณา
- 240 บาท สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ส่งให้กับกลุ่มประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ 225 บาท (32.1%) สำหรับค่ายาต้านไวรัส (ARV) สำหรับผู้ติดเชื้อ HIV 12.50 บาท (1.8%) สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ที่มีค่าใช้จ่ายสูง และ 2.50 บาท (0.4%) เป็นค่าบริหารจัดการ

รูป 3.1: การบริหารจัดการโดยสถานบริการที่เป็นคู่สัญญาในการให้บริการปฐมภูมิ (CUP-Based Management)



3.2.3 การบริหารจัดการงบประมาณสำหรับการส่งเสริมและป้องกันโรค (PP)

จังหวัดสมุทรปราการมีการบริหารจัดการงบประมาณสำหรับการส่งเสริมและป้องกันโรค (promotion and prevention) จากบัตรประกันสุขภาพ โดยสถานบริการที่เป็นคู่สัญญาในการให้บริการปฐมภูมิ (contracted unit of primary care (CUP)) เป็นผู้บริหารจัดการ ทั้งนี้ ให้สถานบริการของสาธารณสุขในเครือข่ายให้บริการทุกแห่งและทุกระดับ สามารถเขียนโครงการขอใช้งบประมาณสำหรับการส่งเสริมและป้องกันโรค (PP) ได้ โดยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการของ CUP ซึ่งจะจัดสรรงบประมาณตามโครงการ (project-based allocation)

นอกจากนั้นแล้ว เงินงบประมาณสำหรับการบริหารจัดการที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้รับนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้เปิดให้หน่วยบริการในจังหวัดทุกระดับสามารถเขียนโครงการขอใช้งบประมาณเพื่อทำการส่งเสริมและป้องกันโรคได้อีกทางหนึ่งด้วย โดยมีคณะกรรมการพิจารณาโครงการเป็นไปในลักษณะเดียวกับที่ CUP ดำเนินการ แต่โครงการต้องไม่ซ้ำซ้อนกับที่ของบประมาณจาก CUP ในการดำเนินการ[14] โดยทั่วไปการส่งเสริมและป้องกันโรค จะทำครอบคลุมทั้งคนไทยและคนข้ามชาติไปพร้อมๆ กัน

ส่วนในเรื่องการใช้งบประมาณ สำหรับการส่งเสริมและป้องกันโรคจากประกันสังคมยังไม่มีความชัดเจน เนื่องจากได้รับเป็นค่าใช้จ่ายรายหัวมาให้ และไม่มีข้อกำหนดเรื่องการส่งเสริมและป้องกันโรคจากประกันสังคม ดังนั้น การจัดงบประมาณสำหรับการส่งเสริมและป้องกันโรคจึงขึ้นอยู่กับสถานบริการเป็นหลัก แต่ส่วนใหญ่แล้วจะทำงานด้านการส่งเสริมและป้องกันโรค ครอบคลุมทุกกลุ่ม โดยมิได้แยกว่ามาจากงบประมาณส่วนไหน จะทำการส่งเสริมและป้องกันโรค สำหรับคนไทยหรือต่างชาติ[15]

3.2.4 การบริหารจัดการด้านการให้บริการรักษาพยาบาล

การบริหารจัดการด้านการให้บริการรักษาพยาบาล แบ่งออกเป็นการให้บริการรักษาพยาบาลสำหรับบัตรประกันสุขภาพ บัตรประกันสังคม และคนข้ามชาติที่ไม่มีประกันสุขภาพ ดังนี้

3.2.4.1 การให้บริการรักษาพยาบาลสำหรับบัตรประกันสุขภาพ

แรงงานและผู้ติดตามที่มีบัตรประกันสุขภาพสามารถเข้าใช้บริการที่สถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขที่ระบุไว้ในบัตรและสถานบริการเครือข่ายของสถานพยาบาลดังกล่าว และใช้ระบบการส่งต่อตามลำดับ จากระดับปฐมภูมิไปทุติยภูมิ และตติยภูมิ อย่างไรก็ตาม ในกรณีฉุกเฉินแรงงานและผู้ติดตามที่มีบัตรประกันสุขภาพสามารถรับบริการข้าม CUP ได้ (สถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภายในจังหวัด นอกเหนือจากสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขที่ระบุไว้ในบัตรและสถานบริการเครือข่ายของสถานพยาบาลดังกล่าว) ทั้งนี้สถานบริการจะเรียกเก็บค่าบริการข้าม CUP เอง จากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการคาดประมาณว่ามีการใช้บริการข้าม CUP ประมาณร้อยละ 10 ซึ่งส่วนมากจะไม่ใช่กรณีฉุกเฉินและสามารถจ่ายเองได้[16]

---

[14] จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณสุขในพื้นที่ ทั้งในระดับจังหวัดและระดับพื้นที่

[15] จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณสุขในพื้นที่

[16] จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณสุขในพื้นที่

3.2.4.2 การให้บริการรักษาพยาบาลสำหรับบัตรประกันสังคม

แรงงานที่มีบัตรประกันสังคมสามารถเข้าใช้บริการที่สถานพยาบาลที่ระบุเท่านั้น ยกเว้นกรณีที่สถานบริการมีสถานพยาบาลในเครือข่ายที่รับประกันสังคม จึงสามารถเข้ารับบริการได้ แรงงานข้ามชาติสามารถเลือกโรงพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาของประกันสังคมได้ทั้งโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน แต่แรงงานข้ามชาติบางส่วนยังมีความสับสนคิดว่าเข้ารับบริการจากสถานบริการใดก็ได้[17]

ที่ผ่านมามีความพยายามของโรงพยาบาลของรัฐ ที่ต้องการเพิ่มจำนวนผู้ประกันตนของประกันสังคม โดยโรงพยาบาลบางแห่งมีช่องทางสำหรับผู้รับบริการประกันสังคมโดยเฉพาะ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความสะดวกและดึงดูด เพื่อให้มีจำนวนผู้ประกันตนขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น[18]

อย่างไรก็ตาม แรงงานส่วนใหญ่มักนิยมที่จะขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลเอกชนมากกว่าโรงพยาบาลของรัฐ ทั้งนี้ เนื่องจากความต้องการของนายจ้างเป็นหลัก เพราะมองว่าสะดวกและรวดเร็ว แม้ว่าโรงพยาบาลของรัฐพยายามที่จะจัดบริการเพื่อเป็นการดึงดูดจำนวนผู้ประกันตน แต่ทว่าโรงพยาบาลภาครัฐเองก็ยอมรับในข้อจำกัดเรื่องจำนวนผู้รับบริการที่มีจำนวนมากจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal coverage)[19]

3.2.4.3 การให้บริการรักษาพยาบาลสำหรับแรงงานและผู้ติดตามที่ไม่อยู่ในระบบใดๆ

แรงงานและผู้ติดตามที่ไม่อยู่ในระบบใดๆ ต้องจ่ายเงินเองไม่ว่าจะรับบริการที่สถานบริการของรัฐหรือเอกชน จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งบอกว่า แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลเอกชน คือ กลุ่มที่พร้อมจ่ายร้อยเปอร์เซนต์[20] ส่วนแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ แม้ส่วนหนึ่งจะพร้อมจ่าย แต่อีกส่วนหนึ่งไม่สามารถจ่ายได้ จึงกลายเป็นภาระของสถานพยาบาล สถานพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่งบอกว่า ในช่วงห้าเดือนที่ผ่านมา แม้จะมีภาระค่าใช้จ่ายของแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามอยู่บ้าง แต่ส่วนใหญ่แล้วแรงงานและผู้ติดตามสามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้[21]

3.2.5 การบริหารจัดการด้านการขายบัตรประกันสุขภาพ

ในจังหวัดสมุทรปราการมีเป้าหมายจำนวนบัตรทั้งหมดคือ 13,674 ใบ ภายใน 1 ปี นับจากเริ่มนโยบายในวันที่ 13 สิงหาคม 2556 และ ณ เดือนเมษายน 2557 สามารถขายบัตรประกันได้จำนวน 10,785 ใบ หรือคิดเป็นร้อยละ 78.9 ทั้งเป็นกลุ่มแรงงานประมาณ 9,530 คน และเป็นกลุ่มอื่นๆ 1,345 คน ซึ่งเจ้าหน้าที่คาดประมาณว่าน่าจะสามารถขายบัตรได้ตามเป้าหมายใน 1 ปี [22]

---

[17] จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณสุขในพื้นที่
[18] จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณสุขในพื้นที่
[19] จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณสุขในพื้นที่
[20] จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณสุขในพื้นที่
[21] จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณสุขในพื้นที่
[22] จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณสุขในพื้นที่

แม้ว่า กระทรวงสาธารณสุขจะมีนโยบายในการบัตรประกันสุขภาพให้กับแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม โดยกำหนดรายการที่แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามต้องนำมาประกอบการตรวจสุขภาพ คือหนังสือเดินทาง หรือหนังสือเดินทางชั่วคราว ซึ่งเป็นหนังสือเอกสารที่ทางราชการออกให้ที่มีเลข 13 หลัก กรณีไม่หลักฐานการพิสูจน์สัญชาติให้จัดเก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการระบุตัวบุคคล เช่น ลายพิมพ์นิ้วมือ ภาพถ่าย[23] เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การตีความนโยบายในเชิงปฏิบัติในพื้นที่ยังมีความแตกต่างกัน จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ปฏิบัติมองว่านโยบายที่กำหนดกว้างเกินไป ทำให้การปฏิบัติค่อนข้างยาก ดังนั้น จึงทำให้ข้อกำหนดในการขาย หรือไม่ขายบัตรฯ ให้กับแรงงานมีความแตกต่างกันตามนโยบายของแต่ละสถานบริการ

บางสถานบริการกำหนดขายบัตรให้กับเฉพาะแรงงานที่มีเอกสาร ที่เป็นปัจจุบันครบตามที่โรงพยาบาลกำหนด เช่น มี ทร. 38 หรือมีพาสปอร์ต มีใบรับรอง หรือทะเบียนบ้านของนายจ้างที่ยืนยันสถานที่ทำงานหรือที่อยู่ได้ และมีนายจ้างรับรอง ซึ่งเป็นสาเหตุให้แรงงานบางกลุ่มที่มีเอกสารไม่ครบไม่สามารถซื้อบัตรได้ ในขณะที่บางสถานบริการ ขายให้กับแรงงานที่มีเอกสารอาจไม่เป็นปัจจุบัน เช่น ทร.38/1 เก่า แต่ต้องมีนายจ้างรับรอง

การขายบัตรประกันสุขภาพทั้งหมด ในจังหวัดดำเนินการโดยโรงพยาบาลที่เป็น CUP แต่สถานบริการที่ให้บริการเป็นสถานบริการที่อยู่ในเครือข่ายของ CUP ส่วน รพ.สต. ไม่สามารถเป็นผู้ขายบัตรประกันสุขภาพได้เอง แต่เป็นเครือข่ายการให้บริการของ CUP

3.3 ปัญหาอุปสรรคของการบริหารจัดการ

3.3.1 สถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรค กลไกการสนับสนุน

ปัจจุบันมีแรงงานข้ามชาติที่มีประกันสุขภาพและประกันสังคมในจังหวัด ประมาณ เกือบ 40,000 คน (สามในสี่เป็นประกันสังคม) แต่จากการคาดประมาณของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่คาดว่าน่าจะมีแรงงานอีกประมาณเท่าตัวที่ยังไม่มีทั้งประกันสุขภาพและประกันสังคม ทั้งนี้เนื่องจากในช่วงที่ผ่านมามีการประกันสุขภาพมากที่สุดคือ ประมาณ 70,000 คน ในปี 2554

3.3.1.1 สถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรค กลไกการสนับสนุนเกี่ยวกับประกันสังคม

แม้ว่า ทั้งแรงงานบางส่วนและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่จะเห็นว่าสิทธิประโยชน์จากประกันสังคมนั้นมีมากกว่าประกันสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การเข้าสู่ระบบประกันสังคมนั้นมักเป็นการตัดสินใจของนายจ้างเป็นหลัก ที่ผ่านมามีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ คือ การได้รับใบอนุญาตทำงานล่าช้า ทำให้เข้าสู่ระบบช้า ทัศนคติของนายจ้างต่อประกันสังคม เช่น การแจ้งจำนวนพนักงานมากก็ต้องจ่ายเงินสมทบเป็นจำนวนมาก ดังนั้น จึงมีแรงงานที่เข้าสู่ระบบประกันสังคมเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้น รวมทั้งนายจ้างบางส่วนยังไม่เข้าใจเรื่องของสิทธิประกันสังคมของแรงงาน และแรงงานบางส่วนยังไม่เข้าใจสิทธิประโยชน์จากประกันสังคม รวมทั้งมองว่าเป็นภาระที่ต่อเนื่อง และไม่แน่ใจว่า

[23] ประกาศกรทรวงสาธารณสุขเรื่องการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพคนต่างด้าว ลงวันที่ 13สิงหาคม 2556

จะได้รับสิทธิประโยชน์จากประกันสังคมจริงหรือไม่ เช่น เมื่อหมดสัญญาจ้างแล้วต้องกลับประเทศจะรับสิทธิประโยชน์ชราภาพได้อย่างไร[24]

ที่ผ่านมาประกันสังคมจังหวัดได้ร่วมมือกับจัดหางานจังหวัด เพื่อชี้แจงกับนายจ้างให้เห็นความสำคัญ รวมทั้งการให้ข้อมูลแก่แรงงาน พร้อมทั้งได้จัดทำแผ่นพับ 4 ภาษา (อังกฤษ เมียนมาร์ กัมพูชา และลาว) ในเรื่องสิทธิประโยชน์ของประกันสังคมแก่แรงงาน[25]

ความไม่เข้าใจของหน่วยบริการสุขภาพเกี่ยวกับการเรียกเก็บเงินจากประกันสังคม ทำให้หน่วยบริการเสียผลประโยชน์ เช่น ไม่ทราบกรณีไหนเป็นการยื่นเรียกเก็บจากกองทุนประกันสังคม หรือกองทุนเงินทดแทน เป็นต้น[26]

มีนายจ้างบางส่วนที่เห็นประโยชน์ของประกันสังคม และต้องการเข้าสู่ระบบประกันสังคม แต่ไม่สามารถเข้าได้ เนื่องจากประกันสังคมไม่คุ้มครอง เช่น งานบ้าน ประมงขนาดเล็ก เป็นต้น เนื่องจากนายจ้างเหล่านี้มองว่าการจ่ายสมทบประกันสังคมเป็นค่าใช้จ่ายที่แน่นอนควบคุมได้ แต่หากไม่อยู่ในระบบนายจ้างต้องจ่ายเองในกรณีเกิดอุบัติเหตุ/ทุพพลภาพจากการทำงาน ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่ควบคุมไม่ได้[27]

การนำเข้าข้อมูลสำหรับฐานข้อมูลประกันสังคม พบว่า ข้อมูลของประกันสังคม นายจ้าง หน่วยบริการและหนังสือเดินทาง (passport) ไม่ตรงกัน เช่น ขึ้นต้นด้วยชื่อ หรือสกุล ทำให้เกิดปัญหาในการเชื่อมโยงข้อมูล ดังนั้นต้องร่วมมือเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน[28]

การรับประกันสังคมของกลุ่มแรงงาน แม้จะมองว่าหากมีจำนวนแรงงานเข้าสู่ระบบประกันสังคม และสถานบริการรับจำนวนประกันสังคมมากจะเป็นการช่วยบรรเทาภาระสำหรับแรงงาน/ผู้ติดตามที่ไม่มีประกัน แต่เนื่องจากภาระการให้บริการสุขภาพถ้วนหน้าของภาครัฐเป็นภาระที่หนักอยู่แล้ว ดังนั้น การรับประกันสังคมของสถานบริการภาคเอกชนน่าจะเป็นการช่วยลดภาระของหน่วยงานภาครัฐ[29]

อย่างไรก็ตาม อาจต้องพิจารณาว่าการรับผู้ประกันตนจากประกันสังคมจำนวนเท่าไรถึงจะเกิดความคุ้มค่าสำหรับสถานบริการ เช่น การสัมภาษณ์ผู้ให้บริการสาธารณสุขคาดว่า น่าจะขั้นต่ำอยู่ที่มีจำนวนผู้ประกันตนจำนวนไม่น้อยกว่า 10,000 คน ถึงจะทำให้เกิดความคุ้มค่าสูงสุด[30]

---

[24] จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับประกันสังคมในพื้นที่
[25] จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับประกันสังคมในพื้นที่
[26] จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับประกันสังคมในพื้นที่
[27] จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับประกันสังคมและนายจ้างในพื้นที่
[28] จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับประกันสังคมในพื้นที่
[29] จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณสุขในพื้นที่
[30] จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณสุขในพื้นที่

3.3.1.2 สถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรค กลไกการสนับสนุนเกี่ยวกับประกันสุขภาพ

การปรับเปลี่ยนนโยบาย โดยการเพิ่มสิทธิประโยชน์ในเรื่องการได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ของกระทรวงสาธารณสุข โดยราคาบัตรสุขภาพที่เพิ่มจาก 1,300 บาท เป็น 2,200 บาท แรงงานมองว่าราคาเพิ่มขึ้นมากเกินไป และไม่คิดว่าตนเองเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV และต้องรับยา ARV แต่ในขณะที่บางคนก็มองว่าราคาดังกล่าวมีความเหมาะสมดีแล้ว[31]

คนข้ามชาติที่มิใช่แรงงานที่ซื้อบัตรสุขภาพมักเป็นหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งเขาเหล่านั้นมองว่าคุ้มค่าสำหรับการลงทุน ดังนั้นจึงไม่เกิดการกระจายความเสี่ยงที่คุ้มค่า แต่กลับเป็นภาระของสถานบริการ อย่างไรก็ตามผู้ปฏิบัติในพื้นที่มองว่าการมีประกันสุขภาพดีกว่าไม่มีเพราะสุดท้ายก็ต้องตกเป็นภาระอยู่ดี[32] ผู้ให้บริการสาธารณสุขในพื้นที่มองว่าบัตรประกันสุขภาพ ยังคงเป็นทางเลือกของแรงงานที่ทำงานรับเหมาช่วงซึ่งไม่คุ้มครองโดยระบบประกันสังคม

การออกใบอนุญาตทำงานโดยมีแค่ใบรับรองการตรวจสุขภาพ โดยยังไม่ได้ซื้อประกันสุขภาพ ทำให้แรงงานไม่ยอมซื้อประกันสุขภาพ เพราะแรงงานมองว่าได้บัตรอนุญาตทำงานแล้ว บัตรประกันสุขภาพไม่สำคัญและไม่จำเป็น[33] แต่ทั้งนี้เนื่องจากตาม พรบ. ของกระทรวงแรงงานแล้วบัตรประกันสุขภาพไม่ได้เป็นการบังคับ เพียงแต่แรงงานต้องมีสุขภาพดีเท่านั้น[34] ด้วยข้อกำหนดในการขายบัตรประกันสุขภาพที่ผูกติดกับเอกสารและการรับรองจากนายจ้าง ทำให้แรงงานที่ไม่มีเอกสารไม่สามารถซื้อบัตรได้[35]

การทำงานเชิงรุกเรื่องการขายบัตรสุขภาพนั้น อาจต้องทำงานร่วมกับพนักงานสาธารณสุขต่างด้าว อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว และ NGOs ในพื้นที่เพื่อให้แรงงานเห็นความสำคัญ และมีข้อมูลข่าวสารเพียงพอต่อการตัดสินใจ[36] เนื่องจากบัตรประกันสุขภาพคนข้ามชาติของกระทรวงสาธารณสุขนั้น ได้แบ่งเป็น 3 กลุ่ม แต่บัตรสุขภาพของคนข้ามชาติที่มีอายุ 7 - 15 ปีนั้นถูกมองว่าราคาแพงเกินไป และเด็กบางคนก็ไม่ได้ทำงาน จึงน่าจะลดราคาลง[37]

แม้ว่า กระทรวงสาธารณสุขจะกำหนดหลักเกณฑ์เรื่องการจ่ายยาต้านไวรัสให้กับคนข้ามชาติ แต่ในทางปฏิบัติยังมีความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการจ่ายยาต้านไวรัส (ARV) ให้กับแรงงานข้ามชาติว่า จะเรียกเงินกับกลุ่มประกันฯ ได้อย่างต่อเนื่องหรือไม่ เพราะการประกันสุขภาพเป็นปีต่อปีแต่การรับยาต้องต่อเนื่องตลอดไป[38]

---

[31] จากการสัมภาษณ์ พสต.ในพื้นที่

[32] จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณสุขในพื้นที่

[33] จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณสุขในพื้นที่

[34] จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับแรงงาน

[35] จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐ และองค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่

[36] จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐ และองค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่

[37] จากการสัมภาษณ์แรงงานในพื้นที่

[38] จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณสุขในพื้นที่

ด้วยวัตถุประสงค์เพื่อรวมฐานข้อมูลสิทธิการรักษาพยาบาลต่างไว้ในฐานข้อมูลของ สปสช. อย่างไรก็ตาม ในพื้นที่ยังประสบปัญหาการเชื่อมโยงฐานข้อมูลของ สปสช.และการใส่ข้อมูล (key in) เข้าสู่ระบบของบัตรประกันแรงงานข้ามชาติยังไม่สามารถทำได้

3.4 ข้อสังเกตการบริหารจัดการโดยสถานบริการที่เป็นคู่สัญญาในการให้บริการปฐมภูมิในจังหวัดสมุทรปราการ

จากข้อมูลของจังหวัดสมุทรปราการที่แรงงานส่วนใหญ่นั้น อยู่ในภาคอุตสาหกรรม มีการเคลื่อนย้ายแรงงานไม่มากนัก แม้ว่ายังคงมีแรงงานส่วนหนึ่งไม่อยู่ในระบบประกันสุขภาพ แต่แรงงานและผู้ติดตามส่วนใหญ่มีความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ความเสี่ยงในด้านงบประมาณจึงค่อนข้างน้อย ดังนั้น การบริหารจัดการแบบสถานบริการที่เป็นคู่สัญญาในการให้บริการปฐมภูมิ (CUP-based management) จึงทำให้เกิดความคล่องตัวในการบริหารจัดการค่อนข้างมาก

3.5 ประสบการณ์เกี่ยวกับการประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในจังหวัดสมุทรปราการ

3.5.1 ลักษณะทางประชากรและสังคมของแรงงานข้ามชาติ

ในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการนั้น เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่มีโครงสร้างจากแรงงานจำนวน 168 คน โดยเป็นแรงงานจากเมียนมาร์ 98 คน แรงงานจากลาว 4 คน และแรงงานจากกัมพูชา 66 คน โดยมีสัดส่วนของแรงงานเพศหญิงสูงกว่าแรงงานเพศชายเล็กน้อย ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 25 - 39 ปี และอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 30.2 ปี สองในสามของแรงงานข้ามชาติตัวอย่างแต่งงานแล้ว และปัจจุบันอยู่กับคู่สมรส รองลงมาคือโสด โดยมีสัดส่วนเกือบหนึ่งในสี่ของแรงงานตัวอย่าง (ตาราง 3.5)

แรงงานมากกว่าครึ่งหนึ่งเกิดในเมียนมาร์ รองลงมาคือกัมพูชา และลาว ตามลำดับ แต่เมื่อพิจารณาเชื้อชาติของแรงงานแล้ว พบว่าแรงงานข้ามชาติที่เป็นตัวอย่างในการศึกษามากกว่าหนึ่งในสามมีเชื้อชาติกัมพูชา รองลงมา คือเมียนมาร์ร้อยละ 33.3 กะเหรี่ยง มอญ และลาว ตามลำดับ แรงงานเหล่านี้ส่วนใหญ่เพิ่งเข้ามาเมืองไทยครั้งแรก โดยมีสัดส่วนสูงถึงเกือบร้อยละ 90 และอายุเฉลี่ยเมื่อเข้าในประเทศไทยอยู่ที่ 24.4 ปี ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและญาติ ทั้งนี้สองในสามทำงานในโรงานอุตสาหกรรม และรองลงมาทำงานแปรรูปผลิตภัณฑ์ประมง รับจ้างและบริการ กำลังรองาน และก่อสร้างตามลำดับ (ตาราง 3.5)

ส่วนความสามารถในการใช้ภาษาไทยทั้งการฟัง พูด อ่าน เขียนนั้น ส่วนใหญ่แล้วทักษะการฟังและการพูดจะอยู่ในระดับที่ฟัง/พูดได้บ้าง หรือได้ดีแต่ไม่เท่าคนไทย อย่างไรก็ตาม มากกว่าหนึ่งในสี่ของแรงงานข้ามชาติไม่สามารถฟังภาษาไทยได้ ในขณะที่หนึ่งในสามไม่สามารถพูดภาษาไทยได้เลย ส่วนทักษะการอ่านและการเขียนภาษาไทยนั้น แรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่ ไม่สามารถอ่าน/เขียนภาษาไทยได้เลย (ตาราง 3.5)

ตาราง 3.5: ลักษณะทางประชากรและสังคมของแรงงานข้ามชาติตัวอย่างในสมุทรปราการ

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	80	47.6
หญิง	88	52.4
อายุ		
15 – 24 ปี	43	25.7
25 – 39 ปี	102	61.1
40 – 59 ปี	22	13.2
อายุเฉลี่ย = 30.23 ปี		
สถานภาพสมรส		
โสด	40	23.8
แต่งงานแล้วปัจจุบันอยู่กับคู่สมรส	114	67.9
แต่งงานแต่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน	9	5.4
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	5	3.0
สัญชาติ		
พม่า/เมียนมาร์	98	58.3
ลาว	4	2.4
กัมพูชา	66	39.3
เชื้อชาติ		
พม่า/เมียนมาร์	56	33.3
ฉาน (ไทใหญ่)	1	0.6
มอญ	13	7.7
กะเหรี่ยง	28	16.7
ลาว	4	2.4
กัมพูชา	66	39.3
ประเทศที่เกิด		
ไทย	1	0.6
พม่า/เมียนมาร์	97	57.7
ลาว	4	2.4
กัมพูชา	66	39.3
คุณเข้ามาประเทศไทยครั้งนี้เป็นครั้งแรก		
ใช่	149	88.7
ไม่ใช่ 18	10.7	
คุณมาประเทศไทย ครั้งแรก เมื่อตอนอายุ		
เฉลี่ย 24.4 ปี	**น้อยสุด 12 ปี**	**มากสุด 48 ปี**

ตาราง 3.5: ลักษณะทางประชากรและสังคมของแรงงานข้ามชาติตัวอย่างในสมุทรปราการ (ต่อ)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจุบัน คุณอาศัยอยู่กับใครบ้าง		
พ่อ	7	4.2
แม่	11	6.5
คู่สมรส	98	58.3
เพื่อน	15	8.9
นายจ้าง	6	3.6
อยู่คนเดียว	10	6.0
เพื่อนร่วมงาน	3	1.8
อื่นๆ (ลูก/พี่ชาย/น้องชาย/พี่สาว/น้องสาว/ญาติ/นายหน้าจัดหางาน)	38	22.6
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	3	1.8
ประถม	90	53.6
มัธยมต้น	37	22.0
มัธยมปลายและสูงกว่า	21	12.5
งานหลัก		
รองาน/ ยังไม่ได้ทำงาน/ เลี้ยงลูก	6	3.6
ประมงและแปรรูปผลิตภัณฑ์ประมง	31	18.6
โรงงานอุตสาหกรรม	112	67.1
รับจ้างและบริการ	14	8.4
ก่อสร้าง	4	2.4
ความสามารถในการสื่อสารภาษาไทย		
คุณสามารถฟังภาษาไทยได้หรือไม่		
ไม่ได้เลย	47	28.0
ได้บ้าง	85	50.6
ได้ดีแต่ไม่เท่าคนไทย	31	18.5
ได้ดีเท่าคนไทย	5	3.0
คุณสามารถพูดภาษาไทยได้หรือไม่		
ไม่ได้เลย	57	33.9
ได้บ้าง	74	44.0
ได้ดีแต่ไม่เท่าคนไทย	32	19.0
ได้ดีเท่าคนไทย	5	3.0

ตาราง 3.5: ลักษณะทางประชากรและสังคมของแรงงานข้ามชาติตัวอย่างในสมุทรปราการ (ต่อ)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
คุณสามารถอ่านภาษาไทยได้หรือไม่		
ไม่ได้เลย	147	88.6
ได้บ้าง	17	10.2
ได้ดีแต่ไม่เท่าคนไทย	2	1.2
ได้ดีเท่าคนไทย	0	0
คุณสามารถเขียนภาษาไทยได้หรือไม่		
ไม่ได้เลย	154	92.8
ได้บ้าง	10	6.0
ได้ดีแต่ไม่เท่าคนไทย	2	1.2
ได้ดีเท่าคนไทย	0	0

3.5.2 สถานะบุคคลในประเทศไทยของแรงงานข้ามชาติ

แรงงานข้ามชาติที่เป็นตัวอย่างในการศึกษานี้ กว่าสองในสามที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติและมีหนังสือเดินทางและสัญญาจ้างตาม MOU มีเพียงเกือบหนึ่งในห้าที่ยังคงรอการพิสูจน์สัญชาติ และเกือบหนึ่งในสิบที่ไม่ได้จดทะเบียน (ตาราง 3.6)

ส่วนเหตุผลของการไม่จดทะเบียนนั้น ประกอบด้วย ไม่เคยรู้เรื่องการลงทะเบียน/พิสูจน์สัญชาติ ต้องย้ายที่อยู่บ่อย เพิ่งจะเข้ามาประเทศไทย ไม่มีเวลาลงทะเบียน/พิสูจน์สัญชาติ ยังไม่เปิดรับจดทะเบียน รวมทั้งไม่มีเงินสำหรับการจดทะเบียน และมองว่าค่าจดทะเบียนนั้นมีราคาแพง และมีบางคนบอกว่านายจ้างไม่อนุญาต (ตาราง 3.6)

นอกจากนั้น ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าการที่แรงงานไม่ขึ้นทะเบียนนั้น เพราะทำงานแบบเหมาช่วงและไม่มีนายจ้างรับรอง ทำให้ไม่สามารถจดทะเบียนได้ และแรงงานบางส่วนแก้ปัญหาโดยโดยการจ้างนายหน้าให้เป็นนายจ้างเพื่อที่จะจดทะเบียน[40]

[40] จากการสัมภาษณ์ พสต.ในพื้นที่

ตาราง 3.6: สถานะบุคคลในประเทศไทยของแรงงาน

ลักษณะสถานะบุคคลในประเทศไทย	จำนวน	ร้อยละ
สถานะบุคคลในประเทศไทย (n = 168 คน)		
ไม่ได้จดทะเบียน	16	9.5
ได้จดทะเบียนและอยู่ระหว่างรอพิสูจน์สัญชาติ	31	18.5
ได้จดทะเบียนและพิสูจน์สัญชาติแล้ว/มีหนังสือเดินทางชั่วคราว	103	61.3
มีหนังสือเดินทางและสัญญาจ้างตาม MOU	18	10.7
เหตุผลของแรงงานที่ไม่ได้ไปจดทะเบียน (เฉพาะผู้ที่ไม่ได้จดทะเบียน ดังนั้น n = 13 คน; ไม่ตอบ 3 คน; ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่เคยรู้เรื่องการลงทะเบียน/พิสูจน์สัญชาติเลย	4	30.8
ย้ายไปเรื่อยๆ	3	23.1
เพิ่งเข้ามา	3	23.1
ไม่มีเวลาไปขึ้นทะเบียน/พิสูจน์สัญชาติ	2	15.4
เหตุผลของแรงงานที่ไม่ได้ไปจดทะเบียน (เฉพาะผู้ที่ไม่ได้จดทะเบียน ดังนั้น n = 13 คน; ไม่ตอบ 3 คน; ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ยังไม่เปิดรับจดทะเบียน	2	15.4
ไม่มีเงิน / แพง	2	15.4
นายจ้างไม่อนุญาต	1	7.7
อาจโดนส่งตัวกลับประเทศ ถ้าไปจดทะเบียน/พิสูจน์สัญชาติ	1	7.7
ไม่มีเวลาทำบัตร	1	7.7
สามีบอกว่าเลี้ยงลูกไม่ต้องทำ	1	7.7

3.5.3 การมีบัตรหรือเอกสารที่ยังไม่หมดอายุของแรงงาน

จากการสอบถาม พบว่า มีแรงงานตัวอย่างร้อยละ 10 ที่ไม่มีบัตรอะไรเลย แต่ส่วนใหญ่มีบัตรอนุญาตทำงานและหนังสือเดินทาง รองลงมา คือใบ ทร. 38/1 บัตรประกันสุขภาพ และบัตรประกันสังคม ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม มีแรงงานเพียงร้อยละ 61.6 เท่านั้น ที่ถือบัตรด้วยตนเอง ในขณะที่แรงงานที่ไม่ถือบัตรเองนั้น ส่วนใหญ่นายจ้างจะเป็นคนเก็บบัตรไว้ และมากกว่าครึ่งหนึ่งสามารถขอบัตรเมื่อต้องการใช้ได้ (ตาราง 3.7) การถือครองบัตรโดยนายจ้าง จากการสัมภาษณ์นายจ้างบางคนบอกว่า กลัวแรงงานทำหายเพราะอ่านไม่ออก และรวมถึงการป้องกันไม่ให้แรงงานหลบหนี[41]

[41] จากการสัมภาษณ์นายจ้าง

ตาราง 3.7: การมีบัตรหรือเอกสารที่ยังไม่หมดอายุของแรงงานและการถือครองบัตร

ประเภทของบัตร/เอกสารที่ยังไม่หมดอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทของบัตร (n = 168; ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่ได้ถือบัตรอะไรเลย	17	10.1
ใบ ทร.38/1	91	60.3
บัตรอนุญาตทำงาน	132	87.4
บัตรประกันสุขภาพ	64	42.4
บัตรประกันสังคม	55	36.4
บัตรสีสำหรับคนต่างด้าว	2	1.3
หนังสือเดินทางออกโดย	126	83.4
บัตรประชาชน ออกโดย	16	10.6
คุณถือบัตรตัวจริง อยู่หรือไม่? (เฉพาะผู้ที่มีบัตร n = 151คน)	93	61.6
ถือบัตรตัวจริง	93	61.6
ไม่ได้ถือบัตรตัวจริง	58	38.4
ถ้าตอบไม่ได้ถือบัตรตัวจริง, ใครถือไว้?? (เฉพาะที่ตอบว่าไม่ได้ถือบัตรตัวจริง n = 58 คน)		
นายจ้าง	41	71.9
นายหน้า	0	0
พ่อ / แม่ / ผู้ปกครอง	1	14.1
จัดหางานไม่ออกบัตรให้/ จ่ายเงินได้ใบเสร็จแล้วยังไม่ได้ใบอนุญาตทำงาน	13	10.5
บัตรอนุญาตทำงานไม่มีตัวจริง	2	3.5
สามารถขอบัตร เมื่อคุณต้องการได้หรือไม่ (เฉพาะที่ตอบว่าไม่ได้ถือบัตรตัวจริง n = 57 คน ไม่ตอบ 1 คน)		
ได้	34	59.6
ไม่ได้	23	40.4

3.5.4 ความคิดเห็นของแรงงานต่อมาตรการพิสูจน์สัญชาติ

แรงงานตัวอย่างกว่าร้อยละ 80 ที่เห็นประโยชน์ของการจดทะเบียนและพิสูจน์สัญชาติ เนื่องจากทำให้ออกนอกที่ทำงานอย่างรู้สึกปลอดภัย และทำให้ได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย รองลงมาคือ ทำให้มีงานหรือได้ทำงานที่มีความมั่นคงมากขึ้น ทำให้หางานได้ง่ายขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม แรงงานมากกว่าครึ่งหนึ่งมองว่า การจดทะเบียนและพิสูจน์สัญชาตินั้น ทำให้สิ้นเปลืองเงินทอง และเป็นภาระทางการเงิน และอีกเกือบครึ่งหนึ่งก็มองว่า การจดทะเบียนและพิสูจน์สัญชาตินั้น ทำให้ชีวิตยุ่งยากมากขึ้น (ตาราง 3.8)

ตาราง 3.8: ความคิดเห็นของแรงงานต่อมาตรการพิสูจน์สัญชาติของแรงงานข้ามชาติ

ความคิดเห็นต่อการใช้มาตรการพิสูจน์สัญชาติ (เฉพาะผู้ที่จดทะเบียน รอพิสูจน์สัญชาติ พิสูจน์สัญชาติแล้ว และมีหนังสือเดินทาง n =152 คน; ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	**จำนวน**	**ร้อยละ**
ทำให้ออกนอกที่ทำงานอย่างรู้สึกปลอดภัย	129	84.9
ทำให้ได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย	125	82.2
ทำให้มีงานหรือได้ทำงานที่มีความมั่นคงมากขึ้น	120	78.9
ทำให้หางานได้ง่ายขึ้น	119	78.3
ทำให้สิ้นเปลืองเงินทองและเป็นภาระทางการเงิน	91	59.9
ทำให้ชีวิตยุ่งยากมากขึ้น	67	44.1

3.5.5 สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและผลกระทบต่อการทำงาน

สถานะทางสุขภาพของแรงงานตัวอย่างนั้น มากกว่าครึ่งหนึ่งบอกว่า มีปัญหาสุขภาพ และปัญหาส่วนใหญ่มักจะเป็นการเจ็บป่วยทั่วไป ได้แก่ ปวดหัว/เวียนหัว ปวดหลัง /บั้นเอว และ เป็นหวัด (ตาราง 3.9) นอกจากนั้นจากข้อมูลเชิงคุณภาพแรงงานบอกว่า มักจะเจ็บป่วยทั่วๆ ไป เช่น เวียนศีรษะ ท้องเสีย แต่เป็นนานๆ ครั้ง[42]

ตาราง 3.9: การมีปัญหาสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ

ปัญหาสุขภาพ (ที่เป็นบ่อยๆ ในรอบหนึ่งเดือน)	**จำนวน**	**ร้อยละ**
การมีปัญหาสุขภาพ (n = 168 คน)		
ไม่มีปัญหาเรื่องสุขภาพ	77	45.8
มีปัญหาเรื่องสุขภาพ	91	54.2
ประเภทของปัญหาสุขภาพ (ที่เป็นบ่อยๆ ในรอบหนึ่งเดือน) (n=91 คน; ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
โดนของมีคมบาดจากการทำงาน	3	3.3
อุบัติเหตุจากกรด สารเคมี เครื่องมือ	3	3.3
เป็นหวัด	39	42.9
เวียนหัว /ปวดหัว	64	70.3
ปวดหลัง/บั้นเอว	44	48.4
ปัญหาเกี่ยวกับหายใจ เนื่องมาจากกลิ่นของน้ำยาเคมี	4	4.4
อื่นๆ ปวดท้อง/โรคกระเพาะ/ผื่นคันตามตัว/โรคหัวใจ	15	16.5

[42] จากการสัมภาษณ์แรงงานในพื้นที่

ส่วนการหยุดงานเนื่องจากปัญหาสุขภาพนั้น มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพบอกว่า เป็นปัญหาสุขภาพที่กระทบต่อการทำงานทำให้ต้องหยุดงาน และมักบอกว่าเป็นในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา และต้องหยุดงานอย่างน้อย 1 - 2 ชั่วโมง มากที่สุด รองลงมา คือต้องหยุดงาน 1 วัน และ 2 วัน ตามลำดับ (ตาราง 3.10) และจากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า บางครั้งการเจ็บป่วยก็ส่งผลกระทบทำให้ต้องหยุดงาน แต่บางครั้งก็ไม่ต้องหยุดงาน ขึ้นกับว่าอาการมากหรือน้อย เพราะในความเป็นจริงแรงงานก็ไม่อยากหยุดงานเพราะมีผลต่อค่าจ้าง ดังนั้น จะหยุดงานก็ต่อเมื่อไม่ไหวจริงๆ[43]

สำหรับวิธีการรักษานั้น แรงงานมักจะหาหมอโดยไม่ต้องนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล และก็รับประทานทานยาและพักผ่อน และมีส่วนหนึ่งที่ไปหาหมอที่คลินิก (ตาราง 3.10) ซึ่งจากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า แรงงานมักจะรับประทานยาและพักผ่อนพร้อมกับโทรแจ้งให้ฝ่ายบุคคลของแรงงานทราบว่าตนเองป่วย และบางครั้งก็ต้องไปหาหมอที่โรงพยาบาล หรือซื้อยาที่ร้านขายยามารับประทานเอง ถ้าอาการไม่มากนัก[44]

เมื่อสอบถามถึงความมั่นใจในการเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย แรงงานส่วนใหญ่เก้าในสิบคนบอกว่าตนเองสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพเมื่อเกิดการเจ็บป่วย (ตาราง 3.10)

[43] จากการสัมภาษณ์แรงงานในพื้นที่

[44] จากการสัมภาษณ์แรงงานในพื้นที่

ตาราง 3.10: การหยุดงานเนื่องจากปัญหาสุขภาพและการดูแล

การหยุดงานเนื่องจากปัญหาสุขภาพ (เฉพาะผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ n = 91 คน)	**จำนวน**	**ร้อยละ**
เคยหยุดงานเนื่องจากปัญหาสุขภาพ		
เคย	54	59.3
ไม่เคย	37	40.7
ครั้งสุดท้าย เมื่อใด (เฉพาะผู้ที่มีปัญหาสุขภาพและเคยหยุดงาน n = 54 คน)		
1 เดือนที่ผ่านมา	34	63.0
6 เดือนที่ผ่านมา	13	24.1
1 ปีที่ผ่านมา	6	11.1
1 - 3 ปีที่ผ่านมา	1	1.9
ระยะเวลาที่หยุดงานครั้งสุดท้ายเนื่องจากปัญหาสุขภาพ (เฉพาะผู้ที่มีปัญหาสุขภาพและเคยหยุดงาน n = 53 คน ไม่ตอบ 1 คน)		
1 - 2 ชั่วโมง	25	47.2
1 วัน	16	30.2
2 วัน	10	18.9
3 - 4 วัน	1	1.9
1 เดือน	1	1.9
วิธีการดูแลรักษาตัวเองเมื่อเจ็บป่วย (เฉพาะผู้ที่มีปัญหาสุขภาพและเคยหยุดงานn = 53 คน ไม่ตอบ 1 คน)		
พักผ่อนอย่างเดียว	4	7.5
ทานยา และพักผ่อน	14	26.4
หาหมอ ไม่ต้องนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล	21	39.6
หาหมอ ต้องนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล	3	5.7
ซื้อยาที่ร้านขายยา	5	9.4
หาหมอที่คลีนิค	6	11.3
ความมั่นใจในการเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย		
ได้	152	90.5
ไม่ได้	16	9.5

3.5.6 การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงาน

การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานนั้น แรงงานส่วนใหญ่คิดว่าตนเองสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ โดยแรงงานตัวอย่างรายงานว่า สามารถเข้าไปใช้ในโรงพยาบาลของรัฐมากที่สุดถึงร้อยละ 68.4 รองลงมา คือคลินิกเอกชน สถานีอนามัย และร้านขายยา ตามลำดับ (ตาราง 3.11)

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า สถานบริการที่แรงงานข้ามชาติเข้าถึงนั้น ขึ้นอยู่กับสถานะบุคคลในประเทศไทย และรวมถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย เช่น แรงงานคนหนึ่งบอกว่าตนเองเวียนศีรษะ ลุกไม่ไหวต้องให้เพื่อนพาไปส่งโรงพยาบาล[45] ในขณะที่อีกคนหนึ่งบอกว่าตนเองมีอาการปวดหัวนิดหน่อยก็เลยไปซื้อยาจากร้านขายยามากิน[46] ในขณะที่แรงงานที่ไม่มีเอกสารบอกว่า ต้องไปหาหมอคลินิกเพราะเขาไม่ต้องการเอกสารใดๆ ถ้าไปโรงพยาบาลเขาต้องให้แสดงเอกสาร แต่ตนเองนั้นเข้าเมืองผิดกฎหมาย[47]

ตาราง 3.11: บริการ/สถานบริการที่แรงงานเข้าถึง

บริการ/สถานบริการที่แรงงานเข้าถึง (เฉพาะผู้ที่มั่นใจว่าสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยได้ N = 152 คน; ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	จำนวน	ร้อยละ
หมอแผนโบราณ	2	1.3
สถานีอนามัย	58	38.2
โรงพยาบาลรัฐ	104	68.4
คลินิกเอกชน	60	39.5
โรงพยาบาลเอกชน	35	23.0
ร้านขายยา	40	26.3
คลินิกองค์กรพัฒนาเอกชน	0	0.0

3.5.7 การเข้าถึงประกันสังคมและบัตรประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม

แรงงานตัวอย่างรายงาน ณ วันสัมภาษณ์ว่า ตนเองไม่มีประกันสุขภาพ ร้อยละ 35.2 ในขณะที่เหลือรายงานว่า ตนเองอยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพในระบบหนึ่ง ประกอบด้วยบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้พร้อมกับบัตรอนุญาตทำงาน ร้อยละ 34.5 บัตรประกันสังคม ร้อยละ 32.7 และบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข/โรงพยาบาลของรัฐที่ซื้อเอง ร้อยละ 3.12 (ตาราง 3.12)

[45] จากการสัมภาษณ์แรงงานในพื้นที่
[46] จากการสัมภาษณ์แรงงานในพื้นที่
[47] จากการสัมภาษณ์แรงงานในพื้นที่

สำหรับผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพนั้น การศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าสู่ทั้งประกันสังคม และบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติของกระทรวงสาธารณสุข แบ่งเป็น

1) ผู้ที่ทำงานในกิจการที่ไม่เป็นทางการ (informal sector) เช่น ลูกเรือประมง และแม่บ้าน/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

2) ผู้ที่เดิมเคยมีบัตรประกันสุขภาพสำหรับแรงงานต่างชาติ แต่หมดอายุลง ณ เวลาสัมภาษณ์ และยังไม่ได้ซื้อบัตรใหม่ เนื่องจากแรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่จะรอซื้อบัตรใหม่เมื่อหนังสือเดินทางหมดอายุลง

3) ผู้ที่เพิ่งเริ่มทำงาน และรอเข้าประกันสังคม

> "(เคยมี) ประกันสุขภาพโรงพยาบาล... ตอนนี้ก็คือว่าหมดอายุ แต่ว่ากำลังจะต่อ...พาสปอร์ตหมดอายุ 2 ปี ก็เลยกลับบ้าน ทีนี้ก็หมดอายุของบัตรประกันสุขภาพไปเลยยังไม่ได้ซื้อ"
>
> *(แรงงานสัญชาติเมียนมาร์, เพศหญิง, พนักงานโรงงาน, ไม่มีหลักประกันสุขภาพ)*

> "ต่อเองเค้าไม่ให้ต่อ เดี๋ยวถ้าสักวันหนึ่งเค้ารู้ เค้าจะบอกว่า "ทำไม ไม่มาหาเรา"... เค้าจะบอกว่าเมื่อก่อนโน่น มีอะไรก็มาปรึกษาเรา ตอนนี้นิดๆ หน่อยๆ ก็ไม่มาหาเรา ถ้าเกิดมีอะไร เค้าจะไม่ช่วยเค้าบอกอย่างนี้ ..เราก็เลยบอกว่า ถ้าเกิดว่าพาสปอร์ตหมดอายุ เราค่อยต่อทีเดียว... พาสปอร์ตด้วยบัตรโรงพยาบาลด้วย 11,000... พี่ก็เลยคิดว่าจะต่อทีเดียวให้หมดเลย"
>
> *(แรงงานสัญชาติเมียนมาร์, เพศหญิง, แม่บ้าน/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ, ไม่มีหลักประกันสุขภาพ)*

จากการบอกเล่าของแรงงานข้ามชาติข้างต้น จะเห็นได้ว่าความสอดคล้องในเรื่องระยะเวลาของเอกสารที่จำเป็น สำหรับการทำงานและประกันสุขภาพไม่สอดคล้องกัน ทั้งนี้แรงงานให้ความสำคัญกับเอกสารที่ใช้ในการทำงานมากกว่าประกันสุขภาพ นอกจากนั้น นายหน้ามีบทบาทสำคัญในการเข้าถึงบัตรประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ เนื่องจากแรงงานบางกลุ่มจะจ่ายเงินให้นายหน้าทำหนังสือเดินทางและบัตรประกันสุขภาพให้ โดยนายหน้าจะเก็บค่าบัตรเกินจริง และมีการพูดให้แรงงานข้ามชาติไม่กล้าไปซื้อบัตรประกันสุขภาพเอง เมื่อบัตรหมดอายุ โดยพูดแกมบังคับให้มาซื้อบัตรผ่านนายหน้า ซึ่งมีราคาแพงกว่าราคาที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ แรงงานข้ามชาติจึงไม่อยากซื้อบัตรใหม่ทันทีเมื่อบัตรหมดอายุลง แต่จะรอให้หนังสือเดินทางหมดอายุก่อนแล้วจึงจะจ่ายเงินให้นายหน้าทำหนังสือเดินทางและบัตรประกันสุขภาพใบใหม่ให้พร้อมกันทีเดียว

เห็นได้ว่าโดยรวมแล้ว แรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่จะถูกผลักเข้าหลักประกันสุขภาพตามนโยบายของที่ทำงานหรือนายจ้าง โดยแรงงานไม่มีโอกาสในการตัดสินใจเองว่า จะเลือกเข้าหลักประกันสุขภาพระบบใด รวมถึงรายละเอียดในเรื่องการเลือกสถานบริการ ที่บางครั้งนายจ้างเป็นผู้เลือกให้

เมื่อพิจารณาถึงประกันสุขภาพที่เคยมี พบว่า แรงงานตัวอย่างที่รายงานว่าตนเองไม่เคยมีประกันสุขภาพเลยประมาณร้อยละ 15 ในขณะที่เกือบสองในสามรายงานว่าเคยมีบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข และร้อยละ 38.1 รายงานว่า เคยอยู่ในระบบประกันสังคม ส่วนประกันสุขภาพที่มีในปัจจุบันนั้น พบว่า มีแรงงานที่ไม่มีประกันสุขภาพร้อยละ 32.5 แรงงานประมาณหนึ่งในสามมีบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข และเกือบหนึ่งในสามรายงานว่า ตนเองมีบัตรประกันสังคม (ตาราง 3.12) เมื่อเปรียบเทียบประวัติการมีประกันสุขภาพกับประกันสุขภาพที่มีในปัจจุบัน จะเห็นว่าสัดส่วนของแรงงานที่ไม่มีบัตรเพิ่มขึ้น ในขณะที่สัดส่วนของแรงงานที่มีบัตรลดลง โดยเฉพาะแรงงานที่ประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

ส่วนการมีบัตรแต่ละประเภทนั้น ขึ้นอยู่กับประเภทของกิจการที่แรงงานทำเช่นกัน จากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า แรงงานข้ามชาติผู้ที่ทำงานในกิจการที่ไม่เป็นทางการ และพนักงานโรงงานบางส่วนจะใช้บัตรประกันสุขภาพ[48]

> "เคยซื้อแต่บัตรสุขภาพอย่างเดียว... เวลาที่ไม่สบายไปหาหมอ ค่าใช้จ่ายก็น้อยลง และสะดวก"
>
> *(แรงงานสัญชาติเมียนมาร์, เพศหญิง, รับงานมาทำที่บ้าน (ประมงต่อเนื่อง), บัตรประกันสุขภาพ)*
>
> "ทำเอง... มีนายหน้าทำให้ (เสียค่าทำบัตรและค่านายหน้า 6,500)... สุขภาพไม่ดี ยังไงก็ทำ"
>
> *(แรงงานสัญชาติเมียนมาร์, เพศหญิง, พนักงานโรงงาน, บัตรประกันสุขภาพ)*

