



แฟนงาน
เสริมสร้างสุขภาพ:
ประชากรสาธารณสุขต่างตัว
ในประเทศไทย ระยะที่ 1



รายนามนักวิจัย

นายแพทย์ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์

- London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, United Kingdom
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี
- โรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

นางสาวบงกช นภาอัมพร

- โครงการบางกอกคลินิกเพื่อให้คำปรึกษากฎหมายด้านสถานะและสิทธิบุคคล ภายใต้กองทุนศาสตราจารย์คณิ่ง ฤกษ์ไชย คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ที่อยู่ติดต่อ

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี
โทร. +66 (0) 2590-2366 โทรสาร +66 (0) 2590-2385

E-mail : rapeepong@ihppthaigov.net

พิมพ์ที่ :

บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด

119/138 หมู่ 11 เดอะเทอร์เรส ซ.ติวานนท์ 3 ถ.ติวานนท์

ต.ตลาดขวัญ อ.เมืองนนทบุรี จ.นนทบุรี 11000

โทร. 0 2525 1121, 0 2525 4669-70 โทรสาร 0 2525 1272

E-mail : thegraphicosys@gmail.com



คำนำ

แผนงานสร้างเสริมสุขภาพประชากรสาธารณสุขต่างด้าวในประเทศไทย ระยะที่ 1 ได้จัดทำขึ้นโดยนักวิจัยจากสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข และนักวิจัยจากโครงการบางกอกคลินิกฯ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โดยได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสุขภาพ ดำเนินการศึกษาตั้งแต่ 20 พ.ค. 2558 ถึง 20 ส.ค. 2558

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, รศ.ดร.พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร และพญ.วัชรวิภา ธีรไพฑูริย์ อย่างยิ่ง สำหรับคำแนะนำที่มีประโยชน์ ทำให้การศึกษาวิจัยนี้ลุล่วงไปด้วยดี ตลอดจนขอขอบพระคุณคณะผู้ประสานงานโครงการ และผู้ให้ข้อมูลในพื้นที่ ที่ได้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการศึกษาในครั้งนี้

คณะผู้วิจัยยินดีอย่างยิ่งในการเผยแพร่รายงานผลการศึกษานี้แก่ผู้ที่สนใจ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อสาธารณะ โดยผู้ที่สนใจสามารถเข้าถึงรายงานวิจัยฉบับนี้ได้ โดยผ่านทางเว็บไซต์ของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (<http://www.ihppthaigov.net/index.php/publications>) ทั้งนี้หากมีความบกพร่องประการใด คณะผู้วิจัยขออภัยในความผิดพลาดนั้น และขอขอบพระคุณในคำแนะนำสำหรับการพัฒนาและปรับปรุงการศึกษาวิจัยในอนาคต เพื่อให้มีความถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น อันจะก่อประโยชน์สูงสุดต่อสังคมต่อไป

ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ และคณะ

15 กันยายน 2558



สารบัญ

คำนำ	1
สารบัญ	2
บทที่ 1 บทนำ	3
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	4
1.2 แนวคิดพื้นฐานของคณะนักวิจัย	5
1.3 ต้นทุนทางความคิด (Intellectual Capitals)	6
1.4 ขอบเขตของงาน (Scope)	7
1.5 วัตถุประสงค์ (Objectives)	8
1.6 กระบวนการทำงาน (Work process)	9
บทที่ 2 เครือข่ายในการทำงานเพื่อการจัดการสุขภาวะของประชากรสาธารณสุขต่างด้าวในประเทศไทย (Real Sectors and Management)	10
2.1 ประชากรสาธารณสุขต่างด้าวและครอบครัว	11
2.2 คนในภาคราชการที่มีอำนาจหน้าที่รักษาการตามกฎหมาย	12
2.3 คนในภาควิชาการที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านการจัดการสุขภาวะ	13
2.4 คนในภาคเอกชนและภาคชุมชนภายในประเทศที่เกี่ยวข้อง	14
2.5 คนในองค์การระหว่างประเทศ ทั้งที่เป็นองค์การระหว่างรัฐและระหว่างองค์กรเอกชน	15
2.6 คนในภาคสื่อสารมวลชนที่อาสาทำหน้าที่สื่อปัญหา และความเป็นไปได้ในการจัดการปัญหา	16
2.7 คนในรัฐสภาที่มีบทบาทในการปฏิรูปหรือเสนอร่างกฎหมาย	17
บทที่ 3 ประเด็นสำคัญ (Lists of Issues) เพื่อการวิจัยพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายระบบสุขภาวะ สำหรับประชาชนสาธารณสุขต่างด้าว	18
บทที่ 4 การสร้างพื้นที่การเรียนรู้/ความเข้าใจในการจัดการปัญหาและโอกาส เพื่อการจัดการสิทธิและพัฒนาาระบบสุขภาวะของประชากรสาธารณสุขต่างด้าว	19
บทที่ 5 บทสรุปและข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาแผนงาน (Conclusions and Recommendations)	20



1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มนุษย์ที่ยังมีชีวิตอยู่บนผืนแผ่นดินไทยประกอบไปด้วย “คนสัญชาติไทย (Thai nationals)” และ “คนต่างด้าว (Aliens)” และแน่นอนว่าโดยหลักการแล้วคนสัญชาติไทยย่อมมีสิทธิโดยสมบูรณ์ในการเข้าถึงบริการต่างๆ จากภาครัฐในฐานะคนชาติ ในขณะที่สิทธิของคนต่างด้าวนั้นเป็นสิทธิแบบมีเงื่อนไข ทั้งนี้ย่อมขึ้นอยู่กับระดับความรับผิดชอบต่อสังคม (Social Contribution) ที่คนต่างด้าวนั้นมีต่อรัฐ อาทิ การจ่ายภาษีทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อประเทศไทย

อย่างไรก็ตาม สังคมไทยยังมี “มายาคติ” ว่าด้วยเรื่องคนสัญชาติไทยและคนต่างด้าวที่ทำให้การจัดการสิทธิของคนเหล่านี้มีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น และเป็นการสร้างปัญหาในการดำรงชีวิตและการมีสุขภาวะที่ดีอย่างยิ่ง ของทั้งมนุษย์ทั้งที่มีสัญชาติไทยและที่ถูกถือว่าคนต่างด้าว มายาคติเหล่านั้นได้แก่ (1) มายาคติที่มองว่ารัฐไทยมีหน้าที่ดูแลเฉพาะคนสัญชาติไทยที่มีบัตรประจำตัวประชาชนไทยเท่านั้น และ (2) มายาคติที่มองว่ารัฐไทยมีความรับผิดชอบต่อคนต่างด้าวที่มีเอกสารประจำตัวหรือมีเลขประจำตัว 13 หลักเท่านั้น

ด้วยเหตุนี้การขยายบัตรประชาชนไทยและเอกสารต่างๆ ที่จะนำไปสู่การมีเลขประจำตัว 13 หลัก อย่างผิดกฎหมาย จึงแพร่หลายอย่างมาก โดยเฉพาะพื้นที่ห่างไกลและพื้นที่ชายแดน การมีบัตรประชาชนไทยหรือมีเลขประจำตัว 13 หลักจึงมีราคาแพง เพราะนั่นหมายถึง การเข้าถึงสุขภาวะที่ดี ไม่ว่าจะเป็นการรักษาพยาบาล หรือ การมีโอกาสในการทำงาน

เมื่อผู้ที่เกี่ยวข้องยอมรับมายาคติที่ว่า “คนสัญชาติไทย” = “คนที่ถือบัตรประจำตัวประชาชนไทย” ก็เท่ากับว่ารัฐไทยได้ปฏิเสธที่จะดูแลคนที่มีสัญชาติไทยกลุ่มหนึ่งที่ยังไม่ได้รับการรับรองสิทธิในสัญชาติไทยในทะเบียนราษฎรไทยแล้ว เราเรียกคนสัญชาติไทยที่โชคร้ายเหล่านี้ ว่า “คนต่างด้าวเทียม” คนสัญชาติไทยที่กลายเป็นคนต่างด้าวเทียม

¹ คนต่างด้าวเทียมหมายถึง “บุคคลซึ่งมีข้อเท็จจริงที่ฟังได้ว่ามีสัญชาติไทยตามกฎหมายสัญชาติไม่จะเป็นสัญชาติไทยโดยการเกิดตามหลักสืบสายโลหิต หรือตามหลักดินแดน หรือฟังได้ว่ามีสัญชาติไทยภายหลังการเกิดโดยผลของกฎหมายสัญชาติแต่ยังไม่ได้รับการลงรายการสัญชาติไทยในทะเบียนราษฎร” (2552, กิตติธนา วัฒนมณี, วิทยานิพนธ์นิติศาสตร์มหาวิทยาลัยสุโขทัย เรื่อง “คนต่างด้าวในทะเบียนราษฎรไทย”)

แม้มีสัญชาติแต่ก็ยังไม่สามารถใช้สิทธิในสัญชาติได้ พวกเขาจึงได้รับการปฏิบัติไม่ต่างจาก “คนต่างด้าวแท้” ที่ไม่ได้รับการรับรองในสัญชาติไทยตามกฎหมายและอาจจะไม่มีความผูกพันกับประเทศไทยเลยก็เป็นได้ สถานการณ์เช่นนี้แสดงให้เห็นว่าปัญหาการรับรองสถานะบุคคลตามกฎหมายเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ประชากรต่างด้าว (ทั้งที่เป็นคนต่างด้าวแท้และคนต่างด้าวเทียม) ประสบปัญหาในการเข้าถึงสุขภาวะที่ดีที่สุดในลักษณะแตกต่างกัน

นอกจากนี้ คนต่างด้าวที่กล่าวมาข้างต้นยังมีลักษณะการอาศัยอยู่ในประเทศไทยที่แตกต่างกัน บ้างก็มีลักษณะการอาศัยถาวรในประเทศไทย บ้างก็มีลักษณะการอาศัยเพียงแค่ชั่วคราวในประเทศไทย โดยอาจจะเข้ามาเพื่อทำงาน หรือเพื่อเรียนหนังสือ หรือด้วยเหตุจำเป็นอื่นๆ และคนต่างด้าวกลุ่มสุดท้าย คือ คนต่างด้าวที่ไม่ได้มีลักษณะการอาศัยในประเทศไทยเลยแต่เข้ามาในประเทศไทยเพื่อวัตถุประสงค์เฉพาะ เช่น เพื่อใช้บริการสาธารณสุข เป็นต้น จากสถานการณ์การปรากฏตัวของ “คนต่างด้าว” ในประเทศไทยทำให้เกิดเป็นคำถามในสังคมไทยมาโดยตลอดว่า “ใครบ้างคือคนต่างด้าวที่ปรากฏตัวในประเทศไทยที่จะต้องได้รับการดูแล?” “ประเทศไทยมีหน้าที่ตามกฎหมายที่จะต้องดูแลคนต่างด้าวแต่ละกลุ่มในระดับใดบ้าง?” และ “ระบบการจัดการสิทธิในสุขภาวะที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพ และเป็นธรรม สำหรับคนต่างด้าวแต่ละกลุ่มควรเป็นอย่างไร?”

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาประเทศไทยไม่เคยปฏิเสธหน้าที่อันเป็นไปตามกฎหมายระหว่างประเทศและกฎหมายภายในประเทศในการจัดการสิทธิมนุษยชนขึ้นพื้นฐาน เพื่อให้มนุษย์ทุกคนที่ปรากฏตัวบนแผ่นดินไทยมีสุขภาวะที่เหมาะสม อีกทั้งประเทศไทยยังยอมรับแนวคิดเรื่องสิทธิในสุขภาพดีของมนุษย์ และ หลัก “สุขภาพดีถ้วนหน้า” หรือ “Health for All” ปรากฏเป็นหลักกฎหมายและวิสัยทัศน์ของประชาคมสาธารณสุขระหว่างประเทศที่ได้รับการยอมรับและรับรองในกฎหมายระหว่างประเทศ

² คนต่างด้าวแท้ หมายถึง “บุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทย โดยอาจจะเป็นคนต่างด้าวที่มีสัญชาติของรัฐอื่นเพียงสัญชาติเดียว หรือมีสัญชาติของรัฐอื่นมากกว่าหนึ่งรัฐก็ได้ หรืออาจเป็นคนต่างด้าวที่ไม่มีสัญชาติของรัฐใดเลยเพราะไม่ได้รับการยอมรับให้มีสัญชาติของรัฐใดเลยจึงถูกถือเป็นคนต่างด้าวสำหรับรัฐทุกรัฐ” (2552, กิตติวราญา รัตนมณี, วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เรื่อง “คนต่างด้าวในทะเบียนราษฎรไทย”)

มาตั้งแต่ พ.ศ. 2491³ นอกจากนี้ ประเทศไทยเองก็เป็นภาคีและผูกพันตามกฎหมายระหว่างประเทศหลายฉบับในการให้การรับรองสิทธิในสุขภาพของมนุษย์ทุกคนบนแผ่นดินไทย ในฐานะ “รัฐเจ้าของตัวบุคคล (Personal State)” ไม่ว่าบุคคลดังกล่าวจะมีจุดเกาะเกี่ยวกับประเทศไทยโดยการมีสัญชาติไทยหรือการมีภูมิลำเนาในประเทศไทยหรือไม่ก็ตาม ในฐานะ “รัฐเจ้าของดินแดน (Territorial State)” ที่บุคคลเข้ามาเพื่อรับบริการสาธารณสุข หากแต่สถานการณ์ด้านข้อเท็จจริงที่ปรากฏ คือ หลัก Health for All ยังถูกตีความอย่างแคบโดยคนบางกลุ่ม ทำให้ “คนต่างด้าว” ประสบปัญหาในการเข้าถึงสิทธิหรือแม้จะเข้าถึงสิทธิได้แต่ก็อาจจะไม่สามารถใช้สิทธิได้อย่างเหมาะสมและเป็นธรรม นอกจากนี้ การตีความดังกล่าวยังทำให้การจัดการสิทธิมุ่งเน้นไปที่เรื่องสุขภาพเท่านั้น

ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงเกิดเป็นประเด็นที่ทำทนายของประเทศไทยในการจัดการสิทธิในสุขภาพของบุคคลที่มีองค์ประกอบต่างด้าว ดังต่อไปนี้ คือ (1) รัฐไทยมีหน้าที่ผูกพันตามกฎหมายที่ต้องดำเนินการคุ้มครอง “สิทธิในสุขภาพ” สำหรับบุคคลทุกคนที่ปรากฏตัวบนแผ่นดินไทย และ/หรืออยู่ในความดูแลของรัฐไทย, (2) การสร้างเสริมสุขภาพที่ดีไม่อาจดำเนินการได้ด้วยมุมมองและวิถีคิดทางสาธารณสุขอย่างเดียว หากแต่ต้องดำเนินการสร้างองค์ความรู้ในเรื่องการจัดการประชากร รวมทั้งการบริการสังคมอื่นๆ ควบคู่กันไป และ (3) คำว่า “สุขภาพ (Health)” นั้น ย่อมหมายถึงการมี “สุขภาพที่ดี (Well-being)” ด้วยประการทั้งปวง อันได้แก่ การมีสุขภาพทางกาย สุขภาวะในมิติทางจิตใจ ทางปัญญา และทางสังคม ซึ่งรวมถึงการได้รับการรับรองสถานะบุคคลตามกฎหมายที่เหมาะสม และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่เอื้อประโยชน์ต่อการดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี (การมีปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health) ที่เหมาะสม) เช่น การมีการศึกษาที่ดี การมีโอกาสในการประกอบอาชีพตามวุฒิการศึกษา หรือการอยู่อาศัยในสภาพแวดล้อมที่ดี เป็นต้น แต่ทั้งนี้ คุณภาพแห่งสิทธิในสุขภาพของประชากรสาธารณสุขต่างด้าวย่อมแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความรับผิดชอบต่อสังคม (Social contribution) ที่แต่ละกลุ่มมีต่อสังคมไทย

³ เช่น ปฏิญญาสากลแห่งสหประชาชาติว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ค.ศ. 1948/พ.ศ. 2491, กติการะหว่างประเทศแห่งสหประชาชาติว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights or ICESCR) ค.ศ. 1966/พ.ศ. 2509, และปฏิญญาอาเซียนว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (ASEAN Declaration on Human Rights) ค.ศ. 2012/ พ.ศ.2555

1.2 แนวคิดพื้นฐานของคณะนักวิจัย

๑. แนวคิดเกี่ยวกับประชากรสาธารณสุขต่างด้าวในความรับผิดชอบของประเทศไทย

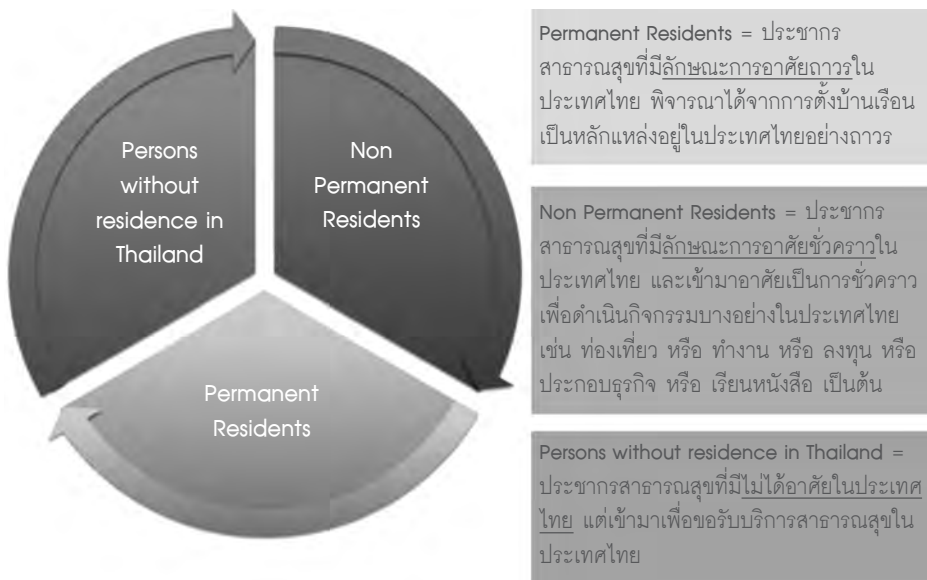
คณะผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของประชากรที่จะทำการศึกษารายใต้คำจำกัดความว่า “ประชากรสาธารณสุขต่างด้าว (Alien Health Populations)” ว่าหมายถึง (1) ประชากรต่างด้าว (ทั้งต่างด้าวแท้ และต่างด้าวเทียม) ที่เข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศไทย และ (2) ประชากรสัญชาติไทยที่กลายเป็นคนต่างด้าวในต่างประเทศ ซึ่งในการทำงานระยะแรกจะมุ่งเน้นที่ประชากรกลุ่มที่ (1) เป็นหลัก ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยมีแนวคิดอย่างชัดเจนที่จะนิยาม “คนต่างด้าว” โดยจะใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษว่า “Aliens” ให้ความหมายรวมถึง “บุคคลธรรมดาซึ่งไม่มีสัญชาติไทย” เมื่อนิยามเช่นนี้ การศึกษารายใต้โครงการนี้ก็จะครอบคลุมถึงบุคคลที่มีความเป็นต่างด้าวในทุกสถานการณ์ความเป็นจริงของประเทศไทย อันรวมไปถึง (1) คนต่างด้าวที่อพยพเข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศไทย หรือที่ถูกเรียกในภาษาอังกฤษว่า “Migrants”⁴ และ (2) คนต่างด้าวที่ไม่ได้มีการอพยพเข้ามา ซึ่งอาจจะเป็นคนที่เกิดขึ้นในประเทศไทยหรือปรากฏตัวในประเทศไทยโดยไม่ทราบรากเหง้า ซึ่งคณะผู้วิจัยตระหนักดีว่าสถานการณ์การดูแลสุขภาพของประชากรต่างด้าวจะมีความซับซ้อนมากขึ้น เมื่อมีการเกิดขึ้นของประชาคมอาเซียนในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2558 และการเกิดขึ้นของเขตเศรษฐกิจในห้าจังหวัดชายแดนของประเทศไทย ซึ่งย่อมหมายถึงการเคลื่อนย้ายประชากร โดยเฉพาะแรงงานต่างด้าวมามากขึ้น รวมถึงแรงงานไทยที่ไปทำงานในประเทศเพื่อนบ้าน ดังนั้นแผนงานนี้จึงต้องมีความรอบด้านและเท่าทันต่อสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

⁴ ดังนั้น การเรียกคนต่างด้าวทุกคนว่าเป็น “migrants” จึงทำให้เราเห็นสถานการณ์ความเป็นจริงเพียงแค่ครึ่งเดียว คือ “คนต่างด้าวที่อพยพเข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศไทย” เท่านั้น และทำให้เราลืมคนต่างด้าวอีกกลุ่ม คือ “คนต่างด้าวที่ไม่ได้มีการอพยพเข้ามา” ซึ่งอาจจะเป็นคนที่เกิดขึ้นในประเทศไทยหรือปรากฏตัวในประเทศไทยโดยไม่ทราบรากเหง้า” ซึ่งเป็นกลุ่มที่รัฐไทยมีหน้าที่ต้องดูแลโดยตรง

b. แนวคิดเกี่ยวกับการจำแนกกลุ่มเป้าหมายของการพัฒนาระบบสุขภาพ

เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่ง “พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ทุกคนบนแผ่นดินไทยสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง โดยใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นระบบที่ยั่งยืน” คณะนักวิจัยจะใช้แนวคิดในเรื่อง “ลักษณะการอาศัยอยู่ในประเทศไทย” เป็นฐานในการพิจารณาและจัดลำดับความสัมพันธ์ของกลุ่มประชากรกับรัฐไทย เพื่อจัดสรรการบริการ โดยเฉพาะการบริการที่มีค่าใช้จ่าย ในลักษณะที่แตกต่างกันออกไปตามความรับผิดชอบของบุคคลที่มีต่อสังคมไทย ซึ่งคณะนักวิจัยมุ่งหวังที่จะมองเห็นการพัฒนาระบบสุขภาพทั้งระบบให้ครอบคลุมทั้งคนต่างด้าวยากจนและคนต่างด้าวร่ำรวยด้วย

บุคคลกลุ่มเป้าหมายของงานสร้าง “สุขภาพ (Well-being)”
ให้แก่ประชากรสาธารณสุขต่างด้าวในความรับผิดชอบของรัฐไทย



c. แนวคิดเกี่ยวกับมิติในการพัฒนาระบบสุขภาพ

คณะนักวิจัยยืนยันในหลักกฎหมายระหว่างประเทศอันเป็นหลักการพื้นฐานในงานวิจัยครั้งนี้ว่า “สิทธิในสุขภาพ (Right to Health)” ที่สมบูรณ์ คือ การมี “สุขภาพที่ดี (Rights to Well-being)” ด้วยประการทั้งปวง อันได้แก่ (1) การมีสุขภาพทางกาย สุขภาวะในมิติทางจิตใจ ทางปัญญา (2) การมีสุขภาพทางสังคมที่ดี อันหมายถึง การได้รับการรับรองสถานะบุคคลตามกฎหมายที่เหมาะสม และ (3) การมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่เอื้อประโยชน์ต่อการดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี เช่น การมีการศึกษาที่ดี การมีโอกาสนในการประกอบอาชีพตามวุฒิการศึกษา หรือการอยู่อาศัยในสภาพแวดล้อมที่ดี เป็นต้น แต่ทั้งนี้ คุณภาพแห่งสิทธิในสุขภาพของประชากรสาธารณสุขต่างด้าวย่อมแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความรับผิดชอบต่อสังคม (Social contribution) ที่แต่ละกลุ่มมีต่อสังคมไทย

d. แนวคิดเกี่ยวกับวิธีการทำงานของคณะนักวิจัย

คณะนักวิจัยตระหนักว่าการคิดงานวิชาการที่ไม่มีฐานจากความรู้ในสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นในพื้นที่อาจจะส่งผลให้งานวิจัยดังกล่าวไม่สามารถนำไปใช้ได้ และกลายเป็นงานวิจัยที่อยู่บนหิ้ง ดังนั้น คณะนักวิจัยมีหลักการที่สำคัญในการเลือกประเด็นในการทำงาน คือ รับฟังสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ (Social Needs) ของ คนทำงาน หรือ Real Sectors ซึ่งเป็นคนที่ทำงานเกาะติดกับเจ้าของปัญหาหรือ แม้แต่ตัวเจ้าของปัญหาเองเป็นหลัก ประเด็นสำคัญ (Points of Understanding) จะถูกหยิบยกไปใช้ในการผลักดันให้เกิดการพัฒนาระบบสุขภาพที่เหมาะสมและเป็นธรรมต่อประชากรสาธารณสุขต่างด้าวของประเทศไทยต่อไป

นอกจากนี้ คณะนักวิจัยยังมีแนวคิดในการสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่าง คณะนักวิจัยและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการจัดการสิทธิในสุขภาพของประชากรสาธารณสุขต่างด้าวอีกด้วย

1.3 ต้นทุนทางความคิด (Intellectual Capitals)

- โครงการวิจัยความคาดหวังของประชาคมระหว่างประเทศต่อรัฐไทยในการปฏิบัติตามพันธกรณีระหว่างประเทศเพื่อการคุ้มครองสิทธิในสุขภาพหลักประกันสุขภาพของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ ภายใต้ชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายหลักประกันสุขภาพของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติในประเทศไทย สนับสนุน โดย สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (เพื่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) พ.ศ. 2551
- โครงการวิจัยการบริหารจัดการ การดำเนินการ และภาระการบริการของสถานพยาบาล ภายใต้นโยบายการให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ตามมติคณะรัฐมนตรีวันที่ 23 มีนาคม 2553 สนับสนุน โดย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (เพื่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) พ.ศ. 2555
- โครงการศึกษาวิจัยและให้ความช่วยเหลือทางกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิเด็กและผู้ด้อยโอกาสในชุมชนชายแดนไทย-พม่า คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปีการศึกษา 2556
- โครงการวิจัยพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพสำหรับประชากรต่างด้าวให้สอดคล้องกับสถานะสุขภาพ พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ และความคาดหวังของผู้รับบริการ (โครงการระยะที่ 2) สนับสนุน โดย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข และมูลนิธิรักไทย พ.ศ. 2557
- โครงการลงพื้นที่เพื่อทำรายงานสถานการณ์ด้านการจัดการสุขภาพของคนชายแดนที่มีปัญหาสถานะและสิทธิตามกฎหมายในพื้นที่ชายแดนจังหวัดตากเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน สนับสนุน โดย สำนักสนับสนุนสุขภาพะประชากรกลุ่มเฉพาะ (สำนัก 9) สสส. ระหว่างวันที่ 10-17 กรกฎาคม พ.ศ. 2557

- โครงการให้ความช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลตามกฎหมายเพื่อต่อยอดการสำรวจสถานการณ์ด้านสุขภาวะของคนชายแดน จังหวัดตาก หรือ “โครงการสี่หมอชายแดนจังหวัดตาก” สนับสนุน โดย สำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ (สำนัก 9) สสส. ระหว่างเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2557-เดือนกันยายน พ.ศ. 2558
- โครงการลงพื้นที่เพื่อสำรวจสถานการณ์ด้านการจัดการสุขภาวะของคนชายแดนที่มีปัญหาสถานะและสิทธิตามกฎหมายในพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมาร์ (จังหวัดระนอง-จังหวัดเกาะสอง) เพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน สนับสนุน โดย สำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ (สำนัก 9) สสส. ระหว่างวันที่ 28-30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2557
- ข้อเสนอต่อ นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในการจัดการสิทธิในบริการสาธารณสุขของคนไร้รัฐไร้สัญชาติ หรือคนที่มีปัญหาการรับรองสถานะบุคคลตามกฎหมาย เมื่อเดือนมกราคม พ.ศ. 2558
- (ร่าง) ยุทธศาสตร์การจัดการสถานะและสิทธิในบริการสาธารณสุขของบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิในประเทศไทย เมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. 2558

1.4 ขอบเขตของงาน (Scope)

๑. ขอบเขตด้านประชากรกลุ่มเป้าหมาย (Personal Scope)

ประชากรกลุ่มเป้าหมายของแผนงาน คือ “ประชากรสาธารณสุขต่างด้าว” ซึ่งหมายถึง ประชากรต่างด้าวทั้งหมด (ทั้งประชากรต่างด้าวแท้และเทียม) ที่อยู่ในประเทศไทยและอยู่ความดูแลของสาธารณสุขไทย

เมื่อพิจารณาในรายละเอียดประเภทของกลุ่มเป้าหมายโดยใช้ “ภูมิคำเนาตามข้อเท็จจริง” ของกลุ่มประชากรเป็นเกณฑ์การแบ่งกลุ่ม ซึ่งลักษณะการอาศัยของกลุ่มประชากรเป็นปัจจัยที่สำคัญในการจัดการสุขภาวะที่เหมาะสมของกลุ่มประชากรในแต่ละสถานการณ์ และการกำหนดหน้าที่ของรัฐแต่ละรัฐต่อกลุ่มประชากร ทำให้แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม

(1) ประชากรสาธารณสุขต่างด้าวที่มีลักษณะการอาศัยถาวรในประเทศไทย พิจารณาได้จากการตั้งบ้านเรือนเป็นหลักแหล่งอยู่ในประเทศไทยอย่างถาวร

(2) ประชากรสาธารณสุขต่างด้าวที่มีลักษณะการอาศัยชั่วคราวในประเทศไทย และเข้ามาอาศัยเป็นการชั่วคราวเพื่อดำเนินกิจกรรมบางอย่างในประเทศไทย เช่น ท่องเที่ยว หรือ ทำงาน หรือ ลงทุน หรือ ประกอบธุรกิจ หรือ เรียนหนังสือ เป็นต้น

(3) ประชากรสาธารณสุขต่างด้าวที่ไม่ได้อาศัยในประเทศไทย แต่เข้ามาเพื่อขอรับบริการสาธารณสุขในประเทศไทยเป็นการเฉพาะ

b. ขอบเขตด้านเนื้อหาการทำงาน (Material Scope)

กรอบแนวคิดในการทำงานในที่นี้ ปรับจากหลักคิดเรื่อง “ระบบสุขภาพ” (2007) และนิยาม “สุขภาพ” ซึ่งได้รับการรับรองโดยรัฐสมาชิกขององค์การอนามัยโลก (1948) โดยสรุป มีประเด็นด้านเนื้อหาการทำงาน ดังนี้

(1) ประเด็นเรื่องระบบบริการสุขภาพ ซึ่งได้แก่

- การเงินการคลังเพื่อสุขภาพ (health financing): ได้แก่ การระดมทุน (Resource Mobilization รูปแบบการจัดเก็บภาษีสุขภาพ จากภาษีทั่วไป ภาษีเฉพาะ การประกันแบบสมัครใจหรือการประกันแบบบังคับ การเก็บเงินเมื่อมาใช้บริการ เป็นต้น) การรวมทุน (Pooling of resources) และการกระจายเงินทุนไปยังผู้ให้บริการ (Resource allocation)
- การจัดระบบข้อมูลและความรู้เพื่อสุขภาพ (health information and research system) ได้แก่ การสร้างความรู้และจัดทำระบบข้อมูลสำหรับประชากรกลุ่มเป้าหมาย
- การอภิบาลระบบ (stewardship and governance): ครอบคลุมหลายประเด็น อาทิ เรื่องนโยบายและยุทธศาสตร์ กลไกอภิบาลระบบ การติดตามประเมินผล และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงนโยบาย
- การให้บริการสุขภาพและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (delivery system and medical products): ได้แก่ การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ และการเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพและเป็นธรรม
- การพัฒนาบุคลากรสุขภาพ (human resources for health): ครอบคลุมหลายประเด็น อาทิ ทั้งเรื่องการวางแผนกำลังคน การผลิตและพัฒนา และการบริหารจัดการบุคลากร

(2) เรื่องเกี่ยวกับระบบการรับรองสถานบุคคลตามกฎหมายซึ่งเชื่อมโยงกับการจัดการสุขภาพที่ดีให้แก่กลุ่มประชากรเป้าหมาย

(3) บัณฑิตกำหนดสุขภาพอื่นๆ หรือประเด็นสุขภาพอื่นเนื่องมาจากปัจจัยภายนอกอื่นๆ อาทิ การศึกษา สิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย การทำงาน และการประกอบอาชีพ

c. ขอบเขตด้านพื้นที่ในการทำงาน (Area Scope)

เดิมทีคณะนักวิจัยได้ใช้วิธีการคัดเลือกพื้นที่วิจัยแบบเจาะจง (purposive sampling) ซึ่งมีฐานคิดมาจากการเป็นพื้นที่ที่มีประชากรสาธารณสุขต่างด้าวอาศัยอยู่หนาแน่น และคัดเลือกให้พื้นที่มีความหลากหลายทางกายภาพและเศรษฐกิจ ในเบื้องต้นได้คัดเลือกพื้นที่ศึกษา 6 จังหวัด ดังนี้ (1) กาญจนบุรี (2) กรุงเทพมหานคร และจังหวัดใกล้เคียง (3) เชียงราย (4) ตาก (5) พิษณุโลก และ (6) ระนอง

แต่เมื่อเริ่มต้นทดลองการทำงาน คณะนักวิจัยตระหนักว่าในความเป็นจริงแล้ว ความจำเป็นและเร่งด่วนของสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ (Social Needs) ของคนทำงาน หรือ Real Sectors ในพื้นที่กลับเป็นปัจจัยในการกำหนดและเลือกพื้นที่ศึกษาในครั้งนี่ซึ่งเป็นการทดลองการทำงาน คณะนักวิจัยจึงมีการปรับเปลี่ยนพื้นที่ในการศึกษา รวมถึงวิธีการในการได้มาซึ่งข้อเท็จจริงตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง อย่างไรก็ตาม คณะนักวิจัยคัดเลือกพื้นที่ที่มี คนทำงาน หรือ Real Sectors ที่สามารถเชื่อมต่อกับคณะนักวิจัยให้เข้าถึงปัญหาหรือสถานการณ์จริงในพื้นที่ได้

ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คณะนักวิจัยจึงได้ศึกษาในพื้นที่จริง 7 จังหวัด ดังนี้ (1) กาญจนบุรี (2) กรุงเทพมหานครและจังหวัดใกล้เคียง (3) กระบี่ (4) เชียงราย (5) ตาก (6) พิษณุโลก และ (7) ระนอง ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร กระบี่ เชียงราย ตาก พิษณุโลก และระนอง เป็นพื้นที่ที่คณะนักวิจัยได้ลงพื้นที่ด้วยตนเองเพื่อไปศึกษาสถานการณ์ ส่วนพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรีเป็นการสำรวจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นผ่านการสื่อสารทางเครือข่ายสังคมออนไลน์และโทรศัพท์

1.5 วัตถุประสงค์ (Objectives)

- (1) ทบทวนสถานการณ์ด้านปัญหาสุขภาพของประชากรสาธารณสุขต่างด้าวในประเทศไทย อันนำไปสู่การวิเคราะห์ปัญหาที่บุคคลดังกล่าวประสบ (Situation Analysis) โดยผ่านกรณีศึกษา (Case Studies) ในแต่ละพื้นที่ โดยวิเคราะห์ให้ครอบคลุมถึงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับ (1) ระบบสุขภาพ (2) การรับรองสถานะบุคคลตามกฎหมาย และ (3) การเข้าถึงสุขภาพด้านอื่นๆ ด้วย
- (2) ระดมข้อความรู้และข้อความเห็นในการจัดการปัญหาสุขภาพของประชากรสาธารณสุขต่างด้าวในประเทศไทย จากเครือข่ายการทำงานที่สนับสนุนเจ้าของปัญหา (Real Sectors) อันนำไปสู่การสังเคราะห์ความเป็นไปได้ในการจัดการปัญหาที่บุคคลดังกล่าวประสบ (Solution Management)
- (3) เพื่อสร้างเครือข่ายการทำงานที่สนับสนุนเจ้าของปัญหา (Real Sectors) และเรียนรู้จากที่ทำงานในพื้นที่จริง และนำองค์ความรู้ที่เกิดขึ้นไปสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องในสังคมและผู้ผลักดันนโยบายต่อไป
- (4) เพื่อวางระบบการทำงานและพัฒนาเป็นแผนงานในระยะยาวต่อไป

1.6 กระบวนการทำงาน (Work process)

ตลอดระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา คณะนักวิจัยได้ดำเนินงานใน 3 ลักษณะ เพื่อให้เกิดการทดลองการทำงานเต็มรูปแบบในการพัฒนาต้นแบบการจัดการสิทธิในสุขภาพ กล่าวคือ

- (1) การลงพื้นที่เพื่อสำรวจสถานการณ์และวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการจัดการสิทธิในสุขภาพของประชากรสาธารณสุขต่างด้าว
- (2) การจัดพื้นที่เพื่อระดมองค์ความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์เด่นและข้อเสนอเพื่อเสริมสร้างสุขภาพของประชากรสาธารณสุขต่างด้าวจากเครือข่ายการทำงานจริง (Real Sectors) อันนำไปสู่การสังเคราะห์ความเป็นไปได้ในการจัดการสุขภาพเหมาะสมให้แก่กลุ่มเป้าหมาย (Solution Management)
- (3) การสร้างพื้นที่การเรียนรู้/ความเข้าใจในการจัดการปัญหาและโอกาสเพื่อการจัดการสิทธิและพัฒนากระบวนการสุขภาพของประชากรสาธารณสุขต่างด้าว



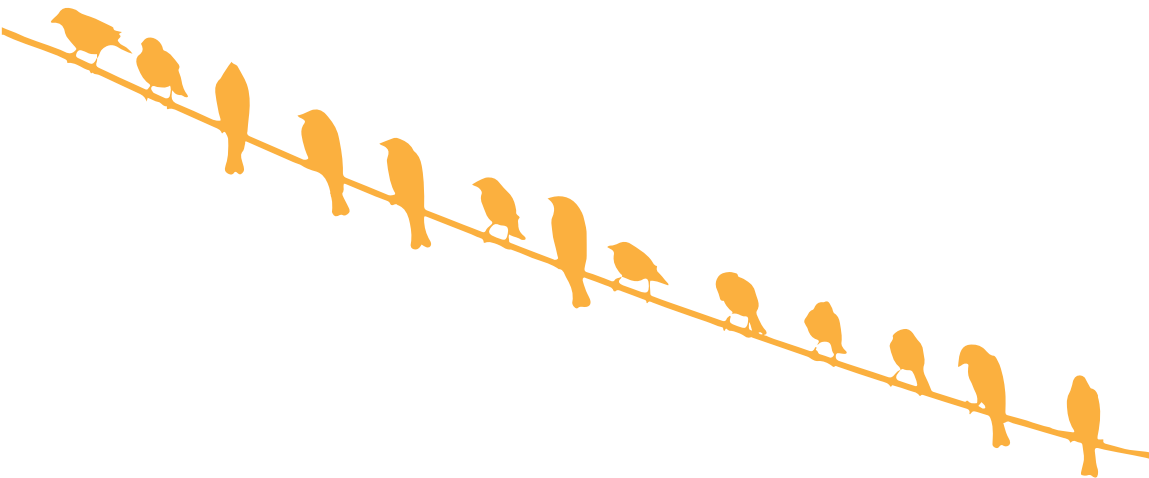
ภาพตัวอย่างการลงพื้นที่สำรวจสถานการณ์ครอบครัวคนไทยตกหล่นจากทะเบียนราษฎร ณ อ.เกาะลันตา และ อ.เมือง จ.กระบี่



ภาพตัวอย่างการจัดพื้นที่เพื่อระดมองค์ความรู้และความคิดเห็น “เชียงใหม่รายเสนา (Chiang Rai Forum): เพื่อพัฒนาข้อเสนอในการเสริมสร้างสุขภาพของประชากรสาธารณสุขต่างด้าวในประเทศไทย”



ภาพตัวอย่างการการสร้างพื้นที่การเรียนรู้/ความเข้าใจ “การร่วมสร้างพื้นที่การเรียนรู้กับเครือข่ายคนทำงานในจังหวัดตากให้กับเด็กและเยาวชนเจ้าของปัญหา เพื่อสร้างแรงบันดาลใจและองค์ความรู้สิทธิในสถานะบุคคลตามกฎหมาย”





2

เครือข่ายในการทำงาน
เพื่อการจัดการสุขภาวะของ
ประชากรสาธารณสุขต่างตัว
ของประเทศไทย
(Real Sectors and Management)

งานสำรวจสถานการณ์และวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการจัดการสิทธิในสุขภาพของประชากรสาธารณสุขต่างด้าว เป็นงานสำคัญลำดับแรกที่จะทำให้คณะนักวิจัยเข้าใจถึงสถานการณ์ในพื้นที่ เพื่อเป็นข้อมูลในการกำหนดวิธีการทำงานกับแต่ละพื้นที่ในระยะต่อไป ซึ่งผลของการทำงานนี้จะทำให้เกิด (1) เครือข่ายการทำงานเพื่อประชากรสาธารณสุขต่างด้าว และ (2) กรณีสึกษาต้นแบบที่จะนำเสนอต่อผู้รักษาการตามกฎหมาย

จากการทำงานใน 3 เดือน คณะนักวิจัยพบว่า เครือข่ายการทำงานเพื่อการจัดการสุขภาพของประชากรสาธารณสุขต่างด้าวของประเทศไทยประกอบด้วยบุคคลใน 7 สถานการณ์ดังต่อไปนี้ (1) ประชากรสาธารณสุขต่างด้าวและครอบครัวที่ปรากฏตัวยอมให้ทีมนักวิจัยระบบสุขภาพได้ทำการศึกษา (2) คนในภาคราชการที่มีอำนาจหน้าที่รักษาการตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง (3) คนในภาควิชาการที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านการจัดการสุขภาพ (4) คนในภาคเอกชนและภาคชุมชนภายในประเทศที่เกี่ยวข้อง (5) คนในองค์กรระหว่างประเทศ ทั้งที่เป็นองค์กรระหว่างรัฐและระหว่างองค์กรเอกชน (6) คนในภาคสื่อมวลชนที่อาสาทำหน้าที่สื่อปัญหาและความเป็นไปได้ในการจัดการปัญหา (7) คนในรัฐสภาที่มีบทบาทในการปฏิรูปหรือเสนอร่างกฎหมาย อาทิ สภานิติบัญญัติแห่งชาติ

2.1 ประชากรสาธารณสุขต่างด้าวและครอบครัว

คณะนักวิจัยพบประชากรสาธารณสุขต่างด้าวและครอบครัวที่ปรากฏตัวยอมให้ทีมนักวิจัยระบบสุขภาพได้ทำการศึกษาในเบื้องต้น ทั้งสิ้น 47 กรณี อันประกอบไปด้วยกรณีศึกษาในพื้นที่กรุงเทพมหานครและจังหวัดใกล้เคียง 3 กรณีศึกษา กรณีศึกษาในพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี 6 กรณีศึกษา กรณีศึกษาในพื้นที่จังหวัดกระบี่ 10 กรณีศึกษา กรณีศึกษาในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ 13 กรณีศึกษา กรณีศึกษาในพื้นที่จังหวัดพิษณุโลก 9 กรณีศึกษา กรณีศึกษาในพื้นที่จังหวัดระนอง 6 กรณีศึกษา

