

สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วย

การเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

๘ มิถุนายน ๒๕๖๕

การเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพกลุ่มแรงงานข้ามชาติ (Right to Health of Migrant Workers)

นิยาม ในเอกสารนี้

สิทธิด้านสุขภาพ (Right to Health) หมายถึง การบรรลุผลลัพธ์ทางสุขภาพตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ตามฐานานุกรมของประเทศ โดยดำเนินการผ่านปฏิบัติการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของประชากรในการตัดสินใจนโยบายสุขภาพ

แรงงานข้ามชาติ (migrant workers) หมายถึง ผู้ไม่มีสัญชาติไทยที่อยู่ระหว่างทางานหรือกำลังทำงานในประเทศไทย หรือเคยทำงานหรือเคยทำงานแต่ไม่สามารถทำงานต่อได้และยังอาศัยอยู่ในประเทศไทย โดยรวมถึงผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติด้วย

ผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติ (migrant dependents) หมายถึง ผู้ไม่มีสัญชาติไทยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงแรงงานข้ามชาติในกรณีของการย้ายถิ่น คู่สมรสและบุตรที่มีอายุไม่เกินสิบแปดปีถือว่าเป็นผู้ติดตาม โดยรวมถึงคู่สมรสโดยพฤตินัยและผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

แรงงานข้ามชาติไม่มีเอกสาร (undocumented migrants) หมายถึง แรงงานข้ามชาติที่ไม่สามารถดำเนินการตามกฎหมายของประเทศไทยในกระบวนการเข้าเมือง พักอาศัย หรือดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจ

ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (social determinant of health) หมายถึง ปัจจัยที่ส่งผลต่อผู้คนในการเกิด เติบโต ทำงาน ใช้ชีวิต สุขวัย รวมทั้งระบบโครงสร้างที่กำหนดเงื่อนไขในชีวิตประจำวัน

ความสำคัญของปัญหา สถานการณ์ และแนวโน้ม

๑. การย้ายถิ่นฐานของประชากรถือเป็นปรากฏการณ์ร่วมระดับโลกที่สำคัญในปัจจุบัน ผลกระทบจากประชากรย้ายถิ่นเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจจากภาครัฐ ประชาสังคม และสื่อมวลชน ทั้งในระดับภูมิภาค ระดับชาติ และระดับท้องถิ่น

๒. ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ประเมินว่ามีประชากรย้ายถิ่นฐานราว ๒๘๑ ล้านคน หรือร้อยละ ๓.๖ ของจำนวนประชากรโลกทั้งหมด* ทวีปเอเชียมีการเพิ่มขึ้นของประชากรย้ายถิ่นมากที่สุด ๘๖ ล้านคน หรือ ๑ ใน ๓ ของประชากรย้ายถิ่นทั่วโลก แรงงานจากกลุ่มประเทศอาเซียนมีการเคลื่อนย้ายเพิ่มสูงขึ้นเป็น ๒๐.๒ ล้านคน

ในตลาดแรงงานโลก โดยมีการเคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างกลุ่มประเทศอาเซียนด้วยกันเองราว ๖.๙ ล้าน และผู้หญิงมีส่วนราวครึ่งหนึ่ง ประเทศไทยเป็นประเทศปลายทางที่มีประชากรย้ายถิ่นมากที่สุดในกลุ่มประเทศอาเซียน

๓. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทย^๖ เป็นสาเหตุหลักของความต้องการแรงงานที่สูงขึ้น เนื่องจากประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๘ ทั้งยังเป็นประเทศกำลังพัฒนาประเทศแรกในโลกที่เป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ และคาดว่าในปี พ.ศ. ๒๕๘๓ ประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด นั่นคือ ราวร้อยละ ๓๑.๔ ของจำนวนประชากรทั้งประเทศเป็นผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันก็มีอัตราการเกิดในระดับต่ำ คาดการณ์ว่า^๗ แม้ว่าประชากรโลกโดยรวมจะเพิ่มขึ้น แต่จำนวนประชากรไทยจะลดลงเหลือ ๖๕ ล้านคนในปี พ.ศ. ๒๕๙๓ และเป็น ๔๗ ล้านคน ในปี พ.ศ. ๒๖๔๓ การนำเข้าแรงงานข้ามชาติเพื่อรักษากำลังแรงงานและอัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจจึงเป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้อย่างน้อยในอีกหนึ่งศตวรรษจากนี้^{๘,๙}

