

รายงานการวิจัย
เรื่อง
การพัฒนาหลักประกันสุขภาพของประชาชน
กลุ่มแรงงานนอกระบบและครอบครัว

โดย

ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล
ศิริพร เกื้อกุลนุรักษ์

ได้รับการสนับสนุนทุนการวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

มกราคม 2546
ISBN 974-9593-27-8

บทคัดย่อ

รายงานการวิจัยเรื่อง การพัฒนาหลักประกันสุขภาพของประชาชนกลุ่มแรงงานนอกระบบ และครอบครัว มีวัตถุประสงค์คือ (1) เพื่อศึกษาสภาพการณ์สุขภาพและการดูแลสุขภาพของประชาชนกลุ่มแรงงานนอกระบบและครอบครัว (2) เพื่อค้นหาแนวทางการพัฒนาหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ผลการศึกษา พบว่า แรงงานนอกระบบและครอบครัวยังขาดการดูแลสุขภาพในเชิงป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรงสมบูรณ์ แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง โดยเฉพาะการป่วยที่มีอาการหนักและรุนแรง มีค่าใช้จ่ายสูง จะสร้างความเดือดร้อนให้กับแรงงานนอกระบบและครอบครัวเป็นอย่างมาก ส่วนสมาชิกในครอบครัวของแรงงานนอกระบบซึ่งได้แก่ เด็ก คนชรา ส่วนใหญ่ได้รับการคุ้มครองจากโครงการบัตรสวัสดิการแห่งชาติด้านการรักษาพยาบาล (บัตรสปร.)

แนวทางการพัฒนาหลักประกันสุขภาพ สำหรับประชาชนผู้ด้อยโอกาสโดยเฉพาะกลุ่มแรงงานนอกระบบและครอบครัว เพื่อให้ได้รับการคุ้มครองดูแลสุขภาพตามหลักสิทธิมนุษยชนและภายใต้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 จากผลการศึกษาครั้งนี้จะต้องยึดหลักความเสมอภาคเท่าเทียมและเป็นธรรม บริการมีคุณภาพ ประชาชนผู้ด้อยโอกาสสามารถเข้าถึงบริการ มุ่งเน้นการซ่อมและสร้างสุขภาพไปพร้อมกัน หลักประกันสุขภาพดังกล่าวต้องเป็นหลักประกันสุขภาพที่มีความมั่นคงในระยะยาว สามารถให้การคุ้มครองสุขภาพแก่แรงงานนอกระบบและสมาชิกในครอบครัวได้อย่างยั่งยืน จึงจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการที่ดี และมีกลไกเสริมให้การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ

การบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพต้องมี องค์กรหลักที่สำคัญคือ องค์กรหลักด้านนโยบายด้านการบริหารกองทุน ด้านเครือข่ายสุขภาพ และด้านการควบคุมกำกับคุณภาพมาตรฐาน มีเครือข่ายผู้ให้บริการสุขภาพ ทั้งด้านการป้องกัน รักษาและส่งเสริม ซึ่งมาจากภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคธุรกิจ ภาคประชาชน แหล่งที่มาของรายได้หลักที่สำคัญคือ เงินภาษี ซึ่งจะนำไปเป็นค่าใช้จ่ายในการคุ้มครองดูแลสุขภาพประชาชนกลุ่มแรงงานนอกระบบ โดยได้รับสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานครอบคลุมการเจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ การตรวจสุขภาพประจำปี และให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลรักษาสุขภาพให้แข็งแรง มีกลไกการตรวจสอบ ซึ่งประกอบด้วยกลไกการตรวจสอบภายในและกลไกการตรวจสอบจากภายนอก ในเรื่องคุณภาพมาตรฐานบริการ และการใช้จ่ายเงินในการจัดหลักประกันสุขภาพ ตลอดจนให้แรงงานนอกระบบมีส่วนร่วมโดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาสุขภาพ และพิทักษ์ปกป้องคุ้มครองสิทธิของตนเอง

นอกจากนี้กลไกเสริมเพื่อให้การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพที่สำคัญคือ การมีกฎหมายรองรับ มีการพัฒนาระบบเครือข่ายข้อมูลเพื่อประโยชน์ในการดำเนินงาน มีการประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้ อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง มีการพัฒนาปรับปรุงระบบภาษีให้เหมาะสม และมีการส่งเสริมให้แรงงานนอกระบบมีการรวมกลุ่ม

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีข้อเสนอแนะคือ (1) ส่งเสริมให้แรงงานนอกระบบและครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งในด้านการส่งเสริม ป้องกัน และรักษาสุขภาพเมื่อยามเจ็บป่วย (2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายร่วมกันแก้ไขปัญหาของแรงงานนอกระบบ (3) ส่งเสริมให้แรงงานนอกระบบมีการรวมกลุ่มและสร้างเครือข่ายทางด้านสุขภาพ (4) รัฐจะต้องสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่แรงงานนอกระบบและครอบครัว โดยคำนึงถึงความเสมอภาค เท่าเทียมและเป็นธรรม (5) การบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพ ควรมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพขององค์กรเดิมที่มีอยู่ โดยไม่ควรสร้างองค์กรใหม่เพิ่มขึ้นโดยไม่จำเป็น (6) หลักประกันสุขภาพควรสร้างทางเลือกที่หลากหลายให้แก่แรงงานนอกระบบ และ (7) ควรจัดทำระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

Abstract

The objectives of this research on “The Health Insurance Development for the Informal Workers and Their Families” are twofold. The first objective is to examine the health care situation and health care among the informal workers and their families. The second objective is to develop a proposed guideline for health insurance plans for the informal workers and their families.

The study reveals that informal workers and their families still lack preventive health care and maintenance health care. The majority of them do not have health insurance and have to pay for medical care at their own expense, especially for costly severe illnesses and injuries. However, their family members who are elderly and children are covered under the Free Medical Cards. For these reasons, there should be health insurance plans for the underprivileged especially the informal workers and their families. They should be guaranteed health care in accordance with the Human Rights Act and the Thai Constitution of 1997, stating that all citizens are entitled to quality health care, both preventive and maintenance health care. Thus, health insurance plans provided must contain reliable long-term programs with competent and effective management.

In order to achieve effective health insurance management, four components are required namely a policy component, a fund management component, a health care network component, and a quality assurance component. There must be a network of health care services for the people. The network should insure cooperation among the government, the private sector, the business sector and the people’s organizations. Tax revenues must be allocated to provide basic health care services for illness, child delivery, disability, annual physical examination, and health information for informal workers. Program monitoring mechanisms are needed to ensure quality health care, a high standard of services, and effective fund management. These mechanism should consist of both internal and external examiners. Informal workers should participate in the program, especially in preventive health care, and ensure their rights to health care services.

In addition to the components mentioned above, effective health insurance management requires supportive laws, development of an information network, ongoing public relations programs, development of an appropriate taxation system, and establishment of organizations for informal workers.

The following suggestions are herein proposed :

1. Informal workers and their families should be encouraged to gain competence in preventive health care and during the time of illness or injury.
2. The organizations concerned should take responsibility in solving health care problems for informal workers.
3. Informal workers and their families should be encouraged to organize themselves and to form health care networks.
4. The government must provide quality health insurance plans for informal workers and their families on the basis of equal rights.
5. Health insurance management should emphasize the development and improvement of existing organizations rather than the establishment of new organizations unnecessarily.
6. Health insurance plans should provide alternative programs.
7. A health care database for informal workers and their families should be developed.

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาหลักประกันสุขภาพของประชาชนกลุ่มแรงงานนอกระบบและครอบครัว สำเร็จลุล่วงได้ด้วยการสนับสนุนและช่วยเหลือจากหลายบุคคลและหลายหน่วยงาน อันได้แก่ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ซึ่งหยิบยื่นโอกาสการทำวิจัยนี้ให้แก่ผู้วิจัย และยังให้ทุนสนับสนุนการวิจัยอีกด้วย

บุคคลที่มีส่วนผลักดันให้เกิดงานวิจัยชิ้นนี้ คือ นายแพทย์ศุภกร บัวสาย รองผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และคุณแพทย์ศรี สงวนสิงห์ ผู้ทำหน้าที่ประสานงานและคอยช่วยเหลือ ชี้แนะ รองศาสตราจารย์ ดร.ชัตติยา กรรณสูต ได้กรุณาให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ยิ่งต่อการวิจัยครั้งนี้

รองศาสตราจารย์ ดร.วิจิตร ระวังวงศ์ ได้กรุณาให้เกียรติเป็นผู้ประสานงานในการเก็บข้อมูลในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ

ผู้ทรงคุณวุฒิของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข คณะวิจัยร่วมในชุดวิจัยแรงงานนอกระบบ ที่ได้ให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้

ท่านผู้บริหารและนักวิชาการทั้ง 10 ท่าน ผู้ปฏิบัติงานและผู้นำชุมชนทั้ง 9 ชุมชน และแรงงานนอกระบบทั้ง 54 ท่าน ที่กรุณาให้ข้อมูลที่มีความสำคัญยิ่งต่อการวิจัยในครั้งนี้

ท่านอธิการบดี มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ คณะบดีคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม ซึ่งเล็งเห็นความสำคัญของงานวิจัยนี้และได้กรุณาอนุญาตให้ผู้วิจัยได้มีโอกาสทำวิจัยครั้งนี้

ดร.สมน อริยปิณฑ์ ได้กรุณาสละเวลาให้ความช่วยเหลือในงานวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอขอบใจ นางสาวอัครพรรณ ขวัญชื่น นางสาวปิยมาภรณ์ งามฉาย นางสาวจิตติมาภรณ์ ไข่มลิ้ม นางสาวนฤมล ยิ้มดี นางสาวแสงดาว พงษ์สวัสดิ์ นางสาวประภากร โกมลมิศร์ และนางสาวจิรพร แก้วกิ่ง ที่ช่วยค้นหาเอกสาร เก็บข้อมูล จัดพิมพ์รายงานด้วยความตั้งใจและเสียสละ จนงานสำเร็จลุล่วง

ผู้วิจัยมีความภูมิใจที่มีส่วนร่วมผลิตผลงานวิจัยนี้ และหวังว่างานวิจัยนี้จะมีประโยชน์ในการพัฒนาหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานนอกระบบในอนาคตไม่มากนักน้อย แม้งานวิจัยนี้จะเสร็จสิ้นลงแล้ว อาจมีข้อบกพร่องที่ต้องได้รับการพัฒนาปรับปรุง ผู้วิจัยยินดีรับความผิดพลาดเพื่อนำไปพัฒนาปรับปรุงและเป็นแนวทางในการทำวิจัยอื่น ๆ ต่อไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	(1)
Abstract	(3)
กิตติกรรมประกาศ	(5)
สารบัญ	(6)
สารบัญตาราง	(8)
สารบัญแผนภูมิ	(9)
บทที่ 1	บทนำ
	1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหา 1
	1.2 วัตถุประสงค์ในการวิจัย 3
	1.3 ขอบเขตการศึกษา 3
	1.4 นิยามศัพท์ 4
	1.5 ข้อยกเว้นในการศึกษา 5
บทที่ 2	ทบทวนวรรณกรรม
	2.1 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 7
	2.2 หลักประกันสุขภาพ 10
	2.3 ระบบบริการสุขภาพ 18
	2.4 การปฏิรูปหลักประกันสุขภาพ 23
	2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการหลักประกันสุขภาพ 35
	2.6 แรงงานนอกระบบ 42
	2.7 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 52
บทที่ 3	ระเบียบวิธีวิจัย
	3.1 พื้นที่ศึกษา 59
	3.2 วิธีการศึกษา 60
	3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล 61
	3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล 62
	3.5 การนำเสนอรายงาน 62
	3.6 กรอบการวิจัย 63

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
บทที่ 4	ผลการวิจัย	
	4.1 ข้อมูลพื้นฐานของแรงงานนอกระบบและครอบครัว	65
	4.2 สถานการณ์การดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว	73
	4.3 หลักประกันสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัวในปัจจุบัน	86
	4.4 ผู้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว	95
	4.5 ปัญหาการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว	96
	4.6 แนวทางการพัฒนาหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว	98
บทที่ 5	อภิปรายผล	
	5.1 การดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว	123
	5.2 หลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัวในปัจจุบัน	130
	5.3 แนวทางการพัฒนาหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว	132
บทที่ 6	สรุปและข้อเสนอแนะ	
	6.1 สรุปผลการวิจัย	147
	6.2 ข้อเสนอแนะ	156
บรรณานุกรม		159
ภาคผนวก		
	ผนวกที่ 1 แบบสัมภาษณ์และประเด็นคำถาม	166
	ผนวกที่ 2 รายนามผู้ให้ข้อมูล	184
	ผนวกที่ 3 ข้อมูลชุมชน (9 ชุมชน)	195
	ผนวกที่ 4 บทสัมภาษณ์นักวิชาการและผู้บริหาร (10 คน)	219
	ผนวกที่ 5 ข้อมูลการสนทนากลุ่มผู้นำชุมชนและผู้แทนแรงงานนอกระบบ	263

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
3.1 รายชื่อชุมชนที่เป็นพื้นที่ศึกษา	59
4.1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของแรงงานนอกระบบและครอบครัว	66
4.2 แสดงลักษณะการประกอบอาชีพของแรงงานนอกระบบ จำแนกตามเพศ	68
4.3 แสดงลักษณะการประกอบอาชีพของแรงงานนอกระบบ จำแนกตามรายได้	69
4.4 แสดงภาระหนี้สินของแรงงานนอกระบบ	70
4.5 แสดงลักษณะการประกอบอาชีพของแรงงานนอกระบบ จำแนกตามจำนวนหนี้สิน	71
4.6 แสดงลักษณะการประกอบอาชีพของแรงงานนอกระบบ จำแนกตามสาเหตุของการกู้ยืมเงิน	72
4.7 ประเมินหลักประกันสุขภาพของแรงงานนอกระบบ	87
4.8 ประเมินหลักประกันสุขภาพของแรงงานนอกระบบจำแนกตามจังหวัด	90
4.9 การมีหลักประกันสุขภาพของครอบครัวแรงงานนอกระบบ	91
4.10 ประเมินหลักประกันสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวแรงงานนอกระบบ	92
4.11 ประเมินหลักประกันสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวแรงงานนอกระบบ จำแนกตามจังหวัด	93

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่

3.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

หน้า

64

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหา

หลักสิทธิมนุษยชน ถือว่ามนุษย์ทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการขั้นพื้นฐานทางสังคม มีสิทธิที่จะได้รับการประกันสุขภาพ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 กำหนดสิทธิของประชาชนทุกคนด้านสุขภาพไว้ในมาตรา 52 ระบุว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและจ่ายค่าใช้สอยที่เหมาะสมและมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ...” และมาตรา 82 ระบุว่า “รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง” แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) กล่าวถึงการพัฒนาสุขภาพและพลานามัย โดยการเสริมสร้างโอกาสให้คนไทยทุกคนเป็นผู้ที่มีสุขภาพพลานามัยที่ดี มีความรู้ ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันโรคและการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว

การปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อให้คนไทยทุกคนมีสุขภาพดี ไม่เจ็บป่วย และตายโดยไม่จำเป็น คนไทยทุกคนที่เจ็บป่วยสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพโดยทั่วถึง โดยไม่คำนึงถึงฐานะทางเศรษฐกิจ

1) **สถานการณ์แรงงานนอกระบบในสังคมไทย** ในช่วงสามทศวรรษของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมที่ผ่านมา ก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นในประเทศไทยตั้งแต่ปลายปี พ.ศ.2538 พบว่าโครงสร้างการผลิตและการจ้างงานของประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างเห็นได้ชัดเจน โดยมีการเปลี่ยนแปลงจากการผลิตเพื่อกินเพื่อใช้มาเป็นการค้าส่งออกมากขึ้น ภาคเกษตรกรรมลดความสำคัญลงไป ในขณะที่ภาคอุตสาหกรรมและการบริการได้ขยายตัวอย่างรวดเร็ว ทั้งยังมีบทบาทในการเพิ่มรายได้และการจ้างงานมากยิ่งขึ้น ในขณะเดียวกันโครงสร้างของกำลัง แรงงานและการจ้างงานได้เปลี่ยนแปลงไป สัดส่วนของผู้มีงานทำในฐานะลูกจ้างได้เพิ่มขึ้น สถานภาพการจ้างงานในฐานะนายจ้างและลูกจ้างเป็นลักษณะการจ้างงานที่เห็นได้ชัดเจนในสังคม อุตสาหกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการประกอบการขนาดใหญ่ที่มีการลงทุนและการจ้างงานที่มี รูปแบบชัดเจน และมีกฎระเบียบทางสังคมหรือมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าไปดูแล การทำงานในลักษณะนี้อาจเรียกว่าเป็นลักษณะของการว่าจ้างแรงงานในสาขาเศรษฐกิจที่เป็นทางการ (Formal sector) อย่างไรก็ดี ประเทศไทยเป็นประเทศกำลังพัฒนา แรงงานส่วนใหญ่ยังทำงานในสาขาการผลิตที่ไม่เป็นทางการ (Informal sector) จึงไม่มีรูปแบบการจ้างงานที่แน่นอน ยากแก่การจำแนกแยกแยะว่าใครเป็นลูกจ้าง

การศึกษาสถานการณ์และปัญหาของแรงงานนอกระบบที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการคุ้มครองสุขภาพของแรงงานนอกระบบจากผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา ทำให้มองเห็นว่าแรงงานนอกระบบเป็นกลุ่มคนที่ด้อยโอกาสไม่ได้รับการปกป้องคุ้มครองทางกฎหมายทั้งจากรัฐบาล นายจ้าง และสหภาพแรงงาน รัฐบาลไม่มีนโยบายที่ชัดเจนในการคุ้มครองแรงงานนอกระบบ และไม่สามารถควบคุมดูแลบุคคลกลุ่มนี้ได้อย่างทั่วถึง เนื่องจากสภาพการอยู่อาศัยและสภาพการทำงานที่ไม่มีหลักแหล่งแน่นอน อาศัยอยู่ตามตรอก ซอกซอย ชุมชน ประกอบกับส่วนใหญ่มีพื้นฐานการศึกษาต่ำ ขาดความรู้และทักษะ จึงก่อให้เกิดปัญหาอื่น ๆ ตามมา เช่น รายได้น้อย รายได้ไม่แน่นอน ขาดความมั่นคงในการทำงาน ขาดสวัสดิการ ขาดการคุ้มครองดูแลสุขภาพ และความปลอดภัยในการทำงาน รวมถึงยังไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ (ทวิสิทธิ์ บุญธรรม, 2540 : 5 -6) การศึกษาวิจัยส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการศึกษาปัญหาแรงงานนอกระบบเฉพาะบางกลุ่ม เช่น กลุ่มผู้รับงานไปทำที่บ้าน โดยศึกษาทางด้านเศรษฐกิจ อาชีพ รายได้ สภาพการทำงาน ปัญหาสุขภาพอันเป็นผลกระทบจากการทำงาน ยังไม่ครอบคลุมการศึกษาปัญหาของแรงงานนอกระบบทุกกลุ่มอาชีพ ซึ่งแต่ละกลุ่มมีปัญหาที่แตกต่างกัน และยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ด้วยเหตุนี้ ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาเรื่อง “การพัฒนาหลักประกันสุขภาพของประชาชนกลุ่มแรงงานนอกระบบและครอบครัว” ทั้งนี้เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการคุ้มครองดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

1.2 วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาวะการดูแลสุขภาพและการดูแลสุขภาพของประชาชนกลุ่มแรงงานนอกระบบและครอบครัว
2. เพื่อค้นหาแนวทางการพัฒนาหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มแรงงานนอกระบบและครอบครัว

1.3 ขอบเขตการศึกษา

งานวิจัยนี้มุ่งที่จะศึกษาแนวทางการพัฒนาหลักประกันสุขภาพของประชาชนกลุ่มแรงงานนอกระบบและครอบครัว โดยกำหนดขอบเขตเนื้อหาการศึกษาครั้งนี้ คือ สภาวะการดูแลสุขภาพและการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว ประกอบด้วย การศึกษาการรับรู้และตระหนักถึงปัญหาสุขภาพและการดูแลสุขภาพ การรับรู้สิทธิในการได้รับการคุ้มครองดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน การปฏิบัติด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัย การปฏิบัติด้านการป้องกันการเจ็บป่วย วิธีการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย การมีหลักประกันสุขภาพ ผู้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ปัญหาการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว และแนวทางการจัดการหลักประกันสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว อันได้แก่ 1) รูปแบบของหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว 2) ระบบการบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพ ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับใครคือผู้ได้รับการคุ้มครองสิทธิ ใครคือผู้รับผิดชอบหลักของระบบ ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการมีอะไรบ้าง ได้มาจากไหน และใช้จ่ายอย่างไร ผู้ให้บริการจะเป็นใคร สิทธิประโยชน์จะครอบคลุมการป้องกันรักษาและส่งเสริมสุขภาพอย่างไร การเข้าถึงบริการควรทำอย่างไร และ 3) กลไกในการบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัวมีอะไรบ้าง โดยอาจพิจารณาถึง กฎหมาย สื่อ องค์กร กลุ่ม (กลุ่มสนใจและกลุ่มผลประโยชน์) ตลอดจนแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ขอบเขตของการศึกษา ประชาชนกลุ่มแรงงานนอกระบบและครอบครัว ได้กำหนดไว้ว่า

1. ประชาชนกลุ่มแรงงานนอกระบบ เนื่องจากคำนิยามศัพท์เกี่ยวกับแรงงานนอกระบบยังเป็นที่ถกเถียงในวงวิชาการ ผู้ปฏิบัติ และนักกฎหมาย และมีผู้ให้ความหมายของแรงงานนอกระบบที่แตกต่างกันไปแล้วแต่มุมมองและวัตถุประสงค์ของการใช้ ซึ่งจะได้กล่าวต่อไปในบทที่ 2

ข้อ 2.6.1 ความหมายของแรงงานนอกระบบ แต่สำหรับการศึกษาค้างครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดให้แรงงานนอกระบบ หมายถึง แรงงานที่ไม่ได้อยู่ภายใต้ระบบการจ้างงานที่เป็นทางการ แรงงานที่มีลักษณะตรงข้ามกับแรงงานในระบบ โดยกำหนดคุณลักษณะแรงงานนอกระบบที่จะศึกษา คือ

1.1 แรงงานที่ไม่มีโครงสร้างการจ้างงานที่ชัดเจน และมาจากหลายประเภทกลุ่มงาน ทั้งกลุ่มเกษตรกรรม กลุ่มอุตสาหกรรม กลุ่มก่อสร้าง กลุ่มบริการ กลุ่มพาณิชยกรรม อาทิเช่น รับจ้างทั่วไป (รับจ้างทำไร่ ทำนา ช่างทาสี ช่างซ่อมแซมบ้าน) ขับมอเตอร์ไซด์รับจ้าง ขับรถบรรทุก ขับรถแท็กซี่ ขายบริการ หาบเร่แผงลอย เก็บขยะขาย ขายก๋วยเตี๋ยว เป็นต้น

1.2 เป็นแรงงานนอกระบบที่ไม่สังกัดกลุ่ม คือแรงงานนอกระบบที่ไม่มีการรวมกลุ่ม

1.3 เป็นแรงงานนอกระบบที่ไม่ได้รับสิทธิตามกฎหมายคุ้มครองแรงงาน
ขาดสวัสดิการและหลักประกันที่จะคุ้มครองสวัสดิภาพ

1.4 เป็นแรงงานนอกระบบในกลุ่มสังคมฐานราก มีฐานะเศรษฐกิจยากจน

1.5 เป็นแรงงานนอกระบบที่มีสภาวะสุขภาพแตกต่างกัน ทั้งกรณีเคยเจ็บป่วยหนัก เคยเจ็บป่วยธรรมดา และไม่เคยเจ็บป่วย

ครอบครัว หมายถึง ครอบครัวของแรงงานนอกระบบที่ประกอบด้วยบุคคลคนเดียวหรือหลายคนอาศัยอยู่ในบ้านหรือที่อยู่อาศัยเดียวกัน และจัดหาหรือใช้สิ่งของอุปโภคบริโภค อันจำเป็นแก่การยังชีพร่วมกันโดยบุคคลเหล่านี้มีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติกัน

1.4 นิยามศัพท์

สภาวะการณสุขภาพ หมายถึง สภาวะสุขภาพอนามัยของแรงงานนอกระบบและครอบครัว ซึ่งเกี่ยวข้องกับความเสี่ยง การมีโรคประจำตัวและการเจ็บป่วยที่เนื่องจากการทำงาน

การดูแลสุขภาพ หมายถึง การกระทำเพื่อป้องกัน บำบัด และฟื้นฟูสุขภาพอนามัยของแรงงานนอกระบบและครอบครัว ซึ่งครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้

1. การรับรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและสิทธิในการได้รับการคุ้มครองขั้นพื้นฐาน
2. การตระหนักถึงปัญหาสุขภาพและวิธีการดูแลสุขภาพ
3. การป้องกันส่งเสริมสุขภาพอนามัยและวิธีการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย
4. การมีหลักประกันสุขภาพที่ให้การคุ้มครองแก่แรงงานนอกระบบและครอบครัว
5. การเรียกร้องสิทธิให้ได้รับการคุ้มครองสุขภาพ

ระบบประกันสุขภาพ หมายถึง การมีหลักประกันสุขภาพที่จะให้การคุ้มครองในยามที่แรงงานนอกระบบและครอบครัวเจ็บป่วยสามารถไปรับการรักษาพยาบาลยังสถานพยาบาล โดยไม่ต้องคำนึงถึงว่าจะมีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาลหรือไม่ ในปัจจุบันมีหลักประกันสุขภาพที่จัดให้กับประชาชนโดยภาครัฐและเอกชน

หลักประกันสุขภาพที่ภาครัฐจัดให้แก่ประชาชนมี 4 ระบบ ได้แก่ สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ บัตรประกันสังคม บัตรสุขภาพ 500 บาท บัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.)

หลักประกันสุขภาพที่จัดโดยภาคเอกชน คือ หลักประกันสุขภาพที่ภาคเอกชนหรือบริษัทประกันต่าง ๆ เป็นผู้ดำเนินงานในลักษณะของธุรกิจ โดยระบบสมัครใจ ผู้เอาประกันจะต้องเสียเบี้ยประกัน

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบและครอบครัว หมายถึง บุคคล กลุ่ม องค์กร ชุมชนที่ให้ความช่วยเหลือดูแลสุขภาพอนามัยแรงงานนอกระบบและครอบครัว ทั้งในยามเจ็บป่วยและก่อนการเจ็บป่วย เป็นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องดังกล่าวนับตั้งแต่แรงงานนอกระบบเอง สมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน นายจ้าง หน่วยงานของรัฐ องค์กรเอกชน องค์กรท้องถิ่น/องค์กรชุมชน กลุ่ม หรือชุมชนทั้งที่จัดตั้งและเกิดขึ้นเอง โดยธรรมชาติที่มีอยู่ในหมู่บ้านหรือชุมชน ตลอดจนสถาบันทางสังคมอื่น ๆ เช่น วัด โรงเรียน

1.5 ข้อจำกัดในการศึกษา

เนื่องจากในระหว่างการศึกษาวิจัยครั้งนี้อยู่ในช่วงระหว่างกาเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายทางการเมืองอย่างรวดเร็วเกี่ยวกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการขยายโครงการประกันสังคม รวมถึงการผลักดัน พ.ร.บ.สุขภาพ ทำให้การนำเสนอเนื้อหาในบางส่วนอาจไม่ทันกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาหลักประกันสุขภาพของประชาชนกลุ่มแรงงานนอกระบบ และครอบครัว ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้จากการศึกษาหนังสือ เอกสาร และ ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยจะได้นำเสนอตามลำดับหัวข้อ ดังนี้

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

2.1.1 ความหมายของสุขภาพ

2.1.2 พฤติกรรมสุขภาพ

2.2 หลักประกันสุขภาพ

2.2.1 ความหมายของหลักประกันสุขภาพ

2.2.2 ผลกระทบของการมีและไม่มีหลักประกันสุขภาพ

2.2.3 สิทธิประโยชน์

2.2.4 หลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน

2.3 ระบบบริการสุขภาพ

2.3.1 การบริการสาธารณสุข

2.3.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้บริการสาธารณสุข

2.4 การปฏิรูปหลักประกันสุขภาพ

2.4.1 หลักประกันสุขภาพที่คนไทยต้องการ

2.4.2 หลักประกันสุขภาพของคนไทยในอนาคต : กองทุนสุขภาพแห่งชาติ

2.4.3 การจัดการหลักประกันสุขภาพที่ดี

2.4.4 ยุทธศาสตร์การพัฒนาหลักประกันสุขภาพ

2.4.5 บทบาทของผู้เกี่ยวข้องในการปฏิรูประบบสุขภาพ

2.4.6 กลไกการจัดการหลักประกันสุขภาพ

2.5 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการจัดการหลักประกันสุขภาพ

2.5.1 แนวคิดเกี่ยวกับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2.5.2 แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนด้านสุขภาพ

2.6 แรงงานนอกระบบ

2.6.1 ความหมายของแรงงานนอกระบบ

2.6.2 จำนวนแรงงานนอกระบบในประเทศไทย

2.6.3 ตลาดแรงงานนอกระบบ

2.6.4 สถานภาพของแรงงานนอกระบบ

2.6.5 ปัญหาสุขภาพอนามัยของแรงงานนอกระบบและผลกระทบจากการทำงานต่อสุขภาพอนามัยของแรงงานนอกระบบ

2.6.6 การสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบในอนาคต

2.7 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

เมื่อกล่าวถึงสุขภาพ คนโดยทั่วไปมักจะนึกถึงการเจ็บป่วยมากกว่าการไม่ป่วย นั่นคือ นึกถึงโรงพยาบาล การผ่าตัด ยา และเครื่องมือแพทย์ นึกถึงแต่ความเกี่ยวข้องของสุขภาพกับวงการสาธารณสุขเท่านั้น ซึ่งเป็นความเข้าใจที่ไม่สมบูรณ์ การพัฒนาสุขภาพคนไทยให้ดีขึ้นนั้นจะต้องให้ทุกคนตระหนักว่าการมีสุขภาพดีจะต้องเป็นสิ่งที่อยู่ในใจและเป็นสิทธิของคนทุกคน ดังที่ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ให้สิทธิในการรับบริการด้านสุขภาพ มาตรา 52 ในหมวดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ระบุว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ...” หมายความว่า ประชาชนจะได้รับความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการทุกคนไม่ว่ายากจนขนาดไหน ในสถานบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน อีกทั้งเปิดโอกาสการมีส่วนร่วมในการให้บริการทั้งจากองค์กรเอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐมีหน้าที่สำคัญในการให้บริการเพื่อป้องกันและขจัดโรคติดต่อร้ายแรงโดยไม่คิดมูลค่า การเข้ารักษาตัวในสถานพยาบาลต้องไม่เป็นเรื่องของการเลือกปฏิบัติ

สรุปได้ว่า การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรเป็นสิทธิที่รัฐมอบให้กับประชาชนในประเทศไม่ใช่เรื่องของโอกาสหรือโชคชะตา หรือการถูกเลือกกว่าควรได้หรือไม่ได้ และควรจ่ายเท่าไร อีกทั้งนับเป็นครั้งแรกที่สังคมไทยได้ประกาศรับรองสิทธิของประชาชนที่จะได้รับการบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และให้ความสำคัญกับความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ สะท้อนถึงแนวคิดและปรัชญาที่ว่าด้วยความเสมอภาคของการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

2.1.1 ความหมายของสุขภาพ

สุขภาพ หมายถึง สภาวะแห่งความสุข ซึ่งครอบคลุมทั้งมิติทางกาย ทางจิตและทางสังคม นั่นคือ การมีสุขภาพดี หมายถึง การมีร่างกายแข็งแรง ไม่ป่วยง่าย หากป่วยก็ได้รับการดูแลอย่างดี ไม่เสียชีวิตก่อนเวลาอันควร มีจิตใจที่สบาย สะอาด สงบ ไม่ทรมานทรมาน วุ่นวาย มีความเป็นอยู่ในสังคมอย่างพอดี ครอบครัวยั่งยืน ชุมชนเข้มแข็ง

2.1.2 พฤติกรรมสุขภาพ

เขาวลักษณะ สำนารณสุข (2543 : 21) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำ หรือดเว้นกระทำในสิ่งที่มีผลเสียต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรค พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย และพฤติกรรมที่เป็นบพาทของการเจ็บป่วย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลเพื่อป้องกันโรค ไม่ให้โรคเกิดขึ้น ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับซิริถยนต์ เป็นต้น

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ การเพิกเฉย การถามเพื่อนฝูงเกี่ยวกับอาการของตน การแสวงหาการรักษาพยาบาล การหลบหนีจากสังคม เป็นต้น

3. พฤติกรรมที่เป็นบพาทของการเจ็บป่วย หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่ทำให้อาการของโรครุนแรงมากยิ่งขึ้น เป็นต้น

พฤติกรรมทั้ง 3 ลักษณะนี้ เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการให้บุคคลต่าง ๆ ได้รับการปลูกฝังหรือได้รับการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสม ซึ่งกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่มต่างก็ต้องการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันและมีลักษณะของพฤติกรรมที่แตกต่างกันด้วย

อย่างไรก็ตาม สุขภาพที่ดีจะเกิดขึ้นได้ นอกจากมีพฤติกรรมที่เหมาะสมแล้ว ยังขึ้นอยู่กับ การได้รับการคุ้มครองกายได้หลักประกันสุขภาพและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพอีกด้วย

แนวคิดหรือทฤษฎีที่สามารถนำมาใช้ประยุกต์ในการวิเคราะห์พฤติกรรมหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม 3 แนวคิด มีดังนี้

แนวคิดที่ 1 ปัจจัยภายในบุคคล เชื่อว่า สาเหตุการเกิดพฤติกรรมหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม

แนวคิดนี้เชื่อว่าคนยังมีความรู้ในเรื่องสุขภาพมากเท่าใด ยิ่งทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมากเท่านั้น แต่มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องพบว่า ความรู้ ความเชื่อ เจตคติ บางทีไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเลย ยกตัวอย่าง เช่น บุคลากรสาธารณสุข ซึ่งมีความรู้เรื่องพยาธิใบไม้ตับสูงเกินค่าเฉลี่ยของประชาชนทั่วไป บางคนยังคงบริโภคอาหารปลาดิบ ๆ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ จึงทำให้ตั้งข้อสงสัยว่าการที่บุคคลมีความรู้ดีมิใช่ตัวชี้วัดพฤติกรรมสุขภาพได้

แนวคิดที่ 2 ปัจจัยภายนอกบุคคล เชื่อว่าสาเหตุการเกิดพฤติกรรมมาจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคล จึงสนใจเกี่ยวกับการสร้างปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ระบบโครงสร้างของสังคม เช่น ระบบการเมือง การเศรษฐกิจ การศึกษา ศาสนา ฯลฯ

การสร้างปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมทางสังคมจะทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรม ดังเช่น การทุ่มงบประมาณเพื่อสร้างส้วม ถังเก็บน้ำฝน ประปา เพื่อแก้ไขปัญหาโรคอุจจาระร่วง การกำหนดมาตรการทางกฎหมายในการลดอุบัติเหตุการจราจร แต่สิ่งเหล่านี้ยังไม่สามารถผลักดันให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมที่พึงประสงค์และลดปัญหาสุขภาพได้ เพราะกิจกรรมส่วนใหญ่ยังเป็นของภาครัฐ ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเป็นเพียง “ผู้ถูกกระทำ”

แนวคิดที่ 3 แบบสหปัจจัย หมายถึง การปรับแนวคิดที่ 1 และแนวคิดที่ 2 มาประยุกต์ใช้ร่วมกันให้เกิดความสมดุล โดยปรับเปลี่ยนให้คนมีศักยภาพในการกำหนดพฤติกรรมตัวเองที่เหมาะสม ขณะเดียวกันก็มีพลังในการสร้างสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพและทางสังคมให้เกื้อหนุนต่อการปฏิบัติสุขภาพ แนวคิดที่ 3 นี้ได้นำมาประยุกต์ใช้ในแผนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพตามแผนพัฒนาฉบับที่ 8 โดยเชื่อว่า

1) การมองปัญหาโรคภัยไข้เจ็บและพฤติกรรม ต้องมองกันอย่างเชื่อมโยงเป็นองค์รวมทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม มิได้ใช้องค์ความรู้เฉพาะการแพทย์หรือสาธารณสุขเท่านั้น จำเป็นต้องใช้สหวิชาการทั้งด้านสังคมศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ จิตวิทยาสังคมและสังคมศาสตร์สาขาอื่น ๆ เข้าด้วยกัน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องมองปัญหาสาธารณสุข ซึ่งมีรากเง้ามาจากความเกี่ยวข้องของทั้งระบบในสังคม เป็นปัญหาของสังคม จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของทุกส่วนของสังคมมาร่วมกันแก้ไข ดังคำกล่าวที่ว่า “งานสุขภาพมิใช่อาชีพผูกขาดของคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง หรืออาชีพใดอาชีพหนึ่งอีกต่อไปแล้ว”

2) คำนึงถึงความสำคัญของปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจ ซึ่งจะต้องสร้างปัจจัยแวดล้อมให้เกื้อหนุนต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

3) ให้ชุมชนเป็นตัวตั้งในการแก้ปัญหา โดยมุ่งศึกษาโครงสร้างทางสังคม และศักยภาพของชุมชนแต่ละชุมชนเป็นรากฐานในการแก้ปัญหา ควรส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนรวมตัวกันทุกพื้นที่และทุกเรื่อง เพื่อสร้างชุมชนสุขภาพดี การรวมตัวกันให้เกิดชุมชนเข้มแข็งในรูปแบบต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นกลุ่ม ชมรม สมาคม มูลนิธิ สหกรณ์ ชุมชน ประชาชน เรียกว่ามีความเป็นประชาคม (Civil Society) ความเข้มแข็งของชุมชนหรือประชาคม ทำให้มีศักยภาพในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ จิตใจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และการเมืองไปพร้อม ๆ กัน

4) กระบวนการในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ มิใช่มุ่งเน้นที่จะให้บุคคลมี

ความรู้เท่านั้น แต่ต้องเน้นการพัฒนาให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติ จนเกิดทักษะอย่างพอเพียง จนสามารถมีพลังในการปรับปรุงโครงสร้างทางสังคมที่เป็นสาเหตุแห่งการทำลายสุขภาพ ซึ่งต้องอาศัยพลังร่วมเข้าแก้ปัญหาไม่ใช่เป็นบทบาทบุคคลใดบุคคลหนึ่งหรือองค์กรใดองค์กรหนึ่ง

5) ปรับปรุงบทบาทให้ประชาชนเป็นผู้กระทำ “เจ้าของปัญหาต้องเป็นผู้แก้ไขเอง” ขณะที่เจ้าหน้าที่เปลี่ยนบทบาทจากผู้สั่งการ ขอร้องหรือกระทำให้เป็นผู้คอยกระตุ้นและสนับสนุนหรือตัวเร่งปฏิกิริยา การดำเนินงานจะต้องเป็นการแลกเปลี่ยนความคิด ข้อมูลข่าวสาร เรียนรู้ร่วมกัน โดยการกระทำร่วมกันมากกว่าการครอบงำทางความคิดและวิธีการเพื่อสนองต่อความต้องการของหน่วยงาน

6) การที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้วยความสมัครใจ จะต้องสร้างกิจกรรมการเรียนรู้ให้บุคคลเกิดความเชื่อในเรื่องต่อไปนี้

- เชื่อว่าตัวเขามีโอกาสเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยเป็นโรคนั้น ๆ ถ้าไม่ปฏิบัติพฤติกรรม
- โรคดังกล่าวมีความรุนแรงต่อตัวเขา อาจทำให้เกิดความตายหรือพิการได้
- เชื่อว่าถ้าเขาปฏิบัติพฤติกรรมแล้ว เขาจะได้รับผลประโยชน์โดยไม่เจ็บป่วยหรือเป็นโรคดังกล่าว

- เขามีแรงจูงใจ มีผู้ให้กำลังใจ ร่วมสนับสนุนผลักดันให้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น
- เขาได้รับการกระตุ้นอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ การได้รับข่าวสารตามช่องทางต่าง ๆ

ให้ปฏิบัติพฤติกรรมด้วยอย่างสม่ำเสมอ และเป็นช่องทางที่เชื่อถือได้

- การปฏิบัติพฤติกรรมนั้นขึ้นอยู่กับ อิทธิพลของปัจจัยต่าง ๆ เช่น อายุ เพศ

บุคลิกภาพด้วย เป็นต้น

7) การตัดสินใจของบุคคลในการกระทำใด ๆ ขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลแวดล้อม ซึ่งมีความสำคัญหรืออำนาจเหนือบุคคลนั้น ไม่ว่าทางใดทางหนึ่ง เช่น บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำ การขอร้องของบุคคลที่เป็นสามี ภรรยา ลูก บุคคลที่เคารพนับถือ แพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ยกตัวอย่าง การที่คิดเลิกบุหรี่เพื่อเป็นของขวัญวันเกิดให้แก่บุตร นักเรียนปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำของครู วิทยุรู้เปลี่ยนแบบดารา ฯลฯ เป็นต้น

2.2 หลักประกันสุขภาพ

โดยหลักการแล้วคนไทยทุกคนไม่ว่ายากดีมีจนควรจะได้เข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลโดยถ้วนหน้า เพราะความไม่แน่นอนในเรื่องการเจ็บป่วย ซึ่งทุกคนที่เกิดมาแล้วต้องเจ็บป่วย การเจ็บป่วยจะเกิดขึ้นกับใคร เมื่อใดก็ได้ และเมื่อเกิดขึ้นแล้วต้องรักษาอาการเจ็บป่วยให้หาย ดังนั้น การประกันสุขภาพหรือการมีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลจึงถือเป็นความจำเป็นอย่างมาก ดังที่ แอร์โรว์ (Arrow อ้างถึงใน บุญคง หันจางสิทธิ์, 2540 : 320-321) กล่าวว่า

การมีหลักประกันสุขภาพ (Health Insurance) ในรูปแบบหนึ่งนั้นจะเป็นสิ่งที่ดี และโดยปกติแล้ว การประกันสุขภาพมักจะดำเนินการโดยรัฐบาลในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง เช่น จัดให้มีโครงการประกันสุขภาพโดยตรง หรือไม่ก็ให้เงินอุดหนุนแก่เอกชนผู้ให้บริการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนในราคาถูกลงหรือรักษาฟรีแล้วแต่กรณี

2.2.1 ความหมายของหลักประกันสุขภาพ

สถาบันปฏิรูประบบสาธารณสุข (<http://www.moph.go.th>) ได้ให้ความหมายของหลักประกันสุขภาพ คือ สิ่งที่ทำให้คน ๆ หนึ่งมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง มีการป้องกันโรคเพื่อไม่ให้เจ็บป่วยโดยง่ายและเมื่อเจ็บป่วยไม่สบายก็สามารถไปหาหมอ หรือแม้แต่ได้รับยาเพื่อแก้ไขเยียวยาโรคได้ โดยไม่ต้องกังวลเรื่องค่ารักษาพยาบาลเกินไป จนทำให้ขาดโอกาสรักษาตัว คือ การเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข คนรวยช่วยคนจน คนไม่ป่วยช่วยคนป่วย ถ้าทุกคนช่วยกัน เราจะมีกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถจัดการให้บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขสำหรับทุกคนในประเทศได้อย่างเท่าเทียมกัน คือ สิทธิในฐานะพลเมืองไทยที่รัฐต้องประกันให้กับประชาชนในประเทศ เป็นบริการที่ได้มาอย่างชอบธรรม มีศักดิ์ศรี ไม่ใช่ “บริการสงเคราะห์” หรือ “บริการราคาถูกลง” ไม่ใช่บริการที่ต้องแย่งกันสมัครหรือขอร้อง

2.2.2 ผลกระทบของการมีและไม่มีหลักประกันสุขภาพ

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2543 : 43) กล่าวว่า การไม่มีหลักประกันสุขภาพมีผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้บริการทางสุขภาพของประชาชน อันส่งผลต่อการใช้บริการ ทุน และประสิทธิภาพของระบบสุขภาพในภาพรวม ทั้งนี้เชื่อว่าปัญหาทางการเงินเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงบริการ

Davis และ Rowland (1983) และ Spillman (1992) (อ้างในจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543 : 43) พบว่า

- ประชาชนกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันมีแนวโน้มที่จะใช้บริการผู้ป่วยนอกกับแพทย์น้อยกว่า ผู้ที่มีหลักประกันถึงร้อยละ 30-50 ในขณะที่ผู้ไม่มีหลักประกันใช้บริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ที่มีหลักประกันประมาณร้อยละ 25-50
- จากการประเมินสถานะสุขภาพโดยแบบประเมินตนเอง พบว่า ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพมีแนวโน้มที่จะป่วยมากกว่าผู้ที่มีหลักประกัน และการประกันสุขภาพมักผูกกับการจ้างงาน ทำให้เห็นว่าการตกงานสัมพันธ์กับสุขภาพที่ไม่ดี ซึ่งซ้ำเติมโดยการไม่มีหลักประกันสุขภาพ ทำให้ขาดความสามารถที่จะเข้าถึงบริการ
- ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพมีแนวโน้มที่จะไม่มีแหล่งที่ไปรับบริการทางสุขภาพประจำ ทำให้ไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังต้องเดินทางไกลกว่าผู้ที่มีหลักประกันสุขภาพเพื่อไปรับบริการ

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2543 : 43) ชี้ให้เห็นต่อไปว่า การไม่มีหลักประกันสุขภาพส่งผลให้ประชาชนต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพเกินความจำเป็น ทั้งนี้เนื่องจากการไม่ไปรับหรือไม่ได้รับการ

ดูแลรักษาตั้งแต่ในระยะแรก ซึ่งอาจเป็นเพราะไม่สามารถแบกรับภาระทางการเงินค่ารักษาพยาบาล และสาเหตุดังกล่าวกลายเป็นภาระทางการเงินแก่ผู้ให้บริการและสถานพยาบาลด้วย ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ โดยเป็นการเพิ่มต้นทุนของระบบ ต้องใช้ทรัพยากรมากขึ้นในการรักษาโรค และมีผลต่อการจัดสรรทรัพยากรภายในระบบโดยตรง อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจนที่สรุปถึงผลกระทบของการไม่มีหลักประกันสุขภาพในประชากรกลุ่มหนึ่งของประเทศต่อระบบสุขภาพในประเทศไทย

2.2.3 สิทธิประโยชน์

สิทธิประโยชน์ คือ บริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็น ซึ่งทุกคนจะได้รับความคุ้มครองอย่างเท่าเทียมกัน ภายใต้ระบบการประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานตามแนวทางการป้องกันและรักษาโรคที่เป็นแบบแผนและจรรยาบรรณของวิชาชีพ (<http://www.moph.go.th>) ได้มีการแบ่งประเภทของบริการด้านสุขภาพ ดังนี้

1. **การบริการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Promotive Care)** มุ่งเน้นให้มีสุขภาพทั้งทางกายและใจแข็งแรง หรือเติบโตโดยปราศจากโรคภัย ซึ่งเป็นการให้บริการแก่ประชาชนได้ทุกเพศทุกวัย ตั้งแต่ปฏิสนธิจนถึงวัยชรา การบริการเหล่านี้ ได้แก่ การวางแผนครอบครัว การอนามัยแม่และเด็ก โภชนาการ การอนามัยโรงเรียน ทันตสาธารณสุข การสอนสุขศึกษา การส่งเสริมสุขภาพจิต

2. **การบริการเพื่อป้องกันและควบคุมโรค (Preventive Care)** ได้แก่ การควบคุมโรคติดต่อต่าง ๆ เช่น การสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การเฝ้าระวังโรค เป็นต้น

ธนาคารโลกได้ระบุว่า “การลงทุนด้านส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เป็นการลงทุนที่คุ้มค่าที่สุด” ขณะที่ปัญหาของระบบสุขภาพในปัจจุบันมีการลงทุนไปมากแต่ได้รับผลตอบแทนทางสุขภาพน้อย และกล่าวว่าการใช้จ่ายด้านสาธารณสุขที่มีผลตอบแทนต่อการลงทุนสูง ได้แก่ การป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ แต่การจัดสรรงบประมาณของประเทศไทยส่วนใหญ่จะเน้นในเรื่องการรักษาพยาบาลที่มีผลตอบแทนต่อการลงทุนต่ำ ส่วนการลงทุนทางด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีสัดส่วนที่น้อยกว่า ดังจะเห็นได้จากการจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุขของรัฐ ในปี 2536-2539 กับการรักษาพยาบาล 2 เท่าของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยสัดส่วนของงบประมาณด้านการรักษาพยาบาลสูงถึงร้อยละ 55.78 ในขณะที่การส่งเสริมและป้องกันโรคมีเพียงร้อยละ 27.1 เท่านั้น (สถานภาพของแผนพัฒนาการสาธารณสุขในอดีต – ปัจจุบัน และทิศทางของแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ,2539)

3. **การบริการรักษาพยาบาล (Curative Care)** ซึ่งเป็นการให้บริการทั้งในและนอกสถานพยาบาล เป็นการบำบัดให้หายจากโรคภัยไข้เจ็บเมื่อเกิดการเจ็บป่วยแล้ว

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าปัจจุบันยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดเลยที่ให้สิทธิประโยชน์ในด้านการป้องกันโรคและการสร้างสุขภาพแก่ประชาชน

2.2.4 หลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน

หลักประกันสุขภาพของประเทศไทยที่เป็นอยู่ในปัจจุบันเป็นระบบที่ผสมรวมกันหลายอย่าง มีทั้งที่เป็นระบบตลาด คือ ให้สุขภาพเป็นสินค้าหรือบริการที่ประชาชนจะต้องควักกระเป๋าจ่าย เป็นระบบสังคมสงเคราะห์ เช่น โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย และเป็นระบบสวัสดิการที่จัดให้โดยรัฐ เช่น สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ เป็นต้น และระบบประกันภาคเอกชน เช่น การประกันสุขภาพภาคเอกชน เป็นต้น หรือ ระบบประกันสังคม เช่น โครงการประกันสังคม เป็นต้น ด้วยระบบแบบคละรวมนี้แม้จะทำให้คนไทยส่วนใหญ่คือ ราวร้อยละ 70 หรือประมาณ 40 ล้านคน ได้รับการคุ้มครองจากระบบประกัน หรือการสงเคราะห์ต่าง ๆ แต่ก็ยังมีคนไทยอีกเกือบ 20 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 30 ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดเลยยามเจ็บป่วย และไม่ได้รับการคุ้มครองสุขภาพใด ๆ กลุ่มคนเหล่านี้ ประกอบด้วย ชาวนา ชาวไร่ เกษตรกร ประมง คนว่างงาน คนทำงานอิสระ (ไร้สังกัด) อาชีพรับจ้าง แม่บ้าน แม่ค้า พ่อค้า คนยากไร้ (ที่ไม่สามารถพิสูจน์ตัวเองให้ผู้อื่นเชื่อได้ว่ายากไร้ ไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่มีบัตรประชาชน) (<http://www.moph.go.th>) ซึ่งประชาชนเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เป็นแรงงานนอกระบบทั้งสิ้น นานิค คัคควานี และเจริญจิตร โพธิ์ทอง (2542 : 13) ได้กล่าวว่าแรงงานที่มีรายได้ต่ำซึ่งส่วนใหญ่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพด้านรายได้ มักจะประสบภาวะการเจ็บป่วยสูงกว่าแรงงานกลุ่มอื่นๆ จึงควรได้รับการพิจารณาให้ความสำคัญเป็นพิเศษในการจัดบริการสวัสดิการด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะบริการด้านสาธารณสุข

ความพยายามในการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ ที่ผ่านมา ได้แก่

(1) **โครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย (สปร.)** ได้เริ่มขึ้นในปี พ.ศ.2518 และขยายเพิ่มออกไปครอบคลุมสู่เด็ก ผู้สูงอายุ นักเรียน และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลอื่น ๆ จนกระทั่งปัจจุบันอาจถือได้ว่า ในด้านปริมาณได้ครอบคลุมผู้มีรายได้น้อยทั้งหมดแล้ว แต่ในด้านคุณภาพ งบประมาณที่แท้จริงต่อหัวกลับลดลง นอกจากนี้ยังพบว่า สถานบริการสุขภาพในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งงบประมาณมีประสิทธิภาพน้อยกว่าสถานบริการนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสถานบริการสุขภาพนอกกระทรวงสาธารณสุข ปัญหาของโครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการจัดการ คือ การจัดสรรบัตรยังไม่ตรงกับกลุ่มเป้าหมาย เพราะพบว่ามีผู้ที่ไม่ยากจนจริงได้รับบัตรสงเคราะห์ แต่ผู้ยากจนจริงส่วนหนึ่งกลับไม่มีบัตร เป็นต้น การใช้บริการข้ามเขตของคนยากจน ก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ไม่สามารถจัดสรรงบประมาณตามขนาดของความยากจนในแต่ละพื้นที่ได้อย่างถูกต้อง (มัทนา พนานิรามัย และสมชาย สุขศิริเสรีกุล 2540 : 207)

(2) **โครงการบัตรสุขภาพด้วยความสมัครใจของกระทรวงสาธารณสุข** เพื่อสร้างหลักประกันด้านสุขภาพโดยระบบสมัครใจโดยที่ประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการจ่ายค่าบัตร ราคาบัตรละ 500 บาท สิทธิประโยชน์ที่ได้รับคือ การคุ้มครองสมาชิกในครอบครัวอีกไม่เกิน 5 คน และ

ได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่จำกัดประเภทค่าใช้จ่าย อย่างไรก็ตาม เนื่องจากหลักเกณฑ์ของการเข้าร่วมโครงการไม่เข้มงวดเรื่องระดับรายได้ จึงทำให้คนที่มีความฐานะดีกว่ามีโอกาสที่จะเข้าร่วมโครงการและได้รับประโยชน์จากการออกบัตรนี้มากกว่า

มัทนา พนานิรามัย และสมชาย สุขสิริเสรีกุล (2540 : 208) ได้กล่าวว่า โครงการบัตรประกันสุขภาพก็ยังไม่อาจครอบคลุมประชากรที่เหลือซึ่งยังไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพใดๆ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคกลางมีสัดส่วนของประชากรที่ยังไม่ถูกครอบคลุมสูงที่สุด ในขณะที่ภาคเหนือและภาคใต้มีการขายบัตรสุขภาพเกินกว่ากลุ่มประชากรเป้าหมาย

(3) **โครงการประกันสุขภาพ ภายใต้ พ.ร.บ. ประกันสังคม ใน พ.ศ.2533** ซึ่งใช้หลักประกันด้านสุขภาพเกี่ยวกับความเจ็บป่วยนอกงาน เป็นการประกันสุขภาพสำหรับสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป ให้สิทธิประโยชน์ครอบคลุมกรณีการเจ็บป่วย พิกัดคลอดบุตร และตาย สำหรับผู้ใช้แรงงาน แต่ทั้งนี้การครอบคลุมเป็นลักษณะเฉพาะตัวมิได้ครอบคลุมถึงบุตร ภรรยา และบิดามารดาด้วย

สุพัชรี รอดภัยปวง (2543 : 18) ได้กล่าวว่า การคุ้มครองแรงงานนอกระบบช่องทางหนึ่งคือผู้ที่เป็แรงงานในระบบที่อยู่ในสถานประกอบการ 10 คนขึ้นไปสามารถเข้ามาอยู่ในกองทุนได้ตามมาตรา 33 ช่องทางอื่นคือ ผู้ที่อยู่ในระบบมาก่อนและลาออกไปสามารถสมัครเข้ากองทุนเป็นผู้ประกันตนได้ แต่จะต้องสมัครภายใน 6 เดือนนับตั้งแต่วันที่สิ้นสุดการทำงาน แต่ละคนนั้นจะต้องเคยส่งเงินสมทบไม่น้อยกว่า 12 เดือน อย่างไรก็ตาม แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ไม่ได้รับสิทธิทางด้านประกันสังคมเนื่องจากไม่เคยได้รับสิทธิด้านประกันสังคมตามมาตรา 33 แต่ ในปี 2537 เริ่มมีการบังคับใช้การประกันตนโดยสมัครใจตามมาตรา 40 โดยกำหนดว่าใครก็ได้ที่มีอายุไม่ต่ำกว่า 15 ไม่เกิน 60 และตัวชี้วัดในการเข้าเป็นผู้ประกันตนนั้นจะต้องไม่เป็นโรคร้ายแรงระยะอันตราย พิษสุรา โรคเรื้อรัง หลักฐานที่ใช้คือบัตรประชาชน ใบสำคัญคนต่างด้าว สำเนาทะเบียนบ้าน ใบรับรองแพทย์ สถานภาพผู้สมัครจะสิ้นสุดเมื่อตาย หรือเมื่อเข้าสู่ระบบประกันสังคมปกติได้ ประโยชน์ทดแทนที่จะได้มี 3 เรื่อง คือ การคลอดบุตร ทูพพลภาพ ตาย **ยังไม่มีประกันสุขภาพ** (ไม่ครอบคลุมการคุ้มครองความเจ็บป่วย) ทั้งนี้ผู้ที่ไม่มีสวัสดิการคุ้มครองด้านสุขภาพอาจจะซื้อบัตรประกันสุขภาพราคา 500 บาท ต่อใบสำหรับ 5 คนได้ สำหรับการคลอดบุตรเบิกได้ ครั้งละ 4,000 บาท ใช้สิทธิไม่เกิน 2 ครั้ง ทูพพลภาพมีการจ่ายเงินทดแทน 50% ของค่าจ้างขั้นต่ำรายงานสูงสุด x 30 เป็นเวลา 15 ปี นับตั้งแต่วันที่แพทย์วินิจฉัย ในเรื่องการตายจะมีการจ่าย 100 เท่าของค่าจ้างรายวันสูงสุดให้กับผู้จัดการศพหรือผู้ที่ระบุ/คู่สมรส/บิดามารดา/บุตร ถ้าตายในอุบัติเหตุได้ประโยชน์ทดแทนทันที เงินสมทบมาตรา 40 เสียเป็นรายปี ต้องจ่ายเงินสมทบ 3 ส่วน (ไม่มีเงินสมทบจากนายจ้าง และรัฐบาล) คือ ปีละ 3,360 บาท หรือเดือนละ 280 บาท

อย่างไรก็ตาม ผู้ประกันตนโดยสมัครใจตามมาตรา 40 ซึ่งอาจรวมถึงกลุ่มแรงงานนอกระบบ ไม่ว่าจะเป็นกลุ่ม หาบเร่แผงลอย แรงงานภาคเกษตร แรงงานประมง และอื่น ๆ ก็ยังไม่ได้รับการคุ้มครองกรณีเจ็บป่วย

(4) สวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ

สวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ เป็นระบบประกันสุขภาพที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นสวัสดิการรักษายาพยาบาลแก่ข้าราชการที่เป็นลูกจ้างของทางราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ การได้รับสวัสดิการดังกล่าวตั้งอยู่บนพื้นฐานที่ว่าสิทธิประโยชน์นี้เป็นส่วนหนึ่งของสัญญาจ้าง (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541 อ้างใน วิจิตร ระวังศ์ และคณะ, 2543 : 3) การจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ รัฐบาล หรือรัฐวิสาหกิจแล้วแต่กรณีจะใช้จ่ายจากภาษีอากร (สุชาติ กิระนันท์, 2532 อ้างใน วิจิตร ระวังศ์ และคณะ, 2543 : 4) ประชาชนที่ได้รับสวัสดิการรักษายาพยาบาลประเภทนี้ประกอบด้วย 1. ข้าราชการ 2. พนักงานรัฐวิสาหกิจ 3. ลูกจ้างประจำ 4. ลูกจ้างชาวต่างประเทศ 5. ผู้ได้รับบำนาญปกติหรือบำนาญพิเศษ 6. บุคคลในครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตรโดยชอบด้วยกฎหมายที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ หรือบรรลุนิติภาวะแล้วแต่เป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ ซึ่งอยู่ในอุปการะเลี้ยงดูของผู้มีสิทธิได้รับสวัสดิการนี้ ไม่รวมบุตรบุญธรรมหรือบุตรซึ่งยกให้เป็นบุตรบุญธรรมของผู้อื่น โดยให้สิทธิในการรับสวัสดิการสำหรับบุตรเพียง 3 คน เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาพยาบาลที่จัดให้บุคคลดังกล่าวประกอบด้วย

1. ค่ายา ค่าเลือด และส่วนประกอบของเลือดหรือสารทดแทน ค่าน้ำยาหรืออาหารทางเส้นเลือด ค่าออกซิเจน และอื่น ๆ ทำนองเดียวกับที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค
2. ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซม
3. ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจ ค่าวิเคราะห์โรค
4. ค่าห้องและค่าอาหาร ตลอดเวลาที่ได้รับการรักษายาพยาบาล
5. ค่าตรวจสุขภาพประจำปี

(5) **หลักประกันเอกชน** เนื่องจากแรงผลักดันจากราคาค่าบริการของภาคเอกชน ทำให้การประกันสุขภาพในภาคเอกชน ทั้งในลักษณะที่เป็นส่วนหนึ่งของการประกันชีวิต หรือการประกันสุขภาพโดยตรง มีแนวโน้มขยายตัวสูงขึ้น และจะเป็นตลาดใหญ่ในอนาคต โดยเฉพาะกลุ่มผู้ที่มีรายได้ปานกลาง และรายได้สูง เพราะโดยปกติแล้วตลาดเอกชนจะไม่สามารถทำให้ผู้ยากไร้เข้าไปถึงบริการทางคลินิกที่จำเป็น หรือการประกันสุขภาพชนิดที่ต้องจ่ายค่าบริการด้วยได้

(6) **โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค** ในปี 2544 รัฐบาลได้จัดโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค เพื่อเป็นการสร้างหลักประกันให้แก่คนไทยที่ยังไม่มีสิทธิใด ๆ เลยให้สามารถเข้าใช้บริการสุขภาพได้โดยไม่ต้องวิตกกังวลเรื่องเงินทอง ซึ่งกลุ่มแรงงานนอกระบบก็คือกลุ่มเป้าหมายด้วยเช่นกัน

โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค (<http://www.moph.go.th>) หมายความว่า

ทุกคนที่เข้ารับบริการดูแลสุขภาพรวมทั้งการรักษาพยาบาลจะเสียค่าธรรมเนียม 30 บาท ต่อครั้ง ไม่ว่าจะนอนหรือไม่นอนโรงพยาบาลก็ตาม โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลเพิ่มเติม ซึ่งผู้มีสิทธิใช้บริการโครงการ 30 บาท คือ ทุกคนที่ยังไม่ได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลตามกฎหมาย หรือระเบียบอื่น ๆ ของรัฐอยู่ก่อนแล้ว ซึ่งผู้ที่ได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลอยู่แล้ว ได้แก่ ข้าราชการ และลูกจ้างประจำของรัฐ พนักงานของรัฐ และรัฐวิสาหกิจ รวมทั้งคนภายในครอบครัวที่มีสิทธิ ลูกจ้างในโครงการประกันสังคม ผู้มีบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ผู้มีบัตรสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล (บัตรสปร.) เช่น ผู้มีรายได้น้อย ผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล เด็กอายุ 0-12 ปี นักเรียนมัธยมต้น ผู้สูงอายุ 60 ปี ผู้พิการ และผู้นำศาสนา ทหารผ่านศึก ผู้นำชุมชน เป็นต้น และผู้มีสิทธิใช้บริการโครงการ 30 บาท ต้องมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในพื้นที่ที่กระทรวงสาธารณสุขจะได้ประกาศให้ทราบเป็นระยะ ๆ ดังเช่น เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2544 ได้เปิดบริการในพื้นที่ทดลอง 6 จังหวัด คือ พะเยา นครสวรรค์ ยโสธร ปทุมธานี สมุทรสาคร และยะลา เป็นต้น วันที่ 1 มิถุนายน 2544 ดำเนินการเต็มรูปแบบให้บริการได้ทั้งสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนอย่างน้อยใน 2 จังหวัด คือ เชียงใหม่ นครราชสีมา และประมาณว่าวันที่ 1 ตุลาคม 2544 – 1 เมษายน 2545 จะดำเนินการเต็มพื้นที่ส่วนใหญ่หรือทั้งหมดของประเทศ **สิทธิประโยชน์ ตามโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค คือ** ได้รับการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ซึ่งจำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตที่มีคุณภาพตามแนวทางการป้องกันและรักษาโรคที่เป็นแบบแผน ซึ่งกำหนดโดยสมาคมหรือสภาวิชาชีพนั้น ๆ ตามที่รัฐบาลจะได้ประกาศให้ทราบ (พัชรี รัฐกาญจน์, 2544 : 33) เช่น

- ตรวจรักษาโรคตั้งแต่ไข้หวัด ไข้หวัดใหญ่ จนถึงโรคหัวใจ ได้รับยารักษาโรคต่าง ๆ รวมทั้งคำแนะนำปฏิบัติตัว
- ล้างแผล เย็บแผล ผ่าตัด
- ฝากท้อง ทำคลอด ทำหมันและวางแผนครอบครัว
- ฉีดวัคซีนและเซรุ่มป้องกันโรคพื้นฐาน
- รักษาโรคพื้นต่าง ๆ ชูดหินปูน เคลือบฟลูออไรด์ ทำฟันปลอมที่ใช้ซ่อมแซมหรือใส่โครงเป็นฐาน ที่ทันตแพทย์เห็นว่าจำเป็นต่อการเคี้ยวอาหาร
- การตรวจเช็คร่างกายที่จำเป็นเพื่อให้การป้องกันและรักษาแต่เนิ่น ๆ เช่น การตรวจมะเร็งปากมดลูก และอื่น ๆ ที่จะประกาศให้ทราบ
- อวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซม
- ค่าห้องและค่าอาหาร ประเภทผู้ป่วยสามัญ

โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค เป็นนโยบายที่รัฐบาลต้องการให้คนไทยมีหลักประกันหรือมีความมั่นใจว่าเมื่อเจ็บป่วย ไม่สบายก็สามารถไปหาหมอเพื่อขอคำแนะนำ รับบริการตรวจรักษา

หรือแม้แต่ได้รับยาเพื่อเฝ้าระวังรักษาโรคโดยไม่ต้องกังวลในเรื่องค่ารักษาพยาบาลจนทำให้ขาดโอกาสรักษาตัว ทั้งนี้รัฐบาลจะเป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาลแทนให้ตามวิธีการที่จะได้กำหนด นอกจากนี้ยังมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่จะให้แต่ละคนตามความจำเป็น

(7) กองทุนเงินทดแทน

กองทุนเงินทดแทน เป็นกองทุนตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ.2537 เพื่อเป็นทุนในการจ่ายเงินทดแทนให้แก่ลูกจ้างแทนนายจ้าง เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย หรือถึงแก่ความตาย หรือสูญหายเนื่องจากการทำงานให้นายจ้าง

วัตถุประสงค์ของกองทุนเงินทดแทน

1. เพื่อให้ความคุ้มครองแก่ลูกจ้างที่ประสบอันตราย เจ็บป่วยด้วยโรคเนื่องจากการทำงาน ให้ได้เงินทดแทนโดยสะดวก และรวดเร็วเต็มตามสิทธิที่กฎหมายกำหนด โดยจ่ายเงินทดแทนแก่ลูกจ้างแทนนายจ้าง
2. เพื่อให้การบำบัดรักษาและส่งเสริมฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ลูกจ้างที่ประสบอันตรายจากการทำงาน ให้สามารถเลี้ยงชีพได้ด้วยตนเองโดยไม่เป็นภาระแก่สังคม
3. ให้การสนับสนุนและป้องกันเรื่องความปลอดภัยในการทำงานเพื่อลดการประสบอันตรายและการเจ็บป่วยจากการทำงาน

เงินสมทบ คือ เงินที่นายจ้างจ่ายสมทบเข้ากองทุนเงินทดแทน เพื่อใช้เป็นเงินทดแทนให้แก่ลูกจ้างและกฎหมายกำหนดให้นายจ้างเท่านั้นที่มีหน้าที่จ่ายเงินสมทบ ลูกจ้างไม่มีหน้าที่จะต้องจ่ายเงินสมทบด้วย นายจ้างจะหักเงินค่าจ้างของลูกจ้างมาจ่ายเป็นเงินสมทบไม่ได้

นายจ้าง หมายถึง ผู้มีหน้าที่จ่ายเงินสมทบ ได้แก่ นายจ้างที่ประกอบธุรกิจทุกประเภท ซึ่งเป็นนายจ้างที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป ทุกท้องที่ทั่วราชอาณาจักร และนายจ้างที่เคยมีลูกจ้าง 10 คน แม้ภายหลังจะมีไม่ครบ 10 คนก็ตาม ยกเว้น ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ กิจการเพาะปลูก ประมง ป่าไม้ และเลี้ยงสัตว์ซึ่งไม่ใช่ลูกจ้างตลอดปี และไม่มียานลักษณะอื่นรวมอยู่ด้วย กิจการโรงเรียนเอกชนตามกฎหมายว่าด้วยโรงเรียนเอกชน ยกเว้นเฉพาะครูหรือครูใหญ่ และกิจการที่ไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงกำไรทางเศรษฐกิจ

เงินทดแทน คือ เงินที่จ่ายเป็น ค่ารักษาพยาบาล ค่าทดแทน ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงานและค่าทำศพ เมื่อลูกจ้างประสบอันตราย เจ็บป่วยเป็นโรค ตาย/สูญหาย เนื่องจากการทำงาน

ลูกจ้าง หมายถึง ผู้ที่ทำงานให้นายจ้าง โดยได้ค่าจ้างเป็นค่าตอบแทนไม่ว่าจะได้รับเป็นรายเดือน รายวัน หรือตามผลงาน และหมายรวมถึงลูกจ้างทุกระดับ ตั้งแต่ ผู้อำนวยการ ผู้จัดการ พนักงาน ลูกจ้างในสำนักงาน และ หรือในโรงแรม ทั้งนี้ไม่รวมถึงลูกจ้างซึ่งทำงานเกี่ยวกับงานบ้านที่ไม่ได้มีการประกอบธุรกิจรวมอยู่ด้วย เช่น คนรับใช้ แม่บ้าน ที่ว่าจ้างเป็นการส่วนตัว

สำหรับลูกจ้างที่ไม่ได้อยู่ในข่ายคุ้มครองของกองทุนเงินทดแทน (สถานประกอบการที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คน) เมื่อประสบอันตราย เจ็บป่วย ด้วยโรคเนื่องจากการทำงานจะได้รับความคุ้มครองเช่นกัน โดยสำนักงานกองทุนเงินทดแทนจะดำเนินการวินิจฉัยออกคำสั่งให้นายจ้างจ่ายเงินทดแทนแก่ลูกจ้างตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ.2537

ถึงแม้ว่าปัจจุบันจะมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนหลายประเภท แต่ก็ยังไม่สามารถครอบคลุมประชาชนได้หมด โดยเฉพาะคนยากคนจนไม่ว่าจะเป็นประกันสังคมซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานของการจ้างงานมีปัญหาค่อนข้างมาก ทำให้คนยากคนจนที่ไม่ได้อยู่ในระบบการจ้างงาน แต่เป็นผู้ใช้แรงงานไม่ได้รับหลักประกันหรือสวัสดิการแรงงานต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นกองทุนเงินทดแทน หรือการประกันสังคมที่จัดให้สำหรับแรงงานที่มีลักษณะเป็นนายจ้างลูกจ้างที่ชัดเจน นอกจากนี้หลักประกันสุขภาพเอกชนเป็นการบริการสุขภาพที่มีค่าบริการที่สูงและเป็นภาระเกินความสามารถในการจ่ายของคนที่ไม่ใช่หลักประกันใด ๆ ในส่วนของหลักประกันที่รัฐบาลให้แก่ประชาชนทั่วไป คือโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย หรือที่เราเรียกกันทั่วไปว่า บัตร สปร. และบัตรสุขภาพโดยความสมัครใจก็ก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมในระบบบริการ นานัค คัควานี และเจริญจิตร โพธิ์ทอง (2542 : 22) กล่าวว่า ความเหลื่อมล้ำหรือความไม่เป็นธรรมในระบบบริการสาธารณสุข เป็นผลมาจากความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนกลุ่มต่าง ๆ โดยเฉพาะในกลุ่มคนยากจน การนำหลักการ “ผู้ให้บริการเป็นผู้จ่าย” เข้ามาในระบบบริการสาธารณสุข ได้สะท้อนให้เห็นว่าคนที่ปัญหาเจ็บป่วยมากก็ต้องรับภาระมากกว่าไม่ว่าจะมีความพร้อมในการชำระค่าใช้จ่ายหรือไม่ ฉะนั้นคนยากคนจนจึงมีโอกาสน้อยที่จะได้รับบริการหรือมิฉะนั้นก็อาจได้รับบริการที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการ อีกทั้งการขาดระบบการให้บริการโดยเสมอหน้า “Universal Health Coverage” จะส่งผลให้มีประชาชนอีกจำนวนไม่น้อยที่ไม่มีโอกาสได้รับบริการสาธารณสุขอย่างเพียงพอ และประมาณร้อยละ 30-50 ของประชากรทั้งประเทศยังไม่อยู่ภายใต้ระบบประกันสาธารณสุขรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งทั้งสิ้น และจะต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยลำพังตนเอง คนที่ยากจนอาจได้รับยกเว้น แต่ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์เป็นกรณีๆ ไป ซึ่งถือว่าเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ยังไม่มีการจัดการที่เป็นระบบ

2.3 ระบบบริการสุขภาพ

นายแพทย์ประเวศ วะสี (2543 : 22) ได้กล่าวว่า ระบบบริการสุขภาพ คือ ระบบดูแลสุขภาพ ระบบบริการที่ดีมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการปรับสภาพสุขภาพให้ไปสู่ความเป็นปกติหรือการมีสุขภาพดี ดังนั้น ระบบบริการสุขภาพที่ดีมีลักษณะ 3 ประการคือ 1) มีความเป็นธรรม 2) มีคุณภาพ และ 3) มีประสิทธิภาพ

มีความเป็นธรรม หมายถึง ระบบที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่คำนึงถึงฐานะ และต้องไม่ใช่เข้าถึงบริการที่เลวเหมือนกัน แต่ต้องเป็นบริการที่มีคุณภาพ

ทั้งคุณภาพความมีน้ำใจ คุณภาพความสุจริตใจ และคุณภาพความถูกต้องทางวิชาการ เป็นที่วางใจและเชื่อถือใจของประชาชน อันทำให้เกิดความไว้วางใจและความสบายใจ ไม่ใช่มีความหวาดวิตกว่าคุณภาพจะไม่ดี หรือกลัวจะถูกหลอก ส่วนประสิทธิภาพนั้น หมายถึง ระบบบริการที่ให้ผลคุ้มค่า

นายแพทย์ประเวศ วะสี ยังได้กล่าวว่า การพัฒนาสาธารณสุขที่ผ่านมา ได้มีผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขและสุขภาพของคนไทย

นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ (2539:16) ได้กล่าวถึงระบบบริการสาธารณสุข ดังนี้

1) คุณภาพของบริการ จากการพัฒนาสาธารณสุขที่ผ่านมามุ่งเน้นการขยายสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐให้ครอบคลุมพื้นที่ในส่วนภูมิภาค ดังนั้น คุณภาพของบริการโดยเฉพาะความพึงพอใจของระบบบริการยังคงเป็นปัญหาอยู่ นอกจากนี้ยังขาดความคล่องตัวในระบบการส่งต่อผู้ป่วย

2) การกระจายของสถานบริการ การขยายตัวของสถานบริการสาธารณสุขภาคเอกชนในปัจจุบันมีอัตราสูงมากและสูงกว่าภาครัฐ ทั้งนี้เนื่องจากรัฐได้มีนโยบายส่งเสริมการลงทุน (BOI) นโยบายการส่งเสริมการเงินเสรี การขยายตัวของสินเชื่อเพื่อการลงทุนด้านสุขภาพมีมากขึ้น แต่การเจริญเติบโตของโรงพยาบาลเอกชนยังคงกระจุกตัวในกรุงเทพมหานครเป็นส่วนใหญ่ และมุ่งเน้นการให้บริการรักษายาบาลเป็นส่วนใหญ่ การเพิ่มขึ้นของสถานบริการสาธารณสุขภาคเอกชนทำให้มีการแข่งขันในเรื่องของการให้บริการที่รวดเร็ว สะดวก และการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย

อย่างไรก็ตาม การเติบโตอย่างรวดเร็วของภาคเอกชนนี้นำไปสู่ปัญหาความขัดแย้งในเรื่องราคาค่าบริการ คุณภาพบริการ และการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ราคาแพงอย่างไม่เหมาะสม รวมทั้งเพิ่มความเหลื่อมล้ำในการกระจายทรัพยากรสุขภาพด้วย ทั้งนี้เป็นไปโดยขาดระบบหรือกลไกที่จะกำกับดูแลให้เกิดความสมดุลอย่างมีประสิทธิภาพ

3) การเข้าถึงบริการ แม้ว่าโครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสาธารณสุขจะครอบคลุมไปทั่วประเทศ แต่ยังคงมีความไม่เท่าเทียมกันของการเข้าถึงบริการ ยังมีประชาชนผู้ยากไร้และด้อยโอกาสในสังคมจำนวนหนึ่ง ยังไม่มีหลักประกันและไม่สามารถเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานได้ เช่น เกษตรกร ชาวประมง ผู้ใช้แรงงานในโรงงานขนาดเล็กหรือในครอบครัว ซึ่งก็จัดอยู่ในกลุ่มแรงงานนอกระบบที่ได้รับผลกระทบด้วยเช่นกัน

นายแพทย์หทัย ชิตานนท์ (2537:155) ได้กล่าวถึงความไม่เท่าเทียมกันว่า ประชาชนผู้ยากไร้เข้าไม่ถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน อีกทั้งยังได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพต่ำ งบประมาณของรัฐถูกใช้ไปอย่างไม่ได้สัดส่วนเพื่อประโยชน์ของผู้มีฐานะดีในรูปของการรักษายาบาลฟรี หรือการรักษายาบาลที่จ่ายต่ำกว่าต้นทุนในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของรัฐ ซึ่งมีความทันสมัยและมีระบบทดแทนต่อการประกันสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน

สำหรับในด้านการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า รัฐยังลงทุนในด้านการส่งเสริมสุขภาพในสัดส่วนที่น้อย เมื่อเทียบกับบริการด้านการรักษายาบาล นอกจากนี้การขาดแนวคิดด้าน

สุขภาพที่ถูกต้องของนักการเมืองและข้าราชการประจำระดับสูง รวมทั้งการขาดการบูรณาการในระหว่างหน่วยงานของภาครัฐ และระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ทำให้การดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร สถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น สะท้อนให้เห็นถึงระบบบริการสุขภาพที่พึงต้องให้ความสนใจ

2.3.1 การบริการสาธารณสุข

ในด้านบริการสาธารณสุขนั้น ได้มีการแบ่งระดับการให้บริการสาธารณสุข (Level of Care) เป็น 5 ระดับ คือ (สุวิทย์ วิบุลยผลประเสริฐ, 2542 : 195-196)

1) การดูแลสุขภาพด้วยตนเองในระดับครอบครัว (Self Care Level) หมายถึงการพัฒนาศักยภาพให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเอง รวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย อันได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ภายหลังการเจ็บป่วยและหรือเมื่อมีความพิการเกิดขึ้น ซึ่งการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชนนับเป็นมาตรการเสริมการจัดบริการสาธารณสุขมูลฐาน

2) การบริการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care Level) หมายถึง การบริการสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยประชาชนด้วยกันเองและสามารถจัดทำได้ในระดับชุมชนเป็นการฟื้นฟูสภาพวิทยาการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่ใช้ไม่สูงมากนัก ซึ่งจะเหมาะสมและสอดคล้องกับขนบธรรมเนียมและความต้องการของชุมชน การบริการสาธารณสุขในระดับนี้ ผู้ให้บริการคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรืออาสาสมัครประเภทอื่นที่เป็นประชาชนด้วยกันเองไม่ใช่เจ้าหน้าที่ของรัฐ การบริการระดับนี้จะมีความเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขอื่น ๆ อย่างมาก

3) การจัดบริการสาธารณสุขระดับต้น (Primary Care Level) เป็นการจัดการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเภทต่าง ๆ และแพทย์ทั่วไปประกอบด้วยหน่วยบริการดังนี้ คือ

- สถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช.) เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขระดับหมู่บ้าน ซึ่งจัดตั้งขึ้นเฉพาะพื้นที่ที่กั้นดงห่างไกล เข้าถึงบริการได้ยาก ครอบคลุมประชากรประมาณ 500-1,000 คน มีพนักงานสุขภาพชุมชน (พสช.) ปฏิบัติงาน (สถานภาพเป็นลูกจ้างประจำของกระทรวงสาธารณสุข) การให้บริการจะเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งการรักษาพยาบาลง่าย ๆ เบื้องต้น

- สถานีอนามัย (สอ.) เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขระดับตำบลหรือระดับหมู่บ้านทั่วไปที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด (First Line Service) ครอบคลุมประชากรประมาณ 1,000 –5,000 คน มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานประจำ คือ พนักงานอนามัย ผดุงครรภ์ พยาบาลเทคนิค (จบการศึกษาจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีย์) ทันตภิบาล พยาบาลวิชาชีพ

และนักวิทยาศาสตร์สุขภาพ บรรจุเข้าทำงานในสถานเฝ้าระวัง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดำเนินการจะอยู่ภายใต้การกำหนดมาตรฐานการนิเทศงานและการสนับสนุนทางวิชาการจากโรงพยาบาลชุมชน

- ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล แผนกผู้ป่วยนอกทั่วไปของโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งรัฐและเอกชน ทุกระดับ ตลอดจนคลินิกเอกชน เป็นการบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป โดยแพทย์และบุคลากรระดับวิชาชีพ

4) การจัดบริการสาธารณสุขในระดับกลาง (Secondary Care Level) เป็นการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ดำเนินการโดยแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญสูงปานกลาง ประกอบด้วยหน่วยบริการทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก ดังนี้

- โรงพยาบาลชุมชน(รพช.) เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขที่ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับอำเภอ หรือกิ่งอำเภอ มีเตียงสำหรับผู้ป่วยตั้งแต่ 10 เตียงขึ้นไปจนถึง 150 เตียง ครอบคลุมประชากรตั้งแต่ 10,000 คนขึ้นไป มีแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ ปฏิบัติงานประจำ การให้บริการจะเน้นหนักในด้านการรักษาพยาบาลมากกว่าสถานบริการในระดับต้น

- โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลขนาดใหญ่อื่นๆของรัฐ โรงพยาบาลทั่วไปเป็นโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในระดับจังหวัดหรืออำเภอขนาดใหญ่มีขนาดและจำนวนเตียงผู้ป่วยตั้งแต่ 200-500 เตียง โรงพยาบาลศูนย์ คือ โรงพยาบาลในระดับจังหวัดที่มีขนาดเกิน 500 เตียงขึ้นไป และมีแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ ครบถ้วน

- โรงพยาบาลเอกชนที่ดำเนินการโดยธุรกิจ มีแพทย์มาปฏิบัติงานประจำหรือมาทำงานนอกเวลาทำงาน ประชาชนต้องเสียค่าบริการ

5) การจัดบริการสาธารณสุขระดับสูง (Tertiary Care) เป็นการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขอื่น ๆ ที่ต้องปฏิบัติงานโดยผู้เชี่ยวชาญพิเศษ ประกอบด้วยหน่วยบริการ คือ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ ซึ่งมีแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ ครบถ้วน ส่วนมากเป็นโรงพยาบาลเอกชน ขนาดมากกว่า 100 เตียง

นอกจากการจัดบริการทั้ง 5 ระดับดังกล่าวแล้ว ยังมีสถานบริการสาธารณสุขภาคเอกชนอื่น ๆ อีก เช่น ร้านขายยา และสถานบริการอื่น ๆ ของทางราชการที่ไม่ได้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลของกรุงเทพมหานคร

การแบ่งระดับสถานบริการออกเป็นระดับต่าง ๆ นี้ เป็นการแบ่งคร่าว ๆ แต่ในทางปฏิบัติตามความเป็นจริงแล้ว สถานพยาบาลระดับสูง ๆ ก็มักจะมีระดับต้นปนอยู่ด้วยเสมอ

2.3.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้บริการสาธารณสุข

การดำเนินงานด้านสาธารณสุขเมืองคักรต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วม ดังนี้ (สุวิทย์ วิบุลยผลประเสริฐ, 2542 : 191-193)

1. องค์การภาครัฐ

1.1 หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบสุขภาพอนามัยของคนไทยทั่วประเทศ

กระทรวงสาธารณสุข เป็นองค์กรที่รับผิดชอบในการส่งเสริม สนับสนุน ควบคุม และประสาน กิจกรรมทุกประเภทที่เกี่ยวกับสุขภาพทั้งกายและจิต ตลอดจนความเป็นอยู่ของประชาชนและการ จัดให้บริการสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนชาวไทยมีสุขภาพสมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ และมีอายุยืนนาน ไม่เสียชีวิตก่อนถึงวัยอันสมควร

1.2 หน่วยงานภาครัฐที่สนับสนุนดำเนินกิจกรรมทางด้านสาธารณสุข ได้แก่

1.2.1) หน่วยงานภาครัฐที่ให้บริการด้านสุขภาพ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ทบวง มหาวิทยาลัย กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงกลาโหม

1.2.2) หน่วยงานภาครัฐที่ดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวกับทางด้านสาธารณสุข เช่น สิ่งแวดล้อม คนงาน เด็กและสตรี ได้แก่ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม กระทรวงเกษตรและ สหกรณ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม กระทรวงศึกษาธิการ

1.2.3 หน่วยงานภาครัฐที่ช่วยสนับสนุนให้การดำเนินงานด้านสาธารณสุขเป็นไปด้วย ความสำเร็จและมีประสิทธิภาพและบรรลุประสิทธิผล ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ (สนับสนุนด้านแผนงาน) สำนักงานปรมาณู (สนับสนุนด้านงบประมาณ) สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (สนับสนุนด้านกำลังคนสาธารณสุข) กรมวิเทศสหการ (สนับสนุนด้านความช่วยเหลือต่างประเทศ) สำนักงานสถิติแห่งชาติ (สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร) สภาวิจัย (สนับสนุนการวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข)

1.2.4 หน่วยงานภาครัฐที่รับผิดชอบสนับสนุนเพื่อบริการสุขภาพเฉพาะกลุ่ม ได้แก่ สำนักประกันสังคม / กรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์

2. องค์กรเอกชนที่ไม่มุ่งกำไร

องค์กรเอกชนที่ไม่มุ่งกำไรที่ดำเนินกิจกรรมทางด้านสาธารณสุข (NPO-NON-for Profit Organization) ในประเทศไทยมีประมาณ 375 องค์กร ซึ่งองค์กรเหล่านี้โดยทั่วไปจะมีลักษณะเป็น มูลนิธิ หรือสมาคมฯ ซึ่งจะต้องไปจดทะเบียนกับกระทรวงศึกษาธิการ คณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ และ/หรือ กระทรวงมหาดไทย จึงจะเป็นองค์กรที่เป็นนิติบุคคลแต่ก็มีองค์กรเอกชนเล็ก ๆ บางแห่งที่ไม่ได้ จดทะเบียนเป็นนิติบุคคล เช่น ชมรมแพทย์ชนบท กลุ่มศึกษาปัญหาฯ เป็นต้น

ที่ผ่านมาองค์กรเอกชนเหล่านี้ได้ช่วยให้เป้าหมายการพัฒนาสาธารณสุขบรรลุอย่างได้ผล ดีหลายกรณี เช่น การวางแผนครอบครัว การสุขภาพิบาล การอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งการบริการ สุขภาพด้วย

3. องค์กรเอกชนมุ่งทำไร

ภาคธุรกิจเอกชนมีบทบาทด้านสุขภาพอย่างจริงจัง เมื่อ 100 ปีมานี้เอง เนื่องจากรัฐไม่สามารถจัดบริการ สาธารณสุขให้ครอบคลุมเพียงพอและมีคุณภาพเป็นที่พอใจของประชาชนทุกคนได้ ภาคธุรกิจเอกชนจึงได้เริ่มมีบทบาทในการให้บริการทางการแพทย์ในรูปของโรงพยาบาล เอกชน คลินิกเอกชน โดยเฉพาะการที่รัฐมีบทบาทการส่งเสริมการลงทุนในกิจการสถานพยาบาลเอกชน ทำให้โรงพยาบาลเอกชนขยายตัวมาก และมีความสามารถอยู่ในระดับทัดเทียมกับโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งโรงพยาบาลเอกชนและคลินิกเอกชนต้องอยู่ภายใต้การควบคุมของกองการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 นอกจากนี้ภาคเอกชนยังมีความบทบาทในการผลิตกำลังคนด้วย แต่ยังไม่มากนัก

เนื่องจากวิกฤตเศรษฐกิจ ทำให้โรงพยาบาลเอกชนเหล่านี้มีหนี้เพิ่มขึ้นทันทีกว่า 2 หมื่นล้านบาท และมีภาระดอกเบี้ยที่ค่อนข้างสูง ประกอบกับรายได้ที่ลดลง จึงมีการปรับตัวกัน หลายเครือข่ายจะต้องขายให้แก่กลุ่มทุนต่างชาติไปในที่สุด

2.4 การปฏิรูปหลักประกันสุขภาพ

การจัดการที่มีประสิทธิภาพเป็นหัวใจสำคัญของการจัดหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบ

2.4.1 หลักประกันสุขภาพที่คนไทยต้องการ

หลักประกันสุขภาพที่คนไทยต้องการ ควรเป็นหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งในด้านการป้องกัน การรักษา และการส่งเสริมสุขภาพ หลักประกันสุขภาพดังกล่าวจะต้องให้สิทธิที่เท่าเทียมแก่ประชาชน และประชาชนทุกคนสามารถไปใช้สิทธิหรือเข้าถึงบริการได้ การสัมมนาระดับชาติเรื่องระบบสุขภาพ : เมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม 2543 จัดโดย สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับคุณลักษณะของระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการคือ “ระบบสุขภาพที่เปลี่ยนจากซ่อมแซมสุขภาพมาเป็นการสร้างสุขภาพ กล่าวคือ เน้นที่การป้องกันมากกว่าการรักษา จะต้องเป็นระบบสุขภาพที่มีทางเลือกหลากหลาย รวมทั้งเป็นระบบที่คนไทยทุกคนมีสิทธิในการมีสุขภาพดีสามารถเข้าถึงบริการและข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขอย่างเท่าเทียม”

2.4.2 หลักประกันสุขภาพของคนไทยในอนาคต : กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จากผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนของสำนักวิจัยเอแบคโพล์ ได้แสดงความคิดเห็นว่า หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ หลักประกันที่ประชาชนทุกคนได้รับบริการที่จำเป็นจริงๆ อย่างมีมาตรฐานเท่าเทียมกัน บ้างก็ให้ความหมายว่า ประชาชนทุกคนได้รับบริการสุขภาพฟรี บ้างก็กล่าวว่าคือการที่ประชาชนทุกคนต้องซื้อประกันสุขภาพ และได้ระบุว่ามากกว่าร้อยละ 90 เห็นด้วยที่

รัฐบาลควรมีหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนทุกคนทั่วประเทศ (สำรวจเมื่อวันที่ 15 ก.พ. – 10 มี.ค. 2543) รัฐบาลและภาคประชาชนพยายามที่จะแก้ไขปัญหาของระบบสาธารณสุข เพื่อให้สามารถครอบคลุมหลักประกันด้านสุขภาพแก่ประชาชนทุกคน (Universal Coverage) และได้รับสิทธิที่เท่าเทียมกันในการรับบริการสุขภาพ โดยร่วมกันคิดว่าควรมีระบบประกันสุขภาพ แต่จะมีระบบเดียว หรือกองทุนเดียว ซึ่งครอบคลุมคนไทยทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน

อย่างไรก็ตาม จะต้องมียกเว้นหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งมีระบบการจัดการเงินที่รัดกุมและมีระบบที่ประกันว่ากองทุนจะไม่เสียหายจากภาวะเศรษฐกิจของประเทศ การมีกองทุนนี้ในอนาคตจะทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนโดยรวมลดลง ค่าใช้จ่ายของประเทศก็ลดลง เกิดเป็นผลดีต่อการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ(<http://www.moph.go.th>) อีกทั้งคนยากไร้ไม่มีเงินสามารถเข้าถึงบริการที่มีมาตรฐานเดียวกันได้ โดยหลักการเฉลี่ยทุกข์ เฉลี่ยสุข คนรวยช่วยคนจน คนไม่ป่วยช่วยคนป่วย

นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2538) ได้เสนอให้จัดตั้งกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น โดยการปรับโครงการประกันสุขภาพและสวัสดิการที่มีอยู่ทั้งหมดในปัจจุบันให้เป็นเอกภาพกัน โดยใช้งบประมาณของโครงการที่มีอยู่ปัจจุบันมารวมกัน สมทบด้วยงบประมาณจากภาษีสุขภาพ หรือภาษีอื่น ๆ เช่น ภาษีบุหรี่ ภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภาษีส่วนบุคคล สำหรับผู้ที่ไม่ใช่หลักประกันสุขภาพทางใดทางหนึ่งเลย กองทุนรวมนี้จะทำหน้าที่สำรองเพื่อซื้อบริการจากสถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน โดยมีข้อผูกมัดในการให้บริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นแก่ประชาชน ประชาชนทุกคนจะมีสิทธิที่จะเลือกสถานพยาบาล หรือเครือข่ายสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนที่ตนเองพอใจ วิธีนี้จะก่อให้เกิดความเท่าเทียมกันของระบบประกันและสวัสดิการด้านสุขภาพของประเทศอย่างมาก เนื่องจากประชาชนจะได้รับหลักประกันจากรัฐโดยเท่าเทียมกัน และสามารถบริหารเงินได้อย่างมีประสิทธิภาพเพราะเป็นการซื้อบริการเป็นกลุ่มใหญ่ ขณะเดียวกันการกำกับดูแลคุณภาพก็จะเป็นไปได้ดีด้วย เพราะต้องให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

2.4.3 การจัดการหลักประกันสุขภาพที่ดี จะต้องมียกเว้นประกอบ คือ

1. ให้ทรัพยากรได้อย่างประหยัดคุ้มค่าที่สุด (แต่ไม่ลดมาตรฐานของบริการ)
2. ให้ประชาชนสะดวกในการเข้าไปใช้บริการ (เข้าถึงง่าย ใกล้บ้าน มีทางเลือก)
3. จัดการระบบไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อน ยุ่งยาก ทั้งกับประชาชนและผู้ให้บริการรักษาพยาบาล
4. มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเพื่อลดการเจ็บป่วยของประชาชน และทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมของประเทศลดลง
5. กำหนดวิธีการตรวจสอบที่รัดกุม กำหนดผู้ตรวจสอบในระบบ ประชาชนควรมีส่วนร่วมในการตรวจสอบ และควบคุมกำกับบริการ

6. กำหนดบทบาทของผู้ดูแลกองทุน ผู้ให้บริการและผู้ให้บริการรักษาพยาบาลอย่างชัดเจน
7. ใช้เทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการระบบไม่ว่าจะเป็นการจัดสรรงบประมาณ การจ่ายเงิน การตรวจสอบ และการพัฒนาคุณภาพของบริการ
8. กำหนดวิธีการจ่ายเงินกับผู้ให้บริการ ต้องเป็นวิธีที่สามารถตรวจสอบและกำกับให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล ป้องกันไม่ให้ผู้ให้บริการสั่งรักษาอย่างไม่เหมาะสม มากไป น้อยไป เพราะหวังเงินจากกองทุน

2.4.4 ยุทธศาสตร์การพัฒนาหลักประกันสุขภาพ

ยุทธศาสตร์การพัฒนาหลักประกันสุขภาพ จะต้องมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติกับการปฏิรูประบบสุขภาพที่ได้กำหนดไว้ 7 ประการ คือ (จรัส สุวรรณเวลา 2543 : 32-60)

ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างความเข้าใจความหมายของสุขภาพไทยแก่ประชาชนและผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายโดยมองระบบสุขภาพให้เป็นองค์รวม มองปัจจัยทางสังคมที่กำกับระบบบริการสุขภาพ ซึ่งต้องพิจารณาระบบการปกครอง การวางนโยบายและปทัสถานของสังคม รวมถึงการออกกฎหมายและการรักษากฎหมาย การกำกับดูแลระบบบริการให้เหมาะสมโดยรัฐ หรือโดยองค์กรสังคม ระบบการเงินเพื่อใช้จ่ายในบริการสุขภาพด้านต่าง ๆ โดยผ่านระบบภาษี ระบบประกันสุขภาพแบบต่าง ๆ ระบบการสะสมทรัพย์สินส่วนบุคคล และระบบการคุ้มครองผู้บริโภค รวมทั้งการให้ความรู้ข้อมูลแก่ประชาชนไปจนถึงระบบการจัดการความขัดแย้งต่าง ๆ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 สร้างสัมมาทิฐิ หรือเกณฑ์สุขภาพที่พอเพียงสำหรับตน ทั้งนี้บุคคล ครอบครัว กลุ่มบุคคล และชุมชน จะต้องวางเกณฑ์สุขภาพที่พอเพียงและเหมาะสม ซึ่งอาจแตกต่างกัน ขณะเดียวกันในระดับชาติก็ต้องมีเกณฑ์สุขภาพที่พอเพียง ส่วนหนึ่งเป็นเกณฑ์ขั้นต่ำที่ประชาชนในชาติควรได้รับโดยมีระดับความมั่นคงทางสุขภาพ คือ ต้องไม่ตายถ้าไม่จำเป็นต้องตาย ไม่ป่วยถ้าไม่จำเป็นต้องป่วย ไม่พิการถ้าไม่จำเป็นต้องพิการ เมื่อเจ็บป่วย พิกการ ก็ได้รับการดูแล บำบัดปัดเป่าตามเกณฑ์ที่พอเพียง

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ปรับบทบาทของรัฐให้เหมาะสม

กลไกในการวางนโยบายและการกำกับดูแล ตลอดจนการจัดบริการให้มียุทธศาสตร์ที่เป็นเอกภาพ แต่ให้เกิดรูปแบบที่หลากหลายในเชิงปฏิบัตินั้นเป็นหัวใจหลักของการปฏิรูประบบสุขภาพ

ประเทศไทยยังไม่มีเอกภาพในเรื่องการวางนโยบายระดับชาติ ไม่มีนโยบายและแผนระดับชาติด้านสุขภาพ มีแต่แผนกระทรวงสาธารณสุข ไม่มีองค์กรใดดูแลนโยบายของชาติด้านการบริการสุขภาพและการออกกฎหมายระเบียบข้อบังคับ แต่ละกระทรวงมีแผนของตนเอง ขาดการประสานแผน

กระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านมาทำหน้าที่ในการจัดหาและเป็นหน่วยหลักในการให้บริการ และผู้นำเทคโนโลยีมาয়าระดับการป้องกันและรักษาโรค ส่วนบทบาทด้านการกำกับดูแล

การให้บริการ กระทำในขอบเขตจำกัด ส่วนภาคเอกชนได้เข้ามาแบ่งบทบาทในการจัดและให้บริการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพและมีการขยายตัวมากขึ้นไป ทำให้เกิดการสร้างความต้องการเทียมและกระตุ้นจนเกิดความฟุ้งเฟ้อในการให้บริการ

การปรับเปลี่ยนบทบาทกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นผู้กำหนดนโยบายและกำกับดูแลแทนที่จะเป็นผู้ให้บริการ หรือการจัดตั้งสภาสุขภาพแห่งชาติเป็นทางเลือกใหม่ การมีระบบข้อมูลที่เหมาะสมเพียงพอจะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบายและวางแผน การเฝ้าระวังและประเมินกิจกรรมต่าง ๆ ของภาครัฐและภาคเอกชน ตลอดจนการเตือนภัยล่วงหน้า การสร้างเครือข่ายกับองค์กรภายนอก การกำกับดูแลระบบสุขภาพของชาติ จำเป็นต้องมีแนวคิดหรือนโยบายหลักที่เป็นความเชื่อหรือค่านิยมในการกำกับการดำเนินการและกฎระเบียบต่าง ๆ

การกระจายความรับผิดชอบในการให้บริการไปยังหน่วยงานในภาคเอกชน กิจการสาธารณกุศล สาธารณประโยชน์ หรือกิจการเชิงธุรกิจ โดยรัฐให้การส่งเสริมสนับสนุน ลดการผูกขาด เปิดโอกาสให้มีการแข่งขันโดยเสรี แต่อยู่ในกรอบความถูกต้อง

มีการกำหนดอำนาจหน้าที่ที่ชัดเจน มีฐานข้อมูล ตลอดจนศักยภาพในการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ปรับการบริหารจัดการและโครงสร้าง รวมทั้งพัฒนาการปกครองที่ดีของสถานบริการและโรงพยาบาลของรัฐ

เมื่อปรับบทบาทของกระทรวงให้มีหน้าที่วางนโยบายและกำกับดูแลระบบสุขภาพของประชาชนในชาติทั้งหมดแล้ว ต้องดูแลระบบบริการทุกส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน โดยต้องปรับบริการภาครัฐให้สามารถผสมผสานบทบาทในฐานะองค์กรของรัฐในการแก้ปัญหาที่ตรงตามความจำเป็นของชุมชน บริการภาครัฐจึงเป็นบริการเสริมที่ช่วยเติมช่องว่างที่เกิดขึ้นในระบบสุขภาพ ทำให้บรรลุเป้าหมายของความเสมอภาค ตลอดจนวางกฎเกณฑ์อันพึงประสงค์เป็นแบบอย่างที่เหมาะสม เป็นกลไกถ่วงดุลในระบบบริการ ตลอดจนสร้างประสิทธิภาพและคุณภาพของบริการ และการควบคุมค่าใช้จ่ายของบริการ โดยที่กระทรวงสาธารณสุขยังต้องเป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขหลักหรือ Essential Public Health เช่น การควบคุมโรคระบาด บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับพื้นฐาน เป็นต้น

การปรับบทบาทหน้าที่ โครงสร้างสถานบริการของรัฐด้วยความจำกัดของทรัพยากรที่รัฐสามารถจัดสรรให้ได้ และความจำเป็นที่ขยายตัวขึ้นอย่างมาก ประกอบกับกระแสประชาธิปไตย และการได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างทั่วถึง ทำให้จำเป็นต้องปรับการบริหารจัดการให้ดีขึ้น โดยต้องพิจารณาถึงเป้าหมายของการปฏิรูปสถานบริการของรัฐให้ดีขึ้น แล้ววางโครงสร้างการกำกับดูแล และการปกครองที่ดีให้เกิดขึ้น ซึ่งจะส่งผลดีต่อบริการที่ประชาชนจะได้รับ ทั้งนี้ยังต้องมีการศึกษาและพัฒนาเพื่อค้นหารูปแบบที่เหมาะสมต่อไป

สถานบริการและโรงพยาบาลของรัฐที่มีการปรับโครงสร้างการบริหารจัดการจะมีประชาชนและผู้แทนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนช่วยในการบริหารงานและสร้างความสัมพันธ์กับกิจการอื่น ๆ ของท้องถิ่น ซึ่งอาจส่งผลดีในด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ด้วย

การปกครองที่ดีขององค์กรอิสระต้องสามารถวางระบบบริหารงานภายในที่คิดว่าเหมาะสมเองได้ ทั้งระบบเงินและระบบบริหารงานบุคคล แต่ต้องสามารถรักษาความเป็นองค์กรของรัฐไม่ใช่องค์กรธุรกิจไว้ให้ได้

เครื่องชี้วัดการบริหารจัดการที่ดี 4 ประการ คือ

ประการที่ 1 ผลสัมฤทธิ์ตามพันธกิจหรือเป้าหมายขององค์กรว่าเป็นอย่างไร ผลสัมฤทธิ์วัดได้จากความพอใจของผู้เกี่ยวข้อง (ผู้รับบริการ) เช่น ในฐานะโรงพยาบาลของรัฐต้องรักษาความเสมอภาคในการให้บริการแก่ผู้ด้อยโอกาสเป็นเป้าหมายสำคัญ

ประการที่ 2 ประสิทธิภาพหรือการเกิดผลได้โดยใช้ทรัพยากร เวลา และความยากลำบากน้อยที่สุด ทั้งนี้จะวัดได้จากความสุข ความพอใจของบุคคลที่ประกอบเป็นประชาคมในองค์กร นอกจากนี้คุณวุฒิ คุณภาพ การพัฒนาบุคคล และการใช้บุคคลก็มีความสำคัญต่อความสำเร็จขององค์กร

ประการที่ 3 ความคุ้มค่าของกิจการขององค์กร ซึ่งจะยืนยันความเหมาะสมในการลงทุน รวมทั้งความเหมาะสมในการจัดตั้งและคงอยู่ขององค์กร

ประการที่ 4 องค์กรที่มีสภาวะการเรียนรู้และความสามารถปรับปรุงตนเองและพัฒนาตลอดจนมีนวัตกรรมอยู่ตลอดเวลา

สรุปการปรับโครงสร้างการให้บริการสุขภาพที่มีความเป็นอิสระคล่องตัวมีความสัมพันธ์กับหน่วยงานอื่นในลักษณะเครือข่าย เพื่อประโยชน์หลายประการโดยเฉพาะการช่วยเหลือกันและกันเมื่อจำเป็น แบ่งงานกันทำเพื่อสร้างคุณภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 สร้างและส่งเสริมให้องค์การมหาชนและองค์การสังคมเข้ามามีบทบาทช่วยในการกำกับดูแลระบบบริการสุขภาพ การกำกับดูแลจะต้องกระทำอย่างกว้างขวางและละเอียดรอบคอบ ซึ่งเกินความสามารถของกระทรวงสาธารณสุข และเป็นการสิ้นเปลืองทรัพยากรในการบริหารจัดการ จำเป็นต้องสร้างเครือข่ายและกระจายหน้าที่ความรับผิดชอบ ขณะเดียวกันต้องมีความเป็นกลาง สามารถใช้ข้อมูลและหลักฐานที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์แก่สังคมโดยรวม มีผลในการส่งเสริมให้กิจการนั้น ๆ ดำเนินไปได้อย่างเหมาะสมควบคู่ไปกับการดูแลผลประโยชน์ของส่วนรวม และคุ้มครองผู้บริโภคด้วย

องค์กรสังคมและองค์กรวิชาชีพทั้งหลายจะมีบทบาทมากขึ้นโดยสามารถนำประเด็นเชิงสังคมโดยรวม และประเด็นพลวัตทางวิชาการเข้ามาใช้ในการพิจารณากำกับดูแลระบบสุขภาพ ทั้งนี้โดยจัดตั้งเป็นพหุภาคี

องค์การมหาชนที่ทำหน้าที่กำกับดูแลระบบบริการสุขภาพควรมีมากขึ้นและต้องมีการปกครอง การบริหารจัดการ และการดำเนินงานที่ดี มีความโปร่งใส ใช้เหตุผลอธิบายการตัดสินใจต่างๆ ได้

บทบาทหน้าที่ขององค์การมหาชน ควรมีบทบาทคือ (1) กำกับดูแลและส่งเสริมองค์การอิสระ (2) การให้ข้อมูลข่าวสารความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการแพทย์ ตลอดจนทางเลือกในการจัดการกับสุขภาพ (3) การกำกับดูแลและคุ้มครองผู้บริโภคให้พ้นจากการโฆษณา ให้ข้อมูลที่หลอกลวง และการกระทำที่ไม่เหมาะสม (4) การบำบัดขัดแย้งสร้างความเข้าใจอันดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ และระหว่างผู้เกี่ยวข้องต่าง ๆ และ (5) เสนอชี้แนะทางเลือกแก่สังคมเกี่ยวกับสุขภาพ ตลอดจนไปจนถึงการออกกฎหมายและมาตรการทางสังคมต่าง ๆ รวมทั้งมาตรการทางภาษีและสิ่งจูงใจต่าง ๆ ก็เป็นสิ่งที่จำเป็นมากขึ้นในอนาคต

ยุทธศาสตร์ที่ 6 ปรับระบบการเงินการคลังเพื่อสุขภาพให้มีมากแหล่งและเหมาะสมตามสภาพสังคม

ในอดีตที่ผ่านมา การมีหลักประกันสุขภาพหลายระบบทำให้การเงินเพื่อสุขภาพมีลักษณะสลับซับซ้อนและแยกเป็นส่วน ๆ ไม่สอดคล้องกัน จำเป็นต้องปรับระบบการเงินให้มีมาจากหลายแหล่งโดยให้เป็นไปอย่างยุติธรรม เหมาะสมกับสภาพสังคมและสอดคล้องกับนโยบายของชาติด้านสุขภาพ ซึ่งเน้นความเสมอภาค ครอบคลุมโอกาสการเข้าถึง และได้รับบริการอย่างถ้วนหน้า

งบประมาณแผ่นดิน เป็นแหล่งเงินหลักเพื่อสุขภาพมาจากการเก็บภาษีอากรของรัฐทั้งทางตรงและทางอ้อม แหล่งเงินเพื่อสุขภาพอื่น ๆ ที่เป็นทางเลือกได้แก่ (1) การเก็บภาษีในระดับท้องถิ่น และใช้งบประมาณท้องถิ่นในการจัดหาบริการสุขภาพ (2) จัดให้มีกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ แยกจากงบประมาณแผ่นดิน เป็นวิธีที่ช่วยไม่ให้เกิดความผันผวนจากสภาพการเงินของประเทศไทยที่ต้องใช้กองทุนรวมจำนวนมาก และรัฐอาจเก็บภาษีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมาเข้ากองทุน เช่น ภาษีอามขุม ภาษีโรงงานที่เป็นสาเหตุของมลพิษที่มีผลต่อการเสื่อมสุขภาพ เป็นต้น (3) การออมในขณะที่มีร่างกายแข็งแรงมีรายได้ เพื่อไว้ใช้จ่ายเมื่อเจ็บป่วย หรือสูงอายุขึ้นไม่สามารถทำงานได้ อาจเป็นการออมเข้ากองทุนภาคบังคับหรือสมัครใจ เช่น ประกันสังคม หรือประกันสุขภาพ ลักษณะต่าง ๆ (4) การซื้อบริการโดยตรงด้วยเงินออมส่วนตัว และ (5) เงินบริจาคเพื่อการสาธารณกุศล

หลักเกณฑ์ในการพิจารณาระบบการเงินการคลังใหม่ 3 ประการ คือ

1. เอกภาพและความสอดคล้องของระบบการเงินเพื่อสุขภาพในระบบย่อยจะต้องลดชนิดกองทุนลงให้น้อยที่สุดและสร้างเกณฑ์ขั้นต่ำในการบริการสุขภาพที่เพียงพอไว้เป็นข้อกำหนดสำหรับทุกกองทุน

2. ประสิทธิภาพและค่าใช้จ่ายในการบริหารกองทุน ต้องใช้กลไกการกระจายอำนาจและการบริหารจัดการให้เข้าถึงผู้รับบริการให้มากที่สุด เป็นหน่วยที่มีความคล่องตัวในการบริหารจัดการสูง สามารถจำกัดค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการได้ ต้องมีระบบการตรวจสอบที่รัดกุมและได้ผลจากทั้งภายในและจากภายนอกหน่วยงานเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง

3. ระบบการจ่ายเงินค่าบริการต้องวางระบบให้ดี เพื่อไม่ให้ใช้จ่ายเกินความจำเป็น หรือใช้จ่ายต่ำกว่าความจำเป็น ทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมแก่ผู้รับบริการ เช่น การจ่ายเงินให้โรงพยาบาลเป็นรายหัวแล้วโรงพยาบาลต้องทำการรักษาตามสิทธิของผู้ป่วย อาจทำให้โรงพยาบาลพยายามลดค่าใช้จ่ายโดยลดคุณภาพบริการลง ซึ่งหากไม่มีมาตรการในการกำกับดูแลคุณภาพหรือผู้รับบริการไม่มีข้อมูลเพียงพออาจได้รับบริการที่มีคุณภาพไม่ได้

ดังนั้นมาตรการในการกำกับดูแลซึ่งมีความสำคัญและต้องอยู่บนกรอบของโรงพยาบาลที่เป็นผู้ให้บริการ และควรมีคุณธรรม จริยธรรมของแพทย์ พยาบาลผู้ประกอบวิชาชีพ ตลอดจนความรับผิดชอบเป็นตัวแทนรักษาผลประโยชน์ผู้ป่วยได้อีกทางหนึ่ง

ระบบการจ่ายเงินมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและรูปแบบบริการ

ระบบการจ่ายเงินที่เอื้อประโยชน์ไปในทางใดก็จะมีผลต่อพฤติกรรมหรือบริการไปด้านนั้นเพิ่มขึ้น เช่น การตอบแทนที่เอื้อให้แก่การรักษาพยาบาลที่ใช้เทคโนโลยีราคาแพงได้ ก็จะมีส่วนทำให้มีการใช้วิธีการรักษาพยาบาลลักษณะนี้มากขึ้น แต่ถ้าวการตอบแทนที่เอื้อประโยชน์ในการรักษาพยาบาลแบบปฐมภูมิให้ประชาชนดูแลตนเอง ปรับพฤติกรรมและป้องกันโรคมากกว่าการรักษาให้ใช้การรักษาพยาบาลราคาแพงเท่าที่จำเป็น ความสนใจจะมุ่งไปด้านนั้น ทั้งนี้ต้องมีระบบการเฝ้าระวังมิให้เกิดการละเลยจนภาวะของโรคดำเนินไปมากจึงมารักษา จะทำให้ผลการรักษาไม่ได้ผล และอาจเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้นกว่าเดิม

ยุทธศาสตร์ที่ 7 ปรับระบบกำลังคนด้านบริการสุขภาพทั้งด้านการให้การศึกษา การศึกษาต่อเนื่อง การใช้งาน และการมีคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ

สถานการณ์กำลังคนสำหรับบริการสุขภาพในปัจจุบันจำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงให้ดีขึ้น ดังนี้

7.1 ปฏิรูปการศึกษาระดับวิชาชีพด้านสุขภาพสาขาต่าง ๆ เช่น สิ่งจำเป็นเร่งด่วนและคุณภาพ การศึกษาและคุณภาพบัณฑิตต้องได้รับการปรับปรุง

7.2 การศึกษาต่อเนื่องสำหรับบุคลากรสุขภาพจำเป็นต้องจัดทำเป็นระบบและกว้างขวางกว่าในปัจจุบัน

7.3 การกระจายบุคลากรสุขภาพอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนภูมิภาคและชนบทที่ห่างไกล ต้องปรับปรุงบริการรองรับการสาธารณสุขมูลฐานให้ประชาชนสามารถเข้าถึงและรับบริการที่เหมาะสมได้ทันทั่วถึง บุคลากรระดับตำบลและหมู่บ้านจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรม

ให้มีสมรรถนะตรงตามปัญหาและความต้องการของชุมชน ดังนั้นต้องมีการพัฒนาและการปรับหลักสูตรการฝึกอบรมและการศึกษาต่อเนื่อง ตลอดจนการให้ข้อมูลข่าวสารอีกมาก

7.4 การมีคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพนับเป็นส่วนสำคัญในการที่จะทำให้บริการสุขภาพเป็นไปอย่างเหมาะสมและได้ผลสัมฤทธิ์ เพราะจะอาศัยระบบงานอย่างเดียวยังไม่เพียงพอ ต้องมีการปลูกกระตมสร้างความตระหนักและมีการกำกับดูแลด้านคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพต่าง ๆ ด้านสุขภาพให้ดี

การสัมมนาระดับชาติ เรื่องระบบสุขภาพ : ที่คนไทยต้องการ เมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม 2543 ได้กล่าวถึงยุทธศาสตร์ในการปฏิรูประบบสุขภาพที่สำคัญ 3 ยุทธศาสตร์ คือ

1. **การปรับวิถีคิดและมุมมองด้านสุขภาพ** ต้องแยกระหว่างระบบสุขภาพกับระบบสาธารณสุขให้ชัดเจน ในการปรับวิถีคิดและมุมมองนี้จะต้องสนับสนุนให้บุคลากรสาธารณสุขและองค์กรหลักทำงานทางด้านการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกให้มากขึ้น เช่น เรื่องที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพไม่ว่าจะเป็นมาตรฐานความปลอดภัยในอุตสาหกรรม สาเหตุของอุบัติเหตุ อุบัติภัยต่าง ๆ รวมทั้งปัญหายาเสพติด เป็นต้น นอกจากนั้นจะต้องสนับสนุนให้เกิดวัฒนธรรมของการส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมการใช้ยาและเทคโนโลยีที่เหมาะสมอีกด้วย

2. **การมีหลักประกันสุขภาพโดยถ้วนหน้า** กล่าวคือ จะต้องสร้างระบบที่ทำให้คนไทยทุกคนมีหลักประกันสุขภาพ มีมาตรฐานการได้รับบริการขั้นพื้นฐาน สำหรับผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองได้ควรมีส่วนร่วมในการรับภาระ ส่วนในกรณีที่ระบบการประกันสุขภาพระบบเดียวยังทำไม่ได้ก็ควรต้องมีระบบที่เป็นพื้นฐานขั้นต่ำเอาไว้

3. **ระบบบริการด้านสุขภาพ** จะต้องกระจายอำนาจสู่องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น สร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐ เอกชนในหมู่ประชาชน และองค์กรในสังคม เพื่อให้เกิดเป็นเครือข่ายการจัดบริการในพื้นที่ ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่ทั้งของรัฐและเอกชนให้มีประโยชน์สูงสุด และกระจายระบบบริการด้านสุขภาพไปสู่ประชาชนในภาคเกษตรกรรมและประชาชนผู้ด้อยโอกาสกลุ่มอื่น ๆ ให้มากขึ้น

นอกจากนั้นการบริการด้านสุขภาพควรส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น ประสานแนวความคิดการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

2.4.5 บทบาทของผู้เกี่ยวข้องในการปฏิรูประบบสุขภาพ

การสัมมนาระดับชาติ เรื่องระบบสุขภาพ : ที่คนไทยต้องการ เมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม 2543 จัดโดย สำนักงานปฏิรูปสุขภาพ (สปรส.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทของผู้เกี่ยวข้องในปฏิรูประบบสุขภาพ คือ

1. บทบาทของรัฐบาล

1. รัฐบาลควรเน้นนโยบายและจัดสรรงบประมาณในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้มากกว่าการรักษาพยาบาล
2. รัฐบาลจะต้องจัดตั้งองค์กรหลักในการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยเป็นองค์กรที่
 - 2.1 สะท้อนความต้องการและปัญหาที่ต้องการให้แก้ไขได้อย่างแท้จริง
 - 2.2 เป็นองค์กรทางวิชาการที่มีอิสระและมีทุนศึกษาวิจัย
 - 2.3 เป็นองค์กรที่มีระบบการตรวจสอบที่มีมาตรฐาน น่าเชื่อถือ สามารถตรวจสอบองค์กรที่ทำงานด้านบริการสุขภาพทั้งของภาครัฐและเอกชน
3. ต้องมีการปรับปรุงกฎหมายและองค์กรเพื่อรองรับการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ จากกฎหมายเดิม ในขณะเดียวกันต้องมีการปรับปรุงกลไกในการบังคับใช้กฎหมายด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภค ทั้งนี้หน่วยงานที่จะทำหน้าที่นี้ควรเป็นหน่วยงานที่แยกออกมาจากภาครัฐและมีความเป็นอิสระในการทำงาน
4. รัฐควรจัดให้มีการปฏิรูปการศึกษาในกลุ่มของบุคลากรทางด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล ควบคู่กันทางด้านสังคมวิทยาทางการแพทย์ (Social Science and Medicine) มากขึ้น และส่งเสริมให้มีการศึกษาแนวทางของแพทย์ทางเลือกมากขึ้น ที่สำคัญจะต้องมีการประสานการปฏิรูปการศึกษาและการปฏิรูประบบสุขภาพให้เป็นเรื่องเดียวกัน เนื่องจากเป็นเรื่องที่เชื่อมโยงกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของคน
5. รัฐควรจัดให้มีระบบประกันสุขภาพระบบเดียว และควรปฏิรูปสถานพยาบาลในระดับต่าง ๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในหลักประกันสุขภาพด้วย
6. รัฐควรมีนโยบายในการปรับบทบาทของเภสัชการประจำโรงพยาบาลและเภสัชกรประจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ให้มีบทบาทในการทำงานเชิงรุกมากยิ่งขึ้น
7. ควรมีคณะรัฐมนตรีด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยรัฐมนตรีจากหลาย ๆ กระทรวงมาร่วมกันเป็นคณะรัฐมนตรีด้านสุขภาพ และกำหนดนโยบายที่เกี่ยวกับสุขภาพ

2. บทบาทของกระทรวงสาธารณสุข

1. กระทรวงสาธารณสุขควรเป็นแกนนำในการดำเนินการเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ และขยายเครือข่าย เพื่อประสานความร่วมมือกับองค์กรอื่น ๆ นอกกระทรวงสาธารณสุขในการสร้างเสริมสุขภาพในเชิงรุก โดยกระทรวงสาธารณสุขอาจจะปรับลดขนาดลงให้มีความกระชับรัดกุม และควบคุมดูแลเฉพาะนโยบายหลัก ๆ ในด้านปฏิรูประบบสุขภาพและเรื่องทางวิชาการ ส่วนเรื่องการบริการควรจะให้หน่วยงานอื่นที่มีใช้กระทรวงเป็นผู้ทำ
2. ในส่วนนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการส่งเสริมประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ควรเน้นที่การพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างมีบูรณาการเป็นเป้าหมายสำคัญ

3. นอกจากจะต้องจัดให้มีบุคลากรทางด้านสาธารณสุขอย่างเพียงพอในการดูแลสุขภาพของประชาชนแล้ว กระทรวงสาธารณสุขยังต้องเน้นการปรับกระบวนการทัศน์ใหม่ของบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ให้ทำงานเชิงรุกในการสร้างเสริมสุขภาพอีกด้วย เช่น ทำให้สถานีนอนามัยเป็นสถานบริการใกล้บ้านใกล้ใจ ส่งเสริมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกษียณอายุให้มีบทบาทหนุนเสริมซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความขาดแคลนบุคลากร เป็นต้น

4. กระทรวงสาธารณสุขควรปรับระบบวิธีการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ โดยแยกระบบการจัดหายาและระบบการส่งจ่ายยาออกจากกันอย่างชัดเจน เพื่อป้องกันการทุจริต ในขณะเดียวกันควรต้องปรับวิธีการเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลให้โปร่งใสด้วย

3. บทบาทของกระทรวง ทบวง กรมอื่น ๆ

สำหรับบทบาทกระทรวง ทบวง กรมอื่น ๆ ในการปฏิรูประบบสุขภาพนั้นให้มีการประสานแผนงานโครงการ และงบประมาณระหว่างกระทรวง ทบวง กรมต่าง ๆ เพื่อลดความซ้ำซ้อน อาทิ การให้ความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพโดยผ่านระบบโรงเรียน การพัฒนาระบบบริการโดยเฉพาะงานอาชีวอนามัยในโรงงาน เพื่อให้คนงานได้ใช้บริการสุขภาพในระบบโรงงานมากขึ้น ไม่ต้องไปพึ่งสถานพยาบาลอย่างเดียว นอกจากนั้นควรจะต้องมีการปฏิรูประบบราชการควบคู่ไปกับการปฏิรูประบบสุขภาพด้วย ในส่วนของการควบคุมการทำงานนั้น มีความเห็นว่าจะต้องให้ศาลปกครองเข้ามาควบคุมดูแล แต่ไม่ควรเปิดช่องให้เอกชนและประชาชนมีปากมีเสียงในการเสนอนโยบายสู่กระทรวง ทบวง กรมต่าง ๆ ด้วย

4. บทบาทภาคธุรกิจเอกชน

บทบาทภาคธุรกิจเอกชน แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. ภาคธุรกิจบริการสุขภาพ ภาคเอกชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิรูประบบสุขภาพได้ แต่ต้องอยู่ภายใต้กติกาและเงื่อนไขที่เป็นธรรมต่อประชาชน จะต้องมีคุณธรรม จริยธรรมในการดำเนินธุรกิจด้านสุขภาพ ในขณะเดียวกันก็ไม่นำการบริการสุขภาพมาหากำไรทางการค้า โดยอาจจะต้องมีมาตรการ เช่น ห้ามไม่ให้โรงพยาบาลเอกชนเข้าตลาดหุ้น สินค้าที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ จะต้องมีส่วนรับผิดชอบเรื่องค่าใช้จ่ายให้แก่การรักษาสุขภาพ

2. ภาคธุรกิจทั่วไป ภาคธุรกิจทั่วไปสามารถทำได้ในการร่วมกันปฏิรูประบบสุขภาพก็คือ จะต้องมีความรับผิดชอบในการจัดให้มีหลักประกันด้านสุขภาพของพนักงาน ส่งเสริมการรักษาสิ่งแวดล้อม ร่วมกันสร้างกระแสในการสร้างเสริมสุขภาพในหมู่พนักงานและประชาชนทั่วไป นอกจากนั้นยังอาจต้องมีการคืนกำไรให้แก่สังคม โดยถือเป็นนโยบายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและชุมชนในพื้นที่ใกล้เคียงที่ดำเนินธุรกิจอยู่

5. บทบาทขององค์กรพัฒนาเอกชน

องค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) ควรปรับบทบาทของตนเองในการแสวงหาความรู้ในด้านสุขภาพ แล้วถ่ายทอดสู่ชุมชนเพื่อให้คนในชุมชนได้เข้าใจพื้นฐานในการดูแลสุขภาพตนเอง นอกจากนี้ องค์กรพัฒนาเอกชนยังควรสนับสนุนการรวมตัวของคนในชุมชนให้พึ่งตนเองในเรื่องการดูแลสุขภาพ นอกเหนือไปจากบทบาทในการช่วยรณรงค์ให้ประชาชนสนใจดูแลสุขภาพในด้านต่าง ๆ และจัดเวทีพูดคุยเรื่องสุขภาพขึ้นในชุมชน

ในส่วนของการประสานงานนั้น องค์กรพัฒนาเอกชนควรจะต้องมีการประสานงานระหว่างองค์กรพัฒนาเอกชนอื่น ๆ ด้วย เพื่อเป็นเครือข่ายเข้าร่วมในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยอาจสร้างความสัมพันธ์กับองค์กรพัฒนาเอกชนต่างประเทศ และดึงทรัพยากรจากต่างประเทศมาหนุนช่วยงานในประเทศ

6. บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

องค์กรบริหารส่วนจังหวัด หรือ อบจ. และองค์กรบริหารส่วนตำบล หรือ อบต. เป็นองค์กรที่มีบทบาทสำคัญในการนำความรู้ด้านสุขภาพมาสู่ชุมชน โดยเห็นว่าควรมีการศึกษารูปแบบของการบริหารจัดการการบริการด้านสุขภาพขององค์กรท้องถิ่นแต่ละแห่งซึ่งอาจมีความหลากหลาย ให้เกิดความเหมาะสมในแต่ละพื้นที่ และมีระบบกำกับให้สอดคล้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพ ทั้งนี้ ควรมีบุคลากรทางด้านสาธารณสุขหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องเข้าไปเป็นกรรมการ อบต. ด้วย

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรเข้ามามีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ รวมทั้งระบบบริการสาธารณสุขให้มากขึ้น โดยประสานกับกลุ่มคนต่าง ๆ ในชุมชนเพื่อร่วมกันผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยอาจเอนสต้านอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนไปอยู่กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

7. บทบาทประชาชน

ประชาชนต้องปรับเปลี่ยนวิธีคิดเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพเสียใหม่ โดยถือว่าการดูแลสุขภาพตนเองเป็นหน้าที่ที่จะต้องตระหนักถึง ประชาชนทุกคนควรเข้ามามีบทบาทและมีส่วนร่วมโดยอาจมีองค์กรหรือหน่วยงานที่เป็นตัวแทนทำหน้าที่คุ้มครองและพิทักษ์รักษาสีติของประชาชนในด้านสุขภาพ รวมทั้งมีศูนย์ประสานงานในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในระดับจังหวัดที่มีองค์กรประกอบและร่วมกันทำงานแบบพหุภาคี

8. บทบาทขององค์กรวิชาชีพด้านสาธารณสุขในการปฏิรูประบบสุขภาพ

บทบาทขององค์กรวิชาชีพด้านสาธารณสุข ก็คือจะต้องพร้อมที่จะปฏิรูปตัวเอง เช่น กระจายอำนาจทางวิชาชีพ เป็นต้น และควรเพิ่มบทบาทของบุคลากรในวิชาชีพอื่น ๆ ให้มีส่วนในการให้บริการทางการแพทย์ด้วย โดยมีกฎหมายรองรับในการให้การรักษาผู้ป่วย เช่น พยาบาล วิชาชีพ เภสัชกร นักสาธารณสุข นักจิตวิทยา และการแพทย์ทางเลือกสาขาอื่น ๆ

ในส่วนของการปฏิรูประบบสุขภาพนั้น จะต้องมีการรวมพลังองค์กรวิชาชีพต่าง ๆ ทั้งในและนอกภาคสาธารณสุขมาทำงานร่วมกันในแนวระนาบ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการคิดสร้างสรรค์ เพื่อเป็นทีมสุขภาพที่เข้มแข็ง และควรมีกองทุนสนับสนุนและเสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กรวิชาชีพ

9. บทบาทพรรคการเมือง

พรรคการเมืองจะต้องมีนโยบายด้านสุขภาพที่ชัดเจน โดยเน้นการปฏิรูประบบสุขภาพให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน ตลอดจนให้การสนับสนุนกิจกรรมเชิงสุขภาพ โดยในเบื้องต้นนั้นพรรคการเมืองจะต้องปรับเปลี่ยนระบบวิถีคิดและทัศนคติจากการให้ความสำคัญกับคนรวย (Pro-Rich) มาเป็นการให้ความสำคัญกับคนจน (Pro-Poor) ในขณะเดียวกันต้องให้ความรู้แก่สมาชิกของพรรคการเมืองให้เข้าใจถึงความหมายของคำว่า “สุขภาพ” โดยเฉพาะเกี่ยวกับงานอาชีวอนามัย พรรคการเมืองควรจะมีความสนับสนุนนโยบายทางภาษีที่ชัดเจนในการเสริมสร้างสุขภาพ รวมทั้งขยายผลการปฏิรูปในประเด็นต่าง ๆ ออกไป และเขียนโครงสร้างการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมชัดเจน โดยเฉพาะประเด็นเรื่องการอยู่ดีมีสุขของประชาชน

10. บทบาทของวุฒิสมาชิก

นอกเหนือไปจากบทบาทหน้าที่ในรัฐธรรมนูญ ไม่ว่าจะเป็นการออกกฎหมาย กลั่นกรองกฎหมาย กำกับดูแลรัฐบาลและสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรแล้ว วุฒิสมาชิกต้องทำงานร่วมกับกลุ่มซึ่งจะเป็นกลุ่มที่มีความหลากหลายและมีพลังในสังคม เพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น และในส่วนของการกฎหมาย จะต้องมีการปรับกฎหมายและระเบียบบางประการ โดยเฉพาะในระดับกฎกระทรวง ให้มีลักษณะที่เอื้อต่อการปฏิรูประบบสุขภาพและดำเนินการไปอย่างมีประสิทธิภาพ

11. บทบาทของสื่อมวลชนในการปฏิรูประบบสุขภาพ

สื่อมวลชนจะต้องช่วยสนับสนุนให้มีการเผยแพร่และสร้างกระแสสังคมหนุนการปฏิรูประบบสุขภาพ มีระบบและกระบวนการให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ประชาชน รวมทั้งควรมีการจุดประกายในเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการนำเสนอข้อมูลหรือประสบการณ์ความทุกข์ยากของประชาชนโดยตรง

2.4.6 กลไกการจัดการหลักประกันสุขภาพ

การสัมมนาระดับชาติ เรื่องระบบสุขภาพ : ที่คนไทยต้องการ เมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม 2543 ได้กล่าวถึงกลไกที่จะทำให้การปฏิรูประบบสุขภาพไปสู่การปฏิบัติได้ คือ

1. ต้องมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ การร่างพระราชบัญญัติสุขภาพเป็นกลไกสำคัญประการหนึ่งที่จะนำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพคนไทย รวมทั้งนำไปสู่การสร้างระบบที่ดีในระยะยาวด้วย
2. ต้องมีการปฏิรูประบบการเงินการคลังด้านสาธารณสุข และปรับเปลี่ยนระบบการบริหารจัดการ รัฐควรจัดงบประมาณให้ชุมชน และสร้างกลไกในระดับชุมชนเพื่อร่วมตัดสินใจในการใช้งบประมาณ ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ตลอดจนการจัดบริการด้านสาธารณสุขโดยชุมชนเอง เช่น ร้านยาในชุมชน คลินิกชุมชน และการแพทย์แผนไทย เป็นต้น
3. สร้างความตื่นตัวในหมู่ประชาชนให้เกิดแนวความคิดในการสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานในการดูแลตนเอง รัฐบาลและภาคเอกชนต้องร่วมกันกระตุ้นให้ประชาชนรู้ถึงสิทธิที่จะมีสุขภาพดี และส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้สื่อต่าง ๆ เพื่อให้เกิดเป็นพลังอันที่จะร่วมกันสร้างกระแสการเคลื่อนไหวการปฏิรูปสุขภาพร่วมกัน

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการหลักประกันสุขภาพ

2.5.1 แนวคิดเกี่ยวกับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การกระจายอำนาจ หมายถึง การแจกแจงอำนาจจากส่วนกลางสู่หน่วยงานส่วนภูมิภาค และท้องถิ่นของรัฐให้มีอำนาจการพิจารณา เพื่อตัดสินใจในสิ่งที่มีผลกระทบต่อท้องถิ่นของตนโดยตรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อพื้นที่ที่เขารับผิดชอบอยู่โดยตรง เช่น จะใช้นโยบายอะไร มีการใช้งบประมาณเท่าใด เป็นต้น

หลังการประกาศใช้ พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา ได้เกิดความเคลื่อนไหวของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง รวมถึงในส่วนของการจัดบริการด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นภารกิจหนึ่งที่ถูกกำหนดโดยกฎหมายให้รัฐบาลต้องถ่ายโอนให้อยู่ภายใต้การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพเป็นประเด็นที่มีการถกเถียงกันค่อนข้างมาก เนื่องจากลักษณะเฉพาะของการจัดบริการด้านสุขภาพ ทำให้การถ่ายโอนภารกิจการจัดบริการอย่างตรงไปตรงมาตามที่กฎหมายกำหนด คือ โอนสถานพยาบาลแต่ละระดับให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละระดับรับผิดชอบจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนหรือไม่ ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนที่จะนำไปสนับสนุนให้เกิดการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ในขณะนี้

Vaughan (1990 อ้างถึงใน นายแพทย์ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย 2538 : 196-197) ได้กล่าวถึงข้อดีของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ว่า

1. สามารถจัดองค์กรที่ดูแลด้านสุขภาพได้ง่ายขึ้น เมื่อกระจายอำนาจให้พื้นที่การปกครอง ช่วยรับผิดชอบกิจการสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสาธารณสุขมูลฐาน การดูแลสุขภาพขั้นต้น
2. การกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการแก้ปัญหาสุขภาพมากขึ้น สามารถเลือกดำเนินโครงการเฉพาะที่แก้ปัญหาของท้องถิ่นได้
3. การกระจายอำนาจสามารถลดรายจ่ายด้านสุขภาพลงได้ เพราะลดความซ้ำซ้อนของการจัดบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษาโรคที่ซับซ้อน โดยให้บริการเฉพาะผู้ที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบ
4. ช่วยลดความแตกต่างกันระหว่างภูมิภาค ระหว่างเมืองกับชนบท ทั้งความแตกต่างของสถานะสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข โดยการเลือกวิธีจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสม
5. สามารถประสานกิจกรรมระหว่างภาครัฐ องค์กรของรัฐ และองค์กรภาคเอกชนได้อย่างใกล้ชิดยิ่งขึ้น
6. กระทรวงสาธารณสุขสามารถทำบทบาท วางนโยบายและวางแผนงานสาธารณสุขได้อย่างเต็มที่เพราะลดภาระด้านการบริหารและลดภาระงานประจำที่ไม่จำเป็นลงได้
7. การนำแผนงานสาธารณสุขไปปฏิบัติสามารถทำได้ดียิ่งขึ้น เพราะลดกฎระเบียบควบคุมทางบริหารจากส่วนกลางลง
8. ช่วยกระตุ้นการคลังของชุมชนและช่วยให้ชุมชนสามารถควบคุมกิจการ ตลอดจนบุคลากรของบริการสาธารณสุขขั้นต้นได้ดีขึ้น
9. การประสานงานระหว่างสาธารณสุขกับหน่วยงานอื่นดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะกับรัฐบาลส่วนท้องถิ่น และการพัฒนาชนบท
10. การกระจายอำนาจยังเหมาะสมกับพื้นที่ที่ห่างไกล เดินทางและติดต่อไม่สะดวก เพราะไม่ต้องรอรอคการตัดสินใจจากส่วนกลาง

อย่างไรก็ตาม ศุภสิทธิ์ พรธนาบุญ (2538 : 196 -197) ก็ให้ข้อสังเกตว่า การกระจายอำนาจอาจก่อปัญหาด้านการคลังสาธารณสุขได้หลายประการ คือ

1. ถ้าประเทศมีแหล่งการคลังสาธารณสุขจากหลายแหล่งที่ขาดการประสานงานกัน อย่างดี จะไม่สามารถควบคุมรายจ่ายด้านสุขภาพอย่างได้ผล
2. งบประมาณตามโครงการที่จัดสรรจากส่วนกลางจะให้อิสระแก่ท้องถิ่นโยกย้ายตามความเหมาะสมอย่างเต็มที่หรือไม่
3. การจัดสรรงบประมาณหรือเงินอุดหนุนจำเป็นต้องผ่านกระทรวงสาธารณสุขหรือไม่ กระทรวงสาธารณสุขอาจยืนยันให้ผ่านเพื่อติดตามและควบคุมโครงการได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่การทำเช่นนี้จะลดความเป็นอิสระของท้องถิ่น

4. จะจัดสรรงบประมาณหรือเงินอุดหนุนสู่ภูมิภาคหรือจังหวัดอย่างไร ใช้สูตรจัดสรรอย่างไรจึงจะลดความไม่เท่าเทียมลงได้

5. หน่วยงานที่ได้รับการกระจายอำนาจจะวางแผนและจัดบริการสาธารณสุขภายใต้งบประมาณและทรัพยากรที่จำกัดได้อย่างไร

ดังนั้น การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในประเทศหนึ่ง ๆ จึงมักใช้รูปแบบต่าง ๆ ประสมประสานกันเพื่อเพิ่มจุดดีและลดจุดด้อยของการกระจายอำนาจแต่ละรูปแบบ ประเทศที่พัฒนาแล้วซึ่งมีสถาบันการเมืองที่เข้มแข็งทั้งรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่นใช้รูปแบบการกระจายอำนาจทั้งกระจายอำนาจบริหาร (Deconcentration) ให้แก่สำนักงานสาธารณสุขส่วนภูมิภาค รูปแบบกระจายอำนาจทางการเมือง (Devolution) ให้แก่โรงพยาบาลของรัฐ รูปแบบการมอบหน้าที่ (Delegation) ให้แก่หน่วยงานองค์กรของรัฐ และรูปแบบการให้เอกชนดำเนินการแทนรัฐ (Privatisation) เช่น จ้างแพทย์อิสระให้ทำหน้าที่แพทย์ประจำตัวหรือให้ รพ.เอกชนบริการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนทั่วไป

คณะกรรมการที่ปรึกษาด้านนโยบายและวิชาการของชุดโครงการการกระจายอำนาจและสุขภาพ (2541) ได้ให้ข้อเสนอต่อต้านด้านสาธารณสุขไว้ดังนี้ 1) โครงสร้างการบริหารงานขององค์การบริหารส่วนตำบล ไม่ควรผลักดันให้เกิดส่วนสาธารณสุขขึ้นในองค์กรบริหารส่วนตำบลระดับ 2-5 เพียงเพื่อต้องการหาผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนตำบลควรสร้างกลไกในการทำงานในแนวราบร่วมกับ โรงพยาบาล สถานีอนามัย องค์กรชุมชนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อพัฒนางานด้านสาธารณสุขของชุมชน 2) ในสถานการณ์ปัจจุบันไม่ควรมีนโยบายในการโอนโรงพยาบาลหรือสถานีอนามัยให้อยู่ในความรับผิดชอบหรือขึ้นต่อ อบต. แต่ควรสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยหารูปแบบการทำงาน และความสัมพันธ์ในแนวราบระหว่างองค์การบริหารส่วนตำบล กับโรงพยาบาล สถานีอนามัย และอื่นๆ เพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชนในอนาคต หากมีการโอนโรงพยาบาลหรือสถานีอนามัยให้ขึ้นต่อเทศบาลหรืออบต. ก็ให้เป็นไปตามพัฒนาการและความพร้อมของแต่ละพื้นที่ 3) หน่วยงานสาธารณสุขในภูมิภาคและอบต. ควรมีทิศทางที่ชัดเจนในการสนับสนุนภูมิปัญญาท้องถิ่น ทรัพยากรบุคคลในท้องถิ่น เช่น หมอพื้นบ้าน หมอนวดแผนไทย เป็นต้น เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน 4) กระทรวงสาธารณสุขควรจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรในระดับจังหวัด อำเภอและตำบล เพื่อทำการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้เข้าใจถึงแนวคิดและวิธีการดำเนินงานแบบประชาสังคม ปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมของบุคลากรในฐานะข้าราชการในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของประชาคมระดับต่าง ๆ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของประชาชน 5) กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชน ควรร่วมกันจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานของหน่วยงานในท้องถิ่นของรัฐ (ส่วนภูมิภาค) ในการพัฒนาชุมชนตามแนวทางประชาคมตำบล แนวทางปฏิบัติดังกล่าวต้องยึดหลักการส่งเสริมสุขภาพและส่งเสริมอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นหลัก

มุ่งประเด็นการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพ ตลอดจนเอื้อต่อการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพที่ดี

พงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข และคณะ (2543 : 66 - 72) ได้กล่าวว่าประเด็นที่ต้องพิจารณาในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพของประเทศไทย ดังนี้

1. รูปแบบการกระจายอำนาจควรให้ความสำคัญกับบูรณาการของระบบบริการสุขภาพ ทั้งบูรณาการระหว่างสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ และบูรณาการระหว่างบริการรักษาพยาบาล บริการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค

2. ระบบงบประมาณควรจะทำให้สอดคล้องและเพียงพอต่อภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นอกจากนี้ยังต้องสามารถสร้างหลักประกันได้ว่าประชาชนในท้องถิ่นต่าง ๆ จะสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน

3. ระบบบริหารงานบุคลากรด้านสาธารณสุข ควรมีระบบบริหารงานบุคลากรด้านสาธารณสุข เป็นการเฉพาะที่จะสร้างหลักประกันให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีระบบค่าตอบแทนที่เหมาะสมและเท่าเทียมกันระหว่างพื้นที่ต่าง ๆ ระบบบริหารดังกล่าวควรให้ความสำคัญกับผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงาน

4. ความคล่องตัวในการบริหารเงินรายได้ของสถานพยาบาล รูปแบบการกระจายอำนาจจึงให้ความสำคัญกับการคงความคล่องตัวในการบริหารจัดการเงินรายได้ของสถานพยาบาลไว้ แต่ให้ประชาชน/องค์กรท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารมากขึ้นเพื่อให้เกิดหลักประกันว่าทรัพยากรดังกล่าวจะถูกใช้เพื่อประโยชน์ทางด้านสุขภาพของชุมชนอย่างแท้จริง

5. บทบาทระบบประกันสุขภาพในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

กรณีประเทศไทยแม้ว่าจะยังไม่มีประกาศใช้กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ระบบประกันสุขภาพปัจจุบันซึ่งมีอยู่หลายระบบก็สามารถครอบคลุมประชาชนได้ถึง 80% แหล่งเงินจากระบบประกันสุขภาพก็มีสัดส่วนสูงถึง 50% ของรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด การกระจายอำนาจด้านสุขภาพในประเทศไทยจึงไม่อาจละเลยความสำคัญของระบบประกันสุขภาพที่ดำรงอยู่ และระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำลังจะเกิดขึ้นในอนาคต (ปัจจุบันมีความพยายามของหลายกลุ่มหลายองค์กรที่จะผลักดันให้เกิด พรบ.ประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น) ประเด็นพิจารณาที่สำคัญคือ จะกระจายอำนาจอะไรให้ท้องถิ่นและในรูปแบบอะไร เพราะระบบประกันสุขภาพโดยทั่วไปมีแนวโน้มจะรวมศูนย์ทางการคลังเพื่อกระจายความเสี่ยง แต่อาจกระจายอำนาจทางการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ

6. การเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการกระจายอำนาจ

ควรมีการจัดตั้งหน่วยงานรับผิดชอบการเตรียมการดังกล่าวตั้งแต่นั้น ๆ โดยให้ฝ่ายต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่แรก เพื่อให้การกระจายอำนาจเป็นไปด้วยความราบรื่นมากขึ้น

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และคณะ (2541) ได้กล่าวว่า อนาคตของการพัฒนาระบบสาธารณสุข ภายใต้บริบทของความตึงเครียดและความจำเป็นในการกระจายอำนาจ มีจุดที่สมควรดำเนินการ โดยมุ่งให้เกิดประโยชน์ในการแก้ปัญหาของประชาชนได้ถูกจุดและครอบคลุมยิ่งขึ้น และมีประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรมากกว่าที่เป็นอยู่ ซึ่งมาตรการที่น่าจะพิจารณา ได้แก่ 1) การจัดสรรงบประมาณเพื่องานสาธารณสุขภาคโดยตรง ไปที่องค์กรบริการส่วนท้องถิ่นให้มากขึ้น เพื่อให้ดูแลงานสาธารณสุขที่เป็นปัญหานั้น จะต้องควบคู่ไปกับการพัฒนาศักยภาพในการวางแผนและบริหารจัดการ เพื่อการแก้ปัญหาสาธารณสุขโดยไม่ได้มุ่งเฉพาะไปที่มีบุคลากรสาธารณสุขที่จะแก้ปัญหาสาธารณสุข ภายใต้การบังคับบัญชาขององค์กรส่วนท้องถิ่นเป็นหลักเท่านั้น 2) การใช้และการบริหารบุคลากร เป็นประเด็นสำคัญหนึ่งที่ต้องได้รับการวิเคราะห์และวางแผนอย่างรอบคอบก่อนที่จะรีบร้อนสรุปว่า การบริหารที่มีประสิทธิภาพ คือ การให้องค์กรส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดูแลและใช้ประโยชน์จากบุคลากรสาธารณสุขที่มีอยู่โดยตรง เพราะลักษณะความสัมพันธ์น่าจะมีได้อีกหลายลักษณะ 3) ภายใต้ความพยายามและกระบวนการที่จะสร้างโครงสร้างรองรับนโยบายการกระจายอำนาจ การวิเคราะห์ภาพรวมระบบบริการสาธารณสุขว่า บทบาทส่วนใดควรอยู่ในความรับผิดชอบของระดับใด และความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยบริการกับผู้รับผิตชอบงานสาธารณสุขในแต่ละระดับควรเป็นลักษณะใด เป็นเรื่องสำคัญที่ควรจะต้องรับวิเคราะห์และวางแผนให้ชัดเจนในระดับหนึ่ง เพื่อไม่ให้เกิดช่องว่างของบริการบางลักษณะ หรือเกิดการบริหารเพื่อให้เกิดบริการหรือกิจกรรมบางประเภทที่ขาดประสิทธิภาพ อันจะขัดกับเป้าหมายของการพัฒนาระบบกระจายอำนาจในด้านสาธารณสุข

2.5.2 แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนด้านสุขภาพ

มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน ดังนี้ คือ

ไพรัตน์ เตชะรินทร์ (2527 อ้างถึงใน ประสพสุข เหลืองไพโรจน์, 2534: 37-38) ได้ให้ความหมายและหลักการสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนในการพัฒนาว่า หมายถึง กระบวนการที่รัฐบาลทำการส่งเสริม ชักนำ สนับสนุน และสร้างโอกาสให้ประชาชนในชุมชนทั้งในรูปส่วนบุคคล กลุ่มคน ชุมชน สมาคม มูลนิธิ และองค์การอาสาสมัครรูปแบบต่าง ๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือหลายเรื่องรวมกันเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์และนโยบายการพัฒนาที่กำหนดไว้ดังนี้ คือ

1. ร่วมทำการศึกษาค้นคว้าปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนตลอดจนความต้องการของชุมชน
2. ร่วมคิดหาและสร้างรูปแบบและวิธีการพัฒนาเพื่อแก้ไขและลดปัญหาของชุมชนหรือเพื่อสร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน หรือสนองความต้องการของชุมชน
3. ร่วมวางแผนนโยบายหรือแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมเพื่อจัดและแก้ไขปัญหาและสนองความต้องการของชุมชน

4. ร่วมตัดสินใจการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม
5. ร่วมจัดหรือปรับปรุงระบบบริหารงานพัฒนาให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
6. ร่วมการลงทุนในกิจกรรม โครงการของชุมชนตามขีดความสามารถของตนเองและของหน่วยงาน
7. ร่วมปฏิบัติตามนโยบาย แผนงาน โครงการ และกิจกรรม ให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้
8. ร่วมควบคุม ติดตาม ประเมินผล และร่วมบำรุงรักษาโครงการ

นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (2527 อ้างถึงใน ประสพสุข เหลืองไพโรจน์, 2534 : 38) ได้กล่าวถึงเงื่อนไขการมีส่วนร่วมไว้ว่า ประชาชนต้องมีอิสรภาพในการมีส่วนร่วม ต้องสามารถที่จะมีส่วนร่วม และต้องสมัครใจที่จะมีส่วนร่วม นอกจากนั้นยังขึ้นอยู่กับเงื่อนไข 5 ประการ ต่อไปนี้ คือ

1. ต้องมีเวลา
2. ต้องไม่เสียเงินทองมากเกินไปกว่าที่คาดว่าจะได้รับผลตอบแทน
3. ต้องมีความสนใจ
4. ต้องสามารถสื่อสารรู้เรื่องกันทั้งสองฝ่าย
- และ 5. ต้องไม่รู้สึกระทบกระเทือนต่อตำแหน่งหน้าที่หรือสถานภาพทางสังคม

ปัญญา แก้วสอง (2531: 25) ได้กล่าวว่าระดับความสมัครใจในการมีส่วนร่วม สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 การมีส่วนร่วมโดยสมัครใจ เป็นการมีส่วนร่วมที่เกิดขึ้นจากการคิดริเริ่มของประชาชนเอง ซึ่งเกิดจากความสนใจและความห่วงกังวลร่วมกัน ความเดือดร้อนและความไม่พึงพอใจร่วมกันที่มีต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่นั้น ผลักดันให้มีการรวมกลุ่มวางแผนและลงมือกระทำการร่วมกัน หรืออาจจะเกิดจากศรัทธาที่มีต่อความเชื่อถือบุคคลสำคัญและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ โดยสมัครใจ

ระดับที่ 2 การมีส่วนร่วมโดยการถูกชักนำ เป็นการมีส่วนร่วมที่ไม่ได้เกิดจากความคิดริเริ่มของประชาชนเอง แต่เกิดจากการชักนำจากภายนอกหรือจากชนชั้นนำโดยอาศัยความเกรงใจที่ประชาชนอาจจะมีต่อบุคคลที่เคารพนับถือ หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ หรืออาจจะใช้สิ่งล่อใจที่เป็นผลตอบแทนทางวัตถุหรือทางจิตใจ กระตุ้นให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา โดยที่ประชาชนยังไม่มีความสมัครใจหรือความศรัทธาอย่างเต็มเปี่ยมในการเข้าร่วมกิจกรรมนั้น ๆ

ระดับที่ 3 การมีส่วนร่วมโดยการบังคับ เป็นการมีส่วนร่วมที่เกิดจากการใช้อำนาจที่เหนือกว่าไปบังคับหรือระดมประชาชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา

การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนควรมีลักษณะ ดังนี้ (เยาวลักษณ์ สาธารณสุข, 2543 : 52-53)

1. การร่วมคิด คนในชุมชนต้องระดมกำลังสติปัญญา ภูมิปัญญาคนในชุมชนอย่างหลากหลาย

ฝ่ายมาร่วมกันคิดวิเคราะห์ปัญหาของตนเอง หยิบยกประเด็นปัญหามาเป็นประเด็นสาธารณะ ร่วมหาสาเหตุของปัญหา รากเหง้าของปัญหา เพื่อจะนำไปสู่การตัดสินใจที่จะแก้ไขปัญหาต่อไป

2. การร่วมตัดสินใจ ที่จะยอมรับว่าปัญหานั้น ๆ เป็นปัญหาของตนเอง และพร้อมที่จะร่วมกันแก้ปัญหานั้น ทั้งนี้ กระบวนการตัดสินใจจะต้องอาศัยการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่เป็นจริงของคนในชุมชนและข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยประกอบการตัดสินใจ

3. ร่วมรับผิดชอบ ร่วมดำเนินกิจกรรมการแก้ไขปัญหา ทั้งนี้ปัญหาของชุมชน คนในชุมชนต้องเป็นผู้ดำเนินการแก้ไขปัญหานั้นเอง

4. ร่วมรับผลประโยชน์ จากการดำเนินงานแก้ไขปัญหานั้น ๆ ร่วมเรียนรู้จากการดำเนินงานร่วมกันรับรู้ผลแห่งความล้มเหลวและความสำเร็จเพื่อนำไปสู่การพัฒนาที่ดีกว่า

5. ร่วมตรวจสอบและติดตามประเมินผล ทั้งนี้ คนในชุมชนต้องมีกระบวนการตรวจสอบการทำงาน เพื่อให้มีความโปร่งใสและมีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ ๆ อันจะนำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการทำงานให้เหมาะสมต่อไป

สำหรับการมีส่วนร่วมของประชาชนด้านสุขภาพที่ผ่านมา โดยเฉพาะในชนบทเป็นลักษณะของการจัดตั้ง อบรมและสนับสนุนการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุข และกองทุนในรูปแบบต่างๆ เช่น กองทุนยา กองทุนสุขภาพ แต่ก็เป็นลักษณะของการจัดตั้งตัวแทนโดยภาครัฐ ต่อมา มีการจัดตั้งสถานบริการระดับหมู่บ้าน เรียกว่า ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ซึ่งก็เป็นการจัดตั้งจากภาครัฐเช่นกัน การดำเนินการจึงยังไม่เข้าถึงตัวประชาชนโดยตรงและยังขาดความเข้มแข็ง

สุวิทย์ วิบุลยผลประเสริฐ (2542 : 17) กล่าวว่า การรวมตัวในลักษณะประชาสังคมด้านสุขภาพ ยังนับว่าไม่เข้มแข็งเพียงพอ และทันการเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และการพัฒนาระบบสาธารณสุขแบบใหม่ นอกจากนี้ การดำเนินการของกระบวนการประชาสังคมบางกลุ่ม บางครั้งจะมีลักษณะขัดแย้ง กัดดันกับภาครัฐและภาคธุรกิจ อย่างไรก็ตามถ้าประชาชนได้รับการส่งเสริมอย่างจริงจัง เกิดการรวมตัวโดยเริ่มจากปัญหาความต้องการและจัดตั้งขึ้นโดยประชาชนเอง ด้วยจิตสำนึกแล้วก็มักจะประสบความสำเร็จดังตัวอย่างกลุ่มออมทรัพย์ในภาคใต้ จะทำให้เกิดศักยภาพและอำนาจในการจัดการทรัพยากรและกิจกรรมสุขภาพของตนเองอย่างแท้จริง อย่างไรก็ตาม การจัดการหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัวในอนาคตควรส่งเสริมให้ประชาชนและแรงงานนอกระบบเข้ามามีบทบาทในการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมรับผิดชอบ ค่าใช้จ่าย ร่วมดำเนินการ ร่วมติดตามตรวจสอบอย่างใกล้ชิด

2.6 แรงงานนอกระบบ

การเปลี่ยนแปลงระดับโครงสร้างในปัจจุบันนี้ ก่อให้เกิดปัญหาชุมชนเมืองและปัญหาการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวที่เคยเป็นครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยว โครงสร้างอาชีพเปลี่ยนจากเกษตรกรรมมาเป็นอุตสาหกรรมและการค้า สถานภาพทางอาชีพเปลี่ยนจากประกอบอาชีพของตนเอง (Self- Employed) มาเป็นลูกจ้าง (Employee) ความแปลกแยกสถานะครอบครัวและทางการเงินเกิดขึ้นทั่วไป เนื่องจากกำลังแรงงานไม่สามารถปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตได้ทันกับการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาเศรษฐกิจเน้นภาคเมืองและภาคอุตสาหกรรม เน้นความเติบโตของภาคธุรกิจ ซึ่งก่อให้เกิดความแตกต่างของรายได้ ช่องว่างของรายได้ขยายกว้างขึ้นเรื่อย ๆ (ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ, 2538 : 6 -11) ซึ่งแรงงานนอกระบบก็เป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่ได้รับผลกระทบนี้ สำนักงานสถิติแห่งชาติจัดผู้รับงานไปทำที่บ้านไว้ในหมวดผู้ประกอบการอาชีพอิสระ และสมาชิกในครัวเรือนที่ไม่ได้รับค่าจ้าง เมื่อเรามองดูสภาพการทำงานของแรงงานนอกระบบ โดยเฉพาะแรงงานนอกระบบที่ทำงานอยู่ตามบ้าน อยู่ในระบบรับเหมาช่วง ทำงานไม่ต่างจากแรงงานในอุตสาหกรรม เพราะมีการควบคุมจำนวนชิ้นงาน เวลาส่งงาน และการจ่ายค่าตอบแทนโดยผู้ว่าจ้างแม้ว่าจะไม่ได้ควบคุมเวลาการทำงานก็ตาม ส่วนในเรื่องค่าตอบแทน “ผู้ประกอบการอาชีพอิสระ” เหล่านี้มีรายได้น้อยกว่าแรงงานในระบบและมีฐานะยากจนมาก แรงงานเหล่านี้ต้องการการคุ้มครองและต้องการสวัสดิการทางสังคม แม้ว่าเขาจะไม่มี “นายจ้าง” ก็ตาม

ความไม่เป็นธรรมในการกระจายความมั่งคั่งนี้ ได้สะท้อนออกมาในความไม่เป็นธรรมในการกระจายโอกาสทางการรับบริการสาธารณสุขและบริการสังคมอื่น ๆ ด้วย ซึ่งปัญหาเหล่านี้เป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องแก้ไข ป้องกัน และพัฒนา เพื่อให้แรงงานนอกระบบมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีสภาพทางสังคมที่สมศักดิ์ศรี

2.6.1 ความหมายของแรงงานนอกระบบ

เศรษฐกิจนอกระบบ (Informal Sector) หรือที่รู้จักกันในนามอื่น เช่น ระบบเศรษฐกิจเงา (Shadow Economy) ระบบเศรษฐกิจใต้ดิน (Underground Economy) เป็นธุรกิจขนาดเล็ก ไร้หลักแหล่งที่แน่นอนไปจนถึงโรงงานขนาดย่อมซึ่งใช้เครื่องจักรและอุปกรณ์ง่าย ๆ แรงงานที่ใช้อาจเป็นแรงงานในครอบครัวหรือแรงงานรับจ้างเป็นธุรกิจที่จ้างคนงานน้อยกว่า 10 คน การจ้างงานไม่มีระบบกฎเกณฑ์ตายตัว ไม่มีกฎหมายคุ้มครอง ไม่ได้รับสินเชื่อจากสถาบันเงินทุนที่เป็นทางการ แรงงานที่เข้ามาทำงานมีการศึกษาค่อนข้างต่ำ ฯลฯ (กนกศักดิ์ แก้วเทพ, 1991 อ้างในสถาบันวิจัยบทบาทหญิงชายและการพัฒนา , 2534:104)

องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (1972 อ้างในสถาบันวิจัยบทบาทหญิงชายและการพัฒนา, 2534:104) กล่าวว่า ลักษณะของเศรษฐกิจนอกระบบรวมถึงแรงงานที่มีชั่วโมงการทำงานไม่แน่นอน

การเข้าออกจากธุรกิจทำได้ง่าย เป็นกิจกรรมที่ใช้ทรัพยากรพื้นบ้าน ครอบคลุมเป็นเจ้าของกิจการ และเป็นกิจกรรมที่ใช้แรงงานมากกว่าเครื่องจักร

ลักษณะในระบบเศรษฐกิจภาคเมือง มีระบบย่อยของการผลิตและการซื้อแรงงานที่แตกต่างกัน ก่อให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันทั้งในเรื่องรูปแบบของกิจกรรมทางเศรษฐกิจ วิธีการผลิต ขนาดขององค์กร และกิจกรรมการผลิต ระบบทั้งสองสามารถอยู่ร่วมกันได้ในระบบเศรษฐกิจภาคเมือง คุณลักษณะของผู้ที่เข้าร่วมในระบบเศรษฐกิจดังกล่าว เช่น เป็นแรงงานย้ายถิ่น อายุ เพศ ระดับการศึกษาและทักษะ สามารถอธิบายถึงความแตกต่างของระบบย่อยนี้ออกเป็นภาคในระบบและนอกระบบ การแบ่งแยกระหว่างภาคในระบบและนอกระบบนั้นอาจแบ่งได้ โดยดูจากลักษณะของการได้รับการปกป้องคุ้มครองในเรื่องสภาพการจ้างจากสภาพแรงงานหรือรัฐบาล (Gary S.Field, 1990 : 51 quoting Mazumda, 1976 : 656 อ้างใน ทวีสิทธิ์ บุญธรรม, 2540 : 3)

องค์การแรงงานระหว่างประเทศได้ให้หลักเกณฑ์การพิจารณาแรงงานภาคนอกระบบ 7 หลักเกณฑ์คือ

1. งานในการเข้าออก
2. พึ่งพาทรัพยากรในท้องถิ่น
3. ประกอบการโดยครอบครัวหรือสมาชิกในครัวเรือน
4. เป็นการประกอบการขนาดเล็ก
5. ใช้แรงงานเข้มข้น เทคโนโลยีอย่างง่าย
6. ไม่จำเป็นต้องใช้ทักษะที่ได้จากการศึกษาในระบบ
7. ตลาดมีการแข่งขันและความแปรปรวนสูง

(J.J.Thomas, 1992:51 quoting ILO อ้างในทวีสิทธิ์ บุญธรรม , 2540 : 4)

องค์การอนามัยโลก/ องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (WHO/ ILO) เรียกแรงงานนอกระบบว่า Informal Sector โดยได้กล่าวว่าแรงงานนอกระบบประกอบด้วยผู้ประกอบการอาชีพ 3 ลักษณะ คือ (1) นายจ้างเจ้าของกิจการขนาดย่อม (Self-Employed) ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มแม่บ้านทำอาหารแปรรูป กลุ่มทอผ้า เป็นต้น (2) ผู้ที่ผลิตเพื่อขายหรือกิจการในครัวเรือน (Home-Based Workers) มีลักษณะเป็นผู้ประกอบการรายเดี่ยวหรือประกอบอาชีพอิสระ เช่น ผู้หาบเร่ขายของตามแผงลอย รวมทั้งผู้รับซื้อของเก่าที่ป่วยจากการสัมผัสสารโคบอลต์ – 60 และ (3) แรงงานที่มีการจ้างชั่วคราวหรือการรับงานจากผู้รับเหมาช่วง (Homeworkers) หรือที่เรียกว่า “ผู้รับงานไปทำที่บ้าน” เช่น การทำดอกไม้ประดิษฐ์ เย็บรองเท้า เย็บเสื้อโหล เจียรไนพลอย ถักแหวน เป็นต้น (จุลสารแรงงานนอกระบบ ฉบับที่ 1 ปีที่ 3 มกราคม-เมษายน 2543, หน้า 8)

แรงงานนอกระบบ หมายถึง แรงงานที่ไม่เป็นระบบ คือ แรงงานที่มีลักษณะตรงข้ามกับแรงงานที่เป็นระบบ โดยมีลักษณะที่สำคัญ คือ 1) ไม่มีโครงสร้างการจ้างงานที่ชัดเจน 2) ไม่ได้

รับสิทธิตามกฎหมายคุ้มครองแรงงาน 3) ขาดสวัสดิการและหลักประกัน (ศูนย์ศึกษาและพัฒนา
ผู้รับงานไปทำที่บ้าน, 2543)

S.V.Sethuraman (1972) ได้ให้เงื่อนไขในการพิจารณาแรงงานภาคนอกระบบ 8 ประการ คือ

1. มีการจ้างงานน้อยกว่า 10 คน
2. ไม่มีกฎเกณฑ์แน่นอน
3. ไม่มีชั่วโมงการทำงานที่แน่นอน
4. แรงงานมักเป็นสมาชิกในครัวเรือน
5. เป็นอาชีพที่มักทำกันเพียงชั่วคราว
6. ไม่มีการใช้เครื่องจักรกลหรือเครื่องไฟฟ้า
7. ไม่ได้รับการช่วยเหลือทางการเงิน และความเชื่อถือจากสถาบันที่เป็นทางการ
8. แรงงานส่วนใหญ่มักมีการศึกษาในระบบโรงเรียนต่ำกว่า 6 ปี

(Nipon Poapongsakorn, 1991:103 quoting S.V.Sethuraman, 1972:81 อ้างใน ทวีสิทธิ์ บุญธรรม, 2540:5)

กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน (2538 อ้างใน ทวีสิทธิ์ บุญธรรม, 2540 : 5) ได้ให้ความหมายของแรงงานนอกระบบไว้ว่า แรงงานนอกระบบเป็นผู้ที่ทำงานในสาขาเศรษฐกิจที่ไม่เป็นทางการหรือในสาขานอกระบบซึ่งเป็นการทำงานที่ไม่มีระเบียบแบบแผนและการรวมตัวจัดตั้งเป็นองค์กรแรงงานนอกระบบ สามารถจัดเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้ดังนี้

1. ผู้รับงานไปทำที่บ้าน
2. ผู้ประกอบอาชีพอิสระขนาดเล็ก เช่น หาบเร่แผงลอย
3. ผู้ประกอบการขนาดย่อย

ผาสุก พงษ์ไพจิตร (มปป.) อธิบายลักษณะของงานนอกระบบว่าในภาคเกษตร หมายถึง การทำไร่ทำนาแบบครัวเรือน ใช้แรงงานในครัวเรือนเป็นหลัก ส่วนการจ้างงานนอกภาคเกษตร หมายถึง การทำกิจกรรมนอกเกษตรโดยใช้แรงงานในครัวเรือนเป็นหลักเหมือนกัน แต่มีการขยายความรวมถึงสถานประกอบการที่มีการจ้างงาน เป็นธุรกิจขนาดเล็กที่ใช้ทั้งแรงงานจ้างและแรงงานในครัวเรือน แรงงานจ้างไม่มีกฎเกณฑ์ด้านค่าจ้าง สภาพการทำงานไม่แน่นอน ธุรกิจจะให้ทุนน้อย เทคโนโลยีง่าย ๆ ไม่ต้องการการฝึกปรีหรือเรียนจากสถานศึกษา นอกจากนี้แรงงานนอกระบบในยุคใหม่นับรวมการรับเหมางานมาทำเป็นการได้รับค่าจ้างรายชิ้น แรงงานนอกระบบไม่อยู่ในขอบข่ายของกฎหมายแรงงาน ธุรกิจไม่ได้รับการจดทะเบียน การทำงานนอกระบบแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1. งานฝีมือดั้งเดิมของชาวบ้าน หมู่บ้าน เช่น งานทอผ้าพื้นเมือง จักสาน การถนอมอาหาร ฯลฯ แต่เดิมทำไว้ใช้ ไว้รับประทานเองในครัวเรือน ต่อมาทำเพื่อขายแต่ยังใช้แรงงานในครัวเรือนเป็นหลัก

2. การรับงานจากนอกหมู่บ้านมาทำในครัวเรือน (Home Worker) อาจรับจากคนกลาง

เข้ามาติดต่อแม่บ้านว่างๆให้เหมาทำ หรืออาจรับมาจากโรงงานที่อยู่ใกล้ๆบ้าน เช่น กรณีโรงงาน
นางานถักเหมาให้ชาวบ้านรับเหมาไปทำ กรณีโรงงานอาหารปูกะป๋อง ส่งเสริมให้ชาวบ้านแกะปู
ส่งโรงงาน

3. งานรับเหมาโดยผู้ประกอบการขนาดย่อม เช่น ห้องแถวหาเครื่องมือมาเอง รับงานมา
ทำแล้วจ้างคนงานมาทำเป็นกิจกรรมเล็กๆ เช่น ในกรณีการตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูปในเขตชานเมือง
กรุงเทพฯ เขตชานเมืองต่างจังหวัด เช่น เชียงใหม่ อุดรธานี ฯลฯ

ระกาวิณ ลิขณะวานิชพันธ์ (2543 : 8) ได้ให้ความหมายแรงงานนอกระบบคือ แรงงานที่มีสภาพการจ้างที่ไม่เป็นทางการ ทำให้ขาดสิทธิและการคุ้มครองในด้านต่าง ๆ เช่น ค่าจ้างและสวัสดิการ

คณะกรรมการเฉพาะกิจเพื่อการคุ้มครองผู้รับงานไปทำที่บ้าน (2538 อ้างใน วิโรจน์ ตูลาพันธ์, 2540 :9) จำแนกแรงงานนอกระบบเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. ผู้รับงานไปทำที่บ้าน(Homeworkers)
2. ผู้ประกอบอาชีพอิสระ(Self employed) ขนาดเล็ก เช่น หาบเร่ แผงลอย
3. ผู้ประกอบการขนาดย่อม(Small enterprise)

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎีกา (2537:2) อธิบายตลาดแรงงานที่ไม่เป็นระบบ (Informal sector) ว่าเป็นตลาดแรงงานที่ไม่มีการจัดระบบโครงสร้างขององค์กรที่ชัดเจน ไม่มีการกำหนดการจ้างงานที่ชัดเจน ลูกจ้างมีอัตราค่าจ้างต่ำ ขาดสวัสดิการและการประกันสังคม ส่วนใหญ่มักเป็นการจ้างงานรายวันในสัดส่วนสูง และเป็นหน่วยธุรกิจขนาดเล็ก

ตลาดแรงงานที่ไม่เป็นระบบจะเป็นลักษณะการจ้างงานที่มีความยืดหยุ่นสูง อัตราค่าจ้างจะเปลี่ยนแปลงไปตามอุปสงค์และอุปทานแรงงานในแต่ละช่วงเวลา และมักจะอยู่ในหน่วยธุรกิจขนาดเล็ก ตลาดแรงงานที่ไม่เป็นระบบนี้เป็นแหล่งรองรับแรงงานจำนวนมากที่ไม่สามารถเข้าไปทำงานในตลาดแรงงานที่เป็นระบบซึ่งมีกฎหมายรองรับและอีกส่วนหนึ่งซึ่งหลีกเลี่ยงการทำงานในตลาดแรงงานที่เป็นระบบเนื่องจากการถูกกดค่าแรง (สถาบันวิจัยบทบาทหญิงชายและการพัฒนา และกรมแรงงาน, 2534 อ้างในสำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัชมุนตรี, 2537:12)

แม้ว่าตลาดแรงงานที่ไม่เป็นระบบอยู่ในธุรกิจขนาดเล็กแต่ยังเป็นแหล่งรายได้ที่สำคัญสำหรับครัวเรือนโดยแรงงานเหล่านี้มีส่วนร่วมในการสร้างความเจริญให้ประเทศมาก ลักษณะงานประเภทนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ประกอบการอิสระและเจ้าของกิจการขนาดเล็ก เช่น ผู้ขายอาหาร ผู้ค้าหาบเร่ ผู้รับงานไปทำที่บ้านและเกษตรกร ลักษณะการจ้างงานที่พบในตลาดแรงงานที่ไม่เป็นระบบ ได้แก่ แรงงานในสาขาเกษตรกรรม หัตถอุตสาหกรรม การก่อสร้าง สาธารณูปโภค พาณิชยกรรม การขนส่ง และการบริการ

2.6.2 จำนวนแรงงานนอกระบบในประเทศไทย

การสำรวจและจัดทำสถิติแรงงานนอกระบบยังขาดความต่อเนื่องและครอบคลุม

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี (2537) ทำการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรในเดือนสิงหาคม พ.ศ.2537 ระบุว่า ประเทศไทยมีผู้มีงานทำทั้งสิ้น 32.1 ล้านคน เป็นผู้ทำงานอยู่ในตลาดแรงงานที่เป็นระบบ 24.7 ล้านคน ที่เหลือเพียง 7.4 ล้านคนเป็นผู้ที่ทำงานในตลาดแรงงานที่ไม่เป็นระบบหรือคิดเป็นร้อยละ 76.8 และ 23.2 ของผู้มีงานทำตามลำดับ

ปี พ.ศ.2542 กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมได้ทำการประเมินตัวเลขแรงงานนอกระบบ โดยคิดจากจำนวนของผู้ประกอบอาชีพอิสระและผู้ทำการผลิตในครัวเรือนโดยไม่ได้รับค่าจ้าง ระบุว่า แรงงานนอกระบบมีจำนวนทั้งสิ้น 16,224,600 คน ขณะที่สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี (2542) ได้ทำการสำรวจกลุ่มผู้ที่รับงานไปทำที่บ้านในปีเดียวกัน พบว่ามีจำนวน 311,790 คน

2.6.3 ตลาดแรงงานนอกระบบ

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ.2537 พบว่าการทำงานที่ไม่เป็นระบบไม่ว่าจะอยู่ในเขตเมืองหรือเขตชนบทส่วนใหญ่ทำงานในสาขาเกษตร พาณิชยกรรมและการขนส่ง การทำงานในตลาดแรงงานที่ไม่เป็นระบบของผู้ที่อยู่ในเขตชนบทจะสูงกว่าเขตเมืองในทุกสาขาอุตสาหกรรม ยกเว้นสาขาบริการ เนื่องจากการพัฒนาอุตสาหกรรมในแต่ละภาคของประเทศไทยไม่เท่ากัน สัดส่วนการจ้างงานที่ไม่เป็นระบบในแต่ละภาคจึงแตกต่างกันและการจ้างแรงงานหญิงในตลาดแรงงานไม่เป็นระบบทุกภาคสูงกว่าชาย

กรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี สมุทรปราการ ปทุมธานี สมุทรสาคร และนครปฐม เป็นจังหวัดที่มีระดับฐานะเศรษฐกิจสูงสุด โดยที่การจ้างงานในกรุงเทพมหานครต่ำกว่าร้อยละ 50 ของทุกสาขาอุตสาหกรรมเป็นแรงงานที่อยู่ในตลาดแรงงานที่ไม่เป็นระบบ ยกเว้นสาขาพาณิชยกรรมร้อยละ 54.1 เป็นการจ้างงานในตลาดแรงงานที่ไม่เป็นระบบส่วนในเขตปริมณฑลมีการจ้างงานในตลาดแรงงานที่ไม่เป็นระบบในสาขาหัตถอุตสาหกรรม สาธารณูปโภค และบริการ ต่ำกว่าร้อยละ 50 ภาคกลาง (ยกเว้นจังหวัดปริมณฑล) เป็นภาคที่ประชากรมีรายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนสูงเป็นอันดับ 2 การจ้างงานในตลาดแรงงานประมาณ 3 ใน 4 ของผู้มีงานทำทั้งสิ้นอยู่ในตลาดแรงงานที่ไม่เป็นระบบ

ภาคเหนือ เป็นภาคที่ประชากรมีรายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนสูงเป็นอันดับที่ 4 ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้มีงานทำเป็นแรงงานในสาขาเกษตรกรรม แรงงานส่วนใหญ่ในสาขาเกษตรกรรม หัตถอุตสาหกรรม พาณิชยกรรมและการขนส่งจะทำงานอยู่ในตลาดแรงงานที่ไม่เป็นระบบ

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นภาคที่มีรายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนต่ำที่สุด ประชากรส่วนใหญ่ในสาขาเกษตรกรรม หัตถอุตสาหกรรม พาณิชยกรรม และการขนส่งทำงานในตลาดแรงงานที่ไม่เป็นระบบ

ภาคใต้ เป็นภาคที่ประชากรมีรายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนสูงเป็นอันดับที่ 3 แต่ผลิตภัณฑ์มวลรวมของภาคต่ำสุด การจ้างงานในตลาดแรงงานภาคเกษตรกรรมเป็น 3 ใน 5 ของผู้มีงานทำทั้งหมด การจ้างงานในตลาดแรงงานสาขาเกษตรกรรม หัตถอุตสาหกรรม ก่อสร้าง พาณิชยกรรม และขนส่ง ส่วนใหญ่อยู่ในตลาดแรงงานที่ไม่เป็นระบบ

2.6.4 สถานภาพของแรงงานนอกระบบ

แรงงานนอกระบบประกอบด้วยหลายกลุ่มและมีหลายสถานะ บางกลุ่มเป็นกลุ่มอาชีพอิสระ บางกลุ่มเป็นผู้รับงานไปทำที่บ้าน (ผู้รับช่วงการผลิต) บางกลุ่มผลิตอุตสาหกรรมแบบพื้นบ้าน บางกลุ่มอยู่ในกระบวนการผลิตอุตสาหกรรมทันสมัยที่ต้องการลงทุน ทั้งหญิงและชายมีการทำงานในตลาดแรงงานที่ไม่เป็นระบบมากกว่าที่เป็นระบบ สัดส่วนของหญิงที่อยู่ในตลาดแรงงานที่ไม่เป็นระบบสูงกว่าชาย แรงงานชายอายุต่ำกว่า 24 ปี เข้าสู่ตลาดแรงงานที่ไม่เป็นระบบมากกว่าหญิง แต่อายุ 25 ปีขึ้นไป สัดส่วนแรงงานหญิงเข้าสู่ตลาดแรงงานที่ไม่เป็นระบบมากกว่าชาย แรงงานในตลาดแรงงานที่ไม่เป็นระบบมีลักษณะโน้มเอียงในทางกลุ่มที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี, 2537 : 22) แรงงานในตลาดแรงงานที่ไม่เป็นระบบได้รับค่าจ้างเฉลี่ยต่ำกว่าแรงงานในตลาดแรงงานที่เป็นระบบแต่มีชั่วโมงการทำงานที่มากกว่า

ประดิษฐ์ ชาสสมบัติ (2538:11) กล่าวถึงสภาพการทำงานของผู้รับงานไปทำที่บ้านว่าไม่มีความแน่นอนทั้งเวลาทำงานและชั่วโมงทำงาน บางคนหรือบางครอบครัวรับงานไปทำเต็มเวลา แต่บางคนทำงานบางเวลา ในเมืองผู้รับงานไปทำที่บ้านมักทำงานเต็มเวลา แต่ในชนบทส่วนใหญ่เป็นผู้ทำงานบางเวลา โดยที่เวลาส่วนหนึ่งของผู้รับงานไปทำที่บ้านได้ใช้ดูแลกิจกรรมงานบ้าน เช่น เลี้ยงลูก ทำอาหาร เรียนหนังสือ หรือประกอบอาชีพอื่น ในฤดูกาลเกษตร ครอบครัวและสมาชิกครอบครัวจะใช้แรงงานทำการเกษตรกรรม โดยลดการรับงานอุตสาหกรรมไปทำน้อยลง แต่ในฤดูแล้งจะทำงานอุตสาหกรรมมากขึ้น จึงมีความยืดหยุ่นในการทำงานเหมาะสมสำหรับแรงงานสตรีหรือแม่บ้าน

ความไม่แน่นอนของการทำงานอาจเกิดจากฝ่ายผู้ประกอบการอุตสาหกรรม การผลิตและการจ้างงาน อุตสาหกรรมหลายประเภท เช่น อุตสาหกรรมอาหาร สิ่งทอ และเครื่องนุ่งห่มจะเคลื่อนไหวขึ้นลงตามฤดูกาล ดังเช่น Amara Pongsapich (1992:64 อ้างใน ประดิษฐ์ ชาสสมบัติ ,2538:11) กล่าวว่า ในช่วงที่มีงานชุก ผู้รับงานไปทำที่บ้านอาจทำงานเป็นเวลาหลายชั่วโมง เช่น

อุตสาหกรรมเจียร์ในพลอย การทำอาหาร การตีมีด การตัดเย็บเสื้อผ้า ผู้ทำงานอาจทำงานมากกว่า 10 ชั่วโมงต่อวัน แต่การทำงานก็มีความยืดหยุ่นคืออาจพักได้หรือทำอย่างอื่นได้

2.6.5 ปัญหาสุขภาพอนามัยของแรงงานนอกระบบและผลกระทบจากการทำงานต่อสุขภาพอนามัยของแรงงานนอกระบบ

ปัญหาสุขภาพของแรงงานนอกระบบที่เกิดจากการทำงาน มีลักษณะหลากหลายขึ้นอยู่กับประเภทของงานที่ทำ ปัญหาสุขภาพของกลุ่มผู้รับงานไปทำที่บ้านอันเป็นผลจากการทำงาน ได้แก่ ปวดเมื่อยร่างกาย ปวดหลัง สายตาพร่า แพ้ฝุ่นละออง สัมผัสสารตะกั่วและสารเคมีอันตรายอื่น ๆ โรคทางเดินหายใจ โรคกระเพาะ บกพร่องการได้ยิน สุขภาพจิตไม่ดี ไม่ได้ตรวจสุขภาพ อุบัติเหตุจากการทำงาน ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพ และไม่มีกำลังทางเศรษฐกิจ

ปัญหาสุขภาพของแรงงานนอกระบบและการประสบอันตรายจากงานบางชนิด เกิดจากสภาพการทำงานที่ไม่ถูกสุขลักษณะ เช่น มีเสียงดัง แสงสว่างไม่พอ หรือมีฝุ่นละออง งานบางชนิดมีสารเคมีปนเปื้อน และมีอันตรายต่อสุขภาพ กฎหมายมิได้กำหนดความรับผิดชอบของนายจ้างในช่วงต่าง ๆ ยกเว้นนายจ้างช่วงสุดท้ายที่ต้องรับผิดชอบ เป็นต้น อีกทั้งเมื่อครอบครัวของแรงงานนอกระบบประสบปัญหา เช่น ผู้รับงานจำนวนมากที่ต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวระหว่างการทำงาน เช่น ดูแลลูก คนชรา หรือคนป่วย เป็นต้น เมื่อบุคคลในครอบครัวเหล่านั้นประสบปัญหา เช่น เจ็บป่วย ผู้รับงานไปทำที่บ้านจะไม่สามารถทำงานได้ ทำให้ขาดรายได้ เป็นต้น นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้รับงานไปทำที่บ้านจำนวนหนึ่งมีสถานะเป็นหม้ายหรือหย่าร้าง ต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวตามลำพังและเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว

จากเอกสารโครงการ วิสัยทัศน์ระบบการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบ (2543:42) ระบุว่าสภาพปัญหาการทำงานของแรงงานนอกระบบ โดยเฉพาะผู้รับงานไปทำที่บ้านที่มีผลต่อ สุขภาพ คือ

- ชั่วโมงการทำงานยาวนานทำให้ไม่มีเวลาพักผ่อนเพียงพอ รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา
- รายได้ต่ำ ต้องทำงานหนัก ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพ
- ถูกโกงค่าแรง ถูกเอารัดเอาเปรียบ มีความเสี่ยงต่ออันตราย เช่น เสียง ฝุ่น สารเคมี เป็นต้น
- ไม่ได้ได้รับความคุ้มครองจากกฎหมายคุ้มครองแรงงาน
- ไม่มีสวัสดิการจากรัฐ

ผาสุก พงษ์ไพจิตร (ม.ป.ป.) พูดยังถึงปัญหาด้านสุขภาพของผู้รับเหมางานและแรงงานนอกระบบที่เกิดจากการนั่งทำงานไม่ถูกต้อง ทำงานจำเจเป็นเวลานาน โดยไม่เปลี่ยนอิริยาบถ เป็นผลให้ต้องกินยา เช่น ทำใจ ยากระตุ้นประสาทยาฆ่าอ่อนๆ(แอมเฟตตามีน) นำไปสู่ผลกระทบข้างเคียงปัญหาสุขภาพจากสารเคมีที่มากับวัตถุดิบ

ระกาวิน ลีชนะวานิชพันธ์ (2543) กล่าวถึงความเสี่ยงภัยต่อสุขภาพและการประสบอันตรายจากงานของกลุ่มผู้รับงานไปทำที่บ้าน งานบางชนิดมีปัญหาอันเกิดจากสภาพการทำงานที่ไม่ถูกสุขลักษณะ เช่น มีเสียงดัง แสงสว่างไม่พอ หรือมีฝุ่นละออง งานบางชนิดมีสารเคมีปนเปื้อนและมีอันตรายต่อสุขภาพ กฎหมายมิได้กำหนดความรับผิดชอบของนายจ้างในช่วงต่างๆ ยกเว้นนายจ้างช่วงสุดท้ายที่ต้องรับผิดชอบ

ปัญหาสุขภาพของแรงงานนอกระบบที่กล่าวมาข้างต้นสอดคล้องกับข้อสรุปที่ระบุไว้ในเอกสารโครงการวิจัยทัศนระบบการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบเกี่ยวกับสภาพปัญหาสุขภาพแรงงานนอกระบบ อาการที่พบบ่อย ๆ คือ ปวดเมื่อยร่างกาย ปวดหลัง สายตาพร่ามัว แพ้ฝุ่นละออง

สัมผัสสารตะกั่วและสารเคมีอันตรายอื่นๆ โรคทางเดินหายใจ โรคกระเพาะ การได้ยินบกพร่อง สุขภาพจิตไม่ดี ไม่ได้ตรวจสุขภาพ และขาดความรู้และไม่สนใจสุขภาพ

ปัญหาสุขภาพของแรงงานนอกระบบที่สำคัญ (จุลสารแรงงานนอกระบบ ฉบับที่ 2 ปีที่ 3 พฤษภาคม – สิงหาคม 2543 หน้า 9) คือ

1. มักไม่ค่อยมีทางเลือกมากนัก ทำให้ต้องรับงานที่อันตรายต่อสุขภาพทำไปโดยไม่มีอุปกรณ์ป้องกันจากผู้ว่าจ้างและไม่มีความรู้พอที่จะทำการป้องกันตนเอง เช่น การใช้กาวยา รองเท้า การเจียรไนหิน
2. บางครั้งวัตถุดิบหรือลักษณะทำงานไม่เสี่ยงอันตราย แต่การที่ต้องทำให้ทันส่งผู้ว่าจ้าง ทำให้ไม่มีเวลาพักผ่อนและมักมีอาการปวดเมื่อยอวัยวะจากการใช้งานมากไปหรือผิดท่า
3. โรคที่พบบ่อย ได้แก่ การบาดเจ็บที่ตาหรือปวดตา เพราะใช้สายตาเพ่งนานเกินไป โรคระบบทางเดินหายใจจากฝุ่น โรคจากสารเคมี อาการปวดเมื่อยตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย และไม่ค่อยมีเวลาพักผ่อน
4. ไม่มีกฎหมายเฉพาะที่ระบุเรื่องการจัดสวัสดิการให้แรงงานนอกระบบและไม่มีบัตรประกันสังคม รวมทั้งแรงงานนอกระบบมีปัญหาถูกโกงค่าแรง ทำให้ยังไม่มีเงินค่ารักษาพยาบาลเจ็บป่วย

นับตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 เป็นต้นมา รัฐบาลได้เน้นนโยบายการมีงานทำเต็มที่ และสนับสนุนการสร้างงานด้วยการประกอบอาชีพส่วนตัว โดยส่งเสริมระบบการรับช่วงงานให้กระจายออกไปสู่แรงงานที่อยู่ในเมืองต่างๆ และในชนบท (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2530 : 280 อ้างในทวีสิทธิ์ บุญธรรม, 2540 : 5) ทำให้แรงงานนอกระบบได้เพิ่มจำนวนขึ้น แต่รัฐบาลก็ยังไม่มียุทธศาสตร์และกฎหมายที่จะให้การคุ้มครองอย่างชัดเจนและรัฐก็ไม่สามารถควบคุมดูแลอย่างทั่วถึง เนื่องจากแรงงานนอกระบบเหล่านี้มักทำงานอยู่ในตรอก ซอก หรือชุมชน ประกอบกับผู้ที่ทำงานในสาขานี้ส่วนใหญ่พื้นฐานการศึกษาอยู่ในระดับต่ำ ขาดความรู้และทักษะจึงก่อให้เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมา เช่น ค่า

จ้างต่ำ ความไม่มั่นคงในการทำงาน ขาดสวัสดิการ สุขภาพอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน

ปัญหาสุขภาพอนามัยของแรงงานนอกระบบนับเป็นปัญหาสำคัญ เพราะแรงงานเหล่านี้มักทำงานในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ประกอบกับชั่วโมงการทำงานที่ยาวนานและการสัมผัสสารเคมีที่ใช้ในการทำงานอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพเรื้อรังในระยะยาวได้ อีกทั้งแรงงานเหล่านี้ไม่ได้รับหลักประกันด้านสุขภาพจากรัฐหรือนายจ้างแต่อย่างใด ถึงแม้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 มีนโยบายที่จะกระจายบริการเกี่ยวกับอาชีวอนามัยไปทั่วประเทศก็ตาม (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2535 : 106 อ้างใน ทวีสิทธิ์ บุญธรรม, 2540 : 6) แต่การให้บริการก็ยังจำเพาะอยู่เพียงแรงงานในระบบอุตสาหกรรมเท่านั้น แรงงานนอกระบบยังไม่สามารถเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยในปัจจุบัน แม้ว่ารัฐบาลจะได้กำหนดแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ซึ่งมีแนวทางที่จะคุ้มครองส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของแรงงานนอกระบบโดยมีนโยบายให้การคุ้มครองสภาพการจ้างสภาพการทำงาน สิทธิประโยชน์และสวัสดิการความปลอดภัย(สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2540 : 81-85 อ้างใน ทวีสิทธิ์ บุญธรรม, 2540 : 6) แต่นโยบายดังกล่าวก็ยังไม่มีการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมอย่างชัดเจนทำให้แรงงานนอกระบบยังไม่ได้รับการคุ้มครองอย่างแท้จริง

นอกจากนโยบายของรัฐจะเป็นส่วนสำคัญในการคุ้มครองสุขภาพอนามัยของแรงงานนอกระบบแล้ว พฤติกรรมอนามัยของแรงงานเองก็มีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการใช้เครื่องป้องกันอุบัติเหตุในการทำงาน พฤติกรรมการใช้ยาหรือสารกระตุ้นระหว่างการทำงานและพฤติกรรมการรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย (ทวีสิทธิ์ บุญธรรม, 2540 : 6)

2.6.6 การสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบในอนาคต

แรงงานนอกระบบเป็นกลุ่มคนหนึ่งซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มคนจน หรือผู้ด้อยโอกาสทางสังคมทางเลือกที่เขาเหล่านั้นเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว โดยส่วนใหญ่ซึ่งเป็นการรับบริการจากรัฐที่จัดให้สำหรับผู้ด้อยโอกาสหรือผู้มีรายได้น้อย เพราะฉะนั้นควรทำให้กลุ่มแรงงานนอกระบบได้มีหลักประกันสุขภาพที่ดี ได้รับความคุ้มครองดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน มีคุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อให้เป็นไปตามหลักการสิทธิพลเมืองตามกฎหมายรัฐธรรมนูญ ซึ่งได้กล่าวไว้ว่า คนย่อมเสมอกันในทางกฎหมาย ในทางสังคมในหลักการสิทธิมนุษยชน การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคลเพราะความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ สถานภาพทางกาย สุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานทางเศรษฐกิจ สังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษา หรือความคิดเห็นทางการเมืองจะกระทำมิได้

จากการสัมมนาเชิงปฏิบัติการเรื่องสวัสดิการสำหรับแรงงานนอกระบบ จัดโดย ศูนย์ศึกษาและพัฒนาผู้รับงานไปทำที่บ้านและสำนักงานพัฒนาชุมชนเมือง 8 สิงหาคม 2543 (จุลสารแรงงาน

นอกระบบ ฉบับที่ 2 ปีที่ 3 พฤษภาคม – สิงหาคม 2543) ที่ประชุมได้เสนอว่า การสร้างหลักประกันสุขภาพ ควรขยายขอบเขตในการคุ้มครองให้ครอบคลุมถึงครอบครัว และทุกคนในสังคม ไม่จำกัดเพียงกลุ่มแรงงานนอกระบบเท่านั้น มีการเสนอให้มีแพทย์ประจำชุมชน เพื่อให้บริการได้อย่างทั่วถึง ทำให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิ และความเสมอภาคในการรับบริการ ข้อเสนอที่สำคัญ คือ การส่งเสริมสุขภาพของประชาชน โดยการใช้รูปแบบต่าง ๆ เช่น การรณรงค์ การส่งเสริมการออกกำลังกาย จัดอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

ข้อเสนอจากประชาคมในการสร้างหลักประกันสังคมและสุขภาพแรงงานนอกระบบ กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ผลิตอยู่กับบ้าน ผู้รับเหมาช่วง หาบเร่แผงลอย และแรงงานรับจ้างอิสระและแรงงานภาคเกษตร

ประเภทของการคุ้มครอง คือ

1. สุขภาพ และการตรวจสุขภาพ (ตนเอง และ ครอบครัว)
2. กรณีอุบัติเหตุ (ค่าชดเชย และค่ารักษาพยาบาล)
3. การตาย (เงินค่าทำศพ และเงินตกทอดถึงทายาท)
4. ชราภาพ
5. สงเคราะห์บุตร (ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี)
6. การว่างงาน

วิธีการ คือ

1. โดยวิธีการทางกฎหมายที่มีอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งแบ่งออกได้ ดังนี้

1.1 แรงงานนอกระบบที่มีสถานะเป็นลูกจ้าง โดยความยินยอมของนายจ้างหรือผู้ว่าจ้าง สามารถสมัครเข้าเป็นผู้ประกันตนตาม พรบ.ประกันสังคม มาตรา 33 ได้ โดยการจ่ายสมทบ 1 ใน 3 ของอัตราสมทบ และรับสิทธิประโยชน์การคุ้มครองได้ 6 ประเภท เช่นเดียวกับลูกจ้างในสถานประกอบการ ทั้งนี้ตามพระราชกฤษฎีกาใหม่ของสำนักงานประกันสังคม ซึ่งขยายการคุ้มครองลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป (ขณะนี้อยู่ระหว่างการนำเสนอเข้าสู่คณะรัฐมนตรีเพื่อรอการอนุมัติ)

ประเด็นปัญหาของแรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ไม่มีสถานะเป็นลูกจ้าง ทั้งนี้เป็นแรงงานที่มีส่วนในการผลิตสินค้าและบริการ เนื่องจากกฎหมายแรงงานให้คำจำกัดความของลูกจ้างไว้ค่อนข้างแคบ คือ ต้องเป็นลูกจ้างที่มีนายจ้างคนเดียว และทำการผลิตหรือบริการในสถานประกอบการของนายจ้าง หรือที่นายจ้างกำหนด ทั้งนี้โดยกฎหมายให้ความสำคัญกับการบังคับบัญชาเป็นสำคัญ

แต่แรงงานนอกระบบเป็นแรงงานที่มีนายจ้างหลายคน หรือมีการรับงานหลายอย่างในเวลาเดียวกัน เพื่อความอยู่รอด การควบคุม บังคับบัญชา แม้จะมีได้ทำในสถานประกอบการแต่ก็มีการควบคุมจำนวนรับงาน เวลาทำงาน และคุณภาพของงาน

แรงงานนอกระบบประเภทนี้ ส่วนใหญ่ คือ ผู้รับงานไปทำที่บ้าน จึงมีสภาพคล้ายกับลูกจ้าง หรือควรยอมรับให้เป็นลูกจ้างประเภทหนึ่ง การแก้กฎหมายคุ้มครองแรงงานให้ครอบคลุมแรงงานนอกระบบประเภทนี้ ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่ง

1.2 แรงงานนอกระบบที่ไม่มีสถานะเป็นลูกจ้าง สามารถสมัครเป็นผู้ประกันตนโดยสมัครใจตามมาตรา 40 ของ พ.ร.บ.ประกันสังคม โดยต้องจ่ายสมทบด้วยตนเองทั้งหมด (ประมาณ 3,360 บาท) ได้รับสิทธิประโยชน์ใน 3 เรื่อง คือ การตาย ทุพพลภาพ และการคลอดบุตร

ประเด็นปัญหาของกลุ่มแรงงานนอกระบบที่ไม่มีสถานะเป็นลูกจ้าง ในการประกันตนโดยสมัครใจตามมาตรา 40 แรงงานนอกระบบมีความเห็นว่า

- 1) เงินที่จ่ายสมทบสูงเกินไป (เดือนละประมาณ 280 บาท) เมื่อเทียบกับรายได้ประจำที่ได้รับ (1,500 – 4,500 บาท/เดือน)
- 2) สิทธิประโยชน์ที่ได้รับไม่ครอบคลุมสุขภาพ
ข้อเสนอแนะเพื่อการพิจารณามีดังนี้
 - 1) ให้มีการประกันสุขภาพด้วย
 - 2) การลดเงินสมทบจากผู้ประกันตน โดยรัฐสมทบด้วย
 - 3) การคิดอัตราเงินสมทบแบบกลุ่ม
 - 4) การเสนอทางเลือกที่หลากหลาย เช่น มีการประกันระยะสั้น (ระยะ 1 ปี ไม่รวมชราภาพ) หรือการประกันระยะยาว (สะสม, รวมชราภาพ) เป็นต้น

2.7 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.7.1 ปัญหาของแรงงานนอกระบบ

สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และบ้านทานตะวัน มูลนิธิเด็ก (2535) ได้ทำการวิจัยเรื่องแรงงานอุตสาหกรรมก่อสร้าง พบว่า

- 1) ด้านที่อยู่อาศัย โดยส่วนใหญ่จะคับแคบ มีบริเวณเพียงแต่ใช้เป็นที่นอน สภาพห้องจึงมีอากาศร้อนและอึดอัด นอกจากนี้ห้องน้ำ ห้องส้วม ระบบการกำจัดสิ่งปฏิกูล ตลอดจนทางระบายน้ำก็ไม่เพียงพอ ไม่สะอาด และไม่มีมาตรฐาน
- 2) ด้านสุขภาพอนามัย เนื่องจากที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมยังไม่ถูกสุขลักษณะทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย โดยเฉพาะกับเด็กก่อนวัยเรียนที่เป็นลูกกรรมกรก่อสร้าง ซึ่งมักมีภูมิคุ้มกันโรคต่ำกว่าผู้ใหญ่
- 3) ความปลอดภัยในการทำงาน ต้องเสี่ยงอันตรายในเรื่องความสูงซึ่งอาจมีอุบัติเหตุเกิดขึ้น มีบางส่วนที่ยังไม่ได้รับค่าทดแทนตามกฎหมาย
- 4) ด้านเศรษฐกิจ การเงินไม่พอใช้ เนื่องจากคนงานส่วนใหญ่จะมีรายได้เพียงค่าจ้างเท่า

นั้น นอกจากนี้กรรมกรไร้ฝีมือบางส่วนได้รับค่าจ้างต่ำกว่าค่าจ้างขั้นต่ำ ลักษณะการจ้างงานมีทั้ง ประเภทรายวันและรายเดือน กลุ่มกรรมกรรายวันนั้นถ้าหากวันใดไม่มีงานทำก็จะขาดรายได้ในวัน นั้นไป ทำให้ไม่พอกับรายจ่ายที่ต้องกินด้วยต้องใช้ทุกวัน

5) ด้านครอบครัว การที่คนงานก่อสร้างเข้ามาอยู่ในเมืองซึ่งมีภาวะเศรษฐกิจบีบรัดตัว สภาพที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมแออัด สิ่งเหล่านี้มีผลต่อภาวะจิตใจทั้งแก่ตัวคนงานก่อสร้างและ ครอบครัวเกิดการทะเลาะวิวาทได้ง่าย

6) ด้านเกี่ยวกับแบบแผนการใช้ชีวิต แม้แหล่งก่อสร้างจะเป็นสถานที่รองรับแรงงานได้ จำนวนมาก แต่ก็ยังเป็นแรงงานที่ต่ำกว่าเกณฑ์กฎหมายแรงงาน สภาพการเป็นคณงานชั่วคราวที่ ขาดสวัสดิการทุกด้าน การได้รับค่าแรงเป็นรายวันซึ่งต้องทำทุกวัน การจ่ายค่าแรงจะจ่ายครั้งละ 15 วัน บ่อยครั้งที่ล่วงเลยกำหนดแล้วเงินก็ยังไม่ออก เคยมีผู้รับเหมาช่วยหนีไปทำให้คนงานไม่ได้ รับค่าแรง และยังต้องชดใช้นี้สินกับร้านค้าที่ยืมหรือเชื่อไว้ก่อน นอกจากนี้เมื่อได้รับอุบัติเหตุหรือ เจ็บป่วยก็ได้รับเงินค่าทำขวัญเพียงเล็กน้อยเท่านั้น จากสภาพปัญหาและข้อจำกัดดังกล่าวจะส่ง ผลต่อวิถีชีวิตของกรรมกรก่อสร้างค่อนข้างมาก

กองวิชาการและวางแผน กรมแรงงาน (2529 อ้างในวิญญู ทรัพย์, 2540:13) ศึกษา สภาพการจ้างงานและการทำงานของผู้รับงานไปทำที่บ้าน พบว่า การทำงานบางอย่างก่อให้เกิด อันตรายต่อผู้รับงานมาทำที่บ้าน เช่น งานแกะเนื้อปู เนื้อปลา กุ้ง หอย ฯลฯ อาจเกิดอันตรายจาก ของมีคมบาด งานแกะสลักไม้ อาจก่อให้เกิดวัสดุกระดูกะเด็นเข้าตา งานทำครก และสากหินก่อให้เกิด ผื่นหินจำนวนมากเมื่อสูดเอาฝุ่นหินเข้าสู่ร่างกายมากๆ ก่อให้เกิดโรคปอดอักเสบได้ เป็นต้น ผู้รับ งานมาทำที่บ้านส่วนใหญ่จะไม่ใช้เครื่องป้องกันอันตราย เพราะขาดความรู้หรือไม่สะดวกในการ ทำงาน และเมื่อได้รับอันตรายต้องช่วยเหลือตนเองมีเพียงเล็กน้อยเท่านั้นที่ได้รับความช่วยเหลือจาก ผู้จ้าง

ภาวนา พัฒนศรี (2532) ศึกษาสภาพการทำงานและแนวโน้มพฤติกรรมของเด็กที่ทำงานใน ตลาดใต้รุ่ง พบว่าแรงงานเหล่านี้ต้องทำงานในเวลากลางคืน มีระยะเวลานานเกือบรุ่งเช้าของอีก วันหนึ่ง และพักผ่อนในเวลากลางวัน เมื่อพักผ่อนไม่เพียงพอทำให้ร่างกายและสมองโดยเฉพาะ แรงงานเด็กไม่ได้พัฒนาเท่าที่ควร สมองล้า ความจำไม่ดี ไม่มีสมาธิทำงานและมีความสนใจสั้น และมีแนวโน้มความผิดปกติของพฤติกรรม อารมณ์และบุคลิกภาพ โดยเฉพาะเด็กหญิง เช่น ไม่มี ความเชื่อมั่นในตนเอง ติดเพื่อน ขณะที่เด็กชายมีแนวโน้มจะเป็นเด็กก้าวร้าวหรืออันธพาล

มณีมัย ทองอยู่ (2534 อ้างในวิญญู ทรัพย์, 2540:15) ศึกษาเกี่ยวกับการรับช่วงการผลิต ระหว่างโรงงานกับหมู่บ้านในอุตสาหกรรมแหวน จังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัญหาสุขภาพจากการ ทำงาน ได้แก่ อาการเวียนศีรษะ เมื่อยล้า หงุดหงิด ปวดหลัง ปวดหัว ปวดตา และบางรายมีอาการเป็น ตุ่ม

อมรา พงศาพิชญ์ (1992 อ้างใน ประดิษฐ์ ชาติสมบัติ, 2538:11) ศึกษาปัญหาการทำงานของผู้รับงานไปทำที่บ้าน พบว่า ปัญหาสภาพแวดล้อมของการทำงานของผู้รับงานไปทำที่บ้านที่พบมากหลายประเภทอุตสาหกรรม คือ ปัญหาฝุ่นละออง ปัญหาสภาพอากาศร้อน ปัญหาสุขภาพและอันตรายจากการทำงาน อุตสาหกรรมที่มีปัญหาสภาพแวดล้อมของการทำงานหลายอย่าง คือ อุตสาหกรรมตีเหล็ก อุตสาหกรรมแปรรูปและถนอมอาหาร

สภาพปัญหาการทำงานของแรงงานนอกระบบ โดยเฉพาะผู้รับงานไปทำที่บ้านที่มีผลต่อสุขภาพ คือ ชั่วโมงการทำงานยาวนาน ทำให้ไม่มีเวลาพักผ่อนเพียงพอ รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา รายได้ต่ำ ต้องทำงานหนัก ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพ ถูกโกงค่าแรง ถูกเอารัดเอาเปรียบ ไม่ได้ได้รับความคุ้มครองจากกฎหมายคุ้มครองแรงงาน ไม่มีสวัสดิการจากรัฐ การว่างงาน เนื่องจากงานของผู้รับงานไม่สม่ำเสมอ และรายได้ของผู้รับงานส่วนใหญ่มีรายได้น้อยหรือบางครั้งไม่มีรายได้เลย (ถ้าไม่มีงาน)

Amara Pongsapich (1992 : 20-21 อ้างใน ประดิษฐ์ ชาติสมบัติ , 2538:12) สรุปปัญหาสุขภาพของผู้รับงานไปทำที่บ้านที่พบในหลายประเภทอุตสาหกรรม ไว้ดังนี้

ประเภทอุตสาหกรรม	ลักษณะปัญหาสภาพแวดล้อมของการทำงาน
ตีเหล็ก	สถานที่ทำงานไม่เหมาะสม อากาศไม่บริสุทธิ์ ร้อนอบอ้าว ฝุ่นละอองมาก เสียงดัง
เจียรไนพลอย	แสงสว่างไม่เพียงพอ
แปรรูปอาหาร	สถานที่ไม่เหมาะสม อากาศไม่บริสุทธิ์ กลิ่นไม่บริสุทธิ์ แสงสว่างไม่เพียงพอ อันตรายจากการทำงาน
ทำอิฐ	สถานที่ทำงานไม่เหมาะสม ฝุ่นละอองมาก
แกะสลัก	ฝุ่นละอองมาก กลิ่นไม่บริสุทธิ์
ทำร่ม	ร้อนอบอ้าว อันตรายจากการทำงาน
ทำดอกไม้ประดิษฐ์	อันตรายจากการทำงาน
ทำเครื่องเงิน	อันตรายจากการทำงาน
ตัดเย็บเสื้อผ้า	เสียงดัง อันตรายจากการทำงาน
ทำอาหารทะเล	อันตรายจากการทำงาน

ปัญหาสุขภาพของผู้รับงานไปทำที่บ้านเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้รับงานไปทำที่บ้านในทุกประเภทอุตสาหกรรม นับเป็นปัญหาที่สำคัญ ลักษณะอาการของปัญหาสุขภาพ คือ การปวดหลัง ปวดเมื่อยร่างกาย ซึ่งพบมากที่สุด นอกจากนั้น อาการอื่นๆ เช่น ปวดหัว ปวดตา เป็นต้น

กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน (2536 อ้างใน วิยุทธ์ จำรัสพันธ์, 2540:15) ได้ทำการสำรวจการรับงานมาทำที่บ้านในเขตจังหวัดศรีสะเกษ เขียนใหม่และติดตาม พบว่าผลกระทบจากการทำงานต่อสุขภาพของผู้รับงานมาทำที่บ้านส่วนใหญ่เป็นโรคปวดหลัง เจ็บตา ปวดศีรษะ โรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจ ทั้งนี้เพราะต้องใช้สายตา สัมผัสกับสารเคมี ทำงานมากเกินไป นานเกินไป อุบัติเหตุจากการทำงาน เป็นต้น

การศึกษาของ Cooper, Guthridge and Riare (1992 อ้างใน ประดิษฐ์ ชาสสมบัติ, 2538 :12) เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้รับงานไปทำที่บ้าน พบว่า ปัญหาสุขภาพของผู้รับงานไปทำที่บ้าน ได้แก่ ปวดหลัง ปวดเมื่อย ร่างกายของผู้รับงานไปทำที่บ้านเป็นผลมาจากการทำงาน การนั่งนานๆ หรือ/และการใช้อุปกรณ์ การทำงานที่ไม่เหมาะสม ดังจะสังเกตได้จากผู้ทำงานในอุตสาหกรรมเจียรไนพลอย ซึ่งทำงานในแต่ละวันยาวนานกว่าและมีปัญหาสุขภาพมากกว่าผู้ทำงานในอุตสาหกรรมแหวน และส่วนหนึ่งของปัญหาสุขภาพและการทำงานเกิดจากความไม่รู้หรือไม่ตระหนักเกี่ยวกับสภาพการทำงานที่ไม่เหมาะสม

กองแรงงานหญิงและเด็ก กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม (มปป. อ้างใน วิโรจน์ ตูลาพันธ์, 2540:36-37) ศึกษาสภาพปัญหาของผู้รับงานไปทำที่บ้าน พบว่าเนื่องจากผู้รับงานไปทำที่บ้านไม่ได้กำหนดระยะเวลาในการทำงานที่แน่นอน บางครั้งมีระยะเวลาการทำงานยาวนานเกินไป ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพอนามัย ส่วนความไม่ปลอดภัยในการทำงานมีบ้างแต่ไม่รุนแรงและเกิดขึ้นไม่มากนัก นอกจากนี้ยังขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องวิธีการทำงาน อุปกรณ์การทำงาน และสารเคมีที่ใช้ในการผลิตทำให้เกิดปัญหาแก่ร่างกายและสุขภาพอนามัย เนื่องจากผู้รับงานไปทำที่บ้านไม่มีสถานภาพเป็นลูกจ้างตามกฎหมายคุ้มครองแรงงาน ทำให้ไม่ได้รับการคุ้มครองจากการประกันสังคม การคุ้มครองค่าตอบแทนในการทำงานและสวัสดิการที่จำเป็นอื่นๆ

ผกา มาศ บุญธรรม (2540) ศึกษาเรื่องสภาพการจ้างและสภาพการทำงานของแรงงานสตรีที่รับเหมาไปทำที่บ้าน : ศึกษากรณีบ้านโนนกุ้ ต.สารภี อ.เมือง จ.ขอนแก่น พบว่า ผลกระทบจากการทำงานต่อสุขภาพแรงงานสตรีที่รับงานเหมาไปทำที่บ้าน ทำให้เวียนศีรษะ ปวดตา ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดหลัง อาการเครียด หงุดหงิด เป็นตุ่ม ผื่นคันตามตัว ซึ่งผู้รับจ้างจะต้องรับผิดชอบดูแลตนเอง

ทวีสิทธิ์ บุญธรรม (2540:5-6) ศึกษาพฤติกรรมอนามัยของแรงงานนอกระบบในชุมชนวัดจันทร์ประดิษฐาราม กล่าวว่า แรงงานนอกระบบไม่ได้รับการปกป้องคุ้มครองทั้งจากกฎหมายและสภาพแรงงาน ไม่มีระเบียบแบบแผนข้อบังคับและการจดทะเบียน มักทำงานอยู่ในสถานประกอบการเล็กๆที่ใช้แรงงานเข้มข้นและเทคโนโลยีอย่างง่าย เป็นการรับงานมาทำที่บ้านหรือประกอบอาชีพอิสระขนาดเล็ก ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาต่ำ ประกอบการในสภาวะที่แข่งขันสูงและไม่มั่นคง

วิยุทธ์ จำรัสพันธ์และคณะ (2540 อ้างใน สมัย นักหินลาด , 2542:21) ศึกษาเรื่องการจ้างแรงงานสตรีนอกระบบในอุตสาหกรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ผู้รับงานไปทำที่บ้านส่วน

ใหญ่จะไม่ค่อยตระหนักในด้านสุขภาพ หรืออันตรายที่เกิดจากการทำงาน จะรักษาตามอาการที่เกิดขึ้นโดยไม่มีการป้องกันล่วงหน้า

ระกาวิณ ลิขณะวานิชพันธ์ (2543 : 8) กล่าวว่า แรงงานนอกระบบประสบปัญหา 3 ด้าน คือ

1. ปัญหาด้านเศรษฐกิจ งานไม่สม่ำเสมอ ค่าจ้างถูก ถูกหักค่าจ้างโดยไม่เป็นธรรม ขาดโอกาสในการพัฒนาทักษะ ขาดเงินทุนในการพัฒนาธุรกิจ ฯลฯ
2. ปัญหาด้านสังคม มีเวลาดูแลครอบครัวน้อยลง มีเวลาให้กับกิจกรรมของชุมชนน้อยลง ขาดหลักประกันทางสังคม
3. ปัญหาด้านสุขภาพและความปลอดภัย ไม่ได้รับการคุ้มครองอย่างทั่วถึง ขาดความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพอย่างถูกต้อง

จากสภาพปัญหาดังกล่าว จะเห็นได้ว่า แรงงานนอกระบบซึ่งส่วนใหญ่เป็นกำลังหลักของครอบครัว เป็นผู้นำหรือรับภาระหาเลี้ยง หารายได้เข้าสู่ครอบครัว ในปัจจุบันประสบปัญหาสุขภาพเนื่องจากพฤติกรรมของตนเอง และจากชีวิตความเป็นอยู่ เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของตนเองและบุคคลในครอบครัว เช่น ความไม่ปลอดภัยในการทำงาน

2.7.2 หลักประกันของแรงงานนอกระบบ

เบญญา จิรภัทรพิมล และคณะ (2544) ได้ศึกษาสภาพการทำงานนอกระบบกับปัญหาสุขภาพ : กรณีศึกษาการทำงานอุตสาหกรรมอยู่กับบ้าน พบว่า งานนอกระบบที่มีทำกันมากในประเทศไทยปัจจุบันนี้ คือ กลุ่มงานอุตสาหกรรมหัตถกรรม ซึ่งส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นการนำงานอุตสาหกรรมเพียงบางขั้นตอนออกไปนอกโรงงาน ดังนั้น จึงเป็นการรับเหมางานอุตสาหกรรมมาทำอยู่กับบ้าน ที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพของคนทำงาน สำหรับงานที่เป็นกรณีศึกษาของกลุ่มงานอุตสาหกรรมหัตถกรรมคือ บรอนซ์ แหวน ทอผ้า เย็บผ้า เจียรไนพลอย และเมิลด์พันธ์ ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการผลิตของงานทั้ง 6 ชนิด มีความเสี่ยงต่ออันตรายที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของคนทำงาน รวมทั้งสมาชิกในครัวเรือนและสภาพแวดล้อมของชุมชน ซึ่งเรียงลำดับของระดับอันตรายที่เกิดขึ้นได้แก่ บรอนซ์ เมิลด์พันธ์ แหวน ทอผ้า เย็บผ้า และเจียรไนพลอย ในส่วนของปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในขณะนี้ คือ คนทำงานส่วนใหญ่เกิดการเจ็บป่วยที่สันนิษฐานว่าน่าจะเกิดจากงานที่ทำ แต่ที่สำคัญคือ มีคำวินิจฉัยของแพทย์ที่ระบุว่างานที่ทำอยู่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของผู้ทำงานและเป็นต้นเหตุแห่งความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว

นอกจากปัญหาสุขภาพแล้ว จุดที่น่าสนใจ คือ คนทำงานอุตสาหกรรมอยู่กับบ้านเหล่านี้ได้รับค่าจ้างต่ำกว่าอัตราค่าจ้างแรงงานขั้นต่ำ ทั้ง ๆ ที่คนกลุ่มนี้ได้มีการลงทุนทั้งหมดและ/หรือลงทุนบางส่วนแทนนายจ้าง รวมทั้งต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการทำงาน โดยที่เจ้าของ

งานมิได้รับผิดชอบ ดังนั้นทางออกที่น่าจะดีที่สุด คือ ระบบประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอก
ระบบที่ดำเนินงานโดยองค์กรชุมชน แต่เจ้าของงานและรัฐจะต้องร่วมรับผิดชอบด้วย

อัญชลี สิงหนตร-ฤณาท และณัฐยา ศักดิ์สูง (2539) ศึกษาเรื่อง วิถีชีวิตของคนงาน
ก่อสร้างในภาคเหนือ ได้กล่าวว่าคนงานก่อสร้างเป็นแรงงานนอกระบบจึงทำให้ถูกละเมิดสิทธิขั้น
พื้นฐานหลายประการ ทำให้เกิดผลกระทบต่อวิถีชีวิตและวิถีสุขภาพของคนงาน และกล่าวได้ว่า
คนงานก่อสร้างเป็นกลุ่มผู้ด้อยโอกาสกลุ่มหนึ่งที่ถูกละเมิดสิทธิกับปัญหาสังคมและสาธารณสุข
โดยลำพัง การแก้ปัญหาสังคมและสาธารณสุขของคนงานก่อสร้างเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ผู้เกี่ยวข้อง
ทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงบริษัทรับเหมาก่อสร้าง จำเป็นต้องเข้ามาช่วยเหลือ เพราะ

1) คนงานก่อสร้างส่วนใหญ่ไม่มีอำนาจต่อรองเนื่องจากระบบการจ้างงานเป็นลูกจ้าง
รายงานและจ้างเฉพาะแต่ละโครงการ การละเมิดสิทธิคนงานด้านวันลาพัก ลาป่วย และ/หรือ วัน
หยุดพักผ่อนจึงดำเนินไปโดยไม่ปรากฏหลักฐาน รวมทั้งในการได้รับการคุ้มครองด้านความปลอดภัย
ในการทำงานและการรักษาพยาบาล

2) การเป็นคนงานนอกระบบทำให้ขาดหลักฐานในการเรียกร้องสิทธิและการได้รับความ
คุ้มครองจากกฎหมาย และตัวคนงานเองก็เข้าไม่ถึงบริการของรัฐ เนื่องจากขาดความรู้ ขาดหลัก
ฐาน ขาดปัจจัยในการร้องเรียนเมื่อไม่ได้รับค่าแรง

3) ระบบความสัมพันธ์ระหว่างคนงานกับผู้รับเหมาในเชิงอุปถัมภ์ที่มีมาแต่เดิมในระบบ
การทำงานก่อสร้างในโครงการก่อสร้างขนาดใหญ่หลายแห่งได้หมดไป จากการเข้ามาของผู้รับ
เหมาต่างถิ่นหรือคนงานชาวเขา ความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับเหมาหรือหัวหน้างานกับคนงานได้
เปลี่ยนไปในรูปของการเป็นนายจ้างกับลูกจ้างมากกว่าการเป็นหัวหน้ากับลูกน้อง ดังนั้น จึงจำเป็น
ที่จะต้องมียุทธศาสตร์ที่สามารถเกื้อกูลผลประโยชน์ให้คนงาน

4) ปัญหาสาธารณสุขของคนงานก่อสร้างไม่ควรตั้งอยู่บนพื้นฐานของแนวความคิดที่ว่า
คนงานสามารถดูแลตนเองได้เนื่องจากเป็นปัญหาการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ เท่านั้น แต่แนวความ
คิดในเรื่องนี้ควรอยู่ที่ประเด็นอาชีวอนามัยเพราะการเจ็บป่วยของคนงานเกิดจากสภาพการทำงาน
และสิ่งแวดล้อมในโครงการก่อสร้าง ทั้งนี้ นายจ้างควรต้องรับผิดชอบ และต้องยอมลงทุนในการ
พัฒนาคุณภาพชีวิตของคนงาน การพัฒนาฝีมือแรงงานอย่างเท่าเทียมกันทั้งหญิงและชาย และ
ความมั่นคงในอาชีพ

5) ระบบประกันสังคมในปัจจุบัน เป็นระบบที่ใช้กับคนงานประจำของบริษัทซึ่งต้อง
ทำงานต่อเนื่องในบริษัทนั้น ๆ เป็นระยะเวลาอันยาวนานคนงานจึงจะได้รับผลประโยชน์ อย่างไรก็ตาม
คนงานก่อสร้างส่วนใหญ่จะไม่ได้รับประโยชน์จากระบบประกันสังคม เพราะเป็นลูกจ้างรายวัน
ดังนั้นระบบประกันสังคมที่มีประสิทธิภาพจะต้องคำนึงถึงความเป็นพลวัตรของลักษณะและแบบ
แผนการจ้างงานในงานก่อสร้าง

การที่ลักษณะการจ้างงานในอุตสาหกรรมก่อสร้างมีความเป็นพลวัตรสูง จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่โครงสร้างสวัสดิการสังคมจึงต้องมีแบบแผนสอดคล้องกับข้อเท็จจริงดังกล่าว ไม่ควรจะเป็นระบบเดียวกับงานที่แรงงานเป็นพนักงานประจำอยู่กับนายจ้างตลอด แต่ควรหารูปแบบที่เหมาะสมกับพนักงานก่อสร้างที่ต้องหมุนเวียนเข้าออกจากงานตามแบบแผนของลักษณะการจ้างงานพนักงานก่อสร้างในปัจจุบัน อาทิ การจัดตั้งศูนย์บริการพนักงานก่อสร้างโดยความร่วมมือระหว่างรัฐและองค์กรเอกชนที่พนักงานก่อสร้างสามารถเข้าถึงได้ในการร้องเรียนด้านแรงงานสัมพันธ์ ในการให้ความรู้ด้านสิทธิประโยชน์ ให้คำแนะนำ/บริการสุขภาพ หรือจัดให้มีศูนย์ดูแลเด็กเล็ก และการสร้างเครือข่ายให้พนักงานก่อสร้าง ทั้งนี้ ไม่ว่าพนักงานจะย้ายไปอยู่ที่ใด ศูนย์ดังกล่าวจะยังเป็นศูนย์กลางให้เครือข่ายพนักงานก่อสร้างได้มีพลังในการต่อรองด้านสุขภาพและวิถีชีวิตที่ดีขึ้น

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาหลักประกันสุขภาพของประชาชนกลุ่มแรงงานนอกระบบและครอบครัว มีระเบียบวิธีวิจัยดังต่อไปนี้

3.1 พื้นที่ศึกษา

การศึกษานี้ทำการศึกษาใน 3 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร สมุทรปราการ และศรีสะเกษ ในแต่ละจังหวัดได้คัดเลือกชุมชนเพื่อเป็นพื้นที่ศึกษา จังหวัดละ 3 ชุมชน รวมทั้งสิ้น 9 ชุมชน ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Random Sampling) โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือกชุมชน ดังนี้

1. เป็นชุมชนที่มีแรงงานนอกระบบอยู่อาศัยเป็นจำนวนมาก และมีความหลากหลายในลักษณะของการประกอบอาชีพ
2. เป็นชุมชนที่มีลักษณะและสภาพชุมชนแตกต่างกัน เช่น ชุมชนแออัด ชุมชนชานเมือง เคหะชุมชน ชุมชนชนบท เป็นต้น

จากเกณฑ์ดังกล่าวได้คัดเลือกชุมชนเพื่อเป็นพื้นที่ศึกษา จำนวนทั้งสิ้น 9 ชุมชน ดังรายละเอียดในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 รายชื่อชุมชนที่เป็นพื้นที่ศึกษา

ชื่อชุมชนและที่ตั้ง	ลักษณะชุมชน
1. ชุมชนลำพะอง เขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร	ชุมชนชานเมือง เป็นชุมชนที่ตั้งอยู่บริเวณรอบนอก กรุงเทพมหานคร สิ่งสาธารณูปโภคไม่สะดวก ค่อนข้างอยู่ห่างไกลจากหน่วยบริการของรัฐ ¹
2. ชุมชน ส.พัทยา เขตบางกะปิ กรุงเทพมหานคร	ชุมชนแออัด เป็นชุมชนที่มีบ้านเรือนอยู่รวมกันอย่างหนาแน่น ไร้ระเบียบ โดยถือเกณฑ์ความหนาแน่นของบ้านเรือนอย่างน้อยไม่ต่ำกว่า 50 หลังคาเรือนต่อพื้นที่ 1 ไร่ ¹
3. ชุมชนร่มเกล้า เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร	เคหะชุมชน เป็นชุมชนที่มีการจัดที่อยู่อาศัยหลายรูปแบบในพื้นที่เดียวกัน จัดสิ่งสาธารณูปโภคอย่างเป็นระบบ ดำเนินโครงการโดยหน่วยงานของรัฐ ได้แก่ การเคหะแห่งชาติ ¹

¹ ระเบียบกรุงเทพมหานคร ว่าด้วยกรรมการชุมชน พ.ศ.2534

ตารางที่ 3.1 รายชื่อชุมชนที่เป็นพื้นที่ศึกษา (ต่อ)