ในขณะที่แรงงานกลุ่มที่ทำงานในระบบโรงงานที่เป็นสถานประกอบการขนาดใหญ่ และในองค์กรพัฒนาเอกชน (เอ็นจีโอ) จะเข้าสู่ประกันสังคมหลังจากผ่านช่วงทดลองงาน และหลังจากนั้นต้องรอสิทธิผู้ประกันตนหลังส่งเงินสมทบ 3 เดือนขึ้นไป[49]

> "เค้าทำบัตรประกันสังคมให้... บริษัทเค้าเอาเข้า ทุกคนเลยครับ"
>
> *(แรงงานสัญชาติเมียนมาร์, เพศชาย, พนักงานโรงงาน, บัตรประกันสังคม)*
>
> "เราทำงานได้สามเดือน แล้วก็ได้ประกันสังคม"
>
> *(แรงงานสัญชาติลาว, เพศชาย, พนักงานโรงงาน, ประกันสังคม)*

[48] จากการสัมภาษณ์แรงงานในพื้นที่

[49] จากการสัมภาษณ์แรงงานในพื้นที่

ดังนั้น จะเห็นได้ว่ายังมีช่องว่างของการประกันสุขภาพระหว่างการรอการรับรองสิทธิประกันสังคม ซึ่งจะได้รับสิทธิดังกล่าวหลังจากจ่ายเงินสมทบประกันสังคม 3 เดือนขึ้นไป แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมีบัตรประกันสุขภาพขาย เพื่อคุ้มครองสุขภาพในช่วงระยะเวลาดังกล่าว แต่แรงงานและนายจ้างยังไม่เห็นความสำคัญ ทำให้แรงงานบางส่วนไม่อยู่ในระบบประกันสุขภาพในช่วงเวลาดังกล่าว

ส่วนค่าใช้จ่ายในการประกันสุขภาพนั้น แรงงานจ่ายมากน้อยต่างกัน ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับประเภทของบัตรประกันสุขภาพ/ฐานเงินของแรงงาน รวมทั้งการสนับสนุนจากนายจ้าง อย่างไรก็ตาม แรงงานตัวอย่างในการศึกษานี้มีค่าเฉลี่ยในการจ่ายประกันสุขภาพอยู่ที่ 3,671.53 บาท ต่อปี

ตาราง 3.12: ประเภทของประกันสุขภาพที่เคยมี มีในปัจจุบันและค่าใช้จ่ายในการประกัน

ประเภทของประกันสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทของประกันสุขภาพที่เคยมี (n =168: ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่เคยมี	25	14.9
ประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้มาพร้อมกับบัตรอนุญาตทำงาน	104	61.9
ประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข/โรงพยาบาลรัฐที่ซื้อเอง	7	4.2
ประกันสังคม	64	38.1
ประเภทของประกันสุขภาพที่มีในปัจจุบัน (n =163; ไม่ตอบ 5, ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ปัจจุบันไม่มี	53	32.5
ประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้มาพร้อมกับบัตรอนุญาตทำงาน	58	34.5
ประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข/โรงพยาบาลรัฐที่ซื้อเอง	5	3.0
ประกันสังคม	55	32.7
อื่นๆ	1	0.6
ต่อปี ท่านเสียค่าใช้จ่ายกับบัตรประกันสุขภาพ/ประกันสังคม เท่าไร (รวมค่าตรวจร่างกาย)		
เฉลี่ย 3,671.53 บาท	**ต่ำสุด 360 บาท**	**สูงสุด 7,840 บาท**

ส่วนเหตุผลที่แรงงานตัวอย่างรายงานว่า ตนเองไม่มีประกันสุขภาพนั้น เหตุผลหลักๆ คือ ไม่มีสิทธิซื้อบัตรประกันสุขภาพ/ไม่มีสิทธิเข้าประกันสังคม นายจ้างไม่ให้ทำบัตรประกันสุขภาพ ราคาแพงไม่มีเงินซื้อ และประมาณหนึ่งในสิบไม่รู้/ไม่ทราบเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ (รายละเอียดดังตาราง 3.13)

จากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า แรงงานและผู้ติดตามบางคนต้องการซื้อบัตรประสุขภาพแต่ไม่สามารถซื้อได้เนื่องจากไม่มีเอกสาร ไม่มีนายจ้าง และทางโรงพยาบาลก็จะขายให้ถ้ามีเอกสารครบตามที่กำหนดไว้[50, 51]

ตาราง 3.13: เหตุผลของการไม่มีประกันสุขภาพ

เหตุผลของการไม่มีประกันสุขภาพ (เฉพาะผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพใดเลย ในปัจจุบัน N = 53 คน; โดยมีผู้ไม่ตอบ 1 คน/ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	**จำนวน**	**ร้อยละ**
ไม่มีสิทธิ์ซื้อประกัน/เข้าประกันสังคม	13	24.5
นายจ้างไม่ให้ทำ	11	21.2
ราคาแพง/ไม่มีเงิน	10	19.2
ไม่รู้/ไม่ทราบ	6	11.3
ไม่สำคัญ/ไม่จำเป็น	4	7.7
ไม่รู้ว่าทำประกันสุขภาพ/เข้าประกันสังคม ทำที่ไหน/อย่างไร	4	7.7
โรงพยาบาล/ สถานบริการสุขภาพไม่ให้ทำ	1	1.9
ไม่รู้จักประกันสุขภาพ/ประกันสังคม	0	0

สำหรับแรงงานที่ไม่มีประกันสุขภาพนั้น ทีมวิจัยได้มีคำถามถึงความตั้งใจที่จะเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพภายใน 1 ปี พบว่า แรงงานตัวอย่างเกือบสามในสี่ หรือร้อยละ 72.9 มีความตั้งใจที่จะเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพระบบใดระบบหนึ่ง แต่อย่างไรก็ตาม มีแรงงานข้ามชาติตัวอย่าง ร้อยละ 12.5 บอกว่าจะไม่เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ ในขณะที่ร้อยละ 14.6 ยังไม่แน่ใจว่าจะเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพหรือไม่ (ตาราง 3.14)

[50] จากการสัมภาษณ์แรงงานในพื้นที่

[51] จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่

ตาราง 3.14: ความตั้งใจที่จะเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพของแรงงานที่ยังไม่มีประกันสุขภาพ

ความตั้งใจที่จะเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพของแรงงานที่ยังไม่มีประกันสุขภาพ (ความตั้งใจภายใน 1 ปี นับจากวันที่ให้สัมภาษณ์) (เฉพาะผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพใดเลย ในปัจจุบัน n = 53 คน; โดยมีผู้ไม่ตอบ 5 คน)	**จำนวน**	**ร้อยละ**
ซื้อ/เข้า	35	72.9
ไม่ซื้อ/ไม่เข้า	6	12.5
ไม่แน่ใจ	7	14.6

3.5.8 การรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพที่ตนเองมี

จากตาราง 3.15 หนึ่งในห้าของแรงงานตัวอย่างในการศึกษานี้ รายงานว่าตนเองไม่ทราบสิทธิประโยชน์ในประกันสุขภาพที่ตนเองมีอยู่ ในขณะที่สี่ในห้ารายงานว่า ตนเองทราบถึงชุดสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพที่ตนเองมีอยู่ ทั้งนี้สิทธิประโยชน์ที่แรงงานตัวอย่างมักจะทราบคือ การรักษาพยาบาลเจ็บป่วยเล็กน้อย (ผู้ป่วยนอก) การนอนโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน) การบาดเจ็บ อุบัติเหตุจากการทำงาน และการฝากท้อง/คลอดบุตร/ดูแลหลังคลอด ส่วนสิทธิประโยชน์ที่รับทราบค่อนข้างน้อย คือการส่งเสริมสุขภาพ/ควบคุมป้องกันโรค ยาต้านไวรัส ARV การฉีดวัคซีนให้บุตร ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการขึ้นราคาบัตรประกันสุขภาพที่เพิ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ARV อาจต้องการการประชาสัมพันธ์ให้มากขึ้น และให้แรงงานได้รับข้อมูลเรื่องสิทธิประโยชน์ของการประกันสุขภาพที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งเรื่องการส่งเสริมป้องกันโรคซึ่งมีความสำคัญสำหรับแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม

เมื่อพิจารณาการรับทราบสิทธิประโยชน์ในประกันสุขภาพที่ตนเองมีอยู่ พบว่า แรงงานที่ถือบัตรประกันสังคมรับทราบสิทธิประโยชน์มากกว่า แรงงานที่ถือบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนความครอบคลุมในการรับรู้เรื่องสิทธิประโยชน์ในประกันสุขภาพนั้น แรงงานที่ถือบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขทราบเรื่องดังกล่าวค่อนข้างครอบคลุมมากกว่าแรงงานที่ถือบัตรประกันสังคม (ตาราง 3.15)

ตาราง 3.15: การทราบข้อมูลเรื่องชุดสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพที่ตนเองมีอยู่

ทราบข้อมูลเรื่องชุดสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพที่ตนเองมีอยู่ (เฉพาะผู้ที่มีประกันสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง N = 115 คน; ไม่ตอบ 4 คน)	**ประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้มาพร้อมกับบัตรอนุญาตทำงาน/ซื้อเอง** (n = 63 คน; ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	**ประกันสังคม** (n = 55 คน ; ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	**รวม** (n = 115 คน; ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ;1 คน ถือได้มากกว่า 1 บัตร)
ไม่ทราบเกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์ในประกันสุขภาพที่ตนเองมีเลย	27.0	14.5	20.9
ทราบเกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์ในประกันสุขภาพที่ตนเองมี 73.0	85.5	79.1	
สิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพที่ทราบ (เฉพาะผู้ที่มีประกันสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งและทราบเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์	n = 63	n = 55	n =115
การรักษาพยาบาลเจ็บป่วยเล็กน้อย (ผู้ป่วยนอก)	71.5	83.6	97.8
การนอนโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน)	55.5	69.1	79.1
การบาดเจ็บ อุบัติเหตุจากการทำงาน	49.2	52.7	64.8
การฝากท้อง/ คลอดบุตร/ดูแลหลังคลอด	52.4	41.8	60.4
การส่งเสริมสุขภาพ/ควบคุมป้องกันโรค	31.8	10.9	27.5
ยาต้านไวรัส ARV	25.4	10.9	23.1
การฉีดวัคซีนให้บุตร	23.8	10.9	23.1
การทำฟัน/ทันตกรรม	34.9	32.7	42.9
การรักษาที่มีราคาแพงมากๆ	39.7	18.2	37.4

ในขณะที่ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ ชี้ให้เห็นว่าแรงงานต่างชาติส่วนใหญ่มีความรู้และความตระหนักในชุดสิทธิประโยชน์ และระบบบริการสุขภาพที่ตนมียังไม่ครอบคลุมมากนัก

ทั้งนี้แรงงานข้ามชาติที่อยู่ในประกันสังคม จะทราบว่าสามารถไปรับบริการทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลที่ตนเองสังกัดอยู่ได้ เมื่อมีอาการเจ็บป่วย โดยจะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม นอกจากนี้ยังพบว่า แรงงานมีความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในเรื่องการคลอดบุตรว่าสามารถเบิกเงินสมทบ เพื่อใช้เป็นค่าคลอดบุตรได้

อย่างไรก็ตาม ยังพบว่า แรงงานต่างชาติยังขาดความรู้และความตระหนักในสิทธิประโยชน์ข้ออื่นๆ อีก เช่น การได้รับเงินสมทบกรณีได้รับอุบัติเหตุจากการทำงาน การได้รับเงินชดเชยหากต้องลาหยุดเนื่องจากป่วย หรือประสบอุบัติเหตุจนต้องหยุดงาน และการได้รับเงินสมทบเมื่อเกษียณอายุ เป็นต้น นอกจากนี้ ยังพบว่าแรงงานต่างชาติส่วนใหญ่ ไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการสมทบเงินเข้ากองทุนประกันสังคมว่า แบ่งการสมทบเป็น 3 ฝ่าย คือจากฝ่ายลูกจ้าง นายจ้าง และรัฐบาล

> “ดีอยู่ ..ก่อนนี้โดนสังกะสีบาด หยุดอยู่ประมาห้าวันสิบวันโน่นแนะ ก็ได้เงินอยู่ ..ก็บอกหัวหน้าเดินไม่ไหว หัวหน้าบอกไม่เป็นไร หยุดก็ได้ บอกอย่างนี้ แล้วใบรักษาแพทย์เราก็ฝากให้เค้า ก็ได้อยู่ ..ก็ดีกว่านี่ละ... ไปทำงานโดนสังกะสีบาด หยุดงานก็ได้เงิน ..ไปหาหมอ ก็ไม่ต้องจ่าย 30 บาท... แล้วเวลามีลูก ได้เงินอยู่เค้าบอก...เถ้าแก่นี่ละบอกมา เค้าบอกว่ามีประกันสังคมดีอยู่ เวลาเจ็บป่วยอะไร โดนสังกะสีบาดขา อะไรนี่ ..เค้าบอกดีกว่า...ได้อะไร แล้วก็ได้เงินด้วย ..ไปโรงพยาบาล แล้วก็ได้เงินด้วย เค้าบอกอย่างนี้... ไม่รู้เค้าไม่ได้บอกอะไรครับ (เรื่องเงินชราภาพ)”
>
> *(แรงงานสัญชาติเมียนมาร์, เพศชาย, พนักงานโรงงาน, ประกันสังคม)*

> “ไม่ได้รู้รายละเอียดมาก แล้วอีกอย่างหนึ่ง เพื่อนๆ ก็ยังไม่ได้เล่าให้ฟัง ..รู้แต่ว่า ไม่สบายสามารถที่จะไปหาหมอได้ทันที...ไม่รู้ (เรื่องเงินชราภาพ)... ทราบ (เรื่องการคลอดบุตรได้เงินสมทบ)... จะรู้ก็คือว่าเวลาไปประกันสังคม กับประกันสุขภาพ จะแตกต่างกัน ..ประกันสังคม คือไม่ต้องรอเข้าแถว แต่ประกันสุขภาพต้องเข้าแถว... ประกันสังคม กับไม่มีประกันสังคม แตกต่างกันคือ เวลาไม่สบายไปหาหมอ คนที่ไม่มีประกันสังคม วันที่เราหยุดวันที่เราไม่สบาย เราไปลางาน เราไม่ได้ค่าแรง แต่คนที่มีประกันสังคม ไปลางาน แต่ได้ค่าแรง... รู้แค่สิทธิของประกันสังคมก็คือ ปกติในการทำงาน หรือสูญเสียอวัยวะ ทราบว่าสามารถที่จะชดเชยให้... คือ คนที่รับผิดชอบเรื่องประกันสังคม เวลาไม่สบาย อุบัติเหตุจากการทำงานสามารถที่จะใช้ ชดเชยตัวนี้ได้”
>
> *(แรงงานสัญชาติเมียนมาร์, เพศชาย, พนักงานโรงงาน, ประกันสังคม)*

ส่วนแรงงานข้ามชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพที่ออกโดยกระทรวงสาธารณสุข ทราบว่า ตนสามารถไปรับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลที่ซื้อบัตร หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนในสังกัดของโรงพยาบาลที่ตนซื้อบัตรได้ โดยจ่ายค่าบริการครั้งละ 30 บาท ทุกครั้งที่ไปรับบริการ ในด้านการคลอดบุตร แรงงานข้ามชาติทราบว่า หากมีบัตรประกันสุขภาพจะไม่เสียค่าใช้จ่ายในการคลอดและการฝากครรภ์ นอกจากค่าบริการ 30 บาท

แรงงานข้ามชาติตระหนักว่า มีการเปลี่ยนแปลงราคาบัตรประกันสุขภาพจากเดิมขาย 1,900 บาท เป็น 2,800 บาท แต่แรงงานข้ามชาติไม่ทราบว่า การเปลี่ยนแปลงราคาเป็นเพราะชุดสิทธิประโยชน์มีความครอบคลุมมากขึ้นอย่างไร

> "รู้ว่าบัตรสุขภาพทำแล้ว มีลูกก็ใช้ได้ด้วย"
>
> *(แรงงานสัญชาติเมียนมาร์, เพศหญิง, พนักงานโรงงาน, บัตรประกันสุขภาพ)*
>
> "เวลาที่ไม่สบายไปหาหมอ ค่าใช้จ่ายก็น้อยลง และสะดวก/พูดง่ายๆ ว่าดีทุกอย่าง เวลาไปโรงพยาบาลก็สะดวก"
>
> *(แรงงานสัญชาติเมียนมาร์, เพศหญิง, รับงานมาทำที่บ้าน (ประมงต่อเนื่อง), บัตรประกันสุขภาพ)*

จะเห็นได้ว่าแรงงานต่างชาติยังขาดความรู้ และความตระหนักในชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการสุขภาพที่ตนเองมีอยู่มาก จึงทำให้เกิดความเข้าใจผิดอยู่บ่อยครั้ง และความเข้าใจผิดนี้อาจเป็นอุปสรรคที่ทำให้แรงงานต่างชาติไม่เข้ารับบริการสุขภาพตามสิทธิประโยชน์ที่ตนพึงมี ทำให้เสียประโยชน์และมีทัศนคติในแง่ลบกับหลักประกันสุขภาพในประเทศไทยได้ ดังนั้น การประชาสัมพันธ์และให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพแต่ละระบบจึงเป็นเรื่องจำเป็นอย่างยิ่ง รวมถึงควรให้ความรู้เกี่ยวกับค่าใช้จ่าย หรือการสมทบเงินของหลักประกันสุขภาพแต่ละระบบด้วย

3.5.9 ความพึงพอใจในบริการสุขภาพเมื่อไปใช้สิทธิในประกันสุขภาพที่แรงงานมีอยู่

เมื่อสอบถามถึงความพึงพอใจในประกันสุขภาพที่มีอยู่ โดยพิจารณาจากประสบการณ์การใช้และระดับความพึงพอใจของผู้เคยใช้บริการตามสิทธิประกันสุขภาพ พบว่า มีแรงงานตัวอย่างถึงร้อยละ 28.0 ที่ไม่เคยใช้บริการเลย ส่วนระดับความพึงพอใจนั้นอยู่ในระดับค่อนข้างมากถึงมากที่สุด พบว่าร้อยละ 68.3 พึงพอใจกับประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้มาพร้อมกับบัตรอนุญาตทำงาน/ที่ซื้อเอง ในขณะที่ร้อยละ 71.4 พึงพอใจกับประกันสังคม (ตาราง 3.16) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า แรงงานตัวอย่างในการศึกษานี้พึงพอใจในระบบประกันสุขภาพของประกันสังคม มากกว่าระบบประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขเล็กน้อย อย่างไรก็ตาม ข้อค้นพบเชิงคุณภาพที่แรงงานบอกว่า ตนเองผ่านมาทั้งไม่มีบัตร มีบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข และปัจจุบันอยู่ในระบบประกันสังคม ได้บอกว่าระบบประกันสุขภาพของประกันสังคมนั้น เป็นระบบที่ดีกว่าระบบอื่น ทั้งนี้ เนื่องจากครอบคลุมสิทธิประโยชน์ที่นอกเหนือจากสุขภาพ ซึ่งถ้าเป็นไปได้อยากให้แรงงานทุกคนเข้าสู่ระบบประกันสังคม เพราะได้มากกว่าเรื่องสุขภาพ

"ก่อนนี้โดนสังกะสีบาด หยุดอยู่ประมาณห้าวันสิบวันโน่นแนะ ก็ได้เงินอยู่ ..ก็บอกหัวหน้าเดินไม่ไหว หัวหน้าบอกไมjเป็นไร หยุดก็ได้ บอกอย่างนี้ แล้วใบรักษาแพทย์เราก็ฝากให้เค้า ก็ได้อยู่ ..ประกันสังคมดีกว่า ..เวลาป่วยไม่สบาย เวลาเจ็บขา ไปทำงานโดนสังกะสีบาด ไปหาโรงพยาบาลก็ดีกว่าเวลาหยุดแล้วก็ได้เงิน เอาใบสั่งแพทย์ไปให้เค้าที่โรงงาน หยุดงาน ได้เงิน ไปหาหมอ ก็ไม่ต้องจ่าย 30 ดีกว่านี่ละบาทก็"

(แรงงานสัญชาติเมียนมาร์, เพศชาย, พนักงานบริษัท, บัตรประกันสังคม)

"ตอนมาใหม่ๆ หนูไม่มีบัตร เจ็บป่วยทีถ้าไม่หนักจริงๆ ก็ไม่กล้าไปหาหมอ จะไปหาหมอก็ไปคลินิก เพราะเขาไม่เอาเอกสาร ต่อมาซื้อบัตรประกันสุขภาพ มันก็ดีนะแต่หนูว่าประกันสังคมดีกว่าเพราะเวลาป่วยไม่สบาย หยุดงานมีใบรับรองแพทย์ก็ได้เงิน คลอดลูกก็ได้เงิน"

(แรงงานสัญชาติลาว, เพศหญิง, ลูกจ้าง, บัตรประกันสังคม)

ตาราง 3.16: ความพึงพอใจในบริการสุขภาพเมื่อไปใช้สิทธิในประกันสุขภาพที่แรงงานมีอยู่

ประสบการณ์การใช้บัตรประกันสุขภาพ/ประกันสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์การใช้บัตรประกันสุขภาพ		
ไม่มีประสบการณ์การใช้บัตรประกันสุขภาพ/ประกันสังคม	47	28.0
ประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้มาพร้อมกับบัตรอนุญาตทำงาน	75	44.6
ประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข/โรงพยาบาลรัฐที่ซื้อเอง	4	2.4
ประกันสังคม	42	25.0
พึงพอใจกับประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้มาพร้อมกับบัตรอนุญาตทำงาน/ซื้อเอง (n = 79)		
1. ไม่พึงพอใจเลย	3	3.8
2. พึงพอใจบ้าง	10	12.7
3. เฉยๆ	12	15.2
4. พึงพอใจค่อนข้างมาก	37	46.8
5. พึงพอใจมากที่สุด	17	21.5
พึงพอใจกับประกันสังคม (n = 42)		
1. ไม่พึงพอใจเลย	4	9.5
2. พึงพอใจบ้าง	4	9.5
3. เฉยๆ	4	9.5
4. พึงพอใจค่อนข้างมาก	16	38.1
5. พึงพอใจมากที่สุด	14	33.3

3.5.10 ความคาดหวังของแรงงานข้ามชาติต่อระบบประกันสุขภาพที่รัฐบาลไทยนำมาใช้

กลุ่มแรงงานที่เป็นตัวอย่างในการศึกษา ร้อยละ 71.9 รายงานว่า การประกันสุขภาพมีความจำเป็นมาก ร้อยละ 17.4 บอกว่ามีความจำเป็นมากที่สุด ในขณะที่ร้อยละ 6.0 รู้สึกเฉยๆ/มีก็ดี ไม่มีก็ได้ และร้อยละ 1.8 ยังไม่รู้/ไม่ทราบว่าการประกันสุขภาพมีความจำเป็นอย่างไร และร้อยละ 3 เห็นว่าไม่มีความจำเป็น (ตาราง 3.17)

แต่เมื่อถามถึงระบบประกันสุขภาพ ที่แรงงานคิดว่าเหมาะสมกับตัวเขามากที่สุด ร้อยละ 44.6 มองว่าประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้มาพร้อมกับบัตรอนุญาตทำงาน เหมาะกับตนเองมากที่สุด ร้อยละ 38.1 มองว่าประกันสังคมเหมาะสมกับตนเองมากที่สุด ในขณะที่ร้อยละ 9.5 มองว่าประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข/โรงพยาบาลรัฐที่ซื้อเองเหมาะกันตนเองมากที่สุด และมีร้อยละ 6.0 ที่ไม่ทราบว่าระบบประกันสุขภาพแบบไหนที่เหมาะสมกับตนเอง (ตาราง 3.17)

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเชิงคุณภาพชี้ว่า ความจำเป็นและความเหมาะสมนั้นขึ้นกับสถานภาพการทำงาน ลักษณะของงานที่ทำ และสถานะบุคคลในประเทศไทย เช่น แรงงานคนหนึ่งเล่าให้ฟังว่า พ่อเป็นลูกจ้างรายวันเขาก็เลยซื้อบัตรประกันสุขภาพ ส่วนแม่เป็นแม่บ้านและมีโรคประจำตัวก็ซื้อบัตรประกันสุขภาพ ซึ่งถือว่าคุ้มค่ามาก ส่วนตนเองและน้องชายทำงานในโรงงานใช้ประกันสังคม ซึ่งได้รับสิทธิประโยชน์มากกว่า[52]

ตาราง 3.17: ความสำคัญ/ความจำเป็นของการประกันสุขภาพและระบบประกันสุขภาพที่แรงงานคิดว่าเหมาะสมกับตัวเขามากที่สุด

การเห็นความสำคัญ/ความจำเป็นของการประกันสุขภาพ (n = 167 คน; ไม่ตอบ 1 คน)	จำนวน	ร้อยละ
ความจำเป็นของการประกันสุขภาพ		
ไม่จำเป็นเลย	3	1.8
ไม่จำเป็น	2	1.2
เฉยๆ/ มีก็ดี ไม่มีก็ได้	10	6.0
จำเป็นมาก	120	71.9
จำเป็นมากที่สุด	29	17.4
ไม่รู้/ไม่ทราบ	3	1.8
ระบบประกันสุขภาพที่แรงงานคิดว่าเหมาะสมกับตัวเขามากที่สุด (n = 168)		
ประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้มาพร้อมกับบัตรอนุญาตทำงาน	75	44.6
ประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข/โรงพยาบาลรัฐที่ซื้อเอง	16	9.5
ประกันสังคม	64	38.1
ประกันสุขภาพเอกชนที่ซื้อเอง	3	1.8
ไม่รู้/ไม่ทราบ	10	6.0

[53] จากการสัมภาษณ์แรงงานในพื้นที่

ส่วนเหตุผลที่แรงงานคิดว่า ประกันสุขภาพแต่ละประเภทเหมาะสมกับตัวแรงงานเองนั้น แรงงานที่คิดว่า ประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้มาพร้อมกับบัตรอนุญาตทำงานเหมาะสม เพราะสิทธิประโยชน์มีความครอบคลุม ราคาไม่แพง และทำง่ายไม่ยุ่งยาก ทำได้โดยสะดวก ในขณะที่แรงงานคิดว่า ประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข/โรงพยาบาลรัฐที่ซื้อเองเหมาะสม เพราะสิทธิประโยชน์มีความครอบคลุม ราคาไม่แพง และทำง่าย ไม่ยุ่งยาก ส่วนแรงงานที่คิดว่าประกันสังคมเหมาะสม เพราะสิทธิประโยชน์มีความครอบคลุม ทำง่าย ไม่ยุ่งยาก ทำได้โดยสะดวก ขณะเดียวกันยังมีแรงงานอีกส่วนหนึ่งที่ไม่รู้/ไม่ทราบ/ไม่มีเหตุผลของความเหมาะสมของประกันสุขภาพแต่ละประเภท (ตาราง 3.18)

มีข้อสังเกตว่า แรงงานที่คิดว่าประกันสังคมเหมาะสมกับตนเองนั้น ให้น้ำหนักไปที่สิทธิประโยชน์มีความครอบคลุมสูงกว่าแรงงานที่คิดว่าประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขเหมาะสมกับตนเอง

ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า แรงงานต่างชาติในจังหวัดสมุทรปราการมีความชอบที่แตกต่างกันไป โดยมีทั้งผู้ที่ชอบระบบประกันสังคมมากกว่า และผู้ที่ชอบระบบประกันสุขภาพสำหรับแรงงานต่างชาติของกระทรวงสาธารณสุขมากกว่า

โดยกลุ่มที่ชอบประกันสังคมมากกว่า มักจะมีความรู้เรื่องชุดสิทธิประโยชน์ของประกันสังคมมากพอสมควร และแม้จะต้องจ่ายค่าสมทบกองทุนต่อปีมากกว่า เมื่อเทียบกับราคาบัตรประกันสุขภาพรายปี แต่ก็ยินดีจ่าย เนื่องจากได้รับชุดสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมไม่แต่เฉพาะเรื่องของสุขภาพ แต่ยังคุ้มครองในกรณีเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน การได้รับค่าชดเชยในกรณีที่ต้องหยุดงานจากการเจ็บป่วย และเงินสมทบเมื่อเกษียณอายุอีกด้วย

ส่วนกลุ่มที่ชอบประกันสุขภาพมากกว่านั้น ให้เหตุผลว่าเพราะราคาถูกกว่า และครอบคลุมสิทธิประโยชน์ในการคลอดบุตร และคิดว่าไม่ได้รับบาดเจ็บจากการทำงานอยู่แล้ว

> “อยากทำประกันสุขภาพ ประกันสังคมเสียเงินทุกเดือน ประกันสุขภาพเสียแค่ 2,800 เองแล้วใช้ได้ 1 ปี มีประโยชน์มากกว่า”
>
> *(แรงงานสัญชาติเมียนมาร์, เพศหญิง, พนักงานโรงงาน, ไม่มีหลักประกันสุขภาพ)*
>
> “บัตรประกันสุขภาพดีกว่า เพราะเวลาป่วยไปหาหมอสะดวก ปกติคิดว่าไม่บาดเจ็บอะไรหนัก”
>
> *(แรงงานสัญชาติกัมพูชา, เพศชาย, ลูกเรือประมง, ไม่มีหลักประกันสุขภาพ)*

อย่างไรก็ตาม จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า แรงงานต่างชาติส่วนใหญ่จะชอบประกันสังคมมากกว่า แต่ทั้งนี้ยังมีแรงงานบางส่วนที่ไม่สามารถเข้าสู่ระบบประกันสังคมได้ เนื่องจากประกอบอาชีพที่ถูกยกเว้นจากการเข้าระบบประกันสังคม เช่น แม่บ้าน/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และลูกเรือประมง เป็นต้น ดังนั้น ระบบประกันสุขภาพสำหรับแรงงานต่างชาติของกระทรวงสาธารณสุข จึงยังมีความจำเป็นต่อแรงงานที่อยู่นอกระบบ รวมถึงผู้ติดตามที่ไม่ได้มาทำงานอีกด้วย

ตาราง 3.18: เหตุผลที่ประกันสุขภาพแต่ละประเภทเหมาะสมกับตัวแรงงานเอง

เหตุผลที่ประกันสุขภาพแต่ละประเภทเหมาะสม	จำนวน	ร้อยละ
ประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้มาพร้อมกับบัตรอนุญาตทำงานเหมาะสมเพราะ (n = 74 คน; ไม่ตอบ 1 คน ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ราคาไม่แพง	30	40.0
สิทธิประโยชน์มีความครอบคลุม	35	46.7
ทำง่าย ไม่ยุ่งยาก ทำได้โดยสะดวก	19	25.3
ไม่รู้/ไม่ทราบ/ ไม่มีเหตุผล	8	10.7
ประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข/โรงพยาบาลรัฐที่ซื้อเองเหมาะสมเพราะ (n = 16 คน; ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ราคาไม่แพง	7	43.8
สิทธิประโยชน์มีความครอบคลุม	7	43.8
ทำง่าย ไม่ยุ่งยาก ทำได้โดยสะดวก	2	12.5
ไม่รู้/ไม่ทราบ/ ไม่มีเหตุผล	2	12.5
ประกันสังคมเหมาะสมเพราะ (n = 64 คน; ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ราคาไม่แพง	3	4.7
สิทธิประโยชน์มีความครอบคลุม	48	75.0
ทำง่าย ไม่ยุ่งยาก ทำได้โดยสะดวก	8	12.5
ไม่รู้/ไม่ทราบ/ไม่มีเหตุผล	4	6.3

สำหรับสิทธิประโยชน์ที่ควรครอบคลุม โดยระบบประกันสุขภาพนั้นแรงงานมองว่า 5 อันดับแรกของความคุ้มครองนั้น ควรประกอบไปด้วย การรักษาพยาบาลเจ็บป่วยเล็กน้อย (ผู้ป่วยนอก) การนอนโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน) การบาดเจ็บ/อุบัติเหตุจากการทำงาน การฝากท้อง/คลอดบุตร/ดูแลหลังคลอด และการทำฟัน/ทันตกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการให้เรียงลำดับความสำคัญ 3 อันดับแรกที่สิทธิประโยชน์ควรครอบคลุม ได้แก่ การรักษาพยาบาลเจ็บป่วยเล็กน้อย(ผู้ป่วยนอก) การนอนโรงพยาบาล(ผู้ป่วยใน) และการบาดเจ็บ อุบัติเหตุจากการทำงาน (ตาราง 3.19)

ตาราง 3.19: สิทธิประโยชน์ที่ควรครอบคลุมโดยประกันสุขภาพ/ประกันสังคม

สิทธิประโยชน์ที่ควรครอบคลุมโดยประกันสุขภาพ/ประกันสังคม (n = 166 คน; ไม่ตอบ 2 คน ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	**จำนวน**	**ร้อยละ**
การรักษาพยาบาลเจ็บป่วยเล็กน้อย (ผู้ป่วยนอก)	130	77.4
การนอนโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน)	119	70.8
การบาดเจ็บ/อุบัติเหตุจากการทำงาน	99	58.9
การฝากท้อง/คลอดบุตร/ดูแลหลังคลอด	97	57.7
การทำฟัน/ทันตกรรม	75	44.6
การรักษาที่มีราคาแพงมากๆ	63	37.5
การส่งเสริมสุขภาพ/ควบคุมป้องกันโรค	49	29.2
ยาต้านไวรัส ARV	45	26.8
การฉีดวัคซีนให้บุตร	41	24.4
ไม่ทราบ/ไม่รู้เลย	35	20.8
3 อันดับแรกตามความสำคัญ สิทธิประโยชน์ที่จำเป็น และควรครอบคลุมโดยประกันสุขภาพ/ประกันสังคม (n = 168 คน)		
อันดับ 1 การรักษาพยาบาลเจ็บป่วยเล็กน้อย (ผู้ป่วยนอก)	111	66.1
อันดับ 2 การนอนโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน)	76	45.2
อันดับ 3 การบาดเจ็บ อุบัติเหตุจากการทำงาน	71	42.3

แต่เมื่อพิจารณาถึงลักษณะของประกันสุขภาพที่ควรจะเป็นนั้น แรงงานที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเห็นว่า ควรเป็นไปตามความสมัครใจของแรงงานข้ามชาติ ผู้ติดตามและเด็กร้อยละ 87.4 รองลงมา คือการบังคับแรงงานข้ามชาติ ผู้ติดตามและเด็กทุกคน (ร้อยละ 9.6) และไม่รู้/ไม่ทราบ/ไม่มีความเห็น (ร้อยละ 3.0) ส่วนราคาที่แรงงานสามารถจ่ายได้นั้นมีค่าเฉลี่ยที่ 2,148.40 บาท และฐานนิยมที่ 1,900 บาท (ตาราง 3.20) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า แรงงานส่วนมากยังเน้นไปที่ราคาเดิมก่อนที่จะมีการปรับราคาคือ 1,900 บาท

ตาราง 3.20: ลักษณะบัตรสุขภาพ/ประกันสุขภาพที่ควรทำ

ลักษณะบัตรสุขภาพ/ประกันสุขภาพที่ควรทำประกันสังคม (n = 167 คน; ไม่ตอบ 1 คน)	จำนวน	ร้อยละ
บังคับแรงงานข้ามชาติทุกคน (แต่ผู้ติดตามและเด็ก ตามความสมัครใจ)	0	0.0
บังคับแรงงานข้ามชาติ ผู้ติดตามและเด็กทุกคน	16	9.6
ตามความสมัครใจของแรงงานข้ามชาติ ผู้ติดตามและเด็ก	146	87.4
ไม่รู้/ไม่ทราบ/ไม่มีความเห็น	5	3.0
ราคาบัตรสุขภาพ/เบี้ยประกันสุขภาพสูงที่สุดที่แรงงานยินดีจ่าย (มีกำลังที่จะจ่ายได้) ต่อปี (รวมค่าตรวจสุขภาพ)		
เฉลี่ย 2,148.40 บาท, ฐานนิยม 1,900 บาท	ต่ำสุด 0	สูงสุด 5,040 บาท

ในขณะที่ข้อค้นพบของการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า แรงงานต่างชาติมีความคาดหวังที่จะได้รับบริการสุขภาพในมาตรฐานเดียวกับคนไทย นอกจากนี้ แรงงานต่างชาติหลายคนยังระบุถึงความจำเป็นในการมีล่ามในสถานบริการสุขภาพ เพื่อแก้ปัญหาในการสื่อสาร รวมถึงความจำเป็นในการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์ของระบบบริการสุขภาพที่ตนเองมีอีกด้วย[53]

3.5.11 ปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงการให้บริการสุขภาพ

จากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า การที่แรงงานไม่ได้เข้ามาในประเทศไทยอย่างถูกกฎหมาย ทำให้ไม่มีเอกสารระบุตัวตน และในการเข้ารับบริการจากหน่วยบริการทางการแพทย์ที่เป็นของรัฐบาล จำเป็นต้องแสดงเอกสารและหลักฐานหลายอย่าง เช่น หนังสือเดินทาง ทำให้แรงงานต่างชาติที่ผิดกฎหมายไม่อยากเข้ารับบริการในสถานบริการทางการแพทย์เหล่านั้น เนื่องจากความกลัว

ภาษา ถือว่าเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้แรงงานต่างชาติตัดสินใจไม่เข้ารับบริการสุขภาพ เนื่องจากแรงงานต่างชาติไม่สามารถสื่อสารกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ชัดเจน และสถานบริการสุขภาพยังขาดแคลนล่ามภาษาต่างประเทศอีกด้วย หากต้องรับบริการสุขภาพ แรงงานต่างชาติที่ไม่สามารถสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ได้จะต้องขอให้เพื่อนที่สามารถสื่อสารได้ไปเป็นเพื่อน หรือบางครั้งนายจ้างจะพาไป เพื่อเป็นการแก้ปัญหาทางการสื่อสาร

ในการเดินทางไปรับบริการสุขภาพ มักมีค่าใช้จ่ายที่ตกเป็นภาระกับแรงงานต่างชาติ ทำให้บางครั้งเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย แรงงานต่างชาติจะเลือกวิธีไปซื้อยาจากร้านขายยามารับประทานเองแทนการเดินทางไปรับบริการสุขภาพที่สถานบบริการสุขภาพ

[53] จากการสัมภาษณ์แรงงานในพื้นที่

นอกจากนี้ ในการไปรับบริการสุขภาพที่สถานบริการ แรงงานต่างชาติจำเป็นต้องต้องลางานไป เนื่องจากการไปรับบริการสุขภาพจากสถานบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลของรัฐ จะต้องเสียเวลาในการรอนาน แรงงานต้องลางานไป ทำให้ขาดรายได้ จึงเป็นอุปสรรคอีกอย่างหนึ่งที่ทำให้แรงงานต่างชาติไม่เข้ารับบริการสุขภาพ หรือเลือกที่จะไปรับบริการสุขภาพในคลินิกเอกชนแทน เนื่องจากมีความสะดวกและรวดเร็วกว่า

ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณนั้น ได้ถามถึงปัจจัยที่จะทำให้แรงงานข้ามชาติสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดีขึ้น พบว่า 5 ปัจจัยแรกที่แรงงานคิดว่าเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดีขึ้น ได้แก่ การมีบัตรประจำตัว/เอกสารทางกฎมาย (เช่น ทร. 38/1 หรือหนังสือเดินทาง) การมีล่ามแปลภาษาในสถานบริการสุขภาพ การมีบัตรประกันสุขภาพ การมีเพื่อนร่วมเดินทาง หรือคอยให้ความช่วยเหลือในการไปรับบริการ และมิตรไมตรี อัธยาศัยของผู้ให้บริการ (ตาราง 3.21)

ตาราง 3.21: ปัจจัยที่จะทำให้แรงงานข้ามชาติสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดีขึ้น

ปัจจัยที่จะทำให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดีขึ้น (n = 167 คน; ไม่ตอบ 1 คน ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	**จำนวน**	**ร้อยละ**
มีบัตรประจำตัว/เอกสารทางกฎมาย (เช่น ทร. 38/1 หรือหนังสือเดินทาง)	149	88.7
มีล่ามแปลภาษาในสถานบริการสุขภาพ	138	82.1
มีบัตรประกันสุขภาพ	126	75.0
มีเพื่อนร่วมเดินทาง หรือคอยให้ความช่วยเหลือในการไปรับบริการ	122	72.6
มิตรไมตรี อัธยาศรัยของผู้ให้บริการ	110	65.5
ราคาค่ารักษาไม่แพง/ ไม่ต้องเสียเงิน	96	57.1
สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลที่สถานบริการสุขภาพใดก็ได้	92	54.8
นายจ้างอนุญาตให้ไปรับบริการ	80	47.6

3.5.12 การเข้าถึงระบบประกันสุขภาพของผู้ติดตามแรงงานซึ่งมีอายุน้อยกว่า 15 ปี

นอกจากตัวแรงงานแล้ว ยังมีผู้ติดตามที่เป็นเด็ก โดยในการศึกษานี้ พบว่า แรงงานตัวอย่างถึงร้อยละ 17.9 ที่มีผู้ติดตามที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี ดังนั้น จึงได้สอบถามกลุ่มตัวอย่างถึงการเข้าถึงระบบประกันสุขภาพของผู้ติดตามที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี พบว่า สามในสี่ของผู้ติดตามไม่มีประกันสุขภาพ มีเพียงหนึ่งในห้าเท่านั้นที่มีประกันสุขภาพทุกคน ในขณะที่บางส่วนไม่ได้มีประกันสุขภาพสำหรับผู้ติดตามที่เป็นเด็กทุกคน (ตาราง 3.22)

ส่วนความตั้งใจที่จะซื้อประกันสุขภาพให้ผู้ติดตามอายุน้อยกว่า 15 ปี ร้อยละ 54.2 มีความตั้งใจจะซื้อประกันสุขภาพให้ผู้ติดตามอายุน้อยกว่า 15 ปี ในขณะที่ร้อยละ 25 ยังไม่แน่ใจว่าจะซื้อหรือไม่ แต่ยังมีร้อยละ 16.7 ไม่ต้องการที่จะซื้อ และร้อยละ 4.2 ยังไม่ทราบเกี่ยวกับบัตรดังกล่าว (ตาราง 3.22)

สำหรับการเห็นความสำคัญ/ความจำเป็นของประกันสุขภาพ ผู้ติดตามอายุน้อยกว่า 15 ปีนั้น กลุ่มตัวอย่างเกือบสี่ในห้าเห็นว่า จำเป็นมากและจำเป็นมากที่สุด และราคาที่สามารถจ่ายได้นั้นค่าเฉลี่ยสำหรับราคาบัตรสุขภาพ/เบี้ยประกันสุขภาพสูงที่สุดสำหรับผู้ติดตาม/บุตร อายุไม่ถึง 7 ปี อยู่ที่ 385.20 บาท โดยมีค่าฐานนิยมที่ 365 บาท ส่วนค่าเฉลี่ยสำหรับราคาบัตรสุขภาพ/เบี้ยประกันสุขภาพสูงที่สุดสำหรับผู้ติดตาม/บุตรอายุตั้งแต่ 7 ปีแต่ไม่ถึง 15 ปี นั้นอยู่ที่ 1,091.86 บาท และค่าฐานนิยมที่ 1,000 บาท (ตาราง 3.22) ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า แรงงานเห็นว่าราคาบัตรสุขภาพ/เบี้ยประกันสุขภาพสูงที่สุดสำหรับผู้ติดตาม/บุตร อายุไม่ถึง 7 ปีนั้นสอดคล้องกับที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ 365 บาท/ปี ในขณะที่ราคาบัตรสุขภาพ/เบี้ยประกันสุขภาพสูงที่สุดสำหรับผู้ติดตาม/บุตรอายุตั้งแต่ 7 ปีแต่ไม่ถึง 15 ปีนั้น แรงงานมองว่าแพงเกินไป ดังนั้น ราคาของบัตรประกันสุขภาพของกลุ่มต่างๆ นั้นอาจต้องมีการพิจารณาว่าเท่าไรจึงจะเหมาะสม โดยการชี้แจงข้อมูลที่เป็นประโยชน์ทั้งผู้ให้บริการและแรงงานข้ามชาติรวมทั้งผู้ติดตาม

ส่วนเหตุผลสำคัญ ที่ไม่ซื้อประกันสุขภาพให้เด็กอายุไม่ถึง 15 ปีนั้น แรงงานตัวอย่างในการศึกษานี้ให้เหตุผลว่า เพราะไม่รู้ว่าทำประกันสุขภาพที่ไหน/อย่างไร[54] ไม่ทราบ/ไม่รู้เกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพของผู้ติดตามแรงงาน ซึ่งมีอายุน้อยกว่า 15 ปี มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่เห็นว่า บัตรประกันสุขภาพให้เด็กอายุไม่ถึง 15 ปีนั้นมีราคาแพง (ตาราง 3.22) ซึ่งมีข้อสังเกตว่าการเข้าถึงข้อมูลในเรื่องนี้ของแรงงานนั้น อาจมีอยู่ค่อนข้างจำกัด[55]

จากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า แรงงานส่วนหนึ่งยังไม่ทราบข้อมูลเรื่องการขายบัตรประกันสุขภาพสำหรับผู้ติดตามอายุน้อยกว่า 15 ปี และถึงแม้ว่า แรงงานบางคนทราบเรื่องดังกล่าวและต้องการที่จะซื้อแต่ไม่รู้จะซื้อที่ไหน อย่างไร ส่วนบางคนก็บอกว่าบัตรประกันสุขภาพสำหรับผู้ติดตามอายุน้อยกว่า 7 - 15 ปีนั้น มีราคาแพงเกินไป เพราะยังเป็นเด็กและไม่ได้ทำงาน

[54] จากการสัมภาษณ์แรงงานในพื้นที่

[55] จากการสัมภาษณ์แรงงานและองค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่

ตาราง 3.22: แรงงานที่มีผู้ติดตามอายุน้อยกว่า 15 ปี และความตั้งใจที่จะซื้อประกันสุขภาพให้ผู้ติดตามอายุน้อยกว่า 15 ปี ในราคาที่สามารถจ่ายได้

มีผู้ติดตามและความตั้งใจในการซื้อประกันสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
มีผู้ติดตามอายุน้อยกว่า 15 ปี (n = 168 คน)		
มี	30	17.9
ไม่มี	138	82.1
ผู้ติดตาม (อายุน้อยกว่า 15 ปี) ของท่านมีบัตรประกันสุขภาพ (n = 30 คน)		
ไม่มีเลย	23	76.7
มีทุกคน	6	20.0
มีบางคน	1	3.3
ความตั้งใจที่จะซื้อประกันสุขภาพให้ผู้ติดตามอายุน้อยกว่า 15 ปี (ความตั้งใจภายใน 1 ปี นับจากวันที่ให้สัมภาษณ์) (เฉพาะผู้ที่มีผู้ติดตามอายุน้อยกว่า 15 ปี และผู้ติดตามนั้นอย่างน้อย 1 คน ไม่มีประกันสุขภาพ n = 24 คน; ไม่ตอบ 6 คน)		
ซื้อ/เข้า	13	54.2
ไม่ซื้อ/ไม่เข้า	4	16.7
ไม่แน่ใจ	6	25.0
ไม่รู้/ไม่ทราบ	1	4.2
การเห็นความสำคัญ/ความจำเป็นของประกันสุขภาพผู้ติดตามอายุน้อยกว่า 15 ปี (n = 167 คน; ไม่ตอบ 1 คน)	**จำนวน**	**ร้อยละ**
ไม่จำเป็นเลย	3	1.8
ไม่จำเป็น	2	1.2
เฉยๆ/มีก็ดี ไม่มีก็ได้	12	7.2
จำเป็นมาก	118	70.7
จำเป็นมากที่สุด	19	11.4
ไม่รู้/ไม่ทราบ	13	7.8

ตาราง 3.22: แรงงานที่มีผู้ติดตามอายุน้อยกว่า 15 ปี และความตั้งใจที่จะซื้อประกันสุขภาพให้ผู้ติดตามอายุน้อยกว่า 15 ปี ในราคาที่สามารถจ่ายได้ (ต่อ)

มีผู้ติดตามและความตั้งใจในการซื้อประกันสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ราคาบัตรสุขภาพ/เบี้ยประกันสุขภาพสูงที่สุดสำหรับผู้ติดตาม/บุตร อายุไม่ถึง 7 ปี ที่ยินดีจ่าย (มีกำลังที่จะจ่ายได้) ต่อปี (รวมค่าตรวจสุขภาพ)		
เฉลี่ย 385.2 บาท, ฐานนิยม 365 บาท	ต่ำสุด 0 สูงสุด 2,800 บาท	
ราคาบัตรสุขภาพ/เบี้ยประกันสุขภาพสูงที่สุดสำหรับผู้ติดตาม/บุตร อายุตั้งแต่ 7 ปีแต่ไม่ถึง 15 ปี ที่ยินดีจ่าย (มีกำลังที่จะจ่ายได้) ต่อปี (รวมค่าตรวจสุขภาพ)		
เฉลี่ย 1,091.86 บาท , ฐานนิยม 1,000 บาท	ต่ำสุด 0 สูงสุด 2,800 บาท	
เหตุผลของการไม่ซื้อประกันสุขภาพให้เด็กอายุไม่ถึง 15 ปี (เฉพาะผู้ที่มีผู้ติดตามอายุน้อยกว่า 15 ปี และผู้ติดตามนั้นอย่างน้อย 1 คน ไม่มีประกันสุขภาพ n = 28 คน; ไม่ตอบ 2 คน ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่รู้ว่าทำประกันสุขภาพที่ไหน/อย่างไร	11	39.3
ไม่สำคัญ/ไม่จำเป็น	3	10.7
ไม่รู้จักประกันสุขภาพ/ประกันสังคม	3	10.7
ไม่รู้/ไม่ทราบ	3	10.7
ราคาแพง/ไม่มีเงิน	1	3.6

3.6 สรุป

ผลการศึกษาของจังหวัดสมุทรปราการนั้น สามารถแบ่งออกเป็นสองส่วนด้วยกัน คือส่วนของหน่วยบริการและส่วนของแรงงานข้ามชาติ ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

3.6.1 หน่วยบริการ

ในส่วนของหน่วยบริการนั้น มีการบริหารจัดการการให้บริการสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติจากระบบประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข และระบบประกันสังคม ทั้งนี้ การบริหารจัดการ การให้บริการสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติจากระบบประกันสังคมนั้น มีการบริหารจัดการที่เหมือนกันทั้งประเทศ ตามที่สำนักงานประกันสังคมเป็นผู้กำหนด ซึ่งยังคงมีจุดอ่อนในประเด็นของการจัดสรรงบประมาณในการส่งเสริมป้องกันโรค ส่วนการบริหารจัดการ การให้บริการสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติจากระบบประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขนั้นเป็นไปในรูปแบบที่สถานบริการที่เป็นคู่สัญญาในการให้บริการปฐมภูมิเป็นผู้ดำเนินการในการบริหารจัดการ (CUP-based management) โดยมีการจัดสรรงบประมาณแต่ละส่วนตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข

การให้บริการปฐมภูมิเป็นผู้ดำเนินการในการบริหารจัดการ (CUP-based management) นั้นมีความเหมาะสมในบริบทพื้นที่ที่มีความเสี่ยงในด้านงบประมาณจึงค่อนข้างต่ำ ทั้งนี้ เนื่องจากมีการเคลื่อนย้ายของแรงงานข้ามชาติไม่มากนัก ส่วนใหญ่อยู่ในภาคอุตสาหกรรม ถึงแม้ว่าจะมีแรงงานส่วนหนึ่งไม่อยู่ในระบบประกันสุขภาพใดๆ แต่แรงงานและผู้ติดตามส่วนใหญ่มีความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้

