

การอภิบาลระบบสุขภาพ 3 มิติ สำหรับแรงงานข้ามชาติภาคเกษตรของไทย*
THREE DIMENSIONS OF HEALTH SYSTEM GOVERNANCE FOR AGRICULTURAL
MIGRANT LABORS IN THAILAND



วีระ หวังสัจจะโชค

Weera Wongsatjachock

มหาวิทยาลัยนเรศวร

Naresuan University

Corresponding Author E-mail: weeraw@nu.ac.th

บทคัดย่อ

บทความวิจัยฉบับนี้มีเป้าหมายในการศึกษาการอภิบาลระบบสุขภาพที่มีต่อแรงงานข้ามชาติในภาคเกษตรของไทย ผ่านกรอบการอภิบาลใน 3 มิติ ประกอบด้วยกรอบการอภิบาลที่รัฐบาลเป็นศูนย์กลาง กรอบการอภิบาลในการสร้างหน่วยงานเฉพาะ และกรอบการอภิบาลเชิงสถาบัน ผ่านการเก็บข้อมูลด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพประกอบด้วย การวิจัยเอกสารและสัมภาษณ์เชิงลึก

ผลการศึกษาพบว่าแรงงานข้ามชาติภาคเกษตรมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากแรงงานข้ามชาติอื่น ทำให้หลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันอย่างประกันสังคมและบัตรประกันสุขภาพ ต้องมีการออกแบบการอภิบาลระบบสุขภาพใหม่ผ่านกรอบ 3 มิติ เพื่อสร้างนโยบายที่นับรวมแรงงานข้ามชาติภาคเกษตรทุกคน

คำสำคัญ: การอภิบาลระบบสุขภาพ; แรงงานข้ามชาติ; แรงงานภาคเกษตร

Abstract

This research article aimed to study health system governance for agricultural migrant labors in Thailand through three dimensions of governance, including government-centered, building-block, and institutional approaches. The paper employed qualitative research method, both documentary research and in-depth interview.

Findings indicated that agricultural migrant labors had specific problems. It made health security programs, social security and health insurance to redesign based on three dimensions of governance for creating inclusive agricultural migrant labor health policy.

Keywords: Health Governance; migrant worker; agricultural labor

บทนำ

การออกแบบนโยบายที่เน้นรวมคนทุกคน (inclusive policy) เป็นประเด็นสำคัญในศตวรรษที่ 21 ที่พยายามสร้างกลไกทางสังคมที่ “ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” โดยหนึ่งในประเด็นสำคัญของกลุ่มเปราะบางในสังคมคือกลุ่ม “แรงงานข้ามชาติ” (migrant workers) ในฐานะปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจากอิทธิพลของการไหลเวียนของแรงงานภายใต้โลกาภิวัตน์และทุนนิยมเศรษฐกิจโลก การศึกษาเรื่องการคุ้มครองแรงงานข้ามชาติจึงกลายเป็นประเด็นสำคัญในการสร้างความเป็นธรรมให้เกิดขึ้นในยุคปัจจุบัน

งานวิจัยฉบับนี้จึงมีเป้าหมายในการศึกษานโยบายการอภิบาลระบบสุขภาพ (Health System Governance) โดยเน้นศึกษาในกลุ่มที่แรงงานข้ามชาติที่ทำงานภาคเกษตร ในฐานะกลุ่มความเปราะบางที่นำไปสู่การเลือกปฏิบัติทั้งในเชิงชาติพันธุ์และภาคการผลิตที่ทับซ้อนกัน (intersectionality) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษากลไกกติกาเชิงสถาบัน (institutional approach) ที่ดูแลด้านสุขภาพให้แก่แรงงานข้ามชาติในภาคเกษตร

เมื่อกล่าวถึงคำว่า “Governance” ในทางสังคมศาสตร์ คงจะปฏิเสธไม่ได้เลยว่าคำสำคัญดังกล่าวเป็นหนึ่งในคำที่สร้างความสับสนให้กับวงการวิชาการไทยมาตั้งแต่ช่วง พ.ศ. 2540 ถึงปัจจุบัน โดยปัญหานั้นเห็นได้ตั้งแต่การนิยามความหมายที่แตกต่างกันอย่างมาก เช่น ธรรมรัฐ (ธีรยุทธ บุญมี, 2541) การจัดการปกครอง (เอก ตั้งทรัพย์วัฒนา, 2548) และการบริหารการปกครอง (อัมพร ชำรงลักษณ์, 2553) เป็นต้น ที่ต่างมีบริบทรองรับในการปฏิบัติที่แตกต่างกัน จนไปถึงปัญหาในการนำไปใช้ที่เกิดการลดทอนคำว่า Governance ให้เหลือเพียงคำว่า Good Governance ที่แปลเป็นภาษายอดนิยมในทางราชการว่า “ธรรมาภิบาล”

อย่างไรก็ดี โลกทางวิชาการของคำว่า Governance ซึ่งในงานวิจัยฉบับนี้จะขอแปลว่า “การอภิบาล” นั้น ยังเป็นพื้นที่ที่เป็นช่องว่างทางความรู้ (gap of knowledge) ขนาดใหญ่

