

## การเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพกลุ่มแรงงานข้ามชาติ (Right to Health of Migrant Workers)

### ๑. นิยามและกรอบคิด

#### ๑.๑ แรงงานข้ามชาติ

แรงงานข้ามชาติ (migrant workers) หมายถึง ผู้ไม่มีสัญชาติไทยที่อยู่ระหว่างหางานหรือกำลังทำงานในประเทศไทย หรือเคยหางานหรือเคยทำงานแต่ไม่สามารถทำงานต่อได้และยังอาศัยอยู่ในประเทศไทย<sup>๑,๒,๓</sup> โดยรวมถึงผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติด้วย

ผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติ (migrant dependents) หมายถึง ผู้ไม่มีสัญชาติไทยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงแรงงานข้ามชาติในกรณีของการย้ายถิ่น คู่สมรสและบุตรที่มีอายุไม่เกินสิบแปดปีถือว่าเป็นผู้ติดตาม โดยรวมถึงคู่สมรสโดยพฤตินัยและผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

สมาชิกครอบครัวแรงงานข้ามชาติ (members of migrant workers families) หมายถึง คู่สมรสโดยนิตินัยหรือพฤตินัยของแรงงานข้ามชาติ รวมไปถึงลูกที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นสมาชิกครอบครัวของแรงงานข้ามชาติผ่านทางกฎหมายหรือตามข้อตกลงระหว่างประเทศ

แรงงานข้ามชาติมีเอกสาร (documented migrants) หมายถึง แรงงานข้ามชาติหรือสมาชิกครอบครัวแรงงานข้ามชาติที่ได้รับอนุญาตให้เข้าเมือง พักอาศัย และเข้าร่วมกิจกรรมทางเศรษฐกิจ ตามกฎหมายหรือข้อตกลงระหว่างประเทศที่ประเทศไทยเป็นรัฐภาคี<sup>๔</sup>

<sup>๑</sup> องค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน (IOM) แบ่งแรงงานข้ามชาติเป็น (หนึ่ง) แรงงานย้ายถิ่น (Labor migrants) หมายถึง กลุ่มที่ย้ายถิ่นเนื่องจากวัตถุประสงค์ในการจ้างงาน (สอง) แรงงานเศรษฐกิจ (Economic migrant) หมายถึง กลุ่มที่เข้าประเทศเพื่อประกอบกิจกรรมทางเศรษฐกิจ เช่น นักลงทุน นักธุรกิจที่เดินทางเข้ามาเจรจาธุรกิจ

<sup>๒</sup> องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) นิยามว่า แรงงานข้ามชาติ (Migrant workers) หมายถึง ผู้ที่ย้ายถิ่นจากประเทศหนึ่งไปยังประเทศหนึ่งด้วยเหตุแห่งการถูกจ้างงานมากกว่าเหตุผลส่วนตัว รวมไปถึงผู้ที่ได้รับการยอมรับให้มีสถานะเป็นแรงงานข้ามชาติอย่างเป็นทางการโดยรัฐ

<sup>๓</sup> องค์การสหประชาชาติ (UN) นิยามผ่านอนุสัญญาคุ้มครองสิทธิแรงงานข้ามชาติและสมาชิกครอบครัวว่า แรงงานข้ามชาติหมายถึง ผู้กำลังหางาน ทำงาน หรือเคยทำงานในประเทศที่เขาหรือเธอไม่ใช่พลเมือง

<sup>๔</sup> นิยามตามมาตรา ๕ ในอนุสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิแรงงานข้ามชาติและสมาชิกในครอบครัว

ค.ศ. ๑๙๙๐ (International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families - ICRMW)

**แรงงานข้ามชาติไม่มีเอกสาร (undocumented migrants)** หมายถึง แรงงานข้ามชาติที่ไม่สามารถดำเนินการตามกฎหมายที่กำหนดโดยประเทศไทย ในกระบวนการเข้าเมือง พักอาศัย หรือดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจ<sup>๕</sup>

**แรงงานข้ามชาติไม่ถูกระเบียบ (irregular migrant)** หมายถึง แรงงานข้ามชาติที่ไม่ได้รับอนุญาตให้เข้าเมือง ผ่าฝืนกฎหมายเข้าเมือง หรือวีซ่าหมดอายุ ไม่มีสถานะทางกฎหมายในการเข้าเมือง รวมไปถึงผู้เข้าเมืองถูกต้องตามกฎหมายแต่อยู่เกินระยะเวลาที่ได้รับอนุญาตหรือทำงานโดยไม่ได้รับอนุญาต<sup>๖</sup>

**ผู้ลี้ภัย (Refugees)** หมายถึง บุคคลที่จำเป็นต้องทิ้งประเทศบ้านเกิดของตนเอง เนื่องจากความหวาดกลัวการถูกประหัตประหารหรือได้รับการคุกคามต่อชีวิตเนื่องจากสาเหตุข้อหนึ่งข้อใด เช่น เชื้อชาติ ศาสนา สัญชาติ เพศสภาพ สมาชิกภาพในกลุ่มทางสังคม หรือสมาชิกภาพในกลุ่มความคิดทางการเมือง โดยได้รับการรับรองสถานะผู้ลี้ภัยจากสำนักงานข้าหลวงใหญ่ผู้ลี้ภัยสหประชาชาติ

**ผู้แสวงหาการลี้ภัย (Asylum seekers)** หมายถึง บุคคลที่จำเป็นต้องทิ้งประเทศบ้านเกิดของตนเอง เนื่องจากความหวาดกลัวการถูกประหัตประหารหรือได้รับการคุกคามต่อชีวิตเนื่องจากสาเหตุข้อหนึ่งข้อใด เช่น เชื้อชาติ ศาสนา สัญชาติ เพศสภาพ สมาชิกภาพในกลุ่มทางสังคม หรือสมาชิกภาพในกลุ่มความคิดทางการเมือง และอยู่ระหว่างการขอรับการรับรองสถานะผู้ลี้ภัยจากสำนักงานข้าหลวงใหญ่ผู้ลี้ภัยสหประชาชาติ

**คนต่างด้าว** หมายถึง บุคคลธรรมดาซึ่งไม่มีสัญชาติไทย ตามที่ระบุไว้ในพระราชกำหนดบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. ๒๕๖๐ มีข้อยกเว้นว่าไม่ครอบคลุมผู้มีสิทธิทางการเมือง บุคลากรขององค์กรระหว่างประเทศ คนรับใช้ที่เป็นผู้ติดตามของผู้คนเหล่านั้น ผู้เข้ามาด้วยวัตถุประสงค์เพื่อประชุมสัมมนา หรือเหตุผลด้านธุรกิจและการลงทุน

**กลุ่มเปราะบาง (vulnerable group)** หมายถึง กลุ่มคนในสังคมที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการถูกเลือกปฏิบัติ ถูกระทำรุนแรง ในภัยพิบัติทางสิ่งแวดล้อมหรือปัญหาทางเศรษฐกิจ มากกว่ากลุ่มอื่นในสังคม รวมทั้งกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในช่วงที่มีความขัดแย้งหรือภาวะวิกฤต เช่น ผู้หญิง เด็ก ผู้สูงอายุ คนพิการ กลุ่มชาติพันธุ์ หรือแรงงานข้ามชาติ

**ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (social determinant of health)** หมายถึง ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมที่ส่งผลให้กลุ่มประชากรต่างๆ มีสถานะทางสุขภาพต่างกัน โดยองค์การอนามัยโลกชี้ว่าเป็นสภาพเงื่อนไขของบุคคลตั้งแต่การเกิด เติบโต ใช้ชีวิต ทำงาน และร่วงโรยไปตามวัย

<sup>๕</sup> อ้างแล้ว ด้านบน

<sup>๖</sup> นิยามตาม Glossary on Migration โดยองค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน (IOM)

## ๑.๒ สิทธิด้านสุขภาพ (Right to Health)

คำว่า สิทธิด้านสุขภาพ ปรากฏขึ้นครั้งแรกในธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. ๑๙๔๖ โดยหมายถึง “การบรรลุซึ่งมาตรฐานสูงสุดเท่าที่เป็นไปได้ของสุขภาพ”<sup>๑</sup>

โดยสิทธิด้านสุขภาพนี้ได้รับการรับรองว่าเป็นสิทธิมนุษยชน ตามข้อ ๕ ของปฏิญญาสากลสิทธิมนุษยชน ค.ศ. ๑๙๔๘ ที่ยืนยันว่า “ทุกคนมีสิทธิในมาตรฐานการดำรงชีวิตที่เพียงพอสำหรับสุขภาพและสุขภาวะของตนเอง และครอบครัว ประกอบด้วยอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค และบริการทางสังคมที่จำเป็น”<sup>๒</sup>

และเป็นหนึ่งในสิทธิอื่นที่ระบุไว้ในอนุสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติทางเชื้อชาติ ค.ศ. ๑๙๖๕ ซึ่ง “ห้ามและจัดการเลือกปฏิบัติทุกรูปแบบ และรับรองสิทธิให้กับทุกคนโดยไม่เลือกเชื้อชาติ สีผิว หรือแหล่งกำเนิดชาติหรือเผ่าพันธุ์ ให้มีความเสมอภาคในทางกฎหมาย”<sup>๓</sup>

องค์การสหประชาชาติระบุสิทธิด้านสุขภาพไว้ชัดเจนขึ้นในข้อ ๑๒ ของกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – ICESCR) ว่า

“ข้อ ๑๒

๑. ภาควิทยาศาสตร์ รับรองสิทธิของทุกคนที่จะมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่เป็นไปได้
๒. ขั้นตอนการดำเนินการโดยภาควิทยาศาสตร์ เพื่อบรรลุผลให้สิทธินี้เกิดขึ้นจริงอย่างสมบูรณ์จะต้องรวมถึง สิ่งที่เป็นจำเป็นสำหรับ:

- การลดอัตราการเกิดโรคภัยไข้เจ็บและการตายของทารก และเพื่อพัฒนาการของเด็กอย่างสุขภาพดี
- การพัฒนาสุขลักษณะทางสิ่งแวดล้อมและที่ทำงานในทุกด้าน
- การป้องกัน รักษา และควบคุมโรคระบาด โรคประจำถิ่น โรคจากการประกอบอาชีพ และโรคอื่น ๆ
- การสร้างสภาวะที่รับประกันบริการทางการแพทย์และการดูแลสุขภาพทั้งหมดแก่ทุกคนในเหตุการณ์ที่มีความเจ็บป่วย”<sup>๔</sup>

นั่นคือ ข้อแรกระบุให้รัฐที่เป็นภาคีอนุสัญญามีหน้าที่จัดให้ทุกคนมีสุขภาพตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่เป็นไปได้ตามฐานานุรูปของประเทศ โดยข้อสองยกตัวอย่างการดำเนินการให้เกิดสิทธิด้านสุขภาพผ่านปฏิบัติการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ซึ่งปรากฏต่อมาในข้อวินิจฉัยทั่วไป ฉบับที่ ๑๔ ว่า “สิทธิในสุขภาพเป็นสิทธิครอบคลุมไม่เพียงแต่บริการสุขภาพที่เหมาะสมสอดคล้อง หากยังเน้น ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ เป็นต้นว่า การเข้าถึงน้ำดื่มปลอดภัยและสุขอนามัยที่เพียงพอ สภาพแวดล้อมในการทำงานและประกอบอาชีพที่ถูกต้องสุขภาวะ และการเข้าถึงการศึกษาและข้อมูลสุขภาพ นอกจากนี้ ปัจจัยที่สำคัญอีกประการคือ การมีส่วนร่วมของประชากรในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งในระดับชุมชน ชาติ และโลก”<sup>๕</sup>

นอกจากนี้ ยังระบุเพิ่มเติมว่า “รัฐภาคีมีหน้าที่เคารพลีสิทธิในสุขภาพ ดังเช่น การละเว้นจากการปฏิเสธหรือจำกัดการเข้าถึงที่เท่าเทียมสำหรับทุกคน รวมไปถึงผู้ต้องขัง ชนกลุ่มน้อย ผู้ลี้ภัย ผู้อพยพผิดกฎหมาย เพื่อให้บริการสุขภาพเพื่อป้องกัน บำบัดรักษา บรรเทาทุกข์ การละเว้นจากการบังคับใช้การเลือกปฏิบัติเป็นนโยบายรัฐ และละเว้นจากการเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับสถานภาพและความต้องการด้านสุขภาพของผู้หญิง”

กล่าวโดยสรุป สิทธิด้านสุขภาพ หมายถึง การบรรลุผลลัพธ์ทางสุขภาพตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยรัฐไทยในฐานะภาคีกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๒ มีหน้าที่จัดให้ทุกคนบรรลุผลลัพธ์ทางสุขภาพตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่เป็นไปได้ (สิทธิด้านสุขภาพ) ตามฐานานุกรมของประเทศ โดยดำเนินการผ่านปฏิบัติการ **ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ** และประกอบด้วย **การมีส่วนร่วม**ของประชากรในการตัดสินใจนโยบายสุขภาพ

แม้ว่าพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ จะได้ระบุเกี่ยวกับสิทธิด้านสุขภาพ (Rights in respect of Health) ไว้ในหมวดที่ ๑ โดยเฉพาะมาตรา ๕ และ ๖ ว่า

“มาตรา ๕ บุคคลมีสิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ”

“มาตรา ๖ สุขภาพของหญิงในด้านสุขภาพทางเพศและสุขภาพของระบบเจริญพันธุ์ ซึ่งมีความจำเพาะซับซ้อน และมีอิทธิพลต่อสุขภาพหญิงตลอดช่วงชีวิต ต้องได้รับการสร้างเสริม และคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสม

สุขภาพของเด็ก คนพิการ คนสูงอายุ คนด้อยโอกาสในสังคมและกลุ่มคนต่าง ๆ ที่มีความจำเพาะในเรื่องสุขภาพต้องได้รับการสร้างเสริมและคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสมด้วย”

แต่ก็ได้ปรากฏนิยามของสิทธิด้านสุขภาพในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ อย่างชัดเจน จนกระทั่งมีการขยายความผ่าน **ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ** ซึ่งเป็นเครื่องมือภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ที่ใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ ในส่วนของนิยามศัพท์ ว่าสิทธิด้านสุขภาพ หมายถึง

“สิทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพที่บุคคลพึงได้รับด้วยมาตรฐานที่สูงที่สุด เท่าที่จะเป็นไปได้ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความพร้อมทางเศรษฐกิจและสังคม โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ ต่อบุคคลและไม่มีแบ่งแยกไม่ว่าจะเป็นกรณีใด ๆ สิทธิด้านสุขภาพครอบคลุมทั้งการรับบริการ สาธารณสุข และปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การมีน้ำดื่ม และอาหารสะอาดเพียงพอ การมีที่อยู่อาศัย สิทธิด้านสุขภาพจึงสัมพันธ์ใกล้ชิดกับสิทธิมนุษยชน อื่นๆ เช่น สิทธิในเรื่องอาหาร ที่อยู่อาศัย การทำงาน การศึกษา การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การมีส่วนร่วม และการไม่แบ่งแยกด้วย (องค์การอนามัยโลก)”

ทั้งยังระบุในสาระหมวด ๔.๑ สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพว่า

“๑. บุคคลพึงได้รับสิทธิด้านสุขภาพที่จำเป็นตามหลักสิทธิมนุษยชน โดยเป้าหมายของสิทธิด้านสุขภาพ คือ บุคคลทุกคนมีสุขภาพะ ซึ่งไม่จำกัดเฉพาะการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเท่านั้น แต่ครอบคลุมถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพด้วย โดยรัฐมีหน้าที่จัดสวัสดิการ สร้างสภาวะหรือเงื่อนไขที่เอื้ออำนวยให้เกิดผลสำเร็จ ตามเป้าหมายให้

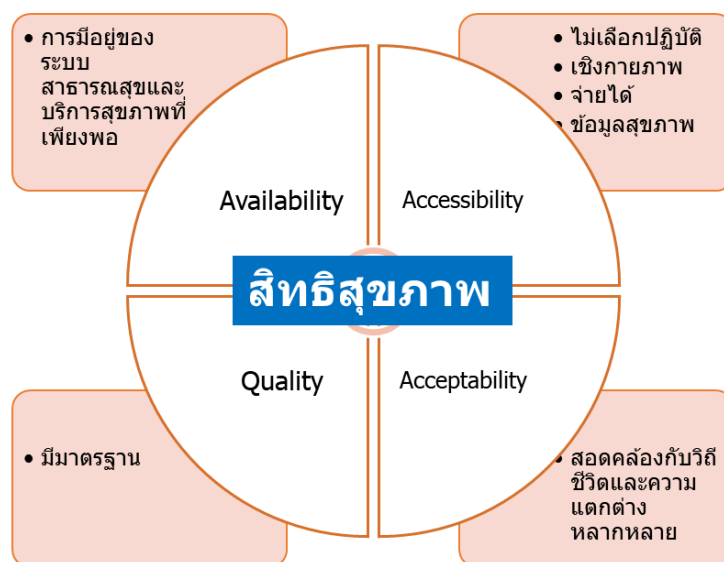
ครอบคลุมและทั่วถึง คำนึงถึง กระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและความสอดคล้องกับบริบทด้านต่าง ๆ ของสังคม

๒. รัฐต้องเคารพสิทธิด้านสุขภาพของบุคคล และมีหน้าที่ปกป้อง คุ้มครอง ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลได้รับสิทธิด้านสุขภาพโดยไม่เลือกปฏิบัติ และปฏิบัติตามพันธกรณีของกฎหมายระหว่างประเทศด้าน สุขภาพและด้านสิทธิมนุษยชนที่ไทยเป็นภาคี”

ซึ่งมีคำอธิบายเจตนารมณ์อ้างอิงธรรมนูญการอนามัยโลก และกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม พร้อมทั้งย้ำหน้าที่ของรัฐในการปฏิบัติตามพันธกรณีกฎหมายระหว่างประเทศด้านสิทธิมนุษยชน

### ๑.๓ การเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพ

องค์ประกอบ ๔ ประการของสิทธิด้านสุขภาพ ตามที่คณะกรรมการกติกาว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมเสนอผ่านข้อวินิจฉัยทั่วไป ฉบับที่ ๑๔ (รูปที่ ๑) ประกอบด้วย



รูปที่ ๑ องค์ประกอบของสิทธิด้านสุขภาพตามข้อวินิจฉัยทั่วไป ฉบับที่ ๑๔  
โดยคณะกรรมการกติกาว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม<sup>๖</sup>

องค์ประกอบ ๔ ประการของสิทธิด้านสุขภาพ ตามที่คณะกรรมการกติกาว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมเสนอผ่านข้อวินิจฉัยทั่วไป ฉบับที่ ๑๔ (รูปที่ ๑) ประกอบด้วย

- (หนึ่ง) การมีอยู่ (availability) หมายถึง ระบบสาธารณสุขและบริการสุขภาพที่เพียงพอ
- (สอง) การเข้าถึง (accessibility) หมายถึง
  - ก. การไม่เลือกปฏิบัติ ไม่ว่าจะเป็นโดยเชื้อชาติ ศาสนา เพศ ฯลฯ
  - ข. การเข้าถึงได้ในเชิงกายภาพ นั่นคือ มีที่ตั้งไม่ห่างไกล เอื้อให้คนพิการเข้าถึงได้
  - ค. การเข้าถึงได้ในเชิงเศรษฐกิจ หมายถึง มีค่าใช้จ่ายสมเหตุสมผล สามารถจ่ายได้

ง. การเข้าถึงในเชิงข้อมูล ผู้คนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่สำคัญและจำเป็นได้ รวมทั้งได้รับการปกป้องข้อมูลสุขภาพ

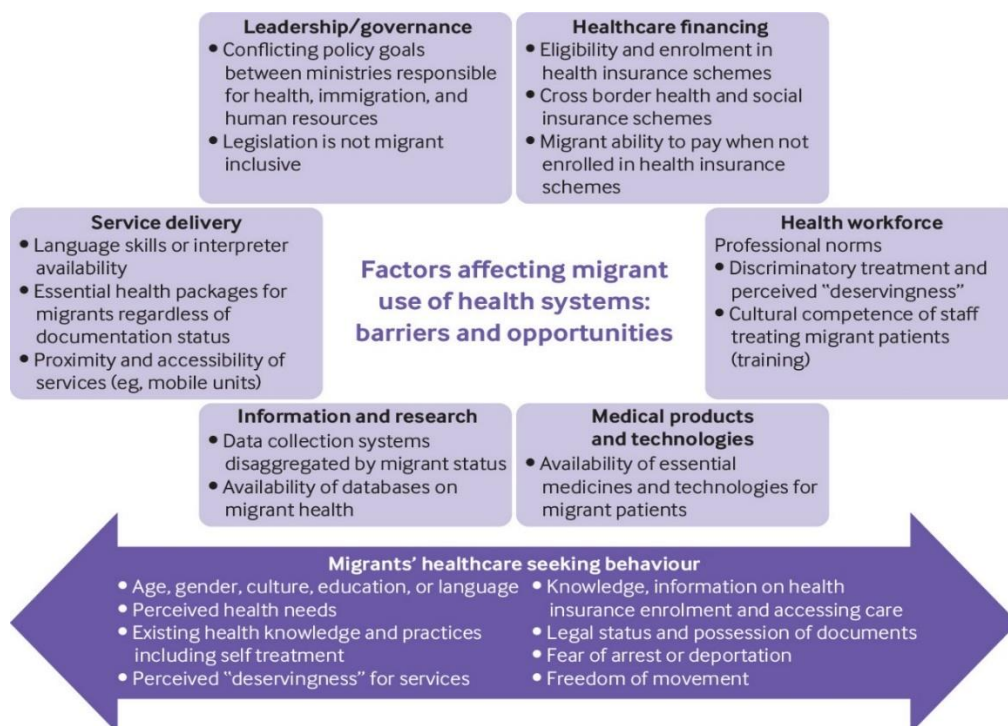
(สาม) คุณภาพ (quality) หมายถึง มีมาตรฐาน

(สี่) เป็นที่ยอมรับ (acceptability) เนื่องจากให้ความเคารพและสนองตอบต่อความแตกต่างหลากหลายของกลุ่มประชากรและวัฒนธรรม

การเกิดขึ้นของสิทธิสุขภาพในกลุ่มประชากรแรงงานข้ามชาติจึงพิจารณาจากองค์ประกอบทั้ง ๔ ด้านนี้ และโดยเหตุที่กลุ่มประชากรแรงงานข้ามชาติมีความแตกต่างกันเนื่องด้วยสถานะทางกฎหมาย แหล่งพำนัก และลักษณะของงาน ระดับการเข้าถึงสิทธิสุขภาพจึงแตกต่างกันออกไป

#### ๑.๔ ปัจจัยส่งผลต่อการใช้ระบบสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ

ระบบสุขภาพประกอบด้วยองค์กร สถาบัน ทรัพยากร และผู้คนที่มีส่วนร่วมกันในการยกระดับสุขภาพผู้คน ซึ่งรวมถึงปฏิบัติการทั้งหลายทั้งปวงผ่านปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพหรือกิจกรรมพัฒนาสุขภาพโดยตรง ระบบสุขภาพทำให้เกิดมาตรการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูเยียวยา ผ่านการเชื่อมโยงปฏิบัติการด้านสาธารณสุขและอำนาจบริหารจัดการ และเชื่อมโยงทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม ระบบสุขภาพควรตอบสนองต่อความต้องการทางสุขภาพและรับภาระค่าใช้จ่ายของทุกคนอย่างเป็นธรรม



รูปที่ ๒ ปัจจัยส่งผลต่อการใช้ระบบสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ

ที่มา: Legido-Quigley H, Pocock N, Tan ST, Pajin L, Suphanchaimat R, Wickramage K, et al.

