

การบริการสุขภาพโรงพยาบาลชุมชน ที่มีชายแดนติดประเทศลาว พม่า และกัมพูชา เมื่อก้าวสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในปี 2558

อรรถัย ศรีทองธรรม* สุภาภรณ์ สงค์ประชา** วิศิษฐ์ สงวนวงศ์วาน*** และ สุวารี เจริญมุขยพันธ์****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์บริการสุขภาพแนวโน้มปัญหาและการจัดการของโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ชายแดนติดกับประเทศลาว กัมพูชา และพม่า ศึกษาเชิงสำรวจในโรงพยาบาลชายแดน 1 โรงพยาบาลชายแดน 3 และโรงพยาบาลชายแดน 2 เก็บข้อมูลแบบผสมวิธีทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จากรายงานการรักษา รายงานการเงิน สัมภาษณ์เจาะลึกกับตัวแทนผู้ให้บริการสุขภาพ 50 คน และสัมภาษณ์กลุ่ม กับกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่มารับบริการในโรงพยาบาล 25 คน วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา

ในปี 2552-2554 โรงพยาบาลชายแดน 2 ให้บริการชาวลาว 20% แกรับภาระค่ารักษาพยาบาล จำนวน 1.5-2.2 ล้านบาท โรงพยาบาลชายแดน 3 ให้บริการชาวพม่า 40-50% แกรับภาระค่ารักษาพยาบาล 0.73-1.11 ล้านบาท และโรงพยาบาลชายแดน 1 ให้บริการชาวพม่า 40-50 % แกรับภาระค่ารักษาพยาบาล 0.4-0.7 ล้านบาท ค่าใช้จ่ายในการให้บริการส่วนใหญ่มาจากแผนกผู้ป่วยใน แนวโน้มปัญหาเมื่อรวมเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในปี 2558 คือ การเพิ่มขึ้นของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ส่งผลให้โรงพยาบาลชุมชนตามแนวชายแดนเพิ่มภาระงานบริการสุขภาพ

* สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 อุบลราชธานี ถนนพรหมราช ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000
เมลล์: tutuubon102@gmail.com

** มหาวิทยาลัยมหิดล ถนนพหลโยธินสาย 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170
เมลล์: su99song@gmail.com

*** โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี 122 ถนนสรรพสิทธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000
เมลล์: wisitws@hotmail.com

**** โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี 122 ถนนสรรพสิทธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000
เมลล์: suwaree711@hotmail.com

ภาระเงิน การแย่งใช้ทรัพยากรสาธารณสุขที่จำเป็น ความจำกัดสถานที่ให้บริการ เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ การเคลื่อนย้ายบุคลากรสาธารณสุขสู่ระบบเอกชน ส่งผลต่อภาวะสุขภาพคนไทย และระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย จึงควร 1) มียุทธศาสตร์ด้านระบบบริการสุขภาพระหว่างประเทศสมาชิกประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน 2) จัดอัตรากำลังบุคลากรสาธารณสุขแนวชายแดนตามภาระงานบริการจริง และ 3) พัฒนาระบบฐานข้อมูลบริการสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ คนไร้รัฐ และชาวต่างด้าว

คำสำคัญ: การบริการสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชนตามแนวชายแดน ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน

Health Care Services of the Community Hospital at border LAO, Burma, and Cambodia: When Becoming to Asean Economics Community in the Year 2015

Orathai Srithongtham* Supaporn Songpracha** Wisit Sanguanwongwan*** and
Suwaree Charoenmukayananta****

Abstract

This research was aims to study the situation of health care service, trend of problem and guide to problem solving when becoming AEC (Asean Economics Community), 2015. This survey research was mixed the quantitative and qualitative methods for collecting data from health care reports, in-depth interview 50 people and group interview 25 people. The study areas were community hospital: Border 1, Border 2, and Border 3. Data were analyzed by descriptive statistic and content analysis.

The burden of financial for health care service from 2010 to 2012; Border 2 hospital, health care services for Lao people (20%), the expense was 1.5-2.2 million Baht. Border 3 hospital, health care services for Cambodian people (40-50%), the expense was 0.73-1.11 million Baht. Border 1 hospital, health care services for Burmese

* The Office of Disease Prevention and Control Region 7th Ubon Ratchathani,
Muang District, Ubon Ratchathani 34000 Thailand,
E-mail: tutuubon102@gmail.com

** Mahidol University, Phuttamonthon District, Nakhon Pathom 73170 THAILAND
E-mail: su99song@gmail.com

**** Sanpasittiprasong hospital, Muang District, Ubon Ratchathani 34000 THAILAND
E-mail: wisitws@hotmail.com

**** Sanpasittiprasong hospital, Muang District, Ubon Ratchathani 34000 THAILAND
E-mail: suwaree711@hotmail.com

people (40-50%), the expense was 0.73-1.11 million Baht. The most expense of health care service was from the in-patient department. When becoming to AEC trend of the problem were high amount of trans-national migrants. The impact to three hospitals were high burden of financial and health care service, poaching of essential public health resource, new-emerge and re-emerge of communicable disease, areas limitation for health care services, and brain drain of public health personnel to private sector, both at provincial level and at national level. All issues were led to health service system of Thailand and health status of Thai people. It should be setting the strategy of AEC's health system at nearby country, concern with the trans-national migrants, and develop the data system of health service of trans-national migrant.

Keywords: Health Care Service, Community Hospital at Border Area, Asean Economics Community

บทนำ (Introduction)

ปัญหาที่ประเทศไทยต้องอาศัยแรงงานข้ามชาติเนื่องจากคนไทยปฏิเสธลักษณะงานสามอย่าง คือ งานที่ย่งยาก งานที่เสี่ยงอันตราย และงานที่เป็นงานสกปรก ส่วนปัจจัยที่ทำให้แรงงานข้ามชาติมาขายแรงงานในประเทศไทย ด้านปัจจัยหลัก คือ ต้องการหาเงินเพื่อสร้างอนาคตครอบครัวที่ดี และปัจจัยดึงดูด คือ การมีงานหลายอย่างที่ทำให้ทำซึ่งคนไทยมักไม่ต้องการทำ เช่น งานก่อสร้าง งานโรงงาน การเป็นแรงงานเกษตรกรรม การประมง และแรงงานขนส่งสินค้า (Phamit, 2005) จากรายงานจำนวนแรงงานข้ามชาติรวมทั้งจดทะเบียนและไม่จดทะเบียนมีขึ้นทุกปีเมื่อพิจารณาย้อนหลังสามปี คือ ปี 2548-2550 มีจำนวน 1,512,587 คน 1,773,349 คน และ 1,800,000 คน ตามลำดับ หากมองเป็นสัดส่วนแรงงานข้ามชาติที่ลงทะเบียนและไม่ลงทะเบียนพบว่า สัดส่วนลดน้อยลงตั้งแต่ปี 2547-2550 โดยมีสัดส่วนเป็น 85, 47, 38, และ 30 ตามลำดับ (Srithamrongsawat, Samrit and et al., 2009: 18) แรงงานเหล่านี้ล้วนต้องการบริการสุขภาพขณะที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย

นอกเหนือจากแรงงานแล้ว กลุ่มชาวบ้านที่อาศัยอยู่ตามแนวชายแดน ต่างก็เดินทางมารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชนฝั่งประเทศไทย ส่วนใหญ่ไม่สามารถจ่ายค่าบริการสุขภาพได้ทั้งหมด โรงพยาบาลชุมชนตามแนวชายแดนต้องประสบกับปัญหารับภาระงานบริการสุขภาพ ทั้งด้านการเงินและภาระงานที่เพิ่มขึ้น ดังผลการประชุม คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพระหว่างประเทศ (Ministry of Public Health, 2012) เพื่อระดมสมองหาทางออกที่เหมาะสมให้กับระบบสุขภาพของไทยในสถานการณ์ที่มีแรงงานข้ามชาติเพิ่มขึ้นในระบบสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่โรงพยาบาลตามแนวชายแดน มีโครงสร้างอัตรากำลังเพื่อรองรับผู้บริการเฉพาะคนไทยเท่านั้น หลายโรงพยาบาลจึงแบกรับภาระงานบริการนอกเหนือจากภาระเงินที่ชาวต่างชาติและกลุ่มแรงงานข้ามชาติไม่สามารถจ่ายค่าบริการได้ รวมถึงโรงพยาบาลประจำจังหวัดในพื้นที่ชายแดน ต้องรองรับการส่งต่อคนไข้หนักจากโรงพยาบาลชุมชนตามแนวชายแดน รวมถึงกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ทำงานในตัวจังหวัด

ภาระจากงานบริการ ทั้งภาระทางการเงิน และภาระการบริการ โรงพยาบาลไม่ได้รับการชดเชยจากกระทรวงสาธารณสุข หรือระบบประกันสุขภาพใด ในขณะที่โรงพยาบาลของรัฐเป็นหน่วยงานที่ไม่เน้นผลกำไร และไม่สามารถปฏิเสธการรักษาด้วยเหตุผลทางสิทธิมนุษยชนในการเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย หลายโรงพยาบาลอยู่ในสภาวะแบกรับภาระทางการเงินจนเกิดปัญหาอย่างรุนแรง ซึ่งหากมีการรวมเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ในปี 2558 ที่มีการเคลื่อนย้ายเสรีห้าประการ (Ministry of Commerce, 2013) และการเคลื่อนย้ายเสรีที่มีผลต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศคือการเคลื่อนย้ายแรงงานมีฝีมือแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาล การเคลื่อนย้ายบริการด้านสุขภาพ และการลงทุนด้านบริการสุขภาพ สิ่งเหล่านี้ต่างก็มีผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพไทย รวมถึงการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชนตามแนวชายแดนเช่นเดียวกัน ซึ่งหากมีการก้าวสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในปี 2558 แล้วการให้บริการสุขภาพ แนวโน้มปัญหา และแนวทางการจัดการปัญหา ของโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย

ที่ตั้งอยู่ ตามแนวชายแดนประเทศลาว พม่า และกัมพูชา จะเป็นอย่างไร ในการศึกษาครั้งนี้จะช่วยเป็นฐานข้อมูลในการนำเสนอเชิงนโยบายเพื่อหาความร่วมมือในการจัดการปัญหาาระบบสุขภาพระหว่างประเทศ

วัตถุประสงค์ (Objective)

เพื่อศึกษาสถานการณ์การให้บริการสุขภาพ และ แนวโน้มปัญหาและแนวทางการจัดการปัญหา การให้บริการสุขภาพแก่แรงงานข้ามชาติหรือผู้รับบริการที่ไม่มีสัญชาติไทย ทั้งในกลุ่มลักลอบเข้าเมือง เพื่อมาใช้แรงงานและเข้ามารับบริการในโรงพยาบาลในสังกัดของรัฐ หากมีการรวมเป็นกลุ่มประเทศประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในปี 2558

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Literature Review)

