



MIGRANTS HEALTH

การตอบสนองของนโยบาย
และผลลัพธ์ของบัตรประกันสุขภาพ
คนต่างด้าวและพัวติดตามในประเทศไทย

(Responses in implementation
and outcome evaluation of
'Health Insurance Card for cross'
policy for cross-border migrants
and their dependants in Thailand)



THAILAND

รายนามนักวิจัย

ผู้วิจัยหลัก

นายแพทย์ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์

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

ผู้วิจัยร่วม

ดร.ทพ.วีระศักดิ์ พุทธาศรี

- มูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ จังหวัดนนทบุรี

ดร.คนางค์ คันธมธุรพจน์

- ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัดนครปฐม

ที่ปรึกษางานวิจัย

Prof. Anne Mills

- London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, United Kingdom

รศ.ดร.สุพล ลิ้มวัฒนานนท์

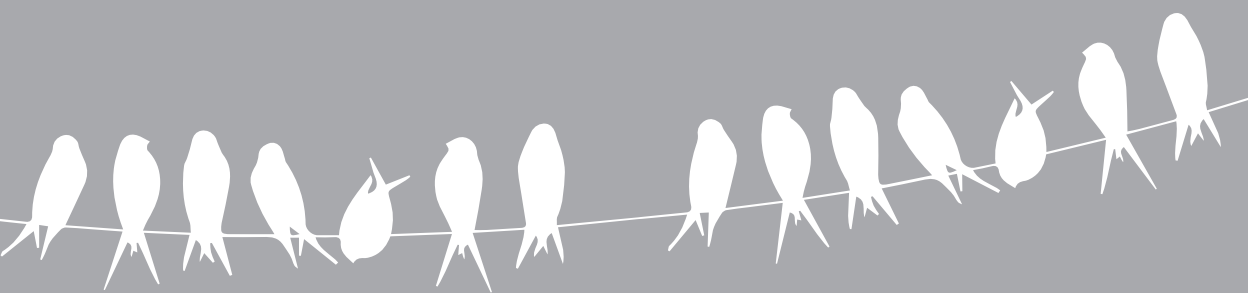
- ภาควิชาเภสัชกรรมชุมชน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

ที่อยู่ติดต่อ

มูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ จังหวัดนนทบุรี

โทร +66 (0) 2590-2366 โทรสาร + 66 (0) 2590-2385

E-mail: rapeepong@ihppthaigov.net



คำนำ

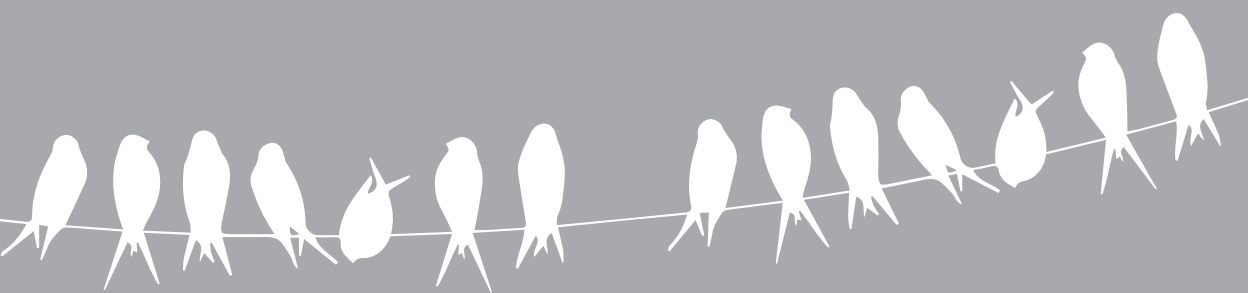
การศึกษาการตอบสนองของนโยบายและผลลัพธ์ของบัตรประกันสุขภาพประชากรต่างด้าวและผู้ติดตามในประเทศไทยได้จัดทำขึ้นโดยคณะนักวิจัยของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข และองค์กรเครือข่าย ซึ่งได้รับการรับรองการวิจัยในมนุษย์โดยสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ Prof. Anne Mills, ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา, รศ.ดร.พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร, นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์, นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้ให้คำแนะนำให้การศึกษาวิจัยนี้ลุล่วงไปด้วยดี คณะผู้ประสานงานที่ได้ให้ความช่วยเหลือมาโดยตลอด รวมถึงผู้ให้ข้อมูลในพื้นที่ที่ได้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการศึกษาในครั้งนี้ และผู้วิจัยขอขอบพระคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่สนับสนุนในการศึกษาและการจัดพิมพ์หนังสือเผยแพร่ผลการศึกษา เพื่อประโยชน์ของสาธารณะต่อไป

คณะผู้วิจัยยินดีอย่างยิ่งในการเผยแพร่รายงานผลการศึกษานี้ให้แก่ผู้ที่สนใจเพื่อเป็นประโยชน์ต่อสาธารณะ โดยสามารถเข้าถึงรายงานวิจัยฉบับนี้ได้โดยผ่านทางเว็บไซต์ของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (<http://www.ihppthai.gov.net/index.php/publications>) ทั้งนี้ หากมีความบกพร่องประการใด คณะผู้วิจัยขอน้อมรับความผิดพลาดนั้น และขอขอบคุณในคำแนะนำสำหรับการพัฒนาและปรับปรุงการศึกษาวิจัยในอนาคต เพื่อให้มีความถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น อันจะก่อประโยชน์สูงสุดต่อสังคมต่อไป

ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ และคณะ

30 สิงหาคม 2559



สารบัญ

รายนามนักวิจัย.....	1
คำนำ.....	3
บทสรุปผู้บริหาร.....	14
Executive summary.....	23
บทนำ.....	34
คำถามวิจัย.....	35
วัตถุประสงค์การศึกษา.....	35
วิธีการศึกษา.....	36
ประเด็นพิจารณาเชิงจริยธรรม.....	37
กรอบแนวคิดการศึกษา.....	38
พื้นที่ศึกษา.....	39
ผลการศึกษา.....	40
วัตถุประสงค์ที่ 1: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับทัศนคติ การรับรู้ การปฏิบัติของผู้ให้บริการสุขภาพแก่คนต่างด้าว.....	40
วัตถุประสงค์ 1 (ก): ตัวอย่างรูปแบบการจัดบริการสุขภาพของประเทศสำหรับคนต่างด้าวในประเทศ.....	40
วัตถุประสงค์ 1 (ข): การรับรู้ นโยบาย ทัศนคติ และการปรับตัวของบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ ในการให้บริการสุขภาพสำหรับคนต่างด้าว.....	49
วัตถุประสงค์ที่ 2: การรับรู้ นโยบายของบุคลากรสุขภาพและประชากรต่างด้าว.....	60

บริบทพื้นที่.....	60
วัตถุประสงค์ 2 (ก): การรับรู้นโยบายประกันสุขภาพคนต่างด้าวของผู้ให้บริการ	61
วัตถุประสงค์ 2 (ข): การรับรู้นโยบายประกันสุขภาพคนต่างด้าวของผู้รับบริการ.....	92
วัตถุประสงค์ที่ 3: ผลของบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวต่อการใช้บริการที่สถานพยาบาล และค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย	102
วัตถุประสงค์ที่ 4: การสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากผลการศึกษาใน วัตถุประสงค์ที่ 1-3	141
ข้อเสนอเชิงนโยบายในระดับมหภาค.....	142
ข้อเสนอเชิงนโยบายในเรื่องการบริหารจัดการระยะสั้น	145
ข้อจำกัดของการศึกษา	146
ข้อสังเกตถึงการศึกษาต่อในอนาคต.....	147
ภาคผนวก 1.....	150
ภาคผนวก 2.....	152
บรรณานุกรม	159

สารบัญรูปภาพ

รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา.....	38
รูปที่ 2 สิบจังหวัดแรกของประเทศไทยที่มีสัดส่วนแรงงานต่างด้าวที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพต่อประชากรในทะเบียนราษฎรไทยสูงที่สุด	39
รูปที่ 3 กระบวนการคัดเลือกวรรณกรรม.....	52
รูปที่ 4 ขั้นตอนการนำเข้าแรงงานต่างด้าวตามนโยบาย MOU.....	70
รูปที่ 5 ภาพรวมความสัมพันธ์ของนโยบายที่เกี่ยวกับคนต่างด้าวของประเทศไทยในแต่ละช่วงเวลา.....	78
รูปที่ 6 ภาพรวมของการขึ้นทะเบียนและประกันสุขภาพคนต่างด้าวตามนโยบายปัจจุบัน	79
รูปที่ 7 ยอดค่าใช้จ่ายส่งคนสงเคราะห์โรงพยาบาลระนอง พ.ศ.2554-2557.....	83
รูปที่ 8 ปริมาณการใช้บริการ IP รพ.ระนองแยกรายสิทธิ.....	107
รูปที่ 9 ปริมาณการใช้บริการ OP ของ CUP ระนองแยกรายสิทธิ.....	113
รูปที่ 10 ปริมาณการใช้บริการ IP รพ.กระบี่แยกรายสิทธิ.....	121
รูปที่ 11 ปริมาณการใช้บริการ OP ของ CUP กระบี่แยกรายสิทธิ.....	130
รูปที่ 12 การจัดสรรเงินของนโยบายบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าว	150
รูปที่ 13 การจัดสรรเงินของนโยบายบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	150
รูปที่ 14 การจัดสรรเงินของนโยบายบัตรประกันสุขภาพสำหรับผู้ติดตามที่เป็นเด็กอายุน้อยกว่า 7 ปี	151

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 ขอบเขตการให้บริการสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าวนอกระบบทะเบียนของ ประเทศในกลุ่มสหภาพยุโรป.....	41
ตารางที่ 2 คำศัพท์สับสนสำหรับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ	49
ตารางที่ 3 รายชื่อผู้ถูกสัมภาษณ์ที่เป็นบุคลากรในระบบสุขภาพและหน่วยงานอื่นที่ เกี่ยวข้อง.....	61
ตารางที่ 4 สรุปลักษณะของบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าว บัตรประกันสุขภาพแรงงาน ต่างด้าว และสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	80
ตารางที่ 5 รายชื่อคนต่างด้าวผู้ถูกสัมภาษณ์	93
ตารางที่ 6 จำนวนผู้ถือบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวแยกราย CUP ในปีงบประมาณ 2553-2557	104
ตารางที่ 7 ปริมาณการใช้บริการรวมทุกสิทธิ ในปีงบประมาณ 2553-2557	105
ตารางที่ 8 ลักษณะข้อมูลดิบจากสถานพยาบาล	106
ตารางที่ 9 ลักษณะข้อมูลที่ถูกจัดการแล้ว	106
ตารางที่ 10 คุณลักษณะพื้นฐานของผู้มารับบริการ IP ที่รพ.ระนอง	108
ตารางที่ 11 การวิเคราะห์อัตราการใช้บริการ IP ด้วย Poisson model ¹	111
ตารางที่ 12 คุณลักษณะพื้นฐานของผู้มารับบริการ OP ที่ CUP ระนอง.....	114
ตารางที่ 13 การวิเคราะห์อัตราการใช้บริการ OP ที่ CUP ระนอง ด้วย Poisson model ¹	117
ตารางที่ 14 ภาพรวมค่าใช้จ่าย ณ จุดบริการ ต่อครั้งการให้บริการ OP ที่ CUP ระนอง แยกรายสิทธิ	118
ตารางที่ 15 ผลการคำนวณโอกาสการจ่ายเงิน OP ของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ CUP ระนอง ¹	119

ตารางที่ 16 ผลการคำนวณจำนวนเงินที่จ่ายสำหรับบริการ OP ของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ใน CUP ระนอง ¹	120
ตารางที่ 17 ผลการคำนวณอิทธิพลของ Card ต่อ OOP การใช้บริการ OP ที่ CUP ระนอง หลังการประมวลผลจาก Two-part model.....	121
ตารางที่ 18 คุณลักษณะพื้นฐานของผู้มารับบริการ IP ที่รพ.กระบี่.....	123
ตารางที่ 19 การวิเคราะห์อัตราการใช้บริการ IP ที่รพ.กระบี่ ด้วย Poisson model ¹	125
ตารางที่ 20 ภาพรวมค่าใช้จ่าย ณ จุดบริการ ต่อครั้งการใช้บริการ IP ที่ รพ.กระบี่ แยก รายสิทธิ.....	127
ตารางที่ 21 ผลการคำนวณโอกาสการจ่ายเงิน IP ของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ รพ.กระบี่	127
ตารางที่ 22 ผลการคำนวณจำนวนเงินที่จ่ายสำหรับบริการ IP ของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ รพ.กระบี่.....	129
ตารางที่ 23 ผลการคำนวณอิทธิพลของ Card ต่อ OOP การใช้บริการ IP ของรพ.กระ บี่ หลังการประมวลผลจาก Two-part model.....	130
ตารางที่ 24 คุณลักษณะพื้นฐานของผู้มารับบริการ OP ที่ CUP กระบี่.....	131
ตารางที่ 25 การวิเคราะห์อัตราการใช้บริการ OP ที่ CUP กระบี่ ด้วย Poisson model ¹	133
ตารางที่ 26 ภาพรวมค่าใช้จ่าย ณ จุดบริการ ต่อครั้งการใช้บริการ OP ที่ CUP กระบี่ แยกรายสิทธิ.....	135
ตารางที่ 27 ผลการคำนวณโอกาสการจ่ายเงิน OP ของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ CUP กระบี่ ¹	135
ตารางที่ 28 ผลการคำนวณจำนวนเงินที่จ่ายสำหรับบริการ OP ของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ใน CUP กระบี่ ¹	136

ตารางที่ 29 ผลการคำนวณอิทธิพลของ Card ต่อ OOP ของบริการ OP ที่ CUP กระบุรี หลังจากประมวลผลจาก Two-part model.....	137
ตารางที่ 30 สรุปอิทธิพลของบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่ออัตราการใช้บริการผู้ป่วย นอกและผู้ป่วยใน และจำนวนเงินที่จ่ายเมื่อรับบริการ.....	138
ตารางที่ 31 การจัดการตัวแปรร่วมในการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้บริการและข้อมูล ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย	152

ดัชนีอักษรย่อ

คสช = คณะรักษาความสงบแห่งชาติ

พสต = พนักงานสาธารณสุขต่างด้าว

รพสต = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

สปสช = สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ศสมช = ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

อสต = อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว

อสม = อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ACSC = Ambulatory Case Sensitive Condition

AdjRW = Adjusted relative weight

ARV = Antiretroviral drug

CSR = Corporate Social Responsibility

CUP = Contracting Unit of Primary Care

ICD10 = International Classification of Diseases version 10

ILO = International Labour Organization

IOM = International Organization for Migration

IP = Inpatient

MOI = Ministry of Interior

IRR = Incidence rate ratio

MHW = Migrant health worker

MOL = Ministry of Labour

MOPH = Ministry of Public Health

MOU = Memorandum of Understanding on Employment Cooperation

NGO = Non-government organization

NHS = National Health Service

NHSO = National Health Security Office

OOP = Out of pocket payment

OP = Outpatient

OSS = One Stop Service

SE = Standard error

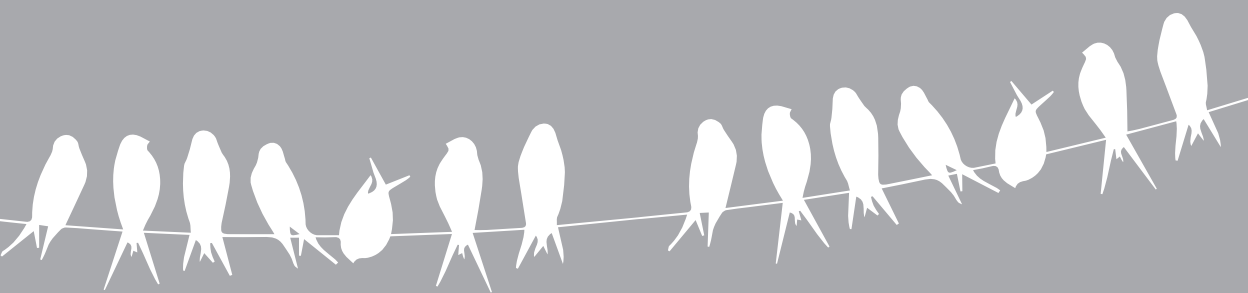
SD = Standard deviation

SHI = Social Health Insurance

UC = Universal Coverage

WHO = World Health Organization

95% CI = 95% Confidence interval



บทสรุปผู้บริหาร

บทสรุปผู้บริหาร

บทนำ

ปัญหาเรื่องสุขภาพของคนต่างด้าวเป็นประเด็นที่สำคัญในหลายประเทศ เนื่องด้วยในปัจจุบันการพัฒนาเศรษฐกิจและเทคโนโลยีทำให้การเคลื่อนย้ายถิ่นของประชากรทำได้สะดวกมากขึ้น ประเทศไทยก็มีความต้องการแรงงานต่างด้าวมากเพื่อการขับเคลื่อนเศรษฐกิจประเทศ ทำให้ปัญหาเรื่องสุขภาพคนต่างด้าวเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจจากทุกรัฐบาล รัฐบาลจึงดำเนินนโยบายขยายบัตรประกันสุขภาพแก่แรงงานต่างด้าวที่ไม่อยู่ในระบบประกันสังคมมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2547 และบริหารจัดการระบบโดยกลุ่มประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ควบคู่กับกระบวนการการพิสูจน์สัญชาติของกระทรวงมหาดไทยและการขอใบอนุญาตทำงานของกระทรวงแรงงาน ในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจนถึงการประเมินผลการดำเนินงานและการตอบสนองของนโยบายดังกล่าว เหตุผลดังกล่าวจึงนับเป็นวัตถุประสงค์หลักของการศึกษานี้

วัตถุประสงค์การศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์หลัก 4 ข้อคือ (1) เพื่อทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการจัดประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวและทัศนคติของผู้ให้บริการสุขภาพแก่คนต่างด้าวในวรรณกรรมต่างประเทศ (2) เพื่อสำรวจและวิเคราะห์ทัศนคติของผู้ให้บริการและทัศนคติของคนต่างด้าวต่อการดำเนินการนโยบายบัตรประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวในพื้นที่จริง (3) เพื่อประเมินปริมาณการใช้บริการของผู้มีบัตรประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวและจำนวนเงินที่ผู้ป่วยต้องจ่ายจากการใช้บริการ และ (4) เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับการพัฒนาและปรับปรุงนโยบายบัตรประกันสุขภาพในอนาคต

ระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยเลือกจังหวัดระนองเป็นพื้นที่ศึกษา และใช้ระเบียบวิธีวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยวิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้บริการและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องจำนวน 24 คนและคนต่างด้าว 11 คน และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากข้อมูลการใช้บริการของผู้ป่วยซึ่งเก็บที่สถานพยาบาล

การวิจัยเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการแก่นสาระ (thematic analysis)
การวิจัยเชิงปริมาณใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโมเดลทางเศรษฐมิติ

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่าระบบประกันสุขภาพคนต่างด้าวในประเทศไทยมีความซับซ้อนและค่อนข้างเปิดกว้างเมื่อเทียบกับการประกันสุขภาพคนต่างด้าวในหลายประเทศ เนื่องจากไม่จำกัดเฉพาะแรงงานต่างด้าวแต่รวมถึงคนต่างด้าวและผู้ติดตามทั้งหมด

อย่างไรก็ตามการดำเนินนโยบายยังพบปัญหาและความท้าทายในการปฏิบัติการมาก ความซับซ้อนนี้เนื่องจาก (1) นโยบายบัตรประกันสุขภาพมีเงื่อนไขเรื่อง การขึ้นทะเบียนกับกระทรวงมหาดไทยและการขอใบอนุญาตทำงานจากกระทรวงแรงงาน แต่โดยข้อเท็จจริงการบังคับใช้นโยบายการขึ้นทะเบียนไม่ได้มีประสิทธิภาพจริง คนต่างด้าวจำนวนมากไม่ได้อยู่ในระบบการจ้างงาน และนโยบายเกี่ยวกับการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยครั้ง (2) บริบทของจังหวัดระนองซึ่งมีพรมแดนติดต่อกับประเทศพม่าเป็นระยะทางยาวไกล ทำให้มีคนต่างด้าวเข้าออกในพื้นที่ได้ตลอดเวลา ซึ่งจำนวนมากไม่ได้เข้ามาเพื่อเป็นแรงงาน คนต่างด้าวจำนวนหนึ่งจึงต้องอาศัยระบบนายหน้าช่วยรับรองการเป็นนายจ้างเพื่อจะได้มีโอกาสขึ้นทะเบียนและเข้าถึงบัตรประกันสุขภาพ (3) กระทรวงสาธารณสุขเองก็มีศักยภาพไม่เพียงพอในการติดตามและประเมินผลการดำเนินนโยบายและทำให้การสื่อสารนโยบายเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (4) สถานพยาบาลเองมีทัศนคติว่าการประกันสุขภาพคนต่างด้าวไม่คุ้มทุน เนื่องด้วยมักมีเฉพาะคนป่วยมาซื้อบัตร และรายได้จากการขายบัตรรวมที่สถานพยาบาลเป็นรายๆ ไป ไม่ได้กระจายความเสี่ยงในระดับประเทศ สถานพยาบาลในพื้นที่จึงมีการปรับตัวในลักษณะต่างๆ เช่น อนุญาตให้เฉพาะคนที่แข็งแรงเท่านั้นที่ซื้อบัตรได้ หรือกำหนดช่วงเวลาที่ยบัตรจะมีผลนำมาใช้ได้หลังจากซื้อบัตรแล้ว (5) การปรับตัวที่สำคัญประการหนึ่งของสถานพยาบาลในพื้นที่มาตรการหนึ่งคือ การจ้างคนต่างด้าวมาทำงานในลักษณะพนักงานสาธารณสุขต่างด้าว เพื่อช่วยประสานระหว่างผู้ให้บริการกับคนต่างด้าวในชุมชน แต่ความยั่งยืนของนโยบายยังมีปัญหามาก เนื่องจากติดขัดในข้อกฎหมายเรื่องการจ้างคนต่างด้าวให้เป็นพนักงานในหน่วยงานของรัฐได้ ในปัจจุบันจึงใช้วิธีการขึ้นทะเบียนพนักงานสาธารณสุขต่างด้าว

เสมือนเป็นลูกจ้างคนรับใช้ในบ้านแทน และใช้งบประมาณในลักษณะการจัดทำโครงการส่งเสริมป้องกันโรค

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณพบว่าอัตราการใช้บริการของผู้ที่บัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวต่ำกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประมาณ 3-4 เท่า และผลของการมีบัตรประกันสุขภาพไม่ได้เพิ่มอัตราการใช้บริการสำหรับผู้ที่เคยมาบริการรักษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ ปัจจัยที่เพิ่มการให้บริการที่สำคัญ คือปัจจัยทางคลินิก นั่นคือ ภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเอง นอกจากนี้ยังพบว่าบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวช่วยลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยจากการใช้บริการได้อย่างมีนัยสำคัญ ประมาณ 157-756 บาทต่อครั้ง สำหรับบริการผู้ป่วยนอก และประมาณ 2,706 บาทต่อครั้งสำหรับการบริการผู้ป่วยใน

บทสรุปและข้อเสนอเชิงนโยบาย

จากการสังเคราะห์ผลการศึกษาทั้งหมด ทำให้ได้ข้อเสนอเชิงนโยบาย ดังนี้

ข้อเสนอเชิงนโยบายในระดับมหภาค

1. รัฐควรมีนโยบายที่ชัดเจนในการให้คนทุกคนในประเทศไทยมีการประกันสุขภาพ โดยไม่ผูกติดเงื่อนไขการประกันสุขภาพกับการทำงาน ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการมีบัตรประกันสุขภาพไม่ได้มีผลเพิ่มภาระงานของสถานพยาบาล แต่เป็นภาวะโรคของผู้ป่วยเอง ดังนั้น การกำหนดให้คนทุกคนในประเทศไทยมีการประกันสุขภาพ นอกจากจะช่วยรับรองการมีสุขภาพดีของผู้ประกันตนแล้ว ยังช่วยลดความเสี่ยงทางการเงินการคลังของสถานพยาบาล เนื่องจากสถานพยาบาลมีงบประมาณจากผู้ประกันตนที่เพิ่มขึ้น ไม่ต้องประสบกับการที่มีเพียงผู้ที่เจ็บป่วยแล้วเท่านั้นเข้ามาซื้อประกันสุขภาพ
2. การดำเนินนโยบายนี้ให้เกิดประสิทธิภาพต้องสร้างความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับเจ้าหน้าที่ทางมหาดไทยด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีเครือข่ายการทำงานและมีข้อมูลคนอยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบจากการจัดทำแฟ้มครอบครัวอยู่แล้ว การลดเงื่อนไขการประกันสุขภาพไม่ผูกติดกับการจ้างงานจึงน่าจะช่วยให้เครือข่ายการใช้

ประโยชน์จากคนต่างด้าวอย่างไม่เป็นธรรมหรือระบบนายหน้าผิดกฎหมาย
ลดลงด้วย

3. นโยบายประกันสุขภาพพึงเปิดกว้างตลอดเวลาและเป็นนโยบายพื้นฐานที่
กำหนดในตัวบทกฎหมายของประเทศในระดับพระราชบัญญัติหรือรัฐธรรมนูญ
มิใช่เป็นมติคณะรัฐมนตรีผ่อนผันเป็นครั้งคราวเหมือนในอดีต
4. การทำให้เกิดการประกันสุขภาพกับทุกคนบนแผ่นดินไทย มีทางเลือกได้ 3
กรณี ซึ่งควรมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป คือ

1) ให้ดำเนินการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- ข้อดีของทางเลือกนี้คือ (1) สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติมีทุนและ
ทรัพยากรการทำงานอยู่แล้ว (2) จำนวนผู้ประกันตนในสิทธิ
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็มีจำนวนมาก ซึ่งทำให้ความเสี่ยงทาง
การเงินการคลังในระบบประกันค่อนข้างต่ำ เนื่องจากเป็นการรวม
ความเสี่ยงในระดับประเทศ และ (3) การจัดการงบประมาณ สามารถ
ทำได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เช่น การเจรจาต่อรองในการจัดซื้อยา
และเวชภัณฑ์ที่มีราคาสูง ทำให้ชุดสิทธิประโยชน์ของการประกัน
สุขภาพคนต่างด้าวใกล้เคียงกับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้
มากยิ่งขึ้น และยังสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข
และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการผสมผสานระบบประกัน
สุขภาพต่างๆ เข้าด้วยกัน
- ข้อเสียและข้อจำกัดของทางเลือกนี้คือ การต้องทำความเข้าใจและการ
ยอมรับจาก หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ทั้งสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นๆ
ที่เกี่ยวข้องทางการเมืองให้มีการพิจารณาขอบเขตหน้าที่และ
เจตนาารมณ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้สามารถ
ดำเนินการประกันสุขภาพกับคนทุกคนในประเทศไทยได้โดยไม่ขัดกับ
ข้อจำกัดทางกฎหมายที่สำนักงานกฤษฎีกาเคยมีการตีความว่า
ขอบเขตของการประกันสุขภาพโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพ
จำกัดเฉพาะคนสัญชาติไทยเท่านั้น

2) ให้ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข

- ข้อดีของทางเลือกนี้ คือ (1) กระทรวงสาธารณสุข โดยกลุ่มประกันสุขภาพมีบทบาทในการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพคนต่างด้าวมา ยาวนาน มีฐานข้อมูลเดิมของผู้ประกันตนซึ่งจะต่อยอดการทำงานได้ โดยง่าย และ (2) กระทรวงสาธารณสุข มีข้อติดขัดในเชิงกฎหมายเรื่อง ขอบเขตการทำงานในเชิงกฎหมายอันเกี่ยวกับประชากรกลุ่มเป้าหมาย น้อยกว่าสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- ข้อเสียและข้อจำกัดของทางเลือกนี้คือ (1) กลุ่มประกันสุขภาพมีทุน และทรัพยากรที่จำกัด (2) ความเสี่ยงทางการเงินการคลังของกองทุน ประกันสุขภาพนี้ค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับการรวมความเสี่ยงของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากจำนวนผู้ประกันตนมี น้อยกว่า และอาจขัดกับทิศทางสาธารณสุขของประเทศที่มุ่งหวังใน การผสมผสานระบบประกันสุขภาพต่างๆ เข้าด้วยกัน

3) ให้ดำเนินการโดยสำนักงานประกันสังคม

- ข้อดีของทางเลือกนี้คือ (1) สำนักงานประกันสังคมมีศักยภาพอยู่ พอควรในการบริหารจัดการกองทุน เนื่องจากต้องดูแลผู้ประกันตนที่มี อยู่แล้ว (2) การเชื่อมโยงให้ผู้ที่ได้รับใบอนุญาตทำงานได้รับสิทธิ ประกันสุขภาพเป็นภาคบังคับทำให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (3) สิทธิ ประโยชน์ของระบบประกันสังคมรวมสิทธิประโยชน์อื่นๆ มากกว่าเรื่อง สุขภาพ ทำให้การคุ้มครองสุขภาพของผู้ประกันตนมีความครบถ้วนมาก ขึ้น
- ข้อเสียและข้อจำกัดของทางเลือกนี้คือ (1) กฎหมายของระบบ ประกันสังคมยังครอบคลุมเฉพาะแรงงานต่างด้าว ยังไม่มีความชัดเจน ในการดูแลคนต่างด้าวที่ไม่ได้อยู่ในระบบการจ้างงาน หรือไม่ได้อยู่ใน กลุ่มอาชีพที่กระทรวงแรงงานอนุญาตให้คนต่างด้าวทำงานได้ หรือใน กลุ่มที่ไม่มีนายจ้างชัดเจน, และ (2) ด้วยระเบียบปัจจุบัน ระบบ ประกันสังคมมีการหักเงินเดือนของผู้ประกันตนทุกเดือน ซึ่ง ผู้ประกันตนแรงงานต่างด้าวมักใช้บริการน้อยด้วยอยู่ในวัยแรงงาน

อาจไม่ยินดีที่จะให้มีการร่วมจ่ายทุกเดือน และมีความเสี่ยงที่ผู้ประกันตนอาจหลุดออกจากระบบในระยะยาว

ข้อเสนอเชิงนโยบายในเรื่องการบริหารจัดการระยะสั้น

1. กระทรวงสาธารณสุขพึงสนับสนุนให้กลุ่มประกันสุขภาพ หรือหน่วยงานที่ร่วมรับผิดชอบด้านการประกันสุขภาพคนต่างด้าวมีศักยภาพองค์กรมากขึ้น ทั้งกำลังคนและเทคโนโลยี เช่น การมีสายด่วนโทรศัพท์ให้ผู้รับบริการและผู้ให้บริการทั้งคนไทยและคนต่างด้าวสามารถติดต่อกับหน่วยงานที่รับผิดชอบและร้องเรียนการบริการได้ตลอดเวลาอันจะเป็นการช่วยให้กระทรวงสาธารณสุขสามารถประเมินผลและติดตามการทำงานของแต่ละสถานพยาบาลในการดูแลสุขภาพของคนต่างด้าวให้มีประสิทธิภาพดีขึ้นด้วย
2. กระทรวงสาธารณสุขพึงเร่งประชาสัมพันธ์ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และประกาศเรื่องการประกันสุขภาพให้ชัดเจนว่านโยบายประกันสุขภาพสำหรับผู้ที่มีไข้แรงงานตามมติคณะรัฐมนตรีวันที่ 15 มกราคม พ.ศ. 2556 ยังเปิดกว้างอยู่ อันจะเป็นการแก้ปัญหาการตีความของสถานพยาบาลว่าการประกันสุขภาพคนต่างด้าวในปัจจุบันจำกัดเฉพาะแรงงานและผู้ติดตามเท่านั้นและควรปลดเงื่อนไขการตรวจสุขภาพคนต่างด้าวทั่วไปที่มีไข้แรงงานที่ปรากฏในประกาศกระทรวงสาธารณสุขไม่ให้มีเงื่อนไขแบบเดียวกับการประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว เพราะเงื่อนไขดังกล่าวมีฐานคิดจากการออกใบอนุญาตทำงาน ไม่ใช่จากฐานคิดเรื่องการประกันสุขภาพ
3. กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน พึงเร่งประสานข้อมูลระหว่างกันเพื่อให้ผู้ที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติแล้วและทำงานในสถานประกอบการ เปลี่ยนผ่านจากการประกันสุขภาพโดยกระทรวงสาธารณสุขสู่การประกันสุขภาพโดยสำนักงานประกันสังคมตามหลักการที่กฎหมายบัญญัติ
4. กระทรวงสาธารณสุขพึงประสานข้อมูลกับกระทรวงแรงงาน และกระทรวงมหาดไทย ในการติดตามผู้ที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพแล้ว แต่ต่อมาหายไปจากระบบ ซึ่งหากพบว่าเป็นผู้ที่ไม่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติ และไม่สามารถกลับประเทศต้นทางได้ บุคคลเหล่านี้ต้องได้รับการแก้ปัญหาสถานะบุคคลอย่างเป็นระบบ และได้รับการคุ้มครองสิทธิพื้นฐานเสมือนผู้ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิซึ่ง

กระทรวงสาธารณสุขมีระบบประกันสุขภาพของผู้มีปัญหาด้านและสิทธิตามมติ คณะรัฐมนตรีวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2553 รองรับอยู่แล้ว

5. กระทรวงสาธารณสุขพึงเร่งหรือกับกระทรวงแรงงานในการทำให้สถานพยาบาลสามารถจ้างงานพนักงานสาธารณสุขต่างด้าวได้อย่างยั่งยืน ให้เข้าสู่การเป็นลูกจ้างของสถานพยาบาลตามระบบปกติ เนื่องด้วยในปัจจุบันบทบาทของพนักงานสาธารณสุขต่างด้าวยังมีความสำคัญยิ่ง ในการเข้าถึงถึงคนต่างด้าวในชุมชนที่เป็นผู้ด้อยโอกาส และเป็นสื่อประสานระหว่างคนต่างด้าวในชุมชนและผู้ให้บริการในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

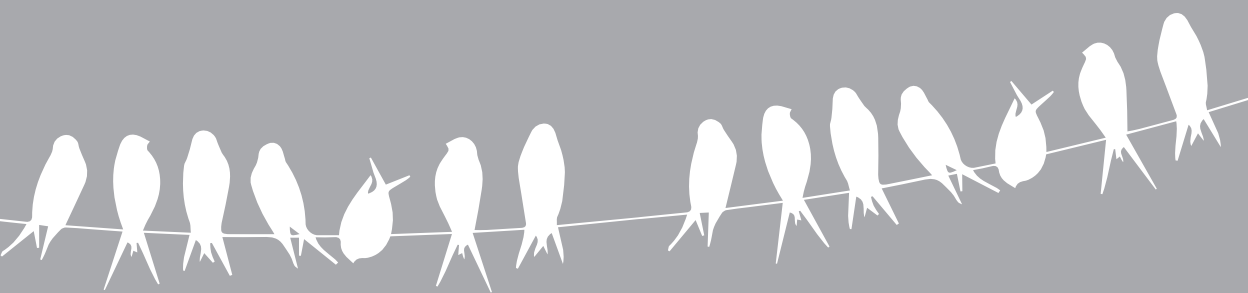
ข้อสังเกตถึงการศึกษาต่อในอนาคต

ข้อเสนอต่อไปนี้เป็นข้อสังเกตของผู้วิจัยที่สามารถพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายได้ แม้ยังไม่สามารถตอบจากการศึกษานี้ได้ชัดเจน แต่น่าจะเป็นประเด็นศึกษาในอนาคตได้ อันได้แก่

1. เพื่อให้การประกันสุขภาพคนทุกคนบนประเทศไทยทำได้จริงในทางปฏิบัติ ควรกำหนดให้บุคคลทุกคนที่ขึ้นทะเบียนประวัติหรือทะเบียนราษฎรไม่ว่าจะเป็นบุคคลที่มีถิ่นที่อยู่ถาวรในประเทศไทย หรือบุคคลที่เข้ามาในเมืองไทยเป็นการชั่วคราว เพื่อการทำงานหรือการศึกษา ซึ่งมีระยะเวลาอยู่อาศัยในเมืองไทยแน่นอน หากไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคมพึงได้รับการประกันสุขภาพของรัฐเช่นเดียวกับคนสัญชาติไทย
2. การประกันสุขภาพภาคบังคับจะเกิดขึ้นไม่ได้หากยังเป็นระบบการซื้อประกันอยู่ ดังนั้นหากจะให้การประกันสุขภาพเกิดขึ้นได้จริงควรมีนโยบายให้การประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวที่ไทย บุคคลที่เข้ามาในเมืองไทยเพื่อการทำงานหรือการศึกษา ซึ่งมีระยะเวลาอยู่อาศัยในเมืองไทยแน่นอนแล้ว เป็นเรื่องของสิทธิซึ่งทุกคนพึงได้รับ
3. ผู้ที่เข้ามาอยู่ในประเทศไทยในลักษณะข้ามไปมาในระยะเวลาสั้นๆ หรือเพื่อประสงค์มารับบริการสาธารณสุขโดยเฉพาะ ควรมีนโยบายภาคบังคับให้ซื้อประกันสุขภาพตั้งแต่จุดควบคุมการเข้าสู่ประเทศ โดยมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงราคาบัตรประกันสุขภาพและชุดสิทธิประโยชน์ที่เหมาะสมต่อไป
4. กระทรวงสาธารณสุขควรเร่งหรือกับสถานพยาบาลในการช่วยสถานพยาบาลประกันความเสี่ยงให้มากขึ้นกว่านี้ ด้วยปัจจุบันรายได้จากการขายบัตรรวมที่

สถานพยาบาลกเว้นการบริการค่าใช้จ่ายสูง และยาต้านไวรัส HIV/AIDS ทำให้สถานพยาบาลบางแห่งที่มีแต่ผู้ที่เจ็บป่วยแล้วมาซื้อบัตรประกันสุขภาพมีความเสี่ยงต่อภาวะขาดทุน โดยในเบื้องต้นอาจใช้ระบบของสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งเก็บงบสำหรับการบริการผู้ป่วยในมาที่ส่วนกลางและมีระบบการเบิกจ่ายเงินด้วยกลุ่มวินิจัยโรคร่วมวิธีดังกล่าวจะทำให้เกิดความยั่งยืนทางการคลังในระบบมากขึ้น เนื่องจากการรวมความเสี่ยงในระดับประเทศ

5. ในระหว่างที่การจัดระบบประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวยังไม่สมบูรณ์ พึงมีสิทธิขั้นพื้นฐานที่บุคคลทุกคนไม่ว่าสถานะทางกฎหมายใดสามารถเข้ารับการบริการได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายซึ่งบทเรียนจากต่างประเทศในการทบทวนวรรณกรรมของการศึกษานี้ พบว่าสิทธิขั้นพื้นฐานเหล่านั้นได้แก่ การบริการอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรคติดต่อที่มีความเสี่ยงทางสาธารณสุข และการเจ็บป่วยร้ายแรงถึงชีวิต โดยสถานพยาบาลที่ให้การรักษาสสามารถเบิกงบประมาณจากรัฐได้ ซึ่งรูปแบบการบริหารจัดการงบประมาณพึงมีการศึกษาต่อไป



Executive summary

Introduction

At the present age, health of migrants is an issue on a spotlight in many countries. This is due to a rapid economic growth and a swift change in communication and transportation technology around the globe. Thailand also has a huge demand on migrant labour, and the recent governments always paid much attention on this matter. In 2004, the government introduced 'Health Insurance Card' for cross policy for cross-border migrants, who were not covered by the Social Health Insurance (SHI). The insurance was regulated by the Health Insurance Group (HIG) under the Ministry of Public Health (MOPH), and was tied with the nationality verification process (managed by the Ministry of Interior (MOI)) and the registration for legitimate work permit (managed by the Ministry of Labour (MOL)). So far, there has been very few studies exploring the management and performance of the insurance. The aforementioned reason thus becomes the objectives of this study.

Study objectives

The study has 4 main objectives: (1) to systematically review evidence of the management of health insurance and the attitudes of healthcare providers in healthcare practice for migrants from international literature, (2) to explore attitudes of local healthcare providers and migrant patients on the operation of health insurance policy for migrants in the real setting, (3) to assess the effect of the insurance on volume of use and out of pocket payment (OOP) of migrants, relative to the uninsured migrants and Thai beneficiaries, and (4) to synthesise policy recommendations for better management of the health insurance policy for migrants in the future.

Methodology

Ranong province was served as study site. The study employed both qualitative and quantitative methods. Data collection techniques were composed of: (1) a systematic review, (2) in-depth interviews with 24 local healthcare providers and 11 migrant patients, and (3) the investigation of routine facility-based data. Thematic analysis was used for qualitative data analysis and econometric models were used for quantitative data analysis.

Results

The management of health insurance policy for cross-border migrants in Thailand was quite complex. The policy was also open to all types of migrants.

However, there has been a number of operational problems and challenges because: (1) In theory, the process of buying the insurance card is tightly linked with the acquisition of legitimate residence permit, managed by the MOI, and the registration of work permit, regulated by the MOL. In fact, the enforcement of such regulation is ineffective. A large number of migrants were not registered for the work permit. In addition, the registration policies (by the three ministries) were inconsistent and frequently changed over time, (2) The policy does not fit the local context of Ranong province since the province has a long border connecting to Myanmar, which renders the cross-border control difficult. Many migrants enter the country for various purposes rather than seeking for jobs. Thus, some migrants relied on "brokers" to make them accessible to the registration process (in order to acquire the work permit and then be eligible to buy the insurance card), (3) The MOPH does not have sufficient institutional capacity in regulating, and monitoring the performance of each facility in implementing the insurance scheme. This

problem is intermingled with inadequate communication between the MOPH and the local authorities, (4) Many healthcare providers viewed that the insurance is always running deficit. This is because the healthy migrants are not willing to buy the card, and the pooling size is too small (the card revenue is collected at each individual facility). Accordingly, some health facilities adapt the policy by various means, such as allowing only healthy migrants to buy the card, and imposing a lag time between the starting valid day and the time of buying the card, (5) One of adaptive measures of health facility is hiring migrants to work as 'migrant health workers (MHW)', serving as bridging personnel between migrants in nearby communities and the local providers. However, the sustainability of this measure is questionable due to the limitation of law on the work of migrants, which still disallows official authorities to hire migrants as official employees. Many healthcare providers hence find a way out by hiring migrants as their house maids, but in fact these migrant employees are still working as MHWs.

The quantitative analysis shows that the utilisation rate of migrants was about 3-4 folds was low as the Thai beneficiaries, covered by the Universal Coverage (UC) scheme. The absolute effect of having the card (after adjusting all covariates) did not significantly increase the volume of use of the patients, who ever visited a facility. The key factor of increasing the use is clinical factor that is a patient's disease status per se. Moreover, the card was proved to reduce the OOP of migrants at point of care by 157-756 Baht per outpatient visit and 2,706 Baht per inpatient visit.

Conclusions and policy recommendations

After synthesising findings from all study objectives, the following recommendations are proposed:

Long term macro-level recommendations

1. The government should have strong political message that all persons in Thailand, regardless of legal status, must have health security. Delinking health insurance with the working condition is one of the key measures. The evidence shows that the migrant health insurance card per se does not increase the utilisation burden on health facilities. On the contrary, the universal coverage policy (to all citizens) is likely to increase financial stability of the facilities since the facilities will acquire more revenue from having more insurers. This measure will indirectly bar migrants from involving with illegal brokers.
2. The MOPH should build up collaboration between local healthcare providers and the local MOI officers in surveying all migrant households in the nearby communities. The health sector already had some networks in reaching the hard to reach populations (such as the establishment of family folders and through the work with MHWs). This is a routine work of healthcare providers, and if the information of this work is better used, the insurance policy will be more easily and effectively introduced.
3. There should be strong legal instruments, such as Act or Constitution, that supports the policy on insuring health of migrants. Hitherto, the migrant insurance policies have been in endorsed according to the many Cabinet Resolutions, which were frequently changed due to fluctuating political directions.
4. To make the stewardship of the insurance system more effective, there are three options to be considered as the following. However, more studies are recommended to determine which option is more suitable to the existing healthcare context in Thailand.

1) Managing the migrant insurance policy by the National Health Security Office (NHSO):

- The advantages of this option are: (1) the NHSO has established a strong institutional capacity (funding, technology, and human resources), (2) the NHSO has larger pooling size, which makes the financial risk shared at a country level, and (3) the larger pooling size will lead to a strong negotiating power in purchasing high-cost drugs or medical items. This approach also will be in line with the government direction and the vision and strategy of the MOPH and the NHSO in harmonising benefit packages of different insurance schemes.
- The disadvantage or challenging point of this option is that there must be a strong political message and must be a process in seeking acceptance and common understanding from all stakeholders. This is due to the history of such movement in dealing with the insurance for stateless people in Thailand. The Council of State of Thailand already judged that the role and responsibility of the NHSO is confined only to people with Thai nationality.

2) Managing the migrant insurance policy by the MOPH.

- The advantages of this option are: (1) the HIG of MOPH has been regulating the migrant insurance scheme for over a decade, thus the authority has more or less learned from many operational challenges of the scheme from the past, and (2) the MOPH faces less

legal obligation regarding the target population, compared to the NHSO, of which the work is restricted to the National Health Act 2002.

- The challenging points of this option are: (1) the HIG has far less institutional capacity in effectively managing the scheme for over a million beneficiaries, (2) the financial risk is much smaller in size compared to the pooling system of the UC scheme, and (3) the approach may contradict the direction of the government in harmonising various insurance schemes of the country.

3) Managing the migrant insurance policy by the Social Security Office (SSO)

- The advantages of this option are: (1) the SSO has some capacities and resources in managing the migrant insurance as it is the main governing body of the existing SHI policy, (2) the enforcement in issuing work permit in conjunction with insuring the migrant workers is likely to be done more effectively, and (3) the SHI benefit package does cover beyond health benefit; accordingly, the protection of well being of migrants can be done more comprehensively.
- The challenging points of this option are: (1) the legal instruments of the SSO still cover only migrants with work permit (with employers) and those in the formal sector; so far, there is no obvious policy from the SSO that attempts to cover the unemployed or the self-employed or those in the informal sector, and (2) with the existing regulation, there is a high possibility that

some migrant employees will drop out from the SHI as most of them are in working ages and, normally, their hospital utilisation is comparatively low.

Short term operational-level recommendations

1. The MOPH should increase the capacity of the HIG soonest, in terms of both human resources and technology. Many regulatory measures should be introduced soonest, such as the establishment of hot-line calling system, which is open to the public. This will provide opportunity to both Thai and migrant citizens to voice their concern over the performance of each facility, which in turn rendering a more robust monitoring system of the HIG.
2. The MOPH should launch a strong political message to the public and communicate with the local providers that the insurance scheme is still open to "all migrants" according to the Cabinet Resolution on 15 January 2013, not only "migrant workers". Besides, the MOPH should call off the regulation that allows only healthy migrants who are fit enough to work to be insured. The reason of terminating this regulation is the medical screening requirement is based on the concept of issuing a work permit, and this should be independent from the health insuring process.
3. The information of the MOPH insurance scheme should be integrated with the SHI. This recommendation is proposed in order to track records of migrants, who have already passed the nationality verification and registered with employers in the formal sector since, by law, the insurance of these migrants should be switched to the SHI.
4. The MOPH should work closely with the MOI and the MOL to track records of migrants who failed to verified their nationality. In other

words, the government in the country of origin did not recognise their existence. These migrants will become "stateless" persons. Thus if the MOPH is able to track records of the stateless persons, this group of population should be insured by the stateless insurance, which has been operated since 2010. Therefore, a seamless information linking system is a crucial matter.

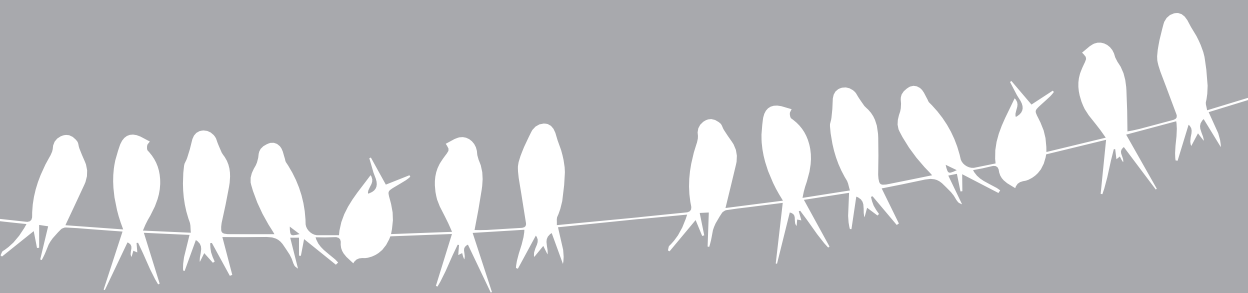
5. The MOPH should find agreement with the MOL in order to address limitation in hiring migrants to work as health personnel. Evidence shows that MHWs have important role in reaching the hard-to-reach population in executing health promoting and disease prevention programmes in migrant communities.

Potential studies in the future

The following observations are from the synthesis of the research team. Though they do not have a strong link with the result section, they can serve as the issues for future studies, which are:

1. In order to make all residents in Thailand insured of their health, anybody who has already registered himself/herself with the civil registry regardless of his/her purpose of entry, if he/she is not covered by the SHI, should be insured by the migrant insurance scheme managed by the government in the same way as Thai citizens
2. The insurance policy should not be executed by (voluntarily) "buying" the card. In contrast, the insurance should be viewed as "right" to all citizens, who have definite staying duration in the country. Migrants, who enter the country for a very short period, such as those commuting between border on a daily basis, should be obliged to pay for the card at the point of entry.

