



รายงานฉบับสมบูรณ์

การศึกษาพฤติกรรมแสวงหาบริการและการใช้บริการ
เพื่อพัฒนาระบบการเงินการคลังสุขภาพ และการจัดบริการที่เหมาะสม
และสอดคล้องกับความต้องการสำหรับแรงงานข้ามชาติ :

กรณีศึกษา จังหวัดสมุทรสาคร และจังหวัดระยอง

เสนอโดย

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันไทย (สวปก.)
เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

เสนอต่อ

มูลนิธิรักษ์ไทย
โครงการส่งเสริมการป้องกันเอดส์ในแรงงานข้ามชาติ ในประเทศไทย (ฟ้ามิตร 2)

กันยายน 2554

การศึกษาพฤติกรรมแสวงหาบริการและการใช้บริการ เพื่อพัฒนาระบบการเงินการคลัง
สุขภาพ และการจัดบริการที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการสำหรับแรงงานข้ามชาติ :

กรณีศึกษา จังหวัดสมุทรสาคร และจังหวัดระยอง

เสนอ โดย

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันไทย (สวปก.)

เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

เสนอต่อ

มูลนิธิรักไทย

โครงการส่งเสริมการป้องกันเอดส์ในแรงงานข้ามชาติ ในประเทศไทย (ฟามิตร 2)

รายนามคณะผู้วิจัย

นพ.ชาญวิทย์ ทรัพย์

นางนริศรัตน์ ธรรมโรจน์

นางสาวปราณี จริตเอก

คำนำ

ปัจจุบันแรงงานข้ามชาติจากประเทศพม่า และกัมพูชาเป็น 2 สัญชาติ ที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยมากที่สุด ส่วนใหญ่งานที่ทำมักเป็นงานสกปรก ยากลำบาก และอันตราย และเป็นงานที่ต้องการแรงงานไร้ฝีมือ ซึ่งคนไทยมาทำงานได้ยาก เช่นงานประมงและงานที่เกี่ยวข้องกับงานประมง ซึ่งในปี 2554 คณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวประเมินว่า แรงงานข้ามชาติ รวมทั้งครอบครัว ทั้งที่ได้ลงทะเบียนและไม่ได้ลงทะเบียนขอใบอนุญาตทำงาน น่าจะมีประมาณ 3 ล้านคน แรงงานข้ามชาติกลุ่มนี้ นับว่ามีส่วนร่วมในการพัฒนาเศรษฐกิจ และรายได้ของประเทศด้วยเช่นกัน แต่ในอีกด้านหนึ่ง ก็นำมาซึ่งการแพร่ของโรคติดต่อ และการเกิดโรคระบาดต่าง ๆ แต่อย่างไรก็ตาม กระทรวงแรงงาน และกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดนโยบายร่วมกัน ให้แรงงานข้ามชาติที่มีใบอนุญาตทำงาน (ทร.38/1) ได้มีการตรวจสอบสุขภาพก่อนขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตทำงาน และให้ซื้อบัตรประกันสุขภาพ ในราคา 1,900 บาทต่อคนต่อปี ส่วนแรงงานข้ามชาติที่ไม่ได้ลงทะเบียนขอรับใบอนุญาตทำงาน จะไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ เลย โดยจะต้องแสวงหาบริการสุขภาพด้วยตนเองเมื่อเกิดเจ็บป่วยขึ้น ดังนั้นมูลนิธิรักษ์ไทย (Raks Thai Foundation) ซึ่งเป็นองค์กรพัฒนาเอกชน ที่มีบทบาทในการเสริมสร้างศักยภาพชุมชนยากจนและกลุ่มด้อยโอกาส และสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) จึงได้สนับสนุนทุนในการศึกษาครั้งนี้ คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

คณะผู้วิจัย

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาบริการ และการใช้บริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ เพื่อพัฒนาระบบการเงินการคลังสุขภาพ การจัดบริการที่เหมาะสม และสอดคล้องกับความต้องการสำหรับแรงงานข้ามชาติ สำเร็จลุล่วงได้ ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งส่วนกลางและภูมิภาค คณะผู้วิจัยต้องขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมทั้งโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดสมุทรสาคร และจังหวัดระยอง สำนักงานประกันสังคม แรงงานจังหวัด กระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานตำรวจแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และตัวแทนนายจ้าง ตลอดจนพนักงานสาธารณสุขต่างด้าว และแรงงานข้ามชาติที่ร่วมกันสนับสนุนงานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์ ประเมษฐ์ กิ่งไก่อ้น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดระยอง นายแพทย์ชัยวัฒน์ จัตตุพร รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดระยอง นายแพทย์ชัยรัตน์ เวชพานิชย์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร ที่ได้ให้ข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ พร้อมทั้งได้ช่วยเหลือให้ความอนุเคราะห์ อำนวยความสะดวกต่างๆ ทำให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี หวังว่าผล การศึกษานี้จะได้นำไปใช้ประโยชน์ เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพแก่กลุ่มแรงงานข้ามชาติต่อไป

คณะผู้วิจัย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจของแรงงานข้ามชาติ ที่มีประกันสุขภาพ เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ พฤติกรรมการแสวงหาและการใช้บริการสุขภาพ รวมทั้งการค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพ และสถานการณ์การเข้าถึง และภาระค่าใช้จ่ายจากการให้บริการทางด้านไวรัสเอดส์ในกลุ่มนี้ ตลอดจนเสนอรูปแบบการจัดการการเงินการคลัง และการจัดบริการสุขภาพแก่แรงงานข้ามชาติให้เหมาะสม และทางเลือกทางการคลัง ในการขยายการเข้าถึงบริการทางด้านไวรัสเอดส์ให้มากขึ้น

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพแบบไปข้างหน้า โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง รวบรวมข้อมูลการใช้บริการ การตรวจสุขภาพจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลที่ให้บริการแรงงานข้ามชาติ ในจังหวัดระยอง และสมุทรสาคร เก็บรวบรวมข้อมูลความรู้ความเข้าใจ พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ โอกาสการเข้าถึงบริการทางด้านไวรัสเอดส์ของแรงงานข้ามชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพ และไม่มีบัตรประกันสุขภาพ คัดเลือกโดยวิธีเจาะจงเพื่อให้ครอบคลุม จำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีของ Taro Yamane ทดสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม โดยผู้เชี่ยวชาญจากระดับจังหวัดและส่วนกลางและทดสอบความน่าเชื่อถือโดยวิธี Test-Retest ในกลุ่มตัวอย่างแรงงานข้ามชาติ 30 คนโดยวิธี Pearson ได้ค่า Reliability=0.91 ข้อมูลอื่นๆ รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการทำ Focus Group ใน 2 จังหวัด

ผลการศึกษา

แรงงานข้ามชาติในจังหวัดระยองและสมุทรสาคร ที่มีบัตรประกันสุขภาพเข้าใจสิทธิการรักษาพยาบาล สูง ถึง 92.59% และ 87.63 % ความเข้าใจในสิทธิการใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินนั้น ยังมีผู้ไม่ทราบสูงถึง 21.36% และ 25.16% ความรู้ความเข้าใจสิทธิส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคนั้น แรงงานต่างชาตินั้นที่มีบัตรประกันสุขภาพ ยังมีผู้ไม่ทราบถึง 30.19% และ 27.88% ตามลำดับ เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยแรงงานข้ามชาติจะซื้อยารักษาตัวเองมากที่สุดทั้ง 2 จังหวัด จังหวัดระยอง แรงงานข้ามชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพจะใช้บริการโรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยมาก 73.51% และ 51.15% ในจังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งสูงกว่ากลุ่มไม่มีสิทธิที่ใช้บริการ เพียง 22.60% และ 29.60% ตามลำดับ แรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยต่อคน ถึง 711.70 บาท และ 459.66 บาท ในจังหวัดระยองและสมุทรสาคร ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่มีบัตรสุขภาพ ที่จ่ายเพียง 137.15 บาท และ 73.83 บาทตามลำดับ

แรงงานข้ามชาติที่มีบัตรและไม่มีบัตรประกันสุขภาพ จังหวัดระยองได้รับการปรึกษา VCT 32.19% และ 22.94% ขณะที่จังหวัดสมุทรสาครได้รับคำปรึกษาเพียง 9.85% และ 15.44% ซึ่งกลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาใน

จังหวัดระยอง ทั้งที่มีบัตรและไม่มีบัตรประกันสุขภาพ ยินยอมเจาะเลือดตรวจหา HIV สูงถึง 96.46% และ 95.52% สำหรับจังหวัดสมุทรสาคร ยินยอมเจาะเลือด 85.10% แต่กลุ่มไม่มีบัตรสุขภาพ ยินยอมเจาะ เพียง 15.79% เท่านั้น สำหรับโอกาสในการขยายบริการ ARV สามารถดำเนินการได้ โดยขยายการให้คำปรึกษาให้ครอบคลุมแรงงานข้ามชาติกลุ่มใหญ่ ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการให้คำปรึกษา ทั้งนี้สามารถให้พนักงานสาธารณสุขต่างด้าว และเครือข่ายองค์กรเอกชนดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่นกัน

ระบบประกันสุขภาพในแรงงานข้ามชาติ สามารถลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลได้ มีการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค รวมทั้งการมีส่วนร่วมของชุมชนข้ามชาติ ผ่านพนักงานสาธารณสุขต่างชาติ ภาระด้านการเงินของโรงพยาบาลจะเกิดขึ้นในพื้นที่ ที่มีอัตราส่วนแรงงานข้ามชาติไม่มีบัตรประกันสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่มีบัตร ระบบนี้จึงยังคงเป็นทางเลือกที่เหมาะสม แต่ควรขยายไปครอบคลุมแรงงานข้ามชาติ และครอบครัวที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ สำหรับทางเลือกในการขยายบริการ ARV สามารถดำเนินการได้ โดยขยายการให้คำปรึกษา VCT ซึ่งดำเนินการได้โดย พสต.และองค์กรเครือข่ายภาคเอกชน สามารถเพิ่มความครอบคลุมของโครงการ NAPHA และยังพบว่า แรงงานข้ามชาติที่มีข้อบ่งชี้ในการใช้ยาจำนวนหนึ่ง สามารถจ่ายเงินได้ จึงน่าจะเป็นอีกทางเลือกที่เป็นไปได้หากมีการสร้างระบบเฉลี่ยทุกข์ เฉลี่ยสุขร่วมกัน

นอกจากนี้ยังพบว่าแรงงานต่างชาติทั้ง 2 จังหวัดทำงานในประเทศไทย เฉลี่ยนานกว่า 4 ปีและเกินกว่าครึ่งสามารถฟังและพูดภาษาไทยได้ ซึ่งการฟังและพูดภาษาไทยได้มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการทำงานในประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ความเชื่อมั่น 95% แรงงานต่างชาติเหล่านี้ ยังมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านอนามัยเจริญพันธุ์ เช่น การมาตรวจครรภ์สม่ำเสมอ ดีกว่าคนไทย แม้แต่แรงงานข้ามชาติที่ป่วยเป็นวัณโรค ก็มาติดตามรับยาสม่ำเสมอดีกว่าคนไทยเช่นกัน

Abstract

Objective

The objective of research included studying migrant workers' health insurance and benefits understanding, health seeking behaviors and utilization of the health services, the cost and burden for health facilities access and also proposed appropriate health insurance and the choice of expansion and increasing antiretroviral therapy.

Methodology

The prospective quantitative and qualitative study were designed. The relevant literature was review, information was collected from the Rayong and Samutsakon's provincial health office, providing hospitals. The migrants were non randomized purposive sampling to collect answers from the questionnaire, the sample size determined by Taro Yamane method and the questionnaire validity was approved by provincial and central expert, the Test-Retest for reliability was done in 30 migrants and reliability value was 0.91. Other information collected from focus group in 2 provinces.

Result

Migrant workers in Rayong and Samutsakon who had health insurance understood their right for medical services 92.59% and 87.63% but only 21.36% and 25.16% who knew the medical emergency services and just 30.19% and 27.88% who knew about the health promotion and disease prevention services. Most of the migrants in both provinces got drugs from drug store or just rest when they felt discomfort. But when they got sick, 73.51% of the Rayong insured migrants and 51.15% of the Samutsakon insured migrants went to their hospitals, only 22.60% and 29.60% of uninsured migrants in Rayong and Samutsakon visited to the hospitals. Even most of the insured migrants could access to the hospitals and paid 137.15 Baht and 73.83 Baht cost per Rayong and Samutsakon insured migrant, but the uninsured migrants paid a lot more, 711.70 Baht and 459.66 Baht were average cost per Rayong and Samutsakon uninsured migrant.

There were 32.19% of the insured migrants and 22.94% of the uninsured migrants in Rayong province who had been consulted and got VCT but there were only 9.85% of the insured migrants and 15.44% of the uninsured migrants in Samutsakon who got these services. Among the groups who got VCT, there were 96.46% of the insured migrants and 95.52% of the uninsured migrants who were tested for HIV at Rayong

province, but there were only 85.10% of the insured migrants and 15.79% of the uninsured migrants who were tested for HIV. So the opportunity to extend ARV accessibility could be increased by expansion of the VCT into the rest who were not got VCT. And the VCT could be effectively provided by the migrant health worker.

This study demonstrated the benefit of the compulsory migrant health insurance scheme for reducing the medical cost of the insured migrant. This scheme also provided health promotion and disease prevention and promoted migrant community participation initiated by migrant health worker. The hospital's financial burden mostly originated at the higher proportion of the uninsured migrant. So this scheme should be the choice to provide health and medical services for the insured migrant and should extend to cover the uninsured migrant and families too. For the ARV coverage expansion could be promoted by increasing the VCT activities those were provided by the training migrant health worker into the one who didn't get VCT. The financing for ARV drug expansion could be possible by expanding the NAPHA target group and there were some HIV infected migrants who could subsidize the cost of ARV drug by themselves so another choice was to formulate pool financing for the ARV among the migrants.

There were evidences showed that the average duration of these migrant staying in Thailand was 4 years, and most of them could speak and listen Thai language. The Thai literacy improvement significant related to the staying in Thailand duration.

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	i
กิตติกรรมประกาศ	ii
บทคัดย่อภาษาไทย	iii
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	v
(Abstract)	
สารบัญเรื่อง	vii
สารบัญตาราง	xii
สารบัญภาพ	vii
บทที่ 1	
บทนำ	
เหตุผลและความเป็นมา	1
สถานการณ์แรงงานข้ามชาติในประเทศไทยในปัจจุบัน	1
ประเด็นผลกระทบต่อบริการสาธารณสุข	2
ประเด็นการเข้าถึงบริการสุขภาพ ข้อมูลการใช้บริการ	4
ประเด็นการเข้าถึงยา ARV ของแรงงานข้ามชาติผู้รับยาต้านไวรัสเอดส์	5
ประเด็น ผลกระทบต่อการจัดบริการของโรงพยาบาล ภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น	7
คำถามงานวิจัย	12
วัตถุประสงค์การวิจัย	13
นิยามศัพท์	13
บทที่ 2	
ทบทวนวรรณกรรม	17
สถานการณ์ทั่วไปแรงงานข้ามชาติและครอบครัว	17
ความรู้ความเข้าใจของแรงงานข้ามชาติที่มีประกันสุขภาพ เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์และการรับบริการสุขภาพ	18
พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของแรงงานข้ามชาติและภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น	18

บทที่ 2**หน้า**

การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในแรงงานข้ามชาติและครอบครัว	20
นโยบายและกฎหมายต่างๆ ที่ใช้ในการควบคุมแรงงานข้ามชาติและครอบครัว	20
นโยบายและกฎหมายต่างๆ ที่ใช้ในการควบคุมแรงงานข้ามชาติ	21
มติคณะรัฐมนตรีเรื่องการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติและครอบครัว	22
บันทึกข้อตกลงความเข้าใจในการนำเข้าแรงงานข้ามชาติอย่างถูกต้องตามกฎหมาย	23
ประกันสังคมและสิทธิประโยชน์และหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	24
พระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ.2545	25
การจัดระบบบริการสาธารณสุขให้แรงงานข้ามชาติและครอบครัว	26
ระบบการเงินการคลังสาธารณสุข	27
สมรรถภาพของระบบบังคับให้มีบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข	27
เสนอแนะจากการทบทวนงานวิจัยต่างๆ	28
กรอบแนวคิดในการศึกษา	47
ขอบเขตการศึกษา	47
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	49
ขั้นตอนการศึกษา	50
ประเด็นการศึกษา ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา	51

บทที่ 3

แผนปฏิบัติการ	53
ผลการศึกษา	54
แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามจังหวัดระยอง	55

บทที่ 4

ผลการตรวจสุขภาพแรงงานข้ามชาติในจังหวัดระยอง	58
แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามจังหวัดสมุทรสาคร	61

ผลการตรวจสอบภาพแรงงานข้ามชาติในจังหวัดสมุทรสาคร	64
ความรู้ความเข้าใจสิทธิประโยชน์ พหุติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพและ	65
การเจ็บป่วย	
ด้านรายได้ของแรงงานข้ามชาติ จังหวัดระยองและสมุทรสาคร	66
ความรู้ความเข้าใจสิทธิประโยชน์และการไปรับบริการ	72
พหุติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ	73
การใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของแรงงานข้ามชาติ	75
ภาระค่าใช้จ่ายการใช้บริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ	76
สถานการณ์โรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติจังหวัดระยอง และจังหวัด	78
สมุทรสาคร	
สถานการณ์การเข้าถึงบริการยาด้านไวรัสเอดส์	80
การให้บริการและการบริหารจัดการ การเงินการคลังสุขภาพ สำหรับแรงงาน	85
ข้ามชาติและผู้ติดตาม	
บริการสุขภาพและค่าบริการสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติโรงพยาบาล	89
ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน	92
การสื่อสาร และบทบาทของพนักงานสาธารณสุขต่างด้าว	93
การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	94
การส่งต่อสำหรับผู้ป่วยแรงงานข้ามชาติ	96
ความเพียงพอของเงินค่าใช้จ่ายจากการประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ	96
ผู้ป่วยที่โรงพยาบาลต้องการดูแลมากที่สุด และระบบการประกันสุขภาพ	97
สำหรับ แรงงานข้ามชาติ	

บทที่ 4	การจัดสรรเงินเงินเพื่อดำเนินการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค	98
	ปัญหาการจัดการเชิงระบบแรงงานข้ามชาติของประเทศไทย	99
บทที่ 5	อภิปรายผล	
	ความรู้ความเข้าใจของแรงงานข้ามชาติ ที่มีประกันสุขภาพ เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์	101
	พฤติกรรมกรรมการแสวงหาบริการและการใช้บริการสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยของแรงงานข้ามชาติ ที่มีและที่ไม่มีการประกันสุขภาพ และภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น	103
	ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ	104
	อัตราการใช้ บริการรักษาโรคของแรงงานข้ามชาติ ประเภทบริการที่ใช้และค่าใช้จ่ายเฉลี่ย	105
	รูปแบบการจัดการการเงินการคลัง และการจัดบริการสุขภาพ	106
	ระบบประกันสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติที่ใช้ในปัจจุบัน	108
	ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงระบบให้สอดคล้อง และเหมาะสมกับพฤติกรรมการใช้	111
บทที่ 5	บริการของแรงงานข้ามชาติที่มีและที่ไม่มีประกันสุขภาพ	
	สถานการณ์การเข้าถึงบริการ ภาระค่าใช้จ่ายจากการให้บริการยาด้านไวรัสเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ	113
ภาคผนวก ก.	แบบสอบถามแรงงานข้ามชาติ ที่มีบัตรสุขภาพ แบบที่ 1	117
ข.	แบบสอบถามแรงงานข้ามชาติ ที่มีไม่มีบัตรสุขภาพ แบบที่ 2	121
ค.	แบบสอบถามแรงงานข้ามชาติ ที่มีบัตรสุขภาพ แบบที่ 1 ฉบับภาษากัมพูชา	125
ง.	แบบสอบถามแรงงานข้ามชาติที่มีบัตรสุขภาพ แบบที่ 1 ฉบับภาษาพม่า	129
จ.	แบบสอบถามแรงงานข้ามชาติที่มีไม่มีบัตรสุขภาพ แบบที่ 2 ฉบับภาษากัมพูชา	135

ภาคผนวก จ.	แบบสอบถามแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรสุขภาพ แบบที่ 2 ฉบับภาษาพม่า	139
ข.	ประเด็นการประชุมกลุ่มผู้บริหารและผู้ให้บริการแรงงานข้ามชาติ	145
ค.	บรรณานุกรม	147

สารบัญตาราง

บทที่ 1	ตารางที่ 1.1	ประมาณการจำนวนเงินที่ได้จากการตรวจและประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติทั่วประเทศ ที่ขอใบอนุญาตทำงาน ปี 2549-2551	7
	ตารางที่ 1.2	สรุปรายรับ-รายจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีค่าใช้จ่ายสูง ภายใต้กองทุนสุขภาพแรงงานต่างด้าว ปี 2547-2549	8
	ตารางที่ 1.3	รายรับเข้าสู่ระบบและรายจ่ายชดเชย ค่าบริการทางการแพทย์ กรณีค่าใช้จ่ายสูงของแรงงานข้ามชาติ ปี 2548 – 2550	9
	ตารางที่ 1.4	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยของแรงงานข้ามชาติที่มีค่าบริการทางการแพทย์ กรณีค่าใช้จ่ายสูง จำแนกตามกลุ่มโรค ปี 2549- 2550	10
	ตารางที่ 1.5	ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างสิทธิข้าราชการ ปี 2550 โรงพยาบาลแกลง จังหวัดระยอง	12
บทที่ 2	ตารางที่ 2.1	จำนวนแรงงานต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานคงเหลือทั่วราชอาณาจักร จำแนกตามลักษณะการเข้าเมือง และประเภทคนต่างด้าว	17
	ตารางที่ 2.2	โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีโอกาสแพร่กระจายในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ	20
บทที่ 3	ตารางที่ 3.1	ประเด็นการศึกษา ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา	51
บทที่ 4	ตารางที่ 4.1	ข้อมูลแรงงานข้ามชาติที่รับใบอนุญาตทำงานทั่วประเทศ	54
	ตารางที่ 4.2	จำนวนแรงงานข้ามชาติที่รับใบอนุญาตทำงาน จังหวัดระยอง ปี 2552- 2553	56
	ตารางที่ 4.3	จำนวนแรงงานข้ามชาติที่ตรวจสุขภาพ และประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ปี 2552	56
	ตารางที่ 4.4	จำนวนแรงงานข้ามชาติที่ตรวจสุขภาพ และประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ปี 2553	57
	ตารางที่ 4.5	ผลการตรวจสุขภาพแรงงานข้ามชาติ จังหวัดระยอง ปี 2552- 2553	59
	ตารางที่ 4.6	โรคที่ต้องติดตามรักษา(ประเภทที่ 2) จังหวัดระยองปี 2552-2553	59
	ตารางที่ 4.7	โรคต้องห้ามมิให้ทำงาน (ประเภทที่ 3) จังหวัดระยอง ปี 2552-2553	60
	ตารางที่ 4.8	จำนวนแรงงานข้ามชาติที่รับใบอนุญาตทำงาน จังหวัดสมุทรสาคร ปี 2552-2553	62

บทที่ 4	ตารางที่ 4.9	จำนวนแรงงานข้ามชาติที่ตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ จังหวัดสมุทรสาครปี 2552	62
	ตารางที่ 4.10	จำนวนแรงงานข้ามชาติที่ตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ จังหวัดสมุทรสาคร ปี 2553	63
	ตารางที่ 4.11	ผลการตรวจสุขภาพแรงงานข้ามชาติ จังหวัดสมุทรสาคร ปี 2552- 2553	64
	ตารางที่ 4.12	โรคที่ต้องติดตามรักษา (ประเภทที่ 2) จังหวัดสมุทรสาคร ปี 2552- 2553	65
	ตารางที่ 4.13	จำนวนและลักษณะของแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม ที่ตอบแบบสอบถาม	66
	ตารางที่ 4.14	รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของแรงงานข้ามชาติที่มีบัตร และไม่มีบัตรประกันสุขภาพ จังหวัดระยอง	66
	ตารางที่ 4.15	ความแตกต่างระหว่างรายได้ของแรงงานข้ามชาติกลุ่มที่มีบัตรและไม่มีบัตรประกันสุขภาพ จังหวัดระยอง	67
	ตารางที่ 4.16	รายได้ต่อเฉลี่ยต่อเดือนของแรงงานข้ามชาติที่มีบัตร และไม่มีบัตรประกันสุขภาพจังหวัดสมุทรสาคร	68
	ตารางที่ 4.17	ความแตกต่างรายได้ของแรงงานข้ามชาติกลุ่มที่มีบัตรและไม่มีบัตรประกันสุขภาพ จังหวัดสมุทรสาคร	68
	ตารางที่ 4.18	ระยะเวลาทำงานเฉลี่ย และความสามารถในการสื่อสารของแรงงานข้ามชาติจังหวัดระยอง	69
	ตารางที่ 4.19	ความแตกต่างระยะเวลาทำงานเฉลี่ย และความสามารถในการสื่อสารของแรงงานข้ามชาติ จังหวัดระยอง	70
	ตารางที่ 4.20	ระยะเวลาทำงานเฉลี่ย และความสามารถในการสื่อสาร ของแรงงานข้ามชาติ จังหวัดสมุทรสาคร	70
	ตารางที่ 4.21	ความแตกต่างระยะเวลาทำงานเฉลี่ย และความสามารถในการสื่อสารของแรงงานข้ามชาติ จังหวัดสมุทรสาคร	71
	ตารางที่ 4.22	ความรู้ความเข้าใจสิทธิประโยชน์ของแรงงานข้ามชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพ	72

บทที่ 4	ตารางที่ 4.23	ความรู้ความเข้าใจสิทธิประโยชน์ของแรงงานข้ามชาติ ที่ไม่มีบัตร ประกันสุขภาพ	73
	ตารางที่ 4.24	พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ เมื่อเจ็บป่วย เล็กน้อย	74
	ตารางที่ 4.25	พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ เมื่อเจ็บป่วย หนัก	75
	ตารางที่ 4.26	ความถี่ของการเจ็บป่วยและการใช้บริการเมื่อเจ็บป่วย ในปีที่ผ่านมา	76
	ตารางที่ 4.27	ภาระค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติที่มี และไม่มีบัตร ประกันสุขภาพ	77
	ตารางที่ 4.28	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาล เปรียบเทียบระหว่างแรงงานข้าม ชาติที่มีบัตรและ ไม่มีบัตรประกันสุขภาพจังหวัดระยอง และสมุทรสาคร	78
	ตารางที่ 4.29	แรงงานข้ามชาติในจังหวัดระยอง และสมุทรสาครที่เคยได้รับคำปรึกษา	79
	ตารางที่ 4.30	แรงงานข้ามชาติ ที่เคยได้รับคำปรึกษา จำแนกตามผู้ให้บริการ	79
	ตารางที่ 4.31	แรงงานข้ามชาติที่ขอมหาเถาเลื้อยตรวจหาเชื้อไวรัสเอชไอวี หลังได้รับ คำปรึกษา	80
	ตารางที่ 4.32	การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในกลุ่มคนที่ไม่ใช่สัญชาติไทย จังหวัดระยอง ปี 2553	81
	ตารางที่ 4.33	แรงงานข้ามชาติติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ จังหวัด ระยอง ปี 2553	81
	ตารางที่ 4.34	กลุ่มคนที่ไม่ใช่สัญชาติไทยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จังหวัดสมุทรสาคร ปี 2553	82
	ตารางที่ 4.35	จำนวนแรงงานข้ามชาติติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำแนกตามอายุ เพศ และปี ที่เริ่มป่วย จังหวัดสมุทรสาคร ปี 2537 - 2553	83
	ตารางที่ 4.36	จำนวนแรงงานข้ามชาติที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำแนกตามเพศ ปีจ่าย เสียง และปีที่เริ่มป่วย จังหวัดสมุทรสาคร ปี 2537 - 2553	84
	ตารางที่ 4.37	การเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ของแรงงานข้ามชาติ จังหวัด สมุทรสาคร	85

บทที่ 4	ตารางที่ 4.38	รายรับค่าประกันสุขภาพและตรวจสุขภาพ และการจัดสรรเงินให้ หน่วยงาน จังหวัดระยอง ปี 2552	86
	ตารางที่ 4.39	รายรับค่าประกันสุขภาพและตรวจสุขภาพและการจัดสรรเงินให้ หน่วยงาน จังหวัดระยอง ปี 2553	87
	ตารางที่ 4.40	รายรับค่าประกันสุขภาพและตรวจสุขภาพและการจัดสรรเงินให้ หน่วยงาน จังหวัดสมุทรสาคร ปี 2552	88
	ตารางที่ 4.41	รายรับค่าประกันสุขภาพและตรวจสุขภาพ และการจัดสรรเงิน หน่วยงาน จังหวัดสมุทรสาคร ปี 2553	88
	ตารางที่ 4.42	การบริการ และค่าบริการแรงงานข้ามชาติโรงพยาบาลนิคมพัฒนา จังหวัดระยอง ปี 2553	89
	ตารางที่ 4.43	บริการและค่าบริการสุขภาพ แรงงานข้ามชาติ ที่โรงพยาบาลวังจันทร์ ปี 2553	90
	ตารางที่ 4.44	การให้บริการรักษาพยาบาล แรงงานข้ามชาติและครอบครัว โรงพยาบาลสมุทรสาคร ปี 2552-2553	90
	ตารางที่ 4.45	ค่าใช้จ่ายในการให้บริการรักษาพยาบาลแรงงานข้ามชาติ จังหวัด สมุทรสาคร ปี 2552	91
	ตารางที่ 4.46	ค่าใช้จ่ายในการให้บริการรักษาพยาบาลแรงงานข้ามชาติ จังหวัด สมุทรสาคร ปี 2553	92
บทที่ 5	ตารางที่ 4.47	จำนวน พสต. จังหวัดสมุทรสาคร จำแนกโรงพยาบาล	94
	ตารางที่ 5.1	รูปแบบที่พึงประสงค์เปรียบเทียบกับระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบ	111
	ตารางที่ 5.2	ลักษณะที่ไม่พึงประสงค์เปรียบเทียบกับระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบ	113

สารบัญภาพ

บทที่ 1	ภาพที่ 1.1	ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มแรงงานข้ามชาติและกลุ่มชาวประมง ประเทศไทย ปี 2540 - 2552	6
บทที่ 3	ภาพที่ 3.1	กรอบแนวคิดในการศึกษา	47
บทที่ 4	ภาพที่ 4.1	แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามที่ตรวจสอบสุขภาพจำแนกตามอายุ ปี 2552	55
	ภาพที่ 4.2	แรงงานข้ามชาติ และผู้ติดตามที่ตรวจสอบสุขภาพ จำแนกตามอายุ จังหวัดระยอง ปี 2552	58
	ภาพที่ 4.3	แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม ที่ตรวจสอบสุขภาพจำแนกตามอายุ จังหวัดระยอง ปี 2553	58
	ภาพที่ 4.4	การตรวจสอบสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ในแต่ละเดือนจังหวัดระยอง ปี 2552	61
	ภาพที่ 4.5	การตรวจสอบสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ในแต่ละเดือนจังหวัดระยอง ปี 2553	61
	ภาพที่ 4.6	แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามที่ตรวจสอบสุขภาพ จำแนกตามอายุ จังหวัดสมุทรสาคร ปี 2552	63
	ภาพที่ 4.7	แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามที่ตรวจสอบสุขภาพ จำแนกตามอายุ จังหวัดสมุทรสาคร ปี 2553	64

บทที่ 1

บทนำ

1. เหตุผลและความเป็นมา ปัจจุบันประเทศไทยต้องเผชิญกับการกับการอพยพเข้ามาของแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้าน ที่เข้าสู่ประเทศทั้งที่ถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมาย ส่งผลกระทบในด้านต่าง ๆ ต่อประเทศไทยไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ ความมั่นคง และด้านสังคมโดยเฉพาะด้านสาธารณสุข ปัจจัยที่มีผลต่อการอพยพของแรงงานดังกล่าวนี้ มีสาเหตุมาจากทั้งปัจจัยภายในประเทศไทยเอง และปัจจัยในประเทศต้นทางของแรงงานเหล่านั้น ปัจจัยภายในประเทศไทยได้แก่ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society, ผู้สูงอายุเกิน 65 ปีมีสัดส่วน 7%) ที่กำลังจะกลายเป็นสังคมสูงอายุแล้ว (Aged Society, ผู้สูงอายุเกิน 65 ปี มีสัดส่วน 14% ของประชากรของประเทศไทย) และยังมีปัจจัยเรื่องอัตราเจริญพันธุ์รวม (Total Fertility Rate) ของผู้หญิงไทยในขณะนี้ ลดลงเหลือเพียง 1.5 หมายถึงผู้หญิงไทย 1 คน มีบุตรเฉลี่ย 1.5 คน ซึ่งไม่เพียงพอที่จะทดแทนจำนวนประชากรที่ต้องการ 2.1 คน การเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้สัดส่วนประชากรวัยทำงานลดลง เกิดภาวะขาดแคลนแรงงานในประเทศไทย อีกทั้งยังมีความต้องการแรงงานไร้ฝีมือ ที่นายจ้างในประเทศไทยจ่ายอัตราค่าตอบแทนไม่สูงนัก เพื่อควบคุมต้นทุนให้สามารถทำการแข่งขันกับประเทศที่มีต้นทุนค่าแรงต่ำ เช่น จีน อินเดีย เวียดนาม เป็นต้น ทำให้ไม่สามารถหาแรงงานไทยมาทำงานประเภทเหล่านี้ได้ ส่วนปัจจัยภายในของประเทศต้นทางของแรงงานเหล่านั้นไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์ทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง รวมทั้งคุณภาพชีวิตในประเทศต้นทางมีความแตกต่างอย่างมากเมื่อเทียบกับประเทศไทย นอกจากนั้นบางประเทศยังมีการสู้รบระหว่างรัฐบาลกับชนกลุ่มน้อย จึงเป็นแรงเสริมที่สำคัญในการอพยพเข้าสู่ประเทศไทยมากขึ้น สำหรับประเทศไทย การย้ายถิ่นของแรงงานข้ามชาตินั้น มักจะมีการข้ามพรมแดนไปมาระหว่างประชาชนของ 2 ประเทศที่พรมแดนติดต่อกัน⁽¹⁾ เช่น ไทย-พม่า มีพรมแดนติดต่อกันยาวถึง 2,401 กิโลเมตร ส่วนไทย-ลาว มีพรมแดนติดต่อกันยาว 1,810 กิโลเมตร (เป็นส่วนแม่น้ำโขง 1,108 กิโลเมตรและแผ่นดิน อีก 702 กิโลเมตร) และมีพรมแดนยาว 803 กิโลเมตร ระหว่างไทย-กัมพูชาการที่มีพรมแดนติดต่อกันยาวมาก อีกทั้งประวัติศาสตร์ที่ผ่านมาที่มีการติดต่อสัมพันธ์กันตลอดพรมแดนระหว่างประเทศ ทำให้ไม่สามารถควบคุมการผ่านเข้าออกได้ ตามกฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพได้ การที่แรงงานข้ามชาติ 3 ประเทศนี้อพยพเข้ามาขายแรงงานในประเทศไทย จึงเป็นสิ่งที่สามารถทำได้โดยง่าย

สถานการณ์แรงงานข้ามชาติในประเทศไทยในปัจจุบัน พบว่าข้อมูลจากสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมจัดหางาน กระทรวงแรงงาน ในเดือนธันวาคม 2553 มีแรงงานข้ามชาติ 3 สัญชาติดังกล่าวที่มีการลงทะเบียนได้รับ ทร. 38/1 หรือพิสูจน์สัญชาติแล้ว รวมทั้งนำเข้าตาม MOU อยู่ในประเทศไทย

และมีใบอนุญาตทำงานในประเทศไทย จำนวน 1,168,824 คน โดยแบ่งเป็นแรงงานสัญชาติพม่า 940,376 คน ลาว 105,955 คน และกัมพูชา 122,493 คน โดยจังหวัดที่มีแรงงานข้ามชาติที่ได้รับอนุญาตทำงานมากที่สุด 3 จังหวัดได้แก่ กรุงเทพฯ สมุทรสาคร และเชียงใหม่ ส่วนประเภทของแรงงานข้ามชาติที่ได้รับอนุญาตทำงานมากที่สุดคือ กรรมกรในกิจการต่าง ๆ 844,329 คน ในจำนวนนี้อยู่ในภาคการเกษตรและปศุสัตว์ 171,857 คน ก่อสร้าง 148,211 คน และกิจการต่อเนื่องประมงทะเล 101,849 คน นอกเหนือจากงานกรรมกรดังกล่าว ยังมีงานผู้รับใช้ในบ้านจำนวน 87,926 คน⁽²⁾ ทั้งนี้เนื่องจาก กฎหมายได้กำหนดให้สามารถจ้างแรงงานข้ามชาติทำงานเป็นแรงงานไร้ฝีมือได้เพียง 2 อาชีพ คือ กรรมกรและคนรับใช้ในบ้าน โดยนิยามว่าเป็นงานที่ไม่ได้ใช้ความรู้ แต่ใช้กำลังกายทำงานซ้ำๆ แรงงานข้ามชาติจึงได้รับใบอนุญาตให้ทำงานในแต่ละประเภทดังนี้

1. อาชีพประมง จะได้รับบัตรประจำตัวเป็นสีฟ้า
2. อาชีพเกษตรกร จะได้รับบัตรประจำตัวเป็นสีเขียว
3. อาชีพก่อสร้าง จะได้รับบัตรประจำตัวเป็นสีเหลือง
4. อาชีพต่อเนื่องประมง จะได้รับบัตรประจำตัวเป็นสีส้ม
5. อาชีพคนรับใช้ในบ้าน จะได้รับบัตรประจำตัวเป็นสีเทา
6. อาชีพอื่น ๆ อีกรวม 19 กลุ่มอาชีพ เช่น ต่อเนื่องเกษตร โรงฆ่าสัตว์ โรงกลึง จำหน่ายอาหาร เครื่องดื่ม เป็นต้น จะได้รับบัตรประจำตัวเป็นสีชมพู

ผลกระทบของแรงงานข้ามชาติต่อระบบสาธารณสุข พบว่ามีประเด็นดังต่อไปนี้

1. ประเด็นผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุข

ด้านการควบคุมโรคติดต่อ ซึ่งการเข้ามาทำงานในประเทศไทยของแรงงานนั้น ย่อมหลีกเลี่ยงไม่ได้เลยที่จะนำพาโรคและปัญหาทางด้านสุขภาพมาด้วย ซึ่งจากการศึกษา ของจิรวัดน์ นิจนตร⁽³⁾ พบว่า ผลการตรวจสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ จากการรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต ปี พ.ศ. 2547 พบโรคที่ต้องติดตามรักษาในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ เป็นจำนวน 763 ราย โดยแยกเป็น โรควัณโรค 565 ราย โรคเท้าช้าง 14 ราย โรคซิฟิลิส 178 ราย โรคมาลาเรีย 6 ราย เช่นเดียวกับการศึกษาของ อุไรวรรณ ตันทอริยะ⁽⁴⁾ ศึกษาสภาวะสุขภาพของแรงงานต่างชาตินี้ที่เข้ามาประกอบอาชีพในจังหวัดพังงา มีแรงงานต่างชาตินี้ที่ขอขึ้นทะเบียน จำนวน 12,253 คน สำหรับสภาวะสุขภาพพบว่า มีสุขภาพดี ร้อยละ 94.4 ตรวจ

สุขภาพผ่าน ร้อยละ 2.6 และไม่ผ่าน ร้อยละ 2.4 สำหรับโรคต้องห้ามที่มีให้แรงงานต่างชาติเข้าทำงาน 7 โรคนั้น พบอัตราความชุกของโรคต่างๆ ในอัตราต่อ 100,000 ประชากร ได้แก่ วัณโรคในระยะ อันตราย 563.1 โรคเรื้อรัง 73.5 โรคเท้าช้าง 1,167.1 ซิฟิลิส 612.1 คีดยาเสพติด 24.5 พิษสุราเรื้อรัง 49.0 โรคจิต 8.2 สำหรับโรคอื่นๆ ที่ตรวจพบ ได้แก่ โรคมาลาเรีย 24.5 ไข้หวัด 32.7 ตั้งครรภ์ 253.0 และ หัวใจโต 16.3 อัตราต่อ 100,000 ประชากรเช่นกัน นอกจากนี้ได้ให้การรักษาโรคต่างๆ เช่น โรคผิวหนัง โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบย่อยอาหาร การคลอดและแท้ง และโรคระบบไหลเวียนเลือด

ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ พบว่าแรงงานหญิงต่างด้าวส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ในเรื่องของการคุมกำเนิด โดยมีภาวะการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ การทำแท้ง จากการศึกษาของจันทร์ฉาย ตระกูลดี⁽⁵⁾ รายงานว่า แรงงานข้ามชาติหญิงส่วนมาก มีความรู้ด้านสุขภาพทั่วไปและความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของสตรีในระดับต่ำ มีการดูแลสุขภาพต่อสิ่งจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตในระดับ ปานกลาง ส่วนมากการดูแลสุขภาพในวัยเจริญพันธุ์ เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ และมีการแสวงหาแหล่งความรู้ทางด้านสุขภาพในระดับต่ำ นอกจากนี้⁽³⁾ยังพบว่า มีการติดต่อของโรคเอดส์ ในแคมป์คนงาน ลักษณะการทำงาน และสภาพที่อยู่อาศัยของแรงงานข้ามชาติมีส่วนส่งเสริมการแพร่ระบาดของโรคติดต่อได้ง่าย โดยเฉพาะที่อยู่อาศัยที่ค่อนข้างแออัดในห้องพักเล็กๆ ที่ต้องนอนรวมด้วยกัน

ด้านแบบแผนการแบบแผนการดำเนินชีวิต ต่อภาวะสุขภาพแรงงานข้ามชาติ สมพงษ์ สระแก้ว⁽⁶⁾ ได้ศึกษาและรายงานเรื่องดังกล่าวไว้ได้แก่ (1) แบบแผนการทำงาน พบว่า แรงงานข้ามชาติในจังหวัดสมุทรสาครส่วนใหญ่ จะเป็นกลุ่มแรงงานลูกเรือประมงและกิจการต่อเนื่องจากประมงทะเล จะมีจำนวนชั่วโมงทำงานมาก และขึ้นอยู่กับความต้องการ ปริมาณของวัตถุดิบที่มี รวมทั้งความต้องการใช้แรงงานของผู้ประกอบการ และความต้องการเร่งด่วนของสินค้า ส่งผลต่อภาวะสุขภาพทางกายและภาวะเครียดจากการทำงานหนักติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน เฉลี่ยต่อวัน 10-12 ชั่วโมง สภาพการทำงานดังกล่าวไม่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพและการพักผ่อน (2) ด้านแบบแผนการพักผ่อนหย่อนใจ ซึ่งมีผลต่อภาวะสุขภาพแรงงาน โดยส่วนใหญ่จะใช้เวลาพักผ่อนในที่พัก คีตสุราและใช้บริการทางเพศจากหญิงบริการในพื้นที่ชุมชนใกล้เคียงแหล่งทำงาน ซึ่งเป็นร้านคาราโอเกะ และสถานบริการทางเพศ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดโรคทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ เพราะมีค่านิยมที่ไม่ชอบใช้ถุงยางอนามัย โดยบางคนไม่รู้จักถุงยางอนามัย เมื่อได้รับเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แรงงานก็มักจะดูแลตัวเองและรักษาจากคลินิก เมื่ออาการไม่ดีขึ้นจึงจะไปพบแพทย์ (3) แบบแผนด้านสิ่งแวดล้อม แรงงานข้ามชาติมีการดูแลสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดีนัก ที่พักมักเต็มไปด้วยขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล มีการปล่อยน้ำ

เสีย น้ำขัง ซึ่งเป็นแหล่งของการเพาะและแพร่เชื้อโรค เช่น โรคท้องร่วง โรคผิวหนัง และโรคทางระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น รวมทั้งการใช้ห้องน้ำ ห้องส้วมที่ไม่เพียงพอ ที่พักอาศัยคับแคบ อากาศไม่ถ่ายเท และจากการศึกษาของ Samrit Srithamrongsawat⁽⁷⁾ ได้กล่าวถึงผลกระทบของแรงงานข้ามชาติในด้านสุขภาพ และสังคม ที่อพยพเข้ามาของแรงงานข้ามชาตินั้น อาจนำไปสู่ความกังวลในเรื่องของปัญหาทางสังคมต่าง ๆ เป็นต้นว่า เรื่องอาชญากรรม การค้ายาเสพติด รวมทั้งการค้ำมนุษย์ (Saisilp, A, 2009; Wongviriyaphan, K, 2009) ซึ่งมักพบข่าวจากสื่อต่างๆ ที่นำเสนอเกี่ยวกับการถูกล่วงละเมิดทางเพศ การข่มขืน และการถูกฆ่าตาย รวมทั้งการถูกทำร้ายและฆ่านายจ้างด้วย นอกจากนี้ยังพบว่ามีการใช้แรงงานข้ามชาติในการกระทำผิดกฎหมาย การจ้างงานที่ผิดกฎหมาย ทางด้านปัญหาทางสุขภาพ พบว่าแรงงานข้ามชาติได้นำโรคติดต่อบางโรค ซึ่งเป็นโรคที่สามารถควบคุมได้แล้วในประเทศไทย ได้แก่ โรคเท้าช้าง โรคเรื้อน โรคโปลิโอ ฯลฯ ซึ่งการจัดการเกี่ยวกับโรคดังกล่าวในกลุ่มแรงงานกลุ่มนี้ค่อนข้างยาก เนื่องจากการขาดข้อมูลส่วนบุคคล ที่ใช้ในการติดตามสถานะสุขภาพของแรงงานดังกล่าว

2. ประเด็นการเข้าถึงบริการสุขภาพ ข้อมูลการใช้บริการ พฤติกรรมการใช้บริการของกลุ่มที่ขึ้นทะเบียน และกลุ่มที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนจากการศึกษาที่มีเดิม

การศึกษาของสมพงศ์ สระแก้ว⁽⁸⁾ ได้รายงานถึงแบบแผนการใช้บริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในจังหวัดสมุทรสาคร พบว่าการใช้บริการสุขภาพเมื่อภาวะปกติมีน้อยมาก ถ้าไม่จำเป็นหรือเจ็บป่วยอย่างหนัก ก็จะไม่ค่อยใช้บริการสุขภาพ มีแนวโน้มในการดูแลและพึ่งพาตนเองก่อนเป็นอันดับแรก โดยซื้อยาจากร้านขายยามากินตามอาการ แต่กรณีที่เจ็บป่วยรุนแรงเกินกว่าจะรักษาถึงจะเข้ารับบริการจากคลินิกหรือสถานพยาบาลเอกชน ต่อมาจึงจะเข้าการรักษาจากสถานพยาบาลของรัฐ เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาล ปัญหาสำคัญที่ทำให้แรงงานไม่ยอมไปรักษา บุษยรัตน์ กาญจนดิษฐ์⁽⁸⁾ ได้รายงานไว้ว่า ความไม่คุ้นเคย ไม่กล้า ไม่เข้าใจว่าการมาโรงพยาบาลจะปฏิบัติตัวอย่างไร ความไม่เข้าใจสิทธิของตนในการใช้บัตรสุขภาพ ปัญหาเรื่องการไม่สามารถพูด/เขียนภาษาไทยได้ และโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้อยู่ไกลจากที่ทำงาน ที่พัก ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมากขึ้น เมื่อไปถึงโรงพยาบาลแล้ว รวมถึงการที่เจ้าหน้าที่ไม่ให้ความสนใจ ไม่รักษาให้เพราะเห็นว่าเป็นคนต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมาย และจากรายงานของ สุทัศน์ กองขุนทด⁽⁹⁾ ก็ได้กล่าวไว้เกี่ยวกับเข้าถึงบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวนั้น มีอุปสรรคจากสถานบริการสุขภาพ อันได้แก่ (1) สถานบริการสุขภาพ ไม่สามารถทำประกันสุขภาพให้กับแรงงานที่ไม่มีสถานะทางกฎหมายได้ ผู้ป่วยต่างด้าวที่ไม่มีประกันจึงต้องชำระค่ารักษาเอง และบ่อยครั้งที่ไม่สามารถจ่ายได้ ทำให้โรงพยาบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเอง โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องพักรักษาใน

โรงพยาบาลเป็นเวลานาน (2) ผู้ให้บริการเกิดความสับสนเมื่อให้การรักษาแรงงานข้ามชาติและครอบครัวที่ไม่มีบัตร ระหว่างบทบาททางการแพทย์ และศีลธรรม โดยเกรงว่าจะทำผิดในเรื่องให้ที่พักพิงกับคนเข้าเมืองผิดกฎหมาย (3) ผู้ให้บริการสุขภาพ ไม่สามารถสื่อสารกับแรงงานข้ามชาติ และครอบครัวได้ อีกทั้งบุคลากรก็มีไม่เพียงพอต่อแรงงานที่มีจำนวนมาก ประกอบกับการที่ผู้ให้บริการบางส่วน ไม่เข้าใจข้อเท็จจริงของการเคลื่อนย้าย แรงงาน ทำให้มีทัศนคติในด้านลบต่อการให้บริการแรงงานข้ามชาติและครอบครัว (4) ผู้ให้บริการสุขภาพ ขาดความเชี่ยวชาญในการทำงานกับกลุ่มที่แตกต่างทางภาษา และวัฒนธรรมที่เคลื่อน ย้ายบ่อยครั้ง รวมทั้งระบบของรัฐก็ไม่เอื้อต่อการจัดจ้างคนต่างด้าวเพื่อช่วยงานสุขภาพได้

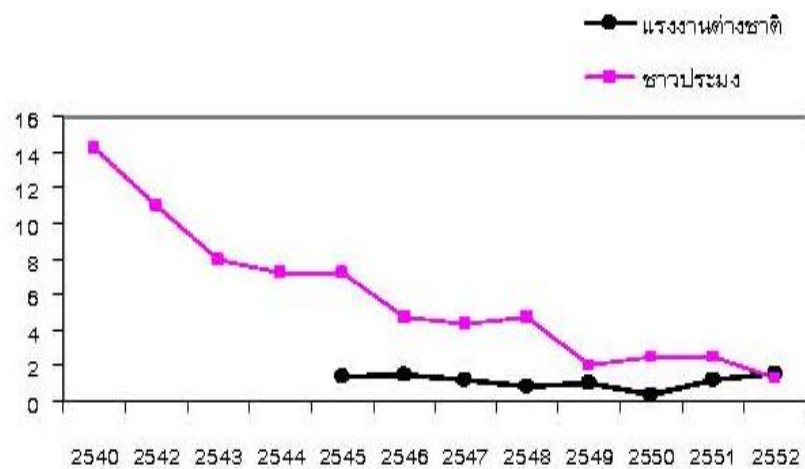
ด้านอุปสรรคจากแรงงานข้ามชาติและครอบครัว⁽¹⁰⁾ พบว่า(1) แรงงานข้ามชาติที่ทำประกันสุขภาพ ไม่เข้าใจแนวคิด และสิทธิในการใช้ประกันสุขภาพ อีกทั้งไม่คุ้นเคย ไม่กล้า และไม่เข้าใจในระบบการให้บริการสุขภาพ รวมทั้งสื่อสารภาษาที่แตกต่างกับกับผู้ให้บริการสุขภาพ (2) แรงงานข้ามชาติ มีประสบการณ์ในทางลบระหว่างการเดินทางไปโรงพยาบาล เช่น ถูกเจ้าหน้าที่ของรัฐ ริดไถ ถูกทำร้ายร่างกาย หรือ ถูกเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการเดินทางสูงกว่าปกติ ทำให้หวาดกลัวและไม่ต้องการเดินทางไปรับบริการสถานบริการที่ทำประกันสุขภาพไว้ จึงมักพึ่งพาสถานบริการใกล้บ้านซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง (3) แรงงานข้ามชาติและครอบครัว เมื่อเจ็บป่วยมักมีพฤติกรรมซื่อๆ ยากิน และรักษาด้วยตัวเองอย่างไม่ปลอดภัย โดยมักไปพบแพทย์ต่อเมื่ออาการหนักและลุกลามไปมากแล้ว ทำให้รักษาได้ยาก และเสียค่าใช้จ่ายสูง

3. ประเด็นการเข้าถึงยา ARV ของแรงงานข้ามชาติผู้รับยาต้านไวรัสเอดส์

ปัญหาที่สำคัญนั้นคือการติดเชื้อเอชไอวี ของแรงงานข้ามชาติ ซึ่งแรงงานกลุ่มนี้ถ้าหากมีการขึ้นทะเบียนเป็นแรงงานข้ามชาติที่ถูกต้องตามกฎหมาย แต่นั่นก็ไม่ได้เป็นการรับประกันได้ว่า การเข้าถึงบริการระบบประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติเหล่านั้น จะเข้าถึงได้ง่าย สะดวก และรับบริการอย่างต่อเนื่องได้ โดยเฉพาะยาต้านไวรัสเอดส์ จากการรายงานสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2552 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มกลุ่มแรงงานต่างชาติ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี 2552⁽¹¹⁾ มีค่าความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี เท่ากับร้อยละ 1.53 ส่วนกลุ่มชาวประมงนั้น ความชุกการติดเชื้อเอชไอวี เท่ากับร้อยละ 1.25 ลดลงจากปี 2551 (ภาพที่ 1) ดังนั้นการดูแล เฝ้าระวังการติดเชื้อรายใหม่ในกลุ่มของแรงงานข้ามชาติ มีความสำคัญโดยเฉพาะการให้คำแนะนำ ในการป้องกันการติดต่อ ในเรื่องของการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ สำหรับผู้ที่ติดเชื้อ แต่การเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ (ARV) นั้นยังมีปัญหอยู่มาก

ภาพที่ 1.1 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มแรงงานข้ามชาติและกลุ่มชาวประมง ประเทศไทย

ปี 2540 - 2552



จากการศึกษาความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในไพรเวจและระยอง ในประเทศกัมพูชาและประเทศไทย

จากแนวทางการดำเนินงาน NAPHA Extension Program⁽¹²⁾ กล่าวถึงปัจจัยทางจิตสังคมของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเอดส์ ในกลุ่มประชากรต่างด้าว ที่มีผลต่อการกินยาต้านไวรัส พบปัจจัยสำคัญที่ผู้ให้บริการสุขภาพ ควรตระหนักและคำนึงถึงในการให้บริการได้แก่ (1) ภาษา แรงงานข้ามชาติสื่อสารด้วยภาษาไทยไม่ได้ หรือได้ไม่ดื่นก และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการหรือคนไทยอื่นๆ ก็ไม่สามารถเข้าใจภาษาของประชากรต่างด้าว (2) ความเข้าใจในเรื่องโรคที่แตกต่างกัน เช่น ประชากรต่างด้าวเข้าใจว่าวันโรคเป็นโรคติดต่อทางพันธุกรรม เป็นต้น (3) บริบทการทำงาน เนื่องจากงานที่แรงงานข้ามชาติเข้ามาทำส่วนใหญ่เป็นงานที่หนัก รายได้น้อย ทำงานไม่เป็นเวลา และบางงานต้องมีการโยกย้ายตลอดเวลา(4) การเข้าถึงบริการ กลุ่มประชากรต่างด้าวที่เข้าเมืองมาอย่างไม่ถูกกฎหมาย ทำให้กังวลต่อการเปิดเผยตัว หรือการไปรับบริการเกรงว่าจะถูกจับกุมหรือถูกส่งกลับ (5) สังคมไม่ยอมรับ แรงงานข้ามชาติถูกมองว่าเป็นผู้ที่เข้ามาเบียดเบียนและแย่งงานคนไทย (6) สุขวิทยาส่วนบุคคล เป็นปัญหามาสู่ความรังเกียจของสังคมไทย คิดว่าแรงงานข้ามชาติเป็นคนนำโรคเข้ามา กลัวติดต่อโรคร้ายแรงจากแรงงานข้ามชาติ (7) ความวิตกกังวล ตัวแรงงานข้ามชาติ กลัวถูกจับขังไปปรับการรักษา กลัวการถูกส่งกลับ กลัวครอบครัว ชุมชนเพื่อนบ้านรังเกียจเพื่อนรังเกียจ กลัวนายจ้างรู้และถูกไล่ออกจากงาน (8) ทักษะของผู้ให้บริการที่มีต่อผู้รับบริการ ที่เป็นประชากรต่างด้าว เจ้าหน้าที่คิดว่าเป็นการเพิ่มภาระงานมากขึ้น (9) นายจ้างไม่ให้ความร่วมมือ ทั้งในเรื่อง

ติดตามการรักษา และทิ้งภาระให้กับโรงพยาบาล จากปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นอาจจะส่งผลต่อการไม่สามารถเข้าถึงบริการ หรืออาจมีปัจจัยอื่นที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ต่อการเข้าถึงบริการ นอกจากนี้ที่สำคัญไปกว่านั้น กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน ก็จะเป็นกลุ่มที่แทบจะเรียกได้ว่าไม่อาจจะสามารถเข้าถึงระบบประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติได้เลย ซึ่งเป็นกลุ่มแรงงานที่ทำงานและยังไม่นับรวมบุตร ผู้ติดตามสามี ภรรยาของแรงงาน ซึ่งต้องอาศัยการรับบริการเอง ถึงแม้ว่าจะมีการได้รับยาต้านไวรัส และการได้รับการบริการด้านสุขภาพ กรณีของโรคเอดส์ ที่รัฐจัดให้แรงงานข้ามชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพ เพื่อให้ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ และระบบการบริการด้านสุขภาพแบบเดียวกับแรงงานกลุ่มอื่นๆ และจากเงินสนับสนุนจากกองทุนโลก (GF) ก็ตาม เป็นที่น่าสนใจว่าแรงงานข้ามชาติ ได้เข้าถึงบริการระบบประกันสุขภาพอย่างไรบ้าง จึงได้ทำการศึกษาวิจัยเพื่อติดตามประเมินการเข้าถึงบริการของแรงงานข้ามชาติ ปัญหาอุปสรรคต่างๆ ในการเข้าถึงบริการที่เกิดขึ้น รวมถึงการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ เพื่อให้เกิดการดูแลด้านสุขภาพของคนในประเทศให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

4. ประเด็น ผลกระทบต่อการจัดบริการของโรงพยาบาล ภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

จากข้อมูลจำนวนแรงงานข้ามชาติที่ได้รับใบอนุญาตทำงาน ซึ่งต้องผ่านการตรวจและประกันสุขภาพก่อน การยื่นขอหรือต่อใบอนุญาตทำงาน พบว่า หากแรงงานข้ามชาติที่ขอใบอนุญาตทำงาน มีหลักประกันสุขภาพ ในอัตราคนละ 1,300 บาท จะมียกประมาณจากการประกันสุขภาพ “คนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง (สัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา)” และงบประมาณจากการตรวจสุขภาพ ดังนี้

ตารางที่ 1.1 ประมาณการจำนวนเงินที่ได้จากการตรวจและประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติทั่วประเทศ

ที่ขอใบอนุญาตทำงาน ปี 2549-2551⁽¹³⁾

ปี พ.ศ.	แรงงานตามมติ ครม (3 สัญชาติ)	ประมาณการเงินประกัน สุขภาพแรงงานข้ามชาติ อัตรา 1,300 บาท/คน (บาท)	เงินที่ได้จากการตรวจสุขภาพ แรงงานต่างด้าว อัตรา 600 บาท/คน (บาท)
2549	668,576	869,148,800	401,145,600
2550	535,732	696,451,600	321,439,200
2551 (ณ เดือนสิงหาคม)	501,570	652,041,000	300,942,000

ที่มา: คำนวณจากข้อมูล โดย ฝ่ายทะเบียนและข้อมูลสารสนเทศ กลุ่มพัฒนาระบบควบคุมการทำงานของคนต่างด้าว สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กระทรวงแรงงาน ปี พ.ศ. 2550-2551

กระทรวงสาธารณสุขยังต้องรับภาระค่ารักษาพยาบาลแรงงานข้ามชาติ ที่ไม่ขึ้นทะเบียนอีกประมาณ 700,000 คน ซึ่ง ศุภชัย คุณารัตนพุกภัย อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ให้ข้อมูลในการประชุมวิชาการระดับชาติการบริการสาธารณสุขในประชากรต่างด้าว ครั้งที่ 2 เรื่อง “การเข้าถึงบริการสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อความมั่นคงด้านสุขภาพ”ว่า “ภาครัฐต้องแบกรับภาระค่ารักษาพยาบาลแรงงานข้ามชาติที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนถึง 155 ล้านบาทเศษ”⁽¹⁴⁾ นอกจากนี้สำนักงานสารสนเทศและประชาสัมพันธ์กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁵⁾ ได้รายงานผลการตรวจสุขภาพแรงงานข้ามชาติในปี 2550 จำนวน 462,236 คน พบเป็นวัณโรค เอดส์ ไข้หวัด โรคเรื้อน ซิฟิลิส มาลาเรีย และพยาธิลำไส้ รวม 4,915 คน ในจำนวนนี้อยู่ในระยะแพร่เชื้อ 113 คน ถือว่ามีอันตราย ต้องรับตัวเข้ารักษาและรอส่งตัวกลับประเทศ มากที่สุดคือ วัณโรค ส่วนในรอบ 6 เดือนในปี 2551 พบป่วยเป็นโรค 3,147 คน อยู่ในระยะแพร่เชื้อ 77 คน นอกจากนี้ยังพบปัญหาตั้งครรภ์ปีละกว่า 7,000 คน เพิ่มภาระภาครัฐต้องแบกรับค่ารักษา ในปี 2550 มีแรงงานข้ามชาติซื้อบัตรประกันสุขภาพจากกระทรวงสาธารณสุข ราคา 1,300 บาทต่อคนต่อปี จำนวน 343,527 คน รวมเป็นเงิน 446 ล้านบาทบาท แต่ในปีเดียวกัน มีแรงงานข้ามชาติเจ็บป่วย มีค่ารักษารวม 1,343 ล้านบาทบาท ในจำนวนนี้มีบัตรประกันสุขภาพ มูลค่า 947 ล้านบาท ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ 396 ล้านบาท กระทรวงสาธารณสุขต้องรับภาระจ่ายเงินรักษา ให้แรงงานข้ามชาติผิดกฎหมายปีละ 214 ล้านบาท

ตารางที่ 1.2 สรุปรายรับ-รายจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ค่าใช้จ่ายสูง ภายใต้กองทุนสุขภาพ

แรงงานข้ามชาติ ปี 2547-2549

ปีงบประมาณ	ค่าบริการทางการแพทย์ค่าใช้จ่ายสูง			
	รายรับ		รายจ่าย	
	จำนวนผู้ประกันตน(คน)	จำนวนเงิน(บาท)	จำนวนผู้ประกันตน(คน)	จำนวนเงิน(บาท)
2547	263,875	8,444,017.00	261	1,393,419.00
2548	713,688	35,684,410.00	359	2,277,377.25
2549	726,478	36,323,879.00	500	6,552,464.45
2550	534,481	26,724,048.00	587	7,793,826.58
2551	443,489	22,174,440.00	855	15,173,859.67
รวม	2,682,011	129,350,794.00	2,562	33,190,946.95

ที่มา: กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูล: ณ วันที่ 30 กันยายน 2551

การบริหารจัดการรายรับ-รายจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ กรณีค่าใช้จ่ายสูงภายใต้กองทุนฯ มีรายรับเข้าสู่ระบบเพิ่มขึ้นในปี 2548 - 2549 (จากการมีผู้ประกันตนเพิ่มขึ้น ซึ่งรวมแรงงานข้ามชาติ และ ผู้ติดตาม ทำให้รายรับในปี 2547 มีจำนวน 8.4 ล้าน เพิ่มขึ้นเป็น 35.6 ล้านบาทในปี 2548 เนื่องจากมติ คณะรัฐมนตรี เมื่อเดือนเมษายน ปี 2547 ได้เปิดให้มีการขึ้นทะเบียนของแรงงานข้ามชาติ โดยให้รวมถึง ผู้ติดตาม ทำให้ผู้ติดตามสามารถเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพได้ ส่งผลให้การบริหารจัดการกองทุนเป็นไป ได้ตรงกับสภาพการณ์ที่เป็นจริง หลังจากนั้นในปีต่อๆมาจนถึงปัจจุบัน กองทุนฯ มีรายรับน้อยลงทุกปี เนื่องจากผู้ติดตามเหล่านี้ ไม่สามารถเข้าสู่ระบบทะเบียนและการประกันตนได้⁽¹⁶⁾ เช่นเดียวกับการศึกษา ของ Samrit Srithamrongsawat⁽⁷⁾ พบว่า ค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยกรณีค่าใช้จ่ายสูงมีแนวโน้ม เพิ่มขึ้น จากจำนวน 2,294,277 บาท และจำนวน 8,958,417 บาท และเพิ่มเป็น 15,796,429 บาท ในปี 2548 , 2549 และ 2550 ตามลำดับ โดยจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มสูงขึ้นจาก 366 คน, เป็น 502 คน และเพิ่มเป็น 914 คนตามลำดับ โดยรายรับเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ มีแนวโน้มลดลง จากจำนวน 44,159,340 บาทในปี 2548 ลดลง เหลือ จำนวน 30,411,900 บาท และจำนวน 21,721,478 บาท ในปี 2549 และปี 2550 ตามลำดับ (ตารางที่ 1.3)

ตารางที่ 1.3 รายรับเข้าสู่ระบบและรายจ่ายชดเชย ค่าบริการทางการแพทย์ กรณีค่าใช้จ่ายสูง ของแรงงานข้ามชาติ ปี 2548 – 2550