แรงงานข้ามชาติ การย้ายถิ่นผลกระทบต่อสุขภาพ แรงงานข้ามชาติจัดเป็นหนึ่งในประเภทคนข้ามชาติ (Transnational people) ซึ่งหมายถึง บุคคลที่เดินทางข้ามพรมแดนจากประเทศหนึ่งไปยังอีกประเทศหนึ่ง และบุคคลไร้สัญชาติ ซึ่งจะกลายเป็นประชากรต่างชาติในประเทศปลายทาง (Atchawanichkul, Kritya et al., 2005) การย้ายถิ่นของประชากรส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เนื่องจากการย้ายถิ่นอาจเป็นการแพร่เชื้อหรือนำเชื้อโรคภัยไข้เจ็บจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่งได้ ทำให้การระบาดของโรคเป็นไปอย่างแพร่หลายได้ง่าย ถ้าผู้ย้ายถิ่นเป็นโรคอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น การคำนึงถึงโรคประจำท้องถิ่นของผู้อพยพที่ไม่เคยพบในประเทศปลายทาง ส่วนผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ย้ายถิ่นมาน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับถิ่นที่อยู่ใหม่นั้นมีสภาพแวดล้อม การให้บริการสาธารณสุข และความเพียงพอของบริการสาธารณสุขใด (Srithongtham, Orathai, 2005)

ระบบสุขภาพตามแนวชายแดนประเทศไทยและการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อระบบบริการสุขภาพ การรักษายาบาลข้ามชาติตามแนวชายแดน ในด้านความร่วมมือด้านสาธารณสุขระหว่างไทยกับพม่า ลาว และกัมพูชา พบว่า มีความร่วมมือด้านสาธารณสุข และการให้บริการสุขภาพระหว่างประเทศตามแนวชายแดนระหว่างประเทศมีมานานโดยเฉพาะในระดับพื้นที่ และมีความพยายามสร้างความร่วมมือในรูปของข้อตกลงด้านสุขภาพในประเด็นต่าง ๆ พบว่า รูปธรรมของความร่วมมือในเชิงปฏิบัติการกับประเทศลาวและกัมพูชา มีมากกว่ากับประเทศพม่า เห็นได้จากการมีหน่วยบริการสุขภาพที่สนับสนุนโดยรัฐบาลไทย ในประเทศลาวและกัมพูชา ในขณะที่ประเทศพม่ายังไม่มีเป็นรูปธรรม ถึงแม้ว่าจะมีการลงนามความร่วมมือทางด้านสุขภาพระหว่างประเทศหลายครั้งก็ตาม (Ministry of Public Health, 2013) ภายในประเทศไทยเอง ได้มีการจัดทำแผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนาสาธารณสุขชายแดน ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2555-2559 โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดที่มีอาณาเขตติดต่อกับประเทศพม่า ลาว กัมพูชา และมาเลเซีย รวม 31 จังหวัด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนในพื้นที่ชายแดนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยการพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุข การส่งเสริมบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน และการส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีในทุกระดับ (Ministry of Public Health, 2011) อย่างไรก็ตาม

ก็ตาม โรงพยาบาลชุมชนตามแนวชายแดนของประเทศไทย ยังต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการให้บริการแก่แรงงานข้ามชาติและคนต่างชาติที่มารับบริการสุขภาพ กับโรงพยาบาลหากไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้เอง โรงพยาบาลต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายโดยไม่มียกประมาณจัดสรรเพื่อรองรับสถานการณ์เหล่านี้ และหากมีการนำประเทศเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ในปี ค.ศ. 2015 หรือ พ.ศ. 2558 มีการเปิดเสรีที่สำคัญ 5 ประการ คือ การเปิดเสรีทางการค้าและเศรษฐกิจอาเซียน โดยเฉพาะการเคลื่อนย้ายแรงงานฝีมือที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ คือ แรงงานฝีมือแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาล และระบบบริการสุขภาพ รวมถึงการลงทุนที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ โรคติดต่อ รวมถึงเรื่องยาเสพติดและภัยพิบัติ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน (สถาบันการศึกษา และสถานพยาบาล ถือเป็นการบริการ) การเปิดเสรีด้านลงทุน การเปิดเสรีด้านเงินทุน และการเคลื่อนย้ายแรงงานฝีมืออย่างเสรี (Ministry of Commerce, 2013) ซึ่งสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้จะส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชนตามแนวชายแดนของประเทศไทยมากขึ้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับแรงงานข้ามชาติที่มีประเด็นด้านสุขภาพร่วมด้วย ส่วนใหญ่จะเน้นเรื่องการให้บริการสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ (Panpung, Sureeporn et al., 2005; Holanyong, Jaramporn and Kittisuksatit, Sirinan, 2012) พฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ (Nucharee Srivirojana and Sureeporn Punpuing, 2009) การศึกษาผลกระทบจากการรับบริการของแรงงานข้ามชาติที่อาจมีผลต่อการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลในถิ่นปลายทาง (Hargreaves et al., 2006) พื้นที่ที่ทำการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นจังหวัดที่มีแรงงานข้ามชาติมาก และเลือกเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลมีเพียงการศึกษา เรื่องภาระค่าใช้จ่ายการให้บริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ (Srithamrongsawat, Samrit, et al., 2009) ที่ทำการศึกษาในพื้นที่ที่มีองค์กรพัฒนาเอกชนและองค์กรพัฒนาระหว่างประเทศให้การสนับสนุน รวมทั้งการตั้งอาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นแรงงานข้ามชาติ ซึ่งโครงการวิจัยที่น่าสนใจจังหวัดในพื้นที่ที่แรงงานส่วนใหญ่ไปเข้าเฝ้ากลับ รวมทั้งเป็นพื้นที่ที่ประชาชนจากประเทศเพื่อนบ้านสามารถข้ามมารับบริการสุขภาพได้สะดวก และเป็นจังหวัดที่ไม่มี/ไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณให้กับโรงพยาบาลจากการให้บริการสุขภาพกับชาวต่างชาติหรือแรงงานข้ามชาติ พื้นที่ที่เลือกศึกษาคั้งนี้จึงเป็นพื้นที่ที่ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลโดยไม่มียกขดเชยหรือสนับสนุนฐานะทางการเงินของโรงพยาบาล ซึ่งในอนาคตหากมีการรวมเป็นภูมิภาคเดียวกันแล้วผลงานวิจัยครั้งนี้จะสามารถนำไปใช้เป็นฐานข้อมูลภาระการให้บริการสุขภาพระหว่างประเทศเพื่อผู้กำหนดนโยบายด้านสุขภาพระหว่างประเทศ

ระเบียบวิธีวิจัย (Methodology)

การศึกษาคั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจเก็บข้อมูลด้วยวิธีการเชิงปริมาณและคุณภาพ

พื้นที่ศึกษา เลือกจากจังหวัดที่มีพื้นที่ติดชายแดนประเทศพม่า กัมพูชา และลาว ที่ประชาชนสามารถข้ามพรมแดนมารับบริการสุขภาพกับโรงพยาบาลของรัฐในประเทศไทยได้สะดวก โดยเลือกตัวแทน

โรงพยาบาลชุมชนสามแห่ง คือ โรงพยาบาลชายแดน 2 จังหวัดอุบลราชธานี มีชายแดนติดกับประเทศลาว โรงพยาบาลชายแดน 3 จังหวัดตราด มีชายแดนติดกับประเทศกัมพูชา และโรงพยาบาลชายแดน 1 จังหวัดเชียงราย มีชายแดนติดกับประเทศพม่า

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่มหลัก คือ กลุ่มตัวอย่างจากระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งสิ้นจำนวน 50 คน แบ่งเป็น กลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเชิงนโยบายด้านการเงินและการให้บริการสุขภาพ มีสองระดับ คือ ระดับกระทรวง 2 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขและกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และตัวแทน สำนักงานประกันสังคม 1 คน ระดับจังหวัด แบ่งเป็น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด 3 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ตัวแทน 3 คน ผู้ปฏิบัติงานให้บริการแก่กลุ่มแรงงานข้ามชาติทั้งในระดับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลจำนวน 41 คน และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่มารับบริการในโรงพยาบาลที่ศึกษา จำนวน 3 กลุ่ม ๆ ละ 6-8 คน/หน่วยบริการ รวมทั้งสิ้นจำนวน 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบฟอร์ม สํารวจข้อมูลสถานะทางการเงินของโรงพยาบาล และแบบฟอร์ม สํารวจข้อมูลภาระงานบริการในแผนผู้ป่วยของโรงพยาบาล และแบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง จำนวน 5 ฉบับ คือ 1) แบบสัมภาษณ์ผู้บริหารระดับกระทรวง 2) แบบสัมภาษณ์ผู้บริหารจากสำนักงานประกันสังคม 3) แบบสัมภาษณ์กลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาลประจำจังหวัด และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และ 4) แบบสัมภาษณ์กลุ่มผู้ปฏิบัติในการให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาล และ 5) แบบสัมภาษณ์กลุ่มกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่มารับบริการ **วิธีการเก็บข้อมูลจากการศึกษาข้อมูลเอกสาร** ตามแบบฟอร์มที่สร้างขึ้น การสัมภาษณ์เจาะลึก และสัมภาษณ์กลุ่ม แบบสัมภาษณ์มี 5 แต่ที่บรรยาย 4 แบบ

การควบคุมคุณภาพของการศึกษา การควบคุมคุณภาพการศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการตามข้อเสนอของ Guba & Lincoln (1981) ในการควบคุมความเข้มงวดของการวิจัยเชิงคุณภาพประกอบด้วย ความน่าเชื่อถือ ความเหมาะสม ความสามารถในการตรวจสอบและความสามารถในการยืนยันข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ทำการวิเคราะห์จัดกลุ่มข้อมูลตามประเด็น ภาระงานบริการสุขภาพ และแนวโน้มของปัญหาหากมีการรวมเป็นภูมิภาคเดียวกันของอาเซียน

ผลการศึกษา (Research Result)¹

สถานการณ์ทางการเงินของโรงพยาบาล

“โรงพยาบาลชุมชนต้องแบกรับค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มแรงงานข้ามชาติ และชาวต่างชาติ ด้วยเงินบำรุงของโรงพยาบาล โดยไม่มีงบประมาณสนับสนุนจากส่วนกลาง ทำให้สถานะเงินบำรุงโรงพยาบาลมีปัญหาขาดดุล”...(ตัวแทนโรงพยาบาลชุมชน)

¹ ข้อมูลวิเคราะห์มาจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและตัวแทนผู้ให้บริการในโรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษา โรงพยาบาลประจำจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตัวแทนผู้กำหนดนโยบายด้านสุขภาพระหว่างประเทศกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานประกันสังคม และตัวแทนกลุ่มแรงงานต่างที่รับบริการสุขภาพ

