ความสำเร็จและข้อท้าทายงานด้านเอดส์

กลุ่มประชากรข้ามชาติในประเทศไทย

ภายใต้โครงการกองทุนโลก

เฉลิมพล แจ่มจันทร์
กัญญา อภิพรชัยสกุล
อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์
สุรีย์พร พันพึ่ง
นคร เปรมศรี
บุษบา ตันติศักดิ์

ความสำเร็จและข้อท้าทายงานด้านเอดส์
กลุ่มประชากรข้ามชาติในประเทศไทย ภายใต้โครงการกองทุนโลก

ข้อมูลทางบรรณานุกรม :
ความสำเร็จและข้อท้าทายงานด้านเอสด์ กลุ่มประชากรข้ามชาติในประเทศไทย ภายใต้โครงการกองทุนโลก
เฉลิมพล แจ่มจันทร์...[และคนอื่น ๆ]. - - พิมพ์ครั้งที่ 1. - - นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2559 (เอกสารทางวิชาการ / สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ; หมายเลข 453)

1. แรงงานต่างด้าว. 2. แรงงานต่างด้าว--เอเชียตะวันออกเฉียงใต้. 3. แรงงานต่างด้าว--แง่อนามัย. 4. โรคเอดส์--การป้องกันและควบคุม. 5. เอชไอวี, การติดเชื้อ--การป้องกันและควบคุม. 6. การติดเชื้อเอชไอวี--การป้องกันและควบคุม. 7. โครงการฟ้ามิตร. 8. บริการสุขภาพ. 9. สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล. I. เฉลิมพล แจ่มจันทร์. II. กัญญา อภิพรชัยสกุล. III. อภิชาติ จารัสฤทธิรงค์. IV. สุรีย์พร พันพึ่ง. V. นคร เปรมศรี. VI. บุษบา ตันติศักดิ์. VII. มหาวิทยาลัยมหิดล. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. VIII. ชื่อชุด.

เลขมาตรฐานหนังสือ ISBN : 978-616-279-806-1

WC503 ค181 2559

คณะผู้เขียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เฉลิมพล แจ่มจันทร์	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
นางสาวกัญญา อภิพรชัยสกุล	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีย์พร พันพึ่ง	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
นายแพทย์ นคร เปรมศรี	สำนักบริหารโครงการกองทุนโลก กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
นางบุษบา ตันติศักดิ์	สำนักบริหารโครงการกองทุนโลก กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ผู้จัดพิมพ์และสนับสนุนการจัดพิมพ์ :	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
ถ่ายภาพโดย	กัญญา อภิพรชัยสกุล
พิมพ์ครั้งแรก :	กุมภาพันธ์ 2559
จำนวนที่พิมพ์ :	300 เล่ม
พิมพ์ที่ :	ห้างหุ้นส่วนสามัญณัฐภร เพลท เลขที่ 52 ซ.ลาดปลาเค้า 58 ถนนลาดปลาเค้า แขวงอนุสาวรีย์ เขตบางเขน กรุงเทพ 10220

ถ้อยแถลง

ประเทศไทยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลกด้านเอดส์ ในการทำงานส่งเสริมป้องกันเอดส์และงานดูแลและสนับสนุนผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติและกลุ่มชาติพันธุ์มาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 จนถึง พ.ศ. 2557 ภายใต้โครงการส่งเสริมการป้องกันเอดส์ในแรงงานข้ามชาติ ประเทศไทย หรือ อีกชื่อว่า “โครงการฟ้ามิตร” ซึ่งเน้นในด้านงานป้องกันเอดส์ และเพื่อเพิ่มโอกาสให้กลุ่มประชากรที่เข้าถึงยากได้มีโอกาสเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ โดยประเทศไทยได้รับการสนับสนุนโครงการด้านการดูแลและสนับสนุนผู้ติดเชื้อเอชไอวี ภายใต้โครงการ NAPHA Extension ซึ่งสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการวิจัยประเมินผลตลอดระยะเวลาการดำเนินงานของทั้ง 2 โครงการ

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ขอขอบคุณสำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลก กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โครงการส่งเสริมการป้องกันเอดส์ในแรงงานข้ามชาติประเทศไทย “โครงการฟ้ามิตร” โครงการด้านการดูแลและสนับสนุนผู้ติดเชื้อเอชไอวี และภาคีเครือข่ายเป็นอย่างสูง และที่สำคัญคือ คณะนักวิจัยขอขอบคุณ คนทำงานในภาคีเครือข่ายที่ทำงานด้านเอดส์ หน่วยงานผู้ให้การสนับสนุนการทำงาน และผู้วางแผนนโยบาย สำหรับกลุ่มประชากรข้ามชาติและกลุ่มชาติพันธุ์ ที่ได้ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลต่างๆ เป็นอย่างดีมาก

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล หวังเป็นอย่างยิ่งว่าหนังสือนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อคนทำงานในกลุ่มประชากรข้ามชาติและกลุ่มชาติพันธุ์ ผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการต่าง ๆ รวมถึงแรงงานข้ามชาติและกลุ่มชาติพันธุ์ ทั้งนี้ เพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชากรทุกคนในประเทศไทยต่อไป

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีย์พร พันพึ่ง
ผู้อำนวยการ
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

36
2

คำนำ

แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามจากประเทศเพื่อนบ้าน เมียนมา กัมพูชา และลาว ที่ย้ายถิ่นข้ามแดนเข้ามาทำงานและพำนักอาศัยในประเทศไทย และกลุ่มชาติพันธุ์ เป็นหนึ่งในกลุ่มประชากรเป้าหมายที่สำคัญของการทำงานด้านเอดส์ในประเทศไทย ทั้งงานป้องกันและงานดูแลและสนับสนุนผู้ติดเชื้อ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 ประเทศไทยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลกในการทำงานด้านเอดส์กับประชากรกลุ่มนี้มาอย่างต่อเนื่อง ภายใต้โครงการส่งเสริมการป้องกันเอดส์ในแรงงานข้ามชาติ ประเทศไทย หรือ อีกชื่อว่า “โครงการฟ้ามิตร” ซึ่งเน้นในด้านงานป้องกัน โดยได้ดำเนินการมาแล้วใน 2 รอบโครงการ (ฟ้ามิตร-1 ระหว่างปี พ.ศ. 2547-2551 และ ฟ้ามิตร-2 ระหว่าง พ.ศ. 2552-2557) และภายใต้โครงการดูแลและสนับสนุนแรงงานข้ามชาติและกลุ่มชาติพันธุ์ เนื่องจากความยากลำบากในการเข้าถึงประชากรกลุ่มนี้ และข้อจำกัดในด้านต่างๆ โดยเฉพาะเกี่ยวกับปัญหาสถานภาพการอยู่อาศัยและทำงานในประเทศไทย ความแตกต่างในด้านภาษาและวัฒนธรรม รวมถึง การเคลื่อนย้ายเปลี่ยนถิ่นที่อยู่ที่ค่อนข้างบ่อย ทำให้การทำงานต้องมีการพัฒนารูปแบบเฉพาะที่เป็นนวัตกรรมทั้งในเรื่องโครงสร้างการบริหารจัดการ กลไกการประสานงานของหน่วยงานภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง รูปแบบและวิธีการดำเนินกิจกรรม รวมทั้ง ทักษะเฉพาะของบุคลากรที่ทำงานในพื้นที่

หนังสือเล่มนี้ จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นบันทึกสรุปและจดหมายเหตุ ข้อเรียนรู้เกี่ยวกับ ความสำเร็จและความท้าทายของการทำงานด้านเอดส์ในกลุ่มประชากรข้ามชาติที่ผ่านมาของประเทศไทย เนื้อหาที่สำคัญรวบรวมและเรียบเรียงมาจากผลการศึกษา “โครงการประเมินผลภายนอกโครงการด้านเอดส์รอบ SSF ปีงบประมาณ 2557” โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ที่เสนอต่อสำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลก กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งข้อมูลที่ใช้ในการประเมินผลได้จากการวิจัยภาคสนาม การสำรวจเชิงปริมาณกลุ่มประชากรข้ามชาติ จำนวน 3,958 คน ในพื้นที่ 14 จังหวัด และการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพกับหน่วยงานผู้รับผิดชอบโครงการ ภาคีเครือข่ายการทำงานในระดับพื้นที่และประชากรข้ามชาติ รวม 6 จังหวัด และหน่วยงานรวมถึงภาคีที่เกี่ยวข้องในส่วนกลางจำนวนหนึ่ง

คณะผู้เขียนมีความคาดหวังเป็นอย่างยิ่งว่าหนังสือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ ไม่ทางตรงก็ทางอ้อม ต่อผู้ที่ทำงานด้านเอดส์และภาคีเครือข่ายการทำงานในกลุ่มประชากรข้ามชาติ หน่วยงานผู้ให้การสนับสนุนการทำงาน ผู้วางแผนและบังคับใช้นโยบาย นักวิชาการและประชาชนที่สนใจทั่วไป และที่สำคัญที่สุดคือ แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม รวมถึงกลุ่มชาติพันธุ์ทุกชีวิตที่พำนักอาศัยอยู่ในประเทศไทย

คณะผู้เขียน

กิตติกรรมประกาศ

ความสำเร็จและข้อท้าทายงานด้านเอดส์กลุ่มประชากรข้ามชาติในประเทศไทย ภายใต้โครงการกองทุนโลก ใช้ข้อมูลจากโครงการวิจัยประเมินผลการดำเนินงานโครงการ ACHIEVED กลุ่มแรงงานข้ามชาติและกลุ่มชาติพันธุ์ ภายใต้โครงการด้านเอดส์รอบ SSF ซึ่งดำเนินงานโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล โดยได้รับการสนับสนุนจากโครงการกองทุนโลกด้านเอดส์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีระยะเวลาในการเก็บข้อมูลการวิจัยภาคสนาม เริ่มจากเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2557 – มิถุนายน พ.ศ. 2557

ช่วงระยะเวลาในการเก็บข้อมูลทีมวิจัยได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากหน่วยงานผู้รับทุนรองภาครัฐ คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ศูนย์ประสานประชาคมเอดส์จังหวัด (ศปอจ.) และโรงพยาบาลซึ่งเป็นผู้ให้บริการในพื้นที่ ทั้งระดับการบริหารจัดการและระดับปฏิบัติการ และหน่วยงานผู้รับทุนรองภาคองค์กรพัฒนาเอกชน คือ มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ มูลนิธิเพื่อสุขภาพและการเรียนรู้กลุ่มชาติพันธุ์ มูลนิธิศุภนิมิตรแห่งประเทศไทย มูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอดส์ และศูนย์ผู้อภิบาลผู้เดินทางทางทะเล ซึ่งได้ร่วมแสดงความคิดเห็น พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ขอขอบคุณทุกท่านที่ร่วมให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นทำให้งานเขียนนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และขอขอบคุณหน่วยงานผู้รับทุนหลัก คือ มูลนิธิรักษ์ไทยเป็นอย่างยิ่ง ที่ให้การสนับสนุนงานประเมินผลมาโดยตลอด รวมทั้ง ข้อมูลต่างๆ ที่มีความสำคัญและเป็นประโยชน์มาโดยตลอด

ทีมผู้เขียนขอขอบคุณคณะกรรมการกำกับติดตามการประเมินผลภายนอก โดยมี แพทย์หญิงเพชรศรี ศิรินิรันดร์ ประธานกรรมการ นายแพทย์ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ รองประธาน นายแพทย์สมชาย ศรีเปลี่ยนจันทร์ ที่ปรึกษา ศ.ดร.ภัสสร ลิมานนท์ ที่ปรึกษา นางสาวนงลักษณ์ บุณยพุทธิ ที่ปรึกษา และทีมกรรมการทุกท่าน ที่กำกับและติดตามพร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยประเมินผล ฯ และขอขอบคุณ นางสาวศิริพร ยงพานิชกุล นางสมใจ ประมาณพล ที่ช่วยให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะทำให้งานเขียนนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ท้ายนี้ขอขอบคุณสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ที่สนับสนุนการจัดพิมพ์ คณะผู้เขียนหวังว่างานเขียนนี้จะเกิดประโยชน์ต่อการทำงานด้านเอดส์ในกลุ่มประชากรข้ามชาติต่อไปในอนาคต หากมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมคณะผู้เขียนยินดีรับไว้พิจารณาต่อไป

คณะผู้เขียน

บทสรุป

ข้อเรียนรู้: การดำเนินงานด้านเอดส์ กลุ่มประชากรข้ามชาติในประเทศไทย

จากการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานด้านเอดส์ กลุ่มประชากรข้ามชาติในประเทศไทย ภายใต้การสนับสนุนจากกองทุนโลก นำมาสู่ข้อสรุปและข้อเรียนรู้ใน 4 ประเด็นหลัก ได้แก่

1. **กระบวนการทำงานและผลสัมฤทธิ์** - งานป้องกันเอชไอวี/เอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเห็นผลความสำเร็จเชิงประจักษ์ค่อนข้างชัดเจน การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายการทำงานในชุมชนและสถานประกอบกิจการ รวมถึง การเชื่อมประสานการทำงานขององค์กรพัฒนาเอกชนกับภาคสุขภาพและภาคประชาสังคมเป็นเงื่อนไขสำคัญของความสำเร็จในการทำงานเชิงรุกและการส่งต่อแรงงานที่มีความเสี่ยงเพื่อรับการตรวจและรักษา อย่างไรก็ดี การเคลื่อนย้ายเข้าออกของแรงงานข้ามชาติในพื้นที่ เป็นความท้าทายสำคัญที่ชี้ให้เห็นว่าการทำงานป้องกันเอดส์ยังต้องดำเนินต่อไปอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการกำหนดกฎเกณฑ์หรือปรับปรุงข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับการจัดจ้างพสต.เพื่อทำงานสุขภาพเชิงรุกหรือทำงานในสถานพยาบาลเป็นเรื่องที่ต้องเร่งพิจารณาทำให้ชัดเจน

กระบวนการทำงาน

โครงสร้างการการทำงาน

ในภาพกว้างของการทำงานโครงการฟ้ามิตร มุ่งเน้นเรื่องกิจกรรมการให้ความรู้เพื่อการป้องกันเอชไอวีและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ส่วนโครงการ Care มุ่งเน้นในเรื่องการรับส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากโครงการฟ้ามิตรและสถานพยาบาลในพื้นที่ รวมถึงเรื่องการดูแล ติดตาม และสนับสนุนผู้ติดเชื้อเอชไอวี นอกจากสองกิจกรรมหลักดังกล่าว โครงการฟ้ามิตรมีกิจกรรมเสริมให้กับพื้นที่ในเรื่องการประเมินสถานการณ์ในพื้นที่เพื่อวางแผนการทำงาน การอบรมพัฒนาศักยภาพบุคคลากร และส่งเสริมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรแก่แรงงานข้ามชาติ บทบาทหลักจะเป็นของ สสจ.

ซึ่งเป็นหน่วยงานผู้รับทุนรองในจังหวัด เพื่อการประสานงานระดับพื้นที่ สามหน่วยงานหลักที่ทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิด ได้แก่ องค์กรพัฒนาเอกชนที่เป็นหน่วยงานผู้รับทุนรองของโครงการฟ้ามิตรและโครงการ Care ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดูแลให้การสนับสนุนความร่วมมือการทำงานโดยเป็นเจ้าภาพหลักของศูนย์ประสานประชาคมเอดส์จังหวัด (ศปอจ. หรือ PCM) และสถานพยาบาลของรัฐในจังหวัด

ทั้งสามหน่วยงานหลักจะเป็นหน่วยงานขับเคลื่อนที่ทำงานทั้งในส่วนของงานป้องกัน และงาน care นอกจากนี้ ภาคส่วนอื่นๆ ที่เข้าร่วม ประกอบด้วย ภาคประชาสังคม ผู้นำชุมชน สถานประกอบกิจการ ผู้บังคับใช้กฎหมาย รวมถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเท่าที่พบในพื้นที่จะเป็นการเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนเรื่องงบประมาณกิจกรรม โดยส่วนใหญ่จะเป็นการสนับสนุนผ่านสถานพยาบาล (โรงพยาบาลและรพ.สต.) และ สสจ. เป็นหลัก ในหลายพื้นที่ พบว่าปัจจัยเสริมอย่างหนึ่งของการทำงานคือ การมีเครือข่ายในพื้นที่อื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วม ช่วยเหลือและสนับสนุนการทำงานของโครงการในหลายๆ เรื่อง เช่น องค์กรพัฒนาเอกชนอื่นๆ ในพื้นที่ที่ทำงานด้านเอดส์หรือวัณโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ หรือทำงานด้านเอดส์กับประชากรกลุ่มอื่น เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี รวมไปถึง CBO (community base organization) ต่างๆ ที่มีในพื้นที่

กิจกรรมการให้บริการป้องกันเอชไอวีแบบองค์รวม

กิจกรรมแรกที่พบในทุกพื้นที่ คือ กิจกรรมการให้ความรู้ และแจกถุงยางอนามัยในชุมชน และสถานประกอบกิจการ กระบวนการทำงานค่อนข้างมีรูปแบบของการวางแผน การแลกเปลี่ยน การประเมินสถานการณ์ การติดตามผล และนำมาใช้ในการปรับปรุงการทำงานอย่างเป็นระบบ ปัญหาและข้อจำกัดที่สำคัญในการลงทำกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นในเรื่องของช่วงเวลา และเวลาที่ทำกิจกรรมกับกลุ่มแรงงานข้ามชาติแต่ละกลุ่ม ความเหมาะสมน่าสนใจของอุปกรณ์และสื่อในการทำกิจกรรม การเข้าถึงยากของแรงงานบางกลุ่ม โดยเฉพาะในกลุ่มภาคการเกษตร และประมง ความร่วมมือของกลุ่มผู้บังคับใช้กฎหมายในพื้นที่ การหมุนเวียนเข้าออกของแรงงานที่มาใหม่และแรงงานที่เคยได้ลงทำกิจกรรมไปแล้ว ซึ่งกระทบต่อความต่อเนื่องของการทำกิจกรรม

กิจกรรมที่สอง คือการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการเข้ารับการตรวจหาเชื้อโดยสมัครใจ (STI และ VCT) รวมถึงการส่งเสริมลักษณะที่เป็นมิตรของระบบบริการต่อกลุ่มแรงงาน

ข้ามชาติ ในพื้นที่ส่วนใหญ่มีการทำงานใน 2 ลักษณะคือ การทำงานเชิงรับ และเชิงรุก โดยการทำงานเชิงรับ จะเป็นการทำงานคัดกรองที่แทรกผ่านกิจกรรม ผ่านแกนนำ ผ่านดร็อปอิน (Drop-in Center: DiC) รวมถึง บางพื้นที่ก็ทำงานผ่านเครือข่ายที่เป็นพันธมิตรในพื้นที่ โดยเฉพาะ รพ.สต. ส่วนเชิงรุกที่พบก็คือ การออกคลินิคเคลื่อนที่ ซึ่งเป็นจุดการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานผู้รับทุนรอง องค์กรพัฒนาเอกชน สสจ. และโรงพยาบาลหรือ รพ.สต. ในเรื่องการพัฒนาระบบบริการที่เป็นมิตรนั้น กิจกรรมหลักที่รับผิดชอบโดย สสจ.จะเป็นในเรื่องของการอบรมพัฒนาศักยภาพ และปรับเปลี่ยนทัศนคติให้กับผู้ให้บริการ การจัดให้มี พสต. เพื่อทำหน้าที่เป็นล่ามและทำงานเชิงรุกในสถานพยาบาล การจัดทำประชาสัมพันธ์ และทำเอกสารชี้แจงการรับบริการที่สถานพยาบาลเป็นภาษาของแรงงาน

สำหรับกิจกรรมการพัฒนาระบบบริการที่เป็นมิตร จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่สถานพยาบาล หน่วยงานผู้รับทุนรอง และตัวแทนแรงงาน พบว่า บุคลากรในหลายพื้นที่มีความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดีขึ้นต่อแรงงานข้ามชาติ อย่างไรก็ตาม ยังคงมีข้อจำกัดในเรื่องความครอบคลุมของการทำกิจกรรมการอบรมปรับทัศนคติให้กับกลุ่มผู้ให้บริการที่อยู่ในกลุ่มงานอื่นๆ ที่นอกเหนือไปจากงานเอดส์ และงานประกันสุขภาพ ซึ่งพบว่า ยังขาดการกำหนดแนวทางเนื้อหาการอบรมภายใต้หัวข้อต่างๆ ที่เป็นมาตรฐานการส่วนการจัดจ้าง พสต. (พนักงานสาธารณสุขต่างชาติ) เพื่อทำงานในสถานพยาบาลนั้น พบว่า มีประโยชน์และช่วยให้แรงงานสามารถเข้าถึงการคัดกรองและรับบริการตรวจ STI และ VCT รวมถึงการบริการทางสุขภาพอื่นๆ ได้ดีมาก แต่ประเด็นสำคัญ คือ ความยั่งยืนในการจัดจ้าง พสต.ภายหลังจบโครงการซึ่งสนับสนุนโดยกองทุนโลกและแหล่งทุนภายนอกอื่นๆ

บทบาทการทำงานของ พสต. และ อสต. (อาสาสมัครสาธาณสุขต่างชาติ) ที่ได้รับการให้ความสำคัญจากทุกหน่วยงานที่สัมภาษณ์ ได้แก่ การทำงานป้องกันเชิงรุก การจัดกิจกรรมให้ความรู้ และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่แรงงานในชุมชนและสถานประกอบกิจการ การประสานงานระหว่างสถานพยาบาล หน่วยงานรัฐ และแรงงานในชุมชนและสถานประกอบกิจการ เช่น เรื่องนโยบายต่างๆ เรื่องบัตรประกันสุขภาพ และการส่งต่อและติดตามผู้ติดเชื้อจากชุมชนมายังรพ. การเป็นล่าม ผู้อธิบายขั้นตอนวิธีการรักษาในสถานพยาบาลให้กับกลุ่มแรงงาน ซึ่งเมื่อพสต.และอสต.ได้รับการอบรม ทักษะและประสบการณ์ในช่วงระยะหนึ่ง พนักงานและอาสาสมัครเหล่านี้สามารถเป็นแกนหลักในการทำงานและช่วยเหลืองานของโครงการได้มาก อย่างไรก็ตาม ในเรื่องนี้ข้อจำกัดที่พบ คือ บางพื้นที่ยังคงประสบความยากลำบากในการจัดจ้าง พสต. ด้วยข้อจำกัดงบประมาณและอัตราค่าตอบแทนที่ไม่ดึงดูด ทำให้

การปรับเปลี่ยน (turnover) ที่ค่อนข้างสูงในบางพื้นที่ซึ่งกระทบต่อความไม่ต่อเนื่องในการทำงาน ความครอบคลุมของการลงทำกิจกรรม นอกจากนี้ยังมีประเด็นในเรื่องความต่อเนื่องของการจัดจ้าง พสต. ภายหลังจบโครงการ ซึ่งเป็นเรื่องเกี่ยวกับข้อกำหนดการจ้างและแหล่งงบประมาณในการจัดจ้าง

ผลสัมฤทธิ์

ผลการดำเนินงานโครงการด้านการป้องกันเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ พบว่า โครงการสามารถดำเนินกิจกรรมและผลผลิตภายใต้วัตถุประสงค์การสร้างความเข้มแข็งและขยายผลการให้บริการป้องกันเอชไอวีแบบองค์รวมในเกือบทุกด้านได้ผลเกินเป้าหมาย โดยเฉพาะในกิจกรรมการอบรมให้ความรู้และแจกจ่ายถุงยางอนามัยกับกลุ่มแรงงานในชุมชนและสถานประกอบกิจการ การอบรมพัฒนาศักยภาพ พสต. และเจ้าหน้าที่ภาคสนามของโครงการ การเข้าถึงบริการการตรวจหาเชื้อแบบสมัครใจและทราบผลของกลุ่มแรงงาน จะมีตัวชี้วัดเพียงตัวเดียวของโครงการที่มีผลการดำเนินงานค่อนข้างต่ำกว่าเป้าหมายที่วางไว้คือ เรื่องการได้รับการตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของกลุ่มแรงงาน จากการลงพื้นที่ภาคสนาม ในประเด็นนี้ พบว่า ปัญหาหลัก สาเหตุแรกมาจากความไม่ชัดเจนของนิยามความครอบคลุมของตัวชี้วัดที่นับเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และต้องได้รับการรักษาด้วย (หมายความว่า แม้จะพบแรงงานที่ประเมินว่ามีความเสี่ยงและได้พาไปตรวจวินิจฉัยแล้ว แต่แพทย์ไม่ยืนยันว่าเป็นอาการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือไม่ได้รับการรักษาก็จะไม่สามารถนับเป็นผลการดำเนินงานได้) ซึ่งในช่วงแรกของการดำเนินงานยังมีความติดขัดในเรื่องงบประมาณ โดยเฉพาะในส่วนของการรักษาทำให้การดำเนินงานค่อนข้างมีปัญหาและเกิดความเข้าใจไม่ตรงกันในระดับพื้นที่ เหตุผลที่สอง คือความขัดแย้งบางอย่างของตัวชี้วัดนี้กับเป้าหมายหลักของการดำเนินงานในภาพรวมที่ต้องการส่งเสริมการให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวีในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ กล่าวคือ การที่โครงการให้ความสำคัญกับการจัดกิจกรรมเชิงรุก อบรมให้ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงแจกจ่ายถุงยางอนามัยฟรีให้กับกลุ่มแรงงานข้ามชาติเพื่อสร้างความตระหนักถึงความเสี่ยงและแนะแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมในการป้องกัน อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้จำนวนแรงงานที่มีอาการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และต้องได้รับการรักษามีจำนวนน้อยลง และทำให้ตัวชี้วัดการทำงานของโครงการในเรื่องนี้ ไม่สามารถบรรลุได้ตามเป้าหมาย ซึ่งหากมองในมุมกลับกัน อาจเป็นภาพความสำเร็จของการทำงานในเชิงป้องกันของโครงการก็เป็นได้

ภายใต้วัตถุประสงค์การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการด้านเอชไอวีอย่างเพียงพอและยั่งยืนนั้น พบว่า การดำเนินงานสามารถบรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดผลผลิตได้เกือบทุกด้าน เช่น การฝึกอบรมเรื่องการบริการสุขภาพที่เป็นมิตรให้กับกลุ่มผู้ให้บริการ ภาครัฐ การอบรมเกี่ยวกับเพศสภาพให้กับผู้ให้บริการภาคประชาสังคม ภาคเอกชนและหน่วยงานอื่นๆ และการฝึกอบรมเรื่องการพัฒนานโยบายที่เกี่ยวข้องกับด้านเอชไอวีและการระดมทรัพยากรให้กับตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยกเว้น กิจกรรมเดียวที่ยังค่อนข้างทำได้ต่ำกว่าเป้าหมายเล็กน้อย คือ การเข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อการปรับทัศนคติของผู้มีส่วนได้เสียในระดับท้องถิ่น จังหวัด และประเทศ ซึ่งหลักๆ ได้แก่ กลุ่มนายจ้างและบุคคลากรของสถานประกอบกิจการ

ตัวชี้วัดระดับผลลัพธ์ของโครงการ หรือร้อยละของแรงงานข้ามชาติที่มีรายงานการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่นอนไม่ประจำ เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการสำรวจในรอบพื้นฐานปี พ.ศ. 2553 และรอบผลกระทบในปี พ.ศ. 2557 จำแนกตามสัญชาติของแรงงาน พบว่า แรงงานเมียนมาและแรงงานกัมพูชามีร้อยละการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนไม่ประจำสูงขึ้น โดยแรงงานเมียนมาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 76.0 เป็นร้อยละ 83.3 ในปี พ.ศ. 2557 และแรงงานกัมพูชา เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 86.1 เป็นร้อยละ 87.0 ส่วนแรงงานลาวนั้นกลับพบว่า ร้อยละการใช้ต่ำลงจากร้อยละ 81.3 เหลือเพียงร้อยละ 50.0 อย่างไรก็ตาม จำนวนตัวอย่างที่เป็นแรงงานลาวที่มีคู่ครองไม่ประจำนั้นมีค่อนข้างน้อย ซึ่งเป็นข้อจำกัดว่าเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลเพียงไม่กี่รายก็จะทำให้ค่าเฉลี่ยหรือร้อยละที่ได้จากการวิเคราะห์ดูเหมือนเปลี่ยนไปค่อนข้างมาก ผลจากการสำรวจนี้ชี้ให้เห็นว่า การทำงานให้ความรู้ สร้างความตระหนักเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและส่งเสริมการป้องกันในกลุ่มแรงงานข้ามชาติยังคงเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญและจำเป็นต้องมีการดำเนินการให้ตรงจุดเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

ในระดับผลกระทบ จากผลการสำรวจเพื่อเฝ้าระวังสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี (IBBS) ร้อยละของแรงงานข้ามชาติที่ติดเชื้อเอชไอวีในเชิงของค่าเฉลี่ย พบว่า เทียบระหว่างปี พ.ศ. 2553 และ พ.ศ.2555 นั้นลดลงจากร้อยละ 1.33 เป็นร้อยละ 0.95 แต่หากพิจาณาค่ามัธยฐานจากพื้นที่สำรวจ 10 จังหวัดจะพบว่า มีร้อยละที่สูงขึ้นจาก ร้อยละ 0.84 เป็นร้อยละ 1.11 การที่ค่ามัธยฐานสูงขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในบางจังหวัดนั้นดีขึ้น แต่บางจังหวัดก็ยังคงมีอัตราการติดเชื้อสูงอยู่ อย่างไรก็ตาม ร้อยละที่ได้จากการสำรวจการเฝ้าระวังฯ ก็นับว่าต่ำกว่าเป้าหมายที่โครงการตั้งไว้อยู่พอสมควร (โครงการฟ้ามิตรตั้งเป้าหมาย ณ ปี พ.ศ. 2556 ไว้ที่ ร้อยละ 1.96)

2. **ศูนย์ประสานประชาคมเอดส์จังหวัด (ศปอจ.)** หรือ Provincial Coordinating Mechanism (PCM) - PCM ทำหน้าที่เป็นกลไกประสานการทำงานด้านเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติและกลุ่มชาติพันธุ์ได้ดีในเรื่องการส่งต่อข้อมูลการทำงานและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของเครือข่ายการทำงานในจังหวัด แต่บทบาทในการวางแผนกำหนดยุทธศาสตร์ รวมถึงผลักดันกิจกรรมเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์งานเอดส์กับกลุ่มแรงงานข้ามชาติในระดับจังหวัดและระดับท้องถิ่นยังมีค่อนข้างน้อย

กลไกการประสานงานระดับจังหวัด คือ ศปอจ. หรือ PCM ซึ่งมีสสจ.เป็นเจ้าภาพหลัก พบว่ามีบทบาทสำคัญๆ ในฐานะเป็นกลไกในการส่งต่อข้อมูลการทำงานทั้งจากภาคประชาสังคม องค์กรพัฒนาเอกชนและภาครัฐ เพื่อการกำหนดวางแผนยุทธศาสตร์งานเอดส์ของระดับจังหวัดร่วมกันกลไกประสานสนับสนุนการทำกิจกรรมของโครงการ ให้ข้อมูลและปรับทัศนคติกับหน่วยงานต่างๆ เกี่ยวกับแรงงานข้ามชาติและการทำงานด้านการป้องกันเอดส์ในกลุ่มแรงงาน โดยเฉพาะกับกลุ่มผู้บังคับใช้กฎหมาย เป็นเวทีสะท้อนปัญหาและประสานในการขอคำแนะนำหรือความร่วมมือในเรื่องการส่งต่อผู้ติดเชื้อเพื่อรับการรักษา การสนับสนุนติดตามดูแล เป็นเวทีเพื่อการสื่อสาร แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในจังหวัด เพื่อนำไปสู่การขยายผลของกรณีที่สำเร็จ หรือหาทางแก้ไขร่วมกันของปัญหาที่เกิดขึ้นในเกือบทุกจังหวัด พบว่า PCM สามารถผลักดันแผนงานเอดส์เข้าสู่แผนพัฒนาจังหวัดได้ แต่ในระดับแผนท้องถิ่น ยังค่อนข้างจำกัดในหลายพื้นที่

ระดับความสำเร็จตามบทบาทข้างต้นของ PCM มีความแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ ในพื้นที่ส่วนใหญ่ PCM มีบทบาทในการเป็นจุดเชื่อมประสาน แบ่งปันข้อมูล หาทางออกในการทำงานร่วมกัน แต่ยังให้จุดเน้นไม่มากพอในการวางแผนกำหนดยุทธศาสตร์ หรือผลักดันขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ บทบาทของแต่ละภาคส่วนที่เข้ามายังมีจำกัด จุดเน้นการทำงานยังคงอยู่ที่กลุ่มคนไทยเป็นหลักซึ่งนำมาสู่ความรู้สึกไม่อยากเข้าร่วมประชุมของเครือข่ายการทำงานกลุ่มแรงงานข้ามชาติ การมีส่วนร่วมใน PCM และการขับเคลื่อนงานเอดส์ของ อปท. ยังมีค่อนข้างจำกัด สาเหตุหลักเกิดจากปัญหาการตีความเรื่องขอบเขตการทำงาน และงบประมาณของอปท.

