



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการย่อยที่ 5 เรื่อง พื้นที่สุขภาพข้ามพรมแดน : พลวัตการใช้บริการ
สุขภาพ

ระบบสุขภาพ และความทุกข์ทางสังคมของคนข้ามแดน

โดย

อาจารย์ ดร. ณัฐณิย์ มีมนต์ และคณะ

โครงการย่อยนี้เป็นส่วนหนึ่งของชุดโครงการวิจัย
เรื่อง การเคลื่อนย้ายประชากรในอาเซียน : สังคมพหุวัฒนธรรม การปกป้อง
ทางสังคม และระบบสุขภาพ (Human Mobility in ASEAN: Multicultural
Society, Social Protection and Healthcare System)

โดย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มรกต ไมยเออร์ และคณะ

พฤษภาคม 2562

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการที่ 5 เรื่อง พื้นที่สุขภาพข้ามพรมแดน: พลวัตการใช้บริการสุขภาพ ระบบสุขภาพ และความทุกข์
ทางสังคมของคนข้ามแดนในบริบทของอาเซียน

คณะผู้วิจัย	สังกัด
1. อาจารย์ ดร. ณัฐณิย์ มีมนต์	คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญจันทร์ เซอร์เรอร์	คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. อาจารย์ ดร. ชิ่ง เซอน แพค	คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. อาจารย์ ดร. ธรรมรัตน์ มะโรหบุตร	คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. นางสาววิลาสิณี คีตวัฒนานนท์	คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

งานวิจัยชิ้นนี้เป็นส่วนหนึ่งของชุดโครงการวิจัยการเคลื่อนย้ายประชากรในอาเซียน :

สังคมพหุวัฒนธรรม การปกป้องทางสังคม และระบบสุขภาพ

(Human Mobility in ASEAN: Multicultural Society, Social Protection and Healthcare System)

ภายใต้โครงการวิจัยเครือข่ายพันธมิตรมหาวิทยาลัยเพื่อการวิจัย กลุ่มวิจัยที่ 2:

การเคลื่อนย้ายของประชากรอาเซียนหลังการจัดตั้งประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน 2015

(Mobility of ASEAN People After AEC 2015)

สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

บทคัดย่อ

งานวิจัยชิ้นนี้มุ่งศึกษาผลกระทบจากการเคลื่อนย้ายประชากรในภูมิภาคอาเซียนในมิติด้านสุขภาพ โดยศึกษาผลกระทบในระดับปัจเจกผ่านมุมมองด้านความทุกข์ทางสังคมอันเกิดจากการย้ายถิ่น และผลกระทบในระดับบริบท ทั้งต่อสถานพยาบาลที่ให้บริการสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพของประเทศปลายทางในการตอบสนองต่อความต้องการทางสุขภาพ ผ่านปรากฏการณ์การใช้บริการสุขภาพ เลือกพื้นที่ศึกษาที่เป็นพื้นที่ชายแดนในภูมิภาคอาเซียนที่ประเทศทั้งสองฝั่งมีศักยภาพทางเศรษฐกิจ ได้แก่ พื้นที่ชายแดนแม่สาย-ท่าขี้เหล็ก (พรมแดนไทย-พม่า) และเชียงแสน-บ่อแก้ว (พรมแดนไทย-ลาว) โดยใช้ข้อมูลระหว่างปี 2013-2018 จากฐานข้อมูลการให้บริการสุขภาพของสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ (JHCIS) และระดับทุติยภูมิ (HosXP) รวมถึงการสังเกตการณ์ สัมภาษณ์ และเก็บข้อมูลแบบชาติพันธุ์วรรณา

จากการศึกษาพบว่า ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา บริการสุขภาพข้ามพรมแดนที่ผู้ป่วยชาวลาวและชาวพม่านิยมใช้นั้นไม่ได้เปลี่ยนแปลงมากนัก โดยส่วนใหญ่จะเป็นบริการฝากครรภ์รับวัคซีนเด็ก และการรักษาความเจ็บป่วยจากการทำงาน ทั้งนี้ บริบททางเศรษฐกิจและนโยบายด้านสุขภาพของพื้นที่ศึกษา มุมมองที่ผู้ป่วยมีต่อระบบสุขภาพของตนเองและของประเทศปลายทาง และวิถีชีวิตข้ามพรมแดนนั้นเป็นเงื่อนไขสำคัญที่กำหนดลักษณะผู้ป่วย ความต้องการทางสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชากรชายแดน ผู้ป่วยข้ามพรมแดนที่ใช้บริการในสถานพยาบาลส่วนใหญ่มีกำลังจ่าย ในขณะที่แรงงานต่างด้าวทั้งในระบบอุตสาหกรรม เกษตรกรรม และในครัวเรือนได้รับการคุ้มครองจากกองทุนประกันสุขภาพต่างด้าวหรือกองทุนประกันสังคม ทำให้การใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดนในพื้นที่เขตเศรษฐกิจนั้นแทบไม่ก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายแก่สถานพยาบาล อย่างไรก็ตาม แรงงานข้ามแดนที่ข้ามมาทำงานระยะสั้น ไม่มีสัญญาจ้าง จะไม่ได้รับการปกป้องคุ้มครองทางสังคม ถูกเอารัดเอาเปรียบ นำไปสู่ความเจ็บป่วย และไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ จึงถูกผลักดันสู่การต้องดูแลตนเองนอกสถานพยาบาล นอกจากนี้ การใช้บริการสุขภาพของประชากรข้ามพรมแดนสร้างภาระงานให้แก่สถานพยาบาล เพราะมีทรัพยากรสุขภาพที่จำกัด และการดูแลผู้ป่วยจากหลากหลายวัฒนธรรมต้องอาศัยการปรับตัวเรียนรู้อย่างมาก นอกจากนี้ สถานพยาบาลชายแดนยังต้องทำหน้าที่เป็นด่านแรกในการป้องกันโรคติดต่อข้ามแดนอีกด้วย ดังนั้น การจัดบริการสุขภาพในบริบทของการข้ามแดน ต้องพิจารณาถึงการสร้างเงื่อนไขที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชากรข้ามแดนทุกกลุ่ม ในฐานะที่เป็นพลเมืองของภูมิภาค ไม่ใช่เฉพาะรัฐใดรัฐหนึ่ง ในขณะเดียวกันก็ต้องมีการเสริมเพิ่มศักยภาพในการให้บริการสุขภาพของสถานพยาบาลชายแดน ทั้งในด้างบประมาณ กำลังคน ความเชี่ยวชาญ ตลอดจนความร่วมมือระหว่างรัฐ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการทางสุขภาพที่มีลักษณะเฉพาะของประชากรกลุ่มนี้ได้

Abstract

This study aims to investigate the impacts of transnational mobility in the ASEAN region in the aspect of health and health system. At individual level, we employed the concept of social suffering to explain how transnational mobility affected the health of transnational population. At contextual level, we studied the patterns of transnational health services utilization to indicate health demands. The impacts of transnational health services utilization on public health system at facility and system levels were also explored. The study was conducted at two economically active border areas which were Mae Sai-Tachileik at Thailand-Myanmar border and Chiang Saen-Bo Kaeo at Thailand-Laos border. The data were obtained from four hospitals' databases (i.e., JHCIS and HosXP) and from the study informants through observations, qualitative interviews and ethnographic approach.

The results showed stable number and patterns of transnational patients utilizing health services after 2013. There had been considerable demands for reproductive health services, child immunization and work-related injuries. Characteristics of patients, health demands and access to health services among transnational population varied by economic, political and cultural context of each border region. There appeared to be an increased in care coverage for cross-border workers in both formal and informal sectors in Thailand while cross-border patients and tourists were able to pay out-of-pocket. However, commuter workers and those who did not have work contract were lack of social protection, exploited and had no insurance coverage which eventually led to health problems and lack of access to care. This situation pushed them to seek for care outside of formal care system and/or rely on self-care. Major challenges to medical facilities and border health systems were higher workload from transnational patients, cultural differences between patients and providers and difficulty in border disease prevention and control. This study suggested that health protection should be offered beyond national state boundary. An enhancement of border health facilities' and system's capacity in health services provision through financing, human resources and state-to-state collaboration to extend health care coverage is essential to address specific needs of transnational population.

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อ	i
Abstract.....	ii
สารบัญ.....	iii
สารบัญตาราง.....	vi
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	3
1.3 ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	3
บทที่ 2 แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
2.1 การใช้บริการสุขภาพและพื้นที่สุขภาพข้ามพรมแดน	5
2.2 สุขภาพของประชากรกลุ่มเคลื่อนย้ายภายใต้เงื่อนไขทางสังคมและวัฒนธรรม.....	7
บทที่ 3 วิธีวิจัย.....	11
3.1 การออกแบบการวิจัย	11
3.1.1 การศึกษาสถานการณ์และแนวโน้มความเปลี่ยนแปลงของการใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดน	11
3.1.2 การศึกษาผลกระทบต่อการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพ และแนวทางการตั้งรับของสถานพยาบาล หรือผู้กำหนดนโยบายการให้บริการสุขภาพทั้งในระดับสถานพยาบาล ระดับชุมชนระดับชาติ และระดับระหว่างประเทศ	11
3.1.3 การศึกษาความทุกข์ทางสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพและวัฒนธรรม และเงื่อนไขเชิงโครงสร้างอันเป็นผลมาจากการเคลื่อนย้ายข้ามพรมแดนที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทางสังคม ความเจ็บป่วย และอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ.....	11
3.2 พื้นที่ศึกษา.....	12
3.2.1 บริบทของพื้นที่อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย	12
3.2.2 บริบทของพื้นที่อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย.....	13
3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	13
3.3.1 การวิจัยเชิงปริมาณ	13
3.3.2 การวิจัยเชิงคุณภาพ.....	14
3.4 การเก็บข้อมูล	14
3.4.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ.....	14

3.4.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ	15
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล	15
3.5.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ.....	15
3.5.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ	16
บทที่ 4 ความเจ็บป่วย การใช้บริการสุขภาพ และผลกระทบต่อระบบสุขภาพ	17
4.1 ลักษณะของผู้ใช้บริการสุขภาพในพื้นที่ศึกษาและการใช้ประกันสุขภาพ.....	17
4.1.1 ภาพรวมการใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของกลุ่มประชากรข้ามพรมแดน	17
4.1.2 สัดส่วนการใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และการใช้ประกันสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยสัญชาติไทย ประชากรข้ามพรมแดน และผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ	18
4.2 รูปแบบความเจ็บป่วยและการใช้บริการสุขภาพในสถานพยาบาล	23
4.2.1 การใช้บริการประเภทผู้ป่วยนอก	23
4.2.2 การใช้บริการประเภทผู้ป่วยใน	34
4.3 ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพและการใช้ประกันสุขภาพ.....	38
4.4 ผลกระทบและนัยยะต่อระบบบริการสุขภาพชายแดนของประเทศไทย.....	48
บทที่ 5 ความทุกข์ทางสังคมของประชากรข้ามพรมแดน	54
5.1 บริบทชุมชนสบรวก พื้นที่พรมแดนไทย-ลาว	54
5.1.1 บริบทด้านการข้ามแดนและแรงงานข้ามพรมแดนไทย-ลาว	55
5.1.2 ชุมชนกับการอยู่ร่วมกับแรงงานข้ามพรมแดนในชุมชนไทย-ลาว	57
5.1.3 มุมมองของคนในชุมชนต่อแรงงานข้ามชาติเข้ามาในพื้นที่	59
5.2 บริบทชุมชนเกาะช้าง พื้นที่พรมแดนไทย-ลาว.....	60
5.2.1 ชุมชนกับการข้ามแดนของชาวพม่ามายังฝั่งอาณาเขตประเทศไทย	65
5.2.2 มุมมองของคนไทยต่อแรงงานข้ามชาติ	67
5.2.3 กลไกในชุมชนในการดูแล จัดการแรงงานข้ามชาติ.....	68
5.3 สุขภาพและการเข้าถึงระบบสุขภาพของแรงงานข้ามพรมแดนไทย ลาว พม่า.....	68
5.4 ความทุกข์ทางสังคมของแรงงานในพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว ไทย-พม่า.....	72
5.4.1 โลกาภิวัตน์ ความเหลื่อมล้ำทางเพศและโอกาสในอาชีพแรงงาน.....	72
5.4.2 โครงสร้างทางการเมืองเศรษฐกิจ แรงผลักดันให้มาเป็นแรงงานข้ามแดน.....	73
5.4.3 ความทุกข์จากเครือข่ายทุนของการเอารัดเอาเปรียบ: นายหน้า แรงกระตุ้นให้มาเป็นแรงงานข้ามแดน.....	74
5.4.4 ความทุกข์ทางสังคมอันเนื่องจากนโยบายและระบบบริการสาธารณสุข	75

5.4.5 ความทุกข์จากสถานะที่ไม่เป็นทางการกับอำนาจรัฐ.....	76
5.4.6 ความทุกข์จากการเอารัดเอาเปรียบของนายทุน.....	76
บทที่ 6 บทสรุป.....	78
บรรณานุกรม.....	86
ภาคผนวก ก.....	89
ภาคผนวก ข.....	102

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 4.1 จำนวนการใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในระหว่างปี พ.ศ. 2556-2560 ...	18
ตารางที่ 4.2 (ก) สัดส่วนของการใช้ประกันสุขภาพประเภทต่างๆ สำหรับการใช้บริการสุขภาพผู้ป่วยนอก ในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ จำแนกตามกลุ่มประชากร	20
ตารางที่ 4.2 (ข) สัดส่วนของการใช้ประกันสุขภาพประเภทต่างๆ สำหรับการใช้บริการสุขภาพผู้ป่วยนอก ในสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ จำแนกตามกลุ่มประชากร	21
ตารางที่ 4.2 (ค) สัดส่วนของการใช้ประกันสุขภาพประเภทต่างๆ สำหรับการใช้บริการสุขภาพผู้ป่วยใน ใน สถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ จำแนกตามกลุ่มประชากร	22
ตารางที่ 4.3 (ก) หมาดหมู่ของโรค 5 อันดับแรกของผู้มาใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลแม่สาย	24
ตารางที่ 4.3 (ข) หมาดหมู่ของโรค 5 อันดับแรกของผู้มาใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลเชียงแสน	26
ตารางที่ 4.3 (ค) หมาดหมู่ของโรค 5 อันดับแรกของผู้มาใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยนอก ณ รพ.สต. เกาะช้าง	28
ตารางที่ 4.3 (ง) หมาดหมู่ของโรค 5 อันดับแรกของผู้มาใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยนอก ณ รพ.สต. สบรวก	30
ตารางที่ 4. 4เปรียบเทียบหมาดหมู่ของโรคที่ผู้ป่วยข้ามพรมแดนใช้บริการสุขภาพผู้ป่วยนอกของแต่ละ สถานพยาบาลในช่วงปี 2556-2560	33
ตารางที่ 4.5 (ก) หมาดหมู่ของโรค 5 อันดับแรกของผู้มาใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาล แม่สาย	34
ตารางที่ 4.5 (ข) หมาดหมู่ของโรค 5 อันดับแรกของผู้มาใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาล เชียงแสน	36
ตารางที่ 4. 6เปรียบเทียบหมาดหมู่ของโรคที่ผู้ป่วยข้ามพรมแดนใช้บริการสุขภาพผู้ป่วยในของแต่ละ สถานพยาบาลในช่วงปี 2556-2560	38
ตารางที่ 4.(ก) ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพผู้ป่วยนอกตามหมาดหมู่ GBD ในปี 2556 – 2561 ของ ประชากรกลุ่มข้ามพรมแดน โรงพยาบาลแม่สาย	39
ตารางที่ 4.7 (ข) ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพผู้ป่วยนอกตามหมาดหมู่ GBD ในปี 2556 – 2561 ของ ประชากรกลุ่มข้ามพรมแดน โรงพยาบาลเชียงแสน	41
ตารางที่ 4.7 (ค) ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพผู้ป่วยนอกตามหมาดหมู่ GBD ในปี 2556 – 2561 ของ ประชากรกลุ่มข้ามพรมแดน รพ.สต. เกาะช้าง	42
ตารางที่ 4.7 (ง) ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพผู้ป่วยนอกตามหมาดหมู่ GBD ในปี 2556 – 2561 ของ ประชากรกลุ่มข้ามพรมแดน โรงพยาบาลสบรวก	44

[illegible]

ตารางผนวกที่ ข-4 (ค) ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพ ค่าใช้จ่ายชำระเอง และอัตราความคุ้มครองจากประกันสุขภาพของผู้ใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยนอก รพ.สต. สบรวก ปี พ.ศ. 2560-2561	125
ตารางผนวกที่ ข-5 (ก) ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพ ค่าใช้จ่ายชำระเอง และอัตราความคุ้มครองจากประกันสุขภาพของผู้ใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่สาย ปี พ.ศ. 2556-2557	127
ตารางผนวกที่ ข-6 (ข) ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพ ค่าใช้จ่ายชำระเอง และอัตราความคุ้มครองจากประกันสุขภาพของผู้ใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2558-2559	135
ตารางผนวกที่ ข-6 (ค) ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพ ค่าใช้จ่ายชำระเอง และอัตราความคุ้มครองจากประกันสุขภาพของผู้ใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2560-2561	137

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

การรวมตัวของกลุ่มประเทศในภูมิภาค (Regional integration) เป็นเงื่อนไขสำคัญที่เร่งเสริมให้เกิดการเคลื่อนย้ายประชากรในระหว่างประเทศสมาชิกด้วยกัน การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานทางสาธารณูปโภค และการสร้างกรอบเงื่อนไขทางกฎหมายเพื่อเอื้ออำนวยต่อการค้าระหว่างประเทศในเขตเส้นแบ่งชายแดนที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจสูงได้ดึงดูดประชากรข้ามชาติ (Transnational population) ให้เข้ามาอาศัยและทำงานหาเลี้ยงชีพในพื้นที่เป็นจำนวนมาก บุคคลกลุ่มเคลื่อนย้ายเหล่านี้ยังคงผูกโยงผสมผสาน และแลกเปลี่ยนหมุนเวียนเงื่อนไขการดำรงชีวิตระหว่างประเทศภูมิลำเนาของตนเอง (Country of origin) และประเทศปลายทาง (Country of destination) อยู่เสมอ ฉะนั้น การเคลื่อนย้ายข้ามพรมแดน (Transnational mobility) จึงเป็นปรากฏการณ์ที่มีได้เกิดขึ้นเพียงในพื้นที่ทางกายภาพเท่านั้น แต่ยังเกิดขึ้นในพื้นที่ทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมือง ระหว่างประเทศภูมิลำเนาและประเทศปลายทางของบุคคลกลุ่มเคลื่อนย้าย โดยมีเป้าหมายเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การมีสุขภาพที่ดีเป็นภาพสะท้อนสำคัญของการที่ประชาชนได้รับการคุ้มครองทางสังคมและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ซึ่งเกิดขึ้นภายใต้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างทางสังคมกับปัจเจกบุคคล เช่น การให้สิทธิประชากรกลุ่มข้ามพรมแดนในการเข้าถึงสวัสดิการของรัฐ การให้ความช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ โดยชุมชนหรือหน่วยงานที่อยู่นอกภาครัฐ ตลอดจนการยอมรับให้บุคคลกลุ่มนี้อยู่ร่วมในสังคมอย่างเท่าเทียม ไม่แบ่งแยกกีดกัน ในกรณีของสหภาพยุโรป (The European Union: EU) มีการกำหนดนโยบายด้านความเสมอภาคในการให้บริการสุขภาพที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของสิทธิทางสังคม โดยตั้งแต่ปี ค.ศ. 2006 กระทรวงสาธารณสุขของประเทศในกลุ่มสมาชิก ได้ร่วมกันกำหนดคุณค่าและหลักการของระบบสุขภาพร่วมของสหภาพยุโรป โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนในสหภาพยุโรปสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมกัน (The House of Lords European Union Committee, 2009) ซึ่งถือเป็นการให้ความสำคัญคุ้มครองด้านสุขภาพแก่ทุกปัจเจกบุคคลที่อาศัยอยู่ในกลุ่มประเทศสมาชิก และส่งผลให้ประชาชนสามารถเข้าใช้บริการสุขภาพในประเทศอื่นๆ ในสหภาพยุโรปนอกเหนือจากประเทศของตนเพิ่มมากขึ้น (Glinos et al, 2010; Mainil, 2012; Rosenmoller et al, 2006) ในขณะที่ระบบบริการสุขภาพในกลุ่มประเทศอาเซียนถูกจัดวางอยู่ในขอบข่ายของแต่ละประเทศ ครอบคลุมเฉพาะประชาชนของประเทศตนเองหรือผู้ที่เข้ามาอยู่อาศัยและทำงานอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ในขณะที่ประชากรข้ามพรมแดนในอาเซียนบางส่วนไม่ใช่แรงงานวิชาชีพที่ได้รับการส่งเสริมให้เคลื่อนย้ายได้อย่างเสรีระหว่างประเทศสมาชิก จึงไม่ได้อยู่ภายใต้เงื่อนไขการได้รับความคุ้มครองทางสังคม

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศปลายทางที่รองรับประชากรเคลื่อนย้ายข้ามพรมแดนจากประเทศเพื่อนบ้านมาตั้งแต่อดีต เนื่องจากการพัฒนาที่ไม่สมมาตรระหว่างพื้นที่ชายแดนฝั่งไทยและฝั่งประเทศเพื่อนบ้าน ทำให้มีความต้องการจ้างงาน และมีการเคลื่อนย้ายประชากรเพื่อแสวงหารายได้ที่ดีกว่า การใช้บริการสุขภาพโดยผู้ป่วยจากประเทศพม่า ลาว และกัมพูชาในสถานพยาบาลประเทศไทยจึงไม่ใช่เรื่องใหม่ แต่การพัฒนาพื้นที่เขตชายแดนอย่างรวดเร็วจากการส่งเสริมการค้าหลังการเปิดประชาคมอาเซียน น่าจะส่งผลให้เกิดการเคลื่อนย้ายข้ามพรมแดนเพิ่มมากยิ่งขึ้น (Darwin & Waittie, 2006) ทั้งนี้ ประเทศไทยมีมาตรการส่งเสริมให้ทุกคนได้รับการคุ้มครองทางสุขภาพ โดยในปัจจุบัน แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย ได้รับการคุ้มครองทางสุขภาพผ่านระบบประกันสังคมหรือการซื้อบัตรประกัน

สุขภาพต่างด้าวเป็นรายปี (ชนิษฐา ภูสีมุงคุณ, 2559) อย่างไรก็ตาม ประชากรกลุ่มข้ามแดนที่มีความต้องการการดูแลสุขภาพนั้นมีสถานะการเข้าเมืองที่หลากหลาย สามารถจำแนกได้หลายกลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มผู้ที่เข้ามาประกอบอาชีพโดยมีใบอนุญาตทำงานและมีนายจ้างประจำและอยู่อาศัยในประเทศไทย (2) กลุ่มผู้ที่เข้ามาประกอบอาชีพอิสระ เป็นเจ้าของกิจการค้าขายและอยู่อาศัยในประเทศไทย (3) กลุ่มผู้ที่เข้ามารับจ้างทำงานโดยไม่มีใบอนุญาตทำงานและอยู่อาศัยในประเทศไทย (4) กลุ่มผู้ที่เข้ามารับจ้างทำงานหรือค้าขายแบบเข้าไปเย็นกลับ (5) กลุ่มผู้ติดตามแรงงาน (6) กลุ่มผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรืออยู่อาศัยในประเทศไทย แต่ข้ามพรมแดนมาเพื่อใช้บริการสุขภาพ และ (7) กลุ่มนักท่องเที่ยวที่ไม่ได้เดินทางมาเพื่อใช้บริการสุขภาพ แต่เกิดภาวะเจ็บป่วยและต้องการรับการรักษาในระหว่างการเดินทาง (Meemon et al., 2017; วรรณรา ชื่นวัฒนา, 2560) ทั้งนี้ ประชากรข้ามแดนแต่ละกลุ่ม มีความต้องการทางสุขภาพ ได้รับความคุ้มครองทางสุขภาพ และสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้แตกต่างกัน ระบบบริการสุขภาพในเขตชายแดนไทยจึงมักประสบข้อจำกัดในการให้บริการสุขภาพในพื้นที่ข้ามพรมแดน (Transnational spaces) ทั้งในแง่ของความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชากรกลุ่มข้ามแดน และความสามารถในการรองรับประชากรกลุ่มข้ามแดนที่มีความต้องการหลากหลาย และผู้ที่ไม่ได้รับการคุ้มครองทางสุขภาพหรือไม่มีความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

บริบทการใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดนระหว่างประเทศในสหภาพยุโรปกับประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้าน มีเงื่อนไขที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ แรงจูงใจในการข้ามพรมแดนเพื่อไปใช้บริการสุขภาพ ปัจจัยผลักดันเกี่ยวกับข้อบกพร่องของระบบบริการสุขภาพในประเทศของตน และปัจจัยดึงดูดด้านความสะดวกในการเดินทาง เครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัยกว่า และคุณภาพการให้บริการที่ดีกว่าของประเทศต้นทางในขณะเดียวกัน ก็พบความแตกต่างเชิงบริบทระหว่างประชาคมยุโรปกับอาเซียนได้แก่ การกำหนดคุณค่าและหลักการของการก่อตั้งประชาคมยุโรปที่ยึดถือสิทธิทางสังคมและการกำหนดตัวบทกฎหมายที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ทนในการจัดการระบบบริการสุขภาพของอาเซียนมีจำกัด และสถานะของการให้บริการสุขภาพ ที่ประชาคมยุโรปมองว่าเป็นโอกาสทางเศรษฐกิจ แต่ในประเทศไทยถือเป็นการกุศลและประเด็นเชิงคุณธรรม เป็นต้น (Meemon, 2014)

ประเทศไทยยังคงมีทรัพยากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จำกัด เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ ภายในกลุ่มสมาชิกประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนด้วยกัน โดยมีอัตราส่วนของบุคลากรด้านสุขภาพ (24.7 คนต่อประชากร 10,000 คน) ที่ต่ำกว่าประเทศสิงคโปร์ (77.1 คน) และมาเลเซีย (44.7 คน) อย่างชัดเจน ยิ่งไปกว่านั้น สถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ตามแนวชายแดน ก็มีอัตราส่วนบุคลากรทางการแพทย์ต่ำกว่าพื้นที่อื่นๆ ในประเทศไทย (World Health Statistics, 2016) ฉะนั้น การไหลบ่าเข้ามาของผู้ใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดน โดยเฉพาะภายหลังการเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน น่าจะเป็นข้อท้าทายสำหรับระบบบริการสุขภาพชายแดนไทย ทั้งในด้านการควบคุมโรคติดต่อข้ามแดน และการอุบัติใหม่หรืออุบัติซ้ำของโรคติดต่อเช่นโรคเอดส์ (อรัญญา ศิริผล, 2554) โรคมาลาเรีย วัณโรค และไข้หวัดนก (กลุ่มพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศ, 2557) การดูแลผู้ป่วยที่อาจเพิ่มจำนวนมากขึ้นด้วยทรัพยากรบริการสุขภาพที่จำกัด การแบกรับค่าใช้จ่ายที่ไม่ได้รับการชำระจากผู้ป่วยต่างชาติที่ไม่มีประกันสุขภาพและไม่มีกำลังจ่าย (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2555; 2556) การจัดหาระบบบันทึกและทะเบียนผู้ป่วยต่างชาติเพื่อการรักษาที่ต่อเนื่อง รวมถึงการตอบสนองต่อความหลากหลายทางวัฒนธรรม และความเปราะบางทางสังคมของประชากรกลุ่มเคลื่อนย้าย (Meemon et al, 2017) ในขณะเดียวกันก็ต้องตั้งรับจัดสรรทรัพยากร ออกแบบ และจัดการระบบบริการสุขภาพที่จะสามารถเอื้อให้ประชากรย้ายถิ่นทุกกลุ่ม

ในฐานะพลเมืองของภูมิภาคอาเซียน สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ ในขณะเดียวกันก็ต้องสามารถงไว ซึ่งการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนในประเทศของตนด้วย

อย่างไรก็ตาม การศึกษาผลกระทบในมิติสุขภาพในบริบทของการเคลื่อนย้ายข้ามพรมแดนนั้น ไม่อาจมองเพียงด้านการควบคุมโรค การจัดสรรทรัพยากรสุขภาพ และความมั่นคงของรัฐในประเทศปลายทางเท่านั้น แต่ต้องคำนึงถึงเรื่องการมีสิทธิในการได้รับความคุ้มครองทางสังคมในฐานะที่เป็นมนุษย์ และการเข้าถึงบริการสุขภาพในพื้นที่ข้ามพรมแดนด้วย เนื่องจากการเคลื่อนย้ายนั้นได้สร้างบริบทที่ส่งผลต่อตัวปัจเจกบุคคลที่เคลื่อนย้าย ทั้งเงื่อนไขทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงการคุ้มครองทางสังคม และความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งส่งผลต่อความทุกข์ของผู้เคลื่อนย้าย นำไปสู่สภาวะโรคและความเจ็บป่วย ฉะนั้น การศึกษาปรากฏการณ์ทางสังคมวัฒนธรรมของชีวิตข้ามแดน วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพ ตลอดจนความทุกข์ทางสังคมของประชากรข้ามพรมแดน ซึ่งเป็นผลกระทบจากการเคลื่อนย้ายประชากรในระดับภูมิภาค จึงเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ต้องศึกษาจากมุมมองของ “คนใน” ซึ่งก็คือตัวบุคคลผู้เคลื่อนย้ายข้ามพรมแดนด้วย

งานวิจัยชิ้นนี้จึงมีคำถามหลักคือ การเคลื่อนย้ายข้ามพรมแดนมีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้เคลื่อนย้าย และระบบสุขภาพของประเทศปลายทางอย่างไร โดยศึกษาผลกระทบในระดับปัจเจก อันได้แก่ความทุกข์ทางสังคมอันเกิดจากการย้ายถิ่น และการไม่ได้รับการปกป้องทางสังคม และผลกระทบในระดับบริบท ทั้งต่อสถานพยาบาลที่ให้บริการสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพของประเทศปลายทางในการตอบสนองต่อความต้องการทางสุขภาพ ความหลากหลายทางวัฒนธรรม การจัดการควบคุมโรค และการบริหารทรัพยากรของสถานพยาบาล โดยพิจารณาจากปรากฏการณ์การใช้บริการสุขภาพที่เกิดขึ้นในพื้นที่เขตการค้าชายแดนของภูมิภาคอาเซียน โดยเลือกพื้นที่ศึกษาคือชายแดนไทย-พม่า และชายแดนไทย-ลาว ที่มีประวัติศาสตร์การเคลื่อนย้ายข้ามพรมแดนระหว่างประเทศมาเป็นเวลานาน มีการแลกเปลี่ยนและผสมผสานทางสังคมวัฒนธรรม มีตลาดการค้าชายแดน มีศักยภาพทางเศรษฐกิจ และกำลังจะถูกพัฒนาให้เป็นเขตเศรษฐกิจพิเศษ ได้แก่ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ซึ่งมีอาณาเขตติดต่อกับ จังหวัดท่าขี้เหล็ก รัฐฉาน ประเทศพม่า และอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย ซึ่งมีอาณาเขตติดต่อกับตำบลต้นผึ้ง แขวงบ่อแก้ว ประเทศลาว

1.2 คำถามการวิจัย

1.2.1 การเคลื่อนย้ายข้ามพรมแดน ส่งผลผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ข้ามแดนอย่างไร โดยศึกษาเงื่อนไขเชิงโครงสร้างที่ส่งผลต่อความทุกข์ทางสังคมของปัจเจกบุคคล ประสบการณ์ความเจ็บป่วย และการจัดการความเจ็บป่วย ในบริบทของการเคลื่อนย้ายข้ามพรมแดน และระบบวัฒนธรรมสุขภาพ

1.2.2 สถานการณ์โรคและความเจ็บป่วยของประชากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตเศรษฐกิจชายแดนในช่วงแรกของการเปิดประชาคมอาเซียนเป็นอย่างไร

โดยศึกษารูปแบบความเจ็บป่วยของกลุ่มประชากรข้ามพรมแดนในยุคของการเปิดประชาคมอาเซียน และความต้องการใช้บริการสุขภาพในสถานพยาบาลทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ

1.2.3 การใช้บริการสุขภาพของประชากรกลุ่มข้ามแดน ส่งผลผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพในเขตพื้นที่ชายแดนของประเทศปลายทางอย่างไร โดยศึกษาผลกระทบในระดับสถานพยาบาล ผลกระทบต่อระบบสุขภาพ แนวทางการตั้งรับ/จัดการปัญหาที่เกิดขึ้นในบริบทการดูแลสุขภาพชายแดน

1.3 ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

ผลการวิจัยชิ้นนี้เป็นหนึ่งในหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปพิจารณาร่วมกับชุมชนสถานพยาบาล และหน่วยงานด้านสาธารณสุข ในการจัดการสุขภาพให้แก่ประชากรกลุ่มเคลื่อนย้าย

ในระดับชุมชน การวางแผนเพื่อจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนทุกกลุ่ม โดยไม่เกิดเป็นภาระค่าใช้จ่ายแก่ประเทศปลายทาง การสร้างความร่วมมือระหว่างรัฐบาลจากสองฝั่งประเทศในการออกแบบการให้บริการสุขภาพ และใช้ประกอบการออกแบบการจัดระบบสุขภาพในระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เพื่อให้ประชาชนในกลุ่มประเทศสมาชิกสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการอย่างมีคุณภาพและเท่าเทียมโดยไม่มีข้อจำกัดด้านพรมแดน

บทที่ 2

แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 การใช้บริการสุขภาพและพื้นที่สุขภาพข้ามพรมแดน

โครงการวิจัยชิ้นนี้ได้ผนวกเอานิยามของ “การใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดน” ตามที่ Thomas Mainil (2012) นำเสนอ ได้แก่คำว่า Transnational Health Care ซึ่งรวมเอาทุกรูปแบบของการใช้บริการสุขภาพของผู้ที่เดินทางจากประเทศหนึ่งไปรับบริการสุขภาพในประเทศที่ไม่ใช่ถิ่นที่อยู่ของตนเอง ไม่ว่าจะเป็นการเดินทางนั้นจะมีวัตถุประสงค์เพื่อการรับบริการสุขภาพเป็นหลักหรือไม่ ร่วมกับคำว่า “การเคลื่อนไหลข้ามพรมแดนของผู้ป่วย” หรือ Cross-border patient mobility ที่นำเสนอโดย Glinos et al (2011) และ Wismar et al (2011) ซึ่งมีนัยถึงการที่ผู้ป่วยเดินทางข้ามเส้นพรมแดนไปยังอีกประเทศหนึ่งด้วยเป้าประสงค์ของการรับบริการสุขภาพ โดยการข้ามพรมแดนนั้นเกิดจากความไม่พึงพอใจในการให้บริการสุขภาพของประเทศตนเอง ในวรรณกรรมที่ศึกษาการเคลื่อนไหลของผู้ป่วยข้ามพรมแดนในสหภาพยุโรป โดยมากจะมุ่งเน้นไปที่การ “ข้ามพรมแดน” ของบุคคลผู้อาศัยอยู่ตามแนวชายแดนระหว่างประเทศต้นทางและประเทศปลายทาง (Patient mobility in border-regions) โดยการใช้บริการสุขภาพจะเกิดขึ้นที่สถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ใกล้เขตชายแดนนั่นเอง การใช้บริการสุขภาพในเขตชายแดนสะท้อนถึงธรรมชาติของพรมแดนที่มีลักษณะเคลื่อนไหลได้ (Fluid nature) กล่าวคือ การข้ามไปยังอีกฝั่งหนึ่งของพรมแดนนั้นกระทำได้ง่าย เนื่องจากความใกล้ชิดทางภูมิศาสตร์ ความคุ้นเคยกับระบบบริการสุขภาพของอีกประเทศหนึ่ง และการข้ามพรมแดนไม่ได้ให้ความรู้สึกเหมือนกับการเดินทางไป “ต่างประเทศ” ในขณะเดียวกัน การเคลื่อนไหลข้ามพรมแดนของผู้ป่วยก็เกิดขึ้นได้จากสภาวะการณ์ของระบบบริการสุขภาพของประเทศต้นทางที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้ อาทิ การไม่มีบริการสุขภาพที่เพียงพอหรือสอดคล้องกับความต้องการ ราคาของบริการสุขภาพที่สูงกว่าอีกฝั่งหนึ่งของพรมแดน เป็นต้น (Glinos and Baeten, 2006). งานวิจัยชิ้นนี้จึงมุ่งศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยชาวต่างชาติที่อาศัยอยู่บริเวณชายแดนของประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้านเป็นหลัก เพื่อเน้นถึงธรรมชาติที่เคลื่อนไหลของเขตแดนระหว่างประเทศกลุ่มสมาชิกอาเซียน

การใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดนยังสามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดปริภูมิการแพทย์ข้ามชาติ หรือ Transnational Medical Spaces ซึ่งเพิ่งถูกนำเสนอโดย Zanini, Raffaeta, Krause & Alex (2013) โดยให้นิยามว่า เป็นพื้นที่ที่ประกอบด้วยตัวผู้ปฏิบัติการที่แสวงหาการดูแลสุขภาพ และโครงสร้างของโอกาสที่เกิดขึ้นจาก (1) ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ (เช่น ประชากรข้ามพรมแดนสามารถใช้เงินที่หามาได้จากประเทศหนึ่งไปกับบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลเอกชนในอีกประเทศหนึ่ง) (2) ความแตกต่างทางกฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับ (เช่น การบริจาคอวัยวะอาจเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมายในประเทศหนึ่ง แต่สามารถกระทำได้ในอีกประเทศหนึ่ง) และ (3) ความคิดความเชื่อที่บุคคลมีต่อรัฐหรือประเทศหนึ่งๆ (เช่น คนที่นิยมการรักษาด้วยแบบแผนตะวันออก จะให้ความสนใจกับการแพทย์ที่ประเทศฝั่งเอเชียเพราะเห็นว่าเป็นการแพทย์ที่ใกล้ชิดกับธรรมชาติมากกว่าการแพทย์ในประเทศอื่นๆ) โครงการวิจัยชิ้นนี้จึงอ้างอิงแนวคิดปริภูมิการแพทย์ข้ามประเทศ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับศึกษาปฏิบัติการ (Practices) และเกณฑ์วิธี (Protocol) ของการใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดนของชาวต่างชาติจากประเทศต้นทาง (Demand side) ภายใต้งานไขการรับรู้เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพของประเทศปลายทาง (Supply side) รวมถึงกฎระเบียบ ข้อบังคับ ตลอดจนปัจจัยทางการเมืองและวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องในบริบทของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน โดยพิจารณาใน 3 ระดับด้วยกัน ได้แก่

ก) ระดับปัจเจก (Individual level) มองเรื่องลักษณะความเจ็บป่วย พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ ทางเลือกและการเลือกใช้บริการสุขภาพ แรงจูงใจในการใช้บริการสุขภาพ ปัจจัยผลักดันจากประเทศต้นทาง ทักษะติดต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ความคิดความเชื่อ ประสบการณ์ (Medical journey) และการให้ความหมายเกี่ยวกับการใช้บริการสุขภาพในประเทศที่ไม่ใช่ภูมิลำเนาของตนเอง

ข) ระดับสถานพยาบาล (Facility level) มองเรื่องนโยบายระดับสถานพยาบาลในการให้บริการผู้ป่วยชาวต่างชาติ การจำแนกผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ความเพียงพอของทรัพยากรทางการแพทย์ การเรียกเก็บค่าบริการ ผลประโยชน์และปัญหาจากการให้บริการ และแนวทางในการพัฒนาระบบบริการเพื่อรองรับผู้ป่วยข้ามพรมแดน

ค) ระดับบริบท (Contextual level) มองเรื่องผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพข้ามประเทศ กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ ข้อตกลงภายในและระหว่างประเทศเกี่ยวกับสุขภาพข้ามพรมแดน การสร้างความร่วมมือหรือเครือข่ายบริการสุขภาพระดับท้องถิ่นและระหว่างประเทศ

งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดนที่มีการตีพิมพ์เผยแพร่ส่วนใหญ่แพร่หลายในกลุ่มประเทศตะวันตก โดยเฉพาะยุโรป โดยการศึกษาในกลุ่มประเทศสมาชิกประชาคมยุโรปเริ่มต้นตั้งแต่วางต้นทศวรรษที่ 1990s เพื่อวิเคราะห์การเดินทางของประชาชนที่มีวัตถุประสงค์เพื่อรับบริการทางการแพทย์ และพบว่าประเทศที่เป็นปลายทางหลัก ได้แก่ ประเทศฝรั่งเศส เบลเยียม เนเธอร์แลนด์ และเยอรมนี ในขณะที่ประเทศต้นทาง ได้แก่ อิตาลี และลักเซมเบิร์ก (Hermesse et al, 1997) แม้ว่าจะในขณะนั้น มูลค่าของการใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดนในยุโรบนับได้เพียงร้อยละหนึ่งของค่าใช้จ่ายสาธารณสุขด้านสุขภาพเท่านั้น (Forbes, 2009) อย่างไรก็ตาม ผู้ให้บริการสุขภาพในยุโรปและผู้กำหนดนโยบายได้ให้ความสำคัญกับบริการสุขภาพข้ามพรมแดนและเพิ่มความร่วมมือระหว่างกันในการให้บริการสุขภาพดังกล่าว (De Neve, 2010)

การศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของประชาคมยุโรปเกี่ยวกับการเคลื่อนไหลข้ามพรมแดนของผู้ป่วยเพิ่งได้รับความนิยมมากขึ้นตั้งแต่ปี 2006 เป็นต้นมา (e.g. Glinos & Baeten, 2006; Helbel, 2011; Rosenmoller et al, 2006; Wismar et al, 2011) โดยงานศึกษาของ Glinos & Baeten (2006) เป็นชิ้นที่สมบูรณ์ที่สุดชิ้นหนึ่งซึ่งได้จำแนกรูปแบบของการเคลื่อนไหลข้ามพรมแดนของผู้ป่วยออกเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ (1) การเคลื่อนไหลที่เกิดขึ้นตามแนวชายแดน โดยยกตัวอย่างกรณีศึกษาประเทศสวีเดน-เดนมาร์ก ที่มีการเปิดสะพาน Oresund ในปี ค.ศ. 2000 เพื่อเป็นเส้นทางเชื่อมต่อระหว่างสองประเทศ และต่อมาได้มีการลงนามข้อตกลงระหว่างโรงพยาบาลของสองประเทศเพื่ออนุญาตให้ประชาชนสามารถข้ามไปใช้บริการสุขภาพระหว่างกันได้ เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ และระยะเวลาการรอคอยการรักษาที่ยาวนานที่สวีเดน และ (2) การเคลื่อนไหลที่เป็นผลจากสถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพของประเทศต้นทาง โดยยกตัวอย่างกรณีศึกษาการเคลื่อนไหลของผู้ป่วยจากออสเตรียที่ไปรับบริการทันตกรรมที่ฮังการี โดยเมือง Sopron ของประเทศฮังการีนั้นตั้งอยู่ห่างจากชายแดนระหว่างประเทศเพียง 8 กิโลเมตร มีอัตราส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรสูงที่สุดในโลก และยังมีค่าบริการทันตกรรมที่ถูกกว่าออสเตรียถึง 3-4 เท่าตัว เป็นต้น แสดงให้เห็นว่า การเปิดให้มีการเคลื่อนย้ายเสรีของประชาชนส่งผลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่ต้องการมากขึ้น

สำหรับทวีปอเมริกา มีการลงนามในสัญญา The North American Free Trade Agreement (NAFTA) ระหว่างรัฐบาลจาก 3 ประเทศ ได้แก่ สหรัฐอเมริกา แคนาดา และเม็กซิโก ซึ่งส่งผลให้เกิดการเคลื่อนย้ายข้ามพรมแดนเพิ่มมากขึ้น โดยมีชาวเม็กซิกันจำนวนประมาณ 5 ล้านคนย้ายถิ่นมายัง

สหรัฐอเมริกาเพื่อหางานทำ (Bustamante, 2014) และในขณะเดียวกัน ผู้ที่พ้นโทษจากสหรัฐอเมริกาและแคนาดาก็ย้ายถิ่นไปยังเม็กซิโกเนื่องจากค่าครองชีพที่เม็กซิโกต่ำกว่า (Miller-Thayer, 2010) ผลจาก NAFTA ทำให้การใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดนเป็นปรากฏการณ์ที่พบเห็นได้โดยทั่วไประหว่างทั้ง 3 ประเทศ (Bustamante, 2014) ผู้ป่วยจากแคนาดาและเม็กซิโกข้ามพรมแดนมารับบริการสุขภาพที่สหรัฐอเมริกาด้วยเหตุผลว่าสหรัฐอเมริกามีเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่สูงกว่า ในขณะที่ผู้ป่วยจากสหรัฐอเมริกาไปรับบริการสุขภาพที่แคนาดาหรือเม็กซิโกเพราะราคาถูกกว่า นอกจากนี้ บางพื้นที่ชายแดนระหว่างเม็กซิโกและสหรัฐอเมริกายังมีแผนประกันสุขภาพร่วมระหว่างรัฐ อาทิ รัฐแคลิฟอร์เนียและเม็กซิโกที่อนุญาตให้เจ้าของกิจการในรัฐแคลิฟอร์เนียสามารถซื้อประกันสุขภาพให้กับลูกจ้างที่ต้องการใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลเอกชนที่ตั้งอยู่ในเขตชายแดนของสองฝั่งประเทศได้ (Bustamante, Ojeda, & Castaneda, 2008) ความต้องการใช้บริการสุขภาพของผู้ที่อาศัยอยู่ใกล้ชายแดนสหรัฐอเมริกาและเม็กซิโกยังชี้ให้เห็นถึงความใกล้ชิดทั้งทางด้านภูมิศาสตร์กายภาพ สังคม และวัฒนธรรม ระหว่างสองประเทศอีกด้วย