สำหรับให้มีงานศึกษาวิจัยและสร้างข้อถกเถียงกันอีกมาก เพราะในวงการสาธารณสุขได้ใช้คำว่า “การอภิบาลระบบสุขภาพ” (Health System Governance) จากข้อเสนอขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี พ.ศ. 2550 ในการวางกรอบความรู้ หลักการ นโยบาย กฎกติกา ความรับผิดชอบ การกำกับดูแล และระบบสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับทุกคน งานวิจัยฉบับนี้จึงเลือกใช้คำว่า “อภีบาล” เป็นคำแปล Governance สำหรับการอธิบายหลักประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในภาคเกษตร

จากที่กล่าวมาข้างต้น ประเด็นเรื่องการอภีบาลระบบสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติในภาคเกษตรเป็นประเด็นสำคัญที่จะต้องมีการศึกษาเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพในการนับรวมคนทุกคนที่อยู่บนผืนแผ่นดินไทย ในฐานะที่แรงงานข้ามชาติภาคเกษตรเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาเศรษฐกิจและหลักประกันสุขภาพสำหรับทุกคน (health for all) จะช่วยยกระดับมาตรฐานการคุ้มครองทางสังคมให้สูงขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดระบบประกันสุขภาพของรัฐให้กับแรงงานข้ามชาติในภาคเกษตรของไทย
2. เพื่อถอดบทเรียนสำหรับปฏิรูปการจัดระบบประกันสุขภาพให้กับแรงงานข้ามชาติในภาคเกษตร อันนำไปสู่การออกแบบนโยบายที่นับรวมคนทุกคน

วิธีการดำเนินการวิจัย

งานวิจัยฉบับนี้ใช้วิธีการวิจัย 2 กระบวนการ ประกอบด้วยด้านแรก ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยวิธีวิจัยเอกสาร (documentary research) ผ่านการศึกษาเปรียบเทียบกฎกติกาที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบประกันสุขภาพให้แรงงานข้ามชาติในภาคเกษตร สถิติ และบทความวิชาการต่างๆ

ประกอบกับวิธีการเก็บข้อมูลภาคสนามด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) กับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (key informants) จำนวน 10 ตัวแสดงด้วยคำถามในลักษณะกึ่งโครงสร้าง (semi-structured questions) เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการจัดระบบประกันสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติในภาคเกษตร

ทั้งนี้ โครงการวิจัยได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ลงหมายเลข COA No. 428/2021 และ IRB No. P2-0254/2564 โดยจะปกปิดชื่อผู้เข้าร่วมให้ข้อมูลในงานวิจัยและกล่าวเฉพาะส่วนสรุปจากการเก็บข้อมูลเท่านั้น

ผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยตามวัตถุประสงค์แรก กฎกติกาการจัดระบบประกันสุขภาพของรัฐให้กับแรงงานข้ามชาติในภาคเกษตรของไทย พบว่าสำหรับงานศึกษาเกี่ยวกับระบบสุขภาพในประเทศไทยอย่างเป็นระบบอาจเริ่มพิจารณาได้จากงานศึกษาของ Nam (2015, 2-16) ได้อธิบายการสร้างระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยว่าเกิดจากการสร้าง “ความร่วมมือที่เข้มแข็ง” (solidarity coalitions) ระหว่างกลุ่มภาคประชาสังคมด้านสุขภาพที่เติบโตขึ้นจากยุคเหตุการณ์เดือนตุลาและการสร้างขบวนการประชาธิปไตย มาสร้างเครือข่ายกับกลไกของระบบราชการในกระทรวงสาธารณสุขและอำนาจในการตัดสินใจของพรรคไทยรักไทย จนนำมาสู่การปฏิรูปหลักประกันสุขภาพที่ประชาชนสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้ทุกคนตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

ทั้งนี้ แรงงานข้ามชาติในภาคเกษตรถือว่าเป็นกลุ่มที่มีความแตกต่างและเปราะบางมากกว่าแรงงานข้ามชาติในภาคการผลิตและอุตสาหกรรมใน 5 ประเด็นสำคัญ (Martin 2016) ประกอบด้วย

1. แรงงานภาคเกษตรถูกมองว่าไม่มีการจ้างงานอย่างเป็นทางการ และเป็นแรงงานนอกระบบ ที่ไม่ถูกบันทึกในระบบการจ้างงาน
2. ด้วยสภาพการผลิตแบบฤดูกาล ทำให้การเคลื่อนไหวของแรงงานข้ามชาติในภาคเกษตรมีสูงกว่าแรงงานข้ามชาติในภาคอุตสาหกรรมและบริการ
3. ภาคเกษตรมีกระบวนการในการควบคุมและดูแลแรงงานในกระบวนการผลิตที่ “หละหลวม” กว่าภาคอุตสาหกรรม
4. จากข้อ 3) ทำให้ความเสี่ยงในการเกิดความเจ็บป่วยในภาคเกษตรสูงกว่าภาคอุตสาหกรรม ทั้งความเจ็บป่วยในการทำงาน และความเจ็บป่วยเรื้อรังจากการใช้สารเคมีในภาคเกษตร
4. นโยบายในการดูแลของรัฐบาลที่เน้นในเรื่องการลงทุนและภาคอุตสาหกรรม ทำให้แรงงานภาคเกษตร ทั้งคนไทยและไม่ใช่คนไทย ต่างได้รับความเดือนร้อน เพราะนโยบายสวัสดิการในภาคเกษตรไม่มีความต่อเนื่อง และแปรผันตามการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง (วีระหวังสังจะโชค และธัชชนก สัตยวินิจ, 2561)