๔. ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา งานศึกษาว่าด้วยนโยบายแรงงานข้ามชาติของประเทศไทยชี้ให้เห็นว่าประเทศไทยยังขาดการนำเอาประเด็นแรงงานข้ามชาติเข้าไปรวมอยู่ในนโยบายการพัฒนาของประเทศ^{๑๐} และทิศทางนโยบายหลักตั้งอยู่บนมุมมองว่าการขาดแคลนแรงงานเป็นเรื่องชั่วคราว การนำเข้าแรงงานข้ามชาติจึงมีลักษณะเพื่อทดแทนแรงงานระยะสั้น^{๑๑} แม้ว่าจะมีข้อเสนอแนะว่าด้วยการบูรณาการนโยบายแรงงานข้ามชาติในลักษณะข้ามกระทรวงข้ามหน่วยงาน^{๑๒} แต่แนวนโยบายว่าด้วยแรงงานข้ามชาติของประเทศไทยยังอยู่ภายใต้กระบวนการตัดสินใจบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติ ในฐานะ “คนต่างด้าว” เน้นการรักษาความมั่นคงของประเทศมากกว่าการคุ้มครองสิทธิแรงงานตามพื้นฐานสิทธิมนุษยชน และมองข้ามประโยชน์ทางเศรษฐกิจอันเกิดจากแรงงานข้ามชาติ^{๑๓} สะท้อนว่าแนวนโยบายแรงงานข้ามชาติในประเทศไทยยังมีลักษณะการกีดกันออก ซึ่งต่างจากแนวทางของประเทศพัฒนาหลายแห่งในโลกที่เน้นการรวมเข้ามา (inclusion) โดยมีเป้าประสงค์เพื่อความเป็นปึกแผ่น (social solidarity) และผนึกทอความเหนียวแน่นทางสังคม (social cohesion) โดยเฉพาะในสังคมร่วมสมัยที่มีกลุ่มประชากรหลากหลาย

๕. องค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐานประเมินว่า ประชากรย้ายถิ่นในประเทศไทยได้เพิ่มขึ้นจาก ๓.๗ ล้านคน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ เป็น ๔.๙ ล้านคน ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ประกอบด้วยแรงงานข้ามชาติที่ใบอนุญาตทำงานและแรงงานข้ามชาติไม่มีเอกสารรวม ๓.๙ ล้านคน ส่วนใหญ่เป็นแรงงานจากกัมพูชา ลาว เมียนมาร์ และเวียดนาม คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๑๐ ของประชากรแรงงานในประเทศไทย^{๑๔} หากเทียบกับสถิติแรงงานข้ามชาติที่มีใบอนุญาตทำงานในปีเดียวกัน (๒.๑ ล้านคน) คาดว่าน่าจะมีแรงงานข้ามชาติไม่มีเอกสารในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ อยู่ราว ๑.๘ ล้านคน หรือร้อยละ ๔๑ ของกลุ่มประชากรแรงงานข้ามชาติทั้งหมด กลุ่มแรงงานข้ามชาติไม่มีเอกสารนี้เป็นกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันทางสุขภาพรองรับ

๖. ข้อมูลจากสำนักงานข้าหลวงใหญ่ผู้ลี้ภัยแห่งสหประชาชาติในปี พ.ศ. ๒๕๖๔^{๑๕} ชี้ให้เห็นว่าผู้ไม่มีสัญชาติไทยที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพรองรับยังมีอีกราว ๐.๕๘ ล้านคน ประกอบด้วยกลุ่มผู้ลี้ภัย (๐.๐๙๒ ล้านคน) กลุ่มผู้ขอลี้ภัย (๐.๐๐๕ ล้านคน) และคนไร้รัฐ (๐.๔๘ ล้านคน) นอกจากนี้ ยังมีกลุ่มผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติ/ผู้ลี้ภัยในเขตเมือง และหรือนักท่องเที่ยว ที่ไม่ทราบจำนวน แม้ว่าจะมีหนังสือเดินทางและวีซ่าแต่ไม่ได้ซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวและคนต่างด้าวไว้

๗. สถิติแรงงานระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔ (ดูผนวก ตารางที่ ๑) พบว่ามีแรงงานข้ามชาติที่มีใบอนุญาตทำงานอยู่ระหว่าง ๒ – ๓ ล้านคน ประกอบด้วยกลุ่มแรงงานทั่วไปที่นำเข้ามาตามข้อตกลงและพิสูจน์

สัญญาชาติ กลุ่มแรงงานมีทักษะที่เข้ามาผ่านการส่งเสริมการลงทุน กลุ่มชาติพันธุ์ชนกลุ่มน้อย กลุ่มที่ผลักดันกลับประเทศ
ต้นทางไม่ได้ และกลุ่มแรงงานตามฤดูกาล โดยในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ มีแรงงานข้ามชาติที่มีใบอนุญาตทำงานราว ๒.๕๑
ล้านคน โดยเป็นผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม ๑.๐๖ ล้านคน และเป็นผู้ประกันตนในระบบประกันสุขภาพ
แรงงานต่างด้าวและคนต่างด้าว ๐.๗๘ ล้านคน ดังนั้น จึงคาดว่าแรงงานข้ามชาติที่มีใบอนุญาตทำงานแต่ไม่ได้
เป็นผู้ประกันตนทั้งในระบบประกันสังคมและระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวและคนต่างด้าวราว ๐.๖๗ ล้านคน
หรือร้อยละ ๒๗ ของกลุ่มประชากรแรงงานข้ามชาติที่มีใบอนุญาตทำงาน

