

**การทบทวนวรรณกรรมการจัดการระบบประกันสุขภาพสำหรับ
คนต่างด้าวนอกระบบทะเบียนในภูมิภาคยุโรป : บทเรียนที่ระบบ
สาธารณสุขไทยพึงเรียนรู้**

Literature Review on Health Insurance Management for
Cross-border Undocumented Migrants in European Region :
Worth Learning Lessons for Thai Healthcare System

นพ.ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์¹ ดร.คนางค์ คັນธมธูรพจน์²
ดร.ทพ.วีระศักดิ์ พุทธาศรี³ นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์⁴

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของบทความ คือเพื่อถอดบทเรียนการจัดการระบบประกันสุขภาพในกลุ่มประเทศสหภาพยุโรปและเพื่อนำข้อค้นพบที่ได้มาปรับใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในบริบทของประเทศไทย วิธีการศึกษาใช้การทบทวนวรรณกรรมแบบเจาะจง โดยมุ่งเน้นที่ “คนต่างด้าวนอกระบบทะเบียน (undocumented migrants)” ซึ่งหมายถึงคนต่างด้าวที่เข้าสู่ประเทศปลายทางโดยไม่ได้รับอนุญาต หรือบุคคลที่แม้เข้าประเทศปลายทางโดยถูกต้อง แต่อาศัยอยู่นานเกินกว่าระยะเวลาที่กฎหมายประเทศปลายทางกำหนด ผลการศึกษาพบว่าขอบเขตการให้บริการสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวนอกระบบทะเบียนใน

¹สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข ผู้นิพนธ์ประสานงาน email: rapeepong@ihpp.thaigov.net

²ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

³สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

⁴สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

สหภาพยุโรปแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ (1) ให้บริการเฉพาะอุบัติเหตุฉุกเฉิน, (2) ให้บริการครอบคลุมสิทธิประโยชน์พื้นฐานบางส่วนและเฉพาะบางกลุ่มของคนต่างด้าวนอกระบบทะเบียน และ (3) ครอบคลุมบริการสุขภาพเกือบทั้งหมด รูปแบบการให้บริการประกันสุขภาพที่มีความหลากหลายแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ ทั้งนี้ขึ้นกับบริบททางการเมือง โครงสร้างระบบสาธารณสุข และทิศทางนโยบายคนต่างด้าวในภาพรวมของประเทศนั้น ๆ เมื่อเทียบเคียงกับประเทศไทย พบว่า นโยบายประกันสุขภาพของรัฐไทยค่อนข้างเปิดกว้างในการประกันสุขภาพคนต่างด้าวนอกระบบทะเบียนโดยให้บริการครอบคลุมสิทธิประโยชน์เกือบทั้งหมด ทั้งนี้มีประเด็นท้าทายที่พึงเรียนรู้จากยุโรป คือ แม้ประเทศที่มีนโยบายเปิดกว้างในเรื่องการประกันสุขภาพ คนต่างด้าวนอกระบบทะเบียนส่วนหนึ่งก็ยังไม่ได้รับการประกันสุขภาพ เนื่องจากความหวาดกลัว ที่จะเปิดเผยตัวตนต่อเจ้าหน้าที่รัฐ ดังนั้น การส่งเสริมให้มีบุคลากรสุขภาพทำหน้าที่เป็นตัวเชื่อมประสานระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐกับคนต่างด้าว การมีทิศทางของนโยบายที่ชัดเจนจากภาครัฐที่บ่งชี้ให้การประกันสุขภาพเป็นมาตรการบังคับ เพื่อลดการตีความของการดำเนินนโยบายในแต่ละพื้นที่ การลดเงื่อนไขของการประกันสุขภาพ และการร่วมมือกับภาคเอกชนในการดำเนินนโยบาย น่าจะเป็นมาตรการสำคัญในการทำให้การประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวในประเทศไทยมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

คำสำคัญ : คนต่างด้าว ประกันสุขภาพ บริการสุขภาพ สหภาพยุโรป ประเทศไทย

Abstract

The objectives of this article are to draw lessons concerning the management of migrant health insurance policy in the European Union (EU) countries and to optimise those lessons for the greatest benefit of migrants in the Thai context. A literature review with purposive search was applied as the main method for this study, with a focus on “undocumented migrant”, which is defined as “someone who, owing to illegal entry or the expiry of his or her visa, lacks legal status in the transit or host country”. The term also applies to migrants who infringe a country’s admission rules and any other person not authorized to remain in the host country. The review findings suggested that service management for undocumented migrants in EU countries can be categorized into three groups; (1) services covering only emergency case, (2) services that were expanded beyond emergency care but did not cover all benefit packages and/or covered only parts of undocumented migrants, and (3) services that provided (almost) comprehensive benefit packages. This variation across countries depends on political context, public health structure, and migrant policy direction in each country. Compared with the EU countries, the migrant policy in Thailand is quite open as the benefit packages are comparatively universal. However, there exists worth learning challenge, namely, some undocumented migrants have not been insured due to fear of exposing themselves to the public authorities. Therefore, promoting health workers serving as

linkage between the government officers and undocumented migrants, having strong policy message in making the insurance policy more open and mandatory to all undocumented migrants, avoiding inconsistent implementation due to various interpretations across areas, reducing conditions in insuring undocumented migrants, and cooperating with private sector at the implementation level, are likely to be key measures that lead to more effective policy implementation in the real setting.

Keywords: migrant, health insurance, health service, European Union, Thailand

บทนำ

การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจอย่างยิ่งในประเทศไทย ปัจจุบันประเทศไทยมีคนต่างด้าวอาศัยอยู่โดยประมาณแล้วมากกว่า 2 ล้านคน (International Organization for Migration, 2010; United Nations Secretary General, 2006) ส่วนใหญ่เป็นคนต่างด้าวผิดกฎหมายและผู้ติดตาม ด้วยปัจจัยโครงสร้างทางเศรษฐกิจของประเทศที่กำลังขยายตัว และความไม่สมดุลของอัตราการเจริญพันธุ์ของพลเมืองสัญชาติไทย คนต่างด้าวเหล่านี้ส่วนใหญ่จึงถือเป็นแรงงานที่ช่วยขับเคลื่อนเศรษฐกิจไทยและเป็นกำลังสำคัญที่มักทำงานหลายอย่างที่คนไทยไม่ค่อยทำ เช่น งานสกปรก อันตราย และยากลำบาก (Martin, 2007)