Healthcare is not universal if undocumented migrants are excluded. BMJ. 2019<sup>๗</sup>

ด้วยเหตุที่ระบบสุขภาพประกอบด้วยผู้คน งบประมาณ ข้อมูล เวชภัณฑ์ การขนส่ง การสื่อสาร คู่มือ แนวปฏิบัติ และแนวนโยบาย ตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก การสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพ จำต้องทำงานผ่านปัจจัยสำคัญที่เรียกว่า **๖ เสาหลักของระบบสุขภาพ**<sup>๔</sup> ซึ่งประกอบด้วย (หนึ่ง) ภาวะการนำและธรรมาภิบาล (สอง) การคลังสุขภาพ (สาม) การจัดบริการสุขภาพ (สี่) บุคลากรทางสุขภาพ (ห้า) ข้อมูลและการวิจัย และ (หก) เวชภัณฑ์และเทคโนโลยี

ดังนั้นเอง สิทธิด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อองค์ประกอบของระบบสุขภาพแต่ละส่วนสามารถจัดอุปสรรคและเปิดโอกาสให้แรงงานข้ามชาติเข้าถึงระบบสุขภาพได้ ทั้งนี้ ต้องคำนึงถึงปัจจัยของกลุ่มประชากรแรงงานข้ามชาติร่วมด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พฤติกรรมสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ

## ๒. ทบทวนวรรณกรรม

### ๒.๑ กฎหมายและกลไกระหว่างประเทศ

#### พันธสัญญา และกติกาความร่วมมือระหว่างประเทศ

ธรรมนูญองค์การอนามัยโลก ค.ศ. ๑๙๔๖ นิยามสิทธิในสุขภาพไว้ว่าคือ “การได้รับสุขภาพในมาตรฐานดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้”

ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ค.ศ. ๑๙๔๘ เป็นกฎหมายจารีตระหว่างประเทศด้านสิทธิมนุษยชนฉบับแรกและมีความสำคัญมากที่สุดถึงปัจจุบัน ก็ให้การรับรองสิทธิด้านสุขภาพในมาตรา ๒๕

อนุสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติทางเชื้อชาติในทุกรูปแบบ ค.ศ. ๑๙๖๕ (International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination – ICERD) รับรองสิทธิด้านสุขภาพ และครอบคลุมทุกคนโดยไม่เลือกปฏิบัติทางเชื้อชาติ สัญชาติ เผ่าพันธุ์ แหล่งกำเนิด ฯลฯ ผ่านมาตรา ๕

กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ค.ศ. ๑๙๖๖ (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – ICESCR) ข้อที่ ๑๒

โดยเหตุที่ประเทศไทยเป็นสมาชิกองค์การอนามัยโลกและองค์การสหประชาชาติจำต้องเคารพทั้งธรรมนูญองค์การอนามัยโลก ค.ศ. ๑๙๔๖ และปฏิญญาสากลว่าด้วยมนุษยชน ค.ศ. ๑๙๔๘ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของกฎหมายระหว่างประเทศและกติการะหว่างประเทศอีกหลายฉบับ นอกจากนี้ยังเป็นภาคีอนุสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติทางเชื้อชาติในทุกรูปแบบ ค.ศ. ๑๙๖๕ และภาคีกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ค.ศ. ๑๙๖๖ จึงมีหน้าที่ปฏิบัติตามพันธกรณีด้านสิทธิด้านสุขภาพซึ่งครอบคลุมกลุ่มประชากรแรงงานข้ามชาติด้วย

ข้อตกลงระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐานที่ปลอดภัย เป็นระเบียบ และปกติ (High-level Intergovernmental Conference to Adopt the Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration: GCM) เป็นข้อตกลงฉบับแรกที่ยุบรวมประเด็นเรื่องการโยกย้ายถิ่นฐานอย่างครอบคลุม โดยได้รับการยอมรับโดยประชาคมระหว่างประเทศ ซึ่งประเด็นที่ไทยให้ความสำคัญ ได้แก่ (๑) การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้โยกย้ายถิ่นฐาน (migrant health) (๒) การเข้าถึงระบบการศึกษาของบุตรผู้โยกย้ายถิ่นฐาน (๓) การจัดระเบียบผู้โยกย้ายถิ่นฐาน (regularization) และ (๔) ความร่วมมือระหว่างประเทศผู้ส่งและประเทศผู้รับ และความสำคัญของการเสริมสร้างขีดความสามารถของผู้โยกย้ายถิ่นฐาน โดยกระทรวงการต่างประเทศได้จัดตั้ง “คณะกรรมการนำข้อตกลงระหว่างประเทศว่าด้วยผู้ลี้ภัย และข้อตกลงระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐานที่ปลอดภัย เป็นระเบียบ และปกติ ไปปฏิบัติ” เพื่อส่งเสริมการดำเนินการตาม GCM และ GCR ของหน่วยงานรัฐบาลแบบบูรณาการ มีความต่อเนื่องและเป็นเอกภาพ และมีการจัดทำ “แผนระดับชาติสำหรับการดำเนินการตามวัตถุประสงค์ของ GCM ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕” (National Implementation Plan of GCM) โดยในเดือน ส.ค. ๒๕๖๓ ไทยได้ตอบรับที่จะเป็นหนึ่งใน GCM Champion Country ซึ่งจะมีบทบาทในการสนับสนุนการนำ GCM ไปปฏิบัติ โดยได้แสดงเจตจำนงที่เน้นการดำเนินการด้าน (๑) การส่งเสริมการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้โยกย้ายถิ่นฐาน (objective 15) และ (๒) การใช้แนวทางอื่นแทนการกักตัวผู้โยกย้ายถิ่นฐานที่เป็นเด็ก (Alternative to Detention: ATD) (objective 13)<sup>๙</sup>

โดยล่าสุด เมื่อวันที่ ๑๗ พ.ค. ๒๕๖๕ คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบต่อร่างปฏิญญาความคืบหน้า (Progress Declaration) และเห็นพ้องให้เสนอคำมั่นโดยสมัครใจเกี่ยวกับการดำเนินการตาม GCM ได้แก่ (๑) ให้บุตรของผู้โยกย้ายถิ่นฐานทุกคนที่เกิดในประเทศไทยได้รับการจดสูติบัตร (๒) พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมผู้โยกย้ายถิ่นฐานกลุ่มต่างๆ มากขึ้น (๓) นำมาตรการทางเลือกแทนการคุมขังเด็กผู้โยกย้ายถิ่นฐานมาใช้ อย่างมีประสิทธิภาพ (๔) ส่งเสริมทัศนคติที่ดีของสาธารณชนเกี่ยวกับประโยชน์ของผู้โยกย้ายถิ่นฐานและจัดการเลือกปฏิบัติและการตีตราผู้โยกย้ายถิ่นฐาน<sup>๑๐</sup>

แม้ว่าประเทศไทยจะเข้าเป็นภาคีตราสารระหว่างประเทศด้านสิทธิมนุษยชนหลัก ๗ ฉบับ จาก ๙ ฉบับ แต่ยังมีภาคีตราสารระหว่างประเทศเกี่ยวกับแรงงานข้ามชาติอีกฉบับที่ประเทศไทยยังไม่ได้เป็นภาคี นั่นคือ อนุสัญญาว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของแรงงานข้ามชาติและสมาชิกครอบครัว (Convention on the Protection of the Rights of Migrants Workers and Member of their Families – MWC) ซึ่งประเทศไทยควรพิจารณาความพร้อมที่เข้าร่วมเป็นภาคี เนื่องจากประเทศเองได้แถลงในกระบวนการทบทวนสถานการณ์สิทธิมนุษยชนว่าจะเข้าเป็นภาคีอนุสัญญาขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization) ฉบับที่ ๘๗ ว่าด้วยเสรีภาพในการสมาคมและการคุ้มครองสิทธิในการรวมตัว และ ฉบับที่ ๙๘ ว่าด้วยสิทธิในการรวมตัวและการร่วมเจรจาต่อรอง ซึ่งจะนำไปสู่การแก้ไขกฎหมายแรงงาน ทั้งพระราชบัญญัติแรงงานสัมพันธ์ พ.ศ. ๒๕๑๘ และพระราชบัญญัติแรงงานรัฐวิสาหกิจสัมพันธ์ พ.ศ. ๒๕๔๓ และสนับสนุนการดำเนินงานตามพันธกรณีในอนุสัญญาว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของแรงงานข้ามชาติและสมาชิกครอบครัวได้เป็นอย่างดี

## กลไกระดับสากล

การทบทวนสถานการณ์สิทธิมนุษยชน (Universal Periodic Review – UPR) เป็นกลไกภายใต้คณะมนตรีสิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติ ที่เกิดขึ้นในปี ค.ศ. ๒๐๐๕ ที่ใช้เป็นเครื่องมือตรวจสอบประสิทธิภาพการทำงานด้านสิทธิมนุษยชนของรัฐภาคี ๑๙๓ ประเทศ ผ่านกระบวนการติดตามที่มีตรของรัฐบาลทุก ๔ ปีครั้ง

รายงานการทบทวนสถานการณ์สิทธิมนุษยชนของแต่ละประเทศจัดทำ เป็นเอกสารนำเสนอภาพรวมสถานการณ์สิทธิมนุษยชนทุกด้าน ครอบคลุมทั้งสิทธิทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิทธิพลเมืองและสิทธิของผู้คนกลุ่มต่างๆ ด้วยกระบวนการให้แต่ละประเทศประเมินตนเองบนพื้นฐานของการปรึกษาหารือร่วมของภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม ถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการวัดชี้แจงความก้าวหน้าด้านสิทธิมนุษยชน และบ่งชี้ความท้าทายด้านสิทธิมนุษยชนที่ยังดำรงอยู่

คณะทำงานทบทวนสถานการณ์สิทธิมนุษยชนประกอบด้วยสมาชิกคณะมนตรีสิทธิมนุษยชน ๔๗ ประเทศ ซึ่งจัดให้มีการประชุมทบทวนสถานการณ์ใน ๑๔ ประเทศ ปีละ ๓ ครั้ง ครั้งละ ๒ สัปดาห์ เพื่อพิจารณาทบทวนเอกสารรายงาน ๓ ประเภท ได้แก่

- (หนึ่ง) รายงานประเทศ ซึ่งจัดทำโดยรัฐบาล
- (สอง) รายงานจากกลไกประจำอนุสัญญา กลไกพิเศษ และหน่วยงานสหประชาชาติอื่น โดยสำนักงานข้าหลวงใหญ่เพื่อสิทธิมนุษยชนแห่งองค์การสหประชาชาติ (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights – OHCHR) เป็นผู้รวบรวม และ
- (สาม) สถาบันสิทธิมนุษยชน เป็นต้นว่า คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ภาคประชาสังคม

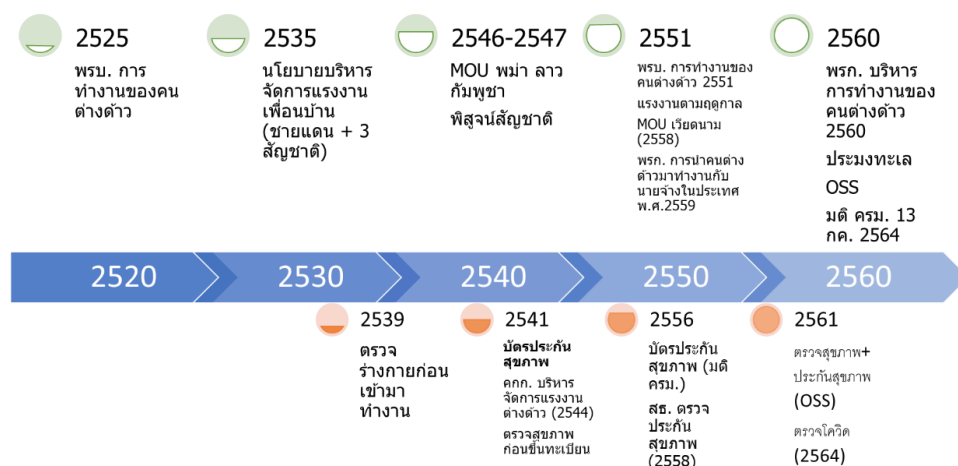
ดังนั้นเอง หลังจากการพิจารณารายงานการทบทวนสถานการณ์สิทธิมนุษยชนของแต่ละประเทศ จะมีการนำเสนอรายงานเพื่อให้แต่ละประเทศที่จัดทำรายงานตอบข้อซักถามจากประเทศอื่น และที่ประชุมจะให้ข้อเสนอแนะสำหรับทบทวนประเด็นที่ควรปรับปรุง โดยประเทศที่ถูกทบทวนมีสิทธิที่จะเลือกรับหรือไม่รับข้อเสนอแนะใดก็ได้ แต่กรณีที่ต้องรับข้อเสนอแนะจะต้องจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อรายงานผลการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะในการทบทวนรอบถัดไป ดังในกระบวนการทบทวนสถานการณ์สิทธิมนุษยชนรอบที่ ๒ (ค.ศ. ๒๐๑๖ - ๒๐๒๐) ประเทศไทยได้ให้คำมั่นที่จะศึกษาความเป็นไปได้ในการเข้าเป็นภาคีอนุสัญญาว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของแรงงานโยกย้ายถิ่นฐานและสมาชิกครอบครัว (*International Convention on the Rights of Migrant Worker and Members of their Families - ICRMW*) และจากข้อเสนอแนะ ๒๔๙ ข้อ ที่ประเทศไทยได้ตอบรับ ๑๘๑ ข้อ โดยเพิ่มเติมภายหลังอีก ๖ ข้อ มีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติ ๑๐ ประเด็น (ภาคผนวก ก) และหลังจากกระบวนการทบทวนสถานการณ์สิทธิมนุษยชนรอบที่ ๒ กลางรอบ (ค.ศ. ๒๐๑๖ - ๒๐๑๘) ประเทศไทยยืนยันว่า สิทธิแรงงานข้ามชาติและลูกแรงงานข้ามชาติ รวมไปถึงการเข้าถึงการศึกษาและสุขภาพ เป็น ๑ ใน ๘ ประเด็นสำคัญที่ประเทศไทยให้ความสำคัญ ส่วนกระบวนการทบทวนสถานการณ์

สิทธิมนุษยชนรอบที่ ๓ จะมีขึ้นในวันที่ ๑๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๔ ภาคส่วนต่าง ๆ สามารถใช้โอกาสนี้เข้าร่วมแสดงความคิดเห็นต่อรายงานประเทศ หรือจัดทำรายงานเข้าร่วมในกระบวนการได้

## ๒.๒ นโยบาย ยุทธศาสตร์ และกฎหมายเกี่ยวข้อง

### พัฒนาการนโยบายเกี่ยวกับแรงงานข้ามชาติ

พัฒนาการของกฎหมายเกี่ยวกับแรงงานข้ามชาติ (รูปที่ ๓) ไปตามบริบทการพัฒนาในภูมิภาคอาเซียน นั่นคือ เมื่อมีการประกาศนโยบายเปลี่ยนสนาามรบเป็นสนาามการค้าในปี พ.ศ. ๒๕๓๐ ประเทศไทยมีอัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว และเริ่มกลายเป็นประเทศต้นทางของแรงงานย้ายถิ่นในภูมิภาค แม้จะมีวิกฤติการเงินในเอเชีย ปี พ.ศ. ๒๕๔๐ จนต้องมีนโยบายบริหารจัดการแรงงานเพื่อนบ้านโดยเฉพาะในพื้นที่ชายแดน ๓ ประเทศ ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจในภูมิภาคก็ยังทำให้มีกระแสการหลั่งไหลของแรงงานข้ามชาติเข้ามาในประเทศไทย ทำให้เริ่มพัฒนาเป็นข้อตกลงความร่วมมือระหว่างประเทศไทยกับประเทศเมียนมาร์ ลาว กัมพูชา รวมทั้งจัดให้กระบวนการพิสูจน์สัญชาติ เพื่อแก้ไขปัญหาแรงงานข้ามชาติไม่มีเอกสาร และเน้นแนวทางการบริหารจัดการควบคุมการเคลื่อนย้ายกำลังแรงงานภายในประเทศผ่านพระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. ๒๕๕๑



รูปที่ ๓ นโยบายสุขภาพแรงงานข้ามชาติ ๓๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๒๕ - ๒๕๖๐)

กระแสความสนใจต่อประเด็นแรงงานข้ามชาติได้เพิ่มมากขึ้นช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๓ เมื่อกระทรวงการต่างประเทศ สหรัฐอเมริการะบุว่า ประเทศไทยเป็นทั้งประเทศต้นทาง ทางผ่าน และปลายทางของขบวนการค้ามนุษย์ ส่งผลให้ประเทศไทยถูกจัดอันดับอยู่ในกลุ่ม ๓ (Tier 3) คือประเทศที่ไม่ผ่านมาตรฐานขั้นต่ำในการขจัดการค้ามนุษย์ทุกประการและไม่พยายามแก้ปัญหา และในปีถัดมาสหภาพยุโรป ให้ใบเหลืองการประมงผิดกฎหมาย ไม่มีการรายงาน และไม่มีการกฎหมายควบคุม (IUU - Illegal, Unreported and Unregulated) แก่ประเทศไทย ซึ่งนำมาสู่การปรับปรุงมาตรการทางนโยบายและกฎหมายเกี่ยวกับแรงงานข้ามชาติขนาดใหญ่ ดังที่มีการออกพระราชกำหนดบริหารการทำงานคนต่างด้าว พ.ศ. ๒๕๖๐ พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงานประมง พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พระราชกำหนดป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ฉบับแก้ไข พ.ศ. ๒๕๖๒ ทำให้การไม่ได้รับ

ค่าจ้าง หนี้ที่เกิดจากการจ้างงาน และการยึดเอกสารประจำตัวของลูกจ้าง เป็นฐานความผิดในการบังคับใช้แรงงาน และนายจ้างที่ถูกดำเนินคดีอาจมีโทษจำคุกขั้นต่ำ ๖ เดือน หรือปรับตั้งแต่ ๕๐,๐๐๐ บาท ไปจนถึงโทษสูงสุด คือประหารชีวิต กรณีผู้ถูกกระทำถึงแก่ความตาย และทำให้ประเทศไทยถูกจัดอันดับอยู่ในกลุ่ม ๒ (Tier 2) ประเทศ ซึ่งรัฐบาลไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานขั้นต่ำโดยสมบูรณ์แต่กำลังใช้ความพยายามอย่างยิ่งในการที่จะปฏิบัติให้ได้ตาม มาตรฐานเหล่านั้น ได้สำเร็จในปี พ.ศ. ๒๕๖๑

มาตรการว่าด้วยสุขภาพแรงงานข้ามชาติของประเทศไทยจึงเป็นมาตรการที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อรองรับ นโยบายบริหารจัดการข้ามชาติเป็นหลัก ตั้งแต่มาตรการตรวจร่างกายก่อนเข้ามาทำงาน การจัดให้มีการขายบัตร ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว และการตรวจสุขภาพและขายบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวในกระบวนการ ขอบใบอนุญาตทำงาน จนกระทั่งปัจจุบันก็ยังไม่ปรากฏกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแรงงานข้ามชาติขึ้นมาโดยเฉพาะ ดังนั้นเอง แม้ว่าแรงงานข้ามชาติที่มีใบอนุญาตทำงานจะได้รับความคุ้มครองจากกฎหมายแรงงาน แต่กลับไม่อยู่ ภายใต้อำนาจคุ้มครองของกฎหมายหลักประกันสุขภาพใด และแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีเอกสาร แม้จะได้รับความ คุ้มครองจากกฎหมายแรงงานและการค้ามนุษย์อยู่กลาย-กลาย ก็ไม่ปรากฏแนวทางการคุ้มครองจากกฎหมาย ด้านสุขภาพใดเลย

ดังนั้นเอง เมื่อเกิดภาวะวิกฤตโรคระบาดใหญ่ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. ๒๕๖๓ และมีการระบาดอย่างกว้างขวาง ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติช่วงปลายปี โดยเริ่มจากแรงงานข้ามชาติในอุตสาหกรรมอาหาร ในภาคบริการ โดยเริ่มจาก พื้นที่ตลาด และรุนแรงมากขึ้นในอุตสาหกรรมก่อสร้าง และพบว่าไม่มีมาตรการป้องกัน ตรวจหาเชื้อ การกักตัวแยก โรค และการรักษา อย่างเพียงพอในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่หัดเทียมเท่ากับแรงงานไทย นำมาสู่การที่รายงาน การติดตามและการดำเนินงานต่อต้านการค้ามนุษย์ (Trafficking in Persons Report) พ.ศ. ๒๕๖๔ ของกระทรวง การต่างประเทศ สหรัฐอเมริกา ผลักให้ประเทศไทยหล่นจากกลุ่ม ๒ (Tier 2) สู่กลุ่ม ๒ ที่ต้องจับตามอง (Tier 2 Watch List)

## นโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติที่เกี่ยวข้อง

**ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๘๐)** มีการกล่าวถึงประเด็นแรงงานข้ามชาติในฐานะส่วนหนึ่ง ของปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคง และไม่ปรากฏมาตรการและนโยบายใดที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติ

**แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔)** มีเนื้อความระบุว่าแรงงาน ข้ามชาติเป็นภาระของรัฐและส่งผลกระทบต่อธุรกิจท้องถิ่นเนื่องจากการหลั่งไหลเข้ามาทำงานในประเทศ ในลักษณะแย่งงานแรงงานสัญชาติไทย อย่างไรก็ตาม ปรากฏข้อเสนอเพื่อส่งเสริมการลงทุนด้วยการลดอุปสรรค ขั้นตอนในกระบวนการเคลื่อนย้ายแรงงาน และในการพัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจชายแดนได้ระบุให้มีการบูรณาการ นโยบายแรงงาน-สาธารณสุข-ความมั่นคง เข้าไว้ด้วยกันในการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติ

**กรอบแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖ – ๒๕๗๐)** มีเนื้อความยอมรับ ว่าการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่ทำให้สังคมไทยกลายเป็นสังคมสูงวัย และนำไปสู่การขาดแคลนประชากร แรงงาน ทำให้แรงงานข้ามชาติมีความจำเป็นต่อตลาดแรงงานไทย ทั้งยังมีข้อมูลชี้ให้เห็นว่าแรงงานข้ามชาติ

เป็นแรงงานทักษะต่ำ มีรายได้ต่ำกว่าค่าแรงขั้นต่ำ ในภาวะโรคระบาดก็เป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวัง เนื่องจากสภาพที่อยู่อาศัยต่ำกว่ามาตรฐาน และสภาพแวดล้อมในการทำงานไม่ปลอดภัย และเข้าถึงความคุ้มครองทางสังคมได้น้อย อย่างไรก็ตาม **ไม่ปรากฏข้อเสนอหรือตัวชี้วัดใดที่เกี่ยวกับประเด็นแรงงานข้ามชาติ**

**แผนสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ฉบับที่ ๔ (พ.ศ. ๒๕๖๒ – ๒๕๖๕)** แสดงความกังวลเกี่ยวกับแรงงานข้ามชาติและเด็กเยาวชนผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติ ทั้งนี้ กลุ่มเด็กและเยาวชนที่ผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติปรากฏอยู่ในฐานะกลุ่มเปราะบางในแผนสิทธิมนุษยชนด้านการศึกษาและแผนสิทธิมนุษยชนกลุ่มเด็กและเยาวชน โดยมีข้อเสนอแนวปฏิบัติและจัดสรรทรัพยากรเพื่อจัดการศึกษาให้เด็กและเยาวชนกลุ่มดังกล่าว อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีความกังวลต่อการละเมิดสิทธิแรงงานข้ามชาติในแผนสิทธิมนุษยชนด้านแรงงานและแผนสิทธิมนุษยชนกลุ่มเกษตรกรและแรงงาน แต่ไม่ปรากฏข้อเสนอเพื่อป้องกันการละเมิดสิทธิแรงงานดังกล่าว มีเพียงข้อเสนอให้หาแนวทางจัดทำเบี้ยประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติในอัตราที่เหมาะสม และจัดให้มีล่ามชุมชนเพื่อสนับสนุนการสื่อสารของกลุ่มแรงงานข้ามชาติกับชุมชน

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทย<sup>๑๑</sup> เป็นสาเหตุหลักของความต้องการแรงงานที่สูงขึ้น เนื่องจากประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๘ ทั้งยังเป็นประเทศกำลังพัฒนาประเทศแรกในโลกที่เป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ และคาดว่าในปี พ.ศ. ๒๕๘๓ ประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด นั่นคือ ราวร้อยละ ๓๑.๔ ของจำนวนประชากรทั้งประเทศเป็นผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันก็มีอัตราการเกิดในระดับต่ำ คาดการณ์ว่า<sup>๑๒</sup> แม้ว่าประชากรโลกโดยรวมจะเพิ่มขึ้น แต่จำนวนประชากรไทยจะลดลงเหลือ ๖๕ ล้านคนในปี พ.ศ. ๒๕๙๓ และเป็น ๔๗ ล้านคน ในปี พ.ศ. ๒๖๔๓ การนำเข้าแรงงานข้ามชาติเพื่อรักษากำลังแรงงานและอัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจจึงเป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้อย่างน้อยในอีกหนึ่งศตวรรษจากนี้<sup>๑๓,๑๔</sup>

อย่างไรก็ดี ประเด็นแรงงานข้ามชาติมิได้ถูกจัดลำดับความสำคัญอยู่ในแผนระดับชาติหรือแผนระดับประเทศ แม้ว่าปรากฏการณ์ย้ายถิ่นของแรงงานเป็นปรากฏการณ์ระดับโลกที่หลายประเทศให้ความสำคัญ และประเทศไทยเป็นประเทศปลายทางสำคัญของการย้ายถิ่นแรงงานในภูมิภาคอาเซียน ทั้งประชากรแรงงานข้ามชาติมีสัดส่วนอยู่ร้อยละ ๑๐ ของประชากรแรงงานทั้งหมด และเป็นกำลังสำคัญของการรักษาอัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ทั้งประเทศไทยเองก็ตกอยู่ในสถานะถูกจับตาจากรายงานการติดตามและการดำเนินงานต่อต้านการค้ามนุษย์ เนื่องจากปัญหาค้ามนุษย์ด้านแรงงานมากกว่าการค้ามนุษย์ทางเพศ และมีพันธกรณีในฐานะภาคีตราสารต่างประเทศด้านสิทธิมนุษยชนหลายฉบับ ทศนคติด้านลบที่แฝงฝังอยู่ในกระบวนการเชิงนโยบาย ทำให้ประเด็นแรงงานข้ามชาติไม่ปรากฏอยู่ในแผนระดับชาติ

## กฎหมายเกี่ยวข้องและช่องว่างทางกฎหมาย

**พระราชบัญญัติการบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. ๒๕๖๐** ไม่ครอบคลุมการคุ้มครองกลุ่มคนรับใช้ของผู้มีสิทธิทางการเมืองและบุคลากรขององค์กรระหว่างประเทศ ซึ่งมีกรณีการบังคับใช้แรงงานโดยกลุ่มคนเหล่านั้นในหลายประเทศแล้ว ส่วนกลไกคณะกรรมการนโยบายการบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว แม้จะมีองค์ประกอบของผู้แทนหลายหน่วยงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งตัวแทนของสำนักงาน

สภาพพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กลับไม่ปรากฏการกำหนดประเด็นแรงงานข้ามชาติในกระบวนการพัฒนาแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖ – ๒๕๗๐) เลย ทำให้วาระของแรงงานข้ามชาติไม่อยู่ในแผนระดับชาติและชาติทิศทางหลักในการขับเคลื่อน นอกจากนี้ ยังมีปัญหาการบังคับใช้กฎหมาย โดยเฉพาะการห้ามเก็บค่าธรรมเนียมจากแรงงานข้ามชาติในกระบวนการเสาะหาแรงงาน (recruitment) ซึ่งสอดคล้องกับอนุสัญญาว่าด้วยสำนักจัดหางานภาคเอกชน ค.ศ. ๑๙๙๗ (ฉบับที่ ๑๘๑) ขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ แต่ปัจจุบันยังพบว่าแรงงานข้ามชาติยังต้องรับภาระค่าใช้จ่ายดังกล่าวในการเข้ามาทำงานในประเทศไทยเป็นอัตราที่สูงมาก

**พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. ๒๕๔๑** กำหนดให้มีกฎหมายลำดับรองบางฉบับจำกัดสิทธิกลุ่มลูกจ้างทำงานบ้าน และแรงงานเกษตรตามฤดูกาล ซึ่งมีสัดส่วนของแรงงานข้ามชาติจำนวนมาก

**พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓** สามารถยกเว้นกิจการหรือลูกจ้างอื่นตามกำหนดในพระราชกฤษฎีกา ทำให้มีหลายกิจการและแรงงานข้ามชาติบางกลุ่มไม่สามารถเป็นผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมได้ นอกจากนี้ เนื่องจากไม่มีแนวทางการจ้างงานแรงงานข้ามชาติต่อเนื่อง แต่ก็ยังกำหนดประโยชน์ทดแทนสิทธิประโยชน์บำนาญชราภาพไม่ชัดเจน

**พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. ๒๕๓๗** ไม่คุ้มครองลูกจ้างทำงานบ้านกรณีบาดเจ็บจากการทำงาน ทั้งนี้มีแรงงานข้ามชาติจำนวนมากประกอบอาชีพเป็นแม่บ้านหรือคนทำงานรับใช้ในบ้าน

**พระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. ๒๕๕๔** ไม่มีกลไกคุ้มครองแรงงานภาคเกษตร ซึ่งประกอบด้วยแรงงานข้ามชาติเป็นส่วนใหญ่

**พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕** ไม่ครอบคลุมแรงงานข้ามชาติ เนื่องจากไม่เข้าข่ายการตีความเป็นบุคคลสัญชาติไทย ตามมาตรา ๕ โดยคณะกรรมการกฤษฎีกา แม้ว่าจะเป็นการตีความที่ขัดแย้งและขัดต่อพันธกรณีที่ประเทศไทยผูกพันในฐานะรัฐภาคีรวม ๕ ฉบับ

กล่าวโดยสรุป กฎหมายคุ้มครองแรงงานไม่ครอบคลุมกลุ่มแรงงานเปราะบาง และมีสภาพแวดล้อมในการทำงานที่มีความเสี่ยง ซึ่งโดยมากเป็นกลุ่มประชากรแรงงานข้ามชาติ ส่วนกฎหมายด้านสุขภาพไม่มีการรับรองสิทธิแรงงานข้ามชาติในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ฉะนั้น จึงควรที่จะมีการพัฒนากฎหมายสุขภาพแรงงานข้ามชาติขึ้นมาต่างหากให้มีความชัดเจน โดยอาจจะศึกษาพัฒนาการกฎหมายสุขภาพในต่างประเทศร่วมด้วย เป็นต้นว่ากฎหมายสุขภาพแรงงานข้ามชาติ (Migrant Health Act) ค.ศ. ๑๙๖๒ ของสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นประเทศที่มีสัดส่วนประชากรแรงงานข้ามชาติค่อนข้างสูงเป็นลำดับต้นของโลก และทบทวนกฎหมายช่องว่างกฎหมายแรงงานที่มีอยู่ในห้วงคุ้มครองกลุ่มแรงงานเปราะบางให้มากขึ้น พร้อมกันกับสังคายนาระเบียบกฎหมายที่ทำให้กระบวนการขอใบอนุญาตทำงานของแรงงานข้ามชาติมีความซับซ้อนยุ่งยากและราคาแพง (Regulatory Guillotine)

## ๒.๓ ข้อเสนอเชิงนโยบายบนพื้นฐานของงานวิจัย/วิชาการที่มีอยู่

สถานการณ์การหลั่งไหลเข้ามาของแรงงานข้ามชาติจากประเทศเพื่อนบ้านตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ. ๒๕๓๐ เป็นต้นมา และมีแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีเอกสารหรือไม่ถูกระเบียบ(เนื่องจากเอกสารหมดอายุ และไม่มี การดำเนินงานต่ออายุ) เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยรัฐแก้ไขปัญหาโดยใช้อำนาจตามพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. ๒๕๒๒ ผ่อนผันให้บุคคลที่มีสถานภาพคนเข้าเมืองผิดกฎหมายสามารถทำงานได้ชั่วคราวตามเงื่อนไขที่รัฐบาล กำหนด ผ่านช่องทางการประกาศของมติคณะรัฐมนตรีหลายครั้ง ซึ่งถือว่านโยบายของรัฐในขณะนั้นถือว่าอยู่ใน สภาพตั้งรับและแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเป็นคราว ดังทีมงานของกฤตยาและคณะ<sup>๑๕</sup> ได้วิพากษ์ไว้ว่ารัฐไทยไม่มีนโยบาย แรงงานข้ามชาติ งานศึกษาถัดมาของกฤตยาและคณะ<sup>๑๖</sup> ระบุชี้ชัดว่าเป็นเหตุแห่งปัญหาการเข้าถึงสุขภาวะของ แรงงาน เนื่องจากการบริหารจัดการที่มุ่งกำกับควบคุมแรงงานข้ามชาติผ่านสถานการณ์เข้าเมืองแต่ละเลย การคุ้มครองสิทธิแรงงานและสุขภาพ

งานศึกษาที่วิพากษ์วิจารณ์ทิศทางแนวนโยบายแรงงานข้ามชาติของประเทศไทยที่สำคัญยังมีงานของ Martin<sup>๑๗</sup> ซึ่งชี้ให้เห็นว่านโยบายแรงงานข้ามชาติไทยยังตั้งอยู่บนมุมมองว่าการนำเข้าแรงงานข้ามชาติเป็นเพียง ภาวะชั่วคราวเพื่อทดแทนการขาดแคลนแรงงาน โดยไม่พิจารณาว่าสถานะทางเศรษฐกิจของประเทศไทยที่ดีขึ้น ทำให้แรงงานไทยมีโอกาสเข้าถึงงานที่ดีขึ้น และไม่ต้องไปทำงานประเภท 3D (Dirty, Demeaning, Dangerous) ที่เป็นงานสกปรก ต่ำต้อย และเสี่ยงอันตราย แต่งานประเภทนี้ก็ยังมีอยู่ และประชากรแรงงานข้ามชาติเป็น สัดส่วนสำคัญของอุตสาหกรรมบางประเภทไปแล้ว ประเทศไทยจึงควรวางแผนจัดการกับประเด็นแรงงานข้ามชาติ ในระยะยาวมากกว่ามองว่าเป็นปัญหาระยะสั้น งานของ Vasuprasart<sup>๑๘</sup> มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ค่อนข้างเป็น ระบบอยู่จำนวนมาก หลายประเด็นก็มีการดำเนินการไปบ้างแล้ว เป็นต้นว่า การพยายามบูรณาการการบริหาร จัดการแรงงานข้ามชาติผ่านกลไกกลาง กระทั่งเสนอให้มีตัวแทนของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมเข้ามา เป็นส่วนหนึ่งของกลไกดังกล่าว เพื่อที่จะยกระดับนโยบายแรงงานข้ามชาติให้ไปเป็นส่วนหนึ่งของนโยบาย การพัฒนาระดับชาติ อย่างไรก็ตาม ข้อเสนอกับข้อเสนอของกฤตยาและคณะ<sup>๑๙</sup> ประเด็นที่ไม่มีความคืบหน้าเลย ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ก็คือนโยบายแรงงานข้ามชาติในแผนการพัฒนาระดับประเทศ ส่วนงานของ ปิงปอนด์<sup>๒๐</sup> ก็ยืนยันว่าแนวนโยบายบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติยังเน้นไปที่การรักษาความมั่นคงของประเทศ มากกว่าการคุ้มครองสิทธิแรงงานตามพื้นฐานสิทธิมนุษยชน และมองข้ามประโยชน์ทางเศรษฐกิจอันเกิดจาก แรงงานข้ามชาติ

แม้จะเริ่มมีการทำบันทึกความเข้าใจว่าด้วยความร่วมมือในการจ้างแรงงาน (Memorandum of Understanding on the Cooperation in the Employment of Workers - MOU) ระหว่างประเทศไทยกับ เมียนมาร์ ลาว และกัมพูชา ช่วงปี พ.ศ. ๒๕๔๕ – ๒๕๔๖ ซึ่งเป็นแนวทางการสร้างธรรมาภิบาลในการบริหาร จัดการแรงงานข้ามชาติระหว่างรัฐ และกลายมาเป็นแนวทางหลักที่รัฐไทยใช้บริหารจัดการการทำงานของแรงงาน ข้ามชาติจนถึงปัจจุบัน โดยมุ่งหวังให้แรงงานข้ามชาติเข้ามาสู่ระบบการขึ้นทะเบียน ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการ ขอใบอนุญาตทำงาน การขออนุญาตพำนักอาศัยในราชอาณาจักร และการมีประกันสังคมและหรือประกันสุขภาพ แต่การดำเนินงานของทั้งประเทศต้นทางและประเทศปลายทางยังไม่ประสบผลเท่าที่ควร ทำให้ยังมีแรงงาน ข้ามชาติเข้าสู่ระบบเอ็มโอยูน้อยกว่าความต้องการของตลาดแรงงาน ดังที่ชี้ให้เห็นผ่านงานของ Vasuprasart<sup>๒๑</sup>

และนั่นคือการมีแรงงานข้ามชาติไม่มีเอกสารหรือไม่ถูกระเบียบอีกจำนวนมาก ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอุปสรรคปัญหามากที่สุดในการเข้าถึงสิทธิทางสุขภาพ โดยสาเหตุที่แรงงานข้ามชาติจำนวนมากยังไม่เข้าไปสู่ระบบเอ็มโอยูก็เนื่องจากขั้นตอนซับซ้อนยุ่งยาก ต้นทุนสูงทั้งค่าใช้จ่ายและเวลา ไม่จูงใจทั้งแรงงานข้ามชาติและนายจ้างเห็นว่าการอยู่ในระบบเอ็มโอยูให้ประโยชน์ในการคุ้มครองสิทธิด้านต่าง ๆ มากกว่า เหล่านี้ เป็นข้อค้นพบที่ตรงกันกับงานศึกษาอื่นดังเช่น ปังปอนด์<sup>๒๒</sup> ยงยุทธ<sup>๒๓</sup> เป็นต้น และงานศึกษาเกี่ยวกับค่าธรรมเนียมและค่าใช้จ่ายของแรงงานข้ามชาติ ๓ สัญชาติในประเทศไทยของ IOM<sup>๒๔</sup> ก็ชี้ชัดว่าเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้แรงงานข้ามชาติไม่มีเอกสาร/ไม่ถูกระเบียบยังมีอยู่มาก โดยค่าใช้จ่ายในการเข้าสู่ตลาดงานในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นค่าธรรมเนียมในการทำหนังสือเดินทาง วีซ่า และใบอนุญาตทำงาน โดยค่าใช้จ่ายในการทำประกันสุขภาพเป็นส่วนน้อยมาก และมีข้อเสนอแนะแนวทางว่ารัฐในประเทศต้นทางและประเทศปลายทางควรลดค่าธรรมเนียมดังกล่าวลงเพื่อส่งเสริมให้แรงงานข้ามชาติเข้าสู่ระบบได้มากขึ้น

ความไม่ชัดเจนของแนวนโยบายแรงงานข้ามชาติของประเทศไทย ที่ตั้งอยู่บนฐานคิดการสร้างความมั่นคงของประเทศเป็นหลัก จึงมองว่าแรงงานข้ามชาติจะต้องเป็นแรงงานชั่วคราว ไม่ว่าตลาดแรงงานจะแสดงความต้องการแรงงานข้ามชาติอย่างต่อเนื่องสม่าเสมอเพียงไร ได้นำมาสู่การบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติผ่านการกำกับควบคุมของรัฐโดยเอกสาร และการจับกุมปราบปรามแรงงานข้ามชาติไม่มีเอกสาร/ไม่ถูกระเบียบในฐานะผู้หลบหนีเข้าเมืองอย่างเข้มงวด และเป็นตัวชี้วัดการทำงานที่สำคัญของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง จึงนำมาซึ่งความลึกลับเกี่ยวกับแนวทางการจัดหลักประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อถกเถียงที่ว่าแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีเอกสาร/ไม่ถูกระเบียบจะมีสิทธิในหลักประกันสุขภาพหรือไม่ ทั้งที่มีประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพคนต่างด้าว พ.ศ. ๒๕๕๘ ซึ่งอาศัยอำนาจตามคำสั่งคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๑๕ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๖ อนุมัติให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลัก ในการให้การดูแลทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่ผู้ไม่มีสัญชาติไทยทั้งหมดที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม งานศึกษาของระพีพงศ์และคณะ<sup>๒๕</sup> จึงย้ำอีกครั้งว่า “รัฐควรมีนโยบายที่ชัดเจนในการให้คนทุกคนในประเทศไทยมีการประกันสุขภาพ โดยไม่ผูกติดเงื่อนไขการประกันสุขภาพกับการทำงาน” และงานวิทยานิพนธ์ของระพีพงศ์ Rapeepong<sup>๒๖</sup> ก็ยืนยันอีกครั้งว่า กระทรวงสาธารณสุขควรส่งสัญญาณที่ชัดเจนว่านโยบายสุขภาพของประเทศไทยครอบคลุมทุกคนบนผืนแผ่นดินไทย งานศึกษาอื่นก็มีข้อเสนอไปในทิศทางเดียวกัน ดังงานของอุษารดี<sup>๒๗</sup> ก็เสนอให้กำหนดเป้าหมายให้แรงงานข้ามชาติทุกคนมีหลักประกันสุขภาพโดยไม่คำนึงถึงสถานะทางกฎหมาย และงานของวีระและคณะ<sup>๒๘</sup> ก็เสนอแนวทางต่างๆ ในการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมทุกกลุ่มประชากร งานของศรณีย์<sup>๒๙</sup> เสนอให้มีกองทุนสำหรับผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ

ข้อเสนอและข้อถกเถียงเกี่ยวกับแนวทางหลักประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติโดยมากมุ่งที่รูปแบบและแนวทางการบริหารจัดการ ซึ่งอาจแบ่งเป็น (หนึ่ง) ให้แรงงานข้ามชาติอยู่ร่วมกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สอง) ให้อยู่ในระบบประกันสังคมทั้งหมด (สาม) ให้เป็นระบบคู่ขนาน คือระบบประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติที่มีสถานะทางกฎหมายชัดเจน และมีข้อเสนออีกทางว่าในช่วงแรก ให้บริษัทประกันสุขภาพเอกชนขายประกันสุขภาพให้แรงงานข้ามชาติ โดยกลุ่มรายได้น้อยอาจขอรับความสนับสนุนจากกองทุนระหว่างประเทศ (M Fund) ก่อนจะขยายไปสู่นายจ้างที่มีความพร้อม (สี่) ให้เป็นกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ผู้ไม่มีสัญชาติไทยโดยเฉพาะ อย่างไรก็ตาม ข้อเสนอดังกล่าวแสดงเหตุผลและข้อถกเถียงในแง่ของการบริหารจัดการมากกว่าเหตุผลและข้อถกเถียงเชิงคุณค่าและวิธีคิด ซึ่งจะนำไปสู่เหตุผลสาธารณะ (Public Reasoning) ที่สนับสนุนแนวทางการจัดตั้งหลักประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ เช่นเดียวกับการจัดตั้งหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ว่าเป็นไปเพื่อผู้ยากไร้และรายได้น้อย) และระบบประกันสังคม (ว่าเป็นตาข่ายรองรับทางสังคมกรณีที่คนทำงานประสบภาวะวิกฤติ) ทั้งนี้ หลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวและคนต่างด้าวของประเทศไทยยังตั้งอยู่บนฐานคิดเพื่อรองรับผู้ไม่มีสัญชาติไทยที่รายได้น้อย ในขณะที่ระบบประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติในหลายประเทศทั่วโลกตั้งอยู่ฐานคิดว่าเป็นการให้สิทธิทางสุขภาพตามระดับการมีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ย้ายถิ่น ซึ่งขยับใจกลางของข้อถกเถียงจากการเป็นผู้มี/ไม่มีสัญชาติไทย ไปสู่สถานะการเป็น “คนทำงานรายได้น้อย” ของแรงงานข้ามชาติ ซึ่งจะมองเห็นได้ว่าสถานะคนทำงานรายได้น้อยของแรงงานข้ามชาติสอดคล้องกับหลักประกันสุขภาพที่มีที่มาของการคลังทางสุขภาพแบบใด (ภาษีทั่วไป หรือ ร่วมจ่าย) และข้อเสนอที่ผ่านมายังไม่ได้ถกเถียงเกี่ยวกับระดับของสิทธิด้านสุขภาพที่ควรจัดให้ตามระดับการมีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งจะทำให้แยกแยะได้ว่า นักท่องเที่ยวที่เข้ามาในประเทศชั่วคราวควรได้รับสิทธิด้านสุขภาพต่างจากแรงงานข้ามชาติที่ทำงานมานานแล้วอย่างไร หรือแรงงานข้ามชาติที่ทำงานนานกว่า ๕ ปี หรือ ๑๐ ปี ควรได้รับสิทธิด้านสุขภาพมากกว่าแรงงานที่เข้ามาเพียง ๒ ปี เป็นลำดับอย่างไร เป็นต้น

งานศึกษาที่วิพากษ์งานศึกษาข้อเสนอเชิงนโยบายที่สำคัญคืองานของพฤกษ์และสุธีร์<sup>๓๐</sup> ที่ชี้ให้เห็นว่างานวิจัยด้วยข้อเสนอเชิงนโยบายโดยมากมองข้ามความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างรัฐ ทุน แรงงาน ทำให้ข้อเสนอเชิงนโยบายหลายประการมุ่งสนับสนุนการใช้อำนาจกำกับควบคุมแรงงานของรัฐที่เอื้อประโยชน์กับทุน ดังนั้นเอง พฤกษ์และสุธีร์<sup>๓๑</sup> จึงเสนอว่าการจัดการแรงงานข้ามชาติจึงเป็นเรื่องความสัมพันธ์ทางอำนาจซึ่งการค้นหาข้อเสนอเชิงนโยบายว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงแก้ไขกฎระเบียบหรือสร้างกลไกใหม่ไม่อาจเพียงพอต่อการสร้างการเปลี่ยนแปลงดุลอำนาจเดิมระหว่างรัฐ ทุน แรงงาน งานของปิ่นแก้ว<sup>๓๒</sup> ก็เปิดเผยให้เห็นการต่อรองระหว่างแรงงานข้ามชาติกับรัฐและทุนในภาวะที่อำนาจไม่ได้ดุลกัน เช่นเดียวกับงานของเก่งกิจและคณะ<sup>๓๓</sup> ที่พยายามค้นหาทุนทางสังคมของแรงงานข้ามชาติ และชี้ให้เห็นบทบาทสำคัญขององค์กรชุมชนในการสนับสนุนการจัดสวัสดิการสังคมในพื้นที่

ข้อวิพากษ์ของพฤกษ์และสุธีร์มีความสำคัญยิ่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการพิจารณาดุลอำนาจในพื้นที่นโยบายของรัฐเอง ประเด็นสุขภาพแรงงานข้ามชาติในปัจจุบันก็คือพื้นที่การจัดดุลอำนาจทางความคิดและคุณค่าระหว่างฝ่ายนโยบายด้านสุขภาพ-แรงงาน-ความมั่นคง ดังตัวอย่างการจัดสรรปันส่วนงบประมาณจากค่าธรรมเนียมที่จัดเก็บจากแรงงานข้ามชาติที่ไม่ได้ดุลกับค่าใช้จ่ายในการจัดบริการ นั่นคือ หน่วยงานจัดบริการสุขภาพมิใช่หน่วยงานหลักในการจัดค่าธรรมเนียมจากแรงงานข้ามชาติ ในขณะที่หน่วยงานที่จัดเก็บค่าธรรมเนียมใบอนุญาตทำงาน ค่าธรรมเนียมการขออนุญาตพำนักในราชอาณาจักร รวมทั้งหน่วยงานที่จัดเก็บค่าประกันสังคมจากนายจ้างและลูกจ้าง ก็มีได้สำแดงรายละเอียดการใช้งบประมาณที่จัดเก็บจากค่าธรรมเนียมแรงงานข้ามชาติอย่างชัดเจนว่านำไปสู่การจัดบริการใดด้วยตัวชี้วัดใด การแยกส่วนการบริหารจัดการเชิงงบประมาณในแง่หนึ่งเป็นความเกรงใจแต่ในแง่หนึ่งก็คือการเมืองเรื่องงบประมาณนั่นเอง

งานศึกษาส่วนที่ว่าด้วยอุปสรรคในการใช้ระบบสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ นอกเหนือจากงานที่ชี้ให้เห็น การขาดหายไปของนโยบายแรงงานข้ามชาติในแผนการพัฒนาประเทศที่นำมาสู่การไม่ได้ดุลของแนวนโยบาย สุขภาพ-แรงงาน-ความมั่นคง และข้อเสนอว่าด้วยรูปแบบของการคลังสุขภาพแรงงานข้ามชาติรูปแบบต่าง ๆ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น ยังมีงานศึกษาระดับปฏิบัติการ ประกอบด้วย ข้อเสนอว่าด้วยแนวทางการจัดบริการสุขภาพ สำหรับแรงงานข้ามชาติในเชิงรุก ทั้งการจัดอาชีวอนามัยให้กลุ่มประมงทะเลโดย อนิรุจน์และคณะ<sup>๓๔</sup> การจัดบริการ ปฐมภูมิในพื้นที่เขตเมืองให้ครอบคลุมกลุ่มประชากรเปราะบางโดยศรณีย์<sup>๓๕</sup> งานศึกษาว่าด้วยบริการสุขภาพที่เป็น มิตรกับแรงงานข้ามชาติด้วยระบบอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวและพนักงานสาธารณสุขต่างด้าวโดย Hathairat และคณะ<sup>๓๖</sup>

นอกจากนี้ยังมีงานที่ชี้ให้เห็นอุปสรรคที่บุคลากรสุขภาพต้องเผชิญในการให้บริการนอกเหนือจากสมรรถนะ ทางวัฒนธรรมโดย Rapeengpong และคณะ<sup>๓๗</sup> ซึ่งต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือเชิงโครงสร้าง พฤติกรรม แสวงหาการดูแลสุขภาพของแรงงานข้ามชาติของชาลววิทย์และคณะ<sup>๓๘</sup> ที่ชี้ให้เห็นความพร้อมรับผิดชอบดูแล สุขภาพของแรงงานข้ามชาติเมื่อเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ

งานศึกษาอีกส่วนหนึ่งเปิดเผยให้เห็นทัศนคติบุคลากรสุขภาพต่อการให้บริการแรงงานข้ามชาติของ อรอนงค์และคณะ<sup>๓๙</sup> ยงยุทธและคณะ<sup>๔๐</sup> ศยามลและชลนภา<sup>๔๑</sup> ซึ่งหากเทียบกับงานศึกษาในต่างประเทศ ปัจจัยด้านทัศนคติและวิธีคิดถือเป็นปัจจัยที่ส่งผลอย่างมากต่อแนวทางการจัดบริการและกระบวนการเชิงนโยบาย และส่งผลค่อนข้างมากต่อกำกับทิศทางการดำเนินแนวนโยบายด้านแรงงานข้ามชาติของประเทศไทย

### ๓. บทบาทขององค์กรเกี่ยวข้อง

#### ๓.๑ ภาครัฐ

*กระทรวงสาธารณสุข* มีบทบาทสำคัญในการจัดมาตรการหลักประกันสุขภาพและบริการสุขภาพให้กับแรงงาน ข้ามชาติคู่ขนานไปกับนโยบายบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติในช่วงหลายสิบปีที่ผ่านมา โดยเริ่มจากการขาย บัตรประกันสุขภาพให้กับแรงงานข้ามชาติในพื้นที่ชายแดน การตรวจร่างกายแรงงานข้ามชาติในขั้นตอนขอ ใบอนุญาตทำงาน การจัดการการคลังทางสุขภาพเพื่อช่วยเหลือโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเขตพื้นที่ ชายแดน ที่ประสบวิกฤตทางการเงิน การพัฒนาระบบ พสต. และ อสต. และระบบสารสนเทศจัดเก็บข้อมูลสุขภาพ แรงงานข้ามชาติ ถือว่าเป็นหน่วยงานที่มีความก้าวหน้าทางความคิดค่อนข้างมากในการจัดหลักประกันสุขภาพและ บริการสุขภาพแรงงานข้ามชาติ

*กระทรวงแรงงาน* เป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติ แต่เมื่อพิจารณาจากสัดส่วน งบประมาณที่จัดสรรให้กับงานด้านแรงงานข้ามชาติ พบว่าเป็นสัดส่วนน้อยมากเมื่อเทียบกับ แรงงานข้ามชาติ มีสัดส่วนราวร้อยละ ๑๐ – ๑๕ ของประชากรแรงงานในประเทศไทย แม้จะมีการจัดเก็บค่าธรรมเนียมใบอนุญาต ทำงานจากแรงงานข้ามชาติรายได้ไม่น้อยเท่ากับแรงงานมีทักษะ แต่การใช้งบประมาณจากรายได้ค่าธรรมเนียม ดังกล่าวยังขาดความชัดเจนว่าจะกลับคืนสู่การคุ้มครองสิทธิแรงงานหรือพัฒนากลไกบริการรับเรื่องร้องเรียนที่ เป็นมิตรกับแรงงานข้ามชาติอย่างไร

สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง มีบทบาทหลักในการกำกับควบคุมและติดตามแรงงานข้ามชาติที่มีสถานะเข้าเมืองแตกต่างกัน และมีการบังคับใช้กฎหมายมุ่งไปในทิศทางควบคุมมิให้มีการเคลื่อนย้ายแรงงาน ซึ่งอาจไม่ได้คู่กับความต้องการแรงงานของตลาดแรงงานในประเทศ และแนวทางควบคุมโรคของกระทรวงสาธารณสุข

คณะกรรมการนโยบายการบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว (คบท.) เป็นกลไกประสานงานกลางระหว่างหน่วยงานต่างๆ ตามพระราชกำหนดการบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. ๒๕๖๐ อย่างไรก็ตามมาตรการเชิงนโยบายส่วนใหญ่ยังดำเนินการผ่านมติ ครม. และยังขาดยุทธศาสตร์การดำเนินงานระยะยาว

ช่องว่างสำคัญระหว่างหน่วยงานภาครัฐก็คือ หน่วยงานจัดบริการสุขภาพประสบปัญหาขาดแคลนงบประมาณ ในขณะที่หน่วยงานจัดเก็บค่าธรรมเนียมขาดแนวทางจัดสรรงบประมาณเพื่อใช้ในการจัดบริการ หน่วยงานประกันสังคมและคุ้มครองสิทธิแรงงานยังมิได้จัดบริการให้ข้อมูลหรือรับเรื่องร้องเรียนที่เป็นมิตรต่อแรงงานข้ามชาติมากพอ

### ๓.๒ ภาคประชาสังคม

เครือข่ายองค์กรด้านประชากรข้ามชาติ (MWG – Migrant Working Group) ก่อตั้งขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๙ มีบทบาทหลักในการประสานงานเครือข่ายองค์กรภาคประชาสังคมด้านแรงงานข้ามชาติ เพื่อขับเคลื่อนนโยบายระหว่างร่วมกับภาคส่วนต่างๆ เน้นประเด็นสุขภาพ การศึกษา และสิทธิแรงงาน โดยกลุ่มเป้าหมายหลักคือแรงงานข้ามชาติรายได้น้อย

เครือข่ายเพื่อสิทธิแรงงานข้ามชาติ (MWRN – Migrant Workers Right Network) ก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ เพื่อส่งเสริมความตระหนักรู้เรื่องสิทธิแรงงานในกลุ่มแรงงานข้ามชาติพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร เน้นกลุ่มเป้าหมายแรงงานเมียนมาร์ ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีแรงงานข้ามชาติเป็นแรงงานหลักในอุตสาหกรรมอาหารทะเล นอกเหนือจากการอบรมให้ความรู้แล้วยังเชื่อมโยงกลุ่มแรงงานข้ามชาติกับสหภาพแรงงานในพื้นที่เพื่อเพิ่มศักยภาพในการเจรจาต่อรอง ทั้งยังให้คำปรึกษาด้านกฎหมายแก่แรงงาน

มูลนิธิเครือข่ายส่งเสริมคุณภาพชีวิตแรงงาน (LPN – Labour Protection Network) ก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๔๗ เน้นจัดตั้งศูนย์การศึกษาให้กับลูกหลานแรงงานข้ามชาติ ให้ความช่วยเหลือเยื่อค้ำมนุษย์ด้านแรงงาน

มูลนิธิเพื่อเยาวชนชนบท (มยช.) ก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ในพื้นที่เขตบางบอน รอยต่อระหว่างปริมณฑลและกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นแหล่งที่พักอาศัยของแรงงานข้ามชาติขนาดใหญ่ มุ่งจัดการศึกษาผ่านศูนย์การเรียนรู้ให้กับเด็ก เยาวชน ผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติ และแรงงานข้ามชาติ และส่งเสริมการป้องกันโรคและการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มเด็กเยาวชนและแรงงานข้ามชาติ

มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย มุ่งทำงานกับชุมชนแรงงานข้ามชาติ ร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขหนุนเสริมการพัฒนาระบบอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ซึ่งเป็นกลไกการทำงานเชิงรุกด้านสุขภาพที่สำคัญ และมีบทบาทเด่นชัดในการทำให้ชุมชนแรงงานข้ามชาติสามารถรับมือการระบาดของโควิด 19 ได้

มูลนิธิร่วมมิตรไทย-พม่า จัดสอนภาษาไทยและสนับสนุนการศึกษานอกระบบให้แก่แรงงานข้ามชาติในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

มูลนิธิรักษ์ไทย จัดตั้งศูนย์เรียนรู้ให้กับเด็กและเยาวชนผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติในพื้นที่สมุทรสาคร ช่วงวิกฤตโรคระบาดมีบทบาทสนับสนุนล่ามแปลให้กับบุคลากรทางสุขภาพ

มูลนิธิสิทธิมนุษยชนและการพัฒนา (HRDF – Human Rights and Development Foundation) จัดตั้งคลินิกกฎหมายแรงงานและต่อต้านการค้ามนุษย์ด้านแรงงาน

องค์กรภาคประชาสังคมเหล่านี้ ส่วนใหญ่เน้นการทำงานแบบเสริมพลังร่วมกับชุมชนแรงงานข้ามชาติ พร้อมกับจัดบริการทางสังคมให้กับแรงงานข้ามชาติ เป็นต้นว่า คลินิกกฎหมาย ศูนย์เรียนรู้ โรงเรียนสอนภาษาไทย สนับสนุนการดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นแหล่งทุนจากต่างประเทศเนื่องจากประเด็นแรงงานข้ามชาติที่ผ่านมาถือเป็นประเด็นอ่อนไหว และเมื่อเทียบกับสัดส่วนจำนวนประชากรแรงงานข้ามชาติทั้งหมด องค์กรภาคประชาสังคมเหล่านี้มีบุคลากรและทรัพยากรไม่เพียงพอกับขนาดของปัญหา อย่างไรก็ตาม ช่วงวิกฤติการระบาดใหญ่ที่ผ่านมาประเด็นแรงงานข้ามชาติกลายเป็นประเด็นสาธารณะ เนื่องจากการล็อกดาวน์แคมป์คนงานก่อสร้างในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ทำให้เกิดกลุ่มจิตอาสาระดมกำลังปกป้องคุ้มครองค้นหาแรงงานข้ามชาติที่ต้องการความช่วยเหลือและระดมทุนไปบริจาคข้าวปลาอาหารช่วยเหลือกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ประสบปัญหา และสังคมไทยเริ่มรู้จักประเด็นแรงงานข้ามชาติมากขึ้นนอกเหนือจากมุมมองการเข้าเมืองผิดกฎหมาย

๔. สถานการณ์การเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย

ตารางที่ ๑ สถิติแรงงานข้ามชาติที่มีใบอนุญาตทำงาน แรงงานข้ามชาติที่เป็นผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม และระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔

| ปี | รวม<br>(ล้านคน) | แรงงานข้ามชาติที่มีใบอนุญาตทำงาน (ล้านคน) |                      |             |                 |               | ประกันสังคม | ประกันสุขภาพ<br>แรงงานต่างด้าว |
|----|-----------------|-------------------------------------------|----------------------|-------------|-----------------|---------------|-------------|--------------------------------|
|    |                 | ชั่วคราว                                  | ส่งเสริมการ<br>ลงทุน | ชนกลุ่มน้อย | ผลกัก<br>ไม่ได้ | ตาม<br>ฤดูกาล |             |                                |
| ๖๔ | ๒.๓๔๗           | ๑.๖๖๖                                     | ๐.๐๔๓                | ๐.๐๒๒       | ๐.๑๙๕           | -             | n/a         | ๐.๙๐๔                          |
| ๖๓ | ๒.๕๑๒           | ๒.๑๖๔                                     | ๐.๐๔๓                | ๐.๐๖๔       | ๐.๒๔๒           | -             | ๑.๐๕๖       | ๐.๗๘๐                          |
| ๖๒ | ๓.๐๐๕           | ๒.๘๔๔                                     | ๐.๐๔๗                | ๐.๐๔๘       | n/a             | ๐.๐๖๖         | ๑.๑๙๘       | ๐.๓๔๑                          |
| ๖๑ | ๒.๑๒๐           | ๑.๙๖๙                                     | ๐.๐๔๖                | ๐.๐๖๙       | n/a             | ๐.๐๓๗         | ๑.๒๑๖       | ๑.๔๖๕                          |
| ๖๐ | ๒.๐๖๓           | ๑.๙๓๘                                     | ๐.๐๔๕                | ๐.๐๕๙       | n/a             | ๐.๐๒๐         | ๐.๖๓๕       | ๐.๗๖๘                          |

ที่มา: ข้อมูลจำนวนคนต่างด้าว ข้อมูลจำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานคงเหลืออยู่ในประเทศไทย จำแนกตามประเภท และภูมิภาค ประจำเดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๔, กระทรวงแรงงาน  
ข้อมูลจำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานคงเหลืออยู่ในประเทศไทย จำแนกตามประเภท และภูมิภาค ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ – ๒๕๖๓, กระทรวงแรงงาน  
ข้อมูลจำนวนแรงงานต่างด้าวประกันตนแยกตามสัญชาติ ปี พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๓, กระทรวงแรงงาน  
จำนวนแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนระบบหลักประกันสุขภาพ ปีพ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๔, กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ

ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ได้รับอนุญาตทำงานมีสถานะทางกฎหมายแตกต่างกัน (ตารางที่ ๑) ตามพระราชกำหนดการบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. ๒๕๖๐ ประกอบด้วย

- **ประเภทชั่วคราว** (ทั่วไป พิสูจน์สัญชาติ และ MOU) เป็นคนต่างด้าวซึ่งมีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย และได้รับอนุญาตให้อยู่ชั่วคราว หรือได้รับอนุญาตทำงานตลอดชีพ เป็นกลุ่มใหญ่ที่สุด และเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปี โดยมากเป็นกลุ่มแรงงานข้ามชาติรายได้ต่ำ
- **ประเภทส่งเสริมการลงทุน** เป็นคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตให้เข้ามาทำงานในประเทศไทยตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมการลงทุน หรือกฎหมายอื่นที่มีบทบัญญัติเกี่ยวกับคนต่างด้าวในลักษณะเดียวกัน เช่น พรบ. ปีโตรเลียม พรบ. การนิคมอุตสาหกรรม มีจำนวนค่อนข้างคงที่
- **ประเภทชนกลุ่มน้อย** เป็นกลุ่มคนที่มีบัตรประจำตัวผู้ไม่มีสัญชาติไทย หรือบัตรประจำตัวผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียน ต้องต่ออายุใบอนุญาตทำงานทุก ๕ ปี
- **ประเภทผลักดันกลับประเทศต้นทางไม่ได้** เป็นกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ได้รับอนุญาตให้อยู่ต่อตาม มติคณะรัฐมนตรี โดยเฉพาะในช่วงพ.ศ. ๒๕๖๓ – ๒๕๖๔ ที่มีการระบาดของโควิด 19
- **ประเภทตามฤดูกาล หรือไป-กลับ** เป็นกลุ่มแรงงานข้ามชาติบริเวณชายแดนที่ต้องขอบัตรผ่านแดน และผ่านการตรวจสอบสุขภาพ โดยในช่วงที่มีการระบาดใหญ่ มีการปิดชายแดนและระงับการเคลื่อนย้ายแรงงาน

การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายจึงควรให้น้ำหนักกับแรงงานข้ามชาติประเภทชั่วคราว ชนกลุ่มน้อย กลุ่มผลักดันกลับไม่ได้ และแรงงานตามฤดูกาลหรือไป-กลับ เนื่องจากเป็นกลุ่มเปราะบาง มีรายได้ต่ำ ประสบปัญหาการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ/สังคม และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ค่อนข้างมาก ส่วนแรงงานข้ามชาติประเภทส่งเสริมการลงทุนส่วนใหญ่มีระดับรายได้ค่อนข้างสูง สามารถซื้อประกันสุขภาพเอกชนได้ ไม่ประสบปัญหาการเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพ



|    | กลุ่มประชากรแรงงานข้ามชาติ                                                                           | ดม. | แรงงาน | สุขภาพ |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------|--------|
| A  | คนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงาน และมีประกันสังคม/ประกันสุขภาพ                                         | ✓   | ✓      | ✓      |
| B  | คนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงาน ไม่มีประกันสังคม/ประกันสุขภาพ                                         | ✓   | ✓      | X      |
| C  | ผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติ (A,B) และ นักท่องเที่ยว ที่ซื้อประกันสุขภาพ                                  | ✓   | X      | ✓      |
| D  | ผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติ (A,B) ผู้ลี้ภัย ในเขตเมืองที่มีเอกสาร และ นักท่องเที่ยว ที่ไม่มีประกันสุขภาพ | ✓   | X      | X      |
| E1 | แรงงานข้ามชาติที่ไม่มีเอกสารและผู้ติดตามฯ ที่มีประกันสุขภาพ                                          | X   | X      | ✓      |
| E2 | แรงงานข้ามชาติที่ไม่มีเอกสารและผู้ติดตามฯ ที่ไม่มีประกันสุขภาพ และผู้ลี้ภัยในเขตเมืองที่ไม่มีเอกสาร  | X   | X      | X      |
| F  | อื่นๆ เช่น ผู้ลี้ภัยในค่ายพักพิงชั่วคราว ผู้ต้องขังต่างชาติ/ต่างด้าวถูกกักตัว ฯลฯ                    | X   | X      | X      |

รูปที่ ๔ (ซ้าย) สิทธิแรงงานข้ามชาติผ่านมุมมองสิทธิ ๓ ประเภท ประกอบด้วย สิทธิตามกฎหมายเข้าเมือง สิทธิในการทำงาน และสิทธิด้านสุขภาพ<sup>๗</sup> (ขวา) การเข้าถึงสิทธิผ่านการมีเอกสารแต่ละประเภทของกลุ่มประชากรแรงงานข้ามชาติแต่ละกลุ่ม โดย ตม. คือกลุ่มที่มีพาสปอร์ตและวีซ่า แรงงาน คือกลุ่มที่มีใบอนุญาตทำงาน สุขภาพ คือกลุ่มที่มีประกันสุขภาพ/สังคม

หากพิจารณาสิทธิแรงงานข้ามชาติผ่านมุมมองสิทธิ ๓ ประเภท ได้แก่ สิทธิตามกฎหมายเข้าเมือง สิทธิในการทำงาน และสิทธิด้านสุขภาพ (รูปที่ ๔ ซ้าย) จะพบว่า โดยทั่วไปแล้ว ในทางสากล สิทธิในการทำงานและสิทธิด้านสุขภาพถือเป็นสิทธิมนุษยชน ในขณะที่สิทธิตามกฎหมายเข้าเมืองเป็นสิทธิอันเกิดจากประเทศปลายทางอนุญาตให้เข้ามาในประเทศ อย่างไรก็ตาม สำหรับประเทศไทย การเข้าถึงสิทธิในการทำงานและสิทธิด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในส่วนของการมีหลักประกันทางสุขภาพขึ้นกับสถานะในการเข้าเมืองตามกฎหมายการเข้าเมืองเป็นหลัก นั่นคือ กลุ่มที่มีพาสปอร์ตและวีซ่าจะถือว่าเป็นกลุ่มที่รับรองสิทธิตามกฎหมายเข้าเมือง (A, B, C, D) โดยมีบางกลุ่มได้รับใบอนุญาตทำงานตามกฎหมาย ส่วนกลุ่มแรงงานข้ามชาติไม่มีเอกสาร/ไม่ถูกระเบียบรวมทั้งผู้ติดตาม (E1, E2) ไม่สามารถขอใบอนุญาตทำงานได้ โดยบางกลุ่มมีประกันสุขภาพ บางกลุ่มไม่มี โดย กลุ่มอื่น (F) อาทิ กลุ่มผู้ลี้ภัยในค่ายผู้พลัดถิ่นชั่วคราว/ผู้ต้องขังต่างชาติ/ต่างด้าวถูกกักตัว ไม่อยู่ในขอบข่ายนิยามของแรงงานข้ามชาติในเอกสารฉบับนี้

ทั้งนี้ อาจแบ่งกลุ่มแรงงานข้ามชาติได้เป็น ๖ กลุ่ม (รูปที่ ๔) ซึ่งมีระดับการเข้าถึงสิทธิแตกต่างกัน ดังนี้

- A. **คนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงาน** เป็นกลุ่มที่มีหนังสือเดินทาง วีซ่า และใบอนุญาตทำงาน โดยกลุ่มนี้มีสิทธิเป็นผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมหรือระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว
- B. **คนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงาน แต่ไม่เป็นผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมหรือระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว** เป็นกลุ่มที่มีหนังสือเดินทาง วีซ่า และใบอนุญาตทำงาน เนื่องจากหลังจากได้รับใบอนุญาตทำงานแล้ว กลุ่มที่มีสิทธิเป็นผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมเป็นกลุ่มที่นายจ้างหลีกเลี่ยงไม่ส่งประกันสังคม ส่วนกลุ่มที่มีสิทธิเป็นผู้ประกันตนในระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวไม่ต่ออายุบัตรประกันสุขภาพ
- C. **ผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติ และ นักท่องเที่ยวที่มีประกันสุขภาพ** เป็นกลุ่มที่มีหนังสือเดินทางและวีซ่า แม้จะไม่มีสิทธิทำงานเพราะไม่มีใบอนุญาตทำงาน แต่มีสิทธิด้านสุขภาพเนื่องจากซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวและคนต่างด้าว หรือ ประกันสุขภาพสำหรับนักท่องเที่ยว
- D. **ผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติ ผู้ลี้ภัยในเขตเมืองที่มีเอกสาร และนักท่องเที่ยว ที่ไม่มีประกันสุขภาพ** เป็นกลุ่มที่มีหนังสือเดินทางและวีซ่า แต่ไม่มีใบอนุญาตทำงาน และไม่มีสิทธิด้านสุขภาพเนื่องจากไม่ได้ซื้อประกันสุขภาพ และหรือสถานบริการไม่จัดจำหน่าย/ไม่ต่ออายุบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าว

<sup>๗</sup> ในที่นี้หมายถึงสิทธิในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ โดยประเทศไทยมีการจัดระบบหลักประกันสุขภาพให้กับแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติใน ๒ ระบบ คือ ระบบประกันสังคม (Social Security system) ภายใต้การดูแลของกระทรวงแรงงาน และ ระบบประกันสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าวและคนต่างด้าว (Migrant Health Insurance system) ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข

**E. แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีเอกสาร/ไม่ถูกระเบียบ และผู้ลี้ภัยในเขตเมืองที่ไม่มีเอกสาร** อาจแบ่งเป็น

- **E1 มีประกันสุขภาพ** เป็นผู้ประกันตนในกองทุนคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว
- **E2 ไม่มีประกันสุขภาพ**

กลุ่มที่ไม่มีประกันสุขภาพ (E2) เป็นกลุ่มเสี่ยงทางสุขภาพมากที่สุด เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ไม่มีวีซ่า ไม่มีใบอนุญาตทำงาน จึงไม่สามารถซื้อบัตรประกันสุขภาพได้ ซึ่งการไม่มีเอกสารประจำตัว หรือเอกสารหมดอายุ ถือเป็นความเปราะบางของแรงงานข้ามชาติกลุ่มนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการแสดงตนต่อเจ้าหน้าที่รัฐ โดยมากจึงเข้าไม่ถึงบัตรประกันสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยจึงต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามจริง

**F. ผู้ลี้ภัยในค่ายพักพิงชั่วคราว ผู้ต้องขังต่างชาติ คนต่างด้าวที่เป็นผู้ต้องกัก** เป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับสิทธิเข้าเมือง ไม่ได้รับสิทธิในการทำงาน และไม่มีสิทธิด้านสุขภาพ

ในการพัฒนานโยบายการเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพแรงงานข้ามชาติควรมุ่งเน้นแรงงานข้ามชาติที่เป็นคนต่างด้าวที่อยู่ระหว่างหางานหรือถูกจ้างในประเทศไทย หรือเคยหางานหรือถูกจ้างงานแต่ไม่สามารถทำงานต่อได้ และยังคงอาศัยอยู่ในประเทศไทย ซึ่งครอบคลุม ๕ กลุ่มแรก (A-E) โดยกลุ่มสุดท้าย (F) ถือว่าอยู่นอกขอบเขตการศึกษา

ตารางที่ ๒ แรงงานข้ามชาติในประเทศไทยกับสิทธิด้านสุขภาพ

|   | กลุ่มประชากรแรงงานข้ามชาติ*                                                                  | เข้าเมือง | ทำงาน | สุขภาพ | จำนวน (คน)                       | ปัญหาสิทธิด้านสุขภาพ |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------|--------|----------------------------------|----------------------|
| A | คนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงาน                                                               | ✓         | ✓     | ✓      | (SSO) ๑,๐๕๖,๔๘๕<br>(HIC) ๗๘๐,๔๔๖ | การเข้าถึง           |
| B | คนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานตกหล่นจากประกันสังคม/สุขภาพ                                    | ✓         | ✓     | X      | ๕๑๐,๔๙๓                          | การเข้าถึง           |
| C | ผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติ / นักท่องเที่ยวที่ซื้อประกันสุขภาพ                                   | ✓         | X     | ✓      | (รวมในยอด HIC)                   | การเข้าถึง           |
| D | ผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติ / ผู้ลี้ภัยในเขตเมืองที่มีเอกสาร / นักท่องเที่ยวที่ไม่มีประกันสุขภาพ | ✓         | X     | X      | N/A                              | การเข้าถึง           |
| E | แรงงานข้ามชาติที่ไม่มีเอกสารและผู้ติดตาม / ผู้ลี้ภัยในเขตเมืองที่ไม่มีเอกสาร                 | X         | X     | X      | (IOM) ๑,๘๐๐,๐๐                   | การมีอยู่            |
| F | ผู้ลี้ภัยในค่ายพักพิงชั่วคราว ผู้ต้องขังต่างชาติ/ต่างด้าวถูกกักตัว                           | X         | X     | X      | ๑๐,๙๐๐                           | การเข้าถึง           |

ที่มา: (SSO) ข้อมูลจำนวนแรงงานต่างด้าวที่เป็นผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมแยกตามสัญชาติ ปี พ.ศ. ๒๕๖๓, กระทรวงแรงงาน  
(HIC) ข้อมูลจำนวนแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าวและคนต่างด้าว ปี พ.ศ. ๒๕๖๓,  
กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ  
ข้อมูลจำนวนคนต่างด้าวข้อมูลจำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานคงเหลืออยู่ในประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๖๑, กระทรวงแรงงาน  
ตัวเลขประเมินจำนวนแรงงานข้ามชาติทั้งหมดในประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๖๑, องค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน

แรงงานข้ามชาติในประเทศไทยแต่ละกลุ่มเผชิญกับปัญหาสิทธิสุขภาพแตกต่างกัน (ตารางที่ ๒)  
จากจำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงาน (กลุ่ม A) รวม ๒.๕ ล้านคนในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ พบว่ามีกลุ่มที่เป็น  
ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม ๑.๐๕ ล้านคน เป็นผู้ประกันตนในระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว  
(รวมผู้ติดตาม ที่ซื้อประกันสุขภาพ กลุ่ม C) ๐.๗๘ ล้านคน แรงงานกลุ่มนี้เผชิญกับปัญหาการเข้าถึงสิทธิประโยชน์  
ในระบบประกันสังคมหรือการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ตัวเลขข้างต้นทำให้ประเมินว่ากลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ได้รับอนุญาตทำงานแต่ตกหล่นจากระบบ  
ประกันสังคมหรือประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว (กลุ่ม B) มีอยู่ราว ๐.๕๑ ล้านคน โดยกลุ่มนี้เข้าไม่ถึงสิทธิ  
ประกันสังคมหรือสิทธิประกันสุขภาพ

นอกจากนี้ หากประเมินว่ามีแรงงานข้ามชาติไร้เอกสาร (กลุ่ม E) อีก ๒.๑ ล้านคน ตามข้อมูลขององค์การ  
ระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน (IOM) กลุ่มนี้ถือเป็นกลุ่มเปราะบางด้านสิทธิ และเป็นกลุ่มเสี่ยง  
ทางสุขภาพมากที่สุด เนื่องจากเป็นกลุ่มคนทำงานที่เข้าไม่ถึงสิทธิสุขภาพเลย

ดังนั้น จึงควรมุ่งให้ความสนใจกับประเด็นการเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติไร้เอกสาร  
(กลุ่ม E) เป็นอันดับแรก รองลงไปคือการเข้าถึงสิทธิประกันสังคมหรือสิทธิประกันสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ  
ที่ได้รับอนุญาตทำงานแต่ตกหล่นจากประกันสังคมหรือประกันสุขภาพ (กลุ่ม B) และการเข้าถึงสิทธิประโยชน์  
ประกันสังคมหรือการเข้าถึงบริการของกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ได้รับอนุญาตทำงาน (A)

## ๕. ข้อจำกัดในการเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ

การเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในบริบทของประเทศไทย พบข้อจำกัดใหญ่ ๓ ประการ  
ที่รัฐไม่สามารถดำเนินการให้ประชากรแรงงานข้ามชาติบรรลุผลลัพธ์ทางสุขภาพตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่เป็นไปได้  
ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

### ๕.๑ หลักประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ ไม่ได้จัดให้ตามระดับการมีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจและสังคม ของแรงงาน

ในทางปฏิบัติ เมื่อแรงงานข้ามชาติเจ็บป่วยต้องรับการรักษาพยาบาล สถานบริการทางแพทย์ก็ให้บริการ  
โดยพิจารณาจากความสามารถที่จะจ่ายของแรงงานข้ามชาติและหรือนายจ้าง โดยไม่คำนึงถึงสถานะการเข้าเมือง  
อย่างไรก็ตาม การเป็นผู้ประกันตนในระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวมีสถานะการเข้าเมืองเป็นเงื่อนไข  
เนื่องจากการตรวจสุขภาพและซื้อประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการจัดทำเอกสาร

คนเข้าเมืองและขอใบอนุญาตทำงาน ดังนั้นเอง กลุ่มแรงงานข้ามชาติไม่มีเอกสาร จึงไม่สามารถเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพได้ นำมาสู่ภาระทางการคลังเมื่อเผชิญกับวิกฤตความมั่นคงทางสุขภาพ

เมื่อพิจารณาแนวปฏิบัติในประเทศที่จัดหลักประกันสุขภาพให้กับแรงงานข้ามชาติไม่มีเอกสาร<sup>๔๒,๔๓,๔๔,๔๕,๔๖,๔๗,๔๘</sup> จะพบว่าประเทศเหล่านั้นมีหลักประกันสุขภาพที่มุ่งรองรับแรงงานข้ามชาติที่มีรายได้น้อย เป็นการจัดสิทธิด้านสุขภาพบนพื้นฐานของระยะเวลาการพำนักในประเทศและระดับการมีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจและสังคมของแรงงานข้ามชาติ โดยไม่คำนึงถึงสถานะการเข้าเมือง

ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของระบบสาธารณสุขและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และหลักการดังกล่าวก็ได้มีการดำเนินการผ่านการจัดสิทธิทางการศึกษาให้กับเด็กและเยาวชนหรือผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีเอกสารในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๘ แล้ว<sup>๔๙</sup>

## ๕.๒ ค่าธรรมเนียมและค่าใช้จ่ายในกระบวนการขออนุญาตทำงานในประเทศไทย จัดเก็บโดยไม่คำนึงถึงลักษณะงานที่มีรายได้น้อยของแรงงานข้ามชาติ

ค่าใช้จ่ายในกระบวนการเข้ามาทำงานในประเทศไทย<sup>๕๐</sup> ส่วนมากมาจากค่าธรรมเนียมหนังสือเดินทาง วีซ่า และใบอนุญาตทำงาน ซึ่งรวมกันแล้วเป็นสัดส่วนร้อยละ ๖๐ ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด (เฉลี่ย ๓๒๘ ดอลลาร์สหรัฐ หรือราว ๑๐,๐๐๐ บาท) รองลงไปเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ามาในประเทศไทย (ร้อยละ ๒๐) ค่าตรวจสุขภาพ (ร้อยละ ๙) ค่าทำบัตรประจำตัวคนต่างด้าว (ร้อยละ ๖) และค่าใช้จ่ายให้กับเจ้าหน้าที่ (ร้อยละ ๔)

สัดส่วนค่าใช้จ่ายค่าธรรมเนียมเอกสารราชการของแรงงานข้ามชาติแต่ละสัญชาติยังแตกต่างกันไปในรายละเอียด นั่นคือ ในขณะที่แรงงานข้ามชาติกัมพูชามีค่าใช้จ่ายจากหนังสือเดินทางและวีซ่ารวมกันราว ๒ ใน ๓ ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด รองลงไปคือค่าทำบัตรประจำตัว และค่าเดินทาง แรงงานข้ามชาติเมียนมาร์มีค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพค่อนข้างสูง และค่าใช้จ่ายให้กับเจ้าหน้าที่สูงกว่าแรงงานกัมพูชา ส่วนแรงงานข้ามชาติลาวมีค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพค่อนข้างสูง เช่นเดียวกับค่าเดินทางภายในประเทศไทย

แรงงานข้ามชาติต้องจ่ายค่าธรรมเนียมและค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องในกระบวนการเสาะหาแรงงาน (recruitment) สูงถึง ๑.๙ – ๒.๒ เท่าของอัตราเงินเดือนที่ได้รับ<sup>๕๑</sup> ดังนั้นเอง แม้ว่าค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพและทำประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติไม่สูงนัก (ร้อยละ ๙) แต่ค่าธรรมเนียมการทำหนังสือเดินทาง (ร้อยละ ๒๐) วีซ่า (ร้อยละ ๒๒) และใบอนุญาตทำงาน (ร้อยละ ๑๘) รวมกันแล้วเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงมากสำหรับแรงงานข้ามชาติที่เป็นแรงงานรายได้น้อย

ทางเลือกของแรงงานข้ามชาติจึงมีสามทาง ได้แก่ นำทรัพย์สินไปจำนองแล้วทำงานส่งเงินกลับมาผ่อนหนี้ หรือนายจ้าง/นายหน้าเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายและถือเป็นการให้กู้ยืมโดยให้ทำงานผ่อนใช้หนี้ หรือเป็นแรงงานข้ามชาติไร้เอกสาร ซึ่งสองทางเลือกหลังนำไปสู่การเข้าถึงงานรายได้น้อย ไม่ปลอดภัย เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และเปราะบางต่อการถูกละเมิดสิทธิทั้งจากนายจ้างและการหาประโยชน์มิชอบโดยเจ้าหน้าที่รัฐ

หากเทียบกับประเทศพัฒนาแล้ว ดังเช่น เยอรมนี<sup>๕๒</sup> ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ค่าธรรมเนียมวีซ่าทำงานอยู่ที่ ๗๕ ยูโร (๒,๙๐๐ บาท) สำหรับแรงงานที่จะเข้าไปทำงานมีเงินเดือนไม่ต่ำกว่า ๔๖,๘๖๐ ยูโร (๑,๘๑๕,๘๒๕ บาท)

และแรงงานมีทักษะที่จะเข้าไปทำงานมีเงินเดือนไม่ต่ำกว่า ๕๖,๘๐๐ ยูโร (๒,๒๐๓,๓๒๕ บาท) หรือ ๔๔,๓๐๔ (๑,๗๑๖,๘๘๐ บาท) กรณีวิชาชีพด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิศวกรรมศาสตร์ และคณิตศาสตร์ ในขณะที่แรงงานข้ามชาติสัญชาติกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์ ไม่ใช่แรงงานทักษะสูง และเข้ามาทำงานระดับล่าง มีรายได้เป็นค่าจ้างขั้นต่ำ

ค่าธรรมเนียมนิยมและค่าใช้จ่ายในการเข้ามาทำงานในประเทศไทยจึงถือเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญ โดยเหตุที่ส่งผลต่อการเป็นหนี้ในประเทศต้นทางและหรือปลายทาง การมีสถานะเข้าเมือง การมีใบอนุญาตทำงาน การมีเอกสารประจำตัว

แม้ว่าประเทศไทยจะกำหนดให้แรงงานข้ามชาติที่เข้าสู่กระบวนการขอใบอนุญาตทำงานเข้ารับการตรวจสุขภาพ แต่การดำรงอยู่ของแรงงานข้ามชาติไม่มีเอกสาร (เนื่องจากไม่สามารถจ่ายค่าธรรมเนียมในการดำเนินการ) ยิ่งทำให้สถานการณ์การตรวจหาโรคเป็นไปได้ยากยิ่งขึ้น

