

สัญญาเลขที่ RDG 5310024



รายงานผลการวิจัย

โครงการ “ผลกระทบที่เกิดจากการจัดบริการสาธารณสุข
ให้ประชาชนกัมพูชา อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว”

โดย

อาจารย์เอกลักษณ์ ณีถฤทธิ และคณะ

มกราคม 2555

สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

ฝ่ายนโยบายชาติและความสัมพันธ์ข้ามชาติ

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์
โครงการ “ผลกระทบที่เกิดจากการจัดบริการสาธารณสุข
ให้ประชาชนกัมพูชา อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว”

คณะผู้วิจัย

1. อาจารย์เอกลักษณ์ ณีฤทธิ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ดร.ณัฐภาพ ขมจินดา

สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)
(ความเห็นในรายงานฉบับนี้เป็นของผู้วิจัย สก. ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป)

คำนำ

โครงการศึกษาผลกระทบที่เกิดจาก การจัดบริการสาธารณสุขให้ประชาชนกัมพูชา อำเภอลองหาด จังหวัดสระแก้วในครั้งนี้ วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับความไว้วางใจจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย ฝ่ายนโยบายชาติและความสัมพันธ์ข้ามชาติ ให้ดำเนินการวิจัยในโครงการวิจัยดังกล่าวนี้ โดยมีเป้าหมายสำคัญ เพื่อศึกษาพัฒนาการของการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนอันเป็นผลมาจาก การเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชา เพื่อศึกษาลักษณะเฉพาะของการให้บริการสาธารณสุขตามแนวชายแดน เพื่อศึกษาการเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยของประชาชนชาวกัมพูชาในพื้นที่ชายแดนไทย จังหวัดสระแก้ว และเพื่อศึกษาผลกระทบที่เกิดจากการเข้าใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยของประชาชนกัมพูชาในพื้นที่ชายแดนไทย จังหวัดสระแก้ว

รายงานฉบับสมบูรณ์ฉบับนี้ มีเนื้อหาครอบคลุมผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของโครงการและขอบเขตการดำเนินงานทั้งหมด โดยประกอบด้วยผลการศึกษาผลการศึกษาเกี่ยวกับพัฒนาการของการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดน ลักษณะเฉพาะของการให้บริการสาธารณสุข ลักษณะการเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขตามแนวชายแดน และผลกระทบจากการเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนกัมพูชา

ความสำเร็จของโครงการศึกษาในครั้งนี้ เกิดขึ้นจากความร่วมมือเป็นอย่างดีในการให้ข้อมูลต่าง ๆ ของผู้บริหารและบุคลากรสาธารณสุข ทั้งผู้บริหารระดับจังหวัด ผู้บริหารระดับอำเภอ และบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่และส่วนกลาง รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอลองหาด และต้องขอขอบคุณอีกหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ที่ได้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งคณะผู้วิจัยต้องขอขอบคุณทุกท่านและทุกหน่วยงานที่ได้กล่าวถึงและในส่วนที่ไม่ได้กล่าวถึงเป็นอย่างสูง ความสำเร็จของโครงการศึกษาในครั้งนี้ถือเป็นส่วนหนึ่งในการร่วมแก้ไข ปัญหาและการพัฒนาการสาธารณสุขชายแดนต่อไป

คณะผู้วิจัย

มกราคม 2555

บทสรุปผู้บริหาร

จากผลศึกษาโครงการ “ผลกระทบที่เกิดจากการจัดบริการสาธารณสุขให้ประชาชนกัมพูชาอำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพัฒนาการของการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนอันเป็นผลมาจากการเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชา ศึกษาลักษณะเฉพาะของการบริหารสถานบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดน การเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยของประชาชนชาวกัมพูชาและผลกระทบที่เกิดจากการเข้าใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยของประชาชนกัมพูชาในพื้นที่ชายแดนไทย จังหวัดสระแก้ว โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้บริหารและบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ อ.คลองหาด จ.สระแก้ว และทำการสอบถามการเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขจากผู้รับบริการสาธารณสุขชาวกัมพูชา ได้ผลการศึกษา ดังนี้

ศึกษาพัฒนาการของการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนอันเป็นผลมาจากการเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชา

พัฒนาการของการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนนั้น หากนับจากอดีตเป็นต้นมา มิได้มีการแบ่งแยกวิธีการหรือแนวทางในการปฏิบัติงานจากพื้นที่อื่น ๆ มากนัก แต่ในระยะหลังมีพัฒนาการที่เห็นได้ชัด กล่าวคือ ในด้านนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดน ได้มีการจัดทำแผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขตามแนวชายแดน ฉบับที่ 1 เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 - 2554 ซึ่งถือว่าเป็นนโยบายที่สำคัญแสดงให้เห็นว่าภาครัฐให้ความสำคัญกับประเด็นดังกล่าว แต่การรับรู้และการนำนโยบายไปปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีอยู่อย่างจำกัด ยังไม่มีการเผยแพร่สู่ผู้ปฏิบัติเท่าที่ควร

โดยทั่วไปจากหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนจะไม่มีการจัดบริการสาธารณสุขที่แตกต่างกับพื้นที่ที่ไม่ใช่พื้นที่ชายแดนมากนัก คงมีแต่การเฝ้าระวังโรคซึ่งเป็นรูปแบบการให้บริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ชายแดนมีลักษณะสำคัญคือ โดยเน้นการทำงานเชิงรุกในการเตรียมความพร้อมเรื่องการรับมือกับโรคอุบัติใหม่ โรคระบาดต่าง ๆ โรคที่มากับแรงงานต่างด้าว เช่น อูจาระร่วง มาลาเรีย ต้องไปดูแลลักษณะสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ ศูนย์ที่พัก ดูสิ่งแวดล้อม เพื่อให้การจัดสิ่งแวดล้อมถูกสุขลักษณะ การทำความเข้าใจกับนายจ้างให้ช่วยดูแลสุขอนามัยของแรงงาน

ในหน่วยงานด้านนโยบายระดับกระทรวงจะเน้นการจัดให้มียุทธศาสตร์ในระดับกระทรวง ที่เน้นเรื่องหลักประกันสุขภาพของบุคคลที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ ซึ่งยังไม่เห็นเป็นรูปธรรม

ในพื้นที่มากนัก คงมีการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวของกรมการจัดหางานเป็นหลัก โดยนโยบายด้านสาธารณสุขชายแดน และนโยบายด้านสาธารณสุขที่ให้บริการแรงงานต่างด้าว เป็นเสมือนนโยบายเสริมเพื่อรองรับการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวอีกชั้นหนึ่ง

จากการศึกษาสะท้อนให้เห็นแนวโน้มของปัญหาในการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนมีปัญหาที่สำคัญคือ นโยบายด้านแรงงานต่างด้าวและแผนแม่บทในการแก้ไขปัญหาไม่ถูกนำไปปฏิบัติอย่างจริงจังส่งผลให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา อาทิ การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของแรงงานต่างด้าว อีกทั้งไม่สามารถจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลจากแรงงานชาวกัมพูชาได้ ส่งผลให้แนวโน้มปัญหาด้านงบประมาณจะสูงขึ้น ประกอบกับการปรับตัวของหน่วยงานไทยยังไม่ได้มีการปรับตัวที่ชัดเจนเพื่อรองรับปัญหาดังกล่าวเพราะระบบการทำงานและการจัดสรรงบประมาณส่วนใหญ่ออกแบบไว้เฉพาะประชาชนไทยเท่านั้น

เมื่อทำการศึกษาพบว่า การเตรียมความพร้อมของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อรองรับปัญหาการเข้ามารับบริการของชาวกัมพูชาพบว่าเป็นการเพียงการเตรียมความพร้อมในงานประจำที่ปฏิบัติให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ยังไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ชายแดนในอนาคต

ลักษณะเฉพาะของการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนจากกัมพูชาที่มีแตกต่างจากการให้บริการประชาชนไทย และการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่อื่น

ในด้านลักษณะเฉพาะของการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ อ.คลองหาด พบว่าในกลุ่มโรคที่พบบ่อยเป็นโรคที่คล้ายกับโรคของประชาชนไทยในพื้นที่อื่น แต่มีความจำแนกของผู้ป่วยชาวกัมพูชาที่มากกว่าชาวไทย กล่าวคือ แรงงานต่างด้าวชาวกัมพูชาในพื้นที่ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี ทำให้เกิดโรคในกลุ่มโรคระบบทางเดินอาหาร อุจจาระร่วง รองลงคือโรคระบบทางเดินหายใจ มากเป็นพิเศษ และยังมีโรคที่พบในประชาชนไทยน้อยมาก แต่ยังปรากฏในพื้นที่ อาทิ โรคมาลาเรีย และวัณโรค ซึ่งในการเข้ามารับบริการสาธารณสุขของชาวกัมพูชานั้น สถานพยาบาลไม่สามารถจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลได้อย่างเต็มเม็ดเต็มหน่วย เพราะส่วนใหญ่ผู้รับบริการจะมีฐานะยากจน ทำให้สถานพยาบาลต้องให้บริการแบบให้เปล่าตามหลักมนุษยธรรม

จากการศึกษาพบว่าบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนจำเป็นต้องมีคุณสมบัติเฉพาะที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น ดังนี้ บุคลากรสาธารณสุขระดับนโยบาย จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงข้อมูลพื้นฐานด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ของประเทศเพื่อนบ้าน รวมถึงเข้าใจถึงข้อจำกัดหรือ

ศักยภาพในการทำงานของหน่วยงานสาธารณสุขและวัฒนธรรมการทำงานของประเทศเพื่อนบ้าน เหล่านี้เพื่อประโยชน์ในการวางแผนและการประสานงาน ส่วนบุคลากรสาธารณสุขในระดับพื้นที่ คุณสมบัติเฉพาะอันเป็นลักษณะพิเศษที่บุคลากรสาธารณสุขชายแดนสมควรจะมี ได้แก่ ความสามารถในการสื่อสารภาษาของประเทศเพื่อนบ้าน และทัศนคติที่ดีต่อประเทศเพื่อน

จากการศึกษาพบว่า ลักษณะเฉพาะการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในพื้นที่ชายแดน อำเภอลองหาด โรคระบาดที่เกิดขึ้นมีสาเหตุมาจากสุขอนามัยที่ไม่ถูกสุขลักษณะ หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่จึงมุ่งเน้นการรณรงค์และให้ความรู้ในเรื่องสุขอนามัยในชีวิตประจำวันของกลุ่มแรงงานต่างด้าว และลักษณะเฉพาะด้านกฎระเบียบ ในด้านกฎระเบียบไม่พบลักษณะเฉพาะที่เด่นชัดมากนักเพราะ หน่วยงานสาธารณสุขถือปฏิบัติกฎระเบียบเดียวกันทั่วประเทศ แต่มีลักษณะการทำงานที่ต้องมีการประสานความร่วมมือในรูปแบบคณะกรรมการ และการจัดกิจกรรมโครงการฝึกอบรมบุคลากร หรือ โครงการรณรงค์ป้องกันโรคร่วมกันกับประเทศเพื่อนบ้านบ่อยครั้ง

การเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยของประชาชนชาวกัมพูชาในพื้นที่ชายแดน ไทย จังหวัดสระแก้ว

จากการสำรวจชาวกัมพูชาที่มีรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาล ในอำเภอลองหาด จำนวน 352 คน ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม พ.ศ. 2554 พบว่า ผลการสำรวจในรอบปีที่ผ่านมา ชาวกัมพูชา ได้รับการตรวจพบ โรคกระเพาะอักเสบ/ลำไส้อักเสบที่สุด คิดเป็น รองลงมาคือ โรคอุจจาระร่วง โรคอื่น ๆ โรคมาเลเรีย

จากการศึกษาพบว่า ชาวกัมพูชามีพฤติกรรมการรักษาพยาบาลคือ เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ชาวกัมพูชาส่วนใหญ่จะไปรักษาที่สถานอนามัย รองลงมาจะซื้อยาจากร้าน รักษาตนเองที่บ้าน และในกรณีที่มีอาการเจ็บป่วยชาวกัมพูชาเกือบร้อยละ 60 จะรักษากับแพทย์ในสถานพยาบาล รองลงมาคือ จะซื้อยารับประทานจากร้านขายยา/รถ โดยมีชาวกัมพูชาร้อยละ 74.1 จะเข้ามารักษาในประเทศไทยทุกครั้งที่เจ็บป่วย และชาวกัมพูชาจะไปพบแพทย์ทุกครั้งที่มีไข้ที่ไม่สบาย คิดเป็นร้อยละ 58.3 โดยบริการสาธารณสุขที่มาขอรับบริการนั้นชาวกัมพูชาส่วนใหญ่ขอรับบริการ คือ การตรวจรักษาโรคทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 80 รองลงมาคือ การรักษาอันเกิดจากอุบัติเหตุ

จากการศึกษาพบว่า ชาวกัมพูชาประมาณสามในสี่ ให้เหตุผลที่เข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในฝั่งไทยเนื่องจากได้ทำงานหรือพักอาศัยในประเทศไทยจึงได้เข้ามาขอรับบริการสาธารณสุขในฝั่ง

ไทย รองลงมาคือสถานพยาบาลในฝั่งประเทศไทยใกล้เคียงที่พักออาศัยมากกว่าสถานพยาบาลในฝั่งกัมพูชาและมีค่าใช้จ่ายถูกกว่าหรือไม่เสียค่าใช้จ่าย

จากการศึกษาพบว่า ชาวกัมพูชาส่วนใหญ่ จะเสียค่ารักษาพยาบาลในการเข้ามารักษาในฝั่งไทย ถึงร้อยละ 81.8 ซึ่งค่ารักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยต่อครั้งที่ชาวกัมพูชาได้เข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในฝั่งประเทศไทยเท่ากับ 312.7 บาทต่อครั้ง เมื่อนำข้อมูลมาจัดกลุ่มพบว่า ชาวกัมพูชามากกว่าครึ่งจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยต่อครั้งน้อยกว่า 100 บาท

ในประเด็นปัญหาในการเข้ารับบริการสาธารณสุขในประเทศไทย พบว่า ชาวกัมพูชาส่วนใหญ่พบปัญหาในด้านภาษา และการสื่อสาร รองลงมาคือปัญหาในด้านระยะทาง ด้านค่าใช้จ่าย ปัญหาด้านการผ่านข้ามแดน และปัญหาการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ ตามลำดับ

ผลกระทบจากการเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชาก่อให้เกิดต่อการจัดบริการสาธารณสุขของไทย

จากการศึกษาพบว่า ในด้านบุคลากรในภาพรวมมีผลกระทบพอสมควร สืบเนื่องจากการเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนกัมพูชามีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลถึงขวัญกำลังใจของบุคลากรในเรื่องค่าตอบแทน และภาระงานของบุคลากรที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ในปัจจุบันประเด็นดังกล่าวยังไม่เป็นปัญหามากนัก แต่หากจำนวนผู้รับบริการมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อบุคลากรสูงขึ้นตามไปด้วย โดยผลกระทบจากการเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชาก่อให้เกิดต่อการจัดบริการสาธารณสุขของไทย ด้านบุคลากร สามารถจำแนกได้ดังนี้

จากการศึกษาพบว่า ผลกระทบอันเกิดจากการเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขของชาวกัมพูชาที่มีความเด่นชัด คือ จำนวนชาวกัมพูชาที่เข้ามาขอรับบริการสาธารณสุขมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ นั้นส่งผลให้ภาระงานของบุคลากรสาธารณสุขเพิ่มสูงขึ้น สวนทางกับการปรับลดสวัสดิการและเงินพิเศษของบุคลากรสาธารณสุข และผลกระทบที่เด่นชัดอีกประการหนึ่งคือ ผลกระทบต่องบประมาณจากการให้บริการสาธารณสุขประชาชนกัมพูชา เพราะสถานพยาบาลในพื้นที่ไม่สามารถจัดเก็บค่ารักษาได้จากแรงงานต่างด้าวที่มีรายได้ต่ำ ทำให้เกิดปัญหาด้านงบประมาณ ประกอบกับในพื้นที่ อ.คลองหาด มีการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวอย่างมาก ทำให้ไม่มีงบประมาณจากการประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวเข้ามาสนับสนุนการดำเนินงานของสถานพยาบาล หน่วยงานสาธารณสุขจึงไม่สามารถเสนอของบประมาณสนับสนุนได้เพราะ ระบบงบประมาณถูกออกแบบไว้เฉพาะประชาชนไทยเท่านั้น

ส่งผลในด้านงบประมาณและสภาพคล่องของสถานพยาบาลแล้ว ยังส่งผลต่อการบริหารและ
เวชภัณฑ์ต่าง ๆ ของสถานพยาบาลอีกด้วย

และผลจากการที่มีชาวกัมพูชาเข้ามาขายแรงงานในพื้นที่จำนวนมากแต่กลับไม่มีการนำ
แรงงานไปขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวของกระทรวงแรงงาน ส่งผลให้ภาคประชาชนดำเนินการ
จัดทำกรขึ้นทะเบียนแรงงานที่ใช้เฉพาะในพื้นที่ อ.คลองหาด จ.สระแก้ว เพื่อการควบคุมจำนวน
แรงงาน และการปกครองดูแลแรงงานต่างด้าวในพื้นที่ มิให้ก่อปัญหาที่จะส่งผลกระทบต่อประชาชน
ไทยรวมทั้งปัญหาในด้านการสาธารณสุขด้วย

EXECUTIVE SUMMARY

Resulted from the project study of “Consequences raising from the Public Health Service Provided for Cambodian People in Klong Had District, Srakaew” with the purpose in studying the development of public health service provided along the border area after the entrance of Cambodian people in using such service, the specific characteristic of public health unit management along the border area, the entrance of Cambodian people to use this service in Thailand and consequences caused from the entrance of Cambodian people to use this public health service in Thailand along the border area of Srakaew province will be studied. The data from the executive management and public health personnel in the area of Klong Had district, Srakaew, will be gathered and the interview of Cambodian people who enter to use the public health service in Thailand has also been conducted. The result of this study is described below.

Study of Public Health Service Development along the Border Area Resulting from the Entrance of Cambodian People to Use this Service.

Since the past, the development of public health service along the border area is only an operation duty but in the latter period, the development is clearly magnificent. The model schemes for problem solving and devilmint of public health works along the border area Issue 1 has been prepared starting from the period covering the year of 2007 - 2011. This operation policy for related organizations are limitedly existed and can't be publicized to the performer as expected.

Generally the public health organization in the border area has provided the public health service not much different from the other non-border areas, but it will be alert for any diseases. The pattern for public health service along the border area has a main characteristic in focusing the approach strategy for preparing readiness in coping any new happened diseases or epidemics causing from foreign labors or workers such as acute gastroenteritis or malaria that must be investigated the character of environment in those living area and surveying the surrounding environment in order to provide a hygienic living area and create an understanding for the employers to monitor the public health of their labors / workers.

For the policy-making organizations in ministerial level, the ministerial strategies will be focusing on the personal health securities which no any health securities can be concretized in those areas. Only the registration of foreign labors / workers control of Department of Employment is mainly existed. The public health policies for border areas and public health service provided for foreign labors / workers is just a supporting policy for registration of foreign labors / workers only.

The study reflects the trend of problems in providing a public health service in the border areas. The main problem is the policy of foreign labors / workers and scheme for solving the problems that has not been seriously implemented and this causes a various problems such as fast increase of foreign labors. Moreover the medical fee can't be collected from Cambodian labors and it affects the increase of budgets. Also the adaptation of Thai organizations and related units can't be clearly evidenced in order to encounter such problems because the operation system and allocation of main budget is designed for Thai citizens only.

The study also found that the readiness of public health organizations in those areas for coping the problem of entrance of Cambodian people in using this service is only prepared for their routine operation only in order to perform an effective practice but no any readiness prepared for supporting the change of situations along the border area in the future at all.

Different Specific Characteristic of Public Health Service for Cambodian People from the Service Provided for Thai Citizens and Public Health Service Provided in Other Areas.

In case of specific characteristic of public health service in Klong Had district, it found that the group of disease that is often found in Cambodian people is similar to the disease found in the group of Thai citizens in other areas, but the number of Cambodian patients is much more than Thais. It means that the Cambodian labors have a poor health behavior and it causes a disease relating to the alimentary canal system and acute gastroenteritis. The second group of disease is particularly relating to the respiration system. In addition, there is also some diseases that are rarely found in Thai citizens but still existing in those areas such as malaria and tuberculosis. The entrance of Cambodian people in using the public health service in those medical units can't fully collect the medical fee from them

because most of them are poor and this causes the medical units must provide a free service under a mankind principle.

The study also found that the public health staff in the border areas must own a unique qualification that is different from other area. The staff in a policy-making level must have knowledge and understanding about the basic information in economic, social and political aspects of neighboring countries including the limitations or potentialities of public health organization and operation culture of those neighboring countries as well in order for the benefit in planning and cooperating purpose. For the public health staff in those areas, they must own a unique qualification and that is the communication ability in communicating the language of neighboring countries and having a good attitude towards those neighboring countries.

It is additionally found the specific characteristic in preventing the epidemics in Klong Had district. The epidemic in those areas is caused from a poor hygienic behavior. So the public health organizations in those areas have emphasized on the promoting and educating the hygienic knowledge in daily life for foreign labors. In the aspect of specific characteristic relating to the laws and regulations, there is no any significant characteristic because the public health organizations are recognized the same regulations all over the country. Only the cooperation characteristic that must coordinate in the form of committee and arrangement of staff training project or joint-campaign for disease prevention with neighboring countries are often occurred.

The Entrance of Cambodian People in Using Public Health Service in Thailand along the Border Areas of Srakaew Provinces

Resulted from the study, the survey found that the gastro-enteritis disease is mostly found in Cambodian people in the previous year and second group is the acute gastroenteritis, other diseases an malaria.

The Cambodian people have a behavior for medical treatment when they get sick. Most of Cambodian people will go to have a treatment at the medical unit, secondly go to buy medicines at the pharmacy shop, self-treatment at home and in case of serious sickness, most Cambodian people (about 60%) will go to have a treatment with the doctor in the medical unit and secondly go to buy

medicines at the pharmacy shop or mobile car. When Cambodian people get sick, they will come to have a treatment in Thailand approximately 74.1%. Additionally about 58.3% of Cambodian people will go to see the doctor every times when they get sick and the service that most Cambodian people use is the treatment service for general disease calculating as 80% and second service is the treatment caused from accidents.

The study found that three out of four of Cambodian people own a major reason in using public health service in Thailand as they work and live in Thailand. The second reason is the proximity of public health service unit in Thailand that is nearer than the medical units in Cambodia and cheaper medical fee or free of charge service.

The study also found that the majority of Cambodian people or about 81.8% of patients who come to use public health service in Thailand, will pay the medical fee and average medical fee that they pay for this service is Baht. 312.70 per visit. After we grouped the data, it found that more than half of Cambodian patients pay an average medical fee less than Baht 100 per visit.

In case of problem aspects in using public health service in Thailand, it is found that most Cambodian people have communication and language problem, secondly the problem of distance, expense, frontier / border crossing control and operation performance of staff respectively.

Consequences for Public Health Service Management in Thailand caused from the Entrance of Cambodian People in using Public Health Service

The study found that the personnel in an overall aspect have been reasonably affected. It results from the increased trends of entrance of Cambodian people in using the public health. This affects the morale of personnel in the aspect of remuneration and loading of increased tasks of public health staff. However, presently such aspects are not the main problems but the increased number of patients which will increasingly affect the personnel as well. The consequence from the entrance of Cambodian people in using public health service also causes the public health service management of Thailand in the personnel aspect which can be categorized as follow :-

The study found that the major consequence from the entrance of Cambodian people in using public health is the increasing number of Cambodian patients that will affect the workload of

public health staff while the welfare and incentives of public health staff is conversely reduced. The other consequence is the budget for the public health provided for Cambodian people because the medical units in those areas can't collect the medical fee from those foreign labors with less income. This causes the problems of budget. Additionally the registration of foreign labor in Klong Had district is very few, so there is no budget from the health security for foreign labors provided to support the operation of medical units in those areas. So the public health organizations are not able to propose for budgetary support as the budget is designed particularly for Thai citizens only. This affects the budget and liquidity of medical units and also the management of medicine and medical supplies in the medical units.

Resulting from the increased number of Cambodian labors in those areas with no registration of foreign labor with the Ministry of Labor, the civil organization has regulated the labor registration used in a particular area in Klong Had district, Srakaew in order to control the number of foreign labor and can monitor and govern the foreign labor in their areas in order to prevent any problems that can affect Thai citizens and also the public health service problem.

บทคัดย่อ

รหัสโครงการ : RDG 5310024
ชื่อโครงการ : ผลกระทบที่เกิดจากการจัดบริการสาธารณสุขให้ประชาชนกัมพูชา
อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว”
ชื่อผู้ดำเนินการ : อาจารย์เอกลักษณ์ นัตถฤทธิ์ และคณะ
E - mail Address : a_nuttarit@yahoo.com
ระยะเวลาโครงการ : กันยายน 2553 – มกราคม 2555

จากผลศึกษาโครงการ “ผลกระทบที่เกิดจากการจัดบริการสาธารณสุขให้ประชาชนกัมพูชา อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพัฒนาการของการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนอันเป็นผลมาจากการเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชา ศึกษาลักษณะเฉพาะของการบริหารสถานบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดน การเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยของประชาชนชาวกัมพูชาและผลกระทบที่เกิดจากการเข้าใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยของประชาชนกัมพูชาในพื้นที่ชายแดนไทย จังหวัดสระแก้ว โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้บริหารและบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ อ.คลองหาด จ.สระแก้ว และทำการสอบถามการเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขจากผู้รับบริการสาธารณสุขชาวกัมพูชา ได้ผลการศึกษา ดังนี้

นับจากอดีตเป็นต้นมาพัฒนาการของการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนจะเป็นการปฏิบัติหน้าที่ประจำแต่ภายหลังมีพัฒนาการในด้านนโยบายโดยมีการจัดทำแผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนาสาธารณสุขตามแนวชายแดน ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2550 - 2554) ซึ่งถือว่าเป็นนโยบายที่สำคัญแต่การรับรู้และการนำนโยบายไปปฏิบัติยังไม่เป็นรูปธรรม ภายหลังภาวะสงครามในประเทศเพื่อนบ้านงานสาธารณสุขมุ่งเน้นการเฝ้าระวังโรค โดยเฉพาะโรคที่มากับแรงงานต่างด้าว การจัดบริการสาธารณสุขชายแดนมีปัญหาที่สำคัญคือ นโยบายและแผนงานไม่ถูกนำไปปฏิบัติอย่างจริงจังส่งผลให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา อาทิ ปัญหาด้านงบประมาณมีแนวโน้มจะสูงขึ้น เพราะระบบการทำงานและการจัดสรรงบประมาณส่วนใหญ่ออกแบบไว้เฉพาะประชาชนไทยเท่านั้น โดยหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ยังไม่มีเตรียมพร้อมเพื่อรองรับปัญหาการเข้ามารับบริการของชาวกัมพูชาและการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ชายแดนในอนาคต

ในด้านลักษณะเฉพาะของการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ อ.คลองหาดพบว่าในกลุ่มโรคที่พบบ่อยเป็นโรกระบบทางเดินอาหาร อุจจาระร่วง สถานพยาบาลไม่สามารถจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลได้อย่างเต็มเม็ดเต็มหน่วยเพราะส่วนใหญ่ผู้รับบริการจะมีฐานะยากจน โดยลักษณะเฉพาะของบุคลากรสาธารณสุขระดับนโยบาย จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงข้อมูลพื้นฐานด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ศักยภาพในการทำงาน และวัฒนธรรมการทำงานของหน่วยงานสาธารณสุข ส่วนบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ควรมีคุณสมบัติเฉพาะ ได้แก่ ความสามารถทางภาษากัมพูชาและทัศนคติที่ดีต่อประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งในพื้นที่ชายแดนอำเภอคลองหาด โรคระบาดที่เกิดมีสาเหตุมาจากสุขอนามัยที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ลักษณะเฉพาะการป้องกันและควบคุมโรคจึงมุ่งเน้นการรณรงค์และให้ความรู้ในเรื่องสุขอนามัยในชีวิตประจำวันของกลุ่มแรงงานต่างด้าว และ ในด้านกฎระเบียบไม่พบลักษณะเฉพาะที่เด่นชัดมากนัก แต่มีลักษณะการทำงานที่ต้องมีการประสานความกับหน่วยงานสาธารณสุขประเทศเพื่อนบ้านซึ่งเป็นงานที่สำคัญ

จากการศึกษาพบว่า เมื่อชาวกัมพูชาส่วนใหญ่มีอาการเจ็บป่วยจะไปรักษาที่สถานือนามัย และในกรณีที่มีอาการเจ็บป่วยชาวกัมพูชาเกือบร้อยละ 60 จะรักษากับแพทย์ในสถานพยาบาลทันที โดยจะเข้ามารักษาในประเทศไทย ถึงร้อยละ 74.1 ชาวกัมพูชาจะไปพบแพทย์ทุกครั้งที่รู้สึกจะไม่สบาย ถึงร้อยละ 58.3 โดยบริการสาธารณสุขที่ขอรับบริการ คือ การตรวจรักษาโรคทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 80 ชาวกัมพูชาประมาณ 3 ใน 4 เข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในไทยเพราะทำงานหรือพักอาศัยในประเทศไทย ชาวกัมพูชามากกว่าร้อยละ 80 เสียค่ารักษาพยาบาลในการเข้ามารักษาในฝั่งไทย โดยมีค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยต่อครั้งประมาณ 312.7 บาท และชาวกัมพูชามากกว่าครึ่งจ่ายค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยต่อครั้งน้อยกว่า 100 บาท ปัญหาในการขอรับบริการที่พบมากคือ การสื่อสาร รองลงมาคือปัญหาในด้านระยะทาง และด้านค่าใช้จ่าย

ผลกระทบด้านบุคลากรที่สำคัญ คือ ด้านกำลังใจของบุคลากรเป็นผลมาจากการปรับลดเงินสวัสดิการต่าง ๆ แต่ภาระงานของบุคลากรที่เพิ่มขึ้น และผลกระทบด้านงบประมาณ เป็นผลมาจากสถานพยาบาลไม่สามารถจัดเก็บค่ารักษาจากแรงงานต่างด้าวที่มีรายได้น้อย อีกทั้งระบบงบประมาณของไทยถูกออกแบบไว้เฉพาะประชาชนไทยเท่านั้น ส่งผลให้เกิดปัญหาในภาพรวมทั้งด้านงบประมาณด้านการบริหารและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ของสถานพยาบาลอีกด้วย

นอกจากนี้ยังพบว่ามีการนำแรงงานไปขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวของกระทรวงแรงงานน้อยมาก ส่งผลให้ภาคประชาชนดำเนินการจัดทำกรขึ้นทะเบียนแรงงานที่ใช้เฉพาะในพื้นที่ อ.คลอง

หาด จ.สระแก้วเพื่อการควบคุมจำนวนแรงงาน และการปกครองดูแลแรงงานต่างด้าวในพื้นที่ มิให้ก่อ
ปัญหาที่จะส่งผลกระทบต่อคนไทยรวมทั้งปัญหาในด้านการสาธารณสุขด้วย

Abstract

Project Code : RDG 5310024
Project Title : Consequences raising from the Public Health Service Provided for
Cambodian People in Klong Had District, Srakaew
Director of the project : Akekaluk Nuttarit and Team
E - mail Address : a_nuttarit@yahoo.com
Project Duration : September 2010 – January 2012

Resulted from the project study of “Consequences raising from the Public Health Service Provided for Cambodian People in Klong Had District, Srakaew” with the purpose in studying the development of public health service provided along the border area after the entrance of Cambodian people in using such service, the specific characteristic of public health unit management along the border area, the entrance of Cambodian people to use this service in Thailand and consequences caused from the entrance of Cambodian people to use this public health service in Thailand along the border area of Srakaew province will be studied. The data from the executive management and public health personnel in the area of Klong Had district, Srakaew, will be gathered and the interview of Cambodian people who enter to use the public health service in Thailand has also been conducted. The result of this study is described below.

Since the past, the development of public health service along the border area is only an operation duty but in the latter period, the development is clearly magnificent. The model schemes for problem solving and devilment of public health works along the border area Issue 1 (B.E. 2550 – 2554) has been prepared. This is an important policy but the recognition and implementation has not been in a concrete form. After war situation in the neighboring countries, the public health work focuses on the alertness of diseases particularly the diseases from the foreign labors. The main problem of public health service along the border area is the policy and operation plan that has not been seriously implemented and caused various affected problems such as trend of increased budget due to the operation system and budget allocation designed for Thai citizens only or the public health

organization in those areas has no any readiness in coping the problems caused from the entrance of Cambodian people and change of situation along the border in the future.

In term of specific characteristic of public health service in Klong Had area, it is found that the main group of disease that is often found in Cambodian people is relating to alimentary canal system and acute gastroenteritis. The medical units can't fully collect the medical fee from those patients because most of them are poor. The study also found that the public health staff in the border areas must own a unique qualification that is different from other area. The unique characteristic of staff in a policy-making level should have is the knowledge and understanding about the basic information in economic, social and political aspects of neighboring counties including the limitations or potentialities of public health organization and operation culture of those neighboring countries. For the public health staff in those areas, they must own a unique qualification in communicating Cambodian language and having a good attitude towards those neighboring countries. In Klong Had district, an epidemic is caused from a poor hygienic behavior. So the specific characteristic in preventing and controlling the epidemic will emphasize on the promoting and educating the hygienic knowledge in daily life for foreign labors. In term of laws and regulations, there is no any significant characteristic but the operation characteristic in coordinating with the public health organization of neighboring countries is an essential task.

Resulted from the study, the survey found that the gastro-enteritis disease is mostly found in Cambodian people in the previous year and second group is the acute gastroenteritis, other diseases an malaria.

The study also found that most Cambodian people (about 60%) will go to have a treatment immediately with the doctor in the medical unit when they get sick and 74.1% of Cambodian patients will come to have a treatment in Thailand. About 58.3% of Cambodian people will go to see the doctor every times when they get sick and most of service they used is the treatment service for general disease calculating as 80%. Approximately three out of four of Cambodian people own a major reason in using public health service in Thailand because they work and live in Thailand. More

than 80% of Cambodian people will pay the medical fee when they come to have a treatment in Thailand and an average medical fee for this service is Baht. 312.70 per visit. However, more than half of Cambodian patients pay an average medical fee less than Baht 100 per visit. The main in using public health service in Thailand is the communication problem, secondly the problem of distance and expense.

The important consequence in term of personnel aspect is the morale of personnel resulted from the reduction welfare and incentives while the increased of workloads and consequences in term of budget caused from non-collectible medical fee from those foreign labors with less income. Moreover, budgetary system of Thailand is designed particularly for Thai citizens only. This also affects the problem in term of budget in aspect of management of medicine and medical supplies in the medical units.

Additionally it is also found that there is very few registration of foreign labors with the Ministry of Labor. So the civil organization has regulated the labor registration used in a particular area in Klong Had district, Srakaew in order to control the number of foreign labor and can monitor and govern the foreign labor in their areas in order to prevent any problems that can affect Thai citizens and also the public health service problem.

สารบัญ

รายการ	หน้า
คำนำ	ข
บทสรุปผู้บริหาร (Executive Summary)	ค
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	ฉ
สารบัญ	ถ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความสำคัญของปัญหาการวิจัย	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
ผลที่คาดว่าจะได้รับในแต่ละช่วงเวลา	4
ขอบเขตการศึกษา	5
นิยามศัพท์	7
กรอบแนวคิดในการวิจัย	8
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	9
แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการสังคม	9
แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสาธารณสุข	15
แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับพื้นที่ชายแดน	36
แนวคิดเกี่ยวกับบุคคลต่างด้าว	38
ข้อมูลพื้นฐานจังหวัดสระแก้ว	47
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	50
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	54
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	55
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	58
บทที่ 4 ผลการศึกษา	60
ตอนที่ 1 ศึกษาพัฒนาการของการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนอันเป็นผล มาจากการเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชา	61
ตอนที่ 1.1 พัฒนาการของนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสาธารณสุข ตามแนวชายแดน	61

สารบัญ (ต่อ)

รายการ	หน้า
ตอนที่ 1.2 พัฒนาการของการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนให้กับ ประชาชนไทยและประชาชนกัมพูชา	68
ตอนที่ 1.3 รูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนจากอดีตจนถึง ปัจจุบัน	73
ตอนที่ 1.4 แนวโน้มของปัญหาในการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดน	77
ตอนที่ 1.5 การเตรียมพร้อมในการบริหารทรัพยากรเพื่อรองรับการเข้ามาใช้ บริการสาธารณสุขของประชาชนกัมพูชาของหน่วยงานสาธารณสุข ชายแดน	82
ตอนที่ 2 ลักษณะเฉพาะของการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนจากกัมพูชาที่มีที่ แตกต่างจากการให้บริการประชาชนไทย และการจัดบริการสาธารณสุขใน พื้นที่อื่น	87
ตอนที่ 2.1 ลักษณะเฉพาะของกลุ่มโรคที่พบบ่อยในพื้นที่ชายแดน	87
ตอนที่ 2.2 การสื่อสารกับผู้รับบริการสาธารณสุข	92
ตอนที่ 2.3 การเก็บค่ารักษาพยาบาลจากผู้รับบริการสาธารณสุขชาวกัมพูชา	94
ตอนที่ 2.4 ช่วงเวลาในการให้บริการ	99
ตอนที่ 2.5 คุณสมบัติเฉพาะของผู้ให้บริการสาธารณสุขตามแนวชายแดน	99
ตอนที่ 2.6 การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค	101
ตอนที่ 2.7 การส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ชายแดน	104
ตอนที่ 2.8 ลักษณะเฉพาะด้านกฎระเบียบและการบริหารจัดการ	106
ตอนที่ 3 การเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยของประชาชนชาวกัมพูชา ในพื้นที่ชายแดนไทย จังหวัดสระแก้ว	111
ตอนที่ 3.1 ข้อมูลทั่วไป	111
ตอนที่ 3.2 สถานะทางสุขภาพ	116
ตอนที่ 3.3 บริการสาธารณสุขที่เคยมาใช้บริการในประเทศไทย	122
ตอนที่ 3.4 ความคิดเห็นของประชาชนกัมพูชาต่อการใช้บริการสาธารณสุข ของไทย	131

สารบัญ (ต่อ)

รายการ	หน้า
ตอนที่ 4 ผลกระทบจากการเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชาก่อให้เกิดต่อ การจัดบริการสาธารณสุขของไทย	137
ตอนที่ 4.1 ผลกระทบจากการเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชาก่อให้เกิดต่อ การจัดบริการสาธารณสุขของไทย ด้านบุคลากร	137
ตอนที่ 4.1.1 ผลกระทบที่มีต่อความรู้ความสามารถของบุคลากร	137
ตอนที่ 4.1.2 ผลกระทบที่มีต่อทักษะในการให้บริการสาธารณสุขของ บุคลากร	138
ตอนที่ 4.1.3 ผลกระทบที่มีต่อการสื่อสารของบุคลากร (ภาษา)	139
ตอนที่ 4.1.4 ผลกระทบที่มีต่อขวัญกำลังใจของบุคลากร	140
ตอนที่ 4.1.5 ผลกระทบที่มีต่อภาระงานของบุคลากร	141
ตอนที่ 4.2 ผลกระทบจากการเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชาก่อให้เกิดต่อ การจัดบริการสาธารณสุขของไทย ด้านงบประมาณ	142
ตอนที่ 4.3 ผลกระทบจากการเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชาก่อให้เกิดต่อ การจัดบริการสาธารณสุขของไทย ด้านวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์	148
ตอนที่ 4.4 ผลกระทบจากการเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชาก่อให้เกิดต่อ การจัดบริการสาธารณสุขของไทย ในด้านบริหารงาน	152
ตอนที่ 4.4.1 ผลกระทบต่อการบริหารแผนงานเพื่อรองรับการให้บริการ ประชาชนกัมพูชา	152
ตอนที่ 4.4.2 ผลกระทบต่อระบบการรายงานข้อมูลทางสาธารณสุข	154
ตอนที่ 4.5 ผลกระทบจากการเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชา ก่อให้เกิดต่อ การจัดบริการสาธารณสุขของไทย ด้านแบบแผนการให้บริการ	155
ตอนที่ 4.6 ผลกระทบจากการเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชาก่อให้เกิดต่อ การจัดบริการสาธารณสุขของไทยในด้านการให้บริการแก่ประชาชน ไทย	158
ตอนที่ 4.7 การบริหารจัดการแรงงานต่างด้าวระดับพื้นที่ อ.คลองหาด จ.สระแก้ว	161

สารบัญ (ต่อ)

	รายการ	หน้า
บทที่ 5		164
สรุปผลการศึกษา		165
ตอนที่ 1 ศึกษาพัฒนาการของการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนอันเป็นผล		165
มาจากการเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชา		
ตอนที่ 1.1 พัฒนาการของนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสาธารณสุขตาม		165
แนวชายแดน		
ตอนที่ 1.2 พัฒนาการของการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนให้กับ		166
ประชาชนไทยและประชาชนกัมพูชา		
ตอนที่ 1.3 รูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนจากอดีตจนถึง		167
ปัจจุบัน		
ตอนที่ 1.4 แนวโน้มของปัญหาในการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดน		168
ตอนที่ 1.5 การเตรียมพร้อมในการบริหารทรัพยากรเพื่อรองรับการเข้ามาใช้		169
บริการสาธารณสุขของประชาชนกัมพูชาของหน่วยงานสาธารณสุข		
ชายแดน		
ตอนที่ 2 ลักษณะเฉพาะของการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนจากกัมพูชาที่มีที่		170
แตกต่างจากการให้บริการประชาชนไทย และการจัดบริการสาธารณสุขใน		
พื้นที่อื่น		
ตอนที่ 2.1 ลักษณะเฉพาะของกลุ่มโรคที่พบบ่อยในพื้นที่ชายแดน		170
ตอนที่ 2.2 การสื่อสารกับผู้รับบริการสาธารณสุข		170
ตอนที่ 2.3 การเก็บค่ารักษาพยาบาลจากผู้รับบริการสาธารณสุขชาวกัมพูชา		171
ตอนที่ 2.4 ช่วงเวลาในการให้บริการ		172
ตอนที่ 2.5 คุณสมบัติเฉพาะของผู้ให้บริการสาธารณสุขตามแนวชายแดน		172
ตอนที่ 2.6 การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค		173
ตอนที่ 2.7 การส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ชายแดน		174
ตอนที่ 2.8 ลักษณะเฉพาะด้านกฎระเบียบและการบริหารจัดการ		174

สารบัญ (ต่อ)

รายการ	หน้า
ตอนที่ 4.4.2 ผลกระทบต่อระบบการรายงานข้อมูลทางสาธารณสุข	185
ตอนที่ 4.5 ผลกระทบจากการเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชาก่อให้เกิดต่อ การจัดบริการสาธารณสุขของไทย ด้านแบบแผนการให้บริการ	186
ตอนที่ 4.6 ผลกระทบจากการเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชาก่อให้เกิดต่อ การจัดบริการสาธารณสุข ในด้านการให้บริการแก่ประชาชนไทย	186
ตอนที่ 4.7 การบริหารจัดการงานแรงงานต่างด้าว ระดับพื้นที่ อ.คลองหาด จ.สระแก้ว	187
ข้อเสนอแนะ	189
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	189
ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ	193
บรรณานุกรม	196
ภาคผนวก 1 บทความสำหรับการเผยแพร่	201
ภาคผนวก 2 ภาพถ่ายการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล	219

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
ตารางที่ 2.1 แสดงลักษณะระบบประกันสุขภาพของไทย	11
ตารางที่ 2.2 แสดงภาพรวมการอนุญาตให้คนต่างด้าวทำงานที่ราชอาณาจักรตามกลุ่ม และประเภทคนต่างด้าว	43
ตารางที่ 2.3 ภาพรวมมาตรการแก้ไขปัญหาแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองจำแนกตาม ประเทศ	44
ตารางที่ 3.1 จำนวนหมู่บ้าน/ชุมชนในจังหวัดสระแก้วจำแนกตามพื้นที่	56
ตารางที่ 4.1 จำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตชาวกัมพูชาด้วยโรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ระหว่างปี พ.ศ. 2549 - 2552 ของจังหวัดสระแก้ว	88
ตารางที่ 4.2 สรุปผล โรคที่พบบ่อยของชาวกัมพูชาผู้ขอรับบริการสาธารณสุข ณ โรงพยาบาลคลองหาด จ.สระแก้ว ประจำปี 2553	91
ตารางที่ 4.3 สรุปค่าใช้จ่ายในการให้บริการแรงงานต่างด้าวซึ่งไม่สามารถเก็บค่า รักษาพยาบาลได้ ของโรงพยาบาลคลองหาด ระหว่างปี พ.ศ. 2550 - 2552	98
ตารางที่ 4-4 ข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูล	111
ตารางที่ 4-5 การเจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุจนทำให้สูญเสียอวัยวะหรือสูญเสีย ความสามารถในการทำงาน ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา	116
ตารางที่ 4-6 ในรอบปีที่ผ่านมา โรคหรือภาวะเรื้อรังที่เคยได้รับการตรวจพบ	117
ตารางที่ 4-7 สถานที่รักษาเมื่อมีอาการเจ็บป่วย	118
ตารางที่ 4-8 วิธีการทำการรักษาส่วนใหญ่เมื่อเจ็บป่วย	119
ตารางที่ 4-9 สถานที่ส่วนใหญ่ที่จะไปรักษาเมื่อเจ็บป่วย	119
ตารางที่ 4-10 ลักษณะการไปพบแพทย์	120
ตารางที่ 4-11 การเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทย	120
ตารางที่ 4-12 บริการสาธารณสุขที่เข้าขอรับบริการ	121
ตารางที่ 4-13 บริการสาธารณสุขที่เคยเข้ามาใช้บริการในประเทศไทย ด้านการส่งเสริม สุขภาพ (promotive)	122
ตารางที่ 4-14 บริการสาธารณสุขที่เคยเข้ามาใช้บริการในประเทศไทย ด้านการป้องกัน โรค (preventive)	123

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
ตารางที่ 4 - 15 บริการสาธารณสุขที่เคยเข้ามาใช้บริการในประเทศไทย ด้านการ รักษาพยาบาล (curative)	124
ตารางที่ 4 - 16 บริการสาธารณสุขที่เคยเข้ามาใช้บริการในประเทศไทย ด้านการฟื้นฟู สภาพผู้รับบริการ (rehabilitative)	125
ตารางที่ 4 - 17 เหตุผลที่เข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในฝั่งไทย	126
ตารางที่ 4 - 18 ค่ารักษาพยาบาลครั้งล่าสุดที่เข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในฝั่งประเทศ ไทย	127
ตารางที่ 4 - 19 จำนวนเงินค่ารักษาพยาบาลครั้งล่าสุดที่เข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในฝั่ง ประเทศไทย	127
ตารางที่ 4 - 20 ค่ารักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยต่อครั้งที่เข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในฝั่ง ประเทศไทย	128
ตารางที่ 4 - 21 จำนวนเงินค่ารักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยต่อครั้งที่เข้ามาใช้บริการสาธารณสุข ในฝั่งประเทศไทย	128
ตารางที่ 4 - 22 ปัญหาที่พบในการไปใช้บริการในฝั่งไทย	129
ตารางที่ 4 - 23 การขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวและสิทธิในการรักษาพยาบาล	130
ตารางที่ 4 - 24 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นของประชาชนกัมพูชาต่อ การใช้บริการสาธารณสุขของไทย ด้านผู้ให้บริการ จำแนกเป็นรายชื่อ	131
ตารางที่ 4 - 25 จำนวน และค่าร้อยละ ระดับความคิดเห็นของประชาชนกัมพูชาต่อการใช้ บริการสาธารณสุขของไทย ด้านผู้ให้บริการ	132
ตารางที่ 4 - 26 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นของประชาชนกัมพูชาต่อ การใช้บริการสาธารณสุขของไทย ด้านการบริหารองค์กร	133
ตารางที่ 4 - 27 จำนวน และค่าร้อยละ ระดับความคิดเห็นของประชาชนกัมพูชาต่อการใช้ บริการสาธารณสุขของไทย ด้านการบริหารองค์กร	134
ตารางที่ 4 - 28 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นของประชาชนกัมพูชาต่อ การใช้บริการสาธารณสุขของไทย ด้านการบริการ จำแนกเป็นรายชื่อ	135
ตารางที่ 4 - 29 จำนวน และค่าร้อยละ ระดับความคิดเห็นของประชาชนกัมพูชาต่อการใช้ บริการสาธารณสุขของไทย ด้านการบริการ	136

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
ตารางที่ 4 - 30 จำนวนแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนในจังหวัดสระแก้วแยกสถานบริการ ปี 2548 - 2553	143
ตารางที่ 4 - 31 สรุปค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าวจังหวัดสระแก้ว ปีงบประมาณ 2548 - 2553	144
ตารางที่ 4 - 32 ค่าใช้จ่ายในการให้บริการแรงงานต่างด้าวซึ่งไม่สามารถชำระค่าใช้จ่ายได้ ของโรงพยาบาลคลองหาด	146

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่	หน้า
แผนภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	8
แผนภาพที่ 2.1 แผนที่แสดงอาณาเขตพื้นที่จังหวัดสระแก้ว	48

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

บริการทางสังคม คือ สิ่งที่มีหน้าที่ต้องจัดให้กับประชาชนของตน เพื่อให้ประชาชนในประเทศของตนมีคุณภาพชีวิตที่ดี ครอบคลุมถึง บริการด้านการศึกษา ด้านสาธารณสุข ด้านที่อยู่อาศัย ด้านการจ้างงาน ด้านการรักษาระดับรายได้ และบริการสังคมทั่ว ๆ ไป บริการเหล่านี้มีตั้งแต่ระดับการบริการฟรีไปถึงระดับการคิดค่าบริการสูง ๆ ขึ้นอยู่กับลักษณะของบริการ กลุ่มเป้าหมาย และระบบเศรษฐกิจ การเมืองและสังคมของแต่ละประเทศ บริการสังคมเป็นส่วนหนึ่งของระบบสวัสดิการสังคม อันประกอบด้วย การประกันสังคม การสังคมสงเคราะห์ และการบริการสังคม

จากการรายงานของหนังสือ The Economist พบว่าประเทศในกลุ่มอาเซียนมีทัศนะในด้านลบต่อระบบสวัสดิการสังคมตามแนวตะวันตก โดยเห็นว่าเป็นการให้สวัสดิการสังคมมากเกินไป จนอาจกลายเป็นยาเสพติดของประชาชน ทำให้คนงานบางส่วนไม่ยอมทำงาน โดย The Economist อ้างถึงคำกล่าวของนายลี กวนยู อดีตนายกรัฐมนตรีของสิงคโปร์ และ ดร.มหาเธร์ บิน โมฮัมหมัด อดีตนายกรัฐมนตรีของมาเลเซีย (The Economist, Jan 30, 1993, p. 34 อ้างถึงใน ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ¹) และประเทศไทยก็มีนโยบายด้านสวัสดิการสังคมในทำนองเดียวกันนี้ด้วย

The Economist ยังรายงานอีกว่า ก่อนนี้ประเทศในแถบอาเซียนให้ความสำคัญกับบริการทางการศึกษามาก เพราะมีทัศนะว่า ถ้าประชาชนมีความรู้ดี มีทักษะดี ย่อมสร้างผลผลิตได้มาก เศรษฐกิจโตเร็ว จำนวนคนยากจนลดลง ความต้องการสวัสดิการสังคมจะลดลง ประเทศในแถบอาเซียนจึงให้ความสำคัญด้านบริการการศึกษามากกว่าสวัสดิการด้านอื่น ๆ

อย่างไรก็ตาม The Economist ได้รายงานอีกว่า ปัจจุบันประเทศในแถบอาเซียน มีความเป็นประชาธิปไตยมากขึ้น มีเสียงเรียกร้องให้รัฐบาลจัดระบบความมั่นคงทางสังคม (Social Security) มากขึ้น ซึ่งประเทศในอาเซียนกำลังขยายการดำเนินการเรื่องนี้อยู่ โดยเฉพาะสิงคโปร์ บริการสังคมด้านที่อยู่อาศัยเป็นโครงการที่รัฐบาลได้ทุ่มเทเงินลงทุนไปมากที่สุด

ลักษณะที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ของประเทศไทย มีเขตแดนด้านตะวันตกติดต่อกับประเทศกัมพูชา มีระยะทางทั้งหมด 798 กิโลเมตร ครอบคลุมพื้นที่ 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดสุรินทร์ จังหวัดปราจีนบุรี จังหวัดจันทบุรี จังหวัดตราด และจังหวัด

¹ ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ “บริการสังคม แนวคิด ทฤษฎี บทบาท และความสำคัญต่อสังคม

http://hnpthai.org/database/5%20Narong_socialservice.pdf (28 ตุลาคม 2551)

สระแก้ว ประกอบกับนโยบายรัฐบาลที่อนุญาตให้มีการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวได้นั้น จึงทำให้เกิดการหลั่งไหลของประชาชนชาวกัมพูชาเข้ามาในประเทศไทย ทั้งการเข้ามาเพื่อประกอบธุรกิจเพื่อขายแรงงาน และเข้ามาเพื่อขอรับบริการทางสังคมในประเทศไทยอีกด้วย ซึ่งการเข้ามาของแรงงานต่างด้าวเหล่านี้ มีผลตามมาหลายด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคง จึงมีความจำเป็นที่ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต้องทำความเข้าใจ และวางแผนทางบริหารจัดการร่วมกันอย่างเป็นระบบ เพื่อให้การกำกับดูแลประชากรต่างด้าวในประเทศไทยดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับหลักสิทธิมนุษยชน และเกิดความมั่นคงของประเทศ

ในปัจจุบันรัฐบาลไทยได้พยายามในการจัดบริการสาธารณสุขให้ประชาชนไทยบริเวณพื้นที่ชายแดนไทย - กัมพูชา แต่เนื่องจากลักษณะพื้นที่ที่เป็นพื้นที่ชายแดนบางแห่งมีความทุรกันดาร ทำให้บริการสังคมที่รัฐจัดให้ ไปไม่ถึงทั่วถึง และไม่ครอบคลุมพื้นที่ ประกอบกับพื้นที่บริเวณชายแดนที่มีการผ่านเข้าออกของประชาชนชาวไทย และประชาชนกัมพูชาเป็นจำนวนมาก ทำให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดต่อได้ง่าย โดยโรคติดต่อ เช่น โรคเท้าช้าง โรคฉี่หนู โรค หรือ โรคอหิวาตกโรค ที่ได้เคยหายไปจากประเทศไทยแล้วนั้น ได้กลับมาแพร่ระบาดตามแนวชายแดนไทย กัมพูชา ประกอบการพัฒนากระบวนการบริการสาธารณสุขของประเทศเพื่อนบ้านยังไม่ครอบคลุมพื้นที่บริเวณแนวชายแดนเท่าใดนัก จึงมีประชาชนชาวกัมพูชาเข้ามาเพื่อขอรับบริการทางสังคมจากหน่วยงานภาครัฐในประเทศไทย รัฐบาลไทยได้ช่วยเหลือให้ตามหลักมนุษยธรรม ตัวอย่างเช่น มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม 2548 ลงมติอนุมัติตามมติของคณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง เมื่อวันที่ 6 พฤษภาคม 2548 โดยการอนุญาตให้ คนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง สัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา ที่จดทะเบียนราษฎรคนต่างด้าว และได้รับอนุญาตทำงานปี 2547 และผู้ติดตามอยู่ในราชอาณาจักรชั่วคราวระหว่างรอการส่งกลับและทำงานต่อไปได้อีก 1 ปี สิ้นสุดวันที่ 30 มิถุนายน 2549 และให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการกำหนดอัตราค่าตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ สถานพยาบาลที่จะตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าว โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีภารกิจให้ดำเนินการเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ โดยมีกิจกรรมสำคัญ 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) การตรวจสุขภาพประจำปี 2) บริการด้านการรักษาพยาบาล 3) บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และ 4) การเฝ้าระวังโรค และได้แบ่งกลุ่มเป้าหมายที่มาตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

(1) กลุ่มผู้ที่ประสงค์จะทำงาน (กลุ่มแรงงาน) ต้องเข้าสู่ระบบการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพทุกคน

(2) กลุ่มผู้ติดตามแรงงานต่างด้าว (หมายถึงบิดา/มารดา สามี/ภรรยา บุตรของแรงงานต่างด้าว ที่ได้รับอนุญาตทำงาน) การตรวจสุขภาพและ/หรือประกันสุขภาพให้เป็นไปตามความ

สมัครใจหากประสงค์จะตรวจสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่ถ้าจะเข้าสู่ระบบการประกันสุขภาพต้องได้รับการตรวจสุขภาพด้วย

จากการเปิดเผยของ นพ.วิศิษฐ์ ตั้งนภากร รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ² ได้กล่าวถึงการเข้ามาขอรับบริการสาธารณสุขในประเทศไทยของประชากรต่างด้าว ว่าจากการเก็บข้อมูลแรงงานต่างด้าว 30 จังหวัด ในปี 2550 พบว่าภาครัฐต้องแบกรับภาระค่ารักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าวที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนถึง 155 ล้านบาทเศษ นอกจากนั้นยังมีการขอเข้ารับบริการสังคมอื่น ๆ อีกเช่น การศึกษา การฝึกอาชีพ การจ้างงาน เป็นต้น

ซึ่งในความเป็นจริงนั้นสถานพยาบาลสาธารณสุขตามแนวชายแดนไม่สามารถเก็บค่ารักษาพยาบาลจากประชาชนของประเทศเพื่อนบ้านที่มาขอรับบริการได้เนื่องจากประชาชนกลุ่มนี้มีฐานะยากจนมาก จึงจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือตามหลักมนุษยธรรม แต่หากพิจารณาให้ลึกซึ้งจะพบว่ามิได้มีเพียงแต่กลุ่มแรงงานต่างด้าวจากประเทศเพื่อนบ้านเท่านั้นที่เข้ามาขอรับบริการสาธารณสุขในประเทศไทย แม้แต่กลุ่มผู้มีฐานะทางการเงิน หรือกลุ่มข้าราชการในประเทศเพื่อนบ้าน ก็จะมีนิยมนำมาใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยเป็นจำนวนมาก เนื่องจากบริการสาธารณสุขในประเทศไทย ได้รับการยอมรับในเรื่องของคุณภาพ และมาตรฐานในการรักษาและให้บริการ ทำให้เกิดการไว้วางใจในบริการและความนิยม ซึ่งประชาชนกัมพูชาในกลุ่มที่มีฐานะทางการเงินระดับปานกลางจะเดินทางไปรักษาที่โรงพยาบาลใหญ่ ๆ ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน ส่วนในกลุ่มที่มีฐานะทางการเงินอยู่ในระดับดั้นนั้นจะนิยมเดินทางไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ในกรุงเทพฯ นับได้ว่าเป็นเรื่องที่น่าชื่นชมว่าบริการสาธารณสุขในประเทศไทยไม่เพียงแต่จะให้บริการเฉพาะคนไทยเท่านั้น ยังบริการครอบคลุมไปถึงประชาชนของประเทศเพื่อนบ้านอีกด้วย ทำให้รูปแบบการให้บริการสาธารณสุขของพื้นที่ชายแดนมีความแตกต่างกับพื้นที่อื่น ๆ โดยทั่วไป เนื่องมาจากต้องจัดบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนต่างชาติต่างภาษา และมีประเด็นที่น่าสังเกตอีกประการหนึ่งคือ สถานพยาบาลในพื้นที่ชายแดนจำเป็นต้องรับภาระการให้การดูแลรักษาพยาบาลประชาชนของประเทศเพื่อนบ้านที่มีฐานะทางการเงินยากจน แต่กลับขาดโอกาสในการแสวงหารายได้จากกลุ่มที่มีฐานะปานกลางและกลุ่มที่มีฐานะทางการเงินดี ซึ่งจะสามารถนำเงินรายได้ส่วนหนึ่งมาชดเชยรายจ่ายที่ต้องให้บริการแก่ประชาชนประเทศเพื่อนบ้านที่มีฐานะทางการเงินยากจนได้

จังหวัดสระแก้วเป็นจังหวัดใหญ่ในภาคตะวันออกมีระบบเศรษฐกิจการค้าชายแดนที่มีขนาดใหญ่มาก มีประชาชนกัมพูชาเดินทางเข้าออกประเทศไทยวันละหลายพันคน ทั้งที่เข้ามาเพื่อประกอบธุรกิจ เข้ามาเพื่อขายแรงงานและเข้ามาเพื่อมาขอรับบริการสังคมจากไทย จึงนับได้ว่า

² ผู้จัดการออนไลน์ www.siamhnm.com/?name=news&file=readnews&max=5593 (28 ตุลาคม 2551)

จังหวัดสระแก้วเป็นจังหวัดที่มีประชาชนกัมพูชาเดินทางเข้ามาในประเทศไทยเป็นจำนวนมาก ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องทราบถึงการเข้ามารับบริการสังคมในไทยของประชาชนชาวกัมพูชา และผลกระทบอันเกิดจากการเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยของประชาชนกัมพูชา อันจะสามารถจัดบริการสังคมตอบสนองความต้องการทางสังคมให้ประชาชนไทยได้อย่างพอเพียง และสามารถตอบสนองความต้องการบริการทางสังคมของประชาชนกัมพูชาได้อย่างเหมาะสมตามหลักมนุษยธรรม ซึ่งจะนำไปสู่การหาแนวทางการพัฒนาบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดน ไทย - กัมพูชาที่เหมาะสม อันจะเป็นการพัฒนาโอกาสในการแสวงหาประโยชน์จากการเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนกัมพูชาในประเทศไทย ตลอดจนเป็นการสร้างและรักษาความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างไทย - กัมพูชา คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพัฒนาการของการให้บริการสาธารณสุข ลักษณะเฉพาะของการบริหารสถานบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดน รวมถึงผลกระทบที่เกิดจากการจัดบริการสาธารณสุขให้ประชาชนกัมพูชา อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพัฒนาการของการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนอันเป็นผลมาจากการเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชา
2. เพื่อศึกษาลักษณะเฉพาะของการบริหารสถานบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดน
3. เพื่อศึกษาการเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยของประชาชนชาวกัมพูชาในพื้นที่ชายแดนไทย จังหวัดสระแก้ว
4. เพื่อศึกษาผลกระทบที่เกิดจากการเข้าใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยของประชาชนกัมพูชาในพื้นที่ชายแดนไทย จังหวัดสระแก้ว

ผลที่คาดว่าจะได้รับในแต่ละช่วงเวลา

ระยะแรก (6 เดือน) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับ พัฒนาการของการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดน, ลักษณะเฉพาะของการบริหารสถานบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดน, การเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยของประชาชนชาวกัมพูชาในพื้นที่ชายแดนไทย จังหวัดสระแก้ว และผลกระทบที่เกิดจากการเข้าใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยของประชาชนกัมพูชาในพื้นที่ชายแดนไทย จังหวัดสระแก้ว ส่วนในระยะที่ 2 คือการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อสรุปผลการศึกษาวิจัย

ขอบเขตการศึกษา

ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยเรื่อง ผลกระทบที่เกิดจากการจัดบริการสาธารณสุขให้ประชาชนกัมพูชาตามแนวชายแดนไทย จังหวัดสระแก้ว มีประเด็นในการศึกษา 4 ประเด็นหลัก ๆ คือ

1) เพื่อศึกษาพัฒนาการของการให้บริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนอันเป็นผลมาจากการเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชา โดยจะทำการศึกษาพัฒนาการใน 5 ด้าน ประกอบด้วย (1) พัฒนาการของนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดน (2) พัฒนาการของการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนให้กับประชาชนไทยและประชาชนกัมพูชา (3) รูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนจากอดีตจนถึงปัจจุบัน (4) แนวโน้มของปัญหาในการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดน (5) การเตรียมพร้อมในการบริหารทรัพยากรเพื่อรองรับการเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนกัมพูชาของหน่วยงานสาธารณสุขชายแดน

2) เพื่อศึกษาลักษณะเฉพาะของการบริหารสถานบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดน จำแนกตามปัจจัยทางการบริหาร ประกอบด้วย (1) ลักษณะเฉพาะของกลุ่มโรคที่พบบ่อยในพื้นที่ชายแดน (2) การสื่อสารกับผู้รับบริการสาธารณสุข (3) การเก็บค่ารักษาพยาบาลจากผู้รับบริการสาธารณสุขชาวกัมพูชา (4) ช่วงเวลาในการให้บริการ (5) คุณสมบัติเฉพาะของผู้ให้บริการสาธารณสุขตามแนวชายแดน (6) การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (7) การส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ชายแดน (8) ลักษณะเฉพาะด้านกฎระเบียบและการบริหารจัดการ

3) เพื่อศึกษาการเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนไทย - กัมพูชา อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว โดยเป็นการสำรวจข้อมูลส่วนบุคคล ประเภทและลักษณะการเข้ามาใช้บริการ ปัญหาอุปสรรคและสาเหตุการเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทย รวมทั้งความคิดเห็นต่อบริการสาธารณสุขในประเทศไทยของประชาชนกัมพูชา

4) เพื่อศึกษาผลที่เกิดจากการเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยของประชาชนกัมพูชา โดยศึกษา 6 ด้าน คือ (1) ผลกระทบด้านบุคลากรทางการสาธารณสุข (2) ผลกระทบด้านงบประมาณของหน่วยงานทางสาธารณสุขในพื้นที่ (3) ผลกระทบด้านวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์สาธารณสุข (4) ผลกระทบด้านการบริหารงานสาธารณสุขในพื้นที่ (5) ผลกระทบด้านแบบแผนการให้บริการสาธารณสุขในพื้นที่ (6) ผลกระทบที่เกิดต่อการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนไทยในพื้นที่ (7) ผลกระทบต่อการบริหารจัดการแรงงานต่างด้าวในพื้นที่ อ.คลองหาด จ.สระแก้ว

ขอบเขตด้านประชากร

การศึกษาการเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนไทย - กัมพูชา จังหวัดสระแก้ว จะทำการแจกแบบสอบถามประชาชนกัมพูชาที่เข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในอำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว จำนวน 324 คน และทำการสัมภาษณ์โดยจะทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญแบบเจาะจง 35 ท่าน โดยทำการคัดเลือกจาก

1. บุคลากรผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนระดับกระทรวง 1 ท่าน
2. บุคลากรผู้ทำหน้าที่ในการกำกับดูแลนโยบายการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนในระดับจังหวัด ประกอบด้วย แพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว, รองนายแพทย์สาธารณสุข จำนวนทั้งสิ้น 3 ท่าน
3. กลุ่มสาธารณสุขอำเภอและหัวหน้าสถานีอนามัย ประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอคลองหาด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ 1 ท่าน และหัวหน้าสถานีอนามัยทุกสถานีอนามัย 9 สถานีอนามัย รวม 11 ท่าน
4. บุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้บริการสาธารณสุข ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำเภอคลองหาด และพยาบาลประจำโรงพยาบาลคลองหาด รวม 2 ท่าน
5. อาสาสมัครสาธารณสุขผู้รับผิดชอบการดูแลบริการสาธารณสุขในพื้นที่ตามแนวชายแดน จังหวัดสระแก้ว สถานีอนามัยละ 1 ท่าน รวม 9 ท่าน
6. เจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชนที่รับผิดชอบดูแลประชาชนกัมพูชาตามแนวชายแดนในพื้นที่จังหวัดสระแก้ว 2 ท่าน
7. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริหารแรงงานต่างด้าวในพื้นที่ ประกอบด้วย นายอำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว และสมาคมเกษตรกรอำเภอคลองหาด ตัวแทนผู้ใช้แรงงานต่างด้าว รวม 2 ท่าน

ขอบเขตด้านพื้นที่

งานวิจัยครั้งนี้จะศึกษาในพื้นที่ชายแดนไทย - กัมพูชา อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว

นิยามศัพท์

บุคลากรสาธารณสุข หมายถึง เจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขทั้งที่ปฏิบัติงานด้านการบริหาร และเจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติการที่ประจำในสถานพยาบาลของรัฐ

ผู้ให้บริการสาธารณสุข หมายถึง เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลผู้มีหน้าที่รักษาพยาบาลผู้ป่วยและผู้ให้บริการสาธารณสุข

ผู้รับบริการสาธารณสุข หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ามาติดต่อรับการรักษา ณ สถานพยาบาล และประชาชนผู้รับบริการสาธารณสุขด้านการป้องกันและควบคุมโรค การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ

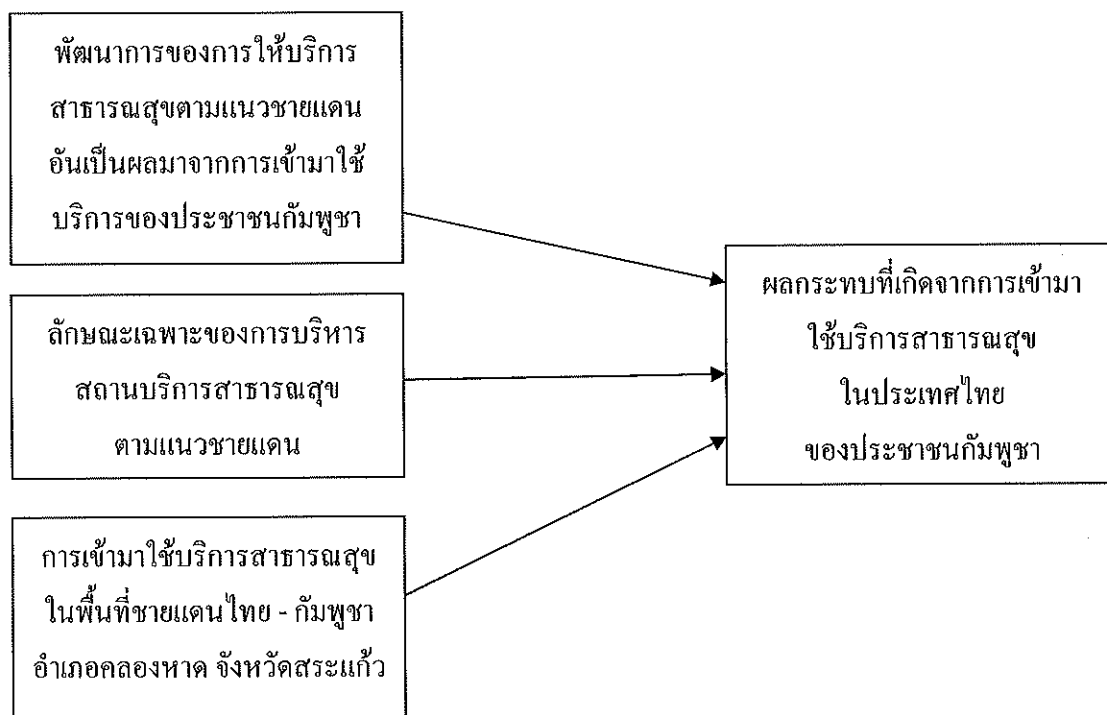
พัฒนาการของการให้บริการสาธารณสุขตามแนวชายแดน หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของนโยบายและรูปแบบ การจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนจากอดีตจนถึงปัจจุบัน รวมถึงแนวโน้มของปัญหาการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดน

ลักษณะเฉพาะของการให้บริการสาธารณสุขตามแนวชายแดน หมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นในระบบการให้บริการสาธารณสุขตามแนวชายแดน ซึ่งมีความแตกต่างจากการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่อื่นที่ไม่มีอาณาเขตติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน ครอบคลุมในเรื่องลักษณะโรคที่พบบ่อยในพื้นที่ชายแดน การสื่อสารกับผู้รับบริการ การเก็บค่ารักษาพยาบาล คุณสมบัติของผู้ให้บริการ ลักษณะเฉพาะของแบบแผนการให้บริการสาธารณสุข รวมถึงลักษณะเฉพาะ ด้านกฎระเบียบและการบริหารจัดการ

การเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดน หมายถึง สาเหตุ พฤติกรรมในการเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทย รวมถึงความคิดเห็นต่อการให้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยของผู้รับบริการชาวกัมพูชา

ผลกระทบที่เกิดจากการเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยของประชาชนกัมพูชา หมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นต่อระบบการบริหารงานของสถานพยาบาลในประเทศไทย และประชาชนไทยอันเป็นผลมาจากการเข้ามาขอรับบริการสาธารณสุขของประชาชนกัมพูชา ครอบคลุมเรื่อง การบริหารงานบุคคล งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ เวชภัณฑ์ ระบบการบริหารงาน แบบแผนการให้บริการสาธารณสุข ความคิดเห็นของประชาชนไทยและการบริหารจัดการแรงงานต่างด้าว

กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาผลกระทบที่เกิดจากการจัดบริการสาธารณสุขให้ประชาชนกัมพูชา อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว ผู้ศึกษาได้ศึกษา ค้นคว้าแนวคิดทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาวิเคราะห์ในการศึกษา ดังนี้

1. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการสังคม
2. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสาธารณสุข
3. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับพื้นที่ชายแดน
4. แนวคิดเกี่ยวกับบุคคลต่างด้าว
5. ข้อมูลพื้นฐานจังหวัดสระแก้ว
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการสังคม

1.1 ความหมายของสวัสดิการสังคม

สวัสดิการสังคม (Social Welfare) หมายถึง ระบบการจัดบริการสังคมเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสังคมและการพัฒนาสังคม รวมทั้งการส่งเสริมความมั่นคงทางสังคม เพื่อให้ประชาชนสามารถดำรงชีวิตได้ในระดับมาตรฐาน โดยจะต้องตอบสนองความต้องการพื้นฐานของประชาชน ให้ได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างทั่วถึงและเป็นธรรมทั้งในด้านการศึกษา สุขภาพอนามัย ที่อยู่อาศัย การมีงานทำ การมีรายได้ สวัสดิการแรงงาน การมีความมั่นคงทางสังคม การมีนันทนาการและบริการทางสังคมทั่วไป ซึ่งระบบบริการสังคมต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และสิทธิที่ประชาชนต้องได้รับ และเข้ามามีส่วนร่วมในระบบการจัดบริการทางสังคมในทุกระดับ

นอกจากนี้ จากการพิจารณาคำว่า สวัสดิการสังคม (social welfare) และรัฐสวัสดิการ (welfare state) พบว่า คำว่า “สวัสดิการสังคม” กับคำว่า “รัฐสวัสดิการ” ถูกใช้ให้หมายถึงสิ่งเดียวกันในการสื่อความหมาย คำว่า welfare state ใช้สื่อความหมายถึงสิ่งต่าง ๆ ต่อไปนี้ คือ

(1) เป็นกลไกที่รัฐพึงนำมาใช้ ในการกระจายความเป็นอยู่ที่ดีให้เกิดขึ้นเท่าเทียมกันในสังคม โดยเฉพาะระหว่างผู้ที่มีมั่งมีกับผู้ที่ยากจน

(2) การที่รัฐจะให้ความคุ้มครองในเรื่องมาตรฐานขั้นต่ำของรายได้ โภชนาการ สุขภาพอนามัย ที่อยู่อาศัยและการศึกษาแก่ประชาชนของตนอย่างเท่าเทียมกัน

จากนิยามความหมาย สรุปได้ว่า สวัสดิการสังคมเป็นคำที่สื่อความหมายถึงการอยู่อย่างมีความสุขของประชาชนในสังคม และงานสวัสดิการสังคมก็เป็งานที่กระทำเพื่อนำไปสู่เป้าหมายของการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขของประชาชนในสังคม

1.2 ระบบสวัสดิการสังคมในต่างประเทศ

นโยบายสวัสดิการสังคมในประเทศต่าง ๆ แนวคิดและทฤษฎีในการจัดสวัสดิการสังคมที่มีทั้งคล้ายและแตกต่าง แต่จากการศึกษาเอกสาร พบว่า แนวคิดสวัสดิการสังคมที่มีจุดเด่นและมีความน่าสนใจ คือ แนวคิดของกลุ่มในประเทศสแกนดิเนเวีย ได้แก่ ประเทศสวีเดน นอร์เวย์ เดนมาร์กและฟินแลนด์ แนวคิดของรัฐสวัสดิการในกลุ่มประเทศดังกล่าว คือ รัฐต้องส่งเสริมบริการประชาชนทุกกลุ่มคนในชนชั้นในทุก ๆ ด้าน ทั้งรายได้ การศึกษา สาธารณสุข สิ่งอำนวยความสะดวก สิทธิเสรีภาพ ความปลอดภัย ความมั่นคงในชีวิตและทรัพย์สิน ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนทุกคน กินดี อยู่ดี มีคุณภาพชีวิต และคุณภาพสังคมที่ไม่ต่างกัน

1.3 การจัดสวัสดิการสังคมของประเทศไทย

นโยบายของรัฐได้ให้ความสำคัญกับการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะบริการด้านสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีพของประชาชนทุกกลุ่มวัยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมุ่งเน้นจัดบริการให้กลุ่มคนที่สมควรได้รับความช่วยเหลือ สามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขขั้นพื้นฐานอย่างทั่วถึง ประกอบด้วย กลุ่มผู้มีรายได้น้อย กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเด็ก และกลุ่มผู้พิการ ซึ่งการดำเนินนโยบายที่สำคัญ คือ เดือนเมษายน 2544 รัฐบาลได้เริ่มนำโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” มาใช้ โดยการออกบัตรทองแก่ประชาชนกลุ่มที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ แต่เนื่องจากการดำเนินการแบบเดียวกันกับโครงการ สปร. จึงได้ยุบรวมโครงการ สปร. เข้ากับโครงการ 30 บาทฯ เมื่อเดือนตุลาคม 2544 พร้อมกับเปลี่ยนบัตร สปร. เป็นบัตรทองหมวด “ท” โดยที่ผู้ถือบัตรนี้จะได้รับการรักษาพยาบาลฟรี จนถึงปัจจุบันได้มีการปรับปรุงโครงการ 30 บาทฯ (30 - Bath Universal Health Care Policy) มาเป็นระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้ครอบคลุมคนไทยทุกคนที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ รวมทั้งมุ่งปรับมาตรฐานการรักษายาบาลให้เป็นมาตรฐานเดียว และระบบมีความยั่งยืนมากยิ่งขึ้น

สำหรับผลจากการดำเนินงานด้านการจัดบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานต่าง ๆ ดังกล่าวนับว่ามีส่วนสำคัญที่ผลักดันให้คนไทยมีหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นทุกปี จากปี 2545 ที่ครอบคลุมร้อยละ 92.3 ของประชากรรวม จนถึงปี 2551 ขยับขึ้นสูงถึงร้อยละ 99.2 ส่งผลให้อายุคาดหมายเฉลี่ยของคนไทยสูงขึ้นจาก 74.3 ในปี 2545 เป็น 75.6 ในปี 2551 สำหรับคนส่วนน้อยที่เหลืออีกร้อยละ 0.8 หรือจำนวนประมาณ 520,000 คน ที่ยังไม่มีหลักประกันนั้น เป็นกลุ่มคนมีปัญหาด้านการขาดทะเบียนบ้านและเป็นผู้ไร้สัญชาติ

อย่างไรก็ตาม ระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันยังมีข้อจำกัดที่สำคัญ คือ การให้บริการมีความไม่เท่าเทียม ขาดความชัดเจนในกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการ และมุ่งรักษามากกว่าการป้องกัน

1.3.1 สวัสดิการด้านการสาธารณสุขที่มีอยู่ในปัจจุบัน

จากการพัฒนาการสาธารณสุขที่ผ่านมา พบว่า มีการจัดบริการหลักอยู่ 2 ประเภท คือ ระบบประกันสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยระบบสวัสดิการข้าราชการ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และระบบประกันสังคม ส่วนอีกประเภทเกี่ยวกับการเสริมสร้างสุขภาพภายใต้กองทุนส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งความแตกต่างของระบบประกันสุขภาพรูปแบบต่าง ๆ ของประเทศไทย ปรากฏในตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 แสดงลักษณะระบบประกันสุขภาพของไทย

ลักษณะระบบประกัน	ระบบสวัสดิการข้าราชการ	ระบบประกันสังคม	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
รูปแบบประกัน			
รูปแบบ	ระบบสวัสดิการคุ้มครองด้านสุขภาพแก่ ลูกจ้าง พนักงานของรัฐ	ระบบประกันภาคบังคับ	สวัสดิการสังคม
ผู้มีสิทธิ	ข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ ลูกจ้าง พนักงานของรัฐ และครอบครัว	ลูกจ้างของสถานประกอบการภาคเอกชน	ประชาชนไทยทั้งหมดที่ไม่ได้สิทธิตามระบบสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคม
จำนวน	4.96 ล้านคน (ปี 2552)	9.62 ล้านคน (ปี 2552)	47.56 ล้านคน (ปี 2552)

ตารางที่ 2.1 แสดงลักษณะระบบประกันสุขภาพของไทย (ต่อ)

ลักษณะระบบประกัน	ระบบสวัสดิการข้าราชการ	ระบบประกันสังคม	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
สิทธิประโยชน์			
สิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน	การรักษาพยาบาลทั่วไป โดยมีสิทธิใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเมื่อแพทย์พิจารณาว่ามีความจำเป็น และ (2) การเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี	การรักษาพยาบาลทั่วไป (2) เงินทดแทนกรณีขาดรายได้ระหว่างหยุดพักรักษาตัวตามคำสั่งแพทย์	การตรวจรักษาและฟื้นฟูสภาพทั่วไป (2) การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง (3) กรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน และ (4) การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
สิทธิประโยชน์เพิ่มเติม	การบำบัดรักษาโรค โดยการใช้แพทย์แผนไทย (2) ทันตกรรม (3) โรคไต และ (4) ผู้ป่วยจิตเวช	ทันตกรรม (2) โรคไต และ (3) ปลุกถ่ายไขกระดูก	(1) ยาต้านไวรัสเอดส์ (2) ผู้ป่วยไตวาย การบำบัดทดแทนไตวายเรื้อรัง (3) โรคเฉพาะ เช่น มะเร็งเม็ดเลือดขาว โรคเลือดออกง่าย ฮีโมฟีเลีย โรคตา ต้อกระจก เป็นต้น (4) บริการควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (5) ทันตกรรม และ (6) ผู้ป่วยจิตเวช

ตารางที่ 2.1 แสดงลักษณะระบบประกันสุขภาพของไทย (ต่อ)

ลักษณะระบบประกัน	ระบบสวัสดิการข้าราชการ	ระบบประกันสังคม	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
การคุ้มครองเพิ่มเติมจากตัวผู้มีสิทธิ	ครอบคลุมบุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา คู่สมรส บุตรไม่เกิน 3 คน)	เฉพาะบุคคล (มติ ค.ร.ม. 5 ส.ค. 52 ขยายสิทธิให้ครอบคลุมคู่สมรสและบุตร)	เฉพาะบุคคล
การเสริมสร้างสุขภาพ	การตรวจสุขภาพประจำปี	-	ประกอบด้วยชุดสิทธิประโยชน์ 10 กลุ่ม
การเงินการคลัง			
แหล่งเงิน	เงินงบประมาณ	ร่วมจ่ายสมทบ 3 ฝ่าย คือ นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล ร้อยละ 1.5 ของเงินเดือน	เงินงบประมาณ
กลไกการจ่ายเงิน	จ่ายตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บย้อนหลัง (Fee for Service) สำหรับผู้ป่วยนอก ขณะที่ผู้ป่วยในจ่ายตามรายป่วยในอัตราที่กำหนด (DRG)	เหมาจ่ายรายหัว (Capitation) 1,861++ บาท/คน/ปี และ ร.พ. ที่ผ่าน HA ได้เพิ่ม 77 บาท/คน/ปี (ปี 2552) สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและใน และจ่ายเพิ่มเป็นรายกรณี	เหมาจ่ายรายหัว (Capitation) 2,814.75 บาท/คน/ปี (ค่าขอเงินงบประมาณ 2554) สำหรับบริการส่งเสริมป้องกันและผู้ป่วยนอก ขณะที่ผู้ป่วยในจัดสรรงบยอดรวมตามน้ำหนักสัมพัทธ์ DRG
การร่วมจ่ายค่าบริการ	ไม่ต้องจ่ายร่วม	ผู้ประกันตน นายจ้าง รัฐบาลจ่ายสมทบ เข้ากองทุน	ไม่ต้องจ่ายร่วม

