



การจัดระบบและคาดการณ์งบประมาณเพื่อชดเชยค่าบริการทางการแพทย์
กรณีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กต่างด้าว

System management and budget estimation for supporting health
promotion and disease prevention services for migrant children in
Thailand

ทีมวิจัย

ดร.นพ.วีระศักดิ์	พุทธานศรี
นายแพทย์ระพีพงศ์	สุพรรณไชยมาตย์
ดร.สิรินาฏ	นิภาพร
ดร.สุพล	ลิ้มวัฒนานนท์
นางสาวเยาวลักษณ์	แหวนวงษ์
ภญ.ประภาพร	นพรัตน์ยากรณ์
นางสาววรารักษ์	ปวงกันทา
Weerasak	Putthasri
Rapeepong	Suphanchaimat
Sirinard	Nipaporn
Supon	Limwattananon
Yaowaluk	Wanwong
Prapaporn	Nopparattayaporn
Waraporn	Poungkantha

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (International Health Policy Program: IHPP)

31 กรกฎาคม 2560

“โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)”



การจัดระบบและคาดการณ์งบประมาณเพื่อชดเชยค่าบริการทางการแพทย์
กรณีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กต่างด้าว

System management and budget estimation for supporting health
promotion and disease prevention services for migrant children in
Thailand

ทีมวิจัย

ดร.นพ.วีระศักดิ์	พุทธานศรี
นายแพทย์ระพีพงศ์	สุพรรณไชยมาตย์
ดร.สิรินาฏ	นิภาพร
ดร.สุพล	ลิ้มวัฒนานนท์
นางสาวเยาวลักษณ์	แหวนวงษ์
ภญ.ประภาพร	นพรัตน์ยากรณ์
นางสาววราภรณ์	ปวงกันทา
Weerasak	Putthasri
Rapeepong	Suphanchaimat
Sirinard	Nipaporn
Supon	Limwattananon
Yaowaluk	Wanwong
Prapaporn	Nopparattayaporn
Waraporn	Poungkantha

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (International Health Policy Program: IHPP)

31 กรกฎาคม 2560

“โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)”

บทสรุปผู้บริหาร

การขยายหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมบุคคลทุกคนบนแผ่นดินไทยนั้น มีความพยายามในการดำเนินการอย่างต่อเนื่องดังปรากฏเป็นลายลักษณ์อักษร ในวิสัยทัศน์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) รวมถึงแผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนของกระทรวงสาธารณสุข ประเด็นหนึ่งที่เป็นที่สนใจเชิงนโยบายในปัจจุบัน อัตราการเกิดของเด็กต่างด้าวมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี แต่เด็กต่างด้าวที่เข้าถึงสิทธิประกันสุขภาพก็มีจำนวนค่อนข้างน้อย จึงมีข้อกังวลว่า เด็กที่คลอดมาจึงอาจไม่ได้รับการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคอย่างเพียงพอ ปัญหาดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็กและเกิดโรคต่างๆ ที่เป็นภัยทางสาธารณสุขในวงกว้าง การศึกษานี้ได้จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ คือ (1) เพื่อถอดบทเรียนต่างประเทศในการจัดนโยบายให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับเด็กต่างด้าวในประเทศนั้นๆ (2) เพื่อศึกษาลักษณะการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กต่างด้าวที่อาศัยในแผ่นดินไทยในปัจจุบัน ทั้งในแง่ข้อดี ข้อเสีย และประเด็นท้าทายจากมุมมองของผู้ให้บริการ ผู้กำหนดนโยบาย และผู้รับบริการ และ (3) เพื่อคาดประมาณงบประมาณของประเทศไทย ในการให้วัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กต่างด้าว

ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการวิจัยแบบผสมผสาน การเก็บข้อมูลในวัตถุประสงค์ที่ 1 ใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมแบบพรรณนาจากฐานข้อมูล grey literature ของประเทศในสหภาพยุโรปเป็นหลัก วัตถุประสงค์ที่ 2 ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้บริการ ผู้กำหนดนโยบาย และผู้รับบริการ ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็กต่างด้าว และวัตถุประสงค์ที่ 3 ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลทฤษฎีภูมิเชิงปริมาณ จากฐานข้อมูล 43 แห่ง ของกระทรวงสาธารณสุข การศึกษาดำเนินการในพื้นที่ 4 จังหวัด ผลการศึกษามีดังต่อไปนี้

ในต่างประเทศการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้เป็นสิทธิพื้นฐานที่เด็กต่างด้าวทุกคนไม่ว่าจะมีสถานะทางกฎหมายอย่างไรพึงได้รับ แม้ว่าในทางปฏิบัติจะมีความติดขัดบางประการ เช่น ผู้ให้บริการไม่รู้ในสิทธิของคนต่างด้าว หรือ การตีความทางกฎหมายที่หลากหลาย แต่อย่างน้อยก็มีความชัดเจนในเชิงนโยบายในระดับหนึ่ง หากกล่าวให้จำเพาะลงไป พบว่า บริการเหล่านี้เน้นที่การให้วัคซีนป้องกันโรคพื้นฐาน ซึ่งเด็กต่างด้าวพึงได้รับโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ข้อสังเกตที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ขณะที่ประเทศไทยใช้จุดตัดที่ 7 ปี และมีการจำกัดสัญชาติของผู้ประกันตนด้วย แต่ในต่างประเทศ มีการกำหนดจุดตัดอายุสำหรับเด็กในการเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพที่อายุ 18 ปี

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ผู้ให้บริการมักให้ความสำคัญกับบริการวัคซีนพื้นฐานแม้ไม่มีนโยบายที่ชัดเจนจากส่วนกลาง ในพื้นที่ที่มีการจัดบริการวัคซีนพื้นฐานให้กับเด็กต่างด้าวทั้งที่ประกันและไม่มีสิทธิประกันสุขภาพโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายผ่านทางวัคซีนส่วนเหลือที่จัดสรรสำหรับเด็กไทยอยู่แล้ว สำหรับบริการอื่นๆ นอกจากการให้วัคซีน ก็ผนวกรวมไปกับบริการปกติสำหรับเด็กไทย มีเพียงบางพื้นที่ ที่มีการจ้างล่ามชาวต่างด้าวร่วมด้วยเพื่อช่วยให้การสื่อสารสะดวกขึ้น ในส่วนผู้รับบริการ ก็ให้ความสำคัญกับการรับวัคซีน และไม่ได้คิดว่าการซื้อบัตรจะเป็นเหตุผลของการได้สิทธิวัคซีน เหตุผลหลักๆ ของการซื้อบัตรประกันสุขภาพ คือ เพื่อประโยชน์ของการรักษาพยาบาล และเด็กต่างด้าวส่วนหนึ่งมักกลับไปประเทศต้นทางเมื่อเริ่มโตขึ้น ทำให้อัตราการใช้บริการค่อนข้างต่ำ

เมื่อพิจารณาเฉพาะการให้วัคซีนพื้นฐาน หากจะมีการลงทุนโดยภาครัฐเพื่อการให้วัคซีนสำหรับเด็กต่าง
ด้าวเพิ่มเติมจากวัคซีนที่ซื้ออยู่แล้วสำหรับเด็กไทย ภาครัฐพึงลงทุนประมาณ 6.9 ถึง 73.9 ล้านบาท ขึ้นกับ
สมมติฐาน เช่น หากต้องการลงทุนเพิ่มเติมเฉพาะเด็กที่ไม่มีประกันสุขภาพ และเชื่อว่าเด็กทุกช่วงอายุมีการ
กระจายตัวเท่ากัน ก็พึงลงทุนประมาณ 6.9 ล้านบาท สมมติฐานที่เป็นไปได้มากกว่าคือ เด็กแต่ละช่วงอายุมีการ
กระจายตัวไม่เท่ากัน นั่นคือ มีการกระจายตัวหนาแน่นในช่วง 0-2 ปี ถ้าเป็นกรณีเช่นนี้อาจต้องมีการลงทุนมากขึ้น
ระหว่าง 26.4-73.9 ล้านบาท

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ อาทิ (1) การทบทวนวรรณกรรมแบบพรรณนาเสี่ยงต่ออคติมากกว่า
การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพราะไม่ได้มีกระบวนการคัดกรองคุณภาพของวรรณกรรมอย่างเข้มข้น (2)
การสัมภาษณ์ในวัตถุประสงค์ที่ 2 มีผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่มากนัก และไม่ได้ใช้วิธีการเก็บข้อมูลอื่นๆ เช่น การสังเกต
ร่วมด้วย นอกจากนั้น ผู้ให้ข้อมูลก็รู้สถานะของผู้สัมภาษณ์ว่าทำงานในส่วนกลาง จึงมีแนวโน้มที่จะแสดงทัศนคติให้
ตรงกับความต้องการของผู้สัมภาษณ์ ข้อมูลที่ได้จึงเสี่ยงต่ออคติ (3) การศึกษาดำเนินการในพื้นที่เพียง 4 จังหวัด
จึงมีข้อจำกัดในการให้ข้อสรุปผลการศึกษานี้เป็นตัวแทนของสถานการณ์การดูแลเด็กต่างด้าวทั้งหมดในประเทศไทย (4) การคำนวณในวัตถุประสงค์ที่ 3 ต้องใช้สมมติฐานหลายประการ บางสมมติฐานอ้างอิงตัวเลขจากงานวิจัย
เก่าที่ทำนานมาแล้ว และจำกัดเฉพาะค่าเวชภัณฑ์ ดังนั้นหากจะมีการผลักดันเชิงนโยบาย พึงมีกระบวนการให้ทุก
ฝ่ายตกลงและยอมรับในสมมติฐานก่อน รวมถึงควรมีตัวเลขอ้างอิงที่ทันสมัยกว่านี้ และควรคำนวณต้นทุนส่วนอื่นๆ
ด้วย

ข้อเสนอเชิงนโยบายได้แก่ (1) ภาครัฐ โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข ควรกำหนดให้เรื่องการส่งเสริม
สุขภาพและป้องกันโรค เป็นสิทธิพื้นฐานที่เด็กทุกคนพึงได้รับ ไม่ว่าจะได้รับการประกันตนหรือไม่ โดยปราศจาก
อุปสรรคทางการเงินการคลังและอุปสรรคเงื่อนไขทางสัญชาติ (2) เชื่อมโยงจากข้อเสนอในข้อ (1) เมื่อมีความ
ชัดเจนเชิงนโยบายแล้ว ก็พึงมีระบบสนับสนุนให้กับหน่วยบริการที่เพียงพอ ในการให้บริการเด็กต่างด้าวเหล่านั้น
โดยไม่เป็นภาระกับทั้งสถานพยาบาลเอง และกับผู้ป่วย (3) ในระยะสั้นพึงมุ่งเน้นที่บริการบางส่วน ที่ชัดเจนที่สุด
คือ เรื่องการให้วัคซีนพื้นฐาน โดยตัดออกมาจากสิทธิบัตรประกันสุขภาพ ให้เป็นบริการในพื้นที่ได้ให้กับเด็กต่าง
ด้าวทุกคนพึงได้รับ แต่ขณะนี้ไปนำวัคซีนส่วนเหลือที่ซื้อไว้สำหรับเด็กไทยมาใช้ หากว่า สปสช. มีการซื้อแบบ
single dose มากขึ้น และเด็กต่างด้าวมีปริมาณมากขึ้น ก็อาจมีการจัดซื้อไม่เพียงพอ ภาครัฐจึงควรพิจารณาลงทุน
ในเรื่องวัคซีนเพิ่มเติม จากการคำนวณมีมูลค่าระหว่าง 26.4-73.9 ล้านบาท ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเปิดกว้างของ
นโยบายว่าจะครอบคลุมทุกคน หรือครอบคลุมเพิ่มเติมเฉพาะผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพ (ส่วนผู้ที่มีประกันสุขภาพก็ใช้
สิทธิตามปกติ) และ (4) พึงมีการศึกษาเพิ่มเติม เพื่อปรับปรุงนโยบายบัตรประกันสุขภาพเด็กต่างด้าว ทั้งในแง่
ต้นทุนที่แท้จริง และในประเด็นเงื่อนไขอายุและสัญชาติของเด็กต่างด้าวที่มีสิทธิเข้าประกันตนได้ สิ่งที่น่าจะแก้ไขได้
ง่ายที่สุดในระยะเร่งด่วนคือการขยายอายุการเข้าสู่ประกันไปที่ 15-18 ปี เพื่อลดเด็กที่อาจตกหล่นจากการประกัน

สุขภาพในช่วงอายุ 8-15 ปี และเป็นการทำให้การประกันสุขภาพสำหรับเด็กต่างด้าวสอดคล้องกับมาตรฐานในประเทศพัฒนาแล้ว

Executive Summary

An attempt to expand health insurance to cover ‘everybody’ on the Thai soil has been implemented for years, as evidenced in the Vision of the National Health Security Office (NHSO) and the Border Health Plan of the Ministry of Public Health (MOPH). One of the issues that have caught political attention is a continuing growth in the volume of migrant children born in Thailand. However, the number of migrant children, who have been enrolled in the public insurance is quite limited. Such a situation creates a concern as to whether these migrant children received adequate immunization. This point also links to a risk of emerging and re-emerging diseases that cause public health threats. Therefore, the objectives of this study are (1) to draw lessons from international experiences in managing health promotion and disease prevention services for migrant children, (2) to explore the current situation in managing health promotion and disease prevention services for migrant children in Thailand in terms of pros, cons, and challenges from the perspectives of policy makers, local implementers, and service users, and (3) to estimate budget impact for supporting vaccination program for migrant children in Thailand.

The researchers applied parallel mixed methods design. Objective 1 employed narrative literature review approach as the main data collection tool. The majority of literature was retrieved from grey literature databases in the European Union. Objective 2 used in-depth interviews with policy makers, local implementers, and service users. Objective 3 applied quantitative analysis on secondary data (43 standard folders of the MOPH). Fieldwork was conducted in 4 provinces where migrants are concentrated. Key findings are as follows.

The review found that most developed countries established health promotion and disease prevention programs as basic rights for all children, regardless of their citizenship and insurance statuses. Yet, there were some practical difficulties, for instance, a lack of awareness regarding rights of migrants, and various legal interpretations. Despite such hurdles, there was clear policy message that ratified rights of migrants to some extent. Amongst many health promotion and disease prevention activities, vaccination is a policy that is open to migrants most. Migrant children were able to receive essential vaccinations free of charge. One of the important observations is while health insurance policy for migrant children in Thailand uses the 7-years cut-off age, most developed countries set the cut-off at 18 years.

With respect to the in-depth interviews, local healthcare providers put emphasis on basic vaccination despite a lack of clear policy message from the central authorities. Most

public health facilities in the study areas offered basic vaccination to migrant children irrespective to their citizenship status free of charge. The vaccine for migrant children was obtained from the surplus of vaccine, which was routinely stocked in case of contingency or wastage, for Thai children. Other health promotion services were merged with the routine activities for Thai babies. Some facilities hired migrants or foreigners to work as translators. Migrant parents opined that they perceived the importance of vaccination, but vaccination benefit was not the most influential factor that made them purchase the insurance card for their children. The main reason in purchasing the insurance card was to gain benefit from medical treatment if their children became ill. Some migrant children returned to their country of origin when they grew up. This factor also made service utilisation in migrant children small in number.