กระทรวงสาธารณสุขซึ่งรับผิดชอบดูแลโครงการตรวจสุขภาพและระบบประกันสุขภาพคนต่างด้าว ได้วิเคราะห์สถานการณ์การจัดบริการ

สาธารณสุขแก่คนต่างด้าวและผู้ติดตามที่ผ่านมา พบว่าการจัดให้มีระบบประกันสุขภาพเป็นเรื่องที่สำคัญและสามารถลดผลกระทบด้านสาธารณสุขลงได้ในระยะยาว เช่น ลดปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดต่อเขตร้อน ลดปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์ในปี 2556 คณะรัฐมนตรีได้มีมติให้กระทรวงสาธารณสุขให้การดูแลทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่คนต่างด้าวที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม ดังมีประกาศกระทรวงสาธารณสุขลงวันที่ 13 สิงหาคม 2556 ให้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขขายบัตรประกันสุขภาพให้กับคนต่างด้าว 3 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มผู้ใช้แรงงานในภาคอุตสาหกรรมและรอเข้าสู่ระบบการประกันสังคม กำหนดซื้อในอัตราคนละ 1,150 บาท ประกอบด้วยค่าตรวจ 600 บาท และค่าประกันสุขภาพ 550 บาท มีอายุคุ้มครอง 90 วัน หลังจากนั้นจะอยู่ในความดูแลของระบบประกันสังคม, (2) กลุ่มคนต่างด้าวทั่วไปที่เป็นแรงงานแต่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม เช่น รับจ้างทำงานภาคเกษตรกรรม ประมง ก่อสร้าง หรือผู้ติดตามในครอบครัว ในอัตราคนละ 2,800 บาท ประกอบด้วยค่าตรวจสุขภาพ 600 บาท และค่าประกันสุขภาพ 2,200 บาท มีอายุคุ้มครอง 1 ปี (ซึ่งต่อมาภายหลังในปี 2557 คณะรักษาความสงบแห่งชาติ ได้ปรับค่าบัตรใหม่เป็น 2,100 บาท คิดเป็นค่าประกันสุขภาพ 1,600 บาท และ 500 บาท ค่าตรวจสุขภาพ) และ (3) กลุ่มเด็กอายุไม่เกิน 7 ปีบริบูรณ์ อัตราคนละ 365 บาท มีอายุคุ้มครอง 1 ปี นับจากวันที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพ โดยชดเชยสิทธิประโยชน์ครอบคลุมการบริการในทุกระดับ ทั้งบริการส่งเสริมป้องกัน การรักษา อุบัติเหตุฉุกเฉินและบริการรักษาโรคค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งผู้ป่วยต้องร่วมจ่าย ณ จัดบริการในอัตรา 30 บาท (โสภณ เมฆธน, 2556) อย่างไรก็ตามประเทศไทยยังเกิดปัญหาเรื่องการประกันสุขภาพค่อนข้างมาก เช่น ยังมีคนต่างด้าวจำนวนมากตกหล่นจากการประกันสุขภาพ (ASTV Manager Online, 2013) ดังนั้นการนำนโยบายเรื่องการประกันสุขภาพคนต่างด้าวไปสู่การปฏิบัติให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดนั้น ควรมีการศึกษาเพิ่มเติม และถอดบทเรียนจากการ

จัดการระบบประกันสุขภาพในประเทศอื่น ๆ ด้วย อันเป็นวัตถุประสงค์หลักของการทบทวนวรรณกรรมในที่นี้ ซึ่งในการศึกษานี้จำกัดเฉพาะบางประเทศในสหภาพยุโรปเนื่องจากเป็นกลุ่มประเทศที่มีข้อมูลระบบการจัดการประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวมาอย่างยาวนานและค่อนข้างครบถ้วน ด้วยมุ่งหมายว่าข้อค้นพบที่ได้จากการประกันสุขภาพในต่างประเทศจะนำมาปรับใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อไปในบริบทของประเทศไทยต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมแบบเจาะจง ซึ่งในที่นี้อาศัยฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญ ได้แก่ MEDLINE และ ScienceDirect รวมถึงเอกสารที่พิมพ์เผยแพร่ในวงจำกัดหรือ grey literature เช่น รายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) รายงานขององค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน (International Organization for Migration : IOM) รายงานของคณะกรรมการยุโรป (European Commission : EC) โดยมุ่งเน้นในเรื่องการจัดการระบบสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าว (migrant-sensitive health systems) (Bilger & Hollomey, 2011; Cuadra, 2010a, 2010b, 2010c; Gray & van Ginneken, 2012; United Nations Secretary General, 2006)

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้กำหนดขอบเขตการศึกษาเฉพาะ “คนต่างด้าวนอกระบบทะเบียน (undocumented migrants)” ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแรงงานต่างด้าวไร้ฝีมือที่ไม่อยู่ในสถานประกอบการ (informal sector) โดยให้ความสนใจไปที่คนต่างด้าวที่เคลื่อนย้ายข้ามประเทศมากกว่าการเคลื่อนย้ายภายในประเทศ

สอดคล้องกับคำนิยามของ IOM (2004) ที่กำหนดคำจำกัดความของ undocumented migrants ว่าหมายถึง “คนที่เข้าเมืองผิดกฎหมายหรือเข้าเมืองถูกกฎหมายแต่ยังอาศัยอยู่ในประเทศปลายทางแม้ระยะเวลาที่ได้รับอนุญาตให้เข้าเมืองหรืออยู่อาศัยสิ้นสุดลงแล้ว หรือคนที่ไม่มีความถูกต้องตามกฎหมายในประเทศที่อยู่หรือประเทศต้นทาง รวมถึงคนเข้าเมืองที่ฝ่าฝืนกฎเกณฑ์การเข้าเมืองและคนที่ไม่ได้รับอนุญาตให้อาศัยอยู่ในประเทศนั้น ๆ” (Someone who, owing to illegal entry or the expiry of his or her visa, lacks legal status in the transit or host country. The term applies to migrants who infringe a country’s admission rules and any other person not authorized to remain in the host country.) (International Organization for Migration, 2004)

ผลการศึกษา

ตามรายงานของกองทุน Commonwealth Fund (Gray & van Ginneken, 2012) ได้แบ่งขอบเขตการให้บริการสุขภาพสำหรับคนต่างด้าว นอกระบบทะเบียนของประเทศต่าง ๆ ในสหภาพยุโรป เป็นสามประเภท คือ (1) ให้บริการเฉพาะอุบัติเหตุฉุกเฉิน (2) ให้บริการครอบคลุมชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานด้านการบริการปฐมภูมิและสำหรับเฉพาะบางกลุ่มของ undocumented migrants และ (3) ครอบคลุมบริการสุขภาพเกือบทั้งหมด ดังตารางที่ 1 ต่อไปนี้

ตารางที่ 1 ขอบเขตการให้บริการสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวนอกระบบทะเบียนของประเทศในกลุ่มสหภาพยุโรป

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

แหล่งข้อมูล : Gray & van Ginneken (2012).