ประเภท (Category)	2548 (2005)	2549 (2006)	2550 (2007)
รายรับเข้าสู่ระบบ (Revenue) บาท	44,159,340	30,411,900	21,721,478
จำนวนผู้ป่วย ค่าบริการทางการแพทย์ กรณี ค่าใช้จ่ายสูง (Number of patients approved for high cost care)	366	502	914
ผู้ป่วยนอก (Outpatient)	NA	91	222
ผู้ป่วยใน (inpatient)	NA	411	692
รายจ่ายที่ได้รับชดเชย (Cost reimbursements) บาท	2,294,277	8,958,417	15,796,429
ร้อยละของรายจ่ายที่ได้รับการชดเชย ค่าบริการทางการแพทย์กรณีค่าใช้จ่ายสูง ต่อรายรับเข้าสู่ระบบ (Percentage of high cost reimbursement to revenue)	5.2%	29.5%	72.7%

นอกจากนี้จากการศึกษาดังกล่าว สามารถจำแนกผู้ป่วยที่มีค่าบริการทางการแพทย์กรณีค่าใช้จ่าย สูงของแรงงานข้ามชาติ โดยค่าใช้จ่ายที่สูง 3 อันดับได้แก่ อุบัติเหตุ สารพิษ ฯ (Injuries, poisoning and

certain other consequences of external causes) รองลงมาคือ เนื้องอก (Neoplasm) และ โรคตา (Diseases of the eye and adnexa) คิดเป็นร้อยละ 69.3, 10.0 และ 4.6 ในปี 2549 และร้อยละ 65.2 ,16.3 และ 4.9 ในปี 2550 (ตารางที่ 1.4)

ตารางที่ 1.4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยแรงงานข้ามชาติที่มีค่าบริการทางการแพทย์ กรณีค่าใช้จ่ายสูง จำแนกตามกลุ่มโรค ปี 2549- 2550

ประเภท (Category)	ปี 2549 (2006)		ปี 2550 (2007)	
	จำนวน (Number)	ร้อยละ (Percent)	จำนวน (Number)	ร้อยละ (Percent)
โรคติดเชื้อ (Infectious diseases)	8	1.9	12	1.7
เนื้องอก (Neoplasm)	41	10.0	113	16.3
โรคเลือดและระบบภูมิคุ้มกัน (Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism)	1	0.2	0	0.0
ต่อมไร้ท่อ สารอาหาร และโรคเกี่ยวกับกระบวนการเผาผลาญ (Endocrine, nutritional and metabolic diseases)	1	0.2	0	0.0
โรคทางระบบประสาท (Diseases of the nervous system)	2	0.5	1	0.1
โรคตา (Diseases of the eye and adnexa)	19	4.6	34	4.9
โรกระบบไหลเวียนเลือด (Diseases of the circulatory system)	14	3.4	31	4.5
โรกระบบทางเดินหายใจ (Diseases of the respiratory system)	0	0.0	1	0.1
โรกระบบทางเดินอาหาร (Diseases of the digestive system)	10	2.4	14	2.0
โรกระบบกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue)	19	4.6	23	3.3
โรกระบบทางเดินปัสสาวะ (Diseases of the genitourinary system)	1	0.2	2	0.3
การตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด (Pregnancy, childbirth and the puerperium)	1	0.2	0	0.0
ความผิดปกติที่มีมาตั้งแต่กำเนิด ความผิดปกติของโครโมโซม (Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities)	2	0.5	6	0.9

ประเภท (Category)	ปี 2549 (2006)		ปี 2550 (2007)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(Number)	(Percent)	(Number)	(Percent)
อุบัติเหตุ สารพิษ ฯ (Injuries, poisoning and certain other consequences of external causes)	285	69.3	451	65.2
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพและการติดต่อกับบริการสุขภาพ (Factors influencing health status and contact with health services)	7	1.7	4	0.6
รวม (Total)	411	100	692	100

ที่มา : สำนักพัฒนาการเงินการคลังสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (Health Financing Office, MOPH)

จากการศึกษาของ ชีรวัฒน์ นิเจนตรและอดุลย์ รัตโส⁽³⁾ ถึงผลกระทบด้านสาธารณสุขจากแรงงานข้ามชาติในจังหวัดภูเก็ต โดยรายงานว่า ผลกระทบทางด้านสาธารณสุขชุมชนที่เกิดขึ้น ดังนี้

1. โรคติดต่อจากกลุ่มแรงงานเถื่อน ซึ่งแรงงานเหล่านี้ไม่ได้มีการขึ้นทะเบียน ไม่ผ่านการตรวจสุขภาพ ทำให้การควบคุมโรคเป็นไปได้ด้วยความลำบาก
2. การแพร่กระจายของโรคติดต่อ ลักษณะการทำงานและสภาพที่อยู่อาศัยของแรงงานข้ามชาติซึ่งอยู่กันอย่างแออัด สิ่งแวดล้อมเน่าเสีย ส่งผลให้มีการแพร่กระจายของโรคได้อย่างรวดเร็ว
3. การเกิดโรคระบาดในเด็ก อัตราการเกิดของแรงงานสตรีต่างด้าว มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี เนื่องจากเป็นกลุ่มประชากรที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ เด็กที่คลอดมาไม่มีการฉีดวัคซีนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกัน ส่งผลต่อการพัฒนาการของเด็กและเกิดโรคต่างๆ เกี่ยวกับเด็ก
4. การเกิดอุบัติการณ์ซ้ำของโรค โรคติดต่อบางชนิดที่กำลังจะหมดไปจากประเทศไทย มีแนวโน้มว่าจะอาจจะกลับมาเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของไทยอีก
5. การเข้ามาของแรงงานข้ามชาติ ยังส่งผลกระทบต่อบุคลากรด้านสาธารณสุขและงบประมาณของรัฐ ในเรื่องของการเพิ่มภาระงานของบุคลากรด้านสาธารณสุข ซึ่งมีภาระงานหนักอยู่แล้ว จะต้องมารับผิดชอบดูแลรักษากลุ่มแรงงานข้ามชาติที่เจ็บป่วย เป็นการเพิ่มภาระที่หนักขึ้นอีก รวมทั้งทำให้สูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษา โดยกระทรวงสาธารณสุขต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์รักษาพยาบาลแรงงานข้ามชาติปีละหลายล้านบาท และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีจากข้อมูลของโรงพยาบาลประจำจังหวัดภูเก็ต ในปี 2548 โรงพยาบาลจะต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลในกลุ่มแรงงาน

ข้ามชาติ ซึ่งไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ จำนวน 1,895,609 บาท และในปี 2548 ระยะเวลา 8 เดือน จะต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับกลุ่มแรงงานข้ามชาติเหล่านี้ เป็นเงิน 3,754,653 บาท สำหรับในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยก็จะมาใช้บริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐกันมากขึ้น ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ปี 2548 เป็นจำนวนเงิน 15 ล้านบาท และจากการศึกษาของ สานนท์ สังข์พันธ์⁽¹⁷⁾ ได้รายงานค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีประกันสุขภาพ โดยผู้ป่วยนอกสามารถชำระค่ารักษาพยาบาลได้มากกว่าผู้ป่วยใน ทั้งนี้จะเห็นว่าค่ารักษาพยาบาลที่ค้างชำระของผู้ป่วยใน สูงถึง ร้อยละ 84.14 นับว่าเป็นภาระที่ทำให้โรงพยาบาลต้องมีค่าใช้จ่ายปีละจำนวนมาก ดังตารางที่ 1.5

ตารางที่ 1.5 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างสิทธิชำระเงิน ปี 2550

โรงพยาบาลแก่ง จังหวัดระยอง

ค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด (บาท)		ค่ารักษาพยาบาลที่จ่ายได้ (บาท)		ค่ารักษาพยาบาลที่ค้างชำระ (บาท)	
		จำนวน (บาท)	ร้อยละ	จำนวน (บาท)	ร้อยละ
ผู้ป่วยนอก	1,558,351	1,477,212	94.79	81,139	5.21
ผู้ป่วยใน	1,625,776	257,809	15.86	1,367,967	84.14
รวม	3,184,127	1,735,021	54.49	1,449,106	45.51

2. คำถามงานวิจัย

1. ความรู้ความเข้าใจของแรงงานข้ามชาติที่มีประกันสุขภาพ เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์และการไปรับบริการ
2. พฤติกรรมการแสวงหาบริการและการใช้บริการของแรงงานข้ามชาติ ที่มีประกันสุขภาพ (ขึ้นทะเบียน) และที่ไม่มีประกันสุขภาพ (ไม่ได้ขึ้นทะเบียน) มีความแตกต่างกันอย่างไร รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับแรงงานข้ามชาติดังกล่าว
3. รูปแบบการจัดการการเงินการคลัง และการจัดบริการสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสถานพยาบาลในพื้นที่ศึกษาเป็นอย่างไร และมีข้อเสนอแนะในการปรับปรุงให้เหมาะสมและสอดคล้องกับพฤติกรรมการใช้บริการของแรงงานข้ามชาติอย่างไรบ้าง

4. สถานการณ์การเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ ในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่เป็นแรงงานข้ามชาติเป็นอย่างไร หากต้องการขยายการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ จะต้องใช้งบประมาณเท่าใด และจะมีทางเลือก และความเป็นไปได้ทางการคลังเพียงใดในการจัดบริการดังกล่าว

3. วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจของแรงงานข้ามชาติ ที่มีประกันสุขภาพ เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ และการไปรับบริการ
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของ แรงงานข้ามชาติที่มีประกันสุขภาพ และที่ไม่มีประกันสุขภาพและภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น
3. เพื่อศึกษาอัตราการใช้ บริการรักษาโรคของแรงงานข้ามชาติ ประเภทบริการที่ใช้และ ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษา รวมทั้งศึกษาเปรียบเทียบภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ระหว่างแรงงาน ข้ามชาติที่มีประกันสุขภาพและที่ไม่มีประกันสุขภาพ
4. เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการการเงินการคลัง การจัดบริการสุขภาพของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด สถานพยาบาลปัจจุบัน และจัดทำข้อเสนอเพื่อปรับปรุงระบบให้ สอดคล้องและเหมาะสมกับพฤติกรรมการใช้บริการ ของแรงงานข้ามชาติที่มีประกันสุขภาพ และที่ไม่มีประกันสุขภาพ
5. เพื่อศึกษาสถานการณ์การเข้าถึง และภาระค่าใช้จ่ายจากการให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์ใน กลุ่มแรงงานข้ามชาติ และความเป็นไปได้ของทางเลือกทางการคลัง ในการขยายการเข้าถึง บริการด้านนี้มากขึ้น

นิยามศัพท์

1. แรงงานข้ามชาติ หมายถึงแรงงานต่างด้าว ตามคำจำกัดความของกรมจัดหางาน กระทรวง แรงงาน ทั้งนี้ องค์กรเอกชนและตัวแทนแรงงานข้ามชาติ มีความรู้สึกอ่อนไหวต่อ คำว่า “ต่างด้าว” และ เสนอให้ใช้คำว่า “แรงงานข้ามชาติ” แทนคำ “แรงงานต่างด้าว” เพื่อไม่ให้เกิดความรู้สึกว่าถูกมองว่าด้อย หรือแปลกประหลาด ในรายงานฉบับนี้จะใช้คำว่า “แรงงานข้ามชาติ” ยกเว้น การอ้างอิงถึงเอกสารทาง ราชการ หรือคณะกรรมการที่ราชการแต่งตั้งขึ้น รวมทั้งชื่อยุทธศาสตร์ของกระทรวงแรงงานเท่านั้น
2. คนต่างด้าว หมายถึงบุคคลธรรมดาซึ่งไม่มีสัญชาติไทย
3. คนต่างด้าวเข้าเมืองถูกกฎหมาย หมายถึงคนต่างด้าวซึ่งมีเอกสารที่รัฐบาลของประเทศ ตนรับรอง ได้แก่หนังสือเดินทาง (Pass port) หรือเอกสารที่ใช้แทนหนังสือเดินทาง ได้แก่หนังสือเดินทาง ชั่วคราว (Temporary Passport) หรือเอกสารรับรองบุคคล (Certificate Of Identity) และมีการตรวจลงตรา

(Visa) โดยสถานทูตหรือกงสุลไทยประจำประเทศต้นทางนั้นๆ เมื่อเดินทางเข้ามาในประเทศไทยแล้ว จะต้องได้รับการประทับตรา ระยะเวลาให้อยู่ในราชอาณาจักรประเภทชั่วคราว (Non-Immigrant Visa) ลงในหนังสือ เดินทาง (Passport) หรือเอกสารที่ใช้แทนหนังสือเดินทาง โดยสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง และเมื่อประสงค์จะทำงานต้องขออนุญาตทำงานตามกฎหมาย ว่าด้วยการทำงานของคนต่างด้าวโดย จำแนกประเภทคนต่างด้าว รายมาตราได้ดังนี้

3.1 มาตรา 9 หมายถึงคนต่างด้าวซึ่งเข้ามาในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราวตามกฎหมายว่า ด้วยคนเข้าเมืองจำแนกประเภทได้ดังนี้

3.1.1 ทัวไป หมายถึงคนต่างด้าวที่ได้รับใบอนุญาตจากนายทะเบียนให้ทำงานได้ตามที่ กำหนดในกฎกระทรวงตามมาตรา 7

3.1.2 ตลอดชีพ หมายถึงคนต่างด้าวซึ่งได้รับใบอนุญาตทำงานตามประกาศคณะปฏิวัติฉบับ ที่ 322 ข้อ 10 (10) มีสาระสำคัญว่า “ใบอนุญาตที่ออกให้แก่คนต่างด้าวซึ่งมีถิ่นที่อยู่ใน ราชอาณาจักร ตาม กฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมืองและทำงานอยู่แล้ว ก่อนวันที่ 13 ธันวาคม 2515 ให้ใช้ได้ตลอดชีวิตของคนต่าง ด้าวนั้น เว้นแต่คนต่างด้าวจะเปลี่ยนอาชีพใหม่”

3.1.3 พิสูจน์สัญชาติ หมายถึงคนต่างด้าวสัญชาติพม่าลาวและกัมพูชา ซึ่งเปลี่ยนสถานะจาก คนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองรอการส่งกลับฯ (มีใบอนุญาตทำงานบัตรสีชมพู) เป็นคนต่างด้าวที่เข้าเมืองถูก กฎหมายโดยการขอรับการพิสูจน์สัญชาติ และได้รับหลักฐานเอกสารรับรองสถานภาพ ได้แก่ หนังสือ เดินทางชั่วคราว (Temporary Passport) หรือเอกสารรับรองบุคคล (Certificate Of Identity) จากเจ้า หน้าที่ ประเทศตนโดยนำเอกสารดังกล่าว มาเป็นเอกสารประกอบในการขออนุญาตทำงานได้ 2 ประเภท คือ งาน กรรมกร และงานรับใช้ในบ้านได้รับใบอนุญาตบัตรสีเขียว

3.2 มาตรา 11 หมายถึงคนต่างด้าวที่นายจ้างแจ้งการนำเข้าตามข้อตกลงว่าด้วยการจ้าง แรงงานต่างด้าว (MOU) กับประเทศคู่ภาคีปัจจุบันมี 2 ประเทศได้แก่ ลาว และกัมพูชา

3.3 มาตรา 12 หมายถึงคนต่างด้าวซึ่งเข้ามาทำงานในราชอาณาจักรตามกฎหมายว่าด้วยการ ส่งเสริมการลงทุนหรือกฎหมายอื่น

3.4 มาตรา 14 หมายถึงคนต่างด้าวซึ่งมีภูมิลำเนาและเป็นคนสัญชาติของประเทศที่มีชายแดน ติดกับประเทศไทย

4. คนต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมาย หมายถึงคนต่างด้าวมาตรา 13 จำแนกเป็น 2 ประเภทดังนี้

4.1 ชนกลุ่มน้อย หมายถึงคนต่างด้าวต่อไปนี้ (1) ถูกเนรเทศ (2) รอการส่งกลับออกไปนอกราชอาณาจักรตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง (3) ถูกถอนสัญชาติ (4) ไม่ได้รับสัญชาติไทยตามประกาศของคณะปฏิวัติและ (5) ไม่ได้รับสัญชาติไทยตามกฎหมายว่าด้วยสัญชาติโดยขออนุญาตทำงานตามกฎหมาย

4.2 แรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง 3 สัญชาติ (พม่าลาวและกัมพูชา) ซึ่งคณะรัฐมนตรีฯ มีมติผ่อนผันฯให้อยู่ในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราวเพื่อรอการส่งกลับ โดยคณะรัฐมนตรีฯมีมติให้คนต่างด้าวนี้มารายงานตัวเพื่อจัดทำทะเบียนประวัติ หรือทะเบียนราษฎรผู้ไม่มีสัญชาติไทยกับกรมการปกครอง (ทร38/) /ตรวจโรคและประกันสุขภาพกับกระทรวงสาธารณสุข และขออนุญาตทำงานกับกรมการจัดหางานได้ 2 ประเภท คือกรรมกรและคนรับใช้ในบ้าน

อย่างไรก็ตามคำว่าแรงงานต่างด้าวสื่อความหมายถึง ความแปลกแยก และอาจลดทอนคุณค่าความเป็นมนุษย์ ในรายงานฉบับนี้จึงใช้คำว่า “แรงงานข้ามชาติ” แทน ยกเว้นเป็นชื่อเฉพาะ เช่น คณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าว เป็นต้น

5. นายจ้าง หมายความว่าผู้ซึ่งตกลงรับลูกจ้างเข้าทำงาน โดยจ่ายค่าจ้างให้ได้แก่นุคคลธรรมดา/นิติบุคคล/มูลนิธิสมาคม/องค์กร เป็นต้น

6. ข้อมูลคนต่างด้าว หมายถึงข้อมูลในส่วนของคนต่างด้าวตามแบบคำขออนุญาตการทำงาน (แบบตท.) ได้แก่ ชื่อ นามสกุล อายุ สัญชาติ เลขที่หนังสือเดินทาง ที่อยู่ ภูมิลำเนาประวัติการศึกษา เป็นต้น ซึ่งได้จากการบันทึกรายละเอียดดังกล่าว พร้อมทั้งทวนสอบข้อมูลที่บันทึกลงในสื่อที่ใช้ประมวลผลด้วยระบบคอมพิวเตอร์ ณ วันสิ้นงวดในแต่ละเดือน

7. ข้อมูลนายจ้าง หมายถึง ข้อมูลในส่วนของนายจ้าง ตามแบบคำขออนุญาตการทำงาน (แบบตท.) ได้แก่ชื่อนายจ้างชื่อสถานประกอบการที่ตั้งสถานประกอบการประเภทกิจการ เป็นต้น ซึ่งได้จากการบันทึกรายละเอียดดังกล่าว พร้อมทั้งทวนสอบข้อมูลที่บันทึกลงในสื่อ ที่ใช้ประมวลผลด้วยระบบคอมพิวเตอร์ ณ วันสิ้นงวดในแต่ละเดือน

8. ข้อมูลผลการพิจารณา หมายถึง ข้อมูลในส่วนเจ้าหน้าที่ผู้พิจารณาตามแบบคำขออนุญาตการทำงาน (แบบตท.) ได้แก่ชื่อ นามสกุล ตำแหน่งผลการพิจารณาอนุญาต/ไม่อนุญาต เป็นต้น ซึ่งได้จากการ

บันทึกรายละเอียดดังกล่าว พร้อมทั้งทวนสอบข้อมูลที่บันทึกลงในสื่อที่ใช้ประมวลผลด้วยระบบคอมพิวเตอร์ ณ วันสิ้นงวดในแต่ละเดือน

9. การจัดทำ/ปรับปรุงทะเบียนการทำงานของคนต่างด้าว หมายถึง การบันทึกข้อมูลจากแบบคำขออนุญาตการทำงานได้แก่ ข้อมูลคนต่างด้าว ข้อมูลนายจ้าง ข้อมูลผลการพิจารณา เป็นต้น ลงในโปรแกรมระบบควบคุมการทำงานของคนต่างด้าวได้แก่

9.1 ระบบ Online ใช้กับแบบคำขออนุญาตการทำงานของคนต่างด้าว ตามมาตรา 9 (ทั่วไป) มาตรา 12 และมาตรา 13 (ชนกลุ่มน้อย)

9.2 ระบบสารสนเทศแรงงานต่างด้าวแบบบูรณาการ ใช้กับแบบคำขออนุญาตการทำงานของคนต่างด้าวตามมาตรา 9 (พิสูจน์สัญชาติ) มาตรา 11 (นำเข้า) และมาตรา 13 แรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง 3 สัญชาติ (พม่า ลาว และกัมพูชา)

10. สุขภาวะ⁽¹⁸⁾ หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตและสุขภาพสมบูรณ์ ทั้งทางกาย ทางจิตใจ ทางสังคม และรวมถึงจิตวิญญาณ สุขภาวะที่ดี จึงรวมถึงการได้รับการคุ้มครองและปกป้องสิทธิมนุษยชนพื้นฐาน และไม่ถูกเลือกปฏิบัติด้วยอคติทางชาติพันธุ์ ศาสนา เพศ หรือความเชื่อทางการเมืองด้วยสิทธิสุขภาพและสิทธิประโยชน์บัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ

11. สิทธิด้านสุขภาพ เป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน เป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องได้รับ ไม่ว่ามนุษย์คนนั้นจะอยู่ที่ไหน ไม่ว่าจะมีสถานะทางผิดกฎหมายหรือไม่ก็ตาม

12. บริการด้านสุขภาพ ที่สำคัญได้แก่ บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ บริการด้านการป้องกันและควบคุมโรค และบริการด้านการรักษาพยาบาล

13. บัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ หมายถึง บัตรที่โรงพยาบาลออกให้แก่แรงงานข้ามชาติ 3 สัญชาติ คือ พม่า ลาว และกัมพูชา ที่ประสงค์จะทำงานในประเทศไทย หรือผู้ติดตาม เช่น สามี ภรรยา หรือบุตร ซึ่งผ่านการตรวจสุขภาพและเสียเงินค่าประกันสุขภาพ จำนวน 1,900 บาท แบ่งเป็น ค่าตรวจสุขภาพ 600 บาทและค่าประกันสุขภาพ 1 ปี 1,300 บาท

บทที่ 2

บททวนวรรณกรรม

สถานการณ์ทั่วไปแรงงานข้ามชาติและครอบครัว

แรงงานข้ามชาติจากประเทศพม่า ลาว และกัมพูชาเป็น 3 สัญชาติ ที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยมากที่สุด ส่วนใหญ่งานที่ทำเป็นงานสกปรก ขาดค่าจ้าง และอันตราย และเป็นงานที่ต้องการแรงงานไร้ฝีมือ ซึ่งหากคนไทยมาทำงานได้ยาก หรือหากจ้างคนไทยก็จะต้องจ่ายค่าแรงสูงมาก เช่นงานประมงและงานที่เกี่ยวข้องกับงานประมง ซึ่งในปี 2554 คณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวประเมินว่า แรงงานข้ามชาติ 3 สัญชาติ รวมทั้งครอบครัวมีจำนวนมากถึง 3 ล้านคน ทั้งที่ได้ลงทะเบียนและไม่ได้ลงทะเบียน

สถานการณ์แรงงานข้ามชาติและครอบครัวจากประเทศพม่า ลาว และกัมพูชา ที่ลงทะเบียนรวบรวมโดยสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมจัดหางาน กระทรวงแรงงาน จนถึงเดือนธันวาคม ปี 2553 มีรายละเอียดดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 จำนวนแรงงานต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานคงเหลือทั่วราชอาณาจักร

จำแนกตามลักษณะการเข้าเมืองและประเภทคนต่างด้าว (หน่วยนับ:คน)⁽¹⁹⁾

ภูมิภาค	รวมทั้งสิ้น (คน)	เข้าเมืองถูกกฎหมาย					เข้าเมืองผิดกฎหมาย			
		รวมเข้า เมืองถูก กฎหมาย (คน)	มาตรา 9			มาตรา 11	มาตรา 12	รวมเข้า เมืองผิด กฎหมาย (คน)	มาตรา 13	
			ตลอด ชีพ	ทั่วไป	พิสูจน์ สัญชาติ	นำเข้า MOU	ส่งเสริม การ ลงทุน		ชน กลุ่ม น้อย	มติครม. 3 สัญชาติ พม่า ลาว กัมพูชา
ทั่วราชอาณาจักร	1,300,281	344,686	14,423	70,449	210,044	26,525	23,245	955,595	23,340	932,255
กทม	329,097	160,655	7,306	40,263	99,049	574	13,463	168,442	2,792	165,650
สำนักบริหารแรงงาน ต่างด้าว	159,502	159,502	7,306	39,985	99,049	-	13,162	-	-	-
สจก 1-10	169,595	1,153	-	278	-	574	301	168,442	2,792	165,650
ภูมิภาค	971,184	184,031	7,117	30,186	110,995	25,951	9,782	787,153	20,548	766,605
ปริมณฑล	284,881	50,200	269	5,848	38,012	4,180	1,891	234,681	1,418	233,263
ภาคกลาง	240,393	77,936	1,191	8,077	44,654	17,498	6,516	162,457	2,740	159,717

จากข้อมูลพบว่าการดำเนินการพิสูจน์สัญชาติแรงงานข้ามชาติในปี 2553 มีจำนวนทั้งสิ้น 210,044 คน ซึ่งเพิ่มจำนวนจาก ปี 2552 ที่พิสูจน์สัญชาติได้จำนวน 60,995 คน และมีแรงงานนำเข้าตาม MOU ในปี 2553 จำนวน 26,525 คน เพิ่มจากปี 2552 ซึ่งนำเข้าเพียง 18,883 คน⁽¹⁹⁾

1. ความรู้ความเข้าใจของแรงงานข้ามชาติที่มีประกันสุขภาพ เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์และการรับบริการสุขภาพ

แรงงานข้ามชาติและครอบครัวยังขาดความรู้และความเข้าใจ รวมทั้งไม่ตระหนักถึงสิทธิของตนเองและสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการประกันสุขภาพ แรงงานข้ามชาติและครอบครัวที่จังหวัดสมุทรปราการและสมุทรสาครที่ลงทะเบียนมีทร.38/1 แล้ว มีการตรวจสุขภาพและมีบัตรประกันสุขภาพ ได้รับใบอนุญาตทำงานอย่างถูกต้องแล้ว แต่ไม่สามารถได้รับบัตรต่าง ๆ เหล่านี้ได้ เพราะนายจ้างมักยึดบัตร ทร.38/1 บัตรประกันสุขภาพ รวมทั้งใบอนุญาตทำงานของแรงงานไว้ เพื่อป้องกันไม่ให้แรงงานโยกย้ายไปทำงานยังสถานประกอบการอื่น ทำให้แรงงานไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขต่างๆ ได้โดยสะดวก บางครั้งผู้ที่ไม่มีบัตรนำบัตรประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ที่มีบัตรไปใช้รับบริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลตามสิทธิ เนื่องจากบัตรสุขภาพไม่มีรูปของเจ้าของบัตร ซึ่งขณะนี้แต่ละโรงพยาบาลออกแบบบัตรประกันสุขภาพให้ใช้ในพื้นที่ในความรับผิดชอบเอง ทำให้ไม่สามารถตรวจสอบตัวบุคคลได้ ส่วนแรงงานข้ามชาติที่ตรวจสุขภาพแล้วพบว่ามี⁽²⁰⁾โรคติดเชื้อที่ต้องติดตามรับยารักษาโรคอย่างต่อเนื่อง เช่น วัณโรค พวกนี้ย้ายหนีจากที่ทำงานเดิมและออกไปจากพื้นที่ เนื่องจากเกรงกลัวว่าจะถูกจับส่งตัวกลับประเทศ แรงงานข้ามชาติหญิงที่ตั้งครรภ์จำนวนมากพยายามทำแท้ง หรือยุติการตั้งครรภ์ก่อนที่จะตรวจสุขภาพ บางคนส่งปัสสาวะของเพื่อนที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ไปตรวจ เพราะเกรงกลัวว่าจะถูกส่งตัวกลับบ้านหากถูกตรวจพบที่ตั้งครรภ์ ⁽²¹⁾ทำให้มีอัตราการทำแท้งสูงในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิง รวมทั้งไม่มีการวางแผนครอบครัวอย่างเหมาะสมในกลุ่มนี้ ⁽²²⁾

2. พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของแรงงานข้ามชาติที่มีประกันสุขภาพ และที่ไม่มีประกันสุขภาพและภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

สมพงศ์ สระแก้ว⁽²³⁾ พบว่าแรงงานข้ามชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพจำนวนมาก หากเจ็บป่วยเล็กน้อย มักพยายามที่จะรักษาตนเองมากกว่าไปโรงพยาบาล เพราะยุ่งยาก ต้องรอนาน ใช้เวลามาก ส่วนกลุ่มแรงงานที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ ไปรับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐ เป็นกลุ่มใหญ่ที่มักถูกกล่าวถึงเป็นอย่างมากว่า โรงพยาบาลของรัฐต้องรับภาระค่าใช้จ่าย จากการที่แรงงานข้ามชาติจำนวนมาก ที่ไม่

สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ บางรายต้องนอนรักษาที่โรงพยาบาลเป็นเวลานานหลายเดือน โรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นแสนต่อคน จากการสอบถามแรงงานที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ พบว่า หากเขาไม่ป่วยหนักมาก จะไม่ไปรักษาที่โรงพยาบาล เพราะมีความกลัวเจ้าหน้าที่ตำรวจจับกุมระหว่างเดินทางไป ส่วนใหญ่จึงรักษาพยาบาลที่คลินิกเอกชนใกล้ที่พัก หรือที่ทำงาน หรือหาซื้อยาทานเองดีกว่า จึงมีหมอ ผดุงครรภ์ หรือหมอดำแย หมอนวดแผนโบราณ ในชุมชนของแรงงาน และให้บริการรักษาพยาบาลแก่แรงงานข้ามชาติ ที่หน่วยงานด้านสาธารณสุขของรัฐไม่สามารถเข้าถึงได้ นอกจากนี้ สมพงษ์ สระแก้ว⁽²⁴⁾ ยังรายงานปัญหาแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ ยังขาดความรู้ด้านสุขอนามัยในโรงงาน ทำให้เกิดอุบัติเหตุและเจ็บป่วยจากการทำงาน โดยนายจ้างไม่รับผิดชอบ การใช้บริการสุขภาพ ยังมีแบบแผนดั้งเดิมคือ หากเจ็บป่วยไม่มาก ก็หาซื้อยากินเอง บางส่วนแม้มีบัตรประกันสุขภาพ แต่ไม่ค่อยนิยมไปใช้ เพราะสถานพยาบาลอยู่ไกล ส่วนหญิงแรงงานข้ามชาติที่ตั้งครรภ์ ยังนิยมคลอดกันเองในห้อง หรืออาศัยหมอดำแย หรือหมอพื้นบ้านชาวพม่าดูแลจัดการให้

อดิเรก เร่งมานะวงษ์ และคณะ⁽²⁵⁾ ศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า เมื่อแรงงานข้ามชาติและครอบครัวเจ็บป่วยเล็กน้อย เป็นไข้ ไอ ใช้การซื้อยาแผนปัจจุบัน และซื้อยาชุดกิน ร่วมกับการพักผ่อน โดยการหยุดงานก่อน ในส่วนการเข้าถึงระบบสุขภาพ พบว่า เมื่ออาการเจ็บป่วยไม่หายจึงไปรับบริการที่สถานอนามัย ทั้งที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพใดๆ แต่ก็มิได้เสียค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ แรงงานลาวที่ใช้บริการตรวจการตั้งครรภ์ และคลอดจากโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ เสียค่าใช้จ่ายเพียง 600 บาท และจำนวน 2,800 บาท ตามลำดับ และบางส่วนเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องรับยา แต่ก็มิได้ปฏิบัติตามเหมาะสม เพราะมีวิถีชีวิตที่ต้องไปทำงานรับจ้างต่างถิ่นด้วย ทำให้ไม่ได้กินยาต่อเนื่อง ทั้งนี้ยังพบว่าความเชื่อในการเกิดโรค และการรักษาโรคที่ไม่ถูกต้อง รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษา (ทั้งทางตรงและทางอ้อม) มีผลต่อการปฏิบัติตามและการรักษาโรคของแรงงานข้ามชาติ

3. ปัญหาสุขภาพของแรงงานข้ามชาติและครอบครัว

แรงงานข้ามชาติและครอบครัว อาจมีโรคเฉพาะบางอย่างที่ติดต่อมาจากประเทศต้นทาง ขณะเดียวกันก็ไม่มีภูมิคุ้มกันต่อปัญหาสาธารณสุขเฉพาะในประเทศปลายทาง แรงงานข้ามชาติและครอบครัว ยังคงมีปัญหาอนามัยแม่และเด็ก สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม รวมทั้งกลุ่มที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข และรักษาพยาบาลยังเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อโรคติดต่อ และเป็นแหล่งแพร่เชื้อให้เกิดการระบาดขึ้นในประเทศปลายทางได้

รายงานการศึกษาของกฤตยา อาชวนิชกุล⁽²⁶⁾ พบว่าในโรงพยาบาลที่รับดูแลแรงงานข้ามชาติหลายแห่ง ที่แรงงานข้ามชาติและครอบครัว เป็นกลุ่มที่ใช้บริการคลอดในสัดส่วนสูงที่สุด ขณะเดียวกันยังมีปัญหาจำนวนทารกที่คลอดมีชีวิต เหลือน้อยกว่าจำนวนครั้งของการคลอด ในแรงงานข้ามชาติหญิงและครอบครัว มีอัตราตายของมารดาาระหว่างตั้งครรภ์ และภายใน 42 วันหลังการคลอด คิดเป็น 160 รายต่อการคลอด จำนวน 10,332 ครั้ง คือ 1.5% ปัญหาที่สำคัญอีกเรื่อง คือการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในกลุ่มแรงงานข้ามชาติและครอบครัว ซึ่งพบการตั้งครรภ์ในมารดาที่อายุต่ำกว่า 20 ปี สูงถึง 12% ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด

ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงและครอบครัว สำหรับโรคติดต่อที่พบในแรงงานข้ามชาติ และครอบครัวที่สามารถกระจายไปติดต่อยังคนไทย ได้แก่ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น หวัด ปอดอักเสบ วัณโรคปอด รวมทั้งโรคติดต่อที่นำโดยพาหะต่างๆ เช่น มาเลเรีย โรคเท้าช้าง รวมทั้งโรคที่เกิดจากน้ำและอาหารที่ไม่สะอาด เช่น ท้องร่วง ไข้ไทฟอยด์ โรคบิดมีตัว รวมทั้งโรคผิวหนังต่าง ๆ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่าง ๆ เช่น HIV/AIDS มีการกระจายการติดต่อเพราะการขาดความรู้ความเข้าใจ ในการป้องกันตนเองของกลุ่มที่ขายบริการทางเพศ ซึ่งสำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค ได้วิเคราะห์แนวโน้มของโรคติดต่ออุบัติใหม่ในประเทศไทย ที่มีโอกาสแพร่กระจายในกลุ่มแรงงานข้ามชาติและครอบครัว แสดงในตารางที่ 2.2⁽²⁷⁾

ตารางที่ 2.2 โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีโอกาสแพร่กระจายในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

กลุ่มแรก โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่พบในประเทศไทย	กลุ่มที่ 2 โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีโอกาสแพร่มาจากต่างประเทศ	กลุ่มที่ 3 โรคติดต่ออุบัติซ้ำที่พบในประเทศไทย
● โรคไข้หวัดสายพันธุ์ใหม่ (H1N1) 2009 รวมถึงความเสี่ยงของการระบาดของโรคที่อาจมีความรุนแรงกว่าระลอกแรก ๆ โดยเฉพาะหากเชื้อไวรัสผสมข้ามสายพันธุ์กับเชื้อไข้หวัดนก กลายเป็นเชื้อที่มีความรุนแรงสูงได้ ● โรคไข้หวัดนก จากเชื้อสายพันธุ์ H5N1 ● โรคมือ เท้า ปาก จากเชื้อ Enterovirus 71 ● โรคลีเจียนเนลโลซิส	● ไข้สมองอักเสบนิปาห์ ● ไข้สมองอักเสบเวสต์ไนล์ ● โรคสมองฝ่อแบบใหม่ที่เกิดจากโรคสมองฝ่อในวัว หรือโรควัวบ้า ● ไข้เลือดออกอีโบลา, ไข้เลือดออกมาร์บวร์ก ● โรคที่อาจเข้ามากับสัตว์ เช่น โรคฝีดาษลิง ฯลฯ ● โรคติดเชื้อจากการใช้อาหารชีวภาพเช่น โรคแอนแทรกซ์, ไข้ทรพิษ กาฬโรค ฯลฯ	● โรคไข้กาฬหลังแอ่นจากเชื้อสายพันธุ์ใหม่ เช่น sero group W135 และสายพันธุ์อื่นๆ ที่อาจเข้ามากับแรงงานต่างด้าว ● โรคตาแดงจากเชื้อไวรัส EV70, Coxsackie A24, Adenovirus ฯลฯ

4. การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในแรงงานข้ามชาติและครอบครัว และการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ (ARV)

อภิชาติ จำรัสฤทธิ์รงค์, วาทีณี บุญชะลิกย์⁽²⁸⁾ รายงานผลการประเมินเรื่องการป้องกันการติดเชื้อ

HIV/AIDS ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติและครอบครัวในประเทศไทย พบว่า ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ HIV/AIDS รวมทั้งทัศนคติที่เหมาะสมที่จะช่วยลดความเสี่ยงในกลุ่มนี้ อยู่ในระดับสูงในปี 2547 และความรู้ ทัศนคติเพิ่มสูงขึ้นมากในปี 2551 โดยเฉพาะความรู้ในการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์เพื่อป้องกัน โรคเอดส์ ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ทำงานประมง เพิ่มจาก 79% เป็น 89% ในเพศชาย และ เพิ่มจาก 76% เป็น 95% ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติและครอบครัวเพศหญิงในจังหวัดฉะเชิงเทรา

นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เปลี่ยนแปลงไป แรงงานข้ามชาติ และครอบครัว โดยมีการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประจำจาก 1.6% เพิ่มขึ้นเป็น 7% และ ใช้ถุงยางอนามัย กับคู่นอนชั่วคราวเพิ่มจาก 42% เป็น 90% รวมทั้งการใช้ถุงยางอนามัยกับหญิงบริการทางเพศ เพิ่มขึ้นจาก 91% เป็น 97% ในส่วนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และ HIV/AIDS เพิ่มขึ้นจาก 56% เป็น 85% ซึ่งมีหลักฐานปรากฏชัดเจนว่า อุบัติการณ์ของโรคติดเชื้อ จากเพศสัมพันธ์ในกลุ่มแรงงาน ข้ามชาติและครอบครัวที่เป็นเพศชาย ลดลงจาก 2.7% เหลือ 1.2% แต่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยในกลุ่มแรงงานข้าม ชาติและครอบครัวที่เป็นเพศหญิง รายงานนี้ชี้ให้เห็นว่ามีหลักฐานชัดเจนว่า แรงงานข้ามชาติสามารถเข้าถึง บริการป้องกันโรค และบริการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น ภายใต้โครงการฟ้ามิตร และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นมี ความสัมพันธ์กับกิจกรรมของโครงการดังกล่าว อย่างไรก็ตามในขณะที่ประเมินยังมีข้อมูลไม่เพียงพอที่จะ ประเมินการเข้าถึงบริการยา ARV ของกลุ่มแรงงานข้ามชาติและครอบครัวที่มีการติดเชื้อ HIV/AIDS

5. นโยบายและกฎเกณฑ์ต่างๆ ที่ใช้ในการควบคุมแรงงานข้ามชาติและครอบครัว

แรงงานข้ามชาติจากประเทศพม่า ลาว และกัมพูชา ที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยนั้น ผ่าน ชายแดนเข้าเมืองมาโดยผิดกฎหมาย ทั้งไม่มีหลักฐานแสดงตัวตน ไม่มี VISA อนุญาตให้เข้าประเทศไทย โดยถูกกฎหมาย ดังนั้นการอนุญาตให้เข้ามาทำงานชั่วคราวในประเทศไทยได้นั้น ต้องให้คณะกรรมการมี มติอนุมัติต่อไป ซึ่งดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2535 การที่นโยบายเรื่องนี้มีการเปลี่ยนแปลงปีต่อปี ขึ้นอยู่กับ สภาพเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งการเมืองของประเทศในช่วงนั้น ๆ โดยมีตัวขับเคลื่อนหลักที่จะผลักดัน ให้มีนโยบายแรงงานข้ามชาติ เปลี่ยนทิศทางไปคือแรงผลักดันด้านความมั่นคง และแรงผลักดันด้าน เศรษฐกิจ ทำให้นโยบายเปลี่ยนกลับไปมาระหว่าง 2 ขั้วนี้ ในส่วนแรงผลักดันด้านสาธารณสุขและสิทธิ มนุษยชนนั้น ไม่มีความสำคัญมากนัก แต่เป็นเพียงส่วนสนับสนุนนโยบายแรงงานข้ามชาติเท่านั้น⁽³⁰⁾

ในปี 2547 รัฐบาลไทย เริ่มมีการดำเนินการแก้ไขปัญหาแรงงานไร้ฝีมือไม่เพียงพอในประเทศ ร่วมกันกับการแก้ไขปัญหาแรงงานข้ามชาติหลบหนีเข้าเมืองผิดกฎหมายอย่างเป็นระบบ โดยกระทรวง แรงงาน หน่วยงานด้านความมั่นคงต่างๆ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ได้พัฒนา ยุทธศาสตร์บูรณาการให้ครอบคลุมประเด็นด้านความมั่นคง เศรษฐกิจ รวมทั้งด้านสุขภาพและสิทธิ มนุษยชน เพื่อใช้ในการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติทั้งระบบ การดำเนินงานครอบคลุมการลงทะเบียน แรงงานข้ามชาติ และครอบครัวที่กระทรวงมหาดไทย เพื่อรับ ใบพร. 38/1 จากนั้นก็มีการตรวจสุขภาพ และ

จัดให้มีบัตรประกันสุขภาพโดยกระทรวงสาธารณสุข แล้วจึงขอใบอนุญาตทำงานเป็นเวลา 1 ปีจากกระทรวงแรงงานได้ แรงงานข้ามชาติและครอบครัวก็ได้รับอนุญาตให้อยู่และทำงานในประเทศไทยได้เป็นเวลา 1 ปี กิจกรรมทั้งหมดนี้เป็นไปเพื่อเปลี่ยนแปลงแรงงานข้ามชาติและครอบครัว เข้าเมืองผิดกฎหมายให้กลายเป็นถูกกฎหมายชั่วคราว ระยะต่อมานโยบายบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติ 3 สัญชาตินี้พัฒนาไปถึงการผลักดันให้แรงงานข้ามชาติและครอบครัว ได้ผ่านการพิสูจน์สัญชาติจากประเทศต้นทาง และให้ได้รับหนังสือเดินทางชั่วคราวเพื่อเข้าประเทศไทย โดยกระทรวงต่างประเทศของไทยจะอำนวยความสะดวกในการอนุญาตให้ VESA เข้ามาทำงานในประเทศไทยได้ ซึ่งจะทำให้แรงงานข้ามชาติและครอบครัวกลายเป็นกลุ่มที่เข้าเมืองถูกกฎหมายโดยสมบูรณ์

นอกจากนี้ยังมีการทำความตกลงระหว่างประเทศ (Memorandum Of Understanding: MOU) แบบทวิภาคี ระหว่างประเทศไทยกับประเทศลาว ประเทศไทยกับประเทศกัมพูชา และประเทศไทยกับประเทศพม่า เพื่อช่วยจัดหาแรงงานไร้ฝีมือในประเทศเหล่านี้ และสนับสนุนให้ได้รับหนังสือเดินทางและ VESA โดยสะดวกและนำเข้ามาทำงานในประเทศไทยอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ในการจัดการระบบบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติทั้งระบบ มีคณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าว ซึ่งประกอบด้วยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกส่วนทำหน้าที่ในการพัฒนานโยบาย และเสนอให้คณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัตินโยบายและการดำเนินการ แบบปีต่อปี นโยบายบูรณาการที่สมดุล ทำให้มีแรงงานข้ามชาติและครอบครัว ลงทะเบียนรับใบทร. 38/1 ถึง 1,284,920 คน⁽³¹⁾ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการดำเนินการต้องให้คณะรัฐมนตรี มีมติเห็นชอบปีต่อปี จึงเป็นโอกาสที่หน่วยงานต่าง ๆ จะผลักดันนโยบายบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติให้เน้นหนักในด้านความมั่นคงหรือด้านเศรษฐกิจ ตามที่เห็นความสำคัญในแต่ละปี กลับทำให้มีการดำเนินการตรงข้ามกัน และเป็นการยากที่จะทำให้เกิดความสมดุลโดยเฉพาะด้านสาธารณสุข และสิทธิมนุษยชน ซึ่งไม่มีอำนาจผลักดันใดๆ หลังปี 2547 นโยบายรัฐบาลค่อย ๆ ถูกผลักดันไปในทิศทางที่เน้นความมั่นคงเป็นหลัก ทำให้นโยบายการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติและครอบครัวถูกจำกัดการลงทะเบียน ในที่สุดครอบครัวแรงงานข้ามชาติก็ไม่ได้ได้รับอนุญาตให้ลงทะเบียนต่อไป⁽³²⁾ หลังปี 2549 นโยบายบริหารจัดการแรงงานต่างด้าวหันไปมุ่งเน้นด้านความมั่นคงเต็มที่⁽³³⁾ ทำให้เกิดแรงงานข้ามชาติลงทะเบียนน้อยลง เนื่องจากข้อจำกัดต่างๆ จนเหลือน้อยกว่า 500,000 คน ขณะที่แรงงานข้ามชาติและครอบครัวที่ไม่ได้ลงทะเบียน มีสัดส่วนเพิ่มขึ้น และกลับยิ่งทำให้เกิดปัญหาด้านความมั่นคง เศรษฐกิจ สาธารณสุขและสิทธิมนุษยชนมากขึ้น รวมทั้งการค้ำมนุษย์และเปิดช่องให้มีการติดสินบนในระบบอีกด้วย

6. มติคณะรัฐมนตรีเรื่องการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติและครอบครัว

คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบกับขั้นตอนดำเนินการทั้งหมด ประกอบด้วย การลงทะเบียนแรงงานข้ามชาติและครอบครัวที่กระทรวงมหาดไทย โดยเสียค่าลงทะเบียนทำบัตร 100 บาท จากนั้นก็ตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ 1 ปีในอัตรา 600 บาทและ 1,300 บาท โดยกระทรวงสาธารณสุข จากนั้นแรงงานข้ามชาติจะนำไปรับรองแพทย์ที่ได้จากการตรวจสุขภาพ ไปขอใบอนุญาตทำงานเป็นเวลา 1 ปี โดยมีค่าธรรมเนียม 3,800 บาท⁽³⁴⁾ คณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าว (กปร.) เสนอให้เปลี่ยนแรงงานข้ามชาติเข้าเมืองผิดกฎหมาย ที่ลงทะเบียนแล้วถูกกฎหมายชั่วคราวหรือถึงถูกกฎหมาย ให้กลายเป็นถูกกฎหมาย

อย่างแท้จริง โดยให้มีการสมัครใจตรวจสอบพิสูจน์สัญชาติโดยประเทศต้นทาง คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบกับการดำเนินการนี้ ตั้งแต่ปี 2552 แต่การดำเนินการพบปัญหาอุปสรรค โดยเฉพาะกับประเทศพม่า ซึ่งให้ความร่วมมืออย่างจำกัด ทำให้มีแรงงานข้ามชาติจำนวนน้อยที่ได้รับการตรวจสอบพิสูจน์สัญชาติ อย่างไรก็ตามในปี 2553 คณะรัฐมนตรี ได้เห็นชอบและมีมติให้ปรับเปลี่ยนแรงงานข้ามชาติที่ลงทะเบียนแล้ว บังคับให้ผ่านการพิสูจน์สัญชาติในที่สุด

การพิสูจน์สัญชาติโดยประเทศต้นทาง⁽³⁵⁾

การดำเนินการพิสูจน์สัญชาติโดยประเทศพม่า ลาว และกัมพูชา มีความแตกต่างกันไปตามกฎหมายของแต่ละประเทศ และค่าธรรมเนียมที่กำหนดขึ้นในแต่ละประเทศ ประเทศลาวต้องการแบบขอรับรองรับการพิสูจน์สัญชาติ ใบอนุญาตทำงาน ใบทร. 38/1 และใบเสร็จรับเงินค่าใบอนุญาตทำงานในประเทศไทย รูปถ่ายของแรงงานข้ามชาติที่ขอรับการพิสูจน์สัญชาติ และค่าธรรมเนียมเพื่อเริ่มการพิสูจน์สัญชาติอีก 2,500 บาท ประเทศกัมพูชาต้องการบัตรประชาชนของประเทศกัมพูชา (country's Certificate Identification : CI) ใบอนุญาตทำงานในประเทศไทย หรือ บัตรทร. 38/1 ใบเสร็จรับเงินค่าใบอนุญาตทำงานในประเทศไทย รูปถ่ายของแรงงานข้ามชาติ และเงินค่าธรรมเนียมเพื่อเริ่มการพิสูจน์สัญชาติอีก 2000 บาท ประเทศพม่าต้องการเอกสารทางการของพม่า ใบอนุญาตทำงานในประเทศไทย หรือบัตรทร. 38/1 และใบเสร็จค่าใบอนุญาตทำงานในประเทศไทยในปีนั้น รูปถ่ายของแรงงานข้ามชาติ และเงินค่าธรรมเนียมเพื่อเริ่มการพิสูจน์สัญชาติอีก 100 บาท (3000 Kyat) หลังจากนั้นนายจ้างจะพาแรงงานข้ามชาติ ที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติแล้วไปขอ VESA ซึ่งกระทรวงต่างประเทศจะขอเอกสารของนายจ้าง และเอกสารของลูกจ้างหลายฉบับ และมีค่าธรรมเนียมในการขอ VESA L-A จำนวน 500 บาท หลังผ่านขั้นตอนทั้งหมดนี้แล้ว แรงงานข้ามชาติจะต้องเริ่มขอใบอนุญาตทำงานใหม่ สำหรับแรงงานข้ามชาติเข้าเมืองถูกกฎหมาย ที่กรมจัดหางาน กระทรวงแรงงานใหม่อีกครั้งหนึ่ง

7. บันทึกข้อตกลงความเข้าใจในการนำเข้าแรงงานข้ามชาติอย่างถูกต้องตามกฎหมาย⁽³⁶⁾

นายจ้างไทยที่ต้องการนำเข้าแรงงานข้ามชาติอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ตามบันทึกข้อตกลงความเข้าใจดังกล่าว ต้องร้องขอที่กรมจัดหางาน เพื่อให้ได้รับใบอนุญาตให้นำเข้าแรงงานข้ามชาติ เอกสารจะต้องระบุชื่อบริษัทส่งออกแรงงานจากประเทศต้นทาง ว่าเป็นบริษัทที่จัดหาแรงงานให้ หลังจากเสร็จสิ้นการส่งเอกสาร กรมจัดหางานจะดำเนินการส่งเอกสารร้องขอ ไปยังสถานทูตของประเทศต้นทาง โดยเอกสารส่งต่อไปยังกระทรวงแรงงานในประเทศต้นทาง กระทรวงแรงงานในประเทศต้นทาง จะติดต่อบริษัทจัดหาแรงงานที่ระบุไว้ในเอกสาร เพื่อเตรียมรายชื่อแรงงาน และเตรียมขั้นตอนในการขออนุมัติเดินทางออกนอกประเทศ เพื่อมาทำงานในประเทศไทย แล้วจึงติดต่อกลับมายังนายจ้างไทยที่ร้องขอ นำเข้าแรงงานข้ามชาติ นายจ้างจะส่งรายชื่อแรงงานไปยังกรมจัดหางานเพื่อให้อนุมัติแรงงานข้ามชาติเหล่านี้ให้มาทำงานในประเทศไทยได้ เมื่อกรมจัดหางานอนุมัติแล้วก็จะประสานงานไปยังสถานทูตไทยในประเทศต้นทาง เพื่ออนุมัติ Non-Emigrant VESA L-A สำหรับแรงงานข้ามชาติที่ได้รับอนุมัติ หลังจากนั้นนายจ้างจึงจะเดินทางไปรับแรงงานข้ามชาติเหล่านี้ เข้ามาในประเทศไทยได้ ซึ่งนายจ้างต้องนำแรงงานไป

ตรวจสอบสภาพที่โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภายใน 3 วัน ก่อนที่จะนำไปขอใบอนุญาตทำงานในประเทศไทยได้

8. ประกันสังคมและสิทธิประโยชน์และหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พระราชบัญญัติประกันสังคมปีพ.ศ. 2533 ⁽³⁷⁾ มาตรา 4, 5 กำหนดกลุ่มลูกจ้างที่ไม่ถูกคุ้มครองตามพระราชบัญญัตินี้ว่า

มาตรา 4 พระราชบัญญัตินี้ไม่ใช้บังคับแก่

- (1) ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราวรายวัน และลูกจ้างชั่วคราวรายชั่วโมงของราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค และราชการส่วนท้องถิ่น ยกเว้นลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน
- (2) ลูกจ้างของรัฐบาลต่างประเทศหรือองค์การระหว่างประเทศ
- (3) ลูกจ้างของนายจ้างที่มีสำนักงานในประเทศ และไปประจำทำงานในต่างประเทศ
- (4) ครูหรือครูใหญ่ของโรงเรียนเอกชนตามกฎหมายว่าด้วยโรงเรียนเอกชน
- (5) นักเรียน นักเรียนพยาบาล นิสิตหรือนักศึกษาหรือแพทย์ฝึกหัดซึ่งเป็นลูกจ้างของโรงเรียน มหาวิทยาลัย หรือโรงพยาบาล
- (6) กิจการหรือลูกจ้างอื่นตามที่กำหนดในพระราชกฤษฎีกา

มาตรา 5 ในพระราชบัญญัตินี้

“ลูกจ้าง” หมายความว่า ผู้ซึ่งทำงานให้นายจ้าง โดยรับค่าจ้างไม่ว่าจะเรียกชื่ออย่างไร แต่ไม่รวมถึงลูกจ้าง ซึ่งทำงานเกี่ยวกับงานบ้านอันมิได้มีการประกอบธุรกิจรวมอยู่ด้วย

และในพระราชกฤษฎีกาพระราชกฤษฎีกากำหนดลูกจ้างตามมาตรา 4 (6) แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 พ.ศ. 2545⁽³⁸⁾ได้กำหนดไว้ในมาตรา 4 ว่า

มาตรา 4 ให้ลูกจ้างต่อไปนี้เป็นลูกจ้างตามมาตรา 4 (6) แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

- (1) ลูกจ้างของเนติบัณฑิตยสภา
- (2) ลูกจ้างของสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์
- (3) ลูกจ้างของสภาอากาศไทย
- (4) ลูกจ้างของรัฐวิสาหกิจตามกฎหมายว่าด้วยแรงงานรัฐวิสาหกิจสัมพันธ์
- (5) ลูกจ้างของกิจการเพาะปลูก ประมง ป่าไม้ และเลี้ยงสัตว์ ซึ่งมีได้ใช้ลูกจ้างตลอดปีและไม่มีงานลักษณะอื่นรวมอยู่ด้วย
- (6) ลูกจ้างของนายจ้างที่จ้างไว้เพื่อทำงานอันมีลักษณะเป็นครั้งคราว เป็นการจร หรือเป็นไปตามฤดูกาล
- (7) ลูกจ้างของนายจ้างที่เป็นบุคคลธรรมดา ซึ่งงานที่ลูกจ้างทำนั้นมิได้มีการประกอบธุรกิจรวมอยู่ด้วย
- (8) ลูกจ้างของนายจ้างซึ่งประกอบการค้าหรือการค้าแฝงลอย

ดังนั้นกฎหมายจึงกำหนดให้ความคุ้มครองเฉพาะลูกจ้างในระบบเท่านั้น มิได้หมายรวมถึงลูกจ้างนอกระบบแต่อย่างใด ในขณะที่แรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่ถูกนำเข้ามาทำงานในกิจการประมง ประมงต่อเนื่องและการเกษตร รวมทั้งทำงานบ้านเป็นจำนวนมาก แรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่จึงไม่สามารถเข้าสู่ระบบประกันสังคมและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายได้

สิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตน ได้ถูกกำหนดไว้ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2537 และ (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2542 ภายใต้การดำเนินงานของสำนักงานประกันสังคม ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐเป็นส่วนราชการในสังกัดกระทรวงแรงงาน เป็นองค์กรที่มีอำนาจหน้าที่ ดูแลรับผิดชอบเกี่ยวกับการให้ความช่วยเหลือหรือสงเคราะห์ต่อผู้ประกันตน ในกรณีของการประกันสังคม รวม 7 กรณี คือ (1)กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยนอกงาน (2)กรณีทุพพลภาพ (3)กรณีคลอดบุตร (4)กรณีตาย (5)กรณีสงเคราะห์บุตร (6)กรณีชราภาพ และ (7)กรณีว่างงาน

ผู้ประกันตนซึ่งเข้าประกันตนในครั้งแรก ต้องส่งเงินสมทบกองทุนประกันสังคมจำนวนหนึ่งก่อน จึงจะมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนจากการเจ็บป่วย ทั้งนี้ขึ้นกับว่าประเทศไหนจะกำหนดเงื่อนไขอย่างไร แต่ส่วนใหญ่จะกำหนดเอาไว้ที่ 3 งวดหรือ 3 เดือน กรณีว่างงานจะมีสิทธิ เมื่อจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน โดยช่วง 6 เดือนที่จ่ายเงินสมทบนี้ ถ้าไม่ติดต่อกันเมื่อรวมระยะเวลาทั้งหมดแล้ว ต้องอยู่ภายในระยะเวลา 15 เดือนก่อนการว่างงาน

ลูกจ้างที่จะได้ประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้ว ไม่น้อยกว่า 15 ปี (ไม่ว่าระยะเวลา 15 ปีนั้น จะติดต่อกันหรือไม่ก็ตาม) และลูกจ้างต้องมีอายุครบ 55 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

เงินสงเคราะห์บุตร เมื่อมีการประกาศให้ประโยชน์ทดแทน กรณีสงเคราะห์บุตรแล้วลูกจ้างที่ได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี จะมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนเป็นการสงเคราะห์บุตรไม่เกิน 2 คน

ประกันสังคมไม่ครอบคลุมการบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจากการทำงาน เพราะมีกองทุนทดแทนแรงงานทำหน้าที่คุ้มครอง กรณีบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจากการทำงานอยู่แล้ว ซึ่งกองทุนนี้จะจ่ายโดยนายจ้าง นอกจากนี้ทั้งประกันสังคม และกองทุนทดแทนแรงงาน ยังไม่คุ้มครองไปถึงสิทธิการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอีกด้วย

พระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติปีพ.ศ. 2545⁽³⁹⁾ กำหนดไว้ในมาตรา 5 ว่า “บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัตินี้” ทั้งนี้ มิได้มีการกำหนดนิยาม “บุคคล” ไว้ในพระราชบัญญัตินี้แต่อย่างใด

เมื่อพิจารณา สถานะบุคคล ในความหมายของรัฐไทย พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร⁽⁴⁰⁾

อธิบายว่า ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยภูมิลำเนา ทำให้ประชากรในรัฐไทยถูกจำแนกออกเป็น 2 ลักษณะ คือ บุคคลที่มีตั้งบ้านเรือนในประเทศไทย “ย่อมมีสถานะเป็นผู้มีภูมิลำเนาตามกฎหมายเอกชนในประเทศไทย” ในขณะที่ประชากรที่ไม่มีบ้านเรือนในประเทศไทย “ย่อมไม่มี” สถานะเป็นผู้มีภูมิลำเนาตาม

กฎหมายเอกชนในประเทศไทย กฎหมายว่าด้วยการทะเบียนราษฎรในประเทศไทยในราว พ.ศ.2542 ทำให้ประชากรในรัฐไทยถูกจำแนกออกเป็นบุคคลที่ได้รับการบันทึกชื่อในทะเบียนบุคคลของรัฐ ซึ่งทำให้มีสถานะเป็น “บุคคลที่มีรัฐให้ความคุ้มครอง” หรือมักเรียกสั้นๆ ได้ว่า “คนมีรัฐ” และ บุคคลที่ไม่ได้รับการบันทึกชื่อในทะเบียนบุคคลของรัฐ ซึ่งทำให้มีสถานะเป็น “บุคคลที่ไม่ได้รับความคุ้มครองจากรัฐ” หรือที่มักเรียกสั้นๆ ว่า “คนไร้รัฐ (Stateless)” กฎหมายว่าด้วยสิทธิในสัญชาติไทยในประเทศไทยในราว พ.ศ.2554 ทำให้ประชากรในรัฐไทยถูกจำแนกออกเป็น บุคคลที่ได้รับรองว่ามีสิทธิในสัญชาติไทยแล้ว ก็ย่อมมีสถานะเป็น “คนสัญชาติไทย” และ (2) บุคคลที่ไม่ได้รับรองว่ามีสิทธิในสัญชาติไทยแล้ว ก็ย่อมมีสถานะเป็น “คนต่างด้าว”

ในราชดำเนิรเสนา 18/2552 เรื่อง “คนไร้รัฐกับการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ” เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2552 ณ สมาคมนักข่าวนักหนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทย⁽⁴¹⁾ รองเลขาธิการคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (นพ.ประทีป ธนกิจเจริญ) ยอมรับว่า พระราชบัญญัติ(พรบ.) หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ยังติดขัดในเรื่องนี้ แต่กลุ่มแรงงานข้ามชาติ พม่า กัมพูชา ลาว คนเหล่านี้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาล โดยนายจ้างออกค่าใช้จ่าย (หมายถึง ระบบบังคับให้มีบัตรประกันสุขภาพโดยกระทรวงสาธารณสุข) ขณะเดียวกันแม้ว่าคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้มีมติว่า คนทุกคนในราชอาณาจักรไทยต้องได้รับสิทธิการรับการรักษาพยาบาล ซึ่งในปี 2552 ได้เสนอคณะรัฐมนตรีแล้ว ซึ่งคณะรัฐมนตรีเห็นชอบในหลักการ แต่ก็ยังมีปัญหาที่สำนักงานประมาณ เห็นว่า เรื่องดังกล่าวอาจขัดต่อรัฐธรรมนูญ ทำให้ต้องถอนออกก่อน ในภาพรวมระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงยังไม่สามารถคุ้มครองแรงงานข้ามชาติเหล่านี้ได้ เว้นแต่จะมีการแก้ไขกฎหมายในภาพรวม

9. การจัดระบบบริการสาธารณสุขให้แรงงานข้ามชาติและครอบครัว

9.1 ระบบบังคับให้มีบัตรประกันสุขภาพโดยกระทรวงสาธารณสุข

มติคณะรัฐมนตรีอนุญาตให้แรงงานพม่าเข้ามาทำงานในประเทศไทยได้ มีมาตั้งแต่ปี 2535 และเริ่มอนุญาตให้แรงงานทั้ง 3 สัญชาติเข้ามาทำงานในประเทศไทยได้ ตั้งแต่ปี 2539 เป็นต้นมา โดยให้จ่ายค่าบัตรประกันสุขภาพจำนวน 500 บาท⁽²⁹⁾ และมติคณะรัฐมนตรีกำหนดให้แรงงานข้ามชาติ ที่ต้องการใบอนุญาตทำงานชั่วคราวในประเทศไทย จะต้องผ่านการลงทะเบียนโดยกระทรวงมหาดไทย และผ่านการตรวจสุขภาพและมีบัตรประกันสุขภาพโดยกระทรวงสาธารณสุขเสียก่อน⁽⁴²⁾ กระทรวงสาธารณสุขจึงมีหน้าที่ดังต่อไปนี้

- ตรวจสุขภาพแรงงานข้ามชาติและครอบครัว ที่ผ่านการลงทะเบียนจากกระทรวงมหาดไทยแล้ว
- จัดบริการสาธารณสุขและบริการรักษาพยาบาล
- จัดบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค

- เฝ้าระวังโรคติดต่อ

ถึงแม้ว่า คณะรัฐมนตรีจะมีมติให้กระทรวงสาธารณสุข ดูแลแรงงานข้ามชาติเฉพาะกลุ่มที่ลงทะเบียนแล้ว แต่กระทรวงสาธารณสุขก็ยังมีหน้าที่ตามภารกิจของกระทรวง ในการป้องกันโรคติดต่อจากแรงงานข้ามชาติและครอบครัวที่ไม่ได้ลงทะเบียน และตามพระราชบัญญัติสาธารณสุข⁽⁴³⁾ และยังไม่สามารถปฏิเสธการให้บริการรักษาพยาบาลแก่คนทุกคนที่เจ็บป่วย หรือบาดเจ็บและต้องการความช่วยเหลือซึ่งเป็นไปตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล⁽⁴⁴⁾ ดังนั้นในทางปฏิบัติโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจึงต้องให้บริการตรวจสอบสุขภาพ และจัดหาบัตรประกันสุขภาพให้แรงงานข้ามชาติและครอบครัวที่ไม่มีบัตรแต่สมัครใจตรวจสอบสุขภาพและต้องการบัตรประกันสุขภาพด้วย

สมพงษ์ สระแก้ว⁽⁴⁵⁾ พบว่าจังหวัดสมุทรสาคร มีแรงงานข้ามชาติที่มีบัตรพร.38/1 และผ่านการตรวจสอบสุขภาพแล้ว รวมทั้งได้รับใบอนุญาตทำงานชั่วคราว แต่หลบเลี่ยงการซื้อบัตรประกันสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยจึงไม่สามารถใช้สิทธิรักษาพยาบาลได้