When it comes to vaccination specifically, if the Thai government wishes to invest in basic vaccination for migrant children, aside from the routine practice that extract part of the vaccine stock for Thais to migrants, there will be an additional expenditure around 6.9 to 73.9 million Baht (US\$ 209,000-2,239,000). Note that the exact figure depends on calculating presumptions. For instance, from the proposition that migrant children are equally distributed in all age groups, the budget impact will be approximately 6.9 million Baht (US\$ 209,000). A more realistic assumption is migrant children are more concentrated in particular age groups than the others, that is there are more migrant children aged between 0-2. With such an assumption, the budget impact will be around 26.4-73.9 million Baht (US\$ 800,000-2,239,000)

This study still faces some limitations as follows. Firstly, a narrative literature review is more prone to bias than a systematic review. This is because the narrative literature review lacks rigorous quality screening process on the selected articles. Secondly, the interviews in Objective 2 involved a small number of participants, and other qualitative data-collection techniques, such as participant observation, were not extensively exercised. Moreover, it is difficult to blind the interviewees to the professional status and workplace of the researchers. These factors more or less affected the validity of the interviewed information. Thirdly, the study involved only 4 provinces. Thus generalization ability of the findings is quite limited. Lastly, the calculation in Objective 3 relies on many presumptions. Some postulations used figures or numbers from previous studies that were conducted long ago, and the analysis was confined to material cost only. Hence, if the findings in this study are to be used for policy advocacy, there should be a process that allows all stakeholders to discuss and agree on the assumptions since the beginning, before delving into the calculation. Besides more updated figures should be used as references and the calculation should include other incurred costs (such as administrative cost and labour cost).

Key policy recommendations are suggested as follows. Firstly, the government, especially the MOPH, should launch a clear policy message that ratifies rights to health promotion and disease prevention services that all children regardless of their insurance status are allowed to enjoy without nationality and financial barriers. Secondly, linked to the first recommendation, there should be supporting mechanisms established in parallel that mitigate the burden of health facilities from providing care for migrants. Thirdly, as the current routine practices is extracting part of vaccine stock for Thais to migrants and the current trend of the NHSO is purchasing single dose vaccines rather than multiple dosages in light of a growing trend of migrants children residing in Thailand, it is likely that some migrant children may not receive adequate vaccination. Thus the government should invest more on essential vaccine for migrant children. The estimated budget size is around 26.4-73.9 million Baht per annum. However, this depends on the openness of the central migrant policy in Thailand, whether it aims to cover 'all' migrants or just the non-insured ones. Lastly, there should be further studies on the improvement of the insurance for migrant children in terms of its actual cost and nationality preconditions in specifying the beneficiaries. The most likely improvement on the insurance that should be done in no time is the extension of the cut-off age of the insurees to 15-18 years. This will help prevent migrant children aged between 8 and 15 from falling into the uninsured gap, and, in the meantime, make the migrant insurance policy in Thailand in line with international standards in most developed countries.

สารบัญ

บทสรุปผู้บริหาร.....	3
Executive Summary	6
สารบัญ	9
บทนำ.....	10
คำถามการวิจัย	11
วัตถุประสงค์.....	11
ระเบียบวิธีวิจัยและกรอบแนวคิดการศึกษา.....	11
ขอบเขตประชากร	12
การพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	12
พื้นที่ดำเนินการศึกษา.....	13
วิธีการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล	13
ผลการศึกษา.....	14
วัตถุประสงค์ที่ 1.....	14
สเปน	14
ฝรั่งเศส	15
เนเธอร์แลนด์	16
สหราชอาณาจักร.....	16
สหรัฐอเมริกา.....	17
วัตถุประสงค์ที่ 2.....	18
นโยบายส่วนกลาง.....	18
ผู้ให้บริการในระดับพื้นที่.....	19
ข้อค้นพบอื่นๆ.....	21
วัตถุประสงค์ที่ 3.....	22
แหล่งข้อมูล	22
หลักการการคำนวณ และสถิติวิเคราะห์	23
ผลการคำนวณ	25
อภิปรายและสรุปผล.....	32
ภาพรวมผลการศึกษา.....	32
ข้อเสนอเชิงนโยบาย	33
ข้อจำกัดการศึกษา.....	33
เอกสารอ้างอิง.....	35
ภาคผนวก 1.....	38

บทนำ

การขยายหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมบุคคลทุกคนบนแผ่นดินไทยนั้นมีความพยายามในการดำเนินการอย่างต่อเนื่องดังปรากฏเป็นลายลักษณ์อักษร ในวิสัยทัศน์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงแผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน (2555-2559) กระทรวงสาธารณสุข^(1,2) ปัจจุบัน หากนับเฉพาะที่เป็นแรงงานและผู้ติดตามเข้าเมืองผิดกฎหมาย ที่ได้รับการลงทะเบียนในระบบ One Stop Service แล้วมีมากกว่า 1.5 ล้านคน⁽³⁾ แม้คนสัญชาติไทยได้รับการคุ้มครองในสิทธิด้านสุขภาพตามกฎหมายแล้วแต่ในกลุ่มบุคคลต่างด้าวยังมีจำนวนหนึ่งซึ่งไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ มีการคาดประมาณว่าบุคคลต่างด้าวในประเทศไทยมีมากกว่า 3.2 ล้านคน

ในปัจจุบันการจัดระบบหลักประกันสุขภาพให้แก่บุคคลต่างด้าว แบ่งได้เป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ (i) กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่เข้าเมืองอย่างถูกกฎหมาย โดยที่เป็นลูกจ้างในสถานประกอบการตามพระราชบัญญัติประกันสังคมได้รับความคุ้มครองในระบบประกันสังคม (ii) กลุ่มคนต่างด้าวที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม ได้แก่ แรงงานต่างด้าวนอกสถานประกอบการและผู้ติดตามแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดูแลประชากรกลุ่มนี้ บุคคลเหล่านี้มีสิทธิซื้อประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (ราคาบัตร 1,600 บาท สำหรับผู้ใหญ่ และ 365 บาทสำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 7 ปีบริบูรณ์) (iii) กลุ่มคนต่างด้าวทั่วไปและผู้ติดตาม ซื้อบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจกับกระทรวงสาธารณสุขได้ (ราคาบัตร 2,200 บาท สำหรับผู้ใหญ่ และ 365 บาทสำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 7 ปีบริบูรณ์) และ (iv) กลุ่มที่มีปัญหาสถานะทางทะเบียนราษฎร ซึ่งอยู่ระหว่างแก้ไขปัญหาสถานะทางทะเบียน หรือที่เรียกกันว่า บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ สามารถที่จะเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่จำเป็น ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ผ่านสิทธิประกันสุขภาพที่เรียกว่า ท.99⁽⁴⁾ ภาพรวมการจัดสรรเงินรายได้จากบัตรประกันสุขภาพแบบต่างๆ ได้แสดงไว้ที่ภาคผนวก 1 ท้ายเล่มรายงาน

การจัดระบบหลักประกันสุขภาพให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 7 ปีบริบูรณ์นั้น เริ่มดำเนินการในปี 2556 โดยมีการกำหนดสิทธิประโยชน์ครอบคลุมทั้งค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และค่าบริการทางการแพทย์ ในกรณีเจ็บป่วย โดยที่บัตรประกันสุขภาพนั้น จะมีอายุคุ้มครอง 1 ปี นับจากวันที่ซื้อบัตร⁽⁴⁾ ในปัจจุบัน พบว่าอัตราการเกิดของเด็กต่างด้าวมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี แต่เด็กต่างด้าวที่เข้าถึงสิทธิประกันสุขภาพก็มีจำนวนค่อนข้างน้อย (ข้อมูลปี 2558 พบว่ามีประมาณ 70,000 คนที่มีบัตรประกันสุขภาพ จากตัวเลขคาดประมาณจำนวนเด็กต่างด้าวทั้งหมด 250,000 คน (ได้แสดงที่มาตัวเลขคาดประมาณในส่วน ผลการศึกษาวัตถุประสงค์ที่ 3)⁽⁵⁾ จึงมีข้อกังวลว่าเด็กที่คลอดมาจึงอาจไม่ได้รับการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคอย่างเพียงพอ ปัญหาดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็กและเกิดโรคต่างๆ ที่เป็นภัยทางสาธารณสุขในวงกว้าง และนำไปสู่การเพิ่มภาระงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์การรักษาพยาบาลแก่คนต่างด้าวที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และหากระบบสุขภาพไทยไม่มีมาตรการใดๆ มารองรับอาจทำให้โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนหรือควบคุมได้แล้วกลับมาระบาดใหม่ในประเทศไทยได้อีก

จึงเป็นที่น่าสนใจว่าหากคำนึงถึงบริบทเรื่องระบบสุขภาพสำหรับเด็กต่างด้าวในประเทศไทย รัฐไทยพึงมีบทบาทอย่างไร จะให้ความครอบคลุมสิทธิประโยชน์อะไร และต้องกำหนดภาระงบประมาณเพียงใด คณะผู้วิจัย

มุ่งหวังว่า ข้อมูลที่ได้จะเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เหมาะสมสำหรับเด็กต่างด้าวที่อาศัยในแผ่นดินไทยต่อไป

คำถามการวิจัย

1. บทเรียนต่างประเทศในการจัดนโยบายให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับเด็กต่างด้าวเป็นอย่างไร
2. ลักษณะการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กต่างด้าวที่อาศัยในแผ่นดินไทยในปัจจุบันเป็นอย่างไร มีข้อดี ข้อเสีย และประเด็นท้าทายอะไรในมุมมองของผู้ให้บริการผู้กำหนดนโยบายและผู้รับบริการ
3. การคาดประมาณงบประมาณของประเทศไทย ในกรณีสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเฉพาะการให้วัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กต่างด้าว เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์

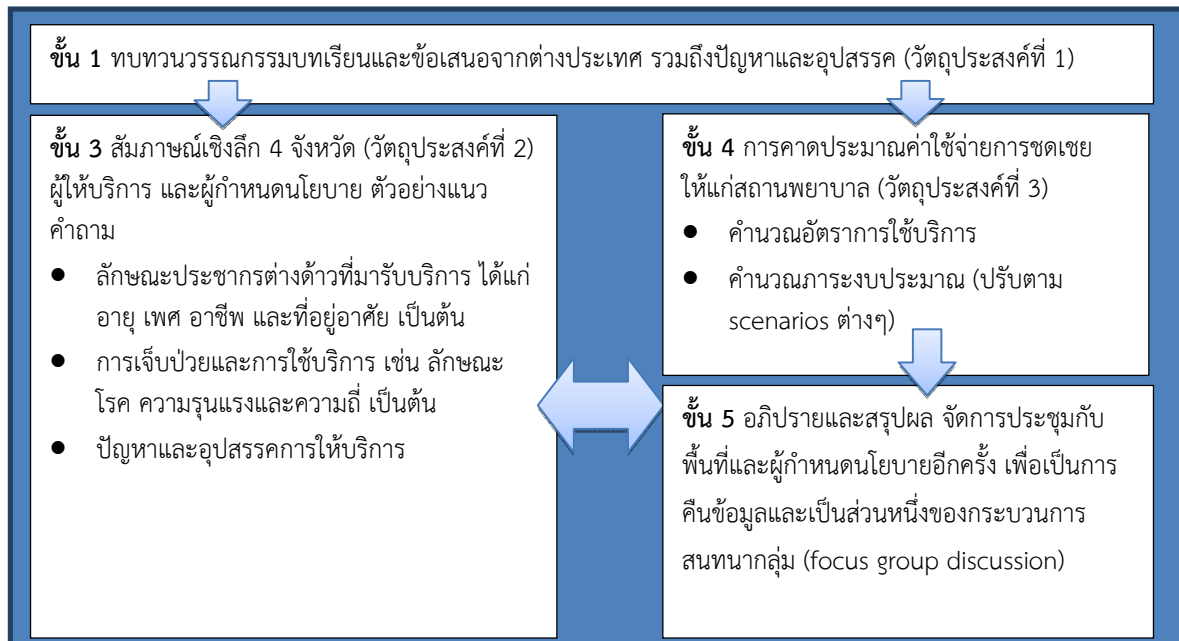
1. ได้ทราบบทเรียนต่างประเทศในการจัดนโยบายให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับเด็กต่างด้าวในประเทศนั้นๆ
2. ได้ทราบลักษณะการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กต่างด้าวที่อาศัยในแผ่นดินไทยในปัจจุบันเป็นอย่างไร ทั้งในแง่ข้อดี ข้อเสีย และประเด็นท้าทาย จากมุมมองของผู้ให้บริการ ผู้กำหนดนโยบาย และผู้รับบริการ
3. ได้ทราบการงบประมาณคาดการณ์ของภาครัฐ ในกรณีสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเฉพาะการให้วัคซีนพื้นฐาน สำหรับเด็กต่างด้าวในประเทศไทย

ระเบียบวิธีวิจัยและกรอบแนวคิดการศึกษา

การศึกษานี้เริ่มตั้งแต่ 1 เมษายน 2559 ถึง 30 มิถุนายน 2560 ใช้รูปแบบการศึกษาแบบผสมคู่ขนาน (parallel mixed methods design) ซึ่งมีประโยชน์หลายประการ อาทิ (1) ผลการวิจัยเชิงปริมาณจะช่วยยืนยันข้อค้นพบของงานวิจัยเชิงคุณภาพ ขณะเดียวกันข้อค้นพบของงานเชิงคุณภาพก็ช่วยอธิบายปรากฏการณ์ของงานเชิงปริมาณและ (2) ทำให้การลงเก็บข้อมูลมีความยืดหยุ่นพอควร เช่น เมื่อสัมภาษณ์ถึงระบบจัดเก็บข้อมูลของสถานพยาบาล ก็ทำให้ทราบว่าข้อมูลของสถานพยาบาลมีลักษณะอย่างไร และหากนำมาวิเคราะห์จะมีข้อจำกัดอย่างไรซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การศึกษา ที่ไม่ต้องการหาตัวเลขงบประมาณอย่างเดียว แต่ต้องการทราบถึงลักษณะการจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ข้อดี ข้อเสีย และประเด็นท้าทาย ทั้งจากมุมมองของผู้ปฏิบัติงาน ผู้กำหนดนโยบาย และผู้รับบริการ

กรอบแนวคิดการศึกษาได้แสดงในรูปที่ 1 ดังนี้

รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา



ขอบเขตประชากร

ในงานวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้แทน, ผู้อำนวยการสถานพยาบาลหรือผู้แทน, เจ้าหน้าที่งานประกันสุขภาพในสถานพยาบาล, ผู้แทนผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), ผู้แทนผู้บริหารกลุ่มประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และผู้รับบริการ รวม 40 คน และผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มซึ่งจัดขึ้นเมื่อวันที่ 28 มิถุนายน 2560 จำนวน 21 คน

ในงานวิจัยเชิงปริมาณใช้ข้อมูลการใช้บริการจริงของเด็กต่างด้าวที่สถานบริการและข้อมูลต้นทุนวัคซีนของ สปสช. อนึ่ง คณะผู้วิจัยได้นิยาม ‘เด็กต่างด้าว’ ว่าหมายถึงเด็กที่ไม่มีสัญชาติไทย (อาจเป็นเด็กสัญชาติ ลาว เมียนมา กัมพูชา หรือไม่มีสัญชาติ) ที่อายุต่ำกว่า 15 ปี

อนึ่งการแสดงผลการศึกษาจะแสดงในภาพรวม ไม่ได้แสดงข้อมูลรายสถานพยาบาล ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลตามมาตรฐานจริยธรรมการวิจัย

การพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โครงการศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสถาบันการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) ปี 2559 ที่สคม. 393/2559 ลงวันที่ 30 มีนาคม 2559

