

การจัดระบบและคาดการณ์งบประมาณเพื่อชดเชยค่าบริการ
ทางการแพทย์ฉุกเฉินและภาวะวิกฤตสำหรับบุคคลต่างด้าว
ที่ตกหล่นจากการประกันสุขภาพ

(Reimbursement system and budget impact for
subsidising the treatment expense for emergency and
critical illnesses for uninsured migrants/aliens)

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สัญญาเลขที่ 58-062

ผลการศึกษาหรือความคิดเห็นที่ปรากฏในรายงานฉบับนี้ เป็นความคิดเห็นโดยอิสระในเชิงวิชาการของนักวิจัย
โดยไม่จำเป็นต้องสอดคล้องกับความเห็น หรือนโยบายของหน่วยงานที่ผู้วิจัยทำงานอยู่

รายนามนักวิจัย

คณะผู้วิจัย

ดร.นพ.ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์

- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข
- โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

ดร.ทพ.วีระศักดิ์ พุทธาศรี

- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

ดร.สิรินาฏ นิภาพร

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ดร.สุพล ติมวัฒนานนท์

- คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้ช่วยวิจัย

นางสาวเขวลักษณ์ แหวนวงษ์

- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

นางสาววารกรณ์ ปวงกันทา

- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

นางสาวประภาพร นพรัตน์

- คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

คำนำ

ปัจจุบันเป็นที่รับทราบกันโดยกว้างขวางว่าประเทศไทยมิได้ประกอบด้วยประชากรสัญชาติไทยอย่างเดียว แต่ยังรวมถึงประชากรต่างด้าวหลากหลายประเภท อาทิแรงงานต่างด้าวจากประเทศเพื่อนบ้าน, นักท่องเที่ยว, บุคคลไร้รัฐ, และผู้มีปัญหาสถานะบุคคลประเภทอื่นๆ ทั้งที่มีสถานะเข้าเมืองหรือสถานะการอยู่อาศัยที่ถูกต้องตามกฎหมายและไม่ถูกต้องตามกฎหมาย แม้รัฐไทยจะได้พยายามดำเนินมาตรการลงทะเบียน หรือสำรวจบุคคลเหล่านี้เท่าใด ก็ยังมีบุคคลที่ตกหล่นจากการสำรวจ ประเด็นนี้เชื่อมโยงกับการตกหล่นจากระบบประกันสุขภาพของรัฐไทย บุคคลที่ตกหล่นจากการประกันสุขภาพนี้เมื่อเจ็บป่วยก็มักเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลของรัฐ บางส่วนไม่มีรายได้เพียงพอที่จะรับผิชอบค่าใช้จ่ายของตน ส่งผลให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลกับผู้ให้บริการ

การวิจัยนี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อศึกษาระบบการชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้กับสถานพยาบาลของรัฐในกรณีที่บุคคลต่างด้าวที่ตกหล่นจากการประกันสุขภาพมารับบริการในภาวะเจ็บป่วยวิกฤตโดยอาศัยการถอดบทเรียนจากต่างประเทศ สัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้ให้บริการ และคาดการณ์งบประมาณที่อาจเกิดขึ้น ด้วยมุ่งหวังว่าผลการศึกษานี้จะเป็นพื้นฐานต่อการตัดสินใจเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวให้มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย และเพื่อเป็นความรู้พื้นฐานต่อการศึกษาวิจัยในแง่มุมอื่นๆ ที่เกี่ยวกับคนต่างด้าวในประเทศไทยต่อไป อนึ่งหากงานวิจัยนี้มีข้อผิดพลาดประการใด คณะผู้วิจัยขอน้อมรับคำแนะนำ และคำวิพากษ์วิจารณ์จากท่านผู้อ่านทุกประการ เพื่อประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการวิจัยระบบสุขภาพต่อไป

คณะผู้วิจัย

31 มกราคม 2560

สารบัญ

รายนามนักวิจัย.....	2
คำนำ.....	3
สารบัญ.....	4
บทสรุปผู้บริหาร.....	6
Executive summary	8
บทนำ	11
คำถามการวิจัย.....	13
วัตถุประสงค์.....	13
ระเบียบวิธีวิจัยและกรอบแนวคิดการศึกษา.....	14
ขอบเขตประชากร	15
การพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	15
พื้นที่ดำเนินการศึกษา.....	15
วิธีการเก็บข้อมูล.....	16
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	17
ผลการศึกษา.....	18
วัตถุประสงค์ที่ 1.....	18
วัตถุประสงค์ที่ 2.....	33

วัตถุประสงค์ที่ 3.....	46
หลักการและวิธีการคำนวณ.....	46
ผลการศึกษา.....	50
อภิปรายผลการศึกษาและสรุปผล.....	57
ข้อจำกัดการศึกษา.....	60
เอกสารอ้างอิง.....	62
ภาคผนวก 1.....	66

บทสรุปผู้บริหาร

ในประเทศไทยมีความพยายามในการขึ้นทะเบียนและให้การคุ้มครองสุขภาพสำหรับบุคคลต่างด้าวอย่างต่อเนื่อง นโยบายที่สำคัญในการคุ้มครองสุขภาพคนต่างด้าว คือ นโยบายประกันสุขภาพ ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดคือ นโยบายประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ และนโยบายบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าว แต่ในทางปฏิบัติยังมีผู้ที่ตกหล่นจากการประกันสุขภาพเสมอ ด้วยเหตุผลหลายประการ อาทิ ความอ่อนปวนในการบังคับใช้นโยบาย หรือการที่ผู้มีสถานะเข้าเมืองผิดกฎหมายหลีกเลี่ยงที่จะแสดงตนต่อเจ้าหน้าที่รัฐ บุคคลเหล่านี้ก็มักมารับบริการกับสถานพยาบาลของรัฐเมื่อเจ็บป่วยหนักแล้ว และบางส่วนก็ไม่สามารถรับผิชอบค่าใช้จ่ายได้ ทำให้ผู้ให้บริการประสบปัญหาต้องแบกรับค่าใช้จ่ายด้วยตนเอง งานวิจัยนี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อศึกษาการจกระบบชดเชยค่าใช้จ่ายจากการให้การรักษายาบาลคนต่างด้าวที่ตกหล่นจากระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยเมื่อมารับการรักษาด้วยภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตหรือในภาวะที่เป็นภัยทางสาธารณสุข

งานวิจัยนี้มีสามวัตถุประสงค์และใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสม วัตถุประสงค์ที่ 1 ใช้การทบทวนวรรณกรรมเพื่อถอดบทเรียนจากต่างประเทศ วัตถุประสงค์ที่ 2 เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม เพื่อสอบถามความเห็นของผู้ให้บริการต่อการจัดให้มีระบบชดเชยค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ในกรณีที่ต้องรักษายาบาลคนต่างด้าวที่ตกหล่นจากระบบประกันสุขภาพ และวัตถุประสงค์ที่ 3 เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ โดยคาดการณ์งบประมาณที่ต้องใช้ หากรัฐบาลไทยจะจัดให้มีระบบชดเชยค่าใช้จ่ายในส่วนนี้

ผลการศึกษาพบว่า ในต่างประเทศมีการจัดระบบประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวในระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 ประกันสุขภาพสำหรับคนที่เข้าเมืองถูกกฎหมาย, ระดับที่ 2 ประกันสุขภาพสำหรับคนที่มีสถานะเข้าเมืองหรือสถานะการอยู่อาศัยผิดกฎหมาย แต่เข้ารับการลงทะเบียนกับรัฐแล้ว, ระดับที่ 3 ประกันสุขภาพเฉพาะโรคโดยไม่ขึ้นกับสถานะบุคคล และระดับที่ 4 เป็นงบประมาณพิเศษสำหรับชดเชยให้สถานพยาบาลในกรณีพิเศษ ในประเทศไทยนโยบายประกันสังคมอาจเทียบเคียงได้กับระดับที่ 1 นโยบายบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวอาจเทียบเคียงได้กับระดับที่ 2 ขณะที่ระดับที่ 3 และ 4 อาจเทียบเคียงกับการทำงานของกรมควบคุมโรค หรือเงินช่วยเหลือฉุกเฉินให้กับสถานพยาบาล โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อย่างไรก็ตามนโยบายระดับที่ 3 และ 4 ของประเทศไทยยังเป็นไปในลักษณะกิจกรรมเฉพาะกิจ และไม่ได้จัดเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพชัดเจน

ในมุมมองของผู้ให้บริการส่วนใหญ่เห็นด้วยต่อการพัฒนาการชดเชยค่าใช้จ่ายให้กับสถานพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยต่างด้าวในภาวะวิกฤต หรือในภาวะที่เป็นภัยทางสาธารณสุข บางส่วนมีความเห็นว่าควรขยายไปสู่การชดเชยค่าบริการในการดูแลรักษาทั้งหมด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การพัฒนาระบบนี้ควรทำพร้อมกับการจัดระบบบริหารจัดการนโยบายประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามมีข้อกังวลคือ (1) หากมีการพัฒนาระบบนี้ขึ้นมา และประกาศชัดเจนว่าเป็นสิทธิของผู้ป่วยจะเป็นการส่งเสริมให้บุคคลต่างด้าวไม่ซื้อบัตรประกันสุขภาพหรือไม่, (2) ระบบที่นำเสนอนี้เป็น การแก้ปัญหาปลายเหตุเพราะปัญหาหลักคือนโยบายคนต่างด้าวในปัจจุบันไม่สามารถป้องกันคนเข้าเมืองอย่าง ผิดกฎหมายได้, และ (3) งบประมาณที่จะนำมาชดเชยพื้่นำมาจากแหล่งใด ถ้าแยกเป็นงบประมาณต่างหากก็อาจ เป็นการนำเงินภาษีของประชากรไทยมาใช้สำหรับคนต่างด้าว ถ้าใช้งบประมาณของคนต่างด้าวที่ประกันสุขภาพ แล้ว อาจมีแรงต้านทานทางการเมืองน้อยกว่า หรืออาจใช้งบประมาณจากนอกระบบสาธารณสุขเลย เช่น นำ ค่าธรรมเนียมในการออกวีซ่าการท่องเที่ยวของคนต่างชาตินำมาใช้ในส่วนนี้

ในส่วนของการคาดการณ์งบประมาณพบว่า งบประมาณที่พื้่นกันไว้สำหรับชดเชยให้กับสถานพยาบาล มีค่าระหว่าง 149 ถึง 891 ล้านบาท ขึ้นกับเงื่อนไขว่าต้องการชดเชยค่ารักษาพยาบาลในภาวะใด และต้องการ ชดเชยบุคคลต่างด้าวสัญชาติอะไร (เฉพาะสัญชาติ กัมพูชา ลาว และเมียนมา หรือไม่จำกัดสัญชาติ)

การวิจัยนี้มีข้อจำกัดบางประการ อาทิ ข้อมูลที่ได้อาจไม่ถูกต้องทั้งหมด เนื่องจากเป็นข้อมูลการใช้ บริการจริงของผู้ป่วยที่เก็บที่สถานพยาบาล, สมมติฐานที่ใช้ในการคำนวณจำนวนผู้ที่ตกหล่นจากการประกัน สุขภาพอาจไม่สะท้อนสถานการณ์ปัจจุบัน, การสัมภาษณ์ไม่ได้รวมมุมมองผู้รับบริการด้วย และการวิจัยนี้ยัง ไม่ได้สำรวจแหล่งที่มาของงบประมาณโดยละเอียด

ข้อเสนอเชิงนโยบายคือ รัฐไทยควรมีการจัดสรรงบประมาณเพื่อชดเชยให้กับสถานบริการในกรณีที่ผู้ ให้บริการต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพคนต่างด้าวที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ จำนวน 149 ถึง 891 ล้านบาท ขึ้นอยู่กับการเปิดกว้างของภาครัฐ โดยอาจเริ่มจากคนต่างด้าวสัญชาติ กัมพูชา ลาว และเมียนมา ก่อน แล้วจึงขยายสู่ประชากรกลุ่มอื่นๆ และนโยบายนี้ควรทำควบคู่กับการพัฒนาระบบประกันสุขภาพสำหรับคนต่าง ด้าวที่มีอยู่ในปัจจุบันเพื่อที่จะนำคนต่างด้าวเข้าสู่การประกันสุขภาพให้ได้มากที่สุด

Executive summary

Thailand has put much effort in registering undocumented/illegal migrants/aliens and protecting health of non-Thai populations for years. One of the most distinct policies in protecting health of the non-Thais is the establishment of public insurance schemes, for instance, 'Health Insurance for People with Citizenship Problems' (HI-PCP) and 'Health Insurance Card Scheme for cross-border migrants' (HICS). However, in practice, there are always people failing to be enrolled in the insurance schemes due to various reasons, such as poor law enforcement and fear of being exposed by state officials amongst undocumented migrants/aliens. These uninsured migrants/aliens often visited state-run health facilities when they experienced severe illnesses. Some cannot afford the treatment cost. Accordingly, the visited facilities inevitably shoulder this unpaid debt instead. This research therefore sought to explore the reimbursement system for subsidising treatment cost for uninsured migrants/aliens with critical illnesses in Thailand.

Mixed-methods design was employed. The study comprised three objectives. The first objective aimed to review literature regarding international experience in managing care for undocumented migrants/aliens. The second objective used qualitative approach (in-depth interviews and focus group discussion) to investigate perspectives of healthcare staff in establishing the reimbursement system of recouping cost of treating uninsured migrants/aliens. The third objective employed quantitative method to estimate budget impact for the whole country in case that the Thai government implements such a system.

The review in the first objective found that level of care for undocumented migrants/aliens from international experience could be classified into four levels: level 1—insurance for fully legalised migrants, level 2—insurance for illegal or undocumented migrants who passed the registration process arranged by the state, level 3—reimbursement scheme of specific diseases, and level 4—contingency/special fund. Compared to the Thai context, the Social Security Scheme might be regarded as level 1, the HICS as level 2, disease control programmes by the Department of Disease Control as level 3, and the contingency fund by the National Health

Security Office as level 4. However, level-3 and level-4 care programmes were normally managed on ad hoc basis and have not been incorporated into the main insurance schemes.

In terms of providers' views, most interviewees opined that the proposed reimbursement system is useful to health facilities. Some interviewees suggested that the system should cover not only the cost of treatment, but also health promotion and disease prevention activities. The proposed system should be set up in parallel with the improvement of the HICS administrative performance. Nonetheless, there were some concerns raised by the interviewees. Firstly, if this policy is clearly announced as though it is rights for undocumented/illegal migrants, this might indirectly encourage existing migrants to avoid the purchase of health insurance card. Secondly, this policy did not tackle the deep rooted problems regarding undocumented/illegal migrants. The bottom line was that migrant policies in Thailand at the status quo could not effectively prevent illegal border crossings. Lastly, the source of funding has not been explored. Should the reimbursement system reply on additional earmarked central budget, one might argue that such a proposal is taking advantage of Thai tax-payers. If this budget is drawn from the HICS, there might be less political constraint. Another option that is worth considering is using non-health budget, such as extracting part of the visa fee for tourists.

Concerning quantitative analysis, the estimated budget is approximately 149 to 891 million Baht, depending on the scope of services and nationalities of the users (whether the reimbursement system should cover Cambodian, Laotian, and Burmese migrants only, or cover all ethnic groups).

This study experienced some limitations. Firstly, it is difficult to ensure correctness of utilization data as they are routine hospital-based records. Secondly, many figures used in the analysis might be out of date and based on several assumptions. Thirdly, service users (patients) were not included in the in-depth interviews. Lastly, this research has not explored sources of funding in detail.

Key policy recommendation is the Thai government should set aside some budget for recouping cost of the treatment for uninsured migrants/aliens at public health facilities for around 149 to 891 million Baht. The size of budget depends on the openness of policy for migrants. The government might start from migrants from Cambodia, Lao PDR, and Myanmar first, then gradually expand to other non-Thai populations. The reimbursement system should be introduced in tandem with the improvement of the HICS administrative performance.

บทนำ

การขยายหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมบุคคลทุกคนบนแผ่นดินไทยนั้น มีความพยายามในการดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องแม้คนสัญชาติไทยได้รับการคุ้มครองในสิทธิประกันสุขภาพตามกฎหมายแล้ว แต่ในกลุ่มบุคคลต่างด้าวยังมีจำนวนหนึ่งซึ่งไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ มีการคาดประมาณว่าบุคคลต่างด้าวในประเทศไทยมีมากกว่า 3 ล้านคน แต่ปัจจุบัน มีจำนวนคนต่างด้าวนับเฉพาะที่เป็นแรงงานและผู้ติดตามที่ได้รับการประกันตนกับกระทรวงสาธารณสุขแล้วมากกว่า 1.5 ล้านคน⁽¹⁾

ความพยายามในการให้การประกันสุขภาพกับทุกคนบนแผ่นดินไทยจึงนับเป็นความท้าทายอย่างยิ่งดังปรากฏในวิสัยทัศน์หรือยุทธศาสตร์การทำงานของหน่วยงานทางสาธารณสุขหลายๆ แห่ง เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงแผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน (พ.ศ.2555-2559) กระทรวงสาธารณสุข⁽²⁾

การจัดระบบหลักประกันสุขภาพให้แก่บุคคลต่างด้าวในปัจจุบัน แบ่งได้เป็น 4 กลุ่มได้แก่ (1) กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่เข้าเมืองอย่างถูกกฎหมาย โดยแรงงานที่เป็นลูกจ้างในสถานประกอบการตามพระราชบัญญัติประกันสังคมได้รับความคุ้มครองในระบบประกันสังคม, (2) กลุ่มคนต่างด้าวที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม ได้แก่ แรงงานต่างด้าวนอกสถานประกอบการและผู้ติดตามแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดูแลประชากรกลุ่มนี้ บุคคลเหล่านี้มีสิทธิซื้อประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (ราคาบัตร 1,600 บาท สำหรับผู้ใหญ่ และ 365 บาทสำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 7 ปีบริบูรณ์), (3) กลุ่มคนต่างด้าวทั่วไปและผู้ติดตาม ซื้อบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจกับกระทรวงสาธารณสุขได้ (ราคาบัตร 2,200 บาท สำหรับผู้ใหญ่ และ 365 บาทสำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 7 ปีบริบูรณ์), และ (4) กลุ่มที่มีปัญหาสถานะทางทะเบียนราษฎร ซึ่งอยู่ระหว่างแก้ไขปัญหาสถานะทางทะเบียน หรือที่เรียกกันว่า บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ สามารถที่จะเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่จำเป็น ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ผ่านสิทธิประกันสุขภาพที่เรียกว่า ท.99⁽³⁾

นอกจากบุคคลต่างด้าวสี่กลุ่มนี้แล้ว ยังมีกลุ่มบุคคลต่างด้าวที่เข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศไทยระยะสั้น ได้แก่ กลุ่มนักท่องเที่ยวที่มีจำนวนมากประมาณปีละ 24-26 ล้านคน ซึ่งยังไม่มีระบบประกันสุขภาพที่ชัดเจนจากรัฐบาลไทย รวมถึงบุคคลตามแนวชายแดน ซึ่งข้ามไปมาระหว่างพรมแดนของประเทศไทยและประเทศเพื่อน

บ้าน และยังไม่มีตัวเลขที่ชัดเจนว่ามีจำนวนเท่าใด⁽⁴⁾ ความซับซ้อนเรื่องการจัดการประกันสุขภาพมีสาเหตุมาจากหลายประการ อาทิ

- สถานะบุคคลของประชากรต่างด้าวไม่ได้คงที่ แม้กำหนดเลขประจำตัว 13 หลักแล้ว ก็สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานะทางกฎหมาย คนต่างด้าวเข้าเมืองถูกกฎหมายอาจกลายเป็นคนต่างด้าวที่อาศัยผิดกฎหมายก็ได้ หรือคนต่างด้าวที่ไม่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติก็เทียบเคียงได้กับคนไร้รัฐไร้สัญชาติ

- แม้การขายบัตรประกันสุขภาพจะมีความพยายามให้เป็นการประกันสุขภาพภาคบังคับ แต่เนื่องจากบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขไม่มีอำนาจบังคับให้คนมาซื้อประกันสุขภาพ การบังคับทำประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขจึงผูกติดกับการลงทะเบียนคนต่างด้าวกับการได้ใบอนุญาตทำงาน (ซึ่งเป็นอำนาจของกระทรวงอื่น) แต่คนต่างด้าวจำนวนมากที่เข้าเมืองมาทำงานไม่ได้ทำงานในสถานประกอบการ และไม่ได้มีนายจ้างชัดเจน ทำให้มีโอกาสตกหล่นจากการประกันสุขภาพ

- ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลหรือคนต่างด้าวที่ตกหล่นจากการประกันสุขภาพมีแนวโน้มเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยด้วยการเจ็บป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน หรือเมื่อมีภาวะวิกฤตเท่านั้น และหากผู้ป่วยไม่มีกำลังทรัพย์เพียงพอที่จะจัดการค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาลของตน สถานพยาบาลของรัฐก็ต้องแบกรับค่าใช้จ่ายดังกล่าว

ที่ผ่านมาข้อเสนอจากสถานพยาบาลตามแนวชายแดนและภาคประชาสังคม ให้มีการจัดตั้งกองทุนชดเชยค่ารักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลต้องแบกรับจากการดูแลผู้ป่วยที่ตกหล่นจากระบบประกันสุขภาพ แต่ยังไม่มีการสรุปถึงกลไกของกองทุนดังกล่าวว่าจะต้องใช้งบประมาณเท่าใด บริหารจัดการอย่างไร และครอบคลุมสิทธิประโยชน์อะไรบ้าง⁽⁷⁾