๘. กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาพยาบาล ไม่สามารถ
จ่ายเงินค่ารักษาได้ ทำให้หน่วยบริการสุขภาพของรัฐต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ไม่สามารถ
เรียกเก็บได้จากแรงงานข้ามชาติ (ดูผนวก ตารางที่ ๓ และ ๔) ดังในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔ ค่าใช้จ่ายบริการ
สุขภาพของประชากรข้ามชาติต่อปี เฉลี่ยราวร้อยละ ๗๙ เป็นค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ
๔ สัญชาติ (กัมพูชา ลาว เมียนมาร์ เวียดนาม) และค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพที่เรียกเก็บไม่ได้ในกลุ่มแรงงานทั้ง
๔ สัญชาติ มีสัดส่วนราวครึ่งหนึ่ง (เฉลี่ยต่อปี ร้อยละ ๕๓) โดยส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในพื้นที่เขตเมือง
(ร้อยละ ๕๘ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ และปี พ.ศ. ๒๕๖๔)

๙. โดยทั่วไป แรงงานข้ามชาติที่มีประกันสุขภาพหรือประกันสังคมส่วนใหญ่ประสบปัญหาเข้าไม่ถึงบริการ
สุขภาพและสิทธิประโยชน์ในประกันสังคม ซึ่งทิวความรุนแรงและมองเห็นเด่นชัดมากขึ้นในช่วงวิกฤตโรคระบาด
ใหญ่ ตั้งแต่การเข้าไม่ถึงข้อมูลข่าวสารสุขภาพซึ่งโดยมากเป็นภาษาไทย เข้าไม่ถึงอุปกรณ์ป้องกันตัว เข้าไม่ถึงสิทธิ
การตรวจหาเชื้อ สิทธิเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือกักตัวในโรงพยาบาลสนาม สิทธิในการได้รับเอกสาร
รับรองเมื่อหายแล้วเพื่อกลับเข้าไปทำงานต่อ การที่นายจ้าง/สถานประกอบการผู้ว่าจ้าง ไม่ให้เล็งเห็นความสำคัญ
และการดูแลแรงงาน ในการเอื้อให้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งสิทธิในการเข้าถึงวัคซีน

๑๐. หนึ่งในสาเหตุสำคัญของการตกหล่นจากระบบประกันสังคม/ประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ
ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 คือ ช่องว่างทางนโยบายการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติ ซึ่งในภาวะ
ปกติ ได้มีการกำหนดว่าหากแรงงานข้ามชาติไม่ได้ทำงานกับนายจ้างเดิมแล้ว จะต้องหานายจ้างใหม่ภายใน
ระยะเวลา ๓๐ วัน^{๑๒} มิเช่นนั้นจะถือว่าสิ้นสุดสถานะการจ้างและสถานะการอยู่ในประเทศไทย อันจะมีผลให้สิทธิใน
หลักประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติสิ้นสุดตามไปด้วย อย่างไรก็ตาม เนื่องจากไม่ได้มีการยกเว้นเงื่อนไขนี้ในภาวะ
ที่ประเทศประสบกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในระลอกหนึ่งถึงระลอกสาม ประกอบกับ
มาตรการห้ามการเคลื่อนย้ายแรงงานข้ามชาติเพื่อการป้องกันควบคุมการระบาดของโรคโควิด 19^{๑๓,๑๔} เป็นเหตุให้
แรงงานข้ามชาติที่นายจ้างยุติการประกอบกิจการจากสถานการณ์โควิด 19 และไม่สามารถหานายจ้างใหม่ได้ใน
เวลาที่กฎหมายกำหนด ต้องสิ้นสุดสถานะการจ้างงาน กลายเป็นแรงงานที่ไม่มีเอกสารหรือแรงงานไม่ถูกระเบียบ
รวมถึงปัญหาแรงงานข้ามชาติที่หลักประกันสุขภาพหมดอายุในระหว่างสถานการณ์โควิด 19 ไม่สามารถซื้อ
หลักประกันสุขภาพใหม่ได้ เพราะยุ่งยากในการเดินทางไปดำเนินการตามขั้นตอน สถานบริการสุขภาพที่เคยขาย
บัตรสุขภาพหยุดขาย และความไม่ชัดเจนในเรื่องการขายบัตรสุขภาพ^{๑๕}

๑๑. การระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลโดยตรงต่อการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของแรงงาน
ข้ามชาติในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๖๓ – ๒๕๖๔ ซึ่งพบการระบาดของโรคโควิด 19 ในลักษณะกลุ่มก้อน (cluster) ในกลุ่ม