หากลดค่าใช้จ่ายค่าธรรมเนียมของภาครัฐทั้งในประเทศต้นทางและปลายทางลงมาได้ ก็น่าจะช่วยให้แรงงานข้ามชาติเข้าสู่กระบวนการทำเอกสารประจำตัวมากขึ้น หรือมีกลไกหรือมาตรการเชิงรุกในการตรวจหาโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติทุกกลุ่มโดยไม่คำนึงถึงสถานะการเข้าเมือง แนวทางการป้องกันและควบคุมโรคก็ย่อมมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งนี้ มาตรการการส่งแรงงานข้ามชาติที่เป็นโรคต้องห้ามกลับ ก็มีข้อพิจารณาว่า นอกจากจะเป็นประเด็นท้าทายสิทธิมนุษยชนพื้นฐานของระบบสาธารณสุขที่มีหน้าที่ป้องกันและรักษาโรคแล้ว ยังอาจเป็นมาตรการที่ผลักแรงงานข้ามชาติออกจากกระบวนการตรวจสุขภาพและหรือกระบวนการขอเอกสารประจำตัวอีกด้วย

### ๕.๓ การจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการสุขภาพ ไม่สอดคล้องกับรายรับจากค่าธรรมเนียมทั้งหมดที่จัดเก็บจากแรงงานข้ามชาติ

แม้ว่าจะมีการจัดเก็บค่าธรรมเนียมจากแรงงานข้ามชาติโดยหน่วยงานรัฐหลายฝ่าย แต่การจัดสรรเงินงบประมาณสำหรับจัดบริการให้กับแรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ของหน่วยบริการสุขภาพ อยู่บนฐานรายได้จากบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติเป็นหลัก ในขณะที่ แรงงานข้ามชาติทุกกลุ่ม เมื่อเจ็บป่วยจะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลรัฐ แม้ว่าบางส่วนไม่มีหลักประกันสุขภาพหรือไม่มีเงินจ่ายค่ารักษา และโรงพยาบาลไม่อาจปฏิเสธการรักษาได้ด้วยเหตุผลทางมนุษยธรรม จึงเกิดเป็นภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เรียกเก็บไม่ได้ของโรงพยาบาล ซึ่งรัฐควรมีงบประมาณสนับสนุนหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีภาวะค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลคน/แรงงานข้ามชาติ กลุ่มไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาลและไม่สามารถเรียกเก็บได้ รวมทั้งจัดสรรงบประมาณกรณีต่างๆ อย่างรวดเร็ว เพื่อให้หน่วยบริการมีสภาพคล่อง สามารถให้การรักษาประชาชนทุกคนทุกกลุ่มทุกสิทธิได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สถานการณ์ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชากรต่างชาติ ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔ (ตารางที่ ๓) พบว่า สัดส่วนค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ๔ สัญชาติ อยู่ระหว่างร้อยละ ๖๒ - ๙๓ หรือเฉลี่ยร้อยละ ๗๙ ต่อปี ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชากรต่างชาติทั้งหมด โดยในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ค่าใช้จ่ายทั้งหมดนี้

มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากเดิม ๑.๔ เท่า จากค่าใช้จ่ายทั้งหมดในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ เนื่องจากเผชิญกับสถานการณ์โรคระบาด

ตารางที่ ๓ ค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพประชากรต่างชาติทั้งหมด และค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพเฉพาะแรงงานข้ามชาติ ๔ สัญชาติ (กัมพูชา ลาว เมียนมาร์ เวียดนาม) ทุกกลุ่ม ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔ เฉพาะสถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร)

| ปี | ค่าใช้จ่ายทั้งหมด | ๔ สัญชาติ |    | ๔ สัญชาติ เก็บได้ |           | ๔ สัญชาติ เก็บไม่ได้ |  |
|----|-------------------|-----------|----|-------------------|-----------|----------------------|--|
|    | (ล้านบาท)         | (ล้านบาท) | %  | (ล้านบาท)         | (ล้านบาท) | %                    |  |
| ๖๔ | ๑๐,๑๙๓            | ๘,๖๔๗     | ๘๓ | ๒,๗๙๘             | ๕,๘๔๙     | ๖๘                   |  |
| ๖๓ | ๗,๓๘๓             | ๔,๕๔๔     | ๖๒ | ๒,๓๖๗             | ๒,๑๗๗     | ๔๘                   |  |
| ๖๒ | ๕,๗๒๓             | ๔,๖๑๕     | ๘๐ | ๒,๑๔๔             | ๒,๔๗๑     | ๕๔                   |  |
| ๖๑ | ๖,๙๔๓             | ๖,๔๗๒     | ๙๓ | ๒,๖๑๗             | ๓,๘๕๕     | ๖๐                   |  |
| ๖๐ | ๕,๓๓๒             | ๔,๑๓๙     | ๗๘ | ๒,๕๙๐             | ๑,๕๔๙     | ๓๗                   |  |

ที่มา: ค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพแก่ประชากรข้ามชาติ, Health Data Center, ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข

ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายของแรงงานข้ามชาติที่เดินทางข้ามแดนมาเพื่อรับการรักษา มีสัดส่วนน้อยมาก รวบรวมได้ ๑ ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ๔ สัญชาติ

นอกจากนี้ ยังพบว่าสัดส่วนค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพที่เรียกเก็บไม่ได้ของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ๔ สัญชาติ อยู่ระหว่างร้อยละ ๓๗ - ๖๘ หรือเฉลี่ยร้อยละ ๕๓ ต่อปี ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดของแรงงานข้ามชาติ ๔ สัญชาติ นั่นคือ มีค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บไม่ได้ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ๔ สัญชาติที่มาใช้บริการสุขภาพราวครึ่งหนึ่ง

ตารางที่ ๔ ค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพประชากรต่างชาติทั่วประเทศ และในจังหวัดชายแดน (๓๑ จังหวัด)

| ปี | ค่าใช้จ่ายทั้งหมด |           |     | เรียกเก็บได้ |           | เรียกเก็บไม่ได้ |           |     |
|----|-------------------|-----------|-----|--------------|-----------|-----------------|-----------|-----|
|    | ทั่วประเทศ        | ชายแดน    |     | ทั่วประเทศ   | ชายแดน    | ทั่วประเทศ      | ชายแดน    |     |
|    | (ล้านบาท)         | (ล้านบาท) | (%) | (ล้านบาท)    | (ล้านบาท) | (ล้านบาท)       | (ล้านบาท) | (%) |
| ๖๔ | ๑๐,๓๔๐            | ๔,๒๖๘     | ๔๑  | ๓,๐๙๙        | ๑,๒๔๒     | ๗,๒๔๑           | ๓,๐๒๖     | ๔๒  |
| ๖๓ | ๗,๓๘๔             | ๓,๔๑๓     | ๔๖  | ๓,๒๖๖        | ๑,๖๔๙     | ๔,๑๑๗           | ๑,๗๖๔     | ๔๒  |
| ๖๒ | ๕,๗๒๓             | ๓,๔๔๗     | ๖๐  | ๒,๕๕๔        | ๑,๕๕๒     | ๓,๑๖๙           | ๑,๘๙๔     | ๖๐  |
| ๖๑ | ๖,๙๔๔             | ๓,๙๙๕     | ๕๘  | ๓,๑๖๕        | ๑,๙๑๔     | ๓,๗๗๙           | ๒,๐๘๒     | ๕๕  |
| ๖๐ | ๕,๓๓๒             | ๓,๓๐๔     | ๖๒  | ๑,๙๙๗        | ๑,๑๖๖     | ๓,๓๓๕           | ๒,๑๖๗     | ๖๔  |

เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชากรต่างชาติ ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔ ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ชายแดน (๓๑ จังหวัด) เปรียบเทียบกับพื้นที่อื่น (ตารางที่ ๔) พบว่า สัดส่วนค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพประชากร ต่างชาติทั้งหมดในพื้นที่ชายแดนมีแนวโน้มลดลง นั่นคือ สัดส่วนค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพในพื้นที่เขตเมืองมีแนวโน้ม สูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพประชากรต่างชาติในพื้นที่เขตเมืองอยู่ที่ ร้อยละ ๕๙ ของ ค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพของประชากรต่างชาติทั้งหมด

ขณะเดียวกัน พบว่าสัดส่วนค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพประชากรต่างชาติที่เรียกเก็บไม่ได้ในพื้นที่ชายแดน มีแนวโน้มลดลง นั่นคือ ค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพประชากรต่างชาติที่เรียกเก็บไม่ได้ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในพื้นที่เขตเมือง โดยในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ และ ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ มีสัดส่วนราวร้อยละ ๕๘ ของค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพประชากรต่างชาติ ที่เรียกเก็บไม่ได้ทั้งหมด

ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ามีกลุ่มประชากรต่างชาติที่ยังเข้าไม่ถึงหลักประกันสุขภาพจำนวนมาก โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานข้ามชาติไม่มีเอกสารหรือแรงงานไม่ถูกระเบียบ รวมถึงแรงงานข้ามชาติที่ได้รับอนุญาต ทำงานแต่ตกหล่นจากประกันสังคมหรือประกันสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรแรงงานข้ามชาติ ๔ สัญชาติ ในพื้นที่เขตเมือง โดยพบว่า หนึ่งในสาเหตุสำคัญของการตกหล่นจากระบบประกันสังคม/ประกันสุขภาพของ แรงงานข้ามชาติในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 คือ ช่องว่างทางนโยบายการบริหารจัดการแรงงานข้าม ชาติ ซึ่งในภาวะปกติ ได้มีการกำหนดว่าหากแรงงานข้ามชาติไม่ได้ทำงานกับนายจ้างเดิมแล้ว จะต้องหานายจ้าง ใหม่ภายในระยะเวลา ๓๐ วัน<sup>๕๓</sup> มิเช่นนั้นจะถือว่าสิ้นสุดสถานะการจ้างและสถานะการอยู่ในประเทศไทย อันจะมี ผลให้สิทธิในหลักประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติสิ้นสุดตามไปด้วย อย่างไรก็ตาม เนื่องจากไม่ได้มีการยกเว้น เงื่อนไขนี้ในภาวะที่ประเทศประสบกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในระลอกหนึ่งถึงระลอกสาม ประกอบกับมาตรการห้ามการเคลื่อนย้ายแรงงานข้ามชาติเพื่อการป้องกันควบคุมการระบาดของโรคโควิด 19<sup>๕๔,๕๕</sup> เป็นเหตุให้แรงงานข้ามชาติที่นายจ้างยุติการประกอบกิจการจากสถานการณ์โควิด 19 และไม่สามารถหานายจ้าง ใหม่ได้ในเวลาที่กฎหมายกำหนด ซึ่งมีการคาดการณ์ว่ามีจำนวนไม่น้อยกว่า ๗๐๐,๐๐๐ คน (ข้อมูล ณ เดือน มีนาคม ๒๕๖๔)<sup>๕๖</sup> ต้องสิ้นสุดสถานะการจ้างงาน กลายเป็นแรงงานที่ไม่มีเอกสารหรือแรงงานไม่ถูกระเบียบ และ เข้าถึงไม่ถึงหลักประกันสุขภาพ รวมถึงปัญหาแรงงานข้ามชาติที่หลักประกันสุขภาพหมดอายุในระหว่างสถานการณ์ โควิด 19 ไม่สามารถซื้อหลักประกันสุขภาพใหม่ได้เพราะยุ่งยากในการเดินทางไปดำเนินการตามขั้นตอน สถานบริการสุขภาพที่เคยขายบัตรสุขภาพหยุดขาย และความไม่ชัดเจนในเรื่องการขายบัตรสุขภาพ<sup>๕๗</sup>

การระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลโดยตรงต่อการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๖๓ – ๒๕๖๔ ซึ่งพบการระบาดของโรคโควิด ๑๙ ในลักษณะกลุ่มก้อน (cluster) ในกลุ่มแรงงาน ข้ามชาติ อันมีสาเหตุจากสภาพแวดล้อมในการทำงานและการพักอาศัย การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และการเข้าถึงอุปกรณ์ป้องกันได้ไม่เพียงพอ<sup>๕๘</sup> ประกอบกับอัตราค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคโควิด 19 ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๖๓ – ๒๕๖๔ ซึ่งมีค่าใช้จ่ายต่อคนค่อนข้างสูงเนื่องจากต้องมีการรักษา/กักตัวไม่น้อยกว่า ๑๔ วัน<sup>๕๙</sup> โดยพบว่า ค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ๔ สัญชาติ (กัมพูชา ลาว เมียนมาร์ เวียดนาม) ทุกกลุ่ม ทั่วประเทศ เพิ่มขึ้นจาก ๔.๕ พันล้าน ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ เป็น ๘.๖ พันล้าน ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ และสัดส่วนค่าใช้จ่าย

บริการสุขภาพที่เรียกเก็บไม่ได้ของสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๔๘ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ เป็นร้อยละ ๖๘ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ (ดูตารางที่ ๓ และ ๔) และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ หากไม่มีมาตรการหลักประกันสุขภาพและแนวทางบริการวัคซีนแก่ประชากรแรงงานข้ามชาติทุกกลุ่ม

การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพที่เรียกเก็บไม่ได้ ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการตกหล่นจากระบบประกันสังคม/ประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติเนื่องจากช่องว่างทางนโยบายการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติ ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งคาดการณ์ว่ามีจำนวนกว่า ๗๐๐,๐๐๐ คน (ข้อมูล ณ เดือนมีนาคม ๒๕๖๔)<sup>๖๐</sup> อันส่งผลให้สัดส่วนค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพที่เรียกเก็บได้ที่รัฐพึงได้จากการเก็บค่าประกันสังคม/ประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติลดลงตามสัดส่วนแรงงานข้ามชาติที่สามารถเข้าสู่ระบบที่ลดลง ซึ่งหากมีมาตรการนำกลุ่มประชากรข้ามชาติเหล่านี้เข้าสู่หลักประกันสุขภาพได้ทั้งหมด รวมถึงมีการทำงานเชิงรุกในการป้องกันควบคุมโรค อาทิ ในการให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การตรวจคัดกรองโรค การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกัน การส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากแรงงานข้ามชาติในการป้องกันควบคุมโรคในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน เมื่อเผชิญกับภัยพิบัติโรคระบาด ย่อมช่วยลดภาระการคลังทางสุขภาพได้ ดังกรณีเปรียบเทียบกับประเทศพัฒนา ดังเช่น สหพันธสาธารณรัฐเยอรมัน สิงคโปร์ เกาหลีใต้ ซึ่งมีระบบคุ้มครองทางสังคมที่พร้อมรับมือภัยพิบัติ (shock-responsive social protection system) ประชากรทุกกลุ่มรวมทั้งแรงงานข้ามชาติจะมีระบบประกันสังคมหรือระบบประกันสุขภาพรองรับ เมื่อเกิดวิกฤตโรคระบาดใหญ่ แรงงานข้ามชาติทุกกลุ่มจึงเข้าถึงบริการสุขภาพ และไม่ก่อภาระการคลังด้านสาธารณสุข<sup>๖๑</sup>

อย่างไรก็ดี เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพประชากรต่างชาติทั้งหมด ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ราว ๗.๔ พันล้านบาท พบว่าเป็นจำนวนเงินเทียบเท่าร้อยละ ๔ ของงบประมาณบัตรทอง ๑.๙ แสนล้านบาท<sup>๖๒</sup> ซึ่งถือว่าเป็นสัดส่วนค่อนข้างน้อย และรัฐบาลไทยน่าจะอยู่ในฐานะที่จะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายนี้ได้ เมื่อเทียบกับประโยชน์ทางเศรษฐกิจอันเกิดจากการใช้แรงงานข้ามชาติในฐานะแรงงานราคาถูกเพื่อรักษาระดับการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่ผ่านมา และเป็นค่าใช้จ่ายทางสุขภาพอันเกิดจากความเจ็บป่วยจากการทำงานในประเทศไทย มากกว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคติดต่ออันตรายจากประเทศต้นทาง

ขณะเดียวกัน หากพิจารณารายได้ของรัฐไทยที่เรียกเก็บค่าธรรมเนียมต่างๆ จากแรงงานข้ามชาติ (ตารางที่ ๕) ซึ่งประกอบด้วยค่าธรรมเนียมการออกวีซ่า การออกใบอนุญาตทำงาน บัตรประกันสุขภาพ และเงินสมทบประกันสังคม จะพบว่าประเทศไทยมีรายรับจากแรงงานข้ามชาติราว ๑๕.๔ พันล้าน ต่อจำนวนแรงงานล้านคน ซึ่งเป็นจำนวนที่สูงกว่ารายจ่ายการให้บริการสุขภาพ

ตารางที่ ๕ รายรับจากค่าธรรมเนียมที่จัดเก็บจากแรงงานข้ามชาติ และตัวอย่างรูปแบบการจัดสรรงบประมาณ

| หน่วยงาน         | สำนักงาน<br>ตรวจคนเข้า<br>เมือง | กระทรวง<br>แรงงาน | กระทรวง<br>สาธารณสุข | สำนักงาน<br>ประกันสังคม | รวม             |
|------------------|---------------------------------|-------------------|----------------------|-------------------------|-----------------|
| ค่าใช้จ่าย (บาท) | ๑.๙๐๐                           | ๑.๙๐๐             | ๑.๖๐๐                | ๙๙๖ – ๙,๐๐๐             | ๑๖,๐๐๐          |
| รายรับ/ ล้านคน   | ๑.๙ พันล้าน                     | ๑.๙ พันล้าน       | ๑.๖ พันล้าน          | ๙ พันล้าน               | ๑๕.๔<br>พันล้าน |
| จัดสรรงบฯ ๑      | ๐.๙ พันล้าน                     | ๐.๙ พันล้าน       | ๓.๖ พันล้าน          | ๙ พันล้าน               | ๑๕.๔<br>พันล้าน |
| จัดสรรงบฯ ๒      | ๑.๙ พันล้าน                     | ๑.๙ พันล้าน       | ๓.๖ พันล้าน          | ๗ พันล้าน               | ๑๕.๔<br>พันล้าน |

นอกจากนี้ มีข้อสังเกตว่า แรงงานข้ามชาติที่เป็นผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมยังเข้าถึงสิทธิประโยชน์ได้น้อย ดังตัวอย่างเช่น ปรากฏในข่าวซึ่งให้ข้อมูลจากสำนักงานประกันสังคม<sup>๖๓</sup> ว่าในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ มีแรงงานข้ามชาติเป็นผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม ๑,๑๙๘,๔๑๘ คน แต่มีผู้ใช้สิทธิในเดือนเมษายน ๑๕,๙๔๘ คน หรือเพียงร้อยละ ๑.๓๓ ของผู้ประกันตนที่เป็นแรงงานข้ามชาติ และมีค่าใช้จ่าย ๓๗.๗ ล้านบาท หรือร้อยละ ๒.๑ ของประมาณการจำนวนเงินสมทบที่แรงงานข้ามชาติจ่ายเข้าประกันสังคม

ขณะเดียวกัน ค่าธรรมเนียมที่สำนักงานตรวจคนเข้าเมืองและกรมการจัดหางานจัดเก็บจากแรงงานข้ามชาติ ไม่ปรากฏรายละเอียดการใช้จ่ายเงินที่ชัดเจน มีข้อสังเกตว่ากองทุนบริหารจัดการแรงงานต่างด้าวอาจมีการดำเนินงานไม่สอดคล้องตามวัตถุประสงค์ ดังที่มีรายงานการใช้งบประมาณประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๓<sup>๖๔</sup> ราวร้อยละ ๘๖ ของงบประมาณ ๘๙๖ ล้านบาท สนับสนุนโครงการของหน่วยงานรัฐ ๘ หน่วยงาน โดยไม่ปรากฏผลลัพธ์โดยตรงต่อการคุ้มครองแรงงานข้ามชาติ และขาดกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคส่วนอื่น

ดังนั้น หากมีการจัดสรรให้กับหน่วยงานที่จัดบริการสุขภาพซึ่งรับภาระค่าใช้จ่ายสูงกว่าหน่วยงานจัดเก็บค่าธรรมเนียม ดังตัวอย่างการจัดสรรงบประมาณรูปแบบที่ ๑ และ ๒ ในตารางที่ ๕ ย่อมบรรลุเป้าหมายการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติในภาพรวม และเป็นการใช้งบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพได้มากกว่าการแย่งงบประมาณรายรับรายจ่ายตามกระทรวง

## ๖. ระบบสุขภาพที่ครอบคลุมแรงงานข้ามชาติ: ปัจจัยอุปสรรคและโอกาส

ตารางที่ ๖ ภาพรวมปัจจัยอุปสรรค สภาพปัญหา ความสำคัญ และหน่วยงานเกี่ยวข้อง

| ปัจจัยอุปสรรค                | สภาพปัญหา                                                                                                                                                                                      | ความสำคัญ | หน่วยงาน                                                                                                                                            |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ขาดนโยบายหลัก                | ไม่มีนโยบายแรงงานข้ามชาติในระดับชาติ<br>ขาดบูรณาการนโยบายประเทศต้นทาง + ภายในประเทศ                                                                                                            | *****     | รัฐบาล / สภาพัฒนาฯ / กระทรวงแรงงาน / กระทรวงสาธารณสุข / สำนักงานสภาความมั่นคงแห่งชาติ / สภาอุตสาหกรรม / สภาหอการค้าไทย / ภาควิชาการ / ภาคประชาสังคม |
| เข้าไม่ถึงประกันสุขภาพ/สังคม | แรงงานข้ามชาติไม่มีเอกสารไม่มีหลักประกันสุขภาพ<br>แรงงานข้ามชาติที่หลุดจากระบบประกันสังคม<br>แรงงานข้ามชาติ (นอกระบบ) ไม่มีประกันสังคม<br>กองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวมีขนาดเล็ก ไม่มั่นคง | ****      | กระทรวงแรงงาน / กระทรวงสาธารณสุข / สปสช. / ผู้ประกอบการ                                                                                             |
| เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ       | บริการเชิงรับ<br>จำนวนหน่วยบริการไม่เพียงพอ                                                                                                                                                    | ****      | กระทรวงแรงงาน / กระทรวงสาธารณสุข / สถานพยาบาล                                                                                                       |
| บุคลากรสุขภาพ                | ทัศนคติผู้ให้บริการที่เป็นลบต่อแรงงานข้ามชาติ                                                                                                                                                  | *         | สธ. / สถาบันการศึกษาด้านแพทย์-พยาบาล / หน่วยงานด้านการสื่อสาร / สถานพยาบาล                                                                          |
| ข้อมูลงานวิจัย               | ขาดระบบประเมินติดตามผลการบูรณาการแรงงานข้ามชาติ                                                                                                                                                | **        | รัฐบาล / สภาพัฒนาฯ / กระทรวงแรงงาน / กระทรวงสาธารณสุข / สำนักงานสภาความมั่นคงแห่งชาติ / สภาอุตสาหกรรม / สภาหอการค้าไทย / ภาควิชาการ / ภาคประชาสังคม |
| แรงงานข้ามชาติ               | ข้อจำกัดภาษา/การสื่อสาร<br>ไม่รู้สิทธิ/หน่วยบริการ<br>ถูกกีดกันจากสิทธิรวมกลุ่มรวมตัว                                                                                                          | ***       | กระทรวงแรงงาน / กระทรวงสาธารณสุข / หน่วยงานด้านการสื่อสาร / สถานพยาบาล                                                                              |

## ๖.๑ ขาดการบูรณาการประเด็นแรงงานข้ามชาติในนโยบายระดับชาติ

ในบริบทโลกที่มีประชากรย้ายถิ่นฐานราว ๒๘๑ ล้านคน<sup>๖๕</sup> โดยทวีปเอเชียมีการเพิ่มขึ้นของประชากรย้ายถิ่นมากที่สุดราว ๘๖ ล้านคน หรือ ๑ ใน ๓ ของประชากรย้ายถิ่นทั่วโลก มากที่สุดตั้งแต่หลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ และประเทศไทยมีประชากรแรงงานข้ามชาติมากที่สุดในอาเซียน แต่กลับไม่ปรากฏนโยบายแรงงานข้ามชาติในแผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๘๐) และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) ) ระเบียบการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติมีความยุ่งยากซับซ้อน ขาดกฎหมายบูรณาการสิทธิแรงงานข้ามชาติ ไม่มีตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ว่าด้วยแรงงานข้ามชาติในแผนการทำงานระดับกระทรวง สะท้อนให้เห็นว่าไม่มีทิศทางหลักที่ชัดเจนตลอดจนภาวะการนำเชิงนโยบาย

แม้จะมีความต้องการแรงงานข้ามชาติในตลาดแรงงานของประเทศไทยชัดเจน เพื่อให้มาทำงานระดับล่างที่รายได้ต่ำและมีสภาพการจ้างงานต่ำกว่ามาตรฐานของแรงงานไทย แต่กลับมีการจัดเก็บค่าธรรมเนียมและค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องในกระบวนการเสาะหาแรงงานในอัตราที่สูง ภาระค่าใช้จ่ายนี้เป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงอยู่ของแรงงานข้ามชาติไม่มีเอกสารจำนวนมาก แม้ว่าแรงงานข้ามชาติไม่มีเอกสารจะตอบสนองความต้องการของตลาดแรงงานแล้ว แต่กลับขาดสิทธิด้านสุขภาพและการคุ้มครองทางสังคม

การตีความมาตรา ๕ ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๕ โดยสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาที่ไม่ครอบคลุมกลุ่มประชากรแรงงานข้ามชาติ สะท้อนให้เห็นภาวะที่ไม่มีกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติที่ชัดเจน

ส่วนบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวกับประเด็นแรงงานข้ามชาติทั้งในกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน สำนักงานประกันสังคม ก็ขาดการสนับสนุนทั้งงบประมาณและอัตราค่าจ้างคน ดังที่ปรากฏว่าไม่มียุทธศาสตร์พัฒนา พสต. และ อสต. ที่ชัดเจน

นอกจากนี้ การขาดมิติแรงงานข้ามชาติในแผนระดับชาติทำให้ไม่มีการทำงานเชิงรุกในการพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านสาธารณสุขและสร้างความมั่นคงทางสุขภาพในภูมิภาค และแนวทางการถ่ายโอนสิทธิประโยชน์ประกันสังคมให้กับแรงงานข้ามชาติเมื่อกลับไปประเทศต้นทาง

ทั้งนี้ การกำหนดนโยบายสุขภาพแรงงานข้ามชาติให้เป็นส่วนหนึ่งของนโยบายระดับชาติจึงเป็นความท้าทายและโอกาสของภาวะการนำที่สำคัญของรัฐบาล และในกระบวนการเชิงนโยบายก็เป็นโอกาสอันดีที่จะสร้างบทสนทนาว่าด้วยทิศทางของการบูรณาการแรงงานข้ามชาติในสังคมไทย ซึ่งอาจจะแบ่งได้เป็น ๓ แนวทาง<sup>๖๖,๖๗</sup> คือ (หนึ่ง) การกลายกลืน (assimilation) ดังกรณีการนำเข้าเฉพาะแรงงานผิวขาวของออสเตรเลียในยุคหนึ่ง ซึ่งเรียกร้องให้ผู้ย้ายถิ่นมีการปรับตัวมากกว่าเจ้าบ้าน (สอง) พหุวัฒนธรรม (pluralism) ดังกรณีของแคนาดาที่เปิดรับผู้ย้ายถิ่นจากหลากหลายวัฒนธรรม และเรียกร้องให้ผู้มาอยู่ก่อนปรับตัวมากกว่าผู้ย้ายถิ่น (สาม) การบูรณาการ (integration) ดังกรณีของยุโรปที่บูรณาการแรงงานเข้าสู่สังคมผ่านมิติต่างๆ ซึ่งเรียกร้องให้มีการปรับตัวจากทั้งผู้ย้ายถิ่นและเจ้าบ้านในระดับกลางเหมือนกัน

## ๖.๒ หลักประกันสุขภาพและการคลังสุขภาพไม่ครอบคลุมกลุ่มแรงงานข้ามชาติรายได้น้อย

การคลังสุขภาพแรงงานข้ามชาติมาจาก ๒ แหล่งใหญ่ ได้แก่ กองทุนประกันสังคม และกองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ในขณะที่กองทุนแรกรองรับแรงงานข้ามชาติที่มีใบอนุญาตทำงาน จำนวน ๑ ล้านคน (พ.ศ. ๒๕๖๓) แต่ไม่รองรับกลุ่มที่ทำงานในประเภทงานรับใช้ในบ้าน เกษตร ปศุสัตว์ ประมง ค้าขายที่มีใช้ธุรกิจ กองทุนหลังรองรับกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่มีใบอนุญาตทำงานแต่ไม่สามารถเป็นผู้ประกันตนในกองทุนแรก รวมทั้งกลุ่มผู้ติดตามที่มีหนังสือเดินทางและวีซ่าแต่ไม่มีใบอนุญาตทำงาน รวมจำนวน ๐.๗๘ ล้านคน (ดูตารางที่ ๑) อย่างไรก็ตาม ทั้งสองกองทุนไม่ครอบคลุมกลุ่มแรงงานเข้าเมืองที่ไม่มีเอกสาร ซึ่งคาดว่าจะมีอยู่ในสัดส่วนใกล้เคียงกับกลุ่มที่อยู่ในระบบประกันสังคมและระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว

แม้ว่าระบบประกันสังคมจะมีสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วย ทุพพลภาพ และคลอดบุตร และเป็นกองทุนที่มีเสถียรภาพเนื่องจากมีขนาดใหญ่ แต่ผู้ประกันตนที่เป็นแรงงานข้ามชาติยังคงประสบปัญหาการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสังคม เนื่องจากแรงงานข้ามชาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประกันสังคม และนายจ้างจำนวนหนึ่งไม่ส่งเงินสมทบประกันสังคมให้กับลูกจ้าง นอกจากนี้ กระบวนการดำเนินการเชิงเอกสารมีความยุ่งยากซับซ้อนทั้งต่อนายจ้างและแรงงานข้ามชาติ ไม่เปิดโอกาสให้แรงงานข้ามชาติที่เป็นแรงงานนอกระบบเข้าร่วม ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ประกันตนเพื่อประสานสิทธิระหว่างรอยต่อประกันสุขภาพและประกันสังคม รวมทั้งขาดกลไกบริการรับเรื่องร้องเรียนที่เป็นมิตรกับแรงงานข้ามชาติ ดังกรณีที่แรงงานข้ามชาติกลุ่มพม่าประสบอุบัติเหตุจากการทำงานจนกระทั่งพิการเสียดวงตา โดยนายจ้างนำไปทอดทิ้งที่หน้าโรงพยาบาลและไม่ยอมรับว่าเป็นนายจ้าง เมื่อติดต่อไปยังสำนักงานประกันสังคม กลับถูกปฏิเสธที่จะให้บริการรับเรื่องร้องเรียน และเจ้าหน้าที่มีท่าทีไม่พึงพอใจต่อการที่แรงงานข้ามชาติไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ทำให้ใช้เวลาในการรับเรื่องร้องเรียนนานกว่าปกติ ทั้งยังปรากฏว่ามีเจ้าหน้าที่จากสำนักงานตรวจคนเข้าเมืองมาขอตรวจสอบว่าแรงงานข้ามชาติที่มาร้องเรียนมีสถานะเข้าเมืองถูกกฎหมายหรือไม่<sup>๖๘</sup>

ระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวมีชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานแทบไม่แตกต่างจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบประกันสังคม แต่มีข้อจำกัดสำคัญคือ กองทุนมีขนาดเล็กจึงขาดเสถียรภาพ และอัตราเบี้ยประกันสุขภาพ (๑,๖๐๐ บาท/ปี) ต่ำกว่างบประมาณรายหัวที่รัฐจ่ายให้พลเมืองสัญชาติไทยในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (๓,๖๐๐ บาท/ปี) ไม่จูงใจให้สถานบริการเปิดขายประกันสุขภาพแก่แรงงานข้ามชาติ ส่วนสถานบริการที่มีจำนวนผู้ซื้อบัตรประกันสุขภาพน้อยก็ต้องรับภาระความเสี่ยงด้านการคลังสุขภาพ

ความท้าทายก็คือ การพัฒนาการคลังทางสุขภาพที่มีเสถียรภาพ ครอบคลุมกลุ่มแรงงานข้ามชาติทุกกลุ่ม มีหลักประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้าให้ครอบคลุมแรงงานข้ามชาติรายได้น้อยทุกกลุ่ม มีสิทธิประโยชน์แตกต่างกันตามระดับการมีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจและสังคม โดยไม่คำนึงถึงสถานะการเข้าเมือง นอกจากนี้ ยังมีความท้าทายเรื่องการหลีกเลี่ยงการเข้าระบบประกันสังคม เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสวัสดิการของประกันสังคม และไม่ประสงค์ส่งเงินสมทบเข้าระบบประกันสังคม จึงเลือกทำประกันสุขภาพแทน

### ๖.๓ การจัดบริการสุขภาพแรงงานข้ามชาติมุ่งเชิงรับมากกว่าเชิงรุก มีจำนวนไม่เพียงพอ และขาดการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ

ระบบที่อ่อนไหวต่อความแตกต่าง มีนโยบายและมาตรการเพื่อผู้อพยพย้ายถิ่น (หรือเด็ก ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้หญิง ฯลฯ) โดยเฉพาะ ให้ประโยชน์แก่แรงงานข้ามชาติ มากกว่านโยบายที่มองทุกคนเหมือนกัน นอกจากนี้ประเทศที่ใช้**แนวทางแบบเชิงรุก** นั่นคือ ปรับบริการสุขภาพให้เข้ากับแรงงานข้ามชาติ จะเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ดีกว่าประเทศที่ใช้**นโยบายแบบเชิงรับ** ซึ่งคาดหวังให้แรงงานข้ามชาติปรับตัวเข้ากับระบบ<sup>๖๙</sup>

แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมีแนวทางพัฒนาแผนการบริการที่เป็นมิตรกับแรงงานข้ามชาติ<sup>๗๐</sup> โดยจัดให้มีระบบพนักงานสาธารณสุขต่างด้าว (พสต.) อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) และคู่มือแนวทางการบริการที่เป็นมิตรแก่แรงงานต่างด้าว ผู้ติดตาม และเหยื่อจากการค้ามนุษย์ แต่กลุ่มแรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่ยังยืนยันว่ามีอุปสรรคค่อนข้างมากในการเข้าถึงบริการสุขภาพ<sup>๗๑</sup> ประกอบด้วย ความกังวลว่าจะสื่อสารไม่รู้เรื่อง (ร้อยละ ๒๘) รอคิวนาน (ร้อยละ ๒๕) ถูกเลือกปฏิบัติ (ร้อยละ ๑๘) เป็นอาทิ และยังพบว่าความต้องการทางสุขภาพของแรงงานข้ามชาติเน้นไปที่**อาหารชีวนามัยและการส่งเสริมป้องกันโรค** ซึ่งต้องการ**แนวทางจัดบริการสุขภาพเชิงรุกเข้าไปที่สถานที่ทำงานและชุมชนแหล่งที่อยู่ของแรงงานข้ามชาติ** มากกว่าจัดบริการรอให้แรงงานข้ามชาติที่เจ็บป่วยมีอาการโรครุนแรงค่อยไปพบบุคลากรทางการแพทย์และสร้างภาระค่าใช้จ่ายงบประมาณสุขภาพมากกว่าการจัดบริการสุขภาพเชิงรุก

นอกจากนี้ ยังพบว่าจำนวนหน่วยบริการสุขภาพในเขตเมืองที่จัดบริการสุขภาพให้กับแรงงานข้ามชาติที่เป็นผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมหรือระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว**มีไม่เพียงพอและไม่กระจายตัว** ครอบคลุมพื้นที่ที่มีประชากรแรงงานข้ามชาติหนาแน่น ดังกรณีกรุงเทพมหานครพบว่ามีสถานพยาบาลของรัฐที่ให้บริการตรวจสุขภาพและขายบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวมีเพียง ๑๓ แห่ง จากจำนวนหน่วยบริการสุขภาพในกรุงเทพมหานครทั้งหมด ๔,๖๘๗ แห่ง<sup>๗๒</sup> และไม่ปรากฏว่ามีการจัดบริการสุขภาพให้กับแรงงานข้ามชาติผ่านศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จำนวน ๖๘ แห่ง ซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิกระจายตัวอยู่ในทุกเขต

กรณีศึกษาจากต่างประเทศ<sup>๗๓</sup> พบว่าการจัดบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวโดยมาก มุ่งขยายระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่เดิมให้ครอบคลุมแรงงานข้ามชาติ ไม่มีข้อกำหนดให้แรงงานข้ามชาติต้องรับบริการจากหน่วยบริการสุขภาพที่ระบุไว้เฉพาะ กรณีสหราชอาณาจักร กระทรวงสาธารณสุขรับภาระค่าใช้จ่ายสำหรับล่ามแปลทางโทรศัพท์ให้กับหน่วยบริการสุขภาพเมื่อมีแรงงานข้ามชาติไปใช้บริการ กรณีเยอรมนี กลุ่มแรงงานข้ามชาติไม่มีเอกสารได้รับบัตรประกันสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ซึ่งเชื่อมกับระบบประกันสุขภาพเอกชน เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับแรงงานข้ามชาติและหน่วยบริการสุขภาพ ลดค่าใช้จ่ายด้านบริหารจัดการในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลผ่านระบบเอกสารเดิมได้มากขึ้น กรณีสหรัฐอเมริกา เครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพแรงงานข้ามชาติมีทั้งโรงพยาบาล คลินิก ร้านขายยา มีการจัดวันคลินิกสเปน โปรตุเกส เป็นอาทิ ในตารางทำงานของคลินิกแต่ละสัปดาห์ หลายมลรัฐมุ่งลงทุนด้านส่งเสริมป้องกันโรคเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายสาธารณสุขจากการรักษาพยาบาลในกลุ่มแรงงานข้ามชาติไม่มีเอกสาร

## ๖.๔ กำแพงวัฒนธรรม ภาษา และการเลือกปฏิบัติ

ทัศนคติต่อแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย โดยเฉพาะมิติด้านความมั่นคง ส่งผลกระทบต่อการกำหนดนโยบายบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติค่อนข้างมาก<sup>๗๔</sup> ทัศนคติของคนไทยต่อแรงงานข้ามชาติแม้ว่าจะมีความหลากหลายประกอบด้วยด้านบวกและด้านลบขึ้นกับปฏิสัมพันธ์และสถานการณ์แวดล้อม แต่แนวนโยบายบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติตั้งอยู่บนแนวคิดชาตินิยมมุ่งความมั่นคงของประเทศเป็นหลัก ซึ่งขยายครอบคลุมมายังนโยบายคุ้มครองสิทธิแรงงานและมิติสุขภาพด้วย<sup>๗๕</sup> การเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อแรงงานข้ามชาติให้ไปในทิศทางที่เหมาะสมต้องมีการสื่อสารสาธารณะและพื้นที่ดำเนินกิจกรรมอย่างมีส่วนร่วมระหว่างคนไทยและแรงงานข้ามชาติเพื่อทำความเข้าใจวัฒนธรรมที่เอื้อต่อการอยู่ร่วมกันระหว่างกลุ่มประชากรที่หลากหลาย ลดอคติ และนำมาสู่การสร้างบรรยากาศทางสังคมที่เอื้อต่อการพัฒนานโยบายสาธารณะว่าด้วยแรงงานข้ามชาติ

ในขณะเดียวกัน งานศึกษาช่วงการระบาดใหญ่ของโควิด 19 ระลอกสาม<sup>๗๖</sup> พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่เขตเมืองโดยมากมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแรงงานข้ามคติน้อยกว่านายจ้าง มีเพียงร้อยละ ๓๐ ที่รู้จักแรงงานข้ามชาติก่อนทำงาน (จากข่าว ทวี โซเซียลมีเดีย)

แม้ว่าบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่มีทัศนคติค่อนข้างดีต่อการสนับสนุนให้ผู้หญิงแรงงานข้ามชาติลาคลอดได้ (ร้อยละ ๙๑) และมองว่าผู้หญิงตั้งครรภ์ไม่ควรถูกเลิกจ้าง (ร้อยละ ๗๙) แต่โดยรวมมีทัศนคติเชิงลบต่อแรงงานข้ามชาติ นั่นคือ ส่วนใหญ่มองว่าแรงงานข้ามชาติส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจไทย (ร้อยละ ๖๘) เป็นแหล่งโรค (ร้อยละ ๗๗) ไม่ควรมีสถานที่อะไรหากเข้ามาผิดกฎหมาย (ร้อยละ ๗๐) และเป็นภาระงบประมาณ/บุคลากรทางสุขภาพ (ร้อยละ ๗๕)

ทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อผู้ป่วยแรงงานข้ามชาติส่งผลต่อคุณภาพของบริการและผลลัพธ์ทางสุขภาพ<sup>๗๗,๗๘</sup> โดยเหตุที่แรงงานข้ามชาติโดยมากมีข้อจำกัดในการสื่อสารทางภาษา หากขาดความตระหนักในทางวัฒนธรรมของผู้ให้บริการ แรงงานข้ามชาติย่อมประสบอุปสรรคในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ

ระบบสุขภาพสามารถยกระดับสมรรถนะทางวัฒนธรรมในระดับองค์กรได้ เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถก้าวข้ามข้อจำกัดด้านภาษา สังคม และวัฒนธรรม เพื่อให้แรงงานข้ามชาติสามารถเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการทางสุขภาพได้

## ๖.๕ ข้อมูล ฐานข้อมูล และองค์ความรู้

การติดตามสุขภาพแรงงานข้ามชาติและการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องมีข้อมูลและฐานข้อมูลรองรับ อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังขาดข้อมูลและการบูรณาการฐานข้อมูลสำหรับประเมินติดตามผลระบบสุขภาพแรงงานข้ามชาติ

การขาดบูรณาการข้อมูลสถานะแรงงานข้ามชาติระหว่างกระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน สำนักงานประกันสังคม และกระทรวงสาธารณสุข ทำให้มีแรงงานข้ามชาติที่มีใบอนุญาตทำงานแต่ตกหล่นจากระบบประกันสังคมและระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวอีกราว ๐.๕ ล้านคน ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ กลายเป็นกลุ่มที่ไม่มี

หลักประกันทางสุขภาพ เช่นเดียวกับกลุ่มแรงงานข้ามชาติไม่มีเอกสารซึ่งมีอยู่ราว ๑.๘ ล้านคน ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ (ดูตารางที่ ๒) จึงควรมีการเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อประสานสิทธิระหว่างสองหน่วยงาน

ทั้งนี้ การพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพแรงงานข้ามชาติของประเทศไทยยังอยู่ในระยะเริ่มต้น<sup>๗๙,๘๐</sup> และยังขาดระบบประเมินติดตามผลการดำเนินงานว่าด้วยสุขภาพแรงงานข้ามชาติในระดับประเทศ

ในระดับสากลมีการพัฒนาเครื่องมือประเมินติดตามผลการบูรณาการแรงงานข้ามชาติเข้ามาในระบบสุขภาพหลายรูปแบบ เป็นต้นว่า ดัชนีนโยบายบูรณาการแรงงานข้ามชาติ<sup>๘๑</sup> (Migrant Integration Policy Index - MIPIX) ซึ่งใช้กระบวนการเปรียบเทียบสมรรถนะนโยบายสุขภาพที่เป็นธรรมครอบคลุมแรงงานข้ามชาติในการประเมินติดตามผลกระทบทั้งทางบวกและลบของนโยบาย และได้รับการยอมรับใน ๓๘ ประเทศกลุ่มยุโรป เครื่องมือประเมินผลกระทบความเป็นธรรมทางสุขภาพ<sup>๘๒</sup> (Health Equity Impact Assessment Tool) ซึ่งใช้กระบวนการสร้างความตระหนักรู้ว่าด้วยผลกระทบทางนโยบายต่อกลุ่มประชากรแรงงานข้ามชาติและกลุ่มประชากรเปราะบางอื่น ในแวดวงผู้รับผิดชอบกระบวนการตัดสินใจเชิงนโยบายทุกระดับ และใช้แพร่หลายในประเทศแคนาดา สหรัฐอเมริกา และออสเตรเลีย นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือประเมินข้อมูลสุขภาพสำหรับผู้อพยพย้ายถิ่น<sup>๘๓, ๘๔</sup> (Health Information Assessment Tool) ซึ่งใช้จัดเก็บและบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพผู้ขอลี้ภัยและแรงงานข้ามชาติในเยอรมนีและเนเธอร์แลนด์

นอกจากนี้ ยังขาดองค์ความรู้ว่าด้วยนวัตกรรมยกระดับความรู้ทางสุขภาพในกลุ่มประชากรแรงงานข้ามชาติ รวมทั้งการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ดังกรณีในต่างประเทศมีการจัดทำเว็บไซต์ข้อมูลสุขภาพหลายภาษาให้กับแรงงานข้ามชาติทุกกลุ่ม เป็นต้น

## เอกสารอ้างอิง

<sup>๗๙</sup> Constitution of the World Health Organization (PDF). Geneva: World Health Organization. 1948.

<sup>๘๐</sup> Universal Declaration of Human Rights, United Nations, 1948.

<sup>๘๑</sup> International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination, United Nations, 1965.

<sup>๘๒</sup> International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, United Nations, 1966.

<sup>๘๓</sup> General Comment No. 14. Geneva: UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights. 2000.

<sup>๘๔</sup> อ้างถึงแล้วใน ๕

<sup>๘๕</sup> Legido-Quigley H, Pocock N, Tan ST, Pajin L, Suphanchaimat R, Wickramage K, et al. Healthcare is not universal if undocumented migrants are excluded. BMJ. 2019 2019 Sep 16; 366: I4160.

<sup>๘๖</sup> World Health Organization (WHO). Everybody's business - strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva; 2007.

<sup>๘๗</sup> ข้อตกลงระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐานที่ปลอดภัย เป็นระเบียบ และปกติ (Global Compact for Safe, Orderly and Regularly Migration: GCM): กองการสังคม กรมองค์การระหว่างประเทศ พ.ศ.๒๕๖๕.

---

<sup>๑๐</sup> มติคณะรัฐมนตรี วันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๕.

<sup>๑๑</sup> รายงานการศึกษาผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศ จากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย / สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.--พิมพ์ครั้งที่ ๑.-- กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, ๒๕๖๒.

<sup>๑๒</sup> World Population Prospects: The 2017 Revision

<sup>๑๓</sup> ชมนาด นิตตะโย, โสภณ ธัญญาเวชกิจ, บวรวิชัย จินดารักษ์ และ นันทนิตย์ ทองศรี. (๒๕๖๓). เปิดข้อเท็จจริงแรงงานต่างด้าวในไทย: ตอนที่ ๑ แรงงานทักษะต่ำ:มองภาพการพึ่งพาแรงงานต่างด้าวในไทย ผ่านข้อมูลประกันสังคม.

<sup>๑๔</sup> ภัคสิริ แอนิน. (๒๕๖๑). แรงงานต่างด้าว: การบริหารและการจัดการในประเทศไทย. วารสารศิลปการจัดการ. ๒ (๒).

<sup>๑๕</sup> กฤตยา อาชวนิจกุลและคณะ. รายงานวิจัย บทสังเคราะห์สถานการณ์คนข้ามชาติและทางเลือกนโยบายการนำเข้าแรงงานข้ามชาติของประเทศไทย, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. ๒๕๔๐.

<sup>๑๖</sup> กฤตยา อาชวนิจกุล, พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร. คำถามและข้อท้าทายต่อนโยบายรัฐไทยในการจัดการปัญหาสิทธิสุขภาพและสิทธิของแรงงานข้ามชาติ. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. ๒๕๕๔.

<sup>๑๗</sup> Martin, Philip. The economic contribution of migrant workers to Thailand: Towards policy development. ILO. 2007.

<sup>๑๘</sup> Vasuprasart P. Agenda for labour migration policy in Thailand: Towards long-term competitiveness. ILO. 2010.

<sup>๑๙</sup> อ้างแล้ว

<sup>๒๐</sup> ปังปอนด์ รักอำนวยกิจ. บทสังเคราะห์ นโยบาย ยุทธศาสตร์ การบริหารจัดการและแรงกดดันในการนำเข้าแรงงานข้ามชาติของประเทศไทย. สำนักงานแรงงานระหว่างประเทศ. ๒๕๕๒.

<sup>๒๑</sup> Vasuprasart, P. Inter-state cooperation on labour migration: Lessons learned from MOUs between Thailand and neighbouring countries. ILO. 2008.

<sup>๒๒</sup> อ้างแล้ว

<sup>๒๓</sup> ยงยุทธ แต้มนวล. ผลกระทบจากการจ้างแรงงานข้ามชาติของไทย ภายใต้ยุคพหุวัฒนธรรม. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. ๒๕๕๓.

<sup>๒๔</sup> IOM. Recruitment fees and related costs: What migrant workers from Cambodia, the Lao People's Democratic Republic, and Myanmar pay to work in Thailand. 2020.

<sup>๒๕</sup> ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์, วีระศักดิ์ พุทธาศรี, คณางค์ คั่นะมธุรพจน์. การตอบสนองของนโยบายและผลลัพธ์ของบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวและผู้ติดตามในประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ๒๕๕๙.

<sup>๒๖</sup> Rapeepong S. "Health Insurance Card Scheme" for cross-border migrants in Thailand: Responses in policy implementation & outcome evaluation. London School of Hygiene & Tropical Medicine. 2017.

<sup>๒๗</sup> อุษาวดี สุตะภักดิ์. การพัฒนาแนวทางการบริหารจัดการและการจัดระบบบริการสุขภาพให้แก่แรงงานข้ามชาติของประเทศไทย. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย. ๒๕๖๒.

<sup>๒๘</sup> วีระ หวังสัจจะโชติ, นพพล ผลอำนวย, รัตนสิทธิ ทิพย์วงศ์. การจัดหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้มีปัญหาด้านสถานะและสิทธิ รวมถึงผู้ที่ไม่ใช่ประชาชนไทยที่อยู่บนแผ่นดินไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ๒๕๖๔.

<sup>๒๙</sup> ศรวณีย์ อวนศรี, สดพร จุลชู, วาทีนี คุณเผือก, มธุรา ไพยารมณ, พิกุลแก้ว ศรีนาม, ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์.

การศึกษาสถานการณ์และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะ  
ในกรณีที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ในประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๖๔.

<sup>๓๐</sup> พฤกษ์ เกาตวิลัย, สุธีร์ สาทราคม. MOU การจ้างงานข้ามชาติ: เสรีนิยมใหม่ การคุ้มครองแรงงาน และการปรียุทธศาสตร์  
การกำกับควบคุมของรัฐ. วารสารสังคมลุ่มน้ำโขง ปีที่ ๗ ฉบับที่ ๓ กันยายน – ธันวาคม ๒๕๕๔; ๑-๒๖.

<sup>๓๑</sup> พฤกษ์ เกาตวิลัย, สุธีร์ สาทราคม. การศึกษากระบวนการดำเนินงานตามบันทึกความเข้าใจไทย-ลาวว่าด้วยความร่วมมือ  
ด้านการจ้างแรงงานในการจ้างแรงงานชาวลาวจากแขวงสาละวันสู่ประเทศไทย: รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. สำนักงานกองทุน  
สนับสนุนการวิจัย. ๒๕๕๘.

<sup>๓๒</sup> ปิ่นแก้ว เหลืองอร่ามศรี. การปกครองโดยเอกสาร: บัตรประจำตัวกับการเมืองว่าด้วยการควบคุมชนผู้มีเชื้อพลเมืองและ  
แรงงานข้ามชาติ : รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม. กรุงเทพฯ.  
๒๕๖๐.

<sup>๓๓</sup> เก่งกิจ กิติเรียงลาภ. (๒๕๖๑) เครือข่ายและทุนทางสังคมของแรงงานข้ามชาติ: บทบาทองค์กรชุมชนและการสร้างกลไก  
พัฒนาภาคีเครือข่ายการจัดสวัสดิการชายแดนแม่สอด ชายแดนไทย-เมียนมาร์. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่:เชียงใหม่.

<sup>๓๔</sup> อนิรุจน์ มะโนธรรม, นิติญา สังขนันท์, พัชรารัตน เกื้อเจริญ, สรา อารมณ. โครงการอาชีวอนามัยและความปลอดภัย  
ในการทำงานในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ: กรณีศึกษากลุ่มกิจการประมงทะเลจังหวัดภูเก็ต: รายงานฉบับสมบูรณ์. สำนักงาน  
คณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม. ๒๕๕๘.

<sup>๓๕</sup> อ้างแล้ว

<sup>๓๖</sup> Kosiyaporn, H., Julchoo, S., Phaiyaron, M. *et al.* Strengthening the migrant-friendliness of Thai health services  
through interpretation and cultural mediation: a system analysis. *glob health res policy* 5, 53 (2020).

<sup>๓๗</sup> Suphanchaimat, R., Kantamaturapoj, K., Putthasri, W. *et al.* Challenges in the provision of healthcare services  
for migrants: a systematic review through providers' lens. *BMC Health Serv Res* 15, 390 (2015).

<sup>๓๘</sup> ชาญวิทย์ ทรัพย์, นรรัตน์ ธรรมโรจน์, ปราณี จิตเอก. การศึกษาพฤติกรรมกรรมการแสวงหาบริการและการใช้บริการเพื่อพัฒนา  
ระบบการเงินการคลังสุขภาพ และการจัดบริการที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการสำหรับแรงงานข้ามชาติ :  
กรณีศึกษาจังหวัดสมุทรสาคร และจังหวัดระยอง. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันไทย เครือสถาบันวิจัยระบบ  
สาธารณสุข. ๒๕๕๔.

<sup>๓๙</sup> อรอนงค์ วิชัยคำ,กุลวดี อภิชาติบุตร, อภิรดี นันทศุภวัฒน์. ทศนคติของบุคลากรสุขภาพต่อการให้บริการสุขภาพแก่  
คนต่างด้าวและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ๒๕๖๓.

<sup>๔๐</sup> ยงยุทธ แฉล้มวงษ์และคณะ. ทศนคติต่อแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย ตามมิติด้านสาธารณสุข ด้านเศรษฐกิจ และ  
ด้านความมั่นคงของประเทศ. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. ๒๕๖๑.

<sup>๔๑</sup> ศยามล เจริญรัตน์, ชลนภา อนุกุล. การสำรวจสถานการณ์แรงงานข้ามชาติในเมืองใหญ่และการส่งเสริมบทบาทภาคเอกชน  
ในการพัฒนาระบบสุขภาพแรงงานข้ามชาติ. มูลนิธิเครือข่ายเพื่อสังคมเป็นธรรม. กรุงเทพฯ. ๒๕๖๔.

<sup>๔๒</sup> Noparatayaporn P, Wannasri A, Wanwong Y, Nipaporn S, Pongkanta W, Suphanchaimat R, et al. A narrative  
literature review on health insurance policies for undocumented/illegal migrant children and its policy implications  
in Thailand. 2017;15(3):13.

<sup>๔๓</sup> Mladovsky P, Ingleby D, Rechel B. Good practices in migrant health: the European experience. *Clinical  
Medicine*. 2012 Jun 1;12(3):248–52.

- 
- <sup>๔๔</sup> Mladovsky P, Rechel B, Ingleby D, McKee M. Responding to diversity: An exploratory study of migrant health policies in Europe. *Health Policy*. 2012 Apr;105(1):1–9.
- <sup>๔๕</sup> Cuadra CB. Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies. *Eur J Public Health*. 2012 Apr;22(2):267–71.
- <sup>๔๖</sup> Wanwong Y, Nipaporn S, Nopparattayaporn P, Pongkanta W, Putthasri W, Suphanchaimat R. Health Insurance for Undocumented Migrants: A Literature Review in Developed Countries. *J Med Assoc Thai* 2017;100:716.
- <sup>๔๗</sup> Dongarwar D, Salihu HM. Implementation of universal health coverage by South Korea during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Regional Health – Western Pacific* [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2021 Oct 12];7. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065\(21\)00002-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065(21)00002-X/fulltext)
- <sup>๔๘</sup> Yoon MS, Feyissa IF, Suk S-W. Panic and Trust during COVID-19: A Cross-Sectional Study on Immigrants in South Korea. *Healthcare*. 2021 Feb;9(2):199.
- <sup>๔๙</sup> มติคณะรัฐมนตรี วันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๔๘.
- <sup>๕๐</sup> IOM. Recruitment fees and related costs: What migrant workers from Cambodia, the Lao People's Democratic Republic, and Myanmar pay to work in Thailand [Internet]. 2020 [cited 2021 Aug 25]. Available from: [http://www.ilo.org/asia/publications/WCMS\\_740400/lang--en/index.htm](http://www.ilo.org/asia/publications/WCMS_740400/lang--en/index.htm)
- <sup>๕๑</sup> IOM. Recruitment fees and related costs: What migrant workers from Cambodia, the Lao People's Democratic Republic, and Myanmar pay to work in Thailand [Internet]. 2020 [cited 2021 Aug 25]. Available from: [http://www.ilo.org/asia/publications/WCMS\\_740400/lang--en/index.htm](http://www.ilo.org/asia/publications/WCMS_740400/lang--en/index.htm)
- <sup>๕๒</sup> The Way into the German Labour Market, [https://www.make-it-in-germany.com/fileadmin/\\_processed\\_/7/c/csm\\_20210107\\_Visagrafik\\_Gesamt\\_BildungUndArbeitsmarkt\\_EN\\_ffecce9bd1.png](https://www.make-it-in-germany.com/fileadmin/_processed_/7/c/csm_20210107_Visagrafik_Gesamt_BildungUndArbeitsmarkt_EN_ffecce9bd1.png)
- <sup>๕๓</sup> มาตรา ๕๑ พระราชกำหนดการบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ.๒๕๖๐
- <sup>๕๔</sup> ราชกิจจานุเบกษา วันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๓ เล่มที่ ๑๓๗ ตอนพิเศษ ๓๐๒๒ หน้า ๖๘ เรื่อง ข้อกำหนด ออกตามความในมาตรา ๙ แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๔๘ (ฉบับที่ ๑๕) [Internet]. [cited 2022 May 27] Available from: [http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/302/T\\_0068.PDF](http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/302/T_0068.PDF)
- <sup>๕๕</sup> ประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่อง ขอความร่วมมือห้ามเคลื่อนย้ายแรงงานต่างด้าวเข้าไปหรือออกจากพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID – 19) ลงวันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๓ [Internet]. [cited 2022 May 27] Available from: [https://www.doe.go.th/prd/assets/upload/files/lamphun\\_th/e852cfc2d4848c528662003f1eaf488d.pdf](https://www.doe.go.th/prd/assets/upload/files/lamphun_th/e852cfc2d4848c528662003f1eaf488d.pdf)
- <sup>๕๖</sup> อติสร เกิดมงคล และคณะ. เอกสารนำเสนอผลการศึกษาดูงานการแก้ปัญหาสิทธิด้านสุขภาพ กลุ่มแรงงานข้ามชาติ. การประชุมปรึกษาหารือแนวทางความร่วมมือเพื่อพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ. วันที่ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๔.
- <sup>๕๗</sup> รายงานเสวนา: COVID-19 และแรงงานข้ามชาติ (ในระบบ) ที่หายไป ร้องรัฐหามาตรการช่วยเหลือให้กลับเข้าระบบโดยไว. ประชาไท. ๑๙ ธ.ค.๒๕๖๓. [Internet]. [cited 2022 May 27] Available from: <https://prachatai.com/journal/2020/12/90875>

---

<sup>๕๘</sup> อรุณีตา อุดมมะโกนิน. แรงงานข้ามชาติ ประกันสังคม และการตกหล่นในจักรวาลโควิด 19. เดอะแอ็คทีฟ. ๒๐ ธ.ค.๒๕๖๓. [Internet]. [cited 2022 May 27] Available from: <https://theactive.net/read/migrant-workers-social-insurance-an-overlooked-covid19/>

<sup>๕๙</sup> ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๗ ตอนพิเศษ ๘๐ ง หน้า ๔๗ วันที่ ๗ เม.ย.๒๕๖๓ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดต่ออันตรายตาม (COVID-19) [Internet]. [cited 2022 May 27] Available from: <http://hsscovid.com/files/CovidPricing.PDF>

<sup>๖๐</sup> อ้างแล้วที่ ๕๖

<sup>๖๑</sup> ศยามล เจริญรัตน์, ชลนภา อนุกุล, ศิววงศ์ สุขทวี, ธัญชนก วรากรพัฒนกุล. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการสำรวจสถานการณ์แรงงานข้ามชาติในเมืองใหญ่ และการส่งเสริมบทบาทภาคเอกชนในการพัฒนาระบบสุขภาพแรงงานข้ามชาติ. มูลนิธิเครือข่ายเพื่อสังคมเป็นธรรม (JuSNet); ๒๕๖๔.

<sup>๖๒</sup> คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, (๒๕๖๒, ๙ กรกฎาคม). ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ [https://www.nhso.go.th/storage/files/shares/PDF/fund\\_mp01.pdf](https://www.nhso.go.th/storage/files/shares/PDF/fund_mp01.pdf)

<sup>๖๓</sup> <https://www.prachachat.net/csr-hr/news-325611>

<sup>๖๔</sup> กลุ่มงานกองทุนเพื่อการบริหารจัดการการทำงานของของคนต่างด้าว สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน. รายงานผลการดำเนินงานกองทุนเพื่อการบริหารจัดการการทำงานของของคนต่างด้าว ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๔. [https://www.doe.go.th/prd/assets/upload/files/fund\\_th/25a213923e6516891f7485fc62e6b9b6.pdf](https://www.doe.go.th/prd/assets/upload/files/fund_th/25a213923e6516891f7485fc62e6b9b6.pdf)

<sup>๖๕</sup> McAuliffe M, Khadria B, Bauloz C. World migration report 2020. Geneva: IOM; 2019.

<sup>๖๖</sup> Berry J. Mutual attitudes among immigrants and ethnocultural groups in Canada. International Journal of Intercultural Relations, 30, 719-734. International Journal of Intercultural Relations. 2006 Nov 1;30:719–34.

<sup>๖๗</sup> Berry J. Integration and Multiculturalism: Ways towards Social Solidarity. Papers on Social Representations. 2011 Jan 1;20.

<sup>๖๘</sup> <https://www.facebook.com/labornetworkforpeoplesright/photos/a.103318734829300/395388152289022>

<sup>๖๙</sup> Mladovsky P, Rechel B, Ingleby D, McKee M. Responding to diversity: An exploratory study of migrant health policies in Europe. Health Policy. 2012 Apr;105(1):1–9.

<sup>๗๐</sup> Kosiyaporn H, Julchoo S, Phaiyarom M, Sinam P, Kunpeuk W, Pudpong N, et al. Strengthening the migrant-friendliness of Thai health services through interpretation and cultural mediation: a system analysis. Global Health Research and Policy. 2020 Dec 8;5(1):53.

<sup>๗๑</sup> อ้างแล้วที่ ๒๐

<sup>๗๒</sup> คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร. ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป เขตบริการสุขภาพ กรุงเทพมหานคร. สำนักงานเขตบริการสุขภาพ ส่วนกลาง กรุงเทพมหานคร, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๗. ๖๐ p.

<sup>๗๓</sup> อ้างแล้วที่ ๑๑ – ๑๗

---

<sup>๗๔</sup> แฉล้มวงษ์, ยงยุทธ, สิริมา มงคลสัมฤทธิ์, สราวุธ ไพฑูรย์พงษ์, กัญญาภัค เกาศรี, ขวัญกมล ถนัดคำ, วาตรี ประสมทรัพย์, อัจฉริยา ตันมันทอง, สุณีย์ แซ่คู. ทศนคติต่อแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย ตามมิติด้านสาธารณสุข ด้านเศรษฐกิจ และ ด้านความมั่นคงของประเทศ. (๒๕๖๑).

<sup>๗๕</sup> ยงยุทธ แฉล้มวงษ์ และคณะ. รายงานฉบับสมบูรณ์เรื่องทศนคติต่อแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย ตามมิติด้านสาธารณสุข ด้านเศรษฐกิจ และด้านความมั่นคงของประเทศ. ทีดีอาร์ไอ. ๒๕๖๑.

<sup>๗๖</sup> อ้างแล้วที่ ๒๐

<sup>๗๗</sup> Dias S, Gama A, Cargaleiro H, Martins MO. Health workers' attitudes toward immigrant patients: a cross-sectional survey in primary health care services. Hum Resour Health. 2012 Jul 9;10:14.

<sup>๗๘</sup> Eshiett MUA, Parry EHO. Migrants and health: a cultural dilemma. Clin Med (Lond). 2003 Jun;3(3):229–31.

<sup>๗๙</sup> โชตนะพันธ์ ส, Chottanapund S, เกิดสิน ว, Koedsin W, ลีลา ย, Lila Y, et al. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลเชิงบูรณาการเพื่อบริหารจัดการด้านบริการสุขภาพและสถานะสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ โดยประยุกต์ใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ภูมิศาสตร์ กรณีสึกษาในพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก [Internet]. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๖๔ Jun [cited 2021 Aug 27]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5365>

<sup>๘๐</sup> Suttipornphaisalkul D. การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพแรงงานต่างด้าวโดยใช้ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์จังหวัดบึงกาฬ. ๒๕๖๔; ๕๔.

<sup>๘๑</sup> Ingleby D, Petrova-Benedict R, Huddleston T, Sanchez E, MIPEX Health strand Consortium. The MIPEX Health strand: a longitudinal, mixed-methods survey of policies on migrant health in 38 countries. Eur J Public Health. 2019 Jun 1;29(3):458–62.

<sup>๘๒</sup> Pottie K, Agic B, Archibald D, Ratnayake A, Tapia M, Thanos J. HEIA tools: inclusion of migrants in health policy in Canada. Health Promot Int. 2018 Apr 17.

<sup>๘๓</sup> Biddle L, Menold N, Bentner M, Nöst S, Jahn R, Ziegler S, et al. Health monitoring among asylum seekers and refugees: a state-wide, cross-sectional, population-based study in Germany. Emerging Themes in Epidemiology. 2019 Jul 7;16(1):3.

<sup>๘๔</sup> Bozorgmehr K, Goosen S, Mohsenpour A, Kuehne A, Razum O, Kunst AE. How Do Countries' Health Information Systems Perform in Assessing Asylum Seekers' Health Situation? Developing a Health Information Assessment Tool on Asylum Seekers (HIATUS) and Piloting It in Two European Countries. Int J Environ Res Public Health. 2017 Aug 8;14(8):E894.