ประชากรสาธารณสุขต่างด้าวและครอบครัวทั้ง 47 กรณี สามารถแบ่งตามลักษณะอาศัยได้ทั้ง 3 ลักษณะ ได้แก่ (1) ประชากรสาธารณสุขที่มีลักษณะการอาศัยถาวรในประเทศไทย พิจารณาได้จากการตั้งบ้านเรือนเป็นหลักแหล่งอยู่ในประเทศไทยอย่างถาวร (2) ประชากรสาธารณสุขที่มีลักษณะการอาศัยชั่วคราวประเทศไทย และเข้ามาอาศัยเป็นการชั่วคราวเพื่อดำเนินกิจกรรมบางอย่างในประเทศไทย (3) ประชากร

สาธารณสุขที่ไม่ได้อาศัยในประเทศไทย แต่เข้ามาเพื่อขอรับบริการสาธารณสุขในประเทศไทย ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาคณะนักวิจัยเข้าถึงประชากรสาธารณสุขต่างด้าว และครอบครัวที่มีลักษณะอาศัยตาม (1) และ (2) เป็นจำนวนมากกว่า

ในแต่ละกลุ่มประชากร คณะนักวิจัยยังสามารถแบ่งตามลักษณะปัญหาการรับรองสถานะบุคคลตามกฎหมายได้อีก 6 ลักษณะ กล่าวคือ (1) ไร้รัฐโดยสิ้นเชิง (2) ไม่ไร้รัฐ แต่ยังไม่ไร้สัญชาติโดยข้อเท็จจริง (ยังเข้าเมืองผิดกฎหมาย) (3) ไม่ไร้รัฐ แต่ยังไม่ไร้สัญชาติโดยข้อเท็จจริง (เข้าเมืองถูกกฎหมาย) (4) มีสัญชาติของรัฐต่างประเทศซึ่งอาจจะมีสถานะเข้าเมืองถูกหรือผิดกฎหมายไทยก็ได้ (5) มีสัญชาติไทยตามกฎหมายซึ่งอาจจะมีสถานะเข้าเมืองถูกหรือผิดกฎหมายไทยก็ได้ และ (6) หลายรัฐหลายสัญชาติซึ่งอาจจะมีสัญชาติหนึ่งเป็นสัญชาติไทยก็ได้ การแบ่งในลักษณะดังกล่าวจะทำให้คณะนักวิจัยสามารถกำหนดแนวทางในการศึกษาระบบสุขภาวะทางสังคม (กล่าวคือ ระบบการรับรองสถานะบุคคลตามกฎหมาย) อันเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ประชากรต่างด้าวเข้าไม่ถึงสุขภาวะด้านอื่นๆ

นอกจากนี้ คณะนักวิจัยยังพบว่าประชากรสาธารณสุขต่างด้าวและครอบครัวที่ปรากฏตัวยอมให้ทีมนักวิจัยระบบสุขภาวะได้ทำการศึกษาบางกลุ่มยังมีลักษณะเฉพาะตัวที่น่าจะต้องมีการศึกษาเป็นกลุ่มพิเศษ ดังต่อไปนี้

(1) กลุ่มคนต่างด้าวที่มีความพิการ ได้แก่ นางสาวนาแฮ แอแตะ และ เด็กหญิงแสงทอง เบียงแลกู เป็นต้น

(2) กลุ่มคนไร้รากเหง้า ได้แก่ นายสงบ เลิศศรี เด็กหญิงมณิรัตน์ พากู เด็กหญิงผักกาด เด็กหญิงบิวดี และ เด็กหญิงชันเคย์ เป็นต้น

(3) กลุ่มคนต่างด้าวสูงอายุ ได้แก่ นางหมีหน่อ บูลู่กู นายอาซอง เบเชอกู นายอาโล่ ห่วยซ็องกู นายหลี่เจียวเส่อ แซ่ลี นางจิ่ง สุกะ และนางลีน แสงผล เป็นต้น

(4) กลุ่มเด็กนักเรียนที่ยังมีปัญหการรับรองสถานะบุคคลตามกฎหมาย ได้แก่ เด็กหญิงมายารวี นามอ นายนิวัฒน์ จันทรคำ นางสาวดวงตา หม่องภา และ นายวีระ (ไม่มีนามสกุล) เป็นต้น

(5) กลุ่มคนไทยพลัดถิ่น ได้แก่ นางลีน แสงผล นายเซ่ ภัคดี นายเด่น ยะผา นายลอน คำใส และ นางปิว มีคำ เป็นต้น

1. ประชากรสาธารณสุขที่มีลักษณะการอาศัยถาวรในประเทศไทย พิจารณาได้จากการตั้งบ้านเรือนเป็นหลักแหล่งอยู่ในประเทศไทยอย่างถาวร	2. ประชากรสาธารณสุขที่มีลักษณะการอาศัยชั่วคราวในประเทศไทย และเข้ามาอาศัยเป็นการชั่วคราวเพื่อดำเนินกิจกรรมบางอย่างในประเทศไทย	3. ประชากรสาธารณสุขที่ไม่ได้อาศัยในประเทศไทย แต่เข้ามาเพื่อขอรับบริการสาธารณสุขในประเทศไทย
1. ไร้รัฐโดยสิ้นเชิง - นางพิมพ์นอ บูลู่ (อ.แม่ฟ้าหลวง จ.เชียงราย) - นางสาวนาศ แอตะ (อ.แม่ฟ้าหลวง จ.เชียงราย) - นายสงบ เลิศศรี (อ.วังทอง จ.พิษณุโลก) - นางลิน แสงผล (อ.กระบุรี จ.ระนอง) - นางบ่อขาว (อ.เมือง จ.ภูเก็ต)	1. ไร้รัฐโดยสิ้นเชิง - นางเดดและนุตร (กลุ่มเอกชนเร่ร่อน มาจากประเทศกัมพูชา ปัจจุบันอาศัยอยู่บริเวณสถานีรถไฟแม่จิง อ.เมือง จ.สมุทรปราการ) - เด็กหญิงจันนิต (บุตรของคนนอกทานจากประเทศกัมพูชา ปัจจุบันอาศัยอยู่บริเวณสถานีรถไฟแม่จิง อ.เมือง จ.สมุทรปราการ)	1. ไร้รัฐโดยสิ้นเชิง - ชาวบ้านในหมู่บ้านจอกกทะ เมืองพะอัน ประเทศเมียนมาร์ (ชายแดน อ.ท่าสองยาง จ.ตาก)
2. ไร้รัฐ แต่ยังไร้สัญชาติโดยข้อเท็จจริง (ยังเข้าเมืองผิดกฎหมาย) - นางสาวอน กอละ๊ะ (อ.แม่ฟ้าหลวง จ.เชียงราย) - เด็กหญิงมายวี นามอ (อ.แม่ฟ้าหลวง จ.เชียงราย) - เด็กหญิงแสงทอง เบียงเล่ (อ.แม่ฟ้าหลวง จ.เชียงราย) - นางจิง สู่ยะ (อ.แม่ฟ้าหลวง จ.เชียงราย) - นายหลีเถียส่อ แซ่ลี (อ.แม่จัน จ.เชียงราย) - นางสาวเน่ (อ.พระสมุทรเจดีย์ จ.สมุทรปราการ)	2. ไร้รัฐ แต่ยังไร้สัญชาติโดยข้อเท็จจริง (ยังเข้าเมืองผิดกฎหมาย) - นางจุ่ม รับไทย (แรงงานจากเมียนมา อ.บางระกำ จ.พิษณุโลก) - นายวีระ (บุตรของแรงงานต่างด้าวจากเมียนมา อ.แม่สอด จ.ตาก) - นางสาวดวงตา หม่องกา (บุตรของแรงงานต่างด้าวจากเมียนมาที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติแล้ว อ.แม่แตง จ.เชียงใหม่) - เด็กหญิงมินา เมียะ (บุตรของแรงงานต่างด้าวจากกัมพูชา เขตบ็อมบราปัดรุฟาย กรุงเพทฯ)	2. ไร้รัฐ แต่ยังไร้สัญชาติโดยข้อเท็จจริง (ยังเข้าเมืองผิดกฎหมาย) - นายเดน ยะผา (คนไทยพลัดถิ่นที่มีบัตรบุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน แต่อาศัยอยู่ที่หมู่บ้านมะลิวัลย์ จ.เกาะสอง ประเทศเมียนมา)

1. ประชากรสาธารณสุขที่มีลักษณะการอาศัยถาวรในประเทศไทย พิจารณาได้จากการตั้งบ้านเรือนเป็นหลักแหล่งอยู่ในประเทศไทยอย่างถาวร	2. ประชากรสาธารณสุขที่มีลักษณะการอาศัยชั่วคราวในประเทศไทย และเข้ามาอาศัยเป็นการชั่วคราวเพื่อดำเนินกิจกรรมบางอย่างในประเทศไทย	3. ประชากรสาธารณสุขที่ไม่ได้อาศัยในประเทศไทย แต่เข้ามาเพื่อขอรับบริการสาธารณสุขในประเทศไทย
3. ไม่รู้รัฐ แต่ยังไร้สัญชาติโดยข้อเท็จจริง (เข้าเมืองถูกกฎหมาย) - นายอาซง เบเชอู (อ.แม่ฟ้าหลวง จ.เชียงราย) - นายอาโล่ ห้วยสีอู่ (อ.แม่ฟ้าหลวง จ.เชียงราย)	3. ไม่รู้รัฐ แต่ยังไร้สัญชาติโดยข้อเท็จจริง (เข้าเมืองถูกกฎหมาย) - ??	3. ไม่รู้รัฐ แต่ยังไร้สัญชาติโดยข้อเท็จจริง (เข้าเมืองถูกกฎหมาย) - นางปิว มีคำ (คนไทยพลัดถิ่นที่มีใบต่างดาว แต่ยังอาศัยอยู่ที่ จ.เมียวดี ประเทศเมียนมา)
4. มีสัญชาติของรัฐต่างประเทศซึ่งอาจจะมีสถานะเข้าเมืองถูกหรือผิดกฎหมายไทย - นายน้อย จันทาดี (อ.นครไทย จ.พิษณุโลก)	4. มีสัญชาติของรัฐต่างประเทศซึ่งอาจจะมีสถานะเข้าเมืองถูกหรือผิดกฎหมายไทย - นายจุลจักร หม่องกา (บุตรของแรงงานต่างดาวที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติจากประเทศต้นทาง ถือหนึ่งสี่เดือนทางและวีซ่าติดตามครอบครัว ปัจจุบันอาศัยอยู่ที่เขตบางบำหรุ กรุงเทพฯ) - นางวี (กลุ่มขอทานร่อนมาจากประเทศกัมพูชา ปัจจุบันอาศัยอยู่บริเวณสถานีรถไฟฟ้าเบร้ง อ.เมือง จ.สมุทรปราการ) - นายนิวัฒน์ จันทร์คำ (อ.แม่สาย จ.เชียงราย)	4. มีสัญชาติของรัฐต่างประเทศซึ่งอาจจะมีสถานะเข้าเมืองถูกหรือผิดกฎหมายไทย - นางถั่วย (คนสัญชาติเมียนมาที่เข้ามาคลอดบุตรในประเทศไทย จ.เกาะสอง ประเทศเมียนมา)

1. ประชากรสาธารณสุขที่มีลักษณะการอาศัยถาวรในประเทศไทย พิจารณาได้จากการตั้งบ้านเรือนเป็นหลักแหล่งอยู่ในประเทศไทยอย่างถาวร	2. ประชากรสาธารณสุขที่มีลักษณะการอาศัยชั่วคราวในประเทศไทย และเข้ามาอาศัยเป็นการชั่วคราวเพื่อดำเนินกิจกรรมบางอย่างในประเทศไทย	3. ประชากรสาธารณสุขที่ไม่ได้อาศัยในประเทศไทย แต่เข้ามาเพื่อขอรับบริการสาธารณสุขในประเทศไทย
	- Mr. Jonathan Harvey Kreuter (คนสัญชาติอเมริกัน ทำงานอยู่ที่เขตลาดพร้าว กรุงเทพฯ) - Mr. Simon Dee (คนสัญชาติออสเตรเลีย ถือวีซ่าท่องเที่ยว อาศัยอยู่ที่ อ.ท่าสองยาง จ.ตาก)	
5. มีสัญชาติไทยตามกฎหมายซึ่งอาจจะมีสถานะเข้าเมืองถูกหรือผิดกฎหมายไทยก็ได้	5. มีสัญชาติไทยตามกฎหมายซึ่งอาจจะมีสถานะเข้าเมืองถูกหรือผิดกฎหมายไทยก็ได้	5. มีสัญชาติไทยตามกฎหมายซึ่งอาจจะมีสถานะเข้าเมืองถูกหรือผิดกฎหมายไทยก็ได้
- นางอิหม่าม (อ.เกาะลันตา จ.กระบี่)	- ??	- นายอยู่ ยี่มเมือง (หมู่บ้านมะลิวัลย์ จ.เกาะสอง ประเทศเมียนมา)
6. หลายรัฐหลายสัญชาติซึ่งอาจจะมีสัญชาติหนึ่งเป็นสัญชาติไทยก็ได้	6. หลายรัฐหลายสัญชาติซึ่งอาจจะมีสัญชาติหนึ่งเป็นสัญชาติไทยก็ได้	6. หลายรัฐหลายสัญชาติซึ่งอาจจะมีสัญชาติหนึ่งเป็นสัญชาติไทยก็ได้
- เด็กหญิงบุษนิสา เย็นขัน (พ่อสัญชาติลาว-แม่สัญชาติไทย)	- เด็กชายจิตรภานุ ฐานะรุ่งอุดม หรือ แอ้สะโมเคะ (พ่อสัญชาติไทย-แม่สัญชาติเมียนมา)	- นางสาวกวิสรา อภิเดชวรภัทร (พ่อสัญชาติไทย-แม่สัญชาติเมียนมา อาศัยอยู่ที่หมู่บ้านมะลิวัลย์ จ.เกาะสอง ประเทศเมียนมา)

2.2 คนในภาคราชการที่มีอำนาจหน้าที่รักษาการตามกฎหมาย

ใน 8 พื้นที่ (รวมหน่วยงานส่วนกลาง) ที่คณะนักวิจัยได้ทำการศึกษาในช่วงระยะเวลา 3 เดือน คณะนักวิจัยพบว่า มีหน่วยงานภาคราชการที่มีอำนาจหน้าที่รักษาการตามกฎหมายซึ่งดูแลสุขภาวะในทั้ง 3 มิติของประชากรสาธารณสุขต่างด้าว ในเบื้องต้น 94 หน่วยงาน ตามรายละเอียดในตารางดังต่อไปนี้