เกี่ยวกับการส่งเสริมบทบาทสถานพยาบาลและผู้ให้บริการสุขภาพ ข้อสังเกตที่พบ คือ ความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคคลของเจ้าหน้าที่โครงการและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล เป็นเงื่อนไข

ปัจจัยสำคัญต่อการประสานงานและให้ความร่วมมือในดำเนินงานกับโครงการ การทำงานร่วมกันเป็นลักษณะพึ่งพาซึ่งกันและกันการให้ความรู้และปรับทัศนคติของผู้ให้บริการมีส่วนช่วยให้การประสานงานและการได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลดีขึ้น และ สสจ. เป็นตัวเชื่อมประสานที่มีบทบาทมากในการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานผู้รับทุนรอง และโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลในพื้นที่

สำหรับบทบาทของอปท. ส่วนใหญ่เป็นลักษณะการสนับสนุนงบประมาณบางส่วนในการจัดกิจกรรมของโครงการผ่าน โรงพยาบาล หรือ รพ.สต. และการสนับสนุนกิจกรรมกลุ่ม CBO ในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีการทำงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่คนไทยและ พสต. หรือแกนนำแรงงานข้ามชาติในชุมชน สำหรับสถานประกอบกิจการ บทบาทส่วนใหญ่เป็นเรื่องความร่วมมือในการอนุญาตการทำกิจกรรมกับกลุ่มแรงงาน การเข้ามาประชุม หรือเข้าอบรม ตามที่โครงการจัดขึ้น และการสนับสนุนในลักษณะอื่นที่มี เช่น การสนับสนุนงบประมาณ สถานที่การจัดกิจกรรมและกำลังคนในการทำกิจกรรม การส่งพนักงานในโรงงานเข้ามาอบรมเพื่อเป็นแกนนำหรืออาสาสมัครด้านสุขภาพ หรือ อบรมด้านภาษาเพื่อเป็นล่ามในโรงงาน การจัดจ้างหมอหรือพยาบาลต่างชาติเพื่อให้บริการสุขภาพในสถานประกอบกิจการ

3. **ระบบประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ และการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์** - การเข้าถึงระบบประกันสุขภาพ เป็นเงื่อนไขสำคัญของการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ และการได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องของกลุ่มแรงงานที่เป็นผู้ติดเชื้อ รวมถึง การรองรับผู้ติดเชื้อที่รับยาภายใต้โครงการ NAPHA Extension ที่จะปิดตัวลง อย่างไรก็ดี ความไม่ชัดเจนในแนวปฏิบัติตามนโยบายบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ และความไม่เชื่อมั่นของผู้ให้บริการที่มีต่อการบริหารจัดการของระบบบัตรประกันฯ ยังคงเป็นอุปสรรคและความท้าทายที่ต้องจัดการให้ดีขึ้น

บัตรประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข

ความสนใจและการรับรู้ของกลุ่มแรงงานข้ามชาติในการทำบัตรประกันสุขภาพนั้น พบว่ากลุ่มที่ระบุว่ามีความจำเป็นหรือถูกกำหนดให้ต้องทำบัตรด้วยเหตุผลว่าต้องผ่านการตรวจร่างกายเพื่อขอใบอนุญาตทำงานนั้น ส่วนใหญ่ยินยอมที่จะทำบัตร แต่หากหลีกเลี่ยงได้ก็มีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยง สำหรับกลุ่มที่ไม่มีบัตรอนุญาตทำงาน รวมถึง กลุ่มผู้ติดตาม ซึ่งการซื้อหรือทำบัตรประกันจะเป็นใน

ลักษณะตามความสมัครใจ พบว่า ส่วนใหญ่เห็นว่าการมีบัตรประกันสุขภาพนั้นมีประโยชน์ แต่มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ เนื่องจากค่าใช้จ่ายต่อปีที่สูงเกินไป การมองว่าค่าบัตรที่เพิ่มขึ้นเพื่อนำไปใช้เพิ่มสิทธิประโยชน์เรื่องยาต้านไวรัสเอดส์นั้นไม่เป็นธรรมกับกลุ่มที่สุขภาพแข็งแรง และประเด็นที่สำคัญมากอีกประเด็นหนึ่ง คือ ความไม่มั่นใจว่าจะสามารถเข้าถึงหรือใช้สิทธิประโยชน์ต่างๆ ที่สถานพยาบาลได้จริงตามที่ประกาศไว้ ซึ่งทำให้รู้สึกว่าการมีบัตรประกันสุขภาพไม่ได้มีผลต่อการช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลเท่าใดนัก

เงื่อนไขและความสะดวกในการทำบัตร พบว่า ประเภทการทำบัตรของโรงพยาบาล สามารถแบ่งโรงพยาบาลออกได้เป็น 4 กลุ่ม (ข้อมูลถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ.2557) คือ 1) ดำเนินการตามนโยบายจากส่วนกลาง เปิดรับทำบัตรให้กับแรงงานข้ามชาติทุกกลุ่ม ให้สิทธิประโยชน์ในการรักษาทุกประเภทตามนโยบาย (รวมยาต้านไวรัสเอดส์) 2) ดำเนินการตามนโยบายจากส่วนกลาง แต่เปิดรับทำบัตรให้กับเฉพาะแรงงานที่มีเอกสารที่ระบุตัวตนหรือสถานะได้ โดยให้สิทธิประโยชน์ในการรักษาทุกประเภทตามนโยบาย (รวมยาต้านไวรัสเอดส์) 3) ดำเนินการตามนโยบายจากส่วนกลาง แต่เปิดรับทำบัตรให้กับเฉพาะแรงงานที่มีเอกสารที่ระบุตัวตนหรือสถานะได้ ให้สิทธิประโยชน์ในการรักษาทุกประเภท ยกเว้นการให้สิทธิประโยชน์ในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ และ 4) คือ โรงพยาบาลที่ยังไม่เปิดรับทำบัตรประกันสุขภาพให้กับแรงงานข้ามชาติ

ข้อจำกัดและความท้าทายที่สำคัญ คือความไม่เชื่อมั่นของโรงพยาบาล และความไม่ชัดเจนของแนวปฏิบัติตามข้อกำหนดของนโยบายจากส่วนกลาง รวมถึง เรื่องการบริหารจัดการระบบบัตรประกันฯ ในหลายประเด็น และข้อกำหนดการทำบัตรที่มีลักษณะเป็นภาคสมัครใจมากกว่าจะเป็นภาคบังคับ ซึ่งทำให้ไม่เกิดการกระจายความเสี่ยงส่งผลให้เกิดความเสี่ยงทางการเงินให้กับโรงพยาบาล และปัญหาของระบบฐานข้อมูล การเชื่อมโยงข้อมูลจากฐานต่างๆ เพื่อใช้ในการระบุตัวตนของแรงงานในการเข้ารับบริการ เพื่อป้องกันการสวมสิทธิของแรงงาน

นับจากเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2557 หรือหลังการดำเนินงานของ One Stop Service Center ตามประกาศ คสช. ทำให้สถานการณ์บัตรประกันสุขภาพในหลายพื้นที่ปรับตัวดีขึ้น จำนวนผู้ประกันตนมีมากขึ้น กระจายทั้งในกลุ่มผู้ที่แข็งแรงและผู้ป่วยหรือมีโรคเรื้อรัง สถานะทางการเงินของโรงพยาบาลปรับตัวดีขึ้น แม้ค่าบัตรประกันสุขภาพและค่าตรวจร่างกายจะลดลงเหลือ 1,600 บาท และ 500 บาท ตามลำดับก็ตาม ฐานข้อมูลเกี่ยวกับผู้ประกันตนและเลขประจำตัว 13 หลักที่ใช้เป็นเลขที่เป็นมาตรฐาน

สืบค้นได้จากฐานข้อมูลกลางของทะเบียนราษฎร์ การบริหารจัดการและตรวจสอบสิทธิต่างๆ ซึ่งทำได้ง่ายและสะดวกขึ้นสำหรับโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อกังวลในเรื่องระบบการรายงานการรักษาและเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ (300 บาทจากค่าบัตร)คืนจากส่วนกลาง รวมถึงความไม่ชัดเจนในสถานการณ์หลังจากนี้

ในส่วนของโครงการ Care การเข้าร่วมโครงการของกลุ่มผู้ติดเชื้อ อยู่บนพื้นฐานของความสมัครใจ โดยเจ้าหน้าที่จะให้คำปรึกษาเกี่ยวกับแนวทางในการรักษา การดูแลและสนับสนุนโดยโครงการแล้วจึงสอบถามถึงความสมัครใจเข้าร่วมโครงการ หากยินยอมเข้าร่วม จะมีการสอบถามถึงความต้องการในการเปิดเผยหรือปกปิดสถานะของผู้ติดเชื้อ ซึ่งโครงการจะปรับเปลี่ยนรูปแบบในการดูแล สนับสนุนและติดตามผู้ติดเชื้อให้เหมาะสมตามความต้องการ นอกจากความช่วยเหลือในการแนะนำขั้นตอนการรับการรักษาและการติดต่อสื่อสารและแปลภาษาโครงการมีการสนับสนุนผู้ติดเชื้อในเรื่องค่าใช้จ่ายในการตรวจร่างกายและตรวจเลือด ค่าเดินทางในการมาตรวจร่างกาย และในบางกรณี สมทบค่าใช้จ่ายบางส่วนในการรับยาต้านไวรัสเอดส์ ในกรณีที่แรงงานไม่ได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งอื่น

การเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ การติดตามผล และความต่อเนื่องในการดูแลรักษา

ผู้ติดเชื้อแรงงานข้ามชาติที่ต้องรับยาเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ใน 4 ลักษณะ หนึ่ง โครงการ NAPHA Extension ซึ่งมีข้อจำกัดเรื่องจำนวนโควตา และ การคอยเป็นเวลานาน (long waiting list) สอง สิทธิประโยชน์บัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติหรือประกันสังคม ซึ่งก็มีปัญหาจากความไม่ชัดเจนในแนวปฏิบัติตามนโยบายบัตรประกันสุขภาพทำให้โรงพยาบาลหลายไม่เปิดทำบัตรประกันสุขภาพให้กับแรงงานข้ามชาติ หรือให้กับเฉพาะแรงงานที่มีเอกสาร จำนวนหนึ่งเปิดทำบัตรแต่ไม่ให้สิทธิประโยชน์ในการรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ สาม การสนับสนุนจากองค์กรพัฒนาเอกชน หรือโครงการสนับสนุนอื่นๆ และ สุดท้าย คือ การรับยาโดยรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้วยตนเอง ซึ่งพบว่าจำนวนหนึ่งได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายบางส่วนจากโครงการ ในเรื่องการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่า สถานะของแรงงาน (มี/ไม่มีบัตร) เป็นเงื่อนไขสำคัญหนึ่งในการเข้าถึง และการประสานความร่วมมือในการส่งต่อผู้ติดเชื้อกลับไปรับยา ณ ประเทศต้นทาง เป็นแนวทางหนึ่งที่บางพื้นที่เริ่มใช้ในการส่งเสริม การเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อ

กิจกรรมการติดตามผลและความต่อเนื่องในการรักษา ประกอบด้วย กิจกรรมการเยี่ยมบ้านและติดตามดูแลผู้ติดเชื้อ ซึ่งความถี่และรูปแบบจะแตกต่างกันไปตามแต่ละกลุ่มผู้ติดเชื้อ กิจกรรมพบกลุ่ม (เพื่อนช่วยเพื่อน) เพื่อสร้างเครือข่ายในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน พบปะเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มุมมองหรือข้อแนะนำในการดูแลตนเองและการดำรงชีวิตทั่วไปของผู้ติดเชื้อ การขาดยา (lost follow up) มีเกิดขึ้นในพื้นที่ดำเนินการเช่นกัน โดยส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการย้ายที่ทำอยู่ของผู้ติดเชื้อ โดยไม่ได้แจ้งกับเจ้าหน้าที่โครงการ และ อีกสาเหตุ คือ เหตุผลส่วนตัวของแรงงานเอง

ในส่วนของโครงการ NAPHA Extension เป้าหมายของโครงการก่อนที่จะปิดตัวลงเป็นในเรื่องการถ่ายโอนระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อที่เป็นแรงงานข้ามชาติที่พัฒนาโดยโครงการ เข้าสู่ระบบปกติที่มีความยั่งยืน ซึ่งในที่นี้ก็คือ การบรรจุเป็นสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพที่สามารถเข้าถึงได้โดยแรงงานข้ามชาติทุกกลุ่ม รวมถึง อีกทางเลือกหนึ่ง คือ การติดต่อประสานงานขอความร่วมมือจากประเทศต้นทางในการรับการส่งต่อผู้ติดเชื้อที่ต้องการเดินทางกลับไปยังประเทศต้นทางให้สามารถรับยาที่ประเทศต้นทางได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งความพยายามนี้ ได้เริ่มมีการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมในบางจังหวัดชายแดน อย่างไรก็ตามข้อจำกัดและความท้าทายที่สำคัญ คือนโยบายและแนวทางการดำเนินงานบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติที่ยังคงมีการปรับเปลี่ยนตลอดเวลา และยังคงไม่ชัดเจนในแนวทางการปฏิบัติในหลายเรื่อง

4. **ข้อเสนอแนะเรื่องความยั่งยืนของการทำงาน** - ในการทำงานป้องกันเอชไอวี/เอดส์และการดูแลสนับสนุนผู้ติดเชื้อ กลุ่มแรงงานข้ามชาติและกลุ่มชาติพันธุ์ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทั้งความสำเร็จหรืออุปสรรคและความท้าทายที่พบในพื้นที่ คือปัจจัยเชิงนโยบายเป็นตัวกำหนดที่สำคัญ ซึ่งชี้ให้เห็นว่า ประเทศต้องเร่งพัฒนาและกำหนดนโยบายการจัดการแรงงานข้ามชาติ การจัดระบบบริการสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติที่มีความเหมาะสม ต่อเนื่อง และมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน โดยได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ระดับประเทศ ลงสู่ระดับจังหวัดและระดับพื้นที่

ข้อแรก การผลักดันเชิงนโยบายและการสร้างความชัดเจนในแนวทางการดำเนินงานตามนโยบายที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติของประเทศไทย ตั้งแต่ระดับประเทศ ระดับจังหวัด จนถึงระดับพื้นที่ โดยเฉพาะ (1) นโยบายการจัดการแรงงาน (การจดทะเบียนแรงงานและพิสูจน์สัญชาติ

รวมถึง การออกใบอนุญาตทำงานที่ควรกำหนดให้การซื้อบัตรประกันเป็นเงื่อนไขภาคบังคับที่แรงงานและนายจ้างปฏิบัติตาม) (2) นโยบายเกี่ยวกับการจัดระบบบริการสุขภาพแก่แรงงานข้ามชาติ (การปรับปรุงข้อกำหนดประเภทงานและรูปแบบการจ้างงานแรงงานข้ามชาติที่เอื้อต่อการจัดจ้าง พสต.ข้อกำหนดในเรื่องแหล่งงบประมาณที่สถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำมาใช้ในการจัดจ้าง รวมถึง พัฒนาศักยภาพ พสต.) (3) ความชัดเจนของนโยบายบัตรประกันสุขภาพต่างด้าว โดยกระทรวงสาธารณสุข (โดยเฉพาะในเรื่องเกณฑ์เงื่อนไขในการจัดทำบัตรประกันสุขภาพให้กับแรงงานข้ามชาติ ความครอบคลุมของสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับจากบัตรประกันสุขภาพการบริหารจัดการการเงินรายได้จากค่าบัตร ระบบการรายงานกิจกรรมบริการและการเบิกจ่ายเงินจากส่วนกลางให้กับสถานพยาบาล โดยเฉพาะค่าบริการทางสุขภาพที่มีค่าใช้จ่ายสูงและการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ระบบการส่งต่อเพื่อรับการรักษาหรือรับบริการสุขภาพข้ามเขต รวมถึง ระบบการตามจ่ายค่ารักษาพยาบาลระหว่างผู้ให้บริการข้ามเขตการรักษา) (4) การส่งเสริมความร่วมมือในงานด้านสุขภาพกับประเทศเพื่อนบ้าน ทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ โดยเฉพาะเขตพื้นที่จังหวัดชายแดนของสองประเทศ โดยกิจกรรมความร่วมมือที่ควรส่งเสริมเป็นเรื่องแรก คือ การพัฒนาความร่วมมือเพื่อสร้างระบบการส่งต่อผู้ติดเชื้อ ในการรับยาต้านไวรัสเอดส์ และการติดตามสนับสนุน ผู้ติดเชื้อ ระหว่างประเทศได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อสอง การสนับสนุนพัฒนาระบบบริการที่เป็นมิตรแก่แรงงานข้ามชาติอย่างต่อเนื่อง โดยพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการใช้งบประมาณจากแหล่งต่างๆ เช่น เงินรายได้บางส่วนจากบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ งบประมาณจังหวัดหรือสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการจัดกิจกรรมอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพและปรับเปลี่ยนทัศนคติผู้ให้บริการในสถานพยาบาล การจัดจ้าง พสต.เพื่อทำหน้าที่ล่ามและผู้ให้ข้อมูลในการรับบริการที่สถานพยาบาลแก่กลุ่มแรงงานข้ามชาติ รวมถึงจัดทำป้ายหรือเอกสารชี้แจงต่างๆ เป็นภาษาของแรงงาน นอกจากเรื่องแหล่งงบประมาณการส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของคนทำงานกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่อง รวมถึง การพัฒนาหลักสูตรอบรมที่เป็นมาตรฐาน โดยเฉพาะการอบรมเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจในงานด้านสุขภาพ และทักษะการแปลเพื่อการสื่อสารต่อไปยังกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่มีประสิทธิภาพ ก็เป็นอีกเรื่องที่ทุกฝ่ายต้องให้ความสำคัญ

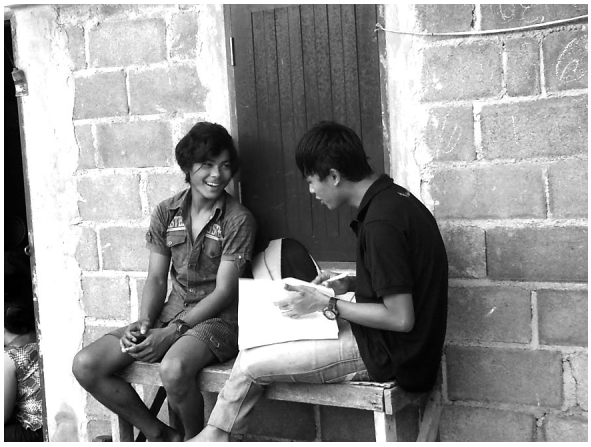
ข้อสาม การใช้ประโยชน์จากเครือข่ายการทำงานด้านสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ที่มีในชุมชนและสถานประกอบกิจการ โดยเฉพาะกลุ่ม พสต. แกนนำหรืออสต.ในชุมชนของโครงการ

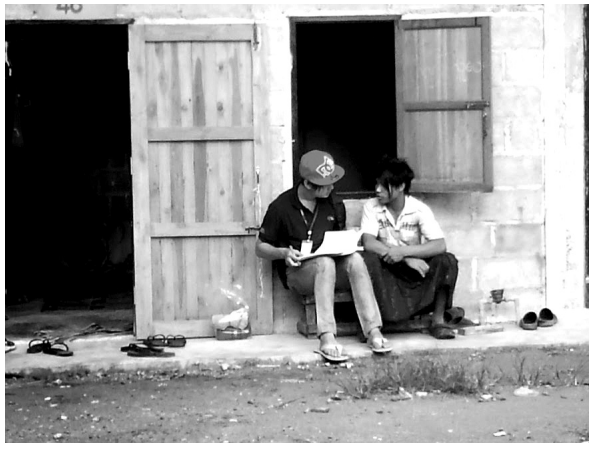
ปัจจัยเสริมที่ควรสนับสนุนในเรื่องนี้ ได้แก่ การส่งเสริมบทบาทของสถานประกอบกิจการ (การสนับสนุนให้มีล่ามในสถานประกอบกิจการ หรือ แกนนำในสถานประกอบกิจการเพื่อทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพต่อไปโดยทำงานร่วมกับสถานพยาบาล) การส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (การสนับสนุนกิจกรรมที่เป็นการร่วมมือระหว่างและอสต.และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมถึงผู้ให้บริการทางสุขภาพที่เป็นคนไทย ในการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการจัดบริการที่เป็นมิตรแก่แรงงานข้ามชาติ โดยอาจเป็นการประสานงานและทำงานร่วมกันที่ รพ.สต. ที่สนับสนุนโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) การส่งเสริมบทบาทการสนับสนุนจากสถานพยาบาลและผู้ให้บริการทางสุขภาพ (เช่น การสนับสนุนงบประมาณในการจัดจ้างพสต. ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือแรงงานข้ามชาติโดยเฉพาะในเรื่องการแนะนำขั้นตอนการรับการรักษา ล่ามแปลภาษาในโรงพยาบาล รวมถึง ลงทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน)

ข้อสี่ การส่งเสริมการสร้างเครือข่ายและการรวมกลุ่มในลักษณะ Community-based Organization (CBO) ในชุมชน โดยปัจจัยเสริมที่ควรส่งเสริม คือ การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคมและผู้นำชุมชน จากพื้นที่ที่ลงเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ กลุ่ม CBO ที่มีอยู่แล้วในหลายพื้นที่ซึ่งควรได้รับการส่งเสริมสนับสนุนการทำงานต่อไปมีอยู่ในหลายลักษณะด้วยกัน เช่น กลุ่มทำงาน Health Post ซึ่งต่อยอดจากการทำงานของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ในพื้นที่เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานของแรงงานข้ามชาติ ส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่าง อสต. กับอสม. คนไทยในพื้นที่ซึ่งมีเครือข่ายอยู่แล้ว หรือกลุ่มออมทรัพย์ และกลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์

ข้อห้า การใช้ประโยชน์และเสริมสร้างความเข้มแข็งการทำงานร่วมกันของเครือข่ายการทำงานภายใต้กลไกศูนย์ประสานประชาคมเอดส์จังหวัด หรือ ศปอจ.ที่มีอยู่ โดยอาจเป็นในลักษณะการใช้ประโยชน์ในการเขียนโครงการเพื่อขอสนับสนุนการทำงานต่อไป หรือการระดมทรัพยากร (resource mobilization) จากงบประมาณแหล่งอื่น การประสานงานของเครือข่ายด้านงานเอดส์ในจังหวัดต่อไป (เช่น การอบรมพัฒนาศักยภาพและปรับทัศนคติผู้ให้บริการในการให้บริการที่เป็นมิตรแก่แรงงานข้ามชาติ การดูแลการดำเนินงาน DiC (Drop in Center) ที่มีในชุมชน การพัฒนาฐานข้อมูลและเชื่อมโยงฐานข้อมูลระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาสังคม)

ข้อสุดท้าย ความต่อเนื่องของการทำงานป้องกันเอชไอวี/เอดส์เชิงรุก เนื่องจากแรงงานข้ามชาติเป็นกลุ่มประชากรที่มีการย้ายถิ่นเข้าออกพื้นที่อยู่เสมอ การทำงานเชิงรุกในระดับชุมชนและในสถานประกอบกิจการ เพื่อจัดกิจกรรมให้ความรู้ ความเข้าใจและปรับเปลี่ยนทัศนคติเพื่อการปฏิบัติตนที่เหมาะสมของแรงงานข้ามชาติในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึง เอชไอวี เอดส์ จึงจำเป็นต้องมีการดำเนินการต่อไปอย่างต่อเนื่อง และอีกประเด็นที่ต้องเน้นย้ำ คือ การได้รับการสนับสนุนงบประมาณและการเข้ามามีส่วนร่วมจากภาคีหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วนกลางและระดับท้องถิ่น รวมถึงการใช้ประโยชน์จากโครงสร้างและภาคีการทำงานที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานของโครงการที่ผ่านมานั้น เป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง





สารบัญ

ถ้อยแถลง I

คำนำ III

กิตติกรรมประกาศ V

บทสรุปผู้บริหาร VII

สารบัญ XXI

สารบัญตาราง XXIII

สารบัญรูปภาพ XXIV

คำย่อ XXV

ส่วนที่ 1 : กองทุนโลกกับงานด้านเอดส์ในกลุ่มประชากรข้ามชาติ 1

1.1 โครงการป้องกันเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ “โครงการฟ้ามิตร” 3

1.2 โครงการดูแลและสนับสนุนแรงงานข้ามชาติและกลุ่มชาติพันธุ์ 5

1.3 กระบวนการทำงานโครงการฟ้ามิตร และ โครงการ SSF-Care 7

1.4 ภาคีการทำงานประสานงานในพื้นที่ 10

1.5 กลไกประสานงานระดับจังหวัด และการส่งเสริมบทบาทภาคีที่เกี่ยวข้อง 12

ส่วนที่ 2 ความสำเร็จ : ผลสัมฤทธิ์และกระบวนการทำงาน **15**

2.1 ผลสัมฤทธิ์ตามกิจกรรมการดำเนินงานโครงการ 15

2.2 การเปลี่ยนแปลง ความรู้ ทัศนคติ และ พฤติกรรมของแรงงานข้ามชาติ 18

2.3 ผลกระทบจากการดำเนินงานโครงการ 26

2.4 กระบวนการทำงานและการประสานงาน 28

2.5 บริการป้องกันเอชไอวีแบบองค์รวม 28

2.6 การคัดกรองและตรวจ STI และ VCT รวมถึงส่งเสริมลักษณะที่เป็นมิตรของระบบบริการ 30

2.7 การพัฒนาระบบบริการที่เป็นมิตร 32

2.8 การส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานประกอบกิจการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 35

2.9 บทบาทการทำงานของพนักงานสาธารณสุขต่างชาติ (พสต.) และ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ (อสต.) 37

2.10 กลไกศูนย์ประสานประชาคมเอดส์จังหวัด (ศปอจ.) 39

2.11 การส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้ารับการรักษา 41

2.12 การเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ การติดตามผล และความต่อเนื่อง ในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ส่วนที่ 3 บัตรประกันสุขภาพ : คำตอบของความยั่งยืน ? 45

3.1 นโยบายบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ 45

3.2 การจัดทำบัตรประกันสุขภาพในพื้นที่และมุมมองของผู้ให้บริการ 49

3.3 การรับรู้และความต้องการทำบัตรประกันสุขภาพของแรงงาน 53

3.4 สถานการณ์การมีบัตรประกันสุขภาพจากการสำรวจเชิงบริมาณ 55

ส่วนที่ 4 ความยั่งยืนในการทำงาน : ข้อท้าทายและข้อเสนอแนะ **61**

4.1 ข้อท้าทายในการทำงาน 61

4.2 ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานหลังสิ้นสุดโครงการ 67

เอกสารอ้างอิง 75

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 ความชุกการติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ที่ดำเนินการเฝ้าระวังฯ ใน ปี พ.ศ.2553 และ พ.ศ.2555 27

สารบัญรูปภาพ

รูปที่ 1	โครงสร้างการบริหารจัดการภายในหน่วยงานผู้รับทุนรอง (Sub-Recipients: SR)	7
รูปที่ 2	บทบาทของเจ้าหน้าที่โครงการแต่ละตำแหน่งใน SR-NGO โครงการฟ้ามิตร – 2	8
รูปที่ 3	บทบาทของเจ้าหน้าที่โครงการแต่ละตำแหน่งในSR-NGO โครงการ SSF-Care	8
รูปที่ 4	ภาคีในการทำงานและประสานงานในพื้นที่	12
รูปที่ 5	ความรู้ในการป้องกันเอชไอวี/เอดส์	20
รูปที่ 6	ความเชื่อในการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	21
รูปที่ 7	ความรู้ตามตัวชี้วัด UNGASS ที่ตอบถูกต้องทั้ง 5 ข้อ	22
รูปที่ 8	ทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย	24
รูปที่ 9	พฤติกรรมการมีคู่นอนที่ไม่ใช่คู่ครองในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา	25
รูปที่ 10	ร้อยละของแรงงานข้ามชาติที่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่นอนไม่ประจำ จำแนกตามสัญชาติ	26
รูปที่ 11	ขั้นตอนการคัดกรองและส่งต่อผู้ติดเชื้อ จากโครงการฟ้ามิตรเข้าสู่โครงการ SSF-Care	41
รูปที่ 12	การมีหลักประกันทางสุขภาพของแรงงานข้ามชาติจำแนกตามประเภทหลักประกัน	56
รูปที่ 13	เหตุผลสำคัญของการไม่มีหลักประกันทางสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ	57
รูปที่ 14	ค่าใช้จ่ายในการทำบัตรประกันสุขภาพและราคาสูงสุดที่ยินดีจ่าย (อายุ 15 ปีขึ้นไป)	58
รูปที่ 15	ราคาสูงสุดที่ยินดีจ่าย (อายุต่ำกว่า 7 ปี และ 7-15 ปี)	59

คำย่อ

ภาษาอังกฤษ

ACHIEVED	Aligning Care and Comprehensive HIV-Prevention among Youth, MARPs, Children Infected and Affected by HIV/AIDS and Other Vulnerable Children by Promoting Integrated Outreach and Networking with Government Decentralization to Achieve Coverage and Impact โครงการปรับภารกิจการจัดการปัญหาเอดส์ โดยบูรณาการจัดบริการเชิงรุก และเครือข่ายการทำงานให้เข้าสู่กระบวนการกระจายอำนาจให้ครอบคลุมถ้วนทั่วทุกกลุ่มเป้าหมาย และส่งผลอย่างยั่งยืน (Aligning Care and Comprehensive HIV-Prevention
AIDSNET	AIDS Network Development Foundation มูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอดส์ ภาคอีสาน
CBO	Communincity Based Organization กลุ่มองค์กรเครือข่ายในชุมชน
CHAMPION	The Comprehensive HIV Prevention among MARPS by Promoting Integrated Outreach and Networking Program โครงการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีแบบผสมผสานสำหรับประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูง โดยการส่งเสริมบริการเชิงรุกและสร้างเครือข่ายที่บูรณาการ
DiC	Drop in Centers ศูนย์บริการข้อมูลข่าวสาร
FAR	Foundation for AIDS Rights มูลนิธิคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์
FSN	Frontline Social Networker เจ้าหน้าที่ภาคสนามต่างชาติ
FSW	Female Sex Worker พนักงานบริการหญิง
FO	Field Officer เจ้าหน้าที่ภาคสนาม
FOM	Field Officer Migrant เจ้าหน้าที่ภาคสนามต่างชาติ

GF	Global Fund กองทุนโลก
GFATM	The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria กองทุนโลกเพื่อต่อสู้โรคเอดส์ วัณโรค และมาเลเรีย
IBBS	Integrated Biological and Behavioral Surveillance ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี
IDU	Inject drug user ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด
KAP	Knowledge Attitude Practice ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม
MAP	Migrant Assistance Programme Foundation (MAP Foundation) มูลนิธิเพื่อสุขภาพและเรียนรู้ของกลุ่มแรงงานและกลุ่มชาติพันธุ์
MARPS	Most at Risk Populations ประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูง
MSM	Man who have sex with man ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
MHV	Migrant Health Volunteer อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ
MW	Migrant Worker แรงงานข้ามชาติ
NGO	Non Government Organization องค์กรพัฒนาเอกชน
OPD	Out Patiant Department แผนกผู้ป่วยนอก
PCM	Provincial Coordinating Mechanism ศูนย์ประสานประชาคมเอดส์จังหวัด
PR	Principle Recipient หน่วยงานผู้รับทุนหลัก
PR-DDC	PR-Department of Diseases Control สำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลก กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
PTR	Pattanarak Foundation มูลนิธิพัฒนรักษ์

PHAMIT	Prevention of HIV/AIDS Among Migrant Worker in Thailand Project โครงการส่งเสริมการป้องกันเอดส์ในแรงงานข้ามชาติ ประเทศไทย
RCC	Rolling Continuation Channel โครงการด้านเอดส์ รอบที่ 1 ต่อเนื่อง
RFT	Raks Thai Foundation มูลนิธิรักษ์ไทย
SDA	Social Development Association สมาคมส่งเสริมพัฒนาการสังคม
SSF	Single Stream Funding โครงการด้านเอดส์รอบผนึกรวม
STM	Suratthani Catholic Foundation/Stella Maris Seaferars Center Songkhla ศูนย์อภิบาลผู้เดินทางทะเล
SR	Sub Recipient หน่วยงานผู้รับทุนรอง
SSR	Sub-Sub Recipient หน่วยงานผู้รับทุนย่อย
STI	Sexually Transmitted Infections โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
VCT	Voluntary Counseling Testing การตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ
UNGASS	United Nation General Assembly Special Session การประชุมสมัชชาแห่งสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์
WHO	World Health Organization องค์การอนามัยโลก
WVFT	World Vision Foundation Thailand มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย

ภาษาไทย

พสต.	พนักงานสาธารณสุขต่างชาติ
รพ.สต.	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
สสจ.	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ศปอจ.	ศูนย์ประสานประชาคมเอดส์จังหวัด
อสต.	อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ
อสม.	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1 กองทุนโลกกับงานด้านเอดส์ในกลุ่มประชากรข้ามชาติ

ส่วนที่ 1

กองทุนโลกกับงานด้านเอดส์ในกลุ่มประชากรข้ามชาติ

หนึ่งทศวรรษในการดำเนินงานด้านเอดส์ของประเทศไทยที่ผ่านมา การสนับสนุนด้านงบประมาณในการดำเนินงานส่วนใหญ่มาจากกองทุนโลกด้านเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย (The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria : GFATM) โดยการจัดสรรงบประมาณจะจัดสรรเป็นรอบของการจ่ายเงิน โดยรอบที่ 1 ประเทศไทยได้รับงบประมาณมาใน ปี พ.ศ. 2546 เพื่อดำเนินโครงการสนับสนุนการป้องกันและการดูแลรักษาระดับประเทศด้านโรคเอดส์ ที่เรียกว่า “โครงการด้านเอดส์ รอบที่ 1” เป็นระยะเวลา 5 ปี (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2547 – พ.ศ. 2551) และยังได้รับการสนับสนุนให้ดำเนินโครงการต่อเนื่องอีก 6 ปี (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2552 – พ.ศ. 2557) รู้จักกันดีในโครงการด้านเอดส์ รอบที่ 1- RCC ชื่อ “โครงการปรับภารกิจการจัดการปัญหาเอดส์โดยบูรณาการการจัดบริการเชิงรุกและเครือข่ายการทำงานให้เข้าสู่กระบวนการกระจายอำนาจในจังหวัดให้ครอบคลุมถ้วนทั่วกลุ่มเป้าหมายและส่งผลอย่างยั่งยืน (Aligning Care and Prevention of HIV/AIDS with Government Decentralization to Achieve Coverage and Impact: ACHIEVED)” ซึ่งโครงการด้านเอดส์รอบที่ 1 และ รอบที่ 1-RCC เน้นการดำเนินงานป้องกันในกลุ่มเยาวชน และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ (สำนักบริหารโครงการกองทุนโลก กรมควบคุมโลก กระทรวงสาธารณสุข : โครงการด้านเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย)

งานด้านเอดส์ในกลุ่มประชากรข้ามชาติ ประเทศไทยได้รับงบประมาณจากกองทุนโลก เช่นกัน ในรอบที่ 2 ภายใต้ชื่อ “โครงการส่งเสริมการป้องกันเอดส์ในแรงงานข้ามชาติ ประเทศไทย” (โครงการฟ้ามิตร -1) หรือ Prevention of HIV/AIDS Among Migrant Worker in Thailand : PHAMIT-1

มีระยะเวลาในการดำเนินงาน 5 ปี (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2547 –พ.ศ. 2551) เน้นที่กลุ่มเป้าหมายแรงงานข้ามชาติ 3 สัญชาติ คือ เมียนมา กัมพูชา และลาว

ปี พ.ศ. 2552 ประเทศไทยได้รับงบประมาณจากกองทุนโลก เพื่อดำเนินงานกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นแรงงานข้ามชาติอีกครั้ง ภายใต้โครงการด้านเอดส์ รอบที่ 8 (โครงการ Comprehensive HIV Prevention Among MARPs by Promoting Integrated Outreach and Networking Program : CHAMPION) ซึ่งเน้นไปที่กลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง (The most at risk population : MARPs) ได้แก่ กลุ่มพนักงานบริการหญิง ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด ผู้ต้องขังในเรือนจำ และกลุ่มแรงงานข้ามชาติ สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นแรงงานข้ามชาติ ได้ดำเนินงานต่อเนื่องจากโครงการ ฟ้ามิตร – 1 เป็น โครงการฟ้ามิตร 2 โดย แบ่งระยะการดำเนินงานออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ตั้งแต่ พ.ศ. 2552 – พ.ศ. 2554 และระยะที่ 2 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 – พ.ศ. 2557

ต่อมาเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานโครงการด้านเอดส์ รอบที่ 1-RCC ระยะที่ 1 และโครงการด้านเอดส์ รอบที่ 8 ระยะที่ 1 ในเดือนกันยายน ปี พ.ศ. 2554 ทางสำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลก กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานผู้รับทุนหลัก ได้มีการผนึกรวมการดำเนินงานด้านเอดส์ ในรอบที่ 1-RCC ที่เน้นกลุ่มเยาวชน และโครงการด้านเอดส์ รอบที่ 8 ที่เน้นกลุ่มประชาการที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง และยังได้ผนึกรวมกับ โครงการด้านเอดส์ รอบที่ 10 (โครงการ Comprehensive HIV/AIDS Care, Support and Social Protection for Affected and Vulnerable Children Living in High Prevalence Area to Achieve Full Potential in Health and Development : CHILDLIFE) ได้รับงบประมาณมาในปี พ.ศ. 2554 ซึ่งเน้นกลุ่มเด็กกำพร้า และเด็กเปราะบาง กลายเป็นโครงการด้านเอดส์ รอบ SSF-HIV (Single Stream Funding-HIV : โครงการด้านเอดส์ รอบผนึกรวม) หรือ โครงการปรับภารกิจการจัดการปัญหาเอดส์ โดยบูรณาการจัดบริการเชิงรุกและเครือข่ายการทำงานให้เข้าสู่กระบวนการกระจายอำนาจให้ครอบคลุมถ้วนทั่วทุกกลุ่มเป้าหมายและส่งผลอย่างยั่งยืน (Aligning Care and Comprehensive HIV-Prevention among Youth, MARPs, Children Infected and Affected by HIV/AIDS and Other Vulnerable Children by Promoting Integrated Outreach and Networking with Government Decentralization to Achieve Coverage and Impact : ACHIEVED) ระยะเวลาในการดำเนินงาน 3 ปี คือ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 – พ.ศ. 2557

1.1 โครงการป้องกันเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ “โครงการฟ้ามิตร”

ความเป็นมาของ “โครงการฟ้ามิตร”

ประเทศไทยเป็นประเทศปลายทางที่สำคัญในการเดินทางเข้ามาหางานทำของแรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะแรงงานข้ามชาติจากประเทศเพื่อนบ้าน ที่มีระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจสังคมที่แตกต่างกันกับประเทศไทย การเข้ามาของแรงงานข้ามชาติเป็นจำนวนมาก ส่งผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบต่อประเทศไทยหลายด้าน ผลกระทบหนึ่งที่สำคัญ คือผลกระทบด้านการให้บริการสุขภาพในประเทศไทย (กฤตยา 2546;2547)

ในปี พ.ศ. 2545 ประเทศไทยได้ทำความตกลงกับองค์การสหประชาชาติในการจัดทำแผนงานระดับชาติเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะแรงงานข้ามชาติจากประเทศเพื่อนบ้าน คือ เมียนมา กัมพูชา และลาว ดังนั้นเพื่อให้เป็นไปตามแผนงานดังกล่าว ประเทศไทยจึงขอทุนสนับสนุนจากกองทุนโลกด้านเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย โดยมีมูลนิธิรักษ์ไทยเป็นหน่วยงานผู้รับทุนหลัก (Principal Recipient: PR-Raks Thai) และหน่วยงานรับทุนรอง (Sup-Recipirnt:SR) ที่เป็นภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานด้านป้องกัน 6 องค์กร คือ มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย (World Vision Foundation Thailand: WVFT) มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ (Foundation for AIDS Rights: FAR) มูลนิธิพัฒนรักษ์ (Pattanarak Foundation: PRT) ศูนย์อภิบาลผู้เดินทางทะเล (Stella Maris Seafarers Center: STM) มูลนิธิเพื่อสุขภาพและการเรียนรู้ของแรงงานกลุ่มชาติพันธุ์ (MAP Foundation : MAP) และมูลนิธิส่งเสริมโอกาสผู้หญิง (Empower Foundation) นอกจากนี้ยังส่งเสริมจังหวัดนำร่องในการพัฒนาระบบบริการที่เป็นมิตร โดยภาคีที่รับผิดชอบอีก 1 องค์กร คือ องค์การแพธ (PATH)

โครงการส่งเสริมการป้องกันเอดส์ในแรงงานข้ามชาติ (โครงการฟ้ามิตร-1) : Prevention of HIV/AIDS Among Migrant Workers in Thailand (PHAMIT-1) และได้รับงบประมาณดำเนินงานต่อภายใต้โครงด้านการเอดส์ รอบที่ 8 ในปี พ.ศ. 2552 ภายใต้ชื่อ โครงการส่งเสริมการป้องกันเอดส์ในแรงงานข้ามชาติ (โครงการฟ้ามิตร-2) Prevention of HIV/AIDS Among Migrant Workers in Thailand (PHAMIT-2) เป็นโครงการด้านการป้องกันเอดส์ที่มุ่งเน้นในกลุ่มแรงงานข้ามชาติซึ่งเป็นหนึ่งกลุ่มประชากรเป้าหายสำคัญของโครงการ CHAMPION ได้รับการออกแบบเพื่อเป็นตัวกระตุ้นการ