งานศึกษาเกี่ยวกับการใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดนในประเทศไทยมีอยู่ค่อนข้างจำกัด โดยล่าสุดงานวิจัยของสำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทยได้ศึกษาสถานการณ์การใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยชาวลาวและชาวกัมพูชา โดยเน้นผลกระทบด้านค่าใช้จ่ายที่ไม่ได้รับการชำระ และแบบแผนการเจ็บป่วยและบริการสุขภาพที่ใช้ ซึ่งทำให้เห็นภาพกว้างของการใช้บริการสุขภาพของประชาชนจากประเทศเพื่อนบ้านทั้งสองแห่งในสถานพยาบาลทุกระดับ การใช้บริการสุขภาพโดยประชาชนชาวลาวในประเทศไทยนั้นมีความใกล้ชิดทางภูมิศาสตร์และวัฒนธรรมเป็นปัจจัยเอื้อ (สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย 2555; 2557) ส่วนพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของชาวกัมพูชาที่ข้ามมาทำงานในเขตตลาดการค้าชายแดนประเทศไทย ที่อำเภอช่องจอม จังหวัดสุรินทร์ (วิลาสิณี คีตพัฒนานนท์ และคณะ, 2560) และชาวมียนมาที่ข้ามมาทำงานในอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย (Meemon et al., 2017) นั้นสัมพันธ์กับระดับของการเคลื่อนย้าย (mobility) ของแรงงานข้ามพรมแดนเอง โดยงานทั้งสองชิ้นพบว่า แรงงานที่มีระดับความเคลื่อนย้ายสูง กล่าวคือเป็นผู้ที่เดินทางไปกลับระหว่างประเทศต้นทางและประเทศปลายทางทุกวันหรือทุกสัปดาห์ มีแนวโน้มจะไม่ใช้บริการสุขภาพในประเทศปลายทาง ในขณะที่แรงงานที่อยู่อาศัยหรือทำงานในประเทศปลายทางจะนิยมใช้บริการสุขภาพใกล้สถานที่ทำงานหรือที่พัก

งานศึกษาชิ้นล่าสุดโดยณัฏฐา หิรัตวรรณ (2561) เกี่ยวกับการข้ามพรมแดนเพื่อมารับบริการสุขภาพในประเทศไทยของผู้ป่วยจากประเทศพม่า ลาว และกัมพูชา พบว่าปัจจัยด้านภูมิประเทศ สถานการณ์ทางการเมือง สภาพสังคม เศรษฐกิจ ความเชื่อของผู้ป่วย ระบบบริการของประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้าน รูปแบบการส่งต่อ และการทำงานของเครือข่ายภาคประชาสังคมในพื้นที่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพในประเทศไทย โดยแต่ละประเทศมีบริบทแตกต่างกันไป และส่งผลต่อความแตกต่างในรูปแบบการให้บริการสุขภาพด้วย

2.2 สุขภาพของประชากรกลุ่มเคลื่อนย้ายภายใต้เงื่อนไขทางสังคมและวัฒนธรรม

นักมานุษยวิทยาการแพทย์มองว่า ความเจ็บป่วย (illness) ไม่ได้เป็นเพียงแค่การอธิบายในเชิงการแพทย์ชีวภาพเท่านั้น แต่ความเจ็บป่วยเกี่ยวข้องโดยตรงกับวิถีคิดและมุมมองเชิงสังคมวัฒนธรรม นักมานุษยวิทยาการแพทย์จึงสนใจศึกษาความจริงว่าด้วยความเจ็บป่วย ความทุกข์ และความตายของผู้คน โดยมุ่งทำความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพและวัฒนธรรม บทบาทของความสัมพันธ์ทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ และนำความรู้ที่ได้จากการศึกษามาพัฒนาสุขภาพและความอยู่ดี-กินดี (Well-being) ของผู้คน และนักมานุษยวิทยาการแพทย์ยังเห็นว่า ความเจ็บป่วยและโรค

เกี่ยวข้องกับกระบวนการทางชีวสังคม (Biosocial processes) ที่มีความซับซ้อน ทำให้การแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้คนจึงต้องคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ทั้งชีววิทยา ระบบความคิดความเชื่อ โครงสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม (Singer & Bear, 2007)

Kleinman (1980) เสนอกรอบแนวคิด Explanatory models เพื่อทำให้เห็นว่าในสังคมตะวันตก มุ่งสนใจสุขภาพในมิติของปัจเจกบุคคล (Individual) ธรรมชาติ (Nature) และการรักษาเยียวยาโดยผู้เชี่ยวชาญ (The professional sector) แต่ในสังคมนอกตะวันตกจะเน้นมิติของสังคมหรือสิ่งเหนือธรรมชาติ (The social or supernatural spheres) และใช้การเยียวยารักษาแบบชาวบ้านหรือแบบพื้นบ้าน (The popular sector and then the folk sector)

ในงานศึกษาของ Hjelm et al. (1999) ใช้กรอบคิด explanatory models ของ Kleinman เพื่อศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง (self-health care) ของชนพื้นเมืองสวีเดนและผู้ย้ายถิ่นชาวสโลเวเนีย พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยของกลุ่มคนที่มีวัฒนธรรมแตกต่างกัน ทำให้มีการอธิบายและการรับรู้เกี่ยวโรคและสาเหตุของการเกิดโรคที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อการมีวิธีการดูแลตนเอง การรักษาเยียวยาเมื่อได้รับเชื้อโรค และพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพที่แตกต่างกันไปด้วย แม้ว่าทั้งสองกลุ่มจะเชื่อว่า สุขภาพและความเจ็บป่วยสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งเชื่อมโยงกับธรรมชาติ ความสัมพันธ์ทางสังคมในพื้นที่สังคม และสิ่งเหนือธรรมชาติ แต่ทั้งสองกลุ่มก็มีความแตกต่างกัน คือ ในขณะที่กลุ่มผู้หญิงที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่เป็นผู้ย้ายถิ่นชาวสโลเวเนีย ซึ่งมีประสบการณ์การย้ายถิ่นและต้องปรับตัวเข้ากับสังคมใหม่ที่มีความแตกต่างทางภาษาและวัฒนธรรม พวกเขามักอธิบายเกี่ยวสุขภาพและความเจ็บป่วยด้วยความเชื่อทางวัฒนธรรม และมีความรู้เฉพาะเกี่ยวกับโรคเบาหวานน้อยกว่ากลุ่มผู้หญิงที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่เป็นชนพื้นเมืองสวีเดน ซึ่งความแตกต่างนี้ส่งผลต่อการดูแลตนเองเมื่อพวกเขารู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน การแสวงหาบริการสุขภาพ และความคาดหวังที่มีต่อบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่ ซึ่งในกลุ่มแรกจะแสดงบทบาทเป็นผู้รับบริการ (A passive role) และพึ่งพาผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ และในขณะเดียวกันก็มีความเชื่อในอำนาจของสิ่งเหนือธรรมชาติที่เป็นสาเหตุของการเป็นโรคเบาหวานมากกว่า

แนวคิดความทุกข์เชิงสังคม (Social suffering) ต้องการขยายการมองปัญหาสุขภาพเพียงมิติ โรคและความเจ็บป่วย ไปสู่ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการและความเหลื่อมล้ำทางสังคม ความทุกข์เชิงสังคมมีจุดยืนที่ว่า ความทุกข์ (Suffering) เป็นสิ่งที่อยู่ไกลเกินกว่าประสบการณ์ของปัจเจกบุคคล ในโลกปัจจุบัน ความทุกข์ยิ่งปรากฏมากขึ้นเมื่ออยู่ในระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมโลกที่มีบทบาทและส่งผลกระทบต่อการกำหนดทางสังคมและทางกายภาพของท้องถิ่นและต่อผู้คนที่อยู่อาศัยอยู่ในระบบนี้ รวมทั้งก่อให้เกิดการต่อต้านการคุกคาม ที่บางครั้งทำให้เกิดความทุกข์ยากเจ็บปวดต่อผู้คน นักมานุษยวิทยาการแพทย์ใช้กรอบคิด “ความทุกข์เชิงสังคม” (Social suffering) เพื่อเชื่อมประสบการณ์ความเจ็บปวดและความเครียดของปัจเจกบุคคลเข้ากับเหตุการณ์ทางสังคมที่กว้างกว่าและเงื่อนไขเชิงโครงสร้าง (Structural conditions) ที่มักเกี่ยวข้องอย่างมากกับแหล่งที่มาของความทุกข์ยากของมนุษย์ กล่าวอีกนัยหนึ่ง ความทุกข์เชิงสังคมแสดงถึงประสบการณ์ส่วนบุคคลที่เป็นผลโดยตรงจากปัญหาของมนุษย์ที่มีสาเหตุมาจากการแสดงอำนาจทางเศรษฐกิจการเมือง และโครงสร้างทางสังคม (Singer & Bear, 2007: 76) โดยนัยนี้ การใช้แนวคิดความทุกข์เชิงสังคม จะทำให้สามารถนำมาใช้ในการพัฒนาโลก และเงื่อนไขเชิงโครงสร้างเพื่อมุ่งสู่สุขภาวะของประชากรข้ามแดนได้

Kleinman (1997: ix) อธิบายว่า ความทุกข์เชิงสังคม (Social suffering) เป็นผลมาจากอำนาจทางการเมือง เศรษฐกิจ และสถาบันที่กระทำต่อประชาชน และด้วยการกระทำจากอำนาจเดียวกันนี้ได้มี

อิทธิพลหรือเป็นเงื่อนไขให้เกิดปัญหาสังคมตามมาด้วย โดยทั่วไป การศึกษาปัญหาของผู้ประสบภัยที่เผชิญกับความเจ็บป่วยและความสูญเสีย หรือที่เรียกว่าความทุกข์ (Suffering) โดยทั่วไปมักอธิบายความทุกข์ในลักษณะที่เป็นปัญหาระดับบุคคล กล่าวคือ ความทุกข์นั้นเป็นผลจากการกระทำผิดของบุคคลต่ออำนาจเหนือธรรมชาติ หรือเป็นผลจากพฤติกรรมส่วนบุคคล แต่ Kleinman มองว่า ประสบการณ์ความทุกข์เกิดจากการความรุนแรงเชิงโครงสร้างและความทุกข์เชิงสังคมเกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ทางสังคมในชีวิตประจำวัน ความทุกข์เชิงสังคมสามารถเข้าใจว่าเป็นผลจากอำนาจทางสถาบัน เศรษฐกิจ การเมือง ที่ทำให้ผู้คนได้รับผลจากอำนาจรูปแบบต่างๆ และมีผลต่อปัญหาสังคมต่างๆ ที่ตอบสนองต่ออำนาจนั้น และผลของความทุกข์ได้สร้างประสบการณ์ทางสังคมที่ Klienman นิยามว่าเป็นสิ่งที่มักจะเชื่อมโยงปัญหาของบุคคลเข้ากับปัญหาสังคม หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ ความทุกข์ที่เป็นประสบการณ์ภายในพื้นฐานของปัจเจกบุคคลนั้นเป็นประสบการณ์ของสังคมเช่นกัน

Farmer (1996) มองว่า แม้ความทุกข์จะสามารถเข้าใจผ่านปรากฏการณ์ที่เป็นสากล แต่ความทุกข์ของคนที่เป็นชายขอบที่ต้องอาศัยอยู่ท่ามกลางความยากจน อคติทางชาติพันธุ์ ความเหลื่อมล้ำทางเพศ ได้แสดงให้เห็นถึงเงื่อนไขทางสังคม ที่ยึดโยงกับระบบประวัติศาสตร์ในระดับที่กว้างกว่าระดับท้องถิ่น เพราะอำนาจทางเศรษฐกิจและสังคมที่เป็นบริบทความสัมพันธ์ในระดับโลกนั้นส่งผลกระทบหรือกำหนดทางเลือกในชีวิตและส่งผลให้เกิดความทุกข์ของปัจเจกบุคคล ดังนั้น การศึกษาความทุกข์จะต้องให้ความสำคัญกับลักษณะความรุนแรงเชิงโครงสร้างที่นำไปสู่ความทุกข์ของคน และโมเดลที่ใช้ในการวิเคราะห์จะต้องมีพลังในการทำนายและอธิบายเกี่ยวกับความทุกข์ได้ในบริบทโลก โดยต้องวิเคราะห์ผ่านทั้งที่เป็นภาพกว้าง. เชิงภูมิศาสตร์และภาพลึกเชิงประวัติศาสตร์ ตลอดจนต้องพิจารณาปัจจัยทางสังคมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับความทุกข์ คือ เพศภาวะ เชื้อชาติ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม

Carrasco (2008: xi) นำแนวคิดความทุกข์เชิงสังคมสามารถทำความเข้าใจประสบการณ์ความเจ็บป่วยของแรงงานข้ามชาติว่า เป็นสิ่งที่ทั้งความจริงจากประสบการณ์ภายในของปัจเจกบุคคลและเป็นผลมาจากโครงสร้างเศรษฐกิจและสังคมและอำนาจทางการเมือง ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เป็นประสบการณ์ภายใน (Inter-subjective experience) ทำให้เกิดการเปลี่ยนการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยว่าเป็นผลมาจากการปฏิสัมพันธ์ของแรงงานข้ามชาติกับสมาชิกคนอื่นในสังคมที่เป็นเจ้าของประเทศและสมาชิกคนอื่นในประเทศของพวกเขา Carrasco มองว่าความกดดันทางอารมณ์ (Emotional distress) เป็นรูปแบบหนึ่งของความทุกข์ของมนุษย์ที่เกิดจากการที่แรงงานข้ามชาติมีสถานภาพเป็นรอง (The subordinated position) ในประเทศที่พวกเขาไม่ใช่เจ้าของประเทศ ซึ่งอำนาจเชิงสังคมได้ไปส่งผลกระทบต่อประสบการณ์ของปัจเจกบุคคล ทั้งร่างกายและความรู้สึกนึกคิดของพวกเขา (On their bodies and subjectivities)

Mahler (1995) และ Quayson (2005) ศึกษาประสบการณ์ของผู้คนข้ามแดนสหรัฐ-เม็กซิโก พบว่าประสบการณ์ของผู้ข้ามแดนอยู่ภายใต้พันธนาการแห่งความทุกข์ (Chain of suffering) (Mahler 1995) ในกระบวนการข้ามแดน คนเหล่านี้ได้พบความทุกข์ทรมานและความเจ็บป่วยที่ประสบกับความยากลำบากและแรงกดดันต่างๆ จนเป็นลักษณะร่วมของคนข้ามแดน กระบวนการข้ามแดนด้านหนึ่งทำให้เกิดการเรียนรู้และเกิดอำนาจในการต่อต้านต่อรอง แต่อีกด้านก็ได้ลดทอนอำนาจความเป็นปัจเจกด้วย

งานศึกษาของ Seth M. Holmes (2013) ศึกษาการเคลื่อนย้ายข้ามพรมแดนรัฐระหว่างอเมริกากับเม็กซิโก โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณา ใช้เครื่องมือการสังเกตการณ์อย่างมีส่วนร่วมและการสัมภาษณ์และการสนทนากับแรงงานข้ามชาติผิดกฎหมาย จากศึกษาของเขาพบว่า ในทุกปีจะมีผู้คนล้มตายหลายร้อยคนทั้งจากการขาดน้ำและความร้อนสูง การถูกขู่กัก และการถูกทำร้ายร่างกายที่เกิดขึ้นเป็นปกติ

งานศึกษานี้แสดงถึงประสบการณ์จากความเปราะบางเชิงโครงสร้างและความเสี่ยงของสุขภาพร่างกายที่เกิดขึ้นในเส้นทางทะเลทรายระหว่างเม็กซิโกเข้าอเมริกาในช่วงปี ค.ศ. 2003-2005 งานชิ้นนี้เป็นพรรณนาอย่างลุ่มลึกถึงกลุ่มคนที่เป็นแรงงานข้ามชาติผิดกฎหมายที่เริ่มต้นจากการเดินทางข้ามพรมแดนจากเม็กซิโกเข้าสู่โอซากา (Oaxaca) และถูกจับส่งตัวมาอยู่ในคุกในรัฐแอริโซนา ซึ่งสะท้อนถึงความแตกต่างทั้งเชิงการเป็นพลเมือง ชาติพันธุ์และสังคมที่นโยบายเกี่ยวกับพรมแดนได้ส่งผลกระทบต่อร่างกาย สุขภาพ และชีวิตที่เสี่ยงของผู้คนที่ต้องทำเพื่อให้ตนเองและครอบครัวอยู่รอด โดยปรากฏการณ์เผยให้เห็นถึงการเปลี่ยนจากความรับผิดชอบของในเชิงทางเลือกของปัจเจกบุคคลที่มักถูกกล่าวโทษว่าเป็นอันตรายและกลายยอมเสี่ยงเอง มาสู่ความรับผิดชอบของนโยบายที่เกี่ยวกับทั้งเศรษฐกิจโลกและนโยบายเกี่ยวกับพรมแดนของอเมริกา

บทที่ 3

วิธีวิจัย

3.1 การออกแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการศึกษาแบบผสมทั้งการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพประกอบกัน วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ มุ่งเพื่อศึกษาสถานการณ์ของโรคและความเจ็บป่วย รวมถึงพลวัตของการใช้บริการสุขภาพของประชากรจากประเทศสมาชิกประชาคมอาเซียนที่อาศัยอยู่ในบริเวณเขตการค้าชายแดนหรือเขตเศรษฐกิจพิเศษ และผลกระทบของการใช้บริการสุขภาพ ต่อสถานบริการสุขภาพและระบบสุขภาพของประเทศปลายทาง ส่วนวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพมุ่งเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับความทุกข์ทางสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพและวัฒนธรรม บทบาทของความสัมพันธ์ทางสังคม และเงื่อนไขเชิงโครงสร้างที่กำหนดสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชากรกลุ่มเคลื่อนย้าย แบ่งการออกแบบการวิจัยออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

3.1.1 การศึกษาสถานการณ์และแนวโน้มความเปลี่ยนแปลงของการใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดน

เป็นการศึกษาเชิงปริมาณโดยใช้ข้อมูลระยะยาว (Longitudinal data) จากข้อมูลการใช้บริการของชาวต่างชาติจากประเทศเพื่อนบ้านที่ข้ามพรมแดนมาใช้บริการสุขภาพในสถานบริการสุขภาพในประเทศไทย ที่เก็บรวบรวมจากสถานพยาบาลในพื้นที่ศึกษาที่มีบันทึกไว้ โดยใช้ข้อมูลในช่วงเวลา 5 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 - 2560 ซึ่งเป็นช่วงปีก่อนและหลังเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน เพื่อให้เห็นความเปลี่ยนแปลงของการใช้บริการสุขภาพ จำนวนผู้มาใช้บริการสุขภาพก่อนและหลังการเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน แนวโน้มของความเจ็บป่วยหรือโรคที่เกิดในกลุ่มผู้ใช้บริการสุขภาพชาวเมียนมาและลาวในสถานพยาบาลของประเทศไทย รวมถึงทรัพยากรสุขภาพของสถานพยาบาลเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนประชากรกลุ่มเคลื่อนย้าย ทั้งนี้ การใช้ข้อมูลระยะยาวจะช่วยบ่งชี้ได้ว่า ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสถานพยาบาลและระบบบริการสุขภาพนั้นเป็นผลมาจากการเคลื่อนย้ายของประชากรและ/หรือการก่อตั้งประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนหรือไม่ อย่างไร

3.1.2 การศึกษาผลกระทบต่อการบริการจัดการทรัพยากรสุขภาพ และแนวทางการตั้งรับของสถานพยาบาล หรือผู้กำหนดนโยบายการให้บริการสุขภาพทั้งในระดับสถานพยาบาล ระดับชุมชน ระดับชาติ และระดับระหว่างประเทศ

เป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้ข้อมูลภาคตัดขวาง (Cross-sectional data) จากการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายในระดับต่างๆ

3.1.3 การศึกษาความทุกข์ทางสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพและวัฒนธรรม และเงื่อนไขเชิงโครงสร้างอันเป็นผลมาจากการเคลื่อนย้ายข้ามพรมแดนที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทางสังคม ความเจ็บป่วย และอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณาที่มุ่งเข้าใจโลกชีวิตของคนพม่าข้ามแดนในสายตาของคนใน ชาติพันธุ์วรรณาเป็นวิธีการศึกษาสังคมและวิถีชีวิตของผู้คน โดยเข้าไปมีส่วนร่วมอยู่ในชีวิตสังคม (Social life) ของผู้ถูกศึกษา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีรายละเอียด ลุ่มลึก (Thick description) เข้าใจบริบทต่างๆ (Contexts) ในชีวิตของผู้คนที่กว้างขึ้น ทั้งที่เป็นสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติและวัฒนธรรม (ประวัติศาสตร์ การเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม) ชาติพันธุ์วรรณาให้ความสนใจต่อมุมมองของคนท้องถิ่นหรือคนใน (The 'native' or emic point

of view) ที่เน้นศึกษาบริบทสังคมวัฒนธรรมเฉพาะและศึกษาในมุมมองที่เป็นประสบการณ์ของคนในสังคมวัฒนธรรมนั้น (Singer & Bear, 2007: 52)

3.2 พื้นที่ศึกษา

โครงการวิจัยนี้ต้องการแสดงให้เห็นถึงภาพรวมเบื้องต้นของรูปแบบและความต้องการใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดนของประชาชนจากประเทศเพื่อนบ้าน คือ ประเทศพม่าและลาว จึงกำหนดเฉพาะเจาะจงไปยังพื้นที่ที่ครอบคลุมความหลากหลายของกลุ่มผู้ใช้บริการสุขภาพจากประเทศในภูมิภาคอาเซียน ในบริบทของชายแดนที่มีกิจกรรมทางเศรษฐกิจและมีความเคลื่อนย้ายระหว่างพรมแดนเกิดขึ้นสม่ำเสมอ และเป็นพื้นที่ที่มีจุดผ่านแดนถาวรหรือผ่อนปรนอย่างน้อย 1 จุด คณะผู้วิจัยพิจารณาคัดเลือกพื้นที่ศึกษาได้แก่ อำเภอแม่สาย และอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย ซึ่ง พื้นที่ดังกล่าวมีจุดผ่านแดนถาวรและผ่อนปรนหลายแห่งที่เชื่อมกับเมืองท่าขี้เหล็ก รัฐฉาน ประเทศพม่า และแขวงบ่อแก้ว ประเทศลาว พื้นที่ชายแดนทั้งสองแห่ง เป็นพื้นที่ที่มีร้านค้าเพื่อรองรับนักท่องเที่ยว และมีการเดินทางข้ามพรมแดนเป็นปกติ ทั้งผ่านทางจุดผ่านแดน และตลอดฝั่งแม่น้ำสาย และแม่น้ำโขง ในส่วนของการเก็บข้อมูลจากสถานพยาบาล ได้เลือกสถานพยาบาลของรัฐที่เป็นสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิและสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ในส่วนของการเก็บข้อมูลแบบชาติพันธุ์วรรณา ใช้นักวิจัยภาคสนามที่สามารถสื่อสารเป็นภาษาพม่าและภาษาลาวเข้าไปอาศัยอยู่ในพื้นที่ดังกล่าวเป็นระยะเวลา 1 เดือน ทำหน้าที่ในการสังเกต เก็บข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ และนักวิจัยหลักทำหน้าที่ตรวจสอบ ซึ่ประเด็นตลอดกระบวนการวิจัย