หน่วยงาน พื้นที่ดำเนินงาน	หน่วยงานดูแลสุขภาพด้านที่ 1 (ระบบสุขภาพ)	หน่วยงานดูแลสุขภาพด้านที่ 2 (ระบบการรับรองสถานประกอบ)	หน่วยงานดูแลสุขภาพด้านที่ 3 (ระบบการคุ้มครองคุณภาพชีวิต)
ในพื้นที่ 1. กรุงเทพมหานคร และจังหวัดใกล้เคียง	• โรงพยาบาลราชวิถี • โรงพยาบาลกลาง • โรงพยาบาลสมทรวงศ์	• เขตราชวิถี • เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย • อำเภอเมืองสมุทรปราการ	
2. กาญจนบุรี	• โรงพยาบาลทองผาภูมิ	• อำเภอเมืองกาญจนบุรี • อำเภอทองผาภูมิ	
3. กระบี่	• โรงพยาบาลเกาะลันตา • โรงพยาบาลกระบี่	• อำเภอเกาะลันตา • อำเภอเมืองกระบี่	• พัฒนาสังคมจังหวัดกระบี่ • ยุติธรรมจังหวัดกระบี่
4. เชียงราย	• สสจ. เชียงราย • สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 1 • โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ • โรงพยาบาลแม่จัน • โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง • โรงพยาบาลแม่สาย • รพ.สต.แม่ไร่ อ.แม่จัน • รพ.สต.สันติคีรี อ.แม่จัน	• อำเภอเมือง • อำเภอแม่จัน • อำเภอแม่ฟ้าหลวง • อำเภอแม่สาย	• รร.ตชด.เจ้าพ่อหลวงอุปถัมภ์ 4 • รร.ตชด.บ้านทุ่ง 112

หน่วยงาน พื้นที่ดำเนินงาน	หน่วยงานดูแลสุขภาวะด้านที่ 1 (ระบบสุขภาพ)	หน่วยงานดูแลสุขภาวะด้านที่ 2 (ระบบการรับรองสถานประกอบการ)	หน่วยงานดูแลสุขภาวะด้านที่ 3 (ระบบการคุ้มครองคุณภาพชีวิต)
5. พิษณุโลก	• สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 2 • สสจ.พิษณุโลก • โรงพยาบาลพุทธชินราช • โรงพยาบาลวังทอง • โรงพยาบาลบางระกำ • โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย • โรงพยาบาลชาติตระการ • รพ.สต.วังนกแอ่น อ.วังทอง • รพ.สต.บ้านกลาง อ.วังทอง • รพ.สต.บ้านใหม่ อ.วังทอง	• อำเภอเมือง • อำเภอวังทอง • อำเภอบางระกำ • อำเภอนครไทย • อำเภอชาติตระการ	• พัฒนาสังคมจังหวัดพิษณุโลก • องค์การบริหารส่วนตำบล • สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา • ประถมศึกษาพิษณุโลก เขต 1 (อำเภอเมืองพิษณุโลก และอำเภอบางระกำ) • สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา • ประถมศึกษาพิษณุโลก เขต 2 (อำเภอวังทอง อำเภอวังทอง และอำเภอเนินมะปราง) • สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา • ประถมศึกษาพิษณุโลก เขต 3 (อำเภอชาติตระการ อำเภอพรหมพิราม อำเภอวัดโบสถ์ และอำเภอนครไทย) • สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา • มัชฌิมศึกษา เขต 39 (พิษณุโลก-อุตรดิตถ์) • รร.ตชด.อาทรอุทิศ • รร.ตชด.บ้านลาดเรือ • รร.ตชด.บ้านบุเทียม • รร.ตชด.บ้านรักไทย

หน่วยงาน พื้นที่ดำเนินงาน	หน่วยงานดูแลสุขภาพระดับที่ 1 (ระบบสุขภาพ)	หน่วยงานดูแลสุขภาพระดับที่ 2 (ระบบการรับรองสถานประกอบ)	หน่วยงานดูแลสุขภาพระดับที่ 3 (ระบบการคุ้มครองคุณภาพชีวิต)
6. ตาก	• สสจ.ตาก • โรงพยาบาลแม่ระมาด • โรงพยาบาลท่าสองยาง • โรงพยาบาลพบพระ • โรงพยาบาลอุ้มผาง • รพ.สต.บ้านแม่ระเมิง • รพ.สต.บ้านคำห้วน	• อำเภอแม่ระมาด • อำเภอท่าสองยาง • อำเภอพบพระ • อำเภออุ้มผาง	• พัฒนาสังคมจังหวัดตาก • รร.บ้านแม่สุวิทยา • รร.บ้านพะเนื่อ • รร.พบพระวิทยาคม • รร.อุ้มผางวิทยาคม • รร.ตชด.แม่กลองดี • รร.ตชด.แม่จันทะ
7. ระนอง	• สสจ.ระนอง • โรงพยาบาลระนอง • โรงพยาบาลกระบี่บุรี • รพ.สต.มะมู • รพ.สต.ปากจั่น • รพ.สต.คลองเงิน	• อำเภอเมืองระนอง • อำเภอกระบี่บุรี	
ส่วนกลาง	• สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ • กลุ่มประกันสุขภาพ • สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข • โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	• กรมการปกครอง • สภาพความมั่นคงแห่งชาติ • สำนักงานตำรวจตรวจคนเข้าเมือง • สถานทูตเมียนมา • สถานทูตลาว • สถานทูตกัมพูชา • สถานทูตออสเตรเลีย	• กระทรวงแรงงาน • กระทรวงศึกษาธิการ • กระทรวงทรัพยากรฯ • กระทรวงพัฒนาสังคมฯ • สถานทูตเมียนมา • สถานทูตลาว • สถานทูตกัมพูชา • สถานทูตออสเตรเลีย • สถานทูตอเมริกัน

2.3 คนในภาควิชาการที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านการจัดการสุขภาพ

คณะนักวิจัยพบภาควิชาการที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิและมีความสนใจในการเข้าร่วมพัฒนาระบบสุขภาพของประชากรสาธารณสุขต่างด้าวจาก 8 สถาบัน ดังต่อไปนี้ (1) คณะนิติศาสตร์ ม.ธรรมศาสตร์ (2) มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง (3) มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย (4) คณะนิติศาสตร์ ม.นเรศวร (5) คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.นเรศวร (6) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช (7) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จ.พิษณุโลก (8) คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี

2.4 คนในภาคเอกชนและภาคชุมชนภายในประเทศที่เกี่ยวข้อง

คณะนักวิจัยพบภาคเอกชนและภาคชุมชนภายในประเทศที่ทำงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชากรสาธารณสุขต่างด้าวในเบื้องต้น 16 องค์กร ประกอบไปด้วย (1) โครงการสืบทอดชายแดนตาก (2) สถานพักพิงบ้านทัศนีย์ อ.ท่าสองยาง จ.ตาก (3) มูลนิธิไอโซน (4) มูลนิธิไลฟ์ อิมแพ็ค (5) มูลนิธิกระจกเงา เชียงราย (6) มูลนิธิพัฒนาชุมชนและเขตภูเขา (7) มูลนิธิศึกษาพัฒนาประชาชนบนพื้นที่สูง (8) มูลนิธิมูลนิธิพันธกิจเด็กและชุมชน (บ้านนานา) (9) มูลนิธิอาสาพัฒนาเด็ก (บ้านครูน้ำ) (10) มูลนิธิดวงใจพ่อ อ.แม่สรวย (11) เครือข่ายเฟื่องฟ้า (โดยท่านกัญญ์ฐญาณ์ ภูสวาสดี) ซึ่งเป็นการทำงานของเหล่านักสังคมสงเคราะห์และพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จ.พิษณุโลก (12) มูลนิธิเด็ก (13) มูลนิธิพุทธรักษา (14) มูลนิธิสยามกัมมาจล (15) มูลนิธิไทยเพื่อคนมีปัญหาด้านสติและสถานะบุคคล และ (16) มูลนิธิสร้างสรรค์เด็ก

2.5 คนในองค์กรระหว่างประเทศ ทั้งที่เป็นองค์กรระหว่างรัฐและระหว่างองค์กรเอกชน

คณะนักวิจัยพบคนในองค์กรระหว่างประเทศ ทั้งที่เป็นองค์กรระหว่างรัฐและระหว่างองค์กรเอกชน ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชากรสาธารณสุขต่างด้าวในเบื้องต้น 7 องค์กร ประกอบไปด้วย (1) The International Rescue Committee (IRC) (2) International Organization for Migration (IOM) (3) Committee for Protection and Promotion of Child Rights (CPPCR) (4) Hanns Seidel Foundation/Germany (HSF) (5) Save the Children (6) UNHCR และ (7) UNICEF

2.6 คนในภาคสื่อสารมวลชนที่อาสาทำหน้าที่สื่อปัญหาและความเป็นไปได้ในการจัดการปัญหา

คณะนักวิจัยพบภาคสื่อสารมวลชนที่อาสาทำหน้าที่สื่อปัญหาและความเป็นไปได้ในการจัดการปัญหาให้กับประชากรสาธารณสุขต่างด้าวในเบื้องต้น 3 องค์กร ได้แก่ (1) ไทยพีบีเอส (2) ข่าวสามมิติ และ (3) สำนักงานคนชายขอบ

2.7 คนในรัฐสภาที่มีบทบาทในการปฏิรูปหรือเสนอร่างกฎหมาย

คณะนักวิจัยพบคนในรัฐสภาที่มีบทบาทในการปฏิรูปหรือเสนอร่างกฎหมายเพื่อประชากรสาธารณสุขต่างด้าวในเบื้องต้น กล่าวคือ คณะกรรมาธิการปฏิรูปสังคม ชุมชน เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาส และคณะกรรมาธิการปฏิรูปกฎหมายและกระบวนการยุติธรรม ในสภาพปฏิรูปแห่งชาติ และสภานิติบัญญัติแห่งชาติ



“น้องนาแฮและครอบครัว” ตัวอย่างประชากรสาธารณสุขต่างดาวลักษณะเฉพาะที่ประสบความพิการ



“นายสงบ” ตัวอย่างประชากรสาธารณสุขต่างดาวลักษณะเฉพาะที่เป็นคนไร้รากเหง้าเทียม



“แม่เผ่าหมีหน่อ” ตัวอย่างประชากรสาธารณสุขต่างดาวลักษณะเฉพาะที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ



“ยายลิน” ตัวอย่างประชากร
สาธารณสุขต่างด้าวลักษณะ
เฉพาะที่เป็นกลุ่มคนไทยพลัด
ถิ่น



“ครูแดง เตือนใจ ดีเทคน์” ผู้ก่อตั้ง
มูลนิธิพัฒนาชุมชนและเขตภูเขา
และ “นายกฤษฎา บุญราช” ใน
ขณะที่ดำรงตำแหน่งอธิบดี
กรมการปกครอง ตัวอย่างของ
เครือข่ายในการทำงานเพื่อการ
จัดการสุขภาวะของประชากร
สาธารณสุขต่างด้าวในภาค
เอกชนและภาคราชการ



การประชุมระหว่างคณะนักวิจัย เครือข่ายคนหน้างานที่สำคัญ และผู้ทรงคุณวุฒิด้าน
การจัดการสุขภาวะ เพื่อหารือถึงการพัฒนาแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะประชากร
สาธารณสุขต่างด้าวในประเทศไทย



การประชุมเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการสังคมในที่ประชุมของคณะกรรมการในสภาปฏิรูปแห่งชาติ ซึ่งเป็นอีกหนึ่งเครือข่ายในการทำงานเพื่อการจัดการสุขภาวะของประชากรสาธารณสุขต่างด้าวในประเทศไทย



การร่วมตัวของเครือข่ายในการทำงานเพื่อการจัดการสุขภาวะของประชากรสาธารณสุขต่างด้าวในประเทศไทยในที่ประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนมุมมองปฏิบัติการจัดการประชากรของรัฐไทยในการกิจของกรมการปกครอง



3

ประเด็นสำคัญ
(Lists of Issues)
เพื่อการวิจัยพัฒนาและขับเคลื่อน
นโยบาย ระบบสุขภาพสำหรับ
ประชากรสาธารณสุขต่างด้าว

จากการลงพื้นที่เพื่อสำรวจสถานการณ์และวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการจัดการสิทธิในสุขภาพของประชากรสาธาณสุขต่างด้าว ทำให้คณะนักวิจัยได้กรณีศึกษาต้นแบบอันนำมาสู่การวิเคราะห์ปัญหาของกรณีดังกล่าวและทำให้เห็น “ประเด็นสำคัญ” ที่ยังเป็นปัญหา อันสามารถนำไปวิจัยพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายระบบสุขภาพสำหรับประชากรสาธาณสุขต่างด้าวในระยะต่อไป โดยอาจจะเป็นการจัดพื้นที่ในการระดมข้อคิดเห็นและข้อความรู้เพื่อสร้างข้อเสนอที่เป็นไปได้จริงและเหมาะสมในการการปฏิรูปกฎหมายนโยบาย และพัฒนาเป็นต้นแบบในการจัดการสิทธิในสุขภาพและระบบสุขภาพของประชากรสาธาณสุขต่างด้าวเพื่อส่งต่อไปให้กับ Real Sectors ต่อไป

ประเด็นสำคัญ (Lists of Issues) เพื่อการวิจัยพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายระบบสุขภาพสำหรับประชากรสาธาณสุขต่างด้าว ปรากฏตามตารางดังต่อไปนี้

ประเด็นสุขภาพด้านที่ 1 (ระบบสุขภาพ)	ประเด็นสุขภาพด้านที่ 2 (ระบบการรับรองสถานะบุคคล)	ประเด็นสุขภาพด้านที่ 3 (ระบบการคุ้มครองคุณภาพชีวิต)
1.1 การตีความผู้ทรงสิทธิในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ตามข้อเท็จจริง)	2.1 การพัฒนาองค์ความรู้เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการวางมาตรฐานการบังคับใช้กฎหมายเพื่อการรับรองสิทธิในข้อสรุปของคนไร้รัฐไร้สัญชาติ	3.1 การผลักดันให้นักเรียนที่ไม่มีสถานะทางทะเบียนในสถานศึกษา (G-series) ได้เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพระหว่างรอการแก้ปัญหาสถานะบุคคล
1.2 การย้ายสถานพยาบาลเพื่อขึ้นทะเบียนประกันสุขภาพสำหรับผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ (ท.99) ให้ตรงกับที่อยู่จริงของผู้ประกันตน	2.2 การพัฒนาองค์ความรู้เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมเพื่อขับเคลื่อนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะหน่วยงานของกระทรวงสาธาณสุข สนับสนุนและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือให้ผู้ที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน ที่มีถิ่นที่อยู่ถาวรในประเทศไทย ได้รับการขึ้นทะเบียนตามมาตรา 38 วรรค 2 พระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร พ.ศ.2551	3.2 การสนับสนุนให้คนต่างด้าวที่มีความด้อยโอกาสตามธรรมชาติอื่นๆ เช่น เด็ก ผู้พิการและผู้สูงอายุ ได้รับการช่วยเหลือเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เหมาะสม อาทิ แนวคิดในการจัดตั้งกองทุนเพื่อดูแลสุขภาพคนต่างด้าว โดยเฉพาะในพื้นที่ชายแดนที่ประชาชนมีความด้อยโอกาสสูงกว่าพื้นที่อื่นๆ