จึงเป็นที่น่าสนใจว่าหากคำนึงระบบประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวในประเทศไทยทั้งหมดควรมีการปรับปรุงในด้านใดบ้าง และในต่างประเทศมีบทเรียนการบริหารจัดการระบบดังกล่าวอย่างไร หรือหากจะต้องมีการจัดตั้งกองทุนเพื่อชดเชยค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ตกหล่นจากการประกันสุขภาพ ต้องใช้งบประมาณเท่าใด คณะผู้วิจัยมุ่งหวังว่าข้อมูลที่ได้จะเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบการจัดบริการสุขภาพสำหรับประชากรต่างด้าวที่เหมาะสมต่อไป

คำถามการวิจัย

1. บทเรียนต่างประเทศในการจัดระบบชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและภาวะวิกฤตสำหรับคนต่างด้าวที่ตกหล่นจากการประกันสุขภาพเป็นอย่างไร
2. รูปแบบการจัดระบบชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและภาวะวิกฤตสำหรับบุคคลต่างด้าวที่ตกหล่นจากการประกันสุขภาพที่เหมาะสมในระบบสุขภาพไทยควรเป็นอย่างไร ในมุมมองของผู้ให้บริการและผู้กำหนดนโยบาย
3. งบประมาณที่จะใช้ชดเชยให้สถานพยาบาลสำหรับกรณีดูแลรักษาบุคคลต่างด้าวที่ตกหล่นจากการประกันสุขภาพ ในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินและภาวะวิกฤต มีค่าเท่าใด

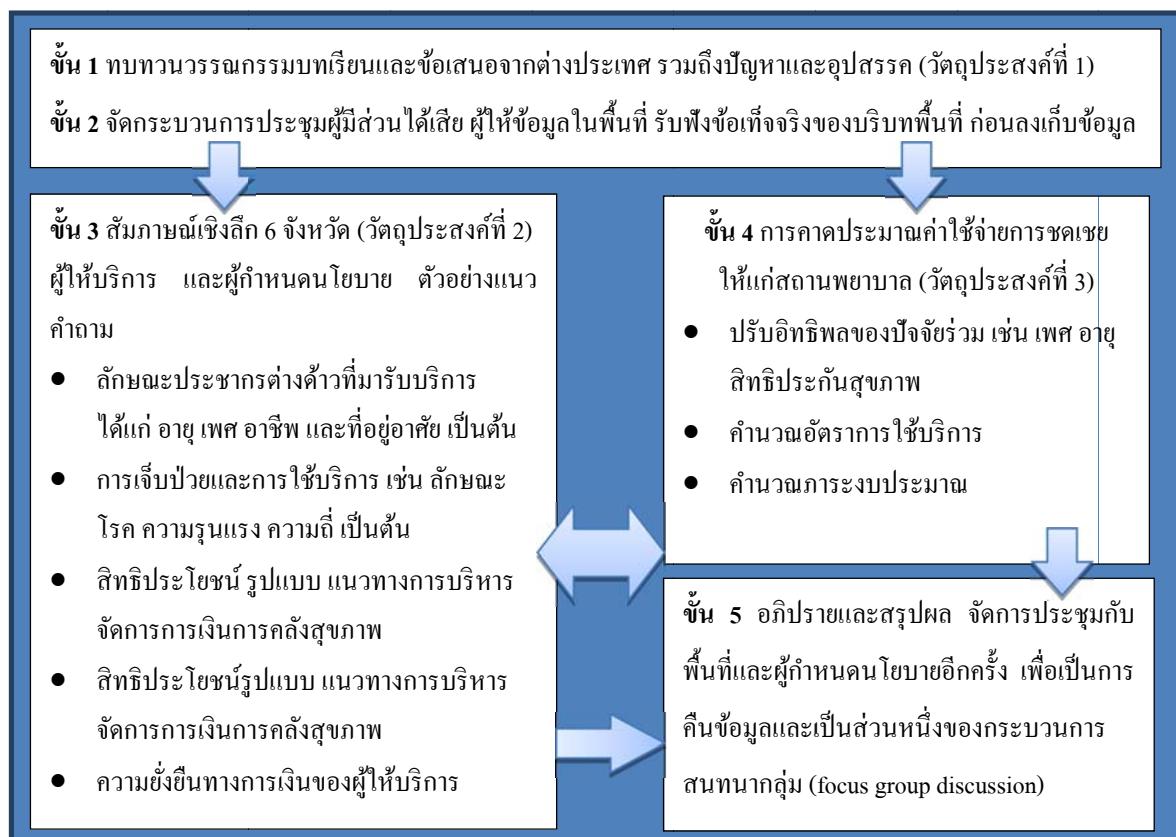
วัตถุประสงค์

1. ทราบและสังเคราะห์องค์ความรู้จากบทเรียนต่างประเทศในการจัดระบบชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและภาวะวิกฤต สำหรับคนต่างด้าวที่ตกหล่นจากการประกันสุขภาพ
2. พัฒนาข้อเสนอต่อการจัดระบบชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและภาวะวิกฤต สำหรับบุคคลต่างด้าวที่ตกหล่นจากการประกันสุขภาพ ที่เหมาะสมในระบบสุขภาพไทยควรเป็นอย่างไร ในมุมมองของผู้ให้บริการและผู้กำหนดนโยบาย
3. คาดประมาณงบประมาณที่จะชดเชยให้สถานพยาบาลสำหรับการดูแลบุคคลต่างด้าวที่ตกหล่นจากการประกันสุขภาพ ในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินและภาวะวิกฤต

ระเบียบวิธีวิจัยและกรอบแนวคิดการศึกษา

กรอบแนวคิดการศึกษานี้พัฒนาจากการหารือร่วมกัน ในขณะนักวิจัย ร่วมกับการหารือกับผู้เชี่ยวชาญ เรื่องระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข โดยขณะนักวิจัยได้เลือกวิธีการศึกษาแบบ parallel mixed methods design ซึ่งมีประโยชน์หลายประการ อาทิ (1) ผลการวิจัยเชิงปริมาณจะช่วยยืนยันข้อค้นพบของงานวิจัยเชิงคุณภาพ ขณะเดียวกันข้อค้นพบของงานเชิงคุณภาพก็ช่วยอธิบายปรากฏการณ์ของงานเชิงปริมาณ, (2) ทำให้การลงเก็บข้อมูลมีความยืดหยุ่นพอควร เช่น เมื่อสัมภาษณ์ถึงระบบจัดเก็บข้อมูลของสถานพยาบาล ก็ทำให้ทราบว่า ข้อมูลของสถานพยาบาลมีลักษณะอย่างไร และหากนำมาวิเคราะห์จะมีข้อจำกัดอย่างไร, (3) ทำให้ผู้วิจัยสามารถวิเคราะห์การศึกษาเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยให้น้ำหนักแต่ละประเด็นได้ใกล้เคียงกัน ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การศึกษา ซึ่งไม่ต้องการหาตัวเลขงบประมาณอย่างเดียว แต่ต้องการทราบถึงรูปแบบการจัดการที่เหมาะสม ทั้งจากมุมมองของผู้ปฏิบัติงาน และผู้กำหนดนโยบาย⁽⁸⁾

รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา



ขอบเขตประชากร

ในงานวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้แทน, ผู้อำนวยการสถานพยาบาลหรือผู้แทน, เจ้าหน้าที่งานประกันสุขภาพในสถานพยาบาล, ผู้แทนผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ผู้แทนผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานประกันสังคม, ผู้แทนผู้ปฏิบัติงานในสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, และ ผู้แทนผู้บริหารกลุ่มประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข รวม 40 คน และผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม ซึ่งจัดขึ้นเมื่อวันที่ 27 มกราคม 2560 จำนวน 17 คน

ในงานวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาใช้ข้อมูลการใช้บริการจริงของคนต่างด้าวที่สถานบริการ โดยนิยามของคนต่างด้าวในที่นี้ หมายถึง คนที่ไม่มีสัญชาติไทยไม่ว่าจะมีสิทธิประกันสุขภาพหรือไม่ รวมถึงคนที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ แรงงานต่างด้าว บุตรของแรงงานต่างด้าว ซึ่งมีปริมาณมากน้อยแตกต่างกันตามขนาดของสถานพยาบาล (เช่น จากการลงเก็บข้อมูล โรงพยาบาลอำเภอขนาด 30 เตียงแห่งหนึ่ง มีจำนวนการใช้บริการผู้ป่วยในของคนต่างด้าวรวม 500 admissions ต่อปี มีจำนวนการใช้บริการผู้ป่วยนอกของคนต่างด้าวประมาณ 7,700 ครั้งต่อปี เทียบกับโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง มีจำนวนการใช้บริการผู้ป่วยในประมาณ 2,000 admissions ต่อปี มีจำนวนการใช้บริการผู้ป่วยนอกประมาณ 28,000 ครั้งต่อปี)

อนึ่งการแสดงผลการศึกษาจะแสดงในภาพรวม ไม่ได้แสดงข้อมูลรายสถานพยาบาล ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลตามมาตรฐานจริยธรรมการวิจัย

การพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โครงการศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสถาบันการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) ปี 2558

พื้นที่ดำเนินการศึกษา

พื้นที่ดำเนินการได้คัดเลือกมาแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยคำนึงถึงความหลากหลายทางภูมิศาสตร์ ได้แก่ พื้นที่ภูเขาชายแดนไทย-เมียนมา, พื้นที่ชายแดนไทย-ลาว, พื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา, พื้นที่ชายแดนไทย-มาเลเซียและพื้นที่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลพื้นที่ละ 1 จังหวัด รวม 6 จังหวัด วิเคราะห์ข้อมูลสถานพยาบาล 1-2 แห่งต่อจังหวัด เนื่องด้วยปัจจุบันกลไกการประกันสุขภาพกับคนต่างด้าว ยัง

จำกัดเฉพาะโรงพยาบาลรัฐในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและสังกัดกรมการแพทย์เท่านั้น การเก็บข้อมูลในที่นี้จึงจำกัดเฉพาะโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก

โดยสรุปได้ลงพื้นที่เก็บข้อมูล 6 จังหวัด 11 โรงพยาบาล ดังนี้

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นที่ทำการศึกษา

จังหวัด	ลักษณะพื้นที่ศึกษา	โรงพยาบาลที่ทำการศึกษา	ลักษณะสถานพยาบาล
กรุงเทพมหานครและปริมณฑล	ภาคกลาง พื้นที่เขตเมือง	รพ.สมุทรสาคร	โรงพยาบาลทั่วไป
สระแก้ว	ภาคตะวันออก พื้นที่เกษตรกรรม ค้าขาย ชายแดนไทย กัมพูชา	รพ.สมเด็จพระยุพราช สระแก้ว	โรงพยาบาลทั่วไป
		รพ.อรัญประเทศ	รพ.ชุมชน 150 เตียง
ตาก	พื้นที่ภาคตะวันตก ชายแดน ไทย เมียนมา	รพ.แม่สอด	โรงพยาบาลทั่วไป
		รพ.ท่าสองยาง	รพ.ชุมชน 60 เตียง
เชียงราย	พื้นที่ภาคเหนือ ชายแดน ไทย เมียนมา และ ไทย สปป.ลาว	รพ.เชียงรายประชานุเคราะห์	โรงพยาบาลศูนย์
		รพ.แม่จัน	รพ.ชุมชน 30 เตียง
ระนอง	ภาคใต้ตอนบน พื้นที่เกษตรกรรมและประมง ชายแดนไทย เมียนมา	รพ.ระนอง	โรงพยาบาลทั่วไป
		รพ.กระบุรี	รพ.ชุมชน 30 เตียง
ภูเก็ต	พื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง ประมง และท่องเที่ยว	รพ.ภูเก็ต	โรงพยาบาลทั่วไป
		รพ.ถลาง	รพ.ชุมชน 60 เตียง

วิธีการเก็บข้อมูล

วัตถุประสงค์ที่ 1 ใช้การทบทวนวรรณกรรม (literature review) โดยทบทวนจากงานวิจัยในวารสารต่างประเทศ (journal based databases) รวมถึงรายงานวิจัยขององค์กรระหว่างประเทศต่างๆเช่น

เบื้องต้นได้กำหนดลงพื้นที่ 12 โรงพยาบาล ได้แก่ 11 โรงพยาบาลในตารางที่ 1 กับโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ แต่มีปัญหาในการเข้าถึงข้อมูล จึงได้ข้อมูลที่น่าสนใจวิเคราะห์เพียง 11 โรงพยาบาล

NOWHERELAND project ซึ่งเป็นฐานข้อมูลการประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวในระบบทะเบียนในประเทศสหภาพยุโรปฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่สำคัญคือ Medline ใช้คำศัพท์สืบค้นอาทิ (("Emigrants and Immigrants"[Mesh])OR ("Transients and Migrants"[Mesh])) AND (("Emergency Treatment"[Mesh]) OR ("Emergency Medical Services"[Mesh]) OR ("Critical Illness"[Mesh]))

วัตถุประสงค์ที่ 2 ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นวิธีเก็บข้อมูล และได้ทำการสนทนากลุ่มหนึ่งครั้งก่อนสรุปโครงการ (และเพื่อเป็นกระบวนการตรวจสอบความถูกต้องข้อมูล และคืนข้อมูลสู่พื้นที่) การสัมภาษณ์ใช้เวลาแต่ละครั้งประมาณ 45 นาที มีการบันทึกเสียงและถอดเทป โดยขออนุญาตผู้ถูกสัมภาษณ์ก่อนทุกครั้ง การสัมภาษณ์กระทำที่สถานที่ปฏิบัติงานของผู้ถูกสัมภาษณ์ ประเด็นคำถามสัมภาษณ์ อาทิ ข้อดี ข้อเสีย ของการจัดระบบประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวในปัจจุบันเป็นอย่างไร บริบทของแต่ละพื้นที่เป็นอย่างไร ถ้าจะจัดให้มีการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กับคนต่างด้าวที่ตกหล่นจากการประกันสุขภาพควรครอบคลุมโรคใดบ้าง อย่างไรก็ตามผู้วิจัยไม่ได้กำหนดคำถามที่ตายตัวเหมือนการสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง (structured interview) แต่จะปรับคำถามให้เข้ากับบริบทของแต่ละพื้นที่ รวมถึงบทบาทและหน้าที่ของผู้ถูกสัมภาษณ์

วัตถุประสงค์ที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลการใช้บริการสถานพยาบาล (facility based data analysis) ตัวแปรที่จะใช้ในการวิเคราะห์ได้แก่ เพศ อายุ ที่อยู่ สิทธิการรักษา สัญชาติ และหน่วยต้นทุนต่อการบริการการคำนวณใช้ข้อมูลในระดับรายบุคคล (individual-based data) เหตุที่ต้องใช้ข้อมูลสถานพยาบาล เพราะมีความละเอียดมากที่สุดมากกว่าข้อมูลที่ส่งไปที่กระทรวงสาธารณสุข และยังเป็นการลดอคติที่อาจเกิดจากการใช้ข้อมูลส่วนกลางด้วยเหตุที่สถานพยาบาลไม่ส่งข้อมูลผู้ป่วยต่างด้าวที่ตกหล่นจากการประกันสุขภาพไปที่กลุ่มประกันสุขภาพเนื่องจากไม่เกี่ยวข้องกับการเบิกจ่าย รายละเอียดวิธีคำนวณได้แสดงไว้ในส่วนผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วัตถุประสงค์ที่ 1 และ 2 ใช้วิธีแก่นสาระในการวิเคราะห์ข้อมูล (thematic analysis) วัตถุประสงค์ที่ 3 ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา อาทิ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และร้อยละ เนื่องจากรายละเอียดในการวิเคราะห์ข้อมูลของวัตถุประสงค์ที่ 3 มีปริมาณมาก จึงได้แสดงวิธีการคำนวณไว้ก่อนแสดงผลการศึกษา เพื่อให้รายงานมีความต่อเนื่อง

ผลการศึกษา

วัตถุประสงค์ที่ 1

วัตถุประสงค์ที่ 1 จัดทำขึ้นเพื่อถอดบทเรียนจากต่างประเทศ ในการจัดการบริการประกันสุขภาพ สำหรับคนต่างด้าว รวมถึงการจัดชุดสิทธิประโยชน์สำหรับคนต่างด้าวที่ตกหล่นจากการประกันสุขภาพในระบบปกติ (safety net) การศึกษาใช้กระบวนการทบทวนวรรณกรรม (literature review) ซึ่งรวบรวมข้อมูลจากเอกสารทางวิชาการที่ตีพิมพ์ในต่างประเทศ เอกสารที่สืบค้นได้ส่วนใหญ่มาจากการสืบค้นแบบเจาะจง (purposive search) จากโครงการศึกษาระบบบริการสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวที่ขาดเอกสารแสดงตน (undocumented migrants: UDM) ในสหภาพยุโรป ที่ชื่อว่า NOWHERELAND project ซึ่งเป็นองค์กรวิชาการ โดยการสนับสนุนของ European Commission และเพื่อให้การสืบค้นครอบคลุมประเทศอื่นๆมากขึ้นไปกว่าประเทศสหภาพยุโรป ผู้วิจัยได้สืบค้นตัวอย่างจากประเทศอื่นๆจากฐานข้อมูลเพิ่มเติม อาทิ Medlineⁱⁱ, The Asia Pacific Journalⁱⁱⁱ และเว็บไซต์ที่เป็นทางการขององค์การที่ทำหน้าที่ประกันสุขภาพของประเทศนั้นๆ^{iv}

เหตุที่การศึกษาในวัตถุประสงค์ที่ 1 ใช้กระบวนการ literature review (with purposive search) ไม่ใช่ systematic review เพราะการทบทวนวรรณกรรมนี้ไม่ได้มุ่งหวังจะใช้ตอบคำถามงานวิจัยทั้งหมด แต่จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ (topic guide) สำหรับผู้วิจัยเมื่อลงไปเก็บข้อมูลในพื้นที่จริง และพัฒนาประเด็นที่จะใช้เสวนา ระดมสมองร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ ว่ารูปแบบการจัดบริการ safety net แบบต่างๆในต่างประเทศนี้ มีข้อดี ข้อเสีย อย่างไร มีประเด็นใดที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับประเทศไทยได้ ซึ่งเป็นคำถามวิจัยที่ยังกว้างอยู่ กระบวนการ literature review จึงน่าจะเหมาะสมกว่ากระบวนการ systematic review จุดมุ่งเน้น

ⁱⁱ www.pubmed.com ใช้คำศัพท์สืบค้น คือ (("Emergency Treatment"[Mesh] OR "Emergency Medical Services"[Mesh]) OR ("Critical Illness"[Mesh])) AND (("Emigrants and Immigrants"[Mesh]) OR ("Transients and Migrants"[Mesh])) AND (hasabstract[text]) ซึ่งพบว่าค้นหาวรรณกรรมได้ทั้งหมด 92 บทความ

ⁱⁱⁱ http://japanfocus.org/-neal_s_-parikh/3324/article.html

^{iv} เช่น การศึกษารูปแบบบริการในสหราชอาณาจักร ก็สืบค้นจากเว็บไซต์ของ National Health Service (<https://www.gov.uk/healthcare-immigration-application/overview>)

(scope) ของการทบทวนวรรณกรรมนี้ คือ คนต่างด้าวที่ขาดเอกสารแสดงตนให้อยู่ในประเทศปลายทางได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย (third-country nationals without a required permit authorising to regularly stay) ซึ่งเป็นนิยามที่ปรับมาจาก Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM)⁽⁹⁾ โดยในที่นี้จะเรียกทับศัพท์ว่า undocumented migrants (UDM) นิยามนี้ไม่จำกัดว่า UDM จะเข้าเมืองผิดกฎหมายตั้งแต่แรกหรือเข้าเมืองถูกกฎหมายแต่หมายรวมถึงการไม่ได้รับอนุญาตพำนักอาศัยอย่างถูกต้อง อาจเคยอาศัยอย่างถูกต้องแต่ต่อมาอยู่เลยระยะเวลาอนุญาตให้พำนักอาศัย และยังรวมถึง (1) failed asylum seekers และ (2) คนที่ไม่สามารถระบุประเทศต้นทางได้ ทั้งนี้ไม่รวมผู้อพยพที่ได้รับการดูแลเป็นการเฉพาะหรือผู้ลี้ภัยที่ได้รับการดูแลโดยองค์การสหประชาชาติ

ผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่า Cadura และ Catacin (2010)⁽¹⁰⁾ ได้จัดกลุ่มประเทศในสหภาพยุโรปออกเป็นสามกลุ่ม คือ (1) กลุ่ม No rights คือ กลุ่มที่ UDM ถูกจำกัดในการเข้าถึง emergency care หรือเข้าถึงได้แต่เสี่ยงที่จะเกิดภาระทางการเงินกับผู้ป่วยอย่างสูง หรือผู้ป่วยต้องมีค่าใช้จ่ายล่วงหน้าในการเข้าถึงบริการเป็นครั้งคราวไป, (2) กลุ่ม Minimum rights คือ กลุ่มที่ UDM สามารถเข้าถึงบริการได้เฉพาะ emergency care ทั้งนี้อาจต้องมีค่าใช้จ่าย แต่ต้องเป็นค่าใช้จ่ายที่สามารถคาดการณ์ได้ และมีกฎหมายรองรับสิทธิการเข้าถึงบริการ emergency care และ (3) กลุ่ม Rights คือกลุ่มที่ UDM สามารถเข้าถึงบริการได้ทั้ง emergency care, primary care และอาจรวมถึง secondary care บางรายการ ซึ่งสิทธิได้รับการรับรองอย่างชัดเจนในตัวบทกฎหมาย แต่ทั้งนี้ไม่อาจปฏิเสธได้ว่าในทางปฏิบัติย่อมต้องมี administrative procedure บางประการ เช่น การลงทะเบียน หรือการแสดงผลงานบ่งชี้บุคคลต้ององค์กรที่ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการ ดังสรุปได้ในตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 2 สิทธิในบริการสุขภาพของ undocumented migrants ของประเทศต่างๆในสหภาพยุโรป