10. ระบบการเงินการคลังสาธารณสุข

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ⁽⁷⁾ ได้ศึกษาระบบการเงินการคลังสาธารณสุขสำหรับแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย พบว่าระบบบังคับให้มีบัตรประกันสุขภาพ โดยกระทรวงสาธารณสุข (compulsory Migrant Health Insurance : CMHI) เป็นระบบหลักในการดูแลแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย อย่างไรก็ตามแนวโน้มระบบนี้จะลดความสำคัญลง เนื่องจากจำนวนแรงงานข้ามชาติที่ลงทะเบียนลดจำนวนลง หลังปี 2549 ซึ่งเน้นความมั่นคงเป็นหลัก ขณะที่โรงพยาบาลพยายามเก็บเงินจากแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ ที่เจ็บป่วยเข้ามาใช้บริการ ระบบบังคับให้มีการประกันสุขภาพโดยกระทรวงสาธารณสุข เป็นระบบที่กระทรวงสาธารณสุขพัฒนาขึ้น เพื่อลดภาระด้านการเงินในการดูแลแรงงานข้ามชาติ โดยโรงพยาบาลของรัฐ ระบบนี้ประสบความสำเร็จจากการให้บริการรักษาพยาบาลแรงงานข้ามชาติและครอบครัว ควบคู่กับการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคให้กับแรงงานข้ามชาติและครอบครัว อย่างไรก็ตามประเด็นที่ผู้กำหนดนโยบาย ให้ความสำคัญคือมุ่งเน้นไปที่การหาแหล่งงบประมาณเพิ่มให้แก่โรงพยาบาลของรัฐให้เพียงพอมากกว่า ที่จะเน้นการจัดหางบประมาณมาดูแลแรงงานข้ามชาติให้เพียงพอ

ปัจจุบันประเทศไทยสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคุ้มครองคนไทยทุกคน โดยให้คนไทยอยู่ในระบบประกันสุขภาพระบบใดระบบหนึ่ง โดยมีกลไกการจ่ายเงินเฉพาะตามแต่ละระบบ และรัฐไม่ต้องรับผิดชอบนอกเหนือจากนั้น ด้วยวิธีการเช่นนี้ทำให้โรงพยาบาลต่าง ๆ มีหน้าที่ต้องรับผิดชอบการเงินการคลังทั้งหมด สำหรับโรงพยาบาลที่มีทรัพยากรจำกัด มีปัญหาในการจัดหาทรัพยากรมาดูแลแรงงานข้ามชาติและครอบครัวที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ

11. สมรรถภาพของระบบบังคับให้มีบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

รายงานการศึกษานี้พบว่า แรงงานข้ามชาติเข้าถึงบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ทั้งผู้ป่วยนอก

และผู้ป่วยใน อย่างไรก็ตามการใช้บริการผู้ป่วยนอกของแรงงานข้ามชาติยังต่ำกว่า การใช้บริการของคนไทยในระบบประกันสังคม และประกันสุขภาพถ้วนหน้า แรงงานข้ามชาติยังคงซื้อการรักษาตนเอง แม้ว่าจะมีบัตรประกันสุขภาพก็ตาม ขณะที่บริการผู้ป่วยในของแรงงานข้ามชาติใช้สิทธิ ใกล้เคียงกับคนไทยในระบบประกันสังคมและประกันสุขภาพถ้วนหน้า แรงงานข้ามชาติยังได้ประโยชน์จากระบบการส่งต่อและบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงอีกด้วย แรงงานข้ามชาติและครอบครัวได้รับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ไม่ว่าจะเป็นบัตรหรือไม่มีบัตรประกันสุขภาพ วัคซีนไข้วัดมองอีกเสบ และวัคซีนดับอีกเสบไวรัสปีนั้น ไม่ได้คิดให้แก่เด็กที่เป็นบุตรแรงงานข้ามชาติทุกคน อาจเป็นเพราะวัคซีนมีราคาแพง และยังไม่สามารถสรุปได้แน่ชัดว่าการฉีดวัคซีนให้แก่เด็กทุกคน มีผลกระทบทางระบาดวิทยา อย่างไรก็ตามหากต้องการควบคุมโรคทั้งสองอย่างมีประสิทธิภาพ ก็ควรจะฉีดวัคซีนทั้งสองนี้ให้ครอบคลุมเด็กข้ามชาติด้วยเช่นกัน บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคบางส่วนในบางจังหวัด ได้รับการสนับสนุนทรัพยากรบางส่วนจากองค์กรระหว่างประเทศและองค์กรเอกชน

การใช้บริการเพิ่มขึ้นของแรงงานข้ามชาติ ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ของโรงพยาบาลตามสิทธิเพิ่มขึ้น แต่ค่าใช้จ่ายนี้ก็ยังไม่สูงเกินกว่าค่าบัตรประกันสุขภาพ ปัญหาคือแรงงานข้ามชาติและครอบครัวที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ มาใช้บริการรักษาพยาบาลทำให้มีภาระค่าใช้จ่ายสำหรับทั้ง 2 กลุ่ม สูงเกินกว่าค่าประกันสุขภาพที่เก็บได้ในปี 2548 ความเพียงพอของเงินที่เก็บได้จากค่าบัตรประกันสุขภาพ กับค่ารักษาพยาบาลแรงงานข้ามชาติทั้งกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพ และกลุ่มที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ แตกต่างไปตามบริบทในแต่ละจังหวัด ในจังหวัดชายแดนพบว่าสัดส่วนของแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มที่มีบัตรมาก เพราะมีชาวต่างชาติข้ามชายแดนเข้ามารักษาในประเทศไทย

การบริหารจัดการระบบ โดยเฉพาะธรรมาภิบาลของระบบนี้ควรได้รับการพิจารณาเกี่ยวกับประเด็นผลประโยชน์ทับซ้อน เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขเป็นทั้งผู้ให้บริการ และผู้ซื้อบริการในระบบนี้ โดยมีโรงพยาบาลเอกชนเพียงแห่งเดียวในจังหวัดสมุทรสาคร ที่ร่วมให้บริการแรงงานข้ามชาติในระบบนี้ การที่กีดกันโรงพยาบาลเอกชนไม่ให้เข้าร่วมให้บริการ เป็นการจำกัดโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ นอกจากนี้ยังมีปัญหาในการกำกับและประเมินผล เนื่องจากการส่งรายงานจากจังหวัดต่าง ๆ มายังกระทรวงสาธารณสุขลดน้อยลง ดังนั้นการวางระบบการจัดซื้อบริการให้ดีขึ้น รวมทั้งการกำกับติดตามประเมินผล และพัฒนาระบบข้อมูลให้ดีขึ้นเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญ

12. ข้อเสนอแนะและคำแนะนำจากองค์กรระหว่างประเทศ IOM

ข้อเสนอแนะและคำแนะนำจากการทบทวนวรรณกรรม *ข้อเสนอแนะจาก IOM⁽⁴⁾ ประกอบด้วย*

(1) พัฒนาระบบข้อมูลของกระทรวงมหาดไทย กระทรวงต่างประเทศ กระทรวงแรงงาน รวมทั้งบูรณาการข้อมูลทั้งหมดเข้าด้วยกัน เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดของแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาทำงานและผู้อพยพเข้ามาอยู่ในประเทศไทย รวมทั้งคนไทยที่ไปทำงานหรืออพยพไปอยู่ต่างประเทศด้วย รวมทั้งผู้อพยพ นักเรียน ผู้เกษียณอายุและคู่สมรส จากต่างประเทศ ควรได้รับการเก็บรวบรวมข้อมูล เพราะ

กลุ่มคนเหล่านี้จะมีความสำคัญมากขึ้นสำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุข หากมีการบูรณาการเข้ามาจะช่วยเสริมให้ระบบข้อมูลแรงงานข้ามชาติและครอบครัว รวมทั้งผู้อพยพมีความครบถ้วนสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และลดปัญหาความซ้ำซ้อนของข้อมูล ข้อมูลเหล่านี้ยังสามารถนำมาใช้วางแผนยุทธศาสตร์ และเชื่อมโยงนำไปใช้ประโยชน์ทั้งระดับชาติ และระดับพื้นที่ หากจัดทำระบบได้ดี ก็สามารถใช้ติดตามการเคลื่อนย้ายของแรงงานข้ามชาติและครอบครัว รวมทั้งผู้อพยพเข้ามาอยู่ในประเทศไทยได้อีกด้วย

(2) ส่งเสริมให้มีการวิจัยเปรียบเทียบระหว่างแรงงานข้ามชาติและครอบครัว รวมทั้งผู้อพยพเข้ามา กับประชาชนไทย

เพื่อเปรียบเทียบภาระโรค และการเสียชีวิตระหว่างแรงงานข้ามชาติกลุ่มต่าง ๆ กับคนไทย ซึ่งจะมีคุณค่าอย่างมาก รวมทั้งควรมีการศึกษาขยายไปยังภาคส่วนอื่น ๆ เพื่อให้เข้าใจลักษณะต่างๆ ได้ดีขึ้น รวมทั้งค่าจ้าง และสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ด้วย

(3) ควรให้ความสำคัญกับอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานข้ามชาติ

แรงงานข้ามชาติมักมีปัญหาเรื่องการเจ็บป่วยและบาดเจ็บในขณะทำงาน การเปรียบเทียบกับแรงงานไทย จะทำให้เห็นสภาพการทำงานในประเทศไทยดีขึ้น รวมทั้งยังเป็นโอกาสในการพัฒนาสภาพแวดล้อมในการทำงานให้ปลอดภัยยิ่งขึ้น

(4) ควรผลักดันให้ประเด็นเรื่องแรงงานข้ามชาติ เข้าไปอยู่ในโครงการระหว่างประเทศระดับภูมิภาคภายใต้ ESCAP, ASEAN, GMS และ ACMECS รวมทั้งพัฒนากลไกความร่วมมือทั่วทั้งภูมิภาคเพื่อพัฒนาและสร้างเสถียรภาพให้แก่ทุกประเทศร่วมกัน

เนื่องจากแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย เป็นเรื่องระดับภูมิภาค จึงควรมีกลไกการจัดการระดับภูมิภาค ซึ่งประกอบด้วยหลายประเทศ การผลักดันเรื่องนี้ให้บูรณาการเข้าไปเป็นเรื่องเศรษฐกิจระดับภูมิภาค และทำให้เกิดโครงการพัฒนาเพื่อให้เกิดความร่วมมือ ที่จะลดความยากจนและความไม่เท่าเทียมกัน รวมทั้งป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาหรือผลเสียต่างๆ ซึ่งประเทศไทยจะได้ประโยชน์จากระบบการขับเคลื่อนระดับภูมิภาค โดยเฉพาะ ASEAN ซึ่งสามารถขยายไปยัง AFAS เพื่อครอบคลุมแรงงานไร้ฝีมือ รวมทั้งร่วมกันผลักดันให้เกิดข้อตกลงในการส่งแรงงานไทยไปทำงานต่างประเทศได้อีกด้วย การดำเนินการในระดับภูมิภาค จะทำให้ครอบคลุมประเด็นต่างๆ ครบทุกมิติ และเกิดความสมดุลทางเศรษฐกิจ รวมทั้งปกป้อง และเคารพสิทธิของแรงงานข้ามชาติ ทั้งไร้ฝีมือ และมีฝีมือ

(5) ปกป้องคุ้มครองแรงงานข้ามชาติไม่ว่าสถานะทางกฎหมายของแรงงานเหล่านั้นจะเป็นอย่างไร

พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน ปีพ.ศ. 2541 เป็นเครื่องมือสำคัญในการคุ้มครองลูกจ้างไม่ว่าจะมีสัญญาจ้างอย่างไร และควรขยายความคุ้มครองไปให้ครอบคลุมแรงงานข้ามชาติไร้ฝีมือ โดยเฉพาะในด้านการเกษตร ประมง และผู้รับใช้ในบ้าน กลไกการคุ้มครองแรงงาน จำเป็นต้องขยายไปคุ้มครองงานนอกระบบ ให้เป็นไปตามกฎหมาย ควรให้นายจ้าง เจ้าหน้าที่รัฐ แรงงานข้ามชาติ และผู้เกี่ยวข้องทุกภาค

ส่วน รับรู้กฎหมาย และควรมีการสอดคล้องนายจ้างว่ามีการดำเนินการเป็นไปตามกฎหมายหรือไม่ นายจ้างที่ไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย ควรถูกดำเนินการลงโทษตามกฎหมาย นายจ้างไม่มีอำนาจที่จะยึดบัตรและใบอนุญาตทำงานของแรงงานข้ามชาติ และควรถูกปรับและลงโทษหากยังทำเช่นนั้นอีก การปกป้องไม่ให้มีการใช้แรงงานเด็กข้ามชาติเป็นสิ่งจำเป็น นอกจากนี้ควรจัดให้มีช่องทางร้องเรียนที่ปลอดภัยสำหรับแรงงานข้ามชาติ รวมทั้งสนับสนุนให้เกิดการรวมตัวในการต่อรองให้ได้สิทธิตามกฎหมาย นายจ้างที่ละเมิดกฎหมายควรถูกดำเนินคดี และแรงงานข้ามชาติที่ตกเป็นเหยื่อ ควรมีโอกาสเป็นโจทก์ หรือพยาน โดยมีกระบวนการคุ้มครองให้ปลอดภัย จากการถูกจับหรือส่งตัวกลับประเทศ การเอาผิดเอาเปรียบแรงงานเป็นพฤติกรรมที่ยอมรับไม่ได้ ไม่ว่าจะเป็นแรงงานไทยหรือแรงงานข้ามชาติ ควรย้ำความสำคัญเรื่องนี้ไปยังสื่อมวลชน เพื่อให้สังคมและนายจ้างได้ตระหนักรู้ ความสำคัญและคุณค่าของแรงงานไร้ฝีมือและแรงงานที่มีฝีมือต่อระบบเศรษฐกิจและสังคมของไทย ควรได้รับการเน้นย้ำ เพื่อทำให้เกิดทัศนคติต่อแรงงานที่ดี การสร้างสภาพแวดล้อมที่ดี จะทำให้แรงงานไทยทำงานเคียงข้างกับแรงงานข้ามชาติเพื่อสร้างเศรษฐกิจไทยให้เข้มแข็งสืบต่อไป

(6) ทบทวนระบบการลงทะเบียน ข้อยกเว้น และคำสั่งระเบียบปฏิบัติในระดับจังหวัด ให้เคารพสิทธิและความเป็นมนุษย์ของแรงงานข้ามชาติไร้ฝีมือและครอบครัว

โดยเฉพาะข้อจำกัดในการเปลี่ยนนายจ้าง และย้ายข้ามจังหวัด ควรได้รับการทบทวน เนื่องจากการบังคับเช่นนี้ ทำให้เกิดปัญหาและความเสี่ยงที่แรงงานจะถูกเอาเปรียบ รวมทั้งเป็นการจำกัดสิทธิที่จะเคลื่อนย้าย พระราชบัญญัติแรงงานต่างด้าว พ.ศ. 2551 ก็ควรจะมีการควบคุมกำกับการใช้กฎหมายนี้ให้ดี เนื่องจากมีมาตราที่ระบุถึงการจ่ายเงินประกันการส่งตัวกลับประเทศ การให้รางวัลสินบนนำจับ รวมทั้งมีการลงโทษแรงงานข้ามชาติที่ถูกจับกุม ซึ่งทำให้องค์กรเอกชนหลายแห่งแสดงความเป็นห่วง คำสั่งและประกาศของจังหวัดก็ควรควบคุมกำกับ ไม่ให้ผิดรัฐธรรมนูญและกฎหมายหลักของประเทศ รวมทั้งควรดำเนินการให้สอดคล้องกับ ข้อกำหนดนานาชาติ ก่อนออกคำสั่งควร มีการหารือกันให้รอบคอบถึงผลกระทบในภาพรวม

นอกจากนี้ยังไม่ควรมีการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี ในแรงงานข้ามชาติ และการตรวจการตั้งครรภ์ และควรอนุญาตให้แรงงานข้ามชาติ ที่เป็นสามีภรรยาเดินทางไปทำงานร่วมกัน หรือไปมาหาสู่กัน การเลิกจ้าง เมื่อพบว่าแรงงานข้ามชาติแต่งงานหรือตั้งครรภ์ เป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้ และขัดต่อกฎหมายไทย การเพิ่มจำนวนของเด็ข้ามชาติ ทำให้ทะเบียนและหลักฐานการเกิดของเด็กเหล่านี้มีความสำคัญ รวมทั้งสิทธิที่จะถือสัญชาติ เพื่อไม่ให้กลายเป็นคนไร้รัฐ พระราชบัญญัติทะเบียนราษฎร พ.ศ. 2551 กำหนดให้มีการออกใบเกิดให้เด็กที่เป็นบุตรของแรงงานข้ามชาติที่ลงทะเบียนแล้ว ก็ควรขยายไปครอบคลุมเด็กที่เกิดจากแรงงานข้ามชาติที่ไม่ได้ลงทะเบียนเช่นกัน การลงทะเบียนเกิดให้เด็กที่เกิดจากแรงงานข้ามชาติ ทั้งมีบัตรและไม่มีบัตรที่โรงพยาบาล หรือเทศบาล ควรได้รับการสนับสนุน เด็กที่เกิดจากแรงงานข้ามชาติทั้งหมดควรมีการเก็บข้อมูลไว้ในระบบ เพื่อประโยชน์ในการบอกสัญชาติในภายหลัง

(7) ปรับปรุงระบบบริหารเฉพาะ สำหรับแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาทำงานตามฤดูกาล หรือข้ามชายแดนแบบไปเข้าเย็นกลับ

ควรเปิดช่องให้มีข้อตกลงระหว่างชายแดนในการข้ามมาทำงานระยะสั้น และจัดระบบบริหารจัดการให้โปร่งใส ประกันความปลอดภัยในการข้ามชายแดน และการจ้างงาน ควรมีสำนักงานข้อมูลสำหรับนายจ้างและแรงงานข้ามชาติ โดยมีจุดตรวจผ่านแดนที่แน่นอน มีการร่วมมือระหว่างชายแดนทั้งสองฝั่ง และคุ้มครองการทำงานตามฤดูกาล และการทำงานแบบข้ามชายแดนไปเข้าเย็นกลับทั้งสองประเทศ

(8) ขยายให้แรงงานข้ามชาติและบุตรได้เข้าถึงการศึกษาและการสาธารณสุข

นโยบายของไทยที่ให้คนไทยทุกคนมีการศึกษาและมีหลักประกันสุขภาพทำให้เกิดการเข้าถึงบริการและคุณภาพบริการสาธารณสุข ด้านสาธารณสุข เกิดการพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก และจัดระบบให้แรงงานข้ามชาติที่ลงทะเบียนแล้ว ได้มีหลักประกันสุขภาพเป็นสิ่งที่ควรปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และขยายผลความครอบคลุมให้มากขึ้น ระบบการเงินการคลังสำหรับแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ ขณะนี้ยังใช้เงินค่าใช้จ่ายจากแรงงานข้ามชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพอยู่ ควรหาแนวทางทำให้แรงงานข้ามชาติ ที่ยังไม่มีบัตรประกันสุขภาพเหล่านี้เห็นความสำคัญ และเข้าถึงบัตรประกันสุขภาพมากขึ้น รวมทั้งควรอนุญาตให้มีการจ้างงานพนักงานสาธารณสุขข้ามชาติ ซึ่งจะช่วยให้งานสาธารณสุข และการป้องกันโรคติดต่อ รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ อาชีวอนามัยงานสุขภาพจิตและการป้องกัน HIV/AIDS สามารถบูรณาการไปกับ อนามัยเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการทำแท้งอย่างไม่ปลอดภัย การปรับโครงสร้างเพื่อยกระดับชีวิตความเป็นอยู่ของแรงงานข้ามชาติ จะทำให้ปัญหาเรื่องวัณโรค มาเลเรีย ท้องร่วง และโรคติดต่ออื่น ๆ ลดจำนวนลงซึ่งจะเป็นผลดีในระยะยาว และจะทำให้การตรวจหา แรงงานข้ามชาติว่าเป็นต้นเหตุของโรคต่างๆ ลดลง การศึกษาของแรงงานข้ามชาติและเด็ก จะช่วยทำให้เกิดการพัฒนาแรงงาน และต้องมีการวางแผนให้เป็นระบบ การเรียนภาษาต่างๆ และการจัดเตรียมวุฒิการศึกษา จะช่วยทำให้เด็กเหล่านี้ได้รับโอกาสในการพัฒนาตนเองเพิ่มขึ้น

13. ข้อเสนอแนะจาก WHO⁽⁴⁷⁾ ในสถานการณ์ดังต่อไปนี้

- (1) การควบคุมสถานการณ์บริเวณชายแดนให้มีประสิทธิภาพ ยังเป็นประเด็นที่มีความสำคัญ
- (2) การจำกัดการเคลื่อนย้ายของแรงงานข้ามชาติ ยังคงไม่สามารถดำเนินการได้
- (3) การดูแลครอบครัวและผู้ติดตามของแรงงานข้ามชาติ ยังคงเป็นปัญหาที่ต้องดำเนินการแก้ไข

13.1 ข้อเสนอแนะสำหรับนโยบาย

- คณะกรรมการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติ ที่ส่วนกลางควรพัฒนากลไกในการสนับสนุน และเก็บรวบรวมข้อมูลแรงงานข้ามชาติให้มีประสิทธิภาพ
- ควรสนับสนุนด้านเทคนิคในการพัฒนาระบบข้อมูล โดยผ่านการบริหารจัดการและประเมินผลเป็นระยะ

- ระบบข้อมูลแรงงานข้ามชาติควร เป็นระบบถาวรมีผู้รับผิดชอบอยู่ในโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้สามารถนำข้อมูลไปใช้ และวางแผนในการสนับสนุนทรัพยากร กำกับและประเมินผลระบบอย่างต่อเนื่อง

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรมีหน่วยงานเฉพาะทำหน้าที่ดูแลสาธารณสุขในแรงงานข้ามชาติและครอบครัว โดยเฉพาะในจังหวัดที่มีแรงงานข้ามชาติและครอบครัวจำนวนมาก

- ควรจัดตั้งคณะทำงานเพื่อพัฒนามาตรฐานขั้นต่ำของชุดข้อมูลที่จำเป็น เพื่อใช้ในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังในชุมชน คณะทำงานควรประกอบด้วย เจ้าหน้าที่เทคนิคจากกระทรวงสาธารณสุข องค์กรเอกชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ

- ควรมีบุคคลที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ประสานงานในหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งสร้างระบบประสานงานรวบรวมข้อมูลสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติ และการนำข้อมูลเหล่านี้ไปใช้ร่วมกัน

- พัฒนากลไกเพื่อสร้างความเข้มแข็ง ในการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมซ้ำซ้อน หรือจัดสรรงบประมาณซ้ำซ้อน ควรจัดสรรงบประมาณในการพัฒนาระบบข้อมูลแรงงานข้ามชาติ ให้เพียงพอและสร้างความมั่นใจว่าได้เก็บข้อมูลที่สำคัญจนครบ

- สนับสนุนให้มีการจ้างแรงงานข้ามชาติ มาเป็นพนักงานสาธารณสุขข้ามชาติ เพื่อช่วยงานบริการ และการเข้าชุมชนเพื่อส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในแรงงานข้ามชาติ

- แสวงหาความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อนบ้าน รวมทั้งสถาปนาความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคระหว่างประเทศ และควบคุมโรคที่จะแพร่ระบาดข้ามชายแดนทั้งสองประเทศ

13.2 ข้อเสนอแนะการดำเนินการทางเทคนิค

ข้อเสนอแนะแบ่งเป็น 3 ช่วงให้สอดคล้องกับลำดับความสำคัญ และความซับซ้อนของระบบ ได้แก่

(1) ระยะสั้น-สร้างความเข้มแข็งให้ระบบที่มีอยู่ในปัจจุบัน

- โปรแกรมมาเลเรีย
- ระบบรายงานวันโรค
- ระบบรายงานผลการตรวจสุขภาพแรงงานข้ามชาติ
- การเจาะเลือดเฝ้าระวัง HIV ในแรงงานข้ามชาติ
- ระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค-506 (506/1)

(2) ระยะกลางพัฒนาระบบสนับสนุนการป้องกันและควบคุมโรคเพิ่มเติม

- พัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคที่มีชุมชนเป็นฐาน สำหรับโรคเฉพาะที่มีปัญหาเกิดบ่อยในแรงงานข้ามชาติ เช่น เชื้อหุ้มสมองอักเสบ อหิวาต์ วัณโรค ไข้เลือดออกและมาเลเรีย

(3) ระยะยาว ปรับปรุงระบบที่มีความซับซ้อนได้แก่

- ระบบข้อมูลและรายงาน EPI data
- ระบบข้อมูลและรายงานอนามัยเจริญพันธุ์
- ระบบข้อมูลและรายงานประชากร
- ระบบข้อมูลและรายงานอนามัยสิ่งแวดล้อม

ข้อเสนอแนะเฉพาะสำหรับระบบต่าง ๆ ด้านเทคนิค

เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ควรจัดเจ้าหน้าที่เทคนิคให้จังหวัดต่าง ๆ อย่างเพียงพอเพื่อประสานงาน และสนับสนุนด้านเทคนิคให้แก่หน่วยงานที่ทำหน้าที่ปฏิบัติการในพื้นที่ รวมทั้งสถานอนามัยควรมีคอมพิวเตอร์และเครื่องมืออย่างเพียงพอ

14. ข้อเสนอแนะและคำแนะนำจากรายงานวิจัยอื่น ๆ

Health Service System Management

กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่ได้รับการคาดหวังว่า สามารถพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์สาธารณสุขแรงงานข้ามชาติในระยะยาวขึ้น เนื่องจากสถานการณ์การใช้แรงงานข้ามชาติจาก 3 ประเทศเพื่อนบ้านคือ พม่า ลาว กัมพูชา ยังคงค้างอยู่ในประเทศไทยต่อไปนานหลายสิบปี แต่ตลอดระยะเวลา 10 ปีเต็ม (2539-2549) ที่รัฐบาลมีนโยบายผ่อนผัน ให้มีการจ้างแรงงานข้ามชาติหลบหนีเข้าเมืองมาทำงานจาก 3 ประเทศ เพื่อนบ้านนั้น ไม่ปรากฏว่ากระทรวงสาธารณสุข มีความพยายามในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ในด้านนี้ขึ้นเลย มาตรการเกี่ยวกับสุขภาพแรงงานข้ามชาติที่ทำ ๆ กันมา ล้วนดำเนินไปตามกรอบของมติคณะรัฐมนตรีทั้งสิ้น⁽⁴⁸⁾

การบังคับตรวจสอบสุขภาพแรงงานต่างด้าว ได้มีการตั้งข้อสังเกตโดยกฤษฎาและคณะ ว่าตัวเลขรายงานสถานการณ์สาธารณสุขแรงงานข้ามชาตินั้น ต่ำกว่าตัวเลขแรงงานที่ได้รับใบอนุญาตทำงานจากกระทรวงแรงงานค่อนข้างมาก⁽⁴⁹⁾

ประเด็นนโยบายและมาตรการการควบคุมเอดส์ และโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ของประเทศไทย นั้น จากการศึกษาเพื่อประเมินผลนโยบายด้านนี้ในช่วงปี 2539-2547 พบว่านโยบายเอดส์ชาติที่ผ่านมา ยังไม่ให้ความสำคัญต่อกลุ่มแรงงานข้ามชาติ แต่ในระดับพื้นที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดที่มีการใช้แรงงานข้ามชาติเข้มข้นบางจังหวัด มีแผนงานด้านเอดส์เป็นการเฉพาะในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ และมักเป็นงานที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรทุนนานาชาติ และเป็นการร่วมทำงานกับองค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่ แต่ในภาพรวมของการควบคุมโรคแล้วพบว่า การปฏิรูประบบราชการและการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2544 เป็นต้นมา มีผลให้คลินิกกามโรคในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด ต้องปิดตัวลง โดยที่งานบริการด้านนี้ในโรงพยาบาลของรัฐ ยังไม่มีความพร้อม ทำให้เกิดช่องว่างของการบริการ ส่งผลให้งานป้องกันและควบคุมเอดส์และกามโรคอ่อนแอลงทั้งในกลุ่มคนไทยและต่างด้าว⁽⁵⁰⁾

จำนวนแรงงานข้ามชาติหญิงที่ตั้งครรภ์ กับที่มาคลอดจริงกลับแตกต่างกันโดยผู้มาฝากครรภ์มีจำนวนสูงกว่าผู้ที่มาคลอดจริงในโรงพยาบาล โดยดูจากจำนวนเด็กเกิดมีชีพน้อยกว่าจำนวนหญิงตั้งครรภ์มาก ขณะเดียวกัน อัตราหญิงต่างด้าวตายขณะตั้งครรภ์หรือภายใน 42 วัน หลังสิ้นสุดการตั้งครรภ์มีสูงถึง 1.5% (160/10,332) อีกทั้งแรงงานข้ามชาติ หญิงที่อายุน้อยกว่า 20 ปี มาคลอดสูงถึง 12% ของการคลอดทั้งหมดของแรงงานข้ามชาติหญิง⁽⁵¹⁾

ควรวางระบบจัดสรรหรือกระจายเงินประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ไปยังสถานพยาบาลที่ขาดทุนอย่างไร แนวปฏิบัติเช่นนี้เกิดขึ้นในบางจังหวัด เช่นกาญจนบุรี พังงา และระยอง ที่มีการจัดสรรเงินค่ารักษาพยาบาลให้ตรงความจริง นั่นคือสถานพยาบาลที่มีภาระค่าใช้จ่ายมาก แต่มีรายได้จากเงินค่าประกันน้อยหรือไม่มีเลย เพราะไม่มีแรงงานมาซื้อประกันสุขภาพ แต่มีแรงงานที่ไม่มีบัตร หรือคนข้ามชาติที่ข้ามมาจากประเทศเพื่อนบ้านมาใช้บริการ จะได้รับการเฉลี่ยเงินจากสถานพยาบาลที่อยู่ในสถานะกำไร⁽⁵²⁾

ภาครัฐได้มีการปรับเปลี่ยนนโยบายสาธารณสุขในแรงงานข้ามชาติหลายมิติ ไปในทิศทางบวก นั่นคือเป็นทิศทางที่เอื้อสิทธิสุขภาพของแรงงานข้ามชาติมากขึ้น เราได้เห็นทิศทางเชิงนโยบายชัดเจนหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นความพยายามร่างยุทธศาสตร์สาธารณสุขในกลุ่มประชากรข้ามชาติ การมีแผนเอดส์ชาติที่แผนแม่บท ให้ความสำคัญต่อประชากรเคลื่อนย้าย ภาคปฏิบัติการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับจังหวัด ก็แสดงถึงความคืบหน้าผ่านโครงการความร่วมมือเชิงรุกในหลายจังหวัด เช่นการมีคลินิกเคลื่อนที่เข้าไปยังชุมชนแรงงานข้ามชาติ การเชื่อมประสานการทำงานระหว่างองค์กรพัฒนาเอกชนกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคราชการที่เกี่ยวข้อง การจัดจ้างพนักงานสาธารณสุขข้ามชาติ (พสต.) หรืออาสาสมัครสาธารณสุขข้ามชาติ (อสต.) แต่ยังพบว่าประชากรข้ามชาติ ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม กลุ่มประชากรบนพื้นที่สูงและชนกลุ่มน้อย รวมถึงกลุ่มคนที่ไร้รัฐและไร้สัญชาติ ยังคงต้องประสบกับปัญหาเดิม ๆ ที่หากบัตรสุขภาพถูกยึดไว้ โดยนายจ้างก็ไม่สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้ ทศนคคของผู้ให้บริการยังมองกลุ่มแรงงานข้ามชาติว่า คือภาระที่ถมเพิ่มเติมเข้ามาจากงานเดิม หรือมองว่าเป็นกลุ่มที่เป็นภัยต่อความมั่นคงของชาติ และแน่นอนว่า ประชากรข้ามชาติกลุ่มที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นด้วยเหตุผลใด ๆ ก็ตาม เป็นกลุ่มที่เผชิญปัญหาหนักที่สุด ทั้งอาจถูกปฏิเสธการรักษาพยาบาลหากเจ็บป่วย หรือถูกข่มขู่ว่า หากไม่มีเงินมาจ่าย เมื่อรักษาแล้วทางโรงพยาบาลจะส่งตัวไปให้ตำรวจตรวจคนเข้าเมือง เป็นต้น

ต่อปัญหาในเชิงระบบนี้ พบว่าการจัดระบบรองรับของภาครัฐยังไม่พร้อม และครอบคลุมกับสถานการณ์ ขณะเดียวกันมาตรการและแนวทางที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติ ทั้งในกระทรวงแรงงาน และกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่มีความชัดเจนในทางปฏิบัติเป็นมาตรฐานเดียวกัน แต่ขึ้นอยู่กับความเข้าใจ

และการตัดสินใจของเจ้าหน้าที่แต่ละบุคคล เช่น แนวทางการจ่ายยาต้านไวรัสให้แก่แรงงานข้ามชาติผู้ติดเชื้อ การจัดจ้างล่าม พนักงานสาธารณสุขข้ามชาติ หรืออาสาสมัครสาธารณสุขข้ามชาติ รองรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ เป็นต้น

กฤตยาและคณะได้เสนอข้อท้าทายต่อสุขภาวะของแรงงานข้ามชาติ⁽⁵³⁾ โดยมีข้อเสนอในเรื่องการจดทะเบียนแรงงาน ระบบข้อมูล และข้อเสนอสำหรับนโยบายสาธารณสุข แรงงานข้ามชาติดังนี้คือ

1. ควรมีการกำหนดนโยบายและระเบียบการใช้งบประมาณที่ชัดเจนสอดคล้องกับบริบทในพื้นที่ ตามสภาพปัญหาที่เป็นจริง เช่น การดำเนินงานด้านอนามัยเจริญพันธุ์ โรคติดต่อที่ป้องกันได้ ซึ่งแรงงานข้ามชาติ มีอัตราเจ็บป่วยสูงกว่าประชากรไทย

2. การป้องกันและควบคุมโรคต้องอาศัยความร่วมมือขององค์กรชุมชนที่เข้าใจในเรื่อง ภาษา และวัฒนธรรม โดยองค์กรภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน ในการให้การสนับสนุน เช่น การฝึกอบรม และการทบทวนความรู้ อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

3. การบริหารป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ควรกระตุ้นให้หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ทำงาน เน้นป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ เชิงรุกในกลุ่มแรงงานข้ามชาติมากขึ้น โดยสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของแรงงาน เช่น อสต. พสต. หลายจังหวัด มีความตึงเครียดระหว่างหน่วยงาน โดยเฉพาะสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาล เช่นมีปัญหาการส่งเงินล่าช้า เป็นต้น

4. ควรมีมาตรการในการจัดสรรเงิน จากการรับประกันสุขภาพ ทั้งในกรณีที่โรงพยาบาลชายแดน หรือสถานพยาบาลบางแห่งต้องรับภาระค่าใช้จ่าย ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นแรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่มีบัตรและต้องรักษาฟรี อาจตั้งเป็นกองทุนเพื่อดูแลแรงงานกลุ่มนี้ หรือกลุ่มที่เป็นโรคติดต่อที่ต้องรักษาต่อเนื่อง เช่นวัณโรค เอชไอวี และผู้ประสบภัยอุบัติเหตุต่าง ๆ จนพิการหรือเสียชีวิต กองทุนนี้อาจเริ่มต้นจากการกันเงินค่าประกันสุขภาพ ในส่วนผู้บริหารหัวละ 120 บาท มาดำเนินการ

5. ควรสร้างทางเลือกที่หลากหลายในการประกันสุขภาพแก่กลุ่มแรงงานข้ามชาติ เพื่อดึงดูดให้แรงงานซื้อประกัน และใช้บริการ เช่นสิทธิประโยชน์ ในการรับบริการขึ้นอยู่กับราคาบัตรประกันสุขภาพ การขายบัตรประกันสุขภาพในราคาเหมาจ่าย โดยครอบคลุมสมาชิกในครอบครัว การใช้สิทธิข้ามเขตรับบริการจากสถานพยาบาลในเครือ เป็นต้น รวมการสร้างทางเลือก ในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลให้มากขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของแรงงานข้ามชาติ เช่น เปิดโอกาสให้สถานพยาบาลเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพแรงงานข้ามชาติ

6. การจัดระบบบริการด้านสาธารณสุขอย่างเชื่อมโยงระหว่างแผนกต่างๆ ที่เกี่ยวข้องหรือมีแรงงานข้ามชาติไปรับบริการจำนวนมาก

7. ต้องจัดให้มีโครงสร้างพื้นฐานรองรับการบริการ โดยเฉพาะพนักงานสาธารณสุขต่าง ชาติ และอาสาสมัครสาธารณสุขข้ามชาติ

8. ระบบบริการด้านสาธารณสุขของแรงงานข้ามชาติ น่าจะต้องพัฒนาเป็นความร่วมมือระหว่างประเทศต้นทางและประเทศปลายทาง ทั้งในระดับรัฐต่อรัฐ หน่วยงานต่อหน่วยงาน เพื่อให้ครอบคลุม และสอดคล้องกับบริบทของปัญหาแรงงานที่เดินทางข้ามไปมา ไม่ว่าจะเป็นแรงงานที่จดทะเบียนหรือไม่ก็ตาม

9. พัฒนาระบบติดตามประเมินผลสาธารณสุขในแรงงานข้ามชาติ ประเด็นเฉพาะอื่น ๆ มีข้อเสนอ ดังนี้

(9.1) การให้ยาด้านไวรัส AZT กับหญิงข้ามชาติตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ⁽⁵⁴⁾ ระบบการให้คำปรึกษาสำหรับแรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะเกี่ยวกับการติดเชื้อ HIV ซึ่งรองรับการทำงานของพส.อศต. หรือร่วมมือกับองค์กรพัฒนาเอกชนก็ได้

(9.2) การรับรองการเกิด

(9.3) ทักษะด้านภาษา

(9.4) ร่วมมือและผลักดันให้องค์กรพัฒนาเอกชน เข้ามาร่วมมือกับภาครัฐ โดยเฉพาะการเข้าถึงตัวแรงงานข้ามชาติในชุมชน

บทเรียนจากการศึกษาระบบบริการสาธารณสุข สำหรับแรงงานข้ามชาติในพื้นที่ จังหวัดตาก⁽⁵⁵⁾

1. ระบบข้อมูลในส่วนกลาง และพื้นที่ไม่สอดคล้องกัน
2. การประสานงานและทำงานร่วมกันในพื้นที่ไม่ราบรื่น เพราะมีวัฒนธรรมองค์กรแตกต่างกัน
3. นโยบายการจดทะเบียน และระยะเวลาไม่สอดคล้องกับสภาพการทำงานจริง และมีข้อจำกัด รวมทั้งการเหลื่อมเวลาของการประกันสุขภาพและการอนุญาตทำงาน เช่น อนุญาตให้ทำงาน 3, 6 เดือน แต่การประกันสุขภาพมีระยะเวลา 1 ปี เป็นต้น
4. งานอนามัยเจริญพันธุ์ในแรงงานข้ามชาติ ต้องอาศัยงบประมาณจากองค์กรเอกชน ซึ่งไม่มีความยั่งยืน
5. อัตราการเกิดโรคติดต่อที่ป้องกันได้ในแรงงานต่างด้าว มีสูงกว่าประชากรไทย การป้องกันโรคต้องอาศัยองค์กรชุมชน โดยการสนับสนุนของภาครัฐและองค์กรเอกชน
6. การได้รับยา AZT ยังไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์ข้ามชาติ
7. ภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลชายแดนจะสูงกว่า เพราะมีการใช้บริการจากแรงงานต่างด้าวที่ไม่ได้ลงทะเบียนจำนวนมาก
8. แรงงานข้ามชาติ ยังนิยมคลอเคลียกับหมอตำแยหรือหมอพื้นบ้าน

9. ปัญหาเรื่องเด็กเกิดใหม่จากแรงงานต่างด้าวเป็นเด็กไร้รัฐ

10. การปราบปรามสถานบริการทางเพศ และการควบคุมการโรค เป็นนโยบายที่ไม่ไปด้วยกัน

กรณีศึกษาจังหวัดกาญจนบุรี⁽⁵⁶⁾

(1) พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรรม ทำให้แรงงานมีช่องทางหลบหนีได้ง่าย และมักเป็นทางผ่านไปทำงานที่อื่นที่ได้รับค่าแรงสูงกว่า จำนวนแรงงานต่างด้าวที่ลงทะเบียน จึงน้อยกว่าที่ไม่ได้ลงทะเบียน (2) นโยบายด้านสุขภาพที่ยังไม่ชัดเจนได้แก่ การจัดสรรงบประมาณในจังหวัด เป็นการรวมศูนย์การเงินไว้ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และจ่ายให้โรงพยาบาลหลังให้บริการแล้ว (3) ขาดการประสานงานระหว่างผู้ปฏิบัติงาน และองค์กรต่าง ๆ ในพื้นที่

กรณีศึกษาจังหวัดอุบลราชธานี⁽⁵⁷⁾

1. ควรกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การให้บริการสุขภาพแก่แรงงานข้ามชาติให้ชัดเจน และให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคครอบคลุมแรงงานข้ามชาติทุกกลุ่มอาชีพ ไม่ควรเน้นเฉพาะกลุ่มขายบริการทางเพศตามแนวชายแดนเท่านั้น

2. ควรกระตุ้นให้หน่วยบริการสุขภาพในเครือข่าย นำเงินรายได้จากค่าส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่เก็บได้จากแรงงานข้ามชาติมาใช้ดำเนินการตามนโยบายและยุทธศาสตร์ที่จัดทำขึ้น เพื่อให้บริการแรงงานข้ามชาติ และคนต่างด้าวที่มาใช้บริการ และควรกระตุ้นให้หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ทำงานแนวป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในแรงงานข้ามชาติทุกกลุ่มมากขึ้น โดยสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของแรงงานเพิ่มมากขึ้น เช่นการสร้าง อสต. เป็นต้น

3. ควรมีการศึกษาเรื่องต้นทุนค่าใช้จ่าย และรายรับที่ได้ในการขายประกันสุขภาพ เพื่อวางแผนสร้างความรู้ความเข้าใจ และกระตุ้นให้มีการขายประกันสุขภาพให้คนต่างด้าวที่มาใช้บริการทุกระดับ เพื่อลดปัญหาเรื่องเก็บค่ารักษาพยาบาลไม่ได้ ปฏิเสธผู้ป่วยก็ไม่ได้ เรียกเก็บค่าบริการข้ามประเทศก็ไม่ได้

4. ควรออกแบบการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนทำฐานข้อมูลร่วมกันในจังหวัด ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งแรงงาน มหาดไทยและสาธารณสุข รวมทั้งทำให้ข้อมูลทันสมัยอยู่เสมอ และควรมีเพียงฐานข้อมูลเดียว ตลอดจนนำข้อมูลมาใช้ในการจัดทำยุทธศาสตร์สาธารณสุขในแรงงานต่างด้าวและคนต่างด้าว

กรณีศึกษาจังหวัดสมุทรสาครและสมุทรปราการ⁽²¹⁾

งบประมาณที่ได้รับจากค่าประกันสุขภาพในแรงงานต่างด้าวใน 2 จังหวัดนี้ มีเหลือพอที่จะนำมาจัดบริการให้เด็กและผู้สูงอายุ รวมทั้งจัดจ้างล่ามหรือพสว.ได้ ตลอดจนการปรับปรุงสถานที่ให้รองรับการให้บริการแรงงานต่างด้าวได้ เช่น ป้ายภาษาต่างด้าวเป็นต้น ความสำเร็จของการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคนั้น รายงานนี้เสนอทริเียนว่า ปัจจัยสำคัญขึ้นกับการบริหารจัดการงบประมาณส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ซึ่งจังหวัดสมุทรสาครมีวิธีการจัดการงบประมาณ ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ไม่เหมือนจังหวัดอื่น เพราะมีโรงพยาบาลในอำเภอเมืองถึง 2 แห่ง จึงจัดสรรเงินโดยให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 30 บาท โรงพยาบาลสมุทรสาคร 96 บาท และโรงพยาบาลศรีวิชัย 5 จำนวน 80 บาท รับเงินไปล่วงหน้า หากมีโรคที่ต้องเฝ้าระวังป้องกันก็ให้ดำเนินการไปได้ทันที ผลที่ได้คือ มีการจัดการเชิงรุกรวมทั้งเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ และการวางแผนครอบครัว ตลอดจนการจัดทำเอกสารสำหรับเด็กแรกคลอด

ในเรื่องสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ ยังมีปัญหาเนื่องจากโรงพยาบาลไม่ถือว่าเป็นภารกิจหลัก ขณะที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่เคยมีภารกิจหลักด้านนี้ ก็ถูกจำกัดบทบาทลงหลังจากปฏิรูประบบราชการ และปรับเปลี่ยนให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นเพียงหน่วยบริหารเท่านั้น สรุปการศึกษามีข้อเสนอแนะดังนี้ (1) ควรสนับสนุนให้แรงงานต่างด้าวทั้งหมดสามารถมีบัตรประกันสุขภาพได้ อาจจัดทำบัตรประกันสุขภาพเป็นหลายราคา และมีสิทธิประโยชน์สอดคล้องกับราคาบัตร เพื่อให้ผู้มีรายได้น้อย สามารถเข้าถึงบริการได้ รวมทั้งมีการขายแบบเหมารวมสำหรับครอบครัว คู่สมรสและบุตร เป็นต้น (2) ควรจัดทำระบบที่ไม่ต้องรอคิวนาน ทำให้นายจ้างพาแรงงานข้ามชาติมารับบริการได้อย่างสะดวกรวดเร็ว ไม่เสียงาน เปิดช่องให้เอกชน หรือคลินิกเอกชน ไม่แสวงหากำไร เข้ามาร่วมเป็นเครือข่ายบริการ(3)หากมีการให้ใช้สิทธิประโยชน์ในสถานพยาบาลในจังหวัดเดียวกันได้ จะทำให้เกิดการแข่งขัน และเป็นทางเลือกให้เข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่าย (4) แรงงานข้ามชาติหลายคนถูกยึดบัตรประกันสุขภาพไว้ ทำให้ถูกตัดสิทธิในการรักษาพยาบาล บางคนถูกสวมสิทธิ์ นำบัตรไปใช้ สถานบริการจึงควรทำประวัติ และมีรูปถ่าย หรือ Biological Identification และจัดระบบช่วยเหลือแรงงานข้ามชาติที่ไม่ได้ลงทะเบียนแยกไว้ต่างหาก (5) ควรจัดสรรเงินประกันสุขภาพสำหรับดูแลแรงงานที่ไม่มีบัตรและมีค่าใช้จ่ายสูง เช่น โรคเรื้อรัง หรือเอดส์ (6) ควรมีเจ้าหน้าที่ที่รู้ภาษาของแรงงานข้ามชาติ รวมทั้งมีคู่มือการสื่อสารกับแรงงานข้ามชาติ (7) ควรจัดอบรมแรงงานที่เป็นหมอดำเเ ให้มีความรู้เรื่องการทำคลอดให้ปลอดภัย เพื่อลดปัญหาการตกเลือด การแท้ง และสนับสนุนให้หมอดำเเช่วยเก็บข้อมูลให้ (8) ฝึกอบรมอาสาสมัครแรงงานข้ามชาติ ให้ช่วยเก็บข้อมูล เช่น การคลอดที่บ้าน แท้ง หรือผู้สงสัยว่าติด HIV

กรณีศึกษาจังหวัดพังงาและภูเก็ต⁽⁵⁸⁾

แรงงานข้ามชาติในจังหวัดพังงาอยู่ในภาคเกษตร เช่น สวนยาง และประมงเป็นส่วนใหญ่ ขณะที่ในภูเก็ต เป็นภาคก่อสร้างและร้านค้าต่าง ๆ ในส่วนงบประมาณที่ได้รับจากการประกันสุขภาพ มีเพียงพอแม้ว่าจะมีความขัดแย้งในเรื่องการจัดสรรเงินบ้าง แต่การควบคุมโรคยังทำได้จำกัด เนื่องจากมีการเคลื่อนย้ายแรงงานน้อย และมีปัญหาการสื่อสาร และเจ้าหน้าที่เข้าไม่ถึงตัวแรงงาน สรุปการศึกษาดังนี้ (1) ระบบรายงานและการจัดเก็บข้อมูลยังไม่ทันการณ์ และไม่สอดคล้องกับสถานการณ์จริง รวมทั้งรายงานยังคุณภาพต่ำ เช่น การนับซ้ำ ไม่ตรงกัน ค่าซ้ำ รวมทั้งเก็บข้อมูลไม่ครบถ้วนเพียงพอ ที่จะนำมาใช้ประโยชน์ได้ เป็นต้น (2) การจัดระบบรองรับ ยังไม่พร้อมและครอบคลุมกับสถานการณ์ มาตรการและแนวทางก็ยังไม่มีความชัดเจนในการนำไปปฏิบัติ แต่ขึ้นกับความเข้าใจและการตัดสินใจของเจ้าหน้าที่แต่ละบุคคล เช่น การจัดหา อสต. การจ่ายยาด้านไวรัส เป็นต้น (3) บทบาทของภาคเอกชนช่วยเสริมภาครัฐได้เป็นอย่างดี ดังนั้น ควรให้มีความร่วมมือประสานการทำงานกัน โดยเฉพาะการจัดหา พสต. การเข้าชุมชนที่รัฐเข้าไม่ถึง เป็นต้น (4) การทำงานเป็นเครือข่ายระหว่างภาครัฐ เอกชน ยังเป็นความท้าทาย และควรจะต้องก้าวไปด้วยกันถึงขั้นจัดทำนโยบาย ยุทธศาสตร์ร่วมกัน

กรณีศึกษาจังหวัดระยองและตราด⁽⁵⁹⁾

1. ระบบการให้บริการสาธารณสุข ต้องจัดให้มีโครงสร้างพื้นฐานรองรับการบริการ โดยเฉพาะ พสต. อสต. เพื่อให้ความรู้ ข้อมูล และคำแนะนำได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ต้องพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศกับประเทศต้นทาง ทั้งในระดับรัฐต่อรัฐ หน่วยงานต่อหน่วยงาน

2. ระบบการจัดการด้านแรงงานข้ามชาติ ยังมีปัญหาในทางปฏิบัติอีกหลายประการ โดยเฉพาะการไม่สอดคล้องกับลักษณะของแรงงานที่เข้ามาทำงานเอง ควรจะมีการกำหนดมาตรการในด้านการจดทะเบียนแรงงานระยะยาว ให้สอดคล้องกับกิจการจ้างงานที่มีการใช้แรงงาน ในรูปแบบและระยะเวลาที่แตกต่างกันหลากหลาย เพื่อเป็นทางเลือกให้กับทั้งแรงงานและผู้ประกอบการในการจดทะเบียน โดยคำนึงถึงทุกมิติของการดำรงชีวิตของแรงงานข้ามชาติเหล่านี้ให้หมด เช่น เปิดให้จดทะเบียนตลอดเวลา ทำทุกอย่างให้พื้นได้คืนให้หมด

สรุปมาตรการกระทรวงสาธารณสุขต่อแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย

กฤตยา อาชวนิจกุลและคณะ⁽⁵³⁾ รายงานสรุปมาตรการของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ไม่ปรากฏว่า กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายที่จะวางมาตรการสุขภาพให้แก่ประชากรกลุ่มนี้ จนถึงปี 2548 ความ

ชัดเจนของนโยบายระดับกระทรวงก็ยังไม่เกิดขึ้น อาจเป็นเพราะทัศนคติของผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข มองว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินนโยบายด้านสาธารณสุข คือมติดัชนีรัฐมนตรี ที่ต้องทำตามความรับผิดชอบที่ได้รับมอบหมายตามมติดัชนีรัฐมนตรี แต่ก็มี การสรุปบทเรียน และปรับปรุงมาตรการเพิ่มมากขึ้น ประกอบด้วย

1. การบังคับตรวจสอบสุขภาพแรงงานข้ามชาติ
2. การบังคับให้แรงงานข้ามชาติทุกคน ซื้อบัตรประกันสุขภาพ เริ่มในปี 2541 ราคา 500 บาท และเป็น 1,000 บาทในปี 2542 เป็น 1,200 บาทในปี 2544 และ 1,300 บาทในปี 2547 อย่างไรก็ตามมีงานวิจัยระบุว่า นายจ้างเก็บรักษาบัตรประกันสุขภาพไว้ เพื่อป้องกันแรงงานข้ามชาติหนีหรือย้ายงาน
3. มาตรการเฝ้าระวังโรคติดต่อ ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ในปี 2542 โดยกองระบาดวิทยาและกองโรคเอดส์
4. การจัดบริการวางแผนครอบครัว สำหรับแรงงานข้ามชาติ

การศึกษานี้ได้สรุปปัญหาที่กระทรวงสาธารณสุขจะต้องเผชิญ คือ

1. โรคติดต่อ
2. ภาระค่าใช้จ่ายของสถานบริการ
3. อนามัยแม่และเด็ก
4. อนามัยสิ่งแวดล้อม
5. ขาดงบประมาณในการบริหารจัดการ
6. ขาดฐานข้อมูลที่เป็นจริง

ดังนั้นจึงเสนอปัญหาและข้อเสนอต่อมาตรการสาธารณสุขในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ในด้านต่างๆ เช่นมาตรการควบคุมโรค มีติอนามัยแม่และเด็ก และมีฐานข้อมูล การประกันสุขภาพ มีปัญหาและข้อเสนอแนะมาตรการควบคุมโรคในแรงงานข้ามชาติดังต่อไปนี้

1. ปัญหาโครงสร้าง ผู้รับผิดชอบงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ส่วนกลางก็เป็นงานของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งต้องอาศัยการประสานงานมาก
2. ปัญหาการติดตามควบคุมโรค เกิดจากแรงงานเคลื่อนย้ายบ่อยและติดตามยาก แรงงานบางคนพอรู้ว่าเป็นโรคติดต่อ ก็ไม่ยอมขึ้นทะเบียนเพราะกลัวถูกส่งตัวกลับ นายจ้างบางรายรู้ว่าเป็นโรคติดต่อ ไล่ออกเลย หรือไม่ แรงงานก็ย้ายหนีเอง เจ้าหน้าที่มีภาระงานหนักมากแล้ว จึงไม่ได้วางแผนติดตามแรงงานอย่างใกล้ชิดหลังการตรวจพบโรค ในจังหวัดภาคกลางแห่งหนึ่ง มีการตรวจพบวัณโรคขึ้นร้ายแรง

200 ราย แต่ไม่มีแผนการติดตามแต่อย่างใด แต่บางพื้นที่เจ้าหน้าที่ทำงานอย่างเข้มแข็งร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชน ทำให้ติดตามควบคุมโรคได้กว้างขวาง และมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น แม่สอด จังหวัดตาก สมุทรสาคร ระนอง สังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี เป็นต้น

3. ปัญหาจากนายจ้าง การระบาดของโรค มาจากสภาพการทำงาน ที่ส่งผลร้ายต่อสุขภาพทั้งกายและใจ หลายแห่งมีสภาพที่ไม่ปลอดภัย ขณะที่สภาพที่อยู่อาศัยแออัด ขาดสุขลักษณะ เป็นแหล่งแพร่โรค นายจ้างจำนวนมากไม่ให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ ในการขอเข้าไปจัดกิจกรรมอบรม ให้ความรู้ต่อแรงงาน รวมทั้งการจัดสถานที่อยู่อาศัยคนงานที่เอื้อต่อการป้องกันโรคต่าง ๆ

4. ปัญหาการควบคุมการโรคและเอดส์ ซึ่งเป็นผลมาจากการปฏิรูประบบราชการ ทำให้คลินิกการโรคของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต้องหยุดลง เพราะต้องโอนไปให้โรงพยาบาลดำเนินการแทน ขณะที่เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ประสบการณ์ด้านนี้ มิได้ถูกโอนย้ายตามไปด้วย และการเน้นให้ผู้รับบริการต้องมีบัตร คือการเปิดเผยตัวตน ทำให้พนักงานบริการทางเพศไม่ไปรับบริการส่งผลให้งานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อ่อนแอลงทั้งในคนไทยและต่างด้าว มีบางจังหวัดที่มีข้อตกลงให้คลินิกการโรคไว้ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เช่น สุพรรณบุรี ฉะเชิงเทรา บางจังหวัด เช่น เชียงใหม่ เจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชน พยายามเปิดคลินิกทางเลือกให้แรงงานข้ามชาติ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และองค์กรพัฒนาเอกชนส่วนใหญ่ เห็นว่าควรคงคลินิกการโรคไว้ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตามเดิม

5. ปัญหาของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ไม่มีอำนาจหน้าที่ไปควบคุมกำกับโรงงาน ขาดการสนับสนุนด้านค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติงาน ต้องทำงานล่วงเวลา แต่เบิกไม่ได้ เป็นต้น

6. ปัญหาการควบคุมโรคระหว่างประเทศควรทำเป็นเครือข่าย เจ้าหน้าที่แต่ละจังหวัด ควรต้องรู้จักวิธีควบคุมโรคของปัญหาประเทศต้นทาง เพื่อจะได้ตั้งรับได้อย่างเหมาะสม และควรเผยแพร่ข้อมูลให้จังหวัดที่อยู่ในพื้นที่อื่นได้รับรู้ด้วย และควรประสานงานกันเป็นเครือข่ายเพื่อลดภาระงานและลดความซ้ำซ้อน

7. ปัญหาข้อมูล โดยเฉพาะการลงทะเบียนการลงรายงานเฝ้าระวังโรค เนื่องจากมีภารกิจมากและตามโครงสร้างโครงสร้างการปฏิรูประบบราชการ งานระบาดวิทยา มีการเปลี่ยนแปลงกลุ่มงานบ่อย ทำให้มีปัญหาในการดำเนินการและขาดความต่อเนื่องของการจัดการข้อมูล

ปัญหาข้อเสนอแนะงานอนามัยแม่และเด็ก

1. การบังคับตรวจการตั้งครรภ์ มีข้อมูลยืนยันว่า แรงงานหญิงข้ามชาติจำนวนหนึ่งที่รู้ตัวว่าตั้งครรภ์ ตัดสินใจทำแท้งก่อนมาตรวจร่างกาย บางครั้งมีการใช้ยาสาวะของเพื่อนที่แน่ใจว่าไม่ท้องส่งตรวจแทน
2. บางพื้นที่ ผู้ใช้บริการมาคลอดบุตรส่วนใหญ่เป็นประชากรข้ามชาติ ส่วนใหญ่อยู่ในจังหวัดที่มีแรงงานข้ามชาติเกิน 10% ของประชากรรวมทั้งจังหวัด ได้แก่ ระนอง 33.7% ตาก 24.2% สมุทรสาคร 22.7% พังงา 12.7% และภูเก็ต 11.3%
3. ปัญหาอุบัติเหตุการตายคลอด การแท้งเอง และการทำแท้งสูงมากในประชากรข้ามชาติโดยเฉพาะชายแดน เช่นแม่สาย เชียงราย เนื่องจากไม่ได้คุมกำเนิด พุศไทยไม่ได้ มักคลอดเอง มาฝากครรภ์ได้เพียง 1/3 ของที่ตั้งครรภ์เท่านั้น หลายพื้นที่แก้ปัญหาโดยทำงานเชิงรุก ในการจัด อสต. อบรมหมอดำเย เช่นสังขละบุรี แม่สอด เป็นต้น
4. ปัญหาการสื่อสารและเข้าถึงแรงงานข้ามชาติ เป็นปัญหาหลักของทุกปัญหาของแรงงานข้ามชาติ การสร้าง อสต. พสต. สามารถบรรเทาปัญหาได้ เป็นผลดีต่อการทำงานและต่อสุขภาพ และมีความจำเป็น ที่นโยบายระดับสูงควรพิจารณาให้โรงพยาบาลของรัฐหรือองค์กรพัฒนาเอกชนสามารถจ้างคนข้ามชาติมาทำงานได้อย่างถูกต้องตามเกณฑ์ของภาคราชการ
5. ปัญหาใบรับรองการเกิด
6. แม่ติดเชื้อเอชไอวี แต่ไม่ได้รับยาต้านไวรัส
7. ปัญหาการวางแผนครอบครัว มีหลักฐานว่าสามารถลดอัตราการเกิดลงได้จาก 12.9/1000 ในปี 2545 เหลือ 11.9/1000 ในปี 2547 เมื่อมีการคุมกำเนิดเพิ่มจาก 1.8% (ปี2546) ของประชากรต่างด้าวทั้งหมด ขึ้นเป็น 2.1% ของประชากรต่างด้าวทั้งหมด (ปี 2547)

ปัญหาและข้อเสนอแนะในมาตรการประกันสุขภาพ ระบบข้อมูล และอื่นๆ

1. ปัญหาเรื่องการออกบัตรประกันสุขภาพ ยังไม่มีแบบมาตรฐาน
2. ปัญหาในกลุ่มผู้ถือบัตรที่เป็นคนไทย แต่ไม่มีสิทธิ
3. ข้อมูลไม่มีการเชื่อมโยงและคลาดเคลื่อน ระหว่างส่วนต่าง ๆ รวมทั้งความถูกต้องของข้อมูล เช่นลูกจ้างเปลี่ยนชื่อ บ่อย ๆ สำนักบริหารทะเบียนราษฎรพร้อมจะให้เชื่อมโยง แต่จำเป็นต้องดำเนินการในระดับกระทรวง
4. ปัญหาการส่งกลับ สลับประเทศกัน เช่นส่งเขมรไปสังขละบุรี กาญจนบุรี เป็นต้น

5. ปัญหาการค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล
6. ไม่มีนโยบายสุขภาพที่แน่นอนสำหรับผู้ติดตาม

สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ มีข้อเสนอด้านนโยบาย⁽⁶⁰⁾ ดังนี้

1. ควรจัดทำแผนแม่บทการจัดการแรงงานต่างด้าวในระยะยาว โดยการระดมการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เพื่อให้เกิดแนวทางการจัดการในระยะยาว โดยจะต้องเป็นนโยบายที่เน้นการคุ้มครองแรงงานที่ชัดเจน เพื่อให้เกิดผลต่อการคุ้มครองแรงงานอย่างจริงจัง ในระดับปฏิบัติ โดยเฉพาะการจดทะเบียนจะต้องมีความสอดคล้องกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง โดยควรจะมีการเปิดโอกาสให้จดทะเบียนได้ตลอดทั้งปี เพื่อสอดคล้องกับการหมุนเวียนแรงงานตามความต้องการของตลาดแรงงาน ทั้งนี้ต้องไม่ละเลยด้านความมั่นคงภายในของประเทศ

2. ควรควบคุมดูแลไม่ให้แรงงานต่างด้าว นำครอบครัวเข้ามาอาศัยอยู่ด้วย การที่แรงงานต่างด้าว นำครอบครัวของตนเข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศไทย จนในปัจจุบันมีการจัดตั้งชุมชนของตนเองขึ้นมา ถือว่าเป็นปัญหาสำคัญที่อาจส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของไทยได้ในอนาคต จึงควรออกมาตรการนำมาควบคุมเพื่อป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งต้องมีมาตรการด้านสวัสดิการ และสุขภาพอนามัยของคนต่างด้าว สถานที่ทำงานด้วย

3. ควรยกเลิกประกาศจังหวัด เรื่องการจัดระบบในการควบคุมแรงงานต่างด้าว โดยเฉพาะบางข้อ ที่มีการละเมิดสิทธิมนุษยชนของแรงงานต่างด้าว

4. ควรลดขั้นตอนในการขอใบอนุญาตทำงาน (Work Permit) ให้สั้นลง เพื่อให้นายจ้างสามารถขอใบอนุญาตให้แรงงานได้รวดเร็วขึ้น

ทั้งนี้ยังมีข้อเสนอด้านบริหารจัดการดังต่อไปนี้คือ

1. ควรให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องออกมาตรการควบคุม บังคับให้เป็นไปตามลักษณะของพื้นที่ ตามสภาพของปัญหาและสามารถยืดหยุ่นได้ ตามความเหมาะสมสอดคล้องกับพื้นที่

2. ควรดำเนินการลงโทษผู้นำพา ผู้ให้ที่พักพิง หรือนายจ้างที่นำแรงงานต่างด้าวเข้ามาในประเทศไทยโดยมิได้ดำเนินการขึ้นทะเบียนให้ถูกต้องตามกฎหมายอย่างจริงจังโดยไม่เลือกปฏิบัติ

3. ควรควบคุมผู้ประกอบการให้ปฏิบัติตามกฎหมายแรงงาน เพื่อนำไปสู่การจ่ายค่าแรงขั้นต่ำให้กับแรงงานต่างด้าวตามเกณฑ์เทียบเท่าลูกจ้างของไทย และรับประกันความปลอดภัยในการทำงาน ตลอดจนกำกับดูแลและยุติพฤติกรรมการบังคับข่มขู่ และทำร้ายร่างกาย จากนายจ้าง และเจ้าหน้าที่ของรัฐ ที่เกี่ยวข้องอย่างเคร่งครัดและจริงจัง

4. ควรพิจารณาบุคลากร อุปกรณ์เครื่องมือ งบประมาณให้เหมาะสมเพียงพอ ในขั้นตอน กระบวนการจดทะเบียน และเงินที่ใช้จ่าย

5. ควรให้มีคณะทำงานที่ปฏิบัติงานแบบบูรณาการด้านความร่วมมือ เช่น ฝ่ายความมั่นคง ฝ่ายแรงงาน ฝ่ายสาธารณสุข เป็นต้น และให้มีการประเมินผลการดำเนินงานของคณะทำงานรายงานต่อ คณะรัฐมนตรี

6. ต้องจัดทำฐานข้อมูลกลาง เกี่ยวกับประวัติของแรงงานต่างด้าว ที่หลบหนีเข้าเมือง อย่าง เป็นระบบ เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถเชื่อมโยงข้อมูลมาใช้งานได้จริง และข้อมูลแต่ละหน่วยงาน ถูกต้องตรงกัน เพื่อให้สามารถควบคุมแรงงานต่างด้าวได้จริง

7. เมื่อจำเป็นต้องแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้น ต้องทำได้อย่างเร่งด่วน และทันเหตุการณ์ โดย ควรมีผู้มีอำนาจตรงที่แสดงความรับผิดชอบในการสั่งการ ด้านกฎหมายมีข้อเสนอที่สำคัญดังนี้ คือ

ควรลดค่าธรรมเนียมเกี่ยวกับการดำเนินการต่างๆ ได้แก่ ค่าธรรมเนียมใบอนุญาต ทำงานของคนต่าง ด้าว การต่ออายุใบอนุญาต หรือการขยายระยะเวลาการทำงาน ใบแทน ใบอนุญาต และการอนุญาตให้ทำงาน อื่น หรือเปลี่ยนท้องที่หรือสถานที่ทำงาน โดยลดจำนวนเงินค่าธรรมเนียม เพื่อจูงใจให้นายจ้างนำแรงงาน ต่างด้าวมาจดทะเบียน ให้ถูกต้องอันจะเป็นประโยชน์ ในการควบคุมจำนวนแรงงานต่างด้าวได้อย่างมี ประสิทธิภาพ

ด้านยุทธศาสตร์ทั้ง 7 ข้อ ของคณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าว มีข้อเสนอที่น่าสนใจคือ

ยุทธศาสตร์การจัดระบบการจ้างแรงงานต่างด้าว ควรมีการสำรวจ จดทะเบียน กำหนดสถานะโดย การเชื่อมโยงข้อมูลทุกหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง เพื่อแลกเปลี่ยนและใช้ประโยชน์ร่วมกัน รวมทั้งมีการจัดสรร งบประมาณและกำลังคนให้เพียงพอต่อการดำเนินยุทธศาสตร์ด้วย

การศึกษาของศิริกาญจนา พัฒนาศักดิ์⁽⁶¹⁾ มีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. การบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติ ควรเป็นเรื่องระดับชาติ และควรมีองค์กรรับผิดชอบใน ระดับชาติ ในส่วนกฎหมายและการควบคุมกำกับต่าง ๆ ควรมีการปรับปรุง รวมทั้งควรเร่งรัดให้นายจ้าง ดำเนินการตามกฎหมาย

2. ควรมีนโยบายและการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติที่ไม่ได้ลงทะเบียน และปรับปรุง

กฎหมายแรงงานของประเทศไทยให้สอดคล้องกับกฎหมายแรงงานระหว่างประเทศรวมทั้งให้การรับรองกฎหมายแรงงานระหว่างประเทศที่ไทยยังไม่ได้รับรอง

3. พัฒนากลไกการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติ ให้มีประสิทธิภาพ และโปร่งใส รวมทั้งเปิดโอกาสให้องค์กรเอกชนเข้ามามีส่วนร่วม โดยให้หน่วยงานของรัฐต่าง ๆ ให้การสนับสนุนองค์กรเอกชน นายจ้าง และผู้บริโภครวได้รับข้อมูลให้เกิดความตระหนักถึงสิทธิมนุษยชน และสิทธิด้านแรงงานของแรงงานทุกคนรวมทั้งแรงงานข้ามชาติทุกคนควรมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา

4. แรงงานข้ามชาติควรได้รับการเสริมพลัง และสนับสนุนให้เรียนรู้และทำความเข้าใจกฎหมายแรงงาน รวมทั้งสิทธิมนุษยชนเพื่อจะได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

5. กระทรวงแรงงานควรปรับปรุง กระบวนการออกใบอนุญาตทำงานชั่วคราว ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยการขยายระยะเวลาและเปิดให้จดทะเบียนง่ายขึ้น รวมทั้งลดค่าธรรมเนียมต่าง ๆ

6. แรงงานข้ามชาติที่ไม่ได้ลงทะเบียน ควรได้รับการส่งเสริม สนับสนุนให้ลงทะเบียน และให้มีการตรวจสอบรวมทั้งเข้าถึงการประกันสุขภาพ โดยได้รับการปกป้องสิทธิมนุษยชนทั้งนี้ต้องไม่ให้ค่าธรรมเนียมต่าง ๆ เป็นภาระมากเกินไป

7. นายจ้างซึ่งจ้างงานแรงงานข้ามชาติ ควรจะต้องรับผิดชอบในการนำพาไปลงทะเบียน รวมทั้งขอใบอนุญาตทำงานให้แรงงานข้ามชาติในราคาที่เหมาะสม

8. ควรมีการบังคับใช้กฎหมายต่อนายจ้างและแรงงานข้ามชาติเพื่อลดจำนวนแรงงานข้ามชาติที่ไม่ได้ลงทะเบียน โดยมีเป้าหมายเพื่อมุ่งเน้นให้นายจ้างพาแรงงานข้ามชาติ ไปลงทะเบียนมากกว่าที่จะลงโทษ

9. ควรปกป้องสิทธิด้านแรงงานของแรงงานข้ามชาติ โดยการจัดทำคำแนะนำรวมทั้งสอดคล้องดูแลให้การจ้างงานเป็นไปอย่างเหมาะสมโดยคำนึงถึงสิทธิของแรงงาน

10. ควรเปิดช่องให้แรงงานข้ามชาติมีส่วนร่วมในการปกป้องสิทธิของตนเอง ควรมีอาสาสมัครแรงงานข้ามชาติเพื่อคุ้มครองแรงงานและสิทธิมนุษยชน รวมทั้งพัฒนาความรู้ความสามารถให้อาสาสมัครแรงงาน

11. ควรสร้างกระแสสังคมให้ต่อต้านการจ้างงานผิดกฎหมาย การป้องกันแรงงานข้ามชาติหลบหนีเข้าเมืองผิดกฎหมายควรทำตั้งแต่ชายแดน และควรจัดการค้ามนุษย์ให้หมดไป

12. ควรสนับสนุนแรงงานข้ามชาติถูกกฎหมายที่นำเข้ามาจากประเทศเพื่อนบ้าน รวมทั้งสนับสนุนการพิสูจน์สัญชาติ เพื่อให้แรงงานข้ามชาติผิดกฎหมายหรือกึ่งถูกกฎหมาย กลายเป็นถูกกฎหมายอย่างสมบูรณ์

13. สิทธิมนุษยชนและการปกป้องแรงงานตามกฎหมายระหว่างประเทศควรได้รับการปฏิบัติอย่างทั่วถึงไม่ว่าจะเป็นแรงงานไทย แรงงานข้ามชาติ ลงทะเบียนหรือไม่ลงทะเบียน

14. ควรเผยแพร่ข่าวสารเรื่องการดูแลสิทธิมนุษยชน และการปกป้องแรงงานในประเทศไทยให้รับรู้ทั่วกันในสังคมโลก

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะได้ร่วมกันเสนอนโยบายที่เป็นทางเลือกดังต่อไปนี้⁽⁷⁾

1. ขยายขอบเขตของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไปคุ้มครองสุขภาพของคนไร้รัฐในประเทศไทย รวมทั้งผู้ที่อพยพเข้ามาทำงาน หรืออยู่อาศัย โดยถือเสมือนว่า คนเหล่านี้ ได้มีส่วนร่วมในสังคม เช่นเดียวกับคนไทย เนื่องจากระบบนี้ส่วนใหญ่ก็เป็นการดูแลคนยากจน และผู้ด้อยโอกาสในสังคมอยู่แล้ว การที่ขยายไปคุ้มครองกลุ่มคนกลุ่มใหม่นี้ จะทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านบวกต่อสังคม และใช้งบประมาณเพิ่มเติมอีกประมาณ 1,080 ล้านบาทต่อปี.

