

# การใช้บริการสาธารณสุขของแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ : กรณีศึกษา จังหวัดเชียงใหม่และลำพูน

## Public Health Service Utilization Among Migrant Workers : A Case Study in Chiang Mai and Lamphun Province

ชาวพรรณณ จันทรประสิทธิ์, ธาณี แก้วธรรมมานุกูล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Chawapornpan Chanprasit, Thanee Kaewthummanukul

Faculty of Nursing, Chiang Mai University

### บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาค้างนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การใช้บริการสาธารณสุขของแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติในจังหวัดเชียงใหม่และลำพูน กลุ่มที่ศึกษา คือ แรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติทั้งที่ขึ้นและไม่ขึ้นทะเบียนที่ทำงานในเขตจังหวัดดังกล่าว จำนวน 72 ราย และทีมสุขภาพโรงพยาบาลชุมชนและจังหวัดจำนวน 11 ราย รวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เจาะลึก ผลการศึกษาพบว่า การใช้บริการสาธารณสุขของแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ ขึ้นกับสถานะของ การขึ้นทะเบียนและไม่ขึ้นทะเบียน กรณีเจ็บป่วยรุนแรง แรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติทั้งที่ขึ้นและไม่ขึ้นทะเบียนจะตัดสินใจเลือกใช้บริการสาธารณสุขจากภาครัฐและเอกชน การจัดบริการสาธารณสุขสำหรับแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ โรงพยาบาลดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้แรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติต้องจ่ายค่าประกันสุขภาพ 1,900 บาท โดยมีระยะเวลาคุ้มครอง 1 ปี ทั้งสามารถใช้บริการสาธารณสุขได้ทุกโรงพยาบาลในเครือข่ายของจังหวัดเดียวกัน ความพร้อมการจัดบริการสาธารณสุขจะเกี่ยวกับข้อจำกัดทรัพยากร ทั้งอัตรากำลังของบุคลากรและวัสดุอุปกรณ์ ส่วนปัญหาการใช้บริการสาธารณสุขของแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ จะเกี่ยวกับ “เวลา” “การสื่อสาร” และ “การเลือกปฏิบัติ” ของผู้ให้บริการ ข้อเสนอแนะจากการศึกษาที่สำคัญ คือ พัฒนากลไกเสริมแรงจูงใจการเข้าสู่ระบบการขึ้นทะเบียน พัฒนาระบบประกันสุขภาพของแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติเสมือนระบบประกันสังคม พัฒนาระบบอาสาสมัครแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ และเครือข่ายการดูแลสุขภาพแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติทั้งภาคประชาชนและภาครัฐ

**คำสำคัญ :** การใช้บริการสาธารณสุข การจัดบริการสาธารณสุข แรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ

### Abstract

The purposes of the study focused on the situation analysis of public health service utilization among migrant workers in Chiang Mai and Lamphun province. The study group included 72 of both registered and non-registered migrant workers in such province; and 11 health professional working at either community or provincial hospital. Data collection was undertaken through focus group discussions and in-depth interviews. The main results revealed that public health service utilization among migrant workers depended on the *status* of registration and non-registration.

In case of severely ill, both registered and non-registered migrant workers made decision to adopt both governmental and private health services. Concerning health service management for migrant workers, all study hospitals had organized health services basing on Public Health Ministry Policy. Meanwhile, migrant workers had to pay for health insurance fee in the amount of 1,900 baht for 1-year health insurance. Upon the registration, migrant workers could utilize public health service from all hospitals which in the same provincial network. The readiness of health service provision was related to resource limitation, either personnel or medical equipment, while the problem of health service utilization included '*time*', '*communication*' and '*service discrimination*' among health care providers. These findings suggest the development of motivational mechanism for registration among migrant workers; development of health insurance system for migrant workers as a social security system; development of migrant workers' volunteer and collaborative network in caring for migrant workers both popular and public sector.

**Keywords :** Public health service utilization, Public health service provision, Migrant workers

## บทนำ

กว่าสองทศวรรษที่ประเทศไทยต้องเผชิญกับปัญหาแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติจากประเทศเพื่อนบ้าน ด้วยปัจจัยที่สำคัญทั้งด้านประชากร การพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ร่วมกับความต้องการแรงงานของประเทศจากการขยายตัวทางเศรษฐกิจ<sup>1</sup> ก่อให้เกิดปัญหาแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติระหว่างประเทศ ซึ่งเป็นปรากฏการณ์การย้ายถิ่นเพื่อแสวงหางานทำทั่วทุกมุมโลก โดยทั่วไปแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ หมายถึง บุคคลที่ถูกกว่าจ้างให้ทำงาน กำลังถูกกว่าจ้าง หรือเคยถูกกว่าจ้างทำงาน โดยได้รับค่าตอบแทนในประเทศ (รัฐ) ที่ตนไม่ได้เป็นคนของประเทศ (รัฐ) นั้น<sup>2</sup> หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือแรงงานที่อพยพย้ายถิ่นมาทำงานในช่วงสั้น ๆ หรือตามฤดูกาล รวมทั้งแรงงานที่ย้ายถิ่นฐานมาเป็นการถาวร<sup>3</sup> ในปี พ.ศ. 2553 ประเทศไทยมีแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติประมาณ 1.3 ล้านคน<sup>4</sup> หรือประมาณร้อยละ 4 ของแรงงานทั้งหมด 38 ล้านคน<sup>5</sup> โดยเฉพาะแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติจากประเทศเพื่อนบ้าน เช่น พม่า ลาว และกัมพูชา ที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยทั้งที่ถูกและผิดกฎหมาย<sup>6</sup> หรือเป็นกลุ่มหลบหนีเข้าเมืองซึ่งเป็นกลุ่มที่รัฐบาลไทยเน้นการแก้ไข โดยอาศัยมติคณะรัฐมนตรีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 จนถึงปัจจุบันเพื่อจัดระบบงานและระบบการจดทะเบียนออกใบอนุญาตทำงาน<sup>7</sup>

จากสถิติแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติทั้งที่ขึ้นและไม่ได้ขึ้นทะเบียน จากการขอใบอนุญาตทำงานในประเทศไทย ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2545 - 2550 พบว่า ในปี พ.ศ. 2545 มีแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ จำนวน 968,249 คน เป็นแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติที่ขึ้นทะเบียนขอใบอนุญาตทำงาน จำนวน 409,339 คน (ร้อยละ 42.28) และไม่ได้ขึ้นทะเบียนขอใบอนุญาตทำงาน จำนวน 558,910 คน (ร้อยละ 57.72) ในปี พ.ศ. 2550 แรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติเพิ่มขึ้นเป็น 1,800,000 คน โดยเป็นแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติที่ขึ้นทะเบียนขอใบอนุญาต จำนวน 460,014 คน (ร้อยละ 25.56) และไม่ได้ขึ้นทะเบียนขอใบอนุญาต จำนวน 1,339,986 คน (ร้อยละ 74.44)<sup>8</sup> จะเห็นได้ว่าจำนวนของแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนมีแนวโน้มสูงกว่าแรงงานกลุ่มที่ขึ้นทะเบียนเกือบ 3 เท่า จากสถิติแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติเฉพาะที่ขึ้นทะเบียนขอใบอนุญาตทำงานในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2550-2552 จำแนกตามลักษณะการเข้าเมืองที่ถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย พบว่า ปี พ.ศ. 2550 มีแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติจากประเทศ พม่า ลาว และกัมพูชา ที่เข้าเมืองถูกกฎหมาย (กลุ่มที่รอพิสูจน์สัญชาติ) จำนวน 72,098 คน และเข้าเมืองผิดกฎหมาย จำนวน 546,272 คน ขณะที่