จากตารางที่ 2.1 พบว่า รูปแบบการให้บริการด้านหลักประกันสุขภาพของสังคมไทยที่มีผู้รับบริการมากที่สุด คือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กล่าวคือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าช่วยให้กลุ่มคนที่ยังไม่มีหลักประกันทางสุขภาพ ได้รับการทางสาธารณสุขอย่างทั่วถึงยิ่งขึ้น โดยครอบคลุมถึงร้อยละ 75.06 ของประชากรรวม โดยมีการปรับปรุงมาจากโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค (30 - Bath Universal Health Care Policy) ที่มุ่งให้กลุ่มคนที่ไม่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึง อีกทั้งช่วยลดภาระรายจ่ายด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจุบันระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถือเป็นหลักประกันสุขภาพของชาติที่มีขนาดใหญ่ที่สุด โดยในปี 2551 สามารถจัดบริการทางสาธารณสุขแก่ประชาชนไทยได้ครอบคลุมถึงร้อยละ 75.06 ของประชากรรวม (จากตารางที่ 2.2) ทั้งนี้ แหล่งที่มาของเงินที่อุดหนุนระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาจากรายจ่ายรัฐบาลบริหารจัดการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และใช้ระบบการจ่ายผลตอบแทนแบบเหมาจ่ายต่อหัว (Capitation) ร่วมกับรายจ่ายรายกิจกรรม (fee - for - service) ตามอัตรา DRG โดยในปี 2552 อัตราค่าเหมาจ่ายรายหัว 2,202 บาท สำหรับปี 2553 อัตราค่าเหมาจ่ายรายหัว 2,401.33 บาท ซึ่งทำให้สามารถควบคุมต้นทุนได้

นอกจากบริการด้านการรักษาพยาบาลแล้ว หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังครอบคลุมเรื่องการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้แก่ งานอนามัยมารดาและทารกก่อนคลอดและหลังคลอด งานอนามัยเด็ก 0 - 5 ปี กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มอายุต่าง ๆ เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การคัดกรองมะเร็งเต้านม การให้บริการส่งเสริมทางทันตกรรม และการเยี่ยมบ้าน เป็นต้น และการค้นหาผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังที่มีผลมาจากพฤติกรรมสุขภาพ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะหลอดเลือดในสมองอุดตัน หรือโรคอ้วนจากภาวะโภชนาการเกิน

1) การเสริมสร้างสุขภาพภายใต้กองทุนส่งเสริมสุขภาพ จากแนวโน้มการเจ็บป่วยที่เพิ่มสูงขึ้นอาจส่งผลกระทบต่อการจัดสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลในอนาคต ทำให้รัฐได้ให้การสนับสนุนงบประมาณเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้กองทุนส่งเสริมสุขภาพ โดยส่วนใหญ่มุ่งจัดโครงการรณรงค์ส่งเสริมเพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยงหลัก 4 ประการ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อุบัติเหตุจราจร และการขาดการออกกำลังกาย นอกจากนี้ ยังให้ความสำคัญต่อประเด็นด้านสุขภาพอื่นรองลงมา ได้แก่ โภชนาการและการลดภาวะน้ำหนักเกิน การลดความเสี่ยงด้านเพศสัมพันธ์ สิ่งแวดล้อม และสุขภาพองค์กรรวม โดยดำเนินการร่วมกับองค์กรภาคีพัฒนาและผลักดันนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ สร้างสภาพแวดล้อมองค์กรที่เอื้อต่อการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ รณรงค์สร้างค่านิยมสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชน จัดตั้งกลไกเพื่อ

บูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพสู่กิจกรรมในระดับท้องถิ่น/ชุมชน ศึกษาวิจัยด้านการสร้างเสริมสุขภาพและจัดประชุมวิชาการด้านการป้องกันปัจจัยเสี่ยงหลัก

1.3.2 ประเด็นที่ท้าทายต่อการจัดบริการด้านการสาธารณสุขในอนาคต

ประเด็นที่ท้าทายต่อการจัดบริการด้านการสาธารณสุข พบว่า ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีปัญหาทางการเงินมากกว่าระบบการให้บริการสาธารณสุขด้านอื่น ๆ ทั้งการพึ่งพางบประมาณแผ่นดินที่ยังไม่มีการกำหนดหลักเกณฑ์การจัดสรรที่ชัดเจน รวมทั้งอัตราเหมาจ่ายที่ยังไม่เพียงพอและไม่เป็นธรรม ทั้งยังไม่มีกำหนดหลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณอย่างชัดเจน ทำให้โครงการ 30 บาท ประสบปัญหาการขาดแคลนงบประมาณมาโดยตลอด (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, 2547)

นับตั้งแต่มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า อัตราการใช้บริการทางการแพทย์ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาโดยตลอดตั้งแต่ปี 2545 - 2551 โดยในปีงบประมาณ 2551 มีอัตราการใช้บริการของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นผู้ป่วยนอกเท่ากับ 2.75 ครั้งต่อคนต่อปี ผู้ป่วยมีอัตราการใช้บริการ 0.11 ครั้งต่อคนต่อปี รวมทั้งการใช้บริการในโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลสูงขึ้นด้วย นอกจากนี้ ยังพบว่ามีปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนไร้รัฐ คนไร้สัญชาติ และแรงงานต่างด้าวที่ไม่ได้จดทะเบียนเป็นทางการ สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพยังไม่สามารถอุดหนุนค่าใช้จ่ายรายหัวให้ครอบคลุมคนกลุ่มนี้ได้ จึงเป็นภาระต่อสถานพยาบาลโดยเฉพาะสถานบริการที่อยู่ตามแนวชายแดน

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ จะสามารถคัดเลือกสถานพยาบาลที่มีคุณภาพเพื่อให้บริการกับประชาชนในระบบประกันสุขภาพของตน แต่ยังไม่เพียงพอที่จะรับประกันได้ว่า ผู้ที่อยู่ในระบบดังกล่าวจะได้รับบริการที่มีคุณภาพเสมอไป

2. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสาธารณสุข

การจัดบริการสาธารณสุข (Health Care Service) ในประเทศไทย สามารถจัดแบ่งระดับของการให้บริการออกเป็น 5 ระดับ คือ ระดับครอบครัว ระดับสาธารณสุขมูลฐานระดับต้น ระดับกลางและระดับสูง¹ เป็นลักษณะของการจัดบริการสาธารณสุขแบบผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพแตกต่างกันไปในแต่ละระดับของการจัดบริการ กล่าวคือ

¹ สุวิทย์ วิบุลประเสริฐ, 2545 “การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542 – 2543” สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี

1. การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ในระดับครอบครัว (Self Care Level) หมายถึง การพัฒนาศักยภาพ ให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเอง รวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย

2. การจัดบริการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care Level) หมายถึง การจัดบริการสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยประชาชนด้วยกันเองและสามารถจะทำได้ในระดับชุมชน เป็นงานสาธารณสุขแบบผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพโดยใช้วิทยาการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ไม่สูงมากนัก ผู้ให้บริการ คือ ประชาชนด้วยกันเอง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรืออาสาสมัครประเภทอื่นที่เป็นประชาชนซึ่งไม่ใช่เจ้าหน้าที่ของรัฐ โดยจะเน้นไปในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค²

3. การจัดบริการสาธารณสุขระดับต้น (Primary Care Level) คือการจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเภทต่าง ๆ ลักษณะของระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทยนอกจากในระดับสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนแล้วจะเป็นลักษณะที่ไม่มีพื้นที่รับผิดชอบที่ชัดเจนทั้งหมดและยังไม่มีลักษณะของการดูแลให้บริการแบบองค์รวมในระดับครัวเรือน³ ซึ่งหน่วยบริการระดับนี้จะเน้นหนักในด้านการส่งเสริมสุขภาพ⁴

4. การจัดบริการสาธารณสุขระดับกลาง (Secondary Care Level) เป็นการจัดบริการสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ ที่มีความรู้ความชำนาญงานสูงปานกลาง⁵ ประกอบด้วยหน่วยบริการ คือ โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลเอกชนและคลินิกเอกชน

5. การจัดบริการสาธารณสุขระดับสูง (Tertiary Care Level) ดำเนินการโดยผู้เชี่ยวชาญพิเศษให้บริการด้านการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพมากกว่าการป้องกันโรคและการควบคุมโรค จัดให้บริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ คือ โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่

² กิตติ วัฒนกุล, 2536 “หลักและกระบวนการจัดสาธารณสุขในประเทศไทย” การบริหารสาธารณสุขทั่วไป. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี

³ สุวิทย์ วิบุลประเสริฐ, 2545 “การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542 – 2543” สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี

⁴ กิตติ วัฒนกุล, 2536 “หลักและกระบวนการจัดสาธารณสุขในประเทศไทย” การบริหารสาธารณสุขทั่วไป. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี

⁵ กิตติ วัฒนกุล, 2536 “หลักและกระบวนการจัดสาธารณสุขในประเทศไทย” การบริหารสาธารณสุขทั่วไป. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี

2.1 องค์ประกอบของการจัดบริการสาธารณสุข

การจัดบริการสาธารณสุขแบบบูรณาการให้มีการกระจาย และครอบคลุมประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบนั้น ควรมีองค์ประกอบที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ⁶ ดังนี้

(1) การส่งเสริมสุขภาพ (promotive) คือบริการที่ให้กับประชาชนทุกเพศ ทุกวัย โดยมุ่งหวังให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ แข็งแรงทั้งสภาพทางกาย จิตใจ และสังคม โดยเริ่มจากการให้บริการแก่ประชาชนที่อยู่ในภาวะปกติ หรืออยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรืออยู่ในภาวะที่เป็นโรคก็ได้

(2) การป้องกันโรค (preventive) คือ บริการที่ให้กับประชาชนที่อยู่ในภาวะปกติ ไม่ได้เจ็บป่วย จึงจำเป็นต้องใช้หลักมนุษยสัมพันธ์ และกระตุ้นให้ประชาชนเกิดความสนใจเห็นความสำคัญและความจำเป็นของการมีสุขภาพดี

(3) การรักษาพยาบาล (curative) เป็นการให้บริการในลักษณะดังนี้

1) จัดบริการด้านการรักษาพยาบาลที่ครอบคลุมประชากรในพื้นที่ทั้งในสถานบริการ และในชุมชน

2) จัดให้มีระบบการรับ - ส่งต่อผู้ป่วย เพื่อการรักษาที่ถูกต้องทุกระดับ มีการประสานงานด้านการรักษาเพื่อการติดตามผลการตรวจวินิจฉัย การรักษาและผลการรักษาผู้ป่วยที่ส่งต่อมา

(4) การฟื้นฟูสภาพผู้รับบริการ (rehabilitative) เป็นบริการที่จัดเพื่อการฟื้นฟูสภาพทางร่างกาย และจิตใจภายหลังการป่วย ให้กลับเข้าสู่ภาวะสภาพปกติหรือใกล้เคียงภาวะปกติมากที่สุด ทั้งนี้เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ซึ่งวิธีการให้บริการโดยการทำการกายภาพบำบัด และการให้คำปรึกษาแนะนำ

2.2 ระบบบริการสาธารณสุข

ระบบบริการสาธารณสุขประกอบด้วย องค์ประกอบหลัก 5 ประการ⁷ ดังนี้

(1) ทรัพยากรสาธารณสุข ทรัพยากรสาธารณสุขที่สำคัญ ได้แก่

บุคลากรสาธารณสุข (Manpower) ซึ่งได้แก่ แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ฯ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับต้นๆ เป็นต้น

โครงสร้างพื้นฐาน ด้านบริการสาธารณสุข (Health Facility) เช่น จำนวนเตียง สถานบริการสาธารณสุข อาคารสถานที่ เป็นต้น

⁶ <http://72.14.235.132/search?q=cache:tqMOaSffUdMJ:asdf.dek-d.com/board/view.php%3Fid%3D909282> (20 ก.พ. 2552)

⁷ ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ 2549 “เอกสารการสอนชุดวิชาการบริการจัดการเพื่องานสาธารณสุข” มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี

เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ (Health Equipments and Supplies) ได้แก่ อุปกรณ์ที่จำเป็นเครื่องมือทางการแพทย์ ยา เป็นต้น

บุคลากรประเภทต่าง ๆ จะต้องมีการกระจายกันอย่างสมดุล จึงจะทำให้กระบวนการบริการแก่ประชาชนก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี เช่น จำนวนแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ตลอดจนเจ้าหน้าที่สนับสนุนต่าง ๆ ต้องมีจำนวนที่พอเหมาะกับปริมาณงาน

(2) โครงสร้างองค์กร โครงสร้างองค์กรอาจแบ่งกลุ่มพื้นฐานเป็น 3 ประเภท คือ กลุ่มที่ 1 ได้แก่ การจัดรูปแบบองค์กรเป็นชั้น ๆ ลดหลั่นกันไป (Hierarchical Bureaucracies) กลุ่มที่ 2 มีรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและรับบริการมีความสัมพันธ์กันโดยตรง โดยอาศัยกลไกตลาด (Marketbased Interaction) และกลุ่มที่ 3 เป็นรูปแบบของพันธะสัญญาระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ (Contractual Arrangement)

(3) การบริหารจัดการ บทบาทของรัฐในการบริหารจัดการระบบบริการสาธารณสุขมีความสำคัญอย่างสูงต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวของระบบในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน บทบาทหน้าที่สำคัญพื้นฐานของรัฐบาล ได้แก่

1) กำหนดนโยบายสาธารณสุขและวิสัยทัศน์ ให้ทุกส่วนในระบบมีความเข้าใจ และสร้างเสริมพลังช่วยกันไปในทิศทางเดียวกัน

2) การควบคุมการปฏิบัติการ เพื่อกำหนดพฤติกรรมองค์กรและความเป็นธรรมในการปฏิบัติ ระบบบริการสาธารณสุขไม่สามารถที่จะปล่อยให้ไปไปตามกลไกตลาดอย่างสมบูรณ์ได้ รัฐจำเป็นต้องเข้าแทรกแซง เพื่อให้เกิดบริการที่เป็นธรรม ป้องกันการเอารัดเอาเปรียบผู้ป่วย

3) การรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการ จำเป็นต้องอาศัยข้อมูลที่ดีทันเวลา เพื่อสามารถรับรู้ปัญหาและใช้ในการกำหนดนโยบาย และแผนการดำเนินการได้

(4) การเงินการคลังสาธารณสุข ในช่วง 1 - 2 ทศวรรษที่ผ่านมา มีปรากฏการณ์ที่เหมือนกันทั่วโลก คือ การที่ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพของประชาชนได้สูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ทั้งด้านงบประมาณของแผ่นดินและค่าใช้จ่ายด้านนี้ ในผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ ซึ่งแหล่งที่มาของค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพดังกล่าวแตกต่างกันไป ได้แก่

1) งบประมาณของแผ่นดิน (ทั้งของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่น และโครงการประกันสุขภาพของรัฐ)

2) นายจ้าง

3) องค์กรอาสาสมัคร (การกุศลหรือการประกันคุณภาพแบบสมัครใจ)

4) ชุมชนท้องถิ่น

5) การช่วยเหลือจากต่างประเทศ (ทั้งรัฐบาล เอกชน และองค์กรการกุศล)

6) ค่าใช้จ่ายจากครัวเรือน

7) อื่น ๆ รวมทั้งการบริจาค

เป้าประสงค์ที่สำคัญของของระบบบริการสาธารณสุขที่ดี คือ ความเป็นธรรมในการร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ หมายถึง ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ ควรเฉลี่ยไปตามความสามารถที่บุคคลจะจ่ายได้ ไม่ใช่ตามความเสี่ยงของโรค ในประเทศกำลังพัฒนาจำนวนมาก ไม่มีระบบที่เป็นธรรมในการร่วมกันรับภาระค่าใช้จ่ายดังกล่าว ส่งผลให้คนยากจนต้องใช้สัดส่วนเงินได้ของตนจำนวนมากกว่าคนร่ำรวยเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และไม่สามารถจะเสียค่าใช้จ่ายเมื่อยามเจ็บป่วย ทำให้เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพหรือได้รับบริการล่าช้า

ระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชากรทุกคนโดยการเฉลี่ยจ่ายล่วงหน้า (Prepayment System) ตามสัดส่วนรายได้ของตน เพื่อคุ้มครองภาระค่าใช้จ่ายในยามเจ็บป่วย ถือเป็นมาตรการที่สำคัญที่สุดในการทำให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพและการได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็น

(5) แบบแผนการให้บริการสุขภาพ (Delivery of Health Service) องค์ประกอบ 4 ประการข้างต้น นำไปสู่องค์ประกอบที่สำคัญที่ 5 ของระบบบริการสาธารณสุข ได้แก่ แบบแผนการให้บริการสุขภาพซึ่งอาจมีรูปแบบต่าง ๆ กันไป เช่น การให้ความสำคัญในการจัดบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค เปรียบเทียบกับการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ รูปแบบการให้บริการในลักษณะสาธารณสุขมูลฐานการบริการสุขภาพเพื่อครอบครัว การบริการผู้ป่วยซับซ้อน ระบบการส่งต่อรวมทั้งการจัดบริการเฉพาะกลุ่มประชากรเฉพาะ เช่น ชาวเขา ผู้อพยพ ผู้ป่วยด้วยโรคเฉพาะ

2.3 ระบบบริการสุขภาพของไทย

ระบบบริการสุขภาพของไทยในอดีตจะพึ่งพากันโดยอาศัยภูมิปัญญาพื้นบ้านเพื่อรักษาโรคภัยไข้เจ็บ และการดูแลสุขภาพอนามัย ต่อมาได้กลายเป็นระบบพึ่งพาการแพทย์แผนปัจจุบัน และการสาธารณสุขสมัยใหม่เป็นสำคัญ (สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ, 2542) โดยมีการจัดบริการสุขภาพตามระดับการให้บริการ 5 ระดับ ดังนี้

(1) การดูแลสุขภาพด้วยตนเองในครอบครัว (Self Care Level) หมายถึง การพัฒนาศักยภาพให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพภายหลังการเจ็บป่วย หรือเมื่อมีความพิการเกิดขึ้น

(2) การบริการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care Level) หมายถึง การบริการสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยประชาชนด้วยตนเอง และสามารถจัดทำได้ในระดับชุมชน เป็นงาน

สาธารณสุขแบบผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ วิทยาการทางการแพทย์ และการสาธารณสุขที่ใช้ไม่สูงมากนัก การบริการสุขภาพในระดับนี้ผู้ให้บริการ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรืออาสาสมัครประเภทอื่นที่เป็นประชาชนด้วยตนเองไม่ใช่เจ้าหน้าที่ของรัฐ

(3) การบริการสาธารณสุขระดับต้น (Primary Care Level) เป็นการจัดบริการสุขภาพที่ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเภทต่าง ๆ และแพทย์ทั่วไป ประกอบด้วยหน่วยบริการดังนี้

1) สถานบริการสาธารณสุข (สสข.) เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขระดับหมู่บ้าน ซึ่งจัดตั้งขึ้นเฉพาะในพื้นที่กันดารห่างไกล เข้าถึงบริการได้ยาก การให้บริการจะเน้นการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรครวมทั้งการรักษาพยาบาลง่าย ๆ เบื้องต้น

2) สถานีอนามัย เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับตำบลหรือหมู่บ้านทั่วไปที่อยู่ใกล้ชุมชนมากที่สุด (First Line Health Service) การให้บริการเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และรักษาพยาบาล ซึ่งการดำเนินการจะอยู่ภายใต้การกำหนดมาตรฐานและการสนับสนุนทางวิชาการ จากโรงพยาบาลชุมชน

(4) ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล แผนกผู้ป่วยนอกทั่วไปของโรงพยาบาล ทั้งรัฐและเอกชนทุกระดับ ตลอดจนคลินิกเอกชน เป็นการบริการผู้ป่วยทั่วไป

(5) การจัดบริการสาธารณสุขในระดับกลาง (Secondary Care Level) เป็นการให้บริการทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ที่ดำเนินการโดยแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญสูง - ปานกลาง ประกอบด้วย หน่วยบริการทั่วไปและแพทย์ทางสาขาหลัก ดังนี้

1) โรงพยาบาลชุมชน (ร.พ.ช.) เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขที่ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับอำเภอ มีแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ ปฏิบัติงานประจำ

2) โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลขนาดใหญ่อื่น ๆ ของรัฐ โรงพยาบาลทั่วไปเป็นโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในระดับจังหวัดหรืออำเภอขนาดใหญ่ โรงพยาบาลศูนย์ คือ โรงพยาบาลในระดับจังหวัดและมีแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ ครบถ้วน

3) โรงพยาบาลเอกชน ที่ดำเนินการโดยธุรกิจ มีแพทย์มาปฏิบัติงานประจำหรือมาทำนอกเวลางาน ประชาชนต้องเสียค่าบริการ

(6) การจัดบริการสาธารณสุขระดับสูง (Tertiary Care) เป็นการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขอื่น ๆ ที่ปฏิบัติงานโดยผู้เชี่ยวชาญพิเศษ

2.5 ปัญหาของระบบบริการสุขภาพไทย

การให้บริการสุขภาพรูปแบบเดิมเป็นลักษณะในการตั้งรับมากกว่าเชิงรุก กล่าวคือ ต้องรอให้เจ็บป่วยก่อนจึงจะมารับการรักษาพยาบาล ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันจึงไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ซึ่งสามารถสรุปปัญหาของระบบสุขภาพไทยได้ดังนี้ คือ

(1) ระบบบริการสุขภาพไทยยังไม่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน เนื่องจากความเปลี่ยนแปลงของสังคมไทย ทำให้ประชาชน เกิดความคาดหวังในระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมากขึ้น จึงทำให้เกิดความไม่พอใจในการบริการสุขภาพที่ตนได้รับ จึงเกิดกรณีฟ้องร้องสถานพยาบาลรวมทั้งเกิดปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างสถานพยาบาลกับประชาชนผู้รับบริการ

นอกจากนี้ สภาพสังคมและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ประชาชนเป็นโรคเรื้อรังมากขึ้น เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคของเส้นเลือดในสมอง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคในยุคใหม่เหล่านี้ มักเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม เช่น พฤติกรรมการกิน การออกกำลังกาย ความเครียด ตลอดจนพฤติกรรมทางเพศ ในปัจจุบัน โรคเหล่านี้ไม่สามารถรักษาให้หายขาดด้วยยา แต่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัยที่เหมาะสมและการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ ระบบบริการสุขภาพที่ผ่านมานั้นเน้นเฉพาะการดูแลโดยการให้ยาในการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่โรงพยาบาล ขาดความใกล้ชิดกับประชาชน จึงไม่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนได้อย่างรอบคอบและทั่วถึง

(2) ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพมีราคาแพง เมื่อประชาชนเจ็บป่วยมักจะไปรักษาตัวที่โรงพยาบาล ซึ่งค่ารักษาพยาบาลส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย ทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมในการรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

(3) ความครอบคลุมในหลักประกันด้านสุขภาพ ประชาชนบางกลุ่มยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ ทำให้ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายด้วยตนเอง ภาระค่าใช้จ่ายที่รัฐบาลออกให้ก็ไม่เพียงพอ เนื่องจากงบประมาณที่จัดสรรมาสำหรับดูแลสุขภาพของประชาชนน้อย ทำให้ประชาชนแบกรับภาระในการออกค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพมากกว่ารัฐบาล

(4) ประชาชนยังไม่สามารถเข้าถึงบริการที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึง แม้รัฐบาลจะมีความพยายามในการส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการมากขึ้นเรื่อย ๆ จากการที่จัดให้มีโครงการสวัสดิการรักษายาพยาบาลด้านต่าง ๆ ให้กับประชาชน แต่ก็ครอบคลุมจำนวนประชากรได้เพียง 45 ล้านคน ขณะที่คนไทยทั้งหมดประมาณ 60 ล้านคน คนไทยอีกจำนวนมากยังไม่สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้

(5) ความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ ประชาชนเขตเมืองและชนบทมีโอกาสเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพแตกต่างกัน กล่าวคือ ประชาชนในเขตเมืองมีโอกาสเข้าถึงบริการสถานบริการที่มีแพทย์ถึงร้อยละ 81 ขณะที่ประชาชนในเขตชนบทมีโอกาสเข้าถึงสถานพยาบาลที่มีแพทย์เพียงร้อยละ 47.3 เท่านั้น

(6) ปัญหาความด้อยประสิทธิภาพในการรักษา มีอยู่หลายประการ เช่น การใช้ยาเกินความจำเป็น การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ไม่เหมาะสม สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ในด้านการบริการก็มีปัญหาในเรื่องความรวดเร็ว กิริยาท่าทางที่เจ้าหน้าที่แสดงออกไม่เป็นที่น่าพึงพอใจ ทั้งนี้เนื่องจากระบบบริการสุขภาพของไทยยังขาดระบบการกำกับและการตรวจสอบคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ (Medical Audit) ทำให้การพัฒนาคุณภาพการบริการ และการรักษาพยาบาลยังเป็นปัญหาในปัจจุบัน

(7) ขาดแคลนบุคลากรที่เหมาะสม ระบบบริการสุขภาพไทยประสบปัญหาด้านสังคมอย่างน้อย 2 ประการ คือ

- 1) ขาดแคลนแพทย์โดยเฉพาะในชนบทอย่างรุนแรง
- 2) การพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรระดับสถานีอนามัยยังไม่ทันกับการเปลี่ยนแปลง ทำให้ประชาชนข้ามขั้นตอน ไม่นิยมไปรับการรักษาที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน แต่จะตรงไปโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ทั้ง ๆ ที่เสียค่าใช้จ่ายสูงกว่า

(8) การดูแลรักษาไข้มากกว่ารักษา “คน” ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันส่วนใหญ่ตอบสนองต่อประชาชนในยามเจ็บป่วยเป็นคราว ๆ มีแพทย์เจ้าของไข้เป็นคราว ๆ เมื่อเกิดการเจ็บป่วย บางครั้งประชาชนก็จะเปลี่ยนจากการรักษากับแพทย์คนหนึ่ง ไปรักษากับแพทย์อีกคนหนึ่ง โดยแพทย์คนใหม่อาจไม่รู้ประวัติการรักษาเดิมของประชาชนคนนั้น ๆ เลย

นอกจากนี้ ปัญหาคุณภาพการบริการที่ไม่มีมาตรฐาน ทำให้ประชาชนมีความเชื่อว่าโรงพยาบาลใหญ่กว่ามีคุณภาพบริการที่ดีกว่า จึงพากันมาตรวจรักษาในโรงพยาบาลใหญ่ ๆ ทำให้เกิดความแออัดในการตรวจรักษา ไม่สามารถดูแลปัญหาคนไข้ที่เกิดจากพฤติกรรมและสาเหตุอื่น ๆ ได้อย่างครอบคลุม ปัญหาสุขภาพจึงไม่ได้ถูกแก้ไขอย่างแท้จริง

(9) การฟ้องร้องแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีแนวโน้มสูงขึ้นจากสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลง ประชาชนมีการศึกษามากขึ้นมีโอกาสได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารมากขึ้น ประกอบกับบริการสุขภาพ เป็นระบบที่มีความยุ่งยากและซับซ้อนเกินกว่าที่ประชาชนจะเข้าใจ ทำให้ขาดกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการตรวจสอบ กำกับบริการสุขภาพให้ดำเนินไปด้วยดีอย่างสมเหตุสมผล ทำให้ประชาชนบางส่วนเกิดความสับสนและไม่มีความ

มั่นใจในคุณภาพของบริการสุขภาพที่ตนเองได้รับ จึงมีการร้องเรียนและฟ้องร้องแพทย์ พยาบาล หรือสถานพยาบาลที่ดูแลตนเองมากขึ้น

(10) ขาดการประสานที่ดีระหว่างสถานพยาบาลรัฐและเอกชน แผนตะวันตกและแผนตะวันออก ทำให้ประชาชนขาดโอกาสในการเลือกรับบริการที่หลากหลายและมีคุณภาพสูงสุด เพราะรัฐ - เอกชน แผนตะวันตก - แผนตะวันออก ก็มีจุดแข็งของตนเอง ถ้าได้นำมาเสริมซึ่งกันและกันก็จะเป็นประโยชน์อย่างสูงสุดสำหรับผู้รับบริการ

2.6 ระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์

จากแนวคิดในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ หน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ จึงหาวิธีในการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพให้เหมาะสมสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของโลกที่เกิดขึ้น บริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์จึงควรมีลักษณะดังต่อไปนี้

(1) เป็นระบบบริการที่มีเครือข่ายของสถานบริการสุขภาพ โดยการจัดให้มีสถานบริการด้านสาธารณสุขในทุกระดับ และให้แต่ละระดับของสถานบริการมีการประสานงานเป็นเครือข่าย โดยใช้ระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

(2) เป็นระบบบริการสุขภาพเชิงรุก ภายใต้แนวคิดประชาชนไทยทุกคนควรได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นอย่างทั่วถึง คือ ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวกมากขึ้น มีการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขอย่างทั่วถึงครอบคลุมทุกพื้นที่ ทุกกลุ่มเป้าหมาย

(3) ระบบสุขภาพแบบองค์รวม โดยเป็นการบูรณาการของกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม

(4) เป็นระบบสร้างเสริมสุขภาพที่มีคุณภาพ มีมาตรฐานและมีความต่อเนื่อง มุ่งพัฒนาให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ประชาชนได้รับบริการหลักที่จำเป็นด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานโดยเสมอภาค ผู้ใช้บริการมุ่งเน้นพัฒนามาตรฐานบริการ และผู้รับบริการมีโอกาสเลือกใช้บริการที่มีคุณภาพ โดยเสียค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม

(5) เป็นระบบที่มีค่าใช้จ่ายเหมาะสม ควรเป็นการจัดบริการที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและบำบัดรักษาความเจ็บป่วยในระยะเริ่มต้น ทำให้ประชาชนไม่เกิดปัญหาการเจ็บป่วยที่รุนแรง ซับซ้อน ทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาโรคไม่เพิ่มขึ้น

(6) เป็นระบบบริการที่ชุมชนมีส่วนร่วม ตั้งแต่มีส่วนในการรับรู้ข้อมูล ร่วมตัดสินใจ ในขั้นตอนการรักษาพยาบาล การนำทรัพยากรในชุมชนมาใช้ในการบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม

(7) เป็นระบบบริการที่ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเอง ทำให้ประชาชนมีวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย

(8) เป็นระบบบริการแบบบูรณาการ มีการบูรณาการของบริการสุขภาพอย่างผสมผสาน การป้องกันการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ และจะต้องปฏิบัติในการบริการสุขภาพทุกระดับ กล่าวคือ ทั้งบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ

(9) เป็นระบบบริการที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุก โดยให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยได้มาก

(10) ระบบบริการสุขภาพที่ดีต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานองค์ความรู้ที่ถูกต้อง และทันสมัย

2.7 แนวทางการดำเนินงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่ชายแดน

2.7.1. แผนแม่บทการแก้ไขปัญหาปัญหาทางสาธารณสุขชายแดน พ.ศ. 2550 - 2554

แผนแม่บทการแก้ไขปัญหาและพัฒนาทางสาธารณสุขชายแดนจัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และใช้เป็นกรอบแนวทางการดำเนินงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐ องค์กรระหว่างประเทศ องค์กรเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนเพื่อขอรับสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรอื่น ๆ จากหน่วยงานภาครัฐ องค์กรระหว่างประเทศ องค์กรเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีเป้าหมายร่วมกันเพื่อให้ประชากรที่อาศัยอยู่บริเวณชายแดนมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การจัดทำแผนแม่บทการแก้ไขปัญหาและพัฒนาทางสาธารณสุขชายแดน เป็นการกำหนดขอบเขตในชายแดนประเทศไทย ที่จะข้ามไปชายแดนประเทศเพื่อนบ้านในลักษณะของการประสานงาน ระหว่างจังหวัดชายแดนไทยกับชายแดนประเทศเพื่อนบ้าน และเนื่องจากความแตกต่างทางด้านการเมือง การปกครอง และนโยบายของแต่ละประเทศเพื่อนบ้าน ดังนั้น การประสานความร่วมมือระหว่างจังหวัดชายแดนกับประเทศเพื่อนบ้านให้เป็นไปด้วยความราบรื่นจึงจำเป็นต้องอาศัยการประสานความร่วมมือระดับประเทศกับประเทศเพื่อนบ้าน

(1) วิสัยทัศน์

ชุมชนในพื้นที่ชายแดนมีระบบบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่มีคุณภาพ ประชากรเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง และมีระบบเฝ้าระวังโรคที่มีประสิทธิภาพ ภายในปี พ.ศ. 2554

(2) พันธกิจ

- 1) เสริมสร้างความร่วมมือและพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ
- 2) ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพพื้นฐาน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคี
- 3) ใช้เป็นกรอบการทำงานบูรณาการของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน เพื่อการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนทุกชาติ ศาสนาที่อาศัยอยู่ตามแนวชายแดน

(3) เป้าหมายพื้นที่ดำเนินการ

ภาพรวม 30 จังหวัด จังหวัดที่มีชายแดนติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน สามารถจำแนกตามชายแดนที่ติดต่อกับแต่ละประเทศ ดังนี้

1) จังหวัดชายแดนไทย - พม่า 10 จังหวัด ได้แก่ เชียงราย เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ตาก กาญจนบุรี ราชบุรี เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ชุมพร และระนอง

2) จังหวัดชายแดนไทย - ลาว 11 จังหวัด ได้แก่ เชียงราย พะเยา น่าน อุตรดิตถ์ พิชณุโลก หนองคาย เลย นครพนม มุกดาหาร อำนาจเจริญ และอุบลราชธานี

3) จังหวัดชายแดนไทย - กัมพูชา 7 จังหวัด ได้แก่ ศรีสะเกษ อุบลราชธานี สุรินทร์ บุรีรัมย์ สระแก้ว จันทบุรี และตราด

4) จังหวัดชายแดนไทย - มาเลเซีย 4 จังหวัด ได้แก่ สงขลา นราธิวาส ยะลา และ สตูล

(4) ยุทธศาสตร์การแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน มีทั้งหมด 6 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

1) การสนับสนุนการเข้าถึงและการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขให้ได้มาตรฐานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อและการรักษาพยาบาล

2) การสร้างความเข้มแข็งและพัฒนางานสาธารณสุขชุมชนโดยให้ท้องถิ่นมีส่วนร่วม

3) การพัฒนาสุขภาพประชากรต่างด้าวและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ โดยให้ทุกคนมีหลักประกันสุขภาพ

4) สนับสนุนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีต่าง ๆ ในพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานชุมชนชายแดน เช่น การสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวเพื่อดูแลสุขภาพ ต่างด้าวด้วยกัน

5) การบูรณาการแผนงานและการพัฒนากลไกการประสานงานสาธารณสุขชายแดน โดยผลักดันให้งานสาธารณสุขชายแดน เป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์ของการบริหารราชการแบบบูรณาการของจังหวัด

6) ประสานความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้านแก้ปัญหาร่วมกันอย่างต่อเนื่องในระยะยาวเพื่อให้ประชาชนพื้นที่ชายแดนมีระบบบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่มีคุณภาพ โดยตั้งเป้าให้ประชากรเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง และมีระบบเฝ้าระวังโรคที่มีประสิทธิภาพ ภายในปี พ.ศ. 2554

ยุทธศาสตร์ 1 การสนับสนุนการเข้าถึงและการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุข
กลวิธีดำเนินการ

1.1 ส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของประชาชนชายแดนในสถานบริการสาธารณสุขใกล้เคียง

1.2 การพัฒนาสถานบริการสุขภาพชายแดนให้มีมาตรฐานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญเชิงรุกบริเวณชายแดน และการรักษาพยาบาล

1.3 การพัฒนา สร้างระบบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ และการตรวจสอบผลิตภัณฑ์

1.4 การสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และยารักษาโรค

1.5 การพัฒนาระบบส่งต่อข้ามชายแดน

1.6 การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข

ยุทธศาสตร์ 2 การสร้างความเข้มแข็งและพัฒนางานสาธารณสุขชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น

กลวิธีดำเนินการ

2.1 ส่งเสริมมุ่งเน้นให้ประชาชน ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม มีส่วนร่วมในการพัฒนางานสาธารณสุขในชุมชนที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตแห่งตนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

2.2 เสริมสร้างการมีส่วนร่วมและสนับสนุนเครือข่ายการทำงานทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม ภาคประชาชนและท้องถิ่นที่เอื้อต่อการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชน

2.3 การให้ความรู้ด้านสุขภาพผ่านช่องทางเสียงตามสาย หอกระจายข่าว วิทยุชุมชน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

2.4 สร้างแกนนำเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนและครอบครัว รวมไปถึงการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ และงานคุ้มครองผู้บริโภคได้ด้วยตนเอง

ยุทธศาสตร์ 3 การพัฒนาสาธารณสุขประชากรต่างด้าว

กลวิธีดำเนินการ

3.1 จัดให้มีระบบบริการสาธารณสุขสำหรับประชากรต่างด้าว

3.2 การมีหลักประกันสุขภาพ

3.3 การมีส่วนร่วมของประชากรต่างด้าวและชุมชนในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว

3.4 การพัฒนาระบบสารสนเทศ

3.5 การบริหารจัดการ

ยุทธศาสตร์ 4 การสนับสนุนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีต่างๆ ในการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานชุมชนชายแดน

กลวิธีดำเนินการ

4.1 เสริมสร้างและสนับสนุนเครือข่ายการทำงานทั้งภาครัฐและเอกชนที่เอื้อต่อการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานในครอบครัว ชุมชนแรงงานต่างด้าว ชนกลุ่มน้อย และศูนย์พักพิงชั่วคราว

4.2 สร้างแกนนำเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในการดูแลสุขภาพของประชาชนในครอบครัว ชุมชนแรงงานต่างด้าว และชนกลุ่มน้อย

4.3 การจัดทำสื่อสุขภาพที่เป็นภาษาท้องถิ่น เพื่อให้ครอบครัว ชุมชน แรงงานต่างด้าว และชนกลุ่มน้อยเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

4.4 การสร้างและพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย

ยุทธศาสตร์ 5 การบูรณาการแผนงาน และการพัฒนากลไกการประสานงานสาธารณสุขชายแดน

กลวิธีดำเนินการ

5.1 การพัฒนานโยบายและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สอดคล้องกับสถานการณ์และสภาพปัญหาสาธารณสุขชายแดน

5.2 การผลักดันงานสาธารณสุขชายแดนเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์ของการบริหารราชการแบบบูรณาการ (ผู้ว่า CEO)

5.3 การจัดทำแผนงานการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนแบบบูรณาการร่วมกันกับหน่วยงานภาครัฐอื่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรระหว่างประเทศ องค์กรเอกชน และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

5.4 สร้างกลไกการสนับสนุนงบประมาณและแสวงหาทรัพยากรอื่นให้เพียงพอและเหมาะสมต่อการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน

5.5 การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ให้ทันสมัยและเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายเพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกัน และการพัฒนาระบบข้อมูลผลิตภัณฑ์ที่นำเข้าไม่ได้มาตรฐานซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้บริโภค

5.6 สร้างและพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลในระบบปกติ

5.7 การสร้างเครือข่ายการพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนทั้งภาครัฐ องค์กรเอกชน ภาคประชาสังคมและหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

5.8 การพัฒนาความเข้มแข็งการประสานงานสาธารณสุขชายแดนจังหวัดชายแดนกับประเทศเพื่อนบ้าน (Cross Border)

5.9 สร้างเครือข่ายการประสานงานสาธารณสุขชายแดน โดยจัดให้มีผู้รับผิดชอบหลัก แกนประสานงานระดับประเทศและระดับจังหวัด เพื่อจะได้ทราบภาพรวมในการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดน

ยุทธศาสตร์ที่ 6 การประสานความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้าน กลวิธีการดำเนินงาน

6.1 การประสานตกลงแก้ปัญหาร่วมกัน และมีการวางแผนการดำเนินงานร่วมกันอย่างต่อเนื่องในระยะยาว การกำหนดเป้าหมายในแต่ละระยะไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อให้การแก้ไขปัญหาสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน

6.2 ประสานงานกับกระทรวงการต่างประเทศ เพื่อให้การดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดน เป็นไปตามนโยบายของรัฐบาล ตลอดจนผลักดันการใช้กรอบเจรจาต่าง ๆ เช่น ASEAN, ACMECS, และ GMS ฯลฯ เป็นส่วนหนึ่งของการกำหนดยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างประเทศ

6.3 ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับประเทศเพื่อนบ้าน เพื่อสนับสนุนความร่วมมือการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนให้สอดคล้องกับนโยบายรัฐบาล

6.4 ประสานงานกับองค์กรระหว่างประเทศ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ของแผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุข

ยุทธศาสตร์การดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน
6 ยุทธศาสตร์ ซึ่งแต่ละยุทธศาสตร์จะมีความสัมพันธ์ทั้งแบบแนวดิ่งและแนวราบ โดยการทำงานในแต่ละยุทธศาสตร์จะต้องมีความสมดุล ไม่มุ่งเน้นยุทธศาสตร์ใด ยุทธศาสตร์หนึ่ง (5) ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน ปัญหาสาธารณสุขชายแดนไทยได้รับการแก้ไขและพัฒนา ดังนี้

1) กระบวนการทัศน์ในการมองปัญหาแนวใหม่เชิงบูรณาการ การสร้างวิสัยทัศน์ร่วม ความตั้งใจในการพัฒนา และได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับ

2) การจัดทำแผนบูรณาการงานสาธารณสุขชายแดนไทย มีทรัพยากรและงบประมาณที่เพียงพอ และมีประสิทธิภาพ

3) การสร้างเครือข่ายระดับจังหวัด / แกนนำสุขภาพต่างด้าว

4) การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพชายแดนไทย

5) ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐและองค์กรเอกชนภายในประเทศไทย และความร่วมมือระหว่างประเทศไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน

(6) เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์

- 1) สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งมีบริการสุขภาพที่มีมาตรฐาน และประชาชนสามารถเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานได้สะดวก
- 2) ลดปัญหาสาธารณสุขและภัยสุขภาพที่สำคัญบริเวณชายแดน 30 - 50%
- 3) จัดทำระบบข้อมูลข่าวสาร การเฝ้าระวังโรค และภัยสุขภาพ ที่มีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงเป็นเครือข่าย ภายในระดับอำเภอ - จังหวัด และสามารถเข้าถึงได้อย่างทั่วถึง
- 4) ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน (จปฐ.) ในชุมชนชายแดนครบเมื่อสิ้นแผน 10
- 5) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนทั้งภายในและนอกประเทศ
- 6) การสนับสนุนทรัพยากรอย่างพอเพียงและการบริหารจัดการที่ดี เพื่อสนับสนุนการทำงานระดับพื้นที่

(7) กลุ่มตัวชี้วัด

- 1) มีระบบเฝ้าระวังโรคและควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญและโรคอุบัติใหม่บริเวณชายแดนที่ดี
- 2) การควบคุมโรคระบาดอย่างทั่วถึง
- 3) เพิ่มสัดส่วนการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชากรต่างด้าว
- 4) การดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนตามแผนบูรณาการ
- 5) การมีส่วนร่วมของภาคีต่าง ๆ ในการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดน
- 6) ผลิตภัณฑ์อาหารและสุขภาพที่นำเข้า - ส่งออก บริเวณชายแดนมีคุณภาพ

มาตรฐาน

- (8) บทบาทและหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องตามแผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน

กระทรวงสาธารณสุข

- 1) การเฝ้าระวังและควบคุมการเกิดโรคติดต่อที่สำคัญและโรคอุบัติใหม่บริเวณชายแดน
- 2) การพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขในสังกัด
- 3) ตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อให้เกิดการเฝ้าระวังและคุ้มครองผู้บริโภคได้ทันต่อสถานการณ์และมีประสิทธิภาพ
- 4) ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้และทำความเข้าใจกับสาธารณสุขชนเรื่องโรคติดต่อที่สำคัญและโรคอุบัติใหม่บริเวณชายแดน

5) ให้บริการตรวจสุขภาพ รักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนประกันสุขภาพ

6) ขยายโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นขั้นพื้นฐานในชนกลุ่มน้อยและแรงงานต่างด้าวที่ผิดกฎหมาย

7) การเฝ้าระวังและควบคุมการค้าผลิตภัณฑ์สุขภาพบริเวณชายแดนให้ถูกต้อง ปลอดภัย และถูกต้องตามกฎหมาย

กระทรวงแรงงาน

1) เร่งรัดระบบการจ้างงานที่ถูกต้องตามกฎหมาย โดยมีหลักการ คือ ปรับสถานภาพแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองให้เป็นแรงงานต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยถูกต้องกฎหมาย รวมทั้งดำเนินการนำแรงงานต่างด้าวเข้ามาทำงานโดยถูกต้องกฎหมาย ภายใต้บันทึกความเข้าใจด้วยความร่วมมือด้านการจ้างแรงงานที่รัฐบาลได้ลงนามไว้กับประเทศคู่ภาคีทั้ง 3 ประเทศ (พม่า ลาว และ กัมพูชา)

2) สร้างความเข้าใจเรื่องสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพในกลุ่มผู้ประกอบการและแรงงานต่างด้าว

กระทรวงมหาดไทย

1) ดูแลความสงบเรียบร้อยในพื้นที่พักพิงชั่วคราวผู้หนีภัยจากการสู้รบพม่า

2) อำนวยความสะดวกและประสานความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเจ้าหน้าที่องค์กรระหว่างประเทศที่ปฏิบัติหน้าที่ในศูนย์พักพิงชั่วคราวผู้หนีภัยจากการสู้รบพม่า เช่น AMI ที่ปฏิบัติงานใน อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก หรือ IRC ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดตาก

3) ช่วยเหลือด้านการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชน หรืออาสาสมัครในหมู่บ้านอาจแจ้งเหตุการณ์แพร่ระบาดของโรคติดต่อผ่านเครือข่ายของกรมการปกครอง ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เพื่อให้อำเภอได้ประสานหรือแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้รับดำเนินการต่อไป

4) เพิ่มศักยภาพความเข้มแข็งของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญและ โรคอุบัติใหม่

5) การสนับสนุนงบประมาณที่เหมาะสมต่อการแก้ปัญหา และพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนแบบบูรณาการ

กระทรวงกลาโหม

1) สนับสนุนในการเฝ้าระวังและร่วมแก้ปัญหาโรคติดต่อที่สำคัญที่มีความจำเป็นเร่งด่วนในภาวะวิกฤตตามศักยภาพ

2) ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ และทำความเข้าใจกำลังพลและหน่วยทหารที่ปฏิบัติงานในชายแดนในเรื่องโรคติดต่อที่สำคัญ และโรคอุบัติใหม่บริเวณชายแดน

3) อำนวยความสะดวกแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเจ้าหน้าที่องค์กรระหว่างประเทศในการประสานกับหน่วยงานและสำนักงานประสานงานชายแดนไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน

กระทรวงการต่างประเทศ

1) ประสานงานระหว่างประเทศ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขระหว่างจังหวัดชายแดนไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน

2) สนับสนุนกิจกรรมความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุขบริเวณชายแดนในประเทศเพื่อนบ้าน

สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง

1) การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และสำนักตรวจคนเข้าเมือง

1.1) จัดระบบเชื่อมโยงข้อมูลข่าวสารสารสนเทศกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคง โดยแลกเปลี่ยนและปรับข้อมูลให้ทันสมัย เพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจอย่างทันการณืบนพื้นฐานของข้อมูลที่ครบถ้วน

1.2) กำหนดแนวทางที่ชัดเจนในการปราบปรามการลักลอบหลบหนีเข้าเมือง

1.3) เฝ้าระวัง ตรวจสอบ สกัดกั้น สืบสวนปราบปรามการลักลอบเข้าเมืองโดยผิด

กฎหมาย

1.4) เพิ่มขีดความสามารถในการผลักดันและส่งกลับคนต่างด้าว

2) กรณีที่หน่วยงานสาธารณสุขตรวจสุขภาพคนต่างด้าวแล้วตรวจสุขภาพไม่ผ่าน ควรแจ้งให้สถานีท้องที่รับตัวและส่งให้ด่านตรวจเมืองที่ใกล้ที่สุดรับคนต่างด้าวเพื่อไปดำเนินการตามพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง

3) กรณีพบคนต่างด้าวเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง อาการที่จะต้องอยู่ในขั้นรักษาและเมื่อทำการรักษาให้หายขาดแล้วตรวจสอบ พบว่า เอกสารหรือหลักฐานการอนุญาตให้อยู่ในราชอาณาจักรสิ้นสุดลง ควรแจ้งให้สถานีท้องที่รับตัวและส่งให้ด่านตรวจคนเข้าเมืองที่ใกล้ที่สุดรับตัวและดำเนินการตามพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง

สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

1) ร่วมมือประสานงานในการดำเนินการป้องกันและแก้ปัญหาในเชิงระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับบริบทของผู้อพยพเข้าเมืองที่ผิดกฎหมายและการกระทำที่ผิดกฎหมาย

สภาพความมั่นคงแห่งชาติ

1) ร่วมมือและประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเชิงความมั่นคงของประเทศ เพื่อดำเนินงานของพื้นที่ และกลุ่มเป้าหมายเป็นไปด้วยความเรียบร้อย และไม่ให้เกิดปัญหาแก่ประเทศไทยโดยภาพรวม

2) บทบาทและองค์การระหว่างประเทศและองค์กรเอกชนที่เกี่ยวข้องตามแผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization)

1) การสนับสนุนงบประมาณ เพื่อดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนไทย - พม่า รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพบุคลากร

2) การประชุมแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารสุขภาพระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดชายแดนไทยกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชายแดนประเทศเพื่อนบ้าน ตลอดจนองค์การระหว่างประเทศ รวมทั้งองค์กรเอกชน

3) การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพชายแดนไทย - พม่า

องค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน (International of Migration, IOM)

1) สนับสนุนการแก้ปัญหาสาธารณสุขกลุ่มเป้าหมายผู้อพยพเคลื่อนย้ายถิ่น โดยประสานความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข และดำเนินงานร่วมกับกรมอนามัย กรมควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1.1) การจัดบริการด้านสุขภาพ

1.2) การสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ การอนามัยเจริญพันธุ์ การสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม

1.3) พัฒนาศักยภาพความรู้ ทักษะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พนักงานและอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว

1.4) ปรับปรุงการบริการสาธารณสุขที่เหมาะสม

1.5) ขยายความร่วมมือและการดำเนินงานกับหน่วยงานต่างๆ

United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR)

1) การสนับสนุนงบประมาณ

2) การให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ลี้ภัยในศูนย์พักพิงชั่วคราว

3) การจัดการศึกษาให้แก่ผู้ลี้ภัยในศูนย์พักพิงชั่วคราว

Kenan Institute Asia

- 1) ศึกษาวิจัยการดื้อยาโรคมลาเรียบริเวณชายแดน
- 2) การเฝ้าระวังควบคุมและป้องกันโรคบริเวณแนวชายแดน
- 3) ส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม
- 4) สนับสนุนงบประมาณด้านวิชาการและการฝึกอบรม
- 5) ส่งเสริมและสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานความร่วมมือระหว่างชายแดนใน

การเฝ้าระวังและควบคุมโรค

มูลนิธิศุภนิมิต (World Vision)

- 1) การป้องกันและแก้ปัญหาโรคเอดส์บริเวณแนวชายแดน
- 2) การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและการรักษาพยาบาลให้กับชาวพม่าโดยแพทย์ชาว

พม่า

- 3) เสริมสร้างความเข้มแข็งเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว
- 4) ประสานความร่วมมือระหว่างชายแดนของมูลนิธิศุภนิมิตประเทศไทยและประเทศ

พม่า ในการส่งต่อผู้ป่วย

International Rescue Committee (IRC)

- 1) ให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ลี้ภัยในศูนย์พักพิงชั่วคราว
- 2) ให้บริการสุขภาพแก่ผู้อพยพ โดยประสานความร่วมมือกับ สสจ.ตาก / สอ.พมพระ

และ IOM

SAMEO TROPMED Network

- 1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถในด้าน
 - 1.1) เฝ้าระวังโรคมลาเรีย HIV
 - 1.2) การรักษาามลาเรียทั้งที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและอาการรุนแรง
 - 1.3) การจัดข้อมูล GIS
- 2) จัดประชุมสัมมนาระหว่างประเทศในการป้องกันและจัดการ
- 3) การวิจัยรักษามลาเรีย
- 4) จัดการประชุมการป้องกันโรคเอดส์ชายแดนระหว่างประเทศ

โครงการมูลนิธิรักษ์ไทย

- 1) ขยายกิจกรรมป้องกันโรคเอดส์ขององค์กรเอกชนในแรงงานข้ามชาติ
- 2) พัฒนาระบบสาธารณสุข (รัฐ - เอกชน) สามารถให้บริการป้องกัน ดูแล รักษาแรงงาน

ข้ามชาติ

- 3) ทำงานด้านชุมชน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและการอยู่ร่วมกันในชุมชน
- 4) สนับสนุนให้เกิดนโยบายที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างชาติระดับ

จังหวัด ประเทศ และภูมิภาค

โครงการความร่วมมือไทย - สหรัฐ ด้านสาธารณสุข Thailand U.S.CDC Collaboration (TUC)

- 1) การควบคุม ป้องกันและเฝ้าระวังโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ บริเวณแนวชายแดน

Global Fund

- 1) การควบคุม ป้องกัน และเฝ้าระวังโรคเอดส์ วัณโรค และโรคมาลาเรีย

2.7.2 แนวทางการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนจังหวัดสระแก้ว

จังหวัดสระแก้วได้จัดทำแผนปฏิบัติการในด้านสุขภาพ โดยเน้นในพื้นที่ชายแดนที่มีอาณาเขตติดต่อกับประเทศกัมพูชา ได้แก่ อำเภอตาพระยา อำเภอโคกสูง อำเภออรัญประเทศ และอำเภอคลองหาด โดยได้กำหนดยุทธศาสตร์ ในการพัฒนางานด้านสาธารณสุขชายแดนไว้ ดังนี้ (เอกสารสรุปการประเมินมาตรฐานหน่วยปฏิบัติการปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว, 2552)

(1) เครือข่ายและภาคีเครือข่ายร่วมกันจัดบริการสาธารณสุขชายแดนกับประเทศเพื่อนบ้านอย่างต่อเนื่อง และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการสาธารณสุข โดยมีเป้าประสงค์เพื่อให้เครือข่ายและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการจัดการกับปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ประชาชนได้ใช้ผลิตภัณฑ์ที่ปลอดภัยได้มาตรฐาน

(2) ลดการเจ็บป่วยจากโรคติดต่อชายแดน โดยมีเป้าประสงค์เพื่อลดการเจ็บป่วยจากโรคติดต่อชายแดนตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ป่วยโรคติดต่อชายแดนได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง ไม่มีโรคแทรกซ้อน และไม่กลับมาเป็นซ้ำ

(3) เพิ่มประสิทธิภาพในงานเฝ้าระวังโรคติดต่อ โดยเน้นการรายงานโรค เฝ้าระวังควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคระหว่างประเทศ

(4) สร้างระบบการดูแลร่วมกับประเทศเพื่อนบ้าน ในจุดผ่อนปรนตามแนวชายแดน เพื่อสกัดกั้น และควบคุมการเกิดโรคอุบัติใหม่

(5) จัดระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับพื้นที่ชายแดน ทั้งด้านโครงสร้างงบประมาณ บุคลากร และการดูแลสวัสดิการแก่ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่ชายแดนไทย - กัมพูชา ให้เหมาะสม เพียงพอ

2.7.3 วิสัยทัศน์องค์กรสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว พ.ศ. 2554

(1) วิสัยทัศน์ : อนาคตที่พวกเราอยากจะเป็น

“องค์การสุขภาพจังหวัดสระแก้ว เป็นผู้นำการบริหารจัดการระดับชาติด้านการสร้างสุขภาพ บริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานและการสาธารณสุขชายแดน ในปี 2557”

(2) ประเด็นยุทธศาสตร์: ประเด็นที่จังหวัดมุ่งเน้นปรับปรุงและพัฒนา

- 1) เป็นผู้นำด้านการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับชาติ (TQC/TQA)
- 2) สรรค์สร้างสุขภาพแบบองค์รวมให้สอดคล้องกับวิถีชุมชนที่ยั่งยืน
- 3) มุ่งพัฒนาบริการสุขภาพให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ HA/PCA
- 4) สร้างความร่วมมือการสาธารณสุขชายแดนที่ต่อเนื่อง

(3) ค่านิยมร่วม : I AM READY: เราพร้อมทำงานเพื่อประชาชน เพื่อแผ่นดิน

(4) กลยุทธ์

1) กลยุทธ์หลัก (SO)

- 1.1) บริหารการพัฒนาการสร้างสุขภาพชั้นนำของ ภาคตะวันออก (SO1)
- 1.2) สร้างกระแสการสร้างสุขภาพ การสาธารณสุขชายแดนเชิงรุก (SO2)
- 1.3) การบริหารการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพและการแพทย์ฉุกเฉินรองรับการท่องเที่ยวและสาธารณสุขชายแดน (SO3)
- 1.4) บูรณาการความร่วมมือเชิงรุกด้านนโยบายและมาตรการสุขภาพกับภาคีเครือข่ายประเทศเพื่อนบ้านและองค์การระหว่างประเทศ (SO4)

2) กลยุทธ์ขยายงาน (ST)

- 1.5) สร้างพลังและบูรณาการความร่วมมือเครือข่ายในการบริหารจัดการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข (ST1)

3) กลยุทธ์การพัฒนา (WO)

- 1.6) พัฒนาองค์การและเครือข่ายให้เป็นองค์กรที่มีขีดความสามารถสูงสู่เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA) (WO2)

4) กลยุทธ์ปรับปรุงองค์การ (WT)

- 1.7) เพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวังระบาดวิทยาที่รุนแรง โรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ (WT1)

3. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับพื้นที่ชายแดน

3.1 ความหมายของพื้นที่ชายแดน

กองเขตแดน กรมสนธิสัญญาและกฎหมาย (2548)¹⁴ ได้สรุปเกี่ยวกับชายแดนหรือเขตแดน ไว้ว่าหมายถึง บริเวณที่รัฐสามารถใช้อำนาจอธิปไตยตามหลักกฎหมายระหว่างประเทศได้ การแบ่งเขตแดนนั้น ปัจจุบันนิยมใช้ภูมิประเทศที่เห็นเด่นชัดหรือภูมิประเทศที่เป็นอุปสรรคธรรมชาติเป็นเส้นแบ่งเขตแดน โดยเฉพาะภูเขาและแม่น้ำ ซึ่งหลักการภูเขาแบ่งเขตแดนนั้นนิยมใช้สันปันน้ำ (Watershed) กรณีใช้แม่น้ำเป็นเส้นแบ่งเขตแดนนิยมใช้ร่องน้ำลึก (Thawing)

3.2 ช่องทางการติดต่อบริเวณชายแดน

ช่องทางการนำเข้า - ออกสินค้าชายแดน มี 4 ประเภท ดังนี้

(1) จุดผ่อนปรนการค้า (Check point border trade) มีวัตถุประสงค์เพื่อการค้าขายสินค้าของประชาชนทั้งสองประเทศ นอกจากนี้ยังเป็นจุดผ่านปรนทางด้านมนุษยธรรม การส่งเสริมความสัมพันธ์ในระดับท้องถิ่น เพราะเป็นจุดที่ประชาชนทั้งสองประเทศสัญจรไปมาได้ โดยผู้ว่าราชการมีอำนาจประกาศเรื่อง การกำหนดประเภทสินค้า ระยะเวลาในการเปิด - ปิด และมาตรการควบคุมการเดินทางเข้า - ออก

(2) จุดผ่านแดนชั่วคราว (Temporary crossing point) มีวัตถุประสงค์ทางเศรษฐกิจของฝ่ายไทยเป็นสำคัญ โดยมีการกำหนดระยะเวลาที่แน่นอน และไม่มีผลกระทบด้านความมั่นคงหรือหมายถึง จุดผ่านแดนที่ทางราชการไทยเปิดให้มีการสัญจรไป - มา ของบุคคลหรือสิ่งของในห้วงเวลาที่แน่นอน โดยปกติจะเปิดเป็นคราว ๆ โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะและสิ้นสุดตามห้วงเวลา

(3) จุดผ่านแดนถาวร (Permanent crossing point) มีวัตถุประสงค์เพื่อการค้า การสัญจรไปมา ทั้งบุคคลและสิ่งของ นอกจากนี้ยังเป็นการเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ โดยทั่วไปการผ่านแดนถาวรจะมีการดำเนินงานเรื่อง การตรวจคนเข้าเมือง และพิธีการศุลกากรตามกฎหมายของทั้งสองประเทศ

(4) จุดผ่านแดนถาวรตามสภาพภูมิประเทศ (Geography crossing point) เป็นจุดผ่านเข้า - ออกของประชาชนทั้งสองประเทศ ซึ่งเป็นไปโดยธรรมชาติ มิได้มีหลักฐานการรับรองจากทางราชการของทั้งสองฝ่าย ส่วนใหญ่จะเป็นจุดผ่านแดนของสินค้าและบุคคลที่ผิดกฎหมาย

3.3 ลักษณะชายแดนของพื้นที่ชายแดนไทย - กัมพูชา จังหวัดสระแก้ว

3.3.1 การเมืองระหว่างประเทศ

ปัญหาความมั่นคงชายแดนเป็นเรื่องที่สำคัญ และละเอียดอ่อนระหว่างประเทศ ลงสู่ถึงระดับจังหวัดและในพื้นที่ ซึ่งในการดำเนินงานในทุก ๆ ด้านควรเป็นไปด้วยความระมัดระวัง

เพื่อป้องกันปัญหาที่อาจจะส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของประเทศเพื่อนบ้าน ปัญหาที่สำคัญ เช่น (ทีวี 5 ชายแดนกัมพูชา, 2553, ออนไลน์)

(1) ปัญหาด้านเขตแดน เช่น การปักปันเขตแดน/การรุกรานเขตแดน เนื่องจากไม่ปฏิบัติตามข้อตกลง จึงควรแก้ปัญหาด้วยการพัฒนาความสัมพันธ์ของทั้งสองประเทศ การส่งเสริมการประชาสัมพันธ์ด้านข้อมูลข่าวสาร การเจรจาร่วมกันทั้งในระดับสูงและในระดับท้องถิ่น เพื่อให้มีการปักปันเขตแดนได้ชัดเจน

(2) ปัญหาด้านแรงงานต่างด้าว เช่น การลักลอบหนีเข้าเมืองเพื่อขายแรงงาน การแก้ไขปัญหา เช่น การจัดระบบการเข้าเมืองให้ใช้ Passport หรือ Boarderpass เข้าเมืองเท่านั้น การจัดระบบแรงงานให้ถูกต้อง และมีกฎหมายรองรับ การผลักดันการขึ้นทะเบียนใหม่ของแรงงานต่างด้าว

นับจากต้นเดือนพฤศจิกายน 2552 เป็นต้นมา จะเห็นได้ว่าความสัมพันธ์ระหว่างไทยกับกัมพูชาอยู่ในขั้นเลวร้ายและมาถึงจุดต่ำสุด เมื่อสมเด็จพระอัครมหาเสนาบดีเดโช ฮุน เซน นายกรัฐมนตรีกัมพูชา สั่งการให้หน่วยงานทุกระดับของกัมพูชาระงับการรับความช่วยเหลือต่าง ๆ จากรัฐบาลไทยในยุคนายกรัฐมนตรีอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ทั้งหมด ตั้งแต่กู้เงินจากไทยในการก่อสร้างถนนหมายเลข 68 ซึ่งเชื่อมระหว่างจังหวัดสุรินทร์ (ช่องจอม) - โอรัมย์ - อุดรเมียน - เจย - เสียมเรียบ ไม่รับเงินทุนด้านการศึกษา ไม่ให้จังหวัดบันเตียเมียนเจย (ชายแดนของกัมพูชา) ทำกิจกรรมวันเอดส์โรคร่วมกับจังหวัดสระแก้ว (ชายแดนของไทย) และยังทำทนายให้ปิดด่านชายแดนเพื่อไม่ให้ประชาชนของสองประเทศติดต่อค้าขายกัน

การที่สมเด็จพระอัครมหาเสนาบดีเดโช ฮุน เซน ออกมาตอบโต้ไทยอย่างรุนแรงเช่นนี้เป็นผลพวงมาจากรัฐบาลไทยในขณะนั้นใช้วิธีการทางทูต และการเมืองระหว่างประเทศตอบโต้กัมพูชา หลังจากที่ฝ่ายรัฐบาลกัมพูชาประกาศพระราชกฤษฎีกาแต่งตั้ง พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร เป็นที่ปรึกษาด้านเศรษฐกิจส่วนตัวของนายกรัฐมนตรีกัมพูชา และที่ปรึกษาเศรษฐกิจประจำคณะรัฐบาลกัมพูชา ไม่เพียงเท่านั้นเมื่อรัฐบาลไทยทำหนังสือขอรัฐบาลกัมพูชาส่งตัว พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร ให้กับไทยตามสนธิสัญญาส่งผู้ร้ายข้ามแดน แต่ได้รับการปฏิเสธอย่างสิ้นเชิงจากรัฐบาลกัมพูชา

ดังนั้น รัฐบาลไทยจึงส่งวิธีการทางการทูตตอบโต้กัมพูชาด้วยการเรียกเอกอัครราชทูตไทย ณ กรุงพนมเปญ กลับประเทศ เมื่อวันที่ 5 พฤศจิกายน เพื่อเป็นการลดระดับความสัมพันธ์ลงจากตำแหน่งเอกอัครราชทูต เหลือเพียงตำแหน่งอุปทูต ซึ่งฝ่ายรัฐบาลกัมพูชาได้ตอบโต้ด้วยวิธีเดียวกัน รัฐบาลกัมพูชาไม่หยุดตอบโต้ไทย ได้ขับนายคารม ปาลวัฒน์วิไชย เลขาธิการเอกประจำสถานเอกอัครราชทูตไทยประจำกรุงพนมเปญ ออกจากประเทศภายใน 48 ชั่วโมง ซึ่งไทยก็ตอบโต้ขับทูตระดับเดียวกับออกจากไทยเช่นเดียวกัน ต่อมารัฐบาลไทยใช้วิธีการ

ทางการเมืองระหว่างประเทศประกาศยกเลิกบันทึกความเข้าใจระหว่างรัฐบาลไทยและรัฐบาลกัมพูชา (MOU) ว่าด้วยพื้นที่ไทยกับกัมพูชาอ้างสิทธิในไหล่ทวีปทับซ้อน พื้นที่กว่า 26,000 ตารางกิโลเมตร ซึ่งลงนามเมื่อวันที่ 18 มิถุนายน 2544 และจะทบทวนความร่วมมือต่าง ๆ ที่รัฐบาลไทยกำลังดำเนินการอยู่กับกัมพูชา การตอบโต้ด้วยวิธีการทางการเมืองและการเมืองระหว่างประเทศที่กล่าวมาข้างต้น เท่ากับเป็นการปิดประตูใส่กันไม่ยอมให้มีการเจรจาระหว่างกันเพื่อแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง

จากข้อมูลข้างต้นสรุปได้ว่า ลักษณะชายแดนไทย - กัมพูชา จังหวัดสระแก้ว ด้านการเมืองระหว่างประเทศนั้นมีปัญหาสำคัญในเรื่องการรุกล้ำเขตแดน ปัญหาแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมาย ซึ่งยังคงเป็นปัญหาถึงปัจจุบัน ประกอบกับปัญหาความสัมพันธ์ของผู้นำประเทศทั้งสองฝ่ายส่งผลถึงสภาพเศรษฐกิจชายแดน ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนตามแนวชายแดน ประเพณี วัฒนธรรม ส่วนใหญ่เป็นแบบผสมผสานทั้งสองเชื้อชาติ สืบเนื่องจากประชาชนบางส่วนอพยพมาจากกัมพูชา และเข้ามาตั้งถิ่นฐานในประเทศไทย ซึ่งก่อให้เกิดความหลากหลายของประเพณีและวัฒนธรรม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นประเพณีที่ทำเป็นกลุ่มใหญ่ มีลักษณะส่งเสริมความสามัคคีและเสริมสร้างกำลังใจแก่หมู่คณะ

4. แนวคิดเกี่ยวกับบุคคลต่างด้าว

4.1 ความหมายและประเภทของแรงงานต่างด้าว

ตามพระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พุทธศักราช 2551 ได้ให้ความหมายไว้ว่า

“คนต่างด้าว” หมายถึง บุคคลธรรมดาซึ่งไม่มีสัญชาติไทย

“ทำงาน” หมายถึง การทำงานโดยใช้กำลังกายหรือความรู้ด้วยประสงค์ค่าจ้าง หรือประโยชน์อื่นใดหรือไม่ก็ตาม

“ใบอนุญาต” หมายถึง ใบอนุญาตทำงาน

“ผู้รับใบอนุญาต” หมายถึง คนต่างด้าวซึ่งได้รับใบอนุญาต

“ลูกจ้าง” หมายถึง ผู้รับใบอนุญาตตามมาตรา 9 มาตรา 11 มาตรา 13 (1) และ (2) และมาตรา 14 ให้ทำงานที่กำหนดในกฎกระทรวงที่ออกตามความในมาตรา 15 (เป็นลูกจ้างที่ต้องส่งเงินเข้ากองทุนเพื่อเป็นประกันค่าใช้จ่ายในการส่งลูกจ้างกลับออกไปนอกราชอาณาจักร)

“ผู้รับใบอนุญาตตามมาตรา 9” หมายถึง คนต่างด้าวซึ่งเข้ามาในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราวตาม กฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง จำแนกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. ประเภททั่วไป หมายถึง คนต่างด้าวที่เป็นแรงงานที่มีทักษะและทำงานอยู่ในตำแหน่งค่อนข้างสูง หรืออาจถูกส่งมาจากบริษัทแม่ในต่างประเทศที่เข้ามาลงทุนในประเทศไทย หรือเข้ามาทำงานชั่วคราวในงานที่ต้องใช้ทักษะ และเทคโนโลยีขั้นสูง เป็นความต้องการผู้ที่มีความสามารถเฉพาะด้าน มีความชำนาญเฉพาะด้าน หรือมีความสามารถ ทางการสื่อสาร (ภาษา) ที่ยังหาคนไทยที่มีความสามารถ หรือมีความชำนาญเข้ามาร่วมงานไม่ได้ หรือเป็นการเข้ามา ทำงานในกิจการที่ตนเองลงทุน หรือกิจการของคู่สมรส หรือกิจการที่ร่วมลงทุน เป็นต้น ส่วนใหญ่ทำงานในกิจการ ดังนี้

- กิจการที่มีการลงทุนตั้งแต่ 2 ล้านขึ้นไป
- กิจการที่มีการลงทุนมากกว่า 30 ล้านขึ้นไป
- มูลนิธิ/สมาคม/องค์การเอกชนต่างประเทศ

2. ประเภทเข้ามาทำงานอันจำเป็นเร่งด่วน หมายถึง คนต่างด้าวที่เข้ามาทำงาน ซึ่งเป็นงานที่ต้องดำเนินการโดยทันทีทันใด หากไม่เร่งดำเนินการอาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อการดำเนินกิจการของบริษัทหรือลูกค้าของบริษัท หรือส่งผลกระทบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น โดยไม่มีแผนการดำเนินการล่วงหน้ามาก่อน และต้องเข้ามาทำงานนั้น ในระยะเวลาไม่เกิน 15 วัน

3. ประเภทตลอดชีพ หมายถึง คนต่างด้าวซึ่งได้รับใบอนุญาตทำงานตามประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 322 ข้อ 10 (10) มีสาระสำคัญว่า “ใบอนุญาตที่ออกให้แก่คนต่างด้าวซึ่งมีถิ่นที่อยู่ในราชอาณาจักรตามกฎหมาย ว่าด้วยคนเข้าเมืองและทำงานอยู่แล้วก่อนวันที่ 13 ธันวาคม 2515 ให้ใช้ได้ตลอดชีวิตของคนต่างด้าวนั้น เว้นแต่คนต่างด้าวจะเปลี่ยนอาชีพใหม่”

4. ประเภทข้อตกลงว่าด้วยการจ้างแรงงานกับประเทศคู่ภาคี ได้แก่

4.1 พิสูจน์สัญชาติ หมายถึง แรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชาที่ได้รับการจัดระบบตามยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองทั้งระบบ 7 ยุทธศาสตร์ โดยดำเนินการตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1. การจัดระบบการจ้างแรงงานต่าง - ด้าว คือ ปรับสถานภาพแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองให้เป็นแรงงานเข้าเมืองโดยถูกต้องตามกฎหมาย เปิดโอกาสให้นายจ้างนำแรงงานต่างด้าว มารายงานตัวเพื่อจัดส่งรายชื่อให้ประเทศต้นทางพิสูจน์ และรับรองสถานะ เพื่อปรับเข้าสู่ระบบที่ถูกต้องตามกฎหมายต่อไป โดยมีมติคณะรัฐมนตรีผ่อนผันให้อยู่ในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราวระหว่างรอการส่งกลับ อนุญาตให้ทำงานได้ 2 งาน คือ งานกรรมกรและคนรับใช้ในบ้าน มีใบอนุญาตทำงาน บัตรสีชมพู และต้องปรับเปลี่ยนสถานะโดยการพิสูจน์สัญชาติจากเจ้าหน้าที่ประเทศต้นทางเพื่อรับเอกสารรับรองสถานะ ได้แก่ หนังสือเดินทางชั่วคราว (Temporary Passport) หรือเอกสารรับรองบุคคล (Certificate Of Identity) เป็นต้น และขอใบอนุญาตทำงาน ได้รับใบอนุญาตทำงานเป็นชนิด บัตรสีเขียว

4.2 แรงงานนำเข้า หมายถึง คนต่างด้าวที่เข้ามาทำงานตามข้อตกลงว่าด้วยการจ้างแรงงานต่างด้าวระหว่างประเทศไทยกับประเทศคู่ภาคี (MOU) ปัจจุบันทำข้อตกลงกับประเทศ 2 ประเทศ คือ ลาว และกัมพูชา

ผู้รับใบอนุญาตตามมาตรา 11 หมายถึง คนต่างด้าวซึ่งยังไม่เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร ซึ่งนายจ้างยื่นคำขอรับใบอนุญาตและชำระค่าธรรมเนียมแทน โดยเข้ามาทำงานที่มีทักษะและตำแหน่งค่อนข้างสูง หรืองานที่ต้องใช้ทักษะและเทคโนโลยีขั้นสูง เป็นผู้ที่มีความสามารถหรือความชำนาญเฉพาะด้าน หรือมีความสามารถทางการสื่อสาร (ภาษา) ที่ยังหาคนไทยที่มีความสามารถหรือ มีความชำนาญเข้าร่วมงานไม่ได้ เมื่อเดินทางเข้ามาในราชอาณาจักรแล้ว ต้องดำเนินการยื่นขอใบอนุญาตทำงานภายใน 30 วัน

ผู้รับใบอนุญาตตามมาตรา 13 (1) และ (2) หมายถึง คนต่างด้าว ต่อไปนี้

(1) คนต่างด้าวถูกเนรเทศตามกฎหมายว่าด้วยการเนรเทศ และได้รับการผ่อนผันให้ไปประกอบอาชีพ ณ ที่แห่งใดแทนการเนรเทศหรืออยู่ในระหว่างรอการเนรเทศ

(2) เข้ามาหรืออยู่ในราชอาณาจักรโดยไม่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง แต่ได้รับอนุญาตให้อยู่ในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราวเพื่อรอการส่งกลับออกไปนอกราชอาณาจักรตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง

ผู้รับใบอนุญาตตามมาตรา 14 หมายถึง คนต่างด้าวซึ่งมีภูมิลำเนาและเป็นคนสัญชาติของประเทศที่มีชายแดนติดกับประเทศไทย ถ้าได้เข้ามาในราชอาณาจักร โดยมีเอกสารใช้แทนหนังสือเดินทางตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง อาจได้รับอนุญาตให้ทำงานบางประเภทหรือลักษณะงานในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราวในช่วงระยะเวลาหรือตามฤดูกาลที่กำหนดได้ ทั้งนี้ เฉพาะการทำงานภายในท้องที่ที่อยู่ติดกับชายแดนหรือท้องที่ต่อเนื่องกับท้องที่ดังกล่าว

ผู้รับใบอนุญาตตามมาตรา 12 หมายถึง คนต่างด้าวซึ่งเข้ามาทำงานในราชอาณาจักรตามกฎหมายพิเศษ ได้แก่ กฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมการลงทุน และกฎหมายอื่น (พ.ร.บ. การนิคมอุตสาหกรรม เป็นต้น)

คนต่างด้าวประสงค์จะทำงานในประเทศไทย ต้องปฏิบัติดังนี้

(1) คนต่างด้าวที่ยังไม่ได้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร ประสงค์จะทำงานในประเทศไทย

(1.1) ต้องไปติดต่อขอวีซ่า Non - Immigrant B ณ สถานทูตไทยประจำประเทศนั้น ๆ

(1.2) กรณีไปขอวีซ่า Non - Immigrant แล้ว สถานทูตไทยต้องการหนังสือรับรองการอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวให้นายจ้างดำเนินการยื่นขออนุญาตทำงานแทนคนต่างด้าว ตาม

แบบคำขอ ตท.3 พร้อมเอกสารหลักฐานประกอบแบบตามที่กำหนด ณ สำนักงานของกรมการจัดหางาน ซึ่งสถานประกอบการของนายจ้างนั้นตั้งอยู่

(1.3) นำหนังสือแจ้งผลพิจารณาอนุญาตให้เข้ามาทำงาน ที่นายจ้างส่งให้ไปประกอบการยื่นขอ วีซ่า Non - Immigrant B ที่สถานทูตไทยประจำประเทศนั้น ๆ

(1.4) เมื่อคนต่างด้าวเดินทางเข้ามาในราชอาณาจักรแล้วต้องไปติดต่อยื่นคำขอรับใบอนุญาตทำงานตาม มาตรา 8 ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร พร้อมทั้งยื่นเอกสารหลักฐานเพิ่มเติม ดังนี้

- สำเนา หนังสือเดินทาง หรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว โดยถ่ายสำเนาทุกหน้าพร้อมรายการ แสดงการประทับตราให้อยู่ในราชอาณาจักรประเภทคนอยู่ชั่วคราว มิใช่ประเภทนักท่องเที่ยวหรือ ผู้เดินทางผ่าน พร้อมฉบับจริง

- หนังสือแจ้งการพิจารณาอนุญาตให้เข้ามาทำงานได้ (ต้นฉบับ)

- ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งรับรองว่าผู้ขอไม่มีโรคตามที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวง ซึ่งออกตามความในมาตรา 10 แห่งพระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว

(2) คนต่างด้าวที่เข้ามาในราชอาณาจักรแล้ว ประสงค์จะทำงาน ทั้งในกรณีจะขออนุญาตทำงานครั้งแรก หรือ กรณีใบอนุญาตเดิมขาดอายุจึงต้องขอใหม่

(2.1) คนต่างด้าวต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

- มีถิ่นที่อยู่ในราชอาณาจักรตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง (มีหลักฐานในสำคัญถิ่นที่อยู่และใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว) หรือได้รับอนุญาตให้เข้ามาในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราว (Non - Immigrant Visa) ตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง โดยมีชื่อได้รับอนุญาตให้เข้ามาในฐานะนักท่องเที่ยว (Tourist Visa) หรือผู้เดินทางผ่าน (Transit Visa)

- มีความรู้และความสามารถในการทำงานตามที่ขออนุญาต

- ไม่เป็นบุคคลวิกลจริตหรือมีจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ ไม่เป็นผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อน วัณโรคในระยะอันตราย โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการอันเป็นที่รังเกียจแก่สังคม โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง โรคพิษสุราเรื้อรัง และ โรคซิฟิลิสในระยะที่ 3

- ไม่เคยต้องโทษจำคุกในความผิดตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง หรือกฎหมายว่าด้วยการทำงานของคนต่างด้าวภายในระยะเวลา 1 ปีก่อนวันขอรับใบอนุญาต

(2.2) ต้องไปติดต่อยื่นคำขอรับใบอนุญาตทำงานตามแบบคำขอ ตท. 2 พร้อมเอกสารหลักฐานประกอบแบบคำขอตามที่กำหนด ณ สำนักงานของกรมการจัดหางาน ซึ่งสถานประกอบการของนายจ้างนั้นตั้งอยู่ <http://wp.doe.go.th/practice>)

4.3 ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง พ.ศ. 2544 ระเบียบที่ว่าด้วยการกำหนดนโยบาย มาตรการและแนวทางปฏิบัติ รวมทั้งการบริหารจัดการ การอำนวยความสะดวก และประสานการปฏิบัติการแก้ไขปัญหา การติดตามประเมินผล เป็นไปอย่างมีระบบและต่อเนื่อง ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ซึ่งสามารถสรุปเนื้อหาและแนวทางในการปฏิบัติตามระเบียบดังกล่าว คือ

ข้อ 10 ให้คณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองมีอำนาจหน้าที่ดังนี้

- (1) พิจารณากำหนดนโยบาย แนวทาง แผนงาน และมาตรการในการบริหารจัดการและแก้ไขปัญหาแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองในระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งการป้องกันปราบปรามและดำเนินการอื่นที่จำเป็นในการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง
- (2) อำนาจการ กำกับ ดูแล ประสานการดำเนินการของส่วนราชการและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งพิจารณากระบวนการแปลงนโยบายและมาตรการไปสู่แผนปฏิบัติ เพื่อให้การดำเนินการต่าง ๆ เป็นไปตามนโยบายการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง
- (3) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนพิจารณาวินิจฉัยข้อขัดแย้งในเชิงนโยบาย รวมทั้งเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหามหาอุปสรรคในการดำเนินการตามนโยบายการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง
- (4) สนับสนุนในทางนโยบายให้มีการศึกษาวิจัยและพัฒนาข้อมูลในเชิงวิชาการเกี่ยวกับแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองและผลกระทบในด้านต่าง ๆ
- (5) พิจารณาทบทวนกฎหมาย ระเบียบปฏิบัติ และมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องให้สามารถส่งเสริมและสนับสนุนการปฏิบัติงานให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
- (6) สนับสนุนในทางนโยบายเกี่ยวกับการดำเนินการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับนโยบายและแนวทางการแก้ไขปัญหาแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง
- (7) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการและคณะทำงานในด้านต่าง ๆ ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เพื่อดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดที่คณะกรรมการมอบหมายตามความจำเป็น
- (8) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะรัฐมนตรีหรือนายกรัฐมนตรีมอบหมาย

4.4 การดำเนินการอนุญาตการทำงานให้คนต่างด้าวทั่วราชอาณาจักร

ปัจจุบันการบริหารจัดการแรงงานต่างด้าวดำเนินการภายใต้พระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2551 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งมติคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับการจัดระบบแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ ได้แก่ พม่า ลาว และกัมพูชา โดยจำแนกตามการจัดเก็บค่าธรรมเนียมการอนุญาตทำงานได้ 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ช่างฝีมือหรือผู้ชำนาญการ หรือ ระดับฝีมือ
2. มิใช่ช่างฝีมือหรือผู้ชำนาญการ หรือ ระดับแรงงาน

คนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตให้ทำงานทั่วราชอาณาจักร ณ เดือนมีนาคม 2554
ทั้งสิ้น 912,624 คน จำแนกรายกลุ่มและประเภทคนต่างด้าวได้ ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 2.2 แสดงภาพรวมการอนุญาตให้คนต่างด้าวทำงานทั่วราชอาณาจักรตามกลุ่มและ
ประเภทคนต่างด้าว

กลุ่มช่างฝีมือหรือผู้ชำนาญการ			กลุ่มมิใช่ช่างฝีมือหรือผู้ชำนาญการ		
ประเภทคนต่างด้าว	จำนวน	%	ประเภทคนต่างด้าว	จำนวน	%
รวม	95,459	10.46	รวม	817,165	89.54
ทั่วไป	72,290	7.92	1. ชนกลุ่มน้อย	25,830	2.83
ส่งเสริมการลงทุน	23,169	2.54	2. มติค.ร.ม. 3 สัญชาติ	762,640	83.57
			2.1 ต่ออายุฯ ตามมติ ครม. (บัตรสีชมพู ปี 2554)	394,903	43.27
			2.2 ผ่านพิสูจน์สัญชาติ และอนุญาตให้ทำงาน	367,737	40.30
			นำเข้า	28,659	3.14