ชื่อชุมชนและที่ตั้ง	ลักษณะชุมชน
4. ชุมชนหล่อเสาเข็ม อ.เมือง จ.สมุทรปราการ	ชุมชนแออัด เป็นชุมชนที่มีบ้านเรือนอยู่รวมกันอย่างหนาแน่น ไร้ระเบียบ โดยถือเกณฑ์ความหนาแน่นของบ้านเรือนอย่างน้อยไม่ต่ำกว่า 50 หลังคาเรือนต่อพื้นที่ 1 ไร่
5. ชุมชนหัวลำพู อ.เมือง จ.สมุทรปราการ	ชุมชนที่พักอาศัยใกล้แหล่งอุตสาหกรรม เป็นชุมชนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ตั้งของโรงงานอุตสาหกรรม
6. ชุมชนเคหะบางพลี อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ	เคหะชุมชน เป็นชุมชนที่มีการจัดที่อยู่อาศัยหลายรูปแบบในพื้นที่เดียวกัน จัดสิ่งสาธารณูปโภคอย่างเป็นระบบ ดำเนินโครงการโดยหน่วยงานของรัฐ ได้แก่ การเคหะแห่งชาติ
7. ชุมชนท่าเรือ อ.เมือง จ.ศรีสะเกษ	ชุมชนเมือง เป็นชุมชนตั้งอยู่ในเขตเทศบาล มีบ้านเรือนอยู่อาศัยหลายรูปแบบ เช่น ตึกแถว บ้านเดี่ยว อยู่ใกล้ตลาดและย่านการค้า
8. ชุมชนหนองกก อ.กันทรารมย์ จ.ศรีสะเกษ	ชุมชนชนบท เป็นชุมชนที่ตั้งอยู่นอกเขตเทศบาลและสุขาภิบาล การประกอบอาชีพของคนในชุมชนจะทำอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก
9. ชุมชนบ้านตูม อ.ปรางค์กู่ จ.ศรีสะเกษ	ชุมชนชนบท เป็นชุมชนที่ตั้งอยู่นอกเขตเทศบาลและสุขาภิบาล การประกอบอาชีพของคนในชุมชนจะทำอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก

¹ระเบียบกรุงเทพมหานคร ว่าด้วยกรรมการชุมชน พ.ศ.2534

3.2 วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยมีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังต่อไปนี้

1. การสัมภาษณ์เจาะลึก (In – depth Interview) เป็นการเก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล โดยมีแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ การศึกษานี้ทำการสัมภาษณ์เจาะลึก บุคคล 2 กลุ่มคือ

1.1 ตัวแรงงานนอกระบบ คัดเลือกจากผู้ที่เคยมีประสบการณ์เจ็บป่วยหรือมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย ชุมชนละ 6 ราย เพื่อศึกษาถึงการดูแลสุขภาพ วิธีการรักษาเมื่อเจ็บป่วย การมีหลักประกันสุขภาพ ตลอดจนความต้องการหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว

1.2 นักวิชาการและผู้บริหารหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ นักวิชาการ นายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัด ประกันสังคมจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจังหวัด และประชาสัมพันธ์จังหวัด เพื่อทราบถึงข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะแนวทางและมาตรการในการพัฒนาหลักประกันสุขภาพสำหรับกลุ่มประชากรแรงงานนอกระบบและครอบครัว

2. การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) การศึกษาครั้งนี้ได้สนทนากลุ่ม 2 ลักษณะ คือ

2.1 การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผู้นำชุมชนและตัวแทนแรงงานนอกระบบ เพื่อระดมความคิดเห็นปัญหาสุขภาพอนามัยของแรงงานนอกระบบและครอบครัว ตลอดจนข้อเสนอแนะทางการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว ชุมชนละ 1 กลุ่ม

2.2 การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พัฒนาการ นักสังคมสงเคราะห์ เพื่อระดมความคิดเห็นต่อแนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว ชุมชนละ 1 กลุ่ม

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1. แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ รวม 2 ชุด

1.1 แนวคำถาม ในการสัมภาษณ์แรงงานนอกระบบ จำแนกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่หนึ่ง ข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว เป็นข้อมูลรายละเอียดของสมาชิกทุกคนในครอบครัวแรงงานนอกระบบ ข้อมูลเกี่ยวกับฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว การประกอบอาชีพ การอยู่อาศัยในชุมชน และการพึ่งพากันในชุมชน

ส่วนที่สอง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทั่วไป การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย และการใช้บริการจากแหล่งบริการสุขภาพต่าง ๆ

ส่วนที่สาม การรับรู้สิทธิในการคุ้มครองดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน

ส่วนที่สี่ ความต้องการหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว

1.2 แนวคำถาม ในการสัมภาษณ์นักวิชาการและผู้บริหาร จำแนกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่หนึ่ง การคุ้มครองสุขภาพแรงงานนอกระบบในปัจจุบัน

ส่วนที่สอง การคุ้มครองสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของแรงงานนอกระบบ

ส่วนที่สาม บุคคล กลุ่ม องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบ

และครอบครัว

ส่วนที่สี่ แนวทางการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ส่วนที่ห้า ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อแนวทางการพัฒนาหลักประกันสุขภาพ

ของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

2. แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม

ในการสนทนากลุ่มผู้นำชุมชนและตัวแทนแรงงานนอกระบบ และการสนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน มีประเด็นคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม ดังนี้

1. สถานการณ์ด้านหลักประกันสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัวในปัจจุบัน
 - ระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันคุ้มครองแรงงานนอกระบบและครอบครัวได้เพียงใด (ความครอบคลุมและทั่วถึง, สิทธิประโยชน์)
 - ปัญหาของระบบประกันสุขภาพในปัจจุบัน
 - ปัญหาการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว
2. หลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว ควรพัฒนาไปในรูปแบบใด
 - รูปแบบของหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว
 - ระบบบังคับหรือสมัครใจ
 - ครอบคลุมบริการด้านใด (ป้องกัน ส่งเสริม รักษา)
 - หลักประกันสุขภาพคุ้มครองใครบ้าง (เฉพาะตัวแรงงานนอกระบบคนเดียวหรือทั้งครอบครัวของแรงงานนอกระบบ)
 - สิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพ
 - การบริหารจัดการกองทุน

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ที่ได้จากการสัมภาษณ์ระดับลึกและการจัดกลุ่มสนทนาโดยนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ แล้ววิเคราะห์เชื่อมโยงความสัมพันธ์เพื่อหาข้อสรุปตามข้อเท็จจริงบนพื้นฐานของข้อมูลที่เกิดขึ้นมา

3.5 การนำเสนอรายงาน

นำเสนอรายงานเชิงพรรณนา ประกอบตารางแสดงค่าร้อยละ

3.6 กรอบการวิจัย

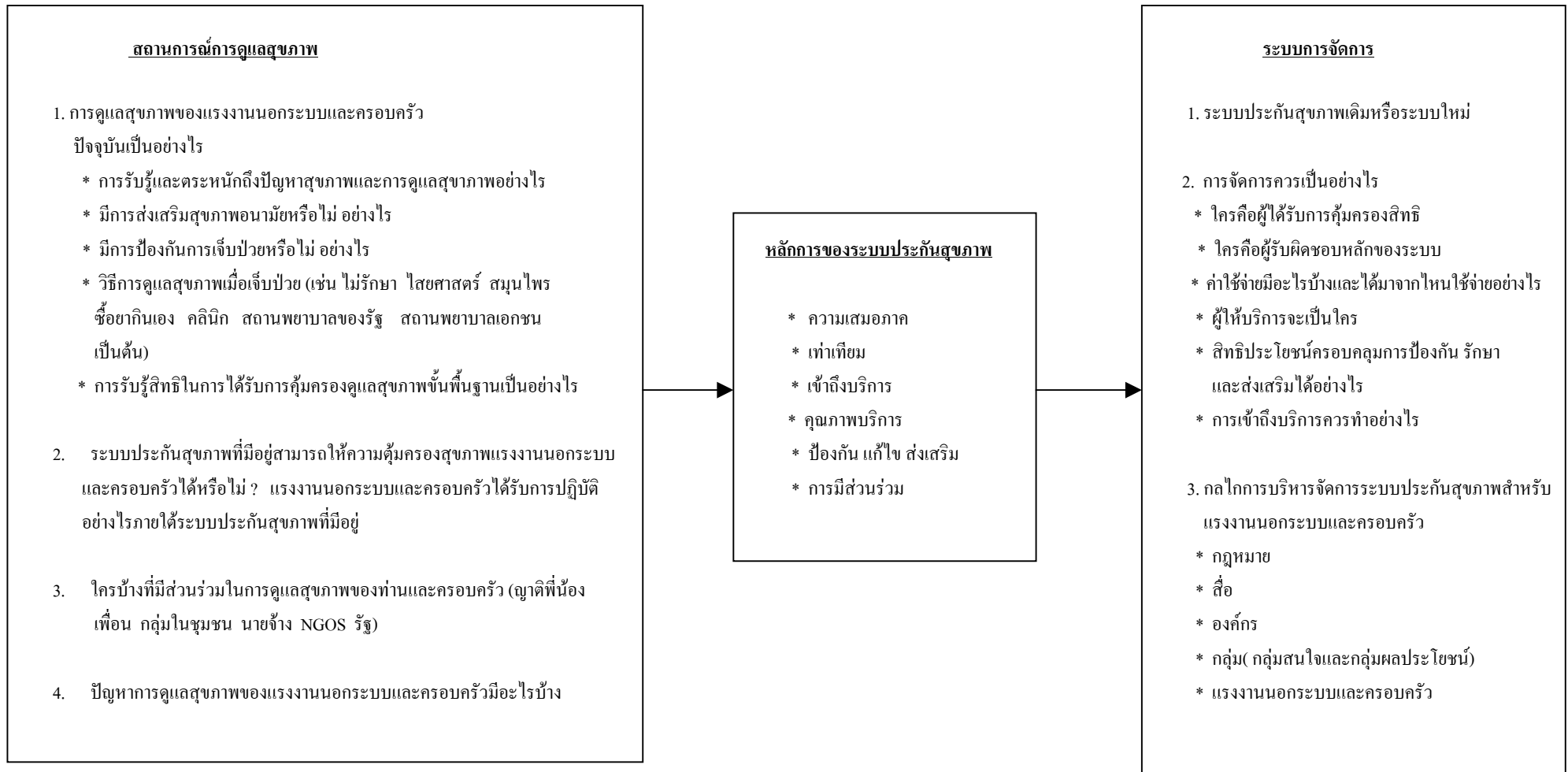
ในการศึกษาครั้งนี้ ได้กำหนดแนวทางการศึกษา คือ

1. สถานการณ์การดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว โดยศึกษาเกี่ยวกับ
 - 1.1 การดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัวปัจจุบันเป็นอย่างไร ได้แก่ การรับรู้และตระหนักถึงปัญหาสุขภาพและการดูแลสุขภาพอย่างไร การรับรู้สิทธิในการได้รับการคุ้มครองดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานเป็นอย่างไร มีการส่งเสริมสุขภาพอนามัยหรือไม่ อย่างไร มีการป้องกันการเจ็บป่วยหรือไม่อย่างไร วิธีการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยเป็นอย่างไร เช่น ไม่รักษา รักษาทางไสยศาสตร์ ใช้สมุนไพร ซื้อมากินเอง ไปรักษาที่คลินิก ไปสถานพยาบาลของรัฐหรือในสถานพยาบาลของเอกชน เป็นต้น
 - 1.2 ระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่สามารถให้ความคุ้มครองสุขภาพแรงงานนอกระบบและครอบครัวได้หรือไม่ แรงงานนอกระบบและครอบครัวได้รับการปฏิบัติอย่างไรภายใต้ระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่
 - 1.3 ใครบ้างที่มีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว (ญาติพี่น้อง เพื่อน กลุ่มในชุมชน นายจ้าง NGOs รัฐ)
 - 1.4 ปัญหาการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบ
2. หลักการของระบบประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัวโดยพิจารณาถึงความเสมอภาค เท่าเทียม เข้าถึงบริการ คุณภาพบริการ การป้องกัน-แก้ไข-ส่งเสริม และการมีส่วนร่วม
3. การจัดการระบบประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว ประกอบด้วย
 - 3.1 หลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว ควรเป็นอย่างไร
 - 3.2 การจัดการหลักประกันสุขภาพควรเป็นอย่างไร โดยพิจารณาถึง ใครคือผู้ได้รับการคุ้มครองสิทธิ ใครคือผู้รับผิดชอบหลักของระบบ ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการมีอะไรบ้าง ได้มาจากไหน ใช้จ่ายอย่างไร ผู้ให้บริการจะเป็นใคร สิทธิประโยชน์ครอบคลุมการป้องกันรักษาและส่งเสริมได้อย่างไร การเข้าถึงบริการควรทำอย่างไร
 - 3.3 กลไกการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว มีอะไรบ้าง โดยพิจารณาถึงกฎหมาย สื่อ องค์กร กลุ่ม แรงงานนอกระบบและครอบครัว

แผนภูมิที่ 3.1

กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวทางการพัฒนาหลักประกันสุขภาพกลุ่มประชากรแรงงานนอกระบบและครอบครัว



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การเสนอผลการวิจัยในบทนี้ แบ่งเนื้อหาออกเป็น 6 ส่วน คือ

- 4.1 ข้อมูลพื้นฐานของแรงงานนอกระบบและครอบครัว
- 4.2 สถานการณ์การดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว
- 4.3 หลักประกันสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัวในปัจจุบัน
- 4.4 ผู้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว
- 4.5 ปัญหาการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว
- 4.6 แนวทางการพัฒนาหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว

4.1 ข้อมูลพื้นฐานของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

การสัมภาษณ์เจาะลึกกลุ่มตัวอย่างแรงงานนอกระบบ จำนวนทั้งสิ้น 54 ราย มีลักษณะข้อมูลพื้นฐานดังนี้

4.1.1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป

แรงงานนอกระบบที่ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.0) มีอายุอยู่ในวัยกลางคน คือ อายุระหว่าง 31-60 ปี (ร้อยละ 74.0) แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาเพียงชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 79.6) ปัจจุบันสมรสแล้วและอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 68.5) แรงงานนอกระบบมีขนาดครอบครัวที่ไม่ใหญ่นัก กล่าวคือ แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 – 6 คน (ร้อยละ 51.9) หรือมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวโดยเฉลี่ยจำนวน 5 คน (ตารางที่ 4.1)

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	20	37.0
หญิง	34	63.0
รวม	54	100.0
อายุ		
ต่ำกว่า 30 ปี	9	16.7
31-40 ปี	10	18.5
41-50 ปี	18	33.3
51-60 ปี	12	22.2
61-70 ปี	5	9.3
รวม	54	100.0
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	7	13.0
ประถมศึกษา	43	79.6
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	1.9
มัธยมศึกษาตอนปลาย/อาชีวศึกษา	3	5.6
รวม	54	100.0
สถานภาพสมรส		
โสด	3	5.6
สมรส	37	68.5
ม่าย / หย่า / แยก	14	25.9
รวม	54	100.0
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
1-3 คน	16	29.6
4-6 คน	28	51.9
7 คนขึ้นไป	10	18.5
รวม	54	100.0
จำนวนสมาชิกในครอบครัวโดยเฉลี่ย ($\bar{X}$)	4.9	-

4.1.2 ข้อมูลพื้นฐานด้านเศรษฐกิจ อาชีพ

กลุ่มตัวอย่างแรงงานนอกระบบมีลักษณะการประกอบอาชีพหลากหลาย โดยเป็นผู้ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด (ร้อยละ 38.9) ได้แก่ รับจ้างซักผ้า/รีดผ้า เช็นขยะ ดูแลคนป่วย ต่อเติมบ้าน มัดหัวหอม ล้างถุงพลาสติก การรับงานมาทำที่บ้าน เช่น เย็บผ้าไหม เย็บรองเท้า เป็นต้น รองลงมาคือ อาชีพค้าขาย (ร้อยละ 29.6) ได้แก่ ขายก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน อาหารตามสั่ง ลูกชิ้นปิ้ง ผัดไทย/หอยทอด รถเข็นขายน้ำดื่ม ขายผัก ขายของชำเล็กๆ น้อยๆ ที่บ้าน เป็นต้น

เมื่อพิจารณาลักษณะการประกอบอาชีพของแรงงานนอกระบบ จำแนกตามเพศ พบว่า แรงงานนอกระบบเพศชายประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด (ร้อยละ 9.2) รองลงมาคือ อาชีพขับมอเตอร์ไซด์/ สามล้อรับจ้าง (ร้อยละ 7.4) ส่วนแรงงานนอกระบบเพศหญิงประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด (ร้อยละ 29.6) รองลงมาคือ อาชีพค้าขาย (ร้อยละ 24.0) (ตารางที่ 4.2)

จากลักษณะการประกอบอาชีพของแรงงานนอกระบบ จะเห็นได้ว่า แรงงานนอกระบบยังขาดความมั่นคงในการประกอบอาชีพและรายได้ กล่าวคือ ในกลุ่มผู้ที่มีอาชีพรับจ้างทั่วไปจะมีรายได้ก็ต่อเมื่อมีคนมาจ้างให้ทำงาน หากช่วงใดไม่มีคนมาจ้างหรือไม่มีงานทำ ผู้ทำงานกลุ่มนี้จะขาดรายได้ ส่วนกลุ่มผู้ที่ประกอบอาชีพค้าขาย อาจถือได้ว่าเป็นการประกอบอาชีพส่วนตัวที่เป็นอิสระ สามารถลงทุนได้ด้วยเงินจำนวนไม่มากนัก แต่ก็มีโอกาสเสี่ยงต่อการได้กำไรหรือขาดทุน หากวันใดขายของหมดก็จะได้กำไร ซึ่งเป็นเงินจำนวนไม่มากนัก สำหรับใช้จ่ายในครอบครัว หากวันใดขายไม่หมดก็จะเป็นของและอาจมีปัญหาไม่มีเงินลงทุนในวันถัดไป หากวันไหนหยุดขายก็จะขาดรายได้ จากลักษณะการประกอบอาชีพดังกล่าว จะเห็นได้ว่าแรงงานนอกระบบมีรายได้ไม่แน่นอน บางวันอาจมีรายได้ หรือบางวันไม่มีรายได้เลย

ตารางที่ 4.2 แสดงลักษณะการประกอบอาชีพของแรงงานนอกระบบ จำแนกตามเพศ

อาชีพ	เพศ		รวม จำนวน (คน) (ร้อยละ)
	ชาย	หญิง	
รับจ้างทั่วไป	5 (9.2)	16 (29.6)	21 (38.9)
ค้าขาย	3 (5.5)	13 (24.0)	16 (29.6)
ทำนา	3 (5.5)	1 (1.9)	4 (7.4)
ขับมอเตอร์ไซด์/ สามล้อรับจ้าง	4 (7.4)	-	4 (7.4)
ประมง (ออกเรือจับปลาทะเล)	3 (5.6)	-	3 (5.6)
เกษตรกร (เลี้ยงปลาสด)	1 (1.9)	1 (1.9)	2 (3.7)
ตัดเย็บเสื้อผ้า	1 (1.9)	1 (1.9)	2 (3.7)
เก็บขยะ / คัดแยกขยะ	-	2 (3.7)	2 (3.7)
รวม	20 (37.0)	34 (63.0)	54 (100.0)

รายได้

เมื่อให้แรงงานนอกระบบประมาณรายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่า แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ (ร้อยละ 44.4) มีรายได้เดือนละ 4,001 – 6,000 บาท รองลงมา มีรายได้ต่ำกว่าเดือนละ 2,800 บาท ร้อยละ 35.2 มีรายได้เดือนละ 2,800 – 4,000 บาท ร้อยละ 13.0 มีรายได้เดือนละ 6,001 – 8,000 บาท ร้อยละ 5.6 และมีเพียงร้อยละ 1.9 มีรายได้เดือนละ 8,001 – 10,000 บาท

เมื่อพิจารณาลักษณะการประกอบอาชีพกับรายได้ พบว่า แรงงานนอกระบบที่มีรายได้สูงได้แก่ ผู้ที่ประกอบอาชีพช่างตัดเย็บเสื้อผ้าและอาชีพค้าขาย โดยแรงงานนอกระบบที่มีรายได้เดือนละ 8,001 – 10,000 บาท ได้แก่ อาชีพช่างตัดเย็บเสื้อผ้า (ร้อยละ 1.9) รายได้เดือนละ 6,001 – 8,000 บาท ได้แก่ อาชีพค้าขาย (ร้อยละ 3.7) และอาชีพช่างตัดเย็บเสื้อผ้า (ร้อยละ 1.9) ส่วนแรงงานนอกระบบที่มีรายได้ต่ำกว่าเดือนละ 2,800 บาท ได้แก่ อาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 35.2) (ตารางที่ 4.3)

ตารางที่ 4.3 แสดงลักษณะการประกอบอาชีพของแรงงานนอกระบบ จำแนกตามรายได้

อาชีพ	รายได้ต่อเดือน (บาท)					รวม จำนวน(คน) (ร้อยละ)
	< 2,800	2,800-4,000	4,001-6,000	6,001-8,000	8,001-10,000	
รับจ้างทั่วไป	19 (35.2)	-	2 (3.7)	-	-	21 (38.9)
ค้าขาย	-	-	14 (25.9)	2 (3.7)	-	16 (29.6)
ทำนา	-	4 (7.4)	-	-	-	4 (7.4)
ขับมอเตอร์ไซด์ ถีบสามล้อรับจ้าง	-	1 (1.9)	3 (5.6)	-	-	4 (7.4)
ประมง (ออกเรือจับปลาทะเล)	-	-	3 (5.6)	-	-	3 (5.6)
เกษตรกร (เลี้ยงปลาสด)	-	-	2 (3.7)	-	-	2 (3.7)
ตัดเย็บเสื้อผ้า	-	-	-	1 (1.9)	1 (1.9)	2 (3.7)
เก็บขยะ / คัดแยกขยะ	-	2 (3.7)	-	-	-	2 (3.7)
รวม	19 (35.2)	7 (13.0)	24 (44.4)	3 (5.6)	1 (1.9)	54 (100.0)

จะเห็นว่าแรงงานนอกระบบส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในระดับอัตราค่าจ้างขั้นต่ำ หรือต่ำกว่าอัตราค่าจ้างขั้นต่ำ การดำรงชีวิตในสังคมปัจจุบันทุกครอบครัวมีค่าใช้จ่ายประจำวันทั้งในด้านอุปโภคและบริโภค จากปัญหาการมีรายได้ไม่แน่นอนและรายได้ค่อนข้างต่ำ ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในครอบครัวทำให้แรงงานนอกระบบต้องแก้ปัญหาความเดือดร้อนทางการเงิน โดยการกู้เงิน เกิดเป็นภาระหนี้สิน

ภาระหนี้สิน

ผลการศึกษา พบว่า แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.2) มีภาระหนี้สิน ส่วนแรงงานนอกระบบที่ไม่มีหนี้สินมีอยู่ร้อยละ 27.8 (ตารางที่ 4.4)

ตารางที่ 4.4 แสดงภาระหนี้สินของแรงงานนอกระบบ

ภาระหนี้สิน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มี	15	27.8
มี	39	72.2
รวม	54	100.0

จำนวนหนี้สิน

กลุ่มตัวอย่างแรงงานนอกระบบที่มีภาระหนี้สิน พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 59) มีหนี้สินมากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป โดยร้อยละ 23.1 มีหนี้สินจำนวน 10,001 – 20,000 บาท และร้อยละ 35.9 มีหนี้สินจำนวน 20,001 บาทขึ้นไป

เมื่อพิจารณาลักษณะการประกอบอาชีพกับจำนวนหนี้สิน พบว่า แรงงานนอกระบบที่มีหนี้สินจำนวน 20,001 บาทขึ้นไปได้แก่ อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 12.8 อาชีพทำนา ร้อยละ 10.3 อาชีพค้าขาย ร้อยละ 7.7 และเกษตรกร (เลี้ยงปลาสด) ร้อยละ 5.1 (ตารางที่ 4.5)

ตารางที่ 4.5 แสดงลักษณะการประกอบอาชีพของแรงงานนอกระบบ จำแนกตามจำนวนหนี้สิน

อาชีพ	รายได้ต่อเดือน (บาท)					รวม จำนวน(คน) (ร้อยละ)
	< 2,000	2,000-5,000	5,001-10,000	10,001-20,000	20,001 ขึ้นไป	
รับจ้างทั่วไป	6 (15.4)	3 (7.7)	-	6 (15.4)	-	20 (51.3)
ค้าขาย	-	-	3 (7.7)	1 (2.6)	-	7 (17.9)
ทำนา	-	-	-	-	-	4 (10.3)
ขับมอเตอร์ไซด์/ ถีบสามล้อรับจ้าง	1 (2.6)	1 (2.6)	-	2 (5.1)	-	4 (10.3)
ประมง (ออกเรือจับปลาทะเล)	-	-	-	-	-	-
เกษตรกร (เลี้ยงปลาสด)	-	-	-	-	-	2 (5.1)
ตัดเย็บเสื้อผ้า	-	-	-	-	1 (1.9)	-
เก็บขยะ / คัดแยกขยะ	-	-	2 (5.1)	-	-	2 (5.1)
รวม	7 (17.9)	4 (10.3)	5 (12.8)	9 (23.1)	14 (35.9)	39 (100.0)

สาเหตุของการกู้ยืม

ผลการศึกษา พบว่า แรงงานนอกระบบที่มีภาระหนี้สิน มีสาเหตุหลักที่ทำให้ต้องกู้ยืมเงิน ได้แก่ เพื่อนำมาใช้จ่ายในครอบครัว ร้อยละ 43.6 เช่น จ่ายค่าเทอมบุตร ซื้ออาหาร/ของใช้ภายในบ้าน ซ่อมแซมบ้านเรือน รองลงมาคือ นำไปลงทุนประกอบอาชีพ ร้อยละ 41.0 และอีกร้อยละ 7.7 เท่ากัน คือ กู้ยืมเพื่อนำมาลงทุนประกอบอาชีพและใช้จ่ายในครอบครัว และกู้ยืมเพื่อนำมาเป็นค่ารักษาพยาบาลเมื่อแรงงานนอกระบบหรือสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย

เมื่อพิจารณาลักษณะการประกอบอาชีพของแรงงานนอกระบบกับสาเหตุของการกู้ยืมเงิน พบว่า กลุ่มอาชีพรับจ้างทั่วไปมีสาเหตุการกู้ยืมเงินเพื่อนำไปใช้จ่ายในครอบครัวมากที่สุด ร้อยละ 35.9 กลุ่มอาชีพค้าขายมีสาเหตุการกู้ยืมเงินเพื่อนำไปลงทุนประกอบอาชีพมากที่สุด ร้อยละ 7.7 กลุ่มอาชีพทำนาทุกคนมีสาเหตุการกู้ยืมเงินเพื่อนำไปลงทุนประกอบอาชีพ ร้อยละ 10.3 กลุ่มอาชีพขับมอเตอร์ไซด์/ สามล้อรับจ้าง มีสาเหตุการกู้ยืมเงินเพื่อนำไปลงทุนประกอบอาชีพ รวมทั้ง

ใช้จ่ายในครอบครัว ร้อยละ 5.1 เท่ากัน กลุ่มอาชีพเกษตรกร (เลี้ยงปลาสลิด) มีสาเหตุการกู้ยืมเงินเพื่อนำไปลงทุนประกอบอาชีพและนำไปเป็นค่ารักษาพยาบาล ร้อยละ 2.6 เท่ากัน กลุ่มอาชีพเก็บขยะ/ คัดแยกขยะทุกคนมีสาเหตุการกู้ยืมเงินเพื่อนำไปใช้จ่ายในครอบครัว ร้อยละ 5.1 นอกจากนี้เมื่อพิจารณาสาเหตุการกู้ยืมเงินเพื่อนำมาเป็นค่ารักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย พบว่า มีแรงงานนอกระบบ 2 กลุ่มอาชีพที่ต้องมีการระเหินเงินจากสาเหตุดังกล่าว คือ กลุ่มอาชีพค้าขาย ร้อยละ 5.1 และกลุ่มอาชีพเกษตรกร (เลี้ยงปลาสลิด) ร้อยละ 2.6 (ตารางที่ 4.6)

ตารางที่ 4.6 แสดงลักษณะการประกอบอาชีพของแรงงานนอกระบบ จำแนกตามสาเหตุของการกู้ยืมเงิน

อาชีพ	สาเหตุการกู้ยืมเงิน				รวม จำนวน(คน) (ร้อยละ)
	ลงทุนประกอบอาชีพ	ใช้จ่ายในครอบครัว	ลงทุน+ใช้จ่าย ในครอบครัว	ค่ารักษาพยาบาล	
รับจ้างทั่วไป	6 (15.4)	14 (35.9)	-	-	20 (51.3)
ค้าขาย	3 (7.7)	1 (2.6)	1 (2.6)	2 (5.1)	7 (17.9)
ทำนา	4 (10.3)	-	-	-	4 (10.3)
ขับมอเตอร์ไซด์/ถีบสามล้อรับจ้าง	2 (5.1)	-	2 (5.1)	-	4 (10.3)
ประมง (ออกเรือจับปลาทะเล)	-	-	-	-	-
เกษตรกร (เลี้ยงปลาสลิด)	1 (2.6)	-	-	1 (2.6)	2 (5.1)
ตัดเย็บเสื้อผ้า	-	-	-	-	-
เก็บขยะ / คัดแยกขยะ	-	-	2 (5.1)	-	2 (5.1)
รวม	16 (41.0)	17 (43.6)	3 (7.7)	3 (7.7)	39 (100.0)

4.2 สถานการณ์การดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

การดูแลสุขภาพเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของบุคคล นับตั้งแต่การดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน อันได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การละเว้นพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ และการได้รับภูมิคุ้มกันโรค เป็นต้น รวมถึงการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย บุคคลจะมีวิธีการรักษาอาการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันหรือคล้ายคลึงกัน ย่อมขึ้นอยู่กับเงื่อนไขและข้อจำกัดหลายประการ

การศึกษาถึงการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบ สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ การดูแลสุขภาพในภาวะปกติ และการดูแลสุขภาพในภาวะเจ็บป่วย

การดูแลสุขภาพในภาวะปกติของแรงงานนอกระบบ เป็นพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อให้ตนเองและสมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ เป็นพฤติกรรมที่ทำในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง ประกอบด้วย

1. **การดูแลส่งเสริมสุขภาพ (Health Maintenance)** เป็นพฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วย และการพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่าง ๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย เช่น ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเหล้า เป็นต้น

2. **การป้องกันโรค (Disease Prevention)** เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ เช่น การรับภูมิคุ้มกันโรค การฝากครรภ์ เป็นต้น

การดูแลสุขภาพในภาวะเจ็บป่วยของแรงงานนอกระบบ เป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติเมื่อแรงงานนอกระบบเกิดความเจ็บป่วย ไม่สามารถประกอบกิจกรรมหรือดำเนินชีวิตได้ตามปกติ เป็นกระบวนการที่เริ่มตั้งแต่การสังเกตและรับรู้อาการเจ็บป่วยด้วยตนเอง การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา และการประเมินผลการรักษาด้วยตนเอง

การศึกษาถึงสถานการณ์การดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัวครั้งนี้แบ่งออกเป็น 5 หัวข้อ คือ

- 4.2.1 การรับรู้และตระหนักถึงปัญหาสุขภาพ
- 4.2.2 การดูแลส่งเสริมสุขภาพ
- 4.2.3 การป้องกันโรค
- 4.2.4 การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย
- 4.2.5 การรับรู้สิทธิในการได้รับการคุ้มครองดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน

4.2.1 การรับรู้และตระหนักถึงปัญหาสุขภาพ

แรงงานนอกระบบจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเป็นไปในลักษณะโดยอมจะ ต้องผ่านขบวนการตัดสินใจ ซึ่งประกอบไปด้วย การรับรู้และการตระหนักถึงความสำคัญของ ปัญหาสุขภาพ ซึ่งมีผลนำไปสู่การประพฤติดและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพ

“ปัญหาสุขภาพ” ในการรับรู้ของแรงงานนอกระบบ หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมี อาการผิดปกติจนทำให้ไม่สามารถทำงานหรือดำเนินชีวิตได้ตามปกติ และจำเป็นต้องได้รับการ รักษาจากแพทย์ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ การเจ็บป่วยที่รุนแรงอาการหนักต้องเข้ารับการรักษานใน สถานพยาบาล ซึ่งแรงงานนอกระบบคิดว่าเป็นภาวะที่ทำให้เกิดความเดือดร้อนมากที่สุด ส่วน อาการเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ หรืออาการป่วยที่พบได้ทั่วไป เช่น เป็นไข้ ไข้หวัด ปวดหัว อาการปวด เมื่อยตามร่างกาย (ปวดหลัง, ปวดเอว) แรงงานนอกระบบไม่คิดว่าเป็นปัญหาสุขภาพ แรงงาน นอกระบบส่วนใหญ่เคยชินกับอาการเจ็บป่วยเหล่านี้และคิดว่าเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นได้ในชีวิต ประจำวัน ซึ่งอาจเกิดจากการทำงานหนัก การทำงานตากแดดกลางแจ้ง การเปลี่ยนแปลงของ อากาศ หรือเป็นไปตามวัย เป็นเรื่องธรรมดาที่ร่างกายจะอ่อนแอไปบ้าง แต่ยังสามารถทำงานหรือ ดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ซึ่งแตกต่างจากการป่วยหนักหรืออาการป่วยที่รุนแรงจะมีผลกระทบและ สร้างความเดือดร้อนให้กับคนป่วยและครอบครัวมากกว่า ดังสะท้อนได้จากคำพูดของแรงงานนอกระบบ

“มีปวด มีเมื่อยมั่งเป็นธรรมดา...นั่งทำงานนาน ๆ ก็มีเมื่อยเอว เมื่อยหลัง”

(แรงงานนอกระบบ : รับจ้างทั่วไป)

“ปวดหัวเนี่ยเป็นบ่อย ซื้อยามากินก็หาย...ทำงานต่อได้”

(แรงงานนอกระบบ : ขายนํ้าดื่ม)

“จะปวดตามข้อ ตามกระดูก อายุมากขึ้น จะเป็น”

(แรงงานนอกระบบ : รับจ้างทั่วไป)

“บางทีโดนแดด โดนฝนก็มีเป็นหวัดมั่ง”

(แรงงานนอกระบบ : รับจ้างทั่วไป)

แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่มีความคิดหรือการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองว่ามีสุขภาพ แข็งแรง ไม่มีปัญหาความเจ็บป่วย ดังคำบอกเล่าของแรงงานนอกระบบ

“แข็งแรงดี ไม่เคยเจ็บ ไม่เคยป่วยกับใครเขาสักที”

“ป่วยหนัก ๆ ไม่เคยเป็น...”

“ในชีวิตของผม ยังไม่เคยเข้าโรงพยาบาล ไม่เคยไปนอนป่วยในโรงพยาบาล”

“ร่างกายแข็งแรงดี ไม่เคยไปหาหมอ”

อาจกล่าวได้ว่า ปัญหาสุขภาพในการรับรู้ของแรงงานนอกระบบ เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับ 2 มิติ คือ มิติสุขภาพที่ผิดปกติ และมิติทางเศรษฐกิจของครอบครัว กล่าวคือ ปัญหาสุขภาพเป็นภาวะที่ร่างกายมีอาการผิดปกติจนทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันและทำงานได้ตามปกติ จนกระทั่งต้องหยุดทำงาน เมื่อหยุดทำงานจะทำให้ขาดรายได้สำหรับใช้จ่ายในครอบครัวและเป็นค่ารักษาพยาบาล ส่วนการดูแลสุขภาพทั้งในด้านการส่งเสริมและป้องกันโรค เพื่อให้ตนเองและครอบครัวมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์นั้น แรงงานนอกระบบยังไม่ให้ความสำคัญหรือนึกถึงเรื่องดังกล่าว

การดำรงชีวิตของแรงงานนอกระบบประสบกับปัญหาต่างๆหลายประการ ปัญหาสำคัญที่แรงงานนอกระบบต้องประสบอยู่ทุกวันและเป็นปัญหาเฉพาะหน้าคือ ปัญหาการประกอบอาชีพเพื่อให้มีรายได้มาใช้จ่ายในครอบครัว ดังนั้นปัญหาสุขภาพจึงเป็นเพียงปัญหาหนึ่งในชีวิตของแรงงานนอกระบบ เมื่อเปรียบเทียบความต้องการทางด้านเศรษฐกิจกับด้านสุขภาพอนามัย ในความรู้สึกของแรงงานนอกระบบเห็นว่าเรื่องเศรษฐกิจ (การมีงานทำ, มีรายได้ที่เพียงพอ) เป็นเรื่องที่รีบด่วนและสำคัญกว่า เพราะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน ส่วนการเจ็บป่วยนั้นยังไม่แน่อนอาจจะป่วยหรือไม่ป่วยเลยก็ได้ อาการเจ็บป่วยที่จะเป็นปัญหาในความรู้สึกของแรงงานนอกระบบคือ การเจ็บป่วยที่รุนแรงหรืออาการป่วยหนักที่จำเป็นต้องรักษาในสถานพยาบาล ซึ่งแรงงานนอกระบบส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองว่ามีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ดีอยู่แล้ว ดังนั้นแรงงานนอกระบบจึงยังไม่ตระหนักหรือให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว โดยให้ความสำคัญต่อปัญหาด้านเศรษฐกิจหรือการประกอบอาชีพเพื่อหารายได้มากกว่าการสนใจดูแลสุขภาพ ดังคำกล่าวของแรงงานนอกระบบ

“ปัญหาเรื่องปากท้องของเรา มันจำเป็น ถ้าไม่ทำก็ไม่มีกิน”

(แรงงานนอกระบบ : รับจ้างทั่วไป)

“ช่วยแต่เรื่องสุขภาพอย่างเดียวหรือ เรื่องทำมาหากินไม่ช่วยบ้างหรือไง”

(แรงงานนอกระบบ : รับจ้างทั่วไป)

“ยังไม่ป่วยก็ไม่ทำอะไร แต่ลูกเราต้องกินทุกวัน”

(แรงงานนอกระบบ : รับจ้างทั่วไป)

จากคำกล่าวข้างต้นของแรงงานนอกระบบสะท้อนให้เห็นว่า ปัญหาสุขภาพไม่ใช่สิ่งที่แรงงานนอกระบบคำนึงถึงมากที่สุดตลอดเวลา เป็นเพียงปัญหาหนึ่งในหลายปัญหาของชีวิต ปัญหาสำคัญที่จะมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของแรงงานนอกระบบมากที่สุดคือ ปัญหาเศรษฐกิจ ดังนั้นปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่แรงงานนอกระบบให้ความสำคัญน้อยกว่าปัญหาอื่น ๆ เช่น ปัญหาค่าใช้จ่ายในครอบครัว (ค่าอาหาร / ของใช้ภายในบ้าน, ค่าเทอมบุตร, ค่าขนมและค่ารถของนักเรียน, ค่าน้ำ-ค่าไฟ, ฯลฯ) ปัญหาที่อยู่อาศัย (ค่าเช่าบ้าน, ถูกไล่ที่) ปัญหาการ

ประกอบอาชีพ (ไม่มีคนมาจ้างให้ทำงาน, ขายของไม่ดี, ไม่มีเงินลงทุนประกอบอาชีพ ฯลฯ) แรงงานนอกระบบคิดว่าเรื่องสุขภาพและการเจ็บป่วยปล่อยให้ไปตามธรรมชาติ “ไม่รู้ว่าวันใดวันหนึ่งจะเจ็บป่วย ถ้าป่วยถึงจะรักษา ถ้าไม่เจ็บป่วยก็ใช้ชีวิตตามปกติ”

4.2.2 การดูแลส่งเสริมสุขภาพ

เป็นพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของแรงงานนอกระบบและสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข และพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่าง ๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารถูกสุขวิทยา การไม่ดื่มสุรา การไม่สูบบุหรี่ และการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ

การสัมภาษณ์แรงงานนอกระบบเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพได้ผลดังนี้

(1) การออกกำลังกาย

แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ไม่มีการทำกิจกรรมออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน เนื่องจากแรงงานนอกระบบมีความเข้าใจว่า การออกกำลังกายจะต้องเป็นการไปทำกิจกรรมในสถานที่สำหรับออกกำลังกายเท่านั้น เช่น สวนสาธารณะ สวนหย่อม หรือศูนย์สุขภาพ ซึ่งในทัศนะของแรงงานนอกระบบคิดว่าการออกกำลังกายเป็นกิจกรรมสำหรับคนที่มีเงิน มีฐานะดีและมีเวลารว่าง ส่วนตัวของแรงงานนอกระบบเองยังมีความจำเป็นต้องประกอบอาชีพหารายได้เลี้ยงครอบครัว ไม่มีเวลารว่างหรือหยุดพักที่จะไปทำกิจกรรมออกกำลังกายในลักษณะดังกล่าว ดังคำบอกเล่าของแรงงานนอกระบบ

“ฉันไม่มีเวลาไปทำหรรอก เข้าขึ้นมาก็ต้องไปซื้อของ กลับมาเตรียมหั่นของ...ขายไปจนถึงเย็น เลิกขายก็เก็บของล้างทำงานบ้านต่อ”

(แรงงานนอกระบบ : คำชาย)

“แถวนี้ไม่มีพวกสวนสาธารณะ ไม่เห็นมีใครออกกำลังกาย อย่างที่เขาเดินแอโรบิกกัน”

(แรงงานนอกระบบ : รับจ้างทั่วไป)

“พวกคนที่เขามีเงิน มีเวลารว่างเขาก็ไปออกกำลังกายกัน คนจนอย่างเราไม่ได้ทำอะไรหรรอก

(แรงงานนอกระบบ : รับจ้างทั่วไป)

ผู้นำชุมชนก็มีความคิดสอดคล้องในทำนองเดียวกับแรงงานนอกระบบ ที่เห็นว่านอกจากแรงงานนอกระบบจะมีความจำเป็นในการหารายได้ และไม่มีเวลารว่างไปทำกิจกรรมออกกำลังกายแล้ว การขาดสถานที่สำหรับออกกำลังกาย เป็นสิ่งที่ทางชุมชนควรจะจัดหา ดังคำสนทนากลุ่มผู้นำชุมชนแห่งหนึ่ง

“ตอนนี้กำลังของบสนับสนุนจากนักการเมือง มาทำสนามให้เด็กเล่น ไว้เป็นที่ออกกำลังกายของชุมชนด้วย”

(สนทนากลุ่มผู้นำชุมชน)

นอกจากนี้แรงงานนอกระบบบางส่วนให้ทัศนะว่า การประกอบอาชีพของตนต้องออกแรงยกของ หรือทำงานต่าง ๆ ถือว่าเป็นการออกกำลังกายไปด้วยเหมือนกัน

“ยกของ ทำโน้นทำนี่ ก็ออกกำลังกายไปด้วย เหมือนกับออกกำลังกาย”

(แรงงานนอกระบบ : คำชาย)

“ทำงานทุกวัน ก็เหมือนออกกำลังกายอยู่ทุกวันอยู่แล้ว”

(แรงงานนอกระบบ : รับจ้างทั่วไป)

(2) การรับประทานอาหาร

เมื่อถามถึงเรื่องการรับประทานอาหาร แรงงานนอกระบบเกือบทั้งหมดบอกว่า รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ส่วนใหญ่ไม่รับประทานอาหารมื้อเช้า โดยให้เหตุผลว่า หากเข้ากินไปยังไม่หิว ประกอบกับต้องออกไปประกอบอาชีพ กว่าจะได้รับประทานอาหารมื้อแรกก็เป็นเวลาอาหารกลางวัน และไม่มีกำหนดเวลาแน่นอนแล้วแต่จะว่างช่วงไหน ส่วนอาหารมื้อหนักจะเป็นอาหารมื้อเย็นที่รับประทานร่วมกันในครอบครัว โดยจะซื้ออาหารสำเร็จรูปจากตลาดหรือร้านขายกับข้าวภายในชุมชน/หมู่บ้านมารับประทาน เป็นสิ่งที่น่าสังเกตว่าแม่บ้านหรือภรรยาของหัวหน้าครอบครัวเริ่มมีบทบาทเปลี่ยนแปลงไปจากสังคมสมัยก่อน ที่จะต้องมีหน้าที่จัดเตรียมอาหารไว้สำหรับสมาชิกในครอบครัว แต่ในปัจจุบันผู้หญิงที่เป็นภรรยาของหัวหน้าครัวเรือนจะเป็นอีกบุคคลหนึ่งที่มีบทบาทในการประกอบอาชีพหารายได้ช่วยเหลือจุนเจือครอบครัว โดยภรรยาของแรงงานนอกระบบส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพเป็นแรงงานนอกระบบเช่นกัน แรงงานนอกระบบให้เหตุผลการซื้ออาหารสำเร็จรูปมารับประทานไว้น่าสนใจว่า เป็นการสะดวกประหยัดเวลา และประหยัดเงินกว่าซื้อของมาทำกับข้าวเอง

“เลิกงานผ่านตลาด ก็ซื้อติดเข้ามาเลย”

(แรงงานนอกระบบ : รับจ้างทั่วไป)

“กว่าจะถึงบ้านก็เย็นแล้ว ถ้ามีวมาทำกับข้าวอีกก็จะมีดคำ”

(แรงงานนอกระบบ : รับจ้างทั่วไป)

“ซื้อแกงถุง ถูกกว่าเราทำเอง...แค่ซื้อหมู ผัก แต่ละครั้งก็เกือบ 50 บาท”

(แรงงานนอกระบบ : รับจ้างทั่วไป)

(3) การตรวจสุขภาพ

แรงงานนอกระบบที่ให้สัมภาษณ์ทั้งหมด ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี ทั้งๆที่แรงงานนอกระบบทราบและเคยได้ยินว่า การตรวจสุขภาพจะเป็นผลดีต่อตนเองทำให้รู้ว่าป่วยเป็นโรคอะไรบ้าง จะได้รับการรักษาให้หาย แรงงานนอกระบบให้เหตุผลที่ไม่ไปตรวจสุขภาพประจำปี

- กลัวว่าต้องเสียค่าใช้จ่ายแพง
- คิดว่าไม่มีเวลาไปตรวจ เพราะทำงานไม่แน่นอน
- ไม่ทราบจะไปตรวจที่ไหน
- ไม่ทราบจะบอกหมอว่า มาตรวจอะไร เพราะถ้าไม่มีอาการเจ็บป่วย คนก็จะไม่ไปหาหมอ หากจะบอกว่ามาตรวจสุขภาพทั้งๆที่ไม่เป็นอะไร อาจจะโดนว่า

แรงงานนอกระบบให้เหตุผลสำคัญอย่างแรกที่ทำให้ไม่ไปตรวจสุขภาพประจำปีคือ ค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพ ซึ่งแรงงานนอกระบบกลัวว่าต้องเสียเงินมาก ทั้ง ๆ ที่ตนเองมีรายได้น้อยอยู่แล้ว จึงยังไม่จำเป็นต้องไปเสียเงิน การตรวจสุขภาพเป็นเรื่องที่จะทำหรือไม่ทำก็ได้ ดังนั้นแรงงานนอกระบบทั้งหมดจึงไม่มีใครไปตรวจสุขภาพประจำปีเลย

4.2.3 การป้องกันโรค

เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยจากโรคหรือสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของแรงงานนอกระบบและสมาชิกในครอบครัว พฤติกรรมการป้องกันโรคได้แก่ การได้รับภูมิคุ้มกันโรค การฝากครรภ์ และการป้องกันการเจ็บป่วยจากการทำงานโดยเฉพาะอย่างยิ่งแรงงานนอกระบบที่มีลักษณะการประกอบอาชีพที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย

จากการสัมภาษณ์แรงงานนอกระบบทั้งหมด พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคในเรื่องการรับภูมิคุ้มกันโรคของเด็กในครอบครัวของแรงงานนอกระบบ เกือบทุกคนได้รับภูมิคุ้มกันโรคครบตามที่กำหนด โดยได้รับการจากสถานอนามัยหรือศูนย์บริการสาธารณสุข เช่นเดียวกับ การฝากครรภ์ที่พบว่า หญิงมีครรภ์ในครอบครัวของแรงงานนอกระบบทุกคนไปฝากครรภ์ที่สถานอนามัยหรือศูนย์บริการสาธารณสุข ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า บริการสาธารณสุขด้านอนามัยแม่และเด็ก และการให้ภูมิคุ้มกันโรคให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพครอบคลุมและทั่วถึงกลุ่มผู้รับบริการ สำหรับเด็กในครอบครัวแรงงานนอกระบบบางรายที่ยังไม่ได้รับภูมิคุ้มกันโรคครบตามที่กำหนด เนื่องจากพ่อแม่ละเลยไม่ใส่ใจทำให้ลืมกำหนดนัดหรือบางส่วนย้ายที่อยู่แล้วไม่ทราบจะไปใช้บริการที่ไหนจึงปล่อยปละละเลยไม่พาเด็กไปรับภูมิคุ้มกันโรค

พฤติกรรมการป้องกันการเจ็บป่วยจากการทำงานของแรงงานนอกระบบ พบว่า ส่วนใหญ่ยังไม่มีป้องกันตนเอง ทั้ง ๆ ที่แรงงานนอกระบบรู้ว่าลักษณะการทำงานดังกล่าวจะมี

ผลทำให้เจ็บป่วย แต่ก็ยังไม่มีอาการป้องกันใด ๆ โดยคิดว่าเป็นเรื่องธรรมดาหากจะมีการเจ็บป่วยบ้าง เมื่อเจ็บป่วยก็รักษาไปตามอาการ ดังคำบอกเล่าของแรงงานนอกระบบ

“ถุงที่เอามาทำ บางที่มีสารเคมีติดมา...จะคัน พอเลิกทำไปอาบน้ำแล้วยังไม่หาย ปากก็เอายามาทาแก้คัน”

(แรงงานนอกระบบ : รับจ้างล้างถุงพลาสติก)

“นั่งทำงานนาน ๆ บางที่มีปวดหลัง ปวดเอว ถ้างานเร่งก็ทนเอา”

(แรงงานนอกระบบ : รับจ้างเย็บผ้า)

“ชายของมันเป็นต้องยืนทั้งวัน พอตกเย็นปวดขาตื้อ ๆ... ให้ลูกเหยียบให้ค่อยยังชั่ว”

(แรงงานนอกระบบ : ชายมัดไทย / หอยทอด)

“เหม็นหนังกับกาว ไม่รู้ทำยังไง พี่เคยเอาผ้ามาปิดปากปิดจมูก มันรำคาญ เลยไม่ใส่”

(แรงงานนอกระบบ : รับจ้างเย็บรองเท้า)

4.2.4 การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย

เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตั้งแต่การรับรู้ของแรงงานนอกระบบที่มีต่อตัวเองว่ามีความผิดปกติไปจากเดิม ซึ่งอาจจะตัดสินใจด้วยตัวเอง ครอบครัวย หรือเครือข่ายสังคม ตลอดจนการตัดสินใจกระทำการสิ่งใด ๆ เพื่อตอบสนองต่ออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย หรือการตัดสินใจไม่กระทำการสิ่งใดเกี่ยวกับอาการที่ผิดปกติ

การที่แรงงานนอกระบบจะกระทำการสิ่งใด ๆ เพื่อตอบสนองต่ออาการผิดปกติของร่างกาย เริ่มตั้งแต่การรักษาอาการผิดปกติด้วยตนเอง การแสวงหาคำแนะนำหรือการรักษาจากผู้อื่นทั้งจากบุคคลในครอบครัว เครือญาติและเพื่อนบ้านในชุมชน ตลอดจนการรับการรักษาจากบุคลากรสาธารณสุขนั้น จะขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย

จากการสัมภาษณ์แรงงานนอกระบบทั้งหมด 54 ราย พบว่า อาการเจ็บป่วยของแรงงานนอกระบบและสมาชิกในครอบครัวที่พบมากที่สุดในรอบ 1 เดือนก่อนการสัมภาษณ์ ได้แก่ ไข้หวัด ไข้ ไอ ซึ่งมักพบในเด็กเป็นส่วนใหญ่ รองลงมาได้แก่ อาการปวดต่าง ๆ เช่น ปวดหัว ปวดเอว ปวดหลัง ปวดเมื่อยตามร่างกายทั่วไป อันดับที่สาม ได้แก่ โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารและโรคผิวหนัง เช่น โรคกระเพาะอาหาร ท้องเสีย ท้องอืด และผื่นคันตามผิวหนัง กลุ่มอาการ 2 อย่างหลังมักพบในผู้ใหญ่วัยแรงงานโดยเฉพาะตัวแรงงานนอกระบบเอง

(1) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย

เมื่อแรงงานนอกระบบรับรู้ตัวตนเองมีอาการผิดปกติทางร่างกาย หรือรู้สึกตัวตนเองเจ็บป่วย แรงงานนอกระบบจะประเมินอาการเจ็บป่วยนั้นก่อนว่ามีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด

หากเป็นการเจ็บป่วยเล็กน้อยที่เกิดขึ้นเป็นประจำไม่รุนแรง เช่น ไข้ ไข้หวัด ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกาย แรงงานนอกระบบจะใช้วิธีการรักษาตนเอง

พฤติกรรมการรักษาตนเองของแรงงานนอกระบบ แบ่งออกเป็น 4 แบบ คือ

1. การตัดสินใจไม่ทำอะไรเลยเกี่ยวกับอาการผิดปกติ อาการป่วยบางอย่างแรงงานนอกระบบจะปล่อยไม่ทำการรักษาใด ๆ ยังคงดำเนินชีวิตและประกอบอาชีพตามปกติ เช่น ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกาย โดยคิดว่า “ปล่อยไว้เดี๋ยวก็หายเอง”

2. การรักษาตนเองโดยวิธีต่าง ๆ ที่ไม่ต้องใช้ยา เช่น การนอนพักผ่อน การเช็ดตัวเพื่อลดไข้ การดื่มน้ำอุ่นเมื่อรู้สึกเจ็บคอ เป็นต้น

“วันไหนมีหนาวมาก ๆ หยุนนอนสักพัก..ก็ดีขึ้น”

(แรงงานนอกระบบ : ชายก่วยเดี่ยว)

3. การใช้ยารักษาตนเอง หากแรงงานนอกระบบต้องการหายจากอาการป่วยโดยรวดเร็วจะซื้อยารักษา โดยวิธีที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ การซื้อยาจากร้านขายของชำใกล้บ้าน และร้านขายยาในตลาด รวมทั้งการใช้ยาที่มีอยู่ในบ้านหรือยาสมุนไพรบางอย่าง

“เป็นนิด ๆ หน่อย ๆ ก็ไปซื้อยาที่ร้านมากิน ถ้าเป็นหนัก ๆ ถึงจะไปหาหมอ”

(แรงงานนอกระบบ : รับจ้างทั่วไป)

“ไม่ได้เป็นอะไรมาก ซื้อยามากินเดี๋ยวก็หาย”

(แรงงานนอกระบบ : ชายน้ำดื่ม)

4. การตัดสินใจไปหาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หลังจากที่ใช้แรงงานนอกระบบรักษาตนเองด้วยวิธีต่าง ๆ ทุกระยะหนึ่งแล้วยังไม่หายจากอาการเจ็บป่วย จะตัดสินใจไปพบแพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุข เพื่อให้แพทย์วินิจฉัยโรคและทำการรักษา

“เป็นน้อย ๆ ก็ซื้อยากินเอง ไม่หายถึงจะไปหาหมอ ถ้าไม่เป็นอะไรมากก็ไม่อยากไปหาหมอ”

(แรงงานนอกระบบ : รับจ้างทั่วไป, ทำนา)

“ถ้ากินยาแล้วยังไม่หาย (มากกว่า 1 ชนิด) ก็ต้องไปให้หมอเขาดูว่าเป็นอะไร”

(แรงงานนอกระบบ : ชายอาหารตามสั่ง)

แรงงานนอกระบบให้เหตุผลที่ไม่ต้องการไปพบแพทย์เพื่อรักษาอาการป่วยเล็กน้อย ๆ นั้น เนื่องจากการไปพบแพทย์จะมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าการซื้อยามากินเอง แหล่งบริการสาธารณสุขอยู่ไกล ต้องหยุดทำงาน บางครั้งเจ็บป่วยนอกเวลาราชการ ไปพบแพทย์ก็ได้ยาลดไข้ ยาแก้ปวด เหมือนกับที่หาซื้อได้จากร้านขายของใกล้บ้าน จึงไม่จำเป็นต้องเสียเวลาเดินทาง และเสียค่าใช้จ่ายมากกว่าการซื้อยามากินเอง

ส่วนอาการเจ็บป่วยที่ค่อนข้างรุนแรง เช่น อุบัติเหตุ ช็อคหมดสติ ท้องเสียอย่างรุนแรง อาการแน่นอกหายใจไม่ออก แรงงานนอกระบบและครอบครัวจะเลือกไปใช้บริการจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เนื่องจากเป็นอาการเจ็บป่วยที่จำเป็นจะต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนโดยบุคลากรที่เชี่ยวชาญในวิชาชีพโดยตรง

แรงงานนอกระบบให้ความสำคัญต่อการรักษาอาการเจ็บป่วยของเด็กในครอบครัว โดยมีความห่วงใยมากเป็นพิเศษ ด้วยความเชื่อที่ว่า เด็กเป็นผู้ที่อ่อนแอกว่าบุคคลอื่น คำกล่าวของแรงงานนอกระบบ

“เขายังเด็กอยู่ เป็นอะไรบอกเราไม่ได้ ไม่รู้จะรักษาอย่างไร ต้องพาไปหาหมอ”

(แรงงานนอกระบบ : รับจ้างทั่วไป)

“ถ้าเด็กไข้สูง ปล่อยไว้ไม่ได้ ต้องรีบพาไปหาหมอ”

(แรงงานนอกระบบ : รับจ้างทั่วไป)

“เด็ก ๆ เรายังรักษาเองไม่ได้ ถ้าเป็นผู้ใหญ่ เรารู้ว่าปวดตรงไหน กินยาแล้วหายปวดหรือเปล่า”

(แรงงานนอกระบบ : รับจ้างทั่วไป)

แรงงานนอกระบบ ส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัวมีภาระหน้าที่ต้องรับผิดชอบหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว เมื่อมีอาการเจ็บป่วย เช่น ปวดศีรษะ ไข้ ปวดเมื่อยตามร่างกาย เป็นอาการที่เกิดขึ้นจนเคยชิน แรงงานนอกระบบจะอดทน เพิกเฉยต่ออาการเจ็บป่วย โดยปล่อยให้อาการหายไปเอง หรือรักษาตนเองโดยการซื้อยามารับประทานให้หาย หรือเพื่อประทุงอาการ เนื่องจากแรงงานนอกระบบมีความจำเป็นไม่สามารถจะหยุดทำงานได้ หากวันไหนหยุดทำงานก็จะขาดรายได้

(2) พฤติกรรมการใช้บริการแหล่งบริการสาธารณสุข

พฤติกรรมการใช้บริการสาธารณสุขของแรงงานนอกระบบและครอบครัว กล่าวโดยทั่วไปได้ว่า แรงงานนอกระบบจะมารับบริการก็ต่อเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นและต้องการได้รับการรักษาจากแพทย์และบุคลากรในวิชาชีพสาธารณสุข แรงงานนอกระบบไม่ใช้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพหรือการป้องกันโรค ยกเว้นการอนามัยแม่และเด็ก อันได้แก่ การฝากครรภ์ของมารดา และการรับภูมิคุ้มกันโรคในกลุ่มเด็ก สำหรับพฤติกรรมการใช้บริการสาธารณสุขเมื่อเกิดเจ็บป่วยนั้นมีได้เป็นการไปรักษาจากแหล่งบริการเพียงแหล่งเดียวเท่านั้น เนื่องจากระบบการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทยเป็นระบบการแพทย์ที่มีลักษณะแบบพหุลักษณะ (Pluralistic Medical System) ซึ่งประกอบด้วยแหล่งบริการสาธารณสุขต่าง ๆ หลายแหล่งที่สามารถเลือกใช้บริการได้

เช่น แพทย์แผนปัจจุบัน หรือแพทย์แผนโบราณ สถานบริการของรัฐหรือของเอกชน แพทย์
ปริญญารหรือหมอเถื่อน ซึ่งแต่ละแห่งแรงงานนอกระบบสามารถเข้าถึงบริการทั้งทางด้านจิตใจ
และการรักษาโรคทางกายแตกต่างกัน

แหล่งบริการสาธารณสุขที่แรงงานนอกระบบไปใช้บริการมีหลายแห่ง ได้แก่

1. ร้านขายของชำในชุมชน / หมู่บ้าน จะมียาไว้ขายด้วย ยาที่ขายมีทั้งยาแก้ปวด
ชนิดของ ยาชุดต่าง ๆ ยาแก้ปวด ยาเม็ด และยาแก้ไข้สำหรับเด็ก เป็นต้น ลักษณะการขายยาจะเป็น
การให้บริการยาตามความต้องการของผู้ซื้อ โดยผู้ซื้อจะเป็นผู้ระบุชนิดหรือยี่ห้อและจำนวนยาที่
ต้องการ ยาเหล่านี้มักเป็นยาที่ใช้สำหรับอาการป่วยเล็กน้อยที่พบบ่อยเป็นประจำ ได้แก่ อาการ
ไข้ ปวดหัว ปวดเมื่อยตามร่างกาย ท้องเสีย จุกเสียด แน่นท้อง เป็นต้น

2. กองทุนยาในชุมชน / หมู่บ้าน จะตั้งอยู่ที่บ้านอสม. ให้เป็นผู้ดูแลจ่ายยาให้กับผู้
มารับบริการ มียาไม่มากนัก ส่วนใหญ่จะไม่ค่อยมีคนมาใช้บริการด้วยสาเหตุต่างๆ เช่น บางแห่ง
อสม.ไม่ค่อยอยู่บ้าน บางแห่งชาวบ้านไม่ชอบ อสม. ไม่เชื่อถือว่า อสม. จะให้การรักษาได้เพียงแค่
จ่ายยาสามัญทั่ว ๆ ไป

3. หมอพื้นบ้าน เช่น หมอเสกเป่า หมอกระดูก แรงงานนอกระบบและครอบครัว
ยังมีความเชื่อและนิยมวิธีการรักษาแบบดั้งเดิม (traditional) อยู่บ้าง โดยจำกัดเฉพาะความเจ็บ
ป่วยบางโรค เช่น ภูสวด ลมพิษ การกวาดคอเด็กเล็ก คางทูม และกระดูกบางส่วนหัก ส่วนการ
เจ็บป่วยทั่วไป แรงงานนอกระบบรวมถึงคนอื่นในชุมชนจะใช้วิธีการรักษาพยาบาลตามระบบการ
แพทย์แผนปัจจุบัน

4. สถานีนามัย / ศูนย์บริการสาธารณสุข แรงงานนอกระบบให้ความเชื่อถือ
พอสมควรว่าสถานีนามัยสามารถรักษาโรคที่มีอาการไม่รุนแรงมากหรือไม่เจ็บปวดได้ โดยส่วน
ใหญ่แรงงานนอกระบบและครอบครัวจะใช้บริการของสถานีนามัยในด้านการรับมือกับโรคสำหรับเด็ก
และการฝากครรภ์กับสถานีนามัย เมื่อถึงกำหนดคลอดจะไปคลอดที่โรงพยาบาล

5. โรงพยาบาลรัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลสังกัด
ทบวงมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลประจำอำเภอ โรง
พยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลประจำจังหวัด

6. คลินิกเอกชน แรงงานนอกระบบและครอบครัวจะไปใช้บริการคลินิกเอกชน
เมื่อมีอาการป่วยที่ต้องการได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน หรือนอกเวลาราชการ เช่น เด็กเล็กมี
อาการไข้ขึ้นสูง อุบัติเหตุเล็กน้อย เช่น มอเตอร์ไซด์ล้ม เป็นต้น

7. โรงพยาบาลเอกชน เป็นแหล่งบริการสุขภาพที่แรงงานนอกระบบและครอบ
ครัวไม่สามารถเข้าถึงหรือไปรับบริการได้ เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายสูง อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้
พบว่า แรงงานนอกระบบหนึ่งรายเคยไปใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนทั้ง ๆ ที่ไม่มีสิทธิในการเบิกค่า

รักษาพยาบาลจากหน่วยงานใด ๆ เลย โดยแรงงานนอกระบบที่เคยไปใช้บริการนั้นเนื่องจากเกิดเจ็บป่วยกะทันหันและมีอาการหนัก คือ เหนื่อยหอบ หายใจไม่ออก ทางครอบครัวเกรงว่าถ้าส่งโรงพยาบาลของรัฐและเป็นในเวลากลางคืนจะไม่มีแพทย์อยู่ให้การรักษและอาจทำให้คนป่วยเสียชีวิตได้ถ้ารักษาไม่ทัน ดังนั้นจึงตัดสินใจพาไปโรงพยาบาลเอกชนซึ่งมีแพทย์อยู่ประจำและสามารถให้การรักษได้ทันเวลากว่า โดยขอยืมเงินเพื่อนบ้านเพื่อเป็นค่ารักษาพยาบาล

8. ร้านขายยา เป็นแหล่งบริการอีกแห่งหนึ่งที่แรงงานนอกระบบเริ่มนิยมมาใช้บริการ โดยเฉพาะร้านขายยาที่ตั้งอยู่ใกล้ชุมชนหรือใกล้ที่อยู่อาศัยของแรงงานนอกระบบ

พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของแรงงานนอกระบบ พบว่า จะเริ่มจากการช่วยเหลือตนเองก่อน เนื่องจากอยู่ห่างไกลสถานบริการของรัฐและความไม่สะดวกในการเดินทางไปรับบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงกว่าการรักษาด้วยตนเอง (ค่ารถ ค่ายา ค่าอาหาร และอื่น ๆ ที่คาดไม่ถึง) พฤติกรรมช่วยเหลือตนเองยามเจ็บป่วย ได้แก่ การซื้อยามากินเองจากร้านค้าในชุมชน / หมู่บ้าน การใช้ยาที่มีอยู่ในครัวเรือน การรักษา กับหมอพื้นบ้าน เป็นต้น โดยทั่วไปมักเป็นอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย แต่เมื่ออาการไม่หายหรือไม่ทุเลาก็จะแสวงหาการรักษาจากแหล่งบริการอื่น ได้แก่ สถานีอนามัย คลินิก โรงพยาบาล

สำหรับอาการเจ็บป่วยที่เริ่มต้นแบบรุนแรงเฉียบพลัน แรงงานนอกระบบจะตัดสินใจไปโรงพยาบาลทันที นั่นคือ แรงงานนอกระบบจะมีการประเมินว่าอาการอยู่ในขั้นใด ถ้าเป็นอาการขั้นรุนแรงจำเป็นจะต้องได้รับการรักษาจากแพทย์ โดยอาการที่อยู่ในขั้นรุนแรง ได้แก่ อุบัติเหตุที่รุนแรง เช่น มีบาดแผล กระดูกหัก หemorroid หรืออาการช็อค อาการท้องร่วงที่มีการอ่อนเพลียมาก เป็นต้น

พฤติกรรมการแสวงหาการรักษาเยียวยาของแรงงานนอกระบบและครอบครัว อาจแบ่งออกได้เป็น

1. การรักษาแบบขั้นตอนเดียว เป็นพฤติกรรมที่พบได้มากที่สุด การรักษาแบบขั้นตอนเดียว คือ การที่แรงงานนอกระบบและครอบครัวตัดสินใจเลือกวิธีรักษาอาการเจ็บป่วยด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งแล้วสามารถบำบัดรักษาอาการป่วยให้หายได้ เช่น

การซื้อยาจากร้านค้ากินเอง เป็นพฤติกรรมที่พบมากที่สุดของวิธีการรักษาแบบขั้นตอนเดียว

การไปรับบริการที่สถานีอนามัย ส่วนใหญ่จะไปใช้บริการเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ทำแผลและอาการไข้ของเด็กเล็ก เป็นต้น

การไปรับบริการที่โรงพยาบาล เมื่อมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง หลังจากได้รับการรักษาแล้วสามารถกลับมาใช้ชีวิตและทำงานได้ตามปกติ

2. การรักษามากกว่าหนึ่งขั้นตอน สำหรับอาการป่วยบางอย่างหรือบางโรค แรงงานนอกระบบและครอบครัวอาจใช้วิธีการรักษาจากแหล่งบริการมากกว่า 1 แหล่ง โดยขั้นตอนการรักษาจะเรียงลำดับจากแหล่งที่แรงงานนอกระบบสามารถเข้าถึงบริการได้มากที่สุดก่อน เช่น ร้านขายของชำที่มียาจำหน่าย ร้านขายยา สถานือนามัย คลินิก ไปจนถึงแหล่งบริการที่เข้าถึงได้ยากกว่า เช่น โรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน เป็นต้น ซึ่งการรักษาหลายขั้นตอนนี้ ส่วนหนึ่งจะเป็นพฤติกรรมการใช้บริการที่เกินความจำเป็น เนื่องจากไม่พอใจบริการของเจ้าหน้าที่ การไม่เข้าใจระยะเวลาการดำเนินของโรคที่อาจต้องใช้เวลาในการรักษา จึงทำให้มีการเปลี่ยนแหล่งรับบริการสุขภาพ

4.2.5 การรับรู้สิทธิในการได้รับการคุ้มครองดูแลสุขภาพ

ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย ประกอบด้วยหลายระบบได้แก่

1. สวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ
2. ระบบประกันสังคม
3. ระบบประกันสุขภาพแบบสมัครใจของกระทรวงสาธารณสุข
4. โครงการบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาพยาบาล (บัตรสปร.)
5. ประกันสุขภาพเอกชน

เมื่อพิจารณาระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน กล่าวได้ว่า ระบบประกันสุขภาพที่แรงงานนอกระบบสามารถได้รับการคุ้มครองมีอยู่ 3 ระบบ คือ โครงการบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาพยาบาล (บัตรสปร.) ระบบประกันสุขภาพแบบสมัครใจของกระทรวงสาธารณสุข (บัตรสุขภาพ) และระบบประกันสังคม (ตามความสมัครใจ มาตรา 39 สำหรับผู้ที่เคยเป็นผู้ประกันตนมาก่อน และมาตรา 40 สำหรับผู้ประกอบการอาชีพอิสระ) ส่วนการประกันสุขภาพเอกชนนั้นเป็นระบบประกันสุขภาพแบบสมัครใจสำหรับผู้ที่มีรายได้ค่อนข้างสูง ซึ่งแรงงานนอกระบบส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำ จึงไม่ใช่เป็นกลุ่มเป้าหมายของการประกันสุขภาพเอกชน ดังนั้นการศึกษาถึงการรับรู้สิทธิในการได้รับการคุ้มครองดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัวครั้งนี้ จึงศึกษาเฉพาะการรับรู้ถึงสิทธิของระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบ คือ บัตรสปร. บัตรสุขภาพ และประกันสังคม

ผลการศึกษา พบว่า แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่เคยได้ยินหรือเคยทราบเกี่ยวกับโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาพยาบาล (บัตรสปร.) มากที่สุด แต่ยังไม่ทราบรายละเอียดของสิทธิและเงื่อนไขต่าง ๆ ของโครงการบัตรสปร. รองลงมาคือ บัตรสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนการประกันสังคมตามความสมัครใจนั้นแรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ไม่เคยรู้หรือทราบเกี่ยวกับการประกันตนแบบสมัครใจ

“เคยได้ยิน เขาบอกมีบัตรสงเคราะห์ให้คนจน ไปรักษาได้ฟรี... แต่ไม่รู้เขาทำกัน
ยังงัย”

“มีคนบอก เขามีบัตรสงเคราะห์คนมีรายได้น้อย”

“ลูกสาวเขาก็ซื้อบัตร 500 บาท ที่อนามัย”

“ผมมีบัตรสงเคราะห์ แต่ไม่เคยใช้ เห็นเขาบอกว่าเอาไปยื่นจะได้รักษาฟรี”

แรงงานนอกระบบบางคนที่มีบัตรสปร. จะทราบเรื่องขั้นตอนการส่งต่อ ซึ่งจะต้องไปใช้
สิทธิที่สถานอนามัยขั้นต้นก่อน หากมีอาการหนักทางสถานอนามัยจะทำหนังสือส่งต่อไปรับ
บริการที่โรงพยาบาลชุมชนต่อไป

เมื่อพิจารณาถึงแหล่งข้อมูลที่แรงงานนอกระบบได้ทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ
ระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ ได้แก่ กรรมการชุมชน เพื่อนบ้าน อสม. ญาติ / บุคคลในครอบครัว
สถานอนามัย และโรงพยาบาล แหล่งข้อมูลเหล่านี้ยังไม่สามารถให้ข้อมูลที่ละเอียดที่ชัดเจน
เกี่ยวกับสิทธิและการปฏิบัติตามเงื่อนไขต่าง ๆ ของระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบ

สำหรับแรงงานนอกระบบที่ยังไม่ทราบหรือไม่เคยได้ยินเกี่ยวกับโครงการประกัน
สุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มต่าง ๆ นั้น เป็นผู้ที่ไม่ให้ความสนใจ / ใส่ใจต่อข้อมูล ข่าวสารต่าง ๆ ที่
ตนเองและครอบครัวพึงมีสิทธิได้รับ

“บางคน มันไม่สนใจอะไร ใครเขาทำอะไรก็ไม่มาร่วม ไม่รู้เรื่องอะไรกับใครเขาหรอก”

(สนทนากลุ่มผู้นำชุมชน)

“ไม่รู้... วัน ๆ ก็ทำมาหากินอย่างเดียว เจ็บไข้ ไม่เคยไปหาหมอ”

(แรงงานนอกระบบ : รับจ้างทั่วไป)

“ของเด็ก ๆ หรือ ไม่มีหรือเปล่า ผมก็ไม่รู้ละ”

(แรงงานนอกระบบ : รับจ้างทั่วไป)

การที่แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำ จึงเป็นข้อจำกัดในการเข้า
ถึงแหล่งข้อมูล ส่วนแหล่งข้อมูลข่าวสารที่สำคัญของแรงงานนอกระบบ ซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิด
เช่น กรรมการชุมชน ญาติ / บุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน ยังไม่สามารถให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยว
กับรายละเอียดของโครงการประกันสุขภาพระบบต่าง ๆ

4.3 หลักประกันสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัวในปัจจุบัน

เนื่องจากระบบประกันสุขภาพในปัจจุบันมีอยู่หลายระบบ เงื่อนไขและสิทธิประโยชน์ของแต่ละระบบมีความแตกต่างกัน อาจกล่าวได้ว่า ระบบประกันสุขภาพในปัจจุบันส่วนใหญ่จะมีลักษณะให้การคุ้มครองเฉพาะรายหรือเฉพาะบุคคล มิได้ครอบคลุมถึงบุคคลอื่นในครอบครัว ยกเว้นสิทธิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ดังนั้นการศึกษาในส่วนนี้จึงแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ หลักประกันสุขภาพของแรงงานนอกระบบ และหลักประกันสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวแรงงานนอกระบบ

4.3.1 หลักประกันสุขภาพของแรงงานนอกระบบ

การสัมภาษณ์แรงงานนอกระบบถึงเรื่องหลักประกันสุขภาพ จากตารางที่ 4.7 พบว่าแรงงานนอกระบบที่ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ เลย (ร้อยละ 63) แม้ว่าแรงงานนอกระบบบางคนอาจเคยมีหลักประกันสุขภาพมาก่อน เช่น ประกันสังคม บัตรสุขภาพ (500 บาท) แต่ปัจจุบันไม่มีหลักประกันสุขภาพดังกล่าวแล้ว แรงงานนอกระบบบางคนเคยทำงานเป็นลูกจ้างอยู่ในโรงงาน/สถานประกอบการ หรือบริษัทเอกชน ซึ่งเป็นการทำงานอยู่ในระบบการจ้างงานอย่างเป็นทางการและได้รับการคุ้มครองสุขภาพจากประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน แต่ภายหลังออกจากการงานมาแล้ว แรงงานกลุ่มนี้มาประกอบอาชีพอิสระ ได้แก่ ค้าขายเล็กๆน้อยๆ รับจ้างทั่วไป ซึ่งเป็นลักษณะการทำงานนอกระบบการจ้างงานที่เป็นทางการ โดยที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ คุ้มครอง แม้ว่าระบบประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข 2 โครงการ คือ โครงการบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (บัตรสปร.) และโครงการบัตรสุขภาพ (500 บาท) จะเป็นระบบประกันสุขภาพที่แรงงานนอกระบบสามารถเข้าอยู่ในระบบใดระบบหนึ่ง แต่ก็คงไม่อาจปฏิเสธได้ว่าทั้ง 2 โครงการ ยังมีปัญหาในการนำมาปฏิบัติ รวมถึงยังขาดความทั่วถึงและครอบคลุมกลุ่มประชากรเป้าหมาย

ตารางที่ 4.7 ประเภทหลักประกันสุขภาพของแรงงานนอกระบบ

ประเภทหลักประกันสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ เลย	34	63.0
มีหลักประกันสุขภาพ	20	37.0
บัตรสปร.	13	24.1
- ผู้มีรายได้น้อย	11	20.4
- ผู้สูงอายุ	2	3.7
บัตรสุขภาพ 500 บาท	3	5.6
ประกันสังคม	1	1.8
ประกันสุขภาพเอกชน	2	3.7
ข้าราชการ ¹	1	1.8
รวม	54	100.0

¹ สิทธิครอบครัวย้ายข้าราชการ

จากตารางที่ 4.7 แสดงให้เห็นว่าในกลุ่มแรงงานนอกระบบที่มีหลักประกันสุขภาพ (ร้อยละ 37) ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อยู่ในระบบโครงการบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (บัตรสปร.) โดยเฉพาะประเภทผู้มีรายได้น้อยมากที่สุด (ร้อยละ 20.4) รองลงมาได้แก่ บัตรสุขภาพ (500 บาท) (ร้อยละ 5.6) แรงงานนอกระบบระบุเหตุผลที่ทำให้ไม่สามารถอยู่ในระบบประกันสุขภาพระบบใดระบบหนึ่ง ดังนี้

บัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (บัตรสปร.)

“ไม่เคยได้ยิน ไม่รู้เรื่องนี้มาก่อน

“เคยได้ยิน แต่ไม่รู้เขาไปทำกันที่ไหน”

“ทะเบียนบ้านอยู่ต่างจังหวัด ไม่ได้ย้ายมาเข้าสมุทรปราการ...เจ้าหน้าที่เขาบอกว่าอยู่นอกเขตทำบัตรไม่ได้”

“ทำบัตรสปร.นะหรือ ฉันเคยยื่นเรื่องไป 2 ครั้งแล้วไม่ผ่าน...เห็นเขาบอกว่าเขียนรายได้มากไป เลยไม่ได้”

บัตรสุขภาพ (500 บาท)

“ไปถามเจ้าหน้าที่ เขาบอกว่าหมดเขตจำหน่ายไปแล้ว”

“ไม่มีทะเบียนบ้านอยู่ในเขตนี้... ซื้อไม่ได้ ฉันไม่ได้ย้ายทะเบียนบ้านมา”

“เคยซื้อบัตร 500 บาท แต่ไม่เคยใช้ ปีต่อมาก็เลยไม่ได้ซื้อ”

เมื่อถามถึงเหตุผลทำไมจึงไม่ซื้อบัตรสุขภาพ (500 บาท) อีกสำหรับกลุ่มแรงงานนอกระบบที่เคยซื้อบัตรสุขภาพ (500 บาท) ได้เหตุผลดังนี้

1. แรงงานนอกระบบคิดว่าไม่คุ้ม เพราะไม่ได้ใช้บริการ/ ไม่ได้ใช้สิทธิ ปีที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพไว้ ไม่ได้เจ็บป่วยหนัก เลยไม่เคยไปใช้สิทธิ จึงคิดว่าไม่คุ้ม ปีต่อมาจึงไม่ซื้อบัตรสุขภาพ (500 บาท) อีก
2. แรงงานนอกระบบคิดว่าเสียเงินซื้อบัตรสุขภาพแล้ว ยังไม่ได้ใช้บริการ / ไม่ได้ใช้สิทธิ เพราะมีเงื่อนไขหลายอย่างที่ทำให้ไม่ได้ใช้สิทธิ เช่น การกำหนดสถานที่ไปรับบริการซึ่งไม่สะดวกเพราะอยู่ไกลบ้าน เมื่อไม่สบายเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ต้องเสียเงินเองโดยไปซื้อยาจากร้านค้ามากิน เพราะไม่อยากเดินทางไปสถานบริการตามที่ระบุไว้ในบัตร ซึ่งจะมีค่าใช้จ่ายมากกว่าซื้อยากินเอง ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ ค่าพาหนะที่ใช้เดินทางไปรับบริการ บางครั้งอาจเสียค่าน้ำ/ ค่าอาหาร รวมทั้งเสียเวลาเดินทางและต้องไปเข้าคิวรอนานกว่าจะเสร็จเสียเวลาไปอย่างน้อยครึ่งวัน ต้องหยุดงาน หยุดขายของ ทำให้ขาดรายได้ ความไม่สะดวกในการไปใช้บริการตามสิทธิดังกล่าวเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้แรงงานนอกระบบตัดสินใจไม่ซื้อบัตรสุขภาพอีก

การสนทนากลุ่มผู้นำชุมชนและผู้ปฏิบัติงานวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของประชาชน ได้แสดงทัศนะถึงเหตุผลที่แรงงานนอกระบบไม่สามารถเข้ามาอยู่ในระบบประกันสุขภาพระบบใดระบบหนึ่งในปัจจุบัน ดังต่อไปนี้

1. แรงงานนอกระบบมีคุณสมบัติไม่ตรงกับหลักเกณฑ์ของโครงการบัตรสปร. เช่น มีทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตพื้นที่ มีรายได้สูงเกินกว่าเกณฑ์รายได้ที่กำหนด (คนโสดมีรายได้ไม่เกิน 2,000 บาทต่อเดือน หรือบุคคลในครอบครัวมีรายได้รวมกันไม่เกิน 2,800 บาทต่อเดือน) ซึ่งเกณฑ์รายได้ที่กำหนดไม่เหมาะสมกับภาวะการครองชีพในบางท้องที่ โดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร และจังหวัดปริมณฑล (สมุทรปราการ) เป็นท้องที่ที่มีอัตราค่าจ้างขั้นต่ำสูงกว่าท้องที่อื่น รวมทั้งมีอัตราค่าครองชีพสูงกว่าท้องที่อื่นเช่นกัน
2. แรงงานนอกระบบบางกลุ่มไม่สนใจ ไม่ใส่ใจ หรือให้ความสำคัญต่อสิทธิที่ตนพึงได้รับ จะเป็นกลุ่มที่ไม่มาแสดงความจำนงขอรับบัตรสปร. หรือซื้อบัตรสุขภาพ (500 บาท)
3. แรงงานนอกระบบยังขาดความเข้าใจถึงหลักการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขของโครงการบัตรสุขภาพ (500 บาท) บางคนเคยซื้อบัตรสุขภาพแล้วไม่เคยใช้บริการ คิดว่าไม่คุ้มจึงไม่ซื้อบัตรสุขภาพอีกในปีต่อไป
4. แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ไม่ทราบเกี่ยวกับการประกันตนแบบสมัครใจ ตามมาตรา 39 ของ พรบ.ประกันสังคม ซึ่งเป็นการประกันตนตามความสมัครใจของผู้ที่เคยทำงานอยู่ในระบบการจ้างที่เป็นทางการและเป็นผู้ประกันตนมาก่อน เมื่อออกจากงานสามารถสมัครเป็นผู้

ประกันตนตามมาตรา 39 ได้ ซึ่งจะได้รับการคุ้มครองด้านสุขภาพและสวัสดิการอื่น ๆ เช่นเดียวกับผู้ประกันตนแบบบังคับ ดังนั้นจึงทำให้แรงงานนอกระบบที่เคยเป็นผู้ประกันมาก่อนไม่ได้สมัครเป็นผู้ประกันตนตามสมัครใจ

เมื่อพิจารณาตามเขตที่อยู่อาศัยของแรงงานนอกระบบ ได้แก่ ผู้ที่อยู่ในเขตเมือง (กรุงเทพมหานคร) จังหวัดปริมณฑล (สมุทรปราการ) และต่างจังหวัด (ศรีสะเกษ) จะพบความแตกต่างของการมีหลักประกันสุขภาพชัดเจนขึ้น จากตารางที่ 4.8 พบว่า แรงงานนอกระบบในเขตกรุงเทพมหานคร และสมุทรปราการ ส่วนใหญ่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ เลย (ร้อยละ 83 และ 72 ตามลำดับ) ในทางตรงข้ามหากพิจารณาถึงความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของแรงงานนอกระบบในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษทั้งที่อยู่ในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล (เขตชนบท) พบว่า ส่วนใหญ่มีหลักประกันสุขภาพอยู่แล้ว (ร้อยละ 67) โดยได้รับการคุ้มครองจากโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ประเภทผู้มีรายได้ต่ำน้อยมากที่สุด (ร้อยละ 50) รองลงมาคือ โครงการบัตรสุขภาพ 500 บาท (ร้อยละ 11) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าแรงงานนอกระบบในเขตเมืองหรือคนจนในเมืองยังเป็นกลุ่มผู้ด้อยโอกาสที่มีความจำเป็นจะต้องรีบสร้างหลักประกันสุขภาพ โดยคำนึงถึงทั้งในด้านคุณภาพ ประสิทธิภาพ ความทั่วถึง และความเสมอภาค

ตารางที่ 4.8 ประเภทหลักประกันสุขภาพของแรงงานนอกระบบ จำแนกตามจังหวัด

ประเภทหลักประกันสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
กรุงเทพมหานคร		
ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ เลย	15	83.3
มีหลักประกันสุขภาพ	3	16.7
บัตรสปร.	3	16.7
- ผู้มีรายได้ต่ำ	2	11.1
- ผู้สูงอายุ	1	5.6
บัตรสุขภาพ 500 บาท	-	-
ประกันสังคม	-	-
ประกันสุขภาพเอกชน	-	-
ข้าราชการ ¹	-	-
รวม	18	100.0
สมุทรปราการ		
ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ เลย	13	72.2
มีหลักประกันสุขภาพ	5	27.8
บัตรสปร.	1	5.6
- ผู้มีรายได้ต่ำ	-	-
- ผู้สูงอายุ	1	5.6
บัตรสุขภาพ 500 บาท	1	5.6
ประกันสังคม	1	5.6
ประกันสุขภาพเอกชน	2	11.1
ข้าราชการ ¹	-	-
รวม	18	100.0

¹ สหกรณ์ครอบครัวข้าราชการ

ตารางที่ 4.8 ประเภทหลักประกันสุขภาพของแรงงานนอกระบบ จำแนกตามจังหวัด (ต่อ)

ประเภทหลักประกันสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ศรีสะเกษ		
ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ เลย	6	33.3
มีหลักประกันสุขภาพ	12	66.7
บัตรสปร.	9	50.0
- ผู้มีรายได้น้อย	9	50.0
- ผู้สูงอายุ	-	-
บัตรสุขภาพ 500 บาท	2	11.1
ประกันสังคม	-	-
ประกันสุขภาพเอกชน	-	-
ข้าราชการ ¹	1	5.6
รวม	18	100.0

¹ สหกรณ์ครอบครัวข้าราชการ

4.3.2 หลักประกันสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวแรงงานนอกระบบ

การสัมภาษณ์แรงงานนอกระบบทั้งหมด 54 ครอบครัว พบว่า ครอบครัวของแรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ (45 ครอบครัว หรือร้อยละ 83) มีสมาชิกอย่างน้อย 1 คนมีหลักประกันสุขภาพแบบใดแบบหนึ่ง (ไม่รวมตัวแรงงานนอกระบบที่ให้สัมภาษณ์) (ตารางที่ 4.9)

ตารางที่ 4.9 การมีหลักประกันสุขภาพของครอบครัวแรงงานนอกระบบ¹

การมีหลักประกันสุขภาพ	จำนวนครอบครัว	ร้อยละ
ไม่มีหลักประกันสุขภาพ	9	16.7
สมาชิกในครอบครัวมีหลักประกันสุขภาพ	45	83.3
รวม	54	100.0

¹ ไม่รวมตัวแรงงานนอกระบบ

เมื่อพิจารณาถึงประเภทหลักประกันสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวแรงงานนอกระบบที่มีหลักประกันสุขภาพทั้ง 45 ครอบครัว มีสมาชิกในครอบครัวแรงงานนอกระบบที่มีหลักประกันสุขภาพทั้งสิ้น 121 คน จากตารางที่ 4.10 แสดงให้เห็นว่า หลักประกันสุขภาพที่ให้การคุ้มครองสมาชิกในครอบครัวแรงงานนอกระบบมากที่สุด ได้แก่ โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (บัตรสปร.) (ร้อยละ 69) โดยเฉพาะบัตรสปร.ประเภทเด็กอายุ 0-12 ปี มีถึงร้อยละ 41 ของผู้มีหลักประกันสุขภาพทั้งหมด ลำดับที่สอง ได้แก่ ประกันสังคม (ร้อยละ 21) เป็นที่น่าสังเกตว่ามีสมาชิกในครอบครัวของแรงงานนอกระบบที่รับราชการมีอยู่เพียง 1 คน หรือร้อยละ 0.8 เท่านั้น

ตารางที่ 4.10 ประเภทหลักประกันสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวแรงงานนอกระบบ¹

ประเภทหลักประกันสุขภาพ	จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)	ร้อยละ
บัตรสปร.	84	69.4
- ผู้มีรายได้น้อย	14	11.6
- เด็กอายุ 0 -12 ปี	49	40.5
- นักเรียนมัธยมต้น	6	5.0
- ผู้สูงอายุ	10	8.2
- บัตร อสม.	5	4.1
บัตรสุขภาพ 500 บาท	5	4.1
ประกันสังคม	25	20.7
ประกันสุขภาพเอกชน	6	5.0
ข้าราชการ	1	0.8
รวม	121	100.0

¹ ไม่รวมตัวแรงงานนอกระบบ

เมื่อพิจารณาตามเขตที่อยู่อาศัย จะพบความแตกต่างกันชัดเจนยิ่งขึ้น จากตารางที่ 4.11 จะเห็นได้ว่า ในเขตกรุงเทพมหานครและศรีสะเกษ สมาชิกในครอบครัวของแรงงานนอกระบบได้รับการคุ้มครองจากโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (บัตรสปร.) มากที่สุด (ร้อยละ 83 และร้อยละ 94 ตามลำดับ) โดยเฉพาะบัตรสปร.ประเภทเด็กอายุ 0 – 12 ปี จะได้รับการคุ้มครองมากกว่าประเภทอื่น ๆ ส่วนจังหวัดสมุทรปราการจะพบว่า สมาชิกในครอบครัว

ของแรงงานนอกระบบได้รับการคุ้มครองจากโครงการประกันสังคมมากที่สุด (ร้อยละ 51) รองลงมา คือ บัตรสปร. (ร้อยละ 36) การที่สมาชิกในครอบครัวของแรงงานนอกระบบได้รับการคุ้มครองหลักประกันสุขภาพแตกต่างกันตามเขตที่อยู่อาศัย แสดงให้เห็นว่าปัจจัยทางสังคมอันได้แก่ สภาพแวดล้อมของสังคม กลไกที่เกื้อหนุนต่อระบบหลักประกันสุขภาพแตกต่างกันย่อมทำให้ครอบครัวของแรงงานนอกระบบได้รับการคุ้มครองหลักประกันสุขภาพแตกต่างกัน ในเขตกรุงเทพมหานครมีหน่วยงานสาธารณสุขระดับพื้นที่ ทำการสำรวจและให้บริการออกบัตรสปร. สำหรับเด็กอายุ 0 – 12 ปี รวมทั้งการให้บริการบัตรสปร. เด็กนักเรียนในสถานศึกษาระดับประถมศึกษาดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับในเขตพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ นอกจากนี้จะมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำตำบลแล้ว ยังมี อสม.ในระดับชุมชน/หมู่บ้าน ทำการสำรวจและดำเนินการจัดทำบัตรสปร. ได้อย่างค่อนข้างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้สมาชิกในครอบครัวของแรงงานนอกระบบในจังหวัดศรีสะเกษได้รับประโยชน์จากสิทธิบัตรดังกล่าว ส่วนจังหวัดสมุทรปราการเป็นเขตพื้นที่โรงงานอุตสาหกรรมสมาชิกในครอบครัวของแรงงานนอกระบบที่ทำงานอยู่ในโรงงาน/สถานประกอบการ จึงได้รับการคุ้มครองจากโครงการประกันสังคมมากที่สุด

ตารางที่ 4.11 ประเภทหลักประกันสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวแรงงานนอกระบบ¹ จำแนกตามจังหวัด

ประเภทหลักประกันสุขภาพ	จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)	ร้อยละ
กรุงเทพมหานคร		
บัตรสปร.	20	83.3
- ผู้มีรายได้น้อย	1	4.2
- เด็กอายุ 0 -12 ปี	16	66.6
- นักเรียนมัธยมต้น	1	4.2
- ผู้สูงอายุ	2	8.3
- บัตร อสม.	-	-
บัตรสุขภาพ 500 บาท	1	4.2
ประกันสังคม	1	4.2
ประกันสุขภาพเอกชน ²	2	8.3
ข้าราชการ	-	-
รวม	24	100.0

¹ ไม่รวมตัวแรงงานนอกระบบ

² โรงเรียนกำหนดให้ทำของนักเรียนอาชีวะ 1 คน และม.ปลาย 1 คน

ตารางที่ 4.11 ประเภทหลักประกันสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวแรงงานนอกระบบ¹ จำแนกตามจังหวัด (ต่อ)

ประเภทหลักประกันสุขภาพ	จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)	ร้อยละ
สมุทรปราการ		
บัตรสปร.	17	36.2
- ผู้มีรายได้น้อย	-	-
- เด็กอายุ 0 -12 ปี	7	14.9
- นักเรียนมัธยมต้น	2	4.3
- ผู้สูงอายุ	5	10.6
- บัตร อสม.	3	6.4
บัตรสุขภาพ 500 บาท	2	4.3
ประกันสังคม	24	51.0
ประกันสุขภาพเอกชน ³	4	8.5
ข้าราชการ	-	-
รวม	47	100.0
ศรีสะเกษ		
บัตรสปร.	47	94.0
- ผู้มีรายได้น้อย	13	26.0
- เด็กอายุ 0 -12 ปี	26	52.0
- นักเรียนมัธยมต้น	3	6.0
- ผู้สูงอายุ	3	6.0
- บัตร อสม.	2	4.0
บัตรสุขภาพ 500 บาท	2	4.0
ประกันสังคม	-	-
ประกันสุขภาพเอกชน	-	-
ข้าราชการ	1	2.0
รวม	50	100.0

¹ ไม่รวมตัวแรงงานนอกระบบ³ โรงเรียนกำหนดให้ทำ (ของนักเรียน ม.ปลาย 2 คน)

4.4 ผู้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

เครือข่ายสังคมของแรงงานนอกระบบ มีบทบาทต่อพฤติกรรมสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว พอจะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

4.4.1 ครอบครัวของแรงงานนอกระบบ

สมาชิกในครอบครัวของแรงงานนอกระบบ มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของบุคคลในครอบครัวทั้งในยามปกติ และเมื่อเจ็บป่วย โดยมีแนวโน้มที่จะทำการรักษาเยียวยากันเองในระบบครอบครัว เมื่อมีสมาชิกคนใดคนหนึ่งเจ็บป่วยด้วยโรคหรืออาการเล็กๆน้อยๆ เช่น การป่วยเป็นไข้ตัวร้อนของเด็กในครอบครัว ผู้ดูแลเด็กในครอบครัวจะรักษาเยียวยาโดยการเช็ดตัวเพื่อลดไข้ หรือหายาลดไข้ให้ได้รับประทานหากมีไข้สูง บุคคลในครอบครัวของแรงงานนอกระบบมีหน้าที่และรับผิดชอบหลักในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยทั้งในเรื่องการแสวงหาแหล่งรับบริการสุขภาพ การรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล นำส่งสถานพยาบาล และการดูแลขณะเจ็บป่วย หากเกินกำลังความสามารถของสมาชิกในครอบครัวแล้วเครือข่ายจะเป็นกลุ่มทรัพยากรลำดับรองที่เข้ามาให้การดูแลช่วยเหลือ เช่น ให้คำแนะนำวิธีการรักษาพยาบาล/ แหล่งให้บริการสุขภาพ หรือแนะนำวิธีการรักษาต่อไป

4.4.2 เพื่อนบ้าน

เพื่อนบ้านจะมีบทบาทในการมีส่วนร่วมช่วยดูแลรักษาสุขภาพมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับลักษณะโครงสร้างสังคมของแต่ละชุมชน ชุมชนที่มีเครือข่ายสังคมแบบเหนียวแน่นหรือมีระดับความเกี่ยวพันของคนในชุมชนใกล้ชิดกันมาก เพื่อนบ้านในชุมชนจะมีบทบาทในการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพสูงด้วย ซึ่งลักษณะชุมชนที่มีเครือข่ายสังคมแน่นเหนียวมักเป็นชุมชนที่คนในชุมชนมีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติกัน เช่น ตามหมู่บ้านในชนบท/ต่างจังหวัด บทบาทของเพื่อนบ้านได้แก่การให้คำแนะนำด้านสุขภาพอนามัย ความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมสุขภาพ ดังตัวอย่างแรงงานนอกระบบในหมู่บ้านแห่งหนึ่งของศรีสะเกษ มีข่าวลือเกี่ยวกับการไปรับบริการทำคลอดที่โรงพยาบาลประจำอำเภอ แล้วตกเลือดต้องให้น้ำเกลือหลายขวด ชาวบ้านจะบอกต่อ ๆ กัน จนมีผลทำให้คนในชุมชนไม่เชื่อถือในคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลประจำอำเภอ เมื่อเจ็บป่วยชาวบ้านจะไม่นิยมไปใช้บริการที่โรงพยาบาลดังกล่าว

บทบาทของเพื่อนบ้านและคนในชุมชน ได้แก่ การช่วยพาส่งโรงพยาบาล การแวะเยี่ยมเยียนถามอาการ การให้คำแนะนำวิธีการรักษา/ แหล่งไปรับบริการ และการให้ยืม/ ให้อุปกรณ์ เป็นต้น

4.5 ปัญหาการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ปัญหาการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่
ตัวแรงงานนอกระบบและครอบครัว การให้บริการสุขภาพ ปัจจัยเสริมการให้บริการสุขภาพ

4.5.1 แรงงานนอกระบบและครอบครัว

จากการสัมภาษณ์แรงงานนอกระบบ 54 ราย การสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงาน และการสัมภาษณ์ผู้บริหารและนักวิชาการชี้ให้เห็นว่า

แรงงานนอกระบบและครอบครัว ประสบปัญหาในการดูแลสุขภาพหลายประการ คือ

(1) **ปัญหาการขาดความรู้ ความเข้าใจการดูแลสุขภาพ** โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพในเชิงการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ

(2) **ปัญหาการขาดความรู้ ความเข้าใจสิทธิที่พึงมีพึงได้รับหลักประกันสุขภาพ**
แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ ยังไม่เข้าใจรายละเอียดและสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มต่างๆ ทำให้เกิดปัญหาในทางปฏิบัติตามมา เช่น ผู้ที่มีบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) และบัตรสุขภาพ 500 บาท ประสบปัญหาด้านการส่งต่อไปรับบริการยังสถานพยาบาลที่มีสิทธิ การใช้สิทธิข้ามเขตพื้นที่ ทั้งนี้เพราะขาดความรู้ ความเข้าใจ และไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามขั้นตอน

(3) **ปัญหาความเดือดร้อนทางการเงิน** แรงงานนอกระบบและครอบครัวที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ เลย ต้องประสบปัญหาความเดือดร้อนด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย โดยต้องกู้ยืมเงินเกิดเป็นภาระหนี้สินเพื่อนำเงินมาเป็นค่ารักษาพยาบาลสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัวที่มีหลักประกันสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งแล้วแต่ไม่สามารถใช้สิทธิได้ เนื่องจากปฏิบัติไม่ถูกขั้นตอนในการใช้สิทธิ ก็จะประสบปัญหาความเดือดร้อนทางการเงินด้วยเช่นกัน ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง หากไม่มีเงินก็ต้องกู้ยืมเพื่อนำมาเป็นค่ารักษาพยาบาล

4.5.2 การให้บริการสุขภาพ มีปัญหาเกี่ยวกับ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์แรงงานนอกระบบ การสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานและผู้นำชุมชน รวมทั้งการสัมภาษณ์ผู้บริหาร สามารถสรุปปัญหาการให้บริการสุขภาพได้ดังนี้

(1) **ผู้ให้บริการ** บุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลของรัฐไม่สนใจในการให้บริการ เนื่องจากมีภาระการทำงานเกินกำลังความสามารถของจำนวนเจ้าหน้าที่ที่จะให้บริการแก่ผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง การรอรับบริการต้องใช้เวลานาน และการพูดจาของเจ้าหน้าที่บางครั้งไม่เหมาะสม ทำให้แรงงานนอกระบบและครอบครัวไม่อยากไปใช้บริการหากไม่ป่วยหนักจริงๆ

(แรงงานนอกระบบ ผู้นำชุมชน ผู้ปฏิบัติงาน และนักวิชาการ)

(2) **สถานพยาบาล** สถานพยาบาลตั้งอยู่ไกลจากชุมชนที่อยู่อาศัย การเดินทางไปรับบริการไม่สะดวกหรือต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางค่อนข้างสูง การเปิดให้บริการเฉพาะเวลาราชการ เป็นข้อจำกัดที่ทำให้แรงงานนอกระบบและครอบครัวไม่สามารถไปใช้บริการได้ เนื่องจากต้องประกอบอาชีพ หรือเกิดเจ็บป่วยนอกเวลาราชการ นอกจากนี้การที่สถานพยาบาลขั้นต้นซึ่งได้แก่ สถานีอนามัย ยังไม่มีแพทย์ประจำ ไม่มีเตียงรับคนไข้ และไม่มียานพาหนะในการส่งต่อผู้ป่วย ยังเป็นข้อจำกัดที่สำคัญของการให้บริการในระดับชุมชน ทำให้แรงงานนอกระบบและครอบครัวไม่นิยมไปใช้บริการดังกล่าว

(แรงงานนอกระบบ และผู้นำชุมชน)

(3) **ยา** แรงงานนอกระบบและครอบครัวมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องนักเกี่ยวกับยาที่ได้รับจากสถานพยาบาลของรัฐเมื่อไปใช้สิทธิตามบัตรต่างๆ เช่น คิดว่ายาที่ได้รับไม่มีคุณภาพหรือมีคุณภาพด้อยกว่าผู้ที่เสียเงินจ่ายค่ายาให้กับโรงพยาบาล ทำให้แรงงานนอกระบบบางรายไม่แสดงบัตรเพื่อขอใช้สิทธิตามที่มิในบัตร เพราะเกรงว่าจะได้ยาไม่ดีไม่มีคุณภาพ

(แรงงานนอกระบบ และผู้นำชุมชน)

(4) **หลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มต่างๆ ยังไม่ทั่วถึง** แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆเลย เนื่องจากไม่ทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการขอรับสิทธิบัตรจากโครงการต่างๆ และสิทธิบัตรดังกล่าวมีเงื่อนไขที่เป็นข้อจำกัดหลายประการ เช่น การกำหนดช่วงระยะเวลาในการยื่นขอทำบัตรและจำหน่ายบัตร การกำหนดเงื่อนไขต้องมีการตรวจสุขภาพก่อนซื้อบัตรสุขภาพ 500 บาท โดยจะต้องไม่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจึงจะสามารถซื้อบัตรสุขภาพ 500 บาทได้ สำหรับบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) การกำหนดเกณฑ์รายได้สำหรับผู้มีสิทธิได้รับบัตรสปร. (คนโสดมีรายได้ไม่เกินเดือนละ 2,000 บาท หรือบุคคลในครอบครัวเดียวกันรายได้รวมกันไม่เกินเดือนละ 2,800 บาท) ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ไม่เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพสังคมปัจจุบัน เป็นต้น

(แรงงานนอกระบบ ผู้นำชุมชน และผู้ปฏิบัติงาน)

(5) **ระบบการส่งต่อผู้ป่วย** สำหรับผู้ที่มีสิทธิในโครงการประกันสุขภาพระบบต่างๆ เป็นปัญหาและอุปสรรคสำคัญประการหนึ่ง ที่ทำให้แรงงานนอกระบบและครอบครัวที่มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพระบบใดระบบหนึ่ง ไม่สามารถใช้สิทธิตามที่มิ โดยจะต้องผ่านสถานพยาบาลขั้นต้น (หน่วยบริการปฐมภูมิและมีใบส่งตัวจึงจะสามารถไปรับบริการที่สถานพยาบาลขั้นสูง (หน่วยบริการระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ) ต่อไป แต่แรงงานนอกระบบบางคนไม่ปฏิบัติตามระเบียบ ต้องการไปรับบริการยังสถานพยาบาลขั้นสูงโดยที่สถานพยาบาลขั้นต้นเห็นว่าไม่ควรส่งต่อ ทำให้แรงงานนอกระบบและครอบครัวไม่สามารถใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพที่มีต้องยอมเสียค่าใช้จ่ายเองเมื่อไม่สามารถนำไปส่งตัวมาแสดงได้ นอกจากนี้สถานพยาบาลขั้นต้นยังขาดประสิทธิภาพในการส่ง

ต่อผู้ป่วยไปรับบริการ เพราะการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ (เมื่อป่วยไปแล้วไม่พบเจ้าหน้าที่) หรือไม่มียานพาหนะในการส่งต่อ

(แรงงานนอกระบบ ผู้นำชุมชน และผู้ปฏิบัติงาน)

(6) **ระบบการรับบริการข้ามเขตพื้นที่** สำหรับผู้ที่มีสิทธิในโครงการประกันสุขภาพระบบต่างๆ โดยเฉพาะแรงงานนอกระบบและครอบครัวที่อพยพเคลื่อนย้ายที่อยู่ไปประกอบอาชีพต่างพื้นที่ไม่สามารถใช้สิทธิตามที่ระบุในบัตรได้เนื่องจากไม่ได้แจ้งการย้ายที่อยู่อาศัย นอกจากนี้ปัญหาความไม่สะดวกในการไปรับบริการยังสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรเนื่องจากตั้งอยู่ไกลจากชุมชนที่อยู่อาศัย (กรณีผู้ที่อาศัยอยู่ชั่วงรอยต่อของเขตพื้นที่ให้บริการ) หรือกรณีที่ไม่พอใจหรือไม่ต้องการไปรับบริการตามสถานพยาบาลที่ระบุในบัตร ทำให้ไม่สามารถใช้สิทธิของหลักประกันสุขภาพได้ตามสิทธิที่มี

(ผู้นำชุมชน และผู้ปฏิบัติงาน)

4.5.3 ปัจจัยเสริมการให้บริการสุขภาพ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์แรงงานนอกระบบ การสนทนากลุ่มผู้นำชุมชนและผู้ปฏิบัติงานและการสัมภาษณ์ผู้บริหาร สามารถสรุปปัญหาอุปสรรค จากการขาดปัจจัยเสริมให้บริการสุขภาพได้ดังนี้

(1) **ระบบข้อมูล** ยังขาดการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับแรงงานนอกระบบ และผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพระบบต่างๆ ทำให้เป็นปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการและรับบริการ

(แรงงานนอกระบบ)

(2) **การประชาสัมพันธ์** การประชาสัมพันธ์ยังไม่สามารถเข้าถึงตัวแรงงานนอกระบบได้อย่างทั่วถึง โดยแหล่งข้อมูลข่าวสารที่สำคัญของแรงงานนอกระบบและครอบครัว ได้แก่บุคคลใกล้ชิดในระดับชุมชน เช่น กรรมการชุมชน อสม. ญาติหรือบุคคลในครอบครัว ซึ่งแหล่งข้อมูลเหล่านี้ยังไม่สามารถให้ข้อมูลรายละเอียดที่ชัดเจนเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติรวมถึงสิทธิต่างๆที่พึงมีพึงได้จากระบบหลักประกันสุขภาพต่างๆที่มีอยู่ในปัจจุบัน

(ผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหาร และนักวิชาการ)

4.6. แนวทางการพัฒนาหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว

การรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับการสร้างและพัฒนาหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว จากการสัมภาษณ์แรงงานนอกระบบ 54 ราย การสนทนากลุ่มกับผู้นำชุมชนและผู้ปฏิบัติงานในสาขาวิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในระดับชุมชนทั้ง 9 ชุมชน และการสัมภาษณ์นักวิชาการและผู้บริหาร 10 ท่าน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.6.1 ความต้องการหลักประกันสุขภาพในทัศนะของแรงงานนอกระบบ

แรงงานนอกระบบเป็นสมาชิกคนหนึ่งในครอบครัวหรือบางรายเป็นหัวหน้าครอบครัวซึ่งมีภาระหน้าที่รับผิดชอบในการเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัวทั้งยามปกติและยามเจ็บป่วย หากเมื่อใดที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย ย่อมส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของคนในครอบครัว จากผลการศึกษาในหัวข้อที่ 4.3 แสดงให้เห็นแล้วว่า แรงงานนอกระบบในปัจจุบันส่วนใหญ่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ เลย ส่วนสมาชิกในครอบครัวของแรงงานนอกระบบแม้ว่าในปัจจุบันส่วนใหญ่จะมีหลักประกันสุขภาพแบบใดแบบหนึ่งอยู่แล้ว แต่ก็ยังประสบปัญหาในการไปรับบริการ ทำให้ภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทั้งแก่ตัวแรงงานนอกระบบ หรือสมาชิกในครอบครัว เป็นภาระความเดือดร้อน สร้างความทุกข์ยากลำบากให้กับแรงงานนอกระบบและครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเดือดร้อนทางการเงินที่เป็นค่ารักษาพยาบาล

นอกจากนี้หากพิจารณาถึงหลักประกันสุขภาพของแรงงานนอกระบบและสมาชิกในครอบครัวที่มีอยู่ในปัจจุบัน อันได้แก่ บัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) บัตรสุขภาพ 500 บาท กล่าวได้ว่า ยังคงเป็นหลักประกันแบบชั่วคราวที่มีเงื่อนไขกำหนดระยะเวลาหมดอายุการคุ้มครอง รวมทั้งมีการกำหนดคุณสมบัติของผู้ที่มีสิทธิได้รับหลักประกัน เช่น บัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ประเภทผู้ที่มีรายได้น้อย คือ มีรายได้ต่ำกว่าเดือนละ 2,800 บาท มีอายุบัตร 3 ปี เมื่อครบอายุบัตรแล้วแรงงานนอกระบบอาจได้รับการต่อบัตรหรือไม่ได้รับจะขึ้นอยู่กับกรณีคุณสมบัติตามเกณฑ์รายได้ที่กำหนดไว้หรือไม่ ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่แน่นอน ทำให้แรงงานนอกระบบและครอบครัวขาดความมั่นคงหรือมั่นใจได้ว่าจะได้รับการคุ้มครองดูแลด้านสุขภาพไปได้ตลอด

ดังนั้นการศึกษาถึงความต้องการหลักประกันสุขภาพของแรงงานนอกระบบจึงเป็นส่วนสำคัญประการหนึ่งในการนำมาพัฒนาแนวทางในการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ผลการศึกษาถึงความคิดเห็นและความต้องการเกี่ยวกับการจัดระบบหลักประกันสุขภาพจากแรงงานนอกระบบ พบว่า แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ยังไม่สามารถให้ทัศนะหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดหลักประกันสุขภาพอย่างเป็นระบบได้ เนื่องจากแรงงานนอกระบบคิดว่าเป็นเรื่องไกลตัว ไม่เคยคิดมาก่อน หรือไม่เคยคิดถึงการสร้างความมั่นคงด้านหลักประกันสุขภาพมาก่อน อย่างไรก็ตามแรงงานนอกระบบบางส่วนได้แสดงความคิดเห็นที่เป็นความต้องการทั่ว ๆ ไป หรือความต้องการที่เกิดจากต้องการแก้ปัญหาจากประสบการณ์เดิมที่เคยได้รับมาในอดีต โดยสามารถรวบรวมเป็นประเด็นได้ดังต่อไปนี้

(1) ระบบหลักประกันสุขภาพ

แรงงานนอกระบบที่แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดระบบหลักประกันสุขภาพส่วนใหญ่ เห็นว่า ถ้าหากมีการตั้งกองทุนสุขภาพขึ้นมาจะเป็นการสร้างหลักประกันความมั่นคงได้ ทั้งนี้มีความคิดเห็นแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 จัดตั้งกองทุนประกันสุขภาพโดยเฉพาะสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว

กลุ่มที่ 2 จัดตั้งเป็นกองทุนรักษาพยาบาลสำหรับประชาชนทุกคน โดยไม่มีการแบ่งแยกตามลักษณะการประกอบอาชีพ ให้เป็นสิทธิสำหรับประชาชนคนไทยทุกคน ให้ได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียมกัน

โดยแรงงานนอกระบบที่แสดงความคิดเห็น ส่วนใหญ่จะมีความคิดเห็นแบบกลุ่มที่ 2 นั่นคือ ให้เป็นสิทธิของประชาชนคนไทยทุกคนที่จะได้รับการดูแลด้านสุขภาพ ดังตัวอย่างความคิดเห็นต่อไปนี้

“ให้เป็นสิทธิของคนไทย ใครที่เป็นคนไทย ได้รับเหมือนกันหมด”

(แรงงานนอกระบบ : รับจ้างทั่วไป)

“คนไทยทุกคน ไม่ว่าจะยากดีมีจน ให้รักษาเหมือนกันหมด...