แรงงานข้ามชาติ อันมีสาเหตุจากสภาพแวดล้อมในการทำงานและการพักอาศัย การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และการเข้าถึงอุปกรณ์ป้องกันได้ไม่เพียงพอ^{๑๖} ประกอบกับอัตราค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคโควิด 19 มีค่าใช้จ่ายต่อคนค่อนข้างสูงเนื่องจากต้องมีการรักษา/กักตัวไม่น้อยกว่า ๑๔ วัน^{๑๗} ซึ่งแม้ว่ากลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ/ประกันสังคม (กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีเอกสารหรือไม่ถูกระเบียบ กลุ่มผู้ลี้ภัย กลุ่มผู้ขอลี้ภัย กลุ่มคนไร้รัฐ กลุ่มผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีประกันสุขภาพ และกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่มีใบอนุญาตทำงานแต่ตกหล่นจากระบบประกันสังคม/สุขภาพ) จะสามารถเข้าสู่บริการสุขภาพได้บางส่วน แต่ก็สร้างผลกระทบต่อการคลังสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพค่อนข้างมาก โดยพบว่า ค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ๔ สัญชาติ (กัมพูชา ลาว เมียนมาร์ เวียดนาม) ทุกกลุ่มทั่วประเทศ เพิ่มขึ้นจาก ๔.๕ พันล้าน ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ เป็น ๘.๖ พันล้าน ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ และสัดส่วนค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพที่เรียกเก็บไม่ได้ของสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๔๘ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ เป็นร้อยละ ๖๘ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ (ดู ผนวก ตารางที่ ๓ และ ๔) และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ หากไม่มีมาตรการหลักประกันสุขภาพและแนวทางบริการวัคซีนแก่ประชากรแรงงานข้ามชาติทุกกลุ่ม อนึ่ง การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพที่เรียกเก็บไม่ได้ สาเหตุหลักหนึ่งเป็นผลจากการตกหล่นจากระบบประกันสังคม/ประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติเนื่องจากช่องว่างทางนโยบายการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งคาดการณ์ว่ามีจำนวนกว่า ๗๐๐,๐๐๐ คน^{๑๘} อันส่งผลให้สัดส่วนค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพที่เรียกเก็บได้ที่รัฐพึงได้จากการเก็บค่าประกันสังคม/ประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติลดลงตามสัดส่วนแรงงานข้ามชาติที่สามารถเข้าสู่ระบบที่ลดลง ประกอบกับความรุนแรงของสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งเป็นการระบาดใหญ่ที่ส่งผลกระทบทั่วโลกอีกด้วย

๑๒. บทบาทขององค์กรภาคประชาสังคมแรงงานข้ามชาติมีความสำคัญมากต่อพัฒนาการด้านนโยบายแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย เครือข่ายองค์กรด้านประชากรข้ามชาติ (MWG – Migrant Working Group) มีบทบาทหลักในการประสานการทำงานเชิงนโยบายระหว่างภาคส่วนต่างๆ เครือข่ายเพื่อสิทธิแรงงานข้ามชาติ (MWRN – Migrant Workers Right Network) ประสานความร่วมมือระหว่างภาคเอกชนในการพัฒนาแนวทางคุ้มครองสิทธิแรงงาน มูลนิธิเครือข่ายส่งเสริมคุณภาพชีวิตแรงงาน (LPN – Labour Protection Network) จัดให้มีการศึกษาสำหรับเด็กและเยาวชนที่เป็นผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติและเปิดเผยการค้ามนุษย์ด้านแรงงาน มูลนิธิเพื่อเยาวชนชนบท (มยช.) บูรณาการเด็กและเยาวชนผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติเข้าสู่ระบบการศึกษาไทย มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย หนุนเสริมการพัฒนาระบบอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) และพนักงานสาธารณสุขต่างด้าว (พสต.) มูลนิธิร่วมมิตรไทย-พม่า จัดสอนภาษาไทยและสนับสนุนการศึกษานอกระบบให้แก่แรงงานข้ามชาติเขตเมือง มูลนิธิรักไทย สนับสนุนล่ามแปลให้กับปฏิบัติการในพื้นที่ มูลนิธิสิทธิมนุษยชนและการพัฒนา (HRDF – Human Rights and Development Foundation) จัดตั้งคลินิกกฎหมายแรงงานและต่อต้านการค้ามนุษย์ด้านแรงงาน เป็นต้น เหล่านี้ เป็นทุนทางสังคมที่สำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพแรงงานข้ามชาติ

๑๓. ด้วยเหตุผลดังกล่าวมาข้างต้น การเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพของกลุ่มประชากรแรงงานข้ามชาติจึงเป็นวาระสำคัญทางสุขภาพของทุกภาคส่วน

ข้อจำกัดในการเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ

๑๔. สิทธิด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม (สิทธิในการถูกจ้างงานที่มีคุณค่า สิทธิในอาหาร ที่อยู่อาศัย บริการสุขภาพ รวมทั้งประกันสังคม) เป็นสิทธิมนุษยชนที่เน้นส่งเสริมสิทธิเชิงบวก โดยเหตุที่ถือว่าเป็นหน้าที่ของรัฐที่ต้องทำให้สิทธิเหล่านั้นเกิดขึ้น จึงเป็นดุลพินิจของแต่ละประเทศในการพิจารณาจัดสรรทรัพยากรและดำเนินการตามฐานานุกรมที่จะจัดให้มีการบรรลุผลลัพธ์ทางสุขภาพตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้

๑๕. ข้อจำกัดใหญ่ ๓ ประการของภาครัฐที่ไม่สามารถดำเนินการให้ประชากรแรงงานข้ามชาติบรรลุผลลัพธ์ทางสุขภาพตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่เป็นไปได้ ได้แก่ (หนึ่ง) หลักประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติไม่ได้จัดให้ตามระดับการมีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจและสังคมของแรงงาน (สอง) ค่าธรรมเนียมและค่าใช้จ่ายในกระบวนการขออนุญาตทำงานในประเทศไทยจัดเก็บโดยไม่คำนึงถึงลักษณะงานที่มีรายได้น้อยของแรงงานข้ามชาติ (สาม) การจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการสุขภาพไม่สอดคล้องกับรายรับจากค่าธรรมเนียมทั้งหมดที่จัดเก็บจากแรงงานข้ามชาติ