2. ควรปรับปรุงระบบบังคับให้มีบัตรประกันสุขภาพ โดยกระทรวงสาธารณสุขโดยเร็ว โดยเฉพาะการบริหารจัดการข้อมูล เป็นความสำคัญลำดับต้น ควรมีคณะกรรมการทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เพื่อปรับปรุงการประสานงาน พัฒนายุทธศาสตร์ในการเพิ่มประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของระบบนี้ และให้มีการกำกับติดตามประเมินผล รวมทั้งให้มีการประสานงาน ร่วมมือกันระหว่างผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด

3. สำหรับแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ มีข้อเสนอทางเลือกด้านการเงินการคลังสองรูปแบบดังนี้คือ

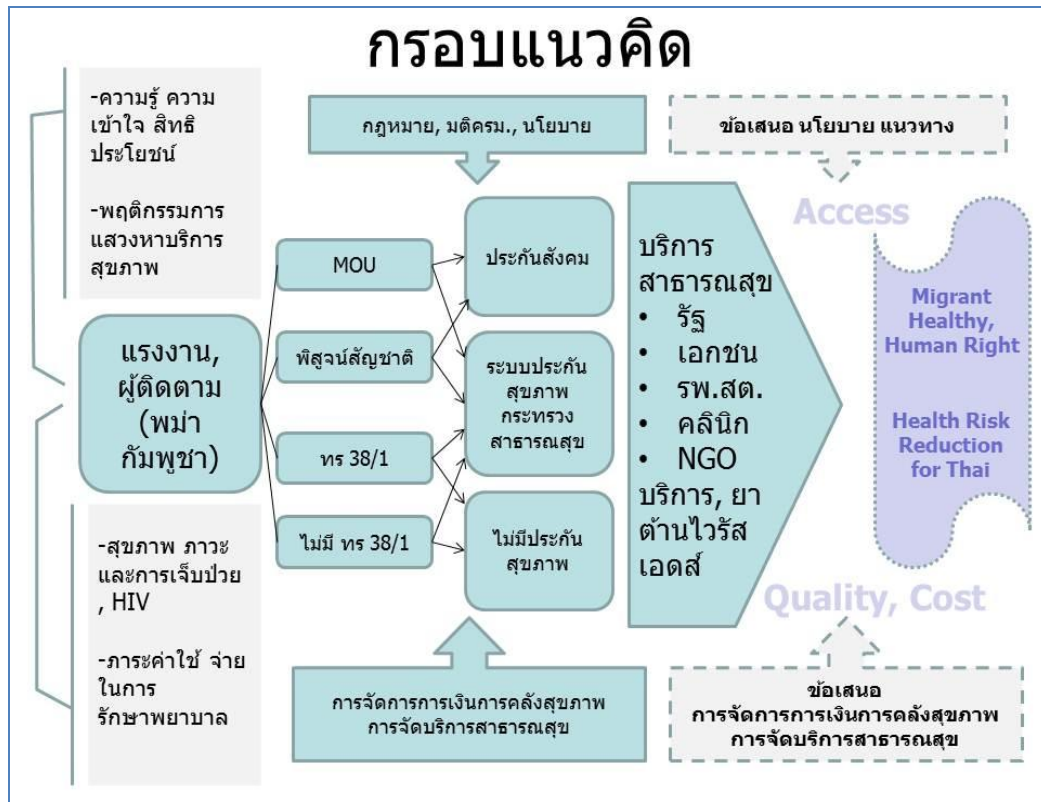
3.1 จัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมให้โรงพยาบาลในชุมชน ที่มีแรงงานข้ามชาติจำนวนมากและมีภาระในการดูแลแรงงานข้ามชาติกลุ่มที่ไม่มีบัตรนี้ ในทางทฤษฎีผู้ที่ควรจ่ายค่าประกันสุขภาพให้คนกลุ่มนี้ควรเป็นผู้ที่ได้รับประโยชน์จากการที่มีแรงงานข้ามชาติ ได้แก่ นายจ้าง ท้องถิ่น รัฐบาล เนื่องจากผู้ได้ประโยชน์ก็ได้จ่ายภาษีแล้ว การสนับสนุนแบ่งเบาภาระด้วยเงินภาษีก็เป็นสิ่งที่สมเหตุสมผล การจัดสรรงบประมาณเพื่อบรรเทาภาระเหล่านี้ จากข้อมูลปี 2548 พบว่าเป็นมีวงเงิน 117-170 ล้านบาทต่อปี

3.2 บริการสาธารณสุขเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน และรัฐควรต้องให้การดูแล การขยายระบบบังคับให้มีบัตรประกันสุขภาพ ครอบคลุมแรงงานข้ามชาติและครอบครัวทั้งหมด เป็นอีกทางเลือกที่ควรดำเนินการ การขยายระบบนี้ออกไปต้องมีระบบการค้นหาแรงงานข้ามชาติเหล่านี้ และจำแนกตัวบุคคลเพื่อให้แรงงานข้ามชาติ สามารถจ่ายเงินเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้ตนเองได้ และควรต้องเป็นระบบบังคับมากกว่าสมัครใจ มิเช่นนั้นก็จะไม่ครอบคลุมทั้งหมด การเปิดโอกาสให้ลงทะเบียนอย่างสะดวกและไม่มีข้อจำกัดเป็นสิ่งจำเป็น รวมทั้งควรมีความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในภาครัฐ และส่วนอื่นที่เกี่ยวข้อง หากดำเนินการตามแนวทางนี้รัฐจะไม่มีภาระด้านการเงิน ในการดูแลด้านสาธารณสุขให้กลุ่มแรงงานเหล่านี้

บทที่ 3

วิธีการศึกษา

ภาพที่ 3.1 กรอบแนวคิดในการศึกษา



ขอบเขตการศึกษา

1. ความรู้ความเข้าใจสิทธิประโยชน์ พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม จังหวัดระยอง และสมุทรสาคร เฉพาะที่มาจากพม่า กัมพูชา ที่ลงทะเบียน (นำเข้า, พิสูจน์สัญชาติไม่ พิสูจน์สัญชาติ) และไม่ลงทะเบียน ทั้งที่มีและไม่มีประกันสุขภาพ ใช้ข้อมูล Primary information โดยมีเครื่องมือเป็นแบบสอบถาม และการสัมภาษณ์แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม
2. อัตราการให้บริการสุขภาพ ค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพรูปแบบการจัดการการเงินการคลัง และ จัดบริการสุขภาพใช้ข้อมูลทั้ง Primary Information และ Secondary Information ได้มาจากเวช ระเบียบอิเล็กทรอนิกส์ และรายงานสรุปจากโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สมุทรสาครและจังหวัดระยอง
3. สถานการณ์การเข้าถึง ค่าใช้จ่ายยาต้านไวรัสเอ็ดส์ใช้ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Information) และ ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Information) ได้มาจากอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ และรายงานจากโรงพยาบาล

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร และจังหวัดระยอง, สำนักโรคเอดส์ กรมควบคุมโรค,
สำนักบริหารการสาธารณสุข และกลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

Unit of Analysis

เลือกจังหวัดเป้าหมาย แบบ Non Randomized (Purposive Sampling) โดยเน้นจังหวัดที่อยู่ใน
โครงการฟาร์มิตร และมีแรงงานข้ามชาติที่รับจ้างประกอบอาชีพประมง และประมงต่อเนื่อง จำนวนมาก
ได้แก่ จังหวัดระยอง และสมุทรสาคร

1. ระยอง (กัมพูชา 56.55%) มีแรงงานข้ามชาติลงทะเบียน และได้รับการยกเว้นตามมติคณะรัฐมนตรีโดย
มี ตร. 38/1 และใบอนุญาตทำงาน จำนวน 20,117 คน, ผ่านการพิสูจน์สัญชาติ จำนวน 3,962 คนและ
นำเข้าตาม MOU จำนวน 1,589 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่าง ตามวิธีของ Taro Yamane ⁽⁶²⁾ ได้กลุ่มตัวอย่าง
จำนวน 394 คน ความเชื่อมั่น 95%
2. สมุทรสาคร (พม่า 84.25%) มีแรงงานข้ามชาติลงทะเบียน ที่ได้รับยกเว้นตามมติคณะรัฐมนตรี โดยมี
ตร. 38/1 และใบอนุญาตทำงาน จำนวน 124,454 คน ผ่านการพิสูจน์สัญชาติ จำนวน 6,609 คน นำเข้า
ตาม MOU จำนวน 1,764 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่าง ตามวิธีของ Taro Yamane ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน
400 คน ความเชื่อมั่น 95%

แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม

เนื่องจากประชากรแรงงานข้ามชาติทั้ง 2 จังหวัด มีการกระจายไม่เป็น Normal Distribution ดังนั้น
จึงเลือกกลุ่มตัวอย่างในลักษณะ Non Randomized Stratified Sampling การเลือกตัวอย่างตามการจำแนก
กลุ่มอาชีพนั้นใช้วิธีเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มอาชีพต่าง ๆ ให้หลากหลาย
และครบถ้วน ดังนี้คือ

1. กลุ่มแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามชาวพม่า และกัมพูชาที่นำเข้ามาทำงานโดยถูกต้องตาม
กฎหมาย (MOU)
2. กลุ่มแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามชาวพม่า และกัมพูชาที่มี ตร.38/1 ที่ผ่านการพิสูจน์
สัญชาติ
3. กลุ่มแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามชาวพม่า และกัมพูชาที่มี ตร. 38/1 โดยมีได้ผ่านการ
พิสูจน์สัญชาติ
4. กลุ่มแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามชาวพม่า และกัมพูชาที่ไม่มีตร. 38/1

ทั้งนี้ในกลุ่มที่ 1, 2 จะมีประกันสังคม หรือมีประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มที่ 3, 4 จะมีหรือไม่มีประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยแต่ละกลุ่มจะต้องเลือกกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมประเภทบริการ ที่กรมจัดหางานอนุญาตทั้ง 6 กลุ่มรวมทั้งในกลุ่มที่ 6 ที่มี 19 กลุ่มอาชีพให้ครบมากที่สุดเท่าที่มีในจังหวัดสมุทรสาครและจังหวัดระยอง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ใช้เครื่องมือที่ดัดแปลงมาจาก แบบสอบถามในการหา Health Seeking Behavior and Health System response Model ของ **Susanna Hausmann-Muela**. (Swiss Tropical Institute, PO Box 4002 Basel, Switzerland, Joan Muela Riber. Universitat Autònoma de Barcelona, Social Anthropology Department, 08193 **Bellaterra**, Barcelona, Spain, and **Isaac Nyamongo**, Institute of African Studies, University of Nairobi, PO Box 30197, Nairobi, Kenya. August 2003.) โดยมีแบบสอบถาม 2 ชุด ซึ่งแตกต่างกันในส่วนข้อมูลทั่วไป การรับบริการสุขภาพที่คลินิกเอกชน และการเสียค่าใช้จ่าย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามแรงงานข้ามชาติที่ได้รับใบอนุญาตทำงาน โดยมี พร. 38/1 หรือพิสูจน์สัญชาติแล้ว หรือนำเข้าตาม MOU
2. แบบสอบถามผู้ติดตามหรือแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีใบอนุญาตทำงาน และไม่มีประกันสุขภาพ

ทั้งนี้แบบสอบถามสำหรับแรงงานข้ามชาติ มักมีข้อจำกัดในการสื่อสาร จึงไม่สามารถใช้ Rating Scale ได้ อีกทั้งเป็นการสอบถามเรื่องการเจ็บป่วย และการใช้บริการ จึงต้องกำหนดให้ผู้สอบถามกับกลุ่มตัวอย่างไม่รู้จักกัน ทั้งนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลตามจริง⁽⁶³⁾

ในการหา Validation ในส่วน Health Seeking Behavior และ Health System Response นั้นใช้ผู้เชี่ยวชาญจากจังหวัดสมุทรสาครและจังหวัดระยอง ซึ่งประกอบด้วยนักวิชาการจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาล รวมทั้งองค์กรเอกชนในพื้นที่ 2 จังหวัด ร่วมกันพิจารณา

ในส่วนการหา Reliability ได้ทำการทดสอบแบบสอบถาม จากกลุ่มตัวอย่าง 20 รายในจังหวัดสมุทรสาครและ 10 รายในจังหวัดระยอง โดยใช้วิธีสัมภาษณ์ซ้ำ (Test-Retest) รวม 2 ครั้ง ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติคนเดิม เพื่อทดสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม

ขั้นตอนการศึกษา

1. ทบทวนกฎหมาย นโยบายและแนวทางปฏิบัติ ที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติ ทั้งที่ขึ้นทะเบียน และไม่ได้ขึ้นทะเบียน รวมทั้งระบบประกันสุขภาพที่เกี่ยวข้อง
2. พัฒนาเครื่องมือในการสำรวจ ความรู้ความเข้าใจของแรงงานข้ามชาติ เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ และการไปรับบริการ พฤติกรรมการแสวงหาบริการ การใช้บริการ รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นของแรงงานข้ามชาติที่มีประกันสุขภาพและไม่มีประกันสุขภาพ
3. สำรวจ ความรู้ความเข้าใจของแรงงานข้ามชาติ เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์และการไปรับบริการ พฤติกรรมการแสวงหาบริการ การใช้บริการทั่วไปและบริการยาต้านไวรัสเอดส์ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นของแรงงานข้ามชาติ ที่มีประกันสุขภาพและไม่มีประกันสุขภาพ
4. ศึกษาอัตราการใช้บริการรักษาโรค และยาต้านไวรัสเอดส์ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ ประเภทบริการที่ใช้และ ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษา รวมทั้งศึกษาเปรียบเทียบภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นระหว่างแรงงานข้ามชาติ ที่มีประกันสุขภาพและไม่มีประกันสุขภาพ
5. วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ ความรู้ ความเข้าใจของแรงงานข้ามชาติ และ การศึกษาอัตราการใช้บริการ เพื่อใช้กำหนดประเด็น ในการสัมภาษณ์เชิงลึกและจัดสนทนากลุ่มกับ ผู้ให้บริการ (โรงพยาบาล/ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด)
6. สัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล และนายจ้าง สนทนา กลุ่ม กับผู้ให้บริการ และแรงงานข้ามชาติที่มีประกันสุขภาพ
7. ศึกษาและพัฒนารูปแบบการจัดการการเงินการคลัง และการจัดบริการสุขภาพที่ตอบสนอง พฤติกรรมการแสวงหาบริการ การใช้บริการของแรงงานข้ามชาติ ที่มีประกันสุขภาพและไม่มี ประกันสุขภาพ
8. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อระดมความคิดเห็นต่อรูปแบบการจัดการการเงินการคลังและการ จัดบริการสุขภาพที่พัฒนาขึ้น
9. ศึกษาความเป็นไปได้ของรูปแบบการจัดการ การเงินการคลังและการจัดบริการสุขภาพของแรงงาน ข้ามชาติ ที่มีประกันสุขภาพและไม่มีประกันสุขภาพ
10. จัดทำข้อเสนอทางเลือกเชิงนโยบาย ในการจัดระบบการเงินการคลังและรูปแบบการจัดบริการ แบบ ใหม่ที่ตอบสนองพฤติกรรมการแสวงหาบริการ การใช้บริการของแรงงานข้ามชาติ

ตารางที่ 3.1 ประเด็นการศึกษา ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

ประเด็นการศึกษา	ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา
1.ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์และการไปรับบริการ พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพและการใช้บริการ รวมทั้งภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เกิดขึ้น โดยใช้แบบสอบถามจากแรงงานข้ามชาติในชุมชนต่างๆ	- แรงงานข้ามชาติกลุ่มที่มีประกันสุขภาพและไม่มีประกันสุขภาพ สัญชาติพม่าและกัมพูชาที่อาศัยอยู่ในชุมชนต่างๆ ของจ.สมุทรสาครและ จ.ระยอง ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาระบุจำนวนที่ชัดเจนภายหลัง ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในแต่ละชุมชน มีสัดส่วนจำนวนแรงงานข้ามชาติกลุ่มที่มีประกันสุขภาพต่อกลุ่มที่ไม่มีประกันสุขภาพเท่ากับ 1:5 (โดยใช้สัดส่วนจำนวนคนต่างด้าวกลุ่มที่เข้าเมืองอย่างถูกกฎหมาย:กลุ่มที่เข้าเมืองผิดกฎหมาย เท่ากับ 1:5)	<u>ขั้นตอนวิธีการสุ่มตัวอย่าง</u> 1) คำนวณหาจำนวนชุมชนแรงงานต่างชาตินี้ที่จะเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เกณฑ์ 15% ของประชากร เช่น จ.สมุทรสาคร ที่ทราบว่ามีการจ้างงานข้ามชาติอาศัยอยู่จำนวน 31 ชุมชน ดังนี้ $31 \times \frac{15}{100} = 4.65 \sim 5 \text{ ชุมชน}$ 2) สุ่มตัวอย่างจำนวนชุมชนด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) คือ การจับฉลากชุมชนจำนวน 5 ชุมชนจาก 31 ชุมชน 3) คำนวณขนาดตัวอย่างในแต่ละชุมชนจากสูตรของทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane, 1973:125) โดยให้มีความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 0.05 $n = \frac{N}{1 + Ne^2}$ โดยกำหนดให้ n คือจำนวนหรือขนาดของตัวอย่าง N คือ จำนวนหรือขนาดของประชากร e คือ ความน่าจะเป็นของความ

ประเด็นการศึกษา	ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา
		ผิดพลาดที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ (ใน ที่นี้ใช้ 0.05) จากการคำนวณก็จะได้กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมดที่จะทำการศึกษาใน ชุมชนของจ.สมุทรสาคร และ ระยอง
2.อัตราการใช้บริการ รักษาพยาบาล และยาต้าน ไวรัสเอดส์ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ ประเภทบริการที่ใช้ และ ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษา ของแรงงานต่างชาตินี้ทั้งกลุ่ม ที่มีประกันสุขภาพและไม่มี ประกันสุขภาพ โดยวิเคราะห์ จากฐานข้อมูล โรงพยาบาล	- ฐานข้อมูลทุติยภูมิของโรงพยาบาล ในพื้นที่จ.สมุทรสาคร และ จ.ระยอง ดังนี้ <u>จ.สมุทรสาคร</u> 1.รพ.สมุทรสาคร 2.รพ.บ้านแพ้ว 3.รพ.กระทุ่มแบน 4.รพ.ศรีวิชัย 5 <u>จ.ระยอง</u> 1.รพ.ระยอง 2.รพ.แกลง 3.รพ.บ้านฉาง	- ฐานข้อมูลการให้บริการแรงงาน ต่างชาติทั้งกลุ่มที่มีประกันสุขภาพ และไม่มีประกันสุขภาพ ปี 2553 ของสถานพยาบาลดังกล่าว - ข้อมูลแรงงานต่างชาติที่ตรวจ พบว่าติดเชื้อ เอชไอวี และเข้าเกณฑ์ ที่จะได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ของ โรงพยาบาลดังกล่าว - ข้อมูลผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ของโรงพยาบาลดังกล่าว
3.รูปแบบการจัดการการเงิน การคลังและการจัดบริการ สุขภาพของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดและ สถานพยาบาล โดยการ สัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนา กลุ่มกับสถานพยาบาล และ นายจ้าง รวมทั้งแรงงาน	ประกอบด้วย 4 กลุ่ม - ผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดและ โรงพยาบาลจำนวน 9 คน - ผู้รับผิดชอบงานของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดและ โรงพยาบาล จำนวนรวม 10-12 คน - นายจ้างของแรงงานต่างชาติ จำนวน 3-5 คน	<u>หมายเหตุ</u> ตัวแทนนายจ้างและแรงงาน ต่างชาติที่เข้าร่วมสนทนากลุ่ม พิจารณาคัดเลือกตามความสมัครใจ โดยมีใบขออนุญาตเพื่อแสดงความ ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

ประเด็นการศึกษา	ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา
ต่างชาติ	-แรงงานต่างชาติที่มีประกันสุขภาพ จำนวน 8-10 คน	

8. หน่วยงานสนับสนุนทุนวิจัย มูลนิธิรักไทย และสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

9. แผนปฏิบัติการระหว่าง ตุลาคม ปี 2553 – กันยายนปี 2554

	ปี 2553-2554											
	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
1. ปรับแก้ไข และพัฒนารอบการวิจัย โครงร่างวิจัย												
2. ทบทวนเอกสาร ที่เกี่ยวข้องๆ												
3. พัฒนาเครื่องมือในการสำรวจ ฯ												
4. สำรวจ ความรู้ความเข้าใจของแรงงานข้ามชาติ เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ฯ												
5. ศึกษาอัตราการใช้บริการรักษาโรค และยาต้านไวรัสเอดส์ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ ฯ												
6. วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจฯ และการศึกษาอัตราการใช้บริการ ฯ												
7. สัมภาษณ์เชิงลึกฯ จัดสนทนา กลุ่มกับผู้ให้บริการ และแรงงานข้ามชาติ												
8. พัฒนาระบบการเงินการคลังและรูปแบบการจัดบริการฯ												
9. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการฯ												
10. ศึกษาความเป็นไปได้ของระบบการเงินการคลังและรูปแบบการจัดบริการฯ												
11. จัดทำรายงานผลการศึกษาและข้อเสนอทางเลือกเชิงนโยบายฯ												

บทที่ 4

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม

การเก็บรวบรวมข้อมูลแรงงานข้ามชาติ และผู้ติดตามที่ลงทะเบียนอยู่ในความดูแลของกระทรวงมหาดไทย ขณะที่ข้อมูลการอนุญาตทำงานของแรงงานข้ามชาติอยู่ที่กระทรวงแรงงาน การตรวจสอบสุขภาพและมีบัตรประกันสุขภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลไว้ที่กระทรวงสาธารณสุขในภาพรวม เนื่องจากสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมจัดหางาน กระทรวงแรงงาน เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบคณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าว ซึ่งมีหน้าที่กำหนดนโยบาย อำนาจการให้เกิดการดำเนินการ ตามยุทธศาสตร์บริหารแรงงานต่างด้าว โดยบูรณาการทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในฐานะเลขานุการของคณะกรรมการจำนวนของแรงงานข้ามชาติ และผู้ติดตามอย่างเป็นทางการ จึงใช้ข้อมูลของสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมจัดหางาน กระทรวงแรงงาน เป็นแหล่งอ้างอิง

1.1 แรงงานข้ามชาติในภาพรวมระดับประเทศ

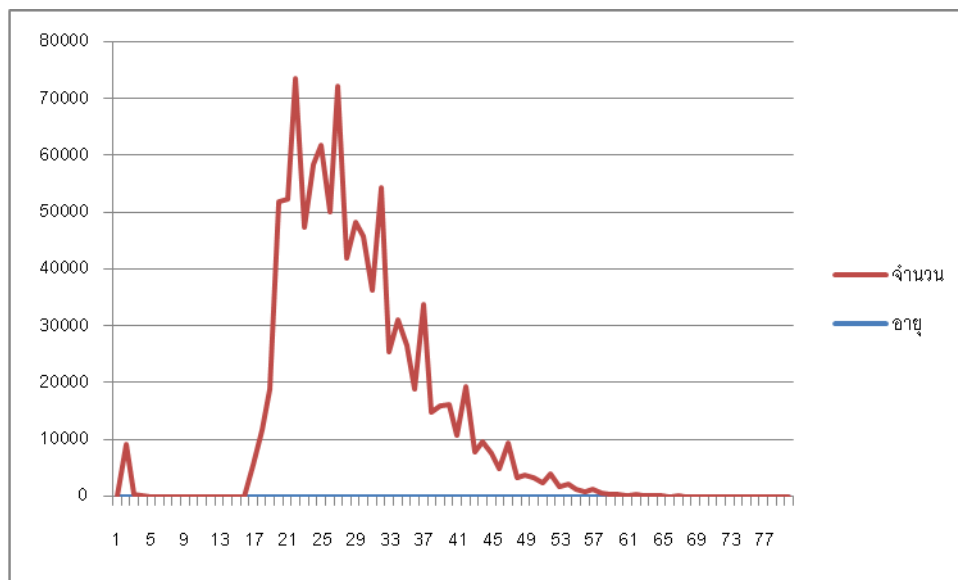
แรงงานข้ามชาติในภาพรวม ที่กรมจัดหางานรวบรวมข้อมูล มีการรวบรวมเฉพาะแรงงานข้ามชาติที่มีการลงทะเบียนได้รับใบ ทร. 38/1 จากกระทรวงมหาดไทย แล้วผ่านการตรวจสอบสุขภาพ และซื้อบัตรประกันสุขภาพจากกระทรวงสาธารณสุข จากนั้น จึงจะขอใบอนุญาตทำงานจากกรมจัดหางานได้ ดังนั้น ข้อมูลที่แสดง จึงเป็นจำนวนแรงงานข้ามชาติที่ลงทะเบียนเรียบร้อยแล้ว และมีใบอนุญาตทำงานเท่านั้น ไม่รวมจำนวนแรงงานข้ามชาติที่ไม่ได้ลงทะเบียน ไม่มีบัตรประกันสุขภาพและไม่มีใบอนุญาตทำงาน ซึ่งยังไม่มีข้อมูลรวมอย่างเป็นทางการ แรงงานข้ามชาติ พม่า ลาว กัมพูชา ที่ได้รับใบอนุญาตทำงานจากกรมจัดหางานแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลแรงงานข้ามชาติที่รับใบอนุญาตทำงานทั่วประเทศ

แรงงานข้ามชาติ	ปี 2552	ปี 2553
พม่า	1,078,767	940,376
ลาว	110,854	105,955
กัมพูชา	124,761	122,493
รวม	1,314,382	1,168,824

ในปี 2552 แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามที่ลงทะเบียนมากที่สุดคือช่วงอายุ 21 ปี รองลงมาเป็นช่วงอายุ 26 ปี จะเห็นได้ว่าการกระจายตัวนี้ไม่เป็นการกระจายตามปกติ(Normal Distribution) ซึ่งในปี 2552 เป็นปีที่เปิดให้จดทะเบียนได้เต็มที่ เช่นเดียวกับปี 2547 พบว่ากลุ่มแรงงานข้ามชาติที่อายุ 21 ปีมีจำนวนมากที่สุด ขณะเดียวกันในปี 2547 ที่เปิดให้จดทะเบียนได้อย่างเต็มที่ แรงงานข้ามชาติที่มีอายุ 21 ปี ในปีนั้น ก็จะมีอายุ 26 ปีในปี 2552 พอดี ดังแสดงในแผนภาพที่ 4.1

ภาพที่ 4.1 แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามที่ตรวจสอบสุขภาพจำแนกตามอายุ ปี 2552



1.2 แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามจังหวัดระยอง

จังหวัดระยองมีแรงงานข้ามชาติที่ขอรับใบอนุญาตทำงาน ในปี 2552 และปี 2553 แตกต่างกันมาก โดยปี 2552 มีจำนวน 31,690 คน มากกว่า ปี 2553 ซึ่งมีจำนวน 20,020 คน ทั้งนี้แรงงานกัมพูชามีสัดส่วนสูงสุดในปี 2552 คิดเป็น 57.28 % ของแรงงานข้ามชาติในจังหวัดระยอง แต่ในปี 2553 เหลือ 51.11% โดยลดลงจากปี 2552 ถึง 7,920 คน สัดส่วนจำนวนชายต่อหญิง ยังคงที่ทั้ง 2 ปี คิดเป็น 1:0.58 ในปี 2552 และ 1:0.57 ในปี 2553 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันทั้ง 2 ปี รายละเอียดตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวนแรงงานข้ามชาติที่รับใบอนุญาตทำงาน จังหวัดระยอง ปี 2552- 2553

แรงงาน ข้ามชาติ	ปี 2552			ปี 2553		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
พม่า	6,185	4,106	10,291	4,699	2,983	7,682
ลาว	1,732	1,515	3,247	1,117	989	2,106
กัมพูชา	12,181	5,971	18,152	6,912	3,320	10,232
รวม	20,098	11,592	31,690	12,728	7,292	20,020

ข้อมูลการตรวจสอบสภาพของแรงงานข้ามชาติในปี 2552 พบว่าแรงงานข้ามชาติที่มาตรวจสอบสภาพมีจำนวนถึง 32,030 คน ซึ่งมากกว่าแรงงานข้ามชาติที่มีใบอนุญาตทำงานที่มีจำนวน 31,690 คน เล็กน้อย (340 คน) โดยมีแรงงานข้ามชาติที่มาตรวจสอบสภาพมากที่สุดในโรงพยาบาลระยอง 40.64%, โรงพยาบาลแกลง 21.54% และโรงพยาบาลบ้านค่าย 12.37% ตามลำดับ และกระจายตามโรงพยาบาลอื่นอีกเล็กน้อย รายละเอียดดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 จำนวนแรงงานข้ามชาติที่ตรวจสอบสภาพ และประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ปี 2552

โรงพยาบาล	สัญชาติ			รวม	ร้อยละ
	พม่า	ลาว	กัมพูชา		
ระยอง	4,927	1,074	7,017	13,018	40.64
แกลง	1,803	546	4,550	6,899	21.54
บ้านค่าย	1,498	755	1,708	3,961	12.37
บ้านฉาง	470	190	1,261	1,921	6.00
ปลวกแดง	426	69	1,981	2,476	7.73
โรงพยาบาล วังจันทร์	393	198	965	1,556	4.86
เขาชะเมาฯ	239	85	95	419	1.31
มาบตาพุด	980	258	542	1,780	5.56
รวม	10,736	3,175	18,119	32,030	100.00

ในปี 2553 แรงงานข้ามชาติที่ตรวจสอบสุขภาพและประกันสุขภาพ ตามโรงพยาบาลต่างๆในจังหวัดระยอง มีจำนวนเพียง17,267 คน โดยมีจำนวนน้อยกว่า แรงงานข้ามชาติที่ขึ้นทะเบียนกับจัดหางานจังหวัดระยอง ซึ่งมีจำนวน 20,020 คน (มีความแตกต่างกันจำนวน 2,753 คน) สำหรับการกระจายตัวของการตรวจสอบสุขภาพและประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ยังคงหนาแน่นอยู่ที่โรงพยาบาลระยอง 42.21% แกลง 21.18% และบ้านค่าย 9.60% เป็นส่วนใหญ่ ไม่แตกต่างจากปี 2552 ดังตารางที่ 4.4

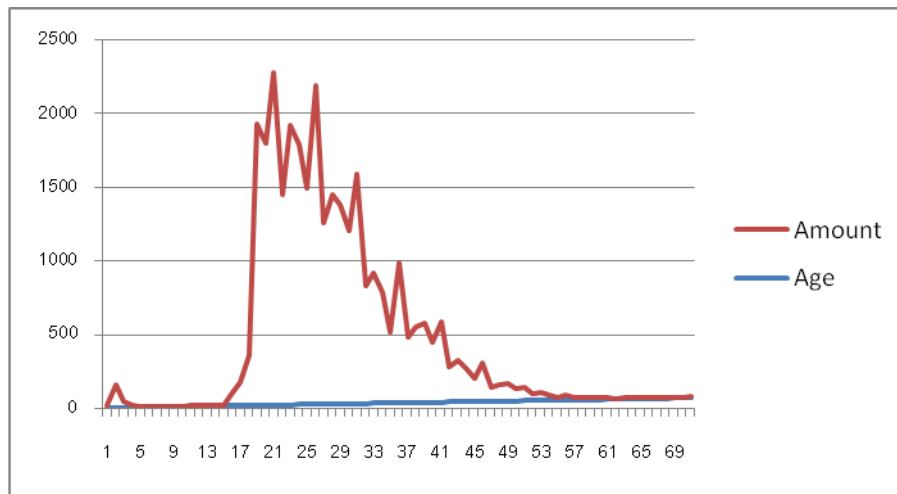
ตารางที่ 4.4 จำนวนแรงงานข้ามชาติที่ตรวจสอบสุขภาพ และประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ปี 2553

โรงพยาบาล	สัญชาติ			รวม	ร้อยละ
	พม่า	ลาว	กัมพูชา		
ระยอง	2,467	753	4,068	7,288	42.21
แกลง	1,264	272	2,122	3,658	21.18
บ้านค่าย	680	360	617	1,657	9.60
บ้านฉาง	299	80	335	714	4.14
ปลวกแดง	316	32	904	1,252	7.25
วังจันทร์	240	116	279	635	3.68
เขาชะเมาฯ	113	30	65	208	1.20
มาบตาพุด	703	151	219	1,073	6.21
นิคมพัฒนา	240	54	488	782	4.53
รวม	6,082	1,794	8,609	17,267	100

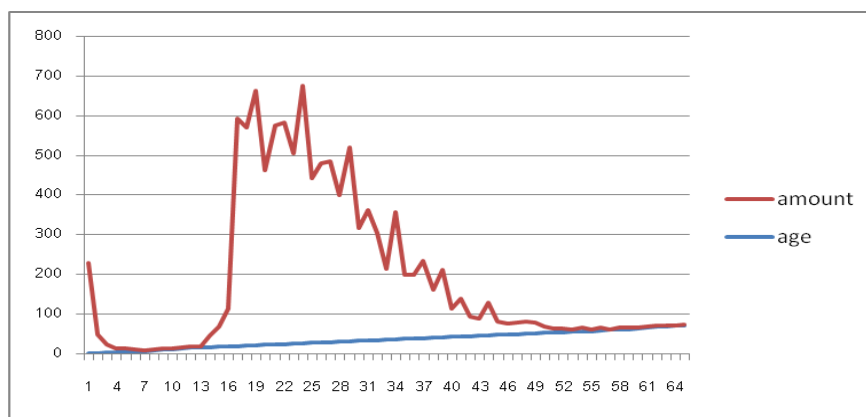
พบว่าในปี 2552 แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม กลุ่มอายุที่มีการตรวจสอบสุขภาพมากที่สุดคือช่วงอายุ 21 ปี ขณะที่รองลงมาเป็นช่วงอายุ 26 ปี ขณะที่ปี 2553 กลุ่มแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามที่ตรวจสอบสุขภาพมากที่สุดคือช่วงอายุ 26 ปี และรองลงมาเป็นช่วงอายุ 21 ปี จะเห็นได้ว่าการกระจายตัวนี้ไม่เป็น Normal Distribution ซึ่งในปี 2552 เป็นปีที่เปิดให้จดทะเบียนขออนุญาตทำงานเต็มที่ เช่นเดียวกับปี 2547 ซึ่งการกระจายตัวของช่วงอายุแรงงานข้ามชาติที่ ที่ตรวจสอบสุขภาพในจังหวัดระยอง มีการกระจายตัวที่เช่นเดียวกับการกระจายตัวของช่วงอายุแรงงานข้ามชาติในภาพรวมระดับประเทศ

นอกจากนี้ในปี 2553 จังหวัดระยอง มีเด็กเกิดใหม่ข้ามชาติอายุน้อยกว่า 1 ปี จำนวนมาก เมื่อเทียบกับปี 2552 ที่มีเด็กเกิดใหม่จำนวนน้อยกว่า และทั้ง 2 ปีต่างก็มีแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามที่อายุมากเกิน 60 ปีขึ้นไปจำนวนไม่มากนัก ดังแผนภาพ 4.2 และ 4.3

ภาพที่ 4.2 แรงงานข้ามชาติ และผู้ติดตามที่ตรวจสุขภาพ จำแนกตามอายุ จังหวัดระยอง ปี 2552



ภาพที่ 4.3 แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม ที่ตรวจสุขภาพจำแนกตามอายุ จังหวัดระยอง ปี 2553



ผลการตรวจสุขภาพแรงงานข้ามชาติในจังหวัดระยอง

การตรวจสุขภาพแรงงานข้ามชาติ ในปี 2552 และปี 2553 พบมีสุขภาพปกติ(ประเภทที่ 1) ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน 96.25 % (26,534 คน) และ 95.72 % (17,331 คน) ตามลำดับ ส่วนแรงงานข้ามชาติที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ต้องติดตามรักษา (ประเภทที่ 2) 1.74% (478 คน) และ 1.46 % (264 คน) โดยในปี 2552 พบโรคที่ต้องติดตามการรักษาสูงกว่าเล็กน้อย ส่วนโรคต้องห้ามมิให้ทำงาน (ประเภทที่ 3) 0.08 % (23 คน), 0.17 % (31คน) และตั้งครรภ์ (ประเภทที่ 4) 1.93 % (531 คน), 2.65 % (480 คน) โดยในปี 2552 จำนวนการตั้งครรภ์มากกว่าปี 2553 รายละเอียดในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ผลการตรวจสอบสุขภาพแรงงานข้ามชาติ จังหวัดระยอง ปี 2552- 2553

ผลการตรวจสอบสุขภาพ	ปี 2552		ปี 2553	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทที่ 1 ปกติ	26,534	96.25	17,331	95.72
ประเภทที่ 2 พบโรคที่ต้องติดตามรักษา	478	1.74	264	1.46
ประเภทที่ 3 พบโรคที่ต้องห้ามมิให้ทำงาน	23	0.08	31	0.17
ประเภทที่ 4 ตั้งครรภ์	531	1.93	480	2.65
รวม	27,566	100	18,106	100

การตรวจพบโรคที่ต้องติดตามการรักษา (ประเภทที่ 2) ในจังหวัดระยอง ปี 2552 และปี 2553 พบโรคที่ต้องติดตามรักษา เป็นโรคซิฟิลิส 15.69 % (75 คน) 28.41% (75 คน) ตามลำดับ รองลงมาพบวัณโรค 11.30 % (54 คน) 20.45% (54 คน) ส่วนใหญ่แรงงานข้ามชาติในจังหวัดระยองเป็นกัมพูชา จึงไม่พบโรคเท้าช้างทั้ง ปี 2552 และ 2553 พบโรคต้องห้ามมิให้ทำงาน (ประเภทที่ 3) ส่วนใหญ่เป็นวัณโรคระยะติดต่อ 56.52 % (13 คน) 20.45 % (18 คน) พบโรคอื่นๆเล็กน้อย ดังตารางที่ 4.6 และ 4.7

ตารางที่ 4.6 โรคที่ต้องติดตามรักษา(ประเภทที่ 2) จังหวัดระยองปี 2552-2553

โรคที่ต้องติดตามรักษา	ปี 2552		ปี 2553	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
วัณโรค	54	11.30	54	20.45
เท้าช้าง	-	-	-	-
โรคเรื้อน	-	-	-	-
ซิฟิลิส	75	15.69	75	28.41
มาลาเรีย	1	0.21	1	0.39
พยาธิลำไส้	-	-	-	-
โรคอื่นๆ*	348	72.80	134	50.76
รวม	478	100	264	100

หมายเหตุ รวมโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ผิวหนัง ซีด แผลเรื้อรัง และโรคกระดูกกล้ามเนื้อ

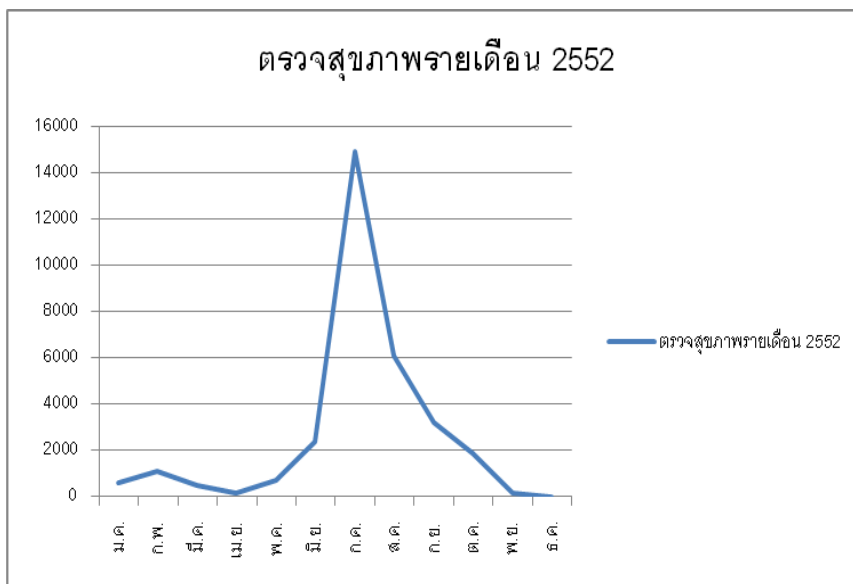
ตารางที่ 4.7 โรคต้องห้ามมิให้ทำงาน (ประเภทที่ 3) จังหวัดระยอง ปี 2552-2553

โรคต้องห้ามมิให้ทำงาน	ปี 2552		ปี 2553	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
วัณโรคระยะติดต่อ	13	56.52	18	58.06
โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการ	-	-	-	-
โรคเรื้อนระยะที่ปรากฏอาการ	-	-	-	-
โรคซิฟิลิสระยะที่ 3	-	-	-	-
ติดสารเสพติดให้โทษ	1	4.35	6	19.35
โรคพิษสุราเรื้อรัง	-	-	-	-
โรคจิตจิตฟั่นเฟือน ปัญญาอ่อน	-	-	-	-
โรคอื่นๆ *	9	39.13	7	22.58
รวม	23	100	31	100

*หมายเหตุ รวมโรคหัวใจและเอดส์

สำหรับช่วงเวลาในการตรวจสอบภาพแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม จังหวัดระยองปี 2552 นั้นพบว่ามี การตรวจสอบภาพตลอดทั้งปี ช่วงที่มีการตรวจสอบสูงคือช่วงมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม เดือนที่มีการตรวจ มากที่สุดคือ เดือนกรกฎาคม ต่างจากการตรวจสอบภาพแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามในปี 2553 ที่มีการ ตรวจสอบภาพทั้งปี แต่ช่วงที่มีความถี่มากที่สุดคือช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนเมษายน และเดือนที่มีการตรวจ มากที่สุดคือเดือนมีนาคม ส่วนใหญ่ของแรงงานข้ามชาติที่มีการตรวจสอบภาพ จะพบว่าช่วงปี 2552 เป็น ช่วงปลายปี แต่ช่วงปี 2553 เป็นช่วงต้นปี แสดงว่าหากเป็นแรงงานข้ามชาติที่ตรวจสอบภาพในปี 2552 คนเดิม ก็มีการตรวจสอบภาพในปี 2553 ภายในระยะเวลาห่างไม่ถึง 1 ปี ดังแสดงในแผนภาพที่ 4.4 และภาพที่ 4.5

ภาพที่ 4.4 การตรวจสอบภาพของแรงงานข้ามชาติในแต่ละเดือนจังหวัดระยอง ปี 2552



ภาพที่ 4.5 การตรวจสอบภาพของแรงงานข้ามชาติในแต่ละเดือนจังหวัดระยอง ปี 2553



1.3 แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามจังหวัดสมุทรสาคร

จังหวัดสมุทรสาครพบว่า แรงงานข้ามชาติที่ขอรับใบอนุญาตทำงาน ในปี 2553 ลดลงจากปี 2552 โดยในปี 2552 มีแรงงานจำนวน 155,599 คน มากกว่าปี 2553 ซึ่งมีแรงงานเพียง 126,830 คน โดยปี 2553 แรงงานข้ามชาติ ขอรับใบอนุญาตลดลงจำนวน 28,769 คน ส่วนใหญ่แรงงานข้ามชาติในจังหวัดสมุทรสาคร เป็นแรงงานพม่ามากที่สุด โดยในปี 2552 และปี 2553 มีแรงงานพม่าคิดเป็น 94.95% และ 96.30% ของแรงงานข้ามชาติทั้งหมดตามลำดับ สำหรับสัดส่วนจำนวนชายต่อหญิง ในปี 2552 และปี 2553 คิดเป็น 1: 0.87 และ 1: 0.91 จะเห็นได้ว่าเพศหญิงมีจำนวนเพิ่มขึ้น รายละเอียดดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 จำนวนแรงงานข้ามชาติที่รับใบอนุญาตทำงาน จังหวัดสมุทรสาครปี 2552-2553

แรงงานข้ามชาติ	ปี 2552			ปี 2553		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
พม่า	78,398	69,344	147,742(94.95%)	63,842	58,292	122,134(96.29%)
ลาว	3,251	2,549	5,800 (3.73%)	1,848	1,718	3,566 (2.81%)
กัมพูชา	1,306	751	2,057 (1.32%)	643	487	1,130(0.89%)
รวม	82,955	72,644	155,599	66,333	60,497	126,830

การตรวจสอบภาพของแรงงานข้ามชาติจังหวัดสมุทรสาคร ในปี 2552 พบว่าแรงงานข้ามชาติที่มาตรวจสอบภาพ สอดคล้องกับจำนวนแรงงานที่ได้รับใบอนุญาตทำงาน โดยมีการตรวจสอบภาพมากที่สุดในโรงพยาบาลสมุทรสาคร 34.66 %โรงพยาบาลศรีวิชัย 5 คิดเป็น51.07 % (รวมการตรวจสอบภาพในเขตอำเภอเมืองมากที่สุด 85.73%) โรงพยาบาลกระทุ่มแบน12.80% และโรงพยาบาลบ้านแพ้ว1.47% รายละเอียดดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 จำนวนแรงงานข้ามชาติที่ตรวจสอบภาพและประกันสุขภาพ จังหวัดสมุทรสาครปี 2552

โรงพยาบาล	จำนวนสัญชาติ			รวม	ร้อยละ
	พม่า	ลาว	กัมพูชา		
สมุทรสาคร	51,453	1,808	665	53,926	34.66
ศรีวิชัย 5	76,838	1,859	766	79,463	51.07
บ้านแพ้ว	2,140	117	30	2,287	1.47
กระทุ่มแบน	17,311	2016	596	19,923	12.80
รวม	147,742	5,800	2,057	155,599	100.00

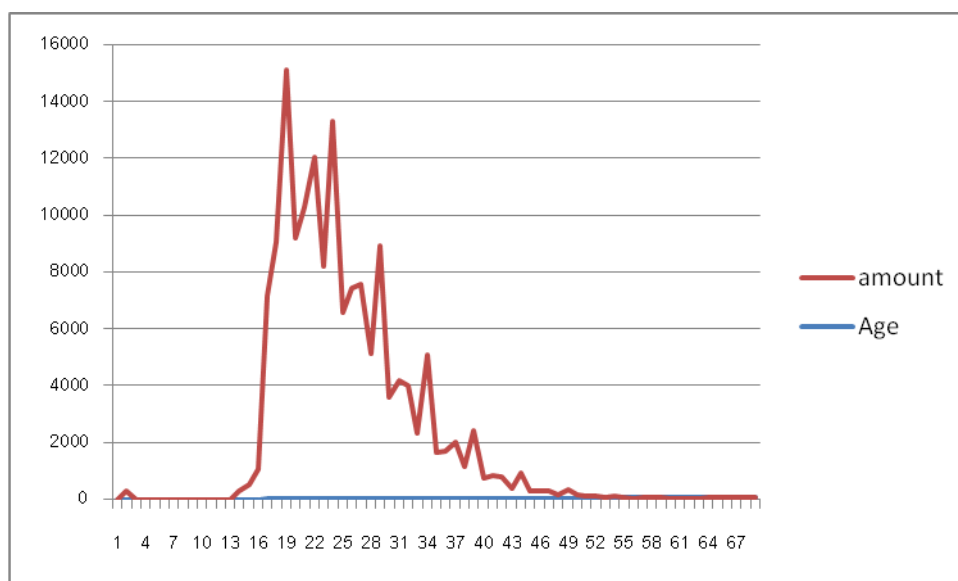
แรงงานข้ามชาติตรวจสอบภาพและประกันสุขภาพในปี 2553 มีจำนวนลดลงเหลือ 122,134 คน และมีการตรวจสอบภาพและประกันสุขภาพ ที่โรงพยาบาลศรีวิชัย 5 มากที่สุด 46.77 % และที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร 38.02 % (รวมการตรวจสอบภาพยังคงหนาแน่นอยู่ในอำเภอเมืองเป็นส่วนใหญ่ 84.49%) และตรวจสอบภาพที่โรงพยาบาลกระทุ่มแบน 13.61% และบ้านแพ้ว1.59% ไม่แตกต่างจากปี 2552 ดังตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 จำนวนแรงงานข้ามชาติที่ตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ จังหวัดสมุทรสาคร ปี 2553

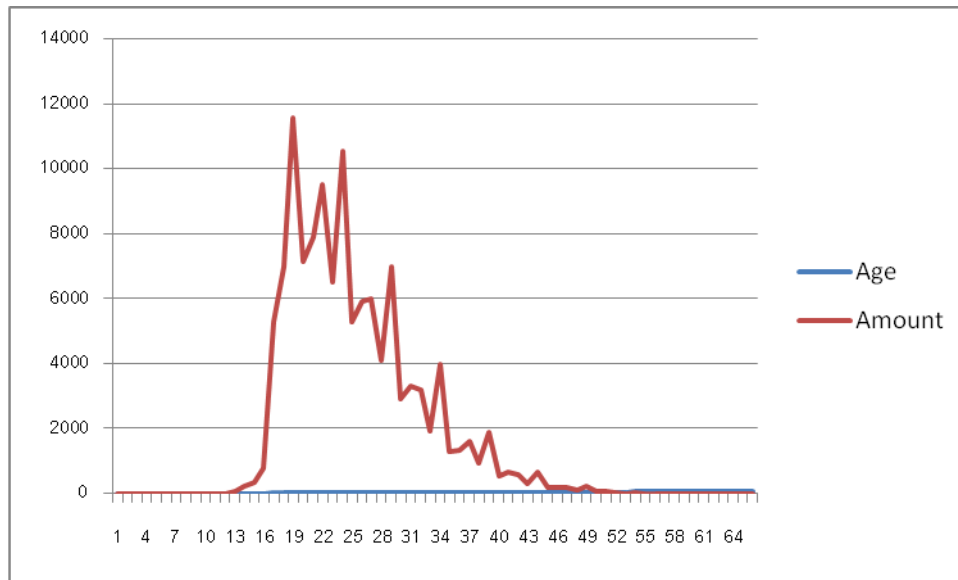
โรงพยาบาล	จำนวนสัญชาติ(คน)			รวม (คน)	ร้อยละ
	พม่า	ลาว	กัมพูชา		
สมุทรสาคร	46,675	1,183	365	48,223	38.02
ศรีวิชัย 5	57,979	1,060	283	59,322	46.77
บ้านแพ้ว	1,952	60	7	2,019	1.59
กระทุ่มแบน	15,528	1,263	475	17,266	13.61
รวม	122,134	3,566	1,130	126,830	100.00

ในปี 2552 และปี 2553 จังหวัดสมุทรสาคร แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามที่ตรวจและประกันสุขภาพ อยู่ในช่วงอายุ 21 ปีมากที่สุด และการกระจายตัวของกลุ่มอายุไม่เป็น Normal Distribution เช่นเดียวกัน สำหรับจำนวนเด็กต่ำกว่า 1 ปี ลดลงในปี 2553 เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2552 ดังภาพที่ 4.6 และ 4.7

ภาพที่ 4.6 แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามที่ตรวจสุขภาพ จำแนกตามอายุ จังหวัดสมุทรสาคร ปี 2552



ภาพที่ 4.7 แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามที่ตรวจสอบสุขภาพ จำแนกตามอายุ จังหวัดสมุทรสาคร ปี 2553



ผลการตรวจสอบสุขภาพแรงงานข้ามชาติในจังหวัดสมุทรสาคร การตรวจสอบสุขภาพแรงงานข้ามชาติจังหวัดสมุทรสาครใน ปี 2552 และปี 2553 พบแรงงานข้ามชาติ มีสุขภาพปกติใกล้เคียงกัน 98.73 % และ 98.20 % โดยตรวจพบโรคที่ต้องติดตามรักษา (ประเภทที่ 2) ลดลงจาก 0.22% (340 คน) ในปี 2552 เหลือเพียง 0.13% (165 คน) ในปี 2553 โดยไม่พบโรคต้องห้ามมิให้ทำงาน (ประเภทที่ 3) ส่วนแรงงานหญิงตั้งครรภ์(ประเภทที่ 4) 1.67% (2113 คน)มากกว่าปี 2552ซึ่งพบมี1.05 % (1,633 คน) รายละเอียดดังตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 ผลการตรวจสอบสุขภาพแรงงานข้ามชาติ จังหวัดสมุทรสาคร ปี 2552- 2553

ผลการตรวจสอบสุขภาพ	ปี 2552		ปี 2553	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ประเภทที่ 1 ปกติ	153,626	98.73	124,552	98.20
ประเภทที่ 2 พบโรคที่ต้องติดตามรักษา	340	0.22	165	0.13
ประเภทที่ 3 พบโรคที่ต้องห้ามมิให้ทำงาน	0	0	0	0
ประเภทที่ 4 ตั้งครรภ์	1,633	1.05	2,113	1.67
รวม	155,599	100	126,830	100

การตรวจสุขภาพแรงงานข้ามชาติ จังหวัดสมุทรสาคร พบโรคที่ต้องติดตามรักษา (ประเภทที่ 2) พบป่วยด้วยวัณโรคมากที่สุด 54.41% (185 คน) ในปี 2552 และปี 2553 พบวัณโรคลดลง 47.88 % (79 คน) รองลงมาพบโรคซิฟิลิส 38.82 % (132 คน) เป็นที่น่าสังเกตว่า ในปี 2553 กลับมีสัดส่วนโรคซิฟิลิสสูงขึ้น 49.70 % (82 คน) สูงกว่าวัณโรค แสดงถึงปัญหาพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัยในกลุ่มนี้ จังหวัดสมุทรสาครไม่พบแรงงานข้ามชาติป่วยด้วยโรคต้องห้ามมิให้ทำงานทั้ง 2 ปี ดังตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 โรคที่ต้องติดตามรักษา (ประเภทที่ 2) จังหวัดสมุทรสาคร ปี 2552- 2553

โรคที่ต้องติดตามรักษา	ปี 2552		ปี 2553	
	จำนวน	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
วัณโรค	185	54.41	79	47.88
เท้าช้าง	23	6.76	4	2.42
โรคเรื้อน	0	0	0	0.00
ซิฟิลิส	132	38.82	82	49.70
มาลาเรีย	0	0	0	0.00
พยาธิลำไส้	0	0	0	0.00
โรคอื่น ๆ	0	0	0	0.00
รวม	340	100	165	100

2. ความรู้ความเข้าใจสิทธิประโยชน์ พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพและการเจ็บป่วย

2.1 ลักษณะของแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม

ดำเนินการเก็บข้อมูลปฐมภูมิ (primary data) ด้วยการสร้างแบบสอบถามขึ้น 2 แบบ เพื่อสัมภาษณ์แรงงานข้ามชาติจังหวัดระยอง และจังหวัดสมุทรสาคร โดยแบบที่ 1 สัมภาษณ์แรงงานข้ามชาติที่มีใบอนุญาตทำงาน และมีการประกันสุขภาพ ส่วนแบบที่ 2 สัมภาษณ์แรงงานที่ไม่มีบัตรอนุญาตทำงานและไม่มีบัตรประกันสุขภาพ ได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาจำนวนทั้งสิ้น 1,243 ชุด จากจังหวัดระยองจำนวน 643 ชุด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นชาวกัมพูชา และจากจังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 600 ฉบับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นชาวพม่า

กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม ของจังหวัดระยอง เป็นกลุ่มที่การตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ โดยจำนวน 351 คน ไม่ได้ประกันสุขภาพ จำนวน 292 คน สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างเป็นชาย:หญิง เท่ากับ 140:211 ส่วนจังหวัดสมุทรสาคร เป็นกลุ่มที่ตรวจและประกันสุขภาพ จำนวน 477 คน ไม่ได้ประกันสุขภาพ จำนวน 123 คน รายละเอียดดังตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 จำนวนและลักษณะของแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม ที่ตอบแบบสอบถาม

	ระยอง	สมุทรสาคร
ตรวจและประกันสุขภาพ	351	477
ชาย:หญิง	140:211 (1:1.50)	221:256 (1:1.16)
ช่วงอายุ(ปี)	17-56 (mean 30.39)	17-54 (mean 28.66)
พม่า: กัมพูชา: อื่น ๆ	132:219	473:4
ไม่ได้ประกันสุขภาพ	292	123
ชาย:หญิง	137:155 (1:1.13)	84:39 (1:0.46)
ช่วงอายุ(ปี)	13-60 (อายุเฉลี่ย 28.8)	14-50 (อายุเฉลี่ย 28.70)
พม่า: กัมพูชา: อื่น ๆ	46:246	123

ด้านรายได้ของแรงงานข้ามชาติ

รายได้ของแรงงานข้ามชาติในจังหวัดระยอง กลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 5,606.62 บาท โดยกลุ่มที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 4,518.18 บาท ดังตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.14 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของแรงงานข้ามชาติที่มีบัตร และไม่มีบัตรประกันสุขภาพ
จังหวัดระยอง

กลุ่มแรงงานข้ามชาติ จังหวัดระยอง	จำนวน (คน)	รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท) Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
มีบัตรประกันสุขภาพ	351	5,606.62	3,029.73	161.715
ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ	292	4,518.18	2,353.90	137.752

การทดสอบทางสถิติ โดยใช้ Equality of Variances ด้วยวิธี Levene's Test ได้ค่า $P = 0.020$ ซึ่ง $P < 0.05$ แสดงว่าการกระจายของข้อมูล 2 กลุ่มแตกต่างกัน และเมื่อทดสอบ Equal Variances not assumed พบว่า $P = 0.000$ ซึ่ง $P < 0.05$ แสดงว่ารายได้ของทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

เมื่อทดสอบความแตกต่างรายได้ของทั้ง 2 กลุ่ม ด้วยการทดสอบแบบ Independent Samples test พบว่ามีการกระจายตัวแตกต่างกัน และพบว่ารายได้ทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% แสดงว่าแรงงานข้ามชาติ จังหวัดระยอง กลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพ มีรายรับสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ ดังตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.15 ความแตกต่างระหว่างรายได้ของแรงงานข้ามชาติกลุ่มที่มีบัตรและไม่มีบัตรประกันสุขภาพ จังหวัดระยอง

การทดสอบทางสถิติ		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
รายได้ต่อเดือน	Equal variances assumed	5.462	.020	5.009	641	.000	1088.439	217.313	661.707	1515.171
	Equal variances not assumed			5.124	638.113	.000	1088.439	212.432	671.289	1505.589

การทดสอบ Equality of Variances โดยวิธี Levene's Test ได้ค่า $P = 0.020$ ซึ่ง $P < 0.05$ แสดงว่าการกระจายของข้อมูล 2 กลุ่มแตกต่างกัน และเมื่อทดสอบ Equal Variances not assumed ได้ค่า $P = 0.000$ ซึ่ง $P < 0.05$ แสดงว่ารายได้ของทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