Level of rights	Tax-financed insurance	Premium(or payroll taxed)-financed insurance
No rights	Finland, Ireland, Malta, Sweden	Bulgaria, Czech Republic, Latvia, Luxembourg, Romania
Minimum rights	Cyprus, Denmark, UK	Austria, Belgium, Estonia, Germany, Greece, Hungary, Lithuania, Poland, Slovak Republic, Slovenia
Rights	Italy, Spain, Portugal	France, Netherlands

เนื่องจากในประเทศไทย ตั้งแต่ปี 2547 เป็นต้นมา ได้มีระบบการประกันสุขภาพคนต่างด้าวที่เข้าเมืองผิดกฎหมายโดยกระทรวงสาธารณสุข (ก่อนหน้านี้ก็มีระบบประกันสุขภาพเช่นนี้แต่ยังจำกัดเฉพาะพื้นที่) และ

ได้ค่อยๆขยายสิทธิประโยชน์การประกันสุขภาพเรื่อยมาจนครอบคลุมการรักษา HIV/AIDS และมีบัตรประกันสุขภาพสำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 7 ปี ในปี 2556 จึงเห็นได้ชัดว่าประเทศไทยมีแนวโน้มที่จะจัดอยู่ในกลุ่ม Minimum rights หรือ Rights⁽¹¹⁾

หากเปรียบเทียบกับการจัดกลุ่มข้างต้น การที่ UDM ในประเทศไทยต้องซื้อบัตรประกันสุขภาพจึงเทียบได้กับ premium-financed insurance ขณะที่ระบบประกันสุขภาพหลัก คือ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ tax-financed insurance จึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจที่จะเรียนรู้จากบทเรียนในต่างประเทศที่ใช้ระบบประกันสุขภาพดังกล่าว ในที่นี้จึงได้ยกตัวอย่างมา 4 ประเทศ ได้แก่ สหราชอาณาจักร, เยอรมัน, อิตาลี, และ ฝรั่งเศส นอกจากนั้นยังได้สืบค้นเพิ่มเติมอีกสองประเทศ คือ สหรัฐอเมริกา (ในที่นี้จำกัดเฉพาะรัฐแคลิฟอร์เนีย เพราะสหรัฐอเมริกามีระบบประกันสุขภาพในแต่ละรัฐต่างกันไป) และ ญี่ปุ่น

สหราชอาณาจักร

สหราชอาณาจักรมีประชากรสัญชาติอื่นประมาณร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด 62 ล้านคน UDM ส่วนใหญ่เป็น failed asylum seekers มีจำนวนประมาณ 155,000 ถึง 283,500 คน (ข้อมูลปี 2552) หน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่ดูแลเรื่องการประกันสุขภาพ คือ National Health Service หรือ NHS ประชาชนทุกคนต้องลงทะเบียนกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในระบบของ NHS บุคคลที่เป็น 'ordinary residents' (ซึ่งพิจารณาจากระยะเวลาที่อยู่ในประเทศ) จะได้รับบริการสุขภาพฟรี ทั้งบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมถึงบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินสำหรับ UDM การบริการสุขภาพ มีความแตกต่างจาก ordinary residents ตามที่ระบุไว้ใน Statutory Instrument 1989 No.306 ในประเด็นที่จำกัดสิทธิประโยชน์บางประการ โดยจำกัดขอบเขตเฉพาะ emergency และ urgent care ซึ่งจัดสรรให้กับผู้ป่วยฟรี โดยไม่ขึ้นกับว่าผู้ป่วยต้องเป็น ordinary residents หรือไม่ ดังมีรายละเอียด ได้แก่⁽¹²⁾

- บริการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ในลักษณะผู้ป่วยนอก
- การรักษาการเจ็บป่วยตามคำสั่งศาล
- การเจ็บป่วยด้วยอาการ psychosis (compulsory psychiatric treatment ตามที่ระบุใน Mental Health Act

2005)

- โรคติดต่อที่เป็นภัยทางสาธารณสุข เช่น วัณโรค, อาหารเป็นพิษ, อหิวาตกโรค, มาลาเรีย, ไข้หวัดใหญ่ และโรคใช้สมองอักเสบ ในอังกฤษและสก็อตแลนด์รวมการรักษา HIV แต่ในเวลส์ไม่รวมการรักษา HIV แต่เปิดโอกาสให้มีการตรวจเลือดฟรีได้

- การวางแผนครอบครัว

- การรักษาที่ให้สำหรับเหยื่อความรุนแรงหรือที่ถูกทารุณกรรม

สำหรับ maternity care ถือว่าเป็น secondary care ผู้ป่วย UDM ยังต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามปกติ แต่หากไม่สามารถจ่ายได้ แพทย์ผู้ให้การรักษาไม่อาจนำเป็นข้ออ้างในการปฏิเสธการรักษาหากพิจารณาแล้วว่ามีความเร่งด่วน ทั้งนี้ผู้ป่วยจะได้รับการติดตามหาค่ารักษาพยาบาลต่อไป

ในทางปฏิบัติ ระบบของ NHS ยังมีปัญหา อาทิ บุคลากรด้านสุขภาพบางคนเข้าใจว่า UDM ต้องถูกจำกัดสิทธิ หรือ เข้าใจผิดว่าบุคลากรด้านสุขภาพต้องรายงานหน่วยงานที่ควบคุมการเข้าเมืองเมื่อเขาพบเจอ UDM การแก้ปัญหาที่น่าสนใจคือ NHS มีระบบที่ให้ UDM และแพทย์สามารถติดต่อเข้าไปสอบถามถึงข้อจำกัดต่างๆ หรือสอบถามเกี่ยวกับเงื่อนไขเรื่องเอกสารที่จำเป็นสำหรับการระบุสิทธิ เป็นต้น และในพื้นที่รับผิดชอบหนึ่งๆ ไม่ได้มีแค่คลินิกของ NHS แต่ยังมีหลากหลาย เช่น คลินิกขององค์กรพัฒนาเอกชน หรือองค์กรการกุศล ซึ่งทำงานเชื่อมโยงกับคลินิกของ NHS ในระบบ Primary Care Trust อย่างใกล้ชิด และช่วยเข้าถึง UDM ที่กลัวการเปิดเผยตัวในระบบบริการปกติของรัฐ⁽¹³⁾

เยอรมัน

ประชากรเยอรมันมีทั้งหมด 82 ล้านคนในที่นี่ประมาณร้อยละ 8.2 ไม่ได้มีสัญชาติเยอรมัน และ second generation migrants คิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรเยอรมันทั้งหมด มีการคาดประมาณว่า UDM มีประมาณ 500,000-1,500,000 คน วิกฤตผู้อพยพในยุโรปในปี 2558 ที่ผ่านมา อาจทำให้ประชากร UDM เพิ่มขึ้น เนื่องจากรัฐบาลเยอรมันมีแผนการรับผู้อพยพเพิ่มประมาณ 330,000 คน (ผ่านกระบวนการ asylum seeking)^(14,15)

ระบบประกันสุขภาพของเยอรมันโดยทั่วไปเป็นระบบประกันสังคม (social health insurance) โดยผู้ประกันตน คือ ลูกจ้าง และนายจ้าง ต้องเสีย premium เท่าๆกัน เป็นสัดส่วนตามรายได้ของตน โดยเสียให้กับประกันสุขภาพเอกชนที่ไม่แสวงผลกำไรในกำกับของรัฐ ซึ่งมีมากกว่า 200 ระบบ นับเป็น pluralistic system รัฐ

มีหน้าที่กำกับเรื่องการเบิกจ่ายค่าบริการให้มีความเป็นธรรม เด็กและหญิงตั้งครรภ์ได้รับการยกเว้นในการจ่าย premium สิทธิประโยชน์ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และยิ่งกว่านั้นตั้งแต่ปี 2538 เป็นต้นมา มีระบบประกันสุขภาพ Long term care แยกออกมาต่างหาก ซึ่งทุกคนต้องจ่ายเงินให้กับระบบนี้ตามกฎหมาย คนต่างด้าวที่เข้ามาทำงานก็ต้องซื้อประกันสุขภาพแบบเดียวกับคนสัญชาติเยอรมัน

กล่าวโดยสรุประบบประกันสุขภาพของเยอรมันสัมพันธ์แนบแน่นกับการขออนุญาตทำงาน และการขออนุญาตทำงานก็สัมพันธ์แนบแน่นกับการได้รับสิทธิพักอาศัยในประเทศ

UDM มีสิทธิในการใช้บริการเฉพาะ emergency care โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ผู้ให้บริการสามารถทำเรื่องเบิกค่าใช้จ่ายจาก (Tax-funded) Social welfare office ได้ หากจะรับบริการที่มากกว่า emergency care เช่น acute pain, postnatal care, care of infectious diseases และ sexually transmitted diseases (STD) (รวมถึง HIV/AIDS และ วัณโรค) แต่การจะได้รับสิทธินี้ได้ UDM ต้องสมัคร health card (Krankenschein) กับ Welfare office หรือติดต่อกับเจ้าหน้าที่รัฐเพื่อรับ 'Duldung' หรือ Toleration certificate ซึ่งมีนัยว่า เป็นบุคคลที่อยู่ระหว่างประสานงานเพื่อส่งตัวกลับประเทศต้นทาง เมื่อได้ Duldung แล้วสิทธินี้จะครอบคลุมไปถึงหญิงตั้งครรภ์ (6 สัปดาห์ก่อนคลอด และ 8-12 สัปดาห์หลังคลอด) และเด็ก

ในเยอรมันยังมีระบบพิเศษที่เกิดขึ้นตาม Law of Infectious Diseases ซึ่งให้สิทธิ UDM เข้าถึงการตรวจ screening และ counselling ในโรค STD และวัณโรคได้ฟรี และไม่จำเป็นต้องระบุสถานะของตน (anonymous testing) แต่การรักษาจะได้สิทธิเมื่อมี health card หรือมี Duldung เท่านั้นในทางปฏิบัติจะขอเบิกค่าใช้จ่ายกับ Social welfare office ได้นั้น ผู้ที่ทำหน้าที่ประสานงานต้องรายงานประวัติของ UDM คนนั้นๆ กับทางหน่วยงานราชการที่รับผิดชอบเรื่องการให้สิทธิอาศัย ทั้งนี้เป็นไปตามกฎหมาย (Section 87 AufenthG) ซึ่งเป็นอุปสรรคทางอ้อมต่อการเข้าถึงบริการของ UDM ⁽¹⁶⁾

อิตาลี

ประเทศอิตาลีมีประชากรประมาณ 60 ล้านคน โดยเป็นคนที่เกิดจากต่างประเทศจำนวนประมาณ 3.5 ล้านคน หรือร้อยละ 5.8 มีประชากรที่เป็น UDM ประมาณ 200,000 ถึง 1,000,000 คน หรือร้อยละ 1 ของ

ประชากรทั้งหมด ระบบประกันสุขภาพหลักของประเทศอิตาลี คือ Italian Health Service ผ่านระบบภาษี ผู้ประกันตนต้องไปลงทะเบียนกับศูนย์บริการสุขภาพท้องถิ่น เพื่อให้ได้รับ health card (tessera sanitaria) ครอบคลุมทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน บริการเจ็บป่วยฉุกเฉิน บริการที่ต้องได้รับการดูแลโดยแพทย์ เฉพาะทาง

การตรวจวินิจฉัยส่วนใหญ่จะมีการจ่ายร่วม (co-payment) ด้วยเสมอ แต่ทั้งนี้ก็มีระบบเพดาน (ceiling) ควบคุมการจ่าย co-payment ซึ่งแปรผันตาม tax credit

บุคคลที่สามารถขอเว้นจากการจ่าย co-payment ได้แก่ ผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปี คนที่มีรายได้น้อย ผู้ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น HIV หญิงตั้งครรภ์ และผู้ที่ต้องโทษในคุก⁽¹⁶⁾ คนต่างด้าวที่มีสิทธิอาศัยอยู่และเข้าเมือง ถูกต้องตามกฎหมายก็มีสิทธิในชุดสิทธิประโยชน์เหล่านี้เช่นกัน

UDM มีสิทธิที่จะได้รับ 'temporary residing foreigner code' หรือ STP code ซึ่งเป็นเสมือน health card โดยลงทะเบียนได้ฟรี มีอายุ 6 เดือน หน่วยงานที่ออก card นี้ คือ local NHS administration ซึ่งการออก card ต้องมีการแสดงตนว่าเป็นผู้มีฐานะยากจน ผู้ที่ถือ card สามารถเข้ารับบริการบริการเจ็บป่วยฉุกเฉิน (urgent care, defined as care that cannot be postponed without jeopardizing the patient's life) และบริการที่จำเป็น (essential care) ซึ่งการตีความว่าบริการใดเป็นบริการที่จำเป็นค่อนข้างหลากหลาย แต่โดยทั่วไปรวมถึงการให้การรักษาโรคติดเชื้อ การบาดเจ็บจากการทำงาน การตรวจและรักษาวัณโรคและ HIV/AIDS และบริการสำหรับแม่และเด็ก

ในทางปฏิบัติมีปัญหาที่พบคือ UDM จำนวนหนึ่งไม่ทราบสิทธิของตน การตีความว่าสิ่งใดเป็นบริการที่จำเป็นก็ต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ รวมถึงผู้ให้บริการส่วนหนึ่งก็ไม่รับทราบเรื่องสิทธิของ UDM เช่นกัน⁽¹⁷⁾ มีประเด็นที่น่าสังเกตคือ ประเทศอิตาลีมีกฎหมายชัดเจนที่ระบุว่า บุคลากรด้านสุขภาพไม่ต้องรายงานเรื่องการปรากฏตัวของผู้ป่วย UDM ให้หน่วยงานตรวจคนเข้าเมืองทราบ เว้นแต่จะสงสัยเรื่องประวัติอาชญากรรม⁽¹⁸⁾

ฝรั่งเศส

ฝรั่งเศสมีประชากรทั้งหมด 64.7 ล้านคน มีผู้ที่เกิดในต่างประเทศจำนวน 3.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.8 และมีผู้ที่เป็น UDM จำนวน 300,000-500,000 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 0.7 ของประชากรทั้งหมด ระบบประกัน

สุขภาพหลักของฝรั่งเศสเป็นไปตามที่กำหนดใน Universal Coverage Act (CMU) ผู้ประกันตนทั้งลูกจ้างและนายจ้างต้องจ่ายเงินเข้าสู่ระบบประกันสังคม (ยกเว้นสตรีตั้งครรภ์และเด็ก และคนที่มียาได้น้อยกว่า 6,600 ยูโรต่อปี จะได้รับการยกเว้นไม่ต้องจ่ายเงินเข้าสู่ระบบประกันสังคม) สิทธิประโยชน์ครอบคลุมผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และการเจ็บป่วยฉุกเฉิน

การรับบริการผู้ป่วยนอกผู้ประกันตนต้องจ่ายค่าใช้จ่ายก่อนแล้วเบิกจากกองทุนประกันสุขภาพภายหลัง โดยกองทุนประกันสังคมรับผิดชอบร้อยละ 70 ของค่าใช้จ่าย ผู้ประกันตนรับผิดชอบร้อยละ 30 แต่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายร้อยละ 30 คืนได้ หากผู้ประกันตนมีประกันสุขภาพเอกชนเสริม การบริการผู้ป่วยในกองทุนประกันสุขภาพจะจ่ายให้สถานบริการโดยตรง กองทุนประกันสุขภาพในลักษณะประกันสังคมนี้ถูกกำกับดูแลโดย Ministry of Social Security

UDM ไม่ได้เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพตามปกติเช่นเดียวกับคนสัญชาติฝรั่งเศสทั่วไป ตั้งแต่ปี 2553 ระบบหลักในการดูแลบุคคล UDM คือ State Medical Assistance (AME) ซึ่งจะได้สิทธิใดใน AME ขึ้นกับรายได้และระยะเวลาที่อยู่ในประเทศ บุคคลที่ไม่ได้เข้าสู่ AME มีสิทธิประโยชน์เฉพาะบริการแม่และเด็ก บริการเจ็บป่วยฉุกเฉิน การได้รับวัคซีน บริการคุมกำเนิด และการรักษาโรคติดต่อที่เป็นภัยกับระบบสาธารณสุขของประเทศรวมถึงการคัดกรองและการรักษา HIV/AIDS และวัคซีนโรคบุคคลที่จะสมัคร AME certificate ต้องแสดงเอกสารบ่งชี้บุคคล เช่น สูติบัตร หนังสือเดินทางที่หมดอายุ, เอกสารแสดงถิ่นที่อยู่ และเอกสารแสดงรายได้ ระดับของรายได้แตกต่างกันไปตามจำนวนคนในครัวเรือนที่ต้องการให้ครอบคลุม เช่น การยื่นคำร้อง 1 คนต่อครอบครัว ต้องมีรายได้ของผู้ยื่นคำร้องไม่เกิน 598 ยูโรต่อเดือน หรือหากยื่นคำร้อง 2 คนต่อครอบครัว ต้องมีรายได้ของผู้ยื่นคำร้องไม่เกิน 897 ยูโรต่อเดือน โดยแบ่งระดับสิทธิประโยชน์ของ AME เป็น 3 ระดับคือ

- ถ้าอยู่อาศัยในประเทศฝรั่งเศสน้อยกว่า 3 เดือน จะมีสิทธิในบริการเจ็บป่วยฉุกเฉิน โรคติดต่อที่เป็นภัยกับสาธารณะ บริการแม่และเด็ก (รวมถึงการยุติการตั้งครรภ์)
- ถ้าอยู่อาศัยในประเทศฝรั่งเศสมากกว่า 3 เดือน จะมีสิทธิเพิ่มเติม รวมถึงบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ ยกเว้นเฉพาะบริการ dental prostheses และ corrective lenses

ตั้งแต่ปี 2547 ประเทศฝรั่งเศสได้จัดตั้งกองทุนพิเศษสำหรับบริการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ซึ่งชดเชยค่าใช้จ่ายให้แก่สถานพยาบาล หากผู้ป่วยไม่มีประกันสุขภาพใดๆ โดยองค์กรที่บริหารจัดการคือ CNAM (Caisse nationale d'assurance maladie) ซึ่งจะมีการพิจารณาเป็นรายกรณีไป (case-by-case) สถานพยาบาลต้องแสดงหลักฐานกับ CNAM ว่าผู้ป่วยไม่มีระบบประกันสุขภาพใดๆ และการรับบริการเป็นเรื่องฉุกเฉินจริงในทางปฏิบัติพบว่า UDM ส่วนใหญ่ไม่รับรู้ในสิทธิ AME มีรายงานโดยองค์กรพัฒนาเอกชน Médecins du Monde ว่าในปี 2550 เกือบร้อยละ 10 ของ UDM ไม่รับรู้ในสิทธินี้ รวมถึงความยุ่งยากในการจัดเตรียมเอกสารแสดงตนเพื่อให้ได้รับการประกันตนในระบบ AME^(16,19)

ญี่ปุ่น

ประเทศญี่ปุ่นมีประชากรต่างด้าวค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับประเทศพัฒนาแล้วอื่นๆ โดยมีประมาณร้อยละ 1.7 ด้วยเหตุที่ว่าญี่ปุ่นมีนโยบายการจัดการคนเข้าเมืองที่ค่อนข้างเคร่งครัด จำนวน UDM ในญี่ปุ่นยังไม่ทราบแน่ชัด Fujimoto (2013) รายงานว่ามี UDM ประมาณ 67,000 คน ส่วนมากเป็นคนเกาหลีและคนจีน⁽²⁰⁾ ขณะที่รายงานของ Calain-Watanabe และ Lee (2012) ระบุว่ามากถึง 92,000 คน

ประเทศญี่ปุ่นมีระบบประกันสุขภาพสี่ระบบหลัก ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากทั้งระบบภาษีและการหักเงินเดือนของลูกจ้างและนายจ้าง ได้แก่ (1) ระบบประกันสังคมสำหรับบริษัทขนาดใหญ่ แหล่งเงินของระบบประกันนี้ได้จากการหักเงินเดือนของนายจ้างและลูกจ้าง, (2) ระบบประกันสังคมสำหรับบริษัทขนาดเล็ก แหล่งเงินของระบบประกันนี้ได้จากการหักเงินเดือนของนายจ้างและลูกจ้าง และรัฐช่วยสนับสนุน, (3) Citizen's health insurance บริหารจัดการโดยแต่ละเทศบาล สำหรับกลุ่ม self-employed ซึ่งผู้ประกันตนต้องหักเงินเข้าระบบประกันและรัฐให้การสนับสนุนอีกส่วนหนึ่ง และ (4) ระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุมากกว่า 75 ปี โดยรัฐให้การสนับสนุน ร่วมกับการปันเงินรายได้บางส่วนจากระบบที่ 1-3 ข้างต้น ระบบประกันสุขภาพทั้งหมดนี้ครอบคลุมสิทธิที่จำเป็นทั้งหมด แต่ผู้ป่วยต้องมี copayment ประมาณร้อยละ 30 เว้นแต่เป็นผู้สูงอายุ⁽²¹⁾

UDM ไม่ได้ได้รับการประกันสุขภาพในระบบปกติ อย่างไรก็ตามมีความพยายามออกกฎหมายเพื่อจะมี safety net ให้กับ UDM ตัวอย่างกฎหมายที่ออกมาแล้ว เช่น Infectious Diseases Law ให้การครอบคลุมการรักษาโรคสำหรับคนทุกคน (แต่ไม่รวม HIV/AIDS), Tertiary-Level Emergency Care Unpaid Bill Reimbursement

สำหรับให้สถานพยาบาลเบิกค่าใช้จ่ายการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่มีการรักษาที่ซับซ้อน อย่างไรก็ตามการพิจารณาเบิกค่าใช้จ่ายนี้สำหรับ UDM ยังเป็นการพิจารณาเฉพาะราย (case-by-case) และบังคับใช้เฉพาะเขตคันโตเท่านั้น