ปี พ.ศ. 2552 มีแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติดังกล่าวเข้าเมือง ถูกกฎหมาย (กลุ่มที่รอพิสูจน์สัญชาติ) จำนวน 77,914 คน และเข้าเมืองผิดกฎหมาย จำนวน 1,314,382 คน<sup>9,10</sup> เห็นได้ว่าจำนวนแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทั้งส่วนใหญ่เป็นแรงงานที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนเพื่อขอใบอนุญาตทำงานหรือเข้ามาทำงานในประเทศไทย ในลักษณะที่ผิดกฎหมายการเข้าเมือง

แนวโน้มของแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติที่เพิ่มขึ้น ในแต่ละปี สืบเนื่องจากแรงงานย้ายถิ่นประสบปัญหา จากสภาพเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองภายในประเทศ ของตน ประกอบกับปัจจัยเสริมต่อผู้ประกอบการและ นายจ้างในประเทศไทยในการว่าจ้างแรงงานย้ายถิ่น ข้ามชาติ เนื่องด้วยค่าจ้างแรงงานที่ถูกกว่าแรงงานไทย<sup>11</sup> รวมทั้งรัฐบาลมีนโยบายกระตุ้นเศรษฐกิจ มีการนำเข้า แรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านเพื่อทดแทนการขาดแคลน แรงงานในประเทศไทย โดยเฉพาะแรงงานไทยไม่นิยม ทำงานในบางประเภท เช่น งานก่อสร้าง เกษตรกรรม ประมง ปศุสัตว์ หรืองานรับใช้ในบ้าน<sup>9,12</sup> ทำให้เกิด ความต้องการแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ มีการอพยพ แรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านจำนวนมากในจังหวัด ที่เป็นเมืองธุรกิจหรืออุตสาหกรรมใหญ่ในเขต กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ สมุทรปราการ สมุทรสาคร หรือจังหวัดติดชายแดน เป็นต้น ในเขตภาคเหนือ ตอนบน จังหวัดที่มีแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติเข้ามา ทำงานมากที่สุด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ ตาก เชียงราย และลำพูน จากสถิติแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติที่ได้รับ อนุญาตทำงานในประเทศไทยใน 9 จังหวัดภาคเหนือ ตอนบน ในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2553 พบว่า ในจังหวัดเชียงใหม่ ตาก เชียงราย และลำพูน มีแรงงาน ข้ามชาติจำนวน 68,371 คน 43,091 คน 16,402 คน 6,430 คน ตามลำดับ เป็นแรงงานที่เข้าเมืองอย่าง ถูกกฎหมาย จำนวน 6,982 คน 797 คน 892 คน 773 คน และเข้าเมืองอย่างผิดกฎหมาย จำนวน 61,389 คน 42,294 คน 15,510 คน 5,657 คน ตามลำดับ<sup>4</sup> แต่สถิติข้างต้นเป็นเพียงข้อมูลเฉพาะแรงงานย้ายถิ่น ข้ามชาติที่ขึ้นทะเบียนขอใบอนุญาตทำงานเท่านั้น ไม่รวมถึงแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน ขอใบอนุญาตทำงาน หรือทำงานผิดกฎหมาย เนื่องจาก

ยังไม่มีการจัดทำสถิติรายงานอย่างเป็นระบบ ดังนั้น รายงานแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติในพื้นที่ดังกล่าวจึง ต่ำกว่าความเป็นจริง สถิติดังกล่าวชี้ให้เห็นความสำคัญ ที่รัฐจะต้องมีมาตรการการปกครองสร้างความมั่นคง และมาตรการสาธารณสุข เพื่อลดการแพร่กระจาย โรคติดต่อ ตลอดจนสร้างสิทธิสุขภาพสำหรับแรงงาน ย้ายถิ่นข้ามชาติ โดยคำนึงถึงการจัดการที่สมดุลสอดคล้อง ทั้งด้านสุขภาพ วัฒนธรรมและสังคม โดยเฉพาะการ พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขที่รองรับต่อความต้องการ ของแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ ตามหลักสิทธิมนุษยชน ขึ้นพื้นฐานในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ

แนวคิดในการจัดระบบบริการทางการแพทย์และ สาธารณสุขสำหรับแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ ประกอบด้วย แนวคิดหลักที่สำคัญและยังคงได้แก่ 2 ประการ คือ

1) แนวคิดด้านมนุษยนิยม นั่นคือ การเข้าใช้บริการ ดังกล่าวเป็นเสมือนการแย่งใช้บริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข ซึ่งรัฐบาลจัดไว้เฉพาะประชาชนชาวไทย และแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติไม่มีสิทธิเป็นสมาชิกกองทุน ประกันสังคม (ปกส.) และ

2) แนวคิดด้านสิทธิมนุษยชนที่ระบุว่า บุคคล ย่อมมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลด้านพื้นฐาน<sup>13</sup> ร่วมกับ แนวคิดส่วนหนึ่งที่ระบุว่า แรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติเป็นส่วนสำคัญต่อการขับเคลื่อนพัฒนาเศรษฐกิจไทย มีส่วน เสียภาษีให้แก่รัฐบาลไทยทั้งทางตรง (กรณีเป็นแรงงาน ถูกกฎหมาย) และทางอ้อม เช่น ภาษีมูลค่าเพิ่มจาก การซื้อสินค้าและบริการในประเทศไทย ภาษีเงินได้ นิติบุคคลในกรณีที่บริษัทนายจ้างทำธุรกิจได้กำไรโดย อาศัยแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ ประกอบกับแนวคิดที่ว่า การบริการทางแพทย์และสาธารณสุขทั้งการส่งเสริม สุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟู สภาพผู้ป่วย เป็นสินค้าสาธารณะ (public goods) การให้บริการเหล่านี้แก่แรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติถือเป็น บริการแก่ประชาชนชาวไทยด้วย ตัวอย่างเช่น การฉีด วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ คางทูม บาดทะยัก ให้แก่ บุตรหลานของแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติย่อมป้องกัน การระบาดของโรคเหล่านี้ต่อบุตรหลานของประชาชน ชาวไทย จึงลดความเสี่ยงของการแพร่กระจายโรคติดต่อ<sup>14</sup> ประการสำคัญการบริการสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน

ที่พึงได้รับทางสุขภาพของแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติและผู้ติดตามตามหลักสิทธิมนุษยชนของรัฐธรรมนูญราชอาณาจักรไทยที่ครอบคลุมบุคคลที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยทุกคน<sup>15</sup> แนวคิดชุดหลังเป็นแนวคิดของนักวิชาการ โดยเฉพาะนักวิชาการเศรษฐศาสตร์และสาธารณสุข ดังเห็นได้จากการใช้เงินขององค์กรระหว่างประเทศ และเอ็นจีโอ รวมทั้งเงินรายได้ของโรงพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุข เพื่อรักษาพยาบาลแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ<sup>14</sup>