ถ้าเป็นคนจนยังต้องให้ฟรี”

(แรงงานนอกระบบ : ค้าขาย)

“ไม่ต้องแยกว่าทำอาชีพอะไร แค่เป็นคนไทยก็พอแล้ว”

(แรงงานนอกระบบ : รับจ้างทั่วไป)

(2) สิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับ

บุคคลที่ควรให้การคุ้มครอง

แรงงานนอกระบบทั้งหมดให้ความเห็นว่า ควรคุ้มครองแรงงานนอกระบบและครอบครัว โดยบุคคลในครอบครัวที่ควรได้รับการคุ้มครองแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่หนึ่ง บุคคลในครอบครัวของแรงงานนอกระบบ หมายถึง บุคคลที่มีความสัมพันธ์เป็นสามี/ภรรยา และบุตร

กลุ่มที่สอง บุคคลในครอบครัวของแรงงานนอกระบบ หมายถึง สมาชิกทุกคนที่อยู่ในครอบครัวเดียวกัน ร่วมทุกข์ร่วมสุขด้วยกัน อาจมีความสัมพันธ์เป็น พ่อ แม่ พี่น้อง ป้า หลาน ยาย เป็นต้น

ประเภทการคุ้มครอง มีข้อเสนอหลากหลาย ดังนี้

- คุ่มครองการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยเพียงอย่างเดียว ส่วนการดูแลสุขภาพด้านอื่น ๆ เช่น ด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ ประชาชนควรจะรับผิดชอบตัวเอง
- คุ่มครองตั้งแต่การป้องกันโรค โดยให้มีบริการตรวจสุขภาพประจำปีแก่แรงงานนอกระบบและครอบครัว เมื่อเจ็บป่วยก็มีการให้บริการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือหากเสียค่าใช้จ่ายก็ไม่ควรเสียในอัตราสูงมากนักอาจจะให้ประชาชนออกค่ารักษาพยาบาลเองครั้งหนึ่ง
- คุ่มครองเฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เช่น ยา อุปกรณ์การรักษา เติงคนไข้ ค่ารักษาพยาบาล เป็นต้น ส่วนค่าใช้จ่ายอย่างอื่นที่นอกเหนือจากการรักษาพยาบาล เช่น ค่ารถ ค่าอาหาร หรือค่าที่พักสำหรับบางรายควรปล่อยให้ประชาชนได้พยายามช่วยเหลือตนเอง

(3) การมีส่วนร่วมของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

เมื่อถามถึงเรื่องการเข้ามามีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพ ส่วนใหญ่จะนึกไม่ออกว่าจะเข้าไปมีส่วนร่วมอย่างไรได้บ้าง ทั้งนี้เนื่องจากเป็นเรื่องที่แรงงานนอกระบบไม่คุ้นเคยหรือไม่รู้จัก เป็นเรื่องใหม่ที่ตัวแรงงานนอกระบบเองไม่เคยนึกถึงมาก่อน อย่างไรก็ตามได้มีการแสดงความคิดเห็น ดังนี้

1. ไม่ทราบจะช่วยอะไรได้บ้าง ยินดีช่วยงานที่ไม่ต้องเสียเงินและไม่เดือดร้อนเรื่องเงิน
2. น่าจะมีตัวแทนของคนในชุมชน/หมู่บ้าน ไปมีส่วนร่วมหรือประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และมีการประชาสัมพันธ์ให้ทั่วถึงผ่านสื่อมวลชนและเสียงตามสายในชุมชน/หมู่บ้าน
3. ตัวแรงงานนอกระบบเองต้องป้องกันดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวด้วย โดยอาจมีหน่วยแพทย์เคลื่อนที่มาให้ความรู้
4. มีส่วนร่วมในการจ่ายค่ายาเมื่อไปรักษา แต่ไม่ควรแพงเกินไป หรืออาจจะให้ประชาชนจ่ายค่ายาครั้งหนึ่ง
5. การมีส่วนร่วมออกเงินสมทบเข้ากองทุน

แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ (42 ราย หรือร้อยละ 78) ไม่แสดงความคิดเห็นถึงจำนวนเงินที่จะส่งสมทบเข้ากองทุน โดยแบ่งความคิดเห็นออกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 ไม่สามารถส่งเงินสมทบได้ (32 ราย หรือร้อยละ 59) เป็นผู้ที่มีความคิดว่าตนเองมีรายได้น้อย การประกอบอาชีพยังไม่มั่นคง บางวันมีรายได้บ้างวันก็ไม่มียาได้ จึงคิดว่าไม่สามารถส่งเงินสมทบได้ ดังสะท้อนได้จากคำบอกเล่าของแรงงานนอกระบบ

“ส่งเงินสมทบไม่ไหวหรอก ทุกวันนี้แทบไม่มีเงินติดบ้านอยู่แล้ว”

(แรงงานนอกระบบ : รับจ้างทั่วไป)

“เราไม่มีเงิน ไม่อยากไปคิดเรื่องนี้”

(แรงงานนอกระบบ : รับจ้างทั่วไป)

“คนจนหาเข้ากินค่าส่งไม่ไหว ทุกวันนี้ก็ไม่พอใช้”

(แรงงานนอกระบบ : รับจ้างทั่วไป)

“รัฐบาลน่าจะช่วยเหลือคนจน รักษาให้ฟรีไปเลย”

(แรงงานนอกระบบ : ถีบสามล้อรับจ้าง)

“กลัวจะส่งไม่ได้ตลอด...บางที่ 2 อาทิตย์ไม่มีงานทำ ต้องเซ็นชื่อที่ร้านค้ามาก่อน”

(แรงงานนอกระบบ : รับจ้างทั่วไป)

“ผมไม่ทำ ผมไม่มีรายได้อะไร ทุกวันนี้ก็อาศัยเมีย...วันไหนมีคนมาจ้าง ผมถึงจะได้เงิน”

(แรงงานนอกระบบ : รับจ้างทั่วไป)

กลุ่มที่ 2 ยังไม่แน่ใจ แสดงความคิดเห็นแบบแบ่งรับแบ่งสู้ มีแนวโน้มพอจะมีส่วนร่วมส่งเงินสมทบได้ (10 ราย หรือร้อยละ 19) ดังแสดงทัศนคติดังต่อไปนี้

“คนจนหาเข้ากินค่ายังไม่พอใช้...ให้ส่งทุกเดือนไม่ไหวหรอก ถ้าส่งปีละครั้งยังพอจะหยิบยืมคนอื่นให้ไปก่อนได้”

(แรงงานนอกระบบ : ชายก่วยเดี่ยว)

“เงินสมทบสูงมากไปก็ไม่ไหว”

(แรงงานนอกระบบ : รับจ้างทั่วไป, ชายก่วยเดี่ยว)

“ส่งเป็นปีพอจะส่งได้ แต่ต้องไม่มากเกินไป...ส่งทุกเดือนไม่ไหว”

(แรงงานนอกระบบ : ชายน้ำดื่ม)

กลุ่มที่ 3 สามารถส่งเงินสมทบได้ (12 ราย หรือร้อยละ 22) โดยให้ความคิดเห็นจำนวนเงินสมทบเข้ากองทุนที่ไม่ทำให้เดือดร้อนทางการเงิน ดังนี้

- เดือนละ 50 บาท คุ้มครองทั้งครอบครัว (1 ราย)
- เดือนละ 100 บาท คุ้มครองทั้งครอบครัว (3 ราย)
- ปีละ 500 บาท คุ้มครองทั้งครอบครัว (4 ราย)
- จ่ายเมื่อไปใช้บริการครั้งละ 30 บาท ตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคของกระทรวงสาธารณสุข (3 ราย)
- ปีละ 30 บาท / คน (1 ราย)

อย่างไรก็ตามแรงงานนอกระบบให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมในเรื่องเงินสมทบอีกว่า

- ไม่ควรกำหนดจำนวนเงินไว้สูงเกินไป

- การส่งเงินสมทบรายเดือน ไม่สามารถทำได้ เพราะคนจนหาเงินกินค่า หากต้องมาจ่ายเงินสมทบทุกเดือนจะเป็นภาระหนักมาก หากจ่ายเป็นรายปีบางคนคิดว่าพอจะเก็บรวบรวมหรือยืมคนอื่นมาจ่ายก่อนได้

4.6.2 หลักประกันสุขภาพแรงงานนอกระบบในทัศนะของผู้นำชุมชน ผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหาร

ข้อคิดเห็นของนักวิชาการ ผู้บริหารทั้ง 10 ท่าน ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในระดับชุมชนและผู้นำชุมชนทั้ง 9 ชุมชนเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว สามารถจำแนกสาระสำคัญได้ 3 ประการ คือ (1) หลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัวควรเป็นประเภทใด (2) การบริหารจัดการควรเป็นอย่างไร และ (3) กลไกสนับสนุนการบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัวมีอะไรบ้าง

(1) **หลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว** ควรเป็นประเภทใดนั้น ผู้บริหารท่านหนึ่งกล่าวว่า หลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัวควรยึดหลัก การเข้าถึงบริการ ความเป็นธรรม และครอบคลุม ทั้งนี้ความคิดเห็นจากผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้อง และผู้นำชุมชนเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัวมีความเห็นค่อนข้างสอดคล้องกัน ซึ่งสามารถแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เห็นว่าควรปรับปรุงหลักประกันสุขภาพเดิม กลุ่มที่ 2 เห็นว่าควรสร้างหลักประกันสุขภาพใหม่สำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว กลุ่มที่ 3 เห็นว่าควรเป็นโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

กลุ่มที่ 1 ควรปรับปรุงหลักประกันสุขภาพเดิม หากพิจารณาหลักประกันสุขภาพที่มีอยู่เดิม 5 ระบบ คือ สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ประกันสังคม บัตรสุขภาพ 500 บาท สวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาล (สปร.) ประกันสุขภาพของเอกชน รวมทั้งการสงเคราะห์ค่ารักษายาบาล กลุ่มนี้มีความเห็นว่า ควรมีหลักประกันสุขภาพหลายรูปแบบเป็นทางเลือกและหลักประกันสุขภาพเดิมที่สามารถใช้กับแรงงานนอกระบบและครอบครัวได้ก็คือ สวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาล (สปร.) บัตรสุขภาพ 500 บาท ประกันสังคม และการสงเคราะห์ค่ารักษายาบาล แต่มีข้อจำกัดในการใช้ จึงควรได้รับการปรับปรุงแก้ไขหลักประกันสุขภาพแต่ละระบบให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้แรงงานนอกระบบและครอบครัวสามารถเข้าถึงได้ ทั้งนี้จะต้องปรับปรุงหลักประกันสุขภาพแต่ละระบบ ดังนี้

1.1 สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (บัตรสปร.) เป็นหลักประกันสุขภาพเดิมที่เหมาะสมสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัวที่มีรายได้น้อยและรายได้ไม่แน่นอนมากที่สุด แต่ควรปรับปรุงหลักเกณฑ์รายได้ของผู้มีสิทธิได้รับบัตรสปร. เนื่องจากสภาพเศรษฐกิจของประเทศปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม เกณฑ์รายได้ควรปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน โดยมีผู้เสนอให้ใช้เกณฑ์อัตราค่าจ้างขั้นต่ำของแต่ละพื้นที่ซึ่งไม่เท่ากัน และมีผู้ที่เสนอเป็นอัตราคร่าว ๆ ไว้ที่ 4,000 บาทต่อเดือน ไม่ควรมีการกำหนดสถานพยาบาลที่ใช้สิทธิเพราะมีปัญหามาก ขั้นตอนการเข้าถึงสิทธิและการไปใช้สิทธิต้องไม่ยุ่งยากซับซ้อน และรอคอยนาน วิธีการขอรับบัตรสปร.โดยให้สิทธิผู้นำชุมชนเป็นผู้คัดเลือกและยื่นขออย่างเป็นทางการที่ทำให้แรงงานนอกระบบที่สมควรได้รับสิทธิไม่ได้รับความเป็นธรรม เพราะการให้สิทธิกับพวกพ้องและคนใกล้ชิด

(ผู้นำชุมชน ผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหาร)

1.2 บัตรสุขภาพ 500 บาท เป็นหลักประกันสุขภาพโดยสมัครใจที่ให้สิทธิแก่ประชาชนเลือกซื้อได้ในราคาบัตรละ 500 บาท และคุ้มครองสมาชิกครอบครัว 5 คนนั้น เห็นว่ามีความเหมาะสมดีแล้ว แรงงานนอกระบบกลุ่มที่มีรายได้เพียงพอสามารถซื้อได้

(ผู้นำชุมชน ผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหาร)

แต่มีข้อเสนอในการปรับปรุง ดังนี้

1.2.1 เฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร การจำหน่ายบัตรสุขภาพ 500 บาทไม่ต้องบังคับให้ผู้ที่จะซื้อบัตรต้องมีการตรวจร่างกายก่อน และผู้ที่เจ็บป่วยควรมีสิทธิซื้อบัตรได้

(ผู้นำชุมชน และผู้ปฏิบัติงาน)

1.2.2 ควรให้ผู้ซื้อบัตรสุขภาพ 500 บาท และผู้มีสิทธิได้รับบัตรสปร. เลือกสถานพยาบาลที่ต้องการโดยเสรี

(ผู้นำชุมชน และผู้ปฏิบัติงาน)

1.2.3 การจำหน่ายบัตรสุขภาพ 500 บาท ควรเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถซื้อบัตรสุขภาพ 500 บาทได้ตลอดเวลา

(แรงงานนอกระบบ)

1.3 บัตรประกันสังคม ตาม พรบ.ประกันสังคม มาตราที่ 40 ให้โอกาสผู้ประกอบการอาชีพอิสระหรือประชาชนทั่วไปสามารถประกันตนได้ด้วยความสมัครใจ ซึ่งจะช่วยให้แรงงานนอกระบบสามารถเข้าถึงได้ แต่จะต้องขยายสิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนตามมาตราที่ 40 ให้ครอบคลุมถึงการคุ้มครองในเรื่องการเจ็บป่วย การตรวจสุขภาพประจำปี และปรับอัตราเงินสมทบให้ต่ำลง และกำหนดอัตราเงินสมทบตามกลุ่มสิทธิประโยชน์ที่ผู้ประกันตนต้องการ รวมทั้งเลือกสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับการคุ้มครองได้ตามต้องการอีกด้วย นอกจากนั้น พรบ.ประกันสังคมมาตรา 39

ยังเปิดโอกาสให้แรงงานนอกระบบผู้ที่เคยถูกบังคับเป็นผู้ประกันตนตาม พรบ.ประกันสังคม มาตรา 33 ในฐานะลูกจ้างในสถานประกอบการมาก่อน แต่ต้องถูกให้ออกจากงานหรือลาออก และสมัครใจที่จะเป็นผู้ประกันตนของประกันสังคมต่อไป โดยปฏิบัติตามเงื่อนไขของระยะเวลาการยื่นความจำนง (ภายใน 6 เดือน หลังจากการออกจากงาน) และการจ่ายเงินสมทบเพิ่ม 2 เท่าของที่เคยจ่าย ทั้งนี้ ได้รับสิทธิประโยชน์เช่นเดียวกับที่เคยไปรับการคุ้มครองตามมาตรา 33

(ผู้บริหาร)

1.4 การสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาล การสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลยังจำเป็นสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัวที่มีรายได้น้อยและรายได้ไม่แน่นอน ซึ่งไม่สามารถเข้าถึงหลักประกันสุขภาพใด ๆ และในขณะที่เจ็บป่วยไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ ซึ่งการสงเคราะห์ประเภทนี้ยังรวมถึงการช่วยเหลืออื่น ๆ ตามความจำเป็นที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย เช่น การสงเคราะห์ค่าพาหนะเดินทางไปรับการรักษา ค่าอาหาร และสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็น เป็นต้น

(ผู้บริหาร)

กลุ่มที่ 2 ควรสร้างหลักประกันสุขภาพใหม่ กลุ่มนี้มีความคิดเห็นว่าหลักประกันสุขภาพเดิมไม่เหมาะสมสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว จึงเสนอให้มีการพัฒนาหลักประกันสุขภาพใหม่ที่เหมาะสมสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว โดยมีความคิดเห็นแยกเป็น 3 ลักษณะ คือ

2.1 หลักประกันสุขภาพเฉพาะแรงงานนอกระบบและครอบครัว เนื่องจากบุคคลกลุ่มนี้มีอาชีพ รายได้ สภาพการทำงาน ที่อยู่อาศัย การปฏิบัติตน และปัญหาความต้องการที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ดังนั้นการจัดหลักประกันสุขภาพเฉพาะสำหรับแรงงานนอกระบบกลุ่มนี้ตามทัศนะของผู้นำชุมชน ผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหาร จึงเห็นว่าคำนึงถึง

(1) ความสะดวกในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพและการให้บริการรวดเร็ว แหล่งบริการสุขภาพอยู่ใกล้ที่พักอาศัย

(ผู้นำชุมชน และผู้ปฏิบัติงาน)

(2) แรงงานกลุ่มนี้มีศักยภาพในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลในระดับที่แตกต่างกัน และแรงงานนอกระบบส่วนหนึ่งไม่มีศักยภาพในการจ่าย ดังนั้นการจ่ายเงินสมทบควรกำหนดไว้หลายอัตราสำหรับผู้ที่มีศักยภาพในการจ่ายและไม่ต้องจ่ายเงินสมทบสำหรับผู้ที่ไม่สามารถจ่ายได้

(ผู้นำชุมชน ผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหาร)

(3) การคุ้มครองสุขภาพขั้นพื้นฐานที่ต้องการมากที่สุดคือ การรักษาพยาบาลและตรวจสุขภาพประจำปี รองลงมาคือ การคลอดบุตร และพิการหรือทุพพลภาพ

(ผู้นำชุมชน ผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหาร)

(4) การให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเป็นเรื่องจำเป็น การประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้จะต้องเลือกใช้สื่อที่มีความเหมาะสมสำหรับบุคคลกลุ่มนี้

(ผู้บริหาร)

และ (5) มีผู้เสนอให้ทำเป็นโครงการนำร่องของหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว

(ผู้ปฏิบัติงาน)

2.2 หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเห็นว่าประชาชนทุกคน รวมทั้งแรงงานนอกระบบและครอบครัวมีหลักประกันสุขภาพเดียวเหมือนกันหมด เพื่อให้ประชาชนทุกคนทั้งที่เป็นแรงงานในระบบและแรงงานนอกระบบ ได้รับการคุ้มครองดูแลสุขภาพตามสิทธิขั้นพื้นฐานอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน

(ผู้นำชุมชน ผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหาร)

กลุ่มที่ 3 ความเห็นเกี่ยวกับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ซึ่งเป็นโครงการที่อยู่ระหว่างการทดลองในขณะนี้ทำวิจัยเรื่องนี้ภายใต้นโยบายสาธารณสุขของรัฐบาลชุดปัจจุบัน ซึ่งในขณะการสัมภาษณ์เก็บข้อมูลนั้น ผู้นำชุมชน ผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหาร ส่วนใหญ่ยังไม่มั่นใจที่จะให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับโครงการนี้ เห็นว่าโครงการนี้ยังเพิ่งเริ่มต้นยังไม่ชัดเจนควรให้เวลาดำเนินการไปก่อน แต่ก็เห็นว่าโครงการนี้ น่าจะเป็นหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับการคุ้มครองสุขภาพแรงงานนอกระบบและครอบครัวกลุ่มนี้ เพราะเป็นสวัสดิการรักษายาบาลที่ให้โอกาสประชาชนมีส่วนร่วมในการจ่ายเพียงครั้งละ 30 บาท ซึ่งเป็นอัตราที่แรงงานนอกระบบและครอบครัวน่าจะสามารจ่ายได้ แต่ก็เป็นไปได้ว่าแรงงานนอกระบบกลุ่มนี้บางคนก็ไม่มีเงินจ่ายแม้จะเพียง 30 บาทก็ตาม นอกจากนี้ยังเห็นว่าโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคมีความสอดคล้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงหลักประกันสุขภาพได้

(ผู้นำชุมชน ผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหาร)

(2) การบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัวควรเป็นอย่างไร

การบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัวควรเป็นอย่างไรนั้น ได้กำหนดประเด็นในการศึกษา คือ ใครคือผู้ได้รับการคุ้มครองสิทธิ ใครคือผู้รับผิดชอบหลักของระบบ ผู้ให้บริการเป็นใคร งบประมาณอันได้แก่รายรับและรายจ่ายในการ

ดำเนินการ การจัดการหลักประกันสุขภาพ สิทธิประโยชน์ครอบคลุมการป้องกัน รักษาและส่งเสริมได้อย่างไร การเข้าถึงบริการควรทำอย่างไร ผลการศึกษาวิจัยละเอียดดังนี้

2.1 ใครคือผู้ได้รับการคุ้มครองสิทธิ

จากการสนทนากลุ่มผู้นำชุมชน ผู้ปฏิบัติงาน และการสัมภาษณ์ผู้บริหาร นักวิชาการพบว่า

แรงงานนอกระบบ ที่น่าจะได้รับการคุ้มครองสิทธิควรพิจารณาจากเกณฑ์ต่อไปนี้

1. กลุ่มอาชีพ คือ กลุ่มอาชีพอิสระ เช่น เกษตรกรรม ค้าขายเล็ก ๆ น้อย ๆ หาบเร่แผงลอย รับจ้างทั่วไป ก่อสร้าง ขยายบริการทางเพศ เป็นต้น
2. สถานภาพส่วนใหญ่เป็นแรงงานไร้ฝีมือ
3. สภาพการทำงาน ได้แก่ การถูกเลิกจ้างจากงานในระบบ เปลี่ยนงานบ่อย ทำงานแต่เช้าจนค่ำไม่มีวันหยุด มีสภาพเสี่ยงในการทำงาน
4. สภาพแวดล้อมในการอยู่อาศัยไม่เหมาะสม ไม่ถูกสุขลักษณะ อยู่ในชุมชนแออัด ที่อยู่อาศัยคับแคบ มีพาหนะนำเชื้อโรค (ยุง หนู แมลงวัน) มีฝุ่นละออง มีน้ำคั่งขัง ขยะมูลฝอยส่งกลิ่นเหม็น มีเสียงดังจากรถยนต์ จากโรงงานอุตสาหกรรม ในชุมชนเป็นแหล่งอบายมุข ยาเสพติด อยู่ใกล้สถานเริงรมย์
5. รายได้ไม่แน่นอน รายได้ต่ำ หาเช้ากินค่ำ ไม่มีเงินเหลือเก็บ

และหากพิจารณาจัดลำดับความเดือดร้อนจากการได้รับและไม่ได้รับการคุ้มครองสิทธิหรือการมีและไม่มีหลักประกันสุขภาพของแรงงานนอกระบบสามารถจำแนกแรงงานนอกระบบได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 แรงงานนอกระบบที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดคุ้มครอง ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเดือดร้อนมากที่สุด

กลุ่มที่ 2 แรงงานนอกระบบที่มีหลักประกันสุขภาพ แต่ไม่สามารถเข้าถึงสิทธิหรือได้รับการปฏิบัติไม่เท่าเทียม เช่น แรงงานนอกระบบที่มีบัตรสปร. แต่ไม่สามารถใช้สิทธิบัตรที่มีอยู่ได้เนื่องจากไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขการไปรักษายังสถานพยาบาลนอกเขตพื้นที่ เป็นต้น จะเป็นกลุ่มที่มีความเดือดร้อนเป็นลำดับรองลงมา

กลุ่มที่ 3 แรงงานนอกระบบที่มีหลักประกันสุขภาพและได้รับการคุ้มครองอยู่ขณะนี้ก็ยังไม่มีความมั่นใจในการมีหลักประกันสุขภาพ เนื่องจากหลักประกันสุขภาพที่มีอยู่มิได้ให้หลักประกันว่าจะให้การคุ้มครองสุขภาพแรงงานนอกระบบอย่างถาวรตลอดไป กล่าวคือ แรงงานนอกระบบที่ได้รับการคุ้มครองสุขภาพโดยบัตรสุขภาพ 500 บาทขณะนี้ อาจมีเหตุหรือเงื่อนไขที่ทำให้ไม่สามารถซื้อบัตรสุขภาพ 500 บาทต่อได้เมื่อบัตรเดิมหมดอายุก็จะทำให้ขาดหลักประกันสุขภาพได้ เป็นต้น อย่างไรก็ตามขณะนี้แรงงานนอกระบบกลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อความเดือดร้อนน้อยกว่ากลุ่มแรกและกลุ่มที่ 2

แรงงานนอกระบบและสมาชิกครอบครัวควรมีสวัสดิการที่ได้รับการคุ้มครองดูแลสุขภาพอนามัยขั้นพื้นฐาน ทั้งนี้เพราะแรงงานนอกระบบและครอบครัวก็คือประชาชนคนไทยย่อมมีสิทธิเสมอภาคในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน แรงงานนอกระบบและครอบครัวที่เป็นผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 หมวดที่ 4 มาตรา 52

(ผู้บริหาร)

สำหรับ**ครอบครัวของแรงงานนอกระบบ** ที่ควรได้รับการคุ้มครองแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 คู่สมรสและบุตรของแรงงานนอกระบบ ซึ่งควรได้รับการพิจารณาให้ได้รับการคุ้มครองจากหลักประกันสุขภาพเช่นเดียวกับแรงงานนอกระบบ เป็นลำดับต่อมา กลุ่มที่ 2 ทุกคนที่อยู่ร่วมกันในครอบครัวของแรงงานนอกระบบก็ควรได้รับการคุ้มครองจากหลักประกันสุขภาพในฐานะที่เป็นคนไทยควรมีสวัสดิการได้รับการคุ้มครองดูแลสุขภาพภายใต้รัฐธรรมนูญ ทั้งนี้ไม่รวมสมาชิกของครอบครัวแรงงานนอกระบบที่มีหลักประกันสุขภาพอยู่แล้ว แต่ทั้งนี้หากจัดลำดับความสำคัญของการให้แรงงานนอกระบบและสมาชิกครอบครัวของแรงงานนอกระบบเหล่านี้ได้รับการคุ้มครองจากหลักประกันสุขภาพโดยทั่วไปแล้ว มีข้อเสนอว่า ระยะแรกควรมุ่งให้แรงงานนอกระบบทุกคนได้รับการคุ้มครองสิทธิครบถ้วนก่อน หลังจากนั้นเมื่อระบบประกันสุขภาพมีความมั่นคงและกองทุนมีเงินเพียงพอก็ขยายไปถึงสมาชิกครอบครัวโดยเริ่มต้นจากคู่สมรสและบุตรเป็นอันดับแรก และบิดามารดา หรือบุคคลอื่นในครอบครัวเป็นอันดับต่อไป

(นำชุมชน และผู้ปฏิบัติงาน)

2.2 ใครคือผู้รับผิดชอบหลักของระบบ

การบริหารหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบเพื่อนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติให้ได้ผลนั้น ผู้รับผิดชอบหลักของระบบควรเป็นใคร มีข้อคิดเห็นว่า

(1) **ต้องมียุทธศาสตร์หลัก**ทำหน้าที่ในการกำหนดและควบคุมนโยบายระดับชาติ เพราะที่ผ่านมาแม้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้กำหนดและควบคุมนโยบายระดับกระทรวงเท่านั้น และควรมีการจัดแบ่งหน่วยงานออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับชาติ ระดับภูมิภาค และระดับพื้นที่ หรือระดับท้องถิ่น

(ผู้บริหาร)

โดยแบ่งความคิดเห็นเกี่ยวกับองค์กรหลักที่จำเป็นสำหรับการจัดการหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว เป็น 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 มีความเห็นว่า องค์กรหลักควรเป็น**กระทรวงสาธารณสุข** เพราะเป็นหน่วยงานของรัฐย่อมคำนึงถึงประโยชน์ของประชาชนเป็นที่ตั้ง และเป็นหน่วยงานที่มีความพร้อมที่สุด โดยมีโรงพยาบาลในสังกัดทั้งโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย

มีผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ สุขภาพอนามัย สิ่งแวดล้อม มีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถทั้งด้านการบริหารและการปฏิบัติ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน มีเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ มีกฎหมายและระเบียบ ข้อบังคับ สามารถทำหน้าที่กำกับ ติดตาม ตรวจสอบการดำเนินงาน และการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานและสถานพยาบาล/โรงพยาบาล ให้เป็นไปตามนโยบาย เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการคุ้มครองดูแลสุขภาพอนามัยของแรงงานนอกระบบ และครอบครัวได้

(ผู้บริหาร)

กลุ่มที่ 2 มีความเห็นว่า องค์กรหลักน่าจะเป็น **องค์กรอิสระ หรือองค์กรมหาชน** ที่ไม่เกี่ยวข้องกับระบบราชการ ทำให้คล่องตัว โดยองค์กรดังกล่าวต้องมีองค์ประกอบของสำนักงาน คณะกรรมการ ผู้เชี่ยวชาญทำหน้าที่ในการบริหารกองทุน และสมาชิกกองทุน

(ผู้บริหาร)

กลุ่มที่ 3 มีความเห็นว่า องค์กรหลักควรเป็น **“คณะกรรมการ”** ประกอบด้วย คณะกรรมการ 3 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เป็นบอร์ดใหญ่

ระดับที่ 2 คณะกรรมการสุขภาพระดับภาค (Regional Health Board) ครอบคลุมพื้นที่ 6 – 7 จังหวัดที่ใกล้เคียง มีสภาพปัญหา วัฒนธรรม และลักษณะประชากรคล้ายคลึงกัน

ระดับที่ 3 คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (Area Health Board) โดยพิจารณาพื้นที่ที่มีความพร้อมในด้านบริการ ดูว่ามีสถานพยาบาล เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลเอกชน คลินิกที่แห่ง

(ผู้บริหาร)

(2) มีองค์ประกอบของ **หน่วยงาน** ที่จำเป็นในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ คือ (1) หน่วยงานรับทำหน้าที่เก็บเงินสมทบ (2) หน่วยงานจัดสรรเงิน ทำหน้าที่จัดสรรค่าใช้จ่ายด้านต่าง ๆ (3) หน่วยงานจ่าย ทำหน้าที่เหมาจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลในเครือข่าย หรือจ่ายเป็นประโยชน์ทดแทนให้แก่สมาชิก และ (4) หน่วยงานที่ทำหน้าที่นำเงินกองทุนไปลงทุนเพื่อให้เกิดดอกผล และนำผลที่ได้มาพัฒนาหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบ และครอบครัว

(ผู้บริหาร)

2.3 ผู้ให้บริการเป็นใคร จากข้อมูลชุมชนและข้อคิดเห็นจากการศึกษามีดังนี้

(1) ควรเป็นเครือข่ายผู้ให้บริการในพื้นที่ อันประกอบด้วย

(ผู้นำชุมชน ผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหาร)

(1.1) เครือข่ายด้านการรักษาพยาบาล

- สถานพยาบาล / โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลประจำจังหวัด) โรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาล/สถานพยาบาลสังกัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (สถานพยาบาลของเทศบาลหรืออบต.) ซึ่งเห็นว่าสถานพยาบาลเหล่านี้ควรกระจายบริการให้ทั่วถึงเพียงพอในทุกพื้นที่โดยเฉพาะพื้นที่ห่างไกล สำหรับในเขตเมืองทั้ง 3 จังหวัด คือ กรุงเทพมหานคร สมุทรปราการ และศรีสะเกษ มีความเห็นว่า ขณะนี้มีสถานพยาบาลของรัฐอยู่จำนวนมากเพียงพอแล้ว แต่ในชุมชนที่ห่างไกลยังมีไม่เพียงพอ

- สถานีอนามัย ต้องปรับปรุงตัวผู้ให้บริการ เวลาทำการ และการส่งต่อให้มีประสิทธิภาพ ในทัศนะของผู้ปฏิบัติงานบางท่านเสนอว่า สถานีอนามัยควรมีบทบาทหน้าที่ด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีปริมาณงานมากเพียงพอกับจำนวนเจ้าหน้าที่ที่มีอยู่ จึงไม่ควรต้องทำบทบาทหน้าที่ด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งควรเป็นหน้าที่หลักของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลจังหวัดมากกว่า

- ศูนย์บริการสาธารณสุขหรือศูนย์บริการสาธารณสุขมูลฐานประจำหมู่บ้าน
- เพิ่มบทบาทการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลเอกชน คลินิก ร้านขายยาในเครือข่ายผู้ให้บริการ
- มีหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ไปให้บริการตรวจรักษาโรคสม่ำเสมอ

(ข้อมูลชุมชน ผู้นำชุมชน ผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหาร)

(1.2) เครือข่ายด้านการป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพอนามัย

- หน่วยงานสาธารณสุข ได้แก่ สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ ศูนย์อนามัยและสิ่งแวดลอม สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข หรือศูนย์บริการสาธารณสุขมูลฐานประจำหมู่บ้านให้บริการทั้งด้านการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพประชาชนทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน/ชุมชน โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลความเจริญ

(ข้อมูลชุมชน)

- โรงพยาบาลอาจถือเป็นบทบาทหน้าที่เสริมของโรงพยาบาลจังหวัดในฐานะที่มีบุคลากรผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์สามารถให้ความช่วยเหลือทางวิชาการในด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพได้ส่วนหนึ่ง

(ผู้บริหาร)

- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนหนึ่งจะต้องได้รับการสนับสนุนส่งเสริม และพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงาน การเป็นอสม.เป็นความสมัครใจ ไม่มีเงินเดือนเป็นสิ่งตอบแทนการทำงาน ผู้ที่เป็นอสม.ได้รับสิทธิประโยชน์ในการคุ้มครองสุขภาพ อสม.บางคนได้รับสิทธิประโยชน์แล้วไม่ทำงานเพื่อส่วนรวม บางคนไม่มีเวลามาทำงานเพื่อส่วนรวมเพราะต้อง

ทำงานหาเลี้ยงครอบครัวและตนเอง แต่บางคนก็ทำงานหนักมากทั้งงานส่วนรวมและงานส่วนตัว ความคิดเห็นจากผู้นำชุมชนและผู้ปฏิบัติงานบางท่านเห็นว่า อสม.ควรมีค่าตอบแทนการทำงานจะได้เป็นแรงจูงใจให้มาทำงานมากขึ้น แต่ความคิดเห็นของผู้บริหารบางท่านเห็นว่า อสม.ไม่ควรค่าตอบแทนการทำงานเพราะการเป็นอาสาสมัครควรทำงานด้วยจิตใจที่เสียสละ เงินไม่ใช่ทางออกที่จะแก้ไขปัญหาที่อสม.ไม่ทำงาน แต่เชื่อว่ากลไกระบบอสม.จะคัดกรองอสม.ที่ทำงานไม่มีประสิทธิภาพออกไปเอง

(ผู้นำชุมชน ผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหาร)

- ควรมีหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ไปให้บริการตรวจสุขภาพสม่ำเสมอ

(ผู้นำชุมชน)

- ควรเพิ่มบทบาทของภาคเอกชนในการส่งเสริมสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อม ทุกวันนี้บทบาทขององค์กรเอกชนด้านสุขภาพยังมีน้อย และที่มีอยู่บางองค์กรมีวัตถุประสงค์อื่นแอบแฝง ไม่ได้ทำเพื่อส่งเสริมสุขภาพประชาชนอย่างแท้จริง สำหรับจังหวัดสมุทรปราการพบว่า มีหน่วยงานเอกชนที่ทำงานด้านสิ่งแวดล้อมหลายหน่วยงาน เนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีโรงงานอุตสาหกรรมมีปัญหาสิ่งแวดล้อมมาก

(ผู้นำชุมชน ผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหาร)

- ควรเพิ่มบทบาทและการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบ ซึ่งเป็นกลุ่มประชาชนที่ยากจน ขาดโอกาสขององค์กรท้องถิ่น องค์กรประชาชน คณะกรรมการชุมชน /หมู่บ้าน นักการเมืองระดับชาติ/ ระดับท้องถิ่น (วุฒิสมาชิก สส. สจ. สข.) และสื่อมวลชน

(ข้อมูลชุมชน ผู้นำชุมชน ผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหาร)

(2) ควรกำหนดและแบ่งบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจนระหว่างผู้ให้บริการเครือข่ายในพื้นที่ให้ครอบคลุมทั้งการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพอนามัย การตรวจสุขภาพป้องกันการเจ็บป่วย และบำบัดรักษาโรค

(ผู้บริหาร)

(3) ควรกำหนดมาตรฐานของสถานพยาบาลในเครือข่ายพื้นที่บริการและยา

(ผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหาร)

(4) ควรกำหนดราคากลาง เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ของสถานพยาบาลในเครือข่ายพื้นที่ ทั้งโรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลเอกชน หรือคลินิก ต้องเป็นราคาเดียวกัน

(ผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหาร)

(5) ผู้ให้บริการเครือข่ายในพื้นที่จะต้องกระจายให้ทั่วถึงและเพียงพอ ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยเฉพาะพื้นที่ห่างไกล

(ผู้นำชุมชน และผู้ปฏิบัติงาน)

2.4 งบประมาณ อันได้แก่ รายรับ รายจ่าย ในการดำเนินงาน

ผลการศึกษางบประมาณอันได้แก่ รายรับและรายจ่ายในการดำเนินงานเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพสามารถแยกประเด็นการศึกษาเป็น 3 ประการ คือ (1) รายรับมาจากที่ใดและจัดเก็บอย่างไร (2) รายจ่ายมีอะไรบ้าง (3) วิธีการจ่ายเงิน และ (4) การบริหารจัดการงบประมาณ ดังนี้

(1) **รายรับ** มาจากที่ใด ผลการศึกษามีข้อเสนอว่ารายรับควรมาจาก 2 ทาง คือ โดยผ่านนโยบายภาษี และการจัดเก็บเงินสมทบ

(1.1) นโยบายภาษี ภาษีที่จัดเก็บเพื่อมาใช้จ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ภาษีทางตรง และภาษีทางอ้อม ทั้งนี้จัดเก็บโดยรัฐบาลกลาง เช่น ภาษีรายได้ส่วนบุคคล ภาษีนิติบุคคล ภาษีสรรพสามิต เป็นต้น หรือภาษีที่จัดเก็บโดยองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น เช่น ภาษีบำรุงท้องที่ เป็นต้น หรือภาษีทางอ้อมที่จัดเก็บโดยผ่านการซื้อสินค้าที่เรียกว่าภาษีมูลค่าเพิ่ม (Vat) ซึ่งสำหรับแรงงานนอกระบบซึ่งมีรายได้น้อยและรายได้ไม่แน่นอนนั้น ไม่สามารถจ่ายภาษีทางตรง เช่น ภาษีรายได้ส่วนบุคคลแต่ก็ต้องบริโภคสินค้า ก็จะเสียภาษีทางอ้อมโดยผ่านการซื้อสินค้านั้น

(ผู้บริหาร)

นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอให้รัฐบาลควรเก็บภาษีจากสินค้าหรือบริการทุกชนิดที่มีผลกระทบต่อการทำลายสุขภาพและควรทำให้ถูกกฎหมายเกี่ยวกับการพนัน บ่อน การขายบริการทางเพศ จะทำให้รัฐสามารถควบคุมกิจการเหล่านี้ได้ และเก็บภาษีจากกิจการเหล่านี้มาใช้จ่ายในด้านสุขภาพ (ผู้บริหาร) และควรจัดเก็บภาษีให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

(ผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหาร)

(1.2) เงินสมทบ หรือการมีส่วนร่วมในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

ความคิดเห็นของผู้นำชุมชน ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้อง ผู้บริหาร และนักวิชาการเกี่ยวกับการจ่ายเงินสมทบหรือการมีส่วนร่วมในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล สามารถแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 มีความเห็นว่าแรงงานนอกระบบ ทุกคนควรได้รับการรักษาพยาบาลฟรี กลุ่มที่ 2 มีความเห็นว่า แรงงานนอกระบบกลุ่มที่มีรายได้น้อยไม่สามารถช่วยตนเองได้ ไม่ควรต้องจ่ายเงินสมทบ (รักษาฟรี) แต่แรงงานนอกระบบที่มีความสามารถจ่ายเงินสมทบได้ มีข้อเสนอให้จ่ายเงินสมทบในอัตราตั้งแต่ 30 บาทต่อครั้ง หรือ 50 บาทต่อคนต่อ ปี หรือ 100 บาทต่อครอบครัวต่อปี หรือ 400 บาทต่อปี (ผู้นำชุมชนและผู้ปฏิบัติงาน) หรือ 300 บาทต่อคนต่อปี หรือ 500 บาทต่อครอบครัวต่อปี นอกจากนี้ยังมีความเห็นว่า ตัวเลขเงินสมทบดังกล่าวเป็นเพียงการคาดเดาว่าน่าจะเป็น จึงควรให้นักเศรษฐศาสตร์หรือนักคณิตศาสตร์ประกันภัยคำนวณอัตราเงินสมทบที่เหมาะสม

(ผู้นำชุมชน และผู้บริหาร)

สำหรับวิธีการจัดเก็บเงินสมทบ มีข้อเสนอไว้หลายวิธี คือ วิธีการจัดเก็บเงินสมทบโดยผ่านสถานพยาบาลที่ไปรับการรักษา ผ่านธนาคาร ผ่านไปรษณีย์ หรือให้องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น หรือผ่านกลุ่ม หรือองค์กรประชาชนที่แรงงานนอกระบบเป็นสมาชิกโดยกลุ่มหรือองค์กรทำหน้าที่เป็นผู้จัดเก็บ

(ผู้นำชุมชน ผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหาร)

(2) รายจ่ายในการจัดการหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาล และส่วนที่ 2 รายจ่ายในการบริหารจัดการ

ส่วนที่ 1 รายจ่ายเพื่อการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาลสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว ค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ควรเป็น ค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน สำหรับโรคที่จำเป็นขั้นพื้นฐาน ไม่รวมโรคบางโรค หรือโรคแสงหามาเอง เช่น ศัลยกรรมตกแต่ง ทันตกรรม โรคเอดส์ ไตเทียม เป็นต้น สำหรับการคลอดบุตร การรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ หรือทุพพลภาพ และค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพประจำปีสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัวตามความจำเป็นแต่ละช่วงวัยและตามระดับความเสี่ยงต่อโรค ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการให้ภูมิคุ้มกันโรค ฉีดวัคซีน ค่าใช้จ่ายเหล่านี้ถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องได้รับการคุ้มครอง

(ผู้บริหาร)

ส่วนที่ 2 รายจ่ายในการบริหารจัดการ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายด้านพัฒนาและปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐาน อันได้แก่ อาคารสถานที่ ครุภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ เงินประจำตำแหน่ง เงินเดือน และค่าตอบแทน ค่าล่วงเวลา ค่าใช้จ่ายในการพัฒนาระบบและบุคลากร ค่าสาธารณูปโภค และค่าใช้สอยอื่น ๆ ค่าใช้จ่ายส่วนนี้มีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพของหลักประกันสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

(ผู้บริหาร)

(3) วิธีการจ่ายเงิน ในการจัดหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว มีข้อเสนอจากผู้บริหารเกี่ยวกับการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลเครือข่ายในพื้นที่ โดยแบ่งวิธีการจ่ายเงิน ดังนี้

(3.1) ด้านดูแลสุขภาพ มีวิธีการจ่ายเงินเป็น 3 วิธี คือ

(3.1.1) จ่ายตามรายหัว เพื่อการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ จ่ายตามจำนวนแรงงานนอกระบบและสมาชิกครอบครัวในพื้นที่รับผิดชอบ และจ่ายตามจำนวนแรงงานนอกระบบและสมาชิกครอบครัวที่ไปใช้บริการ

(3.1.2) จ่ายเพิ่มกรณีโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง ต้องใช้ ผู้เชี่ยวชาญ ยาราคาแพง
เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์พิเศษ

(3.1.3) จ่ายเพิ่มตามความเสี่ยงของสภาพแวดล้อมและปัญหาสุขภาพ
อนามัยในพื้นที่

(ผู้บริหาร)

(4) การบริหารจัดการ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

(4.1) การบริหารจัดการงบประมาณในภาวะปกติ

(4.2) การบริหารจัดการงบประมาณเพื่อการพัฒนาและปรับปรุงโครงสร้าง
พื้นฐานตามความจำเป็น

(ผู้บริหาร)

2.5 การจัดการหลักประกันสุขภาพ

ข้อคิดเห็นบางประการเกี่ยวกับการจัดการหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว คือ

(1) จุดมุ่งหมาย มีความเห็นว่า หลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว ต้องมีจุดมุ่งหมายให้แรงงานนอกระบบและสมาชิกในครอบครัวทุกคนมีสุขภาพอนามัยที่ดี ได้รับการคุ้มครองสุขภาพอนามัยขั้นพื้นฐาน ได้รับสิทธิประโยชน์เท่าเทียมกับประชาชนกลุ่มอื่นในสังคม การรักษายาบาลมีมาตรฐานเดียวกันไม่ว่าจะเป็นแรงงานนอกระบบที่มีฐานะหรือยากจนก็ตาม

(ผู้บริหาร)

(2) การบริหารกองทุนต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ด้านการบริหารเพื่อมาบริหารกองทุนให้กองทุนมั่นคงและเติบโต

(ผู้บริหาร)

(3) มีการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ให้องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นในระดับต่าง ๆ เป็นผู้จัดสรรงบประมาณและให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในท้องถิ่น แต่จะต้องมีการเตรียมบุคลากรให้มีความพร้อมโดยให้เจ้าหน้าที่ของรัฐเข้าไปเป็นพี่เลี้ยงในระยะต้น และประเมินผลความสำเร็จโดยดูจากสถิติการลดลงของการเจ็บป่วยของประชาชนในท้องถิ่น ทั้งนี้การกระจายอำนาจควรกระจายอำนาจสู่องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นที่เข้มแข็งก่อน

(ผู้บริหาร)

(4) การประสานและร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ที่ให้บริการด้านดูแลสุขภาพอนามัยของแรงงานนอกระบบและครอบครัวกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่าย และทำให้เกิดการแบ่งงานกันทำอย่างชัดเจนและเหมาะสม ไม่เกิดความซ้ำซ้อน

(นักวิชาการ)

(5) การมีส่วนร่วม มีความสำคัญต่อการจัดการหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว ใครคือผู้มีส่วนร่วมและมีส่วนร่วมอย่างไรนั้น มีข้อคิดเห็นจากการศึกษาค้างนี้ คือ

(5.1) แรงงานนอกระบบและครอบครัว โดยเฉพาะแรงงานนอกระบบที่มีศักยภาพ ต้องมีส่วนร่วมโดยการจ่ายเงินสมทบ ตลอดจนเรียกร้องสิทธิมิให้ถูกเอารัดเอาเปรียบ หรือได้รับการปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรม

(ผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหาร)

(5.2) กรณีที่แรงงานนอกระบบมีนายจ้าง ทักษะของผู้บริหารเห็นว่า การมีส่วนร่วมของนายจ้างในการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัวจะมีปัญหาทางกฎหมายในการตีความคำว่า “นายจ้าง” ซึ่งจำเป็นจะต้องมีการแก้ไขกฎหมายหลายฉบับ

สำหรับนายจ้างของแรงงานนอกระบบรายหนึ่งที่มีโอกาสร่วมในการสนทนากลุ่มในครั้งนี้มีความกระตือรือร้นและยินดีที่จะมีส่วนร่วมในการจ่ายเงินเพื่อให้ลูกจ้างของตนที่เป็นแรงงานนอกระบบและสมาชิกในครอบครัวของแรงงานมีหลักประกันสุขภาพ เพราะปัจจุบันนี้ถึงแม้จะไม่มีหลักประกันสุขภาพคุ้มครองลูกจ้าง แต่นายจ้างรายนี้ก็ให้การดูแลเมื่อลูกจ้างและสมาชิกครอบครัวของลูกจ้างเจ็บป่วยอยู่แล้ว ด้วยความเมตตาสงสาร และเห็นว่าเป็นผู้ทำประโยชน์ให้แก่ นายจ้าง นายจ้างรายนี้กล่าวว่า ตนเองรู้สึกเหมือนลูกจ้างและครอบครัวของลูกจ้างเป็นสมาชิกส่วนหนึ่งของครอบครัวของตน

(ผู้นำชุมชน และผู้บริหาร)

(5.3) รัฐบาล อันได้แก่ กระทรวง ทบวง กรมที่เกี่ยวข้อง อาทิเช่น กระทรวงสาธารณสุข ทบวงมหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม กระทรวงการคลัง กระทรวงมหาดไทย เป็นต้น ควรมีหน้าที่ดูแลสวัสดิการและสุขภาพอนามัยของประชาชน รวมทั้งกลุ่มที่เป็นแรงงานนอกระบบและครอบครัว โดยเป็นผู้กำหนดนโยบาย กำกับดูแลการปฏิบัติให้เป็นไปตามนโยบาย รวมทั้งเป็นผู้จัดหาและผู้ให้บริการเครือข่ายในพื้นที่

(ผู้นำชุมชน ผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหาร)

(5.4) สถานพยาบาลของรัฐ เอกชน คลินิก ร้านขายยา ควรเป็นเครือข่ายผู้ให้บริการทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการด้านการรักษา ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพแก่แรงงานนอกระบบและครอบครัว

(ผู้นำชุมชน ผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหาร)

(5.5) ประชาคม กลุ่มต่าง ๆ และอาสาสมัครในชุมชน และองค์กรเอกชน ควรมีส่วนร่วมในการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ เผยแพร่ข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพ และเป็นตัวแทนแรงงานนอกระบบและครอบครัว ในการเรียกร้องสิทธิ ติดตามตรวจสอบการดำเนินงาน และการใช้จ่ายงบประมาณให้เป็นไปอย่างถูกต้อง

(ผู้นำชุมชน และผู้ปฏิบัติงาน)

(5.6) ประชาชน มีส่วนร่วมในการติดตามตรวจสอบการดำเนินงานและการใช้จ่ายงบประมาณในการดูแลสุขภาพอนามัยให้เป็นไปโดยถูกต้อง

(ผู้นำชุมชน ผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหาร)

(5.7) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ให้ความรู้และให้บริการสุขภาพขั้นพื้นฐานแก่ประชาชนในชุมชนหรือหมู่บ้าน ให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย เช่น แจกข่าวสารฉีดยาวัคซีน ฯลฯ

(ผู้นำชุมชน ผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหาร)

(6) การตรวจสอบ ถือว่าเป็นเรื่องสำคัญ สิ่งที่ต้องตรวจสอบมี 2 ประการ คือ (1) ตรวจสอบคุณภาพบริการ เพื่อให้แรงงานนอกระบบและครอบครัวได้รับความเป็นธรรมไม่ถูกเอารัดเอาเปรียบ เป็นการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ และ (2) ตรวจสอบการใช้จ่ายเงินให้เป็นไปอย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ ไม่เกิดการรั่วไหล เนื่องจากเป็นเงินจำนวนมาก เป็นเงินภาษีของประชาชน หรือเงินสมทบที่เก็บจากแรงงานนอกระบบ

การตรวจสอบแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ การตรวจสอบภายใน หน่วยงานที่รับผิดชอบ ควรเป็น**กระทรวงสาธารณสุข** โดยทำหน้าที่กำกับดูแล ติดตามตรวจสอบคุณภาพบริการ ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการพัฒนา และ**สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน** ควรทำหน้าที่ตรวจสอบการใช้จ่ายเงินกองทุนประกันสุขภาพ

ผู้บริหารสำนักงานประกันสังคมท่านหนึ่ง ยกตัวอย่างการตรวจสอบภายในของระบบประกันสังคม โดยกล่าวว่า ในกรณีระบบประกันสังคมมีการตรวจสอบภายในอยู่แล้ว คือ สำนักงานประกันสังคม จะตรวจคุณภาพบริการโดยวัดผลสัมฤทธิ์ของการทำงาน 4 ด้าน คือ (1) ประสิทธิภาพ (2) ประสิทธิผล (3) ความพึงพอใจ และ (4) การปฏิบัติตามกฎหมาย และตรวจมาตรฐานการบริการของสถานพยาบาลโดยสำนักงานประกันสังคม ซึ่งจะทำหน้าที่ (1) ตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลประจำปี (2) ตรวจเรื่องการรักษาเป็นไปตามหลักวิชาการแพทย์ และ (3) ตรวจสอบคำร้องที่ผู้ประกันตนแจ้งมา

(ผู้บริหาร)

สำหรับการตรวจสอบจากภายนอกนั้น มีข้อคิดเห็นจากผู้นำชุมชนและผู้บริหาร คือ แรงงานนอกระบบและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ได้รับหรือเสียผลประโยชน์ประชาชนโดยทั่วไปซึ่งเป็นผู้เสียภาษี องค์กรเอกชนและองค์กรท้องถิ่น ในฐานะเป็นตัวแทนในการพิทักษ์ผลประโยชน์ของแรงงานนอกระบบและครอบครัวที่ด้อยโอกาส ควรทำหน้าที่ในการเรียกร้องให้เกิดความเป็นธรรมในการคุ้มครองสิทธิแก่แรงงานนอกระบบและครอบครัว และยังมีความเห็นอีกว่า การตรวจสอบจากภายนอกของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องน่าจะมีการรวมกลุ่มหรือจัดตั้งเป็นองค์กรอิสระ เพื่อทำหน้าที่ในการตรวจสอบ และควรมีหน่วยงานรับเรื่องราวร้องทุกข์ที่แรงงานนอกระบบและสมาชิกในครอบครัวสามารถเข้าถึงได้ ซึ่งหน่วยงานดังกล่าวจะต้องไม่ใช่สถานพยาบาลที่ให้บริการ

(ผู้นำชุมชน และผู้บริหาร)

2.6 สิทธิประโยชน์ครอบคลุมการป้องกัน รักษา และส่งเสริมได้อย่างไร

การศึกษาจากนักวิชาการ ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องและผู้นำชุมชนเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัวจะครอบคลุมสิทธิประโยชน์การป้องกัน รักษา และส่งเสริมสุขภาพอนามัยได้อย่างไรนั้น มีความเห็นสอดคล้องกันว่า หลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว ควรให้ความสำคัญทั้ง 3 ด้าน คือ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน กล่าวคือ ควรให้ความสำคัญเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพประจำปีตามความจำเป็นของแต่ละช่วงอายุและตามความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย

ควรให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการเจ็บป่วยจากการทำงาน ส่งเสริมและให้ความรู้เกี่ยวกับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ เป็นต้น ละ เลิก พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ เช่น การดื่มสุรา สูบบุหรี่ เป็นต้น ให้การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยเป็นสำคัญ และหากเป็นไปได้ควรให้การคุ้มครองการคลอดบุตร รวมถึงการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพแก่แรงงานนอกระบบหรือสมาชิกครอบครัวที่ทุพพลภาพ หากเปรียบเทียบกับประกันสังคมซึ่งให้การคุ้มครองผู้ประกันตนเกี่ยวกับ การว่างงาน ชราภาพ ตาย สงเคราะห์บุตรแล้ว ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า สวัสดิการเหล่านี้ควรพิจารณาแยกจากหลักประกันสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนกับบริการที่รัฐจัดให้แก่บุคคลกลุ่มนี้อยู่แล้ว หรือในอนาคตควรแบ่งแยกบทบาทหน้าที่โดยให้การจัดหลักประกันสุขภาพขั้นพื้นฐานเป็นเรื่องของกองทุนสุขภาพแห่งชาติ ส่วนสวัสดิการที่เกี่ยวข้องกับการขาดรายได้ (การว่างงาน ชราภาพ ตาย สงเคราะห์บุตร) เป็นเรื่องของประกันสังคมดูแล

อย่างไรก็ดี มีข้อเสนอจากผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องบางท่านแตกต่างไปจากที่กล่าวมาข้างต้นว่าหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบควรให้สิทธิประโยชน์ในการคุ้มครองแรงงานนอกระบบเช่นเดียวกับที่ประกันสังคมให้สิทธิประโยชน์คุ้มครองแก่แรงงานในระบบ ซึ่งขณะนี้ประกันสังคมจะให้สิทธิประโยชน์ในการคุ้มครองการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพตาย และชราภาพ ยังไม่ครอบคลุมไปถึงการว่างงาน

(ผู้นำชุมชน ผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหารและนักวิชาการ)

2.7 การเข้าถึงสิทธิและบริการสุขภาพควรทำอย่างไร

ความคิดเห็นจากนักวิชาการ ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องและผู้นำชุมชนเกี่ยวกับวิธีการเข้าถึงสิทธิและบริการสุขภาพของแรงงานนอกระบบควรทำอย่างไรนั้น ผลการศึกษาสามารถสรุปสาเหตุการเข้าไม่ถึงสิทธิและบริการสุขภาพและข้อเสนอแนะในการเข้าถึงสิทธิและบริการสุขภาพได้ดังนี้

สาเหตุเข้าไม่ถึงสิทธิและบริการ	ข้อเสนอแนะในการเข้าถึงสิทธิและบริการ
ด้านแรงงานนอกระบบและครอบครัว 1. การประชาสัมพันธ์ยังไม่เข้าถึงแรงงานนอกระบบและครอบครัว ทำให้แรงงานนอกระบบและครอบครัวขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ที่พึงได้รับ (ผู้นำชุมชน ผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหาร และนักวิชาการ)	ด้านแรงงานนอกระบบและครอบครัว 1.1 ต้องประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจนี้ให้แก่แรงงานนอกระบบและครอบครัวเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ การปฏิบัติที่ถูกต้องในการเข้าถึงสิทธิ ความสำคัญของการดูแลรักษาสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการใช้ยาสูบเพื่อลด ละ เลิก การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และเล่นการพนันทุกชนิด (ผู้นำชุมชน ผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหาร และนักวิชาการ) 1.2 การประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ความรู้จะต้องดำเนินการอย่างกว้างขวางในหลายวิธีการโดยอาศัยสื่อที่สามารถเข้าถึงแรงงานนอกระบบและครอบครัวได้ คือ 1. หอกระจายข่าว 2. ผู้นำชุมชนหรือคณะกรรมการหมู่บ้าน 3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 4. สถานพยาบาลในพื้นที่ เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน คลินิก เป็นต้น 5. สื่อมวลชน เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ เป็นต้น 6. ไปสเตอร์ แผ่นพับ ติดตามป้ายรถเมล์ ศาลาประชาคม ศาลาวัด เป็นต้น (ผู้นำชุมชน ผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหาร) 1.3 ส่งเสริมให้แรงงานนอกระบบมีการรวมกลุ่มและพิทักษ์ปกป้องผลประโยชน์ของตนเอง (ผู้บริหาร)

สาเหตุเข้าไม่ถึงสิทธิและบริการ	ข้อเสนอแนะในการเข้าถึงสิทธิและบริการ
ด้านผู้ให้บริการ 2. ด้านผู้ให้บริการ เจ้าหน้าที่ ผู้นำท้องถิ่น คณะกรรมการชุมชน อาสาสมัครบางคน ขาดจิตสำนึกและความรับผิดชอบ ไม่กระตือรือร้น ทำงานล่าช้า คำนึงถึงประโยชน์ส่วนตนมากกว่าส่วนรวม เลือกปฏิบัติทำให้แรงงานนอกระบบและครอบครัวไม่ได้รับความเป็นธรรม และไม่ยอมไปรับบริการ (ผู้นำชุมชน ผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหาร และนักวิชาการ) 3. สถานพยาบาล กระจายบริการไม่ทั่วถึง โดยเฉพาะพื้นที่ห่างไกลไม่มีโรงพยาบาล มีแต่สถานีอนามัยซึ่งไม่มีแพทย์ ไม่มียานพาหนะส่งต่อผู้ป่วย สถานพยาบาลของรัฐเปิดเฉพาะเวลาทำการ ทำให้แรงงานนอกระบบไม่สะดวกในการไปรับบริการ (ผู้นำชุมชน และ ผู้ปฏิบัติงาน) 4. สิทธิบัตรมีภาระระบุสถานพยาบาลที่ใช้สิทธิ ทำให้ไม่สามารถใช้บริการข้ามเขต การกำหนดเงื่อนไขและเกณฑ์การเข้าถึงสิทธิและการกำหนดช่วงเวลาการจำหน่ายบัตร ทำให้เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงและการไปใช้สิทธิ (ผู้นำชุมชน และผู้ปฏิบัติงาน)	ด้านผู้ให้บริการ 2.1 สร้างจิตสำนึกความรับผิดชอบต่อเจ้าหน้าที่ ผู้นำท้องถิ่น คณะกรรมการชุมชน อาสาสมัคร ในการทำงานเพื่อประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ส่วนตน เปลี่ยนวิธีคิดและการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (ผู้บริหาร และนักวิชาการ) 3.1 พัฒนาระบบเครือข่ายการให้บริการในพื้นที่โดยประสานร่วมมือกันระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคธุรกิจ ภาคประชาชน ในการให้บริการรักษาพยาบาล ตรวจสอบสุขภาพ ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ รณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง รักษาสุขภาพอนามัยสิ่งแวดล้อม (ผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหาร) 4.1 ปรับปรุงระเบียบ หลักเกณฑ์และเงื่อนไขของสิทธิบัตรให้เหมาะสมและง่ายต่อการเข้าถึงและการไปใช้สิทธิ (ผู้นำชุมชน และผู้ปฏิบัติงาน) 4.2 ควรกำหนดสถานที่ เวลา และวิธีการทำสิทธิบัตรให้เหมาะสม สะดวกและง่ายในการเข้าถึง (ผู้นำชุมชน และผู้ปฏิบัติงาน)

สาเหตุเข้าไม่ถึงสิทธิและบริการ	ข้อเสนอแนะในการเข้าถึงสิทธิและบริการ
	4.3 พัฒนาระบบการส่งต่อผู้รับบริการไปรับบริการยังสถานพยาบาลอื่นให้มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้โดยปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของเจ้าหน้าที่ มียานพาหนะที่ให้บริการ มีระบบข้อมูลที่เป็นประโยชน์ (ผู้นำชุมชน และผู้ปฏิบัติงาน) 4.4 พัฒนาระบบการเรียกเก็บและจ่ายเงินไม่ให้เป็นอุปสรรคในกรณีไปรักษาพยาบาลข้ามเขต หรือไปรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลนอกเขตพื้นที่ (ผู้บริหาร) 4.5 แรงงานนอกระบบ ควรมีสวัสดิการตัดสินใจเลือกเกี่ยวกับสถานพยาบาลและสิทธิประโยชน์ที่ตนต้องการ ทั้งนี้โดยคำนึงถึงความสะดวกในการไปใช้บริการ และตามความสามารถในการจ่ายเงินสมทบ (ผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหาร)

(3) กลไกสนับสนุนการบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว มีอะไรบ้าง

นักวิชาการ ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และผู้นำชุมชน ให้ข้อเสนอเกี่ยวกับกลไกสนับสนุนการปกป้องคุ้มครองสิทธิ การมีหลักประกันสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว มีดังนี้

3.1 มีกฎหมายรองรับการมีหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว แก้ไขหลักเกณฑ์ในพระราชกฤษฎีกาเกี่ยวกับการเก็บเบี้ยประกัน และสิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนโดยสมัครใจตามมาตรา 40 ของ พรบ.ประกันสังคม แก้ไขระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537 เกี่ยวกับเกณฑ์รายได้ของผู้มีสิทธิได้รับบัตรสปร. และแก้ไขระเบียบหรือคำสั่งของกรุงเทพมหานครเกี่ยวกับเงื่อนไขการซื้อบัตรประกันสุขภาพ 500 บาท

(ผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหาร)

3.2 พัฒนาระบบข้อมูลเพื่อเอื้อประโยชน์ในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ เช่น การลงทะเบียน หรือการทำสิทธิบัตร การเรียกเก็บเงินและจ่ายเงิน กรณีไปรับบริการข้ามเขตพื้นที่ เป็นต้น

(ผู้นำชุมชน และผู้บริหาร)

3.3 พัฒนาระบบภาษีให้มีประสิทธิภาพ ปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับภาษีให้เหมาะสม และมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่กำกับดูแลตรวจสอบ ติดตามการเก็บภาษีให้ได้ครบถ้วน มีประสิทธิภาพ และไม่มีการรั่วไหล หรือทุจริตเกิดขึ้น

(ผู้บริหาร)

บทที่ 5

อภิปรายผล

ผลการศึกษาแนวทางการพัฒนาหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มแรงงานนอกระบบและครอบครัว ทำให้เห็นว่าแรงงานนอกระบบและครอบครัวส่วนใหญ่ยังขาดหลักประกันสุขภาพ ขาดการดูแลเอาใจใส่ ป้องกันการเจ็บป่วย และส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรงสมบูรณ์ การพัฒนาหลักประกันสุขภาพเพื่อให้การปกป้องคุ้มครองสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มแรงงานนอกระบบและครอบครัว ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่ง ดังนั้นในขณะนี้จึงขอเสนอประเด็นการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

- 5.1 การดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว
- 5.2 ปัจจุบันหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัวเป็นอย่างไร
- 5.3 แนวทางการพัฒนาหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัวในอนาคต

5.1 การดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

5.1.1 ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

การศึกษาการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว ซึ่งเป็นประชากรกลุ่มฐานรากของสังคมนั้น ทำให้เห็นว่าการดูแลสุขภาพของแรงงานกลุ่มนี้มีความเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ คือ สภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย เศรษฐกิจของครอบครัว ระดับการศึกษาของแรงงานนอกระบบ การให้บริการของแหล่งบริการสุขภาพ

สภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย แรงงานกลุ่มนี้จะอาศัยอยู่ในชุมชนแออัด เคหะชุมชน ชุมชนใกล้แหล่งอุตสาหกรรม ชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบท ชุมชนเหล่านี้ส่วนใหญ่ (ยกเว้นชุมชนชานเมืองและชุมชนชนบท) จะมีคนอยู่หนาแน่น สภาพแวดล้อมโดยทั่วไปไม่ถูกสุขลักษณะ มีน้ำเน่าเสีย ฝุ่นละออง กองขยะมูลฝอย มีสัตว์ซึ่งเป็นพาหนะนำเชื้อโรค เช่น หนู แมลงสาบ ยุง ฯลฯ ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคระบบทางเดินหายใจ ภูมิแพ้ ผื่นคัน ไข้เลือดออก แรงงานกลุ่มนี้มีปัญหาด้านที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อมไม่ถูกสุขลักษณะ ทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย

เศรษฐกิจของครอบครัว อันได้แก่ อาชีพและรายได้ อาชีพและรายได้แรงงานนอกระบบกลุ่มนี้มีอาชีพหลากหลาย อาทิเช่น รับจ้างทั่วไป ค้าขายเล็กๆน้อยๆ ทำนา ลูกจ้างประมง เลี้ยงปลาสด ก่อสร้าง ขับมอเตอร์ไซด์รับจ้าง ถีบสามล้อ ตัดเย็บเสื้อผ้า และเก็บขยะ เป็นต้น

แรงงานเหล่านี้ทำงานหาเช้ากินค่ำ ต้องทำงานหนักหาเลี้ยงครอบครัว ไม่มีเวลารว่างหรือเวลาหยุดพัก ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพเพราะไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย ไม่มีเวลาประกอบอาหารรับประทานต้องซื้ออาหารสำเร็จรูปรับประทาน ซึ่งอาจขาดคุณค่าของอาหารและมีผลเสียต่อสุขภาพร่างกาย เช่น อาหารไม่สะอาด มีสารพิษปนเปื้อนในอาหาร ฯลฯ สิ่งเหล่านี้แรงงานนอกระบบมิได้ตระหนักว่าเป็นเรื่องสำคัญ และสำหรับแรงงานนอกระบบที่มีสิทธิในการได้รับหลักประกันสุขภาพจากโครงการต่าง ๆ ที่มีอยู่ อันได้แก่ บัตรสปร. หรือบัตรสุขภาพ 500 บาท ซึ่งเป็นการประกันสุขภาพตามความสมัครใจก็ยังมีอุปสรรคในการเข้าถึงสิทธิดังกล่าว เนื่องจากช่วงเวลาที่มีการทำบัตรหรือจำหน่ายบัตรสุขภาพเป็นช่วงเวลาที่จำกัด แรงงานนอกระบบต้องทำมาหากินจึงไม่สามารถไปซื้อบัตรสุขภาพได้ เช่นเดียวกับการเดินทางไปรักษาที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยก็ยังไม่มีความสะดวกอีกทั้งยังต้องมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษา ซึ่งแรงงานนอกระบบส่วนใหญ่มีรายได้น้อย เจ็บป่วยเล็กน้อยจึงใช้วิธีการรักษาด้วยตนเองโดยการซื้อยากินเองจากร้านค้าในชุมชน / หมู่บ้าน นอกจากนี้แรงงานนอกระบบไม่เคยเข้ารับการตรวจสุขภาพเลย สาเหตุสำคัญคือ แรงงานนอกระบบเกรงว่าการตรวจสุขภาพต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง และแรงงานนอกระบบไม่มีเงินเพียงพอจะจ่ายได้

ระดับการศึกษาของแรงงานนอกระบบ ส่วนใหญ่ร้อยละ 79.6 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมาร้อยละ 13 ไม่ได้เรียนหนังสือ แรงงานนอกระบบกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ มีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องต่อการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและรักษาเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างมาก ในเรื่องทัศนคติ ดังเช่น ความเชื่อว่าการออกกำลังกายต้องไปเที่ยวสวนสาธารณะ เป็นกิจกรรมของคนฐานะดี มีเวลารว่าง หรือการตรวจสุขภาพ ถ้าไม่เจ็บป่วยก็ไม่จำเป็นต้องตรวจ เพราะไม่รู้จะตรวจอะไร สำหรับพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นก็คือ การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ เช่น การรับประทานอาหารดิบ ดื่มสุรา สูบบุหรี่ รับประทานอาหารที่ไม่เป็นประโยชน์ เป็นต้น นอกจากนี้แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ขาดการตระหนักรู้เกี่ยวกับสิทธิและการเข้าถึงสิทธิ ไม่รู้ ไม่เข้าใจเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพมีอะไรบ้าง ตนเองมีสิทธิในหลักประกันสุขภาพหรือไม่ ทำอย่างไรจะได้รับหลักประกันสุขภาพ ต้องรอให้มีผู้นำหรือคณะกรรมการชุมชน หรือเจ้าหน้าที่ทำให้ ซึ่งก็พบว่าผู้นำหรือคณะกรรมการชุมชน หรือเจ้าหน้าที่บางครั้งก็ขาดความรับผิดชอบ ไม่ให้ความเป็นธรรมแก่แรงงานนอกระบบ โดยเฉพาะสิทธิที่แรงงานนอกระบบควรได้รับไปให้แก่ญาติพี่น้อง พวกพ้อง คนใกล้ชิดของตน นอกจากนี้มีหลักประกันสุขภาพแล้วก็ไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไข ทำให้ใช้สิทธิไม่ได้ ส่วนหนึ่งของปัญหาสุขภาพของแรงงานนอกระบบเกิดจากความไม่รู้หรือไม่ตระหนักเกี่ยวกับสภาพการทำงานที่ไม่เหมาะสม แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่พื้นฐานการศึกษาอยู่ในระดับต่ำ ขาดความรู้และทักษะซึ่งก่อให้เกิด

ปัญหาอื่นๆ ตามมา เช่น ค่าจ้างต่ำ ความไม่มั่นคงในการทำงาน ขาดสวัสดิการสุขภาพอนามัย และความปลอดภัยในการทำงาน

การให้บริการของแหล่งบริการสุขภาพ แรงงานนอกระบบตัดสินใจไม่ไปรับบริการจากสถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยหรือไปรับบริการจากแหล่งบริการสุขภาพเมื่อป่วยหนักและรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ ไม่หายแล้ว ส่วนการเลือกตัดสินใจว่าจะไปรับบริการที่ใดนั้น บางครั้งมิได้เป็นไปตามเงื่อนไขหรือกฎเกณฑ์การเลือกสถานพยาบาลที่กำหนดไว้ในสิทธิบัตร แต่อาจพิจารณาสถานพยาบาลหรือแหล่งบริการที่ตนพึงพอใจ เช่น ไปรักษายังสถานพยาบาลนั้นแล้วหาย แพทย์พยาบาลให้บริการดี (เอาใจใส่ พุดจาดี) มีแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถ แพทย์เฉพาะทาง มีเครื่องมืออุปกรณ์ ยาดี มีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกัน และในทางตรงข้ามแรงงานนอกระบบจะเลือกไม่ไปใช้บริการยังสถานพยาบาลที่ไม่มีลักษณะดังกล่าวข้างต้น ถึงแม้จะเป็นสถานพยาบาลที่ระบุในสิทธิบัตร ซึ่งทำให้เกิดปัญหาการไปใช้บริการข้ามเขตโดยไม่จำเป็น และยังเป็นสาเหตุที่ทำให้แรงงานนอกระบบตัดสินใจไม่ไปรับการรักษาโดยการอยู่เฉยหรือไปซื้อยาทานเองเมื่อเจ็บป่วย เพราะไม่พอใจการให้บริการของสถานพยาบาลหรือสถานพยาบาลนั้นอยู่ห่างไกลเกินไปไม่สะดวกในการไปใช้บริการ ทั้งนี้งานวิจัยของเบญจจา จิรภัทรพิมล (2544) ก็พบเช่นเดียวกันว่า ปัญหาของแรงงานนอกระบบในการไปรับการรักษาเมื่อเจ็บป่วย คือต้องเสียค่ารถแพงกว่าค่ายาของโรงพยาบาล ที่สำคัญคือ ไม่ได้รับการดูแลที่ดีจากแพทย์และพยาบาล ต้องเสียเวลาทั้งวัน ทำให้ขาดรายได้

5.1.2 การดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

จากการศึกษา พบว่า แรงงานนอกระบบยังขาดการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเอง หรือบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ถูกสุขลักษณะ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การป้องกันอันตรายจากการทำงานที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย แรงงานนอกระบบและครอบครัวให้ความสำคัญต่อปัญหาด้านเศรษฐกิจหรือการประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ให้ครอบครัวมากกว่าสนใจดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน ซึ่งจะเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างเสริมให้แรงงานนอกระบบและสมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาถึงการไปรับบริการจากแหล่งบริการสุขภาพต่าง ๆ พบว่า แรงงานนอกระบบและครอบครัวจะใช้บริการจากแหล่งบริการสุขภาพก็ต่อเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น แล้วต้องการบำบัดรักษาให้หาย แรงงานนอกระบบและครอบครัวจะตัดสินใจเลือกแหล่งบริการสุขภาพแหล่งใดขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ

1. การประเมินอาการเจ็บป่วยของตัวผู้ป่วย หรือผู้มีอำนาจตัดสินใจในครอบครัว (สำหรับกรณีเด็กหรือผู้สูงอายุในครอบครัวเจ็บป่วย)

2. ความสะดวกในการรับบริการ

3. ค่าใช้จ่ายในการรักษา

สำหรับอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย (Mild Illness) เช่น ปวดศีรษะ เป็นไข้ ปวดเมื่อยตามร่างกาย แรงงานนอกระบบและครอบครัวมักจะรักษาตนเอง โดยการซื้อยามารับประทานเองจากร้านค้าในชุมชน / หมู่มาก การใช้จ่ายที่มีอยู่ในครัวเรือน การรักษาที่หมอพื้นบ้าน และการซื้อยาจากร้านขายยา เป็นต้น การที่แรงงานนอกระบบมีพฤติกรรมรักษาตนเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยนั้น เนื่องจากความไม่สะดวกในการไปรับบริการจากสถานพยาบาลของรัฐที่ตั้งอยู่ห่างไกลจากที่พักอาศัย การหยุดทำงานเพื่อไปรับการรักษาทำให้ขาดรายได้ รวมทั้งต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงกว่าการรักษาด้วยตนเอง (ค่ารถ ค่ายา ค่าอาหาร และอื่น ๆ ที่คาดไม่ถึง)

เมื่อเจ็บป่วยรุนแรงหรือมีอาการป่วยหนัก (Severe Illness) เช่น อุบัติเหตุ ช็อคหมดสติ ท้องร่วงที่มีอาการอ่อนเพลีย จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยเร่งด่วนจากผู้เชี่ยวชาญในวิชาชีพทางการแพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุข แรงงานนอกระบบและครอบครัวจะไปใช้บริการที่สถานพยาบาลหรือแหล่งบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งมีค่าใช้จ่ายไม่สูงเกินไปเมื่อเทียบกับสถานพยาบาลเอกชนที่จะมีค่าใช้จ่ายสูงกว่า และแรงงานนอกระบบไม่สามารถไปใช้บริการได้เนื่องจากไม่มีเงินเพียงพอที่จะไปใช้บริการสถานพยาบาลเอกชน

จากผลการศึกษาที่พบว่า พฤติกรรมหลักในการดูแลรักษาตัวเมื่อเจ็บป่วยของแรงงานนอกระบบและครอบครัวคือ การรักษาตนเองซึ่งเป็นพฤติกรรมที่มีความสำคัญที่สุดในกระบวนการแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยของแรงงานนอกระบบและครอบครัว โดยพฤติกรรมรักษาตนเองของแรงงานนอกระบบและครอบครัวที่พบอยู่เสมอคือ การซื้อยากินเอง และเป็นยาที่สามารถซื้อได้ง่ายและสะดวกจากร้านค้าใกล้บ้าน ซึ่งอาจทำให้ได้รับยาที่ไม่ถูกต้องและเป็นอันตรายแก่สุขภาพร่างกายตามมา ทั้งนี้เนื่องจากเจ้าของร้านค้าไม่มีความรู้ทางเภสัชศาสตร์เกี่ยวกับยาและวิธีการจ่ายยาที่ถูกต้อง ไม่สามารถจำหน่ายยาและให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาที่ถูกต้องแก่ผู้ซื้อ

เนื่องจากการรักษาตนเองเป็นทางเลือกสำคัญในยามเจ็บป่วยของแรงงานนอกระบบ จึงน่าจะมีส่วนสำคัญต่อการคิดทบทวนปรัชญาหรือแนวคิดในการพัฒนาการแพทย์และสาธารณสุขในอนาคต การที่การรักษาตนเองเป็นพฤติกรรมหลักของแรงงานนอกระบบย่อมสะท้อนความจริงมากกว่าที่จะคิดเพียงว่าเป็นความบกพร่องของระบบบริการสาธารณสุขที่ไม่อาจจัดการกับความเจ็บป่วยของประชาชนได้ทั้งหมดซึ่งเป็นส่วนใหญ่ ในทางตรงข้ามควรพิจารณาว่าการรักษาตนเองคือ ธรรมชาติที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชนในการดูแลสุขภาพมากกว่าที่จะให้ประชาชนไปหวังพึ่งบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขจากแหล่งบริการสุขภาพเพียงอย่างเดียว ที่ผ่านมามี

นี้ไม่ได้ถูกนำมาพิจารณาเพราะถูกครอบงำด้วยความคิดตามเชื้อของวิทยาการทางการแพทย์สมัยใหม่ จนทำให้เรื่องของสุขภาพอนามัยเป็นความซับซ้อนและมองว่าการดูแลสุขภาพด้วยตนเองเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง **จึงอาจกล่าวได้ว่าการรักษาตนเองควรมีอยู่และมีความสำคัญกับการดำรงชีวิตของแรงงานนอกระบบและครอบครัว**

การรักษาตนเองเมื่อยามเจ็บป่วย เป็นเพียงส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพตนเอง (Self – Care) ของแรงงานนอกระบบซึ่งไม่เพียงพอ จำเป็นต้องครอบคลุมถึงการบำรุงสุขภาพให้แข็งแรงและการป้องกันมิให้เกิดการเจ็บป่วย ดังนั้นแรงงานนอกระบบควรดูแลสุขภาพของตนเองจะต้องพิจารณาให้ครอบคลุมทั้งการป้องกัน รักษา และส่งเสริม **ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าคือ การที่ประชาชนทุกคนดูแล รักษา ป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพของตน**

นอกจากนี้การดูแลสุขภาพโดยรวมของแรงงานนอกระบบและครอบครัว**ควรสร้างทัศนคติที่ถูกต้องในเรื่องสุขภาพอนามัยและโรคภัยไข้เจ็บให้กับแรงงานนอกระบบ** ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง ความเจ็บป่วยควรจะถูกมองว่าเป็นการแสดงให้เห็นถึงความผิดปกติของร่างกาย ควรปรับเปลี่ยนแผนการใช้ชีวิตทั้งในด้านการกิน การนอน การพักผ่อน แลการออกกำลังกาย หรือการรักษาตัวเมื่อเจ็บป่วย อาจจะมีทางเลือกหลายทาง เช่น การไม่ใช้ยาสำหรับการเจ็บป่วยบางอย่าง หรือการใช้ยาสมุนไพร ฯลฯ ที่สำคัญที่สุดคือ การเสริมสร้างให้แรงงานนอกระบบเกิดความมั่นใจ และความเข้าใจที่ถูกต้องที่จะดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และมีทางเลือกอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากการพึ่งยาอย่างเช่นในปัจจุบัน

5.1.3 การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถจำแนกระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว ได้ดังนี้

1) การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับครอบครัว ซึ่งจะกล่าวถึงการมีส่วนร่วมของแรงงานนอกระบบและบุคคลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเอง และการมีส่วนร่วมของแรงงานนอกระบบและบุคคลในครอบครัวในระบบบริการสุขภาพ

การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองของแรงงานนอกระบบและครอบครัว พบว่า บุคคลในครอบครัวของแรงงานนอกระบบว่ามีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบ ทั้งในยามปกติและเมื่อเจ็บป่วย โดยเฉพาะความรับผิดชอบต่อการดูแลสุขภาพในครอบครัวที่เจ็บป่วย ทั้งในเรื่องการแสวงหาแหล่งรับบริการสุขภาพ การรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล นำส่งสถานพยาบาล และการดูแลขณะเจ็บป่วย

สำหรับการมีส่วนร่วมในระบบบริการสุขภาพนั้น พบว่า ที่ผ่านมาและในปัจจุบัน แรงงานนอกระบบและครอบครัวยังขาดการมีส่วนร่วม แรงงานนอกระบบยังไม่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในเรื่องนี้ แรงงานนอกระบบจะยินดีมีส่วนร่วมในด้านสุขภาพ แต่ทั้งนี้ ต้องไม่มีค่าใช้จ่ายหรือเสียเงิน เสียเวลาทำมาหากินเพราะยากจน ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของ นานัค คัดวานี และเจริญจิตร โพธิ์ทอง (2542 : 13) ว่า แรงงานที่มีรายได้ต่ำซึ่งส่วนใหญ่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพและรายได้ มักจะประสบภาวะการเจ็บป่วยสูงกว่าแรงงานกลุ่มอื่น ๆ จึงควรได้รับการพิจารณาให้ความสำคัญเป็นพิเศษในการจัดบริการสวัสดิการด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะบริการด้านสาธารณสุข

2) การมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพในระดับชุมชน สามารถอธิบายได้ว่า

2.1 เครือญาติและเพื่อนบ้าน การดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัวนั้น หากเกินกำลังความสามารถของสมาชิกในครอบครัวแล้ว เครือญาติในชุมชนจะเป็นกลุ่มทรัพยากรบุคคลสำคัญรองลงมาที่จะเข้ามาให้การดูแลช่วยเหลือ ส่วนเพื่อนบ้านและคนอื่น ๆ ในชุมชนจะให้ความช่วยเหลือเพียงบางส่วน เช่น ช่วยพาส่งโรงพยาบาล และไปเยี่ยมเยียนถามอาการ หรือให้ยืม / ใ้กู้เงิน เป็นต้น

แต่การมีส่วนร่วมของเครือญาติและเพื่อนบ้านในชุมชนจะมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับระดับความเหนียวแน่นของเครือข่ายทางสังคมของชุมชน ความสัมพันธ์ใกล้ชิดของคนในชุมชน ยิ่งในสภาพสังคมปัจจุบันเงื่อนไขความจำเป็นทางเศรษฐกิจต่อการดูแลเอื้อเฟื้อต่อคนในสังคม ส่งผลกระทบต่อวิสัยความสามารถของเครือญาติและเพื่อนบ้านในการให้การดูแลเอื้อเฟื้อต่อแรงงานนอกระบบในชุมชนเดียวกันได้ โดยเฉพาะในชุมชนเขตเมือง พบว่า ความช่วยเหลือและการพึ่งพาอาศัยกันในระหว่างคนในชุมชนเดียวกันลดน้อยลง ขณะที่ในเขตชนบทวัฒนธรรมความเอื้อเฟื้อเพื่อแผ่ต่อเพื่อนบ้านยังคงมีอยู่เนื่องจากคนในชุมชนเดียวกันมีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติกัน

2.2 ศูนย์สาธารณสุขชุมชนหรือกองทุนชุมชน นอกจากนี้แล้วในชุมชนยังมีศูนย์สาธารณสุขชุมชน หรือกองทุนยาในชุมชน/ หมู่บ้าน ซึ่งมีอสม.เป็นผู้ดูแล พบว่า แรงงานนอกระบบและคนในชุมชนไม่นิยมไปใช้บริการ ทำให้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนยังไม่ถูกใช้ประโยชน์ได้อย่างเต็มที่ การที่แรงงานนอกระบบไม่นิยมไปใช้บริการของกองทุนยาในชุมชน/ หมู่บ้าน ซึ่งมีอสม.คอยดูแลและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ แต่ยังไม่ยอมไปซื้อยากินเองจากร้านค้าในชุมชน เป็นประเด็นสำคัญอย่างหนึ่งที่ต้องหันมาทบทวนพิจารณาว่าเกิดอะไรขึ้นกับกองทุนยาหรือแหล่งบริการสุขภาพขั้นต้นของชุมชน แรงงานนอกระบบต้องการแหล่งบริการใกล้บ้านและสะดวก แต่ถึงแม้จะมีกองทุนยาอยู่ในชุมชน/ หมู่บ้านก็ยังไม่ไปใช้บริการ เหตุผลสำคัญประการหนึ่งอาจเป็นเพราะกองทุนยาในชุมชนไม่สามารถตอบสนองความต้องการของแรงงานนอกระบบได้ แรงงานนอกระบบไม่เพียงแต่ต้องการแหล่งบริการที่ใกล้บ้านเท่านั้น แต่ต้องการแหล่งบริการ

ทั้งใกล้บ้านและใกล้ใจ ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมสนับสนุนให้กองทุนยาหรือแหล่งบริการสุขภาพในชุมชนเป็นแหล่งบริการที่ใกล้ใจด้วย เพื่อให้เกิดความพึงพอใจในการไปใช้บริการ

2.3 ประชาสังคมและกลุ่มต่างๆ ในชุมชน ปัจจุบันยังไม่มีการรวมตัวในลักษณะประชาสังคมด้านสุขภาพของแรงงานนอกระบบกลุ่มฐานรากของสังคม การรวมตัวในลักษณะประชาสังคมด้านสุขภาพของแรงงานนอกระบบยังนับว่าไม่เข้มแข็งเพียงพอ แต่ถ้าประชาชนกลุ่มนี้ได้รับการส่งเสริมอย่างจริงจัง เกิดการรวมตัวโดยเริ่มจากปัญหาความต้องการและจัดตั้งขึ้นโดยประชาชนกลุ่มนี้เองด้วยจิตสำนึกแล้วจะนำไปสู่ความสำเร็จ เช่นเดียวกับกลุ่มออมทรัพย์ในภาคใต้ อันจะทำให้เกิดศักยภาพและอำนาจในการจัดการทรัพยากรและกิจกรรมสุขภาพของแรงงานนอกระบบและคนในชุมชนอย่างแท้จริง

3) การมีส่วนร่วมขององค์กรหรือหน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ องค์กร หรือหน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้แก่ หน่วยงานภาครัฐ องค์กรเอกชน องค์กรธุรกิจ

3.1 หน่วยงานภาครัฐ โดยทั่วไปจะถือว่ากระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานในสังกัด อันได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ศูนย์บริการสาธารณสุข สถานีอนามัย ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ อสม. มีบทบาทหลักในการดูแลสุขภาพของประชาชน ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การตรวจสุขภาพ การให้ภูมิคุ้มกัน การให้ความรู้ด้านสุขศึกษา และการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง นอกจากนี้ก็มีหน่วยงานของรัฐอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง อันได้แก่ กรุงเทพมหานคร มีสำนักแพทย์ สำนักอนามัย กำกับดูแลโรงพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุขที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ทบวงมหาวิทยาลัย กำกับดูแลโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัด กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม กำกับดูแลสำนักงานประกันสังคม กองทุนเงินทดแทน

3.2 องค์กรเอกชน องค์กรธุรกิจ เช่น โรงพยาบาลเอกชน คลินิก ร้านขายยา เป็นต้น ยังมีบทบาทและส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบกลุ่มนี้น้อยมาก สำหรับองค์กรเอกชนนั้น การมีส่วนร่วมที่พบได้แก่ การจัดให้มีหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ไปให้บริการตรวจสุขภาพและให้การรักษา การให้ภูมิคุ้มกัน ให้ความรู้และคำปรึกษาแนะนำด้านสุขภาพ อนามัยแก่ประชาชน รณรงค์เรื่องสิ่งแวดล้อม เอดส์ ยาเสพติด เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินงานยังเป็นลักษณะเชิงธุรกิจ มีการแข่งขันด้านคุณภาพและบริการ มีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ที่ราคาแพงและเกินความจำเป็น ซึ่งเกินความสามารถหรือศักยภาพความจำเป็นที่แรงงานนอกระบบกลุ่มนี้จะจ่ายได้

ส่วนคลินิกและร้านขายยา แม้จะดำเนินงานในเชิงธุรกิจ แต่ราคาของสินค้าและบริการก็ยังย่อมเยาว่าโรงพยาบาลเอกชนและอยู่ในวิสัยแรงงานนอกระบบและครอบครัวจะจ่ายได้เอง หรือหยิบยืม/ กู้เงินคนอื่นมาจ่ายได้ ซึ่งเป็นแหล่งที่พึ่งของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ได้บ้างในกรณีเจ็บป่วยเล็กน้อย ๆ ต้องการความสะดวกและรวดเร็ว โดยการไปซื้อยาตามร้านขายยาทานเอง หรือถ้าไม่หายก็ไปรักษาที่คลินิกต่อไป

ดังนั้นควรส่งเสริมให้องค์กรธุรกิจ โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบและประชาชนกลุ่มที่ยากไร้ในสังคม และถือเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบต่อของโรงพยาบาลเอกชน มิใช่การมุ่งหวังแต่ผลกำไร และการแข่งขันโดยขาดจิตสำนึกและความรับผิดชอบต่อสังคม ทั้งนี้จะเป็นการผ่อนเบาภาระของภาครัฐในการดูแลสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศให้ได้รับบริการสุขภาพอย่างเสมอภาค เท่าเทียม ไม่ว่าจะเป็นประชาชนกลุ่มใดในสังคม (คนรวย คนจน)

5.2 หลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัวในปัจจุบัน

ผลการศึกษาหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบครั้งนี้ พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 63 ยังเข้าไม่ถึงหลักประกันสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 83.3 และจังหวัดสมุทรปราการ ร้อยละ 72.2 ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ ต่างกับจังหวัดศรีสะเกษ ส่วนใหญ่ร้อยละ 66.7 มีหลักประกันสุขภาพแล้ว ส่วนสมาชิกในครอบครัวของแรงงานนอกระบบร้อยละ 83 (45 ครอบครัวจาก 54 ครอบครัว) มีสมาชิกในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน มีหลักประกันสุขภาพแบบใดแบบหนึ่ง หลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ส่วนใหญ่ คือ บัตรสปร. รองลงมาคือ บัตรสุขภาพ 500 บาท (จังหวัดศรีสะเกษ) และประกันสุขภาพเอกชน (จังหวัดสมุทรปราการ) ยกเว้นกรุงเทพมหานครมีบัตรสปร.เพียงอย่างเดียว สาเหตุการไม่มีหลักประกันสุขภาพหรือเข้าไม่ถึงหลักประกันสุขภาพ อาจกล่าวได้ว่า คือ 1) ตัวแรงงานนอกระบบขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพ สิทธิและวิธีการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพว่าควรทำอย่างไร 2) วิธีการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ ยังมีความยุ่งยาก ลำบาก และไม่ได้รับความเป็นธรรม เช่น การขอทำบัตรสปร. หรือการซื้อบัตรสุขภาพต้องมีทะเบียนบ้าน แรงงานนอกระบบที่มีการอพยพเข้ามาทำมาหากินในเมืองใหญ่ หรืออาศัยอยู่ในชุมชนแออัดส่วนใหญ่จะไม่มีทะเบียนบ้าน ทำให้ไม่สามารถขอทำบัตรหรือซื้อบัตรได้ การจำหน่ายบัตรสุขภาพ 500 บาท มีระยะเวลาการจำหน่ายไม่สามารถซื้อบัตรได้ตลอดเวลา และเมื่อซื้อแล้วก็ต้องรอหลายเดือนกว่าจะได้รับบัตร เช่นเดียวกับการขอบัตรสปร.ก็ต้องรอนานเช่นกัน ผู้มีหน้าที่ขอบัตรสปร.ก็คือ ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้นำชุมชน ซึ่งบางครั้งก็จะขอให้ญาติพี่น้องหรือพวกพ้องของตนเอง ทำให้แรงงานนอกระบบไม่ได้รับความเป็นธรรม เป็นต้น 3) เจ้าหน้าที่มีน้อย มีภาระงานมาก จึงขาดความกระตือรือร้นในการทำบัตรหรือจำหน่ายบัตร เจ้าหน้าที่ยังขาดการทำงานเชิงรุก ขาดการประชาสัมพันธ์ 4) หลักประกันสุขภาพมีเงื่อนไข เกณฑ์ที่ทำให้แรงงานนอกระบบไม่ได้รับสิทธิ เช่น เกณฑ์รายได้ของผู้มีสิทธิรับบัตรสปร. ไม่สอดคล้องกับรายได้ของแรงงานนอกระบบที่เป็นอยู่ เงื่อนไขการซื้อบัตรสุขภาพ 500 บาท ผู้ซื้อบัตรต้องตรวจสุขภาพ

ก่อนซื้อ และต้องไม่มีการเจ็บป่วยในขณะนั้นจึงจะซื้อได้ อัตราเงินสมทบที่สูงเกินไปหรือสิทธิประโยชน์ที่ได้รับไม่ครอบคลุมการเจ็บป่วย ทำให้แรงงานนอกระบบซึ่งเข้าข่ายจะประกันตนโดยสมัครใจกับประกันสังคมตาม พรบ.ประกันสังคม มาตรา 40 ได้ แต่ไม่ยอมประกันตน

อย่างไรก็ดี การมีหลักประกันสุขภาพของแรงงานนอกระบบก็มีได้หมายความว่าแรงงานนอกระบบเหล่านี้ทุกคนจะไปใช้สิทธิได้ การไปใช้สิทธิก็ยังมีเงื่อนไขหลายประการที่ต้องปฏิบัติ เช่น ต้องไปใช้บริการจากสถานพยาบาลปฐมภูมิก่อน หากมีความจำเป็นจึงจะมีการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลถัดไป เป็นต้น กฎเกณฑ์อันยุ่งยากซับซ้อนเหล่านี้ แม้แต่เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบเองก็ยังไม่สามารถเข้าใจแจ่มชัด จึงอธิบายให้แรงงานนอกระบบเข้าใจไม่ได้เช่นกัน สำหรับแรงงานนอกระบบแล้วสิ่งที่พวกเขาสนใจมากที่สุด คือ การทำมาหากิน เรื่องของหลักประกันสุขภาพนั้นจะนึกถึงก็เมื่อเกิดการเจ็บป่วยและจำเป็นต้องใช้สิทธิ แต่เมื่อถึงเวลานั้นแรงงานนอกระบบบางคนที่มีกรอพยพย้ายถิ่นไปทำมาหากินนอกเขตพื้นที่ จะมีปัญหาไม่สามารถใช้สิทธิในการไปรับบริการจากสถานพยาบาลนอกเขตพื้นที่ เพราะไม่ได้มีการแจ้งย้ายอย่างถูกต้องมาก่อน

การคุ้มครองสุขภาพแรงงานนอกระบบและครอบครัวภายใต้หลักประกันสุขภาพในปัจจุบันนอกจากจะไม่ครอบคลุมแรงงานนอกระบบส่วนใหญ่แล้ว ก็ยังไม่สร้างความมั่นคงในการคุ้มครองสุขภาพแรงงานนอกระบบอีกด้วย แรงงานนอกระบบที่ขณะนี้หลักประกันสุขภาพ แต่หลักประกันสุขภาพทุกระบบที่แรงงานนอกระบบได้รับไม่ว่าจะเป็นบัตรสปร. บัตรสุขภาพ 500 บาท ล้วนแล้วแต่มีอายุบัตรหรือมีระยะเวลาของการใช้สิทธิตามบัตร เมื่อสิทธิบัตรหมดอายุก็จะต้องขอทำบัตรสปร.ใหม่ หรือซื้อบัตรสุขภาพ 500 บาทใหม่ ซึ่งจะต้องมีการพิจารณาเกณฑ์และเงื่อนไขที่จะได้รับสิทธิ แรงงานนอกระบบที่เคยได้รับสิทธิจากถูกพิจารณาไม่ผ่านและไม่มีสิทธิได้รับหรือซื้อบัตรได้ และยังพบอีกว่า แรงงานนอกระบบจำนวนมากที่เคยมีบัตรสุขภาพ 500 บาท พอบัตรหมดอายุก็ไม่ซื้อบัตรใหม่ เพราะคิดว่าการมีบัตรและไม่มีโอกาสใช้เพราะไม่เจ็บป่วยหรือไปใช้สิทธิไม่ได้ยอมไม่คุ้มค่า จึงไม่ยอมเสียเงินซื้อบัตรสุขภาพ 500 บาทต่ออีก โดยมีได้คิดว่าหลักประกันสุขภาพนั้นเป็นการประกันความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ซึ่งไม่รู้จะเกิดขึ้นเมื่อใด และเป็นเรื่องการเฉลี่ยทุกข์ เฉลี่ยสุข ซึ่งทุกคนจะต้องเข้าใจและมีส่วนร่วมจึงจะทำให้ระบบคงอยู่ได้

สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการมีหลักประกันสุขภาพในปัจจุบันยังไม่ครอบคลุมการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ หลักประกันสุขภาพที่คุ้มครองสุขภาพแรงงานนอกระบบไม่ว่าจะเป็นบัตรสปร. บัตรสุขภาพ 500 บาทยังคุ้มครองเพียงการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ไม่ได้ให้สิทธิในการตรวจสุขภาพไม่มุ่งเน้นเกี่ยวกับการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพอนามัย

นอกจากนี้ การศึกษาครั้งนี้ ยังพบว่า ที่ผ่านมากการจัดหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบถือเป็นบทบาทหน้าที่หลักของรัฐบาลเพียงฝ่ายเดียว ภาคเอกชน ภาคธุรกิจ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น องค์การประชาชน ยังขาดการมีส่วนร่วม

กล่าวโดยสรุป การคุ้มครองสุขภาพแรงงานนอกระบบและครอบครัวภายใต้หลักประกันสุขภาพในปัจจุบัน ยังไม่ให้การคุ้มครองสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัวอย่างทั่วถึง แรงงานนอกระบบรวมทั้งสมาชิกในครอบครัวจำนวนมากยังขาดหลักประกันสุขภาพ หลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ยังไม่สามารถสร้างความมั่นคงในการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและสมาชิกครอบครัวได้ตลอดไป การปฏิบัติต่อแรงงานนอกระบบในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ การไปใช้สิทธิหรือไปรับบริการยังไม่ได้รับความเป็นธรรม ไม่ได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียม มีความเลื่อมล้ำ หลักประกันสุขภาพที่มีอยู่มุ่งเน้นการรักษาเมื่อเจ็บป่วยเท่านั้นยังไม่ครอบคลุมถึงการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพให้แก่แรงงานนอกระบบและครอบครัว การจัดหลักประกันสุขภาพยังถือเป็นความรับผิดชอบของภาครัฐเพียงฝ่ายเดียว

5.3. แนวทางการพัฒนาระบบประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว

5.3.1 หลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว

การวิเคราะห์เกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว จะได้นำเสนอเป็น 2 ประเด็น คือ รูปแบบหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว และการบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพ

5.3.1.1. รูปแบบหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว

การพิจารณารูปแบบหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว จำเป็นจะต้องเชื่อมโยงผลการศึกษาค้นคว้ากับนโยบายสาธารณะสุขภาพของรัฐบาลภายใต้การนำของ พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี ซึ่งได้นำเสนอโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค และแนวโน้มในอนาคตของการปฏิรูประบบสุขภาพสำหรับประชาชน ดังนั้นจึงควรแบ่งการพิจารณาหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว เป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ผลกระทบโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคกับหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัวที่มีอยู่เดิม ระยะที่ 2 หลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบกับการปฏิรูประบบสุขภาพสำหรับประชาชน

ระยะที่ 1 ผลกระทบของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคกับหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัวที่มีอยู่เดิม

หลักประกันสุขภาพที่มีอยู่เดิมและสามารถให้การคุ้มครองแรงงานนอกระบบและครอบครัวได้คือ บัตรสปร. บัตรสุขภาพ 500 บาท ซึ่งยังเป็นหลักประกันสุขภาพที่มีข้อบกพร่องต้องปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้แรงงานนอกระบบสามารถเข้าถึงได้ แต่เมื่อมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคถูกนำมาใช้ได้เพียงระยะหนึ่งก็มิผลทำให้หลักประกันสุขภาพเดิมต้องเปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือ

บัตรสุขภาพ 500 บาท จะไม่มีการจำหน่ายอีกต่อไป บัตรสปร.ก็จะถูกปรับให้เข้าสู่โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค เป็นโครงการทดลองตามนโยบายของรัฐบาลชุดปัจจุบัน ซึ่งเปิดดำเนินการในพื้นที่นำร่อง 6 จังหวัด คือ พะเยา นครสวรรค์ ยโสธร ปทุมธานี สมุทรสาคร และยะลา เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2544 และขยายพื้นที่ดำเนินการไปยังจังหวัดต่าง ๆ ทั่วประเทศ เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2544 เป็นต้นไป ความสำคัญของโครงการนี้อยู่ที่การให้โอกาสประชาชนผู้ด้อยโอกาสที่ขาดหลักประกันสุขภาพสามารถเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพได้ในยามเจ็บป่วย โดยมีส่วนร่วมในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเพียง 30 บาทต่อครั้งต่อคน ในการไปใช้บริการจากสถานพยาบาลในเขตพื้นที่ที่มีสิทธิ ทั้งนี้แรงงานนอกระบบกลุ่มฐานรากของสังคมซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ก็เป็นกลุ่มเป้าหมายหนึ่งของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคด้วยเช่นกัน

ประเด็นปัญหาที่น่าจะถูกนำมาวิเคราะห์จากผลการศึกษาครั้งนี้เชื่อมโยงกับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคก็คือ เมื่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคเข้ามาแทนที่ บัตรสปร. และบัตรสุขภาพ 500 บาท ซึ่งเป็นหลักประกันสุขภาพเดิมที่แรงงานนอกระบบและครอบครัวเคยใช้อยู่ในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคดังกล่าวจะสามารถให้ความคุ้มครองสุขภาพแรงงานนอกระบบและครอบครัวมากน้อยเพียงไร โครงการดังกล่าวจะสามารถลบล้างเงื่อนไขที่เคยเป็นอุปสรรคขัดขวางแรงงานนอกระบบในการเข้าถึงสิทธิบัตรสปร.หรือบัตรสุขภาพ 500 บาท และการไปใช้บริการตามสิทธิได้หรือไม่ หรือโครงการดังกล่าวจะยังคงเป็นอุปสรรค หรือเพิ่มเงื่อนไขที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงสิทธิและการไปใช้บริการ ประเด็นสำคัญสำหรับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคที่คาดหวังจะให้ดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว มีดังนี้

- (1) โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคจะคุ้มครองแรงงานนอกระบบที่ยากจนจริง ๆ ได้อย่างไร ไม่มีเงินจ่ายแม้แต่ 30 บาท ซึ่งแรงงานนอกระบบกลุ่มนี้อาจเคยได้รับหรือไม่ได้รับบัตรสปร.มาก่อน
- (2) โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคจะต้องแก้ปัญหาแรงงานนอกระบบที่เคยเข้าไม่ถึงสิทธิและไม่สามารถไปใช้สิทธิ เนื่องจากการขาดหลักฐาน หรือไม่ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์อันเป็นผลจากการอพยพเคลื่อนย้ายแรงงานจากถิ่นเดิมไปทำงานต่างถิ่น
- (3) โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ได้ให้โอกาสและทางเลือกแก่แรงงานนอกระบบในประเด็นต่อไปนี้ได้อย่างไร

- (3.1) การเลือกสถานพยาบาลที่ตนต้องการ ทั้งนี้สถานพยาบาลจะต้องมีเพียงพอและกระจายบริการอย่างทั่วถึงทุกพื้นที่ และให้ภาคเอกชน ภาคธุรกิจ และภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการเป็นผู้ให้บริการ
- (3.2) สิทธิในการเลือกจ่ายเงิน และเลือกบริการที่ต้องการสำหรับแรงงานนอกระบบที่มีศักยภาพในการจ่ายมากกว่า 30 บาท
- (4) โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ควรให้ความสำคัญกับการป้องกัน และสร้างเสริมสุขภาพของแรงงานนอกระบบควบคู่ไปกับการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตรวจสุขภาพประจำปีที่เป็นประจำ และการตรวจสุขภาพตามภาวะความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอันเนื่องมาจากการทำงานของแรงงานนอกระบบ
- (5) โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค จะต้องสร้างการตระหนักรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ การดูแลสุขภาพอนามัย สิทธิและการเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพให้แก่แรงงานนอกระบบ
- (6) โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ต้องสร้างระบบบริการที่ใกล้บ้าน-ใกล้ใจ เพื่อให้แรงงานนอกระบบอยากไปใช้บริการและพึงพอใจเมื่อไปใช้บริการ สร้างจิตสำนึกความรับผิดชอบในฐานะผู้ให้บริการที่มีต่อการไปใช้บริการของแรงงานนอกระบบ

ระยะที่ 2 หลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและการปฏิรูประบบสุขภาพของประชาชน

หลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบในระยะยาวจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงอย่างแน่นอน เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพสำหรับประชาชน ซึ่งจะต้องนำผลการประเมินการดำเนินงานโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคมาพิจารณาประกอบในการตัดสินใจ ทั้งนี้รูปแบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนในอนาคต น่าจะแบ่งได้ 2 รูปแบบ คือ 1. หลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนในลักษณะกองทุนเดียว และ 2. หลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนในลักษณะหลายกองทุน

1. หลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนในลักษณะกองทุนเดียว กำหนดให้ประชาชนทุกคน รวมทั้งแรงงานนอกระบบได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างเสมอภาค เท่าเทียมกันภายใต้หลักประกันสุขภาพกองทุนเดียว

2. หลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนในลักษณะหลายกองทุน เป็นการกำหนดรูปแบบหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ให้มีความแตกต่างกัน สอดคล้องกับระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยที่เป็นอยู่ในปัจจุบันที่มีทั้งระบบสวัสดิการรักษายาบาล

ของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ระบบประกันสังคม ระบบประกันสุขภาพของภาคเอกชน ระบบสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) และระบบประกันสุขภาพแบบสมัครใจ

อย่างไรก็ดี การศึกษาครั้งนี้ไม่ต้องการสรุปว่า หลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบที่ดีที่สุดจะต้องเป็นหลักประกันสุขภาพในลักษณะกองทุนเดี่ยว หรือหลายกองทุน ทั้งนี้ เพราะหลักประกันสุขภาพทั้งสองลักษณะ ต่างก็มีข้อดีข้อเสียแตกต่างกัน ประเด็นสำคัญที่ควรพิจารณาก็คือ หลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัวในอนาคตจะต้องพิจารณาควบคู่ไปกับการพัฒนารูปแบบของหลักประกันสุขภาพระบบอื่นๆ และการปฏิรูปหลักประกันสุขภาพโดยรวมสำหรับประชาชนทั้งประเทศ

ประเด็นสำคัญในการวิเคราะห์หลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัวในระยะยาวคือ

- (1) ต้องคำนึงถึงความมั่นคงและยั่งยืนของระบบเป็นสำคัญ โดยเฉพาะประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบ และการเงิน หรืองบประมาณที่จะนำมาใช้
- (2) ต้องทำให้ประชาชนผู้ด้อยโอกาสโดยเฉพาะแรงงานนอกระบบและครอบครัวได้รับการคุ้มครองสุขภาพอย่างยั่งยืนถาวรและสามารถเข้าถึงได้ โดยไม่มีข้อจำกัดหรือเงื่อนไขที่เป็นอุปสรรคขัดขวางต่อการเข้าถึงสิทธิและบริการ
- (3) ต้องคำนึงถึงความเท่าเทียม เสมอภาค และเป็นธรรม
 - (3.1) แรงงานนอกระบบไม่ว่าอยู่ในฐานะใดต้องได้รับการคุ้มครองสุขภาพตามสิทธิขั้นพื้นฐานและมีมาตรฐานคุณภาพ
 - (3.2) แรงงานนอกระบบไม่ว่าจะอยู่ในฐานะใดต้องได้รับความเป็นธรรมในการไปใช้บริการ ได้รับการดูแลปฏิบัติเหมือนกันโดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างของสถานะและพวกพ้อง
- (4) ต้องเปลี่ยนจากการซ่อมสุขภาพมาเป็นการสร้างสุขภาพ แรงงานนอกระบบทุกคนที่เป็นคนไทยควรเข้าถึงบริการโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเจ็บป่วยต้องได้รับการรักษา และต้องมีการตรวจสุขภาพตามความจำเป็นเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย หรือถ้าพบว่าเจ็บป่วยจะต้องได้รับการรักษาแต่เริ่มแรก การป้องกันการเจ็บป่วยและส่งเสริมสุขภาพจะต้องถือเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของแรงงานนอกระบบทุกคนด้วย
- (5) ต้องสร้างคุณภาพของบริการ อันหมายถึง ความพึงพอใจต่อระบบบริการ ประสิทธิภาพของการส่งต่อผู้ป่วย ความรับผิดชอบต่อ ความซื่อสัตย์สุจริตของผู้ให้บริการ ความมีน้ำใจ ให้การรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ

ทางการแพทย์ คุณภาพของบริการจะทำให้แรงงานนอกระบบเกิดความเชื่อ ถือศรัทธา ไร้กังวลใจ อยากไปใช้บริการ ไม่วิตกกังวลว่าจะได้ยาไม่ดี ยาไม่มีคุณภาพ ไปรับการรักษาแล้วไม่หาย ไม่อยากไปใช้บริการ หรือไปใช้บริการที่อื่น แม้จะต้องจ่ายเงินไปจ่ายค่ารักษาพยาบาลก็ยอม

- (6) ต้องสร้างระบบเครือข่ายผู้ให้บริการ แรงงานนอกระบบทุกคนมีสิทธิที่จะเลือกสถานบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานตามต้องการ มีให้แหล่งบริการจำกัดแค่โรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น โรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิกก็สามารถไปใช้บริการได้ในสิทธิขั้นพื้นฐาน และในราคาค่ารักษาพยาบาลที่เท่ากับโรงพยาบาลของรัฐ สถานพยาบาลจะต้องมีเพียงพอและกระจายบริการอย่างทั่วถึงทุกพื้นที่ เพื่อให้แรงงานนอกระบบสามารถไปใช้บริการได้อย่างสะดวกขึ้น
- (7) ควรให้การคุ้มครองสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพเท่านั้น การให้สวัสดิการหรือการให้การคุ้มครองแรงงานนอกระบบด้านอื่นๆ โดยเฉพาะการคุ้มครองที่เป็นผลจากการขาดรายได้ เช่น การว่างงาน การตาย การสงเคราะห์บุตร และอื่น ๆ ควรมีหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง
- (8) ต้องสร้างโอกาสในการเลือกสำหรับแรงงานนอกระบบ ให้แรงงานนอกระบบสามารถตัดสินใจด้วยตนเองเกี่ยวกับสถานพยาบาล สิทธิประโยชน์ บริการ และการจ่ายเงิน ทั้งนี้โดยคำนึงว่า ส่วนที่เกินสิทธิขั้นพื้นฐานที่แรงงานนอกระบบพึงได้รับจะเป็นความรับผิดชอบของแรงงานนอกระบบเอง