ภายใต้ Alien Registration Law ของญี่ปุ่นในปัจจุบัน UDM มีสิทธิขอรับ no-visa holder identification card ซึ่งให้สิทธิการนอนโรงพยาบาลฟรีในกรณีผู้ป่วยใน และให้สิทธิบริการผู้ป่วยนอก (แต่ต้องมี copayment ร่วม) เฉพาะในบางคลินิกหรือบางโรงพยาบาลที่ร่วมโครงการ และมีข้อกำหนดต่างกันไปในแต่ละเทศบาล เช่น ที่เมืองคานางาวะ UDM ต้องจ่าย premium ประมาณ 2,000 เยนต่อเดือน จึงจะได้สิทธินี้

ประเทศญี่ปุ่นยังให้สิทธิที่จำเพาะกับสตรีตั้งครรภ์ (โดยไม่ขึ้นกับสถานะทางกฎหมาย ว่าเป็นคนเข้าเมืองถูกกฎหมายหรือไม่) ตามที่ระบุใน Mother and Child Health Law หญิงตั้งครรภ์ได้รับสิทธิ antenatal care, postnatal care และ vaccination โดยให้สิทธิเป็นอุปถัมภ์ ค่าใช้จ่ายได้รับการสนับสนุนจากเทศบาลและรัฐในสัดส่วนเท่าๆกัน และอาจมีค่าใช้จ่ายเล็กน้อยที่ผู้ให้บริการต้องจ่ายเสริม⁽²²⁾

อย่างไรก็ตามยังมีปัญหาในทางปฏิบัติอยู่มาก เนื่องด้วยค่านิยมของชาวญี่ปุ่นซึ่งมีความเป็นชาตินิยมสูง และทัศนคติของคนญี่ปุ่นต่อ UDM ก็ค่อนข้างไปในทางจำกัดสิทธิ Calain-Watanabe และ Lee (2012) รายงานว่ากว่าร้อยละ 18 ของเจ้าหน้าที่ welfare centers ไม่เห็นด้วยที่จะให้การบริการ UDM และการจะพิจารณาว่าใครจะ "ได้รับสิทธิ ขึ้นกับการตัดสินใจของผู้ให้บริการเป็นกรณีๆไป"^(23,24)

สหรัฐอเมริกา

สหรัฐอเมริกาคือประเทศที่มีความหลากหลายในด้านประชากรมาก คาดการณ์ว่ามี UDM ประมาณ 11.3 ล้านคน ในปี 2557⁽²⁵⁾ เฉพาะในรัฐแคลิฟอร์เนียคาดการณ์ว่ามี UDM ประมาณ 2.6 ถึง 3 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 7 ของประชากร ระบบประกันสุขภาพของสหรัฐอเมริกามีความแตกต่างไปในแต่ละรัฐ แต่โดยสรุปคือเป็นระบบประกันสุขภาพแบบผสม ระหว่าง (1) ระบบประกันสุขภาพโดยรัฐ สำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ด้อยโอกาส (Medicaid) และผู้สูงอายุ (Medicare), (2) ระบบประกันสุขภาพเอกชน, และ (3) ในบางรัฐมีการจัดระบบประกันสังคม ซึ่งร่วมจ่ายโดยนายจ้างและลูกจ้าง ผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพ ต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง (out-of-pocket payment) คนต่างด้าวเข้าเมืองและมีสิทธิอาศัยถูกกฎหมายได้รับการรับรองในสิทธิประกันสุขภาพดังกล่าวเช่นเดียวกับคนสัญชาติอเมริกัน

รัฐแคลิฟอร์เนียได้ชื่อว่าเป็นรัฐที่มีความเปิดกว้างในการให้สิทธิในบริการสุขภาพแก่ UDM มากที่สุด ถ้าเป็นคนที่ไม่มีสิทธิอาศัยถูกกฎหมายหรือคนสัญชาติอเมริกาที่มีรายได้น้อย ทางรัฐแคลิฟอร์เนียได้มีโครงการประกันสุขภาพที่สนับสนุนโดยรัฐชื่อว่า Medi-Cal สำหรับผู้มีรายได้น้อยรองรับอยู่แล้ว ถ้าเป็น UDM หากแสดงหลักฐานการพักอาศัยในรัฐแคลิฟอร์เนีย เช่น วีซ่าหาคอยุ หรือ LA residence card ก็สามารถเข้าโครงการที่เรียกว่า Restricted Medi-Cal ได้ ซึ่งมีสิทธิประโยชน์ได้แก่^(26,27)

- บริการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ซึ่งระบุนิยามโดยกว้างไว้ในกฎหมาย Federal Statue (42 U.S.C. Section 130b (v)) ว่าภาวะเจ็บป่วยที่หากไม่ได้รับการรักษาจะนำมาซึ่ง serious impairment/dysfunction ของอวัยวะและร่างกาย
- การบริการเจ็บป่วยฉุกเฉิน รวมถึงการบริการล้างไตต่อเนื่องด้วย (Acute, ongoing, and maintenance renal dialysis services)
- บริการสำหรับแม่และเด็ก ได้แก่ การคุมกำเนิด การฝากครรภ์ การคลอด และการดูแลภายใน 60 วัน หลังคลอด

การบริการเหล่านี้มีขึ้นที่คลินิกหรือโรงพยาบาลของรัฐที่เข้าร่วมโครงการ Restricted Medi-Cal โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่หากเป็นบริการที่นอกเหนือจากนี้ ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง ผู้ป่วยสามารถสมัครเข้าร่วมโครงการ Ability-to-Pay Plan (ATP) ซึ่งเป็นบริการเสริมเพื่อช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายหากใช้บริการสิทธิอื่นๆเพิ่มเติม นั่นคือเป็นโครงการที่จะคำนวณรายได้ของครัวเรือนว่า หากหักภาษีแล้ว เหลือรายได้เท่าไร ถ้ารายได้ที่เหลือยังต่ำกว่าร้อยละ 138 ของเส้นความยากจน (ประมาณ US\$ 1,343 สำหรับ 1 คน) ก็ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย แต่หากสูงกว่าร้อยละ 138 ต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นรายเดือนในกรณีผู้ป่วยนอก (ไม่ว่าจะใช้บริการกี่ครั้ง) และเสียค่าใช้จ่ายเป็นรายครั้งในกรณีผู้ป่วยใน ราคาค่าใช้จ่ายแตกต่างกันไปในแต่ละคลินิกและประเภทการบริการ (ประมาณ US\$ 60-500)⁽²⁸⁾ ATP ยังช่วยให้ผู้ป่วยขอเจรจาแบ่งจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ ทั้งนี้การแสดงรายได้ของผู้สมัครก็ใช้การตอบแบบสอบถามเท่านั้น แต่หน่วยงานของรัฐมีสิทธิในการขอเอกสารยืนยันรายได้ด้วยเช่นกัน

ปัญหาในทางปฏิบัติที่พบ อาทิ จำนวน UDM ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในสหรัฐอเมริกาทำให้มีจำนวนการใช้บริการที่แผนฉุกเฉินของโรงพยาบาลสูงขึ้น (เนื่องด้วยสหรัฐอเมริกามีกฎหมาย Emergency Medical

Treatment and Active Labor Act (EMTALA) ห้ามสถานพยาบาลปฏิเสธการรักษาเบื้องต้นผู้ป่วยฉุกเฉิน) จนทำให้ในหลายรัฐมีการเพิ่มการเก็บภาษี เพื่อมาชดเชยภาระทางการเงินการคลังของสถานพยาบาล มีรายงานว่าตั้งแต่ปี 2536 ถึง 2546 มีโรงพยาบาลกว่า 60 แห่งที่ปิดแผนฉุกเฉินของตนเองลง อย่างไรก็ตามการปิดแผนนี้อาจเกิดจากสาเหตุอีกหลายประการ ไม่ได้เกิดจากเรื่องภาระการรักษาพยาบาลของ UDM อย่างเดียว⁽²⁹⁾

สรุปผลการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ประเทศที่ศึกษายังมา มีการจัดระบบ safety net สำหรับคนต่างด้าวในหลายระดับ คือ

- ระดับที่ 1 การประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวเข้าเมืองถูกกฎหมาย และได้รับอนุญาตพำนักอยู่อย่างถูกต้อง คนต่างด้าวเข้าเมืองถูกกฎหมาย ที่มีใบอนุญาตทำงานและได้รับอนุญาตให้อยู่อาศัยอย่างถูกต้อง จะได้รับการประกันสุขภาพในระบบปกติ เช่นเดียวกับประชาชนของรัฐนั้น เมื่อเทียบกับประเทศไทยก็น่าจะใกล้เคียงกับคนต่างด้าวที่มีใบอนุญาตทำงาน ที่เป็นแรงงานฝีมือ หรือเป็นแรงงานนำเข้าด้วยข้อตกลงระหว่างรัฐ (แรงงาน MOU) ที่ต้องประกันสุขภาพในระบบประกันสังคม ซึ่งประเด็นนี้ต่างจากที่พบในสหราชอาณาจักรที่คนที่เข้าเมืองถูกกฎหมายและมีใบอนุญาตทำงานจะได้รับการประกันตนในระบบ NHS เหมือนคนสหราชอาณาจักรทั่วไป แต่สำหรับประเทศไทยคนต่างด้าวเข้าเมืองถูกกฎหมายไม่ได้รับการประกันตนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 หากทำงานเป็นลูกจ้างในระบบหรือสถานประกอบการก็ต้องประกันสุขภาพในระบบประกันสังคมเช่นเดียวกับคนไทย

- ระดับที่ 2 การประกันสุขภาพสำหรับ registered illegal/undocumented migrants คนต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมาย หรือกลุ่ม overstayers ที่มาลงทะเบียนกับรัฐ จะได้รับการประกันสุขภาพในแบบเดียวกับคนชาตินั้น เช่นในอิตาลี หรือจัดระบบประกันสุขภาพเสริมสำหรับ UDM คู่ขนานกันไป เช่น เยอรมัน หรือฝรั่งเศส ซึ่งถ้าเปรียบเทียบกับประเทศไทย ก็คือการซื้อประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข สำหรับคนต่างด้าวสามสัญชาติที่มาขึ้นทะเบียนในระบบ One Stop Service (รวมถึงคนต่างด้าวทั่วไปที่มาขอซื้อประกันสุขภาพกับสถานพยาบาลโดยตรง) ความเหมือนกันของข้อค้นพบนี้ในต่างประเทศกับประเทศไทย คือ คนต่างด้าวจำนวนมากไม่ทราบในสิทธินี้⁽³⁰⁾ แม้กระทั่งบุคลากรด้านสุขภาพเองก็มีความสับสนในนโยบายว่าสามารถขึ้นทะเบียนผู้ป่วยได้หรือไม่ ข้อแตกต่างระหว่างประเทศไทยกับต่างประเทศ คือ การซื้อประกันสุขภาพของต่างประเทศมัก

พิจารณาจากรายได้ของคนต่างด้าวและลักษณะการอยู่อาศัยเป็นหลัก ไม่ได้พิจารณา'สัญชาติ' (โดยของไทย ประกาศให้ครอบคลุมเฉพาะแรงงานสามสัญชาติ คือ กัมพูชา ลาว และ เมียนมาเท่านั้น) อาจเนื่องด้วยในประเทศที่ยกตัวอย่างมา ล้วนเป็นประเทศพัฒนาแล้วที่มีระบบการจัดเก็บภาษีและระบบการติดตามตัวบุคคลที่ค่อนข้างมีประสิทธิภาพ

- ระดับที่ 3 การประกันสุขภาพเฉพาะโรคในหลายประเทศมีระบบประกันสุขภาพสำหรับบริการทางการแพทย์เฉพาะกลุ่ม/เฉพาะโรค อาทิ สำหรับแม่และเด็ก และสำหรับโรคติดเชื้อที่เป็นภัยทางสาธารณสุข ได้แก่ โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และวัณโรค ซึ่งในประเทศไทย ยังไม่มีการประกันสุขภาพในลักษณะนี้ แต่อาจเทียบเคียงได้กับบัตรประกันสุขภาพ 365 บาท สำหรับเด็กอายุน้อยกว่า 7 ปี แต่บัตรประกันสุขภาพ 365 บาท ยังมีลักษณะเป็นการซื้อประกันสุขภาพและรายได้จากการขายบัตรถูกรวบรวม (pooling) ที่โรงพยาบาลนั้นๆ ไม่ได้เป็นการรวมรายได้ของบัตรในระดับประเทศ จึงมีความเสี่ยงที่จะไม่เกิดความคุ้มทุนเนื่องจากมีผู้ประกันตนน้อย⁽³⁰⁾ ในเรื่องกองทุนรักษาเฉพาะโรคยังไม่มีการจัดตั้งขึ้นในประเทศไทยอย่างชัดเจน เนื่องด้วยระบบประกันสุขภาพสามระบบหลักของประเทศไทย (หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม และสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ) ครอบคลุมการเจ็บป่วยเกือบทุกโรคอยู่แล้ว แต่หากจะเทียบเคียง ก็อาจเทียบได้กับโครงการ NAPHA Extension ในการดูแลผู้ป่วย UDM ที่เป็น HIV/AIDS วัณโรค และมาลาเรีย แต่มีจำนวนการรับขึ้นทะเบียนผู้ป่วยที่จำกัดและโครงการก็จะสิ้นสุดลงปลายปี 2559 และไม่ใช่โครงการที่รัฐให้ทุนสนับสนุนโดยตรง เพราะพึ่งพาทุนจากภายนอกประเทศ นั่นคือ Global Fund

- ระดับที่ 4 การมีกองทุนเฉพาะชดเชยค่ารักษายาพยาบาลที่เรียกเก็บไม่ได้ ประเทศฝรั่งเศสและญี่ปุ่นมี safety net ระดับที่สี่ คือมีกองทุนเฉพาะที่ให้สถานพยาบาลมีโอกาสเบิกค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บไม่ได้ในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ซึ่งในประเทศไทยยังไม่มีกองทุนเช่นนี้แต่อาจมีการช่วยเหลือสภาพคล่องของโรงพยาบาลด้วย Contingency Fund (CF) อย่างไรก็ดีตามการจัดสรรงบ CF ไม่ได้มุ่งเน้นที่การชดเชยค่ารักษายาพยาบาลสำหรับ UDM แต่เป็นการช่วยเหลือภาระทางการเงินการคลังของสถานพยาบาลในภาพรวม ข้อเสนออีกประการหนึ่งคือ ในต่างประเทศการขอเบิกจากกองทุนเพื่อชดเชยค่ารักษายาพยาบาลผู้ป่วย UDM ต้องมีการส่งข้อมูลที่ละเอียดถึงภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และหลักฐานการเรียกเก็บเงินจากผู้ป่วยไม่ได้ เพื่อประกอบการพิจารณาเบิกเงินค่าชดเชยทั้งนี้ผู้วิจัยได้สรุปเนื้อหาการทบทวนวรรณกรรมเป็นตาราง ดังนี้ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 สรุปบทเรียนจากต่างประเทศเกี่ยวกับการประกันสุขภาพของคนต่างด้าวในระดับต่างๆ

ประเทศ	ระดับที่ 1	ระดับที่ 2	ระดับที่ 3	ระดับที่ 4
สหราชอาณาจักร	National Health Service: tax system, comprehensive package, no or little co-payment	Must be registered with NHS but limited to some services: emergency conditions, psychosis, family planning and public health threat diseases	Undistinguished with level-2 safety net	Not clear
เยอรมัน	Social health insurance: premium-based, pluralistic system, comprehensive benefit package	Duldung (managed by Social Welfare Office): tax deducted, covering maternal and child health care, emergency services, treatment for sexually transmitted diseases	Undistinguished with level-2 safety net	Not clear
อิตาลี	Italian Health Service: tax-based, co-payment with ceiling (excepting vulnerable patients), comprehensive benefit package	STP code (health card), covering urgent care, essential care, maternal and child health care, tuberculosis and HIV/AIDS	Undistinguished with level-2 safety net	Not clear
ฝรั่งเศส	Universal Coverage Act(CMU): payroll tax for social health insurance, comprehensive benefit package (pay first then reimburse)	State Medical Assistance (AME) ● Less than 3 months residence: covered only emergency care, maternal and child health care, and care for contagious diseases	Special funds for maternal and child care, vaccination, emergency care, HIV/AIDS and TB treatment, and contagious diseases that cause public health threat	CNAM: Caisse nationale d'assurance maladie, for subsidising facilities with unpaid debt derived from providing emergency care to the uninsured

ประเทศ	ระดับที่ 1	ระดับที่ 2	ระดับที่ 3	ระดับที่ 4
		that cause public health threat • More than 3 months residence: as above plus primary and secondary care		
ญี่ปุ่น	Mixed systems between social insurances, community insurances and insurance for the elderly: 30% copayment with comprehensive benefit package	Not clear (but some prefectures have no-visa holder identification card that ratifies right to OP and IP care for undocumented migrants)	Mother and Child Health Law: vouchers for antenatal care, post natal care and vaccination	Tertiary-Level Emergency Care Unpaid Bill Reimbursement; but endorsed only in Kanto prefecture
สหรัฐอเมริกา(เฉพาะแคลิฟอร์เนีย)	(1) Social health insurance, (2) State funded insurance (Medicare&Medicare), (3) Private insurance (Note that the uninsured need to pay out of pocket): benefit package varied according to premium	Restricted Medi-Cal: including urgent care plus dialysis, maternal and child health care, and family planning	Not clear	Not clear
ไทย	(1) Social Health Insurance by the Ministry of Labour (for legal high-skilled migrant workers): tripartite payroll tax with comprehensive benefits; and (2) Migrant Health Insurance by the Ministry of Public Health (MOPH): only for	Migrant Health Insurance by the MOPH • Compulsory for migrant workers (and dependants) from CLM, registered with One Stop Service policy with an annual premium of 1,600 Baht (365	NAPHA programme for HIV/AIDS treatment, funded by international donor, and 365-Baht card for migrant child aged less than 7	Contingency Fund for hospitals with financial debt (but not restricted to debt from migrant treatment)

ประเทศ	ระดับที่ 1	ระดับที่ 2	ระดับที่ 3	ระดับที่ 4
	informal-sector legal migrant workers from Cambodia, Lao PDR and Myanmar (CLM), premium-based system, comprehensive benefits (except for psychotic treatment, chronic dialysis, etc)	Baht for a child) plus 500 Baht health check cost ● Voluntary for migrants (and dependants) with an annual premium of 2,200 Baht (365 Baht for a child) plus 500 Baht health check cost		

หมายเหตุ:

1. ระดับที่ 1 การประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวเข้าเมืองถูกกฎหมาย และได้รับอนุญาตพำนักอยู่อย่างถูกต้อง
2. ระดับที่ 2 การประกันสุขภาพสำหรับ registered illegal/undocumented migrants
3. ระดับที่ 3 การประกันสุขภาพเฉพาะ โรคหรือเฉพาะกลุ่มบุคคล
4. ระดับที่ 4 การมีกองทุนเฉพาะชดเชยค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บไม่ได้

วัตถุประสงค์ที่ 2

วัตถุประสงค์ที่ 2 จัดทำขึ้นเพื่อรับฟังข้อเสนอหรือข้อคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้กำหนดนโยบายในการจัดระบบชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ในภาวะเจ็บป่วยวิกฤตสำหรับบุคคลต่างด้าวที่ตกหล่นจากการประกันสุขภาพ ลักษณะของผู้ถูกสัมภาษณ์ได้แสดงไว้ในตารางที่ 4 ดังนี้

ตารางที่ 4 ลักษณะของผู้ถูกสัมภาษณ์

ผู้ถูกสัมภาษณ์	สถานที่ทำงาน	รหัส	ประสบการณ์ที่ทำงานเกี่ยวกับคนต่างด้าว (ปี)
1.ผู้กำหนดนโยบาย	กลุ่มประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข	PM01	1
2.เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการ	กลุ่มประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข	AM01	1
3.ผู้บริหาร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สมุทรสาคร	SS01	7
4.ผู้บริหาร	กลุ่มงานประกันสุขภาพสสจ.สมุทรสาคร	SS02	1
5.ผู้รับผิดชอบงานประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	กลุ่มงานประกันสุขภาพสสจ.สมุทรสาคร	SS03	1
6.ผู้บริหาร	โรงพยาบาลสมุทรสาคร	SS04	10
7.เจ้าหน้าที่นิติกร	โรงพยาบาลสมุทรสาคร	SS05	10
8.เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานงานประกันสุขภาพ	โรงพยาบาลสมุทรสาคร	SS06	10
9.เจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์	โรงพยาบาลสมุทรสาคร	SS07	10
10.เจ้าหน้าที่การเงิน	โรงพยาบาลสมุทรสาคร	SS08	10
11.ผู้บริหาร	กลุ่มงานประกันสุขภาพสสจ.เชียงราย	CR01	3
12.ผู้รับผิดชอบงานประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	กลุ่มงานประกันสุขภาพสสจ.เชียงราย	CR02	3