3. Further research on appropriate premium and benefit package for migrants commuting across the border for a short period of time is recommended.
4. The MOPH should reallocate the revenue of the scheme to have bigger central pooling. This measure will address the adverse selection phenomenon (only healthy migrants acquire the insurance card) faced by many health facilities. To date, only high cost care and expense for antiretroviral drugs for HIV/AIDS are pooled at the central level. Basically, the migrant insurance may adopt the system of the UC scheme by pooling IP budget at the central level and then purchasing through the Diagnostic related groups (DRGs) with global budget, which is proved sustainable and more financially protected.
5. While the insurance system for migrants are not effectively implemented, according to lessons from the literature review, the Thai government should implement the healthcare policy that ratifies essential benefit packages, such as emergency and accident care, and care for infectious diseases with public health threats for all patients regardless of citizenship status; and the health facilities that provide such care can reimburse cost of treatment from the government. However, the extent and scope of essential care should be explored later.



บทนำ

บทนำ

ปัญหาเรื่องสุขภาพของคนต่างด้าวเป็นประเด็นที่สำคัญในหลายประเทศ เนื่องด้วยในปัจจุบันการพัฒนาเศรษฐกิจและเทคโนโลยีทำให้การเคลื่อนย้ายถิ่นฐานของประชากรทำได้สะดวกมากขึ้น องค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน (The international Organization for Migration: IOM) ได้รายงานไว้ในปี 2543 ว่าคนต่างด้าวมีย่านวนมากกว่าร้อยละ 3 ของประชากรทั่วโลก¹ ทั้งนี้ไม่เพียงเฉพาะประเทศพัฒนาแล้วเท่านั้นที่เป็นจุดหมายของคนต่างด้าว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแรงงานข้ามชาติ จำนวนแรงงานข้ามชาติที่ย้ายถิ่นฐานเข้าสู่ประเทศกำลังพัฒนามีมากขึ้น²

ด้วยการนี้หน่วยงานด้านสุขภาพระหว่างประเทศจำนวนมาก เช่น องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO)^{3,4} และสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ² ได้ตระหนักในความสำคัญของสุขภาพของคนต่างด้าว ดังปรากฏหลักฐานจากมติที่สมัชชาอนามัยโลก WHR60.27 ในปี 2550³ และ WHR61.17 ในปี 2551⁴ ที่เรียกร้องให้ประเทศสมาชิกพัฒนาและปรับปรุงนโยบายสุขภาพที่เหมาะสมและมีความจำเพาะกับคนต่างด้าวมากขึ้น (migrant-sensitive health policies)

สำหรับประเทศไทยปัญหาสุขภาพคนต่างด้าวก็มีความสำคัญยิ่ง เนื่องด้วยจำนวนคนต่างด้าวในประเทศไทยมีจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง เฉพาะจำนวนแรงงานต่างด้าวที่จดทะเบียนกับกระทรวงแรงงานเพิ่มขึ้นจาก 826,329 คน ในปี 2549 เป็น 1,133,851 คน ในปี 2555⁵ นอกจากนั้นแรงงานต่างด้าวนับเป็นผู้ขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศที่สำคัญ จากรายงานขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (The International Labour Organization: ILO) ในปี 2550 แรงงานต่างด้าวในประเทศไทยสร้างรายได้กว่าร้อยละ 6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ⁶ และแรงงานต่างด้าวมักทำงานที่มีความเสี่ยงสูงที่แรงงานไทยส่วนใหญ่ไม่สนใจ เช่น กลุ่มงานสาม Ds (dirty-dangerous-difficult jobs)⁷

รัฐบาลไทยจึงได้วางมาตรการโดยคำนึงถึงความสมดุลระหว่างความจำเป็นทางเศรษฐกิจ ความมั่นคงทางสาธารณสุขของประเทศ โดยการดำเนินนโยบายขยายบัตรประกันสุขภาพแก่แรงงานต่างด้าวที่ไม่อยู่ในระบบประกันสังคม ซึ่งดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2547 และบริหารจัดการโดยกลุ่มประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ควบคู่กับกระบวนการการพิสูจน์สัญชาติของกระทรวงมหาดไทยและการขอใบอนุญาตทำงานของกระทรวงแรงงาน และหน่วยงานทางสาธารณสุขที่สำคัญไม่ว่าจะเป็นกระทรวง

สาธารณสุขหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็กำหนดวิสัยทัศน์ขององค์กร สอดคล้องกัน คือ การให้การดูแลสุขภาพของบุคคลทุกคนบนแผ่นดินไทย⁸

อย่างไรก็ตามแม้นโยบายการขยายบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการมาอย่างยาวนาน แต่ยังไม่มีการประเมินผลที่ชัดเจนถึงผลการดำเนินงาน และการตอบสนองของนโยบายดังกล่าวทั้งในมุมมองของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ด้วยคำถามวิจัยดังกล่าวจึงมาซึ่งการศึกษาในครั้งนี้

คำถามวิจัย

1. ผู้ให้บริการในระดับปฏิบัติการมีทัศนคติ รับรู้ และตอบสนองต่อนโยบายบัตรประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวอย่างไร และเหตุใดจึงตอบสนองต่อนโยบาย ในลักษณะดังกล่าว
2. คนต่างด้าวมีทัศนคติ รับรู้ และตอบสนองต่อนโยบายบัตรประกันสุขภาพ อย่างไร และบัตรประกันสุขภาพตอบสนองความต้องการทางสุขภาพของคนต่างด้าวเหล่านั้นอย่างไร
3. ผลของนโยบายบัตรประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวมีผลต่อปริมาณการใช้บริการและภาระทางการเงินของแรงงานข้ามชาติ ณ สถานพยาบาลเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับ
 - ก. รูปแบบการจัดประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวในต่างประเทศ
 - ข. ทัศนคติ การรับรู้ การปฏิบัติการของผู้ให้บริการสุขภาพแก่คนต่างด้าว
2. เพื่อสำรวจและวิเคราะห์ว่า
 - ก. นโยบายบัตรประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวได้ดำเนินการอย่างไรในพื้นที่จริง เปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์และเป้าหมายตั้งต้นของนโยบาย
 - ข. การรับรู้ของคนต่างด้าวต่อนโยบายเป็นอย่างไร คนต่างด้าวได้ซื้อบัตรหรือไม่ และเหตุใดจึงได้ซื้อหรือไม่ซื้อบัตร และบัตรประกันสุขภาพนี้ ช่วยส่งเสริมการใช้บริการได้อย่างไร

3. เพื่อประเมินว่านโยบายบัตรประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวมีผลเพิ่มปริมาณการใช้บริการกับคนต่างด้าวที่ไม่ได้ประกันตนและเปรียบเทียบกับคนไทยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และส่งผลลดรายจ่ายของผู้ประกันตน ณ จุดบริการได้เพียงใด เปรียบเทียบ
4. เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับการพัฒนาและปรับปรุงนโยบายบัตรประกันสุขภาพนี้ในอนาคต

วิธีการศึกษา

1. วัตถุประสงค์ที่ 1 ใช้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review)
2. วัตถุประสงค์ที่ 2 ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ มีการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เป็นเทคนิคการรวบรวมข้อมูลหลักโดยตรวจสอบความตรงของข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) ด้วยการสนทนาอย่างไม่เป็นทางการ (informal conversation) การทบทวนเอกสาร (document review) และการสังเกต
3. วัตถุประสงค์ที่ 3 ใช้วิธีการศึกษาเชิงปริมาณ โดยวิเคราะห์ข้อมูลการใช้บริการของสถานพยาบาลและค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยด้วยวิธีเศรษฐมิติ (econometric analysis)
4. วัตถุประสงค์ที่ 4 ใช้การสังเคราะห์ข้อมูลจากวัตถุประสงค์ที่ 1-3 และใช้การประชุมผู้เชี่ยวชาญ

รายละเอียดของวิธีการศึกษาในแต่ละวัตถุประสงค์วิจัย (เช่น คำถามสัมภาษณ์ คุณลักษณะผู้ถูกสัมภาษณ์ คำศัพท์สืบค้น การทบทวนวรรณกรรม สมการเศรษฐมิติ การกำหนดตัวแปรสมการ) อธิบายไว้เพิ่มเติมในส่วนหัวข้อผลการศึกษา ดังได้แสดงไว้ส่วนต่อไป

ประเด็นพิจารณาเชิงจริยธรรม

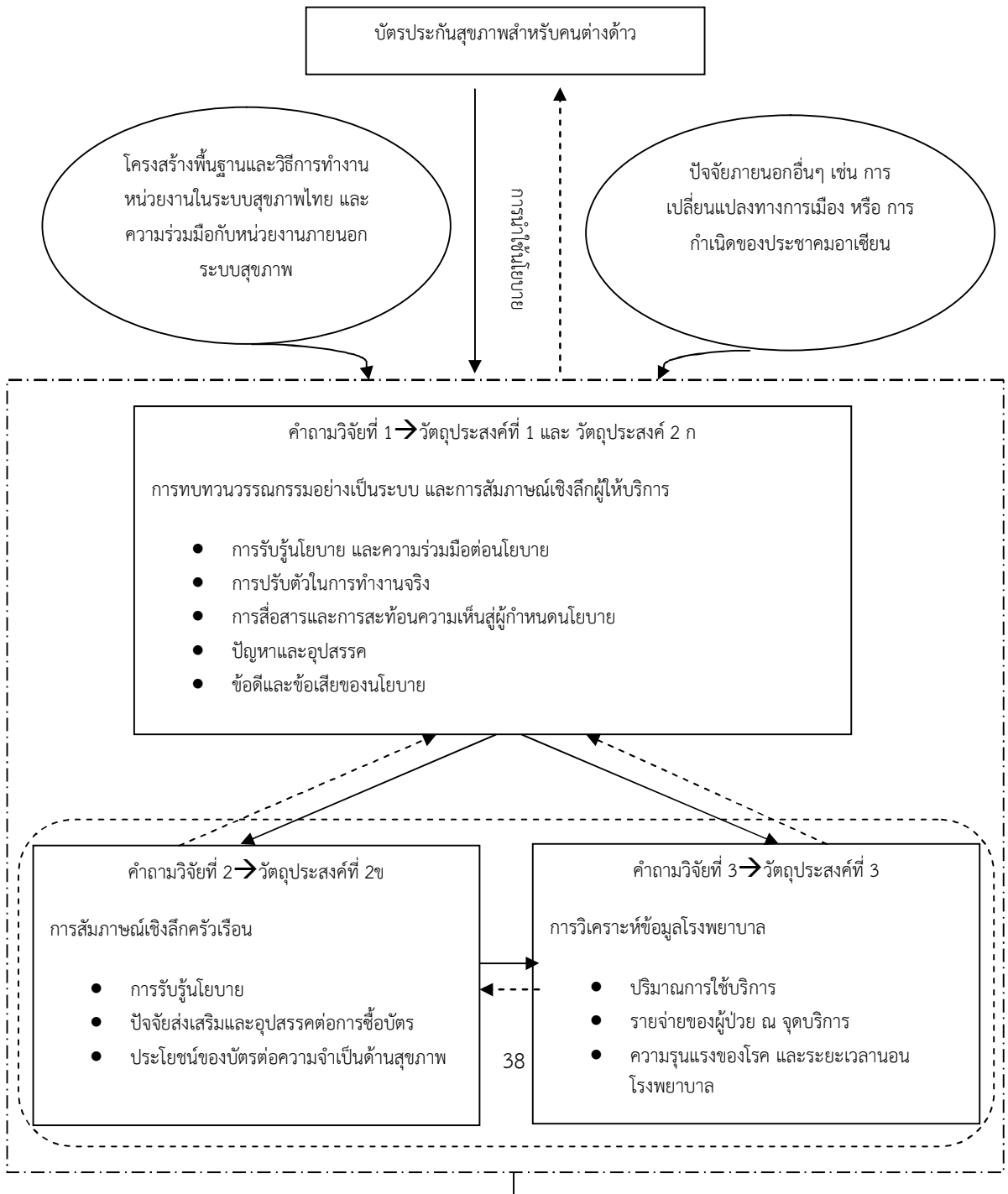
การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาเชิงจริยธรรมสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (จดหมายเลขที่ สคม.166/2558) ผู้ถูกสัมภาษณ์และข้อมูลจากสถานพยาบาล จะได้รับการปกปิดข้อมูลเป็นความลับและนำเสนอเฉพาะประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผู้ถูกสัมภาษณ์ได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์การสัมภาษณ์ ที่มาของการศึกษาและขออนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนบันทึกเทปทุกครั้ง (ยกเว้นคนต่างด้าวที่ถูกสัมภาษณ์หากลำบากใจในการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร อนุโลมให้ใช้การอนุญาตปากเปล่าได้แทน โดยผู้วิจัยลงนามแทน) ผู้ถูกสัมภาษณ์มีสิทธิปฏิเสธการตอบคำถามหรือถอนตัวจากการศึกษาได้ทุกเมื่อหากรู้สึกไม่สบายใจ หรืออึดอัดในข้อคำถาม ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับเอกสารแนะนำการศึกษา และเอกสารคำแนะนำหรือแจ้งข้อมูลแก่ผู้ถูกวิจัย (information sheet) เป็นภาษาไทย และใบยินยอมให้ทำวิจัยของอาสาสมัคร (consent form) เป็นภาษาไทยซึ่งมีข้อมูลติดต่อผู้วิจัยระบุไว้ หากผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถอ่านภาษาไทยได้ จะมีล่ามแปลข้อความให้รับทราบเสมอและมีเอกสารที่แปลเป็นภาษาพม่าประกอบไปด้วย

กรอบแนวคิดการศึกษา

กรอบแนวคิดการศึกษาได้แสดงไว้ในรูปที่ 1 ต่อไปนี้

รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา



พื้นที่ศึกษา

ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลทั้งในส่วนกลาง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) และในส่วนภูมิภาคที่อำเภอเมืองระนอง และอำเภอกระบุรี จังหวัดระนอง ทั้งนี้ได้กำหนดหน่วยงานในส่วนภูมิภาคที่จะทำการสัมภาษณ์ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง (สสจ.ระนอง) โรงพยาบาลระนอง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลกระบุรีซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน 30 เตียง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมิตรภาพ (รพสต.มิตรภาพ) อำเภอเมืองระนอง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะมุ (รพสต.มะมุ) อำเภอกระบุรี จังหวัดระนอง

การคัดเลือกให้จังหวัดระนองเป็นสถานที่ศึกษาใช้การคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เพราะเป็นจังหวัดที่มีคนต่างด้าวอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น นอกจากนั้นจังหวัดระนองยังมีสัดส่วนแรงงานต่างด้าวที่เป็นผู้ประกันตนภายใต้บัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขต่อประชากรในระบบทะเบียนราษฎรไทยสูงที่สุด เมื่อเทียบกับจังหวัดอื่นๆในภาพรวมทั้งประเทศ ดังรูปที่ 2

รูปที่ 2 สิบจังหวัดแรกของประเทศไทยที่มีสัดส่วนแรงงานต่างด้าวที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพต่อประชากรในทะเบียนราษฎรไทยสูงที่สุด



ที่มา: กลุ่มประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2556⁹ และสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.2551¹⁰

ผลการศึกษา

วัตถุประสงค์ที่ 1: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับทัศนคติ การรับรู้ การปฏิบัติการของผู้ให้บริการสุขภาพแก่คนต่างด้าว

วัตถุประสงค์ 1 (ก): ตัวอย่างรูปแบบการจัดบริการสุขภาพของประเทศสำหรับคนต่างด้าวในต่างประเทศ

วิธีการสืบค้นวรรณกรรม

วัตถุประสงค์ที่ 1 ของการศึกษานี้ คือ การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการจัดบริการสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวและทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับทัศนคติ การรับรู้ นโยบาย และการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการในการบริการสุขภาพแก่คนต่างด้าว ในเบื้องต้นผู้วิจัยได้ทำการสืบค้นข้อมูลแบบเจาะจง (purposive search) ผ่านฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่สำคัญ เช่น Pubmed และ Embase โดยการใช้การสืบค้นผ่าน Medical Subject Headings (MESHs) โดยใช้คำสืบค้น เช่น 'transients and migrants', 'health care practice', และ 'health services' รวมถึงได้ศึกษาผลลัพธ์ของโครงการวิจัยและตำราวิชาการในต่างประเทศ เช่น the 'Nowhereland' project¹¹, the European Observatory on Health Systems and Policies¹² และ 'Immigrant Medicine' textbook¹³ เพื่อประเมินว่าการจัดบริการสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวในต่างประเทศโดยภาพรวมแล้วมีลักษณะเป็นเช่นไร

ผลลัพธ์จากการสืบค้น พบว่าวรรณกรรมส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่การจัดบริการสุขภาพสำหรับคนนอกระบบทะเบียน หรือ undocumented migrants ในสหภาพยุโรป ซึ่งตามคำจำกัดความขององค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน (International Organization for Migration: IOM) ได้กำหนดคำจำกัดความของ undocumented migrants ว่าหมายถึง บุคคลที่เข้าเมืองผิดกฎหมายหรือวีซ่าการเข้าเมืองหมดอายุ โดยไม่มีสถานะทางกฎหมายหรือเอกสารรับรองการอาศัยในประเทศ รวมถึงบุคคลที่ละเมิดกฎหมายเข้าเมืองและบุคคลอื่นใดที่ไม่ได้รับอนุญาตให้อาศัยในประเทศ (Someone who, owing to illegal entry or the expiry of his or her visa, lacks legal status in the transit or host country. The term applies to

migrants who infringe a country's admission rules and any other person not authorized to remain in the host country.)¹⁴

ตามรายงานของกองทุน Commonwealth Fund¹⁵ ได้แบ่งขอบเขตการให้บริการสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวนอกระบบทะเบียนของประเทศต่างๆ ในสหภาพยุโรป เป็นสามประเภท คือ (1) ให้บริการเฉพาะอุบัติเหตุฉุกเฉิน (2) ให้บริการครอบคลุมชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานด้านการบริการปฐมภูมิและสำหรับเฉพาะบางกลุ่มของ undocumented migrants และ (3) ครอบคลุมบริการสุขภาพเกือบทั้งหมด ดังตารางที่ 1 ต่อไปนี้

ตารางที่ 1 ขอบเขตการให้บริการสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าวนอกระบบทะเบียนของประเทศในกลุ่มสหภาพยุโรป

บริการสุขภาพ	ประเทศ
ให้บริการเฉพาะอุบัติเหตุฉุกเฉิน	ออสเตรีย, บัลกาเรีย, ไชปรัส, สาธารณรัฐเช็ก, เดนมาร์ก, กรีซ, เอสโตเนีย, ฟินแลนด์, ฮังการี, ไอร์แลนด์, ลัตเวีย, ลิทัวเนีย, ลักเซมเบิร์ก, มอลตา, โปแลนด์, โรมาเนีย, สาธารณรัฐสโลวัก, สโลวีเนีย, สวีเดน
ให้บริการครอบคลุมพื้นฐานรวมถึงชุดสิทธิประโยชน์บางส่วนและสำหรับเฉพาะบางกลุ่มของแรงงานต่างด้าว	เบลเยียม, อิตาลี, นอร์เวย์, อังกฤษ (สหราชอาณาจักร), เยอรมัน
ครอบคลุมบริการสุขภาพเกือบทั้งหมด	ฝรั่งเศส, เนเธอร์แลนด์, โปรตุเกส, สเปน, สวิตเซอร์แลนด์

แหล่งข้อมูล: Gray & van Ginneken ค.ศ.2012⁶

ในรายงานฉบับนี้จะยกตัวอย่างเฉพาะประเทศที่มีข้อมูลค่อนข้างครบถ้วนเท่านั้น ซึ่งได้แก่ ฝรั่งเศส, เนเธอร์แลนด์, สเปน, สวิตเซอร์แลนด์, อังกฤษ, อิตาลี และเยอรมัน โดยแบ่งเป็นกลุ่มประเทศที่ให้บริการสุขภาพครอบคลุมเกือบทั้งหมด และกลุ่มประเทศที่ครอบคลุมบริการบางส่วน

กลุ่มประเทศที่จัดการระบบประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวที่ครอบคลุมบริการสุขภาพเกือบทั้งหมด

เนเธอร์แลนด์^{15,16} —ระบบประกันสุขภาพของเนเธอร์แลนด์มีการปฏิรูปครั้งใหญ่ในปี 2549 ซึ่งมีลักษณะเป็นระบบประกันสุขภาพแบบผสม โดยผู้ประกันตนที่มีสัญชาติเนเธอร์แลนด์ รวมถึงบุคคลที่ไม่มีสัญชาติเนเธอร์แลนด์แต่มีรายได้เพียงพอในระดับที่ต้องเสียภาษีเงินได้ หรือมีบัตรอนุญาตการอยู่อาศัย (residence permit) ต้องทำประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชนซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับของรัฐ คนต่างด้าวในระบบทะเบียนมีสิทธิเข้ารับบริการสุขภาพในสถานบริการของรัฐแต่จะต้องจ่ายค่าบริการ ณ จุดบริการ หากไม่สามารถจ่ายค่าบริการได้ รัฐจะสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้ร้อยละ 80 โดยสถานพยาบาลจะต้องทำเรื่องเบิกค่าใช้จ่ายไปที่รัฐ (เว้นแต่เรื่องการคลอดบุตรและการฝากครรภ์ที่เบิกจ่ายได้ทั้งหมด) บริการที่จะสามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้นั้น ต้องอยู่ในกลุ่มการบริการการแพทย์ที่จำเป็นที่เรียกว่า 'medically necessary care' ซึ่งเป็นบริการพื้นฐาน (แม้ในที่สุดก็เป็นดุลพินิจของแพทย์ที่จะตัดสินใจว่าบริการใดจัดเป็น medically necessary care) ในด้านขอบเขตของชุดสิทธิประโยชน์สามารถแบ่งได้เป็นสองอย่าง คือ (1) directly accessible care ซึ่งหมายถึง บริการที่ผู้ป่วยสามารถไปใช้บริการที่ใดก็ได้ ผู้ให้บริการคือ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาล ผดุงครรภ์ ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด และบริการอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาล, และ (2) planable care เป็นบริการที่ต้องใช้แพทย์เฉพาะทาง การบริการที่แผนกอื่นๆ ของโรงพยาบาล นอกจากอุบัติเหตุฉุกเฉิน หรือที่ nursing home จะใช้บริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเฉพาะเมื่อผู้ให้บริการนั้นๆ ทำสัญญากับรัฐเท่านั้น มิฉะนั้นผู้รับบริการต้องเสียค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด อย่างไรก็ตามพบว่านโยบายนี้ยังมีปัญหาในทางปฏิบัติ ผู้ให้บริการบางรายปฏิเสธการให้บริการแก่แรงงานกลุ่มดังกล่าว รวมถึงผู้ให้บริการบางรายเรียกเก็บค่าใช้จ่ายส่วนต่างร้อยละ 20 จากผู้รับบริการ และมี 4 ใน 26 เขตสุขภาพ ที่ไม่มีสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการกับภาครัฐสำหรับ planable care

ฝรั่งเศส^{2,15} —ประเทศฝรั่งเศสคาดประมาณว่ามีจำนวนคนต่างด้าวในระบบทะเบียนกว่า 400,000 คน องค์กรสาธารณสุขของรัฐที่เรียกว่า 'State Medical Assistance' เป็นหน่วยงานหลักในการจัดการระบบประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวดังกล่าว โดยรัฐจัดสรรการบริการให้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ผู้ประกันตนต้องมีเอกสารในการสมัครเพื่อขอรับบริการดังกล่าว เช่น หนังสือเดินทาง หลักฐานวิชาที่หมดอายุ ต้องมี

เอกสารแสดงว่าอยู่อาศัยในประเทศมาแล้วไม่ต่ำกว่า 3 เดือน และหลักฐานแสดงรายได้ว่ามีน้อยกว่า 631 ยูโร โดยจะได้สิทธิประโยชน์คุ้มครอง 1 ปี ซึ่งค่อนข้างครอบคลุมบริการสุขภาพเกือบทั้งหมด แต่มียกเว้นบริการบางรายการ เช่น ฟันเทียม (dental prosthesis) คนต่างด้าวที่วีซ่าและใบอนุญาตทำงานหมดอายุสามารถสมัครเป็นผู้ประกันตนในระบบดังกล่าวได้มากที่สุด 4 ปี อย่างไรก็ตามมีรายงานว่า ในทางปฏิบัติยังพบปัญหาที่สำคัญบางประการ เช่น (1) การตีความกฎหมายและบังคับใช้ไม่เหมือนกันในแต่ละแคว้นซึ่งมีขอบเขตการปกครองส่วนท้องถิ่นของตนทั้งด้านการคลังและงบประมาณของตนเอง (2) คาดว่ามีคนต่างด้าวนอกระบบทะเบียนเพียง 180,000 คนที่เข้าถึงระบบประกันสุขภาพและ (3) มีคนต่างด้าวจำนวนหนึ่งขาดเอกสารแสดงสถานะในการสมัครเป็นผู้ประกันตน

สวิตเซอร์แลนด์^{15,17} —ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ได้กำหนดในรัฐธรรมนูญมาตรา 12 ว่า บุคคลทุกคนในประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ไม่ว่าสัญชาติใด ย่อมมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือรวมถึงบริการด้านสุขภาพเมื่อมีความจำเป็น ('right to assistance when in need') อย่างไรก็ตาม การตีความมาตรา 12 นี้ ขึ้นกับกฎหมายในระดับเขตการปกครองระดับ canton (เทียบเคียงได้กับจังหวัด) ทำให้ชุดสิทธิประโยชน์มีความหลากหลาย แต่โดยทั่วไปค่อนข้างครอบคลุมบริการพื้นฐานและบริการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้ให้บริการที่ปฏิเสธการให้บริการสุขภาพย่อมมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา ผู้ประกันตนที่เป็นแรงงานต่างด้าวจึงมีสิทธิคล้ายกับพลเมืองสวิตเซอร์แลนด์ตามปกติที่จะต้องซื้อประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นบริษัทเอกชนภายใต้กำกับของรัฐ โดยตามกฎหมายบริษัทประกันไม่สามารถปฏิเสธผู้ประกันตนได้ ไม่ว่าผู้ประกันตนจะมีสถานะสุขภาพอย่างไร เบี้ยประกันที่ต้องจ่ายรายเดือนขึ้นอยู่กับแต่ละ canton (ประมาณ 230-420 CHF สำหรับผู้ใหญ่ และ 56-101 CHF สำหรับเด็กอายุไม่เกิน 18 ปี) ผู้ที่มีรายได้น้อยสามารถยื่นเรื่องขอลดเบี้ยประกันได้ แต่ขึ้นกับการตัดสินใจและข้อกำหนดของแต่ละ canton เช่น ในบางแห่งไม่สามารถได้สิทธิขอลดเบี้ยประกันได้ หากผู้ประกันตนไม่เสียภาษี

สเปน¹⁵ —สเปนมีคนต่างด้าวนอกระบบทะเบียนประมาณ 354,000 คน คนต่างด้าวเหล่านี้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพของภาครัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายได้หากจะไปติดต่อกับเทศบาลเพื่อรายงานตัวเป็นพลเมืองของเทศบาลนั้นๆ โดยต้องมีเอกสารประกอบเช่น หนังสือเดินทาง หลักฐานการพำนักอาศัย หากไม่ได้ไปรายงานตัวกับ

เทศบาลจะได้รับสิทธิเพียงการเจ็บป่วยฉุกเฉินเท่านั้น ซึ่งเป็นกลไกการเปลี่ยนสถานะจาก undocumented migrant เป็น documented migrant อย่างไรก็ตามพบว่ายังมีปัญหาในทางปฏิบัติ เช่น ความยุ่งยากในการเตรียมเอกสาร หรือการที่ตำรวจสามารถเข้าถึงการรายงานตัวของคนต่างด้าวกลุ่มนี้ที่เทศบาลได้ ทำให้คนต่างด้าวบางส่วนไม่กล้ามาลงทะเบียน สถานการณ์ยิ่งเปลี่ยนไปในทางที่จำกัดสิทธิของคนต่างด้าวมากขึ้น เมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2555 รัฐบาลพรรคอนุรักษนิยมได้จำกัดสิทธิของคนต่างด้าวลงเหลือเพียงการบริการเจ็บป่วยฉุกเฉิน สุติกรรม และกุมารเวชกรรม

กลุ่มประเทศที่จัดการระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมบริการบางส่วนหรือสำหรับเฉพาะบางกลุ่มของคนต่างด้าวในระบบทะเบียน

อิตาลี^{15,18} —ประเทศอิตาลีมีจำนวนคนต่างด้าวในระบบทะเบียนประมาณ 200,000-1,000,000 คน ระบบประกันสุขภาพทั่วไปของประเทศอิตาลีได้รับการสนับสนุนทางการเงินการคลังโดยระบบภาษี (tax-funded) โดยมีการร่วมจ่าย ณ จุดบริการ เว้นแต่เป็นผู้สูงอายุ ผู้มีรายได้น้อย สตรีตั้งครรภ์และนักโทษ ครอบคลุมบริการพื้นฐาน บริการเจ็บป่วยฉุกเฉิน บริการผู้ป่วยใน เป็นต้น คนต่างด้าวในระบบทะเบียนสามารถสมัครขอใช้บริการที่หน่วยบริการสุขภาพของท้องถิ่น โดยจะได้รับบัตรประกันสุขภาพชั่วคราวครอบคลุมเป็นเวลา 6 เดือน ครอบคลุมบริการเจ็บป่วยฉุกเฉิน บริการส่งเสริมป้องกัน บริการแม่และเด็ก การวินิจฉัยและรักษาโรคติดเชื้อ แต่ยังคงต้องร่วมจ่าย ณ จุดบริการ ทั้งนี้พบว่าการร่วมจ่ายและการตีความขอบเขตของการรักษาพยาบาลของผู้ให้บริการล้วนเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการของคนต่างด้าวในระบบทะเบียนเหล่านี้

อังกฤษ^{15,19} —หน่วยงานกลางที่รับผิดชอบระบบประกันสุขภาพของอังกฤษ คือ National Health Service (NHS) ซึ่งให้บริการแก่พลเมืองทั่วไป (ordinary residence) ทั้งหมดในประเทศอังกฤษ โดย NHS ได้รับเงินสนับสนุนจากระบบภาษีโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ณ จุดบริการ คนต่างด้าวในระบบทะเบียนสามารถเข้ารับบริการเฉพาะการเจ็บป่วยฉุกเฉินและโรคติดเชื้อบางโรคที่คาดว่าจะมีความเสี่ยงทางสาธารณสุขในวงกว้าง คนต่างด้าวในระบบทะเบียนที่ต้องการเข้ารับบริการอื่นๆ จึงต้องเสียค่าใช้จ่ายเองหรือเว้นแต่สถานพยาบาลจะยินยอมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายให้ เช่น การป่วยด้วย HIV/AIDS ที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงแพทย์สามารถรับพิจารณารักษาเป็นผู้ป่วยใน โดย

สถานพยาบาลเบิกค่าใช้จ่ายจาก NHS ได้ แต่เมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล การรับการรักษา HIV/AIDS สถานพยาบาลเบิกจาก NHS ไม่ได้ เพราะ HIV/AIDS ไม่อยู่ในกลุ่มโรคติดต่อที่น่าจะมีภัยคุกคามทางสาธารณสุขในวงกว้าง

เยอรมัน^{15,20} —สถานพยาบาลและแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปสามารถให้บริการสุขภาพแก่คนต่างด้าวนอกระบบทะเบียนได้ โดยไม่มีความจำเป็นต้องรายงานต่อหน่วยงานตรวจคนเข้าเมืองหรือตำรวจ โดยสามารถเบิกค่าใช้จ่ายจากสำนักงานสวัสดิการสังคมได้ตามปกติสำหรับบริการเจ็บป่วยฉุกเฉิน บริการอื่นๆ เช่น บริการส่งเสริมป้องกัน บริการรักษาโรคติดเชื้อ บริการแม่และเด็กและการเจ็บป่วยรุนแรงอื่นๆ ย่อมมีสิทธิเข้ารับการรักษายาพยาบาลของภาครัฐได้ในระดับเดียวกับผู้ลี้ภัย (asylum seekers) แต่ต้องมีบัตรสุขภาพ (health card) ในการสมัครบัตรสุขภาพนั้นต้องไปสมัครกับสำนักงานสวัสดิการสังคมด้วยตนเอง และสำนักงานสวัสดิการสังคมมีหน้าที่ต้องรายงานให้สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง ซึ่งประเด็นนี้ทำให้คนต่างด้าวนอกระบบทะเบียนส่วนหนึ่งหลีกเลี่ยงการสมัครบัตรสุขภาพเพราะเสี่ยงต่อการถูกส่งกลับประเทศ เว้นเสียแต่จะไปสมัครเป็นใบอนุญาตพำนักอาศัยชั่วคราว (ในภาษาเยอรมัน เรียก Duldung) ทำให้ในทางปฏิบัติคนต่างด้าวนอกระบบทะเบียนมักเข้าถึงบริการเมื่อสามารถจ่ายค่าบริการได้เท่านั้นและยังจำกัดเฉพาะในบริการบางประเภท เช่น การปรึกษาและตรวจคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ผู้รับการตรวจไม่ต้องประสงค์ออกนามหรือแสดงสถานะของตน เนื่องจากมีกฎหมายควบคุมโรคติดต่อครอบคลุมอยู่ (Law of Infectious Disease) อย่างไรก็ตามกรุงเบอร์ลินมีความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนกฎหมายในการให้บริการคนต่างด้าวนอกระบบทะเบียนมากขึ้น โดยเสนอให้มีบัตรสุขภาพที่ไม่ต้องระบุนาม (anonymous health insurance cards) และให้การอุดหนุนค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับสถานพยาบาล

วิจารณ์ผลการศึกษการทบทวนวรรณกรรมเรื่องรูปแบบการประกันสุขภาพคนต่างด้าวในต่างประเทศ

จากการทบทวนวรรณกรรมได้พบข้อสังเกตที่น่าสนใจบางประการได้แก่ ประการแรก รูปแบบการให้บริการประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวนอกระบบทะเบียนในสหภาพยุโรปมีความหลากหลาย แม้มีกฎหมายรองรับสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพก็ยังพบความแตกต่างกัน มีการตีความทางกฎหมายที่หลากหลายทั้งระหว่างประเทศ

และในประเทศเดียวกัน เหตุปัจจัยของความหลากหลายนี้ล้วนขึ้นกับบริบททางการเมืองในประเทศนั้นๆ รวมถึงโครงสร้างระบบสาธารณสุขของแต่ละประเทศ บางประเทศใช้วิธีการขยายความครอบคลุมจำนวนผู้ประกันตน บางประเทศขยายชุดสิทธิประโยชน์ บางประเทศสนับสนุนการอุดหนุนทางการเงินกับสถานพยาบาล

แม้ประเทศที่ค่อนข้างเปิดกว้างเรื่องการประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวจากระบบทะเบียนก็ยังพบปัญหาในการตีความทางกฎหมายในเรื่องขอบเขตในการให้บริการและคนต่างด้าวจากระบบทะเบียนบางส่วนก็ปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการประกันสุขภาพเนื่องจากกลัวว่าหากเปิดเผยตนเองอาจเสี่ยงที่จะโดนทางการจับตัวส่งกลับประเทศต้นทาง ดังนั้นการประชาสัมพันธ์ทำความเข้าใจในเรื่องการประกันสุขภาพให้กับคนต่างด้าวเกิดความมั่นใจจึงมีความสำคัญยิ่ง มีรายงานและการศึกษาค่อนข้างมากที่บ่งชี้ว่าบุคลากรสุขภาพที่เชื่อมโยงกับผู้รับบริการต่างด้าว (ซึ่งในที่นี้ตรงกับความหมายของคำว่า migrant-sensitive health workers ในภาษาอังกฤษ) มีความจำเป็นและเป็นกลไกสำคัญในการช่วยให้คนต่างด้าวเข้าถึงบริการมากขึ้น ลดกำแพงทางภาษาและวัฒนธรรม เป็นสื่อกลางระหว่างผู้ให้บริการกับคนต่างด้าวที่มารับบริการ¹⁵

ประการที่สอง การจัดกลุ่มประเทศข้างต้น ไม่ใช่การจัดกลุ่มที่ตายตัว หากแต่มีพลวัตสูงและขึ้นกับทิศทางของนโยบายในแต่ละช่วงเวลา เช่น ประเทศสเปนหลังการเข้ามามีอำนาจของพรรคอนุรักษนิยมในปี 2555 อาจจัดเป็นประเทศที่จำกัดสิทธิประโยชน์ของคนต่างด้าว เช่นเดียวกับสหราชอาณาจักร หรืออิตาลี หรือในกรณีของประเทศเยอรมันซึ่งพยายามปรับนโยบายประกันสุขภาพให้เปิดกว้างขึ้น หากนโยบายได้ผลจริงในทางปฏิบัติอาจจัดเป็นประเทศที่มีความเปิดกว้างในเรื่องการประกันสุขภาพ เช่นเดียวกับสวีเดนหรือแลนด์ หรือฝรั่งเศส ก็ได้

สำหรับประเทศไทยหากจัดกลุ่มแบบเดียวกับกลุ่มประเทศยุโรป ก็อาจนับได้ว่าเป็นประเทศที่ให้มีขอบเขตการให้บริการค่อนข้างกว้าง (อย่างน้อยในทางทฤษฎี) ครอบคลุมการบริการในทุกระดับ ทั้งบริการส่งเสริมป้องกัน การรักษาอุบัติเหตุฉุกเฉินและบริการรักษาโรคค่าใช้จ่ายสูง เช่น HIV/AIDS หรือวัณโรค²¹ อย่างไรก็ตามหากมุ่งหวังให้เกิดผลในทางปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพจริง พึงถอดบทเรียนจากประเทศในสหภาพยุโรป ดังนี้

(1) การมีบุคลากรเชื่อมประสานระหว่างบุคลากรของรัฐในระบบสุขภาพกับคนต่างด้าว

ในสหภาพยุโรปมีตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมของหลายประเทศในการฝึกฝนและอบรมบุคลากรสุขภาพสำหรับคนต่างด้าว เพื่อเป็นตัวเชื่อมประสาน ความรู้ความเข้าใจในระบบสุขภาพ และโน้มน้าวให้คนต่างด้าวมาซื้อบัตรประกันสุขภาพ เช่น ประเทศสเปนได้ประกาศเรื่องการอบรมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สัมพันธ์กับความหลากหลายทางสังคมและวัฒนธรรมให้เป็นยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข, NHS ของอังกฤษได้ริเริ่มโครงการ 'Liaison Workers' ซึ่งทำหน้าที่ล่าม และเป็นสื่อกลางทางวัฒนธรรมระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ, และ 'Partners for Health Project' ในอังกฤษ เนเธอร์แลนด์ และสเปน เป็นต้น ได้สนับสนุนให้มีการเพิ่มหลักสูตรพหุวัฒนธรรมในหลักสูตรแพทยศาสตรศึกษาและการศึกษาในมหาวิทยาลัยของบุคลากรสนับสนุนบริการหรือ administrative staff²²⁻³⁰

ประเทศไทยเองก็ได้ริเริ่มการจ้างบุคลากรต่างด้าวให้ทำงานสนับสนุนการบริการสุขภาพร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขของภาครัฐ ดังที่เรียกว่า 'พนักงานสาธารณสุขต่างด้าว' (พสต.) ช่วยในการเป็นล่าม และให้ความรู้ด้านสุขภาพเบื้องต้นแก่คนต่างด้าว แต่ยังไม่มีการศึกษาชัดเจนถึงความยั่งยืนในการจ้างพสต.เหล่านี้ ในปัจจุบันยังพบข้อจำกัดในการจ้างพสต.เป็นลูกจ้างถาวรในหน่วยงานของรัฐเนื่องจากไม่มีระเบียบราชการรองรับ ในขณะนี้สถานพยาบาลหลายแห่งจึงจ้างพสต.โดยอาศัยงบประมาณจากองค์กรพัฒนาเอกชน และเป็นการจ้างในลักษณะโครงการเฉพาะ³¹

(2) ทิศทางของนโยบายที่ชัดเจนจากภาครัฐ และการลดเงื่อนไขในการประกันสุขภาพ

ประเด็นท้าทายอีกประการหนึ่ง คือสภาพการบังคับใช้นโยบาย ดังปรากฏในตัวอย่างของประเทศฝรั่งเศสและสเปน ซึ่งแม้มีนโยบายที่เปิดกว้างแต่มีคนต่างด้าวจำนวนหนึ่งที่ยังไม่อยู่ในระบบประกัน ในประเด็นเรื่องการบังคับใช้นโยบายจึงนับว่าเป็นบทเรียนที่สำคัญสำหรับประเทศไทย นโยบายการประกันสุขภาพของไทยหลังการเข้ามาของคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) ทางภาครัฐมีประกาศนโยบายที่ชัดเจนในการจะประกันสุขภาพคนต่างด้าว และกำหนดชัดเจนให้สถานพยาบาลต้องมีหน้าที่ในการประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวทุกคน ทำให้เกิดผลดีในการทำให้คนต่างด้าวที่หลบหนี

อยู่ปรากฏตัวออกมา นำไปสู่การขึ้นทะเบียน และจัดทำประวัติ มีการจัดตั้งศูนย์ลงทะเบียนแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามแบบเบ็ดเสร็จหรือศูนย์ One Stop Service (OSS) เปรียบเทียบกับก่อนการเข้ามาของ คสช. การประกันสุขภาพเป็นไปในลักษณะสมัครใจ ทำให้มีคนต่างด้าวที่ไม่ได้เข้าสู่ระบบประกันจำนวนมาก ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2556 มีผู้ซื้อประกันน้อยกว่าหนึ่งแสนคน จากเป้าที่ตั้งไว้กว่าหนึ่งล้านคน³² ต่างจากการดำเนินงานของศูนย์ OSS ซึ่งเป็นไปในลักษณะบังคับ กำหนดให้นายจ้างพาแรงงานที่ผิดกฎหมายมาขึ้นทะเบียนขอใบอนุญาตทำงานและซื้อบัตรประกันสุขภาพ จึงมีแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมายและผู้ติดตามมาลงทะเบียนที่ OSS จำนวนมากขึ้นเกินเท่าตัว (ข้อมูล ณ วันที่ 27 ตุลาคม พ.ศ.2557 มีจำนวนแรงงานต่างด้าวที่มาขึ้นทะเบียนกับศูนย์ OSS จำนวนเกือบ 1.4 ล้านคน)³³ อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสังเกตว่า นโยบายศูนย์ OSS เป็นนโยบายเร่งด่วนเพื่อแก้ไขคนต่างด้าวผิดกฎหมาย ซึ่งได้ยุติการดำเนินการไปแล้วเมื่อ 31 ตุลาคม พ.ศ.2557 ซึ่งเมื่อครบกำหนดแล้วยังไม่เป็นที่ชัดเจนในเรื่องการประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวว่าจะคงมาตรการบังคับทำประกันสุขภาพต่อไปหรือไม่ หรือหากมีคนต่างด้าวที่ตกหล่นจากการประกันสุขภาพ สถานพยาบาลมีอำนาจขายบัตรประกันสุขภาพได้อีกหรือไม่

นอกจากนั้นในเรื่องเงื่อนไขการประกันสุขภาพก็เป็นปัญหาสำคัญเช่นกัน หลายประเทศในสหภาพยุโรปมีการกำหนดเงื่อนไขการประกันสุขภาพค่อนข้างมาก เช่น ต้องการเอกสารหลายประเภท ต้องมีเงื่อนไขการทำงาน ทั้งนี้หากประเทศไทยต้องการให้คนต่างด้าวมาแสดงตัวเพื่อประกันสุขภาพมากขึ้น ก็ควรลดเงื่อนไขเรื่องเอกสารให้เหลือน้อยที่สุด หรือการแสดงจุดยืนของนโยบายว่า การที่คนต่างด้าวมาแสดงตนเพื่อประกันสุขภาพจะไม่ผูกติดกับเงื่อนไขการที่เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองเข้ามาจับกุม

(3) การร่วมมือของภาคเอกชนในการประกันสุขภาพ

ในประเทศไทยบทบาทเรื่องการดูแลคนต่างด้าวนอกระบบทะเบียนยังดำเนินการโดยภาครัฐเกือบทั้งหมด ต่างจากเนเธอร์แลนด์หรือสวิตเซอร์แลนด์ที่อาศัยระบบประกันสุขภาพของเอกชนโดยกำกับของรัฐ ทั้งนี้ยังไม่มีข้อสรุปว่า การประกันสุขภาพโดยภาครัฐหรือเอกชนมีประสิทธิภาพกว่ากัน เพราะย่อมขึ้นกับความแตกต่างของบริบทแต่ละพื้นที่ อย่างไรก็ตามในอนาคตหากคนต่างด้าวที่ผิดกฎหมายมาลงทะเบียนและเข้าสู่การพิสูจน์สัญชาติมากขึ้น และนโยบายของประเทศไทยมีความชัดเจนในการต้องการแรงงานจากต่างประเทศจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ ศักยภาพในการ

ดำเนินการของภาครัฐอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอในการที่จะประกันสุขภาพคนต่างด้าวทั้งหมด สถานการณ์ดังกล่าวอาจเป็นโอกาสที่ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนเสริมภาครัฐในการประกันสุขภาพคนต่างด้าวมาก็เป็นไปได้ จึงเป็นประเด็นที่พึงศึกษาต่อไป⁹

วัตถุประสงค์ 1 (ข): การรับรู้นโยบาย ทักษะคติ และการปรับตัวของบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ ในการให้บริการสุขภาพสำหรับคนต่างด้าว

หัวข้อนี้ได้ศึกษาถึงทัศนคติ และการปรับตัวของบุคลากรวิชาชีพสุขภาพในการให้บริการสุขภาพแก่คนต่างด้าวในการ 'ปฏิบัติงานจริง' ซึ่งเป็นข้อมูลเพิ่มเติมต่อจาก'ภาพรวม'การจัดบริการสุขภาพดังที่ระบุไว้ในบททบทวนวรรณกรรมข้างต้น

วิธีการสืบค้นวรรณกรรม

ได้ทำการสืบค้นวรรณกรรมจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่สำคัญ คือ Pubmed, Embase และ Scopus โดยกำหนดคำศัพท์สืบค้นดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คำศัพท์สืบค้นสำหรับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ฐานข้อมูล	คำศัพท์สืบค้น
Medline	((("Knowledge"[Mesh]) OR ("Knowledge Management"[Mesh]) OR ("Attitude of Health Personnel"[Mesh]) OR ("Attitude to Health"[Mesh]) OR ("Professional Practice"[Mesh])) AND ("Health Personnel"[Mesh]) AND ("Transients and Migrants"[Mesh]))
Embase	(exp knowledge/ OR exp knowledge management/ OR exp health personnel attitude/ OR exp attitude to health/ OR exp professional practice/ or exp health care practice/) AND (exp migrant worker/) AND (exp health care personnel/)
Scopus	((TITLE-ABS-KEY(knowledge)) OR (TITLE-ABS-KEY(attitude)) OR (TITLE-ABS-KEY(practice))) AND (TITLE-ABS-KEY(health personnel)) AND (TITLE-ABS-KEY(migrant))

การสืบค้นจำกัดเฉพาะวรรณกรรมที่ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ และตีพิมพ์ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ.2543 จนถึง 31 ตุลาคม พ.ศ.2557 และเพื่อให้วรรณกรรมที่สืบค้นได้มีความครอบคลุมยิ่งขึ้น คณะผู้วิจัยได้สืบค้นแบบเจาะจงในรายงานและวรรณกรรมที่ไม่ได้ตีพิมพ์ในระบบวารสารวิชาการ (grey literature) จากฐานข้อมูลที่ปรากฏในเว็บไซต์ของ NewYork Academy of Medicine Library (<http://www.greylit.org/>) และเว็บไซต์องค์การอนามัยโลก (http://www.who.int/hac/techguidance/health_of_migrants/en/)

การสืบค้นมีหลักเกณฑ์คัดเข้าได้แก่ (1) วรรณกรรมมีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติและการปรับตัวในการปฏิบัติงานในการให้บริการสุขภาพแก่คนต่างด้าว (2) เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานจริง ไม่ใช่การปฏิบัติงานในโครงการนำร่องหรือในโครงการที่เป็นการทดลอง และ (3) มีระเบียบวิธีวิจัยที่ชัดเจน

การสืบค้นมีหลักเกณฑ์คัดออกได้แก่ (1) เป็นการศึกษาเชิงคลินิก (2) เป็นบทความข้อความเห็นหรือจดหมายถึงบรรณาธิการ และ (3) เกี่ยวข้องกับเวชปฏิบัติที่ไม่ได้กระทำกันโดยทั่วไป เช่น genital mutilation หรือเป็นเวชปฏิบัติทางเลือก เช่น การฝังเข็ม หรือ homeopathy

ทั้งนี้ การสืบค้นในหัวข้อนี้ไม่ได้จำกัดเฉพาะคนต่างด้าวผิดกฎหมาย หรือคนต่างด้าวจากระบบทะเบียนดังที่ปรากฏในการสืบค้นวรรณกรรมเรื่องรูปแบบการประกันสุขภาพในสหภาพยุโรป แต่รวมไปถึงคนต่างด้าวที่ข้ามไปมาระหว่างประเทศทั้งหมด

การประเมินวรรณกรรมตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกนี้ได้จากการอ่านบทคัดย่อ จากนั้นจึงค้นหาบทความฉบับเต็มของวรรณกรรมที่สืบค้นได้สกัดข้อมูลและประเมินคุณภาพการศึกษาลงในตารางสกัดข้อมูล ข้อมูลที่สกัดได้จะถูกแบ่งเป็นสามกลุ่มตามกรอบแนวคิดที่ปรับมาจาก Ferlie และ Shortell³⁴ ซึ่งเสนอว่าการวิเคราะห์การบริการสุขภาพต้องพิจารณาในกรอบปฏิสัมพันธ์ระหว่าง (1) ทีมสุขภาพกับผู้ป่วย, (2) ทีมสุขภาพกับสถานบริการที่บุคลากรทำงานอยู่ และ (3) ทีมสุขภาพกับปัจจัยแวดล้อมภายนอก เช่น ข้อจำกัดทางสังคม วัฒนธรรม และกฎหมาย ทั้งนี้การสังเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการที่ประยุกต์มาจากวิธี (1) framework synthesis (โดยการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมที่ได้ตามประเด็นที่กำหนดไว้ข้างต้นดังแสดงไว้ในหัวข้อย่อย 'ผลการทบทวนวรรณกรรม') และ (2) meta-ethnography (โดยการสรุปและสังเคราะห์ 'ประเด็น'

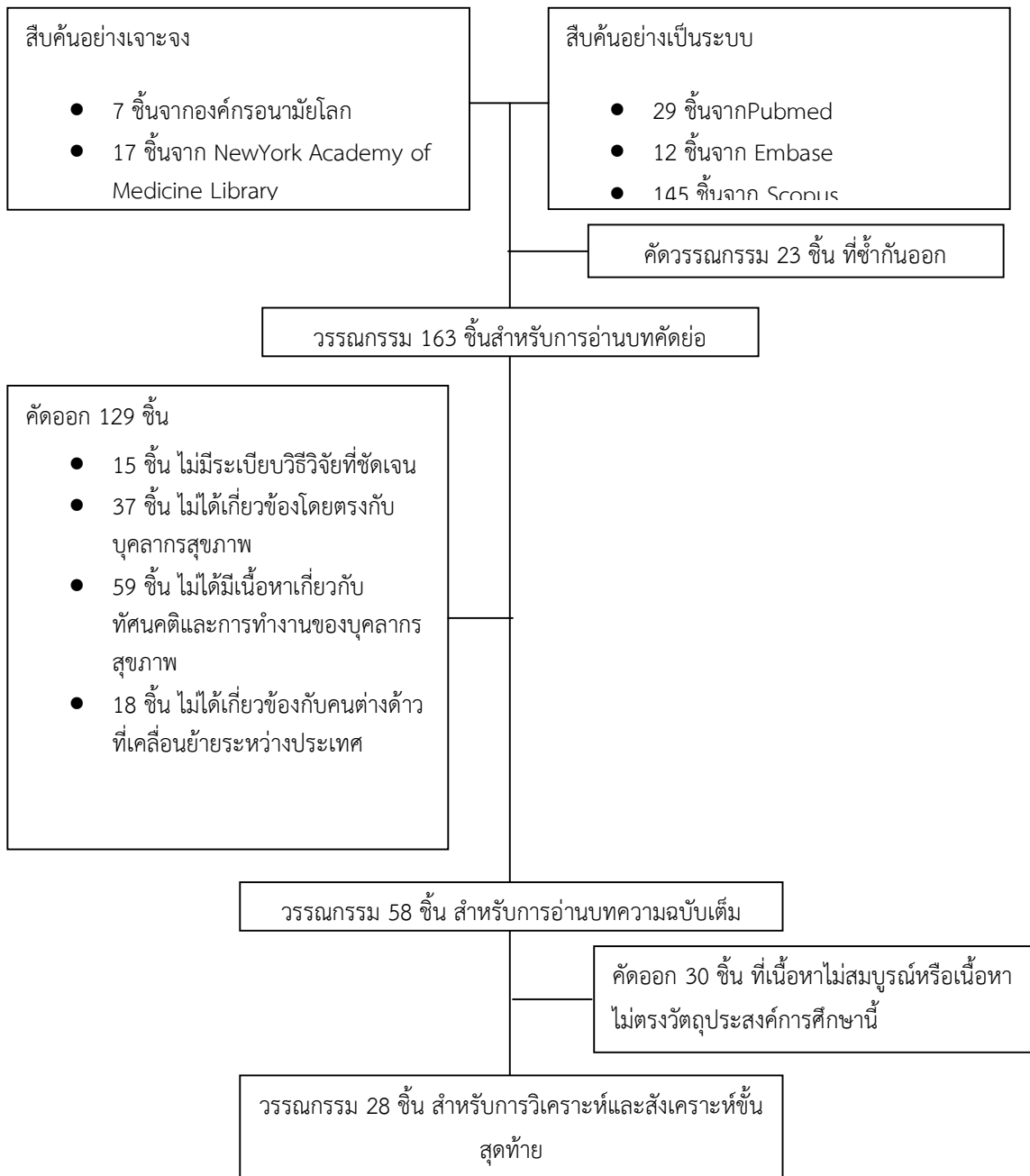
หรือ 'แนวคิด' ที่อธิบายเนื้อหาหลักของวรรณกรรมที่คัดเลือกมาได้ดังแสดงไว้ในหัวข้อ
วิจารณ์ผลการศึกษา)

ผลการทบทวนวรรณกรรม

มีวรรณกรรมทั้งหมด 186 ชิ้นที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (29 ชิ้น
จาก Pubmed, 12 ชิ้นจาก Embase, และ 145 ชิ้นจาก Scopus) หลักจาก
คัดวรรณกรรม 23 ชิ้นออกไป ได้วรรณกรรม 163 ชิ้นสำหรับการอ่านบทคัดย่อ
เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์คัดและเกณฑ์คัดออกที่ระบุไว้ข้างต้น จึงได้วรรณกรรม 34 ชิ้น
สำหรับการประเมินเนื้อหาจากบทความฉบับเต็ม เมื่อรวมกับวรรณกรรม 24 ชิ้นจากการ
สืบค้นแบบเจาะจง (17 ชิ้นจากรายงานขององค์การอนามัยโลก และ 7 ชิ้นจาก
NewYork Academy of Medicine Library) รวมได้วรรณกรรมทั้งหมด 58 ชิ้น

วรรณกรรมทั้งหมด 58 ชิ้นที่ได้ ได้รับการอ่านตรวจสอบรอบที่สอง พบว่ามี
วรรณกรรม 28 ชิ้นที่มีระเบียบวิธีวิจัยที่ชัดเจน และมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการทบทวน
วรรณกรรมอย่างเป็นระบบ กระบวนการคัดเลือกวรรณกรรมสรุปดังรูปที่ 3

รูปที่ 3 กระบวนการคัดเลือกวรรณกรรม



ในจำนวนวรรณกรรม 28 ชิ้น ที่ได้มาในขั้นตอนสุดท้าย 24 ชิ้น เป็นการศึกษาในประเทศเดียว อีก 4 ชิ้น เป็นการสำรวจในพื้นที่ศึกษาหลายประเทศ (multi-country survey) ประมาณร้อยละ 71 (20/28) เป็นการศึกษาในสหภาพยุโรป ร้อยละ 14 (4/28) เป็นการศึกษาในสหรัฐอเมริกา ร้อยละ 7 (2/28) ในออสเตรเลียและร้อยละ 4 (1/28) ที่เอเชียและแอฟริกา มีเพียง 3 ชิ้นวรรณกรรมที่ทำการศึกษาในประเทศกำลังพัฒนา ได้แก่ ไทย โมร็อกโก และคอซตาริกา เนื้อหาสำคัญของแต่ละวรรณกรรม รวมถึงผลการประเมินคุณภาพวรรณกรรมได้แสดงไว้อย่างละเอียดในตารางสกัดข้อมูล ซึ่งสามารถดาวน์โหลดได้ตามเว็บไซต์ต่อไปนี้

- <http://ihppthaigov.net/DB/publication/attachnewsletter/56/chapter1.pdf>
- <http://ihppthaigov.net/DB/publication/attachnewsletter/56/chapter2.pdf>
- <http://ihppthaigov.net/DB/publication/attachnewsletter/56/chapter3.pdf>

ทั้งนี้ ได้รวบรวมสาระโดยสังเขปของวรรณกรรมที่สืบค้นได้ ดังต่อไปนี้

(1) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วยต่างดาว

วรรณกรรมที่สืบค้นได้เกือบทั้งหมดแสดงผลการศึกษาที่คล้ายคลึงกัน โดยระบุว่าความแตกต่างทางภาษาและวัฒนธรรมมีผลทำให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมไม่สามารถทำได้อย่างเต็มที่ ด้วยเหตุนี้บุคลากรสุขภาพจึงมักสนใจเพียงความเจ็บป่วยทางกายเท่านั้น และมักละเลยที่จะสืบหาถึงความเจ็บป่วยทางจิตใจ ที่อาจเกิดจากประสบการณ์ชีวิตที่ไม่ดีนัก หรือจากความเครียดของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นตั้งแต่เมื่ออยู่ประเทศต้นทาง³⁵⁻³⁷ Cleland และคณะ³⁸ พบว่าในประเทศสกอตแลนด์ เกสซ์กรมักปรับพฤติกรรมการให้บริการของตนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจน้อยลง และใช้คำถามปลายปิดมากขึ้นเมื่อต้องสอบถามอาการเจ็บป่วยกับผู้ป่วยที่ไม่ใช่ชาวสกอตแลนด์ Dauvin และคณะ³⁹ รายงานว่าปัญหาความแตกต่างด้านภาษาและวัฒนธรรมมีผลค่อนข้างน้อยในการบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน เนื่องจากการให้บริการมีความ 'ตรงไปตรงมา' มากกว่างานด้านการบริการปฐมภูมิและจิตเวช ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับรายงานของ Samarasinghe และคณะ⁴⁰ และ Van Den Ameele และคณะ⁴¹

ความแตกต่างทางวัฒนธรรมบางครั้งก็ขัดแย้งกับหลักการปฏิบัติของการแพทย์แผนตะวันตก เช่น ผู้ป่วยในบางวัฒนธรรมต้องการให้บุคลากรสุขภาพที่มีเพศเดียวกับตนเท่านั้นเป็นผู้ตรวจรักษาตน⁴² เมื่อการบริการสุขภาพไม่สามารถแก้ปัญหาความตอบสนองความต้องการทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยได้ บุคลากรสุขภาพก็ไม่ได้ได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วยในขณะเดียวกันก็ทำให้บุคลากรสุขภาพกลัวที่จะทำผิดพลาดทางวัฒนธรรม (แม้โดยไม่ตั้งใจ) จึงจำกัดการบริการของตนไว้เฉพาะเรื่องทางกาย ทำให้ปัญหาความไม่เข้าใจกันระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการยังคงอยู่เรื่อยไป^{37,43} หลักฐานที่ปรากฏในวรรณกรรม เช่น Meershoek และคณะ⁴⁴ รายงานว่าแพทย์ชาวเนเธอร์แลนด์มักแสดงความสงสัยในประวัติการเจ็บป่วยจากการทำงานในผู้ป่วยที่ไม่ใช่ชาวเนเธอร์แลนด์มากกว่าผู้ป่วยชาวเนเธอร์แลนด์ Biswas และคณะ⁴⁵ รายงานถึงการไม่เชื่อตรงของผู้ป่วยชาวเอเชียในเดนมาร์กในการบอกเล่าประวัติของตนกับบุคลากรทางการแพทย์ Binder และคณะ⁴⁶ ได้ระบุว่าแพทย์ในลอนดอนรู้สึกกว่าผู้ป่วยต่างด้าวมักไม่แสดงความไว้วางใจอย่างแท้จริงในกระบวนการรักษา Hudelson และคณะ⁴⁷ เสนอว่าการอบรมให้บุคลากรสุขภาพในเรื่องความแตกต่างทางภาษาและวัฒนธรรมน่าจะช่วยปรับทัศนคติและพฤติกรรมการให้บริการให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

(2) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีมสุขภาพและข้อจำกัดทางทรัพยากรของสถานที่ที่ตนทำงานอยู่

แม้เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปว่า การที่มีบุคลากรสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญ ความรู้ ความเข้าใจ ในการบริการสุขภาพในบริบทของพหุวัฒนธรรม แต่ด้วยข้อจำกัดทางการเงินการคลัง กำลังบุคลากร และด้วยข้อจำกัดด้านเวลา ทำให้ทีมสุขภาพในหลายแห่งไม่สามารถให้บริการสุขภาพตามหลักการของพหุวัฒนธรรมได้^{48,49}

ตัวอย่างที่เด่นชัดของข้อค้นพบนี้ คือ การจ้ำจล่้มในการสื่อสารในหลายสถานพยาบาล⁵⁰ ซึ่งผลลัพธ์ของการจ้ำจล่้มในการสื่อสารมีความแตกต่างกันไปในแต่ละการศึกษา Priebe และคณะ¹² รายงานว่าโรงพยาบาลหลายแห่งได้กำหนดให้มีการมีล่ามสื่อสารเป็นตัวชี้วัดสำคัญของคุณภาพโรงพยาบาล ขณะที่ Binder และคณะ⁴⁶ และ Lyberg และคณะ⁵¹ กลับรายงานว่า การจ้ำจล่้มไม่ได้เป็นการรับประกันคุณภาพการบริการเสมอไป และล่ามยังมีบทบาทน้อยในการให้บริการที่จำเพาะบางรายการ เช่น การดูแลมารดาระหว่างคลอด ตัวอย่างอีกประการหนึ่ง เช่น ในนิวซีแลนด์ซึ่งแม้จะมีบริการล่ามผ่านทางโทรศัพท์แต่ผู้ให้บริการต้องแบกรับค่าใช้จ่ายจากการบริการนี้ ทำให้

มีบุคลากรสุขภาพให้บริการนี้ค่อนข้างน้อย ในบางกรณีสถานพยาบาลหลีกเลี่ยงการจ้าง
ล่ามประจำการ จึงใช้วิธีการสื่อสารผ่านทางแผ่นพับหรือวิดีโอ ซึ่งพบว่าได้ผลดีในการ
สื่อสารในบางหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับความลับของผู้ป่วย⁵¹

(3) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีมสุขภาพกับข้อกำหนดทางกฎหมายและมาตรฐานวิชาชีพ

มาตรฐานวิชาชีพที่กำหนดว่าบุคลากรสุขภาพไม่อาจปฏิเสธการรักษาพยาบาล
ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นได้ มีผลในการกำหนดพฤติกรรมบริการมากกว่าข้อกำหนดทาง
กฎหมาย ในเมืองที่ข้อกำหนดทางกฎหมายค่อนข้างผ่อนปรนให้คนต่างด้าวผิดกฎหมาย
อาศัยอยู่ได้ เช่น ที่ซานฟรานซิสโก Marrow⁵² รายงานว่าแพทย์รู้สึก 'สะดวกใจ' ในการ
ให้บริการสุขภาพแก่คนต่างด้าวที่หลบหนีเข้าเมืองมากกว่าในรัฐอื่นๆ (ที่ซาน ฟรานซิสโก
คนต่างด้าวผิดกฎหมายสามารถรับการรับรองเป็นพลเมืองของรัฐได้ โดยการสมัคร
ผ่านเทศบาล เพื่อรับ Municipal ID Ordinance) ในขณะที่ประเทศที่จำกัดสิทธิของคน
ต่างด้าวที่เข้าเมืองผิดกฎหมาย แม้บุคลากรสุขภาพจะทำงานด้วยความระมัดระวังน้อย
กว่า แต่การรายงานตำรวจหรือเจ้าหน้าที่รัฐเพื่อจับกับคนต่างด้าวผิดกฎหมายก็ไม่ได้
กระทำโดยทั่วไป โดยข้อกล่าวอ้างที่บุคลากรสุขภาพมักใช้เพื่อป้องกันการถูกดำเนินคดี
เจ้าหน้าที่รัฐคือ การให้การรักษายาเป็นไปตามหลักมนุษยธรรมและเพื่อป้องกันภัย
ทางสาธารณสุขหากไม่รักษาคนต่างด้าวผิดกฎหมายเหล่านี้^{39,41,53-56}

บุคลากรสุขภาพบางครั้งพยายาม 'ปรับตัว' เพื่อหลีกเลี่ยงความขัดแย้งกัน
ระหว่างมาตรฐานวิชาชีพกับข้อกำหนดทางกฎหมาย เช่น การเขียนใบสั่งยาในนามผู้อื่น^{12,39}
แต่วิธีการปรับตัวเหล่านี้มักใช้ได้เฉพาะเมื่ออยู่ในสถานพยาบาลของตนเท่านั้น ไม่ได้
เป็นระบบที่ทำกันโดยทั่วไป ปัญหาจึงมักเกิดเมื่อมีการส่งต่อผู้ป่วยหรือต้องประสานกับ
บุคลากรสุขภาพในสถานพยาบาลอื่นๆ Jensen และคณะ⁵⁶ รายงานว่าแพทย์ที่เดน
มาร์คมักหลีกเลี่ยงที่จะส่งต่อคนต่างด้าวผิดกฎหมายเพราะกลัวว่าจะมีผลกระทบทาง
การเงินที่ควบคุมไม่ได้ Hargreaves และคณะ⁵⁷ รายงานว่าแพทย์บางส่วนหลีกเลี่ยงที่จะ
ตัดสินใจหรือเผชิญหน้ากับปัญหาการส่งต่อ จึงมักถ่ายโอนความรับผิดชอบและการ
ตัดสินใจนี้ไปให้บุคลากรที่ไม่ได้ทำงานรักษาโดยตรง เช่น เจ้าหน้าที่ธุรการ และ
เจ้าหน้าที่การเงิน ซึ่งช่องว่างในความรับผิดชอบในประเด็นนี้เป็นส่วนที่องค์กรพัฒนา
เอกชนหรือองค์กรการกุศลมักเข้ามาช่วยเหลือ เพราะองค์กรเหล่านี้ไม่ต้องผูกติดการ
ทำงานกับกฎระเบียบมากเท่ากับการทำงานในหน่วยงานของรัฐตามปกติ^{12,49,58,59}

วิจารณ์ผลการศึกษากาการทบทวนวรรณกรรมเรื่องการรับรู้นโยบาย ทศนคติ และการปรับตัวของบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ ในการให้บริการสุขภาพสำหรับคนต่างด้าว

ผลการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นสามารถสังเคราะห์ประเด็นที่สำคัญได้สองประเด็น คือ (1) อุปสรรคและปัญหาของการให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับหลักการพหุวัฒนธรรม และ (2) ความสับสนระหว่างข้อกำหนดทางกฎหมายมาตรฐานวิชาชีพและแนวคิดเรื่องเชิง 'สิทธิ' ในสุขภาพ

(1) อุปสรรคและปัญหาของการให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับหลักการพหุวัฒนธรรม

แม้ทางทฤษฎี การให้บริการสุขภาพที่คำนึงถึงความแตกต่างทางภาษาและวัฒนธรรมจะยอมรับว่าเป็นมาตรฐานที่พึงกระทำในการบริการคนต่างด้าว ในทางปฏิบัติยังพบข้อจำกัดจำนวนมาก ทั้งเรื่องทางการเงินการคลัง เช่น กรณีของบริการล่ามทางโทรศัพท์ในประเทศนิวซีแลนด์ หรือการอาศัยครอบครัวผู้ป่วยเป็นล่ามเป็นครั้งคราว เพราะหน่วยงานบริการไม่สามารถจัดหาล่ามมืออาชีพได้^{12,50,51,60,61}

ข้อค้นพบที่น่าสนใจอีกประการหนึ่ง คือ บุคลากรสุขภาพค่อนข้างระมัดระวังในการให้บริการกับคนต่างด้าวเพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยและในขณะเดียวกันก็ต้องไม่ทำให้เกิดความรู้สึก'แปลกแยก'หรือ'เลือกปฏิบัติ'ตัวอย่างหนึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม เช่น รายงานของ Manirankunda et al และคณะที่เบลเยียม⁴³ ซึ่งพบว่ากิจกรรมส่งเสริมให้บุคลากรสุขภาพเป็นผู้กระตุ้นให้คนต่างด้าวชาวแอฟริกายอมรับการตรวจคัดกรอง HIV/AIDS ประสบปัญหาในการดำเนินงาน เนื่องจากบุคลากรสุขภาพปฏิเสธที่จะกระตุ้นให้คนต่างด้าวตรวจ HIV/AIDS เพราะเกรงว่าจะยังเป็นการส่งเสริมการแบ่งแยกเชื้อชาติและผิวสี เช่นเดียวกับการสำรวจในกรีซเรื่องการแบ่งหอผู้ป่วยสำหรับคนต่างด้าวออกมาต่างหาก พบว่าอาจเป็นการตอกย้ำแนวคิดเรื่องการแบ่งแยกเชื้อชาติและผิวสีมากขึ้น⁶² ประเด็นที่คล้ายกันพบในสหราชอาณาจักร ในการตรวจคัดกรองวัณโรค ในคนต่างด้าว⁶³ ทั้งหมดนี้เป็นประเด็นที่ Worth และคณะเรียกว่า 'fear of making cultural blunder'³⁷ Bracanovic⁶⁴ และคณะถึงกับเสนอว่าการบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับพหุวัฒนธรรม (culturally-sensitive care) แทบจะไม่มีทางกำหนดเป็นมาตรฐานได้ เพราะ บุคลากรสุขภาพและตัวผู้ป่วยเอง ตีความขอบเขตของบริการในเชิงนี้ต่างๆ กันไป และยังเป็นการส่งเสริมการเลือกปฏิบัติอย่างไม่ได้ตั้งใจ^{64,65}

(2) ความสับสนระหว่างข้อกำหนดทางกฎหมาย มาตรฐานวิชาชีพ และแนวคิดเรื่องเชิง'สิทธิ'ในสุขภาพ

แม้จะมีกฎหมายระหว่างประเทศในการรับรองสิทธิในสุขภาพดีของคนต่างด้าว เช่น Universal Declaration on Human Rights ค.ศ.1948^{66,67} แต่เมื่อนำไปสู่การปฏิบัติจริง แต่ละประเทศก็ตีความขอบเขตกฎหมายต่างๆ กันไป บางประเทศก็จำกัดเฉพาะบริการอุบัติเหตุฉุกเฉิน บางประเทศก็จำกัดเฉพาะบริการปฐมภูมิ บางประเทศให้บริการค่อนข้างครบทุกสิทธิประโยชน์ ดังที่แสดงไว้ในการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น³⁹

อย่างไรก็ตามบุคลากรสุขภาพมักอาศัยข้ออ้างทางมาตรฐานวิชาชีพในการทำงานของตนเพื่อหลีกเลี่ยงข้อจำกัดทางกฎหมาย การรายงานเจ้าหน้าที่รัฐต่อการปรากฏตัวของคนต่างด้าวผิดกฎหมายมักสงวนไว้ในกรณีที่เห็นว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นความเสี่ยงกับสังคมในวงกว้าง^{41,56} กลยุทธ์และการปรับตัวของบุคลากรสุขภาพที่ใช้บ่อยครั้ง คือ การอาศัยความช่วยเหลือขององค์กรการกุศล หรือการไม่ส่งยาด้วยชื่อของคนไข้โดยตรง Strabmayr และคณะ⁴⁹ เรียกกลยุทธ์เหล่านี้ว่าคือการ 'turning a blind eye' ในขณะที่บุคลากรสนับสนุน เช่น เจ้าหน้าที่ธุรการ เจ้าหน้าที่การเงิน มักปรับตัวในเรื่องเหล่านี้น้อยกว่า⁵⁵

Vanthuyne และคณะ⁵³ เสนอว่า มุมมองของผู้ให้บริการต่อคนต่างด้าวสามารถแบ่งเป็นสองฝ่าย คือ กลุ่มที่ว่าคนต่างด้าวผิดกฎหมายไม่สมควรได้รับการประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพราะเสมือนกับการนำทรัพยากรของคนในชาติไปสนับสนุนคนที่ไม่ได้มีส่วนในทรัพยากรโดยตรง กับกลุ่มที่พิจารณาว่าสิทธิในหลักประกันสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่มนุษย์ทุกคนพึงได้รับ ซึ่งในระหว่างสองขั้วความคิดก็มีแนวคิดเรื่องการช่วยเหลือตามหลักสิทธิมนุษยธรรม นั่นคือ พิจารณาว่าผู้ที่เข้าเมืองผิดกฎหมายเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบาง (vulnerable group) การให้บริการสุขภาพอย่างน้อยเป็นการช่วยเหลือแก่ผู้ด้อยโอกาส แม้จะไม่ใช่เรื่องของ'สิทธิ'ก็ตาม⁵³

ข้อค้นพบที่น่าสนใจอีกประการ คือ บทเรียนจากต่างประเทศในการจำกัดสิทธิของคนต่างด้าวผิดกฎหมาย เช่น ระหว่างสหรัฐอเมริกาและเม็กซิโก⁶⁸ ไม่ได้ช่วยให้การลักลอบเข้าเมืองผิดกฎหมายลดลง ยิ่งไปกว่านั้นยังส่งผลในทางตรงข้ามคือ ทำให้คนต่างด้าวถูกกฎหมายกลายมาเป็นผิดกฎหมายมากขึ้น เพราะกระบวนการขออนุญาตในถิ่นที่อยู่ หรือการขออนุญาตทำงานทำได้ยากขึ้น

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

การให้บริการประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวนอกระบบทะเบียนหรือคนต่างด้าวผิดกฎหมายในสหภาพยุโรปมีความหลากหลาย ทั้งในการตีความทางกฎหมาย การร่วมจ่าย และลักษณะของผู้มีสิทธิประกันตนเอง บางประเทศพยายามขยายความครอบคลุมจำนวนผู้ประกันตน บางประเทศขยายชุดสิทธิประโยชน์ บางประเทศสนับสนุนการอุดหนุนทางการเงินกับสถานพยาบาล

เหตุปัจจัยของความหลากหลายนี้ขึ้นกับประสบการณ์ดั้งเดิมในการจัดการประกันสุขภาพ และขึ้นกับทิศทางนโยบายคนต่างด้าวในภาพรวมทั้งประเทศ เมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า บุคลากรสุขภาพค่อนข้างเปิดกว้างต่อการบริการสุขภาพคนต่างด้าวโดยไม่ได้ผูกติดกับสถานะทางกฎหมาย และแม้จะรับรู้ว่าการบริการในเชิงพหุวัฒนธรรมเป็นสิ่งที่พึงกระทำ แต่ข้อจำกัดทางทรัพยากรและเวลาของสถานพยาบาล ทำให้ไม่สามารถกระทำได้เต็มที่ อย่างไรก็ตามบุคลากรสุขภาพมักใช้กลยุทธ์หลายอย่างในการปรับตัวเพื่อให้การบริการสุขภาพแก่คนต่างด้าวโดยเฉพาะที่ผิดกฎหมายสามารถดำเนินไปได้

หนึ่งในประเทศไทยอาจมีความซับซ้อนมากกว่านั้น เนื่องจากบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขค่อนข้างเปิดกว้าง ไม่จำกัดเฉพาะแรงงานต่างด้าว แต่รวมถึงคนต่างด้าวและผู้ติดตามทั้งหมด และยังมีเงื่อนไขอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น การขึ้นทะเบียนกับกระทรวงมหาดไทย การขอใบอนุญาตทำงานจากกระทรวงแรงงาน การพิสูจน์สัญชาติ ในภาวะที่มีเงื่อนไขหลายประการเช่นนี้ เป็นที่น่าสนใจว่าบุคลากรสุขภาพไทยจะปรับตัวเช่นไร และรับรู้นโยบายอย่างไร ข้อค้นพบจากการทบทวนวรรณกรรมนี้จะนำไปเป็นประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์บุคลากรสุขภาพและประชากรต่างด้าวในวัตถุประสงค์ที่ 2 ต่อไป

อย่างไรก็ตามมีประเด็นท้าทายที่พึงเรียนรู้จากประเทศยุโรป คือ แม้ประเทศที่มีนโยบายเปิดกว้างในเรื่องการประกันสุขภาพ คนต่างด้าวส่วนหนึ่งก็ยังไม่ได้รับการประกันสุขภาพ เนื่องจากความหวาดกลัวที่จะเปิดเผยตัวตนต่อเจ้าหน้าที่รัฐ การส่งเสริมให้มีบุคลากรสุขภาพที่ทำหน้าที่เป็นตัวเชื่อมประสานระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐกับคนต่างด้าว การมีทิศทางของนโยบายที่ชัดเจนจากภาครัฐในการให้การประกันสุขภาพเป็นมาตรการบังคับ เพื่อลดการตีความของการดำเนินนโยบายในแต่ละพื้นที่

การลดเงื่อนไขของการประกันสุขภาพ และการร่วมมือกับภาคเอกชน น่าจะเป็น มาตรการสำคัญในการทำให้การดำเนินการประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวมี ประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

ข้อจำกัดของการทบทวนวรรณกรรม

การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดบางประการ เช่น (1) เรื่องภาษา เนื่องจากจำกัด เฉพาะวรรณกรรมที่ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ (2) ข้อจำกัดด้านคำศัพท์ค้นหา เพราะ อาศัยการสืบค้นผ่านฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เป็นหลัก ในขณะที่บทความที่เป็น grey literature การจะสืบค้น grey literature อาจต้องใช้เวลาและทรัพยากรมากกว่านี้ เนื่องด้วยต้องลงรายละเอียดถึงบริการในแต่ละประเทศในเชิงลึกมากขึ้น (3) วรรณกรรม ส่วนใหญ่มีมาจากประเทศพัฒนาแล้ว อาจเนื่องด้วยประเทศพัฒนาแล้วมักเป็น ปลายทางของการเคลื่อนย้ายประชากร จึงมีการศึกษาในประเทศกำลังพัฒนาไม่มากนัก และ (4) เนื่องด้วยวัตถุประสงค์ของการศึกษานี้ คือการรวบรวมรูปแบบบริการสำหรับ คนต่างด้าวในแต่ละพื้นที่ มากกว่าการพยายามตอบคำถามว่าระบบการบริการที่ทบทวน ได้มีประสิทธิภาพหรือไม่ การประเมินคุณภาพวรรณกรรมจึงอาศัยกระบวนการ configuration มากกว่า aggregation (เช่น การให้คะแนนคุณภาพวรรณกรรม) ดังนั้น วรรณกรรมจึงมีความหลากหลายในด้านระเบียบวิธีวิจัย อย่างไรก็ตามคณะผู้วิจัยได้ รวบรวมข้อสังเกตด้านคุณภาพงานวิจัยแล้ว โดยสามารถดาวน์โหลดได้ที่ <http://ihppthaigov.net/DB/publication/attachnewsletter/56/chapter3.pdf>

วัตถุประสงค์ที่ 2: การรับรู้นโยบายของบุคลากรสุขภาพและประชากรต่างด้าว

บริบทพื้นที่

การศึกษาในวัตถุประสงค์ที่ 2 ได้ดำเนินการในพื้นที่ อ.เมืองระนอง และ อ.กระบุรี จ.ระนอง ทั้งสองพื้นที่มีบริบทที่ค่อนข้างแตกต่างกัน แม้การศึกษานี้ไม่ได้มีวัตถุประสงค์จะเปรียบเทียบความเหมือนหรือความแตกต่างของแต่ละอำเภอ แต่การทำความเข้าใจในบริบทของแต่ละพื้นที่ย่อมช่วยให้การอภิปรายผลการศึกษามีความชัดเจนมากขึ้น

อำเภอเมืองระนอง เป็นพื้นที่เศรษฐกิจ ซึ่งมีประชากรต่างด้าวอาศัยอยู่จำนวนมาก เฉพาะปี 2557 รวมช่วงนโยบาย OSS มีคนต่างด้าวที่มาขึ้นทะเบียนซื้อบัตรประกันสุขภาพจำนวน 45,545 คน รองลงมาที่อำเภอกระบุรี จำนวน 11,917 คน และในแต่ละปีมีแนวโน้มมากขึ้น

อำเภอเมืองระนอง มีอาณาเขตติดต่อกับทะเลอันดามัน และอ่าวไทย ฝั่งด้านตะวันตกมีระยะทางติดต่อกับประเทศพม่ากว่า 169 กิโลเมตร โดยติดต่อกับจังหวัดเกาะสอง ซึ่งเป็นจังหวัดเศรษฐกิจที่สำคัญแห่งหนึ่งของมณฑลทวายประเทศพม่า จังหวัดระนอง มีจุดผ่านแดนทั้งแบบชั่วคราวและจุดผ่านแดนถาวรมากกว่า 20 จุด โดยเฉพาะที่อำเภอกระบุรี มีจุดผ่านแดนชั่วคราวมากถึง 13 จุด และบริเวณที่เป็นจุดผ่านแดนตามธรรมชาติอยู่จำนวนมาก เนื่องจากมีแม่น้ำกระบุรี ซึ่งสามารถเดินทางโดยเรือโดยสารรับจ้างไปฝั่งประเทศพม่าได้โดยใช้เวลาเพียง 20-30 นาที⁶⁹

ประชากรส่วนใหญ่ของ อำเภอเมืองระนอง ประกอบอาชีพรับจ้างในภาคอุตสาหกรรมประมง และรับจ้างทั่วไป ขณะที่ประชากรในเขต อำเภอกระบุรี มักประกอบกิจการ ทำสวนยางและสวนปาล์ม

ความซับซ้อนของบริบทพื้นที่ใน จังหวัดระนอง ยังรวมไปถึงประวัติศาสตร์ของคนไทยพลัดถิ่นในเขตตะนาวศรีที่ถูกกวาดต้อนและอพยพมาอยู่ตั้งแต่หลังเสียกรุงศรีอยุธยาครั้งที่ 2 แล้วภายหลังที่ประเทศพม่าอยู่ภายใต้การปกครองของสหราชอาณาจักร ในยุคล่าอาณานิคม ประเทศไทยได้ตกลงปักปันเขตแดนกับสหราชอาณาจักรโดยใช้แม่น้ำกระบุรีเป็นเส้นแบ่งเขตแดน (ปี 2411) ชาวไทยที่ตกหล่นอยู่ทางฝั่งตะวันตกของแม่น้ำกระบุรีจึงกลายเป็นสัญชาติพม่า แม้ในด้านภาษาและวัฒนธรรมจะยังไปมาหาสู่กับญาติพี่น้องฝั่งไทยตลอด ต่อมาภายหลังมีการสู้รบในประเทศพม่าทำให้คนไทยพลัดถิ่นส่วน

หนึ่งย้ายถิ่นฐานกลับมาอยู่ในเขตประเทศไทย อันเป็นที่มาของการผลักดันเชิงนโยบายให้คนไทยพลัดถิ่นเหล่านี้ซึ่งมีกว่า 20,000 คนได้รับการรับรองในสัญชาติไทยตามที่กำหนดในพระราชบัญญัติสัญชาติ (ฉบับที่ 5) พ.ศ.2555⁷⁰

วัตถุประสงค์ 2 (ก): การรับรู้นโยบายประกันสุขภาพคนต่างด้าวของผู้ให้บริการ

ผู้ถูกสัมภาษณ์

ผู้ถูกสัมภาษณ์ถูกคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยการประชุมหารือระหว่างคณะนักวิจัยกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เกณฑ์การคัดเลือกคือให้มีความครอบคลุมลักษณะงานและหน้าที่รับผิดชอบที่หลากหลาย ผู้ถูกสัมภาษณ์บางคนได้รับการคัดเลือกเพิ่มเติมด้วยวิธีการ snowball (snowball sampling) จนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว รายนามผู้ถูกสัมภาษณ์รวม 24 คนได้แสดงไว้ในตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 รายนามผู้ถูกสัมภาษณ์ที่เป็นบุคลากรในระบบสุขภาพและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

ผู้ถูกสัมภาษณ์	สถานที่ทำงาน	รหัส	จำนวน	รูปแบบการสัมภาษณ์
1. ผู้กำหนดนโยบาย	สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข	PM01	1	เฉพาะหน้า รายบุคคล
2. อดีตผู้กำหนดนโยบาย และนักวิชาการอิสระ	อดีตคณะกรรมการ สำนักงาน หลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ	PM02	1	เฉพาะหน้า รายบุคคล
3. ผู้กำหนดนโยบาย	สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข	PM03	1	เฉพาะหน้า รายบุคคล

ผู้ถูกสัมภาษณ์	สถานที่ทำงาน	รหัส	จำนวน	รูปแบบการสัมภาษณ์
4. ผู้กำหนดนโยบาย	สำนักบริหารการ สาธารณสุข กระทรวง สาธารณสุข	PM04	1	เฉพาะหน้า รายบุคคล
5. เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการ	กลุ่มประกันสุขภาพ กระทรวง สาธารณสุข	ADM_CO1	1	เฉพาะหน้า รายบุคคล
6. เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการด้าน งานประกันสุขภาพ	สสจ.ระนอง	RN_PHO1	2	สัมภาษณ์กลุ่ม เฉพาะหน้า
7. ผู้บริหาร	สสจ.ระนอง	RN_PHO2	1	สัมภาษณ์กลุ่ม เฉพาะหน้า
8. ผู้บริหาร	รพ.ระนอง	RN_RNH1	1	เฉพาะหน้า รายบุคคล
9. เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการด้าน งานประกันสุขภาพและ เจ้าหน้าที่สังคม สงเคราะห์	รพ.ระนอง	RN_RNH2	3	สัมภาษณ์กลุ่ม เฉพาะหน้า
10. แพทย์ที่มีหน้าที่ตรวจ สุขภาพแรงงานต่างด้าว	รพ.ระนอง	RN_RNH3	1	เฉพาะหน้า รายบุคคล
11. เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการ ด้านงานประกันสุขภาพ	รพ.กระบี่	RN_KH1	1	เฉพาะหน้า รายบุคคล
12. ผู้บริหาร	รพ.กระบี่	RN_KH2	1	เฉพาะหน้า รายบุคคล
13. เจ้าหน้าที่องค์กร พัฒนาเอกชน	องค์การพัฒนา เอกชน (1)	RN_NGO1	1	เฉพาะหน้า รายบุคคล
14. เจ้าหน้าที่องค์กร พัฒนาเอกชน	องค์การพัฒนา เอกชน (2)	RN_NGO2	1	เฉพาะหน้า รายบุคคล

ผู้ถูกสัมภาษณ์	สถานที่ทำงาน	รหัส	จำนวน	รูปแบบการสัมภาษณ์
15.เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการ, พนักงานสาธารณสุขต่างด้าว, ผู้บริหาร รพสต.	รพสต.มะมุ	RN_HC1	4	สัมภาษณ์กลุ่ม เฉพาะหน้า
16.ผู้บริหาร รพสต.	รพสต.มิตรภาพ	RN_HC2	1	เฉพาะหน้า รายบุคคล
17.พนักงานสาธารณสุขต่างด้าว	รพสต.มิตรภาพ	RN_M7	1	เฉพาะหน้า รายบุคคล
18.อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	รพสต.มิตรภาพ	RN_HP1	1	เฉพาะหน้า รายบุคคล
19.ตัวแทนผู้ประกอบการภาคอุตสาหกรรม	ผู้ประกอบการอิสระ อ.เมืองระนอง	RN_E1	1	เฉพาะหน้า รายบุคคล
20.ตัวแทนผู้ประกอบการภาคเกษตรกรรม	ผู้ประกอบการอิสระ อ.กระบุรี	RN_E2	1	เฉพาะหน้า รายบุคคล
21.ตัวแทนผู้ประกอบการประมง	สมาคมประมง ระนอง อ. เมืองระนอง	RN_E3	1	เฉพาะหน้า รายบุคคล
22.ตัวแทนผู้ประสานงานการจัดหางานสำหรับแรงงานต่างด้าว	ผู้ประกอบการอิสระ อ.เมืองระนอง	RN_B1	1	โทรศัพท์
23.ตัวแทนกระทรวงมหาดไทย	ที่ว่าการปกครอง จังหวัดระนอง	RN_MOI1	1	โทรศัพท์
24.ตัวแทนกระทรวงแรงงาน	สำนักงานจัดหางาน จังหวัดระนอง	RN_WP1	1	เฉพาะหน้า รายบุคคล

หมายเหตุ: เป็นหนึ่งในคนต่างด้าวที่ถูกสัมภาษณ์ในวัตถุประสงค์ 2(ข) ด้วย

กระบวนการสัมภาษณ์และคำถามสัมภาษณ์

ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นวิธีการหลักในการเก็บข้อมูล โดยดำเนินการที่สถานที่ทำงานของผู้ถูกสัมภาษณ์หรือสถานที่อื่นตามแต่ที่ผู้ถูกสัมภาษณ์สะดวก ผู้วิจัยหลักเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ช่วยวิจัยซึ่งทำหน้าที่จดบันทึกและบันทึกเทป การสัมภาษณ์จะทำแบบเฉพาะหน้า (face to face) เว้นแต่ผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่สะดวกจะดำเนินการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์แทน การสัมภาษณ์จะทำการร่วมกับการบันทึกเทปเมื่อผู้ถูกสัมภาษณ์อนุญาต ผู้ถูกสัมภาษณ์จะได้รับค่าตอบแทนสำหรับการเข้าร่วมการศึกษา ประมาณ 500-1,000 บาทต่อการให้สัมภาษณ์แต่ละครั้ง การสัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 40-60 นาที

แนวคำถามสัมภาษณ์ (interview guide) มีตัวอย่างเช่น นโยบายประกันสุขภาพคนต่างด้าวเกิดขึ้นได้อย่างไร การปรับตัวของผู้ให้บริการเป็นอย่างไร ผลลัพธ์ของการดำเนินนโยบายเป็นอย่างไร ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะต่อนโยบายมีอะไรบ้าง ทั้งนี้ ในการสัมภาษณ์จริงได้มีการปรับภาษาและแนวคำถามให้เหมาะกับบทบาทและหน้าที่ของผู้รับผิดชอบแต่ละคน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการแก่นสาระ (thematic analysis) ร่วมกับการเทียบเคียงกับทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เช่น Street-level bureaucracy (SLB)⁷¹ หรือ Complex adaptive system (CAS)⁷² การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า (methodological and data triangulation) ได้จัดการประชุมร่วมกันระหว่างนักวิจัยหลักและนักวิจัยร่วมเสมอในการลงพื้นที่จริง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการ iteration และ reflexivity ในงานวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ถูกสัมภาษณ์จะได้รับร่างรายงานผลการศึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนจัดทำรูปแบบสมบูรณ์เพื่อเผยแพร่ผลการศึกษาต่อไป

ผลการศึกษา

(1) ภาพรวมของนโยบาย

การจะเข้าใจนโยบายประกันสุขภาพคนต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุขนั้นต้องเข้าใจบริบทของประเทศไทยที่นโยบายนี้ได้ดำเนินการอยู่ ซึ่งมีทั้งแง่มุมทางกฎหมายและแง่มุมทางการจ้างงาน ไม่เพียงแต่แง่มุมทางสาธารณสุขอย่างเดียวโดยเฉพาะใน

ประเด็นที่เกี่ยวกับคนต่างด้าวเมืองผิดกฎหมาย ซึ่งเป็นประชากรเป้าหมายหลักของนโยบายบัตรประกันสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างนโยบายในภาคส่วนต่างๆสามารถสรุปได้ดังนี้

ประเด็นทางกฎหมายและนโยบายความมั่นคง

ในประเด็นด้านกฎหมาย คำว่า'คนต่างด้าว'มักใช้กันอย่างแพร่หลายด้วยพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ.2522⁷³ กำหนดว่า 'คนต่างด้าว' หมายถึง คนธรรมดาซึ่งไม่มีสัญชาติไทย ด้วยเหตุนี้คำว่าคนต่างด้าวจึงมีความหมายที่กว้าง ไม่ใช่เฉพาะแรงงานต่างด้าวเท่านั้น และหมายรวมถึงบุคคลที่ไม่มีสิทธิในสัญชาติไทยด้วยเหตุอื่นๆ เช่น บุคคลไร้รัฐไร้สัญชาติ บุคคลที่เป็นคนไทยพลัดถิ่นซึ่งยังไม่ได้รับการเพิ่มชื่อในทะเบียนราษฎรไทย

ประเด็นตามกฎหมายว่าโดยหลักการแล้ว การแก้ไขปัญหาคคนต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมาย รัฐมีหน้าที่ที่ต้องเพิ่มชื่อบุคคลต่างด้าวไม่ว่าอยู่ในสถานะใด เข้าสู่ระบบทะเบียนราษฎรไทย ซึ่งในที่นี้ใช้คำว่าทะเบียนประวัติพร.38/1 โดยจะได้เลขประจำตัวบุคคลขึ้นต้นด้วย 00 อันเป็นไปตามมติคณะรัฐมนตรีว่าด้วยแนวทางการบริหารจัดการแรงงานต่างด้าวทั้งระบบ พ.ศ.2547⁷⁴ ซึ่งกระบวนการเพิ่มชื่อในทะเบียนประวัติไม่ถือว่าเป็นการสิ้นสุด เพราะคนต่างด้าวที่ได้รับการเพิ่มชื่อในทะเบียนประวัติแล้วต้องผ่านการพิสูจน์สัญชาติกับประเทศต้นทาง หากผ่านการพิสูจน์สัญชาติแล้วคนต่างด้าวจะได้รับหนังสือเดินทางชั่วคราว (temporary passport) และวีซ่าซึ่งอนุญาตให้ทำงานและอยู่ในประเทศไทยตามแต่ระยะเวลาที่กำหนดและใบอนุญาตทำงานครอบคลุมอยู่ ซึ่งระยะเวลาอนุญาตแตกต่างกันไปในแต่ละปี ขึ้นกับความผ่อนปรนของนโยบายระหว่างประเทศในปีนั้นๆ

จะเห็นได้ว่าแนวคิดเริ่มแรกของฝ่ายความมั่นคงผูกโยงเรื่อง'คนต่างด้าว'เข้ากับ'แรงงานต่างด้าว' โดยไม่ได้ให้ความสำคัญกับข้อเท็จจริงที่ว่ายังมีคนต่างด้าวจำนวนหนึ่งซึ่งเข้ามาโดยไม่ได้ทำงานในระบบหรือมีนายจ้างที่ชัดเจน คนต่างด้าวเหล่านี้จึงอาจเป็นคนต่างด้าวที่ไม่ใช่แรงงานต่างด้าวที่มีใบอนุญาตทำงาน รวมถึงบางส่วนมาพร้อมผู้ติดตามจนกระทั่ง 27 เมษายน พ.ศ.2547 ซึ่งเริ่มมีนโยบายให้ขึ้นทะเบียนผู้ติดตามแรงงานต่างด้าวที่อายุ ไม่เกิน 15 ปี ให้ผ่อนผันให้อยู่ในราชอาณาจักรเป็นครั้งคราวไป

หลังจากปี 2547 แล้ว นโยบายการจดทะเบียนและจัดทำประวัติผู้ติดตามในปี
หลัง เป็นไปอย่างลักลั่นและสับสนเช่นในปี 2552 คณะรัฐมนตรีมีมติ ในวันที่
26 พฤษภาคม พ.ศ.2552 ให้ดำเนินการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวที่อยู่นอกระบบผ่อน
ผันและผู้ติดตามที่อยู่ในประเทศอยู่แล้ว แต่มติคณะรัฐมนตรี ในวันที่ 28 กรกฎาคม
พ.ศ.2552 กลับเห็นชอบให้มีการขยายเวลาการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวเฉพาะใน
กิจการประมงที่ได้ประกาศไว้ในวันที่ 26 พฤษภาคม พ.ศ.2552 โดยไม่รวมบุตรและ
ผู้ติดตาม

'คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนด้านชนชาติ ผู้ไร้สัญชาติ แรงงานข้ามชาติและ
ผู้พลัดถิ่น สภานายความได้จัดทำรายงานในปี 2554 วิเคราะห์ว่า การประกาศห้ามการ
ขึ้นทะเบียนผู้ติดตามโดยสิ้นเชิงอาจทำให้เกิด ข้อวิพากษ์วิจารณ์จากหน่วยงานที่
ทำงานเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชน แนวนโยบายในการจดทะเบียนผู้ติดตามในบางปีจึงเปิด
กว้าง มักลักลั่นสับสน มีการจำกัด “ความสัมพันธ์” และด้าน “อายุ” ของผู้ติดตาม
โดยอนุญาตให้เฉพาะที่เป็น “บุตร” และ “อายุไม่เกิน 15 ปีบริบูรณ์” ของแรงงานต่าง
ด้าวที่ยื่นขอจดทะเบียนเท่านั้น⁷⁵ (ภายหลังการดำเนินการของรัฐบาลภายใต้การดูแล
ของ คสช. ในปี 2557 มีการเปิดกว้างขึ้น ไม่ได้กำหนดความสัมพันธ์ของผู้ติดตามว่าต้อง
เป็น 'บุตร' ของแรงงานต่างด้าวแล้ว)⁷⁶

การขึ้นทะเบียนคนต่างด้าวผิดกฎหมายยังเกี่ยวพันกับการแก้ปัญหาสถานะ
บุคคลและภาวะไร้รัฐไร้สัญชาติตาม "ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิ
บุคคล" วันที่ 18 มกราคม พ.ศ. 2548⁷⁷ ซึ่งได้ระบุไว้ชัดเจนว่าบุคคลที่ยังไม่มีชื่ออยู่ใน
ทะเบียนของทางราชการต้องได้รับการจัดสำรวจทำทะเบียนประวัติและได้รับสิทธิขั้น
พื้นฐานตามหลักมนุษยธรรม ยุทธศาสตร์ดังกล่าวได้มีการแบ่งประเภทบุคคลเป็น 7 กลุ่ม
ได้แก่ (1) กลุ่มที่อาศัยอยู่ดั้งเดิมในประเทศไทยแต่ตกสำรวจทางราชการ (2) กลุ่มที่
อพยพมาจากนอกประเทศ แต่อาศัยอยู่มานานหรือทำประโยชน์ ซึ่งสุดท้ายทางราชการ
ยินยอมกำหนดสถานะให้อยู่ในประเทศไทยถาวร (3) กลุ่มที่อพยพมาจากนอกประเทศ
และยังไม่สามารถกลับประเทศต้นทางได้ (4) กลุ่มที่ทางราชการให้การดูแลเป็นการ
เฉพาะ ได้แก่ ผู้ลี้ภัยสงครามในพื้นที่พิกพิงชั่วคราวและแรงงานต่างด้าวที่ไม่สามารถ
ส่งกลับประเทศต้นทางได้ (5) กลุ่มคนไร้รากเหง้า (6) กลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและอยู่
ในสถานศึกษา และ (7) กลุ่มบุคคลต่างด้าวอื่นๆ ที่ไม่อยู่ในทะเบียนราษฎรไทย