๑๖. (หนึ่ง) ในทางปฏิบัติ เมื่อแรงงานข้ามชาติเจ็บป่วยต้องได้รับการรักษาพยาบาล สถานบริการทางแพทย์ก็ให้บริการโดยพิจารณาจากความสามารถที่จะจ่ายของแรงงานข้ามชาติและหรือนายจ้าง โดยไม่คำนึงถึงสถานะการเข้าเมือง อย่างไรก็ตามการเป็นผู้ประกันตนในระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวมีสถานะการเข้าเมืองเป็นเงื่อนไข เนื่องจากการตรวจสอบสุขภาพและซื้อประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการจัดทำเอกสารคนเข้าเมืองและขอใบอนุญาตทำงาน แรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนประกันสุขภาพกับสถานพยาบาลใดเบื้องต้นต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลที่สถานบริการที่ขึ้นทะเบียน ยกเว้นกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินสามารถเข้ารับบริการที่สถานบริการของรัฐได้ ดังนั้นเอง กลุ่มแรงงานข้ามชาติไม่มีเอกสารจึงไม่สามารถเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพได้นำมาสู่ภาระทางการคลังเมื่อเผชิญกับวิกฤตความมั่นคงทางสุขภาพ เมื่อพิจารณาแนวปฏิบัติในประเทศที่จัดหลักประกันสุขภาพให้กับแรงงานข้ามชาติไม่มีเอกสาร^{๑๙,๒๐,๒๑,๒๒,๒๓} จะพบว่าประเทศเหล่านั้นมีหลักประกันสุขภาพที่มุ่งรองรับแรงงานข้ามชาติที่มีรายได้น้อย เป็นการจัดสิทธิด้านสุขภาพบนพื้นฐานระดับการมีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจและสังคมของแรงงานข้ามชาติที่มุ่งเน้นระยะเวลาการพำนักและทำงานในประเทศโดยไม่คำนึงถึงสถานะการเข้าเมือง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของระบบสาธารณสุขและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดังที่เคยมีประกาศและหลักการดังกล่าวก็ได้มีการดำเนินการผ่านการจัดสิทธิทางการศึกษาให้กับเด็กและเยาวชนหรือผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีเอกสารในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๘ แล้ว^{๒๔}

๑๗. (สอง) โดยเหตุที่ค่าใช้จ่ายในกระบวนการขอใบอนุญาตทำงานค่อนข้างสูง แรงงานข้ามชาติต้องจ่ายค่าธรรมเนียมและค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องในกระบวนการเสาะหาแรงงาน (recruitment) สูงถึง ๑.๙ – ๒.๒ เท่าของ อัตราเงินเดือนที่ได้รับ^{๒๕} ดังนั้นเอง แม้ว่าค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบสุขภาพและทำประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติไม่สูงนัก (ร้อยละ ๙) แต่ค่าธรรมเนียมการทำหนังสือเดินทาง (ร้อยละ ๒๐) วีซ่า (ร้อยละ ๒๒) และใบอนุญาตทำงาน (ร้อยละ ๑๘) รวมกันแล้วเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงมากสำหรับแรงงานข้ามชาติที่เป็นแรงงานรายได้น้อย ทางเลือกของแรงงานข้ามชาติจึงมีสองทาง ได้แก่ เป็นหนี้ หรือ เป็นแรงงานข้ามชาติไร้เอกสาร ซึ่งอย่างหลังนำไปสู่การเข้าถึง

งานรายได้น้อย ไม่ปลอดภัย เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และเปราะบางต่อการถูกละเมิดสิทธิทั้งจากนายจ้างและการหาประโยชน์มิชอบโดยเจ้าหน้าที่รัฐ

๑๘. (สาม) การจัดสรรงบประมาณในการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติในภาพรวมมีความล้นเกินไม่ได้ และขาดประสิทธิภาพ เนื่องจากการแย่งงบประมาณรายรับรายจ่ายตามกระทรวง หน่วยงานที่จัดบริการสุขภาพให้กับแรงงานข้ามชาติมิได้เป็นหน่วยงานที่จัดเก็บค่าธรรมเนียมหรือเงินสมทบจากแรงงานข้ามชาติ แต่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายสูงกว่าหน่วยงานจัดเก็บค่าธรรมเนียมหรือเงินสมทบ หากพิจารณาค่าธรรมเนียมและเงินสมทบที่เรียกเก็บจากแรงงานข้ามชาติ ซึ่งประกอบด้วยค่าธรรมเนียมการออกวีซ่า การออกใบอนุญาตทำงาน บัตรประกันสุขภาพ และเงินสมทบประกันสังคม จะพบว่าค่าธรรมเนียมและเงินสมทบ ๑๕.๔ พันล้านบาท ต่อจำนวนแรงงานล้านคน/ปี (ดูผนวก ตารางที่ ๕) ซึ่งเป็นจำนวนที่สูงกว่ารายจ่ายการให้บริการสุขภาพแก่ประชากรแรงงานข้ามชาติราว ๐.๗ พันล้านบาท ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓

ระบบสุขภาพที่ครอบคลุมประชากรแรงงานข้ามชาติทุกกลุ่ม

๑๙. การบรรลุสิทธิด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ จำต้องมีระบบสุขภาพที่มีเป้าหมาย (หนึ่ง) มุ่งสร้างความมั่นคงทางสุขภาพด้วยระบบสุขภาพที่คุ้มครองประชากรทุกกลุ่ม และ (สอง) ระดับสิทธิการรับบริการสุขภาพขึ้นกับระยะเวลาที่พำนักในประเทศนั้นและระดับการมีส่วนร่วมในทางเศรษฐกิจและสังคมโดยไม่คำนึงถึงสถานะการเข้าเมือง

๒๐. ระบบสุขภาพประกอบด้วยองค์กร สถาบัน ทรัพยากร และผู้คนที่มีเป้าหมายร่วมกันในการยกระดับสุขภาพผู้คน รวมถึงปฏิบัติการทั้งหลายทั้งปวงผ่านปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพหรือกิจกรรมพัฒนาสุขภาพโดยตรง การสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพจำต้องทำงานผ่านปัจจัยสำคัญที่เรียกว่า ๖ เสาหลักของระบบสุขภาพ^{๒๖} ดังนั้นเอง สิทธิด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อองค์ประกอบของระบบสุขภาพแต่ละส่วนสามารถจัดอุปสรรคและเปิดโอกาสให้แรงงานข้ามชาติเข้าถึงระบบสุขภาพได้^{๒๗} ผ่าน ๔ ปัจจัยหลักดังนี้

๒๑. (หนึ่ง) แรงงานข้ามชาติยังขาดการบูรณาการเข้าไปในนโยบายระดับชาติ ดังที่ไม่ปรากฏนโยบายแรงงานข้ามชาติในแผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๘๐) และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) ระเบียบการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติมีความยุ่งยากซับซ้อน ขาดกฎหมายบูรณาการสิทธิแรงงานข้ามชาติ ไม่มีตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ว่าด้วยแรงงานข้ามชาติในแผนการทำงานระดับกระทรวง สะท้อนให้เห็นว่าไม่มีทิศทางหลักที่ชัดเจนตลอดจนภาวะการนำเชิงนโยบาย ดังปรากฏว่า แม้จะมีความต้องการแรงงานข้ามชาติในตลาดแรงงานของประเทศไทยชัดเจนเพื่อให้มาทำงานที่รายได้น้อยและมีสภาพการจ้างงานต่ำกว่ามาตรฐานของแรงงานไทย แต่กลับมีการจัดเก็บค่าธรรมเนียมและค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องในกระบวนการเสาะหาแรงงานในอัตราที่สูง ไม่มีกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติที่ชัดเจน ส่วนบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวกับประเด็นแรงงานข้ามชาติก็ขาดการสนับสนุนทั้งงบประมาณและอัตราค่าจ้างคน นอกจากนี้ การขาดมิติแรงงานข้ามชาติในแผนระดับชาติทำให้ไม่มีการทำงานเชิงรุกในการพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อ

ลดความเหลื่อมล้ำด้านสาธารณสุขและสร้างความมั่นคงทางสุขภาพในภูมิภาค และแนวทางการถ่ายโอนสิทธิประโยชน์ประกันสังคมให้กับแรงงานข้ามชาติเมื่อกลับไปประเทศต้นทาง

๒๒. (สอง) การคลังสุขภาพไม่ครอบคลุมประชากรแรงงานข้ามชาติทุกกลุ่ม ที่มาของการคลังสุขภาพแรงงานข้ามชาติมาจากสองแหล่งใหญ่คือ กองทุนประกันสังคมและกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว ข้อจำกัดของกองทุนประกันสังคมคือ แรงงานข้ามชาติเข้าถึงสิทธิประโยชน์ได้น้อยมาก เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจและการใช้บริการมีความซับซ้อนยุ่งยากต่อทั้งแรงงานข้ามชาติและนายจ้าง และไม่เปิดโอกาสให้แรงงานข้ามชาติที่เป็นแรงงานนอกระบบเข้าร่วม นายจ้าง สถานประกอบการ และผู้ว่าจ้างที่มีแรงงานนอกระบบอยู่ในความดูแล ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการผลักดันให้แรงงานเข้าสู่กระบวนการพิสูจน์สัญชาติและจัดทำทะเบียนประวัติเพื่อให้แรงงานมีโอกาสในการเข้าถึงบริการพื้นฐานที่รัฐจัดให้ ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ประกันตนเพื่อประสานสิทธิระหว่างรอยต่อประกันสุขภาพและประกันสังคม รวมทั้งขาดกลไกบริการรับเรื่องร้องเรียนที่เป็นมิตรกับแรงงานข้ามชาติ ส่วนข้อจำกัดของกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวคือ มีขนาดเล็ก ขาดเสถียรภาพ และอัตราเบี้ยประกันสุขภาพ (๑,๖๐๐ บาท/ปี) ต่ำกว่างบประมาณรายหัวที่รัฐจ่ายให้พลเมืองสัญชาติไทยในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (๓,๖๐๐ บาท/ปี) เป็นปัจจัยผลักดันให้สถานบริการไม่ขายบัตรประกันสุขภาพให้แก่แรงงานข้ามชาติ เพราะต้องรับภาระความเสี่ยงทางการเงินการคลังค่อนข้างสูง แต่ทั้งสองกองทุนไม่ครอบคลุมกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีเอกสาร ความท้าทายก็คือ การพัฒนาการคลังทางสุขภาพที่มีเสถียรภาพ ครอบคลุมกลุ่มแรงงานข้ามชาติทุกกลุ่ม มีหลักประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้าให้ครอบคลุมแรงงานข้ามชาติรายได้น้อย มีเบี้ยประกันสุขภาพเพียงพอต่อเสถียรภาพทางการเงินการคลังของสถานพยาบาล มีสิทธิประโยชน์แตกต่างกันตามระดับการมีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจและสังคม โดยไม่คำนึงถึงสถานะการเข้าเมือง