ประเด็นสุขภาวะด้านที่ 1 (ระบบสุขภาพ)	ประเด็นสุขภาวะด้านที่ 2 (ระบบการรับรองสถานะบุคคล)	ประเด็นสุขภาวะด้านที่ 3 (ระบบการคุ้มครองคุณภาพชีวิต)
1.3 การกระตุ้นให้ผู้ที่มีปัญหาสถานะบุคคลตระหนักถึงการมีหลักประกันสุขภาพและชื่อหลักประกันสุขภาพก่อนที่จะเจ็บป่วย	2.3 การพัฒนาองค์ความรู้เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการจัดการประชากรต่างด้าวที่ได้รับการบันทึกทางทะเบียนราษฎรและมีเลขประจำตัว 13 หลัก มากกว่า 2 ชุดขึ้นไป	3.3 การพัฒนาองค์ความรู้เพื่อขับเคลื่อนนโยบายที่เหมาะสมในการจัดการสิทธิในการทำงานของประชากรต่างด้าวในยุคการเปิดเสรีอาเซียนและการเปิดเขตเศรษฐกิจพิเศษตามแนวชายแดนไทย
1.4 การพัฒนาระบบการกำหนดตัวบุคคลที่มีความจำเพาะ (unique identifier) ในการเก็บข้อมูลของสถานพยาบาล	2.4 การพัฒนาองค์ความรู้เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการจัดการสิทธิในสถานะบุคคลของคนที่เกี่ยวข้องกับความผิดอาญาทางทะเบียนราษฎร	3.4 การดูแลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของคนต่างด้าวที่เป็นคนขราคนพิการ และเป็นผู้พลัดถิ่น ทั้งที่อาศัยในเขตเมืองและเขตชนบท
1.5 การพัฒนาระบบประกันสุขภาพในภาวะวิกฤตหรือภาวะฉุกเฉินให้กับบุคคลทุกคนโดยไม่ขึ้นกับสถานะบุคคล	2.5 การพัฒนาองค์ความรู้เพื่อขับเคลื่อนนโยบายในการกำหนดสิทธิอาศัยของคนถือบัตรเลข 0 ที่มิได้เกิดในประเทศไทยบางกลุ่ม อาทิ กลุ่มที่มีการด้อยโอกาสหรือกลุ่มนักเรียนนักศึกษาที่เป็นต้นทุนของสังคมไทย	3.5 การพัฒนาองค์ความรู้เพื่อหาแนวทางในการประสานความร่วมมือกับต่างประเทศเพื่อคุ้มครองสิทธิในสุขภาพของคนต่างด้าวที่มีประเทศต้นทางซึ่งปรากฏตัวในประเทศไทย
1.6 การพัฒนาระบบประกันสุขภาพสำหรับคนสัญชาติไทยในต่างแดน	2.6 การพัฒนาองค์ความรู้เพื่อปฏิรูปกฎหมายนโยบายในการจัดการสถานะบุคคลของเด็กหรืออดีตเด็กที่พลัดพรากจากบุพการีตั้งแต่วัยเยาว์หรือบุพการีทอดทิ้ง	

ประเด็นสุขภาวะด้านที่ 1 (ระบบสุขภาพ)	ประเด็นสุขภาวะด้านที่ 2 (ระบบการรับรองสถานบุคคล)	ประเด็นสุขภาวะด้านที่ 3 (ระบบการคุ้มครองคุณภาพชีวิต)
1.7 ภาระทางการเงินการคลังของสถานพยาบาลกับการให้บริการประชากรต่างด้าวที่ไม่เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ	2.7 การพัฒนาองค์ความรู้เพื่อขับเคลื่อนนโยบายในการจัดการสิทธิในสัญชาติของไทยพลัดถิ่นที่ไม่ได้มาจากการเสียดินแดน	
1.8 ภาระทางการเงินการคลังของสถานพยาบาลกับการให้บริการนักท่องเที่ยวหรือประชากรต่างด้าวจากประเทศที่มีเศรษฐกิจดีที่เข้ามาอยู่กึ่งถาวรในประเทศไทย และตกหล่นจากประกันสุขภาพเอกชน	2.8 การพัฒนาองค์ความรู้เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการเชื่อมโยงฐานข้อมูลการพิสูจน์สัญชาติระหว่างหน่วยงานของกระทรวงมหาดไทยกับกระทรวงสาธารณสุขรวมถึงหน่วยงานทางทะเบียนของประเทศต้นทาง	

นอกจากนี้ ระหว่างการดำเนินโครงการ คณะนักวิจัย ยังได้ทดลองจัดการกับปัญหาและโอกาสที่เกิดขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาวะของประชากรสาธารณสุขต่างด้าวในประเทศไทยที่คณะนักวิจัยไปเลือกศึกษาดังที่ได้กล่าวไว้ในบทที่ 2 ซึ่งคณะนักวิจัยพบว่าวิธีการหรือแนวทางในการแก้ไขปัญหาให้แก่กลุ่มประชากรสาธารณสุขต่างด้าวในประเทศไทยสามารถแบ่งออกเป็น 4 ระดับ กล่าวคือ

(1) การสื่อสารเชิงนโยบาย (Policy Communication) เช่น การออกหนังสือสั่งการหรือแนวทางในการปฏิบัติเพื่อสร้างความเข้าใจ โดยเฉพาะในกรณีที่กฎหมายนโยบายมีความชัดเจน แต่ปัญหามักจะเกิดขึ้นในระดับปฏิบัติ ด้วยเหตุของข้อจำกัดในการสื่อสารนโยบายระหว่างส่วนกลางและหน่วยปฏิบัติในพื้นที่

(2) การสร้างความตกลงร่วมระหว่างหน่วยงาน (MOU between Sectors) โดยเฉพาะในกรณีที่ปัญหาไม่สามารถแก้ไขได้โดยการทำงานของหน่วยงานเพียงหน่วยงานเดียว หากแต่ต้องการการประสานความร่วมมือระหว่างกันระหว่างสองหน่วยงานขึ้นไป

(3) การขอมติคณะรัฐมนตรี หรือ พัฒนายุทธศาสตร์เพื่อการทำงานระยะยาว (Long-term Strategy) โดยเฉพาะในกรณีที่ต้องการแก้ปัญหาในระยะยาวและต้องการความร่วมมือของกระทรวง/ทบวง/กรม ที่เกี่ยวข้องในการแก้ปัญหาดังกล่าว ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ของการจัดการงบประมาณของประเทศในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วย

(4) การปฏิรูปกฎหมายนโยบาย (Law and Policy Reform) เป็นกรณีที่ต้องการแก้ปัญหาในเชิงระบบและกฎหมายนโยบายที่มีอยู่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาของกลุ่มประชากรได้

(โปรดดูตารางแสดง “ตัวอย่างความเป็นไปได้ในการจัดการปัญหาและโอกาส” ที่คณะนักวิจัยร่วมกับเครือข่ายคนทำงานได้ทดลองดำเนินการในช่วงที่ผ่านมา)

1. การสื่อสารเชิงนโยบาย (Policy Communication)	• การออกหนังสือรับรองการเกิดและการออกหนังสือรับรองการตาย • การปรับปรุงแนวทางประกอบการพิจารณาคุณสมบัติของชนกลุ่มน้อยที่ขอแปลงสัญชาติเป็นไทย • การเพิ่มรายการข้อมูลในทะเบียนประวัติบุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน • การใช้หลักฐานผลการตรวจสอบพันธุกรรม (DNA) เพื่อการลงรายการสัญชาติไทย
2. การสร้างความตกลงร่วมระหว่างหน่วยงาน (MOU between Sectors)	• การร่วมพัฒนางานเกิดแนวคิดในการแต่งตั้งคณะกรรมการร่วมระหว่าง กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ และสมาคมมั่นคงแห่งชาติ เพื่อจัดการสิทธิในหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสมให้กับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิในความดูแลของแต่ละหน่วยงาน
3. การขอมติคณะรัฐมนตรีหรือพัฒนายุทธศาสตร์เพื่อการทำงานระยะยาว (Long-term Strategy)	• การร่วมพัฒนางานเกิดเป็น(ร่าง)ยุทธศาสตร์การจัดการสถานะและสิทธิในบริการสาธารณสุขของบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิในประเทศไทย
4. การปฏิรูปกฎหมายนโยบาย (Law and Policy Reform)	(ยังไม่ได้ทดลองดำเนินการ)



จากการประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนมุมมองปฏิกิริยาการจัดการประชากรของรัฐไทยในภารกิจของกรมการปกครอง เป็นที่มาของการออกหนังสือ มท.0309.1/882 ถึง ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การออกหนังสือรับรองการเกิด (ท.ร.1/1) และการออกหนังสือรับรองการตาย (ท.ร.4/1) ลงวันที่ 16 กรกฎาคม 2558



จากการทำงานของเครือข่ายคณท้านานอย่าง “มูลนิธิพัฒนาชุมชนและเขตภูเขา” ในการจัดเวทีเสวนาแสวงหาทางออกให้ผู้เฒ่าไร้รัฐไร้สัญชาติ ซึ่งมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมรับฟังปัญหาและแสวงหาทางออกร่วมกัน จนเป็นที่มาของการออกหนังสือ มท.0309.1/ว.4041 ถึง ผู้ว่าราชการจังหวัดทุกจังหวัด เรื่อง การปรับปรุงแนวทางประกอบการพิจารณาคุณสมบัติของชนกลุ่มน้อยที่ขอแปลงสัญชาติเป็นไทย ลงวันที่ 17 กรกฎาคม 2558



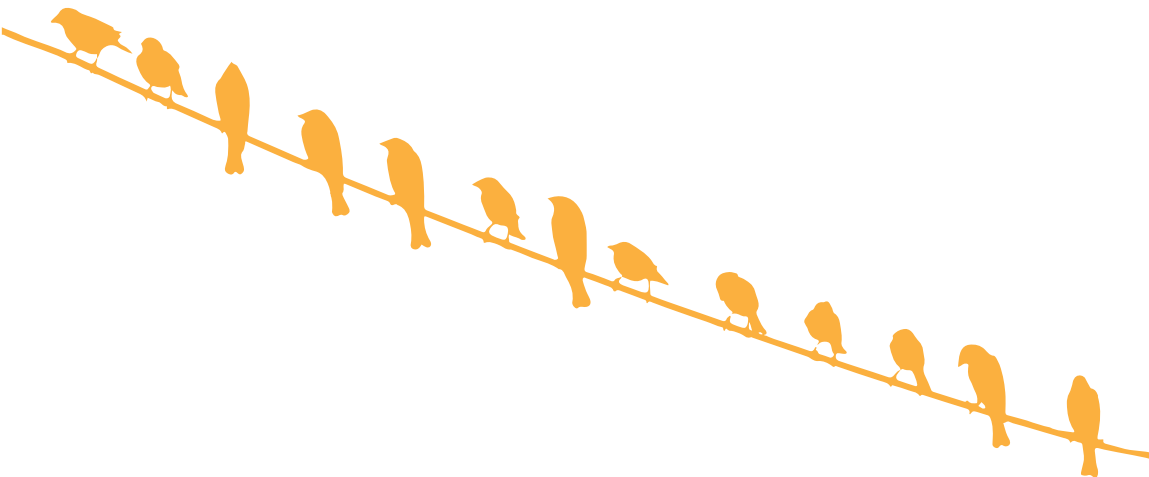
การประชุมหารือร่วมกันระหว่างเครือข่ายคนทำงานเพื่อการจัดการสุขภาวะของประชากรสาธารณสุขต่างด้าวในประเทศไทยเพื่อพัฒนา (ร่าง) ยุทธศาสตร์การจัดการสถานะและสิทธิในบริการสาธารณสุขของบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิในประเทศไทย



การประชุมหารือจนเกิดเป็นแนวคิดในการการแต่งตั้งคณะกรรมการร่วมระหว่าง กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ และสภาพความมั่นคงแห่งชาติ เพื่อจัดการสิทธิในหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสมให้กับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิในความดูแลของแต่ละหน่วยงาน



จากการประชุมหารือแนวคิดและแนวทางในการวางมาตรฐานการบังคับใช้กฎหมายเพื่อการรับรองสถานะบุคคลให้กับกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงไร้รัฐไร้สัญชาติกับ “นายดลเดช พัฒนรัฐ” ซึ่งในขณะนั้นดำรงตำแหน่งรองอธิบดีกรมการปกครอง จึงเป็นที่มาของการออกหนังสือ หนังสือ มท.0309.1/ว.30 ถึง นายทะเบียนจังหวัดทุกจังหวัด เรื่อง การใช้หลักฐานผลการตรวจสอบพินธุกรรมหรือดีเอ็นเอเพื่อการลงรายการสัญชาติไทย ลงวันที่ 31 สิงหาคม 2558





4

การสร้างพื้นที่การเรียนรู้/
ความเข้าใจในการจัดการปัญหา
และโอกาสเพื่อการจัดการสิทธิ
และพัฒนาระบบสุขภาวะของ
ประชากรสาธารณสุขต่างด้าว

จากการลงพื้นที่เพื่อสำรวจสถานการณ์และวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการจัดการสิทธิในสุขภาพของประชากรสาธารณสุขต่างด้าว ทำให้คณะนักวิจัยได้ทราบถึงองค์ความรู้บางประการที่ขาดหายไปจึงทำให้การจัดการสิทธิและพัฒนาระบบสุขภาพของประชากรสาธารณสุขต่างด้าวไม่สามารถเป็นไปได้อย่างจริงจัง การสร้างพื้นที่การเรียนรู้/ความเข้าใจในการจัดการปัญหาและโอกาสเพื่อการจัดการสิทธิและพัฒนาระบบสุขภาพของประชากรสาธารณสุขต่างด้าวจึงเป็นอีกภารกิจที่มีความจำเป็นอันจะทำให้ผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับประชากรสาธารณสุขต่างด้าวสามารถจัดการสิทธิในสุขภาพให้แก่คนเหล่านี้ได้อย่างเหมาะสมในระยะยาว