ผู้ถูกสัมภาษณ์	สถานที่ทำงาน	รหัส	ประสบการณ์ที่ทำงานเกี่ยวกับคนต่างด้าว (ปี)
13..ผู้บริหาร	กลุ่มงานประกันสุขภาพพรพ.แม่จัน	CR03	13
14.ผู้บริหาร	โรงพยาบาลเชิงรายประชานุเคราะห์	CR04	1
15.ผู้รับผิดชอบงานประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	โรงพยาบาลเชิงรายประชานุเคราะห์	CR05	2
16.ผู้บริหาร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สระแก้ว	SK01	4
17.ผู้รับผิดชอบงานประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	กลุ่มงานประกันสุขภาพสสจ. สระแก้ว	SK02	1
18.ผู้บริหาร	โรงพยาบาลอรัญประเทศ	SK03	14
19.ผู้รับผิดชอบงานประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	โรงพยาบาลอรัญประเทศ	SK04	14
20.ผู้บริหาร	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สระแก้ว	SK05	5
21.ผู้บริหาร	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สระแก้ว	SK06	10
22.ผู้รับผิดชอบงานประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สระแก้ว	SK07	5
23.เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานงานประกันสุขภาพ	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สระแก้ว	SK08	8
24.ผู้รับผิดชอบงานประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	กลุ่มงานประกันสุขภาพสสจ.ตาก	TK01	4
25.ผู้บริหาร	โรงพยาบาลท่าสองยาง	TK02	12
26.ผู้รับผิดชอบงานประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	โรงพยาบาลท่าสองยาง	TK03	10
27.ผู้รับผิดชอบงานประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	โรงพยาบาลแม่สอด	TK04	11
28.เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานงานประกันสุขภาพ	โรงพยาบาลแม่สอด	TK04	8

ผู้ถูกสัมภาษณ์	สถานที่ทำงาน	รหัส	ประสบการณ์ที่ทำงานเกี่ยวกับคนต่างด้าว (ปี)
29.เจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์	โรงพยาบาลแม่สอด	TK04	3
30.ผู้บริหาร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต	PK01	8
31.ผู้รับผิดชอบงานประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	กลุ่มงานประกันสุขภาพสสจ.ภูเก็ต	PK02	6
32.ผู้บริหาร	โรงพยาบาลถลาง	PK03	5
33.ผู้รับผิดชอบงานประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	โรงพยาบาลถลาง	PK04	8
34.ผู้บริหาร	โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต	PK05	10
35.ผู้รับผิดชอบงานประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต	PK06	9
36.เจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์	โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต	PK07	4
37.ผู้บริหาร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง	RK01	11
38.ผู้รับผิดชอบงานประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	กลุ่มงานประกันสุขภาพสสจ.ระนอง	RK02	5
39.เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานงานประกันสุขภาพ	โรงพยาบาลระนอง	RK03	8
40..เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานงานประกันสุขภาพ	โรงพยาบาลกระบี่	RK04	4

บริบทของแต่ละพื้นที่

จังหวัดสมุทรสาคร

สมุทรสาคร เป็นจังหวัดที่มีการแรงงานต่างด้าวเป็นจำนวนมากทั้งคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองและที่ขอขึ้นทะเบียนขออนุญาตทำงานอย่างถูกกฎหมายโดยประมาณว่ามีคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองกว่า 2 แสนคน ส่วนใหญ่เป็นชาวเมียนมา ประมาณร้อยละ 80 ถึง 90 คนต่างด้าวส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างในภาคอุตสาหกรรมประมงและรับจ้างทั่วไป

สมุทรสาครบริหารจัดการเงินประกันสุขภาพคนต่างด้าว ตามรูปแบบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด กล่าวคือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดำเนินงานการประกันสุขภาพคนต่างด้าวในระดับพื้นที่ ทำหน้าที่ควบคุมกำกับระบบทะเบียนคนต่างด้าว และบริหารจัดการเงินในส่วนของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในขณะที่โรงพยาบาลจะทำหน้าที่การตรวจสุขภาพ ข่ายประกันสุขภาพ และขึ้นทะเบียน

จังหวัดสมุทรสาครมีโรงพยาบาลที่รับเป็นหน่วยขึ้นทะเบียนคนต่างด้าว 4 แห่ง ได้แก่ (1) โรงพยาบาลสมุทรสาคร, (2) โรงพยาบาลวิชัยเวชอินเตอร์เนชั่นแนล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งเปิดขายบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวร่วมกันกับโรงพยาบาลสมุทรสาคร ในพื้นที่อำเภอเมือง, (3) โรงพยาบาลบ้านแพ้ว องค์กรมหาชน และ (4) โรงพยาบาลกระทุ่มแบน

คนต่างด้าวที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพจะต้องไปรับบริการยังโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้เท่านั้น การเข้ารับบริการของคนต่างด้าวสามารถใช้บริการนอกพื้นที่จังหวัดได้เฉพาะอุบัติเหตุเท่านั้น แต่ก็พบว่าคนต่างด้าวที่ไม่มีประกันสุขภาพมาเข้ารับบริการอยู่เสมอ ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาโรงพยาบาลแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่ค้างชำระไว้เป็นจำนวนมาก ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ยอดค่าใช้จ่ายรวมและยอดค้างชำระของคนต่างด้าวที่มารับบริการในจังหวัดสมุทรสาคร

ประเภทบริการ	พ.ศ.2558	
	ค่าใช้จ่าย	ค้างชำระ
ผู้ป่วยนอก	131,547,189.48	22,015,345.50
ผู้ป่วยใน	88,480,744.50	7,562,951.50
รวม	220,027,933.98	29,578,306

เชียงราย

เชียงรายเป็นพื้นที่เศรษฐกิจ มีประชากรต่างด้าวอาศัยอยู่จำนวนมาก ร้อยละ 80 เป็นชาวเมียนมา นอกนั้นเป็นชาวลาว คนต่างด้าวส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป และขายแรงงาน การบริหารจัดการเงินประกันสุขภาพคนต่างด้าวนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการประกันสุขภาพคนต่างด้าวในระดับพื้นที่ นอกจากจะทำหน้าที่ควบคุมกำกับระบบทะเบียนคนต่างด้าว และจัดสรรเงิน

ให้หน่วยบริการในกรณีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยการอนุมัติโครงการหรือแผนงานที่โรงพยาบาลส่งมาขออนุมัติแล้ว สำนักงานสาธารณสุขเชียงรายยังทำหน้าที่บริหารจัดการงบผู้ป่วยในภายในจังหวัด โดยจัดสรรค่าบริการทางการแพทย์ออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ (1) ผู้ป่วยนอก ร้อยละ 55 จัดสรรให้หน่วยบริการ (2) ผู้ป่วยใน ร้อยละ 45 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายทำหน้าที่เป็น clearing house ตามจ่ายทั้งในและนอกจังหวัด ในขณะที่โรงพยาบาลจะทำหน้าที่การตรวจสุขภาพ ขยายประกันสุขภาพ ขึ้นทะเบียน และบริหารจัดการค่าบริการทางการแพทย์กรณีผู้ป่วยนอก จังหวัดเชียงรายมีโรงพยาบาลที่รับเป็นหน่วยขึ้นทะเบียนคนต่างด้าว 18 แห่ง

คนต่างด้าวที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพจะต้องไปรับบริการยังโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้เท่านั้น หากถูกส่งต่อไปรับการรักษา ทางโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้จะเป็นผู้ตามจ่ายในกรณีผู้ป่วยนอก ถ้าเป็นกรณีผู้ป่วยในทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะเป็นผู้ตามจ่ายให้ทั้งในและนอกจังหวัด การเข้ารับบริการของคนต่างด้าวสามารถใช้บริการนอกพื้นที่จังหวัดได้เฉพาะอุบัติเหตุเท่านั้น อย่างไรก็ตามยังมีกลุ่มคนต่างด้าวที่เข้าเมืองอย่างผิดกฎหมายที่เกิดเจ็บป่วยและประสบอุบัติเหตุทั้งจากการทำงานและอุบัติเหตุจราจร ทำให้โรงพยาบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่ค้างชำระไว้ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนค่าใช้จ่ายรวมและยอดค้างชำระของคนต่างด้าวที่มารับบริการในจังหวัดเชียงราย

ประเภทบริการ	พ.ศ.2556		พ.ศ.2557		พ.ศ.2558	
	ค่าใช้จ่าย	ค้างชำระ	ค่าใช้จ่าย	ค้างชำระ	ค่าใช้จ่าย	ค้างชำระ
ผู้ป่วยนอก	27,363,781	1,268,257	56,093,475	1,029,242	64,641,118	1,743,378
ผู้ป่วยใน	50,893,842	11,697,922	55,231,997	5,928,482	109,985,495	23,779,605
รวม	78,257,623	12,966,179	111,325,472	6,957,724	174,626,613	25,522,983

สระแก้ว

สระแก้วเป็นจังหวัดที่มีพื้นที่ชายแดนติดประเทศกัมพูชา มีลักษณะของพื้นที่ที่ติดต่อกันระหว่างประเทศ 2 ลักษณะ ได้แก่ พรมแดนธรรมชาติและพรมแดนที่เกิดจากการกำหนดระหว่างประเทศทำให้ชาวกัมพูชาสามารถข้ามไป-มาระหว่างประเทศได้ง่าย ดังนั้น ประชากรต่างด้าวในสระแก้วร้อยละ 90 จึงเป็นชาวกัมพูชา ที่เข้ามาประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป และค้าขาย

การบริหารจัดการเงินประกันสุขภาพคนต่างด้าว นั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้วเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดำเนินงานการประกันสุขภาพคนต่างด้าวในระดับพื้นที่ เงินค่าประกันสุขภาพคนต่างด้าวในระดับพื้นที่สระแก้วนั้น จะถูกจัดสรรเป็น 2 ส่วน โดย (1) โรงพยาบาลผู้ขายบัตร จะได้รับงบผู้ป่วยในและงบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคร้อยละ 90 (2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว จะบริหารจัดการงบบริการผู้ป่วยใน งบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและกำกับติดตาม ร้อยละ 10 โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้วจะทำหน้าที่ (1) บริหารจัดการงบผู้ป่วยในภายในจังหวัด โดยจ่ายค่าชดเชยกรณีผู้ป่วยในให้กับโรงพยาบาลทุกรายในกรณีที่ DRG น้อยกว่า 4 และ (2) ตามจ่ายกรณีส่งต่อทั้งในและนอกเขตจังหวัด

สระแก้วมีโรงพยาบาลที่รับเป็นหน่วยขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าว 8 แห่ง การที่มีพรมแดนที่สามารถข้ามไปมาได้สะดวกนั้น ทำให้มีชาวกัมพูชาที่เข้ามาในประเทศไทยนั้น มี 2 ลักษณะ ได้แก่ (1) เดินทางไป-กลับจำนวนวันละประมาณ 15,000 คน โดยเข้ามาเป็นแรงงานรายวันและเจ้าของกิจการในตลาดโรงเกลือ และ (2) เข้ามาอยู่ประจำ โดยเข้า-ออก เพื่อประทับตราหนังสือเดินทางทุก 7 วัน

ซึ่งแรงงานต่างด้าวทั้ง 2 กลุ่มนี้จะได้ซื้อบัตรประกันสุขภาพ เนื่องจากไม่มีนายจ้างรับรอง เมื่อเจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุทำให้แรงงานต่างด้าวกลุ่มนี้ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง และหากไม่สามารถชำระได้ โรงพยาบาลจะค้างชำระและอนุเคราะห์ในที่สุด ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนค่าใช้จ่ายรวมและยอดค้างชำระของแรงงานต่างด้าวที่มารับบริการของสระแก้ว

ประเภทบริการ	พ.ศ.2557		พ.ศ.2558		พ.ศ.2559	
	ค่าใช้จ่าย	ค้างชำระ	ค่าใช้จ่าย	ค้างชำระ	ค่าใช้จ่าย	ค้างชำระ
ผู้ป่วยนอก	13,976,350	1,072,101	11,877,990	386,920	33,193,943	859,101
ผู้ป่วยใน	9,049,728	2,538,729	16,032,058	3,947,076	13,386,672	1,736,402
รวม	23,026,078	3,610,830	7,910,048	4,333,996	46,580,615	2,595,503

ตาก

ตากเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีพื้นที่ติดต่อกับประเทศเมียนมา ที่มีลักษณะของพรมแดนเป็นธรรมชาติและพรมแดนที่เกิดจากการกำหนดระหว่างประเทศโดยพรมแดนธรรมชาตินั้นจะเป็นแม่น้ำ ป่าไม้และภูเขาสูง

โดยเฉพาะแม่น้ำเมยที่กั้นพรมแดนระหว่างไทยกับเมียนมาจะแคบและไม่ลึก เมื่อถึงฤดูแล้งจะมีสภาพตื้นเขินสามารถเดินเข้าไปมาได้ง่ายและสะดวก โดยเฉพาะพื้นที่อำเภอแม่สอด มีเทือกเขาและภูเขาสูงสลับซับซ้อน จึงง่ายแก่การหลบหนีจุดตรวจของเจ้าหน้าที่ไทยทำให้มีชาวเมียนมาหลบหนีเข้ามาในไทยอย่างผิดกฎหมายเป็นจำนวนมาก ซึ่งจะมารับจ้างทั่วไปหรือขายแรงงาน และถ้ามีโอกาสก็จะหลบหนีเข้าสู่ตัวเมือง และจังหวัดต่างๆที่มีการจ้างค่าแรงที่สูงกว่า

การบริหารการเงินประกันสุขภาพคนต่างด้าวของจังหวัดตากนั้นจะแบ่งพื้นที่เป็น 2 เครือข่าย ได้แก่ เครือข่ายฝั่งตะวันออกมีโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชเป็นแม่ข่ายดูแลโรงพยาบาลชุมชนลูกข่ายรวม 4 แห่งและเครือข่ายฝั่งตะวันตกจะมีโรงพยาบาลแม่สอดดูแลโรงพยาบาลชุมชนรวม 5 แห่ง

การบริหารจัดการเงินต่างด้าวภายในเครือข่านั้น โรงพยาบาลลูกข่ายจะส่งเงินค่าบริหารจัดการไปให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตามอัตราที่กระทรวงกำหนดและส่งเงินที่เหลือทั้งหมดมาให้แม่ข่าย ซึ่งภายในเครือข่าย แม่ข่ายจะนำเงินมาจัดสรรต่อไปโดยแบ่งเป็น (1) ค่าใช้จ่ายในการพัฒนาเครือข่ายร้อยละ 5, (2) จัดสรรตามหลักเกณฑ์และอัตราการใช้จ่ายเช่นเดียวกันกับกองทุนประกันสังคมให้โรงพยาบาลลูกข่ายตามสัดส่วนบริการผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก 45:55 โดยกรณีผู้ป่วยในจัดสรรตาม Diagnostic related groups (DRGs) และผู้ป่วยนอกจัดสรรตามขนาดโรงพยาบาล นั่นคือ โรงพยาบาลทั่วไป : โรงพยาบาลชุมชน ปรับน้ำหนักให้บริการเท่ากับ 3:2 และ (3) ตามจ่ายกรณีส่งต่อไปโรงพยาบาลระดับสูงกว่า

เนื่องจากมีคนต่างด้าวที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพจำนวนมากทำให้จังหวัดตากต้องแบกรับค่าใช้จ่ายค่ารักษาในคนต่างด้าวก่อนข้างมาก ดังแสดงในตารางที่ 8 ดังนี้

ตารางที่ 8 ค่าใช้จ่ายรวมและยอดค้างชำระ/อนุเคราะห์ของแรงงานต่างด้าวที่มารับบริการในจังหวัดตาก

ประเภทบริการ	พ.ศ.2557		พ.ศ.2558		พ.ศ.2559 (ตค.-มิย.)	
	ค่าใช้จ่าย	ค้างชำระ	ค่าใช้จ่าย	ค้างชำระ	ค่าใช้จ่าย	ค้างชำระ
ผู้ป่วยนอก	102,497,972	94,756,958	88,429,544	81,094,703	60,339,877	54,086,111
ผู้ป่วยใน	67,242,450	5,093,109	53,018,038	50,046,936	48,886,144	46,347,700
รวม	169,740,422	159,471,790	141,447,582	131,141,639	109,226,021	100,433,811

ภูเก็ต

ภูเก็ตเป็นพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง มีลักษณะเป็นเกาะ มีคนต่างด้าวเข้าเมืองมาประกอบอาชีพใช้แรงงานเป็นจำนวนมาก ส่วนใหญ่ร้อยละ 99 เป็นแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมา รองลงมาร้อยละ 1 เป็นแรงงานสัญชาติลาวและกัมพูชาตามลำดับ

การบริหารจัดการเงินประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวของภูเก็ตนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดำเนินงานการประกันสุขภาพคนต่างด้าวในระดับพื้นที่ แต่จะทำหน้าที่เฉพาะควบคุมกำกับระบบทะเบียนคนต่างด้าว และอนุมัติโครงการการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในขณะที่โรงพยาบาลจะทำหน้าที่ตรวจสุขภาพ ขายประกันสุขภาพ ขึ้นทะเบียน และบริหารจัดการเงินโดยทำหน้าที่ตามจ่ายกรณีที่แรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนถูกส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือกรณีที่เจ็บป่วยฉุกเฉินโดยมีการกำหนดอัตราเฉพาะของจังหวัด

ภูเก็ตมีโรงพยาบาลที่รับเป็นหน่วยขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าว 3 แห่ง จากการขายบัตรประกันสุขภาพในปี 2559 ภูเก็ตมียอดบัตรกว่า 27,000 ราย ยอดค่าใช้จ่ายรวมและยอดค้างชำระของจังหวัดภูเก็ตปรากฏตามตารางที่ 9 ดังนี้

ตารางที่ 9 ยอดค่าใช้จ่ายรวมและยอดค้างชำระ/อนุเคราะห์ของคนต่างด้าวที่มารับบริการในจังหวัดภูเก็ต

ประเภท บริการ	พ.ศ.2557		พ.ศ.2558		พ.ศ.2559	
	ค่าใช้จ่าย	ค้างชำระ	ค่าใช้จ่าย	ค้างชำระ	ค่าใช้จ่าย	ค้างชำระ
ผู้ป่วยนอก	24,267,442	362,104	21,340,712	40,789	25,630,612	12,563
ผู้ป่วยใน	26,980,908	7,048,204	35,571,640	6,675,276	68,419,104	4,610,844
รวม	51,248,350	7,410,308	56,912,352	6,716,065	94,049,716	4,623,407

ระนอง

ระนองเป็นพื้นที่เศรษฐกิจมีระยะทางที่ติดต่อกับประเทศเมียนมา โดยมีพรมแดนธรรมชาติและพรมแดนที่เกิดจากการกำหนดระหว่างประเทศทำให้มีคนข้ามไป-มาระหว่างไทยและเมียนมาจำนวนมาก คน

ต่างค้ำส่วนใหญ่มารประกอบอาชีพรับจ้างในภาคอุตสาหกรรมประมง รับจ้างทั่วไป กสิกรรม ทำสวนยางและสวนปาล์ม

การบริหารจัดการเงินประกันสุขภาพคนต่างด้าวนั้น จังหวัดระนองมีการเปลี่ยนรูปแบบบริหารจัดการกองทุนอยู่เสมอ ที่ผ่านมาสํานักงานสาธารณสุขจังหวัดระนองจะทำหน้าที่ตามจ่ายค่าชดเชยเฉพาะกรณีการส่งต่อทั้งภายในและนอกจังหวัด บริหารจัดการรบบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และจัดสรรงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคคืนให้แก่โรงพยาบาลที่มีภาระค่าใช้จ่ายสูงจากการดูแลคนต่างด้าว ซึ่งปลายปี 2559 ได้มีการปรับรูปแบบการบริหารจัดการใหม่โดยโรงพยาบาลจะตามจ่ายในกรณีส่งต่อผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่นที่ผู้ป่วยไม่ได้ขึ้นทะเบียนไว้

สำหรับกองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่สํานักงานสาธารณสุขจังหวัดระนองดูแลนั้นได้ทำการจัดสรรงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ (1) จัดสรรสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่แรงงานต่างด้าว โดยให้สถานบริการจัดทำโครงการเสนอขออนุมัติมายังสํานักงานสาธารณสุขจังหวัด และ (2) นำเงินมาจัดสรรตามผลงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้แก่ การให้วัคซีนในเด็ก การวางแผนครอบครัว การฝากครรภ์ และการคัดกรองเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

ระนองมีโรงพยาบาลที่รับเป็นหน่วยขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าว 5 แห่ง จากการขายบัตรประกันสุขภาพในปี 2559 ระนองมียอดบัตรกว่า 26,000 รายและมีจำนวนค่าใช้จ่ายรวมและยอดค้างชำระปรากฏตามตารางที่ 10 ดังนี้

ตารางที่ 10 ยอดจำนวนค่าใช้จ่ายรวมและยอดค้างชำระ/อนุเคราะห์ของแรงงานต่างด้าวที่มารับบริการในจังหวัดระนอง

ประเภทบริการ	พ.ศ.2557		พ.ศ.2558		พ.ศ.2559	
	ค่าใช้จ่าย	ค้างชำระ	ค่าใช้จ่าย	ค้างชำระ	ค่าใช้จ่าย	ค้างชำระ
ผู้ป่วยนอก	18,339,431	231,874	21,864,455	249,280	19,508,023	275,983
ผู้ป่วยใน	38,697,037	2,408,428	42,672,099	2,920,169	37,168,995	4,654,397
รวม	57,036,468	2,640,302	64,536,554	3,169,449	56,677,018	4,930,380

ความคิดเห็นของผู้ถูกสัมภาษณ์

1. ข้อเสนอต่อการจัดระบบชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ในภาวะเจ็บป่วยวิกฤตสำหรับบุคคลต่างด้าวที่ตกลงจากการประกันสุขภาพที่เหมาะสมในระบบสุขภาพไทยควรเป็นอย่างไร ในมุมมองของผู้กำหนดนโยบาย

เนื่องจากปัจจุบัน กองทุนผู้ประกันตนแรงงานต่างด้าว กลุ่มงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้ออกแบบระบบให้มีการบริหารจัดการกรณีค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงโดยเป็นกองทุนกลางเพื่อเป็นการรวมความเสี่ยง ซึ่งกองทุนกลางนี้ทำหน้าที่เป็น reinsurance ลดความเสี่ยงทางการเงินการคลังให้กับสถานพยาบาลที่รับขึ้นทะเบียนโดยจ่ายค่าชดเชยรักษาพยาบาลกรณีค่าใช้จ่ายสูง กรณีผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในตามรายการที่กำหนดและกรณีผู้ป่วยในจ่ายตามน้ำหนักสัมพัทธ์