จากตัวเลขสถิติแรงงานข้ามชาติภาคเกษตรในปี 2564 (ข้อมูลวันที่ 25 มิถุนายน 2564) ได้มีแรงงานข้ามชาติทั้งหมดในประเทศไทย 2,380,767 คน สามารถจำแนกเฉพาะแรงงานข้ามชาติภาคเกษตรออกมาได้ในตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 สถิติแรงงานข้ามชาติภาคเกษตร ตามมติคณะรัฐมนตรี 29 ธันวาคม 2563 (เมียนมา ลาว กัมพูชา) ในปี 2564

แรงงานข้ามชาติภาคเกษตรมาตรา 59 ตาม MOU			
ประเภทกิจการ	เมียนมา	ลาว	กัมพูชา
เกษตรกรรม ลำสัตว์ และการป่าไม้	9,477	14,544	11,046
กิจการต่อเนื่องภาคเกษตร	70,980	8,429	30,697
กิจการต่อเนื่องปศุสัตว์	16,921	2,574	7,122
แรงงานข้ามชาติภาคเกษตรมาตรา 63/2 ตามมติคณะรัฐมนตรี 4 สิงหาคม 2563			
ประเภทกิจการ	เมียนมา	ลาว	กัมพูชา
เกษตรกรรม ลำสัตว์ และการป่าไม้	8,648	1,691	4,075
กิจการต่อเนื่องภาคเกษตร	15,681	850	5,221
กิจการต่อเนื่องปศุสัตว์	2,853	187	952
แรงงานข้ามชาติภาคเกษตร ตามมติคณะรัฐมนตรี 29 ธันวาคม 2563			
ประเภทกิจการ	เมียนมา	ลาว	กัมพูชา
เกษตรกรรม ลำสัตว์ และการป่าไม้	44,642	40,392	83,795
กิจการต่อเนื่องภาคเกษตร	15,673	1,530	5,667
กิจการต่อเนื่องปศุสัตว์	4,043	342	1,780

ที่มา: สรุปลจากระบบสารสนเทศแรงงานต่างด้าว ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (กรมการจัดหางาน, 2564)

นอกจากนี้ การที่ประเทศไทยได้มีการประกาศแผนการปฏิรูปประเทศ เมื่อวันที่ 6 เมษายน พ.ศ. 2561 ในประเด็นการปฏิรูปที่ 10 เรื่อง “ระบบหลักประกันสุขภาพ” ได้วางเป้าหมายในการปฏิรูประบบสุขภาพให้คุ้มครองผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ รวมถึงผู้ที่ไม่ใช่ประชาชนไทยที่อยู่บนแผ่นดินไทย ให้เกิดความเป็นธรรมสำหรับประชาชนทุกกลุ่ม (รวมทั้งบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิและคนต่างด้าว) ในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นอย่างมีคุณภาพ และมีการร่วมรับผิดชอบภาระค่าใช้จ่ายตามกำลัง ความสามารถในการจ่าย (เป้าหมายระยะ 20 ปี) ประชาชนทุกกลุ่มมีโอกาสเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ที่จำเป็นอย่างมีคุณภาพ (เป้าหมายระยะ 5 ปี) และการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์หลักที่สามารถดำเนินการได้ในบางเรื่อง และได้แผนการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพสำหรับบุคคลที่มีปัญหาสถานะสิทธิและคนต่างด้าว (เป้าหมายระยะ 1 ปี) (ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง การประกาศแผนการปฏิรูปประเทศ, 2561)

อย่างไรก็ดี แม้ว่าระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยจะมีประสิทธิภาพ แต่ภายใต้พระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 5 วางหลักให้ “บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัตินี้”

แต่ในการเคลื่อนไหวเพื่อให้แรงงานต่างด้าว บุคคลที่ไม่ใช่คนไทย รวมถึงประชากรในประเทศที่มีปัญหาทางสถานะและสิทธิ กลับไม่ได้รับความคุ้มครอง เพราะการตีความของคณะกรรมการกฤษฎีกาว่า “บุคคล” ตามกฎหมายฉบับนี้นับเฉพาะ “บุคคลสัญชาติไทย” เท่านั้น (ศุภกิจ ศิริลักษณ์, 2558)

ส่งผลให้การดูแลแรงงานข้ามชาติในภาคเกษตรสามารถพิจารณาได้ 2 ระบบที่งานวิจัยนี้จะทำการศึกษาก่อนการวิเคราะห์กฎหมาย ประกอบด้วย