โดยสรุปแล้ว คนต่างด้าวที่เข้ามาอยู่ในประเทศไทยต้องได้รับการจัดทำทะเบียนประวัติ และเข้าสู่กระบวนการพิสูจน์สัญชาติ บุคคลที่ไม่สามารถส่งกลับประเทศต้นทางได้เนื่องจากประเทศต้นทางอ้างว่าไม่ใช่บุคคลของประเทศตน (นั่นคือเกิดภาวะไร้รัฐไร้สัญชาติ) ต้องเข้าสู่การแก้ปัญหาสถานะบุคคลตามยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิบุคคล พ.ศ.2548 และได้รับการรับรองสิทธิขั้นพื้นฐาน รวมถึงสิทธิด้านสุขภาพระหว่างรอแก้ปัญหาสถานะ

ประเด็นเรื่องการจ้างงาน

ในอดีตประเทศไทยไม่เคยมีนโยบายที่ชัดเจนในการนำเข้าแรงงานต่างด้าวมีแค่แนวทางปฏิบัติเรื่องการควบคุมการทำงานของคนต่างชาติโดยการส่งวนอาชีพบางอย่างไว้ให้คนไทยทำดังปรากฏในพระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าวปี 2521 ที่มีประกาศแนบท้ายส่งวนอาชีพและวิชาชีพสำหรับคนไทยไว้จำนวนรวม 39 อาชีพรวมถึงอาชีพกรรมกรหรือใช้แรงงาน⁷⁸ และมาตรา 12 ของพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ.2522 ว่าไม่อนุญาตให้คนต่างชาติเข้ามาเป็นกรรมกรในประเทศไทย⁷³

แต่สถานการณ์ตั้งแต่ปี 2531 เหตุการณ์ความไม่สงบทางการเมืองในประเทศพม่าประกอบกับสภาวะเศรษฐกิจของไทยในช่วงเศรษฐกิจฟองสบู่ทำให้เกิดความต้องการแรงงานไร้ฝีมือจำนวนมากโดยในช่วงแรกจำกัดเฉพาะบางอาชีพหรือเฉพาะพื้นที่ แต่ความต้องการแรงงานยังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สถานการณ์ดังกล่าวทำให้ รัฐไทยจำต้องยอมรับการมีอยู่ของแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้าน ในส่วนของภาคธุรกิจเอกชนเองก็ได้เจรจาและกดดันรัฐบาลเปิดให้มีการจ้างแรงงานต่างด้าวได้

ด้วยบริบทดังกล่าว ทำให้มีการขยายพื้นที่อนุญาตการจ้างแรงงานต่างด้าวครอบคลุมทั่วประเทศไทย และทำให้รัฐบาลต้องปรับตัวมาใช้นโยบายที่ยืดหยุ่นขึ้นในการจ้างแรงงานต่างด้าวโดยเฉพาะที่เข้าเมืองผิดกฎหมายโดยอาศัยอำนาจตามมาตรา 17 แห่งพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ.2522 ที่กำหนดว่า "ในกรณีพิเศษเฉพาะเรื่องรัฐมนตรีโดยอนุมัติของคณะรัฐมนตรีจะอนุญาตให้คนต่างด้าวผู้ใดหรือจำพวกใดเข้ามาอยู่ในราชอาณาจักรภายใต้เงื่อนไขใดๆ หรือจะยกเว้นไม่จำเป็นต้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัตินี้ในกรณีใดๆ ก็ได้"⁷³

ด้วยเหตุข้างต้น จึงเป็นที่มาของนโยบาย “ผ่อนผัน” ให้บุคคลที่มีสถานะเป็น ผู้หลบหนีเข้าเมืองผิดกฎหมายเฉพาะจากสามประเทศเพื่อนบ้านคือ พม่า กัมพูชา และ ลาว สามารถทำงานได้ในลักษณะชั่วคราวตามเงื่อนไขที่รัฐกำหนดโดยขอใบอนุญาต ทำงานเป็นปีๆ ไป และต้องมีนายจ้างรับรองให้ชัดเจน ทั้งนี้ ได้มีการออกนโยบายเป็นมติ คณะรัฐมนตรีประกาศการผ่อนผันและวางแนวทางการปฏิบัติการอนุญาตจดทะเบียน แรงงานต่างด้าวผิดกฎหมายเป็นรายปี นับตั้งแต่ปี 2538 ให้มีการผ่อนผันเป็นครั้งคราว ไป (นับตั้งแต่ปี 2538 จนถึงปัจจุบัน มีมติคณะรัฐมนตรีออกมามากกว่า 20 ครั้ง)⁷⁵

จำนวนแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนกับกระทรวงแรงงานก็เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากประมาณ 300,000 คนในปี 2539 เป็นมากกว่า 500,000 คนในปี 2550⁷⁹ และกระทั่งล่าสุดในช่วงการดำเนินงานของ คสช.มีแรงงานต่างด้าว (รวมผู้ติดตาม) มาขึ้นทะเบียนกับกระทรวงแรงงานมากกว่า 1.4 ล้านคน (ข้อมูล ณ มีนาคม พ.ศ. 2558)³³

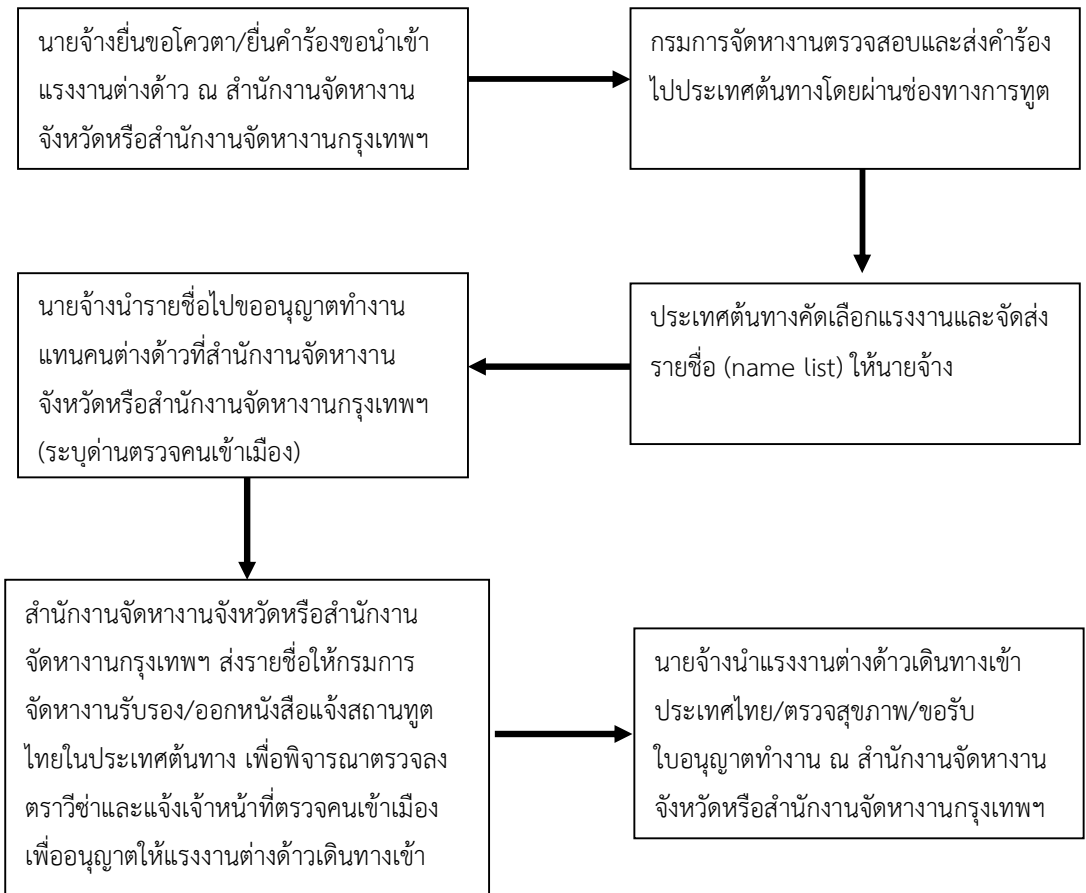
ตามหลักการแล้ว การดำเนินนโยบาย "ผ่อนผัน" เป็นเพียงการดำเนินนโยบาย ชั่วคราวเพื่อแก้ปัญหาแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมาย โดยประเทศไทยได้กำหนด ยุทธศาสตร์สูงสุดว่า ประเทศไทยจะไม่มีแรงงานต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมายอีกต่อไป การนำเข้าแรงงานต่างด้าวที่ถูกต้องต้องดำเนินการผ่านข้อตกลงทวิภาคีในลักษณะ "บันทึกความเข้าใจความร่วมมือในการจ้างงาน" (Memorandum of Understanding on Employment Cooperation: MOU) หรือที่เรียกนโยบาย MOU ระหว่างไทย-พม่า ไทย-ลาว และไทย-กัมพูชา ซึ่งรัฐบาลได้มีการลงนามข้อตกลงตั้งแต่ปี 2546 มีการตั้ง ด้านตรวจสอบและพิจารณาอนุญาตการทำงานของคนต่างด้าวตามแนวชายแดน จังหวัด หนองคาย จังหวัดสระแก้ว จังหวัดตากและจังหวัดระนอง เพื่อช่วยอำนวยความสะดวก การนำเข้าแรงงานต่างด้าว⁸⁰

อย่างไรก็ตามในการดำเนินงานจริงยังมีข้อติดขัดบางประการ เช่น (1) ความ พร้อมในแต่ละประเทศที่ร่วมในนโยบาย MOU ไม่เท่ากันและแต่ละประเทศมีข้อจำกัด รายละเอียดปลีกย่อยเรื่องการจ้างงานไม่เหมือนกัน (เช่น การทำงานภายใต้ข้อตกลง ทวิภาคีไทย-ลาวเกิดขึ้นในปี 2548 ขณะที่ระหว่างไทย-พม่า เริ่มเป็นทางการเมื่อปี 2552)⁸⁰ (2) นโยบาย MOU ยังจำกัดระยะเวลาอนุญาตทำงานไม่เกิน 2 ปี และขยายได้ อีก 2 ปี รวมไม่เกิน 4 ปี⁸⁰ เมื่อครบกำหนดระยะเวลา 4 ปี ต้องเว้นระยะห่าง 3 ปี

ให้กลับประเทศต้นทาง (ซึ่งมีข้อเรียกร้องจากภาคธุรกิจโดยการหารือกับสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กระทรวงแรงงานให้ลดระยะเวลาการกลับประเทศต้นทางจาก 3 ปีลงเหลือเพียง 1 วัน)⁸¹ (3) ยังคงจำกัดเฉพาะงานกรรมกรและผู้รับใช้ในบ้านเท่านั้น และ (4) การจ้างงานตาม MOU ขึ้นตอนมากเกินไป มีต้นทุนและค่าใช้จ่ายสูง (ค่าใช้จ่ายขึ้นกับประเภทงานและจำนวนแรงงาน อาจสูงกว่า 10,000 ดอลลาร์)

ด้วยเหตุผลข้างต้นทำให้ไม่สามารถจูงใจแรงงานต่างด้าวและนายจ้างให้เข้าสู่การจ้างงานผ่าน MOU ได้มากเท่าที่ควร⁸² ดังปรากฏจากหลักฐานที่พบว่าปัจจุบันยังมีแรงงานต่างด้าวที่นำเข้ามาตาม MOU มีจำนวนน้อยกว่าแรงงานต่างด้าวในลักษณะผ่อนผันค่อนข้างมาก (ข้อมูล ณ มีนาคม พ.ศ.2558 สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน มีแรงงานนำเข้ามาตาม MOU 234,791 คน ขณะที่แรงงานต่างด้าวผิดกฎหมายที่ผ่อนผันเพื่อรอการพิสูจน์สัญชาติ 969,336 คน)⁸³ ดังรูปที่ 4

รูปที่ 4 ขั้นตอนการนำเข้าแรงงานต่างด้าวตามนโยบาย MOU



ที่มา: อารีย์ สวัสดิ์ชูแก้ว พ.ศ.2557⁸⁰

ประเด็นเรื่องการประกันสุขภาพ

นโยบายประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวเริ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2535 โดยเป็นนโยบายสืบเนื่องซึ่งผูกพันกับนโยบายความมั่นคงและนโยบายของกระทรวงแรงงาน เสมอ ซึ่งกำหนดให้คนต่างด้าวต้อง 'ซื้อ' บัตรประกันสุขภาพและกำหนดว่าต้องเป็น 'แรงงาน' เท่านั้น และต้องมีการเสียค่าใช้จ่ายตรวจสุขภาพหาโรคต้องห้าม เริ่มเมื่อปี 2536 โดยผลการตรวจสุขภาพจะแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ (1) ผลการตรวจสุขภาพปกติ (2) ผ่านการตรวจสุขภาพแต่ต้องทำการรักษาต่อเนื่องในบางโรค ได้แก่ วัณโรค โรคเรื้อน เหาซาง ซิฟิลิส และโรคพยาธิลำไส้ และ (3) ผู้ที่ไม่ผ่านการตรวจสุขภาพ เนื่องจาก (3.1) สุขภาพไม่สมบูรณ์เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน ตามแต่ดุลยพินิจของแพทย์ หรือ (3.2) เป็นโรคต้องห้ามมิให้ทำงาน คือ วัณโรคระยะติดต่อ โรคเรื้อนหรือโรคเฝื้อซางเป็นที่รังเกียจของสังคม โรคซิฟิลิสระยะที่ 3 การติดสารเสพติดให้โทษ พืชสุราเรื้อรัง โรคจิต ฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน⁸⁴ เป็นที่สังเกตว่าภาวะตั้งครรภ์หรือ HIV/AIDS ไม่ใช่ภาวะต้องห้ามของการประกันสุขภาพ

จากนั้นมาราคาบัตรประกันสุขภาพก็มีการเปลี่ยนแปลงค่อยๆ ปรับขึ้นให้ใกล้เคียงกับอัตราเหมาจ่ายรายหัวของสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จนกระทั่งปี 2547 หลังจากที่มีมติคณะรัฐมนตรีเรื่องแนวทางการบริหารจัดการแรงงานต่างด้าวทั้งระบบ⁷⁴ มีการปรับราคาบัตรประกันสุขภาพเป็น 1,300 บาท และค่าตรวจสุขภาพ 600 บาท ราคาบัตรประกันสุขภาพนี้คงไว้เกือบสิบปีโดยหน่วยงานที่ควบคุมค่าใช้จ่ายสำหรับรายการรักษาสุขภาพค่าใช้จ่ายสูงและจัดเก็บข้อมูล คือ กลุ่มประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข แต่รายได้จากประกันสุขภาพและ การตรวจสุขภาพจัดเก็บที่สถานพยาบาล สถานพยาบาลแต่ละแห่งจึงต้องบริหารจัดการความเสี่ยงเอง⁹ ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ยกเว้นรายการรักษาค่าใช้จ่ายสูงจะแบกรับความเสี่ยงโดยกลุ่มประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (โปรดดูวิธีการจัดสรรเงินบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวในภาคผนวกที่ 1)

วิธีคิดเรื่องการให้รายได้จากการขายบัตรรวมที่สถานพยาบาลเรื่องจากผู้กำหนดนโยบายออกแบบว่าแต่ละพื้นที่บริบทต่างกัน การรวมเงินไว้ที่ส่วนภูมิภาคคือแต่ละสถานพยาบาลน่าจะช่วยให้แต่ละสถานพยาบาลออกแบบหรือปรับปรุงแบบการบริการให้เหมาะกับพื้นที่ของตน

"เราจึงใจออกแบบให้ reverse กับ UC (สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) เพราะแต่ละที่บริบทไม่เหมือนกัน บางที่มีแค่แรงงานต่างด้าวในโรงงาน บางที่เป็นประมง ให้พื้นที่ออกแบบได้เอง..."—ผู้กำหนดนโยบาย กระทรวงสาธารณสุข PM01

อย่างไรก็ตาม ด้วยชุดสิทธิประโยชน์ที่จำกัดไม่ครอบคลุม HIV/AIDS และสถานพยาบาลหลายแห่งต้องรองรับค่าใช้จ่ายจากการรักษาผู้ป่วยต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมายที่เป็น HIV/AIDS และนโยบายของ Global Fund ซึ่งเดิมเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณด้านการรักษาผู้ป่วยต่างด้าว HIV/AIDS ภายใต้โครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ด้อยโอกาสทางสังคม (National Access to Antiretroviral Program for People living with HIV/AIDS (NAPHA-Extension)) ได้กำหนดนโยบายใหม่ในปี 2554 เรียกว่า "Eligibility, Counterpart Financing and Prioritization policy"⁸⁵ ซึ่งกำหนดเงื่อนไขการช่วยเหลือด้านงบประมาณในแต่ละประเทศใหม่และด้วยประเทศไทยเข้าสู่การเป็นประเทศที่มีรายได้ปานกลางระดับบน (upper middle income country) ทำให้ประเทศไทยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาล HIV/AIDS แก่คนต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมายด้วยตนเอง ด้วยเหตุนี้จึงมีการปรับราคาบัตรประกันสุขภาพขึ้นเป็น 2,200 บาท ในปี 2556²¹ (นั่นคือเพิ่มราคาบัตร 900 บาทเพิ่มเติมจากราคาบัตรเดิม 1,300 บาท ส่วนเพิ่มนี้คือค่ายาต้านไวรัส HIV/AIDS (ยา ARV))

ปี 2556 เป็นปีที่มีความสำคัญมากอีกปีหนึ่ง เนื่องจากมีมติคณะรัฐมนตรีวันที่ 15 มกราคม พ.ศ.2556 และประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ลงวันที่ 22 มีนาคม พ.ศ.2556 และ 13 สิงหาคม พ.ศ.2556 ให้ครอบคลุมประกันสุขภาพแก่คนต่างด้าวทุกคนที่ไม่อยู่ในระบบประกันสังคม โดยแบ่งประเภทบุคคลเป็น (1) คนต่างด้าวที่รอเข้าประกันสังคม (ค่าตรวจสุขภาพ 600 บาท และค่าประกันสุขภาพ 550 บาท) (2) คนต่างด้าวทั่วไป (ค่าตรวจสุขภาพ 2,200 บาท และค่าประกันสุขภาพ 600 บาท) และ (3) เด็กอายุไม่เกิน 7 ปีบริบูรณ์ (ค่าประกันสุขภาพ 365 บาท ไม่มีค่าตรวจสุขภาพ)

อย่างไรก็ตาม สถานพยาบาลหลายแห่งได้เรียกร้องให้มีการปรับราคาบัตรประกันสุขภาพสำหรับเด็กขึ้นเพราะประสบปัญหาขาดทุนจากการขายบัตร ขณะที่กลุ่มนายจ้างจำนวนหนึ่ง โดยเฉพาะในกิจการประมงเรียกร้องให้มีการปรับราคาบัตรประกันสุขภาพในคนต่างด้าวทั่วไปลงให้ใกล้เคียงเดิม เพราะแรงงานประมงส่วนใหญ่ไม่ได้มีโอกาสมาใช้บริการเพราะต้องออกทะเลเป็นครั้งคราว ดังปรากฏจากหลักฐานที่ว่า

ในเดือนธันวาคม พ.ศ.2556 มีผู้ซื้อประกันน้อยกว่าหนึ่งแสนคน ต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ที่หนึ่งล้านคนอย่างมาก³² ในขณะที่ผู้กำหนดนโยบายกลับเห็นว่า บัตรประกันสุขภาพ 365 บาท เป็นเพียงนโยบายจูงใจการซื้อบัตรที่ตอบคนต่างด้าวที่มาทำงานในประเทศไทย คล้ายนโยบายของภาคธุรกิจเรื่องความรับผิดชอบต่อสังคมทางธุรกิจ (Corporate Social Responsibility: CSR)

"...บัตร 365 บาทเป็น CSR ของประเทศ ถ้าเค้า (คนต่างด้าวที่ไม่อยู่ในระบบประกันสังคม) ประทับใจว่าเราดูแลเค้าดี ต่อไปเค้าก็กลับมา มีทัศนคติที่ดีต่อประเทศไทย กลับมาแก้ปัญหาขาดแคลนแรงงานของเรา..."—ผู้กำหนดนโยบาย กระทรวงสาธารณสุข PM01

ข้อน่าสังเกตที่สำคัญบางประการของนโยบายบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวอันเนื่องมาจากมติคณะรัฐมนตรีวันที่ 15 มกราคม พ.ศ.2556 ได้แก่

ประการที่ 1 นโยบายบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวนี้มีความเปิดกว้างสูงมาก แม้ผู้ที่ไม่ใช่เลขประจำตัวประชาชน 13 หลักหรือไม่มีชื่อในทะเบียนประวัติ ทร.38/1 ก็สามารถซื้อบัตรได้โดยการกำหนดเลขประจำตัว 13 หลักขึ้นเองได้โดยเจ้าหน้าที่สถานพยาบาล (เรียกว่ารหัส H) ข้อปฏิบัตินี้ได้สื่อสารไปสู่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับปฏิบัติการผ่านการสัมมนาหรือการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการที่จัดขึ้นทุกปีของกลุ่มประกันสุขภาพ³⁶ อย่างไรก็ตามยังไม่มีกลไกติดตามว่าเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการมีความเข้าใจและดำเนินการตามที่กลุ่มประกันสุขภาพกำหนดไว้เพียงใด รวมไปถึงทัศนคติของเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการบางคน ยังสับสนระหว่างบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวนี้กับบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวที่เกิดขึ้นในช่วงนโยบาย OSS (โปรดดูหัวข้อถัดไปเรื่อง "การปรับตัวและทัศนคติของเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการ") และแม้ตัวคนต่างด้าวเองยังไม่ทราบว่าตนเองมีสิทธิในการซื้อบัตรประกันสุขภาพ

ประการที่ 2 มีการตีความที่หลากหลายถึงขอบเขตบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวนี้ จากการสัมภาษณ์ ผู้กำหนดนโยบาย (PM03) พบว่าเบื้องหลังวิธีคิดของบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวนี้ มีเพื่อให้กลุ่มที่ยากไร้และด้อยโอกาสได้ซื้อบัตร (vulnerable population) แต่การดำเนินนโยบายผิดพลาดเพราะเป็นการประกันสุขภาพแบบสมัครใจ และมีการตีความที่หลากหลายของผู้ให้บริการ สถานพยาบาลบางแห่งขายบัตรนี้แก่ผู้มีกำลังซื้อได้ เช่น คนต่างด้าวชาวยุโรปที่มามีครอบครัวในประเทศ

ไทย และข้ามไปมาตามแนวพรมแดน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ปกติมารับการรักษา และเสียค่าใช้จ่ายให้กับสถานพยาบาลไทย ทำให้สถานพยาบาลหลายแห่งประสบปัญหาขาดทุนจากการขายบัตรคนกลุ่มนี้ ต่อมาหนังสือจากกระทรวงสาธารณสุขชี้แจงไปยังสถานพยาบาลว่าไม่ให้ขายบัตรประกันสุขภาพนี้ต่อกลุ่มที่เป็น 'ฝรั่งต่างด้าว' อย่างไรก็ตามไม่ได้มีนิยามชัดเจนว่าหมายถึงบุคคลสัญชาติใดบ้าง โดยขึ้นอยู่กับพิจารณาและตัดสินใจของแต่ละสถานพยาบาล

"...ปัญหาคือว่า ตอน implement เรื่องนี้ (บัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าว) การสื่อสาร policy ไม่ชัดเจน สับสน ใครคือกลุ่มเป้าหมาย ตอนรัฐมนตรีไปพูดก็บอก 'ทุกคน' ที่นั่นมันก็ยุ่งนะสิ ผัวฝรั่งก็บอกก็ฉันทันคนต่างด้าว ก็ซื้อได้ คราวนี้นั้นมันผิดหลักตรงที่ระบบนี้มันไม่ใช่ compulsory มันเป็น voluntary ถ้า voluntary มันต้องคิดราคา premium อีกราคาหนึ่ง ดังนั้นฝรั่งที่แข็งแรงดีเลยไม่ซื้อ มันก็มีฝรั่งที่เคยมาเอายาเดือนละ 5,000 บาท เสีย ราคาบัตร 2,200 บาท มัน happy จะตาย อันนี้เลยเกิดปัญหาตลอด"—ผู้กำหนดนโยบาย กระทรวงสาธารณสุข PM03

ประการที่ 3 การประกันสุขภาพคนต่างด้าวอันเนื่องมาจากมติคณะรัฐมนตรี 15 มกราคม พ.ศ.2556 ยังมีรายละเอียดปลีกย่อยเรื่องการตรวจสอบสุขภาพเหมือนเดิม จากแต่ก่อนที่เป็นบัตรประกันสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าวที่มีราคาบัตร 1,300 บาท และรายละเอียดเรื่องการตรวจสอบสุขภาพนี้ก็ปรับใช้ในลักษณะเดียวกันกับบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวในช่วงนโยบาย OSS ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการแต่ละสถานพยาบาลอ้างอิงได้ว่าบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวนี้ต้องขายเฉพาะคนที่มีศักยภาพที่จะทำงานได้เท่านั้น (ดังที่ระบุว่าผู้ไม่ผ่านการตรวจสอบสุขภาพคือ เป็นผู้ที่เจ็บป่วยเป็น 7 โรคต้องห้าม หรือ มีสุขภาพไม่สมบูรณ์เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน ตามแต่ดุลยพินิจของแพทย์)⁹

นโยบาย One Stop Service

นโยบาย One Stop Service หรือ OSS เกิดขึ้นในช่วงการปกครองของ คสช. หลังเหตุการณ์รัฐประหารพ.ศ.2557 ก่อปรกัในวันที่ 20 มิถุนายน พ.ศ.2557 กระทรวงการต่างประเทศ สหรัฐอเมริกา เผยแพร่รายงานประจำปี เรื่อง สถานการณ์การค้ามนุษย์ ประจำปี 2557 (Trafficking in Persons Report 2014 หรือ TIP Report)⁸⁷

เป็นการสำรวจทุกประเทศในโลก โดยในปีนี้ประเทศไทยถูกลดอันดับจากบัญชีกลุ่มที่ 2 ซึ่งต้องจับตามอง (Tier 2 Watch List) ลงมาอยู่ในบัญชีกลุ่มที่ 3 (Tier 3) ซึ่งเป็นกลุ่มประเทศที่มีสถานการณ์ด้านมนุษยธรรมเลวร้ายที่สุดและเหตุการณ์ที่แรงงานต่างด้าวชาวกัมพูชาเดินทางกลับประเทศต้นทางจำนวนมาก เนื่องด้วยหวาดกลัวต่อการถูกจับกุม และเป็นห่วงเรื่องความปลอดภัยของตน (ในช่วงเวลานั้น มีวาทกรรมทางการเมืองว่าแรงงานต่างด้าวชาวกัมพูชาเข้ามาร่วมสร้างความวุ่นวายทางการเมือง) ทำให้ คสช. ต้องออกมาตรการเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหาแรงงานต่างด้าวและการค้ามนุษย์⁸⁸ ซึ่งมีความสำคัญ คือ

"ให้จัดตั้งศูนย์บริการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวแบบเบ็ดเสร็จ หรือ One Stop Service ในทุกจังหวัด เพื่อทำหน้าที่ในการพิจารณาออกใบอนุญาตทำงานชั่วคราวให้แก่คนต่างด้าว และจัดระเบียบแรงงานต่างด้าว ซึ่งเป็นคนต่างด้าวสัญชาติเมียนมาร์ ลาว และกัมพูชา โดยให้กระทรวงมหาดไทยเป็นหน่วยงานหลัก และปฏิบัติงานร่วมกับ กระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง..."

นั่นคือ โดยสาระแล้วนโยบาย OSS ไม่ได้มีหลักการทำงานที่ต่างจากการแก้ปัญหาคนต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมายในอดีต แต่มีการเข้มงวดการดำเนินการมากขึ้นและนำสามหน่วยงานคือ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน และกระทรวงสาธารณสุขมาทำงานในสถานที่เดียวกัน ภายใต้ช่วงเวลาที่กำหนด ดังระบุในประกาศข้อที่ 4-6 ของประกาศเลขที่ 70/2557⁷⁶ ของ คสช. ว่าให้

"...ในการดำเนินการตามวรรคหนึ่ง ให้ศูนย์บริการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวแบบเบ็ดเสร็จมีหน้าที่ในการจัดทำทะเบียนประวัติ ออกบัตรประจำตัว และตรวจสอบสุขภาพคนต่างด้าว ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด..." และ "...คนต่างด้าวสัญชาติเมียนมาร์ ลาว และกัมพูชาที่ได้รับใบอนุญาตทำงานชั่วคราวตามประกาศนี้แล้ว จะต้องเข้าสู่กระบวนการตรวจสัญชาติเพื่อการออกใบอนุญาตให้อยู่ในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราว และใบอนุญาตทำงานตามที่กฎหมายกำหนดต่อไป..."

โดยในประกาศฉบับที่ 70/2557⁷⁶ กำหนดให้การขึ้นทะเบียนต้องแล้วเสร็จภายในวันที่ 25 กรกฎาคม พ.ศ.2557 ต่อมามีการขยายเวลาการขึ้นทะเบียนเพราะมีแรงงานต่างด้าวจำนวนมากเกินกว่าศักยภาพของหน่วยงานจะขึ้นทะเบียนแล้วเสร็จเป็นวันที่ 31 ตุลาคม

พ.ศ.2557 และกำหนดให้ต้องพิสูจน์สัญชาติแล้วเสร็จภายใน 31 มีนาคม พ.ศ.2558 ดังปรากฏในประกาศ คสช.ฉบับที่ 117/2557⁸⁹ และ 118/2557⁷⁶ ตามลำดับ หลังจากนั้นหากพบแรงงานต่างด้าวที่ไม่ได้มาขึ้นทะเบียนในช่วงระยะเวลาดังกล่าวจะผลักดันส่งกลับประเทศต้นทาง

ความแตกต่างสำคัญของนโยบาย OSS จากบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าว คือ ประการแรก นโยบาย OSS กำหนดให้มีการลงทะเบียนเฉพาะแรงงานต่างด้าวที่ไม่อยู่ในระบบประกันสังคมและมีนายจ้างชัดเจนที่มีสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา เท่านั้น รวมถึงผู้ติดตามของแรงงานซึ่งในประกาศ คสช.ฉบับที่ 70/2557⁷⁶ ไม่ได้มีการระบุอายุผู้ติดตามชัดเจน แต่ในระเบียบการตรวจสุขภาพบ่งบอกว่า ผู้ติดตามนับเฉพาะที่เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี โดยเด็กอายุเกิน 7 ปี ใช้หลักเกณฑ์การประกันสุขภาพเหมือนแรงงานต่างด้าว และเด็กอายุต่ำกว่า 7 ปี ให้ซื้อบัตรราคา 365 บาท โดยไม่มีค่าตรวจสุขภาพ ซึ่งเป็นราคาเดียวกันกับบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวที่สืบเนื่องมาจากมติคณะรัฐมนตรี 15 มกราคม พ.ศ.2556⁸⁶

ประการที่สอง ราคาบัตรประกันสุขภาพแตกต่างจากบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าว โดยลดราคาลงจาก 2,200 บาท เป็น 1,600 บาท นั่นคือลดค่าใช้จ่ายส่วนที่เป็นยา ARV จาก 900 บาท เป็น 300 บาท ทั้งนี้ การลดราคาเกิดจากฐานคิดที่ว่าหากมีผู้ประกันตน จำนวนมากกว่า 300,000 คน ค่าเบี้ยประกันส่วนเพิ่มของยา ARV จะอยู่ที่ประมาณ 300 บาท และเกิดจากการเจรจาต่อรองระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับผู้แทนกระทรวงแรงงานและนายจ้างแรงงานต่างด้าวให้มีราคาบัตรสุขภาพสำหรับระยะเวลาที่หลากหลาย คือ ราคาประกันสุขภาพแบบ 3 เดือน (500 บาท) และ 6 เดือน (900 บาท) และลดราคาค่าตรวจสุขภาพเหลือ 500 บาท (โปรดดูวิธีการจัดสรรเงินของบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวในภาคผนวก 1)

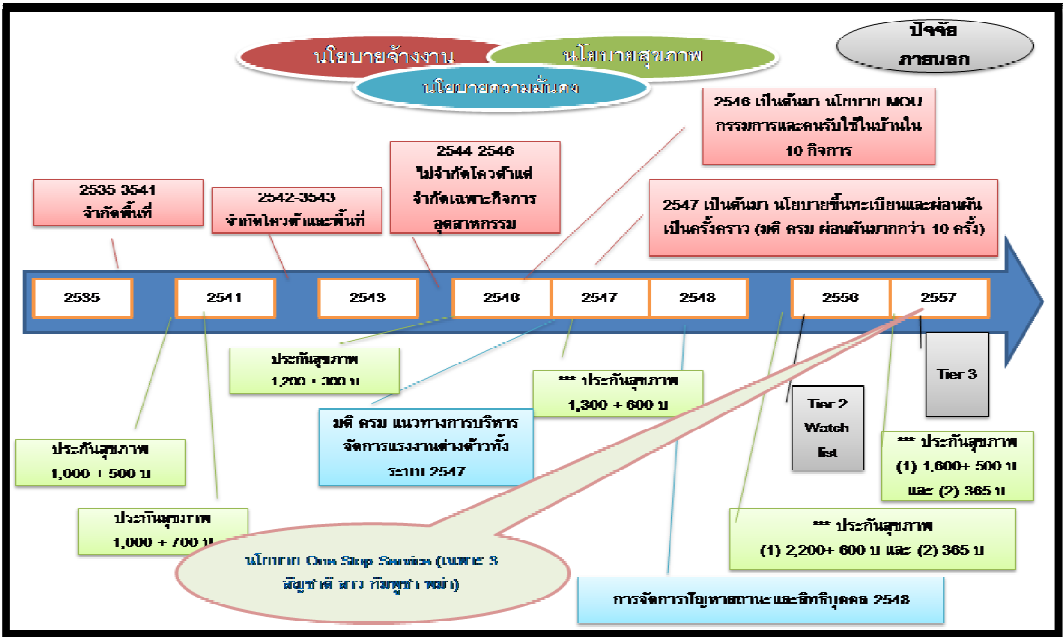
เหตุที่การปรับราคาบัตรให้มีหลายทางเลือกเนื่องจากระยะแรกทีนโยบาย OSS ออกมามีความคาดหวังว่าสามารถทำการขึ้นทะเบียนและพิสูจน์สัญชาติให้แล้วเสร็จใน 60 วัน

"คือ คสช.ต้องการเอาพวกใต้ดินขึ้นมาบนดินให้ได้มากที่สุดให้มีอุปสรรคน้อยที่สุด...เดิมาก็บอกว่าให้เวลา 60 วัน ซึ่งผมก็บอกว่ามัน impossible ตามประสบการณ์ของผม... อีกเรื่องหนึ่งที่นายจ้างพยายามต่อรองกับเรา คือ ราคาบัตรแพงไป เขาจ่ายไม่

ไหว แรงงานก็ลดราคาค่าทำ work permit ลง เราก็เสนอตัวเลขที่ 1,600 บาท เพราะคิดว่าถ้าขึ้นทะเบียนเยอะๆ ค่าyardั่วน้ำมันน่าจะถูกลง ลดเยอะเหมือนกันนะ ตรวจร่างกายเราก็ลดจาก 600 บาทเหลือ 500 บาทแต่เค้า (นายจ้าง)..."—ผู้กำหนดนโยบายกระทรวงสาธารณสุข PM03

ทั้งนี้ ได้สรุปภาพรวมความสัมพันธ์ของนโยบายที่เกี่ยวกับคนต่างด้าวของประเทศไทยในแต่ละช่วงเวลา ดังรูปที่ 5 สรุปภาพรวมของการขึ้นทะเบียนและประกันสุขภาพคนต่างด้าวตามนโยบายปัจจุบันดังรูปที่ 6 และสรุปคุณลักษณะของบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าว บัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว และสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในตารางที่ 4 ตามลำดับ

รูปที่ 5 ภาพรวมความสัมพันธ์ของนโยบายที่เกี่ยวข้องกับคนต่างด้าวของประเทศไทยในแต่ละช่วงเวลา



ที่มา: การสังเคราะห์ผลการศึกษาโดยคณะผู้วิจัย

[illegible]

หมายเหตุ: สีเขียว หมายถึง นโยบายกระทรวงแรงงาน, สีแดง หมายถึง นโยบายกระทรวงมหาดไทย, และสีม่วง หมายถึง นโยบายกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 4 สรุปลักษณะของบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าว บัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว และสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ลักษณะระบบประกัน	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	บัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าว 15 ม.ค.56	บัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ตามนโยบาย One Stop Service (OSS)
ความครอบคลุม (คน)	47 ล้าน	~700,000	~1,400,000 (บางส่วนทับซ้อนกับบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวประมาณ 700,000 คน ที่ได้บัตรก่อนนโยบาย OSS)
รายได้	ระบบภาษี	การขายบัตร	การขายบัตร
การได้มาซึ่งระบบประกัน	ตามกฎหมาย	สมัครใจ	ภาคบังคับโดยนายจ้างเป็นผู้พาลูกจ้างแรงงานมาขึ้นทะเบียน
เงื่อนไข	การมีสัญชาติไทย	เปิดกว้าง (ถ้าไม่เลขประจำตัวบุคคล 13 หลักสามารถให้ระบบกำหนดเลขเองได้)	แรงงานต่างด้าวในระบบประกันสังคมที่มีนายจ้างชัดเจน (มีใบอนุญาตทำงาน)
ชุดสิทธิประโยชน์	ครอบคลุมรายการรักษาและส่งเสริมป้องกันทั้งหมด	ค่อนข้างครอบคลุมทั้งหมด ยกเว้นบางรายการ เช่น ล้างไตระยะสุดท้าย โรคมะเร็งปอด เพื่อนพันธุ์หายาก	ค่อนข้างครอบคลุมทั้งหมด ยกเว้นบางรายการ เช่น ล้างไตระยะสุดท้าย โรคมะเร็งปอด เพื่อนพันธุ์หายาก
ราคาบัตรต่อปี (บาท)	-	(1) 2200 + 600 และ (2) 365 (สำหรับเด็กน้อยกว่า 7 ปี)	(1) 1600 + 500 และ (2) 365 (สำหรับเด็กน้อยกว่า 7 ปี)
ค่าใช้จ่าย ณ จุดบริการ (บาท)	-	30	30
หน่วยงานควบคุม	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	โรงพยาบาล + กลุ่มประกันสุขภาพ (เฉพาะบริการค่าใช้จ่ายสูงและยาต้านไวรัส HIV/AIDS)	โรงพยาบาล + กลุ่มประกันสุขภาพ (เฉพาะบริการค่าใช้จ่ายสูงและยาต้านไวรัส HIV/AIDS)
สถานพยาบาล	รัฐ + เอกชนบางแห่งที่ทำสัญญากับสำนักงานหลักประกัน	สถานพยาบาลของรัฐในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	สถานพยาบาลของรัฐในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และ

ลักษณะระบบประกัน	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	บัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าว 15 ม.ค.56	บัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ตามนโยบาย One Stop Service (OSS)
	สุขภาพแห่งชาติ	และ สถานพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์เฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร	สถานพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ เฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร
วิธีการจ่ายเงิน	รายหัว(capitation) สำหรับผู้ป่วยนอก และจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม สำหรับผู้ป่วยในหรือ Diagnostic related groups (DRGs) with global budget	จ่ายตามราคาบัตร (แต่เฉพาะถ้าเป็นบริการผู้ป่วยในที่มีค่าใช้จ่ายสูง จึงจะจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม)	จ่ายตามราคาบัตร (แต่เฉพาะถ้าเป็นบริการผู้ป่วยในที่มีค่าใช้จ่ายสูง จึงจะจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม)

ที่มา: กลุ่มประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2557⁸⁶ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2556⁹⁰

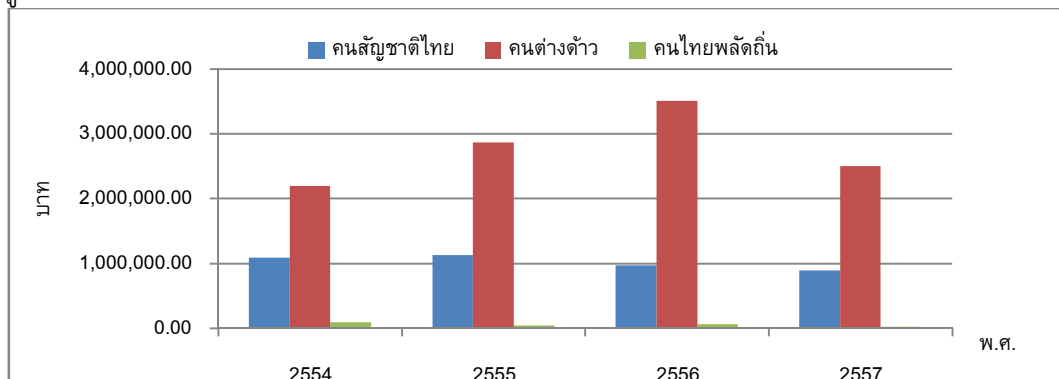
(2) ทศนคติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฏิบัติการและผู้ต่อการประกันสุขภาพคนต่างด้าว

ทศนคติในเรื่องการประกันสุขภาพคนต่างด้าวของผู้ให้บริการสุขภาพ

ผู้รับบริการในเขตจังหวัดระนอง มีทัศนคติต่อการบริการคนต่างด้าวในสองลักษณะนั่นคือ (1) ยังมองว่าบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวรวมถึงบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวยังมีลักษณะสงเคราะห์ และ (2) ความสับสนระหว่างการประกันสุขภาพคนต่างด้าวกับการประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ความสับสนนี้รวมไปถึงบัตรประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิและเชื่อมโยงไปถึงความไม่ไว้วางใจระหว่างคนต่างด้าวกับผู้ให้บริการ

ในประเด็นเรื่องการมองว่าการประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวเป็นการประกันสุขภาพแบบสงเคราะห์ ไม่ใช่เรื่องของสิทธิเสมือนผู้ประกันตนในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้มีหลักฐานเรื่องการเงินการคลังว่าสถานพยาบาลต้องรักษาผู้ป่วยที่เป็นคนต่างด้าวจำนวนมาก ยอดค่าใช้จ่ายสังคมสงเคราะห์ส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับคนต่างด้าว การประกันสุขภาพคนต่างด้าวในมุมมองของผู้ให้บริการจึงเป็นระบบที่ควรจะมีกำไร (เพราะไม่ได้งบประมาณจากรัฐรายได้ทั้งหมดมาจากการขายบัตรประกันสุขภาพ) เพื่อนำมาใช้จุนเจือค่าใช้จ่ายสังคมสงเคราะห์ของผู้ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆด้วย ตัวอย่าง รพ.ระนองมีค่าใช้จ่ายยอดสังคมสงเคราะห์ในคนต่างด้าวประมาณ 2-3.5 ล้านบาทต่อปี (รูปที่ 7)

รูปที่ 7 ยอดค่าใช้จ่ายสังคมสงเคราะห์โรงพยาบาลระนอง พ.ศ.2554-2557



ที่มา: โรงพยาบาลระนอง พ.ศ.2557⁶⁹

"ปีที่ผ่านมาเรากำไร (รายได้จากการขายบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าว รวมค่าตรวจสุขภาพ หักลบค่ารักษาพยาบาลผู้ประกันตนที่เป็นคนต่างด้าว) 14.4 ล้านบาท... เราก็กเอาเงินนี้ไป cover กลุ่มไม่มีบัตรอีก 2 ล้านบาท นี่ไงเรามีความเมตตากรุณา ทำให้เรากำไรประมาณ 11.9 ล้านบาท แต่คิดค่าน้ำยาแล็บ ค่าโอที ค่าต้นทุนอื่นๆ อีก นี่เราติดลบทันที แล้วนี่ต้องดูแลเค้าไปอีกทั้งปี สรุบนะว่ายังโง่ก็ขาดทุน"—ผู้บริหาร รพ. ระนอง RN_RNH1

เมื่อมูมองต่อบัตรสุขภาพคนต่างด้าวเป็นเรื่องการสงเคราะห์ จึงมีมูมองด้านชุดสิทธิประโยชน์ว่า คนต่างด้าวได้สิทธิประโยชน์มากกว่าคนไทย แม้โดยข้อเท็จจริงสิทธิประโยชน์ในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะครอบคลุมมากกว่าบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าว แต่มีรายละเอียดปลีกย่อยที่สิทธิบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวมียากกว่า เช่น สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากำหนดให้ใช้บริการคลอดโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายได้เพียง 2 ครั้ง⁹⁰ แต่สิทธิบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวไม่มีข้อกำหนดนี้ รวมถึงข้อกำหนดภายในพื้นที่จังหวัดระนอง โดยสสจ. ระนองอนุญาตให้ผู้ถือบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวสามารถใช้บริการที่สถานพยาบาลใดก็ได้ในจังหวัดเพื่อให้สอดคล้องกับพฤติกรรม การเคลื่อนย้ายถิ่นฐานของคนต่างด้าว³¹ แต่ผู้มีสิทธิในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังคงต้องไปใช้บริการในสถานพยาบาลปฐมภูมิตนลงทะเบียนไว้ มิฉะนั้นจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง

"...ก็มีคนใช้ไทยมาบ่น บอกว่าสิทธิมากกว่าคนไทย คนไทยได้สองห้อง พม่าได้หมดเลย ทำไมพวกเราคนไทยถึงไม่ได้สิทธิแบบนั้น..."—ผู้บริหาร รพ.กระบี่ RN_KH2

ประเด็นที่สอง ที่เด่นชัดในกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ คือ ความสับสนระหว่างคนต่างด้าว แรงงานต่างด้าว และคนไทยพลัดถิ่น ความสับสนที่เกิดขึ้นเกิดจาก (1) การเปลี่ยนแปลงของนโยบายบ่อยครั้ง และ (2) ความบกพร่องในการสื่อสารทั้งจากระดับผู้กำหนดนโยบายถึงจังหวัด และการสื่อสารภายในจังหวัดเองต่อมาความสับสนนี้ซับซ้อนขึ้นเนื่องด้วยเหตุผล 2 ประการ (1) การมาของนโยบาย OSS และ (2) การสวมสิทธิและรับจ้างเป็นนายจ้างให้กับคนต่างด้าว

การมาของนโยบาย OSS ที่ คสช. มีนัยทางการเมืองชัดเจนว่าต้องการแก้ปัญหา"แรงงานต่างด้าวผิดกฎหมาย" สถานพยาบาลจึงตีความว่า จากนั้นไปพยาบาลจะขายบัตรประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวได้ก็ต่อเมื่อผู้มาซื้อบัตรเป็น "แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม" 3 สัญชาติเท่านั้น เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายภาพรวมของประเทศ แม้ไม่มีประกาศจากกระทรวงสาธารณสุขว่านโยบายขายบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าว (บัตรประกันสุขภาพราคา 2,200 บาท) ได้รับการยกเลิกไป แต่สถานพยาบาลบางแห่งในจังหวัดเข้าใจว่าบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าว (บัตรประกันสุขภาพราคา 2,200 บาท) จะสามารถขายได้เฉพาะ "คนไทยพลัดถิ่น" ที่ตกหล่นจากสิทธิประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิเท่านั้นเพราะถ้าเป็นคนต่างด้าวทั่วไป ถ้าไม่มาขึ้นทะเบียนในระบบ OSS ก็จะต้องถูกผลักดันกลับประเทศต้นทาง

ทั้งนี้ การตีความนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละสถานพยาบาล บางสถานพยาบาลตีความว่าบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวยังสามารถขายให้กับคนต่างด้าวได้อยู่ แต่คนต่างด้าวที่มาซื้อบัตรต้องมีบัตรประจำตัวบุคคลที่มีเลข 13 หลักเท่านั้น และด้วยศักยภาพของกลุ่มประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นหน่วยงานในส่วนกลางที่มีบุคลากรและทรัพยากรจำกัด ทำให้การควบคุมและติดตามการขายบัตรประกันสุขภาพและการบังคับใช้นโยบายทำได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ การสื่อสารนโยบายจึงกระทำผ่านทาง การสัมมนาประจำปีหรือการส่งหนังสือเวียนตามระบบราชการปกติ

"เรามี staff ทั้งหมด 7 คน เป็นข้าราชการ 5 คน แล้วต้องรับเรื่องที่เกี่ยวข้องกับ non-UC ทั้งหมด...และถ้านโยบายมันไม่นิ่ง มันทำให้เราเสียเวลาไปกับการที่ต้องมาติดตามนโยบาย ถ้านโยบายมันมองพื้นฐานเดิมแล้วต่อยอดมันก็ทำงานได้ แต่นี่พลิกบ่อย

มาก"—เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการ กลุ่มประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
ADM_CO1

"เราเคยปรึกษาผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ไทรไปถามว่าแบบนี้ขายได้ไหม (ขายให้คนต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมาย ที่ไม่มีบัตรประจำตัวใดๆ) ก็บอกว่าให้ลักลอบขาย แบบนี้ไม่ได้นะ! พุดแบบนี้พื้นที่ไม่กล้าขายหรอก"—เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการด้านงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข RN_PHO1

