



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

นโยบายและกฎหมายด้านการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ
ศึกษาพื้นที่อำเภอเชียงแสน และอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย

**A Study of the Medical Policy and Law for Immigrant Workers: A Case Study of
Chiang San and Chiang Kong Areas in Chiang Rai Province.**

โดย อารีรัตน์ โกสิยทธิ

กรกฎาคม 2558

สัญญาเลขที่ RDG5710033

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

นโยบายและกฎหมายด้านการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ
ศึกษาพื้นที่อำเภอเชียงแสน และอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย

**A Study of the Medical Policy and Law for Immigrant Workers: A Case Study of
Chiang San and Chiang Kong Areas in Chiang Rai Province.**

ผู้วิจัย
อารีรัตน์ โกสิทธิ

สังกัด
มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ชุดโครงการวิจัย “การจัดการพื้นที่ชายแดน : จังหวัดเชียงรายและแขวงบ่อแก้ว
สปป.ลาว”

สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)
(ความเห็นในรายงานนี้เป็นของผู้วิจัย สกว. ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป)

กรกฎาคม 2558

บทสรุปผู้บริหาร (EXECUTIVE SUMMARY)

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1.) ศึกษานโยบาย และการดำเนินนโยบายของประเทศไทยว่าด้วยการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติในเขตพื้นที่ อำเภอเชียงใหม่ และอำเภอเชียงใหม่ของ จังหวัด เชียงราย 2.) ศึกษาปัญหา และผลกระทบในการดำเนินการและการปฏิบัติตามข้อกำหนด ระเบียบ และ ข้อบังคับเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตลอดจนการสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติในเขต อำเภอเชียงใหม่ และ อำเภอเชียงใหม่ของ จังหวัด เชียงราย โดยใช้วิธีสัมภาษณ์เชิงลึก นอกจากนี้ยังศึกษาถึงสถานการณ์การเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ โดยในการเก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลแรงงานข้ามชาติ สัญชาติลาว และพม่า ที่เข้ามาทำงานและอยู่อาศัยในพื้นที่ อ.เชียงใหม่ และ อ.เชียงใหม่ โดยใช้ แบบสอบถามจำนวนทั้งสิ้น 414 ชุด

จากการศึกษามีข้อค้นพบโดยแยกเป็นประเด็น ดังนี้

1.นโยบายและกฎระเบียบ ในอดีตนโยบายของรัฐเน้นความมั่นคงของชาติ (National Security) ต่อมาในภายหลังปรับเปลี่ยนมุมมองจากมิติความมั่นคงมาเน้นมิติด้านเศรษฐกิจมากยิ่งขึ้น และในช่วงที่กระแส การคุ้มครองสิทธิมนุษยชนได้รับความนิยม หลักความมั่นคงของมนุษย์ (Human Security) ก็มีการกล่าวถึงและ เรียกร้องให้นำมาใช้กับการคุ้มครองสิทธิทางด้านสาธารณสุขของแรงงานมากขึ้น ส่วนในปัจจุบันรัฐกลับมาเน้น ที่หลักความมั่นคงของชาติอีกครั้งหนึ่ง อาจเรียกได้ว่าเป็นยุคความมั่นคงของรัฐนิยม

ตามนโยบายและกฎหมายของประเทศไทยสิทธิในการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติผูกพัน อยู่กับเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนแรงงาน กล่าวคือ จะต้องเป็นแรงงานที่ขึ้นทะเบียน (Documented Migrant Worker) ณ สำนักงานจัดหางาน กระทรวงแรงงาน เท่านั้นจึงจะมีสิทธิซื้อบัตรประกันสุขภาพ หากเป็น แรงงานข้ามชาติที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน (Undocumented Migrant Worker) ก็จะไม่มีความสิทธิซื้อบัตรประกัน สุขภาพ

นโยบายที่มาจากส่วนกลางมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยครั้ง เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในระดับท้องถิ่น ปรับตัวไม่ทัน และเรื่องสาธารณสุขและการรักษาพยาบาลมักเป็นประเด็นเร่งด่วนมาจะต้องอาศัยการบริหารจัดการและดำเนินการให้ทันท่วงที แต่เนื่องจากขาดแคลนบุคลากรและงบประมาณในการบริหาร จัดการ

2. การจัดการเชิงระบบรวมถึงขั้นตอนการดำเนินงานจากส่วนกลางมาสู่ส่วนภูมิภาค

จากการสัมภาษณ์ พบว่า มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายส่วน ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนแรงงาน ต้องการเอกสารจำนวนมาก ทั้งของนายจ้างและตัวลูกจ้าง (แรงงานข้ามชาติบางกลุ่มไม่มีสถานะภาพ กฎหมายที่ชัดเจน ไม่มีเอกสารแสดงตัว) บางกรณีนายจ้างอาจจะได้จดทะเบียนเป็นสถานประกอบการที่

ถูกต้องตามกฎหมายหรือไม่ได้รับอนุญาตจากกระทรวงพาณิชย์ นอกจากนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับแรงงานฯ หลายหน่วยงานด้วยกัน และบางครั้งจะต้องประสานงานกันเป็นทีม เช่น กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลัก และมีกระทรวงแรงงาน กระทรวงมหาดไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น เมื่อต้องทำงานประสานกันอาจต้องใช้เวลาที่นานกว่าปกติ นอกจากนี้ภาระงานของแต่ละส่วนงานก็ค่อนข้างมาก ขาดงบประมาณ และบุคลากร

3. แรงงานข้ามชาติ ข้อมูลเชิงพื้นที่ชี้ให้เห็นความแตกต่างของกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย โดยแรงงานข้ามชาติสัญชาติพม่าส่วนใหญ่จะอยู่ที่ อ.เชียงใหม่ ส่วนแรงงานข้ามชาติสัญชาติลาว ส่วนใหญ่จะเข้ามาทำงานที่ อ.เชียงของ เมื่อเจ็บป่วยแรงงานทั้งสองกลุ่มนั้นมีบางส่วนที่ไม่คิดว่าตนเองเจ็บป่วย หรืออาจจะซื้อยารักษาเองตามอาการ ความเชื่อ/ทัศนคติ บางส่วนขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรค บางส่วนไม่ยอมขาดงานเพราะเป็นลูกจ้างประเภทรายวันดังนั้นหากหยุดงานเพื่อไม่หาหมอก็จะไม่ได้รับค่าจ้างในวันนั้น เป็นต้น

4. นายจ้าง การขึ้นทะเบียนแรงงานฯ และการซื้อบัตรประกันสุขภาพของแรงงาน จากข้อมูลพบว่า ส่วนหนึ่งแรงงานต้องการขึ้นทะเบียนและมีบัตรประกันสุขภาพ แต่นายจ้างไม่สนับสนุน นายจ้างต้องการประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย ไม่อยากตกอยู่ภายใต้กฎหมายคุ้มครองแรงงานทั้งหลาย สนใจแต่กำไรของตนเอง หรือมีการขึ้นทะเบียนแรงงานไม่ตรงกับประเภทของการใช้แรงงาน ทำให้การจัดระบบแรงงานไม่ตรงตามความเป็นจริง เป็นต้น

5. สถานพยาบาล สถานพยาบาลต้องทำงานเชิงรุกมากขึ้น มีการปรับทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อแรงงานข้ามชาติ จากข้อมูลเชิงพื้นที่สะท้อนให้เห็นความรู้สึกแบ่งแยก “เป็นเขา” “เป็นเรา” ไม่ได้ได้รับการปฏิบัติเท่าเทียมกับผู้ป่วยที่เป็นคนไทย ส่วนในประเด็นอื่นๆ ถือว่ามีเสียงสะท้อนค่อนข้างดีมาต่อการเข้ารับรักษาพยาบาล

6. ความร่วมมือเชิงพื้นที่ชายแดน ในพื้นที่ อ.เชียงของ มีการประสานความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของกับทางห้วยทราย แขวงบ่อแก้ว ประเทศลาว ซึ่งขึ้นอยู่กับนโยบายของผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นหลัก ที่ผ่านมาก็มีความร่วมมือกันอยู่บ้าง (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก) ที่ผ่านมามีการสร้างโรงพยาบาลบริเวณห้วยทราย แขวงบ่อแก้ว เพื่อแก้ไขปัญหาการรักษาพยาบาลในแนวชายแดนที่รัฐบาลไทยต้องรับภาระ แต่ปรากฏว่าไม่ประสบความสำเร็จเนื่องจากชาวลาวก็ยังคงนิยมข้ามฝั่งมารักษาพยาบาลยังโรงพยาบาลฝั่งไทยอยู่นั่นเอง

7. ความร่วมมือกับองค์การระหว่างประเทศ บทบาทขององค์การระหว่างประเทศที่เข้ามาให้ความช่วยเหลือในการแก้ปัญหาสาธารณสุขชายแดน ดังเช่น มีการลงนามความร่วมมือสนับสนุนการแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขในกลุ่มประชากรต่างด้าวในจังหวัดชายแดน ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และองค์การระหว่างประเทศเพื่อการย้ายถิ่นฐาน หรือไอโอเอ็ม (International Organization for Migration :

IOM) เพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน และการให้ความช่วยเหลือด้านมนุษยธรรมแก่ประชากรต่างด้าวครอบคลุมทั้งที่ได้ ขึ้นทะเบียนและมีได้ขึ้นทะเบียนตามกฎหมายกำหนด ดำเนินการในพื้นที่ 31 จังหวัดติดชายแดน ซึ่งมีประชากรต่างด้าวเข้ามาอาศัยจำนวนมาก อาทิ ตาก กาญจนบุรี ราชบุรี ระนอง เชียงราย อุบลราชธานี สุรินทร์ ตราด สระแก้ว เป็นต้น

โดยผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

สำหรับข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ปัญหาโดยใช้มาตรการทางกฎหมายและนโยบายแต่เพียงอย่างเดียวไม่ได้ ผู้วิจัยเห็นว่าจะต้องประกอบไปด้วยด้านต่างๆ เนื่องจากลักษณะเฉพาะของพื้นที่ สภาพปัญหาที่พบในพื้นที่ตามที่ได้นำเสนอข้อมูลไว้ข้างต้นแล้ว ทำให้ต้องบูรณาการโดยใช้มาตรการทางด้านอื่นๆ ควบคู่ไปกับมาตรการและนโยบายทางด้านกฎหมาย ดังนี้

1.1 การบริหารจัดการเชิงพื้นที่ เสนอพื้นที่นำร่องหรือพื้นที่เฉพาะในการบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการบริหารจัดการโดยคิดในแบบ Organization/function สามารถกำหนดนโยบายให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาในพื้นที่ได้ มีการจัดการเรื่องงบประมาณ สถานพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่นำร่องหรือพื้นที่เฉพาะสามารถว่าจ้างบุคลากรทางการแพทย์จากประเทศเพื่อนบ้าน เป็นต้น อาจใช้เป็น เชียงแสนโมเดล หรือเชียงของโมเดล ซึ่งอาจจะต้องดูตัวอย่างการจัดการพื้นที่ชายแดนในภูมิภาคอื่น หรือตัวอย่างที่ดีทางด้านนี้ เช่น อีญู ซึ่งมีแนวคิดในระบบ Universal Health System ควบคู่กับระบบ Insurance System จากข้อมูลวิจัยเชิงพื้นที่สะท้อนให้เห็นสภาพปัญหาที่แตกต่างกันของ พื้นที่ อ.เชียงแสน และ อ.เชียงของ กลุ่มแรงงานข้ามชาติคนละกลุ่มมีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ทิศนะต่อการเจ็บป่วยของแรงงานสัญชาติพม่า และลาวแตกต่างกัน ประเภทของการใช้แรงงานในสองพื้นที่ก็มีความแตกต่างอย่างเห็นได้ชัด ดังนั้นโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดจากการใช้แรงงานก็จะแตกต่างกัน เป็นต้น ดังนั้นในการแก้ไขปัญหาจะต้องพิจารณาแยกเป็นแต่ละพื้นที่

1.2 เน้นการลงทุนในทางด้านสุขภาพชายแดน อาจเป็นความร่วมมือระหว่างรัฐกับเอกชน และประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งรัฐจะได้ประโยชน์โดยทำงานเชิงรุกในการประกันสุขภาพ มีการป้องกันโรคระบาด สร้างสิทธิประโยชน์ให้แรงงานได้รับเท่ากับคนไทยแล้วเรียกเก็บค่าประกันแบบล่วงหน้า สร้างแรงจูงใจทางการตลาด แต่หากเป็นแบบตั้งรับก็คือการตามแก้ปัญหาซึ่งจะทะลักเข้ามาเรื่อยๆ และอาจแก้ไขสถานการณ์ไม่ทัน นโยบายของรัฐลงทุนเรื่องสุขภาพชายแดนน้อย ต้องทำงานเชิงรุก (ต้องมีการ collaborative ร่วมมือกันระหว่างรัฐ ท้องถิ่น ประเทศเพื่อนบ้าน และเอกชน)

1.3 สร้างระบบสุขภาพในจังหวัดชายแดนที่ชัดเจน มีนโยบายในการเรียกเก็บจากแรงงานข้ามชาติโดยแลกกับสิทธิประโยชน์ที่กลุ่มแรงงานจะได้รับ

2. ข้อเสนอแนะด้านนโยบายและกฎหมาย

2.1 ทบทวนนโยบาย

สำรวจนโยบายที่มาจากข้างบน และสำรวจข้อมูลในพื้นที่ ทบทวนนโยบาย เน้นเชิงองค์กร จากองค์กรผู้ปฏิบัติการปฏิบัติ วิธีคิดของรัฐที่อยู่บนความเป็น citizenship พลเมืองเหนือดินแดน เน้นความมั่นคงของรัฐทำให้นโยบายทางด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติถูกกีดกันซึ่งนอกจากไปกีดกันผู้ที่ไม่ใช่คนไทย การรวมตัวกันของประชาคมอาเซียน ซึ่งจะก่อให้เกิดการเคลื่อนย้ายเสรีแรงงาน และการหลั่งไหลของประชากรในภูมิภาค หากนโยบายของรัฐมีการปรับเปลี่ยนจากแนวคิดเรื่องความมั่นคงของรัฐ (National Security) มาเน้นเรื่องความมั่นคงของมนุษย์ (Human Security) มากขึ้น รูปแบบการทำงานก็จะเปลี่ยนไป จะไม่มีการกีดกัน (exclude) แต่จะนำเข้า (include) ซึ่งแรงงานที่มีความจำเป็นและสำคัญต่อการขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจของประเทศ เมื่อแรงงานเข้าสู่ระบบการบริการสาธารณสุข รัฐสามารถจัดการเรื่องป้องกันโรคระบาดข้ามพรมแดนได้

2.2 เสนอนโยบายเชิงพื้นที่

มุ่งนำเสนอข้อมูลปัญหาในระดับท้องถิ่นขึ้นไปสู่ระดับประเทศ ในปัจจุบันรัฐมีนโยบายจากส่วนกลางสู่ส่วนภูมิภาค ทำให้การแก้ปัญหาไม่ตรงจุด และบางครั้งอาจนำมาซึ่งปัญหาอื่นๆ อีกด้วย

2.3 ออกกฎหมายรองรับ

ในการเสนอพื้นที่นำร่อง หรือพื้นที่เฉพาะในการบริหารจัดการเรื่องสาธารณสุขชายแดน จะต้องมีการกฎหมายรองรับ และมีการกำหนดอำนาจหน้าที่ และการตรวจสอบ โดยอาจออกกฎหมายในรูปแบบของพระราชบัญญัติและพระราชกฤษฎีกาจัดการบริการพื้นที่ชายแดนอย่างยั่งยืนในเขตพื้นที่ อ.เชียงแสน หรือ อ.เชียงแสน โดยอาจจะรวมถึง อ.แม่สาย และ อ.เวียงแก่น ซึ่งมีพื้นที่ติดชายแดนด้วย โดยกำหนดประเด็นทางด้านสาธารณสุขชายแดน

2.4 การปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์ และการบังคับใช้กฎหมาย

ประเทศไทยมีแผนยุทธศาสตร์ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขชายแดนค่อนข้างชัดเจน แต่จะต้องทบทวนหรือประเมินการปฏิบัติตามแผนดังกล่าว

3. ข้อเสนอแนะด้านความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจ

หากขาดแคลนแรงงานข้ามชาติ เศรษฐกิจของประเทศสามารถขับเคลื่อนไปได้ เพื่อให้การจ้างงาน
แรงงานข้ามชาติเป็นไปในทิศทางที่เหมาะสม รัฐควรสร้างความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจให้กับประเทศซึ่ง
ยืนอยู่บนพื้นฐานของหลักความยั่งยืนทางการคลัง (Fiscal Sustainability) จากกรณีตัวอย่างปัญหาการ
แบกรับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บไม่ได้จากแรงงานข้ามชาติ ซึ่งทางโรงพยาบาลไม่สามารถปฏิเสธการรักษา
ผู้ป่วยเพราะจะขัดต่อหลักมนุษยธรรมซึ่งเป็นที่ยอมรับในระดับสากล โดยจากข้อมูลค่าใช้จ่ายที่มีการบันทึก
ไว้ในแต่ละปีค่อนข้างสูง ดังนั้นทำอย่างไรจึงจะสามารถจัดการกับปัญหาดังกล่าวได้ ผู้วิจัยเห็นว่า เมื่อ
นายจ้างเป็นผู้ใช้หรือผู้ได้รับประโยชน์จากแรงงานข้ามชาติเหล่านั้น นายจ้างควรเป็นผู้มีส่วนร่วมในการเสีย
ค่าใช้จ่ายในการขึ้นทะเบียนแรงงาน รวมถึงค่าบริการประกันสุขภาพด้วย ตามหลักผู้รับประโยชน์เป็นผู้จ่าย
(Benefit Pay Principle) อย่างไรก็ตามก็ดีเพื่อไม่ให้นายจ้างต้องแบกรับภาระแต่เพียงผู้เดียว รัฐอาจมีมาตรการ
สร้างแรงจูงใจ เช่น การลดหย่อนอัตราภาษี หรือผลตอบแทนในรูปแบบอื่นๆ และที่สำคัญเมื่อแรงงาน
สุขภาพที่ดี มีสวัสดิการเรื่องการรักษาพยาบาล แรงงานฯ ก็จะสามารถทำงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ
สร้างผลประโยชน์ให้กับนายจ้างและประเทศชาติในที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณฝ่ายนโยบายชาติและความสัมพันธ์ข้ามชาติ สำนักงานสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ที่ให้การสนับสนุนโครงการวิจัยเรื่อง “นโยบายและกฎหมายด้านการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ ศึกษาพื้นที่อำเภอเชียงแสน และอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย” ซึ่งอยู่ในชุดโครงการวิจัย “การจัดการพื้นที่ชายแดน : จังหวัดเชียงรายและแขวงบ่อแก้ว สปป.ลาว” ซึ่งมี อ.ดร.ร่วมเย็น โกศัยกานนท์ เป็นหัวหน้าแผนและผู้ประสานงานโครงการชุด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ศ.ดร.อิศรา ศานติศาสน์, รศ.ดร. ปัทมาวดี โพชนุกูล, รศ.ดร. ศิริพร วัชชวัลคุ , อ.ดร.อรัญญา ศิริผล, ผศ.ดร.เทพินทร์ พัชรานุกฤษ และผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหลายที่กรุณาเสียสละเวลาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์รวมทั้งช่วยชี้แนะแนวทางในการเขียนงานวิจัยซึ่งนับว่ามีคุณค่าเป็นอย่างยิ่ง

งานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จลงได้ด้วยความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งจากภาครัฐและเอกชน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย จากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงรายของ โรงพยาบาลเชียงแสน จัดหางานจังหวัดเชียงราย แรงงานจังหวัดเชียงราย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พี่นอม ฝ่ายยุทธศาสตร์ (สสจ.) ซึ่งช่วยกรุณาประสานเรื่องเอกสารในการขอหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน รวมถึงทุกท่านที่ไม่สามารถเอ่ยนามในที่นี้ได้หมด

ผู้วิจัยขอขอบคุณแรงงานข้ามชาติสัญชาติพม่า และลาว ในพื้นที่ อ.เชียงแสน และ อ.เชียงของ ทุกคนที่ช่วยให้ข้อมูลด้วยความเป็นกันเองและด้วยความเต็มใจ ผู้วิจัยรับรู้ได้ถึงความรู้สึกดี ๆ ที่ส่งผ่านจากแรงงานข้ามชาติทั้งหลายมายังผู้วิจัยขณะลงพื้นที่เก็บข้อมูล นอกจากนี้ขอขอบคุณพี่ๆ และรวมทั้งน้องๆ ที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล หากขาดท่านทั้งหลาย งานนี้คงไม่สามารถลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าข้อมูลเชิงพื้นที่จะสามารถช่วยสะท้อนไปสู่นโยบายระดับบนและนำไปสู่การแก้ไขเปลี่ยนแปลงเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ต่อแรงงานข้ามชาติในเรื่องการรักษาพยาบาลต่อไป

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา และครูบาอาจารย์ซึ่งให้การอบรมสั่งสอนและเป็นผู้ประศาสน์วิชา หากงานวิจัยชิ้นนี้จะเป็นประโยชน์อยู่บ้าง ผู้วิจัยขอกราบเป็นกตเวทิตาคุณแก่บิดามารดา ครูบาอาจารย์ และแรงงานข้ามชาติทั้งหลายซึ่งถือว่าเป็นครูของผู้วิจัยในการทำงานชิ้นนี้ด้วย แต่หากงานวิจัยมีความบกพร่องประการใด ผู้วิจัยขอน้อมรับไว้แต่ผู้เดียว

อารีรัตน์ โกสิทธิ์

กรกฎาคม 2558

บทคัดย่อ

อำเภอเชียงแสน และอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย เป็นพื้นที่ชายแดนที่มีแรงงานข้ามชาติสัญชาติพม่า และลาว เข้ามาใช้แรงงานภาคการเกษตรและปศุสัตว์ งานก่อสร้าง หรืองานแบกหามในกิจการขนส่งเป็นจำนวนมาก ซึ่งประกอบด้วยแรงงานข้ามชาติที่ขึ้นทะเบียน (Documented Migrant Worker) และแรงงานข้ามชาติที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน (Undocumented Migrant Worker) เมื่อก้าวถึงปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นเนื่องจากการใช้แรงงานข้ามชาติ และปัญหาที่แรงงานข้ามชาติถูกละเมิดสิทธิด้านต่างๆ ปรากฏในงานวิจัยหลายเรื่องด้วยกัน โดยในงานวิจัยชิ้นนี้ผู้วิจัยมุ่งเน้นประเด็นการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ ซึ่งจะรวบรวมนโยบาย กฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตลอดจนการสาธารณสุข แรงงานข้ามชาติ และศึกษาผลกระทบหรือปัญหาในการดำเนินงานและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ของรัฐ โดยใช้วิธีสัมภาษณ์เชิงลึก นอกจากนี้ยังศึกษาถึงสถานการณ์การเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ โดยในการเก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลแรงงานข้ามชาติสัญชาติลาว และพม่า ที่เข้ามาทำงานและอยู่อาศัยในพื้นที่ อ.เชียงแสน และ อ.เชียงของ โดยใช้แบบสอบถามจำนวนทั้งสิ้น 414 ชุด ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลช่วงระหว่าง เดือนมกราคม 2558 – 15 เมษายน 2558

ผลการศึกษา พบว่า นโยบายในเรื่องการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติปรากฏในรูปมติคณะรัฐมนตรี ซึ่งเป็นอำนาจของฝ่ายบริหารและจะปรับเปลี่ยนไปตามนโยบายการบริหารงานของรัฐบาลแต่ละยุคสมัย ก่อให้เกิดความไม่ต่อเนื่อง และในปัจจุบันนโยบายมุ่งเน้นทางด้านความมั่นคงของรัฐ (National Security) มากกว่าความมั่นคงของมนุษย์ (Human Security) พื้นที่อำเภอเชียงแสน มีแรงงานข้ามชาติสัญชาติพม่า คิดเป็นร้อยละ 92, เป็นเพศชายร้อยละ 72, มีใบอนุญาตทำงานและบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 36.74, เข้ามาใช้แรงงานงานแบกหามในกิจการขนส่งสินค้าคิดเป็นร้อยละ 63.72 และแรงงานร้อยละ 75.34 เมื่อเจ็บป่วยก็จะชื้อยามากินเอง ส่วนพื้นที่ อำเภอเชียงของ มีแรงงานสัญชาติลาวคิดเป็นร้อยละ 74, เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67, มีใบอนุญาตทำงานและบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 26.63, ทำงานก่อสร้าง ร้อยละ 21.60 และทำการเกษตรและปศุสัตว์ ร้อยละ 20.60 โดยเมื่อเจ็บป่วยก็จะชื้อยามากินเองคิดเป็นร้อยละ 89.44 โดยแรงงานฯ ใน อ.เชียงของ ร้อยละ 29.62 ทราบนโยบายและกฎหมายของประเทศไทยในการประกันสิทธิสุขภาพแรงงานข้ามชาติ ในขณะที่แรงงานฯ ใน อ.เชียงแสน มีเพียงร้อยละ 9.30 เท่านั้นที่ทราบนโยบายด้านนี้

คำสำคัญ : แรงงานข้ามชาติ, นโยบายและกฎหมาย, การรักษาพยาบาล

Abstract

Chiang san and Chiang kong, the district in Chiang rai, both located at the border area in which numerous Myanmar and Laos labors came to work as agricultural labor, construction workers or as the general toiler in logistic business. The groups consisted of documented migrant workers and undocumented migrant workers. The issues regarding cross border migrant worker could be found on various research papers. This research emphasized on the cross-border migrant worker healthcare welfare issue. The content included government policy, law and regulation of the migrant workers medical care and practice of authority. This research was conducted by using in depth interview. Moreover, there's also the study on the morbidity and medical service migrant worker received by data collection. The collected data featured the information of Laos and Myanmar workers which work and take resident in Chiang san and Chiang kong area separately using 414 sets of survey questionnaire between January 2558 – 15 April 2558.

The study displayed the result which the healthcare policy of cross-border migrant workers appeared to be depending on the cabinet's resolution which was under administrative authority. The policy was frequently changed according to governmental switch resulting in discontinuous proceedings. At the moment, the policy tends to follow the trend of National security rather than Human security. There're 92 and 72 percent of migrant workers, Myanmar and Laos respectively. 36.74 percent has work permit and health insurance, 63.72 were the toilers in logistic business and 75.34 of them bought medicine to relief the illness by themselves. In Chiang kong area, 74 percent are Laos workers and 67 percent of them are women, 26.63 percent has work permit and health insurance, 21.60 percent was the construction labor, 20.60 were in husbandry and agricultural sector as labor, 89.44 bought medicine to relief the illness themselves. 29.62 percent of the migrant workers aware of Thailand's law and policy on cross-border migrant worker's health insurance while only 9.30 percent of Chiang san were informed of such policy.

keywords : Immigrant workers, policy and law, the medical

สารบัญเรื่อง

	หน้า
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร (Executive Summary)	i
บทคัดย่อภาษาไทย	vi
Abstract	vii
กิตติกรรมประกาศ	viii
สารบัญ	ix
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
2.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
2.3 คำถามการวิจัย	6
2.4 ขอบเขตของการศึกษาวิจัย	6
2.5 คำจำกัดความ/นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษาวิจัย	7
2.6 สมมติฐานการวิจัย	7
2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย	8
บทที่ 2 แรงงานข้ามชาติ และการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ : หลักการแนวคิด และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	9
2.1 แนวคิดและทฤษฎีว่าด้วยการย้ายถิ่นข้ามชาติ และแรงงานข้ามชาติ	9
2.1.1 แนวคิดและทฤษฎีว่าด้วยการย้ายถิ่นข้ามชาติ	9
2.1.2 แรงงานข้ามชาติ (Migrant Worker)	11
2.1.3 ประเภทของแรงงานข้ามชาติ	12
2.2 หลักการและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ	14
2.2.1 หลักสิทธิมนุษยชน	14
2.2.1.1 สิทธิมนุษยชน (Human Rights)	14
2.2.1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดด้านสิทธิมนุษยชนและการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ	16
2.2.2 หลักการสร้าง ความมั่นคงด้านสุขภาพ (Health security)	19
2.2.3 หลักความยั่งยืนทางการคลัง (Fiscal Sustainability)	20

2.2.4	หลักผู้รับประโยชน์เป็นผู้จ่าย (Benefit Pay Principle)	21
2.3	วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ	23
บทที่ 3	ระเบียบวิธีวิจัย	31
3.1	แนวทาง/ขั้นตอนการดำเนินงาน	31
3.1.1	พื้นที่ที่ศึกษา	31
3.2	วิธีการวางแผนการดำเนินงานรวมทั้งวิธีดำเนินการวิจัย (Research Methodology)	31
3.2.1	วิธีดำเนินการวิจัย	31
3.2.2	ระเบียบวิธีการวิจัย	32
3.2.3	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	32
3.2.4	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	33
3.2.5	วิธีวิเคราะห์ข้อมูล	34
บทที่ 4	นโยบายและกฎหมายไทยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ : ผลการศึกษาและวิเคราะห์	35
4.1	นโยบายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ	35
4.1.1	นโยบาย	35
4.1.2	หน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก	48
4.1.2.1	คณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง (กบร.)	48
	ก. องค์ประกอบของคณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง (กบร.)	48
	ข. อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง (กบร.)	49
4.1.2.2	สำนักงานคณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง (สปร.)	50
	ก. องค์ประกอบของสำนักงานคณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง (สปร.)	50
	ข. อำนาจหน้าที่ของสำนักงานคณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง (สปร.)	50

4.1.2.3	เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง	51
4.1.2.4	กรมควบคุมโรค	51
4.2	กฎหมาย และระเบียบ ข้อบังคับเกี่ยวกับแรงงานข้ามชาติในการรักษาพยาบาล	52
4.2.1	กฎหมาย	52
4.2.1.1	กฎหมายที่รับรองสิทธิแรงงานข้ามชาติ	52
4.2.1.2	กฎหมายที่คุ้มครองสิทธิแรงงานข้ามชาติ	54
4.2.1.3	กฎหมายที่ควบคุมแรงงานข้ามชาติ	59
4.2.2	แผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน พ.ศ. 2555-2559	64
4.2.3	แผนสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2557-2561	73
4.2.3.1	การเข้าถึงบริการสาธารณสุข	74
	ก. สภาพปัญหา	74
	ข. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ	74
4.2.3.2	ความเท่าเทียมของคุณภาพบริการ	75
	ก. สภาพปัญหา	75
	ข. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ	75
4.3	การดำเนินนโยบายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติในระดับชาติ	81
4.3.1	ออกประกาศกระทรวง	81
4.3.2	ตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพคนต่างด้าว	82
4.3.3	หลักเกณฑ์ตามประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 70/2557 วันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2557	84
4.3.4	การดำเนินงานจัดระบบแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมา ลาว และ กัมพูชา ตามมติคณะรัฐมนตรี ลงวันที่ 3 มีนาคม 2558 เรื่องการจัดระบบแรงงานข้ามชาติ 3 สัญชาติ	85
4.3.5	ความร่วมมือกับองค์การระหว่างประเทศ	90
4.4	นโยบายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติในระดับจังหวัด	91
4.4.1	ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพจังหวัดเชียงราย ปี 2557-2560	91
4.4.2	โครงการดูแลสุขภาพแรงงานต่างด้าวนโยบายการดำเนินการก่อนการ เข้าสู่การเป็นประชาคมอาเซียน ปี 2558	96
4.4.3	แนวทางปฏิบัติในการตรวจสุขภาพ และการประกันสุขภาพแรงงาน ข้ามชาติของจังหวัดเชียงราย	101

4.5	วิเคราะห์ นโยบาย และกฎหมายของไทย	102
บทที่ 5	ข้อมูลเชิงพื้นที่และสถานการณ์การรักษาพยาบาลในอำเภอเชียงแสน และอำเภอเชียงของ	105
5.1	ข้อมูลการปกครองของ อ.เชียงแสน และ อ.เชียงของ	105
5.2	สถานบริการสาธารณสุข	106
5.2.1	สถานบริการสาธารณสุขพื้นที่อำเภอเชียงแสน	106
5.2.2	สถานบริการสาธารณสุข พื้นที่อำเภอเชียงของ	107
5.3	การส่งต่อผู้ป่วย	108
5.4	ข้อมูลของแรงงานข้ามชาติและสถานการณ์การรักษาพยาบาล	109
5.4.1	เพศ อายุ และสัญชาติของแรงงานข้ามชาติ	110
5.4.2	ประเภทการใช้แรงงานของแรงงานข้ามชาติ	111
5.4.3	ช่วงปี พ.ศ. ที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย	113
5.3.4	ประเภทสิทธิของแรงงานข้ามชาติในการรักษาพยาบาล	113
5.4.5	การเลือกรักษาพยาบาลเมื่อแรงงานข้ามชาติเจ็บป่วย	115
5.4.6	ใบอนุญาตทำงานและบัตรประกันสุขภาพ	116
5.4.7	การตรวจสุขภาพประจำปี การฉีดวัคซีนป้องกันโรค และการเข้าร่วม อบรมในการวางแผนครอบครัว ป้องกันโรคระบาด หรือโรคติดต่อของ แรงงานข้ามชาติ	117
5.4.7.1	การตรวจสุขภาพประจำปี และการฉีดวัคซีนป้องกันโรค	117
5.4.7.2	การเข้าร่วมอบรมในการวางแผนครอบครัว ป้องกันโรคระบาด หรือโรคติดต่อที่จัดโดยหน่วยงานของรัฐ	117
5.4.7.3	การเข้าร่วมในการอบรมการวางแผนครอบครัว ป้องกันโรค ระบาด หรือโรคติดต่อซึ่งจัดโดยหน่วยงานภาคเอกชน	117
5.4.8	ทักษะของแรงงานข้ามชาติที่มีต่อนายจ้างเรื่องบัตรประกันสุขภาพและ การรักษาพยาบาล	119
5.4.8.1	การสนับสนุนของนายจ้างในการซื้อบัตรประกันสุขภาพ	119
5.4.8.2	การมีบัตรประกันสุขภาพ	119
5.4.9	ผู้ที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อบัตรประกันสุขภาพ	120
5.4.9.1	นายจ้างควรเป็นผู้จ่ายเงินค่าบัตรประกันสุขภาพ	120
5.4.9.2	แรงงานข้ามชาติควรเป็นผู้จ่ายเงินค่าบัตรประกันสุขภาพ	120

5.4.9.3	นายจ้างและลูกจ้างเป็นผู้จ่ายเงินค่าบัตรประกันสุขภาพ ร่วมกัน	120
5.4.10	การรับฐานโยบายและกฎหมายของประเทศไทยในการรับรองสิทธิ สุขภาพแรงงานข้ามชาติ	121
5.4.11	เสียงสะท้อนของแรงงานข้ามชาติในการรักษาพยาบาล	122
5.4.11.1	ปัญหาในการสื่อสาร	122
5.4.11.2	การให้บริการของเจ้าหน้าที่	122
5.4.11.3	การแจ้งขั้นตอนและเงื่อนไขการรักษาพยาบาล	122
5.4.11.4	การปฏิบัติอย่างเท่าเทียม	123
5.4.11.5	ความสะดวกสบาย	123
5.4.11.6	ระยะห่างจากสถานพยาบาล	123
5.4.12	การค้างชำระค่าบริการรักษาพยาบาล	124
5.5	วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาเชิงพื้นที่และปัญหาเชิงนโยบาย	126
5.5.1	แรงงานข้ามชาติ	126
5.5.2	นายจ้าง	127
5.5.3	สถานพยาบาล	127
5.5.4	การจัดการเชิงระบบรวมถึงขั้นตอนการดำเนินงานจากส่วนกลางมาสู่ ส่วนภูมิภาค	127
5.5.5	ความร่วมมือเชิงพื้นที่ชายแดน	127
5.5.6	นโยบายและกฎระเบียบ	128
5.5.7	ความร่วมมือกับองค์การระหว่างประเทศ	128
บทที่ 6	บทสรุปและข้อเสนอแนะ	130
6.1	บทสรุป	130
6.2	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	132
บรรณานุกรม		135
ภาคผนวก		

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ	41
2	กฎหมายที่เกี่ยวข้อง	60
3	แผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน พ.ศ. 2555-2559	65
4	แผนปฏิบัติการสิทธิมนุษยชน (ด้านสาธารณสุข) ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2557-2561)	77
5	รายละเอียดของประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ ของแรงงานต่างด้าว ลงวันที่ 13 สิงหาคม 2556	81
6	หลักเกณฑ์ตามประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 70/2557 วันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2557	84
7	สรุปขั้นตอนการดำเนินงานจัดระบบแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมา ลาว และ กัมพูชา	86
8	ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพจังหวัดเชียงราย ปี 2557 -2560	91
9	โครงการดูแลสุขภาพแรงงานต่างด้าวนโยบายการดำเนินการก่อนการเข้าสู่การเป็น ประชาคมอาเซียน ปี 2558	96
10	แสดงข้อมูลการปกครอง อ.เชียงแสน และ อ.เชียงของ	105
11	แสดงอัตราบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อ.เชียงแสน	106
12	จำนวนแรงงานข้ามชาติที่ขึ้นทะเบียนกับ รพช. เชียงของ	107
13	แสดงเพศ สัญชาติ และอายุของแรงงานข้ามชาติ	110
14	แสดงประเภทการใช้แรงงานของแรงงานข้ามชาติ	111
15	ปี พ.ศ. ที่เข้าทำงานในประเทศไทย	113
16	ประเภทสิทธิในการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ	114
17	การเลือกรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย	115
18	แสดงใบอนุญาตทำงานและบัตรประกันสุขภาพ	116
19	แสดงการตรวจสุขภาพประจำปี การฉีดวัคซีนป้องกันโรค และการเข้าร่วมอบรมในการ วางแผนครอบครัว ป้องกันโรคระบาด หรือโรคติดต่อของแรงงานข้ามชาติ	118
20	แสดงทัศนคติของแรงงานข้ามชาติที่มีต่อนายจ้างเรื่องบัตรประกันสุขภาพและการ รักษาพยาบาล	119
21	ผู้ที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อบัตรประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ	121
22	แสดงการรับรู้นโยบายและกฎหมายของประเทศไทยในการรับรองสิทธิสุขภาพแรงงาน	121

ข้ามชาติ

23	แสดงเสียงสะท้อนของแรงงานข้ามชาติในการรักษาพยาบาล	123
24	แสดงการค้างชำระค่ารักษาพยาบาล	124
25	แสดงข้อมูลการมารับบริการและค่าใช้จ่ายกลุ่มต่างด้วปีงบประมาณ 2554-2557	125

บทที่ 1

บทนำ

1. ที่มาและความสำคัญของปัญหา

จังหวัดเชียงรายตั้งอยู่เหนือสุดของประเทศไทยในภาคเหนือตอนบนมีเนื้อที่ทั้งหมด 11,678.36 ตารางกิโลเมตร หรือ 7,289,981 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 11.60 ของเนื้อที่ภาคเหนือตอนบน สำหรับอาณาเขตของจังหวัดเชียงรายนั้น ทิศเหนือ ติดต่อกับสหภาพพม่า และสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ทิศใต้ติดต่อกับจังหวัดลำปาง และจังหวัดพะเยา ทิศตะวันออกติดต่อกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว และทิศตะวันตกติดต่อกับจังหวัดเชียงใหม่ และสหภาพพม่า (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย, 2556 : 1) จากลักษณะเฉพาะของพื้นที่ซึ่งมีพรมแดนติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านหลายประเทศ ประกอบกับจังหวัดเชียงรายเป็นพื้นที่อยู่ในการพัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจเหนือ-ใต้ (North-South Economic Corridor: NSEC) เชื่อมโยง ไทย-พม่า/ ลาว-จีน และการพัฒนาแนวพื้นที่เศรษฐกิจตะวันออก-ตะวันตก (East-West Economic Corridor) เชื่อมโยง พม่า ไทย ลาว เวียดนาม¹ ทำให้มีการเคลื่อนย้ายประชากรในพื้นที่ และต่างพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเคลื่อนย้ายข้ามพรมแดน เพิ่มมากขึ้น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย, 2556 : 8)

การเคลื่อนย้ายข้ามพรมแดนในยุคสมัยชุมชนบุพกาล ได้แก่ การเดินทางข้ามถิ่นเพื่อหาอาหาร นับเป็นวิถีชีวิตอันสำคัญในการดำรงชีวิตรอดของชุมชน เมื่อมาถึงยุคล่าอาณานิคมและมีการค้นพบแผ่นดินใหม่หลายแห่ง หลายประเทศได้ก่อกำเนิดมาจากคนที่ข้ามมาจากแผ่นดินอื่นเกือบทั้งหมด จนทำให้

¹ โครงข่ายคมนาคมขนส่งเพื่อเชื่อมโยงพื้นที่เศรษฐกิจเหนือ-ใต้ (North-South Economic Corridor: NSEC) ระหว่างประเทศไทย พม่า ลาว จีน ประกอบด้วย 3 เส้นทางหลัก คือ

เส้นทาง R3a: คุณหมิง-ยู่ซี-หยวนเจียง—โมเฮย-ซีเมา-เฉียวเหมิงหยาง-บ่อหาน(จีน)-บ่อเต็น-ห้วยทราย(ลาว)-เชียงของ-เชียงราย-ตาก-กรุงเทพฯ(ไทย) ซึ่งมีจุดข้ามแดน 2 จุดหลัก คือ บ่อหาน(จีน)-บ่อเต็น(ลาว) กับ ห้วยทราย(ลาว)-เชียงของ(ไทย)

เส้นทาง R3b: เชียงตุง-ท่าซี้เหล็ก(พม่า)-แม่สาย-เชียงราย-ตาก-กรุงเทพฯ(ไทย) มีจุดข้ามแดนอยู่ที่ท่าซี้เหล็ก(พม่า)-แม่สาย(ไทย)

เส้นทาง R5: คุณหมิง-หลี่เหมอ-หยินซอ-โคหยวน—เม้งซื่อ-เฮียโค่ว(จีน)-ลาวโค-ฮานอย-ไฮฟอง(เวียดนาม) มีจุดข้ามแดนอยู่ที่ เฮียโค่ว(จีน)-ลาวโค(เวียดนาม)

อ้างอิงจาก อรรถวิภา ศิริผล และเสถียร ฉันทะ. จากบทความเรื่อง “การจัดการความทุกข์ทนข้ามพรมแดน: กรณีศึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีบริเวณชายแดนไทย-ลาว ในบริบทการพัฒนาเชิงอสมมาตรของกลุ่มน้ำโขง” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง “ในในความทุกข์ทนข้ามพรมแดน: กรณีศึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีบริเวณชายแดนไทย-ลาว” ในหนังสือ อนุภูมิภาคกลุ่มน้ำโขงได้ชะเง้องสี่เหลี่ยมเศรษฐกิจ โดย ยศ สันตะสมบัติ, เชียงใหม่: วนิตการพิมพ์, 2556, หน้า 318-319.

คนพื้นเมืองเจ้าของถิ่นกลายเป็นชนกลุ่มน้อยไปในที่สุด แม้เป็นความจริงที่จะกล่าวว่า โอกาสในชีวิตที่ดีกว่าเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของการย้ายถิ่นของมนุษย์ แต่ก็เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า สาเหตุของการย้ายถิ่นข้ามชาตินั้นมีทั้งความหลากหลายและความซับซ้อนอย่างยิ่ง สาเหตุหลักๆ ในการย้ายถิ่นข้ามชาติ/ข้ามพรมแดน ได้แก่ ความแตกต่างของความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ความแตกต่างของโครงสร้างทางประชากร ความขัดแย้งทางการเมือง เงื่อนไขทางสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรที่มีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ เป็นต้น (กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ, 1-5)

ในยุคสมัยของรัฐชาติ ชายแดน (Border) ถูกสร้างขึ้นมาเพื่อให้สัมพันธ์กับการสร้างอำนาจอธิปไตยเหนือเขตแดน ซึ่งในทางรัฐศาสตร์ความเป็นตัวตนของรัฐชาติตามอุดมคติจะต้องมีลักษณะสำคัญ 4 ประการคือ ประชากร ดินแดนที่แน่นอน รัฐบาล และอำนาจอธิปไตย² ชายแดนในแง่นี้จึงเป็นสถาบันที่เส้นเขตแดนถูกสมมติขึ้นมาเพื่อกำหนดขอบเขตพื้นที่ และควบคุมผู้คนในการก้าวข้ามไปมาระหว่างรัฐชาติหนึ่งกับอีกรัฐชาติหนึ่ง ชายแดนจึงถูกจัดระเบียบ (Orders) และกลายมาเป็นพื้นที่ของความมั่นคงเพื่อเป้าหมายและจุดประสงค์ทางการเมือง ช่วงทศวรรษที่ผ่านมาพื้นที่ชายแดนกลับมาเข้มงวดและการตรวจตราผู้คนเพิ่มมากขึ้นหลังจากเหตุการณ์ก่อการร้าย 11 กันยายน 2544 (ค.ศ. 2001) ในประเทศสหรัฐอเมริกา พื้นที่ชายแดนจึงกลายมาเป็นพื้นที่เสี่ยง (Risks) ทำให้เกิดความเข้มงวดในการตรวจตราและกีดกัน (Exclusions) ผู้คนข้ามแดนในพื้นที่ชายแดนของแต่ละประเทศ (Muller, 2009 อ้างถึงใน เสถียร ฉันทะ, 2555: 256) และประเด็นการแพร่ระบาดของโรคติดต่อที่ต้องมีการควบคุมเมื่อมีการเคลื่อนย้ายข้ามพรมแดนรัฐชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา มี เช่น โรคซาร์ ไข้หวัดนก และไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ เป็นต้น (Wooward, D. et.al,2001; Frank and Gomez-Dantes,2002 อ้างถึงใน เสถียร ฉันทะ, 2555: 257)

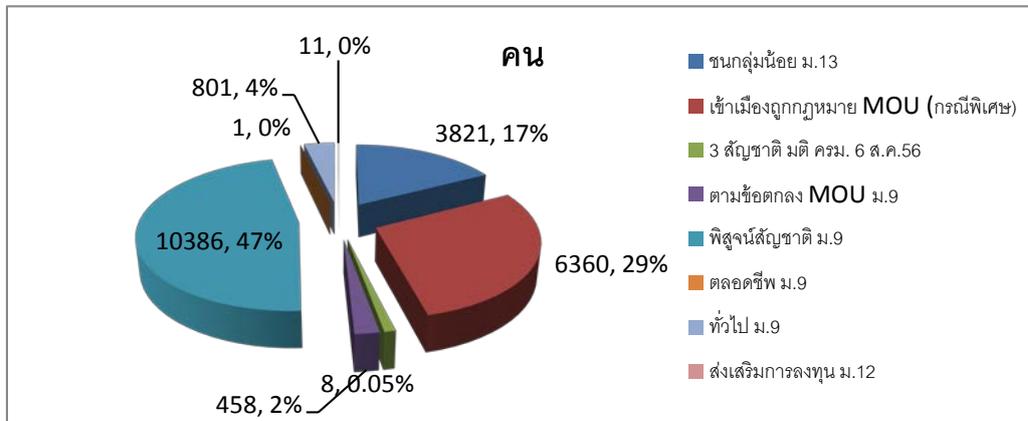
² ในทางกฎหมายระหว่างประเทศ รัฐเป็นผู้ทรงสิทธิ (Subject) หรือบุคคล (Person) โดยผู้ทรงสิทธิหรือบุคคลในกฎหมายระหว่างประเทศ หมายถึง ตัวตนซึ่งสามารถมีสิทธิและใช้สิทธิได้ (Subject) ในกรอบนิติสัมพันธ์ของสังคมระหว่างประเทศ (Ian Brownlie, 2003: 57) สถานะของรัฐในทางระหว่างประเทศจึงมีลักษณะเหมือนกับสถานะของพลเมืองหรือของผู้ถือกรรมสิทธิ์ในทรัพย์สินหรือของผู้เสียภาษีในกฎหมายภายใน โดยสถานะดังกล่าวจะเกิดจากกฎเกณฑ์ที่ใช้กับสถานะนั้น และใช้ปกครองความสัมพันธ์กับรัฐอื่นด้วย (จาตุรนต์ ภิระวัฒน์, 2547: 163) ซึ่ง อนุสัญญามอนเตเวเดโอว่าด้วยสิทธิและหน้าที่ของรัฐ (the Montevideo Convention on the Rights and Duties of States 1933) ได้พูดถึงความเป็นรัฐ (statehood) ในทางกฎหมายเอาไว้ใน ข้อ 1 รัฐในฐานะบุคคลตามกฎหมายระหว่างประเทศจะต้องประกอบด้วย คุณสมบัติต่อไปนี้ (เอ) จำนวนประชากรที่แน่นอน (a permanent population); (บี) ดินแดนที่ชัดเจน (a defined territory); (ซี) รัฐบาล (government) และ (ดี) ความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์กับรัฐอื่น (capacity to enter into relations with the other states) (Ian Brownlie, 2003: 70-71)

สำหรับการเดินทางย้ายถิ่นข้ามพรมแดนไปมาระหว่างประเทศไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นนับแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน สำหรับสาเหตุและปัจจัยสำคัญในการอพยพโยกย้ายที่ทำให้แรงงานจากประเทศเหล่านั้นต้องการเข้ามาหางานทำในประเทศไทย คือ อัตราความแตกต่างในระดับของพัฒนาการทางเศรษฐกิจ และอัตราค่าจ้างระหว่างประเทศไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน ดูจากผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติเฉลี่ยต่อประชากรหนึ่งคนของประเทศไทย สูงเป็น 6 เท่าของประเทศพม่า 7 เท่าของสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว และ 12 เท่าของกัมพูชา (Jerrold W. Huguet and Sureeporn Punpuing, 2548: 7) ข้อมูลขององค์การแรงงานระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐานยืนยันว่า ประเทศไทยเป็นเป้าหมายหลักในการอพยพโยกย้ายของประชากรจากประเทศเพื่อนบ้าน เช่น กัมพูชา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว และพม่า (International Organization of Migration, 2011: 68.)

ปัญหาจากแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามในประเทศ เช่น ปัญหาละเมิดสิทธิแรงงาน ปัญหาด้านการศึกษา ปัญหาการละเมิดทางเพศ และปัญหาทางสาธารณสุขซึ่งเป็นปัญหาการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข และการควบคุมโรคแก่แรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะแรงงานข้ามชาติผิดกฎหมาย และชนกลุ่มน้อยที่ยังไม่ได้รับสัญชาติไทย หากแรงงานกลุ่มนี้มีปัญหาสภาวะสุขภาพและต้องการบริการสาธารณสุข ก็จะไม่ได้รับสิทธิเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างทั่วถึง ทั้งนี้ด้วยเหตุผลที่เกิดจากการถูกเลือกปฏิบัติด้วยอคติและความกลัว ความยากลำบากในการสื่อสารด้วยภาษาไทย การไม่ได้อยู่ในระบบประกันสุขภาพ ความไม่เข้าใจถึงสิทธิประกันสุขภาพ การไม่กล้ามารับบริการเพราะกลัวที่จะถูกตำรวจจับ สถานพยาบาลอยู่ห่างไกล ชุมชน หรือความเชื่อต่างๆ และวิถีชีวิตที่ต้องเคลื่อนย้ายเสมอ (ภัสสร ลิมานนท์ และ นริศรา พึ่งโพธิ์สภา. 2553: 21)

จากข้อมูลของสำนักงานจัดหางานจังหวัดเชียงราย จังหวัดเชียงรายมีแรงงานข้ามชาติที่ได้รับอนุญาตทำงานทั้งหมดในไตรมาสที่ 1 ปี 2557 ณ วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2557 จำนวน 22,047 คน โดยแยกเป็น เข้าเมืองถูกกฎหมาย 18,017 คน เข้าเมืองผิดกฎหมาย 4,030 คน แยกเป็นแรงงานต่างด้าวชนกลุ่มน้อย 3,821 คน แรงงานต่างด้าวที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา 10,386 คน แรงงานต่างด้าวเข้าเมืองถูกกฎหมาย(MOU กรณีพิเศษ ตามมติ ครม.วันที่ 15 มกราคม พ.ศ. 2556) 6,360 คน แรงงานต่างด้าวเข้าเมืองถูกกฎหมาย (MOU ตามมติ ครม.วันที่ 6 สิงหาคม พ.ศ. 2556) 458 คน แรงงานต่างด้าวนำเข้าสัญชาติลาวและกัมพูชา 801 คน

แผนภูมิที่ 1 แสดงจำนวนแรงงานข้ามชาติที่ได้รับใบอนุญาตทำงานของจังหวัดเชียงราย จำแนกตามประเภทการได้รับอนุญาตคงเหลือ



ที่มา : สำนักงานจัดหางานจังหวัดเชียงราย ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2557 (รายงานสถานการณ์แรงงานจังหวัดเชียงราย ไตรมาสที่ 1 ปี 2557 : มกราคม – มีนาคม 2557, หน้า 27)

จากแผนภูมิต้นข้างต้นจะเห็นว่า แรงงานข้ามชาติที่เข้าเมืองผิดกฎหมายจำนวน 4,030 คน เป็นข้อมูลที่ได้รับได้จากสำนักงานจัดหางานจังหวัดเชียงราย ซึ่งเป็นหน่วยงานราชการที่ทำการจัดเก็บข้อมูล แสดงว่า เป็นข้อมูลจากกลุ่มแรงงานที่เข้าเมืองมาโดยผิดกฎหมาย ต่อมานายจ้างได้พาไปขึ้นทะเบียนกับจัดหางานจังหวัดเชียงราย กลุ่มแรงงานเหล่านี้ก็จะเข้าสู่ระบบการประกันสุขภาพ มีการตรวจสุขภาพและซื้อบัตรประกันสุขภาพ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาจากข้อมูลเชิงพื้นที่ที่เราจะพบว่า มีกลุ่มแรงงานข้ามชาติอีกเป็นจำนวนมากที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนแรงงานฯ และไม่มีบัตรประกันสุขภาพ

เมื่อพิจารณาเฉพาะพื้นที่อำเภอเชียงแสน และอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงรายซึ่งเป็นบริบทของพื้นที่ชายแดน เนื่องจากมีอาณาบริเวณติดแม่น้ำโขงซึ่งเป็นแม่น้ำระหว่างประเทศที่กั้นพรมแดนระหว่างประเทศไทยกับประเทศลาว และประเทศไทยกับประเทศพม่า สำหรับปัญหาด้านสาธารณสุขต่อประชากรทั้งสองฝั่งแม่น้ำโขงนั้นอาจเพิ่มโอกาสในการเจ็บป่วยทั้งจากโรคติดต่อ โรคอุบัติซ้ำ การจำหน่ายสินค้าอุปโภค-บริโภค ที่ไม่มีมาตรฐาน รวมถึงการแพร่ระบาดของยาเสพติดติดตามแนวพรมแดน ล้วนแต่มีผลกระทบต่อความมั่นคงด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อความมั่นคงด้านเศรษฐกิจ และความมั่นคงของประเทศ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย, 2556 : 8) ปัญหาทางด้านสาธารณสุข หรือสุขภาพของประชาชนบริเวณชายแดนถูกมองเป็นเพียงความเจ็บป่วยที่เกิดจากโรคบางโรค รวมทั้งส่วนราชการที่กีดกัน (Exclude) หรือควบคุมแรงงานต่างชาติเฉพาะบางโรค แต่ในความเป็นจริงปัญหาสุขภาพชายแดนมีมากไปกว่าเรื่องโรคติดต่อ โดยเฉพาะการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข และศักยภาพการให้บริการสาธารณสุขของแต่ละรัฐ (เสถียร ฉันทะ, 2555: 255) สำหรับ

ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ในประเทศไทยแรงงานข้ามชาติที่จดทะเบียนและมีบัตรสุขภาพจึงจะสามารถเข้าถึงการบริการได้ง่ายกว่ากลุ่มที่ไม่มีบัตร หรือกลุ่มที่ไม่สามารถมาขึ้นทะเบียนแรงงานข้ามชาติได้ รวมถึงกลุ่มผู้ติดตามและครอบครัวของแรงงานข้ามชาติด้วยเช่นกัน ทำให้เวลาที่แรงงานข้ามชาติกลุ่มนี้เจ็บป่วยขึ้นพวกเขาจะเลือกใช้วิธีการรักษาแบบตามมีตามเกิดมากกว่าการมารักษาที่โรงพยาบาล เพราะข้อจำกัดของการไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาโรค รวมถึงความกลัวจากการถูกจับ การไม่เข้าถึงสุขภาพเช่นนี้ทำให้แรงงานข้ามชาติ ตกอยู่ภายใต้ความเสี่ยงของการเป็นโรคเพิ่มมากขึ้น (อดิศร เกิดมงคล, 2552: 13)

นอกจากนี้ ผลกระทบต่อความมั่นคงด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อความมั่นคงด้านเศรษฐกิจของประเทศไทยเป็นจำนวนมาก และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในจังหวัดเชียงราย ที่ผ่านมา พบปัญหาภาระค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บไม่ได้จากแรงงานข้ามชาติที่ผิดกฎหมายเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์และโรงพยาบาลชุมชน 3 ปีย้อนหลัง ปีงบประมาณ 2554 จำนวน 12,176,588 บาท ปีงบประมาณ 2555 จำนวน 15,026,296 บาท และปีงบประมาณ 2556 จำนวน 12,966,179 บาท (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย, 2556: 18) ซึ่งเป็นจำนวนที่ค่อนข้างสูงและเป็นภาระของรัฐที่จะต้องแบกรับค่าใช้จ่ายดังกล่าว โดยส่วนใหญ่จะเป็นแรงงาน สัญชาติ พม่า ลาว และกัมพูชา รวมทั้งครอบครัวของแรงงานเหล่านี้ด้วย

Henk Van Houtum นักวิชาการผู้เชี่ยวชาญเรื่องอาณาบริเวณชายแดนได้รวบรวมงานเขียนและงานวิจัยเกี่ยวกับอาณาบริเวณชายแดน และความร่วมมือระหว่างประเทศในอาณาบริเวณชายแดน โดยทั่วไปในปัจจุบันและสรุปว่า สามารถจำแนกแนวทางการศึกษาออกได้เป็น 3 แนวทางใหญ่ ประกอบด้วย 1) การศึกษาที่เน้นเรื่องการผ่านเข้าออกของผู้คนและสิ่งของบริเวณชายแดน (Flow Approach) 2) การศึกษาที่มีจุดเน้นอยู่ที่ความร่วมมือข้ามแดน (Cross-Border Cooperative Approach) 3) การศึกษาที่ให้ความสนใจอยู่ที่เรื่องของคน (People Approach) (Henk Van Houtum, 2003: 73 อ้างถึงใน ไสภรัตน์ จารุสมบัติ และคณะ, 2548: 5-4,5-5,5-6)

ดังนั้น ในการจัดการปัญหาแนวชายแดน และความร่วมมือระหว่างประเทศในอาณาบริเวณชายแดน จากประเด็นปัญหาตามที่กล่าวมาข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญที่จะต้องศึกษาแนวนโยบายของรัฐ และกฎหมายที่จะรับรองสิทธิของแรงงานข้ามชาติในการรักษาพยาบาล ว่ามีอุปสรรคและปัญหาในการดำเนินการ และปฏิบัติตามข้อกำหนด ระเบียบ และข้อบังคับตามนโยบายและกฎหมายของประเทศไทยอย่างไรบ้าง แม้ว่าโดยหลักแรงงานข้ามชาติเหล่านี้จะต้องได้รับการดูแลทางด้านสุขภาพซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานตามหลักสิทธิมนุษยชนที่ปรากฏในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ค.ศ. 1948 และจะได้รับการรักษาทางการแพทย์ตามหลักมนุษยธรรมระหว่างประเทศที่ปรากฏในปฏิญญาเจนีวา (Declaration of

Geneva 1978) ซึ่งได้รับการรับรองโดยแพทยสมาคมแห่งโลก และแพทยสภาแห่งโลก ที่ให้ความสำคัญกับวิธีประพณี ปฏิบัติตนของแพทย์ โดยเฉพาะการเคารพชีวิตมนุษย์ การรักษาความลับผู้ป่วย การไม่นำเอาเชื้อชาติ ศาสนา เผ่าพันธุ์ การสังกัดพรรคการเมือง และสถานะในสังคมมาเป็นปัจจัยในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย (แม้จะไม่ได้กล่าวถึงสิทธิของผู้ป่วยหรือ สิทธิในสุขภาพโดยตรง) และข้อกำหนดระหว่างประเทศว่าด้วยจริยธรรมทางการแพทย์ (International Code of Medical Ethics) ซึ่งได้รับการรับรองโดยแพทยสมาคมแห่งโลก และแพทยสภาแห่งโลก (ศรีประภา เพชรมีศรี, 2548: 59) และตามหลักกฎหมายทั่วไป ประเด็นที่น่าสนใจคือประเทศไทยจะสามารถวางแผนรับมือ และเตรียมการ เพื่อป้องกันปัญหาทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่จะเกิดขึ้นในจังหวัดเชียงรายโดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นที่คาดการณ์ว่าจะมีการเคลื่อนย้ายแรงงานข้ามชาติเป็นจำนวนมาก ภายหลังการเปิดสะพานมิตรภาพไทย-ลาว แห่งที่ 4 ที่ อ.เชียงของ จ.เชียงราย และการเปิดเสรีอาเซียน ในปี พ.ศ. 2558 เพื่อหาแนวทางป้องกัน และขจัดปัญหาต่างๆ ที่จะตามมาดังที่กล่าวข้างต้น

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษานโยบาย และการดำเนินนโยบายของประเทศไทยว่าด้วยการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติในเขตพื้นที่ อำเภอเชียงแสน และอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาปัญหา และผลกระทบในการดำเนินการและการปฏิบัติตามข้อกำหนด ระเบียบ และข้อบังคับเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตลอดจนการสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติในเขต อำเภอเชียงแสน และอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย

3. คำถามการวิจัย

1. นโยบายว่าด้วยการรักษาพยาบาลแรงงานข้ามชาติควรมีลักษณะและการดำเนินการตามแนวนโยบายด้านการสาธารณสุขอย่างไร
2. กฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตลอดจนการสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติ ก่อให้เกิดผลกระทบและปัญหาในการดำเนินงานและการปฏิบัติงานของพนักงานของรัฐอย่างไร

4. ขอบเขตของการศึกษาวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้จะทำการศึกษาเฉพาะการรักษาพยาบาลในสถานบริการของรัฐในเขตอำเภอเชียงแสน และอำเภอเชียงของ ของกลุ่มแรงงานข้ามชาติจากประเทศพม่าและลาวที่เข้ามาทำงานในพื้นที่อำเภอเชียงแสน และอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย

5. คำจำกัดความ/นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

การรักษาพยาบาล หมายถึง การเข้าถึงการรักษาคนที่รู้สึกไม่สบายเพราะความเจ็บไข้ ความเจ็บป่วยความบกพร่อง หรือผิดปกติทางจิตใจและแพทย์เห็นว่าจำเป็นต้องรักษา ให้กลับสู่สภาพปกติ มิฉะนั้นจะเกิดอันตรายต่อสุขภาพของผู้ป่วย

แรงงานข้ามชาติ หมายถึง แรงงานจากประเทศพม่าและลาวที่เข้ามาทำงานในพื้นที่อำเภอเชียงแสน และอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงรายทั้งที่ขึ้นทะเบียน (Documented Migrant Worker) และไม่ได้ขึ้นทะเบียน (Undocumented Migrant Worker)

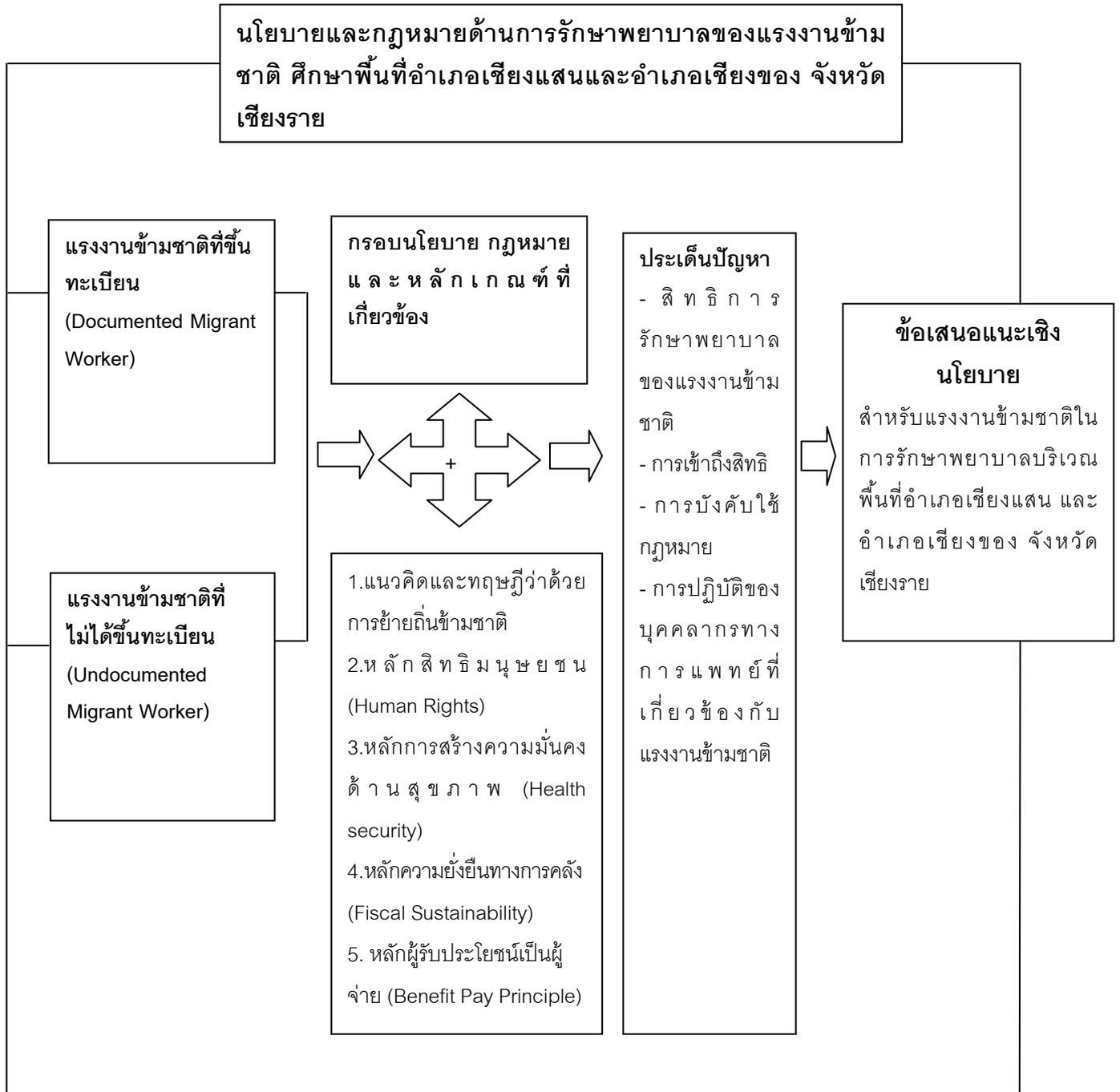
พนักงานของรัฐ หมายถึง เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานของรัฐ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่การเงิน เจ้าหน้าที่เวชทะเบียน สาธารณสุขอำเภอ สาธารณสุขจังหวัด

นักวิชาการ หมายถึง นักวิชาการสาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่ด้านนโยบายและแผนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

6. สมมติฐานการวิจัย

นโยบายและกฎหมายประเทศไทยในการรับรองสิทธิของแรงงานข้ามชาติในการรักษาพยาบาล มุ่งเน้นในทางด้านความมั่นคงของชาติ (National Security) มากกว่าความมั่นคงของมนุษย์ (Human Security) ซึ่งจะเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงสิทธิของแรงงานข้ามชาติในบางกลุ่มโดยเฉพาะแรงงานข้ามชาติที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน (Undocumented Migrant Worker)

6. กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 2

แรงงานข้ามชาติ และการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ : หลักการ แนวคิด และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดและทฤษฎีว่าด้วยการย้ายถิ่นข้ามชาติ และแรงงานข้ามชาติ

2.1.1 แนวคิดและทฤษฎีว่าด้วยการย้ายถิ่นข้ามชาติ

การย้ายถิ่น (Migration) หมายถึงการเคลื่อนย้ายเดินทางของประชากรจำนวนมากจากถิ่นพำนักของตนไปยังบริเวณอื่นซึ่งมีระยะห่างจากถิ่นพำนักเดิมพอสมควร โดยผู้ย้ายถิ่นมีความตั้งใจจะไปพำนักในถิ่นใหม่เป็นการชั่วคราว หรือถาวร การย้ายถิ่นอาจจะเป็นการย้ายถิ่นข้ามชาติ (ระหว่างประเทศต่างๆ) หรือภายในประเทศ (ระหว่างภาคต่างๆ) (กฤติยา อาชวนิจกุล, 2540: 41)

การย้ายถิ่น (Migration) กระบวนการเคลื่อนย้ายของประชากรในลักษณะของการย้ายถิ่นที่อยู่จากพื้นที่ซึ่งเป็นถิ่นที่อยู่ของตนแต่ดั้งเดิมไปอยู่ในอีกพื้นที่หนึ่ง ซึ่งอาจเป็นการย้ายถิ่นที่อยู่อย่างถาวรหรือเป็นเพียงช่วงระยะเวลาหนึ่ง ไม่ว่าจะเป็นการเคลื่อนย้ายจากประเทศหนึ่งไปยังอีกประเทศหนึ่ง หรือการเคลื่อนย้ายจากพื้นที่หนึ่งไปยังอีกพื้นที่หนึ่งภายในประเทศเดียวกัน ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลหรือสาเหตุใด (พัชรพลชัย วงศ์บุญสิน, 2553: 1-2)

คนงานย้ายถิ่นหรือแรงงานย้ายถิ่น (Migrant Workers) หมายถึง บุคคลซึ่งถูกว่าจ้างให้ทำงาน กำลังถูกว่าจ้างให้ทำงาน หรือเคยถูกว่าจ้างให้ทำงานโดยได้รับค่าตอบแทนในรัฐที่ตนไม่ได้เป็นคนของชาตินั้น (กฤติยา อาชวนิจกุล, 2540: 40)

ความซับซ้อนของการย้ายถิ่นข้ามชาติเกิดจากปัจจัยเกี่ยวข้องหลายอย่าง เช่น โครงสร้างของระบบเศรษฐกิจสังคม วัฒนธรรม การเมือง รวมถึงโครงสร้างทางประชากรที่แตกต่างกันในแต่ละซีกโลก ทวีปหรือประเทศ การวางกฎเกณฑ์เรื่องการเข้าเมืองที่สะท้อนถึงนโยบายว่าต้อนรับหรือจำกัดการย้ายถิ่นเข้าประเทศตน สำหรับประเทศที่มีพรมแดนติดต่อกันก็อาจมีปัญหาเขตแดนเข้ามาด้วย การคุ้มครองสิทธิแรงงานย้ายข้ามชาติไม่ว่าจะเข้าเมืองถูกกฎหมายหรือไม่ก็ตาม ปราบกฏอยู่ในรูปของกฎหมายระหว่างประเทศ โดยอาจเป็นข้อตกลงร่วมกันในระดับสากล ภูมิภาค พหุภาคี ทวิภาคี หรือองค์การระหว่างประเทศ เกิดพัฒนาแนวคิดใหม่ เพื่ออธิบายถึงความซับซ้อนและความเกี่ยวพันของสิ่งเหล่านี้ ได้แก่ **แนวคิดเชิงระบบการย้ายถิ่น (Migration System Approach)** ที่มองการย้ายถิ่นโดยพิจารณาความเป็น

ภูมิภาค เช่นการวิเคราะห์เชื่อมโยงการย้ายถิ่นของประเทศกลุ่มอาเซียนสู่ประเทศตะวันออกกลาง หรือวิเคราะห์กระแสการย้ายจากประเทศหนึ่งในทวีปหนึ่งทีไหลไปยังประเทศหนึ่งในอีกทวีปหนึ่ง มากกว่าการเน้นมองการย้ายถิ่นเข้า-ย้ายออก เพียงสองขั้ว คือระหว่างเฉพาะประเทศส่งแรงงาน หรือประเทศที่มีผู้ย้ายออกมาก กับประเทศปลายทางที่รับแรงงาน แนวคิดนี้ได้มีการพัฒนาและปรับปรุงขึ้นเพื่อลดข้อด้อยของแนวคิดดั้งเดิมที่ใช้ในการอธิบายปรากฏการณ์เรื่องการย้ายถิ่นฐาน คือ **แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยผลักดันในถิ่นต้นทางและปลายทาง (Push - Pull Theory)** โดยมีพื้นฐานมาจากการพิจารณาความแตกต่างทางบริบทสังคมระหว่างสองพื้นที่ (กฤติยา อาชวนิจกุล และคณะ,5-6) หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า **ปัจจัยผลักดันและดึงดูด (Push – Pull Factors)** โดยมีแนวคิดเบื้องต้นว่า การที่มนุษย์โยกย้ายถิ่นฐานของตนจากพื้นที่หนึ่งไปยังอีกพื้นที่หนึ่งนั้นเป็นการปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและ/หรือทางด้านสังคมที่เกิดขึ้นในลักษณะปฏิกริยาตอบสนองต่อปัจจัยต่างๆ ทั้งในพื้นที่ต้นทางและในพื้นที่ปลายทาง ปัจจัยผลักดันเป็นปัจจัยประเภทสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ต้นทาง ซึ่งผลักดันให้ประชากรในพื้นที่ซึ่งประสบปัญหานั้นคิดอยากย้ายไปที่อื่น ในขณะที่ปัจจัยดึงดูดเป็นปัจจัยในพื้นที่ปลายทางซึ่งมีคุณลักษณะน่าดึงดูดใจ กระตุ้นจูงใจให้มีการย้ายถิ่นเข้าไปยังพื้นที่นั้น (พัชรพลย์ วงศ์บุญสิน, 2553: 18) หากมองในด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยผลักดัน ได้แก่ ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำชบเซา ความยากจน ปัญหาการว่างงาน อุปสงค์ในตลาดงานมีน้อย ค่าจ้างต่ำ ส่วนปัจจัยดึงดูด ได้แก่ เศรษฐกิจเฟื่องฟูรุ่งเรือง อุปสงค์ในตลาดงานมีมาก ค่าจ้างสูง การขาดแคลนแรงงาน **ด้านสังคม ปัจจัยผลักดัน** ได้แก่ การแบ่งชั้นวรรณะทางสังคม การปิดกั้นโอกาสในการยกฐานะทางสังคม ส่วน**ปัจจัยดึงดูด** ได้แก่ ความเสมอภาคทางสังคม การเปิดโอกาสในการยกฐานะทางสังคม **ด้านการเมือง ปัจจัยผลักดัน** ได้แก่ ภาวะสงครามกลางเมือง การขาดเสถียรภาพทางการเมือง ส่วน**ปัจจัยดึงดูด** เช่น เสถียรภาพทางการเมือง หรือ**ด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยผลักดัน** ได้แก่ ภัยพิบัติทางธรรมชาติ มลภาวะ พื้นดินแห้งแล้ง **ปัจจัยดึงดูด** ได้แก่ พื้นดินและธรรมชาติอุดมสมบูรณ์ สภาพอากาศเหมาะแก่การดำรงชีวิต (พัชรพลย์ วงศ์บุญสิน, 2553: 42-43)

และแนวคิดทางโครงสร้างเชิงประวัติศาสตร์ (the Historical – Strucralist Approach) ที่มีฐานมาจากทฤษฎีเศรษฐศาสตร์การเมืองที่เน้นการพัฒนาที่ไม่เท่าเทียมกันทางเศรษฐกิจและอำนาจทางการเมืองในระบบเศรษฐกิจโลก โดยมองว่า การย้ายถิ่น คือการเคลื่อนย้ายแรงงานราคาถูกมาสู่แหล่งทุน ส่งผลให้การพัฒนาที่ไม่เท่าเทียมดำรงอยู่ได้ยาวนานขึ้น เพราะสนับสนุนการขูดรีดจากประเทศยากจนไปยังประเทศที่ร่ำรวยให้รวยมากยิ่งขึ้น (กฤติยา อาชวนิจกุล และคณะ,5-6)

กรอบแนวคิดและทฤษฎีในการย้ายถิ่นมีวิวัฒนาการมากขึ้น มีการขยายมุมมองครอบคลุมหลากหลายศาสตร์ เช่น ภูมิศาสตร์ ประชากรศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ เศรษฐศาสตร์การเมือง เป็นต้น เป็นวิวัฒนาการที่เริ่มจากการทำความเข้าใจกฎสู่การสร้างทฤษฎี และตัวแบบซึ่งมีสูตรการคำนวณเป็นสมการ โดยเริ่มจาก

มุมมองในเชิงโครงสร้างสู่พฤติกรรม และความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างกับพฤติกรรมของผู้ที่เกี่ยวข้อง เริ่มตั้งแต่ระดับปัจเจกชน คือผู้ที่ย้ายถิ่นเอง ผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับครัวเรือน ระดับสังคมที่กว้างออกไปจนถึงระดับรัฐ และเป็นวิวัฒนาการที่เริ่มจากมุมมองในระดับมหภาค (Macro) สู่ระดับจุลภาค (Micro) และในระยะหลังมีการพัฒนามุมมองในระดับเมโส (Meso)

ปัญหาด้านการสาธารณสุขของแรงงานข้ามชาติในบริเวณชายแดนของประเทศไทยติดกับประเทศเพื่อนบ้าน มีข้อค้นพบจำนวนมากที่แสดงว่าพื้นที่ชายแดนเป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของโรคติดต่อร้ายแรงมากกว่าพื้นที่ด้านในของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยโรคเอดส์ (Family Health International and Care International, 2000: 5) การเคลื่อนย้ายข้ามไปมาของของผู้คนข้ามแดนระหว่างประเทศไทย พม่า และลาว มีจำนวนสูงกว่าการเคลื่อนย้ายข้ามแดนของประเทศเพื่อนบ้านในภูมิภาคเดียวกันซึ่งได้แก่ เวียดนาม จีนตอนใต้ และลาว ข้อมูลจากการวิจัยชี้ให้เห็น แนวโน้มของผู้ติดเชื้อ HIV เพิ่มขึ้นซึ่งเป็นผลมาจากการเคลื่อนย้าย และการอพยพข้ามไปมาของผู้คนระหว่างลาวและประเทศไทย ในบางแขวงของลาวกำลังกลายเป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงมากขึ้น (Lyttleton and Amarapibal, 2002), (Family Health International and Care International, 2000: 7) และ ADB ได้ยืนยันว่ามีหลักฐานเพียงพอสรุปได้ว่า ชาวลาวที่ติดเชื้อ HIV ได้ติดเชื้อในฝั่งไทย (Asian Development Bank. Country Report: Laos People's Democratic Republic) นอกจากนี้ ยังมีโรคติดต่อร้ายแรงที่ฝังตัวอยู่ในบริเวณแนวชายแดน เช่น โรคเท้าช้าง โรคมาลาเรีย (โสภารัตน์ จารุสมบัติ และคณะ, 2548: 24-25) แม้ว่าข้อมูลเชิงสถิติของจำนวนผู้ติดเชื้อจากหน่วยงานต่างๆ ยังไม่มีความแน่นอนมากนัก แต่จากข้อมูลตัวเลขผู้ติดเชื้อในแขวงบ่อแก้วที่เพิ่มขึ้นดังปรากฏในรายงานจากทุกภาคส่วน อาจพอชี้ให้เห็นได้ว่า ภายในช่วงกว่า 10 ปี ของการพัฒนาภายใต้ความร่วมมือของโครงการสี่เหลี่ยมเศรษฐกิจ การเปิดชายแดนไทย-ลาวอย่างเป็นทางการ การเคลื่อนย้ายของผู้คน/สินค้าข้ามแดนที่สะดวกมากขึ้น และการเกิดขึ้นของเมืองชายแดนที่รองรับการเติบโตทางเศรษฐกิจและการท่องเที่ยวกลายเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญของผู้คนที่ชายแดนบริเวณนี้ (อรัญญา ศิริผล และเสถียร ฉันทะ, 2556: 327)

2.1.2 แรงงานข้ามชาติ (Migrant Worker)

แรงงานข้ามชาติ (Migrant Worker) หรือที่มักเรียกกันเป็นการทั่วไปว่า แรงงานต่างด้าว มีการให้นิยามเอาไว้ปรากฏอยู่ในตราสารระหว่างประเทศ เช่น องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization: ILO) ซึ่งปรากฏในอนุสัญญาฉบับที่ 97 ว่าด้วยการอพยพเพื่อการทำงาน (ฉบับปรับปรุง) พ.ศ. 2492 ข้อ 11 ซึ่งกำหนดว่า

“แรงงานข้ามชาติ หมายถึง บุคคลที่ย้ายถิ่นจากประเทศหนึ่งไปยังอีกประเทศหนึ่งเพื่อที่จะไปทำงานมากกว่าที่จะไปจ่ายเงินของตนเอง และรวมถึงบุคคลใดๆ ที่โดยปกติแล้วได้รับการยอมรับ

ว่าเป็นผู้อพยพเพื่อทำงาน แต่ไม่รวมถึงคนที่ทำงานตามบริเวณชายแดน จิตรกร หรือสมาชิกของกลุ่มผู้ข่านาญการที่เข้าเมืองระยะสั้น ชาวเรือ และลูกเรือเดินทะเลต่างชาติ”

และตามอนุสัญญาว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของบรรดาแรงงานข้ามชาติ และสมาชิกในครอบครัวของเขาเหล่านั้น ข้อ 2 กำหนดว่า

“แรงงานข้ามชาติ หมายถึง บุคคลที่จะถูกว่าจ้างให้ทำงาน กำลังถูกว่าจ้าง หรือเคยถูก ว่าจ้างทำงานโดยได้รับค่าตอบแทนในรัฐที่ตนไม่ได้เป็นคนของชาตินั้น”³

และในกฎหมายไทยตาม พระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2551 คนต่างด้าว หมายถึง บุคคลธรรมดาที่ไม่มีสัญชาติไทย นอกจากนี้ มีผู้ให้ความหมายของ “แรงงานข้ามชาติ” ว่า หมายถึง บุคคลที่ทำงานเป็นลูกจ้างในประเทศไทย โดยไม่ใช่คนที่มีสัญชาติไทยตามพระราชบัญญัติว่าด้วยสัญชาติ ซึ่งรัฐมีนโยบายนำเข้าแรงงานดังกล่าวเพื่อทดแทนแรงงานไทยที่ขาดแคลน โดยเฉพาะแรงงานจากประเทศพม่า ลาว และกัมพูชา (สิทธิศักดิ์ สามสี, 2548: 69)

2.1.3 ประเภทของแรงงานข้ามชาติ

องค์กรแรงงานระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน (International Organization for Migration : IOM) ได้แบ่งประเภทของแรงงานข้ามชาติ ออกเป็น 2 ประเภท ด้วยกัน (องค์กรแรงงานระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน (IOM), 2553, หน้า 7-11) กล่าวคือ

1) แรงงานข้ามชาติที่เข้าเมืองโดยถูกต้องตามกฎหมาย (Regular Migrant Worker)

แรงงานข้ามชาติที่เข้าเมืองโดยถูกต้องตามกฎหมายแบ่งเป็น 5 ประเภท ได้แก่ (1) ประเภทตลอดชีพ หมายถึง แรงงานข้ามชาติที่ได้รับอนุญาตทำงานตามประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 322 พ.ศ. 2515⁴ (2) ประเภทชั่วคราวแรงงานข้ามชาติที่ได้รับอนุญาตให้เข้ามาอยู่ในราชอาณาจักรเป็นการ

³ รวมคนงาน 8 ประเภท ได้แก่ คนงานที่ทำงานตามบริเวณชายแดน คนงานตามฤดูกาล ชาวเรือ คนงานที่ทำงานในสถานที่ทำงานนอกประเทศ คนงานที่ทำงานโยกย้ายไปมา คนงานที่ทำงานตามโครงการ คนงานที่มีกิจการของตนเอง คนงานที่คนงานที่ได้รับการว่าจ้างพิเศษให้ทำงานในประเทศที่ตนไม่ได้มีสัญชาตินั้น (แต่อย่างไรก็ตาม ไม่รวมถึง บุคคลที่เดินทางข้ามประเทศเพื่อทำงานในฐานะที่เป็นผู้ลงทุน (Investor) ผู้ลี้ภัย หรือบุคคลที่ไม่มีสัญชาติ (Refugees or Stateless Person) นักเรียน นักศึกษา หรือผู้ฝึกอบรม และผู้ทำงานภายใต้การว่าจ้างขององค์กรระหว่างประเทศ

⁴ บุคคลดังกล่าวเหล่านี้ได้แก่ แรงงานข้ามชาติผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทยตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมืองและทำงานอยู่ก่อนวันที่ที่ประกาศคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 322 ใช้บังคับ คือก่อนวันที่ 13 ธันวาคม พ.ศ. 2515 และได้ยื่นขอใบอนุญาตทำงานภายใน 90 วันนับแต่วันที่ประกาศคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 322 ใช้บังคับ และหากใบอนุญาตทำงานออกให้แล้วแต่แรงงานข้ามชาติยังไม่ได้รับใบอนุญาตและยังทำงานอยู่จนถึงวันที่พระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2521 ใช้บังคับ (22

ชั่วคราว (Non-Immigrant Visa) จะได้รับใบอนุญาตทำงานแบบชั่วคราว หรือแรงงานข้ามชาติที่มีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทยแล้วยื่นขอใบอนุญาตทำงาน ซึ่งเป็นไปตามหลักเกณฑ์ของพระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2551 (3) ประเภทส่งเสริมการลงทุน เช่น ตามพระราชบัญญัติปีโตรเลียมพระราชบัญญัตินิคมอุตสาหกรรม ซึ่งเรียกว่า ใบอนุญาตประเภทส่งเสริมการลงทุนจะออกให้แก่แรงงานข้ามชาติที่เข้าเมืองโดยถูกต้องตามกฎหมาย โดยถือวีซ่าประเภทคนอยู่ชั่วคราว (Non-Immigrant Visa) สำหรับระยะเวลาอาจจะมากกว่า 1 ปี ก็ได้ และสามารถขอต่อใบอนุญาตได้ (4) ประเภทที่เข้ามาทำงานภายใต้บันทึกความเข้าใจว่าด้วยการจ้างแรงงานระหว่างรัฐ (MOU) ได้แก่ แรงงานข้ามชาติจากประเทศลาวและกัมพูชาที่เข้ามาทำงานโดยถูกต้องตามกฎหมายตามที่ประเทศไทยได้ลงนามในบันทึกความเข้าใจว่าด้วยการจ้างแรงงานระหว่างรัฐ และ (5) แรงงานข้ามชาติที่ไม่อยู่ในบังคับมาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2551 ได้แก่ กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ได้รับเอกสิทธิ์และความคุ้มกันตามพระราชบัญญัติว่าด้วยเอกสิทธิ์และความคุ้มกันทางการทูต พ.ศ. 2527 ซึ่งเป็นไปตามพันธกรณีของประเทศไทยที่มีต่อสนธิสัญญากรุงเวียนนาว่าด้วยความสัมพันธ์ทางการทูต (Vienna Convention on Diplomatic Relations)⁵ และกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่มีสถานะเป็นบุคคลซึ่งปฏิบัติหน้าที่หรือภารกิจตามความตกลงที่รัฐบาลไทยทำไว้กับรัฐบาลต่างประเทศหรือองค์การระหว่างประเทศ บุคคลซึ่งปฏิบัติหน้าที่หรือภารกิจเพื่อประโยชน์ทางการศึกษา วัฒนธรรม ศิลปะ การกีฬา หรือกิจการอื่น ทั้งนี้ตามที่ได้กำหนดตามพระราชกฤษฎีกา และบุคคลอื่นที่รัฐบาลอนุญาตให้เข้ามาปฏิบัติหน้าที่หรือกิจการอย่างหนึ่งอย่างใด

2) แรงงานข้ามชาติที่เข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย (Irregular Migrant Worker)

แรงงานข้ามชาติที่เข้าเมืองโดยผิดกฎหมายแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่คือ แรงงานข้ามชาติที่เป็นชนกลุ่มน้อยของประเทศไทยที่ยังไม่ได้รับสัญชาติไทย และกลุ่มแรงงานข้ามชาติจากประเทศพม่า กัมพูชา และลาว ซึ่งตามมติคณะรัฐมนตรีถือเป็นแรงงานที่ได้รับการผ่อนผันให้มาทำงานเป็นการชั่วคราวระหว่างรอการพิสูจน์สัญชาติ และส่งกลับออกไปนอกราชอาณาจักร ตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง⁶ เพื่อทดแทนการขาดแรงงานในประเทศไทย (องค์การแรงงานระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน (IOM),

กรกฎาคม พ.ศ. 2521) ก็ต้องปรากฏว่าแรงงานข้ามชาตินั้นได้ได้รับใบอนุญาตทำงานภายใน 60 วัน นับแต่วันที่พระราชบัญญัติใช้บังคับ (ภายในวันที่ 19 กันยายน 2521) แรงงานข้ามชาตินั้นจึงจะได้รับใบอนุญาตทำงานตลอดชีพแต่ต้องไม่มีการเปลี่ยนแปลงอาชีพใหม่

⁵ ได้แก่ บุคคลในคณะผู้แทนทางการทูต บุคคลในคณะผู้แทนทางกงสุล ผู้แทนของประเทศสมาชิก และพนักงานขององค์การสหประชาชาติและทบวงการชำนัญพิเศษ รวมถึงคนรับใช้ส่วนตัวซึ่งเดินทางมาจากต่างประเทศเพื่อทำงานประจำกับบุคคลดังกล่าวด้วย

⁶ มาตรา 17 พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 “ในกรณีพิเศษเฉพาะเรื่อง รัฐมนตรีโดยอนุมัติของคณะรัฐมนตรีจะอนุญาตให้คนต่างด้าวผู้ใด หรือจำพวกใดเข้ามาอยู่ในราชอาณาจักรภายใต้เงื่อนไขใดๆ หรือจะยกเว้นไม่จำต้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัตินี้ในกรณีใดๆ ก็ได้”

2553, 7-11) นโยบายผ่อนผันดังกล่าวเริ่มตั้งแต่ปี 2539 โดยใช้มติคณะรัฐมนตรีประกาศการผ่อนผันเป็นครั้งๆ ไป และวางแนวปฏิบัติในการอนุญาตจดทะเบียนแรงงานข้ามชาติผิดกฎหมายเป็นรายปี โดยตั้งอยู่บนฐานคิดของการควบคุมจำนวนแรงงานที่ได้รับอนุญาต และผ่อนผันให้ทำงานได้เฉพาะอาชีพกรรมกรเท่านั้น (กฤตยา , 2550: 17-23) อย่างไรก็ตาม มติ ครม. ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 – 2550 ก็ยังคงจำกัดอาชีพให้แรงงานข้ามชาติจาก 3 ประเทศเพื่อนบ้านทำงานได้เพียงงานกรรมกร และคนรับใช้ในบ้านซึ่งไม่สอดคล้องกับความต้องการแรงงานต่างชาติ (กฤตยา และคณะ, 2552: 23)

ในงานวิจัยฉบับนี้ แรงงานข้ามชาติ หมายถึง แรงงานสัญชาติพม่าและลาวที่เข้ามาทำงานในพื้นที่อำเภอเชียงแสน และอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย ทั้งที่ขึ้นทะเบียน (Documented Migrant Worker) และไม่ได้ขึ้นทะเบียน (Undocumented Migrant Worker)

2.2 หลักการและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ

จากการศึกษาข้อมูลต่างๆ ของคณะผู้วิจัย พบว่ามีแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติได้แก่ หลักสิทธิมนุษยชน (Human Rights) หลักการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพ (Health security) หลักความยั่งยืนทางการคลัง (Fiscal Sustainability) และ หลักผู้รับประโยชน์เป็นผู้จ่าย (Benefit Pay Principle) ซึ่งมีรายละเอียดตามที่จะกล่าวต่อไปนี้

2.2.1 หลักสิทธิมนุษยชน

2.2.1.1 สิทธิมนุษยชน (Human Rights)

แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชน (Human Rights) มีมานานแล้วนับตั้งแต่สมัยกรีก ซึ่งใกล้เคียงกับแนวความคิดในเรื่องกฎหมายธรรมชาติ พวกนักคิดสำนักสโตอิก (Stoic) เป็นผู้สถาปนาขึ้นมา โดยเชื่อว่า ธรรมชาติสร้างมนุษย์และสรรพสิ่งในจักรวาลทั้งหมด การกระทำของมนุษย์จักต้องสอดคล้องกับกฎของธรรมชาติ เป็นกฎนิรันดร์ ไม่อาจลบล้างได้โดยกฎใดๆ แนวความคิดของสำนักสโตอิกมีอิทธิพลในกรีก และได้แพร่ขยายไปยังโรมัน แนวคิดเรื่องกฎหมายธรรมชาติจึงได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของกฎหมายโรมัน ซึ่งบังคับใช้กับบรรดารัฐต่างๆ ที่อยู่ในจักรวรรดิโรมัน (เป็น jus gentium หรือ law of nations) ในยุคกลางแนวคิดดังกล่าวได้กลายมาเป็นแนวคิดทางการเมือง เพื่อเรียกร้องสิทธิเสรีภาพ อิศรภาพ และภราดรภาพ เมื่อถึงสมัยยุคฟื้นฟูศิลปวิทยา (Renaissance) ศตวรรษที่ 16-17 เกิดนักคิดหลายคน เช่น จอห์น ลอค (John Lock), มงเตสกีเอร์ (Montesquier) หรือรูสโซ (Jean Jacques rousseau) ให้ความสำคัญกับสิทธิบางประการที่มนุษย์มีมาแต่กำเนิด ได้แก่สิทธิในชีวิต เสรีภาพ และทรัพย์สิน มนุษย์ยอมอยู่ในการปกครองของรัฐ เพื่อให้ปกป้องสิทธิเหล่านั้น สิทธิที่รัฐมีอยู่เหนือตัวปัจเจกชนตามสัญญา (Social Contract) ก็เพื่อให้รัฐคุ้มครอง (วิชัย ศรีรัตน์, 2543 : 1-4) เกิดเป็นสัญญาประชาคม ดังนั้นการที่รัฐออก

กฎหมายมากดขี่ข่มเหงประชาชน วางบทลงโทษที่ทารุณโหดร้ายจึงเป็นการขัดกับความเป็นธรรมทั่วไป และขัดต่อกฎหมายธรรมชาติ (สำนักวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง, 2549 : 28)

คำว่า “สิทธิมนุษยชน (Human Rights)” เป็นคำที่เกิดขึ้นใหม่หลังสงครามโลกครั้งที่สอง ภายหลังจากก่อตั้งองค์การสหประชาชาติ (the United Nations) โดยเมื่อ ค.ศ. 1948 สมัชชาแห่งสหประชาชาติ (the General Assembly) มีมติให้ประกาศรับรองหลักการเรื่องสิทธิมนุษยชน เรียกว่า ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ค.ศ.1948 (the Universal Declaration of Human Rights 1948) (องค์กรแรงงานระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน (IOM), 2553 : 7) ซึ่งตามหลักเกณฑ์ของกฎหมายระหว่างประเทศนั้น ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ไม่ใช่สนธิสัญญาระหว่างประเทศ จึงปราศจากผลผูกพันทางกฎหมาย และไม่ก่อให้เกิดพันธกรณีทางกฎหมายให้ต้องปฏิบัติตาม แต่อย่างไรก็ตาม รัฐสมาชิกขององค์การสหประชาชาติต้องเคารพต่อหลักการแห่งสิทธิมนุษยชน โดยถือเป็นมาตรฐานขั้นต่ำที่รัฐพึงจัดให้มีมาตรการเพื่อส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของประชาชน เสมือนว่าปฏิญญาฯ เป็นหลักกฎหมายหนึ่งขององค์การสหประชาชาติ (Ian Brownie, 2003 : 534-535), (จตุรนต์ ธิระวัฒน์, 2547 : 324)

จากคำปรารภของปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ค.ศ. 1948 เมื่อพิจารณาจากอารัมภบท (Preamble) ที่ว่า “โดยที่การยอมรับนับถือเกียรติศักดิ์ประจำตัวและสิทธิที่เท่าเทียมกัน และโอนมิได้ของบรรดาสมาชิกทั้งหลายแห่งครอบครัวมนุษย์ เป็นหลักมูลเหตุแห่งอิสรภาพ ความยุติธรรม และสันติภาพในโลก” สิทธิมนุษยชน จึงหมายถึง สิ่งจำเป็นสำหรับคนทุกคนที่ต้องได้รับในฐานะที่เป็นคน เพื่อให้คนนั้นมีชีวิตรอดและมีการพัฒนา ซึ่งสิทธิมนุษยชนมี 2 ระดับ กล่าวคือ

1) สิทธิที่ติดตัวแต่เกิด ไม่สามารถถ่ายโอนแก่ผู้อื่นได้ อยู่เหนือกฎหมายและอำนาจใดๆ ของรัฐทุกรัฐ เช่น สิทธิในชีวิตและร่างกาย ห้ามการค้ามนุษย์ ห้ามการทรมานอย่างโหดร้าย สิทธิทางศาสนา ทางการเมือง มีเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็นและแสดงออก เป็นต้น สิทธิมนุษยชนเหล่านี้ไม่ต้องมีกฎหมายรองรับ ก็ดำรงอยู่ ทุกคนมีจิตสำนึกู้ได้เองว่าการฆ่าคนเป็นสิ่งที่ต้องห้าม เป็นบาปในทางศาสนา

2) สิทธิที่ต้องได้รับการรับรองในรูปของกฎหมาย หรือต้องได้รับการรับรองโดยรัฐบาล เช่น การได้รับสัญชาติ การได้รับความคุ้มครองในฐานะแรงงาน การได้รับบริการทางสาธารณสุข การได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐาน เป็นต้น (องค์กรแรงงานระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน (IOM), 2553 : 36-37.)

ในทฤษฎีของ ศาสตราจารย์ เสน่ห์ จามริก สิทธิมนุษยชนมีรากฐานของมันอยู่ในธรรมชาติของมนุษย์เอง ไม่ว่ามนุษย์จะเกิดมามีเสรี หรือเสมอภาคกันหรือไม่ก็ตาม (ศรีประภา เพชรมีตรี,

2548: 1) นอกจากนี้ ศาสตราจารย์ คีนิง ฤๅไชย ได้กล่าวว่าหลักการสำคัญของ “สิทธิมนุษยชน (Human Rights) คือ การที่มนุษย์ต้องเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของความเป็นมนุษย์ด้วยกัน สิทธิมนุษยชนเป็นสิทธิของความเป็นมนุษย์ เป็นสิทธิของคนทุกคนที่เกิดมา กฎหมายไม่จำเป็นต้องสร้างสิทธินี้ขึ้นมาใหม่ เพราะมีอยู่เดิมแล้ว กฎหมายเพียงแต่ออกมาเพื่อรองรับให้เกิดความชัดเจนและเพื่อคุ้มครองให้สิทธินี้คงอยู่ตลอดไป” (กุลพล พลวัน, 2547 : 1)

ตามพระราชบัญญัติคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ พ.ศ. 2542 มาตรา 3 “สิทธิมนุษยชน หมายความว่า ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคของบุคคลที่ได้รับการรับรองหรือคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย หรือตามกฎหมายไทย หรือตามสิทธิสัญญาที่ประเทศไทยมีพันธกรณีที่จะต้องปฏิบัติตาม” (พระราชบัญญัติคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ พ.ศ. 2542)

กล่าวโดยสรุป สิทธิมนุษยชน (Human Rights) หมายถึง สิทธิที่มีตามธรรมชาติ ซึ่งติดตัวมนุษย์มาตั้งแต่เกิด โดยมีความเป็นสากล และมีการรับรองไว้ในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน หรือกติกาอนุสัญญา ข้อตกลงระหว่างประเทศด้านสิทธิมนุษยชน ที่ทุกประเทศทั่วโลกให้การรับรอง (องค์การแรงงานระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน (IOM), 2553 : 46)

2.2.1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดด้านสิทธิมนุษยชนและการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ

แนวความคิดด้านสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพพยาบาลทางการแพทย์ ในทางกฎหมายระหว่างประเทศปรากฏชัดในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ค.ศ. 1948 (The Universal Declaration of Human Right 1948) โดยข้อ 25 (1) กำหนดให้ ทุกคนมีสิทธิในมาตรฐานการครองชีพอันเพียงพอสำหรับสุขภาพ และความอยู่ดีของตนและครอบครัว รวมทั้งอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และการดูแลสุขภาพทางการแพทย์ และบริการสังคมที่จำเป็น และมีสิทธิในหลักประกันยามว่างงาน เจ็บป่วย พิกار หมาย ้วยชรา หรือปราศจากการดำรงชีพอื่นในสภาวะแวดล้อมนอกเหนือการควบคุมของตน⁷ นอกจากนี้ ในอารัมภบทตามธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 1948 (The Constitution of the

⁷ Universal Declaration of Human Right 1948

Article 25 (1) Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family, including food, clothing, housing and medical care and necessary social services and the right to security in the event of unemployment, sickness, disability, widowhood, old age or other lack of livelihood in circumstances beyond his control.

World Health Organization 1948) ก็ได้ยืนยันหลักการนี้เช่นเดียวกัน⁸ ตามกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ค.ศ. 1966 (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights 1966 (ICESCR)) ข้อ 12 (1) รัฐภาคีแห่งกติกาฉบับนี้รับรองสิทธิของทุกคนที่จะมีมาตรฐานแห่งสุขภาพทั้งทางกายและทางใจที่สุดเท่าที่จะทำได้⁹ อนุสัญญาว่าด้วยประเทศว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติทางเชื้อชาติในทุกรูปแบบ (Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination 1965) ข้อ 5 (อี) (4) รัฐภาคีจะต้องประกันสิทธิของบุคคลทุกคนอย่างเสมอภาคกันภายใต้กฎหมายโดยปราศจากการแบ่งแยกทางเชื้อชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับรองสิทธิของบุคคลที่จะรับการบริการทางด้านสาธารณสุข การดูแลรักษาทางการแพทย์ และบริการสังคมที่จำเป็น¹⁰ อนุสัญญาว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในทุกรูปแบบ ค.ศ. 1979 (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women 1979) ข้อ 11 (1) รัฐภาคีจะใช้มาตรการที่เหมาะสมทุกอย่าง เพื่อขจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในด้านการจ้างงานเพื่อที่จะประกันสิทธิอันเดียวกันบนพื้นฐานของความเสมอภาคของบุรุษและสตรีโดยเฉพาะอย่างยิ่ง (จ) สิทธิที่จะคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยในสภาพการทำงานต่างๆ รวมทั้งการให้ความปลอดภัยเกี่ยวกับการทำหน้าทีด้านการมีบุตรสืบพันธุ์¹¹ และข้อ 12 (1) รัฐภาคีจะใช้มาตรการที่เหมาะสมทุกอย่างเพื่อขจัดการเลือก

⁸ Constitution of The World Health Organization 1948

Preamble:

Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition.

⁹ International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights 1966

Article 12 (1) States Parties recognize the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health.

¹⁰ Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination 1965

Article 5 In compliance with the fundamental obligations laid down in article 2 of this Convention, States Parties undertake to prohibit and to eliminate racial discrimination in all its forms and to guarantee the right of everyone, without distinction as to race, colour, or national or ethnic origin, to equity before the law, notably in the enjoyment of the following rights: General comment on its implementation....

(e) Economic, social and cultural rights, in particular: ...

(iv) The right to public health, medical care, social security and social services; ...

¹¹ Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women 1979

Article 11

1.State Parties shall take all appropriate measures to eliminate discrimination against women in the field of employment in order to ensure, on a basis of equality of men and women, the same rights, in particular:..

ปฏิบัติต่อสตรีในด้านการรักษาสุขภาพ เพื่อประกันการมีโอกาสได้รับการบริการในการรักษาสุขภาพ รวมทั้งบริการที่เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว บนพื้นฐานของความเสมอภาคของบุรุษและสตรี (2) ภายใต้บทบัญญัติวรรค 1 ของข้อนี้ รัฐภาคีจะประกันให้สตรีได้รับบริการที่เหมาะสมเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอดบุตรและระยะหลังคลอดบุตร โดยการให้บริการแบบให้เปล่าเมื่อจำเป็น รวมทั้งการให้โภชนาการที่เพียงพอระหว่างการตั้งครรภ์และระยะการให้นม¹² และอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก ค.ศ.1989 (Convention on the Rights of the Child 1989) ข้อ 24 รัฐภาคียอมรับในสิทธิของเด็กที่จะได้รับมาตรฐานสาธารณสุขที่สูงที่สุดเท่าที่จะหาได้ และสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการบำบัดรักษาความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสุขภาพ รัฐภาคีจะพยายามดำเนินการที่จะประกันว่าไม่มีเด็กคนใดถูกกีดกันสิทธิในการรับบริการดูแลสุขภาพเช่นว่านั้น¹³ (John Harrington and Maria Stuttaford, 2010 : 1)

เมื่อ สิทธิทางสุขภาพ (Right to health) เป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานที่รัฐในประชาคมระหว่างประเทศต่างก็ยอมรับให้เป็นสิทธิเบื้องต้นที่มนุษย์ทุกคนควรจะได้รับอย่างเท่าเทียมกัน ประเทศไทยเป็นหนึ่งในรัฐภาคีสมาชิกมีพันธกรณีในการให้ความคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐานแก่แรงงานข้ามชาติตามหลักสิทธิมนุษยชนด้วยโดยสิทธิของแรงงานข้ามชาติด้านการรักษาพยาบาล แม้จะยังมีข้อถกเถียงถึงสิทธิที่ต้องจัดหาให้กับบุคคลภายใต้อธิปไตยของตนเองว่า "สิทธิ" นี้ครอบคลุมไปถึงคนกลุ่มใดบ้าง แม้รัฐไทยจะเป็นภาคีประชาคมระหว่างประเทศเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิในสุขภาพนั้น แต่ประเทศไทยยังขาดความชัดเจนในทางปฏิบัติ มีการตีความคลุมเครือและมีคำปรากฏเพียง "การเข้าถึงบริการสาธารณสุข" เท่านั้น ถึงแม้ว่า

(f) The right to protection of health and to safety in working conditions, including the safeguarding of the function of reproduction.

¹² Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women 1979

Article 12

State Parties shall take all appropriate measures to eliminate discrimination against women in the field of health care in order to ensure, on a basis of equality of men and women, access to health care services including those related to family planning.

Notwithstanding the provision of paragraph 1 of this article, State Parties shall ensure to women appropriate services in connection with pregnancy, confinement and the post – natal period, granting free services where necessary, as well as adequate nutrition during pregnancy and lactation.

¹³ Convention on the Rights of the Child 1989

Article 24 (1) States Parties recognize the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health and to facilities for the treatment of illness and rehabilitation of health. States Parties shall strive to ensure that no child is deprived of his or her right of access to such health care services.

ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550 จะมีการบัญญัติไว้ (บงกช , 2551 อ้างถึงใน เสถียร
ฉันทะ, 255: 275)

2.2.2 หลักการสร้าง ความมั่นคงด้านสุขภาพ (Health security)

ความมั่นคงทางด้านสุขภาพถือเป็นองค์ประกอบหนึ่งของความมั่นคงของมนุษย์ (Human Security)¹⁴ โดยโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ หรือ UNDP (The United Nations Development Programme) ได้จัดทำเอกสาร UNDP's Human Development Report ประจำปี 1994 ซึ่งนำเสนอแนวคิดเรื่องของความมั่นคงของมนุษย์ ในบทที่มีชื่อว่า “Redefining Security: The Human Dimension” และได้ประกาศองค์ประกอบของความมั่นคงของมนุษย์ไว้ 7 องค์ประกอบ ดังนี้

- 1) ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ (Economic security)
- 2) ความมั่นคงทางอาหาร (Food security)
- 3) ความมั่นคงทางสุขภาพ (Health security)
- 4) ความมั่นคงด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental security)
- 5) ความมั่นคงส่วนบุคคล (Personal security)
- 6) ความมั่นคงของชุมชน (Communities security)
- 7) ความมั่นคงทางการเมือง (Political security)

UNDP ได้ให้นิยามว่า “ความมั่นคงทางด้านสุขภาพ” (Health security) หมายถึง ประชาชนมีสุขภาพดี ปลอดภัยจากโรคติดต่อต่าง ๆ และความเจ็บไข้ได้ป่วยอื่น ๆ รวมถึงความสามารถในการเข้าถึงบริการด้านการรักษาพยาบาลของทุก ๆ คน

สำหรับภัยในการคุกคามต่อความมั่นคงทางสุขภาพ เช่น โรคติดต่อ เช่น HIV โรคติดต่ออื่น ๆ โรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น มะเร็ง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ฆาตน้ำดื่มที่สะอาดและปลอดภัย อากาศเป็นพิษ ขาดระบบบริการสุขภาพสำหรับประชาชนโดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาส (สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงการ

¹⁴ ความมั่นคงของมนุษย์ คือ การที่เด็กมีชีวิตอยู่รอด การที่โรคไม่แพร่กระจายของโรค การไม่ต้องถูกออกจากงาน การที่ไม่ต้องใช้ความรุนแรงเพื่อขจัดความขัดแย้งของชนเผ่า การไม่ถูกลักขโมยให้ปิดปากเงียบไม่เห็นด้วย ความมั่นคงของมนุษย์จึงไม่เกี่ยวข้องกับอาวุธยุทธโศภกรณ์ หากเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของประชาชนมีชีวิตในสังคม วิถีแห่งความเป็นอิสระที่สามารถหาทางเลือกของตน โอกาสต่าง ๆ ในสังคม และการดำเนินชีวิตอยู่ภายใต้ความสงบสุขปราศจากความขัดแย้ง

รายงานของ UNDP เน้นคุณค่าของความมั่นคงไปในเรื่องความปลอดภัย (Safety) ความเป็นอยู่ที่ดี (well-being) และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (Dignity of human-being) ในการดำรงชีวิตประจำวัน

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, มปป.:39-40), (รายงานการศึกษาฉบับสมบูรณ์โครงการ การศึกษาและพัฒนามาตรฐานและตัวชี้วัดความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงการ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

2.2.3 หลักความยั่งยืนทางการคลัง (Fiscal Sustainability)

ความยั่งยืนทางการคลัง (Fiscal Sustainability) หมายถึง สภาพการณ์ที่ฐานะการคลังของ ประเทศมีความมั่นคงอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนานพอสมควร ซึ่งความมั่นคงนี้สามารถมีได้หลาย นิยาม แต่โดยทั่วไปหมายถึงการไม่มีหนี้สาธารณะที่มากเกินไปกว่าความสามารถในการชำระคืนหรือเป็น ภาระมากจนรายจ่ายเพื่อการชำระหนี้เบียดบังรายจ่ายอื่นๆ ที่จำเป็นจนมีผลกระทบต่อการพัฒนา ประเทศในระยะยาว (สมชัย จิตสุชน, 2549)

ตัวอย่างเกณฑ์ความยั่งยืนทางการคลังของประเทศไทย เช่น

- หนี้สาธารณะไม่เกินร้อยละ 50 ของ GDP (Debt to GDP Ratio : Debt/GDP)
- ภาระการกู้ยืมไม่เกินร้อยละ 20 ของงบประมาณรายจ่ายประจำปี
- งบประมาณการลงทุนไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 เป็นต้น

เพื่อรักษาความยั่งยืนทางการคลัง (Fiscal Sustainability) ในระยะยาว กฎเกณฑ์ทางการคลัง สามารถสร้างเสถียรภาพทางการคลังหรือ ความยั่งยืนทางการคลัง ในระยะยาวได้ โดยการควบคุมรายจ่าย และการก่อหนี้ของรัฐบาล หรือกำหนดเพดานของตัวชี้วัดทางการคลังอื่นๆ ซึ่งโดยทั่วไปแล้ว หมายถึง การออกกฎเกณฑ์เพื่อหลีกเลี่ยงการเพิ่มระดับหนี้สาธารณะ โดยการกำหนดเพดานหนี้สาธารณะต่อ GDP ในระดับที่สอดคล้องกับการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและไม่ก่อให้เกิดภาระทางการคลังในระยะยาว หรือไม่สร้างภาระให้กับคนรุ่นหลังอย่างไรก็ตาม กฎเกณฑ์ทางการคลังจะต้องไม่เบียดบังการใช้ทรัพยากร ของภาคเอกชนหรือไม่ลงทุนซ้ำซ้อนกับภาคเอกชน (Crowding Out of Private Investment) กล่าวคือ การ กู้เงินหรือการก่อหนี้ของรัฐบาลในระดับสูงจนเป็นผลให้ต้นทุนในการกู้ยืมหรือระดับอัตราดอกเบี้ยในตลาด และราคาปัจจัยการผลิตเพิ่มสูงขึ้นมาก รัฐจะมีความยั่งยืนทางการคลังก็ต่อเมื่ออัตราหนี้ส่วนสาธารณะต่อ ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศไม่ขยายตัวสูงขึ้นในระยะยาว

กรณีภาระค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์แต่เพียงแห่ง เดียวของจังหวัดเชียงรายไม่สามารถเรียกเก็บจากผู้ป่วยซึ่งเป็นแรงงานข้ามชาติ ถือว่าเป็นเป็นส่วนหนึ่งที่จะ กระทบถึงหลักความยั่งยืนทางการคลัง

2.2.4 หลักผู้รับประโยชน์เป็นผู้จ่าย (Benefit Pay Principle)

หลักการหนึ่งที่มีสาระสำคัญว่า ผู้ใดได้รับประโยชน์จากบริการหรือกิจกรรมใดของรัฐ ผู้คนพึงเสียภาษีให้รัฐ ซึ่งเป็นเรื่องการเก็บภาษีที่บังคับตามหลักประโยชน์ (Benefit Taxation) โดยหลักการนี้มีที่มาจากหลักความเป็นธรรม (Equity) ซึ่งมองว่า ระบบภาษีที่ดีควรกระจายภาระภาษีไปยังประชาชนอย่างเท่าเทียมกัน (Fair Share) (library.senat.go.th/documents/Ext7980/7980_0011.pdf) ดังนั้นจากแนวคิดดังกล่าวเมื่อมาเทียบเคียงกับเรื่องสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ เมื่อนายจ้างซึ่งเป็นผู้รับประโยชน์จากการทำงานของลูกจ้าง ควรจะเป็นผู้มีส่วนช่วยเหลือลูกจ้างในการซื้อบัตรประกันสุขภาพ แต่รัฐจะต้องสร้างแรงจูงใจหรือมาตรการลดหย่อนทางด้านอื่นๆ แก่นายจ้าง เป็นต้น

จากหลักการและแนวคิดเกี่ยวกับหลักสิทธิมนุษยชน (Human Rights) หลักการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพ (Health security) หลักความยั่งยืนทางการคลัง (Fiscal Sustainability) และหลักผู้รับประโยชน์เป็นผู้จ่าย (Benefit Pay Principle) ที่กล่าวมาข้างต้นนั้น ในงานวิจัยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติขึ้นนี้ผู้วิจัยมุ่งเน้นประเด็นสิทธิมนุษยชนเป็นหลัก โดยหลักการและแนวคิดอื่นๆ จะมีการกล่าวถึงบ้างเพียงเล็กน้อย