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

กลุ่มประเทศที่จัดการระบบประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวครอบคลุม บริการสุขภาพเกือบทั้งหมด

เนเธอร์แลนด์ (Cuadra, 2010b; Gray & van Ginneken, 2012) ระบบประกันสุขภาพของเนเธอร์แลนด์มีการปฏิรูปครั้งใหญ่ในปี 2549 ซึ่งมีลักษณะเป็นระบบประกันสุขภาพแบบผสม โดยผู้ประกันตนที่มีสัญชาติเนเธอร์แลนด์ รวมถึงบุคคลที่ไม่มีสัญชาติเนเธอร์แลนด์แต่มีรายได้เพียงพอในระดับที่ต้องเสียภาษีเงินได้ หรือมีบัตรอนุญาตการอยู่อาศัย (residence-permit) ต้องทำประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชนซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับของรัฐ คนต่างด้าวนอกระบบทะเบียนมีสิทธิเข้ารับบริการสุขภาพในสถานบริการของรัฐแต่จะต้องจ่ายค่าบริการ ณ จุดบริการ หากไม่สามารถจ่ายค่าบริการได้ รัฐจะสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้ร้อยละ 80 โดยสถานพยาบาลจะต้องทำเรื่องเบิกค่าใช้จ่ายไปที่รัฐ (เว้นแต่เรื่องการคลอดบุตรและการฝากครรภ์ที่เบิกจ่ายได้ทั้งหมด) บริการที่จะสามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้นั้น ต้องอยู่ในกลุ่มการบริการการแพทย์ที่จำเป็นที่เรียกว่า ‘medically necessary care’ ซึ่งเป็นบริการพื้นฐาน (แม้ในที่สุดก็เป็นดุลพินิจของแพทย์ที่จะตัดสินใจว่าบริการใดจัดเป็น medically necessary care) ในด้านขอบเขตของชุดสิทธิประโยชน์สามารถแบ่งได้เป็นสองอย่าง คือ (1) directly accessible care ซึ่งหมายถึง บริการที่ผู้ป่วยสามารถไปใช้บริการที่ใดก็ได้ ผู้ให้บริการคือ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาล ผดุงครรภ์ ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด และบริการอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาล และ (2) planable care เป็นบริการที่ต้องใช้แพทย์เฉพาะทาง การบริการที่แผนกอื่น ๆ ของโรงพยาบาลนอกจากอุบัติเหตุฉุกเฉิน หรือที่ nursing home จะใช้บริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเฉพาะเมื่อผู้ให้บริการนั้น ๆ ทำสัญญากับรัฐ เท่านั้น มิฉะนั้นผู้รับบริการต้องเสียค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด อย่างไรก็ตาม พบว่านโยบายนี้ยังมีปัญหาในทางปฏิบัติ ผู้ให้บริการบางรายปฏิเสธการให้บริการแก่แรงงานกลุ่มดังกล่าว รวมถึงผู้ให้บริการบางรายเรียกเก็บค่าใช้จ่ายส่วนต่าง

ร้อยละ 20 จากผู้รับบริการ และมี 4 ใน 26 เขตสุขภาพ ที่ไม่มีสถานพยาบาล
ที่เข้าร่วมโครงการกับภาครัฐสำหรับ planable care

ฝรั่งเศส (Gray & van Ginneken, 2012; United Nations Secretary General, 2006) ประเทศฝรั่งเศสคาดประมาณว่ามีจำนวนคนต่างด้าวนอกระบบทะเบียนกว่า 400,000 คน องค์การสาธารณสุขของรัฐที่เรียกว่า ‘State Medical Assistance’ เป็นหน่วยงานหลักในการจัดการระบบประกันสุขภาพสำหรับคนข้ามต่างด้าวดังกล่าว โดยรัฐจัดสรรการบริการให้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ผู้ประกันตนต้องมีเอกสารในการสมัครเพื่อขอรับบริการดังกล่าว เช่น หนังสือเดินทาง หลักฐานวิชาที่หมดอายุ ต้องมีเอกสารแสดงว่าอยู่อาศัยในประเทศมาแล้วไม่ต่ำกว่า 3 เดือน และหลักฐานแสดงรายได้ว่ามีน้อยกว่า 631 ยูโร โดยจะได้สิทธิประโยชน์คุ้มครอง 1 ปี ซึ่งค่อนข้างครอบคลุมบริการสุขภาพเกือบทั้งหมด แต่มียกเว้นบริการบางรายการ เช่น ฟันเทียม (dental prosthesis) คนต่างด้าวที่วิชาและใบอนุญาตทำงานหมดอายุสามารถสมัครเป็นผู้ประกันตนในระบบดังกล่าวได้มากที่สุด 4 ปี อย่างไรก็ตามมีรายงานว่า ในทางปฏิบัติยังพบปัญหาที่สำคัญบางประการ เช่น (1) การตีความกฎหมายและบังคับใช้ไม่เหมือนกันในแต่ละแคว้นซึ่งมีขอบเขตการปกครองส่วนท้องถิ่นของตนทั้งด้านการคลังและงบประมาณของตนเอง (2) คาดว่ามีคนต่างด้าวนอกระบบทะเบียนเพียง 180,000 คนที่เข้าถึงระบบประกันสุขภาพ และ (3) มีคนต่างด้าวจำนวนหนึ่งขาดเอกสารแสดงสถานะในการสมัครเป็นผู้ประกันตน

สวีตเซอร์แลนด์ (Bilger & Hollomey, 2011; Gray & van Ginneken, 2012) ประเทศสวีตเซอร์แลนด์ได้กำหนดในรัฐธรรมนูญมาตรา 12 ว่า บุคคลทุกคนในประเทศสวีตเซอร์แลนด์ ไม่ว่าสัญชาติใด ย่อมมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือรวมถึงบริการด้านสุขภาพเมื่อมีความจำเป็น (‘right to assistance when in need’) อย่างไรก็ตาม การตีความมาตรา 12 นี้ ขึ้นกับ