คณะนักวิจัยพบว่าองค์ความรู้ที่ขาดหายไปในทุกๆ คนทำงาน หรือ Real Sector ปรากฏตัวอย่างตามตารางดังต่อไปนี้

ประเด็นสุขภาพด้านที่ 1 (ระบบสุขภาพ)	ประเด็นสุขภาพด้านที่ 2 (ระบบการรับรองสถานะบุคคล)	ประเด็นสุขภาพด้านที่ 3 (ระบบการคุ้มครองคุณภาพชีวิต)
1.1 การพัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้ในการส่งต่อผู้ป่วยต่างด้าวที่ไร้เอกสารพิสูจน์ตน (undocumented persons) เพื่อการรักษาในระดับต่อไป	2.1 การพัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้ในการจัดทำทะเบียนให้แก่บุคคลที่ไม่มีชื่อในระบบทะเบียนราษฎรตามมาตรา 38 วรรค 2 พระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร พ.ศ. 2551	3.1 การพัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการในการรับบุตรบุญธรรมซึ่งเป็นคนต่างด้าวของคนสัญชาติไทย
1.2 การพัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้ในการย้ายสิทธิหลักประกันสุขภาพท.99 โดยไม่ขึ้นกับข้อจำกัดในการเดินทางออกนอกพื้นที่ของคนต่างด้าว	2.2 การพัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้ในการจัดการสิทธิของคนที่เกิดในโรงพยาบาลอย่างครบขั้นตอน (ปฏิบัติการปิดห้องคลอด ปลอดภัยคลอด)	3.2 การพัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้ในทางปฏิบัติที่ชัดเจนเกี่ยวกับสิทธิและขั้นตอนในการจดทะเบียนของคนต่างด้าวลักษณะต่างๆ ในประเทศไทย (ซึ่งอาจจะมีคู่สมรสฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเป็นคนสัญชาติไทยหรือไม่ก็ได้)

ประเด็นสุขภาวะด้านที่ 1 (ระบบสุขภาพ)	ประเด็นสุขภาวะด้านที่ 2 (ระบบการรับรองสถานะบุคคล)	ประเด็นสุขภาวะด้านที่ 3 (ระบบการคุ้มครองคุณภาพชีวิต)
	2.3 การพัฒนาและเผยแพร่ องค์ความรู้ในการพัฒนา สิทธิในการรับรอง สถานะบุคคลตาม กฎหมายที่เหมาะสมของ ประชากรต่างด้าว ในพื้นที่บริการของสถาน พยาบาล	3.3 การพัฒนาและเผยแพร่ องค์ความรู้ในการจัดการ สิทธิในการเดินทางของ ประชากรสาธารณสุข ต่างด้าวในสถานการณ์ ต่างๆ
	2.4 การพัฒนาและเผยแพร่ องค์ความรู้ในการพิสูจน์ สัญชาติของบุตรแรงงาน ต่างด้าวโดยผ่านสถานทูต ของประเทศต้นทางของ แรงงาน	3.4 การพัฒนาและเผยแพร่ องค์ความรู้ในทางปฏิบัติ ที่ชัดเจนเกี่ยวกับการ ขออนุญาตทำงานที่ ถูกต้องตามกฎหมาย
	2.5 การพัฒนาและเผยแพร่ องค์ความรู้ในทางปฏิบัติ ที่ชัดเจนเกี่ยวกับสิทธิ ต่างๆของคนต่างด้าวใน ประเทศไทย อาทิ การ ช่วยเหลือและสนับสนุน ให้แรงงานต่างด้าว และ ผู้ติดตามแรงงานต่างด้าว มีความรู้ความเข้าใจ ในการเข้าเมืองมาอย่าง ถูกต้อง ซึ่งจะเป็นตัวอย่าง สำหรับการแก้ปัญหา แรงงานต่างด้าวเข้าเมือง ผิดกฎหมายในระยะยาว	



คณะนักวิจัยร่วมแถลงข่าวเพื่อสร้างความเข้าใจและรายงานความคืบหน้าในการสร้างหลักประกันสุขภาพแก่คนที่มีปัญหาสถานะและสิทธิให้สังคมได้รับทราบ



คณะนักวิจัยทดลองจำแนกกลุ่มประชากรสาธารณสุขชนเผ่าต่างด้าวในพื้นที่ อ.ท่าสองยาง จ.ตาก ให้กับเจ้าหน้าที่จากกระทรวงแรงงาน ได้เข้าใจปัญหาของกลุ่มประชากรในพื้นที่ชายแดน



การสร้างพื้นที่การเรียนรู้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับพื้นที่ทั่วประเทศในงานสัมมนาเพื่อพัฒนาการขับเคลื่อนระบบประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ซึ่งจัดโดย กลุ่มประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข



ในเวทีเสวนาแสวงหาทางออกให้ผู้เฒ่าไร้รัฐไร้สัญชาติ ณ อ.แม่ฟ้าหลวง จ.เชียงราย มีการสร้างความเข้าใจในการจัดการปัญหาและโอกาสเพื่อการจัดการสิทธิและพัฒนาระบบสุขภาพของประชากรสาธารณสุขต่างด้าวให้กับผู้เข้าร่วมงานด้วย



5

ร่างแผนงาน
สำหรับการทำงานในอนาคต
(Draft of future work plan)

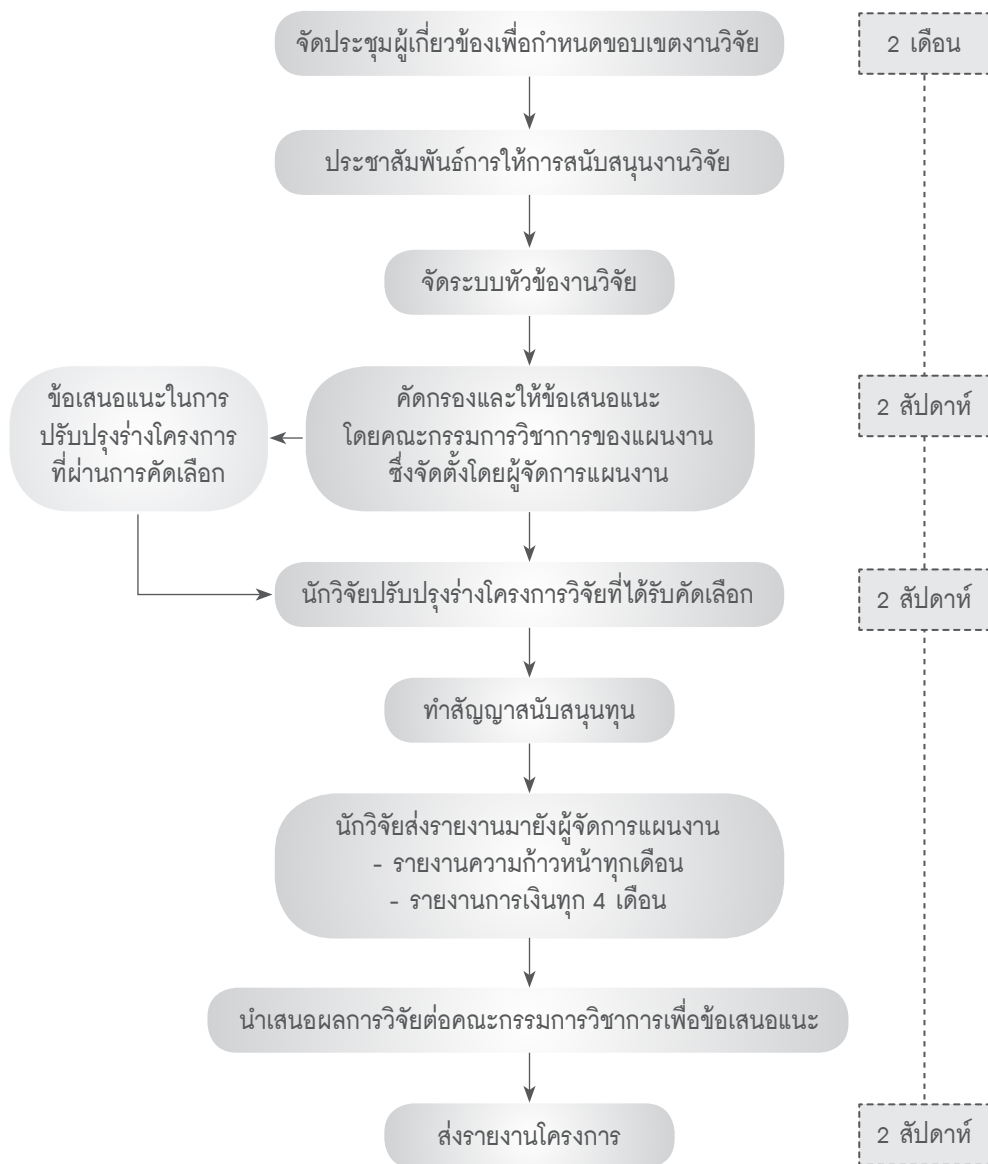
5.1 กรอบแนวคิดยุทธศาสตร์การทำงาน

ผลจากการทำงานตลอด 3 เดือนที่ผ่านมา คณะนักวิจัยได้วางกรอบแนวคิดเพื่อพัฒนาเป็นข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาาร่างแผนงาน ดังต่อไปนี้

การทำงานของแผนงานงานวิจัยและพัฒนาสุขภาพสำหรับประชากรสาธารณสุขต่างด้าว ในที่นี้ ได้กำหนดยุทธศาสตร์การทำงาน 3 ยุทธศาสตร์ ที่มีความสำคัญเท่าๆ กัน ได้แก่

1) ยุทธศาสตร์การวิจัยองค์ความรู้เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพประชากรสาธารณสุขต่างด้าว (Knowledge generation) : ในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 มุ่งเน้นที่การแสวงหาความรู้ผ่านงานวิจัยที่มีคุณภาพ ทั้งงานวิจัยจากภายใน งานวิจัยจากภายนอก และวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา ซึ่งผู้ขอทุนสำหรับการวิจัยจากแผนงาน จะมีกระบวนการคัดกรองและพัฒนาคุณภาพงานวิจัย โดยผู้เชี่ยวชาญที่เป็นนักวิจัยของแผนงานและผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก ในการกำกับติดตามนักวิจัยที่ได้รับทุนต้องทำรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานและส่งรายงานการเงินทุก 4 เดือน ซึ่งทางแผนงานจะส่งรายงานให้ สรรส.ต่อไปในกรณีที่พบปัญหาอุปสรรคหรือมีความผิดปกติในระหว่างการทำวิจัย นักวิจัยร่วมกับคณะกรรมการวิชาการมีหน้าที่ให้คำแนะนำและติดตามกำกับการทำวิจัยในพื้นที่เมื่อทำวิจัยเสร็จแล้วก่อนที่จะส่งรายงานโครงการฉบับสมบูรณ์อย่างน้อย 4 สัปดาห์ต้องมีการนำเสนอผลการทำวิจัยต่อคณะกรรมการวิชาการเพื่อขอข้อเสนอแนะ แล้วนำไปปรับปรุงรายงาน จากนั้นจึงส่งรายงานโครงการฉบับสมบูรณ์ ขั้นตอนการจัดการงานวิจัยได้แสดงไว้ดังรูปที่ 1 ต่อไปนี้

รูปที่ 1 ขั้นตอนการบริหารจัดการและกำกับติดตามงานวิจัย



2) ยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพเพื่อการสื่อสารเชิงนโยบายและการสื่อสารสาธารณะ (Knowledge utilization for policy communication and public dissemination) : ในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 นี้ รวมถึงการสื่อสารกับสาธารณะ ผ่านสื่อต่างๆ เช่น policy brief, newsletter, และเว็บไซต์ และการลงพื้นที่เก็บข้อมูลทำความเข้าใจและเรียนรู้ร่วมกับผู้ทำงานในพื้นที่ ผ่านกลไก classroom และ brain storming มีผู้ประสานงานในระดับพื้นที่ (focal point) ที่เชื่อมประสานในการนำองค์ความรู้ด้านการพัฒนาสุขภาพสำหรับประชากรสาธารณสุขต่างด้าว โดยประเด็นการสื่อสารสาธารณะ (content) พัฒนจากยุทธศาสตร์ที่ 1 ซึ่งผู้ทำงานจริงในพื้นที่หรือนักวิจัยได้ค้นพบและนำเสนอขึ้นมา หรือจากประเด็นปัญหาที่เป็นที่สนใจของสาธารณะ ผลลัพธ์ที่ได้คาดหวังว่าจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายในหลายๆ ระดับ เช่น เกิดกลไกการสื่อสารเชิงนโยบายในลักษณะการจัดเวทีสื่อสารสาธารณะระหว่างหน่วยงานภาครัฐที่มีอำนาจในการใช้กฎหมายและผู้ทำงานในพื้นที่ เกิดหนังสือสั่งการจากภาครัฐทำให้เกิดความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้ทำงานในพื้นที่กับเจ้าหน้าที่ส่วนกลาง

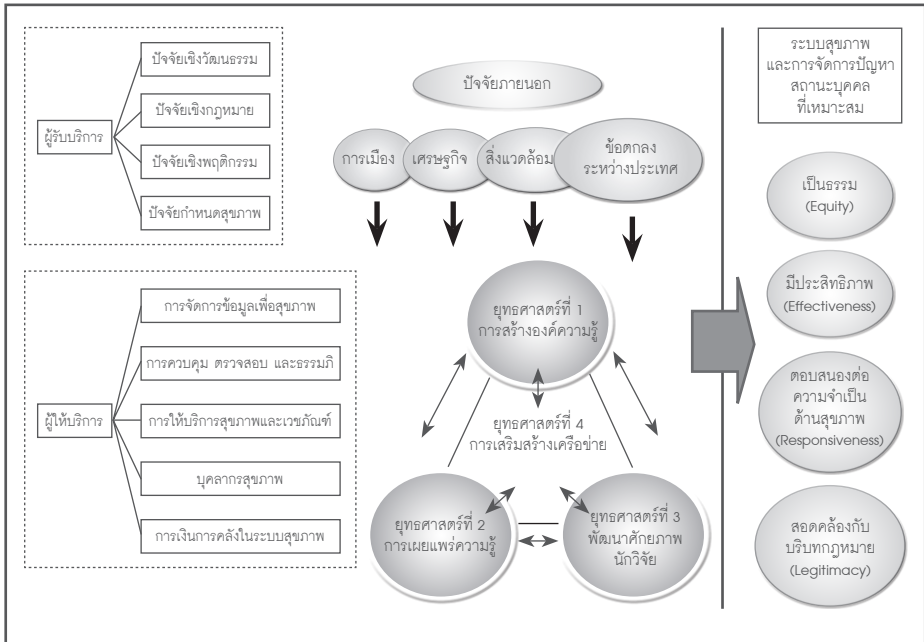
ในยุทธศาสตร์ที่ 2 นี้มีหลักการทำงานที่สำคัญ คือ