เมื่อการประกันสุขภาพผูกติดกับแนวคิดเรื่องการเป็นแรงงานต่างด้าวเท่านั้น จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ปัญหาเรื่องการรับจ้างเป็นนายจ้างแรงงานต่างด้าวหรือโบรกเกอร์ (broker) ซึ่งเป็นที่รับรู้กันทั่วไปทั้งในหมู่ผู้ให้บริการและคนต่างด้าวในพื้นที่เอง ผู้ให้บริการส่วนหนึ่งก็สะท้อนว่าระบบโบรกเกอร์เอง ทำให้นโยบายประกันสุขภาพในภาพรวมไม่เป็นทิศทางเดียวกันและสร้างความลำบากใจแก่สถานพยาบาล เพราะเป็นการบังคับทางอ้อมให้สถานพยาบาลประกันสุขภาพคนที่ควรถูกผลักดันกลับประเทศ

"ในกฎกติกาบอกให้ตรวจร่างกายแล้วพิจารณาว่าทำงานได้ไหม ผมถามหน่อย อย่าง DM นั่งอยู่รู้ไหมว่าน้ำตาลเท่าไร... มีบางคนรับเป็นนายจ้างและรับเป็นทนายด้วย คนใช้เป็น CA breast stage 3 ค่าใช้จ่ายเดือนละ 3-40,000 บาท อายุ 80 กว่าปี มาทั้งนายจ้าง มาทั้งทนาย มาบอกว่านี่เฝ้าเลี้ยงล้างจาน ทำงานบ้าน ทนายก็บอกว่านี่เฝ้าไม่รับผมพ่องนะ ผมก็โทรคุยกับหมอxxx (ผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุข) เขาก็บอกว่าอย่างนี้ไม่ต้องรับ พ่องก็พ่องไป"—ผู้บริหาร รพ.ระนอง RN_RNH1

ทัศนคติในเรื่องนโยบายแรงงานที่สัมพันธ์กับการประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว

ในการประกันสุขภาพคนต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมายเป็นหน้าที่รับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขโดยตรง แต่หากมองภาพรวมทั้งระบบเมื่อแรงงานต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมายที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติ (ได้หนังสือเดินทางและวีซ่าแล้ว) และทำงานในสถานประกอบการก็ต้องประกันตนในระบบประกันสังคม ได้รับสิทธิประโยชน์เหมือนกับผู้ประกันตนสัญชาติไทยในระบบประกันสังคมเช่นกัน แต่แรงงานต่างด้าวที่เข้าสู่ระบบประกันสังคมมีน้อยมาก เมื่อเทียบกับผู้ที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติแล้วทั้งหมด ตัวอย่างที่ชัดเจนคือในช่วงปลายปี 2555 มีแรงงานต่างด้าวที่เข้าสู่ระบบประกันสังคมเพียง

ประมาณ 200,000 คน จากจำนวนแรงงานต่างด้าวที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติแล้วกว่า 1,000,000 คน⁹¹

เหตุที่แรงงานต่างด้าวไม่เข้าสู่ระบบประกันสังคมน่าจะสรุปได้เป็น 3 ประเด็น คือ (1) เรื่องการบังคับใช้กฎหมายที่ไม่มีประสิทธิภาพ (2) เรื่องนายจ้างและลูกจ้างแรงงานต่างด้าวเองมองว่าระเบียบเรื่องการจ่ายเงินสมทบไม่คุ้มค่ากับสิทธิประโยชน์เท่ากับการประกันสุขภาพกับกระทรวงสาธารณสุข และ (3) ระเบียบที่ทับซ้อนกันเรื่องการขึ้นทะเบียนแรงงาน การตรวจสุขภาพ และการออกใบอนุญาตทำงาน เนื่องด้วยการออกใบอนุญาตทำงาน แรงงานต้องผ่านการตรวจสุขภาพ และนโยบายกระทรวงสาธารณสุขเข้ามาซ้อนทับในขั้นตอนนี้ คือแรงงานต่างด้าวต้องซื้อบัตรประกันสุขภาพเมื่อผ่านการตรวจสุขภาพ แต่การจะเข้าสู่ระบบประกันสังคม การบังคับใช้ไม่ใช่ว่าหน้าที่ของกรมการจัดหางาน ทำให้เหมือนสำนักงานประกันสังคมถูกตัดจากขั้นตอนการขึ้นทะเบียนและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวไปโดยปริยาย

"ใบอนุญาตทำงานมันออกโดยนายทะเบียน ถ้าผมจะออกผมต้องดูใบรับรองแพทย์ ถ้าคนซื้อประกันสุขภาพผมออกให้ แต่ว่าประกันสังคมนี้ แม้กฎหมายจะบัญญัติแต่เรื่องบังคับใช้กฎหมายที่วุ่นวายที่มีลูกจ้าง แล้วไม่จ่ายเงินสมทบเข้าประกันสังคมมีความผิดดังต่อไปนี้ คนที่บังคับใช้คือประกันสังคม ไม่ใช่จัดหางานผมไม่มีอำนาจได้..."—ตัวแทนกระทรวงแรงงานจ.ระนอง RN_WP1

"ไปประกันสังคมมันไม่ยากไปอยู่แล้ว มันต้องจ่ายแพง ต้องไปครอบคลุมสิทธิอื่นๆ ที่มันไม่ยากใช้ เช่น ขราภาพอะไรแบบนี้ละ แม้ภายหลังจะบอกว่ากลับบ้านจะคืนเงินให้ แต่มันไม่สะดวกหรอก ประกันสังคมต้องมี lag time 90 วัน ไม่ครอบคลุม P&P (งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค) ก็ยังเป็นจุดอ่อน และประกันสังคมก็ไม่ไปไล่บี้ว่าใครไม่เอาลูกจ้างมาประกัน ข้อมูลก็ไม่ผูกกับจัดหางาน ทั้งที่กระทรวงเดียวกันนะ... แล้วคิดดูสิแรงงาน ขึ้นต่ำ 300 บาท เดือนหนึ่ง 9,000 บาท จ่ายเงินสมทบ เอาว่าเดือนละ 450 บาท ปีหนึ่ง 5,000 บาท เทียบกับ บัตรของกระทรวงสาธารณสุข 1,000 กว่าบาท ค่อนข้างจะตาย"—ผู้กำหนดนโยบาย กระทรวงสาธารณสุข PM01

อย่างไรก็ตามนายจ้างส่วนหนึ่งยังมีทัศนคติว่าบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขมีราคาแพงเกินไป นายจ้างจึงมักใช้วิธีหักจากเงินเดือนของลูกจ้าง มุมมองนี้

ค่อนข้างชัดเจนในกิจการที่ลูกจ้างมีโอกาสเปลี่ยนงานบ่อยครั้ง เช่น กิจการประมง และงานเกษตรกรรม

"เรื่องประกันสุขภาพ คนต่างด้าวทำบนบกผมเห็นด้วย ลูกเรือประมงผมคัดค้าน เพราะบังคับให้เค้าทำแล้วไม่ได้ใช้ เค้าไม่ได้อยู่ประจำ อยู่บนเรือ อย่างของผม ผมหมดไปเป็นล้านแล้ว แล้วหมดหลักๆ คือเรื่องประกันสุขภาพ... แล้วอย่างเรือประมง อยู่เดือนสองเดือนลูกจ้างก็หนีแล้ว ใครเป็นผู้จ่ายค่าประกัน นายจ้างนะครับ ยังไม่ทันหักเงินจากลูกจ้างเค้าก็หนีแล้ว บริบทตรงนี้คนที่ออกนโยบายมองเป็นมุมกว้าง ถ้ามัวทำได้ทั้งหมดใหม่ ผมว่าทำได้สัก 30% เท่านั้นล่ะ"—ตัวแทนผู้ประกอบการประมง จ.ระนอง RN_E3

แม้กระทรวงสาธารณสุขจะออกประกาศให้แรงงานต่างด้าวในกิจการประมงสามารถใช้บริการ ที่สถานพยาบาลที่ร่วมโครงการที่ได้ก็ได้ ในเขต 22 จังหวัดชายฝั่งทะเลในกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน แต่การบังคับใช้นโยบายยังมีปัญหาและยากที่จะติดตามประเมินผล

"มีนายจ้างเล่าให้ฟัง คือ มีกรณีว่าลูกเรือประมงท้องเสีย แล้ววิ่งเข้าฝั่ง ปกติเป็นเรือจังหวัดระนอง แต่ตอนนั้นอีกโรงพยาบาล xxx (ในอีกจังหวัด) ใกล้กว่า พอไปถึงโรงพยาบาลบอกว่า ในบัตรบอกว่าเป็นโรงพยาบาลระนอง โรงพยาบาล xxx ก็เลยไม่รับคนไข้ ผู้ประกอบการเลยตัดสินใจพาลูกน้องกลับ แต่ใช้เวลาสักห้าชั่วโมง แต่ปรากฏว่าลูกน้องไม่ไหวเสียชีวิตบนเรือ" - ตัวแทนผู้ประสานงานการจัดหางานสำหรับแรงงานต่างด้าวจ.ระนอง RN_B1

อีกประเด็นหนึ่งที่เชื่อมโยงกับมุมมองของผู้ให้บริการสุขภาพ คือ ประเด็นเรื่องของการเข้ามามีส่วนร่วมของโบรกเกอร์ แม้ผู้ให้บริการสุขภาพจะมองไปในเชิงลบ แต่ในมุมมองของนายจ้างการมีโบรกเกอร์ก็ช่วยประสานงานมักสะดวกกว่า เพราะโบรกเกอร์รับรู้การเปลี่ยนแปลงของนโยบายได้ดีกว่า ยิ่งด้วยการที่ระเบียบต่างๆ ที่ภาครัฐกำหนดมาในเรื่องการประกันสุขภาพ รวมถึงการจ้างงาน มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย จนนายจ้างไม่สามารถติดตามได้ทัน การทำงานผ่านโบรกเกอร์จึงสะดวกสบายกว่าการที่นายจ้างแรงงานต้องดำเนินการเอง

"...ถ้าจะทำให้ agent มาทำมันสะดวกกว่า เค้าจะรู้รู้ทาง รู้ว่าใช้หลักฐานอะไร แล้วถ้าจะทำได้ต้องไปทำที่ระนอง...แล้วนโยบายก็เปลี่ยนบ่อย ปีนี้ราคาเท่านี้ ปีต่อมา ราคาเท่านี้ โดยคุณไม่ได้ชี้แจงว่าราคาที่เพิ่มขึ้นมานี้เพราะอะไร ครอบคลุมส่วนไหน เพิ่มเติม"—ตัวแทนผู้ประกอบการภาคเกษตรกรรมจ.ระนอง RN_E2

(3) การปรับตัวของพื้นที่ในนโยบายประกันสุขภาพคนต่างด้าว

นโยบายประกันสุขภาพคนต่างด้าว เมื่อนำมาสู่การปฏิบัติในพื้นที่ ได้มีการปรับเปลี่ยนให้เข้ากับบริบทพื้นที่จริง และเข้ากับบริบทปัญหาของผู้นำนโยบายไปใช้ การปรับตัวไม่ใช่ในนโยบายสาธารณสุขอย่างเดียว แต่รวมถึงนโยบายของฝ่ายปกครอง ซึ่งในที่นี้สามารถสรุปมาตรการหรือวิธีการปรับตัวต่างๆ ดังนี้

(1) นโยบาย zoning: เป็นนโยบายของเจ้าหน้าที่มหาดไทยผ่อนปรนเขตให้กับคนต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมายที่อยู่ระหว่างการแก้ปัญหา เนื่องจากจังหวัดระนองมีอาณาเขตติดต่อกับประเทศพม่าตลอดแนวจังหวัด ทำให้การผลักดันคนต่างด้าวกลับสู่ประเทศต้นทางทำได้ยาก

"มีแรงงานเถื่อนในพื้นที่ตลอดเวลา พอรัฐบาลประกาศจดทะเบียน สุดท้ายก็เอาไม่อยู่...คือเค้าเข้าได้ตลอดเวลา ยากต่อการควบคุม เราก็พยายามสกัดกั้นไม่ให้เค้าเข้ามา คือพยายามกวดขันไป แต่ถ้าเราใช้มาตรการจับกุมตลอดเวลา แรงงานภาคประมงจะไม่เหลือเลย...ผู้ประกอบการก็ไววาย...เราก็เลยจัด zoning ไว้ กวดขันพื้นที่ตอนใน หรือถ้าแถวชุมชนท่าเรือก็อาจจะปล่อยๆไปบ้าง"—ตัวแทนกระทรวงมหาดไทยจ.ระนอง RN_MOI1

(2) ประสานความร่วมมือกับองค์กรพัฒนาเอกชน (NGO): ในการให้บริการสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวที่เข้าถึงได้ลำบาก โครงการที่สำคัญเช่น (1) การสนับสนุนให้ NGO ท้องถิ่น รวมถึงสมาคมประมงจังหวัดระนองจ้างวานแพทย์ชาวพม่าให้มารักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่คนต่างด้าว โดยอาศัยสถานที่ของรพสต. (2) การให้การสนับสนุนทางการเงินแก่ผู้ป่วยในบางโรค เช่น การช่วยออกค่าใช้จ่ายในการตรวจ CD4 หรือ viral load ในผู้ป่วย HIV/AIDS ที่ไม่ได้รับการประกันสุขภาพ และ (3) การก่อตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) โดยใช้บ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นสถานที่ขยายพื้นฐาน โดยรพสต.เป็นผู้สนับสนุนและอบรมการใช้ยาและเวชภัณฑ์ การอบรมก็ใช้กลไกของการอบรมตามปกติของอสม. ด้วยจุดประสงค์

ให้คนในชุมชนทั้งคนไทยและคนต่างด้าวสามารถเข้าถึงยาที่จำเป็นได้ในราคาถูก เงินที่ได้จะนำมารวมกันในรูปแบบสหกรณ์ชุมชนอย่างไรก็มีข้อสังเกตจากเจ้าหน้าที่อสม. ที่ทำงานในศสมช. ว่าการควบคุมร้านค้าย่อยที่นำยามาขายในชุมชน โดยผู้ไม่ผ่านการอบรมยังไม่ทั่วถึง

"[ถาม: แล้วทางการเขามาว่าบ้างไหม ว่าเราไม่ใช่เภสัชกรแต่มาขายยา] ไม่มีใครมาว่าอะไร เพราะเรารู้กันว่าเป็นกองทุนยา แต่ก็เคยถามในที่ประชุมเหมือนกันว่าในชุมชนนี้ละ มีร้านค้าย่อยเล็กๆ เค้าเอายามาจำหน่ายหรือเปล่า การอบรมก็ไม่มี ก็ไม่เห็นเค้าลงมาตรวจ แต่ของเรานี้อบรมทุกเดือน..."—อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จ.ระนอง RN_HP1

(3) นโยบายของสสจ.ระนองที่เอื้อประโยชน์ให้คนต่างด้าวมาใช้บริการ: สสจ.ระนองได้ออกระเบียบภายในจังหวัดที่เอื้อประโยชน์แก่คนต่างด้าวหลายนโยบาย เช่น (1) การกั้นงบประมาณส่วนส่งเสริมป้องกันของบัตรประกันสุขภาพ มาเป็นการจ่ายตามผลงานแก่ผู้ให้บริการสำหรับบริการบางอย่าง เช่น การให้วัคซีนจะจ่ายตามผลงาน 10 บาท/ครั้ง หรือการฉีดยาคูมก่าเนดจะจ่ายให้ 70 บาท/ครั้ง ทั้งนี้ ไม่ได้จำกัดว่าต้องเป็นผู้มีบัตรประกันสุขภาพเท่านั้น หากคนต่างด้าวที่ไม่มีเอกสารประจำตัวใดๆ มารับบริการดังกล่าว ผู้ให้บริการก็สามารถนับเป็นผลงานได้ (2) การประชาสัมพันธ์ให้คนต่างด้าวมาซื้อบัตรประกันสุขภาพ โดยเฉพาะช่วงปี 2556-2557 ก่อนเหตุการณ์รัฐประหาร และการมีนโยบาย OSS ซึ่งเป็นช่วงที่นโยบายเปิดกว้างมาก โดยประชาสัมพันธ์ถึงเกาะสอง ประเทศพม่า (3) การยืดหยุ่นให้คนต่างด้าวที่มีบัตรประกันสุขภาพที่ขึ้นทะเบียนในจังหวัดระนอง สามารถไปใช้บริการที่สถานพยาบาลใดก็ได้ภายในจังหวัด แล้วแต่ละสถานพยาบาลปลายทางก็เบิกค่าใช้จ่ายจากสถานพยาบาลต้นทางตามข้อตกลงของสสจ.ระนอง เช่น ผู้ป่วยนอกตามจ่ายได้ไม่เกิน 700 บาทต่อครั้ง อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตจากผู้ให้บริการว่า นโยบายนี้ในมุมมองกลับได้สร้างภาระงานให้สถานพยาบาลปลายทางที่มักเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่และอัตราการเบิกจ่ายไม่ได้สะท้อนต้นทุนจริงของแต่ละสถานพยาบาล และ (4) การจัดทำ migrant friendly service เช่น การจ้างล่ามพม่า การทำเอกสารประชาสัมพันธ์หรือป้ายภาษาพม่า ติดตามสถานพยาบาล

"ผมก็โปรโมท ทำป้ายภาษาพม่าให้ใหญ่ติดทุกโรงพยาบาล ผมก็เข้าไปเกาะสอง กะไปขายฝั่งนุญลย...เกาะสองก็ระนองเหมือนจังหวัดเดียวกันถ้าเราขายได้ทั้งเกาะสอง หมอระนองก็ดูแล มันก็ไม่ต่างกัน หลักการคือเราต้องขาย mass ถ้าไม่ขายก็เดี๋ยวมานับ ว่าถ้าเก็บเงินไม่ได้ (ในคนไข้ต่างด้าวที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ) เราเสียเงินให้พม่าไปฟรีๆ (จากการอนุเคราะห์คำรักษาพยาบาล)"—ผู้บริหาร สสจ.ระนอง RN_PHO2

"เช่น เป็นคนไข้ รพ.xxx แล้วมาที่รพ.ระนอง ก็ไม่ต้องจ่ายเงิน แล้วเราก็มีบิลไป เรียกเก็บที่สสจ. 700 บาท แต่กำลังเป็นคดีอยู่ เพราะบางทีค่าใช้จ่าย 3,000 บาท แต่เรา เรียกเก็บได้ 700 บาท บางรพ.มีเงินเหลือหลายสิบล้าน เหตุผลเพราะยาแพงเค้าไม่ซื้อ เลย เค้าส่งมารับที่เราหมด อย่างนี้ก็ไม่ไถ่บ้าน ไถ่ใจ ไม่ใช่ better service เพราะฉะนั้นผมแนะนำเลยนะ จ่ายตามจริง"—ผู้บริหาร รพ.ระนอง RN_RNH1

(4) การกำหนดระยะเวลา 1 เดือน ให้เริ่มใช้บัตรได้ และมาตรการไม่ขาย บัตรในคนป่วย: เป็นมาตรการเฉพาะรพ.ระนอง มาตรการนี้เกิดขึ้นเนื่องจากผู้บริหาร รพ.ระนองพบว่าผู้ที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพส่วนใหญ่เป็นคนป่วยมาก่อน เพื่อป้องกัน ความเสี่ยงทางการเงินการคลังของโรงพยาบาลจึงควรให้เฉพาะผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง เท่านั้นที่ซื้อบัตร และมีมาตรการว่าหลังซื้อบัตรแล้ว 1 เดือน ถึงจะใช้บริการได้ ทั้งนี้ ขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์เป็นหลัก

"ถ้าเกิดป่วยแล้วมาหาหมอ เจ็บเล็กๆน้อยๆ เราไม่เป็นอะไร (ขายบัตรประกัน สุขภาพได้) แต่ถ้าต้องมีการรักษาที่สูง เราจะไม่ให้ประกันค่ะ"—แพทย์ที่มีหน้าที่ตรวจ สุขภาพแรงงานต่างด้าวรพ.ระนอง RN_RNH3

"มีพม่าไม่ซื้อบัตรสุขภาพ ถูกมอเตอร์ไซด์และถูกรถชน admit เข้ามา fracture femur แล้วไม่มีเงิน เจ้าหน้าที่เราก็บेलอๆ ให้ discharge ออกไป แล้วไปซื้อบัตรแล้ว อีกวันก็มา admit แล้วใช้สิทธิไป ก็ 40,000-50,000 บาทนะ...ถ้าใช้สิทธิทันทีก็จบสิ มัน ก็ต้องควรรอดูหนึ่งนะ ประกันชีวิตเค้าก็ทำอย่างนี้ พอสุขภาพดีไม่อยากเสียเงิน"—ผู้บริหาร รพ.ระนอง RN_RNH1

(5) การจ้างพนักงานสาธารณสุขต่างด้าว หรือ พสต.: เป็นมาตรการภายใน ของสสจ.ระนอง โดยการจ้างคนต่างด้าวหรือคนไทยที่มีความคุ้นเคยกับชาวพม่า สามารถพูดภาษาพม่าได้ จำนวน 34 คน ได้เงินเดือนประมาณ 5,000 บาทต่อเดือน และมีการเรียกอบรมเป็นประจำทุกเดือน โดยใช้งบประมาณที่สนับสนุนโดยมูลนิธิรักไทย

14 คน และจากการกักงบประมาณส่วนค่าบริหารจัดการจากบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าว จำนวน 20 คน รวมค่าจ้างประมาณ 2 ล้านบาทต่อปี แต่ปัจจุบันมูลนิธิริรักษ์ไทยปิดโครงการไปแล้ว ทำให้สจ.ระนองต้องแบกรับค่าใช้จ่ายทั้งหมด⁹²

"เดี๋ยวนี้เราต้องจ่ายเองหมด (ในการจ้างพสต.) เราไม่มีเงินจ้างแล้ว แต่ของเก่าเรายังมีทุนสะสมอยู่ ผมอาจช่วยได้ระยะหนึ่งประมาณ 2-3 ปี แต่ต่อไปผมไม่แน่ใจว่าจะรอดมัย ก็ซื้อเวลาโดยให้แต่ละโรงพยาบาลเขียนโครงการ 6 เดือน... ผมกำลังวางแผนขอเงินจากกระทรวงต่างประเทศ ผมมองว่า AEC (ASEAN Economic Community) จะต้องรองรับ และไม่ควรเป็นภาระกระทรวงสาธารณสุขอย่างเดียว"—ผู้บริหาร สจ.ระนอง RN_PHO2

กลไกการทำงานของพสต.มีประโยชน์ในการช่วยให้คนต่างด้าวเข้าถึงบริการได้มากขึ้น เพราะพสต.คัดเลือกจากการเป็นคนในพื้นที่ เป็นที่รู้จักของชุมชน ทำให้สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างชุมชนกับผู้ให้บริการ อย่างไรก็ตามขอบเขตการทำงานค่อนข้างหลากหลาย ตั้งแต่ การเป็นล่าม เป็นเจ้าหน้าที่ธุรการ หรือบางคนช่วยทำงานทางคลินิกเบื้องต้นได้ เช่น การวัดความดันโลหิต การหยอดวัคซีนโปลิโอ การอบรมที่จัดขึ้นทุกเดือน มักจะเน้นการส่งเสริมป้องกันโรค ว่าช่วงนี้มีโรคอะไรกำลังระบาด และในชุมชนต้องรับมืออย่างไรนอกจากนั้นพสต. ยังมีส่วนช่วยอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) อีกทอดหนึ่งในลักษณะเดียวกับอสม. ไทย เพื่อให้อสต. เป็นผู้สื่อสารข่าวสารสุขภาพและประชาสัมพันธ์กับชุมชน แต่ออสต.จะไม่ได้รับเงินเดือนจากสถานพยาบาล⁹³

แม้การทำงานพสต. จะเป็นที่ตระหนักดีว่ามีประโยชน์อย่างยิ่งต่อระบบสุขภาพ แต่การจ้างงานในระยะยาวพสต. ยังมีข้อจำกัด พสต. ส่วนใหญ่เป็นคนต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมาย ในขั้นตอนการขอใบอนุญาตทำงานในช่วงที่นโยบายเปิดกว้าง ก็ใช้วิธีการจดแจ้งว่าเป็นลูกจ้างหรือคนรับใช้ในบ้าน แต่ในการทำงานจริงก็ทำงานเป็นล่ามหรือเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพราะนโยบายผ่อนผันขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมายอนุญาตให้เฉพาะแรงงานไร้ฝีมือเท่านั้น (เช่น กรรมกร หรือคนรับใช้ในบ้าน) พสต. จึงไม่ได้อยู่ในฐานะเจ้าหน้าที่อย่างเป็นทางการของสถานพยาบาล การเบิกจ่ายเงินเดือนจึงทำในลักษณะโครงการ ไม่ใช่ระบบเงินเดือนปกติ NGO หลายแห่งเองก็ใช้วิธีการเดียวกัน คือจดทะเบียนเป็นคนรับใช้ในองค์กร (แต่ชื่อเรียก "พสต." ของ NGO อาจแตกต่างกันออกไป เช่น เรียกว่าเป็น SFN ซึ่งย่อมาจาก social frontline worker)

อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตว่าในมาตรา 13 ของพระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ.2551 มีช่องทางให้มีการจ้างงานพสต. อย่างเป็นทางการจะลักษณะได้ แต่ปัจจุบันยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับกระทรวงแรงงานในเรื่องนี้⁹⁴

"เราทำงานหนักมาก บางทีคนใช้พม่ามาเคาะประตูเรียกเราตี 2 แบบนี้ ทำงานไม่ได้หยุดเลย เราก็ไม่มีไอที เงินเดือนแค่ 5,000 บาท ถ้าทำงานกับ xxx (NGO องค์กรหนึ่ง) ยังดีกว่า มีค่าตอบแทนเค้าให้เพิ่ม"—พนักงานสาธารณสุขต่างด้าว รพสต.มิตรภาพ RN_M7

"แรกๆ เราเรียกว่า SFN (Social frontline network) แต่ทางหมอเค้าเรียกว่า พสต. แล้วเราก็ใช้ concept เหมือนอสม. ไทย แล้วเราเรียกว่าอสมต. (อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว) แต่อสมต. จะไม่ได้เป็นลูกจ้างเรา... แล้วตอนนี้ พสต. ถูกจ้างเป็นคนรับใช้ในบ้าน เหตุผลเพราะว่ากระทรวงแรงงานอนุญาตให้แรงงานข้ามชาติทำ มันไม่มีลักษณะพสต.—เจ้าหน้าที่องค์การพัฒนาเอกชน รพสต.มิตรภาพ RN_NGO1

วัตถุประสงค์ 2 (ข): การรับรู้นโยบายประกันสุขภาพคนต่างด้าวของผู้รับบริการ

ผู้ถูกสัมภาษณ์

ผู้ถูกสัมภาษณ์ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยการประชุมหารือระหว่างคณะนักวิจัยกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพสต. และพสต. ที่ใกล้ชิดกับชุมชน เกณฑ์การคัดเลือกคือให้มีความครอบคลุมปัญหาสถานะบุคคล อาชีพ และสถานะสุขภาพ ผู้ถูกสัมภาษณ์บางคนได้รับการคัดเลือกเพิ่มเติมด้วยวิธีการ snowball (snowball sampling) จนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว รายนามผู้ถูกสัมภาษณ์รวม 11 คน ได้แสดงไว้ในตารางที่ 5 ดังนี้

ตารางที่ 5 รายนามคนต่างด้าวผู้ถูกสัมภาษณ์

No.	อายุ (ปี)	เพศ	อำเภอ	อาชีพ	ระยะเวลาอยู่ อาศัย (ปี)	ทร.38/1	Work permit	ประกัน สุขภาพ	สถานะ สุขภาพ
1	45	ชาย	เมือง ระนอง	ไม่ได้ทำงาน	15	✓	-	- (เคยมีแต่ หมดอายุแล้ว)	HIV/AIDS
2	42	ชาย	เมือง ระนอง	เจ้าของร้าน ขายของชำ	20	✓	✓	✓ (เพิ่งได้ บัตรช่วง นโยบาย One Stop Service)	วัณโรคปอด
3	34	หญิง	เมือง ระนอง	พนักงาน สาธารณสุข ต่างด้าว	17	✓	✓	✓	แข็งแรง
4	47	หญิง	เมือง ระนอง	รับจ้างทั่วไป	20+	✓	✓	✓	เบาหวาน และความ ดันโลหิตสูง
5	50	หญิง	เมือง ระนอง	รับจ้างทั่วไป	20+	-	-	-	แข็งแรง
6	58	หญิง	เมือง ระนอง	รับจ้างแกะ เปลือกกุ้ง	10+	✓	✓	✓ (เพิ่งได้ บัตรช่วง นโยบาย One Stop Service)	แข็งแรง
7	64	ชาย	กระบี่	ไม่ได้ทำงาน	20+	-	-	-	อัมพาต ขา ขวา
8	32	หญิง	กระบี่	ลูกจ้างสวน ยาง	6	✓	✓	✓	ตั้งครรภ์

No.	อายุ (ปี)	เพศ	อำเภอ	อาชีพ	ระยะเวลาอยู่ อาศัย (ปี)	ทร.38/1	Work permit	ประกัน สุขภาพ	สถานะ สุขภาพ
9	53	หญิง	กระบุรี	ลูกจ้างสวน ยาง	23	✓	✓	✓	เบาหวาน และ1ความ ดันโลหิตสูง
10	34	หญิง	กระบุรี	แม่บ้านใน ครัวเรือน	10+	✓	✓	✓	ความดัน โลหิตสูง
11	~35	หญิง	เกาะสอง (พม่า)	แม่บ้านใน ครัวเรือน	- (อาศัยอยู่ที่ พม่า)	✓	✓	✓	แข็งแรง

กระบวนการสัมภาษณ์และคำถามสัมภาษณ์

การสัมภาษณ์ทั้งหมดได้ดำเนินการที่ครัวเรือนของคนต่างด้าว โดยใช้เวลาเฉลี่ย 45 นาทีต่อราย เจ้าหน้าที่พสต. ช่วยทำหน้าที่ล่าม ผู้ถูกสัมภาษณ์จะได้รับของชำร่วย ราคาประมาณ 500 บาทต่อการให้สัมภาษณ์แต่ละครั้ง

แนวคำถามสัมภาษณ์ (interview guide) มีตัวอย่าง เช่น ท่านเดินทางเข้ามาในประเทศไทยได้อย่างไร ปัญหาสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร ท่านรับทราบเรื่องการประกันสุขภาพอย่างไร อุปสรรคและข้อเสนอแนะต่อการประกันสุขภาพมีอะไรบ้าง ทั้งนี้ ในการสัมภาษณ์จริงได้มีการปรับภาษาและแนวคำถามให้เหมาะสมกับความรู้และประสบการณ์ของผู้ถูกสัมภาษณ์แต่ละคน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการแก่นสาระ (thematic analysis) การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า (methodological and data triangulation) ได้จัดการประชุมร่วมกันระหว่างนักวิจัยหลักและนักวิจัยร่วมเสมอในการลงพื้นที่จริง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการ interaction และ reflexivity ในงานวิจัยเชิงคุณภาพทั้งนี้ผู้วิจัยได้ส่งบทถอดเทปสัมภาษณ์ให้ล่ามมืออาชีพตรวจสอบความถูกต้องของการแปลภาษาก่อนจัดทำรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาชีวิตคนต่างด้าวในพื้นที่จังหวัดระนอง

ในที่นี้ได้ยกตัวอย่างกรณีศึกษาของคนต่างด้าวในจังหวัดระนอง 4 กรณี ดังนี้

=====

กรณีศึกษาที่ 1 คนต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมายไม่มีเอกสารแสดงใดๆ เลย

นายซุ (นามสมมติ) เดินทางเข้าเมืองไทยที่อำเภอกระบุรี จังหวัดระนองเมื่อ 20 ปีก่อน นายซุมิพื้นเพเป็นชาวเมืองทวาย ในช่วงเริ่มต้นของการมาเมืองไทย นายซุบอกว่ามีเอกสารประจำตัวเป็นบัตรประชาชนพม่าแต่ตอนนี้ให้ลูกสาวที่อยู่อีกบ้านหนึ่งเก็บไว้ และยังมีโอกาสกลับไปฝั่งพม่าเป็นครั้งคราว แต่ช่วง 6-7 ปีที่ผ่านมา สุขภาพไม่แข็งแรง จึงไม่ได้กลับไปฝั่งพม่า

นายซุมารเมืองไทย เริ่มแรกทำงานที่โรงเลื่อย จนประสบอุบัติเหตุนิ้วกลางและนิ้วนางข้างขวาขาด ต่อมาย้ายนายจ้างมาทำงานรับจ้างในสวนยาง นายซุมียูก 5 คน ภรรยาเสียชีวิตแล้ว ทั้งหมดย้ายมาทำงานในเมืองไทย มีบุตรสองคนที่ทำงานในเขตอำเภอกระบุรี ปัจจุบันนายซุอาศัยอยู่กับลูกสาวที่อายุ 33 ปี และลูกเขยพร้อมกับหลานอีก 3 คน หลานอายุ 4 ปี 6 ปี และ 9 ปี ตามลำดับ หลานทุกคนเรียนที่ฝั่งพม่าแบบเช้าไปเย็นกลับ โดยการเดินทางใช้เรือรับจ้างซึ่งไม่มีด่านตรวจ

บ้านที่อาศัยอยู่มีลักษณะเป็นตึกแถวชั้นเดียว แบ่งเป็นห้องๆ อยู่กัน 5 ครอบครัว ทุกครอบครัวเป็นลูกจ้างของนายจ้าง (เรียกนายหัว) นายหัวให้อยู่อาศัยฟรี แต่ค่าน้ำค่าไฟฟ้าต้องเสียค่าใช้จ่ายเองทุกคนที่เป็นลูกจ้างของนายหัวและสามารถทำงานได้ นายหัวจะดำเนินการพาไปขึ้นทะเบียนประวัติ ทร.38/1 พาไปทำใบอนุญาตทำงาน ทำบัตรประกันสุขภาพให้ และดำเนินการพิสูจน์สัญชาติให้ทั้งหมด แต่ผู้ติดตามที่ไม่สามารถทำงานได้ เช่น นายซุ นายหัวไม่ได้ดำเนินการพาไปขึ้นทะเบียนประวัติและไม่ได้ทำบัตรประกันสุขภาพแต่ให้อยู่อาศัยได้ฟรีกับลูกสาวซึ่งเป็นลูกจ้างของนายหัว ค่าใช้จ่ายต่อเดือนทั้งครัวเรือนประมาณ 10,000 บาท ซึ่งพอๆ กับรายรับ บางเดือนก็ไม่เหลือเงินเก็บ

ปัจจุบันนายซุไม่มีเอกสารแสดงตนใดๆ ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ ไม่รู้จักนโยบาย OSS เวลาเจ็บป่วยก็ไปหาคลินิก เสียค่าใช้จ่ายประมาณ 500 บาทต่อครั้ง นายซุยังสูบ

บุหรืออยู่และปัจจุบันมีอาการของโรคถุงลมโป่งพอง หรือบางครั้งผากหลานๆ ไปซื้อยาชุดจากพม่า ชุดละ 5-6 บาทต่อซอง

หลานคนเล็ก 2 คน (อายุ 4 ปี และ 6 ปี) ของนายซุได้ซื้อบัตรประกันสุขภาพ 365 บาทแล้ว แต่หลานคนโต อายุ 9 ปี ไม่ได้ซื้อบัตรประกันสุขภาพ เพราะครอบครัวคิดว่าบัตรมีราคาแพงเกินไป (เด็กอายุมากกว่า 7 ปี หากจะซื้อบัตรประกันสุขภาพ ก็ต้องซื้อบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าว ราคาเท่าผู้ใหญ่ คือ 2,200 บาท และเสียค่าตรวจสุขภาพอีก 600 บาท) นายซุบอกว่าไม่มีแผนการกลับประเทศพม่าในเวลาอันใกล้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความตัดสินใจของลูกและเงินเก็บของครอบครัว

พสต. ของรพสต.มะรุรู้จักบ้านนายซุดี แล้วเคยเข้าไปแนะนำปัญหาสุขภาพเป็นครั้งคราว แต่อย่างไรก็ตามไม่ได้แนะนำเรื่องการซื้อบัตรประกันสุขภาพ เพราะเข้าใจว่าถ้าทำงานไม่ได้ก็ไม่สามารถซื้อบัตรประกันสุขภาพได้

=====

กรณีศึกษาที่ 2 คนต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมาย ซึ่งผ่านการพิสูจน์สัญชาติแล้ว

นางอึ้ง (นามสมมติ) อายุ 33 ปี เดินทางเข้ามาในเมืองไทยอย่างผิดกฎหมายมาเป็นเวลา 6 ปี ใน 3 ปีแรกอยู่ที่อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ทำงานโรงงานพลาสติก ต่อมาได้พบสามีและย้ายมาที่ อำเภอกระบุรี จังหวัดระนอง นางอึ้งยังมีญาติอยู่ที่พม่าริมฝั่งแม่น้ำกระบุรี ญาติข้ามมาที่อำเภอกระบุรีเป็นครั้งคราวเพื่อช่วยเหลือลูกซึ่งเพิ่งเกิดได้ 2-3 เดือน ตอนนี้นางอึ้งมีรายได้รวมกับสามีเกือบ 20,000 บาทต่อเดือน ค่าใช้จ่ายครัวเรือนประมาณ 8,000 บาทต่อเดือน นายจ้างมีบ้านให้อยู่ฟรี บ้านตั้งอยู่ในสวนยาง

นางอึ้งและสามีเป็นแรงงานต่างด้าวที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติแล้ว โดยได้ใบอนุญาตทำงานและผ่านการพิสูจน์สัญชาติมาตั้งแต่อยู่ที่สงขลา เวลาต่ออายุใบอนุญาตทำงานจะทำผ่านนายหน้า ค่าใช้จ่ายรวมประมาณ 10,000 บาทต่อครั้ง นางอึ้งมีความเห็นว่าการรักษาที่รพ.กระบุรีค่อนข้างดี เสียค่าใช้จ่ายแค่ 30 บาท อุปกรณ์และยาก็ครบถ้วน

บุตรชายของนางอึ้งอายุได้ 2 เดือน คลอดที่รพ.กระบุรี ทางรพ.กระบุรีแนะนำให้ทำบัตรประกันสุขภาพให้บุตร ราคา 365 บาท ส่วนนางอึ้งมีบัตรประกันสุขภาพราคา 2,800 บาท (รวมค่าตรวจสุขภาพ) นางอึ้งมีความเห็นว่าบัตรประกันสุขภาพคุ้มค่าเพราะเจ็บป่วยก็เสียเพียง 30 บาท แต่ถ้าเป็นไปได้อยากให้ราคาบัตรลดลงเหลือ 1,900 บาทเหมือนเดิมและยังบอกด้วยว่าคนต่างด้าวชาวพม่าเกือบทุกคนในพื้นที่ ไม่มีใครทราบว่

ทำไมต้องขึ้นราคาบัตร และขึ้นราคาแล้วมีสิทธิเพิ่มเติมอย่างไร ในอนาคตนางอึ้งต้องการ กลับพม่าและให้ลูกได้เรียนโรงเรียนที่พม่า

=====

กรณีศึกษาที่ 3 คนต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมาย มีชื่อใน ทร.38/1 แต่ไม่ได้เข้าสู่อการ พิสูจน์สัญชาติ

นายโก (นามสมมติ) อายุ 45 ปี เข้ามาในเมืองไทยโดยผิดกฎหมายเมื่อ 15 ปี ก่อน ทำงานเป็นลูกจ้างเรือประมง ปัจจุบันนายโกอยู่กินกับภรรยาอายุ 45 ปี อยู่บ้านเช่า บริเวณปากน้ำ อำเภอมืองระนอง นายโกได้รับการเพิ่มชื่อในทะเบียนประวัติ ทร.38/1 และเคยมีใบอนุญาตทำงานเมื่อ 3 ปีก่อน (นายจ้างทำให้) แต่ปัจจุบันไม่มีใบอนุญาต ทำงานแล้ว เพราะทำงานไม่ไหวจากปัญหาสุขภาพ

ประมาณ 3 ปีก่อน นายโกเริ่มมีปัญหาสุขภาพพบก้อนที่คอ ต่อมาตรวจพบว่า เป็นวัณโรค และตรวจเพิ่มเติมพบว่าเป็น HIV/AIDS ต่อมา นายโกสุขภาพย่ำแย่ลง เข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยแพทย์สงสัยว่าเป็นเชื้อราขึ้นสมอง ได้รับการตรวจ เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง เสียค่าใช้จ่ายเองประมาณ 5,000 บาท เข้ารับการรักษากัน อาการดีขึ้นและเริ่มยา ARV ค่าระดับ CD4 ปัจจุบันอยู่ที่ 340 /mm³ ภรรยาก็เริ่มยา ARV ด้วย แต่นายโกยังมีปัญหาขาอ่อนแรง กล้ามเนื้อชาฝ่อ ทำให้เดินไม่ได้ เวลาไป ห้องน้ำ ต้องนั่งและใช้มือดันตัวไป

นายโกเคยได้ซื้อบัตรประกันสุขภาพเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2557 (จ่ายค่าบัตร 2,800 บาท) ปัจจุบันบัตรประกันสุขภาพหมดอายุแล้วเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2558 นายโกยังไม่ได้อัปบัตรประกันสุขภาพเพราะทราบมาว่าคนป่วยซื้อบัตรไม่ได้ ตอนนี้อยู่พอ มียา ARV อยู่ถึงพอกินได้อีก 3 เดือน แต่หลังจากนั้นต้องเสียเงินเองซึ่งนายโกยังไม่รู้ว่า จะขอความช่วยเหลือจากใคร

ทาง NGO ท้องถิ่นได้เข้ามาช่วยเหลือนายโกบ้าง เช่น สนับสนุนค่าเดินทางไป โรงพยาบาล สนับสนุนค่าตรวจ CD4 และ viral load ขณะนี้รายได้ครัวเรือนประมาณ 5,000 บาทต่อเดือน ใกล้เคียงกับรายจ่าย ทำให้เหลือเงินเก็บไม่มาก นายโกให้ความเห็น ว่าถ้าโรงพยาบาลเปิดขายบัตรให้คนป่วยได้ก็น่าจะดี และถ้าราคาบัตรลดลงเหลือสัก 1,800-1,900 บาทน่าจะพอรับได้

=====

กรณีศึกษาที่ 4 คนต่างด้าวเข้าเมืองถูกกฎหมาย โดยใช้หนังสือผ่านแดน หรือ border pass

นางมอน (นามสมมติ) อายุ 50 ปี นางมอนอยู่บ้านที่เป็นห้องแถวกับสามีอายุ 50 ปี บุตรชายอายุ 24 ปี และหลานอายุ 4 ปี นางมอนเข้ามาเมืองไทยโดยใช้หนังสือผ่านแดนหรือ border pass ซึ่งต้องไปที่ด่านผ่านแดนเพื่อประทับตราทุก 14 วัน เสียค่าใช้จ่ายประมาณ 200 บาทต่อครั้ง นางมอนอาศัยอยู่ใน จ.ระนอง มากกว่า 20 ปี โดยใช้ border pass เป็นเอกสารแสดงตน นางมอนจึงไม่เคยได้รับการเพิ่มชื่อในทะเบียนประวัติ ไม่มีใบอนุญาตทำงาน และไม่มีหนังสือเดินทางชั่วคราว (ไม่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติ)

บุตรชายและสามีที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติแล้ว มีบัตรประกันสุขภาพ และมีชื่อใน ทร.38/1 โดยนายจ้างทำให้ ส่วนหลานที่อายุ 4 ปี มีบัตรสุขภาพ (แต่หมดอายุแล้ว) สุขภาพแข็งแรงดี และครอบครัวมองว่าไม่จำเป็นมาก เพราะเวลาไปรับวัคซีนที่รพสต. ก็รับได้ฟรี

ปัจจุบันนางมอนไม่มีงานชัดเจน แต่มีบางครั้งก็ไปสะพานปลาเพื่อไปรับปลาขาย นางมอนเคยคิดว่าการมีใบอนุญาตทำงานน่าจะปลอดภัยกว่าเวลาถูกเรียกตรวจจากเจ้าหน้าที่รัฐ แต่ปรึกษากับครอบครัวแล้วคิดว่าการมีใบอนุญาตทำงานและการเข้าสู่อการพิสูจน์สัญชาติเสียค่าใช้จ่ายมาก จึงไม่ได้ทำ ส่วนบัตรประกันสุขภาพนางมอนคิดว่ายังไม่จำเป็นเพราะสุขภาพโดยรวมยังแข็งแรงดี

นางมอนรู้จัก NGO ในพื้นที่ดี เพราะรับหน้าที่เป็นอสต. อยู่ ช่วยรณรงค์ในพื้นที่รับผิดชอบให้คนต่างด้าวตระหนักถึงปัญหาสุขภาพ เช่น ปัญหา HIV/AIDS และวัณโรค

เวลาที่เจ็บป่วย นางมอนมักไปพบแพทย์ที่คลินิก เพราะที่คลินิกมีล่ามตลอดเวลา รอคิวไม่นาน นางมอนไม่เคยไปรพ.ระนอง เพราะฟังเพื่อนๆ ที่เคยไปมาว่า ที่โรงพยาบาลคนใช้บริการมาก รอนาน และบางครั้งอาจคุยกับแพทย์ลำบากเนื่องด้วยล่ามมีจำนวนไม่เพียงพอ

=====

ทัศนคติของคนต่างด้าวต่อการประกันสุขภาพของคนต่างด้าว

จากกรณีศึกษาข้างต้น พอสรุปได้ว่าทัศนคติของคนต่างด้าวต่อการประกันสุขภาพมี ดังนี้

(1) บัตรประกันสุขภาพมีราคาแพงเกินไป ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องการที่จะซื้อ แม้ว่าโดยหลักการคนต่างด้าวที่อยู่ในประเทศไทยทุกคนพึงมีประกันสุขภาพ แต่โดยข้อเท็จจริงการที่นโยบายของบัตรประกันสุขภาพเป็นการ "ซื้อ" ทำให้เกิดภาวะที่ผู้มีสุขภาพแข็งแรงไม่ซื้อประกันสุขภาพ หรือ adverse reaction หรือในกรณีเด็กที่อายุเกินกว่า 7 ปี ก็ไม่สามารถซื้อบัตรประกันสุขภาพราคา 365 บาทได้ จำเป็นต้องซื้อบัตรประกันสุขภาพราคาเดียวกับผู้ใหญ่ และยังมีปัญหาที่ซ้อนทับมาคือ เด็กอายุมากกว่า 7 ปี แต่น้อยกว่า 15 ปี ก็ไม่ได้อยู่ในวัยทำงานที่จะขึ้นทะเบียนขอใบอนุญาตทำงาน

(2) การซื้อประกันสุขภาพ ผูกโยงกับการขอใบอนุญาตทำงาน ทำให้ผู้ที่ไม่สามารถทำงานได้ ไม่สามารถซื้อบัตรประกันสุขภาพได้ จึงต้องพึ่งพานายหน้าเพื่อที่จะเข้าถึงการประกันสุขภาพ แม้โดยหลักการผู้ที่เข้าเมืองผิดกฎหมาย ไม่ได้ขึ้นทะเบียนประวัติและไม่มีใบอนุญาตทำงานต้องถูกผลักดันกลับ แต่การบังคับใช้กฎหมายทำได้ยากลำบาก และบริบทจังหวัดระนอง มีพรมแดนตามธรรมชาติที่ติดต่อกับประเทศพม่า เป็นระยะทางยาวไกล ยากที่จะสกัดกั้นการเข้าเมืองของคนต่างด้าว

(3) แม้สถานพยาบาลจะพยายามจัดระบบ migrant friendly service แต่การมาใช้บริการที่สถานพยาบาลของรัฐไม่ได้สะดวกเสมอไป แม้ผู้ป่วยจะค่อนข้างพอใจกับสิทธิประโยชน์ที่ตนได้รับ แต่การที่ต้องเสียเวลานานและพบปัญหาอุปสรรคจากการสื่อสาร ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงเลือกที่จะใช้บริการตามคลินิกหรือสถานพยาบาลเอกชน

(4) ผู้ป่วยคนต่างด้าว รู้จักพสต. หรืออสต. ค่อนข้างดี แต่การเข้าถึงของพสต. และอสต. เป็นการเข้ามาเพื่อแนะนำปัญหาสุขภาพเป็นหลัก แต่ไม่ได้แนะนำเรื่องการประกันสุขภาพหรือแนะนำเรื่องการแก้ปัญหาสถานะบุคคลเท่าที่ควร

สรุปผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ที่ 2

การศึกษาในวัตถุประสงค์ที่ 2 ทั้งการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และผู้รับบริการ แสดงให้เห็นว่านโยบายประกันสุขภาพคนต่างด้าวตั้งอยู่บนสมมติฐานที่ว่า คนต่างด้าวเข้าเมืองมาเพื่อทำงานในระบบ มีนายจ้างเจ้าของกิจการแน่นอน และสามารถผลักดันคนต่างด้าวที่ไม่ขึ้นทะเบียนในระบบกลับประเทศต้นทางได้

แต่ในข้อเท็จจริงมีคนต่างด้าวที่เข้ามาอยู่ในประเทศไทยเป็นเวลานาน ในบางครอบครัวมีมากกว่า 3 ชั่วคน การกำหนดนโยบายให้การประกันสุขภาพผูกกับเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนแรงงานจึงไม่เข้ากับบริบทของพื้นที่ โดยเฉพาะที่จังหวัดระนอง ซึ่งมีพื้นที่ติดต่อกับประเทศพม่าเป็นระยะทางยาวไกล คนต่างด้าวเข้าออกได้ตลอดเวลา และการผูกเงื่อนไขการประกันสุขภาพให้มีความซับซ้อนเช่นนี้ เป็นการส่งเสริมให้มีการใช้บริการนายหน้าช่วยให้เข้าถึงการขึ้นทะเบียนแรงงาน (ซึ่งจะทำให้ได้เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพด้วย)