พื้นที่ดำเนินการศึกษา

พื้นที่ดำเนินการได้คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ให้พื้นที่ที่มีความหลากหลาย ทั้งในแง่ภูมิศาสตร์ และความหลากหลายทางชาติพันธุ์ การสัมภาษณ์ ได้ดำเนินการที่สถานพยาบาล 2 ระดับ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพสต.) 1 แห่ง และโรงพยาบาล จังหวัด 1 แห่งต่อจังหวัด ส่วนในการศึกษาเชิงปริมาณ ได้ใช้ข้อมูลของสถานพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.) ในจังหวัดนั้นๆ ทั้งหมด โดยสรุปได้ลงพื้นที่เก็บข้อมูล 4 จังหวัด รวม 8 โรงพยาบาล 4 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ดังนี้

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นที่ทำการศึกษา

จังหวัด	ลักษณะพื้นที่ศึกษา	โรงพยาบาลที่ทำการศึกษา
A	พื้นที่ภาคใต้ กลุ่มชาติพันธุ์ เมียนมา กัมพูชา	โรงพยาบาลศูนย์
		รพ.ชุมชน 90 เตียง
		รพ.สต. 1 แห่ง
B	พื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือกลุ่มชาติพันธุ์ เมียนมา กัมพูชา	โรงพยาบาลศูนย์
		รพ.ชุมชน 60เตียง
		รพ.สต. 1 แห่ง
C	พื้นที่ภาคกลาง กลุ่มแรงงานต่างด้าว และกลุ่มแม่และเด็กต่างด้าว	โรงพยาบาลทั่วไป
		รพ.ชุมชน 150 เตียง
		รพ.สต. 1 แห่ง
D	พื้นที่ภาคเหนือ กลุ่มชาติพันธุ์ ลาว เมียนมา	โรงพยาบาลศูนย์
		รพ.ชุมชน 90 เตียง
		รพ.สต. 1 แห่ง

วิธีการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล

วัตถุประสงค์ที่ 1 ใช้กระบวนการทบทวนวรรณกรรมเชิงพรรณนา (narrative literature review) ซึ่งรวบรวมข้อมูลจากเอกสารทางวิชาการที่ตีพิมพ์ในต่างประเทศ ทั้งที่เป็นวรรณกรรมที่พิมพ์เผยแพร่ในวงจำกัด (grey literature) ส่วนใหญ่มาจากการสืบค้นแบบเจาะจงจาก NOWHERELAND project ซึ่งเป็นโครงการศึกษาบริการสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวที่อยู่ในสถานะเข้าเมืองผิดกฎหมายหรือไร้สถานะทางทะเบียนในสหภาพยุโรป นอกจากนี้ มีการสืบค้นข้อมูลจากวารสารวิชาการ จากฐานข้อมูลทางการแพทย์และสาธารณสุข อาทิ Medline และ ScienceDirect โดยใช้คำศัพท์สืบค้นที่หลากหลาย อาทิ “refugee/ migrant/immigration health”, “health care for undocumented migrants”, “international migration statistics”, และ “right to health of undocumented migrants” ประเทศที่ยกตัวอย่างมาในวัตถุประสงค์ที่ 1 นี้ ได้แก่ ฝรั่งเศส, เนเธอร์แลนด์, สเปน, สหราชอาณาจักร, และ สหรัฐอเมริกา

วัตถุประสงค์ที่ 2 ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นวิธีเก็บข้อมูล และได้ทำการสนทนากลุ่มหนึ่งครั้งก่อนสรุปโครงการ (และเพื่อเป็นกระบวนการตรวจสอบความถูกต้องข้อมูล และคืนข้อมูลสู่พื้นที่) การสัมภาษณ์ใช้เวลาแต่ละครั้งประมาณ 45 นาที มีการบันทึกเสียงและถอดเทปโดยขออนุญาตผู้ถูกสัมภาษณ์ก่อนทุกครั้ง การสัมภาษณ์กระทำที่สถานที่ปฏิบัติงานของผู้ถูกสัมภาษณ์ ประเด็นคำถามสัมภาษณ์ อาทิ ข้อดี ข้อเสีย ของการจัดระบบประกันสุขภาพสำหรับเด็กต่างด้าวในปัจจุบันเป็นอย่างไร ตามบริบทของแต่ละพื้นที่ ถ้าจะมีการปรับปรุงระบบบริการสุขภาพสำหรับเด็กต่างด้าวในปัจจุบันควรทำอย่างไร อย่างไรก็ตามผู้วิจัยไม่ได้กำหนดคำถามที่ตายตัวเหมือนการสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง (structured interview) แต่จะปรับคำถามให้เข้ากับบริบทของแต่ละพื้นที่ รวมถึงบทบาทและหน้าที่ของผู้ถูกสัมภาษณ์ การวิเคราะห์ข้อมูลในวัตถุประสงค์ที่ 1 และ 2 ใช้วิธีแก่นสาระ (thematic analysis)

วัตถุประสงค์ที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลการใช้บริการสถานพยาบาล (facility based data analysis) ทั้งนี้เนื่องจากวัตถุประสงค์ที่ 3 มีรายละเอียดมาก และเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องกับผลการศึกษา ในที่นี้จึงได้แสดงรายละเอียดไว้ในหัวข้อผลการศึกษา

ผลการศึกษา

วัตถุประสงค์ที่ 1

การศึกษานี้ได้เลือกประเทศที่สำคัญมา 5 ประเทศ ซึ่งล้วนเป็นประเทศที่มีประชากรเด็กต่างด้าวอยู่อย่างหนาแน่น ได้แก่ สเปนและสหราชอาณาจักร (tax-based financing state-run insurance), เนเธอร์แลนด์ (private insurance regulated by state), ฝรั่งเศส (social health insurance), และสหรัฐอเมริกา (mixed insurance system) อนึ่งในวรรณกรรมเรียกประชากรเหล่านี้ว่า undocumented migrants (UDM) ซึ่งหมายถึง คนต่างด้าวที่เข้าเมืองผิดกฎหมาย หรือ กลุ่มที่เข้าเมืองถูกกฎหมายแต่ต่อมาไม่ได้ต่ออายุ visa เพื่อการพำนักอาศัยอย่างถูกต้อง เพื่อความสะดวกในหัวข้อนี้จะเรียกคนต่างด้าวกลุ่มนี้ทับศัพท์ว่า UDM ผลการศึกษาได้แสดงในสามหัวข้อ คือ (i) จำนวน UDM (ii) รูปแบบการจัดระบบประกันสุขภาพ และ (iii) อุปสรรคการเข้าถึงบริการ ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

สเปน

(i) จำนวนUDM

ในปี 2551 ประเทศสเปนมีผู้ที่เกิดนอกประเทศของตนประมาณ 5.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11.6 ของประชากรทั้งหมด⁽⁶⁾ ในจำนวนนี้ ประมาณ 150,000-350,000 คน เป็น UDM ส่วนใหญ่มาจากโมร็อกโก และกลุ่มประเทศละตินอเมริกา^(6,7)

(ii) รูปแบบการจัดระบบประกันสุขภาพ

Spanish National Health System (NHS) เป็นหน่วยงานหลักในการดูแลระบบประกันสุขภาพของทั้งประเทศ โดยมีรายได้ผ่านระบบภาษี ประชากรสัญชาติสเปนและคนต่างด้าวถูกกฎหมายมีสิทธิรับบริการสุขภาพทั้งการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย กลุ่ม UDM ก็มีสิทธิเข้ารับบริการหากว่าได้ลงทะเบียนกับเทศบาลที่ตนอาศัยอยู่ การลงทะเบียนไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งเป็นไป

ตามที่ระบุไว้ในกฎหมาย (Laws 4/2000, Royal Decree 16/2012)⁽⁸⁾ แต่ทั้งนี้ต้องเสียเบี้ยประกันให้กับ NHS (60 ยูโรต่อคน ในผู้ใหญ่อายุไม่เกิน 65 ปี และ 157 ยูโรต่อคน ในผู้ที่อายุเกิน 65 ปี)⁽⁸⁾ เงื่อนไขที่ได้รับการยกเว้นไม่ต้องเสียเบี้ยประกันได้แก่ (i) บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (ii) เด็กอายุน้อยกว่า 18 ปี (รวมบริการส่งเสริมสุขภาพและวัคซีน) และ (iii) บริการทางการแพทย์ก่อนและหลังคลอด (pre- and post-natal care)⁽⁸⁾

(iii) อุปสรรคการเข้าถึงบริการ

ถึงแม้สิทธิประโยชน์สำหรับ UDM ค่อนข้างกว้างขวาง ในทางปฏิบัติก็ยังมีปัญหาบางประการ อาทิ ผู้ให้บริการบางคนส่งใบเรียกเก็บค่าบริการไปหาผู้ป่วย (ทั้งที่ไม่ได้มีระบุไว้ในกฎหมาย) รวมถึงความผันผวนเรื่องนโยบายคนต่างด้าวภายในประเทศ เช่น ในปี 2555 มีนโยบายจำกัดสิทธิคนต่างด้าวมากขึ้นหลังพรรคอนุรักษนิยมครองเสียงข้างมากในรัฐบาล สถานการณ์ดังกล่าวมีความผ่อนคลายขึ้นหลังปี 2558 เมื่อ Autonomous Communities หลายแห่ง ได้เรียกร้องให้มีการเปิดกว้างสิทธิของ UDM มากขึ้น โดยยกข้อถกเถียงนี้ขึ้นสู่ศาลรัฐธรรมนูญ^(8,9)

ฝรั่งเศส

(i) จำนวน UDM

ประเทศฝรั่งเศสมีประชากรสัญชาติฝรั่งเศสอยู่ 64.7 ล้านคน ในจำนวนนี้ 3.6 ล้านคนเป็นผู้ที่เกิดนอกประเทศ (~5.8%) และมีประชากรที่เป็น UDM ประมาณ 300,000-500,000 คน ส่วนใหญ่มาจากโปรตุเกส แอลจีเรีย และโมร็อกโก⁽⁹⁾

(ii) รูปแบบการจัดระบบประกันสุขภาพ

ระบบประกันสุขภาพของประเทศฝรั่งเศสถูกกำหนดโดยกฎหมาย ที่เรียกว่า Universal Coverage Act ระบบประกันสุขภาพหลักคือ ระบบประกันสังคม ผู้ประกันตนต้องจ่ายเบี้ยประกัน ยกเว้นหญิงตั้งครรภ์ และเด็กอายุน้อยกว่า 18 ปี รวมถึงผู้มีรายได้น้อยกว่า 6,600 ยูโรต่อปี สิทธิประโยชน์มีความครอบคลุมทั้งหมดทั้งบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการให้วัคซีน กลุ่ม UDM แม้ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม แต่สามารถสมัครเข้ารับการประกันตนภายใต้ State Medical Assistance Certificate (Aide Médicale d'Etat: AME) ซึ่งต้องใช้หลักฐานการพำนักอาศัยไม่น้อยกว่า 3 เดือน หนังสือเดินทางที่หมดอายุแล้ว เป็นต้น จึงจะสามารถได้รับสิทธิประโยชน์เหมือนกันคนสัญชาติฝรั่งเศส การให้วัคซีนแก่เด็กอายุน้อยกว่า 18 ปี ถือเป็นสวัสดิการของรัฐซึ่งเด็กทุกคน (ไม่ว่าสัญชาติใด) มีสิทธิได้รับการฟรี⁽⁹⁻¹¹⁾

(iii) อุปสรรคการเข้าถึงบริการ

อุปสรรคที่สำคัญการเข้าถึงบริการของ UDM มีดังนี้ (1) การตีความกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิของ UDM ที่ต่างๆ กันไปในแต่ละพื้นที่ (2) ความไม่รู้ในสิทธิของตนของผู้มารับบริการเอง และ (3) เงื่อนไขการสมัครซึ่งต้องการหลักฐานจำนวนค่อนข้างมาก องค์กร Médecins du Monde ได้รายงานว่ามีเพียง 10.2% ของ UDM ที่มาใช้บริการกับสถานพยาบาลขององค์กร ได้รับการประกันตนในระบบ⁽¹²⁾

เนเธอร์แลนด์

(i) จำนวน UDM

ประเทศเนเธอร์แลนด์มีประชากรที่เป็นคนต่างด้าว 700,000 คนจากประชากรรวม 16 ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้ที่เป็น UDM 60,000-225,000 คน ส่วนใหญ่มาจากโมร็อกโก และเยอรมัน⁽¹³⁾

(ii) รูปแบบการจัดระบบประกันสุขภาพ

ระบบประกันสุขภาพของเนเธอร์แลนด์ใช้ระบบประกันสังคมเป็นหลัก การเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญเกิดเมื่อปี 2549 เมื่อมีกฎหมายกำหนดให้การประกันสุขภาพทั้งประเทศเป็นรูปแบบเดียวกัน คือ ระบบประกันสุขภาพที่ภาคเอกชนแข่งขันกันภายใต้กำกับของรัฐ คนต่างด้าวที่ไม่ได้ลงทะเบียนกับรัฐไม่สามารถเข้ารับการประกันตนได้ อย่างไรก็ตาม มีกฎหมาย (Article 10 (2) of the Aliens Act) ที่กำหนดให้คนต่างด้าวที่เป็น UDM สามารถรับบริการที่เป็นบริการพื้นฐานได้ ทั้งนี้ ผู้รับบริการต้องเสียค่าใช้จ่าย ณ จุดบริการ หากไม่สามารถรับผิดชอบค่าใช้จ่ายได้ ผู้ให้บริการมีสิทธิขอเบิกเงินชดเชยจาก National Health Care Institute ประมาณร้อยละ 80-100 ของค่าบริการค้างชำระ โดยผู้ให้บริการต้องแสดงหลักฐานว่ามีความพยายามในการเก็บค่าใช้จ่ายส่วนนี้จากผู้ป่วยแล้ว แต่หากมุ่งเน้นเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการให้วัคซีน UDM ที่อายุน้อยกว่า 18 ปี และหญิงตั้งครรภ์มีสิทธิรับบริการฟรี^(8,14)

(iii) อุปสรรคการเข้าถึงบริการ

ในทางปฏิบัติพบว่า ประมาณร้อยละ 25 ของผู้ป่วยที่เป็น UDM ถูกปฏิเสธการเข้าถึงบริการ สำหรับการให้วัคซีน เด็กที่เป็น UDM มักไม่มีรายชื่อในจดหมายเชิญให้มารับวัคซีน ผู้ปกครองส่วนหนึ่งกลัวที่จะเปิดเผยสถานะของตนต่อรัฐบาล ทำให้เด็กเองก็ไม่ได้รับการลงทะเบียนเป็นผู้ประกันตนด้วย มีรายงานว่าเด็กที่เป็น UDM มีการเข้าถึงวัคซีนไขหวัดใหญ่ในอัตราที่ต่ำมาก เพราะปริมาณวัคซีนทั้งประเทศมีจำกัด เนื่องจากการคำนวณยึดตามประชากรทั้งประเทศในระบบทะเบียน^(8,15)

สหราชอาณาจักร

(i) จำนวน UDM

ในปี 2553 สหราชอาณาจักรมีประชากร 62 ล้านคน และมีคนที่เกิดนอกสหราชอาณาจักรประมาณร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด ส่วนใหญ่มาจากปากีสถานและอินเดีย จำนวนประชากรที่เป็น UDM มีประมาณ 0.6-1.1 ล้านคน⁽¹⁶⁾ และกว่าสามในสี่อาศัยอยู่ในลอนดอน⁽¹⁶⁾