1. **ระบบประกันสังคม:** ระบบประกันสังคมเป็นพื้นฐานหลักในระบบประกันสุขภาพจากเงินทุนของปัจเจกบุคคลที่มีการจ้างงาน โดยแหล่งเงินทุนมาจากนายจ้าง ลูกจ้าง และเงินสมทบจากรัฐ คุ้มครองใน 7 ประเภทประกอบด้วยกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ ตาย สงเคราะห์บุตร ชราภาพ และว่างงาน โดยกฎหมายได้มีการแก้ไขในปี 2561 ในมาตรา 40 ให้คุ้มครองผู้ประกอบการอาชีพอิสระอย่างเกษตรกรสามารถเข้าสู่ระบบประกันสังคมได้เช่นเดียวกัน (มดิชน, 2561) มีกระทรวงแรงงานเป็นผู้รับผิดชอบหลัก

2. **ระบบบัตรประกันสุขภาพ:** เกิดขึ้นจากมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 15 มกราคม 2556 ให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบดูแลสุขภาพคนต่างด้าว (แรงงานต่างด้าว ครอบครัว บุตร และผู้ติดตาม) ทั้งหมดที่ไม่ได้เข้าระบบประกันสังคม จึงกลายเป็นจุดสำคัญที่นำมาสู่ขอบเขตระยะเวลาในการวิจัย

สำหรับวัตถุประสงค์ที่สอง เกี่ยวกับการถอดบทเรียนสำหรับปฏิรูปการจัดระบบประกันสุขภาพให้กับแรงงานข้ามชาติในภาคเกษตร อันนำไปสู่การออกแบบนโยบายที่นับรวมคนทุกคน พบว่าการสร้างการอภิบาลระบบสุขภาพ (health system governance) เป็นกรอบการศึกษาการจัดนโยบายสุขภาพ ภายใต้กรอบของสถาบันทางการเมือง จะช่วยให้เข้าใจกติกา (rules) ในความสัมพันธ์ระหว่างตัวแสดงทางสังคมและการเมืองที่เกี่ยวข้องกันและเข้ามามีบทบาทหน้าที่ในการตัดสินใจนโยบาย (Peters, 2011) ที่จะช่วยให้สามารถมองการอภิบาลระบบสุขภาพของไทยได้ใน 3 มิติประกอบด้วย

มิติแรก กรอบวิเคราะห์การทำงานของรัฐบาล (government-centred approach) เป็นเรื่องของ การตัดสินใจนโยบายหลักประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติภาคเกษตร ผ่านการอภิบาลในฐานะเครื่องมือ ยุทธศาสตร์ และความสัมพันธ์ของรัฐบาลในการปกครอง (Bell & Hindmoor, 2009) โดยมองบทบาทของรัฐบาลเป็นศูนย์กลาง

มิติที่สอง กรอบวิเคราะห์เรื่องหน่วยงานเฉพาะ (building-block approach) เป็นการศึกษาหลักประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติภาคเกษตร ผ่านการจัดการองค์ประกอบย่อย ๆ ในโครงสร้างของรัฐ อย่างกรณีขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ได้สร้างกรอบการอภิบาลระบบสุขภาพในชื่อ “Six Build Blocks” ที่ประกอบด้วย การอภิบาล และความเป็นผู้นำ การจัดการงบประมาณด้านสุขภาพ ระบบกำลังคนด้านสุขภาพ เทคโนโลยีทางการแพทย์ การวิจัยและการจัดการข้อมูล และระบบการบริการ (Manyazewal, 2017)

มิติที่สาม กรอบวิเคราะห์เรื่องสถาบัน (institutional approach) ที่เน้นในเรื่องของ กติกาที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการในการอภิบาลระบบประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติภาค เกษตร อย่างงานศึกษาระบบสุขภาพของ Brinkerhoff & Bossert (2008) ได้มองว่าการอภิบาล สุขภาพจำเป็นต้องมีปัจจัยที่จับต้องได้ (hardware) ในเรื่องทรัพยากร และปัจจัยที่จับต้องไม่ได้ (software) อย่างเรื่องของทัศนคติและมุมมองของตัวแสดงในระบบสุขภาพ

จากผลการศึกษาทั้ง 2 ข้อทำให้เห็นประเด็นสำคัญในการอภิบาลระบบสุขภาพแรงงาน ข้ามชาติภาคเกษตรที่จะนำไปสู่การอภิปรายในส่วนถัดไป

อภิปรายผลการวิจัย

จากเรื่องการอภิบาลระบบสุขภาพ (health system governance) ในการวิเคราะห์ แรงงานข้ามชาติในภาคเกษตรจะต้องประกอบด้วย 5 ด้านสำคัญ (World Health Organization, 2014) ประกอบด้วย