สถานพยาบาลเองก็พยายามปรับตัว โดยการออกกฎระเบียบให้เฉพาะคนที่แข็งแรงเท่านั้นที่ซื้อบัตรได้ เพื่อลดความเสี่ยงทางการเงินการคลัง และมีระบบการบริหารจัดการโดยสจ.ระนองให้ผู้มีบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวสามารถไปใช้บริการที่ใดก็ได้ในจังหวัด อย่างไรก็ตาม พังมีการศึกษาต่อไปว่าการออกกฎให้เฉพาะผู้มีสุขภาพแข็งแรงเท่านั้นที่ซื้อบัตรได้ มีผลเช่นไรกับการใช้บริการของผู้ป่วยที่สถานพยาบาล เพราะมีกฎดังกล่าว โดยข้อเท็จจริงผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยรุนแรงก็ต้องมาใช้บริการที่โรงพยาบาล และหากไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ สถานพยาบาลก็ต้องอนุเคราะห์ค่าใช้จ่ายอยู่ดี

การสื่อสารเชิงนโยบายก็ยังมีปัญหาอยู่มาก ด้วยกลุ่มประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขก็มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรในการบริหารจัดการกองทุน และติดตามประเมินผล耦กับการสื่อสารเชิงนโยบายของคสช. ซึ่งประกาศชัดเจนว่า ต้องการจัดระบบแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมายผ่านนโยบาย OSS ทำให้สถานพยาบาลตีความว่าการขายบัตรประกันสุขภาพทำได้เฉพาะ "แรงงาน" และผู้ติดตาม 3 สัญชาติเท่านั้น ทำให้ปัญหาเหล่านี้ซับซ้อนแม้กระทรวงสาธารณสุขจะยังคงมีประกาศการประกันสุขภาพคนต่างด้าว สืบเนื่องจากมติคณะรัฐมนตรี 15 มกราคม พ.ศ.2556 แต่รายละเอียดและข้อกำหนดปลีกย่อยเรื่องการตรวจสุขภาพและการประกันสุขภาพเหมือนกับการประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวทั้งสิ้น

การทำงานของพสต. หรืออสต. ช่วยทำให้บุคลากรสุขภาพเข้าถึงคนต่างด้าวในชุมชนได้เป็นอย่างดี แต่ความยั่งยืนของการจ้างงานบุคลากรในลักษณะนี้ยังคงมีปัญหา เพราะไม่ได้เป็นเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลอย่างเป็นทางการ หากสามารถใช้กลไกพสต. หรืออสต. ในการสื่อสารเชิงนโยบายและช่วยแก้ปัญหาสถานะบุคคลของคนต่างด้าวใน

ชุมชนเพิ่มเติมจากการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามปกติ

ข้อจำกัดของการศึกษาตามวัตถุประสงค์ที่ 2

การศึกษาในวัตถุประสงค์นี้ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นวิธีการเก็บข้อมูลหลัก โดยมีการสังเกตและทบทวนเอกสารประกอบ ซึ่งด้วยธรรมชาติของการสัมภาษณ์เชิงลึก แม้จะทำให้ทราบทัศนคติของผู้ให้สัมภาษณ์ ข้อมูลที่ได้อาจไม่ได้ตรงกับพฤติกรรมจริงของผู้ถูกสัมภาษณ์ ยิ่งด้วยการสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ทำในลักษณะที่เป็นทางการและ ผู้ถูกสัมภาษณ์รู้สถานะของผู้วิจัยด้วยแล้ว การแปลผลการศึกษาจึงทำด้วยความระมัดระวังยิ่ง โดยเฉพาะคนต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมายอาจไม่กล้าแสดงทัศนคติในการสัมภาษณ์อย่างเป็นทางการ คณะนักวิจัยพยายามแก้ปัญหาข้อจำกัดนี้ โดยการค่อยๆ เข้าไปสร้างความคุ้นเคยในชุมชน และเข้าถึงคนต่างด้าวผ่านทางพสต. หรือ NGO ท้องถิ่นที่ได้รับความไว้วางใจในชุมชน การศึกษาในอนาคตซึ่งใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม หรือการศึกษาในลักษณะ ethnographic research น่าจะทำให้ข้อค้นพบนี้ สมบูรณ์ขึ้นข้อจำกัดอีกประการหนึ่ง คือ เรื่องภาษา เพราะผู้สัมภาษณ์ต้องใช้ล่ามในการสื่อสารในการพูดคุยกับคนต่างด้าว แม้ในมาตรฐานการวิจัยที่ต้องใช้ล่ามควรอาศัยผู้ที่มีความเชี่ยวชาญทางภาษาเป็นล่ามมืออาชีพ⁹⁵ แต่การใช้ล่ามอาชีพอาจไม่ได้รับความไว้วางใจเท่ากับการอาศัยผู้ที่มีความคุ้นเคยในชุมชน อย่างไรก็ตามคณะนักวิจัยได้ถอดเทปบทสัมภาษณ์และส่งบทสัมภาษณ์บางส่วนให้ล่ามมืออาชีพตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

วัตถุประสงค์ที่ 3: ผลของบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวต่อการใช้บริการที่สถานพยาบาลและค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาในวัตถุประสงค์นี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลที่เก็บที่สถานพยาบาลที่เรียกว่าข้อมูล 43 แฟ้ม เทคนิคการวิเคราะห์ที่ใช้ทั้ง (1) สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอในรูปแบบต่างๆ เช่น ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และสัดส่วนร้อยละ และ (2) สถิติเชิงอ้างอิง โดยอาศัยโมเดลทางเศรษฐมิติ (econometrics) ที่เหมาะสมกับแต่ละตัวแปรตาม โดยปรับอิทธิพลของเวลาและตัวแปรร่วมอื่นๆ

ในขั้นนี้มีตัวแปรตามที่สำคัญอยู่ 2 ตัวแปร คือ (1) ปริมาณการใช้บริการในหน่วยครั้ง/คน/ปี และ (2) ค่าใช้จ่าย ณ จุดบริการ (out of pocket payment: OOP) ในหน่วย บาท/ครั้ง การวิเคราะห์ปริมาณการใช้บริการต่อคนต่อปีใช้ Poisson model และการวิเคราะห์ OOP ใช้ Two-part model ซึ่งเป็นโมเดลที่เหมาะสมกับการจัดการตัวแปรที่มีค่าศูนย์จำนวนมาก (excessive zero observations) และมีการกระจายของข้อมูลมาก ตัวแปรค่าใช้จ่ายก็เป็นตัวแปรที่มีลักษณะดังกล่าว⁹⁶

ในขั้นตอนวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอ้างอิง (inferential statistics) ตัวแปรต้นที่สำคัญ คือ สิทธิการรักษาพยาบาล (บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และ ไม่มีสิทธิใดๆ) ด้วยสมมติฐานที่ว่า บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าเสมือนเป็น natural experiment โดยมีกลุ่มควบคุมคือ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการไม่มีสิทธิใดๆ ทั้งนี้ ในกลุ่มผู้ที่ไม่มีสิทธิใดๆ นับเฉพาะผู้ที่ไม่มีสัญชาติไทยเท่านั้น เพื่อหลีกเลี่ยงอคติของข้อมูล (information bias) จากการนำผู้มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแต่ประสงค์ไม่ใช้สิทธิมาเข้าสู่การวิเคราะห์

เพื่อความสะดวกในการนำเสนอผลการศึกษา เฉพาะวัตถุประสงค์นี้จะเรียกผู้ถือบัตรประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวว่า Card เรียกผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่า UC และผู้ไม่มีสิทธิใดๆ ว่า None

ในการวิเคราะห์ปริมาณการใช้บริการจะเปรียบเทียบระหว่างทั้ง 3 สิทธิ คือ Card, UC และ None แต่การวิเคราะห์ OOP จะมุ่งเน้นที่ 2 สิทธิ คือ Card และ None เนื่องจากเป็นที่ทราบอยู่แล้วว่าสิทธิ UC มีความครอบคลุมสูงที่สุดและมีข้อกำหนดที่

ผู้ป่วยไม่ต้องจ่ายค่าบริการ ดังนั้นสิทธิ UC ที่มี OOP จึงเป็นผู้ที่มีความประสงค์จะจ่าย เช่น จ่ายบริการห้องพิเศษ หรือจ่ายบริการเสริม การวิเคราะห์สิทธิ UC ในแง่ของ OOP ร่วมกับ Card และ None อาจเกิดอคติได้

ตัวแปรร่วมอื่นๆ ที่นำเข้ามาสู่การวิเคราะห์ คือ กลุ่มอายุ เพศ ประวัติการใช้บริการในอดีต (เช่นเคยป่วยด้วยโรคกลุ่ม Ambulatory case sensitive conditions (ACSC) หรือไม่ ในรอบปีนั้นๆ) ระยะเวลาที่ติดตามผู้ป่วยได้ (time at risk มีค่าเท่ากับระยะห่างระหว่างวันแรกกลับด้วยวันสุดท้ายที่มาใช้บริการในรอบปีนั้นๆ) ที่อยู่ของผู้ป่วย และตัวแปรปฏิสัมพันธ์หรือ interaction terms รายละเอียดการจัดการตัวแปรได้ระบุไว้ในภาคผนวก 2

การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอเป็นรายหน่วยคู่สัญญาของบริการปฐมภูมิ (Contracting Unit of Primary Care หรือ CUP) ในที่นี้ คือ CUP ระนอง และ CUP กระบุรี เนื่องจาก ทั้งสองหน่วยมีบริบทที่แตกต่างกัน โดยในแต่ละ CUP จะนำเสนอข้อมูลแยกเป็นผู้ป่วยนอก (outpatient หรือ OP) และผู้ป่วยใน (inpatient หรือ IP)

ภาพรวมข้อมูลและการจัดการข้อมูล

ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ใช้ข้อมูลของ รพ.กระบุรี, รพสต.มะมุ และ รพสต.หาดจิก สำหรับ CUP กระบุรี และข้อมูลของ รพ.ระนอง, รพสต.มิตรภาพ และ รพสต.เทศบาลเมืองระนอง สำหรับ CUP ระนอง ด้วยเหตุที่สถานพยาบาลทั้งหมดนี้ตั้งอยู่ในเขตที่มีผู้ขึ้นทะเบียนข้อบ่งชี้ประกันสุขภาพมากที่สุด

CUP ระนองและ CUP กระบุรี มีผู้ซื้อบัตรประกันสุขภาพจำนวนมากที่สุดในจังหวัดระนอง และมีแนวโน้มผู้ซื้อบัตรประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นทุกปี (ดูตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 จำนวนผู้ถือบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวแยกราย CUP ในปีงบประมาณ 2553-2557

CUP	พ.ศ.2553	พ.ศ.2554	พ.ศ.2554	พ.ศ.2556	พ.ศ.2557
ระนอง	29,829	39,244	26,660	31,928	45,543
กระบี่	6,393	10,443	8,171	7,343	11,917
กะเปอร์	957	1,917	2,161	1,417	1,950
ละอุ่น.	2,075	3,128	3,108	2,590	3,665
สุขสำราญ	601	721	506	406	530
รวม	39,908	55,507	40,661	43,740	63,662

แหล่งข้อมูล: รพ.ระนอง พ.ศ.2557⁶⁹

ข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์เป็นข้อมูลจริงของสถานพยาบาล โดยเก็บย้อนหลังไปประมาณ 3-5 ปีงบประมาณ ทั้งนี้ เมื่อสำรวจข้อมูลจริงพบว่ามีข้อจำกัดบางประการ เนื่องจากแต่ละสถานพยาบาลมีระบบจัดเก็บข้อมูลต่างกัน ข้อจำกัดที่สำคัญคือ (1) รพ.ระนอง มีการเปลี่ยนแปลงคอมพิวเตอร์ในการจัดเก็บข้อมูลช่วงปีงบประมาณ 2553-2554 ทำให้ข้อมูลบางส่วนขาดหายไป การวิเคราะห์การใช้บริการของรพ.ระนอง จึงเริ่มต้นเก็บที่ปีงบประมาณที่มีข้อมูลครบถ้วนเท่านั้น (ดูตารางที่ 7) และ (2) ข้อมูลของรพ.ระนองเฉพาะในส่วนของการใช้จ่ายรายบุคคลของ IP ได้มีการจัดเก็บเป็นค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ (charge) ไม่ใช่ OOP ข้อมูล OOP ไม่ได้จัดเก็บเป็นฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ดังนั้นจึงไม่ได้วิเคราะห์ OOP ของ IP ของรพ.ระนอง

ตารางที่ 7 ปริมาณการใช้บริการรวมทุกสิทธิ ในปีงบประมาณ 2553-2557

ข้อมูล	ปีงบประมาณ 2553	ปีงบประมาณ 2554	ปีงบประมาณ 2555	ปีงบประมาณ 2556	ปีงบประมาณ 2557
OP-รพ.ระนอง	ข้อมูลไม่ สมบูรณ์	ข้อมูลไม่ สมบูรณ์	31,8694	33,8762	31,5374
OP-รพสต. มิตรภาพ	12,820	19,663	25,586	40,328	33,158
OP-รพ.กระบี่	109,534	114,530	132,282	128,191	122,271
OP-รพสต.มะมุ	4,507	6,852	10,463	7,367	4,822
IP-รพ.ระนอง	ข้อมูลไม่ สมบูรณ์	16,751	20,114	19,995	18,545
IP-รพ.กระบี่	2,811	2,777	3,918	4,387	4,051

เนื่องด้วย ข้อมูลที่ได้จากสถานพยาบาลเป็นลักษณะข้อมูลรายครั้งการใช้บริการ แต่ในการวิเคราะห์ด้วยโมเดลทางเศรษฐมิติในเรื่องการใช้บริการจำเป็นต้องจัดการให้ ข้อมูลเป็นลักษณะคน-ปี (person-year) เสียก่อน ตารางที่ 8 และ 9 จึงนำเสนอ ลักษณะข้อมูลทั้งที่เป็นข้อมูลดิบและตัวอย่างข้อมูลที่ถูกจัดการแล้ว (ดูภาคผนวกที่ 2 ประกอบเกี่ยวกับแนวคิดและรายละเอียดของการจัดการตัวแปร) สำหรับการวิเคราะห์ OOP ใช้ข้อมูลในลักษณะรายครั้งการใช้บริการตามปกติ

ตารางที่ 8 ลักษณะข้อมูลดิบจากสถานพยาบาล

ID	Year	Age	Insurance	Severe diseases	ACSC	Sex	Date
A	1	30	None	0	1	Femal	1 Jan 13
B	1	50	UC	1	0	Male	30 Feb 13
A	1	30	Card	0	0	Pregnant female	31 Dec 13
A	2	31	Card	0	0	Female	1 Mar 14
C	2	40	UC	0	1	Female	1 Mar 14
C	2	40	UC	1	0	Male	31 Mar 14

ตารางที่ 9 ลักษณะข้อมูลที่ถูกจัดการแล้ว

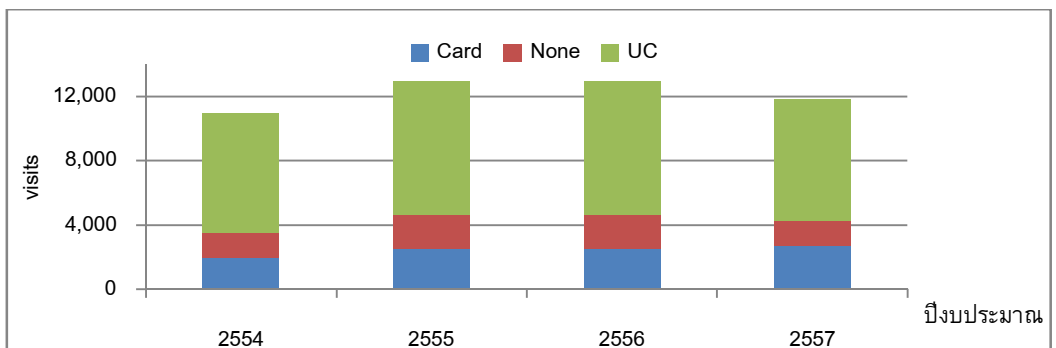
ID	Year	Age	Insurance	Ever_severe_diseases	Ever_ACSC	Sex	Days at risk	Sum of visits
A	1	30	Card	0	1	Pregnant Female	365	2
B	1	50	UC	1	1	Male	0	1
A	2	31	Card	0	0	Female	0	1
C	2	40	UC	1	1	Male	31	1

ผลการศึกษา

IP: CUP ระนอง

ภาพรวมการใช้บริการ IP ที่รพ.ระนองในผู้ป่วยทั้ง 3 สิทธิ (Card, UC, และ None) พบว่ามีปริมาณการใช้บริการประมาณ 10,000-12,000 ครั้งต่อปี โดยผู้ป่วยกลุ่ม Card มีสัดส่วนประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยทั้งหมด และมีปริมาณการใช้บริการเพิ่มขึ้นทุกปี (รูปที่ 8)

รูปที่ 8 ปริมาณการใช้บริการ IP รพ.ระนองแยกตามสิทธิ



คุณลักษณะพื้นฐานของผู้รับบริการ IP ที่รพ.ระนอง เมื่อแยกตามสิทธิพบว่าอายุเฉลี่ยของกลุ่ม UC สูงที่สุด ประมาณ 38 ปี กลุ่ม None มีอายุเฉลี่ยต่ำที่สุดประมาณ 26 ปี กลุ่ม Card ที่มารับบริการส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน กลุ่ม None มีสัดส่วนเด็กมาใช้บริการสูงสุด ขณะที่กลุ่ม UC มีสัดส่วนผู้สูงอายุมาใช้บริการมากที่สุดผู้ป่วยกลุ่ม Card มีสัดส่วนเป็นเพศหญิงสูงเกือบร้อยละ 68 ขณะที่กลุ่มอื่นๆ มีสัดส่วนทั้งสองเพศใกล้เคียงกัน

กลุ่ม Card ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างตามกิจการต่างๆ หรือผู้ใช้แรงงาน (ร้อยละ 90) ขณะที่กลุ่ม None มีเด็กนอกสถานศึกษาค่อนข้างมาก (ร้อยละ 22) กลุ่ม UC มีอาชีพที่หลากหลายใกล้เคียงกันในแต่ละประเภทกลุ่ม Card มีสัดส่วนผู้ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองระนองสูงที่สุด (ร้อยละ 83)

โรคที่พบบ่อยที่สุด 5 อันดับแรก ในกลุ่ม Card และ None เป็นภาวะการคลอด โดยเฉพาะกลุ่ม Card มีสัดส่วนผู้ที่มาคลอดแบบปกติสูงถึงร้อยละ 18 กลุ่ม UC มีการเจ็บป่วยที่หลากหลายกว่ากลุ่มอื่น นอกจากนั้นกลุ่ม UC ยังมีค่าวันนอนเฉลี่ยต่อครั้ง

และค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโลกตาม Adjusted Relative Weight (AdjRW) สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ เล็กน้อย (ตารางที่ 10)

ข้อค้นพบที่สำคัญคือ เมื่อคำนวณสัดส่วนการใช้บริการ IP ของกลุ่ม Card ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองระนองต่อผู้ที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพทั้งหมดในอำเภอเมืองระนองนับในปีล่าสุด คือปีงบประมาณ 2557 พบว่าอัตราการใช้บริการอยู่ที่ 0.05 ครั้งต่อคนต่อปี (2,177/45,543) น้อยกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งใน สปสช. เขต 11 ของจังหวัดระนอง มีอัตราการใช้บริการ IP ที่ 0.10 ครั้งต่อคนต่อปี⁹⁷

ตารางที่ 10 คุณลักษณะพื้นฐานของผู้มารับบริการ IP ที่รพ.ระนอง

ตัวแปร ^{1, 2}	Card, N = 9,722	None, N = 7,321	UC, N = 31,794
ค่าเฉลี่ยอายุ—ปี(SD) ³	31.44 (13.72)	26.90 (18.55)	39.46 (26.15)
กลุ่มอายุ—คน (%)			
• <5 ปี	• 501 (5.15)	• 1,377 (18.81)	• 4,341 (13.65)
• > 5, <= 15 ปี	• 112 (1.15)	• 547 (7.47)	• 2,724 (8.57)
• > 15, <= 30 ปี	• 4,580 (47.11)	• 2,644 (36.12)	• 6,246 (19.65)
• > 30, <= 60 ปี	• 4,244 (43.45)	• 2,332 (31.86)	• 10,284 (32.35)
• > 60 ปี	• 305 (3.14)	• 420 (5.74)	• 8,198 (25.79)
เพศ—คน (%)			
• ชาย	• 3,121 (32.10)	• 3,237 (44.22)	• 14,615 (45.97)
• หญิง	• 6,601 (67.90)	• 4,084 (55.78)	• 17,179 (54.03)
อาชีพ—คน (%)			

ตัวแปร ^{1, 2}	Card, N = 9,722	None, N = 7,321	UC, N = 31,794
• รับจ้าง, กรรมกร • เด็ก (นอกโรงเรียน) • นักเรียน • ไม่ได้ทำงาน • อื่นๆ (กสิกรรม, ประมวล ฯลฯ)	• 8,727 (89.77) • 554 (5.70) • 40 (0.41) • 304 (3.13) • 97 (1.00)	• 3,693 (50.44) • 1,620 (22.13) • 120 (1.64) • 1,093 (14.93) • 795 (10.86)	• 6,941 (21.83) • 4,795 (15.08) • 4,785 (15.05) • 7,734 (24.33) • 7,539 (23.71)
ที่อยู่			
• นอกอ.เมืองระนอง • ในอ.เมืองระนอง	• 1,650 (16.97) • 8,072 (83.03)	• 3,033 (41.43) • 4,288 (58.57)	• 11,106 (34.93) • 20,688 (65.07)
การวินิจฉัย 5 อันดับแรกตาม ICD-10 ⁴ —ครั้ง (%)	• O800-vertex delivery 1,758 (18.26) • O758-labour with complication 472 (4.90) • O339-maternal	• O800-vertex delivery 602 (8.35) • O758-labour with complication 334 (4.64) • O820-caesarian	• O800-vertex delivery 1,192 (3.79) • A09-acute diarrhea 932 (2.97) • A099-acute gastroenteritis 912 (2.90) • J209-bronchitis 709 (2.26) • A90-dengue

ตัวแปร ^{1, 2}	Card, N = 9,722	None, N = 7,321	UC, N = 31,794
	care for disproport ional pelvis 431 (4.48) ● O342- maternal care with previous Caesar 220 (2.29) ● A09-acute diarrhoea 156 (1.62)	section 238 (3.30) ● A09- acute diarrhea 214 (2.97) ● A099- acute gastroent eritis 174 (2.41)	663 (2.11)
ค่าเฉลี่ยวันนอน—วัน (SD) ³	3.80 (13.24)	3.63 (8.33)	4.86 (14.04)
ค่าเฉลี่ย AdjRW ⁵ (SD) ³	0.89 (1.15)	0.92 (1.19)	1.04 (1.44)

หมายเหตุ:

1. การคำนวณในแต่ละตัวแปรไม่นับเด็กแรกเกิดที่มาคลอดตามปกติยกเว้นการคำนวณความถี่ตัวแปรกลุ่มอายุ
2. การคำนวณไม่รวม missing data
3. SD = standard deviation
4. ICD-10 = International Classification of Diseases-10
5. AdjRW = adjusted Relative Weight

การวิเคราะห์ด้วย Poisson model พบว่าอิทธิพลของ Card ช่วยเพิ่มอัตราการใช้บริการ IP ได้น้อยกว่าร้อยละ 1 (เปรียบเทียบกับกลุ่ม None) อย่างไม่มีนัยสำคัญ การมีสิทธิ UC ช่วยเพิ่มอัตราการใช้บริการ (เปรียบเทียบกับกลุ่ม None) ได้ร้อยละ 2.5 อย่างมีนัยสำคัญ

อัตราการให้บริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่ออายุมากขึ้น เคยป่วยเป็นโรคกลุ่ม ACSC หรือเคยป่วยเป็นโรคร้ายแรง หรือมีถิ่นที่อยู่ในเขตอำเภอเมืองระนอง

ข้อค้นพบที่สำคัญอีกประการคือ ปฏิสัมพันธ์ระหว่าง Card กับการเคยเจ็บป่วยด้วยโรค ACSC และเคยเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงมีแนวโน้มเพิ่มอัตราการให้บริการค่อนข้างมาก ถึงร้อยละ 10.1 และ 18.2 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญ ค่าปฏิสัมพันธ์นี้ใกล้เคียงกับสถิติ UC ซึ่งพบว่าหากผู้ป่วย UC มีประวัติเคยเจ็บป่วยด้วยโรค ACSC และเคยเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง ก็มีแนวโน้มที่จะมีอัตราการให้บริการเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 10.6 และ 10.7 ตามลำดับ (ดูตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 การวิเคราะห์อัตราการให้บริการ IP ด้วย Poisson model¹

ตัวแปร	IRR ²	SE ^{3, 4}	P-value ⁵	95% CI ⁶	
กลุ่มอายุ (VS <= 5 ปี)					
• > 5, <= 15 ปี	1.010	0.007	0.149	0.996	1.024
• > 15, <= 30 ปี	1.043	0.008	<0.001	1.028	1.059
• > 30, <= 60 ปี	1.066	0.009	<0.001	1.048	1.083
• > 60 ปี	1.093	0.011	<0.001	1.072	1.115
เพศ (VS ชาย)					
• หญิง	0.998	0.006	0.771	0.987	1.010
• หญิงตั้งครรภ์	1.005	0.005	0.271	0.996	1.015
อาชีพรับจ้าง (VS อื่นๆ)	0.997	0.007	0.644	0.984	1.010
เคยป่วยด้วยโรค ACSC (VS ไม่เคย)	1.029	0.011	0.008	1.008	1.051
เคยป่วยด้วยโรคร้ายแรง (VS ไม่เคย)	1.106	0.028	<0.001	1.053	1.162
ถิ่นที่อยู่ในเขตเดียวกับ CUP (VS นอก CUP)	1.034	0.004	<0.001	1.025	1.043
Days at risk	1.005	0.000	<0.001	1.005	1.005
สถิติ (VS None)					

ตัวแปร	IRR ²	SE ^{3, 4}	P-value ⁵	95% CI ⁶	
● Card	1.003	0.005	0.550	0.993	1.012
● UC	1.025	0.004	<0.001	1.017	1.033
สิทธิ#เคยป่วยด้วยโรค ACSC					
● Card	1.101	0.025	<0.001	1.054	1.150
● UC	1.106	0.015	<0.001	1.076	1.136
สิทธิ#เคยป่วยด้วยโรคร้ายแรง					
● Card	1.182	0.046	<0.001	1.095	1.276
● UC	1.107	0.032	<0.001	1.047	1.171
Constant term	0.956	0.007	<0.001	0.943	0.969

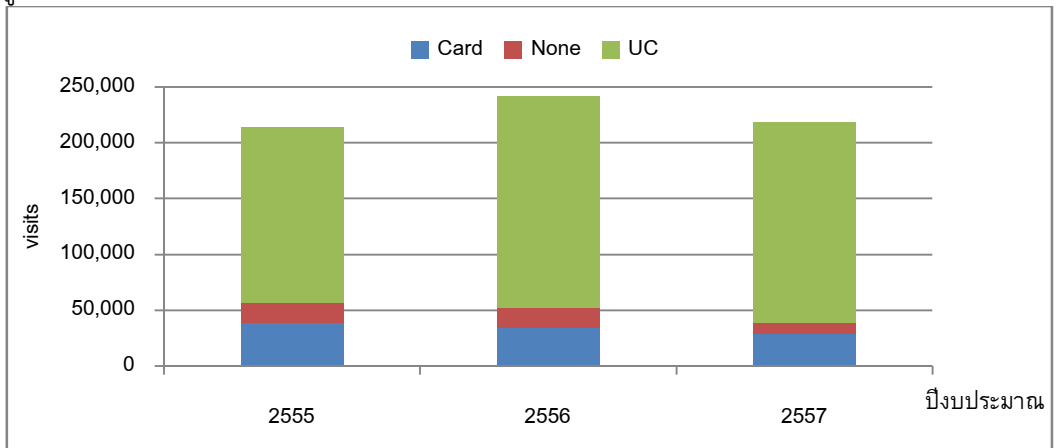
หมายเหตุ:

1. Psuedo-R² = 0.065
2. IRR = Incidence rate ratio
3. SE = standard error
4. ค่า SE ได้ปรับอิทธิพลในบุคคลเดียวกันแล้ว (Cluster robust covariance)
5. P-value ตัดระดับนัยสำคัญที่ <0.05
6. 95% CI = 95% confidence interval

OP: CUP ระนอง

ภาพรวมการใช้บริการ OP ใน CUP ระนองของผู้ป่วยทั้ง 3 สิทธิ มีปริมาณการใช้บริการประมาณ 200,000-250,000 ครั้งต่อปี โดยผู้ป่วยกลุ่ม Card มีสัดส่วนประมาณร้อยละ 13-18 ของผู้ป่วยทั้งหมดน้อยกว่าสัดส่วนการใช้บริการ IP เล็กน้อย กลุ่ม UC มีสัดส่วนการใช้บริการสูงที่สุด ประมาณร้อยละ 80 (รูปที่ 9)

รูปที่ 9 ปริมาณการใช้บริการ OP ของ CUP ระนองแยกตามสิทธิ



คุณลักษณะพื้นฐานของผู้รับบริการ OP ที่ CUP ระนอง เมื่อแยกตามสิทธิพบว่า อายุเฉลี่ยของกลุ่ม UC สูงที่สุด ประมาณ 44 ปี กลุ่ม None มีอายุเฉลี่ยต่ำที่สุด ประมาณ 27 ปี กลุ่ม Card มีอายุเฉลี่ยที่ 36 ปี กลุ่ม None มีสัดส่วนเด็กมาใช้บริการสูงที่สุด ขณะที่กลุ่ม UC มีสัดส่วนผู้สูงอายุมาใช้บริการมากที่สุดผู้ป่วยกลุ่ม Card มีสัดส่วนเป็นเพศหญิงสูงถึงร้อยละ 62 ขณะที่กลุ่มอื่นๆ มีสัดส่วนเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย

กลุ่ม Card ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างตามกิจการต่างๆ หรือผู้ใช้แรงงาน (ร้อยละ 80) ขณะที่กลุ่ม None เป็นผู้ว่างงานค่อนข้างมาก (ร้อยละ 25) กลุ่ม UC มีอาชีพที่หลากหลายใกล้เคียงกันในแต่ละประเภทกลุ่ม UC มีสัดส่วนผู้ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองระนองสูงที่สุด (ร้อยละ 99)

โรคที่พบบ่อยที่สุด 5 อันดับแรก ในทุกกลุ่มมักเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ข้อค้นพบที่สำคัญคือ ในกลุ่ม Card และ None มีภาวะที่เกี่ยวกับการคลอดรวมอยู่ด้วย โดยเฉพาะในกลุ่ม None ภาวะเจ็บครรภ์เตือนเป็นการวินิจฉัยที่พบมากที่สุด ถึงร้อยละ 5

ประมาณร้อยละ 12 ของผู้ป่วยกลุ่ม Card และกลุ่ม None ใช้บริการที่รพสต. ขณะที่ผู้ป่วยกลุ่ม UC ประมาณร้อยละ 22 ใช้บริการที่รพสต. (ดูตารางที่ 12)

เมื่อดำเนินการสำรวจการใช้บริการ OP ของกลุ่ม Card ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองระนองต่อผู้ที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพทั้งหมดในอำเภอเมืองระนองนับในปีล่าสุด คือ

ปีงบประมาณ 2557 พบว่าอัตราการใช้บริการอยู่ที่ 0.72 ครั้งต่อคนต่อปี (32,945/45,543) น้อยกว่าสถิติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งใน สปสช.เขต 11 ของ จังหวัดระนอง มีอัตราการให้บริการ OP ที่ 2.72 ครั้งต่อคนต่อปี⁹⁷

ตารางที่ 12 คุณลักษณะพื้นฐานของผู้มารับบริการ OP ที่ CUP ระนอง

ตัวแปร ^{1, 2}	Card, N = 101,509	None, N = 45,163	UC, N = 526,926
ค่าเฉลี่ยอายุ—ปี (SD) ³	36.22 (15.81)	26.68 (19.20)	43.79 (26.30)
กลุ่มอายุ—คน (%) • <5 ปี • > 5, <= 15 ปี • > 15, <= 30 ปี • > 30, <= 60 ปี • > 60 ปี	• 3,519 (3.47) • 2,439 (2.40) • 33,769 (33.27) • 54,469 (53.69) • 7,278 (7.17)	• 9,395 (20.80) • 3,977 (8.81) • 14,190 (31.42) • 15,087 (33.41) • 2,512 (5.56)	• 41,707 (7.92) • 42,538 (8.07) • 73,681 (13.98) • 227,744 (43.22) • 141,251 (26.81)
เพศ—คน (%) • ชาย • หญิง	• 38,420 (37.85) • 63,089 (62.15)	• 19,784 (43.81) • 25,379 (56.19)	• 223,102 (42.34) • 303,824 (57.66)
อาชีพ—คน (%) • รับจ้าง, กรรมกร • เด็ก (นอกโรงเรียน)	• 79,443 (78.26) • 3,984 (3.92) • 3,244 (3.20) • 11,003 (10.84)	• 22,161 (49.07) • 8,337 (18.46)	• 155,809 (29.57) • 46,354 (8.80)

ตัวแปร ^{1, 2}	Card, N = 101,509	None, N = 45,163	UC, N = 526,926
● นักเรียน ● ไม่ได้ทำงาน ● อื่นๆ (กลี กรรม, ประมง ฯลฯ)	● 3,835 (3.78)	● 1,971 (4.36) ● 11,152 (24.69) ● 1,542 (3.41)	● 99,312 (18.85) ● 118,601 (22.51) ● 106,850 (20.28)
ที่อยู่ ● นอกอ.เมือง ระนอง ● ในอ.เมือง ระนอง	● 4,572 (4.50) ● 96,937 (95.50)	● 3,124 (6.92) ● 42,039 (93.08)	● 5,185 (0.98) ● 521,735 (99.02)
การวินิจฉัย 5 อันดับ แรกตาม ICD-10 ⁴ — ครั้ง (%)	● I10-primary hypertension 4,725 (6.66) ● K30- dyspepsia3,02 4 (4.26) ● E119-non insulin dependent diabetes2,859 (4.03) ● O479-false labour 2,664 (3.76) ● R42-dizziness 1,831 (2.58)	● O479-false labour 1,208 (5.33) ● J00- common cold 818 (3.41) ● R509- fever, unspecifie d641 (2.67) ● K30- dyspepsia 636 (2.65) ● J029-acute	● I10-primary hypertensio n 37,815 (11.36) ● E119-non insulin dependent diabetes18, 044 (5.42) ● M7919- myalgia8,77 8 (2.64) ● J209- bronchitis 8,663 (2.60) ● K30- dyspepsia

ตัวแปร ^{1, 2}	Card, N = 101,509	None, N = 45,163	UC, N = 526,926
		pharyngitis 561 (2.34)	8,075 (2.43)
ระดับสถานพยาบาล			
• ระดับรพสต.	• 13,105 (12.91)	• 5,496 (12.17)	• 114,604 (21.75)
• ระดับ โรงพยาบาล	• 88,404 (87.09)	• 39,667 (87.83)	• 412,322 (78.25)

หมายเหตุ:

1. การคำนวณในแต่ละตัวแปรไม่นับเด็กแรกเกิดที่มาคลอดตามปกติยกเว้นการคำนวณความถี่ตัวแปรกลุ่มอายุ
2. การคำนวณไม่รวม missing data
3. SD = standard deviation

ในการคำนวณโมเดลทางเศรษฐมิติใช้โมเดลเดียวกันกับการคำนวณ IP แต่เพิ่มตัวแปรระดับสถานพยาบาล (รพสต.หรือรพ.) กับตัวแปรโรคที่ ICD10 ขึ้นต้นด้วย Z ซึ่งเป็นการวินิจฉัยที่มีความจำเพาะกับการใช้บริการ OP เช่น การตรวจร่างกายเพื่อออกใบรับรองแพทย์ การรับวัคซีนและการทำกายภาพบำบัดเพื่อปรับอิทธิพลของตัวแปรดังกล่าวซึ่งอาจมีผลต่ออิทธิพลของตัวแปรสิทธิ

ผลการคำนวณด้วยโมเดลทางเศรษฐมิติพบว่า การมี Card เพิ่มการใช้บริการ OP มากขึ้นประมาณร้อยละ 3.7 เมื่อเทียบกับกลุ่ม None อย่างมีนัยสำคัญขณะที่การมีสิทธิ UC เพิ่มการใช้บริการ OP ประมาณร้อยละ 8.8 เมื่อเทียบกับกลุ่ม None การมีเพศชายมีแนวโน้มใช้บริการต่อปีมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย การมีอายุมากขึ้น การเลือกใช้บริการที่สถานพยาบาล และประวัติที่เคยเจ็บป่วยด้วยภาวะต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้วยโรคร้ายแรง โรคกลุ่ม ACSC และการได้รับการวินิจฉัยด้วยกลุ่ม Z ล้วนมีแนวโน้มเพิ่มการใช้บริการทั้งสิ้น อย่างไรก็ตามความแตกต่างจากการใช้บริการ IP คือ ผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่าง Card กับภาวะโรคร้ายแรงหรือโรคกลุ่ม ACSC ไม่มีส่วนเพิ่มการใช้บริการอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับการใช้บริการ IP (ดูตารางที่ 13)

ตารางที่ 13 การวิเคราะห์อัตราการให้บริการ OP ที่ CUP ระนอง ด้วย Poisson model¹

ตัวแปร	IRR ²	SE ^{3, 4}	P-value ⁵	95% CI ⁶	
กลุ่มอายุ (VS <= 5 ปี)					
• > 5, <= 15 ปี	1.090	0.012	<0.001	1.066	1.114
• > 15, <= 30 ปี	1.157	0.012	<0.001	1.133	1.181
• > 30, <= 60 ปี	1.282	0.015	<0.001	1.253	1.312
• > 60 ปี	1.429	0.020	<0.001	1.389	1.470
เพศ (VS ชาย)					
• หญิง	0.926	0.009	<0.001	0.909	0.945
• หญิงตั้งครรภ์	0.957	0.011	<0.001	0.936	0.979
อาชีพรับจ้าง (VS อื่นๆ)	0.958	0.011	<0.001	0.936	0.980
เคยป่วยด้วยโรค ACSC (VS ไม่เคย)	1.203	0.021	<0.001	1.161	1.245
เคยป่วยด้วยโรคร้ายแรง (VS ไม่เคย)	1.612	0.076	<0.001	1.469	1.768
เคยมีการวินิจฉัยหลักด้วยโรคกลุ่ม Z (VS ไม่เคย)	1.403	0.018	<0.001	1.367	1.439
ถิ่นที่อยู่ในเขตเดียวกับ CUP (VS นอก CUP)	1.071	0.013	<0.001	1.047	1.096
Days at risk	1.005	0.000	<0.001	1.005	1.005
สถานพยาบาลร่วมกับโรงพยาบาล (VS รพสต.)	1.158	0.009	<0.001	1.141	1.176
สิทธิ (VS None)					
• Card	1.037	0.014	0.006	1.010	1.063
• UC	1.088	0.013	<0.001	1.064	1.113
สิทธิ#เคยป่วยด้วยโรค ACSC					
• Card	0.991	0.023	0.695	0.946	1.038
• UC	0.977	0.020	0.260	0.938	1.017
สิทธิ#เคยป่วยด้วยโรคร้ายแรง					
• Card	0.927	0.055	0.202	0.826	1.041
• UC	0.993	0.059	0.903	0.884	1.115
สิทธิ#เคยได้รับการวินิจฉัยหลักขั้นต้นด้วย Z					
• Card	1.283	0.024	<0.001	1.238	1.330
• UC	1.372	0.022	<0.001	1.330	1.415
Constant term	0.977	0.015	0.138	0.947	1.008

หมายเหตุ:

1. Psuedo- $R^2 = 0.383$
2. IRR = Incidence rate ratio
3. SE = standard error
4. ค่า SE ได้ปรับอิทธิพลในบุคคลเดียวกันแล้ว (Cluster robust covariance)
5. P-value ต่ำระดับนัยสำคัญที่ <0.05
6. 95% CI = 95% confidence interval

ผลการวิเคราะห์ OOP พบว่า กลุ่ม None มี OOP เฉลี่ยต่อครั้งการใช้บริการ สูงที่สุด (158 บาท) รองลงมาได้แก่ กลุ่ม Card (17 บาท) และ UC (10 บาท) ตามลำดับ ภาพรวมสถิติเชิงพรรณนายังแสดงให้เห็นว่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ OOP มีค่าสูงกว่าค่าเฉลี่ยมากประมาณ 2-5 เท่า และทุกกลุ่มมีค่ามัธยฐานที่ 0 แสดงถึง excessive zeros ดังนั้นการวิเคราะห์ด้วย Two-part model จึงมีความเหมาะสมมากกว่าการวิเคราะห์ด้วยสมการเส้นตรงตามปกติ (ดูตารางที่ 14)

ตารางที่ 14 ภาพรวมค่าใช้จ่าย ณ จุดบริการ ต่อครั้งการใช้บริการ OP ที่ CUP ระนอง แยกรายสิทธิ

Insurance	Min	Max	Mean	Median	SD ¹	IQR ²
None	0	24,130	158.279	0	395.689	170
Card	0	2,800	16.9365	0	44.4398	30
UC	0	3,425	10.0783	0	60.566	0

หมายเหตุ:

1. SD = standard deviation
2. IQR = interquartile range

การคำนวณ Two-part model ประกอบด้วย Part 1 คือการคำนวณโอกาสการจ่ายเงิน หรือ probability to pay (ไม่ว่าจะกี่บาท) เป็นการคำนวณด้วยโลจิสติกโมเดล (logit model) และ Part 2 คือ จำนวนเงินที่จ่ายสำหรับผู้ที่ได้จ่ายเงินหรือ amount paid เป็นการคำนวณด้วย generalised linear model

ผลการคำนวณใน Part 1 พบว่าผลของ Card ต่อโอกาสการจ่ายเงินไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่ม None ผู้ป่วยวัยกลางคนมีโอกาสจ่ายเงินสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ ชายมีโอกาสจ่ายเงินสูงกว่าหญิง การวินิจฉัยกลุ่ม Z และโรคร้ายแรงมีโอกาสจ่ายเงินน้อยกว่าการไม่ได้รับการวินิจฉัยดังกล่าว การวินิจฉัยกลุ่ม ACSC ทำให้มีโอกาสจ่ายเงินมากขึ้น การเป็นผู้ป่วยที่มาใช้บริการใน CUP และการใช้บริการที่ระดับโรงพยาบาลมีโอกาสจ่ายเงินมากขึ้น (ดูตารางที่ 15)

ตารางที่ 15 ผลการคำนวณโอกาสการจ่ายเงิน OP ของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ CUP रणอง¹

ตัวแปร	Odds Ratio	SE ²	P-value	95% CI ³	
หญิง (VS ชาย)	0.691	0.027	<0.001	0.64	0.746
Card (VS None)	1.033	0.031	0.274	0.975	1.095
กลุ่มอายุ (VS<= 5 ปี)					
● > 5, <= 15 ปี	1.498	0.104	<0.001	1.308	1.715
● > 15, <= 30 ปี	1.342	0.058	<0.001	1.234	1.46
● > 30, <= 60 ปี	1.457	0.068	<0.001	1.33	1.596
● > 60 ปี	0.633	0.063	<0.001	0.521	0.769
ถิ่นที่อยู่ในเขตเดียวกับ CUP (VS นอก CUP)	2.088	0.144	<0.001	1.824	2.39
การวินิจฉัยหลักเป็นกลุ่ม Z (VS ไม่เป็น)	0.775	0.025	<0.001	0.727	0.826
การวินิจฉัยหลักเป็นโรค ACSC (VS ไม่เป็น)	1.451	0.05	<0.001	1.357	1.552
การวินิจฉัยหลักเป็นโรคร้ายแรง (VS ไม่เป็น)	0.615	0.058	<0.001	0.511	0.741
สถานพยาบาลระดับโรงพยาบาล (VS รพสต.)	6.577	0.456	<0.001	5.741	7.534

ตัวแปร	Odds Ratio	SE ²	P-value	95% CI ³	
Constant term	0.077	0.006	<0.001	0.067	0.089

หมายเหตุ:

1. Psuedo-R² = 0.793
2. SE = standard error
3. 95% CI = 95% confidence interval

ผลการคำนวณ OOP (Part 2) ของการให้บริการ OP พบว่ากลุ่ม Card มี OOP ลดลงประมาณร้อยละ 91 จำนวนเงินที่จ่ายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ การเป็นโรค ร้ายแรง การได้รับการวินิจฉัยหลักขึ้นต้นด้วย Z และการใช้บริการที่โรงพยาบาล (ดูตารางที่ 16)

ตารางที่ 16 ผลการคำนวณจำนวนเงินที่จ่ายสำหรับบริการ OP ของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ใน CUP ระนอง¹

ตัวแปร	exp(b) ²	SE ³	P-value	95% CI ⁴	
หญิง (VS ชาย)	0.969	0.017	0.076	0.936	1.003
Card (VS None)	0.093	0.002	<0.001	0.089	0.096
กลุ่มอายุ (VS<= 5 ปี)					
• > 5, <= 15 ปี	1.303	0.079	<0.001	1.157	1.467
• > 15, <= 30 ปี	1.243	0.031	<0.001	1.185	1.305
• > 30, <= 60 ปี	1.340	0.033	<0.001	1.278	1.405
• > 60 ปี	1.535	0.086	<0.001	1.376	1.713
ถิ่นที่อยู่ในเขตเดียวกับ CUP (VS นอก CUP)	0.951	0.055	0.380	0.850	1.064
การวินิจฉัยหลักเป็นกลุ่ม Z (VS ไม่เป็น)	1.104	0.025	<0.001	1.057	1.154
การวินิจฉัยหลักเป็นโรค ACSC (VS ไม่เป็น)	0.963	0.013	0.005	0.937	0.989
การวินิจฉัยหลักเป็นโรคร้ายแรง (VS ไม่เป็น)	1.246	0.099	0.005	1.067	1.455
สถานพยาบาลระดับโรงพยาบาล (VS รพสต.)	0.350	0.027	<0.001	0.301	0.407
Constant term	807.465	74.386	<0.001	674.075	967.250

หมายเหตุ:

1. การคำนวณใช้วิธีการด้วย generalised linear model (gamma distribution with log link) และหาค่าประมาณการด้วย maximum likelihood estimate
2. $\exp(b)$ = ค่า exponent ของ beta coefficient
3. SE = standard error
4. 95% CI = 95% confidence interval

เมื่อรวมการคำนวณในแต่ละ Part เข้าด้วยกัน (ประมวลผลตารางที่ 14, 15, และ 16) การมี Card ช่วยลด OOP ได้ทั้งสิ้นเฉลี่ยที่ 157 บาทต่อครั้ง (ดูตารางที่ 17)

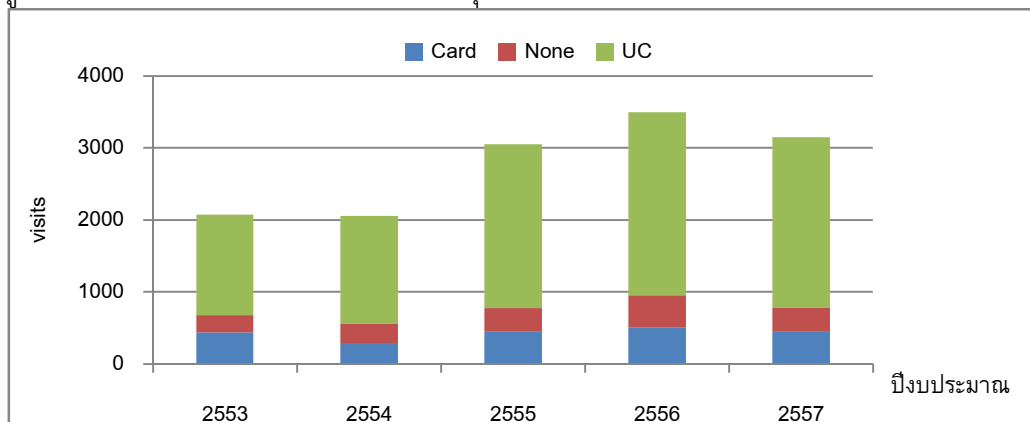
ตารางที่ 17 ผลการคำนวณอิทธิพลของ Card ต่อ OOP การใช้บริการ OP ที่ CUP ระนอง หลังการประมวลผลจาก Two-part model

	Mean	Standard deviation	Min	Max
Absolute difference	-156.726	35.805	-227.956	-30.585

IP: CUP กระบุรี

ภาพรวมการให้บริการ IP ที่รพ.กระบุรีในผู้ป่วยทั้ง 3 สิทธิ (Card, UC และ None) พบว่ามีปริมาณการให้บริการประมาณ 2,000-3,500 ครั้งต่อปี โดยผู้ป่วยกลุ่ม Card มีสัดส่วนประมาณร้อยละ 14 ของผู้ป่วยทั้งหมด (รูปที่ 10)

รูปที่ 10 ปริมาณการให้บริการ IP รพ.กระบุรีแยกรายสิทธิ



คุณลักษณะพื้นฐานของผู้รับบริการ IP ที่รพ.กระบรี เมื่อแยกตามสิทธิพบว่า อายุเฉลี่ยของกลุ่ม UC สูงที่สุด ประมาณ 38 ปี กลุ่ม None มีอายุเฉลี่ยต่ำที่สุดประมาณ 22 ปี กลุ่ม Card ที่มีอายุเฉลี่ย 29 ปี