จากข้อมูลดังกล่าวเบื้องต้น จึงเป็นประเด็นสำคัญสำหรับกระทรวงสาธารณสุขที่มีหน้าที่ดูแลปัญหาสุขภาพ จัดระบบบริการสาธารณสุขครอบคลุมแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ การจัดระบบบริการดังกล่าวต้องสร้างความชอบธรรมให้กับแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ คำนี้ถึงความต้องการแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ ให้การดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วยตามมิติด้านมนุษยธรรม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์สู่ฐานคิดการสร้างระบบบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ เน้นการดำเนินงานที่เคารพสิทธิมนุษยชนเป็นหลัก การวิเคราะห์สถานการณ์การใช้บริการทางสาธารณสุขสำหรับแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติจึงเป็นประเด็นสำคัญ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพยายามหาทางสายกลาง บูรณาการแนวความคิดทั้งมนุษยนิยมและมนุษยธรรม สร้างความเป็นธรรมในการจัดบริการสาธารณสุขทั้งแก่ประชาชนชาวไทย และแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติสืบไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ (situation analysis) เกี่ยวกับการใช้บริการสาธารณสุขของแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติในจังหวัดเชียงใหม่และลำพูน

### วิธีการวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณนาค้นคว้าครั้งนี้ประยุกต์วิธีการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยวัตถุประสงค์การสืบค้นข้อมูลตามสถานการณ์ธรรมชาติในประเด็นสถานการณ์การใช้บริการสาธารณสุขของแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ กลุ่มเป้าหมายการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติทั้งที่ขึ้นและไม่ขึ้นทะเบียนทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ทำงานในเขต

อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน และอำเภอสารภี อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีคุณสมบัติที่จำเป็น คือ

- 1) อายุระหว่าง 18-59 ปี
- 2) มีลักษณะการทำงานที่เป็นการทำงานรับจ้างทั่วไป ในภาคเกษตรกรรมหรือทำงานกับสถานประกอบการ หรือโรงงาน
- 3) สามารถสื่อสารภาษา เข้าใจความหมายภาษาไทย และ
- 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผ่านทีมสุขภาพที่รับผิดชอบดูแลแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติและเจ้าของสถานประกอบการ เพื่อให้ได้บุคคลสำคัญที่สามารถติดต่อเพื่อนที่เป็นแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติตามคุณสมบัติที่กำหนดเข้าร่วมในการศึกษาเลือกกลุ่มตัวอย่างในลักษณะการบอกต่อแบบลูกโซ่หรือสโนว์บอลล์ (snow ball technique) ได้แรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติที่ขึ้นทะเบียนจำนวน 54 ราย และที่ไม่ขึ้นทะเบียนจำนวน 18 ราย รวม 72 ราย ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้ความซ้ำซ้อนของข้อมูลที่รวบรวมหรือข้อมูลมีความอิ่มตัว (saturated) สามารถอธิบายสาระประเด็นหลักตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ครบถ้วน

2. ทีมสุขภาพ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติ/หน่วยงานอาชีวเวชกรรมที่รับผิดชอบดูแลแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขพยาบาลที่รับผิดชอบดูแลแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติจำนวนทั้งสิ้น 11 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแนวคำถามปลายเปิดที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) กับแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ และแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เจาะลึก (in-depth interview) ทีมสุขภาพทั้งในระดับผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติการคำถามแต่ละข้อจะเป็นการเปิด ประเด็นเพื่อค้นหาคำตอบที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์การใช้/การให้บริการสาธารณสุข ปัญหาในการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ

ผู้ศึกษาดำเนินการรวบรวมข้อมูลทั้งการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เจาะลึกภายหลังการรับรองของ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อค้นพบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ รวมทั้งกลุ่มเป้าหมายทั้งที่มสุขภาพในฐานะผู้บริหารและผู้ให้บริการ ตลอดจนกลุ่มแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติทั้งที่ขึ้นทะเบียนและไม่ขึ้นทะเบียน (ที่สามารถติดต่อได้) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อค้นพบอีกครั้ง (member checking)

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติที่ขึ้นทะเบียนมีสัดส่วนเพศชายและหญิงใกล้เคียงกันมีอายุอยู่ในช่วง 19-43 ปี (เฉลี่ย 30.52, SD = 6.34) เกือบทั้งหมดมีสถานภาพสมรสคู่ ทุกคนมีอาชีพรับจ้าง ส่วนระยะเวลาทำงานในประเทศไทยอยู่ในช่วง 1-26 ปี (เฉลี่ย 9.11 ปี SD=5.09) ส่วนกลุ่มแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติที่ไม่ขึ้นทะเบียน สองในสามเป็นเพศหญิง อีกหนึ่งในสามเป็นเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วง 20-46 ปี (เฉลี่ย 31.39, SD=7.48) เช่นเดียวกัน เกือบทั้งหมดของกลุ่มแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติที่ไม่ขึ้นทะเบียน มีสถานภาพสมรสคู่ และเกือบทุกคนมีอาชีพรับจ้าง ในกลุ่มที่ขึ้นทะเบียน มีระยะเวลาทำงานในประเทศไทยน้อยกว่า 1 ปี ถึง 22 ปี (เฉลี่ย 9.44 ปี SD=7.46) ถ้าพิจารณาค่ามัธยฐานของระยะเวลาการทำงานที่น่าสนใจ คือ กลุ่มแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติที่ไม่ขึ้นทะเบียน มีระยะเวลาทำงานในประเทศไทย 9 ปี ขณะที่กลุ่มแรงงานที่ขึ้นทะเบียน มีระยะเวลาทำงานในประเทศไทย 7.5 ปี

2. สถานการณ์การใช้บริการสาธารณสุขของแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ

การใช้บริการสาธารณสุขของแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ ขึ้นกับสถานะของการขึ้นทะเบียนและไม่ขึ้นทะเบียน แรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติที่ไม่ขึ้นทะเบียน จะไม่เลือกใช้บริการสาธารณสุขโดยเฉพาะจากภาครัฐ ด้วยเหตุผลที่สำคัญ คือ กลัวเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่งข่าวให้ตำรวจ และตนจะถูกจับในฐานะ