4.4 ผลการจัดระบบแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ (พม่า ลาวและกัมพูชา)

มาตรการแก้ไขปัญหาแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง

ตารางที่ 2.3 ภาพรวมมาตรการแก้ไขปัญหาแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองจำแนกโดยประเทศ

ดำเนินการ	รวม	พม่า	ลาว	กัมพูชา
1. ผ่อนผันฯตามมติ ครม. (บัตรสีชมพู ปี 2553)	932,255	812,984	62,792	56,479
2. ผ่านพิสูจน์สัญชาติ (มี.ค. 53 - มี.ค. 54)	502,484	439,081	34,999	28,404
3. ผ่านพิสูจน์ฯ และอนุญาตให้ทำงาน (มี.ค. 53 - มี.ค. 54)	367,737	315,523	25,080	27,134
4. ต่ออายุฯ ตามมติ ครม. (บัตรสีชมพู ปี 2554)	394,903	360,730	13,538	20,635
5. คงเหลือที่ยังไม่มาดำเนินการ	34,868	13,173	14,255	7,440

ที่มา : สำนักงานบริหารแรงงานต่างด้าว

4.5 มาตรการและแนวทางการดำเนินงานตรวจสอบและประกันสุขภาพ

แรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข ปี 2552 ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจสอบสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง (สัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา) ลงวันที่ 1 กรกฎาคม 2552 ประกอบกับมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 26 พฤษภาคม 2552 ได้กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการตรวจสอบสุขภาพและทำการประกันสุขภาพแก่แรงงานต่างด้าวตามที่กระทรวงแรงงานเสนอประกอบกับมติคณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกมาตรการและแนวทางการดำเนินงาน เรื่อง การตรวจสอบสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2552 โดยมีกิจกรรมที่สำคัญ 4 ด้าน ได้แก่

1. การตรวจสอบสุขภาพประจำปี
2. บริการด้านการรักษาพยาบาล
3. บริการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค
4. การเฝ้าระวังโรค

กลุ่มเป้าหมายเป็นประชากรแรงงานสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา ที่มาขอรับบริการด้านการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ ประกอบด้วย

1. แรงงานต่างด้าวที่อยู่ในระบบผ่อนผันมีใบอนุญาตให้ทำงานต่อ โดยจะเป็นแรงงานต่าง - ด้าวที่ใบอนุญาตหมดวันที่ 20 มกราคม 2552 วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2552 วันที่ 14 มีนาคม 2552 และวันที่ 30 มิถุนายน 2552
2. แรงงานต่างด้าวที่อยู่นอกระบบผ่อนผัน และลักลอบทำงานอยู่ในประเทศไทย ก่อนวันที่ 26 พฤษภาคม 2552 อยู่แล้วนั้น ที่ไม่มีใบอนุญาตทำงาน เป็นกลุ่มแรงงานต่างด้าวในกิจการประมง กิจการเกษตรและปศุสัตว์ กิจการก่อสร้าง กิจการต่อเนื่องประมงทะเล ผู้รับใช้ในบ้านและกิจการอื่น ๆ ที่จังหวัดเสนอตามที่จำเป็น และมีคณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองเห็นชอบ ซึ่งผ่านความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 26 พฤษภาคม 2552
3. แรงงานต่างด้าว หรือ บุคคลประเภทอื่น ๆ ที่เคยดำเนินการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพมาก่อนหน้านี้

4.5.1 หลักเกณฑ์การดำเนินงาน

(1) ให้การดำเนินงานทั้งตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ

- 1) การตรวจสุขภาพ
- 2) การประกันสุขภาพ

ให้ดำเนินการตามแนวทางการดำเนินงานประกันสุขภาพที่กำหนด การประกันสุขภาพมีอายุคุ้มครองไม่เกิน 1 ปี สถานพยาบาลที่ตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพให้ดำเนินการโดยสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลเอกชน โดยสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ต้องเป็นสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับพื้นที่ในการดำเนินการโครงการให้เป็นไปตามเขตการแบ่งพื้นที่ตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยในส่วนภูมิภาคให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้กำหนด

(2) รายการที่แรงงานต่างด้าว ต้องนำมาประกอบการตรวจสุขภาพ ดังนี้

- 1) บัตรประจำตัวผู้ไม่มีสัญชาติไทย/บัตรอนุญาตทำงานหรือทะเบียนประวัติคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา (ท.ร.38/1) หรือแบบ ท.ค. 1 ตอน 3 หรือบัตรประกันสุขภาพเดิม
- 2) ค่าตรวจสุขภาพ จำนวน 600 บาท
- 3) ค่าประกันสุขภาพ จำนวน 1,300 บาท

4.5.2 แนวทางการดำเนินงานการประกันสุขภาพ

(1) การเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว แรงงานต่างด้าวในกลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 กลุ่มที่ประสงค์จะเข้าทำงานสู่ระบบประกันสุขภาพทุกคน ต้องชำระค่าประกันสุขภาพทุกคน โดยการประกันสุขภาพมีระยะเวลาคุ้มครองไม่เกิน 1 ปี ตามที่มติคณะรัฐมนตรีกำหนดโดยแรงงานต่างด้าวจะต้องร่วมจ่ายในการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลครั้งละ 30 บาท ยกเว้นการเข้ารับบริการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค และการเฝ้าระวังโรค ทั้งนี้ มีเป้าหมายหลักเพื่อให้มีการควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบและเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของผู้ใช้แรงงาน รวมถึงจะเป็นการประกันค่ารักษาพยาบาลให้สถานพยาบาลผู้ให้การรักษาพยาบาลอีกทางหนึ่ง

(2) สิทธิประโยชน์

- 1) การตรวจรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพทั่วไป
- 2) การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง
- 3) กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน
- 4) การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล
- 5) การควบคุมป้องกันโรคในแรงงานต่างด้าว
- 6) การเฝ้าระวังโรคในแรงงานต่างด้าว

4.5.3 สถานพยาบาลที่จะเข้าร่วมโครงการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่าง - ด้าว และระบบการให้บริการของสถานพยาบาล ใช้รูปแบบหน่วยบริการตามแนวทางของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับคนไทย

(1) สถานพยาบาลที่ดำเนินการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ เป็นผู้เก็บค่าตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพเอง

(2) การดำเนินการประกันสุขภาพให้ดำเนินการโดยสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลเอกชน โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กรมการแพทย์ มีอำนาจหน้าที่ในการออกประกาศรับสมัครสถานพยาบาลเอกชนเข้าร่วม โครงการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ในพื้นที่ที่ประเมินผลการดำเนินการแล้วพบปัญหาในด้านความครอบคลุมการให้บริการ การเข้าถึงบริการความแออัดของการให้บริการ ตลอดจนคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาล

(3) สถานพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวตามประกาศของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กรมการแพทย์ ต้องมีคุณสมบัติดังนี้

- 1) เป็นสถานพยาบาลที่มีลักษณะสถานพยาบาลเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติมที่สามารถรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนเกินสามสิบเตียงขึ้นไป ที่มีผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ได้รับวุฒิปริญญาตรีหรือหนังสืออนุมัติ อย่างน้อย 4 สาขาหรือ คือ อายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม และสูติรีเวชกรรม
 - 2) เป็นสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 - 3) เป็นสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองด้านการพัฒนาระบบคุณภาพการบริการระบบใดระบบหนึ่งที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กรมการแพทย์รับรอง
 - 4) เป็นสถานพยาบาลที่มีคุณสมบัติเพิ่มเติมตามที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กรมการแพทย์ เห็นว่ามีความจำเป็นและประกาศเพิ่มเติม
- (4) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กรมการแพทย์ มีหน้าที่ประเมินผลการดำเนินการและตรวจสอบคุณสมบัติของสถานพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการในแต่ละปีเพื่อกำหนดการจัดระบบในปีต่อไป

5. ข้อมูลพื้นฐานจังหวัดสระแก้ว

5.1 สภาพทั่วไปของจังหวัด

สระแก้วเดิมมีฐานะเป็นตำบล ซึ่งสมัยก่อนทางราชการได้ตั้งเป็นด่านสำหรับตรวจคนและสินค้าเข้า - ออก มีข้าราชการตำแหน่งนายกองทำหน้าที่เป็นนายด่าน จนถึงปี พ.ศ. 2452 ทางราชการจึงได้ยกฐานะขึ้นเป็นกิ่งอำเภอ ชื่อว่า “กิ่งอำเภอสระแก้ว” ขึ้นอยู่ในการปกครองของอำเภอกบินทร์บุรี โดยใช้ชื่อสระน้ำเป็นชื่อกิ่งอำเภอมานถึงปัจจุบัน ต่อมาเมื่อวันที่ 23 กรกฎาคม 2501 ซึ่งได้มีพระราชกฤษฎีกายกฐานะขึ้นเป็นอำเภอชื่อว่า “อำเภอสระแก้ว” ขึ้นอยู่ในการปกครองของจังหวัดปราจีนบุรีและต่อมาเมื่อ 1 ธันวาคม 2536 ได้มีพระราชบัญญัติจัดตั้งจังหวัดสระแก้วขึ้นประกาศในราชกิจจานุเบกษาฉบับพิเศษ ลงวันที่ 2 กันยายน 2536 เป็นผลให้จังหวัดสระแก้วได้เปิดทำการใน วันที่ 1 ธันวาคม 2536 โดยเป็นจังหวัดที่ 74 ของประเทศไทย

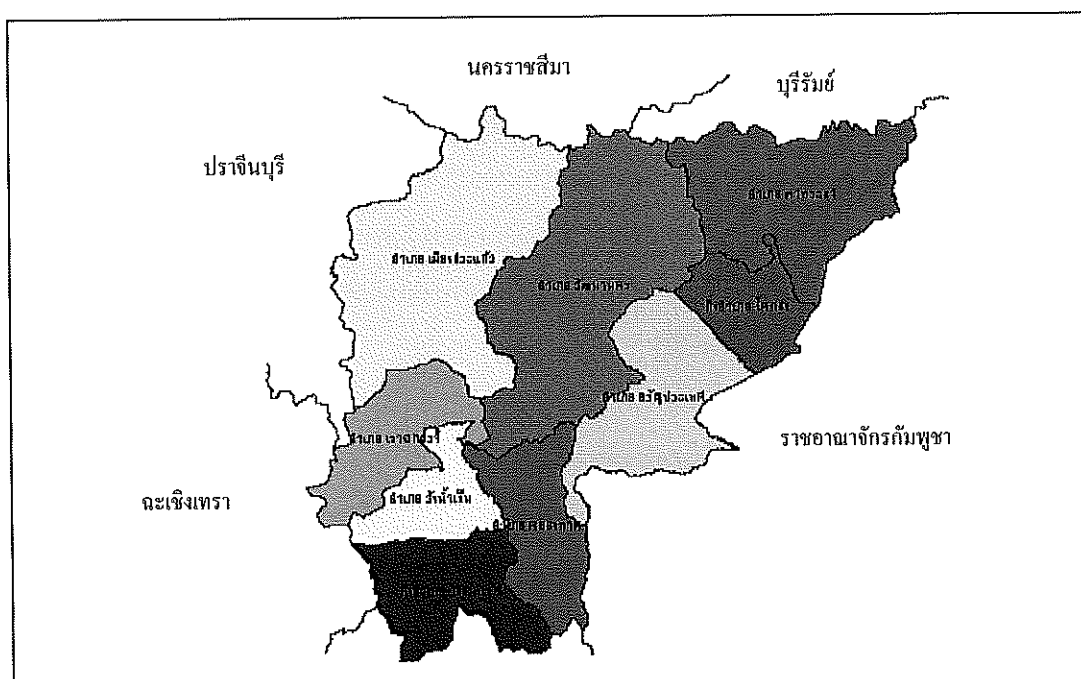
5.2 ที่ตั้งและอาณาเขต

จังหวัดสระแก้ว ตั้งอยู่ภาคตะวันออกของประเทศไทย อยู่ห่างจากกรุงเทพฯ 236 กม. มีเนื้อ - ที่ประมาณ 7,195.138 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 4,496,961 ไร่ มีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัด โกลีเคียง ดังนี้

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ	อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา และอำเภอ
		สะพานทรายจังหวัดบุรีรัมย์

ทิศใต้ ติดต่อกับ อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี
 ทิศตะวันออก ติดต่อกับ ราชอาณาจักรกัมพูชา
 ทิศตะวันตก ติดต่อกับ อำเภอกบินทร์บุรี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี
 และอำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา

แผนภาพที่ 2.1 แผนที่แสดงอาณาเขตพื้นที่จังหวัดสระแก้ว



5.3 หน่วยการปกครอง

การปกครองแบ่งออกเป็น 7 อำเภอ 2 กิ่งอำเภอ 59 ตำบล 637 หมู่บ้าน 8 เทศบาล (1 เทศบาลเมือง 7 เทศบาลตำบล) 58 องค์การบริหารส่วนตำบล

5.4 ระบบเศรษฐกิจ

สภาพทางเศรษฐกิจของชาวจังหวัดสระแก้ว ในปี 2548 พบว่า ประชากรมีรายได้เฉลี่ยต่อหัว 36,788 บาท เป็นอันดับที่ 8 ของภาค และลำดับที่ 55 ของประเทศ โดยทั้งจังหวัดมีผลิตภัณฑ์มวลรวม 25,615 ล้านบาท รายได้ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับสาขาการขายส่งและขายปลีก คิดเป็นมูลค่า 8,977 ล้านบาท รองลงมาเป็นสาขาเกษตรกรรม คิดเป็นมูลค่า 5,402 ล้านบาท อันดับสามได้แก่ การผลิตอุตสาหกรรม คิดเป็นมูลค่า 2,237 ล้านบาท (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย สถิติข้อมูลประชากร, 2553, ระบบออนไลน์)

สรุปได้ว่า ลักษณะของพื้นที่ชายแดนไทย - กัมพูชา จังหวัดสระแก้ว ทั้งด้านภาษา ศาสนาและความเชื่อนั้น มีความหลากหลายเพราะจากการอพยพเข้ามาตั้งถิ่นฐานชาวบ้านในจังหวัดใกล้เคียง เช่น บุรีรัมย์ สุรินทร์ และการอพยพมาจากต่างประเทศ เช่น กัมพูชา เวียดนาม มอญ ทำให้มีการใช้ภาษาหลายรูปแบบ และมีลักษณะคำเฉพาะของแต่ละภาษา รวมถึงความหลากหลายในการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา และการปฏิบัติตามความเชื่อของแต่ละกลุ่ม

5.5 อำเภอคลองหาด

อำเภอคลองหาดตั้งอยู่ทางทิศใต้ของจังหวัด มีอาณาเขตติดต่อกับเขตการปกครองข้างเคียงดังต่อไปนี้

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ	อำเภอเขาฉกรรจ์และอำเภอวัฒนานคร
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ	อำเภออรัญประเทศ และจังหวัดพระตะบอง (ราชอาณาจักรกัมพูชา)
ทิศใต้	ติดต่อกับ	อำเภอสอยดาว (จังหวัดจันทบุรี)
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ	อำเภอวังสมบูรณ์และอำเภอวังน้ำเย็น

อำเภอคลองหาดแบ่งพื้นที่การปกครองออกเป็น 7 ตำบล 69 หมู่บ้าน คือ

1. ตำบลคลองหาด (Khlong Hat) 13 หมู่บ้าน
2. ตำบลไทยอุดม (Thai Udom) 9 หมู่บ้าน
3. ตำบลซำมะกรูด (Sap Makrut) 11 หมู่บ้าน
4. ตำบลไพร่เตี้ย (Sai Diao) 9 หมู่บ้าน
5. ตำบลคลองไก่อี้น (Khlong Kai Thuean) 11 หมู่บ้าน
6. ตำบลเบญจขร (Benchakhon) 10 หมู่บ้าน
7. ตำบลไพร่ทอง (Sai Thong) 8 หมู่บ้าน

ท้องที่อำเภอคลองหาด ประกอบด้วย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 7 แห่ง ได้แก่

1. เทศบาลตำบลคลองหาด ครอบคลุมพื้นที่ตำบลคลองหาดทั้งตำบล
2. องค์การบริหารส่วนตำบลไทยอุดม ครอบคลุมพื้นที่ตำบลไทยอุดมทั้งตำบล
3. องค์การบริหารส่วนตำบลซำมะกรูด ครอบคลุมพื้นที่ตำบลซำมะกรูดทั้งตำบล
4. องค์การบริหารส่วนตำบลไพร่เตี้ย ครอบคลุมพื้นที่ตำบลไพร่เตี้ยทั้งตำบล
5. องค์การบริหารส่วนตำบลคลองไก่อี้น ครอบคลุมพื้นที่ตำบลคลองไก่อี้นทั้ง

ตำบล

6. องค์การบริหารส่วนตำบลเบญจขร ครอบคลุมพื้นที่ตำบลเบญจขรทั้งตำบล
7. องค์การบริหารส่วนตำบลไพร่ทอง ครอบคลุมพื้นที่ตำบลไพร่ทองทั้งตำบล

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เบญจา ยอดดำเนิน - แอ๊ดติคและคณะ (2552) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “การใช้ยุทธวิธีทางสังคมเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนตามแนวชายแดนไทย - พม่า ในพื้นที่สูง อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี ประเทศไทย” โดยได้นำเสนอภาพการดำเนินงานขององค์กรเอกชนในพื้นที่อำเภอสังขละบุรี ที่เลือกใช้ยุทธวิธีทางสังคมแทนยุทธวิธีทางด้านสาธารณสุข เป็นเครื่องมือในการดำเนินงานจัดบริการทางสังคมและสุขภาพแก่กลุ่มชาติพันธุ์ตามแนวชายแดน โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี กลุ่มบุคคลที่มีอายุระหว่าง 15 - 29 ปี และกลุ่มบุคคลที่มีอายุระหว่าง 15 - 49 ปี เพื่อนำมาวิเคราะห์ร่วมกันกับข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชากรในพื้นที่ ผลการศึกษาพบว่า บทบาทขององค์กรเอกชนที่ส่งผลต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของประชากรในพื้นที่ศึกษา สามารถวัดได้โดยใช้กรอบการประเมินการส่งเสริมสุขภาพใน 3 ด้าน คือ

- 1) การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้และความสามารถในการนำความรู้ไปใช้ของแต่ละบุคคลในชุมชน
- 2) การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของคนในชุมชน โดยวัดจากพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การเข้าถึงและการใช้บริการสุขภาพและบริการทางสังคม เป็นต้น และ 3) วัดจากการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตในภาพรวม หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตได้ตามบทบาทหน้าที่ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งเป็นความหมายของสุขภาพอีกมิติหนึ่ง ผลการวิจัยแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ประชากรในพื้นที่ศึกษามีความรู้เพิ่มขึ้น รวมทั้งมีความสามารถในการนำความรู้ไปใช้ในกิจกรรมต่างๆ ที่นำไปสู่สภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่น ภาวะทุพโภชนาการและการได้รับวัคซีนไม่ครบถ้วนในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนมีอัตราลดลง นอกจากนี้ภาวะสุขภาพของประชากรโดยทั่วไปก็ดีขึ้น เนื่องจากการเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพมากขึ้น ในแง่คุณภาพชีวิตเมื่อใช้วิธีการ วัดเชิงอัตวิสัยของกลุ่มประชากรวัย 15 - 29 ปี ก็พบว่าส่วนใหญ่มองว่าตนเองมีสุขภาพดี และสามารถปฏิบัติภารกิจในชีวิตประจำวันและใช้ชีวิตทางสังคมได้เป็นอย่างดี

รวีสร จิรโรจน์วัฒน์ และคณะ (2551) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการดำเนินงานของคณะกรรมการชายแดนระดับอำเภอในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย - กัมพูชา จังหวัดจันทบุรีและตราด” โดยเป็นการวิจัยสำรวจเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ต่อบทบาทหน้าที่ ความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคในการดำเนิน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการดำเนินงาน งานป้องกันควบคุมโรคติดต่อในกลุ่มแรงงานข้ามชาติตามแนวชายแดนไทย - กัมพูชา ของคณะกรรมการชายแดนระดับอำเภอ โดยความสำเร็จในการดำเนินงานศึกษารั้งนี้ แบ่งเป็น ด้านการวางแผนงาน การปฏิบัติงานตามแผนที่วางไว้ การประสานงาน และความพึงพอใจในการทำงาน ทั้งปัจจัยคัดสรร

ที่คาดว่ามีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการดำเนินงาน ประกอบด้วย ความคิดเห็นของ คณะกรรมการในด้านนโยบายการป้องกันควบคุมโรค ความคิดเห็นต่อโครงสร้างคณะกรรมการ ชายแดนระดับอำเภอ ทัศนคติต่อแรงงานข้ามชาติ ระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และ แรงจูงใจในการทำงาน กลุ่มตัวอย่างประชากรเป้าหมายในการศึกษาเป็นกรรมการจากองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติทั้งภาครัฐ เอกชนและชุมชนในพื้นที่ชายแดนที่ได้รับการแต่งตั้งจาก นายอำเภอในพื้นที่ของอำเภอ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สทนากลุ่มและสัมภาษณ์ เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติเพื่อหาค่าสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาตามประเด็นที่กำหนด

ผลการศึกษาพบว่า ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานของคณะกรรมการชายแดนระดับ อำเภอ พบว่ามีการปฏิบัติในระดับมากในด้านการประสานงาน และคณะกรรมการชายแดน ๑ มีความพึงพอใจในการทำงานในระดับมาก ส่วนด้านการวางแผนงานและด้านการปฏิบัติงานตาม แผนที่วางไว้ พบว่าคณะกรรมการชายแดน ๑ มีการปฏิบัติในระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการดำเนินงานของคณะกรรมการ ๑ พบว่าความคิดเห็นต่อนโยบาย การป้องกันควบคุมโรค ๑ และความคิดเห็นต่อโครงสร้างคณะกรรมการชายแดน ระดับการมีส่วนร่วม ของคณะกรรมการ ทัศนคติของคณะกรรมการต่อแรงงานข้ามชาติ และแรงจูงใจในการทำงาน ของคณะกรรมการมีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการดำเนินงานในทุก ๆ ด้านอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรมีการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาที่เฉพาะของคณะกรรมการ ๑ เพื่อนำมาวางแผนการดำเนินงานที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ในการป้องกันควบคุม โรคติดต่อ รวมทั้งบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ ในขณะที่บุคลากรและงบประมาณจำกัดและควรผลักดันให้มีการกำหนดนโยบายระดับชาติในการ ป้องกันควบคุมโรคของกลุ่มแรงงานข้ามชาติตามแนวชายแดนอย่างชัดเจน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ของงานและลดผลกระทบที่เกิดขึ้น ทั้งด้านสาธารณสุขและความมั่นคงของประเทศ

สมนึก ศิริสุวรรณ และคณะ (2548) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “การศึกษาผลกระทบต่อบริการสุขภาพในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้” เป็นการศึกษาาระบาดวิทยาเชิงพรรณนาและเชิงวิเคราะห์ ของผลกระทบจากภาวะวิกฤติต่อการให้บริการในสถานบริการทุกระดับของภาครัฐ คือ โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 4 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 26 แห่ง และสถานีนอนมัย 323 แห่ง เก็บข้อมูลจากระบบรายงานและ โดยการใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษา พบว่า ในระดับสถานีนอนมัยมีการเปลี่ยนด้านการให้บริการในภาวะวิกฤติ ซึ่งส่งผลให้ผู้รับบริการระดับสถานีนอนมัยลดลง นอกจากนั้น ในด้านของผู้ให้บริการ พบว่า จำนวนบุคลากรเฉลี่ยต่อสถานี

อนามัยในระดับสถานีนอนามัยมีแนวโน้มลดลง โดยลดจากจำนวนเฉลี่ย 3.42 คน ในปี 2545 เป็น 3.26 คน ในปี 2547 สำหรับบริการด้านต่าง ๆ ในระดับโรงพยาบาล พบว่า บริการด้านการรักษา ด้านทันตกรรม ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการเยี่ยมบ้าน ในการนิเทศติดตาม การสนับสนุนบุคลากรแก่เครือข่าย มีการเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้จำนวนผู้มารับบริการทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนั้น ด้านบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาล พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย เช่นเดียวกันเมื่อศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพ ของประชาชนจากการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ ขาดเลือด และหอบหืดเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในเพิ่มขึ้น ในขณะที่กลุ่มภาวะแปรปรวนทางจิต และพฤติกรรมเข้ารับบริการ เป็นผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น จะเห็นได้ว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในครั้งนี้ ส่งผลโดยตรงต่อบริการที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด คือ บริการระดับสถานีนอนามัยในขณะที่บริการในระดับโรงพยาบาลได้รับผลกระทบน้อยกว่า

นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ และคณะ (2548) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “การจัดระบบบริการ สุขภาพในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้” โดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ 2 ประการ คือ เพื่อ ศึกษาสถานการณ์และปัญหาการจัดระบบบริการสุขภาพ และเพื่อหาแนวทางการแก้ปัญหาในภาวะ วิกฤติปัจจุบันและรูปแบบบริการสุขภาพในอนาคต โดยได้มีการนำวิธีการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและ คุณภาพมาปรับใช้ และนำกระบวนการพัฒนา มาใช้ทดสอบ ผลการศึกษา พบว่า

1. เกิดผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพ โดยเฉพาะการจัดบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ชนบท และปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลกรณีผู้ป่วยหนัก
2. บริการผู้ป่วยนอกในระดับสถานีนอนามัยลดลง ในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยในมีจำนวนใกล้เคียงเดิมแต่ความรุนแรงของโรคมากขึ้น
3. บุคลากรสุขภาพ เกิดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์และความปลอดภัย ในชีวิตและ ทรัพย์สินของตนเองและครอบครัว
4. เกิดการโยกย้ายของบุคลากรจากชนบทเข้าสู่เมือง จากเมืองในพื้นที่เสี่ยงสู่จังหวัดอื่น ซึ่งการศึกษาดังกล่าวได้ให้ข้อเสนอแนะในการการแก้ปัญหา ประกอบด้วย

แนวทางในการแก้ปัญหาระยะสั้น เป็นการแก้ปัญหความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน การปรับปรุงระบบค่าตอบแทนและสวัสดิการ สร้างระบบสนับสนุนในภาวะวิกฤติ ทั้งด้านการ ปรึกษา การส่งต่อและจัดบุคลากรเสริม

แนวทางในการแก้ปัญหาระยะยาว เป็นการสร้างและดำรงไว้ซึ่งภาวะสันติ การเปิด โอกาสให้คนในพื้นที่โดยเฉพาะในชนบทได้มีการศึกษาทางด้านบริการสุขภาพและสาธารณสุข

มากขึ้น สนับสนุนการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรในปัจจุบัน สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการ
จัดบริการสุขภาพ และระบบค่าตอบแทนและสวัสดิการที่เหมาะสม

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยเทคนิคการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับการวิจัยเชิงปริมาณ และคณะผู้วิจัยยังได้ใช้วิธีการศึกษาข้อมูลเอกสารประกอบการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ด้วย โดยมีวิธีการศึกษาวิจัยดังนี้

วิธีการศึกษาในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ กล่าวคือ

1) เชิงปริมาณ

เป็นการสำรวจการเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนไทย - กัมพูชา จังหวัดสระแก้ว โดยเป็นการสำรวจข้อมูลส่วนบุคคล ประเภทและลักษณะการเข้ามาใช้บริการ รวมทั้งความคิดเห็นต่อบริการสาธารณสุขในประเทศไทยของประชาชนกัมพูชา

2) เชิงคุณภาพ

การศึกษานอกสาร เพื่อศึกษาในประเด็นที่เกี่ยวกับนโยบาย และมาตรการการให้บริการสาธารณสุขในพื้นที่แนวชายแดนไทย - กัมพูชา สถิติและผลการดำเนินงานของหน่วยงานที่ให้บริการสาธารณสุขในพื้นที่ รายงานประจำปี ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ข้อมูลสัดส่วนประชาชนกัมพูชาที่เข้ามาขอรับบริการจากสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ และข้อมูลสัดส่วนงบประมาณค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนกัมพูชา

การสัมภาษณ์เชิงลึก จากบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนไทย - กัมพูชา จังหวัดสระแก้ว ทั้งในระดับนโยบาย และระดับปฏิบัติการในพื้นที่ ซึ่งจะสัมภาษณ์ในประเด็นดังต่อไปนี้เพื่อศึกษา

1. เพื่อศึกษาพัฒนาการของการให้บริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนอันเป็นผลมาจากการเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชา โดยจะทำการศึกษาพัฒนาการใน 5 ด้าน ประกอบด้วย (1) พัฒนาการของนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดน (2) พัฒนาการของการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนให้กับประชาชนไทยและประชาชนกัมพูชา (3) รูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนจากอดีตจนถึงปัจจุบัน (4) แนวโน้มของปัญหาในการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดน (5) การเตรียมพร้อมในการบริหารทรัพยากรเพื่อรองรับการเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนกัมพูชาของหน่วยงานสาธารณสุขชายแดน

2. เพื่อศึกษาลักษณะเฉพาะของการบริหารสถานบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดน โดยทำการเปรียบเทียบ หาลักษณะเด่นของการบริหารงานสถานบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดน จำแนกตามปัจจัยทางการบริหาร ประกอบด้วย (1) ลักษณะเฉพาะของกลุ่มโรคที่พบบ่อยในพื้นที่ชายแดน (2) การสื่อสารกับผู้รับบริการสาธารณสุข (3) การเก็บค่ารักษาพยาบาลจากผู้รับบริการสาธารณสุขชาวต่างชาติ (4) ช่วงเวลาในการให้บริการ (5) คุณสมบัติเฉพาะของผู้ให้บริการสาธารณสุขตามแนวชายแดน (6) การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (7) การส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ชายแดน (8) ลักษณะเฉพาะด้านกฎระเบียบและการบริหารจัดการ

3. เพื่อศึกษาผลที่เกิดจากการเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยของประชาชนต่างชาติ โดย ศึกษา 6 ด้าน คือ (1) ผลกระทบด้านบุคลากรทางการแพทย์ (2) ผลกระทบด้านงบประมาณของหน่วยงานทางสาธารณสุขในพื้นที่ (3) ผลกระทบด้านวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ (4) ผลกระทบด้านการบริหารงานสาธารณสุขในพื้นที่ (5) ผลกระทบด้านแบบแผนการให้บริการสาธารณสุขในพื้นที่ (6) ผลกระทบที่เกิดต่อการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนไทยในพื้นที่ (7) ผลกระทบต่อการบริหารจัดการแรงงานต่างด้าวในพื้นที่ อ.คลองหาด จ.สระแก้ว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาการศึกษารายการเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนไทย - กัมพูชา จังหวัดสระแก้ว ในส่วนเชิงปริมาณ ได้กำหนดประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็น ประชาชนกัมพูชาที่เข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในพื้นที่ อ.คลองหาด จังหวัดสระแก้ว โดยใช้วิธีการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีของ Taro Yamane และในการศึกษารายการนี้ได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชาชนกัมพูชาที่เข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในอำเภอคลองหาด โดยเลือกสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งในพื้นที่เป็นหน่วยในการศึกษา ซึ่งใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ในการเลือกผู้ตอบแบบสอบถาม

ตารางที่ 3.1 จำนวนหมู่บ้าน/ชุมชนในจังหวัดสระแก้วจำแนกตามพื้นที่

อำเภอ	จำนวนบุคคลต่างด้าวที่มารับบริการสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดสระแก้ว		
	ประชากร	กลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้	กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บข้อมูล
อำเภอคลองหาด	1,684	323.22	324

หมายเหตุ : สถิติผู้เข้าใช้บริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2550

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ในผลกระทบที่เกิดจากการเข้ามาให้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยของประชาชน
กัมพูชา โดยจะทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญแบบเจาะจง โดยทำการคัดเลือกจาก

1. บุคลากรผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายการจัดบริการสาธารณสุขตาม
แนวชายแดนระดับกระทรวง 1 ท่าน คือ

1.1 คุณสุรารักษ์ ธรรมชาติ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
กระทรวงสาธารณสุข

2. บุคลากรผู้มีหน้าที่ในการกำกับดูแลนโยบายการจัดบริการสาธารณสุขสุขตามแนว
ชายแดนในระดับจังหวัด ประกอบด้วย

2.1 นายแพทย์อัมฤงค์ รวยอาจิน	แพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
2.2 นายแพทย์ยุทธพงษ์ ศรีมงคล	รองนายแพทย์สาธารณสุข
2.3 นางยุภาพรรณ วรรณชัยวงศ์	รองนายแพทย์สาธารณสุข

3. กลุ่มสาธารณสุขอำเภอและหัวหน้าสถานีอนามัย ประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอ
คลองหาด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ 1 ท่าน และหัวหน้าสถานีอนามัยทุกสถานีอนามัย 9 สถานี
อนามัย รวม 11 ท่าน ประกอบด้วย

3.1 นางอารี วิเชียร	สาธารณสุขอำเภอลองหาด
3.2 นายธนาตล คำดำ	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอลองหาด
3.3 นางกัญญารัตน์ สมบูรณ์	หัวหน้าสถานีอนามัยบ้านชุมทอง
3.4 นางพรพรรณ สร้อยทอง	หัวหน้าสถานีอนามัยบ้านหนองแขว
3.5 นายปคม แรกจั้น	หัวหน้าสถานีอนามัยบ้านทับทิมสยาม

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| 3.6 นายนิกร เหลืองจันทิก | หัวหน้าสถานีนอนามัยบ้านหินกอง |
| 3.7 นางยุวดี สารพันธ์ | หัวหน้าสถานีนอนามัยราชันย์ |
| 3.8 นายประดิษฐ์ เพ็ญพุ่ม | หัวหน้าสถานีนอนามัยคลองไก่อ่เดือน |
| 3.9 นายพิระยุทธ์ พุ่มเรือนทอง | หัวหน้าสถานีนอนามัยบ้านน้ำคำ |
| 3.10 นางวัลลีย์ นิตศาสตร์ | หัวหน้าสถานีนอนามัยบ้านนาดี |
| 3.11 นายอนุกุล กลั่นกมล | หัวหน้าสถานีนอนามัยบ้านเขาต้ออก |
4. บุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้บริการสาธารณสุข ประกอบด้วย ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลอำเภอคลองหาด และพยาบาลประจำโรงพยาบาลคลองหาด รวม 2 ท่าน ประกอบด้วย
- | | |
|------------------------------|-------------------------------|
| 4.1 นายแพทย์ราเชษฎ์ เจริญพนม | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองหาด |
| 4.2 นางจิรภัทร พึ่งเกษม | หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลคลองหาด |
5. อาสาสมัครสาธารณสุขผู้รับผิดชอบการดูแลบริการสาธารณสุขในพื้นที่ตามแนวชายแดน จังหวัดสระแก้ว สถานีอนามัยละ 1 ท่าน รวม 9 ท่าน ประกอบด้วย
- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| 5.1 น.ส.วิลาวรรณ เปรมกระโทก | อสม.สถานีอนามัยบ้านหินก |
| 5.2 น.ส.สุภาพร เณลิมศรี | อสม.สถานีอนามัยบ้านน้ำคำ |
| 5.3 น.ส.บุญเหลือ เขียวทอง | อสม.สถานีอนามัยบ้านชุมทอง |
| 5.4 นางสาวนิม ค่าน้อง | อสม.สถานีอนามัยบ้านหนองแข |
| 5.5 นางไพรวลัย เสริมยงค์ | อสม.สถานีอนามัยบ้านนาดี |
| 5.5 นายขวัญไพร หนูทอง | อสม.สถานีอนามัยคลองไก่อ่เดือน |
| 5.7 นางเข็มทอง สุภาสุรย์ | อสม.สถานีอนามัยบ้านเขาต้ออก |
| 5.8 นางรัตติกาล วรสุข | อสม.สถานีอนามัยราชันย์ |
| 5.9 นางรุ่งนภา สิงใจ | อสม.สถานีอนามัยราชันย์ |
6. เจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชนที่รับผิดชอบดูแลประชาชนกัมพูชาตามแนวชายแดนในพื้นที่จังหวัดสระแก้ว 2 ท่าน
- | | |
|--------------------------------|--|
| 6.1 นางสาวอรทัย จุลสุวรรณรักษ์ | ผู้จัดการ โครงการ Friend International |
| 6.2 นางสาวกานต์ เจริญพานิชย์ | เจ้าหน้าที่โครงการ มูลนิธิศุภนิมิต |
| | โครงการพิเศษอรัญประเทศ |
7. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริหารแรงงานต่างด้าวในพื้นที่ ประกอบด้วย
- | | |
|--------------------------|--------------------------------|
| 7.1 นายธีรพล ศิรินาวัฒน์ | นายอำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว |
| 7.2 นายวีรชัย ขาวสำลี | นายกสมาคมเกษตรกรอำเภอคลองหาด |

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้เทคนิคการสำรวจด้วยแบบสอบถาม โดยแบ่งออกเป็นแบบสอบถามออกเป็น 2 ชุดคือ

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลการเข้ามารับบริการสาธารณสุขในประเทศไทยของประชาชนกัมพูชา ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลบริการสาธารณสุขที่ประชาชนกัมพูชา เข้ามารับบริการสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดสระแก้ว

ส่วนที่ 3 ปัญหาอุปสรรคและสาเหตุในการเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทย

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นของประชาชนกัมพูชาต่อบริการสาธารณสุขในประเทศไทย

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนา (ความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นต้น)

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้เทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth - Interview) การสนทนากลุ่มย่อย (Small Group Discussion) กับการศึกษาข้อมูลเอกสาร เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth - interview) การสนทนากลุ่มย่อย (Small Group Discussion) ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบการจำแนกชนิดข้อมูล (Typological Analysis) การวิเคราะห์โดยการเปรียบเทียบข้อมูล (Constant Comparison)

3. การตรวจสอบเครื่องมือและข้อมูล

1. การตรวจสอบแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ ใช้การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดบริการสาธารณสุข และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการสาธารณสุขเป็นผู้ตรวจสอบ อันได้แก่

1) ผศ.ดร. วรางคณา ผลประเสริฐ

2) ผศ.ดร. นันทวรรณ อินทราชดิ

3) ดร. ปิ่นกนก วงศ์ปิ่นเพชร

จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดสอบ ณ โรงพยาบาลอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว อย่างน้อย 30 ชุด เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ .8725

2. การตรวจสอบข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า (Data Triangulation) เพื่อตรวจสอบข้อมูลที่มาจากแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกัน โดยการตรวจสอบพิจารณาจากความสอดคล้องและความแตกต่างของข้อมูลจากแหล่งบุคคล (โดยพิจารณาว่าถ้าบุคคลผู้ให้ข้อมูลเปลี่ยนไป ข้อมูลจะเหมือนเดิมหรือไม่)
3. การตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญเมื่อมีการรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบแล้ว นำข้อมูลที่ได้ประชุมร่วมกันระหว่างคณะผู้วิจัยกับผู้เชี่ยวชาญแล้วร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้อีกครั้ง

บทที่ 4

ผลการศึกษาผลกระทบที่เกิดจากการจัดบริการสาธารณสุข ให้ประชาชนกัมพูชาอำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว

การโครงการวิจัยเรื่อง “ผลกระทบที่เกิดจากการจัดบริการสาธารณสุขให้ประชาชนกัมพูชาอำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพัฒนาการของการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนอันเป็นผลมาจากการเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชา ลักษณะเฉพาะของการบริหารสถานบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดน การเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยของประชาชนชาวกัมพูชาในพื้นที่ชายแดนไทย จังหวัดสระแก้ว และเพื่อศึกษาผลกระทบที่เกิดจากการเข้าใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยของประชาชนกัมพูชาในพื้นที่ชายแดนไทย จังหวัดสระแก้ว โดยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ได้ทำการสำรวจข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 7 กลุ่ม ประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 บุคลากรผู้มีหน้าที่ในการกำกับดูแลนโยบายการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนในระดับจังหวัด จำนวนทั้งสิ้น 3 ท่าน

กลุ่มที่ 2 หัวหน้าสถานพยาบาล (โรงพยาบาล หรือสถานีอนามัย) ผู้รับผิดชอบการให้บริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดน จังหวัดสระแก้ว ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำเภอคลองหาด และหัวหน้าสถานีอนามัยทุกสถานีอนามัย 9 สถานีอนามัย รวมทั้งสิ้น 10 ท่าน และ สาธารณสุขอำเภอคลองหาด และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ รวม 2 ท่าน รวมทั้งสิ้น 12 ท่าน

กลุ่มที่ 3 อาสาสมัครสาธารณสุขผู้รับผิดชอบการดูแลบริการสาธารณสุขในพื้นที่ตามแนวชายแดน จังหวัดสระแก้ว สถานีอนามัยละ 1 ท่าน รวม 9 ท่าน

กลุ่มที่ 4 บุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้บริการสาธารณสุข ประกอบด้วย พยาบาลประจำโรงพยาบาลคลองหาด รวม 1 ท่าน

กลุ่มที่ 5 เจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชนที่รับผิดชอบดูแลประชาชนกัมพูชาตามแนวชายแดนในพื้นที่จังหวัดสระแก้ว 2 ท่าน

กลุ่มที่ 6 บุคลากรผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนระดับกระทรวง 1 ท่าน

กลุ่มที่ 7 สมาคมเกษตรกรอำเภอคลองหาด ตัวแทนผู้ใช้แรงงานต่างด้าว 1 ท่าน + นายอำเภอ
คลองหาด จังหวัดสระแก้ว 1 ท่าน

นอกจากนั้นทำการเก็บรวบรวมข้อมูลการเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยของ
ประชาชนชาวกัมพูชาในพื้นที่ชายแดนไทย จังหวัดสระแก้วจากประชาชนกัมพูชาที่เข้ามาใช้บริการ
สาธารณสุขในประเทศไทย โดยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่โครงการ รวม 352 ตัวอย่าง พบผล
การศึกษาดังนี้

ตอนที่ 1 ศึกษาพัฒนาการของการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนอันเป็นผลมาจาก การเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชา

ตอนที่ 1.1 พัฒนาการของนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสาธารณสุขตามแนว

ชายแดน

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญผู้มีหน้าที่ในการกำกับดูแลนโยบายการจัดบริการสาธารณสุขตามแนว
ชายแดนในระดับจังหวัด ซึ่งประกอบด้วย สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว และรองนายแพทย์สาธารณสุข
อีก 2 ท่าน กล่าวถึงนโยบายที่การจัดบริการสาธารณสุขชายได้ว่า ไม่มีนโยบายที่ชัดเจน โดยส่วนใหญ่
เป็นเพียงการให้นโยบายด้วยวาจาจากผู้บริหารระดับสูงจากกระทรวงในการประชุมตามโอกาสต่าง ๆ
ซึ่งนโยบายดังกล่าวเป็นการเน้นย้ำให้ยึดหลักมนุษยธรรม และเพื่อสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่าง
ประเทศ กล่าวคือ การจัดเก็บค่ารักษาพยาบาล ซึ่งผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งกลุ่มตอบ ไปในทิศทางเดียวกันคือ
การเก็บค่ารักษาพยาบาลจะเก็บในกรณีผู้ป่วยที่มีความสามารถในการจ่ายได้ อาจจะเป็นการเก็บเต็ม
จำนวนหรือเพียงบางส่วนเท่าที่ผู้ป่วยสามารถจ่ายได้ หากไม่สามารถจ่ายได้จะไม่เรียกเก็บ ดังการให้
สัมภาษณ์ ดังนี้

“ต้องให้บริการเพียงแต่ว่าเราเอาระเบียบของกระทรวงสาธารณสุขเข้ามาเป็นองค์ประกอบว่า
ถ้าหากไม่มีติดอะไรเราก็พยายามเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล แต่ถ้าหากไม่มีก็คือการใช้มนุษยธรรมว่าก็
เท่าที่ได้” (แพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว)

“ถ้าเรียกเก็บได้เราก็เก็บ ถ้าเรียกเก็บไม่ได้เราก็ต้องดูแล” (รองนายแพทย์สาธารณสุข - นางยุภาพรรณ)

กรณีที่สามารถเก็บรายได้จากการเข้ารับบริการสาธารณสุขของประชาชนชาวกัมพูชาที่สามารถเก็บได้ อาทิ การคลอดบุตร ประมาณ 3,000 - 4,000 บาท ต่อครั้ง ซึ่งประชาชนชาวกัมพูชาที่มาใช้บริการมีความพึงพอใจ ในกรณีของผู้ที่มีความสามารถในการจ่ายได้

ในส่วนของนโยบายการจัดสาธารณสุขตามชายแดนที่ต่างจากบริการสาธารณสุขอื่น ๆ นั้น ไม่มีนโยบายเป็นพิเศษ แต่ในระดับจังหวัดจะมีการเน้นย้ำให้ระดับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ต้องมีการศึกษาข้อมูลในพื้นที่ของตน อาทิ การควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดน โดยดูว่าโรคอะไรที่จะเป็นปัญหาหรือว่าอาจจะเกิดขึ้นได้ในลักษณะของการที่มีชายแดน เช่น มาลาเรีย เพราะชายแดนนั้นมีป่า ถึงแม้โรคไม่เกิดจากฝั่งไทยแต่สามารถติดต่อกันได้ เพราะประชาชนสองประเทศมีการเดินทางและติดต่อระหว่างกัน สำหรับการป้องกันและควบคุมเกี่ยวกับโรคมาลาเรีย นายแพทย์ยุทธพงษ์ รองนายแพทย์สาธารณสุข กล่าวว่า

“ถ้าคนของเขาเดินทางมาฝั่งเรา แล้วก็ป่วยพาหะ เราสกัดได้ไหม เราสกัดไม่ได้ เพราะว่าเราไม่สามารถสกัดพาหะที่เดินทางข้ามไปข้ามมาทำงาน เพราะฉะนั้นสิ่งที่เราทำได้ก็คือเราต้องระวังอุบัติเหตุการเกิดมาลาเรียของเราก่อนเกิดขนาดไหน พอมันเกิดขึ้นมาราก็ต้องลงไปส่อง ถ้าเกิดขึ้นมากผิดปกติเราก็คงต้องลงไปควบคุมอาการ ส่วนมากก็จะเป็นเกี่ยวกับแรงงานอพยพ เราก็คงจะไปให้คำแนะนำ และตรวจเลือด กัมพูชาที่เข้ามาขายแรงงาน” (รองนายแพทย์สาธารณสุข - นายแพทย์ยุทธพงษ์)

ในขณะที่กลุ่มสาธารณสุขอำเภอและหัวหน้าสถานีอนามัย ซึ่งประกอบด้วย 1) สาธารณสุขอำเภอคลองหาด 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอคลองหาด 3) หัวหน้าสถานีอนามัยอีก 5 ท่าน ให้รายละเอียดในเรื่องนโยบายที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน โดยสาธารณสุขอำเภอคลองหาดให้ข้อมูลว่า นโยบายมีมานานแล้ว มีโดยมีการกำหนดยุทธศาสตร์ต่าง ๆ และมีการเปลี่ยนแปลง อาทิ 1) บุคลากร ต้องมีความรู้ความสามารถมากขึ้นเป็นพิเศษ 2) ปรับโครงสร้างสถานบริการ 3) เรื่องการประสานงานกับชายแดน โดยเป็นการบูรณาการร่วมกับหน่วยอื่น เช่น กับทางอำเภอ สัสดี ทหาร 4) การตรวจสอบผลิตภัณฑ์ สินค้าต่าง ๆ ดังที่ สาธารณสุขอำเภอคลองหาด กล่าวว่า

“เรื่องสถานบริการ และก็เรื่องคน และก็เรื่องการประสานงานชายแดน ตรงนี้เค้าจะมี ก็คือเวลาไปพูดคุยหรือไปอบรมอะไรก็ต้องบอกว่าในเรื่องของการประสานงานชายแดน เรามีแนวของการประสานที่เป็นไปในทางบวกให้มากที่สุด ก็คือเวลาเราประสานงานจะเป็นแบบบูรณาการบวก และบูรณาการด้วย เวลาที่เราเข้าไปเราไม่ได้เข้าไปเดี่ยว ๆ เราต้องร่วมกันทุกหน่วยงาน” (ศาสตราจารย์สุชาติ คอลองหาด)

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขคลองหาด ให้ข้อมูลว่านโยบายที่ทำร่วมกับทางกระทรวงมหาดไทยในเรื่องยาเสพติด ส่วนนโยบายของหน่วยงานจะมีการเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ชายแดน ในส่วนของการให้บริการคนกัมพูชาให้บริการมาตรฐานเดียวกับคนไทยเพราะนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขคือ เน้นความเป็นมนุษย์ การช่วยกันรักษา ไม่ว่าจะเป็นเชื้อชาติไหน รวมถึงมีการส่งเสริมป้องกัน เช่นการฟันสารเคมีป้องกันไข้เลือดออก ในที่พักของชาวกัมพูชา การรณรงค์การให้วัคซีนหยอดโปลิโอ ดังที่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขคลองหาด กล่าวว่า

“เราก็ต้องไปส่งเสริมป้องกัน ไม่ว่าจะเป็นการฟันสารเคมี ฟันป้องกันไข้เลือดออก เราก็ทำคู่ไปกับของคนไทย อย่างถ้ากลุ่มนี้มีที่พักของชาวกัมพูชา เราก็ต้องไปรณรงค์ด้วย การให้วัคซีนหยอดโปลิโอพวกนี้ เราก็ต้องทำด้วย” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขคลองหาด)

ในส่วนของ หัวหน้าอนามัยทั้ง 5 แห่ง ให้ข้อมูลถึงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนหรือการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนประเทศเพื่อนบ้านว่า ดังนี้

หัวหน้าสถานีอนามัยหลุ่ม กล่าวว่า ไม่มีนโยบายที่ชัดเจน แต่ปีที่ผ่านมานายอำเภอให้บันทึกข้อมูล ผู้ที่เข้ามาใช้บริการ แต่ข้อมูลส่วนนี้ใช้เพื่อนำไปของงบประมาณค่าหัวกับ สปสช.ไม่ได้เนื่องจากไม่มีงบประมาณส่วนนี้ แต่การที่ไม่มีข้อมูลส่งผลให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว เพราะในกรณีที่มาทำคลอดต้องมีการออกเยี่ยมและติดตามเรื่องการฉีดวัคซีนให้ทารก รวมไปถึงเกิดปัญหาเรื่องการเรียกเก็บค่าวัคซีนเด็ก แต่อย่างไรก็ตามนโยบายของทางอำเภอให้แรงงานขึ้นทะเบียน และให้หน่วยงานสาธารณสุข ให้ดูแลชาวต่างชาติให้เหมือนคนไทย และหัวหน้าสถานีอนามัยหลุ่มเห็นว่า การให้บริการชาวกัมพูชาเป็นการเพิ่มภาระงานให้กับบุคลากร โดยกล่าวว่า

“เมื่อเขารับบริการกับเรา เหมือนการควบคุมโรคเหมือนมาหยอด คนที่อยู่ในพื้นที่บางคน มาตลอดที่เมืองไทย เขามาฝากท้องก็เรา เข็มหลังคลอด บางทีก็ติดตามฉีดวัคซีนเด็ก เราจะเก็บค่าฉีด วัคซีนเด็กกับพวกนี้ไม่ได้เลย มันเป็นเหมือนแบบภาระของเจ้าหน้าที่บุคลากรด้านสาธารณสุข ในเขต ชายแดนอีกด้านหนึ่งก็ต้องทำงานเพิ่มขึ้น” (หัวหน้าสถานีอนามัยหลุ่ม)

หัวหน้าสถานีอนามัยคลองไถ่เลื่อน กล่าวว่าบางครั้งทางทางอำเภอจะมีกำหนดว่าระยะเวลา ไม่ให้คนต่างด้าวที่อาศัยในพื้นที่ออกนอกสถานที่พักอาศัยหลังเวลา 20.00 น. ในส่วนของนโยบาย สาธารณสุขโดยตรงยังไม่มี การดำเนินการในกิจกรรมต่าง ๆ เช่นการควบคุมโรค พ่นยาในจุดที่มีการ ระบาดสามารถดำเนินการได้ถึงที่พักอาศัย จึงไม่มีปัญหาในส่วนนี้ โดยได้ให้สัมภาษณ์ว่า

“ด้านสาธารณสุขโดยตรงยัง แม้แต่การดำเนินการในเรื่องกิจกรรมของเรา เราสามารถที่จะ ดำเนินการด้านควบคุมโรคถึงแหล่ง ในแหล่งที่พักเค้า อาจจะมีการพ่นยาในจุดที่มีการระบาด อย่างของ หน่วยงานของมาเลเซียเค้าก็จะมีในเรื่องของการติดตามเจาะเลือดของเค้าชาติแล้วมาตรวจ แล้วในส่วน หนึ่งเค้าก็จะเป็นส่วนที่เดินเข้ามาบริการกับเราจะมากน้อย” (หัวหน้าสถานีอนามัยคลองไถ่เลื่อน)

หัวหน้าสถานีอนามัยบ้านน้ำคำ กล่าวว่า สถานีอนามัยเป็นหน่วยงานระดับล่างไม่ได้รับ นโยบายโดยตรงจากกระทรวงมา โดยให้สัมภาษณ์ว่า “เราระดับล่างเราไม่ค่อยได้สัมผัสรับนโยบาย จากสาธารณสุขกระทรวงอีกทีนึง สาธารณสุขเค้าจะแจ้งให้เราทราบ” และหากต้องการข้อมูลคน กัมพูชา เพื่อติดตามเกี่ยวกับเป็นโรค โรคติดต่อสามารถสอบถามได้จากผู้ใหญ่บ้านซึ่งจะทราบว่า กลุ่มนี้ เข้ามาเมื่อไหร่ อยู่กลุ่มไหน ปฏิบัติยังง ไรใครเป็นคนดูแล ซึ่งผู้ใหญ่บ้าน กำนันจะช่วยกันประสานทาง อำเภอ

หัวหน้าสถานีอนามัยบ้านนาดี ให้ข้อมูลว่า ส่วนใหญ่ทางจังหวัดจะให้นโยบายเกี่ยวกับ เตรียมความพร้อมเพื่อรับกับสถานการณ์ฉุกเฉิน เช่นโรคระบาด นอกนั้นการปฏิบัติการกิจทั่วไปปกติ

หัวหน้าสถานีอนามัยเขาตงอก ให้ข้อมูลว่า เรื่องการรักษาพยาบาลพิจารณาเป็นรายไปนโยบาย ที่นายจ้างพามาเก็บกับนายจ้าง ส่วนเรื่องวัคซีน ส่วนใหญ่ให้บริการโดยไม่เก็บค่าใช้จ่าย ซึ่งเป็นการรับ นโยบายมาจากจังหวัด ในเรื่องของการดูแล การส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟันฟู ดูแลทุกคนเท่าเทียมกัน ไม่เน้นเฉพาะคนกัมพูชากันชาติอื่น ๆ ก็ให้บริการ รวมทั้งเด็กและแรงงาน

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ให้สัมภาษณ์ภายในกลุ่มสาธารณสุขอำเภอและหัวหน้าสถานีอนามัย พบว่า การรับรู้ถึงนโยบายที่เกี่ยวข้องโดยตรงในส่วนของ สาธารณสุขคือสาธารณสุขอำเภอ คลองหาด และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอคลองหาด จะรับรู้เกี่ยวกับนโยบายมากกว่าส่วนของ หัวหน้าสถานีอนามัย เพราะเป็นผู้รับนโยบายจากจังหวัดมาเผยแพร่ต่อให้กับระดับของสถานีอนามัย แต่ เจ้าหน้าที่ระดับหัวหน้าสถานีอนามัยจะรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายน้อยมาก ส่วนใหญ่จะรับทราบนโยบายแต่เพียงว่า มีคำสั่งให้ปฏิบัติเรื่องอะไร แล้วจึงดำเนินการตามนั้น ซึ่งงานส่วนใหญ่จะมีความคล้ายคลึงกับงานประจำ แต่โดยส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขประจำสถานีอนามัยจะมีความรู้สึกว่าการให้ที่มีนโยบายให้บริการสาธารณสุขแก่ ประชาชนกัมพูชาเป็นการเพิ่มภาระงาน และเป็นการใช้ทรัพยากรทางการสาธารณสุขของไทย แต่มีความเต็มใจที่จะทำด้วยเหตุผลทางมนุษยธรรม

ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลคลองหาด ประกอบด้วย 1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองหาด 2) หัวหน้าการพยาบาลโรงพยาบาลคลองหาดให้ข้อมูลว่า ไม่มีนโยบายเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขชายแดนที่ชัดเจน โดยทางโรงพยาบาลจะให้บริการคนไทยหรือกัมพูชา อย่างเท่าเทียมกัน โดยยึดหลักมนุษยธรรม คือให้บริการในมาตรฐานเดียวกัน โดย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองหาด กล่าวว่า “แต่่นโยบายของเราคือคนไทยคนเขมรถูกรักษาเหมือนกันแค่นั้นเอง” และกล่าวถึงมีนโยบายพิเศษขึ้นมาในเรื่องของโรคเฉพาะคือวัณโรค ซึ่งจะมีงบประมาณมาให้เป็นคราว ๆ ไป โดยจะให้ทางสาธารณสุขทำการประสานงานกับทางตำรวจตรวจคนเข้าเมือง หรือทางตำรวจตะเวนชายแดน ก่อนที่จะมีการรับคนไข้เข้ามาทำการรักษา โดยนโยบายที่มาจากส่วนกลางจะมีเพียงการรณรงค์ให้นำแรงงานต่างด้าวไปขึ้นทะเบียน เพื่อให้แรงงานต่างด้าวเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มเจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชนที่รับผิดชอบดูแลประชาชนกัมพูชาตามแนวชายแดนในพื้นที่จังหวัดสระแก้วประกอบด้วย เจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชนที่รับผิดชอบดูแลประชาชนกัมพูชาตามแนวชายแดนในพื้นที่จังหวัดสระแก้ว 2 ท่าน 1) เจ้าหน้าที่ Friend Inter 2) เจ้าหน้าที่ World Vision โดยเจ้าหน้าที่ Friend Inter วิเคราะห์นโยบายสาธารณสุขที่ใช้อยู่ในปัจจุบันเป็นนโยบายเพื่อคนไทย แต่คนที่มารับบริการเป็นคนต่างชาติ สถานพยาบาลสาธารณสุขจึงไม่มีงบประมาณในการดูแล ในขณะที่พื้นที่ตามแนวชายแดนมีชาวกัมพูชาทั้งมีฐานะและยากจนควรที่จะทำนโยบายเฉลี่ยทุกข์ เฉลี่ยสุข มาใช้มากกว่า โดยกล่าวว่า

“นโยบายหรือการสนับสนุนอะไรต่าง ๆ เนี่ย เพื่อกลุ่มของคนไทย แต่จริง ๆ แล้ว คุณไปดู สิ ก็คนที่เป็นคนไทย เข้าถึงบริการ เพราะมันเป็นเมืองพม่าทั้งเมืองแหละ ตรงนี้ (อ.อรุณประเทศ) ยัง ไม่ชัดหรอก ต้องไปดูแม่สอด แล้วก็ตรงคลองหาด ก็จะคล้าย ๆ แม่สอด ถ้าจะพูดเรื่องนโยบายจริง ๆ มันจะต้องมีกรอบความคิดใหม่เกิดขึ้น อาจจะมีท้องถิ่นที่เข้ามาดูแล ถ้าเอานโยบายเดิม มาปรับเพื่อจะ ใช้กับตรงนี้ก็ไม่ได้ อาจจะต้องคิดถึงกรณีศึกษาทุก ๆ เลี้ยว” (เจ้าหน้าที่ Friend Inter)

เจ้าหน้าที่ World Vision กล่าวถึงเรื่อง ความร่วมมือกับ NGO ในฝั่งกัมพูชา ว่า “อย่างฝั่งโน้น ก็จะมี NGO คือเราก็มี partner หรือ ไม่ว่าเค้าก็จะมีหน่วยงานที่เค้าสามารถไปหาได้เหมือนกัน ก็คือ หรือ ไม่ก็ ไปแล้วไม่หาย ลองมาฝั่งนี้ดู ก็มี” และกล่าวว่าไม่นโยบายแบ่งแยกความช่วยเหลือ

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวง สาธารณสุข ให้ข้อมูล รายละเอียดของนโยบายที่เกี่ยวข้อง โดยให้ข้อมูลเรื่องของสาธารณสุขตามแนว ชายแดนว่า กระทรวงสาธารณสุขมีแผนแม่บทการแก้ปัญหาและแรงงานสาธารณสุขตามแนวชายแดน ฉบับที่ 1 เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 - 2554 ซึ่งจะครอบคลุมประเทศเพื่อนบ้าน 4 ประเทศด้วยกัน ก็คือ พม่า ลาว กัมพูชา และมาเลเซีย และสำหรับจังหวัดชายแดนของประเทศไทยก็จะครอบคลุม 30 จังหวัด บวก อีก 1 จังหวัด คือกาญจนบุรี แผนแม่บท ฉบับที่ 1 ก็จะสิ้นสุดในเดือนกันยายน 2554 ซึ่งมียุทธศาสตร์ การแก้ปัญหาและพัฒนาแรงงานสาธารณสุขชายแดน มีทั้งหมด 6 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

1. การสนับสนุนการเข้าถึงและการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุข
2. การสร้างความเข้มแข็งและพัฒนาแรงงานสาธารณสุขชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น
3. การพัฒนาสุขภาพประชากรต่างด้าวและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ
4. การสนับสนุนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีต่าง ๆ ในการพัฒนาสาธารณสุข

มูลฐานชุมชนชายแดน

5. การบูรณาการแผนงาน และการพัฒนากลไกการประสานงานสาธารณสุขชายแดน
6. การประสานความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้าน

ทางกระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ จึงจัดทำร่างแผนแม่บทฉบับ ที่ 2 ขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 - 2559 ในการขอรับฟังข้อเสนอแนะ และความคิดเห็นจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง สาเหตุที่ต้องทำแผนแม่บท เพราะการทำงานสาธารณสุข มีหน่วยงานภาครัฐอื่น เช่น

องค์กรภาคเอกชน องค์กรเอกชน องค์กรระหว่างประเทศ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย การทำแผนแม่บทเพื่อเป็นกรอบทิศทางในการดำเนินงาน

และกล่าวถึงกรอบทิศทางเรื่องงบประมาณ ว่าหน่วยงานของสาธารณสุขเองก็สามารถที่จะขอรับงบประมาณสนับสนุนจากทางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือว่าผู้ว่าราชการจังหวัด แต่ประเด็นปัญหาที่สำคัญก็คือ การดำเนินงาน ในเรื่องของการจัดการสาธารณสุขข้ามประเทศ จะมีบจำกัด แตกต่างจากปกติ ซึ่งปกติไม่สามารถทำงานข้ามพื้นที่ชายแดนได้ เพราะอยู่อีกหมวดหนึ่ง คือหมวดรายการอื่น ๆ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขเองไม่มีบในหมวดรายการอื่น และไม่มีหมวดรายการที่จะสามารถทำงานข้ามพื้นที่ชายแดน โดยหากมีโครงการในลักษณะนี้จะใช้งบประมาณขององค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรระหว่างประเทศซึ่งมันก็มีข้อจำกัดในเรื่องของการใช้งบประมาณพอสมควร

สรุป พัฒนาการของนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดน

จากข้อมูลการสัมภาษณ์พบว่า มี นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนหรือการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนประเทศเพื่อนบ้าน ตามที่ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ข้อมูลไว้ คือมีแผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขตามแนวชายแดน ฉบับที่ 1 เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 - 2554 แต่การรับรู้และการนำนโยบายไปปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับปฏิบัติมีการรับรู้ที่ลดหลั่นกันลงไป กล่าวคือ กลุ่มของ สาธารณสุขอำเภอคลองหาด และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอคลองหาด จะรับรู้ว่ามีนโยบายในส่วนนี้มากกว่ากลุ่มอื่น ในขณะที่ส่วนของหัวหน้าสถานีอนามัยจะรับรู้ว่ามีกิจกรรมที่ต้องทำเพิ่มเติมจากงานประจำบ้างเช่นการเก็บข้อมูลผู้มาใช้บริการชาวกัมพูชา แต่โดยรวมทั่วไปไม่คิดว่ามีกิจกรรมพิเศษอะไรเกิดขึ้น ยังคงปฏิบัติหน้าที่ในการ การดูแล การส่งเสริม ป้องกันรักษา พื้นฟู โดยยึดหลักจริยธรรมและไม่เลือกปฏิบัติกับผู้รับบริการเช่นเดิม

ส่วนในกลุ่มของบุคลากรผู้มีหน้าที่ในการกำกับดูแลนโยบายการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนในระดับจังหวัดและบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้บริการสาธารณสุขให้ข้อมูลตรงกันว่า ไม่มีนโยบายในเรื่องดังกล่าวที่มีความชัดเจนโดยยังคงมีการให้บริการโดยไม่แบ่งแยกเลือกปฏิบัติ และในส่วนของการเก็บค่ารักษาพยาบาลให้ข้อมูลตรงกันว่า จะเก็บค่ารักษาพยาบาลจากผู้รับบริการที่สามารถจ่ายได้ หากจ่ายไม่ได้จะยึดหลักการให้บริการสาธารณสุขโดยหลักมนุษยธรรม ในส่วนเรื่องของการเก็บค่ารักษาพยาบาลที่อาจมีผลกระทบในภายหลังกจะเป็นภาระของหน่วยงานสาธารณสุขของไทยที่ให้บริการชาวกัมพูชา เจ้าหน้าที่ Friend Inter ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญในกลุ่มของ เจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชนที่รับผิดชอบดูแลประชาชนกัมพูชาตามแนวชายแดนในพื้นที่จังหวัดสระแก้วให้ทัศนะว่า

ควรที่จะทำนโยบายเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข ให้ผู้มีความสามารถในการจ่ายได้มีหลักประกันสุขภาพ และนำส่วนต่างของรายได้มาดูแลผู้มีรายได้น้อย

เห็นได้ชัดว่ากระทรวงสาธารณสุข มีแผนงานในการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดน กล่าวคือมี “แผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขตามแนวชายแดน ฉบับที่ 1 เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 - 2554” แต่การรับรู้ของแผนงานยังมีอยู่ในระดับน้อย คงไม่มีการนำไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ประกอบกับข้อจำกัดด้านวิธีการทางงบประมาณที่ไม่สามารถดำเนินงานเชิงรุกในพื้นที่ที่เป็นปัญหา ซึ่งอยู่ในพื้นที่ประเทศเพื่อนบ้านได้ ทำให้หน่วยงานทางสาธารณสุขชายแดนทำได้แต่เพียงการตั้งรับเพื่อการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ บุคลากรทางสาธารณสุขจะรับทราบนโยบายจากการประชุมซึ่งจะยึดถือเป็นหลักการในการนำไปปฏิบัติ

ประกอบกับงบประมาณในการดำเนินงานซึ่งจากเดิมเคยได้รับการสนับสนุนจากองค์การพัฒนาเอกชนก็ลดน้อยลง เนื่องจากองค์กรพัฒนาเอกชนหลายแห่งหันไปดำเนินการในพื้นที่ประเทศกัมพูชาโดยตรง จึงไม่สนับสนุนงบประมาณผ่านสาธารณสุขไทยอย่างแต่ก่อน

ตอนที่ 1.2 พัฒนาการของการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนให้กับประชาชนไทย และประชาชนกัมพูชา

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญผู้มีหน้าที่ในการกำกับดูแลนโยบายการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนในระดับจังหวัด ซึ่งประกอบด้วย 1) แพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว 2) รองนายแพทย์สาธารณสุข 3) รองนายแพทย์สาธารณสุขให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดน มีการพัฒนาการ มีการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงการให้บริการทั้งกับประชาชนคนไทย และประชาชนกัมพูชา ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล ทั้ง 3 ท่าน ให้ข้อมูลว่า จากอดีตจนถึงปัจจุบัน การจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดน การพัฒนาการหรือการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงมีน้อยมาก สมัยก่อนอาจจะมีชาวกัมพูชาที่ประสบอุบัติเหตุ หรือได้รับบาดเจ็บจากสงครามเข้ามาจำนวนมาก แต่ภายหลังก็มีจำนวนลดลง สิ่งที่เปลี่ยนไปอย่างเห็นได้ชัดคือการสนับสนุนขององค์การพัฒนาเอกชน ซึ่งไม่ได้ให้การสนับสนุนทางฝ่ายไทยเหมือนอย่างที่ผ่านมาแต่ให้การสนับสนุนทางกัมพูชา อันเนื่องมาจากสภาพปัญหาความไม่สงบในประเทศกัมพูชาได้คลี่คลาย และการเมืองภายในมีความมั่นคง หน่วยงานองค์กรพัฒนาเอกชนต่าง ๆ จึงมุ่งเข้าไปทำงานในพื้นที่ประเทศกัมพูชาได้โดยตรงไม่ต้องผ่านประเทศไทยเหมือนดังแต่ก่อน ดังการให้สัมภาษณ์ของ รองนายแพทย์สาธารณสุข - นางยุภาพรรณ

“2 ปี ช่วงรอยต่อที่ชัดเจนคือ 1 ปีเต็ม ๆ ปีที่แล้วยังไม่ชัด 52 ยังไม่ชัด 53 เต็ม ๆ เลย เพราะว่าสังเกตจากเวลา NGO เชื่อม เราว่ามันไม่ใช่เพราะก่อนหน้านี้เรายังมีโครงการ โควแล็บ ซึ่ง NGO เป็นแหล่งงบประมาณด้านนี้ ไทย - เขมร ปีนี้ไม่มีแล้วปี 52 มี แต่ปี 53 ก็เริ่มไม่มีแล้ว” (รองนายแพทย์สาธารณสุข - นางยุภาพรรณ)

กลุ่มสาธารณสุขอำเภอและหัวหน้าสถานีนามัย ซึ่งประกอบด้วย 1) สาธารณสุขอำเภอคลองหาด 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอคลองหาด 3) หัวหน้าสถานีนามัยกลุ่ม 4) หัวหน้าสถานีนามัยคลองไก่อเลื้อน 5) หัวหน้าสถานีนามัยบ้านน้ำคำ 6) หัวหน้าสถานีนามัยบ้านนาดี 7) หัวหน้าสถานีนามัยเขาตงอีก ให้ข้อมูลดังนี้

สาธารณสุขอำเภอคลองหาด กล่าวว่า เดิมความสัมพันธ์ระหว่าง เจ้าหน้าที่ไทยกับ เจ้าหน้าที่กัมพูชาที่มีความแน่นแฟ้นในส่วนของ ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขทั้งสองฝ่าย หรือว่า หัวหน้าส่วนราชการ มีการจัดกิจกรรมร่วมกัน เช่น โครงการการปฏิบัติงานสาธารณสุขร่วมระหว่างชายแดน อบรมอาสาสมัครสาธารณสุขร่วมกัน แต่ปัจจุบันทางไทยไม่มีงบประมาณในส่วนนี้ทำให้ไม่มีกิจกรรมร่วมกันและความสัมพันธ์ก็ห่างเหินกันไป ทำให้รูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขไม่ได้มีการประสานงานอย่างเช่นแต่ก่อนซึ่ง โดยการจัดบริการสาธารณสุข

หัวหน้าสถานีนามัยกลุ่ม กล่าวว่า กรณีที่มีการขึ้นทะเบียนแรงงานทำให้สามารถเก็บค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งมีการขึ้นทะเบียนแต่เป็นเพียงส่วนน้อย ส่วนกรณีที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนและไม่มีเงินจ่าย การจัดเก็บสามารถจัดเก็บได้บ้างไม่ได้บ้างอย่าง เช่น ค่ายา 100 จัดเก็บได้ 30 บาท และเกิดผลกระทบอีกอย่างคือโรคติดต่อ เช่น โรคมาลาเรียซึ่งมาจากคลองไก่อเลื้อน เหมือนเป็นโรคท้องถิ่น นอกจากมาลาเรียคือ โปลิโอ ซึ่งมีการรณรงค์พื้นที่ชายแดนทุกปี ในพื้นที่ สถานีนามัยกลุ่มเป็นพื้นที่สีแดงต้องทำครบ 100% โดยทำในเด็กแรกเกิด - 15 ปี ในกรณีชาวกัมพูชาหากไม่ทราบประวัติว่าได้รับ โปลิโอมาจากกัมพูชาหรือไม่ จะเป็นงานที่เพิ่มภาระขึ้นไปอีก

หัวหน้าสถานีนามัยคลองไก่อเลื้อน กล่าวถึง การเปลี่ยนแปลงในเรื่องของการบริการของต่างชาติ กล่าวคือทุกวันนี้ต่างชาติจะมาใช้บริการเยอะขึ้น โดยจะเป็นเรื่องของการส่งเสริมและการรักษาเป็นผลมาจากการบอกต่อของชาวกัมพูชาที่พูดถึงคุณภาพที่ดีของการให้บริการสาธารณสุขไทย และหากไม่มีรายได้ก็อาจจะไม่จำเป็นต้องชำระค่าใช้จ่ายได้ จึงทำให้มีชาวกัมพูชามาใช้บริการสาธารณสุขมากขึ้น

ส่วนที่สองในเรื่องของการป้องกันโรค บางครั้งสาธารณสุขไทยจำเป็นต้องทำการให้วัคซีนป้องกันโรคแก่เด็กชาวกัมพูชา ซึ่งส่วนใหญ่จะต้องให้วัคซีนที่มีคุณภาพดีกว่าเด็กไทย เพราะเด็กกัมพูชาอาจจะมีการย้ายถิ่นฐานบ่อยครั้งมีโอกาสที่จะได้รับวัคซีนไม่ต่อเนื่องสูง

ในส่วนของการเปลี่ยนแปลงเรื่องภาระงาน ภาระงานของกระทรวงสาธารณสุข เมื่อก่อนมีประมาณ 28 หมวดงาน 297 กิจกรรม ปัจจุบันลดลงเหลือแค่ 4, 5 หมวด แต่จำนวนกิจกรรมเท่าเดิม ซึ่งในปัจจุบันมีการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศแต่กลับทำให้การทำงานมีความซ้ำซ้อนมากยิ่งขึ้น เพราะต้องทำระบบเอกสารแบบเดิม และ ต้องบันทึกข้อมูลผ่านระบบสารสนเทศ ซึ่งเป็นการเพิ่มภาระงานให้กับบุคลากรส่งผลให้บุคลากรมีเวลาในการให้บริการผู้ป่วยได้ไม่เต็มที่ ไม่สอดคล้องกับการทำงานเชิงรุกที่ต้องเข้าถึงประชาชนโดยเฉพาะในพื้นที่ชายแดนที่มีความจำเป็นต้องดูแลชาวกัมพูชาเพิ่มเติม

หัวหน้าสถานีนอนามัยบ้านนาดี กล่าวว่า ระบบการให้บริการสาธารณสุขชายได้มีพัฒนาการในเรื่องแผนรองรับผู้ป่วยของชาวต่างชาติ โดยเฉพาะหากมีโรคระบาดต้องดูแลควบคุมด้วย เช่น ไข้เลือดออก มาเลเรีย ไข้เลือดออกเป็นโรคที่สาธารณสุขชายแดนต้องรับผิดชอบโดยตรง ส่วนมากจะไม่มีในเรื่องของมาเลเรียนัก การที่ไปบริการที่อนามัย

ความคิดเห็นของกลุ่มสาธารณสุขอำเภอและหัวหน้าสถานีนอนามัยสะท้อนในเรื่องการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดน มีการพัฒนาการ มีการปรับปรุง เปลี่ยนแปลง ที่เห็นภาพชัดขึ้นมา คือเมื่อไม่มีงบประมาณในการจัดกิจกรรมร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ของไทยและกัมพูชาทำให้การทำงานร่วมกันด้านสาธารณสุขห่างเหินกันซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ไม่ดี เพราะจะทำให้ขาดการประสานงานซึ่งกันและกันระหว่างสองพื้นที่

ปัจจุบันการเข้ามาของชาวกัมพูชาบริเวณชายแดนมีเพิ่มขึ้นจากการเข้ามาขายแรงงาน และการติดต่อค้าขาย จึงเกิดการนำเอาโรคติดต่อเข้ามา อีกทั้งปัจจุบันชาวกัมพูชานิยมเข้ามารับการรักษามากขึ้น อันเนื่องมาจากคุณภาพการรักษาพยาบาลที่ดี และค่าใช้จ่ายที่ไม่สูง ซึ่งทำให้เกิดภาระงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพิ่มขึ้น

สิ่งที่ยังคงเหมือนเดิมคือเรื่องการให้บริการที่ยังให้บริการด้วยมาตรฐานเดียวกับคนไทยและเรื่องการรักษาพยาบาลที่ไม่สามารถเก็บค่ารักษาพยาบาลเต็มจำนวนได้ด้วยเหตุผลทางมนุษยธรรม

กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขผู้รับผิดชอบการดูแลบริการสาธารณสุขในพื้นที่ตามแนวชายแดน จังหวัดสระแก้ว อาสาสมัครสาธารณสุขผู้รับผิดชอบการดูแลบริการสาธารณสุขในพื้นที่ตามแนวชายแดน จังหวัดสระแก้ว สถานีอนามัยละ 1 ท่าน โดยให้ข้อมูลเป็นไปในทิศทางเดียวกันเกี่ยวกับประเด็นคำถามดังนี้

จากเดิมอาสาสมัครสาธารณสุขไม่ได้มีหน้าที่ดูแลคนต่างด้าวเพราะคนต่างด้าวยังไม่ได้มีการจดทะเบียน (เป็นการขึ้นทะเบียนภายในอำเภอคลองหาด) จึงมาในพื้นที่ในรูปแบบเข้าเย็นกลับช่วง 5 - 6 ปีที่มีการจดทะเบียนแรงงานคนต่างด้าว ทำให้คนต่างด้าวมาอยู่ประจำในพื้นที่ ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขจำเป็นต้องเข้าไปดูแลเรื่องสุขภาพอนามัยของชาวกัมพูชาด้วยเพราะมีผลกระทบโดยตรงกับสุขภาพอนามัยของชาวไทย

จากเดิมที่ชาวกัมพูชาส่วนใหญ่ไม่กล้าเข้ามารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลอันเนื่องมาจากไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล และกลัวถูกจับเพราะว่าเข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย แต่ภายหลังมีการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวในพื้นที่อำเภอคลองหาด ซึ่งเป็นความร่วมมือกันระหว่างสมาคมเกษตรกรอำเภอคลองหาด และทางฝ่ายปกครอง ทำให้ชาวกัมพูชานิยมเข้าไปรับบริการที่สถานีอนามัยกันมากขึ้นเมื่อก่อนชาวกัมพูชาจะใช้วิธีการรักษาแบบแผนโบราณ แต่ปัจจุบันนี้นายจ้างจะพาถูกจ้างต่างด้าวไปรับการรักษาที่สถานีอนามัยเพราะใกล้โดยจะไม่ผ่านอาสาสมัครสาธารณสุข แต่การเข้ามารับการรักษาเองของคนกัมพูชาจะไม่ค่อยมีมากนัก ส่วนใหญ่จะมากับนายจ้างและนายจ้างจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้

ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลคลองหาด ประกอบด้วย 1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองหาด 2) หัวหน้าการพยาบาลโรงพยาบาลคลองหาด โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองหาด ให้ข้อมูลว่า ให้ข้อมูลถึงสถานพยาบาลของกัมพูชา ว่าเมื่อ 10 ปีก่อนโรงพยาบาลของกัมพูชาซึ่งอยู่ในตำบลที่ยังไม่พัฒนา มีลักษณะเหมือนห้องแถว เตี้ยๆ ผาตัดก็เป็นเตี้ยๆ ไม้เสาน้ำเกลือก็เป็นไม้ไผ่ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าความพร้อมในการรักษาพยาบาลกัมพูชา ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้อย่างหนึ่งถึงสาเหตุการเข้ามารับการบริการในฝั่งไทยอย่างมากในอดีต

ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มเจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชนที่รับผิดชอบดูแลประชาชนกัมพูชาตามแนวชายแดนในพื้นที่จังหวัดสระแก้ว ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชนที่รับผิดชอบดูแลประชาชนกัมพูชาตามแนวชายแดนในพื้นที่จังหวัดสระแก้ว 2 ท่าน 1) เจ้าหน้าที่ Friend Inter 2) เจ้าหน้าที่ World Vision โดยเจ้าหน้าที่ Friend Inter ให้ทัศนะว่า การบริการต่าง ๆ ทั้งทางสาธารณสุขหรือบริการอื่น ๆ ยังเหมือนเดิม ไม่มีพัฒนาการอย่างเด่นชัด ในเรื่องของภาษาในการสื่อสาร

ควรมีการพัฒนาโดยการให้มีความรู้ในการสื่อสาร เพื่อให้เข้าใจกันมากขึ้น ปัญหาจริง ๆ ไม่ใช่ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพราะถ้าในคนมีฐานะเขายอมจ่าย

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ให้ข้อมูลว่าในระดับนโยบาย กระทรวงสาธารณสุขมีพัฒนาการโดยการจัดทำแผนแม่บทการแก้ปัญหาและแรงงานสาธารณสุขตามแนวชายแดน ฉบับที่ 1 เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 - 2554 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ จึงจัดทำร่างแผนแม่บทฉบับที่ 2 ขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 - 2559 โดยฉบับที่ 2 มีละเอียดกว่าฉบับที่ 1 ซึ่งฉบับที่ 1 จะเขียนในภาพรวมกว้าง ๆ แต่ฉบับ 2 จะลงไปในระดับของปัญหา และในเรื่องของการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ ที่จะเห็นชัดเจนมีอยู่ประมาณ 4 ยุทธศาสตร์ แต่ผู้ให้สัมภาษณ์จํายละเอียดไม่ได้ (และยังไม่สามารถเปิดเผยเอกสารได้เพราะอยู่ในระหว่างดำเนินการ)

สรุป พัฒนาการของการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนให้กับประชาชนไทยและประชาชนกัมพูชา

เมื่อวิเคราะห์การให้ข้อมูลในประเด็นการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดน มีการพัฒนาการ มีการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงการให้บริการทั้งกับประชาชนคนไทย และประชาชนกัมพูชา พบว่า คำตอบที่ได้จากแต่ละกลุ่มมีข้อมูลร่วมในเรื่อง จำนวนของชาวกัมพูชา ที่เข้ารับการบริการ และรับบริการมีมากขึ้น เมื่อมีการจดทะเบียนอย่างถูกต้อง และมีการตั้งสมาคมเกษตรกรอำเภอคลองหาด เพื่อดำเนินการขึ้นทะเบียนชาวกัมพูชาที่เข้ามาขายแรงงานในเขตอำเภอคลองหาด จึงทำให้มีชาวกัมพูชามากขอรับบริการสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น

ในด้านงบประมาณในการจัดกิจกรรมร่วมต่าง ๆ ที่เป็นงบของไทยทั้งหมด เมื่อไม่มีงบประมาณจัดกิจกรรมร่วมกันทำให้ความสัมพันธ์ของเจ้าหน้าที่ทั้งสองฝั่งห่างเหินกัน ส่งผลถึงรูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนไทย - กัมพูชา เป็นไปในแบบต่างคนต่างทำ ไม่ได้มีการประสานงานกันเท่าที่ควร ทำให้การดำเนินงานด้านการป้องกันโรคทำได้แต่เพียงในพื้นที่ฝั่งไทยเท่านั้น ส่งผลให้ในการข้ามแดนเข้ามาของชาวกัมพูชาที่มีการนำเอาโรคติดต่อเข้ามาด้วยเป็นปัญหาที่ทางสาธารณสุขฝ่ายไทยต้องควบคุมดูแล

ส่วนในรูปแบบพัฒนาการการจัดบริการสาธารณสุขจากอดีตในสมัยสงครามมีการจัดบริการด้านการรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บจากสงครามและอุบัติเหตุมาก ต่อมาในปัจจุบันรูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขด้านการรักษาพยาบาลเริ่มมีการรักษาพยาบาลในโรคอื่น ๆ เพิ่มขึ้นด้วย และสืบเนื่องจากมีการเคลื่อนย้ายแรงงานเข้ามาในประเทศไทยทำให้ ต้องมีการจัดบริการสาธารณสุขด้านการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นในกับชาวกัมพูชาที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยด้วย

ตอนที่ 1.3 รูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนจากอดีตจนถึงปัจจุบัน