กฎหมายในระดับเขตการปกครองระดับ canton (เทียบเคียงได้กับจังหวัด) ทำให้ชุดสิทธิประโยชน์มีความหลากหลาย แต่โดยทั่วไปค่อนข้างครอบคลุม บริการพื้นฐานและบริการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้ให้บริการที่ปฏิเสธการให้บริการ สุขภาพย่อมมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา ผู้ประกันตนที่เป็นแรงงานต่างด้าวจึงมีสิทธิคล้ายกับพลเมืองสวิตเซอร์แลนด์ตามปกติที่จะต้องซื้อประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นบริษัทเอกชนภายใต้กำกับของรัฐ โดยตามกฎหมายบริษัทประกันไม่สามารถปฏิเสธผู้ประกันตนได้ ไม่ว่าผู้ประกันตนจะมีสถานะสุขภาพอย่างไร เบี้ยประกันที่ต้องจ่ายรายเดือนขึ้นอยู่กับแต่ละ canton (ประมาณ 230-420 CHF สำหรับผู้ใหญ่ และ 56-101 CHF สำหรับเด็กอายุไม่เกิน 18 ปี) ผู้ที่มีรายได้น้อยสามารถยื่นเรื่องขอลดเบี้ยประกันได้ แต่ขึ้นกับการตัดสินใจและข้อกำหนดของแต่ละ canton เช่น ในบางแห่งไม่สามารถได้สิทธิขอลดเบี้ยประกันได้ หากผู้ประกันตนไม่เสียภาษี

สเปน (Gray & van Ginneken, 2012) สเปนมีคนต่างด้าวในระบบทะเบียนประมาณ 354,000 คน คนต่างด้าวเหล่านี้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพของภาครัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายได้หากว่าไปติดต่อกับเทศบาลเพื่อรายงานตัวเป็นพลเมืองของเทศบาลนั้น ๆ โดยต้องมีเอกสารประกอบ เช่น หนังสือเดินทาง หลักฐานการพำนักอาศัย หากไม่ได้ไปรายงานตัวกับเทศบาล จะได้รับสิทธิเพียงการเจ็บป่วยฉุกเฉินเท่านั้น ซึ่งเป็นกลไกการเปลี่ยนสถานะจาก undocumented migrant เป็น documented migrant อย่างไรก็ตาม พบว่ายังมีปัญหาในทางปฏิบัติ เช่น ความยุ่งยากในการเตรียมเอกสาร หรือการที่ตำรวจสามารถเข้าถึงการรายงานตัวของคนต่างด้าวกลุ่มนี้ที่เทศบาลได้ ทำให้คนต่างด้าวบางส่วนไม่กล้ามาลงทะเบียน สถานการณ์ยิ่งเปลี่ยนไปในทางที่จำกัดสิทธิของคนต่างด้าวมากขึ้น เมื่อเดือนกันยายน 2555 รัฐบาลพรรคอนุรักษ์นิยมได้จำกัดสิทธิของคนต่างด้าวลงเหลือเพียงการบริการเจ็บป่วยฉุกเฉิน สูติกรรม และกุมารเวชกรรม

กลุ่มประเทศที่จัดการระบบประกันสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าวที่ ครอบคลุมบริการบางส่วนหรือสำหรับเฉพาะบางกลุ่มของแรงงาน ต่างด้าวนอกระบบทะเบียน

อิตาลี (Gray & van Ginneken, 2012; Karl-Trummer, Metzler, & Novak-Zezula, 2009) ประเทศอิตาลีมีจำนวนคนต่างด้าวนอกระบบทะเบียนประมาณ 200,000-1,000,000 คน ระบบประกันสุขภาพทั่วไปของประเทศอิตาลีได้รับการสนับสนุนทางการเงินการคลังโดยระบบภาษี (tax-funded) โดยมีการร่วมจ่าย ณ จุดบริการ เว้นแต่เป็นผู้สูงอายุ ผู้มีรายได้น้อย สตรีตั้งครรภ์และนักโทษ ครอบคลุมบริการพื้นฐาน บริการเจ็บป่วยฉุกเฉิน บริการผู้ป่วยใน เป็นต้น คนต่างด้าวนอกระบบทะเบียนสามารถสมัครขอใช้บริการที่หน่วยบริการสุขภาพของท้องถิ่น โดยจะได้รับบัตรประกันสุขภาพชั่วคราวครอบคลุมเป็นเวลา 6 เดือน ครอบคลุมบริการเจ็บป่วยฉุกเฉิน บริการส่งเสริมป้องกัน บริการแม่และเด็ก การวินิจฉัยและรักษาโรคติดเชื้อ แต่ยังคงต้องร่วมจ่าย ณ จุดบริการ ทั้งนี้พบว่าการร่วมจ่ายและการตีความขอบเขตของการรักษาพยาบาลของผู้ให้บริการล้วนเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการของคนต่างด้าวนอกระบบทะเบียนเหล่านี้

อังกฤษ (Cuadra, 2010c; Gray & van Ginneken, 2012) หน่วยงานกลางที่รับผิดชอบระบบประกันสุขภาพของอังกฤษ คือ National Health Service (NHS) ซึ่งให้บริการแก่พลเมืองทั่วไป (ordinary residence) ทั้งหมดในประเทศอังกฤษ โดย NHS ได้รับเงินสนับสนุนจากระบบภาษีโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ณ จุดบริการ คนต่างด้าวนอกระบบทะเบียนสามารถเข้ารับบริการเฉพาะการเจ็บป่วยฉุกเฉินและโรคติดเชื้อบางโรคที่คาดว่าจะมีความเสี่ยงทางสาธารณสุขในวงกว้าง คนต่างด้าวนอกระบบทะเบียนที่ต้องการเข้ารับบริการอื่น ๆ จึงต้องเสียค่าใช้จ่ายเองหรือเว้นแต่สถานพยาบาลจะยินยอมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายให้ เช่น การป่วยด้วย HIV/AIDS ที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงแพทย์

สามารถรับพิจารณารักษาเป็นผู้ป่วยใน โดยสถานพยาบาลเบิกค่าใช้จ่ายจาก NHS ได้ แต่เมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล การรับการรักษา HIV/AIDS สถานพยาบาลเบิกจาก NHS ไม่ได้ เพราะ HIV/AIDS ไม่อยู่ในกลุ่มโรคติดต่อที่น่าจะมีภัยคุกคามทางสาธารณสุขในวงกว้าง