เมื่อทดสอบความแตกต่างรายได้ของทั้ง 2 กลุ่ม ด้วยการทดสอบ Independent Samples test พบว่ามีการกระจายตัวแตกต่างกัน และพบว่ารายได้ทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% แสดงว่าแรงงานข้ามชาติ จังหวัดระยอง กลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพ มีรายรับสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ

วิเคราะห์รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของแรงงานข้ามชาติ จังหวัดสมุทรสาคร พบว่า กลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพ มีรายรับต่อเดือนเฉลี่ย เท่ากับ 6,225.66 บาท โดยที่กลุ่มไม่มีบัตรประกันสุขภาพมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 5,755.12 บาท ดังตารางที่ 4.16

ตารางที่ 4.16 รายได้ต่อเฉลี่ยต่อเดือนของแรงงานข้ามชาติที่มีบัตร และไม่มีบัตรประกันสุขภาพ
จังหวัดสมุทรสาคร

กลุ่มแรงงานข้ามชาติ จังหวัดสมุทรสาคร	จำนวน (คน)	รายได้เฉลี่ยต่อ เดือน(บาท) Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
มีบัตรประกันสุขภาพ	477	6,225.66	1232.784	56.445
ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ	123	5,755.12	1522.581	137.286

การทดสอบ Equality of Variances โดยวิธี Levene's Test ได้ค่า $P = 0.024$ ซึ่ง $P < 0.05$ แสดงว่า
การกระจายของข้อมูล 2 กลุ่มแตกต่างกัน เมื่อทดสอบ Equal Variances not assumed พบว่า $P = 0.002$ ซึ่ง
 $P < 0.05$ แสดงว่ารายได้ของทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อทดสอบความแตกต่างรายได้ของทั้ง 2 กลุ่ม ด้วยวิธี Independent Samples test พบว่ามีการ
กระจายตัวแตกต่างกัน และพบว่ารายได้ทั้ง 2 กลุ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ความเชื่อมั่น
95% นั่นคือแรงงานข้ามชาติ จังหวัดสมุทรสาคร กลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพ มีรายได้สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มี
บัตรประกันสุขภาพ ดังตารางที่ 4.17

ตารางที่ 4.17 ความแตกต่างรายได้ของแรงงานข้ามชาติกลุ่มที่มีบัตรและไม่มีบัตรประกัน
สุขภาพ จังหวัดสมุทรสาคร

การทดสอบทางสถิติ		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig (2 tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
รายได้ ต่อเดือน	Equal variances assumed	5.092	.024*	3.587	598	.000	470.538	131.178	212.912	728.165
	Equal variances not assumed			3.170	165.521	.002	470.538	148.437	177.464	763.613

แรงงานข้ามชาติจังหวัดระยอง ส่วนใหญ่ทำงานมานานกว่า 4 ปี และมีจำนวนถึง 565 คน จาก
จำนวนทั้งหมด 643 คน ที่สามารถฟังภาษาไทยรู้เรื่อง โดยมีระยะเวลาทำงานในประเทศไทยเฉลี่ย 4.13 ปี

ส่วนกลุ่มที่ฟังภาษาไทยไม่รู้เรื่องมีเพียง 78 คน มีระยะเวลาทำงานในประเทศไทยเฉลี่ย 2.86 ปี กลุ่มที่สามารถพูดภาษาไทยได้ มีจำนวน 536 คน มีระยะเวลาทำงานเฉลี่ยในประเทศไทย 4.23 ปี และกลุ่มที่พูดภาษาไทยไม่ได้มีจำนวน 107 คน ระยะเวลาทำงานเฉลี่ยในประเทศไทย 2.75 ปี ดังตารางที่ 4.18

**ตารางที่ 4.18 ระยะเวลาทำงานเฉลี่ย และความสามารถในการสื่อสารของแรงงานข้ามชาติ
จังหวัดระยอง**

ความสามารถในการสื่อสาร		จำนวน (คน)	ระยะเวลาทำงาน เฉลี่ย (ปี)	Std. Deviation	Std. Error Mean
ฟังภาษาไทย	ไม่รู้เรื่อง	78	2.86	1.771	.201
	รู้เรื่อง	565	4.13	1.824	.077
พูดภาษาไทย	ไม่ได้	107	2.75	1.738	.168
	ได้	536	4.23	1.790	.077

การทดสอบ Equality of Variances ในกลุ่มที่มีสามาถสื่อสาร ฟังภาษาไทยรู้เรื่อง และไม่รู้เรื่องโดยวิธี Levene's Test ได้ค่า $P = 0.056$ ซึ่ง $P > 0.05$ แสดงว่า การกระจายของข้อมูล 2 กลุ่มที่ฟังภาษาไทยรู้เรื่อง และไม่รู้เรื่อง ไม่แตกต่างกัน เมื่อทดสอบ Equal Variances assumed ได้ค่า $P = 0.000$ ซึ่ง $P < 0.05$ แสดงว่า ระยะเวลาทำงานในประเทศไทยของกลุ่มที่ฟังภาษาไทยรู้เรื่อง และไม่รู้เรื่อง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อทดสอบ Equality of Variances ในกลุ่มที่สามารถ พูดภาษาไทยได้ และไม่ได้ ด้วยวิธี Levene's Test ได้ค่า $P = 0.045$ ซึ่ง $P < 0.05$ แสดงว่า การกระจายของข้อมูล 2 กลุ่มที่ฟังภาษาไทยรู้เรื่อง และไม่รู้เรื่อง แตกต่างกัน เมื่อทดสอบ Equal Variances assumed พบค่า $P = 0.000$ ซึ่ง $P < 0.05$ แสดงว่า ระยะเวลาทำงานในประเทศไทยของกลุ่มที่ฟังภาษาไทยรู้เรื่อง และไม่รู้เรื่อง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่

4.19

ตารางที่ 4.19 ความแตกต่างระยะเวลาทำงานเฉลี่ย และความสามารถในการสื่อสาร

ของแรงงานข้ามชาติ จังหวัดระยอง

การทดสอบทางสถิติ		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
ระยะเวลา ทำงานใน ประเทศไทย ของกลุ่มที่ฟัง ภาษาไทยได้	Equal variances assumed	3.657	.056	-5.810	641	.000	-1.276	.220	-1.707	-.844
	Equal variances not assumed			-5.942	100.905	.000	-1.276	.215	-1.701	-.850
ระยะเวลา ทำงานใน ประเทศไทย ของกลุ่มที่พูด ภาษาไทยได้	Equal variances assumed	4.037	.045	-7.837	641	.000	-1.478	.189	-1.848	-1.108
	Equal variances not assumed			-7.992	154.259	.000	-1.478	.185	-1.843	-1.113

จังหวัดสมุทรสาคร แรงงานข้ามชาติ ส่วนใหญ่ทำงานมานานกว่า 4 ปี และมีจำนวน 444 คน ที่สามารถสื่อสาร ฟังภาษาไทยรู้เรื่อง มีระยะเวลาทำงานในประเทศไทย เฉลี่ย 4.52 ปี ส่วนกลุ่มที่ฟังภาษาไทยไม่รู้เรื่อง มีจำนวน 156 คน มีระยะเวลาทำงานในประเทศไทยเฉลี่ย 3.01 ปี กลุ่มที่พูดภาษาไทยได้ มีจำนวน 527 คน ระยะเวลาทำงานเฉลี่ยในประเทศไทย 4.36 ปี และกลุ่มที่พูดภาษาไทยไม่ได้มีจำนวน 73 คน ระยะเวลาทำงานเฉลี่ยในประเทศไทย 2.41 ปี ดังตารางที่ 4.20

ตารางที่ 4.20 ระยะเวลาทำงานเฉลี่ย และความสามารถในการสื่อสาร ของแรงงานข้ามชาติ

จังหวัดสมุทรสาคร

ความสามารถในการสื่อสาร		จำนวน (คน)	ระยะเวลาทำงานเฉลี่ย(ปี)	Std. Deviation	Std. Error Mean
ฟังภาษาไทย	ไม่รู้เรื่อง	156	3.01	1.762	.141
	รู้เรื่อง	444	4.52	1.556	.074
พูดภาษาไทย	ไม่ได้	73	2.41	1.606	.188
	ได้	527	4.36	1.624	.071

การทดสอบ Equality of Variances ในกลุ่มที่ฟังภาษาไทยรู้เรื่องและไม่รู้เรื่องโดยวิธี Levene's Test ได้ค่า $P=0.016$ ซึ่ง $P<0.05$ แสดงว่า การกระจายของข้อมูล 2 กลุ่มที่ฟังภาษาไทยรู้เรื่องและไม่รู้เรื่องแตกต่างกัน เมื่อทดสอบ Equal Variances not assumed พบว่า $P=0.000$ ซึ่ง $P<0.05$ แสดงว่า ระยะเวลาทำงานในประเทศไทยของกลุ่มที่ฟังภาษาไทยรู้เรื่องและไม่รู้เรื่องแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การทดสอบ Equality of Variances ในกลุ่มที่พูดภาษาไทยได้และไม่ได้โดยวิธี Levene's Test ได้ค่า $P=0.582$ ซึ่ง $P>0.05$ แสดงว่า การกระจายของข้อมูล 2 กลุ่มที่ฟังภาษาไทยรู้เรื่องและไม่รู้เรื่องไม่แตกต่างกัน เมื่อทดสอบ Equal Variances assumed พบว่า $P=0.000$ ซึ่ง $P<0.05$ แสดงว่า ระยะเวลาทำงานในประเทศไทยของกลุ่มที่ฟังภาษาไทยรู้เรื่องและไม่รู้เรื่องแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4.21

ตารางที่ 4.21 ความแตกต่างระยะเวลาทำงานเฉลี่ย และความสามารถในการสื่อสาร ของแรงงาน
ข้ามชาติ จังหวัดสมุทรสาคร

การทดสอบทางสถิติ		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Differen ce	Std. Error Differenc e	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
ระยะเวลา ทำงาน ใน ประเทศ ไทย ของ กลุ่มที่ฟัง ภาษาไทย	Equal variances assumed	5.791	.016	-10.091	598	.000	-1.514	.150	-1.809	-1.219
	Equal variances not assumed			-9.509	245.203	.000	-1.514	.159	-1.827	-1.200
ระยะเวลา ทำงานใน ประเทศ ไทย ของ กลุ่มที่พูด ภาษาไทย	Equal variances assumed	.304	.582	-9.642	598	.000	-1.953	.203	-2.351	-1.555
	Equal variances not assumed			-9.726	93.601	.000	-1.953	.201	-2.352	-1.555

การทดสอบ Equality of Variances ในกลุ่มที่สามารถสื่อสาร ฟังภาษาไทยรู้เรื่อง และไม่รู้เรื่อง ด้วยวิธี Levene's Test ได้ค่า $P=0.016$ ซึ่ง $P<0.05$ แสดงว่า การกระจายของข้อมูล 2 กลุ่มที่ฟังภาษาไทยรู้เรื่องและไม่รู้เรื่องแตกต่างกัน เมื่อทดสอบ Equal Variances not assumed พบว่า $P=0.000$ ซึ่ง $P<0.05$ แสดงว่า ระยะเวลาทำงานในประเทศไทย ของกลุ่มที่ฟังภาษาไทยรู้เรื่อง และไม่รู้เรื่อง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การทดสอบ Equality of Variances ในกลุ่มที่พูดภาษาไทยได้ และไม่ได้ด้วยวิธี Levene's Test ได้ค่า $P=0.582$ ซึ่ง $P>0.05$ แสดงว่า การกระจายของข้อมูล 2 กลุ่มที่ฟังภาษาไทยรู้เรื่อง และไม่รู้เรื่องไม่แตกต่างกัน เมื่อทดสอบ Equal Variances assumed พบว่า $P=0.000$ (ค่า $P<0.05$) แสดงว่า ระยะเวลาทำงานในประเทศไทยของกลุ่มที่ฟังภาษาไทยรู้เรื่อง และไม่รู้เรื่อง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับลักษณะที่น่าสนใจในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ และผู้ติดตามในจังหวัดระยอง และจังหวัดสมุทรสาคร ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจสิทธิประโยชน์และการไปรับบริการ ดังนี้

2.2 ความรู้ความเข้าใจสิทธิประโยชน์และการไปรับบริการ

แรงงานข้ามชาติจังหวัดระยองและจังหวัดสมุทรสาคร ที่มีบัตรประกันสุขภาพส่วนใหญ่ รับทราบสิทธิประโยชน์ในการไปรับบริการ โดยแรงงานข้ามชาติทั้ง 2 จังหวัด ทราบว่าต้องนำบัตรประกันสุขภาพไปด้วย เมื่อไปรับบริการสูงกว่า 95% ขณะที่แรงงานข้ามชาติจังหวัดระยอง รับทราบสิทธิในการรักษาถึง 92.59% สูงกว่าแรงงานข้ามชาติจังหวัดสมุทรสาคร ที่รับทราบสิทธิในการรักษา 87.63% รายละเอียดดังตารางที่ 4.22

ตารางที่ 4. 22 ความรู้ความเข้าใจสิทธิประโยชน์ของแรงงานข้ามชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพ

สิทธิประโยชน์	ระยอง		สมุทรสาคร	
	ไม่ทราบ	ทราบ	ไม่ทราบ	ทราบ
ต้องนำบัตรเมื่อไปรับบริการ	12 (3.51%)	338 (96.49%)	20 (4.19%)	457 (95.80%)
สิทธิในการรักษา	26 (7.40%)	325 (92.59%)	59 (12.37%)	418 (87.63 %)
สิทธิการรับบริการส่งเสริม/ป้องกัน	106 (30.19%)	245 (69.80%)	133 (27.88)	344 (72.12%)
สิทธิรับบริการป่วยฉุกเฉิน/อุบัติเหตุ	75 (21.36%)	276 (78.63%)	120 (25.16)	357 (74.84 %)

แรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพในจังหวัดระยอง ส่วนใหญ่ทราบสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรค และสิทธิกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุ สำหรับจังหวัดสมุทรสาครส่วนใหญ่ทราบสิทธิรักษาพยาบาล แต่ไม่ทราบสิทธิส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และสิทธิกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นส่วนใหญ่ รายละเอียดดังตารางที่ 4.23

ตารางที่ 4.23 ความรู้ความเข้าใจสิทธิประโยชน์ของแรงงานข้ามชาติ ที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ

สิทธิประโยชน์	ระยอง		สมุทรสาคร	
	ไม่ทราบ	ทราบ	ไม่ทราบ	ทราบ
ต้องนำบัตรเมื่อไปรับบริการ	61(20.89%)	231(79.11%)	30 (24.39%)	93 (75.61%)
สิทธิการรับบริการส่งเสริม/ป้องกัน	112(38.36%)	180(61.64%)	77(62.61%)	46(37.39%)
สิทธิรับบริการป่วยฉุกเฉิน/อุบัติเหตุ	101(34.59%)	191(65.41%)	64(52.03%)	59(47.97%)

2.3 พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ

เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยแรงงานข้ามชาติทั้งจังหวัดระยองและสมุทรสาคร ไม่ว่าจะมียบัตรประกันสุขภาพหรือไม่ มักดูแลตนเองโดยซื้อยาจากร้านขายยามากที่สุด แรงงานข้ามชาติจังหวัดสมุทรสาครที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ 43.91% ซื้อยาจากร้านขายยา ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มอื่น และยังพึ่งพาสถานพยาบาล รวมทั้งหมอพื้นบ้านหรือวิธีอื่นๆ มากกว่ากลุ่มอื่นอีกด้วย

ในจังหวัดระยองแรงงานข้ามชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพใช้บริการโรงพยาบาลตามสิทธิเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยเพียง 13.11% มากกว่าแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพที่ไปโรงพยาบาลเพียง 7.53% ขณะที่จังหวัดสมุทรสาคร แรงงานข้ามชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพใช้บริการที่โรงพยาบาลตามสิทธิเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยเพียง 8.38% แต่กลุ่มไม่มีบัตรสุขภาพใช้บริการที่โรงพยาบาล 15.45% พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย รายละเอียดดังตาราง 4.24

ตารางที่ 4.24 พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย

พฤติกรรมการแสวงหาบริการ	ระยอง		สมุทรสาคร	
	มีบัตร	ไม่มีบัตร	มีบัตร	ไม่มีบัตร
นอนพักเฉยๆ	20 (5.70 %)	41(14.04%)	32 (6.70%)	9 (7..32%)
ร้านขายยา	136 (38.74%)	116(39.73%)	161 (33.75%)	22 (17.89%)
ทั้งสอง(ซื้อยาแล้วนอนพัก)	61(17.37%)	59 (20.21%)	153 (32.08%)	32 (26.02%)
โรงพยาบาลสต	55 (15.67%)	33(11.30%)	21 (4.40%)	9 (7.32 %)
โรงพยาบาลที่ประกันสุขภาพ / โรงพยาบาลรัฐบาล	46(13.11%)	22(7.53%)	40 (8.38%)	19 (15.45%)
หมอพื้นบ้าน	3 (0.85%)	5 (1.71%)	18 (3.77%)	10 (8.13%)
อื่น ๆ	30 (8.55 %)	16 (5.48%)	52 (10.98 %)	22 (17.87%)
รวม	351 (100%)	292 (100%)	477 (100%)	123 (100%)

เมื่อเจ็บป่วยหนัก แรงงานข้ามชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพ มีพฤติกรรมแตกต่างจากแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ ทั้งจังหวัดระยองและสมุทรสาคร โดยไปใช้บริการที่โรงพยาบาลตามสิทธิถึง 73.51% ที่จังหวัดระยอง และ 51.15% ที่จังหวัดสมุทรสาคร ขณะที่แรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพที่จังหวัดระยอง ใช้บริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล เพียง 22.60 % และจังหวัดสมุทรสาคร แรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ ใช้บริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล 29.70% โดยแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรสุขภาพใช้บริการอื่นๆ รวมถึงโรงพยาบาลเอกชนสูงถึง 34.39% ขณะที่กลุ่มที่มีบัตรใช้ 29.77% ทั้ง 2 กลุ่มนี้ใช้บริการอื่นๆ รวมถึงโรงพยาบาลเอกชนมากกว่าจังหวัดระยอง ที่กลุ่มมีบัตรประกันสุขภาพใช้บริการ เพียง 8.85% และกลุ่มไม่มีบัตรใช้บริการ 14.74% รายละเอียดดังตารางที่ 4.25

ตารางที่ 4.25 พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ เมื่อเจ็บป่วยหนัก

พฤติกรรมแสวงหาบริการ	ระยอง		สมุทรสาคร	
	มีบัตร	ไม่มีบัตร	มีบัตร	ไม่มีบัตร
โรงพยาบาลสต.	27 (7.40%)	40 (13.70%)	10 (2.09 %)	5 (3.06%)
ร้านขายยา	10 (2.86%)	52 (17.80%)	15 (3.14%)	14 (10.38%)
คลินิกเอกชน	18 (5.19%)	50 (17.12%)	61 (12.79%)	16 (12.50%)
โรงพยาบาลตามสิทธิ์ / โรงพยาบาลรัฐบาล	258 (73.51 %)	66 (22.60%)	244 (51.15 %)	39 (29.70%)
โรงพยาบาลอื่น ๆ	7 (1.99%)	43(14.74%)	5 (1.05%)	13 (10.56%)
อื่น ๆ	31(8.85%)	41(14.04%)	142 (29.77%)	46 (34.39 %)
รวม	351 (100%)	292 (100%)	477 (100%)	123 (100%)

2.4 การใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย

ในปีที่ผ่านมาแรงงานข้ามชาติจังหวัดระยอง ที่มีบัตรประกันสุขภาพและไม่มีบัตรประกันสุขภาพ เจ็บป่วยเฉลี่ย 2.094 ครั้งต่อคน และ 2.037 ครั้งต่อคน ซึ่งป่วยบ่อยกว่าแรงงานข้ามชาติจังหวัดสมุทรสาคร ทั้งที่มีบัตรประกันสุขภาพ และไม่มีบัตรประกันสุขภาพที่เจ็บป่วยเฉลี่ย 1.447 ครั้งต่อคน และ 1.618 ครั้งต่อคนตามลำดับ แต่แรงงานจังหวัดสมุทรสาครที่มีบัตรประกันสุขภาพและไม่มีบัตรประกันสุขภาพ เคยไปตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอก (OPD) ถึง 76.94% และ 88.61% โดยไปตรวจที่โรงพยาบาลตามสิทธิหรือโรงพยาบาลของรัฐบาล 61.38% และ 31.19% ส่วนจังหวัดระยองแรงงานที่มีบัตรและไม่มีบัตรประกันสุขภาพ เคยไปตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอก(OPD) ในสัดส่วนที่ไม่แตกต่างกัน 50.14 % และ 53.08 % และไปตรวจที่โรงพยาบาลตามสิทธิ หรือโรงพยาบาลของรัฐบาล 37.60% และ 8.90% ดังตารางที่ 4.26

ตารางที่ 4.26 ความถี่ของการเจ็บป่วยและการใช้บริการเมื่อเจ็บป่วย ในปีที่ผ่านมา

การเจ็บป่วยในปีที่ผ่านมา	ระยอง		สมุทรสาคร	
	มีบัตร	ไม่มีบัตร	มีบัตร	ไม่มีบัตร
ความถี่การเจ็บป่วย	1-6 (735 ครั้ง) 2.094	1-6 (565 ครั้ง) 2.037	1-6 (694 ครั้ง) 1.447	1-5(199 ครั้ง) 1.618
เคยไปตรวจที่ OPD	176 (50.14 %)	155 (53.08 %)	367(76.94 %)	109 (88.61 %)
ตรวจที่ OPD โรงพยาบาล ตามสิทธิ์ /โรงพยาบาล รัฐบาล	132 (37.60 %)	26 (8.90 %)	228 (60.38%)	34 (31.19%)
นอนรักษาในโรงพยาบาล (IPD)	38 (10.82 %)	28 (9.58 %)	34 (7.13 %)	14 (11.38 %)
รวม	351	292	477	123

2.5 ภาระค่าใช้จ่ายการให้บริการสุขภาพ

จังหวัดระยองแรงงานที่มีบัตรประกันสุขภาพ เคยจ่ายเงินให้โรงพยาบาล 83.76 % ขณะที่แรงงานที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ เคยจ่ายเงินค่ารักษาให้โรงพยาบาล 47.26 % แต่มีเพียง 5.48% จ่ายไม่ครบตามที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ ในส่วนจังหวัดสมุทรสาคร แรงงานที่มีบัตรประกันสุขภาพ เคยจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลให้โรงพยาบาล 74.63 %. แต่แรงงานที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ เคยจ่ายเงินให้โรงพยาบาล ถึง 98.37 % แต่จ่ายไม่ครบตามค่าบริการที่เรียกเก็บ 8.94 %

จังหวัดระยอง แรงงานข้ามชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพ จ่ายเพียง 30 บาท ถึง 84.33% ขณะที่ 3.13% ที่จ่ายมากกว่า 30 บาท คืออยู่ในช่วง 40-3500 บาท ขณะที่กลุ่มที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ จ่าย 30 บาท มีเพียง 1.71% เท่านั้น อีก 38.71% มีภาระต้องจ่ายในช่วง 50-15,000 บาท

จังหวัดสมุทรสาคร กลุ่มมีบัตรประกันสุขภาพ จ่ายเพียง 30 บาทถึง 67.92% และมีการจ่ายอยู่ในช่วง 50-1,620 บาท เพียง 6.92% เท่านั้น ขณะที่กลุ่มไม่มีบัตร จ่าย 30 บาทมี 34.69 % และมีการจ่ายในช่วง 40-3,000 บาท มี 36.58% ดังตารางที่ 4.27

ตารางที่ 4.27 ภาระค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติที่มี และไม่มีบัตรประกันสุขภาพ

ภาระค่าใช้จ่ายเมื่อรับบริการ	ระยอง		สมุทรสาคร	
	มีบัตร	ไม่มีบัตร	มีบัตร	ไม่มีบัตร
เคยจ่ายเงินให้โรงพยาบาล	294 (83.76 %)	138 (47.26%)	356(74.63%)	121 (98.37%)
จ่ายไม่ครบ		16 (5.48%)		14 (8.94 %)
จำนวนเงินจ่ายให้โรงพยาบาล				
● จ่าย 30 บาท (คน)	296 (84.33%)	5(1.71%)	324(67.92%)	43 (34. 96%)
● จำนวนเงินที่จ่ายมากกว่า 30 บาท	40-3,500	50-15,000	50-1,620	40-3,000
● จำนวนคนที่จ่ายมากกว่า 30 บาท (คน)	11(3.13%)	113 (38.71%)	33(6.92%)	45(36.58%)
รวมจำนวนตัวอย่าง	351	292	477	123

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติในจังหวัดระยอง ที่มีบัตรประกันสุขภาพ จ่ายเงินเฉลี่ย 137.15 บาทต่อคน และแรงงานไม่มีบัตรประกันสุขภาพ จ่ายเงินเฉลี่ย 711.70 บาทต่อคน ส่วนจังหวัดสมุทรสาคร แรงงานที่มีบัตรประกันสุขภาพ จ่ายเงินเฉลี่ย 73.83 บาทต่อคน และแรงงานที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ จ่ายเงินเฉลี่ย 459.66 บาท เมื่อวิเคราะห์ห้วงองค์ประกอบค่าใช้จ่ายเป็นค่ารถ เมื่อเดินทางไปรับบริการของแรงงานจังหวัดระยอง พบว่าแรงงานที่มีบัตรประกันสุขภาพ จ่ายค่ารถเฉลี่ย 70.11 บาทต่อครั้ง และแรงงานที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ จ่ายค่ารถเฉลี่ย 64.10 บาทต่อครั้ง ส่วนในจังหวัดสมุทรสาคร จ่ายค่ารถเฉลี่ย 42.11 และ 56.50 บาทต่อครั้ง มีบ้างที่นายจ้างไปส่งและรับกลับด้วย แต่ไม่ได้ระบุค่าใช้จ่ายไว้ รายละเอียดดังตารางที่ 4.28

**ตารางที่ 4.28 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาล เปรียบเทียบระหว่างแรงงานข้ามชาติ
ที่มีบัตรและไม่มีบัตรประกันสุขภาพจังหวัดระยอง และสมุทรสาคร**

	ระยอง		สมุทรสาคร	
	มีบัตร	ไม่มีบัตร	มีบัตร	ไม่มีบัตร
ค่ายา, คลินิก (บาท)	67.04 (0- 3,500)	175.70 (0-4500)	31.72 (30-1680)	281.36 (0-600)
ค่าบริการ โรงพยาบาล (บาท)		471.90 (0-15,000)		121.80 (0-3000)
ค่ารถ (บาท)	70.11 (0-200)	64.10 (0-2500)	42.11 (0-300)	56.50 (0-250)
จ่ายเงินเฉลี่ย(บาท)	137.15	711.70	73.83	459.66
รวมจำนวนตัวอย่าง	351	292	477	123

3. สถานการณ์โรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติจังหวัดระยอง และจังหวัดสมุทรสาคร

3.1 การให้คำปรึกษาด้านโรคเอดส์ในแรงงานข้ามชาติ

แรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับคำปรึกษาเรื่องเอดส์ ในจังหวัดระยอง แรงงานข้ามชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพและไม่มีบัตรประกันสุขภาพได้รับคำปรึกษา 32.19 % และ 22.94 % ขณะที่แรงงานข้ามชาติในจังหวัดสมุทรสาคร ได้รับคำปรึกษาน้อยกว่าเพียง 9.85% ในแรงงานที่มีบัตรสุขภาพ และแรงงานที่ไม่มีบัตร ได้รับคำปรึกษา 15.44% ดังตารางที่ 4.29

ตารางที่ 4.29 แรงงานข้ามชาติในจังหวัดระยอง และสมุทรสาครที่เคยได้รับคำปรึกษา

การให้คำปรึกษาเพื่อเจาะเลือดตรวจหาเชื้อเอชไอวี	ระยอง		สมุทรสาคร	
	มีบัตร	ไม่มีบัตร	มีบัตร	ไม่มีบัตร
เคยได้รับคำปรึกษา (VCT)	113	67	47	19
	32.19%	22.94%	9.85%	15.44%
ไม่เคยได้รับคำปรึกษา	238	225	423	104
	67.80%	75.05%	88.67%	84.55%
รวม	351	292	477	123

ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่เคยได้รับคำปรึกษา ได้รับการ VCT จากผู้ให้บริการที่แตกต่างกัน กลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพ ได้รับการจากพยาบาลในสัดส่วนที่มากกว่าได้รับจากพส. คิดเป็น 59.29% และ 55.32% ในจังหวัดระยองและสมุทรสาคร ขณะที่ กลุ่มที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพได้รับการจากพส. ในสัดส่วนที่มากกว่าได้รับจากพยาบาล คิดเป็น 52.24% และ 100% ในจังหวัดระยองและสมุทรสาคร ดังตารางที่ 4.30

ตารางที่ 4.30 แรงงานข้ามชาติ ที่เคยได้รับคำปรึกษา จำแนกตามผู้ให้บริการ

การได้รับคำปรึกษา จำแนกตามผู้ให้บริการ	ระยอง		สมุทรสาคร	
	มีบัตร	ไม่มีบัตร	มีบัตร	ไม่มีบัตร
ได้รับคำปรึกษาจากพส.	44	35	21	19
	38.93 %	52.24 %	44.68 %	100 %
ได้รับคำปรึกษาจากพยาบาล	67	32	26	0
	59.29 %	47.76 %	55.32 %	0
รวมเคยได้รับคำปรึกษา	113	67	47	19

แรงงานข้ามชาติกลุ่มที่ได้รับคำปรึกษา (VCT) ในจังหวัดระยอง ทั้งกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพและไม่มีบัตรประกันสุขภาพ ขอมเจาะเลือดตรวจหาเชื้อไวรัสเอชไอวี ถึง 96.46% และ 95.52% ตามลำดับ ขณะที่จังหวัดสมุทรสาคร แรงงานข้ามชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพ กลุ่มที่ได้รับคำปรึกษา ขอมเจาะเลือดกันมากถึง 85.10% แต่กลุ่มที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ ขอมเจาะเลือดน้อย เพียง 15.79% เท่านั้น รายละเอียดดังตารางที่ 4.31

ตารางที่ 4.31 แรงงานข้ามชาติที่ยอมเจาะเลือดตรวจหาเชื้อไวรัสเอชไอวี หลังได้รับคำปรึกษา

กลุ่มแรงงานข้ามชาติ	ระยอง		สมุทรสาคร	
	มีบัตร	ไม่มีบัตร	มีบัตร	ไม่มีบัตร
ขอมเจาะเลือด	109	64	40	3
	96.46%	95.52%	85.10%	15.79%
ไม่ขอมเจาะเลือด	4	3	7	16
เคยได้รับคำปรึกษา	113	67	47	19
ไม่ได้รับบริการ/ไม่ทราบว่ามีบริการ	238	225	430	104

3.2 สถานการณ์การเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ (ARV)

จังหวัดระยอง

ในปี 2553 ข้อมูลจากสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ข้อมูลของจังหวัดระยอง มีกลุ่มคนที่ไม่ใช่สัญชาติไทย ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 139 คน แบ่งเป็นกลุ่มต่าง ๆ แสดงในตารางที่ 4.32

ตารางที่ 4.32 การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในกลุ่มคนที่ไม่ใช่สัญชาติไทย จังหวัดระยอง ปี 2553

ระยอง	กลุ่มคนไทย ไม่มีสิทธิ หรือรอ พิสูจน์ สัญชาติ	คนต่างด้าวที่ มีหลักฐาน การเข้าเมือง	คนต่างด้าว ที่ไม่มี หลักฐานการ เข้าเมือง	แรงงาน ข้ามชาติที่มี หลักประกัน สุขภาพ	ผู้ลักลอบ สงคราม	อื่นๆ	รวม
ผู้ป่วยปัจจุบัน	42	18	33	21	0	0	114
ผู้ป่วยสะสม	53	21	40	25	0	0	139

ในปี 2553 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง ได้รวบรวมข้อมูลแรงงานข้ามชาติที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับต้านไวรัสเอดส์ (ARV) พบว่ามีแรงงานข้ามชาติติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ขึ้นทะเบียนรับยาจำนวน 141 ราย ขณะที่ผู้ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ จากโครงการ NAPHA มีเพียง 97 ราย หรือคิดเป็น 68.79% ของผู้ที่เข้าเงื่อนไขที่ต้องได้รับยาเท่านั้น ทำให้แรงงานข้ามชาติที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อีกจำนวน 44 ราย (31.21%) ต้องจ่ายเงินค่ายาด้วยตนเอง ดังตารางที่ 4.33

ตารางที่ 4.33 แรงงานข้ามชาติติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ จังหวัดระยอง ปี 2553

โรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วยที่ขึ้น ทะเบียน (ราย)	รับยาจากโครงการ NAPHA(ราย)	จ่ายเงินค่ายาเอง (ราย)
ระยอง	110	70	40
แกลง	9	9	0
บ้านค่าย	3	3	0
ปลวกแดง	4	4	0
บ้านฉาง	10	8	2
วังจันทร์	3	3	0
มาบตาพุด	2	0	2
เขาชะเมา	0	0	0
นิคมพัฒนา	0	0	0
รวม	141	97 (68.79%)	44 (31.21%)

จังหวัดสมุทรสาคร

ในปี 2553 ข้อมูลจากสำนักงานโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จังหวัดสมุทรสาคร มีกลุ่มคนที่ไม่ใช่สัญชาติไทย ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยมีผู้ป่วยสะสมรวม จำนวน 89 คน แบ่งเป็นกลุ่มต่างๆ ดังตารางที่ 4.35

ตารางที่ 4.34 กลุ่มคนที่ไม่ใช่สัญชาติไทยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จังหวัดสมุทรสาคร ปี 2553

สมุทรสาคร	กลุ่มคนไทย ไม่มีสิทธิ หรือรอ พิสูจน์ สัญชาติ	คนต่างด้าวที่ มีหลักฐาน การเข้าเมือง	คนต่างด้าว ที่ไม่มี หลักฐานการ เข้าเมือง	แรงงานข้าม ชาติที่มี หลักประกัน สุขภาพ	ผู้ลักลอบ สงคราม	อื่นๆ	รวม
ผู้ป่วยปัจจุบัน	2	14	10	20	0	0	46
ผู้ป่วยสะสม	16	25	17	31	0	0	89

สำหรับข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร รายงานว่ามีจำนวนแรงงานข้ามชาติที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มากกว่าจำนวนที่สำนักงานโรคเอดส์ฯ ได้รับรายงาน โดยมีจำนวนสะสมถึง 163 คน จำแนกตามกลุ่มอายุ และปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ดังตารางที่ 4.35 และ 4.36

ตารางที่ 4.35 จำนวนแรงงานข้ามชาติติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำแนกตามอายุ เพศ และปีที่เริ่มป่วย
จังหวัดสมุทรสาคร ปี2537 - 2553

กลุ่มอายุ	2537-2548		2549		2550		2551		2552		2553		รวมทั้งหมด			
(ปี)	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ	รวม	ร้อยละ
0-4	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	1.23
10-14	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0.61
20-24	7	10	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	9	11	20	12.27
25-29	34	2	4	0	2	1	2	0	1	0	0	0	43	3	46	28.22
30-34	36	4	3	1	2	0	0	1	2	2	0	0	43	8	51	31.29
35-39	14	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	18	3	21	12.88
40-44	8	4	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	10	6	16	9.82
45-49	3	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4	1	5	3.07
50-54	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.61
รวม	104	22	10	3	6	2	6	3	5	2	0	0	131	32	163	100

ตารางที่ 4.36 จำนวนแรงงานข้ามชาติที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำแนกตามเพศ ปัจจัยเสี่ยง

และปีเริ่มป่วย จังหวัดสมุทรสาคร ปี 2537 - 2553

ปัจจัยเสี่ยง	2537- 2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553	รวม
เพศสัมพันธ์	46	12	5	8	9	19	10	8	8	7	0	132
ชาย	42	11	4	7	4	12	7	6	5	5	0	103
หญิง	4	1	1	1	5	7	3	2	3	2	0	29
การใส่ยาเสพติดชนิด ฉีดเข้าเส้น	1	0	1	2	0	0	1	0	0	0	0	5
ชาย	1	0	1	2	0	0	1	0	0	0	0	5
หญิง	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ติดเชื้อจากมารดา	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	3
ชาย	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	3
หญิง	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ไม่ทราบปัจจัยเสี่ยง	0	5	4	4	3	6	1	0	0	0	0	23
ชาย	0	4	4	3	2	6	1	0	0	0	0	20
หญิง	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	3
รวมชาย	43	15	9	12	7	18	10	6	6	5	0	131
รวมหญิง	4	2	1	2	6	7	3	2	3	2	0	32
รวมทั้งหมด	47	17	10	14	13	25	13	8	9	7	0	163

สำหรับจังหวัดสมุทรสาครในปี 2553 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร ได้รวบรวมข้อมูล

แรงงานข้ามชาติที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับต้านไวรัสเอดส์ (ARV) พบว่ามีแรงงานข้ามชาติติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ขึ้นทะเบียนรับยา จำนวน 100 ราย โดยผู้ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ จากโครงการ NAPHA มีเพียง 63 ราย หรือคิดเป็น 63 % ของผู้ที่เข้าเงื่อนไขที่ต้องได้รับยาเท่านั้น ทำให้แรงงานข้ามชาติที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อีกจำนวน 19 ราย (19%) ต้องจ่ายเงินค่ายาด้วยตนเอง โดยยังมีผู้ที่เข้าเงื่อนไขที่ต้องได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ต้องรอรับยาจากผู้ให้บริการรับยาเกิน 6 เดือน โดยที่แรงงานข้ามชาติกลุ่มนี้ไม่มีเงินจ่ายค่ายาเอง จำนวน 18 ราย (18 %) ดังตารางที่ 4.37

ตารางที่ 4.37 การเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ ของแรงงานข้ามชาติ จังหวัดสมุทรสาคร

โรงพยาบาล	ขึ้นทะเบียน	รับยาจากโครงการ NAPHA	ซื้อยาเอง	รอสิทธิรับยา
สมุทรสาคร	70	40	15	15
กระทุ่มแบน	24	17	4	3
บ้านแพ้ว	6	6	0	0
รวม	100	63	19	18

4. การให้บริการและการบริหารจัดการ การเงินการคลังสุขภาพ สำหรับแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดระบบบริการสุขภาพ สำหรับแรงงานข้ามชาติ โดยให้มีการตรวจสุขภาพในราคา 600 บาท และซื้อบัตรประกันสุขภาพในราคา 1,300 บาท โดยได้มอบอำนาจให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นผู้คัดเลือกโรงพยาบาลภายในจังหวัด เพื่อจัดบริการสุขภาพให้แรงงานข้ามชาติภายในจังหวัดนั้นๆ

4.1 รายรับจากค่าบัตรประกันสุขภาพและตรวจสุขภาพแรงงานข้ามชาติ

จังหวัดระยอง

จังหวัดระยองมีแรงงานข้ามชาติได้รับใบอนุญาตทำงาน 31,690 คน ในปี 2552 แต่มีแรงงานมารับการตรวจและซื้อบัตรประกันสุขภาพถึง 31,704 คน หลังจากหักเงินค่าใช้จ่ายสูงและบริหารจัดการสำหรับส่วนกลางแล้ว เหลือเงิน 39,312,960 บาท มีการจัดสรรเงินเป็นค่าบริการทางการแพทย์สำหรับโรงพยาบาลต่างๆ จำนวน 28,977,456 บาท และจัดสรรเงินสำหรับการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคให้โรงพยาบาลต่างๆ จำนวน 5,224,819 บาท เงินสำหรับบริหารจัดการให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

จำนวน 3,804,480 บาท และเงินสำหรับการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
อีกจำนวน 1,306,205บาท รายละเอียดดังตารางที่ 4.38

**ตารางที่ 4.38 รายรับค่าประกันสุขภาพและตรวจสุขภาพ และการจัดสรรเงินให้หน่วยงาน
จังหวัดระยอง ปี 2552**

โรงพยาบาล	จำนวน แรงงานที่ ตรวจ / ประกัน สุขภาพ	เงินจัดสรรให้โรงพยาบาล			เงินจัดสรรให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง		
		ค่าบริการ ทาง การแพทย์	เงินส่งเสริม สุขภาพ/ป้องกันโรค	รวม	งบบริหารฯ	เงินส่งเสริม สุขภาพ/ป้องกันโรค	รวม
ระยอง	12,578	11,496,292	2,072,854.40	13,569,146.40	1,509,360	518,213.60	2,027,573.60
แกลง	7,112	6,500,368	1,172,057.60	7,672,425.60	853,440	93,014.40	1,146,454.40
บ้านค่าย	4,211	3,848,854	693,972.80	1,078,826.80	505,320	173,493.20	678,813.20
บ้านฉาง	1,848	1,689,072	304,550.40	1,993,622.40	221,760	76,137.60	297,897.60
ปลวกแดง	2,439	2,229,246	401,947.20	2,631,193.20	292,680	100,486.80	393,166.80
วังจันทร์	1,299	1,187,286	214,075.20	1,401,361.20	155,880	53,518.80	209,398.80
เขาชะเมาฯ	431	393,934	71,028.80	464,962.80	51,720	17,757.20	69,477.20
มาบตาพุด	1,786	1,632,404	294,332.80	1,926,736.80	214,320	73,583.20	287,903.20
รวม	31,704	28,977,456	5,224,819	34,202,275	3,804,480	1,306,205	5,110,685

ส่วนในปี 2553 จังหวัดระยอง มีแรงงานข้ามชาติได้รับใบอนุญาตทำงานจำนวน 20,020 คน ในปี 2552 แต่มีการตรวจสุขภาพและซื้อบัตรประกันสุขภาพเพียง 17,267 คน หลังจากหักเงินค่าใช้จ่ายสูงและบริหารจัดการให้ส่วนกลางแล้ว เหลือเงิน 21,411,080 บาท มีการจัดสรรเป็นค่าบริการทางการแพทย์สำหรับโรงพยาบาลต่างๆ จำนวน 15,782,038 บาท เงินสำหรับการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคให้โรงพยาบาลต่างๆ จำนวน 2,845,602 บาท เงินจัดสรรให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง สำหรับบริหารจัดการ จำนวน 2,072,040 บาท และเงินสำหรับส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค จึงเหลือเพียง 711,400 บาท รายละเอียดดังตารางที่ 4.39

ตารางที่ 4.39 รายรับค่าประกันสุขภาพและตรวจสุขภาพและการจัดสรรเงินให้หน่วยงาน

จังหวัดระยอง ปี 2553

โรงพยาบาล	จำนวน แรงงานที่ ตรวจ/ ประกัน สุขภาพ	เงินจัดสรรให้ โรงพยาบาล			เงินจัดสรรให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง		
		ค่าบริการทาง การแพทย์	ส่งเสริม/ ป้องกัน	รวม	งบบริหารฯ	งบส่งเสริมฯ	รวม
ระยอง	7,288	6,661,232	1,201,062.40	7,862,294.40	874,560	300,265.60	1,174,825.60
แกลง	3,658	3,343,412	602,838.40	3,946,250.40	438,960	150,709.60	589,669.60
บ้านค่าย	1,657	1,514,498	273,073.60	1,787,571.60	198,840	68,268.40	267,108.40
บ้านฉาง	714	652,596	117,667.20	770,263.20	85,680	29,416.80	115,096.80
ปลวกแดง	1,252	1,144,328	206,329.60	1,350,657.60	150,240	51,582.40	201,822.40
วังจันทร์	635	580,390	104,648.00	685,038.00	76,200	26,162.00	102,362.00
เขาชะเมาฯ	208	190,112	34,278.40	224,390.40	24,960	8,569.60	33,529.60
มาบตาพุด	1,073	980,722	176,830.40	1,157,552.40	128,760	44,207.60	172,967.60
นิคมพัฒนา	782	714,748	128,873.60	843,621.60	93,840.00	32,218.40	126,058.40
รวม	17,267	15,782,038	2,845,602	18,627,640	2,072,040	711,400	2,783,440

จังหวัดสมุทรสาคร

ในปี 2552 จังหวัดสมุทรสาคร มีแรงงานข้ามชาติ ได้รับการตรวจ/ประกันสุขภาพ และขอใบอนุญาตทำงาน จำนวน 155,599 คน หลังจากหักเงินค่าใช้จ่ายสูงและบริหารจัดการให้ส่วนกลางแล้ว เหลือเงิน 192,942,760 บาท จัดสรรเป็นค่าบริการทางการแพทย์สำหรับโรงพยาบาลต่างๆ จำนวน 142,217,486 บาท และเงินส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค จำนวน 25,642,715.20 บาท โดยที่โรงพยาบาลศรีวิชัย 5(เอกชน) มีการตรวจ/ประกันสุขภาพสูงสุด ได้รับเงินเป็นค่าบริการทางการแพทย์ จำนวน 72,629,182 บาท และเงินสำหรับส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค จำนวน 13,095,502.40 บาท สำหรับเงินค่าบริหารจัดการให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 18,671,880 บาท และเงินสำหรับส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคอีก จำนวน 6,410,678.80 บาท รายละเอียดดังตารางที่ 4.40

ตารางที่ 4.40 รายรับค่าประกันสุขภาพและตรวจสุขภาพและการจัดสรรเงินให้หน่วยงาน

จังหวัดสมุทรสาคร ปี 2552

โรงพยาบาล	จำนวน แรงงานที่ ตรวจ/ ประกัน สุขภาพ	จัดสรรเงินให้โรงพยาบาล			จัดสรรเงินให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร		
		ค่าบริการทาง การแพทย์	ส่งเสริม/ป้องกัน	รวม	งบบริหารฯ	งบส่งเสริมฯ	รวม
สมุทรสาคร	53,926	49,288,364	8,887,004.80	58,175,368.80	6,471,120	2,221,751.20	8,692,871.20
ศรีวิชัย 5	79,463	72,629,182	13,095,502.40	85,724,684.40	9,535,560	3,273,875.60	12,809,435.60
บ้านแพ้ว	2,287	2,090,318	376,897.60	2,467,215.60	274,440	94,224.40	368,664.40
กระทุ่มแบน	19,923	18,209,622	3,283,310.40	21,492,932.40	2,390,760	820,827.60	3,211,587.60
รวม	155,599	142,217,486	25,642,715.20	167,860,201.20	18,671,880	6,410,678.80	25,082,558.80

ในปี 2553 จังหวัดสมุทรสาครมีแรงงานข้ามชาติ ได้รับการตรวจและประกันสุขภาพ และขอใบอนุญาตทำงานจำนวน 126,830 คน หลังจากหักเงินค่าใช้จ่ายสูงและบริหารจัดการให้ส่วนกลางแล้ว เหลือเงินจำนวน 157,269,200 บาท จัดสรรเป็นค่าบริการทางการแพทย์สำหรับโรงพยาบาลต่างๆ จำนวน 115,922,620 บาท สำหรับการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค จำนวน 20,901,584 บาท จัดสรรให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำหรับการบริหารจัดการจำนวน 15,219,600 บาท และสำหรับการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค เหลือจำนวน 5,225,396 บาท รายละเอียดดังตารางที่ 4.41

ตารางที่ 4.41 รายรับค่าประกันสุขภาพและตรวจสุขภาพ และการจัดสรรเงินหน่วยงาน

จังหวัดสมุทรสาคร ปี 2553

โรงพยาบาล	จำนวน แรงงานที่ ตรวจ/ ประกัน สุขภาพ	จัดสรรเงินให้โรงพยาบาล			จัดสรรเงินให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร		
		ค่าบริการทาง การแพทย์	ส่งเสริม/ป้องกัน	รวม	งบบริหารฯ	งบส่งเสริมฯ	รวม
สมุทรสาคร	48,223	44,075,822	7,947,150.40	52,022,972.40	5,786,760	1,986,787.60	7,773,547.60
ศรีวิชัย 5	59,322	54,220,308	9,776,265.60	63,996,573.60	7,118,640	2,444,066.40	9,562,706.40
บ้านแพ้ว	2,019	1,845,366	332,731.20	2,178,097.20	242,280	83,182.80	325,462.80
กระทุ่มแบน	17,266	15,781,124	2,845,436.80	18,626,560.80	2,071,920	711,359.20	2,783,279.20
รวม	126,830	115,922,620	20,901,584.00	136,824,204.00	15,219,600	5,225,396.00	20,444,996.00

4.2 บริการสุขภาพและค่าบริการสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติในโรงพยาบาล

ข้อมูลการให้บริการแรงงานข้ามชาติ และค่าบริการในโรงพยาบาลนิคมพัฒนา ในปี 2553 มีจำนวนแรงงานประกันสุขภาพ เพียง 782 คน มีรายได้จากการตรวจ /ประกันสุขภาพ หลังหักส่งหน่วยงานต่าง ๆ คงเหลือเงินจำนวน 843,621.60 บาท แต่ให้บริการรักษาพยาบาล จำนวน 1,973 ครั้ง ซึ่งเป็นการบริการทั้งแรงงานข้ามชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพ และแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ คิดเป็นค่าใช้จ่ายในการให้บริการสุขภาพทั้งปี เป็นเงิน 883,602.00 บาท หากแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพไม่จ่ายค่าบริการรักษาพยาบาลเลย รายรับของโรงพยาบาลนิคมพัฒนา ที่ต้องครอบคลุมการให้บริการของแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ ก็จะไม่เพียงพอ ดังตารางที่ 4.42

ตารางที่ 4.42 การบริการ และค่าบริการแรงงานข้ามชาติโรงพยาบาลนิคมพัฒนา

จังหวัดระยอง ปี 2553

การบริการ แรงงานข้ามชาติ	รวมให้บริการจำนวน (ครั้ง)	เป็นเงินให้บริการรวมทั้งปี
กัมพูชา	1,159	566,425.00
พม่า	659	254,608.00
เขมรเกาะกง	6	2,248.00
ลาว	149	60,321.00
รวม	1,973	883,602.00

ปี 2553 โรงพยาบาลวังจันทร์ จังหวัดระยอง มีแรงงานข้ามชาติประกันสุขภาพ เพียง 685 คน และมีรายได้จากการตรวจ/ประกันสุขภาพ หลังหักส่งหน่วยงานต่าง ๆ คงเหลือเงินรวม 685,038 บาท แต่ให้บริการรักษาพยาบาล สูงถึง 2,220 ครั้ง ซึ่งเป็นการให้บริการทั้งแรงงานข้ามชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพ และไม่มีบัตรประกันสุขภาพ คิดเป็นค่าการให้บริการสุขภาพทั้งปี เป็นเงินจำนวน 752,744 บาท แต่แรงงานข้ามชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพมาใช้บริการเพียง 449 ครั้งเท่านั้น คิดเป็นค่าบริการรักษาพยาบาล ทั้งปี จำนวน 137,957 บาท ซึ่งรายรับจากการตรวจ/ประกันสุขภาพมีเพียงพอที่จะครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการให้บริการ หากแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ ไม่จ่ายค่าบริการรักษาพยาบาลเลย รายรับของโรงพยาบาลวังจันทร์ ที่ต้องครอบคลุมการให้บริการแรงงานข้ามชาติ ที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ ก็จะไม่เพียงพอ ดังตารางที่ 4.43

ตารางที่ 4.43 บริการและค่าบริการสุขภาพ แรงงานข้ามชาติ ที่โรงพยาบาลวังจันทร์ ปี 2553

แรงงานข้ามชาติ	การให้บริการของ โรงพยาบาลวังจันทร์			
	มีบัตร จำนวน(ครั้ง)	มีบัตรมูลค่าบริการ (บาท)	รวมให้บริการ ทั้งปี จำนวน (ครั้ง)	เป็นค่าการบริการทั้งปี (บาท)
กัมพูชา	224	66,540.00	1,023	358,604.00
พม่า	148	39,587.00	486	182,753.00
เขมรเกาะกง	1	50.00	20	3,647.00
ลาว	76	31,780.00	691	207,740.00
รวม	449	137,957	2,220	752,744

จังหวัดสมุทรสาครให้บริการผู้ป่วยแรงงานข้ามชาติดังกลุ่มต่าง ๆ ในปี 2552 และปี 2553 คิดเป็นจำนวนครั้งผู้ป่วยนอก 104,785 ครั้ง หรือจำนวน 287 คนต่อวันในปี 2552 แต่ในปี 2553 ได้ให้บริการเพิ่มขึ้นเป็น 140,673 ครั้ง หรือ 385 คนต่อวัน โดยปี 2552 แรงงานข้ามชาติและครอบครัวกลุ่มต่าง ๆ เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน จำนวน 5,831 ราย เป็นวันนอน 18,400 วัน และในปี 2553 เพิ่มขึ้นเป็น 6,349 ราย เป็นวันนอน 28,248 วัน ดังตารางที่ 4.44

ตารางที่ 4.44 การให้บริการรักษาพยาบาล แรงงานข้ามชาติและครอบครัว โรงพยาบาลสมุทรสาคร ปี2552-2553

ปี	การให้บริการ ผู้ป่วยนอก (OPD) ครั้ง	จำนวนให้บริการ ผู้ป่วยนอก (คน:วัน)	จำนวนรับไว้ รักษาพยาบาลใน โรงพยาบาล (IPD) คน	รวมจำนวนวัน นอน โรงพยาบาล
2552	104,785	287	5,831	18,400
2553	140,673	385	6,349	28,248

สำหรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการรักษาพยาบาลแรงงานข้ามชาติ ปี 2552 พบว่า โรงพยาบาลสมุทรสาคร มีค่าใช้จ่ายจากการให้บริการ กลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพ จำนวน 19,674,669 บาท และมีการ

ให้บริการรักษาฟรี เป็นเงิน 6,061,986 บาท รวมค่าใช้จ่ายทั้งหมด จำนวน 25,736,655 บาท ส่วนโรงพยาบาลกระทุ่มแบน มีค่าใช้จ่ายในกลุ่มมีบัตรประกันสุขภาพ จำนวน 3,131,405 บาท และให้บริการรักษาฟรี จำนวน 2,378,848 รวมรายจ่ายทั้งหมด จำนวน 5,510,253 บาท และโรงพยาบาลบ้านแพ้ว มีค่าใช้จ่ายในกลุ่มมีบัตรสุขภาพ จำนวน 828,658 บาท ส่วนโรงพยาบาลศรีวิชัย 5 มีค่าใช้จ่ายในกลุ่มที่มีบัตรสุขภาพ สูงถึง 42,662,233 บาท ในภาพรวมจังหวัดสมุทรสาคร มีค่าใช้จ่ายในการให้บริการรักษาพยาบาลแรงงานข้ามชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพ และให้บริการรักษาฟรี เป็นทั้งสิ้น จำนวนเงิน 74,737,799 บาท รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4.45

ตารางที่ 4.45 ค่าใช้จ่ายในการให้บริการรักษาพยาบาลแรงงานข้ามชาติ จังหวัดสมุทรสาคร ปี 2552

โรงพยาบาล	(1) ค่าใช้จ่ายบริการ แรงงาน มีบัตร ประกันสุขภาพ (บาท)	(2) ค่าใช้จ่าย บริการแรงงานที่ ไม่มีบัตรประกัน สุขภาพ รักษาฟรี (บาท)	(3=1+2) รวม ค่าใช้จ่ายบริการ ที่มีบัตรสุขภาพ และรักษาฟรี (บาท)	(4) ค่าใช้จ่ายที่ แรงงานไม่มีบัตร ประกันสุขภาพ จ่ายเอง (บาท)
สมุทรสาคร	19,674,669	6,061,986	25,736,655	1,778,928
กระทุ่มแบน	3,131,405	2,378,848	5,510,253	550,080
บ้านแพ้ว	828,658	0	828,658	1,736,791
ศรีวิชัย 5	42,616,854	45,379	42,662,233	1,026,442
รวม	66,251,586	8,486,213	74,737,799	5,092,241

ในปี 2553 โรงพยาบาลสมุทรสาคร มีค่าใช้จ่ายในการให้บริการแรงงานข้ามชาติ กลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพ จำนวน 14,567,908 บาท ให้การรักษาฟรี จำนวน 1,214,909 บาท รวมเป็นรายจ่าย 15,782,817 บาท ส่วนโรงพยาบาลกระทุ่มแบน มีค่าใช้จ่ายในกลุ่มมีบัตรประกันสุขภาพ จำนวน 2,787,201 บาท และรักษาฟรีจำนวน 1,297,777 บาท รวมค่าใช้จ่าย เป็น 4,084,978 บาท และโรงพยาบาลบ้านแพ้ว มีค่าใช้จ่าย จำนวน 962,722 บาท ส่วนโรงพยาบาลศรีวิชัย 5 ที่มีค่าใช้จ่ายในกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพ สูงถึงจำนวน 65,089,190 บาท ในภาพรวมทั้งจังหวัด มีค่าใช้จ่ายในการให้บริการรักษาพยาบาลแรงงานข้ามชาติ ที่มีบัตรประกันสุขภาพและรักษาฟรี เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 85,919,707 บาท ดังตารางที่ 4.46

ตารางที่ 4.46 ค่าใช้จ่ายในการให้บริการรักษาพยาบาลแรงงานข้ามชาติ จังหวัดสมุทรสาคร ปี 2553

โรงพยาบาล	(1) ค่าใช้จ่ายบริการ แรงงาน มีบัตร ประกันสุขภาพ (บาท)	(2) ค่าใช้จ่ายบริการ แรงงานที่ไม่มีบัตร ประกันสุขภาพ รักษาฟรี (บาท)	(3=1+2) รวม ค่าใช้จ่ายบริการ ที่มีบัตรสุขภาพ และรักษาฟรี (บาท)	(4) ค่าใช้จ่ายที่ แรงงานไม่มีบัตร ประกันสุขภาพ จ่ายเอง (บาท)
สมุทรสาคร	14,567,908	1,214,909	15,782,817	17,396,501
กระทุ่มแบน	2,787,201	1,297,777	4,084,978	798,123
บ้านแพ้ว	962,722	0	962,722	1,955,267
ศรีวิชัย5	64,827,882	261,308	65,089,190	706,279
รวม	83,145,713	2,773,994	65,089,190	20,856,170

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ จากการประชุมกลุ่ม (focus group) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน และแรงงานข้ามชาติทั้งจังหวัดสมุทรสาครและระยอง มีรายละเอียดดังนี้

5.ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม

5.1 สถานที่จัดบริการ

พื้นที่การให้บริการในโรงพยาบาลมีบริเวณจำกัดและคับแคบ เนื่องจากไม่มีการออกแบบอาคารสถานที่เพื่อรองรับการให้บริการแรงงานข้ามชาติออกมาโดยเฉพาะ ทำให้บริเวณที่ให้บริการมีความแออัดมาก โดยจังหวัดระยองแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยการจัดให้มีคลินิก 4 มุมเมือง เพื่อให้ผู้ป่วยนอกคนไทยไปรับบริการที่คลินิก 4 มุมเมืองนอกโรงพยาบาลก่อน แต่ไม่สามารถจัดบริการให้แรงงานข้ามชาติที่คลินิก 4 มุมเมืองได้ และได้แยกบริการคลินิกตรวจครรภ์ (ANC) สำหรับแรงงานข้ามชาติตั้งครรถ่อออกมาเฉพาะเนื่องจากการให้บริการต้องการพนักงานสาธารณสุขต่างด้าว (พสต.) ทำหน้าที่ล่ามในการสื่อสารทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และได้จัดทำเอกสารให้ความรู้ต่าง ๆ ในการปฏิบัติตัว รวมทั้งได้จัดทำป้ายสัญลักษณ์ที่เป็นภาษาของแรงงานข้ามชาติกลุ่มใหญ่ของโรงพยาบาล จนทำให้ผู้รับบริการชาวไทยบ่นด้วยความไม่พอใจ นอกจากนั้นคนไทยยังต้องไปรักษาที่คลินิก 4 มุมเมืองนอกโรงพยาบาลก่อน

ในปี 2553 จังหวัดสมุทรสาคร มีแรงงานข้ามชาติเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลสมุทรสาคร จำนวน 7,500 ครั้ง โดยมีจำนวนผู้ป่วยนอกใช้บริการมากกว่า 200 ครั้งต่อวัน และมีแรงงานข้ามชาติชาว พม่ามาใช้บริการ 10.8% ของบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด ส่วนผู้ป่วยในโดยเฉพาะการคลอดบุตร มีแรงงาน ข้ามชาติ คลอดเฉลี่ยปีละ 3,000 ราย ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การให้บริการ การรอตรวจ รอรับยา ฯลฯ ซึ่งทำให้ ผู้รับบริการต้องรอนาน ค่าใช้จ่ายมาก ทำให้คนไทยที่มารับบริการไม่พอใจ จนหนังสือพิมพ์ท้องถิ่นเขียนถึง เรื่องดังกล่าว ซึ่งแม้แต่พระ ก็ได้เทศน์ถึงการให้บริการในโรงพยาบาล ที่ในบางครั้งต้องให้บริการแรงงาน ข้ามชาติที่มาก่อนได้รับบริการก่อน ขณะที่คนไทยต้องคอยรอรับบริการต่อจากแรงงานข้ามชาติ

5.2 การสื่อสาร และบทบาทของพนักงานสาธารณสุขต่างด้าว (พสด.)