อย่างไรก็ตาม ในการบริหารจัดการของแต่ละระบบนั้นยังมีปัญหา อุปสรรคที่ต้องการการแก้ไข ทั้งนี้ ได้แบ่งออกเป็นปัญหาอุปสรรคของระบบประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติของประกันสังคม และ ระบบประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติของกระทรวงสาธารณสุข

ในส่วนของปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะของระบบประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติของประกันสังคมนั้น ประกอบด้วย

1) การได้รับใบอนุญาตทำงานล่าช้า ทำให้เข้าสู่ระบบประกันสังคมล่าช้าตามไปด้วย ทั้งนี้เนื่องจากใบอนุญาตทำงานเป็นเอกสารประกอบการขึ้นทะเบียนประกันสังคม ดังนั้น จึงทำให้เกิดช่องว่างระหว่างที่รอการเข้าสู่ระบบประกันสังคมยาวนานมากขึ้น (จากที่ต้องรอส่งเงินสมทบครบ 3 เดือน) และไม่สอดคล้องกับบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่มีระยะเวลา 3 เดือน ซึ่งส่งผลต่อการเข้าถึงบริการของแรงงานข้ามชาติ ดังนั้น การดำเนินการออกเอกสารใบอนุญาตทำงานต้องได้รับความร่วมมือระหว่างกระทรวงแรงงานและสำนักงานประกันสังคม โดยมีข้อตกลงร่วมกันว่า สามารถใช้ใบรับรองหรือใบเสร็จรับเงินตัวจริงของการออกใบอนุญาตทำงานแทนใบอนุญาตทำงานได้

2) ทัศนคติของนายจ้างต่อประกันสังคมของแรงงานข้ามชาติ นายจ้างบางส่วนยังไม่เข้าใจเรื่องสิทธิประกันสังคมของแรงงาน ทำให้ไม่นำแรงงานข้ามชาติเข้าสู่ระบบประกันสังคม แม้ว่า ที่ผ่านมาจะมีความร่วมมือในพื้นที่ เพื่อชี้แจงทำความเข้าใจกับนายจ้าง แต่อาจยังไม่เพียงพอต่อการตัดสินใจของนายจ้าง ดังนั้น การประชาสัมพันธ์และการทำงานเชิงรุกของสำนักงานประกันสังคมและจัดหางานจังหวัดจึงยังมีความจำเป็น เพื่อให้นายจ้างเข้าใจและเห็นความสำคัญของการนำแรงงานข้ามชาติเข้าสู่ระบบประกันสังคม ส่วนนายจ้างบางส่วนที่เห็นความสำคัญของประกันสังคมและต้องการให้แรงงานเข้าสู่ระบบ แต่สถานประกอบการไม่เข้าข่ายคุ้มครองโดยประกันสังคมนั้น อาจต้องมีการพิจารณาเรื่องการเปิดให้กิจการบางประเภทที่มีการจ้างงานตลอดปีเข้าข่ายประกันสังคมได้มากขึ้น เช่น งานบ้าน และประมงขนาดเล็ก เป็นต้น

3) การเรียกเก็บเงินจากประกันสังคมผิดประเภท ทำให้หน่วยบริการสุขภาพเสียประโยชน์ ดังนั้น เจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่ในการเบิกจ่ายต้องมีความรู้และความเข้าใจในการเบิกจ่ายเงินจากกองทุนต่างๆ ในระบบประกันสังคม

4) ฐานข้อมูลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่ตรงกัน ทำให้เกิดปัญหาในการเชื่อมโยงข้อมูลและการเบิกจ่ายเงินและการเรียกเก็บ ดังนั้น การกำหนดฐานข้อมูลของแรงงานข้ามชาติต้องสอดคล้องตรงกัน เช่น การยึดการเรียงลำดับชื่อ - สกุลตามหนังสือเดินทาง หรือตามบัตรอนุญาตทำงาน เป็นต้น

5) แม้ว่าสถานบริการสุขภาพของเอกชนจะเข้ามารับประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในระบบประกันสังคม อย่างไรก็ตาม การรับภาระเมื่อแรงงานมีภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังและมีค่าใช้จ่ายสูงกลับถูกผลักให้เป็น

ภาระของสถานบริการภาครัฐ ดังนั้น ควรมีข้อตกลงระหว่างสำนักงานประกันสังคมกับโรงพยาบาลคู่สัญญาให้ชัดเจนในกรณีดังกล่าวว่าจะดำเนินการอย่างไร เพื่อไม่ให้เป็นการผลักภาระให้กับสถานบริการภาครัฐ

6) ปัญหาเรื่องความคุ้มทุนในการรับประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ที่เป็นผู้ประกันตนของประกันสังคมที่เป็นข้อกังวลของสถานบริการสุขภาพ ต้องมีการศึกษาต่อไปว่าจำนวนผู้ประกันตนเท่าไรในสถานบริการสุขภาพแต่ละประเภท จึงจะเกิดความคุ้มทุนในการให้บริการ

สำหรับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของระบบประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติของกระทรวงสาธารณสุขนั้นประกอบด้วย

1) การปรับเพิ่มราคาบัตรประกันสุขภาพ แม้จะเพิ่มสิทธิประโยชน์ แต่ยังขาดการประชาสัมพันธ์และสร้างความเข้าใจกับกลุ่มเป้าหมาย ส่งผลต่อการตัดสินในซื้อบัตรประกันสุขภาพ และอาจทำให้จำนวนผู้ซื้อบัตรประกันสุขภาพลดลง ดังนั้น การทำงานเชิงรุกเพื่อประชาสัมพันธ์และสร้างความเข้าใจเรื่องการเพิ่มราคาบัตรประกันสุขภาพที่มาพร้อมกับสิทธิประโยชน์ที่มากขึ้น โดยอาศัยบทบาทขององค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่ พสต. อสต. และนายหน้าจึงมีความจำเป็นในการดำเนินการ

2) การซื้อบัตรประกันสุขภาพของคนข้ามชาติ ไม่เกิดการกระจายความเสี่ยง เนื่องจากผู้ที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพ คือผู้ที่ต้องการการรักษาพยาบาลเท่านั้น และการประกันสุขภาพไม่ได้อยู่ในสภาพบังคับ ดังนั้น เพื่อกระจายความเสี่ยงด้านงบประมาณ การประกันสุขภาพของคนข้ามชาติควรอยู่ในสภาพบังคับ

3) ช่องว่างของการออกบัตรอนุญาตทำงาน โดยมีเพียงแค่การรับรองว่าเป็นผู้มีสุขภาพ ทำให้การประกันสุขภาพสำหรับแรงงานไม่มีความจำเป็น ตลอดจนความไม่สอดคล้องของระยะเวลาของบัตรอนุญาตทำงานและบัตรประกันสุขภาพ ซึ่งบัตรประกันสุขภาพมีระยะเวลาน้อยกว่าบัตรอนุญาตทำงาน ทำให้แรงงานไม่ต่อประกันสุขภาพ ดังนั้น การทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวงแรงงานและกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้บัตรทั้งสองประเภทมีความสอดคล้องกันจึงเป็นเรื่องจำเป็น

4) การตีความประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการขายประกันสุขภาพให้คนต่างด้าว ที่ถูกตีความให้การซื้อบัตรประกันสุขภาพผูกติดกับเอกสารและการรับรองจากนายจ้าง ทำให้แรงงานและผู้ติดตามบางส่วนไม่สามารถซื้อบัตรประกันสุขภาพได้ ดังนั้น การกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนยังมีความจำเป็นสำหรับการดำเนินการในพื้นที่

5) การขาดการทำงานเชิงรุกในการดำเนินการขายบัตรประกันสุขภาพ ทำให้แรงงานและผู้ติดตามทำให้แรงงานไม่สามารถเข้าถึงบัตรประกันสุขภาพ ดังนั้น การทำงานเชิงรุกเพื่อให้ข้อมูลในเรื่องความสำคัญของการประกันสุขภาพ การซื้อบัตร สิทธิประโยชน์ของบัตร ร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่ พสต. อสต. และนายหน้าจึงมีความจำเป็น

6) ราคาบัตรประกันสุขภาพ สำหรับผู้ติดตามบางกลุ่มถูกมองว่าแพงเกินไป ดังนั้น อาจต้องการการศึกษาเพิ่มเติมพิจารณาราคาบัตรอีกครั้งเพื่อความเหมาะสม

7) เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ยังไม่มั่นใจ ในเรื่องความต่อเนื่องในการเบิกจ่ายค่ายาต้านไวรัสสำหรับคนข้ามชาติ ดังนั้น แนวปฏิบัติและการดำเนินการเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ปฏิบัติควรได้รับการพิจารณาจากกลุ่มงานประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข

8) ปัญหาการนำเข้าข้อมูลของการประกันสุขภาพคนข้ามชาติ ที่เชื่อมโยงกับฐานข้อมูลของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในพื้นที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจากปัญหาเชิงระบบ ดังนั้น ควรต้องมีการพัฒนาระบบเพื่อรองรับ ทั้งนี้ เพื่อสะดวกต่อการเบิกจ่ายงบประมาณจากส่วนกลาง

3.6.1 แรงงาน

ในการสรุปภาพรวมในส่วนของแรงงานข้ามชาตินั้น ในการศึกษากรณีจังหวัดสมุทรปราการได้แบ่งออกเป็น 4 ประเด็นหลักด้วยกัน คือ การเข้าถึงประกันสังคมและบัตรประกันสุขภาพ ความรู้ความตระหนักในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพ ความคาดหวังต่อระบบประกันสุขภาพที่รัฐไทยจัดให้ และปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ประเด็นที่หนึ่ง เข้าถึงประกันสังคมและบัตรประกันสุขภาพ เนื่องจากการไม่มีสภาพบังคับของการประกันสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติ ทำให้แรงงานที่เคยมีประกันสุขภาพ และปัจจุบันไม่มีประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.9 เป็นร้อยละ 32.5 โดยเฉพาะอย่างยิ่งการลดลงของผู้ที่เคยมีประกันของกระทรวงสาธารณสุข และปัจจุบันไม่มีประกันสุขภาพ และมีเพียงเกือบสามในสี่ของแรงงานที่ไม่มีประกันสุขภาพเท่านั้น ที่มีความตั้งใจที่จะซื้อประกันสุขภาพ ทั้งนี้ เนื่องจากช่วงรอยต่อของการได้รับสิทธิของผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม ความไม่สอดคล้องของระยะเวลาของบัตรอนุญาตทำงานและบัตรประกันสุขภาพ ทำให้แรงงานบางส่วนหลุดออกจากระบบประกันสุขภาพ นอกจากนั้น ยังมีผู้ที่ทำงานในกิจการที่ไม่เป็นทางการที่ไม่สามารถซื้อบัตรประกันสุขภาพได้ จากการที่เจ้าหน้าที่กำหนดเกณฑ์ในการขายบัตรประกันสุขภาพที่ผูกติดกับเอกสาร และการมีนายจ้างรับรอง ดังนั้น การทำให้การประกันสุขภาพอยู่ในสภาพบังคับ และการกำหนดเกณฑ์การขายบัตรประกันสุขภาพที่แรงงาน และผู้ติดตามทุกคนสามารถซื้อได้จึงควรได้รับการพิจารณาในการดำเนินการ

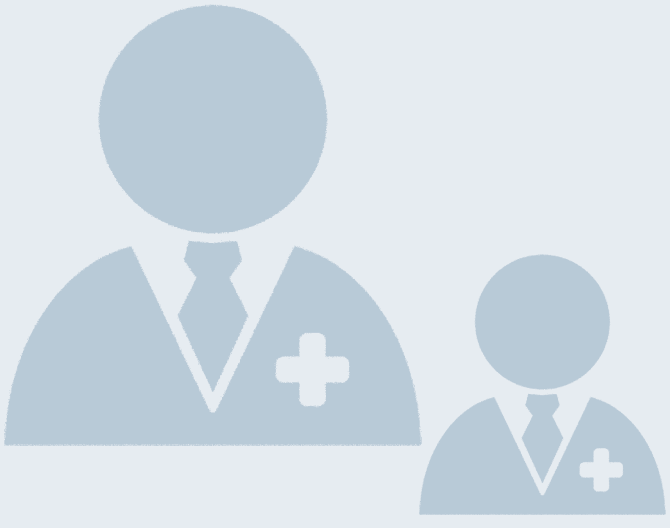
ประเด็นที่สอง ความรู้ความตระหนักในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพ หนึ่งในห้าของแรงงานยังไม่ทราบชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพที่ตนเองมีอยู่ แม้ว่า ส่วนใหญ่จะทราบชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพ แต่ความครอบคลุมประเภทสิทธิประโยชน์ยังไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะอย่างยิ่งสิทธิประโยชน์เรื่องยาต้านไวรัส (ARV) ซึ่งส่งผลต่อการขึ้นราคาประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีแรงงานเพียงหนึ่งในสี่เท่านั้นที่ทราบสิทธิประโยชน์ดังกล่าว ส่วนแรงงานในระบบประกันสังคมก็เช่นกันที่ทราบสิทธิประโยชน์แต่ความครอบคลุมด้านสิทธิประโยชน์นั้นยังไม่ครอบคลุม ดังนั้น การประชาสัมพันธ์เรื่องสิทธิประโยชน์ต่างๆ ของระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบนั้น จึงมีความจำเป็น โดยอาศัยความร่วมมือขององค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่ พสต. อสต. และนายหน้าในการดำเนินการประชาสัมพันธ์เชิงรุก

ประเด็นที่สาม ความคาดหวังต่อระบบประกันสุขภาพที่รัฐไทยจัดให้ แรงงานส่วนใหญ่เห็นว่าการประกันสุขภาพมีความจำเป็น อย่างไรก็ตาม ความเหมาะสมของการประกันสุขภาพนั้นขึ้นกับบริบทของแรงงานแต่ละประเภท ไม่ว่าจะเป็นสถานภาพการทำงาน (เช่น เป็นพนักงานประจำ ลูกจ้างรายวัน หรือเหมาช่วง) หรือประเภทของงานที่ทำ (กิจการที่เป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ) โดยคำนึงถึงการเข้าถึงบัตรในระบบประกันสุขภาพ ราคา

ความสะดวก และสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับ ทั้งนี้แรงงานที่เป็นผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมเน้นในเรื่องสิทธิประโยชน์ ในขณะที่แรงงานในระบบประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขเน้นไปในเรื่องของราคา และการเข้าถึง ดังนั้น การระบบประกันสุขภาพที่รัฐไทยจัดให้แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามต้องคำนึงถึงบริบทของแรงงาน และควรมีระบบที่รองรับได้ทั้งแรงงานที่อยู่ในระบบ นอกระบบ และรวมถึงแรงงานที่มีเอกสาร และไม่มีเอกสาร

ประเด็นสุดท้าย ปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ จากข้อค้นพบแรงงานบางส่วนไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ เนื่องจากสถานะการอยู่อาศัยในประเทศไทยที่ไม่มีเอกสาร มีอุปสรรคในเรื่องภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร การเดินทาง และการไปรับการรักษาส่งผลกระทบต่อการทำงาน ขาดข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการซื้อบัตรประกันสุขภาพสำหรับแรงงานและผู้ติดตาม รวมทั้งราคาบัตรในบางกลุ่มอายุที่แรงงานและผู้ติดตามมองว่าแพงเกินไป ส่วนปัจจัยที่ทำให้แรงงานสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ดีขึ้นนั้น ได้แก่ การมีเอกสารทางกฎหมาย การมีล่ามแปลภาษาในสถานบริการสุขภาพ การมีบัตรประกันสุขภาพ การมีคนคอยช่วยเหลือในการไปรับบริการ และการบริการที่เป็นมิตรของผู้ให้บริการ

ดังนั้น การทำให้แรงงานและผู้ติดตามเป็นผู้เข้าเมืองถูกกฎหมาย ระบบประกันสุขภาพอยู่ในสภาพบังคับ มีแนวปฏิบัติในการขายบัตรประกันสุขภาพที่ชัดเจน รวมทั้งบริการที่เป็นมิตรทั้งในแง่ของผู้ให้บริการ และการมีล่ามแปลภาษาในการให้บริการน่าจะเป็นการส่งเสริมให้แรงงานและผู้ติดตามทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ นอกจากนั้น การทำให้ พสต. อสต. มีบทบาทในการทำหน้าที่ดังกล่าว น่าจะช่วยให้แรงงานและผู้ติดตามสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ดีขึ้น



4

การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพและบริการสุขภาพแรงงานข้ามชาติ: กรณีศึกษาจังหวัดเชียงใหม่

● เฉลิมพล แจ่มจันทร์ และ สุชาดา ทวีสิทธิ์

4.1 ข้อมูลพื้นฐานจังหวัด

จังหวัดเชียงใหม่ตั้งอยู่ทางทิศเหนือของประเทศไทย ห่างจากกรุงเทพมหานคร 696 กิโลเมตร มีชายแดนติดต่อกับประเทศเมียนมาร์เพียงประเทศเดียว และมีพื้นที่ติดต่อใน 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอแม่อาย อำเภอฝาง อำเภอเชียงดาว อำเภอเวียงแหง และอำเภอไชยปราการ[1] ระยะทางความยาวของพรมแดนติดต่อยาวประมาณ 227 กิโลเมตร

ข้อมูลพื้นฐานทางด้านเศรษฐกิจของเชียงใหม่ มีผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด (GPP) ปี 2555 ณ ราคาประจำปี มีมูลค่า 163,828 ล้านบาท โดยผลิตภัณฑ์มวลรวมต่อหัว (GPP per capita) เท่ากับ 101,806 ภาคเกษตร (17.1%) นอกภาคเกษตร (82.9%) รายได้ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับภาคนอกการเกษตร[2]

ส่วนข้อมูลพื้นฐานทางด้านประชากรนั้น จังหวัดเชียงใหม่มีประชากรเมื่อวันที่ 31 เดือนพฤษภาคม 2557 มีประชากรในจังหวัด จำนวน 1,669,590 คน[3] ประชากรชนกลุ่มน้อยในจังหวัด มีจำนวน 64,532 คน จำนวนแรงงานต่างด้าวในจังหวัด จากข้อมูลของสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว ณ เดือนพฤษภาคม 2557 มีจำนวนทั้งสิ้น 84,074 คน[4] จำแนกเป็นแรงงานเข้าเมืองถูกกฎหมาย 77,711 คน เข้าเมืองผิดกฎหมาย จำนวน 6,363 คน ซึ่งเป็นชนกลุ่มน้อยทั้งหมด[5] ในกลุ่มแรงงานที่เข้าเมืองถูกกฎหมาย เป็นกลุ่มแรงงาน 3 สัญชาติที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติจำนวน 66,377 คน (เมียนมาร์ 66,260 คน, ลาว 96 คน, กัมพูชา 21 คน) นำเข้าตาม MOU จำนวน 7,513 คน (ตาราง 4.1) นอกนั้น เป็นการได้รับอนุญาตทำงานตลอดชีพ หรือแบบทั่วไป หรือภายใต้การส่งเสริมการลงทุน อย่างไรก็ตาม จากการคาดประมาณของผู้ทำงานที่เกี่ยวข้องคาดว่า มีประชากรแฝงในพื้นที่ที่เป็นแรงงานข้ามชาติจากเมียนมาร์ ลาว และกัมพูชา รวมถึงกลุ่มชาติพันธุ์ และชนกลุ่มน้อยมากกว่าจำนวนที่มีบัตรอนุญาตทำงานหลายเท่าตัว[6]

---

[1] สำนักงานจังหวัดเชียงใหม่ http://www.chiangmai.go.th/meet_file/sarupCM2557.pdf

[2] สำนักงานจังหวัดเชียงใหม่ http://www.chiangmai.go.th/meet_file/sarupCM2557.pdf

[3] สำนักงานจังหวัดเชียงใหม่ http://www.chiangmai.go.th/meet_file/sarupCM2557.pdf

[4] สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว http://wp.doe.go.th/wp/images/statistics/sm/57/sm0557.pdf

[5] ตัวเลขยังมีความแตกต่างกันตามแหล่งของข้อมูล

[6] จากการสัมภาษณ์ผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับแรงงาน

ตาราง 4.1: จำนวนแรงงานต่างด้าวที่ได้รับบัตรอนุญาตทำงานในจังหวัดเชียงใหม่ (ธ.ค. 2552 -เมษายน 2557)

เดือน/ปี	รวม	มาตรา 9			มาตรา 11	มาตรา 12	มาตรา 13	
		ตลอดชีพ	ทั่วไป	พิสูจน์สัญชาติ	นำเข้า MOU	ส่งเสริมการลงทุน BOI	ชนกลุ่มน้อย	3 สัญชาติตามมติ ครม.
ธ.ค. 52	78,430	-	2,385	69	10	180	9,686	66,094
ธ.ค. 53	68,371	-	2,674	4,070	6	232	8,870	52,519
ธ.ค. 54	78,088	21	2,781	23,339	8	255	65	51,619
ธ.ค. 55	83,487	21	3,215	67,424	13	335	10,679	1,800
ธ.ค. 56	19,857	21	3,568	3,448	217	420	-	12,183
เม.ย. 57	84,074	21	3,382	66,377	7,513	418	3	6,363

หน่วย: คน
ที่มา: สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว (www.wp.doe.go.th เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2557)

แรงงานข้ามชาติในจังหวัดมีลักษณะที่แตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ โดยแบ่งพื้นที่ออกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ พื้นที่เขตเมืองอำเภอรอบในของจังหวัดที่ไม่ติดต่อกับชายแดน แรงงานส่วนใหญ่ทำงานก่อสร้าง ปั๊มน้ำมัน ร้านอาหาร ทำงานบริการ รวมถึงงานบ้าน ซึ่งมักอยู่อาศัยรวมกันเป็นชุมชนใหญ่ หรือเป็นลักษณะชุมชนเฉพาะ ที่มีการเคลื่อนย้ายตามงาน (เช่น แคมป์คนงานก่อสร้าง) กระจายตามบ้าน ร้านค้าหรือนายจ้าง ในส่วนพื้นที่อีกลักษณะซึ่งเป็นพื้นที่ชายแดน โดยเฉพาะในเขต 5 อำเภอที่มีพรมแดนติดกับประเทศเมียนมาร์ แรงงานส่วนใหญ่อยู่ในภาคเกษตร ลักษณะกระจัดกระจายเข้าถึงได้ยาก มีการเดินทางเข้าออกพรมแดนเป็นประจำ บางส่วนอยู่ในโรงงานของนายจ้าง หรืออยู่ในชุมชนหมู่บ้านร่วมกับคนไทยท้องถิ่น

ในด้านระบบบริการสุขภาพ จังหวัดเชียงใหม่มีสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 35 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือสถานีอนามัย จำนวนทั้งสิ้น 267 แห่ง[7] เกี่ยวกับการดำเนินงานสาธารณสุขในประชากรต่างด้าว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้จัดทำแผนแม่บทการพัฒนาสาธารณสุขชายแดน ตั้งแต่ประมาณช่วงปี 2547 - 2548 ซึ่งประกอบไปด้วยแผนหลัก คือ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พัฒนาการประสานงานเครือข่าย พนักงานสาธารณสุขและอาสาสมครสาธารณสุขต่างด้าว พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร รวมถึงการพัฒนาสื่อช่องทางการสื่อสาร

[7] สำนักงานจังหวัดเชียงใหม่ http://www.chiangmai.go.th/meet_file/sarupCM2557.pdf

ในเรื่องการมีหลักประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในจังหวัด พบว่า สถานการณ์มีการเปลี่ยนแปลงตามนโยบายในแต่ละช่วงเวลา ทำให้จำนวนผู้มีหลักประกันสุขภาพขึ้นลงในแต่ละปี โดยสรุปได้ดังตาราง 4.2

ตาราง 4.2: จำนวนประชากรต่างด้าวที่มีหลักประกันทางสุขภาพ จังหวัดเชียงใหม่[2]

ประเภทหลักประกันฯ/ ปี	2552 (คน)	2553 (คน)	2554 (คน)	2555 (คน)	2556 - 57[9]
บัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	65,158	51,705	73,373	42,641	ประมาณ 50,000 คน (เดือน พ.ย. 2556)
ประกันสังคม	เริ่มเปิดขึ้นทะเบียนปี 2553 โดยมีจำนวนประชากรต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนในจังหวัด ณ เดือน พฤษภาคม 2557 ประมาณ 6,000 คน				

4.2 รูปแบบการบริหารจัดการและบริการด้านสุขภาพ

ปัจจุบัน หลักประกันทางสุขภาพที่รัฐไทยจัดให้กับแรงงานข้ามชาติ ที่อาศัยอยู่ในประเทศมีอยู่ 2 ระบบด้วยกัน คือ ระบบประกันสังคม และระบบบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว

ในส่วนนี้ เป็นการนำเสนอเกี่ยวกับรูปแบบการบริหารจัดการ และการบริการด้านสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติที่มีในปัจจุบันภายในจังหวัด ในด้านการบริหารจัดการการเงิน การให้บริการตามสิทธิของบัตร การขายบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวของกระทรวงสาธารณสุข ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

4.2.1 รูปแบบการบริหารจัดการด้านการเงิน

การบริหารจัดการด้านการเงินจากประกันสังคม

สำหรับการบริหารจัดการในระดับจังหวัด ระบบประกันสังคมใช้รูปแบบการบริหารจัดการที่เป็นรูปแบบเดียวเหมือนกันในทุกจังหวัดทั่วประเทศ ไม่แตกต่างกันระหว่างผู้ประกันตนคนไทย และแรงงานข้ามชาติ โดยมีสำนักงานประกันสังคมประจำจังหวัดทำหน้าที่ในการประสานงาน และเป็นตัวแทนสำนักงานกลางในการดำเนินการกำกับ และติดตามการขึ้นทะเบียนของสถานประกอบการและการขึ้นทะเบียนแรงงานเป็นผู้ประกันตน เงินสมทบจากผู้ประกันตนถูกจัดส่งเข้ากองทุนประกันสังคมในส่วนกลาง และถูกเบิกจ่ายตามการใช้สิทธิประโยชน์ต่างๆ ของผู้ประกันตนซึ่งเป็นไปตามที่ พ.ร.บ. ประกันสังคมกำหนดไว้

---

[8] ที่มา ข้อมูลปี 2552-2555 จาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ อ้างใน สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร (2556) รายงานการเดินทางไปศึกษาดูงานของคณะกรรมาธิการแรงงาน สภาผู้แทนราษฎร เรื่องการให้บริการด้านสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าว (เมียนมาร์ ลาว และกัมพูชา) ศึกษากรณีแรงงานหญิงเข้ามาทำงานและคลอดบุตรในจังหวัดเชียงใหม่

[9] จากการสัมภาษณ์ผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติในพื้นที่

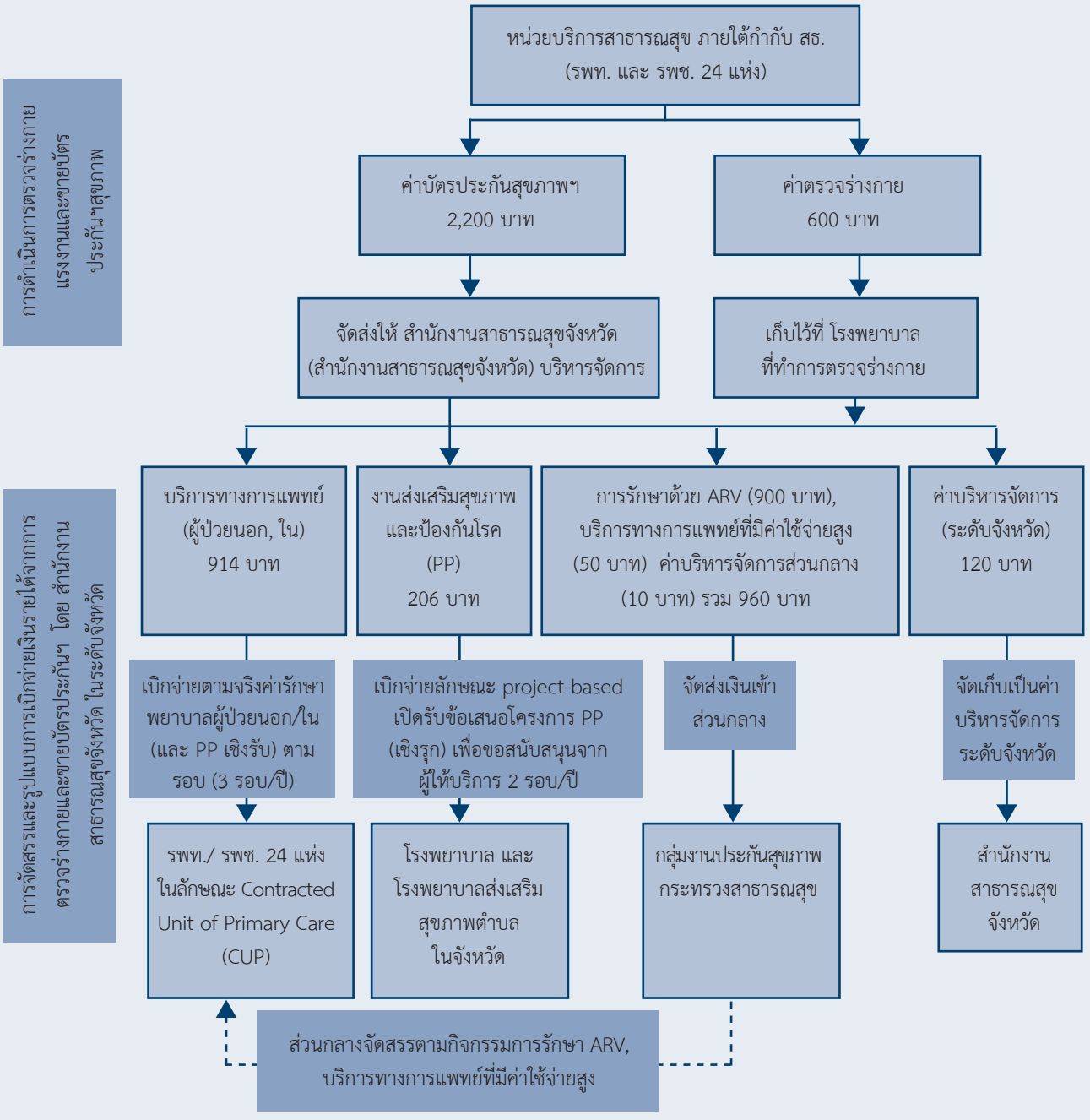
การบริหารจัดการด้านการเงินจากบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว

รูปแบบการบริหารจัดการของระบบบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ภายใต้การกำกับดูแลของกลุ่มงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขนั้น มีเพียงข้อกำหนดและระเบียบตามนโยบายบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวจากกระทรวงสาธารณสุขที่กำกับไว้ ซึ่งระบุเฉพาะในเรื่อง กลุ่มเป้าหมายที่สามารถซื้อบัตรประกันสุขภาพได้ ค่าใช้จ่ายในการเรียกเก็บจากการตรวจร่างกายและการทำบัตรประกันสุขภาพ สิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุม สัดส่วนและหลักการการจัดสรรรายได้จากการทำบัตรประกันสุขภาพในแต่ละสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุม ส่วนแนวทางการบริหารจัดการในระดับจังหวัด สามารถมีลักษณะที่หลากหลายแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่จังหวัด ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจและข้อตกลงของสถานพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในแต่ละจังหวัด

การบริหารจัดการการเงินบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวของจังหวัด ใช้รูปแบบการบริหารจัดการการเงินในลักษณะการบริหารจัดการร่วมในระดับจังหวัด (provincial pooling) (รูป 4.1) โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนสังกัดภายใต้กระทรวงสาธารณสุขทั้งหมดจำนวน 24 แห่ง ทำหน้าที่ดำเนินการในการตรวจร่างกายแรงงาน และขายบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวให้แก่แรงงาน โดยเงินรายได้แบ่งออกเป็นสองส่วน 1) เงินรายได้จากการตรวจร่างกายจำนวน 600 บาท ต่อคน โรงพยาบาลจะจัดเก็บไว้เองเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายที่ใช้ไปในกระบวนการตรวจร่างกาย 2) เงินรายได้จากการขายบัตรประกันสุขภาพฯ จำนวน 2,200 บาท/คน ซึ่งภายใต้ข้อตกลงในระดับจังหวัดของจังหวัด โรงพยาบาลจะทำการจัดส่งเงินจำนวนนี้ทั้งหมดไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) เพื่อทำหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางในการบริหารจัดการเงินร่วมกันในระดับจังหวัด

จากข้อกำหนดเกี่ยวกับการจัดสรรเงินรายได้จากการขายบัตรประกันสุขภาพฯ ของกระทรวงสาธารณสุข การบริหารจัดการการเงินร่วมกันในระดับจังหวัดโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จากเงินจำนวนรวม 2,200 บาท มีแนวทางซึ่งเป็นข้อตกลงร่วมภายในจังหวัด สรุปได้ดังนี้

รูป 4.1: แผนผังแสดงการบริหารจัดการการเงิน ระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวของจังหวัดเชียงใหม่ ในลักษณะการบริหารจัดการร่วมในระดับจังหวัด (provincial pooling)



ส่วนที่ 1: จำนวน 914 บาท จัดสรรเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับบริการทางการแพทย์ โดยสถานพยาบาลที่รับขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพภายในจังหวัด ซึ่งรวมค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน รวมถึงบริการสุขภาพการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรับ (เช่น การฝากครรภ์ การฉีดวัคซีน) ในการเบิกจ่ายจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นั้น ใช้รูปแบบของการเบิกจ่ายตามค่าใช้จ่ายกิจกรรมการรักษาหรือบริการที่เกิดขึ้นจริง (fee for service reimbursement) โดยโรงพยาบาล (สถานพยาบาลที่รับขึ้นทะเบียนแรงงาน/ขายบัตร) จัดทำรายงานสรุปกิจกรรมการรักษา หรือบริการทางการแพทย์ที่จัดให้กับแรงงานทั้งกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพ และกลุ่มที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ รวมถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในแต่ละรอบส่งให้กับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แล้ว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำการเบิกจ่ายคืนให้กับโรงพยาบาล โดยพิจารณาภาพรวมค่าใช้จ่ายของทั้งจังหวัดด้วย ในเบื้องต้นที่ผ่านมาจากการสัมภาษณ์สถานพยาบาลที่ทำการศึกษา ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากบริการที่จัดให้กับกลุ่มแรงงานที่มีบัตรประกันสุขภาพ จะได้รับการจัดสรรคืนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้งหมดเต็มจำนวน ส่วนค่าใช้จ่ายที่เกิดจากบริการที่จัดให้กับกลุ่มแรงงาน ที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ ได้รับการจัดสรรให้ในแต่ละรอบตามสถานะการเงินภาพรวมของจังหวัด โดยเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ ร้อยละ 70 - 80 ของค่าใช้จ่าย การส่งรายงานสรุปการให้บริการจากสถานพยาบาลและการเบิกจ่ายจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แบ่งเป็น 4 รอบต่อปี ซึ่งมีเสียงสะท้อนจากสถานพยาบาล เกี่ยวกับความล่าช้าของการเบิกจ่ายอยู่บ้าง

ส่วนที่ 2: จำนวน 206 บาท จัดสรรเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับงานส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค (health promotion and prevention: PP) ใช้รูปแบบการจัดสรรโดยพิจารณาตามข้อเสนอโครงการการทำงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (project-based allocation) ที่ส่งเข้ามาจากสถานพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอรับสนับสนุนจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในแต่ละรอบ (ส่วนใหญ่เป็นข้อเสนอโครงการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน และโรงพยาบาลในจังหวัดที่ทำงานสุขภาพเชิงรุกในชุมชน) โดยกำหนดช่วงเวลาของการเปิดรับและพิจารณาข้อเสนอโครงการ 2 รอบต่อปี

ส่วนที่ 3: จำนวน 960 บาท ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จัดส่งเข้าสู่ส่วนกลางไปยังกลุ่มงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขเพื่อเป็นค่าบริหารจัดการ (10 บาท) และจัดสรรสำหรับค่าการรักษาพยาบาล ผู้ติดเชื้อ HIV ด้วยยาต้านไวรัส (ARV) (900 บาท) และค่าบริการทางการแพทย์ที่มีค่าใช้จ่ายสูง (50 บาท) ซึ่งตามระเบียบและนโยบายบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวกำหนด ให้ใช้วิธีการจัดสรรในภาพรวมจากส่วนกลาง ภายใต้การบริหารจัดการของกลุ่มงานประกันสุขภาพ

ส่วนที่ 4: จำนวน 120 บาท ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นผู้จัดเก็บและใช้จ่ายเป็นค่าบริหารจัดการเกี่ยวกับระบบบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวภายในจังหวัด

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ตัวแทนสถานพยาบาล ผู้ให้บริการ ตัวแทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงแรงงานข้ามชาติที่มีประสบการณ์เข้าใช้บริการ โดยใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพฯ พบว่า การบริหารจัดการการเงินร่วมภายในจังหวัด โดยมี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นหน่วยงานกลางในการจัดการการเงิน เป็นทั้งจุดแข็งที่ทำให้เกิด

ข้อดี และจุดอ่อนที่มาของข้อเสียของการจัดระบบบริการสุขภาพ การเข้าถึงหลักประกันทางสุขภาพ และการเข้าถึงบริการทางสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติภายในจังหวัด ในประเด็นดังนี้

ข้อดี/จุดแข็งของการบริหารจัดการร่วมในระดับจังหวัด (provincial pooling)

1) ป้องกันภาวะการขาดทุนในสถานพยาบาล ทั้งในโรงพยาบาลขนาดเล็กที่สามารถขายบัตรประกันสุขภาพได้ในปริมาณที่น้อย แต่มีค่าใช้จ่ายที่สูงจากการให้บริการแรงงานข้ามชาติที่เจ็บป่วย และโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (รพ. ทั่วไป) ซึ่งเป็นปลายทางการส่งต่อผู้ป่วย ที่มีอาการรุนแรง หรือต้องการการรักษาที่ซับซ้อนและมีค่าใช้จ่ายสูง รวมถึงลดความขัดแย้งระหว่างโรงพยาบาลจากปัญหาทางการเงินจากการส่งต่อผู้ป่วย - การที่รายได้จากการขายบัตรประกันสุขภาพฯ ถูกนำมารวมกัน (resource pooling) ที่ส่วนกลางโดยมี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นผู้บริหารจัดการ จัดสรรเงินไปให้แก่สถานพยาบาล ตามปริมาณกิจกรรมการบริการทางสุขภาพที่ให้แก่แรงงานข้ามชาติ เป็นเสมือนการนำความเสี่ยงของการเจ็บป่วยมารวมไว้ส่วนกลาง (risk pooling) ซึ่งทำให้สามารถเกลี่ยเงินรายได้จากสถานพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าไปยังสถานพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าและเสี่ยงต่อภาวะขาดทุนได้ การส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนไปยังโรงพยาบาลทั่วไปก็ไม่ประสบปัญหาความยากลำบากในการตามจ่าย หรือติดตามค่าใช้จ่ายกันระหว่างโรงพยาบาล

2) สถานพยาบาลมีแรงจูงใจที่ดีขึ้น ในการให้บริการแรงงานข้ามชาติอย่างมีคุณภาพ ทั้งกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพและกลุ่มที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ เมื่อสถานพยาบาลได้รับการปกป้องระดับหนึ่งจากภาวะขาดทุนก็ย่อมทำให้มีแรงจูงใจ รวมถึงทัศนคติที่ดีขึ้นต่อการให้บริการทางสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ นอกจากนี้ จากข้อตกลงของจังหวัด ในกรณีที่รายได้จากการขายบัตรยังคงสูงกว่าค่าใช้จ่ายในการให้บริการกลุ่มแรงงานที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะจัดสรรเงินที่เหลือนั้น ให้แก่โรงพยาบาลที่ขาดทุนจากการให้บริการสุขภาพในลักษณะการอนุเคราะห์ (อน.) แก่แรงงานที่มีฐานะยากจน และไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (โดยโรงพยาบาลต้องจัดส่งรายงานกิจกรรมและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นให้กับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ด้วยเช่นกัน) ก็ทำให้สถานพยาบาลมีแรงจูงใจที่ดีต่อการให้บริการแก่แรงงาน ที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพด้วยเช่นกัน และทำให้แรงงานทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงบริการและได้รับบริการทางสุขภาพที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม จากการเก็บข้อมูล พบว่า ภาวะการเงินของจังหวัดเทียบรายได้จากการขายบัตรกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น เริ่มไม่เพียงพอ โดยเป็นผลจากปริมาณการขายบัตรที่ลดลงในระหว่างปลายปี 2556 ถึงต้นปี 2557

3) แรงงานที่ถือบัตรประกันสุขภาพ สามารถเข้ารับบริการสุขภาพได้ ณ ทุกโรงพยาบาลภายในจังหวัด (ยกเว้น โรงพยาบาลประจำจังหวัด (รพท.)) เฉพาะแรงงานที่ทำบัตรประกันสุขภาพกับโรงพยาบาลเท่านั้น ที่จะสามารถเข้าใช้บริการได้โดยใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ) ซึ่งเหมาะกับบริบทของแรงงานข้ามชาติที่มีการเคลื่อนย้ายที่อาศัย ย้ายที่ทำงานค่อนข้างบ่อย โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานก่อสร้างที่มีการย้ายที่อยู่ตามพื้นที่การก่อสร้าง อย่างไรก็ตาม จากการสัมภาษณ์แรงงาน พบว่า แรงงานส่วนใหญ่ แม้มีการย้ายไปต่างอำเภอแล้ว หากไม่ใช่การเจ็บป่วยฉุกเฉิน ก็จะกลับมาใช้บริการที่สถานพยาบาลเดิม ที่มีความคุ้นเคยกับผู้ให้บริการ

4) ข้อมูลการให้บริการสุขภาพแรงงานข้ามชาติในจังหวัดมีความครบถ้วน และรวมศูนย์ระดับจังหวัดที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด การใช้รูปแบบการจัดสรรเงินค่าบริการทางการแพทย์ (ผู้ป่วยนอก, ผู้ป่วยในและงานส่งเสริมและป้องกันโรค) แก่สถานพยาบาลแบบจ่ายคืนตามการให้บริการ (fee for service reimbursement)

และเงินการทำกิจกรรมในการส่งเสริมและป้องกันโรค มีการจัดสรรตามโครงการที่ทำ(project-based allocation) ทำให้สถานพยาบาลต่างๆ ให้ความสำคัญกับการจัดทำข้อมูลรายงานการให้บริการทางสุขภาพแก่แรงงานที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง เพื่อจัดส่งสำหรับการเบิกจ่าย ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการติดตามสถานการณ์ทางสุขภาพของแรงงาน และเฝ้าระวังทางสุขภาพในจังหวัด

ข้อเสีย/จุดอ่อนของการบริหารจัดการร่วมในระดับจังหวัด (provincial pooling)

1) โรงพยาบาลขาดแรงจูงใจในการประชาสัมพันธ์ และส่งเสริมการขายบัตรประกันสุขภาพแก่แรงงานในเชิงรุก เนื่องจากเมื่อขายบัตรได้ รายได้ทั้งหมด (2,200 บาท) ก็ต้องส่งเข้าส่วนกลางจังหวัดที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลก็ได้รับการจัดสรรเงินคืนตามค่าใช้จ่ายจริงจากการให้บริการ ทั้งกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพและกลุ่มที่ไม่มีบัตร ข้อสังเกตที่พบในพื้นที่ คือ โรงพยาบาลส่วนใหญ่จึงใช้นโยบายในการขายบัตรและประชาสัมพันธ์เพื่อให้แรงงานและนายจ้างมาทำบัตรประกันสุขภาพ ในเชิงตั้งรับโดยให้แรงงานหรือนายจ้างเป็นฝ่ายเข้ามาสอบถามหรือรับข้อมูลที่โรงพยาบาลเองเป็นหลัก

2) บางโรงพยาบาลเปิดทางเลือกให้แรงงานสามารถตรวจร่างกาย เพื่อนำไปต่อบัตรอนุญาตเพียงอย่างเดียวได้ โดยไม่ต้องทำบัตรประกันสุขภาพ ซึ่งในภายหลังเป็นภาระกับโรงพยาบาลอื่นๆ สืบเนื่องจากประเด็นแรก บางโรงพยาบาลอาจขาดแรงจูงใจในการส่งเสริมให้แรงงานทำบัตรประกันสุขภาพ เนื่องจากรายได้จากการตรวจร่างกายทั้งหมดจัดเก็บเป็นรายได้ของโรงพยาบาลเอง ทำให้ที่ผ่านมาเกิดกรณีที่บางโรงพยาบาลเปิดให้แรงงานสามารถตรวจร่างกายเพียงอย่างเดียว เพื่อได้ใบรับรองแพทย์ไปต่อบัตรอนุญาต โดยไม่ต้องทำบัตรประกันสุขภาพได้ ซึ่งเมื่อแรงงานเกิดการเจ็บป่วยและไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้เกิดเป็นภาระกับโรงพยาบาลอื่นๆ ในจังหวัด ซึ่งต่อมาทำให้เกิดเป็นข้อตกลงอย่างไม่เป็นทางการระหว่างโรงพยาบาลต่างๆ ในจังหวัดว่า ทุกโรงพยาบาลเมื่อตรวจร่างกายให้แรงงานแล้ว ต้องกำหนดให้แรงงานซื้อบัตรประกันสุขภาพด้วย

3) ความรู้สึกไม่เป็นธรรมและขาดแรงจูงใจในการให้บริการสุขภาพเบื้องต้น แก่แรงงานข้ามชาติในสถานพยาบาลระดับ รพ.สต. เนื่องจากการเบิกจ่ายคืนค่าใช้จ่ายจากให้บริการแก่แรงงาน กำหนดให้โรงพยาบาลซึ่งเป็นแม่ข่ายของสถานบริการที่เป็นคู่สัญญาในการให้บริการปฐมภูมิ (contracted unit of primary care (CUP)) ของ รพ.สต. ในพื้นที่เป็นผู้จัดทำรายงานการให้บริการและเป็นผู้รับเงินที่ได้รับการจัดสรรคืน ภายใต้บริบทปัจจุบันที่ รพ.สต. ใน CUP ส่วนใหญ่ ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในรูปของเวชภัณฑ์ และการหมุนเวียนมาประจำของบุคลากรทางการแพทย์ที่ รพ.สต. มากกว่าในรูปของตัวเงินหรือเงินรายได้ ทำให้บาง รพ.สต. เกิดความรู้สึกไม่เป็นธรรม โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีแรงงานกระจุกอย่างหนาแน่น ซึ่ง รพ.สต. มีภาระในให้บริการสุขภาพปฐมภูมิแก่แรงงานที่ค่อนข้างมาก แต่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากโรงพยาบาล ทั้งๆ ที่โรงพยาบาลสามารถนำรายงานการให้บริการสุขภาพที่ รพ.สต. ไปรับการเบิกจ่ายจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้ จากการลงพื้นที่ ได้รับทราบว่า รพ.สต. บางแห่งมีทัศนคติและแรงจูงใจที่ไม่ดีต่อการให้บริการแรงงานข้ามชาติ โดยมองว่าค่อนข้างเป็นภาระของ รพ. สต. หรือบาง รพ.สต. มีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามจริงกับแรงงานที่มีบัตรประกันสุขภาพ แต่เป็นบัตรประกันสุขภาพที่ทำไว้กับโรงพยาบาลในจังหวัด แต่เป็นพื้นที่อื่นที่ไม่ใช่แม่ข่ายของสถานบริการที่เป็นคู่สัญญาในการให้บริการปฐมภูมิของ รพ.สต.

4) การเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในมีความล่าช้า เกิดความไม่คล่องตัวทางการเงินกับสถานพยาบาล และบางโรงพยาบาลเกิดความรู้สึกขาดอำนาจ (authority) ในการบริหารจัดการการเงินของตนเอง

4.2.2 รูปแบบการบริหารจัดการการเงินส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

การจัดสรรเงินเพื่อใช้ในการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) นั้น ไม่มีกำหนดไว้ภายใต้ระบบประกันสังคม งบประมาณหรือเงินรายได้ เพื่อการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในจังหวัด สถานพยาบาลต่างๆ ทั้งโรงพยาบาลและ รพ.สต. จึงดำเนินการโดยอาศัยเงินรายได้จากการขายบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวเท่านั้น ซึ่งตามข้อกำหนดจากส่วนกลางจัดสรรไว้ที่ 206 บาท/ปี/ผู้ประกันตน

ภายใต้การบริหารจัดการการเงินร่วมของจังหวัด งบประมาณเพื่องานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคถูกจัดสรรตามโครงการที่ทำ (project-based allocation) โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประกาศเปิดรับข้อเสนอโครงการจากการสถานพยาบาลต่างๆ ในจังหวัด (ส่วนใหญ่จาก รพ.สต. และงานเวชกรรมชุมชนของโรงพยาบาล) เพื่อขอรับเงินสนับสนุนทำกิจกรรมปีละ 2 รอบ โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นมา เพื่อพิจารณาข้อเสนอโครงการ เงื่อนไขที่กำหนดไว้ในการพิจารณาคือ โครงการที่ขอการสนับสนุนต้องมีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในลักษณะโครงการตามพื้นที่หรือตามชุมชน (area-based or community-based) ไม่ได้เจาะจงเฉพาะกลุ่มแรงงานข้ามชาติ แต่ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่ม ทั้งคนไทย แรงงานข้ามชาติ รวมถึงผู้ติดตามที่อาศัยในเขตพื้นที่หรือชุมชนนั้นๆ จำนวนเงินหรืองบประมาณที่จะสนับสนุนขึ้นอยู่กับจำนวนโครงการที่เสนอเข้ามาในแต่ละรอบ และยอดงบประมาณรวมที่มีในจังหวัดจากการขายบัตรในช่วงเวลานั้นๆ

การเงินในส่วนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนั้น มีการบริหารจัดการที่แยกออกมาจากเงินส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของคนไทย (เงินคนละก้อน ไม่นำมารวมกัน) แต่ใช้หลักการในการบูรณาการงาน เพื่อเสริมซึ่งกันและกันให้การทำงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในจังหวัดครอบคลุมในทุกที่และทุกกลุ่มประชากร จากมุมมองว่าการทำงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ควรเป็นการทำงานในเชิงสุขภาพชุมชน (community health) มากกว่าสุขภาพของแต่ละบุคคล (individual health)

จากการลงพื้นที่ พบว่า ที่ผ่านมาโครงการที่ผู้ให้บริการหรือสถานพยาบาลต่างๆ ขอรับการสนับสนุนส่วนใหญ่จะได้รับการสนับสนุนงบประมาณอย่างเหมาะสมและค่อนข้างมีความพึงพอใจ อย่างไรก็ตาม มีเสียงสะท้อนจากสถานพยาบาลที่มีแรงงานข้ามชาติค่อนข้างหนาแน่น และสามารถขายบัตรประกันได้ปริมาณมากออกมาว่า เงินในส่วนการทำงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนี้ (206 บาทต่อหัว) จังหวัดควรที่จะจัดสรรให้สถานพยาบาลที่เป็นผู้ออกบัตรประกันสุขภาพเป็นหน่วยงานบริหารจัดการเอง เพื่อให้สามารถนำไปดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้อย่างคล่องตัว ตรงกลุ่มเป้าหมายและตรงกับความต้องการในพื้นที่ มีอิสระในการเลือกทำกิจกรรมมากกว่าที่เป็นอยู่ รวมถึงเป็นธรรมมากกว่าต่อโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลที่เป็นผู้ขายบัตรประกันสุขภาพด้วย

การที่โรงพยาบาลหรือ รพ.สต. ต้องเขียนโครงการ เพื่อขอรับการสนับสนุนและรอรับทราบผลการพิจารณานั้น เป็นการเพิ่มภาระการทำงานในเชิงเอกสาร และเกิดความไม่คล่องตัวในแผนการทำงานของผู้ให้บริการ

นอกจากนี้ ภายใต้สถานการณ์ที่แรงงานข้ามชาติที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติแล้วถูกกำหนดและผลักดันให้เข้าสู่ระบบประกันสังคม ทำให้เกิดข้อกังวลในพื้นที่เกี่ยวกับงบประมาณในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่จะลดน้อยลงเรื่อยๆ เนื่องจากระบบประกันสังคมไม่มีการจัดสรรงบประมาณในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

4.2.3 การบริหารจัดการด้านการให้บริการรักษาพยาบาล

4.2.3.1 การให้บริการรักษาพยาบาลสำหรับแรงงานที่มีประกันสังคม

ในกรณีของแรงงานข้ามชาติที่เป็นผู้ประกันตนกับกองทุนประกันสังคม แรงงานสามารถเข้าใช้บริการทางสุขภาพโดยใช้สิทธิประกันสังคมได้เฉพาะที่สถานพยาบาลคู่สัญญา (หรือสถานพยาบาลที่เป็นเครือข่ายของสถานพยาบาลคู่สัญญา) ที่เลือกไว้ หรือระบุไว้บนบัตรเท่านั้น โดยแรงงานสามารถเลือกที่จะเปลี่ยนสถานพยาบาลคู่สัญญาเพื่อเข้ารับบริการได้ทุกปี โดยแรงงานสามารถเลือกสถานพยาบาลคู่สัญญาที่เป็นได้ทั้งสถานพยาบาลภาครัฐ (โรงพยาบาลรัฐและ รพ.สต.) และสถานพยาบาลภาคเอกชน (โรงพยาบาล และคลินิกเอกชน) ที่ขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลคู่สัญญาของสำนักงานประกันสังคม ซึ่งพบว่าการมีสถานพยาบาลของเอกชนเป็นคู่สัญญาเป็นปัจจัยหลัก หรือแรงจูงใจสำคัญของการไปขึ้นทะเบียนแรงงานเป็นผู้ประกันตน ภายใต้ระบบประกันสังคมของตัวแรงงานเองหรือนายจ้างในจังหวัด เนื่องจากในพื้นที่โดยเฉพาะเขตเมืองมีสถานพยาบาลทั้งโรงพยาบาลและคลินิกเอกชนจำนวนมาก ซึ่งสะดวกต่อการเข้าใช้บริการของแรงงาน

4.2.3.2 การให้บริการรักษาพยาบาลสำหรับแรงงาน/ผู้ติดตามที่มีบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว

ภายใต้ข้อตกลง เกี่ยวกับการบริหารการเงินของบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ในรูปแบบการบริหารจัดการร่วมในระดับจังหวัด แรงงานข้ามชาติที่ถือบัตรประกันสุขภาพสามารถเข้ารับบริการสุขภาพผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล ที่ดำเนินการขายบัตรประกันสุขภาพแห่งใดก็ได้ในจังหวัด (เป็นโรงพยาบาลภายใต้กระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด) โดยเสียค่าบริการ 30 บาทต่อครั้ง ยกเว้น โรงพยาบาลประจำจังหวัด (โรงพยาบาลทั่วไป) ที่เฉพาะแรงงานซึ่งทำบัตรประกันสุขภาพกับโรงพยาบาลเท่านั้น ที่จะสามารถใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพในการเข้าใช้บริการได้ (หรือไม่เช่นนั้น แรงงานต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลเต็มจำนวน)

นอกจากนี้ รพ.สต. เป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่แรงงานสามารถเข้าไปใช้บริการการรักษาเบื้องต้นได้ โดย รพ.สต. ให้บริการในลักษณะเครือข่าย CUP ของโรงพยาบาลในพื้นที่ ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลในรูปแบบเวชภัณฑ์และการเวียนมาประจำของแพทย์และพยาบาลจากโรงพยาบาล ซึ่งตามที่ได้กล่าวถึงไปก่อนหน้านี้ ภายใต้การดำเนินการลักษณะนี้ รพ.สต. แห่งหนึ่งให้ความเห็นว่า ทำให้เกิดความไม่คล่องตัวในการทำงานของ รพ.สต. ในการให้บริการแก่แรงงานข้ามชาติทั้งๆ ที่เป็นหน่วยบริการที่มีความใกล้ชิดกับแรงงานข้ามชาติในชุมชนมากกว่าที่โรงพยาบาล และมีทัศนคติว่าการเข้าใช้บริการของแรงงานข้ามชาติที่ รพ.สต. แทนที่จะไปรับบริการที่โรงพยาบาล ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่ดำเนินการขายบัตรประกันสุขภาพโดยตรงเป็นการเพิ่มภาระงานที่ไม่เป็นธรรมกับ รพ.สต.

เนื่องจาก รพ.สต. ไม่สามารถเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลใดๆ เพิ่มจากโรงพยาบาลได้ ขณะที่โรงพยาบาลสามารถนำไปเบิกจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ภายใต้การบริหารจัดการร่วมในระดับจังหวัดได้

4.2.3.3 การให้บริการรักษาพยาบาลสำหรับแรงงาน และผู้ติดตามที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ

สำหรับแรงงานที่ไม่มีหลักประกันใดๆ ในการเข้ารับบริการทางสุขภาพแต่ละครั้ง โรงพยาบาลและ รพ.สต. จะทำการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลเต็มจำนวนทุกครั้ง โดยส่วนใหญ่การใช้บริการที่ รพ.สต. เป็นการรักษาพยาบาล กรณีการเจ็บป่วยเล็กน้อย ซึ่งมีค่ารักษาพยาบาลที่ไม่สูง ต่อครั้งอยู่ที่ประมาณ 30 - 100 บาท ซึ่งจากการสอบถามผู้ให้บริการ พบว่า แรงงานส่วนใหญ่สามารถจ่ายเงินได้ ในขณะที่แรงงานกลุ่มนี้เข้ารับบริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นกรณีที่มีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง และมักเป็นการรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ซึ่งมีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง จากการสอบถามโรงพยาบาลในพื้นที่ ในหลายกรณี แรงงานไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ ซึ่งโรงพยาบาลก็จำเป็นต้องให้การอนุเคราะห์ โดยการยกเว้นค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด ลดหย่อนบางส่วน หรืออนุโลมให้แรงงานสามารถผ่อนชำระหรือชดใช้ภายหลังได้ อย่างไรก็ตาม โดยทั่วไป แรงงานไม่สามารถชดใช้คืนและตกเป็นภาระทางการเงินของโรงพยาบาล

อย่างไรก็ตาม ภายใต้การบริการจัดการแบบการบริหารจัดการร่วมในระดับจังหวัด ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา โรงพยาบาลสามารถขอเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการอนุเคราะห์แรงงานที่ไม่มีหลักประกันทางสุขภาพและไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาล จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้ แม้ไม่ทั้งหมดแต่โรงพยาบาลในพื้นที่ให้ความเห็นว่า ช่วยลดภาระทางการเงินของโรงพยาบาลลงได้

ข้อสังเกตเพิ่มเติมในการให้การบริการรักษาพยาบาลแรงงานและผู้ติดตาม

ในด้านการให้บริการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลต่างๆ พบว่า สถานพยาบาลส่วนใหญ่ โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนและ รพ.สต. ในชุมชนที่มีแรงงานข้ามชาติ รวมถึงกลุ่มชาติพันธุ์อาศัยอยู่ค่อนข้างมากได้ให้ความสำคัญ และคำนึงถึงเรื่องการให้บริการที่เป็นมิตรแก่แรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะในเรื่องของภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร ซึ่งเป็นหนึ่งในอุปสรรคสำคัญของการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของแรงงานข้ามชาติ โดยโรงพยาบาลและ รพ.สต. หลายแห่ง ได้มีการจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ ป้ายบอกทาง เอกสารคำชี้แจงเกี่ยวกับการรักษาพื้นฐาน รวมถึงเอกสารให้ความรู้ทางสุขภาพที่เป็นภาษาของแรงงาน (ส่วนใหญ่เป็นภาษาไทใหญ่ หรือภาษาเมียนมาร์) รวมถึงจัดให้มีพนักงานสาธารณสุขต่างด้าว (พสต.) ทำหน้าที่เป็นล่าม หรือผู้แปลภาษา และขณะเดียวกันเป็นผู้ช่วยเหลือแรงงานที่เข้ามารับบริการ (ทั้งกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพ บัตรประกันสังคม หรือไม่มีหลักประกันสุขภาพใดเลย) ในเรื่องของการให้ข้อมูล และคำแนะนำเกี่ยวกับขั้นตอนและกระบวนการรักษาต่างๆ

จากการสอบถามในเบื้องต้นจากกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่มีประสบการณ์ในการเข้ารับบริการสุขภาพ (ทั้งสำหรับแรงงานที่อยู่ภายใต้ประกันสังคม บัตรประกันสุขภาพ หรือกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ) รวมถึงผู้ให้บริการที่สถานพยาบาลเหล่านี้ พบว่า นอกเหนือไปจากบทบาทในการเป็นล่ามและผู้ช่วยเหลือแรงงานที่เข้ารับบริการในสถานพยาบาลแล้ว พนักงานสาธารณสุขต่างด้าว หรือ พสต. ยังเป็นปัจจัยสำคัญและมีบทบาทอย่างมากในการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับข้อกำหนด สิทธิประโยชน์ต่างๆ ที่ครอบคลุม

โดยบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวและบัตรประกันสังคมของแรงงานข้ามชาติ ทั้งนี้ พสต. นับเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยสนับสนุนการทำกิจกรรมและงานบริการเชิงรุก รวมถึงการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในพื้นที่การดูแลของโรงพยาบาลและ รพ.สต.

อย่างไรก็ตาม พสต. ที่ทำงาน ณ ปัจจุบัน โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ได้รับการจ้างงานภายใต้โครงการความช่วยเหลือขององค์กรพัฒนาเอกชนต่างๆ ที่ทำงานด้านสุขภาพแรงงานข้ามชาติในจังหวัด ซึ่งหากโครงการสิ้นสุดลง ก็ยังไม่มีความชัดเจนว่า พสต. เหล่านั้นจะได้รับการว่าจ้างเพื่อทำงานในสถานพยาบาลต่อไปหรือไม่ จากข้อจำกัดในเรื่องงบประมาณ รวมถึงความไม่ชัดเจนในข้อระเบียบที่เกี่ยวข้องในการจัดจ้าง พสต. ซึ่งเป็นคนต่างด้าวให้ทำงานในสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ให้ข้อมูลว่ากำลังพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการสนับสนุนด้านงบประมาณในการว่าจ้าง พสต. ที่ทำงานในจังหวัดในปัจจุบันต่อไปภายหลังหมดโครงการ แต่ยังคงไม่ได้ข้อสรุปที่ชัดเจนในขณะการลงพื้นที่เก็บข้อมูล

4.2.4 การบริหารจัดการด้านการขายบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว

แม้นโยบายจากส่วนกลาง (นับตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2556) จะกำหนดให้ประชากรข้ามชาติ 3 สัญชาติทุกคน ไม่ว่าจะมีบัตรหรือเอกสารแสดงตัวหรือไม่ สามารถที่จะทำบัตรประกันสุขภาพได้ทุกคน แต่ในสถานการณ์ที่เป็นอยู่นั้น พบว่า โรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่ได้มีการกำหนดกฎเกณฑ์ หรือเงื่อนไขบางอย่างในการดำเนินการขายบัตรประกันสุขภาพให้แก่กลุ่มแรงงานและประชากรข้ามชาติอยู่พอสมควร ซึ่งกฎเกณฑ์และเงื่อนไข รวมถึงระดับความเข้มงวดมีความแตกต่างกันไปในแต่ละโรงพยาบาล

ในภาพรวม โรงพยาบาลส่วนใหญ่กำหนดเงื่อนไขสำคัญในการขายบัตร คือการมีบัตร หรือเอกสารบางอย่างที่สามารถแสดงตัวตน และแหล่งที่อยู่ที่ติดตามได้ของตนเองในจังหวัดได้ ในกรณีที่เข้มงวด โรงพยาบาลจะเรียกดูเอกสารทางกฎหมายในการอยู่อาศัย หรือทำงานในประเทศไทยของแรงงาน หรือผู้ติดตามของแรงงาน เช่น เอกสาร ทร.38/1 ที่มีเลขประจำตัวแรงงานที่ขึ้นทะเบียน 13 หลัก หรือหนังสือเดินทาง บัตรอนุญาตทำงานในประเทศไทย ใบรับรองการเกิด หรือสูติบัตรในกรณีเด็ก ซึ่งหากแรงงานหรือผู้ติดตามไม่มีเอกสารดังกล่าวเลย ก็ต้องแสดงจดหมายรับรองหรือสำเนาทะเบียนบ้านของนายจ้างที่สามารถใช้ในการยืนยันตัวบุคคล และสถานที่ทำงานหรือที่อยู่สามารถติดต่อได้

จากเงื่อนไขนี้ ทำให้เกิดการบอกต่อในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ รวมถึงผู้ติดตามและนายจ้างอยู่มีความเข้าใจว่า แรงงานที่ไม่มีบัตรแสดงตน หนังสือเดินทางหรือบัตรอนุญาตทำงานที่ถูกต้องตามกฎหมายไม่มีสิทธิในการซื้อหรือทำบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวได้ ซึ่งทำให้การเดินเข้ามา (walk in) สอบถามหรือติดต่อ เพื่อทำบัตรประกันสุขภาพของแรงงานและผู้ติดตามที่โรงพยาบาลมีน้อยมาก

จากคำบอกเล่าของเจ้าหน้าที่งานประกันสุขภาพในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ตามหลักการในการทำบัตรประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวนั้น ต้องการเพียงให้มีการสแกนลายนิ้วมือ และถ่ายรูปของแรงงานประกอบการ

ดำเนินการเพื่อประโยชน์ในการระบุหรือยืนยันตัวบุคล ป้องกันการใช้สิทธิแทนกันของแรงงานซึ่งเคยเกิดขึ้นในอดีต และประโยชน์ในการติดตามการรักษาระหว่างสถานพยาบาลต่างๆ อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลบางแห่งยังมีความไม่พร้อมในเรื่องอุปกรณ์และระบบสารสนเทศ ซึ่งทำให้ไม่สามารถสแกนลายนิ้วมือ และถ่ายรูปเพื่อนำเข้าสู่ระบบได้ ในการทำบัตรประกันสุขภาพจึงจำเป็นต้องเรียกขอหลักฐานเอกสารบางอย่างจากแรงงานหรือผู้ติดตามของแรงงานเพื่อยืนยันตัวบุคคลได้ โดยในบางกรณี หากบุคคลนั้นไม่มีเอกสารใดๆเลย แต่เคยเป็นคนไข้ที่โรงพยาบาลเคยมีประวัติอยู่บ้าง หรือเป็นบุคคลที่มีบุคคลอ้างอิงได้ให้การรับรอง (ซึ่งโดยส่วนใหญ่ก็เป็นนายจ้าง หรือหัวหน้าชุมชน) โรงพยาบาลก็อนุญาตให้ทำบัตรประกันสุขภาพได้ อย่างไรก็ตาม กรณีของแรงงานหรือผู้ติดตามที่ไม่เอกสารใดเลยแล้วเข้ามาติดต่อเพื่อขอทำบัตรประกันสุขภาพนั้น พบว่า มีน้อยมาก ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีอาการเจ็บป่วยและจำเป็นต้องได้รับการรักษาจึงเข้ามาติดต่อ ซึ่งโรงพยาบาลก็อนุญาตทำบัตรให้ เนื่องจาก หากไม่ทำให้ โรงพยาบาลก็มีแนวโน้มต้องให้การอนุเคราะห์ในด้านค่ารักษาพยาบาลอยู่แล้ว

นอกจากในเรื่องการมีเอกสารแสดงตน ปัจจุบันทุกโรงพยาบาลที่ได้มีการลงพื้นที่เก็บข้อมูล ได้กำหนดเงื่อนไขว่าแรงงานหรือผู้ติดตามที่ต้องการทำบัตรประกันสุขภาพจะต้องทำการตรวจร่างกายกับโรงพยาบาลด้วย (ยกเว้น กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 7 ปี ที่ไม่ต้องทำการตรวจร่างกายและเด็กอายุ 7-15 ปี ที่อาจไม่จำเป็นต้องตรวจ โดยขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์เป็นกรณีไป) แม้แรงงานหรือผู้ติดตามจะได้ตรวจร่างกายกับสถานพยาบาลที่อื่นมาแล้ว แต่หากต้องการทำบัตรประกันสุขภาพ ก็จะต้องตรวจร่างกายอีกครั้งหนึ่งกับโรงพยาบาลด้วย ขณะเดียวกัน ในทางตรงกันข้าม แรงงานที่ต้องการมาตรวจร่างกายเพื่อนำใบรับรองแพทย์ไปใช้ในการต่ออายุบัตรอนุญาตทำงาน ในกรณีที่ยังไม่มีบัตรประกันสุขภาพหรือไม่ได้เป็นผู้ประกันตนกับระบบประกันสังคม ก็ต้องทำบัตรประกันสุขภาพกับโรงพยาบาลด้วยเช่นกัน

เหตุผลสำคัญของการกำหนดเงื่อนไขนี้ คือเพื่อเป็นการคัดกรองโรคและสถานะสุขภาพของแรงงานไปในตัว (ซึ่งจากคำบอกเล่าของผู้ให้บริการ แม้จะพบว่า แรงงานมีโรคประจำตัว หรือโรคร้ายแรงจากการตรวจร่างกาย โรงพยาบาลก็จะให้การรักษาพยาบาล และกรณีไม่ใช่โรคต้องห้ามในการทำงานในประเทศไทย โรงพยาบาลก็ให้ทำบัตรประกันสุขภาพได้) ส่วนเงื่อนไขเมื่อมาตรวจร่างกายแล้ว ต้องทำบัตรประกันสุขภาพด้วยนั้น คือเพื่อส่งเสริมให้แรงงานทุกคน อย่างน้อยในกลุ่มที่มีบัตรอนุญาตทำงาน มีบัตรประกันสุขภาพ (เนื่องจากแรงงานส่วนใหญ่ที่มาตรวจร่างกาย ก็เพื่อต้องการใบรับรองแพทย์ไปขอต่ออายุบัตรอนุญาตทำงาน) หากไม่มีการกำหนดเงื่อนไขนี้ แรงงานส่วนใหญ่ก็จะเลือกตรวจร่างกายเท่านั้น โดยไม่ทำบัตรประกันสุขภาพ ซึ่งเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นก็ตกเป็นภาระของโรงพยาบาลในเขตที่รับผิดชอบ และภาระของจังหวัดในภาพรวม อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมาก็ยังคงมีข้อจำกัดในเรื่องนี้เนื่องจากแรงงานจำนวนหนึ่ง โดยเฉพาะกลุ่มที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติและมีหนังสือเดินทางแล้ว มีข้อยกเว้นในการทำบัตรประกันสุขภาพภายหลังการตรวจร่างกาย โดยให้เหตุผลว่ากำลังจะขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนกับระบบประกันสังคม ทำให้โรงพยาบาลต้องยอมอนุโลมให้ ซึ่งในภายหลังกลับพบว่าแรงงานเหล่านั้นไม่ได้ไปขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตน ทำให้เกิดเป็นช่องว่างที่แรงงานจำนวนมาก ทั้งที่เป็นกลุ่มที่มีสถานภาพการทำงานที่ถูกกฎหมาย ยังคงไม่มีหลักประกันทางสุขภาพใดเลย ซึ่งปัญหานี้เป็นข้อจำกัดจากการมีหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว 2 ระบบที่ทั้งสองระบบจำเป็นต้องติดตามดูแล ประสานงานและหาทางในการแก้ปัญหาร่วมกัน

สำหรับการประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำบัตรประกันสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงในข้อกำหนดและนโยบายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง สาเหตุของการขึ้นค่าทำบัตรจากราคา 1,300 บาท เป็น 2,200 บาทต่อปีในเดือนสิงหาคม 2556 รวมถึงสิทธิประโยชน์ต่างๆ ที่ครอบคลุมแก่กลุ่มแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามนั้น โดยส่วนใหญ่เป็นการประชาสัมพันธ์เชิงรับในโรงพยาบาลเท่านั้น ในรูปแบบของการติดบอร์ดประชาสัมพันธ์ แจกเอกสารชี้แจงเป็นภาษาไทยเมียนมาร์และไทใหญ่ การใช้การฝากบอกต่อแรงงาน หรือนายจ้างที่เข้ามาทำบัตรประกันสุขภาพ หรือรับบริการที่โรงพยาบาลไปยังกลุ่มแรงงานในสถานประกอบการ หรือชุมชนเดียวกัน การประชาสัมพันธ์เชิงรุกเท่าที่มีส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการโดยกลุ่ม พสต. ที่มีส่วนในเข้าไปทำงานในชุมชน ประชาสัมพันธ์และบอกกล่าวแรงงาน รวมถึงแกนนำในชุมชน

4.3 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการบริหารจัดการ

4.3.1 จำนวนแรงงานต่างด้าวที่มีหลักประกันทางสุขภาพมีแนวโน้มลดลง

การกำหนดให้การมีบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวมีลักษณะเป็นภาคบังคับ (compulsory) และการเสริมสร้างความตระหนัก การมีส่วนร่วมและบังคับใช้กฎหมายกับนายจ้างเป็นเรื่องที่ควรต้องดำเนินการ

จากจำนวนแรงงานข้ามชาติ ที่มีบัตรอนุญาตทำงานในจังหวัดเชียงใหม่ ปี 2556 กว่า 80,000 คน จำนวนของแรงงาน และผู้ติดตามที่ทำบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวทีจำนวนเพียง 50,000 คน (ลดลงจากช่วงปี 2552 - 54 ซึ่งเคยมีจำนวนมากที่สุดกว่า 73,000 คน) และจำนวนผู้ประกันตนกับระบบประกันสังคมมีเพียงประมาณ 6,000 คน (ทั้งๆ ที่จำนวนแรงงานที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติ และได้รับหนังสือเดินทางแล้วมีจำนวนมากกว่า 66,000 คน แม้ว่า ในจำนวนนี้บางกลุ่มจะเป็นแรงงานภาคเกษตรและผู้รับใช้ในบ้าน ซึ่งได้รับยกเว้นไม่จำเป็นต้องเข้าสู่ระบบประกันสังคม) ในประเด็นนี้ ผู้ที่เกี่ยวข้องหลายคนในจังหวัดมีความเห็นที่ตรงกันว่า ความครอบคลุมของการมีหลักประกันทางสุขภาพของแรงงานในจังหวัดมีแนวโน้มที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งปรับขึ้นลงในแต่ละปี (เฉพาะในส่วนของบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว) ซึ่งในฝั่งของผู้ให้บริการ มองว่าจะยิ่งทำให้เกิดความยากต่อการวางแผนเพื่อบริหารจัดการระบบต่อไปในระยะยาว และในฝั่งแรงงานจะยิ่งทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นมีอุปสรรคและจำกัดมากยิ่งขึ้น

การลดลงในความครอบคลุมของการมีหลักประกันทางสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ และผู้ติดตามกำลังเป็นประเด็นความท้าทายของจังหวัด ซึ่งมีที่มาจาก 4 สาเหตุสำคัญด้วยกัน คือ

1) การที่แรงงานที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติ และได้รับหนังสือเดินทางแล้วถูกกำหนดให้เข้าสู่ระบบประกันสังคม (ยกเว้นกลุ่มแรงงานภาคเกษตร และผู้รับใช้ในบ้าน) ทำให้แรงงานรวมถึงนายจ้างจำนวนหนึ่ง ใช้ข้ออ้างนี้ในการขอตรวจร่างกายที่โรงพยาบาลโดยไม่ซื้อบัตรประกันสุขภาพ ซึ่งทางโรงพยาบาลก็ไม่มีอำนาจตรวจสอบ หรือติดตามต่อไปว่าแรงงานหรือนายจ้างนั้น ได้พาแรงงานไปขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนกับระบบประกันสังคมตามที่แจ้งไว้หรือไม่ ซึ่งจากคำบอกเล่าของผู้ที่เกี่ยวข้องพิจารณาร่วมกับจำนวนผู้ประกันตนภายใต้ระบบประกันสังคมที่มีจำนวนต่ำมากเมื่อเทียบกับแรงงานที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติแล้ว ก็มีความเป็นไปได้ว่า ยังมีแรงงานจำนวนมากที่ยังไม่ได้ไปขึ้น

ทะเบียนเป็นผู้ประกันตนกับประกันสังคมและไม่ได้ซื้อบัตรประกันสุขภาพด้วยเช่นกัน ซึ่งก็ทำให้กลายเป็นกลุ่มแรงงานที่ไม่มีหลักประกันทางสุขภาพไป

2) ปัญหาความไม่สอดคล้องของช่วงเวลาในการคุ้มครองสุขภาพ ภายใต้ระบบบัตรประกันสุขภาพ ซึ่งมีระยะเวลาคุ้มครอง 1 ปี กับระยะเวลาในการได้รับอนุญาตทำงานในประเทศไทยของบัตรอนุญาตทำงาน ที่ในหลายกรณีแรงงานได้รับอนุญาตการทำงานเป็นเวลา 2 ปี ในปีแรกที่แรงงานต้องขอบัตรอนุญาตทำงาน ส่วนใหญ่เมื่อได้รับการตรวจร่างกายแล้วก็จะซื้อบัตรประกันสุขภาพด้วยเช่นกัน แต่เมื่อเข้าสู่ปีที่สองเมื่อบัตรประกันสุขภาพหมดระเวลาการคุ้มครอง ขณะที่บัตรอนุญาตทำงานยังไม่หมดอายุ แรงงานส่วนใหญ่เลือกที่จะไม่ไปตรวจร่างกายและซื้อบัตรประกันสุขภาพในปีที่สอง ด้วยเหตุผลข้อจำกัดทางการเงินและการไม่ตระหนักถึงความสำคัญในการมีหลักประกันทางสุขภาพ โดยจะรอจนถึงเวลาที่ต้องไปต่อบัตรอนุญาตทำงาน จึงจะไปทำการตรวจร่างกายและทำบัตรประกันสุขภาพอีกครั้ง ด้วยสาเหตุนี้ทำให้ตัวเลขของผู้ทำบัตรประกันสุขภาพในแต่ละปีมีการปรับขึ้นและปรับลงเป็นรอบๆ ไป (ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเป็นผลมาจากการปรับเปลี่ยนนโยบายการขึ้นทะเบียนแรงงาน และนโยบายประกันสุขภาพในแต่ละปีด้วย)

3) ข้อกำหนดในการต่อหรือทำบัตรอนุญาตทำงาน ไม่ได้กำหนดให้แรงงานที่ขอบัตรอนุญาต ต้องทำบัตรประกันสุขภาพ หรือเข้าระบบประกันสังคมก่อนได้รับอนุญาต หรือติดตามการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนกับระบบประกันสังคมหลังจากได้รับบัตรอนุญาตทำงาน เนื่องจากการออกบัตรอนุญาตทำงานแรงงานต่างด้าว เป็นอำนาจหน้าที่ภายใต้การดูแลของกรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน ซึ่งไม่ได้มีข้อกำหนดไว้ว่าแรงงานที่ขออนุญาตทำงานทุกคนต้องทำหรือมีบัตรประกันสุขภาพ ทำให้การส่งเสริมหรือผลักดันให้แรงงานทุกคนที่ไม่ได้เข้าระบบประกันสังคม ต้องซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวไม่สามารถทำได้ ส่วนแรงงานที่ผ่านพิสูจน์สัญชาติแล้ว (ไม่ใช่แรงงานภาคเกษตร และคนรับใช้ในบ้าน) แม้นายจ้างจะถูกกำหนดให้ต้องพาแรงงานไปขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนกับระบบประกันสังคม ที่ผ่านมาด้วยการขาดกลไกการติดตามที่เพียงพอ ก็ทำให้แรงงานจำนวนมากเมื่อได้รับบัตรอนุญาตทำงานแล้ว นายจ้างก็ยังไม่พาไปดำเนินการขึ้นทะเบียน และกลายเป็นแรงงานที่ไร้หลักประกันทางสุขภาพ และสิทธิประโยชน์ที่คุ้มครองแรงงานในด้านต่างๆ

4) การขึ้นราคาของบัตรประกันสุขภาพจาก 1,300 บาท เป็น 2,200 บาทต่อปี ในเดือนสิงหาคม 2556 ภายใต้สถานการณ์ที่แรงงานข้ามชาติ รวมถึงนายจ้างยังขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการมีหลักประกันสุขภาพในยามเจ็บป่วย กอปรกับเหตุปัจจัยทั้งสามข้อข้างต้น เมื่อนโยบายบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขมีการเปลี่ยนแปลงในช่วงกลางปี 2556 แม้จะมีการขยายสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมการรักษาด้วย ARV สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่ด้วยราคาค่าบัตรประกันสุขภาพที่สูงขึ้นถึง 900 บาท ก็มีแนวโน้มจะยิ่งทำให้การตัดสินใจทำ หรือซื้อบัตรประกันสุขภาพของแรงงานน้อยลงไปอีกกว่าปีก่อนๆ (หมายเหตุ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลสถิติเกี่ยวกับจำนวนผู้ทำบัตรที่ได้รับจากการลงพื้นที่เป็นข้อมูลจนถึงปลายปี 2556 ซึ่งยังไม่สามารถสรุปผลกระทบภาพรวมจากการขึ้นราคาบัตรต่อจำนวนการขายบัตรประกันสุขภาพในจังหวัดได้)

4.3.2 นโยบายและหลักการมีความชัดเจน แต่แนวทางในการปฏิบัติตามนโยบายยังขาดความชัดเจน

ในมุมมองของผู้ให้บริการ และตัวแทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ แนวคิดในการเปิดโอกาสและส่งเสริมให้แรงงานข้ามชาติ รวมถึงประชากรข้ามชาติในประเทศไทย

ทุกคนมีหลักประกันสุขภาพนั้น เป็นแนวคิดที่ดี เช่นเดียวกับการขยายความครอบคลุมของสิทธิประโยชน์ต่างๆ ให้มีความครอบคลุมมากขึ้น เช่น ในกรณีการรักษาด้วยยา ARV แก่กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ประกาศหรือนโยบายที่ออกโดยกระทรวงสาธารณสุขในเดือนสิงหาคม 2556 เรื่อง หลักการในการอนุญาตให้ประชากรต่างด้าวทุกคน สามารถทำบัตรประกันสุขภาพได้ ประเภทของบัตร และค่าบัตรสำหรับประชากรต่างด้าวในแต่ละช่วงอายุ การจัดสรรค่าบัตรประกันสุขภาพ หรือสิทธิประโยชน์ต่างๆ ที่ครอบคลุม มีคำอธิบายหลักการที่ชัดเจน อย่างไรก็ตาม กลับขาดข้อชี้แนะแนวทางในการปฏิบัติตามหลักการต่างๆ ที่ชัดเจน โดยเฉพาะในประเด็นต่อไปนี้

คำนิยามของคนต่างด้าว หรือประชากรข้ามชาติที่สามารถซื้อบัตรประกันสุขภาพได้ หมายถึงเฉพาะประชากรข้ามชาติ 3 สัญชาติเท่านั้น หรือรวมถึงประชากรข้ามชาติจากประเทศอื่นๆ ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยทั้งหมด จากปัญหาการตีความนี้ ในช่วงแรกโรงพยาบาลหลายแห่งได้รับการติดต่อขอทำบัตรจากคนต่างชาติที่มาจากทวีปยุโรปหรืออเมริกา ซึ่งทางโรงพยาบาลก็จำเป็นต้องทำบัตรประกันสุขภาพให้ ในภายหลังจากการหารือภายในจังหวัด รวมถึงปรึกษาจากส่วนกลางเกี่ยวกับการตีความ พบว่า ไม่ครอบคลุมคนต่างชาติกลุ่มนี้ ก็เกิดเป็นปัญหาในการชี้แจง และเรียกคืนบัตรประกันสุขภาพที่ได้ออกให้ไปแล้ว

เกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับข้อมูล หรือเอกสารจากแรงงานที่ต้องใช้ในการทำบัตรประกันสุขภาพ แม้นโยบายจะระบุให้ทางนโยบายทำบัตรประกันสุขภาพให้กับแรงงาน หรือประชากรต่างด้าวทุกคนที่ติดต่อขอทำบัตร แต่ในเชิงระบบการบริหารจัดการ ทางผู้ให้บริการจำเป็นต้องระบุและยืนยันตัวบุคคลได้ ซึ่งจำเป็นต้องขอข้อมูลหรือเอกสารบางอย่างจากแรงงาน แต่เนื่องจากส่วนกลางไม่ได้มีการกำหนด หรือให้ข้อแนะนำเกี่ยวกับแนวทางในเรื่องนี้ ทำให้แต่ละโรงพยาบาลพิจารณา และกำหนดเกณฑ์เงื่อนไขกันเอง ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละโรงพยาบาล บางแห่งก็เข้มงวด บางแห่งผ่อนปรน

การจัดสรรเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลด้วยยา ARV จากค่าบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว 2,200 บาท ตามประกาศโรงพยาบาล (ผ่านทาง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ต้องจัดส่ง 900 บาท เข้างานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อจัดสรรจากส่วนกลางเป็นค่าการรักษาด้วย ARV ซึ่งตั้งแต่เริ่มดำเนินการตามนโยบายในเดือนสิงหาคม 2556 โรงพยาบาลในพื้นที่ศึกษารายงานว่า มีปัญหาความไม่ชัดเจนในเรื่องการเบิกจ่าย เนื่องจากระบบข้อมูลการรายงานกิจกรรมการรักษาไปยังกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่รองรับการลงข้อมูลการรักษาด้วยยา ARV ในกลุ่มแรงงาน หรือประชากรข้ามชาติ ทำให้หลายโรงพยาบาลเกิดความไม่มั่นใจที่จะให้การรักษาด้วยยา ARV แก่แรงงาน และระงับการรักษานี้ชั่วคราว แม้จะเป็นแรงงานที่ทำบัตรประกันสุขภาพแล้วก็ตาม ซึ่งกระทบต่อความเชื่อมั่นของแรงงานในวงกว้างเป็นอย่างมากในการที่จะตัดสินใจทำบัตรประกันสุขภาพ

4.3.3 ระบบบริการสุขภาพที่ผ่านมาไม่ได้ถูกออกแบบมาให้รองรับประชากรข้ามชาติอย่างเป็นมิตร

การกำหนดแนวทางที่ชัดเจน เกี่ยวกับการจัดจ้าง พสต. ที่สามารถทำงานทั้งเชิงรับในสถานพยาบาล และเชิงรุกในชุมชนเป็นหนึ่งในข้อควรพิจารณา

การให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรแก่แรงงานและประชากรข้ามชาติเป็นแนวคิดที่ส่งเสริมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ที่คำนึงถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรมและภาษาของแรงงาน ทัศนคติต่อการให้บริการที่ดีจากผู้ให้บริการสู่ผู้รับบริการสุขภาพ ซึ่งจะสร้างความเชื่อมั่น ความเชื่อใจของผู้รับบริการในการที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ที่ผ่านมา สถานพยาบาลหลายแห่งในจังหวัด ทั้งที่โรงพยาบาล และ รพ.สต. ได้นำแนวคิดนี้มาปรับใช้ในการให้บริการแรงงานและประชากรต่างด้าวทั้งงานเชิงรับในการให้การรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาล และการลงทำงานชุมชนเชิงรุกในการให้ความรู้ทางสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พบว่า เจ้าหน้าที่ พนักงานสาธารณสุขต่างด้าว หรือ พสต. มีบทบาทสำคัญในการทำงานเป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตาม การจัดจ้าง พสต. ที่ผ่านมาในสถานพยาบาลเป็นการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก (องค์กรพัฒนาเอกชนต่างๆ) ในลักษณะโครงการซึ่งมีระยะเวลาสิ้นสุดโครงการ

ดังนั้น การพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการจัดจ้าง พสต. ต่อไป โดยสถานพยาบาลเองจากงบประมาณของภาครัฐ งบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือจากเงินรายได้จากบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวเป็นเรื่องที่ควรพิจารณา และกำหนดเป็นแนวทางที่ชัดเจนจากส่วนกลางเพื่อเป็นแนวปฏิบัติที่ถูกต้อง และเป็นมาตรฐานเดียวกันแก่สถานพยาบาลที่มีความจำเป็นและเห็นความสำคัญในการจัดจ้าง พสต.

4.3.4 การบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพและบริการสุขภาพแรงงานข้ามชาติที่มีประสิทธิภาพ

จำเป็นต้องมีการประสานงาน และการบูรณาการทิศทางนโยบายและแนวทางการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัดที่ไปในทิศทางเดียวกัน

จากการลงพื้นที่หน่วยงานในจังหวัดควรต้องมีการประสานงานกันให้เพิ่มมากขึ้น ทั้งในเรื่องข้อมูลข่าวสาร ระเบียบและกฎเกณฑ์ แนวทางปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องของแต่ละหน่วยงาน ปัญหาและอุปสรรคที่แต่ละหน่วยงานประสบ เพื่อหาทางออกร่วมกันที่เหมาะสมกับทุกฝ่ายในจังหวัด ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล และ รพ.สต. ประกันสังคมจังหวัด จัดหางานและคุ้มครองแรงงานจังหวัด องค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านสุขภาพแรงงานข้ามชาติในพื้นที่ ตัวแทนผู้ประกอบการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงตัวแทนแรงงานข้ามชาติ

เกี่ยวกับประเด็นที่ควรมีการหารือร่วมกัน เพื่อได้ทิศทางการดำเนินงานที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันในการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับแรงงานข้ามชาติ และผู้ติดตามทุกคน รวมถึงการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพและบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ประกอบด้วย ข้อกำหนดในเรื่องการพิจารณาให้บัตรอนุญาตทำงานหรือต่อบัตรอนุญาตทำงานแก่แรงงานข้ามชาติ ที่ควรต้องกำหนดให้มีการทำประกันสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นภาคบังคับ

ก่อนได้รับบัตรอนุญาต (ประกันสังคม หรือบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว) การกำหนดข้อตกลงในเรื่องระยะเวลาที่บัตรอนุญาตทำงานให้อนุญาตในการทำงานแก่แรงงานกับระยะเวลาการคุ้มครองของบัตรประกันสุขภาพที่มีความสอดคล้องกัน (ในหลายกรณี ที่พบแรงงานที่ได้อนุญาตทำงาน 2 ปี มักจะไม่ทำบัตรประกันสุขภาพในปีที่สองด้วยข้อจำกัดในเรื่องค่าใช้จ่าย และการไม่ตระหนักถึงความสำคัญของบัตรประกันสุขภาพ) การเชื่อมฐานข้อมูลผู้ประกันตน และกิจกรรมการรักษาพยาบาลภายใต้ประกันสังคมของสำนักงานประกันสังคม และบัตรประกันสุขภาพแรงงานของกระทรวงสาธารณสุข การหารือร่วมในประเด็นการจัดสรรการเงินสำหรับงานส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีการจัดสรรไว้จากค่าบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวแต่ไม่ได้มีการจัดสรรไว้ภายใต้ระบบประกันสังคม เป็นต้น

4.3.5 สำหรับจังหวัดที่มีบริบทแรงงานข้ามชาติคล้ายคลึงกับจังหวัดเชียงใหม่

แรงงานข้ามชาติจำนวนมากอยู่ในภาคบริการที่มีการย้ายสถานที่ทำงาน ที่อยู่อาศัยและเปลี่ยนนายจ้างค่อนข้างบ่อยจำนวนมากเป็นประชากรข้ามชาติกลุ่มชาติพันธุ์ที่ไม่ได้มีการขึ้นทะเบียนแรงงาน และไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ การบริหารจัดการระบบบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวในรูปแบบบริหารจัดการร่วมในระดับจังหวัด (provincial-pooling) เป็นรูปแบบที่มีความเหมาะสม

การบริหารจัดการในรูปแบบที่จังหวัดเชียงใหม่ใช้อยู่มีทั้งข้อดี/จุดแข็งและข้อเสีย/จุดอ่อน ตามที่ได้ให้รายละเอียดไปในส่วนที่แล้ว ซึ่งหากมีการปรับและกำหนดแนวทางในการแก้ไขข้อเสีย และจุดอ่อนต่างๆ อย่างเหมาะสม (เช่น ในเรื่องการสร้างแรงจูงในการขายบัตรประกันสุขภาพแก่โรงพยาบาล การปรับปรุงเรื่องความล่าช้าในการเบิกจ่าย) กล่าวได้ว่า เป็นรูปแบบที่มีความเหมาะสมกับบริบทของแรงงานและประชากรข้ามชาติที่อาศัยอยู่ในจังหวัด โดยเฉพาะในประเด็นที่แรงงานที่มีบัตรประกันสุขภาพสามารถเข้ารับบริการได้ที่สถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขเกือบทุกที่ในจังหวัด การลดภาวะการขาดทุนในโรงพยาบาลขนาดเล็ก และโรงพยาบาลที่อนุเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลให้กับแรงงานที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพที่ยากจน รวมถึงการป้องกันความขัดแย้งระหว่างโรงพยาบาลจากการเรียกเก็บเงินกรณีการส่งต่อคนไข้

4.3.6 ในการเข้าถึงหลักประกันทางสุขภาพรวมถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม “นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการ” เป็นหนึ่งในตัวแปรที่สำคัญ

การเพิ่มความตระหนักถึงหน้าที่ในการจัดหาหลักประกันทางสุขภาพ ให้แก่แรงงานและการบังคับใช้กฎหมายในบทบาทหน้าที่ที่นายจ้างพึงปฏิบัติ รวมถึงการแก้ไขปัญหานายหน้าและนายจ้างรับจ้างเป็นเรื่องที่ต้องดำเนินการ

การไม่ได้รับความร่วมมือจากนายจ้าง การไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการมีบัตรประกันสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ และการไม่ให้ความช่วยเหลือ หรือปฏิบัติตามบทบาทที่พึงมีจากนายจ้าง เช่น ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ค่าใช้จ่ายและสิทธิประโยชน์ที่คุ้มครอง การไม่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการด้านเอกสารที่จำเป็น และร่วมจ่ายเงินสมทบในกรณีที่แรงงานต้องการเข้าประกันสังคม (เช่น พยายามผลักภาระส่วนของนายจ้างไปให้แรงงานเป็นผู้จ่ายเงินสมทบเองทั้งหมด) เป็นความท้าทายสำคัญที่จำเป็นต้องได้รับการ

แก้ไขให้ดีขึ้น เช่นเดียวกับปัญหาการใช้บริการจากนายหน้าในการดำเนินการด้านเอกสาร หรือการรับจ้างเป็นนายจ้างเพื่อใช้ในการขึ้นทะเบียนขอบัตรอนุญาตทำงาน ในหลายกรณี พบว่า แรงงานต้องจ่ายเงินเป็นค่าดำเนินการในจำนวนที่สูงมากกว่าค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง บางกรณี จ่ายเงินแล้วแต่ไม่ได้รับการดำเนินการให้ตามที่ตกลง (เช่น แรงงานบางรายได้ใช้บริการนายหน้าในการขึ้นทะเบียนแรงงาน และทำบัตรประกันสุขภาพแรงงาน โดยจ่ายค่าดำเนินการในลักษณะเหมาจ่าย ซึ่งในภายหลังกลับพบว่านายหน้าไม่ได้ดำเนินการเรื่องการทำบัตรประกันสุขภาพให้) เหล่านี้ล้วนเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้แรงงานเข้าไม่ถึงหลักประกันทางสุขภาพ ซึ่งควรได้รับการแก้ไข

จากการสัมภาษณ์ แรงงานข้ามชาติที่มีบุตรอายุน้อยกว่า 7 ปี จำนวนหนึ่งรายงานว่า ไม่สามารถซื้อบัตรประกันสุขภาพให้กับบุตรที่อายุน้อยกว่า 7 ปี ในราคา 365 บาทได้ โดยได้รับแจ้งว่าบัตรประกันสุขภาพเด็กมีราคาที่ประมาณ 1,000 - 1,200 บาท (ซึ่งบางส่วนได้ซื้อบัตรแล้วในราคานี้) แต่จากการสอบถามจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลที่ลงพื้นที่ทุกแห่งยืนยันว่า การขายบัตรประกันสุขภาพสำหรับเด็กนั้น เป็นไปตามราคาที่กำหนดจากกระทรวงสาธารณสุขที่ราคา 365 บาท ไม่มีการขายเกินกว่าราคาที่กำหนด ทำให้พอคาดประมาณได้ว่าราคาที่แรงงานได้รับแจ้งเป็นราคาค่าทำบัตรผ่านระบบนายหน้าที่มีราคาสูงกว่าราคาจริงมาก และทำให้แรงงานหลายคนตัดสินใจไม่ทำบัตรประกันสุขภาพให้กับบุตรของตน

4.4 ประสบการณ์เกี่ยวกับการประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ในจังหวัดเชียงใหม่

4.4.1 ลักษณะทางประชากรและสังคมของแรงงานข้ามชาติ

การศึกษาในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ได้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพจากแรงงานข้ามชาติในพื้นที่ 3 อำเภอ โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถาม ทั้งสิ้น 182 ราย แบ่งเป็นแรงงานเพศชาย ร้อยละ 47.8 แรงงานข้ามชาติเพศหญิงร้อยละ 52.2 มีอายุระหว่าง 30 - 44 ปี ร้อยละ 48.6 รองลงมาอยู่ในกลุ่มอายุระหว่าง 15 - 29 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.7 มากกว่าครึ่งคือร้อยละ 77.2 เป็นแรงงานข้ามชาติที่แต่งงานและอยู่ด้วยกันกับสามี/ภรรยา (ตาราง 4.3)

ผลจากการลงเก็บข้อมูลในภาคสนาม พบว่า แรงงานส่วนใหญ่ในพื้นที่เป็นแรงงานในภาคก่อสร้าง เพราะว่ามีโครงการก่อสร้างคอนโดมิเนียมขนาดใหญ่ผุดขึ้นทั้งในอำเภอเมือง และอำเภอใกล้เคียงจำนวนหลายโครงการ แต่ละโครงการต้องการจ้างแรงงานต่างชาตินับพันคนขึ้นไป นอกจากนั้น ยังพบว่าแรงงานต่างชาติจำนวนหนึ่งทำงานรับจ้างในโรงงานขนาดเล็กถึงขนาดกลางที่มีคนงานตั้งแต่ 10 - 20 คนขึ้นไป จนถึง 200 - 300 คน โรงงานขนาดเล็กเป็นประเภทโรงหล่อคอนกรีต โรงหล่อเหล็ก โรงกลึงเหล็ก โรงงานเฟอร์นิเจอร์ โรงงานทำอาหารสำเร็จรูป โรงงานทำสินค้าโอท็อปในท้องถิ่น โรงงานทำไม้กวาดส่งขายญี่ปุ่น เป็นต้น มีจำนวนหนึ่งรับจ้างในภาคเกษตรกรรม เช่น ฟาร์มเลี้ยงไก่ บริษัทรับจัดสวน เป็นต้น บางส่วนทำงานเป็นพนักงานในร้านขายของ ร้านอาหาร และบางส่วนทำงานเป็นแม่บ้าน หรือพนักงานทำความสะอาด ซึ่งมีทั้งรับจ้างทำโดยอิสระ และสังกัดบริษัทรับทำความสะอาด

ส่วนใหญ่ที่พบเป็นแรงงานชาติพันธุ์ไทใหญ่ แรงงานไทใหญ่เหล่านี้ บางส่วนแต่งงานกับคนสัญชาติไทย หรือคนไทยที่ถือบัตรสถานะบุคคลเป็นบุคคลบนพื้นที่สูง เพราะว่ามีความเกี่ยวโยงกันทางชาติพันธุ์ ลักษณะการเข้ามารับจ้างในประเทศไทยจะมาทั้งครอบครัว มีผู้ติดตามเป็นเด็กเล็กและเด็กโตเป็นส่วนใหญ่ แรงงานไทใหญ่ที่ทีมวิจัยได้พูดคุยด้วย ส่วนหนึ่งมาทำงานในประเทศไทยนานนับสิบปีขึ้นไป หลายคนไม่ต้องการกลับไปประเทศเมียนมาร์ เนื่องจากตระหนักชัดเจนถึงการเป็นชาติพันธุ์ชนกลุ่มน้อยของตน ซึ่งไม่ค่อยได้รับสวัสดิการและการดูแลเอาใจใส่จากรัฐบาลส่วนกลางมากนัก หลายคนบอกว่ากลับไปก็ไม่มีงานทำ เพราะว่าหมู่บ้านถิ่นเกิดของพวกเขาอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ยังไม่ได้รับผลดีจากการเปิดประเทศมากเหมือนในเมืองหลวง หรือเมืองใหญ่อื่นๆ

มีข้อสังเกตจากการสัมภาษณ์เชิงลึกว่า แรงงานข้ามชาติในจังหวัดมีลักษณะการเคลื่อนย้ายบ่อย โดยเฉพาะแรงงานที่อยู่ในภาคก่อสร้าง บางส่วนเคลื่อนย้ายจากต่างอำเภอที่อยู่ไกลติดชายแดนเข้ามาทำงานก่อสร้างในอำเภอเมือง บางส่วนย้ายตามบริษัทที่ไปเปิดโครงการก่อสร้างในพื้นที่ต่างอำเภอ เป็นต้น แต่ลักษณะการเคลื่อนย้ายพบว่า ส่วนใหญ่จะเป็นการเคลื่อนย้ายจากเขตชนบทเข้าสู่เขตเมืองในจังหวัดและจากการทำงานรับจ้างในภาคเกษตรกรรม เช่น ไร่ส้ม ไปสู่ภาคอุตสาหกรรมก่อสร้างและภาคบริการ แรงงานต่างชาติโดยเฉพาะคนไทใหญ่ส่วนมากจะอยู่ทำงานมานานแล้ว ประมาณ 20 - 30 ปี บางกลุ่มอาจส่วนมีหนังสือเดินทางชั่วคราว แต่ก็มีบางกลุ่มที่มีอะไรเลย สำหรับบัตรประกันสุขภาพ ถ้าไม่มีการบังคับก็จะไม่ซื้อ ส่วนใหญ่ต้องการแค่ใบรับรองการตรวจสุขภาพเพื่อนำไปต่อไปอนุญาตทำงานเท่านั้น

จากข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ร้อยละ 97.2 ของแรงงานข้ามชาติที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีสัญชาติเมียนมาร์ มีร้อยละ 2.8 เป็นชาวกัมพูชา ในขณะที่ร้อยละ 0.6 ไม่มีสัญชาติ ในมิติด้านชาติพันธุ์ พบว่าส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 74.4 เป็นคนไทใหญ่ หรือคนชาติพันธุ์ฉาน รองลงมาร้อยละ 22.2 มีชาติพันธุ์เป็นเมียนมาร์ ด้านถิ่นกำเนิด พบว่า ร้อยละ 95 ระบุว่าเกิดในประเทศเมียนมาร์หรือรัฐฉานในประเทศเมียนมาร์ ในด้านการศึกษาพบมากกว่าครึ่งคือร้อยละ 66 ไม่เคยเข้าสู่ระบบการศึกษาในโรงเรียน ร้อยละ 16.5 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา กล่าวคือ อยู่ในโรงเรียนในระยะเวลาไม่เกิน 6 ปี ประมาณร้อยละ 95 ของแรงงานข้ามชาติที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีทักษะในการใช้ภาษาไทยทั้งด้านการฟัง และการพูด อยู่ในระดับสื่อสารได้บ้าง แต่ในด้านทักษะการอ่าน และเขียนภาษาไทยพบว่า แรงงานส่วนใหญ่คือร้อยละ 70 - 72 ไม่มีทักษะอ่านและเขียนภาษาไทยเลย (ตาราง 4.3)