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มผู้มีหน้าที่ในการกำกับดูแลนโยบายการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนในระดับจังหวัด คือบุคลากรผู้มีหน้าที่ในการกำกับดูแลนโยบายการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนในระดับจังหวัด ซึ่งประกอบด้วย 1) แพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว 2) รองนายแพทย์สาธารณสุข 3) รองนายแพทย์สาธารณสุข โดยคำตอบของกลุ่มนี้มีดังนี้

รูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดน การบริหารงานสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนมีความคล้ายคลึงกับการบริหารงานในพื้นที่อื่น ๆ ทั่ว ๆ ไป ในปัจจุบันมีระบบการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าว ทำให้แรงงานต่างด้าวบางส่วนสามารถเข้าถึงหลักประกันสังคมได้ แต่ก็มีแรงงานต่างด้าวบางส่วนที่ไม่ได้อยู่ในระบบซึ่งมีจำนวนมาก อันเนื่องมาจากจังหวัดสระแก้วเป็นจังหวัดที่สามารถเข้ามาด้วยการเดินเท้าได้ ทำให้มีแรงงานในลักษณะที่ตั้งถิ่นฐานแบบประจําบริเวณชายแดน ซึ่งในส่วนนี้ย่อมเข้ามาขอรับบริการสาธารณสุขจากประเทศไทย สิ่งเหล่านี้ไม่ทำให้รูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนแตกต่างกับพื้นที่อื่น เพียงแต่ต้องเพิ่มการจัดบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนกัมพูชาโดยการเน้นที่การป้องกันโรค ที่อาจจะมากับแรงงานกัมพูชาที่เดินทางข้ามแดนเข้ามาในประเทศไทย

ด้านปัญหาและอุปสรรค ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 ท่าน กล่าวว่าปัญหาอุปสรรคในการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนมีอยู่บ้างแต่น่าจะดีขึ้น เนื่องจากปัจจุบันเศรษฐกิจของกัมพูชาดีขึ้นมาก และมีระบบการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวทำให้มีงบประมาณบางส่วนกลับเข้ามาในระบบ แต่ยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนมากที่ไม่สามารถจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ ดังที่ รองนายแพทย์สาธารณสุข - นางยุภาพรพรณ กล่าวว่

“มันเป็นมาตั้งแต่ที่อยู่ตรงนี้มาตลอดเวลา ตั้งแต่มีสงคราม ไม่มีสงคราม เริ่มมีเมื่อก่อนเราไม่มีระบบประกันแรงงานต่างด้าวเราก็ดูแลแบบนี้ แต่พอมีต่างด้าวขึ้นทะเบียนมามันก็ช่วยเราไปได้ส่วนหนึ่ง แต่อะไรก็ตามการดูแลมนุษย์เราก็ต้องดูแลตามหลักมนุษยชน”

(รองนายแพทย์สาธารณสุข - นางยุภาพรพรณ)

ผู้ให้สัมภาษณ์ กลุ่มสาธารณสุขอำเภอและหัวหน้าสถานีอนามัย ซึ่งประกอบด้วย

- 1) สาธารณสุขอำเภอคลองหาด 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอคลองหาด 3) หัวหน้าสถานีอนามัยหล่ม
- 4) หัวหน้าสถานีอนามัยคลองไถ่เถื่อน 5) หัวหน้าสถานีอนามัยบ้านน้ำคำ 6) หัวหน้าสถานีอนามัยบ้านนาดี 7) หัวหน้าสถานีอนามัยเขาตังกือก โดยให้ข้อมูลดังนี้

สาธารณสุขอำเภอคลองหาด กล่าวว่า การให้บริการยังเหมือนเดิม ไม่มีอะไรพิเศษ สิ่งที่เพิ่มขึ้นมาคือจำนวนผู้รับบริการเพราะให้บริการคนต่างด้าวด้วย รูปแบบการให้บริการจะมีลักษณะเหมือนกับประชาชนไทย แต่ในการให้บริการอาจจะมีปัญหาคือเรื่องภาษาในการสื่อสารที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอคลองหาด กล่าวว่า รูปแบบการให้บริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ชายแดนมีลักษณะสำคัญคือ ต้องเตรียมความพร้อมในเรื่องการรับมือกับโรคอุบัติใหม่ โรคระบาดต่าง ๆ โรคที่มากับแรงงานต่างด้าว เช่น อูจจาระร่วง มาลาเรีย ต้องไปดูแลลักษณะสิ่งแวดล้อมเชิงรุกไปที่ศูนย์ที่พัก ดูแลสิ่งแวดล้อม เพื่อให้การจัดสิ่งแวดล้อมถูกสุขลักษณะ ซึ่งโรคบางโรคอาจจะเป็นโรคที่หายไปจากประเทศไทยแล้ว แต่จำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังไว้เพราะอาจจะกลับมาใหม่ได้

หัวหน้าสถานีอนามัยคลองไถ่เถื่อนกล่าวว่า จำนวนคนต่างชาติที่มาใช้บริการมากขึ้นทำให้ภาระงานมากขึ้น กรณีที่สถานีอนามัยไม่สามารถรับไว้ได้จะส่งต่อไปที่โรงพยาบาล

หัวหน้าสถานีอนามัยบ้านน้ำคำ กล่าวว่า ปัญหาของการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนที่สำคัญคือ เรื่องค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการให้บริการชาวกัมพูชาไม่ได้รับเป็นงบประมาณกลับมาเคยได้เมื่อ 4 - 5 ปีที่แล้วเป็นเงินจัดสรรแต่ไม่เพียงพอ เพราะเป็นเงินจำนวนไม่มากเป็นเพียงการช่วยบรรเทาและแบ่งเบาภาระเท่านั้น

หัวหน้าสถานีอนามัยเขาตังกือก กล่าวว่า ให้บริการเหมือนกันทั้งคนไทยและกัมพูชา ต่างกันในเรื่องการเข้าถึงที่ประชาชนไทยจะสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ดีกว่าประชาชนกัมพูชา โดยในปัจจุบันชาวกัมพูชาเข้ามาใช้บริการที่สถานีอนามัยมากขึ้น จากเดิมที่ชาวกัมพูชาใช้การรักษาโดยซื้อยาจากร้านขายยา ร้านค้าในหมู่บ้าน และชาวกัมพูชาดูแลสุขภาพมากขึ้น

เมื่อวิเคราะห์การให้สัมภาษณ์ของกลุ่มสาธารณสุขอำเภอและหัวหน้าสถานีอนามัย พบว่าทุกคนกล่าวถึงจำนวนของผู้รับบริการชาวกัมพูชาที่สูงขึ้น ต้องมีการเตรียมการรับมือมากขึ้นในเรื่องของการให้บริการรวมถึงรูปแบบการให้บริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนมีลักษณะสำคัญคือ ต้องเตรียมความพร้อมในเรื่องการรับมือกับโรคอุบัติใหม่ โรคระบาดต่าง ๆ โรคที่มากับแรงงานต่างด้าว

ส่วนปัญหาที่พบ แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ คือเรื่องภาษา เรื่องการทำงานซ้ำซ้อน บุคลากรไม่เพียงพอ ไม่ได้งบประมาณที่ขอไป

ผู้ให้สัมภาษณ์กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขผู้รับผิดชอบการดูแลบริการสาธารณสุขในพื้นที่ตามแนวชายแดน จังหวัดสระแก้ว เป็นกลุ่มของอาสาสมัครสาธารณสุขผู้รับผิดชอบการดูแลบริการสาธารณสุขในพื้นที่ตามแนวชายแดน จังหวัดสระแก้ว สถานีอนามัยละ 1 ตำบล รวม 9 ตำบล โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นคำถามดังนี้

อาสาสมัครสาธารณสุขบ้านนาดี กล่าวถึงรูปแบบการดูแลระบบสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนที่สำคัญ คือมีการประชุมทุกเดือน และทำรายงานสรุปจำนวนแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาในพื้นที่รับผิดชอบ อาสาสมัครสาธารณสุขจำเป็นต้องให้คำแนะนำแก่ชาวกัมพูชาในเรื่องการดูแลในความสะดวกของที่พัก การแนะนำเรื่องสุขอนามัย เรื่องการจับจ่าย ทิ้งขยะ ซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องเน้นย้ำในกลุ่มชาวกัมพูชาที่เข้ามาพักอาศัยในพื้นที่ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ไม่จำเป็นต้องเน้นย้ำในกลุ่มประชาชนไทย

อาสาสมัครสาธารณสุขคลองไก่อี้นอน กล่าวว่า รูปแบบการดูแลชาวกัมพูชามีเรื่องการติดตามดูแลระบบสาธารณสุขในเด็กชาวต่างชาติ เช่น การหยอดยา หยอดวัคซีน และในเรื่องของสุขอนามัยต่าง ๆ อาสาสมัครสาธารณสุขต้องต้องทำการพูดคุยและควบคุมนายจ้าง เพราะมีคำสั่งจากนายอำเภอให้บังคับนายจ้างว่าต้องมีสุขาและที่อยู่ที่เหมาะสมให้แรงงาน

อาสาสมัครสาธารณสุขเขาตังก้อน กล่าวถึง สิ่งที่ต้องดูแลชาวกัมพูชาเป็นพิเศษคือ ต้องเน้นย้ำเรื่องการดูแลเรื่องความสะดวกโดยให้นายจ้างดูแลบริเวณที่อยู่อาศัยของคนต่างด้าวให้สะอาด

อาสาสมัครสาธารณสุขราชันย์ กล่าวถึง สิ่งที่ต้องดูแลชาวกัมพูชาเป็นพิเศษคือ ดูแลเรื่องสุขอนามัย เช่น การจับจ่าย และน้ำดื่ม ซึ่งสิ่งเหล่านี้ไม่มีปัญหาในประชาชนไทย แต่แรงงานกัมพูชาจะมีสุขอนามัยที่ไม่ดี และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อโรค

สรุปคำตอบในกลุ่มนี้ หน้าที่ของ อาสาสมัครสาธารณสุข ทุกคนเหมือนกันคือ การดูแลในเรื่อง สุขอนามัย เรื่องความสะดวก มีความใกล้ชิดในเรื่องการดูแลความเป็นอยู่ และเน้นย้ำการทำความเข้าใจและควบคุมนายจ้างให้จัดสถานที่และดูแลสุขอนามัยของแรงงานกัมพูชา

ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลคลองหาด ประกอบด้วย 1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองหาด 2) หัวหน้าการพยาบาลโรงพยาบาลคลองหาด โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองหาด ให้ข้อมูลว่า การให้รูปแบบการให้บริการสาธารณสุขส่วนมากจะเป็นลักษณะของเชิงรับ ไม่ได้ออกไปให้บริการข้างนอก เน้นการรักษาพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ แต่มีหน่วยงานที่ออกไปให้บริการในเรื่องของการส่งเสริมป้องกันมีการให้ความรู้ เรื่อง มาเลเรียและโรค ระบาดอะไรต่าง ๆ ส่วนการ

บริการในเชิงรับในโรงพยาบาลไม่มีความแตกต่าง คือใช้มาตรฐานเดียวกันทั้งหมดเลย ทั้งเรื่องการ จัดลำดับการบริการ ไม่ได้แยกผู้ป่วยต่างคิวออกมาต่างหาก

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวง สาธารณสุข ให้ข้อมูลว่ารูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนเหมือนกันกับพื้นที่อื่น ๆ ความแตกต่างของพื้นที่ชายแดนคือมีเรื่องการประสานงานระหว่างชายแดนไทยและกัมพูชา ในเรื่อง การดำเนินงานตามพื้นที่ชายแดนตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข บางครั้งขึ้นอยู่กับผู้ว่าราชการ จังหวัดให้ความสำคัญต่อประเด็นปัญหา เรื่องของสาธารณสุขชายแดนเพียงใด การจัดบริการ ยุทธศาสตร์ที่ร่างขึ้นในปี 2550 เน้นเรื่องหลักประกันสุขภาพของบุคคลที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ การเข้าถึงในกลุ่มของบุคคลที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ ซึ่งต้องศึกษาว่าจะทำอย่างไรให้กลุ่มบุคคล เหล่านี้มีหลักประกันสุขภาพ

สรุป รูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนจากอดีตจนถึงปัจจุบัน

เมื่อวิเคราะห์โดยการพิจารณาความเห็นของผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มต่าง ๆ พบว่า รูปแบบการ จัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนที่เจ้าหน้าที่แต่ละกลุ่มตอบออกมานั้นมีความหลากหลายแตกต่าง กันไปในแต่ละหน่วยงาน กล่าวคือ ในกลุ่มผู้บริหารระดับจังหวัดจะเน้นการบริหาร

หน่วยงานในพื้นที่จะไม่มีการจัดบริการสาธารณสุขที่แตกต่างกับพื้นที่ที่ไม่ใช่พื้นที่ชายแดน มากนักคงมีแต่การเฝ้าระวังโรคซึ่งเป็นรูปแบบการให้บริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ชายแดนมีลักษณะ สำคัญคือ โดยเน้นการทำงานเชิงรุกในการเตรียมความพร้อมเรื่องการรับมือกับโรคอุบัติใหม่ โรค ระบาดต่าง ๆ โรคที่มากับแรงงานต่างด้าว เช่น อูจจาระร่วง มาลาเรีย ต้องไปดูลักษณะสิ่งแวดล้อมใน พื้นที่ ศูนย์พัก ดูสิ่งแวดล้อม เพื่อให้การจัดสิ่งแวดล้อมถูกสุขลักษณะ การทำความเข้าใจกับนายจ้าง ให้ช่วยดูแลสุขอนามัยของแรงงาน

ในระดับนโยบาย จะเน้นการจัดให้มียุทธศาสตร์ในระดับกระทรวงที่เน้นเรื่องหลักประกัน สุขภาพของบุคคลที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ การเข้าถึงในกลุ่มของบุคคลที่ไม่มีหลักประกัน สุขภาพใด ๆ ซึ่งยังไม่เห็นเป็นรูปธรรมในพื้นที่มากนัก คงมีการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวของ กรมการจัดหางานเป็นหลัก

สำหรับปัญหาและอุปสรรค ที่พบ มีผลมาจาก จำนวนผู้เข้ารับบริการชาวกัมพูชาที่เพิ่มมาก ขึ้นต้องมีการเตรียมการรับมือมากขึ้น ส่วนปัญหาที่พบ แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ คือเรื่องภาษา การ จัดเก็บค่ารักษาพยาบาล และปัญหาในการนำยุทธศาสตร์ระดับกระทรวงไปปฏิบัติในระดับจังหวัดที่ ขึ้นอยู่กับ ผู้ว่าราชการจังหวัดที่จะให้ความสำคัญต่อประเด็นปัญหามากน้อยเพียงใด

ตอนที่ 1.4 แนวโน้มของปัญหาในการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดน

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ กลุ่มผู้มีหน้าที่ในการกำกับดูแลนโยบายการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนในระดับจังหวัด บุคลากรผู้มีหน้าที่ในการกำกับดูแลนโยบายการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนในระดับจังหวัด ซึ่งประกอบด้วย 1) แพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว 2) รองนายแพทย์สาธารณสุข 3) รองนายแพทย์สาธารณสุข ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นแนวโน้มของปัญหาในการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนมีดังนี้

ปัญหาในการจัดบริการสาธารณสุขโดยตรงคงไม่มีปัญหาใดเด่นชัด แต่ปัญหาด้านการบริหารงาน โดยเฉพาะการบริหารงบประมาณจะมีข้อกั้งวลถึงการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลที่ไม่สามารถเก็บได้จากกลุ่มชาวกัมพูชาที่มีรายได้น้อย ถึงแม้ว่าจะมีการยืนยันจากรองนายแพทย์สาธารณสุข (นางยุภาพรรณ วรรณชัยวงศ์) ถึงการพัฒนาทางเศรษฐกิจของพื้นที่ชายแดนในฝั่งกัมพูชาว่ามีเศรษฐกิจที่ดีขึ้นอย่างมาก

“อย่าใช้คำว่าแนวโน้ม เราใช้คำว่าภาคของการเข้ามาของแรงงานต่างด้าวเปลี่ยนไปคืออย่างแทนที่จนจริง ๆ อุดโซ ไปตายเอาดาบหน้า มันไม่ใช่แล้ว มันเปลี่ยนไป” (รองนายแพทย์สาธารณสุข - นางยุภาพรรณ)

แต่ในภาพรวมของระบบสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดสระแก้วยังประสบปัญหาสภาพคล่องโดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว กล่าวถึงแนวโน้มของการบริหารงานสาธารณสุขในพื้นที่ว่า ในส่วนโรงพยาบาลคลองหาดไม่พบว่ามีปัญหาในการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดน แต่มีโรงพยาบาลอื่นเช่น ตราพระยา ที่ประสบปัญหาขาดสภาพคล่อง จะส่งผลกระทบต่อระบบบริการในระยะยาวซึ่งเมื่อมองภาพรวมของทั้งจังหวัด เนื่องจากเป็นจังหวัดชายแดนมีโรงพยาบาลที่ให้บริการอยู่ทั้งหมด 7 แห่งด้วยกัน ค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บไม่ได้ จากทั้ง 7 แห่งเพิ่มสูงขึ้น เฉลี่ยประมาณปี 2551 ประมาณ 7 ล้านบาท ปี 2552 ประมาณ 10 ล้านบาทเศษ ปี 2553 มากกว่า 10 ล้านบาทเศษขึ้นมา เช็กอัตราเฉลี่ยย้อนหลัง 6 ปี อัตราเพิ่มจะเพิ่มประมาณโดยเฉลี่ยประมาณ 20% ต่อปี ก็คือปีล่าสุดอยู่ที่ประมาณ 10 ล้านบาท คือค่ารักษาพยาบาลส่วนที่เก็บไม่ได้จาก 7 โรงพยาบาล

โดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้วยังกล่าวถึงแนวทางที่จะลดการสูญเสียงบประมาณว่า วิธีที่ 1 ที่เป็นทางการคือการที่ผลักดันให้ระบบการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวอย่างมีประสิทธิภาพ เพราะว่าถ้าขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้อง ก็จะมีเงินที่เข้ามาสนับสนุนในระบบได้ วิธีที่ 2 คือการแก้ปัญหา

เฉพาะหน้า โดยการใช้งบประมาณส่วนอื่นเข้ามาแก้ไขสภาพคล่อง ซึ่งวิธีแรกน่าจะเป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุด

นอกจากนั้น ประเด็นความไม่สงบในพื้นที่ตามแนวชายแดนไทยกัมพูชาเป็นปัญหาที่อยู่ในความสนใจของผู้บริหาร ซึ่งกล่าวถึงในอนาคตจำเป็นต้องมีการวางแผนทางการเตรียมพร้อมในเชิงการเตรียมพร้อมโดยมีแผนการรองรับหากเกิดความไม่สงบบริเวณพื้นที่

ผู้ให้สัมภาษณ์กลุ่มสาธารณสุขอำเภอและหัวหน้าสถานีอนามัย ซึ่งประกอบด้วย

- 1) สาธารณสุขอำเภอคลองหาด 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอคลองหาด 3) หัวหน้าสถานีอนามัยหล่ม
- 4) หัวหน้าสถานีอนามัยคลองไถ่เดือน 5) หัวหน้าสถานีอนามัยบ้านน้ำคำ 6) หัวหน้าสถานีอนามัยบ้านนาดี 7) หัวหน้าสถานีอนามัยเขาตังกอง

สาธารณสุขอำเภอคลองหาดกล่าวถึง แนวโน้มของปัญหาในการปฏิบัติงาน เช่น ให้สาธารณสุขตรวจจับสิ่งของหรือสินค้าที่ไม่มี อย. อาทิ เครื่องสำอางไม่ถูกสุขลักษณะ ตามกฎหมาย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถไปยึดและนำเจ้าหน้าที่ตำรวจไปจับกุมได้แต่ในทางปฏิบัติทำไม่ได้ เพราะติดเรื่องผู้มีอิทธิพล และสถานการณ์บ้านเมืองด้านความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ ซึ่งปริมาณของปัญหาไม่ได้เพิ่มขึ้นหรือลดลง แต่เรื่องของกระบวนการปฏิบัติงานที่เปลี่ยนไป เช่นการที่จะเข้าไปตรวจเยี่ยมชายแดนต้องปรึกษากับหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งอำเภอว่าสามารถเข้าไปปฏิบัติหน้าที่ได้หรือไม่ เมื่อจะเข้าไปปฏิบัติงานต้องคำนึงถึงสถานการณ์เป็นหลัก ต้องรู้ขอบเขต เวลาจะลงพื้นที่ต้องให้ทหาร ตำรวจรู้เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาต่าง ๆ ตามมา

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอคลองหาด กล่าวถึง ปริมาณการเข้ามาใช้บริการของชาวกัมพูชา บางครั้งมีมากบางครั้งน้อย หากเปรียบเทียบในแต่ละปีมีปริมาณใกล้เคียงกัน มีทั้งที่นายจ้างพามาและมารับบริการเอง โดยมีทั้งแรงงานและประชาชนทั่วไปที่ขออนุญาตเข้ามารักษา

หัวหน้าสถานีอนามัยคลองไถ่เดือน กล่าวถึงปริมาณผู้ใช้บริการว่ามี อัตราเฉลี่ยในแต่ละปีมีแนวโน้มสูงขึ้น และแตกต่างกันเยอะ จาก 1 เท่าเป็น 3 เท่า และเพิ่มขึ้นเป็น 7 เท่า ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

หัวหน้าสถานีอนามัยบ้านน้ำคำ กล่าวว่า การเข้ามาใช้บริการของชาวกัมพูชามีมากขึ้นทั้งการรับการรักษาทั่วไปและการรับการรักษาเฉพาะ การเข้ามารับวัคซีนในฝั่งไทยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น แต่การเข้ามาของชาวกัมพูชามักสร้างปัญหาจึงควรมีการตรวจสอบ ว่าการเข้ามาของแรงงานเข้ามาอย่างไร นายจ้างนำเข้ามา มีคนนำเข้ามาหรือเข้ามาโดยการลักลอบ อยากให้มีการขึ้นทะเบียนให้หมด มีการจ่ายค่าหัว (สำหรับการประกันสุขภาพ) เหมือนคนไทย เพื่อป้องกันปัญหาเรื่องงบประมาณ

ซึ่งปัจจุบันข้อมูลส่วนนี้ยังไม่ครอบคลุม และปัญหาที่อยู่อาศัยของแรงงานไม่เป็นหลักแหล่ง ยากให้นายจ้างควบคุมส่วนนี้เพราะจะส่งผลถึงการแพร่กระจายของโรคระบาด

หัวหน้าสถานือนามัยหลุ่ม กล่าวว่า ปัญหาที่พบคือในการติดตามหลังการรักษาบางครั้งไม่พบตัวคนป่วย เพราะผู้ป่วยไม่ได้อยู่ถาวร ซึ่งแก้ไขโดยการสอบถามข้อมูลจากนายจ้าง หรือ คนที่นำแรงงานเข้ามา และติดตามแรงงานหรือประสานงานเข้าไปในพื้นที่ที่แรงงานไปเพื่อให้ควบคุมโรคติดต่อ

หัวหน้าสถานือนามัยเขาตังอ๊ก กล่าวว่า กลุ่มคนที่เข้ามารับการรักษามีมากขึ้น เพิ่มกลุ่มเครือญาติขึ้นเรื่อย ๆ

แนวโน้มปัญหาที่เห็นร่วมกันของกลุ่มสาธารณสุขอำเภอและหัวหน้าสถานือนามัย ระบุถึงปริมาณผู้รับบริการชาวกัมพูชาที่สูงขึ้น และขยายกว้างขึ้นมากกว่ากลุ่ม ผู้ใช้แรงงานคือมีกลุ่มเครือญาติของแรงงานที่ติดตามเข้ามาพักอาศัยในประเทศไทย รวมทั้งผู้ที่ไม่ใช่แรงงานแต่เป็นชาวกัมพูชาที่เดินทางเข้ามาเพื่อขอรับการรักษาพยาบาลโดยเฉพาะ ซึ่งบางส่วนไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ ทั้งนี้ในเรื่องของปริมาณของผู้ป่วยที่มาขอรับบริการที่เพิ่มขึ้น ไม่ได้มีการทำการเก็บข้อมูลอย่างเป็นทางการ เพราะการบันทึกข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขต้องใช้เลขบัตรประจำตัวประชาชน (เลข 13 หลัก) ในการบันทึกข้อมูล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใช้การประมาณการจำนวนผู้ป่วยชาวกัมพูชา

นอกจากนั้นยังมีปัญหาในการติดตามหลังการรักษา หรือการให้วัคซีนต่อเนื่อง ทำได้ยากเนื่องจากผู้ป่วยไม่อยู่ในที่อยู่ถาวร เพราะลักษณะการจ้างงานไม่มีการขึ้นทะเบียนแรงงานกับกรมการจัดหางานทำให้แรงงานชาวกัมพูชาจะทำการย้ายสถานที่ทำงานไปเรื่อย ๆ อันเนื่องมาจากความต้องการแรงงานในภาคเกษตรมีมากขึ้น เป็นผลมาจากราคาสินค้าเกษตรที่สูงขึ้น จึงมีแรงงานหลังไหลเข้ามาทำงาน ยากต่อการควบคุม และทำให้การควบคุมโรคระบาดได้ยาก เสี่ยงต่อการแพร่กระจายของโรค

ผู้ให้ข้อมูล กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขผู้รับผิดชอบการดูแลบริการสาธารณสุขในพื้นที่ตามแนวชายแดน จังหวัดสระแก้ว อาสาสมัครสาธารณสุขผู้รับผิดชอบการดูแลบริการสาธารณสุขในพื้นที่ตามแนวชายแดน จังหวัดสระแก้ว สถานือนามัยละ 1 ตำบล รวม 9 ตำบล ให้ข้อมูลไปในทิศทางเดียวกันว่า ความหนาแน่นของแรงงานขึ้นอยู่กับฤดูกาล ไม่คงที่ ในช่วงเดือนมีนาคมถึงมิถุนายนมีจำนวนมาก และเว้นไปถึงช่วงสิงหาคมถึงมกราคม ภูมิอากาศจะเบาบางลง ในช่วง 2 - 3 ปีที่ผ่านมา จำนวนแรงงานค่อนข้างคงที่ นายจ้างส่วนใหญ่ ก็จะคงปริมาณลูกจ้างไว้เท่าเดิมทำไร่ 50 ไร่มีลูกจ้างประมาณ 10 - 15 คนที่เป็นแรงงานประจำ และจะรับแรงงานแบบไปกลับหรืออยู่ชั่วคราวเพิ่มเติมในช่วงฤดูกาลเกษตร ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละพื้นที่ โดยแต่ละพื้นที่จะทำการปลูกพืชเกษตรที่แตกต่างกัน จะทำให้มีความต้องการ

แรงงานไม่พร้อมกัน ฉะนั้นแรงงานกลุ่มเดียวกัน ก็จะย้ายสถานที่ทำงานไปตามฤดูกาลเกษตร ตามการปลูกพืชของแต่ละพื้นที่

ผู้ให้ข้อมูล กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลคลองหาด ประกอบด้วย

- 1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองหาด 2) หัวหน้าการพยาบาลโรงพยาบาลคลองหาด

โดย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองหาด ให้ข้อมูลว่า ความสงบเรียบร้อยบริเวณชายแดนเป็นปัจจัยสำคัญต่อปริมาณความมากน้อยของผู้รับบริการ กล่าวคือ หากบริเวณชายแดนสงบเรียบร้อยดีจะมีชาวกัมพูชาเข้ามาใช้บริการจำนวนมาก เพราะไม่มีการปิดด่าน แล้วปัจจุบันโรงพยาบาลมีศักยภาพสูงขึ้นมากกว่าสมัยเมื่อ 5 ปีก่อนที่เป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก ทำให้มีความสามารถในการรองรับผู้ป่วยได้มากขึ้น ซึ่งคาดว่าจำนวนผู้ป่วยที่จะเข้ามาขอรับบริการจะเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ปัจจุบันโรงพยาบาลมีการจัดทำสถิติผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการ มีข้อมูลผู้ป่วยที่มาใช้บริการ OPD การเข้ามานอนพักรักษาตัวที่ตึกผู้ป่วย และกรณีฉุกเฉินต่าง ๆ ในระยะเวลา 3 ปีข้างหน้าแนวโน้มการเพิ่มขึ้นจะไม่มากแต่ในระยะเวลาอีก 5 ปีอาจจะเพิ่มสูงขึ้นมาก ในส่วนของการรองรับมีการจัดเตรียมเรื่อง บุคลากร สถานที่ คือมีแนวโน้มที่จะขยาย Lab OPD ส่วนตึกผู้ป่วยยังมีความเพียงพอในระยะเวลา 5 ปี แต่เกินกว่า 5 ปีต้องมีการพิจารณาอีกครั้ง

ผู้ให้ข้อมูล กลุ่มเจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชนที่รับผิดชอบดูแลประชาชนกัมพูชาตามแนวชายแดนในพื้นที่จังหวัดสระแก้ว ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชนที่รับผิดชอบดูแลประชาชนกัมพูชาตามแนวชายแดนในพื้นที่จังหวัดสระแก้ว 2 ท่าน 1) เจ้าหน้าที่ Friend Inter 2) เจ้าหน้าที่ World Vision โดยเจ้าหน้าที่ World Vision กล่าวว่า คนที่มีฐานะจะเข้ามารับการรักษาทางฝั่งไทยเพราะเชื่อในฝีมือแพทย์ และเชื่อมั่นเรื่องยา โดยเป็นการบอกต่อกัน คนที่ไม่มีฐานะจะเข้ามาผ่านองค์กร ทำให้มีปริมาณเพิ่มมากขึ้น

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า มีการพูดคุยถึงเรื่องการจัดตั้งกองทุนการป้องกันโรคเอาไว้ แต่การขับเคลื่อนค่อนข้างยาก เพราะงบประมาณมาจากภาษีของคนไทยแต่ละคนจะมาให้กับคนต่างด้าว จึงไม่ได้รับการอนุมัติ จึงจำเป็นต้องเลี้ยงบมาเป็นกองทุนควบคุมโรคที่เกิดจากแรงงานต่างด้าว หรือคนที่ไม่ใช่สัญชาติไทย ที่จะส่งผลกระทบต่อคนไทย (อยู่ระหว่างดำเนินการ) ซึ่งกองทุนนี้จะควบคุม ถึงการส่งเสริมการรักษา การป้องกันโรค หากทำเรื่องของการป้องกันโรคได้ดีก็จะไม่เกิดโรค แต่สภาพปัญหา คือคนต่างด้าวไปอาศัยกันอยู่อย่างแออัด และสิ่งแวดล้อมไม่ถูกสุขลักษณะ ทำให้เกิดโรคได้ง่ายขึ้น

ประการที่สองจากการลงพื้นที่ ทำการวิจัยในพื้นที่ชายแดนไทย - พม่า พบว่า กระทรวงสาธารณสุขไม่มีนโยบายที่ชัดเจน จึงทำแผนแม่บทขึ้นมาเพื่อปรับทิศทางในการดำเนินงาน เพื่อประสานกับ องค์การเอกชน องค์การระหว่างประเทศเพื่อให้การดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน

ปัญหาอีกประการหนึ่งคือไม่ทราบว่ามีจำนวนแรงงานต่างด้าวที่ผิดกฎหมาย ทางราชการมีข้อมูลเฉพาะแรงงานต่างด้าวที่ลงทะเบียนถูกต้องตามกฎหมาย และไม่สามารถขอข้อมูลจากกระทรวงแรงงานได้ เพราะถ้ามีแสดงว่าหน่วยงานของกระทรวงแรงงานละเลยต่อหน้าที่ หลายเรื่องเป็นประเด็นที่ละเอียดอ่อน ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการวางแผนการจัดบริการสาธารณสุข

สรุป แนวโน้มของปัญหาในการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดน

แนวโน้มของปัญหาในการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดน อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้วมีแนวโน้มของปัญหาดังนี้

กระทรวงสาธารณสุขไม่มีนโยบาย ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสาธารณสุขชายแดนที่ชัดเจน ซึ่งในปัจจุบันได้มีความพยายามในการแก้ไขโดยจัดให้มีแผนแม่บทฯ แต่แผนแม่บทดังกล่าวไม่เป็นที่รับรู้โดยทั่วไปของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ซึ่งผลของการไม่มีนโยบายที่ชัดเจน ทำให้เกิดปัญหาการไม่มีงบประมาณสำหรับชุดเวชภัณฑ์ยาพยาบาลที่สถานพยาบาลไม่สามารถเก็บได้จากการรักษาผู้ป่วยต่างด้าว

1. ปริมาณของผู้รับบริการชาวกัมพูชาเพิ่มขึ้น โดยในที่มีทั้งผู้รับบริการที่เป็นตัวผู้ใช้แรงงาน เครือญาติ และประชาชนกัมพูชาทั่วไป ในกลุ่มผู้ขอเข้ารับบริการมีทั้งส่วนที่ทางสาธารณสุขไทยสามารถเก็บค่ารักษาพยาบาลได้คือกลุ่มแรงงานถูกกฎหมายและกลุ่มที่มีฐานะทางการเงินดี ส่วนในกลุ่มแรงงานผิดกฎหมาย และกลุ่มที่มีฐานะยากจนจึงไม่สามารถเก็บค่ารักษาพยาบาลได้

ส่วนสาเหตุของการเพิ่มขึ้นของผู้รับบริการชาวกัมพูชาสาเหตุมาจากการบอกต่อกันในหมู่คนกัมพูชาว่ามารักษาที่สถานพยาบาลไทยได้โดยไม่จำเป็นต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล ความเชื่อมั่นในความสามารถของแพทย์และเวชภัณฑ์ของไทยที่มีมาตรฐานดีกว่า รวมถึงสถานการณ์ชายแดนที่สงบไม่มีการปิดด่านทำให้ชาวกัมพูชาข้ามมาฝั่งไทยได้ ส่งผลให้เศรษฐกิจของชายแดนฝั่งกัมพูชาดีขึ้น แต่ประเด็นความไม่สงบในพื้นที่ตามแนวชายแดนไทยกัมพูชาอาจส่งผลให้จำเป็นต้องมีแผนการรองรับหากเกิดความไม่สงบบริเวณพื้นที่

2. ปัญหาไม่สามารถเก็บค่ารักษาพยาบาลได้ อันเนื่องมาจากผู้รับบริการชาวกัมพูชาส่วนหนึ่งเป็นผู้มีฐานะยากจน เมื่อเข้ามาขอรับบริการเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือตามหลักมนุษยธรรม

สำหรับแนวทางในการรองรับการให้บริการในกรณีที่เก็บค่ารักษาพยาบาลไม่ได้ทางกระทรวงสาธารณสุขมีแนวทางในการจัดตั้งกองทุนควบคุมโรค เพื่อควบคุมโรคระบาดไม่ให้แพร่กระจายซึ่งจะส่งผลต่อคนไทยด้วย ส่วนในระดับจังหวัดมีแนวทางที่จะลดการสูญเสียงบประมาณดังนี้

วิธีที่ 1 ที่เป็นทางการคือการที่ผลักดันให้ระบบการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวอย่างมีประสิทธิภาพเพราะว่าถ้าขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้อง ก็จะมีเงินที่เข้ามาสนับสนุนในระบบได้

วิธีที่ 2 คือการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า โดยการใช้งบประมาณส่วนอื่นเข้ามาแก้ไขสภาพคล่อง

3. ปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่งคือทางกระทรวงสาธารณสุขไม่มีข้อมูลแรงงานที่เข้ามาอย่างผิดกฎหมายส่งผลถึงการวางแผนเรื่องของการจัดบริการสาธารณสุขทำให้คาดการณ์แนวโน้มของปัญหาการจัดบริการและการบริหารงานสาธารณสุขได้ยากลำบาก

ตอนที่ 1.5 การเตรียมพร้อมในการบริหารทรัพยากรเพื่อรองรับการเข้ามาใช้บริการ

สาธารณสุขของประชาชนกัมพูชาของหน่วยงานสาธารณสุขชายแดน

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ กลุ่มผู้มีหน้าที่ในการกำกับดูแลนโยบายการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนในระดับจังหวัด บุคลากรผู้มีหน้าที่ในการกำกับดูแลนโยบายการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนในระดับจังหวัด ซึ่งประกอบด้วย 1) แพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว 2) รองนายแพทย์สาธารณสุข 3) รองนายแพทย์สาธารณสุข โดยให้ข้อมูลดังนี้

การเตรียมพร้อมรองรับ ในการบริหารทรัพยากร (คน เงิน วัสดุ อุปกรณ์) เพื่อรองรับการเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนกัมพูชา ประกอบด้วย ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่กัมพูชา เช่น บัญชีทะเบียนเงินหรือพระตะบอง โดยทั่วไปจะไม่มีการเตรียมพร้อมรองรับเพราะ ไม่เคยเกิดเหตุการณ์ หากมีโรคระบาดก็สามารถที่จะควบคุมได้ จึงไม่มีความจำเป็นที่จะต้องมีการปรับแผน ไม่ต้องใช้งบประมาณเพิ่ม แต่ต้องให้ความสำคัญการทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ของกัมพูชาว่าทางกัมพูชามีข้อจำกัดอะไร มีระบบอย่างไร หากประสานไม่รู้เรื่องก็จะไม่ได้รับความร่วมมือ ดังที่ นายแพทย์ ยุทธพงษ์ รองนายแพทย์สาธารณสุข กล่าวว่า

“สิ่งที่สำคัญคือต้องเข้าใจว่าเขามีขีดจำกัดอย่างไร เขามีจุดแข็งจุดด้อยอย่างไร พอเราเข้าใจเราก็จะทำงานกับเขาได้ แล้วการประสานงานจะง่าย” (รองนายแพทย์สาธารณสุข - นายแพทย์ยุทธพงษ์)

สรุป ความคิดเห็น ในกลุ่มผู้มีหน้าที่ในการกำกับดูแลนโยบายการจัดบริการสาธารณสุขตาม แนวชายแดนในระดับจังหวัด หน่วยงานระดับจังหวัดมีความจำเป็นต้องเตรียมพร้อมในการประสาน ความร่วมมือกับฝั่งกัมพูชา แต่ในปัจจุบันโดยทั่วไปจะไม่มีการเตรียมพร้อมรองรับเพราะไม่เคยเกิด เหตุการณ์ หากมีโรคระบาดก็สามารถที่จะควบคุมได้ ไม่ต้องการปรับแผน ไม่ต้องใช้งบประมาณเพิ่ม

กลุ่มสาธารณสุขอำเภอและหัวหน้าสถานีอนามัย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมพร้อมในการ บริหารทรัพยากรเพื่อรองรับการเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนกัมพูชาของหน่วยงาน สาธารณสุขชายแดน ดังนี้

สาธารณสุขอำเภอคลองหาด กล่าวว่า มีการจัดระบบร่วมกับทางสมาคมเกษตรกรอำเภอ คลองหาดและหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง โดยให้แรงงานชาวกัมพูชาลงทะเบียน พิมพ์ลายนิ้วมือ ลงทะเบียนประวัติ ลงข้อมูลนายจ้าง ข้อมูลการเข้ามาทำงานว่าทำที่ไหน มีระบบการควบคุมไปถึง ระดับว่านายจ้าง ควบคุมเรื่องการเดินทางเข้าออกในแต่ละวัน ควบคุมเรื่องการเคลื่อนย้ายของแรงงาน โดยเกิดจากการประสานงานร่วมกันของ หัวหน้าส่วนราชการ ตำรวจ ทหาร ตำรวจตรวจคนเข้าเมือง นายอำเภอ เจ้าหน้าที่ทางปกครอง สัสดี ทางทหารพราน และทางสาธารณสุข ถึงกรณีที่คนกัมพูชามารับ บริการควรมีกระบวนการอย่างไร เพราะอาจเข้ามาสร้างปัญหาให้กับสาธารณสุขไทย จึงเกิด กระบวนการการรักษาพยาบาลหรือการรับบริการในส่วนนี้ขึ้น

มีการวางมาตรการในการเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขของลูกจ้างชาวกัมพูชา จะต้องมี นายจ้างชาวไทยหรือคนที่นายจ้างมอบหมายพามา ซึ่งเป็นระบบที่ทางอำเภอและสมาคมเกษตรกร อำเภอคลองหาดได้วางไว้

เมื่อ 4 ปีก่อน ปัญหาเรื่องงบประมาณถูกนำมาปรึกษากันบ่อย ในปีแรก ทางนายอำเภอ ปรึกษากับสมาคมชาวไร่อ้อยภาคตะวันออกได้เงินสนับสนุนมาจำนวนหนึ่ง เอาไว้ปรับปรุงมาตรฐาน การให้บริการ ซึ่งก็จะเป็นเงินนอกระบบ เมื่อรับมาแล้วใช้ในการปรับปรุงในเรื่องของการบันทึกข้อมูล ในการให้บริการ

ในการควบคุมการแพร่กระจายของโรคติดต่อ มีการประสานงานและให้ความรู้กับ เจ้าหน้าที่ ตรวจคนเข้าเมืองกรอกข้อมูลคนที่ผ่านด่านเข้ามา และให้ทหารพรานตรวจคัดกรองอาการของโรคว่ามี อาการของโรคระบาดหรือไม่ ถ้าพบชาวกัมพูชาที่มีอาการของโรคจะมีการแจ้งเตือนมาทางฝ่าย สาธารณสุข นายอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อทำการป้องกันโรค

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอคลองหาด กล่าวว่า ได้ส่งรายงานวิเคราะห์ทุกเดือนเกี่ยวกับการเข้าการออก การมารับบริการ ช่วงที่มีแรงงานเข้ามามาก คือ ฤดูเก็บเกี่ยว จะเตรียมอุปกรณ์ ยา และการเตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่เพิ่มมากขึ้นกว่าช่วงปกติ

หัวหน้าสถานีอนามัยคลองไผ่เถื่อน กล่าวว่า มีแผนประจำปีโดยมีข้อมูลการใช้วัสดุ ยา ในปีที่ผ่านมา และนอกจากนั้นมี แผนการเงิน วัสดุ ครุภัณฑ์ แผนพัฒนานุเคราะห์

หัวหน้าสถานีอนามัยบ้านนาดี กล่าวว่า มีการส่งสถิติการเข้ารับบริการของชาวกำพูชาให้นายอำเภอ เพื่อขอรับงบประมาณสนับสนุนบางส่วนแต่ยังไม่เพียงพอ

หัวหน้าสถานีอนามัยเขาตังกอก กล่าวว่า เรื่องการจัดสรรงบประมาณ ค่าใช้จ่าย ที่มีการขาดหายไป ส่วนในเรื่องการรักษาเป็นงานประจำ ปัญหาส่วนใหญ่เป็นเรื่องการสื่อสาร หากมีข้อมูลที่เป็นภาษาต่างประเทศจะทำให้การเข้าถึงบริการได้มากขึ้น

สรุป ความคิดเห็นในกลุ่มสาธารณสุขอำเภอและหัวหน้าสถานีอนามัย ในการบริหารทรัพยากร (คน เงิน วัสดุ อุปกรณ์) เพื่อรองรับการเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนกำพูชา ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในกลุ่มนี้ระบุถึงมีการจัดตั้งระบบการลงทะเบียนแรงงานต่างด้าวเพื่อเป็นข้อมูลในการบริหารงาน การควบคุมแรงงานต่างด้าว และการสนับสนุนงบประมาณ โดยทำการจัดระบบร่วมกับทางสมาคมเกษตรกรอำเภอคลองหาดและหน่วยราชการที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ มีการจัดทำแผนในด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องคือ แผนการเงิน วัสดุ ครุภัณฑ์ แผนพัฒนานุเคราะห์ รวมถึงจัดทำรายงานเกี่ยวกับข้อมูลแรงงาน และข้อมูลการเข้ารับบริการของชาวกำพูชา

กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขผู้รับผิดชอบการดูแลบริการสาธารณสุขในพื้นที่ตามแนวชายแดน จังหวัดสระแก้ว ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมพร้อมในการบริหารทรัพยากรเพื่อรองรับการเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนกำพูชาของหน่วยงานสาธารณสุขชายแดน ดังนี้

กลุ่มเจ้าหน้าที่ อาสาสมัครสาธารณสุข ไม่ได้เตรียมความพร้อมในด้านใดด้านหนึ่งเป็นพิเศษ แต่มีการประชุม โดยการประชุมร่วมกันที่อำเภอ ร่วมกับ แพทย์ ในเรื่องเกี่ยวกับการเตรียมพร้อมระวังเรื่องโรคต่าง ๆ ถึงฤดูการเก็บเกี่ยวอ้อย จะมีแรงงานเข้ามา จะมีการประชุมแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ อาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบดูแลชาวกำพูชาต้องทำการตรวจยอด และกำชับนายจ้างให้ดูแลเรื่องความสะอาดของแรงงาน

ตั้งคณะกรรมการแต่ละหมู่บ้านขึ้นมา เรียกประชุมทุกหน่วยงาน ทำหนังสือที่กรมแรงงาน เมื่อกรมแรงงานอนุมัติมา มีการเรียกประชุมอีก จัดตั้งคณะกรรมการขึ้นมา เพื่อกำหนดว่าใครรับผิดชอบหน้าที่อะไร

อาสาสมัครสาธารณสุขบ้านนาดี ทำงานปกติ แต่ในช่วงที่มีการเก็บเกี่ยวอ้อยแรงงานจะมากขึ้น ทางอาสาสมัครสาธารณสุขจะแจ้งให้นายจ้างดูแลเรื่องความสะอาด แนะนำเรื่องสุขอนามัย

อาสาสมัครสาธารณสุขรายชั้นเตรียมพร้อมในช่วงฤดูแล้ง เพราะจะมีแมลงวัน ยุง เป็นพาหะของโรคมลาเรีย เนื่องจากแรงงานกับพญาไม้ นิยมนอนมุ้ง ทำให้เป็นโรคและอาจแพร่เชื้อให้คนไทย

สรุป ความคิดเห็นในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขผู้รับผิดชอบการดูแลบริการสาธารณสุขในพื้นที่ตามแนวชายแดน จังหวัดสระแก้ว หน้าที่ของ อาสาสมัครสาธารณสุข คือการดูแลให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขอนามัยในชุมชน ซึ่งการทำงานเป็นการทำงานปกติตามงานประจำในหน้าที่ จะมีการเตรียมการรับมือมากกว่าปกติในฤดูเก็บเกี่ยวแรงงานจะเข้ามาเป็นจำนวนมากโดยจะประสานกับนายจ้างให้ดูแลที่อยู่อาศัยของแรงงานให้ถูกสุขลักษณะ

ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลคลองหาด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมพร้อมในการบริหารทรัพยากรเพื่อรองรับการเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนกับพญาของหน่วยงานสาธารณสุขชายแดน

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองหาด กล่าวว่า มีการประชุม เมื่อเกิดโรคตามแนวชายแดน ซึ่งส่วนใหญ่เมื่อต้องทำการควบคุมโรคทางกับพญาจะขอให้ไทยช่วย เพราะกับพญาทำงานเฉพาะกิจ ไม่มีศักยภาพ ไม่เหมือนของไทยที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควบคุมโรคอะไรต่าง ๆ ที่เป็นอาชีพการเตรียมพร้อม จะเป็นเรื่อง ความปลอดภัยในการนำส่งคนไข้มาโรงพยาบาล

สรุปความคิดเห็นในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลคลองหาด การเตรียมความพร้อมเป็นไปในลักษณะของการเตรียมรับสถานการณ์ชายแดน และการให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือเมื่อฝั่งกับพญาเกิดโรค

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ให้สัมภาษณ์ต่อประเด็นดังกล่าว สรุปได้ดังนี้

การบริหารทรัพยากร (คน เงิน วัสดุ อุปกรณ์) เพื่อรองรับการเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนกับพญา มีดังนี้

1. ทำโดยมีความร่วมมือ แลกเปลี่ยนข้อมูล ส่งเจ้าหน้าที่ของไทยไปช่วยฝั่งกับพญาเมื่อมีโรคระบาดในพื้นที่ ส่วนการร่วมมือต่าง ๆ ต้องพิจารณาความต้องการของประเทศเพื่อนบ้าน
2. ส่วนของงบประมาณ ในส่วนการให้การรักษาค่ารักษาพยาบาลได้กลายเป็นภาระของกระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบันมีงบประมาณส่วนหนึ่ง เป็นงบของมติดะรัฐมนตรี ซึ่งไม่ใช่งบเพื่อใช้กับภาระค่าใช้จ่ายของจังหวัดชายแดนที่ไม่สามารถเรียกเก็บเงินได้ แต่มีส่วนหนึ่งที่

สามารถนำไปช่วยเสริมได้ กล่าวคือ ตามมติ ก่อนมีการทำเรื่องหลักประกันคุณภาพ จะมีคนกลุ่มหนึ่งที่ อยู่ในกระบวนการ อย่างเช่นกลุ่มที่ขึ้นต้นด้วย 6 7 8 3 4 และ 0 คณะรัฐมนตรีมีมติให้หลักประกัน สุขภาพ คือให้สิทธิขั้นพื้นฐานสาธารณสุขแก่ทุกคนที่มีปัญหาสาธารณสุข ตั้งแต่ ปี 2553 ปีงบประมาณ 2553 มติ ครม.วันที่ 22 มีนาคม 2553 ซึ่ง งบประมาณนั้น ครึ่งปี หมายถึง เมษายนถึง กันยายน 2553 มีประมาณ 300 กว่าล้านบาท ซึ่งครอบคลุม กลุ่มเป้าหมาย ที่ตามมติครม. กำหนด ใน ปี 2554 ได้มา 900 กว่าล้านบาท ในปี 2554 ตั้งแต่ตุลาคมถึงกันยายน 2555 ซึ่งจะเป็นเม็ดเงินตรงที่จะ ช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่าย

การบริหารงานสาธารณสุขชายแดนในระดับกระทรวง เน้นที่การใช้ความร่วมมือกับกัมพูชา โดยยึดความต้องการของกัมพูชาเป็นหลัก โดยในการพัฒนาความสามารถของบุคลากรทางสาธารณสุข ของกัมพูชาให้ดีขึ้นมีผลต่อการลดภาระการรักษาของบุคลากรไทยได้ และเน้นการแก้ไขเรื่อง งบประมาณที่จะขอชดเชยให้กับค่ารักษาพยาบาลที่เป็นภาระของสถานพยาบาลในกรณีที่ยกเก็บไม่ได้

สรุป การเตรียมพร้อมในการบริหารทรัพยากรเพื่อรองรับการเข้ามาใช้บริการสาธารณสุข ของประชาชนกัมพูชาของหน่วยงานสาธารณสุขชายแดน

หน่วยงานต่าง ๆ ที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญแต่ละกลุ่มสังกัด มีการเตรียมพร้อมรองรับ ในการบริหารทรัพยากร (บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์เวชภัณฑ์ และการบริหารจัดการ) เพื่อรองรับ การเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนกัมพูชา ทุกหน่วยงาน โดยการเตรียมความพร้อมแบ่งได้ 2 ประเภท

1. การเตรียมความพร้อมในหน่วยงาน โดยเป็นการเตรียมความพร้อมให้งานประจำมี ประสิทธิภาพมากขึ้นและเตรียมความพร้อมในการรับสถานการณ์ที่มีการประเมินไว้แล้วรวมถึง สถานการณ์ฉุกเฉิน ดังนี้

1.1 งานประจำ มีการจัดทำแผนในด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องคือ แผนการเงิน วัสดุ ครุภัณฑ์ แผนพัฒนาบุคลากร รวมถึงจัดทำรายงานเกี่ยวกับข้อมูลแรงงาน และข้อมูลการเข้ารับบริการของชาว กัมพูชา

1.2 สถานการณ์ที่มีการประเมินไว้แล้ว การเตรียมการรับมือมากกว่าปกติในฤดูเก็บเกี่ยว แรงงานจะเข้ามาเป็นจำนวนมาก

1.3 สถานการณ์ฉุกเฉิน การเตรียมความพร้อมเป็นไปในลักษณะของการเตรียมรับ สถานการณ์ชายแดน และการให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือเมื่อฝั่งกัมพูชาเกิดโรค

2. การเตรียมความพร้อมโดยการประสานงานร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ มีการประสานความร่วมมือกับฝั่งกัมพูชาโดยเน้นที่การใช้ความร่วมมือกับกัมพูชาโดยยึดความต้องการของกัมพูชาเป็นหลัก โดยในการพัฒนาความสามารถของบุคลากรทางสาธารณสุขของกัมพูชาให้ดีขึ้นมีผลต่อการลดภาระการรักษาของบุคลากรไทย

ตอนที่ 2 ลักษณะเฉพาะของการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนจากกัมพูชาที่มีที่แตกต่างจากการให้บริการประชาชนไทย และการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่อื่น

ตอนที่ 2.1 ลักษณะเฉพาะของกลุ่มโรคที่พบบ่อยในพื้นที่ชายแดน

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญบุคลากรผู้มีหน้าที่ในการกำกับดูแลนโยบายการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนในระดับจังหวัด กล่าวว่า โรคที่พบในกลุ่มชาวกัมพูชาไม่ต่างจากชาวไทย เช่น มาลาเรีย อุจจาระร่วง ส่วนในโรกระบบทางเดินหายใจมีจำนวนไม่มากนักเนื่องจากภูมิอากาศของทั้งสองพื้นที่มีความเหมือนกัน โดยส่วนหนึ่งชาวกัมพูชาที่เข้ามารักษาพยาบาลเป็นผู้อาศัยในพื้นที่ประเทศไทย แต่ว่าโรคที่มีความแตกต่างอย่างชัดเจนกับพื้นที่อื่นที่ไม่ใช่เขตชายแดน คือ โรคมาลาเรีย และปัจจุบันพบว่า การเข้ารับการรักษาสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุพบน้อยลง

จากข้อมูลการเฝ้าระวังโรคชาวกัมพูชาที่เข้ามาขายแรงงานและเข้ารับการรักษานในจังหวัดสระแก้ว ระหว่างปี พ.ศ. 2549 - 2552 ได้รับรายงานผู้ป่วยชาวกัมพูชา 455 ราย และเสียชีวิต 4 ราย ดังนี้

ตารางที่ 4.1 จำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากผู้ป่วยด้วยโรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา
ระหว่างปี พ.ศ. 2549 - 2552 ของจังหวัดสระแก้ว

โรค	ปี พ.ศ.								รวม	
	2549		2550		2551		2552			
	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย
มาเลเรีย	22	0	101	0	80	0	86	0	289	0
อุจจาระร่วง	9	0	38	0	35	0	21	0	103	0
อาหารเป็นพิษ	2	0	0	0	2	0	2	0	6	0
บิด	0	0	3	0	0	0	0	0	3	0
ไวรัสตับอักเสบบ	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1
ไข้เลือดออก	0	0	0	0	4	1	5	0	9	1
ไข้สมองอักเสบบ	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0
ปวดบวม	2	0	1	0	0	0	1	0	4	0
วัณโรคปอด	0	0	3	0	0	0	3	0	6	0
งูกัด	2	0	2	0	0	0	0	0	4	0
ตาแดง	1	0	1	0	2	0	7	0	11	0
เลปโตสไปโรซีส	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
พิษสุนัขบ้า	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
สุกใส	1	0	1	0	4	0	0	0	6	0
ซิฟิลิส	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ไข้/ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	1	1	3	0	1	0	0	0	5	1
งูสวัด	1	0	1	0	2	0	0	0	4	0
พิษจากสารเคมี	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
รวม	41	1	159	2	130	1	125	0	455	4

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว, 2554.

จากตารางที่ 4.1 พบว่า โรคที่ชาวกัมพูชามีการเจ็บป่วยและเข้ามาขอรับบริการสาธารณสุขเป็นจำนวนมากได้แก่ โรคมาเลเรีย รองลงมาเป็นโรคอุจจาระร่วง ซึ่งเป็นสถิติที่ใกล้เคียงกันในทุกปี

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มสาธารณสุขอำเภอและหัวหน้าสถานีอนามัย ได้กล่าวถึงโรคที่พบบ่อยในกลุ่มชาวกัมพูชาที่เข้ามารับการรักษายาบาล ดังนี้

สาธารณสุขอำเภอคลองหาด กล่าวว่า การเข้ามาขอรับบริการมีตั้งแต่ปวดหัวไม่สบาย การให้บริการ ที่ให้ประกอบด้วยการรักษาโรค การควบคุมโรคติดต่อ การทำคลอด EPI คือการป้องกันโรค การฉีดวัคซีน ซึ่งให้บริการเท่าเทียมกับคนไทย

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอคลองหาด กล่าวว่า เรื่องโรคอุบัติใหม่ โรคระบาดต่าง ๆ โรคที่มากับแรงงานต่างด้าว เช่น อุจจาระร่วง มาลาเรีย เพราะคลองหาดจะเป็นพื้นที่สีแดงเรื่องมาลาเรียอาหารเป็นพิษ ซึ่งทางสาธารณสุขจะควบคุมป้องกันไว้ไม่ให้เกิด และดูเรื่องสุขภาพโดยรวมของคนในกลุ่มของแรงงานต่างด้าว

หัวหน้าสถานีอนามัยกลุ่ม กล่าวว่า ชาวกัมพูชาส่วนหนึ่งเข้าขอรับบริการฝากครรภ์ โดยเมื่อเข้ามารับจ้างตัดอ้อย แรงงานที่ตั้งครรภ์มีอาการตกเลือด ต้องนำส่งโรงพยาบาลต่อการรักษาไม่สามารถเรียกเก็บค่ารักษาได้ เพราะแรงงานไม่มีเงินจ่าย ต้องเป็นภาระของสถานีอนามัย ซึ่งอนามัยไม่สามารถปฏิเสธที่จะไม่รับคนป่วยได้

หัวหน้าสถานีอนามัยบ้านน้ำคำ กล่าวว่า โรคที่พบบ่อยในกลุ่มชาวกัมพูชาคือ โรคติดต่อติดเชื้อ เช่นท้องเสีย ไข้เลือดออก ซึ่งเมื่อรักษาไปแล้วการควบคุมทำได้ยากเนื่องจากแรงงานไม่อยู่เป็นหลักแหล่ง ตามตัวลำบาก บางทีทำให้เชื้อแพร่กระจาย อาจจะทำให้คนไทยติดโรค อุบัติเหตุ ที่ต้องทำแผลและให้มาล้างแผล บางครั้งไม่กลับมาล้างแผลทำให้เกิดบาดทะยัก ปัญหาของการรักษา คือ การเก็บค่ารักษาพยาบาลซึ่งบางครั้งไม่สามารถเก็บได้ เพราะแรงงานไม่มีเงินจ่าย ทางอนามัยก็ไม่เรียกเก็บ เพราะถือว่าเป็นการรักษาเพื่อมนุษยธรรม

หัวหน้าสถานีอนามัยบ้านนาดี กล่าวว่า โดยส่วนใหญ่โรคที่พบจะเป็นไข้หวัดทั่ว ๆ ไป

หัวหน้าสถานีอนามัยเขาตังอ้อ กล่าวว่า ชาวกัมพูชาส่วนใหญ่จะเป็นโรคในระบบทางเดินอาหาร อุจจาระร่วง สาเหตุมาจากมีสุขภาพที่ไม่ดี คือ การอยู่การกิน เรื่องอาหาร ก็จะมีการปนเปื้อน ทำให้ท้องเสียได้ อาศัยตามแนวคลองกัน สร้างที่อยู่อาศัยไม่ถาวรอยู่ตามชายทุ่ง และย้ายที่อยู่อาศัยบ่อย ในกลุ่มเด็ก เป็นเรื่องทางเดินหายใจ ไข้หวัด ทั่ว ๆ ไป ใกล้เคียงกับคนไทย

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ กลุ่มสาธารณสุขอำเภอและหัวหน้าสถานีอนามัย ได้กล่าวถึงโรคที่พบบ่อยในกลุ่มชาวกัมพูชาที่เข้ามารับการรักษายาบาล โดยส่วนใหญ่จะพบในอาการ โรคระบบทางเดิน

หายใจ ไข้หวัด โรคระบบทางเดินอาหาร อุจจาระร่วง การทำคลอดหรือการผ่าตัดกรรภ์ การขอรับฉีดวัคซีน มาลาเรีย ไข้เลือดออก

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มอาการของโรคที่พบบ่อยในกลุ่มชาวกัมพูชาที่เข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอคลองหาด ไว้ดังนี้

อาสาสมัครสาธารณสุขให้ข้อมูลไปในทิศทางเดียวกันว่า ชาวกัมพูชาที่เข้ามาขอรับบริการสาธารณสุขส่วนใหญ่จะเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินอาหาร อุจจาระร่วง เพราะ ดื่มน้ำไม่สะอาด ไม่ล้างมือ รับประทานอาหารเน่าเสีย และมีลักษณะนิสัยในการขับถ่ายที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ส่วนในเรื่องสุขภาพก่อนข้างทนต่อสภาพอากาศไม่เจ็บป่วยง่าย มีการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ ไข้หวัด บางเล็กน้อย นอกจากนั้นยังมีผู้ป่วยด้วยโรคมาลาเรียและวัณโรคบางเล็กน้อย

โดยส่วนใหญ่เมื่อมีอาการเจ็บป่วยแรงงานจะทำการรักษากันเอง หรือซื้อยาจากร้านขายยารับประทาน เมื่อมีอาการรุนแรงเพิ่มขึ้นจึงจะขอให้นายจ้างพามาพบอาสาสมัครสาธารณสุข หรือพบแพทย์

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้บริการสาธารณสุข ประกอบด้วย พยาบาลประจำโรงพยาบาลคลองหาด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองหาด กล่าวเพิ่มเติมว่า โรคภัยแรงที่พบบ่อยในกลุ่มชาวกัมพูชาที่เข้ามารับการรับการรักษา ณ โรงพยาบาลคลองหาด ส่วนใหญ่ประกอบด้วย โรคมาลาเรีย ไข้เลือดออก โรคโปลิโอ และวัณโรค

ตารางที่ 4.2 สรุปผลโรคที่พบบ่อยของชาวกัมพูชาผู้ขอรับบริการสาธารณสุข ณ โรงพยาบาลคลองหาด จ.สระแก้ว ประจำปี 2553

ประเภท	โรคที่พบบ่อย (ผู้ป่วยนอก)	คน/ครั้ง	โรคที่พบบ่อย (ผู้ป่วยใน)	คน/ครั้ง
แรงงานต่างด้าว ที่ขึ้นทะเบียน	1. ตาแดง	5/6	1. คลอดปกติ	3/3
	2. ฝักครรภ์	4/11	2. หอบหืด	1/3
	3. โรคหอบหืด	1/13	3. COPD (ปอดอุดตันเรื้อรัง)	1/1
	4. ปอดอักเสบ	1/12	4. ปอดอักเสบ	1/1
	5. เบาหวาน	1/9	5. ความดันโลหิตสูง	1/1
ประเภท	โรคที่พบบ่อย (ผู้ป่วยนอก)	คน/ครั้ง	โรคที่พบบ่อย (ผู้ป่วยใน)	คน/ครั้ง
แรงงานต่างด้าว ที่ไม่ขึ้นทะเบียน	1. อุจจาระร่วง	110/115	1. คลอดปกติ	121/121
	2. ระบบย่อยอาหาร	100/113	2. อุจจาระร่วง	27/27
	3. ฉีดยัคซีนเด็ก	85/146	3. ภาวะโปแทสเซียมต่ำ	11/11
	4. ฝักครรภ์	55/176	4. ภาวะเลือดออก ในกระเพาะ	10/11
	5. ทำแผล	47/118	5. ระบบย่อยอาหาร	9/10

ที่มา : โรงพยาบาลคลองหาด, 2554

จากตารางที่ 4.2 ชาวกัมพูชาผู้ขอรับบริการสาธารณสุข ณ โรงพยาบาลคลองหาด จ.สระแก้ว ประจำปี 2553 มีจำนวนแรงงานต่างด้าวที่ไม่ขึ้นทะเบียนมากกว่าแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียน ซึ่งส่งผลกระทบต่อค่าบริการรักษาพยาบาลที่ไม่อาจจะเก็บค่าบริการพยาบาลได้ครบถ้วน โดยบริการสาธารณสุขที่ชาวกัมพูชานิยมเข้ามารับบริการมากที่สุด ได้แก่ การทำคลอดปกติ จำนวน 121 ราย อันเนื่องมาจากชาวกัมพูชามีความเชื่อถือในบริการสาธารณสุขของไทย โดยเฉพาะการทำคลอดรอลงมาได้แก่ โรคอุจจาระร่วง ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยนอกมากถึง 110 ราย และมีผู้ป่วยในถึง 27 ราย เป็นเพราะชาวกัมพูชามีสุขลักษณะที่ไม่ดี รับประทานอาหารที่ไม่สะอาด อีกทั้งยังมีการขับถ่ายลงในแหล่งน้ำที่เป็นแหล่งน้ำอุปโภคบริโภค นอกจากนั้นจะเป็นโรคในระบบการย่อยอาหาร การขอรับวัคซีนในเด็ก และโรคอื่นๆ

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่าโดยส่วนใหญ่ที่พบตามแนวชายแดนจะเป็นโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ ซึ่งจะมีหลาย ๆ โรคประกอบกัน

สรุป ลักษณะเฉพาะของกลุ่มโรคที่พบบ่อยในพื้นที่ชายแดน

โรคที่พบบ่อยในกลุ่มชาวกลุ่มพม่าที่เข้ามาขอรับบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนส่วนใหญ่จะเป็นโรคระบบทางเดินอาหาร อุจจาระร่วง รองลงคือโรคระบบทางเดินหายใจ และโรคติดต่ออื่น ๆ อาทิ โรคมาเลเรีย และวัณโรค โดยสาเหตุของการเกิดโรคเกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี และการไม่รักษาความสะอาด

โรคที่ชาวกลุ่มพม่ามีการเจ็บป่วยและเข้ามาขอรับบริการสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอคลองหาดเป็นจำนวนมากได้แก่ การมาขอรับบริการคลอดปกติ รองลงมาเป็นโรคอุจจาระร่วง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าชาวกลุ่มพม่ามีความเชื่อมั่นในบริการสาธารณสุขของไทยมาก และแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพของชาวกลุ่มพม่าสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ที่กล่าวว่า ชาวกลุ่มพม่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม รับประทานอาหารที่ไม่สะอาด และมีการขับถ่ายลงในแหล่งน้ำธรรมชาติ รวมทั้งไม่มีการดูแลสถานที่พักอาศัยให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

ตอนที่ 2.2 การสื่อสารกับผู้รับบริการสาธารณสุข

บุคลากรผู้มีส่วนในการกำกับดูแลนโยบายการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนในระดับจังหวัด ทั้ง 3 ท่านกล่าวไปในทิศทางเดียวกันว่า ถึงแม้ชาวกลุ่มพม่าสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ในระดับพื้นฐาน แต่ภาษาก็ยังเป็นอุปสรรคในการให้บริการอยู่บ้างถ้าหากไม่มีล่ามหรือล่ามสื่อสารได้ไม่ดีก็จะส่งผลต่อการให้บริการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบางท่านสามารถสื่อสารด้วยภาษากลุ่มพม่าได้ แต่ส่วนใหญ่ยังไม่สามารถที่จะสื่อสารกับผู้ป่วยได้ จำเป็นต้องอาศัยนายจ้าง หรือล่ามที่สามารถสื่อสารได้

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มสาธารณสุขอำเภอและหัวหน้าสถานีอนามัย ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ให้บริการ กับผู้ป่วยชาวกลุ่มพม่า ดังนี้

สาธารณสุขอำเภอคลองหาด กล่าวถึงการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับผู้รับบริการชาวกลุ่มพม่าว่าโดยทั่วไปจะมีปัญหาเรื่องการสื่อสารเนื่องจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ไม่สามารถสื่อสารภาษากลุ่มพม่าได้ จำเป็นต้องให้นายจ้างหรือหัวหน้าคนงานที่สามารถสื่อสารทั้งสองภาษาได้เป็นล่าม จึงควรที่จะจัดให้มีคนที่มีความรู้หรือพูดภาษาเขมรได้

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอคลองหาด กล่าวถึงบุคลากรสาธารณสุขอำเภอคลองหาดว่า บุคลากรไม่สามารถสื่อสารภาษาเขมรได้ รวมทั้งประชาชนไทยทั่วไปก็ไม่สามารถสื่อสารได้ มีประชาชนไทยในพื้นที่คลองหาดส่วนน้อยเท่านั้นที่จะพูดภาษาเขมรได้ แต่ในการมารับบริการของแรงงานต่างด้าวจะมีนายจ้างมาด้วย ซึ่งจะเป็นล่ามในการสื่อสารให้ได้

หัวหน้าสถานีอนามัยหล่ม กล่าวถึงการสื่อสารในการให้บริการว่า ส่วนใหญ่จะใช้ล่าม ซึ่งผู้ป่วยชาวกัมพูชาเป็นผู้พามา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนหนึ่งเข้าใจภาษาเขมรเล็กน้อยเช่นการสื่อสารเกี่ยวกับ อาการปวดหัว ปวดท้อง ส่วนใหญ่ที่มารับการรักษาคือการทำแผลซึ่งกลุ่มที่เข้ามาใช้บริการสามารถสื่อสารภาษาไทยได้

หัวหน้าสถานีอนามัยคลองไถ่เถื่อน กล่าวถึงปัญหาเรื่องภาษา ซึ่งทางกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดคุณสมบัติให้บุคลากรของกระทรวงสามารถสื่อสารต่างประเทศได้อีกหนึ่งภาษาคือ ภาษาอังกฤษ แต่ในพื้นที่อำเภอคลองหาด หรือพื้นที่แนวชายแดนภาษาที่จำเป็นต้องใช้ คือภาษาของประเทศเพื่อนบ้าน เช่น ภาษาเขมร แต่กลับไม่ได้รับการสนับสนุนจากส่วนกลาง

หัวหน้าสถานีอนามัยบ้านน้ำคำ กล่าวว่า ตนเองไม่สามารถพูดภาษาเขมรไม่ได้เลย แต่ในการให้บริการจะมีล่ามมาแปลซึ่งทางผู้รับบริการจัดหา และชาวกัมพูชาที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย ร้อยละ 80 จะสามารถพูดไทยได้ ในทัศนะคิดว่าภาษาที่ใช้ในการพูดไม่ใช่ปัญหา อาจจะเป็นปัญหาในการอ่านฉลากยาของชาวกัมพูชามากกว่า

หัวหน้าสถานีอนามัยบ้านนาดี กล่าวว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้ นายจ้างหรือผู้ที่พามาจะเป็นผู้แปลให้

ในกลุ่มสาธารณสุขอำเภอคลองหาดและหัวหน้าสถานีอนามัย กล่าวถึง ปัญหาในการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้รับบริการชาวกัมพูชา ว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่สามารถสื่อสารภาษาเขมรได้ จำเป็นต้องอาศัยนายจ้างหรือหัวหน้าคนงานที่สามารถสื่อสารได้ทั้งสองภาษา และชาวกัมพูชาส่วนใหญ่ที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยสามารถที่จะสื่อสารภาษาไทยได้พอสมควร แต่อาจจะมีปัญหาในด้านความไม่มั่นใจในการวินิจฉัยโรค หรือการอ่านฉลากยาของผู้ป่วย

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ได้กล่าวถึงวิธีการสื่อสารกับชาวกัมพูชาในการให้บริการสาธารณสุขดังนี้

กลุ่มเจ้าหน้าที่ อาสาสมัครสาธารณสุข กล่าวว่าโดยส่วนใหญ่การสื่อสารในการให้บริการสาธารณสุขจะมีชาวไทยที่สามารถสื่อสารภาษาเขมรเป็นล่ามให้ ในกรณีการฝากครรภ์หรือการมารับ

บริการของคนกัมพูชาที่ไม่ใช่แรงงานแต่เข้ามาใช้บริการจะมีคนรับส่ง โดยเฉพาะซึ่งทำหน้าที่เป็นล่ามด้วย อีกทั้งชาวกัมพูชาส่วนหนึ่งสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ จึงทำให้การสื่อสารได้ระดับหนึ่ง

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลคลองหาดได้กล่าวถึงการสื่อสารกับผู้ป่วยชาวกัมพูชาดังนี้

ผอ.รพ.คลองหาด กล่าวว่า ชาวกัมพูชาที่มาขอรับบริการมี 2 ประเภท คือ 1) มีคนพามา ซึ่งจะทำหน้าที่เป็นล่าม ดูแลเบ็ดเสร็จถึงการรับส่ง และ 2) ชาวกัมพูชาผู้มารับบริการเอง ส่วนมากเป็นแรงงานที่เข้าทำงานในประเทศไทย ซึ่งส่วนหนึ่งจะสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และจะมาในกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน อีกทั้งทางโรงพยาบาลมีเจ้าหน้าที่ส่วนหนึ่งที่พูดภาษาเขมรได้

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่ชายแดน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่มูลนิธิ Friend Inter และเจ้าหน้าที่มูลนิธิ World Vision กล่าวไปในทิศทางเดียวกันว่า ในการเข้ามาขอรับบริการสาธารณสุขในประเทศไทยมีปัญหาด้านการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ จึงควรจัดให้มีล่ามเพื่อการสื่อสารที่ถูกต้อง

สรุป การสื่อสารกับผู้รับบริการสาธารณสุข

การใช้ภาษาสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ให้บริการ กับผู้รับบริการชาวกัมพูชาส่วนใหญ่ไม่สามารถสื่อสารกันโดยตรงได้ จำเป็นต้องใช้ล่ามในการสื่อสาร ถึงแม้จะมีการสื่อสารได้ในบางส่วนแต่ยังไม่มีประสิทธิภาพดีพอเป็นผลต่อการรักษา

ตอนที่ 2.3 การเก็บค่ารักษาพยาบาลจากผู้รับบริการสาธารณสุขชาวกัมพูชา

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มบุคลากรผู้มีหน้าที่ในการกำกับดูแลนโยบายการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนในระดับจังหวัด ทั้ง 3 ท่าน กล่าวถึงการเก็บค่ารักษาพยาบาลจากกลุ่มชาวกัมพูชาที่เข้ามาขอรับบริการสาธารณสุข พบว่า สามารถเก็บค่ารักษาพยาบาลได้ทางโรงพยาบาลจะพยายามเก็บ เช่น กรณีของการมาทำคลอด ส่วนใหญ่จะสามารถเก็บค่ารักษาพยาบาลได้ และสามารถเก็บค่ารักษาพยาบาลจากผู้รับบริการชาวกัมพูชาที่มีฐานะที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลฝั่งไทย แต่โดยรวมแล้ว เก็บได้ไม่ทั้งหมด โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) แรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนตามกฎหมาย ซึ่งจะมีการเก็บค่ารักษาพยาบาลเป็นไปตามระบบประกันสุขภาพ

2) แรงงานต่างด้าวที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนตามกฎหมาย เป็นส่วนที่เก็บได้ไม่ทั้งหมด ซึ่งในส่วนที่จัดเก็บไม่ได้ถือเป็นการให้บริการสาธารณสุขเพื่อมนุษยธรรม และป้องกันผลกระทบทางสาธารณสุขที่อาจจะเกิดขึ้นกับชาวไทยในพื้นที่ได้ ดังที่ นางยุภาพรรณ รองนายแพทย์สาธารณสุข ได้กล่าวว่า

“เพราะการที่คุณรักษาคคนไข้คนนี้อย่างเขมรคุณเสียค่าใช้จ่ายไป 1 ล้าน คุณว่าเป็นภาระสัก 1 ล้าน แต่ว่าถ้าล้านนี้คุณไม่รักษามา พวกนี้ถ้าคุณไม่รักษามีผลกระทบต่อคนในพื้นที่อีกเท่าไรหรอกได้ไหม” (รองนายแพทย์ - นางยุภาพรรณ)

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มสาธารณสุขอำเภอคลองหาดและหัวหน้าสถานีอนามัย ได้กล่าวถึงประเด็นของการเก็บค่ารักษาพยาบาลจากผู้รับบริการชาวกัมพูชา ดังนี้

สาธารณสุขอำเภอคลองหาด กล่าวว่า จะดำเนินการเก็บค่ารักษาพยาบาลในส่วนที่สามารถดำเนินการเก็บได้ คือ ผู้รับบริการที่มีเงินจ่าย หรือนายจ้างรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลให้ ในส่วนที่เก็บไม่ได้ก็จำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือตามความจำเป็น

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอคลองหาด กล่าวถึงประเด็นการเก็บค่ารักษาพยาบาลว่า สามารถเก็บค่ารักษาจากนายจ้างได้บางครั้ง แต่ถึงเก็บไม่ได้เจ้าหน้าที่จะเน้นเรื่องการให้บริการตามหลักมนุษยธรรม

หัวหน้าสถานีอนามัยหลุ่ม กล่าวว่า ในกรณีที่แรงงานต่างด้าวขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวอย่างถูกต้องตามกฎหมาย จะมีค่าใช้จ่ายให้สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาล แต่ในกรณีที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนจะเป็นหน้าที่ของนายจ้างหรือลูกจ้างต้องจ่ายเอง ซึ่งจะเกิดกรณีที่ไม่มีเงินจ่ายบ่อยครั้ง ทำให้จัดเก็บได้บ้าง ไม่ได้บ้าง เช่น ค่ายา 100 เก็บค่ารักษาพยาบาลได้จริงเพียงแค่ 30 บาท

หัวหน้าสถานีอนามัยคลองไถ่เดือน กล่าวว่า จะทำการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลในเฉพาะกรณีที่สามารถเก็บได้

หัวหน้าสถานีอนามัยบ้านน้ำคำ กล่าวถึงประเด็นการเก็บค่ารักษาพยาบาลว่า การเก็บค่ารักษาพยาบาลบางครั้งไม่สามารถเก็บได้ เพราะแรงงานไม่มีเงินจ่าย ทางอนามัยก็ไม่เรียกเก็บเพราะถือว่าเป็นการรักษาเพื่อมนุษยธรรม

หัวหน้าสถานีอนามัยบ้านนาดี กล่าวว่าในการรักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าว การเก็บค่ารักษาไม่สามารถเก็บได้ครบ ตามจำนวนค่ารักษาจริง เช่น ค่ารักษาพยาบาลจริง 1,000 บาท เก็บได้จริง 100 - 200 บาท ซึ่งในการตรวจรักษาจะไม่คิดค่าตรวจคิดเฉพาะค่ายา และในกรณีที่นายจ้างออกค่า

รักษาพยาบาลให้ก่อนและเก็บเงินจากแรงงานโดยการหักค่าแรง เช่นค่ายา 200 บาท แต่ค่าแรงวันละ 100 - 120 บาท ทำให้แรงงานต้องทำงานโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน ซึ่งเจ้าหน้าที่รัฐสักสสาร

หัวหน้าสถานีนามยเขาตองอก กล่าวถึงการเก็บค่ารักษาพยาบาลที่ได้ไม่ครบถ้วนว่า ส่วนหนึ่งจะเก็บได้จากนายจ้าง ซึ่งแรงงานที่เข้ามาทำงานระยะสั้น 2 - 3 เดือน ซึ่งไม่มีการลงทะเบียนแรงงาน ไม่มีการตรวจสุขภาพ การรับการรักษา เช่นการเป็นหวัดจะเก็บค่ายาได้ประมาณร้อยละ 50 ซึ่งเมื่อพิจารณาว่ากระทบต่อการให้บริการพบว่า มีผลกระทบต่อการให้บริการสาธารณสุขและการจัดการบริการสาธารณสุขเล็กน้อย

สรุป ความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มสาธารณสุขอำเภอและหัวหน้าสถานีนามย ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเก็บค่ารักษาพยาบาลจากผู้รับบริการสาธารณสุขชาวกัมพูชาโดยสามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

1. แรงงานต่างด้าวชาวกัมพูชา มีผู้ที่ขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวอย่างถูกกฎหมาย และอยู่ในระบบประกันสุขภาพจำนวนน้อยมาก ซึ่งทำให้มีงบประมาณในส่วนของการประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในระบบจำนวนน้อย ไม่เพียงพอต่อการบริหารจัดการ

2. แรงงานต่างด้าวส่วนหนึ่งไม่สามารถเก็บค่ารักษาพยาบาลได้ อันเนื่องมาจาก ผู้มาขอรับบริการไม่มีเงินมากพอเสียค่ารักษา หรือสามารถจ่ายได้เพียงบางส่วน เช่น ค่ารักษาพยาบาลจริง 1,000 บาท เก็บได้จริง 100 - 200 บาท ในส่วนที่เก็บไม่ได้ถือเป็นการให้บริการสาธารณสุขด้วยการค้ำนึ่งถึงหลักมนุษยธรรม

3. แรงงานต่างด้าวบางส่วนที่รายได้พอสามารถจ่ายค่ารักษาได้ หรือสามารถเก็บค่ารักษาพยาบาลจากนายจ้างที่ยินยอมจ่าย เพื่อเป็นสวัสดิการในการดูแลลูกจ้าง หรือนายจ้างออกค่ารักษาพยาบาลให้แก่ลูกจ้างก่อนแล้วนำไปหักจากค่าแรงของลูกจ้างภายหลัง

4. ชาวกัมพูชาที่มีฐานะ หรือมีกำลังจ่ายได้นิยมเข้ามารับบริการสาธารณสุขในประเทศไทย อาทิเช่นการฝากครรภ์ ทำคลอด หรือฉีดวัคซีนในเด็ก

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข กล่าวถึงการเก็บค่ารักษาพยาบาลจากผู้รับบริการชาวกัมพูชา ไปในทิศทางเดียวกันว่า

กลุ่มเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข การเก็บค่ารักษาพยาบาลไม่ได้เป็นปัญหาเฉพาะในโรงพยาบาล ปัญหานี้เกิดขึ้นกับสถานีนามยด้วย ในบางกรณีแรงงานจ่ายได้ไม่เต็มจำนวน เช่นค่ารักษา 300 จ่ายได้ 50 บาท บางครั้งนายจ้างเป็นผู้掏เงิน ในส่วนของผู้ที่เข้ามารับการรักษา กรณีที่ไม่ได้เป็นแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาขายแรงงานในประเทศไทย แต่เป็นชาวกัมพูชาที่ผ่านเข้าแดนมาเพื่อการ

รักษาพยาบาลโดยเฉพาะ ซึ่งในบางครั้งจะมีนายหน้าเป็นผู้พาข้ามแดนมา นายหน้าจะเป็นผู้ดูแลค่าใช้จ่าย ในบางกรณีชาวกัมพูชาผู้มาขอรับบริการรักษาพยาบาลไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาเพราะจ่ายเงินให้นายหน้าเป็นค่าใช้จ่ายในการพามารักษาตัวในเมืองไทยไปแล้ว ส่วนที่เก็บไม่ได้ส่วนใหญ่ เป็นผู้ประสบอุบัติเหตุ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลคลองหาด โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองหาดได้ระบุถึงการเก็บค่ารักษาพยาบาลจากผู้รับบริการชาวกัมพูชาที่มาขอรับบริการสาธารณสุข ณ โรงพยาบาลคลองหาดว่า “ทางโรงพยาบาลจะเก็บค่ารักษาพยาบาลเท่าที่เก็บได้” และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลคลองหาด กล่าวว่า หากชาวกัมพูชามารับบริการเองไม่มีนายจ้างมาจะเก็บค่ารักษาพยาบาลไม่ได้ หากมารับบริการโดยผ่านนายหน้าโดยผู้รับบริการไม่ใช้แรงงานจะสามารถเก็บค่ารักษาพยาบาลได้ โดยเก็บผ่านนายหน้าที่พามา

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข กล่าวถึงงบประมาณที่เกี่ยวกับการเก็บค่ารักษาพยาบาลดังนี้

ส่วนของงบประมาณ ในส่วนการให้การรักษาที่ไม่สามารถเก็บค่ารักษาพยาบาลได้ กลายเป็นภาระของกระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบันมีงบประมาณส่วนหนึ่ง โดยการอนุมัติของมติคณะรัฐมนตรี ซึ่งไม่ใช้งบเพื่อให้กับภาระค่าใช้จ่ายของจังหวัดชายแดนที่ไม่สามารถเรียกเก็บเงินได้ แต่เป็นส่วนที่สามารถนำไปช่วยเหลือได้ กล่าวคือ ตามมติ ก่อนมีการทำเรื่องหลักประกันคุณภาพ จะมีคนกลุ่มหนึ่งที่อยู่ในกระบวนการ อย่างเช่นกลุ่มที่ขึ้นต้นด้วย 6 7 8 3 4 และ 0 มติคณะรัฐมนตรีให้หลักประกันสุขภาพ คือให้สิทธิขั้นพื้นฐานสาธารณสุขแก่ทุกคนที่มีปัญหาสาธารณสุข ตั้งแต่ปี 2553 ปีงบประมาณ 2553 มติคณะรัฐมนตรีวันที่ 22 มีนาคม 2553 ซึ่งงบประมาณเป็นงบประมาณครึ่งปีหลัง หมายถึงช่วงเดือน เมษายนถึงกันยายน 2553 มีประมาณ 300 กว่าล้านบาท ซึ่งครอบคลุม กลุ่มเป้าหมายที่ตามมติกรม. กำหนด ในปี 2554 ได้มา 900 กว่าล้านบาท ในปี 2554 ตั้งแต่ตุลาคมถึงกันยายน 2555 ซึ่งจะเป็นเม็ดเงินตรงที่จะช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่าย