“คนเถื่อน” (การหลบหนีเข้าเมืองโดยไม่ถูกกฎหมาย) ดังคำระบุ “ไม่กล้ามาเจ้า กลัวคนจับกลับบ้านเพราะไม่อยากกลับบ้าน” ร่วมกับมีปัญหาเศรษฐกิจ กลุ่มนี้จะกลัวการติดหนี้โรงพยาบาล ทั้งที่ส่วนใหญ่โรงพยาบาลผ่อนผันให้ชำระค่ารักษาได้ ดังคำระบุ “กลุ่มไม่ได้ขึ้นทะเบียนมีปัญหาหนึ่งไม่มีเงิน สองมาแล้วติดหนี้ กลัวเราเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปฟ้องว่าเป็นคนเถื่อน ตามมาจับ” ส่งผลให้กลุ่มแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ กลุ่มนี้มีสัดส่วนการใช้บริการสาธารณสุขจากภาครัฐน้อยกว่ากลุ่มแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติที่ขึ้นทะเบียน การตัดสินใจเลือกใช้บริการสาธารณสุขขึ้นกับความรุนแรงของความเจ็บป่วย กรณีไม่รุนแรง กลุ่มแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติทั้งที่ขึ้นและไม่ขึ้นทะเบียนจะใช้วิธีการรักษาตนเอง เช่น ซื้อยาจากร้านขายยา หรือรักษากับแพทย์พื้นบ้านที่เป็นคนเผ่าเดียวกัน กรณีเจ็บป่วยรุนแรงที่ส่งผลต่อความสามารถในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน แรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติทั้งสองกลุ่มจะตัดสินใจเลือกใช้บริการสาธารณสุขจากภาครัฐ คือ โรงพยาบาลระดับชุมชนหรือจังหวัด ซึ่งเป็นการใช้บริการตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพในกรณีขึ้นทะเบียน “ไปโรงพยาบาล ไม่เสียตังค์มาก เสียแค่ 30 บาทใช้บัตรทอง” หรือภาคเอกชนโดยเฉพาะคลินิก ด้วยเหตุผลสะดวก รวดเร็ว ไม่เสียเวลาทำงาน ซึ่งหมายถึงการสูญเสียรายได้ “ไปคลินิกไปแล้วได้ฉีดยาหายไว” ส่วนกรณีตั้งครรถ์ แรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติกลุ่มสตรีจะเลือกไปโรงพยาบาลทั้งระดับจังหวัดหรือชุมชนเพื่อใช้บริการอนามัยแม่และเด็ก คือ การฝากครรภ์-ทำคลอด การรับวัคซีน-ภูมิคุ้มกันโรคสำหรับเด็กเล็ก โดยสรุปเส้นทางการใช้บริการสาธารณสุขของแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติทั้งที่ขึ้นและไม่ขึ้นทะเบียน แสดงดังรูปที่ 1

รูปที่ 1 เส้นทางการใช้บริการสาธารณสุขของแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ

การจัดบริการสาธารณสุข เพื่อรองรับความต้องการของแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ โรงพยาบาลที่ทำการศึกษาดูโดยเฉพาะจังหวัดเชียงใหม่ ได้ริเริ่มดำเนินการในช่วงปี พ.ศ. 2546 จากปัญหาการลักลอบจ้างงานแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติเข้ามาในประเทศไทยด้วยเหตุผล “สิทธิมนุษยชน” ร่วมกับ ความเอื้ออาทรในลักษณะ “กลุ่มคนไทยด้วยกัน” มีการจัดระบบบริการสาธารณสุขเอื้อให้กลุ่มแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติเข้าถึงบริการสาธารณสุข มีการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพกว้างๆ ในลักษณะ “ให้แรงงานต่างด้าวมีสิทธิเข้าถึงบริการสาธารณสุข” รวมทั้งมีระบบการส่งต่อโรงพยาบาลระดับจังหวัด สร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพ ด้วยความเข้าใจความเป็นผู้ด้อยโอกาสดังคำระบุ “กลุ่มไทยใหญ่ เป็นพวกด้อยโอกาส ถูกกดขี่ กดดันทางเชื้อชาติ” ในภาพรวมโรงพยาบาลที่ทำการศึกษามีการดำเนินงานและกำหนดนโยบายสุขภาพสำหรับแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข “นโยบายที่เป็นลายลักษณ์อักษรนี้ เรารับมาจากกระทรวงสาธารณสุข เป็น sector หนึ่ง คู่กับมหาดไทยที่ดูแลในเรื่องความสงบเรียบร้อย...”

ซึ่งเน้น 2 ลักษณะ คือ การตรวจสุขภาพเพื่อประกันสุขภาพ และการตรวจรักษากรณีเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุฉุกเฉิน บริการดังกล่าว ครอบคลุม 4ภารกิจหลักที่สำคัญ คือ 1) การตรวจสุขภาพประจำปี 2) บริการรักษาพยาบาล 3) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคติดต่อต่างๆ อาทิ ไข้เลือดออก ไข้หวัดนก ไข้มาลาเรีย และ 4) การเฝ้าระวังโรค เช่น วัณโรคปอด โดยเฉพาะการตรวจสุขภาพแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติที่ประสงค์ขอใบอนุญาตทำงาน โรงพยาบาลจะดำเนินการ ตามหลักการที่กำหนด คือ ตรวจคัดกรองโรค / ความเจ็บป่วย 7 โรคสำคัญที่ต้องห้ามต่อการทำงาน คือ วัณโรคระยะติดต่อ โรคเรื้อนในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม โรคซิฟิลิส ในระยะที่ 3 โรคเท้าช้าง ในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม การติดสารเสพติดให้โทษ โรคพิษสุราเรื้อรัง และโรคจิต จิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ผลการตรวจสุขภาพจึงเป็นข้อบ่งชี้ในการได้รับอนุญาตทำงาน ทั้งนี้แรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติต้องจ่ายค่าประกันสุขภาพ 1,900 บาท เป็นค่าตรวจสุขภาพ 600 บาท สำหรับโรงพยาบาลอีก 1,300 บาท

เป็นค่าประกันสุขภาพ (มีระยะเวลาคุ้มครอง 1 ปี)

ภายหลังการขึ้นทะเบียนมีบัตรประกันสุขภาพ แรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติสามารถใช้บริการสาธารณสุข ได้ทุกโรงพยาบาลในเครือข่ายของเขตจังหวัดเดียวกัน ไม่เฉพาะโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนทำบัตรประกันสุขภาพเท่านั้น กรณีนี้ต่างจากประชาชนชาวไทย ที่จะจำกัดเฉพาะโรงพยาบาลใดโรงพยาบาลหนึ่ง แรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติจึงมีข้อได้เปรียบในทางเลือกของการเข้าถึงบริการสาธารณสุข “...แรงงานต่างด้าวที่มาลงทะเบียนแล้ว มีอิสระกว่าคนไทยตรงที่ว่า เขาสามารถที่จะไปขอรับบริการที่โรงพยาบาลไหนก็ได้ภายในจังหวัดนั้นที่เขาอยู่ แต่ไม่สามารถข้ามจังหวัดได้ อันนี้แรงงานต่างด้าวได้มากกว่าคนไทยนะ...” ส่วนสิทธิประโยชน์บัตรประกันสุขภาพ ที่แรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติจะได้รับ คือ 1) การตรวจรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพทั่วไป ทั้งการเป็นผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน การส่งต่อเพื่อการรักษา รวมทั้งบริการสุขภาพด้านการฝากครรภ์ การทำคลอดและดูแลทารกแรกเกิดจนถึงอายุ 28 วัน การตรวจฟัน ถอนฟันอุดฟันและชุดหินปูน 2) การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง ตามเงื่อนไขกำหนด และ 3) การรักษากรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน กรณีแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติที่ไม่ขึ้นทะเบียน ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ จะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาทั้งหมด ในทางปฏิบัติทางโรงพยาบาล อาจลดหย่อนค่ารักษาพยาบาล หรือให้การตรวจรักษาฟรีไม่คิดค่าบริการการรักษา กรณีนี้จะต้องใช้งบประมาณส่วนหนึ่งของโรงพยาบาล “...ส่วนใหญ่ทางโรงพยาบาลลดราคาให้เลย ลดครึ่งหรือให้ฟรีไปใช้งบประมาณของโรงพยาบาลไม่เยอะมาก...”