เยอรมนี (Cuadra, 2010a; Gray & van Ginneken, 2012) สถานพยาบาลและแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปสามารถให้บริการสุขภาพแก่คนต่างด้าวนอกระบบทะเบียนได้ โดยไม่มีความจำเป็นต้องรายงานต่อหน่วยงานตรวจคนเข้าเมืองหรือตำรวจ โดยสามารถเบิกค่าใช้จ่ายจากสำนักงานสวัสดิการสังคมได้ตามปกติสำหรับบริการเจ็บป่วยฉุกเฉิน บริการอื่น ๆ เช่น บริการส่งเสริมป้องกัน บริการรักษาโรคติดเชื้อ บริการแม่และเด็ก และการเจ็บป่วยรุนแรงอื่น ๆ ย่อมมีสิทธิเข้ารับการรักษาพยาบาลของภาครัฐได้ในระดับเดียวกับผู้ลี้ภัย (asylum seekers) แต่ต้องมีบัตรสุขภาพ (health card) ในการสมัครบัตรสุขภาพนั้นต้องไปสมัครกับสำนักงานสวัสดิการสังคมด้วยตนเอง และสำนักงานสวัสดิการสังคมมีหน้าที่ต้องรายงานให้สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง ซึ่งประเด็นนี้ทำให้คนต่างด้าวนอกระบบทะเบียนส่วนหนึ่งหลีกเลี่ยงการสมัครบัตรสุขภาพ เพราะเสี่ยงต่อการถูกส่งกลับประเทศเว้นเสียแต่จะไปสมัครเป็นใบอนุญาตพำนักอาศัยชั่วคราว (ในภาษาเยอรมัน เรียก Duldung) ทำให้ในทางปฏิบัติคนต่างด้าวนอกระบบทะเบียนมักเข้าถึงบริการเมื่อสามารถจ่ายค่าบริการได้เท่านั้น และยังคงจำกัดเฉพาะในบริการบางประเภท เช่น การปรึกษาและตรวจคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ผู้รับการตรวจไม่ต้องประสงค์ออกนามหรือแสดงสถานะของตน เนื่องจากมีกฎหมายควบคุมโรคติดต่อครอบคลุมอยู่ (Law of Infectious Disease) อย่างไรก็ตามกรุงเบอร์ลินมีความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนกฎหมายในการให้บริการคนต่างด้าวนอกระบบทะเบียนมากขึ้น โดยเสนอให้มีบัตรสุขภาพที่ไม่ต้องระบุนาม (anonymous health insurance cards) และให้การอุดหนุนค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับสถานพยาบาล

วิจารณ์รูปแบบการบริการ ปัญหา และอุปสรรคของระบบประกันสุขภาพของประเทศในสหภาพยุโรป

จากการทบทวนวรรณกรรมได้พบข้อสังเกตที่น่าสนใจบางประการ ได้แก่ ประการแรก รูปแบบการให้บริการประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวนอกระบบทะเบียนในสหภาพยุโรปมีความหลากหลาย แม้มีกฎหมายรองรับสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพก็ยังคงพบความแตกต่างกัน มีการตีความทางกฎหมายที่หลากหลายทั้งระหว่างประเทศและในประเทศเดียวกัน เหตุปัจจัยของความหลากหลายนี้ล้วนขึ้นกับบริบททางการเมืองในประเทศนั้น ๆ รวมถึงโครงสร้างระบบสาธารณสุขของแต่ละประเทศ บางประเทศใช้วิธีการขยายความครอบคลุมจำนวนผู้ประกันตน บางประเทศขยายชุดสิทธิประโยชน์ บางประเทศสนับสนุนการอุดหนุนทางการเงินกับสถานพยาบาล

แม้ประเทศที่ค่อนข้างเปิดกว้างเรื่องการประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวนอกระบบทะเบียนก็ยังพบปัญหาในการตีความทางกฎหมายในเรื่องขอบเขตในการให้บริการ และคนต่างด้าวนอกระบบทะเบียนบางส่วนก็ปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการประกันสุขภาพ เนื่องจากกลัวว่าหากเปิดเผยตนเองอาจเสี่ยงที่จะโดนทางการจับตัวส่งกลับประเทศต้นทาง ดังนั้น การประชาสัมพันธ์ทำความเข้าใจในเรื่องการประกันสุขภาพให้กับคนต่างด้าวเกิดความมั่นใจจึงมีความสำคัญยิ่ง มีรายงานและการศึกษาค่อนข้างมากที่บ่งชี้ว่าบุคลากรสุขภาพที่เชื่อมโยงกับผู้รับบริการต่างด้าว (ซึ่งในที่นี้ตรงกับหมายของคำว่า migrant-sensitive health workers ในภาษาอังกฤษ) มีความจำเป็นและเป็นกลไกสำคัญในการช่วยทำให้คนต่างด้าวเข้าถึงบริการมากขึ้น ลดกำแพงทางภาษาและวัฒนธรรม เป็นสื่อกลางระหว่างผู้ให้บริการกับคนต่างด้าวที่มารับบริการ (Gray & van Ginneken, 2012)

ประการที่สอง การจัดกลุ่มประเทศข้างต้น ไม่ใช่การจัดกลุ่มที่ตายตัว หากแต่มีพลวัตสูงและขึ้นกับทิศทางของนโยบายในแต่ละช่วงเวลา เช่น ประเทศ

สเปนหลังการเข้ามามีอำนาจของพรรคอนุรักษนิยมในปี 2555 อาจจัดเป็นประเทศที่จำกัดสิทธิประโยชน์ของคนต่างด้าว เช่นเดียวกับสหราชอาณาจักรหรืออิตาลี หรือในกรณีของประเทศเยอรมนีซึ่งพยายามปรับนโยบายประกันสุขภาพให้เปิดกว้างขึ้น หากนโยบายได้ผลจริงในทางปฏิบัติอาจจัดเป็นประเทศที่มีความเปิดกว้างในเรื่องการประกันสุขภาพ เช่นเดียวกับสวีตเซอร์แลนด์ หรือฝรั่งเศส ก็ได้

ประเทศไทยได้เรียนรู้อะไร

สำหรับประเทศไทยหากจัดกลุ่มแบบเดียวกับกลุ่มประเทศยุโรป ก็อาจนับได้ว่าเป็นประเทศที่ให้สิทธิขอบเขตการให้บริการค่อนข้างกว้าง (อย่างน้อยในทางทฤษฎี) ครอบคลุมการบริการในทุกระดับ ทั้งบริการส่งเสริมป้องกัน การรักษาอุบัติเหตุฉุกเฉินและบริการรักษาโรคค่าใช้จ่ายสูง เช่น HIV/AIDS หรือ วัณโรค (โสภณ เมฆธน, 2556) อย่างไรก็ตามหากมุ่งหวังให้เกิดผลในทางปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพจริง พึงถอดบทเรียนจากประเทศในสหภาพยุโรป ดังนี้

