

การให้สิทธิ (คินสิทริ) ขันพื้นฐานด้านสาธารณสุขให้แก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ: ความสำเร็จอีกขั้นของระบบหลักประกันสุขภาพไทย

พงศธร พอกเพิ่มดี*

บทคัดย่อ

ถึงแม้ประเทศไทยจะได้ขยายหลักประกันสุขภาพครอบคลุมคนไทยทุกคนไปแล้วภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่พ.ศ. ๒๕๔๕ แต่ยังไม่สามารถครอบคลุมคนไทยทุกคนได้จริง เพราะการตีความผู้มีสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตีความเฉพาะ “ผู้มีสัญชาติไทย” เท่านั้น ทำให้มีบุคคลที่ยังมีปัญหาสถานะและสิทธิที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ยังไม่ได้รับหลักประกันสุขภาพ. เนื่องจากนโยบายเรื่องนี้มีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับความมั่นคงของประเทศ ที่สำคัญหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้ที่เกี่ยวข้องยังขาดความเข้าใจที่ถูกต้อง ทำให้ต้องใช้เวลากว่า ๕ ปีในการผลักดันเรื่องนี้. ล่าสุดผู้เกี่ยวข้องได้ใช้ทฤษฎีสยามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา เพื่อเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ ๓ ด้าน ได้แก่ (๑) การสร้างองค์ความรู้, (๒) การขับเคลื่อนสังคม, และ (๓) การเชื่อมต่อกับระดับนโยบาย จนในที่สุดเมื่อวันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๕๓ คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบ การให้สิทธิ (คินสิทริ) ขันพื้นฐานด้านสาธารณสุขแก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ โดยมอบให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการ ถือได้ว่าเป็นความสำเร็จอีกขั้นของระบบประกันสุขภาพไทย. อย่างไรก็ตามยังมีคำถามหลายประเด็น เช่น กระทรวงสาธารณสุขจะสามารถบริหารจัดการได้ดีเพียงใด เพราะไม่มีระบบบริหารจัดการเฉพาะ ขาดระบบสนับสนุนต่างๆ, งบประมาณที่ได้รับไม่น่าจะเพียงพอ เนื่องด้วยงบประมาณที่ได้เสนอนั้นคำนวณมาจากการเฉลี่ยความเสี่ยงร่วมกับผู้มีสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพจำนวน ๔๗ ล้านคน สิทธิประโยชน์ที่ได้รับอาจไม่เท่าเทียมกับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. ประเด็นเหล่านี้จึงเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหลายว่าจะดำเนินการอย่างไรให้เกิดประโยชน์สูงสุด.

คำสำคัญ: หลักประกันสุขภาพ, บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ, คนไร้รัฐ, คนไร้สัญชาติ, สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา

Abstract

Expanding Health Care Coverage for People with Citizenship Problems (Stateless Minority): A Step Forward for Health Insurance in Thailand

Pongsadhorn Pokpermddee*

**Health Economist*

Thailand achieved universal health insurance coverage for the entire Thai population in 2002. However, the health insurance system does not cover all people who live in the country because the National Health Security Act 2002 indicates only “Thai citizenship” for eligibility under the scheme. This has made it impossible for people with citizenship problems to get basic health care. It also caused financial problems for health care providers that have to provide essential care for the people and disease control in many areas.

For five years (four health ministers), there were many attempts to push forward the provision of basic health care for people with citizenship problems. This policy was complicated, and concerned with

*นักวิชาการด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข



national security. The lack of understanding of the institution concerned and the society at large are the main obstructions. In 2010, the National Health Security Office (NHSO) employed the Moving Mountains Triangle Theory which comprises three strategies: (1) knowledge generation; (2) social movement; and (3) political engagement to push forward the policy. On March 23, 2010, the Cabinet approved this policy and assigned the Ministry of Public Health (MoPH) to operate the scheme instead of NHSO.

Although the policy has been approved, some important issues need to be considered. For instance, how well can MoPH manage when supporting systems are lacking? The budgets may not be enough because the capitation budget was calculated by sharing risks with a population of 47 million under the universal coverage (UC) scheme. The benefit packages also may not equal those under the UC scheme. Thus, these aspects are challenging issues for everyone who works on this project.

Key words: health insurance, people with citizenship problems, stateless minority, moving mountains triangle theory

บทนำ

วนที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๕๓ คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบการให้สิทธิ (คินสิทธิ) ขึ้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขแก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายจรินทร์ ลักษณวิศิษฏ์) ในฐานะประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเสนอ เพื่อมอบสิทธิขึ้นพื้นฐานด้านสาธารณสุข ซึ่งครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ และการควบคุมป้องกันโรคให้แก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน พ.ศ.๒๕๕๓ เป็นต้นไป โดยมอบให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการ ส่งผลให้บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ กว่า ๔๕๗,๔๐๙ คน ได้รับสิทธิขึ้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขได้เช่นเดียวกับคนไทยคนอื่นๆ.

กว่า ๕ ปี ผ่านความรับผิดชอบของ ๔ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้มีความพยายามในการผลักดันการให้สิทธิขึ้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขแก่กลุ่มคนเหล่านี้ ทั้งๆที่มีมติคณะรัฐมนตรีว่าด้วยยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคล พ.ศ.๒๕๔๘ ของสภาความมั่นคงแห่งชาติ (สมช.) รองรับอยู่ก็ตาม แต่ทว่ามีอุปสรรคที่สำคัญคือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้ที่ตัดสินใจ รวมทั้งสังคมส่วนใหญ่ยังขาดความเข้าใจที่ถูกต้อง โดยเข้าใจว่าเป็นการให้สิทธิขึ้นพื้นฐานแก่คนที่ไม่ใช่คนไทยหรือแรงงานต่างชาติที่หลบหนีเข้ามาทำให้โรงพยาบาลโดยเฉพาะตามแนวชายแดนที่มีคนเหล่านี้อาศัยอยู่เป็นจำนวนมากจำต้องแบกรับภาระดูแลคนเหล่านี้

โดยใช้เงินงบประมาณที่ได้รับจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและโครงการอื่นๆมารักษาพยาบาลกลุ่มคนเหล่านี้ โดยไม่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลแต่อย่างใด.

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะลำดับเหตุการณ์รวบรวมข้อเท็จจริง และถอดบทเรียนในการผลักดันนโยบายนี้ในช่วงเวลา ๕ ปีที่ผ่านมา เพราะถือได้ว่าเป็นความสำเร็จอีกขั้นของระบบหลักประกันสุขภาพไทย และบทเรียนครั้งนี้ทำให้นานาประเทศรวมทั้งองค์กรระหว่างประเทศนั้นให้ความสนใจบทความนี้ประกอบด้วย ๔ ส่วนที่สำคัญ คือ (๑) บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิคือใคร, (๒) ลำดับเหตุการณ์สำคัญที่เกี่ยวข้อง, (๓) เหตุผลสำคัญในการผลักดันนโยบายนี้, (๔) ถอดบทเรียนการใช้ทฤษฎีสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา, และ (๕) สิ่งที่ทำทนายสำหรับปัจจุบันและอนาคต, โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผู้ผลักดันนโยบาย นักวิชาการ ผู้บริหาร และผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหลาย จะได้นำบทเรียนนี้ไปใช้ประโยชน์ในการผลักดันนโยบายด้านอื่นๆในอนาคตต่อไป.

บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิกลุ่มนี้คือใคร

ก่อนอื่น ขอเรียนให้ทราบว่า บุคคลที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยจำนวนไม่ต่ำกว่า ๒.๕ ล้านคน^(๑) ยังไม่ได้รับการดูแลภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพหลักของไทยทั้ง ๓ ระบบ (คือโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, การประกันสุขภาพภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม, และสวัสดิการด้านรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการ, ลูกจ้างประจำ, และพนักงาน

รัฐวิสาหกิจ) ในจำนวนไม่ต่ำกว่า ๒.๕ ล้านคนนั้นแบ่งออกเป็น ๔ กลุ่ม (ข้อมูลจากสภาความมั่นคงแห่งชาติ มีนาคม ๒๕๕๓) คือ

๑. กลุ่มที่กรม.มีมติรับรองสถานะให้อาศัยอยู่ถาวร โดยได้รับสัญชาติไทยและสถานะบุคคลต่างด้าวเข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมาย จำนวน ๒๐๐,๐๐๐ คน และได้รับสถานะแล้ว ๑๒๐,๐๐๐ คน ได้แก่ ชาวเวียดนามอพยพ ๓๖,๐๐๐ คน, อดีตจีนคณะชาติและจีนฮ่ออพยพพลเรือน ๒๑,๐๐๐ คน, ไทยลี้ภัย ๙,๐๐๐ คน, ผู้อพยพเชื้อสายไทยจากเกาะกง กัมพูชา ๑๓,๐๐๐ คน, ผู้พลัดถิ่นสัญชาติพม่า เชื้อสายไทยที่อพยพเข้ามาก่อน ๙ มีนาคม ๒๕๑๙ จำนวน ๗,๘๐๐ คน, ผู้พลัดถิ่นสัญชาติพม่าที่อพยพเข้ามาก่อน ๙ มีนาคม ๒๕๑๙ จำนวน ๓๒,๐๐๐ คน, เนปาลอพยพ ๑,๐๐๐ คน จีนฮ่ออิสระ ๑๔,๐๐๐ คน ชาวเขา/บุคคลบนพื้นที่สูงที่อพยพเข้ามาก่อน ๓ ตุลาคม ๒๕๒๘ จำนวน ๖๖,๐๐๐ คน, ชาวลาวภูเขา ๒,๐๐๐ คน, ม้ง ถ้ากระบอกที่ทำประโยชน์ ๒,๐๐๐ คน, อดีตโจรจีนคอมมิวนิสต์มลายา, และชาวมอร์แกนที่ประสบภัยสึนามิ ๖๐๐ คน.

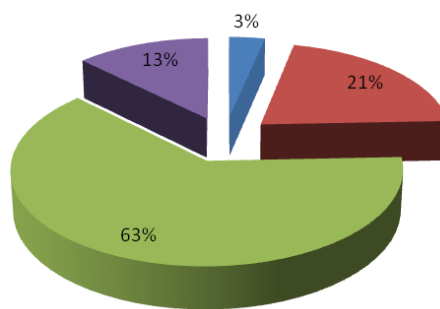
๒. กลุ่มที่ได้รับการผ่อนผันให้อยู่ชั่วคราว เพื่อรอกระบวนการแก้ไขปัญหา จำนวน ๕๐๐,๐๐๐ คนเศษ โดยสามารถแบ่งออกได้เป็น ๒ กลุ่ม คือ

- กลุ่มที่มีปัญหาการส่งกลับซึ่งได้รับการสำรวจจัด

ทำทะเบียนประวัติและบัตรสี/บัตรประจำตัวผู้ไม่มีสัญชาติไทยเพื่อการควบคุมและอยู่ระหว่างการแก้ไขปัญหา ประมาณ ๓๐๐,๐๐๐ คน ได้แก่ ผู้หลบหนีเข้าเมืองจากพม่าที่อพยพเข้ามาหลัง ๙ มีนาคม ๒๕๑๙ จำนวน ๑๐๐,๐๐๐ คน, บุคคลบนพื้นที่สูงและชุมชนบนพื้นที่สูงที่อพยพเข้ามาหลัง ๓ ตุลาคม ๒๕๒๘ จำนวน ๒๒๐,๐๐๐ คน, ชาวลาวอพยพ ๗,๐๐๐ คน ผู้หลบหนีเข้าเมืองชาวกัมพูชา ๒,๒๐๐ คน, และผู้พลัดถิ่นสัญชาติพม่าเชื้อสายไทยที่อพยพเข้ามาหลัง ๙ มีนาคม ๒๕๑๙ จำนวน ๑,๔๐๐ คน.

- กลุ่มที่มีปัญหาการส่งกลับซึ่งได้รับการสำรวจจัดทำทะเบียนประวัติและบัตรประจำตัวบุคคลผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียนภายใต้ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคล จำนวน ๑๙๐,๐๐๐ คนเศษ ได้แก่ กลุ่มที่อาศัยอยู่มานานซึ่งเกี่ยวข้องกับกลุ่มที่ ๑ และ ๒.๑ จำนวน ๑๒๐,๐๐๐ คน, กลุ่มเด็กนักเรียนในสถานศึกษา ๖๔,๐๐๐ คน, กลุ่มคนไร้รากเหง้า ๒,๙๐๐ คน, และกลุ่มคนที่ทำประโยชน์ให้ประเทศ ๒๓ คน.

๓. กลุ่มที่มีปัญหาความมั่นคงและทางราชการมีนโยบายดูแลเป็นการเฉพาะ จำนวน ๑,๕๐๐,๐๐๐ คน ได้แก่ แรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง ๓ สัญชาติ (พม่า ลาว และกัมพูชา) จำนวน ๑,๐๐๐,๐๐๐ คนเศษ, และผู้หนีภัยจากการสู้รบจากพม่า



- กลุ่มที่ กรม.มีมติ รับรองสถานะให้อาศัยอยู่ถาวร
- กลุ่มที่มีปัญหาความมั่นคงและทางราชการมีนโยบายดูแลเป็นการเฉพาะ
- กลุ่มที่ได้รับการผ่อนผันให้อยู่ชั่วคราวเพื่อรอกระบวนการแก้ไขปัญหา
- กลุ่มหลบหนีเข้าเมืองอื่นๆ กรณีทั่วไป

ที่มา: ข้อมูลจากสภาความมั่นคงแห่งชาติ มีนาคม ๒๕๕๓

แผนภูมิที่ ๑ สัดส่วนของชนกลุ่มน้อย/ผู้หลบหนีเข้าเมืองและผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิในประเทศไทย



๑๓๐,๐๐๐ คน. ส่วนที่เหลือคือ ผู้หลบหนีเข้าเมืองชาวเกาหลีเหนือ ผู้หลบหนีเข้าเมืองชาวโรฮิงยา.

๔. กลุ่มหลบหนีเข้าเมืองอื่นๆ กรณีทั่วไป ประมาณ ๓๐๐,๐๐๐ คน.

เนื่องจากบุคคลเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องกับความมั่นคง โดยเฉพาะพื้นที่ตามแนวชายแดน การให้สิทธิด้านสุขภาพกับบุคคลเหล่านี้อาจจะเป็นแรงดึงดูดให้มีประชาชนจากประเทศเพื่อนบ้านที่อาศัยอยู่ตามแนวชายแดนอพยพเข้ามาอาศัยในประเทศไทยเพิ่มเติมได้. ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงเป็นสาเหตุให้การผลักดันนโยบายนี้ในช่วงเวลาที่ผ่านมาไม่ประสบความสำเร็จ.

การผลักดันนโยบายในครั้งนี้จึงได้มีการทบทวนและจัดกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิที่จะเสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อขยายสิทธิด้านสาธารณสุขใหม่ โดยจะเลือกเฉพาะกลุ่มบุคคลที่มีตัวตนจริง มีบัตรประชาชน มีทะเบียนบ้าน ได้สิทธิอาศัยอยู่ในพื้นแผ่นดินไทยอย่างถูกต้องตามกฎหมาย (ท.ร. ๑๓ ท.ร. ๑๔ และ ท.ร. ๓๘ ก) และเป็นกลุ่มที่ไม่มีปัญหาเรื่องความมั่นคงมาเกี่ยวข้อง โดยได้หารือร่วมกับสภาความมั่นคงแห่งชาติ กรมการปกครอง และหน่วยงานอื่นๆ ซึ่งสามารถจัดกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิจำนวน ๔๕๗,๔๐๙ คนได้เป็น ๒ กลุ่มใหญ่ๆ โดยมีรายละเอียดตามตารางที่ ๓ คือ^(๒)

๑) กลุ่มที่กรม.มิมติรับรองสถานะให้อาศัยอยู่ถาวร ประกอบด้วย กลุ่มคนที่มีเลขบัตรประชาชนขึ้นต้นด้วย เลข ๓ และ ๔ คือกลุ่มคนที่เข้าเมืองโดยชอบ ได้สิทธิอาศัยถาวรตามพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. ๒๕๒๒, และกลุ่มคนที่มีเลขบัตรประชาชนขึ้นต้นด้วย เลข ๕ และ ๘ คนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมาย มีสิทธิอาศัยถาวร.

๒) กลุ่มที่ได้รับการผ่อนผันให้อยู่ชั่วคราวเพื่อรอกระบวนการแก้ไขปัญหา ได้แก่

- กลุ่มที่มีปัญหาการส่งกลับซึ่งได้รับการสำรวจจัดทำทะเบียนประวัติและบัตรสี/บัตรประจำตัวผู้ไม่ใช่สัญชาติไทยเพื่อการควบคุมและอยู่ระหว่างการแก้ปัญหา ประกอบด้วย กลุ่มคนที่มีเลขบัตรประชาชนขึ้นต้นด้วย เลข ๖ คือ คน

ต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมายในลักษณะชั่วคราว (ม.๑๒, ๑๓, ๓๔, ๓๕ ตาม พ.ร.บ.คนเข้าเมือง พ.ศ. ๒๕๒๒) และคนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยไม่ชอบด้วยกฎหมาย (ม.๑๗ ตามพ.ร.บ.คนเข้าเมือง พ.ศ. ๒๕๒๒) และ กลุ่มคนที่มีเลขบัตรประชาชนขึ้นต้นด้วย เลข ๗ คือ บุตรคนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมายในลักษณะชั่วคราวที่เกิดในประเทศไทย และ บุตรคนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยไม่ชอบด้วยกฎหมายที่เกิดในประเทศไทย.

- กลุ่มที่ได้รับการสำรวจจัดทำทะเบียนประวัติและบัตรประจำตัวบุคคลผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียนภายใต้ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคล เฉพาะกลุ่มต่อไปนี้ คือ กลุ่มเด็กนักเรียนในสถานศึกษาที่รับสวัสดิการจากรัฐบาลด้านการศึกษา กลุ่มคนไร้รากเหง้า และกลุ่มคนที่ทำประโยชน์ให้แก่ประเทศ.

บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธินั้นกระจายอยู่ทั่วประเทศ ไม่ใช่เฉพาะตามแนวชายแดน (รูปที่ ๑) แม้แต่ในกรุงเทพมหานครยังมีบุคคลเหล่านี้กว่า ๕๐,๐๐๐ คน (ข้อมูลจากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย วันที่ ๑๘ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๓).

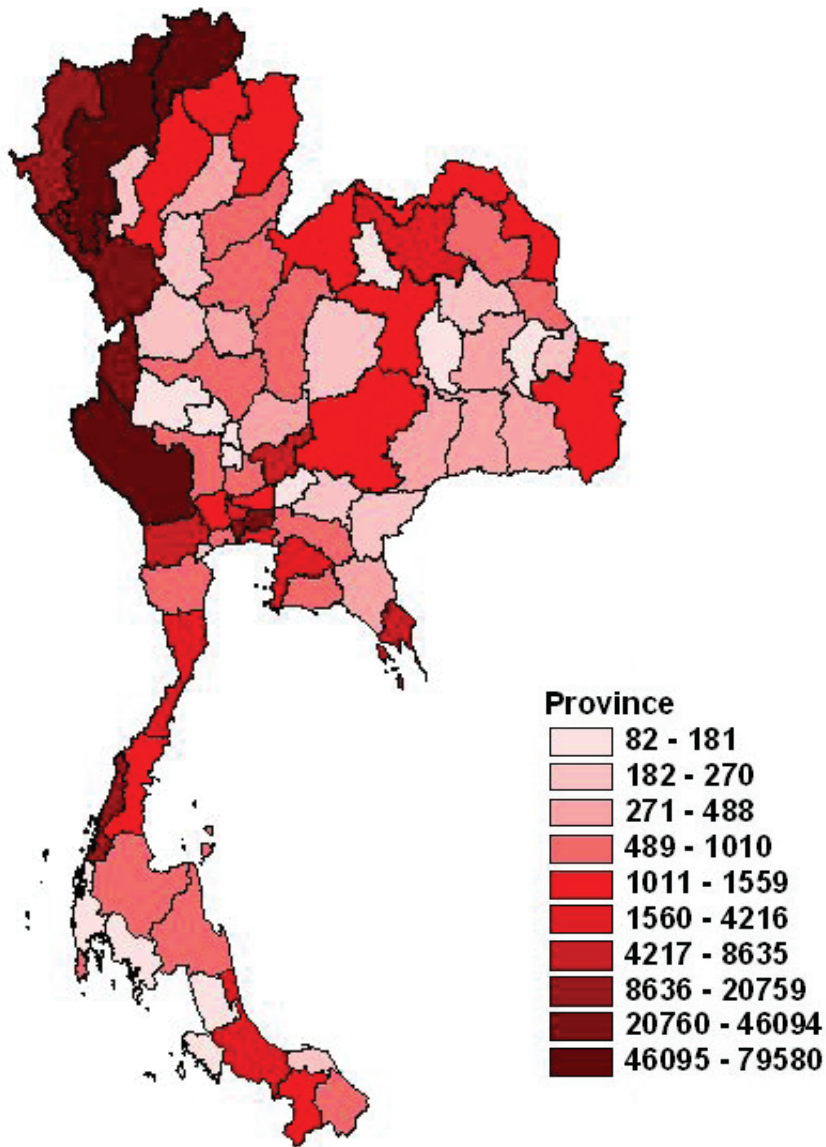
ลำดับสถานการณ์และเหตุการณ์สำคัญ

สถานการณ์และเหตุการณ์สำคัญเกี่ยวกับการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขของบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ มีรายละเอียดดังตารางที่ ๑

เหตุผลในการผลักดันนโยบาย

การผลักดันนโยบายการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ มีเหตุผลที่สำคัญ ๖ ประการ ดังนี้

๑. ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคล เมื่อวันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๔๘ คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบ “ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคล” ตามที่สภาความมั่นคงแห่งชาติ (สมช.) เสนอ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาการกำหนดสถานะและสิทธิของบุคคล โดยยุทธศาสตร์ดังกล่าวได้ระบุชัดเจนถึง การให้



ที่มา: กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ๑๘ มกราคม ๒๕๕๓

รูปที่ ๑ การกระจายของบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิในประเทศไทย

สิทธิขั้นพื้นฐานแก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ที่มีสิทธิอาศัยอยู่ในประเทศไทยทุกกลุ่ม^(๓).

ที่ผ่านมา บุคคลเหล่านี้ได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานอย่างเป็นระบบและชัดเจนมากขึ้น เช่น การจดทะเบียนการเกิดให้แก่บุตรที่เกิดในประเทศไทยซึ่งจะเป็นเอกสารแสดงตนที่สำคัญในด้านการศึกษานั้น ได้รับการอนุมัติจากคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๔๘ ให้ขยายโอกาสทางการศึกษาแก่

นักเรียนที่มีชื่ออยู่ในระบบทะเบียนราษฎรแต่ยังไม่มีสถานะที่ถูกต้องตามกฎหมาย และได้รับเงินอุดหนุนรายหัวในอัตราค่าใช้จ่ายรายหัวที่ให้กับเด็กไทย. ในด้านการทำงาน บุคคลเหล่านี้ยังสามารถทำงานได้ตามพระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. ๒๕๕๑ เป็นต้น ขณะที่สิทธิด้านสาธารณสุขในปัจจุบันยังไม่ได้ดำเนินการอย่างใด มีเพียงการให้การสงเคราะห์ตามหลักมนุษยธรรมเท่านั้น^(๔). ดังนั้นเพื่อให้



ตารางที่ ๑ ลำดับเหตุการณ์การเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขของบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ

วันที่/ช่วงเวลา	รายละเอียด
ก่อนพ.ศ. ๒๕๔๓	บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิส่วนหนึ่งได้รับสิทธิในโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลที่ได้ดำเนินการตั้งแต่ปี ๒๕๑๘ ในสมัยรัฐบาล ม.ร.ว.คึกฤทธิ์ ปราโมช เป็นนายกรัฐมนตรี และดำเนินการเต็มรูปแบบทั่วประเทศ ต่อเนื่องกันมาตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๒๔ โดยครอบคลุมผู้สูงอายุและเด็ก และบางส่วนซื้อบัตรสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขโดยสมัครใจ เช่น ที่ ร.พ.สังขละบุรี จ.กาญจนบุรี
๒๓ พ.ย.๒๕๔๓	บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิส่วนหนึ่งได้รับสิทธิภายใต้โครงการ ๓๐ บาทรักษาทุกโรค ในสมัยรัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร เป็นนายกรัฐมนตรี โดยหน่วยบริการได้ลงทะเบียนกลุ่มคนเหล่านี้ที่เคยได้รับสิทธิในโครงการสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล
หลังพ.ศ. ๒๕๔๓	สปสช.และกสธ.ได้ทราบถึงข้อจำกัดของพร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ให้สิทธิเฉพาะบุคคลที่มีสัญชาติไทย ดังนั้นบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิกว่า ๒๐๐,๐๐๐ คน ในทะเบียนของสปสช.จะต้องถูกถอดชื่อจากผู้มีสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
๑๗ ม.ค.๒๕๔๘	คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้บรรจุเรื่องนี้เพื่อพิจารณา แต่ไม่ผ่านความเห็นชอบจาก รมว.พินิจ จารุสมบัติ ในฐานะประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องนี้จึงไม่สามารถส่งต่อไปยังคณะรัฐมนตรีได้
๑๘ ม.ค.๒๕๔๘	คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบ “ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคล” ตามที่สภาความมั่นคงแห่งชาติ (สมช.) เสนอ โดยยุทธศาสตร์ดังกล่าวได้ระบุชัดเจนถึง การให้สิทธิขั้นพื้นฐานต่างๆ อาทิ การศึกษา สาธารณสุข การทำงาน แก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิที่มีสิทธิอาศัยอยู่ในประเทศไทย
๒๗ พ.ย.๒๕๔๘	สมัย นพ.มงคล ณ สงขลา เป็น รมว.สธ. คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้พิจารณาเรื่องนี้อีกครั้ง โดยคณะกรรมการฯ ได้มีมติเห็นชอบให้เสนอเรื่องเข้าสู่คณะรัฐมนตรี แต่ไม่ผ่านกรม.กลั่นกรอง ด้วยเหตุผลความมั่นคง
๑๖ ก.พ.๒๕๕๒	คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(รมว.วิทยา แก้วภราดัย เป็นประธาน) ให้ยื่นขออนุมัติคณะกรรมการครั้งที่ ๑/๒๕๔๘ วันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๔๘ โดยนำเรื่องเข้าสู่คณะรัฐมนตรีอีกครั้ง
๓๐ มิ.ย.๒๕๕๒	สำนักงบประมาณเสนอความเห็นต่อคณะรัฐมนตรีโดยมีความเห็นว่า การที่สปสช.มีข้อเสนอเชิงนโยบาย การสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนที่รอการพิสูจน์สถานะบุคคลถือเป็นแนวทางการจัดบริการที่จะเป็นประโยชน์ภายใต้หลักการด้านมนุษยธรรมแต่เป็นการเสนอนโยบายเพิ่มเติมเกินกว่าบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญและเป็นประเด็นที่มีผลกระทบหลายด้าน ที่จำเป็นต้องผ่านกระบวนการศึกษาและพิจารณาร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ
๓ ก.ค.๒๕๕๒	สปสช. ถอนเรื่องเพื่อมาทบทวนก่อนการนำเรื่องเข้าสู่การพิจารณาของคณะรัฐมนตรี
๒๕ ก.พ.๒๕๕๓	สมัยนายจรินทร์ ลักษณวิศิษฏ์ เป็น รมว. สธ. ในฐานะประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้นำเรื่องนี้กลับมาพิจารณาอีกครั้ง และมีมติเห็นชอบให้เสนอเรื่องนี้ต่อคณะรัฐมนตรี โดยมีการปรับรายละเอียด เช่น เปลี่ยนจากการให้หลักประกันสุขภาพ เป็นการให้สิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุข และมีการจัดกลุ่มคนใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับสภาความมั่นคงแห่งชาติ
๒๓ มี.ค.๒๕๕๓	คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบการให้สิทธิ(คืนสิทธิ)ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขแก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิจำนวน ๔๕๗,๔๐๘ คน ตั้งแต่วันที่ ๑ เม.ย. ๒๕๕๓ เป็นต้นไป โดยให้ กสธ. เป็นผู้ดำเนินการ
๑ เม.ย.๒๕๕๓	บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จำนวน ๔๕๗,๔๐๘ คน ได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุข เช่นเดียวกับคนไทยทั่วไป

สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ดังกล่าว จึงเป็นการสมควรให้บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุข เช่นเดียวกับคนไทยคนอื่นๆ ซึ่งในการเสนอนโยบายต่อคณะรัฐมนตรีที่ผ่านมา สปสช.ไม่ได้มีการหยิบยกประเด็นนี้ ในการนำเสนอ. การผลักดันครั้งนี้จึงเป็นครั้งแรกที่ใช้ประเด็นด้านยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิเข้ามารองรับ และเป็นเหตุผลสนับสนุนในการดำเนินนโยบายดังกล่าว.

๒. การคืนสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขให้แก่ผู้ที่เคยมีสิทธิ เนื่องจากบุคคลเหล่านี้ส่วนหนึ่งเคยได้รับสิทธิด้านสาธารณสุขจากโครงการสวัสดิการสำหรับผู้มีรายได้น้อย (สปร.) และโครงการบัตรสุขภาพ ของกระทรวงสาธารณสุข เช่น โครงการบัตรสุขภาพโรงพยาบาลสังขละบุรี จ.กาญจนบุรี และบัตรประกันสุขภาพสำหรับคนไทยพลัดถิ่น จ.ระนอง^(๕). อย่างไรก็ตามเมื่อมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ มีการตีความ “ผู้มีสิทธิ” ว่าหมายถึงเฉพาะ “ผู้มีสัญชาติไทย” เท่านั้น^(๖) ทำให้หน่วยบริการไม่ได้รับงบประมาณรายหัวสำหรับกลุ่มที่ไม่มีสัญชาติไทย และไม่สามารถให้สิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลเหล่านี้ได้ ผลที่เกิดขึ้นคือบุคคลเหล่านี้ต้องเสียสิทธิที่เคยได้รับมาก่อนหน้านี้.

๓. ภาระหนี้สินของโรงพยาบาล ในความเป็นจริงโรงพยาบาลทั้งหลายโดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนตามแนวชายแดนต้องให้บริการกลุ่มคนเหล่านี้ตามหลักมนุษยธรรม ไม่มีโรงพยาบาลใดที่สามารถปฏิเสธการรักษาคนเหล่านี้ได้ จึงจำเป็นต้องเจียดงบประมาณที่ได้รับสำหรับการรักษาคนไทยมารักษาคนเหล่านี้ ส่งผลให้หน่วยบริการเหล่านี้มีภาระหนี้สินจำนวนมาก ขาดการพัฒนา. จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๕๑ พบว่า มีโรงพยาบาล ๑๗๒ แห่ง จาก ๑๕ จังหวัด ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายส่วนนี้ เป็นเงินกว่า ๕๐๐ ล้านบาท ที่สำคัญมีโรงพยาบาลชายแดนหลายสิบแห่งต้องแบกรับกลุ่มคนเหล่านี้ ทำให้ขาดสภาพคล่อง ดิดหนี้บริษัทฯ ต้องยืมเงินจากโรงพยาบาลอื่นมาเพื่อจ่ายค่ายาและค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ ส่งผลกระทบต่อขวัญและกำลังใจในการทำงาน และการให้บริการคนไทยในพื้นที่ดังกล่าว^(๗).

๔. การควบคุมและป้องกันโรค หากบุคคลที่มีปัญหา

สถานะและสิทธิเหล่านี้เจ็บป่วยแล้วไม่ได้รับการดูแลรักษา จะเป็นโรคที่สามารถแพร่กระจายโรคติดต่อต่างๆได้. จากข้อมูลของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขระบุว่าโรคที่พบบ่อยในบุคคลที่ไม่ใช่สัญชาติไทยเฉพาะคนที่เข้าถึงระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุข เป็นโรคติดต่อที่สามารถควบคุมป้องกันได้. แต่หากไม่ดำเนินการอย่างใด จะส่งผลให้มีการระบาดก่อให้เกิดผลกระทบต่อประชาชนส่วนใหญ่ได้ เช่น โรคมาลาเรีย, ไข้เลือดออก, เอชไอวี, วัณโรค. นอกจากนั้นบุคคลเหล่านี้ส่วนใหญ่เข้าไม่ถึงบริการด้านสาธารณสุข เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ ก็จะหาวิธีการดูแลตัวเอง จนกระทั่งทนไม่ไหวจึงไปหาแพทย์ที่โรงพยาบาล เช่นที่โรงพยาบาลสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าร้อยละ ๖๐ ของผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล คือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสถานะและสิทธิ ขณะที่มีเพียงร้อยละ ๓๐ ที่เป็นผู้ป่วยนอก หมายความว่าคนกลุ่มนี้จะมาโรงพยาบาลก็ต่อเมื่อมีอาการหนัก ไม่สามารถดูแลตนเองได้แล้ว^(๘) โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ ๒

๕. งบประมาณและความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจ มีคำถามว่าจะหางบประมาณมาจากไหนและคุ้มค่าหรือไม่ ซึ่งเป็นคำถามเดียวกับเมื่อครั้งประเทศไทยจะขยายระบบหลัก

ตารางที่ ๒ โรคที่พบบ่อย ๑๐ อันดับแรกในคนที่ไม่ใช่สัญชาติไทย พ.ศ. ๒๕๕๑

อันดับ	โรค	ป่วย	เสียชีวิต
๑	อุจจาระร่วงเฉียบพลัน	๑๒,๓๘๒	๑
๒	มาลาเรีย	๗,๕๐๓	๑๐
๓	ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	๓,๑๔๑	๑
๔	ปอดอักเสบ	๑,๖๑๓	๘
๕	ไข้เลือดออก	๑,๔๔๔	๔
๖	โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	๑,๒๐๘	-
๗	อาหารเป็นพิษ	๕๕๘	-
๘	ตาอักเสบจากไวรัส	๗๖๑	-
๙	วัณโรค	๗๕๔	๓
๑๐	สุกใส	๔๕๕	-

ที่มา: รายงานเฝ้าระวังโรค สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข



ประกันสุขภาพถ้วนหน้าในโครงการ ๓๐ บาทรักษาทุกโรค. คำตอบคือ งบประมาณอยู่ในระบบอยู่แล้ว เพราะบุคคลเหล่านี้ส่วนหนึ่งเคยได้รับสิทธิสวัสดิการด้านรักษาพยาบาลอยู่แล้ว แต่ถูกถอนสิทธิไป หมายถึงรัฐบาลเคยให้งบประมาณอุดหนุนบุคคลเหล่านี้อยู่แล้ว. หากรัฐบาลปล่อยให้บุคคลเหล่านี้ต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพย่อมส่งผลต่อระบบการผลิต. ไม่เพียงเท่านั้นหากบุคคลเหล่านี้ไม่ได้รับการรักษา ก็จะเป็นโรคทำให้เกิดโรคระบาดต่างๆสู่คนไทย รัฐบาลก็ต้องแบกภาระทั้งในการรักษาและในการควบคุมโรคระบาดต่างๆ ซึ่งในแต่ละปีอาจเป็นงบประมาณที่มหาศาล มากกว่างบประมาณที่จะจัดสรรให้กับคนกลุ่มนี้เสียอีก เพราะงานสาธารณสุขมีปัจจัยภายนอกมาเกี่ยวข้องมาก ยิ่งลงทุนในการป้องกันมาก ก็ยิ่งทำให้ระบบคุ้มค่า^(๙).

ดังนั้นการเปลี่ยนวิธีการจัดการ จากเดิมที่ต่างคนต่างจ่ายมาเป็นรัฐบาลเป็นผู้จ่ายผ่านระบบภาษี ซึ่งบุคคลเหล่านี้ก็เสียภาษีทางตรงและทางอ้อมอยู่แล้ว เพื่อให้เกิดการรวมความเสี่ยงและเฉลี่ยความเสี่ยง จะสามารถให้บริการแบบบูรณาการทั้งรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และรัฐบาลยังได้รับประโยชน์ทางอ้อมจากบุคคลเหล่านี้ซึ่งเป็นปัจจัยการผลิตสินค้าและบริการต่างๆ เมื่อเขาเหล่านั้นมีสุขภาพแข็งแรงย่อมส่งผลดีต่อเศรษฐกิจในที่สุด^(๑๐). ที่สำคัญคนกลุ่มนี้ก็จะค่อยๆหมดไป เพราะในที่สุดจะได้รับการสถานะและสิทธิเหมือนคนไทย. ดังนั้นงบประมาณในส่วนนี้ก็จะค่อยๆลดลงจนหมดไปในที่สุด ไม่ได้เป็นภาระงบประมาณในระยะยาวแต่อย่างใด.

๖. ข้อตกลงระหว่างประเทศ มีข้อตกลงระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการให้สิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ได้แก่ ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ข้อ ๒๕(๑) “ทุกคนมีสิทธิในมาตรฐานการครองชีพอันเพียงพอสำหรับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตนและครอบครัว รวมทั้งอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และการดูแลสุขภาพทางการแพทย์ และบริการทางสังคมที่จำเป็น”^(๑๑).

กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ระบุในข้อความที่กล่าวถึงการดำเนินงานของรัฐบาลคือว่า “รัฐบาลควรสร้างสภาวะที่ประกันบริการทางการแพทย์

แพทย์และการให้การดูแลสุขภาพพยาบาลแก่ทุกคนในกรณีเจ็บป่วย”^(๑๑).

กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง ข้อ ๒๕ (ค) “พลเมืองทุกคนย่อมมีสิทธิและโอกาส โดยปราศจากความแตกต่างในการที่จะเข้าถึงการบริการสาธารณะในประเทศของตน ตามหลักเกณฑ์ทั่วไปแห่งความเสมอภาค”^(๑๑).

อนุสัญญาว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติทางเชื้อชาติในทุกรูปแบบ ข้อ ๕ (ฉ) ๔) กล่าวเน้นถึงการที่รัฐภาคีจะ “ห้ามและจัดการเลือกปฏิบัติทางเชื้อชาติในทุกรูปแบบ และจะประกันสิทธิของทุกคนให้มีความเสมอภาคกันตามกฎหมายด้านสิทธิในการได้รับการบริการสาธารณสุข การดูแลสุขภาพทางการแพทย์ การประกันสังคม และการบริการทางสังคม”^(๑๑).

อนุสัญญาว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในทุกรูปแบบ ข้อ ๑๒(๑) “รัฐภาคีจะใช้มาตรการที่เหมาะสมทุกอย่างเพื่อจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในด้านการรักษาสุขภาพ เพื่อประกันการมีโอกาสได้รับการบริการในการรักษาสุขภาพ”^(๑๑).

และ อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก ข้อ ๒๔ กล่าวถึงหน้าที่ของรัฐที่จะต้อง “จัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการรักษาพยาบาลเพื่อให้เด็กทุกคนเข้าถึงการให้บริการสาธารณสุขได้อย่างเต็มที่” และยังเน้นย้ำว่า “รัฐควรสนับสนุนความร่วมมือระหว่างประเทศ ในการบรรลุเป้าหมายของการคุ้มครองสิทธิในสุขภาพของเด็กให้เป็นไปตามบทบัญญัติแห่งอนุสัญญานี้ โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา”^(๑๑).

จะเห็นได้ว่า ข้อตกลงระหว่างประเทศเหล่านี้เป็นสิ่งที่ประเทศไทยจะต้องดำเนินการ และมีเหตุผลพอที่จะสนับสนุนให้รัฐบาลให้สิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขให้กับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิเหล่านี้.

มติคณะรัฐมนตรี วันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๕๓

คณะรัฐมนตรีอนุมติตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเสนอ ดังนี้

- ๑. อนุมติให้สิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขซึ่งครอบคลุม

การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ และการควบคุมป้องกันโรค แก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน พ.ศ.๒๕๕๓ เป็นต้นไป โดยมอบให้ กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการ.

๒. อนุมัติให้จัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๓ งบกลาง รายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็นสำหรับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จำนวนทั้งสิ้น ๔๕๗,๔๐๙ คน เป็นเงิน ๔๗๒,๘๒๓,๖๘๓.๓๐ บาท.

การที่คณะรัฐมนตรีอนุมัติให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการแทนนั้น เนื่องมาจากในที่ประชุมคณะรัฐมนตรีนั้น คณะกรรมการกฤษฎีกาได้ท้วงติงว่า สปสข.นั้นไม่มีอำนาจในการดูแลและบริหารจัดการบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ เพราะสปสข.ดูแลเฉพาะผู้มีสิทธิที่มีสัญชาติไทยเท่านั้น. ส่วนในเรื่องของงบประมาณที่คณะรัฐมนตรีอนุมัตินั้นก็ก็เป็นไปตามที่สปสข.เสนอ โดยคำนวณจากฐานข้อมูลของผู้มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพ เพื่อให้บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ นั้นได้รับสิทธิต่างๆเท่าคนไทย. ส่วนตัวเลขค่าใช้จ่ายเหมาจ่ายรายหัวที่อาจจะต่ำกว่าคนไทยทั่วไปนั้น เกิดจากการไม่รวมเงินเดือนบุคลากรในกระทรวงสาธารณสุขที่ได้พิจารณาไปแล้วก่อนหน้านี้.

บทเรียนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ

การผลักดันนโยบายนี้จนสำเร็จในครั้ง นี้ ไม่ได้ดำเนินการตามระบบปกติเหมือนใน ๓ ครั้งที่ผ่านมา ตั้งแต่ครั้งแรกในสมัยนายพินิจ จารุสมบัติ เป็น รมว.สาธารณสุข (พ.ศ. ๒๕๔๘)ครั้งที่ ๒ สมัยนพ.มงคล ณ สงขลา เป็น รมว.สาธารณสุข (พ.ศ. ๒๕๔๙), และครั้งที่ ๓ สมัยนายวิทยา แก้วภราดัย เป็น รมว.สาธารณสุข (พ.ศ. ๒๕๕๒) เพราะการผลักดันโดยใช้กลไกปกติไม่ได้พิสูจน์แล้วว่าไม่ประสบผลสำเร็จ เนื่องจากเป็นนโยบายที่มีความซับซ้อนเกี่ยวข้องกับความมั่นคง. ดังนั้นการผลักดันนโยบายในครั้งนี้จึงเปลี่ยนวิธีการใหม่ใช้การขับเคลื่อนสังคม โดยใช้ทฤษฎีสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาของ ประเวศ วะสี โดยเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ ๓ ด้านเข้าด้วยกัน ได้แก่

(๑) การสร้างองค์ความรู้, (๒) การขับเคลื่อนสังคม, และ (๓) การเชื่อมต่อกับผู้ตัดสินใจระดับนโยบาย ซึ่งการใช้วิธีการขับเคลื่อนสังคมครั้งนี้เป็นยุทธศาสตร์ที่มีการวางมาตั้งแต่ต้นก่อนที่จะมีการผลักดันในครั้งนี้ โดยมีรายละเอียดในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ต่างๆในการผลักดันนโยบาย ดังนี้

(๑) **การสร้างองค์ความรู้** แนวทางการทำงานในส่วนนี้แบ่งออกเป็น ๓ ส่วนที่สำคัญ คือ

● ชั้นที่ ๑ ทบทวนองค์ความรู้ เริ่มต้นจากการนำงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.), สถาบันวิจัยและพัฒนาเพื่อเฝ้าระวังสภาวะไร้รัฐ และ ข้อเสนอเชิงนโยบายที่สปสข.นำเสนอต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใน ๒ ครั้งที่ผ่านมา โดยนำมาทบทวน ศึกษาปัญหาข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคในการผลักดันนโยบายนี้ที่ผ่านมา พร้อมๆกันนั้นได้ประสานงานกับนักวิชาการที่มีความเชี่ยวชาญ ได้แก่ รศ.ดร.พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, นายวินสลิษฐ์ สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง, และนายฉัตรชัย บางชวด สำนักงานสภาคความมั่นคงแห่งชาติ เพื่อถ่ายทอดประสบการณ์ ทำให้เข้าใจข้อเท็จจริงต่างๆมากขึ้น.

● ชั้นที่ ๒ การจัดการความรู้ ได้จัดตั้งคณะทำงานที่มีองค์ประกอบมาจากหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สปสข. กระทรวงสาธารณสุข, สวปก. และสถาบันวิจัยและพัฒนาเพื่อการเฝ้าระวังสภาวะไร้รัฐ เพื่อรวบรวมข้อมูลต่างๆจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมดอีกครั้ง และนำมาจัดการองค์ความรู้ให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ. ไม่เพียงเท่านั้น ยังได้จัดประชุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เช่น กระทรวงมหาดไทย, สภาคความมั่นคงแห่งชาติ, สำนักงานตำรวจแห่งชาติ, กระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงแรงงาน, กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, และองค์กรเอกชน เพื่อระดมความเห็นต่อเรื่องนี้อย่างเป็นทางการ และรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมจัดกลุ่มบุคคลที่มีสถานะและสิทธิใหม่ตามสภาคความมั่นคงแห่งชาติ เพื่อให้ได้กลุ่มที่มีหลักฐานแน่ชัด และไม่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคง จนได้กรอบและจำนวนบุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิที่จะนำเสนอต่อ ครม.ใหม่อีกครั้ง.



● **ขั้นที่ ๓** การเผยแพร่ความรู้ หลังจากมีการทบทวน และจัดการความรู้ในระดับหนึ่งแล้ว ได้มีการเลือกประเด็น เตรียมเผยแพร่สู่สาธารณะ และจัดทำเป็นแผ่นเอกสารข้อเท็จจริง เพื่อให้ง่ายต่อการสื่อสารกับสังคม. ทั้งนี้ยังได้รวบรวมกรณีศึกษาความทุกข์ของบุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิที่ได้รับผลกระทบที่เป็นรูปธรรม และยังได้จัดทำเนื้อหาอื่นๆให้เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ เช่น บทสรุปย่อสำหรับผู้บริหาร, สถานะทางการเงินของโรงพยาบาล, สถานการณ์การระบาดของโรคตามแนวชายแดน ทำให้ทุกส่วนที่เกี่ยวข้องมีข้อมูลในการนำเสนอต่อสังคมและผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหลาย อย่างเป็นรูปธรรม.

(๒) **การขับเคลื่อนสังคม** แบ่งเป็น ๓ ส่วนที่สำคัญ คือ

● **ขั้นที่ ๑** การสร้างเครือข่าย มีความสำคัญอย่างยิ่งในการขับเคลื่อนสังคม โดยเฉพาะกับหน่วยงานวิชาการที่เกี่ยวข้อง, องค์กรพัฒนาภาคเอกชน, สภานายความ, กลุ่มผู้ป่วย, กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน, นักวิชาการที่เกี่ยวข้อง, สื่อมวลชน, และภาคส่วนอื่นๆ เพื่อให้เกิดพลังในการผลักดันนโยบายดังกล่าว. ทั้งนี้ต้องอาศัยเวลา การทำความเข้าใจ และแสวงหาวิธีการทำงานร่วมกัน.

● **ขั้นที่ ๒** จัดเตรียมช่องทางสื่อสาร ทั้งทางสื่อหนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ วิทยุ รวมไปถึงช่องทางสื่อสารแบบใหม่ๆ ทางสื่อโทรทัศน์ เช่น การนำเสนอในรูปแบบสารคดี, การจัดเวทีเสวนา, การสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้อง, และทางหนังสือพิมพ์ เช่น การจัดเสวนาร่วมกับสมาคมผู้สื่อข่าวและนักหนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทย, การเขียนบทความ การพาสื่อมวลชนลงพื้นที่เพื่อดูข้อเท็จจริง.

● **ขั้นที่ ๓** การสร้างกิจกรรมให้สังคมตื่นตัว โดยการรวมตัวของแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชายแดน ดังเช่นที่โรงพยาบาลอุ้มผาง, โรงพยาบาลสังขละบุรี, โรงพยาบาลปางมะผ้า ที่ได้เรียกร้องต่อสาธารณชนเพื่อมาร่วมกันแก้ไขปัญหาดังกล่าว ขณะทีในส่วนภาคประชาชนเองก็ได้ร่วมกันเรียกร้องผ่านทางสื่อมวลชนแขนงต่างๆ ให้มีการดูแลคนกลุ่มนี้ผ่านการให้สัมภาษณ์ทางสื่อต่างๆ.

(๓) **เชื่อมต่อกับระดับนโยบาย** ผลจากการขับเคลื่อนสังคมทำให้เกิดการสื่อสารข้อมูลไปถึงผู้มีอำนาจตัดสินใจตั้งแต่

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง, รมว.สาธารณสุข, คณะรัฐมนตรีและนายกรัฐมนตรี โดยได้วางจังหวะในการเชื่อมต่อกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจเชิงนโยบายแต่ละระดับดังนี้

● **ขั้นที่ ๑** เชื่อมต่อกับรมว.สาธารณสุข (นายจรินทร์ ลักษณวิศิษฏ์) เพื่อให้รับทราบและเข้าใจ เนื่องจากรมว.สาธารณสุขอยู่ในฐานะประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ต้องเป็นผู้เสนอเรื่องเข้าสู่คณะรัฐมนตรี และเป็นบุคคลสำคัญในการผลักดันนโยบายนี้ไปสู่การปฏิบัติ โดยเริ่มต้นจากการที่ให้เครือข่ายแพทย์โรงพยาบาลตามแนวชายแดน ที่เกิดจากการรวมตัวเพื่อทำงานนี้เข้าพบรมว.สธ. เพื่อชี้แจงถึงความจำเป็นในการผลักดันนโยบายดังกล่าวโดยมุ่งเน้นประเด็นไปที่การแบกรับภาระของโรงพยาบาลตามแนวชายแดน. นอกจากนี้ยังมีการเชื่อมต่อนอกรอบโดยมีการเข้าหารือกับทีมงานของรมว.สาธารณสุขอีกทางหนึ่ง.

● **ขั้นที่ ๒** เชื่อมต่อกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานปรมาณู, สภาความมั่นคงแห่งชาติ, สำนักนายกรัฐมนตรี, กรมการปกครอง(กระทรวงมหาดไทย) เพื่อให้เข้าใจถึงท่าที ความเห็นของหน่วยงานดังกล่าว เพราะหน่วยงานเหล่านี้ คือ หน่วยงานหลักที่จะเสนอความเห็นเข้าสู่คณะรัฐมนตรี. ทั้งนี้ในช่วงที่มีการสอบถามความเห็นไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนั้น จำเป็นต้องทราบโครงสร้างหน่วยงานภายในสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี และจำเป็นต้องติดตามอย่างใกล้ชิดเพื่อดูว่าหน่วยงานเหล่านั้นมีความเห็นอย่างไร, มีข้อกังวลประการใด เป็นประโยชน์หรือไม่ และที่สำคัญต้องพยายามชี้แจงถึงเหตุผล และทำความเข้าใจกับผู้รับผิดชอบในหน่วยงานเหล่านั้น เพื่อให้ตอบความเห็นไปในทิศทางที่เป็นประโยชน์ในการพิจารณาเมื่อเข้าสู่ที่ประชุมคณะรัฐมนตรี.

● **ขั้นที่ ๓** เชื่อมต่อกับคณะรัฐมนตรี เนื่องจากนโยบายนี้จำเป็นต้องผ่านความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี. ดังนั้นการเชื่อมต่อกับรัฐมนตรีแต่ละคนในคณะรัฐมนตรีจึงมีความสำคัญ. การดำเนินงานครั้งนี้ได้มีการเชื่อมต่อกับรัฐมนตรี, ที่ปรึกษานายกรัฐมนตรี, ตลอดจน นายกรัฐมนตรี (นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ) เพื่อให้เข้าใจและเป็นแรงสนับสนุนเมื่อเรื่องนี้เข้าสู่การพิจารณาของคณะรัฐมนตรี ทั้งรูปแบบการเชื่อมต้อมีหลากหลาย

หลายรูปแบบ ตั้งแต่การขอเข้าพบ การส่งผู้ที่มีความสนิทสนมเข้าไปพูดคุย เป็นต้น.

ปัจจัยที่นำมาซึ่งความสำเร็จในการผลักดันนโยบายในครั้งนี้ ได้แก่ ประเด็นที่ ๑: การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ โดยเฉพาะทบทวนการนำเสนอโยบายที่ผ่านมาที่มีจุดอ่อนและจุดแข็งอย่างไร หลังจากนั้นก็ได้มีการเรียบเรียงและนำเสนอข้อมูลใหม่ให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ เพราะเป็นเรื่องที่ซับซ้อนเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วน และได้ใช้ประเด็นปัญหาการเงินของโรงพยาบาลชายแดนเป็นประเด็นนำ เพราะสังคมมักจะเห็นใจแพทย์ที่อุทิศตัวตามแนวชายแดน. ประเด็นที่ ๒: การขับเคลื่อนสังคมผ่านทางสื่อมวลชน ซึ่งอาศัยจังหวะการมารับงานในหน้าที่ใหม่ของรมว.สธ. (นายจรินทร์ ลักษณวิศิษฏ์) ที่ต้องสร้างผลงานให้เป็นที่ประจักษ์แก่สาธารณะ. ประเด็นที่ ๓: การประสานกับภาคการเมือง และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะกับนายกรัฐมนตรีและคณะรัฐมนตรี โดยนายกรัฐมนตรี (นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ) มีความเข้าใจเรื่องนี้ดีมาก ทำให้ระหว่างการศึกษาเรื่องนี้ในคณะรัฐมนตรี นายกรัฐมนตรีสามารถตอบคำถามได้เป็นอย่างดี. ส่วนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย สำนักงานประมาณที่เคยมีความเห็นขัดแย้งก็มีการประสานทำความเข้าใจ จนกระทั่งมีการตอบความเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อนโยบายเรื่องนี้มากขึ้น.

ส่วนแนวคิดของผู้กำหนดนโยบายต่อเรื่องนี้ นั้น เป็นการให้สิทธิขั้นพื้นฐานแก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิเป็นสำคัญ ซึ่งสามารถพิจารณาได้จากข้อนโยบายที่นำเสนอเป็นเรื่องของการให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขแก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ นอกจากนั้นการคำนวณงบประมาณการออกแบบระบบเพื่อบริหารจัดการ ล้วนแต่ให้ความสำคัญกับการให้สิทธิขั้นพื้นฐานเป็นหลัก. แม้ว่าสภาพความมั่นคงแห่งชาติมีความพยายามที่จะเสนอให้ตั้งเป็นกองทุนเฉพาะเพื่อสงเคราะห์คนเหล่านี้แทนที่จะให้เป็นสิทธิโดยตลอด แต่ทว่าในส่วนผู้ที่ผลักดันนโยบายก็พยายามต่อสู้เพื่อให้ได้มาซึ่งสิทธิขั้นพื้นฐานดังกล่าว.

ในที่สุด ก็สามารถผลักดันเรื่องที่ดีชัดมากกว่า ๕ ปี

ผ่านมาถึง ๔ รัฐมนตรี จนเป็นผลสำเร็จ.

สิ่งที่ท้าทายสำหรับปัจจุบันและอนาคต

สิ่งที่ท้าทายสำหรับปัจจุบันและอนาคตสำหรับเรื่องการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขของบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ต่อนักวิชาการ ผู้บริหาร และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายนั้น ประกอบด้วย ๕ ประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

ประเด็นที่ ๑ การบริหารจัดการโดยกระทรวงสาธารณสุข

เนื่องจากข้อจำกัดของกฎหมายของพ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาตีความว่า สปสข.ไม่สามารถดูแลบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิกลุ่มนี้ได้ เนื่องจากคนกลุ่มนี้ยังไม่ได้รับสัญชาติไทย และสปสข.มีสิทธิดูแลเฉพาะคนไทยที่มีสัญชาติไทยเท่านั้น คณะรัฐมนตรีจึงได้มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้บริหารงบประมาณส่วนนี้แทน ซึ่งโดยข้อเท็จจริงกระทรวงสาธารณสุขนั้นยังขาดระบบสนับสนุนต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นระบบข้อมูลสารสนเทศ, ระบบตรวจสอบ, ระบบการเบิกจ่ายงบประมาณ, ระบบการบริหารเงินกองทุนที่แยกย่อยออกเป็นหมวดต่างๆ เช่น ยาราคาแพงและมีปัญหาในการเข้าถึง, การบริการโรคเฉพาะ เช่น โรคติดเชื้อเอชไอวี, ไข้เลือดออกร้าย, มะเร็ง, ต้อกระจก, งานทันตกรรม. สิ่งเหล่านี้กระทรวงสาธารณสุขต้องมาดำเนินการใหม่ทั้งหมด จึงเป็นคำถามที่ท้าทายว่ากระทรวงสาธารณสุขจะสามารถบริหารจัดการได้ดีเพียงใด.

ในกรณีบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร และกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุขจะดำเนินการอย่างไร จะบริหารจัดการอย่างไรให้ผู้ป่วยสามารถไปรับบริการได้อย่างสะดวกรวดเร็ว. นอกจากนี้งบประมาณที่ได้รับจากสำนักงานประมาณนั้นเป็นหมวดอุดหนุนไม่สามารถจ่ายให้แก่หน่วยบริการหรือโรงพยาบาลต่างๆ โดยตรงได้ ต้องจ่ายผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำให้มีความกังวลว่าหน่วยบริการต่างๆจะไม่ได้รับงบประมาณตามความเป็นจริง จึงจำเป็นต้องมีการติดตามและประเมินผลเรื่องนี้อย่างจริงจังต่อไป.

ประเด็นที่ ๒ งบประมาณที่ไม่เพียงพอ การเสนอของบ



ตารางที่ ๓ รายละเอียดและจำนวนบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ พ.ศ. ๒๕๕๓

กลุ่มเป้าหมาย ตามที่ สมช. กำหนด	เลขขึ้นต้น ในบัตร ประชาชน	รายละเอียด	ประเภท ทะเบียน ราษฎร	จำนวน*
๑. กลุ่มที่กรม.มีมติรับรองสถานะให้อาศัยอยู่ถาวร				
	๓, ๔	เข้าเมืองโดยชอบ ได้สิทธิอาศัยถาวร (พ.ร.บ.คนเข้าเมือง พ.ศ. ๒๕๒๒)	ท.ร.๑๔	๕๘,๕๕๕ + ๒๘๖
	๕, ๘	คนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมาย มีสิทธิอาศัยถาวร หมายเหตุ ๕, ๘ เป็นกลุ่มคนประเภทเดียวกัน เพียงแต่การ มีชื่อในทะเบียนราษฎรต่างเวลากัน เลข ๕ เพิ่มชื่อในทะเบียนบ้านก่อน ๒๒ มี.ค. ๒๕๓๕, เลข ๘ เพิ่มชื่อในทะเบียนบ้าน หลัง ๒๒ มี.ค. ๒๕๓๕	ท.ร.๑๔	๓๐๔๕ + ๒๗,๗๐๗
๒. กลุ่มที่ได้รับการผ่อนผันให้อยู่ชั่วคราวเพื่อรอกระบวนการแก้ไขปัญหา				
๒.๑ กลุ่มที่มีปัญหาการส่งกลับซึ่งได้รับการสำรวจจัดทำทะเบียนประวัติและบัตรสี/บัตรประจำตัวผู้ไม่ใช่สัญชาติไทยเพื่อการควบคุมและอยู่ระหว่างการ แก้ปัญหา				
	๖	คนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมายในลักษณะชั่วคราว (ม.๑๒, ๑๓, ๓๔, ๓๕ พ.ร.บ.คนเข้าเมือง พ.ศ. ๒๕๒๒) และ คนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยไม่ชอบด้วยกฎหมาย (ม.๑๗ พ.ร.บ. คนเข้าเมือง พ.ศ. ๒๕๒๒)	ท.ร.๑๓	๒๓๔,๕๐๑
	๗	บุตรคนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมายในลักษณะ ชั่วคราวที่เกิดในประเทศไทย (ม.๑๒, ๑๓, ๓๔, ๓๕ พ.ร.บ. คนเข้าเมือง พ.ศ. ๒๕๒๒) และ บุตรคนต่างด้าวที่เข้าเมือง โดยไม่ชอบด้วยกฎหมาย ที่เกิดในประเทศไทย (ม.๑๗ พ.ร.บ. คนเข้าเมือง พ.ศ. ๒๕๒๒)	ท.ร.๑๓	๖๒,๓๖๒
๒.๒ กลุ่มที่ได้รับการสำรวจจัดทำทะเบียนประวัติและบัตรประจำตัวบุคคลผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียนภายใต้ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิ ของบุคคล เฉพาะกลุ่มต่อไปนี้				
- กลุ่มเด็กนักเรียนในสถาน ศึกษา ที่รับสวัสดิการจาก รัฐบาลด้านการศึกษา	๐	คนที่มีปัญหาสถานะบุคคลในสถานศึกษา	ท.ร.๓๘ ก	๖๖,๕๓๗
- กลุ่มคนไร้รากเหง้า	๐	คนไร้รากเหง้าที่มีปัญหาสถานะบุคคล	ท.ร.๓๘ ก	๓,๕๕๓
- กลุ่มคนที่ทำประโยชน์ ให้กับประเทศ	๐	กลุ่มคนที่ทำประโยชน์ให้กับประเทศที่มีปัญหาสถานะบุคคล	ท.ร.๓๘ ก	๒๓
รวมทั้งสิ้น				๔๕๗,๔๐๕

ที่มา: กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

หมายเหตุ หัวข้อ ๑, ๒.๑ ข้อมูล ณ วันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๕๓, หัวข้อ ๒.๒ ข้อมูล ณ วันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๕๒

ประมาณรายหัวสำหรับชนจากคณะรัฐมนตรีจำนวน ๒,๐๖๗.๔๐ บาทต่อคนต่อปี ใน พ.ศ.๒๕๕๓ นั้น คำนวณมาจากการเฉลี่ยความเสี่ยงร่วมกับผู้มีสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพจำนวน ๔๗ ล้านคน ทำให้งบประมาณรายหัวที่ได้รับนั้นเพียงพอต่อการบริหารจัดการ. แต่เมื่อกระทรวงสาธารณสุขรับไปดำเนินการเองนั้น จะมีผู้มีสิทธิเพียง ๔๕๗,๔๐๙ คน กระจายอยู่ทั่วประเทศ บางจังหวัดมีจำนวนเพียงพันคน ทำให้ไม่เพียงพอที่จะเฉลี่ยความเสี่ยงหากมีการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังและโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง. ดังนั้นงบประมาณรายหัวจึงไม่น่าจะเพียงพอสำหรับการบริหารจัดการหากผู้มีสิทธิเหล่านี้สามารถเข้าถึงบริการได้ทั้งหมด จึงจำเป็นต้องติดตามประเมินผลเรื่องนี้ อย่างเป็นใกล้ชิดและต่อเนื่องต่อไป.

ประเด็นที่ ๓ สิทธิประโยชน์ไม่เท่าคนไทย สิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขสำหรับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิที่ได้รับในครั้งนี้นั้นอาจจะไม่เท่ากับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และประกันสังคม เนื่องจากจำนวนบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิมีจำนวนค่อนข้างน้อย ไม่เพียงพอในการเฉลี่ยความเสี่ยง ประกอบกับการบริหารจัดการโดยกระทรวงสาธารณสุขที่ไม่มีระบบบริหารจัดการเฉพาะจะทำให้สิทธิประโยชน์ต่างๆที่ได้รับนั้นไม่เท่าเทียมกับคนไทย เช่น การล้างไต, ยารักษาแพง, โครงการพิเศษ เช่น โรคนี้, โรคต่อกระจก ทั้งๆที่งบประมาณที่ขอมานั้นมีฐานวิธีคิดและวิธีคำนวณเท่ากับคนไทย จึงเป็นประเด็นที่สำคัญที่จะต้องติดตามและประเมินผลอย่างใกล้ชิดต่อไป.

ประเด็นที่ ๔ กองทุนควบคุมและป้องกันโรคตามแนวชายแดน จากข้อมูลของกลุ่มบุคคลที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพนั้น แม้จะมีการให้สิทธิพื้นฐานด้านสาธารณสุขในบางกลุ่มแล้วแต่ในความเป็นจริงยังมีกลุ่มคนที่เหลืออีกจำนวนหนึ่ง โดยเฉพาะกลุ่มที่ได้รับการผ่อนผันให้อยู่ชั่วคราวเพื่อรอกระบวนการแก้ไขปัญหา ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการสำรวจจัดทำทะเบียนประวัติและบัตรประจำตัวบุคคลผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียนภายใต้ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคล โดยมีเลขบัตรประชาชนนำหน้าด้วยเลข ๐ (ชื่อ ๒.๒) อีกกว่า ๒๐๐,๐๐๐ คน ที่ยังไม่ได้รับสิทธิพื้นฐานดังกล่าวนี้

จึงจำเป็นต้องมีการตั้งกองทุนควบคุมและป้องกันโรคเพื่อเป็นกลไกในการป้องกันและควบคุมโรค เช่น โรคมาลาเรีย, โรคติดต่อเอชไอวี, วัณโรค, โรคที่สามารถป้องกันได้จากวัคซีน ไม่เช่นนั้นนอกจากประเทศไทยจะไม่สามารถกวาดล้างโรคบางโรค เช่น โปลิโอ, ให้หมดไปจากประเทศไทยแล้ว ก็ยังจะประสบปัญหาในการควบคุมและป้องกันโรคต่างๆ อีกมากมาย เพราะไม่ได้ควบคุมและป้องกันโรคในภาพรวมทั้งหมด.

การผลักดันนโยบายการให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ให้แก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิในครั้งนี้นี้ถือเป็นอีกก้าวหนึ่งของระบบหลักประกันสุขภาพไทย ที่นอกจากจะเป็นประโยชน์ต่อระบบในภาพรวมของประเทศแล้ว ยังเป็นกรณีศึกษาที่น่าสนใจในการผลักดันนโยบายสาธารณะโดยใช้หลักการสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ในการขับเคลื่อนจนประสบความสำเร็จ และท้ายที่สุดขออัญเชิญพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวที่ทรงมีต่อคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๔ ว่า “ประชาชนที่อยู่ในประเทศไทยเขามีมานานแล้ว แต่ก็ไม่เป็นคนไทย คือ เขาไม่ถือว่าเป็นคนไทยแท้จริง เขาอยู่และเกิดเมืองไทย แต่ก็ไม่ได้รับประโยชน์ของความเป็นไทย. สิ่งนี้ป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติเหมือนกัน เพราะว่าถ้าหากมีคนที่อยู่ในเมืองไทยและก็มีค่าน้อยใจมาก ไม่มีใครเอาใจใส่ก็จะทำให้ความมั่นคงของประเทศด้อยไป”.

เอกสารอ้างอิง

๑. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์, รัตนาภรณ์ วิเศษแสง, Ratjaroengkajorn S. Financing health care for migrants: a case study from Thailand. Nonthaburi: IOM and WHO; ๒๐๐๕.
๒. กิติรญา รัตนมณี. สถานการณ์ปัญหาข้อกฎหมาย: ผู้ทรงสิทธิตามกฎหมายและนโยบายว่าด้วยสิทธิในสุขภาพหลักประกันสุขภาพของไทย นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย ๒๕๕๑.
๓. สภาความมั่นคงแห่งชาติ. ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคล. ๒๕๔๘ [cited; Available from: http://www.nsc.go.th/index.php?option=com_content&task=view&id=๕๓๑&Itemid=๖๓]
๔. ครุณี ไพศาลพาณิชย์กุล, ปิ่นแก้ว อุณแก้ว, กรกนก วัฒนภูมิ. สรุปสถานการณ์ด้านสถานะบุคคลและสิทธิของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติประจำปี ๒๕๕๒ กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยและพัฒนาเพื่อเฝ้าระวังสถานะไร้รัฐ; ๒๕๕๒.



๕. จุฑิมาศ สุกใส. สถานการณ์การดำเนินการของโรงพยาบาลเพื่อการเข้าถึงสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพ “ทางเลือก” สำหรับคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย; ๒๕๕๒.
๖. ครุณี ไพศาลพาณิชย์กุล. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. ๒๕๕๑;๔(๑):๑๘-๒๕.
๗. คณะทำงานวิชาการเพื่อการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพของ “ผู้มีปัญหาสถานะบุคคล”. การสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับ “ผู้มีปัญหาสถานะบุคคล”. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ๒๕๕๒.
๘. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. โรคที่พบบ่อยในคนที่ไม่ใช่สัญชาติไทย ปีพ.ศ. ๒๕๕๑. นนทบุรี; ๒๕๕๑.
๙. สมชาย สุขศิริเสรีกุล. เศรษฐศาสตร์สุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ๒๕๕๑.
๑๐. สุกสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข : ในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ. พิษณุโลก: ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางด้านสุขภาพ ๒๕๔๔.
๑๑. บงกช นภาอัมพร. ความคาดหวังของประชาชนระหว่างประเทศต่อรัฐไทยในการปฏิบัติตามพันธกรณีระหว่างประเทศเพื่อการคุ้มครองสิทธิในสุขภาพหลักประกันสุขภาพของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติในประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย; ๒๕๕๑.