2.3 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ

ในการสรุปผลการวิจัยเบื้องต้นเรื่องกลไกการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการดำเนินการจัดตั้งเขตเศรษฐกิจชายแดน จังหวัดเชียงราย ซึ่งเป็นความร่วมมือกันระหว่างมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จังหวัดเชียงราย ได้ทำการสำรวจความคิดเห็นต่อศักยภาพและความพร้อมของพื้นที่ในการจัดตั้งเขตเศรษฐกิจชายแดนในประเด็นที่เกี่ยวกับความพร้อมด้านสาธารณสุข ซึ่งได้แก่ จำนวนโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุข จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ และจำนวนเตียงคนไข้ มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.8594 ถือเป็นเกณฑ์ความพร้อมที่อยู่ในระดับปานกลาง (มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง, 2547: 3-11) นอกจากนี้จากการประเมินความคิดเห็นของประชาชนในอำเภอเชียงแสน ด้านสาธารณสุขพบว่า จะมีการขยายตัวทางด้านเศรษฐกิจและจะมีการเติบโตของเมืองเชียงแสน และมีการอพยพเคลื่อนย้ายของประชากรทั้งเพื่อการท่องเที่ยว การค้าขาย และการทำงานของแรงงานต่างถิ่น รวมทั้งแรงงานต่างชาติดังกล่าวการอพยพเคลื่อนย้ายประชากรดังกล่าวอาจมีผลต่อการแพร่ระบาดของโรคต่างๆ มากขึ้น เช่น โรคมาเลเรีย โรคเอดส์ เป็นต้น (มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง, 2547: 3-20)

จากงานวิจัยของ อภิสม อินทรลาวัลย์ พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลประจำอำเภอทั้งสองแห่งในจังหวัดเชียงราย (โรงพยาบาลเชียงแสน และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช เชียงของ) ยังขาดศักยภาพและความพร้อมในการให้บริการ เนื่องจากเป็นอำเภอชายแดน ขาดแคลนเครื่องมือทางการแพทย์และบุคลากรในสาขาหลัก จากการคาดการณ์พบว่า จะมีการหลั่งไหลเพิ่มพูนของ

ผู้คนและสินค้าอันเนื่องมาจากการเชื่อมต่อโครงข่ายและระบบเศรษฐกิจในภูมิภาค ดังนั้นอำเภอเชียงแสน และเชียงของมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการจัดสรรงบประมาณและบุคคลกรทางสาธารณสุขให้มากยิ่งขึ้นเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงนี้ (อภิสม อินทรวาลย์, 2557: 53-54)

งานวิจัยของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI), 2550: 7-8) เรื่อง การอยู่ร่วมกันอย่างสมานฉันท์กับกลุ่มชนตามแนวชายแดนและแรงงานต่างด้าว ในประเด็นการเข้าถึงการรับบริการด้านสุขภาพ พบปัญหาสี่ประเด็นที่สำคัญ 4 ข้อ ด้วยกัน กล่าวคือ

1. เรื่องบัตรประกันสุขภาพ แม้จะมีการบังคับให้แรงงานต่างด้าวทุกคนที่มาขึ้นทะเบียนซื้อบัตรประกันสุขภาพเพื่อควบคุมและป้องกันโรค รักษาพยาบาลและส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ ตลอดจนลดภาระค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขของผู้ใช้แรงงานรวมถึงเป็นการประกันค่ารักษาพยาบาลให้กับสถานพยาบาลผู้ให้การรักษาพยาบาลอีกทางหนึ่งด้วย แต่ในความเป็นจริงนายจ้างส่วนใหญ่จะเป็นผู้เก็บใบอนุญาตทำงานและบัตรประกันสุขภาพไว้เพื่อป้องกันคนงานหนีหรือย้ายงาน ทำให้แรงงานไม่สามารถไปรับบริการสาธารณสุขจากรัฐ ส่งผลให้การติดตามและควบคุมโรคไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร

2. ปัญหาเรื่องมาตรฐานในการออกบัตรประกันสุขภาพ กล่าวคือ ข้อมูลที่กรอกลงในบัตรแต่ละโรงพยาบาลมีความแตกต่างกันจนอาจทำให้เกิดความสับสนในการตรวจสอบ ในส่วนของบุคคลบนพื้นที่สูงและชนกลุ่มน้อยที่ถือบัตรสีนั้น บางส่วนถูกปลดการประกันสุขภาพโดยอ้างเหตุผลว่าเป็นคนต่างด้าว ต่างจากกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่มีใบอนุญาตทำงานซึ่งได้รับบัตรประกันสุขภาพเพราะถูกบังคับซื้อ จึงเกิดความไม่เที่ยมกันในเรื่องการเข้าถึงสถานพยาบาล

3. ด้านการระบาดของโรคในกลุ่มแรงงาน พบว่า สาเหตุสำคัญมาจากนายจ้างไม่ยอมปรับปรุงสภาพการทำงานให้ปลอดภัยต่อสุขภาพของแรงงาน และไม่ให้ความร่วมมือเจ้าหน้าที่ในการเข้าไปจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้แก่แรงงาน

4. เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลบางแห่ง (โดยเฉพาะโรงพยาบาลในเขตพื้นที่ชั้นในของประเทศไทย) แจ้งให้เจ้าหน้าที่ตำรวจเข้าจับกุมแรงงานต่างด้าวที่ไม่มีบัตรอนุญาตทำงานที่มาขอรับการรักษาพยาบาลหรือขอรับบริการด้านสาธารณสุข เนื่องจากกลัวว่าการให้บริการแรงงานต่างด้าวที่ไม่มีบัตรอนุญาตการทำงานจะเป็นการทำผิดกฎหมาย แม้เจ้าหน้าที่ระดับสูงจะยืนยันว่าไม่ผิดเพราะเป็นไปตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์ คือปฏิเสธที่จะรักษาไม่ได้ แรงงานต่างด้าวบางส่วนที่เจ็บป่วยจึงไม่กล้าเข้ารับการรักษาพยาบาล

ในงานวิจัยเรื่อง คนข้ามแดน/คนชายแดน (คนไร้รัฐ, ไร้สัญชาติ) กับการเข้าถึงบริการสุขภาพและการปรับตัวระบบสุขภาพภาครัฐชายแดนไทยลาว ของ เสถียร ฉันทะ พบว่า แรงงานข้ามชาติในพื้นที่

ชายแดนเชียงใหม่ เชียงของ และเวียงแก่น พบว่าปัญหาในการไม่ไปรับการประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว เนื่องจากแรงงานลาวส่วนใหญ่จะเป็นแรงงานที่ข้ามมาจ้างแบบชั่วคราวและอยู่ไม่นาน ซึ่งแรงงานข้ามชาติลาวจะมีอยู่ 3 ลักษณะคือ

ลักษณะแรก แรงงานข้ามชาติลาวที่ข้ามมาทำงานอยู่ประจำนานเกิน 6 เดือนขึ้นไปจะมีการเข้าถึงระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ส่วนใหญ่จะเป็นแรงงานที่ทำงานโรงงานดองพืชผลการเกษตร โรงบ่มยาสูบ ร้านค้า เป็นต้น

ลักษณะที่สอง คือแรงงานข้ามชาติลาวที่ข้ามมาทำงานแบบย้ายสถานที่ทำงานบ่อยอยู่แต่ละแห่งแบบชั่วคราวไม่เกิน 3 เดือน จะปฏิเสธการเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ส่วนใหญ่จะเป็นผู้หญิงสาวลาวที่ข้ามมาทำงานตามร้านอาหาร คาราโอเกะ และ

ลักษณะที่สาม เป็นแรงงานลาวที่อาศัยอยู่ตามชุมชนตะเข็บชายแดนและข้ามไปมาหาสู่กันง่ายจะมาเป็นแรงงานรับจ้างแบบไปเช้าเย็นกลับ และส่วนใหญ่จะข้ามมาจ้างเป็นแรงงานในภาคเกษตรจึงไม่เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว อย่างไรก็ตามแรงงานประเภทแบบชั่วคราวไปเช้าเย็นกลับมักจะมารับบริการเมื่อยามเจ็บป่วยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งบางส่วนก็สามารถเก็บค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นได้ แต่บางส่วนตามไม่ได้ ทำให้เจ้าหน้าที่มักอนุเคราะห์ให้เพราะบางครั้งก็เป็นเงินที่ไม่มาก แรงงานข้ามชาติลาวส่วนใหญ่เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยก็มักไปซื้อยามากินเอง และเมื่อไม่หายจึงไปรักษาที่คลินิกแพทย์และโรงพยาบาลของรัฐซึ่งความแตกต่างเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติที่มีใบอนุญาตทำงานนั้นน้อยกว่าแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีใบอนุญาตทำงานในประเทศไทย ส่วนข้อมูลสถานะทางสุขภาพของแรงงานข้ามชาติลาวพบว่าส่วนใหญ่จะเป็นความเจ็บปวดเล็กน้อยที่เกิดขึ้น มักจะเป็นโรคระบบทางเดินหายใจ ไข้หวัด ปวดศีรษะ ปวดท้อง เป็นต้น (เสถียร ฉันทะ, 2555: 267-268)

งานวิจัยของ วาสนา เก้านพรัตน์ และคณะ ในประเด็นสิทธิด้านการสาธารณสุขสำหรับเด็กต่างชาตินั้น พบว่า กระทรวงสาธารณสุขมีมาตรการต่างๆ เพื่อดำเนินการต่อแรงงานต่างชาติหลายประการ โดยเริ่มจากการบังคับให้แรงงานต่างชาติตรวจสุขภาพซึ่งเริ่มใช้มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 จนถึงปัจจุบัน เป็นแนวทางที่มุ่งในการควบคุมโรคโรคติดต่อเป็นสำคัญ ต่อมาในปี พ.ศ. 2541 รัฐมีมาตรการบังคับให้แรงงานต่างชาติทุกคนซื้อบัตรประกันสังคม อัตราราคาบัตรประกันสุขภาพมีการเพิ่มราคาขึ้นทุกปี พบว่าในทางปฏิบัติแล้วแรงงานไม่สามารถใช้ประโยชน์จากบัตรประกันสุขภาพได้เนื่องจากนายจ้างเก็บไว้เพื่อป้องกันลูกจ้างหลบหนี และต่อมารัฐมีมาตรการเกี่ยวกับการจัดระบบการเฝ้าระวังโรคติดต่อในกลุ่มแรงงานต่างชาติในปี พ.ศ. 2542 โดยมีการปรับระบบรายงานภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยต่างชาติที่ชัดเจนขึ้น และมีแนวทางการจัดบริการวางแผนครอบครัว ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และส่งเสริมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมจังหวัดชายแดนและจังหวัดชั้นในที่มีชุมชนแรงงานต่างชาติอาศัยอยู่อย่างชัดเจนแต่ไม่

ครอบคลุมถึงพื้นที่ที่มีแรงงานต่างชาติกระจุกกระจาย และในปี 2547 กระทรวงสาธารณสุขมีการดำเนินการต่อแรงงานต่างชาติภายใต้มติคณะรัฐมนตรี ปี พ.ศ. 2547 โดยดำเนินการตาม “มาตรการและแนวทางการดำเนินงานสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ปี พ.ศ. 2547” มาตรการส่วนใหญ่ที่กำหนดขึ้นเป็นมาตรการที่เน้นการควบคุมโรคมากกว่าเป็นการดูแลด้านสุขภาพ และจะเห็นว่าขาดมาตรการที่ชัดเจนต่างแรงงานเด็กต่างชาติ ซึ่งมาตรการที่กล่าวมาข้างต้น บางส่วนใช้สำหรับผู้ติดตามแรงงานที่เป็นผู้ใหญ่ ซึ่งอาจมีแรงงานเด็กต่างชาติบางกลุ่มที่ติดตามครอบครัวหรือญาติเข้ามาทำงาน แต่จะพบว่าแรงงานเด็กส่วนใหญ่จะเดินทางเข้ามาในประเทศไทยเอง แม้กระทรวงสาธารณสุขจะมีนโยบายในการเปิดโอกาสให้แรงงานต่างชาติเข้ารับบริการด้านสาธารณสุขได้อย่างเท่าเทียมกับคนไทย จะเห็นว่าแรงงานเด็กต่างชาติจะสามารถเข้ารับบริการทางด้านสาธารณสุขได้ ขึ้นอยู่กับผู้ใหญ่ซึ่งอาจเป็นแรงงานด้วยกัน หรือนายจ้างที่จำเป็นต้องนำพาแรงงานเด็กเข้าสู่บริการทางด้านสาธารณสุข ดังนั้นแนวทางในการแก้ไขปัญหา นอกจากรัฐต้องมีนโยบายที่ชัดเจนในการเปิดโอกาสให้แรงงานเด็กต่างชาติสามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขได้แล้ว สิ่งที่สำคัญคือ ต้องมีนโยบายที่ทำให้นายจ้างมีหน้าที่ต้องปฏิบัติในการทำให้แรงงานเด็กสามารถเข้าถึงบริการเหล่านั้นได้ด้วยโดยมีมาตรการและแนวทางการดำเนินงานด้านแรงงานต่างด้าว (วาสนา เก้านพรัตน์ และคณะ, 2552: 49)

จากเวทีเสวนาเรื่อง เสี่ยงครวญจาก “ลุ่มน้ำโขง” บอกเล่าปัญหาการย้ายถิ่นของแรงงานข้ามชาติ ซึ่งจัดเมื่อวันที่ 14 มีนาคม พ.ศ. 2554 โดย โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงานข้ามชาติและผู้มีปัญหาสถานะบุคคล (คพรส.) ร่วมกับหน่วยงานพัฒนาและบริการสังคม สภาคริสตจักรในประเทศไทย (SDSU-CCT) เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนด้านประชากรข้ามชาติ (Migrant Working Group - MWG) เครือข่ายปฏิบัติการเพื่อแรงงานข้ามชาติ (Action Network for Migrants - ANM) คณะกรรมการสมานฉันท์แรงงานไทย (คสรท.) ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) นพ.นิรันดร์ พิทักษ์วัชระ กรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ กล่าวถึงสิทธิของแรงงานข้ามชาติว่า การดูแลสิทธิสุขภาพ ต้องทำให้เกิดในทุกคนเพื่อที่ทุกคนจะมีสุขภาพดีร่วมกัน แต่ปัญหาในทางปฏิบัติคือ งบจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ยังไม่กระจายลงอำเภอ จังหวัด ชุมชน จึงมีผลต่อการเข้าถึงสิทธิในสุขภาพ เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสังคมไทย ส่วนคุณสุนี ไชยรส อดีตคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติเห็นว่า ชะตากรรมร่วมกันของแรงงานย้ายถิ่นในพื้นที่อนุภูมิภาคลุ่มแม่น้ำโขง คือ ปัญหาระดับนโยบายที่เป็นผลมาจากการพัฒนาประเทศ เช่น การสร้างเขื่อนในประเทศจีน หรือในประเทศพม่า ทำให้ประชาชนจากประเทศต้นทางต้องประสบความยากลำบากและไม่สามารถดำรงชีวิตได้ ต้องเดินทางมาเป็นแรงงานข้ามชาติในประเทศใกล้เคียง นอกจากนี้ รศ.ดร.สุรียพร พันพิ่ง ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งประเด็นว่า นโยบายด้านแรงงานข้ามชาติของรัฐมีความไม่สอดคล้องกัน แม้อยู่ในกระทรวงเดียวกัน มีหลายรูปแบบ เมื่อต้องประสานงานต่างกระทรวงก็คุยกันไม่รู้

เรื่อง กฎหมายและมาตรการต่างๆ ดำเนินการในลักษณะต่างคนต่างปฏิบัติ แม้จะมีคณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าว (กบร.) เป็นหน่วยงานจัดการกลาง แต่ไม่มีเจ้าภาพหลัก นโยบายแรงงานข้ามชาติที่เหมาะสมต้องสามารถครอบคลุมทั้งแรงงานในประเทศและในระดับภูมิภาค ต้องผลักดันแรงงานที่เข้ามาทำงานให้เป็นแรงงานเหมือนกันและอยู่ภายใต้โครงสร้างเดียวกัน รวมทั้งต้องอยู่บนพื้นฐานของสิทธิมนุษยชน ได้แก่ การทำงานที่ถูกละเมิดและปลอดภัย ที่อยู่อาศัย อนามัย การศึกษา สิ่งแวดล้อม สิทธิการเป็นพลเมือง (Nusaje, 2554: 1-8)

ผลจากงานวิจัยของวาทีณี และคณะ เรื่องการใช้สิทธิประโยชน์จากหลักประกันหรือสวัสดิการทางสุขภาพในการรักษาพยาบาลของคนไทย เทียบกับผู้ที่ไม่ใช่คนไทย (อายุ 15 ปีขึ้นไป) จำแนกตามประเภทการรักษาการเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย โดยคำนวณจาก ผลการสำรวจระดับชาติ “ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับวัคซีนโรคในกลุ่มคนไทย และแรงงานข้ามชาติ พ.ศ. 2554” พบว่า ในกรณีผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ที่ไม่ใช่คนไทยซึ่งได้แก่ กลุ่มแรงงานข้ามชาติ และกลุ่มชาติพันธุ์ที่ไม่มีสัญชาติไทยเข้ารับการรักษาพยาบาลโดยไม่มีหลักประกัน/สวัสดิการสูงถึง 52.4% มีหลักประกัน/สวัสดิการและใช้ 40.5% มีหลักประกัน/สวัสดิการแต่ไม่ใช้ 7.1% ในกรณีผู้ป่วยในสำหรับผู้ที่ไม่ใช่คนไทยซึ่งได้แก่ กลุ่มแรงงานข้ามชาติ และกลุ่มชาติพันธุ์ที่ไม่มีสัญชาติไทยเข้ารับการรักษาพยาบาลโดยไม่มีหลักประกัน/สวัสดิการสูงถึง 70.6% มีหลักประกัน/สวัสดิการและใช้ 29.4% (วาทีณี และคณะ, 2555: 19)

ในความเห็นของสมพงศ์ สระแก้ว เครือข่ายส่งเสริมคุณภาพชีวิตแรงงาน (LPN) องค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานเกี่ยวข้องกับประเด็นแรงงานข้ามชาติในพื้นที่ สมุทรสาคร สมุทรสงคราม สมุทรปราการ และราชบุรี สำหรับปัญหาสุขภาพที่เกิดจากแบบแผนการใช้บริการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ โดยสมพงศ์ได้แบ่งกลุ่มแรงงานข้ามชาติออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 แรงงานข้ามชาติที่ได้รับบัตรประกันสุขภาพจากโรงพยาบาลของรัฐ (โรงพยาบาลสมุทรสาคร โรงพยาบาลกระทุ่มแบน โรงพยาบาลบ้านแพ้ว) และโรงพยาบาลศรัวิชัย 5 ซึ่งเป็นโรงพยาบาลของเอกชน พบว่าสามารถเข้ารับบริการได้ตามปกติ ตามสิทธิประโยชน์ที่พึงให้ของรัฐ แต่ยังคงพบว่า บางโรงพยาบาลให้บริการเหมือนเลือกปฏิบัติ ถูกมาคาดติ ที่มองว่าแรงงานข้ามชาติคือตัวนำโรค และไม่ค่อยรักษาความสะอาด จึงให้บริการไม่เหมือนคนไทย แรงงานหลายคนที่มีบัตร หากเป็นไข้ปกติ ไม่มากนักพยายามที่จะรักษาตนเองมากกว่าไปโรงพยาบาล เพราะยุ่งยาก ต้องคอย ใช้เวลานาน

กลุ่มที่ 2 แรงงานที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพที่โรงพยาบาลของรัฐ หรือเอกชน จึงเป็นกลุ่มใหญ่ที่มักถูกกล่าวถึงเป็นอย่างมากว่า โรงพยาบาลของรัฐ ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายจากการที่แรงงานไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลจำนวนมาก บางรายต้องนอนอยู่ที่โรงพยาบาลเป็นเวลานานหลายเดือน โรงพยาบาลเสียค่าใช้จ่ายเป็นแสนต่อคน ไม่สามารถเรียกหาที่ไหนมาทดแทนได้ จากการสอบถาม แรงงานที่ไม่มีบัตร

ประกันสุขภาพ พบว่า หากเขาไม่ป่วยหนักมาก จะไม่ไปรักษาที่โรงพยาบาล เพราะมีความกลัวเจ้าหน้าที่ ตำรวจจะจับกุมระหว่างเดินทาง ไปรักษาพยาบาลที่คลินิกเอกชนใกล้ที่พัก หรือที่ทำงานดีกว่า หรือหาซื้อ ยาทานเอง ในส่วนนี้เอง จึงมีหมอมดตุครวรรค์ หรือหมอต้าแย หมอนวดแผนโบราณ ในกลุ่มของชุมชน แรงงาน ออกให้บริการรักษาสุขภาพแก่แรงงานข้ามชาติ ที่หน่วยงานด้านสาธารณสุขของรัฐไม่สามารถ เข้าถึงได้

กลุ่มที่ 3 เด็กต่างชาติ และผู้ติดตามที่อายุไม่ถึง 15 ปี กลุ่มนี้ถือว่าเป็นกลุ่มหนึ่งที่จำนวนมาก พอลสมควร ในปี พ.ศ. 2547 จังหวัดสมุทรสาคร มีจำนวนเด็กต่างชาติที่ลงทะเบียน ทร. 38/1 จำนวนกว่า 2,800 คน และคาดประมาณจำนวน ณ ปัจจุบัน ไม่น้อยกว่า 6,000 - 8,000 คน (รัฐบาลไทย อนุญาตให้ผู้ ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีสิทธิได้รับการจดทะเบียนขอใบอนุญาตทำงาน แต่ต้องมีใบ ทร. 38/1 ผ่านการตรวจ สุขภาพ ประกันสุขภาพ และขอรับใบอนุญาตทำงาน) กลุ่มเหล่านี้ ไม่มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพของรัฐ นำแปลกใจว่า หลายภาคส่วนรับรู้ปัญหานี้ ได้กล่าวถึงประเด็นการไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐนี้ มาไม่น้อยกว่า 4-5 ปี แต่นโยบายด้านสาธารณสุขของไทยยังไม่เคลื่อนไหวมากนักที่จะเอื้อให้เด็กกลุ่มนี้ (สมพงษ์ สระแก้ว, 2551: 1-6)

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 เป็นต้นมา การเข้าถึงบริการสุขภาพอนามัยของแรงงานข้ามชาติ ยังคงมี ปัญหาจากการที่แรงงานไม่สามารถได้รับบริการสุขภาพได้ทั้งหมด ดังข้างต้นที่กล่าวมา เนื่องจากแรงงานผู้ ที่ไม่มีเอกสาร หรือบัตรประกันสุขภาพจำนวนมากกว่าหลายเท่าตัว ถึงกระนั้นก็ตาม แม้ว่า แรงงานข้าม ชาติที่มีบัตรสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ การรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ แต่ปัญหาที่พบ พบว่า หากโรงพยาบาลใดที่มีผู้ปฏิบัติให้การรักษายาบาลมีทัศนคติเชิงลบต่อแรงงานอยู่แล้ว จะถูกเลือกปฏิบัติ ไม่ได้รับการปฏิบัติที่ดีเท่าที่ควร แต่ถ้าหากเป็นแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ กรณีการป่วยหนัก อนาคต ไม่มีญาติผู้ป่วย โรงพยาบาลไม่สามารถปฏิเสธการรักษาพยาบาลได้ แต่ต้องหาคนรับผิดชอบ ค่าใช้จ่ายพยาบาล หรือเข้าสู่กลไกการสังคมสงเคราะห์ ของศูนย์พึ่งได้ (OSCC) ในโรงพยาบาล แต่ต้อง ผ่านกลไกของหน่วยงานประกันสังคมอีกทอดหนึ่ง ในการให้ความเห็น ดังนั้น กระบวนการให้การ รักษาพยาบาลของกลุ่มผู้ไม่มีบัตร เป็นไปด้วยความยากลำบาก ในหลายๆ กรณี องค์กรพัฒนาเอกชนที่ ทำงานด้านการเข้าถึงสิทธิทางสุขภาพแรงงานข้ามชาติ ได้รับกรณีดังกล่าวจำนวนมาก จะเป็นตัวกลางใน การประสานงาน เจรจาต่อรอง ค่ารักษาพยาบาลกับโรงพยาบาลของรัฐ หรือการประสานการส่งต่อเพื่อให้ ได้รับบริการต่อไป (สมพงษ์ สระแก้ว, 2551)

เอกสารประกอบการประชุมกลุ่มย่อย เรื่อง สถานการณ์และข้อเสนอแรงงานข้ามชาติกับปฏิรูป ประกันสังคมในระบบที่เหมาะสม เสนอในงานสมัชชาปฏิรูปประกันสังคมเมื่อต้นเดือนปี พ.ศ. 2554 (เอกสารประกอบสมัชชาแรงงาน: ปฏิรูปประกันสังคมกับคุณภาพชีวิตแรงงาน, 2554) มีข้อสรุปว่า

กฎหมายประกันสังคมเป็นการออกแบบการประกันสังคมระยะยาว สำหรับผู้ประกันตนที่เป็นคนไทย โดยไม่ได้คำนึงถึงความเปลี่ยนแปลงตามข้อจำกัดของผู้ประกันตน โดยเฉพาะอย่างยิ่งแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ ที่มีข้อจำกัดอยู่อาศัยได้เพียงแค่มิเกิน 4 ปีในประเทศไทยและนายจ้างต้องไม่ยึดหนังสือเดินทางและบัตรประกันสังคมเพื่อให้แรงงานเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้จริง การเข้าไม่ถึงประโยชน์ทดแทนตามกฎหมายประกันสังคม สรุปลงได้ดังนี้

(1) ทบพวงอัตรารเงินสมทบและประโยชน์ทดแทนที่เหมาะสมกับการจ้างแรงงานข้ามชาติ จัดตั้งกองทุนการออมของแรงงานข้ามชาติ เพราะมีข้อจำกัดระยะเวลาการจ้างในประเทศไทยไม่เกิน 4 ปีตามข้อตกลงทวิภาคีความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยกับพม่า ลาว และกัมพูชา (MOU) และควรทบทวนการคุ้มครองประโยชน์ทดแทน 7 กรณี โดยเฉพาะประกันสุขภาพและประกันการว่างงาน โดยข้อเสนอคือ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงานออกประกาศกฎกระทรวงตั้งกองทุนการออมแรงงานข้ามชาติ โดยนำเงินสมทบจาก 2 กรณีดังกล่าวมาตั้งกองทุนฯ

(2) แรงงานข้ามชาติที่เข้าเมืองถูกต้องกฎหมายต้องได้รับการคุ้มครองตามระบบกฎหมายประกันสังคมเท่านั้นโดยไม่ให้ระบบประกันสังคมภัยเอกชนดูแลเพราะจะทำให้แรงงานข้ามชาติถูกขูดรีดเอาเปรียบมากขึ้น

(3) จัดให้มีสายด่วนประกันสังคมและสิ่งสื่อรณรงค์ที่เป็นภาษาของแรงงานข้ามชาติมีล่าม และสถานที่อำนวยความสะดวกที่แรงงานข้ามชาติเข้าถึง และขอความช่วยเหลือได้จริง

จากงานวิจัยของกฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ ในการศึกษาผลกระทบจากภาวะการณเกิด การเจ็บป่วย และการตายของแรงงานข้ามชาติต่อนโยบายสาธารณสุข ซึ่งอยู่ในชุดโครงการวิจัย ทางเลือกนโยบายและการนำเข้าแรงงานข้ามชาติของประเทศไทย: การศึกษาข้อเท็จจริงจากกลุ่มผลประโยชน์ ข้อสำรวจทางกฎหมาย และการวิเคราะห์ระบบการจัดการของรัฐ ผลจากการศึกษาพบว่า ผลกระทบจากการเข้ามาของแรงงานต่างชาติในทางสาธารณสุข มีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นในแรงงานต่างชาติ ซึ่งโรคที่พบบ่อยมีทั้งที่เป็นกลุ่มโรคติดต่อ เช่น โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ โรคปอดอักเสบ โรคของระบบทางเดินอาหาร และโรคไม่ติดต่อ เช่น อุบัติเหตุและพลวเหตุ (เหตุแข็งแรง เหตุที่มีกำลังกล้า: ผู้วิจัย) เป็นต้น สภาพการทำงานและที่อยู่อาศัยที่ไม่ถูกสุขลักษณะเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการกระจายของโรค การรายงานสาเหตุการป่วยในสถานพยาบาลหลายแห่งไม่ได้แยกสาเหตุอย่างชัดเจน เช่น โรคเท้าช้าง โรคมาลาเรีย จึงทำให้ขาดรายละเอียดของขนาดและความรุนแรงของโรคแต่ละโรคไป ส่วนโรคเอดส์ก็เป็นอีกโรคหนึ่งที่น่าจะเป็นปัญหาในอนาคตทั้งนี้เพราะขาดความรู้ในเรื่องโรคและการป้องกัน นอกจากนี้ ข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่รัฐให้การสงเคราะห์คนต่างชาติแสดงให้เห็นแนวโน้มการเพิ่มขึ้น และมีข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษามีดังนี้

1) ปัญหาในเรื่องฐานข้อมูลของประชากรต่างชาติ เป็นสิ่งที่ยังคงเป็นปัญหาและเป็นความยากลำบาก จำนวนประชากรต่างชาติจึงเป็นจำนวนที่ใช้ในการประมาณ ในบางกรณีที่มีบางพื้นที่ที่สามารถสำรวจประชากรกลุ่มนี้ได้ก็จะทำให้รู้สภาพที่แท้จริงของกลุ่มบุคคลเหล่านี้ และง่ายต่อการจัดบริการด้านต่างๆ ตลอดจนการเฝ้าระวังในโรคติดต่อที่สำคัญได้

2) ปัญหารายงานเกี่ยวกับโรคติดต่อ ควรใช้ข้อมูลจากบัตรรายงานผู้ป่วย (ร.จ.506) ให้เป็นประโยชน์และบันทึกให้ชัดเจนในเรื่องสัญชาติผู้ป่วยในทุกสาย ซึ่งจะทำได้จะทำให้สามารถรายงานข้อมูลได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งจะได้เฉพาะในเรื่องโรคติดต่อที่จะต้องเฝ้าระวังเพียง 56 โรค ในขณะเดียวกัน ระบบการลงทะเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีการลงชื่อและสัญชาติให้ชัดเจนจะทำให้สามารถแยกจำนวนและแยกกลุ่มโรคในกลุ่มชาวต่างชาติได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

3) ปัญหางบประมาณที่จำเป็นจะต้องให้การสงเคราะห์แก่ชาวต่างชาติ ซึ่งงบประมาณส่วนนี้เป็นงบที่ใช้ในส่วนงบรายได้เล็กน้อยที่ให้การสงเคราะห์แก่ประชาชนชาวไทย จากข้อมูลดังกล่าวมาแล้วข้างต้น จำนวนที่ให้การสงเคราะห์ ดังกล่าวจะมีจำนวนมากขึ้นในทุกปี ซึ่งงบในส่วนต่อไปนี้น่าจะเป็นส่วนที่เจ้าของกิจการที่แรงงานต่างชาติทำงานอยู่ น่าจะต้องรับผิดชอบถ้ามีการจดทะเบียนแรงงานต่างชาติไว้อย่างถูกต้อง

4) ปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศไม่สามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากสภาพชายแดนของประเทศไทยที่มีชายแดนติดต่อกับเพื่อนบ้านเป็นระยะยาวหลายร้อยกิโลเมตร ทำให้การเดินทางผ่านเข้ามาในประเทศไทยทำได้โดยง่าย โดยไม่ต้องผ่านด่านตรวจคนเข้าเมืองและไม่ผ่านด่านควบคุมโรค ดังนั้นการติดตามเข้าไปควบคุมโรคตามแหล่งที่อยู่อาศัยของชาวต่างชาติเหล่านี้มีความจำเป็นอย่างยิ่ง

จากงานวิจัยของขวัญชีวัน บัวแดง พบว่า กรณีที่แรงงานข้ามชาติไม่มีบัตรอนุญาตทำงาน (ไม่ได้ขึ้นทะเบียนแรงงานข้ามชาติ) ทำให้เกิดปัญหาหลบซ่อนและไม่กล้าเดินทางไปใช้บริการการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่อยู่ห่างไกลเพราะกลัวการถูกจับกุม รวมถึงข้อจำกัดทางด้านภาษา ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการขาดความรู้ในการป้องกันและรักษาโรคอันนำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพได้ (ขวัญชีวัน บัวแดง, 2551: 145-172)

นอกจากนี้ในงานวิจัยของ อรทัย ศรีทองธรรม และคณะ เรื่อง โครงการสรุปข้อเสนอผลกระทบแรงงานข้ามชาติลาว กัมพูชา และพม่า ต่อภาวะงานบริการสุขภาพของโรงพยาบาลตามแนวชายแดนในประเทศไทย (อรทัย ศรีทองธรรม และคณะ, 2556: 77) ได้สรุปข้อเสนอแนะต่อระดับนโยบายด้านสาธารณสุขของโรงพยาบาลตามแนวชายแดน 5 ข้อด้วยกัน ได้แก่

- 1) การจัดสรรอัตรากำลังของโรงพยาบาลตามแนวชายแดน ควรจัดสรรตามภาระงานจริง และพิจารณาตามบริบทรายพื้นที่ โดยพิจารณาจากสภาวะเศรษฐกิจ จำนวนผู้มารับบริการทั้งชาวไทยและชาวต่างด้าว และศักยภาพของโรงพยาบาลในการแบกรับภาระงานและภาระเงิน
- 2) ควรวางระบบการจัดการพัฒนางานบริการของโรงพยาบาลตามแนวชายแดน โดยการมีส่วนร่วมของผู้บริหารโรงพยาบาลและมีการจัดแบ่งกลุ่มโรงพยาบาลที่พัฒนา ใช้หลักเกณฑ์เรื่องพื้นที่เศรษฐกิจเป็นหลักในการแบ่งกลุ่มการพัฒนาโรงพยาบาลตามแนวชายแดน
- 3) ควรมีการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขชุมชนในพื้นที่ชายแดนเฉพาะแต่ละพื้นที่ เช่น ชนกลุ่มน้อย และชาวต่างด้าวที่มาตั้งรกรากในประเทศไทย เลือกรักจากคนในชุมชนที่มีความสามารถด้านการสื่อสารด้วยภาษาเฉพาะในชนกลุ่มน้อยด้วยการพัฒนาศักยภาพด้านสาธารณสุขให้เป็นอาสาสมัครในชุมชน ร่วมกับการจัดสิทธิประโยชน์ด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลในกลุ่มต่างด้าวที่มีสิทธิเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพ
- 4) ควรมีการเสริมแรงจูงใจให้กับผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตามแนวชายแดนด้วยการเพิ่มค่าตอบแทน และสวัสดิการเจ้าหน้าที่โดยใช้ภาระงานประกอบกับที่ตั้งของโรงพยาบาลร่วมพิจารณาด้วย
- 5) ควรมีความชัดเจนด้านนโยบายกับประเทศเพื่อนบ้านด้านสุขภาพและสาธารณสุข โดยเฉพาะเรื่องโรคติดต่อตามแนวชายแดนที่สำคัญ เช่น MDR-TB โรคเท้าช้าง โรคมาลาเรีย โรคไข้เลือดออก โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และ HIV/AIDS ทั้งนี้ในการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนควรเน้นจ้างผู้มีความรู้ความชำนาญและทำงานให้เกิดประโยชน์ได้มากกว่าที่เป็นอยู่

จากสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหา ผลกระทบ และแนวทางในการจัดการปัญหาจากการให้บริการแรงงานต่างชาติดลาว ต่อภาระงานบริการสุขภาพของโรงพยาบาลตามแนวชายแดนในประเทศไทย อรทัย ศรีทองธรรม และคณะได้สรุปข้อเสนอแนะต่อระดับนโยบายด้านสาธารณสุขของโรงพยาบาลตามแนวชายแดน ได้ 5 ข้อ ดังต่อไปนี้

1. ควรมีการประสานงานระดับรัฐบาลระหว่างประเทศเพื่อกำหนดนโยบายการให้บริการสุขภาพ และใช้บริการสุขภาพระหว่างประเทศอย่างชัดเจน โดยเฉพาะความร่วมมือในด้านการส่งต่อผู้ป่วย
2. พิจารณาความเป็นไปได้ในเรื่องกองทุนสุขภาพระหว่างประเทศและการประกันสุขภาพระหว่างประเทศ
3. พัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลชายแดนทั้งด้านศักยภาพการให้บริการและศักยภาพของบุคลากร ทั้งนี้เพื่อลดความเสี่ยงในการส่งต่อเข้ามารักษาต่อในโรงพยาบาลระดับสูงของประเทศไทยที่จะทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมากขึ้น

4. พัฒนาเครือข่ายการให้บริการและการส่งต่อเพื่อรองรับการให้บริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยที่มีศักยภาพทางการเงินสูง รวมทั้งลดการส่งต่อในรายที่ไม่จำเป็น
5. พัฒนาการตรวจคัดกรองสุขภาพคนเข้าเมือง โดยเฉพาะเรื่องโรคที่มีความเสี่ยงต่อการติดต่อหรือแพร่กระจายเชื้อ (อรรถัย ศรีทองธรรม และคณะ, 2556: 125)

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

3.1 แนวทาง/ขั้นตอนการดำเนินงาน

3.1.1 พื้นที่ศึกษา

อำเภอเชียงแสน และอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย

3.2 วิธีการวางแผนการดำเนินงานรวมทั้งวิธีดำเนินการวิจัย (Research Methodology)

1) วิธีดำเนินการวิจัย

ก. ศึกษาวิจัยทางเอกสารทั้งเอกสารภาษาไทย และภาษาต่างประเทศ ตำรา บทความ รายงานการวิจัย หนังสือ วารสารทางกฎหมาย ข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต และอื่นๆ เพื่อทราบแนวคิด หลักการ และนโยบายในการให้สิทธิด้านการรักษาพยาบาลแก่แรงงานข้ามชาติในประเทศไทย

ข. ดำเนินการเก็บข้อมูลภาคสนามโดยใช้แบบสอบถามจำนวน 400 ชุด โดยรวบรวมข้อมูลจากแรงงานข้ามชาติ สัญชาติ พม่า และลาว ทั้งแรงงานข้ามชาติที่ขึ้นทะเบียน (Documented Migrant Worker) และแรงงานข้ามชาติที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน (Undocumented Migrant Worker) ซึ่งเข้ามา รักษาพยาบาลในพื้นที่ อำเภอเชียงแสน และอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย โดยข้อมูลจากแบบสอบถามนั้นจะทำให้ทราบถึงปัญหา อุปสรรค และผลกระทบจากกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับ เกี่ยวกับสิทธิในการรักษาพยาบาลและการสาธารณสุขของแรงงานข้ามชาติ

ค. สัมภาษณ์เชิงลึก (In depth Interview) ผู้ที่เกี่ยวข้องโดยเน้นไปที่ผู้บริหารซึ่งมีส่วนในการกำหนดนโยบายของรัฐด้านการพยาบาลและสาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมาย ผู้บริหารโรงพยาบาลของรัฐ ผู้มีส่วนได้เสียในส่วนราชการส่วนภูมิภาค ท้องถิ่น และภาคเอกชน เพื่อทราบถึงปัญหา อุปสรรค และผลกระทบจากกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับ ที่เกี่ยวข้องกับสิทธิในการรักษาพยาบาลและการสาธารณสุขของแรงงานข้ามชาติ

ง. ประมวลผลการศึกษาจากในข้อ ก. , ข. และ ข้อ ค. มานำเสนอในการจัดประชุมระดมสมอง (Focus Group) จำนวน 2 ครั้ง โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิด้านกฎหมาย และจากพนักงานของรัฐที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลแรงงานข้ามชาติทั้งในพื้นที่ อ.เชียงแสน และ อ.เชียงของ จำนวนครั้งประมาณ 30 คน โดย รับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาด้านนโยบาย และการดำเนินนโยบายของประเทศไทยว่าด้วยการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ และทราบผลกระทบในการดำเนินการ และการปฏิบัติตามข้อกำหนด ระเบียบ และข้อบังคับเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการสาธารณสุข

ของแรงงานข้ามชาติในเขต อำเภอเชียงแสน และอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย ตลอดจนข้อเสนอแนะ และแนวทางแก้ไขปัญหา

จ. ปรับปรุงข้อเสนอแนะที่ได้จากประชุมระดมสมอง (Focus Group) ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 แล้วจัดทำร่างรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์เสนอต่อกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิของ สกว.

ฉ. นำข้อเสนอแนะที่ได้จากกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิของ สกว. มาปรับปรุงรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์เสนอต่อ สกว.

2) ระเบียบวิธีการวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ โดยศึกษาวิจัยจากเอกสารทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ได้แก่ เอกสารภาษาไทยและภาษาต่างประเทศ ตำรา บทความ รายงานการวิจัย หนังสือ วารสารทางกฎหมาย ข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต และอื่นๆ เพื่อทราบแนวคิด หลักการ และนโยบายในการให้สิทธิด้านการรักษาพยาบาลแก่แรงงานข้ามชาติในประเทศไทย และข้อมูลจากภาคสนามโดยการทำแบบสอบถาม สัมภาษณ์กลุ่มประชากร รวมทั้งมีการจัดประชุมระดมสมองของผู้ที่เกี่ยวข้อง และการเสวนาทางวิชาการ เพื่อทราบถึงปัญหา อุปสรรค และผลกระทบจากกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับ เกี่ยวกับสิทธิในการรักษาพยาบาลและการสาธารณสุขของแรงงานข้ามชาติ

3) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คณะผู้วิจัยจะทำการคัดเลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่าง โดยประชากรที่จะทำการศึกษา ได้แก่ ผู้ที่ปฏิบัติงานตรงกับประเด็นปัญหาเกี่ยวข้องกับด้านการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติในพื้นที่ อำเภอเชียงแสน และอำเภอเชียงของ จ. เชียงราย

ก. นักวิชาการสาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่ด้านนโยบายและแผนในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

ข. เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานของรัฐ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่การเงิน เจ้าหน้าที่เวชทะเบียน สาธารณสุขอำเภอ สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

ค. นักวิชาการด้านแรงงานจังหวัดเชียงราย

ง. นักปกครอง และนักกฎหมายในจังหวัดเชียงรายที่ทำงานด้านแรงงานข้ามชาติ และสาธารณสุข

จ. แรงงานข้ามชาติ ได้แก่ คนต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในพื้นที่อำเภอเชียงแสน และอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย ทั้งที่ถูกต้องกฎหมายและไม่ถูกต้องกฎหมาย

โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยชิ้นนี้เป็นแบบเลือกตัวแทน (Judgment Sampling) ตามทฤษฎีการสุ่มตัวอย่าง (Sampling Theory) โดยการคัดเลือกจากการพิจารณาของคณะผู้วิจัยซึ่งจะดูจาก

การปฏิบัติงานว่ามีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับปัญหาการในการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติที่เกิดขึ้น ซึ่งคาดว่าจะได้ตัวแทนที่ดี

4) วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ก. ลักษณะและปริมาณข้อมูล

การเก็บข้อมูลจะดำเนินการทั้งข้อมูลทางด้านเอกสารที่เกี่ยวข้อง ซึ่งรวมถึงกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และข้อเท็จจริงและความเห็นจากผู้ที่เกี่ยวข้อง และผู้เชี่ยวชาญ ทั้งนี้ โดยพิจารณาถึงความเหมาะสมของฐานข้อมูล และในปริมาณที่สามารถเป็นไปได้ ซึ่งรายละเอียดต่างๆ ได้กล่าวถึงแล้วในข้อ 1, 2 และ 3 ข้างต้น

ข. วิธีการเก็บข้อมูล

การเก็บข้อมูลเอกสาร และแบบสอบถาม ทำโดยการวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้องประกอบกับวิธีการสัมภาษณ์ซึ่งคณะผู้วิจัยกำหนดให้เป็นการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Standardized Interview) เป็นการสัมภาษณ์ที่ผู้ถูกสัมภาษณ์ถามคำถามต่าง ๆ ที่มีไว้ในแบบสัมภาษณ์ โดยไม่สามารถที่จะดัดแปลงเป็นคำถามอื่น ๆ ได้ เป็นการสร้างมาตรฐานเดียวกันกับการสัมภาษณ์บุคคลอื่น ๆ เพื่อช่วยลดอคติของการสัมภาษณ์แต่ละบุคคล อาจจะแบ่งย่อยเป็น 2 ชนิด

- 1) การสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม (Interview Schedule) เป็นการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม โดยมากมักจะนำไปสัมภาษณ์ชาวบ้านซึ่งไม่มีความรู้ความสามารถที่จะเข้าใจแบบสอบถามที่จะต้องกรอกด้วยตนเอง จึงมีการนำแบบสอบถามไปสัมภาษณ์ อาจจะมี ความยืดหยุ่นในการสัมภาษณ์ในแต่ละคำถาม เพื่อให้ผู้ให้สัมภาษณ์ตอบ คำถามที่ตรงกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา
- 2) การสัมภาษณ์ตามแบบคำถามที่กำหนดไว้ (Questioned Interview) เป็นการสัมภาษณ์แบบคำถามต่าง ๆ ที่มีไว้โดยไม่มีดัดแปลงการสัมภาษณ์แต่อย่างใด โดยทำการแสวงหามาจากแหล่งต่าง ๆ เพื่อนำมาใช้เป็นหลักฐานในกระบวนการวิเคราะห์และประมวลผลสืบค้นหาข้อสรุป เพื่อตอบประเด็นที่คำถามที่คณะผู้วิจัยต้องการคำตอบ

นอกจากนี้ยังจัดให้มีเวทีประชุมระดมสมอง (Focus Group) เพื่อสำรวจความคิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายซึ่งรายละเอียดบางอย่างได้กล่าวไว้แล้วในตอนต้น

5) วิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์ (Analysis) พร้อมกับการแปลความหมาย (Interpretation) โดยการแยกแยะ จัดหมวดหมู่ จัดอันดับ และประเภทซึ่งมีขอบเขตของการวิจัย ทำการศึกษานโยบาย กฎหมาย และระเบียบต่างๆ ซึ่งโดยจะทำการวิเคราะห์บนหลักการดังต่อไปนี้

ก. สิทธิของแรงงานข้ามชาติด้านการรักษาพยาบาลตามหลักเกณฑ์ของกฎหมายระหว่างประเทศตามกรอบของปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน โดยข้อ 25 กำหนดให้ บุคคลมีสิทธิในมาตรฐานการครองชีพที่เพียงพอ สำหรับสุขภาพ และความอยู่ดีของตน และครอบครัวรวมทั้งอาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย การรักษาพยาบาล และบริการสังคมที่จำเป็น และสิทธิในความมั่นคงในกรณีว่างงาน เจ็บป่วย ทูพพลภาพ เป็นหม้าย ว่างงาน หรือการขาดปัจจัยในการเลี้ยงชีพอื่นใดในเหตุการณ์อันเกิดจากที่ตนจะควบคุมได้ โดยประเทศไทยมีพันธกรณีในการให้ความคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐานแก่แรงงานข้ามชาติตามหลักสิทธิมนุษยชนด้วย

ข. สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขและการรักษาพยาบาล ตามกฎหมายภายใน เช่น รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรเป็นการให้ให้สิทธิแก่ปวงชนชาวไทย ส่วนแรงงานข้ามชาติซึ่งเป็นบุคคลต่างด้าว นั้น รัฐจะให้การคุ้มครองสิทธิตามสมควรซึ่งเป็นการให้ความคุ้มครองตามหลักสิทธิมนุษยชนทั่วไป อาจทำให้การเข้าถึงหรือการใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลและการสาธารณสุขที่ไม่ทั่วถึงและพอเพียง

ค. นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยจะได้นำหลักการคุ้มครองสุขภาพของแรงงานที่เกี่ยวข้องประเด็นของแรงงานข้ามชาติซึ่งปรากฏในรูปของกฎหมาย เช่น พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2551, พระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2551 กฎหมายประกันสังคม และกฎหมายฉบับต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพของผู้ใช้แรงงาน รวมทั้งนโยบายของรัฐที่อยู่ในรูปของมติคณะรัฐมนตรีต่าง โดยจากหลักการต่างๆ ในข้อ ก - ค คณะผู้วิจัยจะทำวิเคราะห์การดำเนินนโยบาย (ในทางปฏิบัติ) เทียบกับนโยบายและกฎหมายของประเทศไทยซึ่งอาจเชื่อมโยงมาตรฐานสากลบ้างในบางประเด็น

บทที่ 4

นโยบายและกฎหมายไทยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ : ผลการศึกษาและวิเคราะห์

4.1 นโยบายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ

4.1.1 นโยบาย

นโยบายของประเทศไทย เรื่องการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ ปรากฏในรูปของ **มติคณะรัฐมนตรี (The resolution of the cabinet)**¹⁵ มีการกล่าวถึงสิทธิในการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติหลายครั้ง โดยครั้งแรกปรากฏในมติคณะรัฐมนตรีฉบับเมื่อวันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ.2539 ที่กำหนดให้มีการผ่อนปรนการจ้างแรงงานต่างชาติผิดกฎหมายจากประเทศพม่า ลาว และกัมพูชา(กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ , 2543: 50-51)

ต่อมามีมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 28 เมษายน และวันที่ 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2541 ผ่อนผันให้มีการจ้างแรงงานต่างชาติที่ได้รับใบอนุญาตทำงานในปี พ.ศ. 2539 ต่อได้อีก 1 ปี (พ.ศ. 2542) และประเด็นสำคัญคือ มีการเพิ่มค่าตรวจสุขภาพเป็นคนละ 700 บาท และบังคับให้ซื้อบัตรประกันสุขภาพคนละ 1,000 บาท (IOM, 2553, 13) ส่วนนโยบายในการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติปรากฏชัดเจนขึ้นจากมติคณะรัฐมนตรี เมื่อเดือนเมษายน พ.ศ.2547 ผ่อนผันให้แรงงานข้ามชาติจากสามประเทศได้แก่ พม่า ลาว และกัมพูชา และผู้ติดตามมีสิทธิอยู่อาศัย และขออนุญาตทำงานในประเทศไทยได้เป็นการชั่วคราว ที่กำหนดให้แรงงานข้ามชาติ

¹⁵ มติคณะรัฐมนตรี (The resolution of the cabinet) หมายถึง ผลของการตัดสินใจร่วมของคณะรัฐมนตรี ที่มีอำนาจร่วมกันในการบริหารราชการแผ่นดิน มติของคณะรัฐมนตรีจึงอาจเป็นการกำหนดนโยบายการบริหารราชการแผ่นดิน หรือการกำหนดระเบียบแบบแผนในการปฏิบัติราชการก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเนื้อหาของมติคณะรัฐมนตรีในเรื่องนั้นๆ ฉบับนั้นๆ (เกรียงไกร เจริญธนาวัฒน์, 2556: 286-304) สำหรับตัวอย่างของมติคณะรัฐมนตรี เช่น มติคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับการอนุมัติร่างกฎหมาย การอนุมัติงบประมาณ การแต่งตั้งโยกย้ายข้าราชการ การกำหนดระเบียบและแบบแผนในการปฏิบัติราชการ โดยหลักแล้วมติคณะรัฐมนตรีไม่ใช่กฎหมาย และจะขัดต่อกฎหมายไม่ได้ รวมทั้งไม่สามารถอ้างเป็นข้อยกเว้นบทกฎหมาย แต่มติคณะรัฐมนตรีบางเรื่องอาจมีผลนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงแก้ไขกฎหมาย หรือออกกฎหมายใหม่ต่อไป โดยทั่วไปมติคณะรัฐมนตรีมีผลใช้บังคับกับส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ องค์การมหาชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานของรัฐที่อยู่ในบังคับบัญชาหรือในกำกับดูแลของฝ่ายบริหาร รวมทั้งเจ้าหน้าที่ของรัฐในหน่วยงานต่างๆ ดังกล่าวเว้นแต่เป็นเรื่องที่มีกฎหมายเฉพาะกำหนดไว้เป็นอย่างอื่น กรณีหน่วยงานที่ไม่อยู่ในบังคับบัญชาหรือในกำกับดูแลของฝ่ายบริหาร หากคณะรัฐมนตรีเห็นว่าเรื่องใดสมควรให้หน่วยงานที่ไม่อยู่ในบังคับบัญชาหรือในกำกับดูแลของฝ่ายบริหารนำไปปฏิบัติด้วยก็จะมีมติขอความร่วมมือให้นำมติคณะรัฐมนตรีเรื่องนั้นไปปฏิบัติด้วย อย่างไรก็ตาม มติคณะรัฐมนตรีบางเรื่องหน่วยงานที่ไม่อยู่ในบังคับบัญชาหรือในกำกับดูแลของฝ่ายบริหารก็อาจนำไปปฏิบัติด้วยโดยอนุโลม (คณะทำงานศึกษามติคณะรัฐมนตรี สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี, 2553: 1-5)

ต้องไปตรวจสุขภาพและทำประกันสุขภาพ (อดิศร เกิดมงคล, 2555: 1) โดยแรงงานข้ามชาติต้องเสียค่าตรวจร่างกาย 600 บาท และต้องจ่ายค่าบัตรประกันสุขภาพอีกคนละ 1,300 บาท (IOM, 2553, 15)

ผลจากมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 19 ธันวาคม พ.ศ. 2549 และเมื่อวันที่ 18 ธันวาคม พ.ศ. 2550 มีมติเห็นชอบให้มีการจัดระบบแรงงานข้ามชาติสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา โดยรัฐเปิดโอกาสให้รับจดทะเบียนแรงงานข้ามชาติใหม่ ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ดำเนินการออกมาตรการ และแนวทางการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพอันมีภารกิจและกิจกรรมที่สำคัญ 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) การตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี 2) การบริการด้านการรักษาพยาบาล 3) การบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และ 4) การเฝ้าระวังโรค (กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2551: 1) และได้กำหนดให้ “สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด” เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดำเนินงานประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว

หลังจากนั้น รัฐบาลได้มีนโยบายโดยออกมติคณะรัฐมนตรีวันที่ 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555 เรื่องการบริหารจัดการแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา ซึ่งจะต้องมีการตรวจพิสูจน์สัญชาติ และการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องไปออกประกาศ แนวปฏิบัติ และประกันสุขภาพจะต้องสิ้นสุดในวันที่ 14 มิถุนายน พ.ศ. 2555

ต่อมาแนวนโยบายเรื่องการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติเป็นไปตาม มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 15 มกราคม พ.ศ. 2556 ซึ่งอนุมัติให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการดูแลทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่คนต่างด้าวทั้งหมดที่ไม่อยู่ในระบบประกันสังคม¹⁶ นโยบายดังกล่าวแบ่งออกเป็น 3 ข้อ ได้แก่

- 1) คนต่างด้าวทุกคน ต้องมีหลักประกันสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง คือ ประกันสังคมของกระทรวงแรงงาน หรือประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข
- 2) คนต่างด้าวที่ไม่อยู่ในระบบประกันสังคมทุกคน ต้องผ่านการตรวจสุขภาพและทำบัตรประกันสุขภาพตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
- 3) คนต่างด้าวที่อยู่ระหว่างระสิทธิประกันสังคมทุกคน ต้องผ่านการตรวจสุขภาพ และทำบัตรประกันสุขภาพ ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

¹⁶ “คนต่างด้าว” พรบ. สัญชาติ พ.ศ. 2508 พรบ. คนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 และ พรบ. การทำของคนต่างด้าว พ.ศ. 2551 หมายถึง บุคคลธรรมดาซึ่งไม่มีสัญชาติไทย ดังนั้น ในการดำเนินการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพคนต่างด้าวกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการตามมติคณะรัฐมนตรีวันที่ 15 มกราคม 2556 ซึ่งอนุมัติให้กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการดูแลทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่คนต่างด้าวทั้งหมด จึงครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทุกคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทยตามความหมายข้างต้น เว้นแต่บุคคลดังกล่าวได้รับสิทธิทางการแพทย์และสาธารณสุขจากระบบอื่น ๆ อยู่แล้ว คือ เป็นผู้ประกันตนตาม พรบ. ประกันสังคม พ.ศ. 2533 หรือบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิตามมติคณะรัฐมนตรีวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2553

แนวนโยบายของรัฐในช่วงหลังว่าด้วยแรงงานข้ามชาติเริ่มมีความเข้มข้นมากขึ้นเรื่อยๆ กว่าคือ เน้นการผลักดันให้มีการขึ้นทะเบียนแรงงานให้ถูกต้อง มีมาตรการหลายอย่างที่ออกมาเพื่อควบคุมและ ว่าด้วยการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติปรากฏตามประกาศคณะกรรมการรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 70/2557 วันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2557 ให้กระทรวงมหาดไทย ร่วมกับ กระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานตรวจคนเข้าเมืองและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง จัดทำทะเบียนประวัติ ออกบัตรประจำตัว และตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าวประกอบคำสั่งรักษาความสงบแห่งชาติที่ 73/2557 เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการนโยบายการจัดการปัญหาแรงงานต่างด้าวและการค้ามนุษย์ จัดทำทะเบียนประวัติ ออกบัตรประจำตัว และตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าว 1) แรงงานต่างด้าวทุกคน ต้องมีหลักประกันสุขภาพ 2) แรงงานต่างด้าวทุกคน ต้องผ่านการตรวจสุขภาพและทำประกันสุขภาพตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

มติคณะรัฐมนตรี 28 ตุลาคม 2557 ในการดำเนินการตรวจสัญชาติแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมา ลาว และกัมพูชา มีแนวทางการตรวจสัญชาติแรงงานต่างด้าวเป็นศูนย์บริการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) และให้ตรวจสัญชาติแรงงานโดยเร็วและสิ้นสุดภายในวันที่ 31 มี.ค. 2558 แรงงานต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานในกิจการประมง(ตามมติ ครม. 6 ส.ค. 56 สิ้นสุดการผ่อนผัน 24 ก.ย. 56) ให้ไปจดทะเบียนแรงงานต่างด้าว ณ ศูนย์บริการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) และเข้าสู่กระบวนการพิสูจน์สัญชาติ โดยมีกระทรวงมหาดไทย กระทรวงการต่างประเทศ สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง กระทรวงแรงงาน (กรมการจัดหางานและสำนักงานประกันสังคม) กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานตำรวจแห่งชาติและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

มติคณะรัฐมนตรี 10 กุมภาพันธ์ 2558 การจัดระบบแรงงานต่างด้าวสัญชาติเวียดนาม ตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพให้กับแรงงานต่างด้าวสัญชาติเวียดนามที่ถือหนังสือเดินทาง (Passport) และเข้ามาในราชอาณาจักรอย่างถูกกฎหมายครั้งสุดท้ายก่อนวันที่คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบแนวทางการจัดระบบแรงงานต่างด้าวสัญชาติเวียดนาม ซึ่งได้รับการจัดทำทะเบียนประวัติจากกระทรวงมหาดไทย แล้วกระทรวงสาธารณสุข