ดำเนินงานให้แก่โครงการระดับชาติ ซึ่งจะขยายระบบการให้บริการสุขภาพไปยังกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ที่เข้าถึงได้ยากและมีความจำเป็นมากที่สุดที่จะต้องได้รับการป้องกันเอชไอวี แต่มักประสบความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ทั้งนี้ โครงการจะให้การสนับสนุนเป็นพิเศษแก่องค์กรภาคประชาสังคม เพื่อจัดกิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ เพื่อเชื่อมโยงกลุ่มประชากรดังกล่าวไปยังระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่แล้ว โดยมีระยะเวลาดำเนินงานแบ่งเป็นระยะที่ 1 ตั้งแต่ พ.ศ. 2552 – 2554 ระยะที่ 2 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555-2557 มีมูลนิธิรักษ์ไทยเป็นหน่วยงานผู้รับทุนหลัก

หน่วยงานรับทุนรองที่ดำเนินการในส่วนของโครงการส่งเสริมการป้องกันเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ(โครงการฟ้ามิตร -2) ประกอบด้วยภาคีเครือข่าย 8 องค์กร คือ 5 องค์กรภาคีเดิม และเพิ่มอีก 3 องค์กร คือ มูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอดส์ (AIDS Network Development Foundation : AIDSNET) สมาคมการพัฒนาเพื่อสังคม (Social Development Association :SDA) รวมทั้งหน่วยงานภาครัฐ คือ สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (Bureau of Heath Administration, Ministry of Public Health) นอกจากนี้มีหน่วยงานรับทุนรองและหน่วยงานรับทุนย่อยที่ดำเนินการในส่วนการดูแลและสนับสนุนผู้ติดเชื้อและผู้ได้รับผลกระทบในกลุ่มแรงงานข้ามชาติและกลุ่มชาติพันธุ์ ประกอบด้วยมูลนิธิรักษ์ไทย (Raks Thai) มูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอดส์ (AIDSNET) มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ (FAR) มูลนิธิเพื่อสุขภาพและการเรียนรู้ของแรงงานกลุ่มชาติพันธุ์ (MAP) ศูนย์อภิบาลผู้เดินทางทะเล (STM) และมูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย (WVFT) โดยมีเป้าประสงค์ คือ

เป้าประสงค์ของการดำเนินโครงการฟ้ามิตร

ตลอดระยะเวลาการดำเนินงาน 10 ปี ที่ผ่านมา โครงการฟ้ามิตร มีเป้าหมายหลักของโครงการเพื่อลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ ด้วยการให้บริการป้องกันเอชไอวีที่สามารถเข้าถึงได้อย่างกว้างขวางในจังหวัดเป้าหมายแก่กลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยง คือ กลุ่มแรงงานข้ามชาติ โดยมีวัตถุประสงค์ คือ

1. เพื่อสร้างความเข้มแข็งและขยายผลการให้บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการแก่กลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยง
2. เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการด้านเอชไอวี อย่างเท่าเทียมและยั่งยืนแก่กลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยง
3. เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบสารสนเทศเชิงยุทธศาสตร์เพื่อใช้ในการปรับปรุงนโยบายและโครงการที่มีต่อกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยง

1.2 โครงการดูแลและสนับสนุนแรงงานข้ามชาติและกลุ่มชาติพันธุ์

ความเป็นมา “โครงการดูแลและสนับสนุน”

ประเทศไทยพัฒนาระบบบริการด้านการดูแลและรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสมาอย่างต่อเนื่อง ในปีพ.ศ. 2547 ประเทศไทยได้รับงบประมาณจากกองทุนโลก รอบที่ 1 ภายใต้ชื่อโครงการ “Strengthening National Prevention and Care Programmes on HIV/AIDS, Tuberculosis, and Malaria in Thailand ” ระยะเวลา 5 ปี จนถึง ปี พ.ศ.2551 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบูรณาการ เสริมสร้างความเข้มแข็ง และขยายระบบที่ยั่งยืนของการดูแลรักษาและสนับสนุนผู้รับเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัวอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นให้เกิดการบูรณาการเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (สอวพ.) แบ่งการดำเนินงานเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 พ.ศ.2547-2549 ดำเนินงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนโลก ร่วมกับโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลภายใต้ชื่อ “โครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์” หรือ “โครงการ NAPHA” ต่อมาระยะที่ 2 ในปี พ.ศ.2549 – 2551 เป็นช่วงบูรณาการเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยใน ปี พ.ศ. 2549 ได้บูรณาการเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพได้สำเร็จ โดยเป็นสิทธิการรักษาสำหรับประชาชนไทยที่มีเลข 13 หลัก ซึ่งไม่ครอบคลุมประชากรบางกลุ่ม ดังนั้น การดำเนินโครงการ ในปี พ.ศ. 2550-2551 จึงเป็นการดำเนินงานเพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่นอกสิทธิระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ โดยให้การดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในกลุ่มคนไทยที่รอพิสูจน์สิทธิ กลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มแรงงานข้ามชาติ กลุ่มผู้อพยพ และกลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำ ภายใต้ชื่อ “โครงการ NAPHA Extension”

ต่อมาประเทศไทยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลกต่อจากรอบที่ 1 คือ รอบต่อขยาย Rolling Continuation Channel (RCC) ปีพ.ศ.2551- 2557 เพื่อดำเนินโครงการป้องกันการติดเชื้อและการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และการรักษาด้วยยาต้านไวรัส สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่นอกสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพต่าง ๆ และให้การสนับสนุนต่อเนื่อง ภายใต้โครงการ Aligning Care and Prevention of HIV/AIDS with Government Decentralization to Achieve Coverage and Impact: ACHIEVED ในระยะเวลา 6 ปี (ปี พ.ศ. 2551- 2557) แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นเวลา 3 ปี (ปีพ.ศ. 2551- 2554) และระยะที่ 2 ต่อเนื่องอีก 3 ปี (ปีพ.ศ. 2554 – 2557) การดำเนินการในระยะที่ 2 โครงการกองทุนโลกกำหนดให้มี

การดำเนินงานผนึกรวมระหว่างโครงการเอดส์ รอบที่ 1-RCC กับโครงการด้านเอดส์รอบที่ 8 ซึ่งดำเนินการในกลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW), ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย(MSM) และผู้ป่วยที่อยู่นอกสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพต่างๆ ทั้งกลุ่มที่เคยและไม่เคยรับยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งรอบผนึกรวมนี้ใช้ชื่อรอบว่า Single Stream Funding (รอบ SSF)

วัตถุประสงค์โครงการ ACHIEVED

สำหรับโครงการด้านการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งอยู่ภายใต้ชื่อโครงการ “โครงการดูแลและสนับสนุนแรงงานข้ามชาติและกลุ่มชาติพันธุ์ (MW-CARE)” อยู่ภายใต้การบริหารงานของมูลนิธิรักษ์ไทย ในฐานะผู้รับทุนรอง ดำเนินงานภายใต้โครงการ Aligning Care and Prevention of HIV/AIDS with Government Decentralization to Achieve Coverage and Impact: ACHIEVED มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เสริมสร้างความรู้ ทัศนคติ และทักษะของเยาวชน พนักงานบริการหญิง ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (รวมทั้งผู้ผ่าตัดแปลงเพศ) ผู้ต้องขัง ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด และแรงงานข้ามชาติ ให้มีพฤติกรรมทางเพศที่มีสุขภาวะ และการใช้บริการด้านการป้องกัน
2. เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ บริการทางสังคมที่ตอบสนองต่อประเด็นเพศภาวะ เพศวิถี และเท่าเทียมกัน โดยการพัฒนาให้เกิดการเชื่อมประสานการจัดบริการที่ครบถ้วนและต่อเนื่องกับระบบบริการสุขภาพทางเพศและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
3. ผลักดันให้มีการเชื่อมประสานนโยบายทั้งในระดับประเทศ และท้องถิ่น โดยผ่านกลไกประสานงานจังหวัดโดยบูรณาการไปกับระบบบริการสุขภาพ ชุมชน และการปกป้องคุ้มครองทางสังคมที่สอดคล้องรองรับกับกระบวนการกระจายอำนาจของประเทศให้กับองค์กรท้องถิ่น
4. จัดบริการดูแลรักษาและสนับสนุนการบริการ รวมถึงให้ยาต้านไวรัสเอดส์แก่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่เข้าไม่ถึงบริการตามสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากไม่มีสัญชาติไทย หรือเข้าถึงบริการได้ยาก
5. พัฒนาระบบข้อมูลสารเทศเชิงยุทธศาสตร์เพื่อใช้ปรับปรุงนโยบายและการดำเนินงานเอชไอวี

ผู้รับทุนรองในโครงการ “โครงการดูแลและสนับสนุนแรงงานข้ามชาติและกลุ่มชาติพันธุ์” (SSF-CARE) มีความรับผิดชอบดำเนินงานภายใต้โครงการ ACHIEVED เฉพาะวัตถุประสงค์ที่ 1, 4, และ 5 เท่านั้น

1.3 กระบวนการทำงานโครงการฟ้ามิตร-2 และ โครงการ SSF-Care

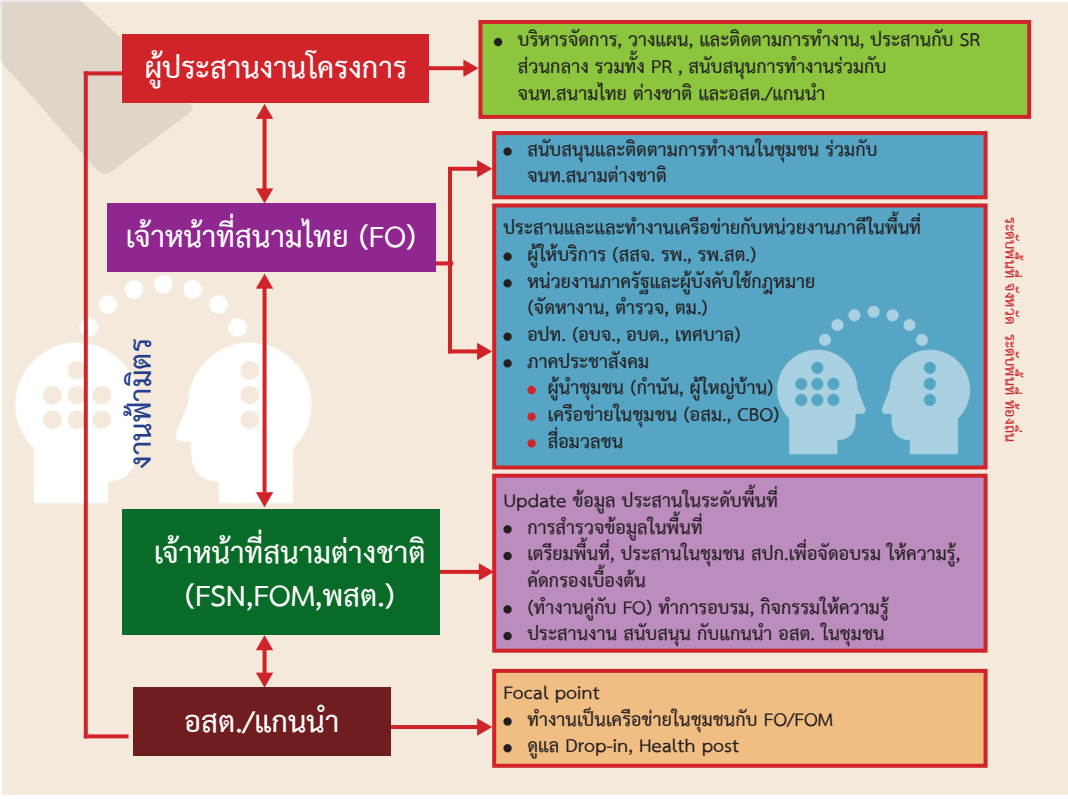
โครงสร้างการบริหารจัดการ

หัวใจสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานโครงการด้านเอดส์ที่ผ่านมาประสบความสำเร็จ คือ บุคลากรในการดำเนินงาน และโครงสร้างของการบริหารจัดการ ซึ่งส่วนนี้จะพูดถึงโครงสร้างการบริหารจัดการภายใน และ บทบาทเจ้าหน้าที่ภายใต้โครงการฟ้ามิตร – 2 และ โครงการ SSF-Care โดยสามารถสรุปได้ดังรูปที่ 1-3

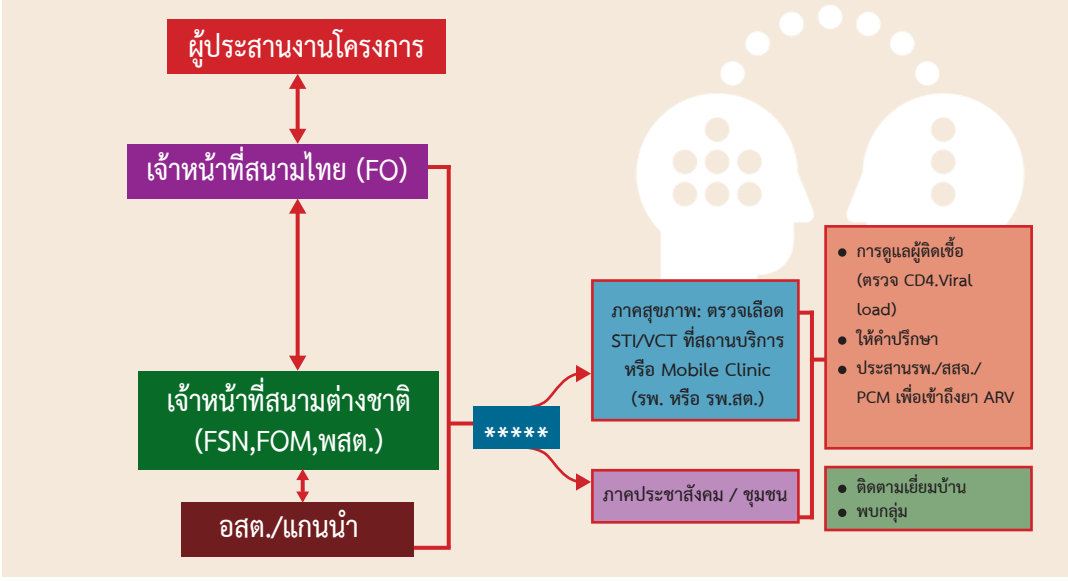
ในแต่ละจังหวัดมีหน่วยงานผู้รับทุนรองรับผิดชอบการดำเนินงานโครงการในระดับพื้นที่ เป็นผู้ดำเนินงานหลัก ภาพรวมการบริหารจัดการส่วนของบุคลากรที่ทำงานในตำแหน่งต่างๆ ที่สำคัญประกอบด้วย ผู้ประสานงานโครงการ เจ้าหน้าที่สนามคนไทย เจ้าหน้าที่สนามต่างชาติ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) หรือแกนนำการทำงานในชุมชน และเจ้าหน้าที่บัญชีโครงการ โดยในบางพื้นที่พบว่า มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในงานด้านการติดตามและประเมินผลการทำงาน รวมถึงการจัดจ้างหมอชาวต่างชาติเพื่อสนับสนุนการทำกิจกรรมของโครงการด้วย

รูปที่ 1 โครงสร้างการบริหารจัดการภายในหน่วยงานผู้รับทุนรอง (Sub-Recipients: SR)

รูปที่ 2 บทบาทของเจ้าหน้าที่โครงการแต่ละตำแหน่งใน SR-NGO โครงการฟ้ามิตร – 2



รูปที่ 3 บทบาทของเจ้าหน้าที่โครงการแต่ละตำแหน่งในSR-NGO โครงการ SSF-Care



ในการดำเนินงานโครงการฟ้ามิตร 2 และ โครงการ SSF-Care ผู้ประสานงานโครงการมีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการดูแลภาพรวมการดำเนินงาน ประสานและสนับสนุนการทำงาน รวมทั้งวางแผนและติดตามผลการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่โครงการในส่วนต่างๆ เป็นระยะๆ เป็นตัวกลางประสานงานในระดับพื้นที่กับองค์กรหน่วยงานผู้รับทุนรอง สำหรับเจ้าหน้าที่สนามคนไทยมีบทบาทสนับสนุนและติดตามการทำงานในชุมชน ร่วมกับเจ้าหน้าที่สนามต่างชาติและ อสต. หรือแกนนำในชุมชน ประสานและทำงานเชิงรุกร่วมกับหน่วยงานภาคีในพื้นที่จังหวัดซึ่งหลักๆ ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ให้บริการทางสุขภาพและหน่วยงานกำกับดูแล เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นต้น 2) หน่วยงานภาครัฐและผู้บังคับใช้กฎหมาย เช่น สำนักงานจัดหางานจังหวัด ตำรวจ ตรวจคนเข้าเมือง เป็นต้น 3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ 4) ภาคประชาสังคมในพื้นที่การทำงาน ได้แก่ ผู้นำชุมชน เครือข่ายในชุมชน เช่น กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขคนไทย กลุ่มองค์กรเครือข่ายในชุมชน (community-based organization: CBO) เป็นต้น

เจ้าหน้าที่ภาคสนามต่างชาติ (Migrant Field Officer: FOM) หรือ FSN (Frontline Social Networker) ที่เรียกกันว่า พนักงานสาธารณสุขต่างชาติ (พสต.) ซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละองค์กรผู้รับทุนรอง มีบทบาทหลักในการทำงานภาคสนาม สำรวจ และจัดทำข้อมูลสถานการณ์แรงงานข้ามชาติในพื้นที่ให้เป็นปัจจุบันและทันสมัย เตรียมพื้นที่ ประสานงานขออนุญาตผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อการลงทำกิจกรรมในชุมชนหรือสถานประกอบการ ทำงานควบคู่กับเจ้าหน้าที่ภาคสนามไทยในกิจกรรมอบรมให้ความรู้การป้องกันเอชไอวี/เอดส์ การแจกจ่ายถุงยางอนามัยให้กับแรงงานในพื้นที่ โดยทำหน้าที่ประสานงาน สนับสนุนการทำงานของโครงการร่วมกับ อสต. หรือแกนนำในชุมชนและสถานประกอบกิจการ ในบางพื้นที่ พสต. อาจถูกมอบหมายให้สนับสนุนการทำงานของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพตามสถานพยาบาลของรัฐ เช่น เป็นล่ามช่วยแปลภาษา ติดต่อประสานงานกับแรงงานข้ามชาติในการจัดกิจกรรมในชุมชน[1] ส่วน อสต. หรือแกนนำในชุมชนนั้น เป็นกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ทำงานอยู่ในชุมชนหรือสถานประกอบกิจการที่มีจิตอาสาเข้ามาช่วยเหลือในการทำงาน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน แต่จะได้รับเพียงค่าเดินทางในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ บทบาท อสต. หลักๆ ทำหน้าที่เป็นจุดเชื่อมประสาน ทำงาน

---

[1] ในพื้นที่ มีพสต. จำนวนหนึ่งที่จัดจ้างโดยสาธารณสุขจังหวัดหรือ สสจ. ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในเรื่องการพัฒนาระบบบริการที่เป็นมิตรกับกลุ่มแรงงานข้ามชาติด้วยเช่นกันพสต.กลุ่มนี้มีหน้าที่หลักคือการเป็นล่ามช่วยแปลภาษาและให้ข้อมูลการให้บริการในสถานพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่เป็นแรงงานข้ามชาติ ซึ่งในบางพื้นที่ หากพสต. ในส่วนนี้มีไม่เพียงพอ พสต. หรือ FOM ของหน่วยงานผู้รับทุนรอง ซึ่งจัดจ้างโดยองค์กรพัฒนาเอกชนก็อาจจะถูกมอบหมายให้เข้ามาช่วยในการทำงานที่สถานพยาบาล

เป็นเครือข่ายระหว่างโครงการและกลุ่มแรงงานข้ามชาติ เช่น การช่วยประสานเพื่อนแรงงานเข้ารับการอบรม หรือร่วมกิจกรรมของโครงการ แจกถุงยางอนามัย เป็นผู้ดูแลกล่องถุงยางอนามัย ดูแล Drop-in Center หรือ health post ของโครงการที่มีในชุมชน ช่วยคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงก่อนส่งให้กับเจ้าหน้าที่ภาคสนาม และ พสต.

ในการดำเนินงานโครงการ SSF-Care การบริหารจัดการด้านบุคลากรของหน่วยงานผู้รับรองมี 2 ลักษณะด้วยกัน คือ 1) กำหนดให้มีเจ้าหน้าที่สนามไทยหรือต่างชาติที่ดูแลงาน care โดยเฉพาะ โดยทำงานควบคู่อย่างใกล้ชิดกับเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานโครงการฟ้ามิตร หรือ 2) ไม่ได้กำหนดเจ้าหน้าที่ที่ดูแลงาน Care โดยเฉพาะ แต่บูรณาการงานเข้ากับงานโครงการฟ้ามิตร โดยใช้บุคลากร (เจ้าหน้าที่สนามไทยและต่างชาติ) ชุดเดียวกันโดยแบ่งพื้นที่รับผิดชอบเฉพาะให้ดูแลทั้งงานโครงการฟ้ามิตร และงาน Care ภายใต้โครงการ SSF-Care เจ้าหน้าที่สนามจะมีบทบาทในการทำงานประสานกับภาคสุขภาพ สถานพยาบาลและผู้ให้บริการในเรื่องการตรวจหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (VCT) การออกคลินิกเคลื่อนที่ การส่งต่อแรงงานที่ตรวจเลือดและพบเชื้อเอชไอวี จากโครงการฟ้ามิตร เข้าโครงการ SSF-Care โดยประสานกับทั้งภาคสุขภาพและภาคประชาสังคมในการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อที่ต้องทานยาต้านไวรัสเอดส์ ทำหน้าที่ดูแล ให้คำปรึกษาทั่วไป ติดตามเยี่ยมบ้าน จัดกิจกรรมพบกลุ่มและส่งเสริมการสร้างเครือข่ายช่วยเหลือซึ่งกันและกันในกลุ่มผู้ติดเชื้อ ในการทำงานส่วนนี้ อสต. หรือแกนนำในชุมชนเป็นกลุ่มที่มีบทบาทการทำงานเชิงสนับสนุนให้กับเจ้าหน้าที่สนามที่ดูแลงาน Care ได้เป็นอย่างดี

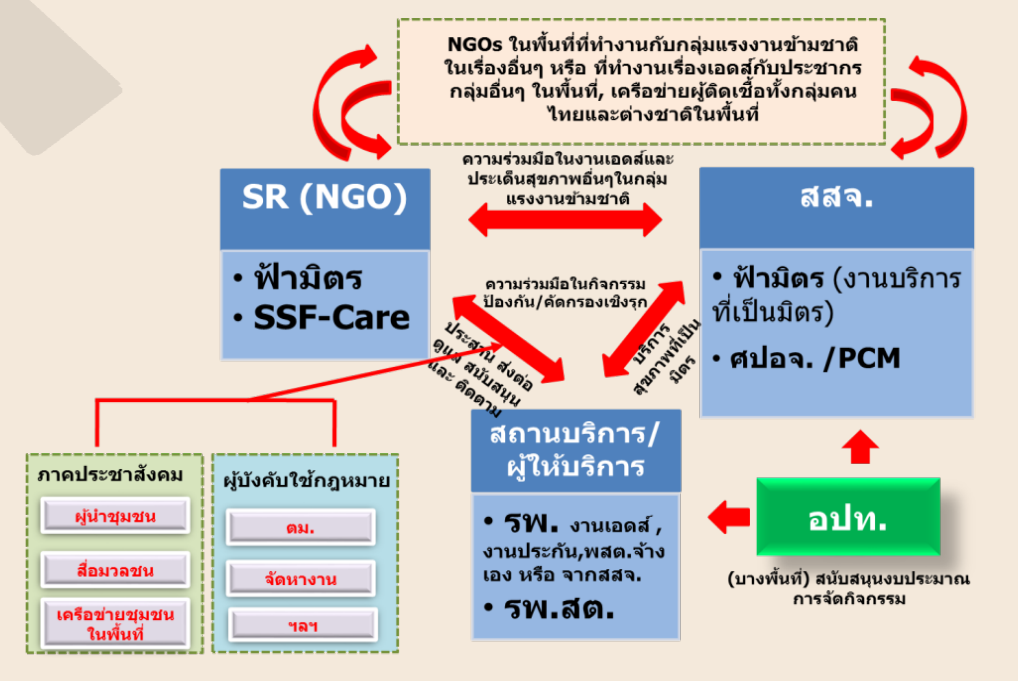
1.4 ภาคีการทำงานและการประสานงานในพื้นที่

การดำเนินงานโครงการฟ้ามิตร และ SSF-Care ในกิจกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ การส่งต่อ ดูแล สนับสนุนและติดตามผู้ติดเชื้อ องค์กรหลัก 3 องค์กรที่มีบทบาทสำคัญในการเป็นภาคีทำงานและประสานงานในพื้นที่จังหวัด ประกอบด้วย หนึ่ง องค์กรพัฒนาเอกชนที่เป็นหน่วยงานผู้รับทุนรองในพื้นที่ (SR-NGO) สอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งเป็นหน่วยงานผู้รับทุนรองในเรื่องระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรและเป็นเจ้าภาพหลักในการดำเนินงานของศูนย์ประสานประชาคมเอดส์จังหวัด (ศปอจ. หรือ PCM) และ สาม สถานพยาบาลรวมถึงผู้ให้บริการทางสุขภาพ (โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) นอกจากองค์กรทั้งสามนี้ที่

เปรียบเสมือนเจ้าภาพหลักในการทำงาน ก็ยังมีภาคีที่อื่นๆ ที่มีบทบาทสนับสนุน ประสานงานให้ความร่วมมือในการทำงานในพื้นที่ ซึ่งประกอบด้วย ภาคีการทำงานในภาคประชาสังคม เช่น กลุ่มผู้นำชุมชน เครือข่ายชุมชนหรือ CBO และสื่อมวลชน เป็นต้น ในกลุ่มผู้บังคับใช้กฎหมาย เช่น จัดหางาน ตรวจคนเข้าเมือง ตำรวจ เป็นต้น รวมถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ซึ่งเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานประสานและสนับสนุนของภาคีเหล่านี้ มีรูปแบบและระดับความเข้มข้นที่แตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ ในหลายพื้นที่ พบว่า อปท. เริ่มเข้ามามีบทบาทเพิ่มมากขึ้นในการสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องหรือมีส่วนช่วยสนับสนุนการทำงานด้านเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในพื้นที่ โดยที่ส่วนใหญ่เป็นการสนับสนุนผ่านสถานพยาบาลในท้องถิ่นนั้น (เช่น อบต. สนับสนุนงบประมาณให้กับ รพ.สต. หรือ อบจ.สนับสนุนงบประมาณให้กับโรงพยาบาล) แม้เป้าหมายหลักของอปท.จะยังคงเป็นการสนับสนุนงบประมาณเพื่อส่งเสริมการทำงานของสถานพยาบาลให้แก่กลุ่มประชากรไทยเป็นหลัก แต่หลายกิจกรรมก็สามารถรวมกลุ่มแรงงานข้ามชาติเข้าไปและเอื้อให้การทำงานด้านเอดส์ในพื้นที่สามารถทำได้สะดวกมากยิ่งขึ้น (รูปที่ 4)

เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่ที่ทำงานกับกลุ่มแรงงานข้ามชาติในประเด็นด้านอื่นๆ (เช่น งานมาลาเรีย งานวัณโรค หรืองานสุขภาพทั่วไป เป็นต้น) หรือ กลุ่มที่ทำงานด้านเอดส์ ในกลุ่มประชากรเสี่ยงอื่นๆ (เช่น กลุ่มพนักงานบริการหญิง ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เป็นต้น) เป็นอีกหนึ่งภาคีการทำงานที่พบว่ามีบทบาทในการช่วยเหลือการทำงานและประสานงานร่วมกับ SR-NGO ในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี โดยการประสานงานและความร่วมมือที่เกิดขึ้น เป็นในลักษณะการช่วยเหลือพึ่งพาอาศัยกันในการลงทำกิจกรรมกับกลุ่มแรงงานข้ามชาติในชุมชนและสถานประกอบกิจการ การช่วยเหลือหรือแลกเปลี่ยนกันในบางครั้งด้านบุคลากรที่ลงทำกิจกรรม และการแลกเปลี่ยนข้อมูลสถานการณ์ต่างๆ ในพื้นที่

รูปที่ 4 ภาคีในการทำงานและประสานงานในพื้นที่



1.5 กลไกประสานงานระดับจังหวัด และการส่งเสริมบทบาทภาคีที่เกี่ยวข้อง

กลไกประสานงานด้านเอดส์ระดับจังหวัด หรือที่เรียกว่าศูนย์ประสานประชาคมเอดส์จังหวัด (ศปอจ.) หรือ Provincial Coordinating Mechanism (PCM) เกิดขึ้นเพื่อเป็นกลไกหลักในระดับจังหวัดสำหรับการประสานความร่วมมือและประเด็นเชิงยุทธศาสตร์การทำงานในกลุ่มประชากรเป้าหมายได้แก่ เยาวชน ประชากรกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานบริการหญิง ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด และกลุ่มประชากรข้ามชาติ บทบาทของ PCM ตามข้อกำหนด คือทำหน้าที่ “อำนวย ประสานงาน ติดตาม และขับเคลื่อน” โดยมี 5 บทบาทในรายละเอียดคือ 1) ผลักดันเรื่องการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์เข้าสู่นโยบายระดับจังหวัด และระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) จัดให้มีองค์กรในการอำนวยเรื่อง การจัดกระบวนการเรียนรู้โดยยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง 3) ประสานแผนงานให้เกิดแผนที่การทำงานด้านเอดส์ภายในจังหวัด 4) ระดมทรัพยากรในการดำเนินกิจกรรมในเรื่องการป้องกัน และการดูแลที่ต่อเนื่อง ทั่วถึง ครอบคลุมทั้งจังหวัด และ 5) กำกับและประเมินยุทธศาสตร์เอดส์จังหวัด

บทบาทสำคัญของศปอจ. ในการทำงานด้านเอดส์กับกลุ่มประชากรข้ามชาติ ภายใต้โครงการฟ้ามิตร และ Care พบว่ามีหลายบทบาทคือ เป็นทั้งกลไกหลักในการส่งต่อข้อมูลการทำงาน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันทั้งภาคประชาสังคม องค์กรพัฒนาเอกชน และภาครัฐ เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์งานเอดส์ของจังหวัดร่วมกัน เป็นกลไกประสานสนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ ของโครงการ รวมถึงเป็นเวทีสะท้อนปัญหาและขอคำแนะนำในเรื่องการส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อรับการรักษา สนับสนุน และติดตามดูแล นอกจากนี้ศปอจ. ยังถูกใช้เป็นเวทีเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในจังหวัด เพื่อนำบทเรียนในโครงการที่ประสบความสำเร็จขยายผลไปยังพื้นที่อื่น หรือหาแนวทางแก้ไขร่วมกันหรือเรียนรู้ร่วมกันในโครงการที่ยังประสบปัญหา

2 ความสำเร็จ : ผลสัมฤทธิ์และกระบวนการทำงาน

ส่วนที่ 2

ความสำเร็จ: ผลสัมฤทธิ์และกระบวนการทำงาน[1]

สำหรับโครงการฟ้ามิตร (โครงการฟ้ามิตร-2 ในรอบ SSF) แบ่งประเด็นการนำเสนอออกเป็น 1) ผลสัมฤทธิ์ตามกิจกรรมการดำเนินโครงการ 2) ผลสัมฤทธิ์การเปลี่ยนแปลงความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม 3) ผลกระทบจากโครงการ 4) กระบวนการทำงาน 5) บริการป้องกันเอชไอวีแบบองค์รวม 6) การคัดกรองและตรวจ STI และ VCT รวมถึงส่งเสริมลักษณะที่เป็นมิตรของระบบบริการ 7) การพัฒนาระบบบริการที่เป็นมิตร 8) การส่งเสริมบทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานประกอบกิจการและผู้มีส่วนได้เสีย 9) บทบาทการทำงานของพนักงานสาธารณสุขต่างชาติ (พสต.) และอาสาสมครสาธารณสุขต่างชาติ (อสต.) 10) กลไกศูนย์ประสานประชาคมเอดส์จังหวัด (ศปอจ.)