สถานการณ์ปัญหาภาระการให้บริการและภาระทางการเงินจากการให้บริการแก่แรงงานข้ามชาติ โรงพยาบาลชายแดน 2 แกรับภาระค่าใช้จ่ายจากการเรียกเก็บไม่ได้มีเพิ่มสูงขึ้นจากปีงบประมาณ 2552 รับภาระ 1.5 ล้านบาท เป็น 2.1 ล้านบาท ในปี 2554 ทำให้ภาพรวมสถานะทางการเงินโรงพยาบาลมีรายจ่ายมากกว่า รายรับเพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ 2552 จำนวน 2.8 ล้านบาท เป็น 7.7 ล้านบาท และ 8.2 ล้านบาท ในปีงบประมาณ 2553-2554 โดยภาระทางการเงินเกิดจากการให้บริการผู้ป่วยในที่มีโรคเรื้อรังด้วยอาการหนัก และจำเป็นต้องนอนรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง แม้ว่า จำนวนผู้มารับบริการชาวลาวยังไม่มากนัก โรงพยาบาลชายแดน 3 แกรับภาระค่ารักษาพยาบาลอยู่ใน ช่วง 7.2 แสนบาท 1.3 ล้านบาท ระหว่างปีงบประมาณ 2552-2554 และเป็นค่ารักษาพยาบาลในแผนก ผู้ป่วยในมากกว่าในแผนกผู้ป่วยนอกทุกปี หากพิจารณาภาพรวมรายรับและรายจ่ายของโรงพยาบาล ในช่วงปีงบประมาณ 2550-2553 พบว่า สถานะทางการเงินไม่มีปัญหา เนื่องจากโรงพยาบาลได้รับงบชดเชย ในพื้นที่ที่มีแรงงานข้ามชาติมารับบริการเข้ามาช่วย แต่ในปีงบประมาณ 2554 จำนวนงบชดเชยลดลง อย่างมาก ทำให้มีรายจ่ายมากกว่ารายรับ 2.2 ล้านบาท หากพิจารณาที่ปริมาณผู้มารับบริการ พบว่า ทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในผู้มารับบริการชาวกลุ่มพม่าร้อยละ 40-50 โดยประมาณของผู้มารับบริการ ทั้งหมด โดยเฉพาะผู้ป่วยใน ในแผนกสูติกรรมมีถึงร้อยละ 60-70 ของผู้มารับบริการทั้งหมด โรงพยาบาล ชายแดน 1 แกรับภาระค่ารักษาพยาบาล ประมาณ 4-7 แสนบาทต่อปี และเป็นค่ารักษาพยาบาลในแผนก ผู้ป่วยในมากกว่าแผนกผู้ป่วยนอก แต่เมื่อพิจารณาภาพรวมรายรับรายจ่ายของโรงพยาบาล พบว่า สถานะ ทางการเงินของโรงพยาบาลไม่มีปัญหาและมีรายรับมากกว่ารายจ่ายทุกปี แต่เมื่อพิจารณาภาระงานบริการ พบว่า ในแผนกผู้ป่วยในที่มีผู้รับบริการเป็นชาวพม่าโดยประมาณ ร้อยละ 50 ของผู้มารับบริการทั้งหมด ส่วนในแผนกผู้ป่วยนอกโดยเฉพาะงานบริการอนามัยแม่และเด็ก กว่าร้อยละ 70-90 เป็นผู้มารับบริการ ที่ไม่ใช่ชาวไทย ส่วนในแผนกผู้ป่วยนอกทั่วไปพบเป็นชาวพม่าโดยประมาณ ร้อยละ 40-50 ของผู้มารับ บริการทั้งหมด (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ภาระงานบริการผู้ป่วยชาวต่างชาติและแรงงานข้ามชาติของโรงพยาบาลชายแดน 1 โรงพยาบาล ชายแดน 2 และโรงพยาบาลชายแดน 3

Table 1: The Burden of Health Care Service for Trans-national Migrant of the Hospital Border 1, Hospital Border 2, and Hospital Border 3

โรงพยาบาลชุมชน	ค่ารักษาที่ไม่สามารถจ่ายได้ (ล้านบาท)			ความแตกต่างระหว่างรับได้ และรายจ่าย (ล้านบาท)			จำนวนผู้ป่วยชาวต่างชาติ ที่มารับบริการ (คน)		
	2552	2553	2554	2552	2553	2554	2552	2553	2554
ชายแดน 1 ขนาด 90 เตียง	0.47	0.76	0.47	47.6	40.8	51.6	195,343	218,126	231,751
ชายแดน 2 ขนาด 60 เตียง	1.5	2.1	2.2	-2.8	-7.7	-8.2	140,975	156,483	153,500
ชายแดน 3 ขนาด 30 เตียง	1.11	1.3	0.73	5.2	0.74	-2.2	62,955	42,125	55,749

สถานการณ์การให้บริการสุขภาพ

“ผู้มารับบริการที่เป็นภาระเป็นกลุ่มอนามัยแม่และเด็ก และผู้ป่วยหนักมาด้วยอาการรุนแรง” ...
(ตัวแทนโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลประจำจังหวัด)

ปัญหาสำคัญที่เป็นผลจากการให้บริการสุขภาพแก่กลุ่มแรงงานข้ามชาติและคนต่างด้าวที่ไม่มีสิทธิในการรักษาพยาบาล ได้แก่ ปัญหาการให้บริการในแผนกส่งเสริมสุขภาพที่มีผู้มารับบริการจำนวนมาก ปัญหาเรื่องการใช้เวลาในการให้บริการมากกว่าคนไทย ปัญหาด้านการสื่อสารระหว่างแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล กับผู้มารับบริการ และปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยทั้งการส่งต่อผู้ป่วยภายในประเทศไทย และการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ในโรงพยาบาลชุมชนตามแนวชายแดนที่มีเส้นทางคมนาคมระหว่างประเทศสะดวก มีถนนเชื่อมถึงกัน ผนวกกับการมีเส้นทางอื่น ๆ นอกเหนือจากเส้นทางหลักที่สามารถข้ามฝั่งมารับบริการกับสถานบริการในเครือข่ายของโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทยได้โดยตรง เช่น โรงพยาบาลชายแดน 3 ที่มีเส้นทางเชื่อมกับจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชา และโรงพยาบาลชายแดน 1 ที่มีเส้นทางเชื่อมกับเมืองท่าขี้เหล็กประเทศพม่า ส่งผลให้ทั้งสองพื้นที่จึงมีรูปแบบของผู้มารับบริการและปัญหาภาระจากการให้บริการมีความคล้ายคลึงกัน โดยเฉพาะผู้มารับบริการในกลุ่มอนามัยแม่และเด็ก ที่ข้ามฝั่งมาคลอดและรับวัคซีนจากโรงพยาบาลฝั่งประเทศไทย เช่น ในโรงพยาบาลชายแดน 1 ในแผนกห้องคลอด งานส่งเสริมสุขภาพ และงานอนามัยแม่และเด็ก ที่มีผู้มารับบริการเป็นกลุ่มแรงงานข้ามชาติและชาวต่างด้าวร้อยละ 70-80 ในคลินิกส่งเสริมสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก ภาระงานบริการที่เพิ่มมากขึ้นนี้เองทำให้โรงพยาบาลชายแดน 1 ต้องขยายเวลาและจำนวนวันที่ให้บริการเพิ่มขึ้น จากเดิมที่เคยให้บริการอาทิตย์ละหนึ่งวัน เพิ่มเป็นให้บริการเป็นอาทิตย์ละสองวัน ในขณะที่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการยังมีเท่าเดิม นอกจากนี้ในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ผู้มารับบริการต่างด้าวคิดเป็น ร้อยละ 40-50 ของผู้มารับบริการทั้งหมดเช่นเดียวกับโรงพยาบาลชายแดน 3 ปัญหาภาระงานบริการที่เพิ่มขึ้นทำให้เจ้าหน้าที่ลาออกหรือขอย้ายบ่อย ทั้งภาระงานในคลินิกบริการและภาระงานการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ รวมถึงปัญหาการส่งต่อผู้ป่วย ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งในการส่งต่อผู้ป่วยชาวกัมพูชาไปยังโรงพยาบาลตราด รวมถึงปัญหาความขัดแย้งในระดับผู้ปฏิบัติงาน จากการปฏิเสธไม่รับผู้ป่วยต่างด้าวที่ส่งต่อการรักษาจากโรงพยาบาลชายแดน 3

ส่วนโรงพยาบาลชายแดน 2 เป็นโรงพยาบาลที่ตั้งในพื้นที่ชายแดนที่ไม่มีถนนเป็นเส้นทางหลักเชื่อมต่อกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ส่งผลให้ผู้รับบริการชาวลาวและกลุ่มแรงงานชาวลาวที่ไร้สิทธิ เดินทางด้วยการข้ามแม่น้ำโขงเพื่อเข้ามามาทำงานและใช้แรงงานในประเทศไทย รวมถึงการข้ามมารับบริการสุขภาพ ด้วยการโดยสารเรือหางยาวซึ่งไม่สะดวกนักหากเปรียบเทียบกับชาวพม่าที่ข้ามจากด่านชายแดน 1 ที่จังหวัดเชียงราย และชาวกัมพูชาที่ข้ามจากด่านอำเภอชายแดน 3 จังหวัดตราด รูปแบบของภาระงานบริการจะแตกต่างจากโรงพยาบาลชายแดน 1 และโรงพยาบาลชายแดน 3 เนื่องจากผู้มารับบริการมักจะมาด้วยโรคที่หายากในไทย และมีอาการหนักโดยเฉพาะโรคไข้เลือดออก และมาลาเรีย ที่จำเป็นต้อง

นอนรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามาก โรงพยาบาลชายแดน 2 ต้องมีการเตรียมความพร้อมเพิ่มขึ้น ทั้งด้านอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ ความรู้และทักษะในการเตรียมรับการดูแลผู้ป่วยหนัก นอกเหนือจากภาระเรื่องค่าใช้จ่ายที่สูงหากผู้ป่วยไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ และการให้บริการที่ต้องใช้เวลามากขึ้นในการดูแลเนื่องจากปัญหาการสื่อสารและวัฒนธรรมบางเรื่องที่แตกต่างกัน และเป็นอุปสรรคต่อการรักษาผู้ป่วย ปัจจัยผลักดันที่สำคัญที่ชาวลาวและแรงงานชาวลาวต้องเข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลและคลินิกเอกชนฝั่งประเทศไทย คือ ความสะดวกในการเดินทางจากหมู่บ้านไปรับบริการที่โรงพยาบาลสองคอน ฝั่งลาว แม้ว่าจะระยะทางจะห่างจากชุมชนเพียง 20 กิโลเมตร แต่เส้นทางขรุขระไม่สะดวก และใช้เวลาเกือบชั่วโมงในการเดินทาง ในขณะที่หากเดินทางข้ามฝากด้วยเรือหางยาวมาฝั่งไทย จะใช้เวลาเพียง 10-15 นาทีเท่านั้น หรือหากเดินทางไปรับบริการที่สุทธาสาลาใกล้หมู่บ้าน ก็ไม่สามารถให้การรักษาได้ ทำให้เพียงบริการขั้นพื้นฐานเท่านั้น หากเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องการการรักษาเฉพาะทางและหรือซับซ้อน ต้องข้ามฝั่งมารับบริการที่ประเทศไทยสะดวกกว่า

แนวโน้มปัญหาและแนวทางการจัดการปัญหาเมื่อมีการรวมเป็นกลุ่มประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ในปี 2015

การวิเคราะห์แนวโน้มและผลกระทบระบบบริการสุขภาพในการวิเคราะห์ประเด็นแนวโน้มผลกระทบด้านระบบบริการสุขภาพในครั้งนี้มีสามประเด็น คือ การเคลื่อนย้ายแรงงาน ระบบบริการสุขภาพ และโรคติดต่อและโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ ดังนี้