3.2.1 บริบทของพื้นที่อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย

อำเภอเชียงแสนตั้งอยู่ทางฝั่งตะวันออกเฉียงเหนือของจังหวัดเชียงราย มีอาณาเขตติดต่อกับเมืองต้นผึ้ง แขวงบ่อแก้ว ประเทศลาว และมีพื้นที่ซึ่งเรียกว่า “สามเหลี่ยมทองคำ” ในพื้นที่บ้านสบรวก ตำบลเวียง อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย อันเป็นบริเวณที่บรรจบกันของชายแดนสามประเทศคือ ไทย ลาว และพม่า มีจุดผ่านแดนถาวรไทย-ลาว 1 แห่ง คือจุดผ่านแดนถาวรสามเหลี่ยมทองคำ ซึ่งเป็นจุดผ่านแดนที่ได้รับความนิยมสำหรับนักท่องเที่ยวและประชาชนในพื้นที่ที่ต้องการข้ามไป-มาระหว่างประเทศไทยและประเทศลาวด้วยพาหนะเรือข้ามฟากแม่น้ำโขง ชายแดนฝั่งเมืองต้นผึ้งเป็นที่ตั้งของคิงส์โรมัน บ่อนคาสิโนจีนที่เปิดให้บริการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 และยังมีจุดผ่อนปรนที่ติดกับประเทศลาวอีก 2 แห่ง ได้แก่ จุดผ่อนปรนบ้านสบรวก ตำบลเวียง และจุดผ่อนปรนบ้านสวนดอก ตำบลบ้านแซว ซึ่งเป็นเส้นทางสัญจรข้ามแดนของชาวพม่าที่ต้องการมาเยี่ยมญาติ จับจ่ายซื้อสินค้า หรือใช้บริการสุขภาพอีกด้วย ผู้ที่ใช้บริการสุขภาพในสถานพยาบาลในเขตอำเภอเชียงแสน นอกจากจะมีชาวไทย ชาวลาว และชาวพม่าที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงแล้ว ยังมีแรงงานชาวพม่าที่รับจ้างทำงานก่อสร้างในคาสิโน และนักท่องเที่ยวจากประเทศต่างๆ ที่มาท่องเที่ยวในฝั่งประเทศไทยและฝั่งประเทศลาว



ภาพที่ 3.1 แผนที่แสดงที่ตั้งของพื้นที่ศึกษา

3.2.2 บริบทของพื้นที่อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

อำเภอแม่สายตั้งอยู่บนจุดเหนือสุดของ จังหวัดเชียงราย มีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดท่าขี้เหล็ก รัฐฉาน ประเทศเมียนมา มีจุดผ่านแดนถาวรไทย-พม่า 2 แห่ง คือจุดผ่านแดนถาวรแม่สาย ซึ่งเป็นที่สัญจรข้ามพรมแดนของชาวไทยและชาวพม่าที่อาศัยและทำงานในพื้นที่ รวมถึงนักท่องเที่ยวจำนวนมากในแต่ละวัน พื้นที่แม่สาย-ท่าขี้เหล็กมีความสำคัญทางเศรษฐกิจ เพราะเป็นย่านธุรกิจที่มีตลาดการค้าชายแดนขนาดใหญ่ ขยายสินค้าอุปโภคบริโภคที่ส่วนใหญ่ส่งมาจากประเทศจีนในราคาถูก และมีจุดผ่านแดนที่สะพานมิตรภาพข้ามแม่น้ำสายแห่งที่ 2 ตำบลสันผักอี ซึ่งนิยมใช้เป็นเส้นทางขนส่งลำเลียงสินค้าระหว่างประเทศไทยและประเทศพม่า อำเภอแม่สายมีจุดผ่อนปรนที่ติดกับชายแดนประเทศพม่าอีกหลายแห่ง ได้แก่ จุดบ้านปางห้า ตำบลเกาะช้าง จุดบ้านสายลมจอย ตำบลเวียงพางคำ จุดบ้านเกาะทราย ตำบลแม่สาย และจุดท่าดินดำ บ้านป่าแดง อำเภอแม่สายจึงมีประชาชนจากรัฐฉานจำนวนมากเข้ามาเยี่ยมญาติ จับจ่ายใช้สอย และรับจ้างทำงานทั้งในและนอกระบบ

3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากโครงการวิจัยนี้ให้ความสำคัญกับลักษณะที่เคลื่อนไหวของความเป็นชายแดน ที่เอื้อต่อการข้ามไปมาระหว่างประชาชนจากประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้าน และเอื้อให้เกิดกิจกรรมทางเศรษฐกิจระดับชายแดน ซึ่งรวมถึงการใช้บริการสุขภาพด้วย ประชากรที่ศึกษาจึงได้แก่

3.3.1 การวิจัยเชิงปริมาณ

เป็นการศึกษาข้อมูลข้อมูลทุติยภูมิ เกี่ยวกับประชากรข้ามพรมแดนที่มาใช้บริการที่สถานบริการของรัฐ เพื่อให้ทราบสถานการณ์ความเจ็บป่วยและการใช้บริการสุขภาพ เก็บข้อมูลจากสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิจำนวน 2 แห่ง ได้แก่โรงพยาบาลแม่สาย และโรงพยาบาลเชียงแสน สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิจำนวน 2 แห่ง ได้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง อำเภอแม่สาย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสบรวก อำเภอเชียงแสน ประชากรคือผู้ที่เข้ามาใช้บริการสุขภาพในสถานพยาบาลในช่วงเดือนมกราคม 2556 – ธันวาคม 2560 ทั้งในรูปแบบผู้ป่วย

นอกและผู้ป่วยใน หน่วยในการวิเคราะห์คือการมาใช้บริการทางการแพทย์ (Medical visits) โดยจะแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มได้แก่ (1) ผู้ใช้บริการสุขภาพชาวไทย (Thai group) หมายถึง ผู้ที่มีสัญชาติไทยที่มาใช้บริการสุขภาพในสถานพยาบาลที่เป็นพื้นที่ศึกษาในช่วงเวลาที่กำหนด (2) ผู้ใช้บริการสุขภาพที่เป็นบุคคลไร้สัญชาติในประเทศไทย (Stateless minority group) หมายถึงผู้ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยมาเป็นเวลานาน แต่ยังไม่ได้รับสัญชาติไทย และ (3) ผู้ใช้บริการสุขภาพที่ไม่ใช่คนไทย และไม่ใช่มุสลิมที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย (Non-Thai) หมายถึงผู้ที่ไม่ได้อยู่ในสองกลุ่มแรก และเป็นผู้ที่มีสัญชาติอื่นนอกเหนือจากสัญชาติไทย หรือมีภูมิลำเนาจากประเทศอื่นๆ และเดินทางเข้ามาในประเทศไทยเพื่ออยู่อาศัย ทำงาน ท่องเที่ยว หรือแสวงหาบริการสุขภาพ ประชากรกลุ่มนี้คือประชากรข้ามพรมแดนซึ่งเป็นกลุ่มประชากรหลักของการวิจัย

3.3.2 การวิจัยเชิงคุณภาพ

มุ่งทำความเข้าใจข้อมูลเชิงลึกในเรื่องพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ ผลกระทบในระบบบริการสุขภาพ และความทุกข์ของคนข้ามแดน เป็นการเลือกแบบเจาะจง โดยมีตัวอย่างที่ศึกษา 2 กลุ่มคือ

(1) ประชากรกลุ่มเคลื่อนย้าย ที่มีสัญชาติเมียนมาและลาว จำนวนสัญชาติละ 10 ราย โดยเป็นผู้ที่โดยปกติอาศัยหรือทำงานอยู่ในพื้นที่ใกล้กับเขตพรมแดนระหว่างประเทศที่ติดต่อกับประเทศไทยไม่ต่ำกว่า 6 เดือน เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ก) เป็นผู้ที่มีสัญชาติของตนเอง แล้วเดินทางข้ามพรมแดนมาด้วยวัตถุประสงค์เพื่อใช้บริการสุขภาพเป็นหลัก หรือ ข) เป็นผู้ที่มีสัญชาติหรือทำงานอยู่ในอาณาเขตประเทศไทย ในพื้นที่ที่มีการผ่อนผันบริเวณเขตชายแดนระหว่างประเทศไทยกับประเทศเมียนมาของตนเอง

(2) ผู้ให้บริการในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทยที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ศึกษา โดยในที่นี้สถานบริการสุขภาพหมายถึงร้านขายยาแผนไทยและแผนปัจจุบัน คลินิกเอกชนแผนไทยและแผนปัจจุบัน สถานีอนามัย คลินิกแพทย์เอกชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิหรือสูงกว่า ที่ตั้งอยู่ใกล้กับจุดผ่านแดนและเส้นแบ่งชายแดนระหว่างประเทศ และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รวมทั้งหมอฟันบ้าน อสม. รวม 10 คน

3.4 การเก็บข้อมูล

หลังจากกำหนดพื้นที่ศึกษา คณะผู้วิจัยได้ประสานงานไปยังผู้บริหารของสถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ศึกษา เพื่อชี้แจงโครงการและขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลในพื้นที่แต่ละแห่ง โดยใช้เครื่องมือและวิธีการในการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพดังต่อไปนี้

3.4.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

ในระดับสถานพยาบาล ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลโปรแกรมระบบงานสถานีอนามัยและหน่วยบริการปฐมภูมิ (Java Health Center Information System: JHCIS) ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นโดยศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำหรับใช้บันทึกข้อมูลการปฏิบัติงานในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) กว่า 7,000 แห่ง ทั่วประเทศ (Thiangtrong & Bouphan, 2011) และจากโปรแกรมระบบสารสนเทศการให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลทุกระดับ (Hospital and Experience: HOSxP) ซึ่งใช้ระบบและตัวแปรที่เชื่อมโยงกันกับ JHCIS ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานทางประชากรของผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการด้านสุขภาพทั้งรหัสการวินิจฉัย การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ตลอดจนการจ่ายยาและเวชภัณฑ์ และแหล่งที่มาของการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (การใช้ประกันสุขภาพ) เพื่อให้ได้ข้อมูล

จำนวนผู้ป่วยข้ามพรมแดน อาการเจ็บป่วย ลักษณะบริการที่ใช้ และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2556 – ธันวาคม พ.ศ. 2560

3.4.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ในระดับบริบทและระดับสถานพยาบาล ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) กับผู้เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับนโยบายระดับสถานพยาบาลในการให้บริการผู้ป่วยชาวต่างชาติ การจำแนกผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ความเพียงพอของทรัพยากรทางการแพทย์ การเรียกเก็บค่าบริการ ผลประโยชน์และปัญหาจากการให้บริการ และแนวทางในการพัฒนาระบบบริการเพื่อรองรับผู้ป่วยข้ามพรมแดน

ในระดับปัจเจก ใช้วิธีการศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณา (Ethnography) โดยมีนักวิจัยภาคสนามจำนวน 2 คน ที่มีประสบการณ์การเก็บข้อมูลภาคสนาม และเป็นคนในพื้นที่ภาคเหนือ เพื่อให้เข้าใจโลกชีวิตของคนพม่าข้ามแดนในสายตาของคนใน เน้นการเข้าถึงข้อมูล โดยการเข้าไปศึกษาชุมชนในบริบทที่ศึกษาระยะเวลา 30 วัน เพื่อเฝ้าต่อการศึกษากลุ่มประชากรที่มีการเคลื่อนย้ายและตั้งถิ่นฐานข้ามพรมแดนรัฐ ชีวิตทางสังคมวัฒนธรรมของคนในยุคโลกาภิวัตน์ การเคลื่อนย้าย การเชื่อมสัมพันธ์กันอย่างไรพรมแดนเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นจริงภายในพื้นที่สังคมแบบข้ามชาติ (The frame of transnational social spaces) ที่เกิดขึ้นจากกระแสการไหลเวียนและการเคลื่อนย้ายของผู้คน ข้อมูล การแลกเปลี่ยนสินค้าและบริการ เงินตรา ข้ามผ่านพรมแดนรัฐจากที่หนึ่งมาสู่อีกที่ได้้อย่างเข้าใจ นอกจากนี้ ยังใช้การสังเกตการณ์ (Observation) ซึ่งให้ความสำคัญกับการมองเห็นปรากฏการณ์จริงผ่านสายตา สถานการณ์ต่างๆ ที่แวดล้อมชีวิตของคนข้ามแดนชาวพม่าและลาว สำหรับการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่ชาวพม่าผู้วิจัยจะเป็นผู้เก็บข้อมูลเอง โดยมีลำที่ เป็นชาวพม่าเป็นผู้ที่เข้าไปทำงานกับนักวิจัยตลอดการสัมภาษณ์ การสังเกตจะใช้ทั้งการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมเช่นการที่นักวิจัยและผู้ช่วยวิจัยภาคสนามเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน กับผู้ให้ข้อมูล เช่น การกิน การอยู่ การไปหาหมอ หรือการไม่มีส่วนร่วมคือการสังเกตโดยภาพรวมๆ หรือสถานการณ์ต่างๆ ที่ปรากฏจริงในพื้นที่สนาม และใช้การศึกษาเรื่องเล่า (Narrative approach) ควบคู่กับชาติพันธุ์วรรณา โดยเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้เล่าเรื่องราวในชีวิตอย่างอิสระ และผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (Unstructured Interviewing) ที่มีลักษณะการสัมภาษณ์แบบปลายเปิด (The open-ended ethnographic interview) และไม่เป็นทางการในภาคสนาม การสัมภาษณ์ลักษณะนี้มีความสำคัญ เพราะการใช้คำถามทั่วไปในประเด็นที่ต้องการรู้มากกว่าจะเป็นการใช้คำถามปลายปิด (Closed-ended questions) จะช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมที่มีความหลากหลายของคนในสังคม และช่วยทำให้ไม่ไปจำกัดการเข้าถึงความจริงที่ถูกจัดแบ่งประเภทเอาไว้ล่วงหน้า และการสัมภาษณ์นี้ผู้วิจัยต้องเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในวัฒนธรรมพื้นเมือง การมีปฏิสัมพันธ์ และการเข้าไปอยู่ในภาคสนาม (Being there) (Fontana & Frey, 1994: 353-366 อ้างใน Denzin & Lincoln, 1994) นอกจากนี้ยังใช้การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในประเด็นสำคัญ (Key informant interview) ที่เป็นผู้ให้บริการสุขภาพในชุมชน ได้แก่ หมอพื้นบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (อสม.) ที่ให้บริการแก่คนข้ามแดน

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.5.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อแสดง ลักษณะความเจ็บป่วย โรคที่ปรากฏในช่วงเวลาที่ศึกษา และวิเคราะห์แนวโน้มการใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดนในช่วงเวลาของการเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ทั้งในภาพรวมและจำแนกตามหมวดหมู่ของลักษณะประชากร โรค/ความเจ็บป่วย รูปแบบการชำระค่าบริการสุขภาพ และลักษณะของบริการ

ที่ใช้ ข้อมูลแต่ละหมวดจะถูกจำแนกตามลักษณะของประชากร 3 กลุ่มเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ที่มีสัญชาติไทย กลุ่มผู้ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่ในประเทศไทยแต่ยังไม่ได้รับสัญชาติไทย และกลุ่มผู้ที่ถือสัญชาติอื่นๆ นอกเหนือจากสัญชาติไทยซึ่งถือเป็นประชากรข้ามพรมแดนในการศึกษาครั้งนี้ และนำมาใช้ศึกษาแนวโน้มการเจ็บป่วยและการใช้บริการสุขภาพในช่วงปี พ.ศ. 2556 - 2560

3.5.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยจัดหมวดหมู่ตามประเด็นที่ต้องการนำเสนอ ได้แก่ นโยบายระดับสถานพยาบาลในการให้บริการผู้ป่วยชาวต่างชาติ การจำแนกผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ความเพียงพอของทรัพยากรทางการแพทย์ การเรียกเก็บค่าบริการ สิทธิประโยชน์และการประกันสุขภาพสำหรับผู้ป่วยที่เป็นประชากรข้ามพรมแดน ผลประโยชน์และปัญหาจากการให้บริการ และแนวทางในการพัฒนาระบบบริการเพื่อรองรับผู้ป่วยข้ามพรมแดน การสร้างความร่วมมือหรือเครือข่ายบริการสุขภาพระดับท้องถิ่นและระหว่างประเทศ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงชาติพันธุ์วรรณา การศึกษาเรื่องเล่า และการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม จะวิเคราะห์ในประเด็นเรื่อง บริบทเชิงสังคมวัฒนธรรมและการข้ามแดน มุมมองของชุมชนต่อแรงงานข้ามแดน ความทุกข์ทางสังคม สุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามแดนจะถูกนำมาตรวจสอบถึงความครบถ้วนและความสอดคล้องของข้อมูล

บทที่ 4

ความเจ็บป่วย การใช้บริการสุขภาพ และผลกระทบต่อระบบสุขภาพ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อศึกษารูปแบบการเจ็บป่วยและการใช้บริการสุขภาพในสถานพยาบาลของผู้ป่วยที่เป็นประชากรข้ามพรมแดน โดยเปรียบเทียบกับประชากรไทยและประชากรที่ยังไม่ได้รับสัญชาติไทยที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อระบุผลกระทบต่อสถานพยาบาลและนัยต่อระบบสุขภาพชายแดนของประเทศไทย สามารถจำแนกข้อค้นพบหลัก (Major findings) เป็น 4 ส่วนด้วยกันได้แก่ (1) ลักษณะของผู้ใช้บริการสุขภาพในพื้นที่ศึกษาและการมีประกันสุขภาพ (2) รูปแบบความเจ็บป่วยและการใช้บริการสุขภาพในสถานพยาบาล (3) ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพและความครอบคลุมของประกันสุขภาพ และ (4) ผลกระทบและข้อท้าทายต่อระบบบริการสุขภาพชายแดนของประเทศไทย

4.1 ลักษณะของผู้ใช้บริการสุขภาพในพื้นที่ศึกษาและการใช้ประกันสุขภาพ

4.1.1 ภาพรวมการใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของกลุ่มประชากรข้ามพรมแดน

กลุ่มประชากรข้ามพรมแดนที่ใช้บริการสุขภาพในสถานพยาบาลในเขตอำเภอแม่สาย ส่วนใหญ่เป็นชาวพม่าและลาว ส่วนสถานพยาบาลในเขตอำเภอเชียงแสนส่วนใหญ่เป็นชาวลาวพม่า และจีน นอกจากนั้นเป็นนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติจากประเทศทางตะวันตกที่เจ็บป่วยระหว่างการท่องเที่ยว จำนวนการใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยนอกของกลุ่มประชากรข้ามพรมแดนในแต่ละสถานพยาบาลไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนเท่าใดนักในช่วงห้าปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2554 – 2560) โดยโรงพยาบาลแม่สายมีประชากรข้ามพรมแดนมาใช้บริการสุขภาพเป็นจำนวนมากที่สุด (84,224 คน) รองลงมาคือโรงพยาบาลเชียงแสน (73,949 คน) รพ.สต. เกาะช้าง (3,021 คน) และ รพ.สต. สบรวก (5,735 คน) จากตารางที่ 4.1 จะเห็นได้ว่า ปี พ.ศ. 2556 เป็นปีที่มีประชากรข้ามพรมแดนเข้าใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยนอกมากที่สุดในเกือบทุกสถานพยาบาล ก่อนจะลดลงในปี พ.ศ. 2557 และมีจำนวนคงที่จนกระทั่งปี พ.ศ. 2560 ส่วนการใช้บริการสุขภาพของประชากรข้ามพรมแดนประเภทผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเชียงแสนมีจำนวนค่อนข้างคงที่ตลอดระยะเวลาห้าปี สำหรับโรงพยาบาลแม่สายเพิ่งมีการเปลี่ยนระบบฐานข้อมูลสารสนเทศใหม่ในปี 2559 จึงอาจทำให้ข้อมูลส่วนผู้ป่วยในไม่สมบูรณ์

จากการสัมภาษณ์บุคลากรจากสถานพยาบาลทั้งสี่แห่ง พบว่าในช่วงที่ผ่านมามีการพัฒนาบริการสาธารณสุขในประเทศพม่าและลาว ทำให้ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพม่าและลาวมีทางเลือกในการใช้บริการสุขภาพมากขึ้น ฉะนั้น แม้จะมีการเปิดประชาคมอาเซียนและมีการไหลบ่าของแรงงานและมีการพัฒนาการท่องเที่ยวข้ามพรมแดน ผู้ป่วยชาวพม่าและลาวก็ยังสามารถเลือกได้ว่า จะกลับไปใช้บริการสุขภาพในประเทศภูมิลำเนาของตนหรือจะใช้บริการสุขภาพในสถานพยาบาลในประเทศไทย ทำให้จำนวนผู้ป่วยข้ามพรมแดนในสถานพยาบาลไทยค่อนข้างคงที่

ตารางที่ 4.1 จำนวนการใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในระหว่างปี พ.ศ. 2556-2560

ปี	ผู้ป่วยนอก				ผู้ป่วยใน	
	รพ. แม่สาย	รพ. เชียงแสน	รพ.สต. เกาะช้าง	รพ.สต. สบรวก	รพ. แม่สาย	รพ. เชียงแสน
2556	17,771	14,524	3,021	2,074	*82	1,105
2557	16,480	14,580	1,724	927	*90	997
2558	16,358	14,690	1,985	879	*114	1,044
2559	16,639	15,393	1,839	993	*843	1,009
2560	16,976	14,762	1,704	862	3,321	847
รวม 5 ปี	84,224	73,949	10,273	5,735	4,450	5,002
เฉลี่ยต่อปี	16,845	14,790	2,055	1,147	890	1,000

*ข้อมูลอาจไม่สมบูรณ์เนื่องจากโรงพยาบาลแม่สายเปลี่ยนแปลงระบบการจัดเก็บข้อมูลใหม่ทั้งหมดตั้งแต่ปลายปี พ.ศ.

