

# การบริการสุขภาพโรงพยาบาลชุมชน ที่มีชายแดนติดประเทศลาว พม่า และกัมพูชา เมื่อก้าวสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในปี 2558

อรทัย ศรีทองธรรม\* สุภាណรัณ วงศ์ประชา\*\* วิศิษฐ์ สงวนวงศ์วาน\*\*\* และ สุวารี เจริญมุขยนันท์\*\*\*\*

## บทคัดย่อ

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

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

\* สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 อุบลราชธานี ถนนพรหมราษ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000  
เมล์: tutuubon102@gmail.com

\*\* มหาวิทยาลัยมหิดล ถนนพุทธมณฑลสาย 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170  
เมล์: rn99song@gmail.com

\*\*\* โรงพยาบาลสรรพสิทธิประเสริฐ อุบลราชธานี 122 ถนนสรรพสิทธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000  
เมล์: wisitws@hotmail.com

\*\*\*\* โรงพยาบาลสรรพสิทธิประเสริฐ อุบลราชธานี 122 ถนนสรรพสิทธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000  
เมล์: suwaree711@hotmail.com

ภาระเงิน การแย่งใช้ทรัพยากรสาธารณสุขที่จำเป็น ความจำกัดสถานที่ให้บริการ เกิดโรคติดต่อ อุบัติใหม่อุบัติซ้ำ การเคลื่อนย้ายบุคลากรสาธารณสุขระบบเอกชน ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพคนไทย และระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย จึงควร 1) มียุทธศาสตร์ด้านระบบบริการสุขภาพระหว่างประเทศสมาชิกประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน 2) จัดอัตรากำลังบุคลากรสาธารณสุขแนวชายแดนตามภาระงานบริการจริง และ 3) พัฒนาระบบฐานข้อมูลบริการสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ คู่ปรือรัฐ และชาวต่างด้าว

**คำสำคัญ:** การบริการสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชนตามแนวชายแดน ประชารมเศรษฐกิจอาเซียน

## 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, Phutthamonthon 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 งานที่ยุ่งยาก งานที่เสี่ยงอันตราย และงานที่เป็นงานสกปรก ส่วนปัจจัยที่ทำให้แรงงานข้ามชาติมาขายแรงงานในประเทศไทย ด้านปัจจัยผลัก คือ ต้องการหาเงินเพื่อสร้างอนาคตครอบครัวที่ดี และปัจจัยดึงดูด คือ การมีงานหลายอย่างที่ให้ทำซึ่งคนไทยมักไม่ต้องการทำ เช่น งานก่อสร้าง งานโรงงาน การเป็นแรงงานเกษตรกรรม การประมง และแรงงานขนส่งสินค้า (Phamit, 2005) จากรายงานจำนวนแรงงานข้ามชาติรวมทั้งจดทะเบียนและไม่จดทะเบียนมีขึ้นทุกปีเมื่อพิจารณาข้อนหลังสามปี คือ ปี 2548-2550 มีจำนวน 1,512,587 คน 1,773,349 คน และ 1,800,000 คน ตามลำดับ หากมองเป็นสัดส่วนแรงงานข้ามชาติที่ลงทะเบียนและไม่ได้ลงทะเบียน พบว่า สัดส่วนลดน้อยลงตั้งแต่ปี 2547-2550 โดยมีสัดส่วนเป็น 85, 47, 38, และ 30 ตามลำดับ (Srithamrongsawat, Samrit and et al., 2009: 18) แรงงานเหล่านี้ล้วนต้องการบริการสุขภาพขณะที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย

นอกเหนือจากแรงงานแล้ว กลุ่มชาวบ้านที่อาศัยอยู่ตามแนวชายแดน ต่างก็เดินทางมารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชนฝั่งประเทศไทย ส่วนใหญ่ไม่สามารถจ่ายค่าบริการสุขภาพได้ทั้งหมด โรงพยาบาลชุมชนตามแนวชายแดนต้องประสบกับปัญหารับภาระงานบริการสุขภาพ ทั้งด้านการเงินและการงานที่เพิ่มขึ้น ดังผลการประชุม คณะกรรมการกำลังคุณด้านสุขภาพระหว่างประเทศ (Ministry of Public Health, 2012) เพื่อระดมสมองหาทางออกที่เหมาะสมให้กับระบบสุขภาพของไทยในสถานการณ์ที่มีแรงงานข้ามชาติเพิ่มขึ้นในระบบสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่โรงพยาบาลตามแนวชายแดน มีโครงสร้างอัตรากำลังเพื่อรับผู้บริการเฉพาะคนไทยเท่านั้น หลายโรงพยาบาลจึงแบกรับภาระงานบริการนอกราชอาณาจักร ภาระเงินที่ชาวต่างชาติและกลุ่มแรงงานข้ามชาติไม่สามารถจ่ายค่าบริการได้ รวมถึงโรงพยาบาลประจำจังหวัดในพื้นที่ชายแดน ต้องรองรับการส่งต่อคนไข้หนักจากโรงพยาบาลชุมชนตามแนวชายแดน รวมถึงกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ทำงานในตัวจังหวัด

จากการงานบริการ ทั้งภาระทางการเงิน และภาระการบริการ โรงพยาบาลไม่ได้รับการชดเชยจากกระทรวงสาธารณสุข หรือระบบประกันสุขภาพใด ในขณะที่โรงพยาบาลของรัฐเป็นหน่วยงานที่ไม่เน้นผลกำไร และไม่สามารถปฏิเสธการรักษาด้วยเหตุผลทางสิทธิมนุษยชนในการเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย หลายโรงพยาบาลอยู่ในสภาพแกร่งภาระทางการเงินจนเกิดปัญหาอย่างรุนแรง ซึ่งหากมีการรวมเป็นประชามเศรษฐกิจอาเซียน ในปี 2558 ที่มีการเคลื่อนอย่างเสรีห้าประการ (Ministry of Commerce, 2013) และการเคลื่อนย้ายเสรีที่มีผลต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยคือการเคลื่อนย้ายแรงงานมีฝีมือแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาล การเคลื่อนย้ายบริการด้านสุขภาพ และการลงทุนด้านบริการสุขภาพ สิ่งเหล่านี้ต่างก็มีผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพไทย รวมถึงการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชนตามแนวชายแดนเข่นเดียวกัน ซึ่งหากมีการก้าวสู่ประชามเศรษฐกิจอาเซียนในปี 2558 แล้วการให้บริการสุขภาพ แนวโน้มปั่นหา และแนวทางการจัดการปั่นหา ของโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย

ທີ່ຕັ້ງອູ່ ຕາມແນວໝາຍແດນປະເທດລາວ ພມ່າ ແລະ ກຳປູ່າ ຈະເປັນຍ່າງໄວ ໃນການສຶກໝາກຮັງນີ້ຈະໜ່າຍເປັນຮູ້ານຂ່ອມູລີໃນການນຳເສັນອເຈິງໂຍບາຍເພື່ອທາຄວາມຮ່ວມມື່ອໃນການຈັດການປັບປຸງທະບບສຸຂພາພະຫວ່າງປະເທດ

## ວັດຖຸປະສົງ (Objective)

ເພື່ອສຶກໝາກສານກາຮັນການໃຫ້ບໍລິການສຸຂພາພ ແລະ ແນວໃນມປັບປຸງທາແລະແນວທາງການຈັດການປັບປຸງທາການໃຫ້ບໍລິການສຸຂພາພແກ່ແຮງງານຂ້າມໜາຕີຫີ່ອຸ້ນບໍລິການທີ່ໄມ່ມີສັນໜາຕີໄທ ທັງໃນກລຸ່ມລັກລອບເຂົາເມື່ອງເພື່ອມາໃໝ່ແຮງງານແລະເຂົາມາຮັບບໍລິການໃນໂຮງພຍາບາລໃນສັງກັດຂອງຮູ້ ການມີການຮ່ວມເປັນກລຸ່ມປະເທດປະເທດສີເສດຖະກິຈອາເຊີຍໃນປີ 2558

## ວຽກຄ່າມທີ່ເກີ່ວຂ້ອງ (Literature Review)

ແຮງງານຂ້າມໜາຕີ ການຍ້າຍຄືນພລກຮະບບຕ່ອສຸຂພາພ ແຮງງານຂ້າມໜາຕີຈັດເປັນໜຶ່ງໃນປະເທດຄົນຂ້າມໜາຕີ (Transnational people) ຈຶ່ງໝາຍຄືນ ບຸກຄຸລີ່ທີ່ເດີນທາງຂ້າມພຽມແດນຈາກປະເທດໜຶ່ງໄປຢັງອີກປະເທດໜຶ່ງ ແລະ ບຸກຄຸລີ່ໄຮສັນໜາຕີ ຈຶ່ງຈະກລາຍເປັນປະເກີດຕ່າງໜາຕີໃນປະເທດປລາຍທາງ (Atchawanichkul, Kritya et al., 2005) ການຍ້າຍຄືນຂອງປະເກີດສ່າງພລກຮະບບຕ່ອສຸຂພາພ ເນື່ອຈາກການຍ້າຍຄືນອາຈເປັນການແພຣ່ເຊື້ອຫຸ່ນນຳເຊື້ອໂຮຄວຍໄປເຈັບຈາກທີ່ໜຶ່ງໄປຢັງອີກທີ່ໜຶ່ງໄດ້ ທຳໄກກາຮະບາດຂອງໂຮຄເປັນໄປຢ່າງແພຣ່ຫລາຍໄດ້ຈ່າຍ ດັ່ງນີ້ຢ້າຍຄືນເປັນໂຮຄອຍ່າງໄດ້ຍ່າງໜຶ່ງ ເຊັ່ນ ການຄຳນິ່ງຄືນໂຮຄປະຈຳທີ່ອັນດີຂອງຜູ້ພຍພວກທີ່ໄມ່ເຄີຍພບໃນປະເທດປລາຍທາງ ສ່ວນພລກຮະບບຕ່ອສຸຂພາພຂອງຜູ້ຢ້າຍຄືນມາກັນ້ອຍເພີຍງິດເຊື້ອຍຸ່ກັບຄືນທີ່ອູ່ໃໝ່ໃໝ່ນັ້ນມີສຸພາພແວດລ້ອມ ການໃຫ້ບໍລິການສາຮາຮັນສຸຂພາພ ແລະ ຄວາມເພີຍພອຂອງບໍລິການສາຮາຮັນປົກກາດ (Srithongtham, Orathai, 2005)