จากกลไกกองทุนกลางที่กลุ่มงานประกันสุขภาพบริหารจัดการสำหรับผู้ป่วยในค่าใช้จ่ายสูง (high cost) กรณีต่างด้าวที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพ เพื่อเป็นการรวมความเสี่ยงนั้น ผู้กำหนดนโยบายที่ให้ข้อมูลทั้งหมดเห็นด้วยกับกลไกนี้ โดยให้เหตุผลว่าเป็นการลดความเสี่ยงให้กับโรงพยาบาล เพราะถ้าจะใช้ระบบการจ่ายแบบ capitation เพียงอย่างเดียว อาจทำให้โรงพยาบาลต้องแบกรับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นได้ อย่างไรก็ตามการบริหารจัดการกลไกกลางในปัจจุบันนี้ ยังมีจุดอ่อน คือ ระบบบริหารจัดการที่ยังไม่ดีนัก โดยเฉพาะระบบข้อมูล ทั้งเรื่องระบบการลงทะเบียน high cost ที่ส่วนกลาง และระบบบริหารจัดการทางการเงิน เช่น ไม่มีระบบตรวจสอบการส่งเงินจากโรงพยาบาลเข้ามาส่วนกลาง สำหรับกรณี high cost ทำให้มีสถานพยาบาลส่งเงินเข้ามาส่วนกลางไม่ครบจำนวนการขายบัตรประกันสุขภาพ หรือไม่ส่งเงินเข้ามาเลย และระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ไม่รองรับการใช้งาน ซึ่งปัญหาต่างๆเหล่านี้ ควรต้องมีการแก้ไขหรือปรับระบบให้สามารถตอบสนองต่อการทำงานได้ดีขึ้น ประเด็นนี้ยังทำให้น่าคิดว่าหากจะครอบคลุมไปถึงผู้ที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ ระบบข้อมูลข่าวสารที่มีอยู่จะรองรับได้เพียงใด

ในขณะที่ผู้กำหนดนโยบายในระดับจังหวัด มีความเห็นเพิ่มว่า กลไกกลางที่กลุ่มประกันสุขภาพบริหารจัดการนี้ ยังขาดความโปร่งใส ควรจะมีการชี้แจงจำนวนเงินเหลือจากการชดเชยกรณีค่าใช้จ่ายสูงและจัดสรรเงินที่เหลือคืนกลับให้แก่โรงพยาบาลที่ขาดสภาพคล่องหรือขาดทุนจากการให้บริการแรงงานต่างด้าวทำให้เกิด

คำถามว่า ถ้าจะมีระบบที่เพิ่มเติมขึ้นมาสำหรับคนที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ ทางกระทรวงสาธารณสุขอาจไม่มีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการที่ดีพอ

“จุดแข็ง คือ เป็นระบบที่ดีในการกระจายงบประมาณไปยังสถานบริการ เพราะหากใช้แต่ระบบ *capitation* อย่างเดียวอาจมีปัญหาได้ จุดอ่อน คือ ระบบการจัดการเรื่องการเงินยังไม่ดี เช่น ไม่มีระบบตรวจสอบการส่งเงินสำหรับ *high cost* เข้ามาส่วนกลาง จึงมีสถานพยาบาลส่งเงินเข้ามาส่วนกลางไม่ครบ” (ผู้กำหนดนโยบายระดับประเทศ_ PM01)”

“จุดอ่อน คือ ระบบการบริหารจัดการที่ยังไม่โปร่งใส เช่น ส่วนกลางไม่แจกแจงการใช้จ่ายเงิน *high cost* แล้วเงินที่เหลือที่ส่วนกลางน่าจะจัดสรรคืนให้กับโรงพยาบาลในลักษณะ *on top*” (ผู้กำหนดนโยบายระดับพื้นที่_ SS01)

2. ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญในการจัดการคนต่างด้าวที่ตกหล่นจากการประกันสุขภาพ

ผู้กำหนดนโยบายในระดับประเทศสะท้อนถึงปัญหาจากโครงสร้างของหน่วยงานที่คณะกรรมการข้าราชการพลเรือนมิได้รับรอง ส่งผลต่ออำนาจในการบริหารจัดการและกรอบอัตรากำลัง อีกทั้งยังมีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารระดับสูงบ่อย ส่งผลเสียต่อการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง ทำให้หากมีระบบประกันสุขภาพสำหรับคนที่ตกหล่นจากการประกันสุขภาพเพิ่มเติมขึ้นมา ภาระงานอาจเกินกว่าขีดความสามารถที่มีอยู่

“โครงสร้างไม่ได้ถูกรับรองจาก ก.พ. เลยทำให้มีผลต่อการขออัตรากำลัง และการบริหารจัดการ แล้วผู้บริหารยังเปลี่ยนบ่อยทำให้ไม่เกิดการพัฒนาระบบอย่างจริงจังและต่อเนื่อง” (ผู้กำหนดนโยบายระดับประเทศ_ PM01)

ผู้กำหนดนโยบาย/ผู้บริหารในระดับพื้นที่มองว่าปัญหาอุปสรรคสำคัญในการจัดการคนต่างด้าวที่ตกหล่นจากการประกันสุขภาพ ควรต้องแก้ไขที่ต้นเหตุ กล่าวคือ คนต่างด้าวที่ตกหล่นจากการประกันสุขภาพนั้นเกิดจาก (1) ไม่สามารถซื้อบัตรประกันสุขภาพได้ อันเนื่องมาจากการเข้าเมืองอย่างผิดกฎหมาย และราคาบัตรประกันสุขภาพที่สูงขึ้นจากการปรับระยะเวลาเป็น 2 ปี (ในปี 2559 มีการปรับราคาสูงขึ้น เป็น 3,200 บาท โดยให้จ่ายในคราวเดียว เพื่อให้ประกันสุขภาพครอบคลุม 2 ปี) และ (2) กลุ่มคนที่รอเข้าประกันสังคมและกลุ่มคนที่ควรเข้าประกันสังคม แต่ไม่พร้อมที่จะร่วมจ่าย เพราะอัตราการจ่ายสมทบของประกันสังคมจะสูงกว่าค่าบัตร

ประกันสุขภาพ ดังนั้นควรจะต้องมีมาตรการทางกฎหมาย เพื่อให้กลุ่มแรงงานต่างด้าวเหล่านี้เข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพทั้งการซื้อบัตรประกันสุขภาพและเข้าระบบประกันสังคม นอกจากนี้ผู้กำหนดนโยบาย/ผู้บริหารในระดับพื้นที่ในจังหวัดที่เป็นเมืองท่องเที่ยว เช่น เชียงราย ภูเก็ตยังกล่าวถึงกรณีนักท่องเที่ยว ที่อาจถือได้ว่าเป็นคนต่างด้าวที่ตกหล่นจากการประกันสุขภาพ โดยเฉพาะนักท่องเที่ยวที่เดินทางมาเอง และไม่มีประกันชีวิตจากประเทศของตน ซึ่งส่วนหนึ่งของคนกลุ่มนี้เมื่อเกิดอุบัติเหตุ ทำให้โรงพยาบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถชำระเงินได้ ดังนั้นควรมีมาตรการหรือกฎระเบียบที่กำหนดให้นักท่องเที่ยวต้องทำประกันสุขภาพก่อนเข้าประเทศ การจัดให้มีกองทุนช่วยเหลือผู้ที่ตกหล่นจากการประกันสุขภาพอาจเป็นการแก้ปัญหาที่ไม่ตรงประเด็น

“กลุ่มตกหล่นคือพวกที่เข้าเมืองอย่างผิดกฎหมาย กับพวกที่ต้องเข้าระบบประกันสังคม แต่ไม่ได้เข้าเพราะนายจ้างไม่ยอมเอาเข้า กับไม่ยอมเข้าเพราะถูกหักเงินสมทบ ทำยังไงถึงจะเอาพวกนี้เข้าระบบประกันให้ได้ ไม่งั้นเจ็บป่วยมา โรงพยาบาลก็ต้องแบกภาระ เพราะพวกนี้เจ็บป่วยเล็กน้อยไม่มาโรงพยาบาลหรอก กลัวเพราะตัวเองลักลอบเข้าเมือง โน่นแหละป่วยหนักๆถึงจะมา...” (ผู้บริหารระดับพื้นที่_ CR03)

3. ข้อเสนอแนะในการจัดระบบเพื่อชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ในภาวะวิกฤตสำหรับบุคคลต่างด้าวที่ตกหล่นจากการประกันสุขภาพและแหล่งที่มาของงบประมาณ

แหล่งที่มาของงบประมาณสำหรับชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินและภาวะวิกฤตสำหรับบุคคลต่างด้าวที่ตกหล่นจากการประกันสุขภาพ มีข้อเสนอแหล่งที่มาของงบประมาณ 2 แหล่ง ได้แก่ เงินจากกองทุนคนต่างด้าวที่ขายบัตรประกันสุขภาพในปัจจุบัน และเงินจากการกองทุนบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ โดยได้เสนอรูปแบบในการบริหารจัดการออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

(1) ใช้เฉพาะแหล่งเงินจากกองทุนคนต่างด้าวที่ขายบัตรประกันสุขภาพ ภายใต้แนวคิดที่ว่า เป็นการนำเงินของต่างด้าวมาช่วยต่างด้าวด้วยกัน ซึ่งมีข้อสังเกตว่า อาจจะทำให้เกิดปัญหาต่างด้าวไม่ยอมซื้อบัตรประกันสุขภาพเนื่องจากเห็นว่า มีหลักประกันสุขภาพรองรับเวลาเจ็บป่วยแล้ว

(2) รวมเงินจากกองทุนคนต่างด้าวที่ขายบัตรประกันสุขภาพและเงินจากการกองทุนบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิเข้าด้วยกัน เนื่องจากเป็นกองทุนที่บริหารจัดการโดยกลุ่มประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

อยู่แล้ว แต่มีข้อสังเกตว่า เงินจากกองทุนบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิเป็นเงินงบประมาณของประเทศ ไม่สมควรจะนำมาช่วยแรงงานต่างด้าวกลุ่มนี้

ในเรื่องการจัดระบบนั้น ได้มีข้อเสนอให้ปรับเปลี่ยนการจัดสรรงบประมาณจากที่ทำอยู่ในปัจจุบัน (ดูภาคผนวก 1) โดยมีข้อเสนอดังนี้

รูปแบบที่ 1: สถานพยาบาลชายบัตรประกันสุขภาพ โดยส่งเงินทั้งหมดมาที่ส่วนกลางแล้วค่อยมีการจัดสรรเงินคืนกลับไปให้สถานพยาบาล ระบบรวมศูนย์ที่ส่วนกลางนี้จะมีประโยชน์ หากสามารถออกแบบระบบการบริหารจัดการเงินให้ดี ก็สามารถเบิกจ่ายคืนให้กับโรงพยาบาลสำหรับการรักษาพยาบาลคนต่างด้าวที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพแล้ว และคนต่างด้าวที่ตกหล่นจากการประกันสุขภาพ

รูปแบบที่ 2: สถานพยาบาลชายบัตรประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่เป็นกองกลางบริหารจัดการ นั่นคือเน้นการรวมความเสี่ยงในระดับจังหวัดก็พอ

หน่วยงานรับผิดชอบบริหารจัดการนั้น มีข้อเสนอ 2 แนวทาง ได้แก่ (1) กลุ่มประกันสุขภาพทำหน้าที่บริหารจัดการเหมือนเดิม แต่ต้องมีการปรับระบบบริหารจัดการให้ดีขึ้น ให้มีการเบิกจ่ายเงินที่รวดเร็วและโปร่งใส และพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการติดตามผู้ป่วยให้ดีขึ้นและ (2) ให้หน่วยงานอื่น เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้ดำเนินการเบิกจ่ายแทน โดยกลุ่มประกันสุขภาพทำหน้าที่เป็นเพียงผู้กำกับดูแล

ในการสนทนากลุ่มระหว่างเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการ ผู้กำหนดนโยบาย และคณะนักวิจัย มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมคือ (1) หากจะมีการจัดชดเชยค่ารักษาพยาบาลสำหรับคนต่างด้าวที่ตกหล่นจากการประกันสุขภาพอาจเริ่มจากคนต่างด้าวเมียนมา ลาว กัมพูชา ก่อน แล้วค่อยขยายไปสู่กลุ่มอื่นๆ (2) ควรสื่อสารกับสังคมให้ชัดเจนว่าระบบดังกล่าวจัดขึ้นเพื่อชดเชยให้สถานพยาบาล ไม่ได้เป็นการขยายสิทธิของคนต่างด้าวที่ไม่ได้มาขึ้นทะเบียนกับรัฐ และไม่ได้หมายความว่ารัฐห้ามเก็บค่ารักษาพยาบาลกับคนต่างด้าวที่ตกหล่นจากการประกันสุขภาพและ (3) ควรเน้นที่โรคที่เป็นภัยทางสาธารณสุขก่อน เพราะหากไม่ได้รับการรักษา ย่อมส่งผลเสียต่อคนไทยด้วย

วัตถุประสงค์ที่ 3

หลักการและวิธีการคำนวณ

วัตถุประสงค์ที่ 3 ได้ทำการศึกษาภาระงบประมาณในกรณีที่รัฐบาลไทยจะชดเชยค่าใช้จ่ายให้กับสถานพยาบาลในกรณีคนต่างด้าวที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆมาใช้บริการ

จากการทบทวนวรรณกรรมในวัตถุประสงค์ที่ 1 และจากการประชุมผู้เชี่ยวชาญก่อนเริ่มการคำนวณพบว่า (1) ในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหราชอาณาจักรหรือเยอรมัน มีการแยกการให้บริการโรคที่เป็นภัยทางสาธารณสุขออกมาชัดเจน นั่นคือผู้ที่เข้ารับบริการด้วยโรคดังกล่าว แม้ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพก็สามารถรับบริการได้ฟรี⁽¹⁶⁾ และ (2) ในบริบทประเทศไทย การเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่สามารถคัดแยกได้จากการใช้บริการที่ห้องฉุกเฉินของสถานพยาบาล เพราะบางสถานพยาบาลให้ห้องฉุกเฉินเป็นสถานที่สังเกตอาการบ้าง หรือเป็นสถานที่ทำแผลบ้าง ซึ่งไม่ใช่ภาวะฉุกเฉินอย่างแท้จริงและการใช้ ICD10 เพื่อแยกภาวะฉุกเฉินก็มีข้อจำกัด ต่างจากในต่างประเทศ ซึ่งบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบแยกจากการบริการทั่วไปในสถานพยาบาล (ดังได้ระบุไว้ในหัวข้อ 'ข้อจำกัดของการศึกษา') ดังนั้นการคำนวณในวัตถุประสงค์นี้ จึงเน้นที่ ภาวะเจ็บป่วยวิกฤต (โดยสมมติฐานว่า ภาวะที่วิกฤตมีความครอบคลุมการเจ็บป่วยฉุกเฉินด้วยแล้ว) และภาวะที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อที่เป็นภัยทางสาธารณสุข

การคำนวณได้ใช้ข้อมูลที่สถานพยาบาลในปีงบประมาณ 2558 เป็นหลัก เพราะเป็นข้อมูลที่ระบุถึงสถานการณ์การให้บริการมากที่สุด และใช้ข้อมูลผู้ป่วยในเป็นฐานการคำนวณ กรณีที่ข้อมูลปีงบประมาณ 2558 ไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจะสืบค้นย้อนหลังกลับไปในช่วงห้าปีงบประมาณก่อน

การคำนวณต้องอาศัยองค์ประกอบสองส่วน คือ (1) การคาดประมาณอัตราการใช้บริการ (ทั้งในส่วนผู้ป่วยใน [IP] และผู้ป่วยนอก [OP]) และ (2) ค่าต้นทุน (unit cost) ต่อการใช้บริการ ซึ่งอาศัยฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งผู้วิจัยได้ประสานกับทาง สปสช.เพื่อขอข้อมูลต้นทุนอ้างอิงโดยอ้างอิงจากงบประมาณ 2557 ซึ่งเป็นปีที่มีข้อมูลครบถ้วนที่สุด⁽³²⁾

ในการคำนวณอัตราการให้บริการต้องอาศัยสมมติฐานหลายประการดังนี้

A. สมมติฐานด้านจำนวนประชากร

จากพื้นฐานที่ว่า อัตราการให้บริการ = จำนวนการให้บริการ/จำนวนประชากรในพื้นที่

จำนวนการให้บริการนับเป็นรายครั้งของการให้บริการในแต่ละปี ทั้งนี้ไม่รวมการนอนโรงพยาบาลของเด็กแรกคลอด (นั่นคือ ไม่รวมรายการให้บริการหาก principal diagnosis เป็น Z380)

จำนวนประชากรในพื้นที่ แบ่งเป็นสองส่วน คือ (ก) ประชากรต่างด้าวที่ลงทะเบียนซื้อบัตรประกันสุขภาพกับกระทรวงสาธารณสุข และ (ข) ประชากรต่างด้าวที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ

ในส่วนประชากรที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ อ้างอิงจากการวิจัยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและองค์กรPATH⁽³³⁾ ซึ่งคาดประมาณว่า สัดส่วนประชากรต่างด้าวที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพต่อประชากรต่างด้าวที่มีหลักประกันสุขภาพ มีค่าเท่ากับ 36:64

หนึ่งในการคำนวณโดยละเอียด เนื่องจากในปัจจุบัน ประเทศไทยยังไม่เคยมีการสำรวจสำมะโนประชากรต่างด้าว จึงไม่มีข้อมูลตัวเลขประชากรต่างด้าวทั้งหมดที่แท้จริง ผู้วิจัยได้กำหนดสมมติฐานคือ สัดส่วนประชากรต่างด้าวที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพต่อประชากรต่างด้าวที่มีหลักประกันสุขภาพ มีค่าเท่ากับ 12:88 (สมมติฐาน1: small population scenario) หรือ 36:64 (สมมติฐาน 2: large population scenario) ซึ่งตัวเลขนี้ อ้างอิงจากงานวิจัยเดิมของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและองค์กร PATH⁽³³⁾

จากนั้นนำอัตราการให้บริการจากโรงพยาบาลที่ทำการศึกษามาเสมือนเป็นตัวแทนของอัตราการให้บริการของสถานพยาบาลทั่วประเทศ โดยแบ่งย่อยเป็น 3 กรณี คือ

ก. กรณีที่อัตราการให้บริการในภาพรวมของประเทศ มีค่าเท่ากับอัตราการให้บริการที่น้อยที่สุดของจังหวัดที่ทำการศึกษา (minimum use rate),

ข. กรณีที่อัตราการให้บริการในภาพรวมของประเทศ มีค่าเท่ากับค่ามัธยฐานของอัตราการให้บริการของจังหวัดที่ทำการศึกษา (median use rate) และ

ค. กรณีที่อัตราการใช้บริการในภาพรวมของประเทศ มีค่าเท่ากับอัตราการใช้บริการที่มากที่สุดของจังหวัด ที่ทำการรักษา (maximum use rate)

B. สมมติฐานด้านสัญญา

ในการแยกจำนวนประชากรที่เป็นคนสัญชาติเมียนมา ลาว และกัมพูชา (CLM) กับประชากรสัญชาติอื่นๆ (non-CLM, ทั้งนี้รวมประชากรไร้สัญชาติด้วย) ผู้วิจัยได้อ้างอิงจากข้อมูลของกระทรวงแรงงาน ซึ่งระบุสัดส่วนแรงงานกลุ่มพหุสัญชาติและเอมโอยู (ซึ่งเป็นกลุ่ม CLM) ต่อสัดส่วนแรงงานในกลุ่มอื่นๆ ซึ่งเกือบทั้งหมดมาจากกลุ่ม non-CLM ว่ามีค่าประมาณ 88:12⁽³⁴⁾

ในการแสดงผลการศึกษาได้แยกเป็นสองส่วน คือ การคาดการณ์งบประมาณในส่วน CLM ที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ และในส่วนประชากรต่างด้าวทั้งหมดที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ (ทั้ง CLM และ non-CLM)

C. สมมติฐานเรื่องภาระโรค

เนื่องด้วยการศึกษาที่มุ่งเน้นการคาดการณ์ภาระงบประมาณในกรณีที่รัฐจะให้บริการชดเชยค่าใช้จ่ายกับสถานพยาบาลในกรณีคนต่างด้าวที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ มาใช้บริการในกรณีที่เป็นการเจ็บป่วยภาวะวิกฤตหรือภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน

จากการทบทวนวรรณกรรมในวัตถุประสงค์ที่ 1 และจากการประชุมผู้เชี่ยวชาญ พบว่า (1) ในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหราชอาณาจักรหรือเยอรมัน มีการแยกการให้บริการโรคที่เป็นภัยทางสาธารณสุขออกมาชัดเจน นั่นคือผู้ที่เข้ารับบริการด้วยโรคดังกล่าว แม้ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพก็สามารถรับบริการได้ฟรี⁽¹⁶⁾ และ (2) ในบริบทประเทศไทย การเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่สามารถคัดแยกได้จากการใช้บริการที่ห้องฉุกเฉินของสถานพยาบาล เพราะบางสถานพยาบาลให้ห้องฉุกเฉินเป็นสถานที่สังเกตอาการเบื้องต้น หรือเป็นสถานที่ทำแผลเบื้องต้น ซึ่งไม่ใช่ภาวะฉุกเฉินอย่างแท้จริงและการใช้ ICD10 เพื่อแยกภาวะฉุกเฉินก็มีข้อจำกัด ต่างจากในต่างประเทศ ซึ่งบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบแยกจากการบริการทั่วไปในสถานพยาบาล