๒๓. (สาม) ระบบบริการสุขภาพแรงงานข้ามชาติยังเน้นเชิงรับ มีไม่เพียงพอ และขาดการมีส่วนร่วมจากภาคเอกชนและภาคประชาสังคม เนื่องจากความต้องการทางสุขภาพของแรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่ คือ อาชีวอนามัย และการส่งเสริมป้องกันโรค (อนามัยเจริญพันธุ์ อนามัยแม่และเด็ก เป็นต้น) แม้ว่าจะมีการส่งเสริมให้มีระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับแรงงานข้ามชาติที่มุ่งการพัฒนา อสต. และ พสต. แต่ก็อยู่บนพื้นฐานของการจัดบริการเชิงรับ รอให้แรงงานข้ามชาติมาที่สถานบริการเมื่อเจ็บป่วย และสร้างภาระค่าใช้จ่ายทางสาธารณสุขมากกว่าการจัดบริการเชิงส่งเสริมป้องกันโรคในที่ทำงานและชุมชนแรงงานต่างด้าว ขาดแนวนโยบายที่ชัดเจนในการว่าด้วยการกำหนดอัตราค่าจ้างคนเพื่อจ้าง พสต. และเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ในการอบรม อสต. นอกจากนี้ยังพบว่ามีความยากลำบากค่อนข้างมากในการขอย้ายสิทธิให้ไปอยู่ในสถานพยาบาลใกล้ที่อยู่อาศัยหรือที่ทำงานของแรงงานข้ามชาติ และหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิตามสิทธิประกันสุขภาพ/สังคมยังกระจายตัวไม่เพียงพอทั้งในเขตเมืองและพื้นที่ชายแดน แรงงานข้ามชาติโดยมากใช้บริการจากร้านขายยาเป็นส่วนใหญ่ แม้ว่าในพื้นที่กรุงเทพมหานครจะเริ่มมีการส่งเสริมบทบาทร้านขายยาและเภสัชกรในฐานะศูนย์บริการสุขภาพสำหรับผู้มีรายได้น้อย แต่เป้าหมายในการดำเนินงานไม่ครอบคลุมกลุ่มประชากรแรงงานข้ามชาติ

๒๔. (สี่) ข้อจำกัดด้านข้อมูล องค์ความรู้ และความตระหนักรู้ นั่นคือ (๑) ยังขาดข้อมูลและการบูรณาการฐานข้อมูลสำหรับประเมินติดตามผลระบบสุขภาพแรงงานข้ามชาติ ต้องเพิ่มเติมข้อมูลตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการย้ายถิ่น เป็นต้นว่า ประเทศต้นทางหรือถิ่นกำเนิด และหรือที่พักอาศัยสุดท้าย สถานภาพการย้ายถิ่น

การพักรวมกับครอบครัว ธรรมชาติของกระบวนการย้ายถิ่นและระยะเวลาที่พำนักในประเทศใหม่ โดยตัวแปรสุขภาพแรงงานข้ามชาติควรจะบูรณาการกับระบบข้อมูลสุขภาพที่มีอยู่ (๒) ขาดความรู้ว่าด้วยแนวทางยกระดับความรอบรู้ทางสุขภาพในกลุ่มประชากรแรงงานข้ามชาติ และ (๓) กำแพงวัฒนธรรมและการเลือกปฏิบัติเป็นอุปสรรคอย่างมากต่อแรงงานข้ามชาติในการเข้ารับบริการสุขภาพ จำต้องมีการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของบุคลากรทางการแพทย์ และขอความร่วมมือกับสื่อมวลชนในการสร้างความตระหนักรู้ของสังคมไทยต่อการเป็นพลเมืองทางเศรษฐกิจของแรงงานข้ามชาติ เพื่อจัดการติตราและการเลือกปฏิบัติในสังคม

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น

ขอให้สมัชชาสุขภาพสุขภาพเฉพาะประเด็น พิจารณา (ร่าง) เอกสารหลัก สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น การเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ / (ร่าง) มติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นการเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ / (ร่าง) เส้นทางเดินของมติ (Roadmap) สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น การเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

เอกสารอ้างอิง

^๑ McAuliffe M, Khadria B, Bauloz C. World migration report 2020. Geneva: IOM; 2019.