ຮະບບສຸຂພາພຕາມແນວໝາຍແດນປະເທດໄທແລະການເປັນແປ່ງທີ່ມີພລກຕ່ອຮະບບບໍລິການສຸຂພາພ ການຮັກໝາພຍາບາລຂ້າມໜາຕີຕາມແນວໝາຍແດນ ໃນດ້ານຄວາມຮ່ວມມື່ອດ້ານສາຮາຮັນສຸຂພາພຫວ່າງໄທກັບພມ່າ ລາວ ແລະ ກຳປູ່າ ພບວ່າ ມີຄວາມຮ່ວມມື່ອດ້ານສາຮາຮັນສຸຂພາພ ແລະ ການໃຫ້ບໍລິການສຸຂພາພຫວ່າງປະເທດຕາມແນວໝາຍແດນຮ່ວມມື່ອປະເທດມີມານານໂດຍເຈັບໃນຮະດັບພື້ນທີ່ ແລະ ມີຄວາມພຍາຍາມສ້າງຄວາມຮ່ວມມື່ອໃນຮູ່ປະກຳຂອງຂ້ອຕກລົງດ້ານສຸຂພາພໃນປະເທດຕ່າງໆ ພບວ່າ ຮູ່ປະກຳຂອງຄວາມຮ່ວມມື່ອໃນເຊີງປະເທດຕ່າງໆ ແລະ ກຳປູ່າ ມີມາກກວ່າກຳປະເທດພມ່າ ເທິງໄດ້ຈາກການມີໜ່ວຍບໍລິການສຸຂພາພທີ່ສັນບສຸນໂດຍຮັ້ງບາລໄທ ໃນປະເທດລາວ ແລະ ກຳປູ່າ ໃນຂະໜາດປະເທດພມ່າຢັ້ງໄນ້ມີເປັນຮູ່ປະກຳ ຢຶ່ງແມ່ວ່າຈະມີກາລົງນາມຄວາມຮ່ວມມື່ອທັງດ້ານສຸຂພາພຫວ່າງປະເທດລາຍກົງກົມາ (Ministry of Public Health, 2013) ກາຍໃນປະເທດໄທ ເອງ ໄດ້ມີການຈັດທຳແຜນແມ່ບທການແກ້ປັບປຸງທາແລະພັນນາງການສາຮາຮັນສຸຂພາພແດນ ຂັບທີ່ 2 ພ.ສ. 2555-2559 ໂດຍສຳນັກໂຍບາຍແລະ ຍຸທອະສາສຕົມ ກະທຽວສາຮາຮັນສຸຂພາພ ໃນຈັງຫວັດທີ່ມີອານາເຫດຕິດຕ່ອກກຳປະເທດພມ່າ ລາວ ກຳປູ່າ ແລະ ມາເລເຊີຍ ຮວມ 31 ຈັງຫວັດ ໂດຍມີວັດຖຸປະສົງເພື່ອສ່າງເສີມໃຫ້ປະຊາຊົນໃນພື້ນທີ່ໝາຍແດນ ມີສຸພາພທີ່ຄົ້ນໜ້າ ໂດຍການພັນນາຄຸນພາພບໍລິການສາຮາຮັນສຸຂພາພ ການສ່າງເສີມບໍລິການສຸຂພາພຂັ້ນພື້ນຮູ້ານ ແລະ ການສ່າງເສີມສັນບສຸນການມີສ່ວນຮ່ວມຂອງການໃນທຸກປາກສ່ວນ (Ministry of Public Health, 2011) ຍ່າງໄຮ

ก็ตาม โรงพยาบาลชุมชนตามแนวชายแดนของประเทศไทย ยังต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการให้บริการแก่แรงงานข้ามชาติและคนต่างด้าวที่มารับบริการสุขภาพ กับโรงพยาบาลหากไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้เอง โรงพยาบาลต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายโดยไม่มีเงินประมาณจัดสรรเพื่อรับสถานการณ์เหล่านี้ และหากมีการนำประเทศไทยเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ในปี ค.ศ. 2015 หรือ พ.ศ. 2558 มีการเปิดเสรีที่สำคัญ 5 ประการ คือ การเปิดเสรีทางการค้าและเศรษฐกิจอาเซียน โดยเฉพาะการเคลื่อนย้ายแรงงานมีฝีมือที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ คือ แรงงานมีฝีมือแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาล และระบบบริการสุขภาพ รวมถึงการลงทุนที่เกี่ยวเนื่องกับระบบบริการสุขภาพ โรคติดต่อ รวมถึงเรื่องยาเสพติดและภัยพิบัติ ที่จะมีผลต่อสุขภาพของประชาชน (สถาบันการศึกษา และสถานพยาบาล ถือเป็นการบริการ) การเปิดเสรีด้านลงทุน การเปิดเสรีด้านเงินทุน และการเคลื่อนย้ายแรงงานมีฝีมืออย่างเสรี (Ministry of Commerce, 2013) ซึ่งสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวยิ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชนตามแนวชายแดนของประเทศไทยมากขึ้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับแรงงานข้ามชาติที่มีประเด็นด้านสุขภาพร่วมด้วยส่วนใหญ่จะเน้นเรื่องการให้บริการสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ (Panpung, Sureeporn et al., 2005; Holanyong, Jaramporn and Kittisuksatit, Sirinan, 2012) พฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ (Nucharee Srivirojana and Sureeporn Punpuing, 2009) การศึกษาผลกระทบจากการรับบริการของแรงงานข้ามชาติที่อาจมีผลต่อการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลในถิ่นป่าทาง (Hargreaves et al., 2006) พื้นที่ที่ทำการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นจังหวัดที่มีแรงงานข้ามชาติมาก และเลือกเก็บข้อมูลในโรงพยาบาล มีเพียงการศึกษา เรื่องภาระค่าใช้จ่ายการให้บริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ (Srithamrongsawat, Samrit, et al., 2009) ที่ทำการศึกษาในพื้นที่ที่มีองค์กรพัฒนาเอกชนและองค์กรพัฒนาระหว่างประเทศ ให้การสนับสนุน รวมทั้งการตั้งอาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นแรงงานข้ามชาติ ซึ่งโครงการวิจัยที่นำเสนอเน้นจังหวัดในพื้นที่ที่แรงงานส่วนใหญ่ไปเข้าเย็นกลับ รวมทั้งเป็นพื้นที่ที่ประชาชนจากประเทศไทยเพื่อนบ้านสามารถข้ามมา\_rับบริการสุขภาพได้สะดวก และเป็นจังหวัดที่ไม่มี/ไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณให้กับโรงพยาบาลจากการให้บริการสุขภาพกับชาวต่างด้าวหรือแรงงานข้ามชาติ พื้นที่ที่เลือกศึกษาครั้งนี้จึงเป็นพื้นที่ที่ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลโดยไม่มีงบประมาณจัดสรร โดยเลือกตัวแทนของโรงพยาบาล ซึ่งในอนาคตหากมีการรวมเป็นภูมิภาคเดียวกันแล้วผลงานวิจัยครั้งนี้จะสามารถนำไปใช้เป็นฐานข้อมูลภาระการให้บริการสุขภาพระหว่างประเทศเพื่อผู้กำหนดนโยบายด้านสุขภาพระหว่างประเทศ

## ระเบียบวิธีวิจัย (Methodology)

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจเก็บข้อมูลด้วยวิธีการเชิงปริมาณและคุณภาพ

พื้นที่ศึกษา เลือกจากจังหวัดที่มีพื้นที่ติดชายแดนประเทศไทยมา กัมพูชา และลาว ที่ประชาชนสามารถข้ามพรมแดนมา\_rับบริการสุขภาพกับโรงพยาบาลของรัฐในประเทศไทยได้สะดวก 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 กระทรวงสาธารณสุขจังหวัด 3 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ตัวแทน 3 คน ผู้ปฏิบัติงานให้บริการ แก่กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ทั้งในระดับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลจำนวน 41 คน และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่มารับบริการในโรงพยาบาลที่ศึกษา จำนวน 3 กลุ่ม ๑ กลุ่ม ๖-8 คน/หน่วยบริการ รวมทั้งสิ้นจำนวน 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบฟอร์ม สำรวจข้อมูลสถานะทางการเงินของโรงพยาบาล และแบบฟอร์ม สำรวจข้อมูลภาระงานบริการในแผนกผู้ป่วยของโรงพยาบาล และแบบสัมภาษณ์ชิงโครงสร้าง จำนวน 5 ฉบับ คือ 1) แบบสัมภาษณ์ผู้บริหารระดับกระทรวง 2) แบบสัมภาษณ์ผู้บริหารจากสำนักงานประกันสังคม 3) แบบสัมภาษณ์กลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาลประจำจังหวัด และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และ 4) แบบสัมภาษณ์กลุ่มผู้ปฏิบัติในการให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาล และ 5) แบบสัมภาษณ์กลุ่มแรงงานต่างด้าวที่มารับบริการ 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)<sup>1</sup>

### สถานการณ์ทางการเงินของโรงพยาบาล

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

<sup>1</sup> ข้อมูลวิเคราะห์มาจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและตัวแทนผู้ให้บริการในโรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษา โรงพยาบาลประจำจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตัวแทนผู้กำหนดนโยบายด้านสุขภาพระหว่างประเทศระหว่างสาธารณสุข สำนักงานประกันสังคม และตัวแทนกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่รับบริการสุขภาพ

สถานการณ์ปัจจุบันของการให้บริการและการทางการเงินจากการให้บริการแก่แรงงานข้ามชาติโรงพยาบาลชายแดน 2 แบกรับภาระค่าใช้จ่ายจากการเรียกเก็บไม่ได้มีเพิ่มสูงขึ้นจากปีงบประมาณ 2552 รับภาระ 1.5 ล้านเป็น 2.1 ล้านในปี 2554 ทำให้ภาพรวมสถานะทางการเงินโรงพยาบาลมีรายจ่ายมากกว่ารายรับเพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ 2552 จำนวน 2.8 ล้านบาท เป็น 7.7 ล้านบาท และ 8.2 ล้านบาท ในปีงบประมาณ 2553-2554 โดยภาระทางการเงินเกิดจากการให้บริการผู้ป่วยในที่มารักษาด้วยอาการหนัก และจำเป็นต้องนอนรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงแม้ว่าจำนวนผู้มารับบริการชาวลาวจะไม่นักนัก โรงพยาบาลชายแดน 3 แบกรับภาระค่ารักษาพยาบาลในแผนกผู้ป่วยในมากกว่าในแผนกผู้ป่วยนอกทุกปี หากพิจารณาภาพรวมรายรับและรายจ่ายของโรงพยาบาล ในช่วงปีงบประมาณ 2550-2553 พบร่วม สถานะทางการเงินไม่มีปัญหา เนื่องจากโรงพยาบาลได้รับงบชดเชย ในพื้นที่ที่มีแรงงานข้ามชาติมารับบริการเข้ามาช่วย แต่ในปีงบประมาณ 2554 จำนวนงบชดเชยลดลงอย่างมาก ทำให้มีรายจ่ายมากกว่ารายรับ 2.2 ล้านบาท หากพิจารณาที่ปริมาณผู้มารับบริการ พบร่วม ทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในผู้มารับบริการชาวกัมพูชาอยู่ละ 40-50 โดยประมาณของผู้มารับบริการ ทั้งหมด โดยเฉพาะผู้ป่วยใน ในแผนกสูติกรรมมีสิ่งร้อยละ 60-70 ของผู้มารับบริการทั้งหมด โรงพยาบาลชายแดน 1 แบกรับภาระค่ารักษาพยาบาล ประมาณ 4-7 แสนบาทต่อปี และเป็นค่ารักษาพยาบาลในแผนกผู้ป่วยในมากกว่าแผนกผู้ป่วยนอก แต่เมื่อพิจารณาภาพรวมรายรับรายจ่ายของโรงพยาบาล พบร่วม สถานะทางการเงินของโรงพยาบาลไม่มีปัญหาและมีรายรับมากกว่ารายจ่ายทุกปี แต่เมื่อพิจารณาภาระงานบริการ พบร่วม ในแผนกผู้ป่วยในที่ผู้รับบริการเป็นชาวพม่าโดยประมาณ ร้อยละ 50 ของผู้มารับบริการทั้งหมด ส่วนในแผนกผู้ป่วยนอกโดยเฉพาะงานบริการอนามัยแม่และเด็ก กว่าร้อยละ 70-90 เป็นผู้มารับบริการที่ไม่ใช่ชาวไทย ส่วนในแผนกผู้ป่วยนอกทั่วไปพบร่วมเป็นชาวพม่าโดยประมาณ ร้อยละ 40-50 ของผู้มารับบริการทั้งหมด (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ภาระงานบริการผู้ป่วยชาวต่างชาติและแรงงานข้ามชาติของโรงพยาบาลชายแดน 1 โรงพยาบาลชายแดน 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)			จำนวนผู้ป่วยชาวต่างชาติที่มารับบริการ (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