ดังนั้นการคำนวณในวัตถุประสงค์นี้ จึงเน้นที่ ภาวะเจ็บป่วยวิกฤต (โดยมีสมมติฐานว่า ภาวะที่วิกฤตมีความครอบคลุมการเจ็บป่วยฉุกเฉินด้วยแล้ว) และภาวะที่เป็นภัยทางสาธารณสุขโดยมีคำจำกัดความเชิงปฏิบัติการ (operational definition) คือ

- ภาวะเจ็บป่วยวิกฤต หมายถึง การเจ็บป่วยที่มีการลงรหัส DRG ที่หลักที่ 5 เป็นเลข 2 ขึ้นไป
- ภาวะเจ็บป่วยที่เป็นภัยทางสาธารณสุข หมายถึง การเจ็บป่วยที่มีการลงรหัส ICD10 ขึ้นต้นเป็นรหัสใดรหัสหนึ่ง จากรหัสต่อไปนี้ A00, A01, A03, A06, A15, A16, A17, A18, A19, A20, A23, A30, A33, A34, A35, A36, A37, A38, A39, A40, A41, A50, A51, A52, A53, A54, A55, A56, A57, A58, A59, A60, A61, A62, A63, A64, A68, A71, A75, A80, A82, A83, A84, A85, A86, A95, A90, A91, A92, A93, A94, A95, A96, A97, A98, A99, B01, B02, B05, B06, B15, B16, B17, B18, B19, B20, B21, B22, B23, B24, B26, B50, B51, B52, B53, B54, และ B55 ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นกลุ่มโรคติดต่อที่เป็นภัยทางสาธารณสุขที่สำคัญ เช่น โรควัณโรค โรคไขรุกราน และโรคบาดทะยัก โดยอ้างอิงมาจาก Department of Health ของสหราชอาณาจักร⁽³⁵⁾

อนึ่งการคำนวณเน้นการใช้บริการ IP เป็นหลัก ในส่วนการบริการ OP มีข้อจำกัดเนื่องจากไม่มีรหัส ICD10 และไม่มีรหัส DRG ในระบบเก็บข้อมูลของ OP ทั่วไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงคิดอัตราการให้บริการ OP จาก

อัตราการให้บริการ OP = อัตราการให้บริการ IP x สัดส่วนการให้บริการ OP ต่อ IP

อัตราการให้บริการ IP ได้จากการลงพื้นที่เก็บข้อมูลใน 6 จังหวัด

สัดส่วนการให้บริการ OP ต่อ IP ได้จากการอ้างอิงจากฐานข้อมูลของ สปสช. (บนสมมติฐานที่ว่า สัดส่วนการให้บริการ OP ต่อ IP ของคนต่างด้าวในโรคที่เป็นภาวะวิกฤตและโรคที่มีความเสี่ยงทางสาธารณสุขของคนต่างด้าวและของคนไทย ใกล้เคียงกัน)

ผลการศึกษา

การแสดงผลจะแยกการคำนวณภาระงบประมาณออกเป็น 4 ทางเลือกเชิงนโยบาย และแต่ละทางเลือกก็แบ่งย่อยเป็น 3 กรณี ตามอัตราการให้บริการที่เก็บข้อมูลจากสถานพยาบาลในพื้นที่ 6 จังหวัดที่ทำการศึกษา

1. CLM migrants, critical illness (Min-Med-Max use rate)
2. CLM migrants, communicable public health threat diseases (Min-Med-Max use rate)
3. All ethnicities, critical illness (Min-Med-Max use rate)
4. All ethnicities, communicable public health threat diseases (Min-Med-Max use rate)

หากตั้งต้นจากสมมติฐาน small population scenario ถ้ามีจำนวนคนต่างด้าว CLM ที่ได้สิทธิประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ณ ต้นปีงบประมาณ 2558 จำนวน 1,833,905 คน สามารถคาดประมาณได้ว่ามีคนต่างด้าวที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ จำนวน 279,683 คน ซึ่งในจำนวนนี้เป็นคนต่างด้าวสัญชาติ CLM จำนวน 245,824 คน

ตารางที่ 11 ได้แสดงอัตราการให้บริการ IP และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น แบ่งตามโรคและสัญชาติของผู้มารับบริการ พบว่า

- การให้บริการของคนต่างด้าวที่ไม่มีประกันสุขภาพ กลุ่ม CLM ที่มาด้วยภาวะเจ็บป่วยวิกฤต มีอัตราการให้บริการผู้ป่วยใน 0.02 ถึง 0.16 ครั้งต่อคนต่อปี โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 0.09 ครั้งต่อคนต่อปี คิดเป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับสถานพยาบาล 61.8 ถึง 489.0 ล้านบาท โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 288.8 ล้านบาท
- การให้บริการของคนต่างด้าวที่ไม่มีประกันสุขภาพ กลุ่ม CLM ที่มาด้วยภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อที่เป็นภัยทางสาธารณสุข มีอัตราการให้บริการผู้ป่วยใน 0.01 ถึง 0.11 ครั้งต่อคนต่อปี โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 0.03 ครั้งต่อคนต่อปี คิดเป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับสถานพยาบาล 19.9 ถึง 331.9 ล้านบาท โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 90.0 ล้านบาท

- การใช้บริการของคนต่างด้าวที่ไม่มีประกันสุขภาพ รวมทุกสัญชาติที่มาด้วยภาวะเจ็บป่วยวิกฤต มีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน 0.02 ถึง 0.65 ครั้งต่อคนต่อปี โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 0.15 ครั้งต่อคนต่อปี คิดเป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับสถานพยาบาล 72.9 ถึง 2,323.3 ล้านบาท โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 547.9 ล้านบาท

- การใช้บริการของคนต่างด้าวที่ไม่มีประกันสุขภาพ รวมทุกสัญชาติที่มาด้วยภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อที่เป็นภัยทางสาธารณสุข มีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน 0.005 ถึง 0.41 ครั้งต่อคนต่อปี โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 0.03 ครั้งต่อคนต่อปี คิดเป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับสถานพยาบาล 16.1 ถึง 1,452.0 ล้านบาท โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 104.7 ล้านบาท

ตารางที่ 11 อัตราการใช้บริการ IP และค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาลที่เกิดกับสถานพยาบาล ในผู้ป่วยต่างด้าวที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ (small population scenario)

Scenario (for small population assumption)		Min	Med	Max
IP use rate (admissions/person/year)	Critical illnesses, CLM	0.02	0.09	0.16
	Communicable diseases, CLM	0.01	0.03	0.11
	Critical illnesses, all ethnicities	0.02	0.15	0.65
	Communicable diseases, all ethnicities	0.005	0.03	0.41
Total IP cost (million Baht)	Critical illnesses, CLM	61.8	288.8	489.0
	Communicable diseases, CLM	19.9	90.0	331.9
	Critical illnesses, all ethnicities	72.9	547.9	2323.3
	Communicable diseases, all ethnicities	16.1	104.7	1452.0

ตารางที่ 12 ได้แสดงอัตราการใช้บริการ OP และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น แบ่งตามโรคและสัญชาติของผู้มารับบริการ พบว่า

- การใช้บริการของคนต่างด้าวที่ไม่มีประกันสุขภาพ กลุ่ม CLM ที่มาด้วยภาวะเจ็บป่วยวิกฤต มีอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอก 0.31 ถึง 1.94 ครั้งต่อคนต่อปี โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 1.43 ครั้งต่อคนต่อปี คิดเป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับสถานพยาบาล 54.9 ถึง 338.9 ล้านบาท โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 249.3 ล้านบาท
- การใช้บริการของคนต่างด้าวที่ไม่มีประกันสุขภาพ กลุ่ม CLM ที่มาด้วยภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อที่เป็นภัยทางสาธารณสุข มีอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอก 0.10 ถึง 2.22 ครั้งต่อคนต่อปี โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 0.34 ครั้งต่อคนต่อปี คิดเป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับสถานพยาบาล 17.7 ถึง 387.4 ล้านบาท โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 58.8 ล้านบาท
- การใช้บริการของคนต่างด้าวที่ไม่มีประกันสุขภาพ รวมทุกสัญชาติที่มาด้วยภาวะเจ็บป่วยวิกฤต มีอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอก 0.33 ถึง 13.66 ครั้งต่อคนต่อปี โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 1.73 ครั้งต่อคนต่อปี คิดเป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับสถานพยาบาล 64.7 ถึง 2,711.6 ล้านบาท โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 343.3 ล้านบาท
- การใช้บริการของคนต่างด้าวที่ไม่มีประกันสุขภาพ รวมทุกสัญชาติที่มาด้วยภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อที่เป็นภัยทางสาธารณสุข มีอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอก 0.10 ถึง 8.54 ครั้งต่อคนต่อปี โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 0.38 ครั้งต่อคนต่อปี คิดเป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับสถานพยาบาล 19.6 ถึง 1,694.7 ล้านบาท โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 75.7 ล้านบาท

ตารางที่ 12 อัตราการใช้บริการ OP และค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาลที่เกิดกับสถานพยาบาล ในผู้ป่วยต่างด้าวที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ (small population scenario)

Scenario (for small population assumption)		Min	Med	Max
OP use rate (visits/person/year)	Critical illnesses, CLM	0.31	1.43	1.94
	Communicable diseases, CLM	0.10	0.34	2.22
	Critical illnesses, all ethnicities	0.33	1.73	13.66
	Communicable diseases, all ethnicities	0.10	0.38	8.54

Scenario (for small population assumption)		Min	Med	Max
Total OP cost (million Baht)	Critical illnesses, CLM	54.9	249.3	338.9
	Communicable diseases, CLM	17.7	58.8	387.4
	Critical illnesses, all ethnicities	64.7	343.3	2711.6
	Communicable diseases, all ethnicities	19.6	75.7	1694.7

หากตั้งต้นจากสมมติฐาน large population scenario ถ้ามีจำนวนคนต่างด้าว CLM ที่ได้สิทธิประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ณ ต้นปีงบประมาณ 2558 จำนวน 1,833,905 คน สามารถคาดประมาณได้ว่ามี
คนต่างด้าวที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ จำนวน 1,158,953 คน ซึ่งในจำนวนนี้เป็นคนต่างด้าวสัญชาติ CLM
จำนวน 1,018,646 คน

ตารางที่ 13 ได้แสดงอัตราการให้บริการ IP และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น แบ่งตามโรคและสัญชาติของผู้มารับ
บริการ พบว่า

- การให้บริการของคนต่างด้าวที่ไม่มีประกันสุขภาพ กลุ่ม CLM ที่มาด้วยภาวะเจ็บป่วยวิกฤต มีอัตราการ
ให้บริการผู้ป่วยใน 0.005 ถึง 0.038 ครั้งต่อคนต่อปี โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 0.022 ครั้งต่อคนต่อปี คิดเป็นค่าใช้จ่าย
ที่เกิดขึ้นกับสถานพยาบาล 61.8 ถึง 489.0 ล้านบาท โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 288.8 ล้านบาท
- การให้บริการของคนต่างด้าวที่ไม่มีประกันสุขภาพ กลุ่ม CLM ที่มาด้วยภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อที่
เป็นภัยทางสาธารณสุข มีอัตราการให้บริการผู้ป่วยใน 0.002 ถึง 0.026 ครั้งต่อคนต่อปี โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่
0.007 ครั้งต่อคนต่อปี คิดเป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับสถานพยาบาล 19.9 ถึง 331.9 ล้านบาท โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่
90.0 ล้านบาท
- การให้บริการของคนต่างด้าวที่ไม่มีประกันสุขภาพ รวมทุกสัญชาติที่มาด้วยภาวะเจ็บป่วยวิกฤต มีอัตรา
การให้บริการผู้ป่วยใน 0.005 ถึง 0.157 ครั้งต่อคนต่อปี โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 0.037 ครั้งต่อคนต่อปี คิดเป็น
ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับสถานพยาบาล 72.9 ถึง 2,323.3 ล้านบาท โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 547.9 ล้านบาท

- การใช้บริการของคนต่างด้าวที่ไม่มีประกันสุขภาพ รวมทุกสัญชาติที่มาด้วยภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อที่เป็นภัยทางสาธารณสุข มีอัตราการให้บริการผู้ป่วยใน 0.001 ถึง 0.098 ครั้งต่อคนต่อปี โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 0.007 ครั้งต่อคนต่อปี คิดเป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับสถานพยาบาล 16.1 ถึง 1,452.0 ล้านบาท โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 104.7 ล้านบาท

ตารางที่ 13 อัตราการให้บริการ IP และค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาลที่เกิดกับสถานพยาบาล ในผู้ป่วยต่างด้าวที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ (large population scenario)

Scenario (for large population assumption)		Min	Med	Max
IP use rate (admissions/person/year)	Critical illnesses, CLM	0.005	0.022	0.038
	Communicable diseases, CLM	0.002	0.007	0.026
	Critical illnesses, all ethnics	0.005	0.037	0.157
	Communicable diseases, all ethnics	0.001	0.007	0.098
Total IP cost (million Baht)	Critical illnesses, CLM	61.8	288.8	489.0
	Communicable diseases, CLM	19.9	90.0	338.9
	Critical illnesses, all ethnics	72.9	547.9	2323.3
	Communicable diseases, all ethnics	16.1	104.7	1452.0

สังเกตว่า การประมาณค่าใช้จ่ายของ small population scenario และ large population scenario มีค่าใกล้เคียงกันมาก เพราะ การคำนวณทำในภาพรวมของทั้งประเทศ อัตราการให้บริการของ small population scenario จะสูงกว่า large population scenario (เพราะตัวหารน้อยกว่า) แต่จำนวนประชากร large population scenario มีมากกว่า เมื่อนำอัตราการให้บริการและจำนวนประชากรมาคูณกันและคูณกับต้นทุนต่อการบริการ (unit cost) สัดส่วนที่ใช้ประมาณการประชากรสัดส่วนที่แฝงอยู่ในอัตราการให้บริการ (หัวหาร) กับสัดส่วนที่อยู่ในจำนวนประชากร (ตัวคูณ) ก็จะตัดกันไป (cancelling out)

ตารางที่ 14 ได้แสดงอัตราการให้บริการ OP และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น แบ่งตามโรคและสัญชาติของผู้มารับบริการ พบว่า

- การให้บริการของคนต่างด้าวที่ไม่มีประกันสุขภาพ กลุ่ม CLM ที่มาด้วยภาวะเจ็บป่วยวิกฤต มีอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอก 0.08 ถึง 0.47 ครั้งต่อคนต่อปี โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 0.34 ครั้งต่อคนต่อปี คิดเป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับสถานพยาบาล 54.9 ถึง 338.9 ล้านบาท โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 249.3 ล้านบาท
- การให้บริการของคนต่างด้าวที่ไม่มีประกันสุขภาพ กลุ่ม CLM ที่มาด้วยภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อที่เป็นภัยทางสาธารณสุข มีอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอก 0.02 ถึง 0.54 ครั้งต่อคนต่อปี โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 0.08 ครั้งต่อคนต่อปี คิดเป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับสถานพยาบาล 17.7 ถึง 387.4 ล้านบาท โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 58.8 ล้านบาท
- การให้บริการของคนต่างด้าวที่ไม่มีประกันสุขภาพ รวมทุกสัญชาติที่มาด้วยภาวะเจ็บป่วยวิกฤต มีอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอก 0.005 ถึง 0.157 ครั้งต่อคนต่อปี โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 0.037 ครั้งต่อคนต่อปี คิดเป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับสถานพยาบาล 64.7 ถึง 2,711.6 ล้านบาท โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 343.3 ล้านบาท
- การให้บริการของคนต่างด้าวที่ไม่มีประกันสุขภาพ รวมทุกสัญชาติที่มาด้วยภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อที่เป็นภัยทางสาธารณสุข มีอัตราการให้บริการผู้ป่วยใน 0.001 ถึง 0.098 ครั้งต่อคนต่อปี โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 0.007 ครั้งต่อคนต่อปี คิดเป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับสถานพยาบาล 19.6 ถึง 1,694.7 ล้านบาท โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 86.2 ล้านบาท

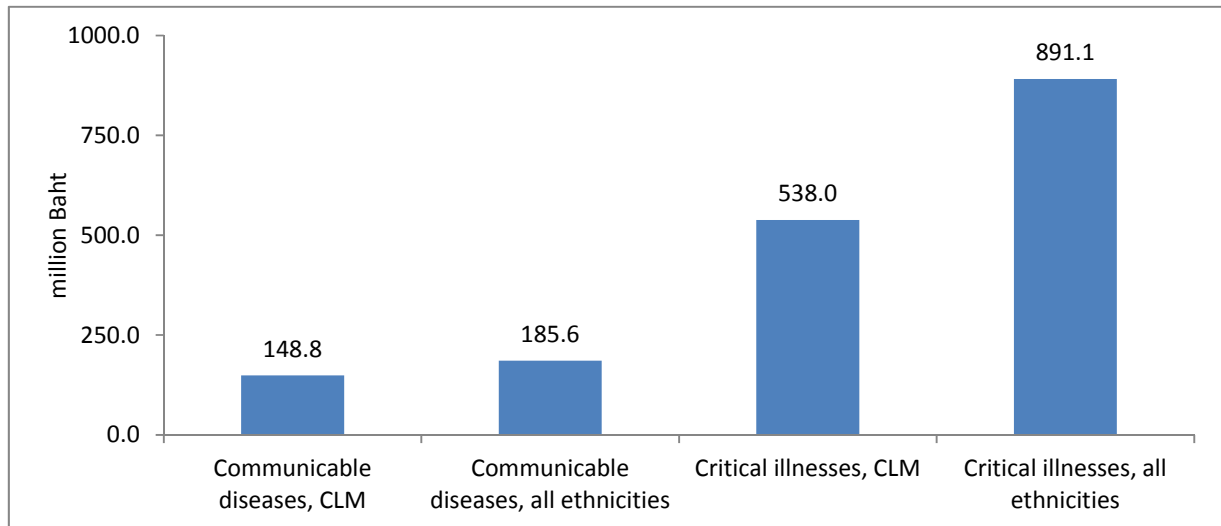
ตารางที่ 14 อัตราการให้บริการ OP และค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาลที่เกิดกับสถานพยาบาล ในผู้ป่วยต่างด้าวที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ (large population scenario)

Scenario (for large population assumption)		Min	Med	Max
OP use rate (visits/person/year)	Critical illnesses, CLM	0.08	0.34	0.47
	Communicable diseases, CLM	0.02	0.08	0.54
	Critical illnesses, all ethnics	0.08	0.42	3.30

Scenario (for large population assumption)		Min	Med	Max
	Communicable diseases, all ethnics	0.02	0.10	2.06
Total OP cost (million Baht)	Critical illnesses, CLM	54.9	249.3	338.9
	Communicable diseases, CLM	17.7	58.8	387.4
	Critical illnesses, all ethnics	64.7	343.3	2711.6
	Communicable diseases, all ethnics	19.6	86.2	1694.7

เมื่อรวมการคาดประมาณงบประมาณทั้งในส่วนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยในที่นี้ได้แสดงเฉพาะกรณี median use rate เฉลี่ยระหว่างทั้ง small และ large population scenario พบว่า งบประมาณที่ต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่างด้าวที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆมีค่าประมาณ 148.8 ถึง 891.1 ล้านบาท ซึ่งหากคิดจากรายได้ที่ได้จากบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวในปัจจุบัน คิดเป็นร้อยละ 5 ถึงร้อยละ 30 ของรายได้จากบัตรประกันสุขภาพทั้งหมด (ข้อมูลปลายปี 2557 รายได้จากบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวผู้ใหญ่ ~1.7 คน*2,100 บาท/คน + บัตรประกันสุขภาพเด็กต่างด้าว ~70,000 คน*365 บาท/คน ~ 2,960 ล้านบาท)ดังแสดงในรูปที่ 2

รูปที่ 2 แสดงภาระงบประมาณทั้งประเทศ เมื่อรวมค่าใช้จ่ายที่เกิดในผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของการให้บริการผู้ป่วยต่างด้าวที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพเข้าด้วยกัน ทั้งนี้



หมายเหตุ: เพื่อไม่ให้มีทางเลือกเชิงนโยบายที่มากเกินไป การคำนวณในกราฟข้างต้น คิดจาก median use rate เท่านั้น กราฟที่แสดงเป็นการรวมงบประมาณคาดการณ์ทั้งในส่วน OP และ IP แล้ว อย่างไรก็ตามผู้อ่านที่สนใจสามารถใช้ข้อมูลในตารางที่ 1-4 ในการคำนวณภาระงบประมาณในกรณี minimum หรือ maximum use rate ได้เช่นกัน

ทั้งนี้ในทางปฏิบัติขึ้นอยู่กับทิศทางของนโยบายว่าจะให้การครอบคลุมการรักษาพยาบาลแบบใดบ้าง เช่น หากนโยบายประสงค์จะครอบคลุมเฉพาะโรคที่เป็นภัยทางสาธารณสุขอย่างเดียวและเฉพาะในกลุ่มสัญชาติ CLM ก็จะมีภาระงบประมาณอยู่ที่ 148.8 ล้านบาท หากขยายไปสู่คนต่างด้าวทุกสัญชาติ ก็จะมีภาระงบประมาณอยู่ที่ 185.6 ล้านบาท ทั้งนี้ไม่ได้หมายถึงว่ารัฐต้องให้การจัดสรรงบประมาณเต็มจำนวน เพราะในทางปฏิบัติผู้ป่วยมีการจ่ายค่าใช้จ่ายโดยตรงอยู่แล้ว หรือผู้ป่วยส่วนหนึ่งอาจมีประกันสุขภาพเอกชนเสริม ผลการศึกษาในวัตถุประสงค์ที่ 3 นี้ จึงเป็นข้อมูลสำหรับประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายต่อไป