(ii) รูปแบบการจัดระบบประกันสุขภาพ

National Health Service (NHS) เป็นองค์กรหลักในการจัดระบบประกันสุขภาพของประเทศตามกฎหมาย ผู้ประกันตนของระบบ คือ ผู้ที่เป็น ordinary resident (1989 Statutory Instrument No 336) ซึ่งหมายถึง ผู้ที่มีสิทธิอาศัยอยู่ในประเทศอย่างถูกต้องไม่น้อยกว่า 3 ปี รวมถึงคนต่างด้าวเข้าเมืองถูกกฎหมาย สิทธิประโยชน์ที่ได้รับมีความครอบคลุมทุกระดับ โดยผู้รับบริการต้องลงทะเบียนกับแพทย์ general practitioners (GPs) ในพื้นที่ที่ตนอาศัยอยู่เสียก่อน สำหรับ UDM มีเพียงสิทธิประโยชน์บางอย่างที่สามารถเข้าถึงบริการได้ฟรี

อาทิ บริการผู้ป่วยนอกฉุกเฉิน การรักษาตามคำสั่งศาล การรักษาโรคที่เป็นภัยทางสาธารณสุข การให้วัคซีน และการวางแผนครอบครัว จุดตัดอายุของเด็กที่สามารถรับบริการเหล่านี้ได้ฟรีอยู่ที่ 18 ปี ทั้งนี้ UDM ก็ต้องเข้ารับการลงทะเบียนกับ GPs เช่นกัน⁽¹⁴⁾

(iii) อุปสรรคการเข้าถึงบริการ

ในทางปฏิบัติยังมีความสับสนในกฎและข้อบังคับของ NHS ในการให้บริการ UDM ผู้ให้บริการเองก็มักขาดความรู้เกี่ยวกับสิทธิของคนต่างด้าว⁽¹⁷⁾ NHS ได้พยายามแก้ปัญหาดังกล่าว โดยการจัดทำสายด่วนให้ผู้ให้บริการโทรไปปรึกษาในเรื่องสิทธิของ UDM สถานบริการปฐมภูมิบางแห่งได้มีความร่วมมือกับองค์กรไม่แสวงหาผลกำไรเพื่อลดปัญหาการที่ UDM บางส่วนตกหล่นจากการประกันสุขภาพ⁽¹⁸⁾

สหรัฐอเมริกา

(i) จำนวน UDM

ประเทศสหรัฐอเมริกามีประชากรที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์อย่างมาก ในปี 2557 มีประชากรที่เป็น UDM กว่า 11.3 ล้านคน จากจำนวนประชากรทั้งประเทศ 305 ล้านคน⁽¹⁹⁾ เมืองที่มี UDM อาศัยอยู่มากมีแอตแลนติก, นิวยอร์ก, ฟลอริดา, อิลลินอยส์, และ นิวเจอร์ซีย์^(19,20)

(ii) รูปแบบการจัดระบบประกันสุขภาพ

ในรายละเอียดระบบประกันสุขภาพของสหรัฐอเมริกามีความแตกต่างกันในแต่ละรัฐ โดยทั่วไปในแต่ละรัฐใช้ระบบประกันสุขภาพแบบผสม ระหว่าง (1) ประกันสุขภาพโดยรัฐ สำหรับประชากรกลุ่มเปราะบาง นั่นคือระบบ Medicaid สำหรับผู้มีรายได้น้อย และ Medicare สำหรับผู้สูงอายุ และ (2) ประกันสุขภาพเอกชน ผู้ที่ไม่ได้รับการประกันตนเองระบบข้างต้น ต้องเสียค่าใช้จ่าย ณ จุดบริการ ในปี 2553 มีการออกกฎหมาย Affordable Care Act (Obamacare) ซึ่งกำหนดให้บริษัทประกันสุขภาพไม่สามารถปฏิเสธการประกันตนให้กับผู้ที่มีโรคประจำตัว และมีการขยาย Medicaid ให้ครอบคลุมผู้ที่มีรายได้ใกล้เคียงเส้นความยากจน รวมถึงการให้ความช่วยเหลือด้านเบี้ยประกันให้กับผู้ที่มีรายได้ปานกลาง⁽²¹⁾ คนต่างด้าวถูกกฎหมายได้รับสิทธิเช่นเดียวกับคนสัญชาติอเมริกันทั่วไป แต่ UDM ไม่ได้รับสิทธินั้นและไม่สามารถเข้าสู่ระบบ Medicaid ตามปกติ⁽²²⁾ ในบางรัฐมีการจัดระบบประกันสุขภาพของตน โดยภาครัฐสนับสนุน ตัวอย่างเช่น Healthy Kids Program ในซานฟรานซิสโก (SFHP) และ All Kids Program (AKP) ในอิลลินอยส์ ทั้งสองระบบให้บริการสุขภาพพื้นฐานกับ UDM รวมถึงการตรวจสุขภาพประจำปีและการให้วัคซีนป้องกันโรค อย่างไรก็ตาม ในเชิงรายละเอียดมีความต่างกันบ้าง อาทิ AKP ใช้เกณฑ์อายุที่ 18 ปี แต่ SFHP ใช้เกณฑ์อายุที่ 19 ปี ในการกำหนดเงื่อนไขการเป็นผู้ประกันตน SFHP กำหนดให้ผู้ประกันตนต้องจ่ายเบี้ยประกันประมาณ 189 ดอลลาร์ต่อปี และต้องร่วมจ่ายที่จุดบริการอีก 10-15 ดอลลาร์ต่อครั้ง ขณะที่ AKP คำนวณเบี้ยประกันตามรายได้ครอบครัวและจำนวนสมาชิกในครอบครัว อาทิ หากครอบครัวมีสมาชิกสี่คน และมีรายได้ไม่เกินกว่า 36,168 ดอลลาร์ต่อปี คนในครอบครัวก็ไม่จำเป็นต้องเสียค่าเบี้ยประกัน และไม่ต้องร่วมจ่าย^(23,24)

(iii) อุปสรรคการเข้าถึงบริการ

ปัญหาและอุปสรรคการเข้าถึงบริการมีหลายประการ อาทิ คนต่างด้าวบางคนหวาดกลัวที่จะเปิดเผยตนต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐ ทำให้เด็กต่างด้าวในครอบครัวก็ไม่ได้รับการประกันตนไปด้วย, ทัศนคติของสังคมในวงกว้างที่เป็นไปในทางจำกัดสิทธิของ UDM และ เงื่อนไขการประกันตน ซึ่งต้องใช้เอกสารจำนวนมาก และผู้ให้บริการบางส่วน ก็มีความเข้มงวดในการตรวจสอบเอกสารมาก⁽²⁵⁾

วัตถุประสงค์ที่ 2

วัตถุประสงค์ที่ 2 จัดทำขึ้นเพื่อรับฟังข้อเสนอหรือข้อคิดเห็นจากผู้ให้บริการ ผู้กำหนดนโยบายและผู้รับบริการ ต่อลักษณะการจัดระบบชดเชยค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กต่างด้าวในปัจจุบัน และการพัฒนารูปแบบการให้บริการที่พึงประสงค์ในอนาคต

นโยบายส่วนกลาง

ในภาพรวมกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการบริหารจัดการบัตรประกันสุขภาพเด็กอายุ 0-7 ปี ในราคา 365 บาทต่อปี โดยไม่มีค่าตรวจสุขภาพซึ่งครอบคลุมสิทธิประโยชน์หลากหลาย ในส่วนการบริหารจัดการแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ (i) ระดับจังหวัด บริหารจัดการโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียน และ (ii) ส่วนกลาง บริหารจัดการโดยกลุ่มประกันสุขภาพ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และแบ่งหมวด การจัดสรรเงินออกเป็น 3 รายการ ได้แก่ (i) ค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ii) ค่าบริการทางการแพทย์ และ (iii) ค่าบริหารจัดการ ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การจัดสรรเงินสำหรับบัตรประกันสุขภาพเด็กต่างด้าว

รายการ	ราคา (บาท)	หน่วยงานรับผิดชอบ
ค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	58	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ค่าบริการทางการแพทย์	271	สถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียน กลุ่มประกันสุขภาพ
● หน่วยบริการ	● 257	
● เข้าส่วนกลาง	● 14	
ค่าบริหารจัดการ	36	สสจ. (หรือกรมการแพทย์ ถ้าอยู่ในกรุงเทพฯ) กลุ่มประกันสุขภาพ
● หน่วยบริการ	● 33	
● เข้าส่วนกลาง	● 3	

แหล่งข้อมูล: กลุ่มประกันสุขภาพ⁽²⁶⁾

ผู้ให้บริการในระดับพื้นที่

จังหวัด A

- บทบาทของสถานพยาบาล

จังหวัด A เป็นจังหวัดที่มีการแรงงานต่างด้าวเป็นจำนวนมากทั้งที่เป็นคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองและที่ขึ้นทะเบียนขออนุญาตทำงานอย่างถูกกฎหมาย ส่วนใหญ่เป็นชาวเมียนมา ประมาณร้อยละ 90 คน รองลงมาได้แก่ชาวลาว และกัมพูชา ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างในภาคประมง ประกอบอาชีพรับจ้างทำสวน ที่ประกอบอาชีพรับจ้างก่อสร้างและรับจ้างทั่วไป

ในส่วนการบริหารจัดการเงินประกันสุขภาพเด็กต่างด้าว (365 บาท) ของจังหวัด A นั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก โดยเฉพาะการขึ้นทะเบียน แต่ทั้งนี้โรงพยาบาลจะเป็นผู้ดูแลค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเอง ไม่ได้ส่งค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจำนวน 58 บาทให้แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

โรงพยาบาลผู้ขายบัตรได้จัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่เด็กต่างด้าวที่มารับบริการที่คลินิกเด็กดี (well baby clinic) รวมกับเด็กไทย ซึ่งเด็กต่างด้าวส่วนใหญ่จะมารับบริการตามนัดหลังคลอด โดยได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามช่วงอายุ ในขณะที่การตรวจพัฒนาการเด็กต่างด้าวจะไม่ได้รับการตรวจเนื่องจากไม่มีล่ามช่วยสื่อสารซักประวัติตามแบบประเมินพัฒนาการ ทั้งนี้เด็กต่างด้าวที่ซื้อประกันสุขภาพของโรงพยาบาลจะต้องเสียค่าบริการทางการแพทย์ 30 บาท หากเด็กต่างด้าวไปรับบริการที่ รพสต. โรงพยาบาลแม่ข่ายจะเป็นผู้จัดสรรเวชภัณฑ์และวัคซีนให้ โดยทำการเบิกจากระบบ VMI (vender management inventory) ขององค์การเภสัชกรรมที่จัดหาและกระจายวัคซีนให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- มุมมองของผู้รับบริการ

บิดามารดาของเด็กต่างด้าวในจังหวัด A ส่วนใหญ่จะซื้อบัตรประกันสุขภาพให้แก่เด็กหลังจากที่มารดาคลอดบุตรในโรงพยาบาล โดยจะมีเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดเป็นผู้ให้คำแนะนำ พบว่าเหตุในการซื้อบัตรประกันสุขภาพให้เด็ก เพราะบิดามารดาต้องการสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลเป็นประเด็นสำคัญ รองลงมาคือสิทธิประโยชน์ในการมารับวัคซีนพื้นฐาน อย่างไรก็ตามผู้ปกครองส่วนหนึ่งเห็นว่าการรับวัคซีนเป็นเรื่องสำคัญ แม้เด็กไม่มีบัตรประกันสุขภาพ ก็พยายามให้บุตรของตนเข้าถึงบริการวัคซีน

จังหวัด B

- บทบาทของสถานพยาบาล

จังหวัด B ประกอบด้วยแรงงานต่างด้าวจำนวนมาก ส่วนใหญ่เป็นชาวกัมพูชาในภาคประมง ประมงต่อเนื่อง และพนักงานบริการร้านอาหาร รองลงมาเป็นชาวเมียนมา และชาวลาว

การบริหารจัดการเงินประกันสุขภาพคนต่างด้าว 365 บาท ของจังหวัด B นั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยังได้กำหนดนโยบายเอง ในการกันเงินส่วนหนึ่ง ประมาณร้อยละ 20 จากค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่โรงพยาบาลที่ขายบัตรจำเป็นต้องส่ง

ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมาเพื่อการทำนรณงค์ หรือสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับพื้นที่ โดยรวมกับผู้ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในส่วนของ รพสต. ก็มีการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่เด็กต่างด้าวที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งจะเป็นบริการให้วัคซีนตามช่วงอายุในคลินิกเด็กดีร่วมกับเด็กไทยแต่ไม่มีการตรวจพัฒนาการเด็กหรือเยี่ยมตามบ้าน ทั้งนี้ เป็นนโยบายภายในของจังหวัด B ว่า เด็กต่างด้าวที่มีบัตรประกันสุขภาพของโรงพยาบาลในจังหวัด B สามารถไปรับบริการวัคซีนที่คลินิกเด็กดีของ รพสต. ทุกแห่งในจังหวัดได้ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย นอกจากนี้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยังทำข้อตกลงกับเทศบาล ให้มีการจัดบริการทางการแพทย์พื้นฐานสำหรับคนต่างด้าวที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระของสถานพยาบาล แต่ผู้มารับบริการต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง ในอัตราที่กำหนด (อาทิ ประมาณ 50 บาทต่อครั้ง สำหรับบริการวัคซีน)

- มุมมองของผู้รับบริการ

บิดามารดาของเด็กต่างด้าวในจังหวัด B มีความเห็นคล้ายกับจังหวัด A นั่นคือส่วนใหญ่จะซื้อบัตรประกันสุขภาพให้แก่เด็กหลังจากที่มารดาคลอดบุตรในโรงพยาบาล เหตุผลหลักในการซื้อบัตรเพราะต้องการสิทธิรักษาพยาบาล

จังหวัด C

- บทบาทของสถานพยาบาล

ประชากรต่างด้าวในจังหวัด C ส่วนมากเป็นชาวกัมพูชา และมักประกอบอาชีพประมง รองลงมาคืองานรับจ้างและก่อสร้าง ในเรื่องบัตรประกันสุขภาพเด็กต่างด้าว จังหวัด C ไม่ได้มีนโยบายการจัดสรรเงินขึ้นมาใหม่แบบจังหวัด B แต่ใช้ระบบการบริหารจัดการปกติที่กำหนดในประกาศกระทรวงสาธารณสุข ในโรงพยาบาลบางแห่งมีการจัดอาสาสมัครแรงงานต่างด้าว และอาสาสมัครจากมูลนิธิไม่แสวงหาผลกำไรมาช่วยเป็นล่ามในการซักประวัติพัฒนาการที่คลินิกเด็กดี บางโรงพยาบาลที่ไม่มีล่ามสื่อสาร เด็กต่างด้าวจะได้รับเพียงการซักถามอาการเบื้องต้นจากพยาบาล แต่ไม่ได้รับการประเมินพัฒนาการโดยละเอียดเหมือนเด็กไทย สิ่งที่เหมือนกับจังหวัด B คือ เด็กต่างด้าวที่มีบัตรประกันสุขภาพของโรงพยาบาลในจังหวัด C สามารถไปรับบริการวัคซีนที่ รพสต. ทุกแห่งในจังหวัด โดยไม่เสียค่าบริการทางการแพทย์

- มุมมองของผู้รับบริการ

บิดามารดาของเด็กต่างด้าวในจังหวัด C ให้เหตุผลในการซื้อบัตรประกันสุขภาพให้แก่บุตร เพราะต้องการสิทธิประโยชน์ด้านรักษาพยาบาลเป็นหลัก รองลงมาคือสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีน อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลบางคนให้ความเห็นว่า จะไม่ซื้อบัตรเพราะต้องการส่งบุตรกลับประเทศต้นทาง เนื่องจากบิดามารดาต้องทำงาน จึงไม่มีคนเลี้ยงดู