1. การออกแบบนโยบายประกันสุขภาพที่มีแผนยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน ด้วยการกำหนด เป้าหมาย กระบวนการ และการติดตามผล
2. การบูรณาการระบบสารสนเทศเกี่ยวกับข้อมูลแรงงานข้ามชาติ ผู้เข้าใช้บริการทาง สุขภาพ ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง และกฎหมาย ที่ควรอยู่ภายใต้ระบบเดียวกัน
3. การวางโครงสร้าง อำนาจ และความรับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ผ่านการ ออกกฎหมายระดับชาติ และกฎระเบียบระดับปฏิบัติการ เพื่อให้เกิดมาตรฐานเดียวกันในการ ทำงาน
4. การสร้างความร่วมมือกับตัวแสดงภายนอกข้ามภาคส่วน (across sectors) และ สร้างความร่วมมือกับส่วนงานภายนอก (external partnership) ทั้งจากภาคเอกชนและภาค ประชาสังคมในการดำเนินการบริการทางสุขภาพ
5. ความรับผิดชอบต่อสาธารณะ (accountability) ในด้านการตรวจสอบ ความ โปร่งใส และการรายงานผลต่อผู้แทนประชาชนทางการเมืองและประชาสังคม เพื่อให้นโยบาย สุขภาพเป็นนโยบายที่สร้างทัศนคติในสังคมและมีสังคมเป็นเจ้าของร่วมกัน

ภายใต้กรอบการอภิบาลระบบสุขภาพจึงเป็นกรอบการศึกษาที่จะช่วยทำความเข้าใจใน สิทธิในการเข้าถึงระบบสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในภาคเกษตร ที่ปัจจุบันมีสองกลไกหลักคือ ระบบประกันสังคมและระบบบัตรประกันสุขภาพ โดยการวิจัยจะมีข้อเสนอเพื่อให้เกิดการ ออกแบบนโยบายที่นับรวมคนทุกคนในการสร้างระบบประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติที่เป็น “ระบบเดียวกัน” ในการดำเนินการเพื่อรองรับการไหลเวียนของแรงงานข้ามชาติภาคเกษตร ภายใต้บริบทของโลกาภิวัตน์ทางเศรษฐกิจและแผนปฏิรูปของประเทศ

ประกอบกับการวิเคราะห์ด้วย 3 มิติการอภิบาลระบบสุขภาพแรงงานข้ามชาติภาค เกษตรงานของ Abimbola et. al (2017) ได้พยายามแยกกรอบการวิเคราะห์กรอบการอภิบาล

ระบบสุขภาพ ผ่านเกณฑ์เรื่อง “ปทัสสถาน-พรรณนา” (normative-descriptive) โดยปทัสสถานเป็นเรื่องของการจัดการปกครองที่มีคุณภาพดีและเป็นประชาธิปไตย ส่วนพรรณนาเป็นเรื่องของการจัดการปกครองในเชิงโครงสร้างสั่งการแบบบนลงล่างหรือเป็นเครือข่าย และเกณฑ์ “Hardware-Software” โดย Hardware คือระบบสุขภาพที่จับต้องได้ เช่น การเงิน การบริการ ยา อุปกรณ์ทางการแพทย์ ข้อมูล องค์กร กฎหมาย และนโยบาย ส่วน Software คือระบบสุขภาพในเชิงความคิด คุณค่า บรรทัดฐาน และอำนาจในการจัดความสัมพันธ์ของตัวแสดงและองค์ประกอบทางสังคมต่าง ๆ ตามตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 การจัดกลุ่มการอภิบาลระบบสุขภาพแรงงานข้ามชาติภาคเกษตร

การอภิบาลระบบสุขภาพ	Hardware	Software	Normative	Descriptive
กรอบการอภิบาลที่รัฐบาลเป็นศูนย์กลาง	+++	+	+++	-
กรอบการอภิบาลในการสร้างหน่วยงานเฉพาะ	++	++	-	+++
กรอบการอภิบาลเชิงสถาบัน	+	+++	-	+++

(ที่มา ปรับปรุงจาก Abimbola et. al 2017, 1339)

กรอบแรก การอภิบาลระบบสุขภาพที่รัฐบาลที่เป็นศูนย์กลาง (Government-centered approach) เป็นการเน้นระบบสุขภาพผ่านการตัดสินใจของรัฐบาล กรอบการศึกษา นี้จึงเน้นในเรื่องของการสร้างตัวชี้วัดในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในการทำงานของภาครัฐ จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับ Hardware อย่างทั่วบทความกฎหมาย การบริการ อุปกรณ์ และการจัดงบประมาณ โดยมีการประเมินแบบ Normative ผ่านเรื่องคุณภาพและความเป็นประชาธิปไตยในการใช้กฎกติกาในการบริการสุขภาพ เช่น งานของ Siddiqi et al. (2009) และงานของ Lewis & Pettersson (2009) ในการศึกษาการประเมินผลการปฏิบัติงานในการจัดระบบสุขภาพ ซึ่งจากการสัมภาษณ์พบว่าบทบาทของรัฐบาลในฐานะผู้มีอำนาจ (central authority) ถือเป็นแกนกลางสำคัญในสร้างนโยบายที่นับรวมแรงงานข้ามชาติภาคเกษตร แม้ว่าภาคประชาชนจะตื่นตัวขนาดไหนก็ตาม ถ้ารัฐบาลไม่ตัดสินใจก็ไม่สามารถทำอะไรได้