ประกอบจากข้อมูลสรุปค่าใช้จ่ายในการให้บริการแรงงานต่างด้าวซึ่งไม่สามารถชำระค่าใช้จ่ายได้ (เอกสารอัดสำเนา, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข) มีค่าใช้จ่ายในการให้บริการที่ไม่สามารถเก็บค่ารักษาพยาบาลได้ ดังนี้

ตารางที่ 4.3 สรุปค่าใช้จ่ายในการให้บริการแรงงานต่างด้าวซึ่งไม่สามารถเก็บค่ารักษาพยาบาลได้
ของโรงพยาบาลคลองหาด ระหว่างปี พ.ศ. 2550 - 2552

ค่าใช้จ่ายในการให้บริการแรงงานต่างด้าวซึ่งไม่สามารถ เก็บค่ารักษาพยาบาลได้ของโรงพยาบาลคลองหาด						รวม ค่าใช้จ่าย (บาท)
พ.ศ. 2550		พ.ศ. 2551		พ.ศ. 2552		
ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	
5,324	57,438	15,541	63,952	24,455	113,032	279,743

ที่มา : เอกสารอัดสำเนา, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

จากตารางที่ 4.3 พบว่าค่าใช้จ่ายในการให้บริการแรงงานต่างด้าวซึ่งไม่สามารถเก็บค่ารักษาพยาบาลได้ ของโรงพยาบาลคลองหาด ระหว่างปี พ.ศ. 2550 - 2552 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทั้งนี้เป็นผลมาจากการเพิ่มขึ้นของความต้องการใช้แรงงานในภาคเกษตรของพื้นที่ชายแดน ทำให้มีแรงงานชาวกัมพูชาเข้ามาอาศัยในพื้นที่จำนวนมาก เป็นผลให้มีการมาขอรับบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ประกอบกับแรงงานชาวกัมพูชามีการบอกต่อกันในกลุ่มแรงงานด้วยกันว่าสามารถมาขอรับบริการสาธารณสุข ณ สถานพยาบาลได้โดยไม่จำเป็นต้องชำระค่ารักษาพยาบาล

สรุป การเก็บค่ารักษาพยาบาลจากผู้รับบริการสาธารณสุขชาวกัมพูชา ปัญหาหลักคือไม่สามารถเก็บค่ารักษาพยาบาลจากผู้รับบริการชาวกัมพูชาที่เข้ามาใช้บริการหรือเก็บได้เพียงบางส่วน ทำให้ต้องนำงบประมาณบางส่วนในส่วน of ประชาชนไทยไปสนับสนุนดังกล่าว

ผู้รับบริการชาวกัมพูชาที่มีความสามารถในการจ่ายได้ ส่วนใหญ่นิยมเข้ามาใช้บริการในการทำคลอดบุตร ซึ่งในบริเวณพื้นที่ชายแดนจะมีนายหน้าเป็นผู้ดำเนินการนำชาวกัมพูชาที่ต้องการเข้ารับบริการสาธารณสุขเข้ามารักษาในโรงพยาบาล

ในส่วนที่เก็บไม่ได้บุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ถือว่าเป็นการให้บริการสาธารณสุขด้วยการคำนึงถึงหลักมนุษยธรรม และความพยายามแก้ไขปัญหานี้เพื่อขอเงินที่สถานพยาบาลในพื้นที่ชายแดนต้องรับภาระค่ารักษาพยาบาลโดยการอนุมัติของมณฑลระเทศมนตรี ซึ่งไม่ใช่งบประมาณเพื่อให้บริการค่าใช้จ่ายของจังหวัดชายแดนที่ไม่สามารถเรียกเก็บเงินได้ แต่เป็นส่วนที่สามารถนำไปช่วยเหลือได้

ตอนที่ 2.4 ช่วงเวลาในการให้บริการ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญบุคลากรผู้มีหน้าที่ในการกำกับดูแลนโยบายการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนในระดับจังหวัด ทั้ง 3 ท่านกล่าวไปในทิศทางเดียวกันว่า ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องเวลาในการให้บริการชาวไทยหรือชาวกัมพูชา แต่จะมีลักษณะการให้บริการที่แตกต่างกัน คือ ผู้รับบริการชาวกัมพูชามักเป็นกรณีฉุกเฉิน การรับบริการในเวลาราชการส่วนใหญ่จะเป็นการรับบริการในช่วงนอกเวลาราชการ ซึ่งมีจำนวนไม่น้อยที่เป็นอุบัติเหตุ หรือผู้ป่วยฉุกเฉินอาการหนัก

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มสาธารณสุขอำเภอและหัวหน้าสถานีอนามัย ได้กล่าวถึงประเด็นช่วงเวลาในการเข้ามารับบริการสาธารณสุขไว้ ดังนี้ ช่วงเวลาเข้ามารับบริการไม่แน่นอนแล้วแต่กรณี ส่วนใหญ่จะทยอยกันมารับบริการ แต่ในช่วงเช้าวันจันทร์จะมีจำนวนผู้มาขอรับบริการจำนวนมาก

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ได้กล่าวถึงช่วงเวลาในการรับบริการไว้ สรุปได้ว่า ช่วงเวลาในการเข้ามารับบริการสาธารณสุขของชาวกัมพูชาและจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการไม่แน่นอน ชาวกัมพูชาจะเข้ามารับบริการมากหรือน้อยแล้วแต่กรณี หากมีการนัดตรวจจะมาตามนัดและจะมาเป็นจำนวนมาก ส่วนการรับวัคซีนหากนำบุตรมาในขณะที่มีการให้วัคซีนจะได้รับบริการด้วย ซึ่งช่วงเวลาที่เจ้าหน้าที่หมายเพื่อการตรวจหรือรับวัคซีนจะเป็นช่วงนอกเวลางาน หรือตามแต่แรงงานจะสะดวก

สรุป ประเด็นช่วงเวลาในการให้บริการ ช่วงเวลาการรับบริการไม่แน่นอน การให้บริการให้ตามลำดับ มีการเข้ามารับบริการเหตุฉุกเฉินมากในกรณีโรงพยาบาล ส่วนสถานพยาบาลอื่น ๆ ช่วงการรับวัคซีนจะเข้ารับบริการมาก

ตอนที่ 2.5 คุณสมบัติเฉพาะของผู้ให้บริการสาธารณสุขตามแนวชายแดน

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทุกกลุ่มโดยส่วนใหญ่จะตอบคำถามว่า ผู้ให้บริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนไม่มีคุณสมบัติเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งเป็นพิเศษ โดยจะให้เหตุผลไปในทางเดียวกันว่า ผู้ให้บริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนเน้นการให้บริการอย่างเท่าเทียมกัน ทั้งประชาชนไทยและประชาชนกัมพูชา แต่จากการศึกษาและการสังเกตของผู้วิจัยสามารถสรุปคุณสมบัติเฉพาะที่เป็นลักษณะพิเศษที่บุคลากรทางการสาธารณสุขตามแนวชายแดนจำเป็นต้องมีได้ ดังนี้

1. บุคลากรสาธารณสุขระดับนโยบาย พบว่า จากการให้สัมภาษณ์ของผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 3 ท่าน มีคุณสมบัติ 2 ประการที่สำคัญต่อการทำงานคือ

1.1 บุคลากรสาธารณสุขระดับนโยบาย จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงข้อมูลพื้นฐานด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ของประเทศเพื่อนบ้าน และพื้นที่ชายแดนที่มีเขตติดต่อกับพื้นที่รับผิดชอบเพื่อรับทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้น วางแนวทางป้องกันปัญหา และหาแนวทางในการติดต่อประสานงานระหว่างหน่วยงานได้

1.2 บุคลากรสาธารณสุขระดับนโยบาย จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงศักยภาพของหน่วยงานสาธารณสุขของประเทศเพื่อนบ้าน เพราะเป็นสิ่งสำคัญในการประสานงาน ด้วยประเทศเพื่อนบ้าน (ประเทศกัมพูชา) มีข้อจำกัดในการทำงาน ไม่ว่าจะเป็นด้านงบประมาณ อำนาจการตัดสินใจ ที่ขึ้นอยู่กับส่วนกลาง และข้อจำกัดด้านบุคลากร ในการทำงานร่วมกันระหว่างสองประเทศหากคาดหวังให้หน่วยงานทั้ง 2 ประเทศร่วมมือกัน หรือร่วมลงทุนในทรัพยากรเท่า ๆ กันย่อมเป็นเรื่องยาก จำเป็นต้องมีความเข้าใจในศักยภาพของหน่วยงานประเทศเพื่อนบ้าน เพื่อให้การทำงานลุล่วงไปด้วยดี ดังที่ นายแพทย์ยุทธพงษ์ รองนายแพทย์สาธารณสุข กล่าวว่

“สิ่งที่สำคัญคือต้องเข้าใจว่าเขามีขีดจำกัดอย่างไร เขามีจุดแข็งจุดด้อยอย่างไร พอเราเข้าใจเราก็จะทำงานกับเขาได้ แล้วการประสานงานจะง่าย”

1.3 บุคลากรทางการสาธารณสุขระดับนโยบายจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงวัฒนธรรม ค่านิยมและความเชื่อ ร่วมทั้งการให้เกียรติแก่หน่วยงานสาธารณสุขของประเทศเพื่อนบ้าน อาทิเช่น ในการจัดประชุมจำเป็นต้องมีการจัดจำนวนผู้เข้าร่วมประชุมฝ่ายละเท่า ๆ กันเพื่อแสดงให้เห็นถึงความเท่าเทียม ไม่มีการได้เปรียบเสียเปรียบกัน อันเป็นสิ่งที่ประเทศเพื่อนบ้านให้ความสำคัญอย่างมาก เป็นต้น

2. บุคลากรสาธารณสุขในระดับพื้นที่ พบว่า จากการสัมภาษณ์บุคลากรสาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่พบว่า คุณสมบัติเฉพาะอันเป็นลักษณะพิเศษที่บุคลากรสาธารณสุขชายแดนสมควรจะมี ได้แก่

2.1 ความสามารถในการสื่อสารภาษาของประเทศเพื่อนบ้าน ในปัจจุบันบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว โดยส่วนใหญ่ไม่สามารถสื่อสารภาษากัมพูชา แต่แนวโน้มการเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขของชาวกัมพูชามีจะเพิ่มจำนวนขึ้น ประกอบกับการสื่อสารเพื่อการอธิบายถึงวิธีการรักษาหรือการป้องกันโรคให้แก่ชาวกัมพูชายังเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการปฏิบัติงาน เพราะหากในการการรณรงค์เผยแพร่ความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรค หรือการส่งเสริม

สุขภาพไม่สามารถสื่อสารให้แก่กลุ่มเป้าหมายชาวกัมพูชาทราบและเข้าใจได้แล้วจะส่งผลถึงประสิทธิผลของการดำเนินงานโดยตรง กล่าวคือ ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสุขอนามัยที่ไม่เหมาะสมของชาวกัมพูชาที่มาพักอาศัยในพื้นที่ได้ ส่งผลให้เกิดแหล่งเชื้อโรค และโรคระบาดตามมาเป็นต้น

2.2 ทักษะที่ดีต่อประเทศเพื่อนบ้าน จากเหตุการณ์ความไม่สงบบริเวณแนวชายแดนไทย - กัมพูชา กรณีพิพาทเขาพระวิหาร นั้นส่งผลให้เกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อกันระหว่างประชาชนใน 2 ประเทศ แต่จากการลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูล ในอำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว พบว่า บุคลากรสาธารณสุขเน้นย้ำถึงการให้บริการอย่างเท่าเทียมกันทั้งประชาชนไทยและประชาชนกัมพูชา แสดงให้เห็นถึงทัศนคติที่ดีต่อประเทศเพื่อนบ้านและรักษายกย่องพระบรมหารัชมังคลาธิเบศร์ไว้ได้อย่างดี ทั้งนี้เป็นผลมาจากการติดต่อค้าขายและการเดินทางไปมาหาสู่กันของประชาชนไทยและประชาชนกัมพูชาบริเวณชายแดนเป็นประจำทำให้มีความคุ้นเคยและเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน หากบุคลากรสาธารณสุขตามแนวชายแดนมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการให้บริการชาวต่างด้าวแล้วจะทำให้ เกิดการเลือกปฏิบัติอันเป็นสิ่งที่ผิดต่อพระบรมหารัชมังคลาธิเบศร์ และอาจส่งผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่อีกด้วย

ตอนที่ 2.6 การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญบุคลากรผู้มีหน้าที่ในการกำกับดูแลนโยบายการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนในระดับจังหวัด กล่าวว่า ถึงแม้การป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในเขตพื้นที่ชายแดนจะเป็นไปได้ยาก เพราะมีการเดินทางระหว่างสองประเทศแบบเข้ามาเย็นกลับ ประกอบกับมาตรการป้องกันการโรคในฝั่งประเทศกัมพูชายังไม่เกิดประสิทธิผลเท่าที่ควร แต่หน่วยงานสาธารณสุขฝั่งไทยมีการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค ดังนี้

1. ทำการพิจารณาข้อมูลย้อนหลังในช่วง 1 - 2 ปีที่ผ่านมา มีการประชุมแลกเปลี่ยนความร่วมมือระหว่างสาธารณสุขจังหวัดของทั้ง 2 ประเทศ ในการที่จะแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่สำคัญ เช่น เอชไอวี วัณโรค 2009 โรคระบาดอื่น ๆ การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันในเรื่องการที่จะหาแนวทางในการที่รักษา ซึ่งเปรียบเสมือนการเพิ่มความสามารถทางการสาธารณสุขให้กับหน่วยงานสาธารณสุขของประเทศกัมพูชา ให้สามารถดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนชาวกัมพูชาได้ดียิ่งขึ้น

2. เน้นการให้บริการสาธารณสุขที่ครอบคลุม โดยให้บริการรักษาและป้องกันโรคทั้งประชาชนไทยและประชาชนกัมพูชาที่เข้ามาพักอาศัยในประเทศไทย อาทิ การให้วัคซีนในเด็กเล็ก

การคุมกำเนิด การให้ความรู้ด้าน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ดังที่นางยุภาพรรณ รองนายแพทย์ สาธารณสุข จังหวัดสระแก้ว ได้กล่าวว่า

“ถ้าคุณมีเด็กต่างด้าวอยู่คนหนึ่ง แต่วัคซีนเค้าไม่ได้ จะเกิดอะไรขึ้น เท่ากับคุณให้วัคซีนไม่ ครอบคลุม ถึงเวลาที่มีผลกระทบเหมือนกับคนไทย” (รองนายแพทย์ - นางยุภาพรรณ สาธารณสุข)

3. มีระบบการแลกเปลี่ยนกัน ใน ระดับศูนย์ ระดับจังหวัด และอำเภอคือในส่วนของงาน สาธารณสุข มีคณะทำงาน โดยผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน ในคณะทำงานมันจะมีคณะทำงานหลัก ก็คือคณะทำงานเฝ้าระวัง โรคที่ต้องเฝ้าระวังการระบาดและโรคติดต่อ และก็ในระดับศูนย์ เพราะฉะนั้น ตลอดแนวชายแดน ประกอบด้วยตราพระยา โศภิตา อรัญฯ คลองหาด จะทำงานเป็นทีม

สรุป บุคลากรผู้มีหน้าที่ในการกำกับดูแลนโยบายการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดน ในระดับจังหวัด ในประเด็นลักษณะเฉพาะการป้องกันโรคในพื้นที่ชายแดน มีการเตรียมการทั้งทาง วิชาการและทางปฏิบัติในการควบคุมโรคระบาด ทั้งระดับระหว่างประเทศคือไทย กัมพูชา และระดับ ศูนย์ ระดับจังหวัด และอำเภอ รวมถึงให้การบริการการควบคุมโรคครอบคลุมถึงชาวกัมพูชาเพื่อ ป้องกันการแพร่ระบาด และการนำโรคติดต่อจากฝั่งกัมพูชาเข้ามาในฝั่งไทย

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มสาธารณสุขอำเภอและหัวหน้าสถานีอนามัย ได้กล่าวถึงแนวทางในการ ป้องกันโรคระบาดไว้อย่างน่าสนใจ โดยสาธารณสุขอำเภอคลองหาด กล่าวถึงเรื่องการขับถ่ายที่ไม่ถูก สุขลักษณะของแรงงานต่างด้าว ว่าในปัจจุบันปัญหานี้ลดลงไปมาก เรื่องการใช้ส้วมมีการจัดให้แรงงาน กัมพูชาเข้าถึงมากขึ้น โดยจัดในอัตรา 15 คน ต่อส้วม 1 แห่ง ทำให้ควบคุมดูแลในเรื่องของการแพร่เชื้อ โรค เรื่องของโรคระบบทางเดินอาหารได้ดีขึ้น ในการป้องกันใช้วิธีแจ้งกับนายจ้างในกรณีที่แรงงาน ไม่สบายต้องรักษาให้หายก่อน จึงจะให้จ้างมาทำงาน และขอความร่วมมือกับนายจ้างจัดหาส้วมที่ถูก สุขลักษณะให้กับแรงงาน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอคลองหาด กล่าวว่า ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพมีการประชุม ระดับผู้บริหาร บูรณาการร่วมกับทางอำเภอ ตำรวจ และส่วนราชการต่าง ๆ โดยมีนายอำเภอเป็นผู้ ประธาน จัดประชุมร่วมกับผู้บริหารของอำเภอตรงข้ามคือ อำเภอสำเภาสุน ในเรื่องของแนวทางการ ปฏิบัติของ 2 ประเทศเพื่อที่จะปฏิบัติตรงกัน เกี่ยวกับการติดเชื้อ เพิ่มเชื้อของประชาชนทั้ง 2 ฝ่ายเน้น ส่งเสริม ป้องกัน เน้นไม่ให้การแพร่เชื้อสู่คนไทย เป็นการป้องกันเชิงรุกไปถึงแนวที่พิกของแรงงาน นอกจากนี้แล้ว ยังมีเรื่องการณรงค์การฉีดวัคซีนต่างๆ เช่น โปлио

หัวหน้าสถานีนอนามัยหลุ่ม กล่าวถึงวิธีการป้องกันโรคระบาด เป็นลักษณะการเข้าไป สอบถามและขอความร่วมมือจากนายจ้างในเรื่องของการหยุดวัคซีนโปลิโอ โดยเข้าไปทำงานร่วมกับ อาสาสมัครสาธารณสุข

ส่วนใหญ่โรคของแรงงานคือโรคถ่ายท้อง ท้องร่วง เพราะน้ำดื่มไม่สะอาด ช่วงฤดูแล้งจะมี ปัญหาเรื่องอุจจาระร่วง และ มาลาเรียซึ่งพบมากในพื้นที่ตำบลชาย คนไทยเริ่มเป็นโรคมาลาเรียเพราะมี ชาวกัมพูชาที่มีเชื้อเข้ามาพักอาศัยในพื้นที่

หัวหน้าสถานีนอนามัยคลองไถ่เลื่อน กล่าวถึงวิธีการป้องกันและควบคุมโรคระบาดที่สามารถ ดำเนินการด้านควบคุมโรคถึงแหล่ง ในแหล่งที่พัก โดยจะมีการพ่นยาในจุดที่มีการระบาด หน่วยงาน ที่รับผิดชอบเรื่อง โรคมาเลเรียจะการติดตามเจาะเลือดของต่างชาติมาตรวจ

หัวหน้าสถานีนอนามัยบ้านนาดี กล่าวถึงการมุ่งเน้นการป้องกันโรคที่เกิดจากการรับประทาน อาหารไม่สะอาด เพราะส่วนมากดื่มน้ำเป็นน้ำคลอง ทำให้เกิดอาการอาหารเป็นพิษ อุจจาระร่วง

หัวหน้าสถานีนอนามัยเขาตังอ้อ อธิบายถึงกิจกรรมที่ต้องทำเป็นประจำ คือเรื่องการณรงค์ วัคซีน ป้องกันโรคโปลิโอ ในพื้นที่ที่มีการสำรวจเด็ก มีเครือข่ายของอาสาสมัครสาธารณสุขที่จะ เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยโดยสำรวจทั้งเด็กที่อยู่ในพื้นที่และเด็กต่างชาติ ในช่วง ธันวาคมและมกราคม ของทุกปี และ ป้องกันในเรื่องของการติดเชื้อ รวมถึง ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟันฟู

สรุป ความคิดเห็นของสาธารณสุขอำเภอและหัวหน้าสถานีนอนามัยในประเด็นลักษณะเฉพาะ ของการป้องกันโรคในพื้นที่ชายแดน โรคระบาดที่พบส่วนใหญ่เป็น โรคที่มีสาเหตุมาจากการ รับประทานอาหารและน้ำดื่มไม่สะอาดและสุขอนามัยของที่อยู่อาศัยที่ไม่สะอาด จึงทำการป้องกันโดย ให้ความรู้เรื่องสุขอนามัยแก่นายจ้างเพื่อให้จัดที่อยู่อาศัย สุขา ที่ถูกสุขลักษณะให้แก่แรงงาน รวมถึง รณรงค์และให้บริการวัคซีนแก่เด็ก

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ให้ข้อมูลไปในทิศทางเดียวกันว่า อาสาสมัคร สาธารณสุขจะมุ่งเน้นในเรื่องของการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขอนามัย เช่น แนะนำให้ล้างมือก่อน รับประทานอาหาร การขับถ่ายที่ถูกสุขลักษณะ และการรักษาความสะอาด และพยายามขอความร่วมมือ จากนายจ้างให้มีการจัดที่พัก น้ำกิน น้ำใช้ที่สะอาดให้แก่แรงงาน

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลคลองหาด โดยผู้อำนวยการ โรงพยาบาลคลองหาดได้กล่าวว่า ในการป้องกันโรคจะมีการประสานงานและประชุมร่วมกันกับ หน่วยงานสาธารณสุขของกัมพูชา เพื่อแนวทางในการป้องกัน โรคที่เกิดขึ้นตามแนวชายแดน แต่โดย ส่วนใหญ่ทางสาธารณสุขฝ่ายกัมพูชาจะขอความช่วยเหลือในการป้องกันและควบคุมโรคจากฝ่ายไทย

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชน เจ้าหน้าที่ Friend Inter ได้ให้ข้อมูลว่าในการเฝ้าระวัง ป้องกัน มีการรณรงค์ให้ประชาชนทั้งสองฝั่งคือทั้งไทยและกัมพูชา มีความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรค ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการร่วมมือทางวิชาการ ส่วนในเรื่องแผนปฏิบัติการต้องมีการปรึกษากันอย่างจริงจังมากขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ หากมีข้อมูลด้านสาธารณสุขของฝั่งกัมพูชาที่มีความพร้อมในด้านใด ประเทศไทยจะได้ไม่ต้องแบกรับภาระมากเกินไป หรือในกรณีที่รัฐบาลกัมพูชาไม่มีงบประมาณ อาจขอความช่วยเหลือจากองค์กรสากล ดังนั้นเสนอให้ลองทำโครงการนำร่องขึ้นมา ในเรื่อง การแลกเปลี่ยน-การร่วมมือในการรักษา เรื่องยาและเวชภัณฑ์

เจ้าหน้าที่ World Vision ให้ข้อมูลเกี่ยวกับตัวมูลนิธิว่ามีกิจกรรมในเรื่องการให้ความรู้เบื้องต้นกับเด็ก ๆ เนื่องจากสภาพความเป็นอยู่ของชาวกัมพูชาเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อ

สรุป ความคิดเห็นในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชน ในประเด็นลักษณะเฉพาะของการป้องกันโรคในพื้นที่ชายแดน ในการเฝ้าระวัง ป้องกันมีการรณรงค์ร่วมระหว่างไทยและกัมพูชา และให้ข้อมูลความรู้เบื้องต้นกับเด็ก ๆ เนื่องจากสภาพความเป็นอยู่ของชาวกัมพูชาเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อควรมีโครงการนำร่องขึ้นมาในเรื่อง การแลกเปลี่ยน - การร่วมมือในการรักษา เรื่องยาและเวชภัณฑ์

สรุป ประเด็นการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในพื้นที่ชายแดนอำเภอคลองหาด โรคระบาดที่เกิดขึ้นสาเหตุมาจากสุขอนามัยที่ไม่ถูกสุขลักษณะจึงมีการรณรงค์และให้ความรู้เรื่องดังกล่าว โดยให้นายจ้างจัดที่อยู่ อาหาร น้ำดื่ม สุข ที่ถูกสุขลักษณะให้แรงงาน นอกจากนี้มีการรณรงค์และให้บริการการฉีดวัคซีนอย่างครอบคลุมถึงแรงงานชาวกัมพูชา รวมถึงมีการประชุมทางวิชาการและการปฏิบัติการร่วมระหว่างไทยและกัมพูชา เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและหาแนวทางป้องกันและควบคุมโรคร่วมกัน

ตอนที่ 2.7 การส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ชายแดน

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญบุคลากรผู้มีหน้าที่ในการกำกับดูแลนโยบายการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนในระดับจังหวัด ทั้ง 3 ท่านกล่าวไปในแนวทางเดียวกันว่า มีการเข้าไปควบคุม เข้าไปรณรงค์เรื่องการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ซึ่งในการรณรงค์บางเรื่องจะต้องทำในทางคู่ขนาน ก็คือเพื่อที่จะดูแลได้ทั้งคนไทยและคนต่างด้าวที่เข้ามา

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มสาธารณสุขอำเภอและหัวหน้าสถานีอนามัย กล่าวถึงการดูแลส่งเสริมสุขภาพของชาวกัมพูชาที่เข้ามาขอรับบริการสาธารณสุขในประเทศไทย ดังนี้

สาธารณสุขอำเภอคลองหาด การถึงเรื่องการส่งเสริมสุขภาพว่า โดยส่วนใหญ่จะเน้นที่การดูแลเรื่องอนามัยสิ่งแวดล้อม โดย 1) จัดให้มีส้วมโดยไม่ตั้งส้วมอยู่บริเวณชายน้ำที่มีน้ำไหล ที่มีบ่อมีสระ หรือที่สาธารณะ รวมถึงการจัดให้มีอุปโภคบริโภคที่สะอาด เช่นการประสานงานจัดให้มีการเจาะบ่อน้ำบาดาล หรือการขุดบ่อน้ำเป็นต้น

หัวหน้าสถานีอนามัยหล่ม กล่าวถึงปัญหาในการดำเนินงานว่า การย้ายที่อยู่ และอยู่ไม่เป็นหลักแหล่งของแรงงานกัมพูชา ทำให้ยากต่อการดูแล และส่งเสริมสุขภาพให้แก่แรงงานต่างด้าว

หัวหน้าสถานีอนามัยคลองไถ่เถื่อน กล่าวถึงการมุ่งเน้นทำกิจกรรมและรณรงค์ครอบคลุมทั้งคนไทยและกัมพูชาจะมีการเก็บข้อมูลไว้

หัวหน้าสถานีอนามัยบ้านน้ำคำ กล่าวว่า โดยส่วนใหญ่ในการดำเนินงานจะเน้นที่การส่งเสริม ป้องกัน ควบคุมโรคในส่วนของคนไทย แต่ในกรณีของชาวกัมพูชาไม่ถึงกับต้องดูแลในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ จะเน้นการควบคุมโรค กรณีการส่งเสริมฟื้นฟู จะประสบปัญหาเนื่องจากไม่ทราบว่าแรงงานจะอยู่ในพื้นที่นานเท่าใด ทำให้การตรวจเยี่ยมทำได้ยาก นอกจากผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง และอาจจะส่งผลกระทบต่อคนไทยจริง ๆ จึงจะไปตรวจเยี่ยมก็ทำได้ยากอีกเช่นกัน

หัวหน้าสถานีอนามัยเขาตาดจอก กล่าวถึงกระบวนการ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสุขภาพในกลุ่มชาวกัมพูชาว่า ทางสถานีอนามัยจะเน้นเรื่องของป้องกัน ในการให้วัคซีน ซึ่งต้องควบคุมให้ได้ เพราะว่าเป็นสิ่งที่สำคัญ มิฉะนั้นกลุ่มเด็กไทยอาจจะติดเชื้อในเรื่องของโปลิโอ ส่วนในเรื่องการรักษาเป็นอันดับสองรองลงมา

สรุป ความคิดเห็นของสาธารณสุขอำเภอและหัวหน้าสถานีอนามัย ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มชาวกัมพูชาที่เข้ามาขอรับบริการสาธารณสุขในประเทศไทยทำได้ยากมากเพราะส่วนใหญ่จะเข้ามาเพื่อขายแรงงานและจะมีการย้ายที่พักอาศัยไปเรื่อย ๆ ทำให้การส่งเสริมและติดตามทำได้ลำบาก โดยส่วนใหญ่หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่จะมุ่งเน้นการป้องกันและควบคุมโรคในกลุ่มชาวกัมพูชามากกว่าเพื่อป้องกันมิให้เกิดโรคระบาดติดต่อมาสู่ประชาชนไทย

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข กล่าวโดยสรุปถึงการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มแรงงานต่างด้าวชาวกัมพูชาในพื้นที่ว่า โดยส่วนใหญ่จะไม่ได้เข้าส่งเสริมโดยตรง แต่จะมีการจัดกิจกรรมออกกำลังกาย ซึ่งส่วนมากนายจ้างจะเป็นผู้จัดซื้ออุปกรณ์กีฬาให้แรงงานเล่นในพื้นที่พักอาศัย จะไม่ออกมาทำกิจกรรมข้างนอก ในบางกิจกรรมจะมีการให้แรงงานต่างด้าวมาดูคนไทยทำเป็น

ตัวอย่าง เช่น กิจกรรมวอลเลย์บอล ฟุตบอล แล้วนำกลับไปเล่นกันเองภายในที่พัก นอกจากนั้นโดยส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขจะมุ่งเน้นการป้องกันและควบคุมโรคเป็นหลัก เช่น การหยอดหรือฉีดวัคซีน และการดูแลสุขภาพอนามัย

สรุป ประเด็นการส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ชายแดน การส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มชาวกัมพูชาที่เข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยทำได้ยากมากเพราะส่วนใหญ่จะเข้ามาเพื่อขายแรงงานและจะมีการย้ายที่พักอาศัยไปเรื่อย ๆ ทำให้การส่งเสริมและติดตามทำได้ลำบาก โดยส่วนใหญ่หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่จะมุ่งเน้นการป้องกันและควบคุมโรคในกลุ่มชาวกัมพูชามากกว่าเพื่อป้องกันมิให้เกิดโรคระบาดติดต่อมาสู่ประชาชนไทย กิจกรรมที่สามารถทำได้เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มแรงงานต่างด้าวชาวกัมพูชาในพื้นที่คือ การส่งเสริมให้มีการเล่นกีฬา ออกกำลังกาย แต่ในความเป็นจริงแรงงานกลุ่มนี้ทำงานในภาคเกษตรซึ่งถือเป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว กิจกรรมเหล่านี้จึงจะเห็นผลในกลุ่มบุคลากรของแรงงานเป็นส่วนใหญ่

ตอนที่ 2.8 ลักษณะเฉพาะด้านกฎระเบียบและการบริหารจัดการ

ลักษณะเฉพาะด้านกฎระเบียบและวิธีการบริหารจัดการ ในด้านกฎระเบียบไม่พบลักษณะเฉพาะที่เด่นชัดมากนักเพราะหน่วยงานสาธารณสุขถือปฏิบัติกฎระเบียบเดียวกันทั่วประเทศไม่มีกฎระเบียบเฉพาะของหน่วยงานที่มีพื้นที่ติดชายแดน แต่ในเรื่องการบริหารมีลักษณะเด่นที่ต้องสร้างความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้านในการดำเนินงาน โดยกิจกรรมที่มีกิจกรรมความร่วมมือที่สำคัญของจังหวัดสระแก้ว - บันเตียนเมียนเจย - พระตะบอง โดยส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมโครงการในด้านการป้องกันโรค และการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข ที่มีความโดดเด่นมีดังนี้ (เอกสารสรุปงานสาธารณสุขชายแดนไทย - กัมพูชา (จังหวัดสระแก้ว - บันเตียนเมียนเจย - พระตะบอง), สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว, 2554)

1. การแต่งตั้งกรรมการดำเนินงาน

- 1) คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 159/2543 เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการความร่วมมือด้านสาธารณสุขชายแดนไทย - กัมพูชาระดับชาติและระดับภาค
- 2) คำสั่งคณะกรรมการนโยบายความร่วมมือด้านสาธารณสุขต่างประเทศที่ 1/2544 เรื่องแต่งตั้งคณะทำงานความร่วมมือด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน
- 3) คำสั่งจังหวัดสระแก้วที่ 607/2540 เรื่องแต่งตั้งคณะชายแดนไทย - กัมพูชาระดับท้องถิ่น จ.สระแก้ว

4) คำสั่งจังหวัดสระแก้วที่ 66/2542 เรื่องแต่งตั้งคณะชายแดนไทย - กัมพูชาระดับท้องถิ่น จ.สระแก้ว (เพิ่มเติม)

5) คำสั่งคณะชายแดนไทย - กัมพูชาระดับท้องถิ่นจังหวัดสระแก้วที่ 93/2543 เรื่องแต่งตั้ง คณะอนุกรรมการความร่วมมือทางด้านสาธารณสุขชายแดน

6) คำสั่งจังหวัดสระแก้วที่ 1621/2549 เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการความร่วมมือระหว่างเมือง ชายแดนคู่แฝด (Twin City) SK - BMB ในการป้องกันการแพร่โรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานเคลื่อนย้าย

2. กิจกรรมความร่วมมือด้านสาธารณสุข

ปีงบประมาณ 2543

1) โครงการความร่วมมือเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขชายแดนไทย - กัมพูชา (สระแก้ว - บันเตียเมียนเจย - พระตะบอง) ปี 2543 กิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การจัดประชุมประสานแผน/ศึกษาดูงาน ระบบบริการสาธารณสุข/ดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรียบริเวณชายแดน (จัดอบรม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสระแก้ว - บันเตียเมียนเจย - พระตะบอง เรื่องการรักษาและตรวจหาเชื้อมาลาเรีย) การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ (จัดอบรมแกนนำไทย - กัมพูชา)

2) ทำพิธีเปิดการรณรงค์ควบคุมโรคไข้มาลาเรียชายแดนไทย - กัมพูชา (สระแก้ว - บันเตียเมียนเจย) วันที่ 20 มิถุนายน 2543 ณ จุดผ่อนปรนบ้านหนองปรือ อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว

ปีงบประมาณ 2544

1) โครงการความร่วมมือเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขชายแดนไทย - กัมพูชา (สระแก้ว - บันเตียเมียนเจย - พระตะบอง ปี 2544) กิจกรรมสำคัญ จัดประชุมประสานกิจกรรม/ประชุมติดตามผลการดำเนินงาน/จัดอบรมการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ (มาลาเรีย เอดส์ อุจจาระร่วง)

2) โครงการความร่วมมือเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกตามแนวชายแดนสระแก้ว - บันเตียเมียนเจย ปี 2544 กิจกรรมสำคัญจัดประชุมกำหนดมาตรการการดำเนินงานควบคุมโรค ไข้เลือดออกตามแนวชายแดน (สระแก้ว - บันเตียเมียนเจย)

3) สำนักงานสาธารณสุข บันเตียเมียนเจย มาศึกษาดูงานการรักษาพยาบาลในจังหวัด สระแก้วระหว่างวันที่ 27 - 28 กุมภาพันธ์ 2544

ปีงบประมาณ 2547

1) โครงการรณรงค์วันเอดส์โรคสระแก้ว - บันเตียเมียนเจย ปี 2547

ปีงบประมาณ 2548

1) โครงการประชุมประสานแผนการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนสระแก้ว - บ้านเตี้ยเมียนเจย ประจำปี 2548 กิจกรรมสำคัญ ประชุมจัดทำแผนการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนสระแก้ว - บ้านเตี้ยเมียนเจย ประจำปี 2548

2) โครงการความร่วมมือระหว่างจังหวัดสระแก้ว - บ้านเตี้ยเมียนเจย ในการป้องกันปัญหาโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์บริเวณชายแดน ปี 2548 (จัดประชุมประสานความร่วมมือ/สำรวจสถานบริการทางเพศบริเวณชายแดน/จัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขชายแดนไทยในการป้องกันปัญหาโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/จัดกิจกรรมวันเอดส์โลกในวันที่ 1 ธันวาคม 2547)

3) โครงการแลกเปลี่ยนการเรียนรู้เพื่อพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนสระแก้ว - บ้านเตี้ยเมียนเจย ประจำปี 2548 (บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดบ้านเตี้ยเมียนเจย และจังหวัดสระแก้วศึกษาดูงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การรักษาพยาบาลการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก การบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด และป้องกันการแพร่เชื้อ HIV จากแม่สู่ลูก)

ปีงบประมาณ 2549

1) โครงการความร่วมมือสาธารณสุขชายแดนสระแก้ว - บ้านเตี้ยเมียนเจย - พระตะบอง ประจำปี 2549 กิจกรรมสำคัญ

- จัดประชุมคณะกรรมการระดับจังหวัด (สระแก้ว - บ้านเตี้ยเมียนเจย)
- จัดประชุมคณะกรรมการระดับอำเภอ (ตาพระยา - ทมอพวก, โคกสูง - โขจโรว, อรัญประเทศ - โขจโรว, และคลองหาด - สำเภากูน)

- จัดอบรมฟื้นฟูอาสาสมัครสาธารณสุขบริเวณชายแดน (สระแก้ว - บ้านเตี้ยเมียนเจย - พระตะบอง) เรื่องไข้หวัดนก ไข้มาลาเรียและไข้เลือดออก)

- จัดทำสื่อเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคไข้หวัดนก 2 ภาษาไทย - กัมพูชา
- แลกเปลี่ยนข้อมูลการเฝ้าระวังโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย-กัมพูชา

2) โครงการพัฒนาและแลกเปลี่ยนความรู้ในการดำเนินงานป้องกันการแพร่เชื้อ HIV จากแม่สู่ลูก ระหว่างบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุขไทย - กัมพูชา จังหวัดสระแก้วและจังหวัดบ้านเตี้ยเมียนเจย ประจำปี 2549 กิจกรรมสำคัญ

- ประชุมประสานแผน/กำหนดรูปแบบการดำเนินงานแลกเปลี่ยนความรู้/จัดอบรมพัฒนา และแลกเปลี่ยนเรียนรู้/เยี่ยมชมสถานบริการของจังหวัดบันเตียเมียนเจย/ดูงานสถานบริการสาธารณสุข ในประเทศไทย

3) โครงการ CANADA SOUTH EAST ASIA REGIONAL HIV/AIDS PROGRAM (CSFARHAP) กิจกรรมสำคัญ

- ประชุมพิจารณาจัดทำแผนการดำเนินงานสำหรับโครงการต้นแบบเมืองคู่แฝดจังหวัด สระแก้วจังหวัด - บันเตียเมียนเจย/จัดทำรายละเอียดแผนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ในบริเวณตลาดโรงเกลือและปอยเปตในกลุ่มหญิงบริการทางเพศทั้งแบบตรงและแบบแฝง รวมทั้ง ประชากรและแรงงานเคลื่อนย้ายถูกส่งกลับประเทศ

ปีงบประมาณ 2550

1) โครงการพัฒนาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดำเนินงานป้องกันการแพร่เชื้อ HIV จากแม่สู่ลูก) และการดูแลหญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และ สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว - จังหวัดบันเตียเมียนเจย กิจกรรมสำคัญ จัดประชุมประสานความร่วมมือ ในการวางแผนและจัดทำหลักสูตรฝึกอบรมบุคลากรของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบันเตียเมียน เจย/ศึกษาดูงาน

2) โครงการ CANADA SOUTH EAST ASIA REGIONAL HIV/AIDS PROGRAM (CSFARHAP) ต่อเนื่อง ในปี 2550

3) โครงการณรงค์วันเอดส์โลกสระแก้ว - บันเตียเมียนเจย ปี 2550

4) โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในประชากรเคลื่อนย้ายในเมืองคู่แฝดจังหวัด สระแก้ว - จังหวัดบันเตียเมียนเจย กิจกรรมสำคัญ ประชุมคณะทำงานวางแผนและจัดทำหลักสูตรใน การฝึกอบรม/จัดอบรมให้ความรู้เรื่องเอดส์และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มหญิงบริการตลาดโรง เกลือ กลุ่มรถรับจ้าง และแรงงานต่างด้าวที่ถูกส่งตัวกลับ

5) โครงการคัดกรองมดแดงแก่ไขปากแหว่ง - เพดานโหว่ และความพิการอื่น ๆ และ โครงการขี้มดเสียดไสเทิดพระเกียรติฯ ปีงบประมาณ 2550 กิจกรรมสำคัญ ผ่าตัดปากแหว่ง - เพดาน โหว่ และความพิการอื่น ๆ ในผู้ป่วยชาวไทย จำนวน 92 คน และผู้ป่วยชาวกัมพูชา 12 คน

ปีงบประมาณ 2551 - 2552

1) โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนจังหวัดสระแก้ว ปี 2551

2) โครงการความร่วมมือ การเฝ้าระวังป้องกันการควบคุมโรคติดต่อบริเวณชายแดนระหว่าง ประเทศไทย - กัมพูชา จังหวัดสระแก้ว - บันเตียเมียนเจย ปี 2551 - 2552

กิจกรรมสำคัญ ได้แก่

- ประชุมชี้แจงความร่วมมือระดับจังหวัด (สระแก้ว - บันเตียเมียนเจย)
- ประชุมประสานแผน Coss - Border SRRTs Team
- การดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรคไข้เลือดออกข้ามแดนร่วมกันของทีม SRRT
- ซ้อมแผนบนโต๊ะร่วมกันในสถานการณ์จำลองที่มีผู้ป่วยไข้หวัดนกข้ามแดนมารับบริการ

รักษาพยาบาล

- การฝึกปฏิบัติร่วมกันในสถานการณ์จำลองที่มีผู้ป่วยไข้หวัดนกข้ามแดนมารับบริการ

รักษาพยาบาล

- ซ้อมแผนบนโต๊ะร่วมกันในการตอบโต้สถานการณ์ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่
- ประชุมสรุปผลการดำเนินงานและการรายงานผลเมื่อเสร็จสิ้น โครงการ

ปีงบประมาณ 2553

1) The training Course of Tuberculosis Crossborder Referral System among Sakaeo-Banteay Meanchey Province กิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การประชุมกำหนดแนวทางการดำเนินงานระบบส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคข้ามแดนระหว่างประเทศ

2) โครงการ Mokong Basin Disease Surveillance (MBDS) ระยะที่ 3 ปีที่ 3 กิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การประชุมเชิงปฏิบัติและการศึกษาดูงานพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อตามแนวชายแดนโดยใช้ข้อมูล GIS เป็นฐาน และการแลกเปลี่ยนข้อมูลเฝ้าระวังโรค ระหว่างจังหวัดสระแก้ว กับจังหวัด บันเตียเมียนเจย

ตอนที่ 3 การเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยของประชาชนชาวกัมพูชาในพื้นที่ชายแดนไทย จังหวัดสระแก้ว

ตอนที่ 3.1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 4-4 ข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูล

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
- อายุ		
< 20 ปี	83	23.6
21 - 30 ปี	121	34.4
31 - 40 ปี	85	24.1
41 - 50 ปี	48	13.6
> 50 ปี	15	4.3
รวม	352	100.0
- เพศ		
ชาย	189	53.7
หญิง	163	46.3
รวม	352	100.0
- สถานภาพ		
โสด	110	31.3
สมรส	220	62.5
หย่า	19	5.4
หม้าย	3	0.9
รวม	352	100.0

ตารางที่ 4-4 ข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูล (ต่อ)

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
- จำนวนสมาชิกในครัวเรือน		
< 2 คน	73	20.7
3 - 4 คน	147	41.8
5 - 6 คน	98	27.8
> 6 คน	34	9.7
รวม	352	100.0
ค่าเฉลี่ยจำนวนสมาชิก ในครัวเรือน	4.1	-
- จำนวนบุตร		
ค่าเฉลี่ยจำนวนบุตร	1.8	-
ไม่มีบุตร	112	31.8
1 คน	71	20.2
2 คน	52	14.8
3 คน	57	16.2
> 4 คน	60	17.0
รวม	352	100.0
- การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	164	46.9
ประถมศึกษา	134	38.3
ม.ต้น	33	9.4
ม.ปลาย	19	5.4
รวม	350	100.0

ตารางที่ 4 - 4 ข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูล (ต่อ)

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
- การประกอบอาชีพ		
ภาคอุตสาหกรรม	2	0.6
ภาคเกษตร	114	32.7
งานก่อสร้าง/รับจ้าง	204	58.5
หญิงอาชีพพิเศษ	1	0.3
ภาคบริการ	28	8.0
รวม	349	100.0
- การนับถือศาสนา		
พุทธ	313	89.4
คริสต์	33	9.4
อิสลาม	4	1.1
รวม	350	100.0
- ความสามารถสื่อสารภาษาไทย		
ดีมาก	12	3.4
ดี	37	10.5
พอใช้	160	45.6
ไม่ได้เลย	142	40.5
รวม	351	100.0
- รายได้ (บาทต่อเดือน)		
< 2,000 บาทต่อเดือน	129	36.6
2,001 - 3,000 บาทต่อเดือน	122	34.7
> 3,000 บาทต่อเดือน	101	28.7
รวม	352	100.0
รายได้เฉลี่ย	4,013.4	-

ตารางที่ 4 - 4 ข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูล (ต่อ)

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
- สถานที่พัก		
ฝั่งกัมพูชา	25	7.1
ฝั่งไทย	327	92.9
รวม	352	100.0
- สถานที่ทำงาน		
ฝั่งกัมพูชา	17	4.8
ฝั่งไทย	335	95.2
รวม	352	100.0
- ภูมิสำเนาในกัมพูชา		
ไม่ระบุ	50	14.2
กันดาล	4	1.1
กำปงจาม	10	2.8
กำปงชนัง	19	5.4
กำปงธม	9	2.6
กำปงสปีอ	5	1.4
ตาแก้ว	4	1.1
บันเตียเมียนเจย	63	17.9
เปรียวง	1	0.3
โปสัด	4	1.1
พนมเปญ	18	5.1
พระตะบอง	141	40.0
เสียมเรียบ	24	6.8
รวม	352	100.0

จากตารางที่ 4 - 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53.7 เป็นเพศชาย และร้อยละ 46.3 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 29.9 ปี ประมาณหนึ่งในสาม คิดเป็นร้อยละ 34.4 มีอายุอยู่ในช่วง 21 - 30 ปี รองลงมา มีอายุอยู่ในช่วง 31 - 40 ปี และกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ใกล้เคียงกันคิดเป็นร้อยละ 24.1 และร้อยละ 23.6 กลุ่มตัวอย่างที่สมรสแล้วคิดเป็นร้อยละ 62.5 รองลงมาคือ โสดและหย่าร้าง คิดเป็นร้อยละ 31.3 และร้อยละ 5.4 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 89.4 นับถือศาสนาพุทธ รองลงมาคือคริสต์ และอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 9.4 และร้อยละ 1.1 ตามลำดับ

ครัวเรือนของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนสมาชิกเฉลี่ย 4.1 คนต่อครัวเรือน มีครัวเรือนที่มีสมาชิกอยู่ในช่วง 3 - 4 คนต่อครัวเรือนคิดเป็นร้อยละ 41.8 รองลงมา มีสมาชิกในครัวเรือน 5-6 คนต่อครัวเรือน และน้อยกว่า 2 คนต่อครัวเรือน กลุ่มละใกล้เคียงกันคิดเป็นร้อยละ 27.8 และร้อยละ 20.7 ตามลำดับ ครัวเรือนของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนบุตรเฉลี่ย 1.8 คนต่อครัวเรือน มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีบุตร คิดเป็นร้อยละ 31.8 รองลงมา มีบุตร 1 คนและมากกว่า 4 คน คิดเป็นร้อยละ 20.2 และ 17.0 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งหรือร้อยละ 46.9 ไม่ได้เรียนหนังสือ รองลงมาจบการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 38.3 ร้อยละ 9.4 และร้อยละ 5.4 ตามลำดับ

ด้านการประกอบอาชีพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพงานก่อสร้าง/รับจ้างคิดเป็นร้อยละ 58.5 รองลงมา ประกอบอาชีพด้านการเกษตรและภาคบริการ คิดเป็นร้อยละ 32.7 และ ร้อยละ 8.0 ตามลำดับ มีรายได้เฉลี่ย 4,013.4 บาทต่อเดือน โดยมีรายได้ 2,001 - 3,000 บาทต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ 34.7 รองลงมา มีรายได้น้อยกว่า 2,000 บาทต่อเดือน และมีรายได้มากกว่า 3,000 บาท ต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 36.6 และร้อยละ 28.7 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่าง พุทธศาสนาไทยได้ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 45.6 รองลงมาคือ พุทธศาสนาไทยไม่ได้เลย คิดเป็นร้อยละ 40.5 และพุทธศาสนาไทยได้ในระดับดีและระดับดีมาก คิดเป็น ร้อยละ 10.5 และร้อยละ 3.4 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ทำงานในประเทศไทย คิดเป็นร้อยละ 95.2 และมีที่พักในประเทศไทย คิดเป็นร้อยละ 92.9 โดยร้อยละ 20.7 มีภูมิลำเนาในประเทศกัมพูชาอยู่ในจังหวัดพระตะบอง ร้อยละ 40.0 รองลงมา มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดบันเตียเมียนเจย คิดเป็นร้อยละ 17.3

ตอนที่ 3.2 สถานะทางสุขภาพ

ตารางที่ 4 - 5 การเจ็บป่วยหรือประสพอุบัติเหตุจนทำให้สูญเสียอวัยวะหรือสูญเสียความสามารถ
ในการใช้งานในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ประสพอุบัติเหตุกระดูกแขนขาหัก	15	4.3
ประสพอุบัติเหตุมือหรือแขนขาด	6	1.7
ประสพอุบัติเหตุเท้าหรือขาขาด	7	2.0
ตามัวแม้ใช้แว่นตา/สูญเสียความสามารถในการมองเห็น	7	2.0
หูตึงไม่ได้ยินเสียง	10	2.8

จากตารางที่ 4 - 5 พบว่า ผลการสำรวจข้อมูลการเจ็บป่วยหรือประสพอุบัติเหตุของ กลุ่มตัวอย่างพบว่าในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยหรือประสพอุบัติเหตุกระดูก แขนขาหัก มีอาการหูตึงไม่ได้ยินเสียง ตามัวแม้ใช้แว่นตา/สูญเสียความสามารถในการมองเห็น ประสพอุบัติเหตุเท้าหรือขาขาด และประสพอุบัติเหตุมือหรือแขนขาด คิดเป็นร้อยละ 4.3 ร้อยละ 2.8 ร้อยละ 2.0 และร้อยละ 1.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 - 6 ในรอบปีที่ผ่านมาโรคหรือภาวะเรื้อรังที่เคยได้รับการตรวจพบ

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
โรคความดันโลหิตสูง	13	3.7
โรคเบาหวาน	10	2.8
ไขข้ออักเสบ	15	4.3
โรคกระเพาะอักเสบ/ลำไส้อักเสบ	79	22.4
ไข้เลือดออก	28	8.0
ไวรัสตับอักเสบบี	12	3.4
โรคหืดหอบ	8	2.3
โรคหลอดลมอักเสบ	21	6.0
โรคหัวใจ	6	1.7
โรคภูมิแพ้	26	7.4
โรคเมารถ	3	0.9
โรคอุจจาระร่วง	77	21.9
โรคมาเลเรีย	43	12.2
โรคเท้าช้าง	5	1.4
อื่น ๆ	74	21.0

จากตารางที่ 4 - 6 พบว่า ในรอบปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจพบโรคกระเพาะอักเสบ/ลำไส้อักเสบที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 22.4 รองลงมาคือโรคอุจจาระร่วง โรคอื่น ๆ โรคมาเลเรีย คิดเป็นร้อยละ 21.9 ร้อยละ 21.0 ร้อยละ 12.2 ตามลำดับ และตรวจพบโรคเมารถน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 0.9

ตารางที่ 4 - 7 สถานที่รักษาเมื่อมีอาการเจ็บป่วย

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
รักษาตนเองที่บ้าน	28	8.3
ซื้อยาจากร้าน	31	9.2
สถานบริการแพทย์พื้นบ้าน	12	3.6
สถานที่ศักดิ์สิทธิ์	3	0.9
ศูนย์บริการ อสม.	16	4.7
สถานีอนามัย	217	64.2
คลินิกเอกชน	15	4.4
โรงพยาบาลอำเภอ	13	3.8
อื่น ๆ	3	0.9
รวม	338	100.0

จากตารางที่ 4 - 7 พบว่า เมื่อมีอาการเจ็บป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะไปรักษาที่สถานีอนามัยคิดเป็นร้อยละ 64.2 รองลงมาจะซื้อยาจากร้าน รักษาตนเองที่บ้าน ศูนย์บริการ อสม. คิดเป็นร้อยละ 9.2 ร้อยละ 8.3 และ ร้อยละ 4.7 ตามลำดับ และไปรับบริการที่สถานที่ศักดิ์สิทธิ์ และสถานที่รักษาอื่น ๆ น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 0.9 เท่ากัน

ตารางที่ 4 - 8 วิธีการทำการรักษาส่วนใหญ่เมื่อเจ็บป่วย

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ปล่อยให้หายเอง	33	9.6
ซื้อยารับประทานจากร้านขายยา/รถ	77	22.4
ซื้อยากับแพทย์	205	59.8
ซื้อยากับหมอมกลางบ้าน	4	1.2
รักษาที่คลินิกเอกชน	20	5.8
รักษาด้วยยาสมุนไพร	2	0.6
อื่น ๆ	2	0.6
รวม	343	100.0

จากตารางที่ 4 - 8 พบว่า ในกรณีที่มีอาการเจ็บป่วยกลุ่มตัวอย่างจะรักษากับแพทย์ในสถานพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 59.8 รองลงมาคือ จะซื้อยารับประทานจากร้านขายยา/รถ, ปล่อยให้หายเอง, รักษาที่คลินิกเอกชน, ซื้อยากับหมอมกลางบ้าน คิดเป็นร้อยละ 22.4 ร้อยละ 9.6 ร้อยละ 5.8 ตามลำดับ และรักษาด้วยยาสมุนไพร และ อื่น ๆ น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 0.6 เท่ากัน

ตารางที่ 4 - 9 สถานที่ส่วนใหญ่ที่จะไปรักษาเมื่อเจ็บป่วย

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ประเทศกัมพูชา	91	25.9
ประเทศไทย	261	74.1
รวม	352	100.0

จากตารางที่ 4 - 9 พบว่า สถานที่ส่วนใหญ่ที่กลุ่มตัวอย่างจะไปรักษาเมื่อเจ็บป่วย คือ ในประเทศไทยคิดเป็นร้อยละ 74.1 และจะรักษาในประเทศกัมพูชาคิดเป็นร้อยละ 25.9

ตารางที่ 4 - 10 ลักษณะการไปพบแพทย์

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ไปพบแพทย์เวลาที่เจ็บป่วยรุนแรง	144	41.7
ไปทุกครั้งที่รู้สึกไม่สบาย	201	58.3
รวม	345	100.0

จากตารางที่ 4 - 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างไปพบแพทย์ทุกครั้งที่รู้สึกไม่สบาย คิดเป็นร้อยละ 58.3 รองลงมา จะไปพบแพทย์เวลาที่เจ็บป่วยรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 41.7

ตารางที่ 4 - 11 การเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทย

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
เข้ามาใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยรุนแรง	31	9.0
ทุกครั้งที่รู้สึกไม่สบาย	93	27.0
เมื่อมาทำงานหรือธุรกิจเมืองไทย	210	61.0
อื่น ๆ	10	2.9
รวม	344	100.0

จากตารางที่ 4 - 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จะเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทย เมื่อมาทำงานหรือธุรกิจเมืองไทยคิดเป็นร้อยละ 61.0 รองลงมาคือจะเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยทุกครั้งที่รู้สึกไม่สบาย และเมื่อเจ็บป่วยรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 27.0 และร้อยละ 9.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 - 12 บริการสาธารณสุขที่เข้าขอรับบริการ

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การตรวจรักษาโรคทั่วไป	280	80.0
การตรวจรักษาโรคประจำตัว	10	2.9
การรักษาอันเกิดจากอุบัติเหตุ	37	10.6
การขอรับวัคซีนป้องกันโรค	1	0.3
วางแผนครอบครัวหรือคุมกำเนิด	3	0.9
ฝากครรภ์	9	2.6
การขอคำแนะนำในการดูแลสุขภาพ	2	0.6
อื่น ๆ	8	2.3
รวม	350	100.0

จากตารางที่ 4 - 12 พบว่า บริการสาธารณสุขที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ขอรับบริการ คือ การตรวจรักษาโรคทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 80 รองลงมาคือ การรักษาอันเกิดจากอุบัติเหตุ การตรวจรักษาโรคประจำตัว และฝากครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 10.6 ร้อยละ 2.9 และร้อยละ 2.6 ตามลำดับ

ตอนที่ 3.3 บริการสาธารณสุขที่เคยมาใช้บริการในประเทศไทย

ตารางที่ 4 - 13 บริการสาธารณสุขที่เคยเข้ามาใช้บริการในประเทศไทย ด้านการส่งเสริมสุขภาพ
(promotive)

บริการสาธารณสุข	จำนวน	ร้อยละ
1. การวางแผนครอบครัว/ การคุมกำเนิด	70	19.9
2. การบริการส่งเสริมสุขภาพโดยการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด ทารก และเด็กวัยก่อนเรียนเพื่อให้มีสุขภาพ อนามัยสมบูรณ์	74	21.0
3. การได้รับการตรวจหลังคลอดบุตร	114	32.4
4. การให้คำแนะนำให้นมแม่แก่เด็กทารก	64	18.2
5. ได้รับการชั่งน้ำหนัก ตรวจสุขภาพ ทารกแรกเกิด - 5 ปี	47	13.4
6. การให้คำแนะนำในด้านโภชนาการ การกินอยู่ให้เหมาะสม ตามแต่ละวัยของทุกคนในครอบครัว	31	8.8
7. การได้รับการตรวจสุขภาพฟัน และช่องปาก	51	14.5
8. การได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันในเด็ก	15	4.3
9. การให้ความรู้ในการป้องกันโรคติดต่อต่าง ๆ เช่น โรคเอดส์ โรคไข้เลือดออก โรคมาเลเรีย หรือเบาหวาน เป็นต้น	88	25.0
10. การได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพฟันของสมาชิกใน ครอบครัว	13	3.7
11. การให้คำแนะนำในการกำจัด หรือป้องกันการพาหะนำโรค เช่น ยุง หนู เป็นต้น	65	18.5
12. การให้ความรู้ในการป้องกันอุบัติเหตุอันเกิดจากการ ประกอบอาชีพ	60	17.0
13. การให้ความรู้ในการใช้สารเคมีปราบศัตรูพืชในการประกอบ อาชีพ	39	11.1

จากตารางที่ 4 - 13 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง เคยเข้ามาใช้บริการในประเทศไทยในด้านการได้รับการตรวจหลังคลอดบุตร คิดเป็นร้อยละ 32.4 รองลงมาคือเข้ามาใช้บริการในด้านการให้ความรู้ในการป้องกันโรคติดต่อต่างๆ การบริการส่งเสริมสุขภาพโดยการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอดทารก และเด็กวัยก่อนเรียนเพื่อให้มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ การวางแผนครอบครัว/ การคุมกำเนิด การให้คำแนะนำในการกำจัด หรือป้องกันการพาหะนำโรค เช่น ยุง หนู เป็นต้น คิดเป็น ร้อยละ 25.0 ร้อยละ 21.0 ร้อยละ 19.9 และร้อยละ 18.5 ตามลำดับ และการได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพฟันของสมาชิกในครอบครัวมีจำนวนน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 3.7

ตารางที่ 4 - 14 บริการสาธารณสุขที่เคยเข้ามาใช้บริการในประเทศไทย ด้านการป้องกันโรค
(preventive)

บริการสาธารณสุข	จำนวน	ร้อยละ
1. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรควัคซีน ในเด็กแรกเกิด - 5 ปี	74	21.0
2. การฉีดวัคซีนป้องกันโรคให้แก่วัยตั้งครรรภ์	70	19.9
3. การส่งเสริมและจัดหาแหล่งน้ำหรือภาชนะให้ครัวเรือนมีน้ำดื่ม น้ำใช้ที่สะอาด	91	25.9
4. การส่งเสริมให้ครัวเรือนมีการกำจัดขยะที่ถูกวิธี	44	12.5
5. การส่งเสริมให้ครัวเรือนมีส่วนร่วมที่ถูกสุขลักษณะ	106	30.1
6. การส่งเสริมและแจกจ่ายอุปกรณ์ให้แต่ละครัวเรือนมีการจัด บ้านเรือนที่สะอาด ปราศจากแหล่งเพาะพันธุ์ พาหะนำโรค เช่น ยุง หนู เป็นต้น	44	12.5
7. การแจ้งข่าวและวิธีการป้องกันโรคแก่ครัวเรือนของท่านเมื่อมีโรค ระบาดเกิดขึ้นในพื้นที่	103	29.3

จากตารางที่ 4 - 14 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ได้รับบริการสาธารณสุขในการป้องกันโรคในด้านการส่งเสริมให้ครัวเรือนมีส่วนร่วมที่ถูกสุขลักษณะ คิดเป็นร้อยละ 30.1 รองลงมาคือได้รับบริการสาธารณสุขในการป้องกันโรคในด้านการแจ้งข่าวและวิธีการป้องกันโรคแก่ครัวเรือนของท่านเมื่อ

มีโรคระบาดเกิดขึ้นในพื้นที่, การส่งเสริมและจัดหาแหล่งน้ำหรือภาชนะให้ครัวเรือนมีน้ำดื่มน้ำใช้ที่สะอาด, การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันฉีดวัคซีน ในเด็กแรกเกิด และการฉีดวัคซีนป้องกันโรคให้แก่หญิงตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 29.3 ร้อยละ 25.9 ร้อยละ 21.0 ร้อยละ 19.9 ตามลำดับ สำหรับการส่งเสริมให้ครัวเรือนมีการกำจัดขยะที่ถูกต้อง และการส่งเสริมและแจกจ่ายอุปกรณ์ให้แต่ละครัวเรือนมีการจัดบ้านเรือนที่สะอาด ปราศจากแหล่งเพาะพันธุ์ พาหะนำโรค เช่น ยุง หนู เป็นต้น เป็นบริการสาธารณสุขที่เคยเข้ามาให้บริการในประเทศไทย ด้านการป้องกันโรค เป็นอันดับสุดท้ายคิดเป็นร้อยละ 12.5 เท่ากัน

ตารางที่ 4 - 15 บริการสาธารณสุขที่เคยเข้ามาให้บริการในประเทศไทย ด้านการรักษาพยาบาล
(curative)

บริการสาธารณสุข	จำนวน	ร้อยละ
1. บริการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเมื่อมีอาการเจ็บป่วยทั่วไป	199	56.5
2. บริการรักษาพยาบาลในการรักษาอาการเจ็บป่วยจากโรคประจำตัว	25	7.1
3. บริการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเมื่อได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ	60	17.0
4. บริการรับ - ส่งผู้ป่วยของโรงพยาบาล กรณีที่มีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	14	4.0

จากตารางที่ 4 - 15 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ได้รับบริการสาธารณสุขในการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเมื่อมีอาการเจ็บป่วยทั่วไปคิดเป็นร้อยละ 56.5 รองลงมาคือได้รับบริการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเมื่อได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ได้รับบริการรักษาพยาบาลในการรักษาอาการเจ็บป่วยจากโรคประจำตัว และได้รับบริการรับ- ส่งผู้ป่วยของโรงพยาบาล กรณีที่มีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 17.0 ร้อยละ 7.1 และร้อยละ 4.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 - 16 บริการสาธารณสุขที่เคยเข้ามาใช้บริการในประเทศไทย ด้านการฟื้นฟูสภาพ
ผู้รับบริการ (rehabilitative)

บริการสาธารณสุข	จำนวน	ร้อยละ
1. บริการการทำกายภาพบำบัดภายหลังการรักษา	36	10.2
2. บริการการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวภายหลังรักษา	164	46.6
3. บริการติดตามเยี่ยมเยียนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขภายหลังการรักษา	34	9.7

จากตารางที่ 4 - 16 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ได้รับบริการสาธารณสุขในการฟื้นฟูสภาพ เกี่ยวกับการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวภายหลังรักษาคิดเป็นร้อยละ 46.6 รองลงมาคือ ได้รับบริการการทำกายภาพบำบัดภายหลังการรักษา และบริการติดตามเยี่ยมเยียนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขภายหลังการรักษา คิดเป็นร้อยละ 10.2 และร้อยละ 9.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 - 17 เหตุผลที่เข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในฝั่งไทย

เหตุผลที่เข้ามาใช้บริการสาธารณสุข	จำนวน	ร้อยละ
1. มีความเชื่อว่าบริการสาธารณสุขในประเทศไทยมีคุณภาพกว่าฝั่งประเทศกัมพูชา	103	29.3
2. ค่าใช้จ่ายถูก / ไม่เสียค่าใช้จ่าย	117	33.2
3. ทำงานหรือพักอาศัยอยู่ในฝั่งประเทศไทย	267	75.9
4. สถานพยาบาลในฝั่งประเทศไทยใกล้กับที่พักอาศัยของท่านมากกว่าสถานพยาบาลในฝั่งกัมพูชา	171	48.6
5. ท่านมีความเชื่อถือนในความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ของประเทศไทย	100	28.4
6. เคยได้รับการรักษาในสถานพยาบาลของกัมพูชา แล้วไม่หาย	13	3.7
7. อาการเจ็บป่วยรุนแรงเกินความสามารถของสถานพยาบาลฝั่งประเทศกัมพูชา	9	2.6
8. อื่น ๆ	12	3.4

จากตารางที่ 4 - 17 พบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณสามในสี่หรือร้อยละ 75.9 มีเหตุผลที่เข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในฝั่งไทยเนื่องจากได้ทำงานหรือพักอาศัยในประเทศไทยจึงได้เข้ามาขอรับบริการสาธารณสุขในฝั่งไทย รองลงมาคือสถานพยาบาลในฝั่งประเทศไทยใกล้กับที่พักอาศัยมากกว่าสถานพยาบาลในฝั่งกัมพูชา มีค่าใช้จ่ายถูกกว่าหรือไม่เสียค่าใช้จ่าย มีความเชื่อว่าบริการสาธารณสุขในประเทศไทยมีคุณภาพกว่าฝั่งประเทศกัมพูชา มีความเชื่อถือนในความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ของประเทศไทย คิดเป็นร้อยละ 48.6 ร้อยละ 33.2 ร้อยละ 29.3 และร้อยละ 28.4 ตามลำดับ ส่วนเหตุผลอันดับสุดท้ายคือ อาการเจ็บป่วยรุนแรงเกินความสามารถของสถานพยาบาลฝั่งประเทศกัมพูชา คิดเป็นร้อยละ 2.6

ตารางที่ 4 - 18 ค่ารักษาพยาบาลครั้งล่าสุดที่เข้ามารับบริการสาธารณสุขในฝั่งประเทศไทย

ค่ารักษาพยาบาลครั้งล่าสุด	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เสียค่าใช้จ่าย	101	29.2
เสียค่าใช้จ่าย	245	70.8
รวม	346	100.0

จากตารางที่ 4 - 18 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เสียค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการ คิดเป็นร้อยละ 70.8 และไม่เสียค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการสาธารณสุขในฝั่งประเทศไทยคิดเป็นร้อยละ 29.2

ตารางที่ 4 - 19 จำนวนเงินค่ารักษาพยาบาลครั้งล่าสุดที่เข้ามารับบริการสาธารณสุขในฝั่งประเทศไทย

จำนวนเงินค่ารักษาพยาบาลที่เข้ามารับบริการสาธารณสุข	จำนวน	ร้อยละ
< 100 บาท	148	62.4
101 - 200 บาท	45	19.0
201 - 300 บาท	7	3.0
> 300 บาท	37	15.6
รวม	237	100.0
เฉลี่ย (บาทต่อครั้ง)	482.4	-

จากตารางที่ 4 - 19 พบว่า ค่ารักษาพยาบาลครั้งล่าสุดของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ามารับบริการสาธารณสุขในฝั่งประเทศไทยเฉลี่ย 482.4 โดยกลุ่มตัวอย่างเสียค่าบริการในการเข้ามารับบริการสาธารณสุขครั้งล่าสุดน้อยกว่า 100 บาท คิดเป็นร้อยละ 62.4 รองลงมาคือ เสียค่าบริการอยู่ในช่วง 101 - 200 บาท มากกว่า 300 บาท และช่วง 201 - 300 บาท คิดเป็นร้อยละ 19.0 ร้อยละ 15.6 และร้อยละ 3.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 - 20 ค่ารักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยต่อครั้งที่เข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในฝั่งประเทศไทย

ค่ารักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยต่อครั้งที่เข้ามาใช้บริการสาธารณสุข	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เสียค่าใช้จ่าย	63	18.2
เสียค่าใช้จ่าย	283	81.8
รวม	346	100.0
เฉลี่ย(บาทต่อครั้ง)	312.7	-

จากตารางที่ 4 - 20 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เสียค่ารักษาพยาบาลในการเข้ารักษาในฝั่งไทย คิดเป็นร้อยละ 81.8 โดยมีค่ารักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยต่อครั้งที่กลุ่มตัวอย่างได้เข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในฝั่งประเทศไทยเท่ากับ 312.7 บาทต่อครั้ง

ตารางที่ 4 - 21 จำนวนเงินค่ารักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยต่อครั้งที่เข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในฝั่งประเทศไทย

จำนวนเงินค่ารักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยต่อครั้งที่เข้ามาใช้บริการสาธารณสุข	จำนวน	ร้อยละ
< 100 บาท	152	54.3
101 - 200 บาท	70	25.0
201 - 300 บาท	20	7.1
> 300 บาท	38	13.6
รวม	280	100.0

จากตารางที่ 4 - 21 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่ารักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยต่อครั้งที่เข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในฝั่งประเทศไทยน้อยกว่า 100 บาท คิดเป็นร้อยละ 54.3 รองลงมาคือ มีค่ารักษาพยาบาล

โดยเฉลี่ยต่อครั้งอยู่ในช่วง 101 - 200 บาท มากกว่า 300 บาท และอยู่ในช่วง 201 - 300 บาท คิดเป็นร้อยละ 25 ร้อยละ 13.6 และร้อยละ 7.1 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 - 22 ปัญหาที่พบในการไปใช้บริการในฝั่งไทย

ปัญหาที่พบในการไปใช้บริการในฝั่งไทย	จำนวน	ร้อยละ
ภาษา	292	83.0
การผ่านข้ามแดน	114	32.4
ค่าใช้จ่าย	123	34.9
ระยะทาง/การเดินทาง	137	38.9
การให้บริการของเจ้าหน้าที่	46	13.1
ปัญหาอื่น ๆ (กลัวถูกจับ, กลัวนายจ้างให้ออกจากงาน เป็นต้น)	19	5.4
ไม่มีปัญหา	82	23.3

จากตารางที่ 4 - 22 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พบปัญหาในการไปใช้บริการสาธารณสุขในฝั่งไทยในด้านภาษา คิดเป็นร้อยละ 83.0 รองลงมาคือ ปัญหาในด้านระยะทาง ด้านค่าใช้จ่าย ปัญหาด้านการผ่านข้ามแดน และปัญหาการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ คิดเป็นร้อยละ 38.9 ร้อยละ 34.9 ร้อยละ 32.4 และร้อยละ 13.1 ตามลำดับ และมีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีปัญหาในการใช้บริการสาธารณสุขในฝั่งไทยคิดเป็นร้อยละ 23.3

ตารางที่ 4 - 23 การขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวและสิทธิในการรักษาพยาบาล

การขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าว	จำนวน	ร้อยละ
ได้ขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าว*	127	36.8
ไม่ได้ขึ้นทะเบียน	216	62.6
ไม่ได้ประกอบอาชีพในเมืองไทย	2	0.6
รวม	345	100.0
สิทธิในการรักษาพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีสิทธิรักษาพยาบาลใด	246	72.8
บัตรประกันสังคมของผู้ใช้แรงงานต่างด้าว	62	18.3
อื่น ๆ (สวัสดิการของสถานประกอบการ หรือนายจ้าง)	30	8.9
รวม	338	100.0

* ทั้งการขึ้นทะเบียนของกระทรวงแรงงาน และการขึ้นทะเบียนของสมาคมเกษตรกรอำเภอคลองหาด

จากตารางที่ 4 - 23 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้ขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าว คิดเป็นร้อยละ 36.8 และไม่ได้ขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวคิดเป็นร้อยละ 62.6 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีสิทธิรักษาพยาบาลใดถึงร้อยละ 72.8 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีบัตรประกันสังคมของผู้ใช้แรงงานต่างด้าวมียกเพียงร้อยละ 18.3

ตอนที่ 3.4 ความคิดเห็นของประชาชนกัมพูชาต่อการให้บริการสาธารณสุขของไทย

ตารางที่ 4 - 24 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นของประชาชนกัมพูชาต่อการให้บริการสาธารณสุขของไทย ด้านผู้ให้บริการ จำแนกเป็นรายชื่อ

ความเอาใจใส่ในการให้บริการ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. เจ้าหน้าที่ให้ความสนใจต่อการให้บริการตอบปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพของท่านทุกครั้ง	3.22	.74	ค่อนข้างดี
2. เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับขั้นตอนต่าง ๆ ในการรับบริการทุกครั้ง	3.15	.76	ค่อนข้างดี
3. เจ้าหน้าที่ให้บริการอย่างเสมอภาคและไม่เลือกปฏิบัติระหว่างคนไทย และคนกัมพูชา	3.23	.78	ค่อนข้างดี
4. เจ้าหน้าที่อธิบายอาการเจ็บป่วยด้วยภาษาที่ท่านเข้าใจ	2.87	.81	ค่อนข้างดี
5. เจ้าหน้าที่พูดจาด้วยถ้อยคำที่สุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส	3.25	.79	ค่อนข้างดี
รวม	3.14	.61	ค่อนข้างดี

จากตารางที่ 4 - 24 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดเห็นของประชาชนกัมพูชาต่อการให้บริการสาธารณสุขของไทย ด้านผู้ให้บริการ พบว่า ความคิดเห็นของประชาชนกัมพูชาต่อการให้บริการสาธารณสุขของไทย ด้านผู้ให้บริการซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างดี ($\bar{X} = 3.14$) และข้อคำถามทุกข้อมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับค่อนข้างดี ($\bar{X} = 2.87 - \bar{X} = 3.25$) โดยพบว่าค่าเฉลี่ยในข้อที่ 5 เจ้าหน้าที่พูดจาด้วยถ้อยคำที่สุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.25$) และข้อ 4 เจ้าหน้าที่อธิบายอาการเจ็บป่วยด้วยภาษาที่ท่านเข้าใจ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 2.87$)

ตารางที่ 4 - 25 จำนวน และค่าร้อยละ ระดับความคิดเห็นของประชาชนกัมพูชาต่อการใช้บริการ
สาธารณสุขของไทย ด้านผู้ให้บริการ

ด้านผู้ให้บริการ (ความเอาใจใส่ในการให้บริการ)	จำนวน	ร้อยละ
ต้องปรับปรุง	15	4.3
พอใช้	27	7.7
ค่อนข้างดี	162	46.0
ดี	148	42.0
รวม	352	100.0

จากตารางที่ 4 - 25 แสดงผลการวิเคราะห์จำนวน และค่าร้อยละ ระดับความคิดเห็นของประชาชนกัมพูชาต่อการใช้บริการสาธารณสุขของไทย ด้านผู้ให้บริการ พบว่า ประชาชนกัมพูชาส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อการใช้บริการสาธารณสุขของไทยด้านผู้ให้บริการอยู่ในระดับค่อนข้างดี จำนวน 162 คน คิดเป็นร้อยละ 46.0 รองลงมาคือระดับดี ระดับพอใช้และ ระดับต้องปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 42.0 ร้อยละ 7.7 และร้อยละ 4.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 - 26 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นของประชาชนกับพหุชาต่อการให้บริการ
สาธารณสุขของไทย ด้านการบริหารองค์กร จำแนกเป็นรายชื่อ

การจัดบริการสาธารณสุข	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. สถานพยาบาลทำการเก็บค่ารักษาพยาบาลในราคาที่เหมาะสม	3.08	.81	ค่อนข้างดี
2. กรณีที่สถานพยาบาลไม่สามารถรักษาอาการเจ็บป่วยของท่านได้ จะทำการส่งต่อการรักษาไปยังสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลอื่น	3.18	.90	ค่อนข้างดี
รวม	3.13	.74	ค่อนข้างดี
การบริหารสถานพยาบาล	$\bar{X}$	SD	ระดับ
3. สถานพยาบาลมีอุปกรณ์ / เครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัยในการให้บริการรักษา	2.98	.83	ค่อนข้างดี
4. สถานพยาบาลมีแพทย์ / พยาบาลที่มีความรู้ความสามารถในการให้บริการตรวจรักษา	2.95	.83	ดีค่อนข้างดี
การจัดบริการสาธารณสุข	$\bar{X}$	SD	ระดับ
5. สถานพยาบาลมีการจัดแผนก / ผู้ประสานงานในการให้บริการตรวจรักษาแก่คนต่างด้าว	2.61	.83	ค่อนข้างดี
6. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสามารถสื่อสารกับท่านได้เป็นอย่างดี	2.89	.91	ค่อนข้างดี
รวม	2.85	.63	ค่อนข้างดี
รวมทั้งหมด	2.95	.58	ค่อนข้างดี

จากตารางที่ 4 - 26 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความคิดเห็นของประชาชนกับพหุชาต่อการให้บริการสาธารณสุขของไทย ด้านการบริหารองค์กร พบว่า ความคิดเห็นของประชาชนกับพหุชาต่อการให้บริการสาธารณสุขของไทย ด้านการบริหารองค์กร ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างดี ($\bar{X} = 2.95$) และข้อคำถามทุกข้อ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับค่อนข้างดี ($\bar{X} = 2.61 - \bar{X} = 3.18$) โดยพบว่าค่าเฉลี่ยในข้อที่ 2 กรณีที่

สถานพยาบาลไม่สามารถรักษาอาการเจ็บป่วยของท่านได้จะทำการส่งต่อการรักษาไปยังสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลอื่น มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.18$) และข้อ 5 สถานพยาบาลมีการจัดแผนก / ผู้ประสานงานในการให้บริการตรวจรักษาแก่คนต่างด้าว มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 2.61$)

ตารางที่ 4 - 27 จำนวน และค่าร้อยละ ระดับความคิดเห็นของประชาชนกัมพูชาต่อการใช้บริการสาธารณสุขของไทย ด้านการบริหารองค์กร

ด้านการบริหารองค์กร	จำนวน	ร้อยละ
ต้องปรับปรุง	15	4.2
พอใช้	68	19.3
ค่อนข้างดี	160	45.5
ดี	109	31.0
รวม	352	100.0

จากตารางที่ 4 - 27 แสดงผลการวิเคราะห์จำนวน และค่าร้อยละ ระดับความคิดเห็นของประชาชนกัมพูชาต่อการใช้บริการสาธารณสุขของไทย ด้านการบริหารองค์กร พบว่า ประชาชนกัมพูชา มีความคิดเห็นต่อการใช้บริการสาธารณสุขของไทย ด้านการบริหารองค์กรอยู่ในระดับค่อนข้างดี จำนวน 160 คน คิดเป็นร้อยละ 45.5 รองลงมาคือระดับดี ระดับพอใช้ และระดับต้องปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 31.0 ร้อยละ 19.3 และร้อยละ 4.2 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 - 28 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นของประชาชนกัมพูชาต่อการใช้บริการ
สาธารณสุขของไทย ด้านการบริการ จำแนกเป็นรายชื่อ

ด้านการบริการ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. สถานพยาบาลมีสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ที่นั่งรอตรวจ, ห้องน้ำอย่างเพียงพอ	3.28	.85	ดี
2. ท่านใช้ระยะเวลาในการรอรับบริการต่าง ๆ ไม่นาน	3.05	.85	ค่อนข้างดี
3. สถานพยาบาลมีป้ายหรือสัญลักษณ์แสดงจุดบริการอย่างชัดเจน เป็นภาษาที่ท่านเข้าใจ	2.93	1.01	ค่อนข้างดี
4. ขั้นตอนการตรวจรักษามีความสะดวก	3.13	.83	ค่อนข้างดี
5. มีบริการให้คำแนะนำสุขภาพ/และการใช้ยา ทุกครั้งที่มาใช้บริการ	3.23	.82	ค่อนข้างดี
รวม	3.12	.68	ค่อนข้างดี

จากตารางที่ 4 - 28 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นของประชาชนกัมพูชาต่อการใช้บริการสาธารณสุขของไทย ด้านการบริการ พบว่า ความคิดเห็นของประชาชนกัมพูชาต่อการใช้บริการสาธารณสุขของไทย ด้านการบริการซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างดี ($\bar{X} = 3.12$) และข้อคำถามส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับค่อนข้างดี ($\bar{X} = 2.93 - \bar{X} = 3.23$) โดยพบว่าค่าเฉลี่ยในข้อที่ 1 สถานพยาบาลมีสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ที่นั่งรอตรวจ, ห้องน้ำอย่างเพียงพอ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด และอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.28$) และข้อ 3 สถานพยาบาลมีป้ายหรือสัญลักษณ์แสดงจุดบริการอย่างชัดเจน เป็นภาษาที่ท่านเข้าใจ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 2.93$)

ตารางที่ 4 - 29 จำนวน และค่าร้อยละ ระดับความคิดเห็นของประชาชนกัมพูชาต่อการใช้บริการ
สาธารณสุขของไทย ด้านการบริการ

ด้านการบริการ	จำนวน	ร้อยละ
ต้องปรับปรุง	19	5.4
พอใช้	35	9.9
ค่อนข้างดี	128	36.4
ดี	170	48.3
รวม	352	100.0

จากตารางที่ 4 - 29 แสดงผลการวิเคราะห์จำนวน และค่าร้อยละ ระดับความคิดเห็นของประชาชนกัมพูชาต่อการใช้บริการสาธารณสุขของไทย ด้านการบริการ พบว่า ประชาชนกัมพูชา
มีความคิดเห็นต่อการใช้บริการสาธารณสุขของไทย ด้านการบริการอยู่ในระดับดี จำนวน 170 คน
คิดเป็นร้อยละ 48.3 รองลงมาคือ ระดับค่อนข้างดี ระดับพอใช้ และระดับต้องปรับปรุง คิดเป็น ร้อยละ
36.4 ร้อยละ 9.9 และร้อยละ 5.4 ตามลำดับ

ตอนที่ 4 ผลกระทบจากการเข้ามาให้บริการของประชาชนกัมพูชาก่อให้เกิดต่อการ จัดบริการสาธารณสุขของไทย

ตอนที่ 4.1 ผลกระทบจากการเข้ามาให้บริการของประชาชนกัมพูชาก่อให้เกิดต่อการ จัดบริการสาธารณสุขของไทย ด้านบุคลากร

ตอนที่ 4.1.1 ผลกระทบที่มีต่อความรู้ความสามารถของบุคลากร

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มบุคลากรผู้มีหน้าที่ในการกำกับดูแลนโยบายการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนในระดับจังหวัด ให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับการเข้ามาให้บริการของประชาชนกัมพูชา ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการจัดบริการสาธารณสุขของไทย ในประเด็นความรู้ความสามารถของบุคลากร ดังนี้

- 1) ผู้บริการมีความเห็นว่าควรมีการพัฒนาให้บุคลากรมีความสามารถในการใช้ภาษาเขมรเพื่อการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น
- 2) มีการจัดประชุมร่วมกันกับบุคลากรทางการสาธารณสุขของกัมพูชาซึ่งทำให้บุคลากรสาธารณสุขของไทยได้รับความรู้ รับทราบข้อมูล เพื่อนำไปปรับใช้เป็นแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรค

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มสาธารณสุขอำเภอและหัวหน้าสถานีนอนามัย ได้รับรู้ถึงผลกระทบจากการเข้ามาให้บริการของประชาชนกัมพูชาก่อให้เกิดต่อการจัดบริการสาธารณสุขของไทย ด้านบุคลากร