ส่วนโครงการ SSF-Care แบ่งประเด็นการนำเสนอออกเป็น 1) การส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้ารับการรักษา 2) การเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ การติดตามผลและความต่อเนื่อง ในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี

โครงการฟ้ามิตร - 2

2.1 ผลสัมฤทธิ์ตามกิจกรรมการดำเนินงานโครงการ

โครงการฟ้ามิตร – 2 เป็นโครงการที่มุ่งการให้บริการป้องกันเอชไอวีแก่แรงงานข้ามชาติ รวมทั้งสนับสนุนการให้บริการที่จำเป็นแก่ผู้ติดตาม นอกจากนี้ยังเชื่อมต่อกับกรมควบคุมโรคเพื่อให้บริการที่ครอบคลุมถึงพนักงานบริการหญิง แรงงานข้ามชาติและกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ทำงานในสถานบันเทิงที่ให้บริการแก่แรงงานข้ามชาติอีกด้วย โครงการฟ้ามิตร – 2 จึงมีกิจกรรมที่หลากหลาย สามารถแบ่งกิจกรรมตามแต่ละวัตถุประสงค์ ได้ดังนี้

---

[1] ส่วนนี้ ภาพความสำเร็จของการดำเนินงานโครงการฟ้ามิตร และ โครงการ Care นำข้อมูลมาจากการ“โครงการวิจัยประเมินผลภายนอกโครงการเอดส์ รอบ SSF ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557” โดยทีมผู้ประเมินผลภายนอก สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

วัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อสร้างความเข้มแข็งและขยายผลการให้บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการแก่กลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ประกอบด้วยกิจกรรม 3 ส่วน คือ

1) การให้ความรู้แก่แรงงานข้ามชาติ ผ่านการทำงานเชิงรุกในพื้นที่ Outreach ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมย่อย คือ กิจกรรมกลุ่ม การให้ความรู้ผ่านสื่อ และศูนย์ดรอปอิน รวมทั้งติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันเอดส์ และการใช้ถุงยางอนามัย
2) การพัฒนาพนักงานสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติ (พสต.) และอาสาสมัครสาธารณสุขข้ามชาติ (อสต.) โดยรวมถึงการติดตามหนุนเสริมการทำงานของ พสต. และ อสต. อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเตรียมความพร้อมในการพัฒนา พสต. และ อสต. ใหม่ ๆ ทดแทนกลุ่มที่มีการเคลื่อนย้าย
3) เพิ่มช่องทางการกระจายถุงยางอนามัย รวมถึงการจัดหาถุงยางอนามัยเพิ่มเติมในพื้นที่ การวัดผลและการรายงานการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ และการกระจายสารหล่อลื่น

วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการด้านเอชไอวีอย่างเท่าเทียมและยั่งยืนแก่กลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ส่วน คือ

1) พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่บริการสาธารณสุข ให้สามารถจัดอบรมและให้บริการแก่แรงงานข้ามชาติอย่างเป็นมิตร โดยมีการประสานกับภาครัฐระดับกระทรวง เพื่อขยายงานป้องกันเอดส์และบริการที่เป็นมิตรสำหรับแรงงานข้ามชาติในทุกพื้นที่ของประเทศไทย
2) การสร้างความเข้าใจและมาตรฐานการทำงานด้านเพศภาวะ เพศวิถี โดยพัฒนาหลักสูตรการทำงานด้านเพศภาวะ เพศวิถี จัดอบรม และจัดทำเครื่องมือในการติดตามงาน
3) การจัดอบรม ประชุมเชิงปฏิบัติการกับเครือข่ายที่ทำงานกับแรงงานข้ามชาติ รวมถึงนายจ้าง ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
4) การทำงานด้านสิทธิ โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ที่ขยายสู่กลุ่มเป้าหมายตำรวจ และสื่อมวลชน และการจัดตั้งเครือข่ายทนายความ

วัตถุประสงค์ที่ 3 เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบสารสนเทศเชิงยุทธศาสตร์เพื่อใช้ในการปรับปรุงนโยบายและโครงการที่มีต่อกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยง

กิจกรรมภายใต้วัตถุประสงค์นี้ เป็นความรับผิดชอบโดยตรงของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สำหรับโครงการฟ้ามิตร -2 เป็นการทำงานเชิงความร่วมมือ โดยประกอบด้วยความร่วมมือดังนี้

1) การจัดทำแผนเอดส์ชาติ ร่วมกับศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ (ศอ.บจ.)
2) การประเมินการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ร่วมกับสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

การพิจารณาผลสำเร็จของโครงการจะนำผลจากการดำเนินงาน 3 ปี ของโครงการด้านเอดส์รอบ SSF เท่านั้น โดยระยะเวลา 3 ปี คือ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2554 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2557

ภายใต้วัตถุประสงค์การสร้างความเข้มแข็งและขยายผลการให้บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการแก่กลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยง โครงการฟ้ามิตร – 2 สามารถดำเนินงานบรรลุผลสัมฤทธิ์ตามกิจกรรมและผลผลิต ได้เกินเป้าหมายที่กำหนดไว้ (รายงานการประเมินผลภายนอกฉบับสมบูรณ์กลุ่มแรงงานข้ามชาติและกลุ่มชาติพันธ์ : โครงการประเมินผลภายนอกโครงการเอดส์รอบ SSF ปีงบประมาณ 2557. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล.) โดยเฉพาะในกิจกรรมการอบรมให้ความรู้และแจกจ่ายถุงยางอนามัยให้กับกลุ่มแรงงานในชุมชน และสถานประกอบกิจการ การอบรมพัฒนาศักยภาพพนักงานสาธารณสุขต่างชาติ (พสต.) และเจ้าหน้าที่ภาคสนามของโครงการ การเข้าถึงบริการการตรวจหาเชื้อเอชไอวีแบบสมัครใจ และทราบผลของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

ภายใต้วัตถุประสงค์การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการด้านเอชไอวี อย่างเท่าเทียมและยั่งยืนแก่กลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงนั้น พบว่า การดำเนินงานสามารถบรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดผลผลิตได้เกือบทุกด้าน ในเรื่องการฝึกอบรมเรื่องการบริการสุขภาพที่เป็นมิตรให้กับกลุ่มผู้ให้บริการภาครัฐ การอบรมเกี่ยวกับเพศสภาพให้กับผู้ให้บริการภาคประชาสังคม ภาคเอกชนและหน่วยงานอื่นๆ และ การฝึกอบรมเรื่องการพัฒนานโยบายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันเอชไอวีและการระดมทรัพยากรให้กับตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยกเว้น กิจกรรมเดียวที่ยังค่อนข้างทำได้ต่ำกว่าเป้าหมายเล็กน้อย คือ เรื่องการเข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อการปรับทัศนคติของผู้มีส่วนได้เสียในระดับท้องถิ่น จังหวัด และประเทศ ซึ่งหลักๆ ได้แก่ กลุ่มนายจ้างและบุคคลากรของสถานประกอบกิจการ

2.2 การเปลี่ยนแปลง ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม ของแรงงานข้ามชาติ

เพื่อเป็นการติดตามประเมินการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมด้านเอดส์ของแรงงานข้ามชาติ ในการลงพื้นที่ทำกิจกรรมกลุ่ม หรือ อบรมกลุ่มย่อย เจ้าหน้าที่สนามจะทำการทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรมทุกครั้ง จากคำบอกเล่าของคนทำงานในพื้นที่ส่วนใหญ่ สะท้อนให้เห็นว่าความรู้ ความเข้าใจในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ ช่องทางการติดต่อ และวิธีการป้องกัน โดยเฉพาะเรื่องถุงยางอนามัยมีแนวโน้มที่ดีขึ้น แรงงานข้ามชาติมีทัศนคติที่ดีขึ้นต่อการใช้ถุงยางอนามัย กล้าที่จะขอถุงยางอนามัยเพิ่มจากแกนนำเมื่อต้องการ ส่วนใหญ่เป็นแรงงานข้ามชาติชายที่ประเมินว่าตนเองมีความเสี่ยง จำนวนถุงยางอนามัยที่ Drop-in Center (DiC) หมดไปในแต่ละช่วงเวลาก็เป็นตัวชี้วัดถึงการใช้ถุงยางอนามัยของแรงงานข้ามชาติได้เช่นกัน

กลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงและวัยรุ่นยังเป็นกลุ่มที่ไม่ค่อยกล้าเปิดเผยในการพูดคุยปรึกษาเรื่องเพศมากนัก อย่างไรก็ตาม ในบางจังหวัดมีรายงานว่าแรงงานข้ามชาติหญิงมีความตื่นตัว และตระหนักถึงความเสี่ยงจากการติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด และมีแนวโน้มการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้น มีการขอถุงยางอนามัยจากแกนนำ หรือการเดินมาหยิบถุงยางอนามัยที่ DiC เพิ่มขึ้น ในบางกรณีอาจเป็นการใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการวางแผนครอบครัวหรือคุมกำเนิดด้วยเช่นกัน ในระหว่างการลงพื้นที่ทำกิจกรรม แกนนำในหลายจังหวัดให้ข้อสังเกตว่า แรงงานข้ามชาติหญิงมีความกล้าพูด กล้าแสดงความเห็น และสื่อสารแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับเรื่องเพศมากขึ้น การติดต่อขอรับการตรวจรักษาเมื่อมีอาการผิดปกติ หรือคิดว่าเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น มีอาการคัน มีเชื้อราในช่องคลอด เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน เมื่อเทียบกับในช่วงเริ่มดำเนินโครงการ

"..การเปลี่ยนแปลงของผู้หญิงค่อนข้างชัด...เมื่อ 5 ปีที่แล้ว คุยเรื่องเอดส์ คุยเรื่องถุงยาง เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ไม่ใช่เลย เมื่อก่อนเค้าก็นั่งฟัง พูดไปครึ่งชั่วโมง หนึ่งชั่วโมงพูดไป ก็นั่งได้ แต่ว่าตอนนี้จะมีถามตอบ มีคำถามโน้นนี้ บางคำเราก็ไม่ค่อยกล้าพูดก็จะระวัง ว่ามันจะหยาบไปไหม พอกลุ่มเป้าหมายเปิดมา คือ โอเคเปิดได้ขนาดนี้ก็รับได้..."

(เจ้าหน้าที่สนามไทย จังหวัดหนึ่ง)

จากการอภิปรายกลุ่มกับแรงงานข้ามชาติและแกนนำในพื้นที่ พบว่า แรงงานส่วนใหญ่มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี/เอดส์ที่ดีขึ้น (เช่น เรื่องช่องทางการรับเชื้อเอชไอวี วิธีการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง) แรงงานข้ามชาติหลายคนรายงานว่าได้นำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมไปบอกต่อเพื่อนร่วมงานหรือคนในชุมชนด้วยเช่นกัน นอกจากความตระหนักในเรื่องเอชไอวี/ เอดส์แล้ว แรงงานข้ามชาติในหลายพื้นที่มีแนวโน้มที่เห็นความสำคัญในเรื่องสุขภาพของตนเอง เรื่องสิทธิ์ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการมีหลักประกันทางสุขภาพเพิ่มมากขึ้น จากความตระหนักที่เพิ่มขึ้นของแรงงานข้ามชาตินี้ นำไปสู่การสร้างเครือข่ายช่วยเหลือกันเองของแรงงานในชุมชน ตัวอย่างที่น่าสนใจ คือ การเกิดขึ้นของ Community Based Organization (CBO) ของกลุ่มแรงงานในบางพื้นที่ เพื่อช่วยเหลือกันในเรื่องเศรษฐกิจ สุขภาพและเรื่องทั่วๆไป รวมถึงการเกิดขึ้นของกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อที่เป็นแรงงานข้ามชาติและคนไทยในหลายพื้นที่ด้วยเช่นกัน

“...ในชุมชนเขามองเรื่องการใช้ถุงยางเปลี่ยนไป เมื่อก่อนมองว่าเป็นเรื่องไม่ดี แต่ตอนนี้ถือเป็นเรื่องปกติ ตอนแรกแรงงานเขาไม่ใช้ พอเข้าไปคุยบ่อยเข้าเขาบอกว่าได้ลองใช้เพิ่มขึ้น...เมื่อก่อนไม่รู้จักโรคเอดส์ เพราะบ้านนอกไม่รู้ว่าตายจากสาเหตุอะไร ตอนนี้มันเป็นที่รู้จักของคนทั่วโลกแล้วว่าถ้ามีเพศสัมพันธ์ต้องสวมถุงยางอนามัยป้องกันโรคเอดส์ มันทำให้คนกลัว ตอนที่มีโครงการเข้ามาครั้งแรก พวกผมและเพื่อนๆ ไม่รู้จักถุงยางคิดว่าเป็นลูกโป่ง ไม่มีความรู้เลย.. แต่ยังไงสำหรับบางกลุ่ม เรื่องทัศคติก็ยังเป็นเรื่องที่ต้องเพิ่ม...”

(แกนนำ/อสต. จังหวัดหนึ่ง)

การเปลี่ยนแปลงความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ความรู้ ความเข้าใจต่อช่องทางการติดเชื้อเอชไอวี และโรคเอดส์ และวิธีการป้องกันที่ที่ถูกต้องเป็นพื้นฐานนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จะส่งผลให้การแก้ปัญหาและควบคุมการระบาดของโรคเอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป ความรู้ตามตัวชี้วัดของสหประชาชาติ (UNGASS) แนะนำว่าควรจะต้องมีความรู้ที่ “ถูกต้อง” และ “ครอบคลุม” เรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่สำคัญ และต้องไม่มีความเชื่อผิด ๆ ห้ากรณีด้วยกัน คือ 1) เอชไอวี/เอดส์ไม่สามารถติดได้โดยการ

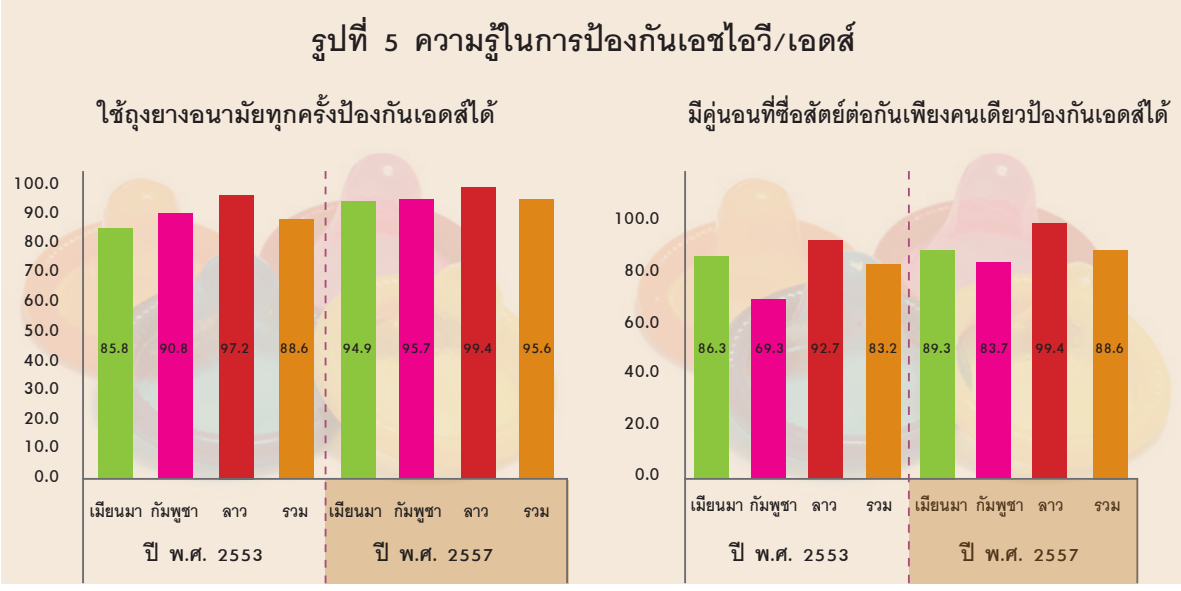
รับประทานอาหารร่วมกัน 2) เอชไอวี/เอดส์ ไม่สามารถติดได้เมื่อถูกยุงกัด 3) เอชไอวี/เอดส์ สามารถป้องกันได้โดยการมีคู่ที่ซื่อสัตย์ต่อกันเพียงคนเดียว 4) คนที่มองดูสุขภาพดีสามารถถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ 5) เอชไอวี/เอดส์ ป้องกันได้จากการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้องทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์

ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนนี้จะนำข้อมูลจากการสำรวจข้อมูลพื้นฐานในปี พ.ศ.2553 ซึ่งทำการสำรวจโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์ และคณะ การสำรวจข้อมูลพื้นฐานโครงการส่งเสริมการป้องกันเอดส์ในแรงงานข้ามชาติ ประเทศไทย : โครงการฟ้ามิตร-2 ปี พ.ศ. 2553.) มาเปรียบเทียบกับข้อมูลการสำรวจ ปี พ.ศ. 2557 เพื่อให้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในการดำเนินโครงการด้วย

ความรู้เรื่องการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ได้โดยการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้องทุกครั้ง พบว่าในภาพรวมการสำรวจปี พ.ศ. 2557 แรงงานข้ามชาติมีความรู้ถูกต้องสูงกว่า คือ ร้อยละ 95.0 เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลพื้นฐาน ปี พ.ศ. 2553 พบเพียงร้อยละ 88.6 เมื่อแยกตามสัญชาติพบว่าความรู้เพิ่มสูงขึ้นในทุกสัญชาติ โดยเฉพาะแรงงานข้ามชาติลาวเพิ่มสูงขึ้นจาก ร้อยละ 97.2 เป็นร้อยละ 99.4

สำหรับความรู้เรื่องการป้องกันเอชไอวี /เอดส์ได้โดยการมีคู่นอนที่ซื่อสัตย์ต่อกันเพียงคนเดียวและไม่ติดเชื้อเอชไอวี /เอดส์ สามารถป้องกันเอดส์ได้ พบว่า ในภาพรวมการสำรวจปี พ.ศ. 2557 แรงงานข้ามชาติมีความรู้ถูกต้องสูงกว่าปี พ.ศ. 2553 คือ ร้อยละ 88.6 การสำรวจข้อมูลพื้นฐาน ปี พ.ศ. 2553 พบร้อยละ 83.2 เมื่อแยกตามสัญชาติพบว่าความรู้เพิ่มสูงขึ้นในทุกสัญชาติ โดยเฉพาะแรงงานข้ามชาติกัมพูชาเพิ่มสูงขึ้นจาก ร้อยละ 69.3 เป็นร้อยละ 83.7 (รูปที่ 5)

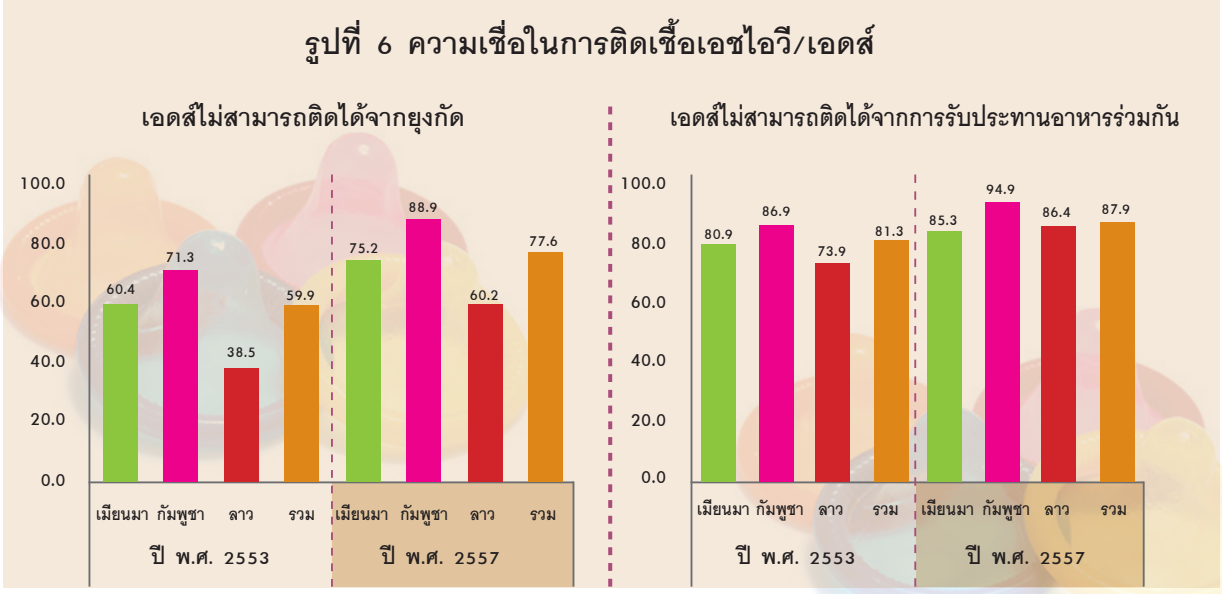
รูปที่ 5 ความรู้ในการป้องกันเอชไอวี/เอดส์



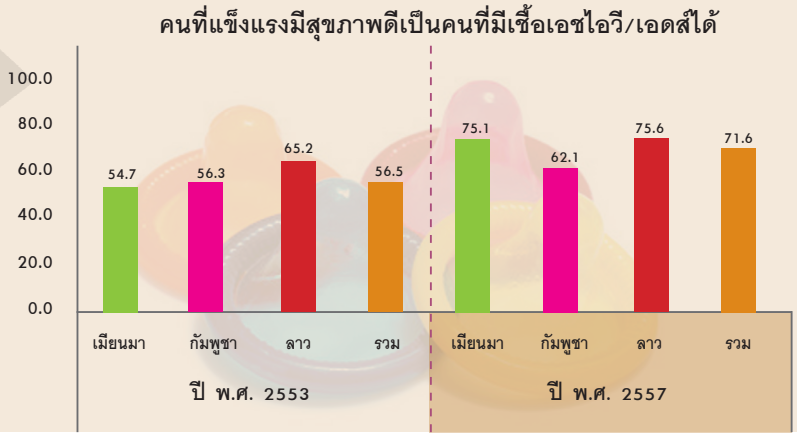
สำหรับความเชื่อผิด ๆ เกี่ยวกับเรื่องช่องทางการติดเชื้อเอชไอวี /เอดส์ ได้โดยถามว่าคนที่มีสุขภาพแข็งแรงดีเป็นคนที่มีเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้หรือไม่ พบว่า ในภาพรวมการสำรวจปี พ.ศ. 2557 แรงงานข้ามชาติมีความรู้ถูกต้องเพิ่มขึ้นสูงกว่าปี พ.ศ. 2553 คือ ร้อยละ 71.6 และร้อยละ 56.5 ตามลำดับ เมื่อแยกตามสัญชาติพบว่า ความรู้เพิ่มสูงขึ้นในทุกสัญชาติ อีกความเชื่อหนึ่ง คือ เอดส์ติดได้โดยการถูกยุงกัด พบว่า ในภาพรวมแรงงานข้ามชาติมีความเชื่อผิด ๆ ลดลงการสำรวจปี พ.ศ. 2553 จาก ร้อยละ 40.1 เหลือ ร้อยละ 22.4 ในปี พ.ศ. 2557 เมื่อแยกตามสัญชาติพบว่า ความเชื่อผิด ๆ เกี่ยวกับการถูกยุงกัดลดลงในทุกสัญชาติ โดยเฉพาะแรงงานลาวซึ่งลดลงจาก ร้อยละ 61.5 เหลือเพียง ร้อยละ 39.8 นอกจากนี้แรงงานข้ามชาติกัมพูชาก็ลดลงมากเช่นกันจาก ร้อยละ 28.7 เหลือเพียงร้อยละ 11.1 เท่านั้น

อีกหนึ่งความเชื่อผิดๆ คือ เอดส์ติดได้โดยการรับประทานอาหารร่วมกัน พบว่า ในภาพรวมแรงงานข้ามชาติมีความเชื่อผิด ๆ ลดลงการสำรวจปี พ.ศ. 2553 จาก ร้อยละ 18.7 เหลือ ร้อยละ 12.1 ในปี พ.ศ. 2557 เมื่อแยกตามสัญชาติพบว่า ความเชื่อผิด ๆ เกี่ยวกับเอดส์ติดได้จากการรับประทานอาหารร่วมกัน ในทุกสัญชาติ โดยเฉพาะแรงงานข้ามชาติกัมพูชาลดลงจาก ร้อยละ 13.1 เหลือเพียง ร้อยละ 5.1 เท่านั้น (รูปที่ 6)

รูปที่ 6 ความเชื่อในการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

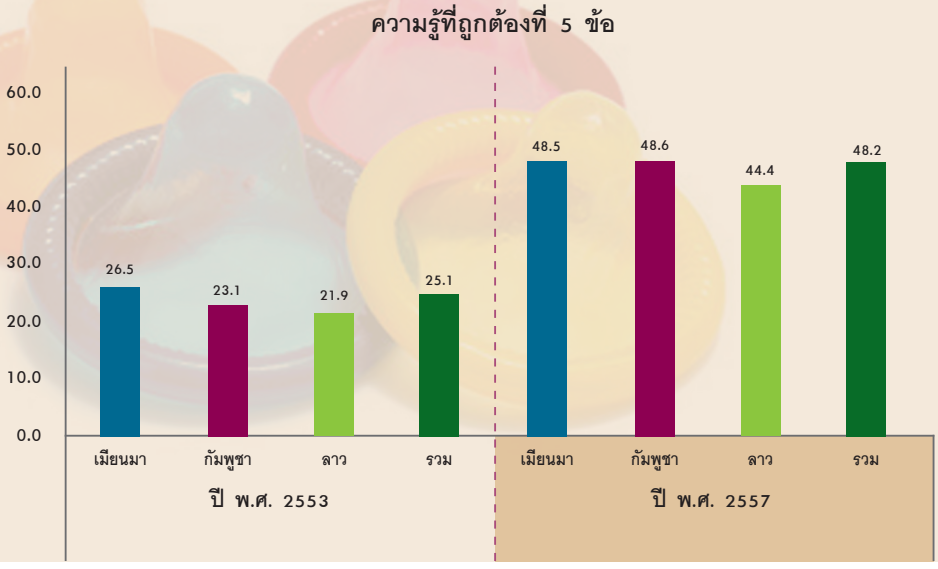


รูปที่ 6 ความเชื่อในการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (ต่อ)



ความรู้ตามตัวชี้วัดของสหประชาชาติ (UNGASS) ที่ควรจะต้องมีความรู้ที่ “ถูกต้อง” และ “ครอบคลุม” เรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และต้องไม่มีความเชื่อผิด ๆ ทั้งห้ากรณี พบว่า สัดส่วนของความรู้ที่ตอบถูกต้องทั้งห้ากรณีเพิ่มสูงขึ้นจากการสำรวจข้อมูลพื้นฐานในปี พ.ศ. 2553 โดยภาพรวมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 25.1 เป็น ร้อยละ 48.2 เมื่อแยกสัญชาติพบว่าเพิ่มขึ้นในทุกสัญชาติ แรงงานข้ามชาติเมียนมาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.5 เป็นร้อยละ 48.5 แรงงานข้ามชาติกัมพูชา เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 23.1 เป็นร้อยละ 48.6 และแรงงานข้ามชาติลาว เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.9 เป็นร้อยละ 44.4 (รูปที่ 7)

รูปที่ 7 ความรู้ตามตัวชี้วัด UNGASS ที่ตอบถูกต้องทั้ง 5 ข้อ



การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับทัศนคติเรื่องของถุงยางอนามัยและบทบาทหญิงชาย

ในการสำรวจการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับทัศนคติในเรื่องของถุงยางอนามัย ชักชวนให้ใช้ถุงยางอนามัย เมื่อถามว่าเห็นด้วยหรือไม่ที่ผู้หญิงจะเป็นฝ่ายชักชวนให้ใช้ถุงยางอนามัยได้ พบว่า แรงงานข้ามชาติหญิงเมียนมามีสัดส่วนของการเห็นด้วยเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 58.8 ในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 70.3 ในปี พ.ศ. 2557 ในขณะที่ แรงงานข้ามชาติหญิงกัมพูชา และ แรงงานข้ามชาติหญิงลาวไม่พบความเปลี่ยนแปลง ในทางตรงกันข้าม พบว่า แรงงานข้ามชาติชายเมียนมาและกัมพูชามีสัดส่วนของการเห็นด้วยลดลง ขณะที่แรงงานข้ามชาติลาวพบสัดส่วนของการเห็นด้วยเพิ่มขึ้น (รูปที่ 8)

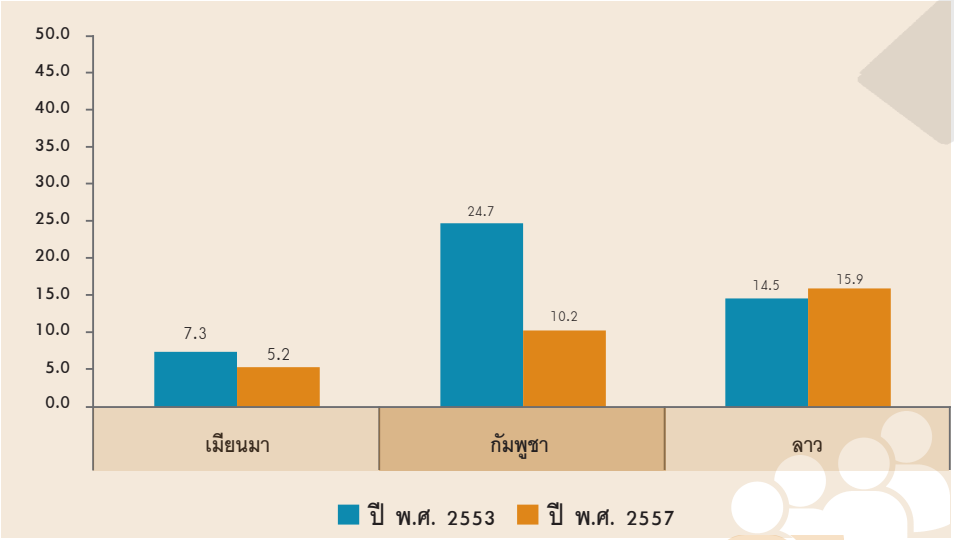
สำหรับการพกถุงยางอนามัยถ้าเป็นผู้ชายจะถือว่าเป็นผู้ชายที่รอบรอบ พบว่า เปลี่ยนแปลงไป จากการสำรวจข้อมูลพื้นฐานในปี พ.ศ. 2553 พบว่า สัดส่วนของการเห็นด้วยว่าผู้ชายพกถุงยางอนามัยเป็นผู้ชายที่รอบครอบเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มและทุกสัญชาติ การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับทัศคติในเรื่องของถุงยางอนามัยในการสำรวจจะถามเกี่ยวกับเรื่องของการพกถุงยางอนามัยของทั้งผู้หญิงและผู้ชาย คือ ถ้าผู้หญิงพกถุงยางอนามัยจะเป็นผู้หญิงที่ไม่ดี พบว่า จากการสำรวจร้อยละของการไม่เห็นด้วยลดลงจากการสำรวจข้อมูลพื้นฐานในปี พ.ศ. 2553 แสดงว่าแรงงานข้ามชาติมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ผู้หญิงสามารถที่จะพกถุงยางอนามัยติดตัวได้ การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นทั้งผู้หญิงและผู้ชายในแรงงานข้ามชาติเมียนมาและแรงงานข้ามชาติกัมพูชา ในส่วนของแรงงานข้ามชาติลาวพบว่า มีความไม่เห็นด้วยเพิ่มสูงขึ้น นั่นแสดงว่าเห็นด้วยที่ผู้หญิงพกถุงยางอนามัยเป็นผู้หญิงที่ไม่ดีนั่น อาจเป็นเพราะแรงงานข้ามชาติลาวยังเห็นว่าในการพกถุงยางอนามัยควรเป็นหน้าที่ของผู้ชายอยู่

รูปที่ 8 ทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย

การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศของแรงงานข้ามชาติ

สำหรับตัวชี้วัดในเรื่องของพฤติกรรมทางเพศ คือ การใช้ถุงยางอนามัยครั้งสุดท้ายกับคู่นอนชั่วคราวที่ไม่ใช่คู่ครองของแรงงานข้ามชาติชายในรอบปีที่ผ่านมา ซึ่งค่อนข้างน่าสนใจที่พบว่า แรงงานข้ามชาติชายทั้งเมียนมาและกัมพูชามีสัดส่วนที่รายงานว่ามีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนไม่ประจำลดลง (จากร้อยละ 7.3. เป็น 5.2 และ จากร้อยละ 24.7 เป็น 10.2 ตามลำดับ) ซึ่งเป็นแนวโน้มที่ดีที่สัดส่วนการมีคู่ครองไม่ประจำลดลง ในขณะเดียวกันสัดส่วนการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนไม่ประจำก็สูงขึ้นด้วย ขณะที่สัดส่วนของแรงงานข้ามชาติชายลาวกลับเพิ่มสูงขึ้นเล็กน้อย (จากร้อยละ 14.5 เป็น 15.9) (รูปที่ 9)

รูปที่ 9 พฤติกรรมการมีคู่นอนที่ไม่ใช่คู่ครองในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา

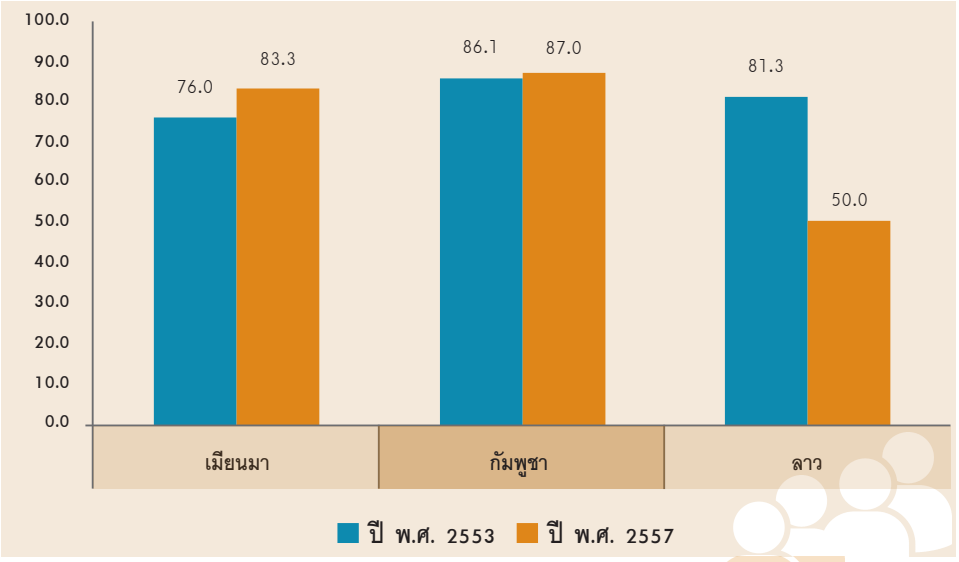


การเปลี่ยนแปลงทั้งความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม ที่เกิดขึ้นกับแรงงานข้ามชาติชี้ให้เห็นว่า การดำเนินงานโครงการฟ้ามิตร-2 ภายใต้วัตถุประสงค์การสร้างความเข้มแข็งและขยายผลการให้บริการป้องกันเอชไอวีแบบองค์รวม สามารถดำเนินงานบรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดในเกือบทุกด้าน

ตัวชี้วัดระดับผลลัพธ์ของโครงการฟ้ามิตร-2 มีเพียงตัวเดียว คือ ร้อยละของแรงงานข้ามชาติที่มีรายงานการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่นอนไม่ประจำ เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการสำรวจเชิงปริมาณในรอบพื้นฐานปี พ.ศ. 2553 และรอบผลกระทบในปี พ.ศ. 2557 หากจำแนกตามสัญชาติของแรงงาน พบว่า แรงงานเมียนมา และแรงงานกัมพูชา มีร้อยละการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนไม่ประจำที่สูงขึ้น สำหรับแรงงานเมียนมาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 76.0 เป็นร้อยละ 83.3 ในปี พ.ศ. 2557 และแรงงานกัมพูชา เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 86.1 เป็นร้อยละ 87.0 ส่วนแรงงานลาวนั้นกลับพบว่า มีร้อยละการใช้ที่ต่ำลงจากร้อยละ 81.3 เหลือเพียงร้อยละ 50.0 (รูปที่ 10) อย่างไรก็ตาม จำนวนตัวอย่างที่เป็นแรงงานลาวที่มีคู่ครองไม่ประจำนั้นมีค่อนข้างน้อย ซึ่งเป็นข้อจำกัดว่าเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเพียงไม่กี่รายก็จะทำให้ค่าเฉลี่ยหรือร้อยละที่ได้จากการวิเคราะห์ดูเหมือนเปลี่ยนไปค่อนข้างมาก ผลจากการสำรวจนี้ชี้ให้เห็นว่า การทำงานให้ความรู้ สร้างความตระหนักเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและส่งเสริม

การป้องกันในกลุ่มแรงงานข้ามชาติยังคงเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญและจำเป็นต้องมีการดำเนินการให้ตรงจุดเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

รูปที่ 10 ร้อยละของแรงงานข้ามชาติที่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่นอนไม่ประจำ จำแนกตามสัญชาติ



2.3 ผลกระทบจากการดำเนินงานของโครงการ

ในระดับผลกระทบ ซึ่งมีตัวชี้วัด คือ ร้อยละการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติและกลุ่มชาติพันธุ์นั้น (โครงการฟ้ามิตรตั้งเป้าหมาย ณ ปี พ.ศ. 2556 ไว้ที่ ร้อยละ 1.96) จากผลการสำรวจเพื่อเฝ้าระวังสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี (IBBS) ร้อยละของแรงงานข้ามชาติที่ติดเชื้อเอชไอวีในเชิงของค่าเฉลี่ย พบว่า เทียบระหว่าง ปี พ.ศ. 2553 และ พ.ศ. 2555 นั้นลดลงจาก ร้อยละ 1.33 เป็น 0.95 แต่หากพิจาณาค่ามัธยฐานจากพื้นที่สำรวจ 10 จังหวัดจะพบว่า มีร้อยละที่สูงขึ้นจากร้อยละ 0.84 เป็นร้อยละ 1.11 การที่ค่ามัธยฐานสูงขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในบางจังหวัดนั้นดีขึ้น แต่บางจังหวัดก็ยังคงสูงอยู่ อย่างไรก็ตาม ร้อยละที่ได้จากการสำรวจการเฝ้าระวังฯ ก็นับว่าต่ำกว่าเป้าหมายที่โครงการตั้งไว้อยู่พอสมควร (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความชุกการติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ที่ดำเนินการเฝ้าระวังฯ ใน ปี พ.ศ.2553 และ พ.ศ.2555

จังหวัดที่มีการเฝ้าระวัง	ปี พ.ศ. 2553			ปี พ.ศ. 2555		
	จำนวนตรวจทั้งหมด	ติดเชื้อเอชไอวี	ร้อยละ	จำนวนตรวจทั้งหมด	ติดเชื้อเอชไอวี	ร้อยละ
สมุทรปราการ	300	5	1.67	296	4	1.35
ชลบุรี	300	2	0.67	248	3	1.21
ตราด	300	15	5.0	268	6	2.24
อุบลราชธานี	300	1	0.33	157	0	0
นครพนม	301	2	0.66	198	3	1.52
เชียงใหม่	300	5	1.67	296	4	1.35
ตาก	300	1	0.33	249	1	0.40
กาญจนบุรี	300	4	1.33	297	3	1.01
สงขลา	300	2	0.67	250	0	0
ตรัง	300	3	1.0	258	0	0
ค่าเฉลี่ย			1.33			0.95
ค่ามัธยฐาน			0.84			1.11

ที่มา: รายงานสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติของประเทศไทย สำนักระบาดวิทยา พ.ศ. 2556

2.4 กระบวนการทำงานและการประสานงาน

โครงการฟ้ามิตร - 2 มุ่งเน้นกิจกรรมการให้ความรู้เพื่อการป้องกันเอชไอวีและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ส่วนโครงการ SFF-Care มุ่งเน้นการรับส่งต่อผู้ติดชื้อเอชไอวีจากโครงการฟ้ามิตร-2 และสถานพยาบาลในพื้นที่ นอกจากกิจกรรมหลักแล้ว ทั้งสองโครงการยังมีกิจกรรมเสริมให้กับพื้นที่ ในเรื่องของการประเมินสถานการณ์ในพื้นที่เพื่อวางแผนการทำงาน การอบรมพัฒนาศักยภาพบุคคลากร และส่งเสริมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรแก่แรงงานข้ามชาติ โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ซึ่งเป็นหน่วยงานผู้รับทุนรองในจังหวัด ทำหน้าที่ในการประสานงานระดับพื้นที่ การดำเนินงานในพื้นที่มี 3 หน่วยงานหลัก ที่ทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิด ได้แก่ องค์กรพัฒนาเอกชนที่เป็นหน่วยงานผู้รับทุนรองของโครงการฟ้ามิตร-2 และ SFF-Care ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งจะนอกจากจะทำหน้าที่ประสานงานแล้ว ยังทำหน้าที่ดูแลให้การสนับสนุนความร่วมมือการทำงาน และเป็นเจ้าภาพหลักของศูนย์ประสานประชาคมเอดส์จังหวัด (ศปอจ. หรือ PCM) และสถานพยาบาลของรัฐในจังหวัด

2.5 บริการป้องกันเอชไอวีแบบองค์รวม

กิจกรรมหลักของการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์การสร้างความเข้มแข็งและขยายผลการให้บริการป้องกันเอชไอวีของโครงการฟ้ามิตร - 2 ประกอบด้วยกิจกรรมการเข้าถึงชุมชนเพื่อให้ความรู้และสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของแรงงานข้ามชาติ การแจกจ่ายอุปกรณ์เพื่อการป้องกัน (ถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น) โดยไม่คิดมูลค่าเพื่อการป้องกัน การให้คำปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ และการส่งต่อแรงงานข้ามชาติเพื่อรับการวินิจฉัยและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การทำงานให้ความรู้กับกลุ่มเป้าหมายและกระจายถุงยางอนามัย