มติคณะรัฐมนตรี 3 มีนาคม 2558 เรื่องการจัดระบบแรงงานข้ามชาติ 3 สัญชาติ

1. แนวทางการจัดระบบแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมา ลาว และกัมพูชา หลังวันที่ 31 มีนาคม 2558 ได้แก่

1.1 กลุ่มที่ผ่านการตรวจสัญชาติแล้วเสร็จภายในวันที่ 31 มีนาคม 2558 จะได้รับการตรวจลงตรา และได้รับอนุญาตทำงาน จนถึงวันที่ 31 มีนาคม 2559 (ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2557) เนื่องจากแรงงานกลุ่มดังกล่าวปฏิบัติตามประกาศรักษาความสงบแห่งชาติ ครบทุก

ขั้นตอนภายในเวลาที่กำหนด โดยอนุญาตให้ทำงานต่อไปอีก 2 ปี หลังสิ้นสุดการอนุญาต 31 มีนาคม 2559

1.2 กลุ่มแรงงานต่างด้าวที่ถือใบอนุญาตทำงานที่ออกให้ ณ ศูนย์บริการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) ที่ยังไม่ได้เข้ารับการตรวจสุขภาพภายในวันที่ 31 มีนาคม 2558 ให้มารายงานตัวเพื่อขอรับบัตรใหม่ ภายในวันที่ 30 มิถุนายน 2558 และขอรับใบอนุญาตทำงาน ซึ่งแรงงานต่างด้าวดังกล่าวจะได้รับการผ่อนผันให้อยู่ในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราว เป็นเวลา 1 ปี และได้รับอนุญาตให้ทำงานได้ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2558 จนถึงวันที่ 31 มีนาคม 2559 เพื่อเข้าสู่กระบวนการตรวจสุขภาพให้แล้วเสร็จ ทั้งนี้ เมื่อผ่านการตรวจสุขภาพแล้วจะได้รับอนุญาตให้อยู่ในราชอาณาจักร และอนุญาตทำงานต่อไปอีก 2 ปี ทั้งนี้ ให้กระทรวงแรงงานพิจารณารูปแบบการดำเนินการได้ตามความเหมาะสม โดยให้กระทรวงมหาดไทยจัดเตรียมสถานที่ในการจัดตั้งศูนย์บริการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) และเป็นหน่วยงานหลักในการปฏิบัติงานร่วมกับกระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดเวลาเปิดการดำเนินการของศูนย์บริการจดทะเบียนฯ ในวันที่ 1 เมษายน 2558 และสิ้นสุดการดำเนินการได้ตามความเหมาะสม ทั้งนี้ไม่เกินวันที่ 30 มิถุนายน 2558

1.3 กลุ่มที่ไม่มารายงานตัวเพื่อขอรับบัตรใหม่ และขออนุญาตทำงานภายในวันที่ 30 มิถุนายน 2558 ให้ดำเนินการตรวจสอบ ติดตาม จับกุม และผลักดันส่งกลับ ตามกฎหมายอย่างเคร่งครัดตามคำสั่งคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 100/2557 คำสั่งคณะรักษาความสงบแห่งชาติที่ 101/2557 ลงวันที่ 21 กรกฎาคม 2557

1.4 กลุ่มผู้ติดตาม ให้ผู้ติดตามที่อายุไม่เกิน 15 ปี มารายงานตัวเพื่อขอรับบัตรใหม่พร้อมกับแรงงานต่างด้าว ภายในวันที่ 30 มิถุนายน 2558 ผู้ติดตามที่มารายงานตัวจะมีสิทธิอยู่ในราชอาณาจักรเช่นเดียวกับแรงงานต่างด้าวตามข้อ 1.1 หรือ 1.2 แล้วแต่กรณี สำหรับผู้ติดตามที่ไม่มารายงานตัวจะต้องถูกดำเนินการผลักดันพร้อมแรงงานต่างด้าวตามข้อ 1.3

2. การแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแรงงานประมงทะเล

2.1 การแก้ไขปัญหาระยะสั้นโดยการเปิดจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวในกิจการประมงทะเล

ให้มีการผ่อนผันให้แรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมา ลาว และกัมพูชาอยู่ในราชอาณาจักรเป็นเวลา 1 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2558 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2559 ตามแนวทางมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 6 สิงหาคม 2556 (จดทะเบียนปีละ 2 ครั้ง) ทั้งนี้ ให้นำจ้างยื่นแบบแจ้งความต้องการจ้างแรงงานต่างด้าว และให้นำแรงงานต่างด้าวไปทำทะเบียนประวัติ ตรวจสุขภาพ ประกันสุขภาพ และขออนุญาตทำงาน ศูนย์บริการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) ในพื้นที่จังหวัดชายทะเล ได้

ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2558 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2558 และในระหว่างการผ่อนผัน นั้น ให้แรงงานต่างด้าวเข้าสู่กระบวนการตรวจสุขภาพติ เมื่อผ่านการตรวจสุขภาพติแล้วจะได้รับอนุญาตให้อยู่ในราชอาณาจักร และอนุญาตให้ทำงานต่อได้อีก 2 ปี ทั้งนี้ ให้กระทรวงแรงงานพิจารณารูปแบบการดำเนินการได้ตามความเหมาะสม โดยให้กระทรวงมหาดไทยออกประกาศและกฎกระทรวงให้ครอบคลุมการดำเนินการตามแนวทางดังกล่าว จัดเตรียมสถานที่ในการจัดตั้งศูนย์บริการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) และเป็นหน่วยงานหลักในการปฏิบัติงานร่วมกับกระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดเวลาเปิดดำเนินการของศูนย์บริการจดทะเบียนฯ ในวันที่ 1 เมษายน 2558 และสิ้นสุดการดำเนินการได้ตามความเหมาะสม ทั้งนี้ไม่เกินวันที่ 30 มิถุนายน 2558 สำหรับการจดทะเบียนและการตรวจสุขภาพติครั้งต่อไปภายในระยะเวลา 2 ปี ให้คณะกรรมการนโยบายการจัดการปัญหาแรงงานต่างด้าวและการค้ามนุษย์ด้านแรงงาน พิจารณากำหนดช่วงระยะเวลาในการอนุญาตให้อยู่ในราชอาณาจักร และระยะเวลาการดำเนินการต่อไป

2.2 การแก้ไขปัญหาระยะยาวโดยการนำเข้าแรงงานประมงต่างด้าวถูกกฎหมายตามที่ สถานิติบัญญัติแห่งชาติเสนอ 7 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) การลงทะเบียนแรงงาน นายจ้าง และรวบรวมความต้องการแรงงานประมง
- 2) การรับสมัครแรงงานไทยและการอนุมัตินำเข้าแรงงานต่างด้าว
- 3) การคัดเลือกบริษัทจัดหางานที่ถูกกฎหมายกรณีนำเข้าแรงงานต่างด้าว
- 4) การนำเข้าแรงงานต่างด้าว สมาคมการประมงแห่งประเทศไทยในฐานะตัวแทนสมาชิก หรือนายจ้างประมง ประสานการดำเนินงานกับบริษัทจัดหางาน
- 5) การดูแลแรงงานประมงก่อนลงเรือ โดยการปฐมุนิเทศ ชี้แจงข้อปฏิบัติให้แรงงานทราบ
- 6) การควบคุมตรวจติดตามเรือประมงและแรงงานบนเรือ
- 7) การลงโทษ หน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่ไม่ปฏิบัติตามกฎหมายระเบียบ

ข้อบังคับ

ทั้งนี้ ให้กระทรวงแรงงานสามารถปรับเปลี่ยนกระบวนการได้ตามความเหมาะสม สอดคล้องกับข้อเท็จจริง เพื่อให้เกิดความคล่องตัวและมีประสิทธิภาพในการดำเนินการ

3. การปรับปรุงบันทึกความเข้าใจว่าด้วยความร่วมมือในการจ้างแรงงานระหว่าง รัฐบาลไทยกับรัฐบาลสาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมา รัฐบาลสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชน ลาวและรัฐบาลราชอาณาจักรกัมพูชา ในประเด็นต่าง ๆ โดยเฉพาะการปรับระยะเวลาการกลับเข้า ทำงานใหม่ของแรงงานต่างด้าวหลังทำงานครบ กำหนด 4 ปีแล้ว จากเดิมกำหนดไว้ 3 ปี ให้ลดลงเหลือ 30

วัน เพื่อความต่อเนื่องของการทำงานและสอดคล้องกับระยะเวลาการเตรียมการจัดทำ เอกสารเพื่อกลับเข้ามาทำงานใหม่ รวมทั้งแรงงานได้กลับไปเพื่อพักผ่อนอยู่กับครอบครัวหลังจากเข้ามาทำงานในประเทศไทย เป็นระยะเวลาหนึ่งแล้ว

ภาพรวมของนโยบายทางด้านสาธารณสุขของแรงงานข้ามชาติ ในระบบประกันสุขภาพ และสิทธิแตกต่างจากการประกันสุขภาพอื่นๆ เนื่องจากแนวนโยบายและระบบการบริหารจัดการเกิดขึ้นจากมติคณะรัฐมนตรี ไม่ได้เกิดขึ้นโดยมีพระราชบัญญัติรองรับโดยตรง งบประมาณที่ได้รับในแต่ละปีจึงขึ้นอยู่กับการเจรจาต่อรองระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับสำนักงานประมาณ ประกอบกับอาจขึ้นอยู่กับการให้ความสำคัญของรัฐบาลแต่ละยุคสมัย งบประมาณที่ได้รับในแต่ละปีจึงมีความไม่แน่นอน นอกจากนี้ การตีความเจตนารมณ์นโยบายตามมติคณะรัฐมนตรีฯ ว่าเป็นการ “ให้สิทธิ” รักษาพยาบาลตามหลักมนุษยธรรม ซึ่งต่างจากสิทธิหลักประกันสุขภาพอื่นซึ่งเป็น “สิทธิ” อันพึงได้ของประชาชนทุกคน (ระพีพงศ์ สุวรรณไชย มาตย์ และคณะ, 2556: 14)

ตารางที่ 1 นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ

ลำดับ	นโยบาย/กฎหมาย	เรื่อง	มาตรการสำหรับแรงงานข้ามชาติ	หน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก
1.	มติคณะรัฐมนตรี 25 มิถุนายน 2539	ผ่อนปรนการจ้างแรงงานต่างชาติผิดกฎหมาย จากประเทศพม่า ลาว และกัมพูชา		
2.	มติคณะรัฐมนตรี 28 เมษายน และ 8 พฤษภาคม 2541	ผ่อนผันให้มีการจ้างแรงงานต่างชาติที่ได้รับ ใบอนุญาตทำงานในปี พ.ศ. 2539 ต่อได้อีก 1 ปี		
3.	มติคณะรัฐมนตรี 3 สิงหาคม และ 2 พฤศจิกายน 2542	ผ่อนผันให้จ้างแรงงานข้ามชาติทำงานได้ใน 18 กิจกรรม ในจังหวัดชายแดน 10 จังหวัด และจังหวัดที่มีกิจกรรมประมงทะเล 18 จังหวัด	ค่าตรวจสุขภาพคนละ 700 บาท และบังคับให้ ซื้อบัตรประกันสุขภาพคนละ 1,000 บาท	กระทรวงสาธารณสุข
4.	มติคณะรัฐมนตรี 27 สิงหาคม 2545	ดำเนินการจัดระเบียบแรงงานข้ามชาติ หลบหนีเข้าเมือง ปี พ.ศ. 2545-2546 ตามมติ คณะกรรมการบริหารแรงงานข้ามชาติหลบหนี เข้าเมือง	ออกประกาศกำหนดค่าธรรมเนียมการตรวจ สุขภาพ และการประกันสุขภาพ การป้องกัน และควบคุมการแพร่ระบาดของโรค การให้ ความรู้ทางด้าน การป้องกันการรักษาของ โรคติดต่อร้ายแรง การคุมกำเนิด	กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักใน การประสานงานกับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
5.	มติคณะรัฐมนตรี 27 เมษายน 2547	ผ่อนผันให้แรงงานข้ามชาติจากสามประเทศ ได้แก่ พม่า ลาว และกัมพูชา และผู้ติดตามมี สิทธิอยู่อาศัย และขออนุญาตทำงานใน ประเทศไทยได้เป็นการชั่วคราว ที่กำหนดให้	แรงงานข้ามชาติต้องเสียค่าตรวจร่างกาย 600 บาท และต้องจ่ายค่าบัตรประกันสุขภาพอีกคน ละ 1,300 บาท	

ลำดับ	นโยบาย/กฎหมาย	เรื่อง	มาตรการสำหรับแรงงานข้ามชาติ	หน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก
		แรงงานข้ามชาติต้องไปตรวจสุขภาพและทำประกันสุขภาพ		
6.	มติคณะรัฐมนตรี 19 ธันวาคม 2549 และ 18 ธันวาคม 2550	จัดระบบแรงงานข้ามชาติสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา	มาตรการ และแนวทางการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพอันมีภารกิจและกิจกรรมที่สำคัญ 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) การตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี 2) การบริการด้านการรักษาพยาบาล 3) การบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และ 4) การเฝ้าระวังโรค	กระทรวงสาธารณสุข
7.	มติคณะรัฐมนตรี 19 มกราคม 2553	ขยายเวลาการพิสูจน์สัญชาติและการผ่อนผันแรงงานข้ามชาติ	ในการพิสูจน์สัญชาติจะมีขั้นตอนการตรวจสุขภาพและทำประกันสุขภาพ โดยมีค่าตรวจสุขภาพ 600 บาท และค่าประกันสุขภาพ 1,300 บาท/ปี	
8.	มติคณะรัฐมนตรี 13 กุมภาพันธ์ 2555	การบริหารจัดการแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา	ตรวจพิสูจน์สัญชาติ และการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องไปออกประกาศ แนวปฏิบัติ และประกันสุขภาพจะต้องสิ้นสุดในวันที่ 14 มิถุนายน 2555	

ลำดับ	นโยบาย/กฎหมาย	เรื่อง	มาตรการสำหรับแรงงานข้ามชาติ	หน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก
9.	มติคณะรัฐมนตรี 15 มกราคม 2556	มีการดูแลทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่ คนต่างด้าวทั้งหมดที่ไม่อยู่ในระบบ ประกันสังคม	1) คนต่างด้าวทุกคน ต้องมีหลักประกัน สุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง คือ ประกันสังคม ของกระทรวงแรงงาน หรือประกันสุขภาพของ กระทรวงสาธารณสุข 2) คนต่างด้าวที่ไม่อยู่ในระบบประกันสังคมทุก คน ต้องผ่านการตรวจสุขภาพและทำบัตร ประกันสุขภาพตามที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนด 3) คนต่างด้าวที่อยู่ระหว่างรอสิทธิ ประกันสังคมทุกคน ต้องผ่านการตรวจสุขภาพ และทำบัตรประกันสุขภาพ ตามที่กระทรวง สาธารณสุขกำหนด	กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลัก
10.	ประกาศคณะกรรมการ ความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 70/2557 วันที่ 25 มิถุนายน 2557	จัดทำทะเบียนประวัติ ออกบัตรประจำตัว และ ตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าว	1) แรงงานต่างด้าวทุกคน ต้องมีหลักประกัน สุขภาพ 2) แรงงานต่างด้าวทุกคน ต้องผ่านการตรวจ สุขภาพและทำประกันสุขภาพตามที่กระทรวง สาธารณสุขกำหนด	กระทรวงมหาดไทย ร่วมกับ กระทรวง แรงงาน กระทรวง สาธารณสุข สำนักงานตรวจคนเข้า เมืองและหน่วยงาน อื่นที่เกี่ยวข้อง

ลำดับ	นโยบาย/กฎหมาย	เรื่อง	มาตรการสำหรับแรงงานข้ามชาติ	หน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก
11.	มติคณะรัฐมนตรี 28 ตุลาคม 2557	การดำเนินการตรวจสัญชาติแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมา ลาว และกัมพูชา	แนวทางการตรวจสัญชาติแรงงานต่างด้าวเป็นศูนย์บริการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) และให้ตรวจสัญชาติแรงงานโดยเร็วและสิ้นสุดภายในวันที่ 31 มี.ค. 2558 แรงงานต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานในกิจการประมง(ตามมาตรา 6 ส.ค. 56 สิ้นสุดการผ่อนผัน 24 ก.ย. 56) ให้ไปจดทะเบียนแรงงานต่างด้าว ณ ศูนย์บริการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) และเข้าสู่กระบวนการพิสูจน์สัญชาติ	กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการต่างประเทศ สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง กระทรวงแรงงาน (กรมการจัดหางาน และสำนักงานประกันสังคม) กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
12.	มติคณะรัฐมนตรี 10 กุมภาพันธ์ 2558	การจัดระบบแรงงานต่างด้าวสัญชาติเวียดนาม	ตรวจสอบสุขภาพและประกันสุขภาพให้กับแรงงานต่างด้าวสัญชาติเวียดนามที่ถือหนังสือเดินทาง (Passport) และเข้ามาในราชอาณาจักรอย่างถูกต้องกฎหมายครั้งสุดท้ายก่อนวันที่คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบแนวทางการจัดระบบแรงงานต่างด้าวสัญชาติเวียดนาม ซึ่งได้รับการจัดทำทะเบียนประวัติจาก มท. แล้ว	กระทรวงสาธารณสุข

ลำดับ	นโยบาย/กฎหมาย	เรื่อง	มาตรการสำหรับแรงงานข้ามชาติ	หน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก
13.	มติคณะรัฐมนตรี 3 มีนาคม 2558	การจัดระบบแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมา ลาว และกัมพูชา	<p>แนวทางการจัดระบบแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมา ลาว และกัมพูชา หลังวันที่ 31 มีนาคม 2558 ได้แก่</p> <p>1) กลุ่มที่ผ่านการตรวจสัญชาติแล้วเสร็จภายในวันที่ 31 มีนาคม 2558 จะได้รับการตรวจลงตรา และได้รับอนุญาตทำงาน จนถึงวันที่ 31 มีนาคม 2559</p> <p>2) กลุ่มแรงงานต่างด้าวที่ถือใบอนุญาตทำงานที่ออกให้ ณ ศูนย์บริการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) ที่ยังไม่ได้เข้ารับการตรวจสัญชาติภายในวันที่ 31 มีนาคม 2558 ให้มารายงานตัวเพื่อขอรับบัตรใหม่ ภายในวันที่ 30 มิถุนายน 2558 และขอรับใบอนุญาตทำงาน ซึ่งแรงงานต่างด้าวดังกล่าว จะได้รับการผ่อนผันให้อยู่ในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราว เป็นเวลา 1 ปี และได้รับอนุญาตให้ทำงานได้ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2558 จนถึงวันที่ 31 มีนาคม 2559 เพื่อเข้าสู่กระบวนการตรวจสัญชาติให้แล้วเสร็จ ทั้งนี้ เมื่อผ่านการตรวจสัญชาติแล้วจะได้รับอนุญาตให้อยู่ในราชอาณาจักร และ</p>	<p>กระทรวงมหาดไทย</p> <p>เป็นหน่วยงานหลักในการปฏิบัติงานร่วมกับกระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง</p>

ลำดับ	นโยบาย/กฎหมาย	เรื่อง	มาตรการสำหรับแรงงานข้ามชาติ	หน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก
			<p>อนุญาตทำงานต่อไปอีก 2 ปี</p> <p>3) กลุ่มที่ไม่มารายงานตัวเพื่อขอรับบัตรใหม่ และขออนุญาตทำงานภายในวันที่ 30 มิถุนายน 2558 ให้ดำเนินการตรวจสอบติดตาม จับกุม และผลักดันส่งกลับ ตามกฎหมายอย่างเคร่งครัด ตามคำสั่งคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 100/2557 คำสั่งคณะรักษาความสงบแห่งชาติที่ 101/2557 ลงวันที่ 21 กรกฎาคม 2557</p> <p>4) ให้ผู้ติดตามที่อายุไม่เกิน 15 ปี มารายงานตัวเพื่อขอรับบัตรใหม่พร้อมกับแรงงานต่างด้าว ภายในวันที่ 30 มิถุนายน 2558 สำหรับผู้ติดตามที่ไม่มารายงานตัวจะต้องถูกดำเนินการผลักดัน</p> <p>2. การแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแรงงานประมงทะเล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระยะสั้นโดยการเปิดจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวในกิจการประมงทะเล - ระยะยาวโดยการนำเข้าแรงงานประมงต่างด้าวตามกฎหมาย 	

ลำดับ	นโยบาย/กฎหมาย	เรื่อง	มาตรการสำหรับแรงงานข้ามชาติ	หน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก
			3. การปรับปรุงบันทึกความเข้าใจว่าด้วยความร่วมมือในการจ้างแรงงานระหว่างไทยกับเมียนมา ลาว และกัมพูชา	

4.1.2 หน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก

4.1.2.1 คณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง (กบร.)

คณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง หรือ กบร. ตั้งขึ้นโดยระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง พ.ศ. 2544¹⁷ ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 118 ตอนพิเศษ 96 ง ลงวันที่ 1 ตุลาคม 2544¹⁸ เพื่อแก้ไขปัญหาแรงงาน ที่มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคงของประเทศ ทั้งนี้เพื่อให้การกำหนดนโยบาย มาตรการ และแนวทางปฏิบัติ รวมทั้งการบริหารจัดการ การอำนวยความสะดวก และประสานการปฏิบัติการแก้ไขปัญหา การติดตาม ประเมินผลเป็นไปอย่างมีระบบและต่อเนื่อง ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ให้เป็นไปอย่างมีเอกภาพและมีประสิทธิภาพในการบริหารที่เป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น นายกรัฐมนตรีโดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีจึงวางระเบียบไว้ดังต่อไปนี้

ก. องค์ประกอบของคณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง (กบร.)¹⁹

คณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง เรียกโดยย่อว่า กบร. ประกอบด้วย นายกรัฐมนตรีหรือผู้ที่นายกรัฐมนตรึมอบหมาย เป็นประธานกรรมการ, รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม เป็นรองประธาน และมีกรรมการประกอบด้วย ปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี, ปลัดกระทรวงกลาโหม, ปลัดกระทรวงการต่างประเทศ, ปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์, ปลัดกระทรวงอุตสาหกรรม, ปลัดกระทรวงมหาดไทย, ปลัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, เลขาธิการนายกรัฐมนตรี, เลขาธิการสภาความมั่นคงแห่งชาติ, เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, ผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ, ผู้อำนวยการสำนักช่างกรองแห่งชาติ, ผู้บัญชาการทหารสูงสุด, ผู้บัญชาการทหารบก, ผู้บัญชาการทหารเรือ, ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ, เลขาธิการกองอำนวยการรักษาความมั่นคงภายใน, อธิบดีกรมการจัดหางาน, อธิบดีกรมประชาสัมพันธ์, ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งนายกรัฐมนตรีแต่งตั้งไม่เกินสี่คน(วาระการดำรงตำแหน่งคราวละสี่ปี ข้อ 7) และมีเลขาธิการคณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองเป็นกรรมการและเลขานุการ ส่วนรองเลขาธิการคณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองเป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

¹⁷ อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 11 (8) แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดินพ.ศ. 2535

¹⁸ ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 118 ตอนพิเศษ 96 ง ลงวันที่ 1 ตุลาคม 2544

¹⁹ หมวดที่ 2 ข้อ 6 ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง พ.ศ. 2544

ข. อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง (กบร.)²⁰

ดังนี้

คณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง หรือ กบร. มีอำนาจหน้าที่

- (1) พิจารณากำหนดนโยบาย แนวทาง แผนงาน และมาตรการในการบริหารจัดการและแก้ไขปัญหาแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองในระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งการป้องกันและปราบปรามและดำเนินการอื่นที่จำเป็นในการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง
- (2) อำนวยการ กำกับ ดูแล ประสานการดำเนินการของส่วนราชการและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งพิจารณากระบวนการแปลงนโยบายและมาตรการไปสู่แผนการปฏิบัติ เพื่อให้การดำเนินการต่างๆ เป็นไปตามนโยบายการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง
- (3) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนพิจารณาวินิจฉัยข้อขัดแย้งในเชิงนโยบาย รวมทั้งเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินนโยบายการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง
- (4) สนับสนุนในทางนโยบายให้มีการศึกษาวิจัยและพัฒนาข้อมูลในเชิงวิชาการเกี่ยวกับแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองและผลกระทบในด้านต่างๆ
- (5) พิจารณาทบทวนกฎหมาย ระเบียบปฏิบัติ และมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องให้สามารถส่งเสริมและสนับสนุนการปฏิบัติงานให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
- (6) สนับสนุนในทางนโยบายเกี่ยวกับการดำเนินการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับนโยบายและแนวทางแก้ไขปัญหาแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง
- (7) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการและคณะทำงานในด้านต่างๆ ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เพื่อดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดที่คณะกรรมการสอบหมายตามความจำเป็น
- (8) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะรัฐมนตรีหรือนายกรัฐมนตรีมอบหมาย

²⁰ หมวดที่ 2 ข้อ 10 ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง พ.ศ. 2544

4.1.2.2 สำนักงานคณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง (สบร.)²¹

ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง พ.ศ. 2554 ข้อ 12 ให้มีสำนักงานคณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองเป็นหน่วยงานภายในกรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม เรียกโดยย่อว่า สบร.

ก. องค์ประกอบของสำนักงานคณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง (สบร.)²²

สำนักงานคณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง (สบร.) ประกอบด้วยเลขาธิการคณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองเป็นผู้บังคับบัญชาเจ้าหน้าที่และลูกจ้างของสำนักงาน และรับผิดชอบในการปฏิบัติงานของสำนักงาน และให้มีรองเลขาธิการเป็นผู้ช่วยสั่งการและปฏิบัติงาน ทั้งนี้ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม เป็นผู้แต่งตั้งเลขาธิการ²³ และรองเลขาธิการ

ข. อำนาจหน้าที่ของสำนักงานคณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง (สบร.)²⁴

สำนักงานคณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง (สบร.) มีอำนาจหน้าที่ดังนี้

- (1) อำนวยการและประสานการปฏิบัติเพื่อให้การดำเนินการของหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
- (2) ควบคุมดูแลและประสานการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการและคณะทำงานต่างๆ ที่แต่งตั้งโดยคณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง
- (3) รับผิดชอบในงานธุรการ งานวิชาการ งานการประชุม และเลขานุการของคณะกรรมการ โดยเฉพาะการนำเสนอนโยบายและแนวทางการดำเนินงานตามนโยบายต่อคณะกรรมการ

²¹ หมวดที่ 3 ข้อ 12 ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง พ.ศ. 2544

²² หมวดที่ 3 ข้อ 13 ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง พ.ศ. 2544

²³ ข้อ 14 เลขาธิการมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- (1) บริหารกิจการของสำนักงานให้เป็นไปตามอำนาจหน้าที่ของสำนักงานและตามมติของคณะกรรมการ
- (2) บังคับบัญชาเจ้าหน้าที่และลูกจ้างของสำนักงาน และกำกับดูแลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ของรัฐที่เกี่ยวข้องกับการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง
- (3) วางระเบียบเกี่ยวกับการดำเนินงานของสำนักงานโดยไม่ขัดหรือแย้งกับระเบียบและข้อบังคับของ

คณะกรรมการ

²⁴ หมวดที่ 3 ข้อ 12 ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง พ.ศ. 2544

- (4) ประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบาย รวมทั้งการจัดทำรายงานประจำปีเกี่ยวกับผลงานและอุปสรรคการดำเนินงาน
- (5) ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานของรัฐและองค์กรภาคเอกชนรวมทั้งมีอำนาจเชิญเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐและองค์กรดังกล่าวเพื่อขอคำชี้แจงเกี่ยวกับข้อเท็จจริง รายงาน สถิติ ข้อมูลต่างๆ เพื่อประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการได้ตามความจำเป็น
- (6) แต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญและจัดจ้างบุคคล เพื่อมาปฏิบัติงานในส่วนที่เกี่ยวข้องได้ตามความจำเป็น
- (7) ปฏิบัติงานหรือดำเนินการอื่นใดตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

4.1.2.3 เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง²⁵

นายกรัฐมนตรีอาจมีคำสั่ง หรือสำนักงานอาจขอให้นายกรัฐมนตรีมีคำสั่งให้เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องไปปฏิบัติงานเป็นเจ้าหน้าที่ของสำนักงานได้ ภายใต้บังคับแห่งระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง พ.ศ. 2544 เพื่อประโยชน์ในการบริหารงานของสำนักงาน ทั้งนี้ให้ถือว่าเป็นการปฏิบัติราชการหรือปฏิบัติงานตามปกติ โดยนายกรัฐมนตรีจะสั่งให้ไปปฏิบัติงานเต็มเวลา บางเวลา หรือนอกเวลาก็ได้ โดยคณะกรรมการอาจกำหนดค่าตอบแทนให้แก่ผู้ไปปฏิบัติงานด้วยก็ได้

4.1.2.4 กรมควบคุมโรค

ตามแนวทางพัฒนางานควบคุมและป้องกันโรค กระทรวงสาธารณสุขเมื่อพิจารณาจาก Roadmap การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข ในระยะกลางเสริมสร้างความพร้อมรองรับประชาคมอาเซียน และพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนแรงงานต่างด้าว ตามปีงบประมาณ 2558 (ต.ค.57 - ก.ย.58) – 2559 (ต.ค.58 - ก.ย.59) ด้านที่เกี่ยวกับแรงงานข้ามชาติ (การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “การพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือหุ้นส่วนทางยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนางานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ” ประจำปี พ.ศ. 2558

(Disease Control Strategic Partner Networks) วันที่ 4 พฤศจิกายน 2557 ณ โรงแรมปรีณิพาเลซ มหานคร กรุงเทพมหานคร) ได้แก่

- ก. ระบบบริการของประเทศมีศักยภาพรองรับประชาคมอาเซียน
- ข. ประชาชนในพื้นที่ชายแดน ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ(ต่างด้าว) สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ

²⁵ หมวดที่ 3 ข้อ 15 ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง พ.ศ. 2544

- ค. ส่วนที่เป็นสุขภาพชายแดนจะต้องมีการพัฒนาสุขภาพชายแดนตามกรอบกฎ
อนามัยระหว่างประเทศ
- ง. พัฒนาระบบมูลประชากรต่างดาว โดยจัดให้ประชากรต่างดาวเข้าถึงบริการป้องกัน
ควบคุมโรคขั้นพื้นฐาน

4.2 กฎหมายและระเบียบ ข้อบังคับเกี่ยวกับแรงงานข้ามชาติ

4.2.1 กฎหมาย

4.2.1.1 กฎหมายที่รับรองสิทธิแรงงานข้ามชาติ

เมื่อพิจารณากฎหมายที่บัญญัติถึงการรับรองสิทธิในการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ ผู้วิจัยพบว่า ไม่มีกฎหมายที่กล่าวถึงเรื่องดังกล่าวเอาไว้โดยตรง หากพิจารณาจากกฎหมายรัฐธรรมนูญซึ่งถือเป็นกฎหมายสูงสุดที่ใช้เป็นหลักในการปกครองประเทศ ในปัจจุบันรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) พุทธศักราช 2557 ลงวันที่ 22 กรกฎาคม พ.ศ.2557 (ซึ่งยังมีผลใช้บังคับจนกว่าร่างรัฐธรรมนูญ ฉบับใหม่จะผ่านความเห็นชอบ) มีทั้งสิ้นเพียง 48 มาตรา ไม่ได้มีบทบัญญัติเฉพาะเรื่องการบริการสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐ แต่เนื่องจากเรื่องดังกล่าวถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่มนุษย์ทุกคนควรจะได้รับ และในรัฐธรรมนูญ (ฉบับชั่วคราว) ได้บัญญัติให้สิทธิขั้นพื้นฐานนั้นจะได้รับความคุ้มครองต่อไปรวมทั้งพันธะกรณีในประเทศไทยมีอยู่ด้วย ดังนั้นจึงถือเป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องจัดให้มีการรับรองสิทธิเบื้องต้นดังกล่าว²⁶ ในทัศนะของนักวิชาการฝ่ายแรก เห็นว่า เนื่องจากกฎหมายเดิมตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ซึ่งถูกยกเลิก²⁷ สำหรับการรับรองสิทธิดังกล่าวถูกบรรจุอยู่ในหมวด 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย เมื่อกฎหมายระบุว่าเป็นการรับรองสิทธิเฉพาะ “ชนชาวไทย” ดังนั้นสิทธิที่ว่ามีจึงไม่ครอบคลุมไปถึงสิทธิของแรงงานข้ามชาติ (Migrant Workers) ฝ่ายที่สองเห็นว่า สิทธิในการรักษาพยาบาลหรือสิทธิในสุขภาพ (Right to Health) ถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานตามหลักสิทธิมนุษยชนที่ผูกพันประเทศไทยจะต้องให้การรับรองแก่แรงงานข้ามชาติด้วยตามหลักสากล

ส่วนร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2558 ซึ่งเสนอโดยคณะกรรมการยกร่าง มีทั้งหมด 315 มาตรา มีการระบุเอาไว้ชัดเจนถึงหลักสิทธิมนุษยชนซึ่งเป็นหลักการพื้นฐานในการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตลอดจนสิทธิและเสรีภาพ ซึ่งสิทธิในการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ (Immigrant Workers) ก็ถือว่าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานตามหลักสิทธิมนุษยชน (Human Right) โดย

²⁶ มาตรา 4 ภายใต้บังคับบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิเสรีภาพ และความเสมอภาค บรรดาที่ชนชาวไทยเคยได้รับการคุ้มครองตามประเพณีการปกครองประเทศไทยในระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข และตามพันธกรณีระหว่างประเทศที่ประเทศไทยมีอยู่แล้ว ย่อมได้รับความคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญนี้

²⁷ ประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 11/2557 เรื่อง การสิ้นสุดของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

ปรากฏในส่วนที่ 2 สิทธิและเสรีภาพของบุคคล ตอนที่ 1 บททั่วไป²⁸ และนอกจากนี้ยังมีบทบัญญัติในตอน
ที่ 2 ว่าด้วย สิทธิมนุษยชน เอาไว้โดยเฉพาะซึ่งมีทั้งสิ้น 12 มาตรา (มาตรา 34 - มาตรา 45)²⁹ หาก
พิจารณารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 (ฉบับแก้ไขซึ่งถูกยกเลิก) จะพบว่าไม่ได้แยก
ไว้ดังเช่นร่างรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2558 นอกจากนี้ในมาตรา 45 ของร่างรัฐธรรมนูญ³⁰ ยังรับรองสิทธิ
ทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมของบุคคลซึ่งไม่มีสัญชาติไทย แม้ว่าจะมีเงื่อนไขให้เป็นไปตามที่
กฎหมายบัญญัติ หรือตามที่รัฐจัดให้ก็ตาม ถือเป็น การบัญญัติรับรองสิทธิมนุษยชนที่ชัดเจนขึ้นสำหรับผู้
ที่ไม่มีสัญชาติไทยและมีถิ่นที่อยู่ในราชอาณาจักรไทย แต่อย่างไรก็ดีสิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย
แรงงาน ความปลอดภัย อาชีวอนามัยเนื่องในการทำงาน³¹ รวมทั้งสิทธิในด้านสาธารณสุข³² ในร่าง

²⁸ มาตรา 29 ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และสิทธิเสรีภาพที่รัฐธรรมนูญนี้รับรองไว้โดยชัดแจ้ง โดยปริยาย
หรือโดยคำวินิจฉัยของศาลรัฐธรรมนูญ ย่อมได้รับความคุ้มครอง และผูกพันรัฐสภา คณะรัฐมนตรี ศาล รวมทั้งองค์กรตาม
รัฐธรรมนูญ และหน่วยงานของรัฐโดยตรงในการตรากฎหมาย การใช้บังคับกฎหมาย และการตีความกฎหมายทั้งปวง

การใช้อำนาจโดยองค์กรของรัฐทุกองค์กร ต้องเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตลอดจนสิทธิและเสรีภาพตาม
บทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้

²⁹ มาตรา 34 บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมายและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน

ชายและหญิงมีสิทธิและเสรีภาพเท่าเทียมกัน

การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคลเพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ
เพศสภาพ อายุ ความพิการ สภาพทางกาย สุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทาง
ศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมืองอันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ จะกระทำมิได้

มาตรการที่รัฐกำหนดขึ้นเพื่อขจัดอุปสรรคหรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถใช้สิทธิและเสรีภาพได้เช่นเดียวกับบุคคล
อื่น ย่อมไม่ถือเป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมตามวรรคสาม

³⁰ มาตรา 45 บุคคลซึ่งไม่มีสัญชาติไทย และมีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทยจะมีสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมเพียงใด
ให้เป็นไปตามที่กฎหมายบัญญัติหรือตามที่รัฐจัดให้

³¹ มาตรา 57 พลเมืองย่อมมีสิทธิได้รับค่าจ้างที่เป็นธรรม มีหลักประกันความปลอดภัย อาชีวอนามัย สวัสดิภาพ และ
สวัสดิการในการทำงานที่เหมาะสมและเป็นธรรม รวมทั้งมีหลักประกันในการดำรงชีวิตทั้งในระหว่างการทำงานและเมื่อ
พ้นภาวะการทำงาน ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ

³² มาตรา 58 พลเมืองย่อมมีสิทธิในด้านสาธารณสุขตามที่กฎหมายบัญญัติ ดังต่อไปนี้

- (1) ดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพที่ดี
- (2) รับบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมอย่างทั่วถึง มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน และได้รับสิทธิประโยชน์ด้าน
สาธารณสุขขั้นพื้นฐานอันจำเป็นอย่างเท่าเทียมกัน
- (3) ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องและทันสมัยจากรัฐ

พลเมืองที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขและผู้ให้บริการสาธารณสุขซึ่งได้รับความ
เสียหายจากการปฏิบัติหน้าที่ตามจริยธรรมและมาตรฐานแห่งวิชาชีพ ย่อมได้รับความคุ้มครองที่เหมาะสม
จากรัฐ ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ

รัฐธรรมนูญฯ ระบุไว้ให้เป็นสิทธิเฉพาะพลเมืองซึ่งได้แก่ประชาชนชาวไทย³³ ซึ่งเมื่อพิจารณาสิทธิในการเข้าถึงการบริการทางสาธารณสุข ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550³⁴

4.2.1.2 กฎหมายที่คุ้มครองสิทธิแรงงานข้ามชาติ

ในประเทศไทย แรงงาน (ทั้งแรงงานสัญชาติไทย และแรงงานข้ามชาติ) จะได้รับความคุ้มครองตาม พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2551 ในเรื่อง เวลาทำงาน วันทำงาน วันหยุด วันลา การใช้แรงงานหญิง การใช้แรงงานเด็ก การจ่ายค่าตอบแทนในการทำงาน การจัดสวัสดิการ การจัดการด้านความปลอดภัย สุขภาพอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน และการเลิกจ้าง (เกษมสันต์ วิลาวัลย์, 2547: 10) กฎหมายคุ้มครองแรงงานมุ่งที่จะสร้างความเป็นธรรมในสังคมเฉพาะอย่างความเป็นธรรมระหว่างนายจ้างกับลูกจ้าง โดยให้ความคุ้มครองแรงงานแก่ลูกจ้าง ในการใช้แรงงานให้เป็นไปอย่างเหมาะสมด้วยการกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำในการใช้แรงงาน ข้อบัญญัติเหล่านี้เป็นข้อบังคับเด็ดขาด นายจ้างและลูกจ้างจะแสดงเจตนาทำสัญญาให้แตกต่างกันไปในทางลดหย่อนให้ต่ำกว่ามาตรฐานที่กำหนดนี้ไม่ได้ (วิสาร พันธุณะ, 2547: 49) ดังนั้น เมื่อแรงงานข้ามชาติเข้ามาทำงานในประเทศไทยก็จะได้รับความคุ้มครองในประเด็นข้างต้นเท่าเทียมกับผู้ใช้แรงงานสัญชาติไทย

ในกรณีลูกจ้างเจ็บป่วยหรือประสบอันตรายที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการทำงานให้นายจ้าง

³⁵ คลอดบุตร ³⁶ ทูพผลภาพ ³⁷ เสียชีวิต ³⁸ สงเคราะห์บุตร ³⁹ ชราภาพ ⁴⁰ และว่างงาน ⁴¹ ลูกจ้างจะได้รับ

³³ มาตรา 26 (วรรคหนึ่ง) ประชาชนชาวไทยย่อมมีฐานะเป็นพลเมือง

³⁴ มาตรา 51 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสม และได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสม โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

³⁵ มาตรา 62 ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ต่อเมื่อภายในระยะเวลาสิบห้าเดือนก่อนการบริการทางการแพทย์ผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่าสามเดือน

³⁶ มาตรา 65 ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีคลอดบุตรสำหรับตนเองหรือภริยา หรือสำหรับหญิงซึ่งอยู่กินด้วยกันฉันสามีภริยากับผู้ประกันตนโดยเปิดเผยตามระเบียบที่เลขาธิการกำหนดถ้าผู้ประกันตนไม่มีภริยา ทั้งนี้ ต่อเมื่อภายในระยะเวลาสิบห้าเดือนก่อนวันรับบริการทางการแพทย์ผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่าเจ็ดเดือน ประโยชน์ทดแทนในกรณีคลอดบุตร ให้ผู้ประกันตนแต่ละคนมีสิทธิได้รับการสำหรับการคลอดบุตรไม่เกินสองครั้ง

³⁷ มาตรา 69 ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพอันมิใช่เนื่องจากการทำงานต่อเมื่อภายในระยะเวลาสิบห้าเดือนก่อนทุพพลภาพ ผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่าสามเดือน

³⁸ มาตรา 73 ในกรณีที่ผู้ประกันตนถึงแก่ความตายโดยมิใช่ประสบอันตรายหรือเนื่องจากการทำงาน ถ้าภายในระยะเวลาหกเดือน ก่อนถึงแก่ความตาย ผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่าหนึ่งเดือน....

ประโยชน์ทดแทนจาก “กองทุนประกันสังคม” โดยลูกจ้างจะได้สิทธิเบิกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จากกองทุนประกันสังคมได้⁴² แต่สำหรับลูกจ้างที่เป็นแรงงานข้ามชาตินั้น การคุ้มครองสิทธิตาม พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 จะคุ้มครองแรงงานข้ามชาติผู้ที่เข้ามาทำงานอย่างถูกต้อง ตามกฎหมายซึ่งได้แก่ 1.) กลุ่มแรงงานที่เข้ามาทำงานตามข้อตกลง MOU 2.) กลุ่มแรงงานที่ได้รับการ พิสูจน์สัญชาติตามประกาศสำนักงานแรงงานขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง ลาว และ กัมพูชา ที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติ (28 เมษายน พ.ศ. 2549) ที่กำหนดให้ลูกจ้างที่สามารถขึ้นทะเบียนเป็น ผู้ประกันตนได้ต้องมีสัญชาติลาว หรือกัมพูชา มีหนังสือเดินทาง (Passport) หรือ 3.) แรงงานที่มีเอกสาร แสดงตัวตนหนังสือเดินทางและใบอนุญาตทำงาน (Work Permit) (ผ่านการพิสูจน์สัญชาติ ผ่านการ รับรองเอกสารและทางการไทยจะออกวีซ่า ใบอนุญาตการทำงาน) โดยแรงงานข้ามชาติที่เข้าเมืองถูก กฎหมายจะต้องจ่ายเงินสมทบตามที่กฎหมายกำหนด ขณะเดียวกันนายจ้างและรัฐบาลต้องจ่ายเงินสมทบ เช่นกัน ส่วนแรงงานนอกระบบ เช่น แรงงานข้ามชาติที่เข้าเมืองผิดกฎหมาย ไม่มีหลักฐานประกอบการขึ้น ทะเบียน (หนังสือเดินทางและใบอนุญาตทำงาน) และแรงงานประเภทที่กฎหมายยกเว้นไว้ เช่น แรงงานข้าม

³⁹ มาตรา 74 ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีสงเคราะห์บุตรต่อเมื่อภายในระยะเวลาสามสิบหกเดือน ก่อนที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทน ผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่าสิบสองเดือน

⁴⁰ มาตรา 76 ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีชราภาพต่อเมื่อผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อย กว่าหนึ่งร้อยแปดสิบเดือน ไม่ว่าจะระยะเวลาหนึ่งร้อยแปดสิบเดือนจะติดต่อกันหรือไม่ก็ตาม

⁴¹ มาตรา 78 ลูกจ้างซึ่งเป็นผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงานต่อเมื่อผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบ มาแล้วไม่น้อยกว่าหกเดือนและต้องอยู่ภายในระยะเวลาสิบห้าเดือนก่อนการว่างงาน และจะต้องเป็นผู้ที่อยู่ในเงื่อนไข ดังต่อไปนี้

เป็นผู้มีความสามารถในการทำงาน พร้อมทั้งจะทำงานที่เหมาะสมตามที่จัดหาให้ หรือต้องไม่ปฏิเสธการฝึกงาน และได้ขึ้นทะเบียนไว้ที่สำนักจัดหางานของรัฐ โดยต้องไปรายงานตัวไม่น้อยกว่าเดือนละหนึ่งครั้ง

การที่ผู้ประกันตนว่างงานต้องมีใช้ถูกเลิกจ้างเนื่องจากทุจริตต่อหน้าที่ หรือกระทำความผิดอาญาโดยเจตนาแก่นายจ้าง หรือจงใจทำให้นายจ้างได้รับความเสียหาย หรือฝ่าฝืนข้อบังคับหรือระเบียบเกี่ยวกับการทำงาน หรือคำสั่งอันชอบด้วยกฎหมายในกรณีร้ายแรง หรือละทิ้งหน้าที่เป็นเวลาเจ็ดวันทำงานติดต่อกันโดยไม่มีเหตุอันควร หรือประมาทเลินเล่อ เป็นเหตุให้นายจ้างได้รับความเสียหายอย่างร้ายแรง หรือได้รับโทษจำคุกตามคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาท หรือความผิดลหุโทษ

ต้องมีใช้ผู้มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีชราภาพตามหมวด 7 ในลักษณะนี้

⁴² พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 หมวด 3 มาตรา 21 กำหนดให้จัดตั้งกองทุนประกันสังคม เพื่อเป็นทุนใช้จ่ายให้ผู้ประกันตนได้รับประโยชน์ทดแทน และมาตรา 22 กองทุนประกอบด้วย เงินสมทบจากรัฐบาล นายจ้าง และผู้ประกันตนตามมาตรา 40 และมาตรา 46 , เงินเพิ่มตามมาตรา 39 มาตรา 49 และมาตรา 53, ผลประโยชน์เพิ่มของกองทุนตามมาตรา 26 , เงินค่าธรรมเนียมตามมาตรา 45, เงินที่ได้รับจากการบริจาคหรือเงินอุดหนุน, เงินที่ตกเป็นของกองทุนตามมาตรา 47 มาตรา 47 ทวิ มาตรา 50 มาตรา 53 และ มาตรา 56, เงินอุดหนุนหรือเงินทดรองราชการที่รัฐบาลจ่ายตามมาตรา 24 วรรคสาม, เงินค่าปรับตามที่ได้จากการเปรียบเทียบตามมาตรา 102 และ รายได้อื่น

ชาติทำงานกับนายจ้างที่เป็นบุคคลธรรมดา ซึ่งงานที่ลูกจ้างทำนั้นมิได้มีการประกอบธุรกิจรวมอยู่ด้วย เช่น คนรับใช้ในบ้าน (มาตรา 4(6)) หรือ แรงงานข้ามชาติในกิจการเพาะปลูก ประมง ป่าไม้ และเลี้ยงสัตว์ ซึ่งมิได้ใช้ลูกจ้างตลอดปี และไม่มียานลักษณะอื่นรวมอยู่ด้วย ไม่ต้องขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตน กฎหมายประกันสังคมจะไม่ให้ความคุ้มครอง⁴³

หากเป็นกรณีที่ ลูกจ้างประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย เนื่องมาจากการทำงานให้แก่ นายจ้าง ไม่ว่าจะนายจ้างจะมีส่วนผิดหรือไม่ หรือลูกจ้างประมาทเลินเล่อหรือไม่ก็ตาม นายจ้างมีหน้าที่จ่าย “เงินทดแทน” ให้แก่ลูกจ้างตามที่กำหนดไว้ พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 เงินทดแทน ประกอบด้วย ค่ารักษาพยาบาล ค่าทดแทนรายเดือน ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงาน และค่าทำศพ โดยไม่ต้องพิสูจน์ว่าเป็นความผิดของใคร โดยนายจ้างจะต้องรับผิดชอบจ่ายเงินทดแทนไม่ว่าอุบัติเหตุจะเกิดขึ้นเพราะความผิดโดยตรงของนายจ้างหรือไม่ก็ตาม เนื่องจากอุบัติเหตุในการทำงานพึงถือเป็น ธรรมชาติอย่างหนึ่งของการทำงานทำนองเดียวกับเครื่องจักรย่อมมีการชำรุดเสียหายเพราะใช้งาน (สุดาศิริ วรงค์, 2547: 326-328) ซึ่งเป็นไปตามหลักกฎหมายละเมิด เรื่อง ความรับผิดโดยเคร่งครัด (strict liability) และความรับผิดโดยปราศจากความผิด (liability without fault/ vicarious liability)⁴⁴ แต่เดิมหาก ลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องมาจากการทำงานให้แก่ นายจ้าง นายจ้างเป็นผู้รับผิดชอบด้วยตนเอง ในมูลละเมิด ต่อมาเพื่อเป็นการสร้างหลักประกันให้แก่ลูกจ้าง ในปี พ.ศ. 2515 คณะปฏิวัติได้ออกประกาศ คณะปฏิวัติ ฉบับที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2515 ข้อ 3 กำหนดความรับผิดของนายจ้างที่จะต้อง

⁴³ มาตรา 5 “ลูกจ้าง” หมายความว่า ผู้ซึ่งทำงานให้นายจ้างโดยได้รับค่าจ้างไม่ว่าจะเรียกชื่ออย่างไร แต่ไม่รวมถึงลูกจ้างซึ่งทำงานเกี่ยวกับงานบ้านอันมิได้มีการประกอบธุรกิจรวมอยู่ด้วย

⁴⁴ หลักความรับผิดโดยปราศจากความผิด (liability without fault/ vicarious liability) หมายความว่า เป็นความรับผิดของบุคคลผู้หนึ่งในการกระทำละเมิดของบุคคลอีกผู้หนึ่ง โดยบุคคลที่ต้องรับผิดคนก่อนหน้านั้นไม่ได้กระทำละเมิดด้วยตนเอง ถ้าได้กระทำละเมิดด้วยตนเองแล้ว ก็ไม่ใช่ความรับผิดในการกระทำของบุคคลอื่น แต่เป็นความรับผิดของบุคคลในการกระทำของตนเอง และถ้าบุคคลที่กระทำนั้นไม่ได้กระทำละเมิด ก็ไม่เป็นความรับผิดในการกระทำของบุคคลอื่น เช่นเดียวกัน ทั้งนี้โดยมีตัวบทกฎหมายไว้โดยเฉพาะให้จำต้องรับผิด เป็นนิติเหตุ คือเป็นเหตุที่กฎหมายรับรองรับบัญชาให้ความรับผิดในการกระทำของบุคคลอื่นย่อมเป็นความรับผิดเด็ดขาด/เคร่งครัด (strict liability) (อ่านเพิ่มเติมได้ที่ จีดี เศรษฐบุตตร. 2545. **หลักกฎหมายแห่งลักษณะละเมิด**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เดือนตุลา. หน้า 21-23) (ไพจิตร บุญญพันธ์. 2545. **คำสอนชั้นปริญญาโท: กฎหมายเปรียบเทียบไทยกับประมวลกฎหมายนานาประเทศ ภาค 1 ความทั่วไป และภาค 2 ลักษณะละเมิด**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญูชน. หน้า 24, วาริ นาสกุล. 2544. **ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วย ละเมิด จัดการงานนอกสั่ง และลาภมิควรได้ (Civil and Commercial Code (Torts, Management of Affairs without Mandate and Undue Enrichment)**. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนวิบูลย์การพิมพ์. หน้า 151-156)

จ่ายเงินทดแทน ในกรณีที่ลูกจ้างประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือถึงแก่ความตาย⁴⁵ เนื่องจากการทำงาน หรือจากโรคที่เกิดขึ้นตามลักษณะ หรือสภาพของงาน หรือโรคที่เกิดจากการทำงาน (พงษรัตน์ เครือกลิ่น, 2552 : 260) โดยวิธีการทดแทนการประสบอันตรายแบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะ คือ

(1) การให้การรักษาพยาบาล ทั้งการจัดให้ลูกจ้างได้เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล หรือจ่ายเงินให้เมื่อลูกจ้างได้ไปรักษาพยาบาลมาแล้ว⁴⁶

(2) การจ่ายค่าทดแทนให้เป็นตัวเงิน สำหรับการสูญเสียที่ลูกจ้างได้รับตามประเภทและความร้ายแรงของผลการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น⁴⁷

(3) การจัดการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของลูกจ้างที่ประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยจนพิการ หรือทุพพลภาพ⁴⁸ (สุดาศิริ วดวงศ์, 2547: 328) ซึ่งเงินทดแทนนี้จะเอามาจากกองทุนเงินทดแทน ซึ่งกองทุนเงินทดแทนจะประกอบด้วยเงินที่นายจ้างจ่ายสมทบเงินอุดหนุนรัฐบาล เงินหรือหลักทรัพย์ที่มีผู้ถือค้ำประกันและเงินได้อื่น (พงษรัตน์ เครือกลิ่น, 2552 : 260) สำหรับผู้มีสิทธิรับเงินทดแทนในกรณีที่ลูกจ้างเสียชีวิตหรือสูญหาย ผู้มีสิทธิรับเงินกองทุน ได้แก่ (1) บิดามารดา (2) สามีหรือภรรยา (3) บุตรอายุต่ำกว่า 18 ปี บุตรที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และทุพพลภาพหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ หรือ (4) ถ้าไม่มีผู้มี

⁴⁵ กรณีถึงแก่ความตายหรือสูญหาย ผู้มีสิทธิจะได้รับค่าทำศพเป็นเงิน 100 เท่าของอัตราสูงสุดของค่าจ้างขั้นต่ำรายวัน และค่าทดแทน 60% ของค่าจ้างรายเดือน เป็นเวลา 8 ปี (มาตรา 16)

⁴⁶ ค่ารักษาพยาบาล มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นไม่เกิน 45,000 บาท ต่อการเจ็บป่วยหรือประสบอันตราย 1 ครั้ง กรณีการบาดเจ็บรุนแรงเข้าข่ายกระทรวงกำหนดอัตรารักษาพยาบาลที่ให้นายจ้างจ่ายค่ารักษาพยาบาลเพิ่มตามเงื่อนไขได้รวมแล้วไม่เกิน 300,000 บาท (มาตรา 13)

⁴⁷ กรณีสูญเสียอวัยวะ จะได้รับค่ารักษาพยาบาล ค่าทดแทนจำนวน 60% ของค่าจ้างรายเดือนของการหยุดพักรักษาตัว และค่าทดแทน 60% ของค่าจ้างรายเดือน ตามการสูญเสียอวัยวะ ตามไม่เกิน 10 ปี ทั้งนี้การประเมินการสูญเสียอวัยวะ ลูกจ้างต้องได้รับค่ารักษาทางการแพทย์จนสิ้นสุด การรักษา และอวัยวะคงที่ไม่มีเปลี่ยนแปลง หรือเมื่อพ้นกำหนดระยะเวลาหนึ่งปีนับแต่วันที่ลูกจ้างประสบอันตราย หากลูกจ้างจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู จะได้รับค่าฟื้นฟู สามารถเบิกจ่าย (มาตรา 18 (2)) ดังนี้

- ค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูการแพทย์และอาชีพ เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 20,000 บาท
- ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด เพื่อประโยชน์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงานไม่เกิน 20,000 บาท

⁴⁸ กรณีทุพพลภาพ จะได้รับค่ารักษาพยาบาล ค่าทดแทนจำนวน 60% ของค่าจ้างรายเดือน ในกรณีที่ไม่สามารถทำงานได้เกิน 3 วัน และค่าทดแทน ค่าทดแทนจำนวน 60% ของค่าจ้างรายเดือน กรณีทุพพลภาพเป็นเวลาไม่เกิน 15 ปี และหากจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ จะได้รับค่าฟื้นฟูสมรรถภาพด้วย (มาตรา 18 (3))

สิทธิตามข้อ 1-4 ให้ผู้อยู่ในอุปการะของลูกจ้างเป็นผู้รับเงินทดแทน (มาตรา 20) ค่าทดแทนจะได้รับในอัตรา 60% ของค่าจ้างรายเดือน และต้องไม่ต่ำกว่าค่าจ้างรายวัน ขั้นต่ำของแต่ละท้องถิ่นที่ลูกจ้างทำงาน คุณด้วย 26 และสูงสุดไม่เกิน 12,000 บาท ต่อเดือน กรณีแพทย์ให้หยุดพักรักษาตัว จะได้รับค่ารักษาพยาบาล ค่าทดแทนจำนวน 60% ของค่าจ้างรายเดือน หากต้องหยุดพักรักษาตัวติดต่อกันเกิน 3 วันขึ้นไป แต่ไม่เกิน 1 ปี (มาตรา 18 (1)) ในกรณีไม่ได้รับเงินชดเชย แรงงานสามารถยื่นคำร้องต่อสำนักงานกองทุนเงินทดแทนในพื้นที่/สำนักงานประกันสังคมจังหวัด ภายใน 180 วัน นับตั้งแต่วันที่เกิดเหตุ เพื่อให้มีการบังคับให้นายจ้างจ่ายค่าชดเชยให้แก่ลูกจ้างได้

สำหรับ เงื่อนไข และมีหลักเกณฑ์ สำหรับแรงงานข้ามชาติที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย เนื่องจากการทำงานและมีสิทธิได้รับเงิน “ทดแทน” มีดังนี้