ความพร้อมการจัดบริการสาธารณสุขของโรงพยาบาล ที่สำคัญจะเกี่ยวข้องกับข้อจำกัดทรัพยากร ทั้งอัตรากำลังของบุคลากรและวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ อาทิ เครื่องฉายเอกซเรย์ปอด และอุปกรณ์การตรวจทางห้องปฏิบัติการ “...เรามีปัญหาตรงที่หนึ่งเครื่องเอ็กซเรย์ ตรงที่สอง Lab มีปัญหา” เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพความคล่องตัวในการให้บริการ “ทันกาล ทันการณ์” โรงพยาบาลแก้ไขโดยจัดระบบนัดหมายการตรวจสุขภาพแรงงาน ย้ายถิ่นข้ามชาติ

ส่วนปัญหาจากการใช้บริการ สาธารณสุขในมุมมองของแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ จะเกี่ยวกับ “เวลา” ที่ต้องสูญเสียในการใช้บริการสาธารณสุข “เสียเวลาทำงานนะ บ่ (ไม่) มีกิน ขาดรายได้” รวมทั้งปัญหา “การสื่อสาร” ระหว่างผู้ให้บริการและแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติจากความต่างของภาษา “ถ้ามีคนแปลให้ก็น่าจะดี คนที่อ่านหนังสือไม่ออก” และการเลือกปฏิบัติของผู้ให้บริการ “ได้รับ การดูแลไม่ค่อยดี เหมือนว่า ไม่สนใจเราเท่าไร... อยากให้ดูแลคนไทยกับคนไทยใหญ่เท่าเทียมกัน ไม่ให้แบ่งพรรคแบ่งพวก เราไทยใหญ่หนีร้อนมาพึ่งเย็น อยากให้ดูแลเหมือนกัน”

### อภิปรายผล

จากข้อค้นพบ กลุ่มแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติที่ไม่ขึ้นทะเบียนมีระยะเวลาทำงาน (ค่ามัธยฐาน) ในประเทศไทย 9 ปี ซึ่งมากกว่ากลุ่มแรงงานที่ขึ้นทะเบียนที่มีระยะเวลาทำงานในประเทศไทย 7.5 ปี ในขณะที่ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการทำงานใกล้เคียงกัน (9.44 และ 9.11 ปี) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะส่วนหนึ่งของแรงงานย้ายที่ขึ้นทะเบียนไม่ต่อทะเบียนเนื่องจากปัญหาเศรษฐกิจ คิดว่าไม่คุ้มทุนสำหรับการต่อทะเบียน เพราะตนสุขภาพแข็งแรง “ผมไม่ได้ต่อทะเบียน ทำบัตร ไม่มีตั้งค์ ผมหาสตางค์ต้องส่งให้แม่ และผมว่าไม่คุ้ม เราไม่ค่อยเจ็บป่วย” อีกทั้งยังพบว่ากลุ่มแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติที่ไม่ขึ้นทะเบียนมีสัดส่วนการใช้บริการสาธารณสุขจากภาครัฐน้อยกว่ากลุ่มแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติที่ขึ้นทะเบียน เนื่องจากกลัวการถูกจับร่วมกับปัญหาเศรษฐกิจ ข้อค้นพบดังกล่าวไม่แตกต่างจากการศึกษาของ ดาหวัน ขอนทอง<sup>16</sup> ที่ศึกษาในแรงงานข้ามชาติกัมพูชา พบว่า แรงงานกลุ่มที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนไม่มีบัตรอนุญาตทำงาน เมื่อเกิดความเจ็บป่วยหรือได้รับอุบัติเหตุจากการทำงานจะไม่กล้าใช้บริการสุขภาพของรัฐ เพราะกลัวถูกจับส่งกลับประเทศหรือมีปัญหาเศรษฐกิจ จึงใช้การรักษาที่หมอพื้นบ้านชาวกัมพูชาหรือซื้อยารับประทานเอง กรณีเช่นนี้อาจก่อให้เกิดความเจ็บป่วยรุนแรง

ส่งผลต่อสุขภาพแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ ทั้งชี้ให้เห็นถึงการเข้าถึงสิทธิในสุขภาพ โดยเฉพาสิทธิในการรักษาพยาบาลและบริการ ถือเป็นนวัตกรรมทางกฎหมายที่จำเป็นที่มนุษย์ทุกคนพึงได้รับ<sup>17</sup> นอกจากนี้ “เวลา” เป็นอีกปัจจัยของการเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพ “เวลา” ในการตรวจรักษาเป็นสิ่งที่แรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติพิจารณาว่ามีค่า เพราะหมายถึงรายได้ จึงก่อให้เกิดความนิยมไปคลินิกแทนเพราะไม่ยุ่งยากหรือผ่านกระบวนการซับซ้อนที่ต้องตอบ “คำถาม” มากเหมือนโรงพยาบาล ข้อค้นพบดังกล่าวจึงเป็นประเด็นของการพัฒนาโลกที่เอื้อให้แรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ เข้าถึงสิทธิสุขภาพขั้นพื้นฐานอย่างแท้จริง นอกเหนือจากการให้บริการสาธารณสุขในลักษณะเครือข่าย โรงพยาบาลในเขตจังหวัดเดียวกัน ที่เอื้อให้แรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติสามารถเข้าถึงสิทธิทางด้านสุขภาพ ตามความจำเป็น ลดปัญหาทุกขภาวะจากความเจ็บป่วยที่เข้าไม่ถึงบริการด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นข้อได้เปรียบของแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข เพราะแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติไม่อยู่ประจำที่ใดที่หนึ่ง แต่จะย้ายที่อยู่ ตามนายจ้างตามลักษณะงาน เช่น รับจ้าง ก่อสร้าง

การจัดบริการสาธารณสุขสำหรับแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ แต่ละโรงพยาบาลที่ศึกษาให้ความสำคัญกับแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติทั้งที่ขึ้นและไม่ขึ้นทะเบียนเท่าเทียมกัน มีการพัฒนาบริการสาธารณสุขสอดคล้องนโยบายกระทรวงสาธารณสุขตามแผนระดับชาติ ยุทธศาสตร์สุขภาพแรงงาน ย้ายถิ่นข้ามชาติ<sup>18</sup> ให้บริการสาธารณสุขที่เอื้อให้แรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติสามารถเข้าใช้หรือ “เข้าถึง” บริการสาธารณสุขเท่าเทียมกับประชาชนชาวไทยทั้งกลุ่มที่ไม่ขึ้นทะเบียนจะได้รับการอนุเคราะห์ช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลฟรี จากข้อมูลแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติใน 30 จังหวัดในปี พ.ศ. 2550 ชี้ชัดว่าภาครัฐต้องรับภาระค่ารักษาพยาบาลแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนถึง 155 ล้านบาทเศษ<sup>19</sup> หรือการศึกษาของชินรวัฒน์ นิเจนตร และอดุลย์ รัตโส<sup>20</sup> ก็ระบุชัดถึงการสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษา

แรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ กระทรวงสาธารณสุขต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์รักษาพยาบาลแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติปีละหลายล้านบาท ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นความจำเป็นของมาตรการเร่งเสริมให้แรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติเข้าสู่ระบบการขึ้นทะเบียนมากขึ้น เพื่อลดภาระการรักษาพยาบาลในภาครัฐ ทั้งนี้เพราะข้อมูลจากกระทรวงแรงงานในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2551 มีแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติกว่า 1.3 ล้านคน แต่ขึ้นทะเบียนมีบัตรประกันสุขภาพเพียง 621,437 คน (ร้อยละ 47.80) คาดว่า มีแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติที่ไม่ขึ้นทะเบียนประมาณ 700,000 คน<sup>15</sup> สถิตินี้ก่อให้เกิดคำถาม ทำอย่างไรประเทศไทยจะได้แรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติที่มีสุขภาพผ่านเงื่อนไขในการทำงาน เพราะถ้ายังคงได้แรงงาน ที่ไม่ขึ้นทะเบียนจะสร้างภาระในการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง แต่ทั้งนี้มีความจำเป็นที่จกต้องวิเคราะห์ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลทั้งในกลุ่มแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติที่ขึ้นทะเบียนมีบัตรประกันสุขภาพและกลุ่มที่ไม่ขึ้นทะเบียนไม่มีบัตรประกันสุขภาพ เพื่อสะท้อนให้เห็นว่า เงินประกันสุขภาพที่แรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติจ่ายให้รัฐบาลไทยมีความเพียงพอต่อการใช้จ่ายหรือไม่อย่างไร ข้อมูลจากการวิเคราะห์ต้นทุนจะเป็นบทพื้นฐานให้รัฐบาลสามารถสร้างระบบการจัดการสุขภาพและความเจ็บป่วยสำหรับแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ “คุ้มค่าคุ้มทุน” และเป็นการแก้ไขมายาคติด้านสาธารณสุขที่กล่าวว่า “แรงงาน ย้ายถิ่นข้ามชาติเป็นภาระด้านงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข ปีละหลายล้านบาท เพราะเมื่อเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาสถานพยาบาล ไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล”<sup>21</sup>

ความพร้อมการจัดบริการสาธารณสุขของโรงพยาบาล ที่สำคัญจะเกี่ยวข้องกับข้อจำกัดทรัพยากรทั้งอัตรากำลังของบุคลากรและวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ผลการวิจัยชี้ชัดว่า การเพิ่มผู้ใช้บริการ คือแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติส่งผลต่อการเพิ่มภาระ ผู้ให้บริการสาธารณสุข ที่มีการจัดอัตรากำลังโดยคิดฐานจาก



ผู้ให้บริการที่เป็นประชาชนคนไทยเป็นหลัก ทำให้ประสบปัญหาความไม่เพียงพอของผู้ให้บริการสาธารณสุข หรือการขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในการจัดการปัญหาแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ รวมถึงการจัดวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ด้วย จึงเกี่ยวข้องกับการจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุขของประเทศไทยที่อาจมีได้คำนึงถึงจำนวนประชากรแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติที่มีจำนวนยากต่อการประมาณจำนวนที่แท้จริง<sup>22</sup> คล้ายกับการศึกษาที่พบว่าการจัดบริการด้านสาธารณสุขให้กับแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ เป็นการเพิ่มภาระงานบุคลากรด้านสาธารณสุข<sup>20</sup> นอกจากนี้นโยบายการขึ้นทะเบียนแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติที่ล่าช้าและไม่มีควมยืดหยุ่นในด้านเวลา ส่งผลให้ระบบสาธารณสุขจังหวัดมีเวลาเตรียมตัวน้อยหรือในระยะแรกการนำแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติมาตรวจสุขภาพไม่มีการประสานนัดเวลา ทำให้บางกรณีโรงพยาบาลไม่สามารถจัดเตรียมการได้ทันเวลา ขาดบุคลากรปฏิบัติงานประจำ<sup>20</sup> แต่ทั้งนี้โรงพยาบาลได้ทำการแก้ไขปัญหาความพรอมนดังกล่าว โดยการจัดระบบนัดหมาย ส่วนปัญหาจากการให้บริการสาธารณสุขในมุมมองของแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ จะเกี่ยวกับ “เวลา” “การสื่อสาร” และ “การเลือกปฏิบัติ” ข้อค้นพบดังกล่าวยังคงคล้ายกับข้อเท็จจริงในปัจจุบัน แรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติจะมีความยากลำบากในการสื่อสารกับทีมสุขภาพ จากความแตกต่างทางวัฒนธรรม ภาษารวมทั้งสถานภาพทางกฎหมาย สิ่งทีทีมสุขภาพจกต้องตระหนักคือ การที่แรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติไม่สามารถสื่อสารกับทีมสุขภาพให้เข้าใจสิ่งที่ต้องการ ทำให้แรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติเกิดความกลัวที่จะถูกมองว่าเป็นภาระ ประกอบกับได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมโดยเฉพาะถ้าโรงพยาบาลมีทีมสุขภาพที่มีทัศนคติเชิงลบต่อแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ จะทำให้แรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติถูกเลือกปฏิบัติ<sup>23</sup> จึงเป็นอุปสรรคการเข้าถึงการดูแลสุขภาพและป้องกันโรค หรือบริการสาธารณสุข ทั้งนี้รวมในเรื่องของเวลาที่แรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ

ให้คุณค่าในด้านรายได้เป็นสำคัญ ไม่ต้องการสูญเสียเวลาในการตรวจรักษาที่นำไปสู่การสูญเสียรายได้

ประเด็นการเลือกปฏิบัติตามหลักการกระทรวงสาธารณสุขจะมีนโยบายส่งเสริมการ “เข้าถึง” บริการสาธารณสุขโดยไม่เลือกปฏิบัติ แบ่งแยกเผ่าพันธุ์เชื้อชาติ<sup>24</sup> เพื่อให้แรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติได้รับสิทธิที่จะเข้าสู่การรักษาพยาบาลและการสาธารณสุข การปฏิเสธที่จะกระทำตามสิทธิสุขภาพเป็นการผิดหลักมนุษยธรรม ละเมิดหลักความเท่าเทียมของมนุษย์ แต่ในทางปฏิบัติต้องยอมรับว่าบางโรงพยาบาล ยังคงให้บริการสุขภาพเหมือนเลือกปฏิบัติ ให้บริการที่แตกต่างจากคนไทย ทั้งนี้ อาจเนื่องจากมุมมองอคติทางชาติพันธุ์ (แรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ) ยังคงปรากฏอยู่ในสังคม จึงมีความจำเป็นที่ทีมสุขภาพต้องตระหนักและปฏิบัติตามหลักสากล ปรับทัศนมุมมองที่พิจารณาว่าแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ เป็นคนที่มีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีความต้องการพื้นฐานของการอยู่รอดปลอดภัยในสังคมเช่นเดียวกับคนอื่นๆ จึงก่อให้เกิดประเด็นท้าทายสำหรับรัฐที่จะสร้างระบบบริการสาธารณสุขสำหรับแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติกำหนดนโยบายให้ชัดเจนเป็นรูปธรรมที่ปฏิบัติได้ ดังนั้นโจทย์ที่ต้องหาคำตอบ คือ รัฐควรจะมีการพัฒนากลไกอย่างไร ที่พึงให้บริการสาธารณสุขแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติด้วยความเสมอภาคเท่าเทียมกับคนไทย นั่นคือ แรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติได้รับการปฏิบัติอย่างเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ไม่ถูกเลือกปฏิบัติจากการเข้าไปใช้บริการของรัฐ ทั้งถูกพิจารณาว่าเป็นกลุ่มคนที่มีคุณค่าต่อการสร้างงานและการพัฒนาเศรษฐกิจไทย

### ข้อเสนอแนะของการประยุกต์ผลการศึกษา

#### ข้อเสนอแนะทางนโยบาย

1.การพัฒนากลไกการเสริมแรงจูงใจเข้าสู่ระบบการขึ้นทะเบียนของแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ ทั้งนี้รัฐบาลจำเป็นต้องสร้างระบบที่เอื้อต่อความสามารถในการจ่ายค่าตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ เช่น

ระบบการจ่ายเป็นงวด 1000/900 บาท หรือ 1000/500/400 บาท ทั้งนี้เพื่อเป็นการแก้ไขการไม่ขึ้นทะเบียนเพื่อขอใบอนุญาตทำงานจากปัญหาเศรษฐกิจ

2. การพัฒนาระบบประกันสุขภาพแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติเป็นเสมือนระบบประกันสังคมโดยให้นายจ้างมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการประกันสุขภาพพร้อมกับแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติและรัฐบาล

### ข้อเสนอแนะทางการปฏิบัติ

1. การจัดระบบบริการสาธารณสุขในประเด็นของการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในอนาคตมีความจำเป็นต้องพิจารณาถึงแนวคิดด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน เพื่อป้องกันการบาดเจ็บและความเจ็บป่วยที่อาจเกี่ยวเนื่องจากการทำงาน และเป็นการสร้างความคุ้มครองความปลอดภัยด้านอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้จะต้องมีการพัฒนาศักยภาพของทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติให้มีความรู้ความสามารถด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อม

2. การจัดบริการสาธารณสุขเชิงรุกสำหรับแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติในลักษณะบริการสุขภาพเคลื่อนที่แบบผสมผสาน ทั้งเพื่อการตรวจสุขภาพครั้งแรกสำหรับการขึ้นทะเบียนและการติดตามการควบคุมการแพร่กระจายโรคติดต่อ ตลอดจนบูรณาการบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและปกป้องสุขภาพตามความจำเป็นที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่และธรรมชาติของแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ

3. การพัฒนาเส้นทางบริการสุขภาพที่ชัดเจนเพื่อสร้างความเข้าใจในลำดับการตรวจรักษาสำหรับแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ โดยจัดทำป้ายบอกห้องตรวจอย่างชัดเจน ใช้ทั้งภาษาไทยกำกับด้วยภาษาแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ ที่สำคัญแต่ละโรงพยาบาล

โรงพยาบาล ควรมีสถาหรืออาสาสมัครประจำโรงพยาบาลเพื่อลดช่องว่างการสื่อสารหรืออาจสร้างช่องทางเฉพาะของการให้บริการสาธารณสุขสำหรับแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ เพื่อนำไปสู่การจัดกำลังคนหรือทีมสุขภาพ อย่างเหมาะสม

4. การพัฒนาระบบอาสาสมัครสำหรับแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ เป็นการสร้างความมีส่วนร่วมระหว่างทีมสุขภาพและแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติเพื่อสร้างตัวแทนของแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติทำหน้าที่ประสานทีมสุขภาพในการสื่อสารข้อมูลสุขภาพที่สำคัญ

5. พัฒนาเครือข่ายการทำงานร่วมกันในการดูแลสุขภาพแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ เป็นการสร้างภาคีในการร่วมคิดแก้ปัญหาแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติทั้งภาคประชาชนและภาครัฐ โดยภาคประชาชนประกอบด้วย แกนนำแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ ผู้นำชุมชนหรือบุคคลสำคัญ เช่น เจ้าอาวาสวัดที่แรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติศรัทธา นายจ้าง/ผู้รับเหมาสำหรับภาครัฐ ได้แก่ ทีมสุขภาพทั้งในระดับโรงพยาบาลและสถานอนามัย ที่ทำงานเกี่ยวข้องแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ

6. พัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพในการดูแลรักษาแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ โดยเฉพาะการฟื้นฟูความรู้ในประเด็นโรคที่พบบ่อยในแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ เสริมความรู้ที่เหมาะสมกับสภาพการณ์ของแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ รวมทั้งความสามารถในการสื่อสารภาษาแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติต่างๆ เพื่อการตรวจรักษาที่มีประสิทธิภาพ

### เอกสารอ้างอิง

1. เอียรเทพ สุนทรนนท์. มาตรการทางกฎหมายในการคุ้มครองการทำงาน การจ่ายค่าตอบแทนและการจัดสวัสดิการแก่แรงงานต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย (วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต

- สาขาวิชานิติศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัย  
ธุรกิจบัณฑิต; 2549.
2. United Nations. International convention  
on the protection of the rights of all migrant  
workers and members of their families.  
[online]. 1990 [cited 2010 March 1]. Available  
from: [http://www.un.org/documents/ga/  
res/45/a45r158.htm](http://www.un.org/documents/ga/res/45/a45r158.htm)
3. สำนักงานแรงงานระหว่างประเทศ. มาตรฐานแรงงาน  
ระหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิแรงงานข้ามชาติ. 2550  
(ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก [http://www.ilo.org/  
asia/library/pub15.htm](http://www.ilo.org/asia/library/pub15.htm) (วันที่ค้นข้อมูล  
12 มีนาคม 2553)
4. สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน.  
สรุปข้อมูลคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานทั่ว  
ราชอาณาจักร ประจำเดือนธันวาคม 2553. 2554  
(ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: [http://wp.doe.go.th/  
sites/default/files/statistic/9/se12-53.pdf](http://wp.doe.go.th/sites/default/files/statistic/9/se12-53.pdf)  
(วันที่ค้นข้อมูล 14 มกราคม 2554)
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสาร  
สนเทศและการสื่อสาร. การสำรวจภาวะการทำงาน  
ของประชากร. 2553 (ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก:  
[http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/  
BaseStat/basestat.html](http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/BaseStat/basestat.html) (วันที่ค้นข้อมูล 14  
มีนาคม 2554)
6. บังอร เทพเทียน และปิยฉัตร ตระกูลสงฆ์. เพศสัมพันธ์  
ของแรงงานต่างด้าวในกรุงเทพมหานคร. วารสาร  
สาธารณสุขและการพัฒนา 2551; 6: 11-20.
7. พรชัย อยู่ประยงค์. นโยบายของรัฐต่อการบริหาร  
แรงงานข้ามชาติในประเทศไทย. เอกสารประกอบ  
การประชุมระดับชาติ เรื่อง “นโยบายแรงงาน  
ข้ามชาติ: ความสมดุลระหว่างเศรษฐกิจ สุขภาพ  
และความเป็นอยู่ที่ดี” ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์  
คอนเวนชั่น, กรุงเทพมหานคร; 2551.
8. สำนักงานแรงงานระหว่างประเทศ. คู่มือการของ  
แรงงานข้ามชาติต่อประเทศไทย: แนวทางสู่การ  
พัฒนานโยบาย. 2550 (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก:  
[http://www.ilo.org/asia/whatwedo/publications/  
lang--en/contLang--th/docName--  
WCMS\\_098231/index.htm](http://www.ilo.org/asia/whatwedo/publications/lang--en/contLang--th/docName--WCMS_098231/index.htm) (วันที่ค้นข้อมูล  
13 มกราคม 2554)
9. สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน.  
รายงานผลการพิจารณาอนุญาตการทำงานของคน  
ต่างด้าว ประจำปี 2550. 2551 (ออนไลน์).  
เข้าถึงได้จาก: [http://115.31.137.7/workpermit/  
main/Stat/SYear/2550/sy2550.pdf](http://115.31.137.7/workpermit/main/Stat/SYear/2550/sy2550.pdf). (วันที่  
ค้นข้อมูล 25 มกราคม 2553)
10. สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน.  
ข้อมูลคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานทั่วราชอาณาจักร  
ประจำปี 2552. 2553 (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก:  
[http://wp.doe.go.th/sites/default/files/  
statistic/8/sy2552.pdf](http://wp.doe.go.th/sites/default/files/statistic/8/sy2552.pdf) (วันที่ค้นข้อมูล 13  
มกราคม 2554)
11. อรสา ปานขาว. รายงานการวิจัยเรื่อง การประเมินผล  
โครงการประชาสัมพันธ์การแก้ไขปัญหาแรงงาน  
ต่างด้าวผิดกฎหมาย. สำนักพัฒนานโยบายและ  
แผนการประชาสัมพันธ์, กลุ่มวิจัยและพัฒนา; 2546.
12. สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน.  
รายงานผลการพิจารณาอนุญาตการทำงานของคน  
ต่างด้าว ประจำปี 2551. 2552 (ออนไลน์).  
เข้าถึงได้จาก: [http://115.31.137.7/workpermit/  
main/Stat/SYear/2551/sy2551.pdf](http://115.31.137.7/workpermit/main/Stat/SYear/2551/sy2551.pdf) (วันที่  
ค้นข้อมูล 25 มกราคม 2553)
13. สุรพงษ์ กองจันทึก. สิทธิการได้รับบริการด้าน  
สาธารณสุขของคนไม่มีสัญชาติไทย. 2550 (ออนไลน์).  
เข้าถึงได้จาก: <http://www.statelessperson.com>  
(วันที่ค้นข้อมูล 20 มกราคม 2553)

14. สนธยา พริ้งลำภู และสมชัย บวรกิตติ. ความสมบูรณ์พร้อมสำหรับการทำงาน “Fitness for Work”. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; 2550.
15. สมพงศ์ สระแก้ว. เมื่อนโยบายด้านสุขภาพแรงงานข้ามชาติไม่ครอบคลุมการรักษาทางเลือกที่บ้านแรงงานต้องรอดในสถานการณ์ความเสี่ยงยามนี้. 2552 (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaingo.org/writer/view.php?id=1326> (วันที่ค้นข้อมูล 20 มีนาคม 2553)
16. ดาหวัน ขอนทอง. รายงานแรงงานข้ามชาติ สัญชาติกัมพูชา กับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ กรณีศึกษาชุมชนท้ายบ้านในเขตอำเภอเมืองและชุมชนคู่สร้าง เขตอำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. มุลนิธิเครือข่ายส่งเสริมคุณภาพชีวิตแรงงาน. 2550 (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: [http://www.lpnrights.org2ar.php?Viewpage=ar\\_detail&ar\\_id=67](http://www.lpnrights.org2ar.php?Viewpage=ar_detail&ar_id=67). (วันที่ค้นข้อมูล 1 มีนาคม 2553)
17. กฤตยา อาชวนิจกุล และพันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร. คำถามและข้อท้าทายต่อนโยบายรัฐไทยในการจัดการปัญหามิติสุขภาวะและสิทธิของแรงงานข้ามชาติ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2548.
18. สำนักสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข. สธ.ไทยห่วงแรงงานต่างชาติแพร่เอตส์หลังพบผู้ป่วยกาโรควัดโรคกว่า 1,000 ราย. 2549 (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: [http://www.moph.go.th/ops/iprg/iprg\\_new/include/admin\\_hotnew.php](http://www.moph.go.th/ops/iprg/iprg_new/include/admin_hotnew.php) (วันที่ค้นข้อมูล 3 กุมภาพันธ์ 2553)
19. คณะอนุกรรมการสิทธิมนุษยชนด้านชนชาติ ผู้ไร้สัญชาติ แรงงานข้ามชาติและผู้พลัดถิ่น สภาทนายความ. สธ.เผยปี 50 ใช้เงินรักษาแรงงานต่างด้าวฟรีกว่า 155 ล้านบาท. 2551 (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: <http://www.statelessperson.com/www/?q=node/6153>. (วันที่ค้นข้อมูล: 13 มีนาคม 2553)
20. ชีรวัฒน์ นิจนตร และ อุดลย์ รัตโส. ผลกระทบด้านสาธารณสุขจากแรงงานต่างด้าวในจังหวัดภูเก็ต. วารสารการพัฒนาท้องถิ่น 2551; 3(1): 149-165.
21. อติศร เกิดมงคล. การย้ายถิ่นของแรงงานข้ามชาติระดับล่างของสังคมไทย มายาคติชาติพันธุ์: ปัญหาแรงงานข้ามชาติ ข้ามมาทำไม? 2550 (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: <http://www.midnightuniv.org/mifnight2544/0009999545.html> (วันที่ค้นข้อมูล 13 มกราคม 2554)
22. กฤตยา อาชวนิจกุล. คนต่างด้าวในประเทศไทยคือใครบ้าง? มีจำนวนเท่าไร? ระบบฐานข้อมูลแบบไหนคือคำตอบ? นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2547.
23. สมพงศ์ สระแก้ว. บริบทแรงงานข้ามชาติและปรากฏการณ์ในพื้นที่สมุทรสาคร. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง ชาตินิยมกับพหุวัฒนธรรม ณ โรงแรมดิเอ็มเพรส, เชียงใหม่; 2551
24. วิศิษฐ์ ตั้งนภากร. การจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติอยู่บนพื้นฐานหลักสิทธิมนุษยชน. เอกสารประกอบการประชุมระดับชาติ เรื่อง นโยบายแรงงานข้ามชาติ: ความสมดุลระหว่างเศรษฐกิจ สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น, กรุงเทพมหานคร; 2551.