สาธารณสุขอำเภอคลองหาด กล่าวถึงประเด็นผลกระทบที่มีต่อความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ว่า ในพื้นที่ชายใต้ไม่ได้มีผลกระทบใดที่มีความรู้ความสามารถในการทำงานของเจ้าหน้าที่ อาจจะมีประเด็นปัญหาคือ เจ้าหน้าที่ของสาธารณสุขอำเภอคลองหาดไม่มีใบประกอบวิชาชีพของแพทย์ แต่ทำการรักษาภายใต้การดูแลของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด บางสถานีนอนามัยไม่มีพยาบาลวิชาชีพ เมื่อผู้ป่วยมารับการรักษา อาจจะทำให้ตามที่ศึกษามา แต่ในการรักษาบางอย่างกฎหมายยังมิได้รองรับ สิ่งที่ได้ทำคือทำตามสิ่งที่นายแพทย์สามารถรองรับได้เช่นการทำแผล โดยการฝึกฝนทักษะด้านนี้ฝึกฝนได้จากการไปฝึกงานที่โรงพยาบาล

ในประเด็นผลกระทบที่มีต่อความรู้ความสามารถของบุคลากร อันเกิดจากการเข้ามาให้บริการสาธารณสุขของประชาชนกัมพูชา พบว่า ในประเด็นดังกล่าวเกิดผลกระทบต่อความรู้

ความสามารถของบุคลากรสาธารณสุขไทยน้อยมาก อันเนื่องมาจากการให้บริการในด้านต่าง ๆ บุคลากรได้เรียนรู้จากสถานศึกษาและผ่านการฝึกอบรมจากสถานพยาบาลในประเทศไทย เหมือนบุคลากรในพื้นที่อื่น ๆ อีกทั้งรูปแบบการให้บริการโดยทั่วไปจะมีลักษณะไม่แตกต่างกัน

แต่บุคลากรจะมีความรู้ในเรื่องข้อมูลทางด้านการสาธารณสุขของประเทศเพื่อนบ้าน และข้อมูลอื่น ๆ ที่จำเป็นต่อการวางแผนงานด้านการสาธารณสุขของประเทศเพื่อนบ้านเป็นพิเศษ แต่บุคลากรที่มีความรู้ในด้านนี้จะเป็นบุคลากรด้านการบริหารงาน และกำกับดูแลนโยบายในพื้นที่ ส่วนบุคลากรที่รับผิดชอบด้านการบริการสาธารณสุขโดยตรงจะไม่ทราบข้อมูลดังกล่าว

ตอนที่ 4.1.2 ผลกระทบที่มีต่อทักษะในการให้บริการสาธารณสุขของบุคลากร

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญบุคลากรผู้มีหน้าที่ในการกำกับดูแลนโยบายการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวทางแผนในระดับจังหวัด ให้ความเห็นต่อผลกระทบที่มีต่อทักษะในการให้บริการของบุคลากรสาธารณสุขว่า ในด้านเทคนิคการให้บริการไม่ปัญหามากนัก แต่ต้องมีระบบของการพัฒนาขีดความสามารถเจ้าหน้าที่บางส่วนที่จะทำหน้าที่เป็นผู้แปล เป็นล่าม เปรียบเสมือนปรับปรุงประสิทธิภาพของหน่วยงานโรงพยาบาลคลองหาดและสถานนีอนามัยในให้รองรับการให้บริการ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มสาธารณสุขอำเภอและหัวหน้าสถานีนีอนามัย ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบที่มีต่อทักษะในการให้บริการของบุคลากรสาธารณสุขว่าในด้านการให้บริการชาวกัมพูชา การให้บริการจะไม่แตกต่างไปจากการให้บริการคนไทย ทักษะในการให้บริการไม่แตกต่างกัน และโดยทั่วไปการให้บริการจะให้บริการในลักษณะที่ใกล้เคียงกับคนไทย จึงไม่เกิดทักษะใดเป็นพิเศษ นอกจากทักษะด้านภาษาที่เจ้าหน้าที่ที่อยู่ในพื้นที่มานานจะสามารถสื่อสารภาษาเขมรได้เป็นคำ ๆ พอที่จะเข้าใจอาการของโรคได้เพียงเล็กน้อย

สรุป ทักษะในการให้บริการสาธารณสุขของบุคลากร พบว่าโดยทั่วไปบุคลากรไม่จำเป็นต้องใช้ทักษะการให้บริการเป็นพิเศษที่แตกต่างกับพื้นที่อื่น แต่จะมีด้านทักษะในการสื่อสารที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทุกกลุ่มให้ข้อมูลตรงกันว่า บุคลากรยังขาดทักษะด้านการสื่อสาร ส่วนเรื่องการให้บริการสาธารณสุขไม่มีปัญหาใด

ตอนที่ 4.1.3 ผลกระทบที่มีต่อการสื่อสารของบุคลากร (ภาษา)

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญบุคลากรผู้มีหน้าที่ในการกำกับดูแลนโยบายการจัดบริการสาธารณสุขตาม แนวชายแดนในระดับจังหวัด ให้ความเห็นว่า บุคลากรสาธารณสุขของจังหวัดสระแก้วบางส่วนสื่อสาร ภาษาเขมรได้ หากไม่ได้จะใช้การสื่อสารภาษาอังกฤษแทน และชาวกัมพูชาส่วนหนึ่งสามารถพูด ภาษาไทยได้ในระดับหนึ่ง

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มสาธารณสุขอำเภอและหัวหน้าสถานีอนามัย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ผลกระทบที่มีต่อการสื่อสารของบุคลากรสาธารณสุข พบว่า บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ส่วนใหญ่ไม่ สามารถพูดหรือสื่อสารภาษาเขมรได้ ทำให้เกิดปัญหาอุปสรรคในการรักษาพยาบาลบ้างเล็กน้อย แต่จะ ทำการแก้ไขปัญหาด้วยการให้ผู้ป่วยชาวกัมพูชาจัดหาล่าม หรือพยานายจ้าง ที่สามารถสื่อสารได้ทั้ง 2 ภาษามาช่วยด้วย ทำให้ในบางครั้งหากแรงงานไม่สามารถหาล่ามมาได้ก็จะไม่มารักษา และแรงงานชาว กัมพูชาที่มาทำงานในประเทศไทยเป็นเวลานานจะสามารถพูดภาษาไทยได้ในระดับหนึ่งจึงพอที่จะ ให้บริการได้ แต่จะมีปัญหาอื่น ๆ ตามมาอีกเล็กน้อย เช่น ผู้รับบริการไม่สามารถอ่านฉลากยาที่ได้รับไป ได้ ทำให้กินยาผิดจากคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ หรือไม่เข้าใจในรายละเอียดคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ อีกทั้ง ยังเป็นอุปสรรคในการให้ความรู้เรื่องการป้องกันและควบคุมโรค ทำให้การทำงานด้านการสาธารณสุข ในพื้นที่มีข้อจำกัดอย่างมาก

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ให้ความเห็นตรงกันว่าในการให้บริการ สาธารณสุขแก่ชาวกัมพูชาของอาสาสมัครสาธารณสุขมีปัญหาด้านการสื่อสาร โดยทั่วไปเมื่อเวลา ปฏิบัติงานจะต้องสื่อสารผ่านนายจ้างหรือหัวหน้าคนงาน ทำให้การบอกต่อนี้อาจจะคลาดเคลื่อน ไปได้ และเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรค

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลคลองหาด โดยหัวหน้างานการพยาบาล โรงพยาบาลคลองหาดกล่าวว่า ที่โรงพยาบาลมีบุคลากรที่สามารถสื่อสารภาษากัมพูชาได้อยู่บ้าง ทำให้ ปัญหาดังกล่าวลดลง แต่ส่วนใหญ่จะอาศัยนายจ้าง หรือคนที่พาแรงงานต่างด้าวมารักษาเป็นล่ามให้

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวง สาธารณสุข กล่าวถึงประเด็นของภาษาว่า มีปัญหาเรื่องการสื่อสารซึ่งต้องใช้ล่าม คนไทยพูดภาษาสากล ได้แต่ไม่รู้ภาษาเพื่อนบ้าน ซึ่งมีผลกระทบต่อ ความมั่นคงของประเทศ เพราะแรงงานต่างด้าวเข้ามา ทำงานในไทยเข้าใจภาษาไทยแต่คนไทยไม่เข้าใจภาษาของเขา

สรุป ผลกระทบที่เกิดจากการเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขของชาวกัมพูชา ในเรื่องการสื่อสารของบุคลากร พบว่า บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาเขมรได้ ทำให้เกิดอุปสรรคและความล่าช้าในการให้บริการ จำเป็นต้องอาศัยล่ามเพื่อสื่อสารในการให้บริการสาธารณสุข ทำให้การจัดบริการสาธารณสุขให้กับผู้รับบริการชาวกัมพูชา ทำให้เกิดอุปสรรคในการดำเนินงาน และยังอาจเกิดความคลาดเคลื่อนในการสื่อสารได้อีกด้วย

ตอนที่ 4.1.4 ผลกระทบที่มีต่อขวัญกำลังใจของบุคลากร

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญบุคลากรผู้มีหน้าที่ในการกำกับดูแลนโยบายการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนในระดับจังหวัด ให้ความเห็นในประเด็นการเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนกัมพูชา เกี่ยวกับขวัญกำลังใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่ ว่าในภาพรวมไม่มีผลกระทบในด้านขวัญกำลังใจของเจ้าหน้าที่ เนื่องจาก บุคลากรส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เป็นระยะเวลานานจนกลายเป็นคนในพื้นที่เป็นส่วนใหญ่ และในกรณีที่จัดกิจกรรมในพื้นที่ชายแดนหรือสถานการณ์ตามแนวชายแดน เหตุการณ์เหล่านี้จะใช้เป็นองค์ประกอบในการพิจารณาขั้นพิเศษ ซึ่งเป็นการสร้างขวัญกำลังใจของบุคลากร

ส่วนที่จะเป็นผลต่อการลดขวัญกำลังใจคือ ผลต่อเจ้าหน้าที่ ในอนาคตในเรื่องของการเบิกค่าตอบแทนจะเกิดความไม่คล่องตัว จะส่งผลต่อกำลังใจ ในส่วนผลต่อระบบบริการ เมื่อขาดสภาพคล่องการที่จะปรับปรุงสถานที่ ปรับปรุงครุภัณฑ์หรือว่าซื้อเวชภัณฑ์ย่อมเกิดผลกระทบในอนาคต ซึ่งเป็นเรื่องของระบบงบประมาณทั้งระบบไม่ใช่เพียงแค่พื้นที่ชายแดน

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มสาธารณสุขอำเภอและหัวหน้าสถานีอนามัย ได้ให้ความเห็นไปในทิศทางเดียวกันว่า การเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชาส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อขวัญและกำลังใจของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ลดลงโดยเมื่อประชาชนกัมพูชาเข้ามาใช้บริการจำนวนมากย่อมส่งผลให้เกิดภาระงานของบุคลากรเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ทั้งด้านการรักษาพยาบาล และการป้องกันควบคุมโรค ที่ต้องมีการดำเนินการอย่างจริงจังเป็นพิเศษเพราะเป็นพื้นที่ชายแดน แต่ในทางกลับกันกลับถูกปรับลดเงินพิเศษต่าง ๆ อาทิ เบี้ยชายแดน เบี้ยกันดาร เพราะใช้เกณฑ์การพิจารณาพื้นที่กันดารคือ ไม่มีถนนลาดยาง ไม่มีไฟฟ้า ไม่มีรถโดยสารผ่าน ซึ่งหากใช้เกณฑ์การพิจารณาดังกล่าว อำเภอคลองหาดไม่เข้าข่ายพื้นที่กันดาร แต่ภาระงานของบุคลากรสาธารณสุขกลับสวนทางกับเงินสวัสดิการที่ได้รับ เพราะเมื่อเศรษฐกิจดีขึ้นความต้องการแรงงานสูงขึ้น จึงมีแรงงานชาวกัมพูชาเข้ามาอาศัยในพื้นที่มากขึ้น ส่งผลต่อความภาระความรับผิดชอบของบุคลากรในพื้นที่ที่ต้องสูงขึ้นตามไปด้วย

อีกทั้งในบางสถานีนอนมัยมีเจ้าหน้าที่เทศหญิงเท่านั้นก่อให้เกิดความกังวลเมื่อทำงานสัมผัสกับแรงงาน ซึ่งรู้สึกเกิดความไม่มั่นคงต่อชีวิตและทรัพย์สิน

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลคลองหาด โดยทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าการพยาบาล โรงพยาบาลคลองหาด ได้กล่าวถึงขวัญกำลังใจของบุคลากรของทางโรงพยาบาลว่า ไม่มีปัญหาเรื่องขวัญกำลังใจในการทำงาน เพราะอำเภอคลองหาดเป็นพื้นที่สงบ ไม่ต้องกังวลเรื่องความปลอดภัย

สรุป ประเด็นผลกระทบที่มีต่อขวัญกำลังใจของบุคลากร ในผู้บริหารระดับจังหวัดและโรงพยาบาลคลองหาดมีมุมมองที่ว่าบุคลากรไม่มีปัญหาด้านขวัญกำลังใจ แต่ในระดับผู้ปฏิบัติที่ปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอคลองหาดกลับมีความรู้สึกขาดขวัญกำลังใจอันเนื่องมาจากการปรับลดเงินสวัสดิการที่เคยได้รับ อันส่วนทางกับจำนวนผู้รับบริการทั้งประชาชนไทย และประชาชนกัมพูชาที่เพิ่มขึ้น อีกทั้งในเรื่องความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของเจ้าหน้าที่

ตอนที่ 4.1.5 ผลกระทบที่มีต่อภาระงานของบุคลากร

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญบุคลากรผู้มีหน้าที่ในการกำกับดูแลนโยบายการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนในระดับจังหวัด ได้กล่าวถึงประเด็นการเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขที่มีผลกระทบต่อภาระงานของบุคลากรไว้ โดยมีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้ ในพื้นที่ชายแดนมีปัญหาเรื่องภาระงานของบุคลากรอยู่ ด้วยภาระงานของบุคลากรนั้น ปกติจะมีการะงานมากและมีปัญหาด้านภาระงานเกินอยู่แล้ว เมื่อมีผู้รับบริการชาวกัมพูชาเข้ามาของรับบริการย่อมทำให้ภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้นเป็นปกติ แต่ปัญหาดังกล่าวมิได้เกิดจากการเข้ามาใช้บริการของผู้รับบริการชาวกัมพูชา แต่เกิดมาจากระบบการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการ หากจะเปิดสถานพยาบาลแต่ไม่มีบุคลากรทางการแพทย์ที่เพียงพอ ย่อมส่งผลกระทบต่อระบบคุณภาพที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวัง

ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มสาธารณสุขอำเภอ และหัวหน้าสถานีนอนมัย ได้ให้ข้อมูลไปในทิศทางเดียวกันว่า โดยส่วนใหญ่ภาระงานด้านการรักษาพยาบาลผู้รับบริการแรงงานต่างด้าวจะมีเพิ่มขึ้นอยู่บ้างแต่ไม่มากจนถึงเกิดผลกระทบต่อการให้บริการคนไทย หรือเพิ่มขึ้นจนเป็นปัญหาแก่บุคลากรทางการแพทย์ เพราะบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่อำเภอคลองหาดมีความเข้าใจถึงความจำเป็นในการให้บริการแก่ชาวกัมพูชา และให้บริการโดยคำนึงถึงหลักมนุษยธรรม แต่ที่เป็นปัญหาต่อภาระงานคือเรื่องของการให้บริการสาธารณสุขในด้านการป้องกันและควบคุมโรค ซึ่งบริการในด้านนี้เป็นงานที่

ยากมาก ทั้งอุปสรรคในการสื่อสาร และอุปสรรคในการติดตามแรงงานที่มีการเคลื่อนย้าย แรงงานน้อยมาก อีกทั้งยังมีงบประมาณในการให้บริการอย่างจำกัด

ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลคลองหาด กล่าวถึงผลกระทบเกี่ยวกับภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ จากการเข้ารับบริการสาธารณสุขของผู้รับบริการชาวกัมพูชาว่า โดยทั่วไปชาวกัมพูชาจะเข้ารับบริการโดยจะทยอยกันเข้ารับบริการ และจะมาในกรณีที่มีการเจ็บป่วยอย่างหนัก หรือเป็นการคลอดบุตร จำนวนผู้มารับบริการไม่ได้เยอะมากจนทำให้ภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์สูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด และโดยส่วนใหญ่บุคลากรทางการแพทย์จะมีจิตบริการให้บริการโดยคำนึงถึงหลักมนุษยธรรม

สรุป ผลกระทบที่มีต่อภาระงานของบุคลากร ในด้านภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว มีการเพิ่มขึ้นจากเดิมที่มีปัญหาภาระงานมากอยู่แล้ว แต่โดนสภาพการทำงานให้บริการด้านการรักษาพยาบาลในพื้นที่ชาวกัมพูชาจะทยอยเข้ามาขอรับบริการสาธารณสุข จึงทำให้ภาระงานให้บุคลากรทางการแพทย์ไม่มีปัญหาในการให้บริการสาธารณสุขแก่ชาว กัมพูชามากนัก ประกอบกับในบุคลากรทางการแพทย์มีจิตบริการและเห็นถึงความสำคัญของการให้บริการโดยยึดหลักมนุษยธรรม

ตอนที่ 4.2 ผลกระทบจากการเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชาก่อให้เกิดต่อการ จัดบริการสาธารณสุขของไทย ด้านงบประมาณ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญบุคลากรผู้มีหน้าที่ในการกำกับดูแลนโยบายการจัดบริการสาธารณสุขตาม แนวชายแดนในระดับจังหวัด กล่าวว่า ภาระค่าใช้จ่ายในการให้บริการคนต่างด้าวตกอยู่ที่ประมาณ 10 ล้าน ซึ่งเสนอไปที่กระทรวงบางครั้งจะได้รับการจัดสรรงบประมาณมาบางส่วน การมีนโยบายเพิ่ม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เริ่มจัดสรรการดูแลถ้าไม่ดูแลมาเป็นภาระของในจังหวัดพื้นที่ที่มี แรงงานต่างด้าวอยู่

ในด้านจำนวนผู้รับบริการที่เป็นคนต่างด้าว เมื่อเทียบสัดส่วนคนกัมพูชากับคนไทยที่ใช้ บริการไม่มากโดย คนไทย 100 คน ต่อคนกัมพูชา 1 คน แต่เมื่อพิจารณาประเด็นค่ารักษาพยาบาลจะสูง แต่ละรายที่เข้ารับบริการจะมีอาการหนัก และเป็นกรณีที่ไม่มีการรับผิดชอบ

งบประมาณที่มีต้องนำมาใช้ในการรักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าวที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน ทำให้สถานพยาบาลมีงบประมาณไม่เพียงพอ ในประเด็นนี้ได้มีการนำเสนอไปยังกระทรวงสาธารณสุข แต่ทางกระทรวงติดขัดเรื่องกฎระเบียบที่ไม่สามารถจัดสรรงบประมาณสนับสนุนชาวต่างชาติได้

ประกอบกับข้อมูลสถิติจำนวนแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวและอยู่ในระบบประกันสุขภาพมีจำนวนน้อยมากเมื่อเทียบกับจำนวนผู้รับบริการสาธารณสุขชาวกัมพูชา

ตารางที่ 4 - 30 จำนวนแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนในจังหวัดสระแก้วแยกสถานบริการ
ปี 2548 - 2553

หน่วยงาน	ปี 2548	ปี 2549	ปี 2550	ปี 2551	ปี 2552	ปี 2553
รพ.สมเด็จพระยุพราชสระแก้ว	389	270	132	87	942	406
รพ.อรัญประเทศ	1,197	851	445	203	989	558
รพ.ตาพระยา	124	49	25	76	103	196
รพ.วัฒนานคร	516	278	155	99	425	220
รพ.วังน้ำเย็น	337	272	153	76	500	84
รพ.คลองหาด	231	137	39	42	120	71
รพ.เขาคอหงษ์	89	48	32	14	209	70
รวม	2,883	1,905	981	597	3,288	1,605

ที่มา : สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

จากตารางที่ 4 - 30 จำนวนแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนในจังหวัดสระแก้วแยกสถานบริการ ปี 2548 - 2553 พบว่ามีจำนวนไม่คงที่ และมีการเพิ่มขึ้นหรือลดลงตลอดเวลา และในอำเภอคลองหาดที่มีการเพิ่มขึ้นของพื้นที่การเกษตรแต่มีจำนวนแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนอยู่ระบบเพียง 71 คน ในปี พ.ศ. 2553 ซึ่งลดลงจากปี พ.ศ. 2548 ซึ่งมีถึง 231 คน

ตารางที่ 4 - 31 สรุปค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าวจังหวัดสระแก้ว
ปีงบประมาณ 2548 - 2553

ปีงบประมาณ	ผู้ป่วยขึ้นทะเบียน (เรียกเก็บได้)		ผู้ป่วยไม่ขึ้นทะเบียน (เรียกเก็บไม่ได้)	
	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ค่าใช้จ่าย (บาท)	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ค่าใช้จ่าย (บาท)
2548	5,034	2,206,580.00	4,390	6,11,158.00
2549	784	671,429.90	1,520	7,641,871.70
2550	562	667,486.50	1,539	6,075,084.85
2551	1,165	492,151.25	4,260	7,668,782.00
2552	1,504	774,595.75	9,634	10,422,521.45
2553	2,865	1,940,714.00	7,242	10,702,390.00

ที่มา : สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

จากตารางที่ตารางที่ 4 - 31 สรุปค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าวจังหวัดสระแก้ว ปีงบประมาณ 2548 - 2553 พบว่า ค่าใช้จ่ายในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ขึ้นทะเบียน (เรียกเก็บไม่ได้) มีจำนวนสูงกว่าผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียน (เรียกเก็บได้) ซึ่งในปี พ.ศ. 2552 มีสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน (เรียกเก็บไม่ได้) มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นจากปี พ.ศ. 2551 5,374 ราย และมีค่ารักษาพยาบาลที่ไม่สามารถเรียกเก็บได้เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2551 ถึง 2,753,739.45 บาท แต่ในปี พ.ศ. 2553 มีผู้ป่วยที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนลดลงถึง 2,392 คน แต่กับมีค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บไม่ได้ในจำนวนใกล้เคียงกัน

แสดงให้เห็นถึงค่าใช้จ่ายรายหัวของผู้ป่วยที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนมีจำนวนที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยชาวกัมพูชาที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน จะมีการหนัก และมีความรุนแรงของโรคเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อประมาณด้านการสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดสระแก้ว ซึ่งจะได้รับการประมาณตามรายหัวของประชาชนไทยในพื้นที่ ทำให้สาธารณสุขจังหวัดสระแก้วและสถานพยาบาลต้องนำงบประมาณในส่วน of ประชาชนไทยไปชดเชยให้กับค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน (เรียกเก็บไม่ได้)

ซึ่งทางนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้วได้กล่าวถึง การบริหารงบประมาณว่า ในการบริหารงานมีปัญหาในกรณีที่ต้องใช้ทรัพยากรหรืองบประมาณในส่วนที่จัดสรรไว้ให้ประชาชนไทย

ต้องนำไปใช้เพื่อรักษาผู้รับบริการชาวกัมพูชา เช่น เรื่องการใช้ยารักษาโรค และเวชภัณฑ์ต่าง ๆ และยังได้กล่าวถึงแนวทางในการแก้ปัญหาปัญหาดังกล่าวของพื้นที่จังหวัดสระแก้ว ไว้ 2 วิธี ดังนี้

วิธีที่ 1 คือการที่ผลักดันให้ระบบการขึ้นทะเบียนเป็นจริงเป็นจังหรือมีประสิทธิภาพเพราะว่าถ้าขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้อง ซึ่งจะมีเงินที่เข้ามาสนับสนุนในระบบได้ ซึ่งเป็นวิธีเหมาะสมที่สุด

วิธีที่ 2 คือการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า โดยการใช้งบประมาณส่วนอื่นเข้ามาแก้ไขสภาพคล่อง

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มสาธารณสุขอำเภอและหัวหน้าสถานีอนามัย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับจากการเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชาก่อให้เกิดต่อการจัดบริการสาธารณสุขของไทย ด้านงบประมาณในประเด็นงบประมาณที่ถูกใช้ไปในการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนกัมพูชา

สาธารณสุขอำเภอคลองหาดและหัวหน้าสถานีอนามัย ได้กล่าวว่า การให้บริการคนกัมพูชาใช้วัสดุอุปกรณ์ที่มาจากงบประมาณรายหัวของคนไทย รวมถึงการบริการอื่น ๆ การส่งต่อไปโรงพยาบาลต่าง ๆ การทำ CT scan ซึ่งให้บริการเหมือนกับคนไทย และการขึ้นทะเบียนแรงงานเป็นสิ่งที่นายจ้างหลีกเลี่ยง เพราะมีค่าใช้จ่ายสูงถึง ประมาณ 3,800 - 4,000 บาท ในการขึ้นทะเบียน ทำให้ต้นทุนค่าใช้จ่ายของนายจ้างสูงขึ้น เพราะรูปแบบการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวของกรมการจัดหางานกระทรวงแรงงานนั้นเป็นการขึ้นทะเบียนแบบรายปี แต่แรงงานต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในพื้นที่ชายแดนอำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว เป็นแรงงานที่เข้ามาทำงานเฉพาะช่วงฤดูการเกษตร เมื่อเก็บเกี่ยวผลผลิตทางการเกษตรเสร็จสิ้น แรงงานจะกลับไปยังประเทศกัมพูชา หรือเคลื่อนย้ายแรงงานไปพื้นที่อื่น หรือในบางกลุ่มจะเป็นการเดินทางเข้ามาทำงานแบบเข้าไปเย็นกลับ ทำให้แรงงานไม่ได้ทำงานกับนายจ้างตลอดทั้งปี เป็นเหตุผลให้นายจ้างไม่ยอมนำแรงงานไปขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวแบบรายปี ส่งผลให้ภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าวชาวกัมพูชาในพื้นที่ติดต่อกับโรงพยาบาลและสถานีอนามัย

โดยการวางแผนด้านงบประมาณของสาธารณสุขอำเภอและแต่ละสถานีอนามัยจะเป็นการจัดสรรตามรายหัวประชากรมาจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ซึ่งมีกฎระเบียบในการจัดสรรหรือวางแผนงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวเช่นเดียวกันทั่วประเทศ ทำให้หน่วยปฏิบัติในพื้นที่ชายแดนซึ่งมีภาระด้านการให้บริการผู้รับบริการสาธารณสุขชาวกัมพูชาไม่สามารถวางแผนงบประมาณสำหรับการรักษาพยาบาล หรือการป้องกันโรคให้กับผู้รับบริการสาธารณสุขชาวกัมพูชาในพื้นที่ได้ จึงเป็นผลให้จำเป็นต้องใช้งบประมาณในส่วนสำหรับคนไทย เพื่อการให้บริการชาวกัมพูชาด้วย

ตลอดจนในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขยังไม่มีนโยบายที่จะชดเชย หรือสนับสนุนงบประมาณในส่วนนี้ได้

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลคลองหาด ทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าการพยาบาล โรงพยาบาลคลองหาด ได้ให้ข้อมูลถึงเรื่องงบประมาณว่า โรงพยาบาลจำเป็นต้องให้การรักษาร่างงานต่างด้าว และชาวกัมพูชาที่เข้ามาขอรับบริการสาธารณสุข ถึงแม้ว่าจะเก็บค่ารักษาพยาบาลไม่ได้หรือเก็บได้ไม่เต็มจำนวน โดยโรงพยาบาลจะนำงบประมาณรายหัวในส่วนที่จัดสรรให้คนไทยมาถัวเฉลี่ย ให้กับค่ารักษาพยาบาลในกลุ่มนี้ ทั้งนี้เพราะระบบประกันสุขภาพของไทยเป็นการเหมาจ่ายรายหัวให้กับประชาชนไทยที่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก

โดยค่าใช้จ่ายในการให้บริการแรงงานต่างด้าวซึ่งไม่สามารถชำระค่าใช้จ่ายได้ ของโรงพยาบาลคลองหาด ดังนี้

ตารางที่ 4 - 32 ค่าใช้จ่ายในการให้บริการแรงงานต่างด้าวซึ่งไม่สามารถชำระค่าใช้จ่ายได้
ของโรงพยาบาลคลองหาด

พ.ศ.	2550		2551		2552		รวม ค่าใช้จ่าย (บาท)
	ผู้ป่วย นอก	ผู้ป่วย ใน	ผู้ป่วย นอก	ผู้ป่วย ใน	ผู้ป่วย นอก	ผู้ป่วย ใน	
จำนวนเงินที่ ไม่สามารถ จัดเก็บได้	5,324	57,438	15,541	63,952	24,455	113,032	279,743

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (เอกสารอัดสำเนา), 2554

จากตารางที่ 4 - 32 พบว่า จำนวนค่าใช้จ่ายในการให้บริการแรงงานต่างด้าวซึ่งไม่สามารถชำระค่ารักษาพยาบาลได้ ของโรงพยาบาลคลองหาด จังหวัดสระแก้ว ระหว่างปี พ.ศ. 2550 - 2552 พบว่าค่ารักษาพยาบาลในทั้งกลุ่มผู้ป่วยนอก และกลุ่มผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นในอัตราที่สูงมาก โดยในปี พ.ศ. 2551 ค่าใช้จ่ายที่จัดเก็บไม่ได้ในกลุ่มผู้ป่วยนอก เพิ่มสูงขึ้นประมาณ 3 เท่าตัวของปี พ.ศ. 2550 และในปี พ.ศ. 2552 ค่าใช้จ่ายในกลุ่มผู้ป่วยในเพิ่มสูงขึ้นเกือบ 2 เท่าตัวเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายที่จัดเก็บไม่ได้ของกลุ่มผู้ป่วยใน ปี พ.ศ. 2551 ซึ่งสอดคล้องกับค่าให้สัมภาษณ์ของ หัวหน้าการพยาบาล

โรงพยาบาลคลองหาด ที่กล่าวว่า ในปี พ.ศ. 2554 ทางโรงพยาบาล เก็บค่ารักษาพยาบาลจากผู้รับบริการ ชาวกัมพูชาไม่ได้ประมาณ 150,000 บาทและใน พ.ศ. ปี 2554 ยังคงมีจำนวนเงินค้างชำระ ประมาณ 30,000 กว่าบาท

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ได้กล่าวถึงในประเด็นงบประมาณที่ถูกใช้ไปในการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน กัมพูชา ได้ว่า งบประมาณในด้านนี้ไม่มีการสนับสนุนจากรัฐบาล โดยส่วนใหญ่ก็จะแจ้งให้ทางจังหวัด แสวงหาจากแหล่งอื่น ๆ อย่างเช่นภาคเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรระหว่างประเทศ หรือ งบประมาณของผู้ว่าราชการจังหวัด เพราะในปัจจุบันงบประมาณเหล่านี้จะลงไปสู่ระดับจังหวัด ซึ่งจะ เป็นงบประมาณของผู้ว่าราชการจังหวัด งบประมาณอีกส่วนหนึ่งที่หน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัด จะสามารถขอรับการสนับสนุนได้อีก คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพราะงบประมาณของ กระทรวงมีจำกัดในเรื่องของการใช้งบประมาณข้ามพื้นที่ชายแดน (Pass Border) ซึ่งในแผนแม่บท สาธารณสุขชายแดน ฉบับที่ 2 ที่กำลังจะมีการนำเสนอต่อคณะรัฐมนตรี หากผ่านได้ กระทรวง สาธารณสุขจะมีงบประมาณให้พื้นที่ดำเนินการเกี่ยวกับงานสาธารณสุขชายแดน

กระทรวงสาธารณสุขเคยมีการนำเรื่องสาธารณสุขชายแดนไปปรึกษาสำนักงบประมาณ เพื่อ เสนอขอรับงบกลางแล้วแต่ไม่ได้การอนุมัติ เพราะถูกจัดลำดับแล้วอยู่ระดับท้าย ๆ ปีที่ผ่านมาได้รับ งบประมาณมาส่วนหนึ่งในหมวดค่าใช้จ่ายอื่น ๆ

สรุป ผลกระทบต่องบประมาณจากการให้บริการสาธารณสุขประชาชนกัมพูชา สืบเนื่องจาก ค่าใช้จ่ายในการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวมีค่าใช้จ่ายสูง และระบบการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวที่ กำหนดให้มีการขึ้นทะเบียนเป็นรายปีนั้น ไม่สอดคล้องกับบริบทของการใช้แรงงานต่างด้าวในพื้นที่ ชายแดน อ.คลองหาด จังหวัดสระแก้ว เพราะมีการใช้แรงงานเป็นระยะเวลาดสั้น ๆ ในช่วงฤดูกาลเกษตร โดยเฉพาะในช่วงเพาะปลูก และช่วงเก็บเกี่ยวผลผลิต จึงทำให้แรงงานต่างด้าวมีการเคลื่อนย้ายแรงงาน ไปเรื่อย ๆ ตามความต้องการแรงงานของแต่ละพื้นที่ ทำให้หากนายจ้างนำแรงงานไปขึ้นทะเบียน แรงงานต่างด้าวจะเสียค่าใช้จ่ายสูงเกินกว่าที่เป็นจริง และในบริบทของพื้นที่แรงงานมิได้ทำงานให้ นายจ้างคนใดคนหนึ่งเป็นการถาวรจะเปลี่ยนงานไปเรื่อย ๆ จึงไม่นิยมนายจ้างคนใดที่จะยอมเป็นผู้นำ แรงงานไปขึ้นทะเบียน

ส่งผลให้สถานพยาบาลจึงไม่ได้รับการจัดสรรงบประมาณสำหรับการดูแลรักษาพยาบาล แรงงานต่างด้าวในพื้นที่ได้อย่างทั่วถึง ประกอบกับแรงงานต่างด้าวส่วนใหญ่มีรายได้น้อย ไม่สามารถ ชำระค่ารักษาพยาบาลได้ หรือชำระได้เพียงบางส่วน จึงทำให้สถานพยาบาลจำเป็นต้องใช้งบประมาณ

รายหัวในส่วนของประชาชนไทยในการรักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าว ทำให้สถานพยาบาลต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้น หากพิจารณาในรายสถานพยาบาลจะเห็นว่างบประมาณในส่วนนี้อาจจะไม่สูงมากนัก เช่น ในโรงพยาบาลคลองหาด เมื่อนับรวมงบประมาณ จะไม่สูงมากนัก แต่เมื่อรวมค่าใช้จ่ายในการให้บริการแรงงานต่างด้าวในภาพรวมของทั้งจังหวัดสระแก้วจะพบว่า มีค่าใช้จ่ายสูงถึงปีละประมาณ 10 ล้านบาท

ด้วยแบบการวางแผนและจัดสรรงบประมาณให้สถานพยาบาลของใช้หลักการเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนประชากรในพื้นที่ โดยเป็นงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นเพื่อการดูแลด้านสาธารณสุขสำหรับคนไทย ทำให้หน่วยปฏิบัติในพื้นที่ชายแดนซึ่งมีภาระด้านการให้บริการผู้รับบริการสาธารณสุขชาวกัมพูชาไม่สามารถวางแผนงบประมาณสำหรับการรักษาพยาบาล หรือการป้องกันโรคให้กับผู้รับบริการสาธารณสุขชาวกัมพูชาในพื้นที่ได้ แต่ในบริบทเพื่อที่ชายแดน หรือพื้นที่ที่มีแรงงานต่างด้าวอาศัยอยู่มาก มีความจำเป็นที่จะต้องให้การรักษาพยาบาล และดูแลด้านสุขภาพอนามัย การป้องกันและควบคุมโรคให้แก่แรงงานต่างด้าวเหล่านั้นด้วย เพราะหากชาวต่างด้าวกลุ่มดังกล่าวเกิดมีปัญหาด้านสุขภาพหรือโรคติดต่อ ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยด้วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ตอนที่ 4.3 ผลกระทบจากการเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชาก่อให้เกิดต่อการจัดบริการสาธารณสุขของไทย ด้านวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญบุคลากรผู้มีหน้าที่ในการกำกับดูแลนโยบายการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนในระดับจังหวัด กล่าวว่า วัสดุอุปกรณ์การแพทย์ไม่ค่อยเปลี่ยนแปลง เนื่องจากลักษณะโรคของผู้ป่วยต่างด้าวและผู้ป่วยตามแนวชายแดนของไทยมีความคล้ายคลึงกัน และจำนวนเวชภัณฑ์ที่ใช้จะรวมในส่วนงบประมาณเดียวกันกับผู้ป่วยชาวไทย โดยยังไม่มีมีการเก็บรวบรวมข้อมูลเรื่องวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์อย่างจริงจัง แต่จากการสอบถามเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานพบว่ายังไม่มีผลกระทบที่เห็นอย่างชัดเจน แต่ปัญหาที่อาจเกิดได้คือ การควบคุมป้องกันโรคยากขึ้น ถึงแม้ว่าการเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขของชาวกัมพูชาจะไม่เบียดบังทรัพยากรทางการแพทย์ แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ทำให้ต้องใช้ทรัพยากรในการให้การรักษาส่งขึ้น

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มสาธารณสุขอำเภอและหัวหน้าสถานีอนามัย กล่าวถึงผลกระทบต่อด้านวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์จากการให้บริการสาธารณสุขชาวกัมพูชาไว้ ดังนี้

สาธารณสุขอำเภอคลองหาด ได้กล่าวถึงผลกระทบดังกล่าวว่า ในเรื่องยาไม่เป็นปัญหา โดยปกติเบิกยาทุก 2-3 เดือน ยาไม่พอใช้จะขอยืมจากสถานีอนามัยใกล้เคียงและขอจ่ายหลัง แต่อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในสถานีอนามัยยังมีจำกัด ในส่วนของอุปกรณ์ทางการแพทย์บางตัวที่ใช้ในการรักษาที่ราคาสูง และไม่มีอยู่ในสถานีอนามัย หากเกิดอุบัติเหตุหมู่ เกิดขึ้นจะเกินศักยภาพของสถานีอนามัย จะนำส่งต่อโรงพยาบาลหรือใช้บริการ 1669 ให้มารับตัวส่งต่อ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอคลองหาด กล่าวว่า สถานพยาบาลตามแนวชายแดนต้องเตรียมวัสดุอุปกรณ์ให้พร้อมในการรักษา โดยสถานีอนามัยจะได้รับการสนับสนุนจากทางโรงพยาบาลคลองหาดเป็นแม่ข่ายในการจัดสรรอุปกรณ์ทางการแพทย์และเวชภัณฑ์ สถานีอนามัยจำเป็นต้องมีการคาดการณ์สถานการณ์อยู่เสมอ เพื่อให้ทำการเบิกเวชภัณฑ์ให้เพียงพอในแต่ละช่วงเวลา

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอคลองหาด กล่าวในด้านการเบิกจ่ายยาไม่พบว่ามีปัญหาเรื่องขาดเพราะเบิกยาจากโรงพยาบาลคลองหาดทุก 2 เดือน โดยโรงพยาบาลคลองหาดจะเป็นแม่ข่ายในการบริหารยาและเวชภัณฑ์

หัวหน้าสถานีอนามัยหล่ม กล่าวถึงการบริหารเวชภัณฑ์ว่า โดยปกติยามักไม่พอใช้ ในสมัยก่อนจะทำการเบิกยาทุก 2 เดือนแต่มาในระยะหลังจำเป็นต้องทำการเบิกทุกเดือน โดยเป็นการเบิกล่วงหน้าจากช่วงเวลาปกติ

หัวหน้าสถานีอนามัยคลองไถ่เดือน กล่าวว่า โรงพยาบาลคลองหาดจะเป็นผู้ให้การสนับสนุนเวชภัณฑ์ยา วัคซีนต่าง ๆ ซึ่งทางสถานีอนามัยจะทำการเบิกไปตามจำนวน และจะได้รับการจัดสรรมาตามจำนวนที่ขอ แต่เรื่องยาเวชภัณฑ์ยังเป็นปัญหาในเรื่องของจำนวนเพราะยาที่เบิกมามากจะไม่พอ ต้องมีการเบิกล่วงหน้าเป็นประจำ หรือยืมจากสถานีอนามัยอื่นแล้วเบิกคืนภายหลัง

หัวหน้าสถานีอนามัยบ้านน้ำคำ ได้กล่าวถึงการบริหารงานวัสดุอุปกรณ์ของสถานีอนามัย กล่าวว่า สถานีอนามัยสามารถเบิกเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ รวมถึงวัคซีนต่าง ๆ ได้เต็มจำนวนตามที่ทำเรื่องขอไป สามารถเบิกวัคซีนได้เต็มจำนวนที่ขอ

หัวหน้าสถานีอนามัยบ้านนาดี กล่าวถึงประเด็นดังกล่าวว่า เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่มีปัญหาโดยจะใช้เวชภัณฑ์และอุปกรณ์แบบเดียวกันทั้งคนไทยและกัมพูชา

หัวหน้าสถานีอนามัยเขาตังกอก กล่าวว่า สถานีอนามัยสามารถเบิกยาและเวชภัณฑ์ รวมทั้งวัคซีนได้เต็มจำนวนที่ขอเพื่อใช้ในการให้บริการทั้งชาวไทยและชาวกัมพูชา แต่ยังมีปัญหาเรื่อง

เวชภัณฑ์ยามีจำนวนไม่เพียงพอในบางช่วงเวลาที่สภาพอากาศเปลี่ยนแปลง หรือมีการแพร่ระบาดของโรคที่ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยมากจนเวชภัณฑ์ขาดแคลน

สรุป ความคิดเห็นในกลุ่มสาธารณสุขอำเภอและหัวหน้าสถานีนอนามัย ในประเด็นผลกระทบต่อวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์จากการให้บริการสาธารณสุขประชาชนกัมพูชา สถานีนอนามัยสามารถเบิกยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์จากโรงพยาบาลคลองหาด โดยสถานีนอนามัยจะได้รับการจัดสรรตามความต้องการซึ่งเป็นการจัดสรรตามฐานจำนวนประชากรไทย ไม่ได้นำจำนวนแรงงานต่างด้าวในพื้นที่มาใช้ในการคำนวณด้วย ซึ่งทำให้สถานีนอนามัยยังประสบปัญหาจำนวนยา เวชภัณฑ์ไม่เพียงพอในบางช่วงเวลา เช่น ในเวลาที่มีอากาศเปลี่ยนแปลงหรือมีโรคติดต่ออื่น ๆ ในกรณีที่ยาเวชภัณฑ์ไม่เพียงพอสถานีนอนามัยจะทำการเบิกล่วงหน้าจากโรงพยาบาลหากไม่ได้จะทำการยืมระหว่างสถานีนอนามัย

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ได้กล่าวถึงประเด็นการบริหารเวชภัณฑ์โดยสรุปได้ว่า

อาสาสมัครสาธารณสุข ให้ข้อมูลว่า ในช่วงหลายปีก่อนมีจำนวนวัคซีนไม่เพียงพอที่จะให้บริการ แต่ต่อมาทางสถานีนอนามัยและอาสาสมัครสาธารณสุขร่วมกันจัดทำรายงานขอครุภัณฑ์ต่างด้าวเพื่อเสนอต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่มาพอสมควร แต่ยังไม่เพียงพอทั้งหมดการให้วัคซีนจึงจำเป็นต้องให้วัคซีนแก่เด็กไทยก่อน และจะให้วัคซีนแก่เด็กชาวกัมพูชา โดยจะให้ในช่วงอายุ 0 - 15 ปี ในประเด็นการวางแผนบริหารจัดการเวชภัณฑ์อาสาสมัครสาธารณสุขได้ให้ข้อมูลว่าสถานพยาบาลไม่มีจำนวนแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาใช้บริการ หรือแรงงานต่างด้าวที่อยู่ในพื้นที่ทำให้การวางแผนการบริหารจัดการยาเวชภัณฑ์เป็นไปได้ยาก

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลคลองหาด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองหาดได้กล่าวถึงการบริหารยาเวชภัณฑ์ ไว้ว่า ในอำเภอมีประชากรประมาณ 30,000 คน การจัดสรรงบประมาณมีขึ้นเพื่อประชากร 30,000 คน ซึ่งเป็นเงินที่ให้มาโดยรวมไม่ได้แยกให้สถานพยาบาลแต่ละที่ ทางโรงพยาบาลต้องบริหารจัดการเงินงบประมาณทั้งหมด

โรงพยาบาลมีหน้าที่ดูแล การจ่ายยา โดยให้เบิกได้เต็มจำนวนที่ใช้ไป แต่มีการตรวจสอบว่าแต่ละปีมีมูลค่าเท่าใด เปรียบเทียบการใช้แต่ละปีหากมีจำนวนสูงผิดปกติจะมีการสอบถาม โดยสถานีนอนามัยสามารถเบิกยาจากโรงพยาบาลโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โดยเบิกได้เต็มจำนวนที่ใช้ไป โดยให้เบิกเป็นรอบ 2 - 3 เดือนต่อครั้ง เนื่องจากการเบิกยาเป็นระบบคลัง ดังนั้นในกรณีที่ยาขาดอาจจะยืมจากห้องยาภายนอกก่อน แล้วนำมาเบิกคืนได้ภายหลัง จึงไม่ปัญหาในเรื่องการเบิกยาเพื่อคนต่างด้าว

ในส่วนค่าน้ำค่าไฟ จะมีการประมาณการงบดังกล่าว แล้วโอนเงินให้สาธารณสุขอำเภอบริหาร เรียกว่ารายการ fix cost (ค่าใช้จ่ายคงที่) คือ ค่าตอบแทน ค่าน้ำ โดยทั่วไปสถานีนมัยละ 16,000 บาทต่อเดือน ค่ายาเบิกได้ตลอด มีงบส่งเสริมป้องกัน เช่น ประชากร 5,000 จะได้งบประมาณ $5,000 \times 50 = 250,000$ บาท โดยสาธารณสุขอำเภอบริหารจัดการเงินส่วนนี้เอง

หัวหน้าการพยาบาลโรงพยาบาลคลองหาด ได้กล่าวถึงประเด็นการบริหารยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ไว้ว่า ยาที่ใช้ในการรักษาไม่ว่าคนไทยหรือคนกัมพูชา ทางโรงพยาบาลใช้ยาตัวเดียวกัน เป็นผลให้ยาหมดเร็วขึ้น ส่งผลให้งบประมาณที่มีไว้เพื่อจะซื้อยาที่มีคุณภาพดี อาจทำให้ซื้อได้น้อยลง และต้องชะลอการซื้ออุปกรณ์และครุภัณฑ์ต่าง ๆ ออกไป

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ได้กล่าวถึงประเด็นการบริหารยาและเวชภัณฑ์ไว้ว่า ไม่มีกฎหมายหรือระเบียบในการแยกใช้วัสดุอุปกรณ์ในการให้บริการ โดยงบประมาณที่จัดซื้อเป็นงบปกติ จะมีผลกระทบในเรื่องที่วัสดุอุปกรณ์เสื่อมเร็วเพราะมีการใช้มากขึ้น วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการให้บริการชาวกัมพูชาเป็นสิ่งที่จัดซื้อมาเพื่อคนไทย เดิมมีโครงการสาธารณสุขร่วมกับกัมพูชา โดยจะพัฒนาสถานีนมัย เรื่องของอุปกรณ์ศักยภาพของบุคลากร อาคาร แต่เกิดความไม่สงบบริเวณเขาพระวิหารทำให้โครงการยุติลงเนื่องจากกัมพูชาถือว่าหากส่วนใดได้รับความช่วยเหลือจากไทยถือว่ามีความผิด

สรุป ประเด็นผลกระทบต่อวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์จากการให้บริการสาธารณสุขประชาชนกัมพูชา การบริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ ในการให้บริการประชาชนกัมพูชาไม่มีปัญหามากนัก เนื่องจากอาการป่วยของผู้ป่วยชาวไทยและชาวกัมพูชามีลักษณะใกล้เคียงกัน จึงสามารถใช้ยาและอุปกรณ์ชนิดเดียวกันได้ ไม่มีปัญหาการเบิก สามารถเบิกได้ตามจำนวนที่ขอ โดยได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาล

มีบางช่วงเวลาที่ยาเวชภัณฑ์ไม่เพียงพอเพราะเป็นช่วงอากาศเปลี่ยนแปลงหรือมีการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ รวมถึงมีการจัดทำรายงานข้อมูลแรงงานต่างด้าวเพื่อขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงานต่าง ๆ ในกรณีการให้วัคซีนหากมีไม่พอจะให้คนไทยก่อนให้กัมพูชาสิ่งที่พบคือยาหมดเร็วขึ้น งบประมาณของไทยปัจจุบันปัญหาการมียาและเวชภัณฑ์ไม่เพียงพอยังไม่รุนแรงนัก แต่ทำให้ยาและเวชภัณฑ์ถูกใช้หมดเร็วขึ้น งบประมาณที่มีไว้เพื่อจะซื้อยาที่มีคุณภาพดี อาจทำให้ซื้อได้น้อยลง อุปกรณ์เสื่อมเร็วเพราะมีการใช้มากขึ้น ส่งผลให้การบริหารงบประมาณในการจัดซื้อยาเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์มีประสิทธิภาพลดลง

ตอนที่ 4.4 ผลกระทบจากการเข้ามาให้บริการของประชาชนกัมพูชาก่อให้เกิดต่อการ จัดบริการสาธารณสุขของไทย ในด้านบริหารงาน

ตอนที่ 4.4.1 ผลกระทบต่อการบริหารแผนงานเพื่อรองรับการให้บริการประชาชนกัมพูชา

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญบุคลากรผู้มีหน้าที่ในการกำกับดูแลนโยบายการจัดบริการสาธารณสุขตาม
แนวชายแดนในระดับจังหวัด ทั้ง 3 ท่านกล่าวในภาพรวมโดยสรุปได้ดังนี้

โดยรวมในการบริหารงานสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนไม่ต้องการเตรียมแผนงานรองรับ
เรื่องใดเป็นพิเศษ เพราะในปัจจุบันไม่มีเหตุการณ์ที่รับมือไม่ได้ โรคระบาดสามารถควบคุมได้ และ
งบประมาณก็ไม่เพียงพอเพิ่ม ส่วนมีการปรับแผนงานเพื่อรองรับการให้บริการประชาชนกัมพูชานั้น
มีดังนี้

1) มีการวางแผนเกี่ยวกับจุดให้บริการ โดยเครือข่าย เขต 3 มี 5 จังหวัด มีจุดยุติภูมิ
จุดศุภชัย เพื่อให้ทรัพยากรสามารถบริหารจัดการได้ประโยชน์สูงสุดกับ 5 จังหวัด ถ้าสำนักงานวางแผนหรือ
บริหารงานเพียงจังหวัดเดียวการพัฒนาเพื่อให้มาตรฐานดีขึ้นคงเป็นไปได้ยาก จำเป็นต้องมองภาพรวม
ของ 5 จังหวัด

2) สร้างเครือข่ายกับสาธารณสุขจังหวัดโดยทำมาแล้วประมาณ 20 ปี มีการพัฒนาระบบ
บริการโดยการศึกษาดูงานแลกเปลี่ยนกัน เช่น มีทีมแพทย์ ทีมแม่และเด็ก เราก็จะมีทีมแพทย์ การแพทย์
และสูตินรีแพทย์

3) มีการสื่อสารกัน แลกเปลี่ยนข้อมูลกันเรื่องโรคระบาดร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขทั้งใน
ประเทศไทยและหน่วยงานสาธารณสุขในประเทศเพื่อนบ้าน

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มสาธารณสุขอำเภอและหัวหน้าสถานีอนามัย ได้กล่าวถึงประเด็น
ผลกระทบต่อการบริหารงาน ดังนี้

1. สาธารณสุขอำเภอคลองหาด กล่าวว่าในพื้นที่อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้วจะมีการ
จัดระบบการบริหารจัดการแรงงานเฉพาะพื้นที่ โดยทำการจัดระบบให้มีการลงทะเบียนให้พิมพ์
ลายนิ้วมือ ลงทะเบียนประวัติแรงงาน ข้อมูลนายจ้าง เพื่อที่จะสามารถติดตามได้ว่าเข้ามาทำงานอะไร
และอยู่ที่ไหน ต้องมีระบบควบคุมรายงานถึงนายจ้าง ต้องติดตาม เรื่องการเคลื่อนย้าย โดยข้อมูลนี้จะ
เป็นประโยชน์ต่อทุกหน่วยงานในอำเภอ สำหรับทางสาธารณสุขจะใช้ในการวางแผนงาน และเป็น
ข้อมูลสำหรับการติดตามการป้องกันและควบคุมโรค

การปรับตัวทางด้านการให้บริการมีหนังสือสั่งให้ปฏิบัติหน้าที่ ทุกคนจะต้องอยู่เวร 24 ชม. หากมีการมาขอรับบริการหลัง 21.00 น. จะต้องมีคนพามา นายกองค้การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หากเจ้าหน้าที่กลับไปที่บ้าน บ้านพัก ต้องมีเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ หากเจ้าหน้าที่เป็นผู้หญิง ช่วงเวรบ่าย 16.30 ถึง 21.00 จะมี อปพร. อยู่ด้วย 1 ท่าน

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข กล่าวถึงผลกระทบต่อการบริหารงานว่า กระทรวงสาธารณสุขมีแผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน พ.ศ. 2550 - 2554 ฉบับที่ 1 เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 - 2554 ซึ่งจะครอบคลุมประเทศเพื่อนบ้าน 4 ประเทศ ประกอบด้วย พม่า ลาว กัมพูชา และมาเลเซีย สำหรับจังหวัดชายแดนของประเทศไทยจะครอบคลุม 30 จังหวัด บวกอีก 1 จังหวัด คือเมืองกาญจนบุรีตอนนี้แผนแม่บท ฉบับที่ 1 ก็จะสิ้นสุดในเดือนกันยายน 2554 ทางกระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ จัดทำร่างแผนแม่บทฉบับที่ 2 ขึ้น ซึ่งจะเริ่มใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 - 2559 โดยเน้นการขอรับฟังข้อเสนอแนะ และความคิดเห็นจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ความสำคัญขอแผนแม่บทดังกล่าว คือ การทำงานสาธารณสุขจะมีหน่วยงานภาครัฐอื่น องค์กรภาคเอกชน องค์กรเอกชน องค์กรระหว่างประเทศ องค์กรปกครองส่วนเข้ามาเกี่ยวข้อง แผนแม่บทจะเป็นกรอบทิศทางการดำเนินงาน ซึ่งประเด็นสำคัญคือ กรอบทิศทางของเรื่องงบประมาณ อาทิเช่นหน่วยงานของสาธารณสุขอาจจะสามารถขอรับงบประมาณสนับสนุนจากทางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือว่าผู้ว่าราชการจังหวัดได้ แต่ปัญหาที่สำคัญก็คือ การดำเนินงานในเรื่องของการปฏิบัติงานข้ามพื้นที่ชายแดน จะมีงบจำกัด แตกต่างจากปกติ ซึ่งปกติไม่สามารถทำงานข้ามพื้นที่ชายแดนได้ เพราะการทำงานข้ามพื้นที่ชายแดนจะอยู่ในงบหมวดรายการอื่น ๆ ตามระเบียบสำนักงบประมาณ แต่กระทรวงสาธารณสุขเอง ก็ไม่มีงบในหมวดรายการอื่น ซึ่งในลักษณะนี้ก็จะใช้งบขององค์กรเอกชน องค์กรระหว่างประเทศเข้ามาแทน

แผนงานสาธารณสุขชายแดนส่วนใหญ่เป็นการตั้งรับมากกว่าเชิงรุก เนื่องจากไม่มีงบประมาณ จึงทำในส่วนของการรักษา งบประมาณมาทำในเรื่องของการป้องกัน ควบคุมโรคยังไม่มีส่วนใหญ่เป็นการทำในเรื่องการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้กัมพูชา แต่ไม่มีการติดตามว่า บุคลากรกัมพูชานำกลับไปใช้หรือไม่ เช่นที่จังหวัดตาก มีพนักงานสาธารณสุขต่างด้าวปฏิบัติงานเป็นผู้ช่วยอยู่ในสถานพยาบาล ซึ่งหากหมดงบประมาณสนับสนุน อาจเกิดปัญหาตามมา มีความจำเป็นต้องขอให้องค์กรเอกชน หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาให้การสนับสนุน

สรุป ประเด็นผลกระทบต่อการบริหารแผนงานเพื่อรองรับการให้บริการประชาชนกัมพูชา โดยกระทรวงสาธารณสุขมีการดำเนินงานในการจัดทำแผนแม่บท ฯ ซึ่งกำลังอยู่ในช่วงของการจัดทำแผนแม่บท ฉบับที่ 2 โดยแผนระดับกระทรวงเป็นการตั้งรับมากกว่าเชิงรุก เนื่องจากไม่มีงบประมาณและมีข้อขัดข้องทางระเบียบบริหารงบประมาณที่ไม่สามารถนำงบประมาณไปใช้ในการปฏิบัติงานข้ามพื้นที่ชายแดนได้ จึงทำในส่วนของการให้บริการด้านการรักษา ส่วนงบประมาณในส่วนของการป้องกัน ควบคุม โรคยังมีน้อยมาก นอกจากนั้นส่วนใหญ่เป็นการทำในเรื่องการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร ส่วนแผนระดับจังหวัด มีการวางแผน โดยเน้นการบูรณาการการทำงานร่วมกับเครือข่าย เขต 3 มี 5 จังหวัดสร้างเครือข่ายกับสาธารณสุขจังหวัด แลกเปลี่ยนข้อมูลกันเรื่องโรคระบาดการทำงานร่วมกันกับฝ่ายกัมพูชา

ระดับสถานีนามัยในพื้นที่ มีทั้งการปรับแผน คือเข้าร่วมกับหน่วยงานระดับอำเภอในการจัดให้มีระบบลงทะเบียนแรงงาน เพื่อใช้ข้อมูลในการวางแผนการดำเนินงาน และมุ่งเน้นในเรื่องการป้องกันรักษาโรค ระวังโรคอุบัติใหม่ การณรงค์เรื่องโรคเอดส์ เป็นต้น

ตอนที่ 4.4.2 ผลกระทบต่อระบบการรายงานข้อมูลทางสาธารณสุข

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญบุคลากรผู้มีหน้าที่ในการกำกับดูแลนโยบายการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนในระดับจังหวัด ได้กล่าวถึงระบบการรายงานข้อมูลทางสาธารณสุขโดยสรุปไว้ดังนี้ ระบบการรายงานข้อมูลทางสาธารณสุขในปัจจุบัน ไม่มีระบบรายงานที่เกี่ยวกับการควบคุมของกัมพูชาที่ชัดเจน ที่เด่นชัด+คือมีความร่วมมือกันระหว่างจังหวัดปราจีนบุรี จังหวัดสระแก้ว และมีการสอบสวนโรคร่วมกัน ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่กัมพูชาครั้งหนึ่ง เจ้าหน้าที่เราครั้งหนึ่ง ไปลงภาคสนามกำหนดพื้นที่แล้วก็ทำงาน ซึ่งทำให้เกิดการคุ้นเคยระหว่างเจ้าหน้าที่ เพราะฉะนั้นถ้าเกิดว่ามีปัญหาชายแดนจึงไม่มีปัญหาในการประสานงาน

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มสาธารณสุขอำเภอและหัวหน้าสถานีนามัย ได้ให้ข้อมูลในประเด็นผลกระทบต่อระบบรายงานข้อมูลทางสาธารณสุข ไว้ดังนี้

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอคลองหาด กล่าวว่า สถานีนามัยจะสรุปยอดออกมาในแต่ละเดือนว่ามีจำนวนผู้รับบริการชาวกัมพูชาเท่าไร เข้ามาขอรับการรับการรักษาด้วยโรคอะไร และรวมถึงจำนวนแรงงานต่างชาตินี้มาพักอาศัยในพื้นที่ของแต่ละสถานีนามัย เป็นลักษณะการทำงานเชิงรุกร่วมกับทางอาสาสมัครสาธารณสุข

หัวหน้าสถานีนามัยหลุ่ม กล่าวว่า ไม่มีนโยบายให้ทำการตรวจสอบหรือเก็บข้อมูลสาธารณสุขของชาวต่างด้าว แต่ปีที่ผ่านมานายอำเภอมีนโยบายให้จัดเก็บข้อมูลสถิติคนที่มารับบริการเนื่องจากสมาคมเกษตรอำเภอคลองหาด และสมาคมชาวไร่ฮ้อยจะมีงบประมาณสนับสนุนมาให้ แต่ในระบบของกระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถใส่ข้อมูลการรักษาของคนต่างด้าวได้ งบประมาณของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่มีให้ในส่วนนี้

4. หัวหน้าสถานีนามัยคลองไถ่เดือน กล่าวว่า ระบบการกรอกข้อมูลสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะเป็นการกรอกข้อมูลเฉพาะของประชาชนไทย แต่การกรอกข้อมูลที่ขึ้นต้นด้วย เลข 0 ซึ่งหมายถึงคนต่างชาติ ระบบจะไม่รับข้อมูลแต่ในกรณีของวัคซีนจะคิดให้กรณีละ 10 บาท

สรุป ผลกระทบต่อระบบการรายงานข้อมูลทางสาธารณสุข ระบบการรายงานข้อมูลสาธารณสุขของไทย เป็นระบบที่ถูกออกแบบมาเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลสาธารณสุขเฉพาะประชาชนไทยเท่านั้น โดยอาศัยเลขที่บัตรประชาชน 13 หลัก เป็นหลักในการลงทะเบียนเพื่อบันทึกข้อมูล ทำให้ไม่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลสาธารณสุขของผู้ป่วยชาวต่างด้าว ที่ขึ้นต้นรหัสด้วย 0 ได้ จึงทำให้ยังไม่มีกรณเก็บรวบรวมข้อมูลสุขภาพของกลุ่มผู้รับบริการสาธารณสุขชาวต่างชาติอย่างเป็นระบบ

ภายหลังจากที่มีการจัดทำระบบการเก็บรวบรวมข้อมูลแรงงานต่างด้าวในพื้นที่อำเภอคลองหาดเพื่อจัดระบบการบริหารแรงงานต่างด้าวในพื้นที่ จึงมีนโยบายจากทางอำเภอคลองหาดให้สถานพยาบาลทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้เป็นหลักฐานในการขอรับงบประมาณสนับสนุนจากองค์กรภาคเอกชน

ตอนที่ 4.5 ผลกระทบจากการเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชาก่อให้เกิดต่อการจัดบริการสาธารณสุขของไทย ด้านแบบแผนการให้บริการ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญบุคลากรผู้มีหน้าที่ในการกำกับดูแลนโยบายการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนในระดับจังหวัด โดยรองนายแพทย์สาธารณสุข (นายแพทย์ยุทธพงษ์ ศรีมงคล) ได้กล่าวว่า เป็นการทำงานด้านการรักษาพยาบาล พร้อมกับส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู ส่วนในเรื่องการป้องกันโรคนั้น หน่วยงานสาธารณสุขกัมพูชามีความรู้ในด้านนี้อยู่แล้ว เพราะว่าได้รับการถ่ายทอดจากองค์การสหประชาชาติอย่างพอสมควรในเรื่องวิธีการสอบสวนโรคหรือวิธีการควบคุมกำกับ เพียงแต่ว่า

ศักยภาพของกัมพูชาน้อย เพราะฉะนั้นควบคุมโรคกัมพูชาทำได้ไม่ดีเท่าประเทศไทย โครงสร้างทางการบริหารก็ไม่ได้เท่าประเทศไทย

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มสาธารณสุขอำเภอและหัวหน้าสถานีอนามัย ให้ข้อมูลในประเด็น ผลกระทบจากการเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชาก่อให้เกิดต่อการจัดบริการสาธารณสุขของไทย ด้านแบบแผนการให้บริการ ไว้ดังนี้

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอคลองหาด กล่าวถึงแบบแผนการให้บริการสาธารณสุขในพื้นที่ว่า ต้องเน้นป้องกันและควบคุมโรค เน้นไม่ให้คนไข้ของกัมพูชาแพร่เชื้อมาสู่ประชาชนไทย มีการทำงานเชิงรุกคือเข้าไปตรวจคัดกรองที่พักแรงงานต่างด้าว

หัวหน้าสถานีอนามัยบ้านน้ำคำ กล่าวว่า ในพื้นที่อำเภอคลองหาดการบริการสาธารณสุขในพื้นที่จะมุ่งเน้นการส่งเสริม ป้องกัน ควบคุม ไม่ถึงกับต้องไปเยี่ยมตามที่พักแรงงาน นอกจากคนที่จะมีผลกระทบถึงจะไปตรวจเยี่ยมแรงงานต่างด้าว

สรุป กลุ่มสาธารณสุขอำเภอและหัวหน้าสถานีอนามัย มีความคิดเห็นว่าแบบแผนการให้บริการสาธารณสุขในพื้นที่เป็นการทำงานเชิงรุกมุ่งเน้นการป้องกันและควบคุมโรค และการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันมิให้โรคระบาดแพร่มาสู่ประชาชนไทย จะมีการตรวจเยี่ยมแรงงานต่างด้าวตามที่พักคนงานเมื่อมีเหตุจำเป็น

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ได้ให้ข้อมูลผลกระทบจากการเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชาก่อให้เกิดต่อการจัดบริการสาธารณสุขของไทย ด้านแบบแผนการให้บริการไว้ดังนี้

กลุ่มเจ้าหน้าที่ อาสาสมัครสาธารณสุข กล่าวว่า แบบแผนการให้บริการสาธารณสุขจะเน้นย้ำเรื่องการดูแลสุขอนามัยและการป้องกันโรคของแรงงาน โดยให้นายจ้างเป็นผู้ดูแล ซึ่งได้รับความร่วมมือดี โดยจะดูแลในระดับหนึ่ง ในฤดูการเก็บเกี่ยวซึ่งจะมีแรงงานเข้ามาจำนวนมาก เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขจะประชุมแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบกัน โดยต้องตรวจสอบจำนวนแรงงาน และรู้ข้อมูลว่าแรงงานพักอาศัยอยู่บริเวณใด

อาสาสมัครสาธารณสุขคลองไก่เถื่อน กล่าวว่า การให้บริการสาธารณสุขจะมุ่งเน้นการดูแลเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อ คือ ไข้เลือดออก มาลาเรีย

อาสาสมัครสาธารณสุขเขาตังกวน กล่าวว่า การให้บริการสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอคลองหาดจะเน้นเกี่ยวกับไข้เลือดออก ไข้มาลาเรีย อูจจาระร่วง โดยในช่วงที่แรงงานเข้ามาจ้างจำนวนมากจะเน้นในเรื่องการดูแลความสะอาด การส่งเสริมสุขภาพอนามัย

อาสาสมัครสาธารณสุขราชันย์ กล่าวว่า ในการดูแลแรงงานต่างด้าวนั้นจะมุ่งเน้นการป้องกันโรคโดยเฉพาะในช่วงฤดูแล้ง เพราะแมลงวันและยุง เยอะเป็นพาหะของโรคมาเลเรีย

กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข กล่าวว่าถึงแบบแผนการให้บริการสาธารณสุขในพื้นที่จะมุ่งเน้นการป้องกันและควบคุมโรค โดยเฉพาะโรคติดต่อที่มาจากกลุ่มแรงงานต่างด้าว เช่น โรคอุจจาระร่วงที่เกิดจากสุขอนามัยที่ไม่ดี โรคไข้เลือดออก และโรคติดต่อที่หายไปจากประเทศไทยแล้วแต่ยังพบอยู่ในประเทศกัมพูชา เช่น โรคมาลาเรีย

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลคลองหาด โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองหาด และหัวหน้าการพยาบาลโรงพยาบาลคลองหาด กล่าวว่า แบบแผนการให้บริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลคลองหาด จะเน้นการรักษาพยาบาล ส่วนการป้องกันโรคหน่วยงานจังหวัดมีนโยบายให้บริการเรื่องการหยุดวัคซีน และให้คำแนะนำด้านการรักษาสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มเจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชน ได้กล่าวถึงแบบแผนการให้บริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนจังหวัดสระแก้วไว้อย่างน่าสนใจดังนี้

เจ้าหน้าที่ Friend Inter กล่าวว่า ในเรื่องของการให้บริการสาธารณสุขในพื้นที่ส่วนใหญ่หน่วยงานสาธารณสุขจะมุ่งเน้นในการเฝ้าระวัง ป้องกัน มีการรณรงค์ทั้งสองฝั่งคือทั้งไทยและกัมพูชา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการร่วมมือทางวิชาการ แต่ส่วนในเรื่องแผนปฏิบัติการต้องมีการปรึกษากันอย่างจริงจังมากขึ้น หากมีข้อมูลด้านสาธารณสุขของฝั่งกัมพูชาที่มีความพร้อมระดับใด ประเทศไทยจะได้ไม่ได้ไม่ต้องแบกรับภาระมากเกินไป หรือในกรณีที่รัฐบาลกัมพูชาไม่มีงบประมาณ อาจขอความช่วยเหลือจากองค์กรสากล ดังนั้นเสนอให้ทดลองจัดทำโครงการนำร่องขึ้นมา ในเรื่อง การแลกเปลี่ยน - การร่วมมือทั้งในเรื่องของการรักษาพยาบาลและเรื่องการจัดหาและเวชภัณฑ์

เจ้าหน้าที่ World Vision กล่าวว่า ส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ มีการจัดอบรมให้ผู้นำชุมชน องค์กรเครือข่ายจะมาให้ความรู้ รวมไปถึงขอรับการสนับสนุนจาก สาธารณสุขจังหวัด และหน่วยงานอื่น ๆ เรื่องการแจกถุงยางอนามัยให้กลุ่มเสี่ยง

สรุปกลุ่มเจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชน เน้นการส่งเสริมสุขภาพโดยการ รณรงค์ให้ความรู้แก่ผู้นำชุมชน และกลุ่มแรงงานต่างด้าว โดยมีการปฏิบัติเช่นเดียวกันทั้งในฝั่งไทยและฝั่งกัมพูชา รวมถึงการขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐ และองค์กรอื่น ๆ

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่าถึงแบบแผนการให้บริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนว่า โดยส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของการรักษามากกว่า เพราะว่างานในพื้นที่ส่วนใหญ่จะเป็นการตั้งรับมากกว่าเชิงรุก เพราะหน่วยงาน

สาธารณสุขไทยไม่มีงบประมาณเพียงพอสำหรับดำเนินการเชิงรุก สามารถทำได้ในเรื่องการรักษาพยาบาล ส่วนในเรื่องของการป้องกันโรคทางสถานพยาบาลของไทยยังไม่มุ่งเน้น ยกเว้นแรงงานต่างด้าวที่อยู่สมุทรสาคร องค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่จะเป็นผู้ดำเนินการทำในเรื่องของการส่งเสริมป้องกันควบคุมโรค แต่ในพื้นที่อื่นของประเทศไทยยังไม่มียุทธศาสตร์อื่นที่ดำเนินการอย่างชัดเจนที่จะให้งบประมาณมาทำในเรื่องของการป้องกัน และควบคุมโรค เพราะส่วนใหญ่จะทำในเรื่องของ ฝึกอบรม และการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ซึ่งเมื่อให้การฝึกอบรมยังขาดการติดตามผลว่าผู้เข้ารับการฝึกอบรมนำความรู้ไปใช้ได้ผลมากน้อยเพียงไร

สรุปประเด็นผลกระทบจากการเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชาก่อให้เกิดต่อการจัดบริการสาธารณสุขของไทย ด้านแบบแผนการให้บริการ ในภาพรวมระดับกระทรวงและสถานพยาบาลขนาดใหญ่จะเน้นการรักษาพยาบาลผู้ป่วยชาวต่างด้าวเป็นหลัก ส่วนการป้องกันและควบคุมโรค รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพนั้นจะให้ความสำคัญเป็นลำดับรองลงไป โดยให้หน้าที่ด้านการป้องกันและควบคุมโรคเป็นหน้าที่ของสถานพยาบาลระดับรองลงไป อย่างสถานีอนามัย และอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ทำหน้าที่ในการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรค ทั้งนี้เพราะสถานพยาบาลระดับโรงพยาบาลจะมีความพร้อมในด้านการรักษาพยาบาลมากกว่า และอยู่ไม่ไกลจากชายแดนมากนักเป็นผลให้ชาวกัมพูชาที่มีการเจ็บป่วยร้ายแรง หรือได้รับอุบัติเหตุสามารถเดินทางข้ามแดนเพื่อเข้ามารับการรักษาได้โดยตรง ส่วนสถานีอนามัย แรงงานชาวกัมพูชาที่พักอาศัยในประเทศไทยจะเข้าไปขอรับบริการเพราะสะดวกในการเดินทาง อีกทั้งสถานีอนามัยจะมีความใกล้ชิดกับชุมชนสามารถปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคได้ดี

ตอนที่ 4.6 ผลกระทบจากการเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชาก่อให้เกิดต่อการจัดบริการสาธารณสุข ในด้านการให้บริการแก่ประชาชนไทย

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญบุคลากรผู้มีหน้าที่ในการกำกับดูแลนโยบายการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนในระดับจังหวัด ผู้บริหารทั้ง 3 ท่านให้ความเห็นว่าการเข้ามาใช้บริการของผู้รับบริการชาวกัมพูชาไม่ส่งผลกระทบต่อารรับบริการของประชาชนไทย ทั้งนี้ยังไม่มี การเก็บข้อมูลที่ชัดเจน แต่เนื่องจากสระแก้วไม่ใช่พื้นที่การรบ เป็นพื้นที่ที่เป็นเหมือนทางเศรษฐกิจ จึงเป็นผลเชิงบวกมีการไปมาหาสู่เป็นปกติ มีความคุ้นเคยกัน มีการค้าขายตามปกติ ซึ่งส่งผลให้ผู้คนบริเวณนี้มีความปลอดภัย และยังคงข้ามมารับบริการซึ่งก็ยังคงปกติ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มสาธารณสุขอำเภอและหัวหน้าสถานีอนามัย ได้กล่าวถึง ผลกระทบจากการเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชาก่อให้เกิดต่อการจัดบริการสาธารณสุข ในด้านการให้บริการแก่ประชาชนไทย ไว้ดังนี้

สาธารณสุขอำเภอคลองหาด กล่าวว่า ในประเด็นการให้บริการล่าช้านั้น การให้บริการของสถานีอนามัยไม่ได้อยู่ในสภาพแออัดขัดเคือง ในการให้ความสำคัญในการรักษาพยาบาลให้การบริการตามลำดับอาการและความจำเป็น ไม่มีการเลือกปฏิบัติระหว่างคนไทยหรือกัมพูชา

ส่วนการเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขหรือการเข้าพักอาศัยเพื่อขายแรงงานในประเทศไทยนั้น ส่งผลทางสังคม โดยแรงงานต่างด้าวส่วนหนึ่ง มีการทะเลาะวิวาท นำมาซึ่งบาดเจ็บ การเจ็บป่วย จึงมีการออกกฎเกณฑ์ที่ถือปฏิบัติในพื้นที่เพื่อควบคุมแรงงานต่างด้าว เช่น ห้ามแรงงานต่างด้าวออกนอกที่พักอาศัยหลัง 18.00 น.