(1.) แรงงานข้ามชาติที่เข้าประเทศไทยถูกต้องตามกฎหมาย มีใบอนุญาตทำงาน (Work Permit) และหนังสือเดินทาง (Passport) หรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว และแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองที่ได้รับการผ่อนผันให้ทำงานได้ชั่วคราว และผ่านการพิสูจน์สัญชาติ ได้รับใบอนุญาตทำงาน จะต้องขึ้นทะเบียนกองทุนเงินทดแทนและกองทุนประกันสังคม

(2.) นายจ้างจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนเงินทดแทนในอัตราไม่ต่ำกว่าค่าจ้างขั้นต่ำ ทั้งนี้ แรงงานข้ามชาติที่จดทะเบียนต้องยื่นแบบภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาให้กับประเทศไทย

(3.) ลูกจ้างแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีใบอนุญาตทำงาน เมื่อประสบอันตรายเนื่องจากการทำงานให้นายจ้าง นายจ้างเป็นผู้รับผิดชอบจ่ายเงินทดแทนตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 ให้แก่ลูกจ้าง ในอัตราเท่ากับลูกจ้างตามกฎหมายกองทุนเงินทดแทน

ในส่วน of แรงงานข้ามชาติหลบหนีเข้าเมืองที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติแล้วจะต้องขึ้นทะเบียนกับสำนักงานประกันสังคม โดยนายจ้างมีหน้าที่ดำเนินการดังนี้

(1.) นายจ้างที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานประกันสังคมแล้วให้แจ้งขึ้นทะเบียนลูกจ้างคนต่างด้าวที่เป็นผู้ประกันตนตามแบบ สปส.1-03 ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ลูกจ้างนั้นเป็นผู้ประกันตนพร้อมหลักฐานการขึ้นทะเบียน คือ

1.1 ใบอนุญาตทำงาน (Work Permit)

1.2 หนังสือเดินทาง (Passport) หรือเอกสารแสดงตัวตนหนังสือเดินทาง

(2.) นายจ้างที่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานประกันสังคม ให้ดำเนินการขึ้นทะเบียนนายจ้างตามแบบ สปส.1-01 ภายใน 30 วันนับตั้งแต่วันที่มียูกจ้าง 1 คนขึ้นไปและขึ้นทะเบียนลูกจ้างตามแบบ สปส.1-03 พร้อมเอกสารประกอบการขึ้นทะเบียนตาม (1.1) และ (1.2) กรณีลูกจ้างเป็นคนต่างด้าว หรือสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนกรณีลูกจ้างคนไทย

(3.) หากลูกจ้างที่เป็นคนต่างด้าวไม่มีหลักฐานดังกล่าว หรือมีหลักฐานไม่ครบตาม (1.1) และ(1.2) ให้ถือว่าหลักฐานประกอบการขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนไม่ครบถ้วน และไม่สามารถขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนได้

4.2.1.3 กฎหมายที่ควบคุมแรงงานข้ามชาติ

ในการควบคุมการทำงานของแรงงานข้ามชาตินั้น ประเทศไทยได้กำหนดหลักเกณฑ์การทำงาน of แรงงานข้ามชาติไว้ในพระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2551 โดยแรงงานข้ามชาติจะทำงานได้ต่อเมื่ออนุญาตจากอธิบดีกรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน หรือเจ้าพนักงานที่อธิบดีมอบหมาย มิฉะนั้น ทั้งแรงงานข้ามชาติและตัวนายจ้างมีความผิดทางอาญาต้องรับโทษตามกฎหมาย โดยแรงงานข้ามชาติต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามเดือนหรือปรับไม่เกินห้าพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับตามมาตรา 34 ส่วนนายจ้างต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 3 ปี หรือปรับไม่เกิน 60,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ เว้นแต่แรงงานข้ามชาติที่เข้ามาในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราวตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมืองเพื่อทำงานอันจำเป็นและเร่งด่วนมีระยะเวลาทำงานไม่เกิน 15 วัน (ชนิดา ลีดีส์, 2549: 29-30)

ตารางที่ 2 กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

กฎหมาย	สาระสำคัญ	เงื่อนไขการได้รับสิทธิ	หลักเกณฑ์	หมายเหตุ
1. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 (ถูกยกเลิกโดย ประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 11/2557 เรื่องการสิ้นสุดรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ลงวันที่ 22 พฤษภาคม 2557)	- ความเสมอภาคในการรับบริการทางสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐ - สิทธิในการได้รับการบริการสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐ - สิทธิในการป้องกันและขจัดโรคติดต่อ (มาตรา 51)	บุคคลที่มีสัญชาติไทย	- ทุกคนมีสิทธิเสมอภาคในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมได้มาตรฐาน ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลฟรีจากรัฐ - การบริการทางสาธารณสุขต้องทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ - สิทธิในการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสมและไม่เสียค่าใช้จ่าย	
2. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) พุทธศักราช 2557 วันที่ 22 กรกฎาคม 2557	ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาค บรรดาที่ชนชาวไทยเคยได้รับการคุ้มครอง (ม.4)	คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคของคนสัญชาติไทย ตามประเด็นการปกครอง และหลักเกณฑ์ตามกฎหมายระหว่างประเทศ		มีทั้งสิ้น 48 มาตรา ไม่ได้มีบทบัญญัติเฉพาะเรื่องการบริการสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐ แต่เนื่องจากเรื่องดังกล่าวเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่มนุษย์ทุกคนควรจะได้รับ
3. ร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2558	- รับรองสิทธิในด้านสาธารณสุข (มาตรา 58) - หลักประกันความปลอดภัย อาชีวอนามัย สวัสดิภาพ และสวัสดิการ	ให้เป็นสิทธิเฉพาะพลเมืองซึ่งได้แก่ประชาชนชาวไทย (ม. 26)		ตามที่กฎหมายบัญญัติ

กฎหมาย	สาระสำคัญ	เงื่อนไขการได้รับสิทธิ	หลักเกณฑ์	หมายเหตุ
	ในการทำงานที่เหมาะสมและเป็น ธรรม			
4. พระราชบัญญัติการทำงาน ของคนต่างด้าว พ.ศ. 2551	ควบคุมการทำงานของแรงงานข้าม ชาติ		แรงงานข้ามชาติจะทำงานได้ ต่อเมื่อได้รับอนุญาตจากอธิบดี กรมการจัดหางาน กระทรวง แรงงาน หรือเจ้าพนักงานที่อธิบดี มอบหมาย	-ห้ามคนต่างด้าวทำงาน 39 อาชีพ ซึ่งจำแนกออกได้เป็น 4 กลุ่ม -งานที่ไม่อยู่ในรายการก็ทำได้ แต่ ต้องรับใบอนุญาตทำงาน - ระบบปัจจุบัน ห้ามเป็นการทั่วไป ยกเว้นงานที่กฎหมายอนุญาตให้ ทำ ตามมาตรา 7 งานใดที่คนต่าง ด้าวอาจทำได้ จะกำหนดใน กฎกระทรวง -มาตรา 57 ซึ่งเป็นบทเฉพาะกาล ให้ออกกฎกระทรวงใน 2 ปีระหว่าง ที่ยังไม่มีกฎกระทรวง ให้นาย ทะเบียนอนุญาตให้คนต่างด้าว ทำงานใด ๆ ได้ <u>เว้นแต่</u> งานที่ กำหนดในพระราชกฤษฎีกา ฯ
5. พระราชบัญญัติคุ้มครอง แรงงาน พ.ศ. 2551	คุ้มครองการใช้แรงงานในเรื่อง เวลาทำงาน วันทำงาน วันหยุด วัน ลา การใช้แรงงานหญิง การใช้			กำหนดมาตรฐานขั้นต่ำในการใช้ แรงงาน ข้อบัญญัติเหล่านี้เป็น ข้อบังคับเด็ดขาด นายจ้างและ

กฎหมาย	สาระสำคัญ	เงื่อนไขการได้รับสิทธิ	หลักเกณฑ์	หมายเหตุ
	<p>แรงงานเด็ก การจ่ายค่าตอบแทนในการทำงาน การจัดสวัสดิการ การจัดการด้านความปลอดภัย สุขภาพอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน และการเลิกจ้าง</p>			<p>ลูกจ้างจะแสดงเจตนาทำสัญญาให้แตกต่างไปในทางลดหย่อนให้ต่ำกว่ามาตรฐานที่กำหนดนี้ไม่ได้</p>
<p>6.พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533</p>	<p>จัดตั้งกองทุนประกันสังคม เพื่อเป็นทุนใช้จ่ายให้ผู้ประกันตนได้รับประโยชน์ทดแทน กองทุนประกันสังคมจะคุ้มครองสิทธิเมื่อลูกจ้างเจ็บป่วยหรือประสบอันตรายที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการทำงานให้นายจ้าง คลอดบุตร ทูพพลภาพ(มิใช่เนื่องจากการทำงาน) เสียชีวิต(มิใช่เนื่องจากการทำงาน) สงเคราะห์บุตร ชราภาพ และว่างงาน</p>	<p>- กลุ่มแรงงานที่เข้าเมืองถูกต้องมาทำงานตามข้อตกลงการจ้างงานระหว่างประเทศ (MOU) คือ มีหนังสือเดินทาง และใบอนุญาตทำงาน</p> <p>- แรงงานข้ามชาติและผู้หลบหนีติดตามหลบหนีเข้าเมืองที่ได้รับการผ่อนผันให้อยู่ในประเทศไทย มี ทร. 38/1 และใบอนุญาตทำงาน</p> <p>- กลุ่มที่ได้รับการพิสูจน์สัญชาติตามประกาศสำนักงานเรื่องการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง ลาว และกัมพูชา ที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติ</p>	<p>- ขึ้นทะเบียนประกันตนโดยนายจ้าง</p> <p>- นายจ้างที่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานประกันสังคม ให้ดำเนินการขึ้นทะเบียนนายจ้างตามแบบ สปส.1-01 ภายใน 30 วันนับตั้งแต่วันที่มิลูกจ้าง 1 คนขึ้นไป และขึ้นทะเบียนลูกจ้างตามแบบ สปส. 1-03 พร้อ ม เ อ ก ส า ร</p> <p>ประกอบการขึ้นทะเบียนตาม (1.1) และ (1.2) กรณีลูกจ้างเป็นคนต่างด้าว หรือสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนกรณีลูกจ้างคนไทย (มาตรา 34)</p> <p>- นายจ้างจ่ายเงินสมทบในส่วนของนายจ้างและในส่วนของ</p>	<p>กลุ่มที่ไม่มีสิทธิ ได้แก่</p> <p>- แรงงานข้ามชาติที่เข้าเมืองผิดกฎหมาย ไม่มีหลักฐานประกอบการขึ้นทะเบียน (หนังสือเดินทางและใบอนุญาตทำงาน)</p> <p>- แรงงานข้ามชาติทำงานกับนายจ้างที่เป็นบุคคลธรรมดา ซึ่งงานที่ลูกจ้างทำนั้นมิได้มีการประกอบธุรกิจรวมอยู่ด้วย เช่น คนรับใช้ (พระ ร าช บั ญ ญ ติ ประกันสังคม มาตรา 4(6))</p> <p>- แรงงานข้ามชาติในกิจการเพาะปลูก ประมง ป่าไม้ และเลี้ยงสัตว์ ซึ่งมีได้ใช้ลูกจ้างตลอดปี และไม่มียานลักษณะอื่นรวมอยู่ด้วย (ลูกจ้างของนายจ้างที่จ้างไว้ เพื่อ</p>

กฎหมาย	สาระสำคัญ	เงื่อนไขการได้รับสิทธิ	หลักเกณฑ์	หมายเหตุ
			ผู้ประกันตนซึ่งหักจากค่าจ้าง (มาตรา 46,47 วรรคหนึ่ง)	ทำงานอันมีลักษณะเป็นครั้งคราว เป็นการจร หรือเป็นไปตามฤดูกาล)
7. พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537	จัดตั้งกองทุนเงินทดแทน โดยจะจ่ายเงินทดแทนให้แก่ลูกจ้างเมื่อประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย เนื่องมาจากการทำงานให้แก่ นายจ้าง เงินทดแทน ประกอบด้วย ค่ารักษาพยาบาล ค่าทดแทนราย เดือน ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงาน และค่าทำศพ	<ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่เข้าประเทศไทยถูกต้องตามกฎหมาย มีใบอนุญาตทำงาน และหนังสือเดินทาง หรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว และ - กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่หลบหนีเข้าเมืองที่ได้รับการผ่อนผันให้ทำงานได้ชั่วคราว และผ่านการพิสูจน์สัญชาติ ได้รับใบอนุญาตทำงาน จะต้องขึ้นทะเบียนกองทุนเงินทดแทน และกองทุนประกันสังคม - ลูกจ้างแรงงานต่างด้าวที่ไม่มีใบอนุญาตทำงาน เมื่อประสบอันตรายเนื่องจากการทำงานให้แก่ นายจ้าง นายจ้างเป็นผู้รับผิดชอบจ่ายเงินทดแทนตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 ให้แก่ลูกจ้าง ในอัตราเท่ากับลูกจ้างตามกฎหมายกองทุนเงิน 	<ul style="list-style-type: none"> - นายจ้างจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนเงินทดแทนในอัตราไม่ต่ำกว่าค่าจ้างขั้นต่ำ - แรงงานข้ามชาติที่จดทะเบียนต้องยื่นแบบภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาให้กับประเทศไทย 	<p>รายละเอียดการจ่ายเงินทดแทน</p> <p>(1) การให้การรักษาพยาบาล ทั้งการทำให้ลูกจ้างได้เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล หรือจ่ายเงินให้เมื่อลูกจ้างได้ไปรักษาพยาบาลมาแล้ว</p> <p>(2) การจ่ายค่าทดแทนให้เป็นตัวเงิน สำหรับการสูญเสียที่ลูกจ้างได้รับตามประเภทและความร้ายแรงของผลการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น</p> <p>(3) การจัดการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของลูกจ้างที่ประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยจนพิการ หรือทุพพลภาพ</p>

กฎหมาย	สาระสำคัญ	เงื่อนไขการได้รับสิทธิ	หลักเกณฑ์	หมายเหตุ
		ทดแทน		

4.2.2 แผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน พ.ศ. 2555-2559

วิสัยทัศน์ : ประชากรในพื้นที่ชายแดนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า

พันธกิจ : พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ

ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน

เสริมสร้างความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของทุกภาคีและภาคส่วน

เป้าหมายพื้นที่ดำเนินการ

จังหวัดที่มีอาณาเขตติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านรวม 31 จังหวัด สามารถจำแนกตามชายแดนที่ติดต่อแต่ละประเทศ ดังนี้

จังหวัดชายแดนไทย – พม่า จำนวน 10 จังหวัด ได้แก่ จังหวัด 1) เชียงราย 2) เชียงใหม่ 3) แม่ฮ่องสอน 4) ตาก 5) กาญจนบุรี 6) ราชบุรี 7) เพชรบุรี 8) ประจวบคีรีขันธ์ 9) ชุมพร และ 10) ระนอง

จังหวัดชายแดนไทย – ลาว จำนวน 12 จังหวัด ได้แก่ จังหวัด 1) เชียงราย 2) พะเยา 3) น่าน 4) อุตรดิตถ์ 5) พิษณุโลก 6) หนองคาย 7) บึงกาฬ 8) เลย 9) นครพนม 10) มุกดาหาร 11) อุดรธานี และ 12) อุบลราชธานี

จังหวัดชายแดนไทย – กัมพูชา จำนวน 7 จังหวัด ได้แก่ จังหวัด 1) ศรีสะเกษ 2) สุรินทร์ 3) อุบลราชธานี 4) บุรีรัมย์ 5) สระแก้ว 6) จันทบุรี และ 7) ตราด

จังหวัดชายแดนไทย – มาเลเซีย จำนวน 4 จังหวัด ได้แก่ 1) สงขลา 2) นราธิวาส 3) ยะลา และ 4) สตูล

ตารางที่ 3 แผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน พ.ศ. 2555-2559

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	วัตถุประสงค์	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	กิจกรรมหลัก
ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพ	ระบบบริการสุขภาพมีคุณภาพ	<ol style="list-style-type: none"> 1. สถานบริการสุขภาพทุกระดับผ่านเกณฑ์มาตรฐานและเพียงพอต่อการให้บริการ 2. ผู้มารับบริการมีความพึงพอใจ 3. มีระบบการส่งต่อและติดตามผู้ป่วยข้ามดินแดนและผู้ป่วยจากพื้นที่พักพิงชั่วคราวเพื่อการตรวจวินิจฉัย และรักษาโรค 4. มีระบบการส่งเสริมสุขภาพอนามัยสิ่งแวดล้อม การเฝ้าระวังการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่ชายแดน 5. มีระบบการคุ้มครอง 	<ol style="list-style-type: none"> 1. พัฒนาสถานบริการสุขภาพให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2. พัฒนาระบบบริการที่เป็นมิตร 3. พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยข้ามแดน และผู้ป่วยจากพื้นที่พักพิงชั่วคราว 4. พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร และการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร เพื่อตักเตือนภัยและ เฝ้าระวังโรคในพื้นที่ชายแดนและข้ามเขตแดน 5. พัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลทั้งในระดับครอบครัวและ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ร้อยละของสถานบริการสุขภาพทุกระดับผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2. ร้อยละของสถานบริการที่ผู้มารับบริการมีความพึงพอใจตามเกณฑ์ 3. ร้อยละของจังหวัดที่มีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยจากพื้นที่พักพิงชั่วคราวและ/หรือ การส่งตัวผู้ป่วยข้ามแดน 4. ร้อยละของการควบคุมการระบาดของโรคติดต่อที่สำคัญได้ทันเวลา 5. ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพบริเวณชายแดนที่ได้รับการตรวจและผ่าน 	<ol style="list-style-type: none"> 1. พัฒนาและประเมินผลสถานบริการตามเกณฑ์มาตรฐาน 2. จัดบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม ทั้งถึงและเป็นมิตรกับผู้มารับบริการ 3. กำหนดมาตรฐานแนวทาง และ/หรือ จัดทำคู่มือการส่งต่อผู้ป่วยข้ามแดนที่เหมาะสม 4. พัฒนาแนวทางการเสริมสร้างสุขภาพของบุคคลทั้งระดับครอบครัวและชุมชน 5. เฝ้าระวัง ป้องกัน

ประเด็น ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	วัตถุประสงค์	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	กิจกรรมหลัก
		<p>ผู้บริหารโคกด้านผลิตภัณฑ์ สุขภาพที่มีประสิทธิผลใน พื้นที่ชายแดน</p>	<p>ชุมชน</p> <p>6. พัฒนาและเสริมสร้าง ความเข้มแข็งของระบบเฝ้า ระวัง ป้องกันการเกิดโรค และระบบคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ</p> <p>7. พัฒนาระบบการตอบโต้ ภาวะฉุกเฉินทางด้าน สาธารณสุขในพื้นที่ ชายแดนและข้ามเขตแดน</p>	<p>เกณฑ์มาตรฐาน</p> <p>6. อัตราป่วยตายด้วย โรคติดต่อสำคัญในพื้นที่ที่ เป็นปัญหาลดลง</p>	<p>และควบคุมโรคระบาด รวมทั้งจัดทำและฝึกซ้อม แผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ด้านสาธารณสุข สุขทั้ง ภายในและระหว่าง ประเทศ พร้อมทั้งให้ ความร่วมมือ และ สนับสนุนการป้องกัน และควบคุมโรคระหว่าง ประเทศ</p> <p>6. สร้างและเพิ่มความ เข้มแข็งให้กับเครือข่าย ในด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุม โรคติดต่อในพื้นที่ ชายแดนและข้ามเขต แดน</p> <p>7. สร้างเครือข่ายและ เพิ่มความเข้มแข็งในการ เฝ้าระวัง การตรวจสอบ</p>

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	วัตถุประสงค์	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	กิจกรรมหลัก
					การโฆษณาอาหาร ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพ รวมทั้งสื่อสาร เผยแพร่ ข้อมูลอาหาร ยาและ ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ได้ มาตรฐาน
ยุทธศาสตร์ที่ 2 การเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน	ประชากรในพื้นที่ชายแดน เข้าถึงระบบบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน	<ol style="list-style-type: none"> มีระบบประกันสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อรองรับกลุ่มประชากรที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ขยายการประกันสุขภาพให้มีความครอบคลุมแรงงานต่างด้าวทุกกลุ่มในรูปแบบที่เหมาะสม ขยายบริการสาธารณสุขเชิงรุกในกลุ่มประชากรที่เข้าไม่ถึงบริการด้านสุขภาพ 	<ol style="list-style-type: none"> ส่งเสริมการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าว พัฒนาระบบประกันสุขภาพเพื่อรองรับกลุ่มประชากรที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุมและทั่วถึง 	<ol style="list-style-type: none"> ร้อยละของแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนมีหลักประกันสุขภาพ ทั้งระบบประกันสุขภาพและระบบประกันสังคม จำนวนกองทุนประกันสุขภาพเพื่อประชากรที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ จำนวนกองทุนสุขภาพตำบลที่ใช้งบประมาณสนับสนุนการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชากรที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ 	<ol style="list-style-type: none"> สร้างแรงจูงใจให้มีการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวและเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพให้มากขึ้น ส่งเสริมให้มีกองทุนหลักประกันสุขภาพสำหรับกลุ่มประชากรที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ศึกษาวิจัยหาจุดคุ้มทุนในการให้บริการแรงงานต่างด้าว เพื่อกำหนด

ประเด็น ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	วัตถุประสงค์	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	กิจกรรมหลัก
		4. มีข้อมูลการให้บริการด้านสุขภาพของกลุ่มประชากรต่างดาวทุกกลุ่ม		จำนวนครั้งของประชากรที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพได้รับบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานจากสถานบริการในชุมชนและ/หรือหน่วยบริการเคลื่อนที่	<p>ค่าลงทะเบียนประกันสุขภาพอย่างเหมาะสม</p> <p>4. ส่งเสริมให้กองทุนสุขภาพตำบลใช้งบประมาณสนับสนุนการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชากรที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ</p> <p>5. จัดหน่วยบริการทุนสุขภาพในชุมชนและหน่วยบริการเคลื่อนที่ รวมถึงการจัดเก็บข้อมูล</p> <p>6. จัดทำสื่อและช่องทางสื่อสารให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายด้วยภาษาถิ่น</p> <p>7. จัดทำ รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลการให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ผู้ป่วยต่าง</p>

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	วัตถุประสงค์	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	กิจกรรมหลัก
					ดาว เพื่อนำมาใช้ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขชายแดนในระดับพื้นที่
ยุทธศาสตร์ที่ 3 ความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน	ทุกภาคส่วนมีความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดน	1. มีเครือข่ายความร่วมมือระหว่างชุมชนและหน่วยงานภาครัฐ รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชน ภาคเอกชน องค์กรระหว่างประเทศในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขชายแดนทุกระดับที่เข้มแข็ง 2. มีความร่วมมือที่เป็นรูปธรรมระหว่างประเทศไทยกับเพื่อนบ้านทั้งในระดับพื้นที่ และระดับประเทศ	1. สร้างเครือข่ายและกลไกความร่วมมือระหว่างชุมชนกับหน่วยงานภาครัฐ รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชน องค์กรเอกชน และองค์กรระหว่างประเทศในพื้นที่ชายแดน 2. สนับสนุนให้ชุมชนและองค์กรภาคประชาชนเข้ามามีบทบาทในการกำหนดทิศทางดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนระดับชุมชน 3. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายภาคประชาชนใน	1. จำนวนหน่วยงานที่เข้าร่วมเครือข่ายและมีบทบาทสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดน 2. จำนวนการจัดประชุมความร่วมมือด้านสาธารณสุขของจังหวัดชายแดนที่มีเขตติดต่อกันระหว่างประเทศอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง 3. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อนบ้านทั้งในระดับพื้นที่ และระดับประเทศ	1. วิเคราะห์และกำหนดภาคีเครือข่าย รวมทั้งบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคีเครือข่าย 2. จัดตั้งคณะกรรมการแต่ละภาคส่วน กำหนดบทบาทหน้าที่และความร่วมมือที่ชัดเจน 3. จัดอบรม พัฒนาศักยภาพเครือข่ายภาคประชาชนให้มีความรู้และพัฒนาในการรองรับสถานการณ์ที่เป็นภัยคุกคามด้านสุขภาพและจัดระบบเฝ้าระวังในชุมชน/ท้องถิ่น 4. จัดให้มี

ประเด็น ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	วัตถุประสงค์	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	กิจกรรมหลัก
			การจัดระบบการเตือนภัย และเฝ้าระวังโรคที่เป็นภัย คุกคามในพื้นที่ชายแดน 4. ประสานงานด้าน สุขภาพชายแดนกับองค์กร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งในและต่างประเทศ		การแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสารระหว่างประเทศ 5. จัดทำข้อตกลงและ เชื อ ม โย ง ะ บ บ ฐานข้อมูลในทุกระดับ เพื่อให้ง่ายและสะดวก ต่อการเข้าถึงและการใช้ งานร่วมกันในทุกระดับ6. จัดประชุมความร่วมมือ ด้านสาธารณสุขของ จังหวัดชายแดนที่มีเขต ติดต่อกันระหว่างประเทศ อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง
ยุทธศาสตร์ที่ 4 การบริหารจัดการ	ระบบบริหารจัดการมี ประสิทธิภาพ	1. มีนโยบาย แผน ยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติ การ และงบประมาณใน การดำเนินงานด้าน สาธารณสุขชายแดน 2. มีกลไกการขับเคลื่อน แผนไปสู่การปฏิบัติ	1. ส่งเสริมการเผยแพร่แผน แม่บทการแก้ไขปัญหา พัฒนางานสาธารณสุข ชายแดนแก่หน่วยงานที่ เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและ ภาคเอกชน 2. ถ่ายทอดแผนแม่บทการ	1. ร้อยละของหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องมีความเข้าใจและ ได้รับประโยชน์จากแผน แม่บทการแก้ไขปัญหาและ พัฒนางานสาธารณสุข 2. ร้อยละของหน่วยงาน ส่วนกลางและจังหวัดที่มี	1. พัฒนาระบบและช่อง ทางการสื่อสาร ยุทธศาสตร์ และ แผนปฏิบัติการให้กับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน ทุกระดับ ทั้งภาครัฐ องค์กรเอกชน และ

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	วัตถุประสงค์	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	กิจกรรมหลัก
		<p>รวมถึงการกำเริบ ติดตามและประเมินผล</p> <p>3. มีโครงสร้างและอัตรากำลังที่เพียงพอและมีศักยภาพในการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดน</p> <p>4. มีระบบสารสนเทศด้านสุขภาพชายแดน</p> <p>5. บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดน</p>	<p>แก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนไปสู่การปฏิบัติ</p> <p>3. สนับสนุนการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการในส่วนกลางและระดับจังหวัด</p> <p>4. พัฒนาระบบการควบคุม กำกับ ติดตาม และประเมินผล การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ</p> <p>5. สนับสนุนให้ทุกหน่วยงานมีโครงสร้างและอัตรากำลังที่เพียงพอและมีศักยภาพ</p> <p>6. พัฒนาระบบสารสนเทศด้านสาธารณสุขชายแดน</p> <p>7. พัฒนาศักยภาพบุคคลที่เกี่ยวข้องกับงาน</p>	<p>แผนปฏิบัติการ</p> <p>3. ร้อยละของหน่วยงานส่วนกลางและจังหวัดที่ได้ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการงานสาธารณสุข</p> <p>4. ร้อยละของแผนงาน/โครงการที่ดำเนินการแก้ไขปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนได้สำเร็จตามปีงบประมาณ</p> <p>5. ร้อยละของหน่วยงานส่วนกลางและจังหวัดที่มีโครงสร้างและอัตรากำลังในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขชายแดน</p> <p>6. ร้อยละของหน่วยงานส่วนกลางและจังหวัดที่มีข้อมูลด้านสาธารณสุขชายแดนในระบบสารสนเทศ</p>	<p>องค์ระหว่างประเทศ 2. จัดทำแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับแผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน โดยมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน</p> <p>3. จัดระบบการควบคุม กำกับ และติดตามประเมินผล</p> <p>4. จัดให้มีหน่วยงานและบุคลากรรับผิดชอบหลักในแต่ละระดับที่ชัดเจน</p> <p>5. จัดทำระบบข้อมูลสาธารณสุขชายแดนและพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุข</p>

ประเด็น ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	วัตถุประสงค์	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	กิจกรรมหลัก
			<p>สาธารณสุขชายแดน</p> <p>8. ส่งเสริมให้องค์กรที่เกี่ยวข้องมีความเข้าใจในระบบสาธารณสุขและบริการสุขภาพของภาครัฐ เพื่อให้การดำเนินการร่วมมือกันเป็นไปอย่างราบรื่น</p>	<p>7. ร้อยละของบุคลากรที่รับผิดชอบงานสาธารณสุขได้รับการพัฒนาศักยภาพที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุข</p> <p>8. ร้อยละของหน่วยงานที่มีระบบการ กำกับ ติดตาม และประเมินผล</p>	<p>ชายแดน</p> <p>6. กำหนดนโยบายและกรอบเชื้อต่อการจัดหาและพัฒนาบุคลากรในหน่วยบริการ</p> <p>7. สรรหาและพัฒนา ศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดน</p> <p>8. ส่งเสริมให้องค์กรที่เกี่ยวข้องมีความเข้าใจในระบบสาธารณสุขและบริการของภาครัฐ เพื่อให้การดำเนินงานร่วมกันเป็นไปอย่างราบรื่น</p>

4.2.3 แผนสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2557-2561)

กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรมซึ่งมีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายในการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพตามที่กฎหมายกำหนด⁴⁹ ได้จัดทำแผนสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2557 - 2561(เมื่อเดือนกันยายน 2556) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประเทศไทยเป็นสังคมที่ส่งเสริม สิทธิ เสรีภาพ และความเท่าเทียม โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ เพื่อนำไปสู่สังคมสันติสุข ซึ่งในแผนสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุข โดยปัจจุบันประเทศไทยได้พัฒนาไปอย่างก้าวหน้าในด้านการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนในด้านสาธารณสุขโดยประชาชนชาวไทยเกือบทั้งหมดของประเทศจะได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลจากหนึ่งในสามระบบหลักตามสิทธิของตน คือ สวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อีกทั้งยังได้รับสิทธิในการเข้ารับบริการบริการในกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยไม่ต้องถูกถามสิทธิ และไม่ต้องสำรองเงินจ่ายไปก่อน ทั้งนี้ ยังมีประเด็นท้าทายที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขที่ควรได้มีผลการผลักดัน เพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ทั้งในด้านการเข้ารับบริการสุขภาพการพัฒนาคุณภาพของบริการ และการสร้างความเท่าเทียมและเป็นธรรมในการได้รับบริการสุขภาพของผู้ที่อยู่ในหลักประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน ตลอดจนการเตรียมความพร้อมเพื่อรับผลกระทบจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

⁴⁹ ตามกฎกระทรวง แบ่งส่วนราชการกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม พ.ศ. 2545 อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 8 ฉ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ 4.) พ.ศ. 2543 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรมออกกฎกระทรวงให้กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ มีภารกิจ หลัก 3 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 การส่งเสริมสิทธิและเสรีภาพ ด้านที่ 2 การคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ ด้านที่ 3 การสร้างหลักประกันตามหลักการสิทธิมนุษยชนสากล โดยมีอำนาจหน้าที่ดังนี้

- (1) จัดระบบการบริหารจัดการด้านคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชน
- (2) ส่งเสริมและพัฒนาการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชน
- (3) ส่งเสริมและพัฒนากลไกการระงับข้อพิพาทในสังคม
- (4) ประสานงานด้านคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพกับภาครัฐและเอกชนทั้งในและต่างประเทศ
- (5) พัฒนาระบบ มาตรการ และดำเนินการช่วยเหลือประชาชนที่ตกเป็นเหยื่ออาชญากรรม รวมทั้งจำเลยที่ถูกดำเนินคดีอาญาโดยมิได้เป็นผู้กระทำความผิดตามกฎหมายว่าด้วยค่าตอบแทนผู้เสียหายและค่าใช้จ่ายที่จำเป็นแก่จำเลยในคดีอาญา
- (6) ติดตามและประเมินผลการดำเนินการด้านการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ
- (7) ดำเนินการคุ้มครองพยานตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองพยานในคดีอาญา
- (8) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกรม หรือตามที่กระทรวงหรือรัฐมนตรีมอบหมาย (อ่านข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม ข้อมูลเข้าถึงได้จาก <http://www.ripd.go.th>)

4.2.3.1. การเข้าถึงบริการสาธารณสุข

ก. สภาพปัญหา

1. ประชาชนบางกลุ่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ไร้สัญชาติและกลุ่มผู้อาศัยอยู่ในพื้นที่ก้นดงซึ่งมีอุปสรรคในการติดต่อกับสถานที่ราชการ ไม่มีบัตรประชาชน จึงไม่มีสิทธิในการได้รับหลักประกันสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากนี้ ยังขาดความชัดเจนในทางปฏิบัติเกี่ยวกับหลักฐานที่จำเป็นต้องแสดงเมื่อเข้ารับบริการ
2. ประชาชนส่วนใหญ่ที่มีฐานะยากจนยังคงมีปัญหาในการรับภาระด้านการเดินทางและค่าเสียโอกาสจากการต้องหยุดงานเมื่อประสงค์จะเข้ารับบริการสาธารณสุข จึงไม่สามารถเข้ารับบริการได้ แม้จะเข้าถึงหลักประกันสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
3. โครงสร้างของปัญหาการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพมีความเชื่อมโยงกับปัญหาในมิติอื่นๆ เช่น การคมนาคมขนส่ง การเมืองการปกครอง ซึ่งเกี่ยวพันกับภารกิจของหน่วยงานอื่น และจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างบูรณาการโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมด
4. การเข้าถึงบริการสาธารณสุขเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม จึงจำเป็นต้องพัฒนาโอกาสและช่องทางการเข้ารับบริการ ควบคู่ไปกับสิทธิในการเข้ารับบริการที่ปัจจุบันได้รับการรับรองตามกฎหมาย

ข. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. สร้างความรู้และความเข้าใจแก่ผู้ป่วยถึงสิทธิในการรักษาพยาบาลที่พึงได้ของตน และให้ผู้ป่วยมีสิทธิในการรับรู้ข้อมูลการรักษาของตนเองอย่างเป็นรูปธรรมและมีการบังคับใช้จริง ทั้งในส่วนของกระบวนการรักษา และยาที่ใช้ในการรักษา เพื่อให้ได้ทราบทางเลือกของตนเกี่ยวกับบริการสุขภาพตามสิทธิที่พึงได้รับ ตลอดจนการได้รับการชดเชยเยียวยาผลกระทบจากการรักษาที่ผิดพลาดตามสมควร
2. จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์เพื่อให้ความรู้แก่ประชาชนในการรับบริการด้านสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน
3. กระจายทรัพยากรสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม โดยเฉพาะแพทย์ซึ่งควรจัดให้มีเพียงพอในทุกสถานพยาบาล
4. พัฒนาระบบการสาธารณสุขเคลื่อนที่ เพื่อช่วยลดภาระในการเดินทางเข้ารับบริการสาธารณสุขของผู้อยู่ในพื้นที่ห่างไกล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดทำแผนการตรวจเยี่ยมและรักษาเคลื่อนที่นอกเวลาราชการเพื่อให้สอดคล้องกับความจำเป็นของประชาชนส่วนใหญ่ที่ต้องประกอบอาชีพในช่วงวันและเวลาราชการ
5. พัฒนาช่องทางการบริการสำหรับกลุ่มเฉพาะ อาทิ กลุ่มวัยรุ่นที่มีปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ และกลุ่มแรงงานข้ามชาติ โดยสำหรับกลุ่มแรงงานข้ามชาตินั้น

อาจควรพิจารณาให้มีการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการด้านสุขภาพที่จัดเก็บเงินสมทบจากแรงงานข้ามชาติเป็นการเฉพาะ เพื่อความยั่งยืนในการบริหารโดยไม่เป็นภาระงบประมาณของประเทศ รวมทั้งพัฒนาช่องทางกรร็องเรียนกรณีทีประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขหรือไม่ได้รับความเท่าเทียมกันของคุณภาพการบริการ

6. พัฒนาระบบการชดเชยค่าเสียโอกาสจากการหยุดงานเมื่อต้องเข้ารับบริการรักษาพยาบาลซึ่งสะท้อนการสูญเสียรายได้ตามจริง และเป็นธรรมกับทั้งนายจ้างและลูกจ้าง

4.2.3.2. ความเท่าเทียมของคุณภาพบริการ

ก. สภาพปัญหา

1. คุณภาพ ประเภทของบริการที่ได้รับยังมีความเหลื่อมล้ำ และความล่าช้าของการได้รับบริการยังคงเป็นปัญหาสำคัญ ตลอดจนรูปแบบและสัดส่วนการสมทบเข้ากองทุนยังคงแตกต่างกันตามแต่ละระบบประกันสุขภาพ
2. ความเหลื่อมล้ำของคุณภาพบริการและยาที่ได้รับ การกระจายจำนวนบุคลากรสาธารณสุข และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท และระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน ยังคงเป็นปัญหาสำคัญ
3. ประชาชนยังขาดความรู้เกี่ยวกับสิทธิการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข
4. หลักประกันสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นการรับรองการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานตามที่ได้บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ ซึ่งมีโครงสร้างที่แตกต่างจากสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพอื่นๆ กล่าวคือ ระบบสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจซึ่งสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลอยู่ในรูปของสวัสดิการของข้าราชการที่มีฐานเงินเดือนต่ำกว่าผู้ประกอบอาชีพในภาคเอกชน และระบบประกันสังคมที่ผู้ได้รับสิทธิและนายจ้างต้องจ่ายสมทบเข้ากองทุน
5. บุคลากรทางการแพทย์มีแนวโน้มที่จะออกจากระบบราชการมุ่งสู่เอกชน เนื่องจากค่าตอบแทนที่สูงกว่า และมักจะกระจุกตัวอยู่ในเมืองใหญ่ ๆ ซึ่งมีคุณภาพชีวิตดีกว่า
6. การจัดสรรงบประมาณสำหรับสถานบริการสาธารณสุขและครุภัณฑ์ทางการแพทย์ยังคงจำเป็นต้องให้ความสำคัญเป็นลำดับแรกแก่โรงเรียนแพทย์และสถานบริการสาธารณสุขในเขตเมืองซึ่งมีความพร้อมในการต่อยอดและพัฒนาศักยภาพระบบบริการที่มีอยู่แล้วให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ข. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. เพิ่มทางเลือกในการร่วมจ่ายสมทบของผู้ประกันในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ผู้ประสงค์จะได้รับบริการที่มีคุณภาพสูงซึ่งกว่าบริการขั้นพื้นฐานดังที่ระบุไว้ตามสิทธิ อันเป็นแนวทางที่

ช่วยสร้างความยั่งยืนทางการคลังของระบบประกันสุขภาพของประเทศโดยรวม และสร้างความเป็นธรรมแก่ผู้ประกันในระบบอื่นที่ได้มีการร่วมสมทบในรูปแบบอื่นแล้ว

2. พัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพอย่างบูรณาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน (Public Private Partnership) ทั้งในด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ และการรักษาโรค เพื่อร่วมใช้ทรัพยากรทั้งในด้านสถานบริการ บุคลากร และครุภัณฑ์ ในภาครัฐและเอกชน อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนพัฒนามาตรการให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดโรค

3. พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยในเขตพื้นที่ห่างไกลสู่โรงพยาบาลศูนย์ในพื้นที่ ตลอดจนระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงคุณภาพบริการของประชาชนในเขตพื้นที่ห่างไกล

4. บูรณาการระบบบริหารจัดการด้านการบริการทางการแพทย์ของ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนประกันสังคม กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกองทุนสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพบริการทางการแพทย์ ทำให้ทุกคนได้รับบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน รวดเร็วและปลอดภัยเท่าเทียม อย่างทั่วถึง และไม่มีความเหลื่อมล้ำในการให้บริการ

ตารางที่ 4 แผนปฏิบัติการสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุขฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2557-2561)

ด้าน/ กลุ่มเป้าหมาย	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด/ระยะเวลา	มาตรการ/การปฏิบัติ	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ
ด้านสาธารณสุข	เพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพและเข้าถึงอย่างเท่าเทียมตามสิทธิ	<p>1. มีร่างกฎหมาย มีการปรับปรุงกฎหมาย มีการกำหนดนโยบาย และมีมาตรการ ทั้งในระดับชาติและระดับกระทรวงเพื่อสร้างหลักประกันสิทธิด้านสาธารณสุข</p> <p>2. มีการนำกฎหมาย นโยบาย และ มาตรการมาปฏิบัติ โดยอาจเป็นรูปแบบของการบรรจุในงานประจำ แผนปฏิบัติการหรือโครงการ</p> <p>3. สถานการณ์การละเมิดสิทธิทางด้านสาธารณสุขมีแนวโน้มที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง</p> <p>4. จำนวนโครงการ กิจกรรม หรือความช่วยเหลือตามสิทธิด้านสาธารณสุข ภายใน 5 ปีแรกของระยะเวลาตามแผน กระบวนการรักษา และยาที่ใช้ในการรักษา เพื่อให้</p> <p>ได้ทราบทางเลือกของตนเกี่ยวกับบริการสุขภาพตามสิทธิที่พึงได้รับ ตลอดจนการ</p>	<p>การรับรู้สิทธิ</p> <p>1. สร้างความรู้และความเข้าใจแก่ผู้ป่วยถึงสิทธิในการรักษาพยาบาลที่พึงได้ของตน และให้ผู้ป่วยมีสิทธิในการได้รับรู้ข้อมูลการรักษาของตนเองอย่างเป็นรูปธรรมและมีการบังคับใช้จริง ทั้งในส่วนของกระบวนการรักษา และยาที่ใช้ในการรักษาเพื่อให้ทราบทางเลือกของตนเกี่ยวกับบริการสุขภาพตามสิทธิที่พึงได้รับ ตลอดจนการได้รับการชดเชยเยียวยาผลกระทบจากการรักษาที่ผิดพลาดตามสมควร</p> <p>2. จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์เพื่อให้ความรู้แก่ประชาชนในการรับบริการด้านสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน</p>	<p>หน่วยงานหลัก</p> <p>กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>หน่วยงานร่วม</p> <p>1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <p>2. กระทรวงแรงงาน</p> <p>3. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น</p>

ด้าน/ กลุ่มเป้าหมาย	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด/ระยะเวลา	มาตรการ/การปฏิบัติ	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ
		ได้รับการชดเชยเยียวยาผลกระทบจาก การรักษาที่ผิดพลาดตามสมควร		
			<p>การเข้าถึงบริการสาธารณสุข</p> <p>1.กระจายทรัพยากรสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและเป็น ธรรม โดยเฉพาะแพทย์ซึ่งควรจัดให้มีเพียงพอในทุก สถานพยาบาล</p> <p>2.พัฒนาระบบการสาธารณสุขเคลื่อนที่ เพื่อช่วยลด ภาระในการเดินทางเข้ารับบริการสาธารณสุขของผู้ อยู่ในพื้นที่ห่างไกล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดทำ แผนการตรวจเยี่ยมและรักษาเคลื่อนที่นอกเวลา ราชการ เพื่อให้สอดคล้องกับความจำเป็นของ ประชาชนส่วนใหญ่ที่ต้องประกอบอาชีพในช่วงวัน และเวลาราชการ</p> <p>3.พัฒนาช่องทางการบริการสำหรับกลุ่มเฉพาะ อาทิ กลุ่มวัยรุ่นที่มีปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอัน ควรกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มคนพิการ และกลุ่มแรงงาน ข้ามชาติ โดยสำหรับกลุ่มแรงงานข้ามชาตินั้น อาจ ควรพิจารณาให้มีการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการด้าน สุขภาพที่จัดเก็บเงินสมทบจากแรงงานข้ามชาติเป็น การเฉพาะเพื่อความยั่งยืนในการบริหารโดยไม่เป็น</p>	<p>หน่วยงานหลัก กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>หน่วยงานร่วม</p> <p>1.กระทรวงมหาดไทย 2.กระทรวงการพัฒนา สังคมและความมั่นคง ของมนุษย์ 3.กระทรวงแรงงาน 4.องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น</p>

ด้าน/ กลุ่มเป้าหมาย	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด/ระยะเวลา	มาตรการ/การปฏิบัติ	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ
			<p>ภาระงบประมาณของประเทศ รวมทั้งพัฒนาช่องทาง ทางการเรียนกรณีประชาชนไม่สามารถเข้าถึง บริการสาธารณสุขหรือไม่ได้รับความเท่าเทียมกัน ของคุณภาพการบริการ</p> <p>4. พัฒนาระบบการชดเชยค่าเสียโอกาสจากการ หยุดงานเมื่อต้องเข้ารับบริการรักษาพยาบาล ซึ่ง สะท้อนการสูญเสียรายได้ตามจริง และเป็นธรรมกับ ทั้งนายจ้างและลูกจ้าง</p>	
			<p>ความเท่าเทียมของคุณภาพบริการ</p> <p>1. เพิ่มทางเลือกในการร่วมจ่ายสมทบของผู้ประกัน ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ผู้ประสงค์ จะได้รับบริการที่มีคุณภาพสูงขึ้นกว่าบริการชั้น พื้นฐานดังที่ระบุไว้ตามสิทธิ อันเป็นแนวทางที่ช่วย สร้างความยั่งยืนทางการคลังของระบบประกัน สุขภาพของประเทศโดยรวม และสร้างความเป็น ธรรมแก่ผู้ประกันในระบบอื่นที่ได้มีการร่วมสมทบใน รูปแบบอื่นแล้ว</p> <p>2. พัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพอย่างบูรณา การโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การสร้างความร่วมมือ ระหว่างภาครัฐและเอกชน (Public Private</p>	<p>หน่วยงานหลัก กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>หน่วยงานร่วม</p> <p>1. กระทรวงแรงงาน 2. กระทรวงมหาดไทย 3. สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ 4. องค์การปกครองส่วน ท้องถิ่น</p>

ด้าน/ กลุ่มเป้าหมาย	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด/ระยะเวลา	มาตรการ/การปฏิบัติ	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ
			<p>Partnership) ทั้งในด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ และการรักษาโรค เพื่อร่วมใช้ทรัพยากรทั้งในด้านสถานบริการ บุคลากร และครุภัณฑ์ ในภาครัฐและเอกชนอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนพัฒนามาตรการให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดโรค</p> <p>3.พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยในเขตพื้นที่ห่างไกลสู่โรงพยาบาลศูนย์ในพื้นที่ ตลอดจนระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงคุณภาพบริการของประชาชนในเขตพื้นที่ห่างไกล</p> <p>4.บูรณาการระบบบริหารจัดการด้านการบริการทางการแพทย์ของ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนประกันสังคม กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกองทุนสวัสดิการการรักษายาบาลข้าราชการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพบริการทางการแพทย์ ทำให้ทุกคนได้รับบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน รวดเร็ว และปลอดภัยเท่าเทียม อย่างทั่วถึง และไม่มีค่าใช้จ่ายในการให้บริการ</p>	

4.3 การดำเนินนโยบายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติในระดับชาติ

4.3.1 ออกประกาศกระทรวง

กระทรวงสาธารณสุข โดยนายประดิษฐ์ สินธวณรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพคนต่างด้าว และกำหนดมาตรการและแนวทางการดำเนินงานตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพคนต่างด้าวกระทรวงสาธารณสุขปี 2556 ลงวันที่ 13 สิงหาคม พ.ศ. 2556 เป็นต้นไป⁵⁰ ซึ่งมีเนื้อหาและรายละเอียด สรุปเป็นตาราง เพื่อความเข้าใจง่าย ดังนี้

ตารางที่ 5 รายละเอียดของประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าว ลงวันที่ 13 สิงหาคม 2556

ลำดับ	ประเภทของแรงงาน	รายการที่ต้องจ่าย	จำนวนเงิน /คน (บาท)	ระยะเวลา	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
				คุ้มครอง (นับจากวันที่ขึ้นบัตรประกันสุขภาพ)	
1.	คนต่างด้าวที่รอเข้าระบบประกันสังคม	- ค่าตรวจสุขภาพ	600	3 เดือน	หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสถานพยาบาลอื่นที่เข้าร่วมโครงการ
		- ค่าประกันสุขภาพ (ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 51.50 บาท, ค่าบริการทางการแพทย์ 228.50 บาท, ค่าบริการ ARV และอื่นส่วนกลาง 225 บาท, ค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง 12.50 บาท, ค่าบริหารจัดการ (สสจ., กรมการแพทย์ส่วนกลาง 32.50 บาท	550		
		รวม	1,150		

⁵⁰ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข มาตรการและแนวทางการดำเนินงานตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพคนต่างด้าวที่มีอยู่ก่อนประกาศนี้ ให้ใช้บังคับต่อไปได้เท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับประกาศกระทรวงสาธารณสุขและมาตรการฯ แนบท้ายประกาศฉบับนี้

2.	คนต่างด้าวทั่วไป (ที่ไม่อยู่ในระบบ ประกันสังคม)	- ค่าตรวจสุขภาพ - ค่าประกันสุขภาพ (ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค 206 บาท, ค่าบริการ ทางการแพทย์ของหน่วยบริการ 914 บาท, ค่าบริการ ARV และ อื่นๆ(ส่วนกลาง) 900 บาท, ค่า รักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง 50 บาท, ค่าบริหารจัดการ (สสจ. , กรมการแพทย์, ส่วนกลาง)130 บาท)	600 2,200	1 ปี	หน่วยบริการใน สังกัดกระทรวง สาธารณสุข และ สถานพยาบาล อื่นที่เข้าร่วม โครงการ
		รวม	2,800		
3	เด็กอายุไม่เกิน 7 ปีบริบูรณ์ (เพื่อให้เป็นไปตาม นโยบายกระทรวง สาธารณสุขเรื่อง การดูแลแม่และ เด็ก)	ค่าประกันสุขภาพ (ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค 58 บาท, ค่าบริการ ทางการแพทย์ 256.50 บาท, ค่า รักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง และค่าบริการ ARV 14 บาท, ค่า บริหารจัดการ (สสจ., กรมการ แพทย์, ส่วนกลาง) 36.50 บาท)	365	1 ปี	หน่วยบริการใน สังกัดกระทรวง สาธารณสุข และ สถานพยาบาล อื่นที่เข้าร่วม โครงการ

4.3.2 ตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพคนต่างด้าว

ต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพคนต่างด้าวเพื่อทำหน้าที่พิจารณาแนวทางการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพคนต่างด้าวให้มีประสิทธิภาพซึ่งจากการประชุมครั้งที่ 1/2557 วันที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 คณะกรรมการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพคนต่างด้าวมีมติ ดังนี้

- 1) การเข้าร่วมโครงการของโรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชนให้ดำเนินการดังนี้
 - ก. กรณีจำหน่ายบัตรก่อนประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับลงวันที่ 13 สิงหาคม 2556 ให้ดำเนินการตามประกาศมาตรการและแนวทางการดำเนินงานตรวจสุขภาพคนต่างด้าว ฉบับเดิม (ฉบับลงวันที่ 22 มีนาคม 2556)

- ข. กรณีจำหน่ายบัตรตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับลงวันที่ 13 สิงหาคม 2556 ให้คงยอดบัตรไว้ที่โรงพยาบาลที่จำหน่ายบัตร รวมทั้งนำส่งเงินให้กองทุนกลางตามสัดส่วนที่กำหนดไว้ให้ในประกาศกระทรวงสาธารณสุข และให้ชะลอการจำหน่ายบัตรจนกว่าจะมีการประเมินผลการดำเนินงาน 3 เดือน (18 กุมภาพันธ์ – 18 พฤษภาคม 2557) โดยกลุ่มประกันสุขภาพจะประเมินความก้าวหน้าการจำหน่ายบัตรของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- ค. กรณีหน่วยบริการปฏิเสธหรือชะลอการจำหน่ายบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าว : มีมติให้หน่วยบริการดำเนินการจำหน่ายบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับลงวันที่ 13 สิงหาคม 2556 ต่อไปจนกว่าจะมีการแจ้งเปลี่ยนแปลง
- 2) สิทธิประโยชน์ยาต้านไวรัสเอชไอวี (ARV) และการบริหารจัดการยา : คณะกรรมการฯ มีมติให้หน่วยบริการบริหารจัดการยา ARV ดังนี้
- ก. ให้หน่วยบริการจัดการซื้อยาเองตามระบบเดิมที่ดำเนินการอยู่ผ่านระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรม ในราคาเดียวกันกับระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบประกันสังคม กรณียาที่องค์การเภสัชกรรมไม่ได้ผลิต สามารถซื้อผ่านองค์การเภสัชกรรมหรือจัดซื้อเองได้ตามความเหมาะสม
- ข. กลุ่มประกันสุขภาพ จัดทำโปรแกรมรองรับการส่งข้อมูลเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและอื่นๆ รายการและราคาตามที่คณะกรรมการฯ กำหนด
- 3) แนวทางการบริหารกองทุนแบบ Central Pooling ให้ดำเนินการในรูปแบบเดิมไปก่อน โดยหน่วยบริการโอนเงินเข้าส่วนกลางเฉพาะค่าบริการยาต้านไวรัสเอชไอวีและอื่นๆ และค่าใช้จ่ายสูง วงเงินตามประเภท
- 4) ข้อเสนอของสมาคมการประมงแห่งประเทศไทย: กรณีการซื้อบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวประเภทแรงงานประมงในราคาเดิม คือ 1,300 บาท /คน/ปี นั้น คณะกรรมการฯ มีมติให้คงราคาเดิมตามประกาศ มาตรการ และแนวทางการดำเนินการตรวจสุขภาพ และประกันสุขภาพคนต่างด้าว ฉบับลงวันที่ 13 สิงหาคม 2556 คือ 2,800 บาท /คน/ปี⁵¹
- 5) หลักเกณฑ์การจ่ายเงินการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพคนต่างด้าว ให้หน่วยบริการนำเงินส่งสมทบค่าบริการทางการแพทย์กรณีค่าใช้จ่ายสูง และค่าบริการจัดการเข้ากองทุนกลาง โดยโอนเข้าบัญชีเดิม.....ฯลฯ

⁵¹มีมติให้ดำเนินการตามหลักเกณฑ์และแนวทางการบริหารจัดการและการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพคนต่างด้าว มาตรการและแนวทางการดำเนินงานตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพคนต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข

4.3.3 หลักเกณฑ์ตามประกาศคณะกรรมการรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 70/2557 วันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2557

ตารางที่ 6 หลักเกณฑ์ตามประกาศคณะกรรมการรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 70/2557 วันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2557

ลำดับ	ประเภทของ แรงงาน	รายการ ที่ต้องจ่าย	จำนวน เงิน /คน (บาท)	ระยะเวลา	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ
				คุ้มครอง (นับจากวันที่ซื้อ บัตรประกัน สุขภาพ)	
1	แรงงานข้ามชาติ สัญชาติลาว กัมพูชา เมียนมาร์ และผู้ติดตาม	- ค่าตรวจสุขภาพ	500	1 ปี	หน่วยบริการใน สังกัดกระทรวง สาธารณสุข
		- ค่าประกันสุขภาพ	1,600		
		รวม	2,100		
2	เด็กอายุไม่เกิน 7 ปีบริบูรณ์	- ค่าบัตรประกันสุขภาพ	365	1 ปี	หน่วยบริการใน สังกัดกระทรวง สาธารณสุข
		- ไม่มีค่าตรวจสุขภาพ	-		

นโยบายหลักตามประกาศคณะกรรมการรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 70/2557 ได้แก่

- 1) แรงงานข้ามชาติทุกคน ต้องมีหลักประกันสุขภาพ
- 2) แรงงานข้ามชาติทุกคน ต้องผ่านการตรวจสุขภาพและทำประกันสุขภาพตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจในการดำเนินการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ โดยนมีกิจกรรมสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ การตรวจสุขภาพ บริการรักษาพยาบาล บริการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค และการเฝ้าระวังโรค และมีการแต่งตั้งคณะกรรมการนโยบายการจัดการปัญหาแรงงานต่างด้าว (กนร.) ตามคำสั่งคณะกรรมการรักษาความสงบแห่งชาติที่ 73/2557 เพื่อจัดการกับปัญหาแรงงานข้ามชาติ

4.3.4 การดำเนินงานจัดระบบแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมา ลาว และกัมพูชา ตามมติคณะรัฐมนตรี ลงวันที่ 3 มีนาคม 2558 เรื่องการจัดระบบแรงงานข้ามชาติ 3 สัญชาติ

ผลของมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2558 เรื่องการจัดระบบแรงงานข้ามชาติ 3 สัญชาติ สำนักงานบริหารจัดการแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน ได้มีหนังสือด่วนที่สุด ที่ รง 0307/11087 ลงวันที่ 24 มีนาคม 2558 เรื่อง ขั้นตอนการดำเนินการจัดระบบแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมา ลาว และกัมพูชา ลงวันที่ 31 มีนาคม 2558 และขั้นตอนการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวในกิจการประมงทะเล ตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2558 ถึงผู้ว่าราชการจังหวัดทุกจังหวัด โดยทางกรมการจัดหางานได้ขอความร่วมมือจังหวัดสั่งการให้สำนักงานจัดหางานจังหวัดดำเนินการตามขั้นตอนการจัดระบบแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมา ลาว และกัมพูชา ลงวันที่ 31 มีนาคม 2558 ตามมติ คณะรัฐมนตรีฯ รวมทั้งประชาสัมพันธ์ให้นายจ้างได้ทราบ โดยได้แบ่งกลุ่มแรงงานออกเป็น 4 ประเภทได้แก่

- 1) กลุ่มแรงงานที่ผ่านการตรวจสัญชาติแล้ว
- 2) กลุ่มแรงงานที่ถือใบอนุญาตทำงานที่ออกให้ ณ ศูนย์บริการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) แต่ยังไม่ได้รับ การตรวจสัญชาติภายในวันที่ 31 มีนาคม 2558
- 3) กลุ่มแรงงานที่ไม่มารายงานตัวเพื่อขอรับบัตรใหม่ และขออนุญาตทำงาน ภายในวันที่ 30 มิถุนายน 2558
- 4) กลุ่มผู้ติดตาม