5.3.12 การบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว

การวิเคราะห์เกี่ยวกับการบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว จะได้นำเสนอประเด็นการวิเคราะห์ ดังนี้

- (1) ใครคือผู้ได้รับการคุ้มครองสิทธิภายใต้หลักประกันสุขภาพ
- (2) องค์กรหลักที่รับผิดชอบระบบประกันสุขภาพ
- (3) เครือข่ายผู้ให้บริการ
- (4) งบประมาณ
- (5) สิทธิประโยชน์
- (6) การตรวจสอบ
- (7) การมีส่วนร่วมของแรงงานนอกระบบในการสร้างหลักประกันสุขภาพ
- (8) กลไก การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพแรงงานนอกระบบและครอบครัว

(1) ใครคือผู้ได้รับการคุ้มครองสิทธิภายใต้หลักประกันสุขภาพ

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ในเบื้องต้นแรงงานนอกระบบทุกคนควรได้รับการพิจารณาให้ได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างครบถ้วน และหลังจากนั้น อาจมีการขยายการคุ้มครองสิทธิไปยังสมาชิกครอบครัวของแรงงานนอกระบบโดยเริ่มจากคู่สมรสและบุตรเป็นอันดับแรก และบิดา มารดา หรือบุคคลอื่นในครอบครัวเป็นอันดับต่อไป

(2) องค์กรหลักที่รับผิดชอบระบบประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว

จากการศึกษาครั้งนี้ ทำให้สามารถวิเคราะห์ได้ว่าองค์กรหลักที่รับผิดชอบระบบประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว ควรพิจารณาถึงองค์กรที่มีบทบาทหน้าที่สำคัญต่อระบบประกันสุขภาพ โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ

2.1 องค์กรหลักด้านนโยบายเป็นองค์กรที่มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบาย มาตรฐานบริการ กรอบสิทธิประโยชน์และหลักเกณฑ์การดำเนินงาน สนับสนุน ส่งเสริมทางด้านวิชาการ และการพัฒนาระบบเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

องค์กรหลักด้านนโยบาย จากผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้สุขภาพหลายท่านยังเห็นว่า องค์กรหลักด้านนโยบายควรเป็นกระทรวงสาธารณสุข ด้วยเหตุผลที่เป็นหน่วยงานของรัฐที่ทำหน้าที่ด้านสุขภาพของประชาชนมานาน มีความพร้อมทางด้านทรัพยากร (มีบุคลากรทางการแพทย์ สาธารณสุขทุกระดับ มีสถานพยาบาลเครือข่ายทั้งในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และท้องถิ่น มีเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์) สามารถทำบทบาทหน้าที่ด้านนโยบายที่กล่าวมาข้างต้นได้อย่างสมบูรณ์ และยังเป็นหน่วยงานของรัฐย่อมไม่คำนึงถึงผลกำไร การดำเนินงานต้องอาศัยงบประมาณจากภาษีราษฎร จำเป็นต้องยึดถือผลประโยชน์ของประชาชนเป็นหลัก อีกทั้งเป็นหน่วยงานที่มีโครงสร้างพร้อมอยู่แล้ว ไม่จำเป็นต้องสร้างองค์กรขึ้นมาใหม่ การสร้างองค์กรใหม่มิใช่จะเกิดผลดีเสมอไป อาจทำให้ต้องใช้ทรัพยากรเพิ่มขึ้นโดยไม่จำเป็น

แต่ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขน่าจะได้มีการปรับปรุงโครงสร้าง บทบาทหน้าที่ขององค์กรเสียใหม่ มีการยุบรวมหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข ถ่ายโอนภาระหน้าที่ หน่วยงาน บุคลากร ทรัพยากรที่เห็นว่าเหมาะสมเท่านั้นให้กับองค์กรอื่นโดยเฉพาะองค์กรท้องถิ่นเป็นผู้บริหารจัดการดำเนินงานโดยจะต้องพิจารณาความพร้อมความเหมาะสมของแต่ละท้องถิ่นและประชาชนเป็นสำคัญ ตลอดจนการเป็นพี่เลี้ยงให้ความช่วยเหลือองค์กรท้องถิ่นเหล่านั้นในระยะเริ่มต้นของการถ่ายโอน จนองค์กรท้องถิ่นเหล่านั้นสามารถดูแลตนเองได้

2.2 องค์การหลักด้านการบริหารกองทุน

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้บริหารหลายท่านมีความเห็นว่า องค์การหลักที่ทำหน้าที่บริหารกองทุนต้องเป็นองค์กรอิสระ มีความคล่องตัว มุ่งเน้นประสิทธิภาพ จึงควรจัดตั้งเป็นองค์กรมหาชน เพื่อบริหารกองทุนที่มีเงินจำนวนมาก ให้มีความมั่นคงและเจริญเติบโต จึงต้องอาศัยผู้บริหารกองทุนที่เป็นผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ด้านการบริหาร

องค์การหลักด้านการบริหารกองทุนนี้ จะมีองค์ประกอบของหน่วยงานย่อยที่จำเป็น คือ (1) หน่วยงานรับ ทำหน้าที่จัดเก็บเงินสมทบ (2) หน่วยงานจัดสรรเงิน ทำหน้าที่จัดสรรค่าใช้จ่ายด้านต่าง ๆ (3) หน่วยงานจ่าย ทำหน้าที่เหมาจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลในเครือข่าย หรือจ่ายเป็นประโยชน์ทดแทนให้แก่สมาชิก และ (4) หน่วยงานทำหน้าที่นำเงินกองทุนไปลงทุนเพื่อให้เกิดดอกผล และนำดอกผลที่ได้ไปพัฒนาหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว

2.3 องค์การหลักด้านเครือข่ายสุขภาพ

องค์การหลักด้านเครือข่ายสุขภาพเป็นองค์กรที่มีความสำคัญและเป็นผู้ประสาน กำกับดูแลการดำเนินงานของเครือข่ายด้านสุขภาพทุกระดับทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โครงสร้างการบริหารองค์กรควรเป็นลักษณะคณะกรรมการเครือข่ายสุขภาพ มีบทบาทและภารกิจ คือ การบริหารเงินทุนหลักประกันสุขภาพของพื้นที่ บริหารและเจรจาต่อรองกับผู้ให้บริการ ตรวจสอบการปฏิบัติงานและข้อมูลของการให้บริการของผู้ให้บริการในเครือข่าย ดำเนินการเบิกจ่าย และวางแผน ประเมิน และพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่

2.4 องค์การหลักด้านการควบคุมกำกับคุณภาพมาตรฐาน

องค์การหลักด้านการควบคุมกำกับคุณภาพมาตรฐาน เป็นอีกองค์กรหนึ่งที่มีความสำคัญในด้านการประกันคุณภาพภายในระบบประกันสุขภาพของแรงงานนอกระบบและติดตามตรวจสอบการใช้ทรัพยากร รูปแบบขององค์กรหลักนี้จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ให้ข้อเสนอเป็น 2 แนวทาง คือ **แนวทางที่ 1** หน่วยงานหลักภาครัฐที่ทำหน้าที่เป็นผู้ประเมินและตรวจสอบภายใน ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย มาตรฐานหลักเกณฑ์ กรอบสิทธิประโยชน์พื้นฐานด้านสุขภาพ กำหนดอัตราเงินอุดหนุนให้แก่กองทุน จึงควรเป็นผู้มีบทบาทในการควบคุม กำกับคุณภาพมาตรฐาน ส่วนการตรวจสอบความถูกต้องของการใช้จ่ายเงินกองทุนประกันสุขภาพ หน่วยงานที่ตรวจสอบคือ กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน เป็นลักษณะของการประกันคุณภาพภายในระบบ และ**แนวทางที่ 2** เห็นว่าควรเป็นองค์กรอิสระหรือคณะกรรมการอีกชุดหนึ่งของกองทุนประกันสุขภาพที่ไม่เกี่ยวข้อง กับภาครัฐ ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานภายในของกอง

ทุนประกันสุขภาพโดยการตรวจสอบทั้งคุณภาพมาตรฐานของสถานพยาบาลบริการและการใช้จ่ายเงินกองทุนเช่นเดียวกับระบบการควบคุม กำกับมาตรฐานของสำนักงานประกันสังคม ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของคณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2543 : 75-76) เสนอให้มีสำนักงานควบคุมกำกับคุณภาพและมาตรฐาน (สกคม.) ทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพของประชาชนในด้านการประกันคุณภาพภายในระบบหลักประกันสุขภาพและการทบทวนการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ มีบทบาทและภารกิจ คือ 1. ควบคุมและกำกับกลไกการตรวจสอบความถูกต้องของการเบิกจ่าย 2. ดำเนินกิจกรรมด้านประกันคุณภาพภายในระบบหลักประกันสุขภาพที่ประชาชนได้รับ 3. รับและพิจารณาเรื่องร้องเรียนทั้งจากผู้มีสิทธิตามระบบหลักประกัน และผู้ให้บริการ และ 4. รับและพิจารณาเรื่องร้องเรียนที่มีการอุทธรณ์ผลการพิจารณาของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่

(3) เครือข่ายผู้ให้บริการ

การวิเคราะห์เครือข่ายผู้ให้บริการสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัวพบว่า

3.1 องค์ประกอบของผู้เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพอนามัยของแรงงานนอกระบบ คือ

แรงงานนอกระบบ

เครือข่ายติ เพื่อนในชุมชน

ร้านค้า/ ร้านขายยาในชุมชน/ หมู่บ้าน

กองทุนยาในชุมชน/ หมู่บ้าน

หมอพื้นบ้าน

คลินิกเอกชน

อาสาสมัคร เช่น อสม. เป็นต้น

หน่วยแพทย์เคลื่อนที่

สถานีนอนามัย/ ศูนย์บริการสาธารณสุข

โรงพยาบาลของรัฐ (โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาล

สังกัดกรุงเทพมหานคร/ โรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย)

โรงพยาบาลเอกชน

3.2 หลักการจัดเครือข่ายผู้ให้บริการสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว คือ

3.2.1 บริการที่มีคุณภาพต้องกระจายอย่างทั่วถึง เพื่อแรงงานนอกระบบสามารถเข้าถึงบริการ การกระจายสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลที่ยังมีบริการไม่เพียงพอ แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่เมื่อเจ็บป่วยสามารถไปใช้บริการ

3.2.2 ระบบบริการสุขภาพต้องมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล ระบบการส่งต่อผู้รับบริการต้องมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้จะต้องพัฒนาคุณภาพของผู้ให้บริการให้มีความรับผิดชอบในการให้บริการ เพิ่มบุคลากรทางการแพทย์ เครื่องมืออุปกรณ์ และยานพาหนะที่จะใช้ในการส่งต่อผู้ป่วย

3.2.3 คุณภาพมาตรฐานบริการนั้น แม้ว่าสถานพยาบาลทุกแห่งจะได้กำหนดคุณภาพมาตรฐานของบริการ แต่ในทางปฏิบัติแรงงานนอกระบบส่วนหนึ่งก็ยังเชื่อว่าบริการและยาที่ได้รับไม่มีคุณภาพ รักษาไม่หาย จึงไม่ยอมไปใช้บริการจากสถานพยาบาลที่ระบุในสิทธิบัตร แต่ไปใช้บริการจากสถานพยาบาลอื่น ทำให้ใช้สิทธิไม่ได้ ต้องจ่ายเงินเอง จึงควรตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานบริการของสถานพยาบาลและให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ผู้ใช้บริการ เพื่อให้ผู้ใช้บริการปฏิบัติให้ถูกต้องในการไปใช้สิทธิ

3.2.4 ระบบบริการสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบ จะต้องมีลักษณะการผสมผสาน ใช้แนวคิดแบบองค์รวม บุคลากรทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค ตลอดจนการฟื้นฟูสุขภาพอย่างสอดคล้องกับสภาพความต้องการของแรงงานนอกระบบ กล่าวคือ

1) หน่วยบริการสุขภาพที่มีบทบาทหน้าที่ด้านการตรวจรักษา การป้องกัน ควบคุมโรค และส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลของรัฐและเอกชน คลินิก ร้านขายยา หน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ รวมทั้งหอพื้นบ้าน ร้านขายยา หน่วยงานเหล่านี้ควรจะได้ประสานงานกันอย่างใกล้ชิด และมองปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนแรงงานนอกระบบร่วมกัน ไม่ใช่ต่างฝ่ายต่างทำ นอกจากนี้ควรเพิ่มบทบาทของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เข้าไปให้บริการตรวจรักษา ให้ภูมิคุ้มกัน ให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ การดูแลสุขภาพ และผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ เช่น สื่อมวลชนช่วยรณรงค์ให้ความรู้ ความเข้าใจกับประชาชนเกี่ยวกับสุขภาพ และการเข้าถึงสิทธิและบริการ องค์กรท้องถิ่น เช่น เทศบาล อบต. คณะกรรมการหมู่บ้าน เป็นต้น มีบทบาทในการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนและแรงงานนอกระบบในท้องถิ่นของตน นักการเมืองทุกระดับ รวมทั้งวุฒิสมาชิกจะต้องให้ความสนใจ เอาใจใส่ ติดตามความเป็นไปและร่วมแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนด้านสุขภาพอนามัย และสิ่งแวดล้อมที่ประชาชนหรือแรงงานนอกระบบประสบอยู่ ตลอดจนประชาชนในฐานะผู้เสียภาษีจะต้องมีส่วนร่วมในการติดตาม ตรวจสอบการดำเนินงานคุณภาพมาตรฐานบริการที่เครือข่ายผู้ให้บริการมอบให้แก่ประชาชน

2) ระบบบริการสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบในปัจจุบันมุ่งสนองตอบความต้องการด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยมากกว่าการป้องกันการเจ็บป่วย และการรักษาสุขภาพให้แข็งแรงสมบูรณ์ การสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบในอนาคตอันเป็นสิ่งที่แรงงานนอกระบบต้องการ จึงไม่ใช่แค่การรักษาพยาบาลยามเจ็บป่วยเท่านั้น จะต้องสร้างให้ประชาชนและแรงงานนอกระบบตระหนักในความสำคัญและมีบทบาทในการดูแลรักษาและส่งเสริมสุขภาพของตนให้แข็งแรงไม่เจ็บป่วย รวมถึงการตรวจสุขภาพประจำปีและการมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างถูกต้อง

3) การสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบให้ได้ผลจะต้องพิจารณาองค์ประกอบของปัญหาความต้องการของแรงงานนอกระบบที่มีความสัมพันธ์ต่อกันอย่างเป็นองค์รวม นั่นคือ ความไม่รู้ ความยากจน และความเจ็บป่วย ทั้งนี้เพราะปัญหาสุขภาพอนามัยของแรงงานนอกระบบมีที่มาจากความไม่รู้และความยากจน การจะสร้างให้แรงงานนอกระบบและครอบครัวมีสุขภาพอนามัยดีอย่างยั่งยืนไม่ใช่เป็นการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ไม่ใช่ให้รัฐบาลต้องเป็นภาระโอบอุ้มดูแลให้การสงเคราะห์ตลอดไป จำเป็นต้องแก้ไขปัญหาความไม่รู้และความยากจนของแรงงานนอกระบบให้หมดไปโดยการให้การศึกษาและส่งเสริมให้แรงงานนอกระบบมีอาชีพ มีงานทำ มีรายได้เพียงพอ ควบคู่กันไปกับการสร้างหลักประกันสุขภาพ ดังนั้นหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคธุรกิจ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาคือความเดือดร้อนของแรงงานนอกระบบจะต้องทำงานร่วมกัน ประสานงาน และมีเป้าหมายอันเดียวกัน คือ การพัฒนาคุณภาพชีวิตหรือการสร้างระบบความมั่นคงทางสังคมให้แก่แรงงานนอกระบบร่วมกัน

(4) งบประมาณ หมายถึง รายรับและรายจ่ายในการจัดหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว จะได้แบ่งการวิเคราะห์เป็น 2 ประเด็น คือ 1) รายรับ : แหล่งที่มาของรายได้และวิธีการได้มาของเงินที่นำมาใช้จ่ายในการจัดหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว และ 2) รายจ่าย : ค่าใช้จ่ายในการจัดหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว

4.1 รายรับ

จากการศึกษาครั้งนี้กล่าวได้ว่า แหล่งที่มาและวิธีการได้มาของรายได้ที่จะนำมาใช้จ่ายในการจัดหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว จะได้มาจาก 4 ทาง คือ

4.1.1 ประชาชนทั่วไป โดยผ่านระบบภาษี ซึ่งหมายถึงรายได้จากการเก็บภาษีทุกประเภทจากประชาชนในประเทศ ทั้งภาษีทางตรง ได้แก่ ภาษีนิติบุคคล และภาษีรายได้บุคคลธรรมดา และภาษีทางอ้อม ได้แก่ ภาษีมูลค่าเพิ่ม ภาษีธุรกิจเฉพาะ ภาษีสรรพสามิต และภาษีศุลกากร

4.1.2 แรงงานนอกระบบ โดยการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน หรือร่วมจ่ายเมื่อไปรับบริการแต่ละครั้ง

4.1.3 ดอกผลหรือกำไรที่ได้รับจากการนำเงินกองทุนไปลงทุนโดยมีความเสี่ยงน้อยที่สุด

4.1.4 เงินบริจาคเข้ากองทุน

อย่างไรก็ดี การจัดหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบกลุ่มนี้ แหล่งที่มาของรายได้ที่มีความเป็นไปได้มากที่สุดและมีความสำคัญที่สุดน่าจะมาจากระบบภาษีที่เก็บจากประชาชนทั่วไป ซึ่งในส่วนนี้แรงงานนอกระบบจะมีส่วนร่วมได้บ้าง โดยเฉพาะในการเสียภาษีทางอ้อมโดยผ่านการซื้อสินค้าและบริการที่จำเป็นมากกว่าภาษีทางตรงที่เป็นภาษีรายได้บุคคลธรรมดา เพราะแรงงานนอกระบบกลุ่มนี้มีรายได้น้อยและรายได้ไม่แน่นอน

ส่วนการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนหรือการร่วมจ่ายเมื่อไปรับบริการแต่ละครั้งของแรงงานนอกระบบกลุ่มนี้ อาจต้องแบ่งพิจารณาเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ น่าจะไม่มีศักยภาพในการจ่ายได้เลย เพราะรายได้ไม่เพียงพอที่จะจ่าย รายได้ไม่แน่นอน บางวันมีรายได้ บางวันไม่มีรายได้ หากเข้ากินค่า แรงงานนอกระบบกลุ่มนี้ควรได้รับการยกเว้นไม่ต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน หรือไม่ต้องร่วมจ่ายเมื่อไปรับบริการแต่ละครั้ง ทั้งนี้ควรมีการพิจารณากำหนดเกณฑ์รายได้ของผู้ที่ได้รับสิทธิยกเว้นดังกล่าว กลุ่มที่ 2 แรงงานนอกระบบส่วนน้อยมาก อาจมีศักยภาพที่พอจะจ่ายได้โดยไม่เดือดร้อน โดยอัตราเงินสมทบ หรือจำนวนเงินที่จะร่วมจ่ายต้องไม่สูงจนเกินไป ถ้าเป็นการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนควรเป็นการจ่ายรายปี และให้การคุ้มครองทั้งครอบครัว หรือเป็นการร่วมจ่ายเมื่อไปรับบริการแต่ละครั้ง

4.2 รายจ่าย หรือค่าใช้จ่ายในการจัดหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว

4.2.1 ค่าใช้จ่ายที่ครอบคลุมทั้งในด้านการรักษา การป้องกัน ควบคุมโรค และการส่งเสริมสุขภาพให้แก่แรงงานนอกระบบและครอบครัว

4.2.2 วิธีการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาล ควรมี 2 วิธี คือ

- 1) จ่ายตามรายหัวของประชากรหรือจำนวนแรงงานนอกระบบในพื้นที่
- 2) จ่ายตามจำนวนประชากรหรือแรงงานนอกระบบที่ใช้บริการ

ข้อสังเกตจากการศึกษาครั้งนี้ ก็คือ หากจะใช้วิธีการจ่ายตามรายหัวของประชากร หรือจำนวนแรงงานนอกระบบในพื้นที่ น่าจะมีปัญหา โดยเฉพาะในพื้นที่ที่เป็นเมืองหลวง เมืองใหญ่ หรือเมืองอุตสาหกรรม มีการอพยพเคลื่อนย้ายของคนชนบทเข้ามาหางานทำ มาประกอบอาชีพ มาศึกษาเล่าเรียน แล้วยังมีสมาชิกครอบครัวติดตามมาอยู่ด้วย บุคคลเหล่านี้ไม่ได้มีการย้ายถิ่นที่อยู่อย่างถูกต้อง ไม่มีหลักฐานการย้ายเข้า ไม่มีทะเบียนบ้าน ทำให้เป็นปัญหาต่อการประเมินจำนวนประชาชนในพื้นที่นั้น โดยเฉพาะในกลุ่มของแรงงานนอกระบบส่วนใหญ่มีปัญหาในประเด็นนี้อย่างมาก

4.2.3 การจ่ายเพิ่มให้สถานพยาบาลตามความจำเป็น ดังนี้

- 1) ค่าใช้จ่ายที่จ่ายเพิ่มสำหรับโรคที่ต้องมีค่าใช้จ่ายสูง จำเป็นต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญในการรักษา ต้องใช้เครื่องมือแพทย์และเทคโนโลยีที่ทันสมัย มีค่าใช้จ่ายสูง
- 2) ค่าใช้จ่ายที่จ่ายเพิ่มตามความเสี่ยงของการเกิดโรคของพื้นที่ เช่น กรณีมีโรคระบาดในพื้นที่ และสภาพการทำงาน โดยบังคับให้ผู้เกี่ยวข้องกับการทำให้เกิดความเสี่ยงดังกล่าวเป็นผู้รับผิดชอบในการจ่าย

4.2.4 ระบบการเรียกเก็บและการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลนอกเขตพื้นที่ที่มีผู้รับบริการ หรือแรงงานนอกระบบไปใช้บริการ ทั้งในกรณีที่มีการส่งต่อหรือเป็นเหตุจำเป็นฉุกเฉิน เช่น การที่แรงงานนอกระบบไปเกิดอุบัติเหตุนอกเขตพื้นที่บริการ จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาโดยด่วน เป็นต้น การปรับปรุงวิธีการเรียกเก็บและจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลนอกเขตพื้นที่มีความจำเป็นและจะต้องพัฒนาระบบเครือข่ายข้อมูลในการทำงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

(5) สิทธิประโยชน์

การวิเคราะห์ถึงสิทธิประโยชน์ภายใต้หลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว อาจกล่าวได้ว่า

5.1 สิทธิประโยชน์ภายใต้หลักประกันสุขภาพที่ประชาชนทุกคน รวมทั้งแรงงานนอกระบบมีสิทธิได้รับคุ้มครองอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน จะต้องเป็นสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทั้งด้านการรักษา ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพ

1) สิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานด้านการรักษาที่แรงงานนอกระบบต้องการ คือ สิทธิประโยชน์ที่ให้การคุ้มครองการเจ็บป่วย การคลอดบุตร และทุพพลภาพ

2) สิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานด้านการป้องกันที่แรงงานนอกระบบต้องการและสมควรได้รับ คือ การตรวจสุขภาพประจำปีและการควบคุมโรคตามความจำเป็นของแต่ละช่วงอายุของแต่ละพื้นที่ของลักษณะงานที่ทำ ซึ่งมีระดับความเสี่ยงของการเกิดโรคแตกต่างกัน ทั้งนี้เพราะ

การตรวจสุขภาพมีค่าใช้จ่ายสูง จึงควรตรวจตามความจำเป็น ซึ่งทางการแพทย์จะทราบว่าช่วงอายุใดควรมีการตรวจสุขภาพอะไร ในพื้นที่ที่แรงงานนอกระบบอาศัยอยู่จะมีสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคภัยไข้เจ็บได้ง่าย จำเป็นจะต้องมีการควบคุมโรค และการให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและวิธีการดูแลตนเองเพื่อไม่ให้เจ็บป่วย

3) สิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานด้านการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากแรงงานนอกระบบกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพให้แข็งแรงไม่เจ็บป่วย มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น ดื่มสุรา สูบบุหรี่ เล่นการพนัน เป็นต้น ทั้งนี้สิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบกลุ่มนี้ คือ

3.1) การให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ วิธีการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง เพื่อให้มีสุขภาพอนามัยแข็งแรง ป้องกันการเจ็บป่วย หลีกเลี่ยงวิธีการรักษาด้วยตนเองที่ไม่ถูกต้อง เช่น การซื้อยามาฉีดเองโดยไม่ได้รับการปรึกษาแนะนำจากแพทย์อย่างถูกต้อง เป็นต้น

3.2) การให้ความรู้เกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพ สิทธิที่พึงได้รับการคุ้มครองดูแลสุขภาพ และวิธีการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพและการปฏิบัติที่ถูกต้องในการไปใช้สิทธิ เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาที่ทำให้ใช้สิทธิไม่ได้

5.2 สิทธิประโยชน์อื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น สิทธิประโยชน์ที่ให้การคุ้มครองการว่างงาน ขราภาพ ตาย ทุนการศึกษาของบุตร เป็นต้น สิทธิประโยชน์เหล่านี้เป็นสิทธิประโยชน์ที่ประกันสังคมให้แก่ผู้ประกันตน ซึ่งเห็นว่าสิทธิประโยชน์เหล่านี้เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับประชาชน แต่ไม่ควรเป็นสิทธิประโยชน์ที่หลักประกันสุขภาพให้การคุ้มครองเพราะไม่ใช่เรื่องสุขภาพ ควรเป็นสิทธิประโยชน์อื่น ๆ ที่รัฐจัดให้เป็นสวัสดิการทางสังคมแก่ประชาชนเป็นการชดเชยการขาดงาน จึงน่าจะแยกจากกองทุนประกันสุขภาพให้ชัดเจนและมีหน่วยงานที่รับผิดชอบในการจัดสวัสดิการเหล่านี้ให้แก่ประชาชนทั่วประเทศ

(6) การตรวจสอบ

การบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนรวมทั้งแรงงานนอกระบบ จำเป็นต้องมีการตรวจสอบ มีความโปร่งใส เพื่อรักษามลประโยชน์ให้แก่ประชาชนทั่วประเทศ เพื่อการบริหารงานที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้สิ่งที่ต้องการตรวจสอบมี 2 ประการ คือ 1) การตรวจสอบคุณภาพ มาตรฐานของระบบบริการสุขภาพ และ 2) ตรวจสอบการใช้จ่ายเงินในการจัดระบบประกันสุขภาพให้กับประชาชนและแรงงานนอกระบบ

กลไกการตรวจสอบ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) การตรวจสอบภายใน และ 2) การตรวจสอบภายนอก

6.1 การตรวจสอบภายใน เป็นการตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานของระบบบริการสุขภาพ และตรวจสอบความถูกต้องของการใช้จ่ายเงินกองทุนประกันสุขภาพ ถือเป็น การตรวจสอบภายใน ซึ่งได้กล่าวไปแล้ว ใน 5.3.1.2 ข้อ 2.4) องค์กรหลักด้านการควบคุมกำกับคุณภาพมาตรฐาน

6.2 การตรวจสอบภายนอก มีความสำคัญเท่า ๆ กับการตรวจสอบภายใน ทั้งนี้การตรวจสอบภายนอกน่าจะมาจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง คือ

6.2.1 แรงงานนอกระบบและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ได้รับและเสียผลประโยชน์จะต้องมีบทบาทสำคัญในการตรวจสอบคุณภาพของบริการที่ตนได้รับและในกรณีที่แรงงานนอกระบบได้รับการปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรม

6.2.2 ประชาชนโดยทั่วไป งบประมาณที่มาจากเงินภาษีได้นำเข้ากองทุนเพื่อมาใช้จ่ายในการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนและแรงงานนอกระบบกลุ่มนี้ ประชาชนผู้เสียภาษีจึงมีสิทธิที่จะติดตามตรวจสอบความถูกต้องของการใช้จ่ายเงินและการนำเงินส่วนนี้ไปลงทุน

6.2.3 องค์กรเอกชน ซึ่งเป็นกลุ่มสนใจในการดูแลพิทักษ์ปกป้องคุ้มครองสิทธิและผลประโยชน์ด้านสุขภาพให้แก่แรงงานนอกระบบ รวมทั้งสื่อมวลชนควรทำหน้าที่ติดตามตรวจสอบระบบบริการสุขภาพ ให้ความช่วยเหลือแรงงานนอกระบบที่ไปรับบริการสุขภาพแล้วไม่ได้รับความเป็นธรรม สอดส่องดูแลการใช้จ่าย การบริหารกองทุนประกันสุขภาพว่าดำเนินไปอย่างถูกต้องเหมาะสมเพียงใด

6.2.4 องค์กรท้องถิ่น คณะกรรมการชุมชน/หมู่บ้าน ในฐานะผู้ดูแลทุกข์สุข ความเป็นอยู่ สุขภาพอนามัยของคนในชุมชน จะต้องมีส่วนร่วมดำเนินการติดตามตรวจสอบและเรียกร้องในกรณีที่แรงงานนอกระบบในชุมชนเกิดปัญหาไม่ได้รับความเป็นธรรมจากการไปรับบริการ

(7) การมีส่วนร่วมของแรงงานนอกระบบในการสร้างหลักประกันสุขภาพสามารถทำได้ดังนี้

ตามที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น แรงงานนอกระบบจะต้องมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงไม่เจ็บป่วย เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ ลดเลิกการดื่มสุรา สูบบุหรี่ เป็นต้น การปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากการทำงาน รวมทั้งจะต้องมีส่วนร่วมในการพิทักษ์ปกป้องสิทธิของตนจากการไปรับบริการด้านสุขภาพและไม่ได้รับความเป็นธรรม นอกจากนี้แรงงานนอกระบบยังจะต้องมีส่วนร่วม

7.1 รับผิดชอบค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ในการไปรับบริการสุขภาพนอกเหนือจากค่ารักษาพยาบาล เช่น ค่าพาหนะ ค่าที่พัก ค่าอาหารในการเดินทางไปรับบริการ เป็นต้น

7.2 การดูแลรักษาสิ่งแวดล้อมภายในบริการที่อยู่อาศัยของตน เช่น ให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการทำลายแหล่งเพาะเชื้อ กำจัดขยะ รักษาความสะอาดภายในที่อยู่อาศัยและบริเวณรอบ ๆ ชุมชนที่ตนอาศัยอยู่

7.3 การปฏิบัติที่ถูกต้องในการไปใช้สิทธิ

(8) กลไกการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพแรงงานนอกระบบและครอบครัว

การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัวให้ได้ผลตามที่กล่าวมาแล้ว จำเป็นต้องมีกลไกเสริมที่สำคัญ คือ 1) มีกฎหมายรองรับ ที่สำคัญที่สุดคือ พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2) มีการพัฒนาระบบข้อมูล เพื่อเอื้อประโยชน์ต่อการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ 3) มีการประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพ การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ การดูแลสุขภาพให้แก่แรงงานนอกระบบอย่างทั่วถึงและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ข้อเสนอว่า สื่อที่ใช้ในการประชาสัมพันธ์จะต้องเป็นสื่อที่เหมาะสม ซึ่งแรงงานนอกระบบสามารถเข้าถึงสื่อดังกล่าวได้ 4) ระบบภาษีควรมีการปรับปรุงระบบการจัดเก็บภาษีให้มีประสิทธิภาพ ควรพิจารณาเก็บภาษีจากสินค้าหรือบริการที่มีผลต่อการทำลายสุขภาพของประชาชน เพื่อเป็นเครื่องมือสำคัญทางการเงินที่จะนำมาใช้จ่ายในการประกันสุขภาพ 5) ส่งเสริมให้แรงงานนอกระบบมีการรวมกลุ่มเพื่อสร้างความเข้มแข็งในการคุ้มครองดูแลสุขภาพ สร้างอำนาจการต่อรองและเพื่อให้กลุ่มสามารถพิทักษ์ปกป้องคุ้มครองสิทธิให้แก่แรงงานนอกระบบได้

บทที่ 6

สรุปและข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาหลักประกันสุขภาพของประชาชนกลุ่มแรงงานนอกระบบและครอบครัวครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณ์สุขภาพและการดูแลสุขภาพของกลุ่มประชาชนแรงงานนอกระบบและครอบครัว และเพื่อค้นหาแนวทางการพัฒนาหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนแรงงานนอกระบบและครอบครัว

การศึกษาครั้งนี้ ทำการศึกษาใน 3 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร สมุทรปราการ และศรีสะเกษ ในแต่ละจังหวัดได้คัดเลือกชุมชนเพื่อเป็นพื้นที่ศึกษา จังหวัดละ 3 ชุมชน รวม 9 ชุมชน ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Random Sampling) โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือกชุมชน คือ เป็นชุมชนที่มีแรงงานนอกระบบอยู่อาศัยจำนวนมาก มีความหลากหลายในลักษณะการประกอบอาชีพ และเป็นชุมชนที่มีลักษณะและสภาพชุมชนแตกต่างกันเช่น ชุมชนแออัด ชุมชนชานเมือง เคหะชุมชน ชุมชนชนบท เป็นต้น โดยใช้ระเบียบวิธีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) การเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย การสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) แรงงานนอกระบบ ชุมชนละ 6 ราย รวมทั้งสิ้น 54 ราย การสัมภาษณ์เจาะลึก นักวิชาการและผู้บริหารหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวม 10 ท่าน การจัดสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผู้นำชุมชนและตัวแทนแรงงานนอกระบบ ชุมชนละ 1 กลุ่ม และการจัดสนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพ ชุมชนละ 1 กลุ่ม

6.1 สรุปผลการวิจัย

จากกลุ่มตัวอย่างแรงงานนอกระบบที่ให้สัมภาษณ์ จำนวนทั้งสิ้น 54 ราย มีลักษณะการประกอบอาชีพหลากหลาย โดยเป็นผู้ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด ได้แก่ รับจ้างซักผ้า/รีดผ้า เ็นขยะ ดูแลคนป่วย ต่อเติมบ้าน มัดหัวหอม ล้างถุงพลาสติก เป็นต้น รองลงมาคือ อาชีพค้าขาย ได้แก่ ขายก๋วยเตี๋ยว อาหารตามสั่ง ผัดไทย/หอยทอด ลูกชิ้นปิ้ง รดเย็นขายน้ำดื่ม ขายผัก ขายของชำเล็กๆน้อยๆที่บ้าน เป็นต้น การประกอบอาชีวดังกล่าวเป็นอาชีพที่มีรายได้ไม่แน่นอน บางวันก็มีรายได้ บางวันอาจไม่มีรายได้เลย ปัญหาสำคัญของแรงงานนอกระบบคือ การมีรายได้ไม่แน่นอนและไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในครอบครัว แรงงานนอกระบบมีภาระหนี้สินอันเนื่องมาจากการกู้ยืมเพื่อนำมาลงทุนประกอบอาชีพ ใช้จ่ายในครอบครัว รวมทั้งใช้จ่ายในกรณีที่มีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย

6.1.1. การดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

การศึกษาถึงสถานการณ์การดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว มีประเด็นในการศึกษา ดังนี้ การศึกษาการรับรู้และตระหนักถึงปัญหาสุขภาพ การดูแลส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย และการรับรู้สิทธิในการได้รับการคุ้มครองดูแลสุขภาพ

(1) การรับรู้และตระหนักถึงปัญหาสุขภาพ

แรงงานนอกระบบและครอบครัว ยังไม่ตระหนักหรือให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว แรงงานนอกระบบและครอบครัวให้ความสำคัญต่อปัญหาด้านเศรษฐกิจหรือการประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ให้ครอบครัวมากกว่าการสนใจดูแลสุขภาพ เนื่องจากปัญหาเรื่องปากท้องเป็นปัญหาสำคัญ ที่ทำให้แรงงานนอกระบบและครอบครัวเดือดร้อน แรงงานนอกระบบและครอบครัวยังไม่ตระหนักหรือให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพในเชิงป้องกันเจ็บป่วย หรือการสร้างเสริมให้ตนเองและบุคคลในครอบครัวมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง

(2) การดูแลส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัยของแรงงานนอกระบบและครอบครัว พบว่า แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ไม่เคยมีการตรวจสุขภาพประจำปี นอกจากนี้แรงงานนอกระบบยังมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ที่สำคัญคือ การรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา อันเนื่องมาจากลักษณะการประกอบอาชีพที่ไม่มีกำหนดเวลาหยุดพักแน่นอน พฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและการออกกำลังกายมีน้อย เนื่องจากยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการออกกำลังกายว่าจะต้องไปทำกิจกรรมในสถานที่สำหรับออกกำลังกายเท่านั้น เช่น สวนสาธารณะ สวนหย่อม หรือศูนย์สุขภาพ ซึ่งตัวแรงงานนอกระบบไม่มีเวลาพอจะไปทำกิจกรรมในลักษณะดังกล่าว

(3) การป้องกันโรค

แรงงานนอกระบบยังมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตและการทำงานที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย โดยเฉพาะการทำงานโดยขาดการป้องกันอันตรายหรือความเจ็บป่วยจากการทำงาน ปัญหาความเจ็บป่วยจากการทำงาน ส่วนใหญ่เกิดจากการนั่งทำงานในท่าเดิมเป็นเวลานาน ๆ การยกของหนักทำให้ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อแขน ขา หลังและเอว อุบัติเหตุจากการทำงาน การทำงานกลางแจ้งตากแดดตากฝนทำให้ป่วยเป็นไข้หวัด และการได้รับสารเคมีจากวัสดุสิ่งของต่าง ๆ เช่น

กลิ่นกาแลคเกอร์ของรองเท้าที่นำมาเย็บ การล้างถุงพลาสติกและเก็บขยะที่มีสารพิษปะปน เป็นต้น

(4) การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย

โรคหรืออาการเจ็บป่วยของแรงงานนอกระบบและสมาชิกในครอบครัวที่เกิดขึ้นได้บ่อยที่สุดได้แก่ อาการเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ หรือการเจ็บป่วยทั่วไป ได้แก่ ไข้ ไข้หวัด ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกายทั่วไป เช่น ปวดเอว ปวดหลัง โรคผื่นคันตามผิวหนัง เป็นต้น

พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว พบว่า แรงงานนอกระบบและครอบครัวจะใช้บริการจากแหล่งบริการสุขภาพต่าง ๆ ก็ต่อเมื่อมีอาการเจ็บป่วย การตัดสินใจเลือกแหล่งบริการสุขภาพนั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ

1. การประเมินอาการเจ็บป่วยของตัวผู้ป่วยหรือผู้มีอำนาจตัดสินใจในครอบครัว (สำหรับกรณีเด็กหรือผู้สูงอายุในครอบครัวเจ็บป่วย)
2. ความสะดวกในการรับบริการ
3. ค่าใช้จ่ายในการรักษา

หากเจ็บป่วยเล็กน้อย (mild illness) เช่น ปวดศีรษะ เป็นไข้ ปวดเมื่อยตามร่างกาย แรงงานนอกระบบและครอบครัวจะรักษาตัวเองโดยการซื้อยารับประทานจากร้านขายของชำ ใกล้บ้านหรือร้านขายยา ตามความสะดวกและความเคยชิน

อาการเจ็บป่วยรุนแรงหรือมีอาการป่วยหนัก (Severe Illness) เช่น อุบัติเหตุ ช็อคหมดสติ ท้องร่วงที่มีอาการอ่อนเพลีย จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยเร่งด่วนจากผู้เชี่ยวชาญในวิชาชีพทางการแพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุข แรงงานนอกระบบและครอบครัวจะไปใช้บริการที่สถานพยาบาลหรือแหล่งบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะโรงพยาบาลของรัฐ

(5) การรับรู้สิทธิในการได้รับการคุ้มครองดูแลสุขภาพ

แรงงานนอกระบบ ส่วนใหญ่เคยได้ยินหรือเคยทราบเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ ที่ให้การคุ้มครองดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานแก่ประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ได้แก่ โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) โครงการบัตรสุขภาพ 500 บาท การประกันสังคม โดยส่วนใหญ่เคยได้ยินหรือเคยได้รับการคุ้มครองจากโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) แต่ยังไม่ทราบถึงสิทธิและรายละเอียดของสิทธิต่าง ๆ ในแต่ละโครงการ เนื่องจากยังขาดแหล่งข้อมูลที่สามารถให้ข้อมูลรายละเอียดที่ชัดเจนเกี่ยวกับการปฏิบัติและสิทธิต่างๆ แรงงานนอกระบบและครอบครัวส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำจึงเป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงแหล่ง

ข้อมูลต่าง ๆ โดยแหล่งข้อมูลข่าวสารที่สำคัญของแรงงานนอกระบบได้แก่ บุคคลที่ใกล้ชิด เช่น กรรมการชุมชน อสม. ญาติ/บุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน สถานีนามัยและโรงพยาบาล

ส่วนแรงงานนอกระบบที่ยังไม่ทราบถึงสิทธิในการคุ้มครองดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานจากโครงการประกันสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มต่าง ๆ นั้น ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ไม่ให้ความสนใจ/ใส่ใจต่อข้อมูล ข่าวสารต่าง ๆ รวมทั้งสิทธิต่าง ๆ ที่ตนเองและครอบครัวพึงได้รับ

6.1.2 หลักประกันสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัวในปัจจุบัน

(1) หลักประกันสุขภาพของแรงงานนอกระบบ

กลุ่มตัวอย่างแรงงานนอกระบบที่ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ เลย (ร้อยละ 63) บางคนอาจเคยมีหลักประกันสุขภาพ เช่น ประกันสังคม บัตรสุขภาพ 500 บาท แต่ปัจจุบันไม่มีหลักประกันดังกล่าวแล้ว เมื่อพิจารณาตามเขตที่อยู่อาศัยพบว่า แรงงานนอกระบบที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง ได้แก่ แรงงานนอกระบบในเขตกรุงเทพมหานครและสมุทรปราการส่วนใหญ่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ เลย (ร้อยละ 83 และ 72 ตามลำดับ) จะเห็นได้ว่า กรุงเทพมหานคร และสมุทรปราการ ซึ่งเป็นศูนย์กลางความเจริญก้าวหน้าของระบบบริการสุขภาพ มีแหล่งบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชนจำนวนมาก กลุ่มผู้ใช้แรงงานนอกระบบยังเป็นกลุ่มคนจนในเมืองที่ด้อยโอกาสในทุก ๆ ด้าน ทั้งในด้านการประกอบอาชีพ ฐานะทางสังคม การมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นหรือแม้กระทั่งโอกาสในการดูแลสุขภาพตนเองในบริบทของ **การขาดความรู้ ความเข้าใจการดูแลสุขภาพ** ทั้งในเชิงการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพตนเองให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ และข้อจำกัดในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ **การขาดความรู้ ความเข้าใจถึงสิทธิที่พึงมีพึงได้รับหลักประกันสุขภาพ และการไม่ได้รับหลักประกันสุขภาพอย่างทั่วถึง** ในทางตรงข้ามหากพิจารณาถึงความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของแรงงานนอกระบบในพื้นที่จังหวัด ศรีสะเกษ พบว่า ส่วนใหญ่มีหลักประกันสุขภาพอยู่แล้ว (ร้อยละ 67) โดยได้รับการคุ้มครองจากโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ประเภทผู้มีรายได้น้อยมากที่สุด รองลงมาคือ โครงการบัตรสุขภาพ 500 บาท จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า แรงงานนอกระบบในเขตเมืองหรือคนจนในเมืองยังเป็นกลุ่มผู้ด้อยโอกาสที่มีความจำเป็นจะต้องรีบสร้างหลักประกันสุขภาพ โดยคำนึงถึงทั้งในด้านคุณภาพ ประสิทธิภาพ ความทั่วถึงและความเสมอภาค เป็นสำคัญ

(2) หลักประกันสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวของแรงงานนอกระบบ

เมื่อพิจารณาครอบครัวของแรงงานนอกระบบ พบว่า ส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวของแรงงานนอกระบบมีหลักประกันสุขภาพแบบใดแบบหนึ่งอยู่แล้ว (ร้อยละ 83) โดยหลักประกันสุขภาพที่ให้การคุ้มครองสมาชิกในครอบครัวแรงงานนอกระบบมากที่สุด ได้แก่ โครงการสวัสดิการ

ประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) (ร้อยละ 69) ประเภทเด็กอายุ 0 –12 ปี ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ เด็กนักเรียนมัธยมต้น และบัตรอสม. ตามลำดับ รองลงมาได้แก่ โครงการประกันสังคม (ร้อยละ 21) เมื่อพิจารณาตามเขตที่อยู่อาศัยจะพบความแตกต่างกันชัดเจนยิ่งขึ้น กล่าวคือ ในเขตกรุงเทพมหานครและศรีสะเกษ สมาชิกในครอบครัวของแรงงานนอกระบบ ได้รับการคุ้มครองจากโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ประเภทเด็กอายุ 0 – 12 ปีมากที่สุด ขณะที่จังหวัดสมุทรปราการสมาชิกในครอบครัวของแรงงานนอกระบบได้รับการคุ้มครองจากโครงการประกันสังคมมากที่สุด การที่สมาชิกในครอบครัวของแรงงานนอกระบบได้รับการคุ้มครองหลักประกันสุขภาพแตกต่างกันตามเขตที่อยู่อาศัย แสดงให้เห็นว่าปัจจัยทางสังคมอันได้แก่ สภาพแวดล้อมของสังคม กลไกที่เกื้อหนุนต่อระบบหลักประกันสุขภาพแตกต่างกัน ย่อมทำให้ครอบครัวของแรงงานนอกระบบได้รับการคุ้มครองหลักประกันสุขภาพแตกต่างกัน ในเขตกรุงเทพมหานครมีหน่วยงานสาธารณสุขระดับพื้นที่ทำการสำรวจและให้บริการออกบัตรสปร. สำหรับเด็กอายุ 0 –12 ปี และการให้บริการบัตร สปร. เด็กนักเรียนในสถานศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้นดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับในเขตพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ นอกจากนี้จะมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำตำบลแล้วยังมี อสม.ในระดับชุมชน/หมู่บ้าน ทำการสำรวจและดำเนินการจัดทำบัตรสปร. ได้อย่างค่อนข้างมีประสิทธิภาพ ขณะที่จังหวัดสมุทรปราการเป็นเขตพื้นที่โรงงานอุตสาหกรรม สมาชิกในครอบครัวของแรงงานนอกระบบที่ทำงานอยู่ในโรงงาน / สถานประกอบการจึงได้รับการคุ้มครองจากโครงการประกันสังคมมากที่สุด ซึ่งโครงการประกันสังคมมีลักษณะให้การคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาลเฉพาะบุคคลที่เป็นผู้ประกันตน มิได้ครอบคลุมถึงบุคคลอื่นในครอบครัวของผู้ประกันตน

6.1.3 ผู้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

สมาชิกในครอบครัวของแรงงานนอกระบบ เป็นผู้ที่มีหน้าที่และรับผิดชอบหลักในการดูแลสุขภาพสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย ทั้งในเรื่องการแสวงหาแหล่งรับบริการสุขภาพ การรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล นำส่งสถานพยาบาล และการดูแลขณะเจ็บป่วย หากเกินกำลังความสามารถของสมาชิกในครอบครัวแล้วเครือข่ายจะเป็นกลุ่มทรัพยากรลำดับรองที่เข้ามาให้การดูแลช่วยเหลือ ส่วนเพื่อนบ้านและคนในชุมชนจะให้ความช่วยเหลือเพียงบางส่วน เช่น พาส่งโรงพยาบาล และเยี่ยมเยียนถามอาการ และให้ยืม/กู้เงินเป็นค่ารักษาพยาบาล เป็นต้น

6.1.4 ปัญหาการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ปัญหาการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ตัวแรงงานนอกระบบและครอบครัว การให้บริการสุขภาพ และปัจจัยเสริมการให้บริการสุขภาพ

(1) แรงงานนอกระบบและครอบครัว

ปัญหาการขาดความรู้ ความเข้าใจการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพในเชิงการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ

ปัญหาการขาดความรู้ ความเข้าใจสิทธิที่พึงมีพึงได้รับหลักประกัน

สุขภาพ แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ ยังไม่เข้าใจรายละเอียดและสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มต่างๆ ทำให้เกิดปัญหาในทางปฏิบัติตามมา เช่น ผู้ที่มีบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) และบัตรสุขภาพ 500 บาท ประสบปัญหาด้านการส่งต่อไปรับบริการยังสถานพยาบาลที่มีสิทธิ การใช้สิทธิข้ามเขตพื้นที่ ทั้งนี้เพราะขาดความรู้ความเข้าใจ และไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามขั้นตอน

ปัญหาความเดือดร้อนทางการเงิน แรงงานนอกระบบและครอบครัวที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ เลย ต้องประสบปัญหาความเดือดร้อนด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย โดยต้องกู้ยืมเงินเกิดเป็นภาระหนี้สินเพื่อนำเงินมาเป็นค่ารักษาพยาบาล สำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัวที่มีหลักประกันสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งแล้ว แต่ไม่สามารถใช้สิทธิได้ ก็จะประสบปัญหาความเดือดร้อนทางการเงินด้วยเช่นกัน เนื่องจากปฏิบัติไม่ถูกขั้นตอนในการใช้สิทธิ ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง หากไม่มีเงินก็ต้องกู้ยืมเพื่อนำมาเป็นค่ารักษาพยาบาล

(2) การให้บริการสุขภาพ ประกอบด้วย

ผู้ให้บริการ บุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลของรัฐไม่สนใจในการให้บริการ เนื่องจากมีภาระการทำงานเกินกำลังความสามารถของจำนวนเจ้าหน้าที่ที่จะให้บริการแก่ผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง การรอรับบริการต้องใช้เวลา และ การพูดจาของเจ้าหน้าที่บางครั้งไม่เหมาะสม ทำให้แรงงานนอกระบบและครอบครัวไม่อยากไปใช้บริการหากไม่ป่วยหนักจริงๆ

สถานพยาบาล สถานพยาบาลตั้งอยู่ไกลจากชุมชนที่อยู่อาศัย การเดินทางไปรับบริการไม่สะดวกหรือต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางค่อนข้างสูง การเปิดให้บริการเฉพาะเวลาราชการ เป็นข้อจำกัดที่ทำให้แรงงานนอกระบบและครอบครัวไม่สามารถไปใช้บริการได้ เนื่องจากต้องประกอบอาชีพ หรือเกิดเจ็บป่วยนอกเวลาราชการ นอกจากนี้การที่สถานพยาบาลชั้นต้นซึ่งได้แก่ สถานีอนามัย ยังไม่มีแพทย์ประจำ ไม่มีเตียงรับคนไข้ และไม่มียานพาหนะใน

การส่งต่อผู้ป่วย ยังเป็นข้อจำกัดที่สำคัญของการให้บริการในระดับชุมชน ทำให้แรงงานนอกระบบและครอบครัวไม่นิยมไปใช้บริการดังกล่าว

ยา แรงงานนอกระบบและครอบครัวมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องนักเกี่ยวกับยาที่ได้รับจากสถานพยาบาลของรัฐเมื่อไปใช้สิทธิตามบัตรต่างๆ เช่น คิดว่ายาที่ได้รับไม่มีคุณภาพหรือมีคุณภาพด้อยกว่าผู้ที่เสียเงินจ่ายค่ายาให้กับโรงพยาบาล ทำให้แรงงานนอกระบบบางรายไม่แสดงบัตรเพื่อขอใช้สิทธิตามที่มีในบัตร เพราะเกรงว่าจะได้ยาไม่ดีไม่มีคุณภาพ

หลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มต่างๆยังไม่ทั่วถึง แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆเลย เนื่องจากไม่ทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการขอรับสิทธิบัตรจากโครงการต่างๆ และสิทธิบัตรดังกล่าวมีเงื่อนไขที่เป็นข้อจำกัดหลายประการ เช่น การกำหนดช่วงระยะเวลาในการยื่นขอทำบัตรและจำหน่ายบัตร การกำหนดเงื่อนไขต้องมีการตรวจสุขภาพก่อนซื้อบัตรสุขภาพ 500 บาทโดยจะต้องไม่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจึงจะสามารถซื้อบัตรสุขภาพ 500 บาทได้ สำหรับบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) การกำหนดเกณฑ์รายได้สำหรับผู้มีสิทธิได้รับบัตรสปร. (คนโสดมีรายได้ไม่เกินเดือนละ 2,000 บาท หรือบุคคลในครอบครัวเดียวกันรายได้รวมกันไม่เกินเดือนละ 2,800 บาท) ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ไม่เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพสังคมปัจจุบัน เป็นต้น

ระบบการส่งต่อผู้ป่วย สำหรับผู้ที่มีสิทธิในโครงการประกันสุขภาพระบบต่างๆ เป็นปัญหาและอุปสรรคสำคัญประการหนึ่ง ที่ทำให้แรงงานนอกระบบและครอบครัวที่มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพระบบใดระบบหนึ่ง ไม่สามารถใช้สิทธิตามที่มี โดยจะต้องผ่านสถานพยาบาลขั้นต้นและมีใบส่งตัวจึงจะสามารถไปรับบริการที่สถานพยาบาลขั้นสูงต่อไป ทำให้แรงงานนอกระบบและครอบครัวยอมเสียค่าใช้จ่ายเองเมื่อไม่สามารถนำใบส่งตัวมาแสดงได้

ระบบการรับบริการข้ามเขตพื้นที่ สำหรับผู้ที่มีสิทธิในโครงการประกันสุขภาพระบบต่างๆ โดยเฉพาะแรงงานนอกระบบและครอบครัวที่อพยพเคลื่อนย้ายที่อยู่ไปประกอบอาชีพต่างพื้นที่ ไม่สามารถใช้สิทธิตามที่ระบุในบัตรได้เนื่องจากไม่ได้แจ้งการย้ายที่อยู่อาศัย นอกจากนี้ปัญหาความไม่สะดวกในการไปรับบริการยังสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรเนื่องจากตั้งอยู่ไกลจากชุมชนที่อยู่อาศัย (กรณีผู้ที่อาศัยอยู่ชวกรอยต่อของเขตพื้นที่ให้บริการ) หรือกรณีที่ไม่พอใจหรือไม่ต้องการไปรับบริการตามสถานพยาบาลที่ระบุในบัตร ทำให้ไม่สามารถใช้สิทธิของหลักประกันสุขภาพได้ตามสิทธิที่มี

(3) ปัจจัยเสริมการให้บริการสุขภาพ ประกอบด้วย

ระบบข้อมูล ยังขาดการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับแรงงานนอกระบบ และผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพระบบต่าง ๆ ทำให้เป็นปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการและรับบริการ

การประชาสัมพันธ์ ยังไม่สามารถเข้าถึงตัวแรงงานนอกระบบได้อย่างทั่วถึง โดยแหล่งข้อมูลข่าวสารที่สำคัญของแรงงานนอกระบบและครอบครัว ได้แก่ บุคคลใกล้ชิดในระดับชุมชน เช่น กรรมการชุมชน อสม. ญาติหรือบุคคลในครอบครัว ซึ่งแหล่งข้อมูลเหล่านี้ยังไม่สามารถให้ข้อมูลรายละเอียดที่ชัดเจนเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติรวมถึงสิทธิต่างๆที่พึงมีพึงได้จากระบบหลักประกันสุขภาพต่างๆที่มีอยู่ในปัจจุบัน

6.1.5 แนวทางการพัฒนาหลักประกันสุขภาพแรงงานนอกระบบและครอบครัว

(1) หลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัวในอนาคต น่าจะแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ **ระยะที่ 1** เป็นระยะของการใช้โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ซึ่งมีผลให้ประกันสุขภาพที่มีอยู่เดิมของแรงงานนอกระบบหายไป คือ บัตรสปร. และบัตรสุขภาพ 500 บาท แต่ทั้งนี้โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคจะต้องแก้ไขปัญหาที่เคยเป็นอุปสรรคของการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพเดิมทั้ง 2 ระบบ **ระยะที่ 2** หลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนในลักษณะกองทุนเดี่ยว หรือหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนเฉพาะกลุ่มในลักษณะหลายกองทุน ทั้งนี้หลักประกันสุขภาพในระยะยาวจะต้องคำนึงถึงความมั่นคงและยั่งยืนของระบบ ประชาชนทุกคนจะต้องได้รับการคุ้มครองและเข้าถึงได้ ต้องคำนึงถึงความเท่าเทียมเสมอภาคและเป็นธรรม ต้องเปลี่ยนจากการซ่อมสุขภาพเป็นการสร้างสุขภาพ ต้องสร้างคุณภาพบริการ ต้องสร้างระบบเครือข่ายผู้ให้บริการ ควรให้การคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพเท่านั้น และต้องสร้างโอกาสที่เป็นทางเลือกสำหรับประชาชนด้วย

(2) หลักประกันสุขภาพควรให้การคุ้มครองแก่แรงงานนอกระบบกลุ่มฐานรากของสังคม ซึ่งเป็นกลุ่มประชาชนที่ยากจน รายได้น้อย รายได้ไม่แน่นอน ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพที่มั่นคงถาวร รวมทั้งให้การคุ้มครองสมาชิกของครอบครัวแรงงานนอกระบบกลุ่มนี้ โดยเฉพาะสมาชิกของครอบครัวที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ คุ้มครอง

(3) องค์กรหลักที่รับผิดชอบระบบประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบจะต้องประกอบด้วยองค์กรที่มีบทบาทหน้าที่สำคัญต่อระบบประกันสุขภาพ 4 ส่วน คือ 1) องค์กรหลักด้านนโยบาย 2) องค์กรหลักด้านการบริหารกองทุน 3) องค์กรหลักด้านเครือข่ายสุขภาพ และ 4) องค์กรหลักด้านการควบคุมกำกับคุณภาพมาตรฐาน

(4) เครือข่ายผู้ให้บริการสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัวประกอบด้วย แรงงานนอกระบบ เครือญาติและเพื่อนในชุมชน ร้านค้า/ร้านขายยาในชุมชน กองทุนยาในชุมชน/ หมู่บ้าน หมอพื้นบ้าน คลินิก อาสาสมัคร (อสม.) หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ และหน่วยงานด้านสาธารณสุขในระดับต่าง ๆ เช่น สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน ซึ่งจะต้องมีการพัฒนาระบบเครือข่ายผู้ให้บริการสุขภาพ 6 ประการคือ 1) ทำให้เกิดบริการที่มีคุณภาพกระจายอย่างทั่วถึง แรงงานนอกระบบสามารถเข้าถึงบริการ 2) ระบบสุขภาพมีประสิทธิภาพโดยเฉพาะระบบการส่งต่อผู้รับบริการ 3) การบริการมีคุณภาพมาตรฐานเพื่อการจัดการบริการดูแลแรงงานนอกระบบอย่างต่อเนื่อง 4) ระบบบริการมีการบูรณาการ ผสมผสาน การดูแลสุขภาพทั้งการรักษา ป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพอย่างสอดคล้องกับสภาพความต้องการของแรงงานนอกระบบ 5) เครือข่ายบริการสุขภาพมีความรับผิดชอบต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนระยะยาว และ 6) สร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชนในการให้บริการ

(5) งบประมาณ คือ รายรับและรายจ่ายที่นำมาใช้ในการจัดหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนนั้น รายรับได้มาจาก 4 ทาง คือ 1) ประชาชนทั่วไปโดยผ่านระบบภาษี 2) แรงงานนอกระบบโดยการจ่ายเงินสมทบ หรือการร่วมจ่ายเงินเมื่อไปรับบริการสุขภาพ 3) ดอกผลจากการนำเงินกองทุนไปลงทุน และ 4) การบริจาคเข้ากองทุน ทั้งนี้แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่เป็นกลุ่มประชาชนที่ไม่มีศักยภาพในการจ่าย

รายจ่ายในการจัดหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบ ควรครอบคลุมการป้องกัน รักษา และส่งเสริม การจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลควรมี 2 วิธี คือ การจ่ายตามรายหัวประชากรหรือแรงงานนอกระบบที่ไปใช้บริการ และควรจ่ายเพิ่มให้สถานพยาบาลกรณีโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง และจ่ายเพิ่มตามความเสี่ยงของการเกิดโรคในพื้นที่ และสภาพการทำงาน นอกจากนี้ต้องพัฒนาระบบการเรียกเก็บและการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลนอกเขตพื้นที่ที่แรงงานนอกระบบไปใช้บริการ ซึ่งจะต้องนำมาพัฒนาระบบเครือข่ายข้อมูลมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการเรียกเก็บและจ่ายเงินนี้

(6) สิทธิประโยชน์ภายใต้หลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว จะต้องครอบคลุมการรักษา ป้องกัน และส่งเสริม ต้องเป็นสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน ที่ให้การคุ้มครองการเจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ การตรวจสุขภาพประจำปี การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ

(7) การตรวจสอบ ควรมีระบบการตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานของระบบบริการสุขภาพ และตรวจสอบการใช้จ่ายเงินในการจัดระบบประกันสุขภาพ ทั้งการตรวจสอบภายในโดยองค์กรหลักที่รับผิดชอบ และการตรวจสอบจากภายนอกโดยแรงงานนอกระบบ ประชาชนทั่วไป องค์กรเอกชน และองค์กรท้องถิ่น คณะกรรมการชุมชน/ หมู่บ้าน

(8) การมีส่วนร่วมของแรงงานนอกระบบ ที่สำคัญที่สุดคือ การดูแลสุขภาพของตนเองให้แข็งแรง แรงงานนอกระบบส่วนน้อยสามารถมีส่วนร่วมในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล แต่แรงงานนอกระบบทุกคนควรมีส่วนร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เช่น ค่าพาหนะ ค่าที่พัก ค่าอาหารในการเดินทางไปรับบริการ เป็นต้น แรงงานนอกระบบทุกคนควรเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพและควรปฏิบัติให้ถูกต้องในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพและการไปใช้สิทธิ ตลอดจนการรู้จักพิทักษ์ปกป้องสิทธิของตนเอง

(9) การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัวให้มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องมีกลไกเสริมที่สำคัญ คือ 1) มีกฎหมายรองรับ 2) มีการพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อเอื้อประโยชน์ต่อการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ 3) มีการประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้ความเข้าใจอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง 4) ปรับปรุงระบบภาษีให้มีประสิทธิภาพ และ 5) ส่งเสริมให้แรงงานนอกระบบมีการรวมกลุ่มเพื่อสร้างความเข้มแข็ง

6.2 ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษานี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

6.2.1 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

(1) การดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว ควรมุ่งเน้นที่การส่งเสริมให้แรงงานนอกระบบดูแลสุขภาพตนเอง (Self-Care) ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง การป้องกันการเจ็บป่วย และการดูแลตนเองอย่างถูกต้องในยามเจ็บป่วย ทั้งนี้รัฐจะต้องจัดให้มีบริการที่เอื้อต่อการดูแลตนเองของประชาชนกลุ่มนี้ให้มากขึ้น กล่าวคือ

1.1 การให้ความรู้ ความเข้าใจและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม โดยเฉพาะแหล่งข้อมูลข่าวสารที่สำคัญของแรงงานนอกระบบได้แก่ ผู้นำชุมชน เพื่อนบ้าน อสม. ควรได้รับการเสริมศักยภาพในการให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ตลอดจนการให้สื่อวิทยุ โทรทัศน์ ซึ่งเป็นสื่อที่เข้าถึงประชาชนกลุ่มนี้เข้ามามีบทบาทในการให้ความรู้ ความเข้าใจอีกทางหนึ่ง

1.2 มีหน่วยบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและให้บริการที่ได้มาตรฐานในชุมชน ให้บริการทั้งในด้านการป้องกัน ส่งเสริม และการรักษาพยาบาลขั้นต้นสำหรับอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย และมีระบบส่งต่อสำหรับอาการที่รุนแรงไปยังสถานบริการอื่นที่มีศักยภาพในการให้บริการรักษาพยาบาลต่อไป เช่น สถานีอนามัย คลินิก โรงพยาบาล เป็นต้น โดยหน่วยบริการสุขภาพที่มีอยู่ในชุมชนที่ควรได้รับการส่งเสริมศักยภาพให้สามารถให้บริการอย่างมีคุณภาพและได้มาตรฐานได้แก่ กองทุนยา/ศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งดำเนินการโดยคนในชุมชนนั่นเอง รวมทั้งร้านขายยาที่อยู่ใกล้ชุมชนที่พักอาศัยให้เป็นเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพขั้นต้น

(2) การที่จะให้ประชาชนกลุ่มนี้มีสุขภาพอนามัยดี หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของแรงงานนอกระบบทุกฝ่าย เช่น ปัญหาสุขภาพอนามัย ปัญหาการประกอบอาชีพ และรายได้ ปัญหาการศึกษา จะต้องทำงานร่วมกันและประสานงานกันในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

(3) ควรกระตุ้นส่งเสริมให้ประชาชนแรงงานนอกระบบมีการรวมกลุ่มและสร้างเครือข่ายทางด้านสุขภาพ เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ในด้านการระดมทรัพยากรและสร้างกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ การพิทักษ์คุ้มครองสิทธิ ตลอดจนเพิ่มอำนาจการต่อรองในการเรียกร้องสิทธิและความเป็นธรรมของประชาชนกลุ่มนี้

6.2.2 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว

(1) การพัฒนาหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบ ควรจำแนกพิจารณาแรงงานนอกระบบ เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 แรงงานนอกระบบที่มีรายได้น้อย รายได้ไม่พอเพียงที่จะใช้จ่ายในครอบครัว และกลุ่มที่ 2 แรงงานนอกระบบที่มีรายได้พอเพียงใช้จ่ายในครอบครัว

1.1 แรงงานนอกระบบ ที่มีรายได้น้อย รายได้ไม่พอเพียงที่จะใช้จ่ายในครอบครัว มีฐานะยากจน ด้อยโอกาสทางสังคม ไม่มีศักยภาพในการจ่ายเงินสมทบ ซึ่งเป็นแรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ที่รัฐจะต้องให้การคุ้มครองดูแลสุขภาพ โดยถือเป็นสิทธิตามที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 กำหนดไว้ รัฐต้องจัดสรรงบประมาณจากระบบภาษีมาใช้จ่ายในการจัดหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนกลุ่มนี้

1.2 แรงงานนอกระบบที่มีรายได้พอเพียง ควรมีส่วนร่วมออกเงินสมทบในการจัดหลักประกันสุขภาพในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง เช่น การจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน การจ่ายเมื่อไปใช้บริการ การบริจาคเงินเข้ากองทุน เป็นต้น

(2) แนวทางการจัดหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาความต้องการของประชาชนกลุ่มนี้ ควรคำนึงถึง

2.1 เป็นระบบที่สร้างให้เกิดความเสมอภาค เท่าเทียม และเป็นธรรม

2.2 การบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัวต้องมีคุณภาพ

2.3 แรงงานนอกระบบและครอบครัว โดยเฉพาะกลุ่มที่เป็นผู้ด้อยโอกาสทางสังคมสามารถเข้าถึงได้

2.4 ให้การคุ้มครองทั้งด้านป้องกัน รักษา และส่งเสริมสุขภาพ โดยกำหนดให้เป็นสิทธิในการรับบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน

(3) การบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพ ต้องไม่มุ่งสร้างองค์กรใหม่เพิ่มขึ้นโดยไม่จำเป็น ควรพัฒนาศักยภาพขององค์กรเดิมที่มีอยู่ โดยการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการบริหารองค์กร และพฤติกรรมภายในองค์กรให้มีความเหมาะสม กล่าวคือ

3.1 มีการยุบ ย้าย ถ้ายโอนอำนาจ บทบาทหน้าที่และทรัพยากรภายในองค์กรและระหว่างองค์กร

3.2 พัฒนาคุณภาพของบุคลากรให้ปฏิบัติงานโดยมีความรับผิดชอบ มีจิตสำนึกของการเป็นผู้ให้บริการ คำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าส่วนตัว

(4) ควรเพิ่มบทบาทของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการ โดยเฉพาะบทบาทของภาคเอกชน ภาคธุรกิจ และภาคประชาชน เพื่อเสริมการปฏิบัติงานของภาครัฐซึ่งมีอยู่ไม่เพียงพอ โดยพิจารณาให้เป็นเครือข่ายบริการสุขภาพทางด้านการป้องกัน รักษา และส่งเสริมสุขภาพในระดับต่าง ๆ

(5) หลักประกันสุขภาพต้องสร้างทางเลือกที่หลากหลายให้กับประชาชน โดยเฉพาะแรงงานนอกระบบและสมาชิกในครอบครัว กล่าวคือ

5.1 การเลือกสถานพยาบาลที่ต้องการ

5.2 การเลือกบริการสุขภาพที่นอกเหนือจากบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน โดยประชาชนควรเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง

(6) ควรมีการจัดทำระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว เพื่อประโยชน์ในการจัดหลักประกันสุขภาพ และการประสานส่งต่อข้อมูลในการให้บริการ โดยแบ่งเป็น

6.1 จัดทำระบบข้อมูลเกี่ยวกับแรงงานนอกระบบและครอบครัวให้ชัดเจน เพื่อเก็บข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับแรงงานนอกระบบและครอบครัว อาทิเช่น จำนวน ที่อยู่อาศัย อาชีพ รายได้ เป็นต้น

6.2 พัฒนาระบบเครือข่ายข้อมูล เพื่อประโยชน์ในการจัดการหลักประกันสุขภาพ การประสานส่งต่อข้อมูลในการให้บริการสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว

บรรณานุกรม

หนังสือ วิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์

- กรวิภา ศิริสะอาด. (2543). ปัญหา ความต้องการ และศักยภาพของผู้รับงานไปทำที่บ้านกับการมีส่วนร่วมประกันสังคมในประเทศไทย : กรณีศึกษาผู้ประกอบการอาชีพตัดเย็บเสื้อผ้า เขตลาดกระบัง. กรุงเทพมหานคร. สารนิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการโครงการสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม. (ม.ป.ป.). **สรุปสาระสำคัญของแผนพัฒนาแรงงานและสวัสดิการสังคม ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2540-2544).**
- คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2544). **ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.** นนทบุรี : บริษัท ดีไซน์ จำกัด.
- คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2544). **แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน.**
- โครงการวิจัยทัศนระบบการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบ : บทสรุปสำหรับผู้บริหาร.** (เอกสารอัดสำเนา)
- จรัส สุวรรณเวลา, ศ.น.พ. (2543). **มุมมองใหม่ : ระบบสุขภาพ.** นนทบุรี : โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- จิรวัฒน์ ศรีรัตนบัลล์. (2543). **ประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ.** คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ. (2539). **สถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและผลกระทบต่อสุขภาพในประเทศไทย.** นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ชูชัย ศุภวงศ์ และยุวดี. (2541). **คาดการณ์ไกล : อนาคตในแนวทางประชาตำบล.** นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ. (2538). **ทรัพยากรมนุษย์กับสวัสดิการสังคม.** กรุงเทพมหานคร : คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทวีสิทธิ์ บุญธรรม. (2540) **พฤติกรรมอนามัยของแรงงานนอกระบบ : ศึกษาเฉพาะกรณีแรงงานนอกระบบในชุมชนวัดจันทร์ประดิษฐาราม เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร.** สารนิพนธ์ สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาแรงงานและสวัสดิการ. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- นภัส ศิริสัมพันธ์. (2537). **แรงงานที่ถูกกดขี่ : ผู้หญิงในภาคเศรษฐกิจนอกระบบในเขตกรุงเทพมหานคร**. กรุงเทพมหานคร : บริษัท เอดิชั่นเพรสโปรดักส์ จำกัด.
- บัญญัติ แก้วส่อง. (2531). **รูปแบบทางสังคม จิตวิทยาสำหรับการอธิบายการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการพัฒนา**. วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร .
- บุญคง หันจางสิทธิ์. (2540). **เศรษฐศาสตร์ทรัพยากรมนุษย์**.
- เบ็ญจา จิรภัทรพิมล และคณะ. (2544). **สภาพการทำงานนอกระบบกับปัญหาสุขภาพ : กรณีศึกษาการทำงานอุตสาหกรรมอยู่กับบ้าน**. รายงานการวิจัย (ฉบับร่าง) นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ประดิษฐ์ ชาสมบัติ. (2538). **การรับงานไปทำที่บ้าน : สภาพการจ้างงานและปัญหา**. รายงานการวิจัย. กรุงเทพมหานคร : กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน. กระทรวงแรงงาน และสวัสดิการสังคม.
- ประดิษฐ์ ชาสมบัติ. (2542). **การศึกษาหารูปแบบการพัฒนากลุ่มผู้รับงานไปทำที่บ้าน**. รายงานการวิจัย. กรุงเทพมหานคร : กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน. กระทรวงแรงงาน และสวัสดิการสังคม.
- ประดิษฐ์ ชาสมบัติ. (ม.ป.ป.) **สถานการณ์แนวโน้มอุตสาหกรรมในประเทศไทยกับการรับช่วงการผลิต**. (เอกสารอัดสำเนา.)
- ประเวศ วะสี. (2539). **การปฏิรูประบบเพื่อสุขภาพ**. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ประเวศ วะสี. (2543). **สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี : สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ.
- ประสพสุข เหลืองไพโรจน์. (2534). **การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานศูนย์เยาวชนตำบลในท้องที่ จ.นครปฐม**. วิทยานิพนธ์ . มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.
- ปิยะนุช เงินคล้าย และคณะ. (2540). **การมีส่วนร่วมทางการเมืองของประชาชน : ศึกษาเปรียบเทียบประชาชนในเขตเมืองกับประชาชนในเขตชนบท**. กรุงเทพมหานคร : คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ผกามาศ บุญธรรม. (2540). **สภาพการจ้างและสถานการทำงานของแรงงานสตรีที่รับแหวนไปทำที่บ้าน : ศึกษากรณีบ้านโนนกุ้ ต.สาระถิ อ.เมือง จ.ขอนแก่น**. โครงการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ผาสุก พงษ์ไพจิตร. (ม.ป.ป.) **การทำงานนอกระบบในหมู่บ้านนิกส์หรือหมู่บ้านอุตสาหกรรมใหม่**. (เอกสารอัดสำเนา)

- พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข และคณะ. (2543). **เหลียวมองประสบการณ์การกระจายอำนาจที่ประเทศฟิลิปปินส์**. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. มัทนา พนานิรามัย และสมชาย สุขสิริเสรีกุล. (2540). **การศึกษารูปแบบการจัดสรรงบประมาณเพื่อหลักประกันทางสังคม : อดีต ปัจจุบันและอนาคต**. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.
- เยาวลักษณ์ สาธารณสุข. (2543). **กระบวนการสุขศึกษากับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ**. กรุงเทพฯ : บริษัทชิกม่า ดีไซน์ กราฟฟิค จำกัด.
- โยธิน แสงวดี, พิมลพรรณ อิศรภักดี และมาลี สันภูวรรณ. (2543) **ปัญหาและทุกข์ของประชาชนเมื่อใช้บริการสถานบริการสาธารณสุข**. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ระกาวัน ลิขณะวานิชพันธ์. (ม.ป.ป.) **มิติใหม่ ปัญหาและทางออกของแรงงานนอกระบบ**. (เอกสารอัดสำเนา)
- วิจิตร ระวังวงศ์ และคณะ. (2543). **ลักษณะปัญหาการรับบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ**. รายงานการวิจัย. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
- วิโรจน์ ตูลาพันธ์. (2540). **ปัญหาการคุ้มครองแรงงานนอกระบบตามกฎหมายคุ้มครองแรงงาน**. รายงานการวิจัย. กรุงเทพมหานคร : สถาบันพัฒนาข้าราชการฝ่ายตุลาการ สำนักงานส่งเสริมงานตุลาการ กระทรวงยุติธรรม.
- วีระศักดิ์ ศรีรักษ์. (2541). **แรงงานสตรีภาคเศรษฐกิจนอกระบบ/ งานเหมา/ แรงงานเครือข่าย/ ผู้จ้างเหมางาน/ กลวิธีจ้างเหมางาน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาเอก สาขาวิชาประชากรศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศูนย์ศึกษาและพัฒนาผู้รับงานไปทำที่บ้าน. (2543) **ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ : ประชาคมแรงงานนอกระบบ**. บทสรุปสำหรับผู้บริหารในการประชุมเรื่องระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ : ประชาคมแรงงานนอกระบบ. ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค กรุงเทพฯ. วันที่ 15-17 สิงหาคม 2543. (เอกสารอัดสำเนา)
- สถาบันวิจัยบทบาทหญิงชาย และการพัฒนาและกรมแรงงาน กระทรวงมหาดไทย. (2534). **แรงงานสตรีภาคเศรษฐกิจในระบบและนอกระบบ**. เอกสารประกอบการประชุมเรื่องกระทรวงแรงงานกับการส่งเสริมบทบาทแรงงานสตรี ณ ห้องราชเทวี 2 โรงแรมเอเชีย วันศุกร์ที่ 12 กรกฎาคม 2534.
- สมชาย สุขสิริเสรีกุล. (2541) **การทบทวนและระดมความคิดเห็นเพื่อสังเคราะห์ประเด็นการวิจัย : เรื่อง “โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านบริการสุขภาพ**. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

- สมพงษ์ พัดปุย. (2544). เอกสารวิชาการชุด “กระจายอำนาจด้านสุขภาพ” ฉบับที่ 6 สรุปสาระสำคัญจาก เวทีวิชาการ เรื่อง “การบริหารการกระจายอำนาจสู่องค์กรท้องถิ่น”.
- หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และคณะ. (2541). ประวัติศาสตร์การพัฒนาสาธารณสุขของไทย : บทวิเคราะห์การกระจายอำนาจและผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข.
- สมัย นกหินลาด. (2542) การรับจ้างทำงานนอกระบบ : กรณีศึกษาการทอเสื้อพลาสติก บ้านขามป้อม ตำบลขามป้อม อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น. การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2540). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544).
- สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). (2543). จุดประกายปฏิรูประบบสุขภาพ : ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ. สรุปการสัมมนาระดับชาติ วันที่ 3 พฤษภาคม 2544. นนทบุรี : สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.)
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี. (2537). ตลาดแรงงานที่เป็นระบบและที่ไม่เป็นระบบ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ ร.ส.พ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี. (ม.ป.ป.). ผลกระทบของภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจที่มีต่อภาวะการทำงาน การว่างงาน และการเคลื่อนย้ายแรงงาน. (เอกสารอัดสำเนา)
- สีดา สุจริตกุล. (2541). ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงอาชีพรับจ้างดูแลสุขภาพในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์.
- สีลาภรณ์ นาคทรรพ. (2541). “แนวคิดเกี่ยวกับเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตและสังคม : ระดับกลุ่ม/ชุมชน” ใน การพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตและสังคมไทย. อนุชาติ พะวง สำลี และ อรทัย อาจอ่ำ บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย
- สุวิทย์ วิบุลยผลประเสริฐ. (2542). การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2540-2541. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- อัญชลี สิงหนะตร-ฤนาท และณัฐยา คักดีสูง. (2539). วิธีชีวิตและวิถีสุขภาพของคนงานก่อสร้างในภาคเหนือ. รายงานวิจัย. เชียงใหม่ : คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วารสาร

นายนัค คัคควานี และเจริญจิตร โพธิ์ทอง. “เครื่องมือวัดความอยู่ดีมีสุขและการวิเคราะห์เชิงนโยบาย”.

จดหมายข่าวของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

เล่มที่ 3 ปีที่ 3. (กรกฎาคม 2542)

พัชรี รัฐกาญจน์. “นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค”. วารสารกรมประชาสัมพันธ์ ฉบับที่ 5 ปีที่ 6 (พฤษภาคม 2544) : 33.

ระกาวิณ ลีชนะวานิชพันธ์. “ประกันสังคมกับผู้รับงานไปทำที่บ้าน”. จุลสารแรงงานนอกระบบ. ฉบับที่ 2 ปีที่ 3 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2543) : 8.

ศุภสิทธิ์ พรธรรมาธิต. “ระบบการคลังกับการกระจายอำนาจทางสาธารณสุข. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. ฉบับที่ 4 ปีที่ 3 (ตุลาคม – ธันวาคม 2538) : 196-197.

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. “หลักประกันทางด้านสุขภาพกับระบบบริการสาธารณสุขในอนาคต”. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. ฉบับที่ 3 ปีที่ 3 (กรกฎาคม – กันยายน 2538).

หทัย ชิตานนท์. “รายงานการพัฒนาโลก พ.ศ.2536 : การลงทุนด้านสาธารณสุข (1)”. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. ฉบับที่ 3 ปีที่ 2 (กรกฎาคม-กันยายน 2537) : 155.

สุพัชรี รอดภัยปวง. จุลสารแรงงานนอกระบบ. ฉบับที่ 2 ปีที่ 3 (พฤษภาคม – สิงหาคม 2543) : 18. จุลสารแรงงานนอกระบบ. ฉบับที่ 1 ปีที่ 3 (มกราคม – เมษายน 2543) : 18.

[http : //www. Moph. Go. Th](http://www.Moph.Go.Th)

ภาคผนวก

ผนวกที่ 1

แบบสัมภาษณ์และประเด็นคำถาม 4 ชุด

- ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์แรงงานนอกระบบและครอบครัว
- ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ผู้บริหารหน่วยงานเกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมาย
- ชุดที่ 3 ประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่มผู้นำชุมชน
- ชุดที่ 4 ประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับ
กลุ่มเป้าหมาย

โครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนาหลักประกันสุขภาพของประชาชนกลุ่มแรงงานนอกระบบและครอบครัว
ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์แรงงานนอกระบบและครอบครัว

คำชี้แจง

1. แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วน
 - ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว (มี 3 หมวด)
 - ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (มี 4 หมวด)
 - ส่วนที่ 3 การรับรู้สิทธิในการคุ้มครองดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน
 - ส่วนที่ 4 ความต้องการหลักประกันสุขภาพ
-

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว

จำนวนสมาชิกในครอบครัวและข้อมูลของสมาชิกในครอบครัว (ตารางหน้าที2)

หมวดที่1 รายได้ รายจ่าย หนี้สินของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

1. ท่านทำงานสัปดาห์ละกี่วัน มีวันหยุดหรือไม่ หยุดพักวันอะไรบ้าง
2. ในวันหยุดท่านทำอะไรบ้าง
3. ท่านมีรายได้วันละเท่าไร คู่สมรสมีรายได้เท่าไร รายได้จากการทำงานนำมารวมกันหรือไม่ ใครเป็นผู้เก็บเงิน
4. ท่านมีบุคคลที่ต้องอุปการะสงเคราะห์เลี้ยงดูหรือไม่ จำนวนกี่คน เป็นใครบ้าง (ตอบในตาราง)

ลำดับ	ชื่อ	อายุ	ความสัมพันธ์กับผู้ให้สัมภาษณ์	อาชีพ	ลักษณะการให้อุปการะ
.....					
.....					
.....					
.....					

5. มีค่าใช้จ่ายประจำอะไรบ้าง (ตอบในตาราง)

รายการค่าใช้จ่าย	หมายเหตุ
1. ค่าอาหาร วันละ.....	
2. ค่าพาหนะเดินทางไปทำงานวันละ.....	
3. ค่าเช่าบ้าน เดือนละ.....	
4. ค่าเช่าที่ดิน เดือนละ.....	
5. ค่าน้ำ เดือนละ	
6. ค่าไฟ เดือนละ.....	
7. ค่าเล่าเรียนลูก.....	
8. ค่าขนมลูก วันละ.....	
9. อื่นๆ (ระบุ).....	
.....	

6. ขณะนี้มีหนี้สินหรือไม่ ถ้ามีหนี้สินเป็นจำนวนเท่าไร ใครเป็นเจ้าของหนี้ จ่ายคืนอย่างไร (ตอบลงในตาราง)

ลำดับ	ผู้เป็นเจ้าของหนี้	สาเหตุการกู้เงิน	จำนวนเงิน (บาท)	อัตรา ดอกเบี้ย	การจ่ายเงินคืน
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					

หมวดที่ 2 การอยู่อาศัยในชุมชน

1. อยู่ในชุมชนนี้นานเท่าไร(กี่ปี) ภูมิภานาเดิมเป็นคนจังหวัดอะไร
2. บ้านที่อยู่นี้เป็นของตนเองหรือไม่ ที่ดินเป็นของตนเองหรือไม่
3. เป็นสมาชิกกลุ่ม/องค์กรในชุมชนหรือไม่
4. ท่านมีตำแหน่งหน้าที่อะไรในกลุ่ม/องค์กรในชุมชนหรือไม่

หมวดที่ 3 บุคคลในชุมชนที่สามารถเป็นที่พึ่งได้

1. มีญาติที่ไม่ใช่บุคคลในครอบครัวอาศัยอยู่ในชุมชนนี้หรือไม่ ถ้ามีเป็นใครบ้าง มีความสัมพันธ์กันอย่างไร ได้พึ่งพาอาศัยกันหรือไม่ อย่างไร
2. เมื่อมีปัญหาเดือดร้อน คนอื่นนอกจากญาติให้ความช่วยเหลือบ้างหรือไม่ ช่วยเหลืออย่างไร (เพื่อนบ้าน , นายจ้าง เป็นต้น)

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

หมวดที่1 การดูแลสุขภาพทั่วไป

1. มีเวลานอนหลับวันละกี่ชั่วโมง นอนในช่วงเวลาไหน (กลางวันหรือกลางคืน)
2. รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อหรือไม่ ถ้าไม่ครบ 3 มื้อ เพราะเหตุใด รับประทานอาหารตรงเวลาหรือไม่ ถ้าไม่ตรงเวลาเพราะเหตุใด
3. อาหารหลักที่รับประทานเป็นประจำเป็นอาหารประเภทไหน (ระบุประเภทอาหาร เช่น ข้าวเจ้า ข้าวเหนียว กว๊วยเตี๋ยว ส้มตำ ฯลฯ)
อาหารที่รับประทานในครอบครัวซื้ออาหารสำเร็จรูปหรือทำเองที่บ้าน
4. ดื่มน้ำหรือไม่ ดื่มน้ำเป็นประจำทุกวันหรือดื่มน้ำเป็นครั้งคราว ปริมาณการดื่มน้ำต่อครั้ง
5. สูบบุหรี่หรือไม่ สูบเป็นประจำทุกวันหรือสูบเป็นครั้งคราว ปริมาณการสูบต่อวัน
6. เคยไปตรวจสุขภาพประจำปี หรือไม่ เหตุผลการไปตรวจสุขภาพหรือไม่ไปตรวจสุขภาพ

7. รับประทานอาหารหรือยาเพื่อบำรุงร่างกายให้แข็งแรงเป็นประจำหรือไม่ ถ้ารับประทานรับประทานอาหารหรือยาอะไร
8. ดูแลรักษาสุขภาพร่างกายหรือไม่ และดูแลรักษาสุขภาพอย่างไร
9. เคยบวมหรือรับฟังข่าวคราว ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาเมื่อเจ็บป่วย หรือไม่ ถ้าเคยรับฟัง ท่านรับฟังจากแหล่งใด
10. บุตรของท่านที่มีอายุต่ำกว่า 7 ขวบ ได้รับวัคซีนครบตามที่แพทย์สั่งหรือไม่ เพราะเหตุใด
11. ถ้าท่านหรือบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ เช่น ไข้หวัด ปวดศีรษะ ท่านหรือบุคคลในครอบครัวจะได้รับการรักษาอย่างไร เหตุผลที่ใช้วิธีรักษาดังกล่าว
12. ท่านหรือบุคคลในครอบครัวเคยเจ็บป่วยหนักหรือมีอาการรุนแรงหรือไม่ ถ้าเคยท่านหรือบุคคลในครอบครัวได้รับการรักษาอย่างไร เหตุผลที่ใช้วิธีรักษาดังกล่าว มีปัญหาอุปสรรคอะไรหรือไม่ในการรักษาพยาบาลดังกล่าว
13. เมื่อท่านเจ็บป่วยและไปรับการรักษา ใครเป็นผู้รับผิดชอบจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ท่าน(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ 1. จ่ายตามสิทธิบัตร	☐ 2. จ่ายเอง
ระบุสิทธิบัตรที่ใช้	
☐ 3. ญาติพี่น้อง	☐ 4. คนในชุมชน
☐ 5. หน่วยงาน / องค์กร	☐ 6. อื่นๆ
14. ตัวท่านมีสิทธิหรือมีบัตรสวัสดิการรักษายาพยาบาลแบบใดแบบหนึ่งหรือไม่ ถ้าเคยมีเคยใช้สิทธินั้นหรือไม่ เพราะเหตุใด มีปัญหาหรืออุปสรรคในการใช้สิทธินั้นหรือไม่ อย่างไร
15. ท่านเคยเดือดร้อนทางการเงินเมื่อท่านหรือบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยหรือไม่ ถ้าเคยท่านแก้ปัญหาอย่างไร
16. หากท่านหรือบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย จะเดือดร้อนในเรื่องใดมาก และความเดือดร้อนเรื่องใดที่เป็นปัญหาสำคัญที่สุด

หมวดที่ 3 บุคคล / หน่วยงาน / องค์กร ที่เป็นที่พึ่งด้านสุขภาพ

1. เมื่อท่านหรือบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยมีบุคคลใดบ้างที่ให้ความช่วยเหลือ ช่วยเหลืออย่างไร
2. เมื่อท่านหรือบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยมีหน่วยงาน / องค์กร/ กลุ่ม / ชมรม มาให้ความช่วยเหลือหรือไม่ ช่วยเหลืออย่างไร

หมวดที่ 4 ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพ

1. การประกอบอาชีพของท่านทำให้ท่านเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยหรือไม่ เสี่ยงอย่างไร
2. ท่านมีวิธีป้องกันตนเองเพื่อลดความเสี่ยงอันตรายจากการประกอบอาชีพหรือไม่ ทำอย่างไร
3. ท่านหรือบุคคลในครอบครัวเคยเจ็บป่วยโดยมีสาเหตุจากการทำงานหรือไม่ ถ้ามี โปรดระบุลักษณะการเจ็บป่วย วิธีการรักษาและผลของการรักษา

ส่วนที่ 3 การรับรู้สิทธิในการคุ้มครองดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน

1. ท่านทราบหรือไม่ว่ากระทรวงสาธารณสุขจัดทำบัตรสวัสดิการสุขภาพยาบาล(สปร.)ให้กับประชาชน 7 กลุ่ม ต่อไปนี้
 - ผู้มีรายได้น้อย ได้แก่ คนโสดที่มีรายได้ไม่เกินเดือนละ 2,000 บาท และครอบครัวที่มีรายได้รวมกันไม่เกินเดือนละ 2,800 บาท
 - นักเรียนมัธยมต้น
 - ผู้พิการ
 - ทหารผ่านศึกและครอบครัว
 - ภิกษุในพุทธศาสนา
 - ผู้สูงอายุ(อายุ 60 ปีขึ้นไป)
2. ท่านทราบเกี่ยวกับบัตร สปร.จากไหน ทราบอย่างไร
มีขั้นตอน/วิธีการที่จะขอทำบัตร สปร.อย่างไร
สิทธิประโยชน์ของบัตรสปร. มีอะไรบ้าง
ท่านและบุคคลในครอบครัวสามารถใช้บัตรสปร. ได้หรือไม่ มีปัญหา/อุปสรรคในการขอทำบัตรสปร. หรือไม่
3. ท่านทราบเกี่ยวกับบัตรสุขภาพ 500 บาทหรือไม่ ทราบจากไหน ทราบอย่างไร
มีขั้นตอน/วิธีการที่จะขอทำบัตรสุขภาพ 500 บาทอย่างไร
สิทธิประโยชน์ของบัตรสุขภาพ 500 บาท มีอะไรบ้าง
ท่านและบุคคลในครอบครัวสามารถใช้บัตรสุขภาพ 500 บาท ได้หรือไม่ มีปัญหา/อุปสรรคในการขอทำบัตรสุขภาพ 500 บาท หรือไม่
4. ท่านทราบเกี่ยวกับบัตรประกันสังคมหรือไม่ ทราบจากไหน ทราบอย่างไร
ท่านหรือบุคคลในครอบครัวเคยใช้บัตรประกันสังคมมาก่อนหรือไม่
มีขั้นตอน/วิธีการที่จะขอทำบัตรประกันสังคมอย่างไร
สิทธิประโยชน์ของบัตรประกันสังคมที่ผู้ประกันตนได้รับในปัจจุบัน มีอะไรบ้าง

ส่วนที่ 4 ความต้องการหลักประกันสุขภาพ

1. หลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ในประเทศไทยในปัจจุบันสามารถครอบคลุมท่านและครอบครัวได้หรือไม่ ถ้าไม่ได้, เพราะเหตุใด
2. ท่านต้องการให้หลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัวเป็นอย่างไร
 - ระบบเดิมหรือระบบใหม่ เป็นอย่างไร
 - กองทุนเดียวหรือหลายกองทุน กองทุนอะไรบ้าง

3. ท่านคิดว่าควรมีกองทุนประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัวหรือไม่ ลักษณะใด
4. หลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว ควรเป็นระบบบังคับหรือสมัครใจ
5. หลักประกันสุขภาพควรจะครอบคลุมเฉพาะแรงงานนอกระบบหรือบุคคลในครอบครัวด้วย และบุคคลในครอบครัวที่ควรได้รับการคุ้มครองเป็นใครบ้าง
6. หลักประกันสุขภาพควรจะครอบคลุมการป้องกัน ส่งเสริม และรักษา หรือไม่ อย่างไร
7. สิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่แรงงานนอกระบบและ/หรือบุคคลในครอบครัวพึงได้รับควรมีอะไรบ้าง
8. ประโยชน์ทดแทนตามสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานดังกล่าวควรเป็นอย่างไร
9. หากท่านและบุคคลในครอบครัวจะได้รับการคุ้มครองดังกล่าวข้างต้น ท่านและบุคคลในครอบครัวควรมีส่วนร่วมในการจ่ายเงินสมทบอย่างไร และจ่ายโดยวิธีใด
10. นอกจากการมีส่วนร่วมในการจ่ายเงินสมทบแล้ว ท่านและครอบครัวควรมีบทบาทหรือส่วนร่วมอะไรอีก
11. ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อแนวทางการพัฒนาหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว

โครงการการพัฒนาหลักประกันสุขภาพของประชาชนกลุ่มแรงงานนอกระบบและครอบครัว
ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ผู้บริหารหน่วยงานเกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมาย

คำชี้แจง

ประเด็นคำถามมี 5 ประเด็น

ประเด็นที่ 1 การคุ้มครองสุขภาพแรงงานนอกระบบ

ประเด็นที่ 2 การคุ้มครองสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของแรงงานนอกระบบ

ประเด็นที่ 3 บุคคล กลุ่ม องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบ
และครอบครัว

ประเด็นที่ 4 แนวทางการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ประเด็นที่ 5 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อแนวทางการพัฒนาหลักประกัน
สุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

1. การคุ้มครองสุขภาพแรงงานนอกระบบ

- หลักประกันสุขภาพ(ทั้ง 5 ระบบ) ในปัจจุบันสามารถให้การคุ้มครองแรงงานนอกระบบหรือไม่อย่างไร
 - หลักประกันสุขภาพใดบ้างที่คุ้มครองแรงงานนอกระบบ
 - สิทธิประโยชน์ที่ได้รับมีอะไรบ้าง
 - ครอบคลุมการป้องกัน ส่งเสริม และรักษาหรือไม่ อย่างไร

มีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง และได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาอุปสรรคหรือไม่ อย่างไร

2. การคุ้มครองสุขภาพบุคคลในครอบครัวของแรงงานนอกระบบ

- หลักประกันสุขภาพ (ทั้ง 5 ระบบ) ในปัจจุบันสามารถให้การคุ้มครองสุขภาพบุคคลในครอบครัวของแรงงานนอกระบบหรือไม่ อย่างไร
 - หลักประกันสุขภาพใดที่คุ้มครองบุคคลในครอบครัวของแรงงานนอกระบบ
 - สิทธิประโยชน์ที่ได้รับมีอะไรบ้าง
 - ครอบคลุมการป้องกัน ส่งเสริม และรักษาหรือไม่ อย่างไร

มีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง และได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาอุปสรรคหรือไม่ อย่างไร

3. บุคคล กลุ่ม องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

3.1 ด้านการป้องกัน

(การป้องกัน หมายถึง การดูแลสุขภาพไม่ให้เจ็บป่วย โดยการออกกำลังกายและควบคุม น้ำหนักไม่ให้้วนสำหรับบุคคลที่อายุ 40 ปีขึ้นไป ฯลฯ , ฉีดวัคซีน , ตรวจสุขภาพประจำปี ฯลฯ)

- บุคคล กลุ่ม องค์กรที่มีบทบาทในการให้บริการด้านการป้องกันสุขภาพและให้บริการอะไร
- บุคคล กลุ่ม องค์กรใดบ้างจากภายนอกชุมชนที่มีบทบาทในการให้บริการป้องกันและให้บริการอะไร

3.2 ด้านการส่งเสริมสุขภาพ

(การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การให้คำแนะนำ ให้ความรู้ และให้บริการในด้านการดูแลสุขภาพให้แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ เช่น การพักผ่อน นอนหลับอย่างเพียงพอ การรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม การออกกำลังกาย งดเว้นการดื่มสุราของมีเมา และยาเสพติดให้โทษ การวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิด การตรวจและฝากครรภ์ ฯลฯ)

- บุคคล กลุ่ม องค์กรใดบ้างในชุมชนที่มีบทบาทในการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและให้บริการอะไรบ้าง
- บุคคล กลุ่ม องค์กรใดบ้างจากภายนอกชุมชนที่มีบทบาทในการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและให้บริการอะไรบ้าง

3.3 ด้านการรักษาสุขภาพ

- แหล่งที่ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลภายในชุมชนเมื่อแรงงานนอกระบบและครอบครัวเจ็บป่วยเลือกไปใช้บริการเป็นประจำหรือบ่อยครั้งมีที่ใดบ้าง เป็นแหล่งบริการรักษาพยาบาลระดับใด ลักษณะบริการที่ให้มีอะไรบ้าง และเพราะเหตุใดจึงเลือกไปใช้บริการ
- แหล่งที่ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลจากภายนอกชุมชนเมื่อแรงงานนอกระบบและครอบครัวเจ็บป่วยเลือกไปใช้บริการเป็นประจำหรือบ่อยครั้งมีที่ใดบ้าง เป็นแหล่งบริการรักษาพยาบาลระดับใด ลักษณะบริการที่ให้มีอะไรบ้าง และเพราะเหตุใดจึงเลือกไปใช้บริการ

ท่านหรือหน่วยงานของท่านมีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัวหรือไม่ อย่างไร (ถามผู้เข้าร่วมสนทนาแต่ละคน)

4 แนวทางการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบและครอบครัว

4.1 หลักประกันสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัวควรเป็นอย่างไร

- รูปแบบไหน
- กองทุนเดี่ยว หรือหลายกองทุนและกองทุนอะไรบ้าง
- กองทุนในระดับใดบ้าง

4.2 การบริหารจัดการกองทุนควรเป็นลักษณะใด

ก) การจัดรูปองค์กรเป็นอย่างไร

- มีองค์ประกอบอะไรบ้าง
- ใครคือผู้ที่เกี่ยวข้องในแต่ละองค์ประกอบและมีบทบาทหน้าที่อย่างไร
- การบริหารจัดการ แต่ละระดับ/กองทุน
- องค์ประกอบของแต่ละกองทุน
 - ผู้กำหนดนโยบาย กฎระเบียบ คือใคร บทบาทหน้าที่อะไร
 - ผู้จัดการเงินและกำกับดูแลการดำเนินงาน คือใคร บทบาทหน้าที่อะไร
 - ผู้ให้บริการคือใคร บทบาทหน้าที่อะไร
 - ผู้เก็บเงินสมทบคือใคร บทบาทหน้าที่อะไร
 - ระบบข้อมูลคือใคร บทบาทหน้าที่อะไร
 - ประชาสัมพันธ์คือใคร บทบาทหน้าที่อะไร

ข) กองทุนแต่ละระดับเชื่อมโยงกันอย่างไรในการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ค) เงินกองทุน

1.1 เงินสมทบจากไหนบ้าง

1.2 สัดส่วนการจ่ายเงินสมทบควรเป็นอย่างไร

1.3 เงินสมทบที่แรงงานนอกระบบและครอบครัวสามารถจ่ายได้(โดยไม่ทำให้เดือดร้อน)

ควรจะเป็นเท่าไร

1.4 การจัดเก็บเงินเข้ากองทุนทำอย่างไร

1.4.1 รูปแบบการจัดเก็บเงิน

- ☐ ภาษีรายได้ ☐ เงินสมทบเข้ากองทุน
☐ อื่นๆ (ระบุ).....

1.4.2 วิธีการจัดเก็บเงิน

- ☐ เก็บภาษีรายได้ ☐ จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน
☐ อื่นๆ (ระบุ).....

1.5 การใช้จ่ายเงินกองทุนทำอย่างไร

1.5.1 การคัดเลือกสถานพยาบาลอย่างไร

1.5.2 การจัดสรรงบประมาณให้แก่สถานพยาบาลทำอย่างไร

1.5.3 การจัดสรรงบประมาณครอบคลุมการป้องกัน ส่งเสริม รักษาอย่างไร

ค) สิทธิประโยชน์

- หลักประกันสุขภาพควรให้ความคุ้มครองสิทธิประโยชน์เฉพาะรายบุคคล (แรงงานนอกระบบ) หรือครอบคลุมแรงงานนอกระบบและสมาชิกในครอบครัวของแรงงานนอกระบบด้วย

- (หากครอบคลุมถึงบุคคลในครอบครัวของแรงงานนอกระบบ) สมาชิกครอบครัวของแรงงานนอกระบบที่ควรได้รับสิทธิประโยชน์มีใครบ้าง (ภรรยา บุตร บิดา มารดา)

- สิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่แรงงานนอกระบบพึงได้รับด้านใดบ้าง พร้อมลำดับความสำคัญ

- ☐ ด้านการป้องกัน ☐ การส่งเสริม ☐ การรักษา ☐ อื่นๆ

- สิทธิประโยชน์ที่บุคคลในครอบครัวของแรงงานนอกระบบพึงได้รับด้านใดบ้าง พร้อมลำดับความสำคัญ

- ☐ ด้านการป้องกัน ☐ การส่งเสริม ☐ การรักษา ☐ อื่นๆ

- สิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานต่อไป นี้ ที่แรงงานนอกระบบและบุคคลในครอบครัวพึงได้รับตามสิทธิหรือสามารถจ่ายเองได้

(ดูในตารางสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่แรงงานนอกระบบและบุคคลในครอบครัวพึงได้รับตามสิทธิหรือสามารถจ่ายเองได้)

5. ข้อคิดเห็นและข้อเสนออื่นๆ ต่อการพัฒนาระบบประกันสุขภาพแรงงานนอกระบบและครอบครัว

**โครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนาหลักประกันสุขภาพของประชาชนกลุ่มแรงงานนอกระบบและครอบครัว
ชุดที่ 3 ประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่มผู้นำชุมชน**

1. ความคิดเห็นต่อสถานการณ์การประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัวในปัจจุบันเป็นอย่างไร

- หลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันครอบคลุมแรงงานนอกระบบหรือไม่ อย่างไร
- หลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันครอบคลุมบุคคลในครอบครัวของแรงงานนอกระบบหรือไม่ อย่างไร
- ในหมู่บ้าน ,ชุมชนของท่านมีกองทุนที่ให้การดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบและครอบครัวหรือไม่ กองทุนอะไรและให้การดูแลสุขภาพในลักษณะใด

2. หลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัวจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาหรือไม่

3. เหตุผลใดที่ทำให้จำเป็นต้องพัฒนาหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว

- ปัญหาสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว
- ปัญหาการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว
- ปัญหาหลักประกันสุขภาพไม่ครอบคลุมแรงงานนอกระบบและครอบครัว
- ปัญหาการเข้าถึงบริการของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

4. รูปแบบของหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสมของแรงงานนอกระบบและครอบครัวควรเป็นอย่างไร

- รูปแบบเดิมหรือรูปแบบใหม่
- รูปแบบดังกล่าวควรเป็นอย่างไร
- กองทุนเดียวหรือหลายกองทุน
- ควรเป็นระบบบังคับหรือสมัครใจ

5. หลักประกันสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัวควรเป็นระบบบังคับหรือสมัครใจ

6. หลักประกันสุขภาพครอบคลุมการป้องกัน ส่งเสริม รักษาหรือไม่

6.1 การป้องกัน

☐ ไม่ครอบคลุม

☐ ครอบคลุม

ถ้าครอบคลุม ครอบคลุมอะไรบ้าง.....

6.2 การส่งเสริม

☐ ไม่ครอบคลุม

☐ ครอบคลุม

ถ้าครอบคลุม ครอบคลุมอะไรบ้าง.....

6.3 การรักษา

☐ ไม่ครอบคลุม

☐ ครอบคลุม

ถ้าครอบคลุม ครอบคลุมอะไรบ้าง.....

7. หลักประกันสุขภาพควรครอบคลุมใครบ้าง

☐ เฉพาะแรงงานนอกระบบ

☐ แรงงานนอกระบบและบุคคลในครอบครัว

8. ในการนี้ที่ครอบคลุมแรงงานนอกระบบและบุคคลในครอบครัว บุคคลในครอบครัวที่ควรได้รับสิทธิประโยชน์มีใครบ้าง

☐ ภรรยา หรือสามี

☐ บุตร

☐ บิดา, มารดา

☐ อื่นๆ (ระบุ).....

9. สิทธิประโยชน์ภายใต้หลักประกันสุขภาพที่แรงงานนอกระบบพึงได้รับมีอะไรบ้าง

☐ การป้องกัน

สิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับมีอะไรบ้าง

☐ การส่งเสริม

สิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับมีอะไรบ้าง

☐ การรักษา

สิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับมีอะไรบ้าง

☐ อื่นๆ

สิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับมีอะไรบ้าง

10. การบริหารจัดการกองทุนเป็นอย่างไร

10.1 ผู้เกี่ยวข้องจะเป็นใคร มีบทบาทหน้าที่ใด

- ใครคือผู้วางนโยบายและกฎระเบียบ
- ใครคือผู้จัดสรรเงินและกำกับดูแล
- ใครคือผู้ให้บริการ
- ใครคือผู้เก็บเงินเข้ากองทุน

10.2 เงินกองทุนมาจากไหนบ้าง

- สัดส่วนเงินสมทบเป็นอย่างไร
- แรงงานนอกระบบและครอบครัวควรมีส่วนร่วมในการจ่ายเงินหรือไม่ อย่างไร
- วิธีการจ่ายเงินเข้ากองทุนทำอย่างไร(เก็บภาษี, ส่งเงินสมทบ, เงินสะสม ฯลฯ)

10.3 การตรวจสอบการบริหารกองทุนทำอย่างไร

10.4 ระบบข้อมูลที่จะนำมาใช้ในการบริหารกองทุนมาจากไหน

10.5 การประชาสัมพันธ์ให้แรงงานนอกระบบและครอบครัวมารับบริการทำอย่างไร

11. ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่น ๆ

.....

.....

.....

โครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนาหลักประกันสุขภาพของประชาชนกลุ่มแรงงานนอกระบบและครอบครัว
ชุดที่ 4 ประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมาย

1. ความคิดเห็นต่อสถานการณ์การประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัวในปัจจุบันเป็นอย่างไร

- หลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันครอบคลุมแรงงานนอกระบบหรือไม่ อย่างไร
- หลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันครอบคลุมบุคคลในครอบครัวของแรงงานนอกระบบหรือไม่ อย่างไร

2. หลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัวจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาหรือไม่

3. เหตุผลใดที่ทำให้จำเป็นต้องพัฒนาหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว

- ปัญหาสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว
- ปัญหาการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว
- ปัญหาหลักประกันสุขภาพไม่ครอบคลุมแรงงานนอกระบบและครอบครัว
- ปัญหาการเข้าถึงบริการของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

4. รูปแบบของหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสมของแรงงานนอกระบบและครอบครัวควรเป็นอย่างไร

- รูปแบบเดิมหรือรูปแบบใหม่
- รูปแบบดังกล่าวควรเป็นอย่างไร
- กองทุนเดียวหรือหลายกองทุน
- ควรเป็นระบบบังคับหรือสมัครใจ

5. หลักประกันสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัวควรเป็นระบบบังคับหรือสมัครใจ

6. หลักประกันสุขภาพครอบคลุมการป้องกัน ส่งเสริม รักษาหรือไม่

6.1 การป้องกัน

☐ ไม่ครอบคลุม

☐ ครอบคลุม

ถ้าครอบคลุม ครอบคลุมอะไรบ้าง...

.....

6.2 การส่งเสริม

☐ ไม่ครอบคลุม☐ ครอบคลุม

ถ้าครอบคลุม ครอบคลุมอะไรบ้าง.....

6.3 การรักษา

☐ ไม่ครอบคลุม☐ ครอบคลุม

ถ้าครอบคลุม ครอบคลุมอะไรบ้าง.....

7. หลักประกันสุขภาพควรครอบคลุมใครบ้าง

☐ เฉพาะแรงงานนอกระบบ☐ แรงงานนอกระบบและบุคคลในครอบครัว

8. ในกรณีที่ครอบคลุมแรงงานนอกระบบและบุคคลในครอบครัว บุคคลในครอบครัวที่ควรได้รับสิทธิประโยชน์มีใครบ้าง

☐ ภรรยา หรือสามี☐ บุตร☐ บิดา, มารดา☐ อื่นๆ (ระบุ).....

9. สิทธิประโยชน์ภายใต้หลักประกันสุขภาพที่แรงงานนอกระบบพึงได้รับมีอะไรบ้าง

☐ การป้องกัน

สิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับมีอะไรบ้าง

☐ การส่งเสริม

สิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับมีอะไรบ้าง

☐ การรักษา

สิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับมีอะไรบ้าง

☐ อื่นๆ

สิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับมีอะไรบ้าง

10. การบริหารจัดการกองทุนเป็นอย่างไร

10.1 ผู้เกี่ยวข้องจะเป็นใคร มีบทบาทหน้าที่ใด

- ใครคือผู้วางนโยบายและกฎระเบียบ
- ใครคือผู้จัดสรรเงินและกำกับดูแล
- ใครคือผู้ให้บริการ
- ใครคือผู้เก็บเงินเข้ากองทุน

10.2 เงินกองทุนมาจากไหนบ้าง

- สัดส่วนเงินสมทบเป็นอย่างไร
- แรงงานนอกระบบและครอบครัวควรมีส่วนร่วมในการจ่ายเงินหรือไม่ อย่างไร
- วิธีการจ่ายเงินเข้ากองทุนทำอย่างไร (เก็บภาษี, ส่งเงินสมทบ, เงินสะสม ฯลฯ)

10.3 การตรวจสอบการบริหารกองทุนทำอย่างไร

10.4 ระบบข้อมูลที่จะนำมาใช้ในการบริหารกองทุนมาจากไหน

10.5 การประชาสัมพันธ์ให้แรงงานนอกระบบและครอบครัวมารับบริการทำอย่างไร

11. ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....

.....

.....