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอคลองหาด ได้กล่าวถึงประเด็นผลกระทบที่มีต่อประชาชนไทย ไว้ว่า ผู้มารับบริการที่สถานีอนามัยมีไม่มากนัก และเจ้าหน้าที่ให้บริการตามลำดับ ให้บริการเสมอภาคกันตามหลักการรักษาพยาบาล หากมีอาการเร่งด่วนจะได้รับการรักษาก่อน ส่วนคนในพื้นที่ที่มีความคุ้นเคยกับชาวกัมพูชาที่เข้ามารับจ้างทำงาน จึงไม่เกิดอคติ

หัวหน้าสถานีอนามัยหล่ม กล่าวว่า มีประเด็นปัญหาคือยาที่ทำการเบิกมาจะหมดเร็วขึ้น นอกจากนั้นจะมีปัญหาทางสังคม คือ ปัญหาการลักขโมย

หัวหน้าสถานีอนามัยเขาดงอึก กล่าวว่า ในประเด็นเรื่องสาธารณสุขไม่มีปัญหาจากการเข้ามาใช้บริการแต่ส่วนใหญ่มักจะได้รับผลกระทบจากปัญหาสังคม อาทิ ปัญหาอาชญากรรม

สรุปกลุ่มสาธารณสุขอำเภอและหัวหน้าสถานีอนามัย การเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขของชาวกัมพูชาไม่ได้สร้างปัญหาหรือความไม่พอใจให้แก่ประชาชนไทย อันเนื่องมาจากจำนวนผู้รับบริการชาวกัมพูชามีจำนวนไม่มาก และสภาพสังคมของอำเภอคลองหาดมีความคุ้นชินกับการเข้าของชาวกัมพูชาเป็นปกติ ประเด็นดังกล่าวจึงไม่ได้สร้างความไม่พอใจให้แก่ประชาชนไทย แต่กลับมีปัญหารื่องลักขโมยและอาชญากรรม จากการเข้ามาพักอาศัยของแรงงานชาวกัมพูชาในพื้นที่

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ได้กล่าวถึงประเด็นผลกระทบจากการเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชาก่อให้เกิดต่อการจัดบริการสาธารณสุข ในด้านการให้บริการแก่ประชาชนไทย ไว้ดังนี้

อาสาสมัครสาธารณสุขบ้านนาดี กล่าวว่า คนในพื้นที่อำเภอคลองหาดมีความคุ้นเคยกับแรงงานต่างด้าว จึงไม่เกิดปัญหาความไม่พอใจ

อาสาสมัครสาธารณสุขคลองไผ่เดือน กล่าวว่า ในประเด็นความพึงพอใจของประชาชนไทยที่มีต่อการเข้ามาของชาวกัมพูชาพบว่า ไม่มีปัญหาด้านการมาติดต่อรับบริการสาธารณสุข แต่มีปัญหในเรื่องการลักลอบค้ามนุษย์

อาสาสมัครสาธารณสุขเขาตังกวน กล่าวถึงการเข้ามาใช้บริการของชาวกัมพูชาว่า คนไทยส่วนใหญ่ไม่มีปัญหา หรือไม่มีอคติต่อการที่ชาวกัมพูชาเข้ามาใช้บริการสาธารณสุข แต่ส่วนใหญ่จะมีความกังวลในเรื่องการลักลอบค้ามนุษย์บ้างแต่ไม่มากเพราะเป็นหมู่บ้านตำรวจตระเวนชายแดน ซึ่งมีระเบียบของทหาร ในส่วนของการป้องกันยาเสพติดจะมีการตรวจค้นอย่างเข้มงวด

อาสาสมัครสาธารณสุขราชันย์ การเข้าไปให้บริการบางครั้งหากเข้าไปในยามวิกาลเจ้าหน้าที่กังวลเรื่องความปลอดภัยแต่ที่ผ่านมายังไม่เกิดเหตุร้าย

สรุป กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข มีความคิดเห็นว่า ชาวไทยมีความคุ้นเคยกับชาวกัมพูชาที่เข้ามาติดต่อค้าขาย หรือเข้ามารับจ้างทำงานในพื้นที่ ทำให้มีทัศนคติชาวกัมพูชาเหมือนเป็นเพื่อนบ้าน การเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขของชาวกัมพูชาจึงไม่มีปัญหา แต่ส่วนที่มองว่าเป็นปัญหาคือ เรื่องของการลักลอบค้ามนุษย์ เป็นส่วนใหญ่

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลคลองหาด โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองหาด กล่าวถึงประเด็นผลกระทบจากการเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชาก่อให้เกิดต่อการจัดบริการสาธารณสุข ในด้านการให้บริการแก่ประชาชนไทยว่า คนป่วยที่เข้ามารับการตรวจ OPD แพทย์จะไม่ทราบเลยว่าเป็นคนไทย หรือกัมพูชาจนกว่าจะมีการซักประวัติ ในการที่มีคนกัมพูชาเข้ามาใช้บริการร่วมกับคนไทยทำให้จำนวนผู้รอเข้าพบแพทย์สูงขึ้น ผู้ป่วยต้องรอนานขึ้นประมาณ 5 - 10 นาที ซึ่งไม่เป็นปัญหาเพราะเฉลี่ยแล้วผู้ป่วยชาวกัมพูชามีประมาณ 10 - 15 รายต่อวัน ซึ่งถือว่าเป็นจำนวนที่น้อยมาก ประกอบกับความคุ้นเคยระหว่างคนไทยและกัมพูชาทำให้ประชาชนไทยเกิดความเคยชินและมีความเห็นอกเห็นใจชาวกัมพูชาแบบพี่น้อง

สรุป ประเด็นผลกระทบจากการเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชาก่อให้เกิดต่อการจัดบริการสาธารณสุข ด้านการให้บริการแก่ประชาชนไทย พบว่า ผลกระทบจากการเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชาก่อให้เกิดต่อการจัดบริการสาธารณสุข ในด้านการให้บริการแก่ประชาชนไทยพบว่าประชาชนไทยไม่ได้เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจกับการเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยของชาวกัมพูชา อันเนื่องมาจากจำนวนผู้รับบริการชาวกัมพูชามีจำนวนไม่มาก และสถานพยาบาลให้บริการตามลำดับก่อนหลัง ซึ่งเป็นวิธีการปฏิบัติปกติ และสภาพสังคมของอำเภอคลองหาด มีความคุ้นชินกับการเข้ามาในพื้นที่ของชาวกัมพูชาเพราะเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตในพื้นที่ แต่กลับมีปัญห

สังคม ในเรื่องความมั่นคงในชีวิตและทรัพย์สิน ในเรื่องลักขโมยและอาชญากรรม จากการเข้ามาพักอาศัยของแรงงานชาวกัมพูชาในพื้นที่

ตอนที่ 4.7 การบริหารจัดการงานแรงงานต่างด้าว ระดับพื้นที่ อ.คลองหาด จ.สระแก้ว

จากการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ อ.คลองหาด จ.สระแก้ว พบว่า อำเภอคลองหาด มีเขตแดนติดต่อกับประเทศกัมพูชา จึงมีจำนวนแรงงานต่างด้าวเข้ามาขายแรงงานในพื้นที่จำนวนมาก และยังมีสิ่งผิดกฎหมายต่าง ๆ จำนวนมากตามแนวชายแดนไทย - กัมพูชา สร้างความเดือดร้อนให้กับประชาชนที่พักอาศัยในพื้นที่ เพราะจำนวนเจ้าหน้าที่ภาครัฐมีจำนวนน้อย ไม่สามารถดูแลได้อย่างทั่วถึง ประกอบกับความล้มเหลวของนโยบายขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าว ของกระทรวงแรงงานที่ไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้ประกอบการ โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2553 มีแรงงานต่างด้าวที่ทำการขึ้นทะเบียนกับกระทรวงแรงงานในพื้นที่อำเภอคลองหาด จำนวน 71 คน เจ้าของกิจการผู้ใช้แรงงานต่างด้าวไม่นิยมพาแรงงานต่างด้าวไปขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวกับทางกระทรวงแรงงาน เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวมียค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง โดยทางราชการกำหนดให้นายจ้างต้องพาแรงงานต่างด้าวที่อยู่ในการดูแลไปขึ้นทะเบียนเป็นรายปี ไม่สอดคล้องกับลักษณะการใช้แรงงานต่างด้าวในพื้นที่ ที่มีลักษณะการจ้างงานกันเป็นรายวัน หรือเฉพาะช่วงฤดูการเกษตรเท่านั้น จึงพบว่าในพื้นที่ที่มีแรงงานต่างด้าวเกือบทั้งหมดไม่ได้ขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวไว้เลย ทำให้แรงงานกลุ่มดังกล่าวไม่ได้รับการคุ้มครองทางด้านสาธารณสุข และด้านอื่น ๆ ตามที่กฎหมายกำหนดไว้ อีกทั้งยังสร้างปัญหาด้านสังคมและความมั่นคงอื่น ๆ ตามมาอีกด้วย

จากปัญหาที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นจึงเกิดการรวมกลุ่มของเกษตรกรผู้เป็นนายจ้างของแรงงานต่างด้าวเพื่อทำการจัดระเบียบแรงงานต่างด้าวกันเองในพื้นที่ ทำให้มีกลุ่มนายจ้างผู้ใช้แรงงานต่างด้าวในภาคการเกษตร ในพื้นที่อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว ได้ทำการรวมตัวกันจัดตั้งสมาคมเกษตรกรคลองหาด ภายใต้การสนับสนุนของหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ โดยสมาคมมีวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งเพื่อดูแล และสนับสนุนสมาชิกในการประกอบกิจการด้านการเกษตร ทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยบทบาทหน้าที่หนึ่งที่สมาคมเกษตรกรอำเภอคลองหาดได้ดำเนินการคือร่วมมือกับทางราชการเข้าไปจัดการแรงงานต่างด้าวในพื้นที่ให้อยู่ในระบบ สามารถควบคุมดูแลมิให้แรงงานต่างด้าวสร้างปัญหาให้แก่ประชาชนไทยในพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็น ปัญหาสังคม ปัญหาสุขภาพจิต หรือแม้แต่ปัญหาด้านสาธารณสุข โดยสมาคมฯ ได้ร่วมกับภาคราชการฝ่ายต่าง ๆ ทำการออกระเบียบ กติกาการใช้

แรงงานต่างด้าวในพื้นที่ (แผนพัฒนาสมาคม, สมาคมเกษตรกรอำเภอคลองหาด: เอกสารอัดสำเนา)
เช่น

- การกำหนดให้นายจ้างที่ต้องการใช้แรงงานต่างด้าวแบบรายวัน ต้องมาทำการรับแรงงานต่างด้าวที่จุดผ่านแดน และนำมาส่งกลับตามวันเวลาที่กำหนดไว้
- นายจ้างที่ต้องการใช้แรงงานต่างด้าวโดยให้เข้ามาพักอาศัยอยู่กับนายจ้างในช่วงเวลาหนึ่งนั้น ต้องแจ้งความจำนงค์ต่อสมาคม โดยสมาคมจะพิจารณาจำนวนของแรงงานต่างด้าวที่ควรอนุญาตตามขนาดและประเภทของกิจการ โดยต้องมีการจดบันทึกประวัติของแรงงานต่างด้าว และรูปถ่ายไว้อย่างละเอียด เมื่อหมดช่วงเวลาที่ยกให้นายจ้างต้องพาแรงงานต่างด้าวกลับมาส่งให้ทางเจ้าหน้าที่ของสมาคม และเจ้าหน้าที่ภาครัฐตรวจสอบก่อนปล่อยให้แรงงานต่างด้าวกลับประเทศ
- นายจ้างที่จะมีการเคลื่อนย้ายแรงงานจากพื้นที่อำเภอคลองหาด ไปยังพื้นที่อื่นต้องมีการแจ้งให้ทางสมาคมรับทราบก่อน
- นายจ้างต้องจ่ายค่าจ้างแรงงานต่างด้าวในอัตราที่ทางสมาคมกำหนด
- นายจ้างที่ได้รับการผ่อนผันในการใช้แรงงานต่างด้าวต้องจัดที่พักและดูแลความเป็นอยู่ตามสมควร เพื่อไม่ให้เกิดความเดือดร้อนภายในตำบล หมู่บ้าน
- นายจ้างต้องรับผิดชอบลูกจ้างทุกกรณีเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลไม่ว่าจะเป็นเด็กที่ไม่ได้ใช้แรงงานก็ตาม

นอกจากนี้ทางสมาคมยังมีการเก็บค่าใช้จ่ายเช่นค่าธรรมเนียมสมาชิก และค่าธรรมเนียมในการดำเนินการจัดทำทะเบียนแรงงานต่างด้าว (เก็บจากนายจ้างที่ต้องการใช้แรงงานต่างด้าวที่เข้ามาพักค้างแรม โดยเก็บคนละ 50 บาท ต่อเดือน) เพื่อนำเงินดังกล่าวมาใช้ในกิจการของสมาคมฯ และนำไปเป็นเงินอุดหนุนให้กับส่วนราชการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมดูแลแรงงานต่างด้าว ซึ่งหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ก็เป็นหน่วยงานหนึ่งที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากทางสมาคมเพื่อชดเชยการเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขของแรงงานต่างด้าวในพื้นที่ ซึ่งโดยส่วนใหญ่หน่วยงานด้านสาธารณสุขของไทยจะทำการดูแลรักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าวตามหลักมนุษยธรรม บ่อยครั้งที่ไม่สามารถเก็บค่ารักษาพยาบาลได้ หรือเก็บค่ารักษาพยาบาลได้ไม่เต็มจำนวน เป็นต้น (แผนพัฒนาสมาคม, สมาคมเกษตรกรอำเภอคลองหาด : เอกสารอัดสำเนา)

นอกจากนั้นสมาคมยังช่วยเหลือประสานงานในการควบคุมการเคลื่อนย้ายของแรงงานต่างด้าวในพื้นที่ ไม่ให้แรงงานต่างด้าวมีการเคลื่อนย้ายแรงงานโดยมิได้ทำการแจ้งแก่สมาคม ซึ่งเป็นมาตรการในการควบคุมและเฝ้าระวังโรค ป้องกันการแพร่กระจายของโรคติดต่อ และทำให้บุคลากร

สาธารณสุขสามารถเฝ้าดูแลสุขภาพอนามัย และควบคุมการให้วัคซีนหรือการรักษาโรคติดต่อแก่แรงงานต่างด้าวได้ดีขึ้น ซึ่งทำให้ผลที่จะมีต่อสุขภาพของประชาชนไทยลดลง

ถึงแม้ว่าการดำเนินการของสมาคมเกษตรอำเภอคลองหาด จะไม่มีกฎหมายจากทางราชการรองรับการดำเนินงาน แต่การดำเนินงานของสมาคมฯ เป็นประโยชน์ต่อทางราชการอย่างมาก เนื่องจากการดำเนินการดังกล่าวสามารถช่วยในการควบคุมการเข้าออกของแรงงานต่างด้าว ทำให้ทราบข้อมูลจำนวนของแรงงานต่างด้าวที่เข้าออกในแต่ละวัน การเคลื่อนย้ายแรงงาน และสถานที่พักอาศัยของแรงงานในประเทศไทย อีกทั้งยังได้รับความร่วมมือจากนายจ้างในการควบคุมดูแลแรงงานต่างด้าวในสังกัดของตนเองด้วย

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

จากผลศึกษาโครงการ “ผลกระทบที่เกิดจากการจัดบริการสาธารณสุขให้ประชาชนกัมพูชา อำเภอลองหาด จังหวัดสระแก้ว” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพัฒนาการของการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนอันเป็นผลมาจากการเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชา ศึกษาลักษณะเฉพาะของการบริหารสถานบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดน การเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยของประชาชนชาวกัมพูชาและผลกระทบที่เกิดจากการเข้าใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยของประชาชนกัมพูชาในพื้นที่ชายแดนไทย จังหวัดสระแก้ว ได้นำมาสรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะต่อการจัดบริการสาธารณสุขให้ประชาชนกัมพูชา อำเภอลองหาด จังหวัดสระแก้วในบทนี้ ดังนี้

1. ผลการศึกษาพัฒนาการของการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนอันเป็นผลมาจากการเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชา
2. ผลการศึกษาลักษณะเฉพาะของการบริหารสถานบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดน
3. ผลการศึกษาการเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยของประชาชนชาวกัมพูชาในพื้นที่ชายแดนไทย จังหวัดสระแก้ว
4. ผลการศึกษผลกระทบที่เกิดจากการเข้าใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยของประชาชนกัมพูชาในพื้นที่ชายแดนไทย จังหวัดสระแก้ว
5. ข้อเสนอแนะต่อการจัดบริการสาธารณสุขให้ประชาชนกัมพูชา อำเภอลองหาด จังหวัดสระแก้ว สรุปผลการศึกษา

สรุปผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ศึกษาพัฒนาการของการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนอันเป็นผลมาจากการเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชา

ตอนที่ 1.1 พัฒนาการของนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดน

นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนหรือการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนประเทศเพื่อนบ้าน ที่ถือว่าเป็นนโยบายหลักที่เด่นชัดคือ แผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขตามแนวชายแดน ฉบับที่ 1 เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 - 2554 (ฉบับที่ 2 อยู่ในระหว่างการดำเนินการ) นอกจากนั้นจะเป็นการประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวที่ดำเนินการควบคู่ไปกับการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวโดยทั่วไปซึ่งไม่เฉพาะเจาะจงในพื้นที่ชายแดน แต่การรับรู้และการนำนโยบายไปปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับปฏิบัติมีการรับรู้บ้างในบางกลุ่มบางคน และเป็นการรับรู้ว่ามีแผนแต่ไม่ทราบรายละเอียดและไม่ได้มีการดำเนินการตามแผนดังกล่าว โดยทั่วไปในระดับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่จะรับรู้ว่ามีกิจกรรมที่ต้องทำเพิ่มเติมจากงานประจำบ้างเช่นการเก็บข้อมูลผู้มาใช้บริการชาวกัมพูชา แต่โดยรวมทั่วไปไม่คิดว่ามีกิจกรรมพิเศษอะไรเกิดขึ้น ยังคงปฏิบัติหน้าที่ในการ การดูแล การส่งเสริม ป้องกัน รักษา พื้นฟู โดยยึดหลักจริยธรรมและไม่เลือกปฏิบัติกับผู้รับบริการเช่นเดิม และข้อมูลดังกล่าวเก็บเพื่อนำส่งข้อมูลในกับหน่วยงานปกครององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นในพื้นที่เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณ

ส่วนในกลุ่มของบุคลากรผู้มีหน้าที่ในการกำกับดูแลนโยบายการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนในระดับจังหวัดและบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้บริการสาธารณสุขให้ข้อมูลตรงกันว่าไม่มีนโยบายในเรื่องดังกล่าวที่มีความชัดเจน โดยยังคงมีการให้บริการโดยไม่แบ่งแยกเลือกปฏิบัติ และในส่วนของการเก็บค่ารักษาพยาบาลให้ข้อมูลตรงกันว่า จะเก็บค่ารักษาพยาบาลจากผู้รับบริการที่สามารถจ่ายได้ หากจ่ายไม่ได้จะยึดหลักการให้บริการสาธารณสุขโดยหลักมนุษยธรรม ในส่วนเรื่องของการเก็บค่ารักษาพยาบาลที่อาจมีผลกระทบในภายหลังกว่าจะเป็นภาระของหน่วยงานสาธารณสุขของไทยที่ให้บริการชาวกัมพูชา หลายฝ่ายเสนอว่าควรดำเนินการเก็บค่ารักษาพยาบาลในกลุ่มที่มีความสามารถในการจ่ายได้ และควรช่วยเหลือเฉพาะกลุ่มที่มีฐานะยากจนจริง ๆ

จากผลการศึกษาเห็นได้ชัดว่ากระทรวงสาธารณสุข มีแผนงาน และนโยบายในการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดน กล่าวคือมี “แผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนาสาธารณสุขตามแนวชายแดน ฉบับที่ 1 เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 - 2554” แต่การรับรู้ของแผนงานยังมีอยู่ในระดับน้อย คงไม่มีการนำไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ประกอบกับข้อจำกัดด้านวิธีการทางงบประมาณที่ไม่สามารถดำเนินงานเชิงรุกในพื้นที่ที่เป็นปัญหา ซึ่งอยู่ในพื้นที่ประเทศเพื่อนบ้านได้ ทำให้หน่วยงานทางสาธารณสุขชายแดนทำได้แต่เพียงการตั้งรับเพื่อการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ บุคลากรทางสาธารณสุขจะรับทราบนโยบายจากการประชุมซึ่งจะยึดถือเป็นหลักการในการนำไปปฏิบัติ

ประกอบกับงบประมาณในการดำเนินงานซึ่งจากเดิมเคยได้รับการสนับสนุนจากองค์การพัฒนาเอกชนก็ลดน้อยลง เนื่องจากองค์กรพัฒนาเอกชนหลายแห่งหันไปดำเนินการในพื้นที่ประเทศกัมพูชาโดยตรง จึงไม่สนับสนุนงบประมาณผ่านสาธารณสุขไทยอย่างแต่ก่อน

ตอนที่ 1.2 พัฒนาการของการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนให้กับประชาชนไทยและประชาชนกัมพูชา

เมื่อวิเคราะห์การให้ข้อมูลในประเด็นการจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดน มีพัฒนาการ การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงการให้บริการทั้งกับประชาชนคนไทย และประชาชนกัมพูชาพบว่า จำนวนของชาวกัมพูชาที่เข้ารับการรักษารับบริการมีมากขึ้น เมื่อมีการจดทะเบียนอย่างถูกต้อง และมีการตั้งสมาคมเกษตรกรอำเภอคลองหาด เพื่อดำเนินการขึ้นทะเบียนชาวกัมพูชาที่เข้ามาขายแรงงานในเขตอำเภอคลองหาด จึงทำให้มีชาวกัมพูชา มาขอรับบริการสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น

ในด้านงบประมาณในการจัดกิจกรรมร่วมต่าง ๆ ที่เป็นงบของไทยทั้งหมด เมื่อไม่มีงบประมาณจัดกิจกรรมร่วมกันทำให้ความสัมพันธ์ของเจ้าหน้าที่ทั้งสองฝั่งห่างเหินกัน ส่งผลถึงรูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนไทย - กัมพูชา เป็นไปในแบบต่างคนต่างทำ ไม่ได้มีการประสานงานกันเท่าที่ควร ทำให้การดำเนินงานด้านการป้องกันโรคทำได้แต่เพียงในพื้นที่ฝั่งไทยเท่านั้น ส่งผลให้ในการข้ามแดนเข้ามาของชาวกัมพูชามีการนำเอาโรคติดต่อเข้ามาด้วยเป็นปัญหาที่ทางสาธารณสุขฝ่ายไทยต้องควบคุมดูแล

ส่วนในรูปแบบพัฒนาการการจัดบริการสาธารณสุขจากอดีตในสมัยสงครามมีการจัดบริการด้านการรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บจากสงครามและอุบัติเหตุมาก ต่อมาในปัจจุบันรูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขด้านการรักษาพยาบาลเริ่มมีการรักษาพยาบาลในโรคอื่น ๆ เพิ่มขึ้นด้วย และสืบเนื่องจากมี

การเคลื่อนย้ายแรงงานเข้ามาในประเทศไทยทำให้ ต้องมีการจัดบริการสาธารณสุขด้านการป้องกันโรค เพิ่มขึ้นให้กับชาวกัมพูชาที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยด้วย

ตอนที่ 1.3 รูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนจากอดีตจนถึงปัจจุบัน

จากการศึกษาพบว่ารูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนมีความหลากหลายแตกต่างกันไปในแต่ละหน่วยงาน กล่าวคือ หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนจะไม่มี การจัดบริการสาธารณสุขที่แตกต่างกับพื้นที่ที่ไม่ใช่พื้นที่ชายแดนมากนักคงมีแต่การเฝ้าระวังโรคซึ่งเป็น รูปแบบการให้บริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ชายแดนมีลักษณะสำคัญคือ โดยเน้นการทำงานเชิงรุกในการเตรียมความพร้อมเรื่องการรักษาโรคอุบัติใหม่ โรคระบาดต่าง ๆ โรคที่มากับแรงงานต่างด้าว เช่น อหิวาต์เรื้อรัง มาลาเรีย ต้องไปดูแลถึงแหล่งลี้ภัยในพื้นที่ ศูนย์ที่พัก ศูนย์ดูแล เพื่อให้การ จัดสิ่งแวดลอมถูกสุขลักษณะ การทำความเข้าใจกับนายจ้างให้ช่วยดูแลสุขอนามัยของแรงงาน

ในหน่วยงานด้านนโยบายระดับกระทรวงจะเน้นการจัดให้มียุทธศาสตร์ในระดับกระทรวงที่ เน้นเรื่องหลักประกันสุขภาพของบุคคลที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ การเข้าถึงในกลุ่มของบุคคลที่ ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ ซึ่งยังไม่เห็นเป็นรูปธรรมในพื้นที่มากนัก คงมีการขึ้นทะเบียนแรงงาน ต่างด้าวของกรมการจัดหางานเป็นหลัก ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงตามนโยบายการบริหารแรงงานต่างด้าว ของรัฐบาลที่มีการยอมรับให้แรงงานต่างด้าวสามารถเข้าเมืองโดยถูกกฎหมายได้ หน่วยงานสาธารณสุข จึงต้องเข้ามาดูแลเพื่อการดำเนินนโยบายของรัฐบาลเป็น ไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยนโยบายด้าน สาธารณสุขชายแดน และนโยบายด้านสาธารณสุขที่ให้บริการแรงงานต่างด้าว เป็นเสมือนนโยบาย เสริมเพื่อรองรับการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวอีกชั้นหนึ่ง

สำหรับปัญหาและอุปสรรค ที่พบมีผลมาจากจำนวนผู้เข้ารับบริการชาวกัมพูชาที่เพิ่มมากขึ้น ต้องมีการเตรียมการรับมือมากขึ้น ส่วนปัญหาที่พบแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ คือเรื่องภาษา การจัดเก็บ ค่ารักษาพยาบาล และปัญหาในการนำยุทธศาสตร์ระดับกระทรวงไปปฏิบัติในระดับจังหวัดที่ขึ้นอยู่กับ ผู้ว่าราชการจังหวัดที่จะให้ความสำคัญต่อประเด็นปัญหาสาธารณสุขชายแดนมากน้อยเพียงใด

ตอนที่ 1.4 แนวโน้มของปัญหาในการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดน

จากการศึกษาพบว่าแนวโน้มของปัญหาในการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนมีแนวโน้มของปัญหาที่ไม่เปลี่ยนแปลงไปจากอดีตมากนัก และสามารถสรุปปัญหาสำคัญ ๆ ได้ดังนี้

1. กระทรวงสาธารณสุขไม่มีนโยบาย ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสาธารณสุขชายแดนที่ชัดเจน ซึ่งในปัจจุบันได้มีความพยายามในการแก้ไขโดยจัดให้มีแผนแม่บทฯ แต่แผนแม่บทดังกล่าวไม่เป็นที่รับรู้โดยทั่วไปของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ และไม่มีการนำแผนดังกล่าวไปปฏิบัติในพื้นที่ชายแดนอย่างที่เป็นรูปธรรม ซึ่งผลของการไม่มีนโยบายที่ชัดเจน ทำให้เกิดปัญหาการไม่มีงบประมาณสำหรับชุดเวชภัณฑ์รักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลไม่สามารถเก็บได้จากการรักษาผู้ป่วยต่างด้าว

2. ปริมาณของผู้รับบริการชาวกัมพูชาเพิ่มขึ้น โดยในที่นี้ทั้งผู้รับบริการที่เป็นตัวผู้ใช้แรงงาน เครือญาติ และประชาชนกัมพูชาทั่วไป ในกลุ่มผู้ขอเข้ารับบริการมีทั้งส่วนที่ทางสาธารณสุขไทยสามารถเก็บค่ารักษาพยาบาลได้คือกลุ่มแรงงานถูกกฎหมายและกลุ่มที่มีฐานะทางการเงินดี ส่วนในกลุ่มแรงงานผิดกฎหมาย และกลุ่มที่มีฐานะยากจนจึงไม่สามารถเก็บค่ารักษาพยาบาลได้

ส่วนสาเหตุของการเพิ่มขึ้นของผู้รับบริการชาวกัมพูชาเกิดมาจากการบอกต่อกันในหมู่คนกัมพูชาว่ามารักษาที่สถานพยาบาลไทยได้โดยไม่จำเป็นต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล ความเชื่อมั่นในความสามารถของแพทย์และเวชภัณฑ์ของไทยที่มีมาตรฐานดีกว่า รวมถึงสถานการณ์ชายแดนที่สงบไม่มีการปิดด่านทำให้ชาวกัมพูชาข้ามมาฝั่งไทยได้ ส่งผลให้เศรษฐกิจของชายแดนฝั่งกัมพูชาดีขึ้น แต่ประเด็นความไม่สงบในพื้นที่ตามแนวชายแดนไทยกัมพูชาอาจส่งผลให้จำเป็นต้องมีแผนการรองรับหากเกิดความไม่สงบบริเวณพื้นที่

3. ปัญหาไม่สามารถเก็บค่ารักษาพยาบาลได้ อันเนื่องมาจากผู้รับบริการชาวกัมพูชาส่วนหนึ่งเป็นผู้มีฐานะยากจน เมื่อเข้ามาขอรับบริการเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือตามหลักมนุษยธรรม

สำหรับแนวทางในการรองรับการให้บริการในกรณีที่เก็บค่ารักษาพยาบาลไม่ได้ทางกระทรวงสาธารณสุขมีแนวทางในการจัดตั้งกองทุนควบคุมโรค เพื่อควบคุมโรคระบาดไม่ให้แพร่กระจายซึ่งจะส่งผลต่อคนไทยด้วย ซึ่งผู้บริหารระดับสาธารณสุขจังหวัดทำได้เพียงการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า โดยการใช้งบประมาณส่วนอื่นเข้ามาแก้ไขสภาพคล่อง และพยายามผลักดันให้ระบบการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวอย่างมีประสิทธิภาพ เพราะถ้าขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้อง ก็จะมีเงินที่เข้ามา

สนับสนุนในระบบได้ ซึ่งเป็นเรื่องที่ยากมากเพราะระบบการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวที่ใช้อยู่ในปัจจุบันไม่สอดคล้องกับบริบทการใช้แรงงานต่างด้าวในพื้นที่ชายแดน

4. ปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่งคือทางกระทรวงสาธารณสุขไม่มีข้อมูลแรงงานที่เข้ามาอย่างผิดกฎหมาย และข้อมูลการเข้าออกชายแดนของแรงงานต่างด้าวบริเวณพื้นที่ชายแดน อันเนื่องมาจากชายแดนไทยกัมพูชาบางแห่งเป็นพรมแดนที่ไม่มีเส้นแบ่ง ทำให้ประชาชนทั้งสองประเทศเดินทางเข้าออกได้อย่างเสรี ส่งผลถึงการวางแผนเรื่องของการจัดบริการสาธารณสุข ทำให้คาดการณ์แนวโน้มของปัญหาการจัดบริการและการบริหารงานสาธารณสุขได้ยากลำบาก

ตอนที่ 1.5 การเตรียมพร้อมในการบริหารทรัพยากรเพื่อรองรับการเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนกัมพูชาของหน่วยงานสาธารณสุขชายแดน

หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ที่มีการเตรียมพร้อมรองรับ ในการบริหารทรัพยากร (บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์เวชภัณฑ์ และการบริหารจัดการ) เพื่อรองรับการเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนกัมพูชาทุกหน่วยงาน โดยการเตรียมความพร้อมแบ่งได้ 2 ประเภท

1. การเตรียมความพร้อมในหน่วยงาน โดยเป็นการเตรียมความพร้อมให้งานประจำมีประสิทธิภาพมากขึ้นและเตรียมความพร้อมในการรับสถานการณ์ที่มีการประเมินไว้แล้วรวมถึงสถานการณ์ฉุกเฉิน ดังนี้

1.1 งานประจำ มีการจัดทำแผนในด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องคือ แผนการเงิน วัสดุ ครุภัณฑ์ แผนพัฒนาบุคลากร รวมถึงจัดทำรายงานเกี่ยวกับข้อมูลแรงงาน และข้อมูลการเข้ารับบริการของชาวกัมพูชา

1.2 สถานการณ์ที่มีการประเมินไว้แล้ว การเตรียมการรับมือมากกว่าปกติในฤดูเก็บเกี่ยว แรงงานจะเข้ามาเป็นจำนวนมาก

1.3 สถานการณ์ฉุกเฉิน การเตรียมความพร้อมเป็นไปในลักษณะของการเตรียมรับสถานการณ์ชายแดน และการให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือเมื่อฝั่งกัมพูชาเกิดโรค

2. การเตรียมความพร้อมโดยการประสานงานร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ มีการประสานความร่วมมือกับฝั่งกัมพูชาโดยเน้นที่ใช้ความร่วมมือกับกัมพูชาโดยยึดความต้องการของกัมพูชาเป็นหลัก โดยในการพัฒนาความสามารถของบุคลากรทางสาธารณสุขของกัมพูชาให้ดีขึ้นมีผลต่อการลดภาระการรักษาของบุคลากรไทย

ซึ่งหากพิจารณาแล้วจะพบว่า การเตรียมความพร้อมของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เป็น การเพียงการเตรียมความพร้อมในงานประจำที่ปฏิบัติหรือในกิจกรรมที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันให้ สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ยังไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการ เปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ชายแดนในอนาคต เช่นการเพิ่มขึ้นของแรงงานต่างด้าวภายหลังการเข้า ร่วมประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน หรือการขยายตัวของสถานการณ์ความไม่สงบตามแนวชายแดนไทย กัมพูชา เป็นต้น

ตอนที่ 2 ลักษณะเฉพาะของการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนจากกัมพูชาที่มีที่แตกต่าง จากการให้บริการประชาชนไทย และการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่อื่น

ตอนที่ 2.1 ลักษณะเฉพาะของกลุ่มโรคที่พบบ่อยในพื้นที่ชายแดน

โรคที่พบบ่อยในกลุ่มชาวกัมพูชาที่เข้ามาขอรับบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดน ส่วนใหญ่จะเป็นโรคระบบทางเดินอาหาร อุจจาระร่วง รองลงคือโรคระบบทางเดินหายใจ และโรคติดต่อ อื่น ๆ อาทิ โรคมาเลเรีย และวัณโรค โดยสาเหตุของการเกิดโรคเกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี และการไม่รักษาความสะอาด

โรคที่ชาวกัมพูชามีการเจ็บป่วยและเข้ามาขอรับบริการสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอคลองหาด เป็นจำนวนมากได้แก่ การมาขอรับบริการคลอดปกติ รองลงมาเป็นโรคอุจจาระร่วง ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ชาวกัมพูชามีความเชื่อมั่นในบริการสาธารณสุขของไทยมาก และแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพของ ชาวกัมพูชาสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ กล่าวคือ ชาวกัมพูชาส่วนใหญ่มีพฤติกรรม สุขภาพที่ไม่เหมาะสม รับประทานอาหารที่ไม่สะอาด และมีการขับถ่ายลงในแหล่งน้ำธรรมชาติ รวมทั้ง ไม่มีการดูแลสุขภาพที่พิถีพิถันให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

ตอนที่ 2.2 การสื่อสารกับผู้รับบริการสาธารณสุข

การใช้ภาษาสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ให้บริการ กับผู้รับบริการชาวกัมพูชาส่วน ใหญ่ไม่สามารถสื่อสารกันโดยตรงได้ จำเป็นต้องใช้ล่ามในการสื่อสาร ทั้งนี้เพราะเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขชายแดนในพื้นที่อำเภอคลองหาด จ.สระแก้ว ไม่สามารถที่จะสื่อสารด้วยภาษาเขมรได้ เพราะโดยปกติในพื้นที่อำเภอคลองหาดจะสื่อสารกันด้วยภาษาไทยกลาง และภาษาไทยเบิ่ง

(ภาษาไทยโคราช) ซึ่งจะมีชาวไทยที่พูดภาษาเขมรได้ในพื้นที่น้อยมากเมื่อเทียบกับในอำเภออื่น เช่น อ.อรัญประเทศ อ.ตาพระยา อ.โคกสูง ทั้งนี้เพราะในอำเภอคลองหาดชาวไทยส่วนใหญ่จะมีเชื้อสายมาจากชาวไทยในภาคอีสานที่อพยพมาอาศัยอยู่ในพื้นที่

ทำให้การสื่อสารระหว่างบุคลากรสาธารณสุขกับผู้รับบริการชาวกัมพูชาจำเป็นต้องใช้ล่าม (นายจ้าง หรือผู้พามา) ในการสื่อสาร ซึ่งนับเป็นปัญหาอุปสรรคหนึ่งในการให้บริการ แต่อย่างไรก็ดี บุคลากรในพื้นที่ยังให้ความเห็นว่าสามารถให้บริการได้ในระดับหนึ่ง

ตอนที่ 2.3 การเก็บค่ารักษาพยาบาลจากผู้รับบริการสาธารณสุขชาวกัมพูชา

จากการศึกษาพบว่า ลักษณะเฉพาะของการเก็บค่ารักษาพยาบาลจากผู้รับบริการสาธารณสุขชาวกัมพูชา คือ ไม่สามารถเก็บค่ารักษาพยาบาลจากผู้รับบริการชาวกัมพูชาที่เข้ามาใช้บริการหรือเก็บได้เพียงบางส่วน ทำให้ต้องนำงบประมาณบางส่วนในส่วนของคนไทยไปสนับสนุนดังกล่าว

ผู้รับบริการชาวกัมพูชาที่มีความสามารถในการจ่ายได้ ส่วนใหญ่นิยมเข้ามาใช้บริการในการทำคลอดบุตร ซึ่งในบริเวณพื้นที่ชายแดนจะมีนายหน้าเป็นผู้ดำเนินการนำชาวกัมพูชาที่ต้องการเข้ารับบริการสาธารณสุขเข้ามารักษาในโรงพยาบาลโดยการทำอย่างเป็นระบบตั้งแต่การรับข้ามแดน รับผิดชอบ รวมถึงการเป็นล่ามสื่อสารให้กับแพทย์ผู้รักษาด้วย โดยบริการทั้งหมดนี้จะทำการเหมาจ่ายครั้งละ 2,000 - 3,000 บาท หรือสูงถึง 5,000 - 6,000 บาท ในการคลอดบุตร ซึ่งถือว่าเป็นราคาที่สูงมาก เพราะเมื่อเปรียบเทียบกับค่ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่จะตกอยู่กับนายหน้าผู้พามา ทั้งนี้ทางหน่วยงานปกครองอำเภอได้มีการขอความร่วมมือจากกลุ่มนายหน้าผู้ให้บริการดังกล่าวให้เรียกเก็บค่านายหน้าแต่พอสมควรเพื่อเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วย

ในส่วนที่เรียกเก็บไม่ได้บุคลากรทางการสาธารณสุขในพื้นที่ถือว่าเป็นการให้บริการสาธารณสุขด้วยการคำนึงถึงหลักมนุษยธรรม และความพยายามแก้ไขปัญหาเพื่อขอเชยเงินที่สถานพยาบาลในพื้นที่ชายแดนต้องรับภาระค่ารักษาพยาบาลโดยการอนุมัติของมติดังรัฐมนตรี ซึ่งไม่ใช่ข่งบเพื่อให้กับภาระค่าใช้จ่ายของจังหวัดชายแดนที่ไม่สามารถเรียกเก็บเงินได้ แต่เป็นส่วนที่สามารถนำไปช่วยเหลือได้

ตอนที่ 2.4 ช่วงเวลาในการให้บริการ

จากการศึกษาพบว่า ไม่มีลักษณะเฉพาะของช่วงเวลาในการให้บริการ โดยส่วนใหญ่ช่วงเวลาในการให้บริการผู้รับบริการชาวกัมพูชาจะเหมือนกับคนไทย ช่วงเวลาที่มารับบริการมักจะไม่นั่งนอน ซึ่งเจ้าหน้าที่จะให้บริการให้ตามลำดับก่อนหลัง มีการเข้ามาใช้บริการเหตุฉุกเฉินมากในกรณีโรงพยาบาล ส่วนในสถานีนอามียจะมีช่วงการรับวัคซีนของเด็กที่จะมีชาวกัมพูชาเข้ามาใช้บริการมาก

ตอนที่ 2.5 คุณสมบัติเฉพาะของผู้ให้บริการสาธารณสุขตามแนวชายแดน

จากการให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลสำคัญพบว่า ผู้ให้บริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนไม่มีคุณสมบัติเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งเป็นพิเศษ โดยจะให้เหตุผลไปในทางเดียวกันว่า ผู้ให้บริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนเน้นการให้บริการอย่างเท่าเทียมกันทั้งประชาชนไทยและประชาชนกัมพูชา แต่จากการศึกษาและการสังเกตของผู้วิจัยสามารถสรุปคุณสมบัติเฉพาะที่เป็นลักษณะพิเศษที่บุคลากรทางการสาธารณสุขตามแนวชายแดนจำเป็นต้องมีได้ ดังนี้

1. บุคลากรสาธารณสุขระดับนโยบาย พบว่า จากการให้สัมภาษณ์ของผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 3 ท่าน มีคุณสมบัติ 2 ประการที่สำคัญต่อการทำงานคือ

1.1 บุคลากรสาธารณสุขระดับนโยบาย จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงข้อมูลพื้นฐานด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ของประเทศเพื่อนบ้าน และพื้นที่ชายแดนที่มีเขตติดต่อกับพื้นที่รับผิดชอบเพื่อรับทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้น วางแนวทางป้องกันปัญหา และหาแนวทางในการติดต่อประสานงานระหว่างหน่วยงานได้

1.2 บุคลากรสาธารณสุขระดับนโยบาย จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงศักยภาพของหน่วยงานสาธารณสุขของประเทศเพื่อนบ้าน เพราะเป็นสิ่งสำคัญในการประสานงาน ด้วยประเทศเพื่อนบ้าน (ประเทศกัมพูชา) มีข้อจำกัดในการทำงาน ไม่ว่าจะเป็นด้านงบประมาณ อำนาจการตัดสินใจที่ขึ้นอยู่กับส่วนกลาง และข้อจำกัดด้านบุคลากร ในการทำงานร่วมกันระหว่างสองประเทศหากคาดหวังให้หน่วยงานทั้ง 2 ประเทศร่วมมือกัน หรือร่วมลงทุนในทรัพยากรเท่า ๆ กันย่อมเป็นเรื่องยาก จำเป็นต้องมีความเข้าใจในศักยภาพของหน่วยงานประเทศเพื่อนบ้าน เพื่อให้การทำงานลุล่วงไปด้วยดี

1.3 บุคลากรทางการสาธารณสุขระดับนโยบาย จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงวัฒนธรรม ค่านิยมและความเชื่อ ร่วมทั้งการให้เกียรติแก่หน่วยงานสาธารณสุขของประเทศเพื่อนบ้าน อาทิเช่น ในการจัดประชุมจำเป็นต้องมีการจัดจำนวนผู้เข้าร่วมประชุมฝ่ายละเท่า ๆ กันเพื่อแสดงให้เห็น

ถึงความเท่าเทียม ไม่มีการได้เปรียบเสียเปรียบกัน อันเป็นสิ่งที่ประเทศเพื่อนบ้านให้ความสำคัญอย่างมาก เป็นต้น

2. บุคลากรสาธารณสุขในระดับพื้นที่ พบว่า จากการสัมภาษณ์บุคลากรสาธารณสุข ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่พบว่า คุณสมบัติเฉพาะอันเป็นลักษณะพิเศษที่บุคลากรสาธารณสุขชายแดนสมควรจะมี ได้แก่

2.1 ความสามารถในการสื่อสารภาษาของประเทศเพื่อนบ้าน ในปัจจุบันบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้วโดยส่วนใหญ่ไม่สามารถสื่อสารภาษากัมพูชา แต่แนวโน้มการเข้ามารับบริการสาธารณสุขของชาวกัมพูชามีจะเพิ่มจำนวนขึ้น ประกอบกับการสื่อสารเพื่อการอธิบายถึงวิธีการรักษาหรือการป้องกันโรคให้แก่ชาวกัมพูชายังเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการปฏิบัติงาน เพราะหากในการการรณรงค์เผยแพร่ความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรค หรือการส่งเสริมสุขภาพไม่สามารถสื่อสารให้แก่กลุ่มเป้าหมายชาวกัมพูชาทราบและเข้าใจได้แล้วจะส่งผลถึงประสิทธิผลของการดำเนินงานโดยตรง กล่าวคือ ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสุขอนามัยที่ไม่เหมาะสมของชาวกัมพูชาที่มาพักอาศัยในพื้นที่ได้ ส่งผลให้เกิดแหล่งเชื้อโรค และโรคระบาดตามมา เป็นต้น

2.2 ทักษะที่ดีต่อประเทศเพื่อนบ้าน จากเหตุการณ์ความไม่สงบบริเวณแนวชายแดนไทย - กัมพูชา กรณีพิพาทเขาพระวิหาร นั้นส่งผลให้เกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อกันระหว่างประชาชนใน 2 ประเทศ แต่จากการลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูล ในอำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว พบว่า บุคลากรสาธารณสุขเน้นย้ำถึงการให้บริการอย่างเท่าเทียมกันทั้งประชาชนไทยและประชาชนกัมพูชา แสดงให้เห็นถึงทัศนคติที่ดีต่อประเทศเพื่อนบ้านและรักษาจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพไว้ได้อย่างดี ทั้งนี้เป็นผลมาจากการติดต่อค้าขายและการเดินทางไปมาหาสู่กันของประชาชนไทยและประชาชนกัมพูชาบริเวณชายแดนเป็นประจำทำให้มีความคุ้นเคยและเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน หากบุคลากรสาธารณสุขตามแนวชายแดนมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการให้บริการชาวต่างด้าวแล้วจะทำให้เกิดการเลือกปฏิบัติอันเป็นสิ่งที่ผิดต่อจรรยาบรรณวิชาชีพ และอาจส่งผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่อีกด้วย

ตอนที่ 2.6 การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค

จากการศึกษาพบว่า ลักษณะเฉพาะการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในพื้นที่ชายแดนอำเภอคลองหาด โรคระบาดที่เกิดขึ้นมีสาเหตุมาจากสุขอนามัยที่ไม่ถูกสุขลักษณะ หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่จึงมุ่งเน้นการรณรงค์และให้ความรู้ในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ สุขอนามัยในชีวิตประจำวันของ

กลุ่มแรงงานต่างด้าวในพื้นที่ โดยขอความร่วมมือให้นายจ้างจัดที่อยู่ อาหาร น้ำดื่ม สุข ที่ถูกสุขลักษณะ ให้แรงงาน โดยทางสถานีนามัยและอาสาสมัครสาธารณสุขจะออกทำการตรวจพื้นที่และสถานประกอบการเป็นประจำ นอกจากนั้นมีการณรงค์และให้บริการการฉีดวัคซีนอย่างครอบคลุมถึงแรงงานชาวกัมพูชา รวมถึงจัดให้มีการประชุมทางวิชาการและการปฏิบัติการร่วมระหว่างไทยและกัมพูชา เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและหาแนวทางป้องกันและควบคุมโรคร่วมกัน

ตอนที่ 2.7 การส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ชายแดน

จากการศึกษาพบว่า การส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มชาวกัมพูชาที่เข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยทำได้ยากมากเพราะ บริบทการเคลื่อนย้ายแรงงานในพื้นที่ แรงงานจะเข้ามาเพื่อขายแรงงานเมื่องานเสร็จหรือหมดฤดูกาลทางการเกษตรแรงงานต่างด้าวจะมีการย้ายไปในพื้นที่ใหม่ หรือเปลี่ยนนายจ้าง และย้ายที่พักอาศัยไปเรื่อย ๆ ทำให้การส่งเสริมสุขภาพและติดตามป้องกันโรคทำได้ลำบาก โดยส่วนใหญ่หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่จะมุ่งเน้นการป้องกันและควบคุมโรคในกลุ่มชาวกัมพูชามากกว่าเพื่อป้องกันมิให้เกิดโรคระบาดติดต่อมาสู่ประชาชนไทย กิจกรรมที่สามารถทำได้เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มแรงงานต่างด้าวชาวกัมพูชาในพื้นที่คือ การส่งเสริมให้มีการเล่นกีฬา ออกกำลังกาย แต่ในความเป็นจริงแรงงานกลุ่มนี้ทำงานในภาคเกษตรซึ่งถือเป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว กิจกรรมเหล่านี้จึงจะเห็นผลในกลุ่มบุตรหลานของแรงงานเป็นส่วนใหญ่

ตอนที่ 2.8 ลักษณะเฉพาะด้านกฎระเบียบและการบริหารจัดการ

ลักษณะเฉพาะด้านกฎระเบียบ ในด้านกฎระเบียบไม่พบลักษณะเฉพาะที่เด่นชัดมากนัก เพราะหน่วยงานสาธารณสุขถือปฏิบัติกฎระเบียบเดียวกันทั่วประเทศไม่มีกฎระเบียบเฉพาะของหน่วยงานที่มีพื้นที่ติดชายแดน

ลักษณะเฉพาะด้านวิธีการบริหารจัดการในเรื่องการบริหารมีลักษณะเด่นมี 2 ลักษณะใหญ่ กล่าวคือ

- 1) การแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานร่วมกัน โดยส่วนใหญ่เป็นคณะกรรมการความร่วมมือทางสาธารณสุขทั้งในระดับประเทศ ระดับภาค และระดับพื้นที่ เพื่อประสานงานให้ความร่วมมือและความช่วยเหลือกันทางสาธารณสุข
- 2) กิจกรรมความร่วมมือด้านสาธารณสุข โดยกิจกรรมที่มีกิจกรรมความร่วมมือที่สำคัญของจังหวัดสระแก้ว - บันเตียเมียนเจย - พระตะบอง ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นการประสานงาน

การพัฒนาศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน และจัดทำแผนร่วมกัน และกิจกรรมในด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน

ตอนที่ 3 การเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยของประชาชนชาวกัมพูชาในพื้นที่ชายแดนไทย จังหวัดสระแก้ว

ตอนที่ 3.1 ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53.7 เป็นเพศชาย และร้อยละ 46.3 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 29.9 ปี ประมาณหนึ่งในสาม มีอายุอยู่ในช่วง 21 - 30 ปี รองลงมา มีอายุอยู่ในช่วง 31 - 40 ปี และกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ซึ่งถือว่าอยู่ในกลุ่มวัยแรงงาน มีสถานภาพสมรสแล้วคิดเป็นส่วนใหญ่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 89.4 นับถือศาสนาพุทธ รองลงมาคือคริสต์ และอิสลาม

ครัวเรือนของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนสมาชิกเฉลี่ย 4.1 คนต่อครัวเรือน มีครัวเรือนที่มีสมาชิกอยู่ในช่วง 3 - 4 คนต่อครัวเรือนคิดเป็นร้อยละ 41.8 รองลงมา มีสมาชิกในครัวเรือน 5 - 6 คนต่อครัวเรือนและน้อยกว่า 2 คนต่อครัวเรือน

ครัวเรือนของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนบุตรเฉลี่ย 1.8 คนต่อครัวเรือน มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีบุตรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.8 รองลงมา มีบุตร 1 คนและมากกว่า 4 คน คิดเป็นร้อยละ 20.2 และ 17.0 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งหรือร้อยละ 46.9 ไม่ได้เรียนหนังสือ รองลงมาจบการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 38.3 ร้อยละ 9.4 และร้อยละ 5.4 ตามลำดับ

ด้านการประกอบอาชีพ กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งประกอบอาชีพงานก่อสร้าง/รับจ้าง รองลงมา ประกอบอาชีพด้านการเกษตรและภาคบริการ และกลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ย 4,013.4 บาทต่อเดือน โดยส่วนใหญ่จะมีรายได้ไม่เกิน 3,000 บาทต่อเดือน

กลุ่มตัวอย่างพูดภาษาไทยได้ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 45.6 รองลงมาคือ พูดภาษาไทยไม่ได้เลย คิดเป็นร้อยละ 40.5 และพูดภาษาไทยได้ในระดับดีและระดับดีมาก คิดเป็น ร้อยละ 10.5 และร้อยละ 3.4 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำงานในประเทศไทย คิดเป็นร้อยละ 95.2 และมีที่

พักในประเทศไทย คิดเป็นร้อยละ 92.9 โดยร้อยละ 20.7 มีภูมิลำเนาในประเทศกัมพูชาอยู่ในจังหวัด
พระตะบอง ร้อยละ 40.0 รองลงมา มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดบันเตียเมียนเจย คิดเป็นร้อยละ 17.3

ตอนที่ 3.2 สถานะทางสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่า ผลการสำรวจข้อมูลการเจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุของกลุ่มตัวอย่างพบว่าในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุกระดูกแขนขาหัก มีอาการหูตึง ไม่ได้ยินเสียง ตามัวแม้ใช้แว่นตา/สูญเสียความสามารถในการมองเห็น ประสบอุบัติเหตุเท้าหรือขาขาด และประสบอุบัติเหตุมือหรือแขนขาด และในรอบปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจพบโรคกระเพาะอักเสบ/ลำไส้อักเสบที่สุด คิดเป็น รองลงมาคือโรคอุจจาระร่วง โรคอื่น ๆ โรคมาเลเรีย และตรวจพบโรคมะเร็งน้อยที่สุด

จากการศึกษาพบว่า เมื่อมีอาการเจ็บป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะไปรักษาที่สถานีนอนมัย รองลงมาจะซื้อยาจากร้าน รักษาตนเองที่บ้าน ศูนย์บริการ อสม. และมีกลุ่มตัวอย่างน้อยมากที่จะไปรับการรักษาในสถานที่ศักดิ์สิทธิ์ และสถานที่รักษาอื่น ๆ

ในกรณีที่มีอาการเจ็บป่วยกลุ่มตัวอย่างเกือบร้อยละ 60 จะรักษากับแพทย์ในสถานพยาบาล รองลงมาคือ จะซื้อยารับประทานจากร้านขายยา/รถ , ปลอ่ยให้หายเอง, รักษาที่คลินิกเอกชน, ซื้อยากับหมอมกลางบ้าน และจะกลุ่มตัวอย่างที่รักษาด้วยยาสมุนไพร และ อื่น ๆ มีน้อยมาก

จากการศึกษาพบว่าเพื่อกลุ่มตัวอย่างเจ็บป่วยจะมารักษาในประเทศไทยคิดเป็นร้อยละ 74.1 และจะรักษาในประเทศกัมพูชาเพียงร้อยละ 25.9 โดยกลุ่มตัวอย่างจะไปพบแพทย์ทุกครั้งที่มีรู้สึกไม่สบาย คิดเป็นร้อยละ 58.3 รองลงมา จะไปพบแพทย์เวลาที่เจ็บป่วยรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 41.7 ซึ่งร้อยละ 61.0 ของกลุ่มตัวอย่างจะเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทย เมื่อมาทำงานหรือธุรกิจเมืองไทย รองลงมาคือจะเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยทุกครั้งที่มีรู้สึกไม่สบาย และเมื่อเจ็บป่วยรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 27.0 และร้อยละ 9.0 ตามลำดับ โดยบริการสาธารณสุขที่มาขอรับบริการนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ขอรับบริการ คือ การตรวจรักษาโรคทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 80 รองลงมาคือการรักษาอันเกิดจากอุบัติเหตุ การตรวจรักษาโรคประจำตัว และฝากครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 10.6 ร้อยละ 2.9 และร้อยละ 2.6 ตามลำดับ

ตอนที่ 3.3 บริการสาธารณสุขที่เคยมาใช้บริการในประเทศไทย

จากการศึกษาพบว่า ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเคยเข้ามาใช้บริการในประเทศไทยในด้านการได้รับการตรวจหลังคลอดบุตรมากที่สุด รองลงมาคือเข้ามาใช้บริการในด้านการให้ความรู้ในการป้องกันโรคติดต่อต่าง ๆ การบริการส่งเสริมสุขภาพโดยการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด ทารก และเต็กวัยก่อนเรียนเพื่อให้มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ การวางแผนครอบครัว/การคุมกำเนิด การให้คำแนะนำในการกำจัด หรือป้องกันการพาหะนำโรค เช่น ยุง หนู เป็นต้น ตามลำดับ แต่การได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพฟันของสมาชิกในครอบครัวมีจำนวนน้อยที่สุด

บริการสาธารณสุขในการป้องกันโรคนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการส่งเสริมให้ครัวเรือนมีส่วนที่ถูกละเลยลักษณะ รองลงมาคือได้รับการบริการสาธารณสุขในด้านการป้องกันโรคในด้านการแจ้งข่าวและวิธีการป้องกันโรคแก่ครัวเรือนของท่านเมื่อมีโรคระบาดเกิดขึ้นในพื้นที่, การส่งเสริมและจัดหาแหล่งน้ำหรือภาชนะให้ครัวเรือนมีน้ำดื่ม น้ำใช้ที่สะอาด, การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันฉีดวัคซีนในเด็กแรกเกิด และการฉีดวัคซีนป้องกันโรคให้แก่หญิงตั้งครรภ์ ตามลำดับ แต่ในเรื่องการส่งเสริมให้ครัวเรือนมีการกำจัดขยะที่ถูกวิธี และการส่งเสริมและแจกจ่ายอุปกรณ์ให้แก่ครัวเรือนมีการจัดบ้านเรือนที่สะอาด ปราศจากแหล่งเพาะพันธุ์ พาหะนำโรค เช่น ยุง หนู เป็นต้น เป็นบริการสาธารณสุขที่เคยเข้ามาใช้บริการในประเทศไทย ด้านการป้องกันโรค เป็นอันดับสุดท้ายคิดเป็นร้อยละ 12.5 เท่ากัน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการบริการสาธารณสุขในการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเมื่อมีอาการเจ็บป่วยทั่วไป รองลงมาคือได้รับการบริการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเมื่อได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ได้รับการบริการรักษาพยาบาลในการรักษาอาการเจ็บป่วยจากโรคประจำตัว และได้รับการรับ - ส่งผู้ป่วยของโรงพยาบาล กรณีที่มีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการบริการสาธารณสุขในการฟื้นฟูสภาพ เกี่ยวกับการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวภายหลังรักษา นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างได้รับการกายภาพบำบัดภายหลังการรักษา และบริการติดตามเยี่ยมเยียนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขภายหลังการรักษา แต่มีจำนวนน้อยมาก

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณสามในสี่ ให้เหตุผลที่เข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในฝั่งไทยเนื่องจากได้ทำงานหรือพักอาศัยในประเทศไทยจึงได้เข้ามาขอรับบริการสาธารณสุขในฝั่งไทย รองลงมาคือสถานพยาบาลในฝั่งประเทศไทยใกล้กับที่พักอาศัยมากกว่าสถานพยาบาลในฝั่งกัมพูชา มีค่าใช้จ่ายถูกกว่าหรือไม่เสียค่าใช้จ่าย มีความเชื่อว่าบริการสาธารณสุขในประเทศไทยมีคุณภาพกว่าฝั่งประเทศกัมพูชา มีความเชื่อถือนในความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ของประเทศ

ไทย คิดเป็นร้อยละ 48.6 ร้อยละ 33.2 ร้อยละ 29.3 และร้อยละ 28.4 ตามลำดับ ส่วนเหตุผลอันดับสุดท้ายคือ อาการเจ็บป่วยรุนแรงเกินความสามารถของสถานพยาบาลฝั่งประเทศกัมพูชา คิดเป็นร้อยละ 2.6

ในเรื่องค่ารักษาพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เสียค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการ คิดเป็นร้อยละ 70.8 และไม่เสียค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการสาธารณสุขในฝั่งประเทศไทยคิดเป็นร้อยละ 29.2 ซึ่งในการเข้ามารักษาพยาบาลครั้งล่าสุด กลุ่มตัวอย่างที่เข้ามารับบริการสาธารณสุขในฝั่งประเทศไทยเกือบครึ่งหนึ่งมีการเสียค่ารักษาพยาบาล โดยครั้งล่าสุดกลุ่มตัวอย่างที่เสียค่าบริการในการเข้ามารับบริการสาธารณสุขน้อยกว่า 100 บาท คิดเป็นร้อยละ 62.4 รองลงมาคือ เสียค่าบริการอยู่ในช่วง 101 - 200 บาท มากกว่า 300 บาท และช่วง 201 - 300 บาท ตามลำดับ

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จะเสียค่ารักษาพยาบาลในการเข้ามารักษาในฝั่งไทย ถึงร้อยละ 81.8 ซึ่งค่ารักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยต่อครั้งที่กลุ่มตัวอย่างได้เข้ามารับบริการสาธารณสุขในฝั่งประเทศไทยเท่ากับ 312.7 บาทต่อครั้ง เมื่อนำข้อมูลมาจัดกลุ่ม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่ารักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยต่อครั้งที่เข้ามารับบริการสาธารณสุขในฝั่งประเทศไทยน้อยกว่า 100 บาท คิดเป็นร้อยละ 54.3 รองลงมาคือ มีค่ารักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยต่อครั้งอยู่ในช่วง 101 - 200 บาท มากกว่า 300 บาท และอยู่ในช่วง 201 - 300 บาท คิดเป็นร้อยละ 25 ร้อยละ 13.6 และร้อยละ 7.1 ตามลำดับ

ในประเด็นปัญหาในการเข้ารับบริการสาธารณสุขในประเทศไทย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พบปัญหาในด้านภาษา และการสื่อสาร คิดเป็นร้อยละ 83.0 รองลงมาคือปัญหาในด้านระยะทาง ด้านค่าใช้จ่าย ปัญหาด้านการผ่านข้ามแดน และปัญหาการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ ตามลำดับ และมีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่พบปัญหาในการใช้บริการสาธารณสุขในฝั่งไทยคิดเป็นร้อยละ 23.3

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งได้ขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าว คิดเป็นร้อยละ 62.6 ทั้งนี้นับรวมการขึ้นทะเบียนของสมาคมเกษตรกรอำเภอคลองหาด และไม่ได้ขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าว ในรูปแบบใดเลย คิดเป็นร้อยละ 36.8 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีสิทธิรักษาพยาบาลใดถึงร้อยละ 72.8 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีบัตรประกันสังคมของผู้ให้แรงงานต่างด้าวมียังร้อยละ 18.3

ตอนที่ 3.4 ความคิดเห็นของประชาชนกัมพูชาต่อการให้บริการสาธารณสุขของไทย

จากผลการศึกษาในประเด็นความคิดเห็นของประชาชนกัมพูชาต่อการให้บริการสาธารณสุขของไทย ด้านผู้ให้บริการ พบว่า ความคิดเห็นของประชาชนกัมพูชาต่อการให้บริการสาธารณสุขของไทย ด้านผู้ให้บริการ อยู่ในระดับค่อนข้างดี โดยกลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่า เจ้าหน้าที่พูดจาด้วยถ้อยคำ

ที่สุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส มีค่าเฉลี่ยสูงสุด แต่ในประเด็นที่เจ้าหน้าที่อธิบายอาการเจ็บป่วยด้วยภาษาที่ท่านเข้าใจ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เมื่อนำมาผลการศึกษาด้านผู้ให้บริการมาจัดระดับพบว่า ประชาชนกัมพูชาส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อการใช้บริการสาธารณสุขของไทยด้านผู้ให้บริการอยู่ในระดับค่อนข้างดี คิดเป็นร้อยละ 46.0 รองลงมาคือระดับดี คิดเป็นร้อยละ 42.0 และในระดับพอใช้และ ระดับต้องปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 7.7 และร้อยละ 4.3 ตามลำดับ

จากผลการศึกษาในประเด็นความคิดเห็นของประชาชนกัมพูชาต่อการใช้บริการสาธารณสุขของไทย ด้านการบริหารองค์กร พบว่า ความคิดเห็นของประชาชนกัมพูชาต่อการใช้บริการสาธารณสุขของไทย ด้านการบริหารองค์กร มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างดี โดยพบว่ากรณีที่สถานพยาบาลไม่สามารถรักษาอาการเจ็บป่วยของท่านได้จะทำการส่งต่อการรักษาไปยังสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลอื่น มีค่าเฉลี่ยสูงสุด และในประเด็นสถานพยาบาลมีการจัดแผนก / ผู้ประสานงานในการให้บริการตรวจรักษาแก่คนต่างด้าว มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เมื่อนำมาผลการศึกษาด้านการบริหารองค์กรมาจัดระดับ พบว่า ประชาชนกัมพูชามีความคิดเห็นต่อการใช้บริการสาธารณสุขของไทย ด้านการบริหารองค์กรอยู่ในระดับค่อนข้างดี คิดเป็นร้อยละ 45.5 รองลงมาคือระดับดี คิดเป็นร้อยละ 31.0 และระดับพอใช้ และระดับต้องปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 19.3 และร้อยละ 4.2 ตามลำดับ

จากผลการศึกษาในประเด็นความคิดเห็นของประชาชนกัมพูชาต่อการใช้บริการสาธารณสุขของไทย ด้านการบริการ พบว่า ความคิดเห็นของประชาชนกัมพูชาต่อการใช้บริการสาธารณสุขของไทย ด้านการบริการ มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างดี โดยพบว่าค่าเฉลี่ยในเรื่อง สถานพยาบาลมีสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ที่นั่งรถตรวจ, ห้องน้ำอย่างเพียงพอ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด และอยู่ในระดับดี และในประเด็นสถานพยาบาลมีป้ายหรือสัญลักษณ์แสดงจุดบริการอย่างชัดเจน เป็นภาษาที่ท่านเข้าใจ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เมื่อนำมาผลการศึกษาด้านการมาใช้บริการสาธารณสุขของไทย พบว่า ประชาชนกัมพูชามีความคิดเห็นต่อการใช้บริการสาธารณสุขของไทย ด้านการบริการอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 48.3 รองลงมาคือ ระดับค่อนข้างดี ร้อยละ 36.4 และระดับพอใช้และระดับต้องปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 9.9 และร้อยละ 5.4 ตามลำดับ

ตอนที่ 4 ผลกระทบจากการเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชาก่อให้เกิดต่อการ จัดบริการสาธารณสุขของไทย

ตอนที่ 4.1 ผลกระทบจากการเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชาก่อให้เกิดต่อการ จัดบริการสาธารณสุขของไทย ด้านบุคลากร

จากการศึกษาพบว่า ในด้านบุคลากรในภาพรวมมีผลกระทบพอสมควร สืบเนื่องจากการเข้ามา
มารับบริการสาธารณสุขของประชาชนกัมพูชามีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลถึงขวัญกำลังใจของ
บุคลากรในเรื่องค่าตอบแทน และภาระงานของบุคลากรที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ในปัจจุบันประเด็นดังกล่าวยังไม่
เป็นปัญหามากนัก แต่หากจำนวนผู้รับบริการมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อบุคลากรสูงขึ้น
ตามไปด้วย โดยผลกระทบจากการเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชาก่อให้เกิดต่อการจัดบริการ
สาธารณสุขของไทย ด้านบุคลากร สามารถจำแนกได้ดังนี้

ตอนที่ 4.1.1 ผลกระทบที่มีต่อความรู้ความสามารถของบุคลากร

ในประเด็นผลกระทบที่มีต่อความรู้ความสามารถของบุคลากร อันเกิดจากการเข้ามาใช้
บริการสาธารณสุขของประชาชนกัมพูชา พบว่า ในประเด็นดังกล่าวเกิดผลกระทบต่อความรู้
ความสามารถของบุคลากรสาธารณสุขไทยน้อยมาก อันเนื่องมาจากการให้บริการในด้านต่าง ๆ
บุคลากรได้เรียนรู้จากสถานศึกษาและผ่านการฝึกอบรมจากสถานพยาบาลในประเทศไทย เหมือน
บุคลากรในพื้นที่อื่น ๆ อีกทั้งรูปแบบการให้บริการ โดยทั่วไปจะมีลักษณะไม่แตกต่างกัน ประกอบกับ
โรคและอาการป่วยของผู้รับบริการ ไม่มีลักษณะของโรคที่แตกต่างจากการอาการป่วยของผู้ป่วยในพื้นที่
อื่น วิธีการรักษาและเทคนิคทางการแพทย์จึงไม่มีอะไรพิเศษ

แต่บุคลากรจะมีความรู้ในเรื่องข้อมูลทางด้านการสาธารณสุขของประเทศเพื่อนบ้าน และ
ข้อมูลอื่น ๆ ที่จำเป็นต่อการวางแผนงานด้านการสาธารณสุขของประเทศเพื่อนบ้านเป็นพิเศษ แต่
บุคลากรที่มีความรู้ในด้านนี้จะเป็นบุคลากรด้านการบริหารงาน และกำกับดูแลนโยบายในพื้นที่ ส่วน
บุคลากรที่รับผิดชอบด้านการบริการสาธารณสุขโดยตรงจะไม่ทราบข้อมูลดังกล่าว

ตอนที่ 4.1.2 ผลกระทบที่มีต่อทักษะในการให้บริการสาธารณสุขของบุคลากร

จากการศึกษาพบว่าโดยทั่วไปบุคลากรไม่จำเป็นต้องใช้ทักษะการให้บริการเป็นพิเศษที่แตกต่างกับพื้นที่อื่น แต่จะมีด้านทักษะในด้านการสื่อสารที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทุกกลุ่มให้ข้อมูลตรงกันว่าบุคลากรยังขาดทักษะด้านการสื่อสาร ส่วนเรื่องการให้บริการสาธารณสุขไม่มีปัญหาใด

ตอนที่ 4.1.3 ผลกระทบที่มีต่อการสื่อสารของบุคลากร (ภาษา)

ผลกระทบที่เกิดจากการเข้ามาให้บริการสาธารณสุขของชาวกัมพูชา ในเรื่องการสื่อสารของบุคลากร พบว่า บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาเขมรได้ ทำให้เกิดอุปสรรคและความล่าช้าในการให้บริการ จำเป็นต้องอาศัยล่ามเพื่อสื่อสารในการให้บริการสาธารณสุข ทำให้การจัดบริการสาธารณสุขให้กับผู้รับบริการชาวกัมพูชา ทำให้เกิดอุปสรรคในการดำเนินงาน และยังอาจเกิดความคลาดเคลื่อนในการสื่อสารได้อีกด้วย ซึ่งการทำการพิจารณาแล้วพบว่า ปัญหาในเรื่องทักษะการสื่อสารด้วยภาษาของประเทศเพื่อนบ้านเป็นปัญหาใหญ่ของการให้บริการสาธารณสุข ซึ่งตามความคิดเห็นของผู้รับบริการชาวกัมพูชาเองก็ให้ความสำคัญกับปัญหาด้านการสื่อสารนี้อย่างมาก เพราะอาจจะส่งผลต่อความเข้าใจในเรื่องการไข้ยา หรือการปฏิบัติตัวที่คลาดเคลื่อนของผู้ป่วยไปได้ อีกทั้งกระทรวงสาธารณสุขเองมิได้มีนโยบายส่งเสริม หรือมุ่งใจให้บุคลากรฝึกทักษะดังกล่าว กลับมีการส่งเสริมเรื่องการใช้ภาษาอังกฤษแทน

ตอนที่ 4.1.4 ผลกระทบที่มีต่อขวัญกำลังใจของบุคลากร

ผลกระทบที่มีต่อขวัญกำลังใจของบุคลากร ในผู้บริหารระดับจังหวัดและโรงพยาบาล คลองหาดมีมุมมองที่ว่าบุคลากรไม่มีปัญหาด้านขวัญกำลังใจ แต่ในระดับผู้ปฏิบัติที่ปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอคลองหาดกลับมีความรู้สึกขาดขวัญกำลังใจอันเนื่องมาจากการปรับลดเงินสวัสดิการที่เคยได้รับ อันสวนทางกับจำนวนผู้รับบริการทั้งประชาชนไทย และประชาชนกัมพูชาที่เพิ่มขึ้น อีกทั้งในเรื่องความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของเจ้าหน้าที่ ซึ่งในประเด็นดังกล่าวนี้เป็นผลมาจากหลักเกณฑ์การพิจารณาพื้นที่ ที่จะได้รับเบี้ยกนคาร และเงินช่วยเหลือต่าง ๆ ที่ยังเป็นหลักเกณฑ์เดิมไม่สอดคล้องกับสภาพพื้นที่ในปัจจุบัน

ตอนที่ 4.1.5 ผลกระทบที่มีต่อภาระงานของบุคลากร

ผลกระทบที่มีต่อภาระงานของบุคลากร ในด้านภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว มีภาระงานเพิ่มขึ้นจากเดิมที่มีปัญหาภาระงานมากอยู่แล้ว ถึงแม้ไม่มีการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการชาวกัมพูชาก็ตาม แต่โดยสภาพการทำงานให้บริการด้านการรักษาพยาบาลในพื้นที่ชาวกัมพูชาจะทยอยเข้ามาขอรับบริการสาธารณสุข จึงทำให้ภาระงานให้บุคลากรทางการแพทย์ไม่มีปัญหาในการให้บริการสาธารณสุขแก่ชาวกัมพูชามากนัก ประกอบกับในบุคลากรทางการแพทย์มีจิตบริการและเห็นถึงความสำคัญของการให้บริการ โดยยึดหลักมนุษยธรรม ในด้านภาระงานจึงไม่ปัญหามากนัก

ตอนที่ 4.2 ผลกระทบจากการเข้ามาให้บริการของประชาชนกัมพูชาก่อให้เกิดต่อการจัดบริการสาธารณสุขของไทย ด้านงบประมาณ

ตอนที่ 4.2.1 ผลกระทบต่องบประมาณจากการให้บริการสาธารณสุขประชาชนกัมพูชา

ผลกระทบต่องบประมาณจากการให้บริการสาธารณสุขประชาชนกัมพูชา สืบเนื่องจากค่าใช้จ่ายในการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวมีค่าใช้จ่ายสูง และระบบการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวที่กำหนดให้มีการขึ้นทะเบียนเป็นรายปีนั้น ไม่สอดคล้องกับบริบทของการใช้แรงงานต่างด้าวในพื้นที่ชายแดน อ.คลองหาด จังหวัดสระแก้ว เพราะมีการใช้แรงงานเป็นระยะเวลาด้าน ๆ ในช่วงฤดูกาลเกษตร โดยเฉพาะในช่วงเพาะปลูก และช่วงเก็บเกี่ยวผลผลิต จึงทำให้แรงงานต่างด้าวมีการเคลื่อนย้ายแรงงานไปเรื่อย ๆ ตามความต้องการแรงงานของแต่ละพื้นที่ ทำให้หากนายจ้างนำแรงงานไปขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวจะเสียค่าใช้จ่ายสูงเกินกว่าที่เป็นจริง และในบริบทของพื้นที่แรงงานมิได้ทำงานให้นายจ้างคนใดคนหนึ่งเป็นการถาวรจะเปลี่ยนงานไปเรื่อย ๆ จึงไม่นิยมนายจ้างคนใดที่จะยอมเป็นผู้นำแรงงานไปขึ้นทะเบียน

ส่งผลให้สถานพยาบาลจึงไม่ได้รับการจัดสรรงบประมาณสำหรับการดูแลรักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าวในพื้นที่ได้อย่างทั่วถึง ประกอบกับแรงงานต่างด้าวส่วนใหญ่มีรายได้น้อย ไม่สามารถชำระค่ารักษาพยาบาลได้ หรือชำระได้เพียงบางส่วน จึงทำให้สถานพยาบาลจำเป็นต้องใช้งบประมาณรายหัวในส่วนของคนไทยในการรักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าว ทำให้สถานพยาบาลต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้น หากพิจารณาในรายสถานพยาบาลจะเห็นว่างบประมาณในส่วนนี้อาจจะ

ไม่สูงมากนัก เช่น ในโรงพยาบาลคลองหาด เมื่อนับรวมงบประมาณ จะไม่สูงมากนัก แต่เมื่อรวมค่าใช้จ่ายในการให้บริการแรงงานต่างด้าวในภาพรวมของทั้งจังหวัดสระแก้วจะพบว่า มีค่าใช้จ่ายสูงถึงปีละประมาณ 10 ล้านบาท

ด้วยแบบการวางแผนและจัดสรรงบประมาณให้สถานพยาบาลให้หลักการเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนประชากรในพื้นที่ โดยเป็นงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นเพื่อการดูแลด้านสาธารณสุขสำหรับคนไทย ทำให้หน่วยปฏิบัติในพื้นที่ชายแดนซึ่งมีภาระด้านการให้บริการผู้รับบริการสาธารณสุขชาวกัมพูชาไม่สามารถวางแผนงบประมาณสำหรับการรักษาพยาบาล หรือการป้องกันโรคให้กับผู้รับบริการสาธารณสุขชาวกัมพูชาในพื้นที่ได้ แต่ในบริบทพื้นที่ชายแดน หรือพื้นที่ที่มีแรงงานต่างด้าวอาศัยอยู่มาก มีความจำเป็นที่จะต้องให้การรักษาพยาบาล และดูแลด้านสุขภาพอนามัยการป้องกันและควบคุมโรคให้แก่แรงงานต่างด้าวเหล่านั้นด้วย เพราะหากชาวต่างด้าวกลุ่มดังกล่าวเกิดมีปัญหาด้านสุขภาพหรือโรคติดต่อ ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยด้วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ในประเด็นนี้อาจพิจารณาได้ว่า หน่วยงานที่มีหน้าที่กำกับดูแลการใช้แรงงานต่างด้าว อาทิ กรมการจัดหางาน สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว โดยส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นให้แรงงานต่างด้าวเข้าสู่ระบบเพื่อการควบคุมดูแล แต่ยังไม่มีความชัดเจนในการดูแลแรงงานต่างด้าวนอกระบบ และแรงงานต่างด้าวตามแนวชายแดนที่มีบริบทการใช้แรงงานและการทำงานแตกต่างจากพื้นที่ชั้นใน โดยหน่วยงานเหล่านั้นใช้นโยบายแบบเดียวกันกับทุกพื้นที่ทำให้เกิดช่องว่างของการนํานโยบายไปปฏิบัติได้

ตอนที่ 4.3 ผลกระทบจากการเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชาก่อให้เกิดต่อการจัดบริการสาธารณสุขของไทย ด้านวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์

ผลกระทบต่อวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์จากการให้บริการสาธารณสุขประชาชนกัมพูชา การบริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ ในการให้บริการประชาชนกัมพูชาไม่มีปัญหามากนัก เนื่องจากอาการป่วยของผู้ป่วยชาวไทยและชาวกัมพูชามีลักษณะใกล้เคียงกันจึงสามารถใช้ยาและอุปกรณ์ชนิดเดียวกันได้ ไม่มีปัญหาการเบิก สามารถเบิกได้ตามจำนวนที่ขอ โดยได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาล

มีบางช่วงเวลาที่ยาเวชภัณฑ์ไม่เพียงพอเพราะเป็นช่วงอากาศเปลี่ยนแปลงหรือมีการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ รวมถึงมีการจัดทำรายงานข้อมูลแรงงานต่างด้าวเพื่อขอรับการสนับสนุนจาก

หน่วยงานต่าง ๆ ในกรณีการให้วัคซีนหากมีไม่พอจะให้คนไทยก่อนให้กัมพูชาสิ่งที่พบคือยาหมดเร็วขึ้น งบประมาณของไทยปัจจุบันปัญหาการมียาและเวชภัณฑ์ไม่เพียงพอยังไม่รุนแรงนัก แต่ทำให้ยาและเวชภัณฑ์ถูกใช้หมดเร็วขึ้น งบประมาณที่มีไว้เพื่อจะซื้อยาที่มีคุณภาพดี อาจทำให้ซื้อได้น้อยลง อุปกรณ์เสื่อมเร็วเพราะมีการใช้มากขึ้น ส่งผลให้การบริหารงบประมาณในการจัดซื้อยาเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์มีประสิทธิภาพลดลง

เมื่อพิจารณาแล้วพบว่า ปัญหาดังกล่าวจะไม่พบมากนักในสถานีนอนามัย เพราะสถานีนอนามัยจะเป็นผู้เบิกยาจากโรงพยาบาลคลองหาดซึ่งเป็นแม่ข่ายในการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ เมื่อสถานีนอนามัยเบิกยาและเวชภัณฑ์จะได้รับการจัดสรรให้ตามคำร้องขอ แต่หน่วยงานที่เป็นแม่ข่ายและหน่วยงานระดับจังหวัดจะพบปัญหาดังกล่าว ซึ่งปัญหาการบริหารยาและเวชภัณฑ์นั้นเป็นปัญหาเดียวกันกับการบริหารงบประมาณ เพราะใช้งบประมาณเหมือนกันในการจัดซื้อ จึงสามารถสรุปผลกระทบที่เกิดขึ้นได้ใกล้เคียงกัน

ตอนที่ 4.4 ผลกระทบจากการเข้ามาให้บริการของประชาชนกัมพูชาก่อให้เกิดต่อการจัดการสาธารณสุขของไทย ในด้านบริหารงาน

ตอนที่ 4.4.1 ผลกระทบต่อการบริหารแผนงานเพื่อรองรับการให้บริการประชาชนกัมพูชา

สรุปประเด็นผลกระทบต่อการบริหารแผนงานเพื่อรองรับการให้บริการประชาชนกัมพูชา โดยกระทรวงสาธารณสุขมีการดำเนินงานในการจัดทำแผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนาสาธารณสุขตามแนวชายแดน ฉบับที่ 1 เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 - 2554 ซึ่งกำลังอยู่ในช่วงของการจัดทำแผนแม่บท ฉบับที่ 2 โดยแผนระดับกระทรวงเป็นการตั้งรับมากกว่าเชิงรุก เนื่องจากไม่มีงบประมาณ และมีข้อขัดข้องทางระเบียบบริหารงบประมาณที่ไม่สามารถนำงบประมาณไปใช้ในการปฏิบัติงานข้ามพื้นที่ชายแดนได้ จึงทำในส่วนของ การให้บริการด้านการรักษา ส่วนงบประมาณในส่วนของการป้องกันควบคุมโรคยังมีน้อยมาก นอกจากนั้นส่วนใหญ่เป็นการทำในเรื่องการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร ส่วนแผนระดับจังหวัดมีการวางแผน โดยเน้นการบูรณาการการทำงานร่วมกับเครือข่าย เขต 3 มี 5 จังหวัดสร้างเครือข่ายกับสาธารณสุขจังหวัด แลกเปลี่ยนข้อมูลกันเรื่องโรคระบาด การทำงานร่วมกันกับฝ่ายกัมพูชา

ระดับสถานีนอนามัยในพื้นที่ มีทั้งการปรับแผน คือเข้าร่วมกับหน่วยงานระดับอำเภอในการ จัดให้มีระบบลงทะเบียนแรงงาน เพื่อใช้ข้อมูลในการวางแผนการดำเนินงาน และมุ่งเน้นในเรื่องการ ป้องกันรักษาโรค ระวังโรคอุบัติใหม่ การรณรงค์เรื่องโรคเอดส์ เป็นต้น

เมื่อพิจารณาแล้วพบว่าผลกระทบที่เกิดจากการบริหารแผนงานเพื่อรองรับการให้บริการ ประชาชนกัมพูชาไม่มากนัก อันเนื่องมาจากการบริหารแผนงานนั้นมีแบบแผนการปฏิบัติที่แน่นอน และยังไม่มีความยืดหยุ่นเปิดช่องให้นำข้อมูลของแรงงานต่างด้าวในพื้นที่ที่มีอยู่จริงแต่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนเข้า มาบรรจุในแผน ซึ่งทำให้การบริหารแผนงานทำได้เพียงการเก็บรวบรวมข้อมูลและประสานงานกับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้านเท่านั้น

ตอนที่ 4.4.2 ผลกระทบต่อระบบการรายงานข้อมูลทางสาธารณสุข

ผลกระทบต่อระบบการรายงานข้อมูลทางสาธารณสุข ระบบการรายงานข้อมูลสาธารณสุข ของไทย เป็นระบบที่ถูกออกแบบมาเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลสาธารณสุขเฉพาะประชาชนไทยเท่านั้น โดยอาศัยเลขที่บัตรประชาชน 13 หลัก เป็นหลักในการลงรหัสเพื่อบันทึกข้อมูล ทำให้ไม่สามารถเก็บ รวบรวมข้อมูลสาธารณสุขของผู้ป่วยชาวต่างด้าว ที่ขึ้นต้นรหัสด้วย 0 ได้ จึงทำให้ยัง ไม่มีการเก็บ รวบรวมข้อมูลสุขภาพของกลุ่มผู้รับบริการสาธารณสุขชาวต่างชาติอย่างเป็นระบบ

ภายหลังจากที่มีการจัดทำระบบการเก็บรวบรวมข้อมูลแรงงานต่างด้าวในพื้นที่อำเภอคลอง หาดเพื่อจัดระบบการบริหารแรงงานต่างด้าวในพื้นที่ จึงมีนโยบายจากทางอำเภอคลองหาดให้ สถานพยาบาลทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้เป็นหลักฐานในการขอรับงบประมาณสนับสนุนจาก องค์การภาคเอกชน

เมื่อพิจารณาแล้วพบว่า ระบบการรายงานข้อมูลทางสาธารณสุขตามแนวชายแดนเป็นเพียง การรายงานข้อมูลเฉพาะของประชาชนไทยเท่านั้น ทั้งนี้เพราะระบบการรายงานข้อมูลหลักที่ใช้อยู่เป็น ระบบที่สัมพันธ์กับระบบงบประมาณจึงรายงานได้เพียงข้อมูลของประชาชนไทยเท่านั้น ทำให้ ข้อมูลที่รายงานไปไม่สะท้อนข้อมูลสาธารณสุขจริงในพื้นที่

ตอนที่ 4.5 ผลกระทบจากการเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชาก่อให้เกิดต่อการจัดบริการสาธารณสุขของไทย ด้านแบบแผนการให้บริการ

ผลกระทบจากการเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชาก่อให้เกิดต่อการจัดบริการสาธารณสุขของไทย ด้านแบบแผนการให้บริการ ในภาพรวมระดับกระทรวงและสถานพยาบาลขนาดใหญ่จะเน้นการรักษาพยาบาลผู้ป่วยชาวต่างด้าวเป็นหลัก ส่วนการป้องกันและควบคุมโรค รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพนั้นจะให้ความสำคัญเป็นลำดับรองลงไป ทั้งนี้เป็นเพราะภาระด้านงบประมาณส่วนใหญ่จะอยู่ในด้านการรักษาพยาบาล ทำให้ในระดับนโยบาย ให้ความสำคัญกับเรื่องดังกล่าว

โดยให้หน้าที่ด้านการป้องกันและควบคุมโรคเป็นหน้าที่ของสถานพยาบาลระดับรองลงไป อย่างสถานีอนามัย และอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ทำหน้าที่ในการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรค ทั้งนี้เพราะสถานพยาบาลระดับโรงพยาบาลจะมีความพร้อมในด้านการรักษาพยาบาลมากกว่า และอยู่ไม่ไกลจากชายแดนมากนักเป็นผลให้ชาวกัมพูชาที่มีการเจ็บป่วยร้ายแรง หรือได้รับอุบัติเหตุสามารถเดินทางข้ามแดนเพื่อเข้ามารับการรักษาได้โดยตรง ส่วนสถานีอนามัยแรงงานชาวกัมพูชาที่พักอาศัยในประเทศไทยจะเข้าไปขอรับบริการเพราะสะดวกในการเดินทาง อีกทั้งสถานีอนามัยจะมีความใกล้ชิดกับชุมชน สามารถปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคได้ดี

ตอนที่ 4.6 ผลกระทบจากการเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชาก่อให้เกิดต่อการจัดบริการสาธารณสุข ในด้านการให้บริการแก่ประชาชนไทย

ผลกระทบจากการเข้ามาใช้บริการของประชาชนกัมพูชาก่อให้เกิดต่อการจัดบริการสาธารณสุข ด้านการให้บริการแก่ประชาชนไทย พบว่า ประชาชนไทยไม่ได้เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจกับการเข้ามารับบริการสาธารณสุขในประเทศไทยของชาวกัมพูชา อันเนื่องมาจากจำนวนผู้รับบริการชาวกัมพูชาไม่มากนัก และสถานพยาบาลให้บริการตามลำดับก่อนหลัง ซึ่งเป็นวิธีการปฏิบัติปกติ และสภาพสังคมของอำเภอคลองหาดมีความคุ้นชินกับการเข้ามาในพื้นที่ของชาวกัมพูชาเพราะเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตในพื้นที่ ไม่ได้เกิดการแบ่งแยกเชื้อชาติ แต่กลับมีปัญหาสังคม ในเรื่องความมั่นคงในชีวิตและทรัพย์สิน ในเรื่องลักขโมยและอาชญากรรม จากการเข้ามาพักอาศัยของแรงงานชาวกัมพูชาในพื้นที่ อันเนื่องมาจากการขาดการควบคุมดูแลที่ดีจากนายจ้าง และภาครัฐทำให้แรงงานต่างด้าวในพื้นที่มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

ตอนที่ 4.7 การบริหารจัดการงานแรงงานต่างด้าว ระดับพื้นที่ อ.คลองหาด จ.สระแก้ว

จากการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ อ.คลองหาด จ.สระแก้วพบว่า อำเภอคลองหาด มีเขตแดนติดต่อกับประเทศกัมพูชา จึงมีจำนวนแรงงานต่างด้าวเข้ามาขายแรงงานในพื้นที่จำนวนมาก และยังมีสิ่งผิดกฎหมายต่าง ๆ จำนวนมากตามแนวชายแดนไทย - กัมพูชา สร้างความเดือดร้อนให้กับประชาชนที่พักอาศัยในพื้นที่ เพราะจำนวนเจ้าหน้าที่ภาครัฐมีจำนวนน้อย ไม่สามารถดูแลได้อย่างทั่วถึง ประกอบกับความล้มเหลวของนโยบายขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าว ของกระทรวงแรงงานที่ไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้ประกอบการ โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2553 มีแรงงานต่างด้าวที่ทำการขึ้นทะเบียนกับกระทรวงแรงงานในพื้นที่อำเภอคลองหาด จำนวน 71 คน เจ้าของกิจการผู้ใช้แรงงานต่างด้าวไม่นิยมพาแรงงานต่างด้าวไปขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวกับทางกระทรวงแรงงาน เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวมียกจ่ายที่ค่อนข้างสูง โดยทางราชการกำหนดให้นายจ้างต้องพาแรงงานต่างด้าวที่อยู่ในการดูแลไปขึ้นทะเบียนเป็นรายปี ไม่สอดคล้องกับลักษณะการใช้แรงงานต่างด้าวในพื้นที่ ที่มีลักษณะการจ้างงานกันเป็นรายวัน หรือเฉพาะช่วงฤดูการเกษตรเท่านั้น จึงพบว่าในพื้นที่มีแรงงานต่างด้าวเกือบทั้งหมดไม่ได้ขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวไว้เลย ทำให้แรงงานกลุ่มดังกล่าวไม่ได้รับการคุ้มครองทางด้านสาธารณสุข และด้านอื่น ๆ ตามที่กฎหมายกำหนดไว้ อีกทั้งยังสร้างปัญหาด้านสังคมและความมั่นคงอื่น ๆ ตามมาอีกด้วย

จากปัญหาที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นจึงเกิดการรวมกลุ่มของเกษตรกรผู้เป็นนายจ้างของแรงงานต่างด้าวเพื่อทำการจัดระเบียบแรงงานต่างด้าวกันเองในพื้นที่ ทำให้มีกลุ่มนายจ้างผู้ใช้แรงงานต่างด้าวในภาคการเกษตร ในพื้นที่อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว ได้ทำการรวมตัวกันจัดตั้งสมาคมเกษตรกรคลองหาด ภายใต้การสนับสนุนของหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ โดยสมาคมมีวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งเพื่อดูแล และสนับสนุนสมาชิกในการประกอบกิจการด้านการเกษตร ทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยบทบาทหน้าที่หนึ่งที่สมาคมเกษตรกรอำเภอคลองหาดได้ดำเนินการคือร่วมมือกับทางภาคราชการเข้าไปจัดการแรงงานต่างด้าวในพื้นที่ให้อยู่ในระบบ สามารถควบคุมดูแลให้แรงงานต่างด้าวสร้างปัญหาให้แก่ประชาชนไทยในพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็น ปัญหาสังคม ปัญหาสุขภาพ หรือแม้แต่ปัญหาด้านสาธารณสุข โดยสมาคมฯ ได้ร่วมกับภาคราชการฝ่ายต่าง ๆ ทำการออกระเบียบ กติกาการใช้แรงงานต่างด้าวในพื้นที่ (แผนพัฒนาสมาคม, สมาคมเกษตรกรอำเภอคลองหาด: เอกสารอัดสำเนา) เช่น

- การกำหนดให้นายจ้างที่ต้องการใช้แรงงานต่างด้าวแบบรายวัน ต้องมาทำการรับแรงงานต่างด้าวที่จุดผ่านแดน และนำมาส่งกลับตามวันเวลาที่กำหนดไว้

- นายจ้างที่ต้องการใช้แรงงานต่างด้าว โดยให้เข้ามาพักอาศัยอยู่กับนายจ้างในช่วงเวลาหนึ่งนั้น ต้องแจ้งความจำนงค์ต่อสมาคม โดยสมาคมจะพิจารณาจำนวนของแรงงานต่างด้าวที่ควรอนุญาตตามขนาดและประเภทของกิจการ โดยต้องมีการจดบันทึกประวัติของแรงงานต่างด้าว และรูปถ่ายไว้อย่างละเอียด เมื่อหมดช่วงเวลาที่ยกยอตนายจ้างต้องพาแรงงานต่างด้าวกลับมาส่งให้ทางเจ้าหน้าที่ของสมาคม และเจ้าหน้าที่ภาครัฐตรวจสอบก่อนปล่อยให้แรงงานต่างด้าวกลับประเทศ

- นายจ้างที่จะมีการเคลื่อนย้ายแรงงานจากพื้นที่อำเภอคลองหาด ไปยังพื้นที่อื่นต้องมีการแจ้งให้ทางสมาคมรับทราบก่อน