## ສຕານການຟົກການໃຫ້ບົກການສຸຂະພາບ

“ຜູ້ມາຮັບບົກການທີ່ເປັນກະເປົນກຸ່ມອນນາມຍັ່ງແລະເຕັກ ແລະຜູ້ປ່ວຍທັນກມາດ້ວຍອາກາຮູນແຮງ”...  
(ຕັ້ງແທນໂຮງພາບາລຸ່ມ່ານແລະໂຮງພາບາລຸ່ມ່ານ)

ປັ້ງຫາສຳຄັນທີ່ເປັນຜົນຈາກການການໃຫ້ບົກການສຸຂະພາບແກ່ກຸ່ມແຮງງານຂ້າມຈາຕີແລະຄົນຕ່າງດ້າວທີ່ໄມ້ມີສີທີ່ໃນການຮັກຈາພາບາລ ໄດ້ແກ່ ປັ້ງຫາການໃຫ້ບົກການໃໝ່ແຜນກ່າວສົມສຸຂະພາບທີ່ມີຜູ້ມາຮັບບົກການຈຳນວນ  
ມາກ ປັ້ງຫາເຮືອກໃນການໃຫ້ບົກການມາກກວ່າຄຸນໄທ ປັ້ງຫາດ້ານການສື່ອສາຮະຫວ່າງແພທຍ ພາບາລ  
ແລະເຈົ້າໜ້າທີ່ໂຮງພາບາລ ກັບຜູ້ມາຮັບບົກການ ແລະປັ້ງຫາການສົ່ງຕ່ອຜູ້ປ່ວຍທັນກມາດ້ວຍອາກາຮູນແຮງ  
ແລະການສົ່ງຕ່ອຜູ້ປ່ວຍຮ່ວ່າງປະເທດ ໂດຍມີຮາຍລະເວີຍດ ດັ່ງນີ້

ໃນໂຮງພາບາລຸ່ມ່ານຕາມແນວໝາຍແດນທີ່ມີເສັ້ນທາງຄົມນາຄມຮ່ວ່າງປະເທດສະດວກ ມີຄົນເຊື່ອມ  
ກື່ງກັນ ພັນວັກກັບການມີເສັ້ນທາງອື່ນ ຈະ ນອກເໜືອຈາກເສັ້ນທາງຫລັກທີ່ສາມາຮັກຂ້າມຝຶ່ມມາຮັບບົກການກັບສຕານບົກການ  
ໃນເຄື່ອງຂ່າຍຂອງໂຮງພາບາລຸ່ມ່ານຂອງປະເທດໄທໄດ້ໂດຍຕຽງ ເຊັ່ນ ໂຮງພາບາລໜ້າແດນ 3 ທີ່ມີເສັ້ນທາງເຊື່ອມ  
ກັບຈັງຫວັດເກະກັງ ປະເທດກົມພູ້າ ແລະໂຮງພາບາລໜ້າແດນ 1 ທີ່ມີເສັ້ນທາງເຊື່ອມກົງທ່ານີ້ແລ້ວປະເທດ  
ພມ່າ ສົ່ງຜລໃຫ້ທັງສອງພື້ນທີ່ຈີ່ງມີຮູບແບບຂອງຜູ້ມາຮັບບົກການແລະປັ້ງຫາການຮ່າງການໃຫ້ບົກການມີຄວາມຄລ້າຍຄລົງ  
ກັນ ໂດຍເພາະຜູ້ມາຮັບບົກການໃນກຸ່ມອນນາມຍັ່ງແລະເຕັກ ທີ່ຂ້າມຝຶ່ມມາຄລອດແລະຮັບຮັກຈືນຈາກໂຮງພາບາລ  
ຝຶ່ມປະເທດໄທ ເຊັ່ນ ໃນໂຮງພາບາລໜ້າແດນ 1 ໃນແຜນກ້າວຄລອດ ຈາກສ່ວນສົມສຸຂະພາບ ແລະການອນນາມຍັ່ງ  
ແລະເຕັກ ທີ່ມີຜູ້ມາຮັບບົກການເປັນກຸ່ມແຮງງານຂ້າມຈາຕີແລະໝາວຕ່າງດ້າວຮ້ອຍລະ 70-80 ໃນຄລິນິກສົ່ງສົມ  
ສຸຂະພາບອນນາມຍັ່ງແລະເຕັກ ກາຮງານບົກການທີ່ເພີ່ມມັງກີນີ້ເອງທ່ານໃຫ້ໂຮງພາບາລໜ້າແດນ 1 ຕ້ອງຂໍາຍາຍເລາ  
ແລະຈຳນວນວັນທີໃຫ້ບົກການເພີ່ມຂຶ້ນ ຈາກເດີມທີ່ເຄີຍໃຫ້ບົກການອາທິດຍລະໜົ່ງວັນ ເພີ່ມເປັນໃຫ້ບົກການເປັນອາທິດຍລະ  
ສອງວັນ ໃນຂະນະທີ່ເຈົ້າໜ້າທີ່ຜູ້ໃຫ້ບົກການຍື່ນມີເທິ່ງ ນອກຈາກນີ້ ໃນແຜນກ່າວທັງໝົດແລະຜູ້ປ່ວຍໃນ ຜູ້ມາຮັບບົກການ  
ຕ່າງດ້າວຄົດເປັນ ຮ້ອຍລະ 40-50 ຂອງຜູ້ມາຮັບບົກການທັງໝົດເຊັ່ນເດືອນກັບໂຮງພາບາລໜ້າແດນ 3 ປັ້ງຫາການ  
ການບົກການທີ່ເພີ່ມຂຶ້ນທີ່ໃຫ້ເຈົ້າໜ້າທີ່ລາອອກຫຼືຂອຂໍອ້າຍບ່ອຍ ທັງກາຮງານໃນຄລິນິກບົກການແລະກາຮງານ  
ການປັ້ງກັນຄວບຄຸມໂຮຄຕິຕ່ອ ຮ່ວມເຖິງປັ້ງຫາການສົ່ງຕ່ອຜູ້ປ່ວຍ ທີ່ກ່ອໃຫ້ເກີດຄວາມຂັດແຍ້ງໃນການສົ່ງຕ່ອຜູ້ປ່ວຍ  
ໝາວກົມພູ້າໄປຢັງໂຮງພາບາລຕາຮາດ ຮ່ວມເຖິງປັ້ງຫາຄວາມຂັດແຍ້ງໃນຮະດັບຜູ້ປົງປົງບົດຈຳນາງ ຈາກການປົງປົງເສີຮັມໄໝຮັບ  
ຜູ້ປ່ວຍຕ່າງດ້າວທີ່ສົ່ງຕ່ອກຮັກຈາກໂຮງພາບາລໜ້າແດນ 3

ສ່ວນໂຮງພາບາລໜ້າແດນ 2 ເປັນໂຮງພາບາລທີ່ຕ່າງໃນພື້ນທີ່ໝາຍແດນທີ່ໄມ້ຄົນເປັນເສັ້ນທາງຫລັກ  
ເຊື່ອມຕ່ອກກັບສາຮາຄນຮູ້ປະເທດໃປໄຕຍປະເທນລາວ ສົ່ງຜລໃຫ້ຜູ້ຮັບບົກການໝາວລາວແລະກຸ່ມແຮງງານໝາວລາວທີ່  
ໄຮສີທີ່ ເດີນທາງດ້ວຍການຂ້າມແມ່ນ້ຳໂຈ່ງເພື່ອເຂົ້າມາທໍາການແລະໃໝ່ແຮງງານໃນປະເທດໄທ ຮ່ວມເຖິງການຂ້າມມາ  
ຮັບບົກການສຸຂະພາບ ດ້ວຍການໂດຍສາຮັອຫາຍວ່າຈີ່ນີ້ມີສະດວກນັກທາກເປົ້າຍບໍ່ເຫັນກັບໝາວພມ່າທີ່ຂ້າມຈຳດ່ານ  
ໝາຍແດນ 1 ທີ່ຈັງຫວັດເຂົ້າມາທີ່ຫຍຸ້ງຍາວ ແລະໝາວກົມພູ້າທີ່ຂ້າມຈຳດ່ານອຳເກອຍແດນ 3 ຈັງຫວັດຕາຮາດ ຮູບແບບຂອງ  
ກາຮງານບົກການຈະແຕກຕ່າງຈາກໂຮງພາບາລໜ້າແດນ 1 ແລະໂຮງພາບາລໜ້າແດນ 3 ເນື່ອຈາກຜູ້ມາຮັບບົກການ  
ມັກຈະມາດ້ວຍໂຮຄທີ່ຫາຍາກໃນໄທຢາກ ແລະມີອາການໜັກໂດຍເຂົ້າມາຮັບບົກການຈະແຕກຕ່າງຈາກໂຮງພາບາລໜ້າແດນ 3 ເນື່ອຈາກຜູ້ມາຮັບບົກການ

นนอนรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามาก โรงพยาบาลชายแดน 2 ต้องมีการเตรียมความพร้อมเพิ่มขึ้น ทั้งด้านอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ ความรู้และทักษะในการเตรียมรับการดูแลผู้ป่วยหนัก นอกเหนือจากการเรื่องค่าใช้จ่ายที่สูงหากผู้ป่วยไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ และการให้บริการที่ต้องใช้เวลามากขึ้นในการดูแลเนื่องจากปัญหาการสื่อสารและวัฒนธรรมบางเรื่องที่แตกต่างกัน และเป็นอุปสรรคต่อการรักษาผู้ป่วย ปัจจัยผลักดันที่สำคัญที่ขาดไม่ได้ คือ ความสะดวกในการเดินทางจากหมู่บ้านไปรับบริการที่โรงพยาบาลและคลินิกเอกชนฝั่งประเทศไทย คือ ความสะดวกในการเดินทางจากหมู่บ้านไปรับบริการที่โรงพยาบาลสองค่อน ฝั่งลาว แม้ว่าระยะทางจะห่างจากชุมชนเพียง 20 กิโลเมตร แต่เส้นทางชุกรุ่งไม่สะดวก และใช้เวลาเกือบชั่วโมงในการเดินทาง ในขณะที่หากเดินทางข้ามฝั่งด้วยเรือหางยาวมาฝั่งไทย จะใช้เวลาเพียง 10-15 นาทีเท่านั้น หรือหากเดินทางไปรับบริการที่สุขศานติ์ในหมู่บ้าน ก็ไม่สามารถให้การรักษาได้ ทำได้เพียงบริการขั้นพื้นฐานเท่านั้น หากเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องการการรักษาเฉพาะทางและหรือซับซ้อน ต้องข้ามฝั่งมารับบริการที่ประเทศไทยสะดวกกว่า