ตาราง 4.3: ลักษณะทางประชากรและสังคมของแรงงานข้ามชาติ

ปัจจัยที่จะทำให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดีขึ้น ลักษณะทางประชากรและสังคม	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	86	47.8
หญิง	94	52.2
อายุ		
15 - 29 ปี	80	44.7
30 - 44 ปี	87	48.6
45 - 59 ปี	12	6.7
สถานภาพสมรส		
โสด	24	13.3
แต่งงานแล้วปัจจุบันอยู่กับคู่สมรส	139	77.2
แต่งงานแต่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน	3	1.7
แยกกันอยู่/หย่า/หม้าย	14	7.7
สัญชาติ		
เมียนมาร์	173	97.2
กัมพูชา	5	2.8
ไม่มีสัญชาติ	1	0.6
เชื้อชาติ		
พม่า	40	22.2
ไทใหญ่/ฉาน	134	74.4
กัมพูชา	5	2.8
อื่นๆ (ไม่ได้ระบุ)	1	0.6
บ้านเกิด		
ไทย	3	1.7
เมียนมาร์/รัฐฉาน	171	95.0
กัมพูชา	5	2.8
ไม่ทราบ	1	.6
จำนวนปีที่อยู่ในโรงเรียน		
1 - 6 ปี	30	16.5
7 - 9 ปี	16	9.0
10 - 12 ปี	15	8.3

ตาราง 4.3: ลักษณะทางประชากรและสังคมของแรงงานข้ามชาติ (ต่อ)

ปัจจัยที่จะทำให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดีขึ้น ลักษณะทางประชากรและสังคม	จำนวน	ร้อยละ
13 - 15 ปี	1	0.2
ไม่ได้เข้าโรงเรียน	120	66.0
ความสามารถในการสื่อสารภาษาไทย		
ไม่ได้เลย	9	5.2
ได้บ้าง	83	48.0
ได้ดีแต่ไม่เท่าคนไทย	77	44.5
ได้ดีเท่าคนไทย	4	2.3
ทักษะการฟังภาษาไทย		
ไม่ได้เลย	9	5.2
ได้บ้าง	83	48.0
ได้ดีแต่ไม่เท่าคนไทย	77	44.5
ได้ดีเท่าคนไทย	4	2.3
ทักษะการพูดภาษาไทย		
ไม่ได้เลย	18	10.0
ได้บ้าง	99	55.0
ได้ดีแต่ไม่เท่าคนไทย	59	32.8
ได้ดีเท่าคนไทย	4	2.2
ทักษะการอ่านภาษาไทย		
ไม่ได้เลย	126	70.8
ได้บ้าง	36	20.2
ได้ดีแต่ไม่เท่าคนไทย	13	7.3
ได้ดีเท่าคนไทย	3	1.7
ทักษะการเขียนภาษาไทย		
ไม่ได้เลย	129	72.5
ได้บ้าง	35	19.7
ได้ดีแต่ไม่เท่าคนไทย	11	6.2
ได้ดีเท่าคนไทย	3	1.7

หมายเหตุ: กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 182 คน อย่างไรก็ตาม จำนวนและร้อยละที่นำเสนอแต่ละข้อ ไม่รวมผู้ที่ให้ข้อมูลในข้อคำถามนั้นไม่ครบถ้วน

4.4.2 สถานะบุคคลในประเทศไทยและเอกสารที่แรงงานมี

กลุ่มตัวอย่างแรงงานข้ามชาติประมาณ 3 ใน 4 ได้ผ่านการจดทะเบียน และพิสูจน์สัญชาติแล้ว/มีหนังสือเดินทางชั่วคราว ในขณะที่ร้อยละ 14.4 ยังไม่ได้จดทะเบียน โดยเหตุผลของการที่แรงงานไม่จดทะเบียน พบมากที่สุด คือ แรงงานไม่เคยรู้เรื่องการจดทะเบียน/พิสูจน์สัญชาติเลย ซึ่งมีถึงร้อยละ 19.2 ถัดมาคือเหตุผลที่ไม่คิดว่าการจดทะเบียน/พิสูจน์สัญชาติจะทำให้สถานภาพดีขึ้น มีอยู่ร้อยละ 11.5 และเหตุผลที่กลัวว่าถ้าไปจดทะเบียน/พิสูจน์สัญชาติแล้วจะถูกส่งตัวกลับประเทศ ซึ่งมีอยู่ร้อยละ 11.5 เช่นกัน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 7.7 เห็นว่า ไม่มีความจำเป็นในการไปขึ้นทะเบียนให้เป็นแรงงานถูกต้อง ร้อยละ 7.7 รายงานว่าตนเองต้องย้ายที่อยู่บ่อยๆ และร้อยละ 3.8 บอกว่าตนเองไม่มีเวลาไปจดทะเบียน (ตาราง 4.4) ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพชี้ให้เห็นว่ายังมีเหตุผลอื่นๆ ของการกลายเป็นแรงงานที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมายไทย ได้แก่ การไม่มีนายจ้างที่ชัดเจน การเข้ามาประเทศไทยในช่วงเวลาที่การจดทะเบียนผ่านพ้นไปแล้ว และไม่มีการเปิดให้จดทะเบียนรอบใหม่ การที่ย้ายสถานที่ทำงานบ่อยครั้ง การคิดว่าจะเข้ามาทำงานในระยะสั้นๆ ชั่วคราว พึ่งเดินทางเข้ามาไม่นาน และไม่มีเงินไปขึ้นทะเบียนเพราะต้องทำผ่านนายหน้าและต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง เป็นต้น

ตาราง 4.4: สถานะบุคคลในประเทศไทยของแรงงาน

ลักษณะสถานะบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สถานะบุคคลในประเทศไทย (n = 180 คน)		
มีหนังสือเดินทางและสัญญาจ้างตาม MOU	2	1.1
ได้จดทะเบียนและพิสูจน์สัญชาติแล้ว/มีหนังสือเดินทางชั่วคราว	138	76.7
ได้จดทะเบียนและอยู่ระหว่างรอพิสูจน์สัญชาติ	14	7.8
ไม่ได้จดทะเบียน	26	14.4
เหตุผลของแรงงานที่ไม่ได้ไปจดทะเบียน (เฉพาะผู้ที่ไม่ได้จดทะเบียน n = 26 คน; ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่เคยรู้เรื่องการจดทะเบียน/พิสูจน์สัญชาติเลย	5	19.2
ไม่คิดว่าการจดทะเบียน/พิสูจน์สัญชาติจะทำให้สถานภาพดีขึ้น	3	11.5
อาจโดนส่งตัวกลับประเทศ ถ้าไปจดทะเบียน/พิสูจน์สัญชาติ	3	11.5
ย้ายสถานที่ทำงานไปเรื่อยๆ	2	7.7
คิดว่าไม่มีความจำเป็น	2	7.7
ไม่มีเวลาไปขึ้นทะเบียน/พิสูจน์สัญชาติ	1	3.8
นายจ้างไม่อนุญาต	0	0

4.4.3 การมีบัตรหรือเอกสารที่ยังไม่หมดอายุของแรงงาน

พบว่า 3 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างมีใบอนุญาตทำงาน ซึ่งยังไม่หมดอายุ และผู้ที่ถือบัตรประกันสุขภาพที่ยังไม่หมดอายุมีอยู่ร้อยละ 43.4 ส่วนผู้ถือบัตรประกันสังคมที่ยังไม่เกินกำหนดมีร้อยละ 14.3 กลุ่มตัวอย่างเกินกว่าร้อยละ 50 ถือหนังสือเดินทางที่ยังไม่หมดอายุ ร้อยละ 15.9 ไม่ได้มีบัตรอะไรเลย (ตาราง 4.5) จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า เนื่องจากแรงงานส่วนใหญ่อ่านเขียนภาษาไทยไม่ได้ บางคนถือใบอนุญาตทำงานและบัตรประกันสุขภาพที่หมดอายุไปแล้วโดยไม่ทราบ ถ้าหากไม่มีนายจ้างคอยเตือน หรือพาไปต่อใบอนุญาตทำงานและต่อบัตรประกันสุขภาพ แรงงานเหล่านี้ ก็จะอยู่ทำงานในประเทศไทยอย่างไม่ถูกกฎหมาย และไม่มีประกันสุขภาพ รัฐบาลไทยจึงควรพิจารณาออกบัตรประกันสุขภาพ และใบอนุญาตทำงานที่เป็นภาษาหลักของแรงงานแต่ละสัญชาติด้วย

ตาราง 4.5: การมีบัตรหรือเอกสารที่ยังไม่หมดอายุของแรงงานและการถือครองบัตร

ประเภทของบัตร/เอกสารที่ยังไม่หมดอายุ (แรงงานมีอยู่ ณ วันที่สมภาษณ์; n = 182; ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	มี	
	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้ถือบัตรอะไรเลย	29	15.9
ใบ ทร.38/1	21	11.5
บัตรอนุญาตทำงาน	137	75.3
บัตรประกันสุขภาพ	79	43.4
บัตรประกันสังคม	26	14.3
บัตรสีสำหรับคนต่างด้าว	5	2.7
หนังสือเดินทาง	97	53.3
บัตรประชาชน	14	7.7
บัตรผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียน	1	0.5

4.4.4 ความคิดเห็นของแรงงานต่อมาตรการพิสูจน์สัญชาติ

มากกว่าร้อยละ 90 ของกลุ่มตัวอย่างที่จดทะเบียน หรือรอพิสูจน์สัญชาติ หรือผ่านการพิสูจน์สัญชาติแล้ว เห็นประโยชน์ของมาตรการพิสูจน์สัญชาติที่รัฐบาลไทยนำมาใช้ในการบริหารจัดการแรงงาน โดยเมื่อสอบถามความคิดเห็นเป็นรายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 80.0 มองมาตรการนี้ในเชิงบวก กล่าวคือ เห็นว่าการผ่านกระบวนการพิสูจน์สัญชาติ ทำให้แรงงานหางานทำได้ง่ายขึ้นมีร้อยละ 98.0 เห็นว่า ทำให้แรงงานข้ามชาติมีงานหรือได้ทำงานที่มีความมั่นคงมากขึ้น มีร้อยละ 91.4 เห็นว่ามาตรการดังกล่าวทำให้แรงงานเดินทางออกนอกที่ทำงานอย่างรู้สึกปลอดภัยมีร้อยละ 94.7 และเห็นว่าทำให้แรงงานข้ามชาติได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วยมีร้อยละ 89.5 อย่างไรก็ตาม มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 46.1 ยังเห็นว่ามาตรการพิสูจน์สัญชาติทำให้ชีวิตยุ่งยากมากขึ้น และมากกว่าร้อยละ 60.0 เห็นว่ามาตรการนี้เพิ่มภาระทางด้านการเงินแก่แรงงาน (ตาราง 4.6)

ตาราง 4.6: ความคิดเห็นต่อการใช้มาตรการพิสูจน์สัญชาติ

ความคิดเห็นต่อการใช้มาตรการพิสูจน์สัญชาติ (เฉพาะผู้ที่จดทะเบียน รอพิสูจน์สัญชาติ และพิสูจน์สัญชาติแล้ว n = 152 คน)	จำนวน	ร้อยละ
ทำให้หางานได้ง่ายขึ้น	149	98.0
ทำให้ออกนอกที่ทำงานอย่างรู้สึกปลอดภัย	144	94.7
ทำให้มีงานหรือได้ทำงานที่มีความมั่นคงมากขึ้น	139	91.4
ทำให้ได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย	136	89.5
ทำให้สิ้นเปลืองเงินทองและเป็นภาระทางการเงิน	96	63.2
ทำให้ชีวิตยุ่งยากมากขึ้น	70	46.1

4.4.5 สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและผลกระทบต่อการทำงาน (n=180)

ร้อยละ 68.7 ของกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่า ตนเองเคยมีปัญหาสุขภาพ กลุ่มอาการเจ็บป่วยที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 รายงานว่าเกิดขึ้นกับตน ได้แก่ เป็นไข้หวัด เวียนหัว/ปวดหัว ปวดหลัง/ปวดบั้นเอว โดยพบในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 63.2, 72.0 และ 60.0 ตามลำดับ (ตาราง 4.7)

ตาราง 4.7: การมีปัญหาสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ

การมีปัญหาสุขภาพ (ที่เป็นบ่อยๆ ในรอบหนึ่งเดือน)	จำนวน	ร้อยละ
การมีปัญหาสุขภาพ (n=182 คน)		
ไม่มีปัญหาสุขภาพ	57	31.3
มีปัญหาสุขภาพ	125	68.7
ประเภทของปัญหาสุขภาพ (ที่เป็นบ่อยๆ ในรอบหนึ่งเดือน) (n = 125 คน ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ถูกของมีคมบาดจากการทำงาน	7	5.6
อุบัติเหตุจากกรด สารเคมี เครื่องมือ	3	2.4
เป็นไข้หวัด	79	63.2
เวียนหัว/ปวดหัว	90	72.0
ปวดหลัง/ปวดบั้นเอว	75	60.0
ถูกสัตว์มีพิษกัดต่อย	1	0.8
ปัญหาเกี่ยวกับการหายใจเนื่องมาจากกลิ่นของน้ำยาเคมี	3	2.4

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 67.2 รายงานว่าเคยหยุดงานเพราะเจ็บป่วย ส่วนใหญ่คือร้อยละ 67.1 บอกว่าหยุดงานเพราะป่วยในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา (นับ ณ วันที่สัมภาษณ์) โดยพบว่าระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างหยุดงานในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา เพราะว่าเจ็บป่วย ดังนี้ ร้อยละ 45.8 หยุดงาน 2 วัน ร้อยละ 19.3 หยุดงาน 3 - 4 วัน และร้อยละ 18.1 หยุดงาน 1 วัน (ตาราง 4.8) ข้อมูลเหล่านี้สะท้อนให้เห็นสถานการณ์ด้านสุขภาพของแรงงาน ซึ่งพบว่า แรงงานอาจเจ็บป่วยบ้าง แต่ไม่ได้เป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง จนส่งผลกระทบต่อการทำงานและการใช้ชีวิตประจำวันมากนัก ส่วนหนึ่งเพราะว่าแรงงานเหล่านี้ยังอยู่ในวัยฉกรรจ์ มีปัญหาด้านสุขภาพน้อย ซึ่งสถานการณ์ด้านปัญหาสุขภาพที่ไม่รุนแรงในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ เป็นเหตุผลหนึ่งที่แรงงานเหล่านี้ไม่ให้ความสำคัญกับการเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพเท่าที่ควร หากไม่มีมาตรการบังคับให้เข้าสู่ระบบ

ส่วนวิธีการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ หรือร้อยละ 49.5 เลือกดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย คือ การไปพบแพทย์ มีร้อยละ 25.3 ไปซื้อยาที่ร้านขายยามารับประทาน ร้อยละ 23.8 ที่จะหายารับประทานและพักผ่อน ในด้านความมั่นใจว่าตนเองสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย พบว่า ร้อย 97.8 มั่นใจว่าตนเองจะสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย บริการหรือสถานบริการยอดนิยมของแรงงานข้ามชาติในจังหวัดคือ โรงพยาบาลของรัฐ รองลงมาคือสถานีอนามัย คลินิกเอกชน และร้านขายยา ตามลำดับ (ตาราง 4.8)

ตาราง 4.8: การหยุดงานเนื่องจากปัญหาสุขภาพและการดูแล

การหยุดงานเนื่องจากปัญหาสุขภาพ (เฉพาะผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ n = 125 คน)	**จำนวน**	**ร้อยละ**
เคยหยุดงานเนื่องจากปัญหาสุขภาพ		
เคย	84	67.2
ไม่เคย	41	32.8
ครั้งสุดท้ายที่หยุดงานเนื่องจากปัญหาสุขภาพ (เฉพาะผู้ที่มีปัญหาสุขภาพและเคยหยุดงาน n = 84 คน; โดยมีผู้ไม่ตอบ 9 คน)		
1 เดือนที่ผ่านมา	51	67.1
6 เดือนที่ผ่านมา	16	21.1
1 ปีที่ผ่านมา	5	6.6
1 - 3 ปีที่ผ่านมา	3	3.9
มากกว่า 3 ปี	1	1.3

ตาราง 4.8: การหยุดงานเนื่องจากปัญหาสุขภาพและการดูแล (ต่อ)

การหยุดงานเนื่องจากปัญหาสุขภาพ (เฉพาะผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ n = 125 คน)	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่หยุดงานครั้งสุดท้ายเนื่องจากปัญหาสุขภาพ (เฉพาะผู้ที่มีปัญหาสุขภาพและเคยหยุดงาน N = 84 คน; โดยมีผู้ไม่ตอบ 1 คน)		
ครึ่งวัน	1	1.2
1 วัน	15	18.1
2 วัน	38	45.8
3 - 4 วัน	16	19.3
1 สัปดาห์	7	8.4
2 - 3 สัปดาห์	1	1.2
1 เดือน	3	3.6
2 เดือน	2	2.4
วิธีการดูแลรักษาตัวเองเมื่อเจ็บป่วย (เฉพาะผู้ที่มีปัญหาสุขภาพและเคยหยุดงาน n = 84 คน; โดยมีผู้ไม่ตอบ 4 คน)		
พักผ่อนอย่างเดียว	1	1.5
รับประทานยา และพักผ่อน	16	23.8
หาหมอ ไม่ต้องนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล	40	59.5
หาหมอ ต้องนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล	6	8.9
ซื้อยาที่ร้านขายยา	17	25.3
ความมั่นใจในการเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย		
คิดว่าเข้าถึงได้	176	97.8
คิดว่าเข้าถึงไม่ได้	4	2.2
บริการ/สถานบริการที่แรงงานเข้าถึง (เฉพาะผู้ที่มั่นใจว่าสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยได้ n = 176 คน)		
หมอแผนโบราณ	10	5.7
สถานีอนามัย	112	63.6
โรงพยาบาลของรัฐ	146	83.0
คลินิกเอกชน	109	61.9
โรงพยาบาลเอกชน	34	19.3
ร้านขายยา	90	51.1
คลินิกองค์กรพัฒนาเอกชน	4	2.3

4.4.6 การเข้าถึงประกันสังคมและบัตรประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ

เมื่อพิจารณาถึงประวัติของการมีประกันสุขภาพ ในขณะที่มาทำงานในประเทศไทยในอดีตของแรงงานที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ร้อยละ 20.9 ไม่เคยมีประกันสุขภาพแบบใดมาก่อนเลย โดยที่แรงงานส่วนใหญ่ ร้อยละ 72.0 เคยซื้อบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขทั้งที่ได้มาพร้อมกับบัตรอนุญาตทำงานและซื้อเอง ในขณะที่คนซึ่งเคยมีประกันสังคมมาก่อนมีเพียงร้อยละ 15.0 เท่านั้น (ตาราง 4.9)

ส่วนประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน พบว่า ณ วันที่ทำการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 35.0 ยังไม่ได้อยู่ในระบบประกันสุขภาพแบบใดแบบหนึ่ง และร้อยละ 65.0 กำลังอยู่ในระบบประกันสุขภาพแบบใดแบบหนึ่ง โดยกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพ ประเภทบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้มาพร้อมใบอนุญาตทำงานมีอยู่ ร้อยละ 45.6 ผู้ที่ถือบัตรประกันสุขภาพที่ซื้อเองจากโรงพยาบาลของรัฐ มีร้อยละ 6.7 หรืออาจกล่าวนัยหนึ่งว่า เป็นผู้ถือบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 52.3 ส่วนคนที่มีบัตรประกันสังคมพบเพียงร้อยละ 14.4 เมื่อสอบถามถึงค่าใช้จ่ายในการซื้อประกันสุขภาพ แรงงานที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพไม่ว่าระบบใด จะมีค่าใช้จ่ายต่อปีโดยเฉลี่ยสำหรับการประกันสุขภาพของตน ซึ่งรวมค่าตรวจร่างกายด้วยประมาณ 2,773.72 บาทต่อปี (ตาราง 4.9)

จากข้อมูลประกันสุขภาพที่เคยมี และมีอยู่ในปัจจุบันนั้น จะเห็นว่ามีแรงงานที่ไม่มีประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.9 เป็นร้อยละ 35.0 และบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขลดลงจากร้อยละ 72.0 เหลือร้อยละ 52.3 ในขณะที่ประกันสังคมแทบจะไม่เปลี่ยนแปลง ทั้งนี้เนื่องจากแรงงานมักจะไม่ต่อประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขในปีที่สอง ดังที่กล่าวมาก่อนหน้านี้ จึงทำให้สัดส่วนของผู้ที่เคยมีบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขลดลงและสัดส่วนของการไม่มีบัตรสุขภาพสูงขึ้น ส่วนประกันสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงน้อยมากนั้น สะท้อนให้เห็นว่าระบบประกันสังคมนั้น เป็นภาคบังคับสำหรับแรงงานที่อยู่ในระบบ จึงทำให้เป็นระบบที่มั่นคงมากกว่า

นอกจากนั้น การที่สัดส่วนของแรงงานที่ไม่มีประกันสุขภาพสูงขึ้น เนื่องจากการทำบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขไม่มีสภาพบังคับ เพราะเป็นแค่นโยบาย จึงทำให้แรงงานจำนวนมากขาดข้อมูล และหลีกเลี่ยงการซื้อบัตรประกันสุขภาพอย่างรู้เท่าไม่ถึงการณ์ กรณีนี้มักเกิดขึ้นเมื่อแรงงานไปรับการตรวจสุขภาพประจำปีจากโรงพยาบาลเอกชน เพื่อนำไปรับรองไปต่ออายุใบอนุญาตทำงาน เพราะแรงงานสามารถไปตรวจสุขภาพ ซึ่งตรวจที่โรงพยาบาลไหนก็ได้ ทางโรงพยาบาลที่รับตรวจสุขภาพ โดยเฉพาะของเอกชนจะไม่ถามแรงงานว่าจะทำบัตรประกันสุขภาพด้วยหรือไม่ เนื่องจากโรงพยาบาลเอกชนไม่มีสิทธิขายบัตรประกันสุขภาพ นอกจากนี้ สำนักงานจัดหางานก็ไม่ได้สนใจถามว่าทำบัตรประกันสุขภาพมาแล้วหรือไม่ ดูแค่ว่าผ่านการตรวจสุขภาพเท่านั้น ช่องว่างนี้ส่งผลต่อการเข้าถึงประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ

ส่วนช่องว่างการประกันสุขภาพระหว่างรอรับรองสิทธิประกันสังคม ทำให้แรงงานไม่มีประกันสุขภาพในช่วงเวลาดังกล่าว แม้ว่า กระทรวงสาธารณสุขจะมีการประกันสุขภาพสำหรับช่วงเวลาดังกล่าว แต่แรงงานนายจ้างพยายามหลีกเลี่ยงการประกันสุขภาพ บางครั้งหากป่วยไปโรงพยาบาลจึงต้องจ่ายเงินเอง และไม่สามารถกลับมาเบิกกับนายจ้างไม่ได้

ตาราง 4.9: ประเภทของประกันสุขภาพที่เคยมีและมีในปัจจุบัน

ประเภทของประกันสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทของประกันสุขภาพที่เคยมี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่เคยมีประกันสุขภาพใดเลย	38	20.9
ประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้มาพร้อมกับบัตรอนุญาตทำงาน	114	62.6
ประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข/โรงพยาบาลรัฐที่ซื้อเอง	17	9.4
ประกันสังคม	27	15.0
ประเภทของประกันสุขภาพที่มีในปัจจุบัน (n = 180; ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่มีประกันสุขภาพใดเลย	63	35.0
ประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้มาพร้อมกับบัตรอนุญาตทำงาน	82	45.6
ประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข/โรงพยาบาลรัฐที่ซื้อเอง	12	6.7
ประกันสังคม	26	14.4
ค่าใช้จ่ายต่อปีโดยเฉลี่ยสำหรับการประกันสุขภาพ	2,773.72 บาทต่อปี	

ส่วนเหตุผลที่พบว่า แรงงานข้ามชาติเข้าอยู่ในระบบบัตรประกันสุขภาพในสัดส่วนที่สูงกว่าระบบบัตรประกันสังคม เพราะว่าแรงงานเหล่านี้มักเป็นแรงงานที่ถูกจ้างโดยผู้ประกอบการของธุรกิจขนาดเล็ก เช่น โรงงานทำเสา หรือบล็อกคอนกรีต ร้านขายของ ร้านขายอาหาร เป็นต้น สถานประกอบการเหล่านั้น จึงไม่ค่อยเป็นธุระพาแรงงานไปจดทะเบียน ขอใบอนุญาตทำงานและทำประกันสุขภาพ แรงงานเดินเข้าไปสมัครงานตามสถานประกอบการเหล่านั้น ด้วยตัวเองโดยไม่ผ่านนายหน้า ฝ่ายนายจ้างก็จะดูเพียงว่าแรงงานมีใบอนุญาตทำงานที่ยังไม่หมดอายุมาหรือไม่ ถ้ามีก็จะรับเข้าทำงานทันที แต่ถ้าไม่มีก็ปฏิเสธการจ้างเพราะกลัวทำผิดกฎหมาย และลักษณะการจ้างเป็นการจ้างรายวัน หากหยุดงานก็ไม่ได้รับค่าจ้าง ผู้ประกอบการไม่ได้สนใจว่าแรงงานจะซื้อบัตรประกันสุขภาพหรือไม่

ในธุรกิจขนาดกลาง พบว่า ผู้ประกอบการบางแห่งทำประกันสังคมให้กับแรงงานข้ามชาติ ที่เป็นพนักงานประจำเท่านั้น ส่วนแรงงานที่ไม่ได้จ้างประจำหรือเป็นลูกจ้างชั่วคราวก็ให้คำแนะนำให้ไปซื้อบัตรประกันสุขภาพแทน โดยที่แรงงานเป็นผู้จ่ายเงินในส่วนนี้เองทั้งหมด ในธุรกิจการก่อสร้าง พบว่า แรงงานส่วนใหญ่อยู่ในระบบประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ยกเว้นตำแหน่งบางตำแหน่งที่เป็นลูกจ้างประจำของบริษัทนายที่จ้างจะนำเข้าประกันสังคม ซึ่งมีเพียงไม่กี่ตำแหน่ง เช่น ตำแหน่งแม่บ้านของบริษัท หรือตำแหน่งโฟร์แมนบางคน

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ประกอบการธุรกิจขนาดกลาง พบผู้ประกอบการ 2 ราย ที่สนับสนุนให้แรงงานข้ามชาติ ซึ่งทำงานกับตนให้เข้าอยู่ในระบบประกันสังคม โดยผู้ประกอบการคนหนึ่งจ่ายสมทบเฉพาะในส่วนของนายจ้าง และผู้ประกอบการอีกคนหนึ่งจ่ายทั้ง 100 เปอร์เซ็นต์ คือจ่ายในส่วนของลูกจ้างให้ด้วย เหตุผลสำคัญที่สนับสนุนให้แรงงานเข้าประกันสังคมของผู้ประกอบการทั้ง 2 ราย คือ เห็นว่าแรงงานสามารถไปใช้บริการในคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชนที่อยู่ใกล้โรงงานได้ ซึ่งทำให้ไม่เป็นภาระกับตัวแรงงานและผู้ประกอบการในการเดินทางไปรับบริการ ตลอดจนเห็นว่าคลินิกและโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นคู่สัญญากับประกันสังคมให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้บริการมากกว่า เพราะว่าไม่ต้องไปต่อคิวนานเหมือนเช่นที่ไปรับบริการในโรงพยายาบาลของรัฐ อีกทั้งนายจ้างไม่ต้องกังวลใจในเรื่องการรับภาระต่างๆ ในการรักษาพยาบาล หากเกิดกรณีแรงงานประสบอุบัติเหตุจากการทำงานหรือเจ็บป่วย ประการสุดท้าย เห็นว่าระบบประกันสังคมดูแลสิทธิที่ครอบคลุมมากกว่า ทำให้แรงงานได้ประโยชน์มากกว่า เช่น การได้รับเงินสวัสดิการบุตร เงินเกษียณ เป็นต้น

ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับเหตุผลซึ่งทำให้แรงงานบางส่วนไม่ได้เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพระบบใดระบบหนึ่ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่อยู่ในระบบประกันสุขภาพระบบใดเลยส่วนใหญ่ ร้อยละ 57.4 ให้เหตุผลว่า เพราะราคาแพงหรือไม่มีเงินซื้อ ร้อยละ 14.8 เห็นว่า ไม่รู้ว่าทำประกันสุขภาพ/เข้าประกันสังคมกันที่ไหน/อย่างไร และร้อยละ 13.1 ไม่เห็นความสำคัญ/ ไม่เห็นความจำเป็นของการมีประกันสุขภาพ ตามลำดับ มีร้อยละ 8.2 ตอบว่า ไม่เคยรู้จักประกันสุขภาพ/ประกันสังคม ในขณะที่เหตุผลอื่นๆ ของแรงงานบางส่วน คือ ตอบว่าเป็นเพราะว่านายจ้างไม่ให้ทำ และบางส่วนบอกว่าไม่มีสิทธิ์ซื้อประกัน/เข้าประกันสังคม รวมทั้งโรงพยาบาล/ สถานบริการสุขภาพไม่ให้ทำ (ตาราง 4.10) นอกจากนั้น ข้อมูลเชิงคุณภาพยังพบว่าแรงงานขาดหลักฐานที่จะนำไปซื้อบัตรประกันสุขภาพ ไม่มีเวลาไปทำ เพิ่งเข้ามาทำงาน และมาไม่ทันช่วงเวลาที่เปิดให้ทำบัตร จึงทำให้ไม่มีประกันสุขภาพ

ตาราง 4.10: เหตุผลของการไม่มีประกันสุขภาพ

เหตุผลของการไม่มีประกันสุขภาพ (เฉพาะผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพใดเลย ในปัจจุบัน n = 61 คน;	**จำนวน**	**ร้อยละ**
ราคาแพง/ ไม่มีเงิน	35	57.4
ไม่รู้ว่าทำประกันสุขภาพ/เข้าประกันสังคมกันที่ไหน/ทำอย่างไร	9	14.8
ไม่สำคัญ/ ไม่จำเป็น	8	13.1
ไม่รู้/ไม่ทราบ (ไม่ตอบเหตุผล)	7	11.5
ไม่มีสิทธิ์ซื้อประกัน/เข้าประกันสังคม	6	9.8
ไม่รู้จักประกันสุขภาพ/ประกันสังคม	5	8.2
นายจ้างไม่ให้ทำ	5	8.2
โรงพยาบาล/ สถานบริการสุขภาพไม่ให้ทำ	4	6.6

เมื่อสอบถามแรงงานข้ามชาติ ที่ไม่มีประกันสุขภาพในระบบใดเลยว่า พวกเขาตั้งใจหรือคิดจะซื้อบัตรประกันสุขภาพ หรือเข้าสู่ระบบประกันสังคม ภายใน 1 ปี นับจากวันที่ได้ให้สัมภาษณ์ หรือไม่ พบว่า เกือบครึ่งหรือร้อยละ 49.2 ให้คำตอบว่าคิดจะซื้อบัตรประกันสุขภาพ หรือเข้าสู่ระบบประกันสังคม ในขณะที่ร้อยละ 36.1 ตอบว่ายังไม่แน่ใจ ร้อยละ 4.9 คิดว่าจะไม่ซื้อบัตรประกันสุขภาพหรือเข้าสู่ระบบประกันสังคม (ตาราง 4.11)

ตาราง 4.11: ความตั้งใจที่จะเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพของแรงงานที่ยังไม่มีประกันสุขภาพ

ความตั้งใจที่จะเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพของแรงงานที่ยังไม่มีประกันสุขภาพ (ความตั้งใจภายใน 1 ปี นับจากวันที่ให้สัมภาษณ์) (n = 61 คน; โดยมีผู้ไม่ตอบ 2 คน)	จำนวน	ร้อยละ
1. ซื้อ/เข้า	30	49.2
2. ไม่ซื้อ/ไม่เข้า	3	4.9
3. ไม่แน่ใจ	22	36.1
97. ไม่รู้/ ไม่ทราบ	4	9.9
รวม	**61**	**100.0**

4.4.7 การรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพที่ตนเองมี

กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในประกันสุขภาพไม่ว่าในระบบใด ร้อยละ 91.8 ทราบหรือมีข้อมูลเกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์ที่ตนเองจะได้รับ และเมื่อพิจารณาการรับทราบถึงข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์เป็นรายข้อ พบว่า ประเภทสิทธิประโยชน์ 3 อันดับแรกที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ค่อยทราบว่าตนมีสิทธิ์ใช้ได้ คือ สิทธิในการได้รับยาต้านไวรัสกรณีเป็นผู้อยู่กับเชื้อเอชไอวี สิทธิในการเข้ารับการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายแพง เช่น โรคไต เป็นต้น และสิทธิในการฉีดวัคซีนให้บุตร ส่วนสิทธิประโยชน์ที่แรงงานส่วนใหญ่ทราบว่าตนมีสิทธิใช้ 3 อันดับแรก ได้แก่ สิทธิในการเข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยไม่มาก(เป็นผู้ป่วยนอก) สิทธิในการนอนโรงพยาบาล(ผู้ป่วยใน) และสิทธิในการเข้ารับการดูแลในขณะตั้งครรภ์ คลอด และการดูแลหลังคลอดฟรี (ตาราง 4.12)

แม้ว่า แรงงานที่ซื้อประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขเองจะรายงานว่า ตนเองทราบเกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์ในประกันสุขภาพที่ตนเองมีมากที่สุด รองลงมาคือ แรงงานที่มีประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้มาพร้อมกับบัตรอนุญาตทำงาน และประกันสังคม ตามลำดับ แต่เมื่อพิจารณาถึงความรู้เรื่องชุดสิทธิประโยชน์ว่ามีความครอบคลุมมากน้อยแค่ไหนก็พบว่า ผู้ที่อยู่ในประกันสังคมมีความรู้เรื่องชุดสิทธิประโยชน์ว่ามีความครอบคลุมมากมากที่สุด รองลงมา คือระบบประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้มาพร้อมกับบัตรอนุญาตทำงาน และแรงงานที่ซื้อประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ตามลำดับ (ตาราง 4.12)

ตาราง 4.12: ทราบข้อมูลเรื่องชุดสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพที่ตนเองมีอยู่

ทราบข้อมูลเรื่องชุดสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพที่ตนเองมีอยู่ (เฉพาะผู้ที่มีประกันสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง n = 119 คน)	**ประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้มาพร้อมกับบัตรอนุญาตทำงาน** (n = 82)	**ประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข/โรงพยาบาลรัฐที่ซื้อเอง** (n = 12)	**ประกันสังคม** (n = 26)	**รวม** (n = 119)
ไม่ทราบเกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์ในประกันสุขภาพที่ตนเองมีเลย	8.5	0.0	15.4	9.2
ทราบเกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์ในประกันสุขภาพที่ตนเองมี	91.5	100.0	84.6	91.8
สิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพที่ทราบ (เฉพาะผู้ที่มีประกันสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง และทราบเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ n = 108 คน ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	n = 82	n = 12	n = 26	n = 108
สิทธิในการรักษาพยาบาลเจ็บป่วยเล็กน้อย (ผู้ป่วยนอก)	72.0	100.0	50.0	77.8
สิทธิในการนอนโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน)	58.5	58.3	61.5	66.7
สิทธิการฝากท้อง/ คลอดบุตร/ ดูแลหลังคลอด	54.9	50.0	57.7	61.1
สิทธิรักษาการบาดเจ็บ อุบัติเหตุจากการทำงาน	47.6	33.3	65.4	53.7
สิทธิการทำฟัน/ทันตกรรม	32.9	50.0	19.2	34.3
สิทธิได้รับบริการการส่งเสริมสุขภาพ/ควบคุมป้องกันโรค	26.8	0.0	53.8	33.3
สิทธิการฉีดวัคซีนให้บุตร	19.5	0.0	30.8	22.2
สิทธิการรักษาที่มีราคาแพงมากๆ	20.7	0.0	23.1	21.3
สิทธิได้รับยาต้านไวรัส ARV หากติดเชื้อเอชไอวี	7.3	0.0	26.9	12.0

ข้อมูลเชิงปริมาณดังกล่าว สอดคล้องกับข้อมูลที่มาจากการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึกกับแรงงานข้ามชาติในพื้นที่ โดยพบว่า แรงงานมีความรู้ความเข้าใจในสิทธิประโยชน์ที่ตนเองจะได้รับจากการซื้อประกันสุขภาพค่อนข้างจำกัด หลายคนซื้อเพราะคิดว่าถูกบังคับให้ซื้อ แต่ก็มีบางรายที่ซื้อเพราะเห็นประโยชน์ว่า ถ้าหากเจ็บป่วยรุนแรงหรือเวลาคลอดลูกต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงจะได้ใช้ประโยชน์ แต่ก็มองไม่เห็นประโยชน์ในกรณีเกิดเจ็บป่วยเล็กน้อย เพราะว่าหากเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น เป็นไข้หวัด ปวดหัว ตัวร้อน แรงงานส่วนมากจะไปหาหมอที่คลินิกเอกชนโดยจ่ายเงินเอง บางส่วนซื้อยามารับประทาน เพราะเหตุผลที่ว่ารวดเร็วกว่า ไม่ต้องไปเข้าคิวรอที่โรงพยาบาล การไปโรงพยาบาลของรัฐต้องเสียเวลาทั้งวัน ต้องหยุดงาน ซึ่งทำให้ขาดรายได้ หลายคนคิดว่าซื้อบัตรประกันสุขภาพ หรือเข้าประกันสังคม จะเอาไว้ใช้ประโยชน์เฉพาะเวลาเจ็บป่วยหนักๆ หรือเมื่อคลอดลูกเป็นหลักเท่านั้น ตัวอย่างเช่น แรงงานชายชาวไทใหญ่คนหนึ่งที่ตัดสินใจเลือกเข้าระบบประกันสังคม บอกว่า

> “ไม่เคยได้ใช้เลยครับ ตั้งแต่ที่ทำสองปีมาแล้ว ถ้าป่วยก็ไปคลินิกเท่านั้น รวดเร็วทันใจดีถ้าไปใช้ประกันจะต้องได้รอเป็นวันๆ แม้จะมีคลินิกที่เป็นสาขาของโรงพยาบาลแต่ผมไม่เคยไปใช้ การรักษาที่โรงพยาบาลจริงๆ ไม่เคยมี จะมีบ้างก็ตอนที่ตรวจเลือดต่อวีซ่าเท่านั้น”

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ ยังชี้ให้เห็นถึงการขาดข้อมูลในเรื่องชุดสิทธิประโยชน์ของประกันสุขภาพในแต่ละระบบ ซึ่งจากการสัมภาษณ์ พบว่า แรงงานไม่อยากเข้าประกันสังคม แต่ถูกนายจ้างบังคับให้เข้า แรงงานส่วนหนึ่งที่ไม่อยากเข้าประกันสังคมให้เหตุผลว่า ไม่อยากถูกหักเงินทุกเดือน และคิดว่าจะไม่ได้เงินคืน เพราะไม่รู้ว่าตนเองจะได้อยู่ในประเทศไทยนานแค่ไหน บางคนก็อยากยกเลิก แต่ถ้ายกเลิกก็จะไม่มีบัตรอะไรเลย จำใจต้องยอม

นอกจากนั้น ยังพบอีกว่าผู้ประกอบการไม่ค่อยให้ข้อมูลข่าวสารที่ครบถ้วนเกี่ยวกับการประกันสุขภาพทั้งสองระบบแก่แรงงาน ในส่วนของแรงงานข้ามชาติเอง พบว่า ไม่มีช่องทางอื่นใดที่จะเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเรื่องการประกันตน การต่ออายุใบอนุญาตทำงาน และการขึ้นทะเบียนแรงงาน ถึงแม้ว่า จะมีรายการวิทยุเกี่ยวกับแรงงานข้ามชาติในคลื่นวิทยุชุมชนของจังหวัดเป็นภาษาไทใหญ่ ซึ่งดำเนินการโดยองค์พัฒนาเอกชนแห่งหนึ่ง แต่แรงงานส่วนใหญ่ไม่มีเวลาว่างในการเปิดรับฟังข่าวสารทางวิทยุ เนื่องจากต้องทำงาน ส่วน อสต. ก็มุ่งเน้นให้ข้อมูล และจัดอบรมเฉพาะความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและเอดส์ให้แก่แรงงาน ส่วนหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้โดยตรงทำการประชาสัมพันธ์เฉพาะผ่านนายจ้างเท่านั้น ทำให้แรงงานส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องระบบประกันสุขภาพทั้งสองระบบ ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติต่อการเข้าไม่ถึงหลักประกันสุขภาพของแรงงานอย่างชัดเจน

4.4.8 ความพึงพอใจในบริการสุขภาพเมื่อไปใช้สิทธิในประกันสุขภาพที่แรงงานมีอยู่และการเข้าถึง

แรงงานข้ามชาติที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20.9 บอกว่า ไม่เคยมีประกันสุขภาพประเภทใดมาก่อนเลย ร้อยละ 2.7 มีประกันสุขภาพแต่ไม่เคยไปใช้บริการ ส่วนที่ตอบว่ามีประกันสุขภาพและเคยไปใช้บริการตามสิทธิอย่างน้อย 1 ครั้งมีอยู่ร้อยละ 75.3 โดยผู้ที่เคยมีบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ที่ซื้อเองเคยใช้บริการสูงสุด คือร้อยละ 94.1 รองลงมา คือผู้ที่เคยมีประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้มาพร้อมกับบัตรอนุญาตทำงาน ร้อยละ 93.9 และผู้ที่เคยมีประกันสังคมมีประสบการณ์ไปใช้บริการ ร้อยละ 81.5 (ตาราง 4.13)

ตาราง 4.13: การมีประกันสุขภาพและประสบการณ์การไปใช้บริการ

การมีประกันสุขภาพและประสบการณ์การไปใช้บริการ	จำนวน	ร้อยละ
การมีประกันสุขภาพและประสบการณ์การไปใช้บริการ		
ไม่มี/ไม่เคยมีประกันสุขภาพ	38	20.9
มีประกันสุขภาพแต่ไม่เคยใช้	5	2.7
มีประกันสุขภาพและเคยใช้ (อย่างน้อย 1 ครั้ง)	137	75.3
ไม่ตอบ	2	1.1
ประเภทของประกันสุขภาพที่แรงงานเคยไปใช้บริการ (เฉพาะผู้ที่เคยมีประกันสุขภาพแต่ละประเภทและเคยใช้ (อย่างน้อย 1 ครั้ง)		
ประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้มาพร้อมกับบัตรอนุญาตทำงาน (n = 114)	107	93.9
ประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลรัฐที่ซื้อเอง (n = 17)	16	94.1
ประกันสังคม (n = 27)	22	81.5

ในด้านความพึงพอใจ หลังจากไปใช้บริการ พบข้อมูลดังนี้ แรงงานที่เคยไปใช้บริการประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้มา พร้อมกับบัตรอนุญาตทำงานส่วนใหญ่ ร้อยละ 38.3 มีความพึงพอใจในการให้บริการในระดับค่อนข้างมากถึงมากที่สุด ในขณะที่ร้อยละ 40.2 บอกว่า รู้สึกเฉยๆ และเพียงร้อยละ2.8 ไม่พอใจเลย ส่วนแรงงานที่เคยไปใช้บริการประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่ซื้อเอง ร้อยละ 75.0 มีความพึงพอใจในการให้บริการในระดับค่อนข้างมากถึงมากที่สุด ส่วนแรงงานที่เคยไปใช้บริการประกันสุขภาพของประกันสังคม ร้อยละ 40.0 รู้สึกพึงพอใจในการให้บริการในระดับค่อนข้างมากถึงมากที่สุด (ตาราง 4.14) และเมื่อเปรียบเทียบกับความพึงพอใจในการให้บริการของระบบบริการทั้ง 3 ระบบ ปรากฏว่า แรงงานที่มีประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข/โรงพยาบาลรัฐที่แรงงานซื้อเอง มีความพอใจในระดับมากที่สุดในบริการในสัดส่วนที่สูง แต่ด้วยจำนวนผู้อยู่ในระบบที่น้อยมาก จึงไม่สามารถบอกในเชิงเปรียบเทียบได้ว่า แรงงานส่วนใหญ่พึงพอใจกับประกันสุขภาพประเภทไหนมากกว่ากัน

ข้อมูลเชิงคุณภาพชี้ว่า แรงงานข้ามชาติยังรู้สึกว่า พวกเขายังคงถูกเลือกปฏิบัติเวลาไปใช้บริการที่โรงพยาบาล เช่น เจ้าหน้าที่พูดจาไม่ดี ให้บริการไม่ดี ตัวอย่างเช่น แรงงานชายคนหนึ่งกล่าวว่า

> “ก็อาจจะรู้สึกนิดๆ หน่อยๆ เพราะเราไม่ใช่คนของเขา เขาจะบริการคนไทยดีกว่าเรา อาจดูแลเราแค่ยี่สิบเปอร์เซ็นต์ แต่ดูแลคนไทยแปดสิบเปอร์เซ็นต์” ในขณะที่บางคนบอกว่า “จะเข้าโรงพยาบาล [ของรัฐ] มากกว่า เพราะถูกกว่า และทำใจเรื่องของการบริการของพยาบาลและการต่อคิวไว้ ส่วนคลินิกแพงเกินไป”

ตาราง 4.14: ประเภทของประกันสุขภาพที่ไปใช้บริการและความพึงพอใจ

ประเภทของประกันสุขภาพที่ไปใช้บริการ	ไม่พึงพอใจเลย	พึงพอใจบ้าง	เฉยๆ	พึงพอใจค่อนข้างมาก	พึงพอใจมากที่สุด
1. ประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้มาพร้อมกับบัตรอนุญาตทำงาน (n = 107 คน)	2.8	11.2	40.2	10.3	28.0
2. ประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข/โรงพยาบาลรัฐที่ซื้อเอง (n = 16 คน)	0.0	0.0	18.75	37.5	37.5
3. ประกันสังคม (n = 20 คน ไม่ตอบ 2 คน)	35.0	0	5.0	5.0	35.0

4.3.9 ความคาดหวังของแรงงานข้ามชาติต่อระบบประกันสุขภาพที่รัฐบาลไทยนำมาใช้

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 80 เห็นความสำคัญ/ความจำเป็นของการมีประกันสุขภาพ โดยร้อยละ 60.9 เห็นว่าจำเป็นมาก และร้อยละ 20.7 เห็นว่าจำเป็นมากที่สุด ในขณะที่ประมาณ ร้อยละ 18 ไม่เห็นความจำเป็นของการมีประกันสุขภาพ (รู้สึกเฉยๆ ไม่จำเป็นและไม่จำเป็นเลย) ส่วนประเด็นคำถามที่ว่า ระบบประกันสุขภาพประเภทไหนที่พวกเขามีความเห็นว่า มีความเหมาะสม/สอดคล้องกับความต้องการของตนเองมากที่สุด พบว่า ร้อยละ 58.1 เห็นว่า ประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้มาพร้อมกับบัตรอนุญาตทำงานนั้น เหมาะสมกับตนเองมากที่สุด ถัดมาร้อยละ 16.2 เป็นกลุ่มที่เห็นว่า บัตรประกันสังคมเหมาะสมกับตนเองมากที่สุด มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 6.1 เห็นว่าระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ในขณะนี้ ไม่มีความเหมาะสมกับตนเองเลย ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกชี้ว่า แรงงานส่วนหนึ่งเห็นว่า ระบบประกันสุขภาพแรงงานที่มีอยู่ในปัจจุบันเหมาะสม หรือดีในระดับพอใช้ โดยเห็นว่าประกันสังคมไม่มีข้อเสีย เพราะจ่ายน้อยแต่ใช้สิทธิได้เยอะ แต่ยังมีปัญหาในเรื่องไม่ให้ซื้อประกันให้กับผู้ติดตาม

ตาราง 4.15: การเห็นความสำคัญของการประกันสุขภาพ และระบบประสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับแรงงานข้ามชาติ

การเห็นความสำคัญ/ความจำเป็นของการประกันสุขภาพ (n = 179; ไม่ตอบ 3)	จำนวน	ร้อยละ
ไม่จำเป็นเลย	5	2.8
ไม่จำเป็น	13	7.3
เฉยๆ/ มีก็ดี ไม่มีก็ได้	14	7.8
จำเป็นมาก	109	60.9
จำเป็นมากที่สุด	37	20.7
ไม่รู้/ ไม่ทราบ	1	0.6
ประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้มาพร้อมกับบัตรอนุญาตทำงาน	104	58.1
ประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข/โรงพยาบาลรัฐที่ซื้อเอง	17	9.5
ประกันสังคม	29	16.2
ประกันสุขภาพเอกชนที่ซื้อเอง	5	2.8
ไม่มีเหมาะสมเลย	11	6.1
ไม่รู้/ไม่ทราบ	13	7.3

กลุ่มตัวอย่างที่ตอบว่า ระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ในขณะนี้ มีความความเหมาะสมกับตนเอง ได้ให้เหตุผลของความเหมาะสมในประเด็นการให้สิทธิประโยชน์ครอบคลุมมากที่สุด และอยู่ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน คือ มากกว่าร้อยละ 50 เล็กน้อย ส่วนประเด็นรองลงมานั้น มีความแตกต่างกันในประกันแต่ละประเภท โดยแรงงานตัวอย่างที่เห็นว่า ประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้มาพร้อมกับบัตรอนุญาตทำงานมีความเหมาะสมกับตนเองนั้นมองเรื่องราคา ส่วนแรงงานที่เห็นว่าประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่ซื้อเอง และประกันสังคมกลับไม่ทราบเหตุผล (ตาราง 4.16)

ในการสัมภาษณ์เชิงลึก แรงงานชายชาวไทใหญ่ อายุ 27 ปีคนหนึ่ง ซึ่งมาทำงานในเมืองไทยตั้งแต่อายุ 19 ปี เคยทำงานเป็นพนักงานรักษาความปลอดภัยในกรุงเทพฯ เคยมีบัตรประกันสุขภาพ (บัตร 30 บาท) และบัตรประกันสังคม เขาบอกว่าเขาไม่ชอบประกันสังคม ที่เคยทำเพราะนายจ้างให้ทำ

> “อยากได้ 30 บาทมากกว่า เพราะถูกหักเงินเดือน ไม่ชอบ แต่ไม่เคยเอามาเปรียบเทียบกันว่าอันไหนเสียเยอะกว่า”
>
> “อยากให้มีการรักษาการผ่าตัด เจ็บป่วยหนักๆ เช่น โรคหัวใจ ผ่าตัดสมอง เพราะเคยมีน้องชายอายุ 18 ปี มีปัญหาเกี่ยวกับสมอง ตอนนี้กลับไปเยี่ยมบ้านแล้ว แต่ยังไม่หายดี น้องมีอาชีพก่อสร้าง ไม่มีบัตรสุขภาพอะไรเลยมีพาสปอต์และวีซ่า อยากซื้อประกัน 30 บาทให้น้องเหมือนกัน แต่รอน้องกลับมาค่อยถามอีกทีหนึ่ง ห่วงเรื่องสุขภาพเหมือนกัน แต่ไม่เคยคุยเรื่องประกันกันเลย”