ในการลงพื้นที่เพื่อทำกิจกรรมให้ความรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ดำเนินงานโดยแกนนำที่เป็นอาสาสมัครในชุมชน หรือ อสต. ซึ่งจะเป็นผู้ประสานงานในการติดต่อเชิญชวนแรงงานข้ามชาติให้เข้าร่วมกิจกรรม ทั้งนี้เจ้าหน้าที่ภาคสนามของ SR จะทำงานร่วมกับ อสต.ในการติดต่อประสานงานเพื่อขออนุญาตในการลงทำกิจกรรมกับผู้นำชุมชน หรือเจ้าของสถานประกอบกิจการที่เป็นคนไทย ซึ่งในหลายกรณีต้องมีการจัดทำหนังสือเป็นทางการเพื่อขออนุญาตเข้าพื้นที่ทำกิจกรรม

กิจกรรมอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์

แรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่มีเวลาในระหว่างพักงานหรือวันหยุดงานไม่มาก และนายจ้างหรือเจ้าของในสถานประกอบกิจการไม่สามารถให้เวลาสำหรับการดำเนินกิจกรรมได้มากนัก ดังนั้นการทำกิจกรรมอบรมให้ความรู้ส่วนใหญ่ จะจัดเป็นลักษณะกลุ่มย่อยในชุมชนที่อยู่อาศัยของแรงงาน ทำให้จำนวนผู้เข้ารับการอบรมแต่ละครั้งจะขึ้นอยู่กับความหนาแน่นของแรงงานที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ หากทำกิจกรรมในพื้นที่โรงงานอุตสาหกรรมจะเป็นการทำกิจกรรมที่มีขนาดกลุ่มค่อนข้างใหญ่ แต่ทำในพื้นที่ชุมชนหรือสถานประกอบกิจการขนาดกลางและเล็ก รวมถึงแพปลา จะเป็นกิจกรรมกลุ่มย่อย กลุ่มละประมาณ 7-14 คน ระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมอยู่ในช่วงประมาณ 1-2 ชั่วโมง ขึ้นอยู่กับเนื้อหา โดยในแต่ละเนื้อหาความรู้จะมีกระบวนการให้ความรู้ที่แตกต่างกันไป เพื่อไม่ให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความเบื่อหน่าย ในหลายพื้นที่มีการนำเกม หรือบัตรคำ มาใช้ประกอบในการทำกิจกรรม เป็นต้น

การกระจายถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น

ในการเข้าถึงกลุ่มแรงงานข้ามชาติเพื่อแจกจ่ายถุงยางอนามัย โดยทั่วไปดำเนินการ 3 รูปแบบด้วยกัน คือ 1) กระจายผ่านการจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้หรือกิจกรรมกลุ่มย่อย โดยเฉลี่ยประมาณ 4-5 ชิ้นต่อคน ต่อการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง 2) จัดให้มีไว้ที่ Drop in center : DiC หรือที่บ้านของ อสต. หรือแกนนำ ซึ่งอยู่ในชุมชนหรือสถานประกอบกิจการที่แรงงานสามารถมาขอได้ตลอดเวลา ในกรณีของแรงงานประมง อสต. จะนำถุงยางอนามัยไปแจกจ่ายให้กับแรงงานบนเรือ หรือกระจายให้กับตัวแทนแรงงานบนเรือแต่ละลำ และ 3) กระจายผ่านกล่องถุงยางอนามัย หรือ Condom box ซึ่งมีจุดกระจายตามพื้นที่ต่างๆ ในชุมชน หรือในสถานประกอบกิจการ การดำเนินงานไม่พบปัญหาการขาดแคลนถุงยางอนามัย หรือ ถ้าขาดในบางช่วงเวลา ทางเจ้าหน้าที่โครงการสามารถหมุนเวียนขอยืมได้จากโครงการอื่นหรือภาคีที่ทำงานร่วมกันในพื้นที่ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นต้น

การสร้างความเข้มแข็งและขยายผลการให้บริการป้องกันเอชไอวีแบบองค์รวม กิจกรรมที่พบในทุกพื้นที่ คือ กิจกรรมการให้ความรู้ แจกถุงยางอนามัยในชุมชนและสถานประกอบกิจการ กระบวนการในการทำงานมีรูปแบบของการวางแผน การแลกเปลี่ยน การประเมินสถานการณ์ การติดตามผล และนำมาใช้ในการปรับปรุงการทำงานอย่างเป็นระบบ ข้อจำกัดที่สำคัญในการลงทำกิจกรรมส่วนใหญ่คือ ช่วงเวลาในการทำกิจกรรมกับกลุ่มแรงงานข้ามชาติแต่ละกลุ่ม ความเหมาะสมน่าสนใจของอุปกรณ์และสื่อในการทำกิจกรรม การเข้าถึงยากของแรงงานข้ามชาติบางกลุ่ม โดยเฉพาะในกลุ่มภาคการเกษตร

และประมง ความร่วมมือของกลุ่มผู้บังคับใช้กฎหมายในพื้นที่ การหมุนเวียนเข้าออกของแรงงานมาใหม่และแรงงานที่เคยได้ลงทำกิจกรรมไปแล้ว ซึ่งส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องของการทำกิจกรรม

2.6 การคัดกรองและตรวจ STI และ VCT รวมถึงส่งเสริมลักษณะที่เป็นมิตรของระบบบริการ

ในพื้นที่ส่วนใหญ่มีการทำงานในสองลักษณะคือ การทำงานเชิงรับ และเชิงรุก โดยการทำงานเชิงรับ จะเป็นการทำงานคัดกรองที่แทรกผ่านกิจกรรม ผ่านแกนนำ ผ่าน DiC รวมไปถึงในบางพื้นที่ก็ผ่านเครือข่ายการทำงานที่เป็นพันธมิตรในพื้นที่ โดยเฉพาะ รพ.สต. ส่วนเชิงรุกที่พบ ก็คือ การออกตรวจแบบคลินิกเคลื่อนที่ หรือ Mobile clinic ซึ่งเป็นจุดการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานผู้รับทุนรององค์กรพัฒนาเอกชน โรงพยาบาลหรือ รพ.สต. และสสจ.

การทำงานเชิงรับ

การลงพื้นที่ทำกิจกรรรมให้ความรู้ในชุมชน หรือสถานประกอบกิจการ เจ้าหน้าที่ภาคสนามของโครงการ จะทำการคัดกรองเบื้องต้น โดยการประเมินความเสี่ยง STI และ HIV ของตนเอง ซึ่งหากพบว่าแรงงานมีความเสี่ยงจะให้คำแนะนำ หรือพาแรงงานไปรับการตรวจเลือดที่สถานบริการ หากกรณีที่แรงงานยังไม่แน่ใจจะรับการตรวจเลือดหรือไม่ ช่องทางที่แรงงานสามารถติดต่อโครงการเพื่อเข้ารับการตรวจภายหลัง มีดังต่อไปนี้

- แกนนำในชุมชน หรือ อสต. ซึ่งเป็นผู้ประสานงานที่แรงงานสามารถติดต่อเพื่อขอคำแนะนำหรือความช่วยเหลือในภายหลังได้ หรือในบางกรณี เจ้าหน้าที่ภาคสนามก็จะฝากเบอร์โทรศัพท์ติดต่อไว้ให้กับกลุ่มแรงงานที่ต้องการรับการตรวจให้สามารถติดต่อได้
- Drop in center (Dic) หรือ Health Post ในพื้นที่ ซึ่งใช้เป็นจุดประสานงานในชุมชนที่แรงงานสามารถเข้ามาปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือเพื่อการส่งต่อในการรับการตรวจ STI หรือ VCT รวมถึง เพื่อให้แรงงานเข้าถึงบริการเมื่อเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ได้เร็วขึ้น โดยมียาสามัญประจำบ้านไว้คอยบริการอีกด้วย
- ในบางกรณี ที่หน่วยงานผู้รับทุนรองในพื้นที่มีการประสานการทำงานกับ รพ.สต. เมื่อมีแรงงานข้ามชาติที่มีอาการสงสัยเป็น STI เข้ารับบริการใน รพ.สต. แล้ว ทางเจ้าหน้าที่ รพ.สต. จะติดต่อให้ทางเจ้าหน้าที่ของ SR เข้าไปให้คำปรึกษาและช่วยเหลือค่าใช้จ่ายให้กับผู้ป่วย

กรณีตัวอย่าง เกี่ยวกับการคัดกรอง STI และ VCT รวมถึง การให้บริการสุขภาพทั่วไป การดำเนินงานของ SR ในพื้นที่หนึ่งมีรูปแบบการทำงานที่น่าสนใจ กล่าวคือ DiC จะให้บริการเป็นลักษณะเหมือน รพ.สต. แห่งหนึ่ง โดยมีหมอเมียนมาที่ได้รับการยอมรับจากหน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัดไว้คอยบริการรักษา นอกจากนี้ยังมีการทำงานเชื่อมโยงประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมิตรภาพซึ่งอยู่ใกล้กัน ทำให้แรงงานข้ามชาติสามารถเดินเข้ามาใช้บริการต่างๆ ในคลินิกได้อย่างสะดวก ในการดำเนินงานด้าน VCT ทาง SR มีเจ้าหน้าที่ชาวเมียนมาที่สามารถให้คำปรึกษากับกลุ่มเสี่ยงได้โดย ไม่ต้องผ่านล่าม และได้รับความไว้วางใจทั้งในส่วนของหน่วยงานภาครัฐและตัวแรงงาน ข้ามชาติที่เข้ามาใช้บริการ จึงทำให้แรงงานกล้าและรู้สึกสบายใจที่จะเข้ามาใช้บริการ นอกจากนี้ อสต. ทำหน้าที่ในการช่วยค้นหา VCT และ STI ในพื้นที่ที่ลงทำกิจกรรมอีกด้วย ซึ่งถ้าพบจะส่งต่อมาที่คลินิก

การทำงานเชิงรุก

การจัดบริการคลินิกเคลื่อนที่ (Mobile clinic) ลงไปในพื้นที่ให้กับแรงงานข้ามชาติ ซึ่งเจ้าหน้าที่ SR ให้ความเห็นว่าเป็นรูปแบบการทำงานที่ช่วยให้สามารถเข้าถึงแรงงานเพื่อคัดกรองความเสี่ยง STI และ HIV ได้ดี โดยส่วนใหญ่ SR จะมีการประสานงานและวางแผนในการลงพื้นที่ร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไปในพื้นที่ มีลักษณะเป็นการทำงานร่วมกัน ใช้กำลังคน รวมถึงจัดสรรงบประมาณร่วมกันระหว่าง SR และ สสจ. ซึ่งได้รับงบประมาณสนับสนุนจากโครงการฟ้ามิตรในงานส่งเสริมบริการสุขภาพที่เป็นมิตรแก่แรงงานข้ามชาติ โดยเฉลี่ยมีแผนในการลงพื้น

ในการให้บริการคลินิกเคลื่อนที่ร่วมกับสถานบริการโดยมีบุคลากรทางการแพทย์ไปด้วยนั้น หลังจากได้รับการอบรมให้คำปรึกษาหรือข้อแนะนำเกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงของตนเองแล้ว หากแรงงานต้องการรับการตรวจ STI หรือ VCT เจ้าหน้าที่หรือบุคคลากรทางแพทย์ที่ร่วมไปด้วยสามารถเจาะเลือดเพื่อนำกลับมาตรวจที่โรงพยาบาลแล้วนัดหมายให้แรงงาน มารับฟังผลตรวจที่โรงพยาบาลได้ โดยก่อนการตรวจเลือดเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจะให้ความรู้เพื่อคัดกรองก่อน และจึงให้คำปรึกษาแก่แรงงานข้ามชาติตามกระบวนการขั้นตอนต่อไป ในเรื่องความเป็นไปได้ของผลการตรวจ ผลกระทบที่จะเกิดขึ้น แนวทางการจัดการและข้อเสนอแนะนำอื่นๆ

สำหรับการตรวจ STI และ VCT ที่โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลนั้น เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการชี้แจงว่า จะมีการคัดกรอง ให้คำแนะนำ ทั้งก่อนรับการตรวจ และหลังทราบผล ตามขั้นตอนที่กำหนด อย่างไรก็ดี ในการแจ้งผลการตรวจพบว่า บางแห่งมีแนวโน้มลักษณะที่ไม่เป็นความลับหรือทราบเฉพาะตัวบุคคลแรงงานเท่านั้น สำหรับกลุ่มแรงงานที่เป็นลูกเรือประมงนั้น ในบางครั้งการตรวจ STI เจ้าหน้าที่โครงการจำเป็นที่จะต้องพาแรงงานไปตรวจที่คลินิกเอกชน เนื่องจากใช้ระยะเวลาสั้นกว่า ขั้นตอนน้อยกว่าและทราบผลเร็วกว่าที่โรงพยาบาลภาครัฐ

2.7 การพัฒนาระบบบริการที่เป็นมิตร

การพัฒนาระบบบริการที่เป็นมิตรนั้น กิจกรรมหลักที่รับผิดชอบโดย สสจ. คือการอบรมพัฒนาศักยภาพ และปรับเปลี่ยนทัศนคติให้กับผู้บริการ การจัดให้มี พสต. เพื่อทำหน้าที่เป็นล่ามและทำงานเชิงรุกในสถานพยาบาล การจัดทำประชาสัมพันธ์ และทำเอกสารชี้แจงการรับบริการที่สถานพยาบาลเป็นภาษาของแรงงาน

ระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตร

ผู้ให้บริการในด้านการคัดกรอง รวมถึงให้การรักษา STI และการบริการตรวจ VCT นั้น พบข้อจำกัดในด้านภาษาของแรงงาน ที่เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงบริการของแรงงาน และเป็นข้อจำกัดหนึ่งในการดำเนินงานของโครงการฟ้ามิตร ในช่วงเริ่มต้นที่ผ่านมา โครงการมีการดำเนินกิจกรรมควบคู่กันในเรื่องการส่งเสริมการสร้างระบบบริการที่เป็นมิตร โดยสสจ. หน่วยงานผู้รับทุนรองเป็นผู้รับผิดชอบหลักในกิจกรรมสำคัญๆ คือ

- การจัดการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพ และปรับเปลี่ยนทัศนคติให้กับผู้ให้บริการ
- พนักงานสาธารณสุขต่างชาติ (พสต.) ซึ่งทำหน้าที่เป็นล่ามแปลภาษาในสถานพยาบาล ในบางพื้นที่ พสต. ทำงานทั้งเชิงรับในการเป็นล่ามในสถานพยาบาล และทำงานเชิงรุกในการลงพื้นที่ คัดกรองและให้ความรู้แก่แรงงานในชุมชนด้วย
- การจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์และเอกสารชี้แจงขั้นตอนการรับบริการในสถานพยาบาลเป็นภาษาของแรงงานข้ามชาติ

การพัฒนาระบบบริการที่เป็นมิตร พบว่า บุคลากรในหลายพื้นที่มีความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดีขึ้นต่อแรงงานข้ามชาติ อย่างไรก็ตาม ยังคงมีข้อจำกัดในเรื่องความครอบคลุมของการทำกิจกรรมอบรม

ปรับทัศนคติให้กับกลุ่มผู้ให้บริการที่อยู่ในกลุ่มงานอื่นๆ นอกเหนือไปจากงานเอดส์ และงานประกัน ทั้งยังขาดแนวทาง (guideline) เนื้อหาการอบรมภายใต้หัวข้อต่างๆ ที่เป็นมาตรฐาน สำหรับพนักงานสาธารณสุขต่างชาติ (พสต.) ในสถานพยาบาลนั้นมีประโยชน์และช่วยให้แรงงานข้ามชาติสามารถเข้าถึงการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI) และรับบริการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI) และการตรวจเลือดด้วยความสมัครใจ (VCT) รวมถึง บริการทางสุขภาพอื่นๆ ได้ดีมาก แต่ประเด็นสำคัญ คือ ความยั่งยืนภายหลังจบโครงการ

การส่งเสริมบทบาทของสถานพยาบาลและผู้ให้บริการทางสุขภาพ

ความร่วมมือที่ได้รับจากสถานพยาบาลและผู้ให้บริการสุขภาพในการดำเนินงาน เป็นความร่วมมือในการจัดกิจกรรมคลินิกเคลื่อนที่ คัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งปัจจุบันก็มีการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกมากขึ้น โดยส่วนใหญ่เป็นความร่วมมือในเรื่องงบประมาณ กำลังคน และความช่วยเหลือเชิงเทคนิคความรู้ของเจ้าหน้าที่

สำหรับความร่วมมือในเรื่องการส่งต่อ ดูแล ติดตามและสนับสนุนผู้ติดเชื้อที่เป็นแรงงานข้ามชาติ การประสานงานในเรื่องการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ต้องทานยา เรื่องบัตรประกันสุขภาพ พบว่า สถานพยาบาลหลายแห่งมีการจัดบริการสุขภาพที่เอื้อเฉพาะต่อกลุ่มแรงงานข้ามชาติ เช่น การจัดให้มีคลินิกแรงงานข้ามชาติ (ตรวจโรคผู้ป่วยนอกทั่วไป) กำหนดวันเฉพาะในแต่ละสัปดาห์สำหรับการรับการดูแลการตั้งครรภ์ (ANC clinic) การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ หรือคลินิกวัณโรค เป็นต้น

ความร่วมมือในงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมโรคทั่วไปในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่เกิดขึ้นเป็นภาพชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นความร่วมมือในระดับชุมชน ระหว่างพนักงานสาธารณสุขต่างชาติ (พสต.) และ อาสาสมัครสาธารสุขต่างชาติ (อสต.) ของโครงการกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) รวมถึงอาสาสมัครสาธารสุขมูลฐาน (อสม.) คนไทยในชุมชน ซึ่งการประสานงานในระดับชุมชนระหว่างเจ้าหน้าที่โครงการฟ้ามิตรกับเจ้าหน้าที่ภาครัฐนี้ ทำให้เกิดความร่วมมือด้านสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่มีประสิทธิภาพ และทำให้เห็นภาพในเรื่องความยั่งยืนของการดำเนินงานภายหลังโครงการเสร็จสิ้นได้

ข้อสังเกตที่พบในหลายพื้นที่ คือ การทำงานร่วมกันระหว่างโครงการและสถานพยาบาลที่เกิดขึ้นได้จะเป็นลักษณะการทำงานที่พึ่งพาซึ่งกันและกัน ส่วนใหญ่ โครงการช่วยเหลือโรงพยาบาลในเรื่อง

ล่ามแปลภาษา การช่วยเหลือและประสานงานในการลงชุมชนแรงงานข้ามชาติโดยเฉพาะในงานควบคุมโรค เช่น ไข้เลือดออก และคัดกรองโรคต่างๆ เช่น การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก นอกจากนี้ ความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคคลของเจ้าหน้าที่โครงการและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล เป็นเงื่อนไขปัจจัยสำคัญต่อการเข้ามามีบทบาทของสถานพยาบาลในการประสานงานและให้ความร่วมมือในดำเนินงานกับโครงการ โดยเฉพาะในเรื่องการคัดกรอง ตรวจเลือด เพื่อหาเชื้อโดยสมัครใจ หรือ VCCT การส่งต่อและติดตามดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ รวมถึง การพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอื่นๆ ที่จำเป็นของแรงงานข้ามชาติ

การจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้และปรับทัศนคติของผู้ให้บริการที่มีต่อกลุ่มแรงงานข้ามชาติ มีส่วนช่วยให้การประสานงานและการได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลเป็นไปได้อย่างราบรื่นดีขึ้น อย่างไรก็ตาม เป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลาและมีการทำกิจกรรมกับกลุ่มผู้ให้บริการอย่างติดต่อต่อเนื่อง ในบางพื้นที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับกลไกการทำงานของ PCM สามารถเป็นตัวเชื่อมประสานที่มีบทบาทในการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานผู้รับทุนรองของโครงการและโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลในพื้นที่ด้วยเช่นกัน

กรณีตัวอย่าง การดำเนินงานด้านสุขภาพของหน่วยงานผู้รับทุนรองในบางพื้นที่ พบว่า มีข้อเด่น คือ DiC สามารถเป็นสถานที่ตรวจรักษาได้ด้วยเป็นเหมือน รพ.สต. แห่งหนึ่งและตั้งอยู่ในชุมชนที่ติดกับรพ.สต. ไทย จึงทำให้เกิดการประสานความร่วมมือในกันในทุกด้าน การป้องกัน ควบคุมโรค ส่งเสริมสุขภาพ และที่ประสานกันอย่างต่อเนื่องคือการสาธารณสุขมูลฐาน โดยมีการสนับสนุนประสานความร่วมมือ ในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านกำลังคน เช่น เวลาออกหน่วยเคลื่อนที่จะสนับสนุนเจ้าหน้าที่ไปช่วย เช่น ล่าม เป็นต้น ด้านความรู้ เช่น การอบรมเกี่ยวกับเรื่องบริการที่เป็นมิตร เป็นต้น ด้านการสนับสนุน สื่อ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ ที่เป็นภาษาของแรงงานเอง รวมถึง ด้านงบประมาณ ซึ่งทาง รพ.สต. อาจสนับสนุนในเรื่องของเวชภัณฑ์ โครงการฟ้ามิตรสนับสนุนเงินค่าตรวจ เช่น การออกตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

2.8 การส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานประกอบกิจการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การเชิญองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาเป็นคณะทำงานภายใต้กลไกศูนย์ประสานประชาคมเอดส์จังหวัด ศปอจ. (PCM) เป็นกลยุทธ์ที่เหมาะสม ในการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมและสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกันมากขึ้นในงานสุขภาพกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ซึ่งที่ผ่านมาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เข้ามามีบทบาทสนับสนุนในหลายๆ เรื่อง เช่น

การสนับสนุนงบประมาณบางส่วนในการจัดกิจกรรม - โครงการยังคงเป็นเจ้าภาพหลักในการจัดกิจกรรมส่วนใหญ่ แต่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในหลายพื้นที่ก็เริ่มเข้ามาเป็นเจ้าภาพบ้างในด้านงบประมาณ

การสนับสนุนการทำงานของเครือข่ายการทำงานด้านสุขภาพในชุมชน (รวมถึงกลุ่ม Community-based Organization :CBO) - เครือข่ายด้านสุขภาพในชุมชนที่มีการทำงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยกตัวอย่างเช่น ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ในบางพื้นที่ เป็นการพัฒนาต่อยอดจาก Health Post ภายใต้โครงการฟ้ามิตร โดยเป็นการทำงานร่วมกันระหว่าง อสม.คนไทย กับ อสต.

บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ด้านการสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรม โดยส่วนใหญ่ผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และการสนับสนุนกิจกรรมกลุ่ม Community-based Organization (CBO) ในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีการทำงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่คนไทยและ พสต. หรือแกนนำแรงงานข้ามชาติในชุมชน

สถานประกอบกิจการ

ช่วงเริ่มโครงการความร่วมมือส่วนใหญ่จากสถานประกอบกิจการ เป็นเพียงการให้ความร่วมมืออนุญาตให้เจ้าหน้าที่โครงการเข้าไปทำกิจกรรมกับกลุ่มแรงงานข้ามชาติ หรือการเข้าประชุม หรือเข้าอบรมในงานที่โครงการจัดขึ้นเท่านั้น ในช่วงหลังหลายพื้นที่ สถานประกอบกิจการเริ่มเห็นประโยชน์และความสำคัญของกิจกรรมโครงการมากขึ้น การสนับสนุนในลักษณะอื่นเริ่มมีมากขึ้น เช่น การสนับสนุน

งบประมาณ สถานที่การจัดกิจกรรมและกำลังคนในการทำกิจกรรมการให้ความรู้ทางสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพแก่แรงงานในสถานประกอบกิจการ การส่งพนักงานในโรงงานเข้ามาอบรมเพื่อเป็นแกนนำหรืออาสาสมัครด้านสุขภาพ หรือ อบรมด้านภาษาเพื่อเป็นล่ามในโรงงานหรือล่ามเพื่อช่วยพนักงานแรงงานข้ามชาติด้วยกันเมื่อไปใช้บริการสุขภาพที่โรงพยาบาลเริ่มมีมากขึ้นด้วยเช่นกัน ส่วนการจัดจ้างหมอหรือพยาบาลต่างชาติเพื่อให้บริการสุขภาพในสถานประกอบกิจการ ในกลุ่มที่ยังไม่ให้ความร่วมมือเท่าที่ควร ให้เหตุผลว่า แรงงานจะเกิดการเรียกร้องสิทธิและทำให้สถานประกอบกิจการจัดการแรงงานได้ยาก รวมถึงการตระหนักถึงความสำคัญในปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

อย่างไรก็ตาม ในบางพื้นที่ก็ยังคงมีรายงานการไม่ให้ความร่วมมือของสถานประกอบกิจการในการเข้าไปทำกิจกรรมของเจ้าหน้าที่โครงการ ส่วนใหญ่ ให้เหตุผลว่า เกรงว่าแรงงานจะเกิดการเรียกร้องสิทธิและทำให้สถานประกอบกิจการจัดการแรงงานได้ยาก เรื่องของเวลาในการทำกิจกรรมที่อาจไปกระทบกับเวลาการทำงานของแรงงาน รวมถึง การไม่เห็นความสำคัญว่า การติดเชื้อเอชไอวีของแรงงานจะนำไปสู่ความเสียหายของสถานประกอบกิจการอย่างไร เมื่อเทียบกับโรคอื่น เช่น วัณโรค ที่เห็นชัดเจนกว่า เพราะหากแรงงานป่วยด้วยวัณโรคก็จะไม่สามารถมาทำงานให้ได้ ซึ่งเจ้าหน้าที่โครงการต้องพยายามชี้แจงให้เห็นว่ากิจกรรมส่วนใหญ่เป็นงานในด้านการส่งเสริมสุขภาพซึ่งเป็นประโยชน์ต่อทั้งแรงงานและสถานประกอบกิจการ

ผู้นำชุมชนและผู้บังคับใช้กฎหมาย

เจ้าหน้าที่โครงการทำหน้าที่ประสานงาน การขออนุญาตและขอความร่วมมือจากผู้นำชุมชนและผู้บังคับใช้กฎหมายในพื้นที่ เป็นบทบาทของเจ้าหน้าที่ภาคสนามคนไทยที่เป็นตัวหลักในการประสานงาน ส่วนใหญ่ผู้นำชุมชนในพื้นที่จะให้ความร่วมมือและการสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ ของโครงการเป็นอย่างดี นับเป็นความสำเร็จหนึ่งของโครงการ ที่ผู้นำชุมชน รวมถึง ภาคประชาชนในชุมชน เข้ามามีบทบาทสนับสนุนการจัดตั้ง DiC ในพื้นที่ ทั้งในด้านการเงินและการบริหารจัดการ

นอกจากนี้ ภาคส่วนอื่นๆ ที่ทำงานร่วมกับโครงการก็มี สำนักงานจัดหางานจังหวัด สื่อสารมวลชนในท้องถิ่น ซึ่งสื่อสารมวลชน เป็นกลุ่มหนึ่งที่สามารถมีบทบาทอย่างมากในการสร้างทัศนคติเชิงบวกของคนในพื้นที่ รวมถึงผู้ให้บริการทางสุขภาพที่มีต่อแรงงานข้ามชาติ ที่ควรต้องให้ความสำคัญ

2.9 บทบาทการทำงานของพนักงานสาธารณสุขต่างชาติ (พสต.) และ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ (อสต.)

พนักงานสาธารณสุขต่างชาติ หรือ พสต.ในที่นี้ หมายรวมถึง พสต.ที่ทำงานในสถานพยาบาล (จัดจ้างโดย สสจ.) และ เจ้าหน้าที่ภาคสนามต่างชาติของหน่วยงานผู้รับทุนรององค์กรพัฒนาเอกชน NGOs ด้วย ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ หรือ อสต. เป็นกลุ่มแรงงานต่างชาติที่ทำงานอยู่ในชุมชนหรือสถานที่ทำงานต่างๆ ที่มีจิตอาสาไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการทำงาน ได้รับเพียงค่าเดินทางในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ บทบาท อสต. จะช่วยประสานเพื่อนแรงงานเข้ารับการอบรม หรือเข้าร่วมกิจกรรม เป็นผู้ดูแลกล่องถุงยางอนามัยและแจกถุงยางอนามัย

บทบาทการทำงานของ พสต. และ อสต. มีความสำคัญกับทุกหน่วยงานที่ดำเนินงานกับกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ในการทำงานป้องกันเชิงรุก การจัดกิจกรรมให้ความรู้ และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่แรงงานในชุมชนและสถานประกอบกิจการ (โดยมีบทบาทในการสร้างความไว้เนื้อเชื่อใจในการลงพื้นที่ของเจ้าหน้าที่ภาคสนาม และความสบายใจในการมารับบริการของแรงงานข้ามชาติ นำข้อมูลและสถานการณ์จากโรงพยาบาลที่เป็นปัจจุบันไปยังชุมชนของแรงงานข้ามชาติ เช่น เรื่องนโยบายต่างๆ เรื่องบัตรประกันสุขภาพ และจากกลุ่มแรงงานข้ามชาติมายังโรงพยาบาล โดยเฉพาะในเรื่อง การส่งต่อผู้ติดเชื้อ จากสถานพยาบาลกลับสู่ชุมชน การดูแลติดตามผู้ติดเชื้อ ที่ต้องรับยา) การประสานงานระหว่าง สถานพยาบาล หน่วยงานรัฐ และ แรงงานในชุมชนและสถานประกอบกิจการ การเป็นล่ามเป็นผู้อธิบายขั้นตอนวิธีการรักษาในสถานพยาบาลให้กับกลุ่มแรงงาน ทั้ง พสต. และ อสต. สามารถเป็นแกนหลักในการทำงานและช่วยเหลือการทำงานของโครงการได้เป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตามพบข้อจำกัด คือ บางพื้นที่ยังคงประสบความยากลำบากในการจัดจ้างพสต. ด้วยข้อจำกัดงบประมาณและอัตราค่าตอบแทนไม่ดึงดูด การปรับเปลี่ยน (turnover) ที่ค่อนข้างสูงในบางพื้นที่ซึ่งกระทบต่อความไม่ต่อเนื่องในการทำงาน นอกจากนี้ยังมีประเด็นในเรื่องความต่อเนื่องของการจัดจ้าง พสต. ภายหลังจบโครงการ ซึ่งเป็นเรื่องเกี่ยวกับข้อกำหนดการจ้างและแหล่งงบประมาณในการจัดจ้าง

2.10 กลไกศูนย์ประสานประชาคมเอดส์จังหวัด ศปอจ.

กลไกศูนย์ประสานประชาคมเอดส์จังหวัด ศปอจ. หรือ PCM ซึ่งมี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) เป็นเจ้าภาพหลัก พบว่า ศปอจ. มีบทบาทสำคัญๆ ในการส่งต่อข้อมูลการทำงานทั้งจากภาคประชาสังคม องค์กรพัฒนาเอกชน และภาครัฐ เพื่อการกำหนดวางแผนยุทธศาสตร์งานเอดส์ของระดับจังหวัดร่วมกับกลไกประสานสนับสนุนการทำกิจกรรมของโครงการ ให้ข้อมูลและปรับทัศนคติกับหน่วยงานต่างๆ เกี่ยวกับแรงงานข้ามชาติและการทำงานด้านการป้องกันเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะกับกลุ่มผู้บังคับใช้กฎหมาย เป็นเวทีสะท้อนปัญหาและประสานในการขอคำแนะนำหรือความร่วมมือในเรื่องการส่งต่อ case เพื่อรับการรักษาและการสนับสนุนติดตามดูแล เป็นเวทีเพื่อการสื่อสาร แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในจังหวัด เพื่อนำไปสู่การขยายผลของกรณีที่สำเร็จ ในเกือบทุกจังหวัดพบว่า ศปอจ. สามารถผลักดันแผนงานเอดส์เข้าสู่แผนพัฒนาจังหวัดได้ แต่ส่วนใหญ่ ยังไม่เกิดกิจกรรมที่เป็นรูปธรรม ส่วนระดับแผนท้องถิ่น ยังค่อนข้างจำกัดในหลายพื้นที่ ขึ้นอยู่กับวิสัยทัศน์และตัวบุคคลของผู้เป็นประธานคณะทำงานและผู้ประสานงานหลัก รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะให้ความสำคัญกับประชากรเสี่ยงกลุ่มใด

ระดับความสำเร็จตามบทบาทของ ศปอจ. คือ การเป็นหน่วยเชื่อมประสาน แบ่งปันข้อมูล หาทางออกร่วมกัน มีความแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ และยังให้จุดเน้นไม่มากพอในการวางแผนกำหนดยุทธศาสตร์ หรือผลักดัน ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์โครงสร้างครอบคลุมทุกภาคส่วน และแต่ละภาคส่วนที่เข้ามาพบว่า การทำงานเน้นกลุ่มคนไทยเป็นหลัก ซึ่งนำมาสู่ทัศนคติที่ไม่อยากเข้าร่วมประชุมเครือข่ายการทำงานกลุ่มแรงงานข้ามชาติ และไม่เห็นความสำคัญของการมี ศปอจ. ในการทำงานกับกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

ศปอจ. กับการส่งเสริมบทบาทสถานพยาบาลและผู้ให้บริการสุขภาพ เกิดความร่วมมือในเรื่องการจัดกิจกรรมคลินิกเคลื่อนที่ร่วมกัน งานส่งเสริมสุขภาพและควบคุมโรคทั่วไป การส่งต่อ ดูแลติดตามและสนับสนุนผู้ติดเชื้อที่เป็นแรงงานข้ามชาติ และการจัดบริการสุขภาพที่เอื้อเฉพาะต่อกลุ่มแรงงานข้ามชาติ เช่น การจัดให้มีคลินิกแรงงานต่างชาติ (OPD ทั่วไป) กำหนดวันเฉพาะในแต่ละสัปดาห์ ความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคคลของเจ้าหน้าที่โครงการและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล เป็นปัจจัยสำคัญต่อการประสานงานและให้ความร่วมมือในดำเนินงานเป็นลักษณะพึ่งพาซึ่งกันและกัน นอกจากนี้การให้ความรู้และปรับทัศนคติของผู้ให้บริการมีส่วนช่วยให้การประสานงานและได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลดีขึ้น

โครงการ SSF-Care

โครงการ SSF-Care สำหรับการส่งต่อและสนับสนุนผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี มี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ส่งต่อมาจากโครงการฟ้ามิตร-2 และกลุ่มที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่รับตรวจ VCT การเข้าร่วมโครงการ อยู่บนพื้นฐานของความสมัครใจ โดยเจ้าหน้าที่จะให้คำปรึกษาเกี่ยวกับแนวทางในการรักษา การดูแลและสนับสนุนโดยโครงการฯ จากนั้นจะสอบถามถึงความสมัครใจในเข้าร่วมโครงการฯ หากสมัครใจเข้าร่วมโครงการฯ จึงสอบถามถึงความสมัครใจในการเปิดเผยสถานะของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยโครงการจะปรับรูปแบบในการดูแล สนับสนุนและติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้เหมาะสมต่อความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อไป นอกจากความช่วยเหลือในการแนะนำขั้นตอนการรับบริการรักษา การติดต่อสื่อสาร และแปลภาษาแล้ว โครงการมีการสนับสนุนในเรื่องค่าใช้จ่ายในการตรวจร่างกายและตรวจเลือดอีกด้วย การมีสถานพยาบาลขององค์กรพัฒนาเอกชนทำงานและประสานร่วมกับโรงพยาบาลในพื้นที่เป็นอย่างดี ก็ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นแรงงานข้ามชาติได้รับการส่งต่อ ดูแลและติดตามได้ดียิ่งขึ้น

2.11 การส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้ารับการรักษา

กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ดูแลโดยโครงการ SSF-Care ส่วนใหญ่ เข้าร่วมโครงการใน 2 ลักษณะคือ

1) กลุ่มที่ส่งต่อมาจากโครงการฟ้ามิตร หรือ กลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้และคัดกรองเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และ เอชไอวี/เอดส์ของโครงการฟ้ามิตร และประเมินว่าตนเองมีความเสี่ยงจึงเข้ารับการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดหาเชื้อโดยสมัครใจโดยการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่โครงการฟ้ามิตร (หรือบางครั้งจากโครงการอื่น เช่น โครงการวัณโรค) และพบว่า ผลตรวจเป็นบวก จึงได้รับคำแนะนำให้เข้าร่วมโครงการ SSF-Care