กลุ่ม None มีสัดส่วนเด็กมาใช้บริการสูงที่สุด ขณะที่กลุ่ม UC มีสัดส่วนผู้สูงอายุมาใช้บริการมากที่สุดกลุ่ม Card มีผู้ป่วยที่อายุระหว่าง 5-15 ปีน้อยที่สุด อาจเนื่องจากข้อเท็จจริงที่ว่าเด็กอายุระหว่าง 7-15 ปี หากต้องการซื้อบัตรประกันสุขภาพ ต้องซื้อราคาเดียวกันกับผู้ใหญ่

ผู้ป่วยกลุ่ม Card และ None มีสัดส่วนเป็นเพศหญิงสูงถึงร้อยละ 73 และ 64 ตามลำดับ กลุ่ม UC มีสัดส่วนทั้งสองเพศใกล้เคียงกัน

กลุ่ม Card มีอาชีพรับจ้างตามกิจการต่างๆ หรือผู้ใช้แรงงานประมาณร้อยละ 35 ขณะที่กลุ่ม None มีเด็กนอกสถานศึกษาค่อนข้างมาก (ร้อยละ 31.7) กลุ่ม UC มีอาชีพที่หลากหลายใกล้เคียงกันในแต่ละประเภท ข้อค้นพบที่น่าสนใจคือ วิธีการลงทะเบียนของ รพ.กระบรี อาจต่างไปจากรพ.ระนอง กลุ่ม Card มีสัดส่วนผู้ที่ทำงานในภาคอื่นๆ (กสิกรรม ประมง ฯลฯ) ถึงร้อยละ 62 ซึ่งโดยข้อเท็จจริงจากการลงพื้นที่ กลุ่ม Card มักเป็นลูกจ้างของนายจ้างไทยอีกที ไม่ใช่ผู้ที่เป็นเจ้าของพื้นที่ทำเกษตรกรรม ทุกกลุ่มอาศัยอยู่ในอำเภอเมืองระนองค่อนข้างมาก เกินกว่าร้อยละ 94

โรคที่พบบ่อยที่สุด 5 อันดับแรก ในกลุ่ม Card และ None เป็นภาวะการคลอด โดยเฉพาะกลุ่ม Card มีสัดส่วนผู้ที่มาคลอดแบบปกติสูงถึงร้อยละ 30 กลุ่ม UC มีการเจ็บป่วยที่หลากหลายกว่ากลุ่มอื่น

นอกจากนี้กลุ่ม UC ยังมีค่าวันนอนเฉลี่ยต่อครั้ง และค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโลกตาม Adjusted Relative Weight (AdjRW) สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ เล็กน้อย แต่ในภาพรวมวันนอนและ AdjRW น้อยกว่าการใช้บริการ IP ของรพ.ระนอง (ตารางที่ 18)

เมื่อคำนวณสัดส่วนการใช้บริการ IP ของกลุ่ม Card ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองระนองต่อผู้ที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพทั้งหมดในอำเภอกระบรีนับในปีล่าสุด คือ ปีงบประมาณ 2557 พบว่าอัตราการใช้บริการอยู่ที่ 0.07 ครั้งต่อคนต่อปี (269/4,051) น้อยกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งในสปสช.เขต 11 ของจังหวัดระนอง มีอัตราการใช้บริการ IP ที่ 0.10 ครั้งต่อคนต่อปี⁹⁷

ตารางที่ 18 คุณลักษณะพื้นฐานของผู้มารับบริการ IP ที่รพ.กระบี่

ตัวแปร ^{1, 2}	Card, N = 2,120	None, N = 1,634	UC, N = 10,075
ค่าเฉลี่ยอายุ—ปี (SD) ³	29.40 (10.50)	22.61 (18.30)	37.73 (26.94)
กลุ่มอายุ—คน (%) • <5 ปี • > 5, <= 15 ปี • > 15, <= 30 ปี • > 30, <= 60 ปี • > 60 ปี	• 47 (2.22) • 7 (0.33) • 1,257 (59.29) • 786 (37.08) • 23 (1.08)	• 429 (26.25) • 130 (7.96) • 624 (38.19) • 383 (23.44) • 68 (4.16)	• 1,685 (16.72) • 993 (9.86) • 1,939 (19.25) • 2,844 (28.23) • 2,614 (25.95)
เพศ—คน (%) • ชาย • หญิง	• 565 (26.65) • 1,565 (73.35)	• 583 (35.68) • 1,051 (64.32)	• 4,942 (49.05) • 5,133 (50.95)
อาชีพ—คน (%) • รับจ้าง, กรรมกร • เด็ก (นอกโรงเรียน) • นักเรียน • ไม่ได้ทำงาน • อื่นๆ (กสิกรรม, ประมงฯลฯ)	• 742 (35.00) • 57 (2.69) • 0 (0.00) • 5 (0.24) • 1,316 (62.08)	• 918 (56.18) • 518 (31.70) • 7 (0.43) • 13 (0.80) • 178 (10.89)	• 1,211 (12.02) • 2,197 (21.81) • 1,518 (15.07) • 620 (6.15) • 4,529 (44.95)

ตัวแปร ^{1, 2}	Card, N = 2,120	None, N = 1,634	UC, N = 10,075
ที่อยู่			
- นอกอ.เมือง - ระนอง - ในอ.เมือง - ระนอง	37 (3.73) 956 (96.27)	63 (4.66) 1,290 (95.34)	615 (6.10) 9,459 (93.90)
การวินิจฉัย 5 อันดับแรกตาม ICD-10 ⁴ — ครั้ง (%)	- O800-vertex delivery 627 (29.58) - O700-first degree perineal tear 156 (7.36) - A279-leptospirosis 117 (5.52) - B509-falciparum malaria 67 (3.16) - O701-second degree perineal tear 59 (2.78)	- O800-vertex delivery 332 (20.32) - B509-falciparum malaria 53 (3.24) - A09-acute diarrhea 52 (3.18) - O700-first degree perineal tear 51 (3.12) - A279-leptospirosis 50 (3.06)	- A09-acute diarrhea 551 (5.47) - J441-acute diarrhea 474 (4.70) - A279-leptospirosis 422 (4.19) - J209-bronchitis 402 (4.19) - O800-vertex delivery 392 (3.89)

ตัวแปร ^{1, 2}	Card, N = 2,120	None, N = 1,634	UC, N = 10,075
ค่าเฉลี่ยวันนอน—วัน (SD) ³	2.32 (9.28)	2.00 (1.52)	2.60 (7.44)
ค่าเฉลี่ย AdjRW ⁵ (SD) ³	0.43 (0.22)	0.42 (0.25)	0.47 (0.35)

หมายเหตุ:

1. การคำนวณในแต่ละตัวแปรไม่นับเด็กแรกเกิดที่มาคลอดตามปกติยกเว้นการคำนวณความถี่ตัวแปรกลุ่มอายุ
2. การคำนวณไม่รวม missing data
3. SD = standard deviation
4. ICD-10 = International Classification of Diseases-10
5. AdjRW = adjusted Relative Weight

การวิเคราะห์ด้วยโมเดลทางเศรษฐมิติพบว่า การมี Card ไม่ได้เพิ่มการใช้บริการ IP ที่รพ.ระนองอย่างมีนัยสำคัญ (เทียบกับกลุ่ม None) การมีสิทธิ UC เพิ่มการใช้บริการ IP ที่รพ.ระนองประมาณร้อยละ 3 อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่ม None ตัวแปรปฏิสัมพันธ์ของ Card กับภาวะโรคต่างๆ แม้มีแนวโน้มเพิ่มการใช้บริการแต่ผลลัพธ์ที่ได้ก็ไม่มีนัยสำคัญเช่นกัน (ตารางที่ 19)

ตารางที่ 19 การวิเคราะห์อัตราการใช้บริการ IP ที่รพ.กระบี่ ด้วย Poisson model¹

ตัวแปร	IRR ²	SE ^{3, 4}	P-value ⁵	95% CI ⁶	
กลุ่มอายุ (VS <= 5 ปี)					
● > 5, <= 15 ปี	0.996	0.013	0.749	0.971	1.021
● > 15, <= 30 ปี	1.009	0.015	0.515	0.981	1.038
● > 30, <= 60 ปี	1.010	0.016	0.531	0.979	1.041
● > 60 ปี	1.104	0.021	<0.001	1.064	1.146
เพศ (VS ชาย)					
● หญิง	0.967	0.011	0.003	0.945	0.989
● หญิงตั้งครรภ์	1.015	0.011	0.165	0.994	1.036

ตัวแปร	IRR ²	SE ^{3, 4}	P-value ⁵	95% CI ⁶	
อาชีพรับจ้าง (VS อื่นๆ)	1.014	0.014	0.324	0.986	1.042
เคยป่วยด้วยโรค ACSC (VS ไม่เคย)	1.004	0.015	0.798	0.975	1.034
เคยป่วยด้วยโรคร้ายแรง (VS ไม่เคย)	1.185	0.131	0.125	0.954	1.473
ถิ่นที่อยู่ในเขตเดียวกับ CUP (VS นอก CUP)	1.008	0.014	0.563	0.981	1.036
Days at risk	1.005	0.000	<0.001	1.005	1.005
สิทธิ (VS None)					
● Card	1.005	0.013	0.693	0.980	1.030
● UC	1.030	0.011	0.007	1.008	1.052
สิทธิ#เคยป่วยด้วยโรค ACSC					
● Card	1.031	0.042	0.463	0.951	1.117
● UC	1.088	0.020	0.000	1.049	1.128
สิทธิ#เคยป่วยด้วยโรคร้ายแรง					
● Card	1.179	0.288	0.499	0.731	1.903
● UC	1.073	0.136	0.580	0.836	1.376
Constant term	1.007	0.019	0.714	0.971	1.044

หมายเหตุ:

1. Psuedo- $R^2 = 0.063$
2. IRR = Incidence rate ratio
3. SE = standard error
4. ค่า SE ได้ปรับอิทธิพลในบุคคลเดียวกันแล้ว (Cluster robust covariance)
5. P-value ตัดระดับนัยสำคัญที่ <0.05
6. 95% CI = 95% confidence interval

ภาพรวมของ OOP แยกรายสิทธิพบว่า กลุ่ม Card มีค่าเฉลี่ยของ OOP ต่ำที่สุด ประมาณ 39 บาท กลุ่ม None มี OOP สูงที่สุดที่ 2,473 บาท และจากที่ระบุไว้ข้างต้นว่ากลุ่ม UC ที่มี OOP จะไม่ถูกนำมาคำนวณใน Two-part model เพื่อลด information bias (ดูตารางที่ 20)

ตารางที่ 20 ภาพรวมค่าใช้จ่าย ณ จุดบริการ ต่อครั้งการใช้บริการ IP ที่ รพ.กระบี่ แยก รายสถิติ

Insurance	Min	Max	Mean	Median	SD ¹	IQR ²
None	0	17100	2,473.397	2400.5	1,466.942	1732
Card	0	4030	38.9	30	161.9817	0
UC	0	7200	204.561	0	553.22	30
Total	0	17100	447.245	0	1017.2	30

หมายเหตุ:

1. SD = standard deviation
2. IQR = interquartile range

การวิเคราะห์ด้วย Two-part model สำหรับ OOP ในการใช้บริการ IP ใช้การกำหนดตัวแปรในทำนองเดียวกับการวิเคราะห์ OOP ของบริการ OP แต่เพิ่มตัวแปรเรื่องการเคยมาใช้บริการเพราะการคลอดบุตร (รหัส ICD10 คือ O800, O700, และ O701)

ผลการวิเคราะห์ใน Part 1 พบว่ากลุ่ม Card มีโอกาสจ่ายค่าบริการมากกว่ากลุ่ม None ถึงสามเท่า ทั้งนี้อาจเนื่องจากการเรียกเก็บค่าบริการ 30 บาทของกลุ่ม Card ทุกครั้งเมื่อมาใช้บริการ ขณะที่กลุ่ม None ขึ้นกับความสามารถในการจ่ายค่าบริการครั้งนั้นๆ (ดูตารางที่ 21)

ตารางที่ 21 ผลการคำนวณโอกาสการจ่ายเงิน IP ของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ รพ.กระบี่

ตัวแปร	Odds Ratio	SE ²	P-value	95% CI ³	
หญิง (VS ชาย)	1.902	0.625	0.050	0.999	3.620
Card (VS None)	3.163	1.232	0.003	1.474	6.786
กลุ่มอายุ (VS <= 5 ปี)					
● > 5, <= 15 ปี	0.582	0.341	0.355	0.185	1.834
● > 15, <= 30 ปี	0.540	0.276	0.228	0.198	1.471
● > 30, <= 60 ปี	0.369	0.190	0.053	0.135	1.012
● > 60 ปี	0.118	0.057	<0.001	0.045	0.305

ถิ่นที่อยู่ในเขตเดียวกับ CUP (VS นอก CUP) ⁴	1.000	(omitted)			
การวินิจฉัยหลักเป็นภาวะที่เกี่ยวกับการคลอดบุตรปกติ	3.559	2.071	0.029	1.138	11.136
การวินิจฉัยหลักเป็นโรค ACSC (VS ไม่เป็น)	1.048	0.346	0.886	0.549	2.001
การวินิจฉัยหลักเป็นโรคร้ายแรง (VS ไม่เป็น)	0.089	0.043	<0.001	0.034	0.227
Constant term	32.212	11.299	<0.001	16.197	64.061

หมายเหตุ:

1. Psuedo- R^2 = 0.133
2. SE = standard error
3. 95% CI = 95% confidence interval
4. ตัวแปรที่มี perfect collinearity จะถูกตัดออกจากสมการโดยอัตโนมัติ

ผลการวิเคราะห์ใน Part 2 พบว่าการมี Card ช่วยลดปริมาณเงินที่จ่ายได้ประมาณร้อยละ 99 เมื่อเทียบกับกลุ่ม None ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่ต้องจ่ายค่าบริการเพิ่มขึ้นผู้ที่เป้นโรคร้ายแรงมีแนวโน้มที่จะมี OOP น้อยกว่ากลุ่มโรคอื่นๆ ตรงข้ามกับข้อค้นพบที่ CUP ระนอง ทั้งนี้ อาจเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มโรคร้ายที่ต้องใช้ค่าบริการมาก หรือมีความซับซ้อนมาก ไม่ได้รักษาที่รพ.กระบรีเป็นหลัก แต่ได้รับการส่งต่อไปรพ.ระนอง (ดูตารางที่ 22)

ตารางที่ 22 ผลการคำนวณจำนวนเงินที่จ่ายสำหรับบริการ IP ของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ รพ.กระบี่

ตัวแปร	$\exp(b)^2$	SE ³	P-value	95% CI ⁴	
หญิง (VS ชาย)	0.999	0.074	0.993	0.865	1.155
Card (VS None)	0.014	0.001	<0.001	0.012	0.016
กลุ่มอายุ (VS ≤ 5 ปี)					
• > 5, ≤ 15 ปี	1.107	0.063	0.076	0.989	1.238
• > 15, ≤ 30 ปี	1.376	0.101	<0.001	1.192	1.588
• > 30, ≤ 60 ปี	1.224	0.062	<0.001	1.108	1.352
• > 60 ปี	6.320	4.191	0.005	1.723	23.186
ถิ่นที่อยู่ในเขตเดียวกับ CUP (VS นอก CUP) ⁴	1.020	0.067	0.762	0.897	1.160
การวินิจฉัยหลักเป็นภาวะที่เกี่ยวกับการคลอดบุตรปกติ	0.897	0.115	0.396	0.698	1.153
การวินิจฉัยหลักเป็นโรค ACSC (VS ไม่เป็น)	1.092	0.058	0.094	0.985	1.211
การวินิจฉัยหลักเป็นโรคร้ายแรง (VS ไม่เป็น)	0.702	0.075	<0.001	0.569	0.866
Constant term	2,037.536	169.316	<0.001	1,731.299	2397.943

หมายเหตุ:

1. การคำนวณใช้วิธีการด้วย generalised linear model (gamma distribution with log link) และหาค่าประมาณการด้วย maximum likelihood estimate
2. $\exp(b)$ = ค่า exponent ของ beta coefficient
3. SE = standard error
4. 95% CI = 95% confidence interval

เมื่อรวมการคำนวณในแต่ละ Part เข้าด้วยกัน (ประมวลผลตารางที่ 20, 21, และ 22) การมี Card ช่วยลด OOP ของบริการ IP ที่รพ.กระบี่ ได้เฉลี่ยที่ 2,706 บาทต่อครั้ง (ดูตารางที่ 23)

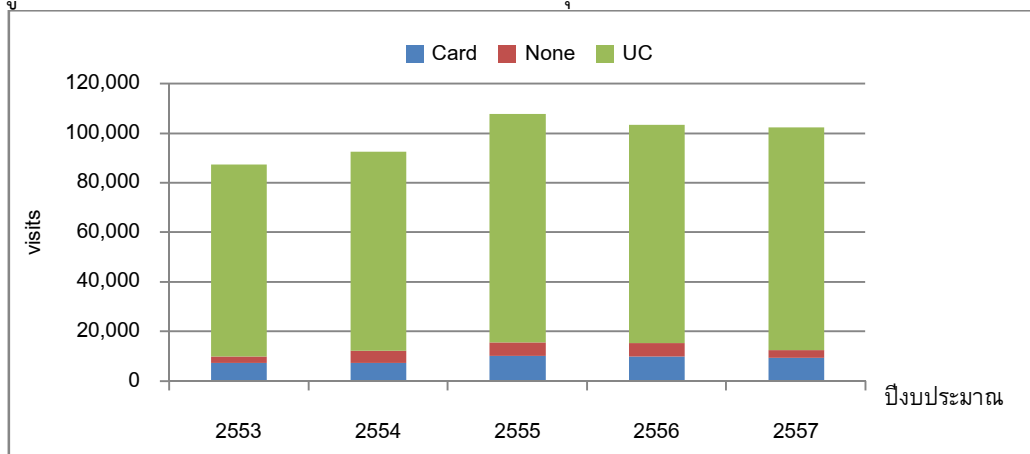
ตารางที่ 23 ผลการคำนวณอิทธิพลของ Card ต่อ OOP การใช้บริการ IP ของ รพ.กระบี่ หลังการประมวลผลจาก Two-part model

	Mean	Standard deviation	Min	Max
Absolute difference	-2,706.367	1,585.004	-12,470.3	-896.4281

OP: CUP กระบี่

ภาพรวมการใช้บริการ OP ใน CUP กระบี่ของผู้ป่วยทั้ง 3 สิทธิ มีปริมาณการใช้บริการประมาณ 100,000 ครั้งต่อปี โดยผู้ป่วยกลุ่ม Card มีสัดส่วนประมาณร้อยละ 9 ของผู้ป่วยทั้งหมดน้อยกว่าสัดส่วนการใช้บริการ IP เล็กน้อย กลุ่ม UC มีสัดส่วนการใช้บริการสูงสุด ประมาณร้อยละ 85-88 (รูปที่ 11)

รูปที่ 11 ปริมาณการใช้บริการ OP ของ CUP กระบี่แยกตามสิทธิ



คุณลักษณะพื้นฐานของผู้รับบริการ OP ที่ CUP ระนอง เมื่อแยกตามสิทธิ พบว่า อายุเฉลี่ยของกลุ่ม UC สูงที่สุด ประมาณ 45 ปี กลุ่ม None มีอายุเฉลี่ยต่ำที่สุด ประมาณ 23 ปี กลุ่ม Card มีอายุเฉลี่ยที่ 40 ปี

กลุ่ม None มีสัดส่วนเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี มาใช้บริการสูงสุด ขณะที่กลุ่ม UC มีสัดส่วนผู้สูงอายุมาใช้บริการมากที่สุด กลุ่ม Card ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในวัยทำงาน ระหว่าง 30 ถึง 60 ปี

ผู้ป่วยกลุ่ม Card มีสัดส่วนเป็นเพศหญิงสูงถึงร้อยละ 62 ขณะที่กลุ่มอื่นๆ มีสัดส่วนเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย

โรคที่พบบ่อยที่สุด 5 อันดับแรก ในทุกกลุ่มมักเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการติดเชื้อไม่รุนแรง ข้อค้นพบที่สำคัญคือ ในกลุ่ม Card มีภาวะที่เกี่ยวกับการคลอดรวมอยู่ด้วยในโรค 5 อันดับแรก

ประมาณร้อยละ 7 ของผู้ป่วยกลุ่ม Card ใช้บริการที่รพสต. ขณะที่ผู้ป่วยกลุ่ม None ประมาณร้อยละ 21 ใช้บริการที่รพสต. (ดูตารางที่ 24)

เมื่อกำหนดสัดส่วนการใช้บริการ OP ของกลุ่ม Card ทั้งหมดที่มาใช้บริการในปีงบประมาณ 2557 พบว่าอัตราการใช้บริการอยู่ที่ 0.78 ครั้งต่อคนต่อปี (9,348/11,917) น้อยกว่าสถิติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งในสปสข.เขต 11 ของจังหวัดระนอง มีอัตราการใช้บริการ OP ที่ 2.72 ครั้งต่อคนต่อปี⁹⁷ ยิ่งไปกว่านั้น ค่าประมาณการอัตราการใช้บริการ OP นี้อาจสูงกว่าความเป็นจริง เพราะยังไม่ได้แยกเฉพาะผู้ที่มีถิ่นที่อยู่ในเขตอำเภอกระบุรี

ตารางที่ 24 คุณลักษณะพื้นฐานของผู้มารับบริการ OP ที่ CUP กระบุรี

ตัวแปร ^{1, 2, 3}	Card, N = 44,554	None, N = 21,663	UC, N = 427,858
ค่าเฉลี่ยอายุ—ปี (SD) ⁴	40.23 (20.19)	23.18 (21.38)	44.91 (24.53)
กลุ่มอายุ—คน (%)			
● <5 ปี	● 1,002	● 6,640	● 35,893
● > 5, <= 15 ปี	(2.25)	(30.67)	(8.39)
● > 15, <= 30 ปี	● 539 (1.21)	● 2,365 (10.92)	● 39,564 (9.25)
● > 30, <= 60 ปี	● 16,035 (35.99)	● 6,159 (28.45)	● 49,337 (11.53)
● > 60 ปี	● 18,922 (42.47)	● 4,926 (22.75)	● 169,613 (39.64)
	● 8,054 (18.03)	● 1,560 (7.21)	● 133,445 (31.19)

ตัวแปร ^{1, 2, 3}	Card, N = 44,554	None, N = 21,663	UC, N = 427,858
เพศ—คน (%)			
- ชาย - หญิง	16,789 (37.68) 27,765 (62.32)	9,345 (43.15) 12,314 (56.85)	179,175 (41.88) 248,683 (58.12)
การวินิจฉัย 5 อันดับแรกตาม ICD-10 ⁵ —ครั้ง (%)	- I10-primary hypertension 2,809 (8.30) - K30-dyspepsia 1,598 (4.72) - E785-hyperlipidemia 898 (2.65) - O800-vertex delivery⁸⁷ 4 (2.58) - R509-fever, unspecified 777 (2.30)	- I10-primary hypertension 611 (4.48) - J00-common cold 437 (3.20) - R509-fever, unspecified 398 (2.92) - K30-dyspepsia 365 (2.67) - J029-acute pharyngitis 282 (2.07)	- I10-primary hypertension 49,278 (13.68) - E785-hyperlipidemia 20,273 (5.63) - E119-non insulin dependent diabetes 18,044 (5.42) - K30-dyspepsia 10,133 (2.81) - R42-dizziness 6,608 (1.83)
ระดับสถานพยาบาล			

ตัวแปร ^{1, 2, 3}	Card, N = 44,554	None, N = 21,663	UC, N = 427,858
● ระดับรพสต. ● ระดับโรงพยาบาล	● 3,046 (6.84) ● 41,508 (93.16)	● 4,449 (20.54) ● 17,214 (79.46)	● 44,414 (10.38) ● 383,444 (89.26)

หมายเหตุ:

1. การคำนวณในแต่ละตัวแปรไม่นับเด็กแรกเกิดที่มาคลอดตามปกติยกเว้นการคำนวณความถี่ตัวแปรกลุ่มอายุ
2. การคำนวณไม่รวม missing data
3. การลงรหัสอาชีวะและรหัสที่อยู่ไม่สมบูรณ์จึงไม่นำมาคำนวณด้วย
4. SD = standard deviation
5. ICD-10 = International Classification of Diseases-10

การคำนวณโมเดลทางเศรษฐมิติได้ทำในทำนองเดียวกันกับการใช้บริการ OP ของ CUP ระนอง แต่ตัดตัวแปรเรื่องที่อยู่อาศัยออกเพราะการลงรหัสที่อยู่ไม่สมบูรณ์

ผลการคำนวณด้วยโมเดลทางเศรษฐมิติพบว่า การมี Card ไม่ได้เพิ่มการใช้บริการ OP เมื่อเทียบกับกลุ่ม None ตรงกันข้าม Card กลับมีผลลดการใช้บริการเมื่อเทียบกับกลุ่ม None เล็กน้อยประมาณร้อยละ 5 การเป็นหญิงตั้งครรภ์ อายุที่มากขึ้น การมีภาวะโรคต่างๆ ล้วนเพิ่มการใช้บริการ OP ทั้งสิ้น ผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่าง Card กับภาวะโรคร้ายแรงไม่มีนัยสำคัญ แต่ผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่าง Card กับ ACSC หรือ Card กับการวินิจฉัยกลุ่ม Z มีส่วนเพิ่มการใช้บริการอย่างมีนัยสำคัญ (ดูตารางที่ 25)

ตารางที่ 25 การวิเคราะห์อัตราการใช้บริการ OP ที่ CUP กระบุรี ด้วย Poisson model¹

ตัวแปร	IRR ²	SE ^{3, 4}	P-value ⁵	95% CI ⁶	
กลุ่มอายุ (VS <= 5 ปี)					
● > 5, <= 15 ปี	0.935	0.009	<0.001	0.919	0.952
● > 15, <= 30 ปี	1.065	0.011	<0.001	1.043	1.088
● > 30, <= 60 ปี	1.347	0.014	<0.001	1.320	1.374

• > 60 ปี	1.829	0.024	<0.001	1.783	1.876
เพศ (VS ชาย)					
• หญิง	0.991	0.009	0.336	0.974	1.009
• หญิงตั้งครรภ์	1.358	0.021	<0.001	1.317	1.400
เคยป่วยด้วยโรค ACSC (VS ไม่เคย)	1.071	0.023	0.001	1.027	1.118
เคยป่วยด้วยโรคร้ายแรง (VS ไม่เคย)	1.784	0.197	<0.001	1.437	2.214
เคยมีการวินิจฉัยหลักด้วยโรคกลุ่ม Z (VS ไม่เคย)	1.320	0.024	<0.001	1.274	1.367
Days at risk	1.005	0.000	<0.001	1.005	1.005
สถานพยาบาลระดับกับโรงพยาบาล (VS รพสต.)	1.173	0.012	<0.001	1.150	1.197
สิทธิ (VS None)					
• Card	0.945	0.019	0.005	0.909	0.983
• UC	0.927	0.014	<0.001	0.900	0.955
สิทธิ#เคยป่วยด้วยโรค ACSC					
• Card	1.127	0.035	<0.001	1.060	1.198
• UC	1.274	0.029	<0.001	1.218	1.332
สิทธิ#เคยป่วยด้วยโรคร้ายแรง					
• Card	0.988	0.128	0.929	0.767	1.274
• UC	0.861	0.096	0.181	0.691	1.072
สิทธิ#เคยได้รับการวินิจฉัยหลักขึ้นต้นด้วย Z					
• Card	1.121	0.031	<0.001	1.062	1.183
• UC	0.987	0.019	0.499	0.950	1.025
Constant term	1.195	0.022	<0.001	1.153	1.238

หมายเหตุ:

1. Psuedo- $R^2 = 0.416$
2. IRR = Incidence rate ratio
3. SE = standard error
4. ค่า SE ได้ปรับอิทธิพลในบุคคลเดียวกันแล้ว (Cluster robust covariance)
5. P-value ตัดที่ระดับนัยสำคัญที่ <0.05
6. 95% CI = 95% confidence interval

ผลการวิเคราะห์ OOP พบว่า กลุ่ม None มี OOP เฉลี่ยต่อครั้งการใช้บริการ สูงที่สุด (642 บาท) รองลงมาได้แก่กลุ่ม Card (28 บาท) และ UC (18 บาท) ผู้ป่วยกลุ่ม Card ส่วนใหญ่เสียค่าบริการ 30 บาทต่อครั้ง สืบเนื่องจากค่ามัธยฐานและพิสัยควอไทล์ ที่อยู่ 30 บาทเท่ากัน (ดูตารางที่ 26)

ตารางที่ 26 ภาพรวมค่าใช้จ่าย ณ จุดบริการ ต่อครั้งการใช้บริการ OP ที่ CUP กระบุรี แยกรายสิทธิ

Insurance	Min	Max	Mean	Median	SD ¹	IQR ²
None	0	24,360	642.5261	200	1,239.717	423
Card	0	16,000	27.95444	30	234.1463	30
UC	0	6,300	18.48886	0	143.8404	0

หมายเหตุ:

1. SD = standard deviation
2. IQR = interquartile range

การวิเคราะห์ OOP พบว่า ใน Part 1 การมี Card ลดโอกาสการจ่ายเงินของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับกลุ่ม None ผู้ป่วยวัยกลางคนมีโอกาสจ่ายเงินสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ ชายมีโอกาสจ่ายเงินสูงกว่าหญิง การวินิจฉัยกลุ่ม Z การวินิจฉัยด้วยโรค ACSC และโรคร้ายแรงมีโอกาสจ่ายเงินน้อยกว่าการไม่ได้รับการวินิจฉัยดังกล่าว (ดูตารางที่ 27)

ตารางที่ 27 ผลการคำนวณโอกาสการจ่ายเงิน OP ของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ CUP กระบุรี¹

ตัวแปร	Odds Ratio	SE ²	P-value	95% CI ³	
หญิง (VS ชาย)	0.556	0.056	<0.001	0.457	0.677
Card (VS None)	0.097	0.009	<0.001	0.080	0.116
กลุ่มอายุ (VS<= 5 ปี)					
● > 5, <= 15 ปี	0.890	0.119	0.384	0.685	1.156
● > 15, <= 30 ปี	4.016	0.501	<0.001	3.145	5.128
● > 30, <= 60 ปี	2.394	0.324	<0.001	1.835	3.122

ตัวแปร	Odds Ratio	SE ²	P-value	95% CI ³	
● > 60 ปี	0.154	0.027	<0.001	0.109	0.217
การวินิจฉัยหลักเป็นกลุ่ม Z (VS ไม่เป็น)	0.271	0.023	<0.001	0.230	0.320
การวินิจฉัยหลักเป็นโรค ACSC (VS ไม่เป็น)	0.735	0.054	<0.001	0.636	0.850
การวินิจฉัยหลักเป็นโรคร้ายแรง (VS ไม่เป็น)	0.386	0.143	0.010	0.187	0.800
สถานพยาบาลระดับโรงพยาบาล (VS รพสต.)	0.880	0.077	0.143	0.741	1.044
Constant term	23.169	2.640	<0.001	18.532	28.967

หมายเหตุ:

1. Psuedo-R² = 0.262
2. SE = standard error
3. 95% CI = 95% confidence interval

ผลการคำนวณ OOP (Part 2) ของการให้บริการ OP ที่ CUP กระบุรีพบว่า กลุ่ม Card มี OOP ลดลงประมาณร้อยละ 95 จำนวนเงินที่จ่ายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ การเป็นโรคร้ายแรง และการใช้บริการที่โรงพยาบาล (ดูตารางที่ 28)

ตารางที่ 28 ผลการคำนวณจำนวนเงินที่จ่ายสำหรับบริการ OP ของผู้ป่วยที่มาใช้บริการใน CUP กระบุรี¹

ตัวแปร	exp(b) ²	SE ³	P-value	95% CI ⁴	
หญิง (VS ชาย)	1.213	0.118	0.046	1.003	1.468
Card (VS None)	0.054	0.004	<0.001	0.046	0.062
กลุ่มอายุ (VS<= 5 ปี)					
● > 5, <= 15 ปี	1.091	0.076	0.210	0.952	1.250
● > 15, <= 30 ปี	1.584	0.123	<0.001	1.361	1.844
● > 30, <= 60 ปี	1.657	0.105	<0.001	1.463	1.876
● > 60 ปี	3.853	0.873	<0.001	2.471	6.008
การวินิจฉัยหลักเป็นกลุ่ม Z (VS ไม่เป็น)	0.686	0.049	<0.001	0.597	0.789
การวินิจฉัยหลักเป็นโรค ACSC (VS ไม่เป็น)	0.777	0.027	<0.001	0.726	0.832
การวินิจฉัยหลักเป็นโรคร้ายแรง (VS ไม่เป็น)	4.655	1.531	<0.001	2.443	8.870
สถานพยาบาลระดับโรงพยาบาล (VS รพสต.)	1.571	0.112	<0.001	1.365	1.808
Constant term	322.203	24.292	<0.001	277.942	373.513

หมายเหตุ:

1. การคำนวณใช้วิธีการด้วย generalised linear model (gamma distribution with log link) และหาค่าประมาณการด้วย maximum likelihood estimate
2. $\exp(b)$ = ค่า exponent ของ beta coefficient
3. SE = standard error
4. 95% CI = 95% confidence interval

เมื่อรวมการคำนวณในแต่ละ Part เข้าด้วยกัน (ประมวลผลตารางที่ 26, 27, และ 28) การมี Card ช่วยลด OOP ได้ทั้งสิ้นเฉลี่ยที่ 756 บาทต่อครั้ง (ดูตารางที่ 29)

ตารางที่ 29 ผลการคำนวณอิทธิพลของ Card ต่อ OOP ของบริการ OP ที่ CUP กระบุรี หลังจากประมวลผลจาก Two-part model

	Mean	Standard deviation	Min	Max
Absolute difference	-755.835	342.9625	-2,836.07	-65.9937

สรุปผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ที่ 3

ผลการศึกษาในวัตถุประสงค์ที่ 3 สามารถสรุปได้ดังตารางที่ 30 ต่อไปนี้

ตารางที่ 30 สรุปอิทธิพลของบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่ออัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และจำนวนเงินที่จ่ายเมื่อรับบริการ

ผลลัพธ์	ผู้ป่วยใน รพ.ระนอง	ผู้ป่วยใน รพ.กระบี่	ผู้ป่วยนอก เมืองระนอง	ผู้ป่วยนอก อ.กระบี่
1. อัตราการใช้บริการในภาพรวม(ครั้ง/ คน/ปี)	0.07	0.07	0.72	0.78
2. อิทธิพลของบัตรประกันสุขภาพ (เทียบกับการไม่มีสิทธิใดๆ) (เท่า/ ครั้ง)	1.01	1.01	1.04*	0.95*
3. อิทธิพลของบัตรประกันสุขภาพกับ โอกาสการจ่ายเงินต่อครั้ง เทียบกับ) (การไม่มีสิทธิใดๆ) (เท่า/ครั้ง)	-	3.16*	1.03*	0.97*
4. อิทธิพลของบัตรประกันสุขภาพกับ จำนวนเงินที่จ่าย เทียบกับการไม่มี) (มีสิทธิใดๆ(บาท/ครั้ง)	-	0.01*	0.09*	0.05*
5. ผลของบัตรประกันสุขภาพคนต่าง ด้าวหลังประมวลผลในข้อ (3) และ (4) แล้ว (บาท/ครั้ง)	-	-2,706.37	-156.73	-755.84

หมายเหตุ: * = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value น้อยกว่า 0.05

ในภาพรวมอัตราการใช้บริการของผู้ที่มีบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวยังคงค่อนข้างต่ำ เมื่อเทียบกับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังเช่นที่พบว่าอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในทั้งที่รพ.ระนอง และรพ.กระบี่อยู่ที่ประมาณ 0.07 ครั้ง/คน/ปี และอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกอยู่ที่ประมาณ 0.72 ครั้ง/คน/ปี และ 0.78 ครั้ง/คน/ปี สำหรับการที่อำเภอเมืองระนองและอำเภอกระบี่ตามลำดับ ตัวเลขดังกล่าวนี้ยังพอจะบ่งชี้ว่าผู้ป่วยที่ถือบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวมักมาใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยมากแล้ว เพราะเมื่อเทียบกับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว อัตราการใช้บริการผู้ป่วยมีค่าน้อยกว่า

ประมาณร้อยละ 30 ส่วนอัตราการใช้บริการผู้ป่วยมีค่าน้อยกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประมาณ 3-4 เท่า

การคำนวณด้วยโมเดลทางเศรษฐมิติ พบว่าหลังจากปรับอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆและอิทธิพลของเวลาแล้วพบว่า ไม่มีหลักฐานที่ชัดเจนว่าการมีบัตรประกันสุขภาพเพิ่มอัตราการใช้บริการเมื่อเทียบกับการไม่มีบัตรประกันสุขภาพ มีเพียงการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่อำเภอเมืองระนองเท่านั้นที่บัตรประกันสุขภาพมีหลักฐานเพิ่มอัตราการใช้บริการได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่ขนาดของอิทธิพลนี้ก็น้อยมาก (น้อยกว่าร้อยละ 4)

อย่างไรก็ตามการประมวลผลโดยคำนึงถึงโอกาสการจ่ายเงิน และจำนวนเงินที่จ่ายต่อครั้งแล้ว พบว่าแม้บัตรประกันสุขภาพไม่ได้ลดโอกาสการจ่ายเงิน (เพราะในหลายสถานพยาบาลผู้ป่วยคนต่างด้าวยังต้องจ่ายค่าธรรมเนียม 30 บาททุกครั้งที่มาใช้บริการ) แต่เมื่อใดก็ตามที่ต้องจ่ายเงิน ผู้ป่วยมักจ่ายเงินลดลงเมื่อเทียบกับการไม่มีบัตรประกันสุขภาพ ทำให้อิทธิพลของบัตรสิทธิแล้ว ช่วยลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยได้ถึง 157-756 บาทต่อครั้ง สำหรับการใช้บริการผู้ป่วยนอก และลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยได้เฉลี่ย 2,706 บาทต่อครั้งสำหรับการบริการผู้ป่วยใน

ข้อจำกัดของการศึกษาตามวัตถุประสงค์ที่ 3

ระเบียบวิธีการศึกษาในวัตถุประสงค์ที่ 3 มีข้อจำกัดหลายประการ ดังนั้นการแปลผลจึงทำด้วยความระมัดระวังเสมอ ข้อจำกัดที่สำคัญมีดังต่อไปนี้

ประการที่ 1 การศึกษานี้ จำกัดเฉพาะผู้ที่เคยมาปรากฏตัวที่สถานพยาบาลเท่านั้น ดังนั้น จึงไม่อาจเป็นตัวแทนของคนต่างด้าวทั้งหมดในพื้นที่ ดังนั้น ในอนาคตหากต้องการศึกษาอัตราการใช้บริการของผู้ป่วยต่างด้าวทั้งหมด พึงมีการศึกษาในลักษณะการสำรวจครัวเรือน ไม่ใช่เพียงคำนวณจากข้อมูลสถานพยาบาลดังเช่นการศึกษานี้

ประการที่ 2 การศึกษานี้ ใช้ข้อมูลจริงที่เก็บที่สถานพยาบาล ซึ่งแต่ละสถานพยาบาลก็มีระบบจัดเก็บข้อมูลต่างกัน มีความสมบูรณ์ของข้อมูลต่างกัน ดังที่พบว่าการคำนวณบางประเด็น ตัวแปรบางตัวไม่สมบูรณ์พอจะนำเข้ามาใช้ในโมเดล แม้ผู้วิจัยได้จัดการและทำความสะอาดข้อมูลแล้ว แต่ก็เป็นการยากที่จะหลีกเลี่ยง information bias การมีระบบบริหารจัดการข้อมูลในที่สอดคล้องกันในแต่ละสถานพยาบาลน่าจะช่วยให้การคำนวณในอนาคตสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ประการที่ 3 สำหรับผู้ป่วยคนต่างด้าว เป็นการยากที่จะหารหัสกำหนดตัวบุคคลหรือ unique identifier ค่อนข้างยาก สำหรับคนสัญชาติไทยที่มีเลขประจำตัว 13 หลักแล้ว มักไม่มีการเปลี่ยนแปลงเลข แต่ผู้ป่วยคนต่างด้าว อาจมีการเปลี่ยนแปลงเลข เพราะรหัสเลขประจำตัว 13 หลักที่ขึ้นต้นด้วย 00 ก็เป็นรหัสเฉพาะช่วงเวลาการพิสูจน์สัญชาติ หรือคนที่ไม่มีเลขประจำตัวบุคคลแต่มาซื้อบัตรทางสถานพยาบาลก็กำหนดเลข 13 หลักให้ได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้รหัสเลขประจำตัวผู้ป่วยหรือ hospital number (HN) เป็น unique identifier แต่ HN มีความจำเพาะกับแต่ละสถานพยาบาล ดังนั้น ผลการคำนวณอัตราการใช้บริการในที่นี้ (ซึ่งยึดโยงกับ HN) จึงย่อมจะประเมินได้ต่ำกว่าความเป็นจริง เพราะผู้ป่วยเมื่อย้ายสถานพยาบาล ในแง่การคำนวณก็เสมือนว่าเลข HN ได้เปลี่ยนไป นับเป็นบุคคลคนละคนไป กอปรกับการที่ผู้วิจัยได้คัดเลือกเฉพาะข้อมูลจาการพสด. เพียง 2 แห่งและโรงพยาบาล 1 แห่งต่อ CUP หนึ่งๆ มาเข้าในการวิเคราะห์เท่านั้น จึงเป็นไปได้ว่าข้อมูลอัตราการใช้บริการจะต่ำกว่าความเป็นจริง แม้การเลือกพสด. ได้เลือกจากหลักที่ว่ารพสด. นั้นๆ อยู่ในเขตที่คนต่างด้าวอาศัยหนาแน่นที่สุด และในการคำนวณด้วยโมเดลเศรษฐมิติ แม้ผู้วิจัยจะพยายามจัดการปัญหานี้โดยใส่ตัวแปรคือ Days at risk ลงไป แต่ก็ยากที่จะจัดการอคติที่เกิดขึ้นได้ทั้งหมด

ประการที่ 4 การใช้ชื่อ สกุล ของผู้ป่วยเป็น unique identifier ก็มีข้อจำกัด เพราะสำเนียงที่ไม่เหมือนกันของภาษาพม่าและไทย ทำให้เจ้าหน้าที่ในแต่ละสถานพยาบาลสะกดชื่อต่างกัน นอกจากนั้นการเข้าถึงชื่อสกุลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลยังอาจก่อปัญหาทางจริยธรรมการวิจัยด้วย

วัตถุประสงค์ที่ 4: การสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากผลการศึกษาใน วัตถุประสงค์ที่ 1-3

จากการสังเคราะห์ผลการศึกษาในวัตถุประสงค์ที่ 1-3 พบว่านโยบายประกันสุขภาพคนต่างด้าวมีความสลับซับซ้อนทั้งในแง่การกำหนดนโยบาย (policy formulation) และการดำเนินนโยบาย (policy implementation) ปัญหาที่เกิดขึ้นในการดำเนินนโยบายจึงนำมาซึ่งมาตรการและวิธีการปรับตัวต่างๆ ของบุคลากรในพื้นที่ และการเข้ามามีบทบาทของระบบนายหน้าในการประกันสุขภาพ

ในแง่การกำหนดนโยบาย นโยบายประกันสุขภาพคนต่างด้าวตั้งอยู่บนสมมติฐานที่ว่า คนต่างด้าวเข้าเมืองมาเพื่อทำงานในระบบ มีนายจ้างที่ชัดเจน และสามารถผลักดันคนต่างด้าวผิดกฎหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ในข้อเท็จจริง จังหวัดระนอง ซึ่งมีพื้นที่ติดต่อกับประเทศพม่าตลอดตัวจังหวัด ทำให้มีคนต่างด้าวที่เข้าออกประเทศไทยได้เกือบตลอดเวลา นอกจากนั้น ยังมีความสับสนกับกลุ่มคนไทยพลัดถิ่นที่เป็นคนสัญชาติไทยตามข้อเท็จจริงตามกฎหมายแต่ตกหล่นจากการเพิ่มชื่อในระบบทะเบียนราษฎร การกำหนดนโยบายให้การประกันสุขภาพผูกเป็นเงื่อนไขกับการขึ้นทะเบียนแรงงานจึงไม่เข้ากับบริบทของพื้นที่

ในการดำเนินนโยบายยังประสบปัญหาที่ว่าผู้ที่มาซื้อบัตรประกันสุขภาพมักเป็นผู้ที่เจ็บป่วยแล้ว ด้วยระบบการจัดการเงินการคลังของบัตรประกันสุขภาพมีการรวมเงินที่สถานพยาบาล และไม่สามารถบังคับให้คนต่างด้าวทั้งหมดซื้อบัตรประกันสุขภาพได้ทำให้สถานพยาบาลมีความเสี่ยงทางการเงินการคลัง สถานพยาบาลเองก็พยายามปรับตัวโดยการออกกฎระเบียบให้เฉพาะคนที่แข็งแรงพอจะเป็นแรงงานได้เท่านั้นที่ซื้อบัตรได้ หรือการออกกฎระเบียบให้การขายบัตรประกันสุขภาพเดิมก่อนการมีนโยบายของคณะรักษาความสงบแห่งชาติจำกัดเฉพาะคนไทยพลัดถิ่นเท่านั้น แต่ในอีกมิติหนึ่งก็มีระบบการจัดการภายในที่ช่วยส่งเสริมการใช้บริการของคนต่างด้าว และกระจายความเสี่ยงทางการเงินการคลังของจังหวัด เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำหนดให้ผู้มีบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวสามารถไปใช้บริการที่ใดก็ได้ในจังหวัด หรือการจ้างคนต่างด้าวทำงานเป็นพนักงานสาธารณสุขเพื่อช่วยเรื่องงานส่งเสริมป้องกัน ทั้งนี้ ยังคงต้องศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความยั่งยืนของวิธีการปรับตัวดังกล่าว

การสื่อสารเชิงนโยบายก็ยังมีปัญหาอยู่มาก ด้วยกลุ่มประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขก็มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและศักยภาพองค์กร ทำให้การติดตามประเมินผลการดำเนินงานบริการสุขภาพคนต่างด้าวของแต่ละสถานพยาบาลทำได้ลำบาก กอปรกับการสื่อสารเชิงนโยบายของรัฐบาลซึ่งมีสารชัดเจนว่า ต้องการจัดระบบแรงงานต่างด้าว ผิดกฎหมายและผู้ติดตาม 3 สัญชาติเท่านั้น แม้กระทรวงสาธารณสุขจะยังคงมีประกาศการประกันสุขภาพคนต่างด้าว สืบเนื่องจากมติคณะรัฐมนตรี 15 มกราคม พ.ศ.2556 แต่รายละเอียดการตรวจสุขภาพและการประกันสุขภาพเหมือนกับการประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวทั้งสิ้นข้อจำกัดดังกล่าว ทำให้คนต่างด้าวส่วนหนึ่งจึงอาศัยระบบนายหน้าในการให้เข้าถึงสิทธิในการประกันสุขภาพ รวมถึงการได้ใบอนุญาตทำงานและเอกสารแสดงตน

ในประเด็นเรื่องการใช้บริการ อัตราการใช้บริการของผู้ที่บัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวยังต่ำกว่าการใช้บริการของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่มาก โดยเฉพาะการใช้บริการผู้ป่วยนอกยังต่ำกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประมาณ 3-4 เท่า ทั้งนี้ เมื่อคำนวณอิทธิพลของบัตรประกันสุขภาพโดยปรับอิทธิพลของตัวแปรร่วมอื่นๆ และอิทธิพลของเวลาแล้วไม่มีหลักฐานที่ชัดเจนว่าการมีบัตรประกันสุขภาพเพิ่มอัตราการใช้บริการเมื่อเทียบกับการไม่มีบัตรประกันสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่ปัจจัยที่เพิ่มอัตราการใช้บริการคือ อิทธิพลของโรคตามธรรมชาติการเจ็บป่วย อย่างไรก็ตามการมีบัตรประกันสุขภาพช่วยลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยได้ทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในได้อย่างมีนัยสำคัญ

จากผลการศึกษาข้างต้น เพื่อให้การดำเนินการประกันสุขภาพคนต่างด้าวดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น คณะผู้วิจัยจึงได้สังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายดังต่อไปนี้

ข้อเสนอเชิงนโยบายในระดับมหภาค

1. รัฐควรมีนโยบายที่ชัดเจนในการให้คนทุกคนในประเทศไทยมีการประกันสุขภาพ โดยไม่ผูกติดเงื่อนไขการประกันสุขภาพกับการทำงาน ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการมีบัตรประกันสุขภาพไม่ได้มีผลเพิ่มภาระงานของสถานพยาบาล แต่เป็นภาวะโรคของผู้ป่วยเอง ดังนั้นการกำหนดให้คนทุกคนใน

ประเทศไทยมีการประกันสุขภาพจึงนอกจากจะช่วยรับรองการมีสุขภาพดีของผู้ประกันตนแล้ว ยังช่วยลดความเสี่ยงทางการเงินการคลังของสถานพยาบาล เนื่องจากสถานพยาบาลมีงบประมาณจากผู้ประกันตนที่เพิ่มขึ้น ไม่ต้องประสบกับการที่มีเพียงผู้ที่เจ็บป่วยแล้วเท่านั้นเข้ามาซื้อประกันสุขภาพ