ผนวกที่ 2

รายนามผู้ให้ข้อมูล

รายนามแรงงานนอกระบบผู้ให้สัมภาษณ์ จำนวน 54 คน

รายนามผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มผู้นำชุมชนและผู้แทนแรงงานนอกระบบ (9 กลุ่ม)

รายนามผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมาย (9 กลุ่ม)

รายนามผู้ให้สัมภาษณ์นักวิชาการและผู้บริหาร

(1) รายนามแรงงานนอกระบบผู้ให้สัมภาษณ์ จำนวน 54 คน

ผู้ให้สัมภาษณ์	อาชีพ
ชุมชนลำพะอง	
รายชื่อที่ 1	รับจ้างทั่วไป เช่น ลอกแผ่นพลาสติก คัดแยกถุงพลาสติก
รายชื่อที่ 2	รับจ้างเย็บผ้าโหล
รายชื่อที่ 3	ขายลูกชิ้นปิ้ง
รายชื่อที่ 4	รับจ้างทั่วไป เช่น ล้างถุงพลาสติก
รายชื่อที่ 5	ขายกล้วยเดี่ยว
รายชื่อที่ 6	รับจ้างทั่วไป เช่น ทาสี ต่อเติมบ้าน
ชุมชน ส.พัทยา	
รายชื่อที่ 1	รับจ้างทั่วไป
รายชื่อที่ 2	เก็บขยะ / คัดแยกขยะขาย
รายชื่อที่ 3	เก็บขยะ / คัดแยกขยะขาย
รายชื่อที่ 4	รับจ้างทั่วไป เช่น ซักผ้า ดูแลคนป่วย
รายชื่อที่ 5	ขายข้าวเหนียวมะม่วง
รายชื่อที่ 6	ขับมอเตอร์ไซด์รับจ้าง
ชุมชนร่มเกล้า	
รายชื่อที่ 1	รับจ้างเย็บรองเท้าโหล
รายชื่อที่ 2	ขายอาหารตามสั่ง
รายชื่อที่ 3	ขับมอเตอร์ไซด์รับจ้าง
รายชื่อที่ 4	รับจ้างเก็บขยะในชุมชน
รายชื่อที่ 5	รับจ้างเย็บรองเท้าโหล
รายชื่อที่ 6	ขายผักดอง

ผู้ให้สัมภาษณ์	อาชีพ
ชุมชนห่อเสาเข็ม รายที่ 1 รายที่ 2 รายที่ 3 รายที่ 4 รายที่ 5 รายที่ 6	รับจ้างขายของ (ขายผัก) ขายผักไทย / หอยทอด ขายน้ำดื่ม (โอเลี้ยง น้ำลำไย เป๊ปซี่) ขายของชำอยู่บ้าน รับจ้างทั่วไป เช่น ชักผ้า ช่วยขายของ ขายแหนมยาง
ชุมชนหัวลำพู รายที่ 1 รายที่ 2 รายที่ 3 รายที่ 4 รายที่ 5 รายที่ 6	ประมง ออกเรือจับปลาทะเล รับจ้างยกของขึ้นรถ / เด็กติดท้ายรถ รับจ้างทั่วไป เช่น รับจ้างเลี้ยงเด็ก ประมง ออกเรือจับปลาทะเล ขายผัก ประมง ออกเรือจับปลาทะเล
ชุมชนเคหะบางพลี รายที่ 1 รายที่ 2 รายที่ 3 รายที่ 4 รายที่ 5 รายที่ 6	ขับมอเตอร์ไซด์รับจ้าง ขายของชำอยู่บ้าน ขายอาหารตามสั่ง ขายของชำอยู่บ้าน เกษตรกร เลี้ยงปลาสด เกษตรกร เลี้ยงปลาสด
ชุมชนท่าเรือ รายที่ 1 รายที่ 2 รายที่ 3 รายที่ 4 รายที่ 5 รายที่ 6	ถีบสามล้อรับจ้าง รับจ้างมัดหัวหอม รับจ้างมัดหัวหอม รับจ้างมัดหัวหอม ขายขนมจีน รับจ้างชักผ้า / รีดผ้า

ผู้ให้สัมภาษณ์	อาชีพ
ชุมชนหนองกก	
รายชื่อที่ 1	รับจ้างซ่อมรถ
รายชื่อที่ 2	รับจ้างทำเหล็กดัด
รายชื่อที่ 3	ขายกล้วยเดี่ยว
รายชื่อที่ 4	ทำนา และทอผ้าเป็นอาชีพเสริม
รายชื่อที่ 5	ทำนา และเป็นช่างตัดผม
รายชื่อที่ 6	ช่างตัดเย็บเสื้อผ้า
ชุมชนบ้านดุม	
รายชื่อที่ 1	รับจ้างเจียรนัยพลอย
รายชื่อที่ 2	ขายขนม
รายชื่อที่ 3	ทำนาและรับจ้างทั่วไป
รายชื่อที่ 4	ทำนาและรับจ้างทั่วไป
รายชื่อที่ 5	ช่างตัดเย็บเสื้อผ้า
รายชื่อที่ 6	รับจ้างเจียรนัยพลอย

(2) รายนามผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มผู้นำชุมชนและผู้แทนแรงงานนอกระบบ
(9 กลุ่ม)

ผู้นำชุมชน ชุมชนวัดลำพะอง

วันที่ 28 มกราคม 2544 สถานที่จัดสนทนากลุ่ม มูลนิธิก้าวหน้า

1. ประธานชุมชน
2. กรรมการชุมชน
3. ตัวแทนลูกจ้าง
4. ตัวแทนผู้ประกอบการ
5. อสม.ชุมชน
6. ตัวแทนกลุ่มขับมอเตอร์ไซด์รับจ้าง
7. ประธานกรรมการมูลนิธิก้าวหน้า

ผู้นำชุมชน ชุมชน ส.พัทยา

วันที่ 10 มีนาคม 2544 สถานที่จัดสนทนากลุ่ม ศูนย์เด็กเล็กในชุมชน

1. รองประธานชุมชน
2. เภรัญญิก
3. กรรมการชุมชน

ผู้นำชุมชน ชุมชนร่มเกล้า โซน 9

วันที่ 25 มกราคม 2544 สถานที่จัดสนทนากลุ่ม ห้องประชุมสหกรณ์ออมทรัพย์ชุมชน ร่มเกล้าโซน 9

1. ประธานชุมชน
2. ตัวแทนสมาชิกกลุ่มอาชีพ
3. อสม. จำนวน 1 ท่าน
4. ตัวแทนกลุ่มทอผ้า
5. ตัวแทนกลุ่มรองเท้า
6. ตัวแทนกลุ่มมอเตอร์ไซด์รับจ้าง
7. หัวหน้ากลุ่มเย็บรองเท้า

ผู้นำชุมชน ชุมชนหล่อเส้าเข้ม

วันที่ 18 มีนาคม 2544 สถานที่จัดสนทนากลุ่ม ศูนย์รวมชุมชน

1. ประธานชุมชน
2. รองประธานคณะกรรมการชุมชน
3. ผู้ช่วยประธาน
4. ที่ปรึกษาคณะกรรมการชุมชน
5. กรรมการชุมชน จำนวน 5 ท่าน

ผู้นำชุมชน ชุมชนบ้านหัวลำพู

วันที่ 11 มีนาคม 2544 สถานที่จัดสนทนากลุ่ม ศูนย์ส่งเสริมเศรษฐกิจพอเพียงประจำหมู่บ้าน

1. ประธานศูนย์ส่งเสริมเศรษฐกิจพอเพียงประจำหมู่บ้าน
2. รักษาการแทนประธาน
3. กรรมการหมู่บ้าน จำนวน 3 ท่าน
4. เลขานุการศูนย์ส่งเสริมเศรษฐกิจพอเพียงประจำหมู่บ้าน

ผู้นำชุมชน ชุมชนไทยประกัน

วันที่ 18 สิงหาคม 2544 สถานที่จัดสนทนากลุ่ม ที่ทำการผู้ใหญ่บ้านหมู่ 15

1. ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ 15
2. ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน
3. อบต.หมู่ 15 จำนวน 2 ท่าน
4. อสม.หมู่ 15 จำนวน 4 ท่าน
5. กรรมการชุมชน

ผู้นำชุมชน ชุมชนท่าเรือ

วันที่ 3 เมษายน 2544 สถานที่สนทนากลุ่ม บ้านท่าเรือ หมู่ 9 ต.โพธิ์ อ.เมือง จ.ศรีสะเกษ

- 1.. ประธานชุมชนท่าเรือ
2. รองประธานชุมชนท่าเรือ
3. ประธานกลุ่มออมทรัพย์
4. กรรมการชุมชนท่าเรือ
5. อสม. จำนวน 1 ท่าน
6. ตัวแทนกลุ่มอาชีพ
7. ตัวแทนกลุ่มแม่บ้าน

ผู้นำชุมชน ชุมชนหนองกก

วันที่ 4 เมษายน 2544 สถานที่จัดสนทนากลุ่ม ศาลาวัดบ้านหนองกก ต.ยาง อ.กันทรารมย์ จ.ศรีสะเกษ

1. ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน หมู่ 2
2. ประธาน อสม. หมู่ 2
3. กรรมการหมู่บ้าน หมู่ 2
4. กรรมการศูนย์สงเคราะห์ฯ
5. ประธานกลุ่มสตรี
6. ประธานกลุ่มออมทรัพย์

ผู้นำชุมชน ชุมชนบ้านตุม

วันที่ 6 เมษายน 2544 สถานที่จัดสนทนากลุ่ม บ้านตุมเหนือ ต.ตุม อ.ปรางค์กู่ จ.ศรีสะเกษ

1. กำนัน ต.ตุม
2. ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ 1
3. ประธานบริหาร อบต.ตุม
4. อสม. จำนวน 1 ท่าน
5. กรรมการหมู่บ้าน
6. กรรมการศูนย์สงเคราะห์
7. ตัวแทนกลุ่มแม่บ้าน
8. ตัวแทนกลุ่มเย็บผ้า

(3) รายนามผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมาย (9 กลุ่ม)

ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมายชุมชนวัดลำพะอง

วันที่ 24 มกราคม 2544 สถานที่จัดสนทนากลุ่ม ห้องประชุม โรงพยาบาลหนองจอก

1. ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข เขต 43
2. หัวหน้าสำนักงานประชาสงเคราะห์ เขตพื้นที่ 8
3. หัวหน้าฝ่ายสังคมสงเคราะห์โรงพยาบาลหนองจอก
4. หัวหน้าฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตหนองจอก
5. ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคม เขตพื้นที่ 3
6. หัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุข สาขาลำพะอง
7. ผู้อำนวยการสำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานเขต 9

ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมายชุมชน ส.พัทธา

วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2544 สถานที่จัดสนทนากลุ่ม โรงพยาบาลราชวิถี

1. ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข เขต 25 ห้วยขวาง
2. ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคม เขตพื้นที่ 1 ดินแดง
3. หัวหน้าสำนักงานประชาสงเคราะห์ เขตพื้นที่ 6
4. หัวหน้าฝ่ายสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลราชวิถี
5. หัวหน้าฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตห้วยขวาง
6. หัวหน้าสำนักงานผู้รับงานไปทำที่บ้าน กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน
7. ผู้อำนวยการสำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน พื้นที่ดินแดง

ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมายชุมชนเคหะ ร่วมเกล้า โซน 9

วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2544 สถานที่จัดสนทนากลุ่ม ห้องประชุม โรงพยาบาลลาดกระบัง

1. หัวหน้าฝ่ายสังคมสงเคราะห์โรงพยาบาลลาดกระบัง
2. หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข เขต 46 กันตารัตินุทิศ
3. หัวหน้า ศูนย์บริการสาธารณสุข เขต 46 สาขาร่วมเกล้า
4. หัวหน้าฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตลาดกระบัง
5. หัวหน้างานพัฒนาชุมชนแออัด กองพัฒนาชุมชนแออัดส่วนกลาง การเคหะแห่งชาติ
6. หัวหน้าส่วนพัฒนาสวัสดิการชุมชน สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน
7. เจ้าหน้าที่ฝ่ายเครือข่ายลาดกระบัง สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน

ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมาย ชุมชนหล่อเสาเข็ม

วันที่ 21 มีนาคม 2544 สถานที่จัดสนทนากลุ่ม ห้องประชุม สำนักงานเทศบาล ต.ลำโรงใต้

1. นายกเทศมนตรีตำบลลำโรงใต้ สำนักงานเทศบาลตำบลลำโรงใต้ จ.สมุทรปราการ
2. ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขฯ สำนักงานเทศบาลตำบลลำโรงใต้ จ.สมุทรปราการ
3. สาธารณสุขอำเภอพระประแดง จ.สมุทรปราการ
4. หัวหน้าสถานีอนามัย ตำบลลำโรงใต้ อำเภอพระประแดง จ.สมุทรปราการ
5. พัฒนาการอำเภอพระประแดง สำนักงานพัฒนาชุมชน อ.พระประแดง จ.สมุทรปราการ
6. หัวหน้าสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสมุทรปราการ สาขาพระประแดง จ.สมุทรปราการ

ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมาย จังหวัดสมุทรปราการ

วันที่ 12 มีนาคม 2544 สถานที่จัดสนทนากลุ่ม สำนักงานพัฒนาชุมชน จังหวัดสมุทรปราการ

1. หัวหน้าฝ่ายสวัสดิการสังคม สำนักงานประชาสงเคราะห์ จ.สมุทรปราการ
2. หัวหน้างานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลสมุทรปราการ
3. ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข สำนักงานเทศบาล ต.บางปู
4. เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข สถานีอนามัย ต.บางปู
5. พยาบาลวิชาชีพ 7 ศูนย์ประกันสุขภาพ โรงพยาบาลสมุทรปราการ
6. พัฒนาการอำเภอเมืองสมุทรปราการ
7. สาธารณสุขอำเภอเมือง จ.สมุทรปราการ
8. พัฒนาการจังหวัดสมุทรปราการ สำนักงานพัฒนาชุมชน จ.สมุทรปราการ

ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมายชุมชนเคหะ ร่มเกล้า โซน 9

วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2544 สถานที่จัดสนทนากลุ่ม ห้องประชุมศูนย์บริการสาธารณสุข เขต 46 ก้นตารัตติกุทิศ

1. หัวหน้าแผนกพัฒนาชุมชนแออัด การเคหะแห่งชาติ
2. เจ้าพนักงานพัฒนาชุมชน 2 ฝ่ายพัฒนาชุมชน สำนักงานเขตลาดกระบัง
3. นายแพทย์ 8 ศูนย์บริการสาธารณสุขเขต 46 ก้นตารัตติกุทิศ
4. นายแพทย์ 4 ศูนย์บริการสาธารณสุขเขต 46 ก้นตารัตติกุทิศ
5. พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. ศูนย์บริการสาธารณสุขเขต 46 ก้นตารัตติกุทิศ

ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมายชุมชนท่าเรือ

วันที่ 8 เมษายน 2544 สถานที่จัดสนทนากลุ่ม บ้านท่าเรือ หมู่ 9 ต.โพธิ์ อ.เมือง จ.ศรีสะเกษ

1. พยาบาลเทคนิค 6 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
2. นักวิชาการสุขศึกษา 7 โรงพยาบาลศรีสะเกษ
3. ประธานกลุ่มออมทรัพย์ ชุมชนท่าเรือ
4. ประธานกลุ่มออมทรัพย์ ชุมชนศรีมงคล

ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมายชุมชนหนองกก

วันที่ 9 เมษายน 2544 สถานที่จัดสนทนากลุ่ม อบต.ยาง ต.ยาง อ.กันทรารมย์ จ.ศรีสะเกษ

1. เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 6 สถานีอนามัยต.ยาง
2. หัวหน้า ศ.ช.มช. อสม.หนองกก หมู่ 2 ต.ยาง
3. ประธานกรรมการบริหาร อบต.ต.ยาง
4. ประธาน อบต.ยาง
5. ปลัดอบต. ต.ยาง
6. ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ 2 บ้านหนองกก ต.ยาง
7. ผู้นำอช. ต.ยาง

ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมายชุมชนบ้านตูม

วันที่ 9 เมษายน 2544 สถานที่จัดสนทนากลุ่ม อบต.ตูม หมู่ 1 ต.ตูม อ.ปรางค์กู่ จ.ศรีสะเกษ

1. ประธานบริหารอบต.ตูม
2. สาธารณสุข ต.ตูม หัวหน้าสถานีอนามัยตูม
3. แพทย์ประจำตำบลตูม
4. นักพัฒนาชุมชน สำนักงานพัฒนาชุมชน อ.ปรางค์กู่

5. สาธารณสุขอำเภอปรางค์กู่
6. ผู้ใหญ่บ้านหมู่ 1
7. ประธานเยาวชน หมู่ 1

(4) รายชื่อผู้ให้สัมภาษณ์ นักวิชาการและผู้บริหาร

1. สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ
2. ประกันสังคมจังหวัดสมุทรปราการ
3. ประกันสังคม บางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ
4. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการ
5. ประชาสงเคราะห์ จังหวัดสมุทรปราการ
6. สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
7. ประกันสังคม จังหวัดศรีสะเกษ
8. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ
9. ประชาสงเคราะห์ จังหวัดศรีสะเกษ
10. อาจารย์ คณะสังคมสงเคราะห์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ผนวกที่ 3

ข้อมูลชุมชน จำนวน 9 ชุมชน

กรุงเทพมหานคร จำนวน 3 ชุมชน

(1) ชุมชนลำพะอง

ชื่อชุมชน	ชุมชนลำพะอง
ที่ตั้ง	หมู่ที่ 7 ถนนสังฆประชานุสรณ์ แขวงลำผักชี เขตหนองจอก กรุงเทพฯ
ประเภทชุมชน	ชุมชนชานเมือง
การจัดตั้งชุมชน	จดทะเบียนจัดตั้งเป็นชุมชนตั้งแต่ปี พ.ศ.2540
การถือครองที่ดิน	ที่ดินของวัดให้เช่าอยู่
ข้อมูลประชากร	
	จำนวนหลังคาเรือน 300 หลัง
	ประชากร 1,300 คน
	การศึกษา ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา
	ศาสนา ศาสนาพุทธ

อาชีพ

การประกอบอาชีพของคนในชุมชนส่วนใหญ่เป็นแรงงานนอกระบบ ได้แก่ ค้าขาย รับจ้างทั่วไป เก็บของเก่าขาย รับเหมาก่อสร้าง และกรรมกร ในชุมชนมีผู้ประกอบการรับซื้อของเก่าหลายราย ซึ่งเป็นแหล่งจ้างงานคนในชุมชนได้บางส่วน เช่น การซักล้างถุงพลาสติก การคัดแยกของเก่า และการลอกแถบพลาสติกที่ติดถุงพลาสติก เป็นต้น อย่างไรก็ตามคนในชุมชนจำนวนไม่มากนักประกอบอาชีพรับราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และพนักงานในโรงงาน

คณะกรรมการชุมชน

มีคณะกรรมการชุมชนทั้งหมด 7 คน ได้รับการแต่งตั้งอย่างเป็นทางการจากสำนักงานเขต ซึ่งแต่ละคนมีภาระหน้าที่ในการประกอบอาชีพหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว จึงทำให้ไม่ค่อยมีเวลาทำงานกันได้เต็มที่ ปัจจุบันกรรมการชุมชนกำลังริเริ่มจะรวมกลุ่มคนในชุมชนเพื่อจัดตั้งกลุ่มออมทรัพย์

ประวัติชุมชน

ชุมชนนี้เริ่มมีคนเข้ามาเช่าที่วัดปลูกบ้านประมาณปลายปี พ.ศ.2539 ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อพยพมาจากหนองตะกั่ว จ.สมุทรปราการ เนื่องจากถูกเวนคืนที่ดินเพื่อสร้างสนามบินหนองงูเห่า

ได้คำรื้อถอนมาประมาณครบคร้วละ 800,000 บาท นำมาเช่าที่และปลูกสร้างบ้าน บริเวณที่ดินทางวัดจัดแบ่งเป็นล๊อค ๆ ละ 42 ตารางวา คิดค่าเช่า 1 บาท/ตารางวา/เดือน รวมค่าเช่าปีละ 504 บาท/ล๊อค สัญญาเช่าไม่มีกำหนดสัญญา ทางวัดให้เช่าอยู่ไปได้ตลอด ลักษณะบ้านเรือนในชุมชนปลูกสร้างอย่างมั่นคงแต่ละหลังมีพื้นที่เป็นสัดส่วน บางครอบครัวเช่าที่ 2 ล๊อคจะมีพื้นที่บริเวณบ้านกว้างขวาง ส่วนใหญ่จะปลูกเป็นบ้านไม้และครึ่งตึกครึ่งไม้ มีเพียงไม่กี่หลังเท่านั้นที่ปลูกเป็นเพิงเล็ก ๆ ใช้เศษไม้ประกอบเป็นบ้าน การเช่าที่ดินก่อนทำสัญญาต้องเสียค่าหน้าดิน 6,000 บาท บางครอบครัวมาที่หลังต้องมาขอซื้อสิทธิต่อจากคนอื่นถึงหนึ่งแสนบาทเพื่อให้ได้ที่ปลูกบ้านอยู่

สภาพปัญหาสุขภาพอนามัยของคนในชุมชน

1. การเจ็บป่วยทั่วไป เช่น ไข้หวัด ไข้ โรคกระเพาะ
2. การเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพ เช่น ผื่นคันจากสารเคมีที่ติดมากับถุงพลาสติก การปวดเมื่อยจากการทำงานท่าเดียวเป็นเวลานาน

คนในชุมชนนี้ยังไม่มีบัตรสป.ประเภทผู้มีรายได้น้อย เนื่องจากผู้นำชุมชนเพิ่งพาไปยื่นเรื่องขอทำบัตรสป. ที่สำนักงานเขตหนองจอกเมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ.2543 จึงยังไม่ได้รับบัตรสป.

การดูแลสุขภาพตัวเมื่อเจ็บป่วยของคนในชุมชน หากเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ไข้หวัด ปวดศีรษะ จะซื้อยาจากร้านขายของในชุมชน (ทิฟฟี่, ทัมใจ) หากยังไม่หายหรือมีอาการหนักจะไปหาหมอที่คลินิกหรือโรงพยาบาลลาดกระบัง ซึ่งอยู่ห่างจากชุมชน

สถานบริการสาธารณสุข

1. ศูนย์บริการสาธารณสุข 43 สาขาลำพะอง ตั้งอยู่หน้าชุมชน บริการรักษาพยาบาลขั้นต้นและรณรงค์ด้านส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคแก่ประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
2. ศูนย์สาธารณสุขประจำชุมชน ก่อตั้งตั้งแต่ปี พ.ศ.2541 ปัจจุบันมีสม.ดูแลอยู่ 1 คน ให้บริการตรวจสุขภาพเบื้องต้นแก่คนในชุมชน เช่น ตรวจวัดความดันโลหิต ตรวจเช็คระดับน้ำตาลของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน และการปฐมพยาบาลเบื้องต้น
3. ศูนย์บริการสาธารณสุขที่บียง อยู่ห่างจากชุมชนประมาณ 5 กิโลเมตร บางครอบครัวจะพาเด็กเล็กที่เจ็บป่วยไปรับบริการที่ศูนย์นี้
4. โรงพยาบาลลาดกระบัง เขตลาดกระบัง เป็นโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร อยู่บริเวณตลาดหัวจรเข้ อยู่ห่างจากชุมชนประมาณ 20 กิโลเมตร การเดินทางโดยรถสองแถวรับจ้างจากหน้าชุมชนโดยต่อรถ 3 ต่อ

5. คลินิก/ร้านขายยา บริเวณตลาดหัวจรเข้ อยู่ห่างจากชุมชนประมาณ 20 กิโลเมตร มีคลินิกและร้านขายยาหลายแห่ง
6. หมอพื้นบ้าน มีหมอเสกเป่า 1 คน อยู่ห่างจากชุมชนประมาณ 3 กิโลเมตร ครอบครัวที่มีเด็กเล็กไม่สบายจะพาไปให้หมอกวาดคอให้เด็ก หรือคนที่ เป็นโรคผิวหนังจะพาไปให้เป่าด้วยน้ำมันดี
7. โรงพยาบาลนพรัตน์ ถนนรามอินทรา คนในชุมชนบางส่วนเคยไปรับบริการที่นี่
8. โรงพยาบาลหนองจอก เขตหนองจอก เป็นโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร

สภาพปัญหาอื่น ๆ ที่พบในชุมชน

1. ปัญหาสิ่งแวดล้อม เนื่องจากการเผาขยะมูลฝอยจากบ้านเรือน
2. ผู้ประกอบกิจการค้าของเก่าในชุมชน ก่อให้เกิดปัญหาหลายด้านที่สำคัญคือมีสารพิษปะปนมากับขยะหรือของเก่าที่รับซื้อมาจากที่อื่น โดยเฉพาะของที่ซื้อมาจากโรงงานมักจะมีสารเคมีตกค้างอยู่ในถุงพลาสติก
3. การขาดแคลนน้ำสำหรับอุปโภค-บริโภค เนื่องจากน้ำที่ใช้ในปัจจุบันเป็นน้ำบาดาลจากบ่อน้ำของเอกชนเพียงบ่อเดียวที่จ่ายน้ำให้ใช้ทั้งชุมชน โดยมีเวลาการเปิดน้ำเฉพาะช่วงเย็น จึงทำให้น้ำส่งไปไม่ถึงบ้านหลังที่อยู่ท้าย ๆ ห่างออกไป เพราะเปิดน้ำใช้พร้อมกันทั้งชุมชน
4. ไฟส่องถนนในชุมชน ปัจจุบันมีปัญหาเนื่องจากไม่สามารถเก็บเงินจากคนในชุมชนเป็นค่าไฟส่วนรวมได้ ทำให้บางเดือนเก็บเงินได้ไม่พอจ่ายค่าไฟ ทางกรรมการชุมชนได้แก้ปัญหาโดยดำเนินการติดต่อการไฟฟ้าขอติดตั้งมิเตอร์ไฟส่องทางของชุมชนอยู่

(2) ชุมชน ส.พัทยา

ชื่อชุมชน	ชุมชน ส.พัทยา
ที่ตั้ง	ใกล้ อาร์ ซี เอ ถนนโรดัลโรด ริมทางรถไฟสายแปดริ้ว แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ
ประเภทชุมชน	ชุมชนแออัด
การจัดตั้งชุมชน	จัดตั้งตามระเบียบกรุงเทพมหานครว่าด้วยกรรมการชุมชน พ.ศ.2534 เมื่อวันที่ 22 ม.ค. 2539
การถือครองที่ดิน	บุกรุกที่ดินเอกชน
ข้อมูลประชากร	จำนวนหลังคาเรือน 175 หลัง จำนวนครอบครัว 197 ครอบครัว ประชากร 659 คน

การศึกษา
ศาสนา

ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา
ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ

อาชีพ

การประกอบอาชีพของคนในชุมชนส่วนใหญ่เป็นแรงงานนอกระบบ ได้แก่ รับจ้างทั่วไป ค้าขายเล็ก ๆ น้อย ๆ ขับรถมอเตอร์ไซด์รับจ้าง เป็นต้น ส่วนผู้ที่ประกอบอาชีพอยู่ในระบบมีเพียงไม่กี่คนที่ทำงานเป็นพนักงานส่งเอกสารของบริษัท และพนักงานรักษาความปลอดภัย (รปภ.)

คณะกรรมการชุมชน

มีคณะกรรมการชุมชนทั้งหมด 10 คน ได้รับการแต่งตั้งอย่างเป็นทางการจากสำนักงานเขต แต่เนื่องจากแต่ละคนมีภาระหน้าที่ในการประกอบอาชีพหารายได้ให้ครอบครัว จึงทำให้กรรมการไม่สามารถทำงานเพื่อส่วนรวมได้อย่างเต็มที่ การรวมตัวของกรรมการชุมชนยังไม่เข้มแข็ง คนในชุมชนส่วนใหญ่ยังไม่ให้ความสนใจกับกิจกรรมของส่วนรวม จึงยังไม่มีการรวมกลุ่มใด ๆ ในชุมชนนี้เลย

ประวัติชุมชน

บริเวณชุมชนเป็นที่ดินของเอกชนที่ปล่อยทิ้งรกร้างอยู่ริมทางรถไฟสายแปดริ้ว มีคนอพยพเข้ามาปลูกเพิงพักอาศัยเมื่อประมาณ 30 กว่าปีที่แล้ว ต่อมามีคนเข้ามาปลูกบ้านเรือนมากขึ้นจนมีสภาพเป็นชุมชนแออัด บ้านเรือนส่วนใหญ่เป็นบ้านไม้ไม่ค่อยมั่นคง ใช้เศษวัสดุต่าง ๆ เช่น ไม้อัด แผ่นป้ายโฆษณา ไม้ลัง และสังกะสีปลูกสร้างติดกันโดยยกพื้นบริเวณใต้ถุนมีน้ำขังและขยะจากบ้านเรือนที่ทิ้งลงไปจนน้ำเน่าเสีย

สภาพปัญหาสุขภาพอนามัยของคนในชุมชน

1. โรคไข้เลือดออก พบบ่อยในกลุ่มเด็กเล็ก เนื่องจากมีน้ำขังอยู่ใต้ถุนชุมชน เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง
2. ปัญหายาเสพติดในชุมชน มีการซื้อขาย การเสพยาอยู่ทั่วไปในชุมชน โดยเฉพาะเด็กวัยรุ่นมีการจับกลุ่มมั่วสุมยาเสพติด และมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม เด็กวัยรุ่นในชุมชนนี้ส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดเพียงชั้นประถมศึกษา
3. ปัญหาการเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพ เช่น มอเตอร์ไซด์รับจ้าง กรรมกรก่อสร้าง และอุบัติเหตุต่าง ๆ

การดูแลสุขภาพตัวเมื่อเจ็บป่วย คนในชุมชนส่วนใหญ่จะรักษาตัวเองก่อน หากเป็นการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ไข้หวัด ปวดศีรษะ ปวดเมื่อย บาดเจ็บเล็กน้อย หากมีอาการหนักจะไปโรงพยาบาลของรัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเด็ก โรงพยาบาลรามา เนื่องจากเดินทางไปมาสะดวกและอยู่ใกล้ชุมชน นอกจากนี้โรงพยาบาลของรัฐทั้ง 3 แห่งดังกล่าวมีบริการฝ่าย

สังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล ซึ่งคนในชุมชนสามารถไปขอรับความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาค่ารักษาพยาบาลได้

สำหรับการไปรับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข คนในชุมชนมักไม่ค่อยไป เนื่องจากอยู่ไกลชุมชนไม่สะดวกในการเดินทาง ต้องขึ้นรถเมล์ 2 ต่อ คนในชุมชนมักไม่ออกไปนอกชุมชน ทำให้ไม่ทราบสายรถเมล์และถนนในกรุงเทพฯ

สถานบริการสาธารณสุข

1. ศูนย์บริการสาธารณสุข 25 คนในชุมชนส่วนใหญ่ไม่รู้จักรั้วที่ตั้ง มีเพียงบางคนที่เคยไปฝากครรภ์ แต่ก็มีปัญหาอุปสรรคในการเดินทางเพราะไม่ทราบสายรถเมล์และถนนในกรุงเทพฯ
2. โรงพยาบาลราชวิถี
3. โรงพยาบาลเด็ก
4. โรงพยาบาลรามา
5. ศูนย์บริการสาธารณสุขวัดธาตุทอง คนในชุมชนบางส่วนจะไปใช้บริการที่ศูนย์นี้ เนื่องจากเดินทางสะดวก โดยขึ้นรถเมล์ที่ผ่านหน้าชุมชนเพียงต่อเดียว

สภาพปัญหาอื่น ๆ ที่พบในชุมชน

1. สภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม มีน้ำเน่าเสียขังอยู่บริเวณใต้ถุนบ้าน และการทิ้งขยะจากบ้านเรือน ทำให้เป็นแหล่งเพาะของโรคต่าง ๆ เช่น ยุง แมลงสาบ หนู ความแออัดของบ้านเรือนที่ปลูกหลังคาติดกัน ทำให้อากาศถ่ายเทไม่สะดวก
2. ปัญหาค่าใช้จ่ายไฟฟ้าและน้ำประปาในราคาสูง เพราะชุมชนนี้ยังใช้ไฟโดยขอต่อมาจากร้านค้าเอกชนซึ่งมีราคาแพง
3. ปัญหายาเสพติด มีการซื้อขายและเสพยาเสพติดในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มเด็กวัยรุ่นที่ไม่ได้เรียนหนังสือและไม่มียานพาหนะ จะจับกลุ่มมั่วสุมยาเสพติดและมั่วสุมทางเพศ
4. ปัญหาว่างงาน คนในชุมชนที่ว่างงาน ไม่มีงานทำมีอยู่จำนวนหนึ่งที่เป็นภาระของหลาย ๆ ครอบครัว
5. ปัญหาความไม่มั่นคงในที่อยู่อาศัย เนื่องจากกฎหมายศาลแจ้งให้รื้อถอนบ้านเรือนออกจากที่ดินที่อยู่ในปัจจุบัน ทำให้คนในชุมชนประสบปัญหาไม่สามารถหาที่อยู่ใหม่ได้เพราะไม่มีเงินเก็บสะสมที่จะไปหาซื้อหรือเช่าที่อยู่ใหม่

(3) ชุมชนร่มเกล้า

ชื่อชุมชน	ชุมชนร่มเกล้า
ที่ตั้ง	อยู่ภายในการเคหะร่มเกล้าโซน 9 เขตลาดกระบัง มีอาณาเขตติดต่อกับเขตมีนบุรี บางกะปิ กิ่งแก้วฯ
ประเภทชุมชน	เคหะชุมชน
การจัดตั้งชุมชน	
การถือครองที่ดิน	เช่าซื้อ
ข้อมูลประชากร	
	จำนวนหลังคาเรือน 385 หลัง
	ประชากร 1,350 คน
	การศึกษา ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา
	ศาสนา ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ

อาชีพ

การประกอบอาชีพของคนในชุมชนนี้ ได้แก่ ค้าขาย ทำงานบริษัท แรงงานนอกระบบ และเป็นแม่บ้าน เป็นต้น รายได้ของคนในชุมชนเฉลี่ยแล้วตกประมาณ 150 บาท/คน/วัน แต่เงินที่หามาได้ส่วนใหญ่ไม่พอเหลือเก็บ เพราะเมื่อได้มาก็ใช้ไปต่อวัน ส่วนมากคนในชุมชนจะมีหนี้สินกับการเคหะ คือการจ่ายค่าเช่าซื้อที่ดิน และหนี้สินที่เกิดกับกลุ่มออมทรัพย์ภายในชุมชน

คณะกรรมการชุมชน มีคณะกรรมการชุมชนทั้งหมด 14 คน

ประวัติชุมชน

ชุมชนนี้เดิมใช้ชื่อว่า ชุมชนดวงพิทักษ์ ตั้งอยู่ที่บ่อนไก่ คลองเตย ต่อมาเมื่อมีการไล่อื้อถอนและทางรัฐบาลสมัย คุณอานันท์ ปันยารชุน จัดหาที่อยู่ให้ใหม่คือที่ การเคหะร่มเกล้า จึงมีการเปลี่ยนชื่อชุมชนเป็น ชุมชนดวงพิทักษ์ร่มเกล้า

สภาพปัญหาสุขภาพอนามัยของคนในชุมชน

ในชุมชนจะมีการฉีดวัคซีนให้กับเด็กตั้งแต่แรกเกิดจนถึงเด็กก่อนวัยเรียนเป็นประจำ ส่วนผู้ที่ตั้งครรภ์ก็จะมีการติดตามดูแลตั้งแต่เริ่มตั้งท้องจนถึงกำหนดคลอด มีทั้งการให้ยาบำรุง การตรวจครรภ์ ฝากครรภ์ วัดความดัน ซึ่งเหล่านี้ทางอสม.จะเป็นผู้แนะนำและพาไปหาหมอเฉพาะทาง สำหรับผู้ที่เป็บาหวานก็จะมีการนัดไปตรวจวัดความดันตลอด เท่าที่ผ่านมามีภายในชุมชนยังไม่เคยมีการเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือการเกิดโรคระบาด ส่วนอุบัติเหตุทางรถก็จะเกิดจากภายนอกชุมชนเพราะขณะนี้ถนนทางเข้าการเคหะร่มเกล้ากำลังอยู่ระหว่างการก่อสร้าง

ในเรื่องการดูแลรักษาสุขภาพของคนภายในชุมชนนั้น ส่วนใหญ่ทางคณะกรรมการชุมชนและทาง อสส.ของชุมชนจะเป็นผู้ประสานงานและคอยดูแลในการป้องกันและรักษาอยู่ตลอดทั้งให้ความรู้ด้วยการเดินบอกตามบ้าน การให้ความรู้ทางเสียงตามสาย อย่างเช่น เมื่อถึงช่วงที่โรคไข้เลือดออกระบาด ทางคณะกรรมการชุมชนและ อสส. ก็จะประชาสัมพันธ์ให้คนในชุมชนดูแลภายในบ้านให้ดี ไม่ให้มีน้ำขังและแจกทรายเบทให้ทุกครัวเรือน

ขณะนี้ทางชุมชนกำลังอยู่ระหว่างการดำเนินการให้มีการจัดกลุ่มผู้สูงอายุและจะมีการหาวิทยากรมาสอนรำไทเก๊ก ส่วนเรื่องสถานที่จะใช้ลานเอนกประสงค์ของทางโซน 9 หรือจะใช้ลานเอนกประสงค์ของทางการเคหะยังไม่เป็นที่ตกลงกัน ต้องดูที่จำนวนสมาชิกก่อน

เรื่องนี้สินของคนในชุมชนส่วนมากจะเกิดกับทางการเคหะ เพราะต้องส่งค่าเช่าซื้อที่ดิน รองลงมาก็เป็นลูกหนี้กลุ่มออมทรัพย์ ขณะนี้จำนวนหนี้สินของคนในชุมชนที่ขอกู้จากกลุ่มออมทรัพย์ รวมทั้งหมดประมาณ 1,000,000 บาท

สถานบริการสาธารณสุข

ภายในชุมชนจะมีศูนย์สาธารณสุขพื้นฐานภายในชุมชน ดำเนินการโดย อสส. (อาสาสมัครสาธารณสุข) มีข้อจำกัดคือ จ่ายยาได้เพียงอย่างเดียว ไม่มีหมอมาประจำอยู่ หรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะก็ไม่มี ซึ่งบางครั้งก็จ่ายยาถูโรค บางครั้งก็ไม่ถูกกับโรค นอกจากนี้ยังมีสาธารณสุขอยู่นอกเขตชุมชน แต่ก็เปิดจำกัดวัน จำกัดการรักษาซึ่งไม่พอเพียงพอต่อการรักษา ส่วนใหญ่ชาวบ้านจะเข้ารับการรักษาที่คลินิกซึ่งมีอยู่ประมาณ 3-4 ที่ การให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง ถ้าเจ็บป่วยตอนกลางคืนสามารถไปใช้บริการได้ ปัญหาของการใช้บริการที่คลินิกก็คือ ราคาแพง แต่ถ้ามีการเจ็บป่วยมากคนในชุมชนจะเข้าโรงพยาบาลนพรัตนเพราะมีบัตรสป.อยู่ โรงพยาบาลที่อยู่ในเขตพื้นที่ใกล้เคียงมีโรงพยาบาลนพรัตน์ นวมินทร์ ลาดกระบัง ภูมิพล

สภาพปัญหาอื่น ๆ ที่พบในชุมชน

สภาพแวดล้อมโดยส่วนมากจะหนักไปทางด้านยาเสพติดที่มีการนำเข้ามาในชุมชนโดยคนนอกชุมชน ส่วนในเรื่องของขยะไม่ค่อยมีปัญหาเพราะมีการเข้าไปเก็บเป็นประจำ ฝุ่นละอองก็พอมีอยู่ทั่วไป แต่ไม่ถึงกับทำให้หายใจไม่คล่อง จะมีปัญหาอยู่บ้างก็เรื่องความสว่างในชุมชน เพราะตอนนี้ภายในชุมชนยังไม่มีไฟส่องทาง ตลอดทั้งชุมชนจะมีแค่ไฟที่เฉลี่ยกันจ่ายคือ ตั้งไฟจุดหนึ่งครอบคลุมที่บ้าน บ้านไหนบ้าง จุดนั้นก็เฉลี่ยกันออกค่าไฟ แต่ถ้าจุดไหนไม่ต้องการเฉลี่ยหรือไม่มีเงินจ่ายในบริเวณนั้นก็จะมีตลิ่ง

จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 3 ชุมชน

(4) ชุมชนหล่อเสาเข็ม

ชื่อชุมชน	ชุมชนหล่อเสาเข็ม
ที่ตั้ง	ชุมชนหล่อเสาเข็มตั้งอยู่ริมถนนรวงเกล้า เยื้องห้างสรรพสินค้าอิมพีเรียลวิลล์ สำโรงริมคลองสำโรง และมีน้ำขึ้นน้ำลงทำให้น้ำท่วมชุมชนเสมอ ทาง เดินในชุมชนจะเป็นทางปูน
ประเภทชุมชน	ชุมชนแออัด
การจัดตั้งชุมชน	ชุมชนแห่งนี้ได้รับการจดทะเบียนเป็นชุมชนอย่างถูกต้องแล้ว
การถือครองที่ดิน	ชุมชนบุกรุกที่เอกชน

ข้อมูลประชากร

จำนวนหลังคาเรือน	43 หลัง
จำนวนประชากร	250 คน

อาชีพ

ประชากรในชุมชนประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป เป็นพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม ค้าขาย
อิสระ รับเหมาก่อสร้าง พนักงานทำความสะอาด ฯลฯ

คณะกรรมการชุมชน

ชุมชนแห่งนี้มีคณะกรรมการชุมชนจำนวน 6 คน ซึ่งเลือกกันขึ้นมาเองในชุมชนและ
มีศูนย์รวมชุมชนอยู่หน้าชุมชน ใช้เป็นที่ประชุม และให้ข่าวสารแก่คนในชุมชน

ประวัติชุมชน

ชุมชนแห่งนี้ตั้งมาประมาณ 10 กว่าปี เดิมจะมีมากกว่า 43 หลังคาเรือน แต่ก็จะถูกไล่ที่
เข้ามาเรื่อย ๆ จนถึงที่ๆ ชุมชนตั้งอยู่ในปัจจุบัน เดิมที่ตั้งของชุมชนเป็นโรงงานหล่อเสาเข็มและเมื่อโรง
งานหล่อเสาเข็มปิดตัวลง คนงานที่เคยทำงานอยู่ในโรงงานแห่งนี้จึงได้จับจองที่ริมคลองสำโรง
สร้างบ้านใกล้เคียงกับโรงงานหล่อเสาเข็มที่ปิดตัวลง และบริษัททรูคอนกรีตก็ได้มาเช่าที่ต่อ และคนงาน
ของบริษัททรูคอนกรีตก็ได้มาสร้างบ้านขึ้นอีกหลายหลังคาเรือน เดิมช่วงแรก มีไม่ถึง 10 หลังคาเรือน
ส่วนหลังอื่น ๆ ก็ถูกไล่ที่มาจากชุมชนอื่นจึงมาจับจองที่ดินอาศัยอยู่ในชุมชนหล่อเสาเข็มด้วย เดิม
ชุมชนแห่งนี้ไม่มีน้ำประปาใช้ และไม่มีไฟฟ้าใช้ในชุมชน ประชากรในชุมชนแห่งนี้มีทะเบียนบ้าน
แบบชั่วคราว ต่อมาชาวบ้านได้รวมตัวกันไปเรียกร้องเพื่อขอน้ำและไฟฟ้าใช้ในชุมชน จากกระทรวง

มหาไศยสถาน จันทบุรี ชุมชนได้นำและไฟฟ้ามาใช้ในครัวเรือน แต่ประชากรส่วนมากในชุมชนจะเป็นคนต่างจังหวัดทั้งสิ้น และมีบัตรประชาชนอยู่ตามภูมิลำเนาของตนเอง ชุมชนแห่งนี้ได้รับการช่วยเหลือจากสถาบันพัฒนาชุมชนเมือง พ.ช.ม. และการเคหะแห่งชาติ ในเรื่องสหกรณ์ออมทรัพย์ ในเรื่องการหาที่อยู่อาศัยถาวร ให้แก่สมาชิกในชุมชน โดยขณะนี้จำนวนสมาชิกทั้งหมด 17 หลังคาเรือน โดยออมครบครัวละ 200 บาท ต่อเดือน และขณะนี้ได้รับที่ดินไปปลูกบ้านถาวรแล้วจำนวน 7 ครอบครัวยุติ ที่ดินที่ พ.ช.ม. และการเคหะจัดหาให้แก่สมาชิก ในจังหวัดสมุทรปราการมี 2 แห่ง คือ ที่ดินที่ตำบลแพรกษา และที่ดินที่อำเภอบางพลี สมาชิกสหกรณ์ส่วนใหญ่จะเลือกไปปลูกสร้างบ้านที่ตำบลแพรกษามากกว่าที่ดินที่อำเภอบางพลี เพราะสมาชิกให้เหตุผลว่า “ที่ดินที่อำเภอบางพลีอยู่ไกลจากที่ชุมชนหล່อเส้าเข้มมาก และที่ดินที่ตำบลแพรกษาจะอยู่ใกล้กับชุมชนหล່อเส้าเข้มและการเดินทางไป มา สะดวก “

สภาพปัญหาสุขภาพอนามัยของคนในชุมชน

คนในชุมชนแห่งนี้ส่วนใหญ่จะมีอาชีพที่ทำงานรับจ้างอยู่ในโรงงานอุตสาหกรรม และมีคนในชุมชนบางส่วนทำงานอิสระ เช่น ค้าขายรถเข็น รับจ้างทั่วไป ฯลฯ ในชุมชนเหล่านี้มักจะประสบกับปัญหาในเรื่องภาวะเจ็บป่วยโดยเฉพาะการเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ เช่น โรคหวัด หรือเจ็บป่วยจากโรคผิวหนังผื่นคันที่มีให้เห็นได้จากคนในชุมชนที่เป็นโรคผิวหนัง การแสบคอหรือจุกจิกอันเนื่องมาจากการสูดดมน้ำเสียที่มาจากคลองสำโรงซึ่งชุมชนแห่งนี้ปลูกกล้วยที่ริมคลองสำโรง และใกล้กับแหล่งโรงงานอุตสาหกรรม เป็นต้น ทำให้คนในชุมชนต้องไปพึ่งโรงพยาบาลที่ใกล้กับชุมชนมากที่สุดนั่นก็คือโรงพยาบาลสำโรงการแพทย์ แต่ก็มีสถานอนามัยที่ใกล้กับชุมชนที่คนในชุมชนให้ความสนใจน้อยมาก ส่วนใหญ่จะไปรักษาที่โรงพยาบาลสำโรงการแพทย์มากกว่า ปัญหาที่พบอีกประการคือการทำบัตรผู้มีรายได้น้อยซึ่งเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลยังมีคนในชุมชนทำกันน้อยมากและมีบางส่วนที่มีบัตรประกันสังคม และคนที่ประกอบอาชีพอิสระที่ยังไม่มีบัตรอะไรเลยต้องพึ่งหมอที่ร้านขายยา บางคนถึงกับเอายามาฉีดเองเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นในครอบครัว เช่น ใช้หวัด ถ้าใช้ยาฉีดไม่หายก็จะถึงไปพบแพทย์ ซึ่งบางครอบครัวพยายามรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยแต่ก็จะเป็นผลดีซ้ำร้ายอาจทำให้เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ จะเห็นได้ว่าบางครอบครัวยังไม่ยอมที่จะไปพบแพทย์เมื่อตนเองหรือคนในครอบครัวเจ็บป่วย ในชุมชนแห่งนี้มีเด็กพิการศีรษะโตผิดปกติและได้รับการช่วยเหลือจากสำนักงานประชาสงเคราะห์จังหวัดสมุทรปราการในเรื่องการจดทะเบียนคนพิการและให้การช่วยเหลือในเรื่องเงินสงเคราะห์และ เครื่องอุปโภคบริโภค และพบว่าบางส่วนเมื่อเจ็บป่วยมาก ๆ ถึงขั้นผ่าตัด ถึงจะไปโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัด คือโรงพยาบาลสมุทรปราการ หรือไม่ก็จะเข้าไปรักษาตัวในกรุงเทพมหานคร คือโรงพยาบาลจุฬา ฯ หรือโรง

พยาบาลวิชาชีพ ถ้าเจ็บป่วยไม่มากก็จะพียงยามหอบดีตามร้านขายยา หรือไม่ก็ร้านขายของชำในชุมชน ที่มีให้เห็นเป็นตัวอย่างในชุมชน หรือแม้แต่อดีตผู้นำในชุมชนก็เป็นโรคมะเร็ง เช่นกัน

สภาพปัญหาอื่น ๆ ที่พบในชุมชน

1. ปัญหาสภาพแวดล้อม น้ำในลำคลองเสียและบางครั้งเมื่อฝนตกจะมีกลิ่นเหม็นมาก
2. ปัญหาสารเคมีที่มาจากน้ำในคลอง
3. ปัญหาขยะและการทิ้งสิ่งปฏิกูลลงในลำคลองสำโรงของคนในชุมชน
4. ปัญหาฝุ่นละออง
5. ปัญหาเสียงและควันพิษจากถนนรวงเก่าซึ่งติดกับชุมชนแห่งนี้
6. ปัญหาการถูกรุกไล่ที่เพราะชุมชนแห่งนี้แทบจะเรียกได้ว่าปลูกอยู่ในที่สาธารณะเพราะบ้านเรือนปลูกรุกเข้าไปในลำคลองสำโรง
7. ปัญหาการเรียกร้องสิทธิต่าง ๆ เช่น น้ำใช้ ไฟฟ้า สะพานเชื่อมเดินระหว่างบ้านในชุมชน การไม่ได้สำเนาทะเบียนบ้าน มีการออกทะเบียนบ้านแบบชั่วคราวให้แก่ชาวชุมชนแต่ไม่สามารถที่จะใช้ประโยชน์กับทะเบียนบ้านชั่วคราวดังกล่าวได้เลยแต่จะมีผลให้กับนักการเมืองท้องถิ่นในคนที่มีการเลือกตั้งต่าง ๆ และคนในชุมชนเห็นเป็นเรื่องที่คนเหล่านี้มาฉวยผลประโยชน์แก่คนในชุมชน แต่ก็ไม่สามารถจะทำอะไรได้ นอกจากปล่อยให้คนกลุ่มนี้เข้ามาฉวยผลประโยชน์ไปแต่คนในชุมชนก็ยังมีสภาพความเป็นอยู่ที่ต้องทนกับสภาพที่เป็นอยู่ต่อไป

(5) ชุมชนห้วยลำพู่

ชื่อชุมชน

ชุมชนห้วยลำพู่

ที่ตั้ง

ชุมชนห้วยลำพู่ทางทิศใต้ติดทะเลอ่าวไทย ทิศเหนือติดกับถนนสุขุมวิทสายเก่าและวัด 12 ธันวาคม ทิศตะวันออกและทิศตะวันตกติดกับโรงงานอุตสาหกรรมจนแทบจะเรียกได้ว่ามีโรงงานอุตสาหกรรมอยู่รายรอบข้างชุมชน พื้นที่ที่ชุมชนห้วยลำพู่ตั้งอยู่เสมือนเป็นแอ่งกระทะสุดชุมชนทางทิศใต้จะเป็นทะเล ด้านทิศตะวันตกซึ่งติดกับโรงงานอุตสาหกรรมจะเป็นศูนย์ราชการประจำหมู่บ้าน

ประเภทชุมชน

เป็นชุมชนที่พักอาศัยใกล้แหล่งอุตสาหกรรม

การจัดตั้งชุมชน

ชุมชนแห่งนี้ได้รับการจดทะเบียนเป็นชุมชนอย่างถูกต้องแล้ว

การถือครองที่ดิน

มีที่ดินเป็นของตนเอง

ข้อมูลประชากร

จำนวนหลังคาเรือน	195 หลัง
จำนวนประชากร	1,759 คน

อาชีพ

การประกอบอาชีพของคนในชุมชนบางส่วนจะมีอาชีพประมงโดยเฉพาะบ้านเรือนที่ติดกับทะเลทางด้านทิศใต้ ซึ่งชาวชุมชนส่วนนี้เป็นคนภูมิลำเนาจังหวัดสมุทรปราการมีอาชีพประมงมาตั้งแต่พ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย หลายชั่วอายุคน หรือจะเรียกได้ว่าเป็นคนดั้งเดิมก็คงไม่ผิด และจะมีเรือประมงขนาดเล็กและขนาดกลางสำหรับออกไปจับปู และปลาในทะเล คนส่วนนี้จึงต้องพึ่งลมฟ้าอากาศบ้าง โดยเฉพาะการพยากรณ์อากาศ และถ้ามีฝนตกหรือหน้าฝนก็จะไม่สามารถออกไปจับปู ปลามาขายได้ กลุ่มต่อมาคือกลุ่มที่อพยพมาจากที่อื่นมาทำงานโรงงาน ซึ่งบางส่วนเป็นคนดั้งเดิมที่ยึดอาชีพรับจ้างในโรงงานใกล้เคียงชุมชน บางส่วนประกอบอาชีพอิสระ เช่น ค้าขายของชำในชุมชน ขายของรถเข็น ขายข้าวแกง และอาหารตามสั่ง ฯลฯ

คณะกรรมการชุมชน

ชุมชนหัวลำพูมีคณะกรรมการหมู่บ้านทั้งสิ้น 8 คน ซึ่งเลือกมาจากกรรมการชุดเดิมผู้บริหารเดิมแต่เป็นที่น่าเสียดายที่ผู้ใหญ่บ้าน คือนายสำเนา แสงเงิน ได้เสียชีวิตไปไม่นาน ตำแหน่งผู้ใหญ่บ้านที่มีอยู่จึงต้องถูกยุบไปทั้ง ๆ ที่ยังไม่ครบวาระ กรรมการของชุมชนจึงเป็นชุดเดียวกันกับที่เคยทำงานกับอดีตผู้ใหญ่บ้านที่เสียชีวิตและเป็นคณะกรรมการหมู่บ้านที่ทุกคนในชุมชนยอมรับ และมีการแบ่งภาระหน้าที่และการจัดการบริหารชุมชนได้เป็นอย่างดีเหมือนกับที่อดีตผู้ใหญ่บ้านคนเดิมทำไว้ ชุมชนหัวลำพู มีศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านที่ใช้เป็นศูนย์รวมและเรียกประชุมคนทั้งชุมชน มีกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานประจำหมู่บ้าน กลุ่มระวังอัคคีภัย หอกระจายข่าวในหมู่บ้าน โดยเฉพาะข่าวสารและการพยากรณ์อากาศสำหรับชาวประมงในหมู่บ้าน ฯลฯ

ประวัติชุมชน

เดิมชุมชนแห่งนี้ จะปกครองโดยมีผู้ใหญ่บ้านและกรรมการหมู่บ้านเป็นผู้บริหารชุมชน แต่ต่อมาตำแหน่งผู้ใหญ่บ้านได้ถูกยุบไป และชุมชนหัวลำพูก็ขึ้นอยู่กับเทศบาลตำบลบางปูไปโดยปริยายโดยอยู่ในการปกครองของเทศบาลตำบลบางปู ตำแหน่งผู้ใหญ่บ้านจึงถูกยุบไปเหมือนกับชุมชนอื่น ๆ ที่ขึ้นอยู่ในเขตเทศบาล

สภาพปัญหาสุขภาพอนามัยของคนในชุมชน

ในชุมชนหัวลำพูจะมีอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานอยู่ในหมู่บ้านเพื่อคอยแนะนำในเรื่องปัญหาสุขภาพอนามัยของคนในชุมชน เช่น การฉีดวัคซีนให้แก่เด็ก ๆ ในชุมชน การป้องกันยุงลาย โรคติดต่ออื่น ๆ โดยการให้ความรู้แก่คนในชุมชน เป็นต้น แต่ปัญหาที่พบในชุมชนที่พบมากที่สุดก็คือปัญหาการปล่อยน้ำเสียของโรงงานอุตสาหกรรมที่มีอยู่รอบ ๆ ชุมชนหัวลำพู ชุมชนแห่งนี้มีคนพิการที่ได้รับการจดทะเบียนคนพิการจากสำนักงานประชาสงเคราะห์จังหวัดสมุทรปราการจำนวนหนึ่ง ที่พบอีกโรคคือโรคผิวหนัง เจ็บไข้ได้ป่วยธรรมดาประชากรส่วนใหญ่จะทำงานรับจ้างอยู่ในโรงงานอุตสาหกรรม และจะมีบัตรประกันสังคมเพื่อใช้รักษาพยาบาลแต่จะมีบางส่วนที่ไม่มีสวัสดิการใด ๆ และส่วนน้อยที่มีบัตรผู้มีรายได้น้อย และเมื่อป่วยไข้ก็จะไปรักษาตัวโรงพยาบาลที่ใกล้เคียงชุมชนก็คือโรงพยาบาลเอกชน และมีบางส่วนที่ไปรักษาตัวที่สถานีนานามัย ตำบลตำรุ ซึ่งอยู่ในเขตของเทศบาลตำบลบางปูเช่นกัน และมีบางส่วนที่ทำอาชีพประมงทำให้มีปัญหาในเรื่องมือเปื้อนจากการทำประมง ผื่นคันที่เกิดจากการออกทะเล

สภาพปัญหาอื่น ๆ ที่พบในชุมชน

1. ปัญหาสภาพแวดล้อม น้ำเสีย มลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรม
2. ปัญหาสารเคมี สารพิษ ที่ชุมชนได้รับผลกระทบมาจากโรงงานอุตสาหกรรม
3. ปัญหาขยะมูลฝอย

(6) ชุมชนเคหะเมืองใหม่บางพลี

ชื่อชุมชน ชุมชนเคหะเมืองใหม่บางพลี

ที่ตั้ง

ชุมชนหมู่ 15 เคหะเมืองใหม่บางพลี ตั้งอยู่ในพื้นที่โครงการ 3 ของเคหะเมืองใหม่บางพลี เนื่องจากหมู่ 15 กินพื้นที่ค่อนข้างกว้างมาก ส่วนเคหะเมืองใหม่บางพลีโครงการ 1 และโครงการ 2 อยู่ในหมู่ 1 ทิศเหนือ ติดกับโครงการหนึ่งและโครงการสอง ทิศใต้และทิศตะวันออกติดกับนิคมอุตสาหกรรมบางปู ทิศตะวันตกเป็นพื้นที่ของหมู่ 15 ทั้งหมด

ประเภทชุมชน เคหะชุมชน

การจัดตั้งชุมชน ชุมชนแห่งนี้ได้รับการจดทะเบียนเป็นชุมชนอย่างถูกต้องแล้ว

การถือครองที่ดิน มีทั้งเช่าซื้อและมีที่ดินเป็นของตนเอง

ข้อมูลประชากร

ชุมชน หมู่ 15 เคหะเมืองใหม่บางพลี มีจำนวนหลังคาเรือน จำนวน 315 หลังคาเรือน ชุมชน มีจำนวนประชากร หมู่ 15 มีทั้งสิ้น 2,500 คน คิดเป็นประชากรแฝง ประมาณร้อยละ 70 เปอร์เซนต์ แต่มีประชากรท้องถิ่นเพียง 30 เปอร์เซนต์ ซึ่งเป็นส่วนน้อยกว่าประชากรแฝง เพราะในชุมชน หมู่ 15 เคหะเมืองใหม่บางพลี ส่วนใหญ่ที่เป็นประชากรแฝงที่ทำงานในแหล่งโรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งเป็นหนึ่งในนิคม อุตสาหกรรมแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ

อาชีพ

ประชากรท้องถิ่น จะมีอาชีพทำบ่อกุ้งและบ่อเลี้ยงปลา จัดได้ว่าเป็นผู้มีฐานะดี ส่วนประชากรแฝงก็จะทำงานรับจ้างอยู่ในโรงงานอุตสาหกรรมในเขตของนิคมอุตสาหกรรมบางพลี และมีบางส่วนที่ประกอบอาชีพอิสระ เช่นขายของชำ รถเข็นขายอาหารและเครื่องดื่ม หาบเร่แผงลอย เป็นต้น

คณะกรรมการชุมชน

มีทั้งหมด 6 คน และแบ่งเป็นกลุ่มและอาสาสมัครของชุมชนอีกด้วยกันหลายคน หลายกลุ่มแต่กลุ่มที่มีมากที่สุดก็คือกลุ่มของอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานที่มีความเข้มแข็งมากในการทำงาน การทำงานที่เป็นทีมที่ทำให้ลูกบ้านได้รับผลประโยชน์มากขึ้น และมีกลุ่มต่าง ๆ ที่ทำงานประสานกับหน่วยงานอื่น ๆ เช่น พัฒนาชุมชน สำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัดสมุทรปราการ และอนามัยของตำบลโดยเฉพาะสถานีอนามัยของชุมชนการเคหะเมืองใหม่บางพลี ซึ่งอยู่บริเวณโครงการ 1 และคณะกรรมการชุดนี้ได้รับการตอบรับที่ดีจากประชากรในชุมชนไม่ว่าจะเป็นประชากรแฝงหรือประชากรท้องถิ่น

สภาพปัญหาสุขภาพอนามัยของคนในชุมชน

คนในชุมชนส่วนใหญ่จะเป็นประชากรแฝงเสียเป็นส่วนใหญ่ ในส่วนที่ทำงานในโรงงาน

อุตสาหกรรม จะมีบัตรประกันสังคม และบัตรประกันสุขภาพ ใช้ในการรักษาพยาบาลเมื่อตนเองเจ็บป่วย

ประชากรท้องถิ่นก็จะได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่ดีจากอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน ได้รับคำแนะนำในเรื่องสุขภาพซึ่งรวมทั้งประชากรแฝงด้วย แต่ประชากรแฝงจะไม่ได้รับการดูแลในเรื่องบัตรผู้มีรายได้น้อยซึ่งใช้ในการรักษาฟรี ปัญหาที่พบทั่วไปในเรื่องสุขภาพอนามัยของคนในชุมชน ก็คือการเจ็บป่วยธรรมดา เช่นเป็นไข้หวัด ปวดท้อง ฯลฯ แต่ถ้าเจ็บป่วยมากก็จะไปโรงพยาบาล

ของรัฐ หรือสาธารณสุขที่อยู่ใกล้เคียงชุมชน ประชากรแฝงที่มีมากในชุมชนนี้จะไม่ได้รับการดูแลในเรื่องการเจ็บป่วยมากนัก แต่ทางหมู่ 15 ได้ให้อาสาสมัครเข้าไปให้ความรู้แก่คนในชุมชนมากขึ้นโดยเฉพาะประชากรแฝงที่มีในชุมชนแต่โดยรวมก็จะเป็นการเจ็บป่วยธรรมดา

สภาพปัญหาอื่น ๆ ที่พบในชุมชน

1. ปัญหามลภาวะ เพราะอยู่ในเขตของโรงงานอุตสาหกรรม
2. ปัญหาน้ำเสียจากการระบายน้ำที่ไม่ดีของการเคหะแห่งชาติ
3. ปัญหาน้ำท่วมขัง
4. ปัญหาขยะมูลฝอย
5. ปัญหาสารเคมี กลิ่นเหม็นของโรงงานในเขตอุตสาหกรรมบางพลี

จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 3 ชุมชน

(7) ชุมชนท่าเรือ

ชื่อชุมชน ชุมชนท่าเรือ

ที่ตั้ง บ้านท่าเรือ หมู่ที่ 9 ต.โพธิ์ อ.เมือง จ.ศรีสะเกษ

ประเภทชุมชน เป็นชุมชนเมือง

เป็นชุมชนเมืองอยู่ในเขตเทศบาลเมืองศรีสะเกษ ปัจจุบันมีประชากรอาศัยอยู่อย่างแออัด โดยเฉพาะคนที่ไม่มีที่ของตนเองจะอาศัยกันอยู่ที่ราชพัสดุ เป็นคนจนเช่าอยู่ แต่ไม่มีเงินให้ ก็เลยอยู่ฟรี ไม่รู้จะไล่ที่เมื่อไร ปลุกบ้านเอง

การจัดตั้งชุมชน ชุมชนแห่งนี้ได้รับการจดทะเบียนเป็นชุมชนอย่างถูกต้องแล้ว

การถือครองที่ดิน มีทั้งที่เป็นของส่วนและที่บุกรุก

ข้อมูลประชากร

จำนวนหลังคาเรือน	417 หลัง
ประชากร	1,790 คน
การศึกษา	ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา
ศาสนา	ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ

อาชีพ

การประกอบอาชีพของคนในชุมชนนี้คือ รับจ้างใช้แรงงาน มีประมาณ 60-70% ทำงานก่อสร้าง ตัดหอมตามฤดูกาลเป็นหลัก ถ้าน้ำหอมออกคือ มัดหอม จะซื้อเขาใส่รถมาแล้วจ้าง มัดเป็นกระจุกๆ กิโลละ 50 สตางค์

คณะกรรมการชุมชน คณะกรรมการชุมชนมี 8 คน

ประวัติชุมชน

ชุมชนท่าเรือ ตั้งแต่สมัยก่อนชื่อคุ้มท่าทางเกวียน เพราะชาวบ้านจากบ้านยางชุมน้อย บ้านลิ้นฟ้า บ้านบอน บ้านผักขะ และบ้านดินดำ นำเอาหอมและกระเทียมมาขายกัน โดยบรรทุกใส่เกวียนมา ก็มีพ่อค้าคนกลางมารับซื้อหอมที่คุ้มท่าทางเกวียน พอถึงหน้าฝนน้ำมากก็มีเรือโดยสารและเรือสินค้าจากอำเภอราชไศล ผ่านบ้านแจ้ง และบ้านผักขะมาจอดเทียบท่าที่ท่าทางเกวียน พอฝนเข้าก็เลยเปลี่ยนจากท่าทางเกวียนมาเป็นท่าเรือ ต่อมาบ้านเรือนเจริญขึ้น มีถนนหนทาง มีตรอกซอยมากมายขึ้นเรือโดยสารก็หมดไป ประชาชนก็เริ่มสัญจรไปมาด้วยรถยนต์ จึงเปลี่ยนจากท่าเรือมาเป็นชุมชนท่าเรือ

สภาพปัญหาสุขภาพอนามัยของคนในชุมชน

แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่เป็นทางเดินอาหาร ระบบหายใจ จากฝุ่นละออง สารเคมีจากหอมกระเทียม เพราะไม่ได้ป้องกันขณะทำงาน จะทำให้เกิดผื่นคันช่วงที่ทำงาน มีให้ทำตลอดปี แต่ไม่ได้ทำทุกวัน โดยเฉลี่ยวันละประมาณ 80 บาท ทำงานตั้งแต่ 6.00 – 17.00 หรือถึงทุ่ม โดยแม่เอาลูกไปทำงานด้วย เวลาเจ็บป่วยก็ไปหาอนามัย จะมีบัตรสุขภาพ 500 บาท แต่ปัญหาคือ เวลากลางคืนไม่ให้ใช้ ข้อจำกัดคือ ใช้ได้จันทร์ถึงศุกร์ เวลา 8.00 – 16.00 น. วันเสาร์อาทิตย์ใช้ไม่ได้ ต้องเสียเงิน ส่วนคลินิกไม่ไปเพราะแพง ไม่มีเงิน

การเจ็บป่วย

มีปัญหาด้านสุขภาพระดับปานกลาง ส่วนใหญ่จะปวดท้อง ปวดกระเพาะอาหาร ปวดหัว ทางเดินอาหาร ส่วนเบาหวาน เป็นในผู้สูงอายุ หรือมีอายุ 40 ปีขึ้นไป มีประมาณ 60% ส่วนเอดส์ใครเป็นจะไม่ค่อยรู้เพราะปิดกันจะรู้ตอนตาย

การป้องกัน

ส่วนใหญ่ไม่มีการดูแลตนเอง อยากให้มีข้อกำหนดลงมาว่าให้ตรวจโรคประจำปี ถ้าไปจ่ายเองไม่มีเงิน ส่วนเมื่อท้องก็ไม่ได้ฝากครรภ์เพราะไม่มีเงิน ถ้าไปหาหมอก็ครั้งละ 200-300 บาท

การรักษาเมื่อป่วย

เจ็บป่วยโดยมากไม่เสียเงินเพราะใช้บัตร ที่ศูนย์อนามัย โดยมีการกระจายข่าวทางหอกระจายข่าว คนไหนฐานะดีก็ซื้อบัตรสุขภาพ ส่วน บัตร สปร. ครอบคลุม ได้บัตรเกือบทุกคน โดยเฉพาะเด็ก 0-12 ปี ผู้สูงอายุ เด็กมัธยมต้นอายุ 12 ปีขึ้นไป โรงเรียนทำให้ โรงเรียน.เทคนิคให้จับกลุ่มซื้อบัตรสุขภาพคนละ 100 บาท ได้ 5 คน เด็ก 0-4 ปี ผู้ปกครองทำเองไปแจ้งที่เทศบาล ผู้สูงอายุก็ไปทำบัตรผู้สูงอายุ

สถานบริการสาธารณสุข

โรงพยาบาลรัฐ และ โรงพยาบาลเอกชนไม่มี

คลินิกในชุมชนไม่มี ตั้งอยู่ในเขตตลาดหมด แต่คนไม่นิยมไป

สถานอนามัย ก็ไม่มี ที่ขึ้นอยู่กับโรงเรียนเทศบาลสอง มั่นขึ้นอยู่ในตลาดนอกก็ไปใช้บริการที่นั่น ที่ชาวบ้านไปใช้พื้นที่ใกล้เคียง เป็น สอ. (ศูนย์อนามัยเขตเทศบาล2) ร้านขายยาไม่มีในชุมชน จะเป็นของอส. (ใช้บัตรสุขภาพ) ส่วนสุขภาพก็ไม่มี อนามัยจะให้บริการในศูนย์ ปี่หนึ่งจะออกพื้นที่ครั้ง

ในชุมชนมีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานประจำชุมชน ซึ่งโรงพยาบาลจังหวัดศรีสะเกษให้การสนับสนุน จัดตั้งโดยทุนบริจาค (ผ้าป่าสามัคคีชุมชน เริ่มด้วยเงิน 65,000 บาท) มีอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานและชาวบ้านอาสาทำงาน 14 คน ประธานชุมชนปัจจุบันคือ นายสมนึก คำหอม หมอพื้นบ้าน จะไปรักษาตามบ้านนอกต่างๆ เป็นคนที่อื่น คนในชุมชนไม่นิยมรักษา เพราะเป็นคนต่างถิ่นมา

สภาพปัญหาอื่น ๆ ที่พบในชุมชน

สิ่งแวดล้อมไม่ดีในชุมชน คือ เสียงฆ่าหมู กลางคืนจะมีเสียงร้องของหมู สามทุ่มสี่ทุ่ม แต่ไม่ผิดกฎหมายเพราะไปขออนุญาตทางเทศบาล คือ ตีตัว แต่ไม่ได้เอาไปฆ่าที่โรงฆ่าสัตว์ แต่เอามาฆ่าที่บ้าน ถ้าจะว่าผิดก็ผิด บางคนขออนุญาตเพียงตัวเดียว แต่ฆ่าไปหนึ่งอาทิตย์ ตำรวจก็จะมาเก็บเป็นรายเดือน พุดกับเทศบาล เทศบาลก็ไม่สนใจ ให้ไปบอกตำรวจมาจับ ก็เลยเป็นเลยตามเลย นอกจากนี้ ยังมีกลิ่น ควันจากยางรถซึ่งนำมาเป็นเชื้อเพลิง และฝุ่นละอองน้ำเสีย เริ่มจะมีเพราะเทศบาลเอาท่อลงปากสะพาน จะปล่อยน้ำเสียลงห้วยทำให้ไม่น่าหาปลากิน แต่ก่อนจะเป็นที่ทำกิน หาปลา แต่ตอนนี้ไม่น่ากิน น้ำก็เหม็นและตื้นเขิน ปลาไม่มี

(8) ชุมชนหนองกก

ชื่อชุมชน	ชุมชนหนองกก		
ที่ตั้ง	บ้านหนองกก หมู่ 12 อ.กันทรารมย์ จ.ศรีสะเกษ		
ประเภทชุมชน	เป็นชุมชนชนบท		
การจัดตั้งชุมชน	ชุมชนแห่งนี้ได้รับการจดทะเบียนเป็นชุมชนอย่างถูกต้องแล้ว		
การถือครองที่ดิน	เป็นที่ดินของตนเอง		
ข้อมูลประชากร	จำนวนหลังคาเรือน	152 หลัง	
	ประชากร	761 คน	
	การศึกษา	ส่วนใหญ่จบป.6	สูงสุดจบปริญญาตรี
		ประมาณ 10 คน	
	ศาสนา	ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ	

อาชีพ

การประกอบอาชีพส่วนใหญ่ของคนในชุมชนมีอาชีพหลักคือทำนา ส่วนอาชีพเสริม เช่น รับจ้างทั่วไป สานสวิง ทำมาลัยดินหอม กลุ่มทำขนมกล้วยฉาบ ขนมทุกชนิด และทำเรือจั่ว รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของประชากร ประมาณ 1,200 บาท

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน แบ่งออกเป็น

- รายได้สูงสุด คือ ข้าราชการ 16,000 – 20,000 มีประมาณ 5 %
- รายได้ต่ำสุด คือ ต่ำกว่า 1,000 บาท ไม่มีไร่นา มีประมาณ 80%
- รายได้ระดับกลางๆ มีประมาณ 15%

คณะกรรมการชุมชน มีคณะกรรมการได้รับการแต่งตั้งอย่างเป็นทางการแล้ว

สภาพปัญหาสุขภาพอนามัยของคนในชุมชน

สถานการณ์ภาพรวมของการเจ็บป่วยระดับปานกลาง โรครุนแรงที่เป็น ได้แก่

- เอดส์ ขณะนี้มีติดเชื้อหนึ่งคน ติดเชื้อจากสามีซึ่งเสียชีวิตไปแล้ว
- มะเร็งตับ
- ท้องมานมีหนึ่งคน ป่วยมา 12 ปีแล้ว ที่เจ็บป่วยเรื้อรังมี 1 คน
- ส่วนที่เป็นกันบ่อยๆ คือ โรคตับ ภูมิต้านทานต่ำ มะเร็ง
- พิกการทางสมอง 1 คน
- พิกการทางตา 2 คน (เป็นมาแต่กำเนิด)
- พิกการเดินไม่ได้ 1 คน (นั่งรถเข็น)
- ปัญญาอ่อน 1 คน

การดูแลสุขภาพของคนในหมู่บ้าน

การป้องกัน เช่น ฉีดวัคซีนเด็กตามกำหนด เพราะทางศูนย์สาธารณสุขมูลฐานมีการให้ความรู้เรื่องวัคซีน มีการประชาสัมพันธ์ ผู้หญิงก็ไปฝากท้องที่ โรงพยาบาลอำเภอ หรือสถานีนามัย ส่วนถ้าต้องผ่าตัดก็ไปโรงพยาบาลศรีสะเกษ

ส่วนที่ติดยาไม่ค่อยมี อาจจะเพราะวัยรุ่นมันซุ่มกันไม่ให้ผู้ใหญ่รู้ ที่เห็นมีแต่ติดบุหรี่

การรักษาพยาบาล รักษาโดยไปหาหมอ อันดับแรก คืออนามัย ถ้าเจ็บป่วยหนักก็ส่งไปที่โรงพยาบาลอำเภอ ถ้ามีบัตร สปร. กับ บัตร 500 บาท ก็ไม่เสียเงิน แต่ความครอบคลุมของบัตร มีตกค้างบ้าง เช่น เด็กที่เกิดใหม่ ซึ่งต้องมาแจ้ง อสม.ก็จะกรอกแบบฟอร์มให้อนามัย อนามัยส่งจังหวัดให้อนามัยติดออกมาแล้ว เอาบัตรมาแจก โดยให้อสม.รับรอง ส่วน ผู้มีรายได้น้อย

กรรมการอสม.พิจารณาว่าครอบครัวไหนสมควรได้บัตร สปร. และทางอนามัยมีข้อมูลประกอบ แต่ที่เราสำรวจเข้าไปบางที่ครอบครัวไหนมีก็จะตัดออกเอง คนพิกการก็ได้บัตร เด็กกับผู้สูงอายุจะต่อให้เรื่อยๆ ไม่ได้หยุด แต่วัยกลางคนจะเน้นให้ซื้อบัตร 500 บาท ส่วนบัตร สปร.เน้นเด็กกับผู้สูงอายุ

การดูแลสุขภาพก็ขึ้นอยู่กับตัวเอง ขณะนี้ แม้ว่า อสม.ประชาสัมพันธ์ ก็ไม่ค่อยให้ความสนใจ เช่นบัตรผู้สูงอายุ เพราะไม่อยากจะ ถ้าอยากได้ก็จะมีชื่อแม้ว่า ถ้าซื้อบัตร 500 น่าจะตรงไป

โรงพยาบาลเลย ไม่ต้องผ่าน โรงพยาบาลกันทรารมย์ และสถานีนอนามัย อย่างผู้ที่มีอันจะกินจะสนใจทำบัตรวิงหาเต็มที ตรงกันข้ามกับคนที่ไม่มีจะกิน ไม่ค่อยสนใจการทำบัตร นอกจากจะเจ็บป่วยจริงๆ จึงวิงหาผู้ใหญ่

สถานบริการสาธารณสุข

ในหมู่บ้านมี ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานไม่มีนางพยาบาลประจำ แต่มี อสม.ดูแล ส่วนสถานีนอนามัยอยู่ตำบลบ้านยาง ห่างออกไป 2 กิโลเมตร ในหมู่บ้านจะมีกองทุนหมู่บ้าน อสม.เอามาขาย หมอพื้นบ้าน มี 1 คน ปวดเมื่อย ปีบปวดเป็นอัมพาต รักษาแผนโบราณ อีก 1 คนรักษาโรคตับ และมีหมอรักษากระดูก

ส่วนสวนสมุนไพร มีตามบ้านเล็กๆ น้อยๆ

บ้านหนองกก ไม่มีคลินิกหมอ ส่วนโรงพยาบาลรัฐและ โรงพยาบาลเอกชน ไม่มีเช่นกัน

(9) ชุมชนบ้านตูม

ชื่อชุมชน

ชุมชนบ้านตูม

ที่ตั้ง

บ้านตูมเหนือ หมู่ 1 ต.ตูม อ.ปรางค์กู่

อยู่ห่างจากจังหวัดศรีสะเกษ 65 กิโลเมตร โดย

ทิศเหนือ จดกับบ้านตะเภา บ้านตรอก

ทิศใต้ จดกับบ้านกู่ ตำบลกู่

ทิศตะวันออก จดกับบ้านเหล็ก ตำบลพิมาย

ทิศตะวันตก จดกับบ้านกระโพธิ์ บ้านบัวและบ้านโสน

ประเภทชุมชน

ชุมชนชนบท

ตอนนี้หมู่บ้านกำลังเข้าโครงการทฤษฎีใหม่จากในหลวง อยู่ในช่วง ระยะ 2-3 แล้ว จะมีตัวอย่างโครงการไร่นาสวนผสม ตอนนี้มีสมาชิกเข้าร่วมโครงการ 79 คน ทำไปแล้ว 42 ราย ตอนนี้คิดว่า จะทำเกษตรที่ล้ำนักษัตร อยากปลูกผักปลอดสารพิษมาก แต่ไม่มีต้นทุนจึงทำได้น้อย และกำลังลอกคลองอยู่ 8 กิโลเมตร เคยมีคนว่าบ้านตูมปลูกอะไรไม่ได้กินหรอก จึงลองทดลองทำดู เลี้ยงปลาในนาข้าว 400 กว่าตัว แต่พอพายุเข้าเสียหายหมด ส่วนผลไม่มีเก็บครบวงจร เช่น เงาะ กะทอน ขนุน มะม่วง กลัวย่น้ำว่า พร้อมกันนี้ยังได้รับการสนับสนุนให้มีการขยายกำลังไฟฟ้า จะเอาไฟฟ้าเข้า อยู่ในขั้นตอนกำลังวัดสำรวจอยู่

การจัดตั้งชุมชน

ชุมชนแห่งนี้ได้รับการจดทะเบียนเป็นชุมชนอย่างถูกต้องแล้ว

การถือครองที่ดิน เป็นที่ดินของตนเอง

ข้อมูลประชากร

จำนวนหลังคาเรือน	167 หลัง
ประชากร	650
การศึกษา	คนรุ่นเก่าส่วนใหญ่จบ ป.6 ถึง ม.3 ส่วนปริญญาตรีไม่เกิน 10 คน
ศาสนา	คนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ

อาชีพ

ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพหลัก คือ ทำนา และประกอบอาชีพอย่างอื่น ได้แก่ รับราชการ และรับจ้าง ค้าขาย เช่น อาชีพเสริมเจียรไนพลอย เย็บเสื้อผ้า รับจ้างทั่วไป

ส่วนรายได้ของชาวบ้าน ไม่ถึงเกณฑ์ที่จปฐ.กำหนด รายได้ของชาวบ้านครัวเรือนละ 70 บาท โดยรับจ้างทำงานทั่วไป รับจ้างเก็บเกี่ยวข้าวในช่วงที่มีงานรับจ้าง จะมีรายได้เฉพาะวันที่ทำงาน ค่าเฉลี่ยได้ประมาณ 100 – 120 ค่าแรงต่อครอบครัว ฤดูทำนา 60-70 บาท หรือประมาณ 2,400 – 2,500 บาทต่อเดือน แต่ถ้าหมดหน้านาแล้วไม่มีรายได้ ไม่มีงานประจำ ข้าวที่ปลูกก็แบ่งขายและกิน และใช้หนี้ ธกส.ด้วย

คณะกรรมการชุมชน

มีคณะกรรมการได้รับการแต่งตั้งอย่างเป็นทางการแล้ว

ประวัติชุมชน

สภาพทางภูมิศาสตร์ที่เป็นชัยภูมิที่จะสร้างเมือง พื้นที่เก่าเป็นที่ลุ่มต่ำ เป็นทางผ่านของสายน้ำหลายสายไหลผ่านหมู่บ้านเกือบทั้งหมด แล้วจึงค่อยไหลลงสู่ห้วยต่อไป เป็นพื้นที่ที่มากมายด้วยโคลนตม ถนนทางเกวียนที่ใช้สัญจรไปมา เช่น ทางที่ติดต่อกับบ้านกู่หรือทุก ๆ สายก็เช่นกัน เดิมชนอารยะส่วยเรียกบ้านตูมว่า เสระโตม หรือ เสระตอม ซึ่งแปลว่า บ้านตูม เพราะก่อนนั้นชาวส่วยเป็นผู้ครองพื้นที่เกือบทั้งหมด จะพูดภาษาเขมรก็เมื่อครั้งที่ชาวขอมเรืองอำนาจ เก่งกาจต่อวิชาอาคมเวทมนต์ ไม่แพ้ชาวส่วย ซึ่งคาดว่าชาวขอมหรือเขมรมาอยู่ที่นี้ราวพุทธศตวรรษที่ 16 สมัยพระเจ้าชัยวรมันที่ 5

เมื่อก่อนนั้น ตามหลักฐานทางประวัติศาสตร์ เช่น ปราสาทปรางค์กู เป็นข้อพิสูจน์ได้ว่า มีการนับถือศาสนาพราหมณ์ ลัทธิฮินดูผสมผสาน ศาสนาพราหมณ์กับศาสนาฮินดู ล้วนใช้เวทมนตร์

คาถาพอ ๆ กัน จึงผนวกเข้าด้วยกัน ต่อมาเมื่อพุทธศาสนาเข้ามาทำให้คนเลื่อมใส ในส่วนของศาสนาฮินดูก็ค่อยเลือนหายไป คงเหลือแต่ศาสนาพุทธผนวกกับพิธีของพราหมณ์มาจนปัจจุบันนี้

บ้านตูมหรือเสระตอมตามภาษาส่วย มีสาเหตุมาจากพื้นที่สมัยก่อนจะเป็นคลองน้ำไหลผ่านในหมู่บ้านหลายสาย อีกทั้งทางดังกล่าวก็ใช้ร่วมกับเกวียนในการเดินทางติดต่อกับหมู่บ้านอื่น น้ำทุกคลองจะไหลออกไปทางทิศตะวันออกของหมู่บ้าน ซึ่งเป็นทุ่งหญ้าที่สูงท่วมหัวคนเดิน อันเป็นที่อาศัยของสัตว์ป่าหลายชนิด เช่น เสือ หมูป่า งู สุนัขจิ้งจอก แม้กระทั่ง เก้ง ละอง กวางผา ก็ล้วนมาอาศัยในทุ่งหญ้านี้เช่นกัน และทุกปีในฤดูฝนน้ำจะท่วมทุ่งหญ้า ในหน้าแล้งหญ้าจะแห้งเหลืองเป็นสีทอง ดังทุ่งทะเลทอง ส่วยจึงให้ชื่อบ้านว่า เสระตอม หรือเสระโตม

ปัจจุบันนี้ บ้านตูม ได้แบ่งออกเป็น ตูมเหนือกับตูมใต้โดยใช้เส้นทางแบ่ง

สภาพปัญหาสุขภาพอนามัยของคนในชุมชน

สถานการณ์การเจ็บป่วยของคนในชุมชน ได้แก่

- โรคเอดส์ แต่สาธารณสุขก็ช่วย มีกองทุนให้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ติดเชื้อมาจากกรุงเทพฯ เป็นวัยกลางคน ในหมู่บ้านตอนนี้มีประมาณ 10 คน
- คนพิการ จะมีคนตาบอด หูหนวก ปัญญาอ่อน แขนขาด
- เบาหวาน จะมีเยอะมาก ต้องไปรักษาประจำ
- โรคตับ โรคไต ไปรพ.จน รพ.เบื่อหน่าย ไปหาทั่ว ที่ไหนดีก็ไปตรงนั้น
- ปวดหลัง ก็พวกเจียรไนพลอยนั่งนานทำเดียวหลายชั่วโมง 2-3 วันไปหาหมอที่เสีย 200 และมีปัญหาเรื่องตา เพราะเพ่งนาน ใช้หลอดไฟ 60 วัตต์ เป็นชั่วโมงๆ

-

การป้องกันสุขภาพ

การดูแลเมื่อยังไม่ป่วยมีพอสมควร เช่น ตั้งครรภ์ไปอนามัย ฝากครรภ์ และหมอจะเช็คอยู่ตลอดเวลาให้ไปฝากครรภ์ มีการฉีดวัคซีนป้องกันโปลิโอ อสม.ช่วยกันทั่วถึง ช่วยกันทำ นอกจากนี้มีการส่งเสริมกีฬา เช่น วอลเลย์บอล ฟุตบอล ตะกร้อ

แต่เรื่องการพนัน และกินเหล้ายังมีอยู่มา เลิกไม่ได้ เพราะเป็นความเคยชิน เช่น ดื่มก่อนกินข้าวเพื่อเจริญอาหาร สร้างบรรยากาศ เห็นเพื่อนกินจึงกินด้วย และเป็นประเพณีจัดงานต้องมีดื่มกัน ถ้าไม่มีงานกร่อย

การรักษาเมื่อเจ็บป่วย

จะไปหาหมอ โดยใช้บัตรสุขภาพ โดยไปหากี่จะใส่กล่องให้อาจารย์ 10 บาทเพื่อเป็นเงินบำรุง ช่วยส่วนรวม บางคนก็ใช้บัตร สปร. มีทุกประเภท เช่น บัตรผู้นำ บัตรอสม. บัตรเด็ก บัตรผู้สูงอายุ และบัตรโรงเรียน แต่บางครั้งเกิดปัญหาการใช้บัตร ยกตัวอย่างเช่น เมื่อก่อนมีปัญหา

เพราะหัวหน้าอนามัยเอาเปรียบ แต่ขณะนี้บริการดี ไม่มีปัญหา เข้าถึงประชาชนดี แต่กรณีที่ป่วยหนัก ก็จะไปเข้า รพ.แต่จะมีปัญหาคือ พาหนะของอนามัยไม่มี ต้องช่วยตนเอง ต้องจ้างรถไปหาหมอ โดยอนามัยเขียนใบส่งตัวให้ ถ้าจะเข้า รพ.จังหวัด รพ.อำเภอก็ต้องส่งตัวให้

สิ่งที่ควรปรับปรุง

ให้รับสถานอนามัยให้ดีกว่านี้ ให้มีบริการดีขึ้น ตอนนี้มีแต่หมอสาธารณสุข อยากให้มีอนามัยชั้น 1 คือ มีรถ มีหมอประจำ มีเตียง สถานอนามัยที่นี้ต่างกับสถานอนามัยราชสีไศล ซึ่งมีพร้อม

สิ่งที่น่าเพิ่มอีกอย่างคือ การตรวจสุขภาพประจำปี ปกติที่นี้ไม่ค่อยหาหมอ ไม่เป็นก็ไม่ตรวจ ที่มีก็แค่ตรวจความดันทุกปี ตรวจภายใน

สถานบริการสาธารณสุข

แหล่งให้บริการสุขภาพ

1. สถานอนามัยประจำตำบลตูม
2. ศูนย์สาธารณสุขหมู่บ้าน
3. โรงพยาบาลปรางค์กู่

คนในหมู่บ้าน เมื่อเจ็บป่วยขั้นแรกไปอนามัยตำบลตูม โดยส่วนใหญ่ไปเอายาแก้ไข ยาพื้นฐาน ต้องซื้อที่ศูนย์สาธารณสุขหมู่บ้าน บริการตลอดโดยที่นี้มี อสม. 10 คน จะไปโรงพยาบาลปรางค์กู่ เมื่ออนามัยส่งตัวไป ถ้าเจ็บไข้ไม่หนักก็ไปหาอนามัย ถ้าหนักก็ไป รพ.ปรางค์กู่ ผู้ที่มีบัตรรักษาพยาบาลไม่ต้องเสียเงิน ผู้ออกบัตรให้คืออนามัย กรรมการในหมู่บ้านเลือก โดยให้อสม.สำรวจ ส่วนใหญ่มีบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย ประมาณ 60 % (สปร.) ส่วนบัตร 500 บาท มีประมาณ 10 % โดยซื้อติดต่อกัน แต่จะมีน้อยกว่า สปร. แต่ขณะนี้ข่าวเรื่องบัตร 30 บาท ทำให้คนชะงักเพราะชาวบ้านไม่เข้าใจว่ามีนำร่องแค่ 6 จังหวัด

4. หมอพื้นบ้าน

มีหมอกระดูก 3 คน หมอเป่างูสวัด โดยจะเสียค่าใช้จ่าย ซึ่งเรียกว่า ค่ายกครูแล้วแต่ผู้ไปรักษาจะให้ อาจจะเป็น 12 บาท 24 บาท หรือ 100 บาทก็ได้ ค่ายกครูคือเราป่วย รักษาจนหายจึงได้ยกครู แล้วแต่ความศรัทธาของแต่ละคน เช่น คนในหมู่บ้านโดนยิงที่ กทม. เข้า รพ.ศิริราช ทาง รพ.จะตัดแขน แต่ไม่ยอมให้ตัด จึงกลับบ้านมารักษาหมอพื้นบ้านหาย ก็จะให้ 2,500 บาท ส่วนค่าค่าย ให้ก่อนเริ่มต้นที่จะรักษา ใส่ในพาน ดอกไม้ ธูปเทียน จะให้เท่าไรแล้วแต่ผู้ไปรับบริการ

ส่วนหมอพื้นบ้านรักษาด้วยสมุนไพร โดยเก็บมาจากป่า ไม่ได้ปลูกเอง ซึ่งขณะนี้ทางสถานอนามัยกำลังคิดริเริ่มเกี่ยวกับการปลูกสมุนไพร การวางแผนโบราณ กำลังจะบรรจุในแผน แต่ตอนนี้ อบต.กำลังจะหมดวาระ ต้องเลือกตั้งใหม่แล้วจะดำเนินการ

ลักษณะการให้บริการด้านสุขภาพ

เป็นการให้บริการ ณ ที่ตั้ง หรือ เคลื่อนที่ออกมา โดยเป็นของอำเภอออกมาเดือนละครั้ง ให้บริการต่าง ๆ เช่น ตรวจโรค ทำฟัน

นอกจากนี้ บางครั้งมีแพทย์เคลื่อนที่ของสมเด็จพระเจ้า (พสว) มา 2-3 ปีครั้ง ซึ่งจะมาในหมู่บ้านที่ทางจังหวัดจัดให้ อำเภอละ 2 หมู่บ้านทุกปี จะมาให้บริการต่าง ๆ หลากหลายครบวงจร เช่น ทำทะเบียนบ้าน ทำบัตร

สภาพปัญหาอื่น ๆ ที่พบในชุมชน

สภาพแวดล้อมในชุมชนไม่มีปัญหา เพราะมีระบบการจัดเก็บที่ดี เช่น ขยะ อบต.ได้ขุดเป็นบ่อใหญ่ให้ทิ้ง โดยแต่ละครอบครัวเอาไปทิ้งที่หลุม จะมีก็เรื่องยุ้ง ตอนนี้อบต.กำลังจะจัดซื้อเครื่องฟั่น ซึ่งตั้งอยู่ในข้อบังคับและเตรียมการ โดยจะตีทะเบียนเป็นของอบต. แต่สถานีอนามัยจะเอาไปใช้เป็นผู้ยืมไว้ให้ใช้ในหมู่บ้าน แต่ก็มีหน่วยงานมาฉีดยาไต้ยุ้ง คือ สาธารณสุข มาปีละ 2 ครั้ง และให้ไซค์อะปัด อสม.มาหยดตามไต้ยุ้ง แต่ช่วงหลังอนามัยไม่มีงบก็ขอ อบต. ก็ช่วยเหลือกัน ซึ่งก็ขึ้นอยู่กับการประสานงานกับ อบต.

ผนวกที่ 4

บทสัมภาษณ์นักวิชาการและผู้บริหาร 10 คน

1. สัมภาษณ์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ
วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2544 ณ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสมุทรปราการ
2. สัมภาษณ์ประกันสังคมจังหวัดสมุทรปราการ
วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2544 ณ สำนักงานประกันสังคม จังหวัดสมุทรปราการ
3. สัมภาษณ์ประกันสังคม บางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ
วันที่ 28 มีนาคม 2544 ณ สำนักงานเทศบาล บางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ
4. สัมภาษณ์ประชาสัมพันธ์ จังหวัดสมุทรปราการ
วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2544 ณ สำนักงานประชาสัมพันธ์ ศาลากลางจังหวัดสมุทรปราการ
5. สัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการ
วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2544 ณ โรงพยาบาลสมุทรปราการ
6. สัมภาษณ์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
วันที่ 10 เมษายน 2544 ณ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ
7. สัมภาษณ์ประกันสังคมจังหวัดศรีสะเกษ
วันที่ 5 เมษายน 2544 ณ สำนักงานประกันสังคม จังหวัดศรีสะเกษ
8. สัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ
วันที่ 10 เมษายน 2544 ณ สำนักงานผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ
9. สัมภาษณ์ประชาสัมพันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ
วันที่ 9 เมษายน 2544 ณ สำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัด ศาลากลางจังหวัดศรีสะเกษ
10. สัมภาษณ์ อาจารย์ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
วันที่ 20 เมษายน 2544 ณ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

(1) สัมภาษณ์ สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

วันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2544

ณ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสมุทรปราการ

I สถานการณ์การดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ผู้สัมภาษณ์ : การรับรู้และตระหนักถึงปัญหาสุขภาพและการดูแลสุขภาพเป็นอย่างไร
และการรับรู้สิทธิในการได้รับการคุ้มครองดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานอย่างไร

ผู้ให้สัมภาษณ์ : แรงงานนอกระบบไม่ได้อยู่ในระบบการจ้างและมีอัตราการอพยพเคลื่อนย้าย
แรงงาน (เข้า – ออก) สูง ทำให้ขาดข้อมูล สถิติเกี่ยวกับบุคคลกลุ่มนี้ แต่เชื่อว่า
แรงงานนอกระบบทุกคนควรรับรู้สิทธิในการได้รับการคุ้มครองดูแลสุขภาพ ทั้ง
ในด้านการป้องกัน รักษา และส่งเสริม เพราะเป็นระบบบริการสุขภาพที่มีความ
ชัดเจน และครอบคลุมประชาชนกลุ่มเป้าหมายทั่วประเทศ อย่างไรก็ตามในการ
ปฏิบัตินั้น แรงงานนอกระบบกลุ่มนี้จะเข้าถึงบริการได้น้อยมาก

ผู้สัมภาษณ์ : การป้องกัน รักษา และส่งเสริมสุขภาพของแรงงานนอกระบบเป็นอย่างไร

ผู้ให้สัมภาษณ์ : **ในด้านการรักษา** แรงงานนอกระบบที่เป็นคนไทยทุกคนเมื่อเจ็บป่วยจะได้รับ
บริการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลของรัฐอยู่แล้ว ไม่ว่าจะมีความหนักแน่น
สุขภาพหรือไม่ก็ตาม เพราะในกรณีที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพและไม่มีเงิน
จ่ายค่ารักษาพยาบาลจะอยู่ในดุลยพินิจของผู้อำนวยการโรงพยาบาลและแพทย์
ที่อนุมัติการรักษาพยาบาลฟรีได้ **ในด้านการป้องกัน** รัฐจัดให้มีบริการเกี่ยวกับ
ภูมิคุ้มกัน ฉีดวัคซีน การควบคุมโรค การทำลายแหล่งเพาะเชื้อ โภชนาการ
ส่วนในด้านการส่งเสริมสุขภาพ จะมีปัญหาการให้บริการ เพราะแรงงานกลุ่มนี้
มีการอพยพเคลื่อนย้ายอยู่ไม่เป็นที่ อัตรากำลังเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีน้อยต้องใช้
อสม. เป็นผู้ให้ความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชน

ผู้สัมภาษณ์ : ระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่สามารถให้การคุ้มครองสุขภาพแรงงานนอกระบบ
และครอบครัวได้หรือไม่ แรงงานนอกระบบและครอบครัวได้รับการปฏิบัติ
อย่างไรภายใต้ระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่

ผู้ให้สัมภาษณ์ : หลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันที่ให้การคุ้มครองสำหรับแรงงานนอกระบบ ได้แก่ บัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) บัตรสุขภาพ 500 บาท โดยแรงงานนอกระบบจะได้รับสิทธิบัตรสปร.ภายใต้เงื่อนไขผู้มีรายได้น้อย จังหวัดสมุทรปราการกำหนดช่วงเวลาการยื่นขอทำบัตรปีละ 1 หรือ 2 ครั้ง ระหว่างเดือนมกราคมถึงมีนาคม โดยให้ผู้นำชุมชนเป็นผู้ยื่นขอทำบัตรให้ และเทศบาลอำเภอจะเป็นผู้พิจารณาและออกบัตร จังหวัดสมุทรปราการมีประชากรประมาณ 900,000 คน มีบัตรสปร.ร้อยละ 5 บัตรสุขภาพ 500 บาท จำนวน 2,000 คน

ผู้สัมภาษณ์ : ใครบ้างที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ผู้ให้สัมภาษณ์ : ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว ได้แก่ โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย ศูนย์สาธารณสุขชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แกนนำครอบครัว (กศค.) โรงพยาบาลเอกชน (22 แห่ง) องค์กรเอกชน เช่น องค์กรเครือข่ายด้านโรคเอดส์ องค์กร TEI ด้านสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

ผู้สัมภาษณ์ : ปัญหาการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ผู้ให้สัมภาษณ์ : 5.1 จังหวัดสมุทรปราการ มีการอพยพเคลื่อนย้ายแรงงาน เข้า – ออกตลอดเวลา แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อพยพจากภาคต่าง ๆ มาทำงานใน จังหวัดสมุทรปราการ มีที่อยู่อาศัยไม่เป็นหลักแหล่ง และอาศัยอยู่ในชุมชนที่มีสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม

5.2 แรงงานนอกระบบเป็นกลุ่มประชากรที่ยากจน ขาดการกระตือรือร้น ไม่ช่วยตนเอง

5.3 ระบบสุขภาพปัจจุบันเป็นลักษณะรัฐเป็นผู้ให้ประชาชน ไม่ได้สอนให้ประชาชนพึ่งพิงตนเอง ดูแลตนเอง

5.4 หลักประกันสุขภาพสำหรับผู้ยากไร้ที่รัฐจัดให้ ไม่ว่าจะเป็นบัตรสปร. บัตรสุขภาพ 500 บาท งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรต่อหัวน้อยมาก ไม่เพียงพอที่จะใช้จ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาล เช่น บัตรสปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อย หัวละ 270 บาท นักเรียนหัวละ 27 บาท บัตรสุขภาพ 500 บาท หัวละ 1,000 บาท

II แนวทางการพัฒนาหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว

- ผู้สัมภาษณ์ : ระบบประกันสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัวเป็นอย่างไร
- ผู้ให้สัมภาษณ์ : บัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ยังใช้ได้อยู่ แต่บัตรสุขภาพ 500 บาท น่าจะยกเลิกไปเมื่อมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคมาแทน ขณะนี้โครงการ 30 บาท ก็ยังไม่ชัดเจน มีปัญหาแน่นอนเพราะคนไม่เคยจ่าย จะยอมจ่าย 30 บาทหรือไม่ ก็จะต้องแก้ปัญหาทำให้สำเร็จ
- สิ่งที่ต้องดำเนินการ คือ
1. คนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพต้องมาทำบัตรให้หมด ถ้าใครไม่มีบัตร จะต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง
 2. เอาเงินจากทุกกองทุนมารวมกันและจ่ายให้กับสถานพยาบาลเครือข่าย
 3. คณะกรรมการจะเป็นผู้คัดเลือกสถานพยาบาลที่ได้มาตรฐาน ทั้งภาครัฐและเอกชนเข้ามาเป็นเครือข่ายของผู้ให้บริการ
 4. ประชาชนมีสิทธิเลือกสถานพยาบาลที่ตนต้องการได้
 5. ผู้ใช้บริการที่ต้องการบริการที่เหนือกว่ามาตรฐานจะต้องจ่ายเพิ่ม
- ผู้สัมภาษณ์ : ใครคือผู้ได้รับการคุ้มครองสิทธิ
- ผู้ให้สัมภาษณ์ : ผู้ที่ควรได้รับการคุ้มครองสิทธิ คือ แรงงานนอกระบบและสมาชิกครอบครัวของแรงงานนอกระบบ
- ผู้สัมภาษณ์ : ใครคือผู้รับผิดชอบหลักของระบบ
- ผู้ให้สัมภาษณ์ : กระทรวงสาธารณสุข (กำหนดนโยบาย กำกับติดตามตรวจสอบ) คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพ (พัฒนาระบบสุขภาพ) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ เทศบาล อบจ. อบต. เป็นการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้บริหารให้เป็นไปตามนโยบาย คณะกรรมการที่มีผู้ทรงคุณวุฒิทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการ
- ผู้สัมภาษณ์ : ค่าใช้จ่ายมีอะไรบ้างและได้มาจากไหน
- ผู้ให้สัมภาษณ์ : งบประมาณเก็บจากภาษีต่างๆ มาใช้จ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาล ปัจจุบันงบประมาณที่จัดสรรสำหรับการดูแลสุขภาพประชาชนเฉลี่ยหัวละ 1,200 บาท ไม่รวมค่าก่อสร้าง ค่าเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ และอื่น ๆ

ผู้สัมภาษณ์ : ผู้ให้บริการเป็นใคร

ผู้ให้สัมภาษณ์ : เป็นระบบเครือข่ายผู้ให้บริการ ประกอบด้วย สถานีนามัย โรงพยาบาลของรัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลเอกชน คลินิก

ผู้สัมภาษณ์ : สิทธิประโยชน์ครอบคลุมการป้องกัน รักษา ส่งเสริม หรือไม่ อย่างไร

ผู้ให้สัมภาษณ์ : หลักประกันสุขภาพควรจะครอบคลุมทั้งการป้องกัน รักษา และส่งเสริม โดยมี สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้กำกับดูแล

ผู้สัมภาษณ์ : การเข้าถึงบริการควรทำอย่างไร

ผู้ให้สัมภาษณ์ : แรงงานนอกระบบทุกคนจะต้องช่วยตนเอง ต้องรับผิดชอบตนเอง ต้องกระตือรือร้น รัฐหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐไม่สามารถติดตามดูแลทุกคนได้อย่างทั่วถึงเพราะ ขาดกำลังคน ขาดงบประมาณ

ผู้สัมภาษณ์ : กลไกการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ผู้ให้สัมภาษณ์ : 1. การมีส่วนร่วมของประชาชนยังเป็นไปได้ยาก
2. บัตรประกันสุขภาพควรเป็นบัตรเดียวกับบัตรประชาชน จะได้รับประโยชน์ และไม่ต้องมีหลายบัตร

ผู้สัมภาษณ์ : ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล

เขียนรายงาน : ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล

ผู้บันทึกข้อมูล : อาจารย์ศิริพร เกื้อกุลนุรักษ์

(2) สัมภาษณ์ ประกันสังคมจังหวัดสมุทรปราการ

วันที่ 23 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2544

ณ สำนักงานประกันสังคม จังหวัดสมุทรปราการ

I สถานการณ์การดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ผู้สัมภาษณ์ : การรับรู้และตระหนักถึงปัญหาสุขภาพและการดูแลสุขภาพเป็นอย่างไร และ การรับรู้สิทธิในการได้รับการคุ้มครองดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานอย่างไร

ผู้ให้สัมภาษณ์ : ไม่มีข้อมูล

ผู้สัมภาษณ์ : การป้องกัน รักษา และส่งเสริมสุขภาพของแรงงานนอกระบบเป็นอย่างไร

ผู้ให้สัมภาษณ์ : การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของแรงงานนอกระบบไม่มีแน่นอน ส่วนใน ด้านการรักษาเมื่อเจ็บป่วย แรงงานนอกระบบจะไปรับการรักษาที่สถาน พยาบาลของรัฐ เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น

ผู้สัมภาษณ์ : ระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่สามารถให้ความคุ้มครองสุขภาพแรงงานนอก ระบบและครอบครัวได้หรือไม่ แรงงานนอกระบบและครอบครัวได้รับการ ปฏิบัติอย่างไรภายใต้หลักประกันสุขภาพที่มีอยู่

ผู้ให้สัมภาษณ์ : แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ เวลาเจ็บป่วยไปรับ การ รักษาต้องจ่ายเงินเองบ้าง ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลบ้าง (ขออธิบาย) ส่วนหนึ่งจะมีบัตรสปร. สำหรับประกันสังคมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับแรงงานนอกระบบก็ คือ พรบ.ประกันสังคม มาตรา 39 เปิดโอกาสให้ผู้ที่เคยเป็นลูกจ้างในระบบมาก่อน เคยเป็นผู้ประกันตนมาแล้วไม่น้อย 1 ปี แต่ต้องออกจากงานและเปลี่ยนมาเป็น แรงงานนอกระบบมีความประสงค์จะเป็นผู้ประกันตนต่อไป โดยความสมัครใจ สามารถทำได้ โดยจะต้องจ่ายเงินสมทบเพิ่มเติมส่วนของนายจ้างที่เคยจ่าย ให้ และพรบ.ประกันสังคม มาตรา 40 เปิดโอกาสให้บุคคลที่ประกอบอาชีพ อิสระต้องการเป็นผู้ประกันตนกับประกันสังคมโดยความสมัครใจ โดยจ่ายเบี้ย ประกันรายปี ปีละ 2,360 บาท ได้การคุ้มครองด้านคลอดบุตร ทูพพลภาพ ตาย แต่ไม่ครอบคลุมการคุ้มครองการเจ็บป่วย ขณะนี้ยังไม่มีผู้ประกันตนตาม พรบ. ประกันสังคมมาตรา 40

ส่วนครอบครัวแรงงานนอกระบบ ก็ไม่ได้รับการคุ้มครองเช่นเดียวกัน ยกเว้นสมาชิกครอบครัวของแรงงานนอกระบบบางคนมีบัตรสปร. หรือบัตร ประกันสังคม

ผู้สัมภาษณ์ : ใครบ้างที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบ

ผู้ให้สัมภาษณ์ : ด้านการรักษา

1. สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด
2. โรงพยาบาลเอกชน ไม่เหมาะสำหรับแรงงานนอกระบบ ซึ่งเป็นกลุ่มประชาชนที่ยากจน ไม่มีค่ารักษาพยาบาล โรงพยาบาลเอกชนมุ่งแสวงหากำไร

ด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ

1. กระทรวงสาธารณสุข โดยหน่วยงานสาธารณสุขทั้งในระดับจังหวัด (สาธารณสุขจังหวัด) อำเภอ (สาธารณสุขอำเภอ) ตำบล (สถานีอนามัย) หมู่บ้าน (อสม.) มีหน้าที่หลักในการให้บริการด้านการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพประชาชน และยังจัดให้มีหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เข้าไปให้ความรู้ ให้คำปรึกษา แนะนำ ตรวจสุขภาพ ให้ภูมิคุ้มกัน
2. จังหวัดสมุทรปราการ หน่วยงาน องค์กร หรือบุคคลที่ให้ความสนใจเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมมีมาก เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงวิทยาศาสตร์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม (กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน สำนักงานประกันสังคม) ในระดับจังหวัดก็มีผู้ว่าราชการจังหวัด วุฒิสมาชิก สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร นักการเมืองท้องถิ่น
3. องค์กรเอกชน มีส่วนเกี่ยวข้องน้อยในด้านการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ บางองค์กรมีเป้าหมายทางการเมืองแอบแฝง ที่มีบทบาทชัดเจนจะเป็น องค์กรเอกชนด้านสิ่งแวดล้อมและหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เข้าไปให้ความรู้ และตรวจสุขภาพให้ประชาชน
4. ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบในกรณีนายจ้างเป็นเรื่องยาก จะมีข้อโต้แย้งทางกฎหมายในการตีความ คำว่า “นายจ้าง” และจะไปเกี่ยวพันกับเรื่องของค่าจ้าง สวัสดิการ ขณะนี้กรณีของแรงงานนอกระบบยังไม่ยอมรับการเป็นนายจ้างของแรงงานนอกระบบ

ผู้สัมภาษณ์ : ปัญหาการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัวมีอะไรบ้าง

- ผู้ให้สัมภาษณ์ : 1. การไปรับบริการจากโรงพยาบาลของรัฐจะไม่ได้รับการปฏิบัติที่เสมอภาคเท่าเทียมและเป็นมาตรฐานเดียวกัน ดังเช่น ผู้ให้สัมภาษณ์กล่าวว่า “ทุกวันนี้ ใครไปโรงพยาบาลของรัฐ ถ้าไม่รู้จักใครต้องรอนาน ถ้าจะต้องเข้ารับการรักษาเป็นคนไข้ใน ก็เจอปัญหาไม่มีเตียง”

2. กรณีแรงงานนอกระบบ แม้จะเข้าข่ายการเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 พรบ.ประกันสังคมได้ แต่ก็ไม่สามารถจ่ายเบี้ยประกันตนสูง ปีละ 2,360 บาท ได้ และยังไม่ได้รับการคุ้มครองการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นสิทธิประโยชน์ที่แรงงานนอกระบบต้องการมากที่สุด
3. ระบบประกันสุขภาพปัจจุบันมีอยู่หลายระบบ เช่น บัตรสปร. บัตรสุขภาพ 500 บาท ประกันสังคม สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ เป็นต้น แต่ละระบบให้สิทธิประโยชน์ในการคุ้มครองดูแลสุขภาพแก่ประชาชนบนพื้นฐานที่แตกต่างและไม่เท่าเทียมกัน

II แนวทางการพัฒนาหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ผู้สัมภาษณ์ : ระบบประกันสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว ควรเป็นอย่างไร

- ผู้ให้สัมภาษณ์ : 1. ระบบประกันสุขภาพเดิมที่ยังคงใช้ได้สำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว คือ บัตรสปร. และประกันสังคมตาม พรบ.ประกันสังคม มาตรา 39 เป็นการประกันตนโดยสมัครใจในกรณีที่เคยเป็นผู้ประกันตนมาก่อน และหากจะให้ พรบ.ประกันสังคม มาตรา 40 ใช้ได้ผลสำหรับแรงงานนอกระบบกลุ่มนี้บางส่วน ก็จำเป็นจะต้องแก้ไขกฎหมายเกี่ยวกับเบี้ยประกันตนให้ต่ำลงและสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมการเจ็บป่วยด้วย
2. โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค น่าจะแก้ไขปัญหาการขาดหลักประกันสุขภาพของแรงงานนอกระบบได้ขณะนี้ แต่เสนอให้นำโรงพยาบาลเอกชนเข้ามาร่วมในเครือข่ายผู้ให้บริการ จะทำให้แรงงานนอกระบบมีทางเลือกมากขึ้น เพราะโรงพยาบาลของรัฐไม่เพียงพอ
3. ในอนาคต ควรมีระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ มีกองทุนเดียวเป็นระบบประกันโดยสมัครใจ ประชาชนมีส่วนร่วมในการจ่ายเงิน บริการจะต้องเป็นมาตรฐานเดียว ประชาชนทุกคนต้องได้รับบริการขั้นพื้นฐานที่รัฐจัดให้และมีช่องทางให้ประชาชนเลือกซื้อบริการเพิ่ม เลือกแพทย์ผู้เชี่ยวชาญตามต้องการได้ แต่ต้องจ่ายเพิ่มในส่วนค่าบริการที่เกินขั้นพื้นฐานที่กำหนด ในอนาคตประกันสังคมควรเข้ามาดูแลส่วนต่างที่ประชาชนต้องการประกันเพิ่ม ไม่ควรเกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพประชาชนโดยทั่วไป เรื่องสุขภาพควรให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดูแล ส่วนประกันสังคมควรดูแลผลประโยชน์

ที่เป็นเงิน เช่น เงินทดแทน การขาดรายได้ เป็นต้น โดยประกันสังคมต้องยกเลิกการเก็บเงินสมทบ แต่เงินที่จะนำมาใช้จ่ายจะต้องผ่านทางนโยบายภาษี

ผู้สัมภาษณ์ : ใครคือผู้ได้รับการคุ้มครองสิทธิ

ผู้ให้สัมภาษณ์ : ควรเป็นหลักประกันสุขภาพที่ให้การคุ้มครองเฉพาะแรงงานนอกระบบเท่านั้น ไม่รวมสมาชิกครอบครัวมิฉะนั้นจะทำให้กองทุนใหญ่มาก

ผู้สัมภาษณ์ : ใครคือผู้รับผิดชอบหลักของระบบ

ผู้ให้สัมภาษณ์ : 1. กระทรวงสาธารณสุข มีบุคลากรทางการแพทย์มากที่สุด รัฐบาลสุขภาพของประชาชนเป็นอย่างไร ควรทำหน้าที่ด้านนโยบาย ผู้ให้บริการ ติดตามการดำเนินงานตามนโยบายและเป้าหมาย