ซึ่งในที่นี้ผู้วิจัยจะไม่ขอกล่าวถึง ขั้นตอนการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวในกิจการประมงทะเล เนื่องจากขอบเขตงานวิจัยชั้นนี้ศึกษาเฉพาะพื้นที่เชียงใหม่ และเชียงใหม่ของ จังหวัดเชียงราย

ตารางที่ 7 สรุปขั้นตอนการดำเนินงานจัดระบบแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมา ลาว และ กัมพูชา

1. กลุ่มที่ผ่านการตรวจสัญชาติแล้ว

ลำดับ	ผู้รับผิดชอบ	การดำเนินการ	หมายเหตุ
1.	นายจ้าง	พาแรงงานต่างด้าวไปขอรับการตรวจลงตรา และ ประทับ ตราอนุญาตให้ อยู่ในราชอาณาจักรและขออนุญาตทำงาน ณ ศูนย์บริการตรวจลงตราและพิจารณาอนุญาต การทำงานของคนต่างด้าว (พระประแดง แม่ สาย แม่สอด ระนอง) หรือตรวจลงตราฯ ณ ด่านตรวจคนเข้าเมืองจังหวัด และขออนุญาต ทำงาน ณ สจจ. ที่เป็นสถานที่ราชการ	
2.	แรงงานต่างด้าว	แรงงานต่างด้าวจะได้รับการตรวจลงตราและ อนุญาตทำงานถึงวันที่ 31 มีนาคม 2559	ค่าธรรมเนียมการ ตรวจลงตรา 500 บาท ค่าธรรมเนียมคำขอ อนุญาต 100 บาท ค่าธรรมเนียมการ อนุญาตทำงาน 900 บาท (ไม่เกิน 1 ปี)
3.	สจจ./สจก 1-10	ผลิตใบอนุญาตทำงาน	บันทึกข้อมูลและผลิต ใบอนุญาตทำงาน
4.	แรงงานต่างด้าว	เมื่อใกล้ครบกำหนดวันที่ 31 มีนาคม 2559 ให้ แรงงานต่างด้าวขอรับการตรวจลงตราฯ ณ สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง ตรวจสอบและ ขอต่อใบอนุญาตทำงาน ณ สจจ. สจก. 1-10 ในท้องที่ที่เป็นที่ตั้งสถานที่ทำงานของแรงงาน ต่างด้าว ซึ่งสำนักงานตรวจลงตราฯ สจจ. สจก. 1-10 ต่อใบอนุญาตทำงานถึงวันที่ 31 มีนาคม 2561 (ทั้งนี้ไม่เกินอายุหนังสือ เดินทางหรือเอกสารใช้แทนหนังสือเดินทาง)	

2. กลุ่มที่ถือใบอนุญาตทำงานที่ออกให้ ณ ศูนย์บริการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าว แบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) แต่ยังไม่ได้เข้ารับการตรวจสุขภาพภายใน วันที่ 31 มีนาคม 2558

ลำดับ	ผู้รับผิดชอบ	การดำเนินการ	หมายเหตุ
1.	สจจ./สจก 1-10	ประชาสัมพันธ์ให้นายจ้างพาแรงงานต่างด้าวไปรายงานตัวเพื่อขอรับบัตรใหม่ และขออนุญาตทำงานตามระยะเวลาที่กำหนด ณ ศูนย์บริการจดทะเบียน	ดำเนินการในลักษณะเดียวกับกรณีจดทะเบียนตามประกาศ คสช. เริ่ม 1 เมษายน 2558 ถึง 30 มิถุนายน 2558
2.	นายจ้าง	จัดเตรียมเอกสาร - แบบบัญชีรายชื่อเพื่อเข้ารับการตรวจสุขภาพ - คำขออนุญาตทำงาน (ตท.8) พร้อมเอกสารประกอบคำขอ - บัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย(บัตรชมพู) พร้อมสำเนา - แบบข้อมูลการขออนุญาตทำงานของแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมา ลาว และกัมพูชา	แบบข้อมูลการขออนุญาตทำงานของแรงงานต่างด้าว ตัวอย่างตามเอกสารแนบ
3.	สจจ. /สจก. 1-10	- ตรวจสอบเอกสาร - จัดคิวแรงงานที่จะเข้ารับบริการ - รับแบบคำขอ และเอกสารที่เกี่ยวข้องอื่นๆ	การดำเนินการศูนย์บริการจดทะเบียนฯ OSS ลำดับ 3-11
4.	แรงงานต่างด้าว	รายงานตัวกับกรมการปกครอง	
5.	กรมการปกครอง	รับรายงานตัวแรงงานต่างด้าว	จัดทำบัตรใหม่ พิมพ์คำร้อง
6.	สจจ. /สจก.	แจ้งข้อมูลอนุญาตการทำงาน กรณีนายจ้างรายเดิม หรือนายจ้างรายใหม่ เพื่อให้กรมการปกครองดำเนินการผลิตบัตร	แบบข้อมูลการขออนุญาตทำงานของแรงงานต่างด้าวฯ ลงชื่อในคำร้อง
7.	แรงงานต่างด้าว	ชำระค่าธรรมเนียมของหน่วยงานต่างๆ	ตามที่หน่วยงานกำหนด
8.	สจจ./สจก.	- ประทับข้อความด้านหลังใบเสร็จรับเงิน "ใช้คู่กับบัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทยจนกว่าจะได้รับอนุญาตทำงาน" - แจ้งให้ไปปรับใบอนุญาตทำงาน ณ สจจ. /สจก. 1-10 ในท้องที่ที่เป็นที่ตั้งสถานที่ทำงานของแรงงาน	
9.	สจจ./สจก	- เก็บรวบรวมคำขออนุญาตทำงาน (ตท.8) พร้อมเอกสารหลักฐานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง	

ลำดับ	ผู้รับผิดชอบ	การดำเนินการ	หมายเหตุ
		ประสานส่งให้ สจจ. /สจก. 1-10 ที่เป็นที่ตั้งสถานที่ทำงานของแรงงานต่างด้าว เพื่อบันทึกข้อมูล ผลิติใบอนุญาตทำงาน	
10.	ก ร ะ ท ร ว ง สาธารณสุข	ประกันสุขภาพ (ตรวจสุขภาพภายหลัง)	ตามเงื่อนไขที่กำหนด
11.	ก ร ม ก า ร ปกครอง	จัดพิมพ์บัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย ซึ่งระบุวันที่ 31 มีนาคม 2559 เป็นวันหมดอายุ	
12.	แรงงานต่างด้าว	ขอรับใบอนุญาตทำงาน ณ สจจ. /สจก. 1-10 ในท้องที่ที่เป็นสถานที่ทำงานของแรงงานต่างด้าวตามที่ได้รับอนุญาต โดยนำใบรับรองแพทย์ไปแสดง ทั้งนี้ให้ประสานวัน เวลาในการรับใบอนุญาตทำงานก่อน	การดำเนินการภายหลังการจดทะเบียน ณ ศูนย์บริการจดทะเบียนฯ OSS (ลำดับ 12-15)
13.	แรงงานต่างด้าว	เข้ารับการตรวจสุขภาพภายในวันที่ 31 มีนาคม 2559 เมื่อผ่านการตรวจสุขภาพแล้ว ให้ขอรับการตรวจลงตราฯ และขอใบอนุญาตทำงาน ณ สำนักงานคนเข้าเมือง ตรวจสุขภาพ และขอใบอนุญาตทำงาน ณ สจจ./สจก. 1-10 ในท้องที่ที่เป็นที่ตั้งสถานที่ทำงานของแรงงานต่างด้าว	
14.	สจจ./สจก. 1-10	อนุญาตทำงานจนถึงวันที่ 31 มีนาคม 2559 ก่อน โดยประทับข้อความในใบอนุญาตทำงาน หน้า 24	(ตัวอย่างปรากฏตามเอกสารแนบ)
15.	แรงงานต่างด้าว	เมื่อใกล้ครบกำหนดวันที่ 31 มีนาคม 2559 ให้แรงงานต่างด้าวขอรับการตรวจลงตราฯ ณ สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง ตรวจสุขภาพและขอต่ออายุใบอนุญาตทำงาน ณ สจจ./สจก. 1-10 ในท้องที่ที่เป็นที่ตั้งสถานที่ทำงานของแรงงานต่างด้าว ซึ่งสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง จะตรวจลงตราฯ สจจ./สจก. 1-10 ต่ออายุใบอนุญาตทำงานวันที่ 31 มีนาคม 2561 (ทั้งนี้ไม่เกินอายุหนังสือเดินทางหรือเอกสารใช้แทนหนังสือเดินทาง)	

3. กลุ่มที่ไม่มารายงานตัวเพื่อขอรับบัตรใหม่ และขออนุญาตทำงานภายในวันที่ 30 มิถุนายน 2558

ลำดับ	ผู้รับผิดชอบ	การดำเนินการ	หมายเหตุ
1.	สจจ./สจก. 1-10	ดำเนินการตรวจสอบ ติดตาม จับกุม และผลักดัน ส่งกลับ ตามกฎหมายอย่างเคร่งครัด ตามคำสั่ง คณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 100/2557 และ คำสั่งคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 101/2557 ลงวันที่ 21 กรกฎาคม 2557	
2.	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ดำเนินการตรวจสอบ ติดตาม จับกุม และผลักดัน ส่งกลับ ตามกฎหมายอย่างเคร่งครัด ตามคำสั่ง คณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 100/2557 และ คำสั่งคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 101/2557 ลงวันที่ 21 กรกฎาคม 2557	

3. กลุ่มผู้ติดตาม

ลำดับ	ผู้รับผิดชอบ	การดำเนินการ	หมายเหตุ
1.	สจจ./สจก. 1-10	ประชาสัมพันธ์ให้มารายงานตัวภายในกำหนด	
2.	ผู้ติดตาม	- ผู้ติดตามที่มารายงานตัวจะมีสิทธิอยู่ใน- ราชอาณาจักร เช่นเดียวกับแรงงานต่างด้าว - ผู้ติดตามที่ไม่มารายงานตัวจะต้องถูกดำเนินการ ผลักดันพร้อมแรงงานต่างด้าว	
3.	สจจ./สจก. 1-10	อนุญาตทำงานในงานบางประเภทที่ไม่ขัดต่อ กฎหมาย สำหรับผู้ติดตามที่อายุเกินกว่า 15 ปี	

4.3.5 ความร่วมมือกับองค์การระหว่างประเทศ

การแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขในกลุ่มประชากรข้ามชาติในจังหวัดชายแดนและเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน และการให้ความช่วยเหลือด้านมนุษยธรรมแก่ประชากรต่างด้าวครอบคลุมทั้งที่ได้ ขึ้นทะเบียนและมีได้ขึ้นทะเบียนตามกฎหมายกำหนด มีการลงนามความร่วมมือสนับสนุนการแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขในกลุ่มประชากรข้ามชาติในจังหวัดชายแดนระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และองค์การระหว่างประเทศเพื่อการย้ายถิ่นฐาน หรือไอโอเอ็ม (International Organization for Migration : IOM)⁵²

4.3.5.1 วัตถุประสงค์

เพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน และการให้ความช่วยเหลือด้านมนุษยธรรมแก่ประชากรต่างด้าวครอบคลุมทั้งที่ได้ ขึ้นทะเบียนและมีได้ขึ้นทะเบียนตามกฎหมายกำหนด ดำเนินการในพื้นที่ 31 จังหวัดติดชายแดน ซึ่งมีประชากรต่างด้าวเข้ามาอาศัยจำนวนมาก อาทิ ตาก กาญจนบุรี ราชบุรี ระนอง เชียงราย อุบลราชธานี สุรินทร์ ตราด สระแก้ว

4.3.5.2 การดำเนินงาน

กระทรวงสาธารณสุขจะมอบหมายให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลในสังกัดทุกระดับ จัดบริการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน ตั้งแต่เจ็บป่วยเล็กน้อยจนถึงอาการหนัก เจ็บป่วยฉุกเฉิน วางแผนครอบครัว งานอนามัยแม่และเด็ก โภชนาการ สุขาภิบาลอนามัยสิ่งแวดล้อม การกำจัดขยะมูลฝอย การควบคุมป้องกันโรค เช่น โรคเชื้อเอชไอวี โรคมาลาเรีย โรควัณโรค โรคไข้เลือดออก โรคอุจจาระร่วง เป็นต้น

4.3.5.3 งบประมาณ

ส่วนไอโอเอ็มจะเป็นฝ่ายสนับสนุนการเงินให้กับสถานพยาบาลต่างๆ ที่ร่วมโครงการ รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง มีระยะเวลาความร่วมมือ 3 ปี และจะติดตามประเมินผลโครงการร่วมกันอย่างต่อเนื่อง <http://www.hfocus.org/content/2015/05/9987>

⁵² เมื่อวันที่ 19 พฤษภาคม 2558 กระทรวงสาธารณสุข โดย นพ.สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข รักษาการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข และนายเจฟฟรีย์ ลาโบวิทซ์ หัวหน้าสำนักงานองค์การระหว่างประเทศเพื่อการย้ายถิ่นฐาน หรือไอโอเอ็ม (International Organization for Migration : IOM) ได้ลงนาม MOU

4.4 การดำเนินนโยบายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติในระดับจังหวัด

4.4.1 ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพจังหวัดเชียงราย ปี 2557-2560 เมื่อพิจารณายุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพจังหวัดเชียงราย ซึ่งในปัจจุบัน เป็นแผนฯ ซึ่งอยู่ระหว่างปี พ.ศ. 2557 – 2560 มียุทธศาสตร์การพัฒนาดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 8 ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพจังหวัดเชียงราย ปี 2557 -2560

ประเด็นยุทธศาสตร์	วัตถุประสงค์	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด
ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาความร่วมมือของเครือข่ายทุกภาคส่วนเพื่อส่งเสริม สนับสนุนการดำเนินงานด้านสาธารณสุข	1. เพื่อส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพการดำเนินงานด้านสาธารณสุข 2. เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพ ใฝ่ระวัง และควบคุมการดำเนินงานด้านสาธารณสุข	1. พัฒนาศักยภาพและเสริมสร้างความเข้มแข็งของอาสาสมัครสาธารณสุขและภาคีเครือข่าย ในการใฝ่ระวัง ดูแลสุขภาพและภัยสุขภาพอย่างเป็นระบบ 2. พัฒนาระบบการเชิงบูรณาการกับภาคีเครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 3. พัฒนากลไกการเชื่อมประสานของพหุภาคี ในการจัดการสุขภาพชุมชน 4. สนับสนุนเครือข่ายจิตอาสาในสถานบริการ 5. สนับสนุนภาคีเครือข่ายให้มีการดำเนินงานด้านสุขภาพในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง	1. ร้อยละ ความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายต่อการส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพใฝ่ระวัง และการ ดำเนินงานด้านสาธารณสุข 2. ร้อยละ 50 ของอำเภอที่มี DHS เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ และใช้ SRM หรือเครื่องมืออื่น ๆ ในการทำแผนพัฒนาสุขภาพ 3. ความครอบคลุมการมีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 99.20 4. ร้อยละ 90 ของตำบลมีแผนสุขภาพระดับตำบล 5. ร้อยละ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลมีส่วนร่วมและสนับสนุนการดำเนินงานด้านสาธารณสุข 6. ร้อยละของ อบต. มีการจัดการอนามัย

ประเด็นยุทธศาสตร์	วัตถุประสงค์	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด
			<p>สิ่งแวดล้อม</p> <p>7.ร้อยละของแผนงาน/โครงการของภาคีเครือข่ายที่สนับสนุนงานสาธารณสุข</p> <p>8.ร้อยละของ อปท.ที่มีการจัดบริการแพทย์ฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน (FR)</p>
<p>ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริหารจัดการที่สนับสนุนการจัดการระบบบริการสุขภาพและมุ่งสู่การบริหารจัดการที่ดี</p>	<p>1.องค์กรมีการบริหารจัดการที่ได้รับการพัฒนาระบบกลไกให้เอื้อต่อการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>2.พัฒนาขีดสมรรถนะบุคลากร องค์กรให้อยู่ในระดับเกณฑ์มาตรฐาน</p> <p>3.ระบบบริหารจัดการมีความโปร่งใสเป็นธรรม และตรวจสอบได้</p>	<p>1. พัฒนาระบบบริหารจัดการที่สนับสนุนการจัดการระบบบริการสุขภาพ</p> <p>2. นำระบบการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ(PMQA) เป็นกระบวนการหลักในการขับเคลื่อนแผน ยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติครบวงจร</p> <p>3. พัฒนานโยบายยุทธศาสตร์ ระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ การติดตามประเมินผลให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ</p> <p>4. พัฒนาระบบบริหารจัดการข้อมูลเทคโนโลยีและสารสนเทศ</p> <p>5.เสริมสร้างองค์ความรู้ในการศึกษา วิจัย พัฒนา และการประเมินผลด้านสาธารณสุขในพื้นที่</p> <p>6.ส่งเสริมการจัดการองค์ความรู้ในองค์กร</p> <p>7.พัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล</p> <p>8. พัฒนาระบบบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง</p>	<p>1.ร้อยละความพึงพอใจเครือข่ายบริการสุขภาพต่อการบริหารจัดการขององค์กรในระดับ ดี-ดีมาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</p> <p>2.ค่าคะแนนในการประเมิน PMQA ในหมวดที่ 1-6 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 และหมวดที่ 7 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 55หรือ (หน่วยงานพัฒนาตามเกณฑ์บริหารจัดการภาครัฐ ร้อยละ 80)</p> <p>3.ร้อยละของเครือข่ายบริการสุขภาพมีระบบการควบคุมภายใน การตรวจสอบภายใน และการบริหารความเสี่ยง ร้อยละ 100</p> <p>4.ร้อยละของเครือข่ายบริการสุขภาพมีการบริหารจัดการในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการและแผนงบประมาณได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ร้อยละ 80</p>

ประเด็นยุทธศาสตร์	วัตถุประสงค์	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด
		<p>การพัสดุ ที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>9.พัฒนาระบบการควบคุมภายใน การตรวจสอบภายในและการบริหารความเสี่ยง ที่มีประสิทธิภาพ</p>	<p>5.ร้อยละของเครือข่ายบริการสุขภาพมีระบบบริหารจัดการข้อมูลเทคโนโลยีและสารสนเทศ ที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>6.ร้อยละ80 ของเครือข่ายบริการสุขภาพมีการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>7.ร้อยละของหน่วยบริหารและเครือข่ายบริการสุขภาพมีระบบการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง การพัสดุ ที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>8.ร้อยละของการบริหารงบประมาณ การเบิกจ่ายเงินงบประมาณเป็นไปตามแผนมากกว่าร้อยละ 80</p> <p>9.มีแผนบริหารยาและเวชภัณฑ์ที่มีैयाอื่นร่วมในระดับจังหวัด</p> <p>10.มีงานวิจัย การประเมินผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข อย่างน้อยจำนวน ...1 . ฉบับ</p>
<p>ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบบริหารจัดการ ระบบบริการสุขภาพ และผลิตภัณฑ์สุขภาพ</p>	<p>1.ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุมและได้รับการพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย</p>	<p>1.พัฒนาและจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุมและมีการพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย</p>	<p>1.ร้อยละของเครือข่ายบริการสุขภาพมีการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย(ร้อยละ 100)</p>

ประเด็นยุทธศาสตร์	วัตถุประสงค์	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด
<p>ให้มีคุณภาพมาตรฐาน</p>	<p>2.สถานบริการสุขภาพทุกระดับได้รับการพัฒนาให้มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน</p> <p>3.เสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายด้านการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ</p> <p>4.ประชาชนได้รับการคุ้มครองในการบริโภค ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัย</p>	<p>2.การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพที่มีความสมดุล ตั้งแต่ระบบบริการปฐมภูมิถึงตติยภูมิ รวมถึงการส่งต่อส่งกลับที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>3.พัฒนาสถานบริการสุขภาพทุกระดับและเครือข่ายบริการสุขภาพให้มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน</p> <p>4.สนับสนุนการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขของประชาชนตามหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <p>5.พัฒนาเครือข่ายและส่งเสริมการประชาสัมพันธ์ การเฝ้าระวัง ตรวจสอบ ควบคุม กำกับ ผลิตภัณฑ์สุขภาพและสถานประกอบการ</p> <p>6.พัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพให้ได้คุณภาพมาตรฐาน</p> <p>7.สนับสนุนส่งเสริมการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก ภูมิปัญญาท้องถิ่นให้มีคุณภาพ</p>	<p>2.ร้อยละของเครือข่ายบริการสุขภาพมีการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(ร้อยละ 100)</p> <p>3.ร้อยละ ของสถานบริการสุขภาพในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายและนอกสังกัดได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐาน 6(HA, HPH, PHSS, TQA, PCA, และระบบมาตรฐานอื่นๆ) (ร้อยละ90)</p> <p>4.ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชน/สถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้คุณภาพมาตรฐานตามกฎหมาย</p> <p>5.ร้อยละ ของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบ ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ90)</p> <p>6.ร้อยละของสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด(ร้อยละ90)</p> <p>7.ร้อยละ ของผู้ประกอบการ อาหารแปรรูปที่บรรจุในภาชนะพร้อมจำหน่าย ได้รับอนุญาตตามเกณฑ์ Primary GMP (ไม่น้อยกว่า 70 ของผู้ที่ยื่นขอ อนุญาต)</p>

ประเด็นยุทธศาสตร์	วัตถุประสงค์	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด
<p>ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบบริหารจัดการภัยคุกคามที่มีผลต่อสุขภาพ</p>	<p>1. ประชาชนได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ไข้หวัดใหญ่ โรคและภัยสุขภาพ อย่างเหมาะสม</p> <p>2. เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและเครือข่ายมีความพร้อมในการรองรับภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข</p> <p>3. มีระบบเฝ้าระวังภัยสุขภาพ และตอบโต้ภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ</p>	<p>1. พัฒนาระบบบริหารจัดการ การแพทย์ฉุกเฉินและการเตรียมความพร้อมในการรองรับภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข/โรคและภัยพิบัติต่างๆ</p> <p>2. พัฒนาระบบการค้นหา คัดกรอง ไข้หวัดใหญ่ การป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้เจ็บและผู้ติดเชื้อเฉียบพลัน อย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>3. พัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟู สมรรถภาพ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ให้มีประสิทธิภาพ</p> <p>4. พัฒนาระบบบริหารจัดการการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดน</p> <p>5. ควบคุมกำกับ ดูแล สนับสนุน หน่วยงาน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานสาธารณสุขในการดำเนินงานตามกรอบกฎหมายและพ.ร.บ.สาธารณสุข 2535 และ พ.ร.บ. นุหรี 2535 และ พ.ร.บ. แอลกอฮอล์ 2551</p> <p>6. พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคและภัยสุขภาพในระดับท้องถิ่น</p> <p>7. พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคและภัยสุขภาพในระดับองค์กรระหว่างประเทศ</p>	<p>1. ร้อยละของประชาชนผู้เจ็บและผู้ติดเชื้อเฉียบพลันผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูตามเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 80)</p> <p>2. ร้อยละของข้อมูลระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพเฉียบพลัน (บสต.) ได้รับการตรวจสอบมีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 85)</p> <p>3. ร้อยละของประชาชนได้รับการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพในแต่ละกลุ่มเป้าหมายตามเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 60)</p> <p>4. ร้อยละของหน่วยงานและภาคีเครือข่ายมีการเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขได้ตามมาตรฐาน (ร้อยละ 90)</p> <p>5. ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการมีระบบการบริหารและบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน</p> <p>6. ร้อยละของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) สามารถปฏิบัติการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ 100)</p>

ประเด็นยุทธศาสตร์	วัตถุประสงค์	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด
			7. ระดับความสำเร็จของการสนับสนุนให้มีการดำเนินงานบังคับใช้กฎหมาย /พรบ. ตามเกณฑ์ที่กำหนด

4.4.2 โครงการดูแลสุขภาพแรงงานต่างด้าวนโยบายการดำเนินการก่อนการเข้าสู่การเป็นประชาคมอาเซียน ปี 2558⁵³

แบบติดตามแนวทางการดำเนินการของจังหวัดตามประเด็นการตรวจราชการในการตรวจราชการแบบบูรณาการ ของผู้ตรวจราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 ทุกจังหวัดประเมินตนเองก่อนการลงตรวจราชการรอบที่ 1 (Project and Progress Review) และรอบที่ 2 (Monitoring & Evaluation) เขตบริการสุขภาพที่.....1.....เขต.....16.....จังหวัด.....เชียงราย.....

ตารางที่ 9 โครงการดูแลสุขภาพแรงงานต่างด้าวนโยบายการดำเนินการก่อนการเข้าสู่การเป็นประชาคมอาเซียน ปี 2558

ประเด็นการตรวจ (1)	กิจกรรมที่จังหวัดต้องดำเนินการ	แนวทางการดำเนินการของจังหวัด (3)
1. การขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าว ของกระทรวงแรงงานตามมติคณะรัฐมนตรี และการขายประกัน 1.1 ขึ้นทะเบียนทำงาน 1.2 ประกันสังคม	กระทรวงแรงงานได้บูรณาการประสานกระทรวงที่เกี่ยวข้องในการขึ้นทะเบียน ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย (ทร 38/1), พิษณุพันธ์ุชาติ) กระทรวงสาธารณสุข (ตรวจสุขภาพ) กระทรวงแรงงาน (ขึ้นทะเบียนทำงานและ	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายมีการประชุมร่วมกับสำนักแรงงานจังหวัดเชียงราย และสำนักงานประกันสังคมเพื่อหาหรือแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการประกันสุขภาพและประกันสังคมของแรงงานต่างด้าว เมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน 2556 ณ ห้องประชุมศูนย์ราชการกระทรวงแรงงานจังหวัดเชียงราย รวมทั้งประสานข้อมูลการขึ้นทะเบียนกับสำนักงานประกันสังคม เพื่อขอฐานข้อมูลประกันสังคมในกลุ่มคนต่างด้าว

⁵³ ข้อมูลจำสำนักงานสาธารณสุข จ.เชียงราย

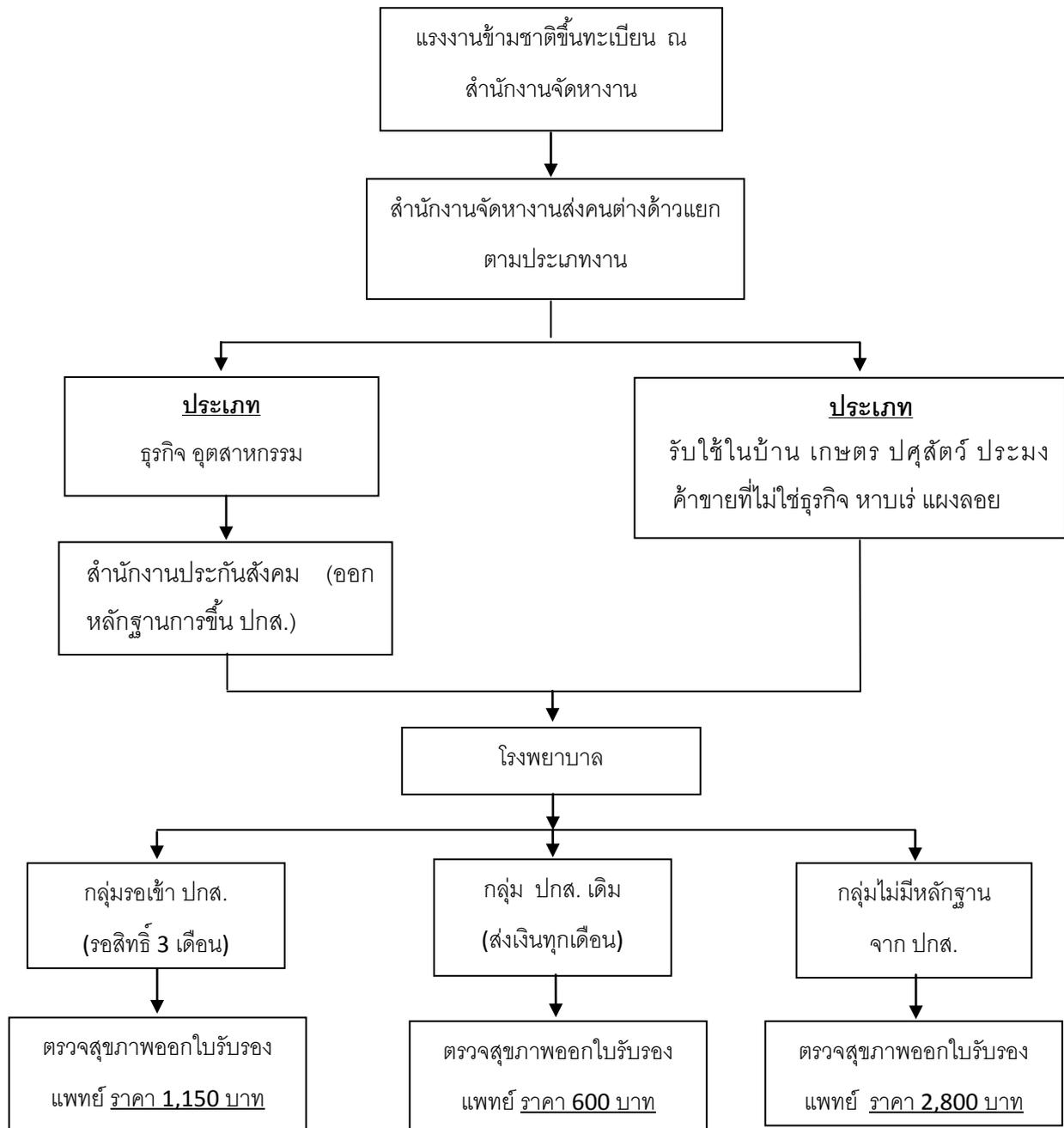
<p style="text-align: center;">ประเด็นการตรวจ (1)</p>	<p style="text-align: center;">กิจกรรมที่จังหวัดต้องดำเนินการ (2)</p>	<p style="text-align: center;">แนวทางการดำเนินการของจังหวัด (3)</p>
<p>1.3 ประกันสุขภาพ 1.4 ประกันสุขภาพเด็ก 2.การรักษาพยาบาล (ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน ต่อปี)</p>	<p>ประกันสังคม)ทุกจังหวัดต้องมีการดำเนินการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีการประสานข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2. มีรายงานการตรวจโรคประเภท <ol style="list-style-type: none"> 2.1 ปกติ 2.2 ติดตามรักษา 2.3 ห้ามไม่ให้ทำงาน 3. มีการจำแนกโรคประเภท 2.2 และ 2.3 ทุกจังหวัด <p>มีการจัดทำข้อมูลค่าใช้จ่าย ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยนอก 2.ผู้ป่วยใน 3.ค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 	<p>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย มีการรวบรวมข้อมูลการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพคนต่างด้าวของโรงพยาบาลทุกแห่ง ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยแยกประเภทและจำแนกโรคที่ต้องติดตามรักษาและโรคห้ามมิให้ทำงาน รายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย</p> <p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย มีการรวบรวมข้อมูลค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของคนต่างด้าว แยกประเภทตามสิทธิรักษาพยาบาล ได้แก่ มีบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าว ไม่มีบัตร (รักษาฟรี) ไม่มีบัตร (จ่ายเงินเอง) และประกันสังคม (รายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย)</p> <p>สำหรับหรับแนวโน้มค่าใช้จ่ายที่ไม่สามารถเรียกเก็บจากกลุ่มแรงงานต่างด้าวมียแนวโน้มลดลงเนื่องจาก นโยบายการประกันสุขภาพสามารถให้คนต่างนอกระบบประกันสังคมสามารถซื้อบัตรประกันสุขภาพได้ที่โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง และค่าใช้จ่ายที่ไม่สามารถเรียกเก็บได้เป็นภาระของหน่วยบริการที่ต้องจัดหางบประมาณส่วนอื่นมาใช้ในการดำเนินงาน โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายได้มีการวิเคราะห์สถานการณ์การเงินการคลัง แยกรายหน่วยบริการ อย่างต่อเนื่อง เมื่อพบว่าหน่วยใดขาดสภาพคล่อง จะมีคณะกรรมการพิจารณาจัดสรรงบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติมไปที่หน่วยบริการ</p>
<p>3. การส่งเสริมสุขภาพ ควบคุม ป้องกันโรคในแรงงานต่างด้าว ตามสิทธิประโยชน์ของการประกันสุขภาพ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานแรงงานต่างด้าว 2. มีคณะกรรมการ 3.มีแผนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามสิทธิประโยชน์ มีการแสดงงบประมาณดำเนินการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค 	<ol style="list-style-type: none"> 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ได้จัดทำโครงการพัฒนางานตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพคนต่างด้าวนอกระบบประกันสังคม ซึ่งอยู่ในแผนการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดน มีกิจกรรมในการดำเนินงาน ได้แก่ การประชุมชี้แจง ติดตามงาน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องแนวทางการดำเนินงานคนต่างด้าวนอกระบบประกันสังคม การบันทึกตรวจสอบและพัฒนาโปรแกรมข้อมูลลงทะเบียนสิทธิออนไลน์ การชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ ข้อมูล

<p style="text-align: center;">ประเด็นการตรวจ (1)</p>	<p style="text-align: center;">กิจกรรมที่จังหวัดต้องดำเนินการ (2)</p>	<p style="text-align: center;">แนวทางการดำเนินการของจังหวัด (3)</p>
	<p>4. การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค EPI, ANC, AIDS, TB,</p> <p>4.1 สถานการณ์</p> <p>4.2 แนวทางการดำเนินงานแบบบูรณาการ</p> <p>4.3 ปัญหา/อุปสรรค</p>	<p>การตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ การจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ รวมถึงการสนับสนุนการบริหารจัดการโครงการของหน่วยบริการและกลุ่มประกันสุขภาพ</p> <p>2. คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพ จังหวัดเชียงราย เป็นคณะอนุกรรมการหลักในการบริหารจัดการ</p> <p>3.โรงพยาบาลทุกแห่งได้ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่ โดยจัดทำเป็นโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในคนต่างด้าว จังหวัดเชียงราย เช่นการอบรมให้ความรู้นายจ้างเรื่องการจัดการสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการโรงงานและบ้านพัก โครงการคัดกรองความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและให้ความรู้เรื่องเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โครงการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยวัณโรคและโรคเท้าช้าง โครงการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในกลุ่มแรงงานต่างด้าว</p> <p>โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดเชียงรายมีการตรวจสุขภาพคนต่างด้าวทุกรายโดยใช้แนวทางในการตรวจสุขภาพคนต่างด้าวของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ การเอกซเรย์ปอดทุกราย หากผลเอกซเรย์สงสัยว่าเป็นวัณโรคให้ตรวจเสมหะยืนยัน การเจาะโลหิตหาเชื้อซิฟิลิสและเชื้อพยาธิโรคเท้าช้าง ให้คนต่างด้าวสัญชาติพม่ารับประทานยาไดเอทิลคาร์บาไมซิน(DEC) ทุกคนเพื่อควบคุมโรคเท้าช้าง การตรวจสภาวะโรคเรื้อน การเก็บปัสสาวะตรวจหาสารแอมเฟตตามีนทุกคน รวมถึงการตรวจร่างกายอื่นๆ ตามที่แพทย์เห็นสมควร สำหรับหญิงตั้งครรภ์คนต่างด้าวโรงพยาบาลทุกแห่งได้ให้บริการตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด รวมทั้งเด็กอายุต่ำกว่า 7 ปี มีการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด สำหรับผู้ที่ผ่านการตรวจสุขภาพ แต่มีภาวะติดเชื้อหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ต้องควบคุม ได้แก่ วัณโรค โรคเรื้อน โรคเท้าช้างซิฟิลิส และโรคพยาธิลำไส้ ได้ให้การรักษาอย่างต่อเนื่อง</p>

<p>ประเด็นการตรวจ (1)</p>	<p>กิจกรรมที่จังหวัดต้องดำเนินการ (2)</p>	<p>แนวทางการดำเนินการของจังหวัด (3)</p>
		<p>ตามมาตรฐานการรักษาโรคที่กำหนด ส่วนผู้ที่ไม่ผ่านการตรวจสุขภาพเนื่องจาก สุขภาพไม่สมบูรณ์แข็งแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการทำงานตามดุลยพินิจของแพทย์ หรือเป็นโรคต้องห้ามมิให้ทำงาน ได้แก่ วัณโรคระยะติดต่อ โรคเรื้อนในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม โรคซิฟิลิสระยะที่ 3 การติดสารเสพติดให้โทษ โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคจิต จิตพั่นเฟือนหรือปัญญาอ่อน ได้เชื้อเอดส์ มีตรวจการประเมินและคัดกรองตามแนวทางการรับต้านไวรัสเอดส์(ARV) การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก โรคเท้าช้าง วัณโรคและโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนดำเนินการตามรายละเอียดแนบท้าย</p>
<p>4. มาตรการในการควบคุม กำกับคุณภาพการบริการ ทั้งภาครัฐและเอกชน</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการจัดทำแผนนิเทศ 2. มีการแต่งตั้งคณะทำงาน 3. มีการนิเทศติดตาม และประเมินผล 	<p>โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง มีการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ ตามมาตรฐานการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ซึ่งจังหวัดเชียงรายในภาพรวม ปีงบประมาณ 2557 โรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดเชียงรายที่มีการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานสู่อุณหภูมิ HA อยู่ในระดับ 3 และ Re-accredit จำนวน 18 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 83.33 แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลของรัฐที่อยู่ในระดับ 0 จำนวน 1 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 5.55 2. โรงพยาบาลของรัฐที่อยู่ในระดับ 2 จำนวน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 16.67 3. โรงพยาบาลของรัฐที่อยู่ในระดับ 3 จำนวน 4 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 22.22 4. โรงพยาบาลของรัฐที่อยู่ในระดับ Re-accredit จำนวน 10 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 55.56 <p>กลุ่มที่ 1 โรงพยาบาลของรัฐที่อยู่ในระดับ 0 จำนวน 1 แห่ง คือโรงพยาบาลดอยหลวง (อยู่ในระหว่างดำเนินการเตรียมความพร้อมที่จะเปิด)</p> <p>การพัฒนาห้องปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์ ด้านเทคนิคการแพทย์และทางรังสี</p>

<p style="text-align: center;">ประเด็นการตรวจ (1)</p>	<p style="text-align: center;">กิจกรรมที่จังหวัดต้องดำเนินการ (2)</p>	<p style="text-align: center;">แนวทางการดำเนินการของจังหวัด (3)</p>
		<p>เทคนิค โดยใช้มาตรฐานทางการแพทย์จากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ในปี 2557 ให้ครอบคลุมร้อยละ 100 ในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดเชียงราย มีการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการตามมาตรฐาน PCA</p> <p>การนิเทศติดตามการควบคุมกำกับบริการ มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระดับอำเภอ (QRT) นิเทศติดตามและประเมินคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปีละ 1 ครั้ง สำหรับโรงพยาบาลทุกแห่ง ได้รับการนิเทศติดตามการควบคุมกำกับคุณภาพบริการ จากศูนย์คุณภาพ (HACC) ของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และมีการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สรพ.)</p>

4.4.3 แนวทางปฏิบัติในการตรวจสุขภาพ และการประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติของ
จังหวัดเชียงราย



ที่มา : สำนักงานแรงงานจังหวัดเชียงราย ชร.0027/725 วันที่ 18 พ.ย. 56 เชิญประชุมหารือในแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการประกันสุขภาพและประกันสังคมของแรงงานต่างด้าว นักวิชาการแรงงานชำนาญการ รักษาการแทนแรงงานจังหวัดเชียงราย

4.5 วิเคราะห์นโยบาย และกฎหมายของไทย และทิศทางการจัดการปัญหา

รวบรวมนโยบาย กฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตลอดจนการสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติ และศึกษาผลกระทบหรือปัญหาในการดำเนินงานและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ของรัฐ

4.5.1 มุมมองต่อนโยบายและกฎหมายไทย

จากนโยบายการจัดการแรงงานข้ามชาติของหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนสะท้อนมุมมองของประเทศไทยในฐานะประเทศผู้รับแรงงานข้ามชาติได้ 3 มุม มอง (ภัสสร ลิมานนท์ และนริศรา พึ่งโพธิ์สภา, 2553 : 35) ได้ กล่าวถึงไว้ คือ

4.5.1.1 มุมมองด้านความมั่นคงของชาติหรือชาตินิยม (National Security) เป็นแนวคิดของฝ่ายความมั่นคงและปกครอง ได้แก่ สำนักงานสภาพความมั่นคงแห่งชาติ (สมช.) สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (สตม.) และกระทรวงมหาดไทย ที่มองว่าแรงงานข้ามชาติที่ลกลอบเข้ามาทำงานในประเทศไทยเป็นผู้หลบหนีเข้าเมืองผิดกฎหมายต้องดำเนินการควบคุม ป้องกัน สกัดกั้น และจับตัวคนเข้าเมืองผิดกฎหมายส่งออกนอกประเทศ หรือนายจ้างต้องมาประกันตัวเพื่อผ่อนผันขอใบอนุญาตทำงาน ซึ่งเป็นแนวคิดกระแสหลักที่ครอบงำการกำหนดนโยบายและมาตรการควบคุมจัดการคนข้ามชาติเข้าเมืองผิดกฎหมายมาโดยตลอด โดยขาดมิติการมองความเป็นแรงงานหรือมนุษย์ชนของคนทำงานอย่างชัดเจน

4.5.1.2 มุมมองมนุษยนิยม หรือสิทธิมนุษยชน (Human rights/Labor protection) เป็นแนวคิดของกลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชนและองค์กรแรงงานที่มองว่า ผู้ใช้แรงงานทั่วโลกเป็นพี่น้องกัน มีชะตากรรมที่ถูกละเมิดจากระบบทุนนิยมร่วมกัน แรงงานทุกคนมี สิทธิ เสมอภาค ศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์เท่าเทียมกัน โดยไม่ถูกเลือกปฏิบัติและถูกกดขี่แบ่งแยกกีดกันเพราะความแตกต่างของเชื้อชาติ สัญชาติ สีผิว ศาสนาและเพศ

4.5.1.3 มุมมองด้านทุนนิยม (Capitalist) เป็นแนวคิดของนักธุรกิจที่มองว่า แรงงานข้ามชาติมีความจำเป็นต่อความเติบโตอยู่รอดของเศรษฐกิจ เนื่องจากเป็นแรงงานที่มาทดแทนแรงงานไทยที่ปฏิเสธการทำงานประเภท 3 ส หรือ 3Ds ได้แก่ งานเสี่ยงสูง (Dangerous) งานแสนลำบาก (Difficult) และงานสกปรก (Dirty) เช่น งานก่อสร้าง ประมงทะเล เกษตรกรรม และงานรับใช้ ในบ้าน

4.5.2 ข้อเด่นหรือจุดเด่นของนโยบายและกฎหมายไทย

หากพิจารณาตามข้อมูลข้างต้นที่ผู้วิจัยได้กล่าวถึงไว้ในงานวิจัยชิ้นนี้ ประเทศไทยมีการดำเนินนโยบายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติทั้งในระดับชาติ และระดับจังหวัดซึ่งถือว่าเป็นแนวทางชัดเจนที่จะแก้ไขปัญหาและให้การคุ้มครองแรงงานข้ามชาติทางด้านสุขภาพ เช่น

ก. แผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน พ.ศ. 2555 -2561

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขชายแดนเอาไว้ 4 ยุทธศาสตร์ด้วยกันได้แก่ 1) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 2) การเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน 3) ความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และ 4) การบริหารจัดการ ซึ่งเขียนไว้อย่างชัดเจนและครอบคลุมมีการกำหนดเป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ กลยุทธ์ ตัวชี้วัด และกิจกรรมหลักที่จะดำเนินการให้สอดคล้องและเป็นไปตามยุทธศาสตร์ในแต่ละข้อ

ข. แผนสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2557 – 2561

มีแผนสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุข ซึ่งจัดทำโดยกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม กล่าวถึงการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ความเท่าเทียมของคุณภาพบริการที่กลุ่มแรงงานข้ามชาติควรได้รับ รวมทั้งมีการทำแผนปฏิบัติการสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุข กำหนดวัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด มาตรการหรือการปฏิบัติ และหน่วยงานที่รับผิดชอบชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นการเข้าถึงบริการสาธารณสุขสำหรับกลุ่มแรงงานข้ามชาติซึ่งอาจควรพิจารณาให้มีการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการด้านสุขภาพที่จัดเก็บเงินสมทบจากแรงงานข้ามชาติเป็นการเฉพาะเพื่อความยั่งยืนในการบริหารโดยไม่เป็นภาระงบประมาณของประเทศ

ค. โครงการดูแลสุขภาพแรงงานต่างด้าวนโยบายการดำเนินการก่อนเข้าสู่การเป็นประชาคมอาเซียน ปี 2558

จากโครงการฯ จะมีการทำฐานข้อมูลกลุ่มคนต่างด้าว รวบรวมข้อมูลคนต่างด้าวในจากสถานพยาบาล

4.5.3 ข้อด้อยหรือสิ่งที่ควรพิจารณา

ก. การดำเนินตามแผนแม่บทระดับชาติในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขชายแดนควรต้องมีการทบทวนว่าที่ผ่านมา มีการปฏิบัติตามที่ได้แผนวางไว้หรือไม่ เมื่อมีการกำหนดแผนฯ และแนวทางปฏิบัติไว้ชัดเจนแต่ข้อมูลเชิงพื้นที่ยังสะท้อนปัญหา (ข้อมูลในบทที่ 5)

ข. ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ปี 2557 – 2560 มองประเด็นแรงงานข้ามชาติว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขชายแดน โดยมีการกล่าวถึงสุขภาพแรงงานข้ามชาติเอาไว้ในยุทธศาสตร์ที่ 4 เรื่องการพัฒนาระบบบริหารจัดการภัยคุกคามที่มีผลต่อสุขภาพ โดยมุ่งเน้นที่การเฝ้าระวัง

ภัยสุขภาพ เมื่อพิจารณาจากยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ปี 2557 – 2560 ทำให้ผู้วิจัยมองว่า ทางจังหวัดเชียงรายมุ่งเน้นเฉพาะการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่ชายแดน ไม่ได้บัญญัติถึงการเข้าถึงสิทธิ หากพิจารณาแผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน พ.ศ. 2555 -2561 ซึ่งเป็นแผนระดับชาติจะเห็นว่า มีการรับรองสิทธิในการเข้าถึงสาธารณสุขขั้นพื้นฐานของกลุ่มแรงงานข้ามชาติด้วย แม้ว่าในการดำเนินงานระดับจังหวัดจะต้องเอาแผนฯ ระดับชาติมาใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานก็ตาม แต่ในฐานะที่จังหวัดเชียงรายเป็นพื้นที่ชายแดนมีพรมแดนติดกับประเทศเพื่อนบ้านถึง 2 ประเทศด้วยกัน และปัญหาสุขภาพของแรงงานข้ามชาติเป็นประเด็นหลักของพื้นที่น่าที่จะกำหนดให้ชัดเจนในยุทธศาสตร์จังหวัดและยกประเด็นสุขภาพแรงงานข้ามชาติเป็นวาระของจังหวัด

ค. นโยบายของรัฐเรื่องสาธารณสุขของแรงงานข้ามชาติปรากฏในรูปมติคณะรัฐมนตรีมาโดยตลอด ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์และตามนโยบายของรัฐบาลแต่ละสมัย รัฐไม่ยอมบัญญัติรับรองสิทธิในรูปพระราชบัญญัติ หรือกฎหมายลำดับอื่น สะท้อนให้เห็นว่ารัฐหวงกันไม่ยอมผูกมัดกับภาระที่จะต้องรับผิดชอบเรื่องปัญหาสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ และใช้วิธีการเลี่ยงๆ โดยบอกว่าจะให้การรับรองตามหลักสากลและหลักสิทธิมนุษยชน หรือมนุษยธรรมระหว่างประเทศ ในปัจจุบันนโยบายของรัฐมุ่งกวาดล้างกับกลุ่มแรงงานข้ามชาตินอกระบบโดยเคร่งครัด หน่วยงานที่เกี่ยวข้องก็จะต้องรีบดำเนินการอย่างเร่งด่วน

4.5.4 ทิศทางการจัดการปัญหา

มีทิศทางการแก้ปัญหาที่ดูเป็นรูปธรรมและมีความชัดเจนจากองค์การระหว่างประเทศที่เข้ามาช่วยเหลือปัญหาด้านสาธารณสุขในภูมิภาคนี้ กล่าวคือ มีการลงนามความร่วมมือสนับสนุนการแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขในกลุ่มประชากรข้ามชาติในจังหวัดชายแดนระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และองค์การระหว่างประเทศเพื่อการย้ายถิ่นฐาน หรือไอโอเอ็ม (International Organization for Migration : IOM) ซึ่งในความเห็นของผู้วิจัยนั้น เมื่อองค์การระหว่างประเทศเข้ามามีบทบาทถือว่าเป็นวาระสำคัญระดับโลกในการแก้ไขและขจัดปัญหาดังกล่าว กลุ่มแรงงานข้ามชาติก็จะได้รับการดูแลและช่วยเหลือที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น ไม่ได้เป็นปัญหาเฉพาะประเทศไทยที่ต้องแบกรับภาระและแก้ปัญหาเหมือนดังแต่ก่อน

บทที่ 5
ข้อมูลเชิงพื้นที่และสถานการณ์การรักษาพยาบาล
ในอำเภอเชียงแสน และอำเภอเชียงของ

5.1 ข้อมูลการปกครองของ อ.เชียงแสน และ อ.เชียงของ

ตารางที่ 10 แสดงข้อมูลการปกครอง อ.เชียงแสน และ อ.เชียงของ

		อ.เชียงของ	อ.เชียงแสน	รวม
รหัสอำเภอ		5703	5708	
จำนวนตำบล		7	6	13
จำนวนหมู่บ้าน		101	70	171
จำนวนเทศบาลตำบล		4	1	5
จำนวน อบต.		4	6	10
จำนวนประชากร	ชาย	30,510	41,957	72,467
	หญิง	30,447	44,382	74,829
	รวม	60,957	86,339	147,296
จำนวนหลังคาเรือน		23,040	39,137	62,177
พื้นที่ (ตร.กม.)		837	422	1,259
ระยะห่างจากจังหวัด. (กม.)		141	60	

ที่มา: ข้อมูลพื้นฐาน ปี 2555 กลุ่มพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
 หมายเหตุ การจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุขในแต่ละท้องถิ่นที่ คำนวณตามหัวประชากรไทยในพื้นที่

5.2 สถานบริการสาธารณสุข

5.2.1 สถานบริการสาธารณสุขพื้นที่อำเภอเชียงแสน

อำเภอเชียงแสนมีโรงพยาบาลประจำอำเภอซึ่งถือเป็นโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลเชียงแสน ตั้งอยู่ในหมู่ที่ 6 บ้านจอมกิตติ ตำบลเวียง อำเภอเชียงแสน ก่อตั้งมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 เป็นโรงพยาบาลระดับ F2 (First-Level Referral Hospital) กล่าวคือ มีแพทย์เวชปฏิบัติ/เวชปฏิบัติครอบครัว และจัดการบริการตามมาตรฐานของทุติยภูมิโดยไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ปัจจุบันโรงพยาบาลเชียงแสนสามารถรองรับคนไข้ได้ 60 เตียง บุคลากรในโรงพยาบาลเชียงแสน มีทั้งสิ้นจำนวน 240 คน

นอกจากนี้ยังมีสาธารณสุขอำเภอเชียงแสน 1 แห่ง บุคลากรใน สาธารณสุขอำเภอเชียงแสน มีทั้งหมด 11 คน โดยแบ่งเป็นนักวิชาการ 5 คน และลูกจ้างชั่วคราว 6 คน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 13 แห่ง นอกจากนี้รายงานของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค ณ วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2554 พบว่า อำเภอเชียงแสนมีสถานพยาบาลเอกชน (ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้รักษา) จำนวน 15 แห่ง ประกอบด้วยสถานพยาบาลสาขาเวชกรรม 1 แห่ง สาขาทันตกรรม 1 แห่ง สาขาการพยาบาลและผดุงครรภ์ 10 แห่ง สาขามดุงครรภ์/พยาบาล (ชั้น 2) 2 แห่ง และสาขากายภาพบำบัด 1 แห่ง (อ้างอิงจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย พ.ศ. 2554)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) ในอำเภอเชียงแสน มี 13 แห่ง ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 11 แสดงอัตราบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อ.เชียงแสน

ลำดับ	รพสต	ข้าราชการ			รวม ข้าราชการ	นักเรียน ทุน	ลูกจ้าง ชั่วคราว	รวม
		นักวิชาการ	พยาบาล วิชาชีพ	เจ้า พนักงาน				
1.	เวียง	2	1		3	1	6	13
2.	สบรวก	1	2		3		3	9
3.	ป่าสัก	3	1	1	5		6	16
4.	แม่คำ		1	1	2		3	7
5.	บ้านแซว	1	1	1	3	1	8	15
6.	แม่แอบ	1		1	2		3	7
7.	แม่เงิน	1	1		2	1	5	10
8.	บ้านไร่	1	1	1	3		3	9

9.	โยนก	1	1	2		5	9
10.	ศรีดอน มูล	1	1	2	1	6	11
11.	สัสสี่	1	1	2		2	6
12.	เวียงแก้ว		2	1	3	2	8
13.	สะเ้ง		1	1	2	2	9
รวม		13	14	7	34	4	92

5.2.2 สถานบริการสาธารณสุข พื้นที่อำเภอเชียงของ

อำเภอเชียงแสนมีโรงพยาบาลประจำอำเภอ 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ ตั้งอยู่หมู่ที่ 10 บ้านใจไก่ ตำบลเวียง อำเภอเชียงของ ได้ยกฐานะเป็นโรงพยาบาลระดับ F1 ในปี พ.ศ. 2532 เป็นโรงพยาบาลที่มีขนาด 60-120 เตียง มีแพทย์เวชปฏิบัติ/เวชปฏิบัติครอบครัว และแพทย์เฉพาะทาง สาขาหลัก (อายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินารีเวชกรร กุมารเวชกรรม ศัลยกรรมกระดูก วิชาญญีแพทย์) มีเตียงอยู่จริง 90 เตียง ใช้จริง 70 เตียง มีบุคลากรทั้งหมดของโรงพยาบาลจำนวน 190 คน ที่ประกอบด้วย อัตรากำลังข้าราชการ 90 คน พนักงานของรัฐ 3 คน ลูกจ้างประจำ 22 คน และลูกจ้างชั่วคราว 75 คน นอกจากนี้ในพื้นที่อำเภอเชียงของมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 17 แห่ง และสถานพยาบาลเอกชนจำนวน 12 แห่ง ประกอบด้วยสถานพยาบาลสาขาเวชกรรม 3 แห่ง สาขาทันตกรรม 1 แห่ง สาขาการพยาบาลและผดุงครรภ์ 5 แห่ง สาขามดุงครรภ์/พยาบาล (ชั้น 2) 2 แห่ง และสาขาการแพทย์แผนไทย 1 แห่ง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย 2554, อภิสม อินทรลาวัลย์, 2557: 21 -22)

สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 17 แห่ง ได้แก่ รพสต.น้ำม้า, รพสต.สถาน, รพสต.ทุ่งอ่าง, รพสต.ศรีริง, รพสต.ม่วงชุม, รพสต.บุญเรือง, รพสต.ซ้อเหนือ, รพสต.ห้วยซ้อ, รพสต.ใหม่ดอนแก้ว, รพสต.เขียะ, รพสต.ดงหลวง, รพสต.ศรีดอนชัย, รพสต.หาดบ้าย, รพสต.เมืองกาญจน์, รพสต.สองพี่น้อง, รพสต.ศรีวิไล, รพสต.ทุ่งจิว

ตารางที่ 12 จำนวนแรงงานข้ามชาติที่ขึ้นทะเบียนกับ รพช.เชียงของ

ปีงบประมาณ	ลาว	พม่า	รวม (คน)
2553	58	44	102
2554	15	27	42

2555	30	39	69
2556	96	11	107
2557	93	45	138

ที่มา : จากงานประกันสุขภาพ รพ.สมเด็จพระยุพราชเชียงใหม่ ข้อมูล ณ วันที่ 25 มิถุนายน 2557

5.3 การส่งต่อผู้ป่วย

ในกรณีที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ หรือโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงใหม่ไม่สามารถให้การรักษาได้เนื่องจากขีดความสามารถของโรงพยาบาลและบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านก็就会有การส่งต่อแรงงานข้ามชาติที่ป่วยไปยังโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ซึ่งเป็นศูนย์กลางของการส่งต่อของทุกโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงรายได้โดยตรง และจะเชื่อมโยงการส่งต่อนอกเขตจังหวัด ไปยังโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ หรือศูนย์มะเร็งลำปาง แล้วแต่กรณี (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข เขต นท. เครือข่ายบริการที่ 1 จังหวัดเชียงราย ครั้งที่ 2/2556 วันที่ 16-19 ก.ค. 56 : 10-12) มีข้อสังเกตว่า เนื่องจากโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์อยู่ห่างจาก อ.เชียงใหม่ ระยะทางประมาณ 141 กม.และห่างจาก อ.เชียงใหม่ มีระยะทางทั้งสิ้นประมาณ 60 กิโลเมตร ดังนั้น ในการส่งต่อผู้ป่วยต้องใช้ระยะเวลาเดินทางค่อนข้างนาน และประกอบกับเส้นทางบางส่วนเป็นภูเขา(อ.เชียงใหม่) อาจทำให้การรักษาพยาบาลไม่ทันท่วงที

แผนผังที่ 2 การส่งต่อการรักษาพยาบาลจังหวัดเชียงราย



หมายเหตุ : การจัดระดับสถานบริการสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายตามแผนพัฒนาระบบสาธารณสุขส่วนภูมิภาค

A - Advance & Sophisticate Technology, M - Mid-Level Referral Hospital, F - First-Level Referral Hospital