1) กลุ่มแรงงานข้ามชาติ ในพื้นที่ศึกษาภาพรวมของกลุ่มแรงงาน เมื่อก้าวสู่ประชาคมอาเซียน ในปี 2558 ในระยะแรกจะไม่มีเปลี่ยนแปลงจำนวนมากนักเนื่องจากส่วนใหญ่เป็นกลุ่มแรงงานไร้ฝีมือที่ใช้แรงงานในภาคเกษตร ประมง และภาคบริการในร้านอาหารในตัวเมือง อย่างไรก็ตาม ทุกพื้นที่ต่างมองเห็นความสำคัญจำเป็นของกลุ่มแรงงานเหล่านี้ต่อการกระตุ้นเศรษฐกิจของพื้นที่ ดังที่ในอำเภอชายแดน 2 แรงงานและชาวลาวที่ข้ามฝั่งมาที่อำเภอชายแดน 2 ต่างก็มีส่วนสำคัญในการช่วยกระตุ้นเศรษฐกิจภายในตัวอำเภอเอง และช่วยเป็นแรงงานในภาคเกษตรกรให้กับคนไทย ส่วนแรงงานที่ขึ้นทะเบียน ถือเป็นกลุ่มที่เป็นรายได้ของโรงพยาบาลที่ให้บริการด้านสุขภาพเช่นเดียวกับอำเภอชายแดน 1 และในตัวจังหวัดเชียงราย มองว่า ในด้านการพึ่งแรงงานต่างชาติชาวม้ง ยังมีความจำเป็น โดยมองว่าหากประเทศไทยขาดแรงงานข้ามชาติอาจส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ ประเทศไทยต้องพึ่งแรงงานพม่าเรื่องเศรษฐกิจทั้งในตัวอำเภอชายแดน 1 การใช้แรงงานในโรงงานและสวนลิ้นจี่ ล้วนเป็นแรงงานจากพม่าทั้งสิ้น ในตัวจังหวัดจะเห็นว่าแรงงานชาวม้งก็มีความสำคัญในการใช้แรงงานที่คนไทยไม่ทำ เช่น ร้านอาหาร ในตัวจังหวัดและห้างสรรพสินค้าขนาดใหญ่ เป็นต้น ส่วนในอำเภอชายแดน 3 และตัวจังหวัดตราดเอง แรงงานชาวกัมพูชาเข้ามาใช้แรงงานเป็นลูกเรือประมง บางส่วนเป็นแรงงานในสวนผลไม้ รวมทั้งเป็นลูกจ้างในตลาดร้านค้า ซึ่งเป็นงานที่คนไทยส่วนใหญ่ไม่ทำเช่นเดียวกัน แรงงานข้ามชาติเหล่านี้จึงเป็นแรงงานที่เข้ามาทดแทนงานที่คนไทยปฏิเสธ แต่สำคัญและจำเป็นต่อระบบเศรษฐกิจท้องถิ่นทั้งสิ้น อย่างไรก็ตาม แนวโน้มของการข้ามฝั่ง

ของกลุ่มแรงงานจะมีมากขึ้น รวมหมายถึงจำนวนผู้มารับบริการสุขภาพในฝั่งประเทศไทยจะมีมากขึ้นเช่นกัน ทั้งนี้ จะแตกต่างกันตามสภาพพื้นที่

2) ระบบบริการสุขภาพ การก้าวสู่ประชาคมอาเซียน ในปี 2558 ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ คือ การเคลื่อนย้ายกลุ่มแรงงานมีฝีมือ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาล และประเด็นระบบบริการสุขภาพ และหรือการลงทุนด้านบริการสุขภาพ และจำนวนกลุ่มแรงงานข้ามชาติลาว พม่า และกัมพูชา ที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย ซึ่งต่างก็มีผลกระทบต่อการให้บริการสุขภาพของประเทศไทย โดยเฉพาะโรงพยาบาลของรัฐในพื้นที่ตะเข็บชายแดนต้องแบกรับกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการจ่ายค่าบริการ นอกเหนือจากการแบกรับภาระงานบริการที่เพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ ภาพรวมผลกระทบมีทั้งส่วนเหมือนและส่วนต่าง ดังนี้

ในโรงพยาบาลชายแดน 2 เห็นว่าการเชื่อมโยงภูมิภาคอาเซียนส่งผลกระทบไม่มากต่อจำนวนการใช้บริการ เพราะผู้ป่วยที่มากเป็นกลุ่มเดิมคือแรงงานในภาคเกษตร ส่วนคนทำงานในโรงพยาบาลก็คงไม่มีคนข้ามพรมแดนไปทำงานที่ประเทศลาว และคงไม่มีคนลาวเข้ามาเป็นบุคลากรในโรงพยาบาลเนื่องจากต้องผ่านระบบสอบคัดเลือกมาจากส่วนกลาง แต่ควรนำแนวคิดเรื่องบัตรประกันสุขภาพของคนต่างชาติที่เข้ามาในประเทศไทย หรือการมีกองทุนสุขภาพร่วมระหว่างประเทศอาเซียนเข้ามาใช้ ร่วมกับการสร้างและพัฒนาเครือข่ายในด้านการรักษาและการส่งต่อในจังหวัดที่ติดชายแดน โดยให้โรงพยาบาลจังหวัด หรือโรงพยาบาลศูนย์ที่อยู่ในตัวเมืองเป็นแม่ข่าย เปิดบริการเชิงรุกร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ติดชายแดน รองรับผู้ป่วยที่ข้ามพรมแดนมาใช้บริการ รวมถึงแรงงานข้ามชาติที่ทำงานในพื้นที่ชายแดน และสามารถส่งต่อกลับไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายทั้งในประเทศและประเทศเพื่อนบ้านได้โดยตรง

ในโรงพยาบาลชายแดน 1 นั้น ต้องรับภาระงานบริการเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิม เนื่องจากความแตกต่างเรื่องความพร้อมในการให้บริการด้านสุขภาพระหว่างโรงพยาบาลในฝั่งพม่ากับโรงพยาบาลในฝั่งประเทศไทย จะผลักดันให้ชาวพม่าเข้ามารับบริการมากขึ้น ทำให้เพิ่มภาระงานที่มีมากอยู่แล้วให้มากยิ่งขึ้น ความยากในการจัดการปัญหาระบบบริการมีมากขึ้น เพราะที่เป็นปัญหาอยู่ก็ยังไม่แก้ไขไม่ได้โดยเฉพาะภาระเรื่องงานบริการ เนื่องจากการให้บริการนั้นไม่ได้มองเรื่องเงินเป็นหลัก แต่มองเห็นเรื่องภาระงานบริการเป็นหลัก อย่างไรก็ตาม ผู้รับบริการที่มีเงินจะไปรับบริการที่โรงพยาบาลเอกชนและหรือคลินิกเอกชน แต่ผู้มีรายได้น้อยจะมารับบริการโรงพยาบาลรัฐ ซึ่งต้องรับภาระหนักด้วยการให้บริการโดยใช้หลักมนุษยธรรม ทำให้โรงพยาบาลเชิงรายได้รองรับการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชายแดน 1 ต้องแบกรับค่ารักษาพยาบาลมากขึ้น หากมีการรวมเป็นภูมิภาคอาเซียน

ทั้งนี้ พื้นที่จังหวัดเชียงรายได้มีข้อเสนอแนวทางในการแก้ไขหากมีระบบการจัดการการเงินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศอาจช่วยได้โดยให้แต่ละประเทศควรมีระบบการจัดการด้านสุขภาพ เพื่อตามจ่ายค่าบริการสุขภาพ มีการจัดการในระดับภูมิภาคด้วยการจัดให้มีองค์กรดำเนินงานชัดเจน มีการสร้างแนวทางปฏิบัติที่เป็นข้อตกลงระหว่างกลุ่มประเทศอาเซียนด้วยกัน รูปแบบการช่วยเหลืออาจมีหลากหลาย ต้องมีแนวทางจัดการเชิงระบบระหว่างกลุ่มประเทศอาเซียนด้วยกันมีการสร้างข้อตกลงร่วมระหว่างกลุ่ม

ประเทศอาเซียน ควรมีการพูดคุยระหว่างประเทศเพื่อการเตรียมพร้อม เน้นความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน ทั้งกระทรวงแรงงาน และกระทรวงสาธารณสุขต้องร่วมมือกันดูแลแรงงานในโรงงานให้มีหลักประกันสุขภาพ และสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ เน้นความร่วมมือระหว่างกรม/กระทรวงและความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในพื้นที่ สิ่งที่สำคัญคือประเด็นสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ต้องชัดเจนในแนวทางปฏิบัติเป็น ภาพของอาเซียน ผนวกกับการพัฒนาคุณภาพระบบบริการแบบคู่ขนาน เนื่องจากโรงพยาบาลในฝั่งประเทศไทย เพียงด้านเดียวทำอะไรไม่ได้มากนัก เพราะปัญหาที่เผชิญอยู่ก็มีมากพอแล้ว พม่าต้องพัฒนาระบบบริการ ให้ดีขึ้นเพื่อให้บริการชาวพม่าไม่ต้องมารับบริการที่ฝั่งไทย นอกจากนี้ แนวทางการดำเนินงานเพื่อเตรียม รับในมุมมองของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ คือ จัดระบบโรงพยาบาลชุมชนให้สามารถเป็นกันชน แก่ผู้มารับบริการที่เป็นกลุ่มแรงงานข้ามชาติให้ดีขึ้น และยังถือเป็นข้อดีสำหรับผู้รับบริการต่างชาติ ไม่ต้อง ถูกส่งตัวเข้ามารับบริการในโรงพยาบาลเชียงรายต่างด้าวให้กับโรงพยาบาลเชียงราย ด้วยการเพิ่มหรือพัฒนา ศักยภาพ โรงพยาบาลชุมชนในเรื่องการรักษา

ในโรงพยาบาลชายแดน 3 และโรงพยาบาลตราด ซึ่งมีลักษณะพื้นที่ ลักษณะกลุ่มแรงงานและ จำนวนแรงงาน ตลอดจนเส้นทางการเข้ามาในประเทศไทย คล้ายคลึงกับโรงพยาบาลชายแดน 1 จังหวัด เชียงราย แตกต่างกันตรงที่สภาพเศรษฐกิจไม่เหมือนอำเภอชายแดน 1 จังหวัดเชียงราย มองว่าผลกระทบ จากการเปิดเสรีทางการค้า น่าจะเป็นลบต่อโรงพยาบาลตราด การคมนาคมที่สะดวกและจากการรวมกลุ่ม เป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ด้วยการเปิดเสรีในหลายด้าน เป็นเหตุผลหนึ่งด้านความสะดวกที่คนใช้ จากกัมพูชาเลือกที่จะเดินทางมารักษาที่โรงพยาบาลชายแดน 3 มากขึ้น เนื่องจากโรงพยาบาลในฝั่งประเทศ กัมพูชาซึ่งมีมาตรฐานสาธารณสุข ความพร้อม และศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ ที่ด้อยกว่า ประเทศไทย ทำให้ชาวกัมพูชาเดินทางมารักษาที่ประเทศไทยมากขึ้น หมายถึง จำนวนคนไข้ที่ส่งต่อเพื่อ รับการรักษาในโรงพยาบาลตราดมากขึ้น ผลกระทบที่ตามมา คือ ภาระที่โรงพยาบาลตราดและโรงพยาบาล ชายแดน 3 ต้องแบกรับมากขึ้น ทั้งด้านการเงินและภาระการให้บริการที่เพิ่มมากขึ้น แนวทางที่น่าจะทำได้ คือการขยายบริการให้สามารถรองรับจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้น แต่อย่างไรก็ดี ควรมีผู้บริหารระดับสูงแจ้ง ให้ทราบถึงทิศทางในการดำเนินงานที่ชัดเจน