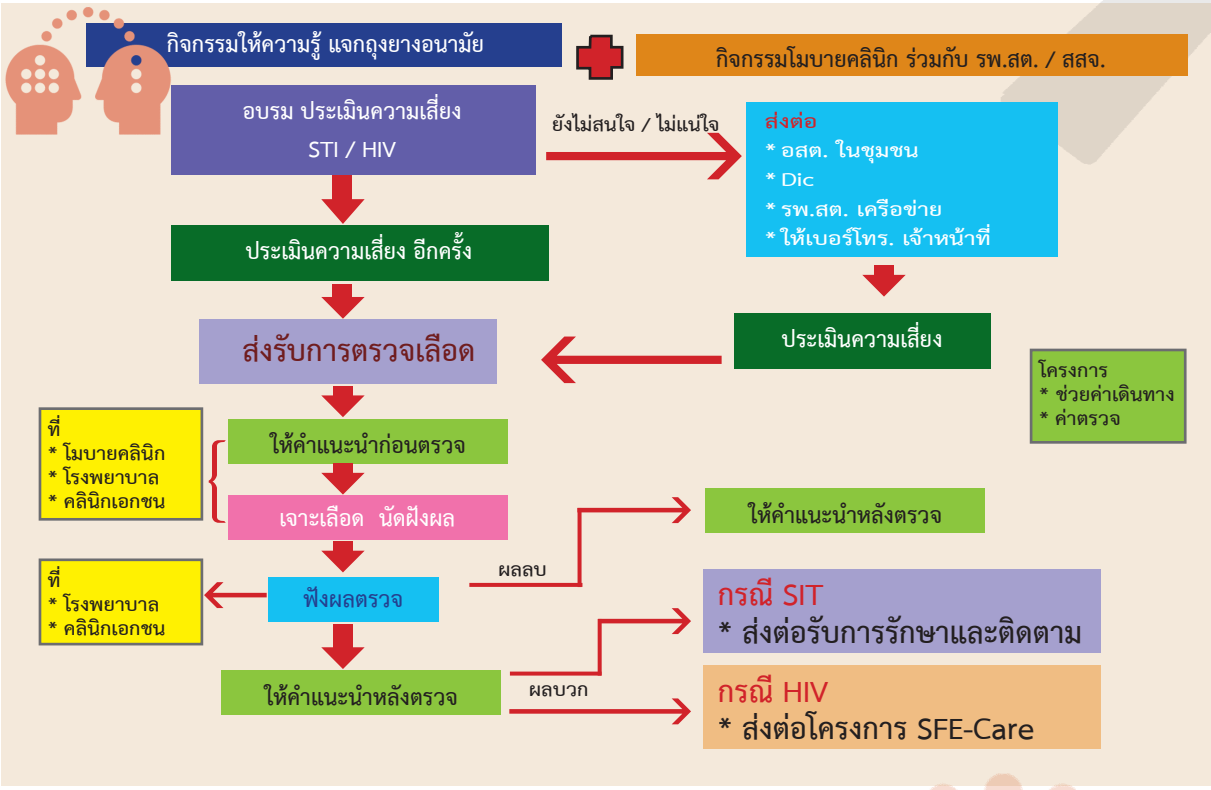
2) กลุ่มที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่รับตรวจ VCT เช่น ที่คลินิกนิรนาม เป็นต้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มนี้เป็นแรงงานที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมของโครงการฟ้ามิตร แต่ประเมินตนเองว่ามีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ จึงเข้ารับการตรวจ แบบ VCT ด้วยตนเอง หรือด้วยความช่วยเหลือจากภาคประชาสังคมอื่นๆ ซึ่งเมื่อพบว่าผลตรวจเป็นบวก ทางโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลจึงแนะนำให้เข้าร่วมโครงการ SSF-Care

กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ทางเจ้าหน้าที่โครงการจะมีการสอบถามถึงความต้องการในการเปิดเผยหรือปกปิดสถานะของผู้ติดเชื้อด้วยเช่นกัน ซึ่งหากผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องการให้ปกปิดสถานะ เจ้าหน้าที่โครงการก็จะปรับเปลี่ยนรูปแบบในการดูแล สนับสนุนและติดตามผู้ติดเชื้อให้เหมาะสม เช่น ไม่ใช้การดูแล ติดตามโดยวิธีการเยี่ยมบ้าน แต่จะเป็นลักษณะของการนัดหมายพบเจอข้างนอกหรือที่โรงพยาบาลเมื่อแรงงานต้องเดินทางมารับการตรวจร่างกาย เป็นต้น

การส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มาจากโครงการฟ้ามิตร และจากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่ให้บริการ VCT เป็นสิ่งที่ชี้ให้เห็นว่า การประสานงานในเรื่องการดูแลและสนับสนุนผู้ติดเชื้อในพื้นที่ส่วนใหญ่นั้น มีการประสานงานและทำงานร่วมกันจากภาคประชาสังคม ผู้ให้บริการสุขภาพ และเจ้าหน้าที่โครงการดีในระดับหนึ่ง นอกจากความช่วยเหลือในการแนะนำเรื่องขั้นตอนการรับการรักษาและการติดต่อสื่อสารและแปลภาษา ซึ่งเป็นการช่วยเหลือทั้งฝ่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ให้บริการที่สถานพยาบาล โครงการ SSF-Care มีการสนับสนุนแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เข้าร่วมโครงการในเรื่องค่าใช้จ่ายในการตรวจร่างกายและตรวจเลือด ค่าเดินทางในการมาตรวจร่างกาย และในบางกรณี สมทบค่าใช้จ่ายบางส่วนในการรับยาต้านไวรัส ในกรณีที่แรงงานไม่ได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งอื่นเลย

บางพื้นที่มีสถานพยาบาลขององค์กรพัฒนาเอกชนอื่นมาช่วย เช่น คลินิกแม่ตาวที่อำเภอแม่สอด หรือ คลินิกบริการสุขภาพเบื้องต้นสำหรับแรงงานข้ามชาติ ของมูลนิธิศุภนิมิตรฯ ที่จังหวัดระนอง มีการทำงานและประสานร่วมกับโรงพยาบาลในพื้นที่เป็นอย่างดี ก็ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นแรงงานข้ามชาติ ได้รับการส่งต่อ ดูแลและติดตามที่ดียิ่งขึ้น (รูปที่ 11)

รูปที่ 11 ขั้นตอนการคัดกรองและส่งต่อผู้ติดเชื้อ จากโครงการฟ้ามิตรเข้าสู่โครงการ SSF-Care



2.12 การเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ การติดตามผลและความต่อเนื่องในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ เข้าถึงการรักษาใน 4 ลักษณะ 1) โครงการ NAPHA Extension ซึ่งมีข้อจำกัดเรื่องจำนวนโควตา และระยะเวลาในการรอคิวรับบริการ (long waiting list) 2) สิทธิประโยชน์บัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติหรือประกันสังคม ซึ่งมีปัญหาจากความไม่ชัดเจนในแนวปฏิบัติตามนโยบายบัตรประกันสุขภาพทำให้โรงพยาบาลหลายแห่งไม่เปิดทำบัตรประกันสุขภาพให้กับแรงงานข้ามชาติ หรือเปิดให้กับแรงงานข้ามชาติที่มีเอกสารเท่านั้น ยังมีอีกส่วนหนึ่งเปิดทำบัตรแต่ไม่ให้สิทธิประโยชน์ในการรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ 3) การสนับสนุนจากองค์กรพัฒนาเอกชนหรือโครงการสนับสนุนอื่นๆ และ 4) การรับยาต้านไวรัสเอดส์โดยรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้วยตนเอง สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนหนึ่งที่ได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายบางส่วนจากโครงการในเรื่องการเข้าถึง

ยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่า สถานะของแรงงานข้ามชาติ คือ การมีบัตร หรือไม่มีบัตร เป็นเงื่อนไขสำคัญในการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ ประเด็นการประสานความร่วมมือในการส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลับไปรับยาต้านไวรัสเอดส์ ณ ประเทศต้นทาง เป็นแนวทางหนึ่งที่บางพื้นที่เริ่มใช้ในการส่งเสริมการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

กิจกรรมติดตามผล และความต่อเนื่องในการรักษา ได้แก่ กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน ซึ่งความถี่และรูปแบบจะแตกต่างกันไปตามความเหมาะสมและความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี สำหรับผู้ติดเชื้อที่ไม่ต้องการเปิดเผยตัวเองกับครอบครัวหรือชุมชน เจ้าหน้าที่และแกนนำจะใช้วิธีการติดตามและดูแลทางโทรศัพท์ เป็นหลัก (เช่น การติดตามการทานยา และการเข้ารับการตรวจร่างกายหรือรับยาตามนัดหมายของโรงพยาบาล) รวมถึง การนัดหมายเพื่อพูดคุยให้คำปรึกษาที่โรงพยาบาลในวันที่ผู้ติดเชื้อต้องเดินทางไปรับการตรวจร่างกาย ตรวจเลือดตามนัด หรือที่จุดนัดพบอื่นๆ

กิจกรรมพบกลุ่ม (เพื่อนช่วยเพื่อน) เพื่อสร้างเครือข่ายในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เป็นการพบปะเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้และข้อแนะนำในการดูแลตนเอง และการดำรงชีวิตทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การขาดการติดต่อกับผู้ติดเชื้อ ภายใต้โครงการ หรือ lost follow up มีเกิดขึ้นในพื้นที่ดำเนินการเช่นกัน โดยส่วนใหญ่ (จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่โครงการและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการที่โรงพยาบาล) มีสาเหตุจากการย้ายที่ทำงานของผู้ติดเชื้อ บางกรณีย้ายที่ทำงานข้ามจังหวัดหรือข้ามภูมิภาคในไทย หรือ บางกรณีย้ายกลับไปประเทศต้นทาง โดยไม่ได้แจ้งกับเจ้าหน้าที่โครงการ แต่ก็มีรายงานในบางกรณีเหมือนกันที่แม้แรงงานจะย้ายไปแล้ว แต่จากความคุ้นเคยและไว้เนื้อเชื่อใจ ก็ยังคงมีการติดต่อกับเจ้าหน้าที่โครงการ และรับความช่วยเหลือในเรื่องการรับยาจากโรงพยาบาลในจังหวัดเดิมอยู่ และ อีกสาเหตุ จากเหตุผลส่วนตัวของแรงงานเอง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ไม่ต้องการเปิดเผยตัวกับครอบครัวและชุมชน หรือ ในกลุ่มที่ต้องรับผิดชอบค่ายาต้านเอง แต่ไม่มีกำลังจ่ายและสุดท้ายหยุดรับการรักษาไป หรือในกลุ่มที่ไม่ตระหนักถึงความสำคัญในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ หรือมีข้อจำกัดในการเข้ารับการรักษาตามวันเวลาที่กำหนดโดยสถานพยาบาล (เช่น บางโรงพยาบาล เปิด คลินิก ยาต้านไวรัสเอดส์ให้กับแรงงานเฉพาะวันจันทร์ แต่แรงงานไม่สามารถหยุดงานได้ จึงไม่ไปตามนัด และเกิดการ lost follow up ไป ในสองกรณีหลังนี้ ถือเป็นกรณีที่ไม่พึงประสงค์ให้เกิดขึ้นของโครงการ

โครงการ NAPHA Extension เป้าหมายของโครงการก่อนที่จะปิดตัวลงเป็นในเรื่องการถ่ายโอนระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นแรงงานข้ามชาติที่พัฒนาโดยโครงการ เข้าสู่ระบบปกติที่มีความยั่งยืน ซึ่งในที่นี้ก็คือ การบรรจุเป็นสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพที่แรงงานข้ามชาติทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงได้ รวมถึงการติดต่อประสานงานขอความร่วมมือจากประเทศต้นทางในการรับการส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ต้องการเดินทางกลับไปยังประเทศต้นทางให้สามารถรับยาต้านไวรัสเอดส์ที่ประเทศต้นทางได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งความพยายามนี้ เริ่มมีการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมแล้วในบางจังหวัดชายแดน อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดและความท้าทายที่สำคัญ คือนโยบายและแนวทางการดำเนินงานบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติที่ยังคงมีการปรับเปลี่ยนตลอดเวลา และยังคงไม่ชัดเจนในแนวทางการปฏิบัติในหลายเรื่อง

3 บัตรประกันสุขภาพ: คำตอบของความยั่งยืน ?

ส่วนที่ 3

บัตรประกันสุขภาพ : คำตอบของความยั่งยืน ?

ระบบหลักประกันทางสุขภาพที่มีให้กับแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย ณ ปัจจุบัน มีอยู่ 2 ระบบด้วยกันได้แก่ 1) ระบบบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติซึ่งบริหารจัดการโดย งานประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และ 2) ระบบประกันสังคม ซึ่งบริหารจัดการโดยสำนักงานประกันสังคม และใช้กฎระเบียบในเรื่องการสมทบเบี้ยประกันและข้อกำหนดในการใช้สิทธิประโยชน์จากกองทุนประกันสังคมทุกอย่างเหมือนกับคนไทย

ในส่วนนี้ เป็นการอภิปรายสถานการณ์เกี่ยวกับ การรับรู้ ความสนใจ รวมถึง ปัจจัยและอุปสรรคในการดำเนินงานบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างชาติ ที่บริหารจัดการโดยกระทรวงสาธารณสุข (ไม่รวมถึงระบบประกันสังคม) ในช่วงการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงฯ ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2556 จนถึง สิ้นเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2557 เป็นหลัก (ก่อนประกาศการดำเนินงานศูนย์จดทะเบียนแรงงานต่างด้าว หรือ One Stop Service Center ของคณะรักษาความสงบแห่งชาติ)

3.1 นโยบายบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ

ก่อนเดือนสิงหาคม 2556

ก่อนเดือนสิงหาคม 2556 บัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติโดยกระทรวงสาธารณสุข เป็นระบบประกันสุขภาพภาคกึ่งบังคับ[1] ที่แรงงานข้ามชาติที่ขึ้นทะเบียน ทร. 38/1 (ภายใต้มติ ครม. ในช่วง

[1] ในการขอใบอนุญาตทำงาน ตามข้อกำหนดของกรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน แรงงงานต่างชาติทุกคนต้องแสดงใบรับรองผลการตรวจร่างกาย โดยที่อาจจะทำบัตรประกันสุขภาพด้วย หรือ ไม่ทำก็ได้ อย่างไรก็ตาม กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบในเรื่องการตรวจร่างกาย ได้กำหนดเป็นภาคกึ่งบังคับให้แรงงานทุกคนที่เข้ารับการตรวจร่างกาย ต้องทำบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างชาติด้วย การทำบัตรประกันสุขภาพในช่วงก่อนเดือนสิงหาคม 2556 นี้ ไม่ครอบคลุมกลุ่มแรงงานที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติแล้ว หรือ เข้าประเทศไทยภายใต้ข้อตกลงความเข้าใจหรือ MOU ระหว่างประเทศ เนื่องจาก แรงงานเหล่านี้ ตามข้อกำหนด ทุกคนต้องขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนกับกองทุนประกันสังคม

เวลานั้นๆ) และขอใบอนุญาตทำงานอย่างถูกกฎหมายแล้วทุกคนต้องเข้าร่วมโดยเสียเบี้ยประกันสุขภาพปีละ 1,300 บาท รวมค่าตรวจร่างกายอีก 600 บาท เป็นเงินทั้งสิ้น 1,900 บาท สำหรับแรงงานข้ามชาติรวมถึงผู้ติดตามที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน หรือไม่ได้ยื่นขอใบอนุญาตในการทำงานอย่างถูกกฎหมาย ซึ่งคาดการณ์ว่ามีจำนวนมากในขณะนั้น ไม่สามารถเข้าร่วมในระบบบัตรประกันสุขภาพนี้ได้ สิทธิประโยชน์ทางสุขภาพที่แรงงานข้ามชาติได้รับ ค่อนข้างเทียบเท่ากับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือบัตรทองของคนไทย โดยครอบคลุมบริการสุขภาพในการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลที่กำหนดไว้ บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (ไม่เกิน 180 วัน) บริการฟื้นฟูสุขภาพ กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน การฝากครรภ์ การคลอดบุตรและการดูแลหลังคลอด รวมถึง การส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ และการวางแผนครอบครัว ยกเว้นสิทธิประโยชน์ในบางประเภทที่ไม่ครอบคลุม เช่น การให้ยาต้านไวรัสเอดส์ (ARV) สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี (แต่ครอบคลุมในกรณีเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก)

สำหรับแรงงานข้ามชาติที่ผ่านกระบวนการพิสูจน์สัญชาติโดยได้รับการออกหนังสือเดินทางชั่วคราว และกลุ่มที่เข้าประเทศเพื่อมาทำงานภายใต้ข้อตกลง MOU ระหว่างประเทศไทยและประเทศต้นทาง จะไม่สามารถเข้าร่วมระบบบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติของกระทรวงสาธารณสุขได้ แต่ต้องรายงานตนและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนกับกองทุนประกันสังคม ภายในระยะเวลา 30 วัน โดยเสียเบี้ยประกันหรือเงินสมทบรายเดือนจากเงินเดือนหรือค่าตอบแทนในอัตราเดียวกับผู้ประกันตนคนไทย อย่างไรก็ตาม ในการใช้สิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลจากกองทุนประกันสังคม แรงงานต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนแล้วเป็นเวลาขั้นต่ำ 3 เดือน และการที่นายจ้างต้องร่วมจ่ายเงินสมทบร่วมด้วย ด้วยเหตุผลนี้จึงไม่จูงใจให้แรงงาน และนายจ้างมารายงานขึ้นทะเบียนตน

ข้อด้อยของระบบประกันสังคม ในบางมิติจากมุมมองของแรงงานเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์บางกรณีที่ไม่สอดคล้องกับเงื่อนไขระยะเวลาที่แรงงานได้รับอนุญาตให้ทำงานเมืองไทย เช่น สิทธิประโยชน์กรณีชราภาพ หรือกรณีการว่างงาน อีกทั้งกระบวนการติดตามและบังคับใช้ให้แรงงานทุกคนที่ผ่านกระบวนการพิสูจน์สัญชาติแล้วต้องขึ้นทะเบียนกับสำนักงานประกันสังคมยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ทำให้พบว่าแรงงานที่ผ่านกระบวนการพิสูจน์สัญชาติแล้วจำนวนมากไม่ถูกนายจ้างนำมาขึ้นทะเบียนและกลายเป็นแรงงานที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ เนื่องจากไม่สามารถเข้าร่วมในระบบบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติได้เช่นกัน

จากสภาพปัญหาข้างต้น ทั้งในส่วนของบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติและประกันสังคม ส่งผลให้มีแรงงานข้ามชาติจำนวนมาก ทั้งกลุ่มที่เป็นแรงงานเข้าเมืองผิดกฎหมายที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน ทร. 38/1 หรือไม่มีใบอนุญาตทำงาน รวมถึงผู้ติดตาม และกลุ่มแรงงานที่ผ่านกระบวนการพิสูจน์สัญชาติแล้วแต่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนกับสำนักงานประกันสังคม (ส่วนหนึ่งมีสาเหตุจากการที่นายจ้างไม่ดำเนินการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนกับสำนักงานประกันสังคม) ยังคงเป็นกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันทางสุขภาพใดๆ ประสบกับความยากลำบากในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่จำเป็นและภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นตามมา ซึ่งในหลายกรณีที่แรงงานจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการ แต่ไม่มีเงินเพียงพอที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาล ก็กลายเป็นภาระทางการเงินของสถานพยาบาลที่ต้องแบกรับ โดยเฉพาะสถานบริการในพื้นที่จังหวัดชายแดนของประเทศกับประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งมีประชากรข้ามชาติอาศัยอยู่หรือเดินทางข้ามแดนเข้ามารับการรักษาเป็นจำนวนมาก

เดือนสิงหาคม 2556 – มิถุนายน 2557

ภายใต้สภาพปัญหาดังกล่าว มติ ครม. เมื่อวันที่ 15 มกราคม 2556 จึงเห็นชอบให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักที่มีหน้าที่ในการดูแลรับผิดชอบการแพทย์และการสาธารณสุขในกลุ่มต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมายทั้งหมดที่ไม่อยู่ในระบบประกันสุขภาพ ซึ่งมติดังกล่าวได้นำมาสู่การเปลี่ยนแปลงในหลักเกณฑ์การดำเนินงานของระบบประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติในหลายเรื่องด้วยกัน ตามประกาศหลักเกณฑ์การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กและการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพคนต่างด้าว ลงวันที่ 5 สิงหาคม 2556 สรุปได้ดังนี้

- การขยายกลุ่มเป้าหมายแรงงานข้ามชาติที่สามารถเข้าร่วมระบบประกันสุขภาพด้วยการซื้อบัตรสุขภาพ (Health card) จากแต่เดิมได้เฉพาะแรงงานข้ามชาติที่ขึ้นทะเบียน และมีใบอนุญาตการทำงานอย่างถูกกฎหมายเท่านั้น เปลี่ยนเป็นกลุ่มคนต่างด้าวทั่วไปทุกคน (ซึ่งรวมแรงงานข้ามชาติที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน ไม่มีใบอนุญาตทำงาน กลุ่มผู้ติดตาม หรือกลุ่มคนต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมายที่ไม่ได้ทำงานด้วย) โดยมีกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นหน่วยงานรับผิดชอบในการลงทะเบียนออกบัตรสุขภาพ และกลุ่มเป้าหมายจำแนกออกเป็น 3 กลุ่มได้แก่

1) กลุ่มคนต่างด้าวทั่วไปที่มีอายุเกิน 7 ปีบริบูรณ์ ค่าประกันสุขภาพรายปี 2,200 บาท ค่าตรวจสุขภาพ 600 บาท รวมเป็นเงิน 2,800 บาท
2) เด็กต่างด้าวอายุไม่เกิน 7 ปีบริบูรณ์ ค่าประกันสุขภาพรายปี 365 บาท
3) กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพใน ช่วง 3 เดือนแรกที่สิทธิประโยชน์กองทุนประกันสังคมยังไม่ครอบคลุม ค่าประกันสุขภาพสำหรับ 3 เดือน 550 บาท ค่าตรวจสุขภาพ 600 บาท รวมเป็นเงิน 1,150บาท

- การเพิ่มการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ ในสิทธิประโยชน์ของบริการที่ได้รับจากบัตรสุขภาพ ในส่วนของสิทธิการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง สิทธิประโยชน์อื่นไม่แตกต่างจากสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติเดิม การเพิ่มสิทธิในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ค่าประกันสุขภาพรายปี (สำหรับคนต่างด้าวทั่วไปที่มีอายุเกิน 7 ปีบริบูรณ์) เพิ่มขึ้น 900 บาทจากเดิม 1,300 บาทเป็น 2,200 บาท

ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2557 เป็นต้นมา

โดยประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) ฉบับที่ 67, 68, 70 และ 77 ปี พ.ศ. 2557 ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับ มาตรการชั่วคราว มาตรการเร่งด่วนในการป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์และแก้ไขปัญหาแรงงานต่างด้าว และการจัดตั้งศูนย์บริการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวแบบเบ็ดเสร็จ ได้มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติที่สำคัญอีกครั้งหนึ่ง โดยเฉพาะในส่วนบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติที่รับผิดชอบโดยกระทรวงสาธารณสุข

ในการดำเนินงานจัดตั้งศูนย์บริการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวแบบเบ็ดเสร็จหรือ One Stop Service Center (OSSC) ในทุกจังหวัดตามประกาศของ คสช. ทำให้แรงงานข้ามชาติรวมถึงผู้ติดตาม 3 สัญชาติที่ไม่มีเอกสารการขึ้นทะเบียนและบัตรอนุญาตทำงานอย่างถูกกฎหมายในประเทศไทยต้องมาดำเนินการที่ศูนย์บริการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวแบบเบ็ดเสร็จเพื่อทำทะเบียนประวัติ ทร. 38/1 กับกระทรวงมหาดไทย (ค่าธรรมเนียม 80 บาท ใบทร. 38/1 เมียนมา สีเขียว , สปป.ลาว สีน้ำเงิน และกัมพูชา สีน้ำตาล) ขอใบอนุญาตทำงานชั่วคราว (อายุไม่เกิน 3 เดือน) จากกรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน (ค่าธรรมเนียม 225 บาท) โดยต้องผ่านการตรวจร่างกายและทำบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติกับกระทรวงสาธารณสุข (ค่าตรวจร่างกาย 500 บาท และค่าบัตรประกันสุขภาพแรงงาน

ข้ามชาติ ซึ่งในช่วงแรกกำหนดให้คุ้มครองเพียง 3 เดือน ที่ราคา 500 บาท และในภายหลังกำหนดให้ทำบัตรประกันฯ คุ้มครองเป็นระยะเวลา 1 ปี ที่ราคา 1,600 บาท)

การลดลงของค่าบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติจาก 2,200 บาทเหลือเพียง 1,600 บาท ไม่กระทบต่อสิทธิประโยชน์ต่างๆ ที่ครอบคลุม แนวทางการจัดสรรเงินยังคงเหมือนเดิมเกือบทุกประการ ยกเว้นในส่วนการจัดสรรค่าบัตรสำหรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ที่จัดสรรลดลงจาก 900 บาท เหลือ 300 บาท ส่วนราคาค่าบัตรประกันสุขภาพผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติที่มีอายุน้อยกว่า 7 ปี ยังคงราคาที่ 365 บาทต่อปี สำหรับแรงงานหรือผู้ติดตาม 3 สัญชาติที่ไม่ต้องดำเนินการขึ้นทะเบียนแรงงาน ณ ศูนย์บริการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวแบบเบ็ดเสร็จ และบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติที่มีอยู่หมดอายุลง (หรือไม่มีบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ) สามารถติดต่อทำบัตรได้ที่โรงพยาบาลที่รับผิดชอบในพื้นที่ โดยเสียค่าตรวจร่างกายและค่าบัตรประกันสุขภาพในราคาเท่ากับการดำเนินการที่ศูนย์บริการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวแบบเบ็ดเสร็จ (ค่าตรวจร่างกาย 500 บาทและค่าบัตรประกันสุขภาพ 1,600 บาท) ส่วนประชากรต่างด้าวที่เป็นกลุ่มคนไร้รัฐ และผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ สามารถทำบัตรประกันสุขภาพได้เช่นกันที่โรงพยาบาลในพื้นที่ โดยเสียค่าตรวจร่างกาย 600 บาท และค่าบัตรประกันสุขภาพ 2,200 บาท

3.2 การจัดทำบัตรประกันสุขภาพในพื้นที่และมุมมองของผู้ให้บริการ

สถานการณ์ในพื้นที่ (ถึงเดือนมิถุนายน 2557)

การดำเนินการของโรงพยาบาลในพื้นที่เกี่ยวกับนโยบายการทำบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติและการให้สิทธิประโยชน์ที่คุ้มครองต่างๆ สามารถแบ่งโรงพยาบาลออกได้เป็น 4 กลุ่ม

กลุ่มแรก โรงพยาบาลที่ดำเนินการตามนโยบายจากส่วนกลาง โดยเปิดรับทำบัตรให้กับแรงงานข้ามชาติทุกกลุ่ม (ทั้งกลุ่มที่มีเอกสารและกลุ่มที่ไม่มีเอกสารใดเลย) และให้สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลและบริการสุขภาพทุกประเภทตามที่นโยบายกำหนด รวมการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

กลุ่มสอง โรงพยาบาลที่ดำเนินการตามนโยบายจากส่วนกลาง แต่เปิดรับทำบัตรให้กับเฉพาะแรงงานที่มีเอกสารที่ระบุตัวตนหรือสถานะได้ (หมายเหตุ เงื่อนไขเกี่ยวกับเอกสารในการแสดงตัวบุคคลมีระดับความเข้มงวด หรือความยืดหยุ่นตามข้อกำหนดของแต่ละโรงพยาบาล บางแห่งอาจกำหนดให้มี

เพียงเอกสารอย่างใดอย่างหนึ่งสามารถทำบัตรได้ ขณะที่บางแห่งอาจกำหนดให้แรงงานต้องมีเอกสารครบทั้งเอกสารการจดทะเบียนหรือหนังสือเดินทาง (Passport) และใบอนุญาตทำงานที่ถูกต้องตามกฎหมาย นอกจากนี้บางโรงพยาบาลมีข้อกำหนดเกี่ยวกับผลการตรวจร่างกายด้วยว่าจะต้องเป็นผู้ที่ไม่เจ็บป่วย หรือมีโรคร้ายแรงหรือโรคเรื้อรังด้วย ถึงจะสามารถทำบัตรได้) โดยให้สิทธิประโยชน์ในการรักษาทุกประเภทตามที่นโยบายจากส่วนกลางกำหนดไว้ ซึ่งรวมการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วย อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลในกลุ่มนี้บางแห่ง รายงานว่า เพิ่งเริ่มให้สิทธิประโยชน์เรื่องยาต้านไวรัสเอดส์ประมาณต้นปี พ.ศ. 2557 เป็นต้นมา

กลุ่มสาม โรงพยาบาลที่ดำเนินการตามนโยบายจากส่วนกลาง แต่เปิดรับทำบัตรให้กับเฉพาะแรงงานที่มีเอกสารที่ระบุตัวตนหรือสถานะได้ โดยให้สิทธิประโยชน์ในการรักษาทุกประเภทตามที่นโยบายจากส่วนกลางกำหนดไว้ แต่ (ในทางปฏิบัติ) ยังคงยกเว้นการให้สิทธิประโยชน์ในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

กลุ่มสุดท้าย โรงพยาบาลที่ยังไม่เปิดรับทำบัตรประกันสุขภาพให้กับแรงงานข้ามชาติ

ในระดับพื้นที่ การสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินการตามนโยบายของโรงพยาบาลจากผู้บริหารของโรงพยาบาลลงสู่ผู้ปฏิบัติ (โดยเฉพาะ กลุ่มงานประกันและงานประชาสัมพันธ์ ซึ่งเป็นด่านแรกที่แรงงานข้ามชาติหรือนายจ้างจะสามารถเข้าถึงได้) ไปยังแรงงานข้ามชาติโดยตรง ผ่านนายจ้าง หรือผ่านองค์กรพัฒนาเอกชนต่างๆ พบว่า ยังมีปัญหาและมีความไม่สอดคล้องในความเข้าใจของผู้ที่เกี่ยวข้องในแต่ละกลุ่ม (เช่น เกี่ยวกับข้อกำหนดในการทำบัตรประกันว่า แรงงานที่ไม่มีเอกสารสามารถทำได้หรือไม่ หรือข้อตกลงในเรื่องการให้สิทธิประโยชน์การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ว่าโรงพยาบาลให้หรือไม่) ซึ่งในท้ายสุด ทำให้กระทบต่อความเชื่อมั่นของแรงงานข้ามชาติในการเข้าถึงสิทธิในการทำบัตร รวมถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพต่างๆ ซึ่งในประเด็นนี้ หากพิจารณาแล้ว ก็เป็นผลสืบเนื่องมาจากความไม่ชัดเจนของแนวปฏิบัติตามนโยบายที่กำหนดมาจากส่วนกลาง และการที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งสามารถพิจารณาแนวทางการดำเนินงานของตนเองในบางเรื่องที่ไม่เป็นไปแนวทางเดียวกันกับข้อกำหนดจากส่วนกลาง

โรงพยาบาลบางแห่งกำหนดให้แรงงานข้ามชาติต้องแสดงเอกสารบางอย่าง เพื่อใช้ในการทำบัตรประกันสุขภาพนั้น จากคำบอกเล่าของเจ้าหน้าที่งานประกันสุขภาพในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ตามหลักการในการทำบัตรประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวนั้น กลุ่มงานประกันในส่วนกลางของกระทรวง

สาธารณสุขต้องการเพียงให้มีการสแกนลายนิ้วมือ และถ่ายรูปแรงงานประกอบการดำเนินการเพื่อประโยชน์ในการระบุหรือยืนยันตัวบุคล และป้องกันการใช้สิทธิแทนกันของแรงงานซึ่งเคยเกิดขึ้นในอดีต รวมทั้งประโยชน์ในการติดตามการรักษาระหว่างสถานพยาบาลต่างๆ อย่างไรก็ตาม เนื่องจาก โรงพยาบาลบางแห่งยังมีความไม่พร้อมในเรื่องอุปกรณ์และระบบสารสนเทศ ซึ่งทำให้ไม่สามารถสแกนลายนิ้วมือและถ่ายรูปเพื่อนำเข้าสู่ระบบได้ ดังนั้นในการทำบัตรประกันสุขภาพจึงจำเป็นต้องเรียกขอหลักฐานเอกสารบางอย่างจากแรงงานหรือผู้ติดตามของแรงงานเพื่อยืนยันตัวบุคคลได้ โดยในบางกรณี หากบุคคลนั้นไม่มีเอกสารใดๆเลย แต่เคยเป็นคนไข้ที่โรงพยาบาลเคยมีประวัติอยู่บ้าง หรือเป็นบุคคลที่มีบุคคลอื่นอ้างอิงได้ให้การรับรอง (ซึ่งโดยส่วนใหญ่ก็หมายถึง นายจ้าง หรือหัวหน้าชุมชน) โรงพยาบาลก็อนุญาตให้ทำบัตรประกันสุขภาพได้ อย่างไรก็ตาม กรณีของแรงงานหรือผู้ติดตามที่ไม่มีเอกสารใดเลยแล้วเข้ามาติดต่อเพื่อขอทำบัตรประกันสุขภาพนั้น พบว่า มีจำนวนน้อยมาก ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีอาการเจ็บป่วยและจำเป็นต้องได้รับการรักษาจึงเข้ามาติดต่อ ซึ่งโรงพยาบาลก็อนุญาตทำบัตรให้ เนื่องจากหากไม่ทำบัตรให้ โรงพยาบาลก็มีแนวโน้มต้องให้การอนุเคราะห์ในด้านค่ารักษาพยาบาลอยู่แล้ว

การประชาสัมพันธ์เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำบัตรประกันสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงในข้อกำหนดและนโยบายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง สาเหตุของการขึ้นค่าทำบัตรจากราคา 1,300 บาท เป็น 2,200 บาทต่อปี ในเดือนสิงหาคม 2556 รวมถึงสิทธิประโยชน์ต่างๆ ที่ครอบคลุมแก่กลุ่มแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามนั้น โดยส่วนใหญ่เป็นการประชาสัมพันธ์เชิงรับในโรงพยาบาลเท่านั้น ในรูปแบบของการติดบอร์ดประชาสัมพันธ์ แจกเอกสารชี้แจงเป็นภาษาไทย และบางส่วนเป็นภาษาของแรงงาน การใช้การฝากบอกต่อแรงงานหรือนายจ้างที่เข้ามาทำบัตรประกันสุขภาพหรือรับบริการที่โรงพยาบาลไปยังกลุ่มแรงงานในสถานประกอบกิจการหรือชุมชนเดียวกัน ส่วนการประชาสัมพันธ์เชิงรุก เท่าที่มีส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการโดยกลุ่ม พสต. ของโรงพยาบาล หรือ พสต. ขององค์กรพัฒนาเอกชนที่เป็นเครือข่ายที่มีส่วนในเข้าไปทำงานในชุมชน ประชาสัมพันธ์และบอกกล่าวแก่แรงงาน รวมถึงแกนนำในชุมชน

โรงพยาบาลหลายแห่งพยายามกำหนดเป็นข้อตกลงภายในว่า แรงงานข้ามชาติทุกคนที่มาตรวจร่างกายเพื่อนำไปใช้ในการขอใบอนุญาตทำงานทุกคน ต้องซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติด้วย (ยกเว้น กลุ่มที่เป็นผู้ประกันตนกับกองทุนประกันสังคม) แต่ก็ไม่สามารถบังคับใช้ได้ทุกกรณี นอกจากนี้หากเป็นกลุ่มประชากรข้ามชาติที่เป็นผู้ติดตามหรือกลุ่มเด็ก รวมถึงแรงงานที่ไม่มีใบอนุญาตทำงานก็ยิ่งยากลำบากในการชักชวนให้แรงงานหรือผู้ติดตามเหล่านั้นเข้ามาทำบัตรประกันสุขภาพ เนื่องจากต้องขึ้นอยู่กับความสนใจ ความสมัครใจและความต้องการของแรงงานงานแต่ละคนที่จะเข้ามาขอทำบัตรประกัน

สุขภาพเอง (หมายเหตุ ในกรณีของบัตรประกันสำหรับเด็กข้ามชาติ โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีข้อกำหนดให้เด็กทุกคนที่คลอดในโรงพยาบาลเมื่อแรกเกิดต้องทำบัตรประกันสุขภาพราคา 365 บาท) ด้วยสาเหตุนี้ทำให้แรงงานหรือผู้ติดตามที่เข้ามาติดต่อโรงพยาบาลเพื่อขอทำบัตรประกันสุขภาพส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีอาการเจ็บป่วยหรือมีโรคร้ายแรงอยู่แล้ว จึงไม่เกิดการกระจายความเสี่ยงตามหลักการประกันสุขภาพ และเป็นความเสี่ยงทางการเงินที่เพิ่มขึ้นให้กับโรงพยาบาล จากภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ที่ซื้อบัตรซึ่งสูงกว่าเงินรายได้จากการทำบัตรค่อนข้างมาก จากการที่ราคาบัตรประกันสุขภาพถูกปรับเพิ่มสูงขึ้น จาก 1,300 บาท เป็น 2,200 บาท