- นายจ้างต้องจ่ายค่าจ้างแรงงานต่างด้าวในอัตราที่ทางสมาคมกำหนด

- นายจ้างที่ได้รับการผ่อนผันในการใช้แรงงานต่างด้าวต้องจัดที่พักและดูแลความเป็นอยู่ตามสมควร เพื่อไม่ให้เกิดความเดือดร้อนภายในตำบล หมู่บ้าน

- นายจ้างต้องรับผิดชอบลูกจ้างทุกกรณีเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลไม่ว่าจะเป็นเด็กที่ไม่ได้ใช้แรงงานก็ตาม

นอกจากนี้ทางสมาคมยังมีการเก็บค่าใช้จ่ายเช่นค่าธรรมเนียมสมาชิก และค่าธรรมเนียมในการดำเนินการจัดทำทะเบียนแรงงานต่างด้าว (เก็บจากนายจ้างที่ต้องการใช้แรงงานต่างด้าวที่เข้ามาพักค้างแรม โดยเก็บคนละ 50 บาท ต่อเดือน) เพื่อนำเงินดังกล่าวมาใช้ในกิจการของสมาคมฯ และนำไปเป็นเงินอุดหนุนให้กับส่วนราชการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมดูแลแรงงานต่างด้าว ซึ่งหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ก็เป็นหน่วยงานหนึ่งที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากทางสมาคมเพื่อชดเชยการเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขของแรงงานต่างด้าวในพื้นที่ ซึ่งโดยส่วนใหญ่หน่วยงานด้านสาธารณสุขของไทยจะทำการดูแลรักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าวตามหลักมนุษยธรรม บ่อยครั้งที่ไม่สามารถเก็บค่ารักษาพยาบาลได้ หรือเก็บค่ารักษาพยาบาลได้ไม่เต็มจำนวน เป็นต้น

(แผนพัฒนาสมาคม, สมาคมเกษตรกรอำเภอคลองหาด : เอกสารอัดสำเนา)

นอกจากนั้นสมาคมยังช่วยเหลือประสานงานในการควบคุมการเคลื่อนย้ายของแรงงานต่างด้าวในพื้นที่ ไม่ให้แรงงานต่างด้าวมีการเคลื่อนย้ายแรงงานโดยมิได้ทำการแจ้งแก่สมาคม ซึ่งเป็นมาตรการในการควบคุมและเฝ้าระวังโรค ป้องกันการแพร่กระจายของโรคติดต่อ และทำให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถเฝ้าดูแลสุขภาพอนามัย และควบคุมการให้วัคซีนหรือการรักษาโรคติดต่อแก่แรงงานต่างด้าวได้ดีขึ้น ซึ่งทำให้ผลที่จะมีต่อสุขภาพของประชาชนไทยลดลง

ถึงแม้ว่าการดำเนินการของสมาคมเกษตรกรอำเภอคลองหาด จะไม่มีกฎหมายจากทางราชการรองรับการดำเนินงาน แต่การดำเนินงานของสมาคมฯ เป็นประโยชน์ต่อทางราชการอย่างมาก เนื่องจาก

การดำเนินการดังกล่าวสามารถช่วยในการควบคุมการเข้าออกของแรงงานต่างด้าว ทำให้ทราบข้อมูลจำนวนของแรงงานต่างด้าวที่เข้าออกในแต่ละวัน การเคลื่อนย้ายแรงงาน และสถานที่พักอาศัยของแรงงานในประเทศไทย อีกทั้งได้รับความร่วมมือจากนายจ้างในการควบคุมดูแลแรงงานต่างด้าวในสังกัดของตนเองด้วย

5. ข้อเสนอแนะ

ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีความเจริญทางเศรษฐกิจ สูงกว่าประเทศเพื่อนบ้านทำให้ในปัจจุบันเกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานเข้ามาทำงาน พักอาศัยและขอรับบริการสาธารณสุข โดยภายหลังปี พ.ศ. 2558 ประเทศไทยจะเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ซึ่งการเปิดเสรีด้านแรงงานจะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านเข้ามาในประเทศไทย ทำให้ประเทศไทยจำเป็นต้องเตรียมตัวรองรับการเปิดเสรีด้านแรงงานอย่างจริงจัง ในพื้นที่ชายแดนเป็นพื้นที่หนึ่งที่จะได้รับผลกระทบจากการเปิดเสรีดังกล่าว โดยเฉพาะด้านการสาธารณสุขที่มีช่องว่างระหว่างมาตรฐานการสาธารณสุขของไทยกับประเทศเพื่อนบ้านอย่างมาก รัฐบาลจึงควรให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมของการสาธารณสุขตามแนวชายแดนเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาโรคติดต่อ หรือปัญหาสาธารณสุขอื่น ๆ ที่จะมีผลมากจากการเข้ามาของแรงงานต่างด้าว

5.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) จากผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวของกรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงานที่ใช้รูปแบบเดียวบังคับใช้เหมือนกันทั้งประเทศนั้น ไม่ประสบความสำเร็จในพื้นที่ชายแดน เพราะมีบริบทการใช้แรงงานของพื้นที่ที่ไม่สอดคล้องกับนโยบาย เป็นผลให้หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ไม่ได้รับงบประมาณจากการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าว เพื่อใช้ในการให้บริการสาธารณสุข กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน จึงควรมีการมีการปรับรูปแบบการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวให้มีรูปแบบที่หลากหลาย โดยพิจารณาความหลากหลายของพื้นที่ และบริบทการใช้แรงงานประกอบด้วย

2) จากผลการศึกษาพบว่า สมาคมเกษตรกรอำเภอคลองหาด ร่วมกับหน่วยงานราชการในพื้นที่ ดำเนินการขึ้นทะเบียนการใช้แรงงานต่างด้าวในพื้นที่ และได้ผลตอบรับที่ดีพอสมควรในด้านการบริหารจัดการแรงงานในพื้นที่ แต่ในด้านของการบริหารจัดการงานสาธารณสุขยังไม่มีบทบาทใน

ด้านนี้มากนัก กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน และกระทรวงสาธารณสุข จึงควรเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนหน่วยงานในพื้นที่ให้ดำเนินการควบคุมดูแลความสงบเรียบร้อย ดังนี้

2.1 ในเบื้องต้นสนับสนุนงบประมาณในการบริหารจัดการงานสาธารณสุขให้แก่พื้นที่ โดยให้หน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารงาน

2.2 ผลักดันการออกกฎกระทรวงหรือกฎหมายลูกอื่นใดเพื่อรองรับ มาตรา 14 แห่งพระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2551 เพื่อให้การทำงานของแรงงานต่างด้าวตามแนวชายแดนที่ไม่สามารถขึ้นทะเบียนแรงงานได้เป็นไปอย่างถูกต้องตามกฎหมาย และจัดระบบนำแรงงานดังกล่าวเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าว เพื่อเป็นการลดภาระด้านงบประมาณของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดน และนายจ้าง

3) จากผลการศึกษาพบว่า กระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดทำแผนแม่บทการแก้ไขปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขตามแนวชายแดน ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2551 - 2554 แล้วแต่แผนดังกล่าวเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติทั้งในระดับจังหวัดและในระดับพื้นที่ไม่ได้มีการรับทราบและนำไปปฏิบัติเท่าใดนัก กระทรวงสาธารณสุข จึงควรดำเนินการจัดทำแผนแม่บทการแก้ไขปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขตามแนวชายแดน ฉบับที่ 2 โดยนำหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วนความมั่นคง และการบริหารงานแรงงานต่างด้าว และหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานจัดทำแผนแม่บทดังกล่าว เพื่อให้หน่วยงานเหล่านั้นรับทราบ และเกิดการบูรณาการแผนงานของแต่ละหน่วยงานเข้าด้วยกันอันจะก่อให้เกิดประสิทธิภาพประสิทธิผลในการดำเนินงาน

4) จากการศึกษาพบว่า สถานพยาบาลและหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ที่มีการแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่ไม่สามารถจัดเก็บได้จากกลุ่มแรงงานต่างด้าว โดยในภาพรวมของทั้งจังหวัดสระแก้ว จำเป็นต้องแบกรับภาระด้านงบประมาณดังกล่าวถึงปีละกว่า 10 ล้านบาท จึงควรมีการจัดสรรงบประมาณพิเศษจากหน่วยงานอื่น ๆ หรือขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรระหว่างประเทศเพื่อเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายดังกล่าว

5) จากผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวของกรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงานที่ใช้รูปแบบเดียวบังคับใช้เหมือนกันทั้งประเทศนั้น ไม่ประสบความสำเร็จในพื้นที่ชายแดน เพราะมีบริบทการใช้แรงงานของพื้นที่ที่ไม่สอดคล้องกับนโยบาย เป็นผลให้หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ไม่ได้รับงบประมาณจากการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าว ประกอบกับประชาชนกัมพูชาที่พักอาศัยในพื้นที่ชายแดนฝั่งกัมพูชา นิยมเข้ามารับบริการสาธารณสุขของไทย ถึงแม้ว่าจะไม่ได้ประกอบอาชีพในฝั่งไทยก็ตาม กระทรวงสาธารณสุขจึงควรเปิดให้มีการประกันสุขภาพในกลุ่ม

ชาวต่างชาติผู้มีรายได้น้อย หรือชาวต่างชาติที่พักอาศัยในพื้นที่ชายแดน โดยแยกหรือทำการขึ้นทะเบียนเฉพาะการประกันสุขภาพ เพื่อเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการให้บริการสาธารณสุขตามแนวชายแดน โดยมีการจำกัดพื้นที่และสถานพยาบาลตามแนวชายแดนที่อนุญาตให้ชาวต่างชาติตามแนวชายแดนสามารถเดินทางเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขได้

6) จากการศึกษาพบว่า ชาวกัมพูชานิยมเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทย ส่วนหนึ่งเพราะมีความเชื่อถือในคุณภาพของบุคลากรสาธารณสุขและระบบการรักษาพยาบาลของไทย มากกว่าสถานพยาบาลฝั่งกัมพูชา กระทรวงสาธารณสุขจึงควรร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขกัมพูชา และองค์กรพัฒนาเอกชน ดำเนินการพัฒนาระดับความรู้ความสามารถและมาตรฐานการรักษาพยาบาลของบุคลากรสาธารณสุขและสถานพยาบาลในฝั่งกัมพูชาให้มีมาตรฐานที่ดีเป็นที่ยอมรับ เพื่อลดจำนวนชาวกัมพูชาที่เดินทางเข้ามาใช้บริการรักษาพยาบาลในฝั่งไทย

7) จากการศึกษาพบว่า ในด้านการสื่อสารนั้น ผู้ให้บริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ชายแดน โดยเฉพาะอำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษากัมพูชาได้ ทำให้เกิดปัญหาในการสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการสาธารณสุข อีกทั้งกระทรวงสาธารณสุขกลับส่งเสริมให้บุคลากรของกระทรวงสร้างทักษะในการสื่อสารภาษาอังกฤษด้วยนั้น ทำให้การให้บริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนไม่เกิดประสิทธิภาพเท่าที่ควร กระทรวงสาธารณสุขจึงควรส่งเสริมและจูงใจให้บุคลากรสาธารณสุขของกระทรวงฝึกทักษะการสื่อสารด้วยภาษาประเทศเพื่อนบ้าน โดยพิจารณาค่าภาษาหรือค่าตอบแทนพิเศษอื่น เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการสาธารณสุขโดยเฉพาะการเผยแพร่ความรู้และการป้องกันและควบคุมโรค

8) จากการศึกษาพบว่าลักษณะเฉพาะของผู้ให้บริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนที่สำคัญคือ ผู้บริหารและผู้ให้บริการจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงข้อมูลพื้นฐานด้านเศรษฐกิจสังคม และการเมืองของประเทศเพื่อนบ้าน จำเป็นต้องเข้าใจถึงลักษณะการทำงานและศักยภาพของหน่วยงานสาธารณสุขของประเทศเพื่อนบ้าน รวมถึงเข้าใจถึงวัฒนธรรมความเชื่อในการทำงานต่าง ๆ และที่สำคัญจำเป็นต้องมีทัศนคติที่ดีต่อประเทศเพื่อนบ้าน ไม่ควรนำกรณีความขัดแย้งหรือประเด็นทางการเมืองระหว่างประเทศ มาเป็นอคติในการให้บริการสาธารณสุข หรือดำเนินกิจกรรมทางสาธารณสุขร่วมกันกับหน่วยงานสาธารณสุข ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงควรมีการจัดการอบรม และเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ และเสริมสร้างทัศนคติที่ดีแก่เจ้าหน้าที่เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานสาธารณสุขชายแดน

9) จากการศึกษาพบว่าลักษณะเด่นด้านการบริหารจัดการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนมีลักษณะการบริหารจัดการที่สำคัญคือ กิจกรรมที่ดำเนินการประสานงานความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้านในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ และการประสานความร่วมมือในการจัดบริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ แต่เนื่องจากในสมัยก่อนกิจกรรมเหล่านี้จะได้รับงบประมาณสนับสนุนจากหน่วยงานต่างประเทศ แต่ในปัจจุบันหน่วยงานเหล่านั้นได้ถอนความช่วยเหลือออกไป หรือย้ายไปดำเนินกิจกรรมในพื้นที่ประเทศกัมพูชา กระทรวงสาธารณสุขจึงควรเข้าไปดำเนินการส่งเสริมกิจกรรมความร่วมมือของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ของทั้งสองประเทศ เพื่อให้เกิดการสัมพันธ์ภาพที่ดีและการประสานงานที่ดีระหว่างหน่วยงานในระดับพื้นที่ อันจะเป็นประโยชน์ต่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อการรักษาพยาบาลและการป้องกันและควบคุมโรค

10) จากการศึกษาพบว่าในด้านขวัญกำลังใจในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขมีความตั้งใจในการทำงานที่มุ่งมั่นในการให้บริการสาธารณสุข แต่สืบเนื่องจากการปรับลดเงินสวัสดิการหรือเงินพิเศษต่าง ๆ ของบุคลากรทำให้เกิดความรู้สึกขาดแรงจูงใจในการทำงาน กระทรวงสาธารณสุขจึงควรมีการส่งเสริมแรงจูงใจในการทำงาน โดยการจัดสรรเงินพิเศษ หรือสวัสดิการต่างๆ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกิดขวัญกำลังใจในการทำงาน

11) จากการศึกษาพบว่า จากการเข้ามารับบริการสาธารณสุขของชาวกัมพูชา เจ้าหน้าที่จำเป็นต้องให้การรักษาและจ่ายยาและเวชภัณฑ์ให้ไป แต่ไม่สามารถนำข้อมูลการใช้จ่ายดังกล่าวบันทึกข้อมูลสู่ระบบสาธารณสุขได้ เพราะระบบการบันทึกข้อมูลของไทยผูกพันกับระบบการจัดสรรงบประมาณรายหัวประชากร ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงจำเป็นต้องใช้เลขบัตรประชาชนเป็นข้อมูลหลักในการบันทึก แต่ทรัพยากรทางการแพทย์ที่จ่ายให้กับผู้รับบริการชาวกัมพูชามีจำนวนมาก ส่งผลให้ข้อมูลที่บันทึกไม่สะท้อนภาพความเป็นจริงของการบริหารงานสาธารณสุขในพื้นที่

11.1) กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงควรมีการปรับปรุงระบบการบันทึกข้อมูลให้สามารถบันทึกข้อมูลในส่วนของผู้รับบริการชาวต่างด้าวได้เพื่อเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง โดยข้อมูลดังกล่าวจะมีการแยกรหัสระหว่างประชาชนไทยและชาวต่างด้าวเพื่อให้แยกกันกับการจัดสรรงบประมาณรายหัวประชากร แต่ให้สามารถนำข้อมูลดังกล่าวไปขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานอื่นได้ และใช้ในการวางแผนการบริหารงานสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อให้แผนงานสะท้อนภาพความเป็นจริง

11.2) สาธารณสุขจังหวัดสระแก้วและสาธารณสุขอำเภอคลองหาด ควรมีการจัดทำระบบการเก็บรวบรวมข้อมูลและบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการชาวต่างด้าวอย่างเป็นระบบเพื่อใช้ข้อมูลดังกล่าวในการขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงานต่าง ๆ อาทิเช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สมาคมเกษตรกรอำเภอคลองหาด องค์การพัฒนาเอกชน หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงและการบริหารจัดการแรงงานต่างด้าว

5.2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1) จากการศึกษาพบว่า การเข้ามาขายแรงงานของแรงงานต่างด้าวชาวกัมพูชาในพื้นที่อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว มีลักษณะการเข้ามาในระยะสั้นโดยมีความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนแรงงานต่างด้าวและช่วงฤดูการเกษตร ซึ่งในช่วงเวลาของการเพาะปลูก และช่วงเก็บเกี่ยวผลผลิตจะมีแรงงานต่างด้าวเข้ามาเป็นพิเศษ หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่จึงควรดำเนินการดังนี้

1.1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองหาด จึงควรมีการจัดทำแผนงานการให้บริการสาธารณสุข โดยเฉพาะด้านการป้องกันและควบคุมโรค ในช่วงเวลาดังกล่าวเป็นพิเศษ ซึ่งแผนงานดังกล่าวควรมีการนำสมาคมเกษตรกรอำเภอคลองหาดเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำแผนและประมาณการจำนวนแรงงานต่างด้าวที่จะเข้ามาในแต่ละช่วงเวลารวมทั้งการสนับสนุนงบประมาณดำเนินงานจากสมาคมด้วย

1.2) จากการศึกษาพบว่าแรงงานต่างด้าวมียุติกรรมการค้ามนุษย์ที่ไม่ถูกสุขลักษณะ โดยเฉพาะการข่มขืน สาธารณสุขอำเภอควรร่วมมือกับสมาคมเกษตรกรอำเภอคลองหาด ทำการกำหนดให้นายจ้างดำเนินการจัดทำสุขภาพให้มีความเหมาะสมกับสัดส่วนของแรงงานต่างด้าวที่ต้องการขออนุญาตนำเข้า โดยสาธารณสุขอำเภอคลองหาดควรร่วมมือกับสมาคมเกษตรกรอำเภอคลองหาดออกดำเนินการตรวจสถานประกอบการ หรือที่พักคนงานก่อนอนุญาตให้นำแรงงานเข้ามาเพื่อเป็นการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค

2) จากการศึกษาพบว่า มีแรงงานต่างด้าวชาวกัมพูชาจำนวนมาก ไม่จ่ายค่ารักษาพยาบาลส่วนหนึ่งเป็นเพราะนายจ้างชาวไทยไม่รับผิดชอบค่าใช้จ่าย โดยการปล่อยให้แรงงานต่างด้าวมาเข้ารับการรักษาเอง และโดยการบอกกล่าวในกลุ่มแรงงานต่างด้าวว่า สามารถขอรับการรักษาได้โดยไม่จำเป็นต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล สาธารณสุขอำเภอคลองหาดจึงควรเสริมสร้างความเข้าใจกับนายจ้างชาวไทยเกี่ยวกับผลเสียของการกระทำดังกล่าวว่ามีผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขไทย

3) จากการศึกษาพบว่า แรงงานต่างด้าวที่เข้ามาพักอาศัยและรับบริการสาธารณสุขในอำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว จะมีการขึ้นทะเบียนแรงงานกับสมาคมเกษตรกรอำเภอคลองหาด จึงควรมีการส่งเสริมให้มีการจัดทำบัตรแรงงานต่างด้าวของสมาคมเพื่อเป็นหลักฐาน โดยมีการระบุสังกัดของนายจ้างไว้ในบัตร หรือออกกระเป๋ยให้นายจ้างเป็นผู้พาแรงงานต่างด้าวในสังกัดของตนมาเข้ารับการรักษา เพื่อให้สถานพยาบาลติดต่อรับคำรักษาพยาบาลจากนายจ้าง ซึ่งเป็นไปตามระเบียบสมาคมเกษตรกรคลองหาดที่ให้นายจ้างเป็นผู้รับผิดชอบคำรักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าว

4) จากการศึกษาพบว่า ปัญหาด้านการสื่อสารระหว่างบุคลากรสาธารณสุขกับผู้รับบริการสาธารณสุขชาวกัมพูชาเป็นปัญหาที่สำคัญประการหนึ่ง ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมการป้องกันและควบคุมโรค ไม่ได้ผลเท่าที่ควร สาธารณสุขอำเภอคลองหาดจึงควรมีการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรค ดังนี้

4.1) สาธารณสุขอำเภอคลองหาดควรมีการเผยแพร่ความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมโรคโดยใช้สื่อเฉพาะของแรงงานต่างด้าว เช่น ผลิตสื่อเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค รวมถึงการเสริมสร้างสุขอนามัยที่ดีเป็นภาษากัมพูชา ในรูปแบบ โปสเตอร์ แผ่นพับ ใบปลิว สำหรับแรงงานกลุ่มที่มีความสามารถอ่านหนังสือได้ และผลิตสื่อวีดิทัศน์หรือเสียงสำหรับกลุ่มที่ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ โดยเผยแพร่สื่อต่าง ๆ ไปในทุกสถานประกอบการ

4.2) สาธารณสุขอำเภอคลองหาด ควรมีการจัดทำอภิธานศัพท์แพทย์เป็นภาษากัมพูชาเพื่อแจกจ่ายให้ผู้ให้บริการ โดยในการรักษาพยาบาลสามารถอ่านคำอ่านที่เป็นภาษาไทย หรือให้ผู้รับบริการอ่านภาษากัมพูชาประกอบ

5) จากการศึกษาพบว่า ผู้รับบริการชาวกัมพูชามีความพึงพอใจในเรื่องที่สถานพยาบาลมีการจัดแผนกหรือผู้ประสานงานในการให้บริการตรวจรักษาแก่ชาวต่างด้าว น้อยกว่าด้านอื่นในด้านการบริหารองค์กร โรงพยาบาลคลองหาดจึงควรจัดให้มีบุคลากรที่สามารถสื่อสารด้วยภาษากัมพูชาได้ ไว้คอยอำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการชาวกัมพูชา และในด้านการบริการ โรงพยาบาลคลองหาดและสถานีนอนามัยควรจัดทำป้ายหรือสัญลักษณ์แสดงจุดบริการด้วยภาษากัมพูชา

6) จากการศึกษาพบว่าแรงงานต่างด้าวชาวกัมพูชาที่เข้ามาขายแรงงานและพักอาศัยในพื้นที่ประเทศไทยมีปัญหาในการสื่อสารกับบุคลากรสาธารณสุข ประกอบกับอำเภอคลองหาดจังหวัดสระแก้วยังไม่มีอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว และสาธารณสุขอำเภอคลองหาดจึงควรมีการจัดการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวขึ้นเพื่อเป็นผู้ช่วยบุคลากร

สาธารณสุขในการปฏิบัติหน้าที่ ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล และการเผยแพร่ความรู้และการป้องกัน
และควบคุมโรค

บรรณานุกรม

- กิตติพัฒน์ นนทปัทมะกุลและอภิญญา เวชยชัย. (ม.ป.ป.). การพัฒนาระบบสวัสดิการสำหรับคนจน และคนด้อยโอกาส : กลุ่มคนจนผู้ด้อยโอกาส และกลุ่มเสี่ยงที่ประสบปัญหาทางสังคม. กรุงเทพฯ : ศูนย์ศึกษาเศรษฐศาสตร์การเมือง คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กิตติ วัฒนกุล. (2536). หลักและกระบวนการจัดสาธารณสุขในประเทศไทย การบริหาร สาธารณสุขทั่วไป. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช : นนทบุรี.
- กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม. (2545). แผนพัฒนางานสวัสดิการสังคมสงเคราะห์ แห่งชาติฉบับที่สี่ พ.ศ. 2545 - 2549. กรุงเทพฯ : สสไทย.
- กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2553). สถิติข้อมูลประชากร. เข้าถึงได้จาก : www.moi.go.th (25 พฤษภาคม 2554).
- จิตสุภา จำปา. (2548). กระบวนการจัดสวัสดิการชุมชน : กรณีศึกษากลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิต บ้านศิรวงค์ อำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคม สงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ. (2544). สวัสดิการโดยภาคชุมชน. กรุงเทพฯ : ศูนย์ศึกษาเศรษฐกิจ การเมือง คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดาว มงคลสมัยและเพลินพิศ สัตย์สงวน. (2546). ระบบประกันสุขภาพ ในระบบประกันสังคม และคุณภาพชีวิตของคนไทย ภาพสะท้อนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท.
- ดวงกมล วิมลกิจ. (2547). การจัดสวัสดิการสังคมสำหรับคนยากจนและผู้ด้อยโอกาส : ศึกษากรณี ประชาชนที่อยู่อาศัยในชุมชนแออัดริมเกล้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาพัฒนาแรงงานและ สวัสดิการมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ทศนา แจมมณี. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะงาน การบริหารแบบมี ส่วนร่วมของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการหน่วย อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ทรงวิทย์ เชื้อมสกุล. (2550). การพัฒนาผู้ด้อยโอกาสในสังคม. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- ทองปาน พันจุย. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร
สาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนไทย - กัมพูชา จังหวัดสระแก้ว. วิทยานิพนธ์ปริญญา
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- นลินี พงษ์वाल. (2549). ปัจจัยการบริหารที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล
วิชาชีพในโรงพยาบาลขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นารี พุกขมาศ. (2553). ความต้องการในการได้รับสวัสดิการสังคมของคนยากจนในจังหวัด
สมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี.
- เบญญา ยอดดำเนิน - แอ็ดดิกและคณะ. (2552). การใช้ทฤษฎีทางสังคมเป็นเครื่องมือในการ
ส่งเสริมสุขภาพในชุมชนตามแนวชายแดนไทย - พม่า ในพื้นที่สูงอำเภอสังขละบุรี
จังหวัดกาญจนบุรี ประเทศไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยประชากรศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปิยบุษ มุขเงิน. (2547). การจัดบริการสวัสดิการสังคมสำหรับประชาชนที่อยู่ในเขตอุทยานแห่งชาติ
: กรณีศึกษาอุทยานแห่งชาติแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคม
สงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พิสมัย จันทวิมล. (2541). นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ : บริษัท ดีไซน์ จำกัด.
- รพีพรรณ คำหอม. (2545). สวัสดิการสังคมกับสังคมไทย *Social Welfare in Thailand Society*.
กรุงเทพฯ : อารยัน มีเดีย.
- รวีรา จิรโรจน์วัฒน์ และคณะ. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการดำเนินงาน
ของคณะกรรมการชายแดนระดับอำเภอในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อตามแนว
ชายแดนไทย - กัมพูชา จังหวัดจันทบุรีและตราด. ชลบุรี : สำนักงานป้องกันควบคุม
โรคที่ 3 จังหวัดชลบุรี กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2551). พระราชบัญญัติแรงงานต่างด้าว. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก :
www.ratchakitcha.soc.go.th. (25 พฤษภาคม 2554).
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2538). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ :
นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์.

- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. (2547, กรกฎาคม - กันยายน). งบประมาณในการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า 1,202 บาทต่อคนต่อปีมาจากไหน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 10 (3). 2544.
- วิศิษฐ์ ตั้งนภาร. (2551). สธ. เผยปี 50 ใช้งินรักษานแรงงานต่างด้าวฟรีกว่า 155 ล้าน. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : www.siamhrm.com/?name=news&file=readnews&max=5593. (28 ตุลาคม 2554).
- วิมลเดช พัดค์สุนทร. (2546). การศึกษาเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ในการฝึกอบรมวิชาชีพของผู้ฝึกการกับของบุคคลปกติ. สารนิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- ศิริกัญญา แก่นทอง. (2548). ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับความต้องการบริการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาอำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุภชัย คุณารัตนพฤษ. (2549). เอกสารการสอนชุดวิชาการบริการจัดการเพื่องานสาธารณสุข. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช.
- สถานีวิทยุโทรทัศน์กองทัพบก. (2553). ชายแดนไทยกัมพูชา. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://portal.tv5.co.th> (วันที่ค้นข้อมูล 25 พฤษภาคม 2554).
- สมาคมเกษตรกรรมอำเภอคลองหาด. (ม.ป.ป.). แผนพัฒนาสมาคม : เอกสารอัดสำเนา. สระแก้ว : สมาคมเกษตรกรรมอำเภอคลองหาด.
- สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว. (2554). เอกสารสรุปงานสาธารณสุขชายแดนไทย - กัมพูชา จังหวัดสระแก้ว - บ้านเดียนเบียนเจย - พระตะบอง. สระแก้ว : สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว.
- สิริกร ตันติถาวรกิจ. (2545). การจัดบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาผู้สูงอายุยากจนในตำบลนางบวช อำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- สุภัทรา แก้วหาญศิลป์. (2542, พฤศจิกายน - ธันวาคม). การประชาสัมพันธ์และการประชาสัมพันธ์. การประชาสัมพันธ์, (42).

- สุนทรวาที เขียวพิเชฐ และคณะ. (2544). *โครงการวิจัยเรื่องรูปแบบการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนภาคตะวันออก*. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ และคณะ. (2548). *การจัดระบบบริการสุขภาพในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้*. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ, บรรณาธิการ. (2542). *การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2540 - 2541*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2553). *กรอบทิศทางการจัดสวัสดิการทางสังคมที่ยั่งยืนในช่วงแผนฯ 11*. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://social.nesdb.go.th/social/Default.aspx?tabid=126&articleType=ArticleView&articleId=24> (25 ธันวาคม 2554)
- วิมล ชตะมีนา และคณะ (2551). *โครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาภาระการคลังจากการให้สวัสดิการทางสังคมของรัฐบาล ในกรณีศึกษาโครงการประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. กรุงเทพฯ : สำนักงานนโยบายการคลัง สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว. (2554). *ข้อมูลและสถิติการให้บริการสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าวในจังหวัดสระแก้ว พ.ศ. 2549-2552 : เอกสารอัดสำเนา . สระแก้ว : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว*.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2551). *รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปี 2551*. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : http://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-about_result.aspx. (25 พฤษภาคม 2554)
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (เอกสารอัดสำเนา). (2554). *แผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขตามแนวชายแดน ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2550 - 2554*. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (เอกสารอัดสำเนา). (2554). *ร่างแผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขตามแนวชายแดน ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2555 - 2559*. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2552). *ร่างแผนปฏิบัติงานการพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน พ.ศ. 2552 - 2554*. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://bps.ops.moph.go.th/Kis/kai1.doc>.

สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน . (2554, มีนาคม). สถานการณ์แรงงานต่างด้าว .

[ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.nic.go.th/gsic/uploadfile/Art3-03-2554.pdf>.

(25 มิถุนายน 2554)

สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว. (2554). หน่วยงานที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการควบคุมดูแลบุคคล

ต่างด้าว. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://wp.doe.go.th/authority>. (25 มิถุนายน 2554)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว. (2552). เอกสารสรุปการประเมินมาตรฐานหน่วย

ปฏิบัติการ/รุมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว. สระแก้ว : สำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว.

สมนึก ศิริสุวรรณ และคณะ. (2548). การศึกษาผลกระทบต่อการบริการสุขภาพในภาวะวิกฤติ

3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

อำพล จินดาวัฒนะ. (2553, มีนาคม). 3 ปี พ.ร.บ.สุขภาพ. จดหมายข่าวสานพลังงานปฏิรูประบบ

สุขภาพ. 2 (11).

B. Yoddumnern-Attig, S. Punpuing, A. Prommoh, K. Rojnkuressatien & Y. Vorasiriamorn.

(2009). *A Social Approach to Community Health Promotion Interventions*

Among Cross-Border, Upland Communities in Kanchanaburi Province, Thailand.

IPSR Publication No.362. Nakhon Pathom : Institute for Population and Social

Research, Mahidol University.

ภาคผนวก 1

รายละเอียดการลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูล

ปริณทน์แนวนอน 202

ปริณิธานแนวนอน 203

ปริณห์หน้านวนอน 204

ภาคผนวก 2

บทความสำหรับการเผยแพร่

บทความผลกระทบที่เกิดจากการจัดบริการสาธารณสุข ให้ประชาชนกัมพูชาอำเภอลองหาด จังหวัดสระแก้ว

เอกลักษณ์ ณีฤทธิ

บริการทางสังคม คือสิ่งที่รัฐมีหน้าที่ต้องจัดให้กับประชาชนของตน เพื่อให้ประชาชนในประเทศของตนมีคุณภาพชีวิตที่ดี ครอบคลุมถึง บริการด้านการศึกษา ด้านสาธารณสุข ด้านที่อยู่อาศัย ด้านการจ้างงาน ด้านการรักษาพยาบาล และบริการสังคมทั่ว ๆ ไป บริการเหล่านี้มีตั้งแต่ระดับการบริการฟรีไปถึงระดับการคิดค่าบริการสูง ๆ ขึ้นอยู่กับลักษณะของบริการ กลุ่มเป้าหมาย และระบบเศรษฐกิจ การเมืองและสังคมของแต่ละประเทศ บริการสังคมเป็นส่วนหนึ่งของระบบสวัสดิการสังคม อันประกอบด้วย การประกันสังคม การสังคมสงเคราะห์ และการบริการสังคม

จากการรายงานของหนังสือ The Economist พบว่าประเทศในกลุ่มอาเซียนมีทัศนะในด้านลบต่อระบบสวัสดิการสังคมตามแนวตะวันตก โดยเห็นว่าเป็นการให้สวัสดิการสังคมมากเกินไป จนอาจกลายเป็นยาเสพติดของประชาชน ทำให้คนงานบางส่วนไม่ยอมทำงาน โดย The Economist อ้างถึงคำกล่าวของนายลี กวนยู อดีตนายกรัฐมนตรีของสิงคโปร์ และ ดร. มหาเธร์ โมฮัมหมัด อดีตนายกรัฐมนตรีของมาเลเซีย (The Economist, Jan .30. 1993, p. 34 อ้างถึงใน ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ¹) และประเทศไทยก็มีนโยบายด้านสวัสดิการสังคมในทำนองเดียวกันนี้ด้วย

The Economist ยังรายงานอีกว่า ก่อนนี้ประเทศในแถบอาเซียนให้ความสำคัญกับบริการทางการศึกษามาก เพราะมีทัศนะว่า ถ้าประชาชนมีความรู้ดี มีทักษะดี ย่อมสร้างผลผลิตได้มาก เศรษฐกิจโตเร็ว จำนวนคนยากจนลดลง ความต้องการสวัสดิการสังคมจะลดลง ประเทศในแถบอาเซียนจึงให้ความสำคัญด้านบริการการศึกษามากกว่าสวัสดิการด้านอื่น ๆ

อย่างไรก็ตาม The Economist ได้รายงานอีกว่า ปัจจุบันประเทศในแถบอาเซียน มีความเป็นประชาธิปไตยมากขึ้น มีเสียงเรียกร้องให้รัฐบาลจัดระบบความมั่นคงทางสังคม (Social Security) มากขึ้น ซึ่งประเทศในอาเซียนกำลังขยายการค้า เน้นการเรื่องนี้อยู่ โดยเฉพาะสิงคโปร์ บริการสังคมด้านที่อยู่อาศัยเป็นโครงการที่รัฐบาลได้ทุ่มเทเงินลงทุนไปมากที่สุด

¹ ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ “บริการสังคม แนวคิด ทฤษฎี บทบาท และความสำคัญต่อสังคม

http://hpptai.org/database/5%20Narong_socialservice.pdf (28 ตุลาคม 2551)

ลักษณะที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ของประเทศไทย มีเขตแดนด้านตะวันตกติดต่อกับประเทศกัมพูชา มีระยะทางทั้งหมด 798 กิโลเมตร ครอบคลุมพื้นที่ 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดสุรินทร์ จังหวัดปราจีน จังหวัดจันทบุรี จังหวัดตราด และจังหวัดสระแก้ว เนื่องจากในภาวะปัจจุบันประเทศกัมพูชาถือได้ว่าเป็นประเทศที่เพิ่งผ่านพ้นภาวะสงครามในประเทศมานาน ซึ่งทำให้รัฐบาลกัมพูชาประสบปัญหาในการบริหารจัดการประเทศ และโดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจและสังคม ประเทศกัมพูชาอยู่ในช่วงที่รัฐบาลกำลังพยายามดำเนินนโยบายสร้างอาชีพและพยายามให้เกิดการกระจายตัวของเศรษฐกิจ การพัฒนาและความเจริญให้ทั่วถึงครอบคลุมทั้งประเทศ แต่ยังไม่ประสบความสำเร็จมากนัก ประชาชนชาวกัมพูชายังมีฐานะยากจน การกระจายตัวของรายได้ไม่ทั่วถึงและไม่ครอบคลุมทั้งประเทศ การจัดบริการสังคมของรัฐให้แก่ประชาชน ไม่ว่าจะเป็นบริการสังคมด้านการศึกษา ด้านสาธารณสุขยังมีปัญหาทั้งในด้านปริมาณ และคุณภาพ

จากประเด็นดังกล่าวทำให้พบว่าเกิดการหลั่งไหลของประชาชนชาวกัมพูชาเข้ามาในประเทศไทยทั้งการเข้ามาเพื่อประกอบธุรกิจ เพื่อขายแรงงาน และเข้ามาเพื่อขอรับบริการทางสังคมในประเทศไทยอีกด้วย ซึ่งการเข้ามาของแรงงานต่างด้าวเหล่านี้ มีผลตามมาหลายด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคง

ในปัจจุบันรัฐบาลไทยได้พยายามในการจัดบริการสาธารณสุขให้ประชาชนไทยบริเวณพื้นที่ชายแดนไทย - กัมพูชา แต่เนื่องจากลักษณะพื้นที่เป็นพื้นที่ชายแดนบางแห่งมีความทุรกันดาร ทำให้บริการสังคมที่รัฐจัดให้ไปไม่ทั่วถึงและไม่ครอบคลุมพื้นที่ ประกอบกับพื้นที่บริเวณชายแดนที่มีการผ่านเข้าออกของประชาชนไทย และประชาชนกัมพูชาเป็นจำนวนมาก ทำให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดต่อได้ง่าย โดยโรคติดต่อ เช่น โรคเท้าช้าง โรคฉี่หนู โรค หรือ โรคอหิวาตกโรค ที่ได้เคยหายไปจากประเทศไทยแล้วนั้น ได้กลับมาแพร่ระบาดตามแนวชายแดนไทยกัมพูชา ประกอบการพัฒนาบบบริการสาธารณสุขของประเทศเพื่อนบ้านยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ บริเวณแนวชายแดนเท่าใดนัก จึงมีประชาชนชาวกัมพูชาเข้ามาเพื่อขอรับบริการทางสังคมจากหน่วยงานภาครัฐในประเทศไทย รัฐบาลไทยได้ช่วยเหลือให้ตามหลักมนุษยธรรม ตัวอย่างเช่น มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม 2548 ลงมติอนุมัติตามมติของคณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง เมื่อวันที่ 6 พฤษภาคม 2548 โดยการอนุญาตให้คนต่างด้าวหลบหนีเข้า

เมือง สัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา ที่จดทะเบียนราษฎรคนต่างด้าว และได้รับอนุญาตทำงานปี 2547 และผู้ติดตามอยู่ในราชอาณาจักรชั่วคราวระหว่างรอการส่งกลับและทำงานต่อไปได้อีก 1 ปี สิ้นสุดวันที่ 30 มิถุนายน 2549 และให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการกำหนดอัตราค่าตรวจสุขภาพ และประกันสุขภาพโรคที่ไม่อนุญาตให้คนต่างด้าวทำงาน สถานพยาบาลที่จะตรวจสุขภาพแรงงาน ต่างด้าว โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีการให้ดำเนินการเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ โดยมี กิจกรรมสำคัญ 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) การตรวจสุขภาพประจำปี 2) บริการด้านการ รักษาพยาบาล 3) บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และ 4) การเฝ้าระวังโรค และได้ แบ่งกลุ่มเป้าหมายที่มาตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

(1) กลุ่มผู้ที่ประสงค์จะทำงาน (กลุ่มแรงงาน) ต้องเข้าสู่ระบบการตรวจสุขภาพและ ประกันสุขภาพทุกคน

(2) กลุ่มผู้ติดตามแรงงานต่างด้าว (หมายถึงบิดา/มารดา สามี/ภรรยา บุตรของแรงงาน ต่างด้าว ที่ได้รับอนุญาตทำงาน) การตรวจสุขภาพและ/หรือประกันสุขภาพให้เป็นไปตามความ สมัครใจหากประสงค์จะตรวจสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่ถ้า จะเข้าสู่ระบบการประกันสุขภาพต้อง ได้รับการตรวจสุขภาพด้วย

จากการเปิดเผยของ นพ.วิศิษฐ์ ตั้งนภากร รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ² ได้ กล่าวถึงการเข้ามาขอรับบริการสาธารณสุขในประเทศไทยของประชากรต่างด้าว ว่าจากการเก็บ ข้อมูลแรงงานต่างด้าว 30 จังหวัด ในปี 2550 พบว่าภาครัฐต้องแบกรับภาระค่ารักษาพยาบาล แรงงานต่างด้าวที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนถึง 155 ล้านบาทเศษ นอกจากนั้นยังมีการขอเข้ารับบริการสังคม อื่น ๆ อีกเช่น การศึกษา การฝึกอาชีพ การจ้างงาน เป็นต้น

ซึ่งในความเป็นจริงนั้นสถานพยาบาลสาธารณสุขตามแนวชายแดนไม่สามารถเก็บค่า รักษาพยาบาลจากประชาชนของประเทศเพื่อนบ้านที่มาขอรับบริการได้เนื่องจากประชาชนกลุ่มมี ฐานะยากจนมาก จึงจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือตามหลักมนุษยธรรม

ภายหลังการเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรของไทย ในปี พ.ศ. 2544 รัฐบาลพรรคไทย รักไทยได้นำนโยบายสวัสดิการสังคมมาใช้ อย่างแพร่หลาย ในชื่อว่า “นโยบายประชานิยม” โดย

² ผู้จัดการออนไลน์ www.siamhnm.com/?name=news&file=readnews&max=5593 (28 ตุลาคม 2551)

หนึ่งในนโยบายสำคัญในสมัยนั้นคือนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือชื่อโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” นั้นเป็นจุดเริ่มต้นของการบริการสาธารณสุขยุคใหม่

สืบเนื่องจากนโยบายดังกล่าวและนโยบายด้านการจัดสวัสดิการสาธารณสุขในรัฐบาลต่อ ๆ มาส่งผลให้การบริหารงานสาธารณสุขมีการปรับเปลี่ยนไปอย่างชัดเจน ทั้งการบริหารงบประมาณเป็นการบริหารงบประมาณตามจำนวนรายหัวประชากร มิใช่การให้งบประมาณโดยพิจารณาตามโครงการที่หน่วยงานเสนออย่างแต่ก่อน ประกอบกับนโยบายในด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับประเทศเพื่อนบ้านและแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาขายแรงงานในประเทศไทย เช่น นโยบายการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าว นโยบายการประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว เป็นต้น ส่งผลให้การจัดบริการสาธารณสุขชายแดนได้รับผลกระทบอย่างมาก โดยหากพิจารณาถึงบริบทของพื้นที่ความเป็นพื้นที่ชายแดนแล้วจะพบว่ามีความแตกต่างกันกับพื้นที่ชั้นใน และสังคมเมืองอย่างมาก ทำให้นโยบายเดียวกันกับได้รับผลที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน

การจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนไม่เป็นประเด็นที่ถูกหยิบยกมาในการกำหนดนโยบายมากนัก เพราะโดยส่วนใหญ่ผู้กำหนดนโยบายจะมองประเด็นดังกล่าวเป็น ประเด็นที่เล็กในระดับจุลภาค นโยบายภาครัฐของไทยมีมักเป็นนโยบายในระดับมหภาคที่ประกาศใช้เหมือนกันทั่วทั้งประเทศ ทำให้เกิดปัญหาในการนำนโยบายไปปฏิบัติ เพราะสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกันอย่างมาก ในกรณีของการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนมีความน่าสนใจในประเด็นที่ว่า

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นนโยบายที่ให้หลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนไทย โดยสถานพยาบาลจะได้รับงบประมาณตามรายหัวประชากรที่มีทะเบียนบ้านอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานพยาบาลนั้น ๆ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะเป็นผู้จัดสรรงบประมาณให้ ทำให้คนไทยไม่ว่าจะยากดีมีจน ก็จะมีสวัสดิการสังคมด้านสาธารณสุขไว้บริการทั่วถึงทุกคน แต่ในพื้นที่ชายแดนไม่ได้มีเฉพาะแต่คนไทยที่พักอาศัยอยู่ในพื้นที่ และไม่ได้มีแต่คนไทยที่เข้ามาขอรับบริการสาธารณสุข แต่ยังมีชาวต่างด้าวที่เข้ามาขอรับบริการสาธารณสุขจากสถานพยาบาลไทยอีกด้วย ซึ่งเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้การรักษาและบริการสาธารณสุขอื่น ๆ แก่ชาวต่างด้าวเหล่านั้น เพราะไม่เพียงแต่เป็นการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ตามหลักมนุษยธรรมแล้ว หากไม่ให้บริการสาธารณสุขแก่ชาวต่างด้าวเหล่านั้นอาจจะนำมาซึ่งปัญหา

สาธารณสุขแต่คนไทยในพื้นที่ได้ อาทิ หากเด็กชาวต่างด้าวในพื้นที่คนหนึ่งไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรค เด็กชาวต่างด้าวคนนั้นอาจจะเป็นพาหะของโรค นำโรคร้ายมาแพร่สู่เด็กไทยได้ หรือหากหน่วยงานสาธารณสุขไม่เข้าไปดูแลเรื่องสุขอนามัยของแรงงานต่างด้าว ปล่อยให้แรงงานต่างด้าวมียุติกรรมการกินอยู่ และการขับถ่ายไม่ถูกสุขลักษณะ ผลจากปล่อยปละละเลยนั้นจะส่งผลให้เกิดโรคระบาดในพื้นที่และส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของคนไทยตามมา เพราะฉะนั้นการที่หน่วยงานสาธารณสุขเข้าไปรักษาดูแลสุขภาพของกลุ่มชาวต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยไม่ใช่เพียงการช่วยเหลือตามหลักมนุษยธรรมเท่านั้นแต่เป็นการระวังป้องกันโรคให้กับคนไทยโดยตรงอีกด้วย

แต่เมื่อระบบการจัดสรรงบประมาณตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถูกนำมาใช้ ทำให้งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรให้แก่สถานพยาบาลสาธารณสุขในพื้นที่เป็นงบประมาณที่ได้รับมาอย่างจำกัด ไม่เพียงพอ กับความจำเป็นที่ต้องให้บริการสาธารณสุขด้วย โดยในภาพรวมเฉพาะจังหวัดสระแก้ว ในช่วง พ.ศ. 2552 - 2553 มีงบประมาณที่ไม่สามารถจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลได้จากกลุ่มแรงงานต่างด้าวในพื้นที่ที่เข้ามาขอรับบริการสาธารณสุข ประมาณปีละไม่น้อยกว่า 10 ล้านบาท ส่งผลให้สถานพยาบาลในจังหวัดสระแก้วเกิดปัญหาขาดสภาพคล่องในบางช่วงเวลา และขาดโอกาสในการใช้งบประมาณในด้านการพัฒนางานสาธารณสุขในพื้นที่

อีกนโยบายหนึ่งที่น่าสนใจและมีผลกระทบต่อการบริหารงานสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนคือ “นโยบายการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าว” จากการภาคการผลิตของไทยประสบปัญหาการขาดแคลนแรงงานเพื่อใช้ในการผลิตทำให้รัฐบาลต้องอนุญาตให้มีการนำแรงงานต่างด้าวมาขึ้นทะเบียนเพื่อบรรเทาปัญหาดังกล่าว แต่การขึ้นทะเบียนแรงงานที่ใช้รูปแบบเดียวกันทั่วประเทศ โดยให้นายจ้างพาแรงงานต่างด้าวมาจดทะเบียน ในการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวหนึ่งคนจะต้องเสียค่าธรรมเนียมทั้งหมดประมาณ 3,800 บาท ต่อปี

ซึ่งไม่สอดคล้องกับบริบทการใช้แรงงานต่างด้าวในพื้นที่ชายแดนที่แรง งานส่วนใหญ่ไม่ได้อยู่กับนายจ้างคนเดียวตลอดทั้งปี โดยแรงงานจะเข้ามารับจ้างทำงานกับนายจ้างเป็นการชั่วคราวในช่วงฤดูการเกษตร หรือเมื่อทำงานให้นายจ้างคนแรกเสร็จ ก็จะเวียนไปรับจ้างนายจ้างอีกคนหนึ่งต่อไป เช่นนี้จนกว่าจะหมดฤดูการเกษตร ไม่ได้ประจำอยู่กับนายจ้างคนใดคนหนึ่ง และยังมีแรงงานต่างด้าวในรูปแบบรายวัน ที่จะเดินทางข้ามแดนเข้ามาทำงานในประเทศไทยในตอนเช้าและเดินทางกลับประเทศกัมพูชาในตอนเย็น จากบริบทการใช้แรงงานต่างด้าวดังที่กล่าวมาจึงไม่มี

นายจ้างคนใดขอยกแรงงานไปขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าว ด้วยเหตุผลที่ว่าใช้แรงงาน เหล่านั้นทำงานไม่ถึง 1 ปี หากไปขึ้นทะเบียนแล้วแรงงานไปทำงานกับนายจ้างคนอื่น ตนเองก็จะเสียประโยชน์จากค่าขึ้นทะเบียน โดยในพื้นที่ชายแดน เช่น อ.คลองหาด จ.สระแก้ว ในปีที่ผ่านมา มีแรงงานต่างด้าวขึ้นทะเบียนทั้งสิ้น 71 คน ทำให้สถานพยาบาลในพื้นที่ที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณการประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนเพียง 71 คน แต่ในความเป็นจริงแรงงานทั้งหมดในพื้นที่ เมื่อมีอาการเจ็บป่วยจะเข้ามาขอรับบริการสาธารณสุขจากสถานพยาบาลของไทยทั้งสิ้น โดยในบางครั้งสถานพยาบาลไม่สามารถเก็บค่ารักษาพยาบาลได้ เพราะแรงงานต่างด้าวเป็นผู้มีรายได้น้อย ฐานะยากจน หรืออาจจะเก็บค่ารักษาพยาบาลได้เพียงบางส่วน ไม่เพียงพอกับค่ายาและเวชภัณฑ์ที่ใช้ในการรักษา อีกทั้งยังต้องมีการจัดสรรวัคซีนไว้ให้กับบุตรหลานของแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาพักอาศัยในพื้นที่เพื่อการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค รวมถึงการเผยแพร่ รมรณรงค์ให้ความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรค ทำให้ภาระงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

จากนโยบายทั้งสองเรื่องที่กำลังมาพบว่าการกำหนดนโยบายจากส่วนกลางแล้วบังคับใช้ทั่วไปทั้งประเทศย่อมให้ผลไม่เหมือนกันทั้งประเทศ แตกต่างไปตามบริบทของพื้นที่ นโยบายสาธารณสุขชายแดนนอกจากจะเป็นนโยบายที่ได้ค่อยได้รับความสำคัญแล้ว ยังถูกผลกระทบจากนโยบายอื่น ๆ อีกทำให้การบริหารงานสาธารณสุขชายแดนเกิดปัญหา และจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการแก้ไข

และในปี พ.ศ. 2558 ประเทศไทยจะเข้าร่วมประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AFTA) จำเป็นต้องมีการเปิดเสรีทางการค้าในหลายภาคกิจการ และการเปิดเสรีภาคแรงงานก็เป็นภาคส่วนหนึ่งที่ต้องมีการเปิดเสรีการค้า จะทำให้ภายหลังปี พ.ศ. 2558 จะมีแรงงานต่างด้าวทั้งที่เป็นแรงงานฝีมือและแรงงานไร้ฝีมือเข้าสู่ตลาดแรงงานในประเทศไทยอย่างมาก จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมตัวเพื่อรองรับและเป็นการลดผลกระทบด้านการจัดบริการสาธารณสุขจากนโยบายของส่วนกลาง และการเปิดเสรีการค้ากับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน

โดยผลกระทบด้านสาธารณสุขชายแดนที่เกิด จากการเข้ามาใช้บริการของประชาชน กัมพูชาต่อการจัดบริการสาธารณสุขของไทย สามารถยกมาเป็นตัวอย่างได้ดังนี้

สืบเนื่องจากการเข้ามารับบริการสาธารณสุขของประชาชนกัมพูชามีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลถึงขวัญกำลังใจของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่อย่างมาก โดยพบว่า ในปีงบประมาณ 2552 -2553 มีจำนวนแรงงานต่างด้าวเข้ามาขอรับบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2551 เกือบเท่าตัว

ตารางที่ 1 สรุปจำนวนแรงงานต่างด้าวที่เข้ามารับการรักษาพยาบาลในจังหวัดสระแก้ว
ปีงบประมาณ 2548 - 2553

ปีงบประมาณ	ผู้ป่วยฉุกเฉิน (เรียกเก็บได้) จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (เรียกเก็บไม่ได้) จำนวนผู้ป่วย (ราย)	รวมทั้งสิ้น จำนวนผู้ป่วย (ราย)
2548	5,034	4,390	9,424
2549	784	1,520	2,304
2550	562	1,539	2,101
2551	1,165	4,260	5,425
2552	1,504	9,634	11,138
2553	2,865	7,242	10,107

ที่มา : สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

ส่งผลให้ภาระงานของบุคลากรเพิ่มสูงขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทั้งนี้ในปัจจุบันประเด็นดังกล่าวยังไม่เป็นปัญหามากนัก แต่หากจำนวนผู้รับบริการมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อบุคลากรสูงขึ้นไปด้วย

ซึ่งการเพิ่มขึ้นของจำนวนแรงงานต่างด้าวในพื้นที่ทำให้ บุคลากรจำเป็นต้องมีความรู้ในเรื่องข้อมูลทางด้านการสาธารณสุขของประเทศเพื่อนบ้าน และข้อมูลอื่นๆ ที่จำเป็นต่อการวางแผนงานด้านการสาธารณสุขของประเทศเพื่อนบ้านเป็นพิเศษ แต่บุคลากรที่มีความรู้ในด้านนี้จะเป็นบุคลากรด้านการบริหารงาน และกำกับดูแลนโยบายในพื้นที่ ส่วนบุคลากรที่รับผิดชอบด้านการบริการสาธารณสุขโดยตรงจะไม่ทราบข้อมูลดังกล่าว

อีกผลกระทบหนึ่งที่มีผลต่อการให้บริการสาธารณสุขคือ เรื่องการสื่อสารของบุคลากร โดยบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาเขมรได้ ทำให้เกิดอุปสรรคและความล่าช้าในการให้บริการ จำเป็นต้องอาศัยล่ามเพื่อสื่อสารในการให้บริการสาธารณสุข ทำให้การจัดบริการสาธารณสุขให้กับผู้รับบริการชาวกัมพูชา ทำให้เกิดอุปสรรคในการดำเนินงาน และยังอาจเกิดความคลาดเคลื่อนในการสื่อสารได้อีกด้วย ซึ่งการทำการพิจารณาแล้วพบว่า ปัญหาในเรื่องทักษะการสื่อสารด้วยภาษาของประเทศเพื่อนบ้านเป็นปัญหาใหญ่ของการให้บริการสาธารณสุข ซึ่งตามความคิดเห็นของผู้รับบริการชาวกัมพูชาเองก็ให้ความสำคัญกับปัญหาด้านการสื่อสารนี้อย่างมาก เพราะอาจจะส่งผลกระทบต่อความเข้าใจในเรื่องการใช้จ่าย หรือการปฏิบัติตัวที่คลาดเคลื่อนของผู้ป่วยไปได้ อีกทั้งกระทรวงสาธารณสุขเองมิได้มีนโยบายส่งเสริม หรือจูงใจให้บุคลากรฝึกทักษะดังกล่าว แต่กลับมีการส่งเสริมเรื่องการใช้ภาษาอังกฤษแทน ซึ่งการสื่อสารด้วยภาษาเขมรในการรักษาถือเป็นลักษณะเฉพาะของพื้นที่ชายแดนฝั่งประเทศกัมพูชา เพราะเป็นประเด็นสำคัญที่บุคลากรในพื้นที่ควรที่จะได้รับการพัฒนาในทักษะการสื่อสาร

นอกจากทักษะด้านการสื่อสารแล้ว ลักษณะเฉพาะของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนที่จำเป็นต้องมีคือ ผู้บริหารและผู้ให้บริการจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงข้อมูลพื้นฐานด้านเศรษฐกิจสังคม และการเมืองของประเทศเพื่อนบ้าน จำเป็นต้องเข้าใจถึงลักษณะการทำงาน และศักยภาพของหน่วยงานสาธารณสุขของประเทศเพื่อนบ้าน รวมถึงเข้าใจถึงวัฒนธรรมความเชื่อในการทำงานต่าง ๆ และที่สำคัญจำเป็นต้องมีทัศนคติที่ดีต่อประเทศเพื่อนบ้าน ไม่ควรนำกรณีความขัดแย้งหรือประเด็นทางการเมืองระหว่างประเทศ มาเป็นอคติในการให้บริการสาธารณสุข หรือดำเนินกิจกรรมทางสาธารณสุขร่วมกันกับหน่วยงานสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขจึงควรส่งเสริมและจูงใจให้บุคลากรสาธารณสุขของกระทรวงฝึกทักษะการสื่อสารด้วยภาษาประเทศเพื่อนบ้าน โดยพิจารณาค่าภาษาหรือค่าตอบแทนพิเศษอื่นและเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประเทศเพื่อนบ้านและสร้างทัศนคติที่ดีของบุคลากรสาธารณสุขต่อประเทศเพื่อนบ้านเป็นสำคัญ

นอกจากผลกระทบด้านบุคลากรแล้ว การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้รับบริการสาธารณสุขชาวกัมพูชาที่หลีกเลี่ยงไม่ได้อีกประการหนึ่งคือ ผลกระทบด้านงบประมาณ สืบเนื่องจากค่าใช้จ่ายในการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวมีค่าใช้จ่ายสูง และระบบการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวที่

กำหนดให้มีการขึ้นทะเบียนเป็นรายปีนั้น ไม่สอดคล้องกับบริบทของการใช้แรงงานต่างด้าวในพื้นที่ชายแดน อ.คลองหาด จังหวัดสระแก้ว ดังที่กล่าวไปแล้วข้างต้นนั้น ส่งผลให้สถานพยาบาลไม่ได้รับการจัดสรรงบประมาณสำหรับการดูแลรักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าวในพื้นที่ได้อย่างทั่วถึง ประกอบกับแรงงานต่างด้าวส่วนใหญ่มีรายได้น้อย ไม่สามารถชำระค่ารักษาพยาบาลได้ หรือชำระได้เพียงบางส่วน จึงทำให้สถานพยาบาลจำเป็นต้องใช้งบประมาณรายหัวในส่วน of ประชาชนไทยในการรักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าว ทำให้สถานพยาบาลต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้น

ตารางที่ 2 ค่าใช้จ่ายในการให้บริการแรงงานต่างด้าวซึ่งไม่สามารถชำระค่าใช้จ่ายได้
ของโรงพยาบาลคลองหาด

พ.ศ.	2550		2551		2552		รวมค่าใช้จ่าย (บาท)
	ผู้ป่วย นอก	ผู้ป่วย ใน	ผู้ป่วย นอก	ผู้ป่วย ใน	ผู้ป่วย นอก	ผู้ป่วย ใน	
จำนวนเงินที่ไม่ สามารถจัดเก็บได้	5,324	57,438	15,541	63,952	24,455	113,032	279,743

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (เอกสารอัดสำเนา), 2554

ตาราง 3 สรุปค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าวจังหวัดสระแก้ว

ปีงบประมาณ 2548 - 2553

ปีงบประมาณ	ผู้ป่วยเจ็บทะเบียน (เรียกเก็บได้)		ผู้ป่วยไม่เจ็บทะเบียน (เรียกเก็บไม่ได้)	
	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ค่าใช้จ่าย (บาท)	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ค่าใช้จ่าย (บาท)
2548	5,034	2,206,580.00	4,390	6,11,158.00
2549	784	671,429.90	1,520	7,641,871.70
2550	562	667,486.50	1,539	6,075,084.85
2551	1,165	492,151.25	4,260	7,668,782.00
2552	1,504	774,595.75	9,634	10,422,521.45
2553	2,865	1,940,714.00	7,242	10,702,390.00

ที่มา : สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

หากพิจารณาในรายสถานพยาบาลจะเห็นว่างบประมาณในส่วนนี้อาจจะไม่สูงมากนัก เช่น ในโรงพยาบาลคลองหาด เมื่อนับรวมงบประมาณ จะไม่สูงมากนัก แต่เมื่อรวมค่าใช้จ่ายในการให้บริการแรงงานต่างด้าวในภาพรวมของทั้งจังหวัดสระแก้วจะพบว่า มีค่าใช้จ่ายสูงถึงปีละประมาณ 10 ล้านบาท

ด้วยแบบการวางแผนและจัดสรรงบประมาณให้สถานพยาบาลของใช้หลักการเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนประชากรในพื้นที่ โดยเป็นงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นเพื่อการดูแลด้านสาธารณสุขสำหรับคนไทย ทำให้หน่วยปฏิบัติในพื้นที่ชายแดนซึ่งมีภาระด้านการให้บริการผู้รับบริการสาธารณสุขชาวกัมพูชาไม่สามารถวางแผนงบประมาณสำหรับการรักษาพยาบาล หรือการป้องกันโรคให้กับผู้รับบริการสาธารณสุขชาวกัมพูชาในพื้นที่ได้ แต่ในบริบทเพื่อที่ชายแดนหรือพื้นที่ที่มีแรงงานต่างด้าวอาศัยอยู่มาก มีความจำเป็นที่จะต้องให้การรักษาพยาบาล และดูแลด้านสุขภาพอนามัยการป้องกันและควบคุมโรคให้แก่แรงงานต่างด้าวเหล่านั้นด้วยเพราะหากชาวต่าง

ตัวกลุ่มดังกล่าวเกิดมีปัญหาด้านสุขภาพหรือโรคติดต่อ ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยด้วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

โดยรัฐบาลไม่สามารถจัดสรรเงินงบประมาณเพื่อชดเชยส่วนต่างที่เสียไปจากการให้บริการสาธารณสุขแก่ชาวต่างด้าวได้ คงทำได้เพียงให้หน่วยงานในพื้นที่เสนอขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานอื่น เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน หรืองบประมาณของผู้ว่าราชการจังหวัด เพื่อมาชดเชยงบประมาณบางส่วนที่เสียไป

ผลกระทบด้านการบริหารวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ยา และเวชภัณฑ์เอง ก็พบปัญหาในลักษณะเดียวกันกับปัญหาด้านงบประมาณ คือตกอยู่ภายใต้ระบบการจัดสรรงบประมาณตามรายหัวประชากร ทำให้เกิดปัญหาเรื่องของความพอเพียงในบางช่วงเวลา ที่เกิดสภาวะอากาศเปลี่ยนแปลงหรือเกิดการแพร่ระบาดของโรค

เช่นกันในเรื่องของการบริหารงานและการรายงานข้อมูลที่ถูกผูกติดกับระบบการจัดสรรงบประมาณแบบรายหัวประชากร ทำให้เมื่อผู้ป่วยชาวต่างด้าวเข้ามาใช้บริการแล้ว เจ้าหน้าที่ไม่สามารถบันทึกข้อมูลการใช้บริการเพื่อเก็บเป็นสถิติได้ เพราะระบบบันทึกข้อมูลสาธารณสุขต้องอิงอยู่กับหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก การจัดเก็บและรายงานข้อมูลสาธารณสุขจึงคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงในพื้นที่

จากที่กล่าวมาอาจพิจารณาได้ว่า หน่วยงานในส่วนกลางที่รับหน้าที่กำกับดูแลการใช้แรงงานต่างด้าวหรือเกี่ยวข้องกับแรงงานต่างด้าว อาทิ กรมการจัดหางาน หรือ สำนักงานบริหารแรงงานต่างด้าว รวมถึงกระทรวงสาธารณสุข ด้วยนั้น โดยส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นให้แรงงานต่างด้าวเข้าสู่ระบบเพื่อการควบคุมดูแล แต่ยังไม่มีความชัดเจนในการดูแลแรงงานต่างด้าวนอกระบบ และแรงงานต่างด้าวตามแนวชายแดนที่มีบริบทการใช้แรงงานและการทำงานแตกต่างจากพื้นที่ชั้นใน โดยหน่วยงานเหล่านั้นใช้นโยบายแบบเดียวกันกับทุกพื้นที่ทำให้เกิดช่องว่างของการนำนโยบายไปปฏิบัติได้ ซึ่งทางกระทรวงสาธารณสุขเองถึงแม้จะมีการจัดทำแผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนาสาธารณสุขตามแนวชายแดน ฉบับที่ 1 เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 - 2554 แต่แผนระดับกระทรวงเป็นการตั้งรับมากกว่าเชิงรุก และเนื่องจากไม่มีงบประมาณประกอบกับมีจำกัดทางระเบียบบริหารงบประมาณที่ไม่สามารถนำงบประมาณไปใช้ในการปฏิบัติงานข้ามพื้นที่ชายแดน หรือใช้งบประมาณเพื่อสนับสนุนบุคคลที่มิได้มีสัญชาติไทยได้ จึงทำให้งบประมาณในส่วน

การให้บริการด้านการรักษา ส่วนงบประมาณในส่วนของการป้องกันควบคุมโรคยังมีน้อยมาก โดยงบประมาณส่วนใหญ่เป็นการทำในเรื่องการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร ซึ่งทำให้แผนแม่บทดังกล่าวไปเป็นที่รับทราบในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ชายแดน และยังไม่เกิดผลการนำนโยบายตามแผนไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

นั้นย่อมเป็นสิ่งที่พิสูจน์แล้วว่า การกำหนดนโยบายในระดับมหภาคนั้นย่อมเกิดช่องว่างในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งอาจจะไม่ได้รับความสนใจจากพื้นที่เพราะไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาในแต่ละพื้นที่ ในกรณีนี้จำเป็นต้องมีการปรับปรุงแก้ไขนโยบาย โดยให้หน่วยงานระดับพื้นที่เข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดทำนโยบายและแผนงานต่างๆ เพื่อให้สะท้อนสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่ และนโยบายส่วนกลางควรเป็นการวางเป้าหมายและยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน โดยการเปิดช่องให้หน่วยงานในระดับพื้นที่สามารถกำหนดกลยุทธ์ในการบริหารของตนเองได้ เพื่อให้วิธีการบริหารงานสอดคล้องกับสภาพปัญหาและสภาพพื้นที่

ซึ่งในพื้นที่ อ.คลองหาด จ.สระแก้ว มีการรวมกลุ่มของเกษตรกรผู้เป็นนายจ้างของแรงงานต่างด้าวเพื่อทำการจัดระเบียบแรงงานต่างด้าวกันเองในพื้นที่ ทำให้มีกลุ่มนายจ้างผู้ใช้แรงงานต่างด้าวในภาคการเกษตร ในพื้นที่อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว ได้ทำการรวมตัวกันจัดตั้งสมาคมเกษตรกรคลองหาด ภายใต้การสนับสนุนของหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ โดยสมาคมมีวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งเพื่อดูแล และสนับสนุนสมาชิกในการประกอบกิจการด้านการเกษตร ทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยบทบาทหน้าที่หนึ่งที่สมาคมเกษตรกรอำเภอคลองหาดได้ดำเนินการคือร่วมมือกับทางราชการเข้าไปจัดการแรงงานต่างด้าวในพื้นที่ให้อยู่ในระบบสามารถควบคุมดูแลมิให้แรงงานต่างด้าว สร้างปัญหาให้แก่ประชาชนไทยในพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาสังคม ปัญหาสุขภาพจิต หรือแม้แต่ปัญหาด้านสาธารณสุข โดยสมาคมฯ ได้ร่วมกับทางราชการฝ่ายต่างๆ ทำการออกระเบียบ กติกาการใช้แรงงานต่างด้าวในพื้นที่ (แผนพัฒนาสมาคม, สมาคมเกษตรกรอำเภอคลองหาด: เอกสารอัดสำเนา) ทั้งยังออกแบบระบบการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวที่เหมาะสมกับพื้นที่ กล่าวคือ มีการขออนุญาตใช้แรงงานในแบบรายวัน (เข้าไป-เย็นกลับ) และมีการขออนุญาตใช้แรงงานต่างด้าวแบบระยะยาว โดยเสียค่าธรรมเนียมเป็นรายเดือน (เดือนละ 50 บาทต่อแรงงานต่างด้าว 1 คน) โดยเป็นข้อตกลงร่วมกันที่บังคับใช้เฉพาะพื้นที่ อ.คลองหาด จ.สระแก้วเท่านั้น ซึ่งมาตรการนี้ถึงแม้จะไม่มีกฎหมายรองรับ แต่ถือได้ว่าเป็นมาตรการที่ช่วยในการ

ควบคุมการใช้แรงงานต่างด้าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังช่วยควบคุมและจัดระเบียบแรงงานที่พำนักอาศัยในประเทศไทยไม่ให้ก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น ควบคุมการเคลื่อนย้ายแรงงาน และการป้องกันและควบคุมโรค

โดยรายได้จากการเก็บค่าธรรมเนียมของสมาคมเกษตรกร อ.คลองหาด จะนำไปใช้ในกิจการของสมาคม และอุดหนุนหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการและหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว ที่ได้ช่วยเหลือดูแลแรงงานต่างด้าวในด้านสุขภาพอนามัย

ถึงแม้ว่าการดำเนินการของสมาคมเกษตรอำเภอคลองหาด จะไม่มีกฎหมายจากทางราชการรองรับการดำเนินงาน แต่การดำเนินงานของสมาคม ฯ เป็นประโยชน์ต่อทางราชการอย่างมาก เนื่องจากการดำเนินการดังกล่าวสามารถช่วยในการควบคุมการเข้าออกของแรงงานต่างด้าว ทำให้ทราบข้อมูลจำนวนของแรงงานต่างด้าวที่เข้าออกในแต่ละวัน การเคลื่อนย้ายแรงงาน และสถานที่พำนักอาศัยของแรงงานในประเทศไทย อีกทั้งได้รับความร่วมมือจากนายจ้างในการควบคุมดูแลแรงงานต่างด้าวในสังกัดของตนเองด้วย นี่เป็นตัวอย่างหนึ่งของการบริหารจัดการในพื้นที่ ที่ให้ภาคประชาชนเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมด้วยตนเองและสามารถบรรเทาปัญหาและลดช่องว่างของการนำนโยบายไปปฏิบัติของภาครัฐ

ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับระบบการบริหารงานสาธารณสุขชายแดน ไม่แตกต่างจากความล้มเหลวของนโยบายด้านอื่น ๆ อันเป็นผลมาจากการกำหนดนโยบายจากส่วนกลาง ขาดมิติของการมีส่วนร่วมในพื้นที่ และขาดความเข้าใจในความหลากหลายของแต่ละพื้นที่ ทำให้นโยบายที่ออกมาจากส่วนกลางไม่สามารถนำนโยบายไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพประสิทธิผลเท่าที่ควร กระบวนการกำหนดนโยบายควรจำแนกออกเป็น 2 ส่วนคือ การกำหนดนโยบายเชิงมหภาค โดยให้ส่วนกลางกำหนดวัตถุประสงค์หรือวิสัยทัศน์ และเป้าหมายของนโยบาย รวมทั้งกรอบการทำงาน อำนาจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน ส่วนในระดับจุลภาคเป็นหน้าที่ของหน่วยงานในระดับภาคระดับจังหวัดที่จะร่วมกันกำหนดกลยุทธ์ในการดำเนินงาน โดยพิจารณาบริบทของแต่ละพื้นที่เป็นหลักในการดำเนินงาน และสามารถนำภาคประชาสังคม องค์กรพัฒนาเอกชน หรือหน่วยงานอื่น ๆ เข้ามาร่วมในการปฏิบัติงานได้

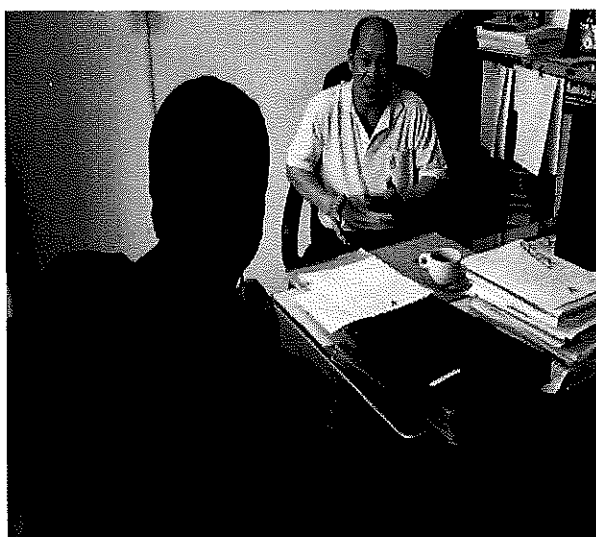
อย่างไรก็ดีในระดับขั้นของการนำนโยบายมาปฏิบัติในระดับจุลภาพจำเป็นต้องมีการ
ตรวจสอบถ่วงดุลจากหลายฝ่ายหลายหน่วยงานเพื่อสร้างความมั่นใจในความโปร่งใสของ
กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ

ภาคผนวก 3

ภาพถ่ายการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล



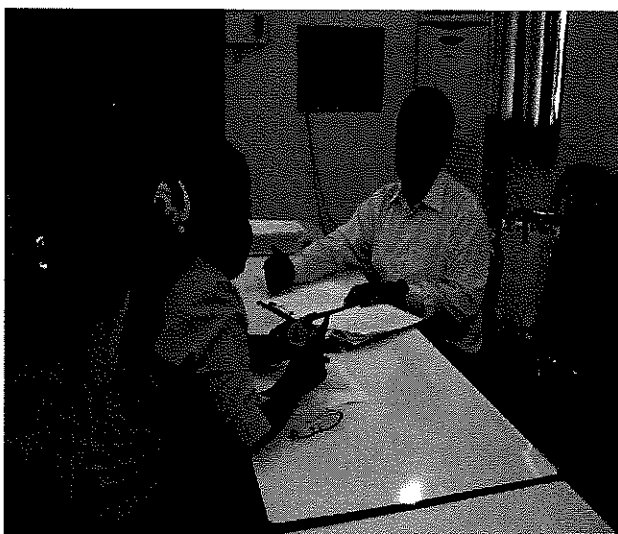
สัมภาษณ์นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว



สัมภาษณ์รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว



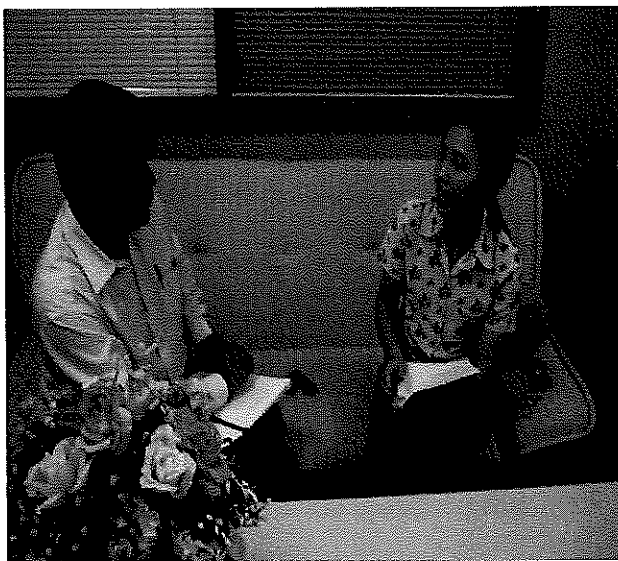
สัมภาษณ์รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว



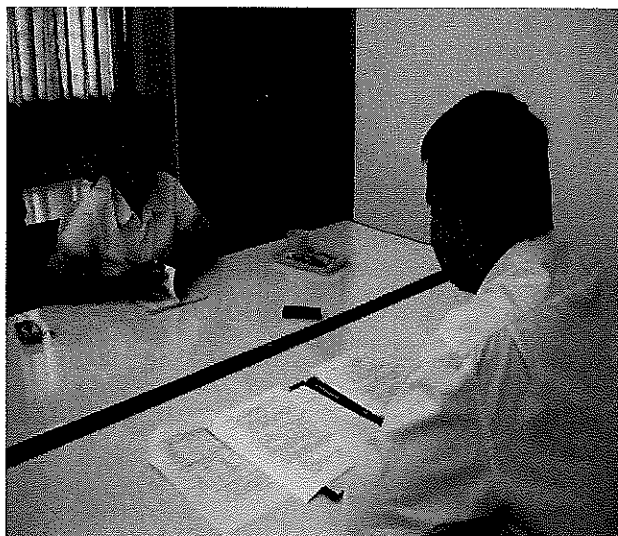
สัมภาษณ์สาธารณสุขอำเภอคลองหาด



สัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองหาด



สัมภาษณ์หัวหน้าการพยาบาล รพ. คลองหาด



สัมภาษณ์และสนทนากลุ่มหัวหน้าสถานีนอนมัย ในพื้นที่อำเภอคลองหาด



สัมภาษณ์นายกสมาคมเกษตรฯ อ.คลองหาด



สนทนากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข อ.คลองหาด



สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชน ในจังหวัดสระแก้ว

กำหนดการลงพื้นที่เก็บข้อมูล				
โครงการวิจัยผลกระทบที่เกิดจากการจัดการบริการสาธารณสุขให้ประชาชนกัมพูชา อ.คลองหาด จ.สระแก้ว				
วันที่ 21 - 23 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2554				
ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	วัน/เวลา	สถานที่	
1. นางยุภาพรณ วรณชัยวงศ์	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว	21 ก.พ. 54 / 13.00 - 14.00 น.	สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว	
2. นายแพทย์ยุทธพงษ์ ศรีมงคล	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว	21 ก.พ. 54 / 14.00 - 15.00 น.	สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว	
3. นายแพทย์อัมรินทร์ ราษฎร์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว	22 ก.พ. 54 / 14.00 - 15.00 น.	สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว	
4. นางกัญญารัตน์ สมบูรณ์	หัวหน้าสถานีอนามัยบ้านชุมทอง	23 ก.พ. 54 / 9.00 - 10.00 น.	สาธารณสุขอำเภอกลองหาด	
5. นางพรพรรณ สร้อยทอง	หัวหน้าสถานีอนามัยบ้านหนองแวง	23 ก.พ. 54 / 9.00 - 10.00 น.	สาธารณสุขอำเภอกลองหาด	
6. นายปคม แรกขึ้น	หัวหน้าสถานีอนามัยบ้านทับทิมสยาม	23 ก.พ. 54 / 9.00 - 10.00 น.	สาธารณสุขอำเภอกลองหาด	
7. นายนิกร เหลืองจันทิก	หัวหน้าสถานีอนามัยบ้านหินกอง	23 ก.พ. 54 / 9.00 - 10.00 น.	สาธารณสุขอำเภอกลองหาด	
8. นางยุวดี สาระพันธ์	หัวหน้าสถานีอนามัยราชันย์	23 ก.พ. 54 / 9.00 - 10.00 น.	สาธารณสุขอำเภอกลองหาด	
9. นายประดิษฐ์ เพื่องฟู	หัวหน้าสถานีอนามัยคลองไถ่เลื่อน	23 ก.พ. 54 / 10.00 - 10.40 น.	สาธารณสุขอำเภอกลองหาด	
10. นายพีระยุทธ ฟูมเรือนทอง	หัวหน้าสถานีอนามัยบ้านน้ำคำ	23 ก.พ. 54 / 10.40 - 11.20 น.	สาธารณสุขอำเภอกลองหาด	
11. นางวัลลีย์ นิตินาศ	หัวหน้าสถานีอนามัยบ้านนาคี	23 ก.พ. 54 / 11.20 - 12.00 น.	สาธารณสุขอำเภอกลองหาด	
12. นางอารี วิเชียร	สาธารณสุขอำเภอกลองหาด	23 ก.พ. 54 / 13.00 - 14.00 น.	สาธารณสุขอำเภอกลองหาด	
13. นางจิรภัทร พึ่งเกษม	หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลคลองหาด	23 ก.พ. 54 / 14.20 - 15.20 น.	โรงพยาบาลคลองหาด	
14. นายแพทย์ราเชษฎ์ เจริญม	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลคลองหาด	23 ก.พ. 54 / 15.20 - 16.20 น.	โรงพยาบาลคลองหาด	

กำหนดการลงพื้นที่เก็บข้อมูล			
โครงการวิจัยผลกระทบที่เกิดจากการจัดบริการสาธารณสุขให้ประชาชนกัมพูชา อ.คลองหาด จ.สระแก้ว			
วันที่ 1 - 2 มีนาคม พ.ศ. 2554			
ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	วัน/เวลา	สถานที่
1. นางสาวอรัญญา จุลสุวรรณรักษ์	ผู้จัดการ โครงการการFriend International อรัญประเทศ	1 มี.ค. 54 / 14.00 - 15.00 น.	สำนักงาน Friend International อรัญประเทศ
2. นางสาวกานต์ เจริญพานิชย์	เจ้าหน้าที่โครงการ มูลนิธิศุภนิมิต โครงการพิเศษอรัญประเทศ	1 มี.ค. 54 / 15.30 - 16.30 น.	สำนักงานมูลนิธิศุภนิมิต โครงการพิเศษอรัญประเทศ
3. นางสาววิลาวรรณ เปรมกระโทก	เจ้าหน้าที่ อสม.สถานีอนามัยบ้านหินกอง	2 มี.ค. 54 / 9.30 - 10.30 น.	สถานีอนามัยบ้านน้ำคำ
4. นางสาวสุภาพร เฉลิมศรี	เจ้าหน้าที่ อสม.สถานีอนามัยบ้านน้ำคำ	2 มี.ค. 54 / 9.30 - 10.30 น.	สถานีอนามัยบ้านน้ำคำ
5. นางสาวบุญเหลือ เขียวทอง	เจ้าหน้าที่ อสม.สถานีอนามัยบ้านชุมทอง	2 มี.ค. 54 / 9.30 - 10.30 น.	สถานีอนามัยบ้านน้ำคำ
6. นางสาวนิยมน ด้านซึ้ง	เจ้าหน้าที่ อสม.สถานีอนามัยบ้านหนองวง	2 มี.ค. 54 / 9.30 - 10.30 น.	สถานีอนามัยบ้านน้ำคำ
7. นางไพรวลัย เจริญยินดี	เจ้าหน้าที่ อสม.สถานีอนามัยบ้านนาดี	2 มี.ค. 54 / 10.30 - 11.10 น.	สถานีอนามัยบ้านน้ำคำ
8. นายขวัญไพร หนูทอง	เจ้าหน้าที่ อสม.สถานีอนามัยคลองไก่เถื่อน	2 มี.ค. 54 / 13.00 - 13.40 น.	สถานีอนามัยคลองไก่เถื่อน
9. นางเข็มทอง สุภาสุรีย์	เจ้าหน้าที่ อสม.สถานีอนามัยบ้านเขาตังกอก	2 มี.ค. 54 / 13.40 - 14.20 น.	สถานีอนามัยคลองไก่เถื่อน
10. นางรัตติกาล วรสุข	เจ้าหน้าที่ อสม.สถานีอนามัยราชันย์	2 มี.ค. 54 / 15.00 - 16.00 น.	สถานีอนามัยราชันย์
11. นางรุ่งนภา สิงใจ	เจ้าหน้าที่ อสม.สถานีอนามัยราชันย์	2 มี.ค. 54 / 15.00 - 16.00 น.	สถานีอนามัยราชันย์

กำหนดการลงพื้นที่เก็บข้อมูล				
โครงการวิจัยผลกระทบที่เกิดจากการจัดบริการสาธารณสุขให้ประชาชนกัมพูชา อ.คลองหาด จ.สระแก้ว				
วันที่ 21 มีนาคม พ.ศ. 2554				
ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	วัน/เวลา	สถานที่	
1. นายธีรพล ศิรินาวัฒน์	นายอำเภอคลองหาด	21 มี.ค. 54 / 13.00 - 14.00 น.	ที่ว่าการอำเภอคลองหาด	
2. นายอนุภูม กลิ่นกมล	หัวหน้าสถานีอนามัยบ้านเขาเจ็อก	21 มี.ค. 54 / 14.30 - 15.10 น.	สาธารณสุขอำเภอลองหาด	
3. นายธนาคล คำคำ	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอคลองหาด	21 มี.ค. 54 / 15.20 - 15.50 น.	สาธารณสุขอำเภอคลองหาด	