อภิปรายผลการศึกษาและสรุปผล

การวิจัยนี้ประกอบด้วยการศึกษาย่อยสามส่วน ได้แก่ (1) การทบทวนวรรณกรรม, (2) การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อสำรวจความคิดเห็นของผู้รับบริการและผู้กำหนดนโยบาย และ (3) การศึกษาเชิงปริมาณเพื่อคาดการณ์ภาระงบประมาณในกรณีที่รัฐจะสนับสนุนการรักษาพยาบาลผู้ที่ตกหล่นจากการประกันสุขภาพ

ในเรื่องการทบทวนวรรณกรรม แม้ในแต่ละประเทศจะมีขอบเขตการรับรองสิทธิในบริการสุขภาพของ คนต่างด้าวในระบบทะเบียนต่างกันไป แต่ก็มีลักษณะบางอย่างที่สอดคล้องกัน และพึงเป็นประเด็นที่ ประเทศไทยน่าจะนำมาพิจารณาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย อาทิ

(1) **ข้อรับรองทางกฎหมาย:** ในประเทศที่พัฒนาแล้วมีการรับรองในกฎหมายกำหนดบทบาทหน้าที่และ ขอบเขตของการดูแลรักษาพยาบาลสำหรับคนต่างด้าวก่อนข้างชัดเจน เช่น ในประเทศฝรั่งเศสหรือเยอรมัน รวมถึงในบางประเทศมีกฎหมายเฉพาะในการให้การคุ้มครองและรักษาโรคที่เป็นภัยทางสาธารณสุข ใน ประเทศไทยก็มีกฎหมายพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 แต่ก็เป็นการระบุไว้กว้างๆว่าสถานพยาบาล ต้องให้การรักษาสู้ป่วยในภาวะวิกฤตต่อไป แต่ยังไม่ได้กำหนดรายละเอียดในการเบิกจ่ายหรือชดเชยค่าใช้จ่าย ให้กับสถานพยาบาลในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ ยิ่งกว่านั้นในประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง ประกันสุขภาพคน/แรงงานต่างด้าว พ.ศ.2558 ยังมีข้อกำหนดให้ส่งคนที่ไม่ผ่านการตรวจสุขภาพด้วยเหตุที่เป็น โรคที่เป็นที่รังเกียจของสังคมกลับประเทศต้นทาง (ผลการตรวจสุขภาพระดับ 3) โดยไม่ได้กำหนดไว้ชัดเจนว่า ให้รักษาพยาบาลก่อน

(2) **แนวคิดสิทธิในประกันสุขภาพ:** ในต่างประเทศมีการจัดสรรให้คนต่างด้าวเข้าเมืองถูกกฎหมาย หรือแม้ เข้าเมืองผิดกฎหมายแต่ได้ผ่านการลงทะเบียนกับรัฐบาลประเทศปลายทาง แล้วก็จะเข้าสู่การประกันสุขภาพ ระบบหลักเช่นเดียวกับคนที่มีสัญชาติของประเทศปลายทาง และจัดให้มีระบบประกันสุขภาพแบบ safety net สำหรับคนที่ยังตกหล่นจากระบบประกันสุขภาพหลักเท่านั้น แต่จะจำกัดเฉพาะบางโรค

(3) **แนวคิดหลักถิ่นที่อยู่:** ในต่างประเทศยึดโยงเรื่องประกันสุขภาพกับถิ่นที่อยู่เป็นหลัก (domicile) ขณะที่ ของไทยยึดโยงกับแนวคิดเรื่องสัญชาติเป็นหลัก รวมทั้งในบางประเทศการประกันสุขภาพยังสัมพันธ์กับรายได้ ของผู้ประกันตน จึงเป็นที่น่าสนใจว่าระบบนี้จะสามารถปรับใช้กับประเทศไทยได้หรือไม่ เพราะในประเทศไทยแรงงานส่วนใหญ่เป็นแรงงานนอกระบบ ซึ่งอาจมีปัญหาในการตรวจสอบรายได้ของผู้ประกันตน

(4) **การพัฒนาฐานข้อมูล:** การจะทราบข้อมูลรายบุคคลที่ละเอียดเพียงพอ ว่ามีการอาศัยอยู่ในลักษณะใด มีรายได้เท่าใด ต้องอาศัยการจัดเก็บข้อมูลในลักษณะ biometric data ที่ดีเพียงพอ ในปัจจุบันการจัดเก็บข้อมูล

รายบุคคลในระบบประกันสุขภาพคนต่างด้าวของไทยของกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่ได้ใช้ระบบ biometric data แต่เก็บเฉพาะข้อมูลเลขประจำตัว 13 หลัก

(5) ประเด็นอื่นๆ เช่น ประเทศที่พัฒนาแล้ว ส่วนใหญ่เป็นประเทศที่ลงนามใน 1951 Refugee Convention กับสำนักงานข้าหลวงใหญ่ผู้ลี้ภัยสหประชาชาติ จึงมีระบบการรับรอง asylum seekers ซึ่งประเทศไทยไม่ได้ลงนามในสนธิสัญญาดังกล่าว จึงไม่มีระบบการรองรับ asylum seekers อย่างเป็นทางการ ในปัจจุบันยังไม่ได้รับการประกันสุขภาพใดๆสำหรับ asylum seekers ในประเทศไทย รายงานของสำนักงานข้าหลวงใหญ่ผู้ลี้ภัยสหประชาชาติพบว่า มี asylum seekers อาศัยอยู่ในประเทศไทยเกือบ 10,000 คน (ทั้งนี้ยังไม่นับผู้ลี้ภัยตามค่ายผู้ลี้ภัยตามแนวชายแดนเกือบ 100,000 คน)⁽³¹⁾

เมื่อเชื่อมโยงการทบทวนวรรณกรรมกับข้อคิดเห็นของผู้ให้บริการ พบว่า ผู้ให้บริการเห็นว่าควรมีระบบที่ดูแลผู้ที่ตกหล่นจากการประกันสุขภาพ ระบบดังกล่าวควรผนวกเป็นส่วนหนึ่งกับการประกันคนต่างด้าวปกติ และไม่ควรนำงบประมาณในระบบปกติมาใช้ ข้อกังวลคือ หากควบรวมไปกับระบบประกันสุขภาพปกติ อาจเป็นแรงจูงใจทางอ้อมให้คนต่างด้าวหลีกเลี่ยงการเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ เพราะทราบว่าหากเจ็บป่วยร้ายแรงก็สามารถเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของภาครัฐได้ การสนทนากลุ่มจึงมีข้อคิดเห็นที่น่าสนใจคือควรสื่อสารกับสังคมให้ชัดเจนว่าการจัดงบประมาณเพิ่มเติมนี้ เป็นการจัดงบประมาณเพื่อชดเชยให้สถานพยาบาลหรือเป็นการเพิ่มสิทธิให้คนต่างด้าว หากเป็นกรณีแรกอาจได้รับแรงต่อต้านจากผู้บริการน้อยกว่า อนึ่งประเด็นหนึ่งที่เห็นพ้องกันคือ การจะจัดระบบชดเชยค่าบริการดังกล่าวจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการที่ดี ทั้งระบบเบิกจ่าย ทั้งระบบการติดตามผู้ป่วยที่ดีเพียงพอ

หากภาครัฐจะจัดให้มีการจัดระบบชดเชยค่าใช้จ่ายสำหรับคนต่างด้าวที่ตกหล่นจากการประกันสุขภาพ ต้องมีการพิจารณาในประเด็นต่างๆ อาทิ จะคุ้มครองใคร และด้วยภาวะใด จากการคำนวณพบว่าอาจต้องใช้งบประมาณทั้งประเทศ ประมาณ 149 ถึง 891 ล้านบาท ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มเสนอว่าอาจเริ่มจากคนต่างด้าวเมียนมา ลาว กัมพูชา ก่อน เพราะเป็นประชากรที่ได้รับความสนใจทางการเมืองมากที่สุด และเริ่มที่โรคติดต่อร้ายแรงก่อน เพราะมีโอกาสผลักดันให้เกิดนโยบายที่เป็นรูปธรรมได้ด้วยเหตุผลเรื่องความมั่นคงด้านสุขภาพสำหรับคนไทย

ข้อจำกัดการศึกษา

ในด้านเนื้อหา การศึกษานี้มุ่งหวังในการสร้างหรือรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน เพื่อเป็นแนวทางในตัดสินใจเชิงนโยบายต่อไป อย่างไรก็ตามการจะผลักดันให้เกิดนโยบายอย่างเป็นรูปธรรมต้องอาศัยปัจจัยอื่นๆด้วย อาทิ กฎหมายที่จะรองรับ ความพร้อมขององค์กรที่จะทำหน้าที่ดูแลระบบ ความเห็นพ้องของหน่วยงานอื่นๆนอกจากกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงฝ่ายความมั่นคง และสำนักงบประมาณ รวมถึงความเห็นพ้อง (และแรงต่อต้าน) จากสังคม ประเด็นเหล่านี้ล้วนต้องการการศึกษาเพิ่มเติมอย่างรอบด้าน ซึ่งเกินกว่าขอบเขตของงานวิจัยชิ้นนี้

ในด้านระเบียบวิธี การเก็บข้อมูลในวัตถุประสงค์ที่ 1 ไม่ใช่ว่าการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จึงมีความเสี่ยงที่จะมีอคติในการสืบค้นข้อมูล และข้อมูลที่สืบค้นได้มักมาจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ จึงอาจทำให้ขาดข้อมูลที่มาจาก grey literature หรือรายงานวิจัยในประเทศต่างๆที่ไม่ได้ตีพิมพ์ในวารสารต่างประเทศ ส่งผลให้ข้อมูลบางอย่างไม่ครบถ้วน อาทิ รายละเอียดการจัดสรรงบประมาณในระดับพื้นที่ของประเทศที่มีระบบชดเชยค่าบริการคนต่างด้าวที่ตกหล่นจากการประกันสุขภาพ

การเก็บข้อมูลในวัตถุประสงค์ที่ 2 ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มในลักษณะที่ค่อนข้างเป็นทางการ แม้ผู้วิจัยจะพยายามตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า แต่ก็มีความเสี่ยงที่จะได้ข้อมูลที่มีอคติ การศึกษาเพิ่มเติมซึ่งใช้วิธีเก็บข้อมูลที่หลากหลายขึ้น เช่น ใช้การสนทนาอย่างไม่เป็นทางการ (informal discussion) และการสังเกต (observation) น่าจะทำให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนมากขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูลในวัตถุประสงค์ที่ 3 ใช้สมมติฐานการคำนวณจำนวนมาก และตัวเลขอ้างอิงบางอย่างอาจไม่สะท้อนสถานการณ์ปัจจุบัน เพราะตัวเลขที่ใช้ในการตั้งสมมติฐานเรื่องจำนวนคนต่างด้าว ได้มาจากการสำรวจก่อนที่จะมีนโยบาย One Stop Service นอกจากนั้นในแต่ละจังหวัด สัดส่วนคนต่างด้าวที่ตกหล่นจากการประกันสุขภาพก็อาจไม่เท่ากัน ข้อจำกัดในเรื่องการไม่ทราบจำนวนคนต่างด้าวที่ตกหล่นจากการประกันสุขภาพ ในมุมหนึ่งก็สะท้อนความต้องการงานวิจัยเพิ่มเติมเต็มช่องว่างความรู้ งานวิจัยในอนาคตจึงควรมีการสำรวจคนต่างด้าวในระดับครัวเรือนทั้งที่มีสิทธิประกันสุขภาพและไม่มีสิทธิประกันสุขภาพซึ่งจะมีประโยชน์หลายประการ อาทิ การคำนวณงบประมาณ และการประเมินอัตราการใช้บริการของคนต่างด้าว (เทียบกับคนไทย และเทียบกับคนต่างด้าวที่มีบัตรประกันสุขภาพ)

นอกจากนั้น การใช้ค่าหน่วยต้นทุนของ สปสช. อาจไม่ตรงกับค่าใช้จ่ายเรียกเก็บจริงของแต่ละสถานพยาบาล นอกจากนี้จำนวนโรงพยาบาลที่เข้าร่วมการศึกษายังค่อนข้างจำกัด และไม่ได้รวมถึงการบริการในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ในการพัฒนาโครงการวิจัย ผู้วิจัยเคยคิดถึงการคำนวณงบประมาณสำหรับภาวะฉุกเฉิน แต่ติดปัญหาที่ คำว่าภาวะฉุกเฉินเป็นคำกว้าง และในทางปฏิบัติ ภาวะฉุกเฉินคืออาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ไม่ใช่การให้ได้การวินิจฉัยสุดท้าย แต่ข้อมูลที่นำมาคำนวณคือข้อมูล ICD10 ซึ่งเป็นการวินิจฉัยสุดท้าย จึงเป็นการยากที่จะระบุว่าภาวะใดเป็นภาวะฉุกเฉิน ภาวะใดไม่ใช่ภาวะฉุกเฉิน แม้จะใช้ข้อมูลเฉพาะบริการที่ห้องฉุกเฉินก็มีความยากลำบาก เพราะในหลายๆสถานพยาบาล ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลไม่ได้ดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน แต่ยังทำหน้าที่อื่นๆ อาทิ ฉีดยา นัดทำแผล หรือรับคนไข้ฝากนอน ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงปรับสมมติฐานเป็นการคำนวณค่าใช้จ่ายในภาวะวิกฤตแทน ซึ่งแน่นอนว่า นิยามของภาวะวิกฤตหรือโรคที่เป็นภัยทางสาธารณสุข อาจมีรายการโรคต่างกันไปในแต่ละหน่วยงาน การจะพัฒนาไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายต้องอาศัยการหารือกับหน่วยงานวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขในแขนงอื่นๆเพื่อให้เกิดข้อตกลงร่วมกันก่อน

เอกสารอ้างอิง

1. คณะทำงานแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. รายงานการประชุมคณะทำงานแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ครั้งที่ 4/2557 วันที่ 5 พฤศจิกายน 2557. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข;2557.
2. สปสช. วิสัยทัศน์ พันธกิจ นโยบาย [Online]. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สืบค้นจาก: <http://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-contentdetail.aspx?CatID=NjM=> [21 มิถุนายน 2558]. 2558.
3. โสภณ เมฆธร. นโยบายและทิศทางการดำเนินการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ คนต่างด้าวทั่วไป และอนามัยแม่และเด็ก. เอกสารประกอบการประชุมมาตรการและการดำเนินงานตรวจสุขภาพ และประกันสุขภาพคนต่างด้าวทั่วไป; 9-10 กรกฎาคม 2556 ณ โรงแรมเบส เวสเทิร์น พลัส แกรนด์ ฮาวเวิร์ด. กรุงเทพมหานคร 2556.
4. Kantayaporn T, Mallik S. Migration and Health Service System in Thailand: Situation, Responses and Challenges in a Context of AEC in 2015. Bangkok: WHO/EU;2013.
5. ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์, คนางค์ คันธมรฐพงษ์, วีระศักดิ์ พุทธาศรี, สุภกิจ ศิริลักษณ์. การทบทวนวรรณกรรมการจัดการระบบประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวในระบบทะเบียนในภูมิภาคยุโรปชบทเรียนที่ระบบสาธารณสุขไทยพึงเรียนรู้. วารสารสังคมศาสตร์บูรณาการ. 2558;2(1):186-209.
6. Suphanchaimat R, Seneerattanaprayul P, Wisaijohn T, putthasri W. The management of health insurance system for people with citizenship problems-a case study of Ranong province. Health Systems Research Institute Journal. 2013;7(2):207-222.
7. พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร และคณะ. ข้อเสนอต่อ นพ.สมศักดิ์ ชุนห์ศรี รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในการจัดการสิทธิในบริการสาธารณสุขของคนไร้รัฐไร้สัญชาติ หรือคนที่มีปัญหาการรับรองสถานะบุคคลตามกฎหมาย เมื่อวันที่ ๑๒ มกราคม พ.ศ.๒๕๕๘ ปรับปรุงล่าสุดเมื่อวันที่ ๑๕ มกราคม พ.ศ.๒๕๕๘. กรุงเทพมหานคร: โครงการลี้หมอชายแดนตาก;2558.
8. Teddlie C, Tashakkori A. Foundations of mixed methods research. Thousand Oaks, CA: Sage; 2009.
9. Jensen N, Norredam M, Draebel T, Bogic M, Priebe S, Krasnik A. Providing medical care for undocumented migrants in Denmark: what are the challenges for health professionals? BMC Health Services Research. 2011;11(1):154.

10. Cuadra CB, Cattacin S. Policies on Health Care for Undocumented Migrants in the EU27: Towards a Comparative Framework--Summary Report. Malmo: Malmö University;2010.
11. Health Insurance Group. Health Card for Uninsured Foreigners and Health Card for Mother and Child. *Seminar on measures and protocols of medical examination, insuring migrants and protecting maternal and child health*. Best Western Grand Howard Hotel, Bangkok: Office of the Permanent Secretary, MOPH; 2013.
12. Citizens Advice. NHS charges for people from abroad. 2015. [cited 21 November 2015]; Available from: <https://www.citizensadvice.org.uk/healthcare/help-with-health-costs/nhs-charges-for-people-from-abroad/>.
13. Cuadra CB. Country report: United Kingdom. Malmo: Malmo University;2010.
14. Berens E, Spallek J, Razum O. State of the Art Report – Germany. 2008. [cited 21 November 2015]; Available from: http://mighealth.net/index.php/State_of_the_Art_Reports.
15. BBC. Migrant crisis: Migration to Europe explained in graphics. 2015. [cited 17 November 2015]; Available from: <http://www.bbc.co.uk/news/world-europe-34131911>.
16. Gray BH, van Ginneken E. Health care for undocumented migrants: European approaches. Issue Brief (Commonw Fund). Dec 2012;33:1-12.
17. Brindicci G, Trillo G, Santoro CR, Volpe A, Monno L, Angarano G. Access to health services for undocumented immigrants in Apulia. *J Immigr Minor Health*. Apr 2015;17(2):618-623.
18. Cuadra CB. Country report: Italy. Malmo: Malmo University;2010.
19. Hasuwannakit S. *Including Stateless People in Universal Health Coverage: Policy Recommendation for Thailand*. Antwerp: Orientation Health Systems Management and Policy, Institute of Tropical Medicine Antwerp; 2012.
20. Fujimoto S. Illegal Immigrants in Japan. 2013. [cited 23 November 2015]; Available from: <http://japansociology.com/2013/06/29/illegal-immigrants-in-japan-2/>.
21. Ikegami N, Yoo B-K, Hashimoto H, et al. Japanese universal health coverage: evolution, achievements, and challenges. *The Lancet*.378(9796):1106-1115.
22. Calain-Watanabe T, Lee S. Access to maternal and child care for undocumented migrants in Japan. *Kokusai Hoken Iryo (Journal of International Health)*. 2012;27(3):207-212.

23. Parikh N. Migrant Health in Japan: Safety-Net Policies and Advocates' Policy Solutions. *The Asia-Pacific Journal: Japan Focus*. 2010. http://www.japanfocus.org/-Neal_S_-Parikh/3324. Accessed 3 April 2014.
24. Stevens C, Lee S, Sawada T. Undocumented Migrant Maternal and Child Health Care in Yokohama. *Japanese Studies*. 2000;20(1):49-65.
25. Krogstad JM, Passel JS. 5 facts about illegal immigration in the US. 2015. [cited 23 November 2015]; Available from: <http://www.pewresearch.org/fact-tank/2015/11/19/5-facts-about-illegal-immigration-in-the-u-s/>.
26. Hispanas Organized for Political Equality (HOPE). California Health Care Resource Guide for Undocumented Migrants. 2015. [cited 20 November 2015]; Available from: http://www.e4fc.org/images/HEALTHCARE_RESOURCE_GUIDE_HOPE-FINAL_OCTOBER_28.PDF.
27. California Department of Health Care Services. Criteria for emergency and pregnancy-related services for persons entitled to restricted benefits only. 2015. [cited 23 November 2015]; Available from: http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Documents/ManCriteria_06_EmergPreg.htm.
28. Maternal and Child Health Access. Ability-to-Pay Plan (ATP). 2014. [cited 23 November 2015]; Available from: <http://www.mchaccess.org/pdfs/training-materials/Ability%20To%20Pay-%202014.pdf>.
29. Krikorian M. *The New Case Against Immigration: Both Legal and Illegal*. 1st ed. New York: Penguin Group; 2008.
30. Suphanchaimat R, Putthasri W, Kantamaturapoj K. Responses in implementation and outcome evaluation of 'Health Insurance Card for Foreigners' policy for cross-border migrants and their dependants in Thailand. Nonthaburi: IHPP, Ministry of Public Health; 2015.
31. UNHCR. 2015 UNHCR country operations profile - Thailand. 2015. [cited 24 November 2015]; Available from: <http://www.unhcr.org/pages/49e489646.html>.
32. National Health Security Office. Unit cost by hospital in Fiscal Year 2014 [unpublished report]. Bangkok: NHSO; 2015.

33. Kantayaporn T, Sinhkul N, Ditthawongsa N, Chinworasopark P, Silwutthaya S, Phanathanasarn K. Estimation of transnational population for developing maternal and child health in Bangkok Nonthaburi: HISRO; 2013.
34. Office of Foreign Workers Administration. Statistics of migrants with work permit in Thailand between January 2014 and December 2014. 2015. [cited 20 June 2016]; Available from: <http://wp.doe.go.th/wp/images/statistic/sy/sy2557.pdf>.
35. Department of Health. Making a fair contribution: A consultation on the extension of charging overseas visitors and migrants using the NHS in England. 2015. [cited 10 June 2016]; Available from: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/483870/NHS_charging_acc.pdf.

ภาคผนวก 1

การจัดสรรงบประมาณระบบบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวในปัจจุบัน มีลักษณะดังนี้