จังหวัด D

- บทบาทของสถานพยาบาล

ในจังหวัด D แรงงานต่างด้าว ส่วนใหญ่เป็นเมียนมาและไทยใหญ่ ทำงานในภาคเกษตรกรรมและธุรกิจด้านการบริการ การบริหารจัดการเงินประกันสุขภาพสำหรับเด็กต่างด้าวของจังหวัด B นั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก และมีนโยบายเป็นการภายในว่าให้โอนค่าบริการทางการแพทย์และค่าบริหารจัดการมาให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้งหมด เพื่อแก้ไขปัญหาโรงพยาบาลขาดทุนและปัญหาการเรียกเก็บและตามจ่ายทั้งในจังหวัดและนอกเขตจังหวัด โรงพยาบาลที่ขายบัตรประกันสุขภาพจะได้รับเพียงค่าตรวจสอบสุขภาพเท่านั้น หากโรงพยาบาลต้องการที่จะทำโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพหรือการป้องกันโรค สามารถที่จะเขียนโครงการเข้ามาขอรับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้ การทำกิจกรรมมักจัดร่วมกับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- มุมมองของผู้รับบริการ

บิดามารดาของเด็กต่างด้าวในจังหวัด D เปิดเผยว่า (i) บางส่วนซื้อบัตรประกันสุขภาพให้แก่เด็กหลังจากที่มารดาคลอดบุตรในโรงพยาบาล โดยจะมีเจ้าหน้าที่ของงานประกันสุขภาพเป็นผู้ให้คำแนะนำ (ii) บางส่วนเข้ามาติดต่อซื้อบัตรประกันสุขภาพให้บุตร โดยได้รับคำแนะนำจากนายจ้าง และ (iii) บางส่วนได้รับข้อมูลสิทธิประโยชน์จากพนักงานสาธารณสุขต่างด้าว เวลาที่มาฝากครรภ์ เหตุผลของการซื้อบัตร เพราะต้องการสิทธิประโยชน์สำหรับการรักษาพยาบาลเป็นสำคัญ รองลงมาคือสิทธิประโยชน์ในการมารับวัคซีน

ข้อค้นพบอื่นๆ

1. การให้บริการวัคซีนสำหรับเด็กต่างด้าว โดยใช้วัคซีนส่วนเหลือที่เบิกจ่ายตามระบบปกติสำหรับเด็กไทย

ในทางปฏิบัติพบว่าผู้ให้บริการในระดับพื้นที่เกือบทุกแห่ง มีนโยบายให้วัคซีนกับเด็กต่างด้าวอยู่แล้ว (ทั้งที่มีประกันสุขภาพและไม่มีประกันสุขภาพ) เนื่องด้วยวัคซีนที่ สปสข. ซื้อและแจกจ่ายให้กับสถานพยาบาล มีการคำนวณวัคซีนส่วนเหลือ (wastage) อยู่แล้ว และระบบ VMI ไม่ได้ตรวจสอบว่าการเบิกจ่ายวัคซีนของ สปสข. เบิกจ่ายไปให้ ‘ใคร’ เนื่องด้วยระบบ VMI ตัดยอดและจ่ายชดเชยให้สถานบริการตามจำนวนการใช้เท่านั้น รวมถึงการที่อัตราการรับบริการวัคซีนของเด็กต่างด้าวยังมีอัตราที่ไม่สูงนัก จึงทำให้มีวัคซีนเพียงพอ แม้ว่านโยบายนี้ไม่มีปรากฏเป็นลายลักษณ์อักษร แต่ก็เป็นที่รับทราบโดยทั่วกัน อย่างไรก็ตามผู้กำหนดนโยบายบางส่วนมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนว่า การให้บริการวัคซีนแก่เด็กต่างด้าว เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของ สปสข. โดยตรง และหน่วยบริการสามารถทำการเบิกวัคซีนและเวชภัณฑ์จาก สปสข. อยู่แล้ว

“....ไม่เคยสั่งซื้อวัคซีนมาใช้กับเด็กต่างด้าวนะ สามารถเบิกกับสปสข.ได้ เพราะวัคซีนเป็นความรับผิดชอบของ สปสข. ที่ต้องให้บริการอยู่แล้ว” (ผู้กำหนดนโยบายระดับประเทศ)

2. ประเด็นท้าทายในอนาคต

ประเด็นท้าทายที่สำคัญคือ ในระยะหลัง การตรวจสอบด้านการใช้เงินของ สปสข. มีความเข้มข้นมากขึ้น และนโยบายการซื้อวัคซีนของ สปสข. ก็มีแนวโน้มซื้อ single dose มากขึ้น ทำให้หากมีผู้มารับบริการมากขึ้น ก็อาจต้องมีการบูรณาการจัดซื้อวัคซีนเพิ่มเติมให้กับหน่วยบริการ หรือหากจะหวังพึ่งรายได้จากการขายบัตรประกัน

สุขภาพ 365 บาท ก็ยังมีปัญหา เพราะจำนวนเงินที่กั้นไว้เพื่อเป็นค่าสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากบัตรมีเพียง 58 บาท ซึ่งมีค่าน้อยเมื่อเทียบกับราคาบริการวัคซีนที่ต้องใช้จริง และการให้บริการวัคซีนก็เป็นเรื่องที่สถานพยาบาลหลักเลี้ยงไม่ได้ นั่นคือต้องให้ทั้งเด็กที่มีประกันสุขภาพและไม่มีประกันสุขภาพ

“ราคา 365 บาทนะเธอ คิดจากไหนจากอะไร มันไม่คุ้มหรอก ค่าวัคซีนแต่ละครั้ง ปีๆ หนึ่งก็เกินราคาไปแล้ว ยิ่งถ้าเจ็บป่วยอีก มันยิ่งจะเกินราคาที่ขายไปมาก” (ผู้ให้บริการโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัด C)

วัตถุประสงค์ที่ 3

วัตถุประสงค์ที่ 3 เป็นการวิเคราะห์ภาระงบประมาณในกรณีที่รัฐไทยจะชดเชยค่าใช้จ่ายให้กับสถานพยาบาลในการให้บริการวัคซีนป้องกันโรคพื้นฐานสำหรับเด็กต่างด้าวในประเทศไทย หรืออีกนัยหนึ่งคือการลงทุนของภาครัฐเพื่อป้องกันโรคระบาดในภาครวม

เหตุที่วัตถุประสงค์ที่ 3 เน้นเฉพาะบริการวัคซีนเนื่องจากในวัตถุประสงค์ที่ 1 พบว่า การให้วัคซีนเป็นบริการพื้นฐานที่ประเทศส่วนใหญ่ที่ผู้วิจัยได้พบทวนวรรณกรรมมา มีการให้บริการแก่เด็กต่างด้าวโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และในวัตถุประสงค์ที่ 2 ก็พบว่า ประเด็นท้าทายที่สำคัญ คือ การจัดซื้อวัคซีนของ สปสช. เพื่อให้คนต่างด้าวมีแนวโน้มที่จะมีข้อจำกัดมากขึ้น

แหล่งข้อมูล

ขอบเขตการศึกษานี้ เน้นวัคซีนพื้นฐานใน extended program of immunization หรือ EPI ที่ให้บริการที่สถานพยาบาลของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ซึ่งเป็นชุดสิทธิประโยชน์เดียวกับที่เด็กไทยพึงได้รับแต่ไม่นับรวมวัคซีนทางเลือกและวัคซีนที่เป็นการรณรงค์ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขฉีดที่สถานศึกษา เป็นการเฉพาะอาทิวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก อย่างไรก็ตามในการคำนวณนี้รวมวัคซีนให้ทั่วด้วยเนื่องจากเป็นวัคซีนที่มีประโยชน์ในเชิงสาธารณสุขชัดเจน ด้วยเหตุนี้ ในทางเทคนิคการคำนวณจึงได้จำกัดเฉพาะข้อมูลที่ลงรหัส VACCINETYPE บางรหัสที่จำเพาะกับ EPI อาทิ 10, 31, 32, 33, 34, 35, 41, 42, 43, 51, 52, 53, 61, 81, 82, 83, 84, 85, 91, 92 และ 93 และต้องไม่ลงรหัส NATION เป็น 99 (ซึ่งหมายถึงเด็กสัญชาติไทย)

การคำนวณใช้ข้อมูลสองส่วน คือ (1) ข้อมูลในจำนวนเด็กต่างด้าวในระดับประเทศในปี 2559 และใช้ราคาวัคซีนย้อนหลัง 3 ปี (ปีงบประมาณ 2558-2560) และ (2) ข้อมูล 43 แฟ้มมาตรฐานผู้ป่วยนอกในปีงบประมาณ 2559 ของจังหวัดที่ทำการศึกษา เหตุที่ใช้ข้อมูลปีงบประมาณ 2559 เพราะเป็นปีที่มีข้อมูลครบถ้วนที่สุดและเป็นปีงบประมาณที่กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับเปลี่ยนแนวทางการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพื้นฐานโดยเพิ่มการฉีด IPV ร่วมกับการให้ bivalent-OPV ในเด็กอายุ 4 เดือน⁽²⁷⁾

การใช้ข้อมูลระดับพื้นที่แทนที่จะใช้ข้อมูลของส่วนกลาง มีข้อดีตรงที่ทำให้ได้ข้อมูลทั้งคนที่มีสิทธิและไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ อย่างไรก็ตามคณะนักวิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ 3 จังหวัดเท่านั้น คือ จังหวัด A, B, และ C ส่วนจังหวัด D ไม่ได้ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนเพียงพอที่จะวิเคราะห์ได้ เนื่องจากติดขัดด้านการประสานงาน อนึ่งเฉพาะจังหวัด A ผู้วิจัยได้ใช้ข้อมูลปีงบประมาณ 2557 แทนปีงบประมาณ 2559 เพราะจากการลงพื้นที่ พบว่าข้อมูลปีงบประมาณ 2558-2559 มีความครบถ้วนน้อยกว่าปีงบประมาณ 2557

หลักการการคำนวณ และสถิติวิเคราะห์

1. การคำนวณภาระงบประมาณสำหรับการให้บริการวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กต่างด้าวในระดับประเทศอาศัยข้อมูลจากหลายแหล่ง ได้แก่

- ตารางการฉีดวัคซีนพื้นฐาน ซึ่งอ้างอิงจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี 2559⁽²⁷⁾
- ข้อมูลต้นทุนราคาวัคซีนจาก สปสช. ในช่วง 3 ปีย้อนหลัง (ปีงบประมาณ 2558-2560)⁽²⁸⁾
- จำนวนเด็กต่างด้าวคาดประมาณ (ทั้งที่มีและไม่มีประกันสุขภาพ)

เหตุที่ต้องอาศัยการคาดประมาณในเรื่องข้อมูลจำนวนเด็กต่างด้าว เพราะปัจจุบันข้อมูลที่ปรากฏสู่สาธารณะโดยหน่วยงานภาครัฐ อาทิ กระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทย ไม่ได้แสดงช่วงอายุของคนต่างด้าวโดยละเอียด ทำให้ไม่ทราบโครงสร้างอายุที่ชัดเจน อย่างไรก็ตามการคำนวณค่าคาดประมาณก็สามารถทำได้ โดยอ้างอิงจาก:

(i) สัดส่วนของเด็กต่างด้าว (0-15 ปี) ต่อผู้ใหญ่ (มากกว่า 15 ปี) ซึ่งได้จากการทำสำมะโนประชากร (ทั้งคนสัญชาติไทยและคนต่างด้าวที่มีถิ่นที่อยู่ถาวรในประเทศไทย) โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งทางสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ได้นำมารายงานอีกต่อหนึ่ง⁽²⁹⁾

(ii) เฉพาะกลุ่มที่เป็นเด็ก มีงานวิจัยขององค์กร PATH และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่ได้ทำการสำรวจอนามัยแม่และเด็กในกรุงเทพมหานคร และแบ่งช่วงอายุของเด็กเป็นสามช่วงอายุ คือ 0-2 ปี, 2-5 ปี และ 5-15 ปี⁽³⁰⁾ นอกจากนั้น งานวิจัยนี้ยังได้แสดงค่าคาดประมาณสัดส่วนคนต่างด้าวที่ไม่ได้ลงทะเบียนกับภาครัฐ (ไม่มีเอกสาร ทร.38/1 หรือ ทร.38ก ซึ่งเมื่อขาดเอกสารดังกล่าว ก็มีแนวโน้มที่จะไม่ได้รับการประกันสุขภาพ) ต่อคนต่างด้าวทั้งหมด

(iii) ข้อมูลจำนวนผู้ใหญ่ต่างด้าว ที่มีใบอนุญาตทำงาน ซึ่งเก็บสถิติรายปี ทั่วประเทศและแยกรายจังหวัด โดยสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กระทรวงแรงงาน^(31,32) ดูตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตัวเลขอ้างอิงและสูตรคำนวณเพื่อคาดประมาณจำนวนเด็กต่างด้าว

หัวข้อ	ตัวเลข/สูตรคำนวณ	อ้างอิงจาก
จำนวนแรงงานต่างด้าว (ผู้ใหญ่) ทั่วประเทศ	1,510,740 (a)	กระทรวงแรงงาน ^(31,32)
จำนวนแรงงานต่างด้าว (ผู้ใหญ่) จังหวัด A	23,485 (b)	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ⁽³⁰⁾
จำนวนแรงงานต่างด้าว (ผู้ใหญ่) จังหวัด B	30,416 (c)	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ⁽²⁹⁾
จำนวนแรงงานต่างด้าว (ผู้ใหญ่) จังหวัด C	77,377 (d)	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ⁽²⁹⁾
สัดส่วนเด็ก: ผู้ใหญ่: คนชราต่างด้าว(ร้อยละ)	9.0 (e) : 84.0 (f) : 7.0 (g)	องค์กร PATH และสวรส. ⁽³⁰⁾
สัดส่วนเด็กต่างด้าว อายุ 0-2 ปี: 2-5 ปี: 5-15 ปี (ร้อยละ)	58.3 (h): 19.4 (i): 22.3 (j)	องค์กร PATH และสวรส. ⁽³⁰⁾
อัตราส่วนคนต่างด้าวไม่ได้ลงทะเบียนต่อคนต่างด้าวที่ลงทะเบียน (ร้อยละ)	35.7 (k)	องค์กร PATH และสวรส. ⁽³⁰⁾
จำนวนผู้ใหญ่ต่างด้าวทั้งหมด ทั่วประเทศ	$= (a * 100 / (100 - k)) = 2,349,883$	จากการคำนวณ
จำนวนเด็กต่างด้าวทั้งหมด ทั่วประเทศ	$= (a * 100 / (100 - k)) * (e / f) = 251,773$	จากการคำนวณ
จำนวนเด็กต่างด้าวที่ไม่ได้ลงทะเบียน ทั่วประเทศ	$= (a * 100 / (100 - k)) * (e / f) * (k / 100) = 89,908$	จากการคำนวณ

หมายเหตุ: การคำนวณจำนวนเด็กต่างด้าวรายจังหวัด ก็ใช้สูตรเดียวกันกับการคำนวณของทั้งประเทศ แต่เปลี่ยนตัวเลขในสูตรจากจำนวนแรงงานต่างด้าวทั่วประเทศ (a) มาใช้จำนวนแรงงานต่างด้าวรายจังหวัด

การคำนวณงบประมาณคาดการณ์ของทั้งประเทศ มีหลักคิดคือ งบประมาณคาดการณ์เท่ากับผลคูณของต้นทุนวัคซีนที่ต้องใช้ในแต่ละช่วงอายุ คูณกับ ประชากรของเด็กต่างด้าวในแต่ละช่วงอายุทั้งประเทศ บนสมมุติฐานที่ว่า ในแต่ละปี จำนวนเด็กต่างด้าวทั้งประเทศไม่มีการเปลี่ยนแปลง (เพื่อให้จำนวนเด็กต่อหนึ่ง cohort มีค่าคงที่) สำหรับวัคซีนไขหวัดใหญ่ซึ่งให้ในเด็กทุกคนที่อายุน้อยกว่า 2 ปี และเมื่อมากกว่า 2 ปี ให้เฉพาะกลุ่มเสี่ยง ในที่นี้ผู้วิจัยตั้งสมมุติฐานว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง มีประมาณ ร้อยละ 1 ของประชากรเด็กทั้งหมด

งบประมาณที่คำนวณได้ แบ่งออกมาได้เป็น 2 กรณี คือ (i) กรณีที่เด็กมีโอกาสอาศัยอยู่ในประเทศไทย ตลอดช่วงอายุ 0-15 ปี เท่าๆ กันทุกปี (ideal scenario) และ (ii) กรณีที่เด็กเมื่ออยู่ในช่วงอายุที่สูงขึ้นมีโอกาสอยู่ในประเทศไทยลดลง (realistic scenario) เพราะกลับไปรับการดูแลที่ประเทศต้นทาง ข้อมูลนี้ได้รับการสนับสนุนจากการสัมภาษณ์ในวัตถุประสงค์ที่ 2 และจากข้อมูลพื้นฐานข้างต้น ที่ระบุว่า สัดส่วนเด็กต่างด้าว อายุ 0-2 ปี: 2-5 ปี: 5-15 ปี อยู่ที่ร้อยละ 58.3: 19.4: 22.3 ตามลำดับ

ในแต่ละกรณีได้แบ่งย่อยลงไปอีกเป็น 2 ส่วน คือ (a) คิดจำนวนเด็กทั้งหมด และ (b) คิดเฉพาะจำนวนเด็กที่ไม่มีประกันสุขภาพใดๆ กำหนดโดยรหัส INSTYPE ในข้อมูล 43 แพ้มเท่ากับ '9100' แปลว่า จ่ายเงินเอง เหตุที่กำหนดว่าเด็กไม่มีประกันสุขภาพ หมายถึงไม่มีประกันสุขภาพใดๆ ไม่เพียงเฉพาะการไม่มีบัตรประกันสุขภาพเด็กต่างด้าวของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น เพราะเด็กอาจมีประกันสุขภาพอื่นๆ นอกจากบัตรประกันสุขภาพเด็กต่างด้าว อาทิ มีประกันสุขภาพเอกชน หรือประกันผู้มีปัญหาสถานะบุคคล (ท.99)

สรุปแล้ว การคำนวณได้แสดงผลการศึกษาใน 4 กรณี คือ (i-a) ideal scenario, all children, (i-b) ideal scenario, non-insured children, (ii-a) realistic scenario, all children และ (ii-b) realistic scenario, non-insured children

2. การคำนวณอัตราการใช้บริการ ในแต่ละระดับพื้นที่

ขั้นตอนนี้เป็นกระบวนการบริการเป็นจำนวนครั้งต่อคนต่อสถานบริการ (เชื่อมรหัสบุคคล PID, การใช้บริการ SEQ, และหน่วยบริการ HOSPCODE เข้าด้วยกัน) และเก็บตัวแปรวันที่มาใช้บริการ วันที่เกิด เพื่ocalculation อายุ เก็บตัวแปรเพศ และสิทธิประกันสุขภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ทั้ง (i) สถิติเชิงพรรณนา แสดงผลด้วยค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และร้อยละ และ (ii) สถิติเชิงอนุมาน ด้วยการคำนวณ Wilcoxon ranksum test และ multiple linear regression โดยมีตัวแปรตามคือ จำนวนการให้บริการต่อคน ณ ปีงบประมาณนั้น ตัวแปรต้นคือ เพศ อายุ และสิทธิประกันสุขภาพ*

ผลการคำนวณ

1. การคำนวณภาระงบประมาณสำหรับการให้บริการวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กต่างด้าวในระดับประเทศ

ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข เด็กพึงได้รับวัคซีนพื้นฐานในช่วง 0-2 ปีแรก จำนวน 8 ครั้ง ช่วง 2-5 ปี จำนวน 2 ครั้ง และช่วง 5-15 ปี อีก 1 ครั้ง และพึงได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ปีละครั้งหากเป็นกลุ่มเสี่ยง รายละเอียดอายุที่พึงได้วัคซีน และต้นทุนวัคซีนได้แสดงในตารางที่ 4 ในขณะที่ภาระงบประมาณคาดการณ์ได้แสดงไว้ในตารางที่ 5 และรูปที่ 2 ดังต่อไปนี้

*เฉพาะการคำนวณอัตราการใช้บริการ ไม่ได้รวมวัคซีนไขหวัดใหญ่ไว้ด้วย เพราะไม่ทราบ ‘ตัวหาร’ ที่แน่ชัด ว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงในเด็กต่างด้าว มีปริมาณที่แน่นอนเท่าใด

ตารางที่ 4 ตารางการฉีดวัคซีนพื้นฐานและต้นทุนวัคซีน

รายการ	อายุ (เดือน)	Baht/dose ราคาปี 60	Baht/dose ราคาปี 59	Baht/dose ราคาปี 58
BCG	0	13.81	13.81	13.81
HBV1	0	24.73	33.31	33.31
DTwP+HB1	2	44.41	36.56	36.56
OPV1	2	6.29	5.59	5.59
DTwP+HB2	4	44.41	36.56	36.56
OPV2 + IPV	4	101.99	5.59	5.59
DTwP+HB3	6	44.41	36.56	36.56
OPV3	6	6.29	5.59	5.59
MMR1	9	180.51	126.88	126.88
JE1	12	163.55	198.92	198.92
DTwP4	18	14.76	10.75	10.75
OPV4	18	6.29	5.59	5.59
JE2	24	163.55	198.92	198.92
MMR2	30	180.51	126.88	126.88
OPV5	48	6.29	5.59	5.59
DtwP5	48	14.76	10.75	10.75
dT	144	6.77	7.87	7.87
Flu	*	109.14	109.14	113.29

หมายเหตุ: *วัคซีนไขหวัดใหญ่ เด็กพึงได้ทุกปี ในเด็กน้อยกว่า 2 ปี ถ้ามากกว่า 2 ปีให้เฉพาะเด็กโรคเรื้อรัง

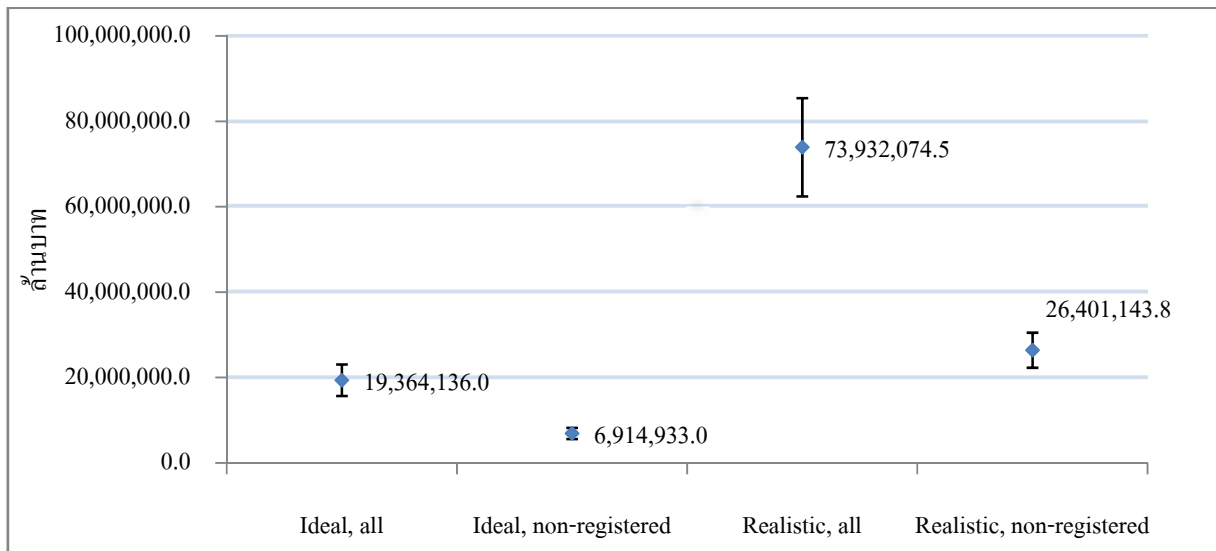
แหล่งข้อมูล: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽²⁸⁾

ตารางที่ 5 งบประมาณคาดการณ์สำหรับการให้วัคซีนพื้นฐานแก่เด็กต่างด้าว (เฉพาะปี 2560) แบ่งตามสมมุติฐาน

อายุ (ปี)	ราคาวัคซีน	Population				Budget			
		scenario i-a	scenario i-b	scenario ii-a	scenario ii-b	scenario i-a	scenario i-b	scenario ii-a	scenario ii-b
0-1	740	16,785	5,994	73,391	26,208	12,412,926	4,432,656	54,274,961	19,381,589
1-2	294	16,785	5,994	73,391	26,208	4,930,335	1,760,623	21,557,668	7,698,243
2-3	203	16,785	5,994	16,282	5,814	3,401,445	1,214,656	3,299,554	1,178,271
3-4	109*0.01	16,785	5,994	16,282	5,814	18,319	6,542	17,770	6,346
4-5	109*0.01	16,785	5,994	16,282	5,814	18,319	6,542	17,770	6,346
5-6	109*0.01	16,785	5,994	5,614	2,005	18,319	6,542	6,128	2,188
6-7	109*0.01	16,785	5,994	5,614	2,005	18,319	6,542	6,128	2,188
7-8	109*0.01	16,785	5,994	5,614	2,005	18,319	6,542	6,128	2,188
8-9	109*0.01	16,785	5,994	5,614	2,005	18,319	6,542	6,128	2,188
9-10	109*0.01	16,785	5,994	5,614	2,005	18,319	6,542	6,128	2,188
10-11	109*0.01	16,785	5,994	5,614	2,005	18,319	6,542	6,128	2,188
11-12	109*0.01+6.8	16,785	5,994	5,614	2,005	132,023	47,145	44,161	15,770
12-13	109*0.01	16,785	5,994	5,614	2,005	18,319	6,542	6,128	2,188
13-14	109*0.01	16,785	5,994	5,614	2,005	18,319	6,542	6,128	2,188
14-15	109*0.01	16,785	5,994	5,614	2,005	18,319	6,542	6,128	2,188
SUM	1,256	251,773	89,908	251,773	89,908	21,078,239	7,527,039	79,267,033	28,306,258

หมายเหตุ: ในที่นี้แสดงเฉพาะปี 2560 เพื่อให้รายงานมีความกระชับ ปี 2558 และ 2559 ก็ใช้หลักการคำนวณเช่นเดียวกัน; i-a = ideal scenario, all children, i-b = ideal scenario, non-insured children, ii-a = realistic scenario, all children, ii-b = realistic scenario, non-insured children

รูปที่ 2 งบประมาณคาดการณ์สำหรับการให้วัคซีนพื้นฐานแก่เด็กต่างด้าว (ปี 2558-2560)



หมายเหตุ: เส้นในแนวดิ่ง คือ 95% confidence interval

2. การคำนวณอัตราการให้บริการ ในแต่ละระดับพื้นที่

จากสูตรคำนวณในตารางที่ 3 คาดประมาณได้ว่ามีเด็กต่างด้าว 3,914 คน, 5,069 คน, และ 12,895 คน ในจังหวัด A, B และ C ตามลำดับ และคิดเฉพาะเด็กที่ไม่มีประกันสุขภาพมีประมาณ 1,398-4,605 คน

การคำนวณสถิติเชิงพรรณนาบ่งชี้ว่า อัตราการรับบริการของเด็กในจังหวัด A ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีพรมแดนติดกับประเทศพม่า และเดินทางข้ามแดนได้สะดวก มีอัตราการให้บริการสูงสุด คือ 1.3 ครั้งต่อปี จังหวัด B และ C มีอัตราการให้บริการโดยรวม 1.1 และ 0.8 ครั้งต่อปี ตามลำดับ จังหวัด A มีอัตราการให้บริการของเด็กที่มีประกันสุขภาพค่อนข้างสูง ที่ 2.2 ครั้งต่อปี ส่วนจังหวัด B และ C มีอัตราการให้บริการของเด็กที่มีประกันสุขภาพมากกว่าเด็กที่ไม่มีประกันสุขภาพเล็กน้อย คำอธิบายของปรากฏการณ์นี้ ได้แสดงในหัวข้อ ‘อภิปรายและสรุปผล’

อย่างไรก็ตามหากคิดในแง่ ‘คน’ ที่เข้าถึงบริการ พบว่าอัตราส่วนของเด็กต่างด้าวที่เข้าถึงบริการยังไม่สูงนัก ประมาณร้อยละ 53.2-69.9 จังหวัด A มีอัตราส่วนของเด็กที่ไม่มีประกันสุขภาพต่อเด็กทั้งหมดที่รับบริการค่อนข้างสูง ที่ร้อยละ 64.2 รองลงมาได้แก่ จังหวัด B และ C ที่ร้อยละ 40.5 และ 30.1 ตามลำดับ สัดส่วนของเด็กที่เป็นเพศชายต่อเพศหญิงใกล้เคียงกันในทุกจังหวัด อายุเฉลี่ยของเด็กที่มาใช้บริการอยู่ที่ 9.8-14.2 เดือน

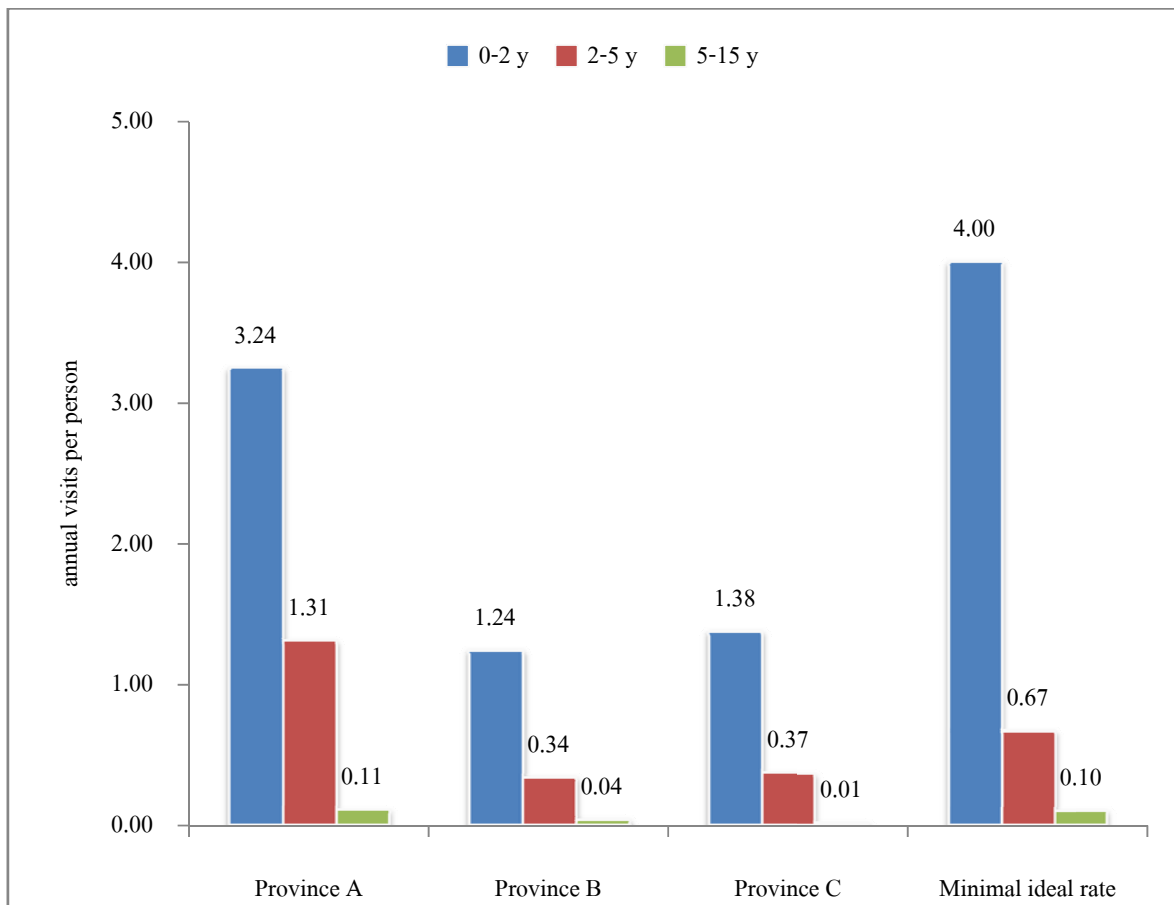
สังเกตว่าข้อมูลอายุมีการกระจายตัวไม่ปกติ เพราะมีค่ามัธยฐานน้อยกว่าค่าเฉลี่ยค่อนข้างมาก ผู้มารับบริการส่วนใหญ่ในทุกจังหวัดอยู่ในกลุ่มอายุ 0-2 ปี (ร้อยละ 81.4-88.7) ดูตารางที่ 6

ตารางที่ 6 สถิติเชิงพรรณนาแสดงการใช้บริการรับวัคซีนพื้นฐานของเด็กต่างด้าวในแต่ละพื้นที่

สถิติ	จังหวัด A	จังหวัด B	จังหวัด C
จำนวนครั้งการใช้บริการของเด็กทั้งหมด (ครั้ง)	5,055	5,368	9,961
อัตราการให้บริการของเด็กทั้งหมดในจังหวัด (ครั้งต่อคนต่อปี)	1.3	1.1	0.8
จำนวนครั้งการใช้บริการของเด็กที่ไม่มีประกันสุขภาพ (ครั้ง)	3,029	1,441	4,035
อัตราการให้บริการในจังหวัดของเด็กที่ไม่มีประกันสุขภาพ (ครั้งต่อคนต่อปี)	2.2	0.8	0.7
จำนวนครั้งการใช้บริการของเด็กที่มีประกันสุขภาพ (ครั้ง)	2,026	3,927	5,926
อัตราการให้บริการในจังหวัดของเด็กที่มีประกันสุขภาพ (ครั้งต่อคนต่อปี)	0.8	1.2	0.9
จำนวนเด็กที่มาใช้บริการทั้งหมด (คน)	2,736	3,508	6,854
อัตราส่วนของเด็กที่ได้รับบริการต่อเด็กทั้งหมดในจังหวัด (ร้อยละ)	69.9	69.2	53.2
จำนวนเด็กที่ไม่มีประกันสุขภาพที่มาใช้บริการ (คน)	1,757	1,056	2,774
อัตราส่วนของเด็กที่ไม่มีประกันสุขภาพต่อเด็กที่มาใช้บริการ (ร้อยละ)	64.2	40.5	30.1
อัตราส่วนเด็กที่เป็นเพศชาย (ร้อยละ)	51.5	50.6	51.3
ค่าเฉลี่ยอายุในหน่วยเดือน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	14.2 (16.4)	11.1 (14.0)	9.8 (12.9)
ค่ามัธยฐานในหน่วยเดือน (พิสัยควอไทล์)	9.5 (16.6)	6.6 (11.7)	5.0 (12.6)
จำนวนคนในกลุ่มอายุ (ร้อยละ)			
• 0-2 ปี	2,226 (81.4)	3,148 (89.7)	6,079 (88.7)
• 2-5 ปี	466 (17.0)	325 (9.3)	742 (10.8)
• 5-15 ปี	44 (1.6)	35 (1.0)	33 (0.5)

เมื่อวิเคราะห์จำนวนครั้งการใช้บริการต่อปี แบ่งตามช่วงอายุ ในแต่ละจังหวัด เปรียบเทียบกับจำนวนการให้บริการวัคซีน EPI ที่พึงได้ (minimal ideal rate) ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข (เด็กพึงได้รับวัคซีนพื้นฐานในช่วง 0-2 ปีแรก จำนวน 8 ครั้ง (4 ครั้งต่อปี) ช่วง 2-5 ปี จำนวน 2 ครั้ง ($2/3 = 0.7$ ครั้งต่อปี) และช่วง 5-15 ปี อีก 1 ครั้ง (0.1 ครั้งต่อปี) พบว่าเด็กที่มาใช้บริการส่วนใหญ่ ได้วัคซีนไม่ถึงเกณฑ์ขั้นต่ำ ยกเว้นเด็กในช่วง 2-5 ปีในจังหวัด A ที่มีจำนวนครั้งการได้วัคซีนสูงกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำ ดูรูปที่ 3

รูปที่ 3 จำนวนครั้งการได้รับการวัคซีนต่อคนต่อปี ในแต่ละจังหวัดเทียบกับเกณฑ์ขั้นต่ำ



การวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มที่เข้าถึงบริการด้วยสถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบจำนวนครั้งการใช้บริการระหว่างเด็กที่มีและไม่มีประกันสุขภาพ ด้วย Wilcoxon ranksum test พบว่าการมีหรือไม่มีประกันสุขภาพไม่ส่งผลให้จำนวนการใช้บริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.413, 0.112 และ 0.226 ที่จังหวัด A, B และ C ตามลำดับ) ดูตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ผลการคำนวณด้วย Wilcoxon ranksum test เปรียบเทียบการมีประกันสุขภาพต่อจำนวนการใช้บริการ

จังหวัด	ค่าเฉลี่ย—ครั้งต่อคนต่อปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)		p-value
	มีประกัน	ไม่มีประกัน	
A	1.000 (0.000)	1.000 (0.018)	0.413
B	1.002 (0.045)	1.005 (0.723)	0.112
C	1.000 (0.000)	1.000 (0.016)	0.226

การคำนวณด้วย multiple regression โดยมีตัวแปรตาม คือ จำนวนการใช้บริการต่อคนต่อปี ตัวแปรต้น คือ กลุ่มอายุ (ใช้กลุ่มอายุน้อยกว่า 2 ปีเป็นฐาน) เพศ (ใช้เพศหญิงเป็นฐาน) และสิทธิประกันสุขภาพ (ใช้การมีประกันสุขภาพเป็นฐาน) พบว่าในทั้งสามจังหวัด สิทธิประกันสุขภาพ และเพศไม่ได้ส่งผลเพิ่มหรือลดการใช้จำนวนบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีเพียงจังหวัด A ที่ตัวแปรเรื่องอายุที่มากกว่า 2 ปี มีผลเพิ่มการใช้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ด้วย effect size ที่น้อยมาก ดูตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ผลการคำนวณด้วย multiple regression เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยซึ่งส่งผลต่อจำนวนการใช้บริการ^{±, §}

จังหวัด	เพศชาย	การไม่มีประกันสุขภาพ	อายุมากกว่า 2 ปี
A	-0.000 [-0.001, 0.000]	0.000 [-0.000, 0.001]	0.002 [0.000, 0.003] [*]
B	-0.001 [-0.005, 0.002]	-0.003 [-0.007, 0.001]	-0.004 [-0.012, 0.002]
C	0.000 [-0.000, 0.001]	0.000 [-0.000, 0.001]	-0.000 [-0.001, 0.006]

หมายเหตุ: ± ตัวเลขที่แสดงในแต่ละช่องของตาราง คือ point estimate, § ตัวเลขที่แสดงในวงเล็บคือ 95% confidence interval, * p-value = 0.007

อภิปรายและสรุปผล

ภาพรวมผลการศึกษา

จากผลการศึกษาในวัตถุประสงค์ที่ 1 สามารถสรุปได้ว่า ในต่างประเทศการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้เป็นสิทธิพื้นฐานที่เด็กต่างด้าวทุกคนไม่ว่าจะมีสถานะทางกฎหมายอย่างไรพึงได้รับ แม้ว่าในทางปฏิบัติจะมีความติดขัดบางประการ เช่น การที่ผู้ให้บริการไม่รู้ในสิทธิของคนต่างด้าว หรือ การตีความทางกฎหมายที่หลากหลาย แต่อย่างน้อยก็มีความชัดเจนในเชิงนโยบายในระดับหนึ่ง หากจำเพาะเจาะจงลงไป พบว่า บริการเหล่านี้เน้นให้การให้วัคซีนป้องกันโรคพื้นฐาน ซึ่งเด็กต่างด้าวพึงได้รับโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย⁽⁹⁾

ข้อสังเกตที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ขณะที่ประเทศไทยใช้จุดตัดที่ 7 ปี และมีการจำกัดสัญชาติของผู้ประกันตนด้วย แต่ในต่างประเทศ มีการกำหนดจุดตัดอายุสำหรับเด็กในการเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพที่อายุ 18 ปี และไม่จำกัดเงื่อนไขทางสัญชาติ ดังนั้นจึงเป็นที่น่าสนใจว่า เด็กต่างด้าวที่อายุ 8-15 ปีในประเทศ อาจมีความเสี่ยงที่จะตกหล่นจากการประกันสุขภาพ เพราะหากอายุมากกว่า 7 ปี และประสงค์ซื้อบัตรประกันสุขภาพ ก็ต้องซื้อบัตรในราคาผู้ใหญ่ ทั้งนี้ยังไม่นับข้อจำกัดอื่นๆ เช่น ผู้ให้บริการอาจขอเอกสาร อาทิ ใบอนุญาตทำงาน ก่อนจะขายบัตรประกันให้ (ซึ่งเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ไม่สามารถขอใบอนุญาตทำงานได้อยู่แล้ว)

เมื่อลงเก็บข้อมูลในพื้นที่ ก็พบความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ 1 นั่นคือ ผู้ให้บริการมักให้ความสำคัญกับบริการวัคซีนพื้นฐานเป็นหลัก โดยให้ในทั้งผู้ที่มีสิทธิประกันสุขภาพ และไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ โดยผู้รับบริการไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย (มีเพียงบางแห่งที่เก็บค่าใช้จ่าย 30-50 บาท เป็นค่าธรรมเนียม) โดยอาศัยวัคซีนส่วนเหลือที่จัดสรรสำหรับเด็กไทยอยู่แล้ว

การดำเนินงานเช่นนี้ในระดับพื้นที่แม้ไม่มีนโยบายที่ชัดเจนจากส่วนกลางนับเป็นการปรับตัวของสถานบริการซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีเรื่องการดำเนินนโยบายว่า ผู้ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จะมีการปรับเปลี่ยนนโยบาย (หรือปรับตัว) เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาที่พบในชีวิตประจำวันเสมอ ซึ่งการปรับตัวนั้นอาจเป็นไปในทางเดียวกันหรือเป็นไปในทิศทางอื่นจากนโยบายของส่วนกลางก็ได้ (street-level bureaucracy theory)⁽³³⁾ สำหรับบริการอื่นๆ นอกจากการให้วัคซีนก็ผนวกรวมไปกับบริการปกติสำหรับเด็กไทย มีเพียงบางพื้นที่ที่มีการจ้างล่ามชาวต่างด้าวร่วมด้วย เพื่อช่วยให้การสื่อสารสะดวกขึ้น ในส่วนผู้รับบริการ ก็ให้ความสำคัญกับการรับวัคซีน และไม่ได้คิดว่าการซื้อบัตรจะเป็นเหตุผลของการได้สิทธิวัคซีน เหตุผลหลักๆ ของการซื้อบัตรประกันสุขภาพ คือ เพื่อประโยชน์ของการรักษาพยาบาล ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาในวัตถุประสงค์ที่ 3 (ตารางที่ 8) ที่ระบุว่า การมีหรือไม่มีบัตรประกันสุขภาพไม่ได้ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญต่อการเข้ารับบริการวัคซีน ข้ออธิบายอีกประการที่สำคัญ ในเรื่องอัตราการใช้บริการที่ต่ำอาจเป็นเพราะการที่เด็กต่างด้าวส่วนหนึ่งกลับไปสู่ประเทศต้นทางเมื่อเริ่มพ้นวัยทารก และอาจกลับมาภายหลังเมื่อเข้าสู่วัยแรงงาน มีเพียงจังหวัด A ซึ่งมีการใช้บริการที่ค่อนข้างสูง ซึ่งจากการสนทนากลุ่ม ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ของจังหวัด A ให้เหตุผลว่า เป็นเพราะจังหวัด A มีการดำเนินนโยบายให้วัคซีนเด็กต่างด้าวทุกคน (ไม่ว่าสิทธิใด) มาอย่างยาวนานหลายปี จนคนต่างด้าวส่วนใหญ่ ‘รู้’ ในสิทธิดังกล่าว จึงมาใช้บริการค่อนข้างมาก และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด A ก็มีมาตรการกระตุ้นให้มีการบันทึกข้อมูลอย่างเข้มข้น

ผู้วิจัยได้ทำการคำนวณต่อยอดจากวัตถุประสงค์ที่ 1 และ 2 เฉพาะในเรื่องการให้วัคซีนพื้นฐาน (รวมใช้วัคซีนใหญ่) ด้วยโจทย์ที่ว่า หากจะมีการลงทุนโดยภาครัฐเพื่อการให้วัคซีนสำหรับเด็กต่างด้าว เพิ่มเติมจากวัคซีนที่ซื้ออยู่แล้วสำหรับเด็กไทย ภาครัฐพึงลงทุนเท่าไร ผลการศึกษาพบว่า รัฐไทยพึงลงทุนประมาณ 6.9 ถึง 73.9 ล้านบาท ขึ้นกับสมมติฐาน เช่น หากต้องการลงทุนเพิ่มเติมเฉพาะเด็กที่ไม่มีประกันสุขภาพ และเชื่อว่าเด็กทุกช่วงอายุมีการกระจายตัวเท่ากัน ก็พึงลงทุนประมาณ 6.9 ล้านบาท สมมติฐานที่เป็นไปได้มากกว่าคือ เด็กแต่ละช่วงอายุมีการกระจายตัวไม่เท่ากัน นั่นคือ มีการกระจายตัวหนาแน่นในช่วง 0-2 ปี ถ้าเป็นกรณีเช่นนี้อาจต้องมีการลงทุนมากขึ้น (เพราะวัคซีนส่วนใหญ่ให้ในช่วงอายุ 0-2 ปี) ระหว่าง 26.4-73.9 ล้านบาท ซึ่งจากการสนทนากลุ่มพบว่างบประมาณจำนวนนี้ไม่ได้มีปริมาณมากนัก แต่ให้ประโยชน์หลายประการ คือ (i) เป็นการลงทุนเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของทั้งประเทศ และ (ii) เป็นการเสริมภาพลักษณ์ให้กับประเทศไทย ว่าเป็นประเทศที่เป็นแกนนำเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเวทีสุขภาพโลก⁽³⁴⁾ อย่างไรก็ตามพึงมีการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต ว่าในทางปฏิบัติจะอย่างไร ใครจะเป็นผู้ลงทุน ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข หรือ สปสช. แต่ละวิธีมีข้อจำกัดอย่างไร หรืออาจมีวิธีการอื่นๆ เช่น ใช้ระบบการจัดซื้อของ สปสช. กับองค์การเภสัชกรรมตามปกติ แต่กระทรวงสาธารณสุขร่วมลงทุน และพึงคำนวณต้นทุนส่วนอื่นๆ ด้วย เช่น ต้นทุนค่าแรง หรือต้นทุนการให้บริหารจัดการ เพราะในที่นี้เป็น การคำนวณต้นทุนค่าวัสดุ (material cost) เท่านั้น

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อไปนี้ สรุปลจากการทบทวนวรรณกรรม และการอภิปรายร่วมกันในทีมนักวิจัย และจากการสนทนากลุ่มร่วมกับผู้กำหนดนโยบายและบุคลากรในพื้นที่

1. ภาครัฐ โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข ควรกำหนดให้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นสิทธิพื้นฐานที่เด็กทุกคนพึงได้รับ ไม่ว่าจะได้รับการประกันตนหรือไม่ โดยปราศจากอุปสรรคทางการเงินการคลังและอุปสรรคเงื่อนไขทางสัญชาติ
2. จากข้อที่ 1 เมื่อมีความชัดเจนเชิงนโยบาย ก็พึงมีระบบสนับสนุนให้กับหน่วยบริการที่เพียงพอ ในการให้บริการเด็กต่างด้าวเหล่านั้น โดยไม่เป็นภาระกับทั้งสถานพยาบาลเอง และกับผู้ป่วย
3. ในระยะสั้นพึงมุ่งเน้นที่บริการบางส่วนที่ชัดเจนที่สุดคือ เรื่องการให้วัคซีนพื้นฐาน โดยตัดออกมาจากสิทธิบัตรประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นบริการในพื้นที่ได้ให้กับเด็กต่างด้าวทุกคนอยู่แล้ว แต่ขณะนี้ไปนำวัคซีนส่วนเหลือที่ซื้อให้สำหรับเด็กไทยมาใช้ หากว่า สปสช. มีการซื้อแบบ single dose มากขึ้น และเด็กต่างด้าวมีปริมาณมากขึ้น ก็อาจมีการจัดซื้อไม่เพียงพอ ภาครัฐจึงควรพิจารณาลงทุนในเรื่องวัคซีนเพิ่มเติมจากการคำนวณมีมูลค่าระหว่าง 26.4-73.9 ล้านบาท ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเปิดกว้างของนโยบายว่าจะครอบคลุมทุกคน หรือครอบคลุมเพิ่มเติมเฉพาะผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพ (ส่วนผู้ที่มีประกันสุขภาพก็ใช้สิทธิตามปกติ)
4. พึงมีการศึกษาเพิ่มเติม เพื่อปรับปรุงนโยบายบัตรประกันสุขภาพเด็กต่างด้าว ทั้งในแง่ต้นทุนที่แท้จริง และในประเด็นเงื่อนไขอายุและสัญชาติของเด็กต่างด้าวที่มีสิทธิเข้าประกันตนได้ ในระยะเร่งด่วน สิ่งที่เหมาะสมที่สุด คือการขยายอายุการเข้าสู่ประกันไปที่ 15-18 ปี เพื่อลดเด็กที่อาจตกหล่นจากการประกันสุขภาพในช่วงอายุ 8-15 ปี และเป็นการทำให้การประกันสุขภาพสอดคล้องกับมาตรฐานในประเทศที่พัฒนาแล้ว

ข้อจำกัดการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ อาทิ

1. การทบทวนวรรณกรรม ใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมแบบพรรณนา ซึ่งเหมาะกับวัตถุประสงค์มากกว่า แต่อย่างไรก็ตาม ก็มีข้อเสียตรงที่เสี่ยงต่อการเกิดอคติ เพราะไม่ได้มีกระบวนการคัดกรองคุณภาพของวรรณกรรมอย่างเข้มข้น เหมือนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และการจะนำผลการทบทวนวรรณกรรมไปสู่การทำงานในระดับนโยบายในบริบทของประเทศไทย พึงกระทำด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากความแตกต่างในบริบทของพื้นที่ และสถานการณ์เรื่องคนต่างด้าวมีพลวัตอย่างมาก
2. การสัมภาษณ์ในวัตถุประสงค์ที่ 2 มีผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่มากนัก และไม่ได้ใช้วิธีการเก็บข้อมูลอื่นๆ เช่น การสังเกตร่วมด้วย ผู้ให้ข้อมูลก็รู้สถานะของผู้สัมภาษณ์ว่าทำงานในส่วนกลาง จึงมีแนวโน้มที่จะแสดงทัศนคติให้ตรงกับความต้องการของผู้สัมภาษณ์ ข้อมูลที่ได้จึงเสี่ยงต่ออคติ (แม้ว่าผู้วิจัยได้พยายามตรวจสอบจากเอกสาร และมีกระบวนการสนทนากลุ่มเพื่อตรวจสอบสามเส้าแล้ว แต่ก็ไม่สามารถยืนยันได้ว่า ข้อมูลที่ได้ปราศจากอคติ)
3. การศึกษาดำเนินการในพื้นที่เพียง 4 จังหวัดและบางจังหวัดก็ให้ข้อมูลไม่ครบถ้วนทำให้มีข้อจำกัดในการให้ข้อสรุปผลการศึกษานี้เป็นตัวแทนของสถานการณ์การดูแลเด็กต่างด้าวทั้งหมดในประเทศไทยการศึกษาในอนาคตจึงควรมีพื้นที่ที่เข้าร่วมการศึกษามากขึ้น และมีการสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ
4. การคำนวณในวัตถุประสงค์ที่ 3 ต้องใช้สมมติฐานหลายประการ บางสมมติฐานอ้างอิงตัวเลขจากงานวิจัยเก่าที่ทำนานมาแล้ว (ซึ่งเป็นข้อมูลล่าสุดที่ผู้วิจัยเข้าถึงได้) และการคำนวณจำกัดเฉพาะค่าเวชภัณฑ์ ดังนั้นหากจะมีการผลักดันเชิงนโยบาย พึงมีกระบวนการให้ทุกฝ่ายตกลงและยอมรับในสมมติฐานก่อนการศึกษาในอนาคตจึงควรมีตัวเลขอ้างอิงที่ทันสมัยกว่านี้ และควรคำนวณต้นทุนส่วนอื่นๆ ด้วย (อาทิ ต้นทุนค่าแรง และต้นทุนค่าบริหารจัดการ)และควรรวมถึงกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั้งหมดมากกว่าการให้วัคซีน
5. แม้นโยบายที่ส่งเสริมการเข้าถึงการรับบริการสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวมิได้รับประกันว่าคนต่างด้าวจะมาใช้บริการสุขภาพเพราะการใช้บริการสุขภาพของคนต่างด้าวมิปัจจัยหลายประการร่วมด้วย ทั้งในแง่เศรษฐกิจ (เช่น คนต่างด้าวอาจมีปัญหาทางเศรษฐกิจ ทำให้ไม่เข้าถึงการประกันสุขภาพ) ในแง่ทัศนคติและความเชื่อ (เช่น คนต่างด้าวบางส่วนอาจเชื่อว่าเด็กที่โตแล้วไม่จำเป็นต้องได้รับวัคซีนก็ได้) และในแง่สถานะแวดล้อม (เช่น คนต่างด้าวบางคนอยู่กับนายจ้างที่ไม่สนับสนุนการการประกันสุขภาพ) การจะศึกษาข้อสมมติฐานเหล่านี้ต้องอาศัยกระบวนการเก็บข้อมูลที่ต่างออกไปนอกเหนือไปจากรายงานฉบับนี้ เช่น การสัมภาษณ์ครัวเรือน หรือการสังเกต แต่ก็นับเป็นประเด็นสำคัญที่ควรศึกษาเพิ่มเติมต่อไป เพราะความรู้ที่ได้จากมุมมองของคนต่างด้าว เมื่อประกอบกับข้อค้นพบในการศึกษานี้ ก็จะทำให้ข้อเสนอเชิงนโยบายมีความคมชัดมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. National Health Security Office. NHSO Annual Report 2013 [Internet]. 2014 [cited 13 November 2015]. Available from: <http://www.nhso.go.th/eng/Files/content/255804/7beb65df-fd3e-4871-b7af-9781896ee255-130740737044951250.pdf>.
2. Bureau of Policy and Strategy. *Border Health Plan (2012-2016)*. Nonthaburi: Ministry of Public Health of Thailand;2012.
3. คณะทำงานแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. รายงานการประชุมคณะทำงานแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ครั้งที่ 4/2557 วันที่ 5 พฤศจิกายน 2557.นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข;2557.
4. โสภณ เมฆธน. นโยบายและทิศทางการดำเนินการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ คนต่างด้าวทั่วไป และอนามัยแม่และเด็ก. เอกสารประกอบการประชุมมาตรการและการดำเนินงานตรวจสุขภาพ และประกันสุขภาพคนต่างด้าวทั่วไป; 9-10 กรกฎาคม 2556ณ โรงแรมเบส เวสเทิร์น พลัส แกรนด์ ฮาวเวิร์ด. กรุงเทพมหานคร 2556.
5. Health Insurance Group. Number of insured migrants by facilities as of August 2015 [Internet]. 2016 [cited 30 July 2017]. Available from: <http://fwf.cfo.in.th/Portals/0/2558/%E0%B8%97%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%9A%E0%B8%B5%E0%B8%A2%E0%B8%99/fwf25580625.pdf>.
6. Cuadra CB. *Country Report-Spain (Health Care in NOWHERLAND project)*. Malmö: Malmö Institute for Studies of Migration, Malmö University;2010.
7. Enríquez CG. Irregular migration in Spain [Internet]. 2009 [cited 26 July 2017]. Available from: http://irregular-migration.net/fileadmin/irregular-migration/dateien/4.Background_Information/4.2.Policy_Briefs_EN/Spain_PolicyBrief_Clan_destino_Nov09_2.pdf.
8. Flegar V, Dalli M, Toebe B. Access to Preventive Health Care for Undocumented Migrants: A Comparative Study of Germany, The Netherlands and Spain from a Human Rights Perspective. *Laws*. 2016;5(1):1-22.
9. Gray BH, van Ginneken E. Health care for undocumented migrants: European approaches. *Issue Brief (Commonw Fund)*. Dec 2012;33:1-12.
10. Hasuwannakit S. Universal Health Coverage for marginalized non-Thai people in Thailand. *Health Systems Research Institute Journal*. 2012;6(3):402-415.
11. Duguet AM, Beviere B. Access to health care for illegal immigrants: a specific organisation in France. *Eur J Health Law*. 2011;18(1):27-35.

12. André J-M, Azzedine F. Access to healthcare for undocumented migrants in France: a critical examination of State Medical Assistance. *Public Health Reviews*. August 03 2016;37(1):5.
13. Cuadra CB. *Country Report-The Netherlands (Health Care in NOWHERLAND project)*. Malmö: Malmö Institute for Studies of Migration, Malmö University;2010.
14. Huma Network. *Access to health care for undocumented migrants and asylum seekers in 10 EU countries: Law and practice*. Paris: European Union (Public Health Programme 2003-2008);2009.
15. Dorn T, Ceelen M, Tang M-J, et al. Health care seeking among detained undocumented migrants: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. March 28 2011;11(1):190.
16. Migration Watch UK. The Illegal Migrant Population in the UK [Internet]. 2010 [cited 30 August 2016]. Available from: <http://www.migrationwatchuk.org/briefing-paper/190>.
17. Piacenti A. Migrants' Access to Healthcare: Barriers to Wellbeing [Internet]. 2016 [cited 30 August 2016]. Available from: <http://peopleknowhow.org/wp-content/uploads/2016/08/migranthealthcareaccess.pdf>.
18. Cuadra CB. *Country report: United Kingdom*. Malmo: Malmo University;2010.
19. Krogstad JM, Passel JS. 5 facts about illegal immigration in the US [Internet]. 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/>.
20. Passel JS, Cohn DV. Unauthorized Immigrant Population: National and State Trends, 2010 [Internet]. 2011 [cited 28 July 2017]. Available from: <http://www.pewhispanic.org/files/reports/133.pdf>.
21. Hall MA, Lord R. Obamacare: what the Affordable Care Act means for patients and physicians. *BMJ*. 2014;349:g5376.
22. Gusmano MK. Undocumented Immigrants in the United States: U.S. Health Policy and Access to Care [Internet]. 2012 [cited 28 July 2017]. Available from: <http://undocumentedpatients.org/issuebrief/health-policy-and-access-to-care/>.
23. Illinois Department of Healthcare and Family Services. About All Kids [Internet]. 2017 [cited 28 July 2017]. Available from: <https://www.illinois.gov/hfs/About/Pages/default.aspx>.
24. San Francisco Health Plan. Healthy Kids [Internet]. 2017 [cited 28 July 2017]. Available from: <http://www.sfhp.org/visitors/healthy-kids/>.
25. Wallace SP, Torres J, Sadegh-Nobari T, Pourat N, Brown ER. Undocumented Immigrants and Health Care Reform [Internet]. 2012 [cited 28 July 2017]. Available from:

- <http://healthpolicy.ucla.edu/publications/Documents/PDF/undocumentedreport-aug2013.pdf>.
26. Ministry of Public Health. *Ministerial announcement on health screening and insuring migrants in Thailand as of 30 March 2015*. Nonthaburi: Ministry of Public Health;2015.
 27. Department of Disease Control. EPI schedule for fiscal year 2560 B.E. [Internet]. 2017 [cited 14 June 2017]. Available from: thaigcd.ddc.moph.go.th/mediapublics/download/349.
 28. National Health Security Office. *Unit cost of vaccines in Thailand [unpublished data]*. Nonthaburi: NHSO;2017.
 29. Vapattanawong P. Foreigners in Thailand [Internet]. 2015 [cited 14 July 2017]. Available from: <http://www.ms.iphr.mahidol.ac.th/ConferenceXI/Download/Book/447-IPSR-Conference-A12-fulltext.pdf>.
 30. Kantayaporn T, Sinhkul N, Dittawongsa N, Chinworasopark P, Silwutthaya S, Phanathanasarn K. *Estimation of transnational population for developing maternal and child health in Bangkok* Nonthaburi: HISRO; 2013.
 31. Office of Foreign Workers Administration. Statistics of migrants with work permit in Thailand (as of September 2016) [Internet]. 2016 [cited 10 July 2017]. Available from: https://www.doe.go.th/prd/assets/upload/files/alien_th/9543df52b3c6627a674841501f323738.pdf.
 32. Office of Foreign Workers Administration. Statistics of migrants with work permit in Thailand in 2014 [Internet]. 2015 [cited 10 July 2017]. Available from: https://www.m-society.go.th/article_attach/14050/17885.pdf.
 33. Lipsky M. *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation; 1980.
 34. United Nations. The Future We Want: Outcome document of the United Nations Conference on Sustainable Development [Internet]. 2012 [cited 27 March 2016]. Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/733FutureWeWant.pdf>.

ภาคผนวก 1

การจัดสรรงบประมาณระบบบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวในปัจจุบัน มีลักษณะดังนี้