(1) การมีบุคลากรเชื่อมประสานระหว่างบุคลากรของรัฐในระบอบสุขภาพกับคนต่างด้าวในสหภาพยุโรป มีตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมของหลายประเทศในการฝึกฝนและอบรมบุคลากรสุขภาพสำหรับคนต่างด้าว เพื่อเป็นตัวเชื่อมประสาน ความรู้ความเข้าใจในระบบสุขภาพ และโน้มน้าวให้คนต่างด้าวมาซื้อบัตรประกันสุขภาพ เช่น ประเทศสเปนได้ประกาศเรื่องการอบรมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สัมพันธ์กับความหลากหลายทางสังคมและวัฒนธรรมให้เป็นยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข, NHS ของอังกฤษได้ริเริ่มโครงการ ‘Liaison Workers’ ซึ่งทำหน้าที่ล่าม และเป็นสื่อกลางทางวัฒนธรรมระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ และ ‘Partners for Health Project’ ใน อังกฤษ เนเธอร์แลนด์ และสเปน เป็นต้น ได้สนับสนุนให้มีการเพิ่มหลักสูตรพหุวัฒนธรรมในหลักสูตรแพทยศาสตร์ศึกษาและการศึกษาใน

มหาวิทยาลัยของบุคลากรสนับสนุนบริการหรือ administrative staff (Busza & Baker, 2004; Caroppo et al., 2009; Gijón-Sánchez et al., 2010; International Organization for Migration, 2009; Munyewende, Rispel, Harris, & Chersich, 2011; Smart, 2004; Tanaka, Kunii, Hatano, & Wakai, 2008; World Bank, 2010; World Health Organization Regional Office for Europe, 2010)

ประเทศไทยเองก็ได้ริเริ่มการจ้างบุคลากรต่างด้าวให้ทำงานสนับสนุนการบริการสุขภาพร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขของภาครัฐ ดังที่เรียกว่าพนักงานสาธารณสุขต่างด้าว (พสต.) ช่วยในการเป็นล่าม และให้ความรู้ด้านสุขภาพเบื้องต้นแก่คนต่างด้าว แต่ยังไม่มีการศึกษาชัดเจนถึงความยั่งยืนในการจ้าง พสต. เหล่านี้ ในปัจจุบันยังพบข้อจำกัดในการจ้าง พสต. เป็นลูกจ้างถาวรในหน่วยงานของรัฐเนื่องจากไม่มีระเบียบราชการรองรับ ในขณะที่สถานพยาบาลหลายแห่งจึงจ้าง พสต. โดยอาศัยงบประมาณจากองค์กรพัฒนาเอกชน และเป็นการจ้างในลักษณะโครงการเฉพาะ (Suphanchaimat, Seneerattanaprayul, Wisaijohn, & putthasri, 2013)

(2) ทิศทางของนโยบายที่ชัดเจนจากภาครัฐ และการลดเงื่อนไขในการประกันสุขภาพ

ประเด็นท้าทายอีกประการหนึ่ง คือสภาพการบังคับใช้นโยบายดังปรากฏในตัวอย่างของประเทศฝรั่งเศสและสเปน ซึ่งแม้มีนโยบายที่เปิดกว้างแต่มีคนต่างด้าวจำนวนหนึ่งที่ยังไม่อยู่ในระบบประกัน ในประเด็นเรื่องการบังคับใช้นโยบายจึงนับว่าเป็นบทเรียนที่สำคัญสำหรับประเทศไทย นโยบายการประกันสุขภาพของไทยหลังการเข้ามาของคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) ทางภาครัฐมีประกาศนโยบายที่ชัดเจนในการจะประกันสุขภาพคนต่างด้าว และกำหนดชัดเจนให้สถานพยาบาลต้องมีหน้าที่ในการประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวทุกคน ทำให้เกิดผลดีในการทำให้คนต่างด้าวที่หลบหนีอยู่ปรากฏตัว

ออกมา นำไปสู่การขึ้นทะเบียน และจัดทำประวัติ มีการจัดตั้งศูนย์ลงทะเบียน
แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามแบบเบ็ดเสร็จหรือศูนย์ One Stop Service
เปรียบเทียบกับก่อนการเข้ามาของ คสช. การประกันสุขภาพเป็นไปในลักษณะ
สมัครใจ ทำให้มีคนต่างด้าวที่ไม่ได้เข้าสู่ระบบประกันจำนวนมาก ใน
เดือนธันวาคม 2556 มีผู้ซื้อประกันน้อยกว่าหนึ่งแสนคน จากเป้าที่ตั้งไว้กว่า
หนึ่งล้านคน (ASTV Manager Online, 2013) ต่างจากการดำเนินงานของศูนย์
One Stop Service ซึ่งเป็นไปในลักษณะบังคับ กำหนดให้นายจ้างพาแรงงาน
ที่ผิดกฎหมายมาขึ้นทะเบียนขอใบอนุญาตทำงานและซื้อบัตรประกันสุขภาพ
จึงมีแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมายและผู้ติดตามมาลงทะเบียนที่ One Stop
Service จำนวนมากขึ้นเกินเท่าตัว (ข้อมูล ณ วันที่ 27 ตุลาคม 2557 มีจำนวน
แรงงานต่างด้าวที่มาขึ้นทะเบียนกับศูนย์ One Stop Service จำนวนเกือบ
1.4 ล้านคน) (คณะทำงานแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศในแรงงานต่างด้าวและ
พัฒนางานสาธารณสุขชายแดน, 2557) อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสังเกตว่า นโยบาย
ศูนย์ One Stop Service เป็นนโยบายเร่งด่วนเพื่อแก้ไขคนต่างด้าวผิดกฎหมาย
ซึ่งได้ยุติการดำเนินการไปแล้วเมื่อ 31 ตุลาคม 2557 ซึ่งหลังจาก 31 ตุลาคม
2557 เป็นต้นมา (ณ เวลาที่เขียนบทความ 31 มกราคม 2558) ยังไม่เป็นที่
ชัดเจนในเรื่องการประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวว่าจะคงมาตรการบังคับทำ
ประกันสุขภาพต่อไปหรือไม่ หรือหากมีคนต่างด้าวที่ตกลงจากการประกัน
สุขภาพ สถานพยาบาลมีอำนาจขายบัตรประกันสุขภาพได้อีกหรือไม่