แต่ปัจจุบันแรงงานชายคนนี้มีบัตรประกันสุขภาพ โดยซื้อในราคา 2,800 บาท เขาเป็นแรงงานข้ามชาติที่มีทัศนคติที่ดีกับการทำประกันสุขภาพ ที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพ เพราะให้เหตุผลว่า

> "กลัวตอนไม่สบายก็เลยทำเผื่อไว้ อยากทำเอง เพราะกลัวตอนป่วยเลยให้ญาติห่างๆ เป็นคนพาไปทำ"

แต่เขาไม่ทราบเหตุผลว่า ทำไมบัตรประกันสุขภาพจึงขึ้นราคาจาก 1,900 บาท เป็น 2,800 บาท โดยบอกว่าที่ซื้อมาก็ "ไม่รู้ว่าจะได้อะไรเพิ่ม" แต่พอนักวิจัยอธิบายว่า เอาเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อให้สิทธิเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแก่แรงงานข้ามชาติ ซึ่งเดิมยังไม่ครอบคลุมเขาก็เห็นด้วย และให้ความคิดเห็นว่า ประกันสุขภาพสำหรับแรงงานควรให้สิทธิครอบคลุม ซึ่งจากข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพอาจสะท้อนให้เห็นว่า การรณรงค์ให้เห็นความสำคัญ และความเหมาะสมของประกันสุขภาพแต่ละประเภทนั้น อย่างเพียงพอสำหรับแรงงานนั้น น่าจะช่วยในการตัดสินใจเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพของแรงงาน

ตาราง 4.16: เหตุผลที่คิดว่าระบบประกันสุขภาพเหมาะสมกับแรงงาน

ประเภทของประกันสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้มาพร้อมกับบัตรอนุญาตทำงานเหมาะสมเพราะ (n = 104; ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ราคาไม่แพง	40	38.5
สิทธิประโยชน์มีความครอบคลุม	54	51.9
ทำง่าย ไม่ยุ่งยาก ทำได้โดยสะดวก	8	7.7
ไม่รู้/ไม่ทราบ/ ไม่มีเหตุผล	4	3.8
ประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข/โรงพยาบาลรัฐที่ซื้อเองเหมาะสมเพราะ (n =17; ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ราคาไม่แพง	2	11.8
สิทธิประโยชน์มีความครอบคลุม	9	52.9
ทำง่าย ไม่ยุ่งยาก ทำได้โดยสะดวก	1	5.9
ไม่รู้/ไม่ทราบ/ ไม่มีเหตุผล	4	23.5
ประกันสังคมเหมาะสมเพราะ (n = 29; ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ราคาไม่แพง	8	27.6
สิทธิประโยชน์มีความครอบคลุม	15	51.7
ทำง่าย ไม่ยุ่งยาก ทำได้โดยสะดวก	8	27.6
ไม่รู้/ไม่ทราบ/ ไม่มีเหตุผล	16	55.2

เมื่อสอบถามว่า ชุดสิทธิประโยชน์อะไรบ้างที่ประกันสุขภาพทั้งสองระบบ คือ บัตรประกันสุขภาพ และบัตรประกันสังคมควรครอบคลุมไว้ ปรากฏว่ากลุ่มตัวอย่างในสัดส่วนที่มากกว่าครึ่ง ให้ความสำคัญกับทุกชุดสิทธิประโยชน์ ยกเว้น 2 สิทธิประโยชน์ คือเรื่องสิทธิได้รับยาต้านไวรัส ARV และสิทธิการรักษาที่มีราคาแพงมากๆ โดยพบว่าสิทธิที่มีผู้ตอบว่าประกันสุขภาพควรจะครอบคลุมไว้ในสัดส่วนสูงสุด คือร้อยละ 85.5 เป็นสิทธิในการนอนโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน) รองลงมาคือ สิทธิรักษาการบาดเจ็บ อุบัติเหตุจากการทำงาน สิทธิการฝากท้อง/คลอดบุตร/ดูแลหลังคลอด และสิทธิในการรักษาพยาบาลเจ็บป่วยเล็กน้อย (ผู้ป่วยนอก) ตามลำดับ (ตาราง 4.17)

แต่เมื่อถามถึงความสำคัญ สิทธิประโยชน์ที่จำเป็นและควรครอบคลุม โดยประกันสุขภาพ/ประกันสังคม ใน 3 อันดับแรก พบว่า แรงงงานให้ความสำคัญกับสิทธิประโยชน์การฝากท้อง/คลอดบุตร/ ดูแลหลังคลอด ร้อยละ 66.5 รองลงมาคือ สิทธิในการนอนโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน) ร้อยละ 51.1 และ สิทธิรักษาการการบาดเจ็บ และอุบัติเหตุจากการทำงาน ร้อยละ 34.0 (ตาราง 4.17) อย่างไรก็ตามการชดเชยการบาดเจ็บ และอุบัติเหตุจากการทำงานนั้น ครอบคลุมโดยชุดสิทธิประโยชน์ของประกันสังคมเท่านั้น ส่วนบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขนั้น ไม่ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ดังกล่าว

ตาราง 4.17: ชุดสิทธิประโยชน์ที่ควรมีครอบคลุมไว้ในประกันสุขภาพ

ชุดสิทธิประโยชน์ที่ควรมีครอบคลุมไว้ในประกันสุขภาพ (n = 166 คน) ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ	**จำนวน**	**ร้อยละ**
สิทธิในการนอนโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน)	142	85.5
สิทธิรักษาการบาดเจ็บ อุบัติเหตุจากการทำงาน	130	78.3
สิทธิการฝากท้อง/ คลอดบุตร/ ดูแลหลังคลอด	122	73.5
สิทธิในการรักษาพยาบาลเจ็บป่วยเล็กน้อย (ผู้ป่วยนอก)	114	68.7
สิทธิได้รับบริการการส่งเสริมสุขภาพ/ ควบคุมป้องกันโรค	98	59.0
สิทธิการทำฟัน/ ทันตกรรม	94	56.6
สิทธิการฉีดวัคซีนให้บุตร	85	51.2
สิทธิได้รับยาต้านไวรัส ARV หากติดเชื้อเอชไอวี	72	43.4
สิทธิการรักษาที่มีราคาแพงมากๆ	63	38.0
3 อันดับแรกตามความสำคัญ สิทธิประโยชน์ที่จำเป็น และควรครอบคลุมโดยประกันสุขภาพ/ประกันสังคม (n = 182 คน)		
อันดับ 1 สิทธิการฝากท้อง/ คลอดบุตร/ ดูแลหลังคลอด	121	66.5
อันดับ 2 สิทธิในการนอนโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน)	93	51.1
อันดับ 3 สิทธิรักษาการการบาดเจ็บ อุบัติเหตุจากการทำงาน	62	34.0

นอกจากนั้น ในประเด็นที่ถามว่าประเทศไทยควรจัดให้มีการทำบัตรสุขภาพ/ประกันสุขภาพ ในลักษณะใด มากกว่า 3 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่า ควรให้เป็นไปตามความสมัครใจของแรงงานข้ามชาติ ผู้ติดตามและเด็ก ในขณะที่ร้อยละ 12.8 เห็นว่าควรบังคับแรงงานข้ามชาติทุกคน (แต่ผู้ติดตามและเด็ก ตามความสมัครใจ) และจากคำถามเรื่องราคาบัตรประกันสุขภาพ/เบี้ยประกันสุขภาพในราคาสูงสุดที่พวกเขายินดีจ่าย หรือมีความสามารถที่จะจ่ายได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างยินดีจ่ายที่ราคาเฉลี่ยประมาณ 2,077 บาทต่อปี ซึ่งเป็นราคาที่รวมค่าตรวจสุขภาพด้วย (ค่าต่ำสุด 190 บาท: ค่าสูงสุด 4,200 บาท) อย่างไรก็ตาม จะเห็นได้ว่าจากค่าฐานนิยมแรงงานส่วนใหญ่เห็นว่าควรจ่ายที่ 1,900 บาทต่อคนต่อปี (ตาราง 4.18)

ตาราง 4.18: ระบบบัตรสุขภาพ/ประกันสุขภาพที่ควรดำเนินการสำหรับแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม

ควรทำบัตรสุขภาพ/ประกันสุขภาพในลักษณะใด (n = 180 คน; ไม่ตอบ 2 คน)	**จำนวน**	**ร้อยละ**
1. บังคับแรงงานข้ามชาติทุกคน (แต่ผู้ติดตามและเด็ก ตามความสมัครใจ)	23	12.8
2. บังคับแรงงานข้ามชาติ ผู้ติดตามและเด็กทุกคน	9	5.0
3. ตามความสมัครใจของแรงงานข้ามชาติ ผู้ติดตามและเด็ก	140	77.8
97. ไม่รู้/ ไม่ทราบ/ ไม่มีความเห็น	8	4.4
รวม	**180**	**100.0**
ราคาบัตรสุขภาพ/เบี้ยประกันสุขภาพสูงที่สุดที่แรงงานยินดีจ่าย (มีกำลังที่จะจ่ายได้) ต่อปี (รวมค่าตรวจสุขภาพ) (n = 177 คน; ไม่ตอบ 5 คน)		
เฉลี่ย 2,077 บาท, ฐานนิยม 1,900 บาท	**ต่ำสุด** 190 บาท สูงสุด 4,200 บาท	

ประการสุดท้าย เป็นเรื่องความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีปัจจัย หรือเงื่อนไขที่จะทำให้แรงงานข้ามชาติในประเทศไทยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดีขึ้นกว่าเดิม พบว่า เงื่อนไขที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 ให้ความสำคัญ ได้แก่ การมีบัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 86.7) รองลงมาเป็นเรื่องการมีบริการที่เป็นมิตร หรือมิตรไมตรีอัธยาศัยของผู้ให้บริการ (ร้อยละ 63.3) ลำดับถัดไป คือการที่แรงงานสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการสุขภาพใดก็ได้ ซึ่งหมายถึงการไม่กำหนดสถานบริการไว้ให้อย่างตายตัว (ร้อยละ 58.9) การมีล่ามแปลภาษาให้ในสถานบริการสุขภาพ (ร้อยละ 56.7) และสุดท้ายคือมีบัตรประจำตัว/เอกสารทางกฎมาย (เช่น ทร.38/1 หรือหนังสือเดินทาง) (ตาราง 4.19)

ตาราง 4.19 ปัจจัยที่ทำให้แรงงานเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดีขึ้น

ปัจจัยที่ทำให้แรงงานเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดีขึ้น (n = 182 คน)	จำนวน	ร้อยละ
มีบัตรประกันสุขภาพ	156	86.7
มิตรไมตรี อัธยาศัยของผู้ให้บริการ	114	63.3
สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลที่สถานบริการสุขภาพใดก็ได้	106	58.9
มีล่ามแปลภาษาในสถานบริการสุขภาพ	102	56.7
มีบัตรประจำตัว/เอกสารทางกฎมาย (เช่น ทร.38/1 หรือ หนังสือเดินทาง)	100	55.6
มีเพื่อนร่วมเดินทางหรือคอยให้ความช่วยเหลือในการไปรับบริการ	59	32.8
ราคาค่ารักษาไม่แพง/ไม่ต้องเสียเงิน	58	32.2
นายจ้างอนุญาตให้ไปรับบริการ	48	26.7

4.3.10 การเข้าถึงระบบประกันสุขภาพของผู้ติดตามแรงงานซึ่งมีอายุน้อยกว่า 15 ปี

จากการสำรวจแรงงานข้ามชาติพบว่า ร้อยละ 39.4 ของแรงงานเหล่านั้น มีผู้ติดตามซึ่งเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี และกำลังอยู่ในความดูแล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุตรของแรงงานเอง พบว่า ในจำนวนแรงงานที่มีผู้ติดตามร้อยละ 72.3 มีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 1 คนอยู่ในความดูแล ส่วนแรงงานที่มีเด็กอยู่ในความดูแล จำนวน 2 คน มีอยู่ร้อยละ 23.1 จำนวน 3 คนขึ้นไป มีร้อยละ 4.6 กลุ่มแรงงานที่มีผู้ติดตามเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ส่วนใหญ่คือร้อยละ 74.3 ไม่ได้ซื้อประกันสุขภาพในระบบใดเลยให้กับเด็ก/บุตรในความดูแลของตนเอง โดยแรงงานที่ซื้อประกันสุขภาพให้เด็กที่เป็นผู้ติดตามทุกคนมีอยู่เพียงร้อยละ 23.1 และพบร้อยละ 4.6 ซื้อประกันสุขภาพให้เด็กที่เป็นผู้ติดตามบางคนเท่านั้น โดยพบว่าแรงงานที่ซื้อประกันสุขภาพเด็กมีรายจ่ายค่าประกันสุขภาพสำหรับผู้ติดตามที่เป็นเด็กเฉลี่ยต่อคน/ปี เท่ากับ 742.7 บาท (มีผู้ตอบคำถามนี้แค่ 13 รายเท่านั้น) (ตาราง 4.20)

เมื่อสอบถามแรงงานที่มีผู้ติดตามต่อไป ถึงเหตุผลของการไม่ซื้อประกันสุขภาพให้เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่อยู่ในความดูแลพบข้อมูลที่น่าสนใจว่า หนึ่งในสามเห็นว่าประกันสุขภาพสำหรับเด็กมีราคาแพง และหนึ่งในสี่ไม่รู้ว่าทำประกันสุขภาพสำหรับเด็กได้ที่ไหนบ้าง เพราะขาดข้อมูลเรื่องนี้ น่าสนใจว่าร้อยละ 8.8 บอกว่าที่ไม่ได้ทำ เพราะโรงพยาบาลไม่ยอมขายให้ (ตาราง 4.20) จากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า เหตุผลที่โรงพยาบาลไม่ขายบัตรประกันสุขภาพให้เด็ก โดยเฉพาะเด็กคลอดใหม่ๆ โดยให้เหตุผลว่าเด็กไม่มีหลักฐานยืนยันสถานะบุคคลในประเทศไทยหรือไม่มีหมายเลข 13 หลัก

นอกจากนั้นแล้ว ยังมีปัญหาเรื่องการตีความสิทธิในบัตรประกันสุขภาพเกี่ยวกับการคลอดและการดูแลหลังคลอด 28 วันของผู้ให้บริการ แรงงานไม่ค่อยทราบว่า หากคลอดออกมาแล้วภายใน 28 วัน แล้วปรากฏว่าลูกป่วยก็ยังมีสิทธิรักษาฟรีได้ตามสิทธิของแม่ แต่ถ้าเด็กไปป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว แต่บางโรงพยาบาลไม่ให้รักษาฟรี โดยให้เหตุผลว่าเด็กไม่ได้ป่วยอันเนื่องมาจากการคลอด

ตาราง 4.20: การมีผู้ติดตามอายุน้อยกว่า 15 ปี และการมีประกันสุขภาพ รวมทั้งเหตุผลของการไม่ซื้อประกันสุขภาพให้เด็กอายุไม่ถึง 15 ปี

การมีผู้ติดตามและความตั้งใจในการซื้อประกันสุขภาพ (n = 180 คน)	จำนวน	ร้อยละ
มีผู้ติดตามอายุน้อยกว่า 15 ปี (n = 180 คน)		
มี	71	39.4
ไม่มี	109	60.6
จำนวนผู้ติดตามที่มีอายุไม่ถึง 15 ปี (n = 65; ไม่ตอบ 6 คน)		
1 คน	47	72.3
2 คน	15	23.1
3 คนขึ้นไป	3	4.6
ไม่มีเลย	52	74.3
มีทุกคน	14	20.0
มีบางคน	4	5.7
ราคาบัตรสุขภาพที่จ่ายเฉลี่ย 742.7 บาท (n = 13 คน)	ต่ำสุด 0 บาท	สูงสุด 2,000 บาท
เหตุผลของการไม่ซื้อประกันสุขภาพให้เด็กอายุไม่ถึง 15 ปี (เฉพาะผู้ที่มีผู้ติดตามอายุน้อยกว่า 15 ปี และผู้ติดตามนั้นอย่างน้อย 1 คน ไม่มีประกันสุขภาพ n = 68 คน; ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ราคาแพง/ ไม่มีเงิน	23	33.8
ไม่รู้ว่าทำประกันสุขภาพ/เข้าประกันสังคมกันที่ไหน/ทำอย่างไร	17	25.0
ไม่มีสิทธิ์ซื้อประกัน/เข้าประกันสังคม	9	13.2
โรงพยาบาล/ สถานบริการสุขภาพไม่ให้ทำ	6	8.8
ไม่สำคัญ/ ไม่จำเป็น	4	5.9
ไม่รู้จักประกันสุขภาพ/ประกันสังคม	4	5.9
นายจ้างไม่ให้ทำ	1	1.5

ส่วนความตั้งใจของแรงงานในการซื้อประกันสุขภาพให้ผู้ติดตาม กรณีหากมีเด็กอายุไม่ถึง 15 ปี อยู่ในความดูแลที่ยังไม่มีประกันสุขภาพ พบว่า ร้อยละ 48.1 มีความตั้งใจที่จะซื้อ ทั้งนี้แรงงานส่วนใหญ่ หรือร้อยละ 77.2 เห็นว่าการซื้อประกันสุขภาพให้เด็กเป็นสิ่งจำเป็นมากถึงมากที่สุด โดยมีผู้ที่ตอบว่าจำเป็นมาก ร้อยละ 61.1 และตอบจำเป็นมากที่สุดร้อยละ 16.1 ส่วนร้อยละ 3.3 เห็นว่าไม่มีความจำเป็น/ไม่จำเป็นเลย (ตาราง 4.21)

เมื่อสอบถามเกี่ยวกับราคาค่าประกันสุขภาพที่แรงงานยินดีจ่าย ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กรณี คือ กรณีที่หนึ่ง เป็นเด็กเล็กที่มีอายุยังไม่ถึง 7 ปี ราคาค่าประกันสุขภาพที่แรงงานคิดว่าเหมาะสมและอยู่ในวิสัยที่พวกเขาจ่ายได้เฉลี่ย 699 บาท (ค่าต่ำสุด 200 บาท: ค่าสูงสุด 3,000 บาท) โดยฐานนิยมอยู่ที่ 365 บาท กรณีที่สอง เป็นเด็กโตอายุตั้งแต่ 7 ปี แต่ยังไม่ถึง 15 ปี ราคาค่าประกันสุขภาพที่แรงงานยินดีจ่ายเฉลี่ย 1,243 บาท (ค่าต่ำสุด 100: ค่าสูงสุด 8,000 บาท) ฐานนิยมอยู่ที่ 1,000 บาท ซึ่งบ่งบอกว่าแรงงานส่วนมากราคาที่เหมาะสมสำหรับเด็กเล็กที่มีอายุยังไม่ถึง 7 ปี คือ 365 บาทต่อไป และราคาค่าประกันสุขภาพที่แรงงานคิดว่าเหมาะสมสำหรับเด็กโตอายุตั้งแต่ 7 ปี แต่ยังไม่ถึง 15 ปี คือ 1,000 บาท (ตาราง 4.21)

ตาราง 4.21: ความตั้งใจที่จะซื้อ และความสำคัญของประกันสุขภาพให้ผู้ติดตามอายุน้อยกว่า 15 ปี

ความตั้งใจที่จะซื้อประกันสุขภาพให้ผู้ติดตามอายุน้อยกว่า 15 ปี (ความตั้งใจภายใน 1 ปี นับจากวันที่ให้สัมภาษณ์) (เฉพาะผู้ที่มีผู้ติดตามอายุน้อยกว่า 15 ปี และผู้ติดตามนั้นอย่างน้อย 1 คน ไม่มีประกันสุขภาพ n = 52 คน)	**จำนวน**	**ร้อยละ**
ความตั้งใจที่จะซื้อประกันสุขภาพให้ผู้ติดตามอายุน้อยกว่า 15 ปี		
ซื้อ/เข้า	25	48.1
ไม่ซื้อ/ไม่เข้า	2	3.8
ไม่แน่ใจ	21	40.4
ไม่รู้/ ไม่ทราบ/ไม่ตอบ	4	7.7
การเห็นความสำคัญ/ความจำเป็นของประกันสุขภาพผู้ติดตามอายุน้อยกว่า 15 ปี		
(n = 180 คน; ไม่ตอบ 2 คน)		
ไม่จำเป็นเลย	2	1.1
ไม่จำเป็น	4	2.2
เฉยๆ/ มีก็ดี ไม่มีก็ได้	27	15.0
จำเป็นมาก	110	61.1
จำเป็นมากที่สุด	29	16.1
ไม่รู้/ ไม่ทราบ	8	4.4
ราคาบัตรสุขภาพ/เบี้ยประกันสุขภาพสูงที่สุดสำหรับผู้ติดตาม/บุตร อายุไม่ถึง 7 ปี ที่ยินดีจ่าย (มีกำลังที่จะจ่ายได้) ต่อปี (รวมค่าตรวจสุขภาพ)		
เฉลี่ย 699.0 บาท, ฐานนิยม 365 บาท	ต่ำสุด 200 บาท	สูงสุด 3,000 บาท
ราคาบัตรสุขภาพ/เบี้ยประกันสุขภาพสูงที่สุดสำหรับผู้ติดตาม/บุตร อายุตั้งแต่ 7 ปีแต่ไม่ถึง 15 ปี ที่ยินดีจ่าย (มีกำลังที่จะจ่ายได้) ต่อปี (รวมค่าตรวจสุขภาพ)		
เฉลี่ย 1,243.0 บาท, ฐานนิยม 1,000 บาท	ต่ำสุด100 บาท	สูงสุด 8,000 บาท

ในส่วนของข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ได้มาจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า แรงงานข้ามชาติที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 7 ปี แต่ไม่ถึง 15 ปีเป็นผู้ติดตาม ส่วนมากแล้วยังไม่ทราบและขาดข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนเกี่ยวกับการทำบัตรประกันสุขภาพให้กับบุตร ไม่ทราบแม้กระทั่งหลักเกณฑ์ที่ราชการกำหนดราคาค่าบัตรประกันสุขภาพของเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 7 ปี และเด็กโตอายุมากกว่า 7 ปี แต่น้อยกว่า 15 ปี ว่าต้องจ่ายในอัตราที่แตกต่างกัน แรงงานส่วนใหญ่จึงไม่ได้ซื้อบัตรประกันสุขภาพให้กับบุตร และเมื่อผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องนี้ในรายละเอียด แรงงานที่ให้สัมภาษณ์เกือบทุกคนเห็นด้วยและเห็นความจำเป็นว่า ควรทำบัตรประกันสุขภาพให้กับบุตรของตน แต่ท้วงติงหรือมีข้อสงสัยว่า ทำไมเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไปแต่ยังไม่ถึง 15 ปี ต้องจ่ายค่าบัตรประกันสุขภาพรวมในอัตราเดียวกับผู้ใหญ่

มีแรงงานที่อยู่ในระบบบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขบางคน ให้ข้อมูลว่า พวกเขารับทราบว่า ในการไปต่อใบอนุญาตทำงานปีล่าสุดนี้ พวกเขาจะต้องซื้อบัตรประกันสุขภาพให้กับบุตรด้วย แต่เมื่อไปติดต่อกับทางโรงพยาบาลในพื้นที่ พวกเขากลับถูกปฏิเสธ โดยบางโรงพยาบาลยืนยันหากจะซื้อให้บุตรต้องนำหลักฐานเอกสารที่รับรองเกี่ยวกับตัวเด็กมาให้ดู เช่น ทะเบียนบ้าน หรือการรับรองจากนายจ้าง ซึ่งพวกเขาไม่ได้มีเอกสารเหล่านั้น ในส่วนของแรงงานที่อยู่ในระบบประกันสังคม พบว่า พวกเขายังขาดข้อมูลด้านสิทธิประโยชน์ต่างๆ ที่ครอบคลุมไปถึงบุตรที่เป็นผู้ติดตาม หลายคนที่สัมภาษณ์ไม่ทราบว่าประกันสังคมจะจ่ายค่ารักษาพยาบาล ตลอดจนสวัสดิการบุตรหากผู้เอาประกันตนมีบุตรที่อายุอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดไว้

4.5 สรุป

ในภาพรวมของการศึกษาของจังหวัดเชียงใหม่นั้น ผู้วิจัยได้สรุปผลการศึกษาออกเป็นสองส่วนด้วยกัน คือ คือส่วนของหน่วยบริการ และแรงงานข้ามชาติ ดังนี้

4.5.1 หน่วยบริการ

โดยภาพรวมผลของการศึกษาในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่พบว่า ในส่วนของหน่วยบริการนั้นการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพจากประกันสังคมสำหรับแรงงานข้ามชาตินั้นใช้การบริหารจัดการที่เป็นแบบแผนเดียวกันทั้งประเทศตามที่ประกันสังคมกำหนดและเหมือนกับแรงงานไทย อย่างไรก็ตามจุดอ่อนที่สำคัญของการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพจากประกันสังคมคือไม่มีการกำหนดสัดส่วนงบประมาณสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ส่วนการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขนั้น มีการบริหารจัดการแบบบริหารจัดการร่วมในระดับจังหวัด (provincial pooling) ซึ่งมีความเหมาะสมในบริบทของพื้นที่ที่แรงงานข้ามชาติที่มีการเคลื่อนย้ายที่อาศัย หรือที่ทำงานค่อนข้างบ่อย แรงงานอยู่ในภาคเกษตรที่มีการจ้างงานแบบไม่เป็นทางการ มีสัดส่วนของแรงงานและผู้ติดตามที่ไม่อยู่ในระบบประกันสุขภาพและไม่มีกำลังจ่ายค่ารักษาพยาบาลค่อนข้างมาก

ทั้งนี้การบริหารจัดการแบบบริหารจัดการร่วมในระดับจังหวัด (provincial pooling) มีทั้งจุดอ่อนจุดแข็ง โดยจุดแข็งของการบริหารจัดการ ได้แก่ 1) ป้องกันภาวะการขาดทุนในสถานพยาบาลทั้งขนาดเล็กและขนาด

ใหญ่ รวมถึงลดความขัดแย้งระหว่างโรงพยาบาลจากปัญหาทางการเงินจากการส่งต่อผู้ป่วย 2) สถานพยาบาลมีแรงจูงในที่ดีขึ้นในการให้บริการแรงงานข้ามชาติอย่างมีคุณภาพ ทั้งกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพ และกลุ่มที่ไม่มีบัตรประกัน 3) แรงงานที่ถือบัตรประกันสุขภาพสามารถเข้ารับบริการสุขภาพได้ ณ ทุกโรงพยาบาลภายในจังหวัดที่เข้าร่วมในระบบการบริหารจัดการดังกล่าว และ 4) ข้อมูลการให้บริการสุขภาพแรงงานข้ามชาติในจังหวัดมีความครบถ้วน และรวมศูนย์ระดับจังหวัดที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

อย่างไรก็ตาม การบริหารจัดการแบบบริหารจัดการร่วมในระดับจังหวัด (provincial pooling) ก็มีจุดอ่อน ซึ่งประกอบด้วย 1) การขาดแรงจูงใจของโรงพยาบาลในการประชาสัมพันธ์ และส่งเสริมการขายบัตรประกันสุขภาพแก่แรงงานในเชิงรุก 2) บางโรงพยาบาลเปิดทางเลือกให้แรงงานสามารถตรวจร่างกาย เพื่อนำไปต่อบัตรอนุญาตเพียงอย่างเดียวได้ โดยไม่ต้องทำบัตรประกันสุขภาพ ซึ่งในภายหลังเป็นภาระกับโรงพยาบาลอื่นๆ 3) ความรู้สึกไม่เป็นธรรม และขาดแรงจูงใจในการให้บริการสุขภาพเบื้องต้น แก่แรงงานข้ามชาติในสถานพยาบาลระดับ รพ.สต. และ 4) การเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในมีความล่าช้า เกิดความไม่คล่องตัวทางการเงินกับสถานพยาบาล และบางโรงพยาบาลเกิดความรู้สึกขาดอำนาจ (authority) ในการบริหารจัดการการเงินของตนเอง

สำหรับปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการบริหารจัดการของหน่วยบริการนั้น สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

1) จำนวนแรงงานต่างด้าวที่มีหลักประกันทางสุขภาพมีแนวโน้มลดลง ดังนั้น การกำหนดให้การมีบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวมีลักษณะเป็นภาคบังคับ (compulsory) และการเสริมสร้างความตระหนัก การมีส่วนร่วมและบังคับใช้กฎหมายกับนายจ้างเป็นเรื่องที่ควรต้องดำเนินการ

2) นโยบายและหลักการมีความชัดเจน แต่แนวทางในการปฏิบัติตามนโยบายยังขาดความชัดเจน โดยเฉพาะในประเด็นคำนิยามของคนต่างด้าว หรือประชากรข้ามชาติที่สามารถซื้อบัตรประกันสุขภาพได้ เงื่อนไขเกี่ยวกับข้อมูล หรือเอกสารจากแรงงานที่ต้องใช้ในการทำบัตรประกันสุขภาพ และการจัดสรรเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลด้วยยา ARV การตีความสิทธิในบัตรประกันสุขภาพเกี่ยวกับการคลอดและการดูแลหลังคลอด 28 วัน ดังนั้น จึงควรต้องมีการชี้แจงรายละเอียดเพิ่มเติม

3) ระบบบริการสุขภาพที่ผ่านมา ไม่ได้ถูกออกแบบมาให้รองรับประชากรข้ามชาติอย่างเป็นมิตร ดังนั้น การกำหนดแนวทางที่ชัดเจนเกี่ยวกับการจัดจ้าง พสต. ที่สามารถทำงานทั้งเชิงรับในสถานพยาบาล และเชิงรุกในชุมชนเป็นหนึ่งในข้อควรพิจารณา

4) การบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ และบริการสุขภาพแรงงานข้ามชาติ ที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องมีการประสานงาน และการบูรณาการทิศทางนโยบาย และแนวทางการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัดที่ไปในทิศทางเดียวกัน

5) ในการเข้าถึงหลักประกันทางสุขภาพ รวมถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ และผู้ติดตาม “นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการ” เป็นหนึ่งในตัวแปรที่สำคัญ การเพิ่มความตระหนักถึงหน้าที่ในการจัดหาหลักประกันทางสุขภาพให้แก่แรงงาน และการบังคับใช้กฎหมายในบทบาทหน้าที่ที่นายจ้างพึงปฏิบัติ รวมถึงการแก้ไขปัญหานายหน้าและนายจ้างรับจ้างเป็นเรื่องที่ต้องดำเนินการ

6) สำหรับจังหวัดที่มีบริบทแรงงานข้ามชาติคล้ายคลึงกับจังหวัดเชียงใหม่ (แรงงานข้ามชาติจำนวนมากอยู่ในภาคบริการที่มีการย้ายสถานที่ทำงาน ที่อยู่อาศัยและเปลี่ยนนายจ้างค่อนข้างบ่อย จำนวนมากเป็นประชากรข้ามชาติ กลุ่มชาติพันธุ์ที่ไม่ได้มีการขึ้นทะเบียนแรงงาน และไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ) การบริหารจัดการระบบบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวในรูปแบบ provincial-pooling เป็นรูปแบบที่มีความเหมาะสม

4.5.2 แรงงาน

ในการสรุปภาพรวมในส่วนขแงแรงงานข้ามชาตินั้นจะเน้นในประเด็นของการเข้าถึงประกันสังคมและบัตรประกันสุขภาพ ความรู้ความตระหนักในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพ ความคาดหวังต่อระบบประกันสุขภาพที่รัฐไทยจัดให้ และปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ในประเด็นการเข้าถึงประกันสังคมและประกันสุขภาพนั้น พบว่า การทำบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขไม่มีสภาพบังคับเพราะเป็นแค่นโยบาย จึงทำให้แรงงานถึงร้อยละ 35 ไม่มีประกันสุขภาพใดๆ เลย และเพียงครึ่งหนึ่งของแรงงานที่ไม่มีประกันสุขภาพเท่านั้นที่มีความตั้งใจจะซื้อประกันสุขภาพ ทั้งนี้ เนื่องจากแรงงานจำนวนหนึ่งขาดข้อมูลและหลีกเลี่ยงการซื้อบัตรประกันสุขภาพอย่างรู้เท่าไม่ถึงการณ์ กรณีนี้มักเกิดขึ้นเมื่อแรงงานไปรับการตรวจสุขภาพประจำปีจากโรงพยาบาลเอกชน เพื่อนำไปรับรองไปต่ออายุใบอนุญาตทำงาน เพราะแรงงานสามารถไปตรวจสุขภาพ ซึ่งตรวจที่โรงพยาบาลไหนก็ได้ ทางโรงพยาบาลที่รับตรวจสุขภาพโดยเฉพาะของเอกชนจะไม่ถามแรงงานว่า จะทำบัตรประกันสุขภาพด้วยหรือไม่ เนื่องจากโรงพยาบาลเอกชนไม่มีสิทธิขายบัตรประกันสุขภาพ นอกจากนี้ สำนักงานจัดหางานก็ไม่ได้สนใจถามว่าทำบัตรประกันสุขภาพมาแล้วหรือไม่ ดูแค่ว่าผ่านการตรวจสุขภาพเท่านั้น ช่องว่างนี้ส่งผลต่อการเข้าถึงประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ดังนั้น การทำให้ระบบประกันสุขภาพสำหรับแรงงานและผู้ติดตามควรเป็นสภาพบังคับควรได้รับการพิจารณา

ส่วนประเด็นความรู้ความตระหนักในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพพบว่า หนึ่งในสิบของแรงงานไม่ทราบเรื่องชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพ แม้ว่าแรงงานส่วนมากจะทราบสิทธิประโยชน์ในสัดส่วนที่มาก แต่ยังไม่ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ที่แรงงานพึงได้รับ ดังนั้น จึงต้องมีการประชาสัมพันธ์เรื่องสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพให้แรงงานและผู้ติดตามทราบ ทั้งนี้ เพื่อให้แรงงานเห็นประโยชน์และความจำเป็นของการประกันสุขภาพมากขึ้น

สำหรับความคาดหวังต่อระบบประกันสุขภาพที่รัฐไทยจัดให้นั้น แรงงานคำนึงถึงความเหมาะสมในบริบทของตนเองว่าระบบสุขภาพที่มีอยู่นั้นแบบไหนเหมาะสมกับตนเอง โดยเห็นว่าระบบที่มีอยู่ในปัจจุบันนั้นมีความเหมาะสมดี ทั้งนี้ แรงงานมากกว่าร้อยละ 80 เห็นความสำคัญของการประกันสุขภาพ แม้ว่า แรงงานบางส่วนที่อยู่ในระบบประกันสังคมมองว่า ระบบประกันสังคมนั้นคุ้มค่า เนื่องจากไม่มีข้อเสียจ่ายน้อยเมื่อเทียบกับสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ แต่แรงงานส่วนหนึ่งไม่อยากเข้าประกันสังคมด้วยเหตุผลว่า ไม่อยากถูกหักเงินทุกเดือน และคิดว่าจะไม่ได้เงินคืน เพราะไม่รู้ว่าตนเองจะได้อยู่ในประเทศไทยนานแค่ไหน บางคนก็อยากยกเลิก แต่ถ้ายกเลิกก็จะไม่มีบัตรอะไรเลย

ดังนั้น การมีระบบประกันสุขภาพที่คำนึงถึงบริบทของแรงงานจึงยังมีความจำเป็น ทั้งนี้ เนื่องจากมีแรงงานทั้งที่อยู่ในระบบและนอกระบบ รวมทั้งผู้ติดตาม ควรได้รับการพิจารณา รวมทั้งการให้ข้อมูลอย่างเพียงพอต่อการตัดสินใจของแรงงาน

ส่วนประเด็นปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพนั้น เนื่องจากยังมีแรงงานส่วนหนึ่งที่ยังไม่อยู่ในระบบประกันสุขภาพใดๆ เลย ทำให้แรงงานกลุ่มนี้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง รวมทั้งไม่มีเอกสาร จึงทำให้เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ รวมทั้งเป็นภาระของสถานบริการสุขภาพกรณีที่ไม่มีความสามารถในการจ่าย นอกจากนั้น แรงงานยังคงประสบปัญหาในเรื่องการประกันสุขภาพของผู้ติดตาม เนื่องจากมีโรงพยาบาลบางแห่งไม่ยอมขายบัตรประกัน เพราะการตีความประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่แตกต่างกัน รวมทั้งเรื่องของช่องว่างระหว่างรอบัตรรับรองสิทธิประกันสังคม ซึ่งจะได้รับการรับรองสิทธิเมื่อแรงงานซึ่งผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือนแล้ว แต่เนื่องจากแรงงานส่วนหนึ่งไม่มีประกันสุขภาพในช่วงระหว่างรอ (แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมีการประกันสุขภาพในช่วงเวลาดังกล่าว แต่แรงงานและนายจ้างบางส่วนไม่เห็นความสำคัญ) ทำให้เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ รวมทั้งมีแรงงานบางส่วนที่สำรองจ่ายเงินไปก่อน เมื่อเจ็บป่วยในระหว่างรอบัตรรับรองสิทธิประกันสังคม หากป่วยไปโรงพยาบาลต้องจ่ายเงินเอง และกลับมาเบิกกับนายจ้างไม่ได้

สำหรับปัจจัยที่ทำให้แรงงาน และผู้ติดตามสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดีกว่าเดิม คือการมีประกันสุขภาพ การบริการที่เป็นมิตรของผู้ให้บริการ สามารถเข้ารับการรักษาในสถานบริการใดก็ได้ และการมีล่ามแปลภาษาในสถานบริการสุขภาพ

ดังนั้น การทำให้ระบบประกันสุขภาพอยู่ในสภาพบังคับ และมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน รวมทั้งบริการที่เป็นมิตรทั้งในแง่ของผู้ให้บริการและการมีล่ามแปลภาษาซึ่งอาจทำหน้าที่นี้โดย พสต. น่าจะช่วยให้แรงงานและผู้ติดตามสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ดีขึ้น

5

สรุปและข้อเสนอแนะ

● มาลี สันภูวรรณ์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, สุชาดา ทวีสิทธิ์ และ รีนา ต๊ะดี

สรุปผลการศึกษา

ในการศึกษานี้ สรุปผลภาพรวมของการศึกษาทั้งในพื้นที่สมุทรปราการ และเชียงใหม่ ในส่วนของหน่วยบริการและแรงงาน โดยหน่วยบริการเน้นไปที่ประเด็นของการบริหารจัดการด้านการเงิน การส่งเสริมสุขภาพ การบริหารจัดการด้านการรักษาพยาบาล การขายบัตรประกันสุขภาพ และปัญหาอุปสรรคในการบริหารจัดการ ส่วนของแรงงานเน้นไปในเรื่องของการเข้าถึงประกันสังคมและบัตรประกันสุขภาพ ความรู้ความตระหนักในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพ ความคาดหวังต่อระบบประกันสุขภาพที่รัฐไทยจัดให้ และปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

5.1 หน่วยบริการ

5.1.1 การบริหารจัดการด้านการเงิน

การบริหารจัดการด้านการเงิน ซึ่งเป็นรายได้จากบัตรประกันสุขภาพและประกันสังคมนั้น แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะกำหนดสัดส่วนการบริหารจัดการการเงินจากการขายบัตรประกันสุขภาพ แต่ก็เปิดโอกาสให้กับพื้นที่ได้บริหารจัดการเอง และผลจากการศึกษานี้ พบว่า ในจังหวัดสมุทรปราการนั้นใช้วิธีการบริหารจัดการแบบให้สถานบริการที่เป็นคู่สัญญาในการให้บริการปฐมภูมิ (contracted unit of primary care) ดำเนินการ หรือเรียกว่า CUP-based management ในขณะที่จังหวัดเชียงใหม่ใช้การบริหารจัดการแบบบริหารจัดการร่วมในระดับจังหวัด หรือเรียกว่า Provincial pooling

ส่วนการบริหารจัดการรายได้จากผู้ประกันตนประกันสังคมนั้น เป็นแบบแผนเดียวกันทั้งประเทศ โดยทั้งนี้หน่วยบริการที่เป็นคู่สัญญาจะได้รับเป็นค่าใช้จ่ายรายหัว (capitation) สามารถเบิกค่ากลุ่มโรคที่มีภาวะเสี่ยงและโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงได้เพิ่มเติม โดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (diagnosis relative groups : DRGs) รวมทั้งเงินค่ารับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ในกรณีที่ผ่านการรับรอง ส่วนรายรับที่หน่วยบริการได้รับจากประกันสังคมนั้น ทั้งคนไทยและแรงงานข้ามชาติได้รับการจัดสรรงบประมาณเหมือนกัน ส่วนการบริหารจัดการแล้วแต่การบริหารจัดการของแต่ละหน่วยบริการ

อย่างไรก็ตาม การขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการเบิกจ่ายเงินจากกองทุนต่างๆ ของประกันสังคมของเจ้าหน้าที่สถานบริการสาธารณสุขบางส่วน เช่น กรณีไหนที่จะเบิกจ่ายจากกองทุนประกันสังคม กรณีไหนที่จะเบิกจ่ายจากกองทุนเงินทดแทน ทำให้สถานบริการสาธารณสุขได้รับประโยชน์จากประกันสังคมน้อยกว่าที่ควรจะเป็น นอกจากนั้นแล้วฐานข้อมูลของแรงงานข้ามชาติที่ไม่ตรงกันของสถานบริการสาธารณสุขกับประกันสังคม ทำให้การเบิกจ่ายล่าช้า

5.1.2 การบริหารจัดการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

การบริหารจัดการด้านงบประมาณ สำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้น สำหรับรายได้ที่มาจากการประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติเป็นไปในลักษณะของการจัดสรรงบประมาณตามโครงการที่ทำ (project-based allocation) แต่การบริหารนั้นขึ้นกับว่าจะเป็นวิธีการบริหารจัดการแบบให้สถานบริการที่เป็นคู่สัญญาในการให้บริการปฐมภูมิ หรือ การบริหารจัดการแบบบริหารจัดการร่วมในระดับจังหวัด ในขณะที่การบริหารจัดการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยงบจากประกันสังคมยังไม่มีความชัดเจน เนื่องจากได้รับเป็นค่าใช้จ่ายรายหัวมาให้และไม่มีข้อกำหนด เรื่องการส่งเสริมและป้องกันโรคจากประกันสังคม ดังนั้น การจัดงบประมาณสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจึงขึ้นอยู่กับสถานบริการเป็นหลัก แต่ส่วนใหญ่แล้วจะทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคครอบคลุมทุกกลุ่ม โดยมิได้แยกว่ามาจากงบประมาณส่วนไหน จะทำการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับคนไทยหรือต่างชาติ

5.1.3 การบริหารจัดการด้านการรักษาพยาบาล

การบริหารจัดการด้านการให้บริการรักษาพยาบาล แบ่งออกเป็นการให้บริการรักษา พยาบาลสำหรับบัตรประกันสุขภาพ บัตรประกันสังคม และคนข้ามชาติที่ไม่มีประกันสุขภาพ

สำหรับบัตรประกันสุขภาพ พื้นที่ที่มีการบริหารจัดการแบบให้สถานบริการที่เป็นคู่สัญญาในการให้บริการปฐมภูมินั้น แรงงานและผู้ติดตามที่มีบัตรประกันสุขภาพสามารถเข้าใช้บริการ ที่สถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขที่ระบุไว้ในบัตร และสถานบริการเครือข่ายของสถานพยาบาลดังกล่าว พร้อมทั้งใช้ระบบการส่งต่อ ตามลำดับ จากระดับปฐมภูมิไปทุติยภูมิและตติยภูมิ อย่างไรก็ตาม ในกรณีฉุกเฉินแรงงานและผู้ติดตามที่มีบัตรประกันสุขภาพสามารถรับบริการข้าม CUP ได้ (สถานพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภายในจังหวัดนอกเหนือจากสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขที่ระบุไว้ในบัตรและสถานบริการเครือข่ายของสถานพยาบาลดังกล่าว) ทั้งนี้สถานบริการจะเรียกเก็บค่าบริการข้าม CUP เอง

ส่วนพื้นที่ที่มีการบริหารจัดการแบบบริหารจัดการร่วมในระดับจังหวัดนั้น แรงงานข้ามชาติที่ถือบัตรประกันสุขภาพสามารถเข้ารับบริการสุขภาพผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล ที่ดำเนินการขายบัตรประกันสุขภาพแห่งใดก็ได้ในจังหวัด (เป็นโรงพยาบาลภายใต้กระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด) โดยเสียค่าบริการ 30 บาทต่อครั้ง ยกเว้นโรงพยาบาลประจำจังหวัด (โรงพยาบาลทั่วไป) ที่เฉพาะแรงงานซึ่งทำบัตรประกันสุขภาพกับโรงพยาบาลเท่านั้นที่จะสามารถใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพในการเข้าใช้บริการได้ (หรือไม่เช่นนั้น แรงงานต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลเต็มจำนวน)

สำหรับการบริหารจัดการด้านการรักษาพยาบาลของประกันสังคมนั้น เป็นรูปแบบเดียวกัน แรงงานที่มีบัตรประกันสังคมสามารถเข้าใช้บริการที่สถานพยาบาลที่ระบุเท่านั้น ยกเว้นกรณีที่สถานบริการมีสถานพยาบาลในเครือข่ายที่รับประกันสังคม จึงสามารถเข้ารับบริการได้ แต่แรงงานข้ามชาติบางส่วนยังมีความสับสนคิดว่า เข้ารับบริการจากสถานบริการใดก็ได้ แรงงานข้ามชาติสามารถเลือกโรงพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาของประกันสังคมได้ทั้งโรงพยาบาลของรัฐ และเอกชน โดยแรงงานสามารถเลือกที่จะเปลี่ยนสถานพยาบาลคู่สัญญาเพื่อเข้ารับบริการได้ทุกปี

ส่วนการบริหารจัดการด้านการรักษาพยาบาลของแรงงานและผู้ติดตามที่ไม่มีประกันสุขภาพนั้น คือ แรงงานและผู้ติดตามต้องจ่ายเองทั้งหมด อย่างไรก็ตาม ความสามารถในการจ่ายนั้นยังเป็นปัญหาสำคัญซึ่งบางส่วนไม่มีจ่ายต้องกลายเป็นภาระความรับผิดชอบของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

5.1.4 การบริหารจัดการด้านการการขายบัตรประกันสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุขจะมีนโยบายในการขายบัตรประกันสุขภาพให้กับแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม แต่การตีความนโยบายในเชิงปฏิบัติในพื้นที่ยังมีความแตกต่างกัน ผู้ปฏิบัติมองว่านโยบายที่กำหนดกว้างเกินไป ทำให้การปฏิบัติค่อนข้างยาก ดังนั้น จึงทำให้ข้อกำหนดในการขาย หรือไม่ขายบัตรฯ ให้กับแรงงานมีความแตกต่างกันตามนโยบายของแต่ละสถานบริการ ไม่ว่าจะเป็นการบริหารนั้นขึ้นกับว่าจะเป็นวิธีการบริหารจัดการแบบให้สถานบริการที่เป็นคู่สัญญาในการให้บริการปฐมภูมิ หรือ การบริหารจัดการแบบบริหารจัดการร่วมในระดับจังหวัด

บางสถานบริการกำหนดขายบัตรให้กับเฉพาะแรงงาน ที่มีเอกสารที่เป็นปัจจุบันครบตามที่โรงพยาบาลกำหนด ซึ่งเป็นสาเหตุให้แรงงานบางกลุ่มที่มีเอกสารไม่ครบ ไม่สามารถซื้อบัตรได้ ในขณะที่บางสถานบริการขายให้กับแรงงานแรงงานที่มีเอกสาร อาจไม่เป็นปัจจุบัน แต่ต้องมีนายจ้างรับรอง

นอกจากนั้น การขาดการประชาสัมพันธ์สัมพันธ์เชิงรุก และการให้ข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจนแก่กลุ่มเป้าหมายยังมีอยู่ค่อนข้างจำกัด

อย่างไรก็ตาม การบริหารจัดการทั้งวิธีการบริหารจัดการแบบให้สถานบริการที่เป็นคู่สัญญาในการให้บริการปฐมภูมิ หรือ การบริหารจัดการแบบบริหารจัดการร่วมในระดับจังหวัดนั้น ต่างก็มีความเหมาะสมในบริบทที่ต่างกัน ทั้งในแง่ของการเคลื่อนย้ายของแรงงานภายในจังหวัด การกระจายตัวของแรงงานตามภาคการทำงานต่างๆ สัดส่วนของแรงงานที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ ความสามารถในการจ่ายของแรงงานที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ รวมทั้งความร่วมมือในการบริหารจัดการภายในจังหวัดว่า การบริหารจัดการแบบไหนจะมีความเหมาะสมสำหรับบริบทของจังหวัด ซึ่งจากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า ในบริบทที่มีการเคลื่อนย้ายแรงงานบ่อย แรงงานส่วนใหญ่อยู่ในภาคการจ้างงานที่ไม่เป็นทางการ หรือภาคการจ้างงานที่มีการเคลื่อนย้ายบ่อย เช่น ก่อสร้าง และมีสัดส่วนของแรงงานที่ไม่มีประกันสุขภาพ และไม่มีความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลค่อนข้างมากนั้น การบริหารจัดการแบบบริหารจัดการร่วมในระดับจังหวัดจะสามารถช่วยลดภาระด้านการเงินของสถานบริการสุขภาพที่ต้องรับภาระในการดูแล

แรงงานข้ามชาติเป็นจำนวนมากได้ และทำให้เต็มใจในการให้บริการแก่แรงงานข้ามชาติ เนื่องจากลดความเสี่ยงในเรื่องของการขาดทุน แต่อย่างไรก็ตาม การบริหารจัดการแบบนี้ก็อาจมีความคล่องตัวน้อยกว่าให้สถานบริการที่เป็นคู่สัญญาในการให้บริการปฐมภูมิที่มีความคล่องตัวมากกว่า แต่ก็เหมาะสมในบริบทพื้นที่ ที่มีการเคลื่อนย้านแรงงานค่อนข้างน้อย เป็นภาคการจ้างงานอย่างเป็นทางการ และมีสัดส่วนของของแรงงานที่ไม่มีประกันสุขภาพค่อนข้างน้อย

ดังนั้น การเปิดโอกาสให้พื้นที่บริหารจัดการเอง โดยส่วนกลางช่วยบริหารจัดการความเสี่ยงในบางประเด็น เช่น การบริหารจัดการงบประมาณการบริการทางการแพทย์ ที่มีค่าใช้จ่ายสูง การจัดสรรงบประมาณการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ARV) ซึ่งปัจจุบันก็มีการบริหารจัดการในส่วนนี้อยู่ ทว่าเสียงสะท้อนจากพื้นที่ คือความต้องการการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ รวดเร็ว และสร้างความมั่นใจว่าเมื่อเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายดังกล่าวนั้นจะสามารถเบิกได้อย่างแน่นอน ดังนั้น การทำงานของส่วนกลางควรเป็นไปในลักษณะที่มีประสิทธิภาพสูงและสร้างความมั่นใจให้กับพื้นที่ในการเบิกจ่าย รวมทั้งมีการติดตามประเมินผล เพื่อกำหนดแนวทางการสนับสนุนการให้บริการด้านสุขภาพแก่แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงด้านงบประมาณ เช่น ในพื้นที่ชายแดน เป็นต้น

5.1.5 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการบริหารจัดการ

สำหรับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ และบริการสุขภาพสองส่วนด้วยกัน คือปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพและบริการสุขภาพในระบบประกันสังคม และระบบประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพและบริการสุขภาพในระบบประกันสังคมนั้น ประกอบด้วย