2559

4.1.2 สัดส่วนการใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และการใช้ประกันสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยสัญชาติไทย ประชากรข้ามพรมแดน และผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ

เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของการใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม (ตารางที่ 4.2) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีสัญชาติไทยมีสัดส่วนในการใช้บริการประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มประชากรข้ามพรมแดน และกลุ่มผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ เมื่อพิจารณาเฉพาะสัดส่วนของผู้ป่วยที่เป็นประชากรข้ามพรมแดนระหว่างโรงพยาบาลแม่สายและโรงพยาบาล เชียงแสน ซึ่งเป็นสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ จะพบว่าแม้ว่าในแต่ละปีโรงพยาบาลเชียงแสนจะมีผู้ป่วยรวมทุกกลุ่มจำนวนมากกว่าโรงพยาบาลแม่สาย ค่าเฉลี่ยของสัดส่วนผู้ป่วยข้ามพรมแดนที่โรงพยาบาลแม่สายกลับสูงถึงร้อยละ 20.7 ของผู้ที่มารับบริการทั้งหมด ในขณะที่โรงพยาบาล เชียงแสนมีค่าเฉลี่ยของสัดส่วนผู้ป่วยข้ามพรมแดนอยู่ที่ร้อยละ 11.1 ของผู้ที่มารับบริการทั้งหมด ทำให้สถานพยาบาลทั้งสองแห่งมีปริมาณผู้ป่วยข้ามพรมแดนจำนวนใกล้เคียงกัน สำหรับสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ รพ.สต. เกาะช้างมีจำนวนผู้ป่วยรวมทุกกลุ่มสูงกว่า รพ.สต. สบรวก แต่ รพ.สต. สบรวกมีสัดส่วนของกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นประชากรข้ามพรมแดนสูงกว่า รพ.สต. เกาะช้าง ทั้งนี้ โรงพยาบาลแม่สาย และ รพ.สต. สบรวก ตั้งอยู่ใกล้กับจุดผ่านแดนระหว่างประเทศ และเป็นพื้นที่ทางเศรษฐกิจ มีตลาดการค้าชายแดน จึงเป็นพื้นที่ที่มีการเคลื่อนย้ายสูงและประกอบด้วยกลุ่มคนที่หลากหลายมากกว่า โดยเฉพาะ รพ.สต. สบรวกมีผู้ใช้บริการสุขภาพที่เดินทางมาจากกาสิโน คิงส์โรมัน ทั้งที่เป็นนักท่องเที่ยวและแรงงาน ในขณะที่ รพ.สต. เกาะช้าง ตั้งอยู่ค่อนข้างห่างจาก ตลาดการค้าชายแดน เป็นพื้นที่เกษตรกรรมและเป็นที่ตั้งของโรงงานอุตสาหกรรมขนาดเล็ก ผู้ป่วยที่มาใช้บริการจึงเป็นผู้ที่อยู่อาศัยหรือทำงานในพื้นที่และบริเวณใกล้เคียงเท่านั้น

ตารางที่ 4.2 (ก-ค) แสดงสัดส่วนของการใช้ประกันสุขภาพแต่ละประเภทในการรับบริการ ประเภทผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โดยจำแนกตามกลุ่มประชากร จากตารางแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยกลุ่มประชากรข้ามพรมแดนส่วนมากชำระเงินเองโดยไม่ใช้ประกันสุขภาพ (Out-of-pocket: OOP) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการคุ้มครองโดยประกันสุขภาพต่างด้าว (Migrant Health Insurance Scheme: MHIS) เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในพื้นที่อำเภอเชียงแสน โดยโรงพยาบาล

เชียงใหม่ มีผู้ใช้ประกันสุขภาพต่างด้าวจากร้อยละ 10.2 ของจำนวนการใช้บริการสุขภาพทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2556 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 22.2 ในปี พ.ศ. 2560 และร้อยละ 41.9 ในปี พ.ศ. 2561 รพ.สต. สบรวก มีผู้ใช้ประกันสุขภาพต่างด้าวเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.2 ของจำนวนการใช้บริการสุขภาพทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2556 เป็นร้อยละ 18.7 ในปี พ.ศ. 2560 และร้อยละ 24.8 ในปี พ.ศ. 2561 ซึ่งน่าจะเป็นเพราะประเทศไทยได้พยายามส่งเสริมให้มีการจดทะเบียนแรงงานต่างชาติ และ กำหนดให้แรงงานต่างชาติที่ไม่มีสิทธิประกันสังคมสามารถซื้อประกันสุขภาพต่างด้าวได้

ตารางที่ 4.2 (ก) สัดส่วนของการใช้ประกันสุขภาพประเภทต่างๆ สำหรับการใช้บริการประเภผู้ป่วยนอก ในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ จำแนกตามกลุ่มประชากร

	โรงพยาบาลเกาะช้าง													
	Thai						Non-Thai				Stateless			
ปี	% of visit	CSMBS	SSS	UC	OOP	Other	% of visit	OOP	MHIS	SSS	% of visit	OOP	UC	SSS
2556	80.6%	4.3%	2.9%	89.0%	3.7%	0.1%	7.9%	99.3%	0.7%	0.0%	11.5%	0.6%	99.3%	0.0%
2557	85.6%	3.6%	4.6%	85.2%	6.5%	0.1%	4.5%	95.5%	1.2%	2.9%	9.9%	1.1%	98.6%	0.3%
2558	83.2%	3.8%	4.9%	89.9%	1.3%	0.1%	4.4%	94.4%	2.7%	2.9%	12.3%	1.1%	98.6%	0.3%
2559	80.3%	3.2%	3.2%	93.0%	0.5%	0.1%	5.0%	89.2%	6.7%	4.1%	14.6%	0.5%	99.3%	0.2%
2560	81.5%	4.2%	3.0%	91.9%	0.7%	0.1%	4.2%	89.2%	6.7%	4.1%	14.3%	0.3%	99.5%	0.2%
2561	86.1%	4.7%	4.5%	90.2%	0.5%	0.1%	3.6%	90.7%	6.2%	3.1%	10.3%	0.0%	100.0%	0.0%
รวม	82.5%	3.9%	3.8%	89.8%	2.4%	0.1%	5.1%	94.2%	3.4%	2.5%	12.4%	0.7%	99.1%	0.2%
	โรงพยาบาลสบรวก													
2556	61.6%	1.5%	5.5%	89.8%	3.1%	0.1%	20.3%	91.8%	8.2%	-	18.1%	28.4%	71.5%	0.1%
2557	76.1%	2.5%	10.2%	82.5%	4.8%	0.0%	11.6%	96.0%	4.0%	-	12.3%	15.3%	83.9%	0.8%
2558	74.0%	0.0%	12.2%	84.5%	3.2%	0.0%	10.3%	82.5%	17.5%	-	15.8%	6.1%	93.8%	0.1%
2559	67.5%	0.2%	8.9%	83.2%	7.7%	0.0%	12.4%	81.9%	18.1%	-	20.1%	2.2%	97.8%	0.0%
2560	71.6%	0.9%	6.1%	87.9%	5.0%	0.0%	10.4%	81.3%	18.7%	-	18.0%	2.3%	97.7%	0.0%
2561	68.9%	0.2%	6.1%	88.1%	5.6%	0.0%	11.4%	75.2%	24.8%	-	19.7%	0.8%	99.2%	0.0%
รวม	69.7%	1.0%	8.5%	85.8%	4.7%	0.0%	13.2%	87.3%	12.7%	-	17.0%	10.8%	89.0%	0.2%

- For Koh Chang Hospital, the total number of visits in 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; and 2018 = 38,098; 38,608; 44,700; 36,524; 40,359; and 10,819, respectively.

- For Sob-Ruak Hospital, the total number of visits in 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; and 2018 = 10,211; 7,970; 8,556; 8,030; 8,259; and 1,877, respectively.

ตารางที่ 4.2 (ข) สัดส่วนของการใช้ประกันสุขภาพประเภทต่างๆ สำหรับการให้บริการประเภทผู้ป่วยนอก ในสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ จำแนกตามกลุ่มประชากร

โรงพยาบาลแม่สาย																
Thai							Non-Thai					Stateless				
ปี	% of visit	CSMBS	SSS	UC	OOP	Other	% of visit	OOP	MHIS	SSS	Other	% of visit	OOP	UC	SSS	Other
2556	56.7%	10.9%	1.6%	77.8%	6.3%	3.2%	28.9%	91.6%	4.5%	0.5%	3.4%	14.4%	5.5%	92.1%	0.3%	2.1%
2557	58.2%	10.7%	6.1%	75.1%	5.4%	2.7%	26.5%	90.6%	5.7%	0.7%	2.9%	15.3%	4.9%	92.4%	0.7%	2.0%
2558	60.6%	10.5%	6.3%	74.7%	5.9%	2.5%	22.5%	89.8%	6.9%	0.8%	2.5%	16.9%	5.1%	92.2%	0.6%	2.0%
2559	61.5%	11.9%	3.8%	76.5%	5.1%	2.7%	18.2%	90.1%	6.3%	0.4%	3.2%	20.2%	3.2%	94.2%	0.4%	2.2%
2560	65.4%	13.0%	3.5%	77.6%	3.2%	3.2%	15.3%	87.0%	6.9%	0.2%	5.8%	19.2%	2.8%	92.4%	0.3%	4.5%
2561	63.8%	13.2%	4.5%	76.2%	3.2%	2.9%	15.7%	84.6%	9.5%	0.2%	5.7%	20.4%	3.6%	90.8%	0.3%	5.3%
รวม	61.4%	11.8%	4.2%	76.5%	4.8%	2.7%	20.7%	89.6 %	6.2%	0.5%	3.7%	17.9%	3.9%	92.7%	0.4%	3.0%
โรงพยาบาลเชียงแสน																
2556	84.3%	11.1%	4.3%	79.2%	3.0%	2.4%	10.1%	84.9%	10.2%	0.2%	4.6%	5.6%	24.6%	70.0%	0.3%	5.0%
2557	82.8%	12.4%	5.4%	77.1%	3.1%	2.0%	11.2%	74.4%	21.5%	0.6%	3.5%	6.0%	15.2%	79.8%	0.6%	4.3%
2558	81.9%	14.5%	5.3%	75.5%	2.9%	1.9%	11.3%	75.3%	21.1%	0.7%	2.9%	6.8%	16.3%	80.1%	0.2%	3.4%
2559	81.4%	13.0%	4.3%	78.1%	2.7%	1.9%	11.5%	72.5%	23.5%	0.7%	3.3%	7.1%	14.1%	82.6%	0.2%	3.1%
2560	81.6%	13.5%	4.5%	76.0%	3.7%	2.3%	11.1%	74.0%	22.2%	0.3%	3.5%	7.3%	14.6%	82.6%	0.2%	3.1%
2561	80.4%	13.8%	4.7%	75.2%	4.9%	1.4%	12.7%	55.7%	41.9%	0.5%	1.9%	6.9%	14.6%	82.7%	0.2%	2.6%
รวม	82.3%	12.9%	4.7%	77.1%	3.2%	3.2%	11.1%	74.6%	21.5%	0.5%	3.4%	6.6%	16.6%	79.6%	0.3%	3.5%

- For OPD Maesai Hospital, the total number of visits in 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; and 2018 = 61,508; 62,161; 72,766; 91,630; 110,655; and 28,252, respectively.

- For OPD Chiang Saen Primary Care Hospital, the total number of visits in 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; and 2018 = 143,288; 130,399; 129,544; 134,034; 132,886; and 48,997, respectively.

ตารางที่ 4.2 (ค) สัดส่วนของการใช้ประกันสุขภาพประเภทต่างๆ สำหรับการให้บริการประเภผู้ป่วยใน ในสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ จำแนกตามกลุ่มประชากร

โรงพยาบาลแม่สาย																
Thai							Non-Thai					Stateless				
ปี	% of visit	CSMBS	SSS	UC	OOP	Other	% of visit	OOP	MHIS	SSS	Other	% of visit	OOP	UC	SSS	Other
2556	60.9%	2.5%	1.8%	88.0%	6.3%	1.4%	17.6%	95.1%	4.9%	0%	0%	21.5%	15.0%	79.0%	1.0%	5.0%
2557	62.5%	0.8%	0.8%	92.4%	4.5%	1.4%	15.8%	88.9%	8.9%	0%	2.2%	21.7%	12.1%	87.9%	0%	0%
2558	63.5%	2.8%	1.9%	92.2%	2.1%	0.9%	17.1%	98.2%	1.8%	0%	0%	19.4%	7.0%	89.9%	0.8%	2.3%
2559	50.2%	5.5%	0.9%	86.6%	3.9%	3.1%	30.2%	92.2%	5.1%	0.1%	2.6%	19.6%	5.1%	91.6%	0.2%	3.1%
2560	45.7%	6.5%	2.5%	83.2%	3.1%	4.7%	36.2%	93.5%	0.1%	0.1%	2.6%	18.1%	3.2%	92.8%	0.1%	4.0%
2561	47.1%	6.4%	2.6%	83.9%	2.7%	4.3%	33.7%	89.5%	7.7%	0.1%	2.7%	19.2%	2.1%	93.6%	0.2%	4.0%
รวม	48.5%	5.7%	2.1%	85.0%	3.3%	3.9%	32.7%	92.8%	4.6%	0.1%	2.5%	18.8%	4.3%	91.9%	0.2%	3.6%
โรงพยาบาลเชียงแสน																
2556	69.4%	5.0%	2.6%	79.2%	1.3%	12.0%	23.7%	94.0%	3.3%	0.1%	2.5%	6.9%	31.0%	62.8%	0.3%	5.9%
2557	70.4%	7.1%	3.1%	77.3%	1.4%	11.1%	22.7%	85.9%	12.3%	0.4%	1.4%	6.9%	28.4%	65.0%	0%	6.6%
2558	71.1%	7.8%	2.8%	78.4%	1.0%	10.1%	22.1%	86.5%	11.3%	0.4%	1.8%	6.7%	23.3%	69.4%	0.6%	6.6%
2559	70.8%	8.2%	3.2%	78.4%	0.6%	9.7%	22.1%	87.8%	9.9%	0.2%	2.1%	7.1%	22.5%	71.3%	0.3%	5.9%
2560	70.5%	8.0%	3.2%	77.2%	1.1%	10.6%	22.0%	89.3%	8.4%	0.1%	2.2%	7.5%	29.3%	66.2%	0.7%	3.8%
2561	69.2%	8.6%	3.6%	77.1%	0.8%	9.9%	25.6%	81.8%	16.0%	0%	12.2%	5.2%	26.1%	71.7%	0%	2.2%
รวม	70.4%	7.3%	3.0%	78.1%	1.0%	10.6%	22.7%	88.5%	9.3%	0.2%	2.0%	6.9%	26.8%	67.1%	0.4%	5.7%

- For IPD Maesai Hospital, the total number of visits in 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; and 2018 = 466; 571; 666; 2,792; 9,162; and 2,209, respectively.

- For IPD Chiang Saen Primary Care Hospital, the total number of visits in 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; and 2018 = 4,671; 4,385; 4,714; 4,568; 3,843; and 879, respectively.

4.2 รูปแบบความเจ็บป่วยและการใช้บริการสุขภาพในสถานพยาบาล

4.2.1 การใช้บริการประเภทผู้ป่วยนอก

คณะผู้วิจัยได้เทียบรหัสการวินิจฉัยหลัก (Primary ICD10) ตามที่ระบุในฐานข้อมูลของสถานพยาบาล กับการจัดหมวดรหัสตัวชี้วัดภาระโรค (Global Burden of Disease: GBD¹) โดยแสดงในตารางที่ 4.3 (ก-ง) พบว่าความเจ็บป่วยในผู้ป่วยที่เป็นประชากรกลุ่มข้ามพรมแดนที่มารับบริการในแต่ละสถานพยาบาลมีรูปแบบที่ค่อนข้างคงที่ในระยะห้าปีที่ผ่านมา

ความเจ็บป่วยอันดับต้นๆ ของประชากรกลุ่มข้ามพรมแดนที่มาใช้บริการของโรงพยาบาลแม่สายได้แก่การตรวจคัดกรองโรคติดต่อ (Communicable diseases) การทำแผลจากการบาดเจ็บหรือผ่าตัด (Specific medical procedures) และการดูแลอนามัยมารดา (Maternal care) ส่วนอัตราการมารับการดูแลติดตามโรคเบาหวาน (Diabetes) เพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 และโรคหัวใจจากความดันโลหิตสูง (Hypertensive heart diseases) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 เป็นต้นมา สำหรับโรงพยาบาลเชียงแสน ประชากรกลุ่มข้ามพรมแดนมาใช้บริการอนามัยแม่เป็นอันดับแรก รองลงมาคือการตรวจสุขภาพ (Examination) การดูแลรักษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้น (Upper respiratory infections) โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร (Other digestive diseases) และโรคหัวใจจากความดันโลหิตสูง

ประชากรกลุ่มข้ามแดนใช้บริการสุขภาพใน รพ.สต. เกาะช้าง เพื่อการตรวจสุขภาพมากที่สุด รองลงมาคือการตรวจคัดกรองโรคติดต่อ บริการอนามัยมารดา รักษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ และดูแลติดตามโรคเบาหวาน ส่วน รพ.สต. สบรวก ประชากรกลุ่มข้ามแดนมีรูปแบบความเจ็บป่วยไม่ต่างจากสถานพยาบาลอื่นๆ แต่มีสัดส่วนผู้ที่มารับบริการทำแผลจากการบาดเจ็บมากกว่าอย่างเห็นได้ชัด

แม้ว่าประชากรกลุ่มที่มีสัญชาติไทยและผู้ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิจะมีความต้องการบริการสุขภาพที่ค่อนข้างคล้ายคลึงกันกับกลุ่มประชากรข้ามพรมแดน แต่สัดส่วนของของประชากรข้ามพรมแดนในหลายๆ หมวดมีขนาดแตกต่างกัน อาทิ ในปี พ.ศ. 2558 การตรวจคัดกรองโรคติดต่อ (Communicable diseases) เป็นหนึ่งในห้าอันดับแรกของการให้บริการใน รพ.สต. เกาะช้างของทุกกลุ่มประชากร แต่คิดได้เป็นเพียงร้อยละ 12.4 ของผู้ใช้บริการสุขภาพที่มีสัญชาติไทยเมื่อเปรียบเทียบกับร้อยละ 35.1 ในกลุ่มประชากรข้ามพรมแดน เป็นต้น ยิ่งไปกว่านั้น จากข้อมูลพบว่าความต้องการรับบริการอนามัยแม่และการรับวัคซีนเด็กใน รพ.สต. เกาะช้าง รวมถึงการทำแผลใน รพ.สต. สบรวกมีสัดส่วนค่อนข้างสูง เจ้าหน้าที่ รพ.สต. สบรวกระบุว่า ผู้ใช้บริการทำแผลส่วนใหญ่บาดเจ็บจากการประกอบอาชีพ โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานชาวพม่าที่ทำงานก่อสร้างในกาสิโนคิงส์โรมัน ประเทศลาว

¹ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการเปรียบเทียบ การใช้ GBD สำหรับระบุหมวดหมู่การวินิจฉัยโรคของผู้มาใช้บริการผู้ป่วยนอกนั้น จะเป็นการตรวจคัดกรอง ตรวจติดตาม หรือการให้การดูแลรักษาที่กระทำได้ในสถานบริการระดับปฐมภูมิ

ตารางที่ 4.3 (ก) หมวดหมู่ของโรค 5 อันดับแรกของผู้มาใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลแม่สาย

ปี		Thai	Non-Thai	Stateless People
2556	1	Specific procedures (16.8%)	Communicable diseases (15.8%)	Specific procedures (19.4%)
	2	Other oral diseases (7.7%)	Specific procedures (8.4%)	Other oral diseases (7.6%)
	3	Other musculoskeletal disorders (6.9%)	Maternal care (11.2%)	Communicable diseases (6.3%)
	4	Communicable diseases (6.8%)	Other digestive diseases (3.8%)	Other digestive diseases (5.0%)
	5	Low back pain (6.3%)	Dengue (3.6%)	Other musculoskeletal disorders (4.2%)
2557	1	Specific procedures (16.3%)	Communicable diseases (24.9%)	Specific procedures (16.1%)
	2	Other oral diseases (7.6%)	Specific procedures (17.8%)	Other oral diseases (7.2%)
	3	Other musculoskeletal disorders (7.3%)	Maternal care (8.9%)	Communicable diseases (5.8%)
	4	Communicable diseases (6.6%)	Other digestive diseases (3.7%)	Other musculoskeletal disorders (5.5%)
	5	Low back pain (5.5%)	Other oral diseases (2.9%)	Low back pain (5.1%)
2558	1	Specific procedures (14.3%)	Communicable diseases (23.9%)	Specific procedures (15.4%)
	2	Other oral diseases (7.6%)	Specific procedures (14.3%)	Diabetes mellitus (8.2%)
	3	Other musculoskeletal disorders (7.2%)	Diabetes mellitus (5.0%)	Other oral diseases (7.6%)
	4	Diabetes mellitus (7.2%)	Maternal care (4.4%)	Hypertensive heart diseases (6.2%)
	5	Communicable diseases (6.4 %)	Examination and investigation (3.8%)	Other musculoskeletal

ที่		Thai	Non-Thai	Stateless People
				disorders (4.8%)
2559	1	Diabetes mellitus (15.0%)	Communicable diseases (20.9%)	Diabetes mellitus (14.5%)
	2	Specific procedures (10.8%)	Specific procedures (13.2%)	Specific procedures (11.9%)
	3	Hypertensive heart diseases (9.7%)	Diabetes mellitus (11.8%)	Hypertensive heart diseases (11.2%)
	4	Other oral diseases (6.2%)	Hypertensive heart diseases (6.5%)	Other oral diseases (6.4%)
	5	Other musculoskeletal disorders (5.4%)	Examination and investigation (4.1%)	Communicable diseases (6.0%)
2560	1	Communicable diseases (13.9%)	Communicable diseases (18.7%)	Specific procedures (13.1%)
	2	Diabetes mellitus (11.2%)	Specific procedures (13.2%)	Diabetes mellitus (11.9%)
	3	Specific procedures (9.8%)	Diabetes mellitus (10.8%)	Hypertensive heart diseases (11.4%)
	4	Hypertensive heart diseases (8.6%)	Maternal care (8.4%)	Communicable diseases (7.0 %)
	5	Examination and investigation (5.8%)	Hypertensive heart diseases (7.2%)	Examination and investigation (6.5%)
2561	1	Diabetes mellitus (11.7%)	Communicable diseases (16.9%)	Specific procedures (7.3%)
	2	Specific procedures (9.5%)	Specific procedures (13.2%)	Diabetes mellitus (11.0%)
	3	Hypertensive heart diseases (9.4%)	Diabetes mellitus (10.9%)	Hypertensive heart diseases (10.9%)
	4	Other musculoskeletal disorders (8.4%)	Maternal care (8.8%)	Communicable diseases (6.6 %)
	5	Nephritis and nephrosis (7.3%)	Hypertensive heart diseases (7.8%)	Examination and investigation (5.1%)

- The total number of visits in 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; and 2018 = 61,508; 62,161; 72,766; 91,630; 110,655; and 28,252, respectively.

ตารางที่ 4.3 (ข) หมวดยุทธศาสตร์ 5 อันดับแรกของผู้มาใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลเชียงใหม่

ปี		Thai	Non-Thai	Stateless People
2556	1	Hypertensive heart diseases (10.9%)	Maternal care (19.4%)	Maternal care (10.5%)
	2	Diabetes mellitus (8.5%)	Upper respiratory infections (5.6%)	Hypertensive heart diseases (7.9%)
	3	Specific procedures (6.2%)	Examination and investigation (4.8%)	Drug use disorders (6.0%)
	4	Drug use disorders (4.8%)	General symptoms and signs (4.6%)	Examination and investigation (5.9%)
	5	Upper respiratory infections (4.2%)	Hypertensive heart diseases (4.3%)	HIV/AIDS (4.7%)
2557	1	Hypertensive heart diseases (11.5%)	Maternal care (19.7%)	Hypertensive heart diseases (13.8%)
	2	Other oral diseases (7.5%)	Upper respiratory infections (6.1%)	Maternal care (8.4%)
	3	Diabetes mellitus (7.1%)	Hypertensive heart diseases (5.4%)	Other oral diseases (7.0%)
	4	Specific procedures (6.6%)	Other digestive diseases (5.3%)	Drug use disorders (6.7%)
	5	Drug use disorders (5.0%)	Specific procedures (5.0%)	HIV/AIDS (5.5%)
2558	1	Hypertensive heart diseases (10.9%)	Maternal care (18.9%)	Hypertensive heart diseases (12.1%)
	2	Specific procedures (7.0%)	Examination and investigation (10.5%)	Drug use disorders (9.7%)
	3	Diabetes mellitus (6.8%)	Upper respiratory infections (5.9%)	Maternal care (6.8%)
	4	Drug use disorders (6.3%)	Other digestive diseases (5.4%)	Specific procedures (5.2%)
	5	Communicable diseases (5.6%)	Hypertensive heart diseases (4.4%)	Diabetes mellitus (4.8%)
2559	1	Hypertensive heart diseases (10.6%)	Maternal care (16.7%)	Hypertensive heart diseases (10.9%)
	2	Examination and investigation (8.1%)	Examination and investigation (11.6%)	Drug use disorders (6.4%)
	3	Diabetes mellitus	Upper respiratory	Examination and

ปี		Thai	Non-Thai	Stateless People
		(6.4%)	infections (7.6%)	investigation (6.1%)
	4	Specific procedures (6.4%)	Other digestive diseases (5.5%)	Maternal care (6.1%)
	5	Drug use disorders (5.4%)	Hypertensive heart diseases (4.4%)	Diabetes mellitus (5.1%)
2560	1	Examination and investigation (10.1%)	Maternal care (17.8%)	Hypertensive heart diseases (10.0%)
	2	Hypertensive heart diseases (10.0%)	Examination and investigation (17.0%)	Examination and investigation (9.2%)
	3	Specific procedures (6.6%)	Upper respiratory infections (5.2%)	Hypertensive heart diseases (5.7%)
	4	Diabetes mellitus (6.4%)	Hypertensive heart diseases (5.1%)	Diabetes mellitus (5.1%)
	5	Other musculoskeletal disorders (4.9%)	Other digestive diseases (4.3%)	Drug use disorders (4.7%)
2561	1	Diabetes mellitus (9.1%)	Examination and investigation (28.6%)	Hypertensive heart diseases (9.7%)
	2	Hypertensive heart diseases (8.7%)	Maternal care (13.6%)	Diabetes mellitus (7.2%)
	3	Examination and investigation (8.2%)	Hypertensive heart diseases (6.0%)	Examination and investigation (6.8%)
	4	Specific procedures (6.6%)	Upper respiratory infections (4.4%)	Maternal care (5.5%)
	5	Drug use disorders (3.6%)	Specific procedures (3.9%)	Drug use disorders (4.3%)

- The total number of visits in 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; and 2018 = 143,288; 130,399; 129,544; 134,034; 132,886; and 48,997, respectively.

ตารางที่ 4.3 (ค) หมวดยุทธศาสตร์โรค 5 อันดับแรกของผู้มาใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยนอก ณ รพ.สต. เกาะช้าง

ปี		Thai	Non-Thai	Stateless People
2556	1	Examination and investigation (31.5%)	Examination and investigation (72.9%)	Examination and investigation (30.6%)
	2	Other musculoskeletal disorders (11.4%)	Maternal care (11.2%)	Upper respiratory infections (16.5%)
	3	Hypertensive heart diseases (10.9%)	Communicable diseases (5.0%)	Other musculoskeletal disorders (8.4%)
	4	Upper respiratory infections (9.9%)	Upper respiratory infections (1.9%)	Hypertensive heart diseases (8.3%)
	5	Diabetes mellitus (5.6%)	Hypertensive heart diseases (1.5%)	Maternal care (6.6%)
2557	1	Examination and investigation (31.4%)	Examination and investigation (32.3%)	Examination and investigation (25.2%)
	2	Hypertensive heart diseases (9.9%)	Communicable diseases (24.8%)	Upper respiratory infections (11.0%)
	3	Other musculoskeletal disorders (9.3%)	Maternal care (21.6%)	Other digestive diseases (11.0%)
	4	Upper respiratory infections (8.2%)	Hypertensive heart diseases (3.6%)	Hypertensive heart diseases (10.2%)
	5	Communicable diseases (6.3%)	Upper respiratory infections (3.1%)	Other musculoskeletal disorders (8.8%)
2558	1	Examination and investigation (31.3%)	Communicable diseases (35.1%)	Examination and investigation (29.5%)
	2	Communicable diseases (12.4%)	Examination and investigation (25.2%)	Upper respiratory infections (11.0%)
	3	Hypertensive heart diseases (9.5%)	Maternal care (19.1%)	Other musculoskeletal disorders (9.5%)
	4	Other musculoskeletal disorders (8.4%)	Upper respiratory infections (4.1%)	Hypertensive heart diseases (8.8%)
	5	Upper respiratory infections (7.2%)	Diabetes mellitus (3.0%)	Other digestive diseases (6.8%)
2559	1	Examination and investigation (32.5%)	Communicable diseases (27.5%)	Examination and investigation (26.4%)
	2	Hypertensive heart diseases (11.8%)	Maternal care (26.6%)	Other musculoskeletal disorders (11.2%)
	3	Other musculoskeletal	Examination and	Upper respiratory

ที่		Thai	Non-Thai	Stateless People
		disorders (9.0%)	investigation (22.9%)	infections (10.5%)
	4	Upper respiratory infections (8.8%)	Upper respiratory infections (4.5%)	Hypertensive heart diseases (9.8%)
	5	Specific procedures (6.4%)	Diabetes mellitus (3.3%)	Other digestive diseases (5.8%)
2560	1	Examination and investigation (44.8%)	Communicable diseases (26.1%)	Examination and investigation (27.0%)
	2	Hypertensive heart diseases (10.4%)	Examination and investigation (23.9%)	Upper respiratory infections (12.4%)
	3	Other musculoskeletal disorders (8.4%)	Maternal care (23.4%)	Other musculoskeletal disorders (11.8%)
	4	Upper respiratory infections (6.8%)	Upper respiratory infections (5.3%)	Hypertensive heart diseases (10.3%)
	5	Diabetes mellitus (4.2%)	Diabetes mellitus (4.4%)	Other digestive diseases (5.0%)
2561	1	Examination and investigation (52.4%)	Examination and investigation (29.3%)	Other musculoskeletal disorders (15.5%)
	2	Hypertensive heart diseases (8.3%)	Communicable diseases (26.7%)	Upper respiratory infections (15.2%)
	3	Upper respiratory infections (7.4%)	Maternal care (23.1%)	Examination and investigation (13.8%)
	4	Other musculoskeletal disorders (6.5%)	Upper respiratory infections (4.9%)	Hypertensive heart diseases (12.9%)
	5	Diabetes mellitus (3.3%)	Diabetes mellitus (4.4%)	Other digestive diseases (5.8%)

- The total number of visits in 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; and 2018 = 38,098; 38,608; 44,700; 36,524; 40,359; and 10,819, respectively.

ตารางที่ 4.3 (ง) หมวดหมู่ของโรค 5 อันดับแรกของผู้มาใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วย
นอก ณ รพ.สต. สบรวก

ปี		Thai	Non-Thai	Stateless People
2556	1	Examination and investigation (41.0%)	Examination and investigation (60.0%)	Examination and investigation (31.1%)
	2	Upper respiratory infections (12.4%)	Upper respiratory infections (9.1%)	Communicable diseases (26.4%)
	3	Communicable diseases (11.4%)	Maternal care (6.4%)	Upper respiratory infections (9.7%)
	4	Other musculoskeletal disorders (4.0%)	Other circumstances (4.1%)	Maternal care (7.7%)
	5	Maternal care (2.7%)	Other digestive diseases (2.2%)	Skin and subcutaneous tissue (1.8%)
2557	1	Examination and investigation (34.7%)	Upper respiratory infections (19.4%)	Examination and investigation (16.3%)
	2	Upper respiratory infections (11.2%)	Specific procedures (17.9%)	Maternal care (10.3%)
	3	Specific procedures (9.3%)	Examination and investigation (15.3%)	Upper respiratory infections (9.9%)
	4	Communicable diseases (9.3%)	Maternal care (5.4%)	Specific procedures (8.3%)
	5	Other musculoskeletal disorders (4.7%)	Other digestive diseases (4.2%)	Communicable diseases (8.0%)
2558	1	Examination and investigation (33.4%)	Specific procedures (26.8%)	Examination and investigation (17.9%)
	2	Communicable diseases (15.4%)	Upper respiratory infections (17.2%)	Specific procedures (13.4%)
	3	Specific procedures (13.4%)	Examination and investigation (11.5%)	Communicable diseases (12.5%)
	4	Upper respiratory infections (11.3%)	Maternal care (8.5%)	Upper respiratory infections (10.6%)
	5	Other musculoskeletal disorders (4.7%)	Communicable diseases (7.6%)	Hypertensive heart diseases (9.5%)
2559	1	Examination and	Specific procedures	Specific procedures

ที่		Thai	Non-Thai	Stateless People
		investigation (33.9%)	(26.7%)	(22.5%)
	2	Specific procedures (959, 17.7%)	Communicable diseases (19.3%)	Examination and investigation (16.9%)
	3	Upper respiratory infections (9.9%)	Upper respiratory infections (10.4%)	Hypertensive heart diseases (10.5%)
	4	Communicable diseases (5.3%)	Maternal care (7.3%)	Upper respiratory infections (8.6%)
	5	Hypertensive heart diseases (4.0%)	Examination and investigation (5.3%)	Other musculoskeletal disorders (5.6%)
2560	1	Examination and investigation (48.6%)	Examination and investigation (18.7%)	Examination and investigation (22.2%)
	2	Upper respiratory infections (10.5%)	Communicable diseases (17.3%)	Specific procedures (14.3%)
	3	Specific procedures (8.2%)	Specific procedures (16.4%)	Hypertensive heart diseases (11.1%)
	4	Communicable diseases (4.4%)	Upper respiratory infections (15.1%)	Upper respiratory infections (10.7%)
	5	Hypertensive heart diseases (3.6%)	Maternal care (9.3%)	Other musculoskeletal disorders (6.4%)
2561	1	Upper respiratory infections (25.4%)	Upper respiratory infections (23.4%)	Specific procedures (24.6%)
	2	Other circumstances (15.7%)	Specific procedures (23.4%)	Upper respiratory infections (20.0%)
	3	Examination and investigation (15.2%)	Communicable diseases (17.8%)	Hypertensive heart diseases (11.4%)
	4	Specific procedures (10.1%)	Maternal care (7.5%)	Examination and investigation (7.8%)
	5	Hypertensive heart diseases (4.3%)	Examination and investigation (4.7%)	Other digestive diseases (7.0%)

- The total number of visits in 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; and 2018 = 10,211; 7,970; 8,556; 8,030; 8,259; and 1,877, respectively.

ตารางที่ 4.4 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของหมวดหมู่ของโรคที่ผู้ป่วยข้ามพรมแดนใช้บริการผู้ป่วยนอกใน 4 สถานพยาบาลในช่วงปี พ.ศ. 2556-2560 จากตารางพบว่า ผู้ป่วยข้ามพรมแดนนิยมใช้บริการอนามัยแม่ในทุกสถานพยาบาล ในขณะที่การรับบริการเกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจจะมีมากในโรงพยาบาลเชียงใหม่ รพ.สต. เกาะช้าง และ รพ.สต. สบรวก และเมื่อพิจารณาร่วมกับตารางที่ 4.3 (ก-ง) จะพบว่าโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเป็นโรคที่พบในประชากรกลุ่มอื่นๆ ด้วย ส่วนการรับบริการเกี่ยวกับโรคติดต่อจะมีมากที่สุดที่สถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ในเขตอำเภอแม่สาย ได้แก่ โรงพยาบาลแม่สาย และรพ.สต. เกาะช้าง นอกจากนี้การใช้บริการทำแผลจากการบาดเจ็บหรือการผ่าตัดจะพบได้มากเฉพาะที่โรงพยาบาลแม่สาย และ รพ.สต. สบรวก ซึ่งเป็นสถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ใกล้ขีดเส้นพรมแดนระหว่างประเทศ เป็นที่น่าสังเกตว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 เป็นต้นมา การรับบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่โรคหัวใจจากความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในพื้นที่โรงพยาบาลแม่สาย โรงพยาบาลเชียงใหม่ และ รพ.สต. เกาะช้าง

อนึ่ง คณะผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลการใช้บริการสุขภาพ โดยจำแนกหมวดหมู่ของโรคและอาการตามรหัสวินิจฉัย ICD10 เพื่อให้ได้รายละเอียดเพิ่มขึ้น และพบว่าหมวดหมู่ของโรคห้าอันดับแรกที่จำแนกตาม ICD10 ในการรับบริการประเภทผู้ป่วยนอกของประชากรกลุ่มข้ามพรมแดนในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ส่วนใหญ่เป็นการรับบริการเกี่ยวกับอนามัยมารดา อาทิ การฝากและตรวจติดตามการตั้งครรภ์ และการรับวัคซีนในเด็ก ส่วนการรับบริการประเภทผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิของประชากรกลุ่มข้ามพรมแดนมีรูปแบบค่อนข้างคล้ายคลึงกับประชากรไทย และผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ทั้งนี้ตารางแสดงหมวดหมู่ของโรค 5 อันดับแรกของผู้มาใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยนอกในแต่ละสถานพยาบาลได้จากภาคผนวก ก

4.2.2 การใช้บริการประเภผู้ป่วยใน

รูปแบบความเจ็บป่วยของผู้ที่ใช้บริการสุขภาพประเภผู้ป่วยในของกลุ่มประชากรที่ไม่มีสัญชาติไทย ทั้งกลุ่มผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิและกลุ่มประชากรข้ามพรมแดนในแต่ละปี มีความคล้ายคลึงกัน โดยกว่าร้อยละ 25-40 ของการใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลแม่สาย และเชียงแสนโดยประชากรทั้งสองกลุ่มเป็นการรับการรักษาเกี่ยวกับการดูแลอนามัยมารดา และโรคอื่นๆ ของมารดา (Other maternal conditions) ดังแสดงในตารางที่ 4.5 (ก-ข)

ตารางที่ 4.5 (ก) หมวดหมู่ของโรค 5 อันดับแรกของผู้มาใช้บริการสุขภาพประเภผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลแม่สาย

ปี	Thai	Non-Thai	Stateless People
2556	1 Endocrine disorders (11.6%)	Other maternal conditions (13.4%)	Chronic obstructive pulmonary disease (13.0%)
	2 Chronic obstructive pulmonary disease (9.5%)	Endocrine disorders (12.2%)	Endocrine disorders (10.0%)
	3 Other digestive diseases (7.7%)	Other perinatal conditions (11.0%)	Other cardiovascular diseases (9.0%)
	4 Diarrheal diseases (6.7%)	Chronic obstructive pulmonary disease (11.0%)	Other digestive diseases (8.0%)
	5 Other maternal conditions (6.0%)	Maternal care (8.5%)	Dengue (7.0%)
2557	1 Endocrine disorders (11.2%)	Other maternal conditions (16.7%)	Chronic obstructive pulmonary disease (16.9%)
	2 Chronic obstructive pulmonary disease (9.5%)	Lower respiratory infections (10.0%)	Diarrheal diseases (8.9%)
	3 Diarrheal diseases (7.8%)	Diarrheal diseases (7.8%)	Other maternal conditions (8.9%)
	4 Lower respiratory infections (7.8%)	Endocrine disorders (7.8%)	Diabetes mellitus (8.9%)
	5 Other digestive diseases (7.6%)	Maternal care (6.7%)	Other cardiovascular diseases (8.9%)
2558	1 Endocrine disorders (9.9%)	Diarrheal diseases (17.5%)	Chronic obstructive pulmonary disease (10.1%)
	2 Chronic obstructive pulmonary disease (9.0%)	Endocrine disorders (9.6%)	Lower respiratory infections (7.8%)
	3 Nephritis and nephrosis (9.0%)	Maternal care (8.8%)	Other cardiovascular diseases (7.0%)
	4 Diabetes mellitus (7.3%)	Lower respiratory infections (7.9%)	Nephritis and nephrosis (7.0%)

ที่		Thai	Non-Thai	Stateless People
	5	Diarrheal diseases (7.1%)	Other maternal conditions (7.0%)	Other digestive diseases (6.2%)
2559	1	Other digestive diseases (9.8%)	Other maternal conditions (16.7%)	Other maternal conditions (12.2%)
	2	Nephritis and nephrosis (6.5%)	Maternal care (11.2%)	Lower respiratory infections (7.8%)
	3	Chronic obstructive pulmonary disease (6.4%)	Other perinatal conditions (9.3%)	Nephritis and nephrosis (7.3%)
	4	Lower respiratory infections (6.2%)	Lower respiratory infections (6.3%)	Other digestive diseases (6.9%)
	5	Endocrine disorders (5.6%)	Other digestive diseases (5.9%)	Other cardiovascular diseases (5.5%)
2560	1	Other digestive diseases (6.9%)	Other maternal conditions (16.4%)	Other maternal conditions (14.5%)
	2	Lower respiratory infections (6.7%)	Dengue (9.8%)	Lower respiratory infections (6.4%)
	3	Nephritis and nephrosis (5.9%)	Maternal care (8.9%)	Other digestive diseases (5.8%)
	4	Other maternal conditions (5.5%)	Other perinatal conditions (7.6%)	Diarrheal diseases (5.6%)
	5	Endocrine disorders (5.5%)	Lower respiratory infections (5.9%)	Nephritis and nephrosis (5.1%)
2561	1	Diarrheal diseases (10.3%)	Other maternal conditions (14.2%)	Other maternal conditions (9.4%)
	2	Lower respiratory infections (7.6%)	Maternal care (11.0%)	Diarrheal diseases (9.4%)
	3	Other digestive diseases (6.7%)	Diarrheal diseases (9.7%)	Other digestive diseases (9.2%)
	4	Endocrine disorders (6.4%)	Other perinatal conditions (7.4%)	Lower respiratory infections (7.5%)
	5	Nephritis and nephrosis (5.9%)	Lower respiratory infections (7.0%)	Nephritis and nephrosis (5.9%)

- The total number of visits in 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; and 2018 = 466; 571; 666; 2,792; 9,162; and 2,209, respectively.

ตารางที่ 4.5 (ข) หมวดยุทธศาสตร์โรค 5 อันดับแรกของผู้มาใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลเชียงใหม่

ปี		Thai	Non-Thai	Stateless People
2556	1	Dengue (8.4%)	Other maternal conditions (26.8%)	Other maternal conditions (27.9%)
	2	Other maternal conditions (7.9%)	Maternal care (18.5%)	Dengue (14.9%)
	3	Chronic obstructive pulmonary disease (7.0%)	Dengue (10.0%)	Maternal care (10.5%)
	4	Maternal care (7.0%)	Lower respiratory infections (5.2%)	Other digestive diseases (4.0%)
	5	Lower respiratory infections (6.8%)	Injury with head (3.6%)	Lower respiratory infections (3.7%)
2557	1	Chronic obstructive pulmonary disease (9.6%)	Other maternal conditions (30.7%)	Other maternal conditions (26.4%)
	2	Other maternal conditions (7.4%)	Maternal care (20.3%)	Maternal care (9.9%)
	3	Other digestive diseases (7.1%)	Lower respiratory infections (8.0%)	Diarrheal diseases (7.9%)
	4	Diarrheal diseases (6.5%)	Diarrheal diseases (4.3%)	Chronic obstructive pulmonary disease (6.3%)
	5	Lower respiratory infections (6.4%)	Injury with head (3.2%)	Other cardiovascular diseases (4.0%)
2558	1	Chronic obstructive pulmonary disease (8.7%)	Other maternal conditions (26.3%)	Other maternal conditions (21.5%)
	2	Other digestive diseases (6.7%)	Maternal care (19.3%)	Maternal care (8.5%)
	3	Diarrheal diseases (6.6%)	Diarrheal diseases (8.9%)	Lower respiratory infections (5.4%)
	4	Other maternal conditions (6.6%)	Lower respiratory infections (5.4%)	Injury with head (5.4%)
	5	Maternal care (6.1%)	Other digestive diseases (3.9%)	Other cardiovascular diseases (5.0%)
2559	1	Chronic obstructive pulmonary disease	Other maternal conditions (26.4%)	Other maternal conditions (23.5%)

ปี		Thai	Non-Thai	Stateless People
		(8.7%)		
	2	Other digestive diseases (7.2%)	Maternal care (18.1%)	Maternal care (7.7%)
	3	Other maternal conditions (6.2%)	Diarrheal diseases (6.5%)	Other digestive diseases (5.2%)
	4	Diarrheal diseases (5.7%)	Lower respiratory infections (5.9%)	Lower respiratory infections (4.9%)
	5	Maternal care (5.7%)	Other digestive diseases (3.7%)	Injury with head (4.9%)
2560	1	Chronic obstructive pulmonary disease (9.3%)	Other maternal conditions (31.4%)	Other maternal conditions (22.3%)
	2	Other maternal conditions (6.5%)	Maternal care (22.3%)	Maternal care (8.7%)
	3	Diarrheal diseases (6.1%)	Diarrheal diseases (5.9%)	Injury with head (6.3%)
	4	Other digestive diseases (6.1%)	Lower respiratory infections (4.3%)	Lower respiratory infections (5.9%)
	5	Maternal care (5.9%)	Injury with head (3.4%)	Other digestive diseases (5.6%)
2561	1	Diarrheal diseases (9.9%)	Other maternal conditions (35.1%)	Other maternal conditions (17.4%)
	2	Chronic obstructive pulmonary disease (8.9%)	Maternal care (22.2%)	Maternal care (8.7%)
	3	Lower respiratory infections (8.2%)	Diarrheal diseases (8.4%)	Diarrheal diseases (8.7%)
	4	Other digestive diseases (6.9%)	Lower respiratory infections (4.9%)	Lower respiratory infections (6.5%)
	5	Nephritis and nephrosis (6.1%)	Abortion (3.1%)	Nephritis and nephrosis (6.5%)

- The total number of visits in 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; and 2018 = 4,671; 4,385; 4,714; 4,568; 3,843; and 879, respectively.

ทั้งนี้ รูปแบบความเจ็บป่วยของประชากรข้ามพรมแดนที่ใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยในของโรงพยาบาลแม่สายและโรงพยาบาลเชียงแสนมีความแตกต่างกันในบางหมวด เช่น โรคเกี่ยวกับความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ (Endocrine disorders) และความผิดปกติปริกำเนิด (Other perinatal

conditions) ที่พบเป็นอันดับต้นๆ เฉพาะที่โรงพยาบาลแม่สาย ในขณะที่จะพบการรับการรักษาจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Injury with head) และโรคระบบทางเดินอาหาร (Digestive diseases) ในผู้ป่วยกลุ่มข้ามพรมแดนที่โรงพยาบาลเชียงแสน ดังแสดงในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4. 6เปรียบเทียบหมวดหมู่ของโรคที่ผู้ป่วยข้ามพรมแดนใช้บริการประเภทผู้ป่วยในของแต่ละสถานพยาบาลในช่วงปี 2556-2560

หมวดหมู่ของโรคตาม Global Burden Diseases	รพ. แม่สาย					รพ. เชียงแสน					สถานพยาบาล
	56	57	58	59	60	56	57	58	59	60	ปี
Other maternal conditions	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	อันดับความ สูง
Maternal care	5	5	3	2	3	2	2	2	2	2	1
Lower respiratory infections		2	4	4	5	4	3	4	4	4	2
Diarrheal diseases		3	1				4	3	3	3	3
Chronic obstructive pulmonary diseases	4										4
Endocrine disorders	2	4	2								5
Injury with head						5	5			5	
Other digestive diseases				5				5	5		
Other perinatal conditions	3			3	4						
Dengue					2	3					

4.3 ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพและการใช้ประกันสุขภาพ

จากที่กล่าวมาข้างต้น ประชากรกลุ่มเคลื่อนย้ายข้ามพรมแดนที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยสามารถเข้าถึงความคุ้มครองทางสุขภาพได้มากขึ้น โดยผู้ที่ถูกจ้างงานในระบบ (Formal sector) เช่น ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม บริษัท โรงแรม หน่วยงานต่างๆ จะได้รับการประกันสุขภาพผ่านระบบประกันสังคม และผู้ที่ถูกจ้างงานนอกระบบ (Informal sector) เช่น รับจ้างอิสระ ทำงานในพื้นที่เกษตรกรรม ทำงานตามบ้าน จะได้รับการประกันสุขภาพผ่านการซื้อประกันสุขภาพต่างดาว

ตารางที่ 4.7 (ก-ฉ) แสดงค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพตามหมวดหมู่ GBD ในปี พ.ศ. 2556 - 2561 ของประชากรกลุ่มข้ามพรมแดนในแต่ละสถานพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยค่าใช้จ่ายทั้งหมด (Total cost) ค่าใช้จ่ายที่ผู้ให้บริการสุขภาพชำระเอง (OOP) และอัตราความคุ้มครอง (Coverage rate) จากประกันสุขภาพ (ร้อยละของค่าใช้จ่ายที่จ่ายโดยประกันสุขภาพ) ผู้ใช้บริการสุขภาพที่เป็นประชากรข้ามพรมแดนมีอัตราการได้รับความคุ้มครองเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในบางหมวดโรค เช่น หมวดการตรวจสุขภาพ (Health examination and investigation) และ อนามัยมารดา (Maternal care) ข้อมูลจากรพ.สต. เกาะช้าง ระบุว่ากลุ่มผู้ใช้บริการสุขภาพที่เป็นประชากรข้ามพรมแดนได้รับความคุ้มครองร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพทั้งหมดในปี พ.ศ. 2558 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 90 ในปี พ.ศ. 2560 และร้อยละ 100 ในปี พ.ศ. 2561 ทั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลจากรพ.สต. เกาะช้างระบุว่า เป็นเพราะประชากรกลุ่ม

ข้ามพรมแดนที่มาใช้บริการส่วนมากเป็นแรงงานจดทะเบียนชาวพม่าที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมในพื้นที่ จึงต้องได้รับการตรวจร่างกายตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2557 ก่อนที่จะต่ออายุสัญญาจ้าง ส่วน รพ.สต. สบรวกไม่มีประชากรข้ามพรมแดนที่ใช้สิทธิ์ประกันสังคมเลย เนื่องจากแรงงานส่วนใหญ่เป็นแรงงานรับจ้างชั่วคราวในโรงแรม รีสอร์ท ร้านอาหาร หรือร้านค้าคาราโอเกะ กลุ่มคนเหล่านี้ใช้ประกันสุขภาพต่างด้าว หรือบางกลุ่มอาจไม่มีประกันสุขภาพเลย และต้องชำระเองทั้งหมด นอกจากนี้ อัตราความคุ้มครองจากการมีประกันสุขภาพของประชากรข้ามพรมแดนที่ใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลเชียงใหม่สำหรับการดูแลอนามัยมารดาและสภาวะความเจ็บป่วยอื่นๆ ที่เกี่ยวกับอนามัยมารดาในแต่ละปีอยู่ที่ประมาณร้อยละ 10 - 14 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 - 2560 และแม้ว่าข้อมูลจากโรงพยาบาลแม่สายจะยังไม่สมบูรณ์ แต่รูปแบบการได้รับการคุ้มครองค่าใช้จ่ายของการใช้บริการสุขภาพก็ไม่แตกต่างจากสถานพยาบาลอื่นๆ มากนัก ทั้งนี้ ผู้ใช้บริการสุขภาพที่มีสัญชาติไทย และผู้ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิซึ่งอาศัยอยู่ในประเทศไทยมีอัตราการได้รับความคุ้มครองในแต่ละหมวดโรคอย่างน้อยร้อยละ 75 ของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (ดูข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพ ค่าใช้จ่ายชำระเอง และอัตราความคุ้มครองจากประกันสุขภาพของผู้ใช้บริการสุขภาพสัญชาติไทย และผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิได้ในภาคผนวก ข.)

กลุ่มผู้ที่ข้ามพรมแดนจากประเทศเพื่อนบ้าน และไม่ได้ทำงานหรืออยู่อาศัยในประเทศไทยจะไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ จึงต้องชำระเงินเองทั้งหมด และยังต้องจ่ายค่าเดินทางและล่ามแปลภาษา ซึ่งมีราคาสูงกว่าค่ารักษาพยาบาล ผู้ที่ข้ามพรมแดนมาจากพม่า ส่วนใหญ่เป็นชาวรัฐฉานที่มีคนรู้จักอยู่ในไทย นิยมจ้างเหมารถจักรยานยนต์ของคนไทยและให้ผู้ขับซึ่งเป็นล่ามภาษาพม่าให้ด้วย ส่วนผู้ป่วยที่ข้ามพรมแดนมาจากลาวเป็นผู้ป่วยชาวลาว พม่า และจีนที่ทำงานในคาสโน นิยมใช้บริการเรือรับจ้างข้ามฝั่งแม่น้ำโขง โดยแบ่งกันจ่ายค่าเดินทางในกลุ่มผู้ป่วยด้วยกัน และจ้างล่ามแปลภาษาให้เดินทางมาด้วย

ตารางที่ 4.(ก) ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพผู้ป่วยนอกตามหมวดหมู่ GBD ในปี 2556 - 2561 ของประชากรกลุ่มข้ามพรมแดน โรงพยาบาลแม่สาย

ปี	การให้บริการสุขภาพ		Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
2556	1	Communicable diseases	779,318	N/A	N/A	N/A
	2	Specific procedures	313,661	N/A	N/A	N/A
	3	Maternal care	859,164	N/A	N/A	N/A
	4	Other digestive diseases	565,598	N/A	N/A	N/A
	5	Dengue	565,875	N/A	N/A	N/A
2557	1	Communicable diseases	933,817	N/A	N/A	N/A
	2	Specific procedures	267,978	N/A	N/A	N/A
	3	Maternal care	893,579	N/A	N/A	N/A
	4	Other digestive diseases	408,624	N/A	N/A	N/A
	5	Other oral diseases	214,471	N/A	N/A	N/A
2558	1	Communicable diseases	874,787	N/A	N/A	N/A
	2	Specific procedures	253,909	N/A	N/A	N/A
	3	Diabetes mellitus	1,106,173	N/A	N/A	N/A
	4	Maternal care	437,778	N/A	N/A	N/A

ปี	การใช้บริการสุขภาพ		Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
	5	Examination and investigation	321,983	N/A	N/A	N/A
2559	1	Communicable diseases	838,191	675,866	28,190	3.37%
	2	Specific procedures	252,345	183,707	34,468	13.66%
	3	Diabetes mellitus	2,505,475	1,932,472	177,675	7.10%
	4	Hypertensive heart diseases	1,183,043	937,921	44,832	3.79%
	5	Examination and investigation	395,499	299,598	12,555	3.18%
2560	1	Communicable diseases	775,502	732,587	42,915	5.54%
	2	Specific procedures	278,539	235,859	42,680	15.33%
	3	Diabetes mellitus	2,507,078	2,458,594	48,484	1.94%
	4	Maternal care	706,762	590,657	116,105	16.43%
	5	Hypertensive heart diseases	1,493,850	1,450,177	43,673	2.93%
2561	1	Communicable diseases	201,640	188,080	13,560	6.72%
	2	Specific procedures	81,034	73,619	7,415	9.15%
	3	Diabetes mellitus	625,653	606,972	18,681	2.99%
	4	Maternal care	224,885	171,721	53,164	23.64%
	5	Hypertensive heart diseases	393,681	371,926	21,755	5.53%

ตารางที่ 4.7 (ข) ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพผู้ป่วยนอกตามหมวดหมู่ GBD ในปี 2556 – 2561 ของประชากรกลุ่มข้ามพรมแดน โรงพยาบาลเชียงใหม่

ปี	การให้บริการสุขภาพ		Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
2556	1	Maternal care	680,727	637,123	43,604	6.41%
	2	Upper respiratory infections	84,187	79,409	4,778	5.68%
	3	Examination and investigation	81,655	64,380	17,175	21.04%
	4	General symptoms and signs	101,889	97,592	4,297	4.22%
	5	Hypertensive heart diseases	187,867	174,569	13,298	7.08%
2557	1	Maternal care	712,566	616,054	96,512	13.55%
	2	Upper respiratory infections	93,670	78,985	14,685	15.68%
	3	Hypertensive heart diseases	326,643	303,162	23,481	7.19%
	4	Other digestive diseases	165,958	142,704	23,254	14.02%
	5	Specific procedures	69,520	43,810	25,710	36.99%
2558	1	Maternal care	837,963	741,179	96,684	11.54%
	2	Examination and investigation	175,912	98,799	77,113	43.84%
	3	Upper respiratory infections	99,410	83,673	15,737	15.83%
	4	Other digestive diseases	218,703	179,786	38,917	17.80%
	5	Hypertensive heart diseases	258,850	233,523	25,327	9.79%
2559	1	Maternal care	820,767	716,949	103,818	12.65%
	2	Examination and investigation	294,162	163,428	130,734	44.45%
	3	Upper respiratory infections	144,699	115,165	29,534	20.41%
	4	Other digestive diseases	242,937	198,811	44,126	18.17%
	5	Hypertensive heart diseases	297,709	261,037	36,672	12.32%
2560	1	Maternal care	954,203	844,979	109,224	11.45%

ปี	การใช้บริการสุขภาพ		Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
	2	Examination and investigation	630,862	219,614	411,248	65.19%
	3	Upper respiratory infections	121,149	88,774	32,375	26.72%
	4	Hypertensive heart diseases	411,810	357,931	53,879	13.08%
	5	Other digestive diseases	222,848	173,821	49,027	22.00%
2561	1	Examination and investigation	679,198	43,515	635,683	93.60%
	2	Maternal care	320,315	269,077	51,238	16.00%
	3	Hypertensive heart diseases	215,065	177,269	37,331	17.36%
	4	Upper respiratory infections	35,123	27,210	7,913	22.53%
	5	Specific procedures	44,275	11,613	32,662	73.77%

ตารางที่ 4.7 (ค) ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพผู้ป่วยนอกตามหมวดหมู่ GBD ในปี 2556 – 2561 ของประชากรกลุ่มข้ามพรมแดน รพ.สต. เกาะช้าง

ปี	การใช้บริการสุขภาพ		Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
2556	1	Examination and investigation	27,172	26,710	462	1.70%
	2	Maternal care	32,824	31,483	1,314	4.00%
	3	Communicable diseases	4,300	4,010	290	6.74%
	4	Upper respiratory infections	5,884	5,392	492	8.36%
	5	Hypertensive heart diseases	4,964	4650	314	6.33%
2557	1	Examination and investigation	6,035	5,410	625	10.36%
	2	Communicable diseases	27,595	27,025	570	2.07%
	3	Maternal care	41,075	36,307	4,768	11.61%
	4	Hypertensive heart diseases	8,406	8,406	0	0.00%
	5	Upper respiratory	5,129	4,750	379	7.39%

ปี	การใช้บริการสุขภาพ		Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
		infections				
2558	1	Communicable diseases	33,560	32,720	840	2.50%
	2	Examination and Investigation	3,334	1,620	1,714	51.41%
	3	Maternal care	40,323	34,528	5,795	14.37%
	4	Upper respiratory infections	8,073	6,856	1,217	15.07%
	5	Diabetes mellitus	13,530	13,530	0	0.00%
2559	1	Communicable diseases	38,285	37,725	560	1.46%
	2	Maternal care	55,160	46,195	8,965	16.25%
	3	Examination and Investigation	510	260	250	49.02%
	4	Upper respiratory infections	8,185	6,128	2,057	25.13%
	5	Diabetes mellitus	14,420	14,420	0	0.00%
2560	1	Communicable diseases	39,235	38,650	585	1.49%
	2	Examination and Investigation	650	50	600	92.31%
	3	Maternal care	36,770	32,515	4,255	11.57%
	4	Upper respiratory infections	8,777	6,426	2,351	26.79%
	5	Diabetes mellitus	16,540	16,540	0	0.00%
2561	1	Examination and Investigation	17,280	0	17,280	100%
	2	Communicable diseases	9,590	9,475	115	1.20%
	3	Maternal care	8,755	7,280	1,475	16.85%
	4	Upper respiratory infections	1,993	1,426	567	28.45%
	5	Diabetes mellitus	4,355	4,355	0	0.00%

ตารางที่ 4.7 (ง) ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพผู้ป่วยนอกตามหมวดหมู่ GBD ในปี 2556 – 2561 ของประชากรกลุ่มข้ามพรมแดน โรงพยาบาลสบรวก

ปี	การให้บริการสุขภาพ		Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
2556	1	Examination and investigation	1,374	680	694	50.51%
	2	Upper respiratory infections	8,483	12,120	0	0.00%
	3	Maternal care	6,194	6,580	0	0.00%
	4	Other circumstances	0	0	0	0.00%
	5	Other digestive diseases	2,312	2,700	0	0.00%
2557	1	Upper respiratory infections	9,051	11,860	0	0.00%
	2	Specific procedures	8,961	6,770	2,191	24.45%
	3	Examination and Investigation	870	960	0	0.00%
	4	Maternal care	3,588	3,530	58	1.62%
	5	Other digestive diseases	1,882	2,540	0	0.00%
2558	1	Specific procedures	12,300	11,750	550	4.47%
	2	Upper respiratory infections	10,056	10,660	0	0.00%
	3	Examination and Investigation	630	820	0	0.00%
	4	Maternal care	5,373	4,920	453	8.43%
	5	Communicable diseases	2,398	2,430	0	0.00%
2559	1	Specific procedures	17,793	13,760	4,033	22.67%
	2	Communicable diseases	10,338	10,610	0	0.00%
	3	Upper respiratory infections	5,855	5,980	0	0.00%
	4	Maternal care	4,525	5,970	0	0.00%
	5	Examination and Investigation	1,276	1,010	266	20.85%
2560	1	Examination and Investigation	896	1,070	0	0.00%
	2	Communicable diseases	7,584	8,070	0	0.00%
	3	Specific procedures	8,095	4,985	3,110	38.42%
	4	Upper respiratory	11,044	9,340	1,704	15.43%

ปี	การใช้บริการสุขภาพ		Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
		infections				
	5	Maternal care	5,643	4,360	1,283	22.74%
2561	1	Upper respiratory infections	4,242	3,500	742	17.49%
	2	Specific procedures	2,993	1,595	1,398	46.71%
	3	Communicable diseases	2,211	2,510	0	0.00%
	4	Maternal care	1,575	810	765	48.57%
	5	Examination and Investigation	950	1,000	0	0.00%

ตารางที่ 4.7 (จ) ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพผู้ป่วยในตามหมวดหมู่ GBD ในปี 2556 - 2561 ของประชากรกลุ่มข้ามพรมแดน โรงพยาบาลแม่สาย

ปี	การใช้บริการสุขภาพ		Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
2556	1	Other maternal conditions	30,326	25,602	4,724	15.58%
	2	Endocrine disorders	11,217	11,217	0	0%
	3	Other perinatal conditions	63,988	63,988	0	0%
	4	Chronic obstructive pulmonary disease	34,759	34,759	0	0%
	5	Maternal care	4,410	3,537	873	19.80%
2557	1	Other maternal conditions	72,420	63,204	5,986	8.27%
	2	Lower respiratory infections	43,913	38,453	5,460	12.43%
	3	Diarrheal diseases	31,287	31,287	0	0%
	4	Endocrine disorders	13,123	13,123	0	0%
	5	Maternal care	4,415	3,435	980	22.20%
2558	1	Diarrheal diseases	68,270	62,263	6,007	8.80%
	2	Endocrine disorders	27,627	27,627	0	0%
	3	Maternal care	6,735	6,735	0	0%
	4	Lower respiratory infections	72,461	72,461	0	0%
	5	Other maternal	40,453	40,453	0	0%

ปี	การใช้บริการสุขภาพ		Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
		conditions				
2559	1	Other maternal conditions	608,439	549,119	45,812	7.53%
	2	Maternal care	117,250	117,250	0	0%
	3	Other perinatal conditions	283,955	271,670	2,070	0.73%
	4	Lower respiratory infections	391,935	358,330	6,095	1.56%
	5	Other digestive diseases	403,684	370,098	29,579	7.33%
2560	1	Other maternal conditions	2,550,122	2,320,264	229,858	9.01%
	2	Dengue	1,590,642	1,579,133	11,509	0.72%
	3	Maternal care	494,347	494,347	0	0%
	4	Other perinatal conditions	913,736	913,736	0	0%
	5	Lower respiratory infections	1,399,680	1,311,446	88,234	6.30%
2561	1	Other maternal conditions	558,995	479,184	79,811	14.28%
	2	Maternal care	140,976	140,976	0	0%
	3	Diarrheal diseases	303,782	264,109	39,673	13.06%
	4	Other perinatal conditions	215,520	214,280	1,240	0.58%
	5	Lower respiratory infections	363,175	334,403	28,772	7.92%

ตารางที่ 4.7 (ฉ) ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพผู้ป่วยในตามหมวดหมู่ GBD ในปี 2556 - 2561 ของประชากรกลุ่มข้ามพรมแดน โรงพยาบาลเชียงใหม่

ปี	การใช้บริการสุขภาพ		Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
2556	1	Other maternal conditions	1,049,375	1,000,554	48,821	4.65%
	2	Maternal care	152,639	143,967	8,672	5.68%
	3	Dengue	409,687	392,470	17,217	5.68%
	4	Lower respiratory infections	259,985	256,745	3,240	1.25%

ปี	การใช้บริการสุขภาพ		Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
	5	Injury with head	129,350	119,971	9,379	7.25%
2557	1	Other maternal conditions	1,129,191	940,074	189,117	16.75%
	2	Maternal care	158,772	133,225	25,547	16.09%
	3	Lower respiratory infections	372,609	348,422	24,183	6.49%
	4	Diarrheal diseases	107,959	107,201	758	0.70%
	5	Injury with head	86,872	66,544	20,328	23.40%
2558	1	Other maternal conditions	1,083,943	932,941	151,002	13.93%
	2	Maternal care	177,500	152,090	25,410	14.31%
	3	Diarrheal diseases	239,229	217,481	21,748	9.09%
	4	Lower respiratory infections	243,153	212,678	30,475	12.53%
	5	Other digestive diseases	175,193	140,302	34,891	19.91%
2559	1	Other maternal conditions	1,050,316	924,012	126,304	12.02%
	2	Maternal care	126,683	113,918	12,765	10.08%
	3	Diarrheal diseases	230,950	205,109	25,841	11.19%
	4	Lower respiratory infections	286,577	258,444	28,133	9.82%
	5	Other digestive diseases	162,635	145,149	17,486	10.75%
2560	1	Other maternal conditions	1,017,594	915,227	102,367	10.06%
	2	Maternal care	152,248	145,725	6,523	4.28%
	3	Diarrheal diseases	204,978	200,848	4,130	2.01%
	4	Lower respiratory infections	176,014	158,827	17,187	9.76%
	5	Injury with head	77,388	71,744	5,644	7.29%
2561	1	Other maternal conditions	303,784	239,841	63,943	21.05%
	2	Maternal care	45,962	42,296	3,666	7.98%
	3	Diarrheal diseases	77,466	59,252	18,214	23.51%
	4	Lower respiratory infections	62,870	62,870	0	0%

ปี	การใช้บริการสุขภาพ		Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
	5	Abortion	24,145	16,304	7,841	32.47%

4.4 ผลกระทบและนัยยะต่อระบบบริการสุขภาพชายแดนของประเทศไทย

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจาก 4 สถานพยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากประเทศลาว เกี่ยวกับการใช้บริการสุขภาพของประชากรกลุ่มข้ามพรมแดน สามารถจำแนกข้อค้นพบเป็น 5 ประเด็นดังนี้

(1) ลักษณะความเจ็บป่วยและประเด็นทางสุขภาพที่สำคัญของประชากรข้ามพรมแดนขึ้นอยู่กับลักษณะของประชากรกลุ่มเคลื่อนย้าย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับบริบทเชิงเศรษฐกิจและสังคมในแต่ละพื้นที่

ลักษณะความเจ็บป่วยของประชากรข้ามพรมแดนนั้นแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละพื้นที่ ยกตัวอย่างเช่น ตลาดการค้าชายแดนแม่สาย ตลาดท่าขี้เหล็ก รวมถึงบริเวณใกล้เคียงจะมีลักษณะความเป็นเมืองสูง ผู้มาใช้บริการสุขภาพจึงมักเจ็บป่วยและมารับบริการรักษาพยาบาลด้วยโรคจากวิถีชีวิตและการบริโภค เช่น โรคความดันและเบาหวาน ในขณะที่พื้นที่อำเภอเชียงแสนที่มีลักษณะความเป็นเมืองน้อยกว่า จะพบผู้ที่บาดเจ็บจากการประกอบอาชีพ และความเจ็บป่วยจากการใช้สารเคมีในการเกษตร เพราะตั้งอยู่ในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ใกล้คาสิโนซึ่งมีแรงงานชาวพม่ารับจ้างทำงานก่อสร้างเป็นจำนวนมากและอาศัยอยู่กันอย่างแออัด เมื่อแรงงานเหล่านี้เจ็บป่วย จึงข้ามพรมแดนเข้ามารักษาในสถานบริการของรัฐฝั่งไทยเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากไม่มีกำลังจ่ายเงินเพื่อเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเอกชนในพื้นที่ของคาสิโนได้ นอกจากนี้ แรงงานบางส่วนยังข้ามเข้ามาเที่ยวหาบริการในฝั่งไทย และอาจติดเชื้อ HIV กลับไปเช่นเดียวกัน คณะผู้วิจัยได้มีโอกาสพูดคุยกับเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจากบ้านต้นผึ้ง แขวงบ่อแก้ว ประเทศลาว ซึ่งระบุว่าปัจจุบันรัฐบาลลาวได้พยายามรณรงค์ลดการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพราะก่อปัญหาสุขภาพในเกษตรกรชาวลาวด้วย

“เนื่องจากชายแดนแม่สาย เป็นกลุ่มคนที่พอมีเงิน โหล่งโหล่งการใช้ชีวิตและการเจ็บป่วย จึงเริ่มเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมมากขึ้น”

เจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลแม่สาย

“คิงส์โรมัน สร้างความเปลี่ยนแปลง ถ้าผลกระทบกับสถานพยาบาลเรา เราว่ามีผลทำให้ปริมาณแรงงานพม่าที่มารับบริการที่เราเพิ่มมากขึ้นมานิดนึง เช่นถ้าแรงงานเค้าเกิดอุบัติเหตุ เช่น มีคบาด ของตกใส่ หรือเจ็บป่วย พวกแรงงานเค้าจะให้มาใช้บริการที่เรา เพราะโรงพยาบาลที่คิงส์โรมันของเค้า รองรับสำหรับนักท่องเที่ยว นักเล่นมากกว่า ต้องใช้ตัวเงินในการรักษา เหมือนโรงพยาบาลเอกชนค่ะ”

ผู้อำนวยการ รพ.สต. สบรวก

“สวนกล้วย ตอนนี้อยู่เยอะแล้ว เดี่ยวนี้รัฐบาลไม่ให้ใช้สารเคมี เลยทิ้งเปลี่ยนมาเป็นปลูกถั่ว ปลูกแตง ช่วงนั้นใช้สารเคมีเยอะ คนป่วยกันเยอะเลย กลิ่นยาฆ่าแมลงแรงมาก โรคผิวหนัง โรคทางระบบหายใจ แล้วก็อุจจาระร่วง”

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมืองต้นผึ้ง ประเทศลาว

“คนลาวส่วนใหญ่เค้าไม่ค่อยข้ามมาทำงานที่เรา อยู่ฝั่งนู้นเค้าทำเกษตร ขายของที่ดอนซาว และก็ขายของในหมู่บ้านที่เค้าย้ายไปใหม่ แล้วก็ไปทำงานที่คิงส์โรมัน ปลูกกล้วยหอม เพราะคนจีนชอบกินกล้วยหอมมาก แล้วมี

การใช้ยาเยอะมาก แต่ก่อนยังปลูกเองไม่ได้ เค้าก็สั่งซื้อจากฝั่งเรา ตอนนี้อะไรเค้าก็เลยปลูกเอง ช่างในจะมีการแบ่งชนชั้นของแรงงานด้วย คนจีนจะอยู่แบบหอพักดีหน่อย ถ้าเป็นที่พักของพม่าและลาว ก็แบ่งเป็นโซน A B C ประมาณนี้ เป็นเหมือนสลัม แออัด สกปรกมาก”

“ส่วน HIV ของเรานี้มีร้านนวดที่แฝงด้วยการค้าประเวณี พวกคนแบกของทำงานได้ตั้งกี่พาก็มาร้านนวด แล้วก็ข้ามกลับไป เอาไปติดแม่บ้าน”

พยาบาล รพ.สต. สบรวก

ประเด็นด้านสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพ ในด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ ประชากรข้ามพรมแดนที่เข้ามาเป็นแรงงานในประเทศไทยบางส่วนไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้แม้จะเข้ามาอย่างถูกกฎหมาย และมีประกันสุขภาพเพราะนายจ้างกีดกัน นอกจากนี้ กลุ่มชาติพันธุ์มีความรู้ทางสุขภาพน้อย จึงมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยมากกว่ากลุ่มอื่นๆ หรือบางกลุ่มเป็นประชากรแฝงที่ไม่ได้รับการจดทะเบียน ทำให้กลัวถูกจับ จึงไม่ไปรับบริการสุขภาพ เป็นต้น

“โดยลักษณะชุมชนเกาะช้างจะมีลักษณะเป็นเครือญาติ ข้ามไปข้ามมาง่าย แรงงานพม่าบางคนมีบัตรแรงงาน มีประกันสังคม แต่ทำไมเค้าเข้าไม่ถึงระบบบริการสุขภาพ อย่างแรกนายจ้างยึดบัตรไว้ เพราะกลัวแรงงานหนีหายไปที่อื่น”

“พวกกลุ่มชาติพันธุ์เค้าจะไม่มีความรู้ ยกตัวอย่างเช่น ใช้เลือดออก เราให้เค้ากำจัดลูกน้ำยุ่งลาย เค้าไม่รู้กำจัดลูกน้ำ เค้าเรียกว่าหนอนน้ำ เค้าไม่รู้ด้วยซ้ำว่าลูกน้ำจะกลายเป็นยุง ต้องสร้างความรู้ให้เค้า เค้าจะเป็นระบบรอบรอบอย่างเดียว เค้าจะไม่เข้ามาหาหมอของเราเลย อาจจะเป็นอย่างจำกัดของเค้า กลัว ไม่มีบัตรหรือเอกสารใดๆ หรือออกนอกหมู่บ้านไม่ได้ เช่น หลัง 18.00 ต่างด้าว จะออกมาเดินเล่นพ่นไฟไม่ได้ ทหารจับ เพราะเป็นเรื่องของความมั่นคง การลักขโมยรถ ยาเสพติด สิทธิต่างๆ เค้าจะไม่ค่อยมีถูกจำกัดในทุกๆระบบ จะอยู่เงียบๆ”

ผู้อำนวยการ รพ.สต. เกาะช้าง

(2) สถานพยาบาลในพื้นที่ศึกษาไม่ประสบปัญหาด้านค่าใช้จ่ายที่ไม่ได้รับการชำระเพราะค่าบริการไม่สูง และประชากรข้ามพรมแดนที่มาใช้บริการเป็นผู้มีกำลังจ่าย

เนื่องจากสถานพยาบาลที่เก็บข้อมูลทั้งหมดเป็นสถานพยาบาลของรัฐ ซึ่งมีค่ารักษาพยาบาลที่ไม่สูงมากนัก โดยเฉพาะการบริการในระดับปฐมภูมิที่ส่วนใหญ่เป็นการดูแลรักษาความเจ็บป่วยที่ไม่ร้ายแรง ผู้ใช้บริการสุขภาพจึงสามารถจ่ายได้แม้ไม่มีประกันสุขภาพครอบคลุม โดยสถานพยาบาลของรัฐในฝั่งไทยคิดค่าบริการเพียงเล็กน้อย นอกจากนี้ ผู้ใช้บริการสุขภาพที่เดินทางข้ามพรมแดนมาจากประเทศเพื่อนบ้านนั้นมักมีการวางแผนค่าใช้จ่ายสำหรับการมาใช้บริการสุขภาพ รวมถึงค่าใช้จ่ายทางอ้อมโดยเฉพาะค่าพาหนะและค่าล่ามแปลภาษา ซึ่งมีราคาสูงกว่าค่าบริการทางการแพทย์แต่ละครั้ง สถานพยาบาลส่วนใหญ่จึงไม่ประสบปัญหาการระงับการเงินจากการให้บริการในระดับปฐมภูมิหรือในแผนกผู้ป่วยนอก ในกรณีผู้ป่วยข้ามพรมแดนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน โดยไม่มีประกันสุขภาพและไม่สามารถชำระเงินเองได้ทั้งที่โรงพยาบาลคิดค่ารักษาพยาบาลเท่ากับคนไทย โรงพยาบาลจะต้องแบกรับค่าใช้จ่ายนั้นเอง แต่เป็นสัดส่วนที่โรงพยาบาลสามารถจัดการได้ โดยให้ผู้ป่วยข้ามพรมแดนสามารถค้างชำระและผ่อนชำระได้ และอาจชำระได้จากค่าบริการผู้ป่วยรายอื่นมาชดเชย เช่น จากผู้ป่วยที่ชำระเงินเอง เงินชดเชยจากกลุ่มคีนสิทธิ และประกันสุขภาพแรงงาน เป็นต้น

“การฉีดวัคซีน เราไม่คิดค่ายา คิดแค่ค่าบริการ 50 บาท ค่าฉีด 30 บาท เราเก็บค่าบริการเล็กๆ น้อยๆ เพราะถ้าให้บริการฟรีทุกอย่าง มันจะไม่มีคุณค่า ต้องให้เค้ามีส่วนร่วมจ่าย จะได้เห็นคุณค่าของการให้บริการ แต่ก็ต้องไม่สูงจนเกินไปจนเค้าไม่สามารถจ่ายได้ เพราะเขาต้องมีเงินเขาถึงเข้ามาได้ ค่ามอไซด์จากหมู่บ้านเค้า 100 บาท ค่าเรือข้ามฟาก 30 บาท ค่าตม. 30 บาท ค่ามอไซด์ จากด่านมา รพ.สต. 50 บาท แค่นี้ก็แพงกว่าค่ายาแล้ว ถ้าเค้าไม่มีตังค์จริงๆ เค้าก็จะเข้ามาไม่ได้เลย”

ผู้อำนวยการ รพ.สต. เกาะช้าง

“จิตอาสาที่เค้าพาคนลาวมารักษาพยาบาล เค้าเล่าให้ฟังว่า คนลาวไปรักษาที่ลาว ไม่มีตังค์ ก็ไม่ได้ฉีดยา ไม่ได้ยากิน แต่พอมารักษาที่ไทย เราจะให้การรักษาไปก่อนด้วยจรรยาบรรณวิชาชีพ เรื่องเงินค่อยว่ากัน ไม่มีก็ให้ค้างชำระไปก่อน ผ่อนชำระได้ แล้วเค้าบอกต่อ เล่าต่อ กลายเป็นว่าเค้ายังเข้ามาบ้านเรา เพราะที่นี้เป็นคนลาว พม่า ที่ยากจน ไม่เหมือนแม่สาย”

“ผอ. มีนโยบายเรื่องจริยธรรม มีมนุษยธรรม ค้างชำระก็ค้างชำระไป แต่เราต้องให้การรักษาไปก่อน เรายังพยายามเก็บตัวเลข เก็บข้อมูล เสนอกระทรวง เพื่อจะได้งบประมาณอุดหนุนและช่วยเหลือรพ.ค่าใช้จ่ายที่ไม่ได้รับการชำระเป็นภาระของ รพ. มั้ย แต่ก่อนจะเยอะ แต่หลังๆ มา เริ่มมีการขายบัตรประกันสุขภาพ กระทรวงเริ่มทำให้แรงงานเข้าระบบให้มากที่สุด เริ่มมีประกันสังคม ทำให้หนี้ศูนย์ลดลงกว่าแต่ก่อน”

รองผู้อำนวยการ รพ. เชียงแสน

“ค่ารักษาก็คิดเหมือนคนไทย ไม่ได้ชาร์จเพิ่ม เรามีหนี้ศูนย์หลักล้านต่อปี แต่เทียบรายได้เก็บจากคนที่ชำระเงิน ก็อยู่ได้ เพราะมีเงินชดเชยจากกลุ่มคีนลิธิ์และประกันสุขภาพแรงงาน แต่กลุ่มที่เป็นภาระก็คือกลุ่มที่ผู้ป่วยที่เข้ามาแล้วเจ็บป่วยหนักๆ แต่มันก็มีเงินกลุ่มกองทุนอื่นมาถัวกันไป บางที่ต้องยา TB 6 เดือน ถ้าเค้าไม่มีจริงๆ เรายกให้ฟรีไป รักษาจนครบ”

หัวหน้าฝ่ายสุขภาพชายแดน รพ. แม่สาย

(3) การมีกองทุนประกันสุขภาพต่างด้าวสำหรับผู้ที่ไม่ได้เป็นแรงงานในระบบ ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่เดียวกันการมีผู้ป่วยที่ชำระเงินเองเป็นจำนวนมากทำให้สถานพยาบาลสามารถนำรายได้มาเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงานได้

ปัจจุบันแรงงานต่างชาติและผู้ติดตามสามารถซื้อประกันสุขภาพจากกองทุนประกันสุขภาพต่างด้าวได้ ซึ่งช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาลได้อย่างมาก และสถานพยาบาลยังสามารถใช้งบประมาณเหมาจ่ายรายหัวสำหรับผู้รับประโยชน์จากกองทุนประกันสุขภาพต่างด้าว และกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ รวมทั้งเงินจากกลุ่มที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเองมาบริหารจัดการเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายจากการสงเคราะห์ผู้ป่วยข้ามพรมแดนที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ ซึ่งถือได้ว่าสถานการณ์ทางการเงินของสถานพยาบาลในเขตชายแดนมีแนวโน้มดีขึ้น

“กลุ่มที่ช่วย subsidize รพ. ได้ก็คือ พวก stateless (บุคคลไร้รัฐไร้สัญชาติ) และพวกที่ซื้อประกันสุขภาพ”

เจ้าหน้าที่ฝ่ายสารสนเทศและประกันสุขภาพ รพ. เชียงแสน

“รพ.เรา จะต่างจากแม่สอด เพราะทำซีโหล็กเป็นตลาดการค้า เป็นเขตเศรษฐกิจพิเศษ ทำให้คนพม่าพอมียเงินอยู่ ไม่เหมือนแม่สอดที่พม่าจะค่อนข้างยากจน กลุ่มคนที่พมามีเงินนี้ช่วยชั้พอร์ทกลุ่มนี้ศูนย์ได้ ทำให้เงินบำรุงของเราคงเหลือเงินสดประมาณ 2 ร้อยล้าน”

เจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์ รพ. แม่สาย

การใช้บริการสุขภาพของประชากรข้ามพรมแดนถูกมองเป็นโอกาสในการสร้างรายได้ โดยสถานพยาบาลสามารถนำรายได้นั้นมาเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงานได้ เช่น การจ้างล่าม และใช้เป็นโอกาสในการจัดระบบสุขภาพข้ามพรมแดนเพื่อป้องกันโรคข้ามแดนด้วย

“อย่างของเกาะช้าง รายได้มากที่สุดเมื่อเทียบกับที่อื่นๆ รายได้ที่เราเก็บ 80 บาทๆ รวมๆ ได้ปีละแสนกว่า เราก็เอาก็รายได้มาจ้างลำน”

ผู้อำนวยการ รพ.สต. เกาะช้าง

“เรามองเป็นโอกาสหรือภาระในการให้บริการกลุ่มคนชายแดน แต่เรามองว่าเป็นการทำงานที่สามารถทำควบคู่กันไปได้ เราดูคนกลุ่มนี้ก็ได้หมายความว่าเราละเลยที่จะดูแลคนไทย เราก็ต้องให้การดูแลทั้งหมดตามมาตรฐานวิชาชีพของเรา และก็เป็นโอกาสก็คือเราอาจจะจัดระบบสุขภาพชายแดนเรื่องโรคติดต่อต่างๆ การส่งต่อ เป็นการป้องกันโรคของคนฝั่งเราด้วย”

ผู้อำนวยการ รพ. เชียงแสน

(4) อุปสรรคและข้อท้าทายในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยที่เป็นประชากรข้ามพรมแดน

อุปสรรคในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยที่เป็นประชากรข้ามพรมแดนได้แก่ ข้อจำกัดทางภาษาเนื่องจากผู้รับบริการมาจากหลายเชื้อชาติมากขึ้น รวมทั้งการแปลความหมายที่อาจไม่ครบถ้วน ซึ่งส่งผลกระทบต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วย รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อและการติดตามการรักษาเมื่อข้ามพรมแดนกลับไปแล้ว โดยมีข้อท้าทายคือ ความไม่พึงพอใจในบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยชาวไทยที่คิดว่าสถานพยาบาลเน้นการรักษาเฉพาะผู้ป่วยข้ามพรมแดน การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญตามความต้องการของบริบทสุขภาพชายแดน และการเตรียมพร้อมเพื่อรับสถานการณ์ภัยพิบัติหรือภาวะคับขัน

“ตอนนี้เรามีล่ามภาษาลาว พม่าแล้ว แต่ตอนนี้ก็ต้องส่งเจ้าหน้าที่ของเราไปเรียนภาษาจีน เพราะตอนนี้มีคนจีนเข้ามารักษาเรื่อยๆ เพราะเราทำตามมาตรฐาน รพ. ชายแดน เรียนมาเป็นคำง่ายๆ ให้พอสื่อสารได้”

ผู้อำนวยการ รพ. เชียงแสน

“อุปสรรคในการให้บริการ สำหรับพี่ที่ว่าเป็นเรื่องภาษา เพราะเราไม่ค่อยรู้ความหมายที่แท้จริง ถึงแม้จะมีล่าม แต่มันก็ไม่สามารถแปลได้ทั้งหมด หรือถึงแม้เค้าจะพูดไทยได้ บางทีเค้าก็ไม่เข้าใจความหมายจริงๆ ของเราที่นี้ก็มีล่าม 2 คน มีที่ OPD และหน่วยนี้ และที่เป็นห่วงคือความแตกต่างทางชาติพันธุ์ต่างๆ เช่น เรายังเฟอร์คนไข้ไทใหญ่กลับไปฝั่งนั้นซึ่งรพ. เค้าก็รับแล้ว เค้าก็จะไม่ไปเพราะเค้าบอกไม่ใช่ประชาชนชนพม่า เค้ามีเหตุผลของเค้าว่าจะมีผลกระทบตามมา เหมือนเค้าไม่ยอมแสดงตัว ถ้าเป็นประชาชนพม่าจริงๆ เค้าจะไม่ค่อยมีปัญหา”

หัวหน้าฝ่ายสุขภาพชายแดน รพ. แม่สาย

“ที่นี้มีนโยบายเฉพาะเจาะจงในการให้บริการแก่คนที่ไม่ใช่คนไทยมัย ตอนนี้ไม่มีนะครับ แต่เมื่อก่อนผู้บริหารมีนโยบายแยกส่วน เพราะตอนนั้นเรามีปัญหาว่าคนไทยบอกว่าที่นี้เป็นรพ. พม่าริบาว เพราะตอนนี้เรามีผู้ป่วยพม่า 40% แต่ต่อมาก็คิดว่าไม่อย่างแบ่งแยก นโยบายนี้จึงล้นเลิกไป”

เจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์ รพ. แม่สาย

“การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันของคนฝั่งเค้า ยังทำให้คนบ้านเราเป็นโรคระบาดอยู่ เช่น อย่าง TB คนบ้านเราแทบจะไม่เป็นกันแล้ว แต่จะติดมาจากพวก migrant ก็คือการควบคุมโรคติดต่อยังเป็นปัญหาอยู่ ส่วนเรื่องภาระงานเรามองว่าไม่มีปัญหา เพราะเรารับผิดชอบแค่ 2 หมู่บ้าน ด้วยศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพสองท่านเรายิ่งเราทำได้มากกว่านี้อีกค่ะ เพราะแอนเคยอยู่บ้านแซว ดู 11 หมู่บ้าน EPI เฉพาะคนไทย 80 คน แต่ของเรายังไม่เกิน 50 ฉะนั้นเรายังสามารถรับได้มากกว่านี้ค่ะ”

ผู้อำนวยการ รพ.สต. สบรวก

“แต่ถ้าพูดถึงเรื่องการพัฒนาบุคลากร แอนก็อยากให้น้องพยาบาลอีกคนไปเรียนเวชปฏิบัติฉุกเฉิน เพราะแอนมองว่าพื้นที่นี้ มันจำเป็นเพราะมีกลุ่มคนหลากหลาย มีนักท่องเที่ยว แต่ก็มีปัญหาที่ว่ากฎกระทรวง ให้ รพ.สต. มีแค่เวชปฏิบัติทั่วไป เวชปฏิบัติฉุกเฉินมีแค่ใน รพ.เท่านั้น คนข้างบน หรือผู้บริหารเค้าไม่เข้าใจว่าในพื้นที่ต้องการอะไร”

ผู้อำนวยการ รพ.สต. สบรวก

“รพ. คิดว่าเรามีอะไรที่โดดเด่นในการให้บริการสุขภาพชายแดนที่ประสบความสำเร็จ ก็คือ TB HIV ANC ส่วนข้อท้าทายใหม่ก็คือ การจัดการภัยพิบัติ ก็เคยมีเรือน้ำมันของจีนระเบิด”

ผู้อำนวยการ รพ. เชียงแสน

(5) ความร่วมมือระหว่างประเทศในด้านสาธารณสุข เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การป้องกันโรคติดต่อชายแดน และการส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนมีประสิทธิภาพมากขึ้น

สถานพยาบาลในอำเภอเชียงแสนมีความสัมพันธ์อันดี มีเครือข่ายที่ใกล้ชิดเหนียวแน่นกับสำนักงานสาธารณสุขและโรงพยาบาลต้นผึ้ง ประเทศลาว มีการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ และออกแบบระบบการส่งต่อโดยมีการทำ MOU ร่วมกัน และจัดตั้ง SRRT (หน่วยเคลื่อนที่เร็ว) เพื่อเฝ้าระวังโรคติดต่อชายแดน รวมถึงมีการสื่อสารระหว่างกันอย่างสม่ำเสมอ เช่น การใช้สื่อสังคมออนไลน์ในกรณีของ รพ.สต. สบรวก ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและติดตามอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะกลุ่มโรคติดต่อต่างๆ เช่น เอชไอวี วัณโรค ไข้เลือดออก และมีการขยายผลไปถึงการดูแลอนามัยแม่และการฉีดวัคซีนในเด็ก เป็นต้น

“ภาคีเครือข่าย เริ่มจากตั้งแต่หน่วยงานสนับสนุนจากต่างประเทศ เข้ามาเรื่อง HIV AIDS โดยการให้ยาด้านไวรัสในเขตพื้นที่ชายแดน ทำให้ได้ทำงานกับรพ.ฝั่งตรงข้าม คือ รพ.ต้นผึ้ง แขวงบ่อแก้ว ประเทศลาว ต่อมาก็พัฒนามากขึ้น มีเรื่อง TB ประสานงานส่งต่อผู้ป่วย และมีการทำ MOU ร่วมกัน”

“ในปี 2558 เริ่มมี SRRT (ทีมหน่วยเคลื่อนที่เร็ว) การเฝ้าระวังโรคติดต่อชายแดน แต่เราให้เค้าไปเชื่อมกับ รพ. ต้นผึ้ง เริ่มแรกก็เป็นโรคไข้เลือดออก มีการทำประชุมร่วมกัน เริ่มทำMOUกัน ปีนี้จัดประชุมครั้งนึง มาแลกเปลี่ยนปัญหาร่วมกัน แรกๆเราคุยกันเรื่องโรคไข้เลือดออก พอปีที่สองเราเริ่มเรื่อง EPI ANC มาพูดคุยกัน บางครั้งเค้าฝากท้องที่นู่น ข้ามมาคลอดที่เรานะ หรือฉีดวัคซีนเข้าไปข้ามมา เราจึงใช้สมุดฝากท้องร่วมกัน แล้วก็มีการช่องทางไลน์แลกเปลี่ยนและส่งข้อมูลกัน ถึงแม้บางครั้งไม่มีวาระประชุมกัน เค้าก็จะเชิญเราไปเที่ยวบ้านเค้า ไปเล่นกีฬาร่วมกัน บางปี เช่นปี 60 ก็ประชุมสองครั้ง ที่เราครั้งนึง และลาวครั้งนึง”

พยาบาล รพ. เชียงแสน

“การที่เรามีกรุ๊ปไลน์ติดนะ เริ่มต้นด้วย TB และ HIV การรับยา TB การไปติดตามผล เมื่อไหร่ที่ TB จากลาวๆ ไม่รู้กินยาครบมั๊ย อะไรยังงี้ ก็เลยเริ่มการติดต่อกัน ส่วนตอนนี้ฝั่งลาวมีคลินิกARVแล้ว ตรวจพบที่ไทย ก็จะกลับไปรักษาที่ลาว ก็ไปได้เลย ถ้าคนฝั่งเค้าเป็นตงก็ เค้าไม่ได้แจ้งเรา แต่ถ้าเราเจอว่าคนฝั่งเค้ามารักษาที่เรานะ เราจะแจ้งกลับไปเค้าด้วย”

พยาบาล รพ.สต. สบรวก

“โครงการร่วมกันกับไทย โครงการปากแห่งพาดานโหว่ การส่งตัวคนไข้ข้ามไปรักษาต่อที่เชียงแสน จะว่ายากก็ยาก ง่ายก็ง่าย แล้วแต่กรณีไป ของเราไม่มีตู้อบเด็ก ถ้าน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 ก็ต้องส่งไปอบที่ รพ.บ่อแก้ว”

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมืองต้นผึ้ง ประเทศลาว

เนื่องจากข้อจำกัดทางการเมืองในประเทศพม่า ทำให้การประสานงานด้านสาธารณสุขระหว่างสถานพยาบาลในอำเภอแม่สายกับจังหวัดท่าขี้เหล็กของประเทศพม่าเป็นไปได้ยาก การส่งต่อข้อมูลและติดตามการรักษาจะกระทำได้นเฉพาะกับโรคติดต่อสำคัญบางโรคที่มีการสนับสนุนจากหน่วยงานพัฒนาเอกชนระหว่างประเทศ ทำให้ไม่สามารถควบคุมโรคติดต่อบางชนิดได้อย่างทันท่วงทีและก่อให้เกิดความเสี่ยงในการระบาดข้ามมายังชายแดนไทย เมื่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนเข้ารับการรักษา

“การประสานงานกับฝั่งพม่าก็ยากอยู่นะ เช่น ประสานงานไม่ตรงช่อง เพราะเราไม่รู้สายบังคับบัญชาของเค้าเป็นอย่างไร เค้าจะดูแลแค่คนที่อยู่ในเขตท่าขี้เหล็กเท่านั้น ถ้าคนไข้อยู่ที่อื่นเค้าก็ไม่รับ ข้าราชการของเค้าเปลี่ยนแปลงบ่อย มีวาระเปลี่ยนแปลงทุกตำแหน่ง เราติดต่อกับคนนี้สักพักนึง เดียวก็หาย ไม่ต่อเนื่อง คนใหม่เราก็เริ่มต้นใหม่ วนๆอยู่ แล้วเค้าไม่มีการส่งต่องาน HIV ยังดีหน่อยมี NGO แต่โรคอื่นๆนี่เป็นตามระบบราชการ ไม่มี MOU ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล”

หัวหน้าฝ่ายสุขภาพชายแดน รพ. แม่สาย

“เวลาเราตรวจแลปเราเจออะไรที่แตกต่างจากคนไทยมัย ก็มี เช่น โรคเท้าช้าง ในพม่าตอนล่าง เช่น มณฑลยะลา เจอเมื่อหลายปีแล้ว ที่เจอเยอะหน่อย ก็วัณโรค ซิฟิลิส ก็ประปราย ฝั่งพม่ายังไม่เจอดื้อยา ที่เจอจะเป็นคนไทย พอเราเจอเราแจ้งไปยังงานสุขภาพให้เค้าทรีตต่อ อย่างเช่น ไข้เลือดออก ทางเรา เราป้องกันได้ แต่ฝั่งพม่าเราเข้าไปทำอะไรไม่ได้ จะเจอก็ต่อเมื่อเค้าป่วยแล้วข้ามมารักษาที่เราแล้ว”

เจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์ รพ. แม่สