

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อคนชายขอบผู้ไม่มีสัญชาติไทย

สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ*

บทคัดย่อ

คนชายขอบผู้ไม่มีสัญชาติไทยประกอบด้วยคนไร้รัฐ แรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองและผู้ลี้ภัย รวมประมาณห้าแสนคนซึ่งยังไม่มียหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่งผลต่อสถานะสุขภาพของคนชายขอบมีการเข้าถึงบริการน้อยกว่าคนสัญชาติไทย ๖ เท่า การระบาดของโรคติดต่อชายแดนเช่นมาเลเรีย และการแบกรับภาระค่ารักษาพยาบาลของระบบบริการสุขภาพจากการทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์เพื่อเสนอประเด็นเชิงนโยบายในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่คนชายขอบผู้ไม่มีสัญชาติไทย พบประเด็นเชิงนโยบายที่มีข้อเสนอแนะให้มีกลไกสามกลไกคือ ๑.การขยายกลุ่มเป้าหมายของกองทุนให้บริการด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิให้ครอบคลุมกลุ่มบุคคลผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียน ๒.การขยายผู้มีสิทธิในการเข้าร่วมกองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองที่ปัจจุบันจำกัดเพียงแรงงานจากประเทศพม่า ลาวและกัมพูชา ให้ครอบคลุมถึงแรงงานที่เป็นคนไร้สัญชาติ และ ๓.การจัดตั้งกองทุนใหม่เพื่อให้ความช่วยเหลือทางมนุษยธรรมแก่บุคคลผู้ไม่มีสัญชาติไทยที่ไม่สามารถได้รับสิทธิประโยชน์จากสองกองทุนแรกได้ ทั้งนี้ทั้งสามกลไกใช้งบประมาณเพิ่มเติมปีละ ๓๑๖.๘ ล้านบาท หรือร้อยละ ๐.๖๖ ของงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับกองทุนให้บริการด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธินั้นมียข้อเสนอแนะให้เปิดโอกาสให้ผู้มีสิทธิสามารถย้ายสิทธิไปขึ้นทะเบียนต่างพื้นที่ที่ภูมิลำเนาได้ เพื่อให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือสิทธิแห่งมนุษยชนทุกคน

คำสำคัญ: หลักประกันสุขภาพ, คนไร้รัฐ, ผู้ไม่มีสัญชาติไทย, ประเด็นเชิงนโยบาย

Abstract Universal Health Coverage for marginalized non-Thai people in Thailand

Supat Hasuwanakit*

*Chana Hospital, Songkhla Province

The marginalized people who are non-Thai nationals consisted of stateless people, undocumented migrant workers and refugees. These 500,000 people were still excluded from universal health coverage. Poor health outcomes, 6 times less access to care, outbreak of infectious diseases especially malaria and burden of hospitals' budget were its consequences. By the literature review and analysis, the policy issues to include all non-Thai nationals people in Thailand in universal health coverage were formulated as follow; 1) the expansion of people with citizenship problems scheme to include the stateless people who were in the registration system but still had no legal status, 2) the extension of undocumented migrant workers scheme to accept the enrollment of stateless migrant workers and 3) the establishment of the new reimbursement health insurance scheme for humanitarian purposes for the rest of non-Thai people who could not join the two former schemes. The additional budget was 716.8 million Bath /year or 0.66% of Universal Coverage Fund budget. However, the people with citizenship problems scheme should permit its members to change their registration to their real living or working place for the real access to care. Universal health coverage should be the right of everybody.

Keywords: stateless people, universal health coverage, policy issues, Thailand

*โรงพยาบาลจะนะ จังหวัดสงขลา



ภูมิหลังและเหตุผล

ประเทศไทยได้นำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาประกาศใช้ในปี ๒๕๔๔ ตามนโยบายสามสิบบาทรักษาทุกคน ส่งผลให้ประชาชนไทยให้มีหลักประกันสุขภาพสูงถึงร้อยละ ๙๗ ในปี ๒๕๔๕ และเพิ่มสูงถึงร้อยละ ๙๙.๕ ในปี ๒๕๕๔^(๑) อย่างไรก็ตามความครอบคลุมดังกล่าวนั้นนับเฉพาะคนที่มีสัญชาติไทย แต่ไม่รวมถึงกลุ่มคนชายขอบผู้ไม่มีสัญชาติไทย

คนชายขอบผู้ไม่มีสัญชาติไทยที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น สามารถแบ่งได้ ๔ กลุ่มคือ

๑. บุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิหรือคนไร้รัฐที่อยู่ระหว่างการพิสูจน์สถานะและสัญชาติ
๒. บุคคลผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียนหรือคนไร้รัฐที่รัฐไม่ยอมรับการมีตัวตนอยู่ของคนกลุ่มนี้
๓. แรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองและไม่ได้เข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว
๔. ผู้ลี้ภัยตามแนวชายแดนหรือบุคคลที่ไม่เคยลงทะเบียนใดๆเพื่อการแสดงตนในฐานะพลเมือง

คนไร้รัฐคือบุคคลที่ไม่ได้รับการยอมรับในสัญชาติไม่ว่าโดยรัฐใดๆในโลก กล่าวคือไม่มีสัญชาติและถือเป็นคนต่างด้าวของทุกรัฐในโลกนี้^(๒) จำนวนคนไร้รัฐที่แท้จริงในประเทศไทยนั้นยังไม่ทราบแน่ชัด แต่จากข้อมูลของกรมการปกครอง ในปี ๒๕๕๓ มีจำนวนคนไร้รัฐที่ได้รับการขึ้นทะเบียนทั้งสิ้น ๕๑๓,๗๙๕ คน^(๓) ส่วนแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองและครอบครัวนั้นมีมากกว่า ๑.๔ ล้านคน^(๔) และผู้ลี้ภัยในค่ายผู้ลี้ภัยในปีต้นปี ๒๕๕๕ มีจำนวน ๑๓๗,๘๑๕ คน^(๕) สถานะสุขภาพของคนไร้รัฐนั้นมีค่าเฉลี่ยที่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของคนไทย เนื่องจากความยากจนและการถูกกีดกันทางสังคม

ชื่อเสียงของประเทศไทยต่อการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นขจรไปไกลในระดับนานาชาติ แต่คนชายขอบผู้ไม่มีสัญชาติไทยยังไม่สามารถเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพอันนำภาคภูมิใจของไทยได้ ทิศทางการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทยตลอด ๑๐ ปีที่ผ่านมายังไม่ได้ให้ความสำคัญกับ

การดูแลคนชายขอบที่ยังเข้าไม่ถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงนำมาสู่การศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพของคนชายขอบผู้ไม่มีสัญชาติไทย

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมและการวิเคราะห์ (Literature review and analysis) โดยมีขอบเขตของคนชายขอบผู้ไม่มีสัญชาติไทย ในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่บุคคลสี่กลุ่มกล่าวคือ

๑. บุคคลไร้รัฐ (stateless people) ซึ่งสามารถแบ่งได้สองกลุ่มย่อยตามสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพคือ
 - ๑.๑ บุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ (People with citizenship problems) ตามมติคณะรัฐมนตรีวันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๕๓ ในการคืนสิทธิหลักประกันสุขภาพแก่คนกลุ่มนี้
 - ๑.๒ บุคคลผู้ไร้สถานะทางทะเบียน (Real stateless people)
 ๒. บุคคลที่เป็นแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง (Undocumented migrant workers)
 ๓. ผู้อพยพลี้ภัย (Refugee)

โดยกรอบการทบทวนวรรณกรรมใช้แนวคิดการศึกษาใช้ตัวแบบสามเหลี่ยมเพื่อการผลักดันนโยบาย (Policy triangle model) ที่เสนอโดย Walt G และ Gilson L ในปี ค.ศ. ๑๙๙๔^(๖) ในการศึกษาวิเคราะห์และสังเคราะห์ประเด็นเชิงนโยบาย โดยทบทวนวรรณกรรมในส่วนของ

๑. บริบทพื้นฐาน (context) อันได้แก่ จำนวนและการกระจายของคนชายขอบผู้ไม่มีสัญชาติไทย และทบทวนระบบหลักประกันสุขภาพไทยในปัจจุบันทั้งในส่วนของคนไทยและผู้ไม่มีสัญชาติไทย
๒. สภาพปัญหา (content) อันได้แก่ สภาวะสุขภาพของคนชายขอบ ผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพจากการไม่มีหลักประกันสุขภาพของคนชายขอบ การเข้าถึงบริการสุขภาพของคนชายขอบ และทิศทางการพัฒนาหลักประกัน

สุขภาพไทย

๓. นำทั้งส่วนของบริบทและเนื้อหา มาสังเคราะห์เป็นประเด็นเชิงนโยบาย (policy process)

ผลการศึกษา

๑. ประเภท จำนวนและการกระจายของคนชายขอบผู้ไม่มีสัญชาติไทย

สืบเนื่องจากขอบเขตการศึกษานี้ คนชายขอบหมายถึงบุคคล ๔ กลุ่มที่ไม่มีสัญชาติไทยและยังไม่ได้รับสิทธิประกันสุขภาพใดๆ โดยมีบริบทและข้อมูลพื้นฐานของคนชายขอบแต่ละกลุ่มที่สำคัญได้แก่

๒. คนไร้รัฐ (Stateless people)

ซึ่งสามารถแบ่งได้สองกลุ่มย่อยตามสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพคือ

๑.๑ บุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ (People with citizenship problems)

บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธินั้นเกิดขึ้นตามมติคณะรัฐมนตรีในวันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๕๓ เรื่อง การให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขึ้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น ๔๕๗,๔๐๙ คน^(๖) ซึ่งประกอบด้วยสามกลุ่มย่อย กล่าวคือ กลุ่มแรกเป็นบุคคลที่กรม.มีมติรับรองสถานะให้อาศัยอยู่ถาวรอันได้แก่คนเข้าเมืองโดยชอบและคนต่างด้าวเข้าเมืองโดยชอบ ๙๐,๐๓๓ คน (บัตรประจำตัวขึ้นต้นด้วยเลข ๓, ๔, ๕, ๘) กลุ่มที่สองเป็นบุคคลผู้ได้รับการผ่อนผันให้อยู่ชั่วคราวเพื่อรอกระบวนการแก้ปัญหาและพิสูจน์สัญชาติ ๒๙๖,๙๖๓ คน (บัตรประจำตัวขึ้นต้นด้วยเลข ๖, ๗) และกลุ่มที่สามเป็นบุคคลผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียนเฉพาะ ๓ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเด็กนักเรียนในสถานศึกษา กลุ่มคนไร้รากเหง้า และกลุ่มคนที่ทำคุณประโยชน์ให้กับประเทศชาติรวม ๗๐,๕๑๓ คน (บัตรประจำตัวขึ้นต้นด้วยเลข ๐)^(๗)

๑.๒ บุคคลผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียน หรือคนไร้รัฐที่แท้จริง (Real stateless people)

บุคคลในกลุ่มนี้ได้รับการสำรวจและจัดทำทะเบียนประวัติและบัตรประจำตัวบุคคลผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียนภายใต้ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิ โดยจะได้รับ

บัตรประจำตัวบุคคลที่ขึ้นต้นด้วยเลข ๐ อันสื่อถึงการไม่มีตัวตนที่เป็นที่ยอมรับในฐานะพลเมืองของประเทศไทย โดยในปี ๒๕๕๒ มีจำนวน ๒๑๐,๑๘๒ คน^(๘) และคนกลุ่มนี้ยังไม่มีสิทธิใดๆในระบบหลักประกันสุขภาพ

อย่างไรก็ตามยังมีชนกลุ่มน้อยในพื้นที่ห่างไกลอีกจำนวนหนึ่งที่ยังตกสำรวจและไม่เคยขึ้นทะเบียนบุคคลจากกระทรวงมหาดไทยเลย เช่น ในปี พ.ศ.๒๕๕๔ กรณีของชาวเขาในพื้นที่ตำบลแม่คงและตำบลเสาดิน อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ซึ่งอยู่ห่างไกล เข้าถึงได้วิธีเดียวด้วยการเดินเท้า ยังมีชาวบ้านที่ตกสำรวจอีกอย่างน้อย ๓๖๙ คน ซึ่งทางคณะกรรมการคทาออลิกเพื่อการพัฒนาสังคม สังคมชนบท เชียงใหม่ ต้องช่วยสนับสนุนค่าอาหาร ค่าเดินทางและค่าที่พัก เพื่อให้มาขึ้นทะเบียนที่ว่าการอำเภอแม่สะเรียง โดยได้รับการบันทึกเป็นบุคคลผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียน^(๙) กรณีดังกล่าวชี้ชัดเจนว่า ยังมีคนชายขอบบางกลุ่มที่อยู่ห่างไกลและยังไม่ได้รับการจดทะเบียนบุคคลอันเป็นพื้นฐานสำคัญในการรับการดูแลจากรัฐไทย

กลุ่มคนไร้รัฐทั้งสองกลุ่มนี้ร้อยละ ๘๐.๑% กระจุกตัวอยู่ใน ๖ จังหวัดที่มีชายแดนติดต่อกับประเทศพม่าเรียงตามลำดับกล่าวคือ จังหวัดเชียงราย เชียงใหม่ กาญจนบุรี ตาก แม่ฮ่องสอน และระนอง และใน ๖ จังหวัดดังกล่าว มี ๓ จังหวัดคือ ระนอง แม่ฮ่องสอน และตาก ที่มีสัดส่วนคนไร้รัฐต่อประชากรสัญชาติไทยสูงกว่าร้อยละ ๑๐ ของประชากรในจังหวัด^(๑๐) จากการที่ปัญหาคนไร้รัฐกระจุกใน ๖ จังหวัด ทำให้ปัญหาเหล่านี้ห่างไกลจากการรับรู้ของคนทั้งประเทศ และห่างไกลจากการใส่ใจของรัฐบาล

๒. บุคคลที่เป็นแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง (Undocumented migrant workers)

แรงงานต่างด้าวในความหมายของรัฐไทยนั้นหมายถึงแรงงานจากประเทศพม่า กัมพูชาและลาว ซึ่งมีทั้งที่เข้าเมืองโดยถูกต้องตามกฎหมายและหลบหนีเข้าเมือง ทั้งนี้ในปี ๒๕๕๒ ประเทศไทยมีแรงงานต่างด้าวสามสัญชาติดังกล่าวซึ่งได้เคยขึ้นทะเบียนกับกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ซึ่งเข้า



เมืองโดยถูกกฎหมายจำนวน ๑,๐๑๐,๙๔๑ คน และอยู่ในกลุ่มหลบหนีเข้าเมืองอีก ๑,๔๔๔,๘๐๓ คน^(๕) อย่างไรก็ตามสภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทยได้ประมาณการว่ามีแรงงานจากประเทศพม่ากว่า ๓.๕ ล้านคน^(๑๐) ทั้งนี้แรงงานต่างด้าวที่ได้รับการขึ้นทะเบียน จะได้รับเลขประจำตัว ๑๓ หลักขึ้นด้วยหมายเลข ๐๐

สำหรับแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามจากสามประเทศเพื่อนบ้านที่ได้รับเลขประจำตัวที่ขึ้นด้วยเลข ๐๐ ในเดือนกรกฎาคม ๒๕๕๑ จำนวน ๑,๖๓๓,๘๗๔ คนนั้น พบว่ามีการอยู่อาศัยหนาแน่นมากกว่าแสนคนใน ๔ จังหวัดกล่าวคือ กรุงเทพมหานคร จำนวน ๒๖๐,๙๖๙ คน รองลงมาคือสมุทรสาคร ตากและเชียงใหม่ จำนวน ๑๕๗,๑๓๘, ๑๓๘,๘๘๔ และ ๑๐๒,๒๑๖ คน ตามลำดับ^(๑๑) แต่หากเปรียบเทียบสัดส่วนแรงงานต่างด้าวต่อประชากรไทยในจังหวัดนั้น จะพบว่าจังหวัดระนอง มีสัดส่วนสูงสุดคือร้อยละ ๓๓.๓ รองลงมาคือสมุทรสาครร้อยละ ๓๒.๙ ตากร้อยละ ๒๕.๘ และพังงาร้อยละ ๑๕.๙^(๑๑,๑๒)

อย่างไรก็ตามทางรัฐบาลได้มีความพยายามที่จะจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองกว่า ๑.๔ ล้านคน แต่ในวันที่ ๑๓ พฤษภาคม ๒๕๕๕ ยังพบว่าแรงงานกว่า ๔ แสนยังไม่ได้เข้ารับการจดทะเบียนและพิสูจน์สัญชาติ^(๑๓) และคณะรัฐมนตรีได้ขยายระยะเวลาออกไปจนถึง ๑๔ ธันวาคม ๒๕๕๕

๓. ผู้อพยพลี้ภัย (Refugees)

ในปี ๒๕๕๔ ประเทศไทยมีค่ายผู้ลี้ภัยตามแนวชายแดนไทยพม่าทั้งสิ้น ๙ แห่ง คือจังหวัดแม่ฮ่องสอน ๔ แห่ง จังหวัดตาก ๓ แห่ง จังหวัดกาญจนบุรีและราชบุรีจังหวัดละ ๑ แห่ง มีผู้ลี้ภัยชนกลุ่มน้อยในประเทศพม่าที่ขึ้นทะเบียนและได้รับการดูแลจากสำนักงานข้าหลวงใหญ่เพื่อผู้ลี้ภัยแห่งสหประชาชาติ (UNHCR) จำนวน ๑๓๗,๘๑๕ คน^(๕) กลุ่มผู้อพยพลี้ภัยกลุ่มนี้บางส่วนที่ได้ขึ้นทะเบียนกับทางการไทยนั้น จะได้รับเลขประจำตัว ๑๓ หลักที่ขึ้นต้นด้วย ๐๐๐ โดยในปี ๒๕๕๓ มีจำนวนผู้ลี้ภัยจากประเทศพม่าที่ได้รับเลขประจำตัวจำนวน ๑๐๒,๖๖๔ คน^(๑๔) ถึงแม้ว่าสถานการณ์การเมืองในประเทศพม่าจะดีขึ้นอย่างมาก แต่การจัดการกับความขัดแย้งตามแนว

ชายแดนและชนกลุ่มน้อยนั้นยังคงต้องใช้เวลา

๒. สภาวะสุขภาพของคนชายขอบผู้ไม่มีสัญชาติไทย

ข้อมูลสุขภาพเฉพาะของคนชายขอบทั้ง ๔ กลุ่มนั้นมีอยู่จำกัด โดยมีข้อมูลที่สำคัญที่สืบค้นได้ดังนี้

๑. ผลลัพธ์ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน

ตัวชี้วัดด้านอนามัยแม่และเด็กเป็นดัชนีที่บ่งบอกสภาวะสุขภาพขั้นพื้นฐานได้เป็นอย่างดี อัตราทารกตาย (Infant mortality rate) ในกลุ่มผู้พลัดถิ่นฐานภายใน (Internally displaced person) ของชาวพม่าในปี ๒๕๔๓ มีอัตรา ๑๒๒ ต่อพันการเกิดมีชีพ ในขณะที่อัตราทารกตายของประเทศพม่าในปี ๒๕๔๓ และไทยในปี ๒๕๔๕ เท่ากับ ๖๗ และ ๒๐ ต่อพันการเกิดมีชีพตามลำดับ^(๑๕) หรืออาจกล่าวได้ว่าอัตราทารกตายของผู้พลัดถิ่นฐานภายในชาวพม่ามีอัตราสูงกว่าคนไทยถึง ๖ เท่า ซึ่งสามารถเทียบเคียงกับคนไร้รัฐตามแนวชายแดนได้ในระดับหนึ่ง อีกทั้งกลุ่มคนไร้รัฐที่เป็นชาวเขายังมีการคลอดบุตรกับหมอต้าแยพื้นบ้าน ส่งผลให้มีปัญหาการไม่มีใบรับรองการเกิดและทำให้กลายเป็นคนไร้รัฐรุ่นต่อไป

งานวิจัยของ Ditton MJ และคณะ พบว่าแรงงานต่างด้าวในหมู่บ้านในอำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี นั้นร้อยละ ๗๐ ของครัวเรือนมีประสบการณ์กับภาวะอาหารไม่พอเพียงอย่างสม่ำเสมอ และเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี ร้อยละ ๒๖ มีภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์^(๑๖) ส่วนอัตราการได้วัคซีนป้องกันโรคของเด็กซึ่งเป็นผู้ติดตามแรงงานต่างด้าวในจังหวัดตากนั้นมีความครอบคลุมต่ำ เนื่องจากการย้ายที่อยู่บ่อยครั้ง ระยะทางที่ห่างไกล ความกลัวต่ออาการข้างเคียงหลังการได้รับวัคซีนโดยเฉพาะอาการไข้ต้องทำงานจึงไม่มีเวลาพาไปรับบริการการจำวันนัดฉีดวัคซีนไม่ได้และความกลัวที่จะถูกตำรวจจับ^(๑๗)

จากงานวิจัยของนายแพทย์พิเชฐ บัญญัติ พบว่าสภาวะสุขภาพของประชาชนในจังหวัดตากของอำเภอฝั่งตะวันตกที่ติดชายแดนซึ่งมีชนกลุ่มน้อยและคนไร้รัฐอยู่เป็นจำนวนมากมีสภาพด้อยกว่าอำเภอฝั่งตะวันออกที่เป็นพื้นราบและคนส่วนใหญ่มีสัญชาติไทยอย่างชัดเจน โดยเฉพาะอัตราการตายอัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี และอัตราการป่วยด้วยโรคมาเลเรีย^(๑๘) ดังแสดงในตารางที่ ๑

๒. การระบาดของโรคติดต่อ

จากงานวิจัยของแพทย์หญิงปภาณิจ สวงโทและคณะ ซึ่งได้ศึกษาสถานการณ์โรคติดต่อที่สำคัญในศูนย์พักพิงชั่วคราวชายแดนไทย-พม่าทั้ง ๙ แห่ง พบโรคติดต่อที่สำคัญในปี ๒๕๕๒ ได้แก่ โรคมาเลเรียมีผู้ป่วย ๑๑,๓๘๓ รายหรือคิดเป็นอัตราป่วยที่สูงถึง ๗,๗๙๔ ต่อประชากรแสนคน โรคอุจจาระร่วงมีผู้ป่วย ๒๕,๖๘๘ รายหรือคิดเป็นอัตราป่วยที่สูงถึง ๑๗,๕๘๘ ต่อประชากรแสนคน และโรคหัดมีผู้ป่วย ๑๘๒ ราย หรือคิดเป็นอัตราป่วย ๑๒๕ ต่อประชากรแสนคน^(๑๙) ตัวเลขดังกล่าวเป็นตัวเลขนการแพร่ระบาดที่สูงมาก จนเป็นที่วิตกกังวลถึงการระบาดและแพร่ขยายเข้ามาในแผ่นดินชั้นใน

นายแพทย์วรวิทย์ ตันตวิวัฒน์ทรัพย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุ้มผาง จังหวัดตาก ได้กล่าวว่า “ในปี ๒๕๕๒ จังหวัดตากมีผู้ป่วยมาเลเรีย ๑๐,๐๕๗ รายหรือคิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ ๑,๘๘๑ ต่อประชากรแสนคน หรือคิดเป็นจำนวนผู้ป่วย ๔๐% ของผู้ป่วยมาเลเรียทั้งประเทศ และจังหวัดตากยังมีผู้ป่วยไทฟอยด์ในอัตราสูงที่สุดของประเทศด้วย”^(๒๐) โรคติดต่อจึงยังเป็นปัญหาสำคัญของคนชายขอบตามแนวชายแดน

๓. หายนะทางการเงินของครอบครัวจากโรคเรื้อรัง

ความยากจนของคนชายขอบในท่ามกลางความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาลที่แม้จะมีค่าใช้จ่ายไม่สูงนักสำหรับคนเมือง แต่สำหรับคนกลุ่มนี้ค่ารักษาโรคเรื้อรังเป็นต้นเหตุสำคัญของหายนะทางการเงินของครอบครัว (Catastrophic health ex-

penditure)

กรณีศึกษาของคุณเจ๊เรียง เอี่ยมละออ คนไร้รัฐแห่งจังหวัดนนทบุรี ที่พ่อแม่เป็นคนไทย แต่หนีออกจากบ้านตั้งแต่เด็กและกลายเป็นคนไร้รัฐเพราะไม่มีหลักฐานการเกิดแสดงตนฐานะยากจนและไม่มิลิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพใดๆ เมื่อป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม ได้ถูกปฏิเสธการรักษาจากโรงพยาบาล ได้ต่อสู้โรคมะเร็งรักษาตามกำลังจนถึงวันสิ้นลมพร้อมกับหนี้สินของครอบครัว เช่นเดียวกับกรณีของหม่องละ คนไร้รัฐที่เดินข้ามภูเขามาจากประเทศพม่าเมื่อสี่สิบปีก่อนมาตั้งถิ่นฐานในไทย แต่เป็นคนไร้รัฐไม่ได้รับการยอมรับให้เป็นพลเมืองของรัฐไทยได้ป่วยเป็นมะเร็งต่อมน้ำลายครอบครัวได้ขายบ้านเพื่อรักษาโรคร้าย แพทย์นัดฉายแสงทำให้หม่องละต้องเช่าห้องเล็กๆ อยู่ใกล้โรงพยาบาลเพื่อลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และเมื่อหม่องละจากโลกนี้ไปครอบครัวแทบจะสิ้นเนื้อประดาตัวและยังมีหนี้ค่ารักษาพยาบาลอีก ๑๒๘,๔๐๔ บาท ที่แม่ไม่ต้องจ่ายก็ได้ แต่ก็ได้สร้างความทุกข์ให้กับครอบครัวอย่างมาก^(๒๑)

สภาวะสุขภาพของคนชายขอบนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าคนทุกกลุ่มในสังคม ยากจนกว่า เจ็บป่วยมากกว่าแต่กลับได้รับการดูแลจากรัฐน้อยกว่าคนทุกกลุ่มในสังคมไทย เพราะเขาไม่มีสัญชาติไทย

๓. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปัจจุบัน

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทยนั้น มีระบบ

ตารางที่ ๑ แสดงตัวชี้วัดด้านสุขภาพของอำเภอทางฝั่งตะวันตกและตะวันออกของจังหวัดตากในปี ๒๕๔๕

ตัวชี้วัด	อำเภอ ฝั่งตะวันตก	อำเภอ ฝั่งตะวันออก	ความแตกต่าง (เท่า)
อัตราทารกตาย (ต่อพันการเกิดมีชีพ)	๑๔.๑๖	๖.๒๕	๒.๒๗
อัตรามารดาตาย (ต่อแสนประชากร)	๓๓.๓๐	๒.๕๓	๑๓.๑๖
อัตราทารกมีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่า ๒,๕๐๐ กรัม	๑๐.๖	๖.๓	๑.๖๘
อัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี (ต่อพันการเกิดมีชีพ)	๑๗.๐๗	๒.๕๗	๖.๖๔
อุบัติการณ์โรคไข้เลือดออก (ต่อแสนประชากร)	๒๒๘.๘๔	๗๕.๔๕	๓.๐๓
อุบัติการณ์โรคมาเลเรีย (ต่อแสนประชากร)	๒,๔๕๖.๕	๒๕.๐	๘๘.๒๖

แหล่งที่มา: ปรับปรุงตารางจาก พิเชฐ บัญญัติ, ๒๕๕๐



สำคัญทั้งหมด ๕ ระบบ ดังแสดงในรูปที่ ๑

๓. ระบบหลักประกันสุขภาพสำหรับคนไทย

ประกอบด้วยระบบหลักประกันสุขภาพที่สำคัญ ๓ กองทุน คือ

๑.๑ กองทุนสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของข้าราชการและครอบครัว

กองทุนนี้เริ่มในปี พ.ศ. ๒๕๐๖ โดยมีจำนวนผู้มีสิทธิประมาณ ๕ ล้านคน หรือร้อยละ ๘ ของประชากรไทย งบประมาณค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการและครอบครัวนั้นเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะใน ๑๐ ปีนี้จาก ๑๗,๐๖๘ ล้านบาทในปี ๒๕๔๓ มาเป็น ๖๒,๑๘๖ ล้านบาทในปี ๒๕๕๓^(๒๒)

๑.๒ กองทุนประกันสังคม

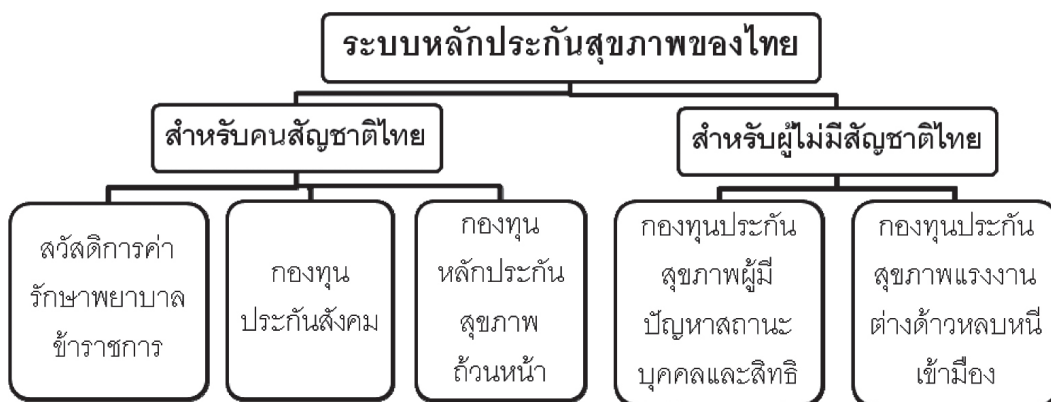
กองทุนประกันสังคมเริ่มในปี พ.ศ. ๒๕๓๓ ข้อมูล ณ เดือนมีนาคม ๒๕๕๕ มีผู้ประกันตนทั้งสิ้น ๑๐,๖๘๖,๒๒๕ คน หรือร้อยละ ๑๕.๘ ของประชากรไทย โดยในปี ๒๕๕๔ มีการใช้บริการทางการแพทย์ทั้งสิ้น ๓๐.๙๘ ล้านครั้ง หรือเฉลี่ยคนละ ๒.๙ ครั้ง/ปี^(๒๓) การเป็นสมาชิกในกองทุนประกันสังคมนั้น นายจ้างต้องร่วมจ่ายในอัตราเดียวกับที่ลูกจ้างจ่ายคือร้อยละ ๕ ของเงินเดือนที่ไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาท และตั้งแต่ปี ๒๕๕๑ เป็นต้นมา กฎหมายได้บังคับให้แรงงานต่างด้าวเข้าเมืองโดยถูกกฎหมายต้องเข้าระบบประกันสังคมด้วย แต่นายจ้างและลูกจ้างบางส่วนยังพยายามหลีกเลี่ยงเพราะไม่ต้องการจ่ายเงินสมทบ

รัฐบาลมีนโยบายในการเปลี่ยนแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองจากสามประเทศเพื่อนบ้านให้เป็นแรงงานถูกกฎหมาย โดยกระบวนการพิสูจน์สัญชาติ ซึ่งมีแรงงานต่างด้าวที่ได้รับการผ่อนผันในกระบวนการนี้ทั้งหมด ๑,๒๔๘,๐๖๔ คน และเมื่อผ่านการพิสูจน์สัญชาติก็ต้องเข้าสู่ระบบประกันสังคม แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มอาชีพที่ไม่มีการจ้างงานรายปีหรือไม่มีสัญญาจ้างงานจะไม่สามารถเข้าระบบประกันสังคมได้ ซึ่งได้แก่แรงงานจากสามกิจการรวมทั้งสิ้น ๓๕๔,๒๓๑ คน คือ งานรับใช้ในบ้าน จำนวน ๘๕,๐๖๒ คน งานประมงจำนวน ๔๑,๑๒๘ คน และเกษตรกรที่ไม่ใช่การจ้างงานทั้งปีจำนวน ๒๒๘,๐๔๑ คน ซึ่งอาจต้องกลับมาเข้าระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวที่กระทรวงสาธารณสุขดูแลอยู่เช่นเดิม^(๒๔)

๑.๓ กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เป็นระบบหลักประกันสุขภาพที่ดูแลคนไทยที่เหลือที่ไม่ใช่ข้าราชการและสมาชิกกองทุนประกันสังคม โดยเริ่มในปี ๒๕๔๓ ภายใต้นโยบายสามสิบบาทรักษาทุกคน โดยในปี ๒๕๕๔ มีจำนวนผู้ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพจากกองทุนนี้จำนวน ๔๗,๙๙๖,๖๐๐ คน^(๒๕)

ประเด็นสำคัญของกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เกี่ยวข้องกับคนไร้รัฐคือ การตีความของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ต่อมาตรา ๕ วรรค ๑ ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ ที่



รูปที่ ๑ แสดงระบบหลักประกันสุขภาพสำหรับคนไทยและผู้ไม่มีสัญชาติไทยในประเทศไทย

เขียนไว้ว่า “บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัตินี้” โดยตีความว่าบุคคลในวรรคนี้หมายถึง “ชนชาวไทย” ตามหมวด ๓ แห่งรัฐธรรมนูญปี พ.ศ.๒๕๕๐ ซึ่งหมายถึงบุคคลที่มีสัญชาติไทยตามกฎหมายว่าด้วยสัญชาติ ส่งผลให้คนไทยและคนต่างด้าวที่เดิมเคยเข้าถึงหลักประกันสุขภาพได้ด้วยการซื้อบัตรประกันสุขภาพ ๕๐๐ บาท ไม่สามารถเข้าถึงหลักประกันตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้^(๒๖)

อย่างไรก็ตาม เมื่อรัฐบาลได้อนุมัติให้ตั้งกองทุนประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและสิทธิ ในปี ๒๕๕๓ ให้แก่คนไทยไร้รัฐกลุ่มที่เป็นชนเผ่าที่มีการจดทะเบียนครบถ้วนและคนต่างด้าวสามารถเข้าถึงหลักประกันสุขภาพได้ ประเด็นการถกเถียงในการตีความจึงผ่อนคลายเป็นไป

๒. ระบบหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้อยู่ไม่มีสัญชาติไทย

ประเทศไทยมีกองทุนหลักประกันสุขภาพสำหรับบุคคลผู้อยู่ไม่มีสัญชาติไทยสองกองทุนดังนี้

๒.๑ กองทุนให้บริการด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ

เป็นกองทุนที่ตั้งขึ้นตามมติคณะรัฐมนตรีวันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๕๓ เพื่อคืนหลักประกันสุขภาพให้กับกลุ่มบุคคลที่อยู่ระหว่างการพิสูจน์สถานะบุคคลรวมทั้งคนต่างด้าวที่ได้อนุญาตให้อาศัยอยู่อย่างถาวร จำนวนทั้งสิ้น ๔๕๗,๔๐๙ ราย โดยได้รับงบประมาณรายหัวประชากรคนละ ๒,๐๖๗ บาท/คน/ปี^(๒๗) ในขณะที่งบรายหัวของกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี ๒๕๕๓ นั้นอยู่ที่ ๒,๔๐๑ บาท/คน/ปี กองทุนนี้เสมือนกองทุนคู่ขนานกับกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดูแล ในแง่สิทธิประโยชน์ต่าง ๆ นั้นเทียบเคียงได้เกือบเท่ากับกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

๒.๒ กองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง

กองทุนดังกล่าวตั้งขึ้นมาในปี ๒๕๔๔ เพื่อรองรับแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองจากสามประเทศเพื่อนบ้านคือ พม่า ลาว และกัมพูชา โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้

บริหารจัดการ กองทุนนี้เสมือนเป็นกองทุนคู่ขนานของกองทุนประกันสังคมซึ่งรับเฉพาะแรงงานต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยถูกกฎหมาย ทั้งนี้สิทธิประโยชน์ใกล้เคียงกับกองทุนประกันสังคม โดยแรงงานต่างด้าวต้องจ่ายค่าประกันสุขภาพปีละ ๑,๓๐๐ บาทและค่าตรวจสุขภาพประจำปีอีก ๖๐๐ บาทรวมเป็น ๑,๙๐๐ บาท ในปี ๒๕๕๓ มีแรงงานต่างด้าวเข้าร่วมในกองทุนดังกล่าวจำนวน ๘๘๐,๖๑๔ คน หรือประมาณร้อยละ ๖๐ ของแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองที่รัฐมีชื่อในทะเบียน^(๒๗)

ทั้งนี้กองทุนประกันสุขภาพทั้งสองกองทุนสำหรับบุคคลผู้อยู่ไม่มีสัญชาติไทยนี้ สามารถนำมาใช้ในการต่อยอดสร้างความครอบคลุมให้กับคนชายขอบผู้อยู่ไม่มีสัญชาติทุกประเภทได้

๔. การเข้าถึงบริการสุขภาพของคนชายขอบ

หลังจากการมีกองทุนประกันสุขภาพบุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ข้อมูลของจังหวัดเชียงราย พบว่ากลุ่มบุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิมีจำนวน ๖๕,๕๕๖ รายหรือร้อยละ ๕.๑๒ ของประชากรทั้งจังหวัด โดยมีการใช้บริการผู้ป่วยนอกใน ๖ เดือนแรกของการเริ่มกองทุน (เมษายน-กันยายน ๒๕๕๓) จำนวน ๑๑,๒๘๙ ครั้ง หรือคิดเป็นอัตราการใช้บริการ ๐.๓๔ ครั้ง/คน/ปี ซึ่งถือว่าต่ำมาก ทั้งนี้เพราะยังขาดการประชาสัมพันธ์และการไม่รับรู้สิทธิของคนกลุ่มนี้ ต่อมาใน ๔ เดือนแรกของปีงบประมาณ ๒๕๕๔ มีการใช้บริการผู้ป่วยนอก ๑๐,๓๖๔ ครั้ง หรือคิดเป็นอัตราการใช้บริการ ๐.๔๗ ครั้ง/คน/ปี^(๒๘) ในขณะที่อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกของสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี ๒๕๕๒ อยู่ที่ ๓.๗ ครั้งต่อคนต่อปี^(๒๙) จะเห็นได้ว่าแม้กลุ่มคนผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิซึ่งแม้จะมีสิทธิหลักประกันสุขภาพแล้ว แต่การเข้าถึงบริการยังต่ำกว่าคนสัญชาติไทยในกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติถึง ๘ เท่า

การเข้าถึงบริการ (Accessibility) นั้นสามารถวิเคราะห์ได้ด้วยตัวแบบ 4A (4A model) กล่าวคือ การเข้าถึงทางภูมิศาสตร์ (Geographic accessibility) หรือการเดินทางยากลำบาก, ความสามารถทางการเงินในการจ่ายค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ (Affordability) ทั้งรายจ่ายทางตรงเช่นค่ายา และรายจ่ายทางอ้อมเช่นค่าอาหาร ค่าเดินทาง, การมีอยู่ของ



สถานบริการ (Availability) หรือบริการทางการแพทย์นั้น มีหรือต้องส่งต่อไปไกล และการยอมรับเชื่อถือต่อสถานบริการ (Acceptability)^(๓๐)

จากสถานการณ์การเข้าถึงบริการของกลุ่มบุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิดังกล่าว พบว่า

๑. ลักษณะทางภูมิศาสตร์เป็นข้อจำกัดหนึ่งที่สำคัญ เนื่องจากคนไร้รัฐส่วนใหญ่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล

๒. ความสามารถในการจ่ายค่าใช้จ่ายมีจำกัดเพราะฐานะยากจน ซึ่งแม้ผู้ป่วยจะมีสิทธิรักษาฟรีในส่วนของค่ารักษาพยาบาล แต่ค่าใช้จ่ายทางอ้อมเช่นค่าเดินทาง ค่าอาหาร อีกทั้งการเสียโอกาสในการมีรายได้ทั้งผู้ป่วยและญาติเป็นอุปสรรคทางการเงินที่สำคัญของผู้ป่วย

๓. การมีอยู่ของสถานบริการหรือบริการนั้น ไม่ได้มีความแตกต่างจากคนไทยในพื้นที่เดียวกัน

๔. การยอมรับต่อสถานบริการนั้นมีอุปสรรคทางภาษา การสื่อสารและวัฒนธรรมอยู่บ้าง

อย่างไรก็ตามสำหรับกลุ่มบุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ นั้น มีข้อจำกัดซึ่งเป็นบริบทเฉพาะอีกสองประการสำคัญที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการคือ

๑. การที่กระทรวงสาธารณสุขไม่ยอมรับแนวคิดการย้ายสิทธิให้ไปใช้สิทธิในต่างอำเภอกับที่ตนมีภูมิลำเนาเพื่อให้ตรงกับสถานที่อยู่หรือที่ทำงานจริง เนื่องจากผูกโยงเรื่องการย้ายสิทธิกับระเบียบของกระทรวงมหาดไทยเรื่องการอนุญาตออกนอกเขตควบคุมเป็นการชั่วคราวสำหรับบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทย ตามหนังสือกระทรวงมหาดไทย ที่ มท.๐๓๑๐.๑/ว.๓๔๐๘ ลงวันที่ ๒๑ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๔๓ ซึ่งต้องขออนุญาตต่อนายอำเภอหรือผู้ว่าราชการจังหวัดตามขั้นตอน อีกทั้งต้องไปรายงานตัวที่สถานีตำรวจในจังหวัดที่ตนเดินทางไปถึงด้วย^(๓๑) แต่ในความเป็นจริงบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทยจำนวนมากได้ไปทำงานในต่างพื้นที่เพื่อความอยู่รอดของครอบครัว โดยไม่ได้ขออนุญาต ดังนั้นแม้เขาจะมีสิทธิในกองทุนประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ แต่เมื่อย้ายสิทธิไปใช้ตามที่ตนอยู่อาศัยจริงไม่ได้ ก็ไม่สามารถใช้สิทธินั้นได้ยกเว้นแต่เฉพาะกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินเท่านั้น และเชื่อว่าเป็นสาเหตุ

สำคัญที่ทำให้อัตราการใช้บริการจึงยังต่ำมาก

๒. การกลัวการถูกตำรวจจับกุมเนื่องจากกระทำผิดระเบียบในการออกนอกพื้นที่ควบคุมโดยไม่ได้รับอนุญาต และกลัวความผิดอื่น ๆ อันเนื่องจากความเป็นพลเมืองชั้นสอง

จากสาเหตุที่เป็นบริบทเฉพาะ ๒ ประการหลังนั้นมีส่วนอย่างมากต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทย และยังกลุ่มคนชายขอบที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆด้วยแล้ว ยังมีแนวโน้มการเข้าถึงบริการที่ต่ำลงไปอีกเพราะต้องจ่ายเงินเอง จึงมักจะเข้ารับบริการเมื่อป่วยหนัก ไม่มีทางเลือกแล้ว

๕. ผลกระทบต่อระบบสุขภาพจากการไม่มีหลักประกันสุขภาพของคนชายขอบ

ระบบบริการสุขภาพภาครัฐของไทยมีลักษณะเฉพาะคือ การให้การดูแลรักษาเบื้องต้นให้กับคนป่วยทุกคนที่เข้ามาในโรงพยาบาลหรือสถานเฝ้าหมาย และหากไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาหรือไม่มีบัตรประกันสุขภาพใดๆ ก็ให้ผู้ป่วยจ่ายในระดับที่พอจ่ายได้และส่วนที่เหลือค้างจ่ายไว้หรือให้การสงเคราะห์ที่ผู้ป่วยไป ผลกระทบจากการที่คนชายขอบไม่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองนั้นส่งผลต่อระบบบริการสุขภาพอย่างน้อยสามประการกล่าวคือ

๑. การที่โรงพยาบาลต้องแบกรับภาระทางการเงินอันเนื่องมาจากการรักษาพยาบาลฟรี

ในปี ๒๕๕๓ โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงรายซึ่งได้รับงบประมาณสำหรับการดูแลประชากรทั้งสิ้น ๑๔๓,๓๕๕ คน แต่ไม่รวมถึงคนชายขอบผู้ไม่มีสัญชาติและไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆอีก ๑๑,๙๑๔ คน ซึ่งเมื่อมารับบริการก็มีเงินจ่ายบ้างขอรับการสงเคราะห์บ้าง โรงพยาบาลแม่จันได้ให้การสงเคราะห์ผู้ป่วยไปทั้งสิ้น ๗๓๓ รายเป็นเงินทั้งสิ้น ๑,๑๒๙,๖๘๒ บาท^(๓๒) สำหรับโรงพยาบาลอุ้มผาง จังหวัดตาก ซึ่งมีคนชายขอบผู้ไม่มีสัญชาติไทยและไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆอาศัยอยู่กว่า ๓๐,๐๐๐ คน ทางโรงพยาบาลอุ้มผางต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลประมาณปีละ ๑๐ ล้านบาท^(๓๒)

กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่าในปี ๒๕๕๓ โรงพยาบาล

และสถานื่อนามัยต่างๆในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขยกเว้นในเขตกรุงเทพมหานครได้ให้บริการผู้ป่วยนอกแก่บุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทยและไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆจำนวน ๖๓๘,๘๕๓ ครั้ง ในจำนวนนี้ ร้อยละ ๕๑ จ่ายเงินเอง และร้อยละ ๔๙ ไม่มีเงินจ่ายหรือจ่ายเพียงบางส่วน ทำให้สถานบริการต้องแบกรับภาระเป็นเงิน ๑๖๓ ล้านบาท^(๓๓)

๒. การดำเนินโครงการด้านการควบคุมโรคไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร

ดังจะเห็นได้จากตัวเลขอัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ยังทรงในระดับสูงตลอดแนวชายแดนไทยพม่า โดยเฉพาะที่จังหวัดตาก ข้อมูลจากสำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข มีการเก็บข้อมูลการป่วยของผู้ป่วยโรคมะเร็งแยกตามเชื้อชาติ พบว่าในปี ๒๕๕๔ จังหวัดตากมีผู้ป่วยทั้งสิ้น ๑๐,๕๐๘ ราย มีสัญชาติไทย ๕,๓๐๕ ราย สัญชาติพม่า ๓,๐๕๙ ราย และสัญชาติอื่นๆ (ซึ่งไม่ใช่ไทย พม่า ลาว กัมพูชา เวียดนามและจีน) ๒,๑๖๓ ราย แม้จะพบว่าคนสัญชาติไทยมีอัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งสูงกว่าคนสัญชาติอื่นๆเป็นสัดส่วน ๕ : ๒ แต่เมื่อนำจำนวนของคนไร้รัฐในจังหวัดตากซึ่งมีอยู่ร้อยละ ๑๑.๒๓ ของประชากรทั้งจังหวัดมาคำนวณ จะพบว่า คนสัญชาติอื่นซึ่งหมายรวมถึงคนไร้รัฐในจังหวัดตากนั้น มีอัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งสูงกว่าคนไทย ๙ เท่า^(๓๓) ซึ่งนับเป็นสัดส่วนที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน

๓. การที่ผู้ป่วยชะลอการมารับบริการ รอจนมีอาการหนักจึงตัดสินใจมารับบริการ

ความล่าช้าในการมารับบริการทำให้ยากต่อการรักษา

ยิ่งหากรักษาไม่ได้ ต้องมีการส่งต่อ ก็จะมีค่าใช้จ่ายรวมทั้งเมื่อมีอาการหนัก ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลก็สูงมากขึ้นด้วย การที่ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาซ้ำเป็นอีกต้นเหตุสำคัญในการทำให้ระบบการควบคุมโรคติดต่อชายแดนไม่ได้ผลเท่าที่ควร

๖. ทิศทางหลักประกันสุขภาพไทยวันนี้มุ่งสู่ความเป็นเลิศ ละเลยคนชายขอบ

จากงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เพิ่มขึ้นทุกปีนั้น การจัดสรรงบประมาณในกองทุนย่อยสามารถบ่งบอกทิศทางการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทยได้เป็นอย่างดี รายละเอียดงบประมาณที่เพิ่มขึ้นเปรียบเทียบระหว่างปี ๒๕๔๕ และปี ๒๕๕๔^(๒๕,๓๕) ได้แสดงดังในตารางที่ ๒

จะเห็นได้ว่าทิศทางการให้หน้าหนักการพัฒนาสิทธิประโยชน์ในกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ให้นำหนักไปที่กองทุนผู้ป่วยในและกองทุนอุบัติเหตุฉุกเฉินและค่าใช้จ่ายสูงซึ่งเพิ่มขึ้นกว่าสองเท่าในรอบสิบปี ในขณะที่กองทุนผู้ป่วยนอกและงานส่งเสริมป้องกันนั้นมีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ ๓๘.๕ และ ๗๘.๓ ตามลำดับ บ่งบอกถึงทิศทางการพัฒนาที่เน้นไปที่การรักษาโรคและการบริบาลในโรงพยาบาล (Hospital care) มากกว่าการให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (Primary health care)

ในปี ๒๕๕๔ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ยังได้รับงบประมาณจากงบเหมาจ่ายรายหัวจำนวน ๔ รายการเป็นเงินงบประมาณทั้งสิ้น ๗,๐๕๘,๕๐๖,๑๐๐ บาท^(๒๕)

ตารางที่ ๒ แสดงเปรียบเทียบงบประมาณกองทุนย่อยในกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หมวดงบประมาณ	งบประมาณรายหัวประชากร		ร้อยละของงบประมาณที่เพิ่มขึ้น
	ปี ๒๕๔๕ ^(๓๕)	ปี ๒๕๕๔ ^(๒๕)	
งบเหมาจ่ายรายหัว	๑,๒๐๒	๒,๕๔๖	๑๑๑.๘
งบผู้ป่วยนอก	๕๖๔	๗๕๕	๑๓.๕
งบผู้ป่วยใน	๓๐๓	๕๕๔	๒๑๔.๕
งบอุบัติเหตุและงบค่าใช้จ่ายสูง	๕๖	๒๐๕	๒๖๖.๖
งบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	๑๖๕	๑๑๒	๖๘.๑



ดังแสดงในตารางที่ ๓

จากข้อมูลที่ปรากฏ จึงพอจะเห็นได้ว่า ทิศทางของหลักประกันสุขภาพไทยนั้นให้ความสำคัญกับการดูแลรักษาโรคเฉพาะทางอย่างมาก เป็นการส่งเสริมการแพทย์ระดับตติยภูมิ ส่วนการสร้างความปลอดภัยในการเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพให้กับคนทุกคนยังถูกละเลย

๗. ประเด็นเชิงนโยบายต่อการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับบุคคลชายขอบผู้ไม่มีสัญชาติไทย

ประเด็นเชิงนโยบายต่อการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับคนชายขอบผู้ไม่มีสัญชาติไทยในประเทศไทยนั้น มีรูปแบบข้อเสนอแนะสามประการคือ

๑. ขยายกลุ่มเป้าหมายของกองทุนให้บริการด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ให้ครอบคลุมกลุ่มบุคคลผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียน ซึ่งได้รับบัตรประจำตัวบุคคลที่ขึ้นด้วยเลข ๐ ซึ่งมีจำนวนประมาณ ๒๕๐,๐๐๐ คน โดยงบประมาณที่ต้องขอรับการสนับสนุนจากรัฐบาลต่อรายหัวประชากรที่คนละ ๒,๐๖๗ บาทจะเป็นเงินงบประมาณทั้งสิ้น ๕๑๖.๘ ล้านบาท/ปี
๒. ขยายผู้มีสิทธิในการเข้าร่วมกองทุนแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง จากที่เดิมจำกัดเพียงแรงงานจากประเทศพม่า ลาว และกัมพูชา ให้ครอบคลุมรวมถึงแรงงานที่เป็นคนไร้สัญชาติด้วย เนื่องจากกองทุนดังกล่าวไม่ได้ใช้งบประมาณจากทางราชการ ผู้เข้าระบบประกันดังกล่าวต้องจ่ายค่าประกันสุขภาพรายปีเองคนละ ๑,๓๐๐ บาท จึงไม่ได้กระทบต่องบประมาณภาครัฐแต่อย่างใด
๓. การจัดตั้งกองทุนใหม่เพื่อให้ความช่วยเหลือทาง

มนุษยธรรมแก่บุคคลผู้ไม่มีสัญชาติไทย ที่ไม่สามารถได้รับสิทธิประโยชน์จากสองกองทุนแรกได้ แต่ได้มารับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐหรือสถานีนอนมัย เช่น ผู้อพยพลี้ภัย บุคคลบนที่สูงที่ไม่เคยได้รับการขึ้นทะเบียนใดๆจากรัฐไทย ผู้ที่อยู่ระหว่างกระบวนการพิจารณาสิทธิ หรือกรณีเฉพาะต่างๆ ทั้งนี้เพื่อลดภาระของโรงพยาบาลในการแบกรับภาระทางการเงิน รวมทั้งยังเป็นการส่งเสริมสิทธิมนุษยชนในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์สำหรับคนทุกคนในผืนแผ่นดินไทย จำนวนเบื้องต้นสำหรับกองทุนนี้สำหรับ ๑๐๐,๐๐๐ คน โดยงบประมาณที่ต้องขอรับการสนับสนุนจากรัฐบาลต่อรายหัวประชากรที่คนละ ๒,๐๐๐ บาทจะเป็นเงินงบประมาณทั้งสิ้น ๒๐๐ ล้านบาท/ปี ทั้งนี้กองทุนเพื่อให้ความช่วยเหลือทางมนุษยธรรมแก่บุคคลผู้ไม่มีสัญชาติไทยนั้น ควรจะเป็นกองทุนที่บริหารจัดการแบบรวมศูนย์ โดยเมื่อโรงพยาบาลให้การดูแลรักษากลุ่มคนที่ไม่สามารถได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพใดๆ ก็ให้ทำเรื่องมาเบิกจ่ายจากกองทุนนี้ในลักษณะของการจ่ายชดเชยค่าใช้จ่ายแก่สถานบริการย้อนหลัง ซึ่งจะทำให้สามารถบริหารจัดการกองทุนดังกล่าวที่มีลักษณะเป็นงบปลายปิดได้

ทั้งนี้ทั้งสามกองทุนนี้ต้องการการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาลปีละ ๗๑๖.๘ ล้านบาท หรือคิดเป็นงบประมาณที่ต้องขอรับการสนับสนุนเพิ่มเติมร้อยละ ๐.๖๖ ของงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปีงบประมาณ ๒๕๕๕ ที่ได้รับจำนวน ๑๐๗,๘๑๔.๑ ล้านบาท^(๓๖) ซึ่งไม่มากนักเกินไปและอยู่ในวิสัยที่รัฐบาลจะจัดการเชิงงบประมาณได้ ในปัจจุบันทั้งกองทุนให้บริการด้านสาธารณสุขกับบุคคล

ตารางที่ ๓ แสดงงบประมาณเพิ่มเติมจากงบรายหัวของกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี ๒๕๕๔

งบประมาณต่อกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ปี ๒๕๕๔	กลุ่มเป้าหมาย (ราย)	งบประมาณ (บาท)
งบบริการสุขภาพผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	๑๖,๓๕๑	๓,๒๒๖,๕๕๐,๕๐๐
งบบริการสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	๑๕๒,๐๐๐	๒,๕๕๗,๗๓๖,๖๐๐
งบบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	๒,๓๑๑,๕๓๗	๖๓๐,๕๕๕,๐๐๐
งบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช	๑๑๕,๓๗๑	๒๐๓,๖๒๔,๐๐๐

ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิและกองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองนั้นมีการบริหารจัดการกองทุนโดยกระทรวงสาธารณสุข หลักการสำคัญคือการบริหารจัดการร่วมกันของทั้งสามกองทุนเพื่อการลดความเสี่ยง (Risk sharing) เนื่องจากแต่ละกองทุนมีขนาดเล็กจึงไม่ควรบริหารจัดการแยกส่วน ซึ่งอาจจะอยู่ภายใต้การบริหารจัดการของกระทรวงสาธารณสุขหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็ได้

ข้อเสนอแนะต่อกองทุนให้บริการด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิอีกประการหนึ่งคือ ควรที่จะวางหลักเกณฑ์การอนุญาตให้ผู้มีสิทธิในกองทุนนี้สามารถย้ายสิทธิไปยังโรงพยาบาลในท้องที่ที่ตนทำงานหรืออาศัยอยู่จริงได้ เพื่อให้สอดคล้องกับโลกของความเป็นจริง แม้จะไม่สอดคล้องกับระเบียบของกระทรวงมหาดไทย แต่สอดคล้องกับเจตนารมณ์แห่งกฎหมายและสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เขาเหล่านั้นมีสิทธิตามกฎหมาย

วิจารณ์

ข้อเสนอต่อการจัดตั้งกองทุนใหม่เพื่อการให้ความช่วยเหลือทางมนุษยธรรมแก่บุคคลผู้ไม่มีสัญชาติไทยยังต้องการการกำหนดรายละเอียดเพื่อร่างเป็นข้อเสนอต่อไป สำหรับตัวเลขเพื่อการคำนวณงบประมาณทั้งจำนวนกลุ่มเป้าหมายและงบประมาณต่อรายหัวประชากรนั้นเป็นตัวเลขประมาณการยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติมหรือการประเมินผลหลังการใช้จ่ายจริงเพื่อคำนวณงบประมาณที่เหมาะสมต่อไป

โอกาสแห่งความสำเร็จตามข้อเสนอทั้งสามกองทุนนี้ยังเป็นเรื่องยากในสังคมไทย และต้องการการศึกษาวิจัยในหลายแง่มุมและผลักดันอย่างเป็นระบบด้วยความร่วมมือจากหลายภาคส่วนต่อไป

ข้อยุติ

การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นสิทธิมนุษยชนที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิตของคนทุกคนและความเป็นธรรมในสังคม คนชายขอบผู้ไม่มีสัญชาติไทยเป็นคนกลุ่มใหญ่ใน

สังคมไทยที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถานะสุขภาพจึงด้อยกว่าคนสัญชาติไทย มีการระบาดของโรคติดต่อเช่นมาเลเรียน้อยอย่างต่อเนื่องซึ่งมีความเสี่ยงที่จะแพร่เข้ามาในพื้นที่ราบได้ อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อการพัฒนาของระบบบริการสุขภาพโดยเฉพาะตามแนวชายแดนเพราะต้องแบกรับภาระค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่คนชายขอบทั้งหมดนั้นใช้งบประมาณเพิ่มเติมปีละประมาณ ๗๑๖.๘ ล้านบาท หรือร้อยละ ๐.๖๖ ของงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีประเด็นเชิงนโยบายสามประการคือ

๑. ขยายกลุ่มเป้าหมายของกองทุนให้บริการด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ให้ครอบคลุมกลุ่มบุคคลผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียน ซึ่งได้รับบัตรประจำตัวบุคคลที่ขึ้นด้วยเลข ๐ ด้วย ซึ่งจะครอบคลุมคนชายขอบจำนวน ๒๕๐,๐๐๐ คน

๒. ขยายผู้มีสิทธิในการเข้าร่วมกองทุนแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองที่บริหารจัดการกองทุนโดยกระทรวงสาธารณสุขจากที่เดิมจำกัดเพียงแรงงานจากประเทศพม่า ลาว และกัมพูชา ให้ครอบคลุมให้รวมถึงแรงงานที่เป็นคนไร้สัญชาติซึ่งไม่ได้ใช้งบประมาณภาครัฐแต่อย่างใดเนื่องจากเป็นกองทุนที่ผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินสมทบเอง

๓. จัดตั้งกองทุนใหม่เพื่อการให้ความช่วยเหลือทางมนุษยธรรมแก่บุคคลผู้ไม่มีสัญชาติไทยที่ไม่สามารถได้รับสิทธิประโยชน์จากสองกองทุนแรกได้สำหรับคนชายขอบจำนวน ๑ แสนคน

เนื่องจากงบประมาณที่ต้องการมีจำนวนน้อยกว่า ๑% ของงบหลักประกันสุขภาพทั้งประเทศ ดังนั้นหากรัฐบาลหรือสปสข.สามารถลดรายจ่ายในระบบเดิมก็อาจจะสามารถสร้างระบบหลักประกันเพื่อคนไร้รัฐทั้งหมดโดยไม่จำเป็นต้องมีการเพิ่มเติมงบประมาณก็เป็นสิ่งที่เป็นไปได้

และสำหรับกองทุนให้บริการด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธินั้น มีข้อเสนอให้เปิดโอกาสให้ผู้มีสิทธิสามารถย้ายสิทธิไปขึ้นทะเบียนต่างพื้นที่ที่มีถิ่นกำเนิดได้ โดยให้สามารถย้ายไปขึ้นทะเบียนเพื่อใช้บริการกับโรงพยาบาล



ตามที่อยู่หรือที่ทำงานจริงได้ เพื่อให้สามารถใช้สิทธิได้อย่างแท้จริง ซึ่งเป็นเรื่องที่กระทรวงสาธารณสุขทำได้เลยโดยไม่ต้องมีการขอขบประมาณเพิ่มเติม เป็นเพียงการบริหารจัดการภายใน

หากข้อเสนอแนะเชิงนโยบายดังกล่าวได้รับการนำมาใช้จริง จะทำให้สถานะทางสุขภาพของคนชายขอบผู้ไม่มีสัญชาติไทย เหล่านี้ดีขึ้น สร้างความเป็นธรรมต่อคนทุกกลุ่มในสังคม ช่วยให้การควบคุมโรคชายแดนมีประสิทธิภาพมากขึ้น และช่วยลดภาระทางการเงินที่ระบบบริการสุขภาพต้องแบกรับภาระในการให้บริการทางการแพทย์เพื่อมนุษยธรรม

การได้รับการดูแลสุขภาพด้วยการมีหลักประกันสุขภาพของคนทุกคนนั้นเป็นสิทธิมนุษยชนพื้นฐานที่สำคัญในการดำรงศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ.ดร.พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร อาจารย์คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และนายแพทย์วรวิทย์ ตันตวิวัฒน์ทรัพย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุ้มผาง จังหวัดตาก ผู้ซึ่งมุ่งมั่นทำงานเพื่อสิทธิของคนชายขอบและคนไร้รัฐอย่างต่อเนื่อง อันเป็นแรงบันดาลใจที่สำคัญในการค้นคว้าและเขียนงานวิจัยชิ้นนี้ และ *Institute of Tropical Medicine, Antwerp ประเทศเบลเยียม* ที่ได้ให้ความรู้วิชาสาธารณสุขศาสตร์ ซึ่งทำให้ผมมีความรู้ ทักษะและมุมมองมากขึ้นในการทำงานวิชาการ

เอกสารอ้างอิง

๑. Jadej Thammatach-aree. Health systems, public health programs and social determinants of health Thailand. World conference on social determinants of health, 2011Oct 19-21; Rio de Janeiro, Brazil; 2011.
๒. พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร. ความเป็นคนไร้รัฐและคนไร้สัญชาติในประเทศไทย : คืออะไร? และควรจัดการอย่างไร? ๒๕๔๗ [cited ๑๒ มิถุนายน ๒๕๕๕]. Available from: http://www.archanwell.org/autopage/show_page.php?t=1&s_id=278&d_id=277.
๓. กฤตยา อาชวนิจกุล. การจัดระบบคนไร้รัฐในบริบทประเทศไทย. ใน: สุรีย์พร พันธุ์, มาลี สันถาวรณ (บรรณาธิการ). ประชากรและสังคม ๒๕๕๔ จุดเปลี่ยนประชากร จุดเปลี่ยนสังคมไทย. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๕๔. หน้า ๑๐๓-๑๒๖.
๔. Jerrold W. Huguet, Aphichart Chamrathirong, Kerry Richter. Thailand migration profile. In: Jerrold W. Huguet, Aphichart Chamrathirong, editors. Thailand migration report 2011. Bangkok: International Organization for Migration, Thailand Office; 2011. p. 9.
๕. Burmese border displaced persons: January 2012. [database on the Internet]. [cited 2012 May 8]. Available from: <http://www.tbcc.org/camps/populations.htm>.
๖. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. Health Policy Plan 1994;9:353-70.
๗. มติคณะรัฐมนตรีวันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๕๓ เรื่องการให้สิทธิ(ถิ่น)สิทธิ)ด้านหลักประกันสุขภาพแก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ [database on the Internet]. สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. ๒๕๕๓ [cited ๒๒ มิถุนายน ๒๕๕๕]. Available from: <http://www.eppo.go.th/admin/cab/cab-2553-03-23.html>.
๘. พงศธร พอกเพิ่มดี. การให้สิทธิ(ถิ่นสิทธิ)ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขให้แก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ: ความสำเร็จอีกขั้นของระบบหลักประกันสุขภาพไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ๒๕๕๔;๕:๘๕-๙๘.
๙. ปิ่นแก้ว อุ่นแก้ว, กิ่งแก้ว จันทิ. สถานการณ์คนไร้รัฐไร้สัญชาติในพื้นที่ชายแดนไทย-พม่า (จังหวัดแม่ฮ่องสอน) ปี ๒๕๕๔ [cited ๒๒ มิถุนายน ๒๕๕๕]. Available from: www.statelesswatch.org/autopagev4/show_all.php?auto_id=2&.
๑๐. Going back to Burma. Bangkok Post. 20 April 2012.
๑๑. กฤตยา อาชวนิจกุล, กุลภา วจนสาระ. จำนวนชนกลุ่มน้อยและแรงงานข้ามชาติในระบบทะเบียนราษฎร ณ พ.ศ. ๒๕๕๑. รายงานการวิจัย การจ้างงานแรงงานข้ามชาติ ตามพระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ.๒๕๕๑ กับการจัดทำบัญชีรายชื่อสำหรับคนต่างชาติ. กรุงเทพมหานคร: องค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน (IOM) สำนักงานประเทศไทย; ๒๕๕๒. หน้า ๕-๑๖.
๑๒. จำนวนราษฎรทั่วราชอาณาจักร แยกเป็นกรุงเทพมหานครและจังหวัดต่างๆ ตามหลักฐานการทะเบียนราษฎร ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๑ [database on the Internet]. ๒๕๕๒ [cited ๒๑ มิถุนายน ๒๕๕๕]. Available from: http://stat.bora.dopa.go.th/stat/y_stat51.html.
๑๓. Disease pandemic fears rise as migrant workers go unchecked. Bangkok Post. ๑๓ พฤษภาคม ๒๕๕๕.
๑๔. กฤตยา อาชวนิจกุล. การจัดระบบคนไร้รัฐในบริบทประเทศไทย. การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ ๗ ประชากรและสังคม ๒๕๕๔ จุดเปลี่ยนประชากรจุดเปลี่ยนสังคม; ๑ กรกฎาคม ๒๕๕๔; กรุงเทพมหานคร.
๑๕. Girvin S, Krause S, Matthews J. The general health context. Thai-Burma border reproductive health assessment: Women's Commis-

- sion for Refugee Women and Children; 2006. p. 16.
๑๖. Ditton MJ, Lehane L. Towards realizing the health-related millennium development goals for migrants from Burma in Thailand. *J Empir Res Hum Res Ethics* 2009;4:37-48.
๑๗. Canavati S, Plugge E, Suwanjatuporn S, Sombatrungjaroen S, Nosten F. Barriers to immunization among children of migrant workers from Myanmar living in Tak Province, Thailand. *Bull World Health Organ* 2011;89:528-31.
๑๘. Bantati P. The imbalances of health personel in Tak province of Thailand (2005-2007): which way forward? (dissertation). Antwerp, Belgium: Prince Leopold Institute of Tropical Medicine; 2008.
๑๙. ปลาณิจ สวงโท, ดารินทร์ อารีโยชชัย, วิทยา สวัสดิคุณพิงศ์. สถานการณ์โรคติดต่อที่สำคัญในศูนย์พักพิงชั่วคราวชายแดนไทย-พม่า ปี พ.ศ.๒๕๔๘-๒๕๕๒. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ประจำปีสัปดาห์ ๒๕๕๕. ๒๕๕๕;๔๓:๘๙-๙๕.
๒๐. Thai Health Promotion Foundation. Cutting through the impasse of medical treatment, disclosure of crisis caused by diseases. 5 May 2012 [cited 2012 June 1]. Available from: <http://en.thaihealth.or.th/node/249?page=1>.
๒๑. ปิ่นแก้ว อุ่นแก้ว. สถานการณ์การเข้าถึงและการใช้บริการสุขภาพของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ : กรณีศึกษา๓๐ กันยายน ๒๕๕๑ [cited ๒๑ มิถุนายน ๒๕๕๕]. Available from: http://gotoknow.org/file/statelesswatch-swit/2552-02_FinalH4S-A1-byPinkeaw.pdf.
๒๒. ภูษิต ประคองสาย. ความเหลื่อมล้ำระหว่างสามกองทุนประกันสุขภาพทางออกอยู่เหนือใด. การประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในทศวรรษที่สอง; ๒๑ มีนาคม ๒๕๕๕; กรุงเทพมหานคร.
๒๓. สรุปสถิติกองทุนประกันสังคม ๒๕๕๕ [database on the Internet]. สำนักงานประกันสังคม. [cited ๒๒ มิถุนายน ๒๕๕๕]. Available from: <http://www.sso.go.th/wpr/content.jsp?lang=th&cat=103&id=535>.
๒๔. อิศร เกิดมงคล. จุดเปลี่ยนที่ต้องจับตามองของนโยบายการจัดการแรงงานข้ามชาติ: นโยบายและแนวโน้ม ๒๕๕๕ [cited ๒๑ มิถุนายน ๒๕๕๕]. Available from: <http://prachatai.com/journal/2012/04/40139>.
๒๕. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๔ เล่มที่ ๑. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ๒๕๕๓ [cited ๑ พฤษภาคม ๒๕๕๕]. Available from: <http://61.19.30.156/g1/data/book01.pdf>.
๒๖. ครุณี ไพศาลพาณิชย์กุล. คนไร้รัฐ: ผู้ทรงสิทธิที่ถูก (กีด) กันออกไปจากหลักประกันสุขภาพไทย๒๕๕๑ [cited ๒๖ มิถุนายน ๒๕๕๕]. Available from: <http://www.gotoknow.org/blogs/posts/182138>.
๒๗. กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๕๓ รายงานวิเคราะห์สถานการณ์การเงินการคลังของกองทุนระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวประจำปี. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๓.
๒๘. คณะกรรมการติดตามและประเมินผลการให้สิทธิ(ถิ่นสิทธิ)ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ. รายงานสรุปผลการติดตามครั้งที่ ๑ วันศุกร์ที่ ๘ เมษายน ๒๕๕๔ ณ โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข: ๒๕๕๔.
๒๙. Bundhamcharoen K, Patcharanarumol W, Pagaiya N, Tangcharoensathien V. Demographic and health transition: health systems challenges and future direction. In: Jones G, Im-em W, editors. *Impact of demographic change in Thailand*. Bangkok: United Nations Population Fund (UNFPA), Country Office in Thailand; p. 75.
๓๐. Peters DH, Garg A, Bloom G, Walker DG, Brieger WR, Hafizur RM. Poverty and access to health care in developing countries. *Ann N Y Acad Sci* 2008;1136:161-71.
๓๑. พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร. กรณีศึกษาที่ ๑๑ กรณีศึกษาผู้มีปัญหาสิทธิมนุษยชน ด้านสิทธิในการเดินทาง จายน่า : บุคคลบนพื้นที่สูง ที่เกิดในประเทศไทยแต่ถูกจำกัดสิทธิเรื่องการเดินทาง ๒๕๔๕ [สืบค้นเมื่อ ๒๖ มิถุนายน ๒๕๕๕]. Available from: www.archanwell.net/autopage06/file/20061206031156.doc.
๓๒. Jindathong C. Here is Umpang Hospital. *Bangkok Post*. 31 August 2011.
๓๓. คณะกรรมการติดตามและประเมินผลการให้สิทธิ(ถิ่นสิทธิ)ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ. เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการฯ วันที่ ๑๓ มิถุนายน ๒๕๕๔ ข้อมูลผู้ป่วยนอกต่างด้าวที่มารับบริการ จำแนกประเภทตามการชำระเงินและรายจังหวัด ปีงบประมาณ ๒๕๕๓. นนทบุรี: กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๔.
๓๔. รายงานจำนวนผู้ป่วย/ตาย จำแนกตามสัญชาติ พ.ศ.๒๕๕๔ ในประเทศไทย : โรคมะเร็ง [database on the Internet]. สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. ๒๕๕๔ [cited ๔ มิถุนายน ๒๕๕๕]. Available from: http://www.boe.moph.go.th/boedb/surdata/y54/race_Malaria_54.rtf.
๓๕. Tangcharoensathien V, Prakongsai P, Limwattananon S, Patcharanarumol W, Jongudomsuk P. Achieving universal coverage in Thailand: what lessons do we learn 2007 [cited 2012 27 June]. Available from: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/universal_coverage_thailand_2007_en.pdf.
๓๖. สำนักงานงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี. งบประมาณโดยสังเขปฉบับปรับปรุง ตามพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๕ [cited ๒๘ มิถุนายน ๒๕๕๕]. Available from: <http://www.bb.go.th/FILEROOM/CABBBIWEBFORM/DRAWER29/GENERAL/DATA0000/00000118.PDF>.