พสด.มีบทบาทในการช่วยงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ/ ป้องกันโรค ทั้งในชุมชนและใน สถานบริการ และช่วยงานการรักษาพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ การเฝ้าระวังโรค ตลอดจนติดตามแรงงาน ข้ามชาติที่ขาดยา ให้มารับยาต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีบทบาทในการให้คำปรึกษา โดยเฉพาะให้คำปรึกษา กลุ่มเสี่ยง สมัครใจเจาะเลือดตรวจหาเชื้อไวรัสเอชไอวีอีกด้วย

สำหรับจังหวัดระยอง แรงงานส่วนใหญ่ ถ้าทำงานในประเทศไทยนานเกิน 1 ปี จะสามารถพูดและ ฟังภาษาไทยได้ อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลระยองได้จ้าง พสด.ที่เป็นแรงงานข้ามชาติ ด้วยเงินที่ได้รับ จัดสรรเพิ่มเติมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แต่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดระยอง เช่น แกลง เทศบาลระยอง และเทศบาลเพ สามารถหา พสด.คนไทยแต่สามารถพูดภาษาเขมร พม่าได้ โดยจ้างด้วยเงิน ที่ได้รับจัดสรรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพิ่มเติมเช่นกัน จังหวัดนี้จึงไม่มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร

สำหรับ พสด.จังหวัดระยองนั้น ช่วยงานด้านสาธารณสุขได้มาก คຸ້ມຄ່າจ้าง โดยเฉพาะถ้าเป็นพสด. คนไทยยิ่งคຸ້ມຄ່າ เช่น หลังทราบผลการตรวจเลือดตรวจ พบเชื้อโรคเท้าช้าง ไม่สามารถหาแรงงานที่ตรวจพบ เชื้อได้ พสด.สามารถไปติดตามหาตัวผู้ติดเชื้อในชุมชนได้ พสด.ให้ความเห็นว่าได้รับมอบหมายงาน มากมายและหลากหลายทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน ช่วยทำงานเชิงรุกในชุมชน ดูแลทั้งคนไทยและ แรงงานข้ามชาติ รวมทั้งการทำหน้าที่ล่าม การสื่อสารต่างๆ ทำให้เหนื่อยมาก

โรงพยาบาลระยองมี พสด.ปฏิบัติงาน 3 คน เป็นชาวกัมพูชา 2 คน ชาวพม่า 1 คน การติดตามตัว แรงงานข้ามชาติ ใช้การประสานงานกับเครือข่ายที่มีในชุมชน โดยใช้โทรศัพท์มือถือ แต่แรงงานข้ามชาติ มักเปลี่ยนเบอร์บ่อยมาก

สำหรับจังหวัดสมุทรสาคร ขณะนี้มีการเรียนการสอนภาษาไทยในกลุ่มแรงงานข้ามชาติมากขึ้น ทำให้พูดและฟังภาษาไทยได้มากขึ้น บางคนสามารถร้องเพลงชาติไทยได้ชัดเจน ส่วนใหญ่ทุกโรงพยาบาล ได้จ้าง พสด.เพื่อช่วยงานด้านสาธารณสุขและการสื่อสาร โรงพยาบาลบ้านแพ้ว เคยมีพสด.แต่ลาออกนาน ไปแล้ว รายละเอียด พสด.จังหวัดสมุทรสาคร ดังตารางที่ 4.47

ตารางที่ 4.47 จำนวนพนักงานสาธารณสุขต่างด้าว จังหวัดสมุทรสาคร จำแนกโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	จำนวน พสต.(ลำม)
สมุทรสาคร	18
กระทุ่มแบน	1
บ้านแพ้ว	-
ศรีวิชัย5	9
รวม	28

ตัวแทนกระทรวงแรงงาน จังหวัดสมุทรสาครให้ความเห็นว่า การที่แรงงานข้ามชาติ รู้ภาษาไทยนั้น อาจจะทำให้เกิดปัญหาความมั่นคง เพราะทำให้แรงงานข้ามชาติเข้าใจว่านายจ้างพูดอะไร แต่นายจ้างไม่สามารถเข้าใจภาษาข้ามชาติได้ อย่างไรก็ตามชุมชนในจังหวัดสมุทรสาครเริ่มเรียนรู้ภาษาพม่า เพื่อใช้ในการสั่งงานเชิงลึก โดยวิทยาลัยชุมชนสมุทรสาคร ได้เปิดสอนภาษาพม่าด้วย

หน้าที่ของ พสต.จังหวัดสมุทรสาคร จะปฏิบัติงานหลายหน้าที่เหมือน อสม. ปฏิบัติงานเชิงรุกในชุมชน เยี่ยมบ้าน ทำหน้าที่ล่าม ทำงานร่วมกับ อสม.คนไทย คิดว่าคุ้มค่าจ้างมาก ตามระเบียบสามารถจ้างเป็นลูกจ้างโรงพยาบาลได้ โดยการตีความให้เข้ากลุ่มกิจการข้อ 19 ซึ่งจัดหางานจังหวัดอนุญาต ขณะนี้ทุกหน่วยราชการได้ขอจ้างแรงงานข้ามชาติเป็นลูกจ้าง เช่น ศาลจังหวัด และหน่วยราชการอื่น ๆ

5.3 การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

การป้องกันโรคมีความสำคัญอย่างมากสำหรับแรงงานข้ามชาติ เนื่องจากแรงงานเหล่านี้อาจมีโรคติดต่อที่นำมาจากประเทศต้นทาง ซึ่งเป็นโรคติดต่อที่สามารถควบคุมได้ทั้งสิ้น นอกจากนี้การติดตามรักษาโรคที่ตรวจพบจากการตรวจสุขภาพ จึงจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อไม่ให้โรคแพร่กระจายไปยังคนอื่น

จังหวัดระยอง มีผลงานการดำเนินการด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในแรงงานข้ามชาติเป็นอย่างดี โดยมีปัจจัยที่สำคัญดังนี้ การให้บริการในอำเภอเมือง มีการเชื่อมโยงกับเครือข่าย NGO ทำให้การส่งต่อบริการทำได้รวดเร็ว ภายในเครือข่าย อย่างไรก็ตามในภาพรวมจังหวัดระยอง ยังมีปัญหาจากแรงงานข้ามชาติเปลี่ยนงาน ย้ายที่อยู่และบางครั้งเปลี่ยนหน้ากันมาทำงาน ทำให้มีปัญหาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ

ด้านการควบคุมโรค จังหวัดระยองพยายามทำให้ดีที่สุด ภายได้ข้อจำกัดที่สำคัญคือมีการเปลี่ยนแปลงย้ายงาน และมีแรงงานข้ามชาติชั่วคราวหมุนเวียนผลัดเปลี่ยนกันเข้ามาตลอดเวลา ดังกรณีตัวอย่างอหิวาต์ระบาด เมื่อเดือนธันวาคม ปี 2552 มีการติดเชื้อของลูกเรือประมงที่มาจากจังหวัดปัตตานี ประมาณ 30-40 ราย และมีคนไทยติดเชื้อ 2 คน มีผู้ป่วยเสียชีวิตในเรือ เพราะไม่มียารักษา และเมื่อแรงงาน

ข้ามชาติเหล่านี้เข้ามาในจังหวัดระยอง เกิดการแพร่กระจายเชื้อโรค ถึงขั้นตรวจพบเชื้ออหิวาต์ในแม่น้ำ
ลำน้ำกระบาวดีวิทยาต้องเข้ามาดำเนินควบคุมโรค และในช่วงที่มีการระบาดของไข้หวัดใหญ่ 2009 จังหวัด
ระยองก็มีการระบาดด้วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มนักเรียนและคนงานในโรงงาน นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วย
แรงงานข้ามชาติติดเชื้อมาเลเซียเสียชีวิต

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดสมุทรสาคร ให้ข้อมูลว่า พฤติกรรมของแรงงานข้ามชาติ แตกต่างจาก
คนไทยอย่างมาก เช่น การนัดหมายตรวจครรภ์ที่คลินิก ANC แรงงานข้ามชาติพม่า จะให้ความเชื่อถือ
เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลมาก และจะบอกต่อกันปากต่อปาก ไม่ให้มีการผิมนัด รวมทั้งการรับวัคซีนใด ๆ ก็
จะมารับครบถ้วน ด้วยการช่วยกันเตือนความจำจากเพื่อนบ้านแรงงานข้ามชาติ

สำหรับผู้ป่วยวันโรคปอดก็เช่นเดียวกัน หากผิมนัดหรือขาดยา จะมีเพื่อนแรงงานคนอื่นๆช่วยกัน
ตามถึงบ้าน เพื่อให้กลับมารับยา ตรงข้ามกับคนไทยที่มักผิมนัด แม้จะติดตามให้มารับยาต่อเนื่องก็ไม่มา
แรงงานพม่าที่มีนายจ้างก็จะช่วยควบคุมกำกับอีกแรงหนึ่งด้วย ทำให้สามารถรับยาวันโรคได้ครบถ้วน แต่
อาจจะมีปัญหากรณีแรงงานข้ามชาติย้ายที่ทำงาน แล้วนายจ้างใหม่ไม่รู้ว่าป่วยเป็นวันโรค

จังหวัดสมุทรสาครแบ่งพื้นที่ทำงานกัน เพื่อดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรคใน
แรงงานข้ามชาติ คือโรงพยาบาลสมุทรสาคร รับผิมนัดในเขตอำเภอเมืองสมุทรสาคร ยกเว้นตำบลท่าทราย
และโรงพยาบาลศรีวิชัย 5 รับผิมนัดเฉพาะในเขตตำบลท่าทราย อำเภอเมืองสมุทรสาคร โรงพยาบาล
กระทุ่มแบน รับผิมนัดเขตอำเภอกระทุ่มแบน และโรงพยาบาลบ้านแพ้ว(องค์การมหาชน) รับผิมนัดเขต
อำเภอบ้านแพ้ว

จัดหางานจังหวัด กระทรวงแรงงานเสนอว่า ถ้าแรงงานข้ามชาติป่วยเป็นโรคติดต่อที่จำเป็นต้องรับ
ยาต่อเนื่อง ควรแจ้งให้จัดหางานจังหวัดรับทราบด้วย เพื่อที่จะช่วยติดตามให้มารับยาต่อเนื่องได้

ตัวแทนนายจ้าง เสนอความเห็น ว่า ไม่ควรยอมให้แรงงานข้ามชาติย้ายงาน จนกว่าจะครบ
กำหนดการทำงาน 1 ปี จึงจะอนุญาตให้ย้ายงานได้ เพราะนายจ้างได้เสียค่าใช้จ่ายในการตรวจและประกัน
สุขภาพ รวมทั้งค่าใบอนุญาตทำงานไปก่อนแล้ว

โรงพยาบาลศรีวิชัย 5 และโรงพยาบาลสมุทรสาคร มีกิจกรรมลงพื้นที่ในสถานประกอบการ และให้
ความรู้แรงงานข้ามชาติเกี่ยวกับโรคติดต่อต่างๆที่พบบ่อย โดยฝ่ายบุคคลของโรงงาน/สถานประกอบการ
ขอมา การลงพื้นที่ในชุมชน มีการให้ความรู้ และฉีดวัคซีน จังหวัดสมุทรสาครเคยมีการระบาดของ
อหิวาตกโรค เริ่มจากคนงานจับกุ้งป่วย และะเข้ามาจับข้างชั่วคราว บางครั้งผลัดเปลี่ยนกันเข้ามา ส่วนใหญ่

มักเข้ามาทำงานช่วงกลางคืน พอเช้าไม่มีงานทำก็ย้ายออก หมุนเวียนกันไป โดยไม่ได้ลงทะเบียน ทำให้ควบคุมโรคได้ยาก

5.4 การส่งต่อผู้ป่วยแรงงานข้ามชาติ

จังหวัดระยอง ได้กำหนดเกณฑ์การจ่าย กรณีส่งต่อแรงงานข้ามชาติภายในจังหวัด ในอัตรา ผู้ป่วยนอก ตามจ่ายครั้งละ 700 บาท ผู้ป่วยในจ่ายตาม DRG โดยได้RW ละ 9,000 บาท ขณะที่คนไทยผู้ป่วยในสพสข. จ่ายผู้ป่วย UC ในอัตรา RW ละ 7,300 บาท กรณีส่งต่อข้ามจังหวัด จะตามจ่ายตามจริง ส่วนใหญ่มักส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลจันทบุรี จังหวัดระยองมีการเรียกเก็บหนี้ค่าบริการ High cost care จากกลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวง ได้ขอขยมาไม่ครบถ้วน

สำหรับจังหวัดสมุทรสาคร ถ้าจะส่งต่อส่วนใหญ่เป็นการส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลเอกชนหรือสถาบันเด็กแห่งชาติ ไม่เคยมีปัญหา กรณีแรงงานข้ามชาติย้ายงานไปข้ามอำเภอ ก็แจ้งย้ายมาประกันให้ตรงกับที่ทำงานใหม่แทน

ทั้งนี้การส่งแรงงานข้ามชาติ ไปรับการรักษาต่อที่สถานบริการระดับสูงกว่า ใช้ระบบส่งต่อเดียวกันกับผู้ป่วยไทย โดยโรงพยาบาลตามสิทธิมีหน้าที่ตามจ่าย หากเข้าข่ายกรณีรายจ่ายสูง ก็จะได้รับการคุ้มครองโดยเงินที่หักส่งให้กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แต่พบว่าแรงงานข้ามชาติ มักป่วยด้วยโรคที่สามารถรักษาได้ในโรงพยาบาลตามสิทธิเป็นส่วนใหญ่

5.5 ความเพียงพอของเงินค่าใช้จ่ายจากการประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ

จังหวัดระยอง เห็นว่า ค่าบัตรประกันสุขภาพจำนวน 1,300บาท และค่าตรวจสุขภาพ 600 บาท นั้นเพียงพอที่จะครอบคลุมค่าบริการสาธารณสุขของแรงงานข้ามชาติที่มีบัตรแล้ว เนื่องจากแรงงานข้ามชาติไม่ค่อยเจ็บป่วย จึงไม่ค่อยมาใช้บริการ ปัญหาของจังหวัดระยอง คือแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพมารับบริการจำนวนมาก และแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพนี้มักป่วยหนัก และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง

นอกจากนี้ ยังมีปัญหาแรงงานข้ามชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพจากจังหวัดอื่น และมาประสบอุบัติเหตุที่อำเภอแกลง ซึ่งเป็นทางผ่าน เมื่อส่งต่อไปที่โรงพยาบาลระยอง เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลไปที่โรงพยาบาลบางกอก 9 อินเตอร์เนชั่นแนล ที่แรงงานข้ามชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพอยู่ กลับมีปัญหาในการตามจ่าย

เจ้าหน้าที่จากสำนักงานประกันสังคม ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า ขณะนี้แรงงานข้ามชาติที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติตาม MOU มีจำนวนเพิ่มขึ้น และผู้ที่จะต้องเข้าประกันสังคมจะขึ้นทะเบียนประกันสังคมทุกคน ยกเว้นกลุ่มที่พิสูจน์สัญชาติแล้วแต่อยู่ในภาคประมงจะได้รับการยกเว้น

ตัวแทนนายจ้าง ให้ความเห็นว่า กรณีพิสูจน์สัญชาติแล้ว นายจ้างไม่ต้องการให้แรงงานข้ามชาติเข้า ประกันสังคม เนื่องจากมีปัญหาหลายด้าน ทั้งแรงงานข้ามชาติย้ายที่บ่อย ระบบยุ่งยากซับซ้อน ต้องหักเงิน ส่งทุกเดือน และใช้เงินมากกว่า ในส่วนแรงงานข้ามชาติที่ไม่มี ทร. 38/1 นายจ้างก็ต้องการให้มีบัตรประกัน สุขภาพ เช่นกัน เมื่อโรงพยาบาลไม่ยอมขายบัตรประกันสุขภาพให้แรงงานข้ามชาติที่ไม่มี ทร.38/1 โรงงาน บางแห่งนายจ้าง จัดระบบขึ้นเองโดยนำเงินค่าประกันสุขภาพ จำนวน 1,300 ต่อคน มารวมไว้เป็นกองกลาง เมื่อมีใครเจ็บป่วยและไม่มียบัตรประกันสุขภาพ ก็นำไปเสร็จค่ารักษาพยาบาลมาเบิกจากกองกลางดังกล่าว

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร ให้ข้อมูลว่าโรงพยาบาลใหญ่ ต้องรับคนไข้มีปัญหามากเป็น ส่วนใหญ่ เช่นโรคเรื้อรัง การคลอด ซึ่งการคลอดปกติค่าใช้จ่ายก็เป็นเงินมากกว่า 3,000 บาทแล้ว แรงงาน ข้ามชาติจึงนิยมซื้อบัตรประกันสุขภาพ เพื่อมาคลอด และอีกกลุ่มคือพวกที่มีโรคประจำตัวหลายอย่าง อย่างไรก็ตามในภาพรวมค่าประกันสุขภาพ 1,300 บาท ต่อหัว ยังเพียงพอ แต่เมื่อมีแรงงานข้ามชาติที่ไม่มี ทร. 38/1 มาใช้บริการโดยไม่มีเงินจ่าย ก็จะทำให้ไม่เพียงพอ

ตัวแทนนายจ้าง เห็นว่า กรณีแรงงานข้ามชาติที่เป็นโรคเรื้อรัง หรือตั้งครรภ์ และอาจต้องใช้เงินเพิ่ม ก็ยินดีที่จะจ่ายค่าประกันสุขภาพเพิ่ม เพราะไม่ต้องการเบียดบังรัฐ แต่ขอให้คิดในอัตราที่เอกชนพออยู่ได้ และอยากให้ปรับปรุงบริการของโรงพยาบาลรัฐให้ดีขึ้น รวมทั้งยินดีที่จะย้ายแรงงานข้ามชาติเข้ามาซื้อบัตร ประกันสุขภาพกับโรงพยาบาลของรัฐมากขึ้น

ในส่วนแรงงานข้ามชาติพม่า มีความเชื่อว่าการคลอดที่ประเทศไทย มีความปลอดภัยทั้งต่อมารดา และบุตร มากกว่าคลอดที่ประเทศต้นทาง ดังนั้นส่วนใหญ่จะวางแผนว่าจะคลอดบุตร 2 คนขณะมาทำงาน ในประเทศไทย

5.6 ผู้ป่วยที่โรงพยาบาลต้องการดูแลมากที่สุดและระบบการประกันสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระยอง ให้ความเห็นว่า ผู้ป่วยประกันสังคมดีที่สุด เพราะเจ็บป่วยมาใช้บริการ น้อย รองลงมาเป็นแรงงานข้ามชาติ ในส่วนระบบที่แย่ที่สุด เห็นว่าผู้ป่วย UC และผู้ป่วยสวัสดิการ ข้าราชการ ซึ่งทำให้โรงพยาบาลขาดทุนที่สุด นอกจากนี้ก็มีแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ เจ็บป่วยเข้ามารักษา โดยไม่มีผู้รับผิดชอบด้านการเงิน

แต่เจ้าหน้าที่จากประกันสังคม จังหวัดระยอง ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า ผู้ประกันตนในจังหวัดระยอง ส่วนใหญ่จะมีประกันเอกชนกับโรงพยาบาลกรุงเทพระยองด้วย จึงนิยมไปใช้บริการที่โรงพยาบาล กรุงเทพระยองก่อน ทำให้มีผู้ประกันตนมาใช้สิทธิในโรงพยาบาลรัฐน้อยกว่าที่ควรเป็น

ในภาพรวมจังหวัดสมุทรสาครสรุปว่า แรงงานข้ามชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพนั้น มีการจัดระบบ การจัดสรรเงินบริการที่คุ้มค่าที่สุด ระบบประกันสังคมรองลงมา ทราบว่าโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัด ที่

รับผู้ป่วยประกันสังคม เริ่มขาดทุนแล้ว ในส่วนสวัสดิการข้าราชการนั้น กลไกการจัดสรรเงินในขณะนี้แยกว่าระบบประกันสังคม แต่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้โรงพยาบาลขาดทุนมากที่สุด

หากเลือกได้ส่วนใหญ่ในจังหวัดระยอง ต้องการให้ใช้ระบบประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติแบบเดิม (ค่าบัตรประกันสุขภาพ 1,300 บาท และการตรวจสุขภาพ 600 บาท) เพราะมีการบริหารจัดการดีกว่า สิทธิประโยชน์ดีกว่า โรงพยาบาลที่ให้บริการพอใจมากกว่า และยังมีเงินจัดสรรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ประกันสังคมจังหวัดระยอง ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า สามารถของบประมาณสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคได้ โดยให้ทำโครงการขอรับการสนับสนุนต่อไป

จังหวัดสมุทรสาคร เห็นว่า ควรใช้ระบบเดิมที่เป็นอยู่สำหรับแรงงานข้ามชาติ และน่าจะคิดค่าใช้จ่ายการประกันสุขภาพเพิ่มขึ้น ตัวแทนนายจ้างในจังหวัดสมุทรสาครก็เห็นว่า ควรใช้ประกันสุขภาพระบบเดิม เพราะมีการควบคุมโรคที่ทั่วถึง รุกไปถึงโรงงาน ถึงบ้านและชุมชนของแรงงานข้ามชาติ มีเพียงโรงพยาบาลศิริราช อยากให้แรงงานข้ามชาติเข้าไปอยู่ในระบบประกันสังคม

ขณะที่ประกันสังคมจังหวัด และแรงงานจังหวัดสมุทรสาคร เห็นว่าควรใช้ระบบประกันสังคมกับแรงงานข้ามชาติ เพื่อให้เข้ากับกฎหมายระหว่างประเทศ เนื่องจากมีข้อกำหนดว่าต้องได้รับสิทธิเสมอกัน ส่วนจัดหางานจังหวัดสมุทรสาครให้ความเห็นว่า ที่จะต้องใช้ระบบประกันสังคม เพราะกฎหมายเขียนครอบคลุมไว้ แต่โดยความเห็นส่วนตัว เห็นว่าระบบเดิมก็มีความเหมาะสมอยู่แล้ว

อย่างไรก็ตามไม่มีใครเห็นว่าควรใช้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) กับแรงงานข้ามชาติกลุ่มนี้เลย

จังหวัดระยอง เห็นว่าการให้บริการแรงงานข้ามชาติไม่มีโอกาสได้กำไร เนื่องจากมีแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรสุขภาพมาใช้บริการด้วย แต่ถ้ามีแรงงานข้ามชาติลงทะเบียนประกันสุขภาพกันมาก ครอบคลุมแรงงานข้ามชาติทั้งหมด จะทำให้โรงพยาบาลขาดทุนน้อยลง หรืออาจได้กำไร

จังหวัดสมุทรสาครให้ความเห็นว่า หากเงินจากการประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ ไม่พอจ่ายโรงพยาบาลก็จะใช้เงินของระบบอื่น ๆ ของคนไทย มาใช้ในการให้บริการแรงงานข้ามชาติ เช่น การให้ยาต้านไวรัสเอดส์ เจ้าหน้าที่ได้นำยาของคนไทยมาให้กับแรงงานข้ามชาติที่จำเป็น ในส่วนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร จะเก็บเงินเหลือจ่ายของปีก่อนๆ มาจ่ายชดเชยให้ เชื่อว่าปัจจุบันโรงพยาบาลทุกแห่งยังได้กำไรเป็นส่วนใหญ่หรืออาจขาดทุนเพียงเล็กน้อย

5.7 การจัดสรรเงินเงินเพื่อดำเนินการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค

จังหวัดระยอง มีการจัดสรรบริหารเงินสำหรับการส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรค กลุ่มแรงงานข้ามชาติ (206 บาทต่อหัว) โดยกันเงินประมาณ 20% ของส่วนนี้ (คิดเป็นเงิน 41.20 บาท) สำหรับการบริหาร

จัดการอีก จำนวน 120 บาท ไว้ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ส่วนอีก 80% ของเงินส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค (164.80 บาท) จัดสรรโรงพยาบาลต่างๆ สำหรับการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค

จังหวัดสมุทรสาคร มีการจัดสรรเงินส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรค จำนวน 206 บาทต่อหัว โดยกันเงินเพียง 5% สำหรับเก็บไว้ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ส่วนที่เหลือกระจายลงพื้นที่ ให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งเป็นผู้รับผิดชอบในการส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรคให้กลุ่มแรงงานข้ามชาติในพื้นที่

5.8 ปัญหาการจัดการเชิงระบบแรงงานข้ามชาติของประเทศไทย

สำหรับการดำเนินงานของหน่วยงานความมั่นคงของชาติ มีเป้าหมายการดำเนินการเฉพาะ โดยสำนักงานตำรวจแห่งชาติ มีนโยบายที่จะให้จับกุมแรงงานข้ามชาติในจำนวนที่แน่นอน เช่น กำหนดให้จังหวัดสมุทรสาครต้องจับกุมแรงงานข้ามชาติ ที่เข้าเมืองผิดกฎหมายให้ได้ จำนวน 2,600 คนภายในระยะเวลา 3 เดือน ส่วนจังหวัดระยองก็มีการกำหนดเป้าหมายให้จับกุมเช่นกัน ซึ่งทุกจังหวัดก็มีการกำหนดเป้าหมายเช่นเดียวกัน ทำให้บางจังหวัดมีการคัดกรอจับกุมแรงงานข้ามชาติ ขณะเข้ารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล

นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องโครงสร้างองค์กรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลที่ยังไม่ได้รองรับการดูแลแรงงานข้ามชาติด้านสาธารณสุข ทั้งที่มีจำนวนแรงงานเพิ่มขึ้นมากมาย และเป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดการแพร่กระจายโรคติดต่อต่างๆ ที่ต้องควบคุมโรคให้ได้หลายโรค

ความไม่เพียงพอของยาต้านไวรัสเอดส์ (ARV) สำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อ เอชไอวี ก็เป็นปัญหาที่ทุกจังหวัดกล่าวถึง รวมทั้งการไม่มีงบประมาณสนับสนุน เพื่อดูแลแรงงานข้ามชาติที่ไม่ได้ลงทะเบียนและไม่ได้ซื้อบัตรประกันสุขภาพ ทำให้ตกเป็นภาระของโรงพยาบาล

จังหวัดสมุทรสาครมีข้อมูลผู้ป่วยเอดส์ครบถ้วน แต่ส่งข้อมูลแยกส่วนกัน โดยส่งไปยังหน่วยงานต่างๆ ในส่วนกลาง เช่น ส่งรายงาน 506/1 ไปที่สำนักระบาดวิทยา และส่วนข้อมูลการตรวจ CD4 ส่งไปที่สำนักโรคเอดส์ฯ ข้อมูลการรับบริการของผู้ที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งไปสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) ทำให้ส่วนกลางมีข้อมูลที่แยกส่วน แต่ในส่วนของจังหวัดจะมีข้อมูลครบถ้วนทั้งหมด

ระบบข้อมูลเอดส์และข้อมูลแรงงานข้ามชาติทั้งหมด ควรต้องบูรณาการและลดภาระให้หน่วยบริหารและบริการในภูมิภาค ให้เหลือน้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ จากนั้นหน่วยงานที่ต้องการข้อมูลแยก

ประเภทต่างๆ นำข้อมูลบูรณาการนั้นไปแยกประเภทตามความต้องการ การบริหารจัดการข้อมูลจะเกิดผลสำเร็จและมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพสูงสุด

นอกจากนี้ จากข้อมูลจำนวนแรงงานข้ามชาติที่ลงทะเบียน และได้รับพร.38/1 ในสำนักทะเบียนราษฎร์กระทรวงมหาดไทย มีจำนวน 1.3 ล้านคนเศษ แต่ปรากฏว่าสำนักบริหารแรงงานข้ามชาติ กรมจัดหางานออกไปอนุญาตทำงาน จำนวน 1.1 ล้านคน แต่ข้อมูลจากกลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีการตรวจสอบสุขภาพและซื้อบัตรประกันสุขภาพเหลือเพียง 8 แสนกว่าคน แสดงให้เห็นว่า มีปัญหาในเรื่องการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกระทรวงและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

บทที่ 5

อภิปรายผล

1. ความรู้ความเข้าใจของแรงงานข้ามชาติ ที่มีประกันสุขภาพ เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์และการไปรับบริการ

1.1 ช่องว่างความรู้และความเข้าใจของแรงงานข้ามชาติ

รายงานการศึกษาแรงงานต่างด้าวของจันทน์ฉาย ตระกูลดี⁽⁵⁾ อุไรวรรณ ตันทอริยะ⁽⁴⁾ ชีรวัดน์ นิเจนตร และอดุลย์ รัตโต⁽³⁾ รวมทั้งการศึกษาของสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์และคณะ⁽⁷⁾ แสดงให้เห็นถึงช่องว่างความรู้และความเข้าใจของแรงงานข้ามชาติในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

- การวางแผนครอบครัว, อนามัยเจริญพันธุ์ และสุขภาพของผู้หญิง
- ความรู้ในเรื่องการดูแลตนเอง
- การค้ามนุษย์และความรุนแรง
- การเข้าถึงสิทธิมนุษยชน และสิทธิที่จะได้รับจากผู้ให้บริการสาธารณสุข

ช่องว่างความรู้และความเข้าใจเหล่านี้ ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ จากรายงานการศึกษาดังกล่าว พบว่าแรงงานข้ามชาติและครอบครัวมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อสูงหลายโรค รวมทั้งมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค

1.2 รายงานการศึกษาของกฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ⁽⁵⁴⁾ และรายงานของอภิชาติ จำรัสฤทธิ์รักษ์ ที่ทำร่วมกับวาทีณี บุญชะลิกษ์⁽²⁸⁾ และ IOM⁽⁴⁶⁾ พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ และช่องว่างของความรู้ความเข้าใจของแรงงานต่างด้าวนั้น สามารถแก้ไขให้ดีขึ้นได้ โดยการปรับปรุงการสื่อสาร และการให้การศึกษที่เหมาะสมแก่แรงงานข้ามชาติและครอบครัว เพื่อให้แรงงานข้ามชาติและครอบครัวปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น การใช้ถุงยางอนามัยและการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เป็นต้น

1.3 การศึกษานี้พบว่า แรงงานข้ามชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพจังหวัดระยองและจังหวัด

สมุทรสาคร เข้าใจสิทธิการรักษาพยาบาลสูงถึง 92.59% และ 87.63 % รวมทั้งเข้าใจความสำคัญของบัตรประกันสุขภาพว่า ต้องนำบัตรมาแสดงเพื่อใช้สิทธิสูง ถึง 96.49% และ 95.80% อีกด้วย ความเข้าใจในสิทธิการไปรับบริการเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินนั้น ยังมีผู้ไม่ทราบสูงถึง 21.36% และ 25.16% ในจังหวัดระยองและสมุทรสาครตามลำดับ ส่วนการรับทราบสิทธิการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค แรงงานข้ามชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพจังหวัดระยอง และจังหวัดสมุทรสาครยังไม่ทราบถึง 30.19% และ 27.88% ตามลำดับ ซึ่งการรับทราบสิทธิการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ซึ่งมีความสำคัญมากเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและการแพร่กระจายเชื้อโรคต่างๆ

ในส่วนแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ จากการศึกษา ก็ยังมีความรู้ความเข้าใจ ในสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลของบัตรประกันสุขภาพสูงถึง 79.11% ในจังหวัดระยอง และ 75.61% ใน จังหวัดสมุทรสาคร ทั้งนี้ในส่วนความรู้ความเข้าใจสิทธิฉุกเฉิน และสิทธิส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ของ แรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพที่จังหวัดระยอง ก็ยังค่อนข้างสูงถึง 65.41% และ 61.64% ตามลำดับ แต่ที่จังหวัดสมุทรสาคร กลุ่มที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจสิทธิฉุกเฉินและสิทธิ ส่งเสริมสุขภาพเพียง 47.97% และ 37.39% เท่านั้น

1.4 การศึกษานี้พบว่าปัญหาการสื่อสารของแรงงานข้ามชาติและครอบครัว ในปัจจุบันมีปัญหา ลดน้อยลงมาก เนื่องจากแรงงานข้ามชาติจังหวัดระยองและจังหวัดสมุทรสาครเกินกว่าครึ่งสามารถฟังและ พูดภาษาไทยได้ เนื่องจากแรงงานข้ามชาติทั้ง 2 จังหวัดทำงานในประเทศไทยเฉลี่ยมากกว่า 5 ปี ซึ่งพบว่า การฟังและพูดภาษาไทยได้มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการทำงานในประเทศไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 %

1.5 การที่แรงงานข้ามชาติจังหวัดระยองและสมุทรสาครจำนวนมาก สามารถพูดและฟัง ภาษาไทยได้แล้วก็ตาม แต่โรงพยาบาลต่างๆและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยังจัดจ้างพนักงาน สาธารณสุขต่างชาติ (พศต.) เพื่อทำหน้าที่อำนวยความสะดวก ประสานงาน เป็นล่ามสื่อสาร และช่วยเหลือการทำงาน ด้านสาธารณสุข ตลอดจนการทำงานเชิงรุกในชุมชนอีกด้วย โดยจังหวัดระยองและสมุทรสาคร ได้จัดสรร เงินที่ได้รับจากบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ จ้าง พศต. ทำงานเป็นทีมร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ซึ่งพศต.สามารถปฏิบัติงานได้อย่างดี โดยองค์กรเอกชนไม่ต้องจ้าง พศต.ให้

1.6 การศึกษาเชิงคุณภาพ (Focus Group) จากการศึกษา สอดคล้องกับการของ กฤตยา อาชวนิจกุลและคณะ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของอภิชาติ จำรัสฤทธิ์รักษ์ และวาทีณี บุญชะลิกษ์ และ สอดคล้อง IOM ที่พบว่า ช่องว่างความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ สามารถแก้ไขให้ดีขึ้นได้ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาก่อนหน้านี้ ที่พบว่าแรงงานข้ามชาติยังมีพฤติกรรม เสี่ยงต่อโรคต่างๆ แต่จากการศึกษานี้พบว่า แรงงานข้ามชาติมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ เช่น การมาตรวจครรภ์ตามนัดสม่ำเสมอดีกว่าคนไทย ที่สำคัญแรงงานข้ามชาติที่ป่วยเป็นวัณโรค มา ตรวจและรับยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอดีกว่าคนไทยเช่นกัน นอกจากนั้นยังมีความอดทนต่อการรักษา แม้จะมีอาการแพ้ยา เช่น มีตัวเหลือง ก็ยังไม่ยอมหยุดยา นอกจากนี้ในชุมชนของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ก็มีการ สนับสนุนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกันเอง โดยช่วยกันเตือนเมื่อถึงกำหนดนัดตรวจครรภ์ หรือติดตามกัน ให้มารับยารักษาวัณโรคตามนัด เป็นต้น

2 พฤติกรรมการแสวงหาบริการและการใช้บริการสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยของแรงงานข้ามชาติ ที่มีและที่ไม่มี การประกันสุขภาพ และภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

2.1 การศึกษาของสมพงษ์ สระแก้ว⁽⁶⁾ และการศึกษาของบุษยรัตน์ กาญจนดิษฐ์⁽⁸⁾ ที่พบว่าปัญหา ในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของแรงงานข้ามชาติและครอบครัวมี ดังต่อไปนี้

พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ ของแรงงานข้ามชาติและครอบครัวเมื่อเจ็บป่วยจะหาซื้อยาจากร้านขายยาก่อน เมื่อเจ็บป่วยหนักขึ้น จึงไปรับบริการจากคลินิกเอกชน เมื่อเจ็บป่วยหนักแล้ว จึงไปสถานีอนามัย หรือโรงพยาบาลรัฐบาลในที่สุด การศึกษานี้สอดคล้อง และสนับสนุนการศึกษาของสมพงษ์ สระแก้ว และบุษยรัตน์ กาญจนดิษฐ์ ในด้านพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ เมื่อแรงงานข้ามชาติและครอบครัว เจ็บป่วยเล็กน้อย แรงงานข้ามชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพ จังหวัดระยอง 56.11% และกลุ่มไม่มีบัตร 59.94 % จะรักษาโดยซื้อยาจากร้านขายยา ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ส่วนจังหวัดสมุทรสาคร แรงงานข้ามชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพ 65.83% และกลุ่มไม่มีบัตร 43.91% จะซื้อยาจากร้านขายยา เช่นกัน เนื่องจากมีความสะดวก ไม่เสียเวลาทำงาน และคิดว่าเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย แต่เมื่อเจ็บป่วยหนัก พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพกลับเปลี่ยนไปทั้งจังหวัดระยองและสมุทรสาครโดยแรงงานข้ามชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพ และแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ จะไปโรงพยาบาลตามสิทธิ สูงถึง 73.51% ที่จังหวัดระยอง และ 51.15% ที่จังหวัดสมุทรสาคร โดยจังหวัดระยองไปใช้สิทธิรักษาที่โรงพยาบาลสูงกว่าจังหวัดสมุทรสาคร ที่จังหวัดระยอง ที่แรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ จะใช้บริการรักษาที่โรงพยาบาลเพียง 22.60% จังหวัดสมุทรสาคร ใช้บริการรักษาที่โรงพยาบาล 29.70% โดยแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรจังหวัดระยอง ไปรักษาที่โรงพยาบาลน้อยกว่าแรงงานที่ไม่มีบัตรจังหวัดสมุทรสาคร

2.2 ปัญหาสำคัญที่ทำให้แรงงานข้ามชาติและครอบครัว ไม่ต้องการไปโรงพยาบาลรัฐบาล เนื่องจากไม่คุ้นเคย กลัว และไม่ตระหนักถึงสิทธิประโยชน์จากการซื้อบัตรประกันสุขภาพ รวมทั้งไม่เข้าใจภาษาไทย ซึ่งเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการโรงพยาบาลตามสิทธิ ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาดังกล่าว โดยพบว่าแรงงานข้ามชาติในจังหวัดระยองและสมุทรสาคร ได้ตระหนักถึงสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี ส่วนใหญ่สามารถสื่อสารทั้งฟังและพูดภาษาไทยได้ อีกทั้งโรงพยาบาลยังจัดให้มีพสท.เพื่อช่วยงานบริการและการสื่อสาร ทำให้ปัญหาดังกล่าวลดน้อยลงไป

2.3 การศึกษาของสมพงษ์ สระแก้ว และ บุษยรัตน์ กาญจนดิษฐ์ พบว่า ระยะทางไปโรงพยาบาลจากบ้านหรือที่ทำงานห่างไกล ทำให้เสียค่าเดินทางจำนวนมาก แต่ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่าค่าใช้จ่ายในการเดินทางของแรงงานข้ามชาติ เพื่อไปรับบริการในสถานพยาบาลในจังหวัดระยอง กลุ่มที่มีบัตรประกัน

สุขภาพ จ่ายค่ารถ เป็นเงินเฉลี่ย 70.11 บาท ขณะที่กลุ่มไม่มีบัตรประกันสุขภาพ จ่ายค่ารถเป็นเงินเฉลี่ย 64.10 บาท ส่วนจังหวัดสมุทรสาคร กลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพ จ่ายค่ารถเป็นเงินเฉลี่ย 42.11 บาท และกลุ่มที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ จ่ายค่ารถเป็นเงินเฉลี่ย 56.50 บาท ซึ่งค่าใช้จ่ายจำนวนนี้ไม่สูงมากนัก อยู่ในวิสัยที่สามารถจ่ายได้โดยไม่เดือดร้อน

2.4 การทบทวนการศึกษา ที่ไม่ตรงกับการศึกษาอื่นๆ โดยการศึกษานี้ได้พบข้อมูลใหม่ คือ ประเด็นเรื่องการเลือกปฏิบัติ และทัศนคติเชิงลบต่อแรงงานข้ามชาติและครอบครัว ผลจากการศึกษาเชิงคุณภาพ (Focus Group) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลระยองให้ข้อมูลว่า โรงพยาบาลมีการจัดบริการคลินิกตรวจครรภ์สำหรับแรงงานข้ามชาติและครอบครัวที่มีบัตรประกันสุขภาพ แยกออกไปเฉพาะเพื่ออำนวยความสะดวกและความรวดเร็ว สำหรับการตรวจโรคแบบผู้ป่วยนอก (OPD) นั้น แรงงานข้ามชาติสามารถเข้ารับบริการตรวจรักษาได้ที่โรงพยาบาลระยองโดยตรง ขณะที่คนไทยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต้องไปรับบริการตรวจรักษาที่คลินิก 4 มุมเมือง เพื่อคัดกรองและรักษาเบื้องต้นก่อน หากเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน จึงสามารถรับบริการที่โรงพยาบาลระยองได้ ทำให้คนไทยไม่พอใจการจัดระบบบริการแบบนี้ โดยเข้าใจว่าแรงงานข้ามชาติและครอบครัวได้รับบริการที่ดีกว่า ในส่วนจังหวัดสมุทรสาครให้ข้อมูลว่า แรงงานข้ามชาติและครอบครัวได้รับบริการจากโรงพยาบาลรัฐบาล ไม่แตกต่างจากคนไทย รวมทั้งเป็นไปตามลำดับไครมาก่อนได้รับบริการก่อน หากไม่ใช่กรณีฉุกเฉิน ทำให้สื่อมวลชนท้องถิ่นเขียนบทความเสียดสี โรงพยาบาลที่จัดบริการให้แรงงานข้ามชาติอย่างเท่าเทียมกับคนไทย

2.5 การศึกษาเชิงคุณภาพ ได้สอบถามว่าถ้าสามารถเลือกได้ ผู้ให้บริการ(provider) ต้องการจะให้บริการผู้ป่วยระบบประกันสุขภาพใดมากที่สุด โดยให้เรียงลำดับความต้องการที่จะให้บริการกลุ่มผู้ป่วยภายใต้ระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ ตามลำดับ สำหรับจังหวัดสมุทรสาครให้ความเห็นว่า ระบบประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติและครอบครัวที่ลงทะเบียนแบบเดิม เป็นระบบที่คุ้มค่าที่สุดสำหรับสถานพยาบาลต่างๆ รองลงมาเป็นระบบประกันสังคม สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัว และประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามลำดับ ส่วนจังหวัดระยองเห็นว่า ระบบประกันสังคมคุ้มค่าที่สุดสำหรับสถานพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยประกันสังคมมาใช้บริการน้อยกว่า รองลงมาเป็นระบบประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติและครอบครัว ประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัวตามลำดับ และเมื่อให้กลุ่มผู้ให้บริการ เลือกว่าหากกำหนดได้ ต้องการให้การประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติและครอบครัว จัดเข้าอยู่ในระบบประกันสุขภาพใด ทั้ง 2 จังหวัดเห็นว่าควรอยู่ในระบบประกันสุขภาพระบบเดิม ซึ่งมีความเหมาะสมอยู่แล้ว

2.6 การทบทวนวรรณกรรมที่มีการศึกษาไว้ มีการระบุถึงปัญหาด้านนโยบายความมั่นคงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการของแรงงานข้ามชาติ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในประเด็นดังกล่าว โดยการศึกษาเชิงคุณภาพพร้อมกับหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ภายในจังหวัดระยองและจังหวัดสมุทรสาคร พบว่าสำนักงานตำรวจแห่งชาติมีนโยบายจับกุมแรงงานข้ามชาติ โดยกำหนดเป้าหมายการจับกุมชัดเจน จังหวัดระยองมีการตั้งเป้าหมายการจับกุมในแต่ละเดือน ให้สถานีตำรวจดำเนินการสืบสวนจับกุม ผลักดันแรงงานต่างด้าว เป้าหมายการจับกุมจะถูกกำหนดจากหน่วยงานระดับภาค มีการตั้งเป้าหมายเป็นรายเดือน แยกรายอำเภอ แต่ละเดือนมีเป้าหมายไม่เท่ากัน แต่หลังจากวันທີฆัตติกรรมกำหนดให้ลงทะเบียนขอใบอนุญาตทำงาน ก็จะผ่อนผันไม่จับกุม ดังนั้นแรงงานข้ามชาติและครอบครัวมีความเสี่ยงที่จะถูกจับกุมได้ตลอดเวลา ยกเว้นเฉพาะช่วงเวลาที่ผ่อนผันเป็นการภายใน ไม่ใช่กฎเกณฑ์ตายตัว ในส่วนจังหวัดสมุทรสาครตั้งเป้าหมายการจับกุมแรงงานข้ามชาติและครอบครัว ให้ได้จำนวน 2,600 คน ทุก 3 เดือน นอกจากนี้ผู้แทนแรงงานข้ามชาติให้ข้อมูลว่า มีการคัดกรอจับขณะจะเข้าไปรับบริการที่สถานพยาบาล ในช่วงเวลาที่ต้องการเร่งจับกุมให้ครบ ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งทำให้แรงงานข้ามชาติมีความเดือดร้อนอย่างมาก

3 อัตราการใช้ บริการรักษาโรคของแรงงานข้ามชาติ ประเภทบริการที่ใช้และค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษา รวมทั้งศึกษาเปรียบเทียบภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ระหว่างแรงงานข้ามชาติที่มีและที่ไม่มีประกันสุขภาพ

3.1 ศรีนยา พงศ์พันธุ์ และคณะ⁽¹¹⁾อุไรวรรณ ดันทอริยะ⁽⁴⁾พบว่าผู้ประกันตนประกันสังคมและแรงงานข้ามชาติและครอบครัว ป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้โรคติดต่ออันตรายต่าง ๆ เช่น วัณโรค เอชไอวี/AIDS มากกว่ากลุ่มอื่น ๆ ซึ่งการศึกษานี้พบว่าแรงงานข้ามชาติและครอบครัวในจังหวัดระยองป่วยเป็นเอชไอวี/AIDS จำนวนทั้งสิ้น 146 คน ขณะที่จำนวนผู้ป่วยเอดส์ทั้งจังหวัด จำนวน 5,315 คน ส่วนแรงงานข้ามชาติและครอบครัวป่วยเป็นวัณโรคปอด เฉพาะที่ลงทะเบียน ในปี 2552 มีจำนวน 32 ราย และในปี 2553 มีจำนวน 44 ราย เท่านั้น สำหรับการเจ็บป่วยนั้น การศึกษานี้ พบว่าแรงงานข้ามชาติในจังหวัดระยองทั้งที่มีและไม่มีบัตรประกันสุขภาพ เจ็บป่วยเฉลี่ย 2.094 และ 2.037 ครั้งต่อคนต่อปี ซึ่งจังหวัดระยองมีความถี่ของการป่วยมากกว่าจังหวัดสมุทรสาครที่ เจ็บป่วยเฉลี่ย 1.447 และ 1.618 ครั้งต่อคนต่อปี แต่ไปรับบริการตรวจแบบผู้ป่วยนอก น้อยกว่าแรงงานข้ามชาติในจังหวัดสมุทรสาคร (ผู้ประกันสังคม ใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก เฉลี่ย 2.70 ต่อคนต่อปี สูงกว่าการใช้บริการของแรงงานข้ามชาติ ข้อมูลอ้างอิงจาก สำนักจัดการการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม)

3.2 ข้อมูลจากการศึกษานี้ พบว่า ภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ

กลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพส่วนใหญ่ จ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลเพียง 30 บาทต่อครั้ง โดยจังหวัดระยอง 84.33% ของแรงงานข้ามชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพ เคยจ่ายเงินเป็นค่ารักษาพยาบาลเพียง 30 บาท ขณะที่ 3.13% ของกลุ่มนี้เท่านั้นที่มีภาระจ่ายเงินในช่วง 40-3,500 บาท โดยจังหวัดสมุทรสาคร 67.92% ของแรงงานข้ามชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพ จ่ายเงินเป็นค่ารักษาพยาบาลเพียง 30 บาท ขณะที่ 6.92% ของกลุ่มนี้มีภาระจ่ายเงินในช่วง 50-1,620 บาท และเมื่อคิดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างแรงงานข้ามชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพ จังหวัดระยอง จะมีภาระค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 67.04 บาทต่อคนเท่านั้น น้อยกว่าค่ารถเดินทางไปโรงพยาบาล ที่จ่ายเฉลี่ย 70.11 บาทต่อคน รวมเป็นค่าใช้จ่ายทั้งหมด เฉลี่ย 137.15 บาทต่อคน ส่วนจังหวัดสมุทรสาคร มีภาระค่ารักษาพยาบาล เฉลี่ย 31.72 บาทต่อคน ซึ่งน้อยกว่าค่ารถเดินทางไปโรงพยาบาลที่จ่าย เฉลี่ย 42.11 บาทต่อคน รวมเป็นค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น เฉลี่ย 73.83 บาทต่อคน เมื่อเปรียบเทียบกับแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ พบว่ามีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% โดยแรงงานกลุ่มที่ไม่มีบัตรสุขภาพ 38.71% ของจังหวัดระยอง มีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอยู่ในช่วง 50-15,000 บาท คิดเป็นค่าเฉลี่ย 175.70 บาทต่อคน และค่ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเฉลี่ย 471.90 บาทต่อคน เมื่อรวมค่ารถอีก 64.10 บาทต่อคน ทำให้แต่ละคนมีค่าใช้จ่ายรวมทั้งสิ้นเฉลี่ย 711.70 บาทต่อคน แรงงานกลุ่มที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ จังหวัดสมุทรสาคร มีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอยู่ในช่วง 40-3,000 บาท 36.58% สำหรับค่าเฉลี่ย 281.36 บาท และค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาล เฉลี่ย 121.80 บาท เมื่อรวมค่ารถอีก 56.50 บาทต่อคนแล้ว ทำให้แต่ละคนมีค่าใช้จ่ายรวมทั้งสิ้น เฉลี่ย 459.66 บาท นับว่าเป็นภาระที่สูงกว่ากลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพมาก เป็นที่น่าสังเกตว่าแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ เมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลและถูกเรียกเก็บเงิน จังหวัดระยอง มีเพียง 5.48% และจังหวัดสมุทรสาคร 8.94% ที่จ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลไม่ครบ และโรงพยาบาลที่ให้บริการต้องรับภาระดังกล่าวไว้

4 รูปแบบการจัดการการเงินการคลัง และการจัดบริการสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสถานพยาบาลปัจจุบัน ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงระบบให้สอดคล้อง และเหมาะสมกับพฤติกรรมการใช้บริการของแรงงานข้ามชาติที่มีและไม่มีประกันสุขภาพ

4.1 รายงานวิจัยของกฤตยา อาชวนิจกุลและคณะ⁽²²⁾และการศึกษาของสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์และคณะ⁽⁷⁾พบว่า อัตราการใช้บริการของแรงงานข้ามชาติเพิ่มขึ้นทุกปี เป็นภาระให้รายจ่ายของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกัน โดยพบว่า อัตราการใช้บริการของแรงงานข้ามชาติกลุ่มต่าง ๆ ในจังหวัดสมุทรสาครเพิ่มขึ้นทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยบริการผู้ป่วยนอก 104,785 ครั้งในปี 2552 เพิ่มขึ้นเป็น 140,673 ครั้งในปี 2553 โดยวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยใน เพิ่มขึ้นจาก 18,400 วันในปี 2552 เพิ่ม

เป็น 28,248 วันในปี 2553 อีกทั้งค่าใช้จ่ายในการให้บริการแรงงานข้ามชาติ ของจังหวัดสมุทรสาคร ที่มีบัตรประกันสุขภาพและที่เก็บค่ารักษาพยาบาลไม่ได้ รวมเป็นเงิน 74,737,799 บาทในปี 2552 เพิ่มขึ้นเป็น 85,919,707 บาทในปี 2553 โดยจำนวนแรงงานข้ามชาติและครอบครัวที่ตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ ลดจำนวนจาก 155,599 คนในปี 2552 เหลือ 126,830 คนในปี 2553 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้นของโรงพยาบาลต่างๆภายในจังหวัด

4.2 ข้อมูลรายรับรายจ่ายที่รวบรวมได้จากโรงพยาบาลต่าง ๆ พบว่าโรงพยาบาลที่มีขนาดเล็ก ที่มีแรงงานข้ามชาติ ชี้อัตราประกันสุขภาพจำนวนน้อย จะได้รับผลกระทบและภาระมากที่สุด ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลนิคมพัฒนา ซึ่งมีแรงงานข้ามชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพเพียง 782 คนได้รับค่าบริการทางการแพทย์และงบส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเพียง 843,621.60 บาท แต่มีภาระให้บริการผู้ป่วยไปถึง 1,973 ครั้ง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการให้บริการ แก่แรงงานข้ามชาติและครอบครัวที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ มีค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น 883,602 บาท แสดงให้เห็นว่าค่าประกันสุขภาพที่ได้รับเกือบครอบคลุมรายจ่ายในการบริการแรงงานข้ามชาติและครอบครัว ทั้งที่มีบัตรและไม่มีบัตรสุขภาพ และเมื่อนำข้อมูลแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพในจังหวัดระยอง มีเพียง 5.48% เท่านั้นที่จ่ายเงินไม่ครบ แสดงว่าแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ ส่วนใหญ่ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล จ่ายค่ารักษาพยาบาลจนครบ ภาระด้านการเงินของโรงพยาบาล จึงไม่ได้เกิดจากแรงงานข้ามชาติและครอบครัว

ข้อมูลรายรับรายจ่ายและการให้บริการของโรงพยาบาลวังจันทร์ ซึ่งมีแรงงานข้ามชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพเหลือเพียง 635 คน ได้รับค่าบริการทางการแพทย์และงบส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเพียง 685,038.00 บาทในปี 2553 ก็เป็นเช่นเดียวกัน โดยภาระการให้บริการแรงงานข้ามชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพเพียง 449 ครั้ง คิดเป็นค่าใช้จ่าย 137,957 บาท ซึ่งรายรับจากค่าประกันสุขภาพเพียงพอจ่ายและมีเหลือ แต่เมื่อรวมการให้บริการแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพด้วย รวมจำนวนครั้งของบริการทั้งหมดเป็น 2,220 ครั้ง คิดเป็นค่าใช้จ่ายรวมทั้งสิ้น 752,744.00 บาท ซึ่งเกินรายรับค่าประกันสุขภาพที่ได้มา แต่ส่วนใหญ่แรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ สามารถชำระเงินได้ ดังนั้นในภาพรวมภาระการเงินของโรงพยาบาล จึงไม่ได้เกิดจากแรงงานข้ามชาติและครอบครัวเช่นกัน

ในส่วนจังหวัดสมุทรสาครนั้น รายรับค่าประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติของโรงพยาบาลทุกแห่ง ครอบคลุมรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติกลุ่มที่มีบัตร แต่แรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ และไม่สามารถจ่ายค่าบริการได้ ยกเว้นโรงพยาบาลศรีวิชัย 5 เท่านั้นโดยในปี 2553 ที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล 64,827,882 บาท เพิ่มขึ้นอย่างมาก เมื่อเทียบกับปี 2552 ที่มีค่าใช้จ่ายเพียง 42,616,854 บาท ทั้งที่จำนวนผู้ประกันตนลดลงจาก 79,463 คน โดยมีรายรับจากค่าประกันสุขภาพ

85,724,684.40 บาทในปี 2552 เหลือ 59,322 คน โดยมีรายรับจากค่าประกันสุขภาพ จำนวน 63,996,573.60 บาทในปี 2553 อย่างไรก็ตามเมื่อเทียบการเรียกเก็บเงินไม่ได้ของโรงพยาบาลศรีวิชัย 5 ในปี 2553 มีเพียง 831,308.40 บาท แต่รายรับของโรงพยาบาลศรีวิชัย 5 ในปี 2552 มีจำนวนสูงถึง 43,107,830.40 บาท และยังไม่ได้รวมรายรับจากการเบิกชดเชยค่าใช้จ่ายสูงจากกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งโรงพยาบาลศรีวิชัย 5 เป็นสถานบริการ ที่ได้รับเงินจากค่าใช้จ่ายสูงมากเป็นลำดับ 2 ของประเทศอีกด้วย

การให้บริการแรงงานข้ามชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพนั้น รายจ่ายยังไม่เกินรายรับที่ได้จากการประกันสุขภาพ การศึกษาในจังหวัดระยองและสมุทรสาคร แสดงให้เห็นว่าการจัดระบบประกันสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติและครอบครัว สร้างภาระงานให้โรงพยาบาลเพิ่มขึ้น แต่ไม่ได้สร้างภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นแต่อย่างใด เพราะรายรับค่าประกันสุขภาพและรายรับจากแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพจ่ายเมื่อไปรับบริการนั้นเพียงพอ

4.3 การศึกษานี้ พบว่าแนวโน้มในอนาคตของแรงงานข้ามชาติและครอบครัว จะมีแนวโน้มสถานการณ์ดังต่อไปนี้

จำนวนแรงงานพม่าเพิ่มขึ้น โดยแรงงานลาวและกัมพูชาคงที่หรือลดลง เนื่องจากสถานะเศรษฐกิจและสังคมของประเทศลาว และกัมพูชาพัฒนาดีขึ้นอย่างรวดเร็ว เมื่อเทียบกับพม่าที่ยังเหมือนเดิม นอกจากนี้ความขัดแย้งทางการเมือง ระหว่างไทยกับกัมพูชาอาจทำให้แรงงานกัมพูชาลดลง

แรงงานข้ามชาติถูกผลักดันให้ผ่านการพิสูจน์สัญชาติ หรือนำเข้าตาม MOU ทำให้แรงงานที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติแล้ว หรือนำเข้าตาม MOU ส่วนหนึ่งต้องเข้าไปอยู่ในระบบประกันสังคม

จำนวนแรงงานข้ามชาติที่ไม่ลงทะเบียนในจังหวัดระยองและสมุทรสาครเพิ่มขึ้น ดังจะเห็นได้ว่าความต้องการแรงงานไม่ได้ลดลง แต่จำนวนแรงงานข้ามชาติที่ลงทะเบียน ตรวจสอบสุขภาพ ซื่อบัตรประกันสุขภาพ และขออนุญาตทำงานลดจำนวนลง โดยแรงงานข้ามชาติที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติแล้ว และนำเข้าตาม MOU เพิ่มขึ้นไม่ได้สัดส่วนกัน ดังนั้นหากสถานประกอบการในจังหวัดนี้ ต้องการผลผลิตไม่น้อยกว่าเดิม ก็ต้องใช้แรงงานจำนวนเท่าเดิมหรือมากกว่าเดิม สัดส่วนแรงงานที่เพิ่มขึ้น จึงน่าจะเป็นกลุ่มที่ไม่ลงทะเบียนขอรับใบอนุญาตและประกันสุขภาพ

4.4 ระบบประกันสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติที่ใช้ในปัจจุบัน มีระบบใหญ่ 2 ระบบคือ

ระบบประกันสังคม พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และที่แก้ไขเพิ่มเติมปีพ.ศ. 2537 และปีพ.ศ. 2542 กำหนดให้แรงงานข้ามชาติที่เข้าเมืองถูกกฎหมาย และเป็นลูกจ้างของนายจ้างในสถานประกอบการตามกฎหมายตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป จะต้องเข้าสู่ระบบประกันสังคม

ข้อดี ได้รับสิทธิประโยชน์ครอบคลุม ทั้งรักษาพยาบาล ทุพพลภาพ คลอดบุตร บาดเจ็บ พิจารณาการ

ทำงาน เลี้ยงดูบุตร ตาย ชราภาพ รวมทั้งเงินทดแทนกรณีว่างงาน คลอด เจ็บป่วย มีกฎหมาย มีองค์กรและโครงสร้างถาวรรองรับการดำเนินการ มีงบประมาณดำเนินการจำนวนเพียงพอ

ปัญหา สิทธิประโยชน์ไม่ครอบคลุม การตรวจสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค สิทธิประโยชน์ยังผูกติดกับจำนวนเดือนที่จ่ายเงินสมทบ จึงเกิดช่องว่างขณะที่ยังจ่ายเงินสมทบไม่ครบกำหนด การได้รับสิทธิประโยชน์ครอบคลุมระยะยาว ไม่เป็นประโยชน์สำหรับแรงงานข้ามชาติ เนื่องจากระบบซับซ้อน และมีขั้นตอนดำเนินการขอใช้สิทธิ มีความยุ่งยาก แม้แต่คนไทยก็ยังประสบปัญหา นอกจากนี้ยังไม่ครอบคลุมแรงงานข้ามชาติ ที่อยู่ในภาคเกษตรกรรม และลูกจ้างของนายจ้างที่ไม่เข้าข่ายเป็นสถานประกอบการตามนิยามของกระทรวงแรงงาน ซึ่งเป็นส่วนใหญ่ของแรงงานข้ามชาติ

4.5 ระบบประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ โดยกระทรวงสาธารณสุข ตามมติคณะรัฐมนตรี
อาศัยประกาศกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งอ้างอิงประกาศกระทรวงมหาดไทย และประกาศกระทรวงแรงงาน

ข้อดี ยืดหยุ่นปรับให้สอดคล้องกับพื้นที่และปัญหาได้ง่าย โดยทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น แรงงานข้ามชาติ โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมทั้งองค์กรเอกชน มีความคุ้นเคย เพราะดำเนินการภายใต้ระบบนี้มานาน พื้นที่และโรงพยาบาลมีอิสระในการบริหารจัดการด้านการเงิน ระบบไม่ซับซ้อน ครอบคลุมการตรวจสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และสามารถปรับให้เหมาะกับบริบทได้

ปัญหา งบประมาณไม่เพียงพอในพื้นที่ที่มีสัดส่วนแรงงานข้ามชาติ ที่หลักเลียงไม่ซื้อบัตรประกันสุขภาพกันมาก และสิทธิประโยชน์ยังไม่ครอบคลุมกรณีทุพพลภาพจากการทำงาน ไม่มีเงินทดแทนกรณีว่างงาน เจ็บป่วย คลอด ไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ระยะยาว การดำเนินการขึ้นกับมติคณะรัฐมนตรี ประกาศกระทรวงมหาดไทย ประกาศกระทรวงแรงงาน

4.6 รายงานศึกษาของ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์และคณะ⁽⁷⁾ มีข้อเสนอแนะให้ใช้ประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้าของคนไทย ขยายไปครอบคลุมแรงงานข้ามชาติและครอบครัว โดยมีเหตุผลดังนี้คือ

ประกันสุขภาพถ้วนหน้าขณะนี้ให้บริการสาธารณสุขแก่คนจนอยู่แล้ว ทำให้เกิดความเท่าเทียมกับคนไทย ได้รับเงินเหมาจ่ายรายหัวจากรัฐบาล ไม่มีปัญหาเรื่องการไม่มีหลักประกันของแรงงานข้ามชาติและครอบครัว เพราะรัฐบาลรับภาระ

อย่างไรก็ตามจากปัญหาเรื่อง ความไม่ชัดเจนของพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติปี พ.ศ. 2545 ซึ่งมีได้นิยามความหมายของบุคคลไว้อย่างชัดเจน ทำให้ต้องใช้กฎหมายอื่นมาตีความประกอบ และกฎหมายประกอบอื่นส่วนไม่รับรองสถานะบุคคลของผู้ไม่มีภูมิลำเนา และไม่มีชื่อในทะเบียนราษฎร รวมทั้งไม่มีสัญชาติไทย อีกทั้งสำนักงานงบประมาณก็ไม่ต้องการแบกรับภาระค่าใช้จ่ายของแรงงานข้ามชาติ ทำให้โอกาสที่จะใช้ประกันสุขภาพถ้วนหน้าของคนไทย ขยายไปครอบคลุมแรงงานข้ามชาติ เป็นเรื่องที่ทำได้

ยาก และต้องแก้ไขกฎหมายต่าง ๆ หลายฉบับ นอกจากนี้ ระบบนี้ยังมีความแข็งแกร่งอย่างมาก ต่างจากระบบบังคับให้มีบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีความยืดหยุ่นให้โรงพยาบาลต่าง ๆ สามารถใช้งบประมาณจากการขายบัตรมาให้บริการแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรได้อีกด้วย

4.7 รายงานวิจัยต่าง ๆ ^(7, 47, 48, 54, 21, 58, 53, 60, 61) ได้เสนอแนะรูปแบบการจัดระบบบริการสาธารณสุขสำหรับแรงงานข้ามชาติที่พึงประสงค์ ประกอบด้วยลักษณะดังนี้

- ต้องมีนโยบายและการบริหารจัดการระยะยาวที่ยั่งยืน
- ระบบการเงินการคลังที่ครอบคลุมไปถึงแรงงานข้ามชาติและครอบครัว ที่ไม่ได้ลงทะเบียน และไม่มีหลักประกันสุขภาพ
- ปรับปรุงระบบประกันสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติที่จัดโดยกระทรวงสาธารณสุข
- ปรับปรุงระบบข้อมูลข่าวสารให้บูรณาการเชื่อมโยงเข้าด้วยกัน รวมทั้งใช้งานร่วมกันทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง
- ควรลดค่าใช้จ่ายโดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการขออนุญาตทำงาน
- ควรเปิดให้ลงทะเบียน ตรวจสอบสุขภาพ ซื่อสัตย์ประกันสุขภาพ ขอบอนุญาตทำงานตลอดปี เพื่อเพิ่มการเข้าถึง
- ควรเปิดช่องให้มีการปรับเงื่อนไขและกฎระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับบริบทในแต่ละพื้นที่
- ควรเน้นบริการที่สำคัญได้แก่ การวางแผนครอบครัว และอนามัยเจริญพันธุ์
- ควรมีแนวทางการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสำหรับจังหวัด
- เปิดโอกาสให้แรงงานข้ามชาติและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพรวมทั้งการบริหารจัดการ
- ทุกภาคส่วนควรทำงานร่วมกัน ทั้งกระทรวงต่าง ๆ องค์กรเอกชน นายจ้าง และแรงงานข้ามชาติและครอบครัว
- บังคับใช้กฎหมายและปรับปรุงระเบียบข้อบังคับให้เหมาะสม

4.8 ข้อเสนอแนะในการสร้างระบบ จะต้องหลีกเลี่ยงประเด็นต่อไปนี้ให้มากที่สุด

- นโยบายที่มุ่งเน้นความมั่นคง
- การเพิ่มค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจากแรงงานข้ามชาติ เช่น ค่าลงทะเบียน ค่าใบอนุญาตทำงาน ค่าตรวจและประกันสุขภาพ อาจไม่ได้รับความร่วมมือจากนายจ้าง

- สร้างขั้นตอนเพิ่มขึ้นในการลงทะเบียน ตรวจสอบสุขภาพ ประกันสุขภาพ หรือการขออนุญาตทำงาน

4.9 ข้อมูลจากการศึกษาเชิงคุณภาพ(Focus Group) การศึกษานี้ พบว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล นายจ้าง รวมทั้งแรงงานข้ามชาติ ต้องการให้การประกันสุขภาพอยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติของกระทรวงสาธารณสุขนี้ต่อไป ในส่วนประกันสังคมและแรงงานจังหวัด ก็มีความเห็นสอดคล้องกัน แต่เห็นว่า หากหนังสือเดินทางชั่วคราว และใบอนุญาตผ่านแดนชั่วคราว ถือเป็นหนังสือเดินทางตามกฎหมาย แรงงานเหล่านี้ก็ต้องเข้าสู่ระบบประกันสังคม ผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนทั้ง 2 จังหวัดเห็นว่า ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของคนไทย ที่ดำเนินการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่เหมาะสมสำหรับแรงงานข้ามชาติ

4.10 ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงระบบให้สอดคล้อง และเหมาะสมกับพฤติกรรมการใช้บริการของแรงงานข้ามชาติที่มีและที่ไม่มีประกันสุขภาพ

เมื่อเปรียบเทียบระบบที่มีอยู่ 3 รูปแบบ แล้วพิจารณาโอกาสในการปรับปรุงให้ใกล้เคียงกับรูปแบบที่พึงประสงค์ จะเห็นได้ว่าระบบประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ ที่จัดโดยกระทรวงสาธารณสุขมีความยืดหยุ่น และเปิดโอกาสให้พื้นที่ ทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลเปลี่ยนแปลงปรับปรุงบริการ ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ได้ ดังตารางที่ 5.1

ตารางที่ 5.1 รูปแบบที่พึงประสงค์เปรียบเทียบกับระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบ

เป้าหมายการปรับปรุงให้เกิดรูปแบบที่พึงประสงค์	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)	ประกันสังคม	ระบบประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ กสช. (ปรับปรุงระบบ)
ต้องมีนโยบาย และการบริหารจัดการระยะยาวที่ยั่งยืน	No	Yes	Yes
ระบบการเงินการคลัง ที่ครอบคลุมไปถึงแรงงานข้ามชาติ และครอบครัวที่ไม่ได้ลงทะเบียนและไม่มีหลักประกันสุขภาพ	No	No	Possible
ปรับปรุงระบบประกันสุขภาพ สำหรับแรงงานข้ามชาติที่จัดโดยกระทรวงสาธารณสุข	No	No	Yes
ปรับปรุงระบบข้อมูลข่าวสาร ให้บูรณาการเชื่อมโยงเข้าด้วยกัน รวมทั้งใช้งานร่วมกันทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง	No	No	Possible
ลดค่าใช้จ่ายโดย เฉพาะค่าใช้จ่ายในการขออนุญาตทำงาน	No	No	Less Burden

เป้าหมายการปรับปรุงให้เกิดรูปแบบที่พึงประสงค์	หลักประกัน สุขภาพ ถ้วนหน้า (UC)	ประกันสังคม	ระบบประกัน สุขภาพแรงงาน ข้ามชาติ กสธ. (ปรับปรุง ระบบ)
เปิดให้ลงทะเบียน ตรวจสอบสุขภาพ ซื้อบัตรประกันสุขภาพ ของ ใบอนุญาตทำงานตลอดปี เพื่อเพิ่มการเข้าถึง	No	Yes	Possible
เปิดช่องให้มีการปรับเงื่อนไขและกฎระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับบริบทในแต่ละพื้นที่	No	No	Yes
เน้นบริการที่สำคัญได้แก่ การวางแผนครอบครัว และอนามัย เจริญพันธุ์	Yes	No	Yes
มีแนวทางการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสำหรับ จังหวัด	No	No	Yes
เปิดโอกาสให้แรงงานข้ามชาติและครอบครัว มีส่วนร่วมใน การดูแลสุขภาพรวมทั้งการบริหารจัดการ	Possible	No	Yes
ทุกภาคส่วนควรทำงานร่วมกัน โดยกระทรวงต่าง ๆ องค์กร เอกชน นายจ้าง และแรงงานข้ามชาติและครอบครัว	No	No	Possible
บังคับใช้กฎหมายและปรับปรุงระเบียบข้อบังคับให้ เหมาะสม	No	No	Possible

เมื่อเปรียบเทียบระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ โอกาสเกิดลักษณะไม่พึงประสงค์พบว่า ระบบ
ประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ กระทรวงสาธารณสุข แบบเดิม ยังมีโอกาสในการป้องกันลักษณะไม่พึง
ประสงค์ได้มากกว่าระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า และประกันสังคม ดังตารางที่ 5.2

ตารางที่ 5.2 ลักษณะที่ไม่พึงประสงค์เปรียบเทียบระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบ

ลักษณะที่ไม่พึงประสงค์	ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)	ระบบประกันสังคม	ระบบประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ กสธ. (ปรับปรุงระบบ)
เปลี่ยนไปตามนโยบายที่มุ่งเน้นความมั่นคง	Possible	Possible	Possible
การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพิ่ม	No	Yes	Possible
ระบบที่มีขั้นตอนเพิ่มขึ้นในการลงทะเบียน ตรวจสอบสุขภาพ ประกันสุขภาพ ขอรับสิทธิประโยชน์	Yes	Yes	No
ระบบที่ไม่ได้รับความร่วมมือจากนายจ้าง	No	Yes	No

4.11 ข้อเสนอแนะอื่นๆเพิ่มเติม เพื่อปรับปรุงระบบประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติของกระทรวงสาธารณสุขให้บรรลุเป้าหมายยิ่งขึ้น ดังนี้

- พัฒนากลุ่ม อาสาสมัครนายจ้าง (อสจ.) เพื่อให้ นายจ้าง ช่วยสนับสนุนและร่วมดำเนินการด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ในกลุ่มลูกจ้างแรงงานข้ามชาติ ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ (Focus Group) พบว่ากลุ่มนายจ้าง เจ้าของสถานประกอบการ พร้อมจะให้ความร่วมมือในการรักษาและป้องกันโรคต่าง ๆ ในแรงงานข้ามชาติทั้งโรคเอดส์, วัณโรค, โรคเท้าช้าง โดยการพัฒนาแนวทางดำเนินการ หรือคู่มือสำหรับนายจ้าง จะทำให้การดำเนินการป้องกันควบคุมโรคต่างๆ มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลมากขึ้น

- ควรให้พนักงานสาธารณสุขต่างด้าว (พสด.) ช่วยปฏิบัติงาน ตั้งแต่เริ่มตรวจสุขภาพแรงงานข้ามชาติ โดยให้ พสด. จัดกลุ่มแรงงาน เริ่มตั้งแต่เข้ามาตรวจร่างกายให้ความรู้ความเข้าใจถึงสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ รวมทั้งการให้ความรู้ด้านสุขอนามัย (Improve Health literacy) เพื่อป้องกันโรคติดต่อต่าง ๆ เช่น ท้องร่วง ไข้หวัด ตั้งแต่เข้ามาตรวจร่างกาย

- จังหวัดที่มีแรงงานข้ามชาติจำนวนมาก ควรมีการจัดระบบบริหารจัดการ เพื่อลดความเสี่ยงทางการเงินของโรงพยาบาลขนาดเล็ก ในอำเภอที่มีสัดส่วนแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพจำนวนมาก

5 สถานการณ์การเข้าถึงบริการ ภาระค่าใช้จ่ายจากการให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ และความเป็นไปได้ของทางเลือกทางการคลัง ในการขยายการเข้าถึงบริการด้านนี้ให้มากขึ้น

5.1 สถานการณ์การเข้าถึงบริการยาด้านไวรัสเอดส์ ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างแรงงานข้ามชาติที่ไม่เคยได้รับคำปรึกษา (VCT) เพื่อเจาะเลือด ตรวจหาเชื้อไวรัสเอดส์โดยสมัครใจ จังหวัดระยองคิดเป็น 67.80% ของกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพทั้งหมด กลุ่มที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ ไม่เคยได้รับคำปรึกษา มีถึง 75.05% ส่วนจังหวัดสมุทรสาคร แรงงานข้ามชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพ ไม่เคยได้รับคำปรึกษา 88.67% ของกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพ และกลุ่มที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ ไม่ได้เคยได้รับคำปรึกษา 84.55%

กลุ่มตัวอย่างแรงงานข้ามชาติที่ได้รับคำปรึกษา จังหวัดระยอง ยินยอมเจาะเลือดตรวจหาเชื้อไวรัสเอดส์สูงถึง 96.46% ของกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพที่ได้รับคำปรึกษา และกลุ่มที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพที่ได้รับคำปรึกษา ยินยอมเจาะเลือด สูงถึง 95.52% ส่วนจังหวัดสมุทรสาคร ยินยอมเจาะเลือดตรวจหาเชื้อไวรัสเอดส์ สูงถึง 85.10% และกลุ่มที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพที่ได้รับคำปรึกษา มีเพียง 15.79% ของเท่านั้นที่ยินยอมเจาะเลือด แรงงานข้ามชาติกลุ่มที่เจาะเลือดตรวจนี้ มีโอกาสที่จะเข้าถึงบริการยาด้านไวรัสเอดส์ได้มากกว่า หากผลตรวจเป็นบวก และติดตามต่อไปพบว่า มีข้อบ่งชี้ในการให้ยาด้านไวรัสเอดส์ (ARV)

สำหรับแรงงานข้ามชาติกลุ่มที่ไม่เคยได้รับคำปรึกษานั้น อาจไม่มีโอกาสเข้าถึงบริการยาด้านไวรัสเอดส์ เว้นแต่เจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ จนแสดงอาการปรากฏชัดเจนจากโรคหรือภาวะแทรกซ้อน จึงจะมีโอกาสได้รับยาด้านไวรัสเอดส์

5.2 ภาระค่าใช้จ่ายค่าใช้จ่าย จากการให้บริการด้านไวรัสเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติใน

จังหวัดระยองพบว่า แรงงานข้ามชาติที่ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ที่เข้าเงื่อนไขที่ต้องได้รับยา จำนวน 97 คน (68.79%) ได้รับยาด้านไวรัสเอดส์จากโครงการ NAPHA ขณะที่ แรงงานข้ามชาติ จำนวน 44 คน (31.21%) ต้องซื้อยาด้วยตนเอง ส่วนจังหวัดสมุทรสาคร มีแรงงานข้ามชาติติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ขึ้นทะเบียนรับยาจำนวน 100 ราย โดยผู้ได้รับยาด้านไวรัสเอดส์ จากโครงการ NAPHA มีเพียง 63 ราย หรือคิดเป็น 63 % ของผู้ที่เข้าเงื่อนไขที่ต้องได้รับยาเท่านั้น ทำให้แรงงานข้ามชาติที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อีกจำนวน 19 ราย (19 %) ต้องจ่ายเงินค่ายาด้วยตนเอง และยังมีผู้ที่เข้าเงื่อนไขที่ต้องได้รับยา ต้องรอรับยาจากผู้จัดหาการรับยาเกิน 6 เดือน โดยที่แรงงานข้ามชาติกลุ่มนี้ไม่มีเงินจ่ายค่ายาเอง จำนวน 18 ราย (18 %) ซึ่งข้อมูลของสำนักโรคเอดส์ฯ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับข้อมูลของจังหวัดระยองและสมุทรสาคร มีความแตกต่างกัน จะเห็นว่าโครงการ NAPHA ยังไม่สามารถจัดหาจ่ายด้านไวรัสเอดส์ ให้แรงงานข้ามชาติที่ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งที่มีข้อบ่งชี้จะต้องได้รับยาครบทุกรายที่ลงทะเบียนไว้

ความเป็นไปได้ของทางเลือก ในการปรับปรุงระบบเพื่อให้แรงงานข้ามชาติเข้าถึงบริการ ยาด้านไวรัสเอดส์

- ควรมีการพัฒนาระบบข้อมูลให้เชื่อมโยงและสอดคล้องกัน เพื่อให้การบริหารจัดการทั้งในส่วนกลางและระดับจังหวัดมีการใช้ฐานข้อมูลชุดเดียวกัน
- การเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงยาด้านไวรัสเอดส์ในแรงงานข้ามชาติ สามารถดำเนินการได้ โดย

การขยายบริการ ให้คำปรึกษา VCT รวมทั้งการเจาะเลือดตรวจหาเอชไอวี ซึ่งขณะนี้การให้คำปรึกษา ยังไม่ครอบคลุมแรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่ทั้งจังหวัดระยองและจังหวัดสมุทรสาคร การให้คำปรึกษาโดยพสต. ในจังหวัดระยอง ได้นำไปสู่การเจาะเลือดคัดกรองได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่นกัน

- เนื่องจากปัญหาของการขยายการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ คือ การจัดหายา ARV ซึ่งขณะนี้พบว่า โครงการ NAPHA ไม่สามารถจัดหายาให้ได้อย่างทั่วถึง ทำให้แรงงานข้ามชาติในจังหวัดระยอง รับภาระค่ายาด้วยตนเอง อย่างไรก็ตาม แรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพทั้งในจังหวัดระยองและจังหวัดสมุทรสาครในปี 2553 มีศักยภาพในการจ่ายค่าบริการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น และมีจำนวนน้อยที่จ่ายค่าบริการไม่ครบ การจัดระบบเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ เพื่อให้เข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์เพิ่มขึ้น เป็นทางเลือกหนึ่งที่เป็นไปได้

ภาคผนวก

แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 1

การสอบถามแรงงานข้ามชาติ (พม่า/กัมพูชา)

(รหัสจังหวัด) (รหัสอำเภอ) (รหัสโรงพยาบาล) [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

เลขที่แบบสัมภาษณ์

[] [] [] []

แบบ A สำหรับแรงงานข้ามชาติที่มีใบอนุญาตทำงาน

โปรดเติมคำลงในช่องว่างหรือใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของผู้ตอบ

ข้อมูลทั่วไป

1. ผู้ให้สัมภาษณ์ ชื่อ นามสกุล.....
2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ ปี
3. สัญชาติ ☐ พม่า ☐ กัมพูชา
4. การใช้ภาษาของตนเอง ☐ อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ☐ อ่านออก ☐ เขียนได้
5. การใช้ภาษาไทยในการพูด ☐ พูดไม่ได้ ☐ พูดได้
การฟัง ☐ ฟังไม่รู้เรื่อง ☐ ฟังรู้เรื่อง
6. ท่านทำงานอยู่ในประเทศไทยมากี่ปี? ☐ 1 ปี ☐ 2 ปี ☐ 3 ปี ☐ 4 ปี ☐ 5 ปี ☐ มากกว่า 5 ปีขึ้นไป
7. ที่พักอาศัย ☐ โรงงาน / บ้านนายจ้าง ☐ เช่าอยู่เอง ☐ เช่าอยู่กับเพื่อน ☐ เช่าอยู่กับญาติ
8. สมาชิกที่อาศัยอยู่ด้วยกัน (นับรวมตัวเองด้วย).....คน
9. สมาชิกที่อาศัยอยู่ด้วยกันมีบัตรประกันสุขภาพหรือไม่? ☐ มี คน ☐ ไม่มีคน
10. สมาชิกที่อาศัยอยู่ด้วยกันเกี่ยวข้องกับท่านโดยเป็น ☐ พ่อ/แม่ ☐ พี่/น้อง ☐สามี/ภรรยา ☐ เพื่อน ☐ ญาติ
(ข้อ 10 ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ข้อมูลการทำงาน

11. ประเภทของการทำงานตามใบอนุญาตอยู่ในกลุ่มอาชีพใด? ระบุ.....
12. ปีที่ผ่านมา(พ.ศ.2553) ท่านย้ายงานมาแล้วกี่ครั้ง ☐ ไม่เคยย้าย
☐ เคยย้าย ☐ 1 ครั้ง ☐ 2 ครั้ง ☐ 3 ครั้ง ☐ มากกว่า 3 ขึ้นไป
13. สาเหตุที่ท่านย้ายงานบ่อยๆเพราะ ☐ เงินเดือนน้อย ☐ นายจ้างเอาเปรียบ ☐ งานหนักมาก (ตอบเพียงข้อเดียว)
14. ท่านได้รับค่าจ้างเดือนละเท่าไร? ระบุจำนวนเงิน.....บาท

ข้อมูลด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการ

15. ก่อนรับใบอนุญาตทำงานครั้งนี้ ผลการตรวจสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร? ☐ พบปกติ ☐ พบโรคที่ต้องรักษา
16. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่? ☐ ไม่มี ☐ มี ถ้ามีระบุโรค ☐ เบาหวาน ☐ ความดันเลือดสูง ☐ โรคหัวใจ

☐ มะเร็ง ☐ โรคปอด/หลอดลม ☐ โรคกระเพาะอาหาร/ลำไส้ ☐ โรคระบบเลือด/น้ำเหลือง ☐ โรคผิวหนัง
☐ กระดูก/กล้ามเนื้อ/ประสาท ☐ โรคจิต ☐ ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ ☐ โรคเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ☐ โรคไต
 และระบบปัสสาวะ (ข้อ 16 ตอบได้หลายข้อ)

17. ในรอบปีที่ผ่านมา (2553) ท่านป่วยกี่ครั้ง? ☐ 1 ครั้ง ☐ 2 ครั้ง ☐ 3 ครั้ง ☐ 4 ครั้ง ☐ 5 ครั้ง

☐ มากกว่า 5 ครั้งขึ้นไป

18. ในรอบปีที่ผ่านมา (2553) ท่านเคยไปตรวจโรค (OPD) แบบผู้ป่วยนอกบ้างหรือไม่?

☐ ไม่เคย (ข้ามไปตอบข้อ 21)

☐ เคย (ถ้าเคยตอบข้อ 19, 20)

19. ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านไปตรวจและรักษาโรคกี่ครั้ง? ☐ 1 ครั้ง ☐ 2 ครั้ง ☐ 3 ครั้ง ☐ 4 ครั้ง

☐ 5 ครั้ง ☐ มากกว่า 5 ครั้งขึ้นไป

20. ในรอบปีที่ผ่านมา ถ้าท่านเคยไปตรวจโรคที่? ☐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสด./สอ.) ☐ คลินิก
 เอกชน ☐ โรงพยาบาลที่ประกันสุขภาพไว้ ☐ โรงพยาบาลอื่นๆ (ข้อ 20 ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

21. เมื่อท่านไม่สบายเล็กน้อย ท่านตัดสินใจดูแลตนเองอย่างไรบ้าง? ☐ นอนพักเฉยๆ/รักษาตนเอง ☐ ซื้อยากิน
 เอง ☐ ไปหา พสด. ☐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสด./สอ.) ☐ ไปตรวจที่คลินิกเอกชน ☐ ไปที่
 โรงพยาบาลที่ประกันสุขภาพไว้ ☐ ไปโรงพยาบาลอื่นๆ (ข้อ 21 ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

22. เมื่อท่านไม่สบายมาก ท่านตัดสินใจดูแลตนเองอย่างไรบ้าง? ☐ นอนพักเฉยๆ/รักษาตนเอง ☐ ซื้อยากินเอง
☐ ไปหา พสด./ สอ. ☐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสด./สอ.) ☐ ไปตรวจที่คลินิกเอกชน
☐ ไปที่โรงพยาบาลที่ประกันสุขภาพไว้ ☐ โรงพยาบาลอื่นๆ (ข้อ 22 ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

23. ยาที่ท่านได้มาจากโรงพยาบาล ท่านกินจนหมดหรือไม่?

☐ หมด (ถ้าหมดไปตอบข้อ 25) ☐ ไม่หมด (ถ้าไม่หมดไปตอบข้อ 24)

24. สาเหตุที่ท่านกินยาไม่หมดเพราะ ☐ ลืมกิน ☐ คิดว่าโรคหายแล้ว ☐ ได้ยามากเกินไป ☐ กินแล้วไม่ดีขึ้น
☐ แพ้ยา

25. ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านเคยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล (IPD) หรือไม่?

☐ ไม่เคย (ข้ามไปตอบข้อ 30) ☐ เคย (ถ้าเคยตอบข้อ 26, 27, 28, 29)

26. ถ้าเคยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ท่านนอนที่โรงพยาบาลกี่วัน? ระบุจำนวนที่นอน ☐ 1 วัน ☐ 2 วัน
☐ 3 วัน ☐ 4 วัน ☐ 5 วัน ☐ มากกว่า 5 วัน

27. การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลในครั้งนี้ ท่านทราบหรือไม่ว่าป่วยเป็นโรคอะไร? ☐ ไม่ทราบ ☐ ทราบ

28. ท่านคิดว่าโรงพยาบาลรักษาโรคหายหรือไม่? ☐ ไม่หาย ☐ หาย

29. หลังออกจากโรงพยาบาล แพทย์ได้นัดหมายให้ไปตรวจโรคอีกหรือไม่? ☐ ไม่ได้นัด ☐ นัดให้ไปตรวจทุก
 อาทิตย์ ☐ นัดไปตรวจทุกเดือน

30. ท่านรู้จักพนักงานสาธารณสุขต่างตำบล (พสด./อสต.) หรือไม่? ☐ ไม่รู้จัก (ข้ามไปตอบข้อ 32) ☐ รู้จัก

31. พนักงานสาธารณสุขต่างตำบล (พสด./อสต.) ได้ช่วยเหลือท่านด้านสุขภาพหรือไม่อย่างไร?

☐ แนะนำการป้องกันโรค ☐ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวตอนป่วย ☐ ช่วยพาโรงพยาบาล

☐เยี่ยมเมื่อเจ็บป่วย ☐แนะนำการกินยา ☐แนะนำไปตรวจตามนัด ☐อื่นๆระบุ.....

(ข้อ 31ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

32. ท่านได้รับการให้คำปรึกษา (VCT) เพื่อเจาะเลือดตรวจเชื้อเอชไอวีหรือไม่?

☐ไม่ได้ (ข้ามไปตอบข้อ 35) ☐ได้ (ตอบข้อ 33, 34)

33. ถ้าท่านเคยได้รับคำปรึกษา (เพื่อเจาะเลือดตรวจเชื้อเอชไอวี) ท่านได้รับจากใคร? ☐พนักงานสาธารณสุขต่าง
ค้ำว (พสค./อสค.) ☐พยาบาล

34. หลังจากที่ท่านได้รับคำปรึกษา (VCT) แล้ว ท่านยินยอมเจาะเลือดตรวจเชื้อเอชไอวีหรือไม่?

☐ไม่ยอม ☐ยอม

ภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา

35. ท่านมีบัตรประกันสุขภาพของโรงพยาบาลอะไร? ระบุชื่อโรงพยาบาล.....

36. ค่าประกันสุขภาพ 1,300 บาท และค่าตรวจสุขภาพก่อนขอใบอนุญาตทำงาน 600 บาท (รวม 1,900 บาท)

ใครเป็นผู้จ่ายเงิน ☐ตนเอง (ตอบข้อ 37) ☐บริษัท/นายจ้าง (ข้ามไปตอบข้อ 38)

37. ถ้าจ่ายด้วยตนเอง ท่านจ่ายจาก ☐เงินของตนเอง ☐กู้ยืมมา

38. ถ้านายจ้างออกให้ มีการหักเงินเดือนภายหลังหรือไม่? ☐หักเงินเดือน ☐ไม่ได้หักเงิน

39. ท่านเจ็บป่วยไปรับบริการที่โรงพยาบาลมีการจ่ายเงินหรือไม่? ☐ไม่ได้จ่าย ☐จ่าย

40. ถ้ามีการจ่ายเงินให้โรงพยาบาล ท่านจ่ายไปเท่าไร? ระบุจำนวนเงินบาท

41. ท่านจ่ายเงินเป็นค่าเดินทางไป-กลับโรงพยาบาลครั้งละเท่าไร? ระบุจำนวนเงินบาท

ความรู้ความเข้าใจในสิทธิประโยชน์ของการมีบัตรประกันสุขภาพ

42. ท่านคิดว่าเงินที่จ่ายเพื่อการประกันสุขภาพ มีความคุ้มค่ากับการคุ้มครองด้านสุขภาพตามสิทธิ
ประโยชน์? ☐ไม่คุ้ม ☐คุ้ม

43. ท่านทราบหรือไม่ว่า เมื่อไปรับบริการยังโรงพยาบาลท่านต้องนำบัตรประกันสุขภาพไปด้วยทุกครั้ง
☐ไม่ทราบ ☐ทราบ

44. ท่านทราบหรือไม่ว่า การมีบัตรประกันสุขภาพนั้น ท่านจะได้รับการรักษาโรคตามสิทธิ ในโรงพยาบาล
ที่ประกันสุขภาพไว้? ☐ไม่ทราบ ☐ทราบ

45. ท่านทราบหรือไม่ว่า การมีบัตรประกันสุขภาพ สามารถใช้สิทธิเพื่อการตรวจคัดกรองโรคได้
☐ไม่ทราบ ☐ทราบ

46. ท่านทราบหรือไม่ว่า การมีบัตรประกันสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน / อุบัติเหตุ ท่านสามารถใช้
บริการที่โรงพยาบาล ☐ไม่ทราบ ☐ทราบ

47. ท่านมีปัญหาอุปสรรคในการใช้บริการที่โรงพยาบาล หรือไม่? ☐ไม่มี ☐มี

48. ท่านมีข้อเสนอให้โรงพยาบาลที่ประกันสุขภาพไว้ปรับปรุง / พัฒนาบริการหรือไม่?
☐ไม่มี ☐มี.....ระบุ.....

49. ท่านต้องการมีสิทธิรักษาพยาบาลแบบใด? ☐ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ☐ประกันสังคม

ชื่อผู้เก็บข้อมูลการสัมภาษณ์ นาย/นาง/นางสาว.....
เก็บข้อมูลที่ชุมชน.....หมู่ที่..... ตำบล.....อำเภอ.....
ลงชื่อ นาย /นาง.....ทำหน้าที่ถาม

หมายเหตุ : modified from Health Seeking Behavior and Health System response Model

Susanna Hausmann-Muela, Muela Riber. and Isaac Nyamongo, August 2003.

แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 2

การสอบถามแรงงานข้ามชาติ (พม่า/กัมพูชา)

(รหัสจังหวัด) (รหัสอำเภอ) (รหัสโรงพยาบาล)

[][]

[][][]

[][][]

เลขที่แบบสัมภาษณ์

[][][]

แบบ B เฉพาะแรงงานและผู้ติดตามที่ไม่มีใบอนุญาตทำงานมีบัตรหรือไม่มีบัตรประกันสุขภาพ

โปรดเติมค่าลงในช่องว่างหรือใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของผู้ตอบ

ข้อมูลทั่วไป

1. ผู้ให้สัมภาษณ์ ชื่อ นามสกุล.....

2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ ปี3. สัญชาติ ☐ พม่า ☐ กัมพูชา4. การใช้ภาษาของตนเอง ☐ อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ☐ อ่านออก ☐ เขียนได้5. การใช้ภาษาไทยในการพูด ☐ พูดไม่ได้ ☐ พูดได้การฟัง ☐ ฟังไม่รู้เรื่อง ☐ ฟังรู้เรื่อง6. ท่านทำงานอยู่ในประเทศไทยมากี่ปี? ☐ 1 ปี ☐ 2 ปี ☐ 3 ปี ☐ 4 ปี ☐ 5 ปี ☐ มากกว่า 5 ปีขึ้นไป7. ที่พักอาศัย ☐ โรงงาน / บ้านนายจ้าง ☐ เช่าอยู่เอง ☐ เช่าอยู่กับเพื่อน ☐ เช่าอยู่กับญาติ

8. สมาชิกที่อาศัยอยู่ด้วยกัน (รวมผู้ถูกสัมภาษณ์ด้วย).....คน

9. สมาชิกที่อาศัยอยู่ด้วยกันมีบัตรประกันสุขภาพหรือไม่? ☐ มี คน ☐ ไม่มีคน10. สมาชิกที่อาศัยอยู่ด้วยกันเกี่ยวข้องกับท่านโดยเป็น ☐ พ่อ/แม่ ☐ พี่/น้อง ☐ สามเณร/ภรรยา ☐ เพื่อน ☐ ญาติ

(ข้อ 10 ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

ข้อมูลการทำงาน

11. ประเภทของงานที่ท่านทำอยู่ปัจจุบัน ระบุ.....

12. ในปีที่ผ่านมา(พ.ศ.2553) ท่านย้ายงานมาแล้วกี่ครั้ง ☐ ไม่เคยย้าย(ไปตอบข้อ 14)☐ เคยย้าย ☐ ย้าย 1 ครั้ง ☐ ย้าย 2 ครั้ง ☐ ย้าย 3 ครั้ง ☐ ย้ายมากกว่า 3 ครั้ง (เคยย้ายไปตอบข้อ 13)13. สาเหตุที่ท่านย้ายงานบ่อยๆเพราะ ☐ เงินเดือนน้อย ☐ นายจ้างเอาเปรียบ ☐ งานหนักมาก(ตอบได้เพียง 1 ข้อ)

14. ท่านได้รับค่าจ้างเดือนละเท่าไร? ระบุจำนวนเงิน.....บาท

15. ท่านเคยถูกส่งตัวกลับไปประเทศตนเองหรือไม่ ☐ ไม่เคย(ไปตอบข้อ 17) ☐ เคย (ถ้าเคยไปตอบข้อ 16)16. ถ้าเคยถูกส่งตัวกลับ จำนวนครั้งที่เคยถูกส่งตัวกลับ ☐ 1 ครั้ง ☐ 2 ครั้ง ☐ 3 ครั้ง ☐ มากกว่า 3 ครั้ง17. ท่านอยากได้ใบอนุญาตทำงานหรือไม่? ☐ ไม่อยาก ☐ อยาก

ข้อมูลด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการ

18. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่? ☐ ไม่มี ☐ มี ถ้ามีระบุโรค ☐ เบาหวาน ☐ ความดันเลือดสูง ☐ โรคหัวใจ☐ มะเร็ง ☐ โรคปอด/หลอดลม ☐ โรคกระเพาะอาหาร/ลำไส้ ☐ โรคระบบเลือด/น้ำเหลือง ☐ โรคผิวหนัง

☐ กระดูก/กล้ามเนื้อ/ประสาท ☐ โรคจิต ☐ ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ ☐ โรคเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ☐ โรคไต

และระบบปัสสาวะ (ข้อ 18 ตอบได้หลายข้อ)

19. ในรอบปีที่ผ่านมา (2553) ท่านป่วยกี่ครั้ง? ☐ 1 ครั้ง ☐ 2 ครั้ง ☐ 3 ครั้ง ☐ 4 ครั้ง ☐ 5 ครั้ง ☐ มากกว่า 5 ครั้งขึ้นไป

20. ในรอบปีที่ผ่านมา (2553) ท่านเคยไปตรวจโรค (OPD) แบบผู้ป่วยนอกบ้างหรือไม่?

☐ ไม่เคย (ข้ามไปตอบข้อ 23)

☐ เคย (ถ้าเคยตอบข้อ 21, 22)

21. ถ้าเคยท่านไปตรวจและรักษาโรคกี่ครั้ง? ☐ 1 ครั้ง ☐ 2 ครั้ง ☐ 3 ครั้ง ☐ 4 ครั้ง

☐ 5 ครั้ง ☐ มากกว่า 5 ครั้งขึ้นไป

22. ถ้าท่านเคยไปตรวจโรคแบบผู้ป่วยนอก ท่านไปที่ใด? ☐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพส./สอ.)

☐ คลินิกเอกชน ☐ โรงพยาบาลที่ประกันสุขภาพไว้ ☐ โรงพยาบาลอื่นๆ (ข้อ 22 ตอบได้หลายคำตอบ)

23. เมื่อท่านไม่สบายเล็กน้อย ท่านตัดสินใจดูแลตนเองอย่างไรบ้าง? ☐ นอนพักเฉยๆ/รักษาตนเอง ☐ ซื้อยากิน

เอง ☐ ไปหา พสต./สอ. ☐ ไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพส./สอ.) ☐ ไปตรวจที่คลินิกเอกชน

☐ ไปที่โรงพยาบาลที่ประกันสุขภาพไว้ ☐ ไปโรงพยาบาลอื่นๆ (ข้อ 23 ตอบได้หลายคำตอบ)

24. เมื่อท่านไม่สบายมาก ท่านตัดสินใจดูแลตนเองอย่างไรบ้าง? ☐ นอนพักเฉยๆ/รักษาตนเอง ☐ ซื้อยากินเอง

☐ ไปหา พสต./สอ. ☐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพส./สอ.) ☐ ไปตรวจที่คลินิกเอกชน

☐ ไปที่โรงพยาบาลที่ประกันสุขภาพไว้ ☐ โรงพยาบาลอื่นๆ (ข้อ 24 ตอบได้หลายคำตอบ)

25. ยาที่ท่านได้มาจากโรงพยาบาล ท่านกินจนหมดหรือไม่? ☐ หมด ☐ ไม่หมด (ถ้าไม่หมดไปตอบข้อ 26)

26. สาเหตุที่ท่านยาไม่หมดเพราะ ☐ ลืมกิน ☐ คิดว่าโรคหายแล้ว ☐ ได้ยามากเกินไป ☐ กินแล้วไม่ดีขึ้น

☐ แพ้ยา

27. ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านเคยนอนโรงพยาบาล (IPD) หรือไม่? ☐ ไม่เคย (ข้ามไปตอบข้อ 32)

☐ เคย (ไปตอบข้อ 28, 29, 30, 31)

28. ถ้าเคยนอนโรงพยาบาล ท่านนอนที่โรงพยาบาลกี่วัน? ระบุจำนวนที่นอน ☐ 1 วัน ☐ 2 วัน

☐ 3 วัน ☐ 4 วัน ☐ 5 วัน ☐ มากกว่า 5 วัน

29. การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลในครั้งนี้ ท่านทราบหรือไม่ว่าป่วยเป็นโรคอะไร? ☐ ไม่ทราบ ☐ ทราบ

30. ท่านคิดว่าโรงพยาบาลรักษาโรคหายหรือไม่? ☐ ไม่หาย ☐ หาย

31. หลังออกจากโรงพยาบาล แพทย์ได้นัดหมายให้ไปตรวจโรคอีกหรือไม่? ☐ ไม่ได้นัด ☐ นัดให้ไปตรวจทุกอาทิตย์ ☐ นัดไปตรวจทุกเดือน

32. ท่านรู้จักพนักงานสาธารณสุขต่างตำบล (พสต./สอ.) หรือไม่? ☐ ไม่รู้จัก ☐ รู้จัก

33. พนักงานสาธารณสุขต่างตำบล (พสต./สอ.) มีส่วนช่วยเหลือสนับสนุนด้านสุขภาพแก่ท่านหรือไม่อย่างไร?

☐ แนะนำการป้องกันโรค ☐ แนะนำการปฏิบัติตัวตอนป่วย ☐ พาโรงพยาบาล

☐ เชื่อมเมื่อเจ็บป่วย ☐ แนะนำการกินยา ☐ แนะนำไปตรวจตามนัด (ข้อ 33 ตอบได้หลายคำตอบ)

34. ท่านได้รับบริการให้คำปรึกษา (VCT) เพื่อจะเลือดตรวจเชื้อเอดส์หรือไม่? ☐ ไม่ได้ (ข้ามไปตอบข้อ 37)

☐ ได้ (ไปตอบข้อ 35,36)

35. ถ้าท่านเคยได้รับคำปรึกษา (เพื่อจะเลือดตรวจเชื้อเอดส์) ท่านได้รับจากใคร? ☐ พนักงานสาธารณสุขต่าง
ด้าว (พสด./อสต.) ☐ พยาบาล

36. หลังจากที่ท่านได้รับคำปรึกษา (VCT) แล้ว ท่านยินยอมจะเลือดตรวจหาเชื้อเอดส์หรือไม่?

☐ ไม่ยอม ☐ ยอม

การค่าใช้จ่ายในการรักษา

37. เมื่อท่านป่วยไปรับบริการที่คลินิกเอกชน ท่านจ่ายเงินไปเท่าไร? ระบุจำนวนเงินบาท

38. เมื่อท่านป่วยไปโรงพยาบาล ท่านจ่ายเงินไปเท่าไร? ระบุจำนวนเงินบาท

39. การจ่ายเงินให้โรงพยาบาล ท่านจ่ายเต็มตามที่โรงพยาบาลเรียกเก็บหรือไม่? ☐ จ่ายครบ ☐ จ่ายไม่ครบ

40. ท่านจ่ายเงินเป็นค่าเดินทางไป-กลับโรงพยาบาลครั้งละเท่าไร? ระบุจำนวนเงินบาท

ความรู้ความเข้าใจในสิทธิประโยชน์ของการมีบัตรประกันสุขภาพ

41. ท่านมีบัตรประกันสุขภาพหรือไม่? ☐ ไม่มี (ตอบข้อ 42) ☐ มี (ข้ามไปตอบข้อ 43,44)

42. ถ้าไม่มีบัตรประกันสุขภาพ ท่านอยากมีหรือไม่? ☐ ไม่อยาก ☐ อยากมี

43. ถ้ามีเป็นบัตรประกันสุขภาพของโรงพยาบาลใด? ระบุชื่อโรงพยาบาล.....

44. ถ้ามีบัตรประกันสุขภาพใครเป็นผู้ซื้อ ☐ ตนเอง (ข้ามไปตอบข้อ 45) ☐ บริษัท/นายจ้างออกให้
(ข้ามไปตอบข้อ 46)

45. ถ้าซื้อด้วยตนเอง ท่านใช้เงินจาก ☐ เงินที่มี ☐ เงินกู้/ยืม

46. ถ้านายจ้างออกให้ มีการหักเงินเดือนภายหลังหรือไม่? ☐ หักเงินเดือน ☐ ไม่ได้หัก

47. ตามความคิดของท่าน คิดว่าเงินที่เสียไปในการประกันสุขภาพ มีความคุ้มค่ากับการคุ้มครองด้าน
สุขภาพตามสิทธิประโยชน์? ☐ ไม่คุ้ม ☐ คุ้ม

48. ท่านทราบหรือไม่ว่า การมีบัตรประกันสุขภาพนั้น ท่านจะได้รับการรักษาโรคตามสิทธิ ในโรงพยาบาล
ที่ประกันสุขภาพไว้? ☐ ไม่ทราบ ☐ ทราบ

49. ท่านทราบหรือไม่ว่า การมีบัตรประกันสุขภาพ สามารถใช้สิทธิเพื่อการตรวจคัดกรองโรคได้

☐ ไม่ทราบ ☐ ทราบ

50. ท่านทราบหรือไม่ว่า การมีบัตรประกันสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน / อุบัติเหตุ ท่านสามารถใช้
บริการที่โรงพยาบาล ☐ ไม่ทราบ ☐ ทราบ

51. ท่านมีปัญหาอุปสรรคในการใช้บริการที่โรงพยาบาล หรือไม่? ☐ ไม่มี ☐ มี

52. ท่านมีข้อเสนอให้โรงพยาบาลที่ท่านไปรับบริการปรับปรุง / พัฒนาบริการหรือไม่?

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

53. ท่านต้องการมีสิทธิรักษาพยาบาลแบบใด? ☐ ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ☐ ประกันสังคม

ชื่อผู้เก็บข้อมูลการสัมภาษณ์ นาย/นาง/นางสาว.....
เก็บข้อมูลที่ชุมชน.....หมู่ที่..... ตำบล.....อำเภอ.....
ลงชื่อ นาย/นาง.....ทำหน้าที่ล่ำม

หมายเหตุ : modified from Health Seeking Behavior and Health System response Model

Susanna Hausmann-Muela, Muela Riber. and Isaac Nyamongo, August 2003.

កំរងសំណួរ ច្បាប់ទី 1

ការសម្ភាសន៍ពលករឆ្លងដែន (ជនជាតិភូមា/ខ្មែរ)

(លេខកូដខេត្ត) (លេខកូដស្រុក) (លេខកូដមន្ទីរពេទ្យ) [][] [][][] [][][]

លេខសម្ភាសន៍ [][][]

ច្បាប់ A សំរាប់ពលករឆ្លងដែនដែលមានលិខិតធានារ៉ាប់រងការងារ

ចូរបន្ថែមពាក្យក្នុងចន្លោះ ឬ គូសសញ្ញា ☒ អំពីអ្នកអោយបានត្រឹមត្រូវបំផុត
ប្រវត្តិរូបទូទៅ

1. អ្នកផ្តល់បទសម្ភាសន៍ នាមត្រកូល ឈ្មោះ:
2. ភេទ ☐ប្រុស ☐ស្រី អាយុ.....ឆ្នាំ
3. សញ្ជាតិ ☐ភូមា ☐ខ្មែរ
4. សមត្ថភាពក្នុងការប្រើប្រាស់ភាសា ☐អាន/សរសេរមិនបាន ☐អានបាន ☐សរសេរបាន
5. ការប្រើប្រាស់ភាសាចៃក្នុងការនិយាយ ☐និយាយមិនបាន ☐និយាយបាន
ការស្តាប់ ☐ស្តាប់មិនបាន ☐ស្តាប់បាន
6. តើអ្នកធ្វើការនៅប្រទេសថៃបានប៉ុន្មានឆ្នាំហើយ? ☐1ឆ្នាំ ☐2ឆ្នាំ ☐3ឆ្នាំ ☐4ឆ្នាំ ☐5ឆ្នាំ ☐ច្រើនជាង5ឆ្នាំ
7. កន្លែងស្នាក់អាស្រ័យ ☐រោងចក្រ/ផ្ទះរបស់ខ្មែរកែ ☐ជួលផ្ទះនៅខ្លួនឯង
☐ជួលផ្ទះនៅជាមួយមិត្តភក្តិ ☐ជួលផ្ទះនៅជាមួយសាច់ញាតិ
8. សមាជិកដែលស្នាក់អាស្រ័យជាមួយគ្នា(រាប់ទាំងខ្លួនឯង)នាក់
9. តើសមាជិកដែលស្នាក់អាស្រ័យជាមួយអ្នកមានប័ត្រធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែររឺទេ?
☐មាន.....នាក់ ☐គ្មាន.....នាក់
10. តើសមាជិកដែលស្នាក់អាស្រ័យជាមួយត្រូវជាអ្វីនឹងអ្នក? ☐ឪពុក/ម្តាយ ☐បង/ប្អូន
☐ស្វាមី/ភរិយា ☐មិត្តភក្តិ ☐សាច់ញាតិ (សំនួរទី10 នេះ គូសបានច្រើនជាង1 ចំលើយ)
ព័ត៌មានទាក់ទងនឹងការងារ
11. តើប្រភេទការងាររបស់អ្នកតាមលិខិតអនុញ្ញាតិជាការងារអ្វី? ចូរបំពេញ.....
12. ក្នុងមួយឆ្នាំកន្លងមក (ឆ្នាំ2010) តើអ្នកផ្លាស់ប្តូរការងារប៉ុន្មានដង? ☐មិនធ្លាប់ ☐ធ្លាប់
☐1ដង ☐2ដង ☐3ដង ☐ច្រើនជាង3ដង
13. តើមូលហេតុអ្វីធ្វើអោយអ្នកផ្លាស់ប្តូរការងារជាញឹកញាប់? ☐ប្រាក់បៀវត្ស/ប្រាក់ខែតិច
☐ថៅកែគេងប្រវែញ ☐ការងារធ្ងន់ធ្ងរ
14. តើអ្នកទទួលបានប្រាក់បៀវត្ស/ ប្រាក់ខែប៉ុន្មានក្នុងមួយខែ? ចូរបំពេញ.....បាត
ព័ត៌មានទាក់ទងនឹងសុខភាព និងការប្រើប្រាស់សេវាកម្មសុខភាព
15. មុនពេលទទួលលិខិតធានារ៉ាប់រងការងារលើកនេះ តើលទ្ធផលពិនិត្យសុខភាពរបស់អ្នកដូចម្តេចដែរ?
☐ធម្មតា ☐មានជំងឺត្រូវព្យាបាល

16. តើអ្នកមានជំងឺប្រចាំខ្លួនដែររឺទេ? ☐គ្មាន ☐មាន ប្រសិនបើមានសូមប្រាប់ជំងឺ
☐ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ☐ជំងឺលើសឈាម ☐ជំងឺបេះដូង ☐ជំងឺមហារីក
☐ជំងឺសួត/បំពង់ខ្យល់ ☐ជំងឺក្រពះ/ពោះវៀន ☐ជំងឺទាក់ទងនឹងសរសៃឈាម/ទឹករំងៃ
☐ជំងឺសើរស្បែក ☐ឆ្អឹង/សាច់ដុំ/ប្រព័ន្ធប្រសាទ ☐ជំងឺខាងផ្លូវចិត្ត
☐ប្រព័ន្ធអះវេយ្យះបន្តពូជ ☐ជំងឺខាងផ្លូវភេទ ☐ជំងឺក្រលៀន និងតំរង់នោម (សំនួរទី16 នេះ
គួសបានច្រើនជាង1 ចំណើយ)

17. តើក្នុងមួយឆ្នាំកន្លងមក (ឆ្នាំ2010) អ្នកធ្លាប់ឈឺប៉ុន្មានដង? ☐1ដង ☐2ដង ☐3ដង
☐4ដង ☐5ដង ☐ច្រើនជាង5ដង

18. តើក្នុងមួយឆ្នាំកន្លងមក (ឆ្នាំ2010) អ្នកធ្លាប់ទៅពិនិត្យជំងឺរឺទេ?
☐មិនធ្លាប់ (រំលងទៅសំនួរទី21) ☐ធ្លាប់ (ប្រសិនបើធ្លាប់ឆ្លើយសំនួរទី19,20)

19. តើក្នុងមួយឆ្នាំកន្លងមក (ឆ្នាំ2010) អ្នកទៅពិនិត្យជំងឺប៉ុន្មានដង? ☐1ដង ☐2ដង
☐3ដង ☐4ដង ☐5ដង ☐ច្រើនជាង5ដង

20. តើក្នុងមួយឆ្នាំកន្លងមក (ឆ្នាំ2010) អ្នកធ្លាប់ទៅពិនិត្យជំងឺនៅកន្លែងណាខ្លះ?
☐មន្ទីរពេទ្យស្រុក ☐គ្លីនិកឯកជន ☐មន្ទីរពេទ្យដែលអ្នកធ្វើធានារ៉ាប់រង
☐មន្ទីរពេទ្យផ្សេងៗ (សំនួរទី20នេះ គួសបានច្រើនជាង1ចំណើយ)

21. តើនៅពេលដែលអ្នកមានជំងឺបន្តិចបន្តួច អ្នកថែទាំសុខភាពដូចម្តេចខ្លះ?
☐សំរាក/ព្យាបាលដោយខ្លួនឯង ☐ទិញថ្នាំលេបដោយខ្លួនឯង ☐ទៅមណ្ឌលសុខភាព
☐មន្ទីរពេទ្យស្រុក ☐គ្លីនិកឯកជន ☐មន្ទីរពេទ្យដែលអ្នកធ្វើធានារ៉ាប់រង
☐មន្ទីរពេទ្យផ្សេងៗ (សំនួរទី21 នេះ គួសបានច្រើនជាង1ចំណើយ)

22. តើនៅពេលដែលអ្នកមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ អ្នកថែទាំសុខភាពដូចម្តេចខ្លះ?
☐សំរាក/ព្យាបាលដោយខ្លួនឯង ☐ទិញថ្នាំលេបដោយខ្លួនឯង ☐ទៅមណ្ឌលសុខភាព
☐មន្ទីរពេទ្យស្រុក ☐គ្លីនិកឯកជន ☐មន្ទីរពេទ្យដែលអ្នកធ្វើធានារ៉ាប់រង
☐មន្ទីរពេទ្យផ្សេងៗ (សំនួរទី22 នេះ គួសបានច្រើនជាង1ចំណើយ)

23. ថ្នាំដែលបានមកពីមន្ទីរពេទ្យ តើអ្នកទទួលបានទានរហូតដល់អស់ដែររឺទេ?
☐អស់ (ប្រសិនបើអស់ឆ្លើយសំនួរទី25) ☐មិនអស់ (ប្រសិនបើមិនអស់ឆ្លើយសំនួរទី24)

24. តើមូលហេតុអ្វីដែលធ្វើអោយអ្នកទទួលបានថ្នាំមិនអស់? ព្រោះ: ☐ភ្លេចលេប ☐គិតថាជាសះស្បើយ
☐ទទួលបានថ្នាំច្រើន ☐លេបហើយនៅតែមិនជាសះស្បើយ ☐លេបថ្នាំមិនត្រូវ

25. តើក្នុងមួយឆ្នាំកន្លងមក (ឆ្នាំ2010) អ្នកធ្លាប់សំរាកព្យាបាលជំងឺនៅមន្ទីរពេទ្យរឺទេ?
☐មិនធ្លាប់ (រំលងទៅឆ្លើយសំនួរទី30) ☐ធ្លាប់ (ប្រសិនបើធ្លាប់ ឆ្លើយសំនួរទី26,27,28,29)

26. ប្រសិនបើធ្លាប់ តើអ្នកសំរាកព្យាបាលជំងឺនៅមន្ទីរពេទ្យប៉ុន្មានថ្ងៃ? ចូរបំពេញចំនួនថ្ងៃ ☐1ថ្ងៃ
☐2ថ្ងៃ ☐3ថ្ងៃ ☐4ថ្ងៃ ☐5ថ្ងៃ ☐ច្រើនជាង5ថ្ងៃ

27. ការសំរាកព្យាបាលជំងឺនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យលើកចុងក្រោយនេះ តើអ្នកដឹងរឺទេថា កើតជំងឺអ្វី? ☐មិនដឹង ☐ដឹង
28. តើអ្នកគិតថាការសំរាកព្យាបាលជំងឺនៅមន្ទីរពេទ្យជាសះស្បើយដែររឺទេ? ☐មិនជា ☐ជាសះស្បើយ
29. ក្រោយចេញពីមន្ទីរពេទ្យគ្រូពេទ្យបានណាត់អោយទៅត្រួតពិនិត្យម្តងទៀតដែររឺទេ?
☐មិនបានណាត់ ☐ណាត់រាល់សប្តាហ៍ ☐ណាត់រាល់ខែ
30. តើអ្នកស្គាល់ភ្នាក់ងារសុខាភិបាលសំរាប់ពលករឆ្លងដែនដែររឺទេ?
☐មិនស្គាល់ (រំលងទៅឆ្លើយសំនួរទី32) ☐ស្គាល់
31. តើភ្នាក់ងារសុខាភិបាលសំរាប់ពលករឆ្លងដែនបានជួយណែនាំទាក់ទងទៅនឹងរឿងសុខភាពដែររឺទេ?
 ដូចម្តេចខ្លះ? ☐ណែនាំអំពីការការពាររោគ ☐ណែនាំពីការប្រតិបត្តិខ្លួននៅពេលមានជំងឺ
☐នាំទៅមន្ទីរពេទ្យ ☐ទៅសួរសុខទុក្ខនៅពេលមានជំងឺ
☐ណែនាំពីរបៀបប្រើប្រាស់ថ្នាំ ☐ណែនាំអោយទៅត្រួតពិនិត្យតាមការណាត់
☐ផ្សេងៗ ចូរបំពេញ.....(សំនួរទី31 នេះ គួសបានច្រើនជាងចំលើយ)
32. តើអ្នកបានទទួលសេវាកម្មផ្តល់ការប្រឹក្សា (VCT) ដើម្បីជួសលាមពិនិត្យមើលមេរោគអេដស៍ដែររឺទេ?
☐មិនបាន(រំលងទៅឆ្លើយសំនួរទី35) ☐បាន (ឆ្លើយសំនួរទី33,34)
33. ប្រសិនបើអ្នកធ្លាប់ តើនរណាជាអ្នកណែនាំ?
☐ភ្នាក់ងារសុខាភិបាលសំរាប់ពលករឆ្លងដែន ☐គិលានុបដ្ឋាយិកា/អ្នកមើលថែអ្នកជំងឺ
34. ក្រោយពីអ្នកបានទទួលនូវការណែនាំ (VCT) ហើយ តើអ្នកយល់ព្រមជួសលាមពិនិត្យមើលមេរោគអេដស៍ដែររឺទេ? ☐មិនព្រម ☐ព្រម
- ការចំណាយក្នុងការព្យាបាលជំងឺ**
35. តើអ្នកមានប័ត្រធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់មន្ទីរពេទ្យមួយណា? ចូរបំពេញឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ.....

36. ថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាព 1,300 បាត និងថ្លៃត្រួតពិនិត្យសុខភាពមុនពេលសុំលិខិតអនុញ្ញាតិធ្វើការងារ 600 បាត (សរុប1,900 បាត) តើនរណាជាអ្នកចំណាយ?
☐ខ្លួនឯង(ឆ្លើយសំនួរទី37) ☐ក្រុមហ៊ុន/ថៅកែ (រំលងទៅឆ្លើយសំនួរទី38)
37. ប្រសិនបើចំណាយដោយខ្លួនឯង តើអ្នកចំណាយដោយរបៀបណា?
☐ប្រាក់ខ្លួនឯង ☐ចងការប្រាក់/ខ្ចីគេ
38. ប្រសិនបើថៅកែចំណាយអោយ តើមានការកាត់ប្រាក់ខែតាមក្រោយដែររឺទេ? ☐កាត់ ☐មិនកាត់
39. នៅពេលដែលអ្នកមានជំងឺ ទៅព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យតើបានចំណាយប្រាក់ដែររឺទេ?
☐មិនបានចំណាយ ☐ចំណាយ
40. ប្រសិនបើមានការចំណាយប្រាក់ថ្លៃព្យាបាល តើអ្នកចំណាយប៉ុន្មាន?
 ចូរបំពេញចំនួនទឹកប្រាក់បាត
41. តើអ្នកចំណាយប្រាក់ក្នុងការធ្វើដំណើរទៅមន្ទីរពេទ្យក្នុងម្តងអស់ប៉ុន្មាន?
 ចូរបំពេញចំនួនទឹកប្រាក់បាត

ចំណេះដឹងទាក់ទងទៅនឹងសិទ្ធិ/ប្រយោជន៍ក្នុងការប្រើប្រាស់ប័ត្រធានារ៉ាប់រងសុខភាព

42. តើអ្នកគិតថាប្រាក់ដែលចំណាយដើម្បីធានារ៉ាប់រងសុខភាព មានតំលៃសមរម្យទៅនឹងការព្យាបាល
ជំងឺដែររឺទេ? ☐មិនសមរម្យ ☐សមរម្យ
43. តើអ្នកដឹងរឺទេថា នៅពេលដែលទៅព្យាបាលជំងឺនៅមន្ទីរពេទ្យអ្នកត្រូវយកប័ត្រធានារ៉ាប់រងសុខភាព
មកជាមួយគ្រប់ពេល? ☐មិនដឹង ☐ដឹង
44. តើអ្នកដឹងរឺទេថា ការដែលមានប័ត្រធានារ៉ាប់រងសុខភាពអ្នកនឹងទទួលបាននូវការរក្សាព្យាបាលជំងឺ
តាមសិទ្ធិនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យដែលអ្នកបានធ្វើធានារ៉ាប់រងសុខភាព? ☐មិនដឹង ☐ដឹង
45. តើអ្នកដឹងរឺទេថា កាលដែលមានប័ត្រធានារ៉ាប់រងសុខភាពអ្នកនឹងទទួលបានសិទ្ធិដើម្បីត្រួតពិនិត្យ
ជំងឺមុននឹងធ្វើការព្យាបាល? ☐មិនដឹង ☐ដឹង
46. តើអ្នកដឹងរឺទេថា កាលដែលមានប័ត្រធានារ៉ាប់រងសុខភាពពេលមានគ្រោះថ្នាក់ជាបន្ទាន់/ឧប្បត្តិហេតុ
អ្នកអាចប្រើប្រាស់សេវាកម្មរបស់មន្ទីរពេទ្យបាន? ☐មិនដឹង ☐ដឹង
47. តើអ្នកមានបញ្ហា ឬ ឧបសគ្គនៃការប្រើប្រាស់សេវាកម្មក្នុងមន្ទីរពេទ្យដែររឺទេ? ☐គ្មាន ☐មាន
48. តើអ្នកមានសំណូមពរអោយមន្ទីរពេទ្យដែលអ្នកធ្វើបត្រធានារ៉ាប់រងសុខភាពមានការកែប្រែ ឬ ផ្លាស់ប្តូរ
សេវាកម្មដែររឺទេ? ☐គ្មាន ☐មាន
49. តើអ្នកត្រូវការសិទ្ធិក្នុងការរក្សាព្យាបាលបែបណា?
☐ធានារ៉ាប់រងសុខភាពសំរាប់ពលករឆ្លងដែន ☐ធានារ៉ាប់រងសង្គម

ឈ្មោះអ្នកសម្ភាសន៍ លោក /លោកស្រី/កញ្ញា.....
ប្រមូលព័ត៌មានពីសហគមន៍.....ក្រុមទី.....ឃុំ.....ស្រុក.....
ហត្ថលេខា.....មានតួនាទីជាអ្នកបកប្រែ

Remark: Modified from Health Seeking Behavior and Health System response Model Susanna Hausmann-Muela, Muela Riber. And Isaac Myamongo, August 2003.

បកប្រែដោយ កញ្ញា ឃឹម សុខលីដា
និសិទ្ធផ្ទាំងទី ៤ សាខាសុខសិក្សា
ផ្នែក សុខភាពសាធារណៈ មហាវិទ្យាល័យ បូរាណ

แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 1

การสอบถามแรงงานข้ามชาติ (พม่า/กัมพูชา)

(รหัสจังหวัด)(รหัสอำเภอ)(รหัสโรงพยาบาล) [][] [][][] [][][]

เลขที่แบบต้นภาษณ์

[][]

แบบ A สำหรับแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีใบอนุญาตทำงาน

โปรดเติมคำลงในช่องว่างหรือใส่เครื่องหมาย ☒ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของผู้ตอบ

ข้อมูลทั่วไป **๑๘**

1. ผู้ให้สัมภาษณ์ ชื่อ นามสกุล
 2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ ปี
 3. สัญชาติ ☐ พม่า ☐ กัมพูชา ☐ อื่นๆ.....
 4. การใช้ภาษาของตนเอง ☐ อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ☐ อ่านออกเขียนได้
 5. การใช้ภาษาไทย ☐ ฟังไม่รู้เรื่อง ☐ ฟังรู้เรื่อง ☐ พูดไม่ได้ ☐ พูดได้
 6. ท่านทำงานอยู่ในประเทศไทยมากี่ปี? ☐ 1 ปี ☐ 2 ปี ☐ 3 ปี ☐ 4 ปี ☐ 5 ปี ☐ มากกว่า 5 ปี
 7. ที่พักอาศัย ☐ โรงงาน ☐ บ้านนายจ้าง ☐ เาอยู่เอง
 8. สมาชิกที่อาศัยอยู่ด้วยกัน (นับรวมตัวเองด้วย) ☐ มี ☐ ไม่มี
 9. สมาชิกที่อาศัยอยู่ด้วยกันมีบัตรประกันสุขภาพหรือไม่ ☐ มี ☐ ไม่มี
 10. สมาชิกที่อาศัยอยู่ด้วยกันเกี่ยวข้องกับท่านโดยเป็น ☐ พ่อแม่ ☐ พี่น้อง ☐ สามี/ภรรยา ☐ เพื่อน ☐ อื่นๆ

ข้อมูลการทำงาน **အလုပ်လုပ်ခြင်းကောက်နုတ်ချက်များ**

- 11.ประเภทของการทำงานตามใบอนุญาตอยู่ในกลุ่มอาชีพใด? ระบุ.....
 အလုပ်အကိုင်အမျိုးအစားအလိုက်ဖော်ပြပါ.....

12.ปีที่ผ่านมา(พ.ศ.2553) ท่านย้ายงานมาแล้วกี่ครั้ง ครั้ง (၂၀၀၀)နှစ်တွင်သင်အလုပ်ပြောင်းခဲ့သည့်အကြိမ်ရေ:

- ☐ ไม่เคยย้าย ပြောင်းလဲခြင်း မရှိ ☐ 1 ครั้ง ၁ ကြိမ် ☐ 2 ครั้ง ၂ ကြိမ် ☐ 3 ครั้ง ၃ ကြိမ်
☐ มากกว่า 3 ขึ้นไป ၃ ကြိမ်ထက်ပိုပြောင်းလဲခြင်း

13.สาเหตุที่ท่านย้ายงานบ่อยๆเพราะ အလုပ်အကြိမ်အကြိမ်ပြောင်းခဲ့သည့်အကြောင်းအရင်း:

- ☐ เงินเดือนน้อย လစာနည်းခြင်း ☐ นายจ้างเอาเปรียบ အလုပ်ရှင်နှိမ်ခြင်း ☐ งานหนักมาก အလုပ်ဝမ်းပမ်းခြင်း

14.ท่านได้รับค่าจ้างเดือนละเท่าไร သင်၏လုပ်ငန်းအားလ်လျှင်လည်မှုနှုန်း လ

ระบุจำนวนเงิน ငွေသား ပေါ.....บาท บาท

ข้อมูลด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အပြုအမူများနှင့်

ကျန်းမာရေးကုသမှုဆိုင်ရာကောက်ကွက်

15. ก่อนรับใบอนุญาตทำงานครั้งนี้ ผลการตรวจสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร?

ဒီအကြိမ်သင်၏အလုပ်လုပ်ငန်းစနစ် ကျန်းမာရေးစစ်ဆေးမှုလုပ်ငန်းစဉ် ရှိပါသလား:

- ☐ พบปกติ ပုံမှန် ☐ พบโรคที่ต้องรักษา ကုသခံယူရမည့်ရောဂါတွေ ရှိခြင်း

16.ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่? သင့်၌ ကိုယ်ဝန်ရောက်ရှိပါသလား:

- ☐ ไม่มี မရှိ ☐ มี ရှိ ถ้ามีระบุโรค ရှိလျှင်ရောဂါ ပေါ ☐ เบาหวาน ဓီးချို ☐ ความดันเลือดสูง သွေးတိုး

- ☐ โรคหัวใจ နှလုံး ☐ มะเร็ง ကင်ဆာ ☐ โรคปอด/หลอดลม အဆုတ်/လေဖြတ် ☐ โรคกระเพาะอาหาร/ลำไส้ ဧူ
/အစာအိမ်

- ☐ โรคระบบเลือด/น้ำเหลือง သွေးလည်ပတ်မှု/သွေးအရည်ကြည်ရောဂါ ☐ โรคผิวหนัง အရေပြားရောဂါ

- ☐ กระดูก/กล้ามเนื้อ/ประสาท အရိုး/ကြွက်သား/အာရုံကြောရောဂါ ☐ โรคจิต ဗီဇရောဂါ

- ☐ ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာရောဂါ

- ☐ โรคเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ လိင်ဆက်ဆံမှုဆိုင်ရာရောဂါ ☐ โรคไต และระบบปัสสาวะ ကျောက်ကပ်/ဓီးလင်း

ကပ်ဆိုင်ရာရောဂါ (ข้อ16 ตอบได้หลายข้อ) (မှတ်: ၁၆ ၌အပြုအမူထက်အကုသိုလ်သည့်)

17.ในรอบปีที่ผ่านมา(2553)ท่านป่วยกี่ครั้ง? နှစ် (၂၀၀၀)နှစ်အတွင်းသင်ဘယ်ကြိမ်ပျားနာခဲ့လဲ

- ☐ 1 ครั้ง ၁ ကြိမ် ☐ 2 ครั้ง ၂ ကြိမ် ☐ 3 ครั้ง ၃ ကြိမ် ☐ 4 ครั้ง ၄ ကြိမ် ☐ 5 ครั้ง ၅ ကြိမ်

- ☐ มากกว่า 5 ครั้งขึ้นไป ၅ ကြိမ်ထက်ပိုများလှသေးသည်

18.ในรอบปีที่ผ่านมา(2553)ท่านเคยไปตรวจโรค(OPD)แบบผู้ป่วยนอกบ้างหรือไม่?

နှစ် (၂၀၀၀)နှစ်အတွင်းသင်ဘယ်ကြိမ်ပညာအခြေခံရောဂါကုသခံယူမှုရှိခဲ့လဲ

- ☐ ไม่เคย မရှိ (เข้ามไปตอบข้อ 21) (မှတ်: ၂၁ ကိုဖြေဆိုပါ) ☐ เคย ရှိ (ถ้าเคยตอบข้อ19,20) (မှတ်: ၁၉-၂၀
ဆက်ဖြေဆိုပါ)

19.ในรอบปีที่ผ่านมาท่านไปตรวจและรักษาโรคกี่ครั้ง နှစ် (၂၀၀၀)

နှစ်အတွင်းသင်ရောဂါဘယ်ကြိမ်စစ်ဆေးကုသခဲ့လဲ

- ☐ 1 ครั้ง ၁ ကြိမ် ☐ 2 ครั้ง ၂ ကြိမ် ☐ 3 ครั้ง ၃ ကြိမ် ☐ 4 ครั้ง ၄ ကြိမ် ☐ 5 ครั้ง ၅ ကြိမ်

- ☐ มากกว่า 5 ครั้งขึ้นไป ၅ ကြိမ်ထက်ပို

20. ในรอบปีที่ผ่านมาถ้าท่านเคยไปตรวจโรคที่ ศูนย์อุบัติเหตุ ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาล
- ☐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสศ./สอ.) ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์ ☐ คลินิกเอกชน
- ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์
- ☐ โรงพยาบาลที่ประกันสุขภาพไว้ ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์ ☐ โรงพยาบาลอื่นๆ ☐ อื่นๆ ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์
- (ข้อ 20 ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ) (๑๐ คะแนน) (๐-๑๐)
21. เมื่อท่านไม่สบายเล็กน้อย ท่านตัดสินใจดูแลตนเองอย่างไรบ้าง
- ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์ ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์ ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์
- ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์
- ☐ นอนพักเฉยๆ/รักษาตนเอง ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์ ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์
- ☐ ซื้อยากินเอง ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์ ☐ ไปหา พศ. ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์ ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์
- ☐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสศ./สอ.) ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์
- ☐ ไปตรวจที่คลินิกเอกชน ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์ ☐ ไปโรงพยาบาลที่ประกันสุขภาพไว้
- ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์
- ☐ ไปโรงพยาบาลอื่นๆ ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์ (ข้อ 21 ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ) (๑๐ คะแนน) (๐-๑๐)
22. เมื่อท่านไม่สบายมาก ท่านตัดสินใจดูแลตนเองอย่างไรบ้าง
- ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์ ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์ ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์
- ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์
- ☐ นอนพักเฉยๆ/รักษาตนเอง ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์ ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์
- ☐ ซื้อยากินเอง ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์ ☐ ไปหา พศ. ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์ ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์
- ☐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสศ./สอ.) ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์
- ☐ ไปตรวจที่คลินิกเอกชน ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์ ☐ ไปโรงพยาบาลที่ประกันสุขภาพไว้
- ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์
- ☐ ไปโรงพยาบาลอื่นๆ ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์ (ข้อ 22 ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ) (๑๐ คะแนน) (๐-๑๐)
23. ยากินที่ได้มาจากโรงพยาบาล ท่านกินจนหมดหรือไม่? ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์ ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์
- ☐ หมด (ถ้าหมดไปตอบข้อ 25) ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์ (๑๐ คะแนน) (๐-๑๐)
- ☐ ไม่หมด (ถ้าไม่หมดไปตอบข้อ 24) ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์ (๑๐ คะแนน) (๐-๑๐)
24. สาเหตุที่กินยาไม่หมดเพราะ ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์ ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์
- ☐ ลืมกิน ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์ ☐ คิดว่าโรคหายแล้ว ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์ ☐ ได้ยามากเกินไป ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์
- ☐ กินแล้วไม่ดีขึ้น ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์ ☐ แพ้ยาล ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์
25. ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านเคยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล(IPD)หรือไม่? ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์
- ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์
- ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์
- ☐ ไม่เคย (ข้ามไปตอบข้อ 30) ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์ (๑๐ คะแนน) (๐-๑๐)
- ☐ เคย (ถ้าเคยตอบข้อ 26,27,28,29) ศูนย์อุบัติเหตุและเวชศาสตร์ (๑๐-๑๐-๑๐-๑๐) (๑๐ คะแนน) (๐-๑๐)

26. ถ้าเคยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ท่านนอนที่โรงพยาบาลกี่วัน? ระบุจำนวนที่นอน

- ☐ 1 วัน 0 จุด ☐ 2 วัน 1 จุด ☐ 3 วัน 2 จุด ☐ 4 วัน 3 จุด ☐ 5 วัน 4 จุด
☐ มากกว่า 5 วัน 5 จุด

27. การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลในครั้งนี้ ท่านทราบหรือไม่ว่าป่วยเป็นโรคอะไร?

- ☐ ไม่ทราบ ☐ ทราบ

28. ท่านคิดว่าโรงพยาบาลรักษาโรคหายหรือไม่? _____

- ☐ ไม่หาย ☐ หาย

29. หลังออกจากโรงพยาบาล แพทย์ได้นัดหมายให้ไปตรวจโรคอีกหรือไม่?

- ☐ ไม่ได้นัด ☐ นัดให้ไปตรวจทุกอาทิตย์

30. ท่านรู้จักพนักงานสาธารณสุขต่างด้าว (พสต./อสต.) หรือไม่?

- ☐ ไม่รู้จัก (ข้ามไปตอบข้อ 32) ☐ รู้จัก

31. พนักงานสาธารณสุขต่างด้าว (พสต./อสต.) ได้ช่วยเหลือท่านด้านสุขภาพหรือไม่อย่างไร?

- ☐ แนะนำการป้องกันโรค ☐ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวตอนป่วย

- ☐ แนะนำการกินยา ☐ แนะนำไปตรวจตามนัด

_____ (ข้อ 31 ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

32. ท่านได้รับการให้คำปรึกษา (VCT) เพื่อเจาะเลือดตรวจเชื้อเอดส์หรือไม่? _____

- ☐ ไม่ได้ (ข้ามไปตอบข้อ 35) ☐ ได้

33. ถ้าท่านเคยได้รับคำปรึกษา (เพื่อเจาะเลือดตรวจเชื้อเอดส์) ท่านได้รับจากใคร? _____

- ☐ พนักงานสาธารณสุขต่างด้าว (พสต./อสต.) ☐ พยาบาล

34. หลังจากที่ได้รับคำปรึกษา (VCT) แล้ว ท่านยินยอมเจาะเลือดตรวจเชื้อเอดส์หรือไม่?

- ☐ ไม่ยอม ☐ ยอม

35. ท่านมีบัตรประกันสุขภาพของโรงพยาบาลอะไร? **သင့် ဗညီသညီ ဆေးရုံမှ ကျန်းမာရေးအခမဲ့ကုသခံစားခွင့်ရှိပါသလဲ**
ระบุชื่อโรงพยาบาล ဆေးရုံဗေဒပြုပါ.....