- (1) กำหนดให้มีคณะกรรมการที่ปรึกษาหรือคณะกรรมการกำกับทิศ ซึ่งประกอบด้วยสมาชิกจากทุกภาคส่วน ทั้งระดับผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ และภาคประชาสังคม (Participation of all stakeholders at the committee level)
- (2) มีกลไกที่เน้นการมีส่วนร่วมในทุกโครงการภายใต้แต่ละยุทธศาสตร์ กลไกเหล่านั้น อาทิ ในการทบทวน (review) โครงการ ก่อนเริ่มดำเนินโครงการ ต้องมีผู้ทำงานในพื้นที่ ผู้กำหนดนโยบาย และผู้แทนองค์กรพัฒนาเอกชน มาให้ความคิดเห็นต่อโครงการ (Participation of all stakeholders in research development)
- (3) การทำงานจะเน้นสถานการณ์จริงของสังคมมากที่สุด นั่นคือเน้นการสื่อสารนโยบายที่เป็นไปได้ และมีความอ่อนไหวต่อการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง และมีความอ่อนไหวต่อบทบาทหน้าที่ทางราชการ และผู้บังคับใช้กฎหมาย (Being practical in policy movement and being sensitive to bureaucracy and law enforces)

3) ยุทธศาสตร์การพัฒนาขีดความสามารถนักวิจัย เพื่อการสร้างเครือข่ายการทำงานและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ (Capacity building for strengthening of network and effective management) : ในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 เป็นการทำงานเพื่อส่งเสริมให้การทำงานยุทธศาสตร์ที่ 1 และ 2 ดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างนักวิจัยและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ และภาคีเครือข่ายอื่นๆ ตามหลัก INNE (individual-node-network-environment) ตัวอย่างกิจกรรมในยุทธศาสตร์ที่ 3 เช่น

- การพัฒนาขีดความสามารถนักวิจัยในสาขาต่างๆ เช่น สาขาระบบสุขภาพ สาขาสรีรศาสตร์ สาขากฎหมาย รวมถึงพัฒนาขีดความสามารถของภาคประชาสังคมและผู้ทำงานในพื้นที่ มีการจัดอบรม ประชุมวิชาการ สัมมนา และให้ทุนการศึกษาและทำวิจัยในสาขาที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาสุขภาพ มีกระบวนการ mentoring จากผู้เชี่ยวชาญของแผนงานและผู้เชี่ยวชาญภายนอก เพื่อเตรียมความพร้อมทั้งด้านความรู้ ทักษะ และสร้างเสริมประสบการณ์การทำงาน
- การให้ทุนนักวิจัยไปศึกษาต่อ ซึ่งใช้กระบวนการเตรียมความพร้อมและพัฒนาขีดความสามารถของสถาบันต่างๆ อาทิ กลไกพัฒนาขีดความสามารถของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กระทรวงสาธารณสุข กลไกของพัฒนาขีดความสามารถนักวิจัยของ สวรส. กลไก 'bare foot lawyers' ของ โครงการบางกอกคลินิกฯ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- การเข้าร่วมกิจกรรมด้านวิชาการ เช่น จัดอบรม ของหน่วยงาน องค์กร และเครือข่ายต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ รวมถึงการจัดกิจกรรมในลักษณะที่เป็นเจ้าภาพร่วมกันระหว่างผู้วิจัยของแผนงานและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่
- มีการร่วมลงพื้นที่เก็บข้อมูล รับทราบปัญหา (visiting) โดยประสานกับ focal points ในระดับพื้นที่
- มีการพัฒนาการบริหารจัดการแผนงานให้มีความยั่งยืนและเสริมสร้างระบบการทำงานให้มีประสิทธิภาพ

รูปที่ 2 กรอบแนวคิดการทำงานของแผนงานงานวิจัยและพัฒนาสู่ภาวะสำหรับประชากร สาธารณสุขต่างด้าว



5.2 ตัวชี้วัดและระบบรายงาน

ตัวชี้วัดหลักของแผนงานนี้ เป็นตัวชี้วัดในลักษณะผลผลิตเบื้องต้น (immediate output) ทั้งนี้ด้วยมุ่งหวังว่าผลผลิตเหล่านี้จะนำไปสู่ผลลัพธ์ระยะกลางหรือระยะยาว (intermediate or ultimate outcome) ทั้งในเชิงนโยบาย และเชิงผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ซึ่งการจะเกิดความสำเร็จในผลลัพธ์เชิงนโยบายและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ต้องอาศัยการทำงานผ่านกลไกอื่นๆ นอกจากการทำงานของแผนงานนี้อย่างเดียว ตัวอย่างตัวชี้วัดของ เช่น

- ยุทธศาสตร์ที่ 1: ตัวชี้วัดได้แก่
 - มีการให้ทุนวิจัยจากแผนงานไม่ต่ำกว่าปีละ 5 โครงการ
 - รายงานผลการศึกษานับสมบูรณ์ 1 ฉบับต่อ 1 โครงการ

- บทความตีพิมพ์ในวารสารวิชาการไทยหรือต่างประเทศอย่างน้อย 1 บทความต่อโครงการ
- บทความตีพิมพ์ในวารสารต่างประเทศในนามแผนงานไม่ต่ำกว่า 1 บทความต่อปี
- ยุทธศาสตร์ที่ 2: ตัวชี้วัดได้แก่
 - มีเอกสารเผยแพร่สู่สาธารณะในลักษณะ newsletter หรือ fact sheet ไม่ต่ำกว่า 10 ชิ้นต่อปี
 - มีหนังสือสรุปเรื่องการสร้างสุขภาวะไม่ต่ำกว่า 2 เล่ม ตลอดระยะเวลาแผนงาน
 - มีการจัดแถลงข่าว เกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาวะของประชากรสาธารณสุขต่างด้าว ไม่ต่ำกว่าปีละ 1 ครั้ง
- ยุทธศาสตร์ที่ 3: ตัวชี้วัดได้แก่
 - มีการจัดกิจกรรมกับเครือข่ายอย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี
 - มีการเข้าร่วมกิจกรรมของเครือข่ายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อปี
 - มีการเข้าร่วมการประชุมหรือสัมมนาวิชาการในประเทศ จำนวน 10 คนต่อปี
 - มีการเข้าร่วมการประชุมหรือสัมมนาวิชาการในต่างประเทศ จำนวน 5 คนต่อปี
 - มีผู้ได้รับทุนไปศึกษาต่อระดับมหาบัณฑิต 3 คน และระดับดุษฎีบัณฑิต 1 คน ตลอดช่วงแผนงาน
 - มีการพัฒนาระบบการทำงานของ focal points ที่รับหน้าที่ประสานงาน ติดตามประเด็นปัญหา อย่างต่อเนื่อง สำหรับงานสาธารณสุขต่างด้าว จำนวน 4 หน่วยทั่วประเทศ
- ตัวชี้วัดทางเลือก ซึ่งจะนำเสนอต่อคณะกรรมการกำกับทิศตามความเหมาะสม เมื่อพิจารณาความเป็นไปได้ทางการเมือง และทางนโยบายของประเทศ อาทิ
 - มีการผลักดันให้เกิดนโยบาย ‘ใหม่’ ที่เกี่ยวกับการเสริมสร้างสุขภาวะประชากรต่างด้าวจำนวน 2 นโยบายตลอดแผนงาน
 - มีการพัฒนาผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (ที่เห็นขอบรรวมกันกับหน่วยงานที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่) เช่น การลดอัตราการติดเชื้อวัณโรคของคนต่างด้าวในพื้นที่ได้ร้อยละ 50

5.3 การติดตามประเมินผล

1) การประเมินตนเอง โดยผ่านกลไกของ สวรส. หรือองค์กรที่รับทุน การทำรายงานการเงินมีการตรวจสอบบัญชีโดยผู้ตรวจสอบอิสระปีละครั้ง

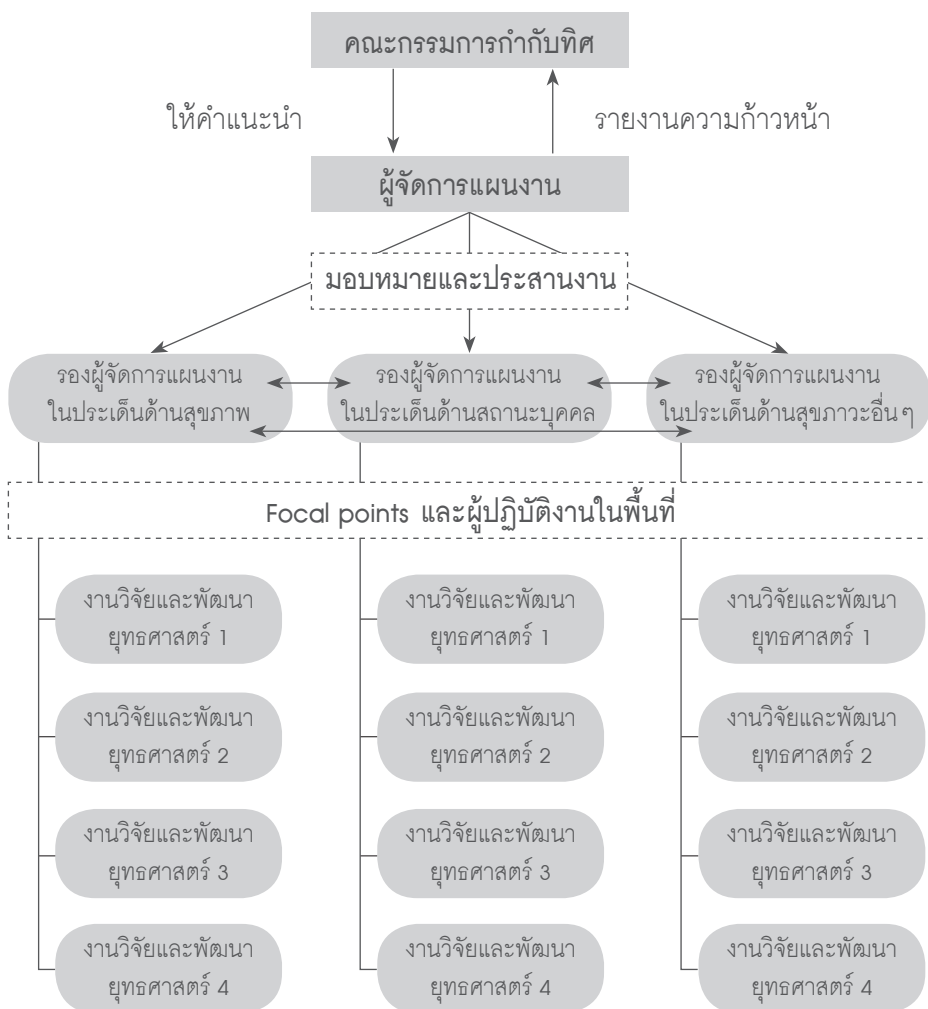
2) การประเมินโดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องแผนงาน (external reviewers) โดยใช้กลไกการประเมินที่เป็นที่ยอมรับของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายหรือเวทีที่ประชุมร่วมกัน

3) การทำงานปกติมีการตรวจสอบติดตามโดย advisory committee หรือ steering committee โดยเรียกว่า คณะกรรมการกำกับทิศ ที่ประกอบด้วยผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน ภาคประชาสังคม นักวิชาการอิสระ และคนที่ทำงานจริงในพื้นที่ โดยผู้จัดการแผนงานทำหน้าที่ต้องรายงานความก้าวหน้าให้กับคณะกรรมการกำกับทิศทุก 4 เดือน ทั้งนี้ในแต่ละแผนงานภายใต้ยุทธศาสตร์อาจมีการตั้งคณะกรรมการกำกับทิศย่อย ที่มีผู้เชี่ยวชาญ ผู้ที่ทำงานในพื้นที่ ผู้บังคับใช้กฎหมาย ที่เข้าใจการทำงานในประเด็นยุทธศาสตร์นั้นๆ โดยคณะกรรมการกำกับทิศย่อยมีกรรมการบางส่วนที่เป็นกรรมการในคณะกรรมการกำกับทิศของแผนงานด้วย

5.4 ภาพรวมการจัดการองค์กร

ภาพรวมการจัดการองค์กร คือ แผนงานจะมีผู้รับผิดชอบหลักคือ ผู้จัดการแผนงาน ซึ่งภายใต้ผู้จัดการแผนงาน จะมีรองผู้จัดการแผนงานซึ่งรับผิดชอบประเด็น ใน 3 แง่มุม คือ (1) ด้านสุขภาพ, (2) ด้านสถานะบุคคล และ (3) ด้านสุขภาพอื่นๆ (เช่น การศึกษา การเดินทาง) ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยและผู้จัดการแผนงานต้องรายงานความก้าวหน้าของแผนงานต่อคณะกรรมการที่ปรึกษาโครงการทุก 4 เดือน ในระดับพื้นที่ที่จะมีการพัฒนาขีดความสามารถของผู้ทำงานในระดับพื้นที่ หรือ focal points ซึ่งรับหน้าที่เป็นผู้ประสานงานและรวบรวมปัญหาจากระดับพื้นที่ รวมถึงช่วยสื่อสารนโยบายและทิศทางการทำงานของแผนงาน ทั้งนี้ผู้จัดการแผนงานต้องรายงานความก้าวหน้า และรับฟังข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการกำกับทิศ ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ การเปลี่ยนแปลงผู้ทำงาน รวมถึงผู้จัดการแผนงาน ต้องได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการกำกับทิศเสมอ

รูปที่ 3 ภาพรวมการจัดการองค์การการทำงานของแผนงาน





สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
กระทรวงสาธารณสุข
ชั้น 3 อาคารสภิงค์พิรุฑ ชอยฆาธาธณสุข ๑ กระทรวงสาธารณสุข
ถ.ศิวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

International Health Policy Program, Thailand
Ministry of Public Health
Tiwanon Rd. Nonthaburi 11000, Thailand
Tel: +66(0)2590-2366-7 Fax: +66(0)2590-2385