2. กระทรวงการคลังจ่ายเงินเข้ากองทุนประกันสุขภาพ

3. กองทุนสุขภาพ ภายใต้การบริหารของกระทรวงสาธารณสุข

4. คณะอนุกรรมการ ทำหน้าที่พิจารณาคัดเลือกสถานพยาบาลและหน่วยงานเครือข่ายในพื้นที่ และติดตามตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาลและการให้บริการ คณะอนุกรรมการแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

4.1 อนุกรรมการส่วนกลาง ประกอบด้วย ผู้แทนของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้แทนฝ่ายลูกจ้างกลุ่มต่าง ๆ ฝ่ายนายจ้าง (ถ้ามี) ฝ่ายรัฐบาล ภาคเอกชน ภาคประชาชน และอื่น ๆ ทำหน้าที่ตรวจสอบทั่วประเทศเชิงนโยบาย และพิจารณาแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่ส่วนท้องถิ่นไม่สามารถตัดสินใจและส่งมา

4.2 อนุกรรมการระดับภาค หรือจังหวัด ประกอบด้วย ผู้แทนจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในระดับภาคหรือจังหวัด ทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน หรือ ประชาคมร่วมเป็นอนุกรรมการ ประมาณ 15 คน ทำหน้าที่พิจารณาคัดเลือกสถานพยาบาลเครือข่ายในพื้นที่ของตน ติดตามตรวจสอบคุณภาพมาตรฐาน การให้บริการของสถานพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

4.3 อนุกรรมการระดับท้องถิ่น (ตำบลหรือหมู่บ้าน) เป็นตัวแทนของกลุ่มต่าง ๆ ทุกกลุ่มในชุมชนร่วมเป็นอนุกรรมการ โดยผ่านการคัดเลือกจากคนที่ยินดีเสียสละมาทำงานเพื่อส่วนรวม ทำหน้าที่ติดตามตรวจ

สอบการดำเนินงานและพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของคนในชุมชน รวมทั้ง
แรงงานนอกระบบ อนุกรรมการระดับท้องถิ่นไม่ควรมากจนเกินไป

5. ประชาชนในฐานะผู้เสียภาษี และภาคเอกชนในฐานะผู้รักษาผลประโยชน์
ของแรงงานนอกระบบซึ่งเป็นประชาชนกลุ่มหนึ่งทำหน้าที่ตรวจสอบการใช้จ่ายเงิน

ผู้สัมภาษณ์ : ค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในการจัดการระบบสุขภาพมีอะไรบ้าง และได้มาจากไหน

- ผู้ให้สัมภาษณ์ : 1. นโยบายภาษี ภาษีที่เรียกเก็บจากประชาชนทุกรูปแบบ เช่น ภาษีรายได้
ส่วนบุคคล ภาษีนิติบุคคล ภาษีสรรพสามิต เป็นต้น
2. เงินสมทบ เก็บจากผู้ประกันตน หรือแรงงานนอกระบบปีละ 500 บาทต่อคน
รัฐควรร่วมจ่ายเงินสมทบตามสิทธิขั้นพื้นฐานสำหรับการประกันตนโดย
สมัครใจตามพรบ.ประกันสังคม มาตรา 40

ทั้งนี้ควรให้นักเศรษฐศาสตร์ประกันภัยช่วยคำนวณอัตราเงินสมทบ
หรือเบี้ยประกันที่ผู้ประกันตนพึงจ่ายและสามารถจ่ายได้

ผู้สัมภาษณ์ : ผู้ให้บริการควรเป็นใคร

- ผู้ให้สัมภาษณ์ : 1. สถานพยาบาลของรัฐ ได้แก่ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน
โรงพยาบาลจังหวัด
2. โรงพยาบาลเอกชน คลินิก ควรเข้ามาร่วมเป็นเครือข่ายผู้ให้บริการโดย
ความสมัครใจ

ผู้สัมภาษณ์ : สิทธิประโยชน์ครอบคลุมการป้องกัน รักษา และส่งเสริมได้อย่างไร

- ผู้ให้สัมภาษณ์ : สิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานของหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนทุกคนเท่าเทียม
กันหมด และควรครอบคลุมทั้งด้านการรักษาเมื่อเจ็บป่วย ตรวจสุขภาพประจำปี
และควรส่งเสริมให้แรงงานนอกระบบมีการดูแลสุขภาพ ถ้าใครมีสุขภาพดีไม่
เจ็บป่วย ควรมีรางวัลให้ตรวจสุขภาพได้ฟรี

ผู้สัมภาษณ์ : การเข้าถึงบริการควรทำอย่างไร

ผู้ให้สัมภาษณ์ : ไม่มีข้อมูล

ผู้สัมภาษณ์ : กลไกการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ผู้ให้สัมภาษณ์ : 1. กลไกกฎหมาย

1.1 ควรแก้ไขพระราชกฤษฎีกาเกี่ยวกับเบี้ยประกันและสิทธิประโยชน์ตาม พรบ.ประกันสังคม มาตรา 40 โดยปรับเบี้ยประกันให้ต่ำลงในอัตราที่สามารถจ่ายได้ หรือมีหลายอัตรา และสิทธิประโยชน์ควรครอบคลุมด้านการรักษาเมื่อเจ็บป่วยด้วย

1.2 มี พรบ.ประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. นำนโยบายภาษีมาใช้ มีการเก็บภาษีเพื่อนำมาเป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยเฉพาะ สำหรับแรงงานนอกระบบแม้จะไม่สามารถเสียภาษีทางตรง (ภาษีรายได้) แต่มีการจ่ายภาษีทางอ้อม เช่น ภาษีมูลค่าเพิ่มจากการซื้อสินค้า เป็นต้น

3. นำระบบข้อมูล (IT) มาใช้ในการพัฒนาระบบประกันสุขภาพของแรงงานนอกระบบ

4. ควรมีการศึกษาความเป็นไปได้ในการปฏิบัติตามพรบ.ประกันสังคม มาตรา 40 และเสนอเป็นทางเลือกแก่รัฐบาล

ผู้สัมภาษณ์ : ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล

ผู้เขียนรายงาน : ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล

ผู้บันทึกข้อมูล : อาจารย์ศิริพร เกื้อกุลนุรักษ์

(3) สัมภาษณ์ประกันสังคม บางเสาดง จังหวัดสมุทรปราการ

วันที่ 28 มีนาคม พ.ศ.2544

ณ สำนักงานเทศบาลบางเสาดง จังหวัดสมุทรปราการ

I สถานการณ์การดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ผู้สัมภาษณ์ : การรับรู้และตระหนักถึงปัญหาสุขภาพและการดูแลสุขภาพเป็นอย่างไร
และการรับรู้สิทธิในการได้รับการคุ้มครองดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานเป็นอย่างไร

ผู้ให้สัมภาษณ์ : ไม่มีข้อมูล

ผู้สัมภาษณ์ : การป้องกัน รักษา และส่งเสริมสุขภาพของแรงงานนอกระบบเป็นอย่างไร

ผู้ให้สัมภาษณ์ : ในด้านการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการอยู่แล้ว แต่ได้ผลเฉพาะในกลุ่มเด็กโดยการให้ภูมิคุ้มกันโรค (ฉีดวัคซีน หยอดโพลีโอ คอตีบ) แต่การป้องกันโรคสำหรับกลุ่มผู้เจริญวัยภาครัฐยังทำได้ดีแค่ไหนไม่มีใครบอก โดยเฉพาะแรงงานนอกระบบ เช่น คนงานก่อสร้าง เป็นต้น ไม่มีการป้องกัน ไม่มีการดูแลสุขภาพ เช่น ทำงานได้ค่าจ้างมา 200 บาท ซื้อเหล้ากิน 100 บาท ไม่มีใครไปบอกว่าควรดูแลสุขภาพอย่างไร

ในด้านการรักษา แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ เวลาเจ็บป่วยจะซื้อยากินเอง ไม่ไปพบแพทย์ เจ็บป่วยหนักจึงจะไปโรงพยาบาลของรัฐ

ผู้สัมภาษณ์ : ระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่สามารถให้ความคุ้มครองสุขภาพแรงงานนอกระบบและครอบครัวได้หรือไม่ แรงงานนอกระบบและครอบครัวได้รับการปฏิบัติอย่างไร ภายใต้หลักประกันสุขภาพที่มีอยู่

ผู้ให้สัมภาษณ์ : หลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ ที่ควรคุ้มครองแรงงานนอกระบบและครอบครัวได้ คือ

1. บัตรสปร. เหมาะสำหรับแรงงานนอกระบบที่มีรายได้น้อย แม้แต่ 30 บาทก็ยังไม่มีจ่าย
2. โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค เหมาะสำหรับแรงงานนอกระบบที่สามารถมีส่วนร่วมจ่ายได้ครั้งละ 30 บาทเวลาไปรักษา
3. ประกันสังคมตาม พรบ.ประกันสังคม มาตรา 40 ให้โอกาสผู้ประกอบการอาชีพอิสระ อย่างเช่น แรงงานนอกระบบเป็นการประกันตนโดยสมัครใจ โดยจ่ายเงินสมทบ 2,360 บาท ให้การคุ้มครอง 3 ด้าน คือ คลอดบุตร ทูพพลภาพ

ตาย ไม่คุ้มครองถึงการเจ็บป่วยเพราะคิดว่าเรื่องสุขภาพ หรือการเจ็บป่วย เป็นหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขที่จะดูแล

ในความเป็นจริงจะพบว่าหลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ยังไม่สามารถ ให้ความคุ้มครองแรงงานนอกระบบได้ กล่าวคือ แรงงานนอกระบบบางคน แม้จะมีหลักประกันสุขภาพ แต่ก็ไม่สามารถใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลได้ เพราะไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไข เช่น ไปรับบริการที่สถานพยาบาลที่ไม่ได้ระบุ ในบัตร ก็ต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเอง เป็นต้น การบริหารจัดการที่จะ ทำให้สถานพยาบาลมีเงินเหลือมากที่สุด ก็คือ การห้ามไม่ให้ผู้ที่มีหลัก ประกันสุขภาพมาใช้บริการข้ามเขต คนที่ไม่มีเงินจริง ๆ ก็ไม่กล้าไปโรง พยาบาลยอมป่วยตาย ปัจจุบันคนที่เสียเงินซื้อบัตรสุขภาพ 500 บาท แต่ก็ ไม่ได้รับการดูแล

ผู้สัมภาษณ์ : ใครบ้างที่มีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ผู้ให้สัมภาษณ์ : ไม่มีข้อมูล

ผู้สัมภาษณ์ : ปัญหาการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ผู้ให้สัมภาษณ์ : 1. ปัญหาการอพยพเคลื่อนย้ายของแรงงานนอกระบบทำให้ติดตามไม่ได้ เพราะไม่มีหลักแหล่งแน่นอน จึงไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับแรงงานนอกระบบ

2. มีการเคลื่อนไหว เปลี่ยนแปลงสถานภาพจากการเป็นแรงงานในระบบและ ออกมาเป็นแรงงานนอกระบบ การเข้า ๆ ออก ๆ จากงานมีความถี่มาก บางครั้งนายจ้างก็ไม่มีแจ้ง ข้อมูลแรงงานทั้งในระบบและนอกระบบ จึงขาดความชัดเจน

3. เงื่อนไขของพรบ.ประกันสังคม มาตรา 40 มีข้อจำกัดที่กำหนดเบี้ยประกัน ไว้สูง และไม่ให้การคุ้มครองเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ทำให้เป็นอุปสรรคต่อ การที่แรงงานนอกระบบจะเข้าสู่ระบบประกันสังคม

II แนวทางการพัฒนาหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ผู้สัมภาษณ์ : ระบบประกันสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับแรงงานนอกระบบเป็นอย่างไร

ผู้ให้สัมภาษณ์ : ระบบเดิมที่เหมาะสมสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว คือ

1. บัตรสปร.
2. โครงการ 30 บาทรักษาทุกคน โดยให้แรงงานนอกระบบมีส่วนร่วมจ่าย
ครั้งละ 30 บาท เมื่อไปรับการรักษา
3. ประกันสังคมโดยสมัครใจ ตามพรบ.ประกันสังคม มาตรา 40 สำหรับ
แรงงานนอกระบบที่ไม่มีหลักแหล่ง ไม่ได้จดทะเบียนการค้า แต่ต้องให้
เบี้ยประกันลดลงและให้สิทธิประโยชน์ครอบคลุมถึงการเจ็บป่วย
นอกจากนั้น ประกันสังคมควรขยายขอบเขตผู้ประกันตนไปถึงนายจ้างที่มี
ลูกจ้าง 1 คนขึ้นไป เฉพาะที่มีทะเบียนการค้าถูกต้อง ก็จะทำให้แรงงาน
นอกระบบส่วนหนึ่งได้รับการคุ้มครองจากระบบประกันสังคมด้วย
4. กรณีแรงงานนอกระบบ น่าจะมีระบบใหม่เข้ามาเพราะแรงงานนอกระบบ
ส่วนใหญ่คือ คนที่ไม่ได้อยู่ในเกณฑ์ที่จะจ่ายเบี้ยประกันตาม พรบ.ประกันสังคม
มาตรา 40 ได้ หรือบัตรสปร.ก็ไม่ใช่ว่าทุกคนจะได้รับ บัตรสุขภาพ 500 บาท ก็มี
ปัญหาต้องไปใช้สถานพยาบาลที่ระบุในบัตรได้เท่านั้น น่าจะมีกองทุนสุขภาพ
ถ้วนหน้า แรงงานนอกระบบควรมีส่วนร่วมจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน
5. ควรส่งเสริมให้แรงงานนอกระบบดูแลสุขภาพตนเอง เช่น ออกกำลังกาย
พักผ่อน เป็นต้น

ผู้สัมภาษณ์ : ใครคือผู้ได้การคุ้มครองสิทธิ

ผู้ให้สัมภาษณ์ : ผู้ได้รับการคุ้มครองสิทธิ ก็คือ แรงงานนอกระบบ ซึ่งได้แก่

1. เกษตรกร (ชาวไร่ ชาวนา) หาบเร่แผงลอย รับเหมาก่อสร้าง งานบริการ
2. กลุ่มคนที่ไม่มียาได้ประจำ

ผู้สัมภาษณ์ : ใครคือผู้รับผิดชอบหลักของระบบ

- ผู้ให้สัมภาษณ์ :
1. กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้กำหนดนโยบายและกระจายอำนาจให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นนำไปปฏิบัติ โดยมีเจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข
เป็นพี่เลี้ยงคอยกำกับติดตามดูแล
 2. สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) ทำหน้าที่ตรวจสอบการใช้จ่ายเงิน

3. องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนให้ดีและ
น่าจะจัดการงบประมาณได้

ผู้สัมภาษณ์ : ค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในการจัดการระบบสุขภาพมีอะไรบ้าง และได้มาจากไหน

ผู้ให้สัมภาษณ์ : 1. ค่าใช้จ่ายมีอะไรบ้าง

ค่าใช้จ่ายเป็นค่าตรวจรักษา ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ จ่ายจากกองทุนสุขภาพ จะต้องจ่ายให้แก่โรงพยาบาลเต็มที่ตามอาการของโรค การใช้ยาและเวชภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพและมาตรฐานไม่ต่ำกว่ายาบัญญัติหลักแห่งชาติ โรงพยาบาลมีหน้าที่รักษาจนหายหรือสิ้นสุดการรักษา บางกรณีอาจมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเพื่อให้การรักษามีคุณภาพ เช่น ต้องใช้แพทย์เฉพาะทางหรือผู้เชี่ยวชาญรักษาเป็นกรณีพิเศษ ต้องใช้เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น การปลูกไต การผ่าตัดสมอง เป็นต้น นอกจากนั้นการจ่ายในกรณีที่ไม่ใช้บริการข้ามเขต

2. รายรับ ได้มาจากหลายทาง คือ

2.1 จากการเก็บภาษี

2.2 Co payment โดยแรงงานนอกระบบมีส่วนร่วมจ่ายในการไปรับบริการแต่ละครั้ง

2.3 เงินสมทบหรือเบี้ยประกัน

ผู้สัมภาษณ์ : ผู้ให้บริการเป็นใคร

ผู้ให้สัมภาษณ์ : ควรเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนเข้ามาร่วมในเครือข่ายผู้ให้บริการ และทำให้เกิดการแข่งขัน

ผู้สัมภาษณ์ : สิทธิประโยชน์จะครอบคลุมการป้องกัน รักษา และส่งเสริมได้อย่างไร

ผู้ให้สัมภาษณ์ : การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพมีความจำเป็นเท่า ๆ กับการรักษา เพราะการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพที่ดีจะทำให้รัฐสิ้นเปลืองงบประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลน้อยลง

การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพโดยการจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ไปให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจสุขภาพ

สิทธิประโยชน์ด้านการรักษาควรครอบคลุมเฉพาะโรคที่จำเป็นเท่านั้น สำหรับโรคที่ไม่จำเป็น โรคที่ไม่รักษาก็ไม่เป็นไร โรคที่แสวงหามาเอง เช่น ศัลยกรรมตกแต่ง เป็นต้น จะไม่ครอบคลุม ต้องจ่ายเอง

ผู้สัมภาษณ์ : การเข้าถึงบริการควรทำอย่างไร

ผู้ให้สัมภาษณ์ : ต้องดูแลให้ทั่วถึง เจ้าหน้าที่ที่มีจิตสำนึกในการให้บริการ ผู้บริหารหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องจะต้องชี้แจงและประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง และการบริหารจัดการการต้องมีระบบข้อมูลที่ทันสมัยและเพียงพอ

ผู้สัมภาษณ์ : กลไกการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพแรงงานนอกระบบและครอบครัว

- ผู้ให้สัมภาษณ์ :
1. ปรับปรุงแก้ไขกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับให้มีความเหมาะสม เช่น ออกเป็นกฎหมาย เพื่อแก้ไข พรบ.ประกันสังคม มาตรา 40 เกี่ยวกับอัตราเบี้ยประกันที่สูงเกินไป รัฐควรมีส่วนร่วมสมทบตามสิทธิขั้นพื้นฐานด้านการรักษาพยาบาลของประชาชนทุกคน และสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมถึงการรักษาพยาบาล
 2. พัฒนาระบบข้อมูลที่จะนำมาใช้ประโยชน์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ และการให้บริการด้านสุขภาพ
 3. ต้องจัดทำระเบียบแรงงานนอกระบบ เพื่อให้รู้ปริมาณแรงงานนอกระบบ และหลักแหล่งที่สามารถติดตามได้โดยประกาศเป็นเขตพื้นที่ให้แรงงานนอกระบบมาจดทะเบียน
 4. การทำบัตรประกันสุขภาพโดยใช้บัตรประชาชน ซึ่งกำหนดให้มีเลขบัตรประชาชนตั้งแต่เกิด
 5. มีระบบการส่งต่อผู้รับบริการระหว่างสถานพยาบาลเครือข่ายในพื้นที่ที่มีประสิทธิภาพ
 6. การตรวจสอบ แบ่งเป็น 2 ส่วน
 - 6.1 สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน ตรวจสอบการใช้จ่ายเงิน
 - 6.2 กระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่ 1) ตรวจสอบมาตรฐานสถานพยาบาล 2) ตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานการบริการ และ 3) ตรวจสอบคำร้องที่ได้รับ
 7. การประชาสัมพันธ์ต้องทำให้จริงจังและต่อเนื่องจึงจะได้ผล สื่อที่สามารถเข้าถึงแรงงานนอกระบบได้ดีที่สุด คือ หอกระจายข่าวและอสม.
 8. อสม.ควรได้รับค่าตอบแทนในการทำงานเพื่อเป็นขวัญและกำลังใจ

ผู้สัมภาษณ์ : ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล

ผู้เขียนรายงาน : ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล

ผู้บันทึกข้อมูล : อาจารย์ศิริพร เกื้อกูลนุรักษ์

(4) สัมภาษณ์ประชาสงเคราะห์ จังหวัดสมุทรปราการ
วันที่ 23 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2544
ณ สำนักงานประชาสงเคราะห์ ศาลากลางจังหวัดสมุทรปราการ

I สถานการณ์การดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ผู้สัมภาษณ์ : การรับรู้และตระหนักถึงปัญหาสุขภาพและการดูแลสุขภาพเป็นอย่างไร และ การรับรู้สิทธิในการได้รับการคุ้มครองดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานอย่างไร การดูแลสุขภาพ (ป้องกัน รักษา ส่งเสริมสุขภาพ) เป็นอย่างไร

ผู้ให้สัมภาษณ์ : แรงงานนอกระบบที่เป็นกลุ่มสังคมฐานราก คนกลุ่มนี้ฐานะยากจนไม่ได้รับการศึกษาหรือมีการศึกษาน้อย ไม่รู้จักใช้จ่ายเงิน ฟุ่มเฟือย ไม่อดออม มีเงินก็เล่นการพนัน เที่ยวเตร่ ดื่มสุรา คนหนุ่มสาวไม่ทำงาน นอนอยู่กับบ้าน และบอกว่าไม่มีเงิน คนพวกนี้พัฒนาไม่ขึ้น ไม่ช่วยตนเอง

ผู้สัมภาษณ์ : ระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่สามารถให้การคุ้มครองสุขภาพแรงงานนอกระบบและครอบครัวได้หรือไม่ แรงงานนอกระบบและครอบครัวได้รับการปฏิบัติอย่างไรภายใต้หลักประกันสุขภาพที่มีอยู่

ผู้ให้สัมภาษณ์ : ไม่เห็นด้วยกับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคที่ให้คนที่เจ็บป่วยจ่ายแค่ 30 บาท บอกว่าด้อยโอกาส และรัฐก็จ่ายส่วนที่เหลือให้ทั้งหมด ที่จริงประชาชนทุกคนควรจ่ายเงินมาก่อนเจ็บป่วย พอเวลาเจ็บป่วยไม่มีเงินก็รักษาฟรีได้ ดังนั้นนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคไม่ได้ผลหรอก ตราบใดที่รัฐต้องจ่ายให้หมด

ผู้สัมภาษณ์ : ใครบ้างที่มีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ผู้ให้สัมภาษณ์ : ชุมชนยังไม่เข้มแข็ง ขึ้นอยู่กับผู้นำชุมชนมีความเสียสละเพื่อส่วนรวมมากน้อยแค่ไหน คนในชุมชนที่จะช่วยเหลือกันหายาก ต่างคนต่างอยู่ ไม่สนใจผู้อื่น ไม่ช่วยเหลือกัน การมีส่วนร่วมจึงเป็นไปได้ยาก

ผู้สัมภาษณ์ : ปัญหาการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบและครอบครัวมีอะไรบ้าง

ผู้ให้สัมภาษณ์ : 1. ระบบไม่สอนให้คนช่วยตนเอง สอนให้คนรอคอยความช่วยเหลือ
2. คนไทยไม่รู้จักมัธยัส อดออม ฟุ่มเฟือยมาก เวลาเจ็บป่วยจึงไม่มีเงินไปรักษา

II แนวทางการพัฒนาหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ผู้สัมภาษณ์ : ระบบประกันสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัวเป็นอย่างไร

ผู้ให้สัมภาษณ์ : ควรเป็นกองทุนสุขภาพ กองทุนเดียวโดยเอาทุกระบบมารวมกัน ให้ประชาชนทุกคนรวมทั้งแรงงานนอกระบบและครอบครัวทุกคนได้รับการรักษาฟรี แต่ทุกคนจะต้องร่วมกันจ่ายเงินเข้ากองทุนมาก่อน ยกเว้นคนที่จนจริง ๆ รับการรักษาฟรีเมื่อเวลาเจ็บป่วยได้ โดยถือหลักว่าคนมีฐานะช่วยคนที่ด้อยกว่า โดยจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน ควรกำหนดว่าอายุเท่าไร ต้องเริ่มจ่ายเงินเข้ากองทุน จะต้องจ่ายเข้ากองทุนในอัตราเท่าไร ต้องจ่ายเข้ากองทุนเป็นระยะเวลากี่ปีจึงจะมีสิทธิได้รับการรักษาฟรี

ผู้สัมภาษณ์ : ใครคือผู้ได้รับการคุ้มครองสิทธิ

ผู้ให้สัมภาษณ์ : ประชาชนทุกคนได้รับสิทธิเหมือนกันหมดรวมทั้งแรงงานนอกระบบและสมาชิกของครอบครัวของแรงงานนอกระบบ

ผู้สัมภาษณ์ : ใครคือผู้รับผิดชอบหลักของระบบ

ผู้ให้สัมภาษณ์ : กระทรวงสาธารณสุข

ผู้สัมภาษณ์ : ค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในการจัดการระบบสุขภาพมีอะไรบ้าง และได้มาจากไหน

- ผู้ให้สัมภาษณ์ :
1. ภาษีรายได้ส่วนบุคคล โดยบังคับให้คนวัยแรงงานทุกคนต้องเสียภาษี
 2. ประชาชนทุกคน ยกเว้น คนจนจริง ๆ จ่ายเงินเข้ากองทุนสุขภาพ
 - 2.1 ต้องมีธำมภ์ อดออมเก็บเงินจ่ายกองทุน ต้องสอนให้คนไม่กินเหล้า จะมีเงินจ่ายเข้ากองทุนได้
 - 2.2 ไม่จำเป็นต้องจ่ายทุกเดือน เมื่อไรมีก็จ่ายเข้ากองทุน
 - 2.3 จำนวนเงินที่จ่ายเข้ากองทุนควรเป็นเท่าไร ต้องให้นักเศรษฐศาสตร์มาคิดคำนวณ ควรมีอัตราขั้นต่ำสำหรับคนที่มีความยากในการจ่ายน้อย
 - 2.4 คนที่จ่ายมาก ควรได้รับผลตอบแทนมากด้วย

ผู้สัมภาษณ์ : ใครคือผู้ให้บริการ

ผู้ให้สัมภาษณ์ : เครือข่ายผู้ให้บริการ ประกอบด้วย สถานพยาบาลของรัฐ เอกชน คลินิก รักษาที่ไหนก็ได้กองทุนจ่ายให้หมด

ผู้สัมภาษณ์ : สิทธิประโยชน์ครอบคลุมการป้องกัน รักษา ส่งเสริมได้อย่างไร

ผู้ให้สัมภาษณ์ : ไม่มีข้อมูล

ผู้สัมภาษณ์ : การเข้าถึงบริการควรทำอย่างไร

ผู้ให้สัมภาษณ์ : 1. ต้องสอนให้ประชาชนรู้จักช่วยตนเอง

2. ชุมชนไม่เข้มแข็ง ไม่เหนียวแน่น ต่างคนต่างอยู่ ต้องหาผู้นำชุมชนเก่ง ๆ ขึ้นมาควบคุมดูแลชาวบ้านให้ได้ กระตุ้นให้ชาวบ้านมีส่วนร่วม ถ้าไม่เข้าร่วมก็จะไม่ได้รับการดูแล ผู้นำชุมชนรวบรวมเงินจากชาวบ้านนำส่งเข้ากองทุนโดยประสานกับเจ้าหน้าที่ของรัฐ มีหลักฐานการรับ-ส่งเงินชัดเจน ตรวจสอบได้

ผู้สัมภาษณ์ : กลไกการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพแรงงานนอกระบบและครอบครัว

- ผู้ให้สัมภาษณ์ : 1. ออกกฎหมายบังคับให้ประชาชนทุกคน รวมทั้งแรงงานนอกระบบและครอบครัวเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ
2. กองทุนสุขภาพแห่งชาติ ทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการจ่ายเงินเข้ากองทุน การจ่ายเงินเข้ากองทุนกำหนดไว้หลายอัตรา มีมากจ่ายมาก มีน้อยจ่ายน้อย ไม่มีจริงจึงจะยกเว้นไม่ต้องจ่าย

ผู้สัมภาษณ์ : ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล

ผู้เขียนรายงาน : ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล

ผู้บันทึกข้อมูล : อาจารย์ศิริพร เกื้อกุลนุรักษ์

(5) สัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการ

วันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2544

ณ โรงพยาบาลสมุทรปราการ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์จำแนกได้เป็น 4 ประเด็น คือ

1. หลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันให้การคุ้มครองสุขภาพแรงงานนอกระบบหรือไม่
2. สิทธิประโยชน์ที่ได้รับให้การคุ้มครองสุขภาพแก่แรงงานนอกระบบอย่างไร
3. ผู้ที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบมีใครบ้าง
4. แนวทางในการประกันสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

1. หลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันให้ความครอบคลุมการคุ้มครองสุขภาพแรงงานนอกระบบหรือไม่

ระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่โดยหลักการแล้ว ถ้าคนกลุ่มนี้เป็นผู้มีรายได้น้อย มีเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปีและผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวก็ได้รับการคุ้มครองในบัตร สปร. ด้วย ซึ่งแรงงานนอกระบบจำนวนมากจะได้รับการคุ้มครองจากบัตร สปร. สำหรับผู้ที่พอจะมีรายได้บ้างก็จะใช้บัตรประกันสุขภาพ 500 บาท/ครอบครัว/ปี และก็มีบางส่วนของแรงงานนอกระบบที่เคยเป็นแรงงานในระบบที่ถูกเลิกจ้าง หรือออกจากงาน ซึ่งจะได้รับการคุ้มครองต่อ 12 เดือนนับตั้งแต่วันที่ถูกเลิกจ้างหรือออกจากงาน แต่จะพบว่าแรงงานกลุ่มนี้จะเข้าๆออกๆงานอยู่ ซึ่งบางคนก็ยังได้รับการคุ้มครองจากประกันสังคมต่อ แต่บางคนจะไม่ได้รับการคุ้มครองจากประกันสังคมแล้ว และในส่วนของผู้ที่ยังมีอะไรบัตรอะไรเลยและเป็นผู้มีรายได้น้อยไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาลก็จะได้รับการสงเคราะห์จากโรงพยาบาล กล่าวโดยสรุปสำหรับแรงงานนอกระบบ และครอบครัวจะได้รับการคุ้มครองในระบบประกันสุขภาพเกือบทั้งหมด

ปัญหาการคุ้มครองสุขภาพแรงงานนอกระบบส่วนใหญ่เกิดจากการเข้าถึงบริการ เนื่องจากแรงงานนอกระบบเป็นกลุ่มที่มีการเคลื่อนย้ายที่อยู่อาศัยเพื่อการประกอบอาชีพ หรือทำงาน จึงมีปัญหานานเรื่องการเข้าบัตรข้ามเขต ถึงแม้บางคนจะรู้ว่าสามารถใช้สิทธิข้ามเขตได้ แต่ก็ไม่ได้มาดำเนินการเรื่องการขอย้ายไปใช้สิทธิข้ามเขตให้ถูกต้อง เนื่องจากเข้าใจว่าเป็นเรื่องยุ่งยาก และบางรายก็มีการเคลื่อนย้ายที่อยู่บ่อยไม่มีที่อยู่แน่นอน จึงไม่แน่ใจว่าจะทำบัตรดีหรือไม่ ทำให้เกิดปัญหาว่าเป็นผู้มีสิทธิอยู่แล้วแต่ไม่ได้รับการคุ้มครอง สำหรับส่วนของผู้ที่ยังไม่มาขึ้นทะเบียนขอทำสิทธิบัตรส่วนหนึ่งอ้างว่าไม่รู้ อีกส่วนหนึ่งคิดว่าตัวเองยังไม่ควรมีบัตร แต่ส่วนใหญ่แล้วจะอ้างว่าไม่มีเวลา

2. สิทธิประโยชน์ที่ได้รับให้การคุ้มครองสุขภาพแก่แรงงานนอกระบบหรือไม่

แรงงานนอกระบบได้รับการคุ้มครองทุกอย่างเหมือนประชาชนทั่วไป ซึ่งโรงพยาบาลของรัฐเป็นผู้ดูแลและรับผิดชอบ โดยยึดหลักบริการที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ทั้งในมาตรฐานของบริการและมาตรฐานการรักษาพยาบาล โดยใช้บัตร สปร. และบัตรประกันสุขภาพ 500 บาท

ด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพทำได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากแรงงานนอกระบบมีความต้องการป้องกันสุขภาพค่อนข้างต่ำ จึงต้องใช้บริการเชิงรุกซึ่งต้องมีกลุ่มเป้าหมายที่แน่นอน แต่ที่ทำอยู่ในปัจจุบันคือ 1) กลุ่มแรงงานนอกระบบที่เข้ามาใช้บริการที่โรงพยาบาล นอกจากจะได้รับการรักษาแล้ว จะให้การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค 2) การให้บริการเชิงรุกโดยเข้าถึงสถานที่ของกลุ่มเป้าหมายต่างๆ เช่น โรงเรียน โรงงาน เป็นต้น แต่ก็พบว่า แรงงานนอกระบบนั้นเป็นกลุ่มที่เข้าถึงค่อนข้างยาก เพราะอยู่ไม่เป็นหลักแหล่งไม่เป็นกลุ่มที่แน่นอน ยกเว้นกลุ่มที่มีความต้องการ และเข้ามาขอใช้บริการที่โรงพยาบาลก็ให้บริการ เช่น ฉีดวัคซีนฟรี บริการคลินิกสุขภาพเด็กฟรี ดังนั้นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของแรงงานนอกระบบ จึงทำได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากหากกลุ่มแรงงานนอกระบบไม่พบ แต่ก็ได้มีความพยายามเข้าไปตามชุมชนแออัดต่างๆ ตามโรงงาน นอกจากนั้นปัญหาที่เกิดจากการบริหารจัดการทำให้ขาดความเชื่อมโยงในเรื่องของการบริการ และการประสานงาน การส่งตัวผู้ป่วย เนื่องจากโครงสร้างการบริหารของสถานพยาบาลแต่ละแห่งไม่ได้อยู่ภายใต้สังกัดของกองโรงพยาบาลภูมิภาคที่จะเป็นผู้ดูแลและประสานทรัพยากร ส่วนโรงพยาบาลชุมชนและสถานอนามัยขึ้นอยู่กับกรมควบคุมโรคติดต่อ จึงเกิดปัญหาการประสานงาน การแบ่งงานกันทำและขาดอำนาจการตัดสินใจ ปัญหาที่สำคัญๆ ของการบริหารจัดการอีกประการหนึ่งคือ การส่งตัวผู้ป่วยซึ่งโรงพยาบาลต่างๆ ที่รับการส่งตัวจะต้องแบกรับค่าใช้จ่าย จึงทำให้ไม่ยอมรับบริการผู้ป่วยส่งต่อ ทำให้เกิดปัญหาการบริการที่ไม่ดี

3. ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบและครอบครัว

การให้บริการด้านสุขภาพด้วยการรักษาป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่ใช้บุคลากรทางสาธารณสุข เนื่องจากจะต้องใช้เทคนิคหรือรักษาทางการแพทย์ เช่น การตรวจรักษาโรค การฉีดวัคซีน การตรวจสุขภาพประจำปี การตรวจสุขภาพเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ เด็ก เป็นต้น นอกจากนี้เพื่อให้การให้บริการสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ได้ดีขึ้น กลุ่มองค์กร และบุคคลในชุมชนนั้น อาทิเช่น อสม. อบต. คณะกรรมการหมู่บ้าน เป็นต้น ได้เข้ามาช่วยเหลือในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชนด้วย

4. การจัดการระบบประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและสมาชิกในครอบครัว

เพื่อให้มีการบริการที่ดี และสะดวกในเรื่องการจัดสรรงบประมาณ ควรให้มีการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนและจ่ายเงินสมทบ ณ หน่วยงานที่รับขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน ควรปรับปรุงเกณฑ์รายได้ของผู้มีรายได้ต่ำที่มีสิทธิได้รับบัตร สปร.ที่เหมาะสม ควรกำหนดช่วงเวลาของการทำสิทธิบัตร และการขึ้นทะเบียนให้ชัดเจน และที่สำคัญคือ ไม่ต้องกำหนดสถานพยาบาลที่ต้องไปรับบริการในสิทธิบัตร เพื่อให้ผู้มีสิทธิบัตรสามารถไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลใดก็ได้ เพื่อความสะดวกในการไปใช้บริการ

สำหรับการจ่ายเงินสมทบต้องกำหนดอัตราเงินสมทบตามรายได้มากน้อยกล่าวคือ ถ้ารายได้มากก็ต้องจ่ายเงินสมทบมาก ถ้ารายได้ต่ำก็จ่ายเงินสมทบน้อย สำหรับกลุ่มที่มีรายได้ต่ำมากก็ควรได้รับการยกเว้น แต่กลุ่มที่ไม่เดือดร้อนก็ควรมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการจ่ายเบี้ยประกันหรือเงินสมทบ

สำหรับสิทธิประโยชน์ที่ได้รับต้องครอบคลุมถึงสมาชิกในครอบครัวของแรงงานนอกระบบ และควรได้รับการบริการตามความเหมาะสม คือ บริการขั้นพื้นฐาน และควรมีการตรวจสุขภาพสำหรับผู้ที่ยังไม่เจ็บป่วย ตลอดจนการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วย

ผู้สัมภาษณ์ : ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล

ผู้เขียนรายงาน : ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล

ผู้บันทึกข้อมูล : อาจารย์ศิริพร เกื้อกุลนุรักษ์

(6) สัมภาษณ์ สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

วันที่ 10 เมษายน พ.ศ.2544

ณ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ

I สถานการณ์การดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ผู้สัมภาษณ์ : การรับรู้และตระหนักถึงปัญหาสุขภาพและการดูแลสุขภาพเป็นอย่างไร
และการรับรู้สิทธิในการได้รับการคุ้มครองดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานอย่างไร

ผู้ให้สัมภาษณ์ : ไม่มีข้อมูล

ผู้สัมภาษณ์ : การดูแลสุขภาพ (ป้องกัน รักษา และส่งเสริมสุขภาพ) ของแรงงานนอกระบบเป็นอย่างไร

ผู้ให้สัมภาษณ์ : **ในด้านการรักษา** แรงงานนอกระบบที่เป็นคนไทยทุกคนเมื่อเจ็บป่วยจะได้รับบริการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลของรัฐอยู่แล้ว ไม่ว่าจะมีความหนักหนาสาหัสเพียงใดก็ตาม เพราะในกรณีที่ไม่มีความหนักหนาสาหัสและไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาลจะอยู่ในดุลยพินิจของผู้อำนวยการโรงพยาบาลและแพทย์ที่อนุมัติการรักษาพยาบาลฟรีได้ **ในด้านการป้องกัน** รัฐจัดให้มีบริการเกี่ยวกับภูมิคุ้มกัน ฉีดวัคซีน การควบคุมโรค การทำลายแหล่งเพาะเชื้อ โภชนาการ เป็นต้น ส่วน**ในด้านการส่งเสริม** จะมีปัญหาการให้บริการ เพราะแรงงานกลุ่มนี้มีการอพยพเคลื่อนย้ายอยู่ไม่เป็นที่ อัตรากำลังเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีน้อยต้องใช้ขอสม.เป็นผู้ให้ความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชน

ผู้สัมภาษณ์ : หลักประกันสุขภาพที่มีอยู่สามารถให้การคุ้มครองสุขภาพแรงงานนอกระบบและครอบครัวได้หรือไม่ แรงงานนอกระบบและครอบครัวได้รับการปฏิบัติอย่างไรภายใต้ระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่

ผู้ให้สัมภาษณ์ : จังหวัดศรีสะเกษ มีประชากรทั้งสิ้น 1,500,000 คน ร้อยละ 26.6 ของประชากรจังหวัดศรีสะเกษยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ อีกร้อยละ 73.4 ของประชากรทั้งหมดมีหลักประกันสุขภาพ โดยแบ่งเป็นร้อยละ 50 มีบัตรสปร. ร้อยละ 20 มีบัตรสุขภาพ 500 บาท ร้อยละ 2.4 มีบัตรสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 1 มีบัตรประกันสังคม

สำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว ซึ่งเป็นประชากรกลุ่มที่มีรายได้ไม่แน่นอน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่ช่วยตนเองได้ 2) กลุ่มที่ช่วยตนเองไม่ได้

เป็นกลุ่มประชากรระดับล่าง มีลักษณะอาชีพหลากหลาย เช่น เกษตรกร (ชาวไร่ ชาวนา) ขับมอเตอร์ไซด์รับจ้าง ค้าขายเล็กๆน้อยๆ เป็นต้น หลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ที่กลุ่มคนเหล่านี้สามารถใช้ได้ ก็คือ บัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) บัตรสุขภาพ 500 บาท โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค สำหรับผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพและไม่มีเงิน กระทรวงสาธารณสุขก็ให้อำนาจแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือแพทย์ผู้รักษา มีอำนาจพิจารณาอนุมัติให้รักษาฟรี หรือรับการสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลได้

ผู้สัมภาษณ์ : ใครบ้างที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ผู้ให้สัมภาษณ์ : 1. จังหวัดศรีสะเกษ มีโรงพยาบาลชุมชน 17 แห่ง เป็นโรงพยาบาล ขนาด 90 เตียง จำนวน 4 แห่ง 60 เตียง จำนวน 3 แห่ง ที่เหลืออีก 10 แห่ง มีขนาด 30 เตียง มีสถานีนอมา้ย จำนวน 254 แห่ง

2. กระทรวงสาธารณสุข มีเครือข่ายผู้ให้บริการทุกระดับ ทั้งระดับจังหวัด มีสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลประจำจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบล และระดับหมู่บ้าน มีสถานีนอมา้ย อสม. ทำหน้าที่ให้บริการรักษาพยาบาล ป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนถึงแจ้งให้ประชาชนเข้าใจในสิทธิและแนะนำให้ประชาชนรู้จักการดูแลสุขภาพ

ผู้สัมภาษณ์ : ปัญหาการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว มีอะไรบ้าง

ผู้ให้สัมภาษณ์ : 1. ระบบบริการสุขภาพแบบเดิม เป็นการผูกขาดโดยโรงพยาบาลของรัฐ ประชาชนไม่พอใจในบริการของโรงพยาบาลของรัฐ ก็ต้องยอมไปรักษา จะไปโรงพยาบาลเอกชนไม่ได้ เพราะไม่มีเงินเสียค่าบริการ

2. บุคลากรไม่เพียงพอ งบประมาณไม่เพียงพอในการให้บริการสุขภาพ ปัญหานี้มีสาเหตุประการหนึ่งมาจาก การโอนย้ายข้าราชการประจำให้ไปช่วยราชการ ทำให้บางที่มีบุคลากรทำงานมากเกินไป บางที่ก็ขาดแคลนบุคลากร

3. ปัจจุบันเป็นลักษณะรัฐเป็นผู้ให้ประชาชน ไม่ได้สอนให้ประชาชนพึ่งพิงตนเอง ดูแลตนเอง

4. ชาวบ้านไม่ต้องการไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน เพราะไม่พอใจบริการ แต่จะไปรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด ทำให้โรงพยาบาลจังหวัดต้องรักษาผู้ป่วยมากเกินไป

5. การไปรักษาที่สถานพยาบาลข้ามเขตในจังหวัดอื่น โดยเฉพาะใน กรุงเทพมหานคร ทำให้มีปัญหาในการใช้สิทธิบัตร

II แนวทางการพัฒนาหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ผู้สัมภาษณ์ : ระบบประกันสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัวเป็นอย่างไร

ผู้ให้สัมภาษณ์ : ระบบประกันสุขภาพเดิม ในอีก 2 ปี บัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) น่าจะหมดไป บัตรสุขภาพ 500 บาท กำลังจะหายไปเพราะมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคมาแทน โครงการ 30 บาทไม่ควรให้การคุ้มครองสำหรับแรงงานนอกระบบที่มีเงินสามารถจ่ายได้

ระบบประกันสุขภาพใหม่ น่าจะเป็นกองทุนเดี่ยว โดยยุบหลาย ๆ ระบบมารวมกัน แต่จะทำที่เดียวไม่ได้ ต้องดูว่าระบบไหนไม่ใช่ทิศทางก็ไม่ควรปล่อยให้โต เมื่อถึงเวลาต้องรวมทุกระบบเข้าด้วยกัน เช่น กองทุนประกันภัยบุคคลที่ 3 และประกันสังคม เป็นระบบที่เอาเปรียบประชาชน ไม่ช่วยเหลือคนไข้ ไม่ช่วยเหลือชาวบ้าน มีระเบียบขั้นตอนยุ่งยากต่อการเข้าถึง

ระบบประกันสุขภาพ ควรยึดหลัก 3 ประการ คือ

6. คุณภาพมาตรฐานเดียวกัน ประชาชนได้รับความเป็นธรรมจากการไปรับบริการสุขภาพ ได้รับการปฏิบัติที่เหมือนกัน ไม่ว่าจะเป็นคนรวยหรือคนจน
7. ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้โดยง่าย
8. ครอบคลุมทุกคน ประชาชนทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองสุขภาพขั้นพื้นฐาน นอกจากนั้นควรมีการกำหนดราคากลางของค่าบริการ ค่ายา

ผู้สัมภาษณ์ : ใครคือผู้ได้รับสิทธิ

ผู้ให้สัมภาษณ์ : ไม่มีข้อมูล

ผู้สัมภาษณ์ : ใครคือผู้รับผิดชอบหลักของระบบ

ผู้ให้สัมภาษณ์ : 1. กระทรวงสาธารณสุข เป็นองค์กรที่มีเครือข่ายทุกระดับ มีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ ทำให้เกิดความพร้อมเพื่อกันในการทำงาน โดยอาศัยกระบวนการทำงานที่ต่อเนื่อง จึงเป็นหน่วยงานด้านสุขภาพที่มีพลังมากที่สุด ระบบการบริหารงานมีการมอบอำนาจจากส่วนกลางให้พื้นที่อย่างเต็มที่ ทำให้เกิดเอกภาพในการทำงาน

2. คณะกรรมการทำหน้าที่ดูแลเครือข่ายผู้ให้บริการ แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ

2.1 คณะกรรมการระดับภาค ครอบคลุมพื้นที่ 6-7 จังหวัดที่มีพื้นที่สภาพปัญหา วัฒนธรรม คุณลักษณะของประชากรมีความใกล้เคียงกัน

2.2 คณะกรรมการระดับพื้นที่นั้น ควรในพื้นที่บริการจะกำหนดให้มีสถานีนามัยก็แห่ง โรงพยาบาลชุมชนก็แห่ง และโรงพยาบาลจังหวัดก็แห่ง

ผู้สัมภาษณ์ : ค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในการจัดระบบสุขภาพมีอะไรบ้างและได้มาจากไหน

ผู้ให้สัมภาษณ์ : งบประมาณของหน่วยบริการสุขภาพ แบ่งเป็น 7 หมวด คือ 1) หมวดเงินเดือน 2) หมวดเงินประจำตำแหน่ง 3) หมวดค่าล่วงเวลา 4) หมวดค่าตอบแทน 5) หมวดค่ารักษาพยาบาลฟรี 6) หมวดเงินบำรุง 7) หมวดค่าก่อสร้างโครงสร้างพื้นฐาน

ค่าใช้จ่ายเงินของหน่วยบริการสุขภาพจะต้องปรับตามปริมาณงาน และจะมีเงินส่วนที่กันไว้ใช้ในกรณีจำเป็น

ในกรณีโครงการ 30 บาท เงิน 30 บาทที่ชาวบ้านจ่ายสมทบ เป็นการจ่ายเพื่อป้องกันชาวบ้านไม่ให้ใช้บริการโดยไม่สอดคล้องกับความจำเป็น ในความเป็นจริง ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลนั้น รัฐจ่ายให้ตามรายหัว

ผู้สัมภาษณ์ : ผู้ให้บริการเป็นใคร

ผู้ให้สัมภาษณ์ : 1. หน่วยงานระดับต่าง ๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย ระดับจังหวัด มี สาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลจังหวัด ระดับอำเภอ มี สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน ระดับตำบล มีสถานีนามัย ระดับหมู่บ้าน มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

อหนึ่งอสม.ดำเนินงานมาประมาณ 20 ปี การทำงานของอสม.ถูกกำหนดภารกิจความผูกพันที่มีต่อชาวบ้าน สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ กระบวนการทำงานมีการประชุม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกลุ่มอสม.ด้วยกัน อสม.ที่ปฏิบัติงานไม่มีประสิทธิภาพ คำนึงแต่ผลประโยชน์ที่ได้รับเป็นที่ตั้งนั้น จะถูกกระบวนการกลุ่มคัดกรองไปเอง อสม.ไม่ควรได้รับค่าตอบแทนเป็นเงินเดือน เพราะไม่ควรคิดถึงเรื่องเงินเป็นหลัก จะต้องมองว่าภารกิจนั้นเป็นประโยชน์ต่อ อสม.และชุมชนหรือไม่ และปฏิบัติงานด้วยจิตวิญญาณ จะทำให้งานมีประสิทธิภาพมากกว่า

2. เอกชนและคลินิก เข้ามารวมเป็นเครือข่ายผู้ให้บริการ ภายใต้เงื่อนไข 2.1) ราคา ยา ค่าบริการต้องเหมือนกับโรงพยาบาลของรัฐ 2.2) มาตรฐาน

คุณภาพของสถานพยาบาลต้องมีแพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่ด้านเทคนิคการแพทย์ที่จบการศึกษาจากสถาบันการศึกษาที่ได้รับการรับรอง ปัจจุบันจังหวัดศรีสะเกษมีโรงพยาบาลเอกชนขนาดเล็ก 26 แห่ง

3. การบริการสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษดำเนินการในรูปคณะกรรมการประกอบด้วย ข้าราชการ ผู้แทนองค์กรท้องถิ่น ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนประชาชน โดยทุกฝ่ายคำนึงถึงผลประโยชน์ของประชาชนเป็นที่ตั้ง ปฏิบัติงานด้วยจิตวิญญาณ ทำงานอย่างมีเอกภาพ

ผู้สัมภาษณ์ : สิทธิประโยชน์ควรครอบคลุมการป้องกัน รักษา ส่งเสริม หรือไม่ อย่างไร

ผู้ให้สัมภาษณ์ : สิทธิประโยชน์ ควรครอบคลุมการรักษาที่ได้มาตรฐาน แต่ไม่ครอบคลุม

ศัลยกรรมตกแต่ง เพราะไม่ใช่ปัญหาสุขภาพ เป็นความพึงพอใจส่วนตัวที่ต้องจ่ายเอง

การตรวจสุขภาพเป็นสิทธิที่ครอบคลุมในหลักประกันสุขภาพ เป็นการตรวจสุขภาพประจำปีตามความจำเป็นของแต่ละช่วงอายุ

การส่งเสริมสุขภาพมีความสำคัญเท่า ๆ กับการรักษา อสม.รณรงค์ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและการดูแลสุขภาพให้แข็งแรง

นอกจากนั้น สิทธิประโยชน์ควรครอบคลุมถึงการคลอดบุตร ทูพพลภาพ และตายด้วย

ผู้สัมภาษณ์ : การเข้าถึงบริการควรทำอย่างไร

- ผู้ให้สัมภาษณ์ :
1. การดูแลสุขภาพประชาชน เป็นหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้อง ต้องอย่าให้เงินเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ประชาชนเข้าไม่ถึงบริการ ตัวอย่างเช่น อำเภอภูสิงห์ เป็นอำเภอในพื้นที่ชายแดน โรงพยาบาลชุมชนอำเภอภูสิงห์จะมีปริมาณคนไข้มาก คนไข้ส่วนใหญ่ไม่มีเงินจ่ายงบประมาณของโรงพยาบาลจะไม่เพียงพอก็ต้องเกลี้ยเงินจากโรงพยาบาลอื่นมาให้
 2. การจัดสรรงบประมาณสำหรับระบบบริการสุขภาพต้องให้ครอบคลุมการให้บริการแก่ประชาชนทั้งจังหวัด
 3. ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับควรมองประโยชน์ส่วนรวมเป็นที่ตั้ง ไม่คำนึงแต่ผลประโยชน์ส่วนตน มีความรับผิดชอบต่อน้ำที่ ความทุกข์ยากของประชาชน
 4. ประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ข้อมูล ข่าวสารให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพ ทราบถึงสิทธิของตน และชี้แจงให้ประชาชนทราบบนถึงวิธีการเข้าถึงบริการ ระเบียบขั้นตอนต่าง ๆ

ผู้สัมภาษณ์ : กลไกการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ผู้ให้สัมภาษณ์ : 1. กำหนดราคากลาง ไม่ว่าจะเป็นค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าตรวจรักษา ค่าบริการ
2. มาตรฐานบริการ อันหมายถึง ความสะอาด สถานที่ อาคารสถานที่ เครื่อง
มืออุปกรณ์ทางการแพทย์ คุณวุฒิของผู้ให้บริการ ความรับผิดชอบต่อการให้บริการ
การให้บริการ

ผู้สัมภาษณ์ : ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล

ผู้เขียนรายงาน : ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล

ผู้บันทึกข้อมูล : อาจารย์ศิริพร เกื้อกุลนุรักษ์

(7) สัมภาษณ์ ประกันสังคม จังหวัดศรีสะเกษ

วันที่ 5 เมษายน พ.ศ.2544

ณ สำนักงานประกันสังคม จังหวัดศรีสะเกษ

I สถานการณ์การดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบและครอบครัว

- ผู้สัมภาษณ์ : การตระหนักและรับรู้ถึงปัญหาสุขภาพและการดูแลสุขภาพเป็นอย่างไร
การรับรู้สิทธิในการได้รับการคุ้มครองดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานอย่างไร
- ผู้ให้สัมภาษณ์ : แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ยังเข้าไม่ถึงหลักประกันสุขภาพ ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ คุ้มครอง ไม่ว่าจะเป็นบัตรสปร. บัตรสุขภาพ 500 บาท บัตรประกันเอกชน สาเหตุมาจาก (1) ความไม่รู้ ไม่รู้เกี่ยวกับสิทธิ ไม่รู้ถึงสิทธิของตนพึงได้รับ ไม่รู้วิธีการ ขั้นตอนการเข้าถึงสิทธิ (2) รู้แต่ไม่ปฏิบัติ เพราะไม่คิดว่าเป็นเรื่องสำคัญ และ (3) มีเงินพอที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย
- โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ประชาชนก็ยังไม่เข้าใจชัดเจน
- ผู้สัมภาษณ์ : การดูแลสุขภาพ (การป้องกัน รักษา และส่งเสริมสุขภาพ) ของแรงงานนอกระบบและครอบครัวเป็นอย่างไร
- ผู้ให้สัมภาษณ์ : การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพมีน้อย ส่วนที่ดำเนินการเป็นการให้ความรู้เรื่องสุขภาพแก่ประชาชน โดยผ่านสื่อ วิทยุ หนังสือพิมพ์
- ส่วนการรักษานั้น แรงงานนอกระบบมีรายได้น้อยและรายได้ไม่แน่นอน เวลาเจ็บป่วยจะซื้อยารับประทานเอง หรือไปรักษาคคลินิก
- การให้บริการสุขภาพยังไม่ได้ดำเนินการเชิงรุก เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ได้มารับบริการ
- ผู้สัมภาษณ์ : หลักประกันสุขภาพที่มีอยู่สามารถให้ความคุ้มครองสุขภาพแรงงานนอกระบบและครอบครัวได้หรือไม่ แรงงานนอกระบบและครอบครัวได้รับการปฏิบัติอย่างไรภายใต้หลักประกันสุขภาพที่มีอยู่
- ผู้ให้สัมภาษณ์ : หลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ ที่แรงงานนอกระบบและครอบครัวสามารถใช้ได้ คือ บัตรสปร. ในกรณีผู้มีรายได้น้อย บัตรสุขภาพ 500 บาท สำหรับผู้มีรายได้น้อยประจำพรบ.ประกันสังคม มาตรา 40 เปิดโอกาสให้ผู้มีอาชีพอิสระ หรือทำงานส่วนตัวสามารถประกันตนได้โดยสมัครใจ และให้การคุ้มครองกรณีคลอดบุตร ทูพพลภาพตาย

ผู้สัมภาษณ์ : ใครบ้างที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว
 ผู้ให้สัมภาษณ์ : ไม่มีข้อมูล

ผู้สัมภาษณ์ : ปัญหาการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัวมีอะไรบ้าง
 ผู้ให้สัมภาษณ์ : ยังไม่มีการติดตามว่าแรงงานนอกระบบที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพนั้นมีปัญหาอะไร.

II แนวทางการพัฒนาหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ผู้สัมภาษณ์ : ระบบประกันสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว ควรเป็นอย่างไร

ผู้ให้สัมภาษณ์ : การมีระบบประกันสุขภาพหลายประเภท เป็นการแบ่งเกรดการรักษาพยาบาล ผู้ที่ลำบากมากที่สุดคือ โรงพยาบาล เพราะจะถูกรักษาว่าไม่ให้ความเสมอภาคกัน เช่น ทำไมสมาชิกกองทุนฯ. จึงได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเต็มที่ สมาชิกกองทุนฯ. ได้รับการปฏิบัติไม่ดี ให้ยาต่ำกว่ามาตรฐาน ผู้มาใช้บริการทุกคนควรมีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกันหมด ดังนั้นหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับประชาชนควรเป็นกองทุนเดียว โดยผู้บริหารกองทุนมีหน้าที่ (1) บริหารจัดการกองทุน (2) จัดหาเครือข่ายผู้ให้บริการ และ (3) กำหนดมาตรฐานบริการ ประชาชนควรมีสิทธิเลือกสถานพยาบาลที่ต้องการ ในอนาคต ประกันสังคมควรแยกเรื่องการรักษาพยาบาลไปให้กองทุนสุขภาพแห่งชาติ ประกันสังคมควรดูแลเรื่องการประกันรายได้เป็นหลัก ให้การคุ้มครองเฉพาะกรณี การคลอดบุตร ทุพพลภาพ การสงเคราะห์บุตร และว่างงาน

ผู้สัมภาษณ์ : ใครคือผู้ได้รับการคุ้มครองสิทธิ

ผู้ให้สัมภาษณ์ : หลักประกันสุขภาพ ควรให้การคุ้มครองแรงงานนอกระบบและคุ้มครองครอบครัวของแรงงานนอกระบบ แต่ระยะแรกอาจคุ้มครองเฉพาะคู่สมรสและบุตรของแรงงานนอกระบบ ถ้ากองทุนมีเงินมากก็ขยายการคุ้มครองถึงบิดามารดาของแรงงานนอกระบบ
 แรงงานนอกระบบ เป็นบุคคลที่ไม่ได้อยู่ในระบบการจ้างเป็นทางการ
 ไม่มีนายจ้างคุ้มครอง กฎหมายแรงงานไม่คุ้มครอง

ผู้สัมภาษณ์ : ใครคือผู้รับผิดชอบหลักของระบบ

ผู้ให้สัมภาษณ์ : องค์ประกอบของกองทุนสุขภาพแห่งชาติ คือ

1. กระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย
2. จัดตั้งองค์กรมหาชน หรือองค์กรอิสระ ซึ่งไม่อยู่ภายใต้ระบบราชการ เพื่อทำหน้าที่บริหารกองทุน ทำให้การบริหารงานคล่องตัว
3. การแบ่งงานที่สำคัญ 4 หน่วยงาน คือ
 - 3.1 หน่วยงานรับ ทำหน้าที่รับเงินสมทบ
 - 3.2 หน่วยงานจ่าย ทำหน้าที่เหมาจ่ายเป็นเงินให้สถานพยาบาลในเครือข่าย หรือจ่ายเป็นประโยชน์ทดแทนให้สมาชิก
 - 3.3 หน่วยงานจัดสรร ทำหน้าที่จัดสรรเงินกองทุนเป็นค่าใช้จ่ายด้านต่างๆ
 - 3.4 หน่วยงานบริหารกองทุน ทำหน้าที่นำเงินกองทุนไปลงทุนทั้งภายในและภายนอกประเทศให้เกิดดอกผลและนำมาใช้ประโยชน์ในการจัดหลักประกันสุขภาพให้แก่สมาชิก
4. คณะกรรมการกองทุน เป็นผู้บริหารกองทุน ประกอบด้วย ตัวแทนจากผู้จ่ายเงินสมทบทุกฝ่ายร่วมเป็นกรรมการ
5. ผู้บริหารกองทุนจะต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหาร (เป็นมืออาชีพ)
6. สมาชิกกองทุน ก็คือ ผู้ประกันตน ในที่นี้ หมายถึง แรงงานนอกระบบที่มาจากกลุ่มต่าง ๆ

ผู้สัมภาษณ์ : ค่าใช้จ่ายของระบบประกันสุขภาพมีอะไรบ้าง ได้มาจากไหน

ผู้ให้สัมภาษณ์ : เงินสมทบมาจาก 3 ฝ่าย คือ ผู้ประกันตน รัฐบาล (จ่ายจากเงินภาษีที่เก็บจากประชาชน) นายจ้าง (ถ้ามี)

การจัดสรรเงินให้สถานพยาบาลในเครือข่ายตามจำนวนผู้ประกันตนที่เลือกโรงพยาบาล เป็นการเหมาจ่ายรายหัว

การเก็บเงินสมทบ มีหลายวิธี คือ 1) ให้สรรพากรจัดเก็บ 2) จ่ายผ่านธนาคาร หรือผ่านไปรษณีย์ ไม่เสียเวลา เสียเงิน และสะดวก

ผู้สัมภาษณ์ : ผู้ให้บริการควรเป็นใคร

ผู้ให้สัมภาษณ์ : สถานพยาบาลในเครือข่ายของกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ ได้แก่ โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย และให้ภาคเอกชน ได้แก่ โรงพยาบาลเอกชน คลินิก เข้ามาร่วมแข่งขัน

- ผู้สัมภาษณ์ : สิทธิประโยชน์ครอบคลุมการป้องกัน รักษา และส่งเสริมได้อย่างไร
- ผู้ให้สัมภาษณ์ : สิทธิประโยชน์ควรครอบคลุมการป้องกัน การรักษา และส่งเสริมในด้านการป้องกัน ควรให้ความรู้ ภูมิคุ้มกันโรค การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ควรเป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน และการรักษาพยาบาลต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน
- ผู้สัมภาษณ์ : การเข้าถึงบริการควรทำอย่างไร
- ผู้ให้สัมภาษณ์ : ควรประชาสัมพันธ์ให้แรงงานนอกระบบทุกคนเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ โดยผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ เป็นต้น
- ผู้สัมภาษณ์ : กลไกการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว
- ผู้ให้สัมภาษณ์ : แรงงานนอกระบบควรรวมตัวกันจัดตั้งกลุ่ม เพื่อกลุ่มจะได้ดูแลผลประโยชน์ให้กับสมาชิก กลุ่มเป็นผู้เก็บเงินสมทบจากสมาชิกรายละเท่าไร นำเข้ากองทุนสุขภาพแห่งชาติ และคอยดูแลรักษาสิทธิประโยชน์ที่สมาชิกควรได้รับจากกองทุน
- ผู้สัมภาษณ์ : อ.ศิริพร เกื้อกูลนุรักษ์ ผู้เขียนรายงาน : ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล
- ผู้บันทึกข้อมูล : นางสาวอัครพรรณ ขวัญชื่น

(8) สัมภาษณ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ

วันที่ 10 เมษายน พ.ศ.2544

ณ สำนักงานอำนวยการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ

I สถานการณ์การดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ผู้สัมภาษณ์ : การตระหนักและรับรู้ถึงปัญหาสุขภาพและการดูแลสุขภาพเป็นอย่างดี
การรับรู้สิทธิในการได้รับการคุ้มครองดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานอย่างไร

ผู้ให้สัมภาษณ์ : คนกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ชาวไร่ ชาวนา มีฐานะยากจน คิดถึงแต่เรื่อง
การทำมาหากิน เวลาอพยพไปหางานทำไม่คำนึงถึงความเจ็บป่วยที่อาจเกิด
ขึ้น ไม่สนใจจะไปทำหลักฐานการโอนย้ายให้ถูกต้อง เมื่อเจ็บป่วยไปใช้สิทธิ
ไม่ได้ก็เดือดร้อน ต้องจ่ายเงินเอง จะอ้างว่ายากจน ไม่มีเงินเสียค่าเดินทางไป
ทำเรื่องโอนย้าย หรือกลับไปรับบริการที่สถานพยาบาลตามที่ระบุในบัตรได้
ทำให้การปฏิบัติในการไปใช้สิทธิไม่ถูกต้อง ต้นเหตุสำคัญควรมาจากความไม่
รู้ ด้อยโอกาส ไม่สามารถวิเคราะห์แยกแยะสิ่งใดสำคัญหรือไม่สำคัญ จนกว่า
จะประสบปัญหา

คนกลุ่มนี้ไม่รู้สิทธิและส่วนใหญ่ไม่ได้รับสิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองดูแลสุขภาพ
บางครั้งถูกเอารัดเอาเปรียบ เช่น กรณีสิทธิบัตรสปร. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้มี
อำนาจ แทนที่จะให้ชาวบ้านยากจนเดือดร้อน แต่กลับเอาไปให้ญาติพี่น้อง
ของตน เป็นต้น

ผู้สัมภาษณ์ : การดูแลสุขภาพ (ป้องกัน รักษา ส่งเสริมสุขภาพ) ของแรงงานนอกระบบและ
ครอบครัวเป็นอย่างไร

ผู้ให้สัมภาษณ์ : แรงงานนอกระบบและครอบครัว ยังขาดการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ
เมื่อเจ็บป่วยถึงจะไปรักษา

ผู้สัมภาษณ์ : ระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่สามารถให้การคุ้มครองสุขภาพแรงงานนอกระบบ
และครอบครัวได้หรือไม่ แรงงานนอกระบบและครอบครัวได้รับการปฏิบัติ
อย่างไรภายใต้ระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่

ผู้ให้สัมภาษณ์ : หลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ขณะนี้ ยังไม่ครอบคลุมแรงงานนอกระบบทั้งหมด แต่โดยหลักการของระบบประกันสุขภาพขณะนี้แรงงานนอกระบบทุกคนมีโอกาสที่จะได้รับบริการอยู่แล้ว แต่ต้องทำให้ถูกเงื่อนไข ขั้นตอน กล่าวคือ ผู้ที่มีบัตรประกันสุขภาพจะได้รับบริการอยู่แล้ว ถ้าไม่มีบัตรประกันสุขภาพจะต้องจ่ายเงินเอง แต่ถ้าไม่มีบัตรประกันสุขภาพและไม่มีเงินจ่ายจริงๆ ผู้บริหารโรงพยาบาลของรัฐหรือแพทย์ผู้รักษามีสิทธิใช้ดุลยพินิจอนุมัติให้ได้รับการรักษาพยาบาลฟรีได้

สำหรับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ซึ่งกำลังดำเนินการในโครงการนำร่อง 6 จังหวัดอยู่นั้น ยังขาดความชัดเจน ลักษณะคล้าย ๆ บัตรสุขภาพ 500 บาท โดยรัฐจ่ายให้หัวละ 1,197 บาท คิดเป็นรายหัวจากผู้ที่มาขึ้นทะเบียนว่าเป็นประชาชนในพื้นที่บริการ เงินจำนวนนี้ที่รัฐจ่ายให้ต่อหัว 1,197 บาท ถ้าคิดเฉพาะค่ารักษาพยาบาลผู้มาใช้บริการที่เป็นประชาชนในพื้นที่บริการก็เพียงพอ แต่ถ้ารวมเงินเดือน ครูภัณฑ์ งบประมาณ งบดำเนินงาน เบ็ดเสร็จทุกอย่างไม่เพียงพอ

II แนวทางการพัฒนาหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ผู้สัมภาษณ์ : ระบบประกันสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัวเป็นอย่างไร

ผู้ให้สัมภาษณ์ : บัตรสุขภาพ 500 บาท ยกเลิกตั้งแต่ 27 กุมภาพันธ์ 2544 สำหรับจังหวัดที่มีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ส่วนบัตรสป.ยังคงอยู่

โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคก็น่าจะเหมาะสมสำหรับคนกลุ่มนี้ มีข้อดีในแง่ที่ให้ประชาชนร่วมจ่าย 30 บาท ซึ่งเป็นอัตราที่น่าจะจ่ายได้ และคนที่ไม่เคยจ่ายจะได้จ่ายบ้าง แต่ทั้งนี้รัฐจะต้องจัดสรรเงินมาให้โรงพยาบาล ถ้าเป็น 1,195 บาทต่อคน (จ่ายเป็นรายหัว) ไม่รวมเงินเดือน ค่าครูภัณฑ์ สิ่งก่อสร้างก็อาจจะพอ

ในระยะยาวประมาณปี 2547 หลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนคนไทยทุกคนน่าจะรวมกันเป็นระบบเดียว หรือ 2 ระบบหลัก ๆ เท่านั้น

ผู้สัมภาษณ์ : ใครคือผู้ได้รับการคุ้มครองสิทธิ

ผู้ให้สัมภาษณ์ : ไม่มีข้อมูล

ผู้สัมภาษณ์ : ใครบ้างที่มีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบและครอบครัว
 ผู้ให้สัมภาษณ์ : ไม่มีข้อมูล

ผู้สัมภาษณ์ : ปัญหาการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบและครอบครัวมีอะไรบ้าง

ผู้ให้สัมภาษณ์ : ปัญหาคนศรีสะเกษไปใช้สิทธิข้ามเขตที่โรงพยาบาลในกรุงเทพฯ
 จังหวัดศรีสะเกษไม่มีปัญหาเรื่องการใช้สิทธิข้ามเขตแล้วใช้ไม่ได้ แต่คน
 ศรีสะเกษอพยพไปอยู่กรุงเทพฯ เจ็บป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลใน
 กรุงเทพฯ ไม่สามารถใช้สิทธิบัตรสปร. หรือบัตรสุขภาพ 500 บาท ที่ทำไปจาก
 จังหวัดศรีสะเกษได้ ต้องจ่ายเงินเอง เงินก็ไม่มีจ่าย ทำให้เดือดร้อน

ผู้สัมภาษณ์ : ใครคือผู้รับผิดชอบหลักของระบบ

ผู้ให้สัมภาษณ์ : ไม่มีข้อมูล

ผู้สัมภาษณ์ : ค่าใช้จ่ายของระบบประกันสุขภาพมีอะไรบ้าง และได้มาจากไหน

ผู้ให้สัมภาษณ์ : เงินที่นำมาใช้จ่ายในระบบสุขภาพ น่าจะมาจาก

- 1) เก็บภาษีจากประชาชน ทั้งนี้ การพนัน การขายบริการทางเพศควรทำ
 ให้ถูกต้องตามกฎหมาย และเก็บภาษีกิจกรรมเหล่านี้ เพื่อนำเงินมาใช้
 จ่ายด้านสุขภาพ
- 2) เงินสมทบ ในกรณีนี้เสนอให้เก็บจากแรงงานนอกระบบปีละ 2,000 บาท

ผู้สัมภาษณ์ : ผู้ให้บริการเป็นใคร

ผู้ให้สัมภาษณ์ : ต้องเป็นเครือข่ายของสถานพยาบาลในพื้นที่ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน

ในด้านการรักษา คือ โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน หรือโรง
 พยาบาลทั่วไปของอำเภอ ซึ่งมีหน้าที่หลักด้านการรักษา แต่อาจสนับสนุน
 ทางด้านวิชาการเป็น หน้าสำรองได้

ในด้านการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย สาธารณสุขจังหวัด
 สาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ผู้สัมภาษณ์ : สิทธิประโยชน์ครอบคลุมการป้องกัน รักษา ส่งเสริมได้อย่างไร

ผู้ให้สัมภาษณ์ : สิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน ทุกคนได้รับเท่ากันหมด น่าจะเป็นสิทธิประโยชน์
 เหมือนบัตรสุขภาพ 500 บาท ไม่ครอบคลุมเกี่ยวกับ โรคเอดส์ ไตเทียม
 ผ่าตัดเสริมสวย ทำฟันบางรายการ (ถอนฟัน อุดฟัน ใส่ฟัน)

การเน้นสิทธิประโยชน์ด้านการป้องกันส่งเสริม ควบคู่ไปกับการรักษาจะทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของประชาชนลดลง

ผู้สัมภาษณ์ : การเข้าถึงบริการควรทำอย่างไร

ผู้ให้สัมภาษณ์ : ควรเปิดโอกาสให้ประชาชนมีสิทธิเลือกสถานพยาบาลที่ต้องการ พัฒนาโรงพยาบาลชุมชนให้มีประสิทธิภาพ มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

ผู้สัมภาษณ์ : กลไกการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ผู้ให้สัมภาษณ์ : 1. พัฒนาระบบเครือข่ายการให้บริการในพื้นที่
2. กำหนดเกณฑ์มาตรฐานสถานพยาบาล
3. ใช้ประโยชน์จากบัตรประชาชนเป็นสิทธิบัตรสุขภาพได้

ผู้สัมภาษณ์ : ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล

ผู้เขียนรายงาน : ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล

ผู้บันทึกข้อมูล : อาจารย์ศิริพร เกื้อกุลนุรักษ์

(9) สัมภาษณ์ ประชาสงเคราะห์ จังหวัดศรีสะเกษ

วันที่ 9 เมษายน พ.ศ.2544

ณ สำนักงานประชาสงเคราะห์จังหวัด ศาลากลางจังหวัดศรีสะเกษ

I สถานการณ์การดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบและครอบครัว

- ผู้สัมภาษณ์ : การตระหนักและรับรู้ถึงปัญหาสุขภาพและการดูแลสุขภาพเป็นอย่างไร
การรับรู้สิทธิในการได้รับการคุ้มครองดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานเป็นอย่างไร
- ผู้ให้สัมภาษณ์ : แรงงานนอกระบบไม่ตระหนักถึงปัญหา ไม่ดูแลสุขภาพตนเอง ไม่รู้ว่าตนมีสิทธิ
ได้รับการคุ้มครองดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย สาเหตุมาจากความไม่รู้ ไม่ใส่ใจ
ขาดความกระตือรือร้น คิดว่าไม่จำเป็น ไม่เดือดร้อนก็ไม่ไปทำบัตร
- ผู้สัมภาษณ์ : การดูแลสุขภาพ (ป้องกัน รักษา และส่งเสริมสุขภาพ) ของแรงงานนอกระบบ
และครอบครัวเป็นอย่างไร
- ผู้ให้สัมภาษณ์ : ไม่มีการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพราะขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูก
ต้องเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค คนกลุ่มนี้เห็นอะไรก็จะกิน
หมด เพราะไม่มีจะกิน กินอาหารดิบๆ มีเงินก็ซื้อเหล้าดื่ม เล่นการพนัน
แต่พอเจ็บป่วยบอกว่าไม่มีค่ารักษาพยาบาล
- ผู้สัมภาษณ์ : ระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่สามารถให้การคุ้มครองสุขภาพแรงงานนอกระบบ
และครอบครัวได้หรือไม่
- ผู้ให้สัมภาษณ์ : หลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ยังไม่ครอบคลุมคนกลุ่มนี้ทั้งหมด คนกลุ่มนี้จะใช้
บัตรสปร. และบัตรสุขภาพ 500 บาท
- บัตรสปร.** เกณฑ์รายได้ของผู้มีสิทธิได้รับบัตร 2,800 บาท ยังใช้ได้อยู่ แต่
น่าจะมีการเปลี่ยนแปลงให้สอดคล้องกับค่าแรงขั้นต่ำ และแต่ละพื้นที่ค่าแรง
ขั้นต่ำย่อมไม่เท่ากัน
- บัตรสุขภาพ 500 บาท** ไม่ควรจำกัดสถานพยาบาลที่จะไปใช้บริการ ควรใช้
ได้ทั่วประเทศเหมือนบัตร ATM
- โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค** เป็นไปไม่ได้
- ผู้สัมภาษณ์ : ใครบ้างที่มีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ผู้ให้สัมภาษณ์ : ในชุมชนระบบคุ้มกันไม่มี ชุมชนส่วนใหญ่ยังอ่อนแอ ดูจากผู้นำชุมชน ถ้าชุมชนไหนผู้นำดี เข้มแข็ง เสียสละ อดทน ชุมชนก็เจริญ

ครอบครัวส่วนใหญ่มีแต่เด็กกับปู่ย่าตายาย ช่วยเหลือกันไม่ได้
องค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) ที่จังหวัดศรีสะเกษมี 204 อบต. แต่ละอบต. มีความพร้อมไม่เท่ากัน อบต.ที่เข้มแข็งก็มีอบต.ขุนันธ์ อบต.ขุนหาญ อบต.กันตลักษ์ เป็นอบต.ที่อยู่ในเมืองใหญ่
สถานีอนามัย อสม.ให้บริการสุขภาพแก่ชาวบ้านในชุมชนโดยตรง เพราะมีความใกล้ชิดกับชาวบ้านมากที่สุด

ผู้สัมภาษณ์ : ปัญหาการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบและครอบครัวเป็นอย่างไร

ผู้ให้สัมภาษณ์ : ไม่มีข้อมูล

II แนวทางการพัฒนาหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ผู้สัมภาษณ์ : ระบบประกันสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับแรงงานนอกระบบและครอบครัวเป็นอย่างไร

ผู้ให้สัมภาษณ์ : น่าจะเป็นบัตรสปร. บัตรสุขภาพ 500 บาท โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

ผู้สัมภาษณ์ : ใครคือผู้ได้รับการคุ้มครองสิทธิ

ผู้ให้สัมภาษณ์ : ไม่มีข้อมูล

ผู้สัมภาษณ์ : ใครคือผู้รับผิดชอบหลักของระบบ

ผู้ให้สัมภาษณ์ : ไม่มีข้อมูล

ผู้สัมภาษณ์ : ค่าใช้จ่ายของระบบประกันสุขภาพมีอะไรบ้าง และได้มาจากไหน

ผู้ให้สัมภาษณ์ : 1) เงินสมทบ เก็บจากแรงงานนอกระบบ เพื่อให้แรงงานนอกระบบรู้สึกเป็นเจ้าของ และควรยกเว้นในกรณีคนไม่มีจ่ายจริง ๆ ไม่ต้องเก็บเงินสมทบ
2) เก็บภาษี ควรเก็บภาษีสุรา บุหรี่ การพนัน เพราะสิ่งเหล่านี้ทำลายสุขภาพของประชาชน

ผู้สัมภาษณ์ : ใครคือผู้ให้บริการ

ผู้ให้สัมภาษณ์ : ไม่มีข้อมูล

ผู้สัมภาษณ์ : สิทธิประโยชน์ครอบคลุมการป้องกัน รักษา ส่งเสริมได้อย่างไร

ผู้ให้สัมภาษณ์ : ไม่มีข้อมูล

ผู้สัมภาษณ์ : การเข้าถึงบริการควรทำอย่างไร

ผู้ให้สัมภาษณ์ : ไม่มีข้อมูล

ผู้สัมภาษณ์ : กลไกการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ผู้ให้สัมภาษณ์ : 1. การกระจายอำนาจการดูแลสุขภาพสู่อบต. จะต้องพิจารณาว่า คุณภาพของเจ้าหน้าที่ของรัฐ ของอบต. และประชาชนในหมู่บ้านเป็นอย่างไร น่าจะกระจายอำนาจให้ อบต. อันดับหนึ่งที่เข้มแข็งก่อน และจะต้องให้เจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นพี่เลี้ยงคอยดูแล ให้คำปรึกษาแนะนำในระยะต้น

2. การตรวจสอบ แรงงานนอกระบบต้องตรวจสอบด้วยตนเอง เพราะเป็นคนที่มีปัญหาที่ตนประสบดีที่สุด กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน อบต. ควรช่วยเหลือให้แรงงานนอกระบบได้รับการคุ้มครองสิทธิ ประชาชนต้องร่วมตรวจสอบการทำงาน การใช้จ่ายเงินในการดูแลสุขภาพ เพราะประชาชนเป็นผู้เสียภาษี และควรมีองค์กรอิสระที่ทำหน้าที่ตรวจสอบสถานพยาบาล คุณภาพของบริการ และการใช้จ่ายเงิน

3. ใช้ประโยชน์จากบัตรประชาชนบัตรเดียว สำหรับการทำธุรกรรมทุก ๆ เรื่อง รวมทั้งเรื่องการใช้สิทธิด้านสุขภาพ

4. การประชาสัมพันธ์เผยแพร่ข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพอย่างแพร่หลาย โดยสื่อต่าง ๆ ได้แก่ หอกระจายข่าว กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แจ้งในการประชุมกรรมการหมู่บ้านและลูกบ้าน อสม.ให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ชาวบ้านเกี่ยวกับสิทธิ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค โทรทัศน์ วิทยู การติดโปสเตอร์ตามสถานที่ต่าง ๆ

ผู้สัมภาษณ์ : ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล

ผู้เขียนรายงาน : ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล

ผู้บันทึกข้อมูล : อาจารย์ศิริพร เกื้อกุลนุรักษ์

(10) สัมภาษณ์ อาจารย์คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

วันที่ 20 มิถุนายน พ.ศ.2544

คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ผู้สัมภาษณ์ : หลักประกันสุขภาพในปัจจุบันให้ความคุ้มครองแรงงานนอกระบบได้หรือไม่

ผู้ให้สัมภาษณ์ : หลักประกันสุขภาพที่มีอยู่เดิม ยังมีปัญหาที่ตัวผู้ปฏิบัติงาน โดยเฉพาะผู้ปฏิบัติงานให้บริการในระดับพื้นที่ยังไม่สามารถให้บริการได้เต็มที่ บุคลากรยังไม่ค่อยกระตือรือร้นในการทำงาน นอกจากนี้บุคลากรเองยังมีงานอย่างอื่นต้องทำ เช่น การต้อนรับผู้ใหญ่ที่มาตรวจหรือมาดูงาน มีผลทำให้การบริการยังไม่เอื้อประโยชน์ต่อผู้รับบริการได้อย่างเต็มที่ ถ้าหากข้าราชการทำงานกันอย่างเต็มกำลังความสามารถแล้วก็คงไม่มีคนด้อยโอกาสที่ตกสำรวจ คนยากจนที่เข้าไม่ถึงบริการที่มีอยู่ โดยเฉพาะคนที่ไม่มียีนสาย

สิ่งที่สำคัญที่จะต้องทำประการแรก คือ ต้องปรับปรุงที่ตัวคน ทั้งตัวผู้ให้บริการและตัวผู้รับบริการ

ผู้ให้บริการ (Provider) ต้องปรับเปลี่ยนความรู้สึกนึกคิดของคนให้บริการ คนทำงานจริง ๆ มีน้อย ส่วนใหญ่ไม่ค่อยทำงานกันจริงจัง

ผู้ใช้บริการ (User) ตัวแรงงานนอกระบบเองก็ต้องปรับเปลี่ยนด้วย พฤติกรรมการใช้จ่ายฟุ่มเฟือย การใช้จ่ายเงินไม่สมเหตุผล ผลได้เงินมาก็นำไปกินเหล้า สูบบุหรี่ เล่นหวย เล่นแชร์ ถ้ามีการปรับเปลี่ยนน่าจะทำให้สถานการณ์ดีขึ้น

ปัญหาของระบบเดิมมีทั้งพุดินัย และนิดินัย ที่ทำให้คนเข้าไม่ถึงบริการ เช่น รายได้ไม่ถึงเกณฑ์ก็จะได้ไม่บัตร การให้บริการของเจ้าหน้าที่ไม่ดี ความล่าช้าของบริการ เป็นต้น

ถ้าระบบเดิมมีการปรับปรุงก็จะทำให้บรรลุเป้าหมาย Health for All ได้ นอกจากนี้ตัวของแรงงานเองถ้าปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รู้จักจัดการกับการใช้เงิน ไม่นำไปใช้ในทางที่ไม่สมควร การกินเหล้าเมายา ซึ่งลูกเมียไม่เคยได้รับส่วนตรงนี้เลย ทำให้คนระดับล่างเหล่านี้มีความคิด รู้ช่องทางทำมาหากิน รู้ข่าวสารจากด้านต่าง ๆ จะทำให้ชีวิตดีขึ้นในทุกๆด้าน ไม่ใช่เพียงแค่เรื่องสุขภาพอย่างเดียวด้วย

ผู้สัมภาษณ์ : รูปแบบระบบหลักประกันสุขภาพในอนาคตเป็นอย่างไร

ผู้ให้สัมภาษณ์ : น่าจะจัดเป็นระบบเดียว อาจตั้งเป็นกองทุนสุขภาพแห่งชาติ แล้วแก้ไขกฎระเบียบเดิมที่มีปัญหา โดยจัดตั้งเป็นองค์กรอะไรสักอย่างหนึ่งที่มียุทธศาสตร์

หน่วยงานเข้ามามีส่วนร่วม เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงมหาดไทย บริหารงานแบบ Centralize ด้งานที่เกี่ยวข้องเข้ามาอยู่ร่วมกันเพื่อบริหารจัดการกับเรื่องนี้ โดยอาจมีการจัดส่วนชดเชยให้กับบุคคลบางกลุ่มที่สูญเสียผลประโยชน์เดิมที่เคยได้รับ เช่น ระบบสวัสดิการของข้าราชการ

การจัดแบบนี้มีแง่ดีคือ ทรัพยากรมีอยู่พอเพียง มีความเหมาะสมในแง่การให้บริการของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ซึ่งจะเกิดผลดีต่อผู้รับบริการ

ส่วนหน่วยงานเดิมที่ถูกดึงงานบางส่วนไปเข้าระบบใหม่แล้วก็อาจทำงานอย่างอื่นที่ยังไม่ได้ทำขึ้นมาใหม่ ไม่ต้องไปคิดว่าเป็นการสูญเสียงานบางอย่างที่เคยรับผิดชอบอยู่

ระบบเก่าไม่ได้ผลอย่างร้ายแรง เพราะต่างคนต่างทำ ต่างหน่วยงานก็ต่างทำ แย่งผลงานกันจนทำให้ไม่บรรลุเป้าหมายสูงสุด

คนทำงานภาครัฐคิดผิดว่า นี่เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ราชการ โดยลืมนึกว่าควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมคิดร่วมทำ ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม เปลี่ยนวิธีคิด วิธีการทำงานของข้าราชการ

สำหรับความคิดเห็นเกี่ยวกับ อสม. ผู้ให้สัมภาษณ์ไม่ค่อยได้คลุกคลีด้วยนัก แต่ก็มีประเด็นคำถามว่า อสม.ทำงานได้มากน้อยแค่ไหน ศักยภาพการให้บริการมีแค่ไหน และตัวอสม.ที่ทำงานจริงๆมีมากน้อยแค่ไหน

อบต.มีแนวโน้มที่ดีว่าอาจจะเป็นทรัพยากรอีกแหล่งหนึ่ง เพราะอบต.หลายแห่งเริ่มคิดถึงสวัสดิการของคน เรื่องเด็ก ผู้หญิง สิ่งแวดล้อม ไม่นับเรื่องการปลูกสร้างอย่างที่เคยเป็นมา การจะให้อบต.ดูแลเรื่องสุขภาพ ต้องมีการ input ให้อบต.มีแนวคิดเรื่องนี้ และให้อยู่ในวิสัยความสามารถที่อบต.จะทำได้ โดยอาจริเริ่มจากโครงการนำร่องที่อบต.ที่มีศักยภาพ มีแนวคิดต้องทำงานเพื่อชาวบ้าน ไม่ใช่เพื่อกอบโกย

ต่อไปถ้าพัฒนาการของกระบวนการชุมชนเข้มแข็งน่าจะดี แรงงานนอกระบบน่าจะรวมกลุ่มกันขับเคลื่อนและอาจเชื่อมโยงกับกองทุนหมู่บ้านที่จะมีขึ้นใหม่นี้ได้

ผู้สัมภาษณ์ : เงินงบประมาณมาจากไหน

ผู้ให้สัมภาษณ์ : ภาษี และการมีส่วนร่วมของแรงงานนอกระบบ ให้มีส่วนร่วมออกโดยไม่เดือดร้อน และเข้ามามีส่วนร่วมให้ความคิดเห็นว่า ต้องการอะไร จะทำอย่างไร ซึ่งจะต้องมี

การวิเคราะห์ตัวเลขพฤติกรรมการใช้จ่ายของแรงงานนอกระบบในสิ่งที่ไม่จำเป็นด้วย และทำอย่างไรให้แรงงานนอกระบบมีการจัดสรรเม็ดเงินที่หามาได้

สำหรับกลุ่มคนที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จริง ๆ ก็ยังคงจะต้องมีการสงเคราะห์อยู่ในระบบด้วย

ถ้ารวมเป็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) จะต้องเก็บภาษีมรดก ภาษีอัตราก้าวหน้า เชื่อว่าถ้าจัดเก็บระบบภาษีที่ดีจะทำให้งบประมาณเพียงพอสมาชิกในสังคมอาจไม่ต้องจ่ายเพิ่ม แต่ปัจจุบันระบบการเก็บภาษียังไม่จริงจังที่จะปรับวิธีการจัดเก็บภาษี

การจัดบริการสุขภาพจะต้องจัดเป็นในรูปแบบ การกำหนดเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำ (Minimum) ไว้เป็นระดับพื้นฐานสำหรับประชาชนทุกคน โดยรวมการตรวจสุขภาพประจำปี และการตรวจเฉพาะทางที่พิเศษและจำเป็นต่อการรักษาโรครวมอยู่ด้วย

ผู้สัมภาษณ์ : ท่านมีข้อคิดเห็น ต่อโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคอย่างไร

ผู้ให้สัมภาษณ์ : ความคิดเห็นเรื่องนโยบาย 30 บาท คิดว่าเป็นนโยบายโยนหินถ้ามทาง ถ้ามีการตอบรับดีก็ดำเนินต่อไป และที่เพิ่มขึ้นมาเพราะเป็นนโยบายที่ดูหาเสียงเอาไว้ ข้อมูลแรงงานนอกระบบอาจดูจากบัญชีผู้มีสิทธิเลือกตั้ง แต่สำหรับคนที่ยังไม่มีสิทธิเลือกตั้งก็จะมีข้อมูล ยังคิดไม่ออกว่าจะได้จากที่ไหน

ต้องมีการเตรียมระบบเดียวเป็นระยะเวลายาวนาน ต้องเตรียมทุกส่วน ตั้งแต่คนและระบบ

ผู้สัมภาษณ์ : ท่านมีข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะอื่น ๆ อย่างไร

ผู้ให้สัมภาษณ์ : งานวิจัยทุกชิ้นมีคุณค่า อยากให้ได้รับการพิจารณาจากผู้มีอำนาจในการกำหนดนโยบาย ได้นำประโยชน์ของงานวิจัยไปใช้

ผู้สัมภาษณ์ : ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล

ผู้เขียนรายงาน : อาจารย์ศิริพร เกื้อกุลนุรักษ์

ผู้บันทึกข้อมูล : อาจารย์ศิริพร เกื้อกุลนุรักษ์

ผนวกที่ 5

ผนวกที่ 5
ข้อมูลการสนทนากลุ่มผู้นำชุมชนและผู้แทน
แรงงานนอกระบบ

**ข้อมูลการสนทนากลุ่มผู้นำชุมชนและผู้แทนแรงงานนอกระบบ
จำนวน 9 กลุ่ม**

กรุงเทพมหานคร 3 กลุ่ม

1. การสนทนากลุ่มผู้นำชุมชนลำพะอง
วันที่ 28 มกราคม 2544 ณ ที่ทำการมูลนิธิก้าวหน้า ชุมชนลำพะอง
2. การสนทนากลุ่มผู้นำชุมชน ส.พัทยา
วันที่ 10 มีนาคม 2544 ณ โรงเรียนเด็กเล็ก ชุมชน ส.พัทยา
3. การสนทนากลุ่มผู้นำชุมชนร่มเกล้า
วันที่ 25 มกราคม 2544 ณ ที่ทำการชุมชนร่มเกล้า
จังหวัดสมุทรปราการ 3 กลุ่ม
4. การสนทนากลุ่มผู้นำชุมชนหล่อเสาเข้ม
วันที่ 18 มีนาคม 2544 ณ บ้านประธานคณะกรรมการชุมชนหล่อเสาเข้ม
5. การสนทนากลุ่มผู้นำชุมชนหัวลำพู
วันที่ 11 มีนาคม 2544 ณ ที่ทำการชุมชนหัวลำพู
6. การสนทนากลุ่มผู้นำชุมชนคลองมหาชัน บางพลีใหญ่
วันที่ 18 มีนาคม 2544 ณ ที่ทำการคณะกรรมการชุมชนคลองมหาชัน

จังหวัดศรีสะเกษ 3 กลุ่ม

7. การสนทนากลุ่มผู้นำชุมชนท่าเรือ
วันที่ 3 เมษายน 2544 ณ ชุมชนท่าเรือ
8. การสนทนากลุ่มผู้นำชุมชนหนองกก
วันที่ 4 เมษายน 2544 ณ ชุมชนหนองกก
9. การสนทนากลุ่มผู้นำชุมชนหนองตุมเหนือ
วันที่ 6 เมษายน 2544 ณ ชุมชนบ้านตุม

ข้อมูลการสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 9 กลุ่ม

กรุงเทพมหานคร 3 กลุ่ม

1. การสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานชุมชนลำพะอง
วันที่ 24 มกราคม 2544 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลหนองจอก
2. การสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานชุมชน ส.พัทยา
วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2544 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลราชวิถี
3. การสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานชุมชนร่มเกล้า
วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2544 ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข 46 กันตารัตินุทิศ
จังหวัดสมุทรปราการ 2 กลุ่ม
4. การสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานชุมชนหล่อเส้าเข้ม
วันที่ 18 มีนาคม 2544 ณ บ้านประธานคณะกรรมการชุมชนหล่อเส้าเข้ม
5. การสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานชุมชนหัวลำพู
วันที่ 11 มีนาคม 2544 ณ ที่ทำการชุมชนหัวลำพู
6. การสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานชุมชนคลองมหาชั้น
(หมายเหตุ : ยกเลิกเนื่องจาก นัดหมาย 2 ครั้ง เวลาคลาดเคลื่อน ผู้เข้าร่วมประชุมไม่พร้อม)

จังหวัดศรีสะเกษ 3 กลุ่ม

7. การสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานชุมชนท่าเรือ
วันที่ 8 เมษายน 2544 ณ ชุมชนท่าเรือ
8. การสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานชุมชนหนองกก
วันที่ 9 เมษายน 2544 ณ อบต.ยาง
9. การสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานชุมชนหนองตุมเหนือ
วันที่ 9 เมษายน 2544 ณ อบต.ตุม

(1) ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มผู้นำชุมชน

ชุมชนลำพะอง กรุงเทพมหานคร

วันที่ 28 มกราคม 2544 ณ ที่ทำการมูลนิธิก้าวหน้า ชุมชนลำพะอง

สภาพชุมชน

ชุมชนลำพะอง เป็นชุมชนที่อพยพมาจากต่างถิ่นที่ถูกไล่อื้อ โดยอาศัยพื้นที่วัด ปัจจุบันมีสมาชิกประมาณ 300 ครอบครัว จำนวนประชากรประมาณ 1,000 คน ซึ่งประกอบด้วยประชากรทุกวัย ตั้งแต่เด็กจนถึงผู้สูงอายุ การประกอบอาชีพของคนในชุมชนนั้นมีหลากหลายอาชีพ ทั้งที่เป็นแรงงานในระบบ และแรงงานนอกระบบ มีทั้งอาชีพค้าขาย ขับจักรยานยนต์รับจ้าง รับจ้างทั่วไป เช่นรับจ้างเลี้ยงเด็ก ทำพลาสติก แกะหยอดพลาสติก พับถุง เป็นต้น สภาพเศรษฐกิจของชุมชนไม่ค่อยดีนัก อาจจะเรียกว่าหาเช้ากินค่ำก็ได้ ต่างคนต่างทำมาหากิน ซึ่งมีความหลากหลายต่างกันไป ระบบสวัสดิการของคนในชุมชนยังไม่ค่อยมีอะไรเนื่องจากเป็นชุมชนใหม่ ซึ่งอยู่ระหว่างการรวมตัว แต่ละครอบครัวมาจากต่างถิ่น สวัสดิการของคนในชุมชนยังอยู่ในระหว่างการดำเนินการ ที่เห็นเป็นรูปเป็นร่างคือ กลุ่มออมทรัพย์ที่เริ่มมาได้ 2-3 ปี แต่เงินทุนยังมีไม่มากนัก

สภาพการณ์การดูแลสุขภาพ

1. การดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัวในปัจจุบัน

สุขภาพของคนในชุมชนนี้มีทั้งแข็งแรงและเจ็บป่วย ส่วนใหญ่เกิดจากสภาพความบีบคั้นทางเศรษฐกิจ ทำให้เกิดความเครียด โรคกระเพาะ และโรคที่เกิดจากการทำงาน เช่นโรคที่เกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ โรคผิวหนัง ซึ่งเกิดจากการสัมผัสวัสดุอุปกรณ์ในการทำงาน เช่น การแพ้สารเคมีจากถุงพลาสติก เป็นต้น การป้องกันสุขภาพของแรงงานนอกระบบในชุมชนนี้ บางคนอาจเห็นว่าการออกกำลังกายนั้นมีประโยชน์ แต่ไม่ค่อยได้ปฏิบัติกัน นอกจากนี้มีการรณรงค์ของคนในชุมชนเองในเรื่องการป้องกันไข้เลือดออก โดยผู้นำชุมชนจะไปขอร้องให้เจ้าหน้าที่จากสำนักงานเขตมาฉีดยากำจัดยุงในพื้นที่ที่มีน้ำขัง เป็นต้น

สำหรับการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของแรงงานนอกระบบในชุมชนนี้ส่วนใหญ่จะใช้วิธีการซื้อยามากินเอง หรือการเบิกยาจาก อสม. ถ้าเจ็บป่วยมาก ๆ ถึงจะไปรักษาที่โรงพยาบาล เนื่องจากคนในชุมชนนี้มีระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ ค่อนข้างน้อย ซึ่งจะมีบางครอบครัวที่มีบัตรข้าราชการแต่ก็หายากมาก บัตรประกันสังคมก็มีบ้างเล็กน้อย ถ้าเป็นผู้ที่ถูกเลิกจ้างหรือออกจากงานก็จะใช้วิธีการประกันตนต่อโดยความสมัครใจกับประกันสังคม (มาตรา 39) ส่วนบัตรสุขภาพ 500 บาทก็มีบ้าง หรือบางครอบครัวเมื่อบัตรสุขภาพ 500 บาทหมดอายุก็ไม่ต่ออายุบัตรอีก เนื่องจากบัตรสุขภาพ 500 บาท นอกจากจะต้องเสียค่าใช้จ่ายแล้ว ยังมีความยุ่งยากโดย

ต้องตรวจสอบสุขภาพก่อนซื้อบัตร ขณะที่บัตรสปร.จะให้ประโยชน์และให้การคุ้มครองได้มากกว่า กล่าวคือ บัตรสปร.ได้รับความรักษาพยาบาลฟรีและรักษาได้ทุกโรค และขณะนี้บัตรสปร.อยู่ในช่วงระหว่างการขอรับรอง ซึ่งผู้นำชุมชนได้ส่งเรื่องไปแล้วประมาณ 40 ครอบครัว จาก 300 ครอบครัว แต่ก็เกรงว่า 40 ครอบครัวนี้จะได้รับสิทธิบัตรสปร.ไม่หมด เนื่องจากทางเจ้าหน้าที่จากสำนักงานเขต ได้มาตรวจสอบและประเมินสภาพการณ์ของครอบครัวแล้วพบว่า ส่วนใหญ่ครอบครัวในชุมชนแห่งนี้จะสร้างบ้านกันหลังใหญ่ ๆ ซึ่งเป็นบ้านที่สร้างจากเงินที่ได้รับจากการโล่หรือ เพราะคนในชุมชนนี้มีค่านิยมว่าจะต้องสร้างบ้านให้ใหญ่ไว้ก่อน ไม่มีเงินใช้ไม่เป็นไร อีกทั้งติดในเรื่องของรายได้ ซึ่งถ้าคิดตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ก็คงลำบาก ในเรื่องการรับรู้ถึงรายละเอียดของบัตรและสิทธิประโยชน์ของบัตรต่าง ๆ ให้การคุ้มครองมากนักแถมก็ยังมีความรู้ความเข้าใจไม่ดีพอ โดยเฉพาะบัตรสุขภาพ 500 บาท โดยมากจะรับรู้จากคำบอกเล่าของเพื่อนบ้าน โดยจะพูดว่าเขาบอกว่า คนนั้นเคยไป คนนี้เคยไป แล้วพบว่าต้องเสียเงินเพิ่ม ไม่ทราบว่ารักษาอย่างไร ค่าใช้จ่ายเป็นอย่างไร หรือแม้แต่ตัว อสม.ก็ยังไม่ค่อยรู้ในรายละเอียดของบัตรอสม. มีเพียงหน้าที่เบิกยา-แจกยาให้คนในชุมชน และเขียนรายงานส่งศูนย์

เนื่องจากเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยขาดการประชาสัมพันธ์ให้กับคนในชุมชนได้รับทราบ โดยจะปฏิบัติงานอย่างต้งรับในพื้นที่ ไม่ลงพื้นที่ดูแลสุขภาพคนในชุมชนเท่าที่ควร หรือไม่มีการส่งเสริมสุขภาพของคนในชุมชน (รอแต่ซ่อมสุขภาพมากกว่า)

2. ระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน

การสนทนากลุ่มผู้นำชุมชนกลุ่มนี้ มีความเห็นว่าระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่นั้นสามารถดูแลสุขภาพคนในชุมชนได้ในระดับหนึ่ง แต่ไม่ครอบคลุมแรงงานนอกระบบกลุ่มนี้ ระบบประกันสุขภาพมีความจำเป็นอย่างยิ่ง แต่ระบบประกันที่มีอยู่ในขณะนี้ยังไม่ครอบคลุมและไม่เหมาะสมสำหรับแรงงานนอกระบบ เนื่องจากแรงงานนอกระบบมีความหลากหลายแม้จะมีหลักประกันสุขภาพหลายระบบแต่ก็ยังมีอุปสรรคปัญหาในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพเหล่านั้นอยู่หลายประการ อีกทั้งระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ยังขาดการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทั่วไปและแรงงานนอกระบบเข้าใจอย่างชัดเจน โดยเฉพาะบัตรประกันสุขภาพ 500 บาท ปัญหาการซื้อบัตรคือ ต้องมีการตรวจสอบสุขภาพและคุ้มครองสมาชิกในครอบครัวได้เพียง 5 คน

3. ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบกลุ่มนี้ คือ คนในชุมชนจะดูแลตนเองในเบื้องต้นเมื่อป่วยไม่มากนัก หรือในบางครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยอยู่ในบ้านก็จะพึ่งตนเองหรือคนในครอบครัว โดยการซื้อยากินเอง หรือการดูแลตนเอง ถ้าเป็นมากก็จะพึ่งบุคลากรของรัฐ

โดยจะไปรักษาที่ศูนย์บริการสาธารณสุขซึ่งจะมีระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษายังสถานพยาบาล/โรงพยาบาลตามขั้นตอนในกรณีที่เป็น นอกจากนี้ยังมีนายจ้างบางคนไม่มากนักที่มีลูกจ้างเป็นแรงงานนอกระบบก็จะออกค่ารักษาพยาบาลให้แรงงานนอกระบบ

4. ปัญหาการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัวมีอะไรบ้าง

ปัญหาใหญ่แรงงานนอกระบบกลุ่มนี้คือ สภาพเศรษฐกิจ ขาดความรู้ความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย และขาดการรับรู้ข่าวสาร จึงทำให้มีความเชื่อที่ผิด เช่น เชื่อว่าการกินหมู เห็ด เป็ด ไก่ ปลาหมึก นั้นเป็นอาหารที่มีราคาแพงจะเป็นอาหารดี มีประโยชน์ต่อร่างกาย กินแล้วไม่เจ็บป่วย

การจัดการระบบประกันสุขภาพ

1. ระบบประกันสุขภาพ

แรงงานนอกระบบกลุ่มนี้ต้องการระบบประกันสุขภาพแบบ 500 บาท แต่ไม่ต้องจำกัดว่าจะต้องตรวจสุขภาพก่อน ควรจะรักษาได้ทุกโรค ควรจะครอบคลุมการเจ็บป่วยด้วย หรือถ้าได้รับสิทธิประโยชน์เพิ่มอย่างระบบประกันสังคมด้วยก็จะเป็นการดี และควรให้การคุ้มครองสมาชิกทั้งครอบครัว ไม่ควรกำหนดว่าคุ้มครองสมาชิกครอบครัวเพียง 5 คน

นอกจากนี้แล้วควรปรับปรุงในเรื่องของการบริการให้ดีกว่าเดิม ไม่ควรเลือกปฏิบัติกับผู้ที่ใช้บัตรหรือปฏิเสธการไปใช้บัตรข้ามเขตโดยสิ้นเชิง

2. การจัดการระบบประกันสุขภาพ

ระบบประกันสุขภาพเพื่อให้ครอบคลุมแรงงานนอกระบบนั้น สำหรับบัตรสปร. เกณฑ์การพิจารณารายได้ต่อเดือนสำหรับผู้ที่มีรายได้ได้น้อยที่จะได้รับบัตรสปร. ควรมีการกำหนดให้เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริง และต้องการให้มีการปรับปรุงระเบียบ ขั้นตอน วิธีการในการเข้าถึงสิทธิบัตรให้สะดวกและง่าย เป็นลักษณะเดียวกันทุกหลักประกันสุขภาพ โดยไม่ต้องมีเงื่อนไขมากนัก เช่น มาติดต่อกับโรงพยาบาลที่เดียวแล้วก็สามารถใช้สิทธิบัตรในการไปใช้บริการจากโรงพยาบาลได้โดยไม่มีเงื่อนไข และเสนอให้รวมบัตรสปร. เข้าอยู่ในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ให้ได้รับการรักษาและยาที่มีมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข

ระบบประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบควรเป็นระบบการบังคับจ่ายเวลาไปรับบริการที่โรงพยาบาลครั้งละ 30 บาท โดยค่ารักษาพยาบาลส่วนที่เกิน 30 บาท รัฐบาลจ่ายสมทบจากกองทุน ในส่วนของการสมทบจากนายจ้าง สำหรับแรงงานนอกระบบกลุ่มนี้มีปัญหาเกี่ยวกับการตีความ คำว่า “นายจ้าง” ตามกฎหมาย ซึ่งปัจจุบันกฎหมายไม่ได้ระบุความรับผิดชอบ

ที่นายจ้างมีต่อลูกจ้างที่เป็นแรงงานนอกระบบ จึงได้เสนอให้มีการปรับปรุงกฎหมายแพ่งเกี่ยวกับความรับผิดชอบของนายจ้างในกรณีสภาพการทำงานที่ทำให้แรงงานนอกระบบเจ็บป่วย เช่น สภาพการทำงานที่ทำให้แรงงานนอกระบบได้รับสารพิษ สารเคมี จากวัสดุที่ส่งไปให้ทำงาน ทำให้เจ็บป่วย เป็นต้น เพื่อให้แรงงานนอกระบบสามารถเรียกร้องความคุ้มครองจากนายจ้างผู้รับผิดชอบตามกฎหมายได้

ในด้านการประชาสัมพันธ์ ควรใช้สื่อทางโทรทัศน์ เพื่อให้ประชาชนส่วนใหญ่ได้รับรู้เป็นการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องและตรงกัน เพื่อให้ประชาชนไปรับบริการทั่วถึงและได้รับความเสมอภาคมากขึ้น

ในด้านการป้องกันนั้น จากการสนทนากลุ่ม มีความเห็นที่หลากหลาย ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการรักษามากกว่าการป้องกัน โดยเห็นว่าการรักษาต้องมาเป็นอันดับ 1 แต่ผู้เข้าร่วมสนทนาบางท่านก็เห็นว่าการป้องกันนั้นมีความสำคัญและดีกว่าการรักษา อีกทั้งยังทำให้ลดสิ้นเปลืองงบประมาณค่าใช้จ่ายของรัฐในการรักษาพยาบาลลงหากประชาชนรู้จักการดูแลตัวเอง ป้องกันตัวเอง โรคก็ไม่เกิด

ผู้บันทึกข้อมูล : นางสาวนฤมล ยิ้มดี

ผู้เขียนรายงาน : ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล

: นางสาวจิราพร แผ้ววีกัง

(2) การสนทนากลุ่มผู้นำชุมชน

ชุมชน ส.พัตยา กรุงเทพมหานคร

วันที่ 10 มีนาคม 2544 ณ โรงเรียนเด็กเล็ก ชุมชน ส.พัตยา

สภาพชุมชน

ชุมชน ส.พัตยา เป็นชุมชนบุกรุกประชากรในชุมชนอพยพมาจากต่างถิ่น ชุมชน ส.พัตยา อยู่ในความรับผิดชอบของเขตห้วยขวาง ชาวบ้านส่วนใหญ่ที่เป็นคนในพื้นที่ มีทะเบียนบ้านและมีฐานะยากจน ได้รับการคุ้มครองสิทธิจากบัตรสปร. แรงงานนอกระบบในชุมชนนี้จะประกอบอาชีพขับมอเตอร์ไซด์รับจ้าง ค้าขายเล็กๆน้อยๆ รับจ้างทั่วไป งานบริการ และมีรายได้ต่ำ สภาพความเป็นอยู่ไม่มีขาดระบบสาธารณูปโภค ต้องจ่ายค่าน้ำ ค่าไฟฟ้าในอัตราสูง ญูนิตละ 18 บาท อีกทั้งยังมีภาระหนี้สินมากมาย

สถานการณ์การดูแลสุขภาพ

1. การดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบ

ปัญหาสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัวของชุมชนนี้มีผลมาจากสภาพแวดล้อม เนื่องจากเป็นชุมชนแออัด มีน้ำขัง จึงเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงจำนวนมาก ทำให้เด็กในชุมชนป่วยเป็นไข้เลือดออกกันมาก เด็กนักเรียนในชุมชนจะไม่ค่อยมีปัญหาเรื่องค่ารักษาพยาบาล เนื่องจากได้รับบัตรสุขภาพจากโรงเรียน แต่กรณีของผู้ใหญ่จะมีปัญหา เนื่องจากไม่มีบัตรสุขภาพใดรองรับ ถ้าเจ็บป่วยเล็กน้อยจะหาซื้อยามากินเพื่อรักษาตนเองได้ ถ้าเจ็บป่วยหนักจะไปรับการรักษาจากโรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลศิริราช และขอรับการสงเคราะห์จากโรงพยาบาลเป็นค่ารักษาพยาบาล เนื่องจากมีรายได้น้อย ไม่มีเงินรักษา ไม่มีหลักประกันสุขภาพ เนื่องจากเป็นแรงงานข้ามถิ่น ไม่มีชื่อในทะเบียนบ้านซึ่งทะเบียนบ้านถือเป็นเอกสารสำคัญในการทำบัตร จึงไม่สามารถที่จะขอทำบัตรได้

2. ระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ครอบคลุมแรงงานนอกระบบและครอบครัวหรือไม่

การสนทนากลุ่มผู้นำชุมชน มีความเห็นว่า แรงงานนอกระบบกลุ่มนี้จะไม่ได้รับการคุ้มครองจากระบบประกันสุขภาพเนื่องจากติดปัญหาดังกล่าวข้างต้น มีเพียงบุตรของแรงงานนอกระบบที่เข้าโรงเรียนจะได้รับบัตรสุขภาพจากโรงเรียน

3. ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบและครอบครัว

โดยส่วนใหญ่แล้วประชาชนในชุมชนนี้จะให้การช่วยเหลือกันเมื่อยามเจ็บป่วยไม่มากนัก สมาชิกในครอบครัวจะดูแลและปฐมพยาบาลเบื้องต้น หรือในกรณีที่เจ็บป่วยมาก เพื่อนบ้านก็จะช่วยกันนำส่งโรงพยาบาล ในด้านการป้องกัน ประชาชนในชุมชนหรือผู้นำชุมชนก็จะไปขอความ

ช่วยเหลือจากสำนักงานเขตให้มาฉีดยาหรือพ่นยาฆ่ายุง ในบางครั้งจะมีเจ้าหน้าที่มาส่งเสริมการออกกำลังกายโดยการสอนเต้นแอโรบิกในชุมชน และในขณะนี้กำลังสร้างลานกีฬาขึ้นในชุมชน โดยได้รับเงินบริจาค

4. ปัญหาการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

การสนทนากลุ่มผู้นำชุมชนครั้งนี้ พบว่าปัญหาแรกเกิดจากตัวของแรงงานนอกระบบเองที่ขาดความรู้และความเข้าใจในระบบประกันสุขภาพ มีผลมาจากขาดการประชาสัมพันธ์ของเจ้าหน้าที่ นอกจากนี้แล้วในชุมชนยังขาดผู้นำชุมชนที่เข้มแข็งและสนใจในปัญหาความเดือดร้อนของประชาชนในชุมชน และไม่มี อสม.ประจำชุมชน

การจัดระบบประกันสุขภาพ

ระบบประกันสุขภาพ

ผู้นำชุมชนกลุ่มนี้ต้องการให้ประชาชนในชุมชนได้มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต้องการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือคณะกรรมการชุมชนออกสำรวจ หรือประชาสัมพันธ์ให้ทราบถึงขั้นตอนและวิธีการทำบัตรประกันสุขภาพ

ในเรื่องของสิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองจากหลักประกันสุขภาพนั้น ผู้นำชุมชนกลุ่มนี้ต้องการให้หลักประกันสุขภาพให้การคุ้มครองสมาชิกทั้งหมดในครอบครัวของแรงงานนอกระบบ โดยต้องการสิทธิประโยชน์เหมือนกับบัตรประกันสังคมให้การคุ้มครองในเรื่องของการเจ็บป่วยทุกรณีรวมอุบัติเหตุและการคลอดบุตรด้วย และต้องการให้บัตรประกันสุขภาพนี้สามารถไปใช้บริการได้ได้ทุกพื้นที่ทั้งโรงพยาบาลของรัฐบาลและเอกชน

ในการจ่ายเงินสมทบนั้นผู้นำชุมชนกลุ่มนี้มีความเห็นว่าแรงงานนอกระบบสามารถจ่ายเงินสมทบได้ในอัตรา 100 บาท/ปี/ครอบครัวโดยจ่ายผ่านสถานพยาบาลที่ออกบัตรให้หรือให้กรรมการชุมชนเป็นผู้เก็บเงินนำส่งรัฐอีกที

นอกจากนี้แล้วยังต้องการให้มีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสาร และให้ความรู้แก่ประชาชนในชุมชนอย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง (เรื่องการดูแลสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย) และต้องการให้มีการส่งเสริมให้เด็กและเยาวชนในชุมชนเล่นกีฬาเพื่อเป็นการสร้างเสริมสุขภาพพลานามัยให้เข้มแข็งอีกด้วย

ผู้บันทึกข้อมูล : นางสาวอัครพรรณ ขวัญชื่น

ผู้เขียนรายงาน : ดร.พิพากรณ์ โพธิ์ถวิล

: นางสาวจิราพร แก้วกึ่ง

(3) ข้อมูลการสนทนากลุ่มผู้นำชุมชน

ชุมชนร่มเกล้า กรุงเทพมหานคร

วันที่ 25 มกราคม 2544 ณ ที่ทำการชุมชนร่มเกล้า

สภาพชุมชน

ชุมชนร่มเกล้า เป็นชุมชนที่มาจากการรื้อย้าย นับได้ว่าเป็นชุมชนแออัดที่มีการรวมตัวกันอย่างเข้มแข็ง เนื่องจากเป็นชุมชนที่มีผู้นำชุมชนที่ดี สมาชิกในชุมชนให้ความร่วมมือกันและช่วยเหลือกัน มีการจัดตั้งกองทุนและสวัสดิการในชุมชน

อาชีพของแรงงานนอกระบบกลุ่มนี้ในชุมชนร่มเกล้ามีความหลากหลาย ได้แก่ ตัดเย็บรองเท้า ตัดเย็บเสื้อผ้า ทอผ้า ขับจักรยานยนต์รับจ้าง ค้าขายเล็กๆน้อยๆ รับจ้างทั่วไป เป็นต้น สภาพเศรษฐกิจของชุมชนไม่ดีนัก เนื่องจากส่วนใหญ่มีรายได้ไม่แน่นอน ไม่มีนายจ้างประจำ ซึ่งทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ มากมาย ทั้งการถูกเอารัดเอาเปรียบในเรื่องของค่าจ้างแรงงาน ถูกกดค่าแรงและถูกโกงค่าแรงหรือแม้กระทั่งทำของเสียก็จะถูกตัดค่าแรงตามชิ้นงาน

สภาพการณ์การดูแลสุขภาพ

1. สถานการณ์การดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ปัญหาสุขภาพของแรงงานนอกระบบกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เกิดจากสภาพการทำงาน และสภาพแวดล้อมของการทำงานที่ต้องทำงานยาวนาน เพื่อต้องการงานให้ได้ปริมาณมาก จนบางครั้งต้องทำงานทั้งวันทั้งคืน จึงไม่มีเวลาพักผ่อน ทำให้เกิดการเจ็บป่วย นอกจากนี้แล้ว แรงงานนอกระบบยังได้รับอันตรายจากการทำงาน ได้แก่ สารเคมีหรือฝุ่นละอองต่าง ๆ โดยไม่มีอุปกรณ์ป้องกันขณะทำงาน เมื่อเกิดปัญหาการเจ็บป่วยขึ้นมาก็ไม่สามารถที่จะเรียกรถพยาบาลจากใครได้ เนื่องจากมีนายจ้างหลายคนหรือไม่มีนายจ้างประจำ ต้องดูแลสุขภาพตนเองโดยการซื้อยามากินและถ้าเป็นมากต้องไปรักษาที่โรงพยาบาล ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองแต่ไม่มีเงินก็ต้องกู้เงินค่ารักษาพยาบาลจากเพื่อนบ้าน ส่วนใหญ่แล้วแรงงานกลุ่มนี้ถ้าไม่เจ็บหนักถึงขั้นล้มหมอนนอนเสื่อก็จะไม่ไปหาหมอ

ในส่วนของ การดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบกลุ่มนี้ ไม่ค่อยจะมีการป้องกันการเจ็บป่วยมากนัก ทั้งการป้องกันการเจ็บป่วยในชีวิตประจำวันและการป้องกันการเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นจากการทำงาน และไม่ค่อยตระหนักถึงการป้องกันปัญหาสุขภาพ

2. ระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันครอบคลุมแรงงานนอกระบบและครอบครัวหรือไม่

ระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันยังไม่สามารถที่จะคุ้มครองแรงงานนอกระบบกลุ่มนี้ได้มากนัก เนื่องจากติดขัดในเรื่องของกฎระเบียบการทำบัตรที่ต่งเกณฑ์ของรายได้ขั้นต่ำสำหรับ

ผู้มีสิทธิได้รับบัตรสป.ไว้ ไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง แรงงานนอกระบบ กลุ่มนี้มีรายได้เฉลี่ยเดือนละ 3,000 บาท ซึ่งเกินจากเกณฑ์ที่กำหนดไว้ไม่มากนักทำให้ไม่สามารถทำบัตรสป.ได้ ในส่วนของบัตรประกันสุขภาพ 500 บาทนั้นกำหนดว่าจะต้องมีการตรวจสุขภาพก่อนจึงจะทำได้ และคนที่ป่วยหรือป่วยเป็นโรคเรื้อรังไม่ได้รับสิทธิบัตรนี้ และในกรณีของบัตรประกันสังคม สำหรับผู้ที่เคยมีบัตรประกันสังคมแล้วเมื่อต้องออกจากงานและต้องการที่จะได้รับสิทธิบัตรนี้แต่ไม่มีความสามารถในการจ่ายเงินสมทบเนื่องจากมีรายได้ไม่แน่นอน และยังคงจ่ายเงินสมทบสูงกว่าเมื่อมีรายได้ประจำ เพราะต้องจ่ายเงินสมทบทั้งสองส่วนคือ ส่วนเงินสมทบของผู้ประกันตนและส่วนเงินสมทบจากนายจ้าง

3. ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

การสนทนากลุ่มผู้นำชุมชนครั้งนี้ มีความเห็นว่า ผู้ที่มีบทบาทในการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว คือ อสม.ในชุมชน ซึ่งมีบทบาทการเป็นผู้ให้ข้อมูลและการเรียกร้องสิทธิ และเจ้าหน้าที่ของศูนย์สาธารณสุขชุมชน ซึ่งจะให้การดูแลเอาใจใส่คนในชุมชน ให้คำแนะนำและติดตาม เช่น การดูแลสุขภาพครรภ์ของผู้หญิงในชุมชน และให้การดูแลทั้งแม่และเด็กหลังจากคลอดบุตร ซึ่งแรงงานนอกระบบและครอบครัวในชุมชนรู้สึกพอใจการบริการของเจ้าหน้าที่เหล่านี้ในระดับหนึ่ง

4. ปัญหาการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

การสนทนากลุ่มครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ปัญหาการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบมีทั้งปัญหาที่เกิดจากตัวของแรงงานเองขาดการตระหนักรู้และป้องกันตนเองจากการเจ็บป่วยในการทำงาน ขาดความรู้และความเข้าใจในการป้องกันและรักษาสุขภาพตนเองจากการใช้เวลาทำงานที่ยาวนาน ปัญหาที่เกิดจากระบบการจ้างงานที่ไม่เป็นทางการ ทำให้ไม่มีนายจ้างรับผิดชอบ ทำให้แรงงานไม่ได้รับการคุ้มครอง ขาดข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายจากชิ้นงาน หรือวัสดุที่ใช้ในการทำงาน เมื่อเกิดปัญหาการเจ็บป่วยขาดการดูแลเอาใจใส่หรือขาดความรับผิดชอบต่อภานายจ้าง และที่สำคัญยังขาดสิทธิในหลักประกันสุขภาพที่ควรจะได้รับจากรัฐ

การจัดระบบประกันสุขภาพ

1. ระบบประกันสุขภาพที่ต้องการ

ความต้องการระบบประกันสุขภาพ มีความคิดเห็นที่หลากหลายซึ่งส่วนใหญ่ยังต้องการหลักประกันสุขภาพรูปแบบเดิม แต่ควรปรับปรุงข้อบกพร่องต่าง ๆ แต่ละหลักประกันสุขภาพตามรายละเอียดที่ได้กล่าวไปแล้ว ทั้งนี้ภาครัฐและชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพควรส่งเสริมในเรื่องการป้องกันมากกว่าการรักษาสุขภาพ และต้องการให้มีระบบการดูแลสุขภาพที่ครบวงจร รวมทั้งมีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ

2. การจัดการระบบประกันสุขภาพ

จากการสนทนากลุ่ม มีความเห็นว่า ระบบประกันสุขภาพที่แรงงานนอกระบบกลุ่มนี้ต้องการเพื่อให้คุ้มครองสุขภาพทั้งตัวแรงงานนอกระบบเองและครอบครัว ควรเป็นระบบของความสมัครใจเป็นผู้ประกันตน โดยให้แรงงานนอกระบบจ่ายสมทบในอัตรา 50 บาท/คน/ปี หรือถ้าจำเป็นต้องจ่ายเพิ่มในอัตรา 100 บาท/คน/ปี ก็พอจะจ่ายได้ สำหรับเงินที่จะนำมาใช้ในระบบประกันสุขภาพของแรงงานนอกระบบกลุ่มนี้ควรจะมาจกตัวแรงงานนอกระบบซึ่งเป็นผู้ส่งเงินสมทบเอง และรายได้จากภาษีที่รัฐจัดเก็บ เมื่อแรงงานนอกระบบมีหลักประกันสุขภาพแล้วควรมีสิทธิได้รับการตรวจสุขภาพทุกปี โดยให้สิทธิประโยชน์ครอบคลุมทั้งในเรื่องของการเจ็บป่วย อุบัติเหตุ พิกการ สงเคราะห์บุตร ว่างงาน และสิทธิประโยชน์ที่ต้องการมากที่สุดคือ การรักษาพยาบาลคนพิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง ตรวจสุขภาพ ฉีดวัคซีนป้องกันโรค และดูแลคนชรา ตามลำดับ

นอกจากนี้ยังต้องการให้ใช้บริการข้ามเขตได้ โดยถือบัตรใบเดียวแล้วสามารถรับการรักษายาบาลได้ทุกที่ ใช้ได้เหมือนกับบัตรประชาชน และสามารถไ้ระบบออนไลน์ได้ ซึ่งเมื่อนำบัตรไปใช้แล้วสามารถทราบถึงประวัติและข้อมูลการรักษาทั้งอดีตและปัจจุบัน

ส่วนการจัดเก็บเงินสมทบนั้น หน่วยงานของรัฐควรจะเป็นผู้จัดเก็บโดยใช้วิธีเดียวกับประกันสังคม อาจจะเป็นโรงพยาบาลของรัฐเป็นผู้จัดเก็บ ส่วนกระทรวงสาธารณสุขอาจเป็นผู้ดูแลเรียกเก็บเงินและจัดสรรเงินให้กับผู้รับประกัน สำหรับเรื่องข้อมูลชุมชนควรให้ประธานชุมชนเป็นผู้รวบรวมและนำส่งข้อมูล เช่น ระเบียบนอกระบบในชุมชน เป็นต้น

สุดท้ายในเรื่องการประชาสัมพันธ์ หน่วยงานของรัฐควรมีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลผ่านเสียงตามสาย หรือผ่านตามสื่อวิทยุ โทรทัศน์ ฯลฯ ซึ่งควรจะมีการประชาสัมพันธ์ทั้งในวงกว้างและวงแคบ หรืออาจประชาสัมพันธ์โดยผ่านทางโรงเรียน โดยทำเป็นจดหมายผ่านไปให้แก่งผู้ปกครองนักเรียน

ผู้บันทึกข้อมูล : นางสาวนฤมล ยิ้มดี

ผู้เขียนรายงาน : ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล

: นางสาวจิราพร แผ้วกิ่ง

(4) การสนทนากลุ่มผู้นำชุมชน

ชุมชนหล่อเสาเข้ม จ.สมุทรปราการ

วันที่ 18 มีนาคม 2544 ณ บ้านประธานกรรมการชุมชนหล่อเสาเข้ม

สภาพชุมชน

ชุมชนหล่อเสาเข้มเป็นชุมชนใกล้เคียงโรงงานอุตสาหกรรม มีบ้านเรือนประมาณ 40 กว่าหลังคาเรือน ตั้งอยู่ริมคลองสำโรง มีอาชีพรับจ้างหาบเร่ ค้าขายเล็กๆน้อยๆ ขับริดเท็กซี เป็นส่วนใหญ่ ระบบสาธารณสุขปกคของชุมชนนี้ภาคเอกชนเข้ามาดำเนินการให้ มีคณะกรรมการชุมชนและประชาสงเคราะห์จังหวัดเข้ามาดูแลช่วยเหลือบ้าง แต่ไม่มีหน่วยงานด้านสาธารณสุขเข้ามาดูแล สถานีนอนามัยและหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เข้ามาไม่ถึง ประชากรส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพที่รัฐจัดให้ ประชาชนในชุมชนมีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน ส่วนใหญ่เป็นผู้มีรายได้น้อย

สภาพการณ์การดูแลสุขภาพ

1. การดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ปัญหาการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากสภาพแวดล้อมภายในชุมชนอันได้แก่ สารพิษ สารเคมีตกค้างจากโรงงานอุตสาหกรรม สภาวะน้ำเสีย ฝุ่นละออง ทำให้เกิดโรคผิวหนังการระคายเคืองของระบบทางเดินหายใจ แรงงานนอกระบบกลุ่มนี้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพ แต่เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ ไม่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้ามาดูแล ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวไม่เอื้อต่อการไปรับการรักษาพยาบาล เนื่องจากมีรายได้น้อย ไม่เข้าใจถึงระบบบริการสุขภาพเท่าไรนัก ไม่ทราบรายละเอียดที่เกี่ยวกับบัตรสปร. บัตรสุขภาพ 500 บาท บัตรประกันสังคม ตาม พรบ.ประกันสังคม มาตรา 39 และ 40 ถ้าเกิดการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ปวดศีรษะ ตัวร้อน ปวดท้อง จะหายากินเองหรือพึ่งตนเองโดยการซื้อยาจากร้านขายยา เมื่อเจ็บป่วยมากจนล้มหมอนนอนเสื่อจึงไปโรงพยาบาลใกล้บ้านหรือคลินิก (คลินิก 19 บาท) บางครั้งก็ซื้อยามาฉีดเองที่บ้าน แต่ไม่ฟังใยศาสตร์หรือยาสมุนไพร

ความต้องการให้มีการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย มีผู้เสนอว่าอยากให้มีการตรวจสุขภาพถ้าเป็นไปได้ ชุมชนนี้ไม่มีหน่วยงานของรัฐไปให้บริการสุขภาพ ประชาชนต้องช่วยดูแลสุขภาพกันเอง เมื่อเจ็บป่วยไปรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลตามสถานภาพของแต่ละครอบครัวโดยไม่มีหลักประกันสุขภาพอะไรเลย ต้องใช้เงินส่วนตัวเป็นค่ารักษาพยาบาลในยามเจ็บป่วย ประชาชนส่วนใหญ่ยังเข้าไม่ถึงบริการของรัฐ

2. ระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ให้การคุ้มครองแรงงานนอกระบบและครอบครัวหรือไม่

สำหรับบัตรสป.กรณีคนชราหรือคนพิการจะมีเจ้าหน้าที่ประจำสาขาที่ประชาชนเข้าไปทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ในชุมชนนี้ เมื่อใช้บริการแล้วรู้สึกไม่ประทับใจการบริการของเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ของรัฐ คณะกรรมการชุมชนไม่ได้ประชาสัมพันธ์ให้คนในชุมชนทราบถึงสิทธิในการทำบัตรประกันสังคมโดยสมัครใจ (ตามมาตรา 40) หรือบัตรประกันสุขภาพ ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงสิทธิที่ควรได้รับการคุ้มครอง เนื่องจากไม่เข้าใจเกี่ยวกับการทำสิทธิบัตรและการไปใช้สิทธิ

3. ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแรงงานนอกระบบและครอบครัว

แรงงานนอกระบบมีการพึ่งพาตนเองภายในครอบครัว จะดูแลเอาใจใส่กันเองก่อนจะไปรับการรักษาจากสถานพยาบาล โดยการซื้อยามากินเอง และการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อประเภทยาแก้ชักเสบวิตามิน

ชุมชนมีคณะกรรมการประสานงานช่วยเหลือกันในชุมชนเมื่อเจ็บป่วย เมื่อมีคนในชุมชนเจ็บป่วยจะพาไปพบแพทย์ที่คลินิก โดยเฉพาะที่คลินิก 19 บาท หรือโรงพยาบาลสมุทรปราการ หรือเมื่อเจ็บป่วยมากก็จะพาไปรักษาที่โรงพยาบาลจุฬา โดยใช้บัตรประกันสุขภาพที่มีอยู่หรือใช้เงินส่วนตัวในการรักษา

ประชาสงเคราะห์จังหวัดสมุทรปราการก็มีส่วนเข้ามาดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบบ้าง ในส่วนของครอบครัวจะดูแลในเรื่องของบัตรผู้สูงอายุ คนพิการ โดยให้บุคคลเหล่านี้มีบัตร แต่ไม่ต่อเนื่อง ในหน่วยงานของรัฐโดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่เคยเข้ามาในชุมชนเลย ประชาชนส่วนใหญ่ไม่ได้รับการดูแลสุขภาพ

4. ปัญหาสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ปัญหาใหญ่ของแรงงานนอกระบบและครอบครัวคือ ฐานะทางด้านเศรษฐกิจ มีรายได้น้อย จึงไม่กล้าไปรับการรักษา จึงต้องใช้วิธีการพึ่งพาตนเองก่อน ปัญหาต่อมาคือ การเข้าถึงการบริการของภาครัฐที่มีให้ ไม่มีการประชาสัมพันธ์เรื่องระบบประกันสุขภาพ ไม่มีหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ หรือหน่วยงานด้านสาธารณสุขเข้ามาส่งเสริม และแนะนำการป้องกันดูแลสุขภาพ สุดท้ายประชาชนบางส่วนขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว จากการที่ซื้อยามารับประทานเองและการฉีดยาเองทั้งที่ไม่เคยผ่านการอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

การจัดการระบบประกันสุขภาพ

1. ระบบประกันสุขภาพ

มีความคิดเห็นหลากหลายเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพที่ต้องการ แต่ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นวาระระบบเดิมคือประกันสังคมนั้นเป็นหลักประกันสุขภาพที่ดี เพราะประกันสังคมให้หลักประกันด้านสุขภาพแก่ประชาชนและการรักษาพยาบาลดีกว่าบัตรสุขภาพ 500 บาท และ

บัตรสปร. จึงคิดว่าทุกคนในชุมชนควรมีบัตรประกันสังคม ซึ่งจะเท่าเทียมกันโดยให้ทุกคนจ่ายเงินที่ให้รัฐบาลปีละ 300 บาทต่อคน

2. ระบบการจัดการ

ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มทุกคนเห็นพ้องกันว่า ประชาชนทุกคนควรได้รับสิทธิในการคุ้มครองเหมือนกันไม่ว่าจะมีเงินจ่ายหรือไม่มีเงินจ่าย โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบในหลักการ ส่วนการจ่ายเงินสมทบเหมือนกันกับบัตรประกันสังคมคือ รัฐช่วยจ่ายเงินสมทบและเก็บจากประชาชนทุกคนปีละ 300 บาท บังคับให้ทุกคนต้องมีบัตรนี้ ถ้าไม่มีจะไม่ได้รับการดูแลจากโรงพยาบาลของรัฐหรือหน่วยงานของรัฐ โดยมีการประเมินคุณภาพบริการสุขภาพจากผู้ใช้บริการโดยผ่านหน่วยงานกลางที่ทำหน้าที่ตรวจสอบเพื่อให้ผู้ให้บริการได้รับบริการที่ดีและเข้าถึงบริการ

3. กลไกของรัฐที่จะมีหน้าที่ให้การคุ้มครองสิทธิ

มีผู้เสนอความคิดเห็นให้รัฐประกาศเป็นพระราชบัญญัติว่าทุกคนต้องมีบัตรประกันสังคม มีการประชาสัมพันธ์จากภาครัฐ โดยการประกาศทางโทรทัศน์ แผ่นพับ ใบปลิว และติดประกาศตามชุมชนทุกที่ และให้สื่อมวลชนต้องช่วยกันเป็นผู้แจ้งข่าวสารเมื่อเกิดปัญหา เพื่อเป็นการปกป้องคุ้มครองสิทธิอีกทางหนึ่ง

ผู้บันทึกข้อมูล : นางสาวจิตติมาภรณ์ ใช้ลิ้ม

ผู้เขียนรายงาน : ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล

: นางสาวจิราพร แฉ้วกิ่ง

(5) การสนทนากลุ่มผู้นำชุมชน

ชุมชนหัวลำพู ต.บางปูใหม่ จ.สมุทรปราการ

วันที่ 11 มีนาคม 2544 ณ ที่ทำการชุมชนหัวลำพู

สภาพชุมชน

ชุมชนนี้ล้อมรอบด้วยโรงงานอุตสาหกรรม ก่อให้เกิดปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมตามมา ทั้งในเรื่องของน้ำเสียซึ่งเกิดจากการที่โรงงานอุตสาหกรรมปล่อยน้ำเสียที่มีทั้งสารเคมีและกรดต่างๆ ปะปนอยู่ ประกอบกับพื้นที่แห่งนี้ติดกับทะเลซึ่งเวลาน้ำทะเลหนุน จะทำให้เกิดน้ำท่วมขังไปทั่วบริเวณชุมชนตลอดปี ส่วนสภาพแวดล้อมทางอากาศยังเป็นพิษ มีกลิ่นฉุนแสบจมูก นอกจากนี้ยังเกิดปัญหาฝุ่นละออง มีสีดามากปะปนมากับอากาศ จากสภาพแวดล้อมดังกล่าวนี้ เป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยของคนในชุมชนแห่งนี้

ลักษณะการประกอบอาชีพของคนในชุมชนนั้น มีความหลากหลาย มีทั้งผู้ที่มีการทำประจำ ซึ่งส่วนใหญ่จะย้ายมาจากต่างถิ่น ส่วนใหญ่คนเหล่านี้จะไม่ค่อยมีความสัมพันธ์กับคนในชุมชนมากนัก จะอาศัยชุมชนเพียงเป็นที่พักพิง เช้าก็ไปทำงาน ในส่วนของแรงงานนอกระบบที่อาศัยอยู่ในชุมชนแห่งนี้มีหลากหลายลักษณะอาชีพ มีตั้งแต่ค้าขายเล็กๆน้อยๆ อาชีพประมง (มีอยู่ประมาณ 20 ครอบครัว) ผู้ใช้แรงงานก่อสร้าง และที่มีมากที่สุดคือ อาชีพรับจ้าง รายได้ของแรงงานนอกระบบส่วนใหญ่จะไม่แน่นอน จัดอยู่ในกลุ่มของผู้มีรายได้น้อย

สภาพการณ์การดูแลสุขภาพ

1. การดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ปัญหาสุขภาพของแรงงานนอกระบบในชุมชนนี้ส่วนใหญ่จะเกิดจากปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมดังกล่าวข้างต้น ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้เกิดโรคผิวหนัง ผื่นคัน เท้าและเล็บเปื่อย เนื่องจากต้องลุยน้ำที่สกปรกและมีสารเคมีปนเปื้อน อาจจะมีกรดต่างๆ รวมอยู่ จึงทำให้เกิดโรคดังกล่าวเป็นประจำ นอกจากนี้โรคระบบทางเดินหายใจจึงเกิดจากการสูดอากาศเป็นพิษ เมื่อสูดเข้าไปจะแสบจมูก ทำให้เกิดโรคภูมิแพ้ อีกทั้งมีกลิ่นเหม็นจากโรงงานอาหารสัตว์รบกวนอยู่ตลอดเวลา ซึ่งเป็นผลโดยตรงต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของคนในชุมชนแห่งนี้

สำหรับการรักษาสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ในกรณีที่เจ็บป่วยเล็กน้อยก็จะพึ่งตนเอง โดยการซื้อยามากินเอง โดยเฉพาะยาชุดมักเป็นที่นิยมกันมาก ถ้าไม่หายก็จะไปรับการรักษาพยาบาลที่สถานอนามัยหรือไม่ก็คลินิก ถ้าอาการเจ็บป่วยไม่ดีขึ้นก็จะส่งต่อไปรับการรักษายังโรงพยาบาลขั้นต่อไปตามลำดับ ในบางรายที่เกิดอาการป่วยหนักหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินญาติพี่น้องจะพาส่งโรงพยาบาล ถ้าเป็นผู้ที่มีบัตรประกันสุขภาพหรือพอมีฐานะก็จะไม่ค่อยมีปัญหาอะไร แต่ถ้ามี

รายได้น้อยมีเงินไม่พอจ่ายค่ารักษาพยาบาล ส่วนใหญ่จะขอการสงเคราะห์จากโรงพยาบาล หรือขอทำบัตรสป.โดยให้อสม. หรือผู้ใหญ่บ้านช่วยเหลือในการขอทำบัตร

สาเหตุสำคัญนี้ทำให้คนในชุมชนขาดหลักประกันสุขภาพคือ การไม่สนใจรับข่าวสารและไม่สนใจสิทธิของตนเอง ถ้าไม่เกิดปัญหาเจ็บป่วยและต้องการใช้สิทธิก็จะไม่สนใจ โดยเฉพาะคนที่ยากจนหรือมีรายได้น้อย และนอกจากนี้ยังติดขัดในเรื่องกฎเกณฑ์ของรายได้ของผู้มีสิทธิได้รับบัตรสป.ที่ขัดกับสภาพความเป็นจริงจึงทำให้ผู้ที่มีรายได้น้อยยากจนจำนวนหนึ่งไม่ได้รับสิทธิของบัตรสป. สำหรับผู้ที่พอมีฐานะส่วนใหญ่จะซื้อบัตรประกันสุขภาพ 500 บาทกันไว้ก่อนเพื่อไว้ใช้สิทธิในยามที่เจ็บป่วยต้องไปรับการรักษาพยาบาล

2. ระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันให้การคุ้มครองแรงงานนอกระบบและครอบครัวหรือไม่

หลักประกันสุขภาพที่แรงงานนอกระบบและคนในชุมชนแห่งนี้มีอยู่ ได้แก่ บัตรประกันสังคมในกรณีของผู้ที่เคยมีงานทำประจำหรือเป็นแรงงานในระบบมาก่อน และได้ประกันตนโดยสมัครใจกับประกันสังคมต่อหลังจากออกจากการเป็นแรงงานในระบบ ส่วนตัวของแรงงานนอกระบบและครอบครัวจะใช้บัตรสป. หรือบัตรสุขภาพ 500 บาท นอกเหนือจากแรงงานนอกระบบแล้ว ผู้ที่มีบัตรสป.นั้นจะได้แก่เด็กและผู้สูงอายุ

3. ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

แรงงานนอกระบบในชุมชนนี้เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะพึ่งตนเองและคนในชุมชนก่อน ถ้าอาการเจ็บป่วยไม่ดีขึ้นจะไปรับการรักษาจากเจ้าหน้าที่อนามัยและแพทย์ ส่วนใหญ่การไปใช้บริการจากสถานีอนามัยจะเป็นเรื่องของการรักษาพยาบาลมากกว่าการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ

ในด้านของการป้องกันนั้นผู้ที่มีบทบาทสำคัญคือ อสม. จะเป็นผู้แจ้งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ สิทธิ วิธีการเข้าถึงสิทธิซึ่งจะเป็นประโยชน์ในด้านการป้องกันและการรับรู้สิทธิของแรงงานนอกระบบ นอกจากนี้ อสม.ยังมีบทบาทในการรณรงค์ในช่วงที่มีการระบาดของโรค จะร่วมมือกับเจ้าหน้าที่อนามัยออกฉีดวัคซีนในเด็กเพื่อป้องกันโปลิโอ และออกฉีดและพ่นยาตามแหล่งน้ำเพื่อกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง เป็นต้น

4. ปัญหาการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชนนี้เกิดจากสภาพแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ตามมา ภายใต้ปัญหาดังกล่าวนั้นยังพบว่าเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องหรือผู้ที่มีบทบาทและมีอำนาจจัดการกับสิ่งแวดล้อมไม่ให้ความสนใจ ขาดการดูแลเอาใจใส่และจัดการกับปัญหาอย่างจริงจัง คนในชุมชนเองยังไม่สนใจกับการแก้ปัญหา ไม่มีการเคลื่อนไหว

ของคนในชุมชนที่จะจัดการหรือเรียกร้องสิทธิ และกระตุ้นให้เกิดความรับผิดชอบ แต่กลับช่วยกันทำลายสิ่งแวดล้อม โดยการทิ้งขยะลงแม่น้ำลำคลอง ซึ่งอาจจะเป็นเพราะขาดความรู้และความเข้าใจในการจัดการกับปัญหา หรือแม้กระทั่งการตระหนักรู้ในสิทธิของตนเอง ตลอดจนขาดความสนใจที่จะได้รับการคุ้มครองสิทธิถ้าไม่เกิดปัญหาหรือความเดือดร้อนขึ้นมา นอกจากนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนก็ไม่มีบทบาทมากนักในเรื่องดังกล่าว อีกทั้งยังไม่มีการทำงานในเชิงรุกเข้าไปแก้ไขปัญหาในชุมชนมากนัก

การจัดการระบบประกันสุขภาพ

1. ระบบประกันสุขภาพ

จากการสนทนากลุ่ม พบว่า มีความเห็นหลากหลายเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพที่แรงงานนอกระบบต้องการ ส่วนใหญ่ต้องการบัตรสุขภาพ 500 บาท โดยได้รับสิทธิการคุ้มครองเช่นเดียวกับบัตรประกันสังคม อันได้แก่การคุ้มครองการเจ็บป่วยทุกรณี อุบัติเหตุ ทุพพลภาพ และต้องการให้มีการตรวจสุขภาพด้วย โดยประชาชนแต่ละคนมีเพียงบัตรเดียว ถ้าเป็นไปได้ใช้ร่วมกับบัตรประชาชนและสามารถใช้ได้กับสถานพยาบาลทุกแห่งทั้งโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน

2. การจัดการ ระบบประกันสุขภาพ

การจัดการกับบัตรสุขภาพ 500 บาท การจ่ายเงินสมทบให้อยู่ในอัตราเดิมคือ 500 บาท/ปี และคุ้มครองสมาชิกครอบครัว 5 คน ซึ่งสามารถขอซื้อบัตรได้จากโรงพยาบาลของรัฐ จากโรงพยาบาลเอกชน หรือจากสถานีนอกรีต ซึ่งจะเป็นผู้ออกบัตรและจัดเก็บเงินสมทบแล้วนำไปบริหารจัดการกันเอง ในการจ่ายเงินอาจทำได้หลายวิธี อาจจะจ่ายครั้งเดียวในกรณีของคนที่มีความพร้อม หรือจ่ายทุก 3 เดือน 6 เดือน เป็นต้น

การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับสุขภาพนั้น ควรประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว เพื่อให้ทราบข้อมูลได้ทั่วกัน ถ้าติดป้ายประกาศอย่างเดียวที่อ่านหนังสือไม่ออกก็จะไม่ทราบข้อมูล

3. การคุ้มครองสิทธิของคนในชุมชน

ปกติคนในชุมชนถ้ามีปัญหาสุขภาพอนามัยก็จะไปร้องเรียนกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย สำหรับในอนาคตต้องการให้มีการประชาสัมพันธ์ผ่านทางศูนย์ประสานงานกลาง ซึ่งจะทำหน้าที่ร้องเรียนแทนชาวบ้านเมื่อได้รับความเดือดร้อนหรือประสบปัญหาการบริการสุขภาพต่าง ๆ

ผู้บันทึกข้อมูล : นางสาวจิตติมาภรณ์ ไข้ลิ้ม

ผู้เขียนรายงาน : ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล

: นางสาวจิราพร แผ้วกิ่ง

(6) การสนทนากลุ่มผู้นำชุมชน
ชุมชนคลองมหาชื่น บางพลีใหม่ จ.สมุทรปราการ
วันที่ 18 มีนาคม 2544 ณ ที่ทำการคณะกรรมการชุมชนเคหะบางพลี

สภาพชุมชน

ชุมชนคลองมหาชื่นส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่ คนที่อพยพเข้ามาอยู่ในพื้นที่นี้ก็มีบ้าง ส่วนใหญ่แล้วผู้อพยพมาอยู่ในชุมชนจะไม่มีภาระจ้างซื้อเช่าในทะเบียนบ้าน จึงไม่มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพ รายได้ของประชาชนชุมชนนี้มีหลายระดับทั้งรายได้ระดับปานกลาง น้อย จนถึงยากจน

สภาพการณ์การดูแลสุขภาพ

1. การดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนส่วนใหญ่จะเจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไป โดยเฉพาะไข้หวัด และโรคของผู้สูงอายุ เช่น โรคปวดหัวเข่า ปวดเอว สำหรับโรคเรื้อรังก็จะมีโรคเบาหวาน เป็นมาก ในผู้สูงอายุ คนในชุมชนส่วนใหญ่จะรักษาตนเองโดยการซื้อยากินเอง ถ้าเจ็บป่วยเล็กน้อย หรือถ้ามีอาการมากหน่อยก็จะไปรักษาที่ศูนย์บริการสาธารณสุข และถ้าเจ็บป่วยมากหรืออาการหนัก ก็เข้ารักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ เช่น โรงพยาบาลบางบ่อ สถานีอนามัยบางเสาธง เป็นต้น

2. ระบบประกันสุขภาพที่มีให้การคุ้มครองแรงงานนอกระบบและครอบครัวหรือไม่

สำหรับผู้ที่มียาได้น้อยในชุมชนนี้ บางคนก็มีบัตรสปร. บางคนก็ไม่มี คนส่วนใหญ่จะไม่ค่อยใส่ใจที่จะใช้สิทธิของตนเอง หรือถ้าไม่เจ็บป่วยก็ไม่นึกถึงการใช้สิทธิบัตร นอกจากนั้น ในส่วนของผู้ใช้บัตรสุขภาพ 500 บาท จะมีปัญหาความล่าช้าในการออกสิทธิบัตร ซึ่งกว่าจะได้ใช้บัตรหรือได้ถือสิทธิบัตรก็ใช้เวลาหลายเดือนแล้ว จึงมีเวลาที่เหลืออยู่ไม่กี่เดือนที่จะมีสิทธิใช้สิทธิบัตรนั้น ส่วนบัตรสปร.จะมีปัญหาในเรื่องเกณฑ์รายได้ที่กำหนดไว้สำหรับผู้มีสิทธิได้รับบัตร จึงทำให้คนจนแต่ไม่อยู่ในเกณฑ์รายได้ดังกล่าวถูกตัดสิทธิของบัตรสปร. ส่วนใหญ่บัตรสปร.ในชุมชนนี้จะได้สำหรับเด็กและผู้สูงอายุ

3. ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

การดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยก็จะพึ่งพาตนเองและคนในครอบครัวโดยการซื้อยากินเอง เมื่อไม่สามารถจะรักษาอาการให้ดีขึ้นได้จึงพึ่งพาเจ้าหน้าที่ เช่น แพทย์ พยาบาล จากสถานีอนามัยซึ่งผู้ป่วยจะต้องไปรับบริการที่สถานีอนามัย

4. ปัญหาการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ปัญหาสุขภาพของแรงงานนอกระบบกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่เกิดจากการไม่สนใจกับสิทธิของตนเอง หรือไม่สนใจหลักประกันสุขภาพ ถ้าไม่เจ็บป่วยหรือเกิดความเดือดร้อนจะไม่สนใจสิทธิและหลักประกันสุขภาพ อีกทั้งยังมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ มีรายได้น้อย ถ้าเจ็บป่วยเล็กน้อยก็ไม่ค่อยมีปัญหาเท่าไร ยังสามารถหาซื้อยามาได้ แต่ถ้าป่วยหนักจะต้องไปหาแพทย์ซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากจึงเกิดความเดือดร้อน

การจัดการระบบประกันสุขภาพ

1. ระบบประกันสุขภาพ

ความต้องการระบบประกันสุขภาพของแรงงานนอกระบบในชุมชนเหล่านี้ ต้องการให้มีระบบประกันสุขภาพในลักษณะเดียวกับบัตรประกันสังคมสำหรับผู้ที่มีรายได้หรือบัตรสุขภาพ 500 บาท ส่วนคนพิการ เด็ก ผู้สูงอายุให้ใช้บัตรสปร. และผู้ที่มีรายได้น้อยจริง ๆ ให้ใช้บัตรสปร.

2. การจัดการระบบประกันสุขภาพ

การจ่ายเงินสมทบ อัตราเงินสมทบที่แรงงานนอกระบบน่าจะจ่ายได้และเหมาะสมควรเป็น 500 บาท/คน/ปี หรือตามเกณฑ์ของบัตรสุขภาพ 500 บาท คือ 500 บาท/ปี/สมาชิกครอบครัว 5 คน สำหรับผู้ที่มีรายได้น้อยจริง ๆ ไม่ต้องจ่ายเงินสมทบให้ใช้สิทธิบัตรสปร.

ขั้นตอนการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพต้องไม่ยุ่งยาก เช่น ขั้นตอนการซื้อบัตรสุขภาพ 500 บาท ต้องไม่ยุ่งยาก ไม่รอนาน สามารถซื้อบัตรได้ตลอดเวลา มีระบบเครือข่ายข้อมูลคอมพิวเตอร์สามารถซื้อบัตรแล้วใช้ได้เลย

การใช้บริการแรงงานนอกระบบสามารถไปใช้บริการที่สถานพยาบาลได้ทุกแห่ง ทั้งสถานพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลเอกชน

สำหรับสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับนั้น ควรได้รับการคุ้มครองการเจ็บป่วย รักษาทุกโรค อุบัติเหตุ และคลอดบุตร มีการตรวจสุขภาพประจำปี และรวมทั้งการฉีดวัคซีนป้องกันโรคด้วย

การจัดเก็บเงินสมทบสามารถทำได้หลายลักษณะ ทั้งในลักษณะการจ่ายผ่านทางสถานีนามัย จ่ายผ่านโรงพยาบาล จ่ายโดยให้คณะกรรมการหมู่บ้านเป็นผู้รับผิดชอบ หรือให้อสม.เป็นผู้ดูแลรับผิดชอบจัดเก็บ

ส่วนการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพโดยการประชาสัมพันธ์ผ่านทางโทรทัศน์

3. กลไกของรัฐที่จะมีหน้าที่ให้การคุ้มครองสิทธิ

ถ้าแรงงานนอกระบบได้รับความเดือดร้อนจากการไปรับบริการ ผู้นำชุมชนกลุ่มนี้
เสนอให้มีการเรียกร้องสิทธิผ่านตัวแทนกลุ่มหรือชุมชน กรรมการหมู่บ้าน หรือผู้นำคนใดคนหนึ่ง
โดยไปที่แหล่งรับแจ้งเหล่านี้ที่ใกล้ที่สุด

ผู้บันทึกข้อมูล : นางสาวจิตติมาภรณ์ ไข้ลิ้ม

ผู้เขียนรายงาน : ดร.ทิพภรณ์ โพธิ์ถวิล

: นางสาวจิราพร แผ้วกิ่ง

(7) การสนทนากลุ่มผู้นำชุมชน

ชุมชนท่าเรือ จ.ศรีสะเกษ

วันที่ 3 เมษายน 2544 ณ ที่ทำการชุมชนท่าเรือ

สภาพชุมชน

ชุมชนท่าเรือเป็นชุมชนที่อยู่ในเขตเทศบาล พื้นที่บางส่วนมีลักษณะเป็นชุมชนแออัด พื้นที่บางส่วนเป็นที่ดินของราชพัสดุให้คนยากจนเช่าอาศัย เมื่อไม่มีเงินจ่ายค่าเช่าจึงให้อยู่ฟรี ส่วนใหญ่จะปลูกบ้านอยู่เป็นของตนเอง สภาพแวดล้อมของชุมชนไม่ดีนัก เนื่องจากมีเสียงรบกวนจากการชำรุด โดยใช้พื้นที่ในบ้านทำเป็นสถานที่ฆ่าหมูแทนโรงฆ่าสัตว์ นอกจากนี้ยังมีกลิ่นควนจากการเผาพลาสติก ส่วนใหญ่จะหาเช้ากินค่ำ อาชีพของคนในชุมชนแห่งนี้มีหลากหลายอาชีพ ในส่วนของแรงงานนอกระบบจะมีตั้งแต่เก็บเศษกระดาษ เก็บขยะ เศษเหล็ก และอาชีพรับจ้างทั่วไป ทำงานก่อสร้าง ตัดหอมตามฤดูกาล มัดจุ๊กหอม

สภาพการณ์การดูแลสุขภาพ

1. การดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ปัญหาสุขภาพของแรงงานนอกระบบกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นโรคที่เกิดจากการทำงาน ได้แก่ โรคทางเดินอาหาร เนื่องจากกินอาหารไม่ตรงเวลา โรคระบบทางเดินหายใจ โรคภูมิแพ้ โรคผิวหนัง ผื่นคัน ซึ่งเกิดจากฝุ่นละอองและสารเคมีที่ปนเปื้อนมากับหอมในช่วงที่ทำงาน ซึ่งแรงงานกลุ่มนี้จะต้องทำงานตลอดทั้งวัน จนไม่มีเวลาพักผ่อน เนื่องจากว่ามีรายได้น้อย จึงต้องการทำงานให้มากเพื่อที่จะได้ค่าตอบแทนที่มาก และเกิดจากปัญหาของการรู้เท่าไม่ถึงการของผู้ที่มีอาชีพเก็บขยะโดยเก็บเศษกระดาษที่ปนเปื้อนสารเคมี จึงทำให้ได้รับอันตราย

สำหรับการเจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไป เช่น ปวดหัว ปวดท้อง เกี่ยวกับทางเดินอาหาร โรคกระเพาะอาหาร หรือโรคเบาหวาน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นในผู้สูงอายุ ถ้าเป็นไม่มากนักจะใช้วิธีการซื้อยามากิน หรือไม่ก็จะไปขอยาที่สถานีอนามัย แต่ถ้ามีอาการหนักทางสถานีอนามัยจะส่งเรื่องส่งต่อไปรับบริการยังสถานพยาบาลขั้นต่อไปตามลำดับ

2. ระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ครอบคลุมแรงงานนอกระบบและครอบครัว

แรงงานนอกระบบและครอบครัวจะได้รับการคุ้มครองจากระบบประกันสุขภาพโดยส่วนใหญ่แล้วจะได้รับสิทธิจากบัตรสปร. และมีบางส่วนที่อยู่นอกเกณฑ์ของบัตรสปร. ก็จะซื้อบัตรสุขภาพ 500 บาท

3. ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

คนในชุมชนจะให้การช่วยเหลือกันเองในเบื้องต้นเมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อยก็จะดูแลกันเองภายในครอบครัว คือ จะพาเพื่อนบ้านหรือคนในครอบครัวไปส่งยังสถานพยาบาล ในชุมชนแห่งนี้จะมี อสม. ซึ่งจะคอยดูแลสุขภาพในชุมชนทั้งในเรื่องของการประชาสัมพันธ์และการรณรงค์ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้แล้วเจ้าหน้าที่อนามัยยังได้มีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ผ่านทางหอกระจายข่าวให้สมาชิกชุมชนได้รับทราบข้อมูลข่าวสาร

4. ปัญหาการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

จากการสนทนากลุ่มปัญหาการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบกลุ่มนี้ เกิดจากการขาดความรู้ ความเข้าใจ จึงทำให้ไม่ตระหนักถึงการป้องกันปัญหาสุขภาพที่จะเกิดตามมา เช่น ไม่มีอุปกรณ์ปิดจมูกขณะทำงาน นอกจากนี้แล้วยังต้องทำงานตลอดเวลาทั้งวันทั้งคืนจึงไม่มีเวลาพักผ่อน หรือพักผ่อนไม่เพียงพอ จึงเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย อีกทั้งยังไม่มีเวลาไปรับการรักษาพยาบาลจากเจ้าหน้าที่อนามัย จึงต้องใช้วิธีการไปซื้อยากินเอง หรือไปหาหมอตามคลินิกที่ต้องเสียเงินเองทั้งที่มีสิทธิในการใช้บัตรได้ แต่เวลาของการทำการของเจ้าหน้าที่ตรงกับเวลาที่แรงงานเหล่านี้ต้องทำงาน

นอกจากนี้ยังมีปัญหาการใช้บริการจากโรงพยาบาลชุมชนซึ่งต้องผ่านขั้นตอนหลายขั้นตอน ใช้เวลานานในการเข้าคิว จึงทำให้เสียเวลาทั้งวันในการประกอบอาชีพ แรงงานเหล่านี้จึงไม่นิยมไปรักษาที่โรงพยาบาลถ้าไม่ป่วยหนักจนต้องล้มหมอนนอนเสื่อ

การจัดระบบประกันสุขภาพ

1. ระบบประกันสุขภาพ

ความต้องการหลักประกันสุขภาพของแรงงานกลุ่มนี้ ต้องการให้มีบัตรประกันสุขภาพเป็นบัตรเดียวกันทุกระบบและสามารถไปใช้สิทธิจากสถานพยาบาลใดก็ได้ อยากให้บัตรประกันสุขภาพเป็นบัตรเดียวกับบัตรประชาชน เป็นระบบประกันสุขภาพแบบเดิมแต่ต้องการให้ปรับปรุงขั้นตอนการใช้บัตร ในเรื่องสิทธิคุ้มครองต้องการที่จะเพิ่มการตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อป้องกันโรคที่จะเกิดขึ้น และเมื่อรู้ว่าเป็นโรคแต่แรกเริ่มจะได้รักษาได้ทันการ และที่สำคัญควรจะสามารถรักษาได้ทุกโรค ไม่ใช่กำหนดโรคที่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลไว้ เช่น โรคไวรัสตับอักเสบบี เป็นต้น และในเรื่องของการจ่ายยาควรให้มีมาตรฐานเดียวกัน

2. การจัดการระบบประกันสุขภาพ

สำหรับการจ่ายเงินสมทบในการประกันสุขภาพ ควรกำหนดไว้ในอัตรา 30 บาท รักษาทุกโรค ค่าใช้จ่ายส่วนที่เกินจาก 30 บาทในการรักษาพยาบาลให้นำมาจากเงินภาษี ซึ่งเป็นหน้าที่ของรัฐที่จะจัดสรรงบประมาณมาสมทบ และควรมีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทางวิทยุ โทรทัศน์ และหอกระจายข่าวในชุมชน นอกจากนี้ควรทำแผ่นพับแจกตามชุมชนและหมู่บ้าน หรือวารสารแจกรายเดือนเพื่อให้ทราบทั่วกัน

3. กลไกของรัฐที่ทำหน้าที่ให้การคุ้มครองสิทธิ

การสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้องครั้งนี้มีความเห็นว่าควรมีการตั้งคณะกรรมการตรวจสอบ โดยคณะกรรมการชุดนี้ประกอบด้วย อสม. และเทศบาล สถานีอนามัย หรือผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่าย เพื่อตรวจสอบคุณภาพการบริการและความเป็นธรรมในการให้บริการ

ผู้บันทึกข้อมูล : นางสาวจิตติมาภรณ์ ไข้ล้ม

ผู้เขียนรายงาน : ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล

: นางสาวจิราพร แผ้วกิ่ง

(8) การสนทนากลุ่มผู้นำชุมชน

ชุมชนหนองกก จ.ศรีสะเกษ

วันที่ 4 เมษายน 2544 ณ ชุมชนหนองกก

สภาพชุมชน

ชุมชนหนองกก มีสภาพคล้ายกับชุมชนชนบททั่วไป สภาพเศรษฐกิจของชุมชนไม่ดีนัก ส่วนใหญ่ประชาชนมีรายได้น้อย อาชีพของแรงงานนอกระบบกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีอาชีพทำมาลัยดินเผา ทำขนมกล้วยฉาบ ระบบสวัสดิการในชุมชนจะมีในรูปของกองทุนยา

สภาพการณ์การดูแลสุขภาพ

1. สถานการณ์การดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

การดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบในชุมชนนี้ไม่ดีนัก จะไม่ค่อยให้ความสำคัญกับการป้องกันปัญหาสุขภาพมากนัก โดยเฉพาะผู้ชายถ้าไม่ป่วยจะไม่ค่อยไปตรวจสุขภาพเลย หรือแม้กระทั่งเวลาป่วยก็อาจจะไม่ไปรับการรักษาถ้าไม่มีอาการป่วยหนักถึงขั้นต้องล้มหมอนนอนเสื่อ ส่วนผู้หญิงในชุมชนอาจให้ความสนใจการดูแลสุขภาพอยู่บ้าง เนื่องจากมีการรณรงค์ในเรื่องของอนามัยเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะการตรวจมะเร็งปากมดลูก

การดูแลสุขภาพของคนในชุมชนเมื่อมีการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่จะพึ่งพาตนเองและมีการให้ความช่วยเหลือกันทั้งคนในครอบครัวและเพื่อนบ้าน ในกรณีของผู้สูงอายุที่ไม่มีใครดูแล ถ้าเจ็บป่วยเพื่อนบ้านจะช่วยกันพาไปหาหมอที่อนามัย ถ้าอาการหนักสถานีนีออนามัยก็จะส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลขึ้นต่อไปตามลำดับ

ในส่วนของการประชาสัมพันธ์รณรงค์ป้องกันการเจ็บป่วย ผู้ที่มีบทบาทอย่างยิ่งคือ อสม. ในช่วงที่มีการระบาดของโรคต่าง ๆ ทั้งโรคท้องร่วง โรคไข้เลือดออก ก็จะออกหยอดทรายอะเบทในน้ำเพื่อทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง นอกจากนี้แล้วทางศูนย์สาธารณสุขมูลฐานจะมีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทุกเดือน อีกทั้งยังให้ความรู้ในเรื่องของการฉีดวัคซีนป้องกันโรค

2. ระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ครอบคลุมแรงงานนอกระบบและครอบครัวหรือไม่

แรงงานนอกระบบและครอบครัวของชุมชนนี้มีบัตรสปร. และบัตรประกันสุขภาพ 500 บาท บัตรคนพิการ ซึ่งในส่วนของคนที่มีงานทำอยู่ในวัยกลางคนจะเน้นให้ทำบัตรประกันสุขภาพ 500 บาทเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งข้อมูลจากการสนทนากลุ่มเสนอให้แรงงานกลุ่มนี้ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพในรูปของบัตรสปร.

3. ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัวจะเริ่มตั้งแต่คนในครอบครัวและเพื่อนบ้านที่ให้การช่วยเหลือกันเมื่อยามเจ็บป่วย และผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลและป้องกันปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนแห่งนี้คือ อสม. ซึ่งจะคอยให้คำแนะนำกับคนในชุมชนให้ได้รับสิทธิในระบบประกันสุขภาพ สรรวจผู้ที่ควรจะได้รับบัตรสปร. ยังไม่ได้รับสิทธิ และเมื่อเกิดปัญหาการเจ็บป่วยก็จะแนะนำหรือพาไปรักษาที่สถานีนอนามัยหรือถ้ามีอาการหนักส่งต่อไปรับการรักษายังโรงพยาบาลอำเภอ

4. ปัญหาการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบ

ข้อมูลจากกลุ่มสนทนาแรงงานนอกระบบกลุ่มนี้ มีความเห็นว่าการใช้บัตรมีปัญหาเนื่องจากคิดว่าแพทย์และพยาบาลรักษาไม่ดี โดยเฉพาะที่โรงพยาบาลอำเภอ แพทย์และพยาบาลไม่สนใจที่จะดูแลคนไข้ จึงแก้ปัญหาโดยการไปรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด ซึ่งจะต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเอง บางครั้งแพทย์ก็ให้ใช้สิทธิตามบัตรที่มีหรือบางครั้งก็ไม่อนุญาตให้ใช้สิทธิเนื่องจากไม่มีใบส่งต่อ จึงถูกมองว่าขาดความเป็นธรรม

ผู้บันทึกข้อมูล : นางสาวอัครพรรณ ขวัญชื่น

ผู้เขียนรายงาน : ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล

: นางสาวจิราพร แผ้วกิ่ง

(9) การสนทนากลุ่มผู้นำชุมชน
ชุมชนหนองตุมเหนือ จ.ศรีสะเกษ
วันที่ 6 เมษายน 2544 ณ ชุมชนบ้านตุม

สภาพชุมชน

สภาพแวดล้อมของชุมชนเป็นที่ทำการเกษตร ปัจจุบันได้เข้าร่วมโครงการทฤษฎีใหม่ โดยทำการเกษตรแบบผสมผสาน อาชีพของคนในชุมชนแห่งนี้ส่วนใหญ่จะมีอาชีพเกษตรกรรม ส่วนแรงงานนอกระบบจะประกอบอาชีพเจียรไนพลอย เย็บเสื้อผ้า และรับจ้างทั่วไป เช่น รับจ้างเกี่ยวข้าว ซึ่งจะมีรายได้ไม่มากนัก จัดอยู่ในกลุ่มผู้มีรายได้ต่ำ คือ มีรายได้ประมาณเดือนละ 2,400-2,500 บาท/เดือน

สภาพการณ์การดูแลสุขภาพ

1. การดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ปัญหาสุขภาพของแรงงานนอกระบบส่วนใหญ่จะเป็นปัญหาที่เกิดจากการทำงาน เช่น การเจียรไนพลอย จะต้องนั่งทำงานในท่าเดียวกันเป็นเวลาหลายชั่วโมง และยังต้องใช้สายตาที่ต้องเพ่งเป็นเวลานานๆ กับหลอดไฟฟ้าขนาด 60 วัตต์เป็นเวลาหลายชั่วโมง นอกจากนี้ยังมีปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรังต่างๆ ได้แก่ โรคตับ โรคไต เบาหวาน ซึ่งมีอยู่มากในชุมชน นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ป่วยมาจากกรุงเทพฯ กลับมารักษาตัวอยู่ที่บ้าน ซึ่งทางสาธารณสุขได้ให้การช่วยเหลือเป็นอย่างดี

วิธีการดูแลสุขภาพเมื่อมีการเจ็บป่วยโดยทั่วไปถ้าป่วยไม่มากก็จะไปขอยาจากศูนย์สาธารณสุขมูลฐานประจำหมู่บ้าน ซึ่งจะมีบริการตลอด หรือบางครั้งซื้อยากินเองจากร้านขายของชำ ในกรณีที่เจ็บมากก็จะไปรักษาที่โรงพยาบาล หรือขอใบส่งต่อจากสถานอนามัยเพื่อไปรักษายังโรงพยาบาลในชุมชน นอกจากนี้ยังมีแรงงานนอกระบบบางส่วนที่รับการรักษาจากหมอพื้นบ้าน ซึ่งเป็นหมอมะตุก โดยจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นค่าครู ในส่วนของหมอสมุนไพรก็มีบ้าง ซึ่งในปัจจุบันทางอนามัยกำลังให้การส่งเสริมในเรื่องของสมุนไพร

การป้องกันปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนนี้จะให้ความสำคัญในเรื่องของการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ การดูแลสุขภาพครรภ์ โดยเจ้าหน้าที่อนามัยจะให้การดูแลเอาใจใส่ตลอดอายุครรภ์ และจัดให้มีกิจกรรมการส่งเสริมกีฬาขึ้นในชุมชน ได้แก่ ฟุตบอล วอลเลย์บอล และตะกร้อ เพื่อเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้เยาวชนในชุมชนได้ออกกำลังกาย

2. ระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ครอบคลุมแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ระบบประกันสุขภาพที่แรงงานนอกระบบในชุมชนแห่งนี้ได้รับส่วนใหญ่จะเป็น บัตรสปร. เนื่องจากเป็นกลุ่มประชาชนที่มีรายได้น้อย และบัตรสุขภาพ 500 บาทพอมิบ้าง ซึ่งทาง กรรมการหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่อนามัยจะออกสำรวจผู้ที่สมควรได้รับสิทธิบัตรสปร.

3. ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลแรงงานนอกระบบและครอบครัว

จากการสนทนากลุ่มนั้น ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบกลุ่มนี้ คือ การพึ่งพาตนเองของคนในครอบครัวและเพื่อนบ้านใกล้เคียง ทั้งที่ป่วยไม่มากและเมื่อมีอาการป่วยหนักจะให้การช่วยเหลือกันโดยนำส่งโรงพยาบาล หรือรักษาพยาบาลที่บ้านเรือน และผู้ที่มีบทบาทในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนคือ อสม. โดย อสม.จะทำหน้าที่จัดยาให้ชาวบ้าน อสม.จะได้รับการอบรมการให้ข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพและสิทธิต่าง ๆ ที่ควรจะได้รับ ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะออกให้บริการเคลื่อนที่เข้าไปยังชุมชน

4. ปัญหาการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ปัญหาการดูแลสุขภาพในเรื่องของการบริการไม่ค่อยมีปัญหา จะได้รับบริการที่ดี แต่จะไม่สะดวกในการส่งต่อผู้ป่วยเนื่องจากทางสถานีอนามัยไม่มีรถประจำสถานีอนามัยชาวบ้านต้องไปหารถกันเองจึงไม่สะดวกเวลาที่มีผู้ป่วยที่อาการหนัก

การจัดระบบประกันสุขภาพ

1. ระบบประกันสุขภาพ

จากการสนทนากลุ่ม ระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่เป็นที่พึงพอใจของแรงงานกลุ่มนี้ เพียงแต่ต้องการใช้บัตรเดียวและสามารถเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลใดก็ได้ทั่วประเทศ ซึ่งอาจจะใช้ระบบเดียวกับบัตรประชาชนได้ก็ดี นอกจากนี้แล้วยังต้องการให้มีการตรวจสุขภาพประจำปี

ระบบการตรวจสอบนั้น ต้องการให้ประชาคมในหมู่บ้านเป็นผู้ตรวจสอบการดำเนินงาน ซึ่งทำหน้าที่เป็นปากเสียงและเป็นตัวแทนชาวบ้าน พร้อมทั้งรับเรื่องราวร้องทุกข์ต่าง ๆ ไปพร้อม ๆ กัน

ผู้บันทึกข้อมูล : นางสาวอัครพรพรณ ขวัญชื่น

ผู้เขียนรายงาน : ดร.ทิพากรณ์ โพธิ์ถวิล

: นางสาวจิราพร แผ้วกิ่ง

ข้อมูลการสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับ
กลุ่มเป้าหมาย

(1) การสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแรงงานนอกระบบ

ชุมชนวัดลำพะอง กรุงเทพมหานคร

วันที่ 24 มกราคม พ.ศ.2544 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลหนองจอก

สภาพทั่วไป

สภาพของชุมชนในปัจจุบันเป็นชุมชนแออัด อาศัยอยู่บนพื้นที่ของวัด ปัจจุบันมีสมาชิกนับพันคน ส่วนใหญ่อพยพมาจากที่อื่น เช่น ถูกไล่อื้อ ถูกไล่จากใต้สะพานลอย การประกอบอาชีพส่วนใหญ่รับจ้างทั่วไป ค้าขาย ขับจักรยานยนต์รับจ้าง ซึ่งแรงงานนอกระบบในชุมชนแห่งนี้จะมีอยู่ 2 กลุ่ม คือ ผู้มีอาชีพนี้มาตลอด และกลุ่มผู้ที่เคยทำงานในระบบแล้วถูกเลิกจ้างมา

สถานการณ์การดูแลสุขภาพ

1. การดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบ ในชุมชนนี้ จะมี 2 พวก คือ พวกที่เคยทำงานในระบบและออกจากงานจะใช้ประกันสังคมโดยการประกันตนเองต่อ (ตามมาตรา 39) แต่ก็มีไม่มากและมีปัญหาในการจ่ายเงินสมทบต้องจ่ายเงินสมทบ 2 ส่วน คือ เงินสมทบส่วนของนายจ้างและเงินสมทบส่วนของลูกจ้าง ในอัตรา 288 บาท/เดือน จะพบปัญหาบางเดือนไม่มีเงินส่ง ขาดส่ง ลืมส่งเงิน และถ้าขาดส่งเกิน 3 เดือน ก็จะถูกตัดสิทธิจากการเป็นผู้ประกันตน ดังนั้นการส่งเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมจึงเป็นปัญหาใหญ่สำหรับแรงงานนอกระบบกลุ่มนี้

ในส่วนของบริษัทสปร. จะให้กับเด็กและผู้สูงอายุ ส่วนผู้ที่มีอายุ 13-59 ปี ถ้าเป็นผู้มีรายได้น้อยทางสำนักงานเขตจะทำบัตรให้ แต่จะมีปัญหาในเรื่องกฎเกณฑ์ของรายได้ของผู้มีสิทธิได้รับบัตรสปร.ที่กำหนดไว้ต่ำมาก คือ 2,800 บาท/เดือน ซึ่งบางครั้งก็ต้องอะลุ่มอล่วยเพราะแรงงานนอกระบบที่มารับบริการหรือขอทำบัตรสปร.จะมีรายได้ไม่แน่นอน วันนี้มีกิน พงษ์นี้ไม่มีกิน ส่วนมากที่มีทำบัตรสปร. ได้แก่ แม่บ้าน ผู้มีอาชีพรับจ้าง

สำหรับบัตรสุขภาพ 500 บาท จะต้องมีการตรวจสุขภาพก่อนซื้อบัตร คนทำบัตรประกันสุขภาพจะต้องเป็นคนที่แข็งแรง ไม่เจ็บป่วย ทั้งนี้เพราะถ้าขายให้กับคนที่ป่วยจะทำให้ขาดทุน เพราะ 500 บาทต่อปีคุ้มครองถึง 5 คน อย่างไรก็ตามก็เลือกซื้อ ดังนั้นก่อนขายบัตรจะต้องตรวจสุขภาพ ตรวจเลือด เอ็กซเรย์เกือบทุกอย่างจึงขายบัตรให้แต่แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่จะไม่ซื้อบัตรประกันสุขภาพ 500 บาท เนื่องจากไม่มีเงิน

2. ระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่สามารถให้ความคุ้มครองแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่นั้นจะให้ความคุ้มครองแรงงานนอกระบบในส่วนของบัตรสปร. ในเงื่อนไขของเด็กและผู้สูงอายุแน่นอน แต่ในกรณีผู้ที่อยู่ในช่วงอายุ 13-59 ปี ซึ่งจะขอบัตรสปร. ในเงื่อนไขผู้มีรายได้ต่ำก็เกิดปัญหาในเรื่องการพิจารณารายได้ต่อเดือน ตามเกณฑ์รายได้ที่กำหนดไว้

สำหรับผู้มีสิทธิได้รับบัตรสปร.และบัตรสุขภาพก็ต้องตรวจสุขภาพก่อนซื้อ จึงทำให้แรงงานนอกระบบเอง บางส่วนที่หลุดรอด ตกหล่นจากการได้รับสิทธิของหลักประกันสุขภาพดังกล่าวไป

3. ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ผู้ที่มีบทบาทสำคัญและเกี่ยวข้องในการจัดหลักประกันสุขภาพ ทั้งในบัตรสปร. และบัตรประกันสุขภาพ 500 บาท และการรักษาพยาบาล คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อนามัย และคณะกรรมการพิจารณาผู้มีสิทธิได้รับบัตรสปร. ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่จากฝ่ายปกครอง ฝ่ายพัฒนา และ ผู้อำนวยการสำนักงานเขตเป็นประธานในการพิจารณาให้บัตรสปร. แต่ละรุ่นไป

นอกจากนี้ยังมีหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ซึ่งจะออกตรวจคัดฉีดวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ซึ่งจะออกให้บริการ 3 ครั้ง/ปี เพื่อควบคุมโรคโดยจะออกหน่วยไปตามสถานที่ที่มีแรงงานก่อสร้าง แรงงานพม่า

ผู้บันทึกข้อมูล : นางสาวจิตติมาภรณ์ ไข้ลิ้ม

ผู้เขียนรายงาน : ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล

: นางสาวจิราพร แผ้วกิ่ง

(2) การสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแรงงานนอกระบบ

ชุมชน ส.พัทยา กรุงเทพมหานคร

วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2544 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลราชวิถี

สภาพทั่วไป

ส. พัทยา เป็นชุมชนแหล่งเสื่อมโทรมใกล้ย่านที่มีสถานเริงรมย์ชื่อดัง อาร์ ซี เอ ที่ดินของชุมชน ส. พัทยา เป็นของเอกชนที่ดินในชุมชนบุกรุกมาตั้งถิ่นฐานทำมาหากินเป็นเวลานาน และกำลังถูกหมายศาลจากเจ้าของที่ดินให้คนในชุมชนอพยพไปอยู่ที่อื่น (ไล่ที่) คนในชุมชน ส.พัทยา มีรายได้น้อย หาเช้ากินค่ำ อยู่ในย่านอาร์ ซี เอ ใช้เวลาประกอบอาชีพตอนกลางคืน กลางวันจะนอนเป็นส่วนใหญ่ คนในชุมชนมีหลากหลายอาชีพ สำหรับแรงงานนอกระบบส่วนใหญ่จะเป็นแรงงานต่างถิ่นมาประกอบอาชีพ เช่น มอเตอร์ไซด์รับจ้าง หาบเร่ แผงลอย รับจ้างทั่วไป ขับรถแท็กซี่ ทำงานบริการในสถานเริงรมย์ การอยู่ร่วมกันในชุมชนมีลักษณะต่างคนต่างอยู่ ต่างทำมาหากินไม่ค่อยจะช่วยเหลือกัน

สถานการณ์การดูแลสุขภาพ

การดูแลสุขภาพของคนในชุมชนไม่ดีนัก จะแก้ปัญหาเมื่อเจ็บป่วยอาการหนักจึงไปหาหมอที่โรงพยาบาล ในเรื่องของสิทธิบัตรต่าง ๆ จะมีน้อยมากเนื่องจากขาดความสนใจ อีกทั้งมีข้อจำกัดในเรื่องของทะเบียนบ้านไม่มี เป็นแรงงานอพยพจึงไม่สามารถทำบัตรประกันสุขภาพได้ จึงทำให้แรงงานในชุมชนนี้ไม่ได้รับการคุ้มครองสิทธิ ซึ่งจะมีบ้างในส่วนของเด็กที่อายุ 0-12 ปี ได้สิทธิบัตรสป.จากโรงเรียน สำหรับแรงงานนอกระบบที่ใช้บัตรประกันสังคมตามมาตรา 39 ซึ่งเป็นผู้ที่เคยทำงานเป็นแรงงานในระบบและต้องออกจากงานก็มีปัญหาในเรื่องของการขาดส่งเงินสมทบ ไม่มีรายได้พอส่ง แรงงานนอกระบบในชุมชนนี้เกิดปัญหาภาวะเศรษฐกิจ จึงทำให้ไม่มีเวลามาสนใจในเรื่องอื่นมากนัก ต้องหาเลี้ยงปากท้องไปวัน ๆ หรือแม้กระทั่งบางครอบครัวลูกหลานก็ไม่ให้ความสนใจดูแลเอาใจใส่พ่อแม่ปล่อยให้พ่อแม่เจ็บป่วยตามลำพัง เจ็บป่วยขึ้นมาก็ดูแลกันตามมีตามเกิด

นอกจากนี้แล้วกลุ่มแรงงานในชุมชนยังขาดความรู้ ความเข้าใจในสิทธิของตน ไม่สนใจทั้งในส่วนของบัตรสป. และบัตรสุขภาพ 500 บาท ทำให้เข้าไม่ถึงสิทธิบัตรเหล่านี้

ในด้านของการส่งเสริมสุขภาพป้องกันการเจ็บป่วยก็จะมีโครงการต่าง ๆ ของโรงพยาบาลราชวิถี เช่น อบรมตัวแทนชุมชนในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยที่จะนำไปสู่โรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง การป้องกันอุบัติเหตุ เรื่องของสุขภาพ โภชนาการ สุขภาพจิตที่ส่งผลต่อสุขภาพกาย ทั้งนี้เป็นการให้ความรู้แก่ผู้เข้าอบรมซึ่งเป็นคนในชุมชนในการ

ดูแลสุขภาพตนเองและให้ผู้เข้าร่วมอบรมสามารถถ่ายทอดความรู้หรือให้การดูแลบุคคลอื่นในชุมชน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ดำเนินการโดยนักสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาลราชวิถี

ปัญหาการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ปัญหาการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบในบางครั้งเกิดจากตัวของผู้ให้บริการเองด้วยที่ขาดการประชาสัมพันธ์ที่ชัดเจนและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้แล้วระเบียบการปฏิบัติในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพและบริการของสถานพยาบาลแต่ละแห่งก็ใช้ไม่เหมือนกัน บางแห่งก็เคร่งครัด ทุยทุช หรือแม้แต่ตัวเจ้าหน้าที่เองก็ไม่ค่อยรู้เรื่อง นอกจากนี้แล้วบางพื้นที่ก็ตั้งกฎเกณฑ์เป็นของตนเอง เช่น กรุงเทพมหานครก่อนจะขายบัตรสุขภาพต้องตรวจสุขภาพก่อนจึงขายบัตรสุขภาพ 500 บาท ซึ่งเป็นเงื่อนไขของการซื้อบัตรสุขภาพ 500 บาทที่กรุงเทพมหานครกำหนดขึ้นเอง ดังนั้นโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานครไม่ขึ้นกับกระทรวงสาธารณสุข จึงต้องปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับหรือเงื่อนไขที่กรุงเทพมหานครกำหนดขึ้นเอง ซึ่งทำให้ประชาชนที่ไปซื้อบัตรสุขภาพ 500 บาทเกิดความสับสน ไม่พอใจ และไม่ต้องการซื้อบัตรดังกล่าว

การจัดการระบบประกันสุขภาพ

1. ระบบสุขภาพ

ระบบประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบ ควรเป็นบัตรสปร. หรือบัตรสุขภาพ 500 บาท แต่ควรแก้ไขกฎระเบียบ เงื่อนไขที่เป็นปัญหาให้เหมาะสม โดยให้คุ้มครองทั้งครอบครัวในด้านการรักษาพยาบาล อุบัติเหตุ คลอดบุตร พุพพลภาพ และควรให้มีมาตรฐานการรักษาเดียวกัน

2. ระบบบริหารจัดการ

หน่วยงานที่ควรมีส่วนเกี่ยวกับการบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงการคลัง ซึ่งเป็นเจ้าของงบประมาณต่าง ๆ ส่วนการออกบัตรให้ใช้บัตรประชาชนได้เลย เพื่อความสะดวก โดยสามารถนำเลขบัตรประชาชนไปตรวจสอบได้ว่าใครได้รับสิทธิบัตรประเภทใดอยู่ ดังนั้นถ้าเป็นประชาชนคนไทยก็สามารถใช้บัตรประชาชนในการไปใช้สิทธิได้เลย

ในด้านของการจ่ายเงินสมทบกำหนดอัตราเฉลี่ยไว้ที่อัตรา 400 บาท/ปี/คน ได้กำหนดรูปแบบวิธีการใช้ การเข้าถึงบริการได้อย่างชัดเจน และให้มีการประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึงเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการรับบริการ สื่อที่ใช้ในการประชาสัมพันธ์ควรเป็นสื่อโทรทัศน์ วิทยุ

ผู้บันทึกข้อมูล : นางสาวนฤมล ยิ้มดี

ผู้เขียนรายงาน : ดร.พิพากรณ์ โพธิ์ถวิล

: นางสาวจิราพร แผ้วกิ่ง

(3) การสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแรงงานนอกระบบ

ชุมชนร่มเกล้า กรุงเทพมหานคร

วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2544 ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข 46 กันตารัตินุทิศ

สภาพทั่วไป

เป็นชุมชนจัดตั้งโดยการเคหะแห่งชาติ สำหรับประชากรที่ถูกไล่ออกจากต่างถิ่น ซึ่งมีทั้งคนในพื้นที่และคนต่างจังหวัด ส่วนใหญ่แล้วจะประกอบอาชีพรับจ้าง ค้าขายเล็กๆน้อยๆ หาบเร่แผงลอย ทำดอกไม้ประดิษฐ์ ส่วนใหญ่จะมีรายได้น้อย ฐานะยากจน ชุมชนมีการจัดระเบียบแบ่งพื้นที่เป็นโซน เป็นล็อก มีผู้นำชุมชนที่มาจากการเลือกตั้ง มีกลุ่มอาชีพ กลุ่มออมทรัพย์ ระบบสาธารณูปโภค สาธารณูปการพร้อม และมีหน่วยบริการทางสังคมอยู่ไม่ไกลจากชุมชน รวมทั้งตลาดสด

สถานการณ์การดูแลสุขภาพ

หลักประกันสำหรับแรงงานนอกระบบในพื้นที่นี้จะไม่ครอบคลุมคนต่างจังหวัดที่เข้ามาอยู่ในพื้นที่ ซึ่งจากข้อมูลของเจ้าหน้าที่อนามัย จะไม่ให้สิทธิแก่ผู้ที่เป็นแรงงานต่างถิ่นไม่มีทะเบียนบ้านในพื้นที่ทั้งบัตรสปร. และบัตรสุขภาพ 500 บาท โดยเห็นว่าแรงงานนอกระบบที่มีอาชีพมอเตอร์ไซด์รับจ้าง หาบเร่แผงลอย ค้าขายเล็กน้อย หรือทำดอกไม้ประดิษฐ์ ไม่มีนายจ้าง และถ้าจะให้เจ้าของบ้านที่แรงงานนอกระบบอาศัยอยู่เซ็นรับรองว่าได้อยู่อาศัยในพื้นที่ก็ไม่ได้ โดยอ้างว่าระบบได้เปลี่ยนไปแล้ว

สำหรับบัตรสปร. กรณีผู้มีรายได้น้อยสำนักงานเขตจะรับผิดชอบออกบัตรให้ และถ้าเป็นเด็ก 0-12 ปี ทางโรงเรียนจะออกบัตรให้ นอกเหนือจากนี้ทางศูนย์สาธารณสุขก็จะออกบัตรสปร.ให้ด้วย สำหรับผู้ที่มีอายุ 13-59 ปีที่จะเข้าเกณฑ์ผู้มีรายได้น้อยนั้น ทางสำนักงานเขตโดยพัฒนาการจะพิจารณาเป็นราย ๆ ไป แล้วนำเข้าที่ประชุมคณะกรรมการพิจารณาว่าใครควรได้รับบัตรสปร. โดยจะไม่พิจารณาจากเกณฑ์ของรายได้เพียงอย่างเดียว จะพิจารณาองค์ประกอบอื่นหลาย ๆ ประการด้วย เนื่องจากเกณฑ์ของรายได้ของผู้มีสิทธิได้บัตรสปร.คือ 2,800 บาท ไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงของรายได้ของประชาชนในปัจจุบัน ซึ่งปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนเล็ก ๆ แล้วมีสาเหตุมาจากปัญหาความยากจน

สำหรับบัตรสุขภาพ 500 บาททางศูนย์สาธารณสุขจะเปิดขายทุกวันพุธ ซึ่งตัวผู้ซื้อบัตรสุขภาพ 500 บาทจะต้องมาด้วยพร้อมหลักฐาน แต่ต้องมีการตรวจสุขภาพ ซึ่งเจ้าหน้าที่เองเห็นว่าการตรวจสุขภาพก่อนซื้อบัตรสุขภาพ 500 บาทเป็นปัญหาที่ผู้มีรายได้น้อยไม่สามารถเข้าถึงบัตรสุขภาพ 500 บาท

ในด้านการส่งเสริมสุขภาพทางศูนย์บริการสาธารณสุขจะมีอาสาสมัครที่ทำงานกับศูนย์ประมาณ 50 คน ทำหน้าที่ให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพแก่คนในชุมชน ซึ่งจะทำงานร่วมกับพยาบาลในพื้นที่ และนอกจากนี้ยังมีหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เข้าไปในชุมชน จะเป็นการทำงานทั้งด้านการรักษาและป้องกันทั้งเชิงรุกและเชิงรับ

มีชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ทุกวันอังคารและวันพุธจะมีการรวมกลุ่มผู้สูงอายุประมาณ 40 คน โดยเชิญแพทย์มาบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และมีการฝึกอาชีพนวดแผนโบราณให้ผู้สูงอายุ

ด้านการฉีดวัคซีนป้องกันโรค ทางศูนย์สาธารณสุขจะเปิดบริการทุกเช้า และในปัจจุบันกำลังทำโครงการเฝ้าระวังโรคทางด้านโภชนาการสำหรับเด็ก

ปัญหาสุขภาพของแรงงานนอกระบบส่วนใหญ่จะเกิดจากอุบัติเหตุต่าง ๆ ไข้หวัด และไม่มารักษาจนกว่าจะอาการหนักถึงจะมาที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ซึ่งบางคนยังบอกว่าไม่รู้ศูนย์บริการสาธารณสุขตั้งอยู่ตรงไหน “ปัญหาใหญ่ขาดความรู้” เข้าไม่ถึงบริการ

การจัดการระบบประกันสุขภาพ

การจัดการระบบประกันสุขภาพควรมีการพัฒนาให้ครอบคลุมทั้งแรงงานนอกระบบและครอบครัว ซึ่งอาจจะกำหนดว่าทุกคนที่เกิดเป็นคนไทยมีสิทธิในหลักประกันสุขภาพตั้งแต่เกิดจนตาย และได้รับการบริการอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกันทุกคน ในส่วนของแรงงานนอกระบบอาจจัดอยู่ในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย

การบริการสุขภาพเสนอให้มีแหล่งบริการที่เพิ่มขึ้นเพื่อความสะดวกในการขอรับบริการของแรงงานนอกระบบให้ครอบคลุมทั้งในเรื่องของการส่งเสริม ป้องกัน ในส่วนของการรักษาให้ครอบคลุมทั้งด้านอุบัติเหตุและคลอดบุตร การเจ็บป่วย

หน้าที่การจัดเก็บเงินสมทบมอบให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเป็นผู้จัดเก็บและผู้ที่ออกบัตรก็คือ ผู้จัดเก็บเงินสมทบ (หน่วยงานไหนขายก็เก็บเงินด้วย)

กลไกที่จะให้การปกป้องคุ้มครองสิทธิ

ในการตรวจสอบการให้บริการ ควรตั้งหน่วยงานของรัฐขึ้นมาตรวจสอบการบริการแล้วเปรียบเทียบกับข้อมูลขององค์กรชุมชน

ในด้านการประชาสัมพันธ์ เพื่อให้แรงงานเข้าถึงระบบบริการใช้สื่อทางด้านโทรทัศน์ วิทยุ แผ่นพับต่าง ๆ และผ่านข้อมูลไปยังกรรมการชุมชน อบต. เทศบาล ช่วยประชาสัมพันธ์ไปพร้อมกัน

ผู้บันทึกข้อมูล : นางสาวจิตติมาภรณ์ ใช้ลิ้ม

ผู้เขียนรายงาน : ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล

: นางสาวจิราพร แฝ่วกิ่ง

(4) การสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแรงงานนอกระบบ

ชุมชนหล่อเสาเข็ม จ.สมุทรปราการ

วันที่ 21 มีนาคม 2544 ณ สำนักงานเทศบาลตำบลสำโรงใต้

สภาพทั่วไป

แรงงานนอกระบบในชุมชนแห่งนี้เป็แรงงานที่ย้ายถิ่นเข้ามาประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ส่วนใหญ่มีฐานะยากจน ไม่สนใจที่จะดูแลสุขภาพตนเอง ความสัมพันธ์ของคนในชุมชนเป็นลักษณะตัวใครตัวมัน ขาดความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชน ยกเว้นคนท้องถิ่นซึ่งก็มีไม่มากนัก นอกจากนี้แล้วยังอยู่ในเขตเทศบาล ผู้ใหญ่บ้าน กำนันไม่ได้ให้ความสนใจดูแลสุขภาพในชุมชนแห่งนี้

สถานการณ์การดูแลสุขภาพ

แรงงานนอกระบบที่มาอาศัยอยู่ในชุมชนนี้ จะไม่มีสวัสดิการใด ๆ รวมทั้งระบบประกันสุขภาพซึ่งเมื่อเกิดปัญหาที่ต้องนอนโรงพยาบาลไม่มีเงินรักษา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำให้ทำบัตรสุขภาพ แต่ก็ไม่ได้รับความสนใจ ถึงแม้ไม่มีทะเบียนบ้านของตนเอง เจ้าหน้าที่ก็จะแนะนำให้ไปขอสำเนาทะเบียนบ้านเจ้าของบ้านที่แรงงานนอกระบบอาศัยมาเป็นหลักฐานในการซื้อบัตรสุขภาพได้ หรือจะทำบัตรสวัสดิการสปร.ก็ได้ แต่แรงงานนอกระบบก็ไม่ให้ความสนใจ เพิกเฉยโดยอ้างว่ามาอยู่ไม่กี่เดือนก็ต้องย้ายไปอยู่ที่อื่น หรือในบางครั้งนำบัตรสุขภาพที่ได้ทำจากถิ่นที่อยู่เดิมในต่างจังหวัดมาใช้ก็แนะนำให้ไปดำเนินการขอย้ายหรือขอทำบัตรใหม่ให้ถูกต้อง แต่ก็ยังเพิกเฉยไม่สนใจ ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่รู้จะจัดการอย่างไร

เมื่อเกิดปัญหาเจ็บป่วยส่วนใหญจะใช้วิธีซื้อยากินเอง นอกจากนั้นยังมีหมอเถื่อนอยู่มาก เช่น รักษาด้วยน้ำมัน ลูกกลอน จะเข้าถึงสถานบริการของรัฐเมื่อป่วยหนักอาการแย่แล้ว จากการสนทนากลุ่มครั้งนี้ สรุปได้ว่าปัญหาของแรงงานกลุ่มนี้มีสาเหตุใหญ่ 2 ประการ คือ หนึ่งการศึกษาไม่ดี สองเศรษฐกิจไม่ดี โดยจะบอกว่าวันนี้ทำอะไรจะมีเงินใช้ จึงทำให้ไม่สนใจสุขภาพและไม่มองหรือสนใจถึงการป้องกันปัญหาสุขภาพ

แรงงานนอกระบบในชุมชนนี้ ส่วนใหญ่จะป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจอันดับหนึ่ง โรคภาวะจิตแปรปรวน โรคกระเพาะ ระบบย่อย ซึ่งเกิดจากการทำงานหนักและดื่มเครื่องดื่มชูกำลังมีส่วนผสมของยากระตุ้น ถ้าไม่กินจะทำงานไม่ได้

บัตรสุขภาพที่มีอยู่ส่วนใหญจะเป็นเด็กอายุ 0-12 ปี ซึ่งทางโรงเรียนออกบัตรให้ บัตรสุขภาพ 500 บาทจะมีอยู่น้อยมาก

การจัดการระบบประกันสุขภาพ

หลักประกันสุขภาพควรจะได้รับการปรับปรุงในเรื่องของการทำบัตรให้ใช้บัตรประชาชนคู่กับสมุดสุขภาพซึ่งจะมีประวัติการรักษาพยาบาล ซึ่งจะสามารถไปตรวจที่ไหน จังหวัดใดก็ได้ซึ่งจะรู้ประวัติการป่วย การรักษา จะได้ไม่ต้องใช้เวลาและเกิดปัญหาซ้ำซ้อน

ในส่วนของงบประมาณรัฐควรจัดสรรมาให้และควรให้ภาคเอกชนเข้าร่วมเครือข่ายการรักษาพยาบาลด้วย ในด้านการประชาสัมพันธ์ให้มีหน่วยงานเฉพาะกิจด้านสุขภาพ ประชาสัมพันธ์โดยตรงทางทีวี แทรกเข้าไปกับสิ่งที่เขาสนใจ เช่น ในบทธละคร เกมโชว์ต่างๆ น่าจะดีที่สุด

กลไกการตรวจสอบ

เสนอให้มาจากภาคประชาชน ตั้งเป็นองค์กรประชาชนเพื่อเรียกร้องสิทธิของตนเองที่จะได้รับจากการบริการที่ดี

ผู้บันทึกข้อมูล : นางสาวอัศวพรณ ขวัญขึ้น

ผู้เขียนรายงาน : ดร.ทิพากรณ์ โพธิ์ถวิล

: นางสาวจิราพร แผ้วกิ่ง

(5) การสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับกับแรงงานนอกระบบ

ชุมชนหัวลำพู จ.สมุทรปราการ

วันที่ 12 มีนาคม 2544 สำนักงานพัฒนาชุมชน จังหวัดสมุทรปราการ

สภาพชุมชนทั่วไป

แรงงานนอกระบบในพื้นที่นี้ จะเป็นแรงงานที่อพยพข้ามเขตมาอาศัยอยู่ในพื้นที่หัวลำพู ส่วนใหญ่ไม่มีทะเบียนบ้าน และบัตรประชาชน บางคนมาอาศัยอยู่ในพื้นที่ชุมชนแห่งนี้ไม่ต่ำกว่า 10 ปี ยังไม่ยอมย้ายทะเบียนบ้านมาจากต่างจังหวัด

สถานการณ์การดูแลสุขภาพ

1. การดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ระบบการประกันสุขภาพที่มีอยู่ไม่ครอบคลุมแรงงานนอกระบบ ส่วนใหญ่อพยพมาจะมีปัญหาเรื่องทะเบียนบ้าน นอกจากนี้แรงงานนอกระบบกลุ่มนี้มีการศึกษาน้อย ไม่สนใจข้อมูลข่าวสาร ไม่สนใจตัวเอง ทั้งในเรื่องของสิทธิและการป้องกันดูแลสุขภาพ จะแก้ปัญหาเมื่อได้รับความเดือดร้อน เจ็บป่วยหนัก จึงจะเริ่มมาขอความช่วยเหลือ ทำบัตร (จึงทำให้ขาดหลักประกัน)

ส่วนพวกมีหลักประกันสุขภาพพบว่า ได้รับบัตรสปร. สำหรับบัตรสุขภาพ 500 บาท มีน้อยมาก ปัจจุบันมีผู้ทำบัตรประกันสุขภาพ 500 บาท อยู่ประมาณร้อยละ 18

การจัดการระบบประกันสุขภาพ

จากการสนทนากลุ่มมีหลากหลายแนวคิด ได้เสนอให้มีการประกันสุขภาพดังนี้ คือ 1) ให้ใช้ระบบประกันสุขภาพแบบเดิม แต่แก้ไขเงื่อนไขการเข้าถึงสิทธิ 2) ให้รวมบัตรต่าง ๆ เข้าเป็นกองทุนเดียวกัน (แต่ไม่รวมบัตรประกันสังคม) ให้คนไทยทั้งหมดอยู่ในระบบเดียวกัน 3) รัฐจะต้องดูแลคนไทยทุกคนให้เหมือนกัน โดยได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานตามกฎหมายรัฐธรรมนูญกำหนด 4) เสนอให้มีการแยกประเภทของกลุ่มเสี่ยงออก เพราะกลุ่มเสี่ยงจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลค่อนข้างสูง และ 5) บังคับให้มีบัตรหรือได้รับการรักษาพยาบาลทุกคน ตามรัฐธรรมนูญมาตรา 82 ที่กำหนดไว้ว่ารัฐจะต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง

ส่วนงบประมาณนั้นให้จัดสรรงบประมาณให้กับกระทรวงสาธารณสุขในการจัดซื้อเวชภัณฑ์ใหม่ให้เหมาะสม

สำหรับสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับการคุ้มครองให้ครอบคลุมถึงการรักษาพยาบาลอุบัติเหตุ คลอดบุตร การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ให้มีการตรวจสุขภาพ และการฉีดวัคซีนป้องกันโรค ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วย

ส่วนการออกบัตรให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดูแล โดยให้ขึ้นทะเบียนไว้กับสถานบริการใกล้บ้าน (สถานีนอนมัย) แล้วให้มีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

การประชาสัมพันธ์ให้มีการประชาสัมพันธ์ทุกรูปแบบ ควรทำพร้อมกันทั้งหมด ทั้งวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ แผ่นปลิว เสียงตามสาย และทำทั่วประเทศ

กลไกที่จะปกป้องคุ้มครองสิทธิ

ชุมชนควรตั้งกลุ่มหรือองค์กรขึ้นมาตรวจสอบการบริการสุขภาพ อาจจะเป็นกลุ่มสตรี อสม. หรือว่าหลาย ๆ ฝ่ายเข้ามาช่วยกันตรวจสอบ และอีกส่วนหนึ่งให้ราชการทำการตรวจสอบ ด้วย ผลการตรวจสอบควรแจ้งให้ อบต. รับรู้และเข้ามาจัดการควบคุมดูแล เพื่อผลประโยชน์ของคนในชุมชนและประชาชนต้องเข้ามามีบทบาทในการดูแลด้วย

ผู้บันทึกข้อมูล : นางสาวจิตติมาภรณ์ ใช้ลิ้ม

ผู้เขียนรายงาน : ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล

: นางสาวจิราพร แผ้วกิ่ง

(7) การสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแรงงานนอกระบบ

ชุมชนท่าเรือ จ.ศรีสะเกษ

วันที่ 8 เมษายน 2544 ณ ชุมชนท่าเรือ

สภาพชุมชนทั่วไป

ชุมชนท่าเรือมีสภาพเศรษฐกิจไม่ดีนัก ประชาชนส่วนใหญ่ไม่สนใจดูแลสุขภาพตนเอง ไม่สนใจสิทธิของตนเอง ถ้าไม่ป่วยก็ไม่ดูแลสุขภาพตนเอง ไม่รู้จักวางแผนล่วงหน้า จะคอยแก้ปัญหาเมื่อได้รับความเดือดร้อน นอกจากนี้แล้วยังติดการพนัน กินเหล้ามาก จึงทำให้ป่วยซ้ำซาก

สถานการณ์การดูแลสุขภาพ

1. การดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

จากการสนทนากลุ่ม มีความเห็นว่าแรงงานนอกระบบส่วนใหญ่จะป่วยเป็นโรคทางเดินหายใจ โรคผิวหนัง และโรคทางสุขภาพจิต เนื่องจากเกิดความเครียดในการทำงาน มีรายได้น้อย ไม่มีเงินการทำงานรับจ้างนั้นพอ แม่ก็ต้องหอบลูกไปด้วย ทำให้เด็กไม่ได้เรียนหนังสือ

ชาวบ้านและแรงงานนอกระบบในชุมชนแห่งนี้ จะไม่สนใจดูแลสุขภาพตนเอง ถ้าเจ็บป่วยจึงไปหาหมอ เนื่องจากเป็นผู้มีรายได้น้อย ขาดความรู้ในการดูแลตนเองและไม่สนใจที่จะอยากรู้ โดยเฉพาะการฝากท้อง ซึ่งจะมีบางคนไม่มาฝากท้องและคลอดเองที่บ้าน

ในด้านการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ ทางอนามัยก็ได้จัดให้มีโครงการแกนนำส่งเสริมสุขภาพครอบครัว เพื่อให้เขาดูแลสุขภาพครอบครัวตนเอง โดยจะอบรมให้ แต่ก็พบกับปัญหาเนื่องจากไม่ได้ได้รับความสนใจ ซึ่งเจ้าหน้าที่อนามัยและพยาบาลต่างก็เข้าใจว่าตราบดีที่ปากท้องของพวกเขายังไม่มีความสนใจในเรื่องของสุขภาพก็เป็นไปได้ยาก ส่วนใหญ่จะมีบัตรสปร. บัตรสุขภาพ 500 บาทอยู่บ้าง

2. ระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่สามารถคุ้มครองแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ระบบสุขภาพที่มีอยู่ยังไม่ครอบคลุมแรงงานนอกระบบทั้งหมด เนื่องจากประชาชนไม่สนใจข้อมูลข่าวสาร เช่น บางคนมีตัวตนอยู่ในบ้าน แต่ไม่มีชื่อในทะเบียนบ้าน ก็ไม่สามารถจะทำบัตรได้ทั้งบัตรสปร. และบัตรสุขภาพ 500 บาท

การจัดการระบบประกันสุขภาพ

1. ระบบประกันสุขภาพ

จากข้อมูลการสนทนากลุ่มมีความเห็นว่าแรงงานนอกระบบควรจะได้รับสิทธิจากบัตรสปร. สำหรับผู้ที่มีรายได้น้อยจริง ๆ ซึ่งในปัจจุบันยังมีกลุ่มที่หลุดรอดจากหลักประกันสุขภาพดังกล่าว

สำหรับผู้ที่มีรายได้น้อยคิดว่าควรนำไปใช้กับนโยบาย 30 บาท ซึ่งจ่ายเงินทุกครั้งที่รักษา (คือกลุ่มที่พอจ่ายได้ให้ใช้ 30 บาท และที่ไม่ไหวคือรักษาฟรี) แต่ควรกำหนดหรือจำกัดบางโรคที่จะต้องเสียค่ารักษาสูงเป็นต้น เช่น โรคไตวาย ซึ่งเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายและให้มีการควบคุมมาตรฐานการรักษาและคุณภาพของยา

สำหรับงบประมาณการรักษาให้มาจากรัฐที่กำหนดไว้ตามนโยบาย 30 บาท ซึ่งคิดว่าน่าจะเพียงพอ คือ พันกว่าบาทต่อหัว ถือเป็นการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขเพราะคิดว่าไม่ป่วยทุกคนซึ่งประชาชนทั่วไปและแรงงานนอกระบบจะได้รักษาที่เท่าเทียมกัน

ในส่วนของการใช้บัตร ไม่ต้องระบุสถานพยาบาลที่รักษาไว้เพื่อความสะดวกของผู้ใช้บัตร เพื่อเกิดประโยชน์จากบัตรเพราะทุกวันนี้บัตรสปร.ไม่สามารถใช้ข้ามเขตได้ถ้าไม่มีการส่งต่อ เพราะในกรณีฉุกเฉินผู้ป่วยจะได้ใช้บัตร และไม่ควรระบุเวลาการใช้บัตรให้ใช้เฉพาะเวลาทำการหรือตามวันนัดเท่านั้น

กลไกการปกป้องคุ้มครองสิทธิ

การสนทนากลุ่มครั้งนี้มีข้อเสนอแนะให้มีประชาคม ผู้นำ หรือประชาชนตั้งเป็นองค์กรขึ้นมาตรวจสอบ ในกรณีที่ประชาชนไม่ได้รับการบริการและการดูแลเท่าที่ควร นอกจากนี้แต่ละชุมชนควรจะมีการลงทะเบียนของสมาชิกในครอบครัวไว้ที่ประชาคม โดยแจ้งข่าวสารว่าสมาชิกในครอบครัวปัจจุบันอยู่ในพื้นที่ที่คน อพยพไปทำงานต่างถิ่นกี่คน โดยแจ้งที่อยู่เป็นหลักแหล่งเพื่อความสะดวกในการบริการและติดตาม

ผู้บันทึกข้อมูล : นางสาวอัครพรรณ ขวัญชื่น

ผู้เขียนรายงาน : ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล

: นางสาวจิราพร แผ้วถิ่ง

(8) การสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแรงงานนอกระบบ

ชุมชนหนองกก จ.ศรีสะเกษ

วันที่ 9 เมษายน 2544 ณ อบต.ยาง

สภาพทั่วไป

แรงงานนอกระบบในชุมชนหนองกก มีอาชีพหลากหลาย ได้แก่ อาชีพเกษตรกร ทำไร่ ทำนา ทำเรื่อจิว สานสริง และรับจ้างทั่วไป ส่วนใหญ่มีรายได้น้อย

สถานการณ์การดูแลสุขภาพ

แรงงานนอกระบบในชุมชนแห่งนี้ จะได้รับการคุ้มครองจากหลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ ซึ่งส่วนใหญ่แล้วจะมีบัตรประกันสุขภาพประมาณ 80% ได้แก่ บัตรสปร. และจะมีบัตรประกันสุขภาพ 500 บาท ที่ตกหล่นหรือไม่มืบัตรก็จะเป็นผู้สูงอายุที่ไม่สนใจจะทำบัตร เนื่องจากคิดว่าบัตรสปร. ซึ่งเป็นบัตรที่ไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล ทางโรงพยาบาลจะบริการไม่ดี ให้ยาที่มีคุณภาพต่ำ กลัวว่าของฟรี รักษาฟรีจะได้ของไม่ดี รักษาไม่ดี แต่เมื่อถึงเวลาที่เจ็บป่วย อาการหนัก ต้องนอนโรงพยาบาล ได้รับความเดือดร้อนก็จะเริ่มมาหาผู้ใหญ่บ้าน ประธาน อสม. หรือผู้นำชุมชนให้ช่วยเหลือ ถ้าไม่ได้รับความช่วยเหลือก็จะต่อว่าผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหลาย แต่ส่วนใหญ่แล้วจะได้รับความช่วยเหลือซึ่งทางสถานีนามัยก็จะให้บริการโดยทำบัตรให้ภายใน 2 วัน (ซึ่งเป็นคำบอกเล่าจากผู้ใหญ่ กำนัน และประธาน อสม. ที่มีความเห็นเหมือนกัน) ส่วนผู้ที่มีรายได้ดี หรือทางกลุ่มสนทนาใช้คำว่าผู้มีอันจะกิน จะให้ความสนใจกับสิทธิที่จะได้รับโดยจะเข้าหาระบบประกันสุขภาพ โดยซื้อบัตรประกันสุขภาพ 500 บาทกันไว้ในยามเจ็บป่วย

การดูแลสุขภาพของคนในชุมชน โดยเฉพาะแรงงานนอกระบบนั้นจะขาดการป้องกัน ไม่สนใจตรวจสอบสุขภาพ เมื่อเวลาเจ็บป่วยจึงไปหาหมอที่สถานีนามัย ถ้าอาการหนักก็จะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจังหวัด

3. ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบและครอบครัว

จากการสนทนากลุ่ม ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. ซึ่งจะมีบทบาทต่างกันตามหน้าที่ของตน สำหรับผู้ใหญ่บ้าน และกำนันจะมีบทบาทในการเสนอรายชื่อ สำนวจ และประชาสัมพันธ์ให้คนในชุมชนมีบัตรประกันสุขภาพ และเป็นที่พักของชาวบ้านที่ไม่สนใจมีบัตร เมื่อเกิดการเจ็บป่วยได้รับความเดือดร้อนจะต้องมาช่วยแก้ปัญหาให้

ส่วน อสม. จะให้การช่วยเหลือ ประชาสัมพันธ์ แจ้งข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ และให้การช่วยเหลือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขออกเยี่ยมตามบ้านเรือน ออกซั้งน้ำหนักเด็ก 3 เดือน/ครั้ง เพื่อตรวจการเป็นโรคขาดสารอาหาร และตรวจสุขภาพเด็ก

4. ปัญหาการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ปัญหาใหญ่ของการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบเกิดจากความไม่สนใจในการรับรู้สิทธิ ขาดการป้องกันตนเองและไม่เตรียมรับกับปัญหาการเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้น จะแก้ไขปัญหาเมื่อได้รับความเดือดร้อนแล้ว นอกจากนี้ยังเกิดจากทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง กลัวว่าจะไม่ได้รับยาที่มีคุณภาพ ได้แต่ยาแก้ปวด ซึ่งบางครั้งยังไม่เคยไปรับการรักษาด้วยตนเองเลย โดยฟังจากคำบอกเล่าของเพื่อนบ้านหรือเขาเล่าว่า ซึ่งทั้งตัว อสม. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความเห็นว่าบัตรทุกบัตรได้รับบริการเหมือนกัน แต่ปัญหาอยู่ที่แรงงานนอกระบบเหล่านั้นคิดไปเอง ว่าบัตรสปร.เป็นบัตรที่ต่ำสุดไม่มีคุณภาพในการรักษา

ปัญหาการใช้บัตร จะมีปัญหาการส่งต่อในกรณีฉุกเฉิน มีการเจ็บป่วยในเวลากลางคืน ดึกดื่นไม่สามารถขอไปส่งตัวจากสถานีนามัย หรือเจ็บป่วยในต่างถิ่นก็เข้ารักษาที่โรงพยาบาลจังหวัดเลย ไม่มีใบส่งตัว ซึ่งบัตรสปร.จะระบุสถานพยาบาลที่จะต้องไปรับการรักษา ทำให้ไม่สะดวกในการใช้บริการกรณีฉุกเฉิน

การให้บริการ พบว่า แรงงานนอกระบบและแม้แต่ผู้นำชุมชนเองก็ไม่พอใจการให้บริการของโรงพยาบาลอำเภอ มีความเห็นว่าบริการไม่ดี รักษาไข้ไม่หาย เป็นต้น

การจัดการระบบประกันสุขภาพ

1. ระบบประกันสุขภาพ

จากการสนทนากลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องกับแรงงานนอกระบบ ทั้งผู้ใหญ่บ้าน กำนัน อบต. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่เห็นด้วยกับการที่จะให้แรงงานนอกระบบมีหลักประกันเฉพาะแยกจากประชาชนกลุ่มอื่น ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าบัตรสปร.นั้นเป็นสิทธิบัตรที่ดีมาก ถ้าให้ความสนใจและใช้ตามขั้นตอน ตามข้อกำหนดในสิทธิบัตรก็จะมีปัญหา ซึ่งจะมีระบบการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่เหนือกว่าตามลำดับในกรณีที่เป็น

ในเรื่องของการคุ้มครองและสิทธิประโยชน์ในบัตรนั้น ต้องการให้รัฐปรับปรุงการใช้บัตรแบบข้ามเขตได้ หรือไม่ต้องระบุสถานพยาบาลที่จะไปใช้สิทธิไว้ในบัตร ให้ไปใช้บริการสถานพยาบาลได้ทุกที่ และให้เพิ่มสิทธิประโยชน์คุ้มครองในเรื่องของอุบัติเหตุ และมีการตรวจสุขภาพประจำปี ในกรณีบัตรสุขภาพ 500 บาท ให้เพิ่มการตรวจสุขภาพเมื่อผู้ถือบัตรต้องการ

2. การจัดการระบบประกันสุขภาพ

เพื่อให้ชาวบ้านและแรงงานได้เข้าถึงบัตร ควรจะมีการประชาสัมพันธ์อย่างจริงจัง โดยให้ผู้ใหญ่บ้าน อบต. อสม. และเจ้าหน้าที่อนามัย ไปพบปะกับประชาชนในหมู่บ้าน เพื่อชี้แจงให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และในส่วนของ อสม.ควรจะต้องคัดเลือกบุคคลที่มีคุณภาพเข้ามาทำงานอย่างจริงจัง ถ้าไม่ทำงานให้ตัดสิทธิของการเป็นอสม. โดยให้ผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้กำกับดูแลการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม.

ในการจ่ายเงินสมทบนั้น เสนอให้เก็บจากผู้ที่มีรายได้มาก หรือให้ อบต.ตั้งงบประมาณส่วนหนึ่งเพื่อใช้จ่ายเกี่ยวกับการประกันสุขภาพคนในชุมชน

ผู้บันทึกข้อมูล : นางสาวอัครพรพรณ ขวัญชื่น

ผู้เขียนรายงาน : ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล

: นางสาวจิราพร แผ้วกิ่ง

(9) การสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติเกี่ยวข้องกับแรงงานนอกระบบ

ชุมชนหนองตุม จ.ศรีสะเกษ

วันที่ 9 เมษายน 2544 ณ อบต.ตุม

สภาพชุมชนทั่วไป

จากการสนทนากลุ่ม ทั้งผู้ใหญ่บ้านและ อบต. มีความเห็นว่าแรงงานนอกระบบในชุมชนนี้มีรายได้ไม่แน่นอน หาเช้ากินค่ำ ส่วนใหญ่จะมีอาชีพรับจ้างทั่วไป ตัดเย็บเสื้อผ้า กรรมกรสร้างบ้าน และเจียรไนพลอย โดยเฉพาะอาชีพเจียรไนพลอย จะมีสภาพการทำงานที่เสี่ยง มีสภาพแวดล้อมการทำงานไม่ดี อากาศทึบ (ไม่โปร่ง) มีความร้อน มีฝุ่นละอองมาก และต้องทำงานที่ใช้สายตาอย่างมาก ซึ่งจะมีปัญหาต่อสายตา กลัวว่าสายตาจะเสียเร็ว เพราะสายตาต้องจับจ้องอยู่ตลอดเวลาขณะทำงาน

สถานการณ์การดูแลสุขภาพ

1. การดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบและครอบครัว

แรงงานนอกระบบในชุมชนนี้ยังไม่ได้รับการดูแลสุขภาพที่ดี ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มแรงงานนอกระบบที่มีหลักประกันสุขภาพหรือยังไม่มีหลักประกันสุขภาพก็ตาม ส่วนใหญ่ที่มีหลักประกันสุขภาพแล้วจะมีบัตรสปร. ซึ่งผู้ที่มีหลักประกันสุขภาพมีอยู่ประมาณร้อยละ 60 ส่วนแรงงานนอกระบบที่เหลืออีกร้อยละ 40 ซึ่งเจ้าหน้าที่สังเกตว่า เป็นพวกที่มีรายได้เพียงพอ อาจมีกำลังซื้อบัตรสุขภาพ 500 บาท แต่ยังไม่ตัดสินใจซื้อเพราะคิดว่าซื้อบัตรสุขภาพ 500 บาทไม่คุ้มค่า เพราะคิดว่าเสีย 500 บาท แต่ไม่เจ็บป่วยก็ไม่ได้นำสิทธิ ผู้เก็บเงิน 500 บาท และเวลาเจ็บป่วยก็ไปรักษาที่คลินิกจะดีกว่า นอกจากนี้แล้วผู้ที่มีบัตรสปร. บางคนก็ไม่ค่อยได้ใช้สิทธิบัตรนอกจากเจ็บป่วยมาก ๆ จึงไปใช้บริการที่โรงพยาบาลและใช้สิทธิบัตร ถ้าเจ็บป่วยเล็กน้อยก็จะไปคลินิกยอมเสียเงิน 100-200 บาท/ครั้ง เนื่องจากในหมู่บ้านมีคลินิกและสะดวกกว่า

2. ระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่สามารถคุ้มครองแรงงานนอกระบบและครอบครัว

ระบบสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันสามารถให้การคุ้มครองแรงงานนอกระบบและครอบครัวได้บ้าง แต่จะมีแรงงานนอกระบบบางกลุ่มที่ไม่สนใจใช้บัตร หรือบางคนมีบัตรแต่ไม่ใช้บัตร เพราะไม่ได้รับความสะดวกเวลาไปใช้บริการที่โรงพยาบาล โดยเฉพาะที่โรงพยาบาลอำเภอปรางกู โดย อบต. เล่าว่าหลายครั้งที่ชาวบ้านไปรักษาที่โรงพยาบาลแล้วเกิดปัญหา แพทย์ตำบลก็ให้ความเห็นเช่นกันว่าไปรักษาที่โรงพยาบาลอำเภอเป็นปีไม่หาย แต่ไปคลินิก 7 วันหาย จึงสรุปว่าโรงพยาบาลอำเภอแห่งนี้เสี่ยงใช้ โดยจะให้ยาถูกประเภทเดียวกันกันซ้ำ ๆ กันเป็นปีก็ไม่หาย และจากคำบอกเล่าของพัฒนากรก็สอดคล้องกับความเห็นของ อบต.และแพทย์ตำบลว่า ชาวบ้านเชื่อว่าคลินิกให้ยาดีกว่าโรงพยาบาลอำเภอ ไปรักษาคลินิกแล้วหาย

3. ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบและครอบครัว

จากการสนทนากลุ่ม มีความเห็นว่า ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (อนามัย) อสม. ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน และพระอาวุโส ซึ่งจะมีบทบาทในการคัดเลือกผู้มีสิทธิได้รับบัตรสปร. อีกทั้งแพทย์ประจำตำบลจะมีหน้าที่ดูแลชาวบ้านเวลาเดือดร้อนเจ็บป่วยทุกอย่าง ซึ่งจะช่วยเหลือแนะนำชาวบ้านได้

ในส่วนของการพัฒนาการจะเน้นในเรื่องของการส่งเสริมการรักษาพยาบาล การอยู่การกิน การรักษาพยาบาล การออกกำลังกาย การรักษาบ้านเรือนให้สะอาด

4. ปัญหาการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบ

ส่วนใหญ่เกิดจากการที่ชาวบ้านไม่ใช้สิทธิที่ดินมี เช่น บัตรสปร. ตามระเบียบให้รักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลของรัฐ แต่กลับไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน จนทำให้เกิดปัญหาไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล ต้องไปกู้หนี้ยืมสิน หรือ “ขายแรงงานปากเปล่า” คือ ขอความช่วยเหลือก่อน พอถึงเวลานำนา ก็จะไปทำงานชดใช้ให้ หรือบางครั้งก็ขายทรัพย์สินที่มีอยู่เพื่อเป็นค่ารักษาพยาบาล เมื่อไม่มีเงินรักษาจึงมาใช้บัตรสปร.

ปัญหาจากสถานีนอกรีต มีบุคลากรน้อยไม่เพียงพอกับปริมาณคนไข้ จึงทำให้ขาดประสิทธิภาพในการรักษา

การจัดการระบบประกันสุขภาพ

1. ระบบประกันสุขภาพ

หลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบต้องการหลักประกันสุขภาพที่ทำให้แรงงานนอกระบบได้รับสิทธิประโยชน์คุ้มครองเหมือนแรงงานในระบบ และเสนอให้ทุกคนจ่ายเงินสมทบเพื่อต้องการให้มีส่วนร่วม ถึงแม้จะมีรายได้มากหรือน้อย เพื่อสร้างจิตสำนึกร่วมกัน ยกเว้นผู้ด้อยโอกาสจริง ๆ ไม่มีเงินจ่ายจึงควรได้รับบริการฟรี

2. การจัดการระบบประกันสุขภาพ

กลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องกับแรงงานนอกระบบ เสนอให้ผู้ที่มีรายได้จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน และเงินอีกส่วนหนึ่งนั้น ให้มาจากโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพจาก อบต. โดยตั้งเป็นกองทุนหมู่บ้าน ในลักษณะเป็นทุนหมุนเวียนให้แก่ครอบครัวที่เดือดร้อนกู้ยืมไปใช้จ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาล เรียกว่า กองทุนสุขภาพประจำตำบล

ส่วนบัตร สปร. ยังคงให้มีเหมือนเดิม แต่สำหรับผู้ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง น่าจะเป็นความสมัครใจเข้าสู่หลักประกันสุขภาพ และให้มีกองทุนสุขภาพเสริม และนอกจากนี้ควรเพิ่มเกณฑ์รายได้สำหรับผู้มีสิทธิได้บัตรสปร. ให้สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้เดิม ซึ่งเสนอไว้คร่าว ๆ 4,000 บาท

นโยบาย 30 บาท ซึ่งจะต้องจ่ายเงินทุกครั้งที่ไปรักษา หรือที่เรียกบัตรทอง ควรให้ประชาชนใช้ตามความสมัครใจ มีเพียงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้นที่เสนอให้ทุกคนใช้บัตรทอง คือ ทุกคนใช้บัตรเดียวกันหมดทั้งประเทศ แม้แต่ข้าราชการก็มีสิทธิเท่าเทียมกัน มีมาตรฐานเดียวกัน

และเสนอให้ภาคเอกชน ได้แก่ โรงพยาบาลเอกชน คลินิกเข้ามามีส่วนร่วมในการบริการ ด้วย โดยให้รัฐจ่ายผลตอบแทน (ค่ารักษาพยาบาล) ให้โรงพยาบาลเอกชน หรือคลินิกตามความเหมาะสม

3. กลไกที่จะปกป้องคุ้มครองสิทธิ

เสนอให้มีองค์กรอิสระที่ทำหน้าที่ตรวจสอบ ประชาสัมพันธ์สร้างความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชน ตลอดจนทำหน้าที่เป็นปากเสียงแทนประชาชน

ผู้บันทึกข้อมูล : นางสาวอัศพรพรณ ขวัญชื่น

ผู้เขียนรายงาน : ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล

: นางสาวจิราพร แผ้วกั้ง