นอกจากนั้น ในเรื่องเงื่อนไขการประกันสุขภาพก็เป็นปัญหาสำคัญ
เช่นกัน หลายประเทศในสหภาพยุโรปมีการกำหนดเงื่อนไขการประกันสุขภาพ
ค่อนข้างมาก เช่น ต้องการเอกสารหลายประเภท ต้องมีเงื่อนไขการทำงาน ทั้งนี้
หากประเทศไทยต้องการให้คนต่างด้าวมาแสดงตัวเพื่อประกันสุขภาพมากขึ้น
ก็ควรลดเงื่อนไขเรื่องเอกสารให้เหลือน้อยที่สุด หรือการแสดงจุดยืนของ
นโยบายว่า การที่คนต่างด้าวมาแสดงตนเพื่อประกันสุขภาพจะไม่ผูกติดกับ

เงื่อนไขการที่เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองเข้ามาจับกุม

(3) การร่วมมือของภาคเอกชนในการประกันสุขภาพ

ในประเทศไทยบทบาทเรื่องการดูแลคนต่างด้าวนอกระบบทะเบียนยังดำเนินการโดยภาครัฐเกือบทั้งหมด ต่างจากเนเธอร์แลนด์หรือสวิตเซอร์แลนด์ที่อาศัยระบบประกันสุขภาพของเอกชนโดยกำกับของรัฐ ทั้งนี้ยังไม่มีข้อสรุปว่าการประกันสุขภาพโดยภาครัฐหรือเอกชนมีประสิทธิภาพพอกัน เพราะย่อมขึ้นกับความแตกต่างของบริษัทแต่ละพื้นที่ อย่างไรก็ตามในอนาคตหากคนต่างด้าวที่ผิดกฎหมายมาลงทะเบียนและเข้าสู่การพิสูจน์สัญชาติมากขึ้น และนโยบายของประเทศไทยมีความชัดเจนในการต้องการแรงงานจากต่างประเทศจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ ศักยภาพในการดำเนินการของภาครัฐอย่างเดียวย่อมไม่เพียงพอในการที่จะประกันสุขภาพคนต่างด้าวทั้งหมด สถานการณ์ดังกล่าวอาจเป็นโอกาสที่ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนเสริมภาครัฐในการประกันสุขภาพคนต่างด้าวมากก็เป็นได้ จึงเป็นประเด็นที่พึงศึกษาต่อไป (Health Insurance Group, 2013)

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่สำคัญ ได้แก่ ประการแรกการทบทวนวรรณกรรมในที่นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงรูปแบบการจัดการบริการสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวนอกระบบทะเบียนในภาพรวม มิได้มุ่งหมายที่จะวิเคราะห์ว่าระบบประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวนอกระบบทะเบียนของประเทศใดดีกว่ากัน หรือรูปแบบใดควรจะเป็นต้นแบบดำเนินการของประเทศไทย ซึ่งประเด็นคำถามวิจัยเช่นนี้ต้องใช้ระเบียบวิธีวิจัยรูปแบบอื่น เช่น การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ หรือการทำ meta-analysis รวมถึงการเก็บข้อมูลปฐมภูมิ

ประการที่สองคือ อคติที่เกิดจากภาษา (language bias) อันเนื่องจากข้อจำกัดด้านการแปลภาษาของคณะผู้ศึกษา ที่ได้คัดเลือกวรรณกรรมที่ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษเท่านั้น ทำให้ผลการศึกษาอาจขาดข้อมูลจาก grey literature หรือ published report ของประเทศที่มีได้ใช้ภาษาอังกฤษเป็นหลัก

ประการที่สามคือ การอาศัยข้อมูลจากการสืบค้นแบบเจาะจงมากกว่าการสืบค้นอย่างเป็นระบบ (systematic search) เนื่องด้วยในการสืบค้นอย่างเป็นระบบของวรรณกรรมในฐานข้อมูล MEDLINE และ ScienceDirect มักต้องอาศัยการกำหนดคำศัพท์สืบค้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคำศัพท์ในเชิงระบาดวิทยาหรือการวิจัยทางคลินิก แม้จะมีคำศัพท์สืบค้นทางสาธารณสุขบ้าง แต่ก็ยากที่จะพบวรรณกรรมที่ให้ข้อมูลในเรื่องการประกันสุขภาพครบถ้วน จึงต้องอาศัย grey literature ประกอบจำนวนมาก

ประการที่สี่ในประเทศไทยมีความหลากหลายทางชาติพันธุ์มาก คนต่างด้าวนอกระบบทะเบียน ในทางปฏิบัติอาจทับซ้อนกับคนกลุ่มอื่น ๆ ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ (ชาวเขา คนไทยพลัดถิ่น คนไร้รากเหง้า เป็นต้น) การนำผลการศึกษาไปเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย ฟังคำนึงถึงความซับซ้อนทางบริบทสังคมของประเทศไทยด้วย การศึกษาเพิ่มเติมเชิงลึกซึ่งเป็นการศึกษาปฐมภูมิ เพื่อให้รับทราบถึงปัญหาและอุปสรรค ข้อดีและข้อเสียของระบบประกันสุขภาพคนต่างด้าวในประเทศไทย ทั้งในมุมมองของผู้ให้และผู้รับบริการ น่าจะเกิดประโยชน์ในการพัฒนานโยบายประกันสุขภาพคนต่างด้าวในประเทศไทยให้เหมาะสมต่อไป

unสรุป

การให้บริการประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวนอกระบบทะเบียนในสหภาพยุโรปมีความหลากหลาย ทั้งในการตีความทางกฎหมาย การร่วมจ่าย และลักษณะของผู้มีสิทธิประกันตนเอง บางประเทศพยายามขยายความ