แตกต่างจากกรอบที่สอง ที่ให้ความสำคัญกับการอภิบาลระบบสุขภาพในการสร้างหน่วยงานเฉพาะ (Building-block approach) เป็นการจัดระบบประกันสุขภาพผ่านการสร้างหน่วยงานที่ใช้กลไกเฉพาะในการจัดบริการทางสุขภาพ จึงให้ความสำคัญกับเรื่องของการทำงานภายในหน่วยงาน หลักการบริหารจัดการ ภาวะผู้นำ และการจัดองค์การ โดยกระบวนการภายใน

(internal process) เหล่านี้จะเน้นศึกษาในเรื่องของโครงสร้างการสั่งการและกฎเกณฑ์ระเบียบ การปฏิบัติงาน จึงทำให้กรอบที่สองนี้อาศัยทั้งเรื่องของ Hardware และ Software แต่ในเชิง เกณฑ์การประเมินจะเน้นในเรื่องของ Descriptive มากกว่า ผ่านการดูการบริหารจัดการว่าเป็น แบบบนลงล่าง (hierarchy) หรือเครือข่าย (network) กรอบการศึกษานี้จึงมีการใช้ทฤษฎีการ ของตัวการ-ตัวแทน (principal-agent theory) และต้นทุนธุรกรรม (transaction cost) มา ศึกษาความสัมพันธ์ในองค์การ ตัวอย่างเช่นงานของ Mutale et.al (2013) ที่ศึกษาบทบาทของ ตัวแสดงทางเศรษฐกิจที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการงบประมาณในการบริการสุขภาพ ของประเทศแซมเบีย เป็นต้น สอดคล้องกับข้อมูลในการสัมภาษณ์ที่ตัวแสดงในส่วนราชการ มองว่ารัฐบาลไม่มี “ความเชี่ยวชาญ” ด้านการจัดระบบสุขภาพ แต่ตัวแสดงที่ทำให้การอภิบาล ทำงานได้คือ “ความเชี่ยวชาญในระบบราชการ” ตำแหน่งต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และองค์กรพันธมิตร การแก้ปัญหาการอภิบาล แร่งงานข้ามชาติภาคเกษตรจึงอยู่ที่การสร้างบูรณาการในฝ่ายราชการ (ไม่ใช่การไปพึ่งพิงฝ่าย การเมืองอย่างรัฐบาล)

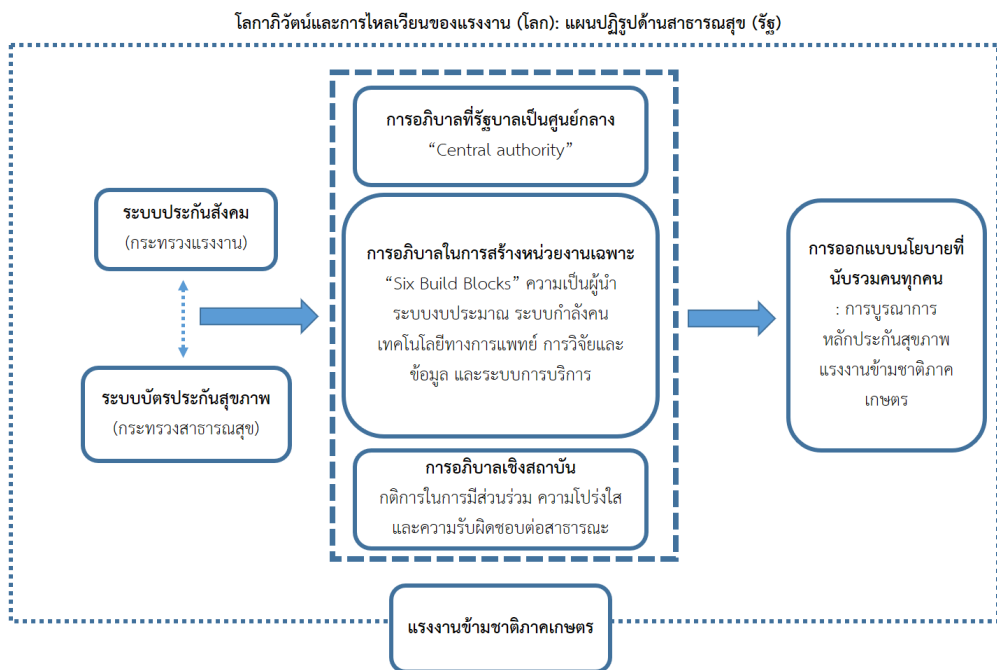
อย่างไรก็ดี กรอบที่สาม การอภิบาลระบบสุขภาพเชิงสถาบัน (Institutional approach) ได้มองการอภิบาลระบบสุขภาพแรงงานข้ามชาติภาคเกษตรผ่านการสร้างชุมชนให้มี บทบาทในการบริการสุขภาพ ทั้งในเชิงทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อให้ระบบที่ตอบสนอง ความต้องการบริการสุขภาพของชุมชน ด้วยเหตุนี้ทำให้เกณฑ์เรื่อง Software จะเข้ามามี ความสำคัญทั้งในปัจจุบันนำเข้าในการอภิบาล (governance input) กระบวนการอภิบาล (governance process) และผลลัพธ์ของการอภิบาล (governance outcomes) และเกณฑ์ใน เชิง Descriptive ในเรื่องของการสร้างเครือข่ายกับชุมชนและผู้ให้บริการทางสุขภาพ เช่น งาน ของ Cleary et al. (2013, 8) ซึ่งชี้ให้เห็นถึงส่วนสำคัญในการจัดระบบสุขภาพจะเป็นเรื่องของ ระบบคุณค่า ทศนคติ และมุมมองต่อการใช้ทรัพยากร ซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในระดับ ความคิดและความรับผิดชอบต่อสาธารณะ และงานของ Yuan et.al (2017) ที่ศึกษาการ อภิบาลระบบสุขภาพกับการสร้างหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ชนบทของจีน ที่มีเงื่อนไขเฉพาะ แตกต่างกันในแต่ละท้องถิ่น เป็นต้น