มุมมองต่อสถานการณ์ภายหลังเดือนมิถุนายน 2557

นับตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2557 หรือตั้งแต่มีการดำเนินงานเรื่อง One Stop Service Center (OSSC) เพื่อขึ้นทะเบียนแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามที่ไม่มีเอกสาร ตามประกาศของคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) จากการสอบถามเบื้องต้นจากโรงพยาบาล พบว่า สถานการณ์ต่างๆ เกี่ยวกับบัตรประกันสุขภาพในหลายพื้นที่ปรับตัวดีขึ้น (ยกเว้นในบางพื้นที่ ที่ยังคงมีจำนวนการมาขึ้นทะเบียนของแรงงานที่ OSSC ค่อนข้างต่ำ) เนื่องจากการทำบัตรประกันสุขภาพถูกกำหนดเป็นข้อบังคับตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข สำหรับแรงงานและผู้ติดตามทุกคนที่มาขึ้นทะเบียนที่ OSSC ทำให้จำนวนผู้ประกันตนและทำบัตรประกันสุขภาพกับโรงพยาบาลมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมากโดยกระจายทั้งในกลุ่มผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงและผู้ที่ป่วยหรือมีอาการโรคเรื้อรัง ซึ่งทำให้สถานะทางการเงินของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ปรับตัวดีขึ้นและมีภาวะความเสี่ยงลดลง แม้ค่าบัตรประกันสุขภาพและค่าตรวจร่างกายจะลดลงจาก 2,200 บาท และ 600 บาท เหลือ 1,600 บาท และ 500 บาท ตามลำดับ

นอกจากนี้ การที่แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามที่มาทำบัตรประกันสุขภาพเป็นผู้ที่มาขึ้นทะเบียนและได้รับเอกสาร ทร. 38/1 รับรองทุกคน ทำให้ฐานข้อมูลเกี่ยวกับผู้ประกันตนและเลขประจำตัว 13 หลักที่ใช้ในการทำบัตรประกัน เป็นเลขที่เป็นมาตรฐานสืบค้นได้จากฐานข้อมูลกลางของทะเบียนราษฎร์ การบริหารจัดการและตรวจสอบสิทธิ์ต่างๆ จึงทำได้ง่ายและสะดวกขึ้นสำหรับโรงพยาบาลและผู้ให้บริการสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลบางพื้นที่ ยังมีข้อกังวลในเรื่องระบบการรายงานกิจกรรมการรักษาและเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเดอส์ ทีโรงพยาบาลยังคงต้องสำรองไปก่อนและเรียกคืนจากกองทุนส่วนกลาง เนื่องจาก แนวปฏิบัติต่างๆ ในเรื่องนี้ก็ยังคงมีความ

ไม่ชัดเจนและมีผลต่อความมั่นใจของโรงพยาบาลในการที่จะให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ แก่ผู้ติดเชื้อ (หมายเหตุ ค่าบัตรที่โรงพยาบาลต้องจัดส่งเข้าสู่ส่วนกลางเพื่อบริหารจัดการในการให้บริการการรักษาผู้ติดเชื้อ ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ถูกปรับลดลงจาก 900 บาท เป็น 300 บาท ตามค่าบัตรรวมที่ลดลงจาก 2,200 บาทเหลือ 1,600 บาท) ความกังวลนอกเหนือจากนี้ คือเรื่องความไม่ชัดเจนของสถานการณ์หลังจากนี้ อีก 1 ปี ว่า แนวนโยบายเกี่ยวกับบัตรประกันสุขภาพของส่วนกลาง รวมถึงเงื่อนไขในการบริหารจัดการเรื่องต่างๆจะเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางใด เนื่องจาก เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับทิศทางนโยบายในการการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติของประเทศในภาพรวมด้วย

3.3 การรับรู้และความต้องการทำบัตรประกันสุขภาพของแรงงาน

จากการเปลี่ยนแปลงนโยบายในเดือนสิงหาคม 2556 (จนถึงช่วงก่อนการดำเนินการ OSSC ตามประกาศ คสช. ในกลางปี พ.ศ. 2557) ภายใต้สถานการณ์ที่แรงงานข้ามชาติ รวมถึงนายจ้างยังขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการมีหลักประกันสุขภาพในยามเจ็บป่วย อีกทั้งข้อกำหนดในการทำบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ ไม่ได้เป็นข้อกำหนดที่เป็นภาคบังคับตามกฎหมาย แต่มีลักษณะเป็นกึ่งภาคบังคับกึ่งภาคสมัครใจ กล่าวคือ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้แรงงานทุกคนที่มาตรวจร่างกายเพื่อขอทำใบอนุญาตทำงานในประเทศไทยทุกคนต้องทำบัตรประกันสุขภาพ แต่หากแรงงานหรือนายจ้างเลือกที่จะไม่ทำ ก็ไม่สามารถบังคับได้ เมื่อนโยบายบัตรประกันสุขภาพ โดยกระทรวงสาธารณสุขมีการเปลี่ยนแปลงในเดือนสิงหาคม 2556 แม้จะมีการขยายสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่ด้วยราคาค่าบัตรประกันสุขภาพที่เพิ่มขึ้นถึง 900 บาท มีแนวโน้มจะยิ่งทำให้การตัดสินใจทำหรือซื้อบัตรประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ (และการสนับสนุนจากนายจ้าง) ลดน้อยลงไปอีก

ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่จำเป็นต้องทำบัตรประกันสุขภาพ เนื่องจากต้องผ่านการตรวจร่างกายที่โรงพยาบาลเพื่อได้ใบรับรองแพทย์ไปใช้ในการขอทำบัตรอนุญาตทำงาน ส่วนใหญ่ก็ยินยอมที่จะทำบัตรประกันสุขภาพ เนื่องจากเป็นข้อกำหนดของทางโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม เมื่อถามว่า “ถ้าหากหลีกเลี่ยงได้” แรงงานข้ามชาติที่สัมภาษณ์หลายคนก็ตอบว่า “มีแนวโน้มที่จะไม่ทำบัตรประกันสุขภาพ” โดยยกตัวอย่างว่า หากสามารถเลือกที่จะตรวจร่างกายเพียงอย่างเดียว โดยไม่ต้องทำบัตรประกันก็คงจะตัดสินใจไม่ทำบัตรประกัน หรือแรงงานบางกลุ่มที่มีโอกาสได้รับบัตรอนุญาตทำงานเป็นเวลา 2 ปี ก็มีแนวโน้มที่จะเลือกไม่ซื้อบัตรประกันสุขภาพในปีที่ 2 เนื่องจากไม่จำเป็นต้องไปตรวจร่างกายที่โรงพยาบาล

สำหรับในกลุ่มที่ไม่มีบัตรอนุญาตทำงานรวมถึงกลุ่มผู้ติดตาม การทำบัตรประกันสุขภาพจะเป็นในลักษณะตามความสมัครใจของแต่ละคน (หรือแต่ละครอบครัว) พบว่า แรงงานส่วนใหญ่เห็นความสำคัญของการมีบัตรประกันสุขภาพว่ามีประโยชน์ในการสร้างหลักประกันให้กับตนเองและครอบครัว อย่างไรก็ตาม หลายคน โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีสุขภาพแข็งแรง ให้ความคิดเห็นว่าก็คงจะไม่ทำบัตรประกัน เนื่องจากเหตุผล หลักๆ คือ

- ราคาและค่าใช้จ่ายในการทำบัตรต่อปีค่อนข้างสูงเกินไป หากไม่เจ็บป่วยเลยทั้งปีก็เหมือนเป็นการเสียเงินเปล่า
- สำหรับแรงงานที่ทราบว่า ราคาค่าบัตรประกันสุขภาพที่เพิ่มขึ้น 900 บาทนั้น มีสาเหตุมาจากการเพิ่มสิทธิประโยชน์การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่มองว่า ไม่มีความจำเป็นสำหรับตนเอง และไม่เป็นธรรมสำหรับผู้ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีต้องจ่ายราคาค่าบัตรที่แพงขึ้นเพื่อนำไปช่วยผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากแรงงานส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีรายได้น้อยอยู่แล้ว การเพิ่มค่าใช้จ่ายในการทำบัตรเพื่อให้สิทธิประโยชน์ในการรักษายาต้านไวรัสเอดส์ จึงถูกมองว่าเป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นและไม่เป็นธรรมกับกลุ่มที่แข็งแรง โดยหลายคนไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องการกระจายความเสี่ยงระหว่างผู้ป่วยและผู้ที่ไม่ป่วยในระบบประกันสุขภาพ
- ความไม่มั่นใจว่าจะสามารถเข้าถึงหรือใช้สิทธิประโยชน์ต่างๆ ที่สถานพยาบาลได้จริงตามที่นโยบายจากส่วนกลางประกาศไว้ ซึ่งความไม่มั่นใจนี้ ส่วนหนึ่งเป็นผลจากความไม่ชัดเจนในเรื่องการให้สิทธิการรับบริการด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ข้อกำหนดการเข้าใช้บริการที่โรงพยาบาลหรือที่ รพ.สต. แต่ละแห่งซึ่งมีแนวทางและข้อกำหนดบางอย่างที่ไม่เหมือนกันและไม่ชัดเจน ดังนั้น ในทางปฏิบัติ หากอาการเจ็บป่วยไม่รุนแรงหรือหนักมาก แรงงานส่วนใหญ่เลือกที่จะไม่ไปรักษาที่สถานพยาบาลของรัฐ ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกว่าการมีบัตรประกันสุขภาพไม่ได้มีผลช่วยในการลดภาระค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาล (โดยเฉพาะ กรณีเจ็บป่วยเล็กน้อย) ให้แก่แรงงานและครอบครัวเท่าใดนัก นอกจากนี้แรงงานบางส่วนที่เคยมีประสบการณ์ไม่ดีในการไปรับบริการที่สถานพยาบาลของรัฐ ทำให้รู้สึกว่าหากไม่จำเป็นจะไม่ไปรับบริการอีก ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การทำงานในเรื่องการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรแก่กลุ่มแรงงานข้ามชาติ การสร้างความรู้ความเข้าใจและปรับทัศนคติผู้ให้บริการสุขภาพ รวมถึงการมี พสต. เพื่อปฏิบัติหน้าที่ในสถานพยาบาล ยังคงเป็นงานที่จำเป็นต้องมีการส่งเสริม และ

ดำเนินการต่อไปอย่างต่อเนื่อง ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบประกันสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และยั่งยืนให้กับกลุ่มแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามต่อไป

3.4 สถานการณ์การมีบัตรประกันสุขภาพ จากการสำรวจเชิงปริมาณ

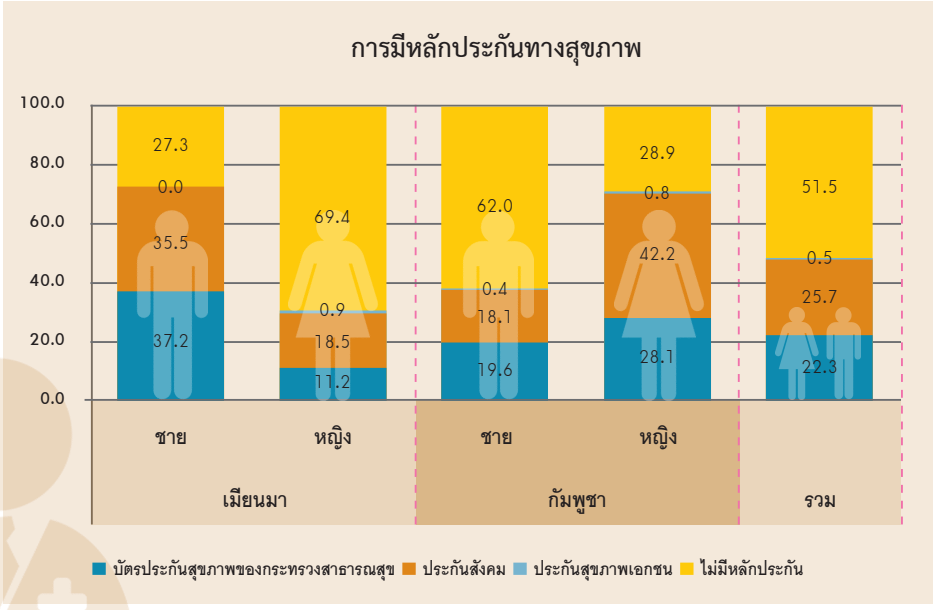
การศึกษาเชิงปริมาณเป็นการใช้ข้อมูลจากโครงการสำรวจการประเมินผลกระทบโครงการฟ้ามิตร 2 เป็นหลักในการวิเคราะห์ โดยทำการสำรวจเพิ่มขึ้นในอีกหนึ่งจังหวัด คือ จังหวัดสงขลา รวมเป็นพื้นที่ศึกษาทั้งสิ้น 14 จังหวัด อย่างไรก็ตาม ข้อคำถามในส่วนที่เกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพนั้น ถูกบรรจุไว้ในการสำรวจเฉพาะส่วนที่เพิ่มขึ้นมาในจังหวัดสงขลาเท่านั้น ดังนั้น สถานการณ์การมีบัตรประกันสุขภาพและมุมมองต่างๆ ที่แรงงานข้ามชาติมีต่อบัตรประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุขที่นำเสนอในส่วนนี้ จึงเป็นข้อมูลผลการสำรวจในหนึ่งจังหวัดเท่านั้น (ซึ่งมีเฉพาะแรงงานข้ามชาติที่มาจากประเทศเมียนมาและกัมพูชา จำนวน 404 คน) โดยเป็นการสำรวจในช่วงก่อนเดือนมิถุนายน 2557 หรือก่อนนโยบาย One Stop Service Center ตามประกาศ คสช. อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากการสำรวจมีหลายประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

การมีหลักประกันทางสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ

ในภาพรวมของแรงงานทั้งหมด พบว่า ไม่ถึงครึ่งของแรงงาน (ร้อยละ48.5) เท่านั้นที่รายงานว่ามีหลักประกันทางสุขภาพอย่างน้อย 1 หลักประกัน จากการวิเคราะห์ข้อมูลแยกตามสัญชาติและเพศของแรงงาน พบว่า แรงงานข้ามชาติเมียนมาในจังหวัดที่ทำการสำรวจ มีสัดส่วนผู้ที่มีหลักประกันทางสุขภาพอย่างน้อย 1 หลักประกัน อยู่ค่อนข้างสูง หรือ ประมาณเกือบ 3ใน 4 (ร้อยละ 29.7) ของแรงงานเมียนมาที่สำรวจ (n = 172 คน) ขณะที่แรงงานกัมพูชามีสัดส่วนนี้ต่ำกว่ามาก อยู่ที่เพียงไม่ถึง 1 ใน 3 หรือ ร้อยละ 30.6 เท่านั้น (n = 232 คน) หากพิจารณาตามเพศ จะเห็นว่า แรงงานข้ามชาติหญิงมีสัดส่วนของผู้ที่มีหลักประกันทางสุขภาพสูงกว่าแรงงานข้ามชาติชายอย่างเห็นได้ชัด (ร้อยละ 71.1และ 38 ตามลำดับ) ในประเด็นนี้ การเข้าถึงการมีหลักประกันของแรงงานมีความเกี่ยวข้องกับลักษณะงานหรืออาชีพของแรงงานแต่ละกลุ่มเป็นอย่างมาก แรงงานที่ทำงานในภาคการผลิตในโรงงานมีแนวโน้มในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง ไม่ว่าจะเป็นระบบประกันสังคม หรือระบบบัตรประกันสุขภาพโดยกระทรวงสาธารณสุข มากกว่าแรงงานในภาคเกษตรและประมงซึ่งจากบริบทในจังหวัดที่ทำการสำรวจ ก็พบว่า แรงงานเมียนมาส่วนใหญ่ โดยเฉพาะแรงงานผู้หญิง เป็นแรงงานที่ทำงานในโรงงานเป็นหลัก ขณะที่แรงงานกัมพูชา โดยเฉพาะแรงงานชาย เป็นกลุ่มที่ทำงานในภาคประมงเป็นหลักเช่นกัน

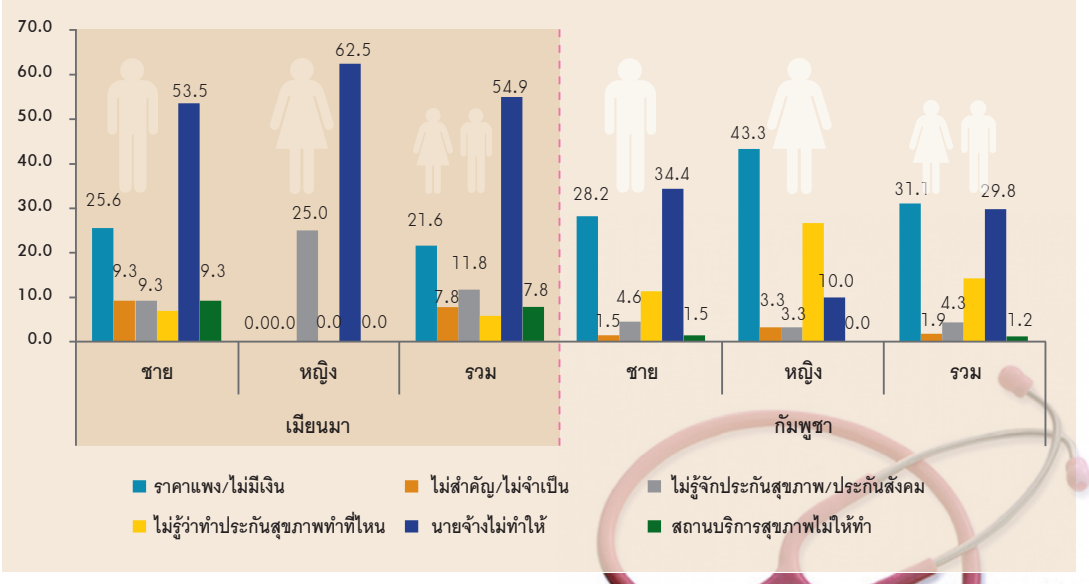
เกี่ยวกับประเภทของหลักประกันทางสุขภาพที่แรงงานมี พบว่า ในภาพรวม สัดส่วนของผู้ที่เป็นผู้ประกันตนภายใต้ระบบประกันสังคมมีสัดส่วนที่สูงกว่าผู้ที่มีบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างชาติ ของกระทรวงสาธารณสุขเล็กน้อย (ร้อยละ 25.7 และ 22.3 ตามลำดับ) ในกลุ่มแรงงานเมียนมา ผู้ที่ประกันตนกับประกันสังคมนั้นมีสัดส่วนต่ำกว่าผู้ที่มีบัตรประกันสุขภาพเล็กน้อย (ร้อยละ 35.5 และ 37.2 ตามลำดับ) ขณะที่แรงงานกัมพูชา ผู้ที่ประกันตนกับประกันสังคมนั้นมีสัดส่วนที่สูงกว่าผู้ที่มีบัตรประกันสุขภาพพอสมควร (ร้อยละ 18.5 และ 11.2 ตามลำดับ) (รูปที่ 12)

รูปที่ 12 การมีหลักประกันทางสุขภาพของแรงงานข้ามชาติจำแนกตามประเภทหลักประกัน



ในกลุ่มแรงงานที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดเลย สาเหตุหลักของการไม่มีหลักประกันใดเลยในภาพรวมของแรงงานทั้งสองสัญชาติ มาจาก 2 สาเหตุสำคัญ หนึ่ง ในเรื่องค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูงเกินความสามารถในการแบกรับของแรงงาน และ สอง การไม่ได้รับความร่วมมือหรือการอนุญาตจากนายจ้าง โดยในประเด็นหลัง คาดว่ามีสาเหตุมาจากการที่ในหลายกรณีแรงงานจำเป็นต้องขอความช่วยเหลือทางการเงิน (ยืมเงิน หรือขอให้นายจ้างสำรองจ่ายล่วงหน้าไปก่อน) จากนายจ้างเพื่อใช้ในการทำบัตรประกันสุขภาพ หรือในกลุ่มแรงงานที่จะเข้าระบบประกันสังคมก็ต้องให้นายจ้างเป็นผู้ดำเนินการ ซึ่งหากนายจ้างไม่ให้ความช่วยเหลือทางการเงินหรือดำเนินการให้ แรงงานเองก็ไม่สามารถติดต่อดำเนินการเพื่อเข้าถึงระบบหลักประกันทางสุขภาพที่ต้องการนั้นได้ จะเห็นว่าในกลุ่มแรงงานกัมพูชา สาเหตุหลักของการไม่มีหลักประกันจะเป็นในเรื่องความร่วมมือและความช่วยเหลือจากนายจ้างเป็นหลัก (ร้อยละ 54.9) ขณะที่แรงงานเมียนมาจะเป็นสาเหตุในเรื่องค่าใช้จ่ายที่แพง และความร่วมมือจากนายจ้างในสัดส่วนที่เท่าๆ กัน (ร้อยละ 31.1 และ 29.8 ตามลำดับ) (รูปที่ 13)

รูปที่ 13 เหตุผลสำคัญของการไม่มีหลักประกันทางสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ

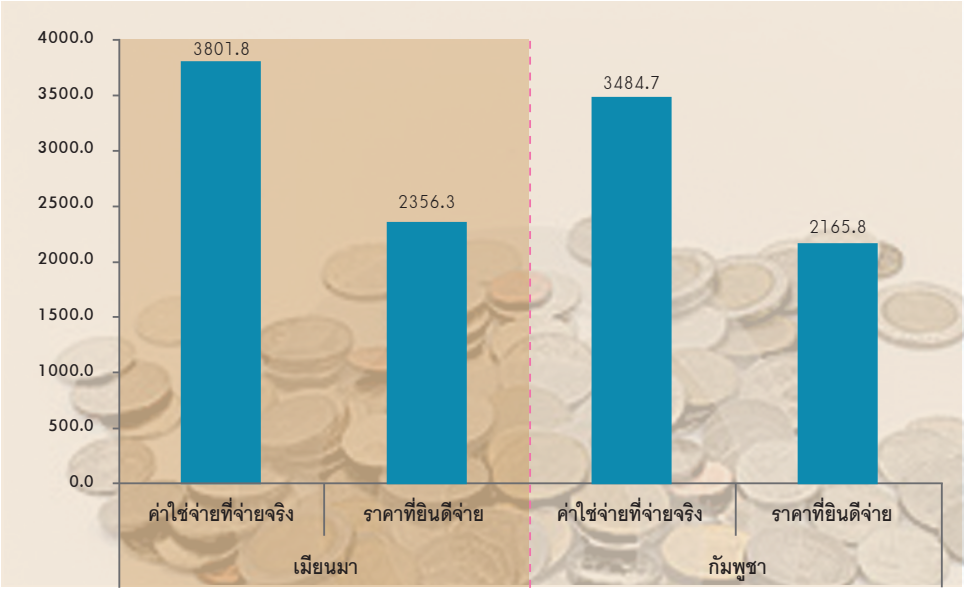


หมายเหตุ ถามเฉพาะแรงงานที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดเลย

ค่าใช้จ่ายและราคาสูงสุดที่ยินดีจ่าย

ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการทำบัตรประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ซึ่งถามเฉพาะในกลุ่มแรงงานที่ตอบว่ามีบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างชาติโดยกระทรวงสาธารณสุข พบว่า โดยเฉลี่ยแรงงานมีค่าใช้จ่ายในการทำบัตรที่สูงกว่าค่าบัตรและค่าตรวจร่างกายตามที่ประกาศไว้ในนโยบายค่อนข้างมาก (ตามประกาศ 2,800 บาท รวมค่าตรวจร่างกาย) โดยค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกิดขึ้น เฉลี่ยอยู่ที่ 3,801 และ 3,484 บาทสำหรับแรงงานเมียนมาและแรงงานกัมพูชา ตามลำดับ เป็นไปได้ว่า ค่าใช้จ่ายที่สูงนี้ เกิดจากการที่แรงงานส่วนใหญ่ใช้บริการนายหน้าหรือโบรกเกอร์จัดหางานในการทำเรื่องขอใบอนุญาตทำงาน ซึ่งทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสูงกว่าค่าใช้จ่ายที่ควรจะเป็น ซึ่งประเด็นเกี่ยวกับนายหน้านี้เป็นอีกเรื่องที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเร่งพิจารณาหาแนวทางจัดการให้เหมาะสม

รูปที่ 14 ค่าใช้จ่ายในการทำบัตรประกันสุขภาพและราคาสูงสุดที่ยินดีจ่าย (อายุ 15 ปีขึ้นไป)

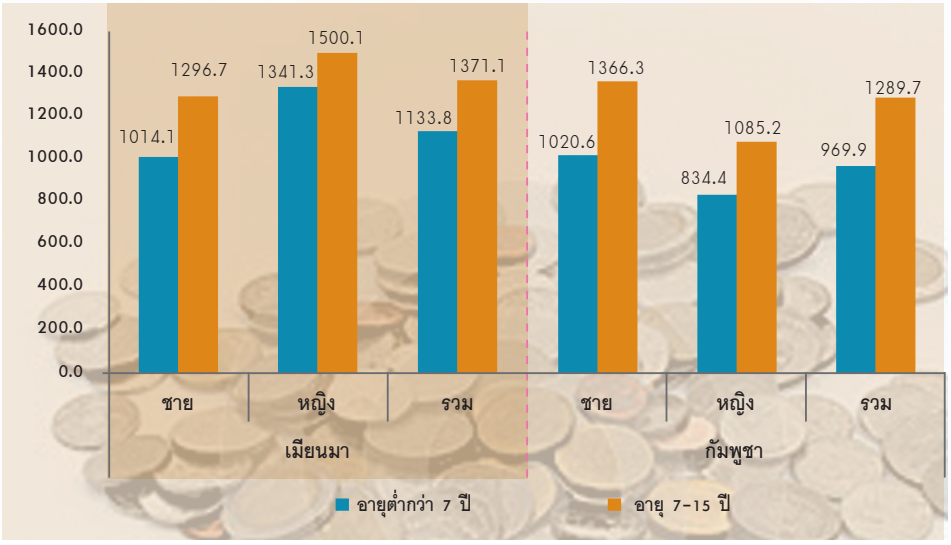


หมายเหตุ ค่าใช้จ่ายในการทำบัตรประกันสุขภาพ ถามเฉพาะผู้ที่มีบัตรประกันสุขภาพ ขณะที่ราคาสูงสุดที่ยินดีจ่ายถามทุกคน

ในการสำรวจครั้งนี้ ได้มีการสอบถามเกี่ยวกับ ค่าใช้จ่ายที่สูงที่สุดที่แรงงานยินดีและสามารถจะจ่ายได้เพื่อการทำบัตรประกันสุขภาพ (รวมค่าตรวจสุขภาพ) ให้กับตนเอง (อายุ 15 ขึ้นไป) ให้กับบุตรหรือผู้ติดตามที่มีอายุ น้อยกว่า 7 ปี และกลุ่มที่มีอายุ 7-15 ปี ผลการสำรวจในประเด็นนี้ ให้ข้อค้นพบ

เป็นที่น่าสนใจว่า แรงงานทั้งจากเมียนมาและกัมพูชา มีความยินดีและความสามารถในการจ่ายค่าทำบัตรประกันสุขภาพให้กับตนเองสูงที่สุดอยู่ในช่วงประมาณ 2,100 – 2,400 บาท ซึ่งใกล้เคียงกับค่าใช้จ่าย ตามนโยบายล่าสุดของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2557 ซึ่งเป็นการประกาศใช้ที่ One Stop Service Center ตามประกาศของคสช ซึ่งอยู่ที่ 2,100 บาท รวมค่าตรวจร่างกาย (รูปที่ 14)

รูปที่ 15 ราคาสูงสุดที่ยินดีจ่าย (อายุต่ำกว่า 7 ปี และ 7-15 ปี)



หมายเหตุ ถามแรงงานทุกคน

ในส่วนของบัตรประกันสุขภาพสำหรับเด็กอายุไม่เกิน 7 ปี แรงงานมีความยินดีและความสามารถในการจ่ายที่สูงกว่าค่าใช้จ่ายตามประกาศในปัจจุบัน ซึ่งอยู่ที่ 365 บาทต่อคนค่อนข้างมาก โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 950-1,200 บาท ขณะที่สำหรับบัตรประกันสุขภาพกลุ่มผู้ที่มีอายุ 7-15 ปี ซึ่งตามประกาศปัจจุบันมีค่าใช้จ่ายเท่ากับแรงงานที่เป็นผู้ใหญ่นั้น จากการสำรวจนี้ พบว่าแรงงานมีความยินดีที่จะจ่ายที่สูงที่สุดสำหรับการทำบัตรให้กับบุตรหรือผู้ติดตามที่มีอายุในช่วงนี้ โดยเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1,300-1,400 บาทเท่านั้น (รูปที่ 15) ข้อมูลเหล่านี้ นับว่ามีความสำคัญและเป็นประโยชน์ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายและมาตรการในการส่งเสริมให้แรงงานข้ามชาติเข้ามาทำบัตรประกันสุขภาพ ควรต้องนำไปพิจารณาและปรับปรุงใช้ในการกำหนดนโยบายและมาตรการเหล่านั้น

4 ความยั่งยืนในการทำงาน : ข้อท้าทายและข้อเสนอแนะ

ส่วนที่ 4

ความยั่งยืนในการทำงาน : ข้อท้าทายและข้อเสนอแนะ

การดำเนินงานด้านป้องกันและงานดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในกลุ่มประชากรข้ามชาติ พบข้อจำกัดซึ่งเป็นข้อท้าทายในหลายประด็น ข้อเสนอแนะต่อความยั่งยืนของการดำเนินงานหลังสิ้นสุดโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก มีดังนี้

4.1 ข้อท้าทายในการทำงาน

การทำกิจกรรมด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

- ข้อจำกัดเกี่ยวกับ “ช่วงเวลา และระยะเวลาที่ใช้ในการลงทำกิจกรรม” สำหรับกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ทำงานในสถานประกอบกิจการหรืองานก่อสร้าง การจัดกิจกรรมส่วนใหญ่จะเป็นในช่วงเย็นหลังเลิกงาน หรือวันเสาร์-อาทิตย์ซึ่งเป็นวันพักผ่อนของแรงงาน ส่วนในกลุ่มแรงงานประมง จะสามารถทำกิจกรรมได้เฉพาะในช่วงเวลาสั้นๆ ที่เรือประมงกลับเข้าฝั่ง ดังนั้น ในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้ง ความท้าทาย คือ ต้องทำให้กิจกรรมให้สั้น กระชับและตรงประเด็นมากที่สุด

- อุปกรณ์และสื่อประกอบกิจกรรมการอบรมที่แปลเป็นภาษาของแรงงานข้ามชาติ ยังคงมีเสียงสะท้อนว่าอุปกรณ์และสื่อที่ได้รับสนับสนุนจากโครงการส่วนกลางมีการแปลภาษาที่ผิดพลาดหรือใช้ภาษาที่เข้าใจยาก และบางครั้งสถานการณ์ที่ใช้ในการเล่าเรื่อง ไม่สอดคล้องกับบริบทชีวิตความเป็นอยู่และการทำงานของแรงงานข้ามชาติในพื้นที่

- การเข้าถึงแรงงานข้ามชาติบางกลุ่มที่เข้าถึงยาก ยังคงเป็นอุปสรรคหนึ่งที่สำคัญของการทำกิจกรรมเชิงป้องกัน กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่เข้าถึงยาก ได้แก่ แรงงานในภาคเกษตรกรรม เช่น แรงงานในสวนยาง และกลุ่มแรงงานภาคประมง การลงพื้นที่เพื่อทำความเข้าใจในบริบทการทำงานของโครงการ หรือการให้ความรู้เรื่องเอชไอวี /เอดส์ รวมถึงการแจกถุงยางอนามัยนั้น การได้รับความร่วมมือจากกลุ่มผู้บังคับใช้กฎหมายในพื้นที่เป็นอีกหนึ่งความท้าทายที่สำคัญของการทำงาน

งานบริการสุขภาพที่เป็นมิตร

- การจัดการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพและปรับเปลี่ยนทัศนคติให้กับผู้ให้บริการยังค่อนข้างจำกัดเฉพาะในกลุ่มบุคลากรที่ทำงานด้าน STI และ HIV/AIDS เป็นหลัก แต่บุคลากรในแผนกอื่นๆ ในสถานพยาบาล กิจกรรมยังคงลงไปไม่ทั่วถึง

- บางพื้นที่การทำงานค่อนข้างประสบความยากลำบากในการจัดจ้างพสต. ด้วยข้อจำกัดในงบประมาณและอัตราค่าตอบแทนที่ไม่ดึงดูด ทำให้การเปลี่ยนคนทำงานที่เป็นพสต.ในบางพื้นที่มีความถี่ค่อนข้างสูง ซึ่งกระทบต่อความไม่ต่อเนื่องในการทำงาน และความครอบคลุมของการลงทำกิจกรรม นอกจากนี้ อีกข้อท้าทายคือความต่อเนื่องของการจัดจ้างหลังจบโครงการ โดยเฉพาะในประเด็นเกี่ยวกับความชัดเจนของข้อกำหนดการจัดจ้าง นโยบายการส่งเสริมเพื่อให้มีการจัดจ้างจากหน่วยงานส่วนกลาง รวมถึง เรื่องแหล่งงบประมาในการจัดจ้าง

การคัดกรองและตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI)

- การเข้าถึงกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิง สำหรับการทำงานเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นประเด็นความท้าทายที่น่าสนใจ โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานหญิงข้ามชาติเมียนมา และกัมพูชา ยังเป็นกลุ่มที่โครงการเข้าถึงได้ค่อนข้างจำกัด เนื่องจากจำเป็นต้องสร้างความเชื่อใจและปรับทัศนคติ ให้เปิดเผยและกล้าพูดคุยปรึกษาในเรื่องเพศและความเสี่ยงในการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งต้องใช้เวลาและเจ้าหน้าที่ภาคสนามเองต้องเข้าใจบริบทเชิงวัฒนธรรมในการทำงานของโครงการ ส่วนเจ้าหน้าที่โครงการ รวมถึง อสต. แกนนำในชุมชนที่เป็นผู้หญิงจะสามารถเข้าถึงกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงได้ดีกว่าเจ้าหน้าที่ชายเช่น

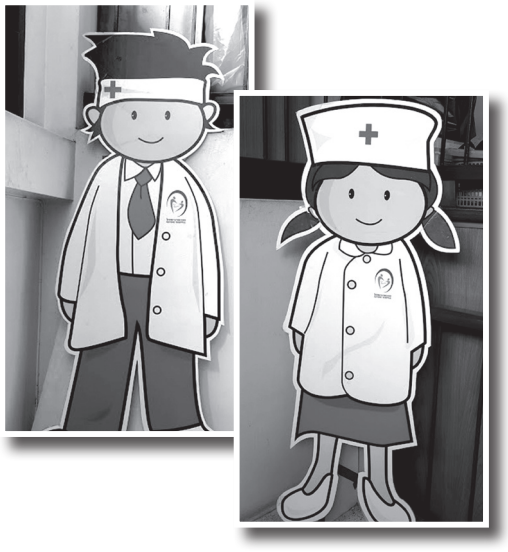
เดียวกัน ในบางพื้นที่ โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานข้ามชาติลาว พบว่ามีประเด็นที่แรงงานชายส่วนใหญ่ไม่ต้องการรับการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI) เนื่องจากเจ้าหน้าที่ที่โรงพยาบาลหรือในคลินิคเคลื่อนที่เป็นผู้หญิงเกือบทั้งหมด ดังนั้นในการทำงานเรื่องนี้ การพิจารณาในประเด็นเรื่องเพศของเจ้าหน้าที่ภาคสนาม และแกนนำที่จะลงไปทำกิจกรรมจึงเป็นประเด็นสำคัญที่โครงการต้องคำนึงถึง

การทำงานกับกลุ่มเป้าหมายที่เข้าถึงยาก

- การเคลื่อนย้ายเข้ามาของกลุ่มคนใหม่ในพื้นที่และการย้ายออกของคนเก่า เป็นความท้าทายสำคัญในการทำกิจกรรมเชิงป้องกัน และความต่อเนื่องของการอบรมให้ความรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ การติดตามสถานการณ์และประเมินพื้นที่ทุก 6 เดือน เพื่อปรับเปลี่ยนแนวทางการทำงาน รวมถึงส่งเสริมในเรื่องเพื่อนช่วยเพื่อน (peer education) โดยแรงงานข้ามชาติกลุ่มที่อยู่มาก่อนให้แก่กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ย้ายเข้ามาใหม่ในชุมชนหรือสถานประกอบกิจการเป็นความท้าทายที่สำคัญ

- เมื่อจบโครงการ หากไม่มีการแจกจ่ายถุงยางอนามัยฟรีอีกต่อไป ความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัยจะลดลง และอาจมีแนวโน้มทำให้แรงงานข้ามชาติเลิกหรือลืมที่จะใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ ดังนั้น ความตระหนักถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเป็นกิจกรรมที่จำเป็นต้องมีการสร้างและกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง การเข้าถึงถุงยางอนามัยฟรีหรือมีราคาไม่แพงยังจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุน

- การไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่ครอง หรือ คู่นอนประจำ ซึ่งมีประเด็นในเรื่องการไว้เนื้อเชื่อใจ การแสดงออกถึงความเชื่อมั่นในคู่นอนของตนเองว่าปลอดภัยและไม่มีความเสี่ยง เป็นอีกประเด็นท้าทายที่สำคัญ เช่นเดียวกับความรู้ในเรื่องช่องทางการติดต่อ การติดต่อผ่านการถูกยุงกัด ที่ยังคงเป็นความเข้าใจผิดที่มีอยู่ ดังนั้นการให้ความรู้ด้านการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ยังเป็น สิ่งที่จำเป็นอยู่



กลไกศูนย์ประสานประชาคมเอดส์จังหวัด (ศปอจ.)