ครอบคลุมจำนวนผู้ประกันตน บางประเทศขยายชุดสิทธิประโยชน์ บางประเทศ สนับสนุนการอุดหนุนทางการเงินกับสถานพยาบาลเพื่อให้บริการแรงงาน ต่างด้านนอกระบบทะเบียนซึ่งเหตุปัจจัยของความหลากหลายนี้ขึ้นกับ ประสบการณ์ดั้งเดิมในการจัดการประกันสุขภาพ และขึ้นกับทิศทางนโยบาย คนต่างด้าวในภาพรวมทั้งประเทศ เมื่อเทียบเคียงกับประเทศไทยพบว่า ประเทศไทยค่อนข้างเปิดกว้างในการประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวนอกระบบทะเบียน อย่างไรก็ตามมีประเด็นท้าทายที่พึงเรียนรู้จากประเทศยุโรป คือ แม้ประเทศที่มีนโยบายเปิดกว้างในเรื่องการประกันสุขภาพ คนต่างด้าวนอกระบบทะเบียนส่วนหนึ่งก็ยังไม่ได้รับการประกันสุขภาพ เนื่องจากความ หวาดกลัวที่จะเปิดเผยตัวตนต่อเจ้าหน้าที่รัฐ การส่งเสริมให้มีบุคลากรสุขภาพ ที่ทำหน้าที่เป็นตัวเชื่อมประสานระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐกับคน ต่างด้าว การมีทิศทางของนโยบายที่ชัดเจนจากภาครัฐในการให้การประกัน สุขภาพเป็นมาตรการบังคับ เพื่อลดการตีความของการดำเนินนโยบายในแต่ละ พื้นที่ การลดเงื่อนไขของการประกันสุขภาพ และการร่วมมือกับภาคเอกชน น่าจะเป็นมาตรการสำคัญในการทำให้การดำเนินการประกันสุขภาพสำหรับ คนต่างด้าวมียุทธภาพยิ่งขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

คณะทำงานแก้ไขปัญหางานสาธารณสุขในแรงงานต่างด้าวและพัฒนางาน สาธารณสุขชายแดน. (2557). รายงานการประชุมคณะทำงานแก้ไข ปัญหางานสาธารณสุขในแรงงานต่างด้าวและพัฒนางาน สาธารณสุขชายแดน ครั้งที่ 4/2557. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.

- โสภณ เมฆธน. (2556). **นโยบายและทิศทางการดำเนินการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ คนต่างด้าวทั่วไป และอนามัยแม่และเด็ก**. เอกสารประกอบการประชุมมาตรการและการดำเนินงานตรวจสุขภาพ และประกันสุขภาพคนต่างด้าวทั่วไป; 9-10 กรกฎาคม 2556 ณ โรงแรมเบส เวสเทิร์น พลัส แกรนด์ ฮาวเวิร์ด. กรุงเทพมหานคร
- ASTV Manager Online. (2013). **Ministry of Public Health fails to distribute health insurance card for migrants with 66 thousands distributed in 4 months**. Retrieved 21 June 2014, from <http://www.manager.co.th/qol/viewnews.aspx?NewsID=9560000156809>
- Bilger, V. & Hollomey, C. (2011). **Policies on Health Care for Undocumented Migrants in EU27, Country Report : Switzerland**. Berne : Federal Office of Public Health.
- Busza, J. & Baker, S. (2004). Protection and participation : an interactive programme introducing the female condom to migrant sex workers in Cambodia. *AIDS Care*, 16(4), 507-518. doi : 10.1080/09540120410001683457
- Caroppo, E., Muscelli, C., Brogna, P., Paci, M., Camerino, C. & Bria, P. (2009). Relating with migrants : ethnopsychiatry and psychotherapy. *Ann 1st Super Sanita*, 45(3), 331-340.
- Cuadra, C. B. (2010a). **Policies on Health Care for Undocumented Migrants in EU27, Country Report : Germany**. Malmö : Malmö Institute for Studies of Migration, Malmö University.

Cuadra, C. B. (2010b). **Policies on Health Care for Undocumented Migrants in EU27, Country Report : The Netherlands.** Malmö : Malmö Institute for Studies of Migration, Malmö University.

Cuadra, C. B. (2010c). **Policies on Health Care for Undocumented Migrants in EU27, Country Report : United Kingdom.** Malmö : Malmö Institute for Studies of Migration, Malmö University.

Gijón-Sánchez, M.-T., Pinzón-Pulido, S., Kolehmainen-Aitken, R.-L., Weekers, J., Acuña, D. L., Benedict, R. & Peiro, M.-J. (2010). Better health for all in Europe: Developing a migrant sensitive health workforce. **Eurohealth**, 16(1), 17-19.

Gray, B. H. & van Ginneken, E. (2012). Health care for undocumented migrants : **European approaches.** *Issue Brief (Common Fund)*, 33, 1-12.

Health Insurance Group. (2013). **Health Card for Uninsured Foreigners and Health Card for Mother and Child.** Paper presented at the Seminar on measures and protocols of medical examination, insuring migrants and protecting maternal and child health, Best Western Grand Howard Hotel, Bangkok.

International Organization for Migration. (2004). **International Migration Law, Glossary on Migration.** Geneva : IOM.

- International Organization for Migration. (2009). **Migration health : report of activities 2008-2009**. (pp. 68). Geneva : IOM.
- International Organization for Migration. (2010). **World migration report 2010. The future of migration: Building capacities for change**. Retrieved 14 March 2014, from http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR_2010_ENGLISH.pdf
- Karl-Trummer, U., Metzler, B. & Novak-Zezula, S. (2009). Health Care for Undocumented Migrants in the EU : Concepts and Cases. Brussel : IOM.
- Martin, P. (2007). The economic contribution of migrant workers to Thailand: Towards policy development : ILO.
- Munyewende, P., Rispel, L. C., Harris, B. & Chersich, M. (2011). Exploring perceptions of HIV risk and health service access among Zimbabwean migrant women in Johannesburg : a gap in health policy in South Africa? *J Public Health Policy*, 32 Suppl 1, S152-161.
- Smart, R. (2004). **HIV/AIDS guide for the mining sector (pp. 231)**. Washington DC: International Finance Corporation.
- Suphanchaimat, R., Seneerattanaprayul, P., Wisaijohn, T. & putthasri, W. (2013). The management of health insurance system for people with citizenship problems-a case study of Ranong province. *Health Systems Research Institute Journal*, 7(2), 207-222.

Tanaka, Y., Kunii, O., Hatano, T. & Wakai, S. (2008). Knowledge, attitude, and practice (KAP) of HIV prevention and HIV infection risks among Congolese refugees in Tanzania. *Health Place*, 14(3), 434-452. doi: 10.1016/j.healthplace.2007.07.005

United Nations Secretary General. (2006). **Globalization and interdependence: International migration and development (pp. 12)**. Geneva : United Nations.

World Bank. (2010). **Additional Financing for Total War against HIV and AIDS (TOWA) Project : indigenous peoples planning framework (pp. 8)** : Kenya.

World Health Organization Regional Office for Europe. (2010). **How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity (pp. 44)**. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe.

209