จากสถานการณ์ที่กล่าวมา จะเห็นว่ามี ความแตกต่างของการจัดการปัญหา เพื่อรองรับการก้าวสู่ ประชาคมอาเซียนในแต่ละพื้นที่ ทั้งในภาพรวมของจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชนดำเนินการด้วยตัวเอง แต่ประเด็นร่วมในการจัดการปัญหาของทั้งสามพื้นที่ คือ การสร้างความร่วมมือด้านระบบสุขภาพใน ประชาคมอาเซียนในรูปแบบต่าง ๆ ดังที่ความเห็นจากระดับนโยบายส่วนกลางของประเทศเสนอว่า หลักการสำคัญในการจัดการปัญหาสาธารณสุขในภูมิภาคอาเซียน คือ การมองเห็นประโยชน์ที่จะได้รับการ พัฒนา ระบบสุขภาพร่วมกัน กล่าวคือ การมองเห็นประโยชน์ร่วมด้านระบบสุขภาพ การมีระบบประกันสุขภาพ การมีกองทุนสุขภาพระหว่างประเทศ และมีประเด็นร่วมด้านสุขภาพและปัญหาสุขภาพในภูมิภาค เพื่อนำไป สู่ภาวะสุขภาพที่ดีร่วมกันของประเทศสมาชิกภูมิภาคอาเซียน โดยกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพต้องเน้น การมีส่วนร่วม ตั้งแต่การกำหนดเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ การกำหนดยุทธศาสตร์ ในการจัดการปัญหา

ร่วมกัน พร้อม ๆ กับการเตรียมความพร้อมในเชิงโครงสร้างพื้นฐานของประเทศทั้งด้าน การเงิน กฎหมาย และระบบประกันสังคม เพื่อรองรับแนวทางการจัดการปัญหาร่วมกัน ทั้งนี้ การดำเนินงานเพื่อให้เกิด ประสิทธิภาพในทางปฏิบัติอย่างดียิ่งต้องดำเนินการพร้อม ๆ กันทั้งในระดับพื้นที่ และระดับภูมิภาค ในรูปแบบ ของการสร้างระบบประกันสุขภาพในระดับภูมิภาค

3) โรคติดต่อและโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่

โรคมาลาเรียและไข้เลือดออก เป็นปัญหาโรคติดต่อตามแนวชายแดนที่สำคัญและเป็นปัญหา มากน้อยตามสภาพพื้นที่ โดยในพื้นที่อำเภอชายแดน 2 ปัญหาโรคมาลาเรียจะหนักและรุนแรงกว่า เนื่องจากผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลชายแดน 2 มาด้วยอาการหนัก เช่น มาลาเรียขึ้นสมอง ซึ่งการรักษาต้องใช้เวลาและค่ารักษาพยาบาลสูง กรณีอำเภอชายแดน 1 นั้นโรคไข้เลือดออกเป็นปัญหา เพิ่มขึ้น มีการแพร่ระบาดไข้เลือดออกระหว่างพม่าและไทย ปัญหาหลัก คือ การป้องกันควบคุมได้ เฉพาะฝั่งไทยขณะที่ฝั่งพม่าไม่มีการดำเนินการควบคุมไข้เลือดออก เนื่องจากฝั่งพม่าไม่ให้ความร่วมมือใน การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก แม้ว่าเราจะเสนอตัวเข้าไปพนหมอกควัน เพื่อจัดการกับยุงพาหะนำโรค แต่ฝั่งพม่าไม่ให้ความร่วมมือ ทำให้โรคไข้เลือดออกและโรคติดต่ออื่น ๆ ยังเป็นปัญหาใหญ่ของพื้นที่อำเภอ ชายแดน 1 อย่างในปี 2554 ดังผู้ให้ข้อมูลรายงานว่า “คนไทยเป็นไข้เลือดออกในอำเภอชายแดน 1 ร้อยกว่า คน ส่วนพม่าป่วยสองร้อยกว่าคน” นอกจากนี้ ในมุมมองของผู้ป่วยต่างดาวที่มารับบริการมองว่ามาตรวจ เพื่อให้ดีขึ้นและอยู่ได้ แต่ไม่ได้ให้ความสำคัญว่าหากรักษาไม่ต่อเนื่องแล้วเชื้อโรคงยังอยู่ จะมีการแพร่ระบาด ไปให้ใคร หรือว่าจะมีปัญหาอะไรกระทบตามมา

เช่นเดียวกับอำเภอชายแดน 3 โรคไข้เลือดออก ยังมีอุบัติการณ์การเกิดโรคที่มีสาเหตุมาจาก กลุ่มแรงงานข้ามชาติชาวกัมพูชา และชาวกัมพูชาที่มารับบริการ ประกอบกับที่พักของกลุ่มแรงงานใน อำเภอชายแดน 3 อาศัยอยู่กันอย่างแออัด และเร่ร่อน ที่พักอาศัยอยู่ริมทะเลมีการสร้างส้วมแบบทิ้งสิ่งปฏิกูล ลงทะเล ถือเป็นแหล่งรังโรคติดต่อ ที่สำคัญ ส่งผลต่อภาระงานบริการของโรงพยาบาลไม่เพียงแต่เรื่อง การรักษาเท่านั้น เรื่องการควบคุมป้องกันโรคติดต่อก็เป็นภาระเช่นเดียวกัน ดังที่โรงพยาบาลชายแดน 3 ต้องใช้งบประมาณของโรงพยาบาลมาใช้ในการควบคุมโรคด้วยการจัดซื้อทรายอะแบทแจกตามบ้าน เพื่อ กำจัดลูกน้ำยุงลาย และการพนหมอกควันกำจัดยุงลายทุกบ้าน รวมทั้งแหล่งชุมชนของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ นอกจากนี้ สิ่งที่สำคัญต่อปัญหาการควบคุมโรค คือ การที่กลุ่มแรงงานข้ามชาติและชาวต่างชาติเข้ามา พักกับญาติ ระหว่างที่รอเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งหมายถึงอาจจะมีการแพร่ระบาดของโรค ไข้เลือดออกแล้วในชุมชน เช่นที่เกิดสถานการณ์ระบาดในไข้เลือดออกพื้นที่อำเภอชายแดน 1 ที่พบว่าสาเหตุ สำคัญเกิดจากแรงงานชาวพม่าที่มาพักในชุมชนระหว่างมารอรับการตรวจรักษา ในสถานบริการสุขภาพ ฝั่งประเทศไทยเป็นต้น

โรควัณโรค เป็นปัญหาร่วมในการป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดน ที่ไม่มีความแตกต่างกันทั้ง สามพื้นที่ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่เป็นวัณโรค ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่องด้วยข้อจำกัดทางการเงิน ความสะดวก

ในการมารับบริการ และความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรค การปฏิบัติตัว การรักษาและการกินยาอย่างต่อเนื่อง สิ่งที่เป็นผลกระทบตามมา คือ ผู้ป่วยกลับมารักษาที่โรงพยาบาลประเทศไทยด้วยอาการรุนแรงและกลายเป็น วัณโรคเชื้อดื้อยา การติดตามตัวผู้ป่วยเพื่อมารับการรักษาต่อเนื่องจึงเป็นปัญหาใหญ่กรณีเป็นชาวต่างด้าว ทั้งในเรื่องการติดตามผู้ป่วย และไม่สามารถหากกลุ่มเสี่ยงที่สัมผัสโรคมาตรวจ เพื่อจะทำการควบคุมการแพร่ กระจายของเชื้อวัณโรคได้ สิ่งที่เป็นประเด็นปัญหาสำคัญ คือ การแพร่ระบาดของโรควัณโรคตามแนว ชายแดน ในระหว่างที่ผู้ป่วยมาพักกับญาติ และหรือคนรู้จักในฝั่งประเทศไทยก่อนที่จะมารับบริการใน โรงพยาบาล รวมถึงการแพร่ระบาดโรคต่อผู้ให้บริการในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชายแดน 1 และโรงพยาบาลชายแดน 3 เนื่องจากผู้ป่วยที่มารับบริการ ส่วนใหญ่เป็นระยะแพร่และมีอาการรุนแรง คือ ผลการตรวจเสมหะเจอเชื้อสองบวกหรือสามบวก ซึ่งในโรงพยาบาลชายแดน 3 มีผู้ป่วยรายใหม่ 15-20 รายต่อปี

โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในพื้นที่ศึกษาทั้งสามจังหวัด ต่างมีปัญหาร่วมกันคือปัญหา เรื่องการรักษาซึ่งไม่มีงบประมาณสนับสนุนการรักษาในผู้ป่วยต่างด้าว แต่ไม่ได้หมายความว่าปัญหาเรื่อง โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หายไปหรือน้อยลง เห็นได้จากในพื้นที่ทั้งสามแห่งยังมีสถานบริการ ที่เป็นแหล่งแพร่โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งร้านอาหาร และร้านคาราโอเกะ ที่มีบริการ ทางเพศแอบแฝงไปกับการบริการเหล่านี้อยู่ทั้งสามจังหวัด ในส่วนของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นั้น จะเป็นบทบาทขององค์กรพัฒนาเอกชนเป็นหลัก เช่น องค์กรแชร์ ที่ดูแล ในพื้นที่อำเภอชายแดน 2 และจากมูลนิธิรักไทยหรือฟ้ามิตร ในพื้นที่อำเภอชายแดน 3 และพบว่า กลุ่ม ผู้ป่วยติดเชื้อส่วนใหญ่ ซึ่งไม่ต้องการให้ญาติพี่น้องรู้ว่าติดเชื้อ จึงมารักษาในประเทศไทย ส่วนในอำเภอ ชายแดน 1 นั้นจะมีสถานบริการที่มีแหล่งแพร่มากที่สุดแต่เนื่องจากสภาพเศรษฐกิจในพื้นที่ดี การมารับบริการ ส่วนใหญ่อยู่ที่สถานบริการเอกชนมากกว่าในโรงพยาบาล

โรคเท้าช้าง ถือเป็นโรคนำเข้าโดยกลุ่มแรงงานข้ามชาติชาวพม่า ที่พบในพื้นที่อำเภอชายแดน 1 มีสาเหตุมาจากกลุ่มแรงงานข้ามชาติพม่าที่ถูกขึ้นทะเบียนถูกต้องตามกฎหมาย ในปี 2554 พบ 11-12 ราย เนื่องจากในปี 2554 มีการเปิดการขึ้นทะเบียนให้กับแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาทำงานใหม่ในพื้นที่ และ ไม่พบว่ามีในพื้นที่อำเภอชายแดน 3 และอำเภอชายแดน 2

โรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ และโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่พบว่ามาใช้บริการกับ โรงพยาบาลในระดับตำบลและโรงพยาบาลอำเภอ โดยการมารับยาต่อเนื่องกับสถานบริการฝั่งไทย โดยเฉพาะ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ในเครือข่ายของโรงพยาบาลชายแดน 3 และโรงพยาบาลชายแดน 1 จนเป็นภาระด้านการเงินแก่โรงพยาบาลแม่ข่าย คือ โรงพยาบาลชายแดน 1 และโรงพยาบาลชายแดน 3 ต้องให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ส่วนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในเครือข่ายโรงพยาบาล ชายแดน 2 พบน้อยมาก แห่งละรายสองรายหรือไม่มารับบริการเลย