ကျန်းမာရေးအာမခံကုသခြင်းခံယူသူ ၁၃၀၀ ဘတ်နှင့်ကျန်းမာရေးစစ်ဆေးမှုခံယူသူ ၆၀၀ ဘတ်၏ကုန်ကျစရိတ်အားလုံးပေါင် (၁၉၀၀ ဘတ်) ကိုမည့်သူထုတ်ပေးပါသည်။

☐ บริษัท/นายจ้าง (ข้ามไปตอบข้อ 38)

☐ ကိစ္စ/ပိတ်စာ သူများမှရေးထူထားသည့်

ဒေကာယံ၍အလုပ်ရှင်ထုတ်ထားပေးလျှင်နောက်မှသင့်၏လစာမှပုတ်ယူလား

39.ท่านเจ็บป่วยไปรับบริการที่โรงพยาบาลมีการจ่ายเงินหรือไม่? ☐ ไม่ได้จ่าย ☐ จ่าย

[illegible]

အပြန်ကုန်ကျခရိတ်တခေါက်လျှင်မည့်မျှရှိပါသနည်း

ความรู้ความเข้าใจในสิทธิประโยชน์ของการมีบัตรประกันสุขภาพ

42. ท่านคิดว่าเงินที่จ่ายเพื่อการประกันสุขภาพ มีความคุ้มค่ากับการคุ้มครองด้านสุขภาพตามสิทธิประโยชน์?

☐ ငါ့မိခင် အမေ့အဖေ့အား ချီးမွမ်းပါ။ ☐ ငါ့မိခင် အမေ့အဖေ့အား ချီးမွမ်းပါ။

ဆေးရုံ၌ရောဂါသွားကုသခံယူသည့်အချိန်တိုင်း ကျန်းမာရေးအာမခံကားမိပြီး ပြုမည့်ကို သိပါသလား။

44. ท่านทราบหรือไม่ว่า การมีบัตรประกันสุขภาพนั้น ท่านจะได้รับการรักษาโรคตามสิทธิ ในโรงพยาบาลที่ประกันสุขภาพไว้?

☐ မှာကတော့ မသိဘူး၊ ☐ ကတော့ သိသေးတယ်။

ကျန်းမာရေးအာမခံကောင်းပြားသည့် သင့်၏ရောဂါရှာဖွေစမ်းသပ်ကုသခံစားခွင့်ရှိသည်ကိုသင်သိပါသလား

☐ ไม่ทราบ/ไม่มี ☐ ทราบ/มี

46. ท่านทราบหรือไม่ว่า การมีบัตรประกันสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน / อุบัติเหตุ ท่านสามารถใช้บริการที่โรงพยาบาล

ကျန်းမာရေးအခမဲ့ကုသခြင်းသည်

မကော်တလတ်ခိုက်ခတ်ရာ/အရေးပေါ်ဖြစ်ပေါ်မှုအခေါ်ကုသခံစားခွင့်ရှိသည်ကိုသိသလား

☐ ไม่ทราบ/ไม่มี ☐ ทราบ/มี

47. ท่านมีปัญหาอุปสรรคในการใช้บริการที่โรงพยาบาล หรือไม่?

သင့်၏ဆေးရုံသွင်းငြင်းထားသည့်ဆေးရုံညွှန်ကြားမှုဦးစီးဌာနကဲ့သို့အခက်ခဲသောပြဿနာရှိပါသလား

☐ ไม่มี/မရှိ ☐ ရှိသည်

48. ท่านมีข้อเสนอให้โรงพยาบาลที่ประกันสุขภาพไว้ปรับปรุง/พัฒนาบริการหรือไม่?

သင့်၏ဆေးရုံသွင်းငြင်းထားသည့်ဆေးရုံအတွက်ဆေးရုံပြင်/ဝန်ဆောင်မှုများတိုးတက် စေဖို့ အကြံပေးခြင်းရှိပါသလား

☐ ไม่มี/မရှိ ☐ ရှိသည် ရှေးဦးစီးဌာန.....

49. ท่านต้องการมีสิทธิรักษาพยาบาลแบบใด? သင့်မည်ကဲ့သို့ သောကျန်းမာရေးအခမဲ့ကုသခြင်းလိုအပ်ပါသလဲ

☐ ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ကျန်းမာရေးအခမဲ့ကုသခြင်း ၃၀ ဘွဲ့

☐ ประกันสังคม ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးအခမဲ့ကုသခြင်း

ชื่อผู้เก็บข้อมูลการสัมภาษณ์ ကော်ကွန်ကွန်ကွန်ကွန်ကွန်

นาย/นาง/นางสาว/.....

เก็บข้อมูลทั้งหมด ณ หมู่ที่ ตำบล /.....

อำเภอ /.....

ลงชื่อ นาย/นาง/..... ทำหน้าที่ /.....

หมายเหตุ : modified from Health Seeking Behavior and Health System response Model

Susanna Hausmann-Muela, Muela Riber. and Isaac Nyamongo, August 2003.

កំរងសំណួរ ច្បាប់ទី ២

ការសម្ភាសន៍ពលករឆ្លងដែន (ជនជាតិភូមា/ខ្មែរ)

(លេខកូដខេត្ត) (លេខកូដស្រុក) (លេខកូដមន្ទីរពេទ្យ)

លេខសម្ភាសន៍

ច្បាប់ B សំរាប់ពលករឆ្លងដែន និងអ្នកត្រួតពិនិត្យដែលគ្មានលិខិតអនុញ្ញាតិការងារ មានឬគ្មានប័ត្រធានារ៉ាប់រងសុខភាព

ចូរបន្ថែមពាក្យក្នុងចន្លោះ ឬ គូសសញ្ញា ☒ អំពីអ្នកអោយបានត្រឹមត្រូវបំផុត
ប្រវត្តិរូបទូទៅ

1. អ្នកផ្តល់បទសម្ភាសន៍ នាមត្រកូល ឈ្មោះ:
2. ភេទ ☐ប្រុស ☐ស្រី អាយុ.....ឆ្នាំ
3. សញ្ជាតិ ☐ភូមា ☐ខ្មែរ
4. សមត្ថភាពការប្រើប្រាស់ភាសា ☐អាន/សរសេរមិនបាន ☐អានបាន ☐សរសេរបាន
5. ការប្រើប្រាស់ភាសាដៃក្នុងការនិយាយ ☐និយាយមិនបាន ☐និយាយបាន
ការស្តាប់ ☐ស្តាប់មិនបាន ☐ស្តាប់បាន
6. តើអ្នកធ្វើការនៅប្រទេសថៃបានប៉ុន្មានឆ្នាំហើយ? ☐1ឆ្នាំ ☐2ឆ្នាំ ☐3ឆ្នាំ ☐4ឆ្នាំ ☐5ឆ្នាំ ☐ច្រើនជាង5ឆ្នាំ
7. កន្លែងស្នាក់អាស្រ័យ ☐រោងចក្រ/ផ្ទះរបស់ខ្មែរកែ ☐ជួលផ្ទះនៅខ្លួនឯង
☐ជួលផ្ទះនៅជាមួយមិត្តភក្តិ ☐ជួលផ្ទះនៅជាមួយសាច់ញាតិ
8. សមាជិកដែលស្នាក់អាស្រ័យជាមួយគ្នា(រាប់ទាំងខ្លួនឯង).....នាក់
9. សមាជិកដែលស្នាក់អាស្រ័យជាមួយអ្នកមានប័ត្រធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែររឺទេ?
☐មាន.....នាក់ ☐គ្មាន.....នាក់
10. តើសមាជិកដែលស្នាក់អាស្រ័យជាមួយត្រូវជាអ្វីនឹងអ្នក? ☐ឪពុក/ម្តាយ ☐បង/ប្អូន
☐ស្វាមី/ភរិយា ☐មិត្តភក្តិ ☐សាច់ញាតិ (សំនួរទី10 នេះ គូសបានច្រើនជាង1 ចំលើយ)
ព័ត៌មានទាក់ទងនឹងការងារ
11. ប្រភេទការងាររបស់អ្នកតាមលិខិតអនុញ្ញាតិការងារអ្វី? ចូរបំពេញ.....
12. ក្នុងមួយឆ្នាំកន្លងមក (ឆ្នាំ2010) តើអ្នកផ្លាស់ប្តូរការងារប៉ុន្មានដង? ☐មិនធ្លាប់ ☐ធ្លាប់
☐1ដង ☐2ដង ☐3ដង ☐ច្រើនជាង3ដង
13. តើមានមូលហេតុអ្វីធ្វើអោយអ្នកផ្លាស់ប្តូរការងារជាញឹកញាប់?
☐ប្រាក់បៀវត្ស/ប្រាក់ខែតិច ☐ថៅកែកេងប្រវ័ញ្ច ☐ការងារធ្ងន់ធ្ងរ
14. តើអ្នកទទួលបានប្រាក់បៀវត្ស/ប្រាក់ខែប៉ុន្មានក្នុងមួយខែ? ចូរបំពេញ.....បាត
15. តើអ្នកធ្លាប់ត្រូវបានបញ្ជូនខ្លួនត្រឡប់ទៅប្រទេសវិញដែររឺទេ?
☐មិនធ្លាប់ (រំលងទៅសំនួរទី17) ☐ធ្លាប់ (ប្រសិនបើធ្លាប់ឆ្លើយសំនួរទី16)
16. តើអ្នកធ្លាប់ត្រូវបានបញ្ជូនខ្លួនត្រឡប់ទៅប្រទេសវិញចំនួនប៉ុន្មានដង?
☐1ដង ☐2ដង ☐3ដង ☐ច្រើនជាង3ដង

17. តើអ្នកចង់បានលិខិតអនុញ្ញាតិធ្វើការងារដែររឺទេ? ☐មិនចង់ ☐ចង់

ព័ត៌មានទាក់ទងនឹងសុខភាព និងការប្រើប្រាស់សេវាកម្មសុខភាព

18. តើអ្នកមានជំងឺប្រចាំខ្លួនដែររឺទេ? ☐គ្មាន ☐មាន ប្រសិនបើមានសូមប្រាប់ជំងឺ

☐ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ☐ជំងឺលើសឈាម ☐ជំងឺបេះដូង ☐ជំងឺមហារីក

☐ជំងឺសួត/បំពង់ខ្យល់ ☐ជំងឺក្រពះ/ពោះវៀន ☐ជំងឺទាក់ទងនឹងសរសៃឈាម/ទឹករំង

☐ជំងឺសើរស្បែក ☐ឆ្អឹង/សាច់ដុំ/ប្រព័ន្ធប្រសាទ ☐ជំងឺខាងផ្លូវចិត្ត

☐ប្រព័ន្ធអារម្មណ៍បង្គោល ☐ជំងឺខាងផ្លូវភេទ ☐ជំងឺក្រហម និងតំរងនោម (សំនួរទី18 នេះ

គួសបានច្រើនជាង1 ចំណុច)

19. ក្នុងមួយឆ្នាំកន្លងមក (ឆ្នាំ2010) តើអ្នកធ្លាប់ឈឺប៉ុន្មានដង? ☐1ដង ☐2ដង ☐3ដង

☐4ដង ☐5ដង ☐ច្រើនជាង5ដង

20. ក្នុងមួយឆ្នាំកន្លងមក (ឆ្នាំ2010) តើអ្នកធ្លាប់ទៅពិនិត្យជំងឺរឺទេ?

☐មិនធ្លាប់ (រំលងទៅសំនួរទី23) ☐ធ្លាប់ (ប្រសិនបើធ្លាប់ឆ្លើយសំនួរទី21,22)

21. ក្នុងមួយឆ្នាំកន្លងមក (ឆ្នាំ2010) តើអ្នកទៅពិនិត្យជំងឺប៉ុន្មានដង? ☐1ដង ☐2ដង

☐3ដង ☐4ដង ☐5ដង ☐ច្រើនជាង5ដង

22. ក្នុងមួយឆ្នាំកន្លងមក (ឆ្នាំ2010) តើអ្នកធ្លាប់ទៅពិនិត្យជំងឺនៅកន្លែងណាខ្លះ?

☐មន្ទីរពេទ្យស្រុក ☐គ្លីនិកឯកជន ☐មន្ទីរពេទ្យដែលអ្នកធ្វើធានារ៉ាប់រង

☐មន្ទីរពេទ្យផ្សេងៗ (សំនួរទី22 នេះ គួសបានច្រើនជាង1ចំណុច)

23. នៅពេលដែលអ្នកមានជំងឺបន្តិចបន្តួច តើអ្នកថែទាំសុខភាពដូចម្តេចខ្លះ?

☐សំរាក/ព្យាបាលដោយខ្លួនឯង ☐ទិញថ្នាំលេបដោយខ្លួនឯង ☐ទៅមណ្ឌលសុខភាព

☐មន្ទីរពេទ្យស្រុក ☐គ្លីនិកឯកជន ☐មន្ទីរពេទ្យដែលអ្នកធ្វើធានារ៉ាប់រង

☐មន្ទីរពេទ្យផ្សេងៗ (សំនួរទី23 នេះ គួសបានច្រើនជាង1ចំណុច)

24. នៅពេលដែលអ្នកមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ តើអ្នកថែទាំសុខភាពដូចម្តេចខ្លះ?

☐សំរាក/ព្យាបាលដោយខ្លួនឯង ☐ទិញថ្នាំលេបដោយខ្លួនឯង ☐ទៅមណ្ឌលសុខភាព

☐មន្ទីរពេទ្យស្រុក ☐គ្លីនិកឯកជន ☐មន្ទីរពេទ្យដែលអ្នកធ្វើធានារ៉ាប់រង

☐មន្ទីរពេទ្យផ្សេងៗ (សំនួរទី24 នេះ គួសបានច្រើនជាង1ចំណុច)

25. ថ្នាំដែលបានមកពីមន្ទីរពេទ្យ តើអ្នកទទួលទានរហូតដល់អស់ដែររឺទេ?

☐អស់ ☐មិនអស់ (ប្រសិនបើមិនអស់ឆ្លើយសំនួរទី26)

26. តើមានមូលហេតុអ្វីដែលធ្វើអោយអ្នកទទួលទានថ្នាំមិនអស់? ព្រោះ ☐ភ្លេចលេប ☐គិតថាជាសះស្បើយ

☐ទទួលបានថ្នាំច្រើន ☐លេបហើយនៅតែមិនជាសះស្បើយ ☐លេបថ្នាំមិនត្រូវ

27. តើក្នុងមួយឆ្នាំកន្លងមក (ឆ្នាំ2010) អ្នកធ្លាប់សំរាកព្យាបាលជំងឺនៅមន្ទីរពេទ្យរឺទេ?

☐មិនធ្លាប់ (រំលងទៅឆ្លើយសំនួរទី32) ☐ធ្លាប់ (ប្រសិនបើធ្លាប់ ឆ្លើយសំនួរទី28,29,30,31)

28. ប្រសិនបើធ្លាប់ តើអ្នកសំរាកព្យាបាលជំងឺនៅមន្ទីរពេទ្យប៉ុន្មានថ្ងៃ? ចូរបំពេញចំនួនថ្ងៃ ☐1ថ្ងៃ

☐2ថ្ងៃ ☐3ថ្ងៃ ☐4ថ្ងៃ ☐5ថ្ងៃ ☐ច្រើនជាង5ថ្ងៃ

29. ការសំរាកព្យាបាលជំងឺនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យលើកចុងក្រោយនេះ តើអ្នកដឹងរឺទេថា កើតជំងឺអ្វី? ☐មិនដឹង ☐ដឹង
30. តើអ្នកគិតថាការសំរាកព្យាបាលជំងឺនៅមន្ទីរពេទ្យជាសះស្បើយដែររឺទេ? ☐មិនជា ☐ជាសះស្បើយ
31. ក្រោយចេញពីមន្ទីរពេទ្យត្រូវពេទ្យបានណាត់អោយទៅត្រួតពិនិត្យម្តងទៀតដែររឺទេ?
☐មិនបានណាត់ ☐ណាត់រាល់សប្តាហ៍ ☐ណាត់រាល់ខែ
32. តើអ្នកស្គាល់ភ្នាក់ងារសុខាភិបាលសំរាប់ពលករឆ្លងដែនដែររឺទេ?
☐មិនស្គាល់ ☐ស្គាល់
33. តើភ្នាក់ងារសុខាភិបាលសំរាប់ពលករឆ្លងដែនបានជួយណែនាំទាក់ទងទៅនឹងរឿងសុខភាពដែររឺទេ?
 ដូចម្តេចខ្លះ? ☐ណែនាំពីវិធីការការពាររោគ ☐ណែនាំពីការប្រតិបត្តិខ្លួននៅពេលមានជំងឺ
☐នាំទៅមន្ទីរពេទ្យ ☐ទៅសួរសុខទុក្ខនៅពេលមានជំងឺ
☐ណែនាំពីរបៀបប្រើប្រាស់ថ្នាំ ☐ណែនាំអោយទៅត្រួតពិនិត្យតាមការណាត់
☐ផ្សេងៗ ចូរបំពេញ.....(សំនួរទី33 នេះ គួសបានច្រើនជាង1ចំណើយ)
34. តើអ្នកបានទទួលសេវាកម្មផ្តល់ការប្រឹក្សា (VCT) ដើម្បីជួសលាមពិនិត្យមើលមេរោគអេដស៍ដែររឺទេ?
☐មិនបាន(រំលងទៅឆ្លើយសំនួរទី37) ☐បាន (ឆ្លើយសំនួរទី35,36)
35. ប្រសិនបើអ្នកធ្លាប់ តើនរណាជាអ្នកណែនាំ?
☐ភ្នាក់ងារសុខាភិបាលសំរាប់ពលករឆ្លងដែន ☐គិលានុបដ្ឋាយិកា/អ្នកមើលថែអ្នកជំងឺ
36. ក្រោយពីអ្នកបានទទួលនូវការណែនាំ (VCT) ហើយ តើអ្នកយល់ព្រមជួសលាមពិនិត្យមើលមេរោគអេដស៍ដែររឺទេ? ☐មិនព្រម ☐ព្រម
- ការចំណាយក្នុងការព្យាបាលជំងឺ**
37. តើនៅពេលដែលអ្នកឈឺទៅព្យាបាលនៅគ្លីនិកឯកជន អ្នកចំណាយប្រាក់អស់ប៉ុន្មាន?
 ចូរបំពេញចំនួនទឹកប្រាក់បាត
38. តើនៅពេលដែលអ្នកឈឺទៅព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ អ្នកចំណាយប្រាក់អស់ប៉ុន្មាន?
 ចូរបំពេញចំនួនទឹកប្រាក់បាត
39. តើអ្នកចំណាយប្រាក់ថ្លៃព្យាបាលគ្រប់តាមចំនួនដែលមន្ទីរពេទ្យកំណត់ដែររឺទេ? ☐គ្រប់ ☐មិនគ្រប់
40. តើអ្នកចំណាយប្រាក់ក្នុងការធ្វើដំណើរទៅមន្ទីរពេទ្យក្នុងម្តងអស់ប៉ុន្មាន?
 ចូរបំពេញចំនួនទឹកប្រាក់.....បាត
- ចំណេះដឹងទាក់ទងទៅនឹងសិទ្ធិប្រយោជន៍ក្នុងការប្រើប្រាស់ប័ត្រធានារ៉ាប់រងសុខភាព**
41. តើអ្នកមានប័ត្រធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែររឺទេ?
☐គ្មាន (ឆ្លើយសំនួរទី42) ☐មាន (រំលងទៅសំនួរទី43,44)
42. ប្រសិនបើគ្មានប័ត្រធានារ៉ាប់រងសុខភាព តើអ្នកចង់មានដែររឺទេ? ☐មិនចង់ ☐ចង់
43. ប្រសិនបើមាន តើជាប័ត្រធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់មន្ទីរពេទ្យណា?
 ចូរបំពេញឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ.....
44. ប្រសិនបើមាន តើនរណាជាអ្នកទិញអោយ?
☐ខ្លួនឯង(ឆ្លើយសំនួរទី45) ☐ក្រុមហ៊ុន/ថៅកែ (រំលងទៅឆ្លើយសំនួរទី46)

45. ប្រសិនបើទិញដោយខ្លួនឯង តើអ្នកទិញដោយរបៀបណា?
☐ប្រាក់ខ្លួនឯង ☐ចងការប្រាក់/ខ្ចីគេ
46. ប្រសិនបើនៅកែចំណាយអោយ តើមានការកាត់ប្រាក់ខែតាមក្រោយដែររឺទេ? ☐កាត់ ☐មិនកាត់
47. តើអ្នកគិតថាប្រាក់ដែលចំណាយដើម្បីធានារ៉ាប់រងសុខភាព មានតំលៃសមរម្យទៅនឹងការព្យាបាលជំងឺដែររឺទេ? ☐មិនសមរម្យ ☐សមរម្យ
48. តើអ្នកដឹងរឺទេថា ការដែលមានប័ត្រធានារ៉ាប់រងសុខភាពអ្នកនឹងទទួលបាននូវការរក្សាព្យាបាលជំងឺតាមសិទ្ធិនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យដែលអ្នកបានធ្វើធានារ៉ាប់រងសុខភាព? ☐មិនដឹង ☐ដឹង
49. តើអ្នកដឹងរឺទេថា កាលដែលមានប័ត្រធានារ៉ាប់រងសុខភាពអ្នកនឹងទទួលបានសិទ្ធិដើម្បីត្រួតពិនិត្យជំងឺមុននឹងធ្វើការព្យាបាល? ☐មិនដឹង ☐ដឹង
50. តើអ្នកដឹងរឺទេថា កាលដែលមានប័ត្រធានារ៉ាប់រងសុខភាពពេលមានគ្រោះថ្នាក់ជាបន្ទាន់/ឧប្បត្តិហេតុអ្នកអាចប្រើប្រាស់សេវាកម្មរបស់មន្ទីរពេទ្យបាន? ☐មិនដឹង ☐ដឹង
51. តើអ្នកមានបញ្ហា ឬ ឧបសគ្គនៃការប្រើប្រាស់សេវាកម្មក្នុងមន្ទីរពេទ្យដែររឺទេ? ☐គ្មាន ☐មាន
52. តើអ្នកមានសំណូមពរអោយមន្ទីរពេទ្យដែលអ្នកធ្វើប័ត្រធានារ៉ាប់រងសុខភាពមានការកែប្រែ ឬ ផ្លាស់ប្តូរសេវាកម្មដែររឺទេ? ☐គ្មាន ☐មាន ចូរបំពេញ.....
53. តើអ្នកត្រូវការសិទ្ធិក្នុងការរក្សាព្យាបាលបែបណា?
☐ធានារ៉ាប់រងសុខភាពសំរាប់ពលករឆ្លងដែន ☐ធានារ៉ាប់រងសង្គម

ឈ្មោះអ្នកសម្ភាសន៍ លោក /លោកស្រី/កញ្ញា.....
 ប្រមូលព័ត៌មានពីសហគមន៍.....ក្រុមទី.....ឃុំ.....ស្រុក.....
 ហត្ថលេខា.....មានតួនាទីជាអ្នកបកប្រែ

Remark: Modified from Health Seeking Behavior and Health System response Model Susanna Hausmann-Muela, Muela Riber. And Isaac Myamongo, August 2003.

បកប្រែដោយ កញ្ញា ឃឹម សុខលីដា
 និសិទ្ធផ្តាំទី ៤ សាខាសុខសិក្សា
 ផ្នែក សុខភាពសាធារណៈ មហាវិទ្យាល័យ បូរាណ

12. ในปีที่ผ่านมา(พ.ศ.2553) ท่านย้ายงานมาแล้วกี่ครั้ง ๑ ครั้ง

(๒๐๐) ๑ ครั้ง ๒ ครั้ง ๓ ครั้ง ๔ ครั้ง ๕ ครั้ง ๖ ครั้ง ๗ ครั้ง ๘ ครั้ง ๙ ครั้ง ๑๐ ครั้ง

☐ ไม่เคยย้าย (ไปตอบข้อ 14) ☐ ๑ ครั้ง ๒ ครั้ง ๓ ครั้ง ๔ ครั้ง ๕ ครั้ง ๖ ครั้ง ๗ ครั้ง ๘ ครั้ง ๙ ครั้ง ๑๐ ครั้ง

☐ ย้าย 3 ครั้ง ☐ ย้ายมากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป (ไปตอบข้อ 13) (๑ ครั้ง ๒ ครั้ง ๓ ครั้ง ๔ ครั้ง ๕ ครั้ง ๖ ครั้ง ๗ ครั้ง ๘ ครั้ง ๙ ครั้ง ๑๐ ครั้ง)

13. สาเหตุที่ท่านย้ายงานบ่อยๆเพราะ ☐ องค์กรมีปัญหา ☐ นายจ้างเอาเปรียบ ☐ งานหนักมาก ☐ องค์กรมีปัญหา

☐ เงินเดือนน้อย ☐ นายจ้างเอาเปรียบ ☐ งานหนักมาก ☐ องค์กรมีปัญหา

14. ท่านได้รับค่าจ้างเดือนละเท่าไร ๑๐,๐๐๐ บาท

ระบุจำนวนเงิน ๑๐,๐๐๐ บาท

15. ท่านเคยถูกส่งตัวกลับไปประเทศตนเองหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย

☐ ไม่เคย (ไปตอบข้อ 17) ☐ เคย (ถ้าเคยไปตอบข้อ 16) ๑ ครั้ง (๑ ครั้ง ๒ ครั้ง ๓ ครั้ง ๔ ครั้ง ๕ ครั้ง ๖ ครั้ง ๗ ครั้ง ๘ ครั้ง ๙ ครั้ง ๑๐ ครั้ง)

16. ถ้าเคยถูกส่งตัวกลับไป จำนวนครั้งที่เคยถูกส่งตัวกลับ ๑ ครั้ง

☐ 1 ครั้ง ☐ 2 ครั้ง ☐ 3 ครั้ง ☐ มากกว่า 3 ครั้ง

17. ท่านอยากได้ใบอนุญาตทำงานหรือไม่ ☐ ไม่อยาก ☐ อยาก

☐ ไม่อยาก ☐ อยาก

ข้อมูลด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการ ๑ ครั้ง

๑ ครั้ง

18. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่? ☐ ไม่มี ☐ มี

☐ ไม่มี ☐ มี ถ้ามีระบุโรค โรคเบาหวาน ☐ เบาหวาน ☐ ความดันโลหิตสูง ☐ โรคหัวใจ

☐ โรคหัวใจ ☐ มะเร็ง ☐ โรคไต ☐ โรคกระดูก ☐ โรคประสาท ☐ โรคอ้วน ☐ โรคเบาหวาน ☐ โรคหัวใจ ☐ โรคอ้วน ☐ โรคหัวใจ ☐ โรคอ้วน

☐ โรคระบบเลือด/น้ำเหลือง ☐ โรคผิวหนัง ☐ โรคหัวใจ ☐ โรคอ้วน

☐ กระดูก/กล้ามเนื้อ/ประสาท ☐ โรคหัวใจ ☐ โรคอ้วน ☐ โรคหัวใจ ☐ โรคอ้วน

☐ ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ ☐ โรคหัวใจ ☐ โรคอ้วน

☐ โรคเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ☐ โรคหัวใจ ☐ โรคอ้วน ☐ โรคหัวใจ ☐ โรคอ้วน

๑ ครั้ง (๑ ครั้ง ๒ ครั้ง ๓ ครั้ง ๔ ครั้ง ๕ ครั้ง ๖ ครั้ง ๗ ครั้ง ๘ ครั้ง ๙ ครั้ง ๑๐ ครั้ง)

19. ในรอบปีที่ผ่านมา(2553)ท่านป่วยกี่ครั้ง? ๑ ครั้ง

☐ 1 ครั้ง ☐ 2 ครั้ง ☐ 3 ครั้ง ☐ 4 ครั้ง ☐ 5 ครั้ง

☐ มากกว่า 5 ครั้งขึ้นไป

20. ในรอบปีที่ผ่านมา(2553)ท่านเคยไปตรวจโรค(OPD)แบบผู้ป่วยนอกบ้างหรือไม่?

๑ ครั้ง (๑ ครั้ง ๒ ครั้ง ๓ ครั้ง ๔ ครั้ง ๕ ครั้ง ๖ ครั้ง ๗ ครั้ง ๘ ครั้ง ๙ ครั้ง ๑๐ ครั้ง)

☐ ไม่เคย ☐ เคย (ถ้าเคยไปตอบข้อ 21,22) (๑ ครั้ง ๒ ครั้ง ๓ ครั้ง ๔ ครั้ง ๕ ครั้ง ๖ ครั้ง ๗ ครั้ง ๘ ครั้ง ๙ ครั้ง ๑๐ ครั้ง)

๑ ครั้ง

☐ 1 ครั้ง ☒ 2 ครั้ง ☐ 3 ครั้ง ☐ 4 ครั้ง ☐ 5 ครั้ง

22. ငါ့အဖေက ဘယ်အခါမှာတော့ ဘာလို့ ချုပ်နှောင်ခံရတာလဲ။

ပုဂ္ဂလိကဆေးပေးခန်း

(ข้อ 22 ตอบได้หลายคำตอบ) (พระอริ: ๗๗ วรรณกรรมพระไตรปิฎก)

သင်အာနုညးဝယ်ဗျားနာတြ်သညာအချိန်၌မိမိကိုယ်ကိုမညာသို.

☐ နှစ်ဖက်က ချစ်ခင်ရင်းနှီးမှုကို ဆက်လက်ထိန်းသိမ်းဆောင်ရွက်မည်။ ☐ နှစ်ဖက်က ချစ်ခင်ရင်းနှီးမှုကို ဆက်လက်ထိန်းသိမ်းဆောင်ရွက်မည်။

☐ ไปตรวจที่คลินิกเอกชน ดูด้วยตัวเองหรือไม่: ☐ ไปโรงพยาบาลที่ประกันสุขภาพไว้

☐ ไปโรงพยาบาลอื่นๆ ขอตรวจประเมินเร่งด่วน (ข้อ 23 ตอบได้หลายคำตอบ) (หมายเหตุ: กรุณาแนบเอกสารที่เกี่ยวข้อง)

သင်အသင်းအသန်ဗျားနာမှုဖြစ်သည်အချိန်၌မိမိကိုယ်ကိုမည်သို့ကြည့်ရှု စောင့်ရှောက်ပါသနည်း ☐ ဝေဖန်ပြောဆိုရန်

☐ နှိပ်စက်ခံရသူတို့၏ အသံကို ဖြန့်ချိပေးရန် အားပေးပါ။ ☐ နှိပ်စက်ခံရသူတို့၏ အသံကို ဖြန့်ချိပေးရန် အားပေးပါ။

☐ ไปตรวจที่คลินิกเอกชน ดูด้วยนะจ๊ะจ๊ะ: ☐ ไปโรงพยาบาลที่ประกันสุขภาพไว้

☐ ไปโรงพยาบาลอื่นๆ จะฉีควิธีไหนบ้าง (ข้อ 24 ตอบได้หลายคำตอบ) (ระบุ: ๒๙ ๐๐๐๐๐๐๐๐๐๐๐๐๐๐)

☐ **ဟမဒ** **ကုဉ်သညဉ်** ☐ **မံမဟမဒ** (ဣာ်မံမဟမဒပုတပုဆံ 26) **မကုဉ်သညဉ်** (မေးဣာ်: ၂၆ **မကုဉ်သညဉ်**)

☐ ลืมกิน ☐ คิดว่าโรคนหายแล้ว ☐ ได้ยามากเกินไป

27. ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านเคยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล(IPD)หรือไม่? **ငွေ့ဒိုလ်**

အစီရိခန်းတင်ပြသူ: ☐ မှန်ကန်သည် (အမှတ်အသား 32) အစီရိခန်း (မေးခွန်း ၃၂ ကျေခံပြီးဖြစ်သည်)

28.ถ้าเคยนอนโรงพยาบาล ท่านนอนที่โรงพยาบาลกี่วัน? ระบุจำนวนที่นอน

သင်ဆေးခွဲ၍ ခြိမ်းခြောက်ကာ သယ်နှံ့ရက်ညှစ်ပိခဲ့ပါသလဲ ခြိမ်းခြောက်ရက်ပေါင်း ☐ ၁ ရက် ☐ ၂ ရက်

☐ 3 วัน ၃ ရက် ☐ 4 วัน ၄ ရက် ☐ 5 วัน ၅ ရက် ☐ มากกว่า 5 วัน ၅ ရက်အထက်

29. การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลในครั้งนี้อย่างไรหรือไม่ว่าป่วยเป็นโรคอะไร?

သင့်အတွင်းလူနာအဖြစ်ဆေးရုံ ဦးစီးဌာနသို့ ခြေသင့်ရောဂါကြောင့်ဝိဇ္ဇာရုံသို့ သင့်ဝိဇ္ဇာသို့ ☐ မကြာဘဲ ဝိဇ္ဇာ
☐ ကြာဘဲ ဝိဇ္ဇာ

30. ท่านคิดว่าโรงพยาบาลรักษาโรคหายหรือไม่? သင့်ရောဂါကိုဆေးရုံ ဦးစီးဌာနသို့လူနာအဖြစ်သို့

☐ မဟုတ်ဘဲ ဝိဇ္ဇာ ☐ ဟု ဆိုကြား

31. หลังจากออกจากโรงพยาบาล แพทย์ได้นัดหมายให้ไปตรวจโรคอีกหรือไม่

သင့်ဆေးရုံမှဆေးစီးရက် ဆေးရုံ ရောဂါဝိဇ္ဇာဆေးစီးရက် ချိတ်ရက်ပေးပါသေးသေး

☐ မရှိပါ ☐ နှစ်ကို ပြန်လည်စစ်ဆေးရန် ဝိဇ္ဇာချိတ်ရက်သို့

☐ နှစ်ကို ပြန်လည်စစ်ဆေးရန် ဝိဇ္ဇာချိတ်ရက်သို့

32. ท่านรู้จักพนักงานสาธารณสุขต่างด้าว (พสด./อสต.) หรือไม่?

သင့်နိုင်ငံခြားကျန်းမာရေးလုပ်သား/ဆေးရုံလုပ်သားကိုသိပါသေးသေး

☐ မရှိပါ ☐ ရှိပါသည်

33. พนักงานสาธารณสุขต่างด้าว (พสด./อสต.) มีส่วนช่วยเหลือสนับสนุนด้านสุขภาพแก่ท่านหรือไม่อย่างไร?

နိုင်ငံခြားကျန်းမာရေးလုပ်သား/ဆေးရုံလုပ်သားမှသင့်အတွက်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာများသိရှိမှုကို

☐ အထောက်အကူပြုပေးခြင်း ☐ အထောက်အကူပြုပေးခြင်းမရှိပါ

များစွာချိတ်ဆက်မှုကိုဆောင်ရွက်မှု အကြောင်း ☐ အထောက်အကူပြုပေးခြင်း ☐ မရှိပါ ☐ မရှိပါ

☐ အထောက်အကူပြုပေးခြင်း ☐ အထောက်အကူပြုပေးခြင်းမရှိပါ

☐ အခြားအရာ အကြောင်း ဖော်ပြပါ.....(ခွဲ 33 ကို ဖတ်ပါ) (မှတ်စု: ၃၃ ကုသမှုအကြောင်း)

34. ท่านได้รับการให้คำปรึกษา (VCT) เพื่อเจาะเลือดตรวจเชื้อเอดส์หรือไม่? သင့်သို့ အစစ်ဆေးရန်

သွေးဗေဒဆိုင်ရာ (VCT) နှစ်သိမ်းဆွဲဆောင်ရွက်ပါသေးသေး ☐ မရှိပါ (ခွဲ 33 ကို ဖတ်ပါ) (မှတ်စု: ၃၃ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ)

☐ ရှိပါသည် (ခွဲ 33 ကို ဖတ်ပါ) (မှတ်စု: ၃၃-၃၆- ဆေးစစ်ဆေးခြင်း)

35. ถ้าท่านเคยได้รับคำปรึกษา (เพื่อเจาะเลือดตรวจเชื้อเอดส์) ท่านได้รับจากใคร? သင့်သို့ အစစ်ဆေးရန်

သွေးဗေဒဆိုင်ရာ သိရှိမှု အထောက်အကူပြုပါသေးသေး

☐ အထောက်အကူပြုပါသည် (พสด./อสต.) နိုင်ငံခြားကျန်းမာရေးလုပ်သား/ဆေးရုံလုပ်သား ☐ အထောက်အကူပြုပါသည်

36. หลังจากที่ท่านได้รับคำปรึกษา (VCT) แล้ว ท่านยินยอมเจาะเลือดตรวจเชื้อเอดส์หรือไม่

သင့် (VCT) နှစ်သိမ်းဆွဲဆောင်ရွက်ပါသေးသေး ☐ အစစ်ဆေးရန် သွေးဗေဒဆိုင်ရာလုပ်သား

☐ မရှိပါ ☐ ရှိပါသည်

การค่าใช้จ่ายในการรักษา การตรวจคัดกรอง HIV

37. เมื่อท่านป่วยไปรับบริการที่คลินิกเอกชน ท่านจ่ายเงินไปเท่าไร? ระบุจำนวนเงิน

သင့်များစွာမြင့်သည့်အချိန်တွင်ဆေးစစ်ဆေးရန်ရောဂါ သွေးဗေဒဆိုင်ရာ ခြေသင့်ရောဂါ

သွေးဗေဒဆိုင်ရာကိုဖော်ပြပါ.....บาท

သင်ဗျားနာမည်ပြန်သည့်ခရစ်ဆေးရုံ၌ရောဂါသွားကုသရာတွင်မည့်မျှ ကုန်ကျပါသလဲ ငွေသားကိုဖော်ပြပါ

၁။ သတ်

40. តើ បង ចាយ ប្រាក់ ជា ប្រភេទ ណា មួយ ទៅ ក្នុង ការ ទិញ ទំនិញ ឬ បេសកកម្ម ណា មួយ ដើម្បី ទទួល បាន ផល ប្រយោជន៍ អ្វី មួយ ពី ការ ទិញ ទំនិញ ឬ បេសកកម្ម ទាំង នោះ ហើយ តើ បង ចង់ ទទួល បាន ផល ប្រយោជន៍ អ្វី មួយ ពី ការ ទិញ ទំនិញ ឬ បេសកកម្ម ទាំង នោះ ឬ ទេ?

☐ မရှိ (အဘို့အ ၄၂) ခုရှိ (အဘို့အ ၄၂) ☐ မရှိ (အဘို့အ ၄၃, ၄၄) ခုရှိ (အဘို့အ ၄၃, ၄၄)

43. តើ វា ជា ប័ណ្ណ ប្រកាស ពី គុណ ភាព របស់ អ្នក ឬ ទេ? អ្នក ចង់ បាន ប្រាក់ ប្រចាំ ថ្ងៃ ឬ ទេ?
អ្នក ចង់ បាន ប្រាក់ ប្រចាំ ថ្ងៃ ឬ ទេ? អ្នក ចង់ បាន ប្រាក់ ប្រចាំ ថ្ងៃ ឬ ទេ?

☐ ไม่ทราบ ☐ ทราบ

50. ท่านทราบหรือไม่ว่า การมีบัตรประกันสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน / อุบัติเหตุ ท่านสามารถใช้บริการที่โรงพยาบาล

ကျန်းမာရေးအာမခံကုသခြင်းသည်

မဝတ်တလတ်ခိုက်ခဏာ/အရေးပေါ်ဖြစ်ပေါ်လျှင်အပေါ်ကုသခံစားခွင့်ရှိသည်ကိုသိပါသလား

☐ မှတ်ရပါသည် ☐ မှတ်မရပါ

51. ท่านมีปัญหาอุปสรรคในการใช้บริการที่โรงพยาบาล หรือไม่?

သင့်သည် ဆေးရုံခွဲရောင်းခွဲဝေးသည်/အခက်အခဲရှိသည်ကိုသိပါသလား

☐ မရှိပါ ☐ ရှိသည်

52. ท่านมีข้อเสนอให้โรงพยาบาลที่ท่านไปรับบริการปรับปรุง / พัฒนาบริการหรือไม่?

သင့်၏ဆေးရုံသို့လုပ်ငန်းသည်ဆေးရုံအတွက်ဆေးရုံပြင်/ဝန်ဆောင်မှုများတိုးတက် ကောင်းမွန်စေရန် အကြံပြုချက်များရှိပါသလား

☐ မရှိပါ ☐ ရှိသည် ရေးပါ.....

53. ท่านต้องการมีสิทธิรักษาพยาบาลแบบใด? သင့်လိုက်နာသည့် ကျန်းမာရေးအာမခံကုသခြင်းကိုသိပါသလား

☐ ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ကျန်းမာရေးအာမခံကုသခြင်း ၃၀ ဘွတ်

☐ ประกันสังคม ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးအာမခံကုသခြင်း

ชื่อผู้เก็บข้อมูลการสัมภาษณ์ : ကော်ကွန်ပျူတာစနစ်မှန်သောအတိုင်း

นาย :/นาง/นางสาว/.....

เก็บข้อมูลทั้งหมด : ကော်ကွန်ပျူတာစနစ်မှန်သောအတိုင်း မှတ်တမ်း/.....

အမှတ် :
.....

လက်မှတ် :
.....

หมายเหตุ : modified from Health Seeking Behavior and Health System response Model

Susanna Hausmann-Muela, Muela Riber. and Isaac Nyamongo, August 2003.

ประเด็นการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารและการประชุมกลุ่มผู้ให้บริการ
โครงการ “ศึกษาพฤติกรรมและการใช้บริการสุขภาพของ
แรงงานข้ามชาติ”

จังหวัดสมุทรสาคร และ ระยอง

1. ความแออัดของสถานที่ ในการให้บริการแก่กลุ่มแรงงานข้ามชาติของโรงพยาบาลต่างๆ
2. การสื่อสารกับกลุ่มแรงงานข้ามชาติในการให้บริการ เช่น การให้คำแนะนำ การปฏิบัติตนในขณะเจ็บป่วย การให้คำปรึกษา และความต้องการใช้ยาม ฯลฯ
3. การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันแก่กลุ่มแรงงานข้ามชาติ บริการตั้งรับและบริการเชิงรุกในชุมชน สำหรับกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพและกลุ่มไม่มีบัตร
4. การประสานการส่งต่อผู้ป่วยแรงงานข้ามชาติ เพื่อการรับบริการที่เหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วย
5. ความพอเพียงของงบประมาณ เหมาะจ่ายรายหัวสำหรับกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ที่มีบัตรประกันสุขภาพและสิทธิประโยชน์
6. บทบาทของพนักงานสาธารณสุขต่างด้าว ในสถานบริการและในชุมชน สามารถช่วยลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการได้หรือไม่? บทบาทที่ พสต.ในการช่วยให้บริการและความไว้วางใจของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ
7. ถ้าสามารถเลือกผู้ป่วยที่มีหลักประกันสุขภาพ ทั้ง 3 ระบบ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีสวัสดิการข้าราชการ ผู้ป่วยที่มีสิทธิบัตรทอง(UC) ผู้ป่วยที่มีสิทธิประกันสังคม ท่านผู้บริหาร/ ผู้ให้บริการ จะเลือกให้บริการผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพใดมากที่สุด สามารถแสดงความเห็นได้โดยอิสระ และเลือกแบบมีเหตุผล และไม่เป็นการระด้านค่าใช้จ่ายมากนัก หรือไม่ทำให้โรงพยาบาลขาดทุน
8. ความคิดเห็นต่อการอยู่กันอย่างหนาแน่น จนเกิดเป็นชุมชนเฉพาะของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ และการเป็นผู้ประกอบการแรงงานต่างด้าวเอง มีผลต่อควบคุมดูแลรักษาสิ่งแวดล้อมและการควบคุมป้องกันโรค เมื่อมีโรคระบาดเกิดขึ้น ท่านมีข้อเสนอแนะอย่างไร ?
9. หากให้ท่านเลือกให้กลุ่มแรงงานข้ามชาติ เข้าสู่ระบบการประกันสังคม ระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวของกระทรวงสาธารณสุข หรือประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง 30 บาท) มาใช้สำหรับกับกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ท่านจะเลือกระบบประกันสุขภาพระบบใด มีเหตุผลอะไรในการเลือก และหากถูกบังคับให้ใช้ระบบใดระบบหนึ่ง ท่านจะมีข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบประกันแต่ละระบบอย่างไรบ้าง?

10. จะมีการดำเนินการอย่างไรบ้าง? หากจังหวัดของท่านมีกำไร หรือขาดทุน จากการให้บริการกลุ่มแรงงานข้ามชาติทั้งมีบัตรประกันสุขภาพ และกลุ่มไม่มีบัตรที่อาจเก็บเงินไม่ได้ ท่านมีข้อเสนอแนะในการดำเนินการอย่างไร?
11. จากการทบทวนวรรณกรรม ในการจัดสรรเงินภายในจังหวัด จากการประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ พบว่าจังหวัดที่มีการรวมศูนย์การเงินไว้ จะมีผลงานการส่งเสริม/ ป้องกันโรคไม่ติดนัก ส่วนจังหวัดที่มีการกระจายและจัดสรรเงินไปยังโรงพยาบาลต่างๆ มักมีผลงานการส่งเสริมสุขภาพ / ป้องกันโรคดีกว่านั้น ท่านเห็นด้วยหรือไม่ ? และท่านมีข้อเสนอในการบริหารจัดการการเงินอย่างไรบ้าง ?

บรรณานุกรม

1. สุรพงษ์ กองจันทึก. การแก้ไขปัญหาแรงงานข้ามชาติควรเป็นอย่างไร. คณะอนุกรรมการสิทธิมนุษยชนด้านชนชาติ ผู้ไร้สัญชาติ แรงงานข้ามชาติและผู้พลัดถิ่นสภาพนาความ. (ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก <http://www.statelessperson.com/www/?q=node/3019>.
2. สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว. กรมจัดหางาน. สรุปข้อมูลคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงาน เดือนธันวาคม 2553(ออนไลน์)เข้าถึงได้จาก <http://wp.doe.go.th/site/default/files/statistic/9/se12-53.pdf>.
3. ชีรวัฒน์ นิเจนตร,อดุลย์ รัตโต.ผลกระทบด้านสาธารณสุขจากแรงงานต่างด้าวในจังหวัดภูเก็ต.วารสารการพัฒนาท้องถิ่นปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มิถุนายน-กันยายน 2551.
4. อุไรวรรณ ต้นทอริยะ.สภาวะสุขภาพของแรงงานต่างชาติที่เข้ามาประกอบอาชีพในจังหวัดพังงา.สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก <http://203.157.3.237/research/show.php?id=000285>.
5. จันทร์ฉาย ตระกูลดี. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของแรงงานหญิงจากพม่าในจังหวัดราชบุรี.สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. กระทรวงสาธารณสุข.(ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก <http://203.157.3.250>.
6. สมพงษ์ สระแก้ว.แนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพแรงงานต่างด้าวในจังหวัดสมุทรสาคร. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพัฒนาชุมชนมหาบัณฑิต. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.2544.
7. SamritSithamrongsawat,RatanapornWisessangand,SarinthornRatjaroenkhajorn.2009Financing Healthcare for Migrants: A case study from Thailand.
8. บุศยรัตน์ กาญจนดิษฐ์.ยุทธศาสตร์การอยู่รอดของแรงงานข้ามชาติจากประเทศพม่า. กรณีศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร.วิทยานิพนธ์หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาชนบท.มหาวิทยาลัยมหิดล 2550.

9. สุทัศน์ กองขุนทด. สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. ปัญหาการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพอนามัย และการบริการทางสาธารณสุข.อ้างถึงใน คณะอนุกรรมการสิทธิมนุษยชนด้านชนชาติ ผู้ไร้สัญชาติ แรงงานข้ามชาติและผู้พลัดถิ่น สภานายความ (ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก <http://www.statelessperson.com/www/?q=node/6706>.
10. คณะวิจัยประเทศไทย.ปัญหาการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ อนามัย และการบริการทางสาธารณสุข.(อุปสรรคจากแรงงานข้ามชาติและครอบครัว) เอกสารงานวิจัยของเครือข่ายการย้ายถิ่นในลุ่มน้ำโขง พ.ศ. 2552. อ้างถึงใน คณะอนุกรรมการสิทธิมนุษยชนด้านชนชาติ ผู้ไร้สัญชาติ แรงงานข้ามชาติและผู้พลัดถิ่น สภานายความ. (ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก <http://www.statelessperson.com/www/?q=node/6706>.
11. ศรีนยา พงศ์พันธุ์, สหภาพ พูลเกษตร, นิพนธ์ แสนโคตร,เจวตรสร นามวาท,ธนรักษ์ ผลิพัฒน์. สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย.2552.Situation of HIV Infection, Thailand, 2009. สำนักกระบาดวิทยา. กรมควบคุมโรค. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ ปีที่ 41 ฉบับที่ 29 : 30 กรกฎาคม 2553.
- 12.แนวทางการดำเนินงาน การให้บริการด้านไวรัสเอดส์สำหรับผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์. ภายใต้การสนับสนุนจากกองทุนโลก ด้านการดูแลรักษาปีที่ 4 (NAPHA Program Extension ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก http://piphat.thaihp.org/index.php?option=other_detail&lang=th&id=15&sub=21.
- 13.สถานการณ์การดำเนินการของโรงพยาบาล เพื่อการเข้าถึงสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพ.“ทางเลือก”สำหรับคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ.อ้างถึงใน จุฑามาศ สุกใส. คำนวนจากข้อมูลของฝ่ายทะเบียนและข้อมูลสารสนเทศ. กลุ่มพัฒนาระบบควบคุมการดำเนินงานของคนต่างด้าว. สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว. กระทรวงแรงงาน. 2550-2551.
- 14.จุฑามาศ สุกใส. สาธารณสุขจับมือภาครัฐ-องค์กรเอกชนระหว่างประเทศ พัฒนาระบบบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวทั้งระบบ.อ้างถึงใน สถานการณ์การดำเนินการของโรงพยาบาล เพื่อการเข้าถึงสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพ “ทางเลือก”สำหรับคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ.8 กรกฎาคม 2551.

15. สำนักงานสารสนเทศและประชาสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข. ข่าวเพื่อสื่อมวลชน. สธ. เดือนนายจ้างรับต่างด้าวทำงาน ต้องส่งตรวจสุขภาพก่อน ป้อนกัน 3 โรคติดต่อร้ายแรง. 2552. (ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก http://www.moph.go.th/ops/iprg/iprgnew/include/admin/hotnew/show_php?idHotnew=2191.
16. เครือข่ายปฏิบัติการเพื่อแรงงานข้ามชาติ. เครือข่ายองค์กรด้านประชากรข้ามชาติ และคณะกรรมการสมานฉันท์แรงงานไทย. นโยบาย ยุทธศาสตร์ และมาตรการในการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติอย่างยั่งยืน. เอกสารวิชาการ จัดทำขึ้นเพื่อใช้ประกอบการสัมมนาเชิงวิชาการ เรื่อง "วิกฤติแรงงานข้ามชาติ : ปัญหาและทางออก " วันอังคารที่ 12 พฤษภาคม 2552. ณ ห้องประชุมคณะกรรมการสิทธิมนุษยชน หมายเลข 213-216 ชั้น 2 อาคารรัฐสภา 2 จัดโดยคณะกรรมการต่างประเทศ สภาผู้แทนราษฎร.
17. สานนท์ สังข์พานิช. ข้อมูลการมารับบริการของแรงงานต่างด้าว ที่โรงพยาบาลเกล่ง จังหวัดระยอง. วารสารสาธารณสุข. ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 เม.ย.-มิ.ย. (ฉบับเสริม 5) 2551.
18. คณะอนุกรรมการสิทธิมนุษยชนด้านชนชาติ ผู้ไร้สัญชาติแรงงานข้ามชาติและผู้พลัดถิ่น สภานายความ. สิทธิสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ. (ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก <http://www.statelessperson.com/www/?q=node/6732>.
19. สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว. จำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตให้ทำงานคงเหลือทั่วราชอาณาจักร ณ เดือนธันวาคม 2554. กรมจัดหางาน, กระทรวงแรงงาน. (ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก <http://wp.doe.go.th/node/198>.
20. สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว. จำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตให้ทำงานคงเหลือทั่วราชอาณาจักร. กรมจัดหางาน, กระทรวงแรงงาน. ณ เดือนธันวาคม 2553. (ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก <http://wp.doe.go.th/node/198>.
21. หทัยรัตน์ เสียงดัง, เบญจมาศ รอดภัย. กรณีศึกษา จังหวัดสมุทรสาครและสมุทรปราการ. ในกฤตยา อาชวนิจกุล บรรณาธิการและคณะ. รัฐไทยกับการปรับเปลี่ยนนโยบายเอคส์และอนามัยเจริญพันธุ์ ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ. โรงพิมพ์ นครปฐม; สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550. หน้า 171-216.

22. กฤตยา อาชวนิจกุล, พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร. คำถามและข้อท้าทายต่อนโยบาย
รัฐไทยในมิติสุขภาวะและแรงงานข้ามชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 1 นครปฐม; สถาบันวิจัยประชากร
และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. พิมพ์ที่บริษัทเอ็ดิสัน เพรส โปรดักส์ จำกัด. 2548.
23. สมพงศ์ สระแก้ว.เอกสารบทความถึงวิเคราะห์ วิพากษ์ เรื่อง แรงงานข้ามชาติ : ความ
เสมอภาค และการเข้าถึงบริการสุขภาพ.(ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก
<http://www./124.120.180.148>. 2551.
24. สมพงศ์ สระแก้ว.บทความเรื่อง สุขภาพแรงงานข้ามชาติ และที่พึ่งสุดท้าย. “หมอดำแย”
หนังสือพิมพ์มติชน. ฉบับวันที่ 23 สิงหาคม 2552.
25. อติเรก เร่งมานะวงษ์และคณะ.ภาวะสุขภาพและการเข้าถึงระบบสุขภาพของแรงงานข้าม
ชาติในภาคการผลิตและบริการ.กรณีศึกษาตำบลแห่งหนึ่งในภาคอีสาน. คณะ
มนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.2552.
26. กฤตยา อาชวนิจกุล. มาตรการอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว. ใน กฤตยา
อาชวนิจกุล บรรณาธิการและคณะ. รัฐไทยกับการปรับเปลี่ยนนโยบายเอชดีและอนามัย
เจริญพันธุ์ ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ หน้า โรงพิมพ์ นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและ
สังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550. หน้า 39-40.
27. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ปัญหาโรคติดต่อ
ใหม่อุบัติซ้ำในประเทศไทย:รัฐต้องเร่งดำเนินยุทธศาสตร์เตรียม เพื่อความพร้อมในการ
ควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคอย่างเร่งด่วน.สาระสุขภาพ.(health fact sheet)ปีที่ 4
ฉบับที่ 5.1-5 พฤศจิกายน 2553 หน้า 1.
28. อภิชาติ จำรัสฤทธิ์รักษ์,วาทีณี บุญชะลิกย์. การวิจัยประเมินผลกระทบ โครงการส่งเสริม
การป้องกันเอชดีในแรงงานข้ามชาติ ประเทศไทย(โครงการฟ้ามิตร) สถาบันวิจัย
ประชากรและสังคม. มหาวิทยาลัยมหิดล.2551.

29. Chanta vanich, S. "Factors Affecting Thailand Immigration Policies during 1992-2004". Paper presented at the 2007. Conference on International Migration, Multi-local Livelihoods and Human Security: Perspectives from Europe, Asia and Africa, Institute of Social Studies, 29-30 August, the Hague.
30. Chanvit Tharathep. "Improving Access to Health Service of Migrants in Thailand." UNDP regional Dialogue report on the Health Challenges for the Asian Labor migrants 13-14 July 2010 Bangkok. (ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก <http://regionalcentrebangkok.undp.or.th/practices/hiv aids/documents/Session2.pdf>, <http://www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/events/docs/health/S2-2-Improving-Access-of-Migrants-to-Health-Services-in-Thailand.pdf>
31. คณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าว. รายงานการประชุมครั้งที่ 1 สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว. กรมจัดหางาน กระทรวงแรงงาน. 2548.
32. คณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าว. รายงานการประชุมครั้งที่ 1 สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว. กรมจัดหางาน กระทรวงแรงงาน. 2549.
33. คณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าว. รายงานการประชุมครั้งที่ 1 สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว. กรมจัดหางาน กระทรวงแรงงาน. 2550.
34. คณะอนุกรรมการสิทธิมนุษยชน. ด้านชนชาติ ผู้ไร้สัญชาติ แรงงานข้ามชาติและผู้พลัดถิ่น สถานายความ. การขึ้นทะเบียนแรงงานข้ามชาติปี 2552 และการพิสูจน์สัญชาติ. (ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก <http://www.statelessperson.com/www/?q=node/6717>.
35. สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว. ขั้นตอนการดำเนินการพิสูจน์สัญชาติแรงงานต่างด้าว สัญชาติกัมพูชา พม่า และลาว. กรมจัดหางาน, กระทรวงแรงงาน. 2552. (ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก <http://wp.doe.go.th/step-verify>.
36. สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว. กรมจัดหางาน. กระทรวงแรงงาน. เอกสารแนบ การจ้างคนต่างด้าวเข้ามาทำงานในประเทศอย่างถูกกฎหมาย ตามข้อตกลง (MOU) 2553. (ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก <http://wp.doe.go.th/mou>.

37. พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533. และที่แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2537. และ 2542
สำนักงานประกันสังคม. กระทรวงแรงงาน.(ออนไลน์)เข้าถึงได้จาก
<http://www.library.coj.go.th/info/data/N44-01-001-2533.pdf>
38. พระราชกฤษฎีกากำหนดลูกจ้างตามมาตรา 4(6)แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533
และพ.ศ.2545 (ออนไลน์)เข้าถึงได้จาก
<http://www.sso.go.th/sites/default/files/2.4web.htm>.
39. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพ.ศ.2545(ออนไลน์)เข้าถึงได้จาก
http://www.tnc.or.th/files/2010/02/page-131/_24992.pdf.
40. พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร. สิทธิ สถานะบุคคลตามกฎหมายไทย : มีความแตกต่างกัน
ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับธรรมชาติของประชากรแต่ละคน.(ออนไลน์)เข้าถึงได้จาก
<http://www.gotoknow.org/blog/people-management/204945>.
41. ราชดำเนินเสวนา18/2552 เรื่อง “คนไร้รัฐกับการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ” เมื่อวันที่ 20
ธันวาคม 2552 เวลา 9.30-12.30 น. ณ สมาคมนักข่าวนักหนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทย
(ออนไลน์)เข้าถึงได้จาก
http://www.tja.or.th/index.php?option=com_content&view=article&id=1053:182552-q&catid=32:rachdmenin-talk&Itemid=25
42. คณะอนุกรรมการสิทธิมนุษยชนด้านชนชาติ ผู้ไร้สัญชาติ แรงงานข้ามชาติและผู้พลัดถิ่น
สภาพนาถความ. การขึ้นทะเบียนแรงงานข้ามชาติปี๒๕๕๒และการพิสูจน์สัญชาติ. สืบค้น
จาก<http://www.statelessperson.com/www/?q=node/6717>.
43. พระราชบัญญัติการสาธารณสุข.พ.ศ.2535และแก้ไข(ฉบับที่ 2)พ.ศ.2550.(ออนไลน์)เข้าถึง
ได้จาก <http://www.laws.anamai.moph.go.th>
44. พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541.และแก้ไข (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2542.(ออนไลน์)เข้าถึง
ได้จาก <http://www.kodmhai.com/m4/m4-19/H26/M14-45.html>.

- 45.สมพงศ์ สระแก้ว. เครือข่ายส่งเสริมคุณภาพชีวิตแรงงาน. (LPN) เอกสารบทความถึง
วิเคราะห์ วิพากษ์ เพื่อประกอบการประชุมวิชาการ “ชาตินิยมกับพหุวัฒนธรรม” วันที่
22-23 ธันวาคม 2551 ณ โรงแรม The Empress จังหวัดเชียงใหม่. (ออนไลน์) เข้าถึงได้
จาก<http://job.thaingo.org/writer/view.php?id=1043>.

46. Rosalia Sciortino, Sureporn Punpuing. Beyond Knowledge gap.inINTERNATIONAL
MIGRATION IN THAILAND. 2009Publisher International Organization for Migration,
Thailand Office Bangkok, Thailand. 2009.

47. Aree Mounsookjareoun. Assessment Report On Migrant Health Information System
(MHIS) In Ranong and Samutsakorn Provinces. Migrant Health Project: Ranong and
Samutsakorn (IOM-MOPH-WHO) With the support from the UNITED NATIONS
TRUST FUND for HUMAN SECURITY:By the Government of Japan. 2007.

48. กฤตยา อาชวนิจกุล. สถานการณ์แรงงานข้ามชาติ กับโรคในระบบเฝ้าระวังสุขภาพของ
ประเทศไทย. ในกฤตยา อาชวนิจกุล บรรณาธิการและคณะ. รัฐไทยกับการปรับเปลี่ยน
นโยบายเอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์ ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ. หน้า โรงพิมพ์ นครปฐม:
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2550. หน้า 25-28.

49. กฤตยา อาชวนิจกุล. การบังคับตรวจสอบสุขภาพในแรงงานข้ามชาติ. ใน กฤตยา อาชวนิจกุล
บรรณาธิการและคณะ. รัฐไทยกับการปรับเปลี่ยนนโยบายเอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์ ใน
กลุ่มแรงงานข้ามชาติ. โรงพิมพ์ นครปฐม:สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัย
มหิดล 2550. หน้า 25-28.

50. กฤตยา อาชวนิจกุล. นโยบายรัฐกับสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทาง
เพศสัมพันธ์ในกลุ่มแรงงานต่างชาติ. ใน กฤตยา อาชวนิจกุล บรรณาธิการและคณะ. รัฐ
ไทยกับการปรับเปลี่ยนนโยบายเอดส์ และอนามัยเจริญพันธุ์ ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ. โรง
พิมพ์ นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. มหาวิทยาลัยมหิดล. 2550. หน้า 29-32.

51. กฤตยา อาชวนิจกุล. การบริหารจัดการเงินประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ. ใน กฤตยา อาชวนิจกุล บรรณาธิการและคณะ. รัฐไทยกับการปรับเปลี่ยนนโยบายเอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์ ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ. โรงพิมพ์นครปฐม. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2550. หน้า 41-44.
52. กฤตยา อาชวนิจกุล. ความก้าวหน้าของนโยบายและความหยุดนิ่งของการปฏิบัติ. ใน กฤตยา อาชวนิจกุล บรรณาธิการและคณะ. รัฐไทยกับการปรับเปลี่ยนนโยบายเอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์ ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ. โรงพิมพ์นครปฐม. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2550. หน้า 47-48.
53. กฤตยา อาชวนิจกุล. ข้อท้าทายต่อสุขภาวะของแรงงานข้ามชาติ. ใน กฤตยา อาชวนิจกุล บรรณาธิการและคณะ. รัฐไทยกับการปรับเปลี่ยนนโยบายเอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์ ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ. โรงพิมพ์นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. มหาวิทยาลัยมหิดล. 2550. หน้า 48-51.
54. กฤตยา อาชวนิจกุล. ประเด็นรูปธรรมเกี่ยวเนื่องอื่นๆ. ใน กฤตยา อาชวนิจกุล บรรณาธิการและคณะ. รัฐไทยกับการปรับเปลี่ยนนโยบายเอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์ ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ. โรงพิมพ์นครปฐม. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. มหาวิทยาลัยมหิดล. 2550. หน้า 51.
55. มาลี สันภูวรรณ, เสาวภาค สุขสินชัย. กรณีศึกษาจังหวัดตาก. ใน กฤตยา อาชวนิจกุล บรรณาธิการและคณะ. รัฐไทยกับการปรับเปลี่ยนนโยบายเอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์ ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ. โรงพิมพ์นครปฐม. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. มหาวิทยาลัยมหิดล. 2550. หน้า 55-91.
56. กาญจนา ตั้งชลทิพย์. กรณีศึกษาจังหวัดกาญจนบุรี. ใน กฤตยา อาชวนิจกุล บรรณาธิการและคณะ. รัฐไทยกับการปรับเปลี่ยนนโยบายเอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์ ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ หน้า โรงพิมพ์ นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550. หน้า 95-130.

57. สุชาดา ทวีสิทธิ์. กรณีศึกษาจังหวัดอุบลราชธานี. ใน กฤตยา อาชวนิจกุล บรรณาธิการและคณะ. รัฐไทยกับการปรับเปลี่ยนนโยบายเอตส์และอนามัยเจริญพันธุ์. ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ. โรงพิมพ์ นครปฐม. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2550. หน้า 131-169
58. กุลภา วณสาระ. กรณีศึกษาจังหวัดพังงาและภูเก็ต. ใน กฤตยา อาชวนิจกุล บรรณาธิการและคณะ. รัฐไทยกับการปรับเปลี่ยนนโยบายเอตส์และอนามัยเจริญพันธุ์. ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ. โรงพิมพ์ นครปฐม. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. มหาวิทยาลัยมหิดล. 2550. หน้า 216-250.
59. กฤตยา อาชวนิจกุล. กรณีศึกษาจังหวัดระยองและตราด. ใน กฤตยา อาชวนิจกุล บรรณาธิการและคณะ. รัฐไทยกับการปรับเปลี่ยนนโยบายเอตส์และอนามัยเจริญพันธุ์. ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ. โรงพิมพ์ นครปฐม. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550. หน้า 251-285.
60. สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การจัดระบบแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง สัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา. เสนอรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 27 พค. 2552. ในรายงานสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. พ.ศ. 2552.
61. ศิริกาญจนา พัฒนาศักดิ์. สำนักคุ้มครองแรงงาน กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน. การคุ้มครองแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย. ภาพลักษณ์บนเวทีโลก. 2551 (ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก <http://www.foreignworkeradmin.com>.
62. Yamane, Taro. 1967. *Statistics, An Introductory Analysis*, 2nd Ed., New York: Harper and Row.
63. N. Bradburn, B. Wansink. *Asking Questions The Definitive Guide to Questionnaire Design For Market Research, Political Polls, and Social and Health Questionnaires*, Revised Edition. Jossey-Brass A Wiley imprint. 2004, 79-117.