แนวโน้มปัญหาและแนวทางการจัดการปัญหาเมื่อมีการรวมเป็นกลุ่มประเทศเศรษฐกิจอาเซียน ในปี 2015

การวิเคราะห์แนวโน้มและผลกระทบระบบบริการสุขภาพในการวิเคราะห์ประเด็นแนวโน้มผลกระทบด้านระบบบริการสุขภาพในครั้นนี้มีสามประเด็น คือ การเคลื่อนย้ายแรงงาน ระบบบริการสุขภาพ และโรคติดต่อและโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ ดังนี้

1) กลุ่มแรงงานข้ามชาติ ในพื้นที่ศึกษาภาพรวมของกลุ่มแรงงาน เมื่อก้าวสู่ประเทศอาเซียน ในปี 2558 ในระยะแรกจะไม่มีการเปลี่ยนแปลงจำนวนมากนักเนื่องจากส่วนใหญ่เป็นกลุ่มแรงงานไร้ฝีมือ ที่ใช้แรงงานในภาคเกษตร ประมง และภาคบริการในร้านอาหารในตัวเมือง อย่างไรก็ตาม ทุกพื้นที่ต่างมองเห็นความสำคัญจำเป็นของกลุ่มแรงงานเหล่านี้ต่อการกระตุ้นเศรษฐกิจของพื้นที่ ดังที่ในอำเภอชายแดน 2 แรงงานและชาวลาวที่ข้ามฝั่งมาที่อำเภอชายแดน 2 ต่าก็มีส่วนสำคัญในการช่วยกระตุ้นเศรษฐกิจภายในตัวอำเภอ แล้วช่วยเป็นแรงงานในภาคเกษตรกรให้กับคนไทย ส่วนแรงงานที่ขึ้นทะเบียน ถือเป็นกลุ่มที่เป็นรายได้ของโรงพยาบาลที่ให้บริการด้านสุขภาพเช่นเดียวกับอำเภอชายแดน 1 และในตัวจังหวัดเชียงราย มองว่า ในด้านการพัฒนาแรงงานต่างชาติชาวพม่า ยังมีความจำเป็น โดยมองว่าหากประเทศไทยขาดแรงงานข้ามชาติอาจส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ ประเทศไทยต้องพึ่งแรงงานพม่าเรื่องเศรษฐกิจ ทั้งในตัวอำเภอชายแดน 1 การใช้แรงงานในโรงงานและสวนลินี่จี ล้วนเป็นแรงงานจากพม่าทั้งสิ้น ในตัวจังหวัดจะเห็นว่า แรงงานชาวพม่าก็มีความสำคัญในการใช้แรงงานที่คุณไทยไม่ทำ เช่น ร้านขายอาหาร ในตัวจังหวัดและห้างสรรพสินค้าขนาดใหญ่ เป็นต้น ส่วนในอำเภอชายแดน 3 และตัวจังหวัดตระตادเอง แรงงานชาวกัมพูชา เข้ามายังแรงงานเป็นลูกเรือประมง บางส่วนเป็นแรงงานในสวนผลไม้ รวมทั้งเป็นลูกจ้างในตลาดร้านค้า ซึ่งเป็นงานที่คนไทยส่วนใหญ่ไม่ทำ เช่นเดียวกัน แรงงานข้ามชาติเหล่านี้จึงเป็นแรงงานที่เข้ามาทดแทนงานที่คนไทยปฏิเสธ แต่สำคัญและจำเป็นต่อระบบเศรษฐกิจท้องถิ่นทั้งสิ้น อย่างไรก็ตาม แนวโน้มของการข้ามฝั่ง

ของกลุ่มแรงงานจะมีมากขึ้น รวมหมายถึงจำนวนผู้มารับบริการสุขภาพในฝั่งประเทศไทยจะมีมากขึ้น เช่นกัน ทั้งนี้ จะแตกต่างกันตามสภาพพื้นที่

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

ในโรงพยาบาลชายแดน 2 เห็นว่าการเชื่อมภูมิภาคอาเซียนส่งผลกระทบไม่มากต่อจำนวนการใช้บริการ เพราะผู้ป่วยที่มาก็เป็นกลุ่มเดิมคือแรงงานในภาคเกษตร ส่วนคนทำงานในโรงพยาบาลก็คงไม่มีคนข้ามพรมแดนไปทำงานที่ประเทศไทย และคงไม่มีคนลาวข้ามมาเป็นบุคลากรในโรงพยาบาลเนื่องจากต้องผ่านระบบสอบคัดเลือกมาจากส่วนกลาง แต่ควรนำแนวคิดเรื่องบัตรประจำสุขภาพของคนต่างชาติที่เข้ามาในประเทศไทย หรือการมีกองทุนสุขภาพร่วมระหว่างประเทศไทยอาเซียนเข้ามาใช้ร่วมกับการสร้างและพัฒนาเครือข่ายในด้านการรักษาและการส่งต่อในจังหวัดที่ติดชายแดน โดยให้โรงพยาบาลจังหวัด หรือโรงพยาบาลศูนย์ที่อยู่ในตัวเมืองเป็นแม่ข่าย เปิดบริการเชิงรุกร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ติดชายแดน รองรับผู้ป่วยที่ข้ามพรมแดนมาใช้บริการ รวมถึงแรงงานข้ามชาติที่ทำงานในพื้นที่ชายแดน และสามารถส่งต่อกลับไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายทั้งในประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้านได้โดยตรง

ในโรงพยาบาลชายแดน 1 นั้น ต้องรับภาระงานบริการเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิม เนื่องจากความแตกต่างเรื่องความพร้อมในการให้บริการด้านสุขภาพระหว่างโรงพยาบาลในฝั่งพม่ากับโรงพยาบาลในฝั่งประเทศไทย จะผลักดันให้ชาวพม่าเข้ามารับบริการมากขึ้น ทำให้เพิ่มภาระงานที่มีมากอยู่แล้วให้มากยิ่งขึ้น ความยากในการจัดการปัญหาระบบบริการมีมากขึ้น เพราะที่เป็นปัญหาอยู่ก็ยังแก้ไขไม่ได้โดยเฉพาะภาระเรื่องงานบริการ เนื่องจากการให้บริการนั้นไม่ได้มองเรื่องเงินเป็นหลัก แต่มองเห็นเรื่องภาระงานบริการเป็นหลักอย่างไรก็ตาม ผู้รับบริการที่มีเงินจะไปรับบริการที่โรงพยาบาลเอกชนและหรือคลินิกเอกชน แต่ผู้มีรายได้น้อยจะมารับบริการโรงพยาบาลรัฐ ซึ่งต้องรับภาระหนักด้วยการให้บริการโดยใช้หลักมนุษยธรรม ทำให้โรงพยาบาลเขียงรายที่รองรับการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชายแดน 1 ต้องแบกรับค่ารักษาพยาบาลมากขึ้น หากมีการรวมเป็นภูมิภาคอาเซียน

ทั้งนี้ พื้นที่จังหวัดเชียงรายได้มีข้อเสนอแนวทางในการแก้ไขว่าหากมีระบบการจัดการการเงินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศไทยจะช่วยได้โดยให้แต่ละประเทศมีระบบการจัดการด้านสุขภาพ เพื่อตามจ่ายค่ารับบริการสุขภาพ มีการจัดการในระดับภูมิภาคด้วยการจัดให้มีองค์กรดำเนินงานชัดเจน มีการสร้างแนวทางปฏิบัติที่เป็นข้อตกลงระหว่างกลุ่มประเทศไทยอาเซียนด้วยกัน รูปแบบการช่วยเหลืออาจมีหลากหลาย ต้องมีแนวทางจัดการเชิงระบบระหว่างกลุ่มประเทศไทยอาเซียนด้วยกันมีการสร้างข้อตกลงร่วมระหว่างกลุ่ม

ประเทศไทยอาเซียน ความมีการพูดคุยระหว่างประเทศเพื่อการเตรียมพร้อม เน้นความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน ทั้งกระทรวงแรงงาน และกระทรวงสาธารณสุขต้องร่วมมือกันดูแลแรงงานในโรงงานให้มีหลักประกันสุขภาพ และสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ เน้นความร่วมมือระหว่างกรม/กระทรวงและความร่วมมือระหว่าง หน่วยงานในพื้นที่ สิ่งที่สำคัญคือประเด็นสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ต้องชัดเจนในแนวทางปฏิบัติเป็น ภาพของอาเซียน ผนวกกับการพัฒนาคุณภาพระบบบริการแบบคุ้นเคย เนื่องจากโรงพยาบาลในฝั่งประเทศไทย เพียงด้านเดียวทำอะไรไม่ได้มากนัก เพราะปัญหาที่เผชิญอยู่ก็มีมากพอแล้ว พม่าต้องพัฒนาระบบบริการ ให้ดีขึ้นเพื่อให้บริการชาวพม่าไม่ต้องมารับบริการที่ฝั่งไทย นอกจากนี้ แนวทางการดำเนินงานเพื่อเตรียม รับในมุมมองของโรงพยาบาลเชียงรายประชาชนุเคราะห์ คือ จัดระบบโรงพยาบาลชุมชนให้สามารถเป็นกันชน แก่ผู้มารับบริการที่เป็นกลุ่มแรงงานข้ามชาติให้ดีขึ้น และยังถือเป็นข้อดีสำหรับผู้รับบริการต่างชาติ ไม่ต้อง ถูกส่งตัวเข้ามารับบริการในโรงพยาบาลเชียงรายต่างด้วยให้กับโรงพยาบาลเชียงราย ด้วยการเพิ่มหรือพัฒนา ศักยภาพ โรงพยาบาลชุมชนในเรื่องการรักษา

ในโรงพยาบาลชายแดน 3 และโรงพยาบาลตราช ซึ่งมีลักษณะพื้นที่ ลักษณะกลุ่มแรงงานและ จำนวนแรงงาน ตลอดจนเส้นทางการเข้ามาในประเทศไทย คล้ายคลึงกับโรงพยาบาลชายแดน 1 จังหวัด เชียงราย แตกต่างกันตรงที่สภาพเศรษฐกิจไม่ดีเหมือนอำเภอชายแดน 1 จังหวัดเชียงราย มองว่าผลกระทบ จากการเปิดเส้นทางการค้า น่าจะเป็นลบต่อโรงพยาบาลตราช การคุณภาพที่สลดากและจากการรวมกลุ่ม เป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ด้วยการเปิดเส้นทางด้าน เป็นเหตุผลหนึ่งด้านความสลดากที่คนไข้ จากกัมพูชาเลือกที่จะเดินทางมารักษาที่โรงพยาบาลชายแดน 3 มากขึ้น เนื่องจากโรงพยาบาลในฝั่งประเทศไทย กัมพูชาซึ่งมีมาตรฐานสาธารณสุข ความพร้อม และศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ ที่ด้อยกว่า ประเทศไทย ทำให้ชาวกัมพูชาเดินทางมารักษาที่ประเทศไทยมากขึ้น หมายถึง จำนวนคนไข้ที่ส่งต่อเพื่อ รับการรักษาในโรงพยาบาลตราชมากขึ้น ผลกระทบที่ตามมา คือ ภาระที่โรงพยาบาลตราชและโรงพยาบาล ชายแดน 3 ต้องแบกรับมากขึ้น ทั้งด้านการเงินและการการให้บริการที่เพิ่มมากขึ้น แนวทางที่น่าจะทำได้ คือการขยายบริการให้สามารถรองรับจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้น แต่อย่างไรก็ต้องมีผู้บริหารระดับสูงแจ้ง ให้ทราบถึงทิศทางในการดำเนินงานที่ชัดเจน

จากสถานการณ์ที่กล่าวมา จะเห็นว่ามีความแตกต่างของการจัดการปัญหา เพื่อรับการก้าวสู่ ประชาคมอาเซียนในแต่ละพื้นที่ ทั้งในภาพรวมของจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชนดำเนินการด้วยตัวเอง แต่ประเด็นร่วมในการจัดการปัญหาของทั้งสามพื้นที่ คือ การสร้างความร่วมมือด้านระบบสุขภาพใน ประชาคมอาเซียนในรูปแบบต่าง ๆ ดังที่ความเห็นจากรัฐดับบันโยบายส่วนกลางของประเทศไทยเสนอว่า หลักการสำคัญในการจัดการปัญหาสาธารณสุขในภูมิภาคอาเซียน คือ การมองเห็นประโยชน์ที่จะได้รับจากการ พัฒนาระบบสุขภาพร่วมกัน กล่าวคือ การมองเห็นประโยชน์ร่วมด้านระบบสุขภาพ การมีระบบประกันสุขภาพ การมีกองทุนสุขภาพที่ร่วมกันของประเทศไทยและสมาชิกภูมิภาคอาเซียน โดยกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพในภูมิภาค เพื่อนำไป ถูกราชสุขภาพที่ร่วมกันของประเทศไทยและสมาชิกภูมิภาคอาเซียน โดยกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อสนับสนุน การมีส่วนร่วม ตั้งแต่การกำหนดเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ การกำหนดดุลยพินิจฯ ในการจัดการปัญหา

ร่วมกัน ພັນຍາ ກັບມີການເຕີຍມຄວາມພັນຍາໃນເຈິງໂຄຮສ້າງພື້ນຖານຂອງປະເທດທີ່ດ້ານ ກາງເຈີນ ກົງໝາຍ ແລະ ຮະບບປະກັນສັຄມ ເພື່ອຮອງຮັບແນວທາງການຈັດການປ່າຍຫາຮ່ວມກັນ ທັນນີ້ ການດຳເນີນການເພື່ອໃຫ້ເກີດ ປະສິທິພິບໃຕ້ຢ່າງດີຕ້ອງດໍາເນີນການພັນຍາ ກັນທັງໃນຮະດັບພື້ນທີ່ ແລະ ຮະດັບກົມືການ ໃນຮູບແບບ ຂອງການສ້າງຮະບບປະກັນສຸຂະພາບໃນຮະດັບກົມືການ

### 3) ໂຮມຕິດຕ່ອແລະ ໂຮມທີ່ເປັນປ່າຍຫາໃນພື້ນທີ່

ໂຮມມາລາເຮີຍແລະ ໃຫ້ເລືອດອອກ ເປັນປ່າຍຫາໂຮມຕິດຕ່ອຕາມແນວໝາຍແດນທີ່ສຳຄັນແລະ ເປັນປ່າຍຫາ ມາກນ້ອຍຕາມສັກພື້ນທີ່ ໂດຍໃນພື້ນທີ່ອຳເກອ່າຍແດນ 2 ປ່າຍຫາໂຮມມາລາເຮີຍຈະໜັກແລະ ຮູນແຮງກວ່າ ເນື່ອຈາກຜູ້ປ່າຍທີ່ມາຮັບການຮັກໝາໃນໂຮມພາຍາລໝາຍແດນ 2 ມາດ້ວຍອາກາຮ້າໜັກ ເຊັ່ນ ມາລາເຮີຍຂຶ້ນສມອງ ຜົ່ງການຮັກໝາຕ້ອງໃໝ່ເວລາແລະ ດໍາຮັກໝາພາຍາລໝາງ ກຣນົ້ອມ້າເກອ່າຍແດນ 1 ນັ້ນໂຮມທີ່ເລືອດອອກເປັນປ່າຍຫາ ເພີ່ມຂຶ້ນ ມີການແພຣະຮະບາດໃຫ້ເລືອດອອກຮ່ວ່າງພມ່າແລະ ພະຍາ ປ່າຍຫາຫລັກ ອື່ນ ການປັ້ງກັນຄວບຄຸມໄດ້ ເພາະຝ່າງໃຫຍ່ນະທີ່ຝ່າງພມ່າໄມ້ມີການດຳເນີນການຄວບຄຸມໃຫ້ເລືອດອອກ ເນື່ອຈາກຝ່າງຝ່າງພມ່າໄມ້ໃຫ້ຄວາມຮ່ວມມືອີນ ການປັ້ງກັນຄວບຄຸມໂຮມໃຫ້ເລືອດອອກ ແມ່ວ່າເຮົາຈະເສັນອັນເຊົ້າປັ້ງໝອກຄວນ ເພື່ອຈັດການກັບຢູ່ພາຫະນໍາໂຮມ ແຕ່ຝ່າງພມ່າໄມ້ໃຫ້ຄວາມຮ່ວມມືອີນ ທຳໃຫ້ໂຮມໃຫ້ເລືອດອອກແລະ ໂຮມຕິດຕ່ອອື່ນ 1 ຍັງເປັນປ່າຍຫາໃຫຍ່ຂອງພື້ນທີ່ອຳເກອ່າຍແດນ 1 ອ່າງໃນປີ 2554 ດັ່ງຜູ້ໃຫ້ຂໍ້ມູນຮາຍຈານວ່າ “ຄົນໄທຍເປັນໃຫ້ເລືອດອອກໃນອຳເກອ່າຍແດນ 1 ຮ້ອຍກວ່າ ຄົນ ສ່ວນພມ່າປ່າຍສອງຮ້ອຍກວ່າຄົນ” ນອກຈາກນີ້ ໃນມູນມອງຂອງຜູ້ປ່າຍຕ່າງດ້ວຍທີ່ມາຮັບບໍລິກາມອອກວ່າມາຕຽວ ເພື່ອໃຫ້ດີຂຶ້ນແລະ ອູ້ໄດ້ ແຕ່ໄມ້ໄດ້ໃຫ້ຄວາມສຳຄັນວ່າທາງຮັກໝາໄມ້ຕ່ອນເນື່ອງແລ້ວເຊື້ອໂຮມຍັງອູ້ ຈະມີການແພຣະຮະບາດ ໄປໃຫ້ໂຄ ທີ່ວ່າຈະມີປ່າຍຫາອະໄຮກະທບຕາມມາ

ເຊື່ອເດີຍກັບອຳເກອ່າຍແດນ 3 ໂຮມໃຫ້ເລືອດອອກ ຍັງມີອຸບຕິການົ່ວການກົດໂຮມທີ່ມີສາເຫຼຸມາຈາກ ກລຸ່ມແຮງງານຂ້າມໜາຕີ່ຈຳກັນພູ່າ ແລະ ຈຳກັນພູ່າທີ່ມາຮັບບໍລິກາມ ປະກອບກັບທີ່ພັກຂອງກລຸ່ມແຮງງານໃນ ອຳເກອ່າຍແດນ 3 ອາສີຍອູ້ກັນອິ່ງແວອັດ ແລະ ເຮັ່ວ່ອນ ທີ່ພັກອາສີຍອູ້ຮົມທະເລີມການສ້າງສ້າມແບບທີ່ສິ່ງປົກກູດ ລົງທະເລ ປື້ນເປັນແຫລ່ງຮ່ວງໂຮມຕິດຕ່ອ ທີ່ສຳຄັນ ສັງເປດຕ່ອງການບໍລິກາມຂອງໂຮມພາຍາລໝາໄໝເພີ່ງແຕ່ເຮືອງ ການຮັກໝາເທົ່ານັ້ນ ເຮືອງການຄວບຄຸມປັ້ງກັນໂຮມຕິດຕ່ອກີ່ເປັນກາຮະເໜີນເດີຍກັນ ດັ່ງທີ່ໂຮມພາຍາລໝາຍແດນ 3 ຕ້ອງໃໝ່ປະປະມານຂອງໂຮມພາຍາລໝາໃຫ້ໃນການຄວບຄຸມໂຮມຕິດຕ່ອກີ່ຈັດໜ້າຮ່າຍອະແບທແຈກຕາມບ້ານ ເພື່ອ ກຳຈັດລູກນໍ້າຢູ່ລາຍ ແລະ ການພັນໝອກຄວນກຳຈັດຢູ່ລາຍທຸກບ້ານ ຮວມທັງແຫລ່ງໜຸ່ມໜຸ່ນຂອງກລຸ່ມແຮງງານຂ້າມໜາຕີ ນອກຈາກນີ້ ສິ່ງທີ່ສຳຄັນຕ້ອງປ່າຍຫາການຄວບຄຸມໂຮມ ອື່ນ ການທີ່ກລຸ່ມແຮງງານຂ້າມໜາຕີແລະ ຈຳກັນທີ່ຕ່າງໆ ເຫັນມາ ພັກບັນຍາຕີ ຮະຫວ່າງທີ່ອ່ານັ້ນ ເຊັ່ນທີ່ເກີດສັນການກົດໂຮມຕິດຕ່ອໃຫ້ເລືອດອອກພື້ນທີ່ອຳເກອ່າຍແດນ 1 ທີ່ພົບວ່າສາເຫຼຸ ສຳຄັນເກີດຈາກແຮງງານຂ່າວພມ່າທີ່ມາພັກໃນໜຸ່ມໜຸ່ນຮ່ວ່າມາຮັບການຕຽບຮັກໝາ ໃນສັນການບໍລິກາມສຸຂະພາບ ຜົ່ງປະເທດໄທຍເປັນຕົ້ນ

ໂຮມວັນໂຮມ ເປັນປ່າຍຫາຮ່ວມໃນການປັ້ງກັນຄວບຄຸມໂຮມຕາມແນວໝາຍແດນ ທີ່ໄໝມີຄວາມແຕກຕ່າງກັນທີ່ ສາມພື້ນທີ່ ກລ່າວຄືອ ຜູ້ປ່າຍທີ່ເປັນວັນໂຮມ ໄດ້ຮັບການຮັກໝາໄມ້ຕ່ອນເນື່ອງດ້ວຍຂໍ້ຈຳກັດທາງການເຈີນ ຄວາມສະດວກ

ในการมารับบริการ และความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรค การปฏิบัติตัว การรักษาและการกินยาอย่างต่อเนื่อง สิ่งที่เป็นผลลัพธ์ตามมา คือ ผู้ป่วยกลับมารักษาที่โรงพยาบาลประเทศไทยด้วยอาการรุนแรงและกลับเป็นรักษาเรื้อรังโรคเชื้อดื้อยา การติดตามผู้ป่วยเพื่อมารับการรักษาต่อเนื่องจึงเป็นปัญหาใหญ่กรณีเป็นช่วงต่างด้าว ทั้งในเรื่องการติดตามผู้ป่วย และไม่สามารถหากลุ่มเสี่ยงที่สัมผัสรามาตรวจ เพื่อจะทำการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อรักษาได้ สิ่งที่เป็นประเด็นปัญหาสำคัญ คือ การแพร่ระบาดของโรคติดตามแนวชายแดน ในระหว่างที่ผู้ป่วยมาพักกับญาติ และหรือคนรู้จักในฝั่งประเทศไทยก่อนที่จะมารับบริการในโรงพยาบาล รวมถึงการแพร่ระบาดโรคต่อผู้ให้บริการในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชายแดน 1 และโรงพยาบาลชายแดน 3 เนื่องจากผู้ป่วยที่มารับบริการ ส่วนใหญ่เป็นระยะแพร่และมีอาการรุนแรง คือ ผลการตรวจ semen หรือเชื้อสองเพศหรือสามเพศ ซึ่งในโรงพยาบาลชายแดน 3 มีผู้ป่วยรายใหม่ 15-20 รายต่อปี

โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในพื้นที่ศึกษาทั้งสามจังหวัด ต่างมีปัญหาร่วมกันคือปัญหาระดับต่ำของการรักษาซึ่งไม่มีงบประมาณสนับสนุนการรักษาในผู้ป่วยต่างด้าว แต่ไม่ได้หมายความว่าปัญหาระดับต่ำ แต่ได้มาจากในพื้นที่ทั้งสามแห่งยังมีสถานบริการที่เป็นแหล่งแพร่โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งร้านอาหาร และร้านค้าอิโภค ที่มีบริการทางเพศและไปกับการบริการเหล่านี้ทั้งสามจังหวัด ในส่วนของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นั้น จะเป็นบทบาทขององค์กรพัฒนาเอกชนเป็นหลัก เช่น องค์กรแซร์ ที่ดูแลในพื้นที่อำเภอชายแดน 2 และจากมูลนิธิรักษ์ไทยหรือฟ้ามิตร ในพื้นที่อำเภอชายแดน 3 และพบว่า กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อส่วนใหญ่ ซึ่งไม่ต้องการให้ญาติพี่น้องรู้ว่าติดเชื้อ จึงมารักษาในประเทศไทย ส่วนในอำเภอชายแดน 1 นั้นจะมีสถานบริการที่มีแหล่งแพร่มากที่สุดแต่เนื่องจากสภาพเศรษฐกิจในพื้นที่ดี การมารับบริการส่วนใหญ่ยังคงมีมากกว่าในโรงพยาบาล

โรคเท้าช้าง ถือเป็นโรคนำเข้าโดยกลุ่มแรงงานข้ามชาติชาวพม่า ที่พบริการในพื้นที่อำเภอชายแดน 1 มีสาเหตุมาจากการลุ่มแรงงานข้ามชาติพม่าที่ถูกขึ้นทะเบียนถูกต้องตามกฎหมาย ในปี 2554 พบร 11-12 ราย เนื่องจากในปี 2554 มีการเปิดการขึ้นทะเบียนให้กับแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาทำงานใหม่ในพื้นที่ และไม่พบว่ามีในพื้นที่อำเภอชายแดน 3 และอำเภอชายแดน 2

โรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ และโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่พบว่ามาใช้บริการกับโรงพยาบาลในระดับต่ำและโรงพยาบาลข้ามชาติ โดยการมารับยาต่อเนื่องกับสถานบริการฝั่งไทย โดยเฉพาะในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ในเครือข่ายของโรงพยาบาลชายแดน 3 และโรงพยาบาลชายแดน 1 จนเป็นภาระด้านการเงินแก่โรงพยาบาลแม่ข่าย คือ โรงพยาบาลชายแดน 1 และโรงพยาบาลชายแดน 3 ต้องให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ส่วนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในเครือข่ายโรงพยาบาลชายแดน 2 พบน้อยมาก แห่งละรายสองรายหรือไม่มีมารับบริการเลย

งานอนามัยแม่และเด็ก หมายรวมถึง การดูแลก่อนคลอด ขณะคลอดและหลังคลอด ถือเป็นภาระงานบริการมากเป็นอันดับต้น ๆ ของโรงพยาบาลชัยແດນ 1 และโรงพยาบาลชัยແດນ 3 โดยในโรงพยาบาลชัยແດນ 1 แผนกผู้ป่วยในที่มีแรงงานข้ามชาติมารับบริการ คือ ตีกผู้ป่วยหลังคลอดผู้ป่วยเด็ก ส่วนในแผนกผู้ป่วยนอก คือ งานสร้างเสริมสุขภาพโดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก กว่าครึ่งเป็นผู้มารับบริการจากพม่า ที่มารับบริการ การตรวจและฝากรครรภ์ การวางแผนครอบครัว และการมารับวัคซีนในเด็กเล็ก ผู้รับบริการกว่าครึ่งมาจากพม่า ร้อยละ 30 เป็นชาวต่างชาติที่อยู่ในฝั่งไทยและแรงงานถูกกฎหมายเหลือคนไทยจริง ๆ ประมาณร้อยละ 20 เช่นเดียวกับโรงพยาบาลชัยແດນ 3 เนื่องจากผู้หญิงชาวกัมพูชาที่ไม่ได้เป็นแรงงาน แต่เป็นผู้ติดตาม จะเข้ารับการบริการในโรงพยาบาล ด้วยเรื่อง การฝากรครรภ์และการคลอด เป็นส่วนมาก รวมทั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV ซึ่งได้รับความร่วมมือในการคัดกรองจากมูลนิธิรักษ์ไทย หรือพัฒนาชีวิตรู้สึกความช่วยเหลือโรงพยาบาลเป็นอย่างดี การฝากรครรภ์มีปริมาณค่อนข้างมาก เนื่องจากผู้หญิงเขมร ไม่นิยมทำหมัน เพราะเชื่อว่าถ้าทำหมันแล้วจะมีความต้องการทางเพศสูง จึงไม่นิยมทำหมันทำให้ผู้หญิงชาวเขมรตั้งครรภ์ แต่ต้องการคลอดที่ประเทศไทย มากกว่าจะกลับไปคลอดที่ประเทศไทยกัมพูชา

ประเด็นปัญหาต่อเนื่องจากการคลอด และการดูแลหลังคลอด ตลอดจนเด็กป่วย ที่เกินศักยภาพ ของโรงพยาบาลชุมชนทั้งสามแห่งจะดูแลได้ เช่น การคลอดผิดปกติ ความผิดปกติจากการตั้งครรภ์ หรือเด็กป่วยสาเหตุเหล่านี้ทำให้โรงพยาบาลชุมชน จำเป็นต้องทำการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อเข้ารับการรักษาต่อเนื่อง ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด โดยเฉพาะในจังหวัดเชียงราย และจังหวัดตราดถือเป็นประเด็นปัญหาที่เป็นภาระทั้งด้านการเงินและงานบริการมากที่สุด จนต้องกล่าวเป็นประเด็นความชัดแจ้งต่อการให้บริการ ผู้ป่วยต่างด้าวชาวกัมพูชาที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลชัยແດນ 3 ไปโรงพยาบาลตราด หรือปัญหาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลเชียงรายรองรับจากโรงพยาบาลชัยແດນ 1 คือ ปัญหาเด็กคลอดมีน้ำหนักตัวน้อยต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง หรือกรณีผู้ป่วยเด็กโตที่ป่วยหนักเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลชุมชนที่จะดูแลได้ โรงพยาบาลเชียงรายต้องแบกรับค่ารักษาพยาบาลสูง นอกเหนือจากการเจ็บป่วยในกลุ่มแม่และเด็กที่โรงพยาบาลประจำอำเภอจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาในโรงพยาบาลประจำจังหวัดแล้ว สาเหตุอื่น ๆ ในกลุ่มผู้ป่วยที่โรงพยาบาลชุมชนดูแลต่อมายัง เช่น ผู้ป่วยหนัก หรือผู้ป่วยในบางโรค ที่ต้องใช้การรักษาด้วยวิธีที่ซับซ้อน ใช้เครื่องมือเฉพาะ และรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางซึ่งในโรงพยาบาลทำไม่ได้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทางศีรษะ ผู้ป่วยโคนไฟไหม้ ระยะที่สองสามขั้นไป ผู้ป่วยมะเร็งหรือผู้ป่วยที่ต้องรับการผ่าตัดใหญ่เฉพาะทาง ที่จะต้องถูกส่งตัวมารับการรักษาในโรงพยาบาลประจำจังหวัด และต่างก็เป็นผู้ป่วยที่ต้องใช้ค่ารักษาพยาบาลสูงและบางรายต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา ถือเป็นภาระทางการเงินที่โรงพยาบาลในระดับจังหวัดต้องแบกรับต่อเนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ชัยແດນ

ผลกระทบจากปัญหาที่เกิดจากการรวมกลุ่มประเทศไทยและประเทศไทยอาเซียน ปี 2558

ผลกระทบที่เกิดจากแนวโน้มการเพิ่มจำนวนแรงงานข้ามชาติ คือ การเพิ่มภาระงานบริการสุขภาพ การย่างหัตถการทางการแพทย์ ปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ และงบประมาณในการควบคุมโรค ทั้งโรคติดต่อ

กลับซ้ำ โรคติดต่ออุบัติใหม่ และโรคติดต่อร้ายแรงอื่น ๆ ที่สำคัญ ซึ่งโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ชัยแคน ต้องรับภาระการให้บริการ และรับภาระค่าใช้จ่ายจากการให้บริการผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มแรงงานข้ามชาติเรสิทึช์ สิ่งที่ตามมาคือการเพิ่มภาระงาน และการด้อยลงของคุณภาพบริการ เกิดการแย่งชิงทรัพยากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กที่เพิ่มมากขึ้น เช่น เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยเด็ก เป็นต้น สิ่งที่เป็นผลกระทบตามมา คือ เกิดผลกระทบต่อแรงจูงใจและขวัญกำลังใจของบุคลากรในการทำงาน และเกิดภาวะสมองให้หลับเข้าสู่ระบบเอกสารมากขึ้น ในกลุ่มวิชาชีพแพทย์ พยาบาล ท้ายที่สุดอาจเกิดภาวะวิกฤติทางด้านอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล และสาธารณสุข และเกิดผลกระทบต่อสุขภาพคนไทยและงบประมาณในการควบคุมป้องกันโรคติดต่อที่นำเข้าโดยกลุ่มแรงงานข้ามชาติ และเกิดผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขในภาพรวม กล่าวคือ มีการเพิ่มปัญหาโรคติดต่อทั้งอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ และโรคติดต่อร้ายแรงที่สร้างภาระบริการและค่าใช้จ่ายในระบบสาธารณสุขไทยสูงขึ้น

### การจัดการปัญหาที่เกิดจากการรวมกลุ่มประชามศรีษฐกิจอาเซียน ปี 2558

ควรมีแนวทางในการจัดการปัญหา และผลกระทบต่อโรงพยาบาลทั่วไปการทำเป็นข้อตกลงระหว่างภูมิภาคและระหว่างประเทศ มีการเพิ่มอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้มีระบบการจัดการสุขภาพในระดับภูมิภาคและระหว่างประเทศ การสร้างระบบหลักประกันสุขภาพในระดับภูมิภาคและระดับประเทศ และมีการนำความร่วมมือขององค์กรระหว่างประเทศมาใช้ในการจัดการปัญหาระบบสุขภาพและรายได้ ดังนี้

ควรมีข้อตกลงระหว่างประเทศโดยเฉพาะประเทศเพื่อนบ้านในกลุ่มประชามศรีษฐกิจอาเซียน ในเรื่องการใช้บริการและการให้บริการสุขภาพอย่างชัดเจน รวมถึงมีการพิจารณาความเป็นไปได้ในเรื่องบัตรประกันสุขภาพของคนต่างชาติที่เข้ามาในประเทศ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านแรงงานข้ามชาติควรมีการแบ่งปันและเชื่อมโยงข้อมูลร่วมกันเพื่อนำแรงงานเข้าสู่กระบวนการเข้าสู่กระบวนการเข้าสู่ประเทศไทยเป็นแรงงานข้ามชาติให้ได้มากที่สุด

ควรเพิ่มกรอบอัตรากำลังทางการแพทย์และพยาบาล โดยคำนึงถึงจำนวนผู้มารับบริการที่ไม่ใช่คนไทยด้วย โดยกระทรวงสาธารณสุข ควรมีนโยบายและแผนการดำเนินงาน เพื่อทำความเข้าใจในการปฏิบัติงานระดับพื้นที่ร่วมกันถึงแนวทาง และวิธีการดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลรักษาแรงงานข้ามชาติ ทั้งนี้การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระหว่างประเทศ ควรดำเนินการการแก้ไขด้วยหน่วยงานระดับประเทศไม่ควรเป็นภาระให้หน่วยงานระดับปฏิบัติการ เช่น โรงพยาบาลชุมชนเป็นผู้ดำเนินการแก้ไขเอง เนื่องจากเกินขีดความสามารถในการประสานงาน

ควรมีการสร้างข้อตกลงร่วมด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ โดยในแต่ละประเทศมีหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างข้อตกลงร่วมกัน คือ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน และกระทรวงการต่างประเทศ และมีการสร้างระบบการจัดการการเงินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ อาจเป็นในรูปขององค์กรเอกชนระหว่างประเทศ และระดับภูมิภาค เช่นเดียวกับองค์กรอนามัยโลก (WHO) อาจมีรูปแบบ

การทำงานคล้ายกับสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย ประกอบกับจัดให้มีหน่วยงานตรวจสอบคุณภาพชีวิตของกลุ่มแรงงานทุกระดับทั้งในระดับพื้นที่ ระดับจังหวัด ระดับประเทศ ระหว่างประเทศ และระดับภูมิภาค

หลักการสำคัญในการจัดการปัญหาสาธารณสุขตามแนวชายแดนระหว่างประเทศ และในกลุ่มประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน คือ การสร้างแรงจูงใจให้ประเทศสมาชิกในกลุ่มประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน มองเห็นประโยชน์ที่จะได้รับจากการพัฒนาระบบสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ การกำหนดดยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาร่วมกัน และมีการเตรียมความพร้อมในเชิงโครงสร้าง ของประเทศเพื่อรับแนวทางการจัดการปัญหาร่วมกัน การเตรียมความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐาน เพื่อการลงทุนด้านสุขภาพ ความปลอดภัย มีกองทุนสุขภาพระหว่างประเทศ และประเด็นร่วมด้านสุขภาพ และปัญหาสุขภาพในภูมิภาค จัดให้มีความร่วมมือด้านระบบสุขภาพในกลุ่มประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน คือ เห็นประโยชน์ร่วมด้านระบบสุขภาพ มีระบบประกันสุขภาพร่วมในระดับภูมิภาคและภาวะสุขภาพ ที่ดีร่วมกัน ทำการพัฒนาระบบคุณภาพบริการเพื่อกระตุ้นให้เกิดความเต็มใจที่จะจ่ายค่าบริการ (Willing to pay) ทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงการให้องค์กรระหว่างประเทศที่เห็นความสำคัญของโรคที่เป็นปัญหาระหว่างสามประเทศ คือ ลาว พม่า และกัมพูชา เข้ามามีบทบาทสนับสนุนด้วยการพัฒนาและใช้ระบบบริการสุขภาพระหว่างประเทศร่วมกัน

## สรุปผลการศึกษา (Conclusion)

ในการศึกษารั้งนี้เน้นการศึกษาในพื้นที่โรงพยาบาลตามแนวชายแดน ที่ให้บริการแก่กลุ่มแรงงานข้ามชาติทั้งภูมิภาค ผิดกฎหมาย และกลุ่มชาวต่างด้าวข้ามชาติ โดยมุ่งประเด็นเรื่องภาวะสุขภาพตามแนวชายแดน (Border Health) และภาวะสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ (Migrant Health) ที่เข้ามารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชนตามแนวชายแดนสามแห่ง คือ โรงพยาบาลชายแดน 1 จังหวัดเชียงราย ที่มีด่านเชื่อมกับประเทศไทยพม่าที่เมืองท่าขี้เหล็กโรงพยาบาลชายแดน 3 จังหวัดติดต่อกัน ที่มีด่านเชื่อมกับประเทศไทย กัมพูชา ที่เมืองเงากะง และโรงพยาบาลชายแดน 2 จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีจุดผ่อนปรนเชื่อมกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว โดยติดกับเมืองปากช่อง แขวงสะหวันนะเขต โดยพบประเด็นร่วมด้านปัญหาและผลกระทบจากการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลทั้งสามแห่ง คือ

1) ปัญหาด้านอัตรากำลัง พบร่วมอัตรากำลังที่โรงพยาบาลแต่ละแห่ง ได้รับการจัดสรรตามกรอบโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข โดยดูจากประชาชั�ในพื้นที่รับผิดชอบเป็นหลัก ในการจัดสรรอัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของแต่ละโรงพยาบาล ในขณะที่จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า โรงพยาบาลแต่ละแห่ง เช่น โรงพยาบาลชายแดน 1 และโรงพยาบาลชายแดน 3 ต้องแบกรับผู้มารับบริการที่เป็นชาวต่างด้าวทั้งที่เป็นกลุ่มแรงงานทั้งภูมิภาค กลุ่มแรงงานผิดกฎหมาย ชาวต่างด้าวที่เข้ามายื่นอาศัย เพื่อทำการค้าขายในพื้นที่คิดเป็นสัดส่วนกับคนไทยถึงร้อยละ 50 หมายความว่าอัตรากำลังที่ได้รับการจัดสรร ตามกรอบโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข สามารถรองรับกลุ่มผู้มารับบริการสุขภาพภายใต้พื้นที่

เพียงครึ่งเดียวเท่านั้น ในการวิจัยครั้งนี้ จึงมีข้อเสนอแนะด้านอัตราがらงของโรงพยาบาลในพื้นที่ชายแดน ว่าควรเพิ่มกรอบอัตราがらงทางแพทย์และพยาบาลโดยคำนึงถึงปริมาณผู้ป่วยที่ไม่ใช่คนไทยด้วยระดับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ควรมีแผนการดำเนินงานและทำความเข้าใจกับปฏิบัติงานในพื้นที่ ให้เข้าใจซึ้งกัน ถึงวิธีการดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลรักษาแรงงานข้ามชาติ

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

“กระทรวงสาธารณสุขต้องปรับกระบวนการทัศนิทธิ์ การวางแผนนโยบาย การวางแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และการผลิตบุคลากรต้องคำนวณโดยเอาตัวเลขของแรงงานต่างชาติมาเป็นส่วนหนึ่งของความต้องการรับบริการสุขภาพด้วย”

และ “นโยบายด้านสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน ทั้งการวางแผนการผลิตบุคลากร การจัดสรรงบประมาณ และการกระจายสถานพยาบาลล้วนคำนวณจากฐานของประชาชนไทยเพียงอย่างเดียว ทั้งที่ในความเป็นจริง แรงงานข้ามชาติเป็นกลุ่มคนที่จำเป็นต้องเข้ามาใช้บริการในระบบสุขภาพของประเทศไทยจริง ๆ เราต้องยอมรับความจริงว่าในนโยบายสุขภาพของเรามาใช้เพื่อคน 65 ล้านคนเท่านั้น แต่ต้องเพื่อ 65 ล้าน บวก 5 หรือ บวก 7 ในอนาคต ซึ่งคือต้องคำนึงถึงแรงงานข้ามชาติที่อยู่ในประเทศไทย การวางแผนการผลิตบุคลากรต้องคำนึงตัวเลขตรงนี้ด้วย”

ในกรณีโรงพยาบาลชายแดน 2 แม้ว่าสัดส่วนของผู้มารับบริการที่ไม่ใช่คนไทยไม่มีจำนวนมากเท่ากับโรงพยาบาลชายแดน 1 และโรงพยาบาลชายแดน 3 แต่ผู้มารับบริการส่วนใหญ่มักจะมาด้วยอาการหนัก หมายความว่า แม้ว่าจำนวนผู้มารับบริการจะน้อย แต่การให้บริการต้องเสื่อมเปลือยหักเวลา อุปกรณ์ทางการแพทย์ และงบประมาณการรักษา หากเทียบกับอัตราがらงที่มีอยู่ตามกรอบโครงสร้างของโรงพยาบาล ก็ยังมีปัญหาอยู่เช่นเดียวกันโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อพิจารณาประเด็นเรื่องภาระงานบริการผู้ป่วยหนัก

2) ปัญหาด้านการสื่อสาร ภาษาเป็นอุปสรรคร่วมที่สำคัญต่อการให้บริการ และเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของชาวต่างด้าวและกลุ่มแรงงาน แม้แต่ในกลุ่มผู้ป่วยชาวลาวที่มารับบริการในโรงพยาบาลชายแดน 2 เอง แม้ว่าชาวลาวและฝั่งคนไทยจะใช้ภาษาไม่แตกต่างจากคนในพื้นที่ แต่จากข้อมูลผู้ให้บริการได้สะท้อนให้เห็นถึงความเข้าใจที่แตกต่างในบางเรื่องขณะทำการสื่อสาร และเป็นอุปสรรคต่อการให้บริการเช่นเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติที่พบว่าปัจจัยด้านภาษาเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Panpung, Sureeporn & et al., 2005) และจาก การประชุมวิชาการ “สุขภาพแรงงานข้ามชาติ: ทางออกที่เหมาะสม เพื่อสร้างความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ” เมื่อวันที่ 15 ตุลาคม 2555 ณ โรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร

(Ministry of Public Health, 2012) พบว่า ตัวแทนโรงพยาบาลตามแนวชายแดนที่ร่วมนำเสนอปัญหาอุปสรรคและการงานจากการให้บริการแก่กลุ่มชาวต่างด้าวต่างก็ได้สะท้อนถึงปัญหารือเรื่องการสื่อสารกับผู้มารับบริการชาวต่างด้าวเช่นเดียวกัน

3) ปัญหาด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนระหว่างประเทศ และปัญหาเรื่องระบบการส่งต่อผู้ป่วยต่างด้าว โรคติดต่อเป็นประเด็นร่วมที่สำคัญของโรงพยาบาลตามแนวชายแดนที่มีปัญหาในเรื่องการป้องกัน การควบคุม และความต้องเนื่องในการรักษา รวมถึงการนำแพร่ระบาดของเชื้อจากการนำเข้าของชาวต่างด้าวและกลุ่มแรงงานที่เข้ามาใช้แรงงานในประเทศไทย เช่น โรคมาลาเรีย ไข้เลือดออก วัณโรครวมถึงวัณโรคเชื้อดื้อยา โรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเท้าช้าง ที่พบจากพื้นที่ศึกษาซึ่งสอดคล้องกับการนำเสนองานปัญหาการเจ็บป่วยจากผู้มารับบริการชาวต่างด้าวของโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่านที่นำเสนองานปัญหาวัณโรคเชื้อดื้อยา เนื่องจากผู้ป่วยต่างด้าวที่มารับบริการรักษาภินัยไม่ต่อเนื่อง และนำเสนอให้เห็นว่าสิ่งที่น่ากลัวคือการรักษาวัณโรค ของประเทศไทยและประเทศไทย แต่ก็ต่างกันประกอบกับผู้ป่วยชาวลาวรักษาไม่ต่อเนื่อง สุดท้ายอาจจะเป็นวัณโรคเชื้อดื้อยา (MDR-TB) และในพื้นที่พบว่ามีผู้ป่วยไข้สมองอักเสบ (JE encephalitis) พบรากขึ้น ในส่วนของโรงพยาบาลอุ่มผาง จังหวัดตาก ที่นำเสนองานประเด็นโรคระบาดตามแนวชายแดนก็จะเพิ่มมากขึ้นในพื้นที่ เช่น ไข้กานพหลังแอ่น โรคหัด อหิวานาโรคจากที่ในประเทศไทยไม่มีแล้วอาจต้องพบในรายผู้ป่วยต่างด้าวที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลฝั่งประเทศไทยมากขึ้น (Ministry of Public Health, 2012)

ปัญหาระบบการส่งต่อผู้ป่วยต่างด้าว พบว่าเป็นปัญหาร่วมทั้งระบบการส่งต่อเพื่อรับการรักษาในประเทศไทยเองระหว่างโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ชายแดน กับโรงพยาบาลประจำจังหวัดทั้งในระดับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ เนื่องจากระบบการส่งต่อไม่ได้มีการพูดคุยตกลงกันอย่างเป็นระบบให้ถูกต้องทั้งในบางประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเรื่องกฎหมาย และแนวทางการส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ และประเด็นที่พบว่าเป็นปัญหาและมีความซื้อมโยงกับเรื่องการป้องกันควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ คือ การส่งต่อผู้ป่วยโรคติดต่อร้ายแรงที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการกินยาอย่างต่อเนื่อง พบว่าไม่มีระบบการส่งต่อข้อมูลที่ชัดเจน หรือในบางแห่งแม้ว่าจะมีระบบการส่งต่อโดยใช้ความคุ้นเคยระหว่างเจ้าหน้าที่ แต่ก็ไม่สามารถติดตามกำกับได้ว่า ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องตามที่ควรจะเป็นหรือไม่ สิ่งที่เป็นปัญหาตามมา คือ ผู้ป่วยมักจะกลับมารักษาด้วยอาการป่วยที่รุนแรงมากขึ้น และอาจรวมถึงการเกิดเชื้อดื้อยา ซึ่งต้องใช้เงินในการรักษาค่อนข้างสูง รวมถึงเชื้อดื้อยานี้อาจจะแพร่ไปสู่คนไทยด้วยก็ได้ ดังนั้น ระบบสุขภาพตามแนวทางด้านนี้ที่ต้องตระหนักถึง คือ ระบบการส่งต่อการรักษาระหว่างประเทศ ในระดับต่าง ๆ ทั้งในระดับพื้นที่ ระดับประเทศ ระหว่างประเทศ และระดับภูมิภาค

3) แนวโน้มปัญหาและแนวทางการจัดการปัญหาเมื่อการรวมกลุ่มประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ประเด็นแนวโน้มปัญหาที่สำคัญเมื่อเกิดการรวมเป็นประเทศไทยในประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน คือ การเพิ่มขึ้นของกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาใช้แรงงานในประเทศไทย ทำให้โรงพยาบาลทั้งในส่วนตัวและแนวชายแดน และในจังหวัดที่มีแรงงานข้ามชาติอาศัยอยู่มากจะต้องเพิ่มภาระทั้งภาระงานบริการสุขภาพและภาระทาง

การเงิน การแย่งใช้ทรัพยากรสาธารณสุขที่จำเป็นและมีความจำกัดในสถานบริการพยาบาล และการเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่จากการนำเข้าโดยกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ประเด็นปัญหาเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย รวมตลอดจนโครงสร้างของทรัพยากรสาธารณสุข ในโรงพยาบาลตั้งกล่าว เกิดภาวะสมองไฟหลีที่รุนแรงมากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เนื่องจากการงานบริการรักษาพยาบาลเกินการแบกรับของบุคลากรสาธารณสุข จึงมีการเคลื่อนย้ายออกไปสู่ระบบเอกชนมากขึ้น ประเด็นการเพิ่มขึ้นของกลุ่มแรงงานข้ามชาติและชาวต่างด้าวที่เพิ่มขึ้นได้สอดคล้องกับการประเมินสถานการณ์ปัญหาภาระงานบริการของโรงพยาบาลอุ่มผาง จังหวัดตาก ดังที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลได้ชี้ให้เห็นสถานการณ์ปัญหานี้ว่า

“เมื่อเข้าสู่ประชาคมอาเซียน สถานการณ์ปัญหาการดูแลสุขภาพของคนต่างด้าว จะเพิ่มมากขึ้น เพราะศูนย์พักพิงชั่วคราว 3 ศูนย์ของจังหวัดตากจะถูกยุบ ทำให้ประชากรที่เคยอาศัยในศูนย์ประมาณกว่าแสนคนต้องเข้ามารับบริการในโรงพยาบาลอุ่มผางและโรงพยาบาลอื่น ๆ ตามแนวชายแดน และองค์กรพัฒนาเอกชนที่ดูแลบริการสุขภาพระดับต้นจะถอนตัวไปทำให้โรงพยาบาลต้องรับผู้ป่วยที่หลักเข้ามาย่างแหนบอน รวมทั้งโรคระบาดจะเข้ามาสู่ประเทศไทยมากขึ้น” (Ministry of Public Health, 2012)

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

ข้อเสนอแนะดังกล่าวข้างต้นสอดคล้องกับข้อเสนอของผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุ่มผางที่ได้เสนอข้อคิดเห็นและแนวทางต่อการจัดการปัญหาภาระงานบริการสุขภาพแก่ชาวต่างด้าวและกลุ่มแรงงานข้ามชาติ หากประเทศไทยมีการรวมกลุ่มกันเป็นกลุ่มประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนว่า “ควรผลักดันให้รัฐบาลในประชาคมอาเซียนทุกประเทศ สร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนทุกคนและมีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพร่วมกันในประชาคมสุขภาพจะช่วยบรรเทาปัญหานี้ลงได้” (Ministry of Public Health, 2012) ในเรื่องอัตรากำลังคนด้านสุขภาพนั้นควรมีการเพิ่มอัตรากำลังคนด้านสุขภาพโดยพิจารณาจากการงาน และ

จำนวนผู้มารับบริการในพื้นที่จริงเป็นหลัก รวมในความหมายนี้คือการพิจารณาถึงจำนวนแรงงานต่างชาติ และชาวต่างด้าวที่เข้ามาทำการค้าขายและอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงมากกว่าการพิจารณาเฉพาะประชาชนคนไทยเท่านั้น

## ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ข้อเสนอแนะต่อนโยบายระดับภูมิภาคและระหว่างประเทศ

1. ควรมีการกำหนดยุทธศาสตร์ด้านระบบสุขภาพระหว่างประเทศ sama ซึ่งสามารถเศรษฐกิจอาเซียน และยุทธศาสตร์ร่วมด้านระบบสุขภาพระหว่างประเทศที่มีพรอมแคนติดต่อกัน

2. ควรมีการสร้างข้อตกลงระหว่างประเทศ sama ซึ่งสามารถเศรษฐกิจอาเซียนและความร่วมมือระหว่างประเทศที่มีพรอมแคนติดต่อกัน ว่าด้วยประเด็นการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศในภูมิภาคและประเด็นการพัฒนาระบบสุขภาพระหว่างประเทศที่มีพรอมแคนติดต่อกัน เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานด้านสาธารณสุขให้กับหน่วยบริการสุขภาพ ทั้งในระดับพื้นที่ชัยແດນ และการดำเนินงานด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ

3. ควรมีการสร้างความร่วมมือในประเทศ sama ซึ่งสามารถเศรษฐกิจอาเซียนและความร่วมมือระหว่างประเทศที่มีพรอมแคนติดต่อกัน ในประเด็นระบบสุขภาพที่สำคัญ คือ 1) การกำหนดนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพร่วมกันของประเทศทั้งในระดับกลุ่มประเทศประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน และระหว่างประเทศที่มีพรอมแคนติดต่อกัน 2) การกำหนดนโยบายและแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อเนื่องระหว่างกลุ่มประเทศประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนและความร่วมมือระหว่างประเทศที่มีพรอมแคนติดต่อกัน และ 3) การจัดการปัญหาด้านการสื่อสารในสถานบริการสุขภาพ เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ชาวต่างชาติ และกลุ่มคนไร้รัฐ ในประเทศกลุ่มประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน

ข้อเสนอแนะต่อนโยบายระดับประเทศและพื้นที่

1. ควรมีนโยบายการจัดทำระบบประกันสุขภาพให้กับกลุ่มแรงงานข้ามชาติและกลุ่มคนไร้รัฐ ทุกประเภทที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย เป็นนโยบายภาพรวมของประเทศไทยโดยผู้กำหนดนโยบายระดับประเทศ ต้องยอมรับการมีอยู่ของกลุ่มแรงงานข้ามชาติและกลุ่มคนไร้รัฐ และเป็นกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ ในประเทศไทย ที่รองรับการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนกลุ่มนี้ได้

2. ควรมีการพิจารณากรอบอัตรากำลังบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพ ตามแนวชายแดน โดยพิจารณากรอบอัตรากำลังตามจำนวนประชากรในพื้นที่จริงหมายรวมถึงกลุ่มแรงงานข้ามชาติและชาวต่างด้าวในพื้นที่ และภาระงานจริงที่หน่วยบริการต้องรับภาระจากการให้บริการ

3. ควรมีการพัฒนาระบบการจัดเก็บฐานข้อมูลด้านการให้บริการ และข้อมูลทางการเงินจากการให้บริการสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ชาวต่างด้าว และกลุ่มคนไร้รัฐ ในระดับโรงพยาบาล ระดับจังหวัด

และระดับประเทศเป็นระบบเดียว เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ให้เห็นสถานการณ์ปัจจุบันที่เป็นจริงด้านภาระงานบริการและการงานทางการเงินที่หน่วยบริการสาธารณสุขในประเทศไทยต้องแบกรับจากการให้บริการสุขภาพแก่กลุ่มแรงงานข้ามชาติ ชาวต่างด้าว และคนไร้รัฐ ทั้งสถานการณ์ในระดับโรงพยาบาล ระดับจังหวัดและระดับประเทศ 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), Nakanprathom.

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, Nakanprathom, 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](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* 7<sup>th</sup> 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.