2. การดำเนินนโยบายนี้ให้เกิดประสิทธิภาพต้องสร้างความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับเจ้าหน้าที่ทางมหาดไทยด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีเครือข่ายการทำงานและมีข้อมูลคนอยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบจากการจัดทำแฟ้มครอบครัวอยู่แล้ว การลดเงื่อนไขการประกันสุขภาพไม่ให้เกิดติดกับการจ้างงานจึงน่าจะช่วยให้เครือข่ายการใช้ประโยชน์จากคนต่างด้าวอย่างไม่เป็นธรรมหรือระบบนายหน้าผิดกฎหมาย ลดลงด้วย
3. นโยบายประกันสุขภาพพึงเปิดกว้างตลอดเวลาและเป็นนโยบายพื้นฐานที่กำหนดในตัวบทกฎหมายของประเทศในระดับพระราชบัญญัติหรือรัฐธรรมนูญ มิใช่เป็นมติคณะรัฐมนตรีผ่อนผันเป็นครั้งคราวเหมือนในอดีต
4. การทำให้เกิดการประกันสุขภาพกับทุกคนบนแผ่นดินไทย มีทางเลือกได้ 3 กรณี ซึ่งควรมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป คือ
 - 1) ให้ดำเนินการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 - ข้อดีของทางเลือกนี้คือ (1) สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติมีทุนและทรัพยากรการทำงานอยู่แล้ว (2) จำนวนผู้ประกันตนในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็มีจำนวนมาก ซึ่งทำให้ความเสี่ยงทางการเงินการคลังในระบบประกันค่อนข้างต่ำ เนื่องจากเป็นการรวมความเสี่ยงในระดับประเทศ และ (3) การจัดการงบประมาณสามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เช่น การเจรจาต่อรองในการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีราคาสูง ทำให้ชุดสิทธิประโยชน์ของการประกันสุขภาพคนต่างด้าวใกล้เคียงกับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้มากยิ่งขึ้น และยังสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการผสมผสานระบบประกันสุขภาพต่างๆ เข้าด้วยกัน

- ข้อเสียและข้อจำกัดของทางเลือกนี้คือ ต้องทำความเข้าใจและการยอมรับจาก หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ทั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทางการเมืองให้มีการพิจารณาขอบเขตหน้าที่และเจตนาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้สามารถดำเนินการประกันสุขภาพกับคนทุกคนในประเทศไทยได้โดยไม่ขัดกับข้อจำกัดทางกฎหมายที่สำนักงานกฤษฎีกาเคยมีการตีความว่าขอบเขตของการประกันสุขภาพโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพจำกัดเฉพาะคนสัญชาติไทยเท่านั้น

2) ให้ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข

- ข้อดีของทางเลือกนี้ คือ (1) กระทรวงสาธารณสุข โดยกลุ่มประกันสุขภาพมีบทบาทในการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพคนต่างด้าวมายาวนาน มีฐานข้อมูลเดิมของผู้ประกันตนซึ่งจะต่อ ยอดการทำงานได้โดยง่าย และ (2) กระทรวงสาธารณสุข มีข้อติดขัดในเชิงกฎหมายเรื่องขอบเขตการทำงานในเชิงกฎหมายอันเกี่ยวกับประชากรกลุ่มเป้าหมายน้อยกว่าสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- ข้อเสียและข้อจำกัดของทางเลือกนี้คือ (1) กลุ่มประกันสุขภาพมีทุนและทรัพยากรที่จำกัด (2) ความเสี่ยงทางการเงินการคลังของกองทุนประกันสุขภาพนี้ค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับการรวมความเสี่ยงของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากจำนวนผู้ประกันตนมีน้อยกว่า และอาจขัดกับทิศทางสาธารณสุขของประเทศที่มุ่งหวังในการผานระบบประกันสุขภาพต่างๆ เข้าด้วยกัน

3) ให้ดำเนินการโดยสำนักงานประกันสังคม

- ข้อดีของทางเลือกนี้คือ (1) สำนักงานประกันสังคมมีศักยภาพอยู่พอควรในการบริหารจัดการกองทุน เนื่องจากต้องดูแลผู้ประกันตนที่มีอยู่แล้ว (2) การเชื่อมโยงให้ผู้ที่ได้รับใบอนุญาตทำงานได้รับสิทธิประกันสุขภาพเป็นภาคบังคับทำได้มี

ประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (3) สิทธิประโยชน์ของระบบประกันสังคมรวม สิทธิประโยชน์อื่นๆมากกว่าเรื่องสุขภาพ ทำให้การคุ้มครองสุขภาพผู้ประกันตนมีความครบถ้วนมากขึ้น

- ข้อเสียและข้อจำกัดของทางเลือกนี้คือ (1) กฎหมายของระบบประกันสังคมยังครอบคลุมเฉพาะแรงงานต่างด้าว ยังไม่มีความชัดเจนในการดูแลคนต่างด้าวที่ไม่ได้อยู่ในระบบการจ้างงาน หรือไม่ได้อยู่ในกลุ่มอาชีพที่กระทรวงแรงงานอนุญาตให้คนต่างด้าวทำงานได้ หรือในกลุ่มที่ไม่มีนายจ้างชัดเจน และ (2) ด้วยระเบียบปัจจุบัน ระบบประกันสังคมมีการหักเงินเดือนของผู้ประกันตนทุกเดือน ซึ่งผู้ประกันตนแรงงานต่างด้าวมักใช้บริการน้อยด้วยอยู่ในวัยแรงงาน อาจไม่ยินดีที่จะให้มีการร่วมจ่ายทุกเดือน และมีความเสี่ยงที่ผู้ประกันตนอาจหลุดออกจากระบบในระยะยาว

ข้อเสนอเชิงนโยบายในเรื่องการบริหารจัดการระยะสั้น

1. กระทรวงสาธารณสุขพึงสนับสนุนให้กลุ่มประกันสุขภาพ หรือหน่วยงานที่ร่วมรับผิดชอบด้านการประกันสุขภาพคนต่างด้าวมียุทธศาสตร์มากขึ้น ทั้งกำลังคนและเทคโนโลยี เช่น การมีสายด่วนโทรศัพท์ให้ผู้รับบริการและผู้ให้บริการทั้งคนไทยและคนต่างด้าวสามารถติดต่อกับหน่วยงานที่รับผิดชอบ และร้องเรียนการบริการได้ตลอดเวลาอันจะเป็นการช่วยให้กระทรวงสาธารณสุขสามารถประเมินผลและติดตามการทำงานของแต่ละสถานพยาบาลในการดูแลสุขภาพของคนต่างด้าวให้มีประสิทธิภาพดีขึ้นด้วย
2. กระทรวงสาธารณสุขพึงเร่งประชาสัมพันธ์กับทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และประกาศเรื่องการประกันสุขภาพให้ชัดเจนว่านโยบายประกันสุขภาพสำหรับผู้ที่มีไข้แรงงานตามมติคณะรัฐมนตรีวันที่ 15 มกราคม พ.ศ.2556 ยังเปิดกว้างอยู่ อันจะเป็นการแก้ปัญหาค่าความของสถานพยาบาลว่าการประกันสุขภาพคนต่างด้าวในปัจจุบันจำกัดเฉพาะแรงงานและผู้ติดตามเท่านั้น และควรปลดเงื่อนไขการตรวจสุขภาพคนต่างด้าวทั่วไปที่มีไข้แรงงานที่ปรากฏในประกาศกระทรวงสาธารณสุข ไม่ให้มีเงื่อนไขแบบเดียวกับการประกัน

สุขภาพแรงงานต่างด้าว เพราะเงื่อนไขดังกล่าวมีฐานคิดจากการออกใบอนุญาตทำงาน ไม่ใช่จากฐานคิดเรื่องการประกันสุขภาพ

3. กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน พึ่งเร่งประสานข้อมูลระหว่างกันเพื่อให้ผู้ที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติแล้วและทำงานในสถานประกอบการ เปลี่ยนผ่านจากการประกันสุขภาพโดยกระทรวงสาธารณสุขสู่การประกันสุขภาพโดยสำนักงานประกันสังคมตามหลักการที่กฎหมายบัญญัติ
4. กระทรวงสาธารณสุขพึ่งประสานข้อมูลกับกระทรวงแรงงาน และกระทรวงมหาดไทย ในการติดตามผู้ที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพแล้ว แต่ต่อมาหายไปจากระบบ ซึ่งหากพบว่าเป็นผู้ที่ไม่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติ และไม่สามารถกลับประเทศต้นทางได้ บุคคลเหล่านี้ต้องได้รับการแก้ปัญหาสถานะบุคคลอย่างเป็นระบบ และได้รับการคุ้มครองสิทธิพื้นฐานเสมือนผู้ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีระบบประกันสุขภาพของผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิตามมติคณะรัฐมนตรีวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ.2553 รองรับอยู่แล้ว
5. กระทรวงสาธารณสุขพึ่งเร่งหารือกับกระทรวงแรงงานในการทำให้สถานพยาบาลสามารถจ้างงานพนักงานสาธารณสุขต่างด้าวได้อย่างยั่งยืน ให้เข้าสู่การเป็นลูกจ้างของสถานพยาบาลตามระบบปกติ เนื่องด้วยในปัจจุบันบทบาทของพนักงานสาธารณสุขต่างด้าวยังมีความสำคัญยิ่ง ในการเข้าถึงถึงคนต่างด้าวในชุมชนที่เป็นผู้ด้อยโอกาส และเป็นสื่อประสานระหว่างคนต่างด้าวในชุมชนและผู้ให้บริการในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. การศึกษานี้แม้ได้สอบถามทั้งมุมมองผู้รับและผู้ให้บริการ แต่ยังมีข้อจำกัดที่สำคัญคือ การอาศัยกระบวนการสัมภาษณ์และทบทวนเอกสารเป็นหลัก ซึ่งกระทำในลักษณะที่เป็นทางการ การใช้เทคนิคการสังเกตแม้มีบ้างแต่ไม่ได้มีความเข้มข้นนัก หากมีการศึกษาเชิงชาติพันธุ์วิทยาที่มีการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมประกอบด้วย อาจทำให้ข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพและด้านการรับรู้ใน

เรื่องการประกันสุขภาพโดยเฉพาะในมุมมองของประชากรต่างด้าวมีความ
ครบถ้วนมากขึ้น

2. การศึกษาเชิงปริมาณ จำกัดที่ข้อมูลผู้มารับบริการเท่านั้น ยังไม่ได้รวมผู้ที่ไม่
ได้มารับบริการ ซึ่งต้องใช้การสำรวจครัวเรือนประกอบจึงจะได้ข้อมูลครบถ้วน
มากขึ้น
3. การใช้ข้อมูลสถานพยาบาล จำเป็นต้องทำความสะอาดข้อมูลมาก เพราะ
คุณภาพข้อมูลมีความหลากหลาย และด้วยข้อเท็จจริงที่ผู้ป่วยต่างด้าวมา
สถานพยาบาลหลายครั้ง อาจมีเลขประจำตัว 13 หลักต่างกัน หรือไม่ได้แสดง
สถานะทางทะเบียนของตน และยังประกอบกับความแตกต่างทางภาษา การ
บันทึกชื่อตัวสะกดก็ไม่เหมือนกัน ผู้ป่วยคนหนึ่งๆ อาจมี unique identifier
ต่างๆไป
4. การศึกษานี้ได้วิเคราะห์จำนวนเงินที่จ่ายของผู้ป่วย (charge) ไม่ใช่ต้นทุน
(cost) ของการรักษาพยาบาล การวิเคราะห์หน่วยต้นทุนจากการให้บริการคน
ต่างด้าว จึงน่าจะมีประโยชน์ในการบ่งบอกว่าบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวนี้
มีความคุ้มค่าหรือไม่ในมุมมองผู้ให้บริการ
5. การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย ผ่านการวิเคราะห์ของผู้วิจัยเป็นหลัก ทั้งนี้ ใน
การนำข้อเสนอเชิงนโยบายไปสู่การปฏิบัติพึงมีการศึกษาเพิ่มเติม ถึงความ
เป็นไปได้ ความเร่งด่วน ทุนและทรัพยากรที่ต้องใช้ ทั้งในมุมมองของผู้กำหนด
นโยบายด้วย

ข้อสังเกตถึงการศึกษาต่อในอนาคต

ข้อเสนอต่อไปนี้เป็นข้อสังเกตของผู้วิจัยที่สามารถพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิง
นโยบายได้ แม้ยังไม่สามารถตอบจากกการศึกษานี้ได้ชัดเจน แต่ น่าจะเป็นประเด็นศึกษา
ในอนาคตได้ อันได้แก่

1. เพื่อให้การประกันสุขภาพคนทุกคนบนประเทศไทยทำได้จริงในทางปฏิบัติ
ควรกำหนดให้บุคคลทุกคนที่ขึ้นทะเบียนประวัติหรือทะเบียนราษฎรไม่ว่าจะ
เป็นบุคคลที่มีถิ่นที่อยู่ถาวรในประเทศไทย หรือบุคคลที่เข้ามาในเมืองไทยเป็น
การชั่วคราว เพื่อการทำงานหรือการศึกษา ซึ่งมีระยะเวลาอยู่อาศัยในเมืองไทย

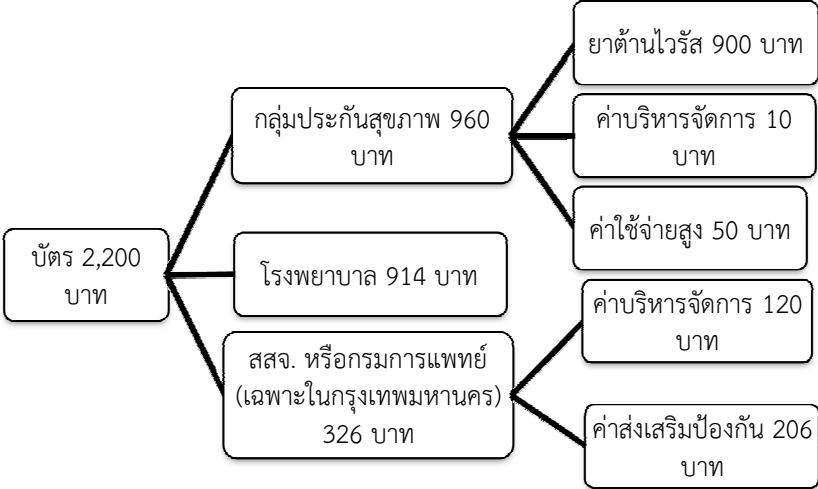
แน่นอน หากไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคมพึงได้รับการประกันสุขภาพของรัฐ เช่นเดียวกับคนสัญชาติไทย

2. การประกันสุขภาพภาคบังคับจะเกิดขึ้นไม่ได้หากยังเป็นระบบการ 'ซื้อ' ประกันอยู่ ดังนั้น หากจะให้การประกันสุขภาพเกิดขึ้นได้จริงควรมีนโยบายให้การประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวที่ไทย บุคคลที่เข้ามาในเมืองไทยเพื่อการทำงานหรือการศึกษา ซึ่งมีระยะเวลาอยู่อาศัยในเมืองไทยแน่นอนแล้ว เป็นเรื่องของ 'สิทธิ' ซึ่งทุกคนพึงได้รับ
3. ผู้ที่เข้ามาอยู่ในประเทศไทยในลักษณะข้ามไปมาในระยะเวลาสั้นๆ หรือเพื่อประสงค์มารับบริการสาธารณสุขโดยเฉพาะ ควรมีนโยบายภาคบังคับให้ซื้อประกันสุขภาพตั้งแต่จุดควบคุมการเข้าสู่ประเทศ โดยมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงราคาบัตรประกันสุขภาพและชุดสิทธิประโยชน์ที่เหมาะสมต่อไป
4. กระทรวงสาธารณสุขควรเร่งหารือกับสถานพยาบาลในการช่วยสถานพยาบาลประกันความเสี่ยงให้มากขึ้นกว่านี้ ด้วยปัจจุบันรายได้จากการขายบัตรรวมที่สถานพยาบาลยกเว้นการบริการค่าใช้จ่ายสูง และยาต้านไวรัส HIV/AIDS ทำให้สถานพยาบาลบางแห่งที่มีแต่ผู้ที่เจ็บป่วยแล้วมาซื้อบัตรประกันสุขภาพมีความเสี่ยงต่อภาวะขาดทุน โดยในเบื้องต้นอาจใช้ระบบของสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งเก็บงบสำหรับการบริการผู้ป่วยในมาที่ส่วนกลางและมีระบบการเบิกจ่ายเงินด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมวิธีดังกล่าวน่าจะก่อให้เกิดความยั่งยืนทางการคลังในระบบมากขึ้น เนื่องจากเป็นการรวมความเสี่ยงในระดับประเทศ
5. ในระหว่างที่การจัดระบบประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวยังไม่สมบูรณ์ พึงมีสิทธิขั้นพื้นฐานที่บุคคลทุกคนไม่ว่าสถานะทางกฎหมายใดสามารถเข้ารับการบริการได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายซึ่งบทเรียนจากต่างประเทศในการทบทวนวรรณกรรมของการศึกษานี้ พบว่าสิทธิขั้นพื้นฐานเหล่านั้นได้แก่ การบริการอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรคติดเชื้อที่มีความเสี่ยงทางสาธารณสุข และการเจ็บป่วยร้ายแรงถึงชีวิต โดยสถานพยาบาลที่ให้การรักษาสามารถเบิกงบประมาณจากรัฐได้ ซึ่งรูปแบบการบริหารจัดการงบประมาณพึงมีการศึกษาต่อไป

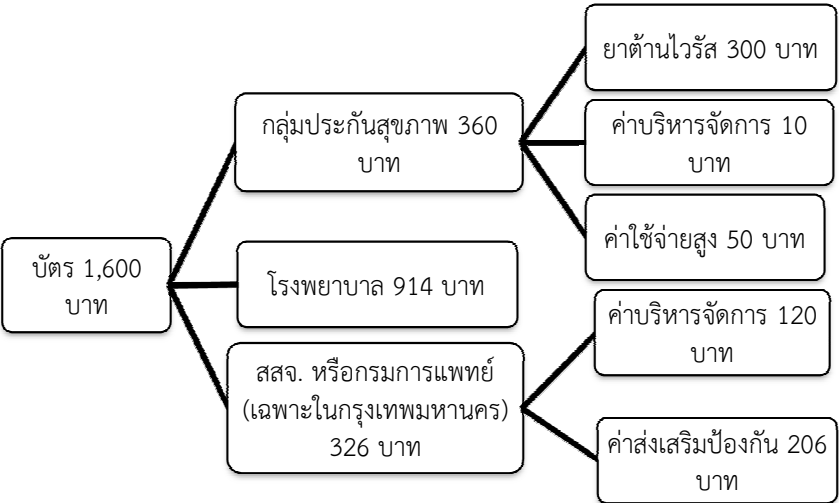
הכנתות

ภาคผนวก 1

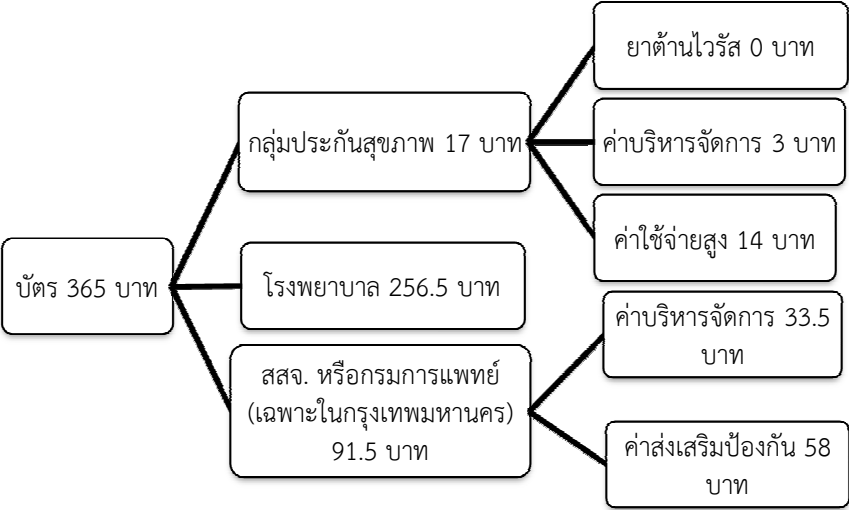
รูปที่ 12 การจัดสรรเงินของนโยบายบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าว



รูปที่ 13 การจัดสรรเงินของนโยบายบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว



รูปที่ 14 การจัดสรรเงินของนโยบายบัตรประกันสุขภาพสำหรับผู้ติดตามที่เป็นเด็กอายุน้อยกว่า 7 ปี



ภาคผนวก 2

การจัดการตัวแปรในการคำนวณในวัตถุประสงค์ที่ 3 มีรายละเอียดดังตารางที่ 31 ดังนี้

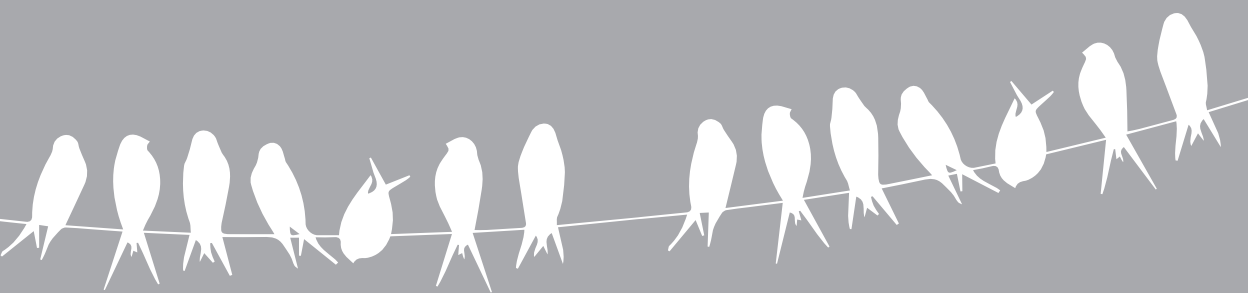
ตารางที่ 31 การจัดการตัวแปรร่วมในการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้บริการและข้อมูลค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย

ตัวแปร	ลักษณะตัวแปร	วัตถุประสงค์การมีตัวแปรนี้	หมายเหตุ
อัตราการใช้บริการ (ครั้ง/คน/ปี)	ตัวแปรต่อเนื่อง	เป็นตัวแปรตาม	-
โอกาสการจ่ายเงิน (เท่า/ครั้ง)—Part 1	ตัวแปรต่อเนื่อง	เป็นตัวแปรตาม	แสดงผลเป็น odds ratio
จำนวนเงินที่จ่าย (บาท/ครั้ง)—Part 2	ตัวแปรต่อเนื่อง	เป็นตัวแปรตาม	แสดงผลเป็น exp (b) ซึ่งหมายถึง จำนวนเท่าของเงินที่จ่ายต่อครั้ง เมื่อคำนวณร่วมกับ Part 1 จึงแสดงผลลัพธ์สุทธิออกมาเป็น บาท/ครั้ง
สิทธิ • Card • None • UC	ตัวแปรคategorical	เป็นตัวแปรต้น	ในการคำนวณเงินที่จ่าย จะจำกัดเพียงกลุ่ม Card และ None
กลุ่มอายุ • > 5, <= 15 ปี • > 15, <= 30 ปี • > 30, <= 60 ปี	ตัวแปรคategorical	เป็นตัวแปรร่วม	-

ตัวแปร	ลักษณะ ตัวแปร	วัตถุประสงค์ การมีตัวแปรนี้	หมายเหตุ
> 60 ปี			
เพศ - ชาย - หญิง - หญิง ตั้งครรภ์	ตัวแปรดัมมี่	เป็นตัวแปรร่วม	เหตุผลที่จัดให้เพศมี 3 ระดับ เพราะมีผู้ป่วยที่มา รับบริการด้วยการตั้งครรภ์มาก หากมีตัวแปรเรื่อง การตั้งครรภ์แยกไปต่างหาก ควรละทิ้งตัวแปรที่ เป็นเพศชาย เพราะเพศชายไม่มีโอกาสตั้งครรภ์ (คิดเหมือน missing data) ซึ่งจะทำให้ power ของการคำนวณลดลง การแบ่งเพศเป็น 3 ระดับ จึงช่วยแก้ปัญหาเรื่อง power พร้อมๆ กับสามารถ ปรับอิทธิพลเรื่องการมาสถานพยาบาลเพราะ เหตุผลด้านการคลอดได้
อาชีพร (รับจ้าง VS อื่นๆ)	ตัวแปรทวิ นาม	เป็นตัวแปรร่วม	การกำหนดเป็นอาชีพรับจ้างเทียบกับอื่นๆ ด้วย สมมติฐานที่ว่าการมีอาชีพรับจ้างมีความสัมพันธ์ กับการมีบัตรประกันสุขภาพ เพราะการจะซื้อบัตร ประกันสุขภาพได้มักต้องมีนายจ้าง (ข้อค้นพบจาก วัตถุประสงค์ที่ 2)
เคยป่วยด้วยโรค ACSC (VS ไม่เคย)	ตัวแปรทวิ นาม	เป็นตัวแปรร่วม	หมายถึงการได้รับรหัสการวินิจฉัยหลักขั้นต้นด้วย รหัสใดรหัสหนึ่ง ดังนี้ I24, J45, J46, J100, J110, J12, J13, J14, J15, J16, J18, J20, J21, J22, J41, J42, J43, J44, J45, J46, J47, E86, K522, K528, K529, A69, K02, K03, K04, K05, K06, K08, K098, K099, K12, K13, E10, E11, E12,

ตัวแปร	ลักษณะ ตัวแปร	วัตถุประสงค์ การมีตัวแปรนี้	หมายเหตุ
			E13, E14, H66, H67, J00, J01, J02, J03, J06, J31, I00, I01, I02, I10, I11, A33, A34, A35, A36, A37, A50, A53, A80, A95, B05, B06, B16, B18, B26, B50, B51, B52, B53, B54, B77, G00, I00, I01, I02, M01, N10, N11, N12, N136, และ N39 ซึ่งสื่อถึงโรคกลุ่มไม่ติดต่อเรื้อรัง และโรคติดต่อบางประเภทที่น่าจะศึกษาแบบผู้ป่วยนอกได้
เคยป่วยด้วยโรค ร้ายแรง (VS ไม่เคย)	ตัวแปรทวิ นาม	เป็นตัวแปรร่วม	หมายถึงการได้รับรหัสการวินิจฉัยหลักขึ้นต้นด้วยรหัสใดรหัสหนึ่ง B20, B21, B22, B23, B24, N17, N18, N19, I21, I22, I23, I60, I61, I62, I63, I64, I65, I66, I67, I68, I69 และขึ้นต้นด้วยรหัส C ซึ่งสื่อถึง โรคมาเรียม โรคหัวใจและหลอดเลือดสมองร้ายแรง และโรคกลุ่ม HIV/AIDS
เคยป่วยด้วยภาวะ กลุ่ม Z (VS ไม่เคย)	ตัวแปรทวิ นาม	เป็นตัวแปรร่วม	การวินิจฉัยขึ้นต้นด้วย Z เป็นการวินิจฉัยที่ค่อนข้างจำเพาะกับการบริการผู้ป่วยนอก เช่น การรับวัคซีน การตรวจร่างกายเพื่อเข้าทำงาน การทำแผล
ถิ่นที่อยู่ในเขตอำเภอ เดียวกับ สถานพยาบาล (VS คนละอำเภอ)	ตัวแปรทวิ นาม	เป็นตัวแปรร่วม	-
Days at risk	ตัวแปร ต่อเนื่อง	เป็นตัวแปรร่วม	มีค่าเท่ากับระยะเวลาในหน่วยวันระหว่างวันแรกและวันสุดท้ายที่มาปรากฏตัวที่สถานพยาบาลในรอบปีนั้นๆ การมีตัวแปรนี้เพื่อลดอคติจากการที่ผู้ป่วยไม่มาปรากฏตัวเนื่องจากย้ายสถานพยาบาล

ตัวแปร	ลักษณะ ตัวแปร	วัตถุประสงค์ การมีตัวแปรนี้	หมายเหตุ
ตัวแปรปฏิสัมพันธ์	ตัวแปรดัมมี่	เป็นตัวแปรร่วม	เป็นตัวแปรที่เกิดจากการคูณกันระหว่างตัวแปร 2 ตัว ในที่นี้คือ ตัวแปรสิทธิและตัวแปรกลุ่มโรค ตัวแปรปฏิสัมพันธ์ใส่เข้าในสมการด้วยเหตุที่ในการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการในวัตถุประสงค์ที่ 2 ได้ค้นพบว่าผู้ป่วยคนต่างด้าวมักมาใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยหนัก การใส่ตัวแปรนี้จึงช่วยพิสูจน์ข้อค้นพบดังกล่าว



ប្រសិទ្ធភាព

บรรณานุกรม

1. International Organization for Migration. World migration report 2010. The future of migration: Building capacities for change. 2010. [cited 14 March 2014]; Available from: http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR_2010_ENGLISH.pdf.
2. United Nations Secretary General. Globalization and interdependence: International migration and development. Geneva: United Nations; 18 May 2006.
3. World Health Organization: 60th Assembly. Resolution WHA60.26 - Workers' health: global plan of action. Geneva: WHO;2007.
4. World Health Organization: 61st Assembly. Resolution WHA61.17 - Health of migrants. Geneva: WHO;2008.
5. Office of Foreign Workers Administration. Statistics of migrants with work permit in Thailand. 2012. [cited 25 March 2014]; Available from: <http://wp.doe.go.th/wp/images/statistic/sy/sy2555.pdf>.
6. Martin P. The economic contribution of migrant workers to Thailand: Towards policy development. Bangkok: International Labour Organization, Bangkok;2007.
7. Chantavanich S. Thailand Policies towards Migrant Workers from Myanmar. *APMRN Conference*. Fuzhou, PRC: Fujian Normal University; 2007.
8. Lawnub K, Thammachart S, Border Health Team. Border Health Development Master Plan 2012-2016. 1st ed. Nonthaburi: Triple Graphic Studio; 2012.
9. Health Insurance Group. Health Card for Uninsured Foreigners and Health Card for Mother and Child. *Seminar on measures and protocols of medical examination, insuring migrants and*

protecting maternal and child health. Best Western Grand Howard Hotel, Bangkok: Office of the Permanent Secretary, MOPH; 2013.

10. National Statistical Office. Population and housing census. 2008. [cited 5 May 2014]; Available from: service.nso.go.th/nso/nsopublish/.../syb.../Format%20Excel/Chapter1.xls.
11. Cuadra CB, Cattacin S. Policies on Health Care for Undocumented Migrants in the EU27: Towards a Comparative Framework Sweden: Malmö University;2010.
12. Priebe S, Bogic M, Ádány R, et al. Good practice in emergency care: views from practitioners. In: Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, Rijks B, Petrova-Benedict R, McKee M, eds. Migration and health in the European Union. 1st ed. Berkshire, UK: Open University Press, McGraw-Hill Education; 2011:213-226.
13. Walker PF, Barnett ED. Immigrant medicine. 1st ed. Philadelphia: WB Saunders Co; 2007.
14. International Organization for Migration. International Migration Law, Glossary on Migration. Geneva: IOM;2004.
15. Gray BH, van Ginneken E. Health care for undocumented migrants: European approaches. Issue Brief (Common Fund). Dec 2012;33:1-12.
16. Cuadra CB. Policies on Health Care for Undocumented Migrants in EU27, Country Report: The Netherlands. Malmö: Malmö Institute for Studies of Migration, Malmö University;2010.
17. Bilger V, Hollomey C. Policies on Health Care for Undocumented Migrants in EU27, Country Report: Switzerland. Berne: Federal Office of Public Health;2011.

18. Karl-Trummer U, Metzler B, Novak-Zezula S. Health Care for Undocumented Migrants in the EU: Concepts and Cases. Brussel: IOM;2009.
19. Cuadra CB. Policies on Health Care for Undocumented Migrants in EU27, Country Report: United Kingdom. Malmö: Malmö Institute for Studies of Migration, Malmö University;2010.
20. Cuadra CB. Policies on Health Care for Undocumented Migrants in EU27, Country Report: Germany. Malmö: Malmö Institute for Studies of Migration, Malmö University;2010.
21. ไสภณ เมฆธร. นโยบายและทิศทางการดำเนินการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ คนต่างด้าวทั่วไป และอนามัยแม่และเด็ก. เอกสารประกอบการประชุม มาตรการและการดำเนินงานตรวจสุขภาพ และประกันสุขภาพคนต่างด้าวทั่วไป; 9-10 กรกฎาคม 2556 ณ โรงแรมเบส เวสเทิร์น พลัส แกรนด์ ฮาวเวิร์ด. กรุงเทพมหานคร 2556.
22. Gijón-Sánchez M-T, Pinzón-Pulido S, Kolehmainen-Aitken R-L, et al. Better health for all in Europe: Developing a migrant sensitive health workforce. Eurohealth. 2010;16(1):17-19.
23. Caroppo E, Muscelli C, Brogna P, Paci M, Camerino C, Bria P. Relating with migrants: ethnopsychiatry and psychotherapy. Ann Ist Super Sanita. 2009;45(3):331-340.
24. Busza J, Baker S. Protection and participation: an interactive programme introducing the female condom to migrant sex workers in Cambodia. AIDS Care. May 2004;16(4):507-518.
25. Munyewende P, Rispel LC, Harris B, Chersich M. Exploring perceptions of HIV risk and health service access among Zimbabwean migrant women in Johannesburg: a gap in health policy in South Africa? J Public Health Policy. 2011;32 Suppl 1:S152-161.

26. Smart R. HIV/AIDS guide for the mining sector. Washington DC: International Finance Corporation;2004.
27. Tanaka Y, Kunii O, Hatano T, Wakai S. Knowledge, attitude, and practice (KAP) of HIV prevention and HIV infection risks among Congolese refugees in Tanzania. *Health Place*. Sep 2008;14(3):434-452.
28. World Bank. Additional Financing for Total War against HIV and AIDS (TOWA) Project : indigenous peoples planning framework: Kenya;2010. IPP451.
29. World Health Organization Regional Office for Europe. How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe;2010.
30. International Organization for Migration. Migration health: report of activities 2008-2009. Geneva: IOM;2009.
31. Suphanchaimat R, Seneerattanaprayul P, Wisaijohn T, putthasri W. The management of health insurance system for people with citizenship problems-a case study of Ranong province. *Health Systems Research Institute Journal*. 2013;7(2):207-222.
32. ASTV Manager Online. Ministry of Public Health fails to distribute health insurance card for migrants with 66 thousands distributed in 4 months 2013. [cited 21 June 2014]; Available from: <http://www.manager.co.th/qol/viewnews.aspx?NewsID=9560000156809>.
33. คณะทำงานแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศในแรงงานต่างด้าวและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน. รายงานการประชุมคณะทำงานแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศในแรงงานต่างด้าวและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน ครั้งที่ 4 (วันที่ 5 พฤศจิกายน 2557). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข;2557.

34. Ferlie EB, Shortell SM. Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change. *Milbank Q.* 2001;79(2):281-315.
35. Blackford J, Street A. Cultural conflict: The impact of western feminism(s) on nurses caring for women of non-English speaking background. *Journal of Clinical Nursing.* 2002;11(5):664-671.
36. Hultsjö S, Hjelm K. Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences. *International Nursing Review.* 2005;52(4):276-285.
37. Worth A, Irshad T, Bhopal R, et al. Vulnerability and access to care for South Asian Sikh and Muslim patients with life limiting illness in Scotland: Prospective longitudinal qualitative study. *BMJ (Online).* 2009;338(7693).
38. Cleland JA, Watson MC, Walker L, Denison A, Vanes N, Moffat M. Community pharmacists' perceptions of barriers to communication with migrants. *Int J Pharm Pract.* Jun 2012;20(3):148-154.
39. Dauvrin M, Lorant V, Sandhu S, et al. Health care for irregular migrants: pragmatism across Europe: a qualitative study. *BMC Res Notes.* 2012;5:99.
40. Samarasinghe K, Fridlund B, Arvidsson B. Primary health care nurses' promotion of involuntary migrant families' health. *International Nursing Review.* 2010;57(2):224-231.
41. Van Den Ameele S, Keygnaert I, Rachidi A, Roelens K, Temmerman M. The role of the healthcare sector in the prevention of sexual violence against sub-Saharan transmigrants in Morocco: A study of knowledge, attitudes and practices of healthcare workers. *BMC Health Services Research.* 2013;13(1).

42. Ozolins LL, Hjelm K. Nurses' experiences of problematic situations with migrants in emergency care in Sweden. *Clinical Effectiveness in Nursing*. 2003;7(2):84-93.
43. Manirankunda L, Loos J, Debackaere P, Nöstlinger C. "It is not easy": Challenges for provider-initiated HIV testing and counseling in Flanders, Belgium. *AIDS Education and Prevention*. 2012;24(5):456-468.
44. Meershoek A, Krumeich A, Vos R. The construction of ethnic differences in work incapacity risks: Analysing ordering practices of physicians in the Netherlands. *Social Science and Medicine*. 2011;72(1):15-22.
45. Biswas D, Kristiansen M, Krasnik A, Norredam M. Access to healthcare and alternative health-seeking strategies among undocumented migrants in Denmark. *BMC Public Health*. 2011;11(1):560.
46. Binder P, Johnsdotter S, Essén B. Conceptualising the prevention of adverse obstetric outcomes among immigrants using the 'three delays' framework in a high-income context. *Social Science and Medicine*. 2012;75(11):2028-2036.
47. Hudelson P, Perron NJ, Perneger TV. Measuring physicians' and medical students' attitudes toward caring for immigrant patients. *Evaluation and the Health Professions*. 2010;33(4):452-472.
48. Crozier K, Chotiga P, Pfeil M. Factors influencing HIV screening decisions for pregnant migrant women in South East Asia. *Midwifery*. 2013;29(7):e57-e63.
49. Straßmayr C, Matanov A, Priebe S, et al. Mental health care for irregular migrants in Europe: Barriers and how they are overcome. *BMC Public Health*. 2012;12(1).

50. Gray B, Hilder J, Donaldson H. Why do we not use trained interpreters for all patients with limited English proficiency? Is there a place for using family members? *Australian Journal of Primary Health*. 2011;17(3):240-249.
51. Lyberg A, Viken B, Haruna M, Severinsson E. Diversity and challenges in the management of maternity care for migrant women. *Journal of Nursing Management*. 2012;20(2):287-295.
52. Marrow HB. Deserving to a point: Unauthorized immigrants in San Francisco's universal access healthcare model. *Social Science and Medicine*. 2012;74(6):846-854.
53. Vanthuyne K, Meloni F, Ruiz-Casares M, Rousseau C, Ricard-Guay A. Health workers' perceptions of access to care for children and pregnant women with precarious immigration status: Health as a right or a privilege? *Social Science and Medicine*. 2013;93:78-85.
54. Goldade K, Okuyemi KS. Deservingness to state health services for South-South migrants: A preliminary study of Costa Rican providers' views. *Social Science and Medicine*. 2012;74(6):882-886.
55. Ruiz-Casares M, Rousseau C, Laurin-Lamothe A, et al. Access to health care for undocumented migrant children and pregnant women: The paradox between values and attitudes of health care professionals. *Maternal and Child Health Journal*. 2013;17(2):292-298.
56. Jensen NK, Norredam M, Draebel T, Bogic M, Priebe S, Krasnik A. Providing medical care for undocumented migrants in Denmark: what are the challenges for health professionals? *BMC Health Serv Res*. 2011;11:154.
57. Hargreaves S, Holmes AH, Saxena S, et al. Charging systems for migrants in primary care: The experiences of family doctors in a

high-migrant area of London. *Journal of Travel Medicine*. 2008;15(1):13-18.

58. Health Protection Agency. Understanding the health needs of migrants in the South East region: A Report by the South East Migrant Health Study Group on behalf of the Department of Health. Oxfordshire, UK: Health Protection Agency;2010.
59. Priebe S, Sandhu S, Dias S, et al. Good practice in health care for migrants: Views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*. 2011;11.
60. Bischoff A, Hudelson P. Access to Healthcare Interpreter Services: Where Are We and Where Do We Need to Go? *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2010;7(7):2838-2844.
61. Ngo-Metzger Q, Massagli MP, Clarridge BR, et al. Linguistic and Cultural Barriers to Care. *Journal of General Internal Medicine*. 2003;18(1):44-52.
62. Karamitri I, Bellali T, Galanis P, Kaitelidou D. The accessibility of vulnerable groups to health services in Greece: A Delphi study on the perceptions of health professionals. *International Journal of Health Planning and Management*. 2013;28(1):35-47.
63. BBC News. Should migrants have compulsory health checks? 2003. [cited 22 July 2014]; Available from: http://news.bbc.co.uk/1/hi/talking_point/3122199.stm.
64. Bracanovic T. Against culturally sensitive bioethics. *Med Health Care and Philos*. 2013/11/01 2013;16(4):647-652.
65. Swendson C, Windsor C. Rethinking cultural sensitivity. *Nursing inquiry*. 1996;3(1):3-10; discussion 11-12.

66. United Nations. Universal Declaration of Human Rights In: United Nations, ed. 217 A (III). Palais de Chaillot, Paris: UN General Assembly; 1948.
67. Paisanpanichkul D. Chapter 4: 'Insurers' of health insurance under domestic legal mandates in Thailand, UK and France, and international legal instruments. Nonthaburi, Thailand: Stateless Watch;2008.
68. De Genova N. The legal production of Mexican/migrant 'illegality'. *Latino Studies*. 2004;2:160-185.
69. Ranong hospital. Overview of migrant utilisation in Ranong hospital. *Supervisory visit of Bureau of Health Administration in Ranong province*. Ranong province: Ranong hospital; 2014.
70. Thairath Online. Thai displaced persons. 2012. [cited 28 April 2015]; Available from: <http://www.thairath.co.th/content/265523>.
71. Lipsky M. Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services. New York: Russell Sage Foundation; 1980.
72. Rouse WB. Healthcare as a complex adaptive system: Implications for design and management. *The Bridge*. 2008;38(1):17-25.
73. Thai Immigration Bureau. Immigration Act in the name of his Majesty King Bhumibol (enacted on the 24th of February B.E. 2522). 2004. [cited 15 April 2015]; Available from: http://www.immigration.go.th/nov2004/en/doc/Immigration_Act.pdf.
74. The Secretariat of the Cabinet. Cabinet Resolution on Guidelines on Systematic Management of Migrant Workers on 27 April 2004. Bangkok: Thai government;2004.
75. The Human Rights Sub-Committee on Ethnic Minorities-Stateless-Migrant Workers-and Displaced Persons. Policies and measures to

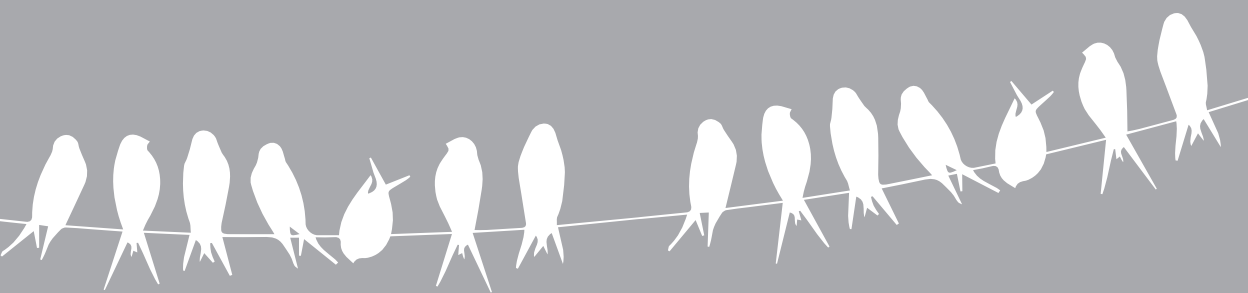
tackle problems of migrant workers. Bangkok: The Lawyers Council of Thailand;2011.

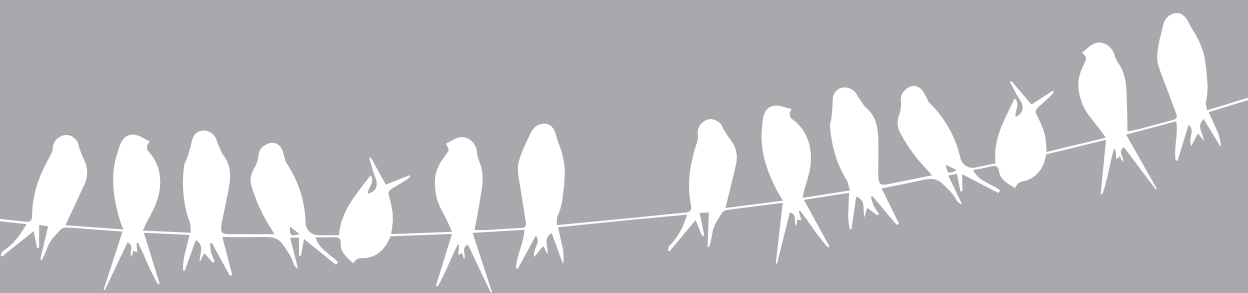
76. National Council for Peace and Order. Temporary measures to problems of migrant workers and human trafficking. Bangkok: NCPO;2014. 118/2557.
77. The Secretariat of the Cabinet. Cabinet Resolution on "Strategy to solve problems on legal status and rights" on 18 January 2005: Bangkok;2005.
78. Office of Foreign Workers Administration. Working of Alien Act in the name of his Majesty King Bhumibol (enacted on the 13th of February B.E. 2522). 2014. [cited 17 April 2015]; Available from: http://wp.doe.go.th/wp/images/law/4/aliens_act.pdf.
79. Archavanitkul K, Vajanasara K. Employment of migrant workers under the Working of Aliens Act 2008 and the list of occupations allowed to foreigners. Nakhon Pathom, Thailand: Insitutute for Population and Social Research, Mahidol University;2009.
80. Swaschukaew A. Procedure in importing migrant workers from 3 nations to work with Thai employers under the MOU policy. 2014. [cited; Available from: www.ipd-doe.com/Userfiles/file/PPt/AEC123.ppt.
81. Hfocus. Revising regulation of four-year validity period of residence for migrant workers to one day. 2013. [cited 17 April 2014; Available from: <http://www.hfocus.org/content/2013/09/4888>.
82. Taotawin P, Satrakom S. MOU for Transnational Labours Employment Neoliberalism, Labour Protection and Adjustment of State's Regulation Strategy. Journal of Mekong Societies. 2011;7(3):1-26.

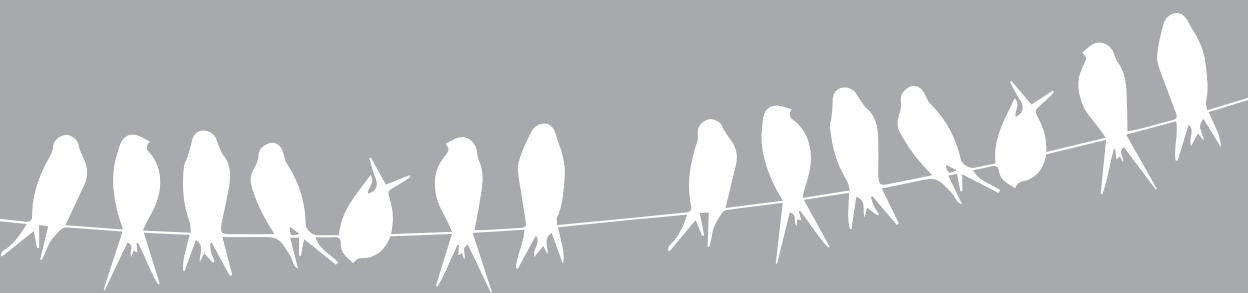
83. Office of Foreign Workers Administration. Statistics on migrant workers with work permit in Thailand in 2014. Bangkok: Department of Employment, Ministry of Labour 2014.
84. Srithamrongsawat S, Wisessang R, Ratjaroenkhajorn S. Financing Healthcare for Migrants: A case study from Thailand. Nonthaburi, Thailand: Health Insurance System Research Office/ Health Systems Research Institute;2009.
85. Patcharanarumol W, Thammatacharee N, Kittidilokkul S, et al. Thailand's HIV/AIDS program after weaning-off the global fund's support. BMC Public Health. 2013;13(1008):1-8.
86. Health Insurance Group. User manual of the computer programme of the insurance for migrants/ migrant workers Nonthaburi: Ministry of Public Health;2014.
87. Manoi S. Thailand's operation for anti-Trafficking in Persons. Bangkok: The Secretariat of the House of Representatives;2014.
88. Thairath Online. Why are 'Cambodian migrant workers' panically returning to Cambodia? 2014. [cited 20 April 2015]; Available from: <http://www.thairath.co.th/content/429969>.
89. National Council for Peace and Order. The establishment of Onse Stop Service center for registering migrant workers Bangkok: NCPO;2014. 117/2557.
90. National Health Security Office. Guideline for reimbursing expenses from health care services: fiscal year 2013. Nonthaburi, Thailand: NHSO; 2013.
91. Hfocus. Unconducive legal instruments make migrant workers fail to access rights to social security. 2013. [cited 30 April 2015]; Available from: <http://www.hfocus.org/content/2013/06/3522>.
92. Ranong provincial public health office. The management of migrant friendly service in Ranong province. *Supervisory visit of*

Bureau of Health Administration in Ranong province. Ranong provincial public health office 2014.

93. Health Insurance Systems Research Office. Appropriate health service design, which addresses health needs and health seeking behaviours of migrants, under the health insurance scheme for migrant populations. Nonthaburi: HISRO & Rak-Thai Foundation;2014. 518/2014.
94. Office of Foreign Workers Administration. Working of Alien Act in the name of his Majesty King Bhumibol (enacted on the 13th of February B.E. 2522). 2008. [cited 1 May 2015]; Available from: http://wp.doe.go.th/wp/images/law/4/aliens_act.pdf.
95. Squires A. Methodological challenges in cross-language qualitative research: a research review. *Int J Nurs Stud.* Feb 2009;46(2):277-287.
96. Buntin MB, Zaslavsky AM. Too much ado about two-part models and transformation?: Comparing methods of modeling Medicare expenditures. *Journal of Health Economics.* 2004;23(3):525-542.
97. National Health Security Office. Annual Report of the Establishment of Universal Health Coverage in Thailand. Bangkok: NHSO;2012.







สำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ
กระทรวงสาธารณสุข
ชั้น 3 อาคารสังพัลฤ์ ซอยสาธารณสุข 6 กระทรวงสาธารณสุข
ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

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