5.4 ข้อมูลของแรงงานข้ามชาติและสถานการณ์การรักษาพยาบาล

ในการเก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยได้ ทำการเก็บข้อมูลแรงงานข้ามชาติพม่า และลาว โดยใช้ แบบสอบถาม จำนวนทั้งสิ้น 414 ชุด มีการแปลแบบสอบถามเป็นภาษาพม่า รวมทั้งใช้ล่ามในการสื่อสารซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลช่วงระหว่าง เดือนมกราคม 2558 - 15 เมษายน 2558 โดยแยกเป็นพื้นที่ อ.เชียงแสน จำนวน 215 ชุด และ อ.เชียงของ 199 ชุด และใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งกำหนดเป็นหัวข้อดังต่อไปนี้

5.4.1 เพศ อายุ และสัญชาติของแรงงานข้ามชาติ

จากการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยพบว่า ในพื้นที่ อ.เชียงแสน แรงงานส่วนใหญ่ที่เข้ามาทำงานเป็นแรงงานข้ามชาติสัญชาติพม่า มีปริมาณสูงถึงร้อยละ 93 ของจำนวนแรงงานฯ ทั้งหมดที่ตอบแบบสอบถามในพื้นที่ อ.เชียงแสน ในขณะที่แรงงานข้ามชาติสัญชาติลาวมีเพียงร้อยละ 7 เท่านั้น ในขณะที่พื้นที่ อ.เชียงของ พบแรงงานข้ามชาติสัญชาติพม่าเพียงร้อยละ 26 โดยมีแรงงานข้ามชาติสัญชาติลาวคิดเป็นร้อยละ 74

แรงงานฯ ส่วนใหญ่ใน อ.เชียงแสน เป็นเพศชายต่อเพศหญิงในอัตราส่วนร้อยละ 72 ต่อ 28 สำหรับพื้นที่ อ.เชียงของ พบว่ามีแรงงานฯ เพศหญิงต่อเพศชายในอัตราส่วนร้อยละ 67 ต่อ 33

ทั้งสองพื้นที่พบว่าแรงงานฯ ที่มีอายุระหว่าง 20 - 29 ปี มีจำนวนมากที่สุดของแต่ละพื้นที่ถึงร้อยละ 48.37 (อ.เชียงแสน) และร้อยละ 47.23 (อ.เชียงของ) ส่วนช่วงอายุที่รองมาเป็นลำดับที่สองนั้น พบว่ามีความแตกต่างกัน โดยพื้นที่ อ.เชียงแสน แรงงานฯ ที่มาอายุระหว่าง 30 - 39 ปี มีจำนวนร้อยละ 28.37 ส่วน อ.เชียงของ นั้น ช่วงอายุที่รองมาเป็นลำดับที่สองนั้นคือกลุ่มแรงงานฯ ที่มาอายุระหว่าง 13 - 19 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.61

ตารางที่ 13 แสดงเพศ สัญชาติ และอายุของแรงงานข้ามชาติ

		อ.เชียงแสน (ร้อยละ)	อ.เชียงของ (ร้อยละ)
1. เพศ	ชาย	72	33
	หญิง	28	67
2. สัญชาติ	พม่า	93	26
	ลาว	7	74
3. อายุ	0 - 12 ปี	-	0.50
	13 - 19 ปี	9.76	22.61
	20 - 29 ปี	48.37	47.23
	30 - 39 ปี	28.37	20.10
	40 - 49 ปี	13.08	5.02
	50 ปีขึ้นไป	0.46	4.52

ที่มา : จากการเก็บข้อมูลของผู้วิจัย

หมายเหตุ : การคิดอัตราส่วนเป็นร้อยละโดยเทียบจากจำนวนเต็มของประชากรที่ตอบแบบสอบถามในแต่ละพื้นที่

จากข้อมูลข้างต้น ได้ข้อสรุปเบื้องต้นถึงลักษณะของกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่เป็นกลุ่มประชากรในงานวิจัยดังนี้ (1) พื้นที่ อ.เชียงแสน แรงงานฯ ส่วนใหญ่มีสัญชาติพม่า เป็นเพศชาย (2) พื้นที่ อ.เชียงของ แรงงานฯ ส่วนใหญ่มีสัญชาติลาว เป็นเพศหญิง (3) แรงงานฯ ทั้งสองพื้นที่ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 – 29 ปี ซึ่งอยู่ในวัยหนุ่มสาวซึ่งเป็นที่ต้องการของตลาดแรงงานและยังมีร่างกายที่แข็งแรง

มีข้อสังเกตตอนลงพื้นที่ใน อ.เชียงของ ส่วนใหญ่เป็นแรงงานข้ามชาติชาวลาว บางส่วนเป็นชนเผ่าขมุ ส่วนใหญ่มักเป็นเพศหญิงและเดินทางมาจากเมืองฮุ้น แขวงบ่อแก้ว สปป.ลาว นอกจากนี้ก็มาจากหลวงน้ำทา สถานพยาบาลที่ใกล้ที่สุดคือ รพ.สมเด็จพระยุพราชเชียงของ ข้อสังเกต ผู้ให้ข้อมูลมีความกังวลต่อการให้ข้อเท็จจริงเพราะในการตอบแบบสอบถามจะต้องให้มีการเซ็นยินยอมเนื่องจากเป็นไปตามแบบฟอร์มการทำวิจัยในมนุษย์(คน) ซึ่งกำหนดโดยสสจ. ผู้ให้ข้อมูล(อาสาสมัคร) มีคำถามค่อนข้างเยอะถึงลักษณะของการวิจัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องชี้แจงให้เกิดความเข้าใจถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของงานวิจัย พร้อมทั้งวิธีการเก็บรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล ในการตอบแบบสอบถามจะต้องใช้ล่ามช่วยในการสื่อสารภาษาขมุ อาสาสมัครไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง ในพื้นที่ อ.เชียงของ มีความยากลำบากในการขึ้นทะเบียนแรงงานมากกว่าที่ อ.เชียงแสน เนื่องจากกลุ่มแรงงานเข้ามาทำงานในช่วงเวลาสั้นๆ แล้วกลับข้ามไปยังฝั้งลาว จึงไม่นิยมขึ้นทะเบียนแรงงาน

5.4.2 ประเภทการใช้แรงงานของแรงงานข้ามชาติ

ในงานวิจัยชิ้นนี้ ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากแรงงานข้ามชาติที่มีความหลากหลายในประเภทของการใช้แรงงาน ซึ่งข้อมูลรวมสองพื้นที่ ประเภทของการใช้แรงงาน ได้แก่ เป็นผู้ใช้ในบ้าน, เกษตรและปศุสัตว์, ก่อสร้าง, ขนส่ง ผู้ติดตามแรงงาน, พนักงานโรงแรม, ร้านอาหาร, ร้านหมูกระทะ, ร้านข้าวมันไก่, รับจ้างทั่วไป, แต่งงานกับคนไทย, ทำนา, ทำไร่, โรงงานไม้, คู่ออมรถ, โรงสี, สถานบันเทิง, แม่บ้าน และ ร้านนวด โดยในงานวิจัยชิ้นนี้ผู้วิจัยจะขอยกตัวอย่างเฉพาะการใช้แรงงานประเภทที่เด่นๆ เท่านั้น

เมื่อแยกพิจารณาพื้นที่ อ.เชียงแสน พบว่าแรงงานฯ ส่วนใหญ่ทำงานงานแบกหาม ขนสินค้าในธุรกิจขนส่งคิดเป็นสัดส่วนที่สูงสุดคือร้อยละ 63.72 รองลงมาคือ พนักงานโรงแรม ร้อยละ 13.48

ส่วนในพื้นที่ อ.เชียงของ แรงงานฯ ร้อยละ 21.60 เข้ามาทำงานก่อสร้าง ซึ่งจำนวนใกล้เคียงกับการเกษตรและปศุสัตว์ คือ ร้อยละ 20.60 ส่วนที่รองลงมาคือ ทำงานในโรงสีคิดเป็นร้อยละ 12.56

ตารางที่ 14 แสดงประเภทการใช้แรงงานของแรงงานข้ามชาติ

	อ.เชียงแสน (ร้อยละ)	อ.เชียงของ (ร้อยละ)
1. ก่อสร้าง	8.83	21.60
2. เกษตรและปศุสัตว์	-	20.60
3. ธุรกิจขนส่ง (แบก หาม ขนสินค้า)	63.72	1.50
4. ผู้รับใช้ในบ้าน	6.04	4.52
5. พนักงานโรงแรม	13.48	0.50
6. รับจ้างทั่วไป	1.86	9.04
7. ร้านหมูกระทะ	-	7.03

8. ร้านอาหาร	3.25	9.04
9. โรงสี	-	12.56

ที่มา : จากการเก็บข้อมูลของผู้วิจัย

จากการสำรวจข้อมูลในงานวิจัยชิ้นนี้เมื่อพิจารณาข้อมูลประเภทของการใช้ แรงงาน ผู้วิจัยพบว่า แรงงานข้ามชาติทำงานในกิจการขนส่ง โดยลักษณะงานเป็นการแบกหามหรือขนสินค้าบริเวณท่าเรือ ที่ อ. เชียงแสน มีปริมาณสูงสุดถึง รองลงมา คือ งานก่อสร้าง พบมากใน อ. เชียงของ และลำดับสาม คือ งาน เกษตรและปศุสัตว์ ซึ่งอยู่ที่ อ. เชียงของ จากประเภทของการใช้แรงงานสะท้อนลักษณะเฉพาะของบริบทเชิง พื้นที่ค่อนข้างมาก ความแตกต่างของพื้นที่ที่เชียงแสนซึ่งเป็นเมืองท่า มีการขนส่ง และถ่ายเทสินค้าออก-เข้า เรือ ดังนั้นจึงจะพบการใช้แรงงานประเภทนี้มากที่สุด ในขณะที่พื้นที่ อ. เชียงของ มีการทำเกษตรและเลี้ยง สัตว์เป็นส่วนใหญ่ รวมถึงมีการก่อสร้างขนาดใหญ่หลายโครงการ

นอกจากนี้ผู้วิจัยพบว่า ประเภทของการใช้แรงงานจะสะท้อนถึงอาการเจ็บป่วยหรือโรคที่เกิดจาก การทำงานของแรงงานข้ามชาติ และจากข้อมูลข้างต้นหากพิจารณาโดยละเอียดจะเห็นว่า ในพื้นที่ อ. เชียง แแสนซึ่งแรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่ใช้แรงงานแบกหามหรือขนสินค้าบริเวณท่าเรือเชียงแสน อาการเจ็บป่วยที่ พบเช่น ปวดหลัง หรืออุบัติเหตุที่เกิดขึ้นระหว่างทำงาน เช่น แขน ขา หัก ส่วนในพื้นที่ อ. เชียงของ ซึ่ง ลักษณะงานส่วนใหญ่เป็นงานเกษตรกรรมและปศุสัตว์อาการเจ็บป่วยก็จะเป็นอีกแบบหนึ่ง เช่น เจ็บป่วย เนื่องจากการสะสมของสารเคมีพิษที่ใช้ ในแปลงเกษตร เป็นต้น (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่ เกี่ยวข้อง) บริเวณหมู่บ้านปากอิง และหมู่บ้านปากอิงใต้ เป็นพื้นที่ทำการเกษตรหมุนเวียนซึ่งจะเปลี่ยนไป ตามแต่ละฤดูกาล สรุปได้คร่าวๆ ถึงกิจกรรมหลักๆ ดังนี้

- มกราคม ถึง กุมภาพันธ์ เก็บถั่วแขก
- กุมภาพันธ์ ถึง มีนาคม ถูมันสำปะหลัง
- มีนาคม ถึง เมษายน ปลูกมะละกอ
- มิถุนายน ถึง กรกฎาคม เป็นฤดูเก็บเกี่ยวผลไม้ เช่น เงาะ ลองกอง ทุเรียน
- ช่วงเดือน พฤษภาคม เป็นต้นไป ก็จะเป็นฤดูเก็บเกี่ยวลิ้นจี่ ลำไย

แรงงานจะเข้ามาทำงานช่วงเก็บเกี่ยวผลผลิตแล้วกลับออกไป สำหรับมาตรการที่ใช้ในการควบคุม กลุ่มแรงงานที่ข้ามเข้ามาทำงานในช่วงระยะเวลาสั้นๆ นั้น กลุ่มแรงงานจะไปลงชื่อที่บ้านพ่อหลวง (ผู้ใหญ่บ้าน) เพื่อลงรายละเอียดว่าแรงงานคนใดพักอยู่กับใครที่บ้านหลังไหน นอกจากนี้ก็จะมีกฎโดยห้าม กลุ่มแรงงานออกนอกพื้นที่ ซึ่งหากมีกรณีแรงงานเจ็บป่วยหรือไม่สบายและต้องได้รับการรักษาพยาบาล พ่อหลวงบ้านก็จะเซ็นอนุญาตเพื่อให้ไปโรงพยาบาล (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกแรงงานฯ) ปรากฏว่า ไม่มีการขึ้นทะเบียนแรงงานฯ และไม่มีการประกันสุขภาพแต่อย่างใด

5.4.3 ช่วงปี พ.ศ. ที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย

สำหรับระยะเวลาที่แรงงาน เข้ามาทำงานในพื้นที่ อ.เชียงใหม่ และ อ.เชียงของ นั้น จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ในพื้นที่ อ.เชียงใหม่ แรงงานฯ ส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 41.39 เข้ามาทำงานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 กล่าวคืออยู่อาศัยและทำงานในพื้นที่ที่มาปีกว่าๆ ส่วนกลุ่มแรงงานฯ ที่อยู่มาประมาณ 2 ปีกว่าๆ อยู่ในอัตราส่วนร้อยละ 17.20 และกลุ่มแรงงานฯ ที่เพิ่งเข้ามาทำงานและอยู่อาศัยในพื้นที่ อ.เชียงใหม่ได้เพียง 1 - 3 เดือนคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 14.88

ส่วนที่ อ.เชียงของ แรงงานฯ ส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 20.10 เข้ามาทำงานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 กล่าวคืออยู่อาศัยและทำงานพื้นที่มาประมาณ 2 ปีกว่าๆ ส่วนกลุ่มแรงงานฯ ที่อยู่มาประมาณ 3 ปีกว่าๆ อยู่ในอัตราส่วนร้อยละ 15.07 ซึ่งสัดส่วนค่อนข้างใกล้เคียงกับกลุ่มแรงงานฯ ที่เข้ามาทำงานและอยู่ในพื้นที่มาประมาณ 5 ปีเศษ

ตารางที่ 15 ปี พ.ศ. ที่แรงงานข้ามชาติเข้าทำงานในประเทศไทย

	อ.เชียงใหม่ (ร้อยละ)	อ.เชียงของ (ร้อยละ)
1. พ.ศ. 2558 - ปัจจุบัน	14.88	2.51
2. พ.ศ. 2557 - ปัจจุบัน	41.39	10.55
3. พ.ศ. 2556 - ปัจจุบัน	17.20	20.10
4. พ.ศ. 2555 - ปัจจุบัน	3.25	15.07
5. พ.ศ. 2554 - ปัจจุบัน	3.25	10.55
6. พ.ศ. 2553 - ปัจจุบัน	3.72	14.57
7. พ.ศ. 2552 - ปัจจุบัน	1.86	5.02
8. พ.ศ. 2551 - ปัจจุบัน	3.72	2.51
9. พ.ศ. 2550 - ปัจจุบัน	2.32	8.54
10. พ.ศ. 2549 - ปัจจุบัน	2.32	6.03
11. พ.ศ. 2548 - ปัจจุบัน	1.00	2.01
12. ไม่ทราบปีที่เข้ามาทำงาน	1.00	1.50

ที่มา : จากการเก็บข้อมูลของผู้วิจัย

หมายเหตุ ปัจจุบัน หมายถึง ช่วงที่มีสำรวจข้อมูลแบบสอบถามได้แก่ ระหว่างเดือนมกราคม 2558 – 15 เมษายน 2558

5.4.4 ประเภทสิทธิในการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ

จากการสำรวจข้อมูลประเภทสิทธิที่แรงงานฯ มีในการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติซึ่งแบ่งออกเป็น ประกันสังคม (สิทธิที่ออกโดยกระทรวงแรงงาน) บัตรประกันสุขภาพ (สิทธิที่ออกโดยกระทรวงสาธารณสุข) จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง และกลุ่มที่ยังไม่เคยเข้ารับการรักษาพยาบาล โดยพื้นที่ อ.เชียงใหม่ พบว่า แรงงานส่วนใหญ่ร้อยละ 56.74 ยังไม่เคยเข้ารับการรักษาพยาบาล ในขณะที่ร้อยละ 36.27 เป็น

กลุ่มแรงงานฯ ที่มีบัตรประกันสุขภาพ ส่วนพื้นที่ อ.เชียงของ แรงงานฯ ร้อยละ 60 เลือกที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วย และมีแรงงานร้อยละ 15.38 ที่มีบัตรประกันสุขภาพ

ตารางที่ 16 ประเภทสิทธิในการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ

ประเภทสิทธิ	อ.เชียงแสน (ร้อยละ)	อ.เชียงของ (ร้อยละ)
1. ประกันสังคม	0.46	10.25
2. บัตรประกันสุขภาพ	36.27	15.38
3. ขอความอนุเคราะห์	-	0.51
4. จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง	6.51	60
5. ยังไม่เคยเข้ารับการรักษาพยาบาล	56.74	14.35

ที่มา : จากการเก็บข้อมูลของผู้วิจัย

หมายเหตุ : ทั้งสองพื้นที่มีแรงงานฯ จำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 37.19 จากจำนวนกลุ่มประชากรแรงงานทั้งหมดจำนวน 414 คน ยังไม่เคยเข้ารับการรักษาพยาบาล

ความแตกต่างที่เห็นได้ชัดของกลุ่มแรงงานข้ามชาติระหว่างพื้นที่ อ.เชียงแสน และ อ.เชียงของ คือกลุ่มแรงงานฯ ในพื้นที่ อ.เชียงของ เลือกที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง ในขณะที่ อ.เชียงแสน ใช้สิทธิตามบัตรประกันสุขภาพ จากข้อมูลข้างต้นประกอบกับข้อมูลที่ได้จากการพูดคุยกับกลุ่มแรงงานข้ามชาติใน อ.เชียงแสนสะท้อนข้อเท็จจริงบางประการ เช่น มีแรงงานข้ามชาติ ร้อยละ 56.74 ตอบว่าไม่เข้ารับการรักษาพยาบาลเนื่องจากยังไม่เคยเจ็บป่วย ในจำนวนนี้อาจจะมีบางส่วนที่ไม่ได้เจ็บป่วยจริงๆ จากข้อมูลอายุของแรงงานฯตามตารางที่ 12 แรงงานฯ ส่วนใหญ่จะมีอายุระหว่าง 20 – 29 ปี ซึ่งยังเป็นวัยหนุ่มสาวร่างกายยังแข็งแรง และการใช้แรงงานแบก หาม ในธุรกิจขนส่ง ไม่ค่อยส่งผลให้แรงงานมีอาการเจ็บป่วยเมื่อเทียบกับแรงงานฯ ใน อ.เชียงของ ซึ่งทำงานเกษตรและมีการใช้สารเคมีการเกษตร

หรือบางส่วนอาจจะเจ็บป่วยเพียงแต่แรงงานฯ ไม่ได้ คิดว่า นี้ คืออาการเจ็บป่วย ผู้วิจัยมีความเห็นว่า การที่แรงงานข้ามชาติมีท่าทีหรือทัศนคติต่อเรื่องอาการเจ็บป่วยของตนเอง โดยมองว่าตนเองสุขภาพแข็งแรงดี ทั้งที่ในความเป็นจริงตัวแรงงานอาจจะกำลังป่วยและกลายเป็นจุดเริ่มต้นของโรคบางชนิด ถือว่าเป็นประเด็นที่น่าสนใจอย่างยิ่ง จะทำอย่างไรที่จะให้ กลุ่มแรงงานฯ ทราบถึงผลกระทบ หรือตระหนักถึงปัญหาดังกล่าวที่จะมีต่อตนเองและชุมชน ผลกระทบต่อตนเอง เช่น ทำให้ อาการเจ็บป่วยของตนเองหนักมากขึ้นจนถึงขั้นที่ไม่อาจเยียวยาได้ ซึ่ง หากเข้ารับการรักษาแต่เนิ่นๆ ก็ อาจหายขาดได้ ส่วนกรณีผลกระทบต่อชุมชน เช่นหากแรงงานฯ ป่วยเป็นโรคติดต่อ หรือโรคติดต่อร้ายแรงบางชนิด เป็นต้น มีกรณีตัวอย่างจากการลงพื้นที่ อ.เชียงแสน ผู้วิจัยพบแรงงานข้ามชาติเพศหญิง สัญชาติพม่า อายุประมาณ 22 ปี

รับจ้างก่อสร้าง บอกว่าตนเองเคยเป็นวิศวกรได้ รับการรักษาในโรงพยาบาลที่ประเทศพม่า และตอนนี้คิดว่าหายดีแล้ว เพราะไม่ได้มีอาการอะไรมาก ยังสามารถทำงานได้ เป็นปกติ ดังนั้นจึงคิดว่าตนเองไม่ได้ ป่วยและไม่ต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลแต่ อย่างใด โดยแนวคิด ตามหลัก สิทธิมนุษยชนนั้น การเลือกที่จะใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลหรือไม่นั้น ถือเป็นสิทธิส่วนบุคคลที่ผู้ ป่วยสามารถเลือกวิธีการรักษาหรือเลือกที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลก็ได้ รัฐไม่สามารถบังคับได้ (เพชรประกา เพชรมีศรี , 2548) อย่างไรก็ตามหากเป็นเรื่องที่จะกระทบต่อชุมชนและสังคมโดยรวม รัฐอาจจะมีมาตรการควบคุมโรคติดต่อได้

5.4.5 การเลือกรักษาพยาบาลเมื่อแรงงานข้ามชาติเจ็บป่วย

เมื่อมีอาการเจ็บป่วยแรงงานฯ ในพื้นที่ อ.เชียงแสน แรงงานฯ ส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 58.13 เลือกที่จะไปซื้อยามารักษาเองตามอาการ ส่วนอีกประมาณร้อยละ 19.06 เลือกที่จะไปรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลศูนย์ (โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์) กลุ่มแรงงานฯ ใน อ.เชียงของ เลือกที่จะไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ คิดเป็นร้อยละ 53.48 ส่วนแรงงานประมาณร้อยละ 18.13 เลือกที่จะซื้อยามารักษาเองเมื่อเจ็บป่วย

ตารางที่ 17 การเลือกรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย

	อ.เชียงแสน (ร้อยละ)	อ.เชียงของ (ร้อยละ)
1.รพสต.	6.04	7.03
2.รพช.	0.93	53.48
3.รพศ.	19.06	3.25
4.โรงพยาบาลเอกชน	7.90	7.90
5.คลินิกเอกชน	-	3.25
6.ซื้อยามารักษาเอง	58.13	18.13

ที่มา : จากการเก็บข้อมูลของผู้วิจัย

หมายเหตุ : รพสต. – โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, รพช. – โรงพยาบาลชุมชน, รพศ. – โรงพยาบาลศูนย์

เมื่อมีอาการเจ็บป่วยแรงงานเลือกที่จะไปซื้อยามารักษาตามอาการสูง โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานสัญชาติพม่า ซึ่งเข้ามาใช้แรงงานที่ อ.เชียงแสน สะท้อนให้เห็นถึงความนิยมในการเยียวยาตนเอง อย่างไรก็ตามก็อาจจะมีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย เช่น ไม่อยากหยุดงานเพื่อไปโรงพยาบาล เพราะจะต้องขาดรายได้ สำหรับวันนั้น แต่หากเป็นการเจ็บป่วยที่ อาการสาหัส ก็จำเป็นต้องไปโรงพยาบาล

5.4.6 ใบอนุญาตทำงานและบัตรประกันสุขภาพ

จากข้อมูลประชากรที่ทำการสำรวจ ภาพรวมของกลุ่มแรงงานข้ามชาติในสองพื้นที่พบว่า มีใบอนุญาตทำงานและบัตรประกันสุขภาพไม่ถึงครึ่ง โดย อ.เชียงแสน แรงงานฯ มีบัตรประกันสุขภาพเพียงร้อยละ 36.74 ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 63.25 พบว่าไม่มีใบอนุญาตทำงานและบัตรประกันสุขภาพ ส่วนในพื้นที่ อ.เชียงของ แรงงานฯ มีใบอนุญาตทำงานและบัตรประกันสุขภาพเพียงร้อยละ 26.63 งานฯ ส่วนที่ไม่มีใบอนุญาตทำงานและบัตรประกันสุขภาพร้อยละ 73.36

ในกลุ่มแรงงานฯ ที่มีใบอนุญาตทำงานและบัตรประกันสุขภาพ ผู้วิจัยพบว่า ส่วนใหญ่แรงงานฯ เก็บใบอนุญาตทำงานและบัตรประกันสุขภาพไว้ที่ตนเองโดยคิดเป็นร้อยละ 98.72 และ 96.22 ในพื้นที่ อ.เชียงแสน และ อ.เชียงของ ตามลำดับ

ตารางที่ 18 แสดงใบอนุญาตทำงานและบัตรประกันสุขภาพ

	อ.เชียงแสน (ร้อยละ)	อ.เชียงของ (ร้อยละ)
1. มีใบอนุญาตทำงานและบัตรประกันสุขภาพ	36.74	26.63
2. ไม่มีใบอนุญาตทำงานและบัตรประกันสุขภาพ	63.25	73.36
3. เก็บใบอนุญาตทำงานและบัตรประกันสุขภาพไว้ที่ตนเอง (สำรวจเฉพาะผู้ที่มีใบอนุญาตฯ และบัตรฯ)	98.73	96.22
4. นายจ้างเป็นผู้เก็บใบอนุญาตทำงานและบัตรประกันสุขภาพ	1.26	3.77

ที่มา : จากการเก็บข้อมูลของผู้วิจัย

ข้อมูลข้างต้น สะท้อนข้อเท็จจริงว่า ปัจจุบันในจังหวัดเชียงราย โดยเฉพาะ อ.เชียงแสน และ อ.เชียงของ มีแรงงานข้ามชาติที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน (Undocumented Migrant Worker) เป็นจำนวน คิดเป็นร้อยละ ของจำนวนแรงงานทั้งหมด (414คน) (ผู้วิจัยเก็บข้อมูลระหว่างช่วงเดือนมกราคม - 15 เมษายน พ.ศ. 2558) ซึ่งถือว่าเกินกว่ากึ่งหนึ่ง ประเด็นที่น่าสนใจ ในกรณีแรงงานข้ามชาติที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน (Undocumented Migrant Worker) นั้น นอกจากมีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยชิ้นนี้ในเรื่องสิทธิในการรักษาพยาบาลแล้ว ยังมีเรื่องอื่นๆ ที่ตามมา เช่น ปัญหาการเข้าเมืองผิดกฎหมาย เมื่อแรงงานฯ เป็นผู้ที่เข้าเมืองมาโดยผิดกฎหมาย ผู้ว่าจ้างมักจะปฏิบัติต่อแรงงานโดยไม่สนใจกฎหมายแรงงาน รวมทั้ง ปัญหาการละเมิดสิทธิมนุษยชนในด้านอื่น

5.4.7 การตรวจสุขภาพประจำปี การฉีดวัคซีนป้องกันโรค และการเข้าร่วมอบรมในการวางแผนครอบครัว ป้องกันโรคระบาด หรือโรคติดต่อของแรงงานข้ามชาติ

5.4.7.1 การตรวจสุขภาพประจำปี และการฉีดวัคซีนป้องกันโรค

สำหรับประเด็นการตรวจสุขภาพประจำปี และการฉีดวัคซีนป้องกันโรค ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเฉพาะกลุ่มแรงงานซึ่งไม่มีใบอนุญาตทำงานและบัตรประกันสุขภาพ พบว่าในพื้นที่ อ.เชียงแสน แรงงานไม่เคยเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี และฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดต่อคิดเป็นร้อยละ 93.38 โดยมีเพียงร้อยละ 6.61 เท่านั้นที่เคยได้รับบริการ สำหรับในพื้นที่ อ.เชียงของ มีแรงงานฯ ไม่เคยเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีและฉีดวัคซีนป้องกันโรคคิดเป็นร้อยละ 88.13 ส่วนแรงงานฯ ร้อยละ 19.86 เคยได้รับการตรวจสุขภาพฯ และฉีดวัคซีนป้องกันโรค

5.4.7.2 การเข้าร่วมอบรมในการวางแผนครอบครัว ป้องกันโรคระบาด หรือโรคติดต่อที่จัดโดยหน่วยงานของรัฐ

พื้นที่ อ.เชียงแสน แรงงานฯ ร้อยละ 68.83 เคยเข้าร่วมอบรมในการวางแผนครอบครัว การป้องกัน โรคระบาด หรือโรคติดต่อที่จัดโดยหน่วยงานของรัฐ ส่วนอีกร้อยละ 37.20 ตอบว่าไม่เคย ส่วน อ.เชียงของ แรงงานฯ ร้อยละ 34.67 เคยเข้าร่วมอบรมในการวางแผนครอบครัว การป้องกันโรคระบาด หรือโรคติดต่อที่จัดโดยหน่วยงานของรัฐ และไม่เคยร้อยละ 58.79 ในพื้นที่ อ.เชียงของ ทางโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของก็ได้ร่วมกับ กองทุนโลกเพื่อต่อสู้โรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย ในการช่วยเหลือแรงงานข้ามชาติในการจัดอบรม

5.4.7.3 การเข้าร่วมในการอบรมการวางแผนครอบครัว ป้องกันโรคระบาด หรือโรคติดต่อซึ่งจัดโดยหน่วยงานภาคเอกชน

แรงงานฯ ได้เคยเข้าร่วมอบรมในการวางแผนครอบครัว การป้องกัน โรคระบาด หรือโรคติดต่อที่จัดโดยหน่วยงานภาคเอกชน ในพื้นที่ อ.เชียงแสน ร้อยละ 67.90 อ.เชียงของ ร้อยละ 32.16 ส่วนแรงงานฯ ที่ไม่เคยเข้าร่วม อ. เชียงแสน คิดเป็นร้อยละ 32.09 และ อ.เชียงของ ร้อยละ 67.87 สำหรับหน่วยงานภาคเอกชนที่ให้ การอบรมฯ แก่แรงงานข้ามชาติในโครงการส่งเสริมป้องกันเอดส์ในแรงงานข้ามชาติ ประเทศไทย หรือโครงการฟามิตร (Prevention of HIV/AIDS Among Migrant Workers in Thailand: PHAMIT) ได้ รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกเพื่อต่อสู้โรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย มีเป้าหมายหลักเพื่อลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ทั้งระดับประเทศและระดับภูมิภาคและมีวัตถุประสงค์ย่อยเพื่อเพิ่มอัตราการใช้ ถุงยางอนามัยของแรงงานข้ามชาติ และสร้างระบบสาธารณสุขที่เป็นมิตรในการป้องกันและรักษา

โรคแก่แรงงานข้ามชาติ⁵⁴ ซึ่งเพิ่งสิ้นสุดโครงการไปเมื่อปี พ.ศ. 2557 จากการสอบถามแรงงานข้ามชาติรู้สึกประทับใจโครงการนี้เป็นอย่างมาก และอยากให้หน่วยงานอื่นๆ เข้ามาอีก

ตารางที่ 19 แสดงการตรวจสุขภาพประจำปี การฉีดวัคซีนป้องกันโรค และการเข้าร่วมอบรมในการวางแผนครอบครัว ป้องกันโรคระบาด หรือโรคติดต่อของแรงงานข้ามชาติ

		อ.เชียงใหม่	อ.เชียงใหม่
		(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
1. การตรวจสุขภาพประจำปีและฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดต่อ (สำรวจเฉพาะผู้ไม่มีบัตร)	เคย	6.61	19.86
	ไม่เคย	93.38	88.13
2. เข้าร่วมอบรมการวางแผนครอบครัว และการป้องกันโรคระบาดซึ่งจัดโดยองค์กรเอกชน	เคย	67.90	32.16
	ไม่เคย	32.09	67.87
3. เข้าร่วมอบรมการวางแผนครอบครัว และการป้องกันโรคระบาดซึ่งจัดโดยหน่วยงานภาครัฐ	เคย	68.83	34.67
	ไม่เคย	37.20	58.79

ที่มา : จากการเก็บข้อมูลของผู้วิจัย

จากการสำรวจกลุ่มประชากรแรงงานฯ ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนแรงงานและมีบัตรประกันสุขภาพ พบว่าแรงงานส่วนใหญ่ของทั้งพื้นที่ อ.เชียงใหม่ และ อ.เชียงใหม่ ไม่เคยเข้าตรวจสุขภาพประจำปีและฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดต่อ เห็นได้ชัดว่า ประเด็นเรื่องสุขภาพของแรงงานถูกละเลยโดยตัวแรงงานเอง และอีกส่วนหนึ่งเมื่อแรงงานฯ กลุ่มนี้อยู่นอกระบบ ทำให้การให้ความคุ้มครองและเข้าถึงสิทธิทางด้านสุขภาพน้อยลง เป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องหามาตรการในการกระตุ้นให้แรงงานฯ ใส่ใจสุขภาพของตนเองด้วย เพราะหากไม่มีการป้องกันไว้ก่อน โรคที่แพร่กระจายมาจากกลุ่มแรงงานฯ ก็จะติดต่อมาสู่ประชากรชาวไทยได้

ประเด็นการเข้าร่วมในการอบรมการวางแผนครอบครัว ป้องกันโรคระบาด หรือโรคติดต่อซึ่งจัดโดยหน่วยงานของรัฐและภาคเอกชน มีความแตกต่างเชิงพื้นที่อย่างเห็นได้ชัดระหว่าง อ.เชียงใหม่ และ อ.เชียงใหม่ ข้อมูลสะท้อนการทำงานเชิงรุกของพื้นที่เชียงใหม่ที่มีการอบรมการวางแผนครอบครัว ป้องกันโรค

⁵⁴ โครงการฟ้ามิตรมีองค์กรพัฒนาเอกชนที่เป็นภาคีเครือข่ายในโครงการรวม 8 องค์กร ได้แก่ มูลนิธิรักษ์ไทย มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอตส์ มูลนิธิเพื่อสุขภาพและการเรียนรู้ของแรงงานกลุ่มชาติพันธุ์ ศูนย์อภิบาลผู้เดินทางทางทะเลจังหวัดสงขลา มูลนิธิส่งเสริมโอกาสผู้หญิงจังหวัดเชียงใหม่ มูลนิธิพัฒนรักษ์ และองค์การพัฒนาคเทคโนโลยีเพื่อการพัฒนาสาธารณสุข ซึ่งภารกิจหลักของแต่ละองค์กรคือ การป้องกันโรคเอตส์ในแรงงานข้ามชาติ และมีกิจกรรมสำคัญ เช่น การผลิตสื่อสิ่งพิมพ์และสื่อวีดิทัศน์ เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ การให้ ความรู้ด้านสิทธิการรักษาพยาบาล การจัดตั้งศูนย์ Drop In เพื่อให้ ความรู้และให้ คำปรึกษาแก่แรงงานข้ามชาติ การแจกถุงยางอนามัย การส่งตัวแรงงานข้ามชาติเพื่อรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการติดตามดูแลแรงงานข้ามชาติที่บ้าน เป็นต้น

ระบาด หรือโรคติดต่อแก่กลุ่มแรงงานข้ามชาติซึ่งถือเป็นเรื่องสำคัญ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยข้อมูลที่ได้มาช่วงหลังจากที่มีการรณรงค์ร่วมกันระหว่างองค์กรเอกชนและรัฐในการให้ความรู้และมีโครงการกับกลุ่มแรงงาน ซึ่งจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ทราบว่าโครงการสิ้นสุดแล้ว และตอนนี้ไม่มีงบประมาณสนับสนุนจากองค์กรพัฒนาเอกชน ดังนั้นหากมีการสำรวจข้อมูลหลังจากนี้ข้อมูลที่ได้รับก็จะแตกต่างออกไป

5.4.8 ทักษะของแรงงานข้ามชาติที่มีต่อนายจ้างเรื่องบัตรประกันสุขภาพและการรักษาพยาบาล

5.4.8.1 การสนับสนุนของนายจ้างในการซื้อบัตรประกันสุขภาพ

จากการสำรวจข้อมูลพบว่า ในมุมมองแรงงานข้ามชาติที่คิดว่านายจ้างไม่สนับสนุนให้ซื้อบัตรประกันสุขภาพ ใน อ.เชียงใหม่ คิดเป็นร้อยละ 59.06 ส่วนในพื้นที่ อ.เชียงใหม่ ร้อยละ 68.34 ส่วนนายจ้างที่สนับสนุนให้ซื้อบัตรประกันสุขภาพ อ.เชียงใหม่ คิดเป็นร้อยละ 40.93 ส่วนในพื้นที่ อ.เชียงใหม่ ร้อยละ 29.64

5.4.8.2 การมีบัตรประกันสุขภาพ

อ.เชียงใหม่ แรงงานฯ เห็นด้วยกับการมีบัตรประกันสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 36.27 และไม่เห็นด้วย ร้อยละ 63.72 (อยู่ในวัยหนุ่มสาว ดังนั้นจึงไม่คิดว่าตนเองจะเจ็บป่วย จึงไม่ให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ ส่วนพื้นที่ อ.เชียงใหม่ แรงงานเห็นด้วยกับการมีบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 98.50 ไม่เห็นด้วย ร้อยละ 1.50

ตารางที่ 20 แสดงทักษะของแรงงานข้ามชาติที่มีต่อนายจ้างเรื่องบัตรประกันสุขภาพและการรักษาพยาบาล

		อ.เชียงใหม่ (ร้อยละ)	อ.เชียงใหม่ของ (ร้อยละ)
1. การมีบัตรประกันสุขภาพ	แรงงานเห็นด้วย	36.27	98.50
	แรงงานไม่เห็นด้วย	63.72	1.50
2. การซื้อบัตรประกันสุขภาพ	นายจ้างสนับสนุน	40.93	29.64
	นายจ้างไม่สนับสนุน	59.06	68.34

ที่มา : จากการเก็บข้อมูลของผู้วิจัย

แรงงานสัญชาติลาวซึ่งส่วนใหญ่เข้ามาใช้แรงงานที่ อ.เชียงใหม่ เห็นความสำคัญของการมีบัตรประกันสุขภาพและอยากมีบัตรประกันสุขภาพ ในขณะที่แรงงานสัญชาติพม่าซึ่งส่วนใหญ่อยู่ที่ อ.เชียงใหม่ กว่ากึ่งหนึ่งที่ไม่ได้ให้ความสำคัญกับบัตรประกันสุขภาพ อาจเพราะไม่ได้คิดว่าตัวเองจะเจ็บป่วย หรือหากเจ็บป่วยก็สามารถซื้อยาจากร้านขายยาทั่วๆ ไปมากินเอง จากการสัมภาษณ์เชิงลึกมีแรงงานบางคนบอกว่ามีสมุนไพรมานิดหน่อยที่เอาติดตัวมาจากประเทศพม่า หรือมีวางขายในร้านค้าของบรรดาแรงงานฯ ชาวพม่าด้วยกัน

สามารถใช้รักษาอาการเจ็บป่วยได้ และแรงงานฯ กว่ากึ่งหนึ่งของกลุ่มประชากรที่ทำการสำรวจทั้งหมดในพื้นที่ อ.เชียงแสน และ อ.เชียงของรู้สึกว่าการจ้างไม่สนับสนุนให้ตนเองซื้อบัตรประกันสุขภาพซึ่งสะท้อนข้อมูลว่า ลูกจ้างมองว่านายจ้างไม่ต้องการขึ้นทะเบียนแรงงานฯ ให้ถูกต้องตามกฎหมาย ส่วนข้อมูลทางด้านนายจ้างและผู้ประกอบการก็ให้ข้อมูลว่า แรงงานฯ ส่วนใหญ่เข้ามาทำงานไม่นาน โดยอาจจะอยู่พักช่วงระยะเวลาหนึ่งแล้วก็จะกลับประเทศของตน การขึ้นทะเบียนแรงงานฯ ก็จะเสียเวลา หรือบางกลุ่มเมื่อนายจ้างหรือผู้ประกอบการได้พาไปขึ้นทะเบียนแรงงานและมีบัตรแรงงานพร้อมทั้งบัตรประกันสุขภาพแล้ว ก็จะมักไปหานายจ้างคนใหม่ มีการเปลี่ยนนายจ้างและย้ายงานตามคำชักชวนของกลุ่มแรงงานฯ ด้วยกันหรือนายหน้าจัดหางานที่ต้องการค่านายหน้าจากกลุ่มแรงงานฯ

5.4.9 ผู้ที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อบัตรประกันสุขภาพ

5.4.9.1 นายจ้างควรเป็นผู้จ่ายเงินค่าบัตรประกันสุขภาพ

ข้อมูลจากพื้นที่ อ.เชียงแสน แรงงานข้ามชาติมีความเห็นว่านายจ้างควรเป็นผู้จ่ายเงินค่าบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 91.16 ส่วนในพื้นที่ อ.เชียงของ นายจ้างควรเป็นผู้จ่ายเงินค่าบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 61.80 ที่ต้องการให้ นายจ้างเป็นผู้รับผิดชอบภาระค่าใช้จ่ายในการซื้อบัตรประกันสุขภาพของแรงงาน

5.4.9.2 แรงงานข้ามชาติควรเป็นผู้จ่ายเงินค่าบัตรประกันสุขภาพ

อ.เชียงแสน แรงงานข้ามชาติ ร้อยละ 0.46 คิดว่าตัวแรงงานฯ ควรเป็นผู้จ่ายค่าบัตรฯ เอง ในขณะที่แรงงานฯ ซึ่งเข้ามาทำงานและอยู่ในพื้นที่ อ.เชียงของ ร้อยละ 29.64 เห็นว่าแรงงานฯ ควรเป็นผู้เสียค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ สำหรับแรงงานข้ามชาติโดยเฉพาะอย่างยิ่งที่มีความเห็นสนับสนุนข้อนี้มีข้อสังเกตว่า เป็นกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่อยู่ในพื้นที่ อ.เชียงของ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีสัญชาติลาว และเข้ามาใช้แรงงานภาคการเกษตรกรรมและปศุสัตว์ ซึ่งมองว่านายจ้างเองก็ไม่ได้ ไร่รายหรือมีรายได้มากมาย ดังนั้นตัวแรงงานฯ ยินดีจ่ายเงินส่วนนี้แลกกับการที่แรงงานฯ มีงานทำ

5.4.9.3 นายจ้างและลูกจ้างเป็นผู้จ่ายเงินค่าบัตรประกันสุขภาพร่วมกัน

มีแรงงานฯ กลุ่มหนึ่งที่มีความเห็นว่า เมื่อเกิดการจ้างงานมีผู้ได้รับประโยชน์ทั้งสองฝ่ายคือนายจ้างและลูกจ้าง นายจ้างได้ผลสำเร็จของงานหรือการจ้างงานกิจการดำเนินไปได้ด้วยดี ส่วนลูกจ้างก็มีรายได้สำหรับการเลี้ยงชีพหรือพียงฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวซึ่งอยู่ที่ต่างประเทศ(พม่า, ลาว : แรงงานส่วนใหญ่จะส่งเงินกลับไปให้ครอบครัว) ดังนั้นจึงเป็นการเหมาะสมที่ตัวแรงงานฯ ในฐานะลูกจ้างมีหน้าที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายส่วนนี้ด้วย โดยนายจ้างและลูกจ้างเป็นผู้จ่ายเงินค่าบัตรประกันสุขภาพร่วมกัน ในพื้นที่ อ.เชียงแสน คิดเป็นร้อยละ 8.37 ส่วน อ.เชียงของ ร้อยละ 8.54 แม้จะมีสัดส่วนน้อยแต่ก็น่าสนใจ

ตารางที่ 21 ผู้ที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อบัตรประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ

	อ.เชียงใหม่ (ร้อยละ)	อ.เชียงใหม่ของ (ร้อยละ)
1. นายจ้าง	91.16	61.80
2. ลูกจ้าง (แรงงานฯ)	0.46	29.64
3. นายจ้างและลูกจ้าง	8.37	8.54

ที่มา : จากการเก็บข้อมูลของผู้วิจัย

5.4.10 การรับรู้นโยบายและกฎหมายของประเทศไทยในการรับรองสิทธิสุขภาพแรงงานข้ามชาติ

ประเด็นสำคัญในเรื่องแรงงานข้ามชาติทราบนโยบายและกฎหมายของประเทศไทยในการประกันสิทธิสุขภาพแรงงานข้ามชาติในพื้นที่ อ.เชียงใหม่ ผู้ไม่ทราบถึงร้อยละ 90.69 และทราบเพียงร้อยละ 9.30 ส่วนพื้นที่ อ.เชียงใหม่ มีแรงงานฯ ที่ไม่ทราบนโยบาย ร้อยละ 70.35 และทราบเพียง ร้อยละ 29.62

ตารางที่ 22 แสดงการรับรู้นโยบายและกฎหมายของประเทศไทยในการรับรองสิทธิสุขภาพแรงงานข้ามชาติ

		อ.เชียงใหม่ (ร้อยละ)	อ.เชียงใหม่ของ (ร้อยละ)
นโยบายและกฎหมายของประเทศไทยในการรับรองสิทธิทางด้านสุขภาพ	ทราบ	9.30	29.62
	ไม่ทราบ	90.69	70.35

ที่มา : จากการเก็บข้อมูลของผู้วิจัย

ผู้วิจัยมีข้อสังเกตสองดังนี้ ประการแรก สำหรับกลุ่มแรงงานฯ ใน อ.เชียงใหม่ ส่วนใหญ่เป็นแรงงานสัญชาติพม่า (ข้อมูลจากตารางที่ 12) มีปัญหาทางด้านภาษาและการสื่อสาร ไม่สามารถพูด และฟังภาษาไทยได้ ดังนั้นการรับรู้ ทราบนโยบาย และกฎหมายของประเทศไทยในการประกันสิทธิสุขภาพแรงงานข้ามชาติจึงมีข้อจำกัด โดยทราบเพียงร้อยละ 9.30 ซึ่งต้องอาศัยการบอกต่อกันในบรรดากลุ่มแรงงานฯ ด้วยกัน (รัฐน่าจะใช้ช่องทางนี้ให้เป็นประโยชน์ในการสื่อสารกับแรงงานฯ และต้องเป็นการทำงานเชิงรุก) เมื่อเทียบกับกลุ่มแรงงานฯ ใน อ.เชียงใหม่ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแรงงานสัญชาติลาวซึ่งพอจะพูด หรือฟังภาษาไทยได้เข้าใจถึงร้อยละ 29.62 เว้นแต่กลุ่มแรงงานสัญชาติลาวเชื้อสายขมุที่มีปัญหาในการสื่อสาร

ประการที่สอง ระยะเวลาที่กลุ่มแรงงานฯ เข้ามาอยู่อาศัยและทำงานในพื้นที่ (ข้อมูลจากตารางที่ 14) ข้อมูลจากกลุ่มประชากรที่สำรวจในพื้นที่ อ.เชียงใหม่ แรงงานฯ ส่วนใหญ่อยู่อาศัยและทำงานในพื้นที่มาประมาณปีกว่าๆ ส่วนกลุ่มแรงงานฯ ที่อยู่มาประมาณ 2 ปีกว่าๆ อยู่ในอัตราส่วนเป็นลำดับสอง และ

ลำดับที่สามได้แก่กลุ่มแรงงานฯ ที่เพิ่งเข้ามาทำงานและอยู่อาศัยในพื้นที่ อ.เชียงแสนได้เพียง 1 - 3 เดือนเท่านั้น ส่วนที่ อ.เชียงของ แรงงานฯ ส่วนใหญ่คือ เข้ามาทำงานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 กล่าวคืออยู่อาศัยและทำงานพื้นที่มาประมาณ 2 ปีกว่าๆ ส่วนกลุ่มแรงงานฯ ที่อยู่มาประมาณ 3 ปีกว่าๆ และอยู่ในพื้นที่มาประมาณ 5 ปีเศษ มีสัดส่วนค่อนข้างใกล้เคียงกัน ซึ่งการอยู่อาศัยและทำงานในพื้นที่มานาน หรือเพิ่งเข้ามา มีอิทธิพลต่อการรับรู้และทราบกฎระเบียบหรือกฎหมายของประเทศไทย

5.4.11 เสียงสะท้อนของแรงงานข้ามชาติในการรักษาพยาบาล

ในงานวิจัยชิ้นนี้ผู้วิจัยได้ออกแบบสอบถามเพื่อตรวจสอบข้อมูลบางประการที่มีการกล่าวถึงในงานวิจัยชิ้นอื่นๆ ถึงปัญหาการเข้าถึงสิทธิในการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติในบางประเด็น ได้แก่ ปัญหาในการสื่อสาร การให้บริการของเจ้าที่รัฐ การแจ้งขั้นตอนและเงื่อนไขการรักษาพยาบาล การปฏิบัติอย่างเท่าเทียม ความสะดวกสบาย ระยะห่างจากสถานพยาบาล โดยสอบถามจากเฉพาะแรงงานฯ ซึ่งเคยเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐ ซึ่งมีข้อมูลจากการสำรวจดังต่อไปนี้

5.4.11.1 ปัญหาในการสื่อสาร

ก. ล่าม

แรงงานฯ ในพื้นที่ อ.เชียงแสน ที่ต้องการล่ามเพื่อสื่อสารกับแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 58.06 ส่วน อ.เชียงของ ร้อยละ 28.14 ส่วนกลุ่มแรงงานฯ ที่ไม่ต้องการล่ามสื่อสารกับแพทย์ อ.เชียงแสน ร้อยละ 41.93 ส่วน อ.เชียงของ ร้อยละ 71.85

ข. บุคลากรทางการแพทย์

แรงงานฯ คิดว่าบุคลากรทางการแพทย์สามารถใช้ ภาษาที่แรงงานฯ เข้าใจได้ ใน อ.เชียงแสน ร้อยละ 53.76 ส่วน อ. เชียงของ ร้อยละ 90.41 แรงงานข้ามชาติไม่เข้าใจภาษาที่บุคลากรทางการแพทย์ใช้ อ.เชียงแสน ร้อยละ 46.23 ส่วน อ.เชียงของ ร้อยละ 9.58

5.4.11.2 การให้บริการของเจ้าหน้าที่

เจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลเต็มใจให้บริการ อ.เชียงแสน ร้อยละ 93.54 ส่วน อ.เชียงของ ร้อยละ 91.61 โดยมีแรงงานฯ เพียงบางส่วนน้อยในพื้นที่ อ.เชียงแสน ที่คิดว่าเจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลไม่เต็มใจให้บริการคิดเป็นร้อยละ 6.45 และใน อ.เชียงของ ร้อยละ 8.38 ตามลำดับ

5.4.11.3 การแจ้งขั้นตอนและเงื่อนไขการรักษาพยาบาล

เมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล แรงงานฯ ส่วนใหญ่เห็นพ้องต้องกันว่าได้รับแจ้งขั้นตอนและเงื่อนไขการรักษาพยาบาลชัดเจนทั้งในพื้นที่ อ.เชียงแสน ร้อยละ 94.62 และ อ.เชียงของ ร้อยละ

77.84 ส่วนที่ไม่ได้รับแจ้งขั้นตอนและเงื่อนไขการรักษาพยาบาลอย่างชัดเจนเชิงแผน ร้อยละ 5.37 และ
 เชิงของร้อยละ 22.15

5.4.11.4 การปฏิบัติอย่างเท่าเทียม

แรงงานฯ คิดว่าตนเองได้รับการปฏิบัติเท่าเทียมกับผู้ป่วยคนไทยเมื่อเข้ารับบริการ
 รักษาพยาบาล โดยพื้นที่ อ. เชียงแสน ร้อยละ 48.38 ส่วน อ. เชียงของ ร้อยละ 91.61 ส่วนที่คิดว่าไม่ได้
 รับการปฏิบัติเท่าเทียมกับผู้ป่วยคนไทยในพื้นที่ อ. เชียงแสน ร้อยละ 51.61 ส่วนที่ อ. เชียงของ ร้อยละ 8.38

5.4.11.5 ความสะดวกสบาย

แรงงานฯ ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ได้รับการอำนวยความสะดวกจากการเข้า
 รับการรักษาพยาบาล พื้นที่ อ. เชียงแสน ร้อยละ 95.69 ส่วน อ. เชียงของ ร้อยละ 97 มีเพียงส่วนน้อยที่ไม่ได้
 รับการอำนวยความสะดวกจากการเข้ารับการรักษาพยาบาล อ. เชียงแสน ร้อยละ 4.30 และ อ. เชียงของ
 ร้อยละ 2.99

5.4.11.6 ระยะห่างจากสถานพยาบาล

ระยะเวลาเดินทางจากสถานที่ทำงานไปยังสถานพยาบาลโดยใช้รถจักรยานยนต์เป็น
 ยานพาหนะ แรงงานฯ ในพื้นที่ อ. เชียงแสน ตอบว่า ไม่เกิน 30 นาที คิดเป็นร้อยละ 73.11 ส่วนพื้นที่ อ. เชียง
 ของ ร้อยละ 81.48 เกิน 30 นาที เชียงแสน ร้อยละ 26.88 และ เชียงของ ร้อยละ 18.56

ตารางที่ 23 แสดงเสียงสะท้อนของแรงงานข้ามชาติในการรักษาพยาบาล

		อ. เชียงแสน (ร้อยละ)	อ. เชียงของ (ร้อยละ)
1. ล่าม	ต้องการ	58.06	28.14
	ไม่ต้องการ	41.93	71.85
2. ภาษาที่บุคลากรทางการแพทย์ใช้	เข้าใจ	53.76	90.41
	ไม่เข้าใจ	46.23	9.58
3. การให้บริการ	เต็มใจ	93.54	91.61
	ไม่เต็มใจ	6.45	8.38
4. การแจ้งขั้นตอนและเงื่อนไขการรักษาพยาบาล	ชัดเจน	94.62	77.84
	ไม่ชัดเจน	5.37	22.15
5. การปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกับคนไทย	เท่าเทียม	48.38	91.61
	ไม่เท่าเทียม	51.61	8.38
6. การอำนวยความสะดวกในการเข้ารับบริการ	ได้รับ	95.69	97

รักษาพยาบาล	ไม่ได้รับ	4.30	2.99
7. ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางไปสถานพยาบาล (เดินทางด้วยรถจักรยานยนต์)	เกิน 30 นาที	26.88	18.56
	ไม่เกิน 30 นาที	73.11	81.43
8. ไม่แสดงความคิดเห็น (เนื่องจากยังไม่เคยเข้ารับการรักษาพยาบาล)		56.74	16.08

ที่มา : จากการเก็บข้อมูลของผู้วิจัย

จากข้อมูลข้างต้น แรงงานข้ามชาติในพื้นที่ อ.เชียงแสน ซึ่งส่วนใหญ่มีสัญชาติพม่าจำนวนกว่ากึ่งหนึ่งของกลุ่มประชากรที่ตอบแบบสอบถามต้องการล่ามเพื่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ ส่วนเจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลเต็มใจให้บริการ และเมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล แรงงานฯ ส่วนใหญ่เห็นพ้องต้องกันว่าได้รับแจ้งขั้นตอนและเงื่อนไขการรักษาพยาบาลอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม แรงงานฯ ประมาณกึ่งหนึ่งมีความรู้สึกที่ไม่ได้รับการปฏิบัติเท่าเทียมกับผู้ป่วยคนไทย แต่ในขณะเดียวกันก็ได้รับการอำนวยความสะดวกจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี ส่วนระยะเวลาเดินทางจากสถานที่ทำงานไปยังสถานพยาบาลโดยใช้รถจักรยานยนต์เป็นยานพาหนะส่วนใหญ่ตอบว่าไม่เกิน 30 นาที

ส่วนใน อ.เชียงของ กลุ่มแรงงานฯ ส่วนใหญ่ซึ่งมีสัญชาติลาว ไม่ต้องการล่ามและสามารถเข้าใจภาษาที่บุคลากรทางการแพทย์ใช้ นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลเต็มใจให้บริการแก่ผู้ป่วยที่เป็นแรงงานฯ อย่างเต็มความสามารถ และเมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล แรงงานฯ เห็นว่าได้รับแจ้งขั้นตอนและเงื่อนไขการรักษาพยาบาลชัดเจนในระดับหนึ่ง แรงงานฯ คิดว่าตนเองได้รับการปฏิบัติเท่าเทียมกับผู้ป่วยคนไทยเมื่อเข้ารับบริการรักษาพยาบาล และได้รับการอำนวยความสะดวกจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลอย่างดีเยี่ยม ส่วนระยะเวลาเดินทางจากสถานที่ทำงานไปยังสถานพยาบาลโดยใช้รถจักรยานยนต์เป็นยานพาหนะส่วนใหญ่ตอบว่าไม่เกิน 30 นาที

โดยสรุปจากข้อมูลที่สะท้อนมาจากแรงงานข้ามชาติเมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ภาพรวมจากพื้นที่ อ.เชียงแสน และ อ.เชียงของ ถือว่าเป็นไปได้ด้วยดี มีเพียงประเด็นเดียวเท่านั้นที่แรงงานข้ามชาติสัญชาติพม่า ในพื้นที่ อ.เชียงแสน มีความรู้สึกที่ไม่ได้รับการปฏิบัติเท่าเทียมกับผู้ป่วยที่เป็นคนไทย

5.4.12 การค้ำชำระค่าบริการรักษาพยาบาล

แรงงานฯ ในพื้นที่ อ.เชียงแสน ร้อยละ 41.86 ไม่เคยค้ำชำระค่าบริการรักษาพยาบาล และมีเพียงร้อยละ 0.93 ที่ตอบว่าตนเองเคยค้ำชำระค่าบริการรักษาพยาบาล ทั้งนี้มีผู้ไม่แสดงความคิดเห็นร้อยละ 56.74 ส่วนพื้นที่ อ.เชียงของ เคยค้ำชำระค่าบริการรักษาพยาบาล ร้อยละ 2.01 และไม่เคยค้ำชำระค่าบริการรักษาพยาบาล ร้อยละ 81.90 ทั้งนี้มีผู้ไม่

แสดงความคิดเห็น ร้อยละ 16.08 ซึ่งในประเด็นนี้ผู้วิจัยสำรวจเฉพาะกลุ่มแรงงานที่เคยเข้ารับการรักษาพยาบาลเท่านั้น