งานอนามัยแม่และเด็ก หมายถึง การดูแลก่อนคลอด ขณะคลอดและหลังคลอด ถือเป็นภาระงานบริการมากเป็นอันดับต้น ๆ ของโรงพยาบาลชายแดน 1 และโรงพยาบาลชายแดน 3 โดยในโรงพยาบาลชายแดน 1 แผนกผู้ป่วยในที่มีแรงงานข้ามชาติมารับบริการ คือ ตักผู้ป่วยหลังคลอดผู้ป่วยเด็ก ส่วนในแผนกผู้ป่วยนอก คือ งานสร้างเสริมสุขภาพโดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก กว่าครึ่งเป็นผู้มารับบริการจากพม่า ที่มารับบริการ การตรวจและฝากครรภ์ การวางแผนครอบครัว และการมารับวัคซีนในเด็กเล็ก ผู้รับบริการกว่าครึ่งมาจากพม่า ร้อยละ 30 เป็นชาวต่างชาติที่อยู่ในฝั่งไทยและแรงงานถูกกฎหมายเหลือคนไทยจริง ๆ ประมาณร้อยละ 20 เช่นเดียวกับโรงพยาบาลชายแดน 3 เนื่องจากผู้หญิงชาวกัมพูชาที่ไม่ได้เป็นแรงงาน แต่เป็นผู้ติดตาม จะเข้ารับบริการในโรงพยาบาล ด้วยเรื่อง การฝากครรภ์และการคลอดเป็นส่วนมาก รวมทั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV ซึ่งได้รับความร่วมมือในการคัดกรองจากมูลนิธิรักไทย หรือฟามิตร ซึ่งให้ความช่วยเหลือโรงพยาบาลเป็นอย่างดี การฝากครรภ์มีปริมาณค่อนข้างมาก เนื่องจากผู้หญิงเขมรไม่นิยมทำหมัน เพราะเชื่อว่าถ้าทำหมันแล้วจะมีความต้องการทางเพศสูง จึงไม่นิยมทำหมันทำให้ผู้หญิงชาวเขมรตั้งครรภ์ถี่ และต้องการคลอดที่ประเทศไทย มากกว่าจะกลับไปคลอดที่ประเทศกัมพูชา

ประเด็นปัญหาต่อเนื่องจากการคลอด และการดูแลหลังคลอด ตลอดจนเด็กป่วย ที่เกินศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนทั้งสามแห่งจะดูแลได้ เช่น การคลอดผิดปกติ ความผิดปกติจากการตั้งครรภ์ หรือเด็กป่วยสาเหตุเหล่านี้ทำให้โรงพยาบาลชุมชน จำเป็นต้องทำการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อเข้ารับการรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลประจำจังหวัด โดยเฉพาะในจังหวัดเชียงราย และจังหวัดตราดถือเป็นประเด็นปัญหาที่เป็นภาระทั้งด้านการเงินและงานบริการมากที่สุด จนต้องกลายเป็นประเด็นความขัดแย้งต่อการให้บริการผู้ป่วยต่างด้าวชาวกัมพูชาที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลชายแดน 3 ไปโรงพยาบาลตราด หรือปัญหาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลเชียงรายรองรับจากโรงพยาบาลชายแดน 1 คือ ปัญหาเด็กคลอดมีน้ำหนักตัวน้อยต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง หรือกรณีผู้ป่วยเด็กโตที่ป่วยหนักเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลชุมชนที่จะดูแลได้ โรงพยาบาลเชียงรายต้องแบกรับค่ารักษาพยาบาลสูง นอกเหนือจากประเด็นการเจ็บป่วยในกลุ่มแม่และเด็กที่โรงพยาบาลประจำอำเภอจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาในโรงพยาบาลประจำจังหวัดแล้ว สาเหตุอื่น ๆ ในกลุ่มผู้ป่วยที่โรงพยาบาลชุมชนดูแลไม่ได้ เช่น ผู้ป่วยหนัก หรือผู้ป่วยในบางโรค ที่ต้องใช้การรักษาด้วยวิธีที่ซับซ้อน ใช้เครื่องมือเฉพาะ และรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางซึ่งในโรงพยาบาลทำไม่ได้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทางศีรษะ ผู้ป่วยโดนไฟไหม้ ระยะที่สองสามขึ้นไป ผู้ป่วยมะเร็งหรือผู้ป่วยที่ต้องรับการผ่าตัดใหญ่เฉพาะทาง ที่จะต้องถูกส่งตัวมารับการรักษาในโรงพยาบาลประจำจังหวัด และต่างก็เป็นผู้ป่วยที่ต้องใช้ค่ารักษาพยาบาลสูงและบางรายต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษา ถือเป็นภาระทางการเงินที่โรงพยาบาลในระดับจังหวัดต้องแบกรับต่อเนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ชายแดน

ผลกระทบจากปัญหาที่เกิดจากการรวมกลุ่มประเทศสมาคมเศรษฐกิจอาเซียน ปี 2558

ผลกระทบที่เกิดจากแนวโน้มการเพิ่มจำนวนแรงงานข้ามชาติ คือ การเพิ่มภาระงานบริการสุขภาพ การแย่งทรัพยากรทางการแพทย์ ปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ และงบประมาณในการควบคุมโรค ทั้งโรคติดต่อ

กลับซ้ำ โรคติดต่ออุบัติใหม่ และโรคติดต่อร้ายแรงอื่น ๆ ที่สำคัญ ซึ่งโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ชายแดน ต้องรับภาระการให้บริการ และรับภาระค่าใช้จ่ายจากการให้บริการผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มแรงงานข้ามชาติไร้สิทธิ สิ่งที่มาคือการเพิ่มภาระงาน และการด้อยลงของคุณภาพบริการ เกิดการแย่งชิงทรัพยากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กที่เพิ่มมากขึ้น เช่น เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยเด็ก เป็นต้น สิ่งที่เป็นผลกระทบตามมา คือ เกิดผลกระทบต่อแรงจูงใจและขวัญกำลังใจของบุคลากรในการทำงาน และเกิดภาวะสมองไหลเข้าสู่ระบบเอกชนมากขึ้น ในกลุ่มวิชาชีพแพทย์ พยาบาล ท้ายที่สุดอาจเกิดภาวะวิกฤติทางด้านอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล และสาธารณสุข และเกิดผลกระทบต่อสุขภาพคนไทยและงบประมาณในการควบคุมป้องกันโรคติดต่อที่นำเข้าโดยกลุ่มแรงงานข้ามชาติ และเกิดผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขในภาพรวม กล่าวคือ มีการเพิ่มปัญหาโรคติดต่อทั้งอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ และโรคติดต่อร้ายแรงที่สร้างภาระการบริการและค่าใช้จ่ายในระบบสาธารณสุขไทยสูงขึ้น

การจัดการปัญหาที่เกิดจากการรวมกลุ่มประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ปี 2558

ควรมีแนวทางในการจัดการปัญหา และผลกระทบต่อโรงพยาบาลด้วยการทำเป็นข้อตกลงระหว่างภูมิภาคและระหว่างประเทศ มีการเพิ่มอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้มีระบบการจัดการสุขภาพในระดับภูมิภาคและระหว่างประเทศ การสร้างระบบหลักประกันสุขภาพในระดับภูมิภาคและระดับประเทศ และมีการนำความร่วมมือขององค์กรระหว่างประเทศมาใช้ในการจัดการปัญหาาระบบสุขภาพและรายได้ ดังนี้

ควรมีข้อตกลงระหว่างประเทศโดยเฉพาะประเทศเพื่อนบ้านในกลุ่มประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ในเรื่องการใช้บริการและการให้บริการสุขภาพอย่างชัดเจน รวมถึงมีการพิจารณาความเป็นไปได้ในเรื่องบัตรประกันสุขภาพของคนต่างชาติที่เข้ามาในประเทศ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านแรงงานข้ามชาติควรมีการแบ่งปันและเชื่อมโยงข้อมูลร่วมกันเพื่อนำแรงงานเข้าสู่กระบวนการขึ้นทะเบียนแรงงานข้ามชาติให้มากที่สุด

ควรมีเพิ่มกรอบอัตราค่าจ้างทางการแพทย์และพยาบาล โดยคำนึงถึงจำนวนผู้มารับบริการที่ไม่ใช่คนไทยด้วย โดยกระทรวงสาธารณสุข ควรมีนโยบายและแผนการดำเนินงาน เพื่อทำความเข้าใจในการปฏิบัติงานระดับพื้นที่ร่วมกันถึงแนวทาง และวิธีการดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแรงงานข้ามชาติ ทั้งนี้การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระหว่างประเทศ ควรดำเนินการแก้ไขด้วยหน่วยงานระดับประเทศ ไม่ควรเป็นภาระให้หน่วยงานระดับปฏิบัติการ เช่น โรงพยาบาลชุมชนเป็นผู้ดำเนินการแก้ไขเอง เนื่องจากเกินขีดความสามารถในการประสานงาน

ควรมีการสร้างข้อตกลงร่วมด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ โดยในแต่ละประเทศมีหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างข้อตกลงร่วมกัน คือ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน และกระทรวงการต่างประเทศ และมีการสร้างระบบการจัดการการเงินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ อาจเป็นในรูปแบบองค์กรเอกชนระหว่างประเทศ และระดับภูมิภาค เช่นเดียวกับองค์การอนามัยโลก (WHO) อาจมีรูปแบบ

การทำงานคล้ายกับสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย ประกอบกับจัดให้มีหน่วยงานตรวจสอบคุณภาพชีวิตของกลุ่มแรงงานทุกระดับทั้งในระดับพื้นที่ ระดับจังหวัด ระดับประเทศ ระหว่างประเทศ และระดับภูมิภาค

หลักการสำคัญในการจัดการปัญหาสาธารณสุขตามแนวชายแดนระหว่างประเทศ และในกลุ่มประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน คือ การสร้างแรงจูงใจให้ประเทศสมาชิกในกลุ่มประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนมองเห็นประโยชน์ที่จะได้รับจากการพัฒนาระบบสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ การกำหนดยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาร่วมกัน และมีการเตรียมความพร้อมในเชิงโครงสร้างของประเทศเพื่อรองรับแนวทางการจัดการปัญหาร่วมกัน การเตรียมความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐานเพื่อการลงทุนด้านสุขภาพ ความปลอดภัย มีกองทุนสุขภาพระหว่างประเทศ และประเด็นร่วมด้านสุขภาพ และปัญหาสุขภาพในภูมิภาค จัดให้มีการร่วมมือด้านระบบสุขภาพในกลุ่มประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน คือ เห็นประโยชน์ร่วมด้านระบบสุขภาพ มีระบบประกันสุขภาพร่วมในระดับภูมิภาคและภาวะสุขภาพที่ดีร่วมกัน ทำการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อกระตุ้นให้เกิดความเต็มใจที่จะจ่ายค่าบริการ (Willing to pay) ทางแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงการให้องค์กรระหว่างประเทศที่เห็นความสำคัญของโรคที่เป็นปัญหาระหว่างสามประเทศ คือ ลาว พม่า และกัมพูชา เข้ามามีบทบาทสนับสนุนด้วยการพัฒนาและใช้ระบบบริการสุขภาพระหว่างประเทศร่วมกัน

สรุปผลการศึกษา (Conclusion)