มิติที่สามจะเน้นศักยภาพของเครือข่ายรัฐและตัวแสดงที่ไม่ใช่รัฐในชุมชน เพื่อให้เกิดการ ค้ำประกันสิทธิและตอบสนองความต้องการทางสุขภาพที่มีความหลากหลายแตกต่างกันไป ตามแต่ละพื้นที่ การสร้างกฎกติกาและการมีส่วนร่วมจึงเป็นประเด็นสำคัญอย่างไรไทยจะมี สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จากกฎหมายระดับชาติอย่างพระราชบัญญัติ สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่ให้มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและสมัชชาสุขภาพ ในฐานะ กลไกการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐและประชาสังคมที่ดูแลด้านสุขภาพ “กลุ่มเฉพาะ” ซึ่ง แร่งงานข้ามชาติภาคเกษตรต่างอยู่ในกลุ่มเฉพาะดังกล่าวด้วย ซึ่งบทบาทของ สช. สามารถ เสนอแนะนโยบายสาธารณะไปสู่คณะรัฐมนตรีได้โดยตรง (ไม่ผ่านกระทรวง) ในมิติ

คณะรัฐมนตรีในเรื่องต่างๆ ได้ แต่กลไกของ สช. นี้ก็ได้ถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่าเป็นกลไกการมีส่วนร่วมมากกว่ากลไกการทำงาน/ปฏิบัติงานด้านสุขภาพให้เกิดผลลัพธ์ขึ้นจริง หลายครั้งมีการถกเถียงประเด็นสำคัญเกี่ยวกับปัญหาระบบสุขภาพแรงงานข้ามชาติภาคเกษตร แต่ไม่ได้นำไปสู่การแก้ไข และการวางกรอบกติกาเชิงสถาบันระหว่างตัวแสดงต่าง ๆ จะช่วยให้หน่วยงานของรัฐปฏิบัติงานได้ โดยไม่ได้ไปยึดติดกับการตัดสินใจของฝ่ายการเมืองในรัฐบาลและผู้บริหารในฝ่ายราชการ

องค์ความรู้จากการวิจัย

ในการวิจัยหลักประกันสุขภาพและการอภิบาลระบบสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติในภาคเกษตรของประเทศไทยสามารถสังเคราะห์เป็นองค์ความรู้ตามภาพที่ 1 ได้ดังนี้



ภาพที่ 1 องค์ความรู้ด้านการอภิบาลระบบสุขภาพแรงงานข้ามชาติภาคเกษตร (ที่มา: ผู้วิจัย)

องค์ความรู้ด้านการอภิบาลระบบสุขภาพแรงงานข้ามชาติภาคเกษตรมองปรากฏการณ์โลกาภิวัตน์ที่ทำให้เกิดการไหลเวียนของแรงงานข้ามชาติและการปฏิรูประบบสาธารณสุขในประเทศไทยที่พยายามออกแบบหลักประกันสุขภาพสำหรับบุคคลทุกคน ไม่ว่าจะคนไทยหรือแรงงานข้ามชาติ โดยในส่วนของแรงงานข้ามชาติจะมีหลักประกัน 2 ด้านคือ ระบบประกันสังคมจากกระทรวงแรงงาน และระบบบัตรประกันสุขภาพจากกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจำเป็นจะต้องมีการบูรณาการผ่านการอภิบาลระบบสุขภาพ 3 มิติ ทั้งในการอำนาจการตัดสินใจจากรัฐบาล

กลาง การสร้างหน่วยงานดูแลด้านสุขภาพเฉพาะมิติในส่วนราชการ และการสร้างกรอบเชิงสถาบันเพื่อนำไปสู่การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ในการจัดการปัญหาสุขภาพแรงงานข้ามชาติภาคเกษตร ที่จะช่วยสร้างความโปร่งใสและความรับผิดชอบต่อสาธารณะ จนทำให้เกิดนโยบายที่เน้นบูรณาการแรงงานข้ามชาติภาคเกษตรไม่ให้มีใครตกหล่นออกจากระบบสุขภาพของไทย

ข้อเสนอแนะ

1. การปฏิรูปการอภิบาลแรงงานข้ามชาติภาคเกษตร จำเป็นต้องมีการแยกพิจารณาเฉพาะออกจากแรงงานข้ามชาติทั่วไป เพราะมีบริบทและสภาพปัญหาที่แตกต่างกัน
2. การอภิบาลแรงงานข้ามชาติภาคเกษตร ต้องมองทั้ง 3 มิติ คือ มิติของรัฐบาล มิติของหน่วยงานเฉพาะ และมิติดิจิทัลเชิงสถาบัน

บทความวิจัยนี้มาจากทุนอุดหนุนการวิจัยจากคณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร โครงการวิจัยเรื่อง หลักประกันสุขภาพและการอภิบาลระบบสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติในภาคเกษตรของประเทศไทย: บทสำรวจร่วมสมัยว่าด้วยกฎหมายด้านสุขภาพหลังปี 2556 ตามสัญญาเลขที่ SOCPOL25640009

เอกสารอ้างอิง

- กรมจัดหางาน. (2564). สถิติแรงงานต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานคงเหลือทั่วราชอาณาจักร ประจำเดือน มิถุนายน 2564. สืบค้น 16 กรกฎาคม 2564, จาก https://www.doe.go.th/prd/assets/upload/files/alien_th/945ef7c31755e7e937ecd5da4a1d24d7.pdf
- ธีรยุทธ บุญมี. (2541). *ธรรมรัฐแห่งชาตินิติศาสตร์กฎหมายประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง การประกาศแผนการปฏิรูปประเทศ. (2561, 6 เมษายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 135 ตอนที่ 24ก. หน้า 1-421.
- มดิชน (2561) “ประกันสังคมมาตรา 40 ประกันชีวิต สำหรับเกษตรกร เริ่มต้นวันละ 3 บาท สร้างความสุขระยะยาวให้ครอบครัว” สืบค้น 20 พฤศจิกายน 2562, จาก https://www.matichon.co.th/publicize/news_1035206.
- วีระ หวังสัจจะโชค และชัชชนก สัตยวินิจ (2561) สวัสดิการภาคเกษตรกับคุณภาพชีวิตทางสังคมของชาวนาในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้: กรณีศึกษาเปรียบเทียบไทยและเวียดนาม. *วารสารเศรษฐศาสตร์การเมือง บุรพา*, 8(2), 79-105.

- ศุภกิจ ศิริลักษณ์. (2558) รูปแบบการประกันสุขภาพและการจัดการด้านสุขภาพในแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม. หลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ 57, กรุงเทพฯ: วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร.
- อ อัมพร อารงลักษณ์. *การบริหารปกครองสาธารณะ” (Public Governance): การบริหารรัฐกิจในศตวรรษที่ 21*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เอก ตั้งทรัพย์วัฒนา. (2548). *โลกาภิวัตน์ บริษัทข้ามชาติ บริษัทภิบาล และความรับผิดชอบต่อสังคมของบริษัท (Globalisation, Multi-national Corporations, Corporate Governance and Corporate Social Responsibility)*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Abimbola, S., Negin, J., Martiniuk, A. L., & Jan, S. (2017). Institutional analysis of health system governance. *Health Policy and Planning*, 32(9), 1337-1344.
- Bell S. & Hindmoor A. (2009) *Rethinking Governance: The Centrality of the State in Modern Society*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Brinkerhoff D.W. & Bossert T.J. (2008) *Health Governance: Concepts, Experience, and Programming Options*. Bethesda, MD: Health System.
- Cleary, S. M., Molyneux, S., & Gilson, L. (2013). Resources, attitudes and culture: an understanding of the factors that influence the functioning of accountability mechanisms in primary health care settings. *BMC Health Services Research*, 13(1), 320.
- Lewis, M & Petterson G. (2009) *Governance in Healthcare Delivery: Raising Performance*, World Bank Policy Research Working Paper, 5074, Washington, DC: World Bank.
- Martin, P. L. (2016) *Migrant Workers in Commercial Agriculture*, Geneva: The International Labour Organization.
- Mutale, W., Mwanamwenge, M. T., Balabanova, D., Spicer, N., & Ayles, H. (2013). “Measuring governance at health facility level: developing and validation of simple governance tool in Zambia”. *BMC International Health and Human Rights*, 13(1), 34.
- Manyazewal, T. (2017) Using the World Health Organization health system building blocks through survey of healthcare professionals to determine the performance of public healthcare facilities, *Archives of Public Health*, 75 (50),1-8.

- Nam, I. (2015). *Democratizing Health Care: Welfare State Building in Korea and Thailand*. NY: Palgrave MacMillan.
- Peters, Guy B. (2011) Institutional Theory. *The Sage Handbook of Governance*, London: SAGE.
- Siddiqi, S, I. T.I. Masud, S. Nishtar, D.H. Peters, B. Sabri, K.M. Bil e, M.A. Jama. (2009) “ Framework for assessing governance of the health system in developing countries: Gateway to good governance” , *Health Policy*, 90:13-25.
- Yuan, B. , Jian, W. , He, L. , Wang, B. , & Balabanova, D. (2017). The role of health system governance in strengthening the rural health insurance system in China. *International Journal for Equity in Health*, 16(1), 44.
- World Health Organization (2014) *Health Systems Governance for Universal Health Coverage*, Geneva: Department of Health Systems Governance and Financing.

