

MFUND
The Migrant Fund



การดำเนินการเพื่อคุ้มครองสุขภาพผู้ย้ายถิ่นทุกคน และสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพ
สำหรับบุคคลอย่างถาวร – ถอดบทเรียนจากโครงการสุขภาพเพื่อผู้ย้ายถิ่น (เอ็มฟันด์)
โครงการสุขภาพต้นทุนต่ำ ไม่แสวงกำไรสำหรับผู้ย้ายถิ่นในประเทศไทย

DREAML**MPMENTS**
Social Enterprise and Foundation

การดำเนินการเพื่อคุ้มครองสุขภาพผู้ย้ายถิ่นทุกคน และสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพ
สำหรับบุคคลอย่างถาวร – ถอดบทเรียนจากโครงการสุขภาพเพื่อผู้ย้ายถิ่น (เอ็มฟันด์)
โครงการสุขภาพต้นทุนต่ำ ไม่แสวงกำไรสำหรับผู้ย้ายถิ่นในประเทศไทย

กิตติกรรมประกาศ

ดิเรมลอปแมนท์ (ดีแอลพี) ขอขอบคุณผู้บริจาคและองค์กรต่างๆ ที่ให้การสนับสนุนทางการเงินด้วยความเชื่อใจเพื่อให้โครงการเอ็มฟันด์เกิดขึ้นได้ นับตั้งแต่ขั้นตอนการเตรียมการ:

- องค์กรยูนิเซฟตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2561 และสหภาพยุโรปผ่านยูนิเซฟระหว่างปี พ.ศ. 2561-2563 ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการ “การคุ้มครองเด็กที่ได้รับผลกระทบจากการย้ายถิ่น”
- กองทุนโลกเพื่อต่อสู้โรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย (The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria :GFATM) ผ่านมูลนิธิรักไทย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ ทุนสนับสนุนประเทศไทย (พ.ศ. 2560-2566), และผ่านองค์กร UNOPS (2562-2564) และ องค์กรไอโอเอ็ม (2565-2567) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทุนสนับสนุนระดับภูมิภาคเพื่อแก้ไขปัญหาวัณโรคในกลุ่มประชากรผู้ย้ายถิ่นและประชากรเคลื่อนย้ายในกลุ่มแม่น้ำโขง
- โครงการ L’Initiative ของกระทรวงยุโรปและการต่างประเทศของประเทศฝรั่งเศส ผ่านโครงการ Expertise France (2559 และ 2562-2567) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพสำหรับประชากรกลุ่มเปราะบาง
- ผู้สนับสนุนรายบุคคล

ดีแอลพีขอขอบคุณพันธมิตรในการปฏิบัติงานทุกท่านที่มีส่วนหรือสนับสนุนการดำเนินโครงการเอ็มฟันด์ ได้แก่กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลรัฐต่างๆ ที่เข้าร่วม คลินิก NGO (ศูนย์วิจัยมาลาเรียไซโกไกล แม่ดาวคลินิก) โรงพยาบาลคริสเตียนแม่น้ำแควน้อยและคลินิกในเครือ รวมถึงโรงพยาบาลและคลินิกเอกชนที่ร่วมโครงการ (สหคลินิกหมออรุณไตร อำเภอมะสอย จังหวัดตาก ศานใจดีคลินิก อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี โรงพยาบาล Myittamon และคลินิกเอกชน Chan Myae ในเมืองเมียวดี สาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาร์) นอกจากนี้ ดีแอลพี ขอขอบคุณสำหรับการมีส่วนร่วมขององค์กรอื่นๆ ที่สนับสนุนการดำเนินการและส่งเสริมเอ็มฟันด์ อาทิ มูลนิธิช่วยไร้พรมแดน มูลนิธิเพื่อสุขภาพและการเรียนรู้ของแรงงานกลุ่มชาติพันธุ์ (แมพ) เครือข่ายส่งเสริมสิทธิแรงงานข้ามชาติ โครงการ Stay in School มูลนิธิ White Lamp มูลนิธิ Saytanar Myittar

ดีแอลพีขอขอบคุณสมาชิกโครงการเอ็มฟันด์ทุกท่าน ที่ไว้วางใจในคุณค่าของเอ็มฟันด์ในการช่วยให้สมาชิกทั้งหลายได้เข้าถึงบริการสุขภาพหลากหลายที่มีคุณภาพ



สารบัญ

กิตติกรรมประกาศ	2
บทสรุปผู้บริหาร	4
1. ความสำเร็จและช่องว่างในการคุ้มครองสุขภาพสำหรับผู้ย้ายถิ่นในประเทศไทย	5
1.1. ภาพรวมของการย้ายถิ่นในประเทศไทย	5
1.2. แผนคุ้มครองสุขภาพสำหรับผู้ย้ายถิ่น	5
1.3. ช่องว่างในการคุ้มครองสุขภาพผู้ย้ายถิ่นในประเทศไทย	6
2. ภาพรวมของโครงการเอ็มพีเอ็นดี	7
2.1. เป้าหมายของโครงการเอ็มพีเอ็นดี	7
2.2. ความเป็นมาของเอ็มพีเอ็นดี	7
2.3. การออกแบบ ต้นทุน และความคุ้มครอง	7
2.3.1. การออกแบบการดำเนินงาน	7
2.3.2. ต้นทุน และความคุ้มครอง	8
2.4. ความก้าวหน้าและความสำเร็จ	9
2.4.1. การสมัครและคุณสมบัติของสมาชิก	9
2.4.2. บริการสุขภาพที่คุ้มครอง	12
2.4.3. ค่ารักษาพยาบาล และความก้าวหน้าสู่ความยั่งยืนทางการเงิน	13
3. ถอดบทเรียนจากโครงการเอ็มพีเอ็นดีด้านการคุ้มครองสุขภาพที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ย้ายถิ่นในประเทศไทย	15
3.1. จุดแข็งและคุณค่าของเอ็มพีเอ็นดี	15
3.1.1. ลดช่องว่างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศ (UHC)	15
3.1.2. การรับสมัครในชุมชนที่ขับเคลื่อนด้วยเพื่อนช่วยเพื่อนและนวัตกรรมดิจิทัลเป็นกุญแจสู่ความสำเร็จ	15
3.1.3. เงินสมทบรายเดือนเหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ย้ายถิ่น	16
3.1.4. ความคุ้มครองการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าหนึ่งแห่งเป็นที่ต้องการ	16
3.2. ความท้าทายและข้อจำกัด	17
3.2.1. การคัดเลือกที่ขัดประโยชน์ (adverse selection) สืบเนื่องจากการรับสมัครสมาชิกตามความสมัครใจ	17
3.2.2. อัตราการคงสมาชิกภาพอยู่ในระดับต่ำเนื่องจากกลุ่มประชากรมีการโยกย้ายสูงและความท้าทายด้านโครงสร้างอื่นๆ	17
3.2.3. การบรรลุความยั่งยืนทางการเงินโดยคงความคุ้มครองด้านสุขภาพอย่างสูงสุด	18
3.2.4. การรวบรวมเงินสมทบ (เงินสด) รายเดือน	18
4. การดำเนินการในอนาคตสำหรับเอ็มพีเอ็นดี	20
5. คำแนะนำด้านนโยบาย	21

บทสรุปผู้บริหาร

แม้ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับพลเมืองไทย และอนุญาตให้ผู้ย้ายถิ่นที่ขึ้นทะเบียนสามารถสมัครประกันสังคมหรือกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว แต่ยังมีผู้ย้ายถิ่นที่ยังไม่ขึ้นทะเบียนประมาณหนึ่งล้านคน ซึ่งไม่มีคุณสมบัติในการเข้าร่วมโครงการเหล่านี้ และยังคงขาดการคุ้มครองด้านสุขภาพ

ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2560 ดรีมลอปเม้นท์ (ดีแอลพี) ซึ่งเป็นวิสาหกิจเพื่อสังคมและมูลนิธิ ได้ริเริ่มโครงการสุขภาพเพื่อผู้ย้ายถิ่น (เอ็มฟันด์) ซึ่งเป็นโครงการสุขภาพต้นทุนต่ำ ไม่แสวงกำไรสำหรับผู้ย้ายถิ่นซึ่งไม่สามารถได้รับความคุ้มครองภายใต้ระบบประกันสุขภาพของรัฐบาล

ปัจจุบัน เอ็มฟันด์มีการดำเนินงานในจังหวัดตาก จังหวัดสระแก้ว และจังหวัดกาญจนบุรีในประเทศไทย รวมถึงเมืองเมียวดีในเมียนมาร์ ตรงข้ามกับจังหวัดตาก ในโครงการสมัครใจนี้ เจ้าหน้าที่ประสานงานชุมชนและผู้ช่วยประสานงานชุมชนจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการและรับสมัครสมาชิกเอ็มฟันด์ในชุมชนของตนผ่านแอปพลิเคชันเอ็มฟันด์ในระบบดิจิทัล บนแท็บเล็ตหรือสมาร์ทโฟน เมื่อสมัครสมาชิกแล้ว บัตรสมาชิกอิเล็กทรอนิกส์จะถูกสร้างขึ้นและเชื่อมโยงกับรหัสคิวอาร์ที่มอบให้กับสมาชิกซึ่งสามารถใช้สแกนในสถานพยาบาลพันธมิตรเพื่อยืนยันรายละเอียดสมาชิกภาพเพื่อเข้ารับบริการทางสุขภาพ ณ เดือนกันยายน พ.ศ. 2564 เอ็มฟันด์ได้ร่วมมือกับหน่วยงานพันธมิตร 148 แห่ง ตั้งแต่โรงพยาบาลของรัฐ คลินิกเอกชนและคลินิก NGO สำหรับผู้ที่ไม่มียโรคประจำตัวอยู่แล้ว ผู้ที่สมัครเป็นสมาชิกเอ็มฟันด์จะต้องสมทบเงิน 100 บาทต่อสมาชิกต่อเดือน ส่วนผู้ที่มีโรคเรื้อรัง (รร) สตรีมีครรภ์ (ค) และผู้สูงอายุ (ส โดยมีอายุ ≥ 50 ปี) ต้องเลือกกลุ่มความคุ้มครองเฉพาะ โดยต้องสมทบเพิ่ม 200 บาทต่อสมาชิกต่อเดือน (รร และ ค) หรือ 100 บาทต่อสมาชิกต่อเดือน (ส) และต้องสมัครกับสมาชิกอีกสองคนที่ไม่มียโรคประจำตัวต่างๆ สมาชิกภาพเอ็มฟันด์ครอบคลุมบริการด้านสุขภาพหลากหลายทั้งกรณีผู้ป่วยนอก สูงสุดถึง 5,000 บาทต่อคนต่อปี และการรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน สูงสุด 45,000 บาทต่อคนต่อปี

ตั้งแต่เริ่มก่อตั้งจนถึงวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2564 ทั่วทุกพื้นที่โครงการมีสมาชิกเข้าร่วมโครงการเอ็มฟันด์โดยสมัครใจทั้งหมด 31,792 คน โดย 67% เป็นผู้หญิงและ 25% เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี โดยโครงการได้ให้ความคุ้มครองสมาชิกในการรับบริการสุขภาพจำนวน 36,371 รายการในสถานพยาบาลพันธมิตร ซึ่งเป็นบริการผู้ป่วยนอก 30,463 รายการและบริการผู้ป่วยใน 5,908 รายการ บริการสุขภาพเหล่านี้ได้รับการคุ้มครองโดยในขณะเดียวกันเอ็มฟันด์สามารถควบคุมต้นทุนได้ดียิ่งขึ้น ทั้งนี้เพื่อไปสู่เป้าหมายสูงสุดที่ตั้งไว้ คือความยั่งยืนทางการเงินของโครงการ โดยรายงานฉบับนี้จะกล่าวถึงการถอดบทเรียนจากการดำเนินโครงการเอ็มฟันด์

กระทรวงสาธารณสุขของไทยเป็นผู้นำในการจัดทำร่างระเบียบวาระเพื่อการพิจารณาในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง “การคุ้มครองการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะในภาวะวิกฤตอย่างเป็นธรรม” ร่างระเบียบวาระนี้กล่าวถึงประเด็นความต้องการของผู้ย้ายถิ่นและผู้มีปัญหาด้านสถานะและสิทธิ ดีแอลพีเห็นว่าโครงการคุ้มครองสุขภาพที่อาจจัดตั้งขึ้นใหม่หรือการปรับเปลี่ยนโครงการเดิมสำหรับผู้ย้ายถิ่นควรมีการบังคับใช้เป็นกฎหมาย (แทนที่จะเป็นมติคณะรัฐมนตรีหรือกฎกระทรวง) โดยควรมีผลบังคับตลอดเวลา (ไม่เฉพาะช่วงวิกฤต) เงินทุนของโครงการดังกล่าวไม่ควรเป็นภาระของแรงงานย้ายถิ่นเท่านั้น และเงินสมทบจากผู้ย้ายถิ่นควรสอดคล้องกับรูปแบบรายได้และกำลังทรัพย์ของผู้ย้ายถิ่น ทั้งนี้ควรพิจารณาให้บุคคลเหล่านี้สามารถชำระเงินสมทบเป็นรายเดือนหรือรายไตรมาส ซึ่งน่าจะทำให้ผู้ย้ายถิ่นสามารถเข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้น และควรมีการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยและการชำระเงินทางดิจิทัลเพื่อรวบรวมเงินสมทบ ดีแอลพีเห็นว่าควรให้ผู้ติดตามของแรงงานข้ามชาติ (โดยเฉพาะคู่สมรสและบุตร) สามารถสมัครเข้าร่วมโครงการคุ้มครองสุขภาพ เพื่อไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง และเพื่อเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพอย่างถ้วนหน้า ดีแอลพีสนับสนุนให้มีการบูรณาการ/การรับรองโครงการเอ็มฟันด์โดยรัฐบาล ว่าถือเป็นหนึ่งในโครงการคุ้มครองสุขภาพสำหรับผู้ย้ายถิ่นในประเทศไทยอย่างเป็นทางการ

1. ความสำเร็จและช่องว่างในการคุ้มครองสุขภาพสำหรับผู้ย้ายถิ่นในประเทศไทย

1.1. ภาพรวมของการย้ายถิ่นในประเทศไทย

ในประเทศไทยมีผู้ที่มีสถานะคนต่างด้าว 4.9 ล้านคน ซึ่งมีแรงงานข้ามชาติจากเมียนมาร์ กัมพูชา ลาว และเวียดนาม¹ ประมาณ 3.9 ล้านคน และเป็นเด็ก 500,000 คน² รายงานจากประเทศเหล่านี้ระบุว่าแรงงานข้ามชาติอย่างน้อย 430,000 คนกลับสู่ประเทศของตนตั้งแต่เริ่มมีการระบาดของโควิด-19 ซึ่งส่วนใหญ่เดินทางจากประเทศไทย³ จากบันทึกของทางการในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 พบว่ามีผู้ย้ายถิ่นในประเทศไทยที่ขึ้นทะเบียนแล้วประมาณ 2.4 ล้านคน⁴ ทั้งนี้คาดว่าอาจมีแรงงานข้ามชาติที่ยังไม่ขึ้นทะเบียนอีกราว 1 ล้านคนที่ยังอยู่ในประเทศ

1.2. แผนคุ้มครองสุขภาพสำหรับผู้ย้ายถิ่น

ในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ผู้ย้ายถิ่นที่ขึ้นทะเบียนแล้วสามารถสมัครโครงการประกันสังคมของรัฐบาล สังกัดกระทรวงแรงงาน หรือ กองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) โดยทั่วไป ผู้ย้ายถิ่นที่ทำงานในภาคธุรกิจที่ดำเนินงานอย่างเป็นทางการ (มีใบอนุญาตทำงานและหนังสือเดินทาง) มักจะสมัครประกันสังคม โดยลูกจ้างและนายจ้างจ่ายเงินสมทบเดือนละ 5% ของเงินเดือนลูกจ้าง (แต่ไม่เกิน 750 บาท หรือ 23 เหรียญสหรัฐ) ขณะที่รัฐบาลสมทบ 2.75% สามเดือนหลังจากการสมัคร ผู้สมัครมีสิทธิรับบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลของรัฐที่ผู้ขึ้นทะเบียนเลือกไว้ (สามารถส่งต่อไปรักษา ณ โรงพยาบาลระดับที่สูงขึ้นได้ตามความเห็นทางการแพทย์) และแม้ว่าจะไม่มีพาดานความคุ้มครอง⁵ แต่ก็มีข้อจำกัดเกี่ยวกับประเภทของบริการที่ได้รับภายใต้แผนนี้ ผู้ย้ายถิ่นที่ขึ้นทะเบียนแล้วและไม่ได้ทำงานในภาคธุรกิจที่ดำเนินงานอย่างเป็นทางการ (เช่น เกษตรกรรม คนทำงานบ้าน) และแรงงานย้ายถิ่นที่อยู่ระหว่างการรอวีซ่าติดการจากประกันสังคม ต้องซื้อประกันสุขภาพคนต่างด้าวของ สธ. บุตรของแรงงานย้ายถิ่นที่อายุต่ำกว่า 18 ปี โดยหลักการแล้วสามารถซื้อประกันสุขภาพคนต่างด้าวได้ บัตรประกัน 1 ปี ราคา 1,600 บาท (48 เหรียญสหรัฐ) ต่อคน (ไม่รวมค่าตรวจสุขภาพ 500 บาท) สำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 7 ปีราคาเพียง 365 บาท (11 เหรียญสหรัฐ) โดยผู้ย้ายถิ่นสามารถซื้อแบบคุ้มครองสองปี และหกเดือน โดยทั่วไปเฉพาะผู้ย้ายถิ่นที่อยู่ระหว่างการรอวีซ่าติดการประกันสังคมสามารถซื้อบัตรประกันสุขภาพความคุ้มครองสามเดือน⁶ เช่นเดียวกับประกันสังคมผู้ย้ายถิ่นที่ประกันตนภายใต้บัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ โรงพยาบาลที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ โดยได้รับความคุ้มครองเทียบเท่ากัน อย่างไรก็ตามประกันสังคมให้สิทธิประโยชน์เพิ่มเติมกรณีเสียชีวิตทุพพลภาพ หรือว่างงาน

- 1 ไอโอเอ็ม, PROMISE จดหมายข่าวรายไตรมาส - ตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ.2563, เผยแพร่ที่ https://thailand.iom.int/sites/thailand/files/PROMISE/IOM%20PROMISE%20Quarterly%20Newsletter_Oct-Dec%202020.pdf, เข้าถึงเมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2564
- 2 รัตนภัสกร, พีระภัส. “เด็กข้ามชาติต้องการการศึกษา” บางกอกโพสต์ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2563, เผยแพร่ที่ <https://www.bangkokpost.com/opinion/opinion/1943776/migrant-children-need-education>, เข้าถึงเมื่อวันที่ 7 ก.ย. พ.ศ.2564
- 3 ไอโอเอ็ม, PROMISE บทสรุปโครงการ- การสนับสนุนการฟื้นตัวทางเศรษฐกิจและสังคมจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 สำหรับแรงงานข้ามชาติในกัมพูชา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว เมียนมาร์ และไทย, เผยแพร่ที่ <https://thailand.iom.int/sites/thailand/files/COVID19Response/PROMISE%20Programme%20Brief%20-%20Supporting%20Socioeconomic%20Recovery%20from%20COVID-19%20for%20Migrant%20Workers%20in%20CLMT.pdf>, เข้าถึงเมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2564
- 4 สำนักบริหารแรงงานต่างด้าวแห่งประเทศไทย, เผยแพร่ที่ https://www.doe.go.th/prd/assets/upload/files/alien_th/945ef7c31755e7e937ecd5da4a1d24d7.pdf, เข้าถึงเมื่อวันที่ 9 ส.ค. พ.ศ. 2564.
- 5 คู่มือผู้ประกันตน สำนักงานประกันสังคมแห่งประเทศไทย, <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER2/DRAWER056/GENERAL/DATA0000/00000578.PDF>, เข้าถึงเมื่อวันที่ 9 ต.ค. พ.ศ. 2563
- 6 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจสุขภาพและการประกันสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าว (ฉบับที่ 2) 10 กรกฎาคม พ.ศ. 2563

1.3. ช่องว่างในการคุ้มครองสุขภาพผู้ย้ายถิ่นในประเทศไทย

แม้ว่าประกันสังคม และประกันสุขภาพคนต่างด้าวเป็นแผนบังคับสำหรับผู้ย้ายถิ่นที่ขึ้นทะเบียนแล้ว ณ วันที่ 23 มิถุนายน พ.ศ. 2564 มีแรงงานย้ายถิ่นเพียงประมาณ 900,000 คน ที่มีบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวที่ยังไม่หมดอายุ⁷ ความท้าทายในการจัดให้ผู้ย้ายถิ่นมาสมัครมากขึ้น ได้แก่ การบังคับใช้มาตรการกับนายจ้างของผู้ย้ายถิ่น ยังมีผู้ย้ายถิ่นที่ไม่ทราบว่ามีระบบประกันสุขภาพสำหรับตน และการที่แรงงานย้ายถิ่น/นายจ้างไม่มีกำลังทรัพย์จ่ายเบี้ยประกันภัย⁸ นอกจากนี้ ผู้ย้ายถิ่นที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนและผู้ติดตามของผู้ย้ายถิ่นที่ขึ้นทะเบียนแล้วซึ่งอายุ 18 ปีขึ้นไป (โดยเฉพาะผู้หญิงที่เป็นคู่ครองของแรงงานชาย และพ่อแม่) ไม่มีสิทธิสมัครเพื่อรับความคุ้มครองตามโครงการเหล่านี้ และเป็นกลุ่มประชากรย่อยเพียงกลุ่มเดียวที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยที่ไม่ได้รับการคุ้มครองสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

ในบางพื้นที่ องค์กร NGO ให้บริการด้านสุขภาพเฉพาะด้านโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายแก่ผู้ย้ายถิ่นที่ไม่มีประกันสุขภาพของรัฐบาล แต่บริการเหล่านี้ยังคงมีจำกัด และต้องพึ่งพาเพียงการสนับสนุนระยะยาวจากผู้บริจาคจากภายนอก ซึ่งการสนับสนุนดังกล่าวได้ลดลงอย่างมากในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา การสนับสนุนจากกองทุนโลกเพื่อต่อสู้โรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย (GFATM) ช่วยให้โรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดที่มีผู้ย้ายถิ่นจำนวนมากสามารถคุ้มครองการให้บริการสุขภาพในบางกรณีสำหรับผู้ย้ายถิ่น แต่ทั้งนี้ยังมีข้อจำกัดบางประการ สำหรับผู้ย้ายถิ่นที่ไม่มีประกันซึ่งต้องการรับบริการในโรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลต้องรับภาระค่ารักษาพยาบาลที่ผู้ย้ายถิ่นไม่สามารถชำระเองโดยเฉพาะกรณีเจ็บป่วยรุนแรง ซึ่งอาจก่อให้เกิดภาระทางการเงินที่สำคัญสำหรับโรงพยาบาลดังกล่าว ผู้ย้ายถิ่นมักจะใช้เงินออมที่มีอยู่ ยืมเงิน ขายสินทรัพย์ แต่ยังคงไม่สามารถครอบคลุมค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดได้ จากข้อมูลของสถานิติบัญญัติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2560 รัฐบาลไทยต้องรับภาระค่ารักษาพยาบาลของผู้ย้ายถิ่นที่ไม่มีเอกสารและไม่มีประกันเป็นจำนวนเงินประมาณ 400 ถึง 500 ล้านบาทต่อปี โดยทั่วไปในโรงพยาบาลตามแนวชายแดนจะมีค่ารักษาพยาบาลดังกล่าวสูงกว่าในพื้นที่อื่น และเฉพาะในจังหวัดตาก ค่ารักษาพยาบาลที่ไม่สามารถเรียกเก็บได้มีจำนวนสูงกว่า 100 ล้านบาทต่อปี⁹



7 ศูนย์กลางข้อมูลเปิดภาครัฐ, สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล, เผยแพร่ที่ <https://data.go.th/dataset/dhesmoph>, เข้าถึงเมื่อวันที่ 9 สิงหาคม พ.ศ. 2564

8 Watinee Kunpeuk et al., Understanding the Problem of Access to Public Health Insurance Schemes among Cross-Border Migrants in Thailand through Systems Thinking, International Journal of Environmental Research and Public Health 2020, 17, 5113, <http://ihppta.gov.net/DB/publication/attachinter/435/Full-text.pdf>, เข้าถึงเมื่อวันที่ 9 สิงหาคม พ.ศ. 2564

9 สถานิติบัญญัติแห่งชาติ, “รายงานผลการพิจารณาศึกษาสถานการณ์คนต่างด้าวในประเทศไทย”, กันยายน พ.ศ. 2560, เผยแพร่ที่ https://www.senate.go.th/document/Ext17002/17002533_0002.PDF, เข้าถึงเมื่อวันที่ 7 กันยายน พ.ศ. 2564

2. ภาพรวมของโครงการเอ็มพินด์

2.1. เป้าหมายของโครงการเอ็มพินด์

โครงการเอ็มพินด์ก่อตั้งโดย ดรีมลอปเมนต์ (ดีแอลพี) ซึ่งเป็นวิสาหกิจเพื่อสังคมและมูลนิธิ และดำเนินโครงการสุขภาพต้นทุนต่ำ ไม่แสวงกำไรสำหรับผู้ย้ายถิ่นที่ไม่สามารถได้รับความคุ้มครองภายใต้ระบบประกันสุขภาพของรัฐบาล โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ย้ายถิ่นสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพต่างๆ อย่างยั่งยืน

2.2. ความเป็นมาของเอ็มพินด์

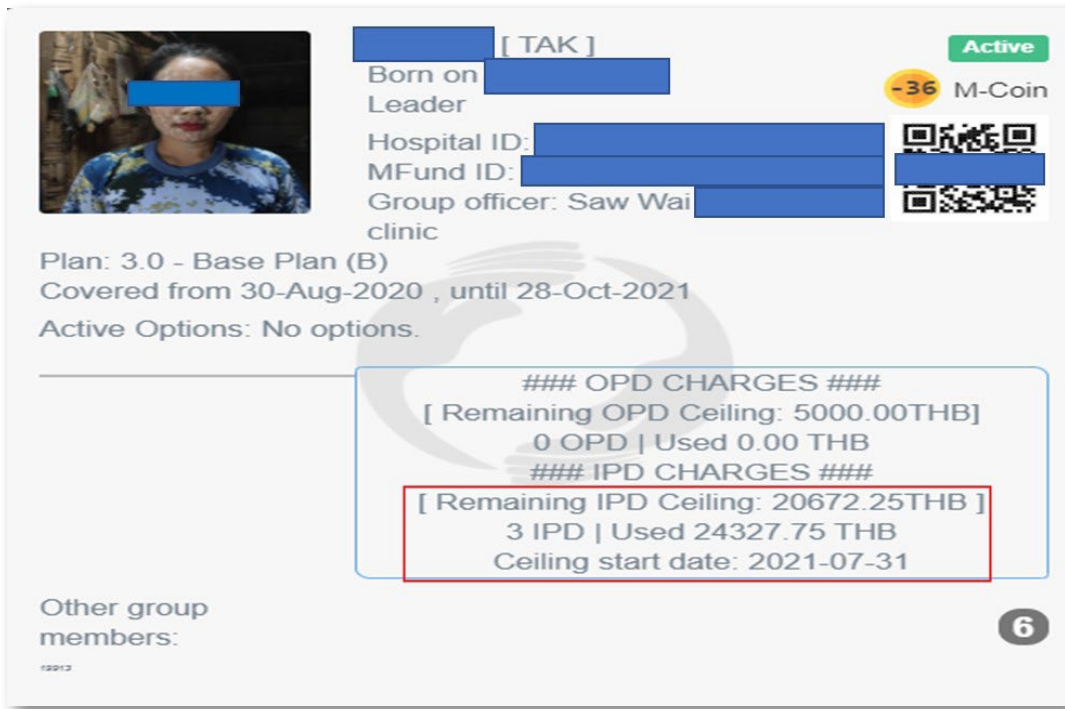
เอ็มพินด์เริ่มดำเนินโครงการในเดือนกันยายน พ.ศ. 2560 ที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ตามแนวชายแดนไทย-เมียนมาร์ และขยายพื้นที่ไปทั่วอำเภอแม่สอด อำเภอแม่ระมาด และอำเภอพบพระ ซึ่งมีผู้ย้ายถิ่นอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก และในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562 ได้เริ่มดำเนินโครงการในเมืองเมียวดี สาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาร์ (ตรงข้ามจังหวัดตาก) เพื่อคุ้มครองการให้บริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพแก่ประชากรข้ามพรมแดน เอ็มพินด์ได้ขยายพื้นที่บริการไปยังจังหวัดสระแก้วตามแนวชายแดนไทย-กัมพูชา ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2562 และในจังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งอยู่ทางใต้จังหวัดตาก ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 ตลอดหลายปีที่ผ่านมา โครงการได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขแห่งประเทศไทย และการสนับสนุนทางการเงินจากองค์กรต่างๆ รวมถึงยูนิเซฟ สหภาพยุโรป กองทุนโลกเพื่อต่อสู้โรคเอดส์ วัณโรคและมาลาเรีย โครงการ L'Initiative และผู้สนับสนุนรายบุคคล

2.3. การออกแบบ ต้นทุน และความคุ้มครอง

2.3.1. การออกแบบการดำเนินงาน

เอ็มพินด์เป็นโครงการที่มีชุมชนเป็นฐานและขับเคลื่อนผ่านเพื่อนช่วยเพื่อน ออกแบบมาเพื่อตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ดีแอลพีจ้างเจ้าหน้าที่ประสานงานชุมชนจากชุมชนผู้ย้ายถิ่น เพื่อช่วยให้ข้อมูลเกี่ยวกับเอ็มพินด์ และรับสมัครสมาชิกเอ็มพินด์ในชุมชน ในเวลาและสถานที่ที่ผู้ย้ายถิ่นสะดวก เอ็มพินด์รับสมัครสมาชิกตามความสมัครใจ เจ้าหน้าที่ประสานงานชุมชนใช้แท็บเล็ตหรือสมาร์ทโฟนและดำเนินการสมัครผ่านแอปพลิเคชันดิจิทัลเอ็มพินด์ ที่ปลอดภัย ข้อมูลเกี่ยวกับสังคมและประชากรศาสตร์ และข้อมูลการติดต่อของสมาชิกจะถูกบันทึก โดยไม่มีการขอเอกสารแสดงตน และใช้เพียงภาพถ่ายเพื่อระบุตัวสมาชิก เมื่อได้ลงข้อมูลสมาชิกและสร้างกลุ่มสมาชิกในแอปพลิเคชัน บัตรสมาชิกดิจิทัลจะถูกสร้างขึ้นและเชื่อมโยงกับรหัสคิวอาร์ที่ไม่ซ้ำกันและไม่มีการระบุชื่อเพื่อมอบให้กับสมาชิก เมื่อสมาชิกต้องการใช้บริการสุขภาพในสถานประกอบการพันธมิตร สมาชิกสามารถแสดงบัตรรหัสคิวอาร์ ซึ่งสถานบริการสามารถสแกนเพื่อตรวจสอบรายละเอียดสถานะสมาชิกได้อย่างง่ายดาย (ดูภาพที่ 1) ผู้ยังคงสมาชิกภาพจะได้รับบริการสุขภาพและใบเรียกเก็บเงินค่ารักษาจะถูกส่งตรงไปยังทีมเอ็มพินด์

ภาพที่ 1 – ตัวอย่างบัตรสมาชิกเอ็มฟันด์



2.3.2. ต้นทุน และความคุ้มครอง

เอ็มฟันด์เริ่มดำเนินโครงการในเดือนกันยายน พ.ศ. 2560 ด้วยแผน 1.0 ตั้งแต่นั้นมา มีการปรับปรุงแผนความคุ้มครองหลายครั้ง และ ณ ปัจจุบันโครงการได้ใช้แผนสุขภาพเอ็มฟันด์ 4.0 ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 (ดูภาพที่ 2) ได้มีการปรับเปลี่ยนแผนตามข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบตัวบ่งชี้หลักของโครงการเป็นประจำ จากการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างละเอียดเป็นประจำ และจากแบบจำลองทางการเงินโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการประกันภัยรายย่อย ในแผน 4.0 ผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัวจะต้องสมทบเงิน 100 บาทต่อคนต่อเดือน (ประมาณ 3.0 เหรียญสหรัฐ) สมาชิกทุกคนได้รับความคุ้มครองสูงสุด 5,000 บาท (ประมาณ 160 เหรียญสหรัฐ) ต่อปี สำหรับบริการผู้ป่วยนอก และสูงสุด 45,000 บาท (1,400 เหรียญสหรัฐ) ต่อปี สำหรับบริการผู้ป่วยใน รวมผลประโยชน์ความคุ้มครองสูงสุด 50,000 บาท (1,560 เหรียญสหรัฐ) ต่อคนต่อปี ผู้ที่มีอาการป่วยเรื้อรัง (เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เอชไอวี และอื่นๆ) สามารถเข้าร่วมโครงการเอ็มฟันด์ได้ แต่ต้องเลือก กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พร้อมกับสมทบเพิ่ม 200 บาท ต่อคนต่อเดือน และนำสมาชิกมาเพิ่มอีกสองคนที่ไม่มีโรคประจำตัว สตรีที่เป็นสมัครสมาชิกเอ็มฟันด์ และต่อมาเกิดตั้งครรภ์ จะต้องเลือก กลุ่มสตรีมีครรภ์ และสมทบเพิ่ม 200 บาทต่อคนต่อเดือน และนำสมาชิกมาเพิ่มอีกสองคน ผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไปต้องสมัครกลุ่มผู้สูงอายุ และสมทบเพิ่ม 100 บาทต่อคนต่อเดือน และนำสมาชิกมาเพิ่มอีกสองคน เนื่องจากเอ็มฟันด์เป็นโครงการที่รับสมัครสมาชิกตามความสมัครใจ หลังจากการวิเคราะห์ทางการเงินพบว่าการคัดเลือกที่ขัดประโยชน์ (adverse selection) จำนวนมากภายใต้ แผน 1.0 กล่าวคือ สมาชิกที่สมัครหลายคนมีภาวะทางสุขภาพอยู่แล้ว แผน 2.0 จึงกำหนดให้ต้องนำสมาชิกท่านอื่นมาสมัครร่วมกับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ และผู้ที่มีความต้องการใช้บริการสุขภาพสูงโดยเริ่มตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2561

ต่อมาหลังจากการวิเคราะห์ทางการเงินรอบใหม่แสดงให้เห็นความจำเป็นอย่างต่อเนื่องในการลดอัตราส่วนของต้นทุนค่ารักษาพยาบาลที่คุ้มครองเทียบกับเงินสมทบที่รวบรวมได้ ในแผน 3.0 จึงได้มีการแยกความคุ้มครองของบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในออกจากกัน และกำหนดให้เพดานความคุ้มครองสำหรับกลุ่มต่างๆ ทั้งหมดให้เท่ากัน ในที่สุดภายใต้แผน 4.0 ซึ่งปรับตามแบบจำลองทางการเงินล่าสุดที่ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2563 เอ็มฟันด์ได้ยกเลิกกรณีให้สตรีที่ตั้งครรภ์อยู่แล้วสมัครเอ็มฟันด์ ยกเว้นในพื้นที่จังหวัดตาก/เมืองเมียวดี ที่มีตัวเลือกสำหรับกลุ่มสตรีมีครรภ์ที่ลงทะเบียนกับองค์กร NGO สำหรับผู้หญิงที่ต้องการฝากครรภ์ในคลินิก NGO นั้นๆ ปัจจุบันค่ารักษาพยาบาลในคลินิก NGO พันธมิตรดังกล่าวได้รับการสนับสนุนจากเงินบริจาคที่คลินิก NGO ได้รับมา ในขณะที่เอ็มฟันด์จะคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลเฉพาะกรณีจำเป็นต้องส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อในโรงพยาบาลพันธมิตรอื่นๆ ในกรณีเกิดสภาวะซับซ้อน (เช่น การผ่าตัดคลอด หรือ การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด) สุดท้ายนี้โครงการเอ็มฟันด์ยังมีแผนพิเศษสำหรับโรงเรียนซึ่งเงินสมทบพื้นฐานจะลดลงเหลือ 75 บาท ต่อคนต่อเดือน สำหรับเด็กที่สมัครเป็นกลุ่มตั้งแต่ 25 คนขึ้นไป ที่ศูนย์การเรียนรู้ผู้ย้ายถิ่นต่างๆ

ประเด็นสำคัญอีกประการหนึ่งคือ ระหว่างช่วงที่ไวรัสโควิด-19 ระบาดอย่างหนัก เอ็มฟันด์ต้องการสนับสนุนสมาชิกโดยได้ ะรับการเก็บค่าสมาชิกและได้สมทบเงินค่าสมาชิก (จากการสนับสนุนของผู้บริจาคและเงินสำรองเอ็มฟันด์บางส่วน) เป็นเวลาสี่ถึง สิบสองสัปดาห์ (ดูกราฟที่ 2) และได้หยุดรับสมัครสมาชิกใหม่ในชุมชนชั่วคราวเฉพาะช่วงที่มีการแพร่กระจายโควิดอย่างรุนแรงและมี มาตรการล็อกดาวน์ในเดือนกรกฎาคมและสิงหาคม พ.ศ. 2564 (ดูกราฟที่ 1)

ภาพที่ 2 – แผนสุขภาพเอ็มฟันด์ 4.0

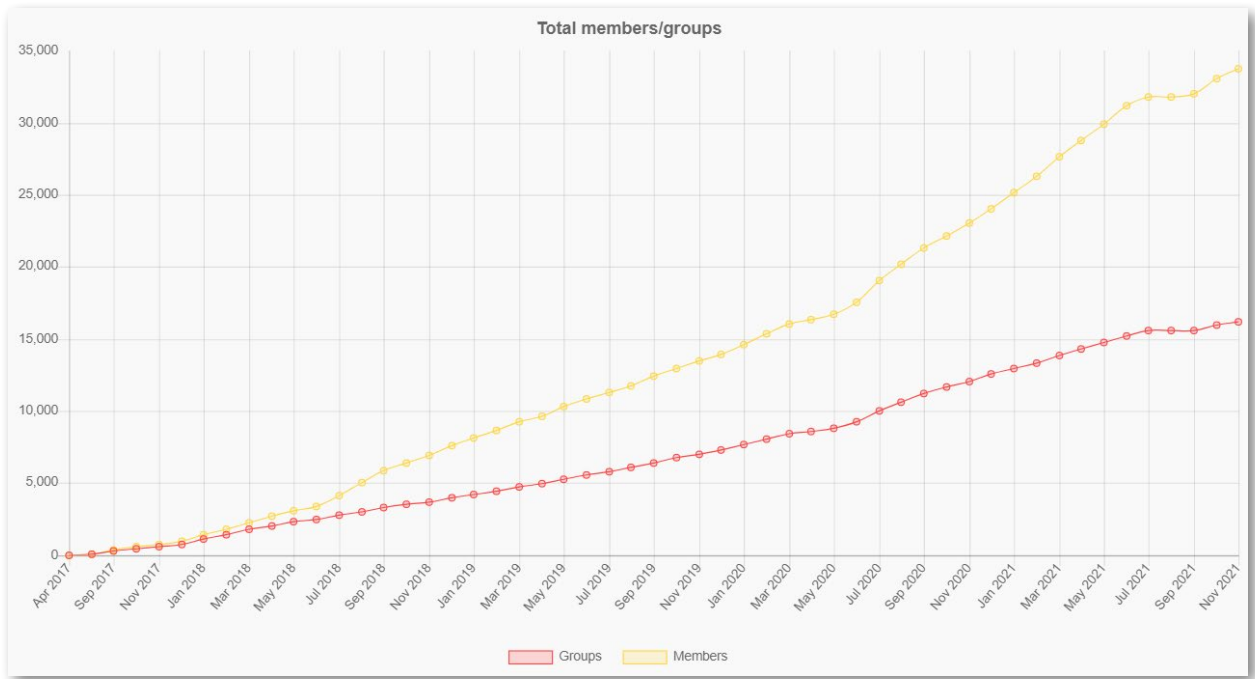
	เงินสมทบต่อเดือน	ความคุ้มครองต่อปี		
		ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	รวม
แผนหลัก	100 บาทหรือ 5,000 จี๊ด			
แผนโรงเรียน (ขั้นต่ำ 25 คน)	75 บาทหรือ 3,750 จี๊ด			
กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	+200 บาทหรือ 10,000 จี๊ด และสมาชิกสุขภาพดี 2 คน			
กลุ่มสตรีมีครรภ์ทั่วไป	+200 บาทหรือ 10,000 จี๊ด และสมาชิกสุขภาพดี 2 คน	5,000 บาท หรือ	45,000 บาท หรือ	50,000 บาท หรือ
กลุ่มสตรีมีครรภ์ NGO (จังหวัดตาก/เมืองเมียวดี)	+100 บาทหรือ 5,000 จี๊ด และสมาชิกสุขภาพดี 1 คน (P2) +300 บาท/ 15,000 จี๊ด (P3) +600 บาท/ 30,000 จี๊ด	250,000 จี๊ด	2,250,000 จี๊ด	2,500,000 จี๊ด
กลุ่มผู้สูงอายุ	+100 บาทหรือ 5,000 จี๊ด และสมาชิกสุขภาพดี 2 คน			

2.4. ความก้าวหน้าและความสำเร็จ

2.4.1. การสมัครและคุณสมบัติของสมาชิก

ตั้งแต่เริ่มโครงการจนถึงวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2564 มีผู้ย้ายถิ่นและผู้อาศัยตามแนวชายแดนจำนวน 31,792 คน ได้สมัครใจ เข้าร่วมเอ็มฟันด์ในพื้นที่ดำเนินโครงการทั้งหมด กราฟที่ 1 แสดงจำนวนผู้สมัครสะสม และสรุปลักษณะที่สำคัญของสมาชิกไว้ใน ตารางที่ 1 สมาชิกส่วนใหญ่สมัครในจังหวัดตาก (74.3%) แม้ว่าสัดส่วนของสมาชิกที่สมัครในพื้นที่อื่นจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นก็ตาม ส่วนใหญ่ (67%) เป็นผู้หญิง 25.4% เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีและ 4.4% เป็นผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สมาชิกส่วนใหญ่ แต่งงานหรืออาศัยอยู่กับคู่ครอง (61.6%) ในส่วนของอาชีพนั้น ผู้ย้ายถิ่นส่วนใหญ่ที่สมัครเอ็มฟันด์เป็นลูกจ้างรายวัน (15.6%) และมีจำนวนสมาชิกกว่า 39.4% แจ้งว่าอยู่ในสภาวะว่างงาน ณ เวลาที่สมัครเอ็มฟันด์ ในบรรดาสมาชิกทั้งหมด 64.4% เคยสมัคร แผนหลักหรือแผนโรงเรียน และ 35.6% สมัครแบบกลุ่มเฉพาะ (ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สตรีมีครรภ์ ผู้สูงอายุ)

กราฟที่ 1: จำนวนสมาชิกเอ็มฟันด์



ตารางที่ 1: ลักษณะของสมาชิกเอ็มฟันด์

ลักษณะ	จำนวน (%)
รวมจำนวนผู้สมัคร	31,792
จังหวัดตาก	23,631 (74.3%)
จังหวัดสระแก้ว	3,129 (9.8%)
จังหวัดกาญจนบุรี	1,642 (5.1%)
เมืองเมียวดี	3,390 (10.7%)
เพศ	
หญิง	21,296 (67.0%)
ชาย	10,496 (33.0%)
อายุ (ปี)	
ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด-สูงสุด)	28.1 (0 -105)
< 18	8,068 (25.4%)
< 7	4,318 (13.6%)
18-29	9,275 (29.2%)
30-39	6,903 (21.7%)
40-49	4,265 (13.4%)
50-59	1,871 (5.9%)
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	1,410 (4.4%)

ลักษณะ	จำนวน (%)
สถานภาพการสมรส	
สมรสแล้ว/อาศัยอยู่กับคู่ครอง	19,584 (61.6%)
โสด	11,756 (37.0%)
หย่าร้าง	151 (0.5%)
หม้าย	301 (0.9%)
อาชีพ	
ลูกจ้างรายวัน	4,975 (15.6%)
นักเรียน	3,567 (11.2%)
เกษตรกร	2,943 (9.3%)
ประกอบอาชีพอิสระ (เช่น ค้าขาย)	1,305 (4.1%)
ลูกจ้างโรงงาน	1,286 (4.0%)
แรงงานก่อสร้าง	323 (1.0%)
คนทำงานบ้าน	239 (0.8%)
NGO/บริษัท/ศาสนา	442 (1.4%)
อาชีพอื่นๆ	4,200 (13.2%)
ว่างงาน	12,512 (39.4%)
กลุ่มเอ็มพีเอ็นดี	
แผนหลัก (สุขภาพดี)	20,081 (63.2%)
ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	1,341 (4.2%)
สตรีมีครรภ์	3,097 (9.7%)
สตรีมีครรภ์ NGO	4,645 (14.6%)
ผู้สูงอายุ	2,247 (7.1%)
แผนโรงเรียน	381 (1.2%)



ตารางที่ 2: บริการสุขภาพที่เอ็มพีเอ็นได้คุ้มครองสำหรับสมาชิกเอ็มพีเอ็น

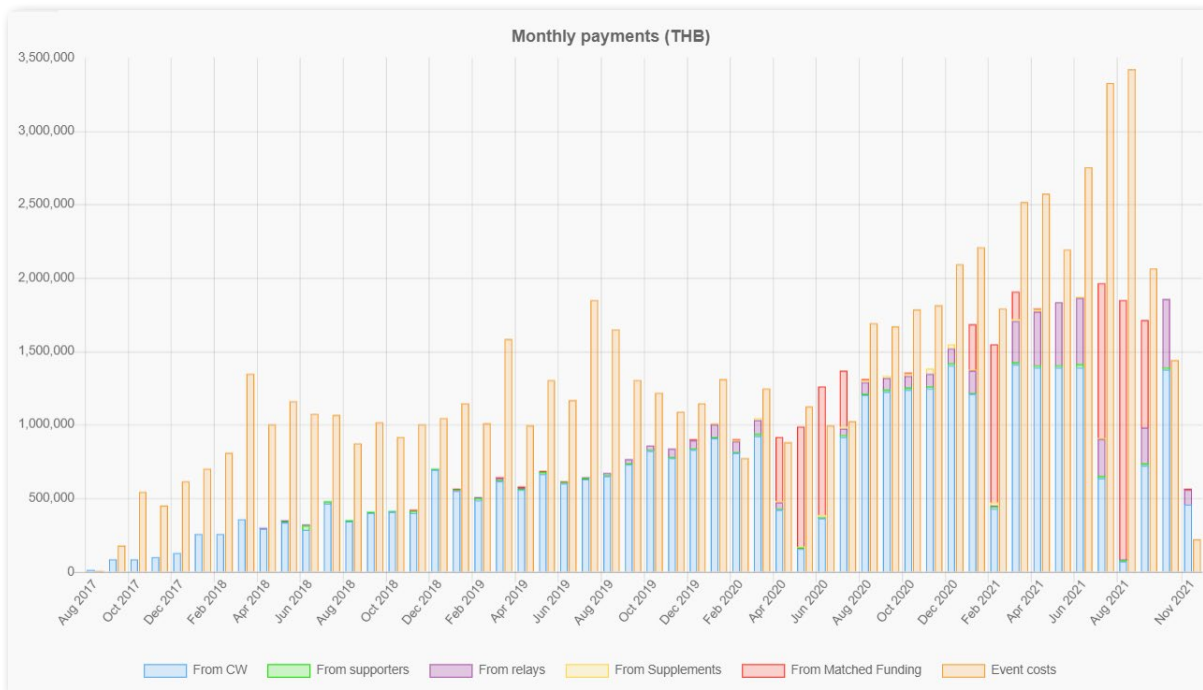
คำอธิบาย	จำนวน (%)
บริการสุขภาพที่คุ้มครอง	36,371
บริการให้คำปรึกษาผู้ป่วยนอก	30,463 (83.8%)
บริการผู้ป่วยใน	5,908 (16.2%)
การเข้าเป็นผู้ป่วยในของสมาชิก	4,861 (82.3%)
การเข้าเป็นผู้ป่วยในของทารกแรกเกิด*	1,047 (17.7%)
สมาชิกที่เข้ารับบริการเทียบจำนวนสมาชิกทั้งหมด	8,810/31,792 (27.7%)
หญิง	6,385/21,296 (30.0%)
ชาย	2,425/10,496 (23.1%)
เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี	2,246/8,068 (27.8%)
บุคคลที่ไม่ได้เข้ารับบริการเทียบจำนวนสมาชิกทั้งหมด	22,982/31,792 (72.3%)
การให้คำปรึกษาผู้ป่วยนอกจำแนกตามกลุ่มเอ็มพีเอ็น	
ไม่มี (แผนหลัก)	18,365 (60.3%)
แผนโรงเรียน	2 (0.01%)
กลุ่มสตรีมีครรภ์	4,692 (15.4%)
กลุ่มผู้มีโรคเรื้อรัง	5,624 (18.5%)
กลุ่มผู้สูงอายุ	1,780 (5.8%)
การเข้าเป็นผู้ป่วยในจำแนกตามกลุ่มเอ็มพีเอ็น	
ไม่มี (แผนพื้นฐาน)	2,126 (36.0%)
แผนโรงเรียน	1 (0.02%)
กลุ่มสตรีมีครรภ์	3,202 (54.2%)
กลุ่มผู้มีโรคเรื้อรัง	423 (7.2%)
กลุ่มผู้สูงอายุ	156 (2.6%)

*ทารกแรกเกิดได้รับการคุ้มครองตามสิทธิของมารดาหลังการเกิด

2.4.3. ค่ารักษาพยาบาล และความก้าวหน้าสู่ความยั่งยืนทางการเงิน

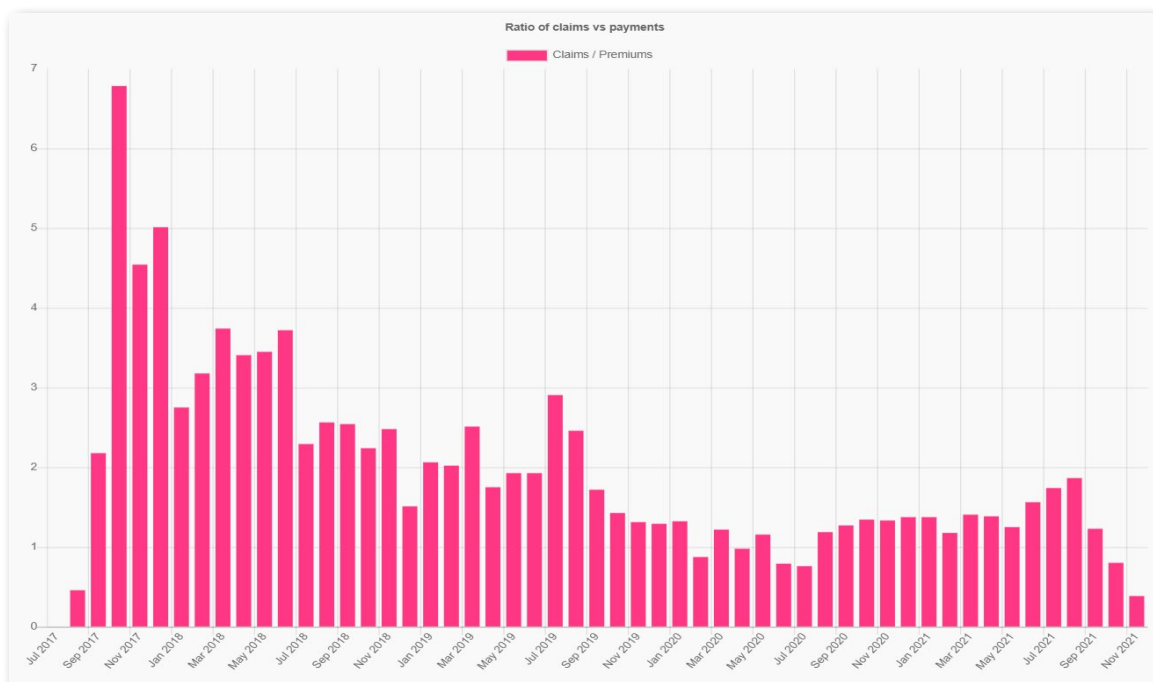
พัฒนาการของค่ารักษาพยาบาลในเอ็มพีเอ็นตั้งแต่เริ่มโครงการจนถึงวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2564 แสดงในกราฟที่ 2 โดยรวมแล้ว เอ็มพีเอ็นได้คุ้มครองค่ารักษาพยาบาลของสมาชิกเป็นจำนวน 65.8 ล้านบาท และได้จ่ายให้กับโรงพยาบาลพันธมิตร โดยส่วนใหญ่คือโรงพยาบาลรัฐของไทย หากเทียบกับเงินสมทบจากสมาชิกที่เรียกเก็บจำนวนสะสมรวม 42.1 ล้านบาท อัตราส่วนระหว่างค่ารักษาพยาบาลและเงินสมทบของสมาชิกตั้งแต่เริ่มโครงการเท่ากับ 1.56 อย่างไรก็ตาม ภาพที่ 3 ได้นำเสนอพัฒนาการของอัตราส่วนนี้ตั้งแต่เริ่มโครงการภายใต้แผนเอ็มพีเอ็นต่าง ๆ และแสดงให้เห็นถึงความก้าวหน้าที่สำคัญในความพยายามให้จำนวนเงินสมทบจากสมาชิกครอบคลุมค่ารักษาพยาบาล และความยั่งยืนทางการเงิน ตั้งแต่โครงการใช้แผน 3.0 ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 อัตราส่วนเฉลี่ยเท่ากับ 1.3 และตั้งแต่เริ่มใช้แผน 4.0 อย่างต่อเนื่อง เอ็มพีเอ็นคาดว่าจะสามารถครอบคลุมค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด และส่วนหนึ่งของค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานด้วยเงินสมทบของสมาชิก ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงสิงหาคม พ.ศ. 2564 ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นโดยส่วนใหญ่จากค่ารักษาพยาบาลในจังหวัดตาก เนื่องจากมีสมาชิกเอ็มพีเอ็นหลายรายเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแม่สอดเนื่องจากติดเชื้อโควิด (ซึ่งค่ารักษาพยาบาลเรียกเก็บจากเอ็มพีเอ็น) คลินิก NGO พันธมิตรแต่ละแห่งเปิดให้บริการเป็นเวลาสองสามสัปดาห์ ซึ่งส่งผลให้มีหญิงตั้งครรภ์มากกว่าจำนวนปกติที่ต้องคลอดบุตรโดยตรงในโรงพยาบาลพันธมิตร โครงการได้รับการสนับสนุนเงินทุนส่วนต่างที่เกิดขึ้นด้วยเงินบริจาค (โปรดดู กิตติกรรมประกาศ) และในกรณีที่สมาชิกใช้บริการเกินเพดานความคุ้มครองของเอ็มพีเอ็น โรงพยาบาลรัฐซึ่งเป็นพันธมิตรของเอ็มพีเอ็นมักรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลดังกล่าวเอง

กราฟที่ 2: เงินสมทบจากสมาชิกและคำรักษาพยาบาล



*from CW = เงินสมทบรวบรวมโดยเจ้าหน้าที่ประสานงานชุมชน from supporters = การสนับสนุนทางการเงินจากผู้สนับสนุนรายบุคคล from relays= เงินสมทบรวบรวมโดยผู้ช่วยประสานงานชุมชน from supplements = ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกเกินวงเงินคุ้มครองในแผน 3.0 from matched funding = เงินอุดหนุนสมาชิกในโควิดระลอกต่างๆ event costs = ค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลพันธมิตร

ภาพที่ 3: อัตราส่วนค่ารักษาพยาบาลต่อเงินสมทบสมาชิกที่เรียกเก็บ



3. ถอดบทเรียนจากโครงการเอ็มพีเอ็นด้านการคุ้มครองสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ สำหรับผู้ย้ายถิ่นในประเทศไทย

3.1. จุดแข็งและคุณค่าของเอ็มพีเอ็น

3.1.1. ลดช่องว่างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศ (UHC)

ตามที่กล่าวไว้ในหัวข้อที่ 1 แม้ว่าประเทศไทยจะขยาย UHC ให้กับผู้ย้ายถิ่นผ่านระบบประกันของรัฐบาล 2 โครงการ แต่มีเพียงแรงงานที่ขึ้นทะเบียนแล้วและเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีเท่านั้นที่มีสิทธิ ผู้ย้ายถิ่นที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนไม่มีสิทธิได้รับประกันสังคม หรือประกันสุขภาพคนต่างด้าว และในกรณีเจ็บป่วย สามารถขอใช้บริการได้แต่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองซึ่งส่วนใหญ่เกินกำลังทรัพย์ ผู้ติดตามที่มีไข้เด็ก โดยเฉพาะคู่สมรสที่เป็นเพศหญิงของแรงงานย้ายถิ่นชายไม่มีสิทธิสมัครประกันสุขภาพคนต่างด้าว แม้ในทางปฏิบัติ โรงพยาบาลชายแดนบางแห่งอนุญาตให้สมัครได้ นอกจากนี้ ประเมินการว่าอาจมีผู้ย้ายถิ่นที่ขึ้นทะเบียนแล้วมากกว่า 1 ล้านคนที่ไม่ได้รับการคุ้มครองหรือไม่ได้ต่ออายุการคุ้มครองภายใต้ประกันสังคมหรือประกันสุขภาพคนต่างด้าว

ในบริบทนี้ วัตถุประสงค์ของเอ็มพีเอ็นคือการปฏิบัติงานเพื่อให้ประชากรที่ด้อยโอกาสเหล่านี้ และบุคคลใดก็ตามที่เข้าไม่ถึง และไม่สามารถรับการคุ้มครองโดยระบบประกันสุขภาพของรัฐบาล สามารถสมัครเข้าร่วมโครงการคุ้มครองสุขภาพเอ็มพีเอ็น เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และไม่ถูกทิ้งไว้เบื้องหลัง เอ็มพีเอ็นมีสมาชิกแล้ว 31,792 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้ย้ายถิ่นที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน และ 67% เป็นผู้ย้ายถิ่นเพศหญิง ซึ่งไม่มีสิทธิสมัครระบบประกันสุขภาพของรัฐบาล แม้ว่าปัจจุบันเอ็มพีเอ็นจะดำเนินโครงการเพียง 3 พื้นที่ในประเทศไทยและได้รับสมัครประชากรผู้ย้ายถิ่นซึ่งไม่มีสิทธิเข้าถึงประกันของรัฐบาลในประเทศถือเป็นสัดส่วนน้อยในภาพรวม แต่ตัวเลขการสมัครปัจจุบันในจังหวัดตาก จังหวัดสระแก้ว และจังหวัดกาญจนบุรียังแสดงให้เห็นถึงความต้องการและความจำเป็นอย่างสูงของการจัดให้มีระบบคุ้มครองสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มเปราะบางนี้

3.1.2. การรับสมัครในชุมชนที่ขับเคลื่อนด้วยเพื่อนช่วยเพื่อนและนวัตกรรมดิจิทัลเป็นกุญแจสู่ความสำเร็จ

ในทุกพื้นที่ของโครงการ เจ้าหน้าที่ประสานงานชุมชนเป็นแกนหลักที่ขับเคลื่อนเอ็มพีเอ็น ดีแอลพีรับสมัครเจ้าหน้าที่จากชุมชนผู้ย้ายถิ่นที่โครงการประสงค์จะให้บริการ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ดังกล่าวเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับเอ็มพีเอ็น รับสมัครสมาชิกและรวบรวมเงินสมทบจากสมาชิก ซึ่งทำให้เอ็มพีเอ็นสามารถสร้างความไว้วางใจในชุมชนเกี่ยวกับโครงการ เจ้าหน้าที่ประสานงานชุมชนพูดภาษาท้องถิ่น (พม่า กะเหรี่ยง เขมร ไทย) รู้จักชุมชน ทราบความต้องการ และเข้าใจสภาพความเป็นอยู่และสภาพการทำงานของคนในชุมชน เจ้าหน้าที่เอ็มพีเอ็นดังกล่าวรับสมัครและต่ออายุสมาชิกภาพที่บ้านหรือที่ทำงานของผู้ย้ายถิ่นตามเวลาที่สะดวกสำหรับสมาชิกผู้ย้ายถิ่นและนายจ้างในบางครั้งแจ้งว่าการสมัครบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวของรัฐบาลมีขั้นตอนต่างๆ ซึ่งทำให้ต้องเดินทางใช้เวลา รอ ต้องหยุดงาน ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นอุปสรรคต่อการสมัคร

อีกหนึ่งเสาหลักของการออกแบบและความสำเร็จของเอ็มพีเอ็นคือการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลที่ทันสมัย เจ้าหน้าที่ประสานงานชุมชนทุกคนใช้แอปพลิเคชันดิจิทัล เอ็มพีเอ็น ที่ปลอดภัยบนแท็บเล็ตหรือสมาร์ทโฟน (ดูภาพที่ 1) เจ้าหน้าที่จะบันทึกข้อมูลทางสังคมและประชากรศาสตร์ของสมาชิก ข้อมูลการติดต่อ และภาพถ่ายดิจิทัลเพื่อระบุตัวตน เมื่อสมัครสมาชิกแล้ว ระบบจะสร้างหมายเลขประจำตัวเอ็มพีเอ็นไว้ในระบบ เจ้าหน้าที่จะออกบัตรสมาชิกอิเล็กทรอนิกส์ซึ่งเชื่อมต่อกับรหัสคิวอาร์ที่ไม่ระบุตัวตน และมอบบัตรดังกล่าวให้กับสมาชิกซึ่งสามารถใช้แทนในสถานพยาบาลพันธมิตรเพื่อแสดงรายละเอียดความคุ้มครองของตน การใช้บริการครั้งก่อนๆ และความคุ้มครองยอดคงเหลือสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจะแสดงบนบัตรสมาชิกดังกล่าว ลักษณะสำคัญทั้งสองประการดังกล่าวถือเป็นองค์ประกอบที่ทำให้โครงการเอ็มพีเอ็นได้รับการยอมรับและประสบความสำเร็จในกลุ่มชุมชนผู้ย้ายถิ่นและสถานพยาบาลพันธมิตรต่างๆ

ภาพถ่ายที่ 1: การใช้แอปพลิเคชันเอ็มฟันด์บนแท็บเล็ตโดยเจ้าหน้าที่ประสานงานชุมชน



3.1.3. เงินสมทบรายเดือนเหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ย้ายถิ่น

บนแอปพลิเคชันเอ็มฟันด์เจ้าหน้าที่ประสานงานชุมชนจะรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาชีพของสมาชิก ดังแสดงในตารางที่ 1 สมาชิกเอ็มฟันด์ 39.4% รายงานว่าว่างงาน และ 15.6% เป็นลูกจ้างรายวัน การวิจัยก่อนหน้านี้ซึ่งดำเนินการโดย ดีแอลพี พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อวันของแรงงานย้ายถิ่นในจังหวัดตากอยู่ที่ประมาณ 180 บาท ขณะทำการประเมินความเป็นไปได้และการออกแบบ เอ็มฟันด์ ผู้ย้ายถิ่นกว่า 90% ที่สำรวจรายงานว่าต้องการสมัครเข้าร่วมแผนคุ้มครองสุขภาพที่ยอมให้จ่ายเงินสมทบรายเดือน เพื่อให้สอดคล้องกับรูปแบบรายได้ของตนมากขึ้น ในทุกพื้นที่ของโครงการตั้งแต่เริ่มโครงการและตลอด 4 ปีในการดำเนินโครงการอย่างสม่ำเสมอมีสมาชิกเอ็มฟันด์ประมาณ 80% เลือกจ่ายเงินสมทบเป็นรายเดือนและน้อยกว่า 20% เลือกจ่ายทุกสองเดือน (หรือมากกว่า) แม้การรวบรวมเงินสมทบของสมาชิกเป็นรายเดือนจะยุ่งยากสำหรับเจ้าหน้าที่เอ็มฟันด์ แต่เป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยให้ผู้ย้ายถิ่นสามารถเข้าร่วมโครงการได้

สำหรับผู้ย้ายถิ่นที่สมัครประกันสังคม เงินสมทบจะถูกหัก/จ่ายเป็นรายเดือน อย่างไรก็ตาม สำหรับกองทุนประกันสุขภาพ คนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวผู้ย้ายถิ่นส่วนใหญ่ต้องชำระเบี้ยประกันภัยล่วงหน้าเป็นเวลาหกเดือน หนึ่งปีหรือสองปี ซึ่งถือเป็นความท้าทายที่สำคัญเนื่องจากรูปแบบการรับรายได้ของผู้ย้ายถิ่น ค่าตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพบวกกับค่าใช้จ่ายในการดำเนินการขอใบอนุญาตทำงาน และสำหรับครอบครัวที่มีสมาชิกมากกว่าหนึ่งคน ค่าธรรมเนียมทั้งหมดสำหรับการขอใบอนุญาตทำงาน และบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าว จึงกลายเป็นอุปสรรคที่ยากลำบากในการจัดทำเอกสารและปฏิบัติตามกฎการขึ้นทะเบียน การออกแบบและรูปแบบการชำระเงินในการขอใบอนุญาตทำงานและบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวอาจจะสะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดเชิงโครงสร้างหนึ่งที่เป็นอุปสรรคในการจูงใจให้ผู้ย้ายถิ่นขึ้นทะเบียนเพิ่มขึ้นในประเทศ

3.1.4. ความคุ้มครองการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าหนึ่งแห่งเป็นที่ต้องการ

นับตั้งแต่เริ่มดำเนินโครงการเอ็มฟันด์ที่อำเภอแม่สอดในเดือนกันยายน พ.ศ. 2560 เครือข่ายสถานบริการสุขภาพพันธมิตร ที่ให้บริการแก่สมาชิก เอ็มฟันด์ ได้ขยายตัวอย่างต่อเนื่องเป็นจำนวนมาก ในจังหวัดตาก สถานบริการพันธมิตร ได้แก่ โรงพยาบาลประจำอำเภอแม่สอด อำเภอแม่ระมาด และอำเภอพบพระ ตลอดจนคลินิก NGO จำนวน 2 แห่งภายใต้หน่วยวิจัยมาลาเรียไซโกล แม่ดาวคลินิก และคลินิกเอกชนหนึ่งแห่ง สำหรับประชากรที่อาศัยอยู่ริมชายแดนในเมืองเมียวดี โครงการมีความร่วมมือกับโรงพยาบาลเมียวดีซึ่งเป็นโรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาล/คลินิกเอกชน 2 แห่ง และโรงพยาบาลพุทธ 1 แห่ง ในจังหวัดสระแก้ว ดีแอลพีได้ลงนามในบันทึกความเข้าใจ (เอ็มไอยู) กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ซึ่งผนึกความร่วมมือกับโรงพยาบาลในจังหวัด/อำเภอ

ทั้ง 9 แห่ง และ รพสต. ในจังหวัด 108 แห่ง ในจังหวัดกาญจนบุรี ปัจจุบันมีความร่วมมือกับโรงพยาบาล/คลินิกคริสเตียน จำนวน 2 แห่ง คลินิกเอกชนและโรงพยาบาลอำเภอสังขละบุรี โรงพยาบาลอำเภอทองผาภูมิและ รพสต. 13 แห่งในอำเภอทองผาภูมิ ในทุกพื้นที่ สมาชิกเอ็มพีเอ็นสามารถรับบริการได้จากทุกสถานพยาบาลพันธมิตร และโดยปกติสามารถส่งคนไข้ไปรักษาต่อระหว่างสถานพยาบาลพันธมิตรเอ็มพีเอ็นเพื่อรับบริการสุขภาพระดับต่างๆ กันตามอาการที่จำเป็น ในทุกสถานบริการ สถานะความคุ้มครองตามแผนและรายละเอียดจะแสดงให้เห็นบนบัตรสมาชิกเอ็มพีเอ็น เพียงแค่สแกนรหัสคิวอาร์ของสมาชิก ผู้ยังคงสมาชิกภาพไม่ต้องชำระค่าบริการแก่สถานพยาบาล โดยสถานบริการจะเรียกเก็บค่ารักษาโดยตรงจากเอ็มพีเอ็น โครงการได้กำหนดให้มีกลไกซึ่งสถานพยาบาลจะต้องส่งข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการใช้บริการของสมาชิกเอ็มพีเอ็นเป็นประจำทุกวัน เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ของเอ็มพีเอ็นจะเก็บข้อมูลดังกล่าวไว้ในแพลตฟอร์มเอ็มพีเอ็นเพื่อให้แน่ใจว่ามีการอัปเดตข้อมูลคงเหลือตามเวลาจริง

สำหรับผู้ย้ายถิ่นที่มีประกันสังคม และบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าว ผู้ย้ายถิ่นต้องเลือกโรงพยาบาลที่จะใช้สิทธิประโยชน์ในกรณีจำเป็นสถานพยาบาลสามารถส่งต่อคนไข้ไปยังสถานบริการระดับสูงกว่าได้ อย่างไรก็ตาม ผู้ย้ายถิ่นที่มีประกันสังคมหรือบัตรประกันสุขภาพดังกล่าวไม่สามารถเข้ารับบริการในสถานบริการต่างๆ ได้อย่างอิสระ และในสถานการณ์ทั่วไปที่แรงงานย้ายถิ่นย้ายสถานที่ทำงานระหว่างอำเภอหรือจังหวัด สิทธิประโยชน์ไม่สามารถโอนย้ายได้ แม้ผู้ย้ายถิ่นจะสามารถขอเปลี่ยนโรงพยาบาลอย่างเป็นทางการเพื่อการใช้สิทธิรักษาตามประกันสังคมหรือบัตรประกันสุขภาพ แต่ค่าชดเชยดังกล่าวต้องผ่านขั้นตอนที่ยุ่งยาก ดีแอลพีเห็นว่าประเด็นดังกล่าวเป็นข้อจำกัดทางโครงสร้างอีกประการหนึ่งที่มีผลต่อการคุ้มครองสุขภาพของผู้ย้ายถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพภายใต้แผนประกันของรัฐบาล

3.2. ความท้าทายและข้อจำกัด

3.2.1. การคัดเลือกที่ขัดประโยชน์ (adverse selection) สืบเนื่องจากการรับสมัครสมาชิกตามความสมัครใจ

เอ็มพีเอ็นเป็นโครงการที่รับสมัครสมาชิกตามความสมัครใจ โดยผู้ย้ายถิ่นสามารถเลือกที่จะสมัคร หรือสิ้นสุดสมาชิกภาพได้ทุกเมื่อตามที่ต้องการซึ่งต่างจากประกันสังคม และบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวของรัฐบาลที่กำหนดให้แรงงานย้ายถิ่นที่ขึ้นทะเบียนขอใบอนุญาตทำงานจะต้องสมัคร ด้วยเหตุนี้เอ็มพีเอ็นจึงต้องเผชิญกับความท้าทายในการคัดเลือกที่ขัดประโยชน์ (ซึ่งเป็นหลักการหนึ่งในด้านการประกันภัย) ซึ่งผู้ย้ายถิ่นที่มีอาการป่วยอยู่แล้วหรือผู้ที่มีความต้องการบริการสุขภาพสูง จะเป็นผู้ที่แสดงความสนใจในการสมัครมากกว่ากลุ่มอื่น การปรับเปลี่ยนในแผนต่างๆ ของเอ็มพีเอ็นมีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหาที่โดยในขณะเดียวกันจะต้องยังคงรักษาหลักการสำคัญของโครงการที่ต้องการให้ความคุ้มครองทางสุขภาพและให้ผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือมากที่สุดสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2561 ด้วยการเปิดตัวแผน 2.0. เอ็มพีเอ็นได้เริ่มใช้ข้อกำหนดใหม่ในโครงการที่ยังคงรับสมัครตามความสมัครใจ โดยผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง สตรีมีครรภ์ และผู้สูงอายุ (อายุ 50 ปีขึ้นไป) สามารถสมัครเอ็มพีเอ็นต่อได้ แต่จะต้องนำสมาชิกสุขภาพดีมาสมัครเอ็มพีเอ็นและคงสมาชิกภาพของสมาชิกดังกล่าว ซึ่งข้อกำหนดดังกล่าวมีส่วนอย่างมากในการทำให้สมาชิกเอ็มพีเอ็นมีความหลากหลาย กระจายความเสี่ยงได้ดีขึ้น และช่วยลดช่องว่างระหว่างค่ารักษาพยาบาลกับเงินสมทบที่รวบรวมได้ ในแผน 1.0-3.0 สตรีมีครรภ์จนถึงไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ได้รับอนุญาตให้สมัครโครงการเอ็มพีเอ็น (โดยต้องนำสมาชิกใหม่อีกสองคนมาสมัครด้วยในแผน 2.0 และ 3.0) อย่างไรก็ตาม เอ็มพีเอ็นพบว่าสตรีมีครรภ์ส่วนใหญ่มักไม่ต่อสมาชิกภาพหลังคลอด (ดูหัวข้อ 3.2.2) เพื่อแก้ปัญหาการคัดเลือกที่ขัดประโยชน์นี้ แผน 4.0 จึงกำหนดไม่ให้สตรีที่ตั้งครรภ์อยู่แล้วเข้าร่วมโครงการ ทั้งนี้โครงการสนับสนุนให้สตรีวัยเจริญพันธุ์สมัครสมาชิกเอ็มพีเอ็นตั้งแต่อนุบาล ก่อนตั้งครรภ์ และหากตั้งครรภ์สมาชิกสามารถเลือกแผนกลุ่มสตรีมีครรภ์ในระหว่างตั้งครรภ์ได้ ดีแอลพีคาดหวังว่าข้อกำหนดนี้จะส่งผลในเชิงบวกต่อไปในการควบคุมค่าใช้จ่าย และสนับสนุนให้มีการวางแผน และติดตามการตั้งครรภ์ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ ซึ่งอาจส่งผลให้แม่และทารกมีสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น ทั้งนี้ในจังหวัดตากและเมืองเมียวดีเป็นกรณีพิเศษโดยสตรีที่ตั้งครรภ์อยู่แล้วสามารถเลือกแผนกลุ่มสตรีมีครรภ์ NGO โดยสมาชิกเหล่านี้จะฝากครรภ์และคลอดเองตามธรรมชาติในคลินิก NGO ซึ่งเป็นพันธมิตรของเอ็มพีเอ็น โดยองค์กร NGO จะเป็นผู้รับผิดชอบค่ารักษาส่วนใหญ่เอง เอ็มพีเอ็นจะรับผิดชอบเฉพาะค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลพันธมิตรอื่นเมื่อต้องมีการส่งต่อผู้ป่วยในกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อน

3.2.2. อัตราการคงสมาชิกภาพอยู่ในระดับต่ำเนื่องจากกลุ่มประชากรมีการโยกย้ายสูงและความท้าทายด้านโครงสร้างอื่นๆ

เอ็มพินด์ยังคงเผชิญกับปัญหาสมาชิกไม่ต่อสมาชิกภาพดังแสดงในหัวข้อ 2.4.1 จากสมาชิก 31,792 รายที่สมัครตั้งแต่เริ่มโครงการมีสมาชิกทั้งหมด 15,460 ราย (48.6%) สิ้นสุดสมาชิกภาพ ณ วันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 จากจำนวนผู้สิ้นสุดสมาชิกภาพดังกล่าวซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มประชากรผู้ย้ายถิ่นที่มีความคล่องตัวสูง เจ้าหน้าที่ประสานงานชุมชนของเอ็มพินด์พบว่าจำนวน 46.0% ที่เจ้าหน้าที่ไม่สามารถติดต่อได้ เนื่องจากสมาชิกได้กลับบ้านเกิด ย้ายไปอยู่จังหวัดอื่นในประเทศไทย เปลี่ยนหมายเลขโทรศัพท์หรืออยู่ไกลเกินไป ด้วยวิกฤตการณ์โควิด-19 ทำให้ ผู้ย้ายถิ่นในพื้นที่โครงการจำนวนมากต้องตกงาน บางคนกลับบ้านและไม่สามารถกลับประเทศไทยได้เนื่องจากการปิดชายแดน สมาชิกอีก 31.3% สิ้นสุดสมาชิกภาพด้วยเหตุผลทางการเงิน (ไม่มีกำลังชำระเงิน หรือไม่ต้องการชำระเงินอีกต่อไป) และ 7.2% รายงานว่าได้สมัครในโครงการของรัฐบาลและไม่ต้องการใช้สิทธิเอ็มพินด์อีกต่อไป สมาชิกอื่นๆ ได้สิ้นสุดสมาชิกภาพด้วยเหตุผลอื่น ตามที่กล่าวไว้ในหัวข้อที่ 3.2.1 หมู่สตรีมีครรภ์มีการยุติสมาชิกภาพสูงเป็นพิเศษ และโครงการได้ดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาบางส่วนด้วยการปรับเปลี่ยนในแผน 4.0 โดยโครงการจะสนับสนุนให้กลุ่มสตรีเห็นประโยชน์ในการสมัครสมาชิกเอ็มพินด์ตั้งแต่เนิ่นๆ และยังคงต่อสมาชิกภายหลังจากการคลอดบุตร

ตั้งแต่เริ่มโครงการ โดยรวมระยะเวลาในการสมัครเอ็มพินด์ของสมาชิกโดยเฉลี่ยเท่ากับ 16 เดือน เอ็มพินด์มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหาการคัดเลือกที่ขัดประโยชน์และอัตราการคงสมาชิกภาพที่ต่ำเพื่อเพิ่มระยะเวลาของสมาชิกภาพดังกล่าว ในขณะที่เดียวกัน เอ็มพินด์สามารถช่วยให้มีระบบคุ้มครองสุขภาพที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้ย้ายถิ่นและประชากรชายแดนจำนวนถึง 31,792 คน ระหว่างที่ผู้ย้ายถิ่นเหล่านี้อยู่ในพื้นที่โครงการและ/หรือต้องการเข้าถึงบริการ ผลการศึกษาขององค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน (ไอโอเอ็ม)¹⁰ ในจังหวัดตาก พบว่า ผู้ย้ายถิ่นจากเมียนมาร์น้อยกว่า 50% อาศัยอยู่ในจังหวัดตาก ประเทศไทยมากกว่าหนึ่งปี ส่วนที่ 4 ของรายงานนี้จะกล่าวถึงมาตรการเพิ่มเติมที่จะนำมาใช้เพื่อให้โครงการสามารถให้ความคุ้มครองทางสุขภาพแก่ผู้ย้ายถิ่นในทุกพื้นที่ของประเทศไทย

3.2.3. การบรรลุความยั่งยืนทางการเงินโดยคงความคุ้มครองด้านสุขภาพอย่างสูงสุด

เป้าหมายของดีแอลพีในการดำเนินโครงการเอ็มพินด์ คือ การให้ผู้ย้ายถิ่นที่ต้องการบริการสุขภาพมากที่สุดสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพต่างๆ ที่มีคุณภาพ และในขณะที่เดียวกันโครงการสามารถบรรลุความยั่งยืนทางการเงิน แม้ว่า การบรรลุวัตถุประสงค์ทั้งสองประการนี้ถือเป็นความท้าทายที่ยิ่งใหญ่แต่ดีแอลพีก็มีความก้าวหน้าอย่างมาก เอ็มพินด์ได้ขยายตัวอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มโครงการในเดือนกันยายน พ.ศ. 2560 โดยมีสมาชิกเข้าร่วมโครงการ 31,792 คน ครอบคลุมบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน 36,371 ราย และลดส่วนต่างระหว่างค่ารักษาพยาบาลกับเงินสมทบที่เก็บจากสมาชิกจากอัตราส่วน 4.0 ด้วยแผน 1.0 ถึง 1.3 ด้วย แผน 3.0 ภายใต้อุปกรณ์ปัจจุบันคือแผนสุขภาพ 4.0 ที่เปิดตัวในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 ดีแอลพีคาดว่าจะสามารถใช้จ่ายเงินสมทบเพื่อชำระค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นภายใต้โครงการเอ็มพินด์ทั้งหมด และค่าใช้จ่ายในการดำเนินโครงการบางส่วน

ความก้าวหน้าในการควบคุมค่าใช้จ่ายของเอ็มพินด์ในขณะนี้ยังต้องดำเนินการเพื่อให้สมาชิกสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้เป็นผลมาจาก ก) การตรวจสอบตัวบ่งชี้ที่สำคัญของโครงการเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอผ่านแอปพลิเคชันเอ็มพินด์ และ ข) การจัดทำมีรายงานการวิเคราะห์และการจำลองทางการเงินอย่างสม่ำเสมอจากผู้เชี่ยวชาญอิสระด้านการประกันภัยรายย่อย การมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลแม่สอดอย่างมีนัยสำคัญในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยในที่เกิดจากพาดานความคุ้มครองของเอ็มพินด์สำหรับสมาชิกบางคนมีส่วนช่วยให้โครงการมีความมั่นคงยิ่งขึ้น และก่อประโยชน์ให้กับทั้งสององค์กร ในฐานะที่เอ็มพินด์เป็นโครงการที่ไม่แสวงหาผลกำไรอย่างแท้จริง เอ็มพินด์มุ่งมั่นที่จะรักษาระดับความคุ้มครองสุขภาพสูงสุดสำหรับสมาชิก สำหรับการดำเนินการเพิ่มเติมเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ด้านความยั่งยืนทางการเงินของเอ็มพินด์ ในปีต่อไป ดีแอลพีจะขยายโครงการให้ครอบคลุมมากขึ้นและเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานผ่าน ก) การขยายโครงการไปยังพื้นที่อื่นๆ ข) การใช้ระบบการชำระเงินดิจิทัลเพื่อจัดเก็บเงินสมทบจากสมาชิก ค) การเริ่มใช้/ขยายการสมัครและการต่ออายุสมาชิกผ่านระบบออนไลน์ตลอดจน ง) แสวงหาความร่วมมือและการสนับสนุนจากพันธมิตรภาครัฐให้มากยิ่งขึ้น (ดูหัวข้อ 3.2.4 และ 4)

10 การสำรวจติดตามกระแส: ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับโปรไฟล์และความเปราะบางของผู้อพยพชาวเมียนมาร์ที่ประเทศไทย (รอบที่ 3), องค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน (ไอโอเอ็ม), สิงหาคม พ.ศ. 2562

3.2.4. การรวบรวมเงินสมทบ (เงินสด) รายเดือน

แม้ว่าจุดแข็งประการหนึ่งของโครงการเอ็มฟันด์ คือการอนุญาตให้สมาชิกจ่ายเงินสมทบเป็นรายเดือนตามรูปแบบรายได้ของสมาชิก แต่ในขณะเดียวกันการจัดเก็บดังกล่าวเป็นความท้าทายในการดำเนินงานและสร้างค่าใช้จ่ายที่สำคัญสำหรับดีแอลพี โดยส่วนใหญ่เงินสมทบของสมาชิกจะถูกเก็บเป็นเงินสดโดยเจ้าหน้าที่ประสานงานชุมชน ทำให้เจ้าหน้าที่ทุกคนต้องดูแลและเดินทางไกลทั่วพื้นที่เพื่อพบปะสมาชิกทุกเดือน ซึ่งต้องใช้เวลาและค่าใช้จ่ายอย่างมากในการเดินทาง

เพื่อจัดการกับความท้าทายและลดการดำเนินงานที่ขาดประสิทธิภาพดังกล่าว โครงการจึงได้จัดให้มี ผู้ช่วยประสานงานชุมชน เป็นจำนวนมากขึ้น เพื่อรวบรวมเงินสมทบจากสมาชิก ผู้ช่วยประสานงานชุมชนเป็นสมาชิกในชุมชนผู้ย้ายถิ่น (บางคนเป็นสมาชิกเอ็มฟันด์) ที่ได้แสดงความสนใจและเข้าใจการดำเนินงานของเอ็มฟันด์เป็นอย่างดี ผู้ช่วยประสานงานชุมชนซึ่งมีสมาร์โฟนจะได้รับสิทธิในการเข้าใช้แอปพลิเคชันเอ็มฟันด์ เวอร์ชันที่ใช้ผ่านสมาร์โฟนที่ดีแอลพีได้พัฒนาขึ้น และทำให้ผู้ช่วยสามารถต่ออายุสมาชิกและสมัครสมาชิกใหม่ในชุมชนของตนได้ พวกเขาจะได้รับค่าคอมมิชชั่น 10% สำหรับเงินสมทบทั้งหมดที่รวบรวมได้ จากนั้นเจ้าหน้าที่ประสานงานชุมชนจะติดต่อผู้ช่วยเพื่อให้โอนเงินที่สะสมมายังเอ็มฟันด์ แนวปฏิบัติเริ่มแสดงให้เห็นว่าสามารถช่วยให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้นและช่วยลดต้นทุน และจะมีการขยายการดำเนินการต่อไปในทุกพื้นที่ของโครงการ

นอกจากนี้ดีแอลพีต้องการใช้ระบบการชำระเงินดิจิทัลเพื่อเก็บค่าธรรมเนียมสมาชิก อย่างไรก็ตาม เนื่องจากสมาชิกเอ็มฟันด์ส่วนใหญ่ไม่มีบัญชีธนาคารและเป็นผู้ย้ายถิ่นที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน การดำเนินการดังกล่าวจึงเป็นสิ่งที่ท้าทาย เนื่องจากโดยทั่วไปแล้วแอปพลิเคชันการชำระเงินผ่านสมาร์โฟนจะต้องมีการระบุตัวตนที่ถูกต้องและเชื่อมโยงไปยังบัญชีธนาคาร ที่เมืองเมียงเวียด ดีแอลพีสามารถใช้ระบบเวฟมันนี่ (WaveMoney) ได้ เนื่องจากสมาชิกส่วนใหญ่เป็นชาวเมียนมาร์ อย่างไรก็ตามสำหรับผู้ย้ายถิ่นในประเทศไทย การใช้ระบบชำระเงินดิจิทัลยังไม่สามารถดำเนินการได้ โครงการเอ็มฟันด์ไม่สามารถสร้างความร่วมมือกับร้านสะดวกซื้อได้ เนื่องจากปริมาณการทำธุรกรรมของโครงการยังมีจำนวนจำกัด จึงไม่ได้รับความสนใจจากเครือข่ายร้านค้าที่ใหญ่ที่สุดต่างๆ โดยดีแอลพีจะกล่าวถึงการดำเนินการต่อไปในหน้าที่ 4



4. การดำเนินการในอนาคตสำหรับเอ็มพินด์

เตรียมลงพื้นที่ต้องการ ก) แบ่งปันบทเรียนอันทรงคุณค่าจากการดำเนินโครงการเอ็มพินด์ร่วมกับหน่วยงานภาครัฐและพันธมิตรอื่นๆ เพื่อสนับสนุนการออกแบบ/ปฏิรูประบบคุ้มครองสุขภาพเพื่อผู้ย้ายถิ่น และ ข) เพื่อเสริมระบบคุ้มครองสุขภาพดังกล่าวโดยการเติมช่องว่างที่อาจมีขึ้นในการเข้าถึงและความครอบคลุมของบริการ (ดูหัวข้อที่ 5 เกี่ยวกับ คำแนะนำด้านนโยบาย)

เรายังคงขยายโครงการเอ็มพินด์อย่างต่อเนื่องในพื้นที่ดำเนินโครงการปัจจุบัน นอกจากนี้ดีแอลพียังได้เริ่มหารือกับหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดเชียงราย เพื่อขยายโครงการในพื้นที่เหล่านี้ ทั้งนี้ดีแอลพีคาดว่าจะยังคงหารือเพิ่มเติมกับหน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัดอื่น ๆ ของประเทศไทยเช่นเดียวกัน

ในประเทศเมียนมาร์ กัมพูชา หรือลาว ในพื้นที่ชายแดนตรงข้ามกับพื้นที่ดำเนินโครงการในประเทศไทย ดีแอลพีตั้งเป้าที่จะดำเนินโครงการเอ็มพินด์เพื่อให้บริการการคุ้มครองสุขภาพแก่ผู้อยู่อาศัยในชุมชนที่ยากจน และเพื่อให้ข้อมูลคำแนะนำทางนโยบายในการออกแบบระบบประกันสุขภาพระดับประเทศ ท้ายที่สุด ดีแอลพีตั้งเป้าที่จะขยายโครงการเอ็มพินด์ในประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคหรือทั่วโลก เพื่อขยายการคุ้มครองด้านการดูแลสุขภาพไปยังผู้ย้ายถิ่นและผู้ลี้ภัยจำนวนมากหลายล้านคนที่ขาดสิทธิประโยชน์พื้นฐานดังกล่าวในปัจจุบัน

การดำเนินงานของเอ็มพินด์ แผนคุ้มครองสุขภาพ และแอปพลิเคชัน ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าใช้งานได้ในทุกสถานที่ได้ดำเนินโครงการ ดีแอลพีได้จัดหาผู้ช่วยประสานงานชุมชน และพันธมิตรเป็นจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งเมื่อผู้ช่วยและพันธมิตรต่างๆ ได้ลงนามในสัญญาที่ไม่ซับซ้อนกับดีแอลพี ก็สามารถให้สิทธิเข้าถึงแอปพลิเคชันเอ็มพินด์ รับการฝึกอบรม และดำเนินโครงการเอ็มพินด์ภายใต้การดูแลและติดตามจากพนักงานดีแอลพี ในปัจจุบันผู้ช่วยประสานงานชุมชนจำนวนมากสามารถใช้แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อต่ออายุสมาชิกและการสมัครสมาชิกใหม่ในพื้นที่ต่างๆ

เพื่อเพิ่มความครอบคลุมและการสมัครของผู้ย้ายถิ่นที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ ดีแอลพี ไม่มีทีมหรือพันธมิตร ดีแอลพีจึงได้จัดให้มีศูนย์การติดต่อผ่านโทรภาพ (วิดีโอคอล) ที่เจ้าหน้าที่สามารถดำเนินการสมัครออนไลน์และการต่ออายุสมาชิกทางไกลได้ เรามุ่งหวังที่จะใช้เทคโนโลยีดังกล่าวในวงกว้าง เพื่อให้ผู้ย้ายถิ่นในพื้นที่อื่นๆ สามารถสมัครสมาชิกเอ็มพินด์ได้ ทั้งนี้ดีแอลพีจะต้องใช้ระบบการชำระเงินแบบดิจิทัลควบคู่กัน โดยสมาชิกจะสามารถขอรับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่ไม่ใช่องค์กรพันธมิตรของเอ็มพินด์ และขอเบิกคืนค่ารักษาพยาบาลจากเอ็มพินด์ได้อย่างรวดเร็ว

การใช้การชำระเงินแบบดิจิทัลกลายเป็นสิ่งจำเป็นในการดำเนินโครงการเอ็มพินด์ ตามที่ผู้ประกอบการหลายรายใช้เพื่อให้บริการหลายรูปแบบต่างๆ กัน ในปัจจุบันดีแอลพีเลือกใช้ระบบรหัสคิวอาร์ที่ไม่ซับซ้อนซึ่งได้เชื่อมกับบัญชีธนาคารของดีแอลพี แม้ว่าสมาชิกเอ็มพินด์ส่วนใหญ่จะไม่สามารถใช้แอปพลิเคชันธนาคารบนสมาร์ตโฟนได้ แต่ดีแอลพีเชื่อว่าสมาชิกจะสามารถขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านหรือคนรู้จักที่สามารถดำเนินการชำระเงินแทนตนเองได้ ดีแอลพีจะพยายามขยายการใช้ระบบการชำระเงินนี้ให้มากยิ่งขึ้น

ด้วยการใช้แผนเอ็มพินด์ 4.0 ดีแอลพีคาดการณ์ว่าจะสามารถครอบคลุมค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลสำหรับสมาชิกทั้งหมด และส่วนหนึ่งของค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานของเอ็มพินด์ด้วยเงินสมทบของสมาชิก นอกจากนี้เรายังคาดการณ์ว่าการใช้การชำระเงินแบบดิจิทัลและการสมัครออนไลน์จะช่วยลดต้นทุนการดำเนินงาน สร้างประสิทธิภาพลดจำนวนสมาชิกที่ไม่ต่อสมาชิกภาพ ซึ่งนำไปสู่ความยั่งยืนทางการเงิน ทั้งนี้ดีแอลพีอาจยังต้องปรับเปลี่ยนแผนสุขภาพเพิ่มเติมในอนาคตเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์นี้ ซึ่งดีแอลพีตั้งเป้าว่าจะสำเร็จภายในสิ้นปี พ.ศ. 2567



5. คำแนะนำด้านนโยบาย

ประเทศไทยมีความก้าวหน้าอย่างมากในการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ (SDGs) ประจำปี พ.ศ. 2558 เพื่อสร้างหลักประกันการมีสุขภาพที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย (เป้าหมาย SDG 3) ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561-พ.ศ. 2580)¹¹ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564)¹² และแผนปฏิบัติการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (พ.ศ. 2561-2565)¹³ ประเทศไทยได้ประสบความสำเร็จในการจัดให้มีระบบคุ้มครองสุขภาพแก่คนไทยทุกคนผ่านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากนี้ ผู้ย้ายถิ่นปกติจำนวนมากที่ทำงานในประเทศยังได้รับประโยชน์จากการคุ้มครองสุขภาพที่มีประสิทธิภาพผ่านโครงการประกันสังคมและกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว อย่างไรก็ตามอาจมีผู้ย้ายถิ่นประมาณหนึ่งล้านคนและผู้ย้ายถิ่นที่ขึ้นทะเบียนแล้วราวหนึ่งล้านคนที่ยังไม่ได้รับการคุ้มครองและเข้าไม่ถึงประกันของรัฐบาล

ผู้ย้ายถิ่นที่ไม่มีประกันต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายเองและก่อให้เกิดวิกฤตทางการเงินจากปัญหาทางสุขภาพอย่างสูงเมื่อต้องเข้ารับบริการด้านสุขภาพ สิ่งนี้เป็นอุปสรรคต่อสิทธิด้านสุขภาพส่วนบุคคล และยังเป็นความเสี่ยงร่วมกันในความมั่นคงด้านสุขภาพ หนึ่งในปัจจัยในการเริ่มระบาดของไวรัสโคโรนา-19 ในประเทศไทยเกิดจากการติดเชื้อภายในชุมชนแรงงานข้ามชาติที่จังหวัดสมุทรสาคร เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 แม้จะมีความพยายามอย่างมากในการควบคุมการแพร่ระบาด แต่การแพร่กระจายของโควิด-19 ยังคงไม่ลดลงในประเทศไทย ณ เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2564 ดีแอลพีเห็นว่าการดำเนินการเพื่อให้มีระบบคุ้มครองสุขภาพที่มีประสิทธิภาพสำหรับทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย และประเทศอื่นมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสิทธิด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล เช่นเดียวกับความมั่นคงด้านสุขภาพร่วมกัน

สุขภาพที่ดีสำหรับทุกคนไม่สามารถบรรลุได้หากทุกคนไม่ได้รับการคุ้มครอง

เอ็มพีเอ็นตั้งมั่นที่จะจัดให้มีระบบคุ้มครองสุขภาพที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้ที่ไม่สามารถสมัครระบบประกันสุขภาพของรัฐบาลและมุ่งหวังที่จะให้ความคุ้มครองแก่ผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ โดยในขณะเดียวกันสามารถสร้างองค์ความรู้ที่อาจมีคุณค่าสำหรับการออกแบบ/ปฏิรูปแผนการคุ้มครองสุขภาพผู้ย้ายถิ่นทั้งหมดในประเทศ กระทรวงสาธารณสุขของไทยกำลังพยายามอย่างต่อเนื่องในการเสนอร่างระเบียบวาระเพื่อการพิจารณาในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่อง “การคุ้มครองการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะในภาวะวิกฤตอย่างเป็นธรรม” โดยได้มีการหารือกับหน่วยงานต่างๆ เกี่ยวกับร่างระเบียบวาระดังกล่าวแล้ว ซึ่งสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจะได้พิจารณาร่างดังกล่าวเพื่อให้ฉันทามติในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 ทั้งนี้การจัดทำร่างดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหาช่องว่างและความต้องการของประชากรที่แตกต่างกัน (รวมถึงผู้พิการและผู้ต้องขัง) และโดยเฉพาะผู้ย้ายถิ่น และผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ (บุคคลไร้สัญชาติ)

ร่างระเบียบวาระเป็นความพยายามในการแก้ไขปัญหาในทิศทางที่ถูกต้อง ดีแอลพีมีความคิดเห็นและข้อเสนอแนะด้านนโยบายดังนี้

- **ควรบังคับใช้แบบ/กลไกของการคุ้มครองสุขภาพของประชากรเฉพาะกลุ่ม โดยเฉพาะผู้ย้ายถิ่นและผู้มีปัญหามาตราฐานและสิทธิ เป็นกฎหมาย แทนที่การออกเป็นมติคณะรัฐมนตรีหรือกฎกระทรวง**
- **ควรจัดให้มีการคุ้มครองสุขภาพของประชากรเฉพาะกลุ่ม โดยเฉพาะผู้ย้ายถิ่นและผู้มีปัญหามาตราฐานและสิทธิ ตลอดเวลา มีเฉพาะช่วงวิกฤต ซึ่งอาจช่วยป้องกันและลดความรุนแรงของวิกฤตสุขภาพได้อย่างแท้จริง**

11 คณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ แผนยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561-2580) เผยแพร่ที่ <https://sto.go.th/sites/default/files/2019-12/National-Strategy-Eng-Final-25-OCT-2019.pdf>, เข้าถึงเมื่อ 7 กันยายน พ.ศ. 2564

12 กระทรวงสาธารณสุข แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564), เผยแพร่ที่ https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/HealthPlan12_2560_2564.pdf, เข้าถึงเมื่อ 7 กันยายน พ.ศ. 2564

13 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, แผนปฏิบัติการของสสส. (พ.ศ. 2561-2565), เผยแพร่ที่ https://www.nhso.go.th/storage/downloads/main/144/E0%B9%81%E0%B8%9C%E0%B8%99%E0%B8%9B%E0%B8%8F%E0%B8%B4%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%8A%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%82%E0%B8%AD%E0%B8%87_%E0%B8%AA%E0%B8%9B%E0%B8%AA%E0%B8%8A_.pdf, เข้าถึงเมื่อ 7 กันยายน พ.ศ. 2564

- **เงินทุนเพื่อการคุ้มครอง/ให้บริการสุขภาพสำหรับผู้ย้ายถิ่นไม่ควรเป็นภาระของผู้ย้ายถิ่นเท่านั้น**
 - ดีแอลพีเห็นว่ารัฐบาลอาจรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด เช่น อาจออกแบบให้เป็นการขยายโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ทั้งนี้ผู้ย้ายถิ่นที่ทำงานในประเทศไทยทั้งที่ขึ้นทะเบียนและไม่ได้ขึ้นทะเบียนควรมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการสร้างเศรษฐกิจ และได้จ่ายภาษีให้แก่ประเทศ ซึ่งส่วนหนึ่งของภาษีดังกล่าวสามารถนำไปใช้เพื่อเป็นงบประมาณในการตั้งระบบคุ้มครองสุขภาพ
 - หากรัฐบาลเห็นว่าทิศทางนโยบายในย่อหน้าข้างต้นไม่สอดคล้องกับการดำเนินงาน การจัดสรรที่มาของเงินทุนควรเป็นการสมทบที่เป็นธรรมจากทั้งนายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล
 - เงินสมทบจากผู้ย้ายถิ่นควรสอดคล้องกับกำลังทรัพย์ ตามที่ได้แสดงในรายงานนี้สมาชิกเอ็มพีเน็ตส่วนใหญ่เลือกจ่ายเงินสมทบสมาชิกเป็นรายเดือน ผู้ย้ายถิ่นส่วนใหญ่ประสบปัญหาในการจ่ายเงินค่าประกันสุขภาพคนต่างด้าวของกระทรวงสาธารณสุขล่วงหน้าเป็นรายปี การให้โอกาสในการจ่ายเบี้ยประกันภัยเป็นรายเดือนหรือรายไตรมาส น่าจะช่วยให้ผู้ย้ายถิ่นจำนวนมากขึ้นสามารถเข้าร่วมและต่อสมาชิกภาพโครงการประกันสุขภาพของรัฐบาล
 - ควรนำเทคโนโลยีสมัยใหม่และการชำระเงินทางดิจิทัลมาใช้ในการเก็บเงินสมทบในระบบคุ้มครองสุขภาพใหม่นี้
- **ผู้ติดตาม (โดยเฉพาะคู่สมรสและบุตร)** ของแรงงานข้ามชาติควรได้รับการพิจารณาว่าเป็นประชากรพิเศษที่ต้องการความเอาใจใส่ และควรรวมให้อยู่ในระบบคุ้มครองสุขภาพ จากประสบการณ์ในการดำเนินโครงการเอ็มพีเน็ตแสดงให้เห็นชัดเจนว่าผู้ย้ายถิ่นส่วนใหญ่ที่ไม่ได้รับการคุ้มครองตามระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่เป็นผู้หญิง ซึ่งส่วนใหญ่ว่างงาน และมักเป็นคู่สมรสที่ไม่มีประกันของแรงงานข้ามชาติชายที่ขึ้นทะเบียนแล้ว ร้อยละ 25 ของสมาชิกเอ็มพีเน็ตเป็นเด็กที่ต้องการความคุ้มครองทางสุขภาพ
- ดีแอลพีเห็นว่าโครงการเอ็มพีเน็ตควรได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลต่อไป และอาจบูรณาการอย่างเป็นทางการเพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับการคุ้มครองสุขภาพของผู้ย้ายถิ่น (รวมถึงผู้ย้ายถิ่นที่ขึ้นทะเบียนแล้ว) ในประเทศไทย