ตารางที่ 24 แสดงการค้างชำระค่ารักษาพยาบาล

	อ.เชียงใหม่ (ร้อยละ)	อ.เชียงใหม่ (ร้อยละ)
เคยค้างค่ารักษาพยาบาล	0.93	2.01
ไม่เคยค้างค่ารักษาพยาบาล	41.86	81.90
ไม่แสดงความคิดเห็น (ยังไม่เคยเข้ารับการรักษาพยาบาล)	56.74	16.08

ที่มา : จากการเก็บข้อมูลของผู้วิจัย

จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย กล่าวถึงปัญหาภาระค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บไม่ได้จากแรงงานข้ามชาติที่ผิดกฎหมายและเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์และโรงพยาบาลชุมชน 3 ปีซ้อนหลัง โดยในปีงบประมาณ 2554 จำนวน 12,176,588 บาท ปีงบประมาณ 2555 จำนวน 15,026,296 บาท และปีงบประมาณ 2556 จำนวน 12,966,179 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย, 2556: 18) ซึ่งเป็นจำนวนที่ค่อนข้างสูงและเป็นภาระของรัฐที่จะต้องแบกรับค่าใช้จ่ายดังกล่าว ในการสำรวจข้อมูลเชิงพื้นที่ทั้ง อ.เชียงใหม่ และ อ.เชียงใหม่ พบว่า มีแรงงาน จำนวนน้อยมาก ๆ ที่ให้ข้อมูลว่าเคยค้างค่ารักษาพยาบาล อย่างไรก็ตามเมื่อทำการทวนสอบข้อมูลเช่นข้อมูลในพื้นที่ อ.เชียงใหม่ กับ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงใหม่ของพบบยอดค้างชำระของผู้มารับบริการทางด้านสุขภาพในปีงบประมาณ 2554 จำนวน 444,876 บาท ปีงบประมาณ 2555 จำนวน 374,189 บาท ปีงบประมาณ 2556 จำนวน 239,956 บาท และปีงบประมาณ 2557 จำนวน 117,915 บาท

ตารางที่ 25 แสดงข้อมูลการมารับบริการและค่าใช้จ่ายกลุ่มต่างตัวปีงบประมาณ 2554 - 2557

ปีงบประมาณ	จำนวนที่มารับบริการ (ครั้ง)	ค่าใช้จ่าย (บาท)	ยอดค้างชำระ (บาท)
2554	7,273	5,192,210	444,876
2555	8,729	5,339,390	374,189
2556	8,827	5,172,538	239,956
2557	4,520	2,718,596	117,915

ที่มา:ฐานข้อมูลการมารับบริการของ รพ.สมเด็จพระยุพราชเชียงใหม่

ปัจจุบันการจัดสรรงบประมาณทางด้านสาธารณสุขคำนวณตามหัวประชากรของไทย แม้จะถูกจัดสรรให้ครอบคลุมภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลทุกประเภทแล้วก็ตาม หากมีการจัดสรรงบประมาณตามขนาดของโรงพยาบาลและพื้นที่ที่จะช่วยแก้ปัญหาสำหรับโรงพยาบาลหรือสถานบริการทางด้านสุขภาพที่ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการส่งเคราะห์แรงงานข้ามชาติและผลักดันให้แรงงานข้ามชาติเข้าเมืองโดยถูกต้องตามกฎหมาย มีการขึ้นทะเบียน ตรวจสุขภาพและบังคับให้ซื้อบัตรประกันสุขภาพสำหรับแรงงานและผู้ติดตาม (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย(สวปก), 2555:52)

5.5 วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาเชิงพื้นที่และนโยบาย

จากการวิเคราะห์นโยบาย กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ และข้อมูลในเชิงพื้นที่ของแรงงานข้ามชาติในพื้นที่ อ.เชียงแสน และ อ.เชียงของ รวมทั้งจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้บริหารซึ่งมีส่วนในการกำหนดนโยบายของรัฐด้านการรักษาพยาบาลและสาธารณสุขผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมาย ผู้บริหารโรงพยาบาลของรัฐ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในส่วนราชการส่วนภูมิภาค ท้องถิ่น และภาคเอกชน สะท้อนข้อเท็จจริงถึงปัญหาที่ยังคงมีอยู่ แม้ว่ารัฐจะมีนโยบายและกฎหมายที่ค่อนข้างเข้มงวด เน้นที่ความมั่นคงของชาติเป็นหลัก ทำให้แก้ปัญหาไม่ตรงจุด ยังมีการลักลอบเข้ามาทำงาน และแรงงานข้ามชาติจำนวนหนึ่งเป็นแรงงานนอกระบบ ทั้งที่สมัครใจและไม่สมัครใจ (กรณีนายจ้างไม่สนับสนุนการขึ้นทะเบียนแรงงานและซื้อบัตรประกันสุขภาพ) ทำให้การเข้าถึงสิทธิในการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเป็นไปอย่างไม่เรียบร้อย จะต้องทำความเข้าใจปัญหาแล้วมาทำการ collaborate (ส่วนเสริม) ให้ปัญหาทั้งหลายหมดลงไป หรือลดลง อาจต้องใช้ในหลายๆ ด้าน เช่น มาตรการทางกฎหมาย การบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติ นายจ้าง โรงพยาบาล หรือปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยดูว่าแต่ละคนมีหน้าที่อะไร และไม่ทำให้เป็นอุปสรรคแก่ผู้อื่นอย่างไรบ้าง

5.5.1 แรงงานข้ามชาติ

ข้อมูลเชิงพื้นที่ชี้ให้เห็นความแตกต่างของกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย โดยแรงงานข้ามชาติสัญชาติพม่าส่วนใหญ่จะอยู่ที่ อ.เชียงแสน ส่วนแรงงานข้ามชาติสัญชาติลาว ส่วนใหญ่จะเข้ามาทำงานที่ อ.เชียงของ

เมื่อเจ็บป่วยแรงงานทั้งสองกลุ่มนั้นมีบางส่วนที่ไม่คิดว่าตนเองเจ็บป่วย หรืออาจจะซื้อยารักษาเองตามอาการ ความเชื่อ/ทัศนคติ บางส่วนขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรค บางส่วนไม่อยากขาดงานเพราะเป็นลูกจ้างประเภทรายวันดังนั้นหากหยุดงานเพื่อไม่หาหมอก็จะไม่ได้รับค่าจ้างในวันนั้น เป็นต้น

5.5.2 นายจ้าง

การขึ้นทะเบียนแรงงาน และการซื้อบัตรประกันสุขภาพของแรงงาน จากข้อมูลพบว่า ส่วนหนึ่งแรงงานต้องการขึ้นทะเบียนและมีบัตรประกันสุขภาพ แต่นายจ้างไม่สนับสนุน นายจ้างต้องการประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย ไม่อยากตกอยู่ภายใต้กฎหมายคุ้มครองแรงงานทั้งหลาย สนใจแต่กำไรของตนเอง หรือมีการขึ้นทะเบียนแรงงานไม่ตรงกับประเภทของการใช้แรงงาน ทำให้การจัดระบบแรงงานไม่ตรงตามความเป็นจริง เป็นต้น

5.5.3 สถานพยาบาล

สถานพยาบาลต้องทำงานเชิงรุกมากขึ้น มีการปรับทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อแรงงานข้ามชาติ จากข้อมูลเชิงพื้นที่สะท้อนให้เห็นความรู้สึกแบ่งแยก “เป็นเขา” “เป็นเรา” ไม่ได้ได้รับการปฏิบัติเท่าเทียมกับผู้ป่วยที่เป็นคนไทย ส่วนในประเด็นอื่นๆ ถือว่ามีเสียงสะท้อนค่อนข้างดีต่อการเข้ารักษาพยาบาล

5.5.4 การจัดการเชิงระบบรวมถึงขั้นตอนการดำเนินงานจากส่วนกลางมาสู่ส่วนภูมิภาค

มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายส่วน ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนแรงงานต้องการเอกสารจำนวนมาก ทั้งของนายจ้างและตัวลูกจ้าง (แรงงานข้ามชาติบางกลุ่มไม่มีสถานะภาพกฎหมายที่ชัดเจน ไม่มีเอกสารแสดงตัว) บางกรณีนายจ้างอาจจะไม่ได้จดทะเบียนเป็นสถานประกอบการที่ถูกต้องตามกฎหมาย หรือไม่ได้รับอนุญาตจากกระทรวงพาณิชย์ นอกจากนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับแรงงานฯ หลายหน่วยงานด้วยกัน และบางครั้งจะต้องประสานงานกันเป็นทีม เช่น กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลัก และมีกระทรวงแรงงาน กระทรวงมหาดไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น เมื่อต้องทำงานประสานกันอาจต้องใช้เวลาที่นานกว่าปกติ นอกจากนี้ภาระงานของแต่ละส่วนงานก็ค่อนข้างมาก ขาดงบประมาณ และบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องหลายๆ ราย มีความเห็นไปในทำนองเดียวกัน)

5.5.5 ความร่วมมือเชิงพื้นที่ชายแดน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีพื้นที่ติดชายแดน ส่วนใหญ่มีการประสานงานติดต่อกับแผนกสาธารณสุขประจำการแขวงของลาวในพื้นที่ติดต่อกัน แต่ส่วนใหญ่มักเป็นการประสานเรื่องข้อมูลการเฝ้าระวังตามข้อตกลงของ Mekong Basin Disease Surveillance : MBDS และกฎของ International Health Regulations : IHR โดยฝ่ายไทยและลาวจะรวบรวมส่งข้อมูลแลกเปลี่ยนกันเป็นระยะตามการตกลงของแต่ละพื้นที่ (สวปก., สวร., 2555: 23) ในพื้นที่ อ.เชียงของ มีการประสานความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของกับทางหน่วยทราย แขวงบ่อแก้ว ประเทศลาว ซึ่ง

ขึ้นอยู่กับนโยบายของผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นหลัก ที่ผ่านมาก็มีความร่วมมือกันอยู่บ้าง (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก) ที่ผ่านมามีการสร้างโรงพยาบาลบริเวณห้วยทราย แขวงบ่อแก้ว เพื่อแก้ไขปัญหาการรักษาพยาบาลในแนวชายแดนที่รัฐบาลไทยต้องรับภาระ แต่ปรากฏว่าไม่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากชาวลาเวียยังคงนิยมข้ามฝั่งมารักษาพยาบาลยังโรงพยาบาลฝั่งไทยอยู่นั่นเอง

5.5.6 นโยบายและกฎระเบียบ

ในอดีตนโยบายของรัฐเน้นความมั่นคงของชาติ (National Security) ต่อมาในภายหลังปรับเปลี่ยนมุมมองจากมิติความมั่นคงมาเน้นมิติด้านเศรษฐกิจมากยิ่งขึ้น และในช่วงที่กระแสการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนได้รับความนิยม หลักความมั่นคงของมนุษย์ (Human Security) ก็มีการกล่าวถึงและเรียกร้องให้นำมาใช้กับการคุ้มครองสิทธิทางด้านสาธารณสุขของแรงงานมากขึ้น ส่วนในปัจจุบันรัฐกลับมาเน้นที่หลักความมั่นคงของชาติอีกครั้งหนึ่ง อาจเรียกได้ว่าเป็นยุคความมั่นคงของรัฐนิยม

ในความคิดของกลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชน เห็นว่า นโยบายด้านความมั่นคงและนโยบายด้านเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติยังไม่ชัดเจนที่จะนำไปปฏิบัติ นโยบายมีลักษณะแยกส่วนและขาดความเชื่อมโยงกันระหว่างกระทรวงที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งมาตรการต่างๆ ที่นำมาปฏิบัติ ส่วนใหญ่ไม่ใช่ในนโยบายระดับชาติ หรือระดับกระทรวง แต่เป็นนโยบายระดับกรมที่ไม่สามารถเชื่อมโยงถึงนโยบายระดับชาติได้ ส่งผลต่อการบริหารจัดการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ กล่าวคือ ผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขในฐานะผู้ปฏิบัติระดับพื้นที่มักจะให้บริการในลักษณะเท่าที่จะทำได้ และระบบการให้บริการขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้บริหารโรงพยาบาล (ภัสสร ลิมานนท์ และ นริศรา พิงโพธิ์สภา.2553: 117)

ส่วนกลุ่มนักวิชาการ นักวิจัยและอื่นๆ บางส่วนเห็นว่า นโยบายภาครัฐที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการด้านแรงงานข้ามชาติคือ แนวคิดเศรษฐกิจแบบเสรีนิยมและทุนนิยม ที่เน้นกำไร และมีระบบการบริหารจัดการที่ส่งผลละเลยเรื่องการคุ้มครองสิทธิในหลายด้านของแรงงาน อีกทั้งแนวโน้มนโยบายมีพื้นฐานจากทัศนคติเชิงอคติที่ตีความเรื่องความมั่นคงไม่ถูกต้อง ที่เน้นความมั่นคงของรัฐมากกว่าความมั่นคงของมนุษย์

5.5.7 ความร่วมมือกับองค์การระหว่างประเทศ

บทบาทขององค์การระหว่างประเทศที่เข้ามาให้ความช่วยเหลือในการแก้ปัญหาสาธารณสุขชายแดน ดังเช่น มีการลงนามความร่วมมือสนับสนุนการแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขในกลุ่มประชากรต่างด้าวในจังหวัดชายแดน ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และองค์การระหว่างประเทศเพื่อการย้ายถิ่นฐาน หรือไอโอเอ็ม (International Organization for Migration : IOM) เพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน และการให้ความช่วยเหลือด้านมนุษยธรรมแก่ประชากรต่างด้าวครอบคลุมทั้งที่ได้ ชี้นทะเบียนและมีได้ชื่อนทะเบียนตามกฎหมายกำหนด ดำเนินการในพื้นที่ 31 จังหวัดติดชายแดน ซึ่งมีประชากรต่างด้าวเข้ามาอาศัยจำนวนมาก อาทิ ตาก กาญจนบุรี ราชบุรี ระนอง เชียงราย อุบลราชธานี

สุรินทร์ ตราด สระแก้ว เป็นต้น นายเจฟฟรีย์ ลาโบวิทซ์ หัวหน้าสำนักงานองค์การระหว่างประเทศเพื่อการย้ายถิ่นฐาน กล่าวว่า ประเทศไทยเป็นตัวอย่างระดับโลกในการช่วยเหลือด้านสุขภาพในแรงงานต่างชาติ ในฐานะที่เป็นประธานองค์การสหประชาชาติด้านการย้ายถิ่นฐานที่ทำงานร่วมกับ องค์การอนามัยโลก องค์การสหประชาชาติ ต้องการสนับสนุนกระทรวงสาธารณสุขในการสร้างแผนนำร่องสุขภาพแรงงานต่างชาติ รวมทั้งการจัดบริการเบ็ดเสร็จที่จุดเดียวหรือวันสต็อปเซอร์วิส (One Stop Service) ด้านโรคต่างๆ เช่น วัณโรค มาลาเรีย และเอชไอวี ด้วย ทั้งนี้ไอโอเอ็มทำงานร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขไทยมาเป็นเวลานาน (<http://www.hfocus.org/content/2015/05/9987>)

บทที่ 6

สรุปและข้อเสนอแนะ

6.1 สรุป

จากงานวิจัยชิ้นนี้ ผู้วิจัยพบว่าแนวนโยบายของรัฐและกฎหมายที่จะรองรับสิทธิของแรงงานข้ามชาติในการรักษาพยาบาลว่ามีอุปสรรค และปัญหาในการดำเนินงาน และการปฏิบัติตามข้อกำหนดระเบียบ และข้อบังคับตามนโยบายและกฎหมายของประเทศไทยอย่างไรบ้างนั้น ได้ข้อสรุปดังนี้

1. นโยบายของประเทศไทยเกี่ยวข้องโดยตรงกับการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติปรากฏอยู่ในรูปของมติคณะรัฐมนตรี ซึ่งเป็นการตัดสินใจร่วมกันของคณะรัฐมนตรี หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือฝ่ายที่มีอำนาจในการบริหารบ้านเมือง ดังนั้น เมื่อมีการเปลี่ยนรัฐบาล นโยบายด้านนี้ก็จะเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย เกิดความไม่ชัดเจนของแนวปฏิบัติ บางช่วงมีการผ่อนปรนต่อแรงงานข้ามชาติ ในขณะที่บางช่วงมีการใช้มาตรการขั้นเด็ดขาดในการกวาดล้างแรงงานข้ามชาติที่ผิดกฎหมาย สะท้อนให้เป็นการใช้มาตรการการการจัดการพื้นที่ชายแดนแบบ Hard Border Management โดยมุ่งเน้นที่ความมั่นคงของชาติ (National Security) เป็นหลัก ดังเช่นมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 3 มีนาคม พ.ศ. 2558 ในการจัดระบบแรงงานสัญชาติเมียนมา(พม่า) ลาว และกัมพูชา โดยแบ่งกลุ่มแรงงานออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มแรงงานที่ผ่านการตรวจสัญชาติแล้ว (2) กลุ่มแรงงานที่ถือใบอนุญาตทำงานที่ออกให้ ณ ศูนย์ บริการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) แต่ยังไม่ได้รับการตรวจพิสูจน์สัญชาติภายในวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2558 (3) กลุ่มแรงงานที่ไม่มารายงานตัวเพื่อขอรับบัตรใหม่ และขออนุญาตทำงานภายในวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2558 และ (4) กลุ่มผู้ติดตาม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มแรงงานที่ไม่มารายงานตัวเพื่อขอรับบัตรใหม่และขออนุญาตทำงานภายในวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2558 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีหน้าที่ตามกฎหมายที่จะต้องดำเนินการตรวจสอบ ติดตาม จับกุม และผลักดัน ส่งกลับ ตามกฎหมายอย่างเคร่งครัด ตามคำสั่งคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 100/2557 และคำสั่งคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 101/2557 ลงวันที่ 21 กรกฎาคม พ.ศ. 2557 และกลุ่มที่ 4 กลุ่มผู้ติดตาม ให้ผู้ติดตามที่อายุไม่เกิน 15 ปี มารายงานตัวเพื่อขอรับบัตรใหม่พร้อมกับแรงงานต่างด้าว ภายในวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2558 ผู้ติดตามที่มารายงานตัวจะมีสิทธิอยู่ในราชอาณาจักรเช่นเดียวกับแรงงานต่างด้าว สำหรับผู้ที่ไม่มารายงานตัวจะต้องถูกดำเนินการผลักดันพร้อมแรงงานต่อไป

2. สะท้อนวิถีคิดของรัฐในการแบ่งแยกคนสัญชาติไทยและคนต่างชาติ ออกจากกัน (exclude) ทำให้เกิดปัญหาในการบริหารจัดการโดยเฉพาะในพื้นที่ชายแดนที่มีความหลากหลายของคน หากรัฐให้ความสำคัญและมุ่งเน้นที่ความมั่นคงของมนุษย์ (Human Security) การจัดการกับกลุ่มแรงงาน

ข้ามชาติก็จะเป็นไปโดยละมุนละม่อมมากยิ่งขึ้น การรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติก็จะมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้การเน้นด้านความมั่นคงอย่างเดียวไม่สามารถแก้ปัญหาแรงงานข้ามชาติอย่างเป็นระบบได้ รัฐบาลและคณะกรรมการบริการแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง (กบร.) ควรที่จะยืนยันการดำเนินการจัดการแรงงานที่เน้นการนำเข้าแรงงานอย่างถูกระบบตามกฎหมาย ควบคู่ไปกับมาตรการอื่นๆ เช่น การจ้างแรงงานชายแดนโดยให้เกิดดุลยภาพในการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ การคุ้มครองแรงงานข้ามชาติ และความมั่นคงของชาติ

3. ตามนโยบายและกฎหมายของประเทศไทยสิทธิในการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติผูกพันอยู่กับเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนแรงงาน กล่าวคือ จะต้องเป็นแรงงานที่ขึ้นทะเบียน (Documented Migrant Worker) ณ สำนักงานจัดหางาน กระทรวงแรงงาน เท่านั้นจึงจะมีสิทธิซื้อบัตรประกันสุขภาพ หากเป็นแรงงานข้ามชาติที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน (Undocumented Migrant Worker) ก็จะไม่มีความสิทธิซื้อบัตรประกันสุขภาพ ในอดีตมีอยู่ช่วงหนึ่งที่รัฐมีนโยบายหารายได้จากการขายบัตรประกันสุขภาพให้กลุ่มแรงงานข้ามชาติ โดยให้โรงพยาบาลในแต่ละท้องที่สามารถเปิดขายบัตรประกันสุขภาพแต่ผลปรากฏว่ากลุ่มคนต่างชาติซึ่งมีถิ่นที่อยู่ถาวรในประเทศไทยแห่กันมาซื้อบัตรดังกล่าวซึ่งไม่ได้เป็นไปตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ ผู้วิจัยเห็นว่า เป็นนโยบายที่ดีและสะดวกแก่แรงงานรวมทั้งสถานพยาบาลทั้งหลายจะสามารถหารายได้ส่วนหนึ่งเป็นของตนเอง แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นจะต้องกำหนดเงื่อนไขที่ชัดเจนว่าให้สิทธิเฉพาะกลุ่มใดบ้าง ปัจจุบันเมื่อสิทธิในการซื้อบัตรประกันสุขภาพขึ้นอยู่กัเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนแรงงาน ประเด็นนี้จะส่งผลกระทบต่อกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่นายจ้างไม่สนับสนุนให้ลูกจ้างของตนเองไปขึ้นทะเบียน ซึ่งจากการวิจัยพบว่ามีแรงงานข้ามชาติถึงร้อยละ 64 ของกลุ่มประชากรตัวอย่างที่ได้ทำการสำรวจตอบแบบสอบถามว่านายจ้างไม่สนับสนุนการขึ้นทะเบียนแรงงานและซื้อบัตรประกันสุขภาพ

4. ข้อมูลจากกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนพบว่า นายจ้างจ่ายค่าแรงไม่เป็นไปตามเกณฑ์ขั้นต่ำที่กฎหมายแรงงานกำหนดไว้ ทั้งนี้ส่วนใหญ่มักเป็นลูกจ้างรายวัน นำไปสู่ประเด็นปัญหาแรงงานฯ ไม่ยอมเข้ารับการรักษาพยาบาลเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเนื่องจากไม่ต้องการขาดรายได้ แรงงานฯ ส่วนหนึ่งเลือกที่จะซื้อยามากินเอง หรือไปรักษาพยาบาลที่คลินิกเอกชนหลังจากเลิกงานทั้งที่ตนเองมีบัตรประกันสุขภาพเพราะหากขาดงานก็จะถูกหักเงิน

5. ตามบทบัญญัติของกฎหมายห้ามแรงงานข้ามชาติเป็นสมาชิกคณะกรรมการสหภาพแรงงานและไม่อนุญาตให้ก่อตั้งสหภาพแรงงานข้ามชาติของตนเอง ประเด็นนี้ทำให้แรงงานไม่มีบทบาทในการต่อรองเรื่องการจัดจ้างแรงงานร่วมกัน

6. นโยบายที่มาจากส่วนกลางมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยครั้ง เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในระดับท้องถิ่นปรับตัวไม่ทัน และเรื่องสาธารณสุขและการรักษาพยาบาลมักเป็นประเด็นเร่งด่วนมาจะต้องอาศัยการบริหารจัดการและดำเนินการให้ทันที่ แต่เนื่องจากขาดแคลนบุคลากรและงบประมาณในการบริหารจัดการ

7. ได้ข้อสรุป สภาพปัญหาที่แตกต่างกันของการรักษาพยาบาลในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในพื้นที่ อ.เชียงแสน และ อ.เชียงของ อาจมีบางประเด็นที่ใกล้เคียงกันบ้าง แต่สภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่มีความโดดเด่นอย่างเห็นได้ชัด

6.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

สำหรับข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ปัญหาโดยใช้มาตรการทางกฎหมายและนโยบายแต่เพียงอย่างเดียวไม่ได้ ผู้วิจัยเห็นว่าจะต้องประกอบไปด้วยด้านต่างๆ เนื่องจากลักษณะเฉพาะของพื้นที่ สภาพปัญหาที่พบในพื้นที่ตามที่ได้นำเสนอข้อมูลไว้ข้างต้นแล้ว ทำให้ต้องบูรณาการโดยใช้มาตรการทางด้านอื่นๆ ควบคู่ไปกับมาตรการและนโยบายทางด้านกฎหมาย ดังนี้

1. การบริหารจัดการเชิงพื้นที่

1.1 เสนอพื้นที่นำร่องหรือพื้นที่เฉพาะในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการบริหารจัดการโดยคิดในแบบ Organization/function สามารถกำหนดนโยบายให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาในพื้นที่ได้ มีการจัดการเรื่องงบประมาณ สถานพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่นำร่องหรือพื้นที่เฉพาะสามารถว่าจ้างบุคลากรทางการแพทย์จากประเทศเพื่อนบ้าน เป็นต้น อาจใช้เป็นเชียงแสนโมเดล หรือเชียงของโมเดล ซึ่งอาจจะต้องดูตัวอย่างการจัดการพื้นที่ชายแดนในภูมิภาคอื่น หรือตัวอย่างที่ดีทางด้านนี้ เช่น อียู ซึ่งมีแนวคิดในระบบ Universal Health System ควบคู่กับระบบ Insurance System

1.2 เน้นการลงทุนในทางด้านสุขภาพชายแดน อาจเป็นความร่วมมือระหว่างรัฐกับเอกชนและประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งรัฐจะได้ประโยชน์โดยทำงานเชิงรุกในการประกันสุขภาพ มีการป้องกันโรคระบาด สร้างสิทธิประโยชน์ให้แรงงานได้รับเท่ากับคนไทยแล้วเรียกเก็บค่าประกันแบบล่วงหน้า สร้างแรงจูงใจทางการตลาด แต่หากเป็นแบบตั้งรับก็คือการตามแก้ปัญหาซึ่งจะทะลักเข้ามาเรื่อยๆ และอาจแก้ไขสถานการณ์ไม่ทัน นโยบายของรัฐลงทุนเรื่องสุขภาพชายแดนน้อย ต้องทำงานเชิงรุก (ต้องมีการ collaborative ร่วมมือกันระหว่างรัฐ ท้องถิ่น ประเทศเพื่อนบ้าน และเอกชน)

1.3 สร้างระบบสุขภาพในจังหวัดชายแดนที่ชัดเจน มีนโยบายในการเรียกเก็บจากแรงงานข้ามชาติโดยแลกกับสิทธิประโยชน์ที่กลุ่มแรงงานจะได้รับ

1.4 จากข้อมูลวิจัยเชิงพื้นที่สะท้อนให้เห็นสภาพปัญหาที่แตกต่างกันของ พื้นที่ อ.เชียงแสน และ อ.เชียงของ กลุ่มแรงงานข้ามชาติคนละกลุ่มมีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ทิศนะต่อการเจ็บป่วยของแรงงานสัญชาติพม่า และลาวแตกต่างกัน ประเภทของการใช้แรงงานในสองพื้นที่ก็มีความแตกต่างอย่างเห็นได้ชัด ดังนั้นโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดจากการใช้แรงงานก็จะแตกต่างกัน เป็นต้น ดังนั้นในการแก้ไขปัญหาจะต้องพิจารณาแยกเป็นแต่ละพื้นที่

2. ด้านนโยบายและกฎหมาย

2.1 ทบทวนนโยบาย

สำรวจนโยบายที่มาจากข้างบน และสำรวจข้อมูลในพื้นที่ ทบทวนนโยบาย เน้นเชิงองค์กร จากองค์กรผู้ปฏิบัติการปฏิบัติ วิธีคิดของรัฐที่อยู่บนความเป็น citizenship พลเมืองเหนือดินแดน เน้นความมั่นคงของรัฐทำให้นโยบายทางด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติถูกกีดกันซึ่งนอกจากไปกีดกันผู้ที่ไม่ใช่คนไทย การรวมตัวกันของประชาคมอาเซียน ซึ่งจะก่อให้เกิดการเคลื่อนย้ายเสรีแรงงาน และการหลั่งไหลของประชากรในภูมิภาค หากนโยบายของรัฐมีการปรับเปลี่ยนจากแนวคิดเรื่องความมั่นคงของรัฐ (National Security) มาเน้นเรื่องความมั่นคงของมนุษย์ (Human Security) มากขึ้น รูปแบบการทำงานก็จะเปลี่ยนไป จะไม่มีการกีดกัน (exclude) แต่จะนำเข้า (include) ซึ่งแรงงานที่มีความจำเป็นและสำคัญต่อการขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจของประเทศ เมื่อแรงงานเข้าสู่ระบบการบริการสาธารณสุข รัฐสามารถจัดการเรื่องป้องกันโรคระบาดข้ามพรมแดนได้

2.2 เสนอนโยบายเชิงพื้นที่

มุ่งนำเสนอข้อมูลปัญหาในระดับท้องถิ่นขึ้นไปสู่ระดับประเทศ ในปัจจุบันรัฐมีนโยบายจากส่วนกลางสู่ส่วนภูมิภาค ทำให้การแก้ปัญหาไม่ตรงจุด และบางครั้งอาจนำมาซึ่งปัญหาอื่นๆ อีกด้วย

2.3 ออกกฎหมายรองรับ

ในการเสนอพื้นที่นำร่อง หรือพื้นที่เฉพาะในการบริหารจัดการเรื่องสาธารณสุขชายแดน จะต้องมีการกฎหมายรองรับ และมีการกำหนดอำนาจหน้าที่ และการตรวจสอบ โดยอาจออกกฎหมายในรูปของพระราชบัญญัติและพระราชกฤษฎีกาจัดการบริการพื้นที่ชายแดนอย่างยั่งยืนในเขตพื้นที่ อ.เชียงแสน หรือ อ.เชียงแสน โดยอาจจะรวมถึง อ.แม่สาย และ อ.เวียงแก่น ซึ่งมีพื้นที่ติดชายแดนด้วย โดยกำหนดประเด็นทางด้านสาธารณสุขชายแดน

2.4 การปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์ และการบังคับใช้กฎหมาย

ประเทศไทยมีแผนยุทธศาสตร์ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขชายแดนค่อนข้างชัดเจน แต่จะต้องทบทวนหรือประเมินการปฏิบัติตามแผนดังกล่าว

ปัญหาแรงงานข้ามชาติที่ผิดกฎหมาย เมื่อถูกจับกุม ตำรวจทำสำนวน อัยการสั่งฟ้อง ศาลมีคำพิพากษา มีบทลงโทษโดยการปรับ ผ่านกระบวนการยุติธรรม เสร็จแล้วก็ใช้วิธีผลักดันกลับประเทศต้นทางตามนโยบาย สำหรับในเชียงรายจะมีการผลักดันกลับผ่านด่านที่ อ.แม่สาย สำหรับแรงงานข้ามชาติสัญชาติพม่าที่หลบหนีเข้าเมือง บางส่วนก็จะแอบกลับเข้า มาใหม่ ก่อให้เกิดการทำผิดซ้ำซาก กฎหมายบางข้อยังมีบทลงโทษไม่รุนแรงพอที่จะทำให้แรงงานฯ เกิดความเกรงกลัวหรือเข็ดหลาบ นอกจากนี้นายจ้างส่วนหนึ่งนิยมใช้แรงงานเถื่อน ไม่ยอมนำแรงงานข้ามชาติมาขึ้นทะเบียน หรือแจ้งให้ทางราชการทราบ

3. ความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจ

หากขาดแคลนแรงงานข้ามชาติ เศรษฐกิจของประเทศสามารถขับเคลื่อนไปได้ เพื่อให้การจ้างงานแรงงานข้ามชาติเป็นไปในทิศทางที่เหมาะสม รัฐควรสร้างความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจให้กับประเทศที่ยืนอยู่บนพื้นฐานของหลักความยั่งยืนทางการคลัง (Fiscal Sustainability) จากกรณีตัวอย่างปัญหาการแบกรับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บไม่ได้จากแรงงานข้ามชาติ ซึ่งทางโรงพยาบาลไม่สามารถปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยเพราะจะขัดต่อหลักมนุษยธรรมซึ่งเป็นที่ยอมรับในระดับสากล โดยจากข้อมูลค่าใช้จ่ายที่มีการบันทึกไว้ในแต่ละปีค่อนข้างสูง ดังนั้นทำอย่างไรจึงจะสามารถจัดการกับปัญหาดังกล่าวได้ ผู้วิจัยเห็นว่า เมื่อนายจ้างเป็นผู้ใช้หรือผู้ได้รับประโยชน์จากแรงงานข้ามชาติเหล่านั้น นายจ้างควรเป็นผู้มีส่วนร่วมในการเสียค่าใช้จ่ายในการขึ้นทะเบียนแรง รวมถึงค่าบัตรประกันสุขภาพด้วย ตามหลักผู้รับประโยชน์เป็นผู้จ่าย (Benefit Pay Principle) อย่างไรก็ตามก็เพื่อให้ไม่ให้นายจ้างต้องแบกรับภาระแต่เพียงผู้เดียว รัฐอาจมีมาตรการสร้างแรงจูงใจ เช่น การลดหย่อนอัตราภาษี หรือผลตอบแทนในรูปแบบอื่นๆ และที่สำคัญเมื่อแรงงานสุขภาพที่ดี มีสวัสดิการเรื่องการรักษาพยาบาล แรงงานฯ ก็จะสามารถทำงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ สร้างผลประโยชน์ให้กับนายจ้างและประเทศชาติในที่สุด

บรรณานุกรม

Dennis Arnold. (2007). **Capital Expansion and migrant workers: Flexible labor in the Thai-Burma border economy**. Bangkok: Office of Human Rights Studies and Social Development, Mahidol University.

Ian Brownie. (2003). **Principles of International Law**. Sixth Edition. New York: Oxford University Press.

International Organization of Migration. (2010). **World Migration Report 2010 The Future of Migration: Building Capacities for Change**. Geneva: International Organization of Migration.

International Organization of Migration. (2011). **World Migration Report 2011: International Migration Annual Review 2010/2011**. [On line]. Available from <http://www.iom.int/jahia/Jahin/policy-research/migration-research/world-migration-report>. [2014].

Jerrold W. Huguet and Aphichat Chamrathirong. (2012). **Thailand Migration Report 2011, Migration for development in Thailand: Overview and tools for policymakers**. Bangkok: International Organization for Migration, Thailand Office Bangkok. [On line]. Available from <http://www.iom.int>. [2014].

Jerrold W. Huguet and Sureporn Punpuing. (2548). **การย้ายถิ่นข้ามชาติในประเทศไทย**. กรุงเทพฯ: องค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน สำนักงานกรุงเทพฯ ประเทศไทย [On line]. Available from <http://www.iom.int>. [2014].

John Harrington and Maria Stuttaford. (2010). **Global Health and Human Rights Legal and philosophical perspectives**. New York: Routledge.

Nusaje. 2554. **เสียงครวญจาก “ลุ่มน้ำโขง” บอกเล่าปัญหาการย้ายถิ่นของแรงงานข้ามชาติ.** ศูนย์ข่าวข้ามพรมแดน (Cross Border News Agency) ฉบับที่ 104 (28 มีนาคม 2554) [On line], Available from <http://www.ngosthailand.com/index>. [2014].

กระทรวงสาธารณสุข. (2551). **มาตรการและแนวทางการดำเนินงานตรวจสุขภาพประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว.** กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข. (2550). **มาตรการและแนวทางการดำเนินงานตรวจสุขภาพประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว.** กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ. (2543). **บทสังเคราะห์สถานการณ์คนข้ามชาติและทางเลือกนโยบายการนำเข้าแรงงานข้ามชาติของประเทศไทย.** กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

กฤตยา อาชวนิจกุล. (2553). **“แรงงานข้ามชาติ” แรงสะท้อนสังคมไทยที่ไม่อาจมองข้าม.** จดหมายข่าวรายเดือน “ต้นคิด” ฉบับที่ 30 กันยายน 2553. [On line]. Available from <http://hpworkonggage.com/news/1610>. [2014].

กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ.(มปป.). **ความซับซ้อนและความสับสนเรื่องคนข้ามชาติในประเทศไทย ชุดโครงการวิจัย ทางเลือกนโยบายการนำเข้าแรงงานข้ามชาติของประเทศไทย: การศึกษาข้อเท็จจริงจากกลุ่มผลประโยชน์ ข้อสำรวจทางกฎหมาย และการวิเคราะห์ระบบการจัดการของรัฐ.** กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว).

กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2551). **คู่มือการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ กรณีค่าใช้จ่ายสูงระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว (สัญชาติ พม่า ลาว กัมพูชา) ประจำปี 2552.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัทปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด.

เกรียงไกร เจริญธนาวัฒน์. (2556). **หลักพื้นฐานกฎหมายมหาชน.** กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญูชน.

กุลพล พลวัน. (2547). **สิทธิมนุษยชนในสังคมโลก.** พิมพ์ครั้งแรก. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์นิติธรรม.

- ขวัญชีวัน บัวแดง. (2551). **สุขภาพของแรงงานข้ามชาติกับการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐ**. วารสารสังคมศาสตร์ ฉบับที่ 20. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จตุรนต์ ธีระวัฒน์. (2547). **กฎหมายระหว่างประเทศ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ชนิดา ลีตส์. (2549). **กฎหมายการทำงานของคนต่างด้าว**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ วิทยุชุมชน.
- นิกุล จิตต์ไทย. (2553). **Healthy Migrants, Healthy Thailand ทุกคนสุขภาพดี เมืองไทยแข็งแรง** รูปแบบการดำเนินโครงการสุขภาพประชากรต่างด้าว. กรุงเทพฯ: องค์การระหว่างประเทศ เพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน สำนักงานกรุงเทพฯ ประเทศไทย [On line]. Available from <http://www.iom.int>. [2014].
- พงษ์รัตน์ เครือกลิ่น. (2552). **คำอธิบายกฎหมายแรงงานเพื่อการบริหารทรัพยากรมนุษย์**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์นิติธรรม.
- พัชรพล วงศ์บุญสิน. (2553). **การย้ายถิ่น: ทฤษฎีและความเป็นไปในเอเชีย**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พินิจ ฟ้าอำนาจผล. **แรงงานต่างด้าว...ชะตาชีวิตคนชายขอบ**. จดหมายข่าวรายเดือน สำนักงานพัฒนา ข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ฉบับเดือนสิงหาคม 2553. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรีนติ้งแอนด์พลับลิชชิ่ง. [On line]. Available from <http://www.hiso.or.th>. [2014].
- ภัสสร ลิมานนท์ และ นริศรา พึ่งโพธิ์สภา. (2553). **รายงานการทบทวนและสังเคราะห์นโยบาย เกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพและการประกันสุขภาพภายใต้โครงการส่งเสริมการ ป้องกันเอดส์ในแรงงานข้ามชาติ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: มูลนิธิรักประเทศไทย.
- มดิชน. **คอลัมน์คนแรงงาน เรื่อง หมดยุคต่างด้าว ผิดกฎหมาย การจ้างงานต้องเท่าเทียม** ฉบับ ประจำวันที่ 19 มีนาคม 2555.

มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง. (2547). **การประชุมเสริมสร้างความเข้าใจและระดมสมอง: โครงการจัดตั้งเขตเศรษฐกิจชายแดนเชียงราย.** เชียงใหม่: โรงพิมพ์นันทพันธ์.

ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ และคณะ. (2556). **รายงานผลการศึกษาการบริหารจัดการ การดำเนินการและภาวะการบริการของสถานพยาบาลภายใต้นโยบาย “การให้สิทธิ(คินสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ” ตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 23 มีนาคม 2553.** งานวิจัยที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย [On line]. Available from <http://www.ihpp.thaigov.net>. [2014].

วาทีณี บุญชะลิกษี และ กัญญา อภิพรชัยสกุล. (2556) **การย้ายถิ่นระหว่างประเทศกับสุขภาพสุขภาพคนไทย 2555.** กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

วาสนา แก้วพันธ์ และคณะ. (2552). **คู่มือการปฏิบัติงานให้ความช่วยเหลือเด็กต่างชาติ.** กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ปิ่นโต พับลิชชิง.

วิชัย ศรีรัตน์. (2543). **พัฒนาการของสิทธิมนุษยชน)ในหนังสือ สิทธิมนุษยชนและสิทธิเสรีภาพของชนชาวไทย โครงการศูนย์กฎหมายสิทธิมนุษยชนและสันติศึกษา (Centre for Human Rights and Peace Education) สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.** นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ศรีประภา เพชรมีศรี. (2548). **สิทธิในสุขภาพ: จากเสรีนิยม สู่ชุมชนนิยม? (Right to Health: From Liberalism to Communitarianism).** งานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการสังเคราะห์ความรู้: สังคมไทยในกระแสปฏิรูป สนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สบรส.) [On line]. Available from <http://www.Kb.hsri.or.th/dspace/handle>. [2014].

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI). (2550). **การอยู่ร่วมกันอย่างสมานฉันท์กับกลุ่มชนตามแนวชายแดนและแรงงานต่างด้าว.** รายงานที่ได้อาร์ไอ : ฉบับที่ 46 ,พิมพ์ครั้งที่ 1.

สมพงศ์ สระแก้ว. (2551). **แรงงานข้ามชาติ: ความเสมอภาค และการเข้าถึงบริการสุขภาพ.** เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ “ชาตินิยมกับพหุวัฒนธรรม” วันที่ 22-23 ธันวาคม 2551 ณ โรงแรมดิเอมเพรส เชียงใหม่.

สักรินทร์ นิยมศิลป์. จุดเปลี่ยนกระแสการย้ายถิ่นในเอเชีย: สู่ยุคการรวมตัวทางเศรษฐกิจของภูมิภาค
Change of Migration Patterns in Asia: Towards Regional Economic Intergration. (มปป.)

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย(สวปก).2555. การใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยชาวลาวในประเทศไทย: กรณีศึกษามลกระทบต่อโรงพยาบาลของรัฐของประเทศไทย(Health Care Service Used by Laos Patients in Thailand: The impact on Thai Public Hospitals). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข เขต นท. เครือข่ายบริการที่ 1 จังหวัดเชียงราย ครั้งที่ 2/2556 วันที่ 16-19 กรกฎาคม 2556.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข เขต นท. เครือข่ายบริการที่ 1 จังหวัดเชียงราย ครั้งที่ 2/2556 วันที่ 16-19 กรกฎาคม 2556

สำนักบริหารงานแรงงานต่างด้าว. สถานการณ์แรงงานต่างด้าว. ฉบับที่ 3/2554 ประจำเดือนมีนาคม 2554. กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน.

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. รายงานการเฝ้าระวังโรคในชาวต่างชาติ ประเทศไทย พ.ศ. 2553 (Report of diseases surveillance in foreigners, Thailand 2553)
www.boe.moph.go.th/report.php?cat=25

สำนักวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง.(2549). ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับกฎหมายทั่วไป.พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บริษัท โรงพิมพ์เด็อนตุลา จำกัด.

สุดาศิริ วดวงศ์. (2547).กฎหมายเงินทดแทน : เอกสารการสอนชุดกฎหมายแรงงาน : Labour Law. นนทบุรี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

เสถียร ฉันทะ.(2555). คนข้ามแดน/คนชายแดน (คนไร้รัฐ,ไร้สัญชาติ) กับการเข้าถึงบริการสุขภาพและการปรับตัวระบบสุขภาพภาครัฐชายแดนไทยลาว. ตีพิมพ์ในหนังสือ คนชายแดนกับการก้าวข้ามพรมแดน. โดย ยศ สันตสมบัติ และคณะผู้วิจัย. พิมพ์ครั้งที่1.เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.

โสภารัตน์ จารุสมบัติ และคณะ. (2548). บทสังเคราะห์สถานการณ์ภาพความรู้: โครงการศึกษาสถานการณ์ภาพความรู้เกี่ยวกับอาณาบริเวณชายแดนของประเทศไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน ระยะที่ 1 บรรณทัศน์. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ สกว.

องค์กรแรงงานระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน (IOM).(2553).คู่มือด้านสิทธิและแรงงานข้ามชาติสำหรับผู้ปฏิบัติงาน. พิมพ์ครั้งแรก, กรุงเทพฯ : บริษัทธรรมดาเพรส จำกัด.,

อรทัย ศรีทองธรรม และคณะ.2556. โครงการสรุปข้อเสนอผลกระทบแรงงานข้ามชาติลาว กัมพูชา และพม่า ต่อภาวะงานบริการสุขภาพของโรงพยาบาลตามแนวชายแดนในประเทศไทย. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย(สกว).

อรัญญา ศิริผล และเสถียร ฉันทะ. (2556). การจัดการความทุกข์ทนข้ามพรมแดน: กรณีผู้ติดเชื้อเอชไอวี ไทย-ลาว ในบริบทการพัฒนาเชิงอสมมาตรของกลุ่มน้ำโขง. รายงานการวิจัยภายใต้โครงการ “แนวคิดสี่เหลี่ยมเศรษฐกิจกับการพัฒนาอย่างยั่งยืนในอนุภูมิภาคกลุ่มน้ำโขง” ตีพิมพ์ใน หนังสือ อนุภาคกลุ่มน้ำโขงได้เงื่อมสี่เหลี่ยมเศรษฐกิจ. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.

อดิศร เกิดมงคล. (2555). จุดเปลี่ยนที่ต้องจับตามองนโยบายของการจัดการแรงงานข้ามชาติ. www.nctl.or.th/knowledge_detail.php

อดิศร เกิดมงคล. แรงงานข้ามชาติจากพม่าในประเทศไทย: มองผ่านนโยบายรัฐไทยและประเด็นสิทธิมนุษยชน. เอกสารประกอบการประชุม the 4th Asia Human Rights Forum on February 17, 2009 at University in Seoul, South Korea.

อภิสม อินทรลาวัลย์. 2557. การวิเคราะห์ศักยภาพของโรงพยาบาลเชิงของ และเชิงแผน ในการรองรับผู้ป่วยข้ามถิ่น, ชุดโครงการวิจัย การสร้างเสริมศักยภาพ อปท สุขภาวะ ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนเพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.). ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์.

เอกสารประกอบสัมมนาแรงงาน : ปฏิรูปประกันสังคมกับคุณภาพชีวิตแรงงาน , 13 มกราคม 2554 ณ ห้องคอนเวนชันโรงแรมรามารการ์เดนส์ กรุงเทพมหานคร จัดโดยแผนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงาน สสส. , คณะกรรมการสมานฉันท์แรงงานไทย , มูลนิธิพิพิธภัณฑสถานแห่งชาติ , มูลนิธิอารมณี พงศ์พงษ์ และเครือข่ายแรงงานต่างด้าว

เอกสารประกอบอื่นๆ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550

พระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2551

พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2551

มติคณะรัฐมนตรี วันที่ 18 ธันวาคม 2550 เรื่อง การจัดระบบการจ้างแรงงานต่างด้าวสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา ปี 2551

หนังสือกระทรวงการคลัง ที่ กค 0409.3/4976 ลงวันที่ 18 มีนาคม 2548 ถึง ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง เงินประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว

หนังสือกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ 0707.43/793 ลงวันที่ 23 มิถุนายน 2548 ถึง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด เรื่อง เงินประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว

หนังสือจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ด่วนที่สุด ที่ สธ 0228.073/2238 ถึง อธิบดีกรมการแพทย์ เรื่องการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา ที่ได้รับการผ่อนผันตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2555

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง (สัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา) ลงวันที่ 31 มกราคม 2551

ที่ ขร ๐๐๓๒.๐๐๒/๒๙๕๑



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
๔๒๔ หมู่ที่ ๕ บ้านหนองยาว ตำบลท่าสาย
อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ๕๗๑๐๐

๑๖ เมษายน ๒๕๕๘

เรื่อง ส่งเอกสารใบรับรองจริยธรรมการวิจัย

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ใบรับรองจริยธรรมการวิจัย

จำนวน ๑ ฉบับ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ได้พิจารณาว่า โครงการวิจัย เรื่อง นโยบายและกฎหมายด้านการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ ศึกษาพื้นที่อำเภอเชียงแสน และอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย ของ อาจารย์ อารีรัตน์ โกสิทธิ์ อาจารย์ประจำสำนักกีขานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย ที่ท่านจะดำเนินการในพื้นที่จังหวัดเชียงราย มีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมายข้อบังคับและข้อกำหนดภายในประเทศ เห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัย และขอให้นำส่งใบรับรองจริยธรรมการวิจัย มาพร้อมนี้

เมื่อท่านได้เริ่มดำเนินการแล้ว ขอให้รายงานความก้าวหน้าของการวิจัยให้คณะกรรมการรับทราบ และขอให้จัดส่งรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ ภายใน ๓ เดือนหลังเสร็จสิ้นการวิจัย มายังกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ทาง e-mail: plan.chr๕๖@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุรินทร์ สุนานพันธ์)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

กลุ่มพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

โทร. ๐ ๕๓๙๑ ๐๓๔๑

โทรสาร ๐ ๕๓๙๑ ๐๓๔๒

ใบรับรองจริยธรรมการวิจัย

หมายเลขการวิจัย ๕/๒๕๕๘

การวิจัยนี้และเอกสารประกอบของการวิจัยตามรายการแสดงด้านล่าง ได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายแล้ว คณะกรรมการมีความเห็นว่าการวิจัยที่จะดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมายข้อบังคับและข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อการวิจัย : นโยบายและกฎหมายด้านการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ ศึกษาพื้นที่อำเภอเชียงแสน และอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย

สถาบันที่สังกัด : สำนักวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย

ผู้วิจัยหลัก : อาจารย์ อาริรัตน์ โกสิทธิ์

เอกสารที่พิจารณาทบทวน

๑. โครงร่างการวิจัย (ฉบับวันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๕๗)
๒. แบบสอบถามโครงการวิจัย (ฉบับวันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๕๗)
๓. หนังสือชี้แจงข้อมูลการเข้าร่วมโครงการวิจัย (ฉบับวันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๕๗)
๔. ใบยินยอมให้ทำการวิจัย (ฉบับวันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๕๗)

ผู้วิจัยได้ทำการแก้ไข/เพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

เห็นควรอนุมัติ



เลขที่โครงการวิจัย ๕/๒๕๕๘

วันที่รับรอง ๗ ๖ ๒๕๕๘

วันหมดอายุ ๗ ๖ ๒๕๕๙

เงื่อนไขการรับใบรับรองจริยธรรมงานวิจัย

๑. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการผิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
๒. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุ ต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า ๑ เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
๓. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
๔. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย(ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายเท่านั้น
๕. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน ๓ วันทำการ
๖. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งมาให้คณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
๗. โครงการวิจัยไม่เกิน ๑ ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัยและบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน ๓๐ วันเมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น



เลขที่โครงการวิจัย... ๕/๒๕๕๘
วันที่รับรอง... ๑.๖.๒๕๕๘
วันหมดอายุ... ๑.๖.๒๕๕๙



เลขที่โครงการวิจัย ๕/๒๕๕๘
วันที่รับรอง ๑๖ มี.ค. ๒๕๕๘
วันหมดอายุ ๑๖ มี.ค. ๒๕๕๙

แบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย

เลขที่โครงการวิจัย

ผู้วิจัยหลัก ตำแหน่ง.....

ที่อยู่

e-mail:.....Tel.....

สถานที่เก็บข้อมูล

ระยะเวลาการวิจัย

จำนวนประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งหมด..... คน

๑. โครงการวิจัยเสร็จสิ้นตามแผนงาน

- ใช่
 ไม่ใช่ เหตุผล

๒. ดำเนินการวิจัยตามโครงการวิจัยที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการ

- ใช่
 ไม่ใช่ เหตุผล

๓. เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงขึ้นกับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

- มี จำนวน.....ราย ได้รายงานคณะกรรมการฯ.....ราย
 ไม่มี

๔. มีการปรับเปลี่ยนโครงการวิจัย/หรือการให้ข้อมูลกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

- มี เหตุผล
- ไม่มี

ลงนามผู้รายงาน

(.....)

...../...../.....

ความเห็นประธาน/เลขานุการ

.....

.....

.....

ลงนามประธาน/เลขานุการ

(.....)

...../...../.....

แบบยินยอมอาสาสมัคร

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
เป็นบิดา/มารดา/ผู้ปกครองของ (ด.ญ., ด.ช.).....อายุ.....ปี (ในกรณีที่อาสาสมัครเป็นเด็กอายุ
น้อยกว่า 18 ปี) ได้รับฟังคำอธิบายจาก..... (ชื่อผู้ให้ข้อมูล)

เกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัย “นโยบายและกฎหมายด้านการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ
ศึกษาพื้นที่อำเภอเชียงแสน และอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย” ได้รับทราบถึงรายละเอียดของโครงการวิจัย
เกี่ยวกับ

- วัตถุประสงค์และระยะเวลาที่ทำการวิจัย
- ขั้นตอนและวิธีการที่ข้าพเจ้าต้องตอบคำถามสำหรับงานวิจัยโครงการนี้
- ผลประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับจากการให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถาม
- ผลกระทบและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยไม่เสียสิทธิใดๆ ที่จะเข้าถึงการรับ
การรักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้นตามมาในโอกาสต่อไปทั้งในปัจจุบันและอนาคต ณ สถานพยาบาลสถานพยาบาลใดๆ

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจคำอธิบายข้างต้นแล้ว จึงได้ลงนามยินยอมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยดังกล่าว

ลายมือชื่ออาสาสมัคร

(.....)

วัน/เดือน/ปี

ลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูล

(.....)

วัน/เดือน/ปี

ลายมือชื่อผู้วิจัยหลัก

(.....)

วัน/เดือน/ปี

หมายเหตุ: (1) ในกรณีที่อาสาสมัครเป็นเด็กโตแต่อายุไม่ถึง 18 ปี สามารถตัดสินใจเองได้ ให้ลงลายมือชื่อ ทั้งอาสาสมัคร (เด็ก) และ
ผู้ปกครองด้วย

(2) แพทย์ผู้รักษาต้องไม่ใช่ผู้ขอความยินยอมอาสาสมัคร แต่สามารถให้ข้อมูล/คำอธิบายได้

(3) ในกรณีที่อาสาสมัครไม่สามารถ อ่านหนังสือ/ลงลายมือชื่อ ได้ ให้ใช้การประทับลายมือแทนดังนี้:

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในแบบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดี
ข้าพเจ้าจึงประทับตราลายนิ้วมือของข้าพเจ้าในแบบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ



ประทับลายนิ้วมือขวา

ลายมือชื่อผู้อธิบาย

(.....)

พยาน..... (พยานต้องไม่ใช่แพทย์หรือผู้วิจัย)

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



เลขที่โครงการวิจัย.....
วันที่รับรอง... ๑๖ มกราคม ๒๕๖๒
วันหมดอายุ... ๑๖ มกราคม ๒๕๖๒

เอกสารชี้แจงอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยการตอบ
แบบสอบถามและการพินิจสิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

ด้วยข้าพเจ้า นางสาวอารีรัตน์ โกสิยสิทธิ์ หัวหน้าโครงการวิจัย สังกัดสำนักวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง มีความประสงค์จะทำวิจัยเรื่อง “นโยบายและกฎหมายด้านการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ ศึกษาพื้นที่อำเภอเชียงแสน และอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย” ภายใต้ชุดโครงการวิจัย “การจัดการพื้นที่ชายแดน : จังหวัดเชียงรายและแขวงบ่อแก้ว สปป.ลาว” ภายใต้การสนับสนุนการวิจัยโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ฝ่ายนโยบายชาติและความสัมพันธ์ข้ามชาติ ซึ่งประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับคือ ภาพรวมเบื้องต้นของแรงงานข้ามชาติในเขตพื้นที่อำเภอเชียงแสน และอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย, ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพและอาการเจ็บป่วย, ความสัมพันธ์ระหว่างนโยบายและกฎหมายกับข้อเท็จจริงในพื้นที่, อุปสรรคและปัญหาต่อการเข้าถึงการรักษาพยาบาล พร้อมทั้งข้อเสนอแนะเชิงพื้นที่สู่นโยบายระดับชาติในการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะ เป็นกลุ่มประชากรซึ่งจะช่วยให้ข้อมูลที่จะเป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัยชิ้นนี้ในส่วนที่เป็นภาพรวมเบื้องต้นของแรงงานข้ามชาติ ในการนี้ผู้วิจัยมีความจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเรื่อง “การรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ” ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 2 ส่วน จำนวน 33 ข้อ ซึ่งจะใช้เวลาในการตอบประมาณ 15 นาที โดยประมาณ

เนื่องจากแบบสอบถามประกอบด้วยคำถามสองส่วน จึงขอความกรุณาให้ท่านพิจารณาตอบตามความรู้สึกรู้สึกของท่านให้มากที่สุด โดยข้อมูลและคำตอบทั้งหมดจะถูกปกปิดเป็นความลับ และจะนำมาใช้ในการวิเคราะห์ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้โดยออกมาเป็นภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น จึงไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ตอบหรือนายจ้างของผู้ตอบ เนื่องจากไม่สามารถนำมาสืบค้นเจาะจงหาผู้ตอบได้ ท่านมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่ง หากท่านไม่สบายใจหรืออึดอัดใจที่จะตอบคำถามนั้นหรือไม่ตอบแบบสอบถามทั้งหมดเลยก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการทำงานของท่าน ท่านมีสิทธิที่จะไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล

หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยหรือแบบสอบถาม สามารถติดต่อสอบถามได้ที่ สำนักวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง จ. เชียงราย ในวันและเวลาราชการ หรือ โทรศัพท์ (053) 916857-8

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาค้นคว้าวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย โทรศัพท์ (053) 910300 ต่อ 341-2



เลขที่โครงการวิจัย... ๕/๒๕๕๘
วันที่รับรอง... ๑๖ ม.ค. ๒๕๕๘
วันหมดอายุ... ๑๖ ม.ค. ๒๕๕๙

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ ท่านสามารถติดต่อประธานกรรมการฯ หรือผู้แทน
ได้ตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น

ขอขอบพระคุณที่กรุณาสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม
ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวอารีรัตน์ โกสิยสิทธิ์)
หัวหน้าโครงการวิจัย



เลขที่โครงการวิจัย... ๘/๒๕๕๖
วันที่รับรอง... ๑๖ มกราคม ๒๕๕๖
ชื่อ... นาย... ๑๖ มกราคม ๒๕๕๖