ในการศึกษานี้เน้นการศึกษาในพื้นที่โรงพยาบาลตามแนวชายแดน ที่ให้บริการแก่กลุ่มแรงงานข้ามชาติทั้งถูกกฎหมาย ผิดกฎหมาย และกลุ่มชาวต่างด้าวข้ามชาติ โดยมุ่งประเด็นเรื่องภาวะสุขภาพตามแนวชายแดน (Border Health) และภาวะสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ (Migrant Health) ที่เข้ามาใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชนตามแนวชายแดนสามแห่ง คือ โรงพยาบาลชายแดน 1 จังหวัดเชียงราย ที่มีด่านเชื่อมกับประเทศพม่าที่เมืองท่าขี้เหล็ก โรงพยาบาลชายแดน 3 จังหวัดตราด ที่มีด่านเชื่อมกับประเทศกัมพูชา ที่เมืองเกาะกง และโรงพยาบาลชายแดน 2 จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีจุดผ่อนปรนเชื่อมกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว โดยติดกับเมืองปากซ่อง แขวงสะหวันนะเขต โดยพบประเด็นร่วมด้านปัญหาและผลกระทบจากการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลทั้งสามแห่ง คือ

1) ปัญหาด้านอัตรากำลัง พบว่าอัตรากำลังที่โรงพยาบาลแต่ละแห่ง ได้รับการจัดสรรตามกรอบโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข โดยดูจากประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบเป็นหลัก ในการจัดสรรอัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของแต่ละโรงพยาบาล ในขณะที่จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าโรงพยาบาลแต่ละแห่ง เช่น โรงพยาบาลชายแดน 1 และโรงพยาบาลชายแดน 3 ต้องแบกรับผู้มารับบริการที่เป็นชาวต่างด้าวทั้งที่เป็นกลุ่มแรงงานทั้งถูกกฎหมาย กลุ่มแรงงานผิดกฎหมาย ชาวต่างด้าวที่เข้ามาอยู่อาศัยเพื่อทำการค้าขายในพื้นที่คิดเป็นสัดส่วนกับคนไทยถึงร้อยละ 50 หมายความว่าอัตรากำลังที่ได้รับการจัดสรรตามกรอบโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข สามารถรองรับกลุ่มผู้มารับบริการสุขภาพภายในพื้นที่

เพียงครั้งเดียวเท่านั้น ในการวิจัยครั้งนี้ จึงมีข้อเสนอแนะด้านอัตรากำลังของโรงพยาบาลในพื้นที่ชายแดน ว่าควรเพิ่มกรอบอัตรากำลังทางแพทย์และพยาบาลโดยคำนึงถึงปริมาณผู้ป่วยที่ไม่ใช่คนไทยด้วยระดับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ควรมีแผนการดำเนินงานและทำความเข้าใจกับปฏิบัติงานในพื้นที่ให้เข้าใจชัดเจน ถึงวิธีการดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลรักษาแรงงานข้ามชาติ

ประเด็นปัญหาและข้อเสนอแนะดังกล่าวข้างต้น สอดคล้องกับสรุปผลการประชุม การประชุมวิชาการ “สุขภาพแรงงานข้ามชาติ : ทางออกที่เหมาะสม เพื่อสร้างความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ” เมื่อวันที่ 15 ตุลาคม 2555 ณ โรงแรมปรีณิพาเลซ กรุงเทพมหานคร (Ministry of Public Health, 2012) ดังข้อเสนอในที่ประชุมที่ว่า

“กระทรวงสาธารณสุขต้องปรับกระบวนการทัศน์ใหม่ การวางนโยบาย การวางแผน พัฒนาระบบบริการสุขภาพ และการผลิตบุคลากรต้องคำนึงถึงเอาตัวเลखของ แรงงานต่างชาติดมาเป็นส่วนหนึ่งของความต้องการรับบริการสุขภาพด้วย”

และ “นโยบายด้านสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันทั้งการวางแผนการผลิต บุคลากร การจัดสรรงบประมาณ และการกระจายสถานพยาบาลล้วนคำนวณจากฐาน ของประชาชนไทยเพียงอย่างเดียว ทั้งที่ในความเป็นจริง แรงงานข้ามชาติเป็นกลุ่มคน ที่จำเป็นต้องเข้ามาใช้บริการในระบบสุขภาพของประเทศไทยจริง ๆ เราต้องยอมรับ ความจริงว่านโยบายสุขภาพของเราไม่ใช่เพื่อคน 65 ล้านคนเท่านั้น แต่ต้องเพื่อ 65 ล้าน บวก 5 หรือ บวก 7 ในอนาคต ซึ่งคือต้องคำนึงถึงแรงงานข้ามชาติที่อยู่ใน ประเทศไทย การวางแผนการผลิตบุคลากรต้องคำนึงถึงตัวเลขตรงนี้ด้วย”

ในกรณีโรงพยาบาลชายแดน 2 แม้ว่าสัดส่วนของผู้มารับบริการที่ไม่ใช่คนไทยไม่มีจำนวนมากเท่ากับ โรงพยาบาลชายแดน 1 และโรงพยาบาลชายแดน 3 แต่ผู้มารับบริการส่วนใหญ่มักจะมาด้วยอาการหนัก หมายความว่า แม้ว่าจำนวนผู้มารับบริการจะน้อย แต่การให้บริการต้องสิ้นเปลืองทั้งเวลา อุปกรณ์ทางการแพทย์ และงบประมาณการรักษา หากเทียบกับอัตรากำลังที่มีอยู่ตามกรอบโครงสร้างของโรงพยาบาล ก็ยังมีปัญหาอยู่เช่นเดียวกันโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อพิจารณาประเด็นเรื่องภาระงานบริการผู้ป่วยหนัก

2) ปัญหาด้านการสื่อสาร ภาษาเป็นอุปสรรคร่วมที่สำคัญต่อการให้บริการ และเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของชาวต่างด้าวและกลุ่มแรงงาน แม้แต่ในกลุ่มผู้ป่วยชาวลาวที่มารับบริการใน โรงพยาบาลชายแดน 2 เอง แม้ว่าชาวลาวและผิงคนไทยจะใช้ภาษาไม่แตกต่างจากคนในพื้นที่ แต่จาก ข้อมูลผู้ให้บริการได้สะท้อนให้เห็นถึงความเข้าใจที่แตกต่างในบางเรื่องขณะทำการสื่อสาร และเป็นอุปสรรค ต่อการให้บริการเช่นเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงาน ข้ามชาติที่พบว่าปัจจัยด้านภาษาเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Panpung, Sureeporn & et al., 2005) และจาก การประชุมวิชาการ “สุขภาพแรงงานข้ามชาติ: ทางออกที่เหมาะสม เพื่อ สร้างความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ” เมื่อวันที่ 15 ตุลาคม 2555 ณ โรงแรมปรีณิพาเลซ กรุงเทพมหานคร

(Ministry of Public Health, 2012) พบว่า ตัวแทนโรงพยาบาลตามแนวชายแดนที่ร่วมนำเสนอปัญหาอุปสรรคและภาระงานจากการให้บริการแก่กลุ่มชาวต่างด้าวต่างก็ได้สะท้อนถึงปัญหาเรื่องการสื่อสารกับผู้มารับบริการชาวต่างด้าวเช่นเดียวกัน

3) ปัญหาด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนระหว่างประเทศ และปัญหาเรื่องระบบการส่งต่อผู้ป่วยต่างด้าว โรคติดต่อเป็นประเด็นร่วมที่สำคัญของโรงพยาบาลตามแนวชายแดนที่มีปัญหาในเรื่องการป้องกัน การควบคุม และความต่อเนื่องในการรักษา รวมถึงการนำแพร่ระบาดของเชื้อจากการนำเข้าของชาวต่างด้าวและกลุ่มแรงงานที่เข้ามาใช้แรงงานในประเทศไทย เช่น โรคมาลาเรีย ไข้เลือดออก วัณโรครวมถึงวัณโรคเชื้อดื้อยา โรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเท้าช้าง ที่พบจากพื้นที่ศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการนำเสนอปัญหาการเจ็บป่วยจากผู้มารับบริการชาวต่างด้าวของโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่านที่นำเสนอปัญหาวัณโรคเชื้อดื้อยา เนื่องจากผู้ป่วยต่างด้าวที่มารับบริการรักษากินยาไม่ต่อเนื่อง และนำเสนอให้เห็นว่าสิ่งที่น่ากลัวคือการรักษาวัณโรค ของประเทศไทยและประเทศลาว แตกต่างกันประกอบกับผู้ป่วยชาวลาวรักษาไม่ต่อเนื่อง สุดท้ายอาจจะเป็นวัณโรคเชื้อดื้อยา (MDR-TB) และในพื้นที่พบว่ามีผู้ป่วยไข้สมองอักเสบ (JE encephalitis) พบมากขึ้น ในส่วนของโรงพยาบาลอุ้มผาง จังหวัดตาก ที่นำเสนอประเด็นโรคระบาดตามแนวชายแดนก็จะเพิ่มมากขึ้นในพื้นที่ เช่น ไข้กาฬหลังแอ่น โรคหัด อหิวาตกโรค จากที่ในประเทศไทยไม่มีแล้วอาจต้องพบในรายผู้ป่วยต่างด้าวที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลฝั่งประเทศไทยมากขึ้น (Ministry of Public Health, 2012)

ปัญหาระบบการส่งต่อผู้ป่วยต่างด้าว พบว่าเป็นปัญหาร่วมทั้งระบบการส่งต่อเพื่อรับการรักษาในประเทศไทยเองระหว่างโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ชายแดน กับโรงพยาบาลประจำจังหวัดทั้งในระดับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ เนื่องจากระบบการส่งต่อไม่ได้มีการพูดคุยตกลงกันอย่างเป็นระบบให้ถูกต้องทั้งในบางประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเรื่องกฎหมาย และแนวทางการส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ และประเด็นที่พบว่าเป็นปัญหาและมีความเชื่อมโยงกับเรื่องการป้องกันควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ คือ การส่งต่อผู้ป่วยโรคติดต่อร้ายแรงที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการกินยาอย่างต่อเนื่อง พบว่าไม่มีระบบการส่งต่อข้อมูลที่ชัดเจน หรือในบางแห่งแม้ว่าจะมีระบบการส่งต่อโดยใช้ความคุ้นเคยระหว่างเจ้าหน้าที่ แต่ก็ไม่สามารถติดตามกำกับได้ว่า ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องตามที่ควรจะเป็นหรือไม่ สิ่งที่เป็นปัญหามาตาม คือ ผู้ป่วยมักจะกลับมารักษาดูแลอาการป่วยที่รุนแรงมากขึ้น และอาจรวมถึงการเกิดเชื้อดื้อยา ซึ่งต้องใช้เงินในการรักษาค่อนข้างสูง รวมถึงเชื้อดื้อยานั้นอาจจะแพร่ไปสู่คนไทยด้วยก็ได้ ดังนั้น ระบบสุขภาพตามแนวชายแดนที่ต้องตระหนักถึง คือ ระบบการส่งต่อการรักษาพยาบาลระหว่างประเทศ ในระดับต่าง ๆ ทั้งในระดับพื้นที่ ระดับประเทศ ระหว่างประเทศ และระดับภูมิภาค

3) แนวโน้มปัญหาและแนวทางการจัดการปัญหาเมื่อมีการรวมกลุ่มประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ประเด็นแนวโน้มปัญหาที่สำคัญเมื่อเกิดการรวมเป็นประเทศในประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน คือ การเพิ่มขึ้นของกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาใช้แรงงานในประเทศไทย ทำให้โรงพยาบาลทั้งในส่วนตามแนวชายแดน และในจังหวัดที่มีแรงงานข้ามชาติอาศัยอยู่มากจะต้องเพิ่มภาระทั้งภาระงานบริการสุขภาพและภาระทาง

การเงิน การแย่งใช้ทรัพยากรสาธารณสุขที่จำเป็นและมีความจำกัดในสถานบริการพยาบาล และการเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่จากการนำเข้าโดยกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ประเด็นปัญหาเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย รวมตลอดจนโครงสร้างของทรัพยากรสาธารณสุข ในโรงพยาบาลดังกล่าวเกิดภาวะสมองไหลที่รุนแรงมากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เนื่องจากภาระงานบริการรักษาพยาบาลเกินการแบกรับของบุคลากรสาธารณสุข จึงมีการเคลื่อนย้ายออกไปสู่ระบบเอกชนมากขึ้น ประเด็นการเพิ่มขึ้นของกลุ่มแรงงานข้ามชาติและชาวต่างด้าวที่เพิ่มขึ้นได้สอดคล้องกับการประเมินสถานการณ์ปัญหาภาระงานบริการของโรงพยาบาลอุ้มผาง จังหวัดตาก ดังที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลได้ชี้ให้เห็นสถานการณ์ปัญหานี้ว่า

“เมื่อเข้าสู่ประชาคมอาเซียน สถานการณ์ปัญหาการดูแลสุขภาพของคนต่างด้าวจะเพิ่มมากขึ้น เพราะศูนย์พักพิงชั่วคราว 3 ศูนย์ของจังหวัดตากจะถูกยุบ ทำให้ประชากรที่เคยอาศัยในศูนย์ประมาณกว่าแสนคนต้องเข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลอุ้มผางและโรงพยาบาลอื่น ๆ ตามแนวชายแดน และองค์กรพัฒนาเอกชนที่ดูแลบริการสุขภาพระดับต้นจะถอนตัวไปทำให้โรงพยาบาลต้องรับผู้ป่วยที่ทะลักเข้ามาอย่างแน่นอมน รวมทั้งโรคระบาดจะเข้ามาสู่ประเทศไทยมากขึ้น” (Ministry of Public Health, 2012)

ข้อเสนอแนะต่อแนวทางการจัดการปัญหาดังกล่าวจากข้อค้นพบในงานวิจัยครั้งนี้ คือ ควรมีข้อตกลงระหว่างประเทศเพื่อนบ้าน และประเทศสมาชิกในกลุ่มประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในเรื่องการใช้บริการและการให้บริการสุขภาพ แก่ประชาชนในประเทศสมาชิกอย่างชัดเจน เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระหว่างประเทศ กล่าวคือ ปัญหาด้านระบบสุขภาพและสาธารณสุขระหว่างประเทศ ควรได้รับการจัดการและแก้ไขด้วยหน่วยงานระดับประเทศ ไม่ควรเป็นภาระให้กับหน่วยงานระดับปฏิบัติการ ควรมีการสร้างข้อตกลงร่วมด้านการพัฒนาระบบสุขภาพระหว่างประเทศ โดยอาศัยการสร้างแรงจูงใจให้ประเทศสมาชิกในกลุ่มประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน เห็นประโยชน์ที่จะได้รับจากการพัฒนาระบบสุขภาพ มีระบบประกันสุขภาพร่วมในระดับภูมิภาค และภาวะสุขภาพที่ดีร่วมกัน โดยใช้หลักการการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ การกำหนดยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาร่วมกันและการเตรียมความพร้อมในเชิงโครงสร้างของประเทศ ด้านโครงสร้างพื้นฐานเพื่อการลงทุนด้านสุขภาพ ความปลอดภัยมีกองทุนสุขภาพระหว่างประเทศ และการใช้ประเด็นร่วมด้านสุขภาพและปัญหาสุขภาพในภูมิภาค เป็นประเด็นนำในการสร้างความร่วมมือด้านระบบสุขภาพในกลุ่มประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน

ข้อเสนอแนะดังกล่าวข้างต้นสอดคล้องกับข้อเสนอของผู้บริหารโรงพยาบาลอุ้มผางที่ได้เสนอข้อคิดเห็นและแนวทางต่อการจัดการปัญหาภาระงานบริการสุขภาพแก่ชาวต่างด้าวและกลุ่มแรงงานข้ามชาติ หากประเทศไทยมีการรวมกลุ่มกันเป็นกลุ่มประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนว่า “ควรผลักดันให้รัฐบาลในประชาคมอาเซียนทุกประเทศ สร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนทุกคนและมีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพร่วมกันในประชาคมสุขภาพจะช่วยบรรเทาปัญหานี้ลงได้” (Ministry of Public Health, 2012) ในเรื่องอัตราค่าจ้างคนด้านสุขภาพนั้นควรมีการเพิ่มอัตราค่าจ้างคนด้านสุขภาพโดยพิจารณาจากภาระงาน และ

จำนวนผู้มารับบริการในพื้นที่จริงเป็นหลัก รวมในความหมายนี้คือการพิจารณาถึงจำนวนแรงงานต่างชาติและชาวต่างด้าวที่เข้ามาทำการค้าขายและอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงมากกว่าการพิจารณาเฉพาะประชาชนคนไทยเท่านั้น

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ข้อเสนอแนะต่อนโยบายระดับภูมิภาคและระหว่างประเทศ

1. ควรมีการกำหนดยุทธศาสตร์ด้านระบบสุขภาพระหว่างประเทศสมาชิกสมาคมเศรษฐกิจอาเซียน และยุทธศาสตร์ร่วมด้านระบบสุขภาพระหว่างประเทศที่มีพรมแดนติดต่อกัน
2. ควรมีการสร้างข้อตกลงระหว่างประเทศสมาชิกประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนและความร่วมมือระหว่างประเทศที่มีพรมแดนติดต่อกัน ว่าด้วยประเด็นการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศในภูมิภาคและประเด็นการพัฒนาระบบสุขภาพระหว่างประเทศที่มีพรมแดนติดต่อกัน เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานด้านสาธารณสุขให้กับหน่วยบริการสุขภาพ ทั้งในระดับพื้นที่ชายแดน และการดำเนินงานด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ
3. ควรมีการสร้างความร่วมมือในประเทศสมาชิกประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนและความร่วมมือระหว่างประเทศที่มีพรมแดนติดต่อกัน ในประเด็นระบบสุขภาพที่สำคัญ คือ 1) การกำหนดนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพร่วมกันของประเทศทั้งในระดับกลุ่มประเทศประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน และระหว่างประเทศที่มีพรมแดนติดต่อกัน 2) การกำหนดนโยบายและแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อเนื่องระหว่างกลุ่มประเทศประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนและความร่วมมือระหว่างประเทศที่มีพรมแดนติดต่อกัน และ 3) การจัดการปัญหาด้านการสื่อสารในสถานบริการสุขภาพ เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ชาวต่างชาติ และกลุ่มคนไร้รัฐ ในประเทศกลุ่มประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน

ข้อเสนอแนะต่อนโยบายระดับประเทศและพื้นที่

1. ควรมีนโยบายการจัดทำระบบประกันสุขภาพให้กับกลุ่มแรงงานข้ามชาติและกลุ่มคนไร้รัฐทุกประเภทที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย เป็นนโยบายภาพรวมของประเทศโดยผู้กำหนดนโยบายระดับประเทศต้องยอมรับการมีอยู่ของกลุ่มแรงงานข้ามชาติและกลุ่มคนไร้รัฐ และเป็นกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ ในประเทศไทย ที่รองรับการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนกลุ่มนี้ได้
2. ควรมีการพิจารณากรอบอัตราค่าจ้างบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพตามแนวชายแดน โดยพิจารณากรอบอัตราค่าจ้างตามจำนวนประชากรในพื้นที่จริงหมายรวมถึงกลุ่มแรงงานข้ามชาติและชาวต่างด้าวในพื้นที่ และภาระงานจริงที่หน่วยบริการต้องรับภาระจากการให้บริการ
3. ควรมีการพัฒนากระบวนการจัดเก็บฐานข้อมูลด้านการให้บริการ และข้อมูลทางการเงินจากการให้บริการสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ชาวต่างด้าว และกลุ่มคนไร้รัฐ ในระดับโรงพยาบาล ระดับจังหวัด

และระดับประเทศเป็นระบบเดียว เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ให้เห็นสถานการณ์ปัญหาที่เป็นจริงด้านภาระงานบริการและภาระงานทางการเงินที่หน่วยบริการสาธารณสุขในประเทศไทยต้องแบกรับจากการให้บริการสุขภาพแก่กลุ่มแรงงานข้ามชาติ ชาวต่างด้าว และคนไร้รัฐ ทั้งสถานการณ์ในระดับโรงพยาบาลระดับจังหวัดและระดับประเทศ ตามลำดับ

เอกสารอ้างอิง (References)

- Atchawanichkul, Kritya & et al. (2005). "Foreigners people in Thailnad, 2005". Population and social. Institue for population and research Mahidol University (p. 78-84), Nakonprathom.
- Guba, E, & Lincoln, Y. (1981). *Effective Evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Hargreaves, S., J.S.F., et al. (2006). "Impact on and use of health services by international migrants: questionnaire survey of inner city London A&E attenders." *BMC Health Services Research*_2006, 6: 153.
- Holanyong, Jaramporn & Kittisuksatit, Sirinan. (2012). *Working and satisfaction on access to health service of non-registered migrant in Thailand. Journal of Institue for population and research*, Mahidol University, Nakonprathom, p. 127-135.
- Ministry of Public Health. (2011). Master plan for solving and developing border health system 2, 2011-2015. Bureau of strategy plan, October 2011.
- Ministry of Commerce, Department of Trade Negotiation. (2013). Asian Economic Community. Retrieved October 10, 2013 from <http://www.dtn.go.th/>
- Ministry of Public Health, International Health Policy Program Thailand. (2012). "Trans-national migrant's health: the way to building fairness in Thailand health system" Retrieved October 15, 2012 from <http://www.healthstation.in.th/action/viewvideo/1902/>
- Ministry of Public Health. (2013). Conclusion of public health cooperation between Thai and Cambodia, Burmar and LAOS, Bureau of public health's foreign affair. Retrieved October 15, 2012 from <http://www.bihmoph.net>
- Nucharee Srivirojana & Sureeporn Punpuing. (2009). Health and mortality differentials among Myanmar, Laos, and Cambodian migrants in Thailand. Retrieved May 10, 2012 from <http://paa2009.princeton.edu/>
- Panpung, Sureeporn & et al. (2005). Servant in household, migrant from Burma to Thailand. Institue for population and research. Bangkok, p. 182.

- Phamit (2005). "Migrants in Thailand". Retrieved May 10, 2011 from http://www.phamit.org/migrants_vuln1.html
- Srithamrongsawat, Samrit & et al. (2009). Financing Healthcare for Migrants: a case study from Thailand. Copy Right 2009 International Organization for Migration and World Health Organization.
- Srithongtham, Orathai. (2005). Analysis of Problem of AIDS Distribution Affection from Migration. *Journal of disease prevention and control* 7th Ubon Ratchathani, 8(3).
- Thet Aung, S.P.a.M.G.R. (2009). "Health Seeking Behaviors among Myanmar Migrant Worker In Ranong Province, Thailand." *Journal Health Research*; 2009, 23 (suppl): 5-9.