1) ประกันสังคม แม้ว่า จะมีกฎหมายและอยู่ในสภาพบังคับ แต่ยังมีแรงงานข้ามชาติบางส่วนถูกกันออกจากระบบด้วยความไม่เข้าใจ ดังนั้น จึงต้องอาศัยความร่วมมือจากนายจ้าง และบทบาทของสภาองค์การนายจ้างร่วมกับประกันสังคมในการชี้แจง และทำความเข้าใจ

2) เนื่องจากไม่มีข้อกำหนด เรื่องการส่งเสริมและป้องกันโรคจากประกันสังคม ดังนั้น การการจัดสรรงบประมาณการส่งเสริมและป้องกันโรค จึงควรได้รับการพิจารณา นอกจากนั้นแล้วแนวคิดเรื่องการทำการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างครอบคลุม (universal health promotion and prevention) ของกระทรวงสาธารณสุขควรให้ อสต. มีความรู้และบทบาทมากขึ้น

3) การได้รับใบอนุญาตทำงานล่าช้า ทำให้เข้าสู่ระบบประกันสังคมล่าช้าตามไปด้วย ทั้งนี้เนื่องจากใบอนุญาตทำงานเป็นเอกสารประกอบการขึ้นทะเบียนประกันสังคม ดังนั้น จึงทำให้เกิดช่องว่างระหว่างที่รอการเข้าสู่ระบบประกันสังคมยาวนานมากขึ้น (จากที่ต้องรอส่งเงินสมทบครบ 3 เดือน) และไม่สอดคล้องกับบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีระยะเวลา 3 เดือน ซึ่งส่งผลต่อการเข้าถึงบริการของแรงงานข้ามชาติ ดังนั้น การดำเนินการออกเอกสารใบอนุญาตทำงานต้องได้รับความร่วมมือระหว่างกระทรวงแรงงาน และสำนักงานประกันสังคม โดยมีข้อตกลงร่วมกันว่า สามารถใช้ใบรับรอง หรือใบเสร็จรับเงินตัวจริงของการออกใบอนุญาตทำงานแทนใบอนุญาตทำงานได้

4) ทัศนคติของนายจ้างต่อประกันสังคมของแรงงานข้ามชาติ นายจ้างบางส่วนยังไม่เข้าใจเรื่องสิทธิประกันสังคมของแรงงาน ทำให้ไม่นำแรงงานข้ามชาติเข้าสู่ระบบประกันสังคม แม้ว่า ที่ผ่านมาจะมีความร่วมมือใน

พื้นที่ เพื่อชี้แจงทำความเข้าใจกับนายจ้าง แต่อาจยังไม่เพียงพอต่อการตัดสินใจของนายจ้าง ดังนั้น การประชาสัมพันธ์และการทำงานเชิงรุกของสำนักงานประกันสังคมและจัดหางานจังหวัดจึงยังมีความจำเป็น เพื่อให้นายจ้างเข้าใจและเห็นความสำคัญของการนำแรงงานข้ามชาติเข้าสู่ระบบประกันสังคม ส่วนนายจ้างบางส่วนที่เห็นความสำคัญของประกันสังคมและต้องการให้แรงงานเข้าสู่ระบบ แต่สถานประกอบการไม่เข้าข่ายคุ้มครองโดยประกันสังคมนั้น อาจต้องมีการพิจารณาเรื่องการเปิดให้กิจการบางประเภทที่มีการจ้างงานตลอดปีเข้าข่ายประกันสังคมได้มากขึ้น เช่น งานบ้าน และประมงขนาดเล็ก เป็นต้น

5) การเรียกเก็บเงินจากประกันสังคมผิดประเภท ทำให้หน่วยบริการสุขภาพเสียประโยชน์ ดังนั้น เจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่ในการเบิกจ่ายต้องมีความรู้และความเข้าใจในการเบิกจ่ายเงินจากกองทุนต่างๆ ในระบบประกันสังคม ทั้งนี้ สำนักงานประกันสังคมกับสถานบริการสาธารณสุขคู่สัญญา ควรทำงานร่วมกันในการให้ความรู้และคำปรึกษาเรื่องการเบิกจ่ายจากกองทุนต่างๆ ของประกันสังคมอย่างถูกต้อง เพื่อให้สถานบริการสาธารณสุขคู่สัญญาได้ประโยชน์ตามที่ควรจะเป็น

6) ฐานข้อมูลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่ตรงกัน ทำให้เกิดปัญหาในการเชื่อมโยงข้อมูลและการเบิกจ่ายเงิน และการเรียกเก็บ ดังนั้น การกำหนดฐานข้อมูลของแรงงานข้ามชาติต้องสอดคล้องตรงกัน เช่น การยึดการเรียงลำดับชื่อ-สกุลตามหนังสือเดินทาง หรือตามบัตรอนุญาตทำงาน เป็นต้น เพื่อเกิดการเชื่อมโยงข้อมูลและลดปัญหาความล่าช้าในการเบิกจ่าย

7) แม้ว่า สถานบริการสุขภาพของเอกชนจะเข้ามารับประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในระบบประกันสังคม อย่างไรก็ตาม การรับภาระเมื่อแรงงานมีภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง และมีค่าใช้จ่ายสูงกลับถูกผลักให้เป็นภาระของสถานบริการภาครัฐ ดังนั้น ควรมีข้อตกลงระหว่างสำนักงานประกันสังคมกับโรงพยาบาลคู่สัญญาให้ชัดเจนในกรณีดังกล่าวจะดำเนินการอย่างไร เพื่อไม่ให้เป็นการผลักภาระให้กับสถานบริการภาครัฐ

8) ปัญหาเรื่องความคุ้มทุนในการรับประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ที่เป็นผู้ประกันตนของประกันสังคมที่เป็นข้อกังวลของสถานบริการสุขภาพ ต้องมีการศึกษาต่อไปว่า จำนวนผู้ประกันตนเท่าไรในสถานบริการสุขภาพแต่ละประเภท จึงจะเกิดความคุ้มทุนในการให้บริการ

สำหรับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของระบบประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติของกระทรวงสาธารณสุขนั้น ประกอบด้วย

1) การปรับเพิ่มราคาบัตรประกันสุขภาพ และราคาบัตรประกันสุขภาพในบางกลุ่มยังถูกตั้งคำถามถึงราคาที่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มอายุ 7 - 15 ปี แม้ว่าจะเพิ่มสิทธิประโยชน์ แต่ยังขาดการประชาสัมพันธ์และสร้างความเข้าใจกับกลุ่มเป้าหมาย ส่งผลต่อการตัดสินในซื้อบัตรประกันสุขภาพและอาจทำให้จำนวนผู้ซื้อบัตรประกันสุขภาพลดลง ดังนั้น การทำงานเชิงรุกเพื่อประชาสัมพันธ์และสร้างความเข้าใจ เรื่องการเพิ่มราคาบัตรประกันสุขภาพที่มาพร้อมกับสิทธิประโยชน์ที่มกขึ้น โดยอาศัยบทบาทขององค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่ พสต. อสต. และนายหน้าจึงมีความจำเป็นในการดำเนินการ ราคาบัตรประกันสุขภาพสำหรับผู้ติดตามบางกลุ่มถูกมองว่า แพงเกินไป ดังนั้น อาจต้องการการศึกษาเพิ่มเติมพิจารณาราคาบัตรในแต่ละกลุ่มอีกครั้งเพื่อความเหมาะสม

2) การซื้อบัตรประกันสุขภาพของคนข้ามชาติ ไม่เกิดการกระจายความเสี่ยง เนื่องจากผู้ที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพคือผู้ที่ต้องการ การรักษาพยาบาลเท่านั้น และการประกันสุขภาพไม่ได้อยู่ในสภาพบังคับ ดังนั้น

เพื่อกระจายความเสี่ยงด้านงบประมาณ การประกันสุขภาพของคนข้ามชาติควรอยู่ในสภาพบังคับ โดยมีนโยบายระดับชาติ เช่น การใช้มติ ครม.กำหนดให้แรงงานข้ามชาติ และผู้ติดตามต้องมีประกันสุขภาพระบบใดระบบหนึ่ง คือ ประกันสุขภาพ หรือประกันสังคมตามเงื่อนไขของกฎหมาย พร้อมทั้งการใช้อำนาจของอธิบดีกรมการจัดหางานออกเงื่อนไขในการขอให้แสดงเอกสารประกันสุขภาพในการขออนุญาตทำงานตามมาตรา 9 ของ พ.ร.บ.การทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2551

3) แรงงานไม่ต่อประกันสุขภาพ เนื่องจากช่องว่างของการออกบัตรอนุญาตทำงาน โดยมีเพียงแค่การรับรองว่าเป็นผู้มีสุขภาพดี ทำให้การประกันสุขภาพสำหรับแรงงานไม่มีความจำเป็น ตลอดจนความไม่สอดคล้องของระยะเวลาของบัตรอนุญาตทำงานและบัตรประกันสุขภาพ ซึ่งบัตรประกันสุขภาพมีระยะเวลาน้อยกว่าบัตรอนุญาตทำงาน รวมทั้งการยึด พ.ร.บ.ที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานตนเองเป็นหลัก ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างบัตรอนุญาตทำงานกับการประกันสุขภาพ ส่วนนโยบายที่มีอยู่นั้นเป็นนโยบายระยะสั้นปีต่อปี ทำให้ไม่สามารถกำหนดนโยบายระยะยาวได้ ดังนั้น การทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวงแรงงานและกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้บัตรทั้งสองประเภทมีความสอดคล้องกันจึงเป็นเรื่องจำเป็น ควรมีหน่วยงานกลางในการเชื่อมประสานและวางนโยบายระดับชาติ รวมทั้งการกำหนดอายุของบัตรอนุญาตทำงานและบัตรประกันสุขภาพให้สอดคล้องกัน อันเป็นผลมาจากปัญหาความไม่สอดคล้อง หรือเชื่อมโยงในการทำงานระหว่างหน่วยงาน

4) นโยบายและหลักการมีความชัดเจน แต่แนวทางในการปฏิบัติตามนโยบายยังขาดความชัดเจน มีการตีความประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องการขายบัตรประกันสุขภาพให้คนต่างด้าว โดยเฉพาะในประเด็นคำนิยามของคนต่างด้าวหรือประชากรข้ามชาติที่สามารถซื้อบัตรประกันสุขภาพได้ การตีความสิทธิในบัตรประกันสุขภาพเกี่ยวกับการคลอดและการดูแลหลังคลอด 28 วัน รวมทั้งการตีความให้การซื้อบัตรประกันสุขภาพผูกติดกับเอกสารและการรับรองจากนายจ้าง ทำให้แรงงานและผู้ติดตามบางส่วน ไม่สามารถซื้อบัตรประกันสุขภาพได้ ดังนั้นจึงต้องมีการชี้แจงรายละเอียดเพิ่มเติม และกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนยังมีความจำเป็นสำหรับการดำเนินการในพื้นที่ว่าใช้ หรือไม่ใช้ ถ้าใช้เป็นเอกสารอะไรบ้าง รวมทั้งการให้ข้อมูลเหล่านี้ถึงแรงงานโดยตรง และผ่าน NGO พสต อสต. และนายหน้า

5) การให้ข้อมูลข่าวสารสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้มีส่วนได้เสียยังไม่เพียงพอ รวมทั้งการขาดการทำงานเชิงรุกในการดำเนินการขายบัตรประกันสุขภาพทำให้แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามบางส่วนไม่ได้เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพระบบใดระบบหนึ่ง ดังนั้น การทำงานเชิงรุกเพื่อให้ข้อมูลในเรื่องความสำคัญของการประกันสุขภาพ การซื้อบัตร สิทธิประโยชน์ของบัตร ร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่ พสต. อสต. นายหน้า และนายจ้างจึงมีความจำเป็น

6) การจัดสรรเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลด้วยยา ARV เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ยังไม่มั่นใจในเรื่องความต่อเนื่องในการเบิกจ่ายค่ายาต้านไวรัสสำหรับคนข้ามชาติ ดังนั้น แนวปฏิบัติและการดำเนินการ เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ปฏิบัติควรได้รับการพิจารณาจากกลุ่มงานประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข

7) ปัญหาการนำเข้าข้อมูลของการประกันสุขภาพคนข้ามชาติที่เชื่อมโยงกับฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) ในพื้นที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจากปัญหาเชิงระบบ ดังนั้น ควรต้องมีการพัฒนาระบบเพื่อรองรับ เพื่อสะดวกต่อการเบิกจ่ายงบประมาณจากส่วนกลาง

8) ฐานข้อมูลที่จำเป็นยังขาดการแชร์ระหว่างหน่วยงาน รวมทั้งระบบฐานข้อมูลที่จะรองรับการประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามที่ยังคงมีปัญหา รวมทั้งการขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น การบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพและบริการสุขภาพแรงงานข้ามชาติที่มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีการประสานงานและการบูรณาการทิศทางนโยบาย และแนวทางการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัดที่ไปในทิศทางเดียวกัน

9) ระบบบริการสุขภาพที่ผ่านมา ไม่ได้ถูกออกแบบมาให้รองรับประชากรข้ามชาติอย่างเป็นมิตร และการจ้าง พสต. ยังไม่มีความชัดเจน และในบางพื้นที่ไม่สามารถจ้างในอัตราที่เหมาะสมกับความรู้ความสามารถได้ ดังนั้น การกำหนดแนวทางที่ชัดเจนเกี่ยวกับการจัดจ้าง พสต. ที่สามารถทำงานทั้งเชิงรับในสถานพยาบาลและเชิงรุกในชุมชน เป็นหนึ่งในข้อควรพิจารณา

10) ในการเข้าถึงหลักประกันทางสุขภาพรวมถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ และผู้ติดตาม “นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการ” เป็นหนึ่งในตัวแปรที่สำคัญ การเพิ่มความตระหนักถึงหน้าที่ในการจัดหาหลักประกันทางสุขภาพให้แก่แรงงานและการบังคับใช้กฎหมายในบทบาทหน้าที่ที่นายจ้างพึงปฏิบัติ รวมถึงการแก้ไขปัญหาโบรกเกอร์ (นายหน้า) และนายจ้างรับจ้างเป็นเรื่องที่ต้องดำเนินการ

5.2 แรงงาน

5.2.1 เข้าถึงประกันสังคมและบัตรประกันสุขภาพ

เนื่องจากการไม่มีสภาพบังคับของการประกันสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติ ทำให้แรงงานที่เคยมีประกันสุขภาพและปัจจุบันไม่มีประกันสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการลดลงของผู้ที่เคยมีประกันของกระทรวงสาธารณสุขและปัจจุบันไม่มีประกันสุขภาพ ทั้งนี้มีเพียงบางส่วนของแรงงานที่ไม่มีประกันสุขภาพเท่านั้น ที่มีความตั้งใจที่จะซื้อประกันสุขภาพ เนื่องจากช่วงรอยต่อของการได้รับสิทธิของผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม ซึ่งแรงงานจะได้รับการรับรองสิทธิเมื่อแรงงานซึ่งผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือนแล้ว แต่แรงงานส่วนหนึ่งไม่มีประกันสุขภาพในช่วงระหว่างรอ (แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมีการประกันสุขภาพในช่วงเวลาดังกล่าว แต่แรงงานและนายจ้างบางส่วนไม่เห็นความสำคัญ) ส่วนความไม่สอดคล้องของระยะเวลาของบัตรอนุญาตทำงานและบัตรประกันสุขภาพ ทำให้แรงงานบางส่วนหลุดออกจากระบบประกันสุขภาพ เนื่องจากแรงงานจำนวนหนึ่งขาดข้อมูล และส่วนหนึ่งหลีกเลี่ยงการซื้อบัตรประกันสุขภาพอย่างรู้เท่าไม่ถึงการณ์

นอกจากตัวแรงงานเองแล้ว นายหน้านับว่ามีบทบาทในการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานและผู้ติดตาม เนื่องจากแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามได้พึ่งพานายหน้าในการดำเนินการ ทั้งการหานายจ้างและการทำบัตรต่างๆ จะเห็นได้ว่านายหน้ามีบทบาทที่จะทำให้แรงงานเข้าถึงระบบประกันสุขภาพได้ ดังนั้น ควรต้องมีการควบคุมระบบนายหน้า ให้มีการจดทะเบียนนายหน้าและควบคุมค่าธรรมเนียม เพื่อให้แรงงานเข้าถึงได้ในราคาที่ยุติธรรม

นอกจากนั้น ยังมีผู้ที่ทำงานในกิจการที่ไม่เป็นทางการที่ไม่สามารถซื้อบัตรประกันสุขภาพได้จากการตีความประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่แตกต่างกัน ซึ่งเจ้าหน้าที่กำหนดเกณฑ์ในการขายบัตรประกันสุขภาพที่ผูกติดกับเอกสารและการมีนายจ้างรับรอง ดังนั้น การทำให้การประกันสุขภาพอยู่ในสภาพบังคับและการกำหนดเกณฑ์การขายบัตรประกันสุขภาพที่แรงงานและผู้ติดตามทุกคนสามารถซื้อได้จึงควรได้รับการพิจารณาในการดำเนินการ

5.2.2 ความรู้ความตระหนักในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพ

แรงงานบางส่วน ยังไม่ทราบชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพที่ตนเองมีอยู่ แม้ว่า ส่วนใหญ่จะทราบชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพ แต่ความครอบคลุมประเภทสิทธิประโยชน์ยังไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะอย่างยิ่งสิทธิประโยชน์เรื่องยาต้านไวรัส (ARV) ซึ่งส่งผลต่อการขึ้นราคาประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีแรงงานเพียงหนึ่งในสี่เท่านั้นที่ทราบสิทธิประโยชน์ดังกล่าว ส่วนแรงงานในระบบประกันสังคมก็เช่นกันที่ทราบสิทธิประโยชน์ แต่ความครอบคลุมด้านสิทธิประโยชน์นั้นยังไม่ครอบคลุม ดังนั้น การประชาสัมพันธ์เรื่องสิทธิประโยชน์ต่างๆ ของระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบนั้น จึงมีความจำเป็น โดยอาศัยความร่วมมือขององค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่ พสต. อสต. และนายหน้าในการดำเนินการประชาสัมพันธ์เชิงรุก

5.2.3 ความคาดหวังต่อระบบประกันสุขภาพที่รัฐไทยจัดให้

แรงงานส่วนใหญ่เห็นว่า การประกันสุขภาพมีความจำเป็น อย่างไรก็ตาม ความเหมาะสมของการประกันสุขภาพนั้นขึ้นกับบริบทของแรงงานแต่ละประเภท ไม่ว่าจะเป็น สถานภาพการทำงาน (เช่น เป็นพนักงานประจำ ลูกจ้างรายวัน หรือเหมาช่วง) หรือประเภทของงานที่ทำ(กิจการที่เป็นทางการ หรือไม่เป็นทางการ) โดยคำนึงถึงการเข้าถึงบัตรในระบบประกันสุขภาพ ราคา ความสะดวก และสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับ ทั้งนี้ แรงงานที่เป็นผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมเน้นในเรื่องสิทธิประโยชน์ ในขณะที่แรงงานในระบบประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขเน้นไปในเรื่องของราคาและการเข้าถึง ดังนั้น การระบบประกันสุขภาพที่รัฐไทยจัดให้แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามต้องคำนึงถึงบริบทของแรงงานและควรมีระบบที่รองรับได้ทั้งแรงงานที่อยู่ในระบบ นอกระบบ รวมถึงแรงงานที่มีเอกสาร และไม่มีเอกสาร รวมทั้งการให้ข้อมูลอย่างเพียงพอต่อการตัดสินใจของแรงงาน

5.2.4 ปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

จากข้อค้นพบที่ว่า แรงงานบางส่วนไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ เนื่องจากสถานะการอยู่อาศัยในประเทศไทยที่ไม่มีเอกสารและไม่มีประกันสุขภาพในระบบใดเลย ซึ่งจะกลายเป็นภาระของสถานบริการสุขภาพในกรณีที่ไม่มีความสามารถในการจ่าย นอกจากนั้น ยังมีอุปสรรคในเรื่องภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร การเดินทางและการไปรับการรักษาส่งผลกระทบต่อการทำงาน รวมทั้งขาดข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการซื้อบัตรประกันสุขภาพสำหรับแรงงานและผู้ติดตาม รวมทั้งราคาบัตรในบางกลุ่มอายุที่แรงงานและผู้ติดตามมองว่าแพงเกินไป ส่วนปัจจัยที่ทำให้แรงงานสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ดีขึ้นนั้น ได้แก่ การมีเอกสารทางกฎหมาย การมีล่ามแปลภาษาในสถานบริการสุขภาพ การมีบัตรประกันสุขภาพ สามารถเข้ารับการรักษาในสถานบริการใดก็ได้ การมีคนคอยช่วยเหลือในการไปรับบริการ และการบริการที่เป็นมิตรของผู้ให้บริการ

ดังนั้น การทำให้แรงงานและผู้ติดตามเป็นผู้เข้าเมืองถูกกฎหมาย ระบบประกันสุขภาพอยู่ในสภาพบังคับ มีแนวปฏิบัติในการขายบัตรประกันสุขภาพที่ชัดเจน รวมทั้งบริการที่เป็นมิตร ทั้งในแง่ของผู้ให้บริการและการมีล่ามแปลภาษาในการให้บริการน่าจะเป็นการส่งเสริมให้แรงงานและผู้ติดตามทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ นอกจากนั้นแล้วการทำให้ พสต. อสต. มีบทบาทในการทำหน้าที่ดังกล่าว น่าจะช่วยให้แรงงานและผู้ติดตามสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ดีขึ้น

5.3 ข้อเสนอแนะความเหมาะสมและประโยชน์ที่แรงงานข้ามชาติได้รับของระบบประกันสุขภาพและประกันสังคมในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

5.3.1 ความเหมาะสมและประโยชน์ที่แรงงานข้ามชาติได้รับของระบบประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

- แรงงานส่วนใหญ่คุ้นเคยกับระบบ
- สามารถเข้ารับการบริการจากสถานบริการที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดได้ทุกแห่งในกรณีที่มีการจัดการแบบบริหารจัดการร่วมในระดับจังหวัด (provincial pooling)
- ในกรณีที่รอเข้าสู่ระบบประกันสังคมที่มีช่วงเวลา 3 เดือน สามารถได้รับบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานตามมาตรฐานได้
- ในกรณีของแรงงานและผู้ติดตามที่ไม่สามารถเข้าสู่ระบบประกันสังคมได้ แต่ได้สามารถได้รับการประกันสุขภาพและได้รับบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานตามมาตรฐาน

5.3.2 ความเหมาะสมและประโยชน์ที่แรงงานข้ามชาติได้รับของระบบประกันสังคม

- สามารถเข้ารับการบริการจากสถานบริการที่ระบุ และจากสถานบริการในเครือข่ายที่รับประกันสังคม
- หากทำงานในสถานประกอบการ ที่เข้าสู่ระบบประกันสังคมแรงงานข้ามชาติทุกคนควรเข้าสู่ระบบประกันสังคม
- มีสิทธิประโยชน์ที่มากกกว่าระบบประกันสุขภาพได้รับความคุ้มครองใน 7 กรณี ได้แก่ กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ทุพพลภาพ ตาย คลอดบุตร สงเคราะห์บุตร ชราภาพ และว่างงาน

5.4 ข้อเสนอแนะในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ และบริการด้านสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในแต่ละกลุ่ม

แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามทุกคน ควรต้องถูกบังคับให้อยู่ในระบบประกันสุขภาพระบบใดระบบหนึ่ง ทั้งนี้ เพื่อเป็นหลักประกันสุขภาพและลดภาระทางด้านค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล รวมทั้งให้คนข้ามชาติและผู้ติดตามทุกคนได้รับบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานตามมาตรฐาน ดังนี้:

1) กลุ่มที่มาตาม MOU: ควรอยู่ภายใต้ระบบประกันสังคม ทั้งนี้ เนื่องจากมีสิทธิประโยชน์ที่มากกว่าระบบประกันสุขภาพ อย่างไรก็ตาม แรงงานต้องได้รับการตรวจสุขภาพก่อนการให้ใบอนุญาตทำงานและขึ้นทะเบียนประกันสังคมทุกราย

2) กลุ่มที่อยู่ระหว่างรอพิสูจน์สัญชาติ: ควรอยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อให้แรงงานทุกคนมีหลักประกันสุขภาพ และต้องมีการตรวจสุขภาพก่อนการให้ใบอนุญาตทำงานทุกราย อย่างไรก็ตาม สถานพยาบาลที่รับประกันสังคมอาจต้องพิจารณาจำนวนของผู้ประกันตนว่าเท่าไรจึงจะเกิดความคุ้มค่า ซึ่งต้องการการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นดังกล่าว

3) กลุ่มที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติ: ขึ้นกับประเภทกิจการที่แรงงานข้ามชาติทำ หากเป็นกิจการที่เข้าร่วมระบบประกันสังคม แรงงานก็ควรอยู่ภายใต้ระบบประกันสังคม และหากไม่เข้าร่วมระบบประกันสังคมก็ควรอยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ต้องมีการตรวจสุขภาพก่อนการให้ใบอนุญาตทำงานทุกราย อย่างไรก็ตาม การพิจาณาเพิ่มเติมโดยเปิดให้งานบางประเภท เช่น ประกอบกิจการแต่เป็นบุคคลธรรมดา เข้าสู่ระบบประกันสังคมได้มากขึ้นน่าจะเป็นโอกาสอย่างหนึ่งของการให้แรงงานเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพได้มากขึ้น นอกจากนั้นแล้วการประชาสัมพันธ์ให้นายจ้างเห็นความความสำคัญของการประกันสุขภาพของแรงงาน โดยอาศัยความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ แรงงาน ความมั่นคง ยังมีความจำเป็น

4) กลุ่มที่ไม่ได้จดทะเบียน: ควรอยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพและมีการตรวจสุขภาพก่อนซื้อบัตรประกันทุกราย อย่างไรก็ตาม ควรต้องมีการศึกษาเพื่อทบทวนราคาบัตรที่เหมาะสมสำหรับแต่ละกลุ่มอีกครั้ง รวมทั้งการขายบัตรประกันสุขภาพที่ยึดติดกับตัวเลขสถานะบุคคลอาจต้องมีการหาวิธีการอื่นที่สามารถระบุตัวบุคคลได้เช่น การใช้ Biomarker เป็นต้น ทั้งนี้รวมถึงการประชาสัมพันธ์ให้แรงงานและผู้ติดตามเห็นความสำคัญของการประกันสุขภาพ โดยอาศัยความร่วมมือของทั้งภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนนับว่ามีความสำคัญ และอสต.ควรจะมีบทบาทในการช่วยการประชาสัมพันธ์ดังกล่าว

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กระทรวงสาธารณสุข. (2556). หลักเกณฑ์การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กและการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพคนต่างด้าว: หนังสือสั่งการกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ. 0209.01/1669 ลงวันที่ 5 สิงหาคม 2556.

กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2555). *แผนแม่บทการแก้ปัญหาละพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน พ.ศ. 2555-2559.* กระทรวงสาธารณสุข.

กฤตยา อาชวนิจกุล. (2550). รัฐไทยกับการปรับเปลี่ยนนโยบายเอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

กฤตยา อาชวนิจกุล และ พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร. (2548). คำถามและข้อท้าทายต่อนโยบายรัฐไทยในมิติสุขภาวะและสิทธิของแรงงานข้ามชาติ. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

กฤตยา อาชวนิจกุล. (2556). *แรงงานข้ามชาติ ชนกลุ่มน้อย คนไร้รัฐและผู้ลี้ภัยในประเทศไทยกับความเป็นประชาคมอาเซียน.* ไฟล์การนำเสนอในการประชุมอนุกรรมการ คปก. อาเซียน สำนักงานคณะกรรมการปฏิรูปกฎหมาย วันที่ 3 พฤษภาคม 2556.

การทบทวนและสังเคราะห์นโยบาย เกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพและการประกันสุขภาพ ภายใต้โครงการส่งเสริมการป้องกันเอดส์ในแรงงานข้ามชาติประเทศไทย. (2553). กรุงเทพฯ: มูลนิธิรักษ์ไทย.

คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. (2555). *ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559.* กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

คณะอนุกรรมการสิทธิมนุษยชน ด้านชนชาติ ผู้ไร้สัญชาติ แรงงานข้ามชาติและผู้พลัดถิ่น สภาทนายความ. (2554). *นโยบายและมาตรการการแก้ไขปัญหาแรงงานข้ามชาติ.* กรุงเทพฯ: มูลนิธิรักษ์ไทย.

แผนแม่บทการแก้ปัญหาละพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน พ.ศ. 2555-2559. (2555): กระทรวงสาธารณสุข.

ภัสสร ลิมานนท์ และ นริสรา พึ่งโพธิ์สภ. (2553). *การทบทวนและสังเคราะห์นโยบาย เกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพและการประกันสุขภาพ ภายใต้โครงการส่งเสริมการป้องกันเอดส์ในแรงงานข้ามชาติประเทศไทย.* กรุงเทพฯ: มูลนิธิรักษ์ไทย.

ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559. (2555): กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

แรงงานข้ามชาติ ชนกลุ่มน้อย คนไร้รัฐและผู้ลี้ภัยในประเทศไทยกับความเป็นประชาคมอาเซียน. (2556): ไฟล์การนำเสนอในการประชุมอนุกรรมการคปก. อาเซียน สำนักงานคณะกรรมการปฏิรูปกฎหมาย วันที่ 3 พฤษภาคม 2556.

สมเกียรติ ฉายะศรีวงศ์. (2556). *แรงงานข้ามชาติ... ควรได้รับความคุ้มครองสิทธิประกันสังคมแค่ไหน.* เอกสารวิชาการส่วนบุคคล หลักสูตรนักบริหารการยุติธรรมทางปกครองระดับสูง รุ่นที่ 4 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2556.

องค์กรระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน (IOM). (2553). คู่มือด้านสิทธิและหน้าที่แรงงานข้ามชาติ (สำหรับผู้ปฏิบัติงาน). กรุงเทพฯ: องค์กรระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน (IOM).

ภาษาอังกฤษ

Chalamwong, Y. (2007). Report on Review of Labor Migration Policies, Strategies, Management Institutions and Pressure in Thailand. Bangkok: Thailand Development Research Institute (TDRI).

Chamchan, C., & Apipornchaisakul, K. (2012). *A Situation Analysis of Health System Strengthening for Migrants in Thailand.* Bangkok: Institute for Poupulation and Social Research (supported by the WHO and EU).

Chantavanich, S. (2007). *Thailand Policies towards Migrants Workers from Myanmar.* Paper presented at the the APMRN Conference, Fujian Normal University, Fuzhou, PRC

Devadason, E. S., & Meng, C. W. (2014). Policies and laws regulating migrant workers in Malaysia: a critical appraisal. Journal of Contemporary Asia, 44(1), 19-35.

Department of Labor and Employment. (2012). Overseas Workers Welfare Administration. Retrieved November 2012, from Department of Labor and

Hirose, K., Nikac, M., & Tamagno, E. (2011). Social security for Migrant Workers: A rights-based approach. Budapest, Hungary: International Labour Organization, Decent Work Technical Support Team and Country Office for Central and Eastern Europe.

Hall, A. (2011). Migrant workers' Rights to Social Protection in ASEAN: Case studies of Indonesia, Philippines, Singapore and Thailand. Singapore: Friedrich-Ebert-stiftung.

Hall, A. (2012). Migrant workers and social protection in ASEAN: Moving towards a regional standard? Journal of Population and Social Studies [JPSS], 21(1), 12-38.

International Organization for Migration, & World Health Organization. (2009). Financing Healthcare for Migrants: A Case Study from Thailand. Bangkok: nternational Organization for Migration and World Health Organization.

Isarabhakdi, P. (2004). Meeting at the crossborders_Myanmar Migrants and Their use of Thai Health Care Service. *Asain and Pacific Migration Journal, 13* (107-126).

Jinsong, M. H. (2013). Myanmar Migrant Workers in Thailand: Policies and Prospects. Asian Scholarship Foundation e-Journal(5).

Kim, M. J. (2015). The Republic of Korea's Employment Permit System (EPS): Background and Rapid Assessment (Vol. No. 119). Geneva: International Labour Office,

Naing, T., Geater, A., & Pungrassami, P. (2012). Migrant workers' occupation and healthcare-seeking preferences for TB-suspicious symptoms and other health problems: a survey among immigrant workers in Songkhla province, southern Thailand. *BMC International Health and Human Rights, 12* (22), 1-13.

The World Bank. (2012). Gaining from Migration: Migration Trends and Policy Lessons in the Greater Mekong Sub-region. Bangkok: The World Bank.

Vasuprasat, P. (2010). Agenda for Labor Migration Policy in Thailand: Towards Long-term Competitiveness. Bangkok, Thailand: International Labor Organization, Regional Office for Asia and the Pacific.

Webber, G., Spitzer, D., Somrongthong, R., Dat, T. C., & Kounnavongsa, S. (2012). Facilitators and barriers to accessing reproductive health care for migrant beer promoters in Cambodia, Laos, Thailand and Vietnam: A mixed methods study. *Globalization and Health, 8* (21), 1-18.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก: แบบสอบถาม ความคิดเห็นต่อระบบประกันสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ (สำหรับแรงงานข้ามชาติอายุ 15 - 59 ปี)

ภาคผนวก ข: แนวคำถามในการสัมภาษณ์ จำนวน 4 ชุด

ชุดที่ 1 สำหรับหน่วยบริการสุขภาพ/ผู้ให้บริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

ชุดที่ 2 สำหรับแรงงานข้ามชาติ

ชุดที่ 3 สำหรับนายจ้าง

ชุดที่ 4 สำหรับผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับนโยบายแรงงาน, สุขภาพและประกันสังคม

ภาคผนวก ก

แบบสอบถาม

แบบสอบถาม
ความคิดเห็นต่อระบบประกันสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ
ของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ
(สำหรับแรงงานข้ามชาติอายุ 15 - 59 ปี)

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
มหาวิทยาลัยมหิดล
สนับสนุนโดย
IRC (International Rescue Committee)

หมายเลขแบบสอบถาม | | | | |

ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์.....

สถานที่อยู่อาศัย 1) ในเขตเทศบาลอำเภอ / ตำบล

2) นอกเขตเทศบาล

จังหวัด.....อำเภอ.....

ตำบล.....

บ้านเลขที่.....ถนน/ซอย.....

บันทึกเกี่ยวกับการสัมภาษณ์

	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
วันที่			
เริ่มเวลา			
จบการสัมภาษณ์เวลา			
ใช้เวลาทั้งสิ้น			
ผู้สัมภาษณ์			

ชื่อผู้สัมภาษณ์.....รหัส | |

ชื่อผู้คุมงานสนาม.....รหัส | |

การตรวจเช็คแบบสอบถาม 1. ตรวจแล้ว-สมบูรณ์ 2. ตรวจแล้ว-ไม่สมบูรณ์ 3. ไม่ได้ตรวจ

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยสำหรับการตอบแบบสอบถาม (Participant Information Sheet)

คำชี้แจง
ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านจะได้รับเอกสารนี้ ฉบับ นำกลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิทของท่าน หรือผู้อื่นที่ท่านต้องการปรึกษา เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ	การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพและบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับแรงงานข้ามชาติหลังการเปลี่ยนแปลงนโยบายการจัดการแรงงานข้ามชาติ พ .ศ. 2555
ชื่อผู้วิจัย	ดร. มาลี สันภูวรรณ์ ผศ. ดร. สุชาดา ทวีสิทธิ์ ผศ. ดร. เฉลิมพล แจ่มจันทร์ นางสาวรีนา ต๊ะดี
สถานที่ทำงาน	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
หมายเลขโทรศัพท์	024410201 ต่อ 519 ,514 ,405 และ 541
สถานที่วิจัย	จังหวัดเชียงใหม่ และ สมุทรปราการ
ผู้ให้ทุน	*International Rescue Committee* (IRC)

ข้อมูลโครงการวิจัยโดยย่อ

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาถึงลักษณะการระบบบริการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ทั้งในระบบประกันสุขภาพและประกันสังคม รวมทั้งข้อดี ข้อจำกัดในการเข้าถึงของแรงงานข้ามชาติ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยนี้คือ ทำให้ทราบ ลักษณะการระบบบริการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ทั้งในระบบประกันสุขภาพและประกันสังคม รวมทั้งข้อดี ข้อจำกัดในการเข้าถึงของแรงงานข้ามชาติ เพื่อมุ่งให้เกิดการสร้างองค์ความรู้ เพื่อไปสู่การกำหนดนโยบายและระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมแก่แรงงานข้ามชาติต่อไป

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะ	ท่านเป็นผู้ที่ใช้บริการระบบบริการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ทั้งนี้ความคิดเห็นและข้อมูลที่จะได้รับจากท่านจะเป็นประโยชน์สำคัญและช่วยให้ผลจากการศึกษาสะท้อนภาพและสถานการณ์ในความเป็นจริงได้เป็นอย่างดี
จำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้น	300 คน
ระยะเวลาที่จะทำวิจัยทั้งสิ้น	1 ปี 3 เดือน (เดือนสิงหาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน 2557)

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถามในประเด็นเกี่ยวกับ “ความคิดเห็นต่อระบบประกันสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ” โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 60 นาที ซึ่งคำถามมีทั้งหมด 54 ข้อ แบ่งคำถามออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 19 ข้อ

ส่วนที่ 2 ประวัติการย้ายถิ่น จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 3 ประวัติการทำงานและสภาพการทำงาน จำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นต่อระบบประกันสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 5 ระบบประกันสุขภาพ สำหรับ ผู้ติดตาม/บุตรอายุน้อยกว่า 15 ปี จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 6 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับบัตรประกันสุขภาพประกันสังคม / จำนวน 1 ข้อ

ข้อมูลเกี่ยวกับการปกป้องสิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนชื่อและข้อมูลส่วนตัวของท่านในการบันทึกข้อมูล และจะดำเนินการทำลายข้อมูลตลอดจนข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับท่านภายหลังปี 5 การในระยะเวลา เสร็จสิ้นโดยการทำลายแบบสอบถามด้วยเครื่องทำลายเอกสาร (Paper shredder)

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย ท่านอาจรู้สึกอึดอัด หรืออาจรู้สึกไม่สบายใจอยู่บ้างกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึงท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวท่านแต่อย่างใด

ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล และไม่มีการแสดงชื่อหรือที่อยู่ของท่านแต่อย่างใด แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ผู้ที่มีสิทธิ์เข้าถึงข้อมูลของท่านจะมีเฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ คือ นักวิจัย หรืออาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ความถูกต้อง เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ คณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น

การวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

หากท่านมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับการวิจัย ท่านสามารถติดต่อไปยัง ดร. มาลี สันภูวรรณ์ (หัวหน้าโครงการ) โทรศัพท์: 02-441-0201 ต่อ 519 ได้ตลอดเวลา

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สาขาสังคมศาสตร์ ซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ถนนพุทธมณฑลสาย 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170 หมายเลขโทรศัพท์ 0 2441 9180 โทรสาร 0 2441 9181 หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมฯ หรือผู้แทน ได้ตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย

(.....)

วันที่.....

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

ข้อมูลผู้เข้าร่วมการวิจัย			
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....			
ข้าพเจ้าชื่อ		อายุ	ปี
อยู่บ้านเลขที่		ถนน	
ตำบล/แขวง		อำเภอ/เขต	
จังหวัด		รหัสไปรษณีย์	
หมายเลขโทรศัพท์			

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง	การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพและบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับแรงงานข้ามชาติหลังการเปลี่ยนแปลงนโยบายการจัดการแรงงานข้ามชาติ พ.ศ. 2555

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัยรายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัยรวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตราย โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว
ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อข้าพเจ้าที่จะได้รับในอนาคตและยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อไปยัง ดร. มาลี สันภูวรรณ์ (หัวหน้าโครงการ) โทรศัพท์: 02-441-0201 ต่อ 519 ได้ตลอดเวลา

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สาขาสังคมศาสตร์ ซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ถนนพุทธมณฑล สาย 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170 หมายเลขโทรศัพท์ 0 2441 9180 โทรสาร 0 2441 9181 หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมฯ หรือผู้แทน ได้ตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม

(.....) (.....)

วันที่..... วันที่.....

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไป *(ให้พนักงานสัมภาษณ์วงกลมตัวเลขที่เป็นคำตอบของผู้ถูกสัมภาษณ์)*

ข้อ	คำถาม	คำตอบ	รหัส	ข้ามไป
1.1	เพศ	ชาย	1	
		หญิง	2	
1.2	คุณอายุเท่าไร	อายุ.....ปี		
1.3	สถานภาพสมรสของคุณคือ?	โสด	1	
		แต่งงานแล้วปัจจุบันอยู่กับคู่สมรส	2	
		แต่งงานแต่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน	3	
		แยกกันอยู่	4	
		หย่า	5	
		หม้าย	6	
		อื่นๆ *(โปรดระบุ)*.....	98	
1.4	คุณสัญชาติอะไร?	ไทย	1	
		พม่า/เมียนมาร์	2	
		ลาว	3	
		กัมพูชา	4	
		ไม่มีสัญชาติ	5	
		อื่นๆ *(โปรดระบุ)*.....	98	
1.5	คุณมีเชื้อชาติอะไร?	ไทย	1	
		เมียนมาร์	2	
		ฉาน (ไทใหญ่)	3	
		มอญ	4	
		กะเหรี่ยง	5	
		ลาว	6	
		กัมพูชา	7	
		อื่นๆ *(โปรดระบุ)*.....	98	
1.6	คุณเกิดที่ไหน?	ไทย (โปรดระบุ*จังหวัด*)	1	
		พม่า/เมียนมาร์	2	
		ลาว	3	
		กัมพูชา	4	
		อื่นๆ *(โปรดระบุ)*.....	98	
		ไม่ทราบ	99	

ข้อ	คำถาม	คำตอบ	รหัส	ข้ามไป
1.7	คุณเข้ามาประเทศไทยครั้งนี้เป็นครั้งแรก ใช่ไหม?	ใช่	1	
		ไม่ใช่	2	
	1.7.1 ถ้า **ไม่ใช่**,คุณเคยเข้ามาประเทศไทยกี่ครั้งแล้ว?รวมครั้งนี้ด้วย แต่ ไม่รวมการเดินทางกลับไปเยี่ยมบ้านเป็นครั้งคราว	จำนวน.....ครั้ง *กรณีจำไม่ได้ให้ประมาณจำนวนครั้ง*		
1.8	คุณมาประเทศไทย ครั้งแรก เมื่อตอนอายุเท่าไร?	อายุ.....ปี		
1.9	ปัจจุบัน คุณอาศัยอยู่กับใครบ้าง? ***(ตอบได้หลายข้อ – วงทุกข้อที่ตอบ)***	พ่อ	1	
		แม่	2	
		คู่สมรส	3	
		เพื่อน	4	
		นายจ้าง	5	
		อยู่คนเดียว	6	
		เพื่อนร่วมงาน	7	
		อื่นๆ *(โปรดระบุ)*.....	98	
1.10	ความสามารถในการสื่อสารภาษาไทย	ระดับความสามารถ		
	1.10.1 คุณสามารถฟังภาษาไทยได้หรือไม่	1 2 3 4		
	1.10.2 คุณสามารถพูดภาษาไทยได้หรือไม่	1 2 3 4		
	1.10.3 คุณสามารถอ่านภาษาไทยได้หรือไม่	1 2 3 4		
	1.10.4 คุณสามารถเขียนภาษาไทยได้หรือไม่	1 2 3 4		

ข้อ	คำถาม	คำตอบ	รหัส	ข้ามไป
	รหัสคำตอบ ข้อ 1.10.1-4	1. ไม่ได้เลย 2. ได้บ้าง 3. ได้ดีแต่ไม่เท่าคนไทย 4. ได้ดีเท่าคนไทย		
1.11	คุณได้เรียนหนังสือ*ในระบบโรงเรียนปกติ*หรือไม่? *(เรียนหนังสือที่ประเทศใดก็ได้)*	เรียนหนังสือในระบบโรงเรียนปกติ→→	1 →	***ข้อ1.12***
		เรียนหนังสือนอกระบบโรงเรียนปกติ→	2→	***ข้อ1.12***
		ไม่เคยเรียนหนังสือเลย	3	
	1.11.1) ไม่ได้เรียนหนังสือในระบบโรงเรียนปกติ เพราะ	ไม่มีเงินจ่ายค่าเทอม	1	
		ทำงานเต็มเวลา (เหนื่อย)	2	
		อายุมากแล้ว /อาย ไม่อยากไปเรียน	3	
		โรงเรียนไกลจากบ้าน / ที่ทำงาน	4	
		ไปโรงเรียน ทำให้ไม่มีเวลาทำงาน	5	
		การเรียนหนังสือยากมาก	6	
		ไม่ต้องการเรียนหนังสือ	7	
		ช่วย / ดูแลครอบครัว	8	
		อื่นๆ *(โปรดระบุ)*.....	98	
1.12	ระดับการศึกษาชั้นสูงสุดที่จบ	ระดับ……..		
1.13	จำนวนปีที่อยู่ในโรงเรียน	.....ปี		
1.14	ช่วยระบุสถานศึกษาหรือโรงเรียนที่คุณเข้าเรียนล่าสุด/ที่คุณจบการศึกษา	โรงเรียนของรัฐในประเทศไทย	1	
		โรงเรียนของรัฐในประเทศเมียนมาร์	2	
		อื่นๆ *(โปรดระบุ)*.....	98	
		ไม่ทราบ	99	
1.15	คุณเริ่มเรียนชั้นประถมศึกษาเมื่ออายุเท่าไร?	อายุ……ปี		
		ปี พ.ศ. ……..…		
1.16	คุณออกจากโรงเรียนเมื่อไร ?	กำลังเรียน	1	
		ปี พ.ศ……		
		อายุ……..		

ข้อ	คำถาม	คำตอบ	รหัส	ข้ามไป
1.17	สถานภาพ การเข้าเมือง/การอยู่อาศัยของคุณเป็นอย่างไร	ไม่ได้จดทะเบียน	4 →	***ข้อ 1.17.2***
		ได้จดทะเบียนและ**อยู่ระหว่างรอพิสูจน์สัญชาติ**	3 →	***ข้อ 1.17.1***
		ได้จดทะเบียนและ**พิสูจน์สัญชาติแล้ว/มีหนังสือเดินทางชั่วคราว**	2 →	
		มีหนังสือเดินทางและสัญญาจ้างตาม MOU (skip 1.17.2=8)	1 →	***ข้อ 1.18***

1.17.1.ถ้าตอบ **<u>จดทะเบียน/รอพิสูจน์สัญชาติ/พิสูจน์สัญชาติแล้ว</u>**, โปรดระบุว่าคุณเห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วย กับข้อความดังต่อไปนี้

ข้อความ [อ่านทีละข้อ] “การขึ้นทะเบียน/พิสูจน์สัญชาติ.....”	1 เห็นด้วย	2 ไม่เห็นด้วย	99 ไม่ทราบ / ไม่แน่ใจ
1.17.1.1 ทำให้หางานได้ง่ายขึ้น	1	2	99
1.17.1.2 ทำให้มีงานหรือได้ทำงานที่มีความมั่นคงมากขึ้น	1	2	99
1.17.1.3 ทำให้ออกนอกที่ทำงานอย่างรู้สึกปลอดภัย	1	2	99
1.17.1.4 ทำให้ชีวิตยุ่งยากมากขึ้น	1	2	99
1.17.1.5 ทำให้สิ้นเปลืองเงินทองและเป็นภาระทางการเงิน	1	2	99
1.17.1.6 ทำให้ได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย	1	2	99

1.17.2 ถ้าตอบ**<u>ไม่จดทะเบียน/ไม่พิสูจน์สัญชาติ</u>**, เพราะเหตุใด? ***<u>(ตอบได้หลายข้อ – วงทุกข้อที่ตอบ)</u>***	ไม่เคยรู้เรื่องการลงทะเบียน/พิสูจน์สัญชาติเลย	1	
	ย้ายไปเรื่อยๆ	2	
	นายจ้างไม่อนุญาต	3	

ข้อ	คำถาม	คำตอบ	รหัส	ข้ามไป
		ไม่มีเวลาไปขึ้นทะเบียน/พิสูจน์สัญชาติ	4	
		ไม่คิดว่าการจดทะเบียน/พิสูจน์สัญชาติจะช่วยให้สถานภาพดีขึ้น	5	
		อาจโดนส่งตัวกลับประเทศ ถ้าไปจดทะเบียน/พิสูจน์สัญชาติ	6	
		คิดว่าไม่มีความจำเป็น	7	
		เข้าเมืองไทยอย่างถูกกฎหมาย (ไม่มีในสมุทรปราการ และเป็น skip ถ้า 1.17 \ตอบ1)	8	
		อื่นๆ *(โปรดระบุ)*.....	98	
1.18	ตอนนี้ คุณมีบัตร/เอกสารราชการที่ยังไม่หมดอายุ อะไรบ้าง? *(โปรดระบุประเภทบัตรที่ออกโดยรัฐบาลไทยหรือรัฐบาลประเทศต้นทาง)-* ***(อ่านทุกข้อ*** ***–ตอบได้หลายข้อ– วงทุกข้อที่ตอบ)***	ไม่ได้ถือบัตรอะไรเลย→→	0 →	***ส่วนที่ 2***
		ใบ ท.ร.38/1	1	
		บัตรอนุญาตทำงาน	2	
		บัตรประกันสุขภาพ	3	
		บัตรประกันสังคม	4	
		บัตรสีสำหรับคนต่างด้าว	5	
		หนังสือเดินทางออกโดย……	6	
		บัตรประชาชน ออกโดย ……	7	
		ใบเกิด ออกโดย ……	8	
		บัตรผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียน (บัตรเลขศูนย์/บัตร 10ปี)	9	
		อื่นๆ *(โปรดระบุ)*.....	98	

ข้อ	คำถาม	คำตอบ	รหัส	ข้ามไป
1.19	คุณถือบัตรตัวจริงที่บอกในข้อ 1.18 (ทุกใบ) อยู่หรือไม่?	ใช่→→	1 →	***ส่วนที่ 2***
		ไม่ใช่	2	
		ไม่เข้าข่าย (ไม่ได้ถือบัตรใดเลยในข้อ 1.21	97	
	1.19.1 ถ้าตอบ**ไม่ใช่**, ใครถือไว้?	นายจ้าง	1	
		นายหน้า	2	
		พ่อ / แม่ / ผู้ปกครอง	3	
		อื่นๆ *(โปรดระบุ).....*	98	
	1.19.2 แล้วคุณสามารถขอบัตรนั้นเมื่อคุณต้องการได้หรือไม่?	ได้	1	
		ไม่ได้	2	
		ไม่ทราบ	99	

ส่วนที่ 2: ประวัติการย้ายถิ่น

ข้อ	คำถาม	คำตอบ	รหัส	ข้ามไป
2.1	คุณย้ายมาทำงานอยู่ในจังหวัดนี้นานเท่าใดแล้ว	.....ปี .....เดือน *(กรณีจำไม่ได้ให้ประมาณ)*		
2.2	ใครชักชวนคุณมาที่นี่? ***(ตอบได้หลายข้อ - วงทุกข้อที่ตอบ)***	ไม่มีใคร, มาเอง	1	

ข้อ	คำถาม	คำตอบ	รหัส	ข้ามไป
		พ่อ	2	
		แม่	3	
		นายจ้าง	4	
		นายหน้า / บริษัทจัดหางาน	5	
		ญาติ(เช่น พี่ น้อง ลุง ป้า น้า อา เป็นต้น)	6	
		อื่นๆ*(โปรดระบุ)* ……..	98	
2.3	นับย้อนไปในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา คุณเคยย้ายถิ่นที่อยู่เพื่อไปทำงานหรือไม่? (อย่างน้อย 3 เดือน) (ไม่นับการเดินทางกลับไปเยี่ยมบ้านเกิด)	ไม่เคย → →	2→	***ส่วนที่ 3***
		เคย	1	
	2.3.1 ถ้า “เคย” กี่ครั้ง	.....ครั้ง		
	<u>นับจากปัจจุบัน ย้อนกลับไป 5 ครั้งล่าสุด</u> 2.3.2 ครั้งที่ 1	ประเทศ.....		
		(หากเป็นในไทย) จังหวัด.....		
	2.3.3 ครั้งที่ 2	ประเทศ.....		
		(หากเป็นในไทย) จังหวัด.....		
	2.3.4 ครั้งที่ 3	ประเทศ.....		
		(หากเป็นในไทย) จังหวัด.....		
	2.3.5 ครั้งที่ 4	ประเทศ.....		
		(หากเป็นในไทย) จังหวัด.....		
	2.3.6 ครั้งที่ 5	ประเทศ.....		
		(หากเป็นในไทย) จังหวัด.....		
	รหัสคำตอบข้อ2.3.2-6 *<u>ประเทศ</u>* *1.พม่า 2.เขมร 3. ลาว 4.ไทย 5. มาเลเซีย* *6 สิงคโปร์ 7.อินโดนีเซีย* *8. อื่น ๆ.....*	*<u>(หากเป็นในไทย) จังหวัด</u>* *1. จังหวัดปัจจุบัน อำเภอเดียวกัน* *2. จังหวัดปัจจุบัน ต่างอำเภอ* *3. จังหวัดอื่น ในไทย ระบุ.....*		

ส่วนที่ 3: ประวัติการทำงานและสภาพการทำงาน

ข้อ	คำถาม	คำตอบ	รหัส	ข้ามไป
3.1	คุณเคยทำงานอื่นมาก่อนที่คุณจะมาทำงานนี้หรือไม่? *(ไม่รวมงาน/กิจกรรมที่ทำในประเทศต้นทาง)*	ไม่เคย→→	2 →	***ข้อ 3.2***
		เคย	1	

3.1.1) ถ้าตอบ***<u>เคย</u>***, งานอะไรบ้างที่คุณเคยทำมาก่อน?โปรดเรียงลำดับประเภทของงาน (รวมงานนี้ด้วย) ที่คุณชอบมากที่สุดให้ใส่(1) ตัวอย่างเช่น ตอบว่า 3 ประเภท ให้เรียงลำดับ งานประเภทที่ชอบมากที่สุดคือ 1 น้อยลงจนถึง 3

งาน / กิจกรรมประเภทต่างๆ *(ไม่รวมงาน/กิจกรรมทุกประเภทที่ ทำในประเทศต้นทาง)*	เขียนเลขเรียงลำดับงานที่ทำครั้งแรกจนถึงงานที่ทำในปัจจุบัน	งานไหนที่คุณชอบมากที่สุดเรียงลำดับ (อันดับ 1 คือชอบที่สุด)	คุณเริ่มทำงานนี้เมื่ออายุเท่าไร?	คุณทำงานนี้ได้นานเท่าไร?
1) เกษตรกรรม (เลี้ยงสัตว์/เพาะปลูก)				
2) ประมง				
3) แปรรูปผลิตภัณฑ์ประมง				
4) โรงงานอุตสาหกรรม				
5) งานรับใช้ในบ้าน				
6) ก่อสร้าง				
7) เด็กเสิร์ฟ เด็กบริการ (ในร้านอาหาร, ภัตตาคาร)				
8) ลูกจ้าง (ร้านค้า, ซุปเปอร์มาเก็ต, ปั๊มน้ำมัน, ตลาด, อื่นๆ)				
9) ขายของในตลาด,ข้างถนน				
10) สถานบันเทิง (ที่เต้นรำ คาราโอเกะผับ บาร์)				
11) งานในสำนักงาน				
12) ขอทาน				
13) เสริมสวย				
14) ช่างไฟฟ้า				
15) ช่างยนต์				
16) ทำสวนยาง				
98) อื่นๆ*(โปรดระบุ)*.....				

ข้อ	คำถาม	คำตอบ	รหัส	ข้ามไป
3.2	คุณเคยทำงานที่ประเทศอื่นมาก่อนหรือไม่? *(ไม่รวมประเทศต้นทางและประเทศไทย)*	ไม่เคย→→	2 →	***ข้อ 3.3***
		เคย	1	
	3.2.1 ถ้า***เคย*** (โปรดระบุประเทศแรกจนถึงประเทศสุดท้ายที่คุณได้เคยทำงาน)	1)……		
		2)……		
		3)……		
3.3	ตอนนี้คุณกำลังทำงานอะไร *(เฉพาะงานหลัก - งานที่ ใช้เวลาในการทำงานแต่ละวันมากที่สุด)*	1) เกษตรกรรม (เลี้ยงสัตว์/เพาะปลูก)		
		2) ประมง		
		3) แปรรูปผลิตภัณฑ์ประมง		
		4) โรงงานอุตสาหกรรม		
		5) งานรับใช้ในบ้าน		
		6) ก่อสร้าง		
		7) เด็กเสริฟ เด็กบริการ (ในร้านอาหาร, ภัตตาคาร)		
		8) ลูกจ้าง (ร้านค้า, ซุปเปอร์มาเก็ต, ปั๊มน้ำมัน, ตลาด, อื่นๆ)		
		9) ขายของในตลาด,ข้างถนน		
		10) สถานบันเทิง (ที่เต้นรำ คาราโอเกะผับ บาร์)		
		11) งานในสำนักงาน		
		12) ขอทาน		
		13) เสริมสวย		
		14) ช่างไฟฟ้า		
		15) ช่างยนต์		
		16) ทำสวนยาง		
		98) อื่นๆ*(โปรดระบุ)*…… ……		

ข้อ	คำถาม	คำตอบ	รหัส	ข้ามไป
3.4	คุณมาทำงานปัจจุบันนี้ได้อย่างไร? *(เฉพาะงานหลัก)*	มาทำงานนี้ด้วยตัวเอง	1	
		พ่อแม่เป็นคนจัดหาให้	2	
		เพื่อน / ญาติ เป็นคนแนะนำให้ไปทำ	3	
		นายหน้าเป็นคนพามา	4	
		อยู่ในประเทศไทย แล้วให้สำนักงานจัดหางาน/ บริษัทจัดให้	5	
		อยู่ในประเทศไทย แล้วให้นายหน้าหางานให้	6	
		อื่นๆ*(โปรดระบุ)* ……..	98	
		ไม่ทราบ	99	
3.5	คุณเริ่มทำงานนี้เมื่ออายุเท่าไร? *(เฉพาะงานหลัก)*	อายุ……ปี		
3.6	โดยเฉลี่ยแล้ว, คุณทำงานกี่ชั่วโมงต่อวัน? *(เฉพาะงานหลัก)*	……ชั่วโมง/วัน		
3.7	งานของคุณเป็นงานลักษณะไหน? *(เฉพาะงานหลัก)*	งานของครอบครัว	1	
		งานรายวัน	2	
		งานเหมา (รับช่วง)	3	
		ทำงานเต็มวันของบริษัท	4	
		อื่นๆ*(โปรดระบุ)* ……..	98	
	3.7.1 คุณมีวันหยุดพักผ่อนปกติกี่วันต่อเดือน (รวมวันอาทิตย์)	ไม่มี →→	2 →	***ข้อ 3.8***
		มี	1	
	3.7.1.1) ถ้า***มี***, กี่วัน?	……วัน		
	3.7.1.2) ถ้า***มี***, มีวันหยุดกี่วันต่อเดือนที่นายจ้างยังจ่ายค่าแรงให้คุณ?	……วัน ต่อเดือน		
3.8	คุณได้รับรายได้/ ค่าแรง,ค่าตอบแทนแบบใด? *(เฉพาะงานหลัก)*	รายชั่วโมง	1	
		รายวัน	2	
		รายสัปดาห์	3	
		ทุกๆ สองอาทิตย์	4	
		รายเดือน	5	
		คิดเป็นกิโลกรัม	6	
		ไม่ได้รับ เพราะช่วยงานครอบครัว	7	
		นายจ้างไม่ได้จ่ายให้	8	

ข้อ	คำถาม	คำตอบ	รหัส	***ข้ามไป***
		ได้เป็นเปอร์เซนต์โปรดระบุ ตัวเอง……..% นายจ้าง……..%	9	
		อื่นๆ *(โปรดระบุ)* ……..	98	
3.9	คุณได้รับรายได้/ ค่าแรง, ค่าตอบแทนเป็นเงินสดหรือไม่?	ไม่ได้ →→	2→	***ข้อ 3.9.2***
		ได้ ……..บาท/ เดือน→	1→	***ข้อ 3.9.1***
	3.9.1. ถ้า***<u>ได้รับเป็นเงินสด</u>***คุณนำไปใช้จ่ายอะไรบ้าง? ***<u>(ตอบได้หลายข้อ - วงทุกข้อที่ตอบ)</u>***	จ่ายค่าเช่า	1	
		จ่ายค่าเทอม หนังสือ ชุดนักเรียน	2	
		ให้พ่อ / แม่ หรือครอบครัว (โปรดระบุ) จำนวน……..……บาท	3	
		จ่ายบางส่วนคืนให้กับนายจ้าง	4	
		เก็บไว้ซื้อของใช้ส่วนตัว	5	
		เก็บออม	6	
		จ่ายหนี้	7	
		ค่าอาหาร/ขนม	8	
		ค่าเสื้อผ้า	9	
		ค่ายา	10	
		อื่นๆ*(โปรดระบุ)* ……..	98	
	3.9.2. ถ้า***<u>ไม่ได้รับเป็นเงินสด</u>***, ได้รับเป็นอะไร? ***<u>(ตอบได้หลายข้อ - วงทุกข้อที่ตอบ)</u>***	ได้เป็นอาหาร เสื้อผ้า และที่อยู่แทน	1	
		ฉันต้องจ่ายหนี้ให้กับนายจ้างก่อน	2	
		ฉันต้องจ่ายหนี้ให้กับนายหน้าก่อน	3	
		ส่งเงินกลับไปให้ครอบครัว	4	
		นายจ้างเก็บเงินไว้ให้ ถ้าฉันต้องการก็ไปขอ	5	
		เป็นงานของครอบครัว	6	
		อื่นๆ*(โปรดระบุ)* ……..	98	

3.10 คุณได้รับสวัสดิการอะไรจากนายจ้างบ้าง ?

สวัสดิการ *[อ่านทีละข้อ]*	**ได้รับ**		3 **ไม่ได้รับ**	97 **ไม่เข้าข่าย (ระบุ)**
	1 **หักเงิน, จำนวนเท่าไร?**	2 **ไม่ได้หักเงิน**		
3.10.1) ที่พัก	1……..…. บาท	2	3	97……..
3.10.2) เสื้อผ้า ชุดทำงาน	1……..…. บาท	2	3	97……..
3.10.3) อาหาร	1……..…. บาท	2	3	97……..
3.10.4) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ *(โปรดระบุ)* …….. ……	1……..…. บาท	2	3	97……..
3.10.5) ช่วยส่งเงินกลับบ้าน	1……..…. บาท	2	3	97……..
3.10.6) ค่าจดทะเบียนแรงงาน	1……..…. บาท	2	3	97……..
3.10.7) เงินกู้ยืม*(โปรดระบุอัตราดอกเบี้ย)*……	1……..…. บาท	2	3	97……..
3.10.8) เงินสมทบประกันสังคม	1……..…. บาท	2	3	97……..
3.10.9) เวลาว่าง/เครื่องพักผ่อนหย่อนใจ เช่น โทรทัศน์, พื้นที่สันทนาการ (โปรดระบุ)…… ……	1……..…. บาท	2	3	97……..
3.10.10) อื่นๆ *(โปรดระบุ)*……..… ……	1……..…. บาท	2	3	97……..

ส่วนที่ 4: สุขภาพ ความคิดเห็นต่อระบบประกันสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ข้อ	คำถาม	คำตอบ	รหัส	ข้ามไป
4.1	โดยทั่วไปแล้วปัญหาเรื่องสุขภาพใดต่อไปนี้ ที่คุณเป็นบ่อยๆ (หลายครั้งในรอบหนึ่งเดือน)? ***(ตอบได้หลายข้อ - วงทุกข้อที่ตอบ)***	**ไม่มีปัญหาเรื่องสุขภาพ→→**	1→	***ข้อ4.3***
		โดนของมีคมบาดจากการทำงาน	2	
		อุบัติเหตุจากกรด สารเคมี เครื่องมือ	3	
		เป็นหวัด	4	
		เวียนหัว / ปวดหัว	5	
		ปวดหลัง / บั้นเอว	6	
		ถูกสัตว์มีพิษกัดต่อย	7	
		ปัญหาเกี่ยวกับหายใจ เนื่องมาจากกลิ่นของน้ำยาเคมี	8	
		อื่นๆ*(โปรดระบุ)* ……..	98	
4.2	คุณเคยหยุดงานอันเนื่องมาจากปัญหาทางด้านสุขภาพหรือไม่?	ไม่เคย→→	2 →	***ข้อ 4.3***
		เคย	1	
	4.2.1 ถ้า***เคย***, อธิบายปัญหาสุขภาพ	โปรดระบุ……		
	4.2.2 **ครั้งสุดท้าย** เมื่อใด	1 เดือนที่ผ่านมา	1	
		6 เดือนที่ผ่านมา	2	
		1 ปีที่ผ่านมา	3	
		1-3 ปีที่ผ่านมา	4	
		มากกว่า 3 ปี	5	
	4.2.3 **ครั้งสุดท้าย** คุณหยุดงานเนื่องจากปัญหาด้านสุขภาพ นานเท่าไร?	1-2 ชั่วโมง	1	
		ครึ่งวัน	2	
		1 วัน	3	
		2 วัน	4	
		3-4 วัน	5	
		1 สัปดาห์	6	
		1 เดือน	8	
		2 เดือน	9	
		อื่นๆ*(โปรดระบุ)* ……..	98	

	4.2.4 **ครั้งสุดท้าย** เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพคุณดูแลรักษาตัวเองอย่างไรบ้าง?	ไม่ได้รักษา	0	
		พักผ่อนอย่างเดียว	1	
		ทานยา และพักผ่อน	2	
		หาหมอ ไม่ต้องนอนรักษาตัวที่	3	
		หาหมอ ต้องนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล	4	
		ซื้อยาที่ร้านขายยา	5	
		ใช้ยาสมุนไพร	6	
		อื่นๆ*(โปรดระบุ)* ……..	98	
4.3	เมื่อเจ็บป่วย คิดว่า คุณสามารถเข้าถึงสถานบริการสุขภาพได้ไหม?	ได้→→	1 →	***ข้อ 4.3.1 ข้อ 4.3.2***
		ไม่ได้→→	2 →	
	4.3.1 ถ้า***ได้***มีที่ไหนบ้าง? ***(ตอบได้หลายข้อ - วงทุกข้อที่ตอบ)***	หมอแผนโบราณ	1	
		สถานีอนามัย	2	
		โรงพยาบาลรัฐ	3	
		คลินิกเอกชน	4	
		โรงพยาบาลเอกชน	5	
		ร้านขายยา	6	
		คลินิกองค์กรพัฒนาเอกชน	7	
		อื่นๆ)โปรดระบุ (……..)	98	
	4.3.2 ถ้า***ไม่ได้***, ทำไม? ***(ตอบได้หลายข้อ - วงทุกข้อที่ตอบ)***	สถานบริการอยู่ไกล/ ไม่มีสถานบริการ	1	
		ไม่รู้จัก/ไม่เคยไปสถานบริการสุขภาพ	2	
		แพง/ ไม่มีเงินไปรักษา	3	
		ไม่ชอบ/ ไม่มั่นใจ/ บริการไม่ดี	4	
		ไม่มีบัตร/เอกสารประจำตัว	5	
		กลัวถูกตำรวจจับหรือคุกคามจากเจ้าหน้ารัฐ	6 7	
		กลัวถูกส่งกลับบ้าน	8	
		ไม่มีสิทธิ์ใช้บริการ	9	
		ไม่มีประกันสุขภาพ/ ประกันสังคม	10	
		พูด/สื่อสารภาษาไทยไม่ได้	98	
		อื่นๆ (โปรดระบุ)……		

ข้อ	คำถาม	คำตอบ	รหัส	ข้ามไป
4.4	ปัจจุบันท่านมีบัตรประกันสุขภาพระบบใดบ้าง *(ตอบได้หลายข้อ - วงทุกข้อที่ตอบ)*	ไม่มีเลย	0	**ข้อ** 4.7
		ประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้มาพร้อมกับบัตรอนุญาตทำงาน	1	
		ประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข/โรงพยาบาลรัฐที่ซื้อเอง	2	
		ประกันสังคม	3	
		ประกันสุขภาพเอกชนที่ซื้อเอง	4	
		อื่นๆ โปรดระบุ(.....)	98	
4.5	ต่อปี ท่านเสียค่าใช้จ่ายกับบัตรประกันสุขภาพ/ประกันสังคม เท่าไร (รวมค่าตรวจร่างกาย)	.....บาท/ปี		
4.6	ท่านทราบหรือไม่ว่า บัตรประกันสุขภาพที่ท่านมี ครอบคลุม สิทธิประโยชน์ใดบ้าง *(ตอบได้หลายข้อ - วงทุกข้อที่ตอบ)*	ไม่ทราบ/ ไม่รู้เลย	0	**ข้อ** 4.9
		การรักษาพยาบาลเจ็บป่วยเล็กน้อย (ผู้ป่วยนอก)	1	
		การนอนโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน)	2	
		การบาดเจ็บ อุบัติเหตุจากการทำงาน	3	
		การฝากท้อง/ คลอดบุตร/ ดูแลหลังคลอด	4	
		การส่งเสริมสุขภาพ/ ควบคุมป้องกันโรค	5	
		ยาต้านไวรัส ARV	6	
		การฉีดวัคซีนให้บุตร	7	
		การทำฟัน/ ทันตกรรม	8	
		การรักษาที่มีราคาแพงมากๆ	9	
		อื่นๆ โปรดระบุ	98	
4.7	เพราะเหตุใด ถึง “ไม่มี”ประกันสุขภาพ(**ถามเฉพาะผู้ที่ตอบว่า ไม่มี ในข้อ** 4.4) *(ตอบได้หลายข้อ - วงทุกข้อที่ตอบ)*	ไม่มีสิทธิ์ซื้อประกัน/เข้าประกันสังคม	1	
		ราคาแพง/ ไม่มีเงิน	2	
		ไม่สำคัญ/ ไม่จำเป็น	3	
		ไม่รู้จักประกันสุขภาพ/ประกันสังคม	4	
		ไม่รู้ว่าทำประกันสุขภาพ/เข้าประกันสังคม ทำที่ไหน/อย่างไร	5	
		นายจ้างไม่ให้ทำ	6	
		โรงพยาบาล/ สถานบริการสุขภาพไม่ให้ทำ	7	
		ไม่รู้/ ไม่ทราบ	97	
		อื่นๆ โปรดระบุ(.....)	98	

ข้อ	คำถาม	คำตอบ	รหัส	ข้ามไป
4.8	ภายใน 1 ปีจากนี้ ท่านคิดว่าจะซื้อประกันสุขภาพ/เข้าระบบประกันสังคมหรือไม่ **(ถามเฉพาะผู้ที่ตอบว่า ไม่มีในข้อ 4.4)**	ซื้อ/เข้า	1	
		ไม่ซื้อ/ไม่เข้า	2	
		ไม่แน่ใจ	3	
		ไม่รู้/ ไม่ทราบ	97	
4.9	ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน (ตั้งแต่เข้ามาทำงานในไทย) ท่านเคยมีบัตรประกันสุขภาพระบบใดบ้าง *(ตอบได้หลายข้อ - วงทุกข้อที่ตอบ)*	ไม่มีเลย	0	
		ประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้มาพร้อมกับบัตรอนุญาตทำงาน	1	
		ประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข/โรงพยาบาลรัฐที่ซื้อเอง	2	
		ประกันสังคม	3	
		ประกันสุขภาพเอกชนที่ซื้อเอง	4	
		อื่นๆ)โปรดระบุ(……..	98	
4.10	ท่านมีประสบการณ์การใช้ประกันสุขภาพระบบใดบ้าง *(ตอบได้หลายข้อ - วงทุกข้อที่ตอบ)*	ไม่มี/ไม่เคยมีประกันสุขภาพ	0	**ข้อ 4.12**
		ประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้มาพร้อมกับบัตรอนุญาตทำงาน	1	**ข้อ 4.11.1**
		ประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข/โรงพยาบาลรัฐที่ซื้อเอง	2	**ข้อ 4.11.2**
		ประกันสังคม	3	**ข้อ 4.11.3**
		ประกันสุขภาพเอกชนที่ซื้อเอง	4	**ข้อ 4.11.4**
		อื่นๆ โปรดระบุ(……..)	98	**ข้อ 4.11.5**
		มีประกันสุขภาพแต่ไม่เคยใช้	5	**ข้อ 4.8**
4.11	ท่านรู้สึกพึงพอใจกับระบบประกันสุขภาพดังกล่าวมากน้อยเพียงใด	1.ไม่พึงพอใจเลย 2.พึงพอใจบ้าง 3.เฉยๆ 4. พึงพอใจค่อยข้างมาก 5. พึงพอใจมากที่สุด		
	4.11.1 ประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้มาพร้อมกับบัตรอนุญาตทำงาน	1.ไม่พึงพอใจเลย 2.พึงพอใจบ้าง 3.เฉยๆ 4. พึงพอใจค่อยข้างมาก 5. พึงพอใจมากที่สุด		
	4.11.2 ประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข/โรงพยาบาลรัฐที่ซื้อเอง	1.ไม่พึงพอใจเลย 2.พึงพอใจบ้าง 3.เฉยๆ 4. พึงพอใจค่อยข้างมาก 5. พึงพอใจมากที่สุด		
	4.11.3 ประกันสังคม	1.ไม่พึงพอใจเลย 2.พึงพอใจบ้าง 3.เฉยๆ 4. พึงพอใจค่อยข้างมาก 5. พึงพอใจมากที่สุด		
	1.11.4 ประกันสุขภาพเอกชนที่ซื้อเอง	1.ไม่พึงพอใจเลย 2.พึงพอใจบ้าง 3.เฉยๆ 4. พึงพอใจค่อยข้างมาก 5. พึงพอใจมากที่สุด		

ข้อ	คำถาม	คำตอบ	รหัส	ข้ามไป
	4.11.5 อื่นๆ โปรดระบุ(.....)	1.ไม่พึงพอใจเลย 2.พึงพอใจบ้าง 3.เฉยๆ 4. พึงพอใจค่อยข้างมาก 5. พึงพอใจมากที่สุด		
4.12	ท่านคิดว่า “ประกันสุขภาพ/ ประกันสังคม” มีความสำคัญหรือจำเป็นกับท่านหรือไม่	ไม่จำเป็นเลย	1	
		ไม่จำเป็น	2	
		เฉยๆ/ มีก็ดี ไม่มีก็ได้	3	
		จำเป็นมาก	4	
		จำเป็นมากที่สุด	5	
		ไม่รู้/ ไม่ทราบ	7	
4.13	ท่านคิดว่าระบบประกันสุขภาพแบบใดเหมาะสมกับท่านมากที่สุด	ประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้มาพร้อมกับบัตรอนุญาตทำงาน	1	
		ประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข/ โรงพยาบาลรัฐที่ซื้อเอง	2	
		ประกันสังคม	3	
		ประกันสุขภาพเอกชนที่ซื้อเอง	4	
		ไม่มีเหมาะสมเลย	5	**ข้อ 4.14**
		ไม่รู้/ ไม่ทราบ	97	**ข้อ 4.14**
		อื่นๆโปรดระบุ (.....)	98	
	4.13.1(หากตอบ 1-4 และ 98 ในข้อ 4.13) ให้ถาม เพราะอะไรระบบประกันสุขภาพนั้นเหมาะสม (ตอบได้หลายข้อ - วงทุกข้อที่ตอบ)	ราคาไม่แพง	1	
		สิทธิประโยชน์มีความครอบคลุม	2	
		ทำง่าย ไม่ยุ่งยาก ทำได้โดยสะดวก	3	
		ไม่รู้/ไม่ทราบ/ ไม่มีเหตุผล	4	
		อื่นๆโปรดระบุ (.....)	98	
4.14	สิทธิประโยชน์ใดบ้างที่ท่านคิดว่าควรครอบคลุมโดยประกันสุขภาพ/ ประกันสังคม *(ตอบได้หลายข้อ –วงทุกข้อที่ตอบ)*	ไม่ทราบ/ ไม่รู้เลย	0	
		การรักษาพยาบาลเจ็บป่วยเล็กน้อย (ผู้ป่วยนอก)	1	
		การนอนโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน)	2	
		การบาดเจ็บ อุบัติเหตุจากการทำงาน	3	
		การฝากท้อง/ คลอดบุตร/ ดูแลหลังคลอด	4	
		การส่งเสริมสุขภาพ/ ควบคุมป้องกันโรค	5	
		ยาต้านไวรัส ARV	6	
		การฉีดวัคซีนให้บุตร	7	
		การทำฟัน/ ทันตกรรม	8	
		การรักษาที่มีราคาแพงมากๆ	9	
		อื่นๆ โปรดระบุ	98	

ข้อ	คำถาม	คำตอบ	รหัส	ข้ามไป
4.15	จากข้อ 4.14 หากเรียงลำดับ 3 อันดับแรกตามความสำคัญ สิทธิประโยชน์ที่จำเป็นสำหรับท่านและควรครอบคลุมโดยประกันสุขภาพ/ประกันสังคม คือ สิทธิประโยชน์ใด	(ใส่รหัสสิทธิประโยชน์ ตามข้อ 4.14)		
	อันดับ 1			
	อันดับ 2			
	อันดับ 3			
4.16	ท่านคิดว่า การทำบัตรสุขภาพ/ประกันสุขภาพ ควรเป็นในลักษณะใด	บังคับแรงงานข้ามชาติทุกคน (แต่ผู้ติดตามและเด็ก ตามความสมัครใจ)	1	
		บังคับแรงงานข้ามชาติ ผู้ติดตามและเด็กทุกคน	2	
		ตามความสมัครใจของแรงงานข้ามชาติ ผู้ติดตามและเด็ก	3	
		ไม่รู้/ ไม่ทราบ/ ไม่มีความเห็น	97	
		อื่นๆโปรดระบุ (……..)	98	
4.17	ราคาบัตรสุขภาพ/เบี้ยประกันสุขภาพสูงที่สุดที่ท่านยินดีจ่าย (มีกำลังที่จะจ่ายได้) ต่อปี เป็นเงินกี่บาท (รวมค่าตรวจสุขภาพ)	.....บาท/ปี		
4.18	ท่านคิดว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่จะทำให้ท่านสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดีขึ้น *(ตอบได้หลายข้อ - วงทุกข้อที่ตอบ)*	มีบัตรประจำตัว/เอกสารทางกฎมาย (เช่น ทร38/1 หรือ หนังสือเดินทาง)	1	
		มีบัตรประกันสุขภาพ	2	
		สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลที่สถานบริการสุขภาพใดก็ได้	3	
		มีล่ามแปลภาษาในสถานบริการสุขภาพ	4	
		นายจ้างอนุญาตให้ไปรับบริการ	5	
		มิตรไมตรี อัธยาศรัยของผู้ให้บริการ	6	
		มีเพื่อนร่วมเดินทางหรือคอยให้ความช่วยเหลือในการไปรับบริการ	7	
		ราคาค่ารักษาไม่แพง/ ไม่ต้องเสียเงิน	8	
		อื่นๆ โปรดระบุ(……..)	98	

ส่วนที่ 5: ระบบประกันสุขภาพ สำหรับ ผู้ติดตามอายุน้อยกว่า 15 ปี

ข้อ	คำถาม	คำตอบ	รหัส	ข้ามไป
5.1	ขณะนี้ท่านมีผู้ติดตาม (อายุน้อยกว่า 15 ปี) ในความดูแลหรือไม่	ไม่มี	1→	**ข้อ 5.7**
		มี	2	
		หากมี .....คน		
5.2	ปัจจุบัน ผู้ติดตาม(อายุน้อยกว่า 15 ปี) ของท่านมีบัตรประกันสุขภาพหรือไม่	ไม่มีเลย	0	**ข้อ 5.5**
		มีทุกคน	1	
		มีบางคน	2	
5.3	ผู้ติดตาม (อายุน้อยกว่า 15 ปี) ของท่านมีบัตรประกันสุขภาพระบบใดบ้าง *(ตอบได้หลายข้อ - วงทุกข้อที่ตอบ)*	ประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้มาพร้อมกับบัตรอนุญาตทำงาน	1	
		ประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข/โรงพยาบาลรัฐที่ซื้อเอง	2	
		ประกันสังคม	3	
		ประกันสุขภาพเอกชนที่ซื้อเอง	4	
		อื่นๆ โปรดระบุ(.....)	98	
5.4	ต่อปี ผู้ติดตาม (อายุน้อยกว่า 15 ปี) ของท่านเสียค่าใช้จ่ายกับบัตรประกันสุขภาพเท่าไร ต่อคน (รวมค่าตรวจร่างกาย) (คิดเฉพาะผู้ติดตาม/บุตรที่มีประกันสุขภาพ)	.....บาท/ปี		**ข้อ 5.7** (ยกเว้นผู้ที่ตอบข้อ 5.2 ว่า "มีบางคน" ให้ถามข้อ 5.5-5.6 ด้วย)
5.5	เพราะเหตุใด ถึง "ไม่มี" *(สำหรับ*ผู้ติดตาม(อายุน้อยกว่า 15 ปี) ที่ไม่มีประกันสุขภาพ) *(ตอบได้หลายข้อ - วงทุกข้อที่ตอบ)*	ไม่มีสิทธิ์ซื้อประกันสุขภาพ/เข้าประกันสังคม	1	
		ราคาแพง/ ไม่มีเงิน	2	
		ไม่สำคัญ/ ไม่จำเป็น	3	
		ไม่รู้จักประกันสุขภาพ/ประกันสังคม	4	
		ไม่รู้ว่าทำประกันสุขภาพ/เข้าประกันสังคม ทำที่ไหน/อย่างไร	5	
		นายจ้างไม่ให้ทำ	6	
		โรงพยาบาล/ สถานบริการสุขภาพไม่ให้ทำ		

ข้อ	คำถาม	คำตอบ	รหัส	ข้ามไป
		ไม่รู้/ ไม่ทราบ	97	
5.6	ภายใน 1 ปีจากนี้ ท่านคิดว่าจะซื้อประกันสุขภาพให้กับผู้ติดตาม(อายุน้อยกว่า 15 ปี) ที่ไม่มีประกันสุขภาพหรือไม่	ซื้อ/เข้า	1	
		ไม่ซื้อ/ไม่เข้า	2	
		ไม่แน่ใจ	3	
		ไม่รู้/ ไม่ทราบ	7	
5.7	ท่านคิดว่า “ประกันสุขภาพ/ประกันสังคม” สำหรับผู้ติดตาม (อายุน้อยกว่า 15 ปี) มีความสำคัญหรือจำเป็นหรือไม่	ไม่จำเป็นเลย	1	
		ไม่จำเป็น	2	
		เฉยๆ/ มีก็ดี ไม่มีก็ได้	3	
		จำเป็นมาก	4	
		จำเป็นมากที่สุด	5	
		ไม่รู้/ ไม่ทราบ	7	
5.8	สิทธิประโยชน์ใดบ้างที่ท่านคิดว่า ควรครอบคลุมโดยประกันสุขภาพ สำหรับผู้ติดตาม <u>อายุไม่ถึง 7 ปี</u> <u>*(ตอบได้หลายข้อ –วงทุกข้อที่ตอบ)*</u>	การรักษาพยาบาลเจ็บป่วยเล็กน้อย (ผู้ป่วยนอก)	0	
		การนอนโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน)	1	
		การบาดเจ็บ อุบัติเหตุจากการทำงาน	2	
		การฝากท้อง/ คลอดบุตร/ ดูแลหลังคลอด	3	
		การส่งเสริมสุขภาพ/ ควบคุมป้องกันโรค	4	
		ยาต้านไวรัส ARV	5	
		การฉีดวัคซีนให้บุตร	6	
		การทำฟัน/ ทันตกรรม	7	
		การรักษาที่มีราคาแพงมากๆ	8	
		อื่นๆ โปรดระบุ	9	
		ไม่ทราบ/ ไม่รู้เลย	97	
5.9	สิทธิประโยชน์ใดบ้างที่ท่านคิดว่า ควรครอบคลุมโดยประกันสุขภาพ สำหรับผู้ติดตาม/บุตร <u>อายุตั้งแต่ 7 ปีแต่ไม่ถึง 15 ปี</u> <u>*(ตอบได้หลายข้อ –วงทุกข้อที่ตอบ)*</u>	การรักษาพยาบาลเจ็บป่วยเล็กน้อย (ผู้ป่วยนอก)	0	
		การนอนโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน)	1	
		การบาดเจ็บ อุบัติเหตุจากการทำงาน	2	
		การฝากท้อง/ คลอดบุตร/ ดูแลหลังคลอด	3	
		การส่งเสริมสุขภาพ/ ควบคุมป้องกันโรค	4	
		ยาต้านไวรัส ARV	5	
		การฉีดวัคซีนให้บุตร	6	
		การทำฟัน/ ทันตกรรม	7	
		การรักษาที่มีราคาแพงมากๆ	8	

ข้อ	คำถาม	คำตอบ	รหัส	ข้ามไป
		อื่นๆ โปรดระบุ	9	
		ไม่ทราบ/ ไม่รู้เลย	97	
5.10	ราคาบัตรสุขภาพ/เบี้ยประกันสุขภาพสูงที่สุดสำหรับผู้ติดตาม/บุตร อายุไม่ถึง 7 ปี ที่ท่านยินดีจ่าย (มีกำลังที่จะจ่ายได้) ต่อปี เป็นเงินกี่บาท (รวมค่าตรวจสุขภาพ)	.....บาท/ปี		
5.11	ราคาบัตรสุขภาพ/เบี้ยประกันสุขภาพสูงที่สุดสำหรับผู้ติดตาม/บุตร อายุตั้งแต่ 7 ปีแต่ไม่ถึง 15 ปี ที่ท่านยินดีจ่าย (มีกำลังที่จะจ่ายได้) ต่อปี เป็นเงินกี่บาท (รวมค่าตรวจสุขภาพ)	.....บาท/ปี		

ส่วนที่ 6 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับบัตรประกันสุขภาพ/ ประกันสังคม

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

กรณีผู้ให้สัมภาษณ์สมัครใจที่จะให้ข้อมูลเพิ่มเติม

หากเราต้องการข้อมูลจากคุณเพิ่มเติม ดิฉัน/ผม ขอหมายเลขโทรศัพท์ของคุณไว้ได้หรือไม่ ?
ถ้าได้หมายเลข.....

จบการสัมภาษณ์ –ขอบคุณมากที่กรุณาให้ข้อมูล

ความเห็นของพนักงานสัมภาษณ์

[พนักงานสัมภาษณ์: เมื่อเสร็จการสัมภาษณ์รายนี้โปรดตอบคำถามต่อไปนี้อย่างตรงไปตรงมา]

1. สถานที่ที่ทำการสัมภาษณ์เป็นอย่างไร
   1. ปราศจากสิ่งรบกวน/มีความเป็นส่วนตัว
   2. มีสิ่งรบกวนบ้างแต่ไม่มีผลกระทบต่อการสัมภาษณ์
   3. มีสิ่งรบกวนและมีผลกระทบต่อการสัมภาษณ์พอสมควร
   4. มีสิ่งรบกวนมากจนต้องหยุดการสัมภาษณ์บ่อยๆ/ เสียบรรยากาศ

2. มีบุคคลอื่นอยู่ร่วมในการสัมภาษณ์นี้หรือไม่
   1. มีตั้งแต่ต้นจนจบ
   2. มีเฉพาะบางตอนของการสัมภาษณ์
   3. ไม่มีตลอดการสัมภาษณ์ (ข้ามไปข้อ5)

3. ถ้ามีบุคคลอื่นอยู่ในที่สัมภาษณ์มีใครบ้าง *(ตอบได้มากกว่า1คำตอบ)*
   ก. บุคคลในครอบครัวของผู้ตอบ……..คน
   ข. เพื่อนของผู้ตอบ……...คน
   ค. เพื่อนบ้าน……..…..คน
   ง. บุคคลอื่นๆ (โปรดระบุ)……..คน

4. มีบุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องตอบหรือออกความเห็นช่วยผู้ตอบหรือไม่
   1. มีมาก 2.มีเป็นบางส่วน 3.มีน้อย 4.ไม่มี

5. ผู้ตอบให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์เพียงใด
   1. ให้ความร่วมมือดีมาก
   2. ให้ความร่วมมือดี
   3. ให้ความร่วมมือปานกลาง
   4. ให้ความร่วมมือน้อย

6. ผู้ตอบมีปฏิกิริยาอย่างไรในการให้สัมภาษณ์
   1. ยินดีในการตอบคำถาม
   2. เฉยๆ
   3. มีท่าทีไม่พร้อมที่จะให้สัมภาษณ์บางเรื่องหรือบางข้อ (โปรดระบุเรื่อง/ข้อ)……
   4. แสดงท่าทีไม่ค่อยพอใจในบางเรื่องหรือบางข้อ (โปรดระบุเรื่อง/ข้อ)……

7. โดยทั่วไปคุณภาพของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์รายนี้เป็นอย่างไร
   1. ดีมาก 2. ดี 3.พอใช้ 4. ไม่ดี (เพราะ)……

ภาคผนวก ข: แนวคำถาม

แนวคำถาม

ชุดที่ 1 สำหรับหน่วยบริการสุขภาพ/ผู้ให้บริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

1. **คำถามอุ่นเครื่องทั่วไป**
    1. ขนาด โครงสร้างบุคลากร พื้นที่ให้บริการที่รับผิดชอบ
    2. มีแรงงานข้ามชาติมาใช้บริการมากน้อยเพียงใด (ต่อเดือน/ต่อปี)
    3. ส่วนใหญ่เป็นแรงงานชาติไหน รับบริการอะไรเป็นส่วนใหญ่
    4. ส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสังคม หรือประกันสุขภาพ หรือไม่ใช้สิทธิอะไรเลย และให้เหตุผลว่าทำไมจึงเป็นกลุ่มนั้น

2. **ประสบการณ์การให้บริการการแรงงานข้ามชาติของหน่วยบริการ**
    1. ปัจจุบันมีแผนกบริการตรวจสอบสิทธิบริการแรงงานข้ามชาติโดยตรงหรือไม่ อย่างไร
    2. ปัจจุบันมีการบริหารจัดการเฉพาะสำหรับให้บริการแรงงานข้ามชาติอะไรบ้าง (เช่น แผนกเฉพาะ บุคลากรเฉพาะ คนแปลภาษา หรือ พสต. ที่คอยให้คำแนะนำแรงงานข้ามชาติที่มารับบริการ เป็นต้น)
    3. การบริหารจัดการด้านการบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติที่ใช้สิทธิประกันสังคม หรือประกันสุขภาพ หรือไม่ใช้สิทธิอะไรเลย แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร (เช่น การให้บริการ การรักษา ประเภทของยาและเวชภัณฑ์)
    4. นโยบายล่าสุดของรัฐบาลในระบบประกันสุขภาพแรงงาน ที่เพิ่มเงินค่ารักษาพยาบาลจาก 1,300 บาท เป็น 2,200 บาท ส่งผลกระทบอะไรบ้างต่อการให้บริการแก่แรงงานข้ามชาติของโรงพยาบาล (ตัวอย่างเช่น การมาใช้บริการภายใต้สิทธิ์ประกันสุขภาพลดลง แรงงานเปลี่ยนไปอยู่ในระบบประกันสังคมมากขึ้น หรือแรงงานนอกระบบสิทธิ์ทั้งสองประเภทที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลเพิ่มจำนวนขึ้น เป็นต้น)
    5. ตั้งแต่มีนโยบายให้แรงงานข้ามชาติซื้อประกันสุขภาพให้กับผู้ติดตามที่เป็นเด็ก มีแรงงานข้ามชาติมาซื้อบริการประกันสุขภาพ 365 บาท ให้กับผู้ติดตามที่อายุต่ำกว่า 7 ปี บ้างหรือไม่ มากน้อยเพียงใด (กี่รายต่อเดือน หรือตั้งแต่เปิดขายมีทั้งหมดกี่ราย)
    6. การปรับระบบประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติที่ให้ไปเช็คสิทธิผ่าน สปสช เอื้อประโยชน์หรือสร้างความยุ่งยากให้กับโรงพยาบาลหรือไม่ อย่างไร
    7. ใน 1 ปีที่ผ่านมา รพ. มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับการส่งเสริมและป้องกันโรคสำหรับแรงงานข้ามชาติหรือไม่ และงบประมาณมาจากไหน ทำกิจกรรมอะไรบ้าง (เช่น บริการเคลื่อนที่ วัคซีน ให้ความรู้ในการป้องกันโรค)
    8. รพ. ประสบปัญหายุ่งยากในการบริหารจัดการ ตลอดจนการให้บริการแก่แรงงานข้ามชาติในเรื่องอะไรบ้าง และจัดการแก้ไขความยุ่งยากเหล่านั้นอย่างไร โดยให้เปรียบเทียบกันระหว่าง 3 ประเภท (กลุ่มประกันสังคม กลุ่มประกันสุขภาพ กลุ่มไม่มีสิทธิ์)

9. ท่านคิดว่าระบบใดเหมาะสมที่สุดในการให้บริการแก่แรงงานข้ามชาติ (ระหว่างระบบประกันสุขภาพ และประกันสังคม) เพราะอะไร
10. ท่านคิดว่าระบบใดที่จะเอื้อประโยชน์ด้านการบริการสุขภาพให้กับแรงงานข้ามชาติมากที่สุด (ระหว่างระบบประกันสุขภาพ และประกันสังคม) เพราะอะไร
11. กลุ่มแรงงานที่ไม่อยู่ในทั้งสองระบบสร้างปัญหาให้กับโรงพยาบาลหรือไม่ อย่างไร และโรงพยาบาลจัดการปัญหาเหล่านั้นอย่างไร และคิดว่าทางออกในอนาคตสำหรับแรงงานกลุ่มนี้ควรเป็นอย่างไร

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล *(ข้อมูลเหล่านี้สามารถสอบถามได้ก่อนสิ้นสุดการสัมภาษณ์)*

1. คุณลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล (ตำแหน่ง อายุ สัญชาติ ระยะเวลาในการทำงาน ฯลฯ)

แนวคำถาม
ชุดที่ 2 สำหรับแรงงานข้ามชาติ

ก. คำถามอุ่นเครื่อง

1. เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ประวัติการย้ายถิ่น การมีผู้ติดตาม (ลูก คู่ชีวิต พ่อแม่ หรือ ญาติพี่น้อง) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน/วัน
2. ประวัติการเจ็บป่วยของตนเอง และของผู้ติดตามในครอบครัว มีโรคประจำตัวหรือไม่ โรคอะไร ต้องหาหมอเป็นประจำหรือไม่ บ่อยแค่ไหน
3. ประวัติของการเข้าถึงระบบสิทธิการรักษาพยาบาลในประเทศไทย (เคยอยู่ระบบไหนมาบ้าง หรือไม่เคยอยู่ในระบบใดเลย)

ข. คำถามสิทธิการรักษาพยาบาลในระบบปัจจุบัน

1. ปัจจุบันท่านและผู้ติดตามมีสิทธิ์ในการรักษาพยาบาลหรือไม่ (ถามให้ครบทุกคนที่เป็นผู้ติดตามด้วย)

คำถามสำหรับแรงงาน/ผู้ติดตามที่มีสิทธิ์ใดสิทธิ์หนึ่ง

1. ถ้ามีสิทธิ์การรักษาพยาบาล ท่านและผู้ติดตามกำลังอยู่ในสิทธิ์ระบบใด (ถาม probe ให้ทราบคำตอบว่าเป็นระบบใดระหว่างระบบประกันสุขภาพและระบบประกันสังคม) และ ทำไมจึงอยู่ในระบบดังกล่าว
2. กรณีที่มีสิทธิ์ในระบบใดระบบหนึ่ง เมื่อเกิดการเจ็บป่วยท่านและหรือผู้ติดตามเคยไปใช้บริการรักษาพยาบาลตามสิทธิ์ที่มีหรือไม่
    i. ถ้าไม่เคยไป เพราะเหตุใดจึงไม่ไปใช้สิทธิ์
    ii. ถ้าเคยไป เพราะเหตุใดจึงไปใช้สิทธิ์ และท่านได้รับบริการที่ดีหรือไม่จากโรงพยาบาลตามสิทธิ์ ให้อธิบายว่าดีหรือไม่ดีอย่างไร
3. หากท่านเคยมีประสบการณ์การใช้สิทธิรักษาพยาบาลทั้งในระบบประกันสุขภาพและระบบประกันสังคม ให้เปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของทั้งสองระบบนี้ว่าเป็นอย่างไร และท่านพึงพอใจระบบใดมากกว่ากัน เพราะอะไร
4. ท่านคิดอย่างไรกับนโยบายระบบประกันสุขภาพใหม่ ที่เพิ่มเงินค่าประกันสุขภาพจากเดิม 1,900 บาท เป็น 2,800 บาท เพื่อให้แรงงานข้ามชาติ หากติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับยาต้านไวรัส
5. ท่านคิดว่าระบบสิทธิ์ใดที่เอื้อประโยชน์ให้กับท่านสูงสุด เพราะเหตุใด

คำถามสำหรับแรงงาน/ผู้ติดตามที่ไม่มีสิทธิ์ใดๆ

1. ท่านมีผู้ติดตามที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยหรือไม่ กี่คน
2. ผู้ติดตามมีสิทธิ์ในการรักษาพยาบาลหรือไม่ อย่างไร (กรณีที่ผู้ติดตามไม่มีสิทธิ์ใด เพราะอะไรจึงไม่ไปเข้าสิทธิ์ และเมื่อเจ็บป่วยไปใช้บริการที่ไหน ให้เหตุผลที่ไปใช้บริการ)
3. ท่านทราบเกี่ยวกับข้อมูลเกี่ยวกับการซื้อประกันสุขภาพให้กับผู้ติดตาม/บุตรที่ไม่มีประกันสุขภาพหรือไม่ อย่างไร
4. ท่านต้องการที่จะซื้อประกันสุขภาพให้กับผู้ติดตาม/บุตรที่ไม่มีประกันสุขภาพหรือไม่ เมื่อไร อย่างไร
5. หากเป็นไปได้ท่านต้องการระบบบริการประกันสุขภาพสำหรับผู้ติดตาม/บุตรอย่างไร เพราะเหตุใด

แนวคำถาม
ชุดที่ 3 สำหรับนายจ้าง

คำถามอุ่นเครื่อง

ข้อมูลทั่วไปของธุรกิจ

1. กิจการของท่านก่อตั้งมานานเท่าไร มีทั้งหมดกี่แผนก คนงานทั้งหมดกี่คน เป็นคนไทยหรือว่าแรงงานข้ามชาติ อย่างละกี่คน ลักษณะทั่วไปเป็นอย่างไร(เน้นคุณสมบัติทั่วไปของคนงานข้ามชาติ เช่นอายุ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการทำงาน) เหตุใดจึงจ้างแรงงานข้ามชาติ
2. มีการเปลี่ยนแปลงคนงานบ่อยหรือไม่ โดยเฉพาะคนงานข้ามชาติเพราะเหตุใด

สวัสดิการสำหรับคนงานข้ามชาติ

1. ท่านมีสวัสดิการอะไรบ้างให้กับคนงาน ต่างกันหรือไม่ระหว่างคนงานไทยกับคนงาน ข้ามชาติ
2. คนงานของท่านเข้าระบบประกันสังคมหรือไม่เพราะเหตุใด (จำนวนที่เข้าประกันสังคม แล้วคนงานต่างชาติเข้าหรือไม่ กี่คน)
3. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับการที่คนงานข้ามชาติเข้าสู่ระบบประกันสังคม เหตุใดจึงคิดอย่างนั้น (ใครได้ ใครเสียประโยชน์ อย่างไร)

ประกันสุขภาพสำหรับแรงงาน

1. เวลาคนงานของท่านเจ็บป่วย เขาไปรักษากันที่ไหนบ้าง เพราะเหตุใด
2. คนงานข้ามชาติของท่านมีประกันสุขภาพหรือไม่ เพราะเหตุใด ระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่มีอะไรบ้าง
3. ท่านคิดว่าคนงานข้ามชาติควรมีประกันสุขภาพแบบไหน เพราะเหตุใด มีข้อดีข้อเสียอย่างไร

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล *(ข้อมูลเหล่านี้สามารถสอบถามได้ก่อนสิ้นสุดการสัมภาษณ์)*

1. คุณลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล (ตำแหน่ง อายุ สัญชาติ ระยะเวลาในการทำงาน ฯลฯ)

แนวคำถาม

ชุดที่ 4 สำหรับผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับนโยบายแรงงาน, สุขภาพและประกันสังคม

คำถามอุ่นเครื่อง

ข้อมูลทั่วไปขององค์กร

1. บรรยายลักษณะของ(หน้าที่ความรับผิดชอบ วิสัยทัศน์ พันธกิจ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มก่อตั้ง)
2. จำนวนพนักงานเจ้าหน้าที่ จำนวนแผนก
3. หน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับแรงงานข้ามชาติ และหรือการประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ

นโยบายแรงงานข้ามชาติ

1. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับนโยบายแรงงานข้ามชาติ (การเปลี่ยนแปลง ปัญหา อุปสรรค แนวทางแก้ไข)
2. ท่านคิดว่านโยบายแรงงานข้ามชาติของไทยควรเป็นอย่างไรเพราะเหตุใด ควรมีการบริหารจัดการอย่างไร

นโยบายประกันสังคม

1. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับนโยบายประกัน**ประกันสังคมในกลุ่ม**แรงงานข้ามชาติ(ปัญหา อุปสรรค แนวทางแก้ไข)
2. ท่านคิดว่านโยบาย**ประกันสังคมในกลุ่ม**แรงงานข้ามชาติของไทยควรเป็นอย่างไรเพราะเหตุใด (ข้อดี ข้อเสีย ประโยชน์ที่แรงงานข้ามชาติได้รับ) ควรมีการบริหารจัดการอย่างไร

นโยบายประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ

3. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับนโยบายประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ (การเปลี่ยนแปลง ปัญหา อุปสรรค แนวทางแก้ไข)
4. ท่านคิดว่านโยบายประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติของไทยควรเป็นอย่างไรเพราะเหตุใด (ระบบประกันสุขภาพ ระบบประกันสังคม ข้อดี ข้อเสีย ประโยชน์ที่แรงงานข้ามชาติได้รับ) ควรมีการบริหารจัดการอย่างไร

ความเกี่ยวข้องระหว่างนโยบายแรงงานข้ามชาติกับนโยบายประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติและนโยบายประกันสังคม

1. ท่านคิดว่านโยบายแรงงานข้ามชาติกับนโยบายประกันสุขภาพและนโยบายประกันสังคมของแรงงานข้ามชาติมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกันหรือไม่ อย่างไร
2. หากต้องการให้นโยบายแรงงานข้ามชาติกับนโยบายประกันสุขภาพและและนโยบายประกันสังคมแรงงานข้ามชาติมีความสอดคล้องกันท่านคิดว่ามีแนวทางหรือไม่อย่างไร

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล *(ข้อมูลเหล่านี้สามารถสอบถามได้ก่อนสิ้นสุดการสัมภาษณ์)*

1. คุณลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล (ตำแหน่ง อายุ สัญชาติ ระยะเวลาในการทำงาน ฯลฯ)