^๒ รายงานการศึกษาผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศ จากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย / สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.--พิมพ์ครั้งที่ ๑.-- กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, ๒๕๖๒.

^๓ World Population Prospects: The 2017 Revision

^๔ ชมนาด นิตตะโย, ไสภณ ัญญาเวชกิจ, บวรวิทย์ จินดารักษ์ และ นันทินิตย์ ทองศรี. (๒๕๖๓). เปิดข้อเท็จจริงแรงงานต่างด้าวในไทย: ตอนที่ ๑ แรงงานทักษะต่ำ:มองภาพการพึ่งพาแรงงานต่างด้าวในไทย ผ่านข้อมูลประกันสังคม.

^๕ ภคสิริ แอนิน. (๒๕๖๑). แรงงานต่างด้าว: การบริหารและการจัดการในประเทศไทย. วารสารศิลปการการจัดการ. ๒ (๒).

^๖ กฤตยา อาชวนิจกุล. บทสังเคราะห์สถานการณ์คนข้ามชาติและทางเลือกนโยบายการนำเข้าแรงงานข้ามชาติของประเทศไทย. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๔๐ p.๖๓.

^๗ Martin P. The economic contribution of migrant workers to Thailand: Towards policy development. 2007;48.

^๘ Vasuprasat P. Inter-state cooperation on labour migration: Lessons learned from MOUs between Thailand and neighbouring countries [Internet]. 2008 Jul [cited 2021 Dec 18].

^๙ ปังปอนด์ ร. บทสังเคราะห์ นโยบาย ยุทธศาสตร์ การบริหารจัดการและแรงกดดันในการนำเข้าแรงงานข้ามชาติของประเทศไทย, สำนักงานแรงงานระหว่างประเทศ ประจำภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก; ๒๕๕๒.

^{๑๐} Harkins B. (Ed). Thailand migration report 2019. Bangkok: United Nations Thematic Working Group on Migration in Thailand

^{๑๑} UNHCR. Thailand Fact Sheet, 30 June 2021. จาก https://www.unhcr.org/th/wp-content/uploads/sites/91/2021/07/UNHCR-Thailand-Fact-Sheet_30-June-2021.pdf

^{๑๒} มาตรา ๕๑ พระราชกำหนดการบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ.๒๕๖๐

^{๑๓} ราชกิจจานุเบกษา วันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๓ เล่มที่ ๑๓๗ ตอนพิเศษ ๓๐๒ ง หน้า ๖๘ เรื่อง ข้อกำหนด ออกตามความในมาตรา ๙ แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๔๘ (ฉบับที่ ๑๕) [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๖๕] สืบค้นจาก http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/302/T_0068.PDF

^{๑๔} ประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่อง ขอความร่วมมือห้ามเคลื่อนย้ายแรงงานต่างด้าวเข้าไปหรือออกจากพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID – 19) ลงวันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๓ [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๖๕] สืบค้นจาก https://www.doe.go.th/prd/assets/upload/files/lamphun_th/e852cfc2d4848c528662003f1eaf488d.pdf

^{๑๕} รายงานเสวนา: COVID-19 และแรงงานข้ามชาติ (ในระบบ) ที่หายไป ร้องรัฐหามาตรการช่วยเหลือให้กลับเข้าระบบโดยไว. ประชาไท. ๑๙ ธ.ค.๒๕๖๓. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๖๕] สืบค้นจาก <https://prachatai.com/journal/2020/12/90875>

^{๑๖} อรุณิดา อุตมะโกคิน. แรงงานข้ามชาติ ประกันสังคม และการตกหล่นในจักรวาลโควิด-๑๙. เดอะแอ็คทีฟ. ๒๐ ธ.ค.๒๕๖๓. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๖๕] สืบค้นจาก <https://theactive.net/read/migrant-workers-social-insurance-an-overlooked-covid19/>

^{๑๗} ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๗ ตอนพิเศษ ๘๐ ง หน้า ๔๗ วันที่ ๗ เม.ย.๒๕๖๓ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดต่ออันตรายตาม (COVID-19) [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๖๕] สืบค้นจาก <http://hsscovid.com/files/CovidPricing.PDF>

^{๑๘} อติสร เกิดมงคล และคณะ. เอกสารนำเสนอผลการศึกษาศถานการณ์ปัญหาสิทธิด้านสุขภาพ กลุ่มแรงงานข้ามชาติ. การประชุมปรึกษาหารือแนวทางความร่วมมือเพื่อพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ. วันที่ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๔.

^{๑๙} Mladovsky P, Ingleby D, Rechel B. Good practices in migrant health: the European experience. *Clinical Medicine*. 2012 Jun 1;12(3):248–52.

^{๒๐} 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.

^{๒๑} 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.

^{๒๒} 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.

^{๒๓} 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)

^{๒๔} มติคณะรัฐมนตรี วันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๔๘.

-
- ^{๒๕} 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
- ^{๒๖} World Health Organization (WHO). Everybody's business - strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva; 2007.
- ^{๒๗} 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 Sep 16;366:l4160.