- ศปอจ. แม้จะมีบทบาทที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานด้านเอดส์ในกลุ่มประชากรข้ามชาติในหลายด้าน แต่ก็มีเสียงสะท้อนในบางประเด็นเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงการทำงานในการเป็นกลไกประสานงานในระดับจังหวัดที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเจ้าหน้าที่ระดับพื้นที่ในหลายจังหวัดให้ความเห็นว่า ศปอจ. สามารถทำหน้าที่เชื่อมประสาน แบ่งปันข้อมูล หาทางออกร่วมกันของคนทำงานได้ค่อนข้างดี แต่ยังให้ความสำคัญในการวางแผนกำหนดยุทธศาสตร์ หรือผลักดัน กิจกรรมเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ร่วมกันในระดับจังหวัดและท้องถิ่นที่ไม่มากเพียงพอ

- ศปอจ. ถึงจะมีโครงสร้างการทำงานที่มีหน่วยงานจากภาคส่วนต่างๆ ของจังหวัดเข้าร่วม หลายจังหวัดสามารถจัดการประชุมหารือร่วมกันระหว่างคณะทำงานได้อย่างต่อเนื่อง แต่บทบาทในเชิงการขับเคลื่อน หรือแม้แต่ประสานความร่วมมือในการแก้ปัญหาร่วมกันก็ยังพบว่า อ่อนแอในหลายจังหวัด คณะทำงานที่มีบทบาทหลักเพียงเจ้าหน้าที่จากสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล และ องค์กรพัฒนาเอกชนที่เป็นหน่วยงานผู้รับทุนรองของโครงการ ในขณะที่ตัวแทนจากหน่วยงานอื่นๆ ในจังหวัด (รวมถึง ตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ส่วนใหญ่ก็ให้ความร่วมมือในการมาประชุม รับฟังปัญหา ออกความคิดเห็น แต่ในเชิงบทบาทสนับสนุน หรือลงไปขับเคลื่อนเองยังมีค่อนข้างน้อย

- การทำงานในบางพื้นที่ จุดเน้นยังคงอยู่ที่กลุ่มคนไทย ในขณะที่กลุ่มประชากรข้ามชาติยังไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร การเข้าร่วมประชุมของภาคส่วนต่างๆ เป็นในลักษณะการรายงานสถานการณ์และปัญหา แต่ความร่วมมือหรือการสนับสนุนในการช่วยแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในพื้นที่การทำงานยังคงมีน้อย

- ทิศทางการทำงานและการให้ความสำคัญต่อการสนับสนุนการทำงานของ ศปอจ. ขึ้นอยู่กับวิสัยทัศน์และตัวบุคคลของผู้เป็นประธานคณะทำงาน (ส่วนใหญ่ ได้แก่ ผู้ว่าราชการจังหวัด หรือ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด) รวมถึง ตัวผู้ประสานงานหลักในหน่วยงานต่างๆ ด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะผู้ประสานงานที่สสจ. และโรงพยาบาล เมื่อมีการเปลี่ยนตัวบุคคลในหลายกรณี ก็ทำให้ทิศทางการทำงาน ประสิทธิภาพและความเข้มแข็งของ ศปอจ. ในจังหวัดนั้นเปลี่ยนแปลงไปด้วย

- การเข้ามามีส่วนร่วมใน ศปอจ. และการขับเคลื่อนงานเอดส์กับกลุ่มแรงงานข้ามชาติของท้องถิ่น หรือ อปท. พบว่า ในหลายพื้นที่ยังมีค่อนข้างจำกัด สาเหตุหลักมาจากประเด็นในเรื่อง การตีความขอบเขตภารกิจของอปท. ที่ผู้ที่เกี่ยวข้องเข้าใจว่าครอบคลุมเฉพาะคนไทย ไม่ครอบคลุมแรงงานข้ามชาติ ซึ่งทำให้กระทบต่อการสนับสนุนด้านงบประมาณเพื่อทำกิจกรรมต่างๆ ในระดับท้องถิ่น

งานด้านการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี

- กรณีที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ในบางพื้นที่ พบว่า ยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงอยู่พอสมควร ในเรื่องจำนวนโควต้าที่โรงพยาบาลได้รับภายใต้โครงการ NAPHA Extension และ นโยบายบัตรประกันสุขภาพ ที่ยังไม่ชัดเจนในหลายพื้นที่เกี่ยวกับการได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

- สถานพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลภาครัฐ ในบางจังหวัดมีภาระในการให้บริการที่ค่อนข้างสูง ทำให้จำเป็นต้องกำหนดวันเฉพาะในการให้การตรวจผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เป็นแรงงานข้ามชาติ เช่น เฉพาะในวันจันทร์ของแต่ละสัปดาห์ ซึ่งในมุมหนึ่งเป็นการอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่ในอีกมุมก็เป็นอุปสรรคได้เช่นกัน เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีวันว่างจากวันทำงานที่ไม่ตรงกับวันที่โรงพยาบาลเปิดให้การตรวจ

บัตรประกันสุขภาพ

ข้อจำกัดสำคัญที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ประสบอยู่ และทำให้ผู้บริหารของโรงพยาบาลเลือกที่จะไม่ดำเนินการตามนโยบายจากส่วนกลางในบางเรื่อง โดยเฉพาะในเรื่องเงื่อนไขการทำบัตรให้กับแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีเอกสารหรือมีนายจ้างมารับรอง รวมถึง การให้สิทธิประโยชน์ในเรื่องยาต้านไวรัสเอดส์แก่แรงงานที่มีบัตรประกันสุขภาพ มีดังนี้

- ***ความไม่เชื่อมั่นของโรงพยาบาลที่เกิดจากจากความไม่ชัดเจนของแนวปฏิบัติตามข้อกำหนดของนโยบายจากส่วนกลาง รวมถึงการบริหารจัดการระบบบัตรประกันสุขภาพ*** ในหลายประเด็นที่เกี่ยวกับขอบเขตคำนิยามของคนต่างด้าวที่สามารถทำบัตรได้ และระบบการรายงานผลการให้บริการ เพื่อเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ที่โรงพยาบาลต้องสำรองจ่ายไปก่อน และเรียกคืนจากกลุ่มงานประกันส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุข (จากเงิน 900 บาท ที่หักจากค่าบัตรและโรงพยาบาลส่งเข้าส่วนกลางเพื่อบริหารจัดการ) เจ้าหน้าที่กลุ่มงานประกันในโรงพยาบาลในพื้นที่ส่วนใหญ่รายงานตรงกันว่า จนถึงประมาณเดือนมิถุนายน 2557 โรงพยาบาลก็ยังไม่สามารถรายงานผลการรักษา และเบิกเงินค่ายาต้านไวรัสเอดส์กลับคืนมาที่โรงพยาบาลได้

- ***ข้อกำหนดการทำบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติที่ยังมีลักษณะเป็นภาคสมัครใจมากกว่าที่จะเป็นภาคบังคับ*** การทำบัตรประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติกับกระทรวงสาธารณสุขไม่ได้ถูกกำหนดเป็นข้อบังคับในการขอใบอนุญาตทำงานของกรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน ปัจจุบันการขอใบอนุญาตทำงานกับกรมการจัดหางาน แรงงานหรือนายจ้างจำเป็นต้องแสดงเอกสารเฉพาะผลการตรวจร่างกายจากสถานพยาบาลเท่านั้น การมีหรือไม่มีบัตรประกันสุขภาพ ไม่ส่งผลต่อการพิจารณาให้ใบอนุญาตทำงาน ทำให้แรงงานและนายจ้างบางกลุ่มไม่เห็นประโยชน์หรือความสำคัญในการทำบัตรประกันสุขภาพเท่าใดนัก

- ***ปัญหาของระบบฐานข้อมูล การเชื่อมโยงข้อมูลจากฐานต่างๆ เพื่อใช้ในการระบุตัวตนของแรงงานในการเข้ารับบริการ และป้องกันปัญหาการสวมสิทธิ์ของแรงงาน*** แม้จะมีการกำหนดข้อตกลงในการกำหนดเลข 13 หลักจากส่วนกลางให้ทุกโรงพยาบาลใช้สำหรับเป็นแนวทางในการจัดการกับแรงงานที่ไม่มีเอกสาร แต่การตรวจสอบและระบุตัวบุคคล การติดตามผลการรักษา การป้องกันการสวมสิทธิ์ โดยแรงงานคนอื่นที่ไม่ใช่ผู้ถือบัตรตัวจริงก็ยังคงมีความยากลำบากอยู่สำหรับโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้โรงพยาบาลบางแห่งเลือกที่จะทำบัตรให้กับแรงงานที่มีเอกสารบางอย่างที่ระบุตัวตนได้ หรือ ระบุที่พัก หรือนายจ้างได้เท่านั้น นอกจากนี้ รหัส 13 หลักที่กำหนดขึ้นก็ยังคงเป็นข้อมูลที่ทราบเฉพาะในโรงพยาบาลที่เป็นผู้กำหนดเท่านั้น การเชื่อมโยงฐานข้อมูลไปส่วนกลางหรือโรงพยาบาลอื่นก็ยังคงเป็นข้อจำกัด

- ในการเข้าถึงหลักประกันทางสุขภาพรวมถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม ***"นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบกิจการ" เป็นตัวแปรที่สำคัญ*** ในการเพิ่มความตระหนักถึงหน้าที่ และการจัดหาหลักประกันทางสุขภาพให้แก่แรงงานข้ามชาติ การบังคับใช้กฎหมายเป็นบทบาทหน้าที่ที่นายจ้างพึงปฏิบัติ รวมถึง การแก้ไขปัญหาโบรกเกอร์ หรือ นายหน้า และนายจ้างรับจ้างเป็นเรื่องจำเป็นที่ต้องดำเนินการ การไม่ได้รับความร่วมมือจากนายจ้าง การไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการมีบัตรประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ และการไม่ให้ความช่วยเหลือหรือปฏิบัติตามบทบาทที่พึงมีจากนายจ้าง เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ค่าใช้จ่ายและสิทธิประโยชน์ที่คุ้มครอง การไม่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการด้านเอกสารที่จำเป็น เป็นต้น เป็นความท้าทายสำคัญ ที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขให้ดีขึ้น เช่นเดียวกับปัญหาการใช้บริการจากนายหน้าในการดำเนินการด้านเอกสารหรือการรับจ้างเป็นนายจ้างเพื่อใช้ในการขึ้นทะเบียนขอบัตรอนุญาตทำงาน ในหลายกรณี พบว่า แรงงานต้องจ่ายเงินเป็นค่าดำเนินการในจำนวนที่สูงมากกว่าค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง บางกรณี จ่ายเงินแล้วแต่ไม่ได้รับการดำเนินการให้ตามที่ตกลง (เช่น แรงงานบางรายได้ใช้บริการนายหน้าในการขึ้นทะเบียนแรงงานและทำบัตรประกันสุขภาพแรงงาน โดยจ่ายค่าดำเนินการในลักษณะเหมาจ่าย ซึ่งในภายหลังกลับพบว่านายหน้าไม่ได้ดำเนินการเรื่องการทำบัตรประกันสุขภาพให้) เหล่านี้ล้วนเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้แรงงานเข้าไม่ถึงหลักประกันทางสุขภาพซึ่งควรได้รับการแก้ไข
- ความท้าทายที่สำคัญจากการเสนอแนะของพื้นที่ ถึงการทำงานของศปอจ. คือ ***ทำอย่างไรที่จะทำให้หน่วยงานทุกหน่วยงานที่เข้าร่วมในคณะทำงานมีความรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของในโครงการต่างๆ ที่เกิดขึ้น*** หรือ เป็นเจ้าภาพ เพื่อที่ว่าทุกฝ่ายจะเข้ามามีส่วนร่วมผลักดันอย่างเต็มที่และทำให้เกิดความยั่งยืนของการทำงาน

4.2 ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานหลังสิ้นสุดโครงการ

ผลจากการประเมินโครงการฟ้ามิตร -2 และ โครงการ SSF-Care มีข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาการดำเนินงาน รวมถึงข้อพิจารณาต่อความยั่งยืนของงานป้องกันเอชไอวี/เอดส์ ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติและประชากรข้ามชาติในประเทศไทย ภายหลังทั้งสองโครงการปิดตัวลง มีดังต่อไปนี้

ข้อแรก ด้วยปัจจัยเชิงนโยบาย พบว่า เป็นตัวกำหนดที่สำคัญต่อความสำเร็จของการทำงานด้านเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติและกลุ่มชาติพันธุ์ ดังนั้น **การผลักดันเชิงนโยบายและการสร้างความชัดเจนในแนวทางการดำเนินงานตามนโยบายที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติของประเทศไทยตั้งแต่ระดับประเทศ ระดับจังหวัด จนถึง ระดับพื้นที่** จึงเป็นประเด็นสำคัญแรกที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรต้องพิจารณาโดยเฉพาะนโยบายในเรื่องต่อไปนี้

- *นโยบายการจัดการแรงงาน* ซึ่งเกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่ของกระทรวงมหาดไทยและกระทรวงแรงงานเป็นหลัก ในเรื่องกระบวนการจดทะเบียนแรงงานและพิสูจน์สัญชาติ รวมถึงการออกใบอนุญาตทำงานในประเด็นหลังจากนี้ ข้อเสนอแนะในการออกใบอนุญาตทำงาน คือควรกำหนดให้การซื้อบัตรประกันสุขภาพเป็นเงื่อนไขภาคบังคับที่แรงงานข้ามชาติและนายจ้างต้องปฏิบัติตาม โดยทำการชี้แจง รวมถึงประชาสัมพันธ์สร้างความเข้าใจถึงความสำคัญในการเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ

- *นโยบายเกี่ยวกับการจัดระบบบริการสุขภาพแก่แรงงานข้ามชาติ* เช่น
  - การปรับปรุงข้อกำหนดของกรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงานเกี่ยวกับประเภทงานและรูปแบบการจ้างงานประชากรข้ามชาติที่เอื้อต่อการจัดจ้างพนักงานสาธารณสุขต่างชาติ (พสต.) ในการทำงานเป็นล่ามหรือบุคคลากรสาธารณสุขที่ทำงานเชิงรุกในสถานพยาบาลที่โรงพยาบาล และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)
  - ข้อกำหนดภายใต้นโยบายบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติของกระทรวงสาธารณสุข ในเรื่องแหล่งงบประมาณที่สถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สามารถนำมาใช้ในการจัดจ้าง พสต. รวมถึง แนวทางในการส่งเสริมการผลิตและพัฒนาศักยภาพของบุคคลากรเหล่านี้ที่จะช่วยในการทำงานด้านสุขภาพกับกลุ่มประชากรข้ามชาติ

- ความชัดเจนของนโยบายบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ โดยกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะในเรื่อง
  - เกณฑ์เงื่อนไขในการจัดทำบัตรประกันสุขภาพให้กับแรงงานข้ามชาติ ทั้งกลุ่มที่มีและกลุ่มที่ไม่มีเอกสารประจำตัว

- ความครอบคลุมของสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับจากบัตรประกันสุขภาพ (โดยเฉพาะการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เพื่อรองรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่อยู่ใต้โครงการ NAPHA Extension ที่จะกำลังปิดโครงการด้วยเช่นกัน)
- การบริหารจัดการด้านการเงินรายได้จากค่าบัตร (เช่น ในงบประมาณส่วนที่จัดสรรเพื่อการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (206 บาท จากค่าบัตร 1,600 บาทในปัจจุบัน หรือ 2,200 บาท ในช่วงก่อนประกาศ คสช.) ควรกำหนดเป็นแหล่งรายได้ที่สามารถนำมาใช้ในการจัดจ้างพสต. เพื่อการทำงานในสถานพยาบาลและทำงานลงชุมชนได้)
- ระบบการรายงานกิจกรรมบริการ และการเบิกจ่ายเงินจากส่วนกลางให้กับสถานพยาบาล โดยเฉพาะในส่วนค่าบริการทางสุขภาพที่มีค่าใช้จ่ายสูงและการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งปัจจุบันยังพบว่ามีความไม่ชัดเจนและความเข้าใจที่ไม่ตรงกันระหว่างกลุ่มงานประกันส่วนกลางและผู้ให้บริการในระดับพื้นที่
- ระบบการส่งต่อเพื่อรับการรักษาหรือรับบริการสุขภาพข้ามเขต รวมถึง ระบบการตามจ่ายค่ารักษาพยาบาลระหว่างผู้ให้บริการข้ามเขตการรักษา เพื่อเอื้อให้แรงงานซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการเคลื่อนย้ายสูงสามารถเข้าถึงบริการได้ดียิ่งขึ้น

สำหรับนโยบายบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาตินี้ มีข้อเสนอแนะที่เชื่อมโยงไปยังระบบประกันสังคม เพื่อการพิจารณาปรับปรุงข้อกำหนดระบบประกันสังคมให้สอดคล้องกับบริบทของแรงงานข้ามชาติ รวมถึง การจัดสรรงบประมาณจากกองทุนประกันสังคม เพื่อใช้ในการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่ผู้ประกันตนที่เป็นแรงงานข้ามชาติ และ การเชื่อมโยงฐานข้อมูลระหว่างระบบประกันสุขภาพและระบบบัตรประกันสุขภาพ ในประเด็นนี้ ข้อเสนอหนึ่ง คือ การใช้ระบบประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติระบบเดียว ซึ่งรูปแบบการบริหารจัดการที่เหมาะสมกับแรงงาน จากมุมมองของแรงงานข้ามชาติ คือ ระบบบัตรประกันสุขภาพที่ปัจจุบันบริหารจัดการโดย กลุ่มงานประกัน กระทรวงสาธารณสุข

- *การส่งเสริมความร่วมมือในงานด้านสุขภาพกับประเทศเพื่อนบ้าน* ทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ โดยเฉพาะเขตพื้นที่จังหวัดชายแดนของสองประเทศ โดยกิจกรรมความร่วมมือที่ควรส่งเสริมเป็นเรื่องแรก คือ การพัฒนาความร่วมมือเพื่อสร้างระบบการส่งต่อผู้ติดเชื้อ

เอชไอวี ในการรับยาต้านไวรัสเอดส์ และการติดตามสนับสนุนผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระหว่างประเทศได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ความร่วมมืออื่นๆ อาจเป็นในเรื่องการแลกเปลี่ยนบุคลากรทางสุขภาพระหว่างประเทศ เพื่อสร้างความเข้าใจในความแตกต่างทางสังคมและวัฒนธรรม เสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อกัน รวมถึงอาจใช้เป็นโอกาสในพัฒนาทักษะทางภาษาของกลุ่มผู้ให้บริการ

ข้อสอง การพัฒนาระบบบริการที่เป็นมิตรแก่แรงงานข้ามชาติ ยังคงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญและจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องต่อไป – โครงการฟ้ามิตร-2 ให้ความสำคัญกับการเข้าถึงบริการการตรวจและรับการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี/เอดส์ ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติและกลุ่มชาติพันธุ์เป็นอย่างมาก ซึ่งในช่วงการดำเนินโครงการ สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานผู้รับทุนรองที่ดูแลในเรื่องการพัฒนาระบบบริการที่เป็นมิตร โดยจัดสรรงบประมาณโครงการฟ้ามิตร-2 ผ่านสำหนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อใช้ในกิจกรรมการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพ และปรับเปลี่ยนทัศนคติผู้ให้บริการในสถานพยาบาล จัดจ้าง พสต. เพื่อทำหน้าที่ล่ามและผู้ให้ข้อมูลในการรับบริการที่สถานพยาบาล แก่กลุ่มแรงงานข้ามชาติ รวมถึงจัดทำป้ายหรือเอกสารชี้แจงต่างๆ เป็นภาษาของแรงงาน ซึ่งเมื่อโครงการฟ้ามิตร-2 ปิดตัวลงและงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมเหล่านี้หมดไป หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะ กระทรวงสาธารณสุข ทั้งส่วนกลางและในระดับจังหวัด หรือ สสจ. รวมถึง สถานพยาบาลเอง จำเป็นต้องพิจารณาถึงความเป็นไปได้ของการใช้งบประมาณจากแหล่งอื่น เพื่อนำมาใช้ในการดำเนินงานระบบบริการที่เป็นมิตรแก่แรงงานข้ามชาติต่อไป เช่น เงินรายได้บางส่วนจากบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ งบประมาณจังหวัดหรือสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จากผลการดำเนินงานโครงการฯ ในบางพื้นที่ สถานประกอบกิจการบางแห่งเริ่มตระหนักและให้ความสำคัญในเรื่องนี้ โดยจัดให้มีล่ามหรือ พสต. ในสถานประกอบกิจการเพื่อช่วยเหลือเพื่อนแรงงานในการไปใช้บริการสุขภาพที่สถานพยาบาล ซึ่งล่ามหรือ พสต.เหล่านี้ได้รับการอบรมและพัฒนาศักยภาพจากเจ้าหน้าที่ของโครงการฯ หรือ บางส่วนก็เป็นเจ้าหน้าที่ที่เคยทำงานร่วมกับโครงการฯ การส่งเสริมการเข้ามามีส่วนร่วมของสถานประกอบกิจการในลักษณะนี้ เป็นอีกหนึ่งทางเลือกในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรที่อาจนำไปใช้เพื่อขยายผลในพื้นที่ต่างๆ ได้

นอกจากเรื่องการพิจารณาแหล่งงบประมาณเพื่อใช้ในการจัดจ้างล่ามหรือ พสต. เพื่อทำงานในสถานพยาบาลต่อไปแล้ว การส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของคนทำงานกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่อง รวมถึงการ

พัฒนาหลักสูตรอบรมที่เป็นมาตรฐาน โดยเฉพาะการอบรมเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจในงานด้านสุขภาพ และทักษะการแปลเพื่อการสื่อสารต่อไปยังกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่มีประสิทธิภาพ ก็เป็นอีกเรื่องที่ทุกฝ่ายต้องให้ความสำคัญ

กิจกรรมอื่นๆ ที่ควรสนับสนุนเพิ่มเติม ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพด้านภาษาของผู้ให้บริการคนไทยเพื่อให้สามารถสื่อสารในเบื้องต้นกับกลุ่มแรงงานข้ามชาติได้ โดยอาจจัดเป็นในลักษณะกิจกรรมการแลกเปลี่ยนบุคคลากรระหว่างประเทศเพื่อสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาศักยภาพทางภาษาให้กับผู้บริการไทย

ข้อสาม การใช้ประโยชน์จากเครือข่ายการทำงานด้านสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่มีในชุมชนและสถานประกอบกิจการ -- โดยเฉพาะกลุ่ม พสต. แกนนำหรืออสต.ในชุมชนของโครงการฟ้ามิตร-2 ปัจจัยเสริมที่ควรสนับสนุนในเรื่องนี้ ได้แก่

- การส่งเสริมบทบาทของสถานประกอบกิจการ เช่น การสนับสนุนให้มีล่ามในสถานประกอบกิจการ หรือ แกนนำในสถานประกอบกิจการเพื่อทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพต่อไปโดยทำงานร่วมกับสถานพยาบาล อสต. หรือแกนนำแรงงานข้ามชาติในชุมชน

- การส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น การสนับสนุนกิจกรรมที่เป็นการร่วมมือระหว่าง อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ (อสต.) และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รวมถึงผู้ให้บริการทางสุขภาพที่เป็นคนไทย ในการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการจัดบริการที่เป็นมิตรแก่แรงงานข้ามชาติ โดยอาจเป็นการประสานงาน และทำงานร่วมกันที่ รพ.สต. ที่สนับสนุนโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- การส่งเสริมบทบาทการสนับสนุนจากสถานพยาบาลและผู้ให้บริการทางสุขภาพ รวมถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ยกตัวอย่างเช่น การสนับสนุนงบประมาณในการจัดจ้าง พสต. ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือแรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะการแนะนำขั้นตอนการรับการรักษา แปลภาษาในโรงพยาบาล รวมถึงการลงทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน

ข้อสี่ การส่งเสริมการสร้างเครือข่ายและการรวมกลุ่มในลักษณะCommunity-based Organization (CBO) ในชุมชน รวมถึง สนับสนุนการทำงานของกลุ่มที่มีการจัดตั้งและดำเนินการอยู่

แล้วโดยเฉพาะกลุ่มที่มีการทำงานร่วมกันระหว่างคนทำงานไทยและคนทำงานในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ เช่น กลุ่ม CBO ที่ต่อยอดจากการทำงานร่วมกันระหว่าง อสม.ไทย และอสต. หรือแกนนำในชุมชนของโครงการ โดยปัจจัยเสริมที่ควรส่งเสริม ในเรื่องการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม และผู้นำชุมชน ในหลายพื้นที่ กลุ่ม CBO ที่มีอยู่แล้วควรได้รับการส่งเสริมสนับสนุนการทำงานต่อไป ซึ่งมีอยู่ในหลายลักษณะด้วยกัน เช่น

- กลุ่มทำงาน Health Post ซึ่งอาจต่อยอดจากการทำงานของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ในพื้นที่ เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานของแรงงานข้ามชาติ ส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่าง อสต. กับ อสม. คนไทย ในพื้นที่ซึ่งมีเครือข่ายอยู่แล้ว รพ.สต. ในชุมชนสามารถทำหน้าที่คอยให้ความสนับสนุน เช่น ยาสามัญประจำบ้านให้กับการดำเนินการของ Health Post (โดยอาจบริหารจัดการในรูปแบบ “กองทุนยา”) เป็นต้น ในลักษณะที่เกื้อหนุนซึ่งกันและกัน ในการออกหน่วยปฏิบัติงานในชุมชนของ รพ.สต. อสต. ในพื้นที่สามารถมีบทบาทในการสนับสนุนการทำงานในกลุ่มแรงงานข้ามชาติได้

- กลุ่มออมทรัพย์ เป็นกลุ่มที่แรงงานข้ามชาติได้มีส่วนร่วมและบริหารจัดการดูแลกันเองในชุมชน โดย อสต. ที่โครงการฟ้ามิตร-2 พัฒนาขึ้น ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นกรรมการและเป็นหัวหน้ากลุ่มในการบริหารจัดการกลุ่มย่อยต่าง ๆ

- การรวมกลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ เป็นกลุ่มที่ตั้งขึ้นสำหรับแรงงานข้ามชาติที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้มีเงินสำหรับค่าทำศพ หรือ นำศพออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากแรงงานข้ามชาติเสียชีวิต บางรายญาติอาจไม่มารับศพไปทำการฌาปนกิจ โดยมี อสต. ที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นผู้ดูแล และบริหารจัดการกลุ่มกันเอง

ข้อห้า การใช้ประโยชน์และเสริมสร้างความเข้มแข็งการทำงานร่วมกันของเครือข่ายการทำงานภายใต้กลไกศูนย์ประสานประชาคมเอดส์จังหวัด ศปอจ. หรือ PCM ที่มีอยู่เดิม – โดยอาจเป็นในลักษณะการใช้ประโยชน์ดังต่อไปนี้

- การเขียนโครงการเพื่อขอสนับสนุนการทำงานต่อไป หรือการระดมทรัพยากร (resource mobilization) จากงบประมาณแหล่งอื่น เช่น ในกรณี ศสมช. ในบางพื้นที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อสนับสนุนการทำงาน

เชิงสุขภาพกับกลุ่มประชากรไทยและประชากรข้ามชาติ หรือ แหล่งเงินจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัด เช่น องค์การบริหารส่วนจังหวัด หรือ องค์การบริหารส่วนตำบล หรือ สมาคมผู้ประกอบกิจการที่เป็นเครือข่ายอยู่ในจังหวัด

- การประสานงานของเครือข่ายด้านงานเอดส์ในจังหวัด การดำเนินงานต่อไป ควรมุ่งเน้นการสร้างความรู้สึกของการเป็นเจ้าของร่วม การมีความรับผิดชอบร่วม โดยภาคส่วนต่างๆ ในชุมชน สถานประกอบกิจการ สถานพยาบาล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในงานหรือกิจกรรมต่างๆ ที่ทางโครงการได้เริ่มไว้แล้ว เช่น
  - การอบรมพัฒนาศักยภาพและปรับทัศนคติผู้ให้บริการ ในการให้บริการที่เป็นมิตรแก่แรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะในประเด็นความแตกต่างเชิงวัฒนธรรมและความเชื่อ
  - การดูแลการดำเนินงาน DiC ที่มีในชุมชน
  - การพัฒนาฐานข้อมูล และเชื่อมโยงฐานข้อมูลระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชนและประชาสังคม
  - การปรับทัศนคติของคนไทยทั่วไปในพื้นที่

ข้อเสนอแนะสุดท้าย ความต่อเนื่องของการทำงานป้องกันเอชไอวี/เอดส์เชิงรุก เนื่องจากแรงงานข้ามชาติเป็นกลุ่มประชากรที่มีการย้ายถิ่นเข้าออกพื้นที่อยู่เสมอ การทำงานเชิงรุกในระดับชุมชนและในสถานประกอบกิจการเพื่อจัดกิจกรรมให้ความรู้ ความเข้าใจและปรับเปลี่ยนทัศนคติ เพื่อการปฏิบัติตนที่เหมาะสมของแรงงานข้ามชาติ ในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึง เอชไอวี/เอดส์ จึงเป็นงานที่จำเป็นต้องมีการดำเนินการต่อไปอย่างต่อเนื่อง จากข้อเสนอแนะที่กล่าวแล้วข้างต้น เรื่องนี้จึงเป็นอีกประเด็นที่ควรเน้นย้ำว่าการได้รับการสนับสนุนทางงบประมาณ และการเข้ามามีส่วนร่วมจากภาคีหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งในส่วนกลางและในระดับท้องถิ่น รวมถึงการใช้ประโยชน์จากโครงสร้างและภาคีการทำงานที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานของโครงการที่ผ่านมานั้น เป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง

รับบัตรคิว
จากเจ้าหน้าที่
Queue of staff
ตรวจปัสสาวะ
urine
ตรวจเอกสาร
inspection
เอ็กซเรย์
X-Ray
รับบัตร
THIS IS CARD
จุดแจ้งสิทธิตามกฎหมาย
แก่แรงงานต่างด้าว
Inform the legal rights
to migrant workers.

เอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิง

กฤตยา อาชวนิจกุล. สถานะความรู้เรื่องแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย เอกสารวิชาการฉบับที่ 1 โครงการพัฒนาปรับปรุงฐานข้อมูลแรงงานต่างชาติผิดกฎหมาย. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2546

กฤตยา อาชวนิจกุล.(บรรณาธิการ). คนต่างด้าวในประเทศไทยคือใครบ้าง? มีจำนวนเท่าไหร่? ระบบฐานข้อมูลแบบไหนคือคำตอบ? เอกสารวิชาการฉบับที่ 2 โครงการพัฒนาปรับปรุงฐานข้อมูลแรงงานต่างชาติผิดกฎหมาย. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2547

รายงานการประเมินผลภายนอกฉบับสมบูรณ์ “กลุ่มแรงงานข้ามชาติและกลุ่มชาติพันธ์” : *โครงการประเมินผลภายนอกโครงการเอดส์รอบ SSF ปีงบประมาณ 2557.* สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล.

พร้อมบุญ พานิชภักดิ์,ต้องพิศ ภิญโญสินวัฒน์,พวงเพชร สุรัตเจริญสุข. สรุปบทเรียนการทำงานโครงการฟ้ามิตร.พิมพ์ครั้งที่ 2 .กรุงเทพฯ:บริษัทเลค แอนด์ ฟาวเท่น พรินท์ติ้ง จำกัด (2552).

สำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลก กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. *โครงการด้านเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย ที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก ภายใต้การบริหารงานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554*

สำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มแรงงานข้ามชาติของประเทศไทย. พ.ศ. 2556

สรุปบทเรียนการทำงาน โครงการฟ้ามิตร 2 เฟส 1. *2 ปีการทำงานกับบทเรียนการทำงานสำคัญโครงการส่งเสริมการป้องกันเอดส์ในแรงงานข้ามชาติ ประเทศไทย (โครงการฟ้ามิตร-2) ภายใต้โคงการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยโครงการส่งเสริมการบูรณาการและการสร้างเครือข่ายเข้าถึงบริการของกลุ่มเป้าหมายที่เข้าถึงยาก โครงการแชมเปี้ยน.* มูลนิธิรักษ์ไทย

อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์ วาทินี บุญชะลักษี จรัมพร โห้ลำยอง เฉลิมพล แจ่มจันทร์ และ กัญญา อภิพรชัย สกุล. 2555. *การสำรวจข้อมูลพื้นฐานโครงการส่งเสริมการป้องกันเอดส์ในแรงงานข้ามชาติประเทศไทย (โครงการฟ้ามิตร-2) ปี พ.ศ. 2553* สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล.

Chamchan C, Apipornchaisakul K. A Sistuation Analysis on Health System Strengthening For Migrants in Thailand. Institute for Population and Social Research, Mahidol University, 2012.

Chamratrithirong A, Boonchalaksi W, Yampeka P. Prevention of HIV/AIDS Among Migrant Workers in Thailand (PHAMIT): The Baseline Servey 2004. IPSR Publiccation No.279.Nakhon Phathom : Institute for Population and Social Research, Mahidol University,2005.

Chamratrithirong A, Boonchalaksi W. Prevention of HIV/AIDS Among Migrant Workers in Thailand (PHAMIT): The Impact Servey 2008. IPSR Publiccation No.365. Nakhon Phathom : Institute for Population and Social Research, Mahidol University, 2009.

Chamratrithirong A, Boonchalaksi W, Chamchan C, Holumyong C, Apipornchaisakul K. Prevention of HIV/AIDS Among Migrant Workers in Thailand 2 (PHAMIT 2): The Impact Servey 2014.Institute for Population and Social Research, Mahidol University,2014.

ดัชนีค้นคำ (Index)

คำ	หน้า
ก.	
กองทุนโลก	1, 2, 5, 6, 61
กระบวนการทำงาน	7, 15, 28
กลุ่มเป้าหมายที่เข้าถึงยาก	63, 72
กลุ่มเสี่ยง	10, 12, 28, 31, 52
กลุ่มชาติพันธุ์	1, 3, 4, 5, 6, 26, 68, 70
การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ	63
ค.	
ความรู้ตามตัวชี้วัดของสหประชาชาติ	19, 22
คลินิกเคลื่อนที่	10, 30, 31, 33, 38
ค่าใช้จ่ายในการทำบัตร	54, 58
ง.	
งานด้านเอดส์	1, 2, 11, 12, 13, 64, 68
จ.	
เจ้าหน้าที่ภาคสนามต่างชาติ	9, 37
ช.	
ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย	6
ด.	
ดูแลและสนับสนุน	4, 5, 6, 39, 40

ดัชนีคำค้น (Index) (ต่อ)

คำ	หน้า
ต.	
ติดตามผลและความต่อเนื่อง	15, 41, 42
ท.	
ทำงานเชิงรับ	30
ทำงานเชิงรุก	9, 16, 31, 32, 68, 73
น.	
นโยบายบัตรประกันสุขภาพ	45, 68, 69
บ.	
บริการสุขภาพที่เป็นมิตร	10, 17, 28, 31, 32, 34, 54, 62, 70
บัตรประกันสุขภาพ	33, 37, 41, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 56, 57, 58, 59, 65, 66, 67, 68, 69, 70
บัตรสุขภาพ	47, 48
บัตรอนุญาตทำงาน	48, 53, 54, 67
ป.	
ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	4, 6, 10, 16, 17, 19, 28, 46, 61, 76
ปรับเปลี่ยนทัศนคติ	32, 62, 70, 73
ประชาสังคม	4, 8, 9, 10, 11, 13, 17, 38, 39, 40, 72, 73
ประกาศ คสช.	53, 55, 69
ผ.	
ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด	6, 12
ผู้บังคับใช้กฎหมาย	8, 9, 11, 30, 36, 38, 62

ดัชนีค้นคำ (Index) (ต่อ)

คำ	หน้า
พ.	
พนักงานบริการหญิง	2, 6, 11, 12, 15
พฤติกรรมทางเพศ	6, 24
พนักงานสาธารณสุขต่างชาติ	9, 15, 17, 32, 33, 37, 68
พัฒนาศักยภาพ	16, 17, 28, 32, 62, 68, 70, 71, 73
ฟ.	
ฟ้ามิตร	1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 17, 20, 25, 26, 28, 31, 32, 33, 34, 35, 39, 40, 41, 55, 67, 70, 71, 72
ย.	
เยี่ยมบ้าน	8, 10, 40, 42
ยาต้านไวรัสเอดส์	1, 6, 10, 15, 33, 41, 42, 43, 46, 48, 49, 50, 53, 54, 65, 66, 69, 70
ร.	
ระบบประกันสุขภาพ	43, 45, 47, 48, 54, 55, 68, 69
ศ.	
ศูนย์ประสานประชาคมเอดส์จังหวัด	10, 12, 15, 28, 35, 38, 64, 72
ศูนย์บริการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวแบบเบ็ดเสร็จ	48, 49

ดัชนีคำค้น (Index) (ต่อ)

คำ	หน้า
ส.	
ส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี	13, 15, 39, 40, 42, 43
สถานประกอบกิจการ	9, 11, 15, 17, 28, 29, 30, 35, 36, 37, 51ศ 61, 63, 67, 70, 71, 73
ส่งเสริมสุขภาพ	9, 10, 31, 33, 34, 35, 36, 38, 68, 69, 71
ห.	
หนังสือเดินทาง	46, 50
อ.	
อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ	15, 37, 71
องค์กรพัฒนาเอกชน	9, 11, 13, 28, 30, 37, 38, 39, 40, 41, 50, 51, 64
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	9, 11, 12, 15, 16, 17, 35, 38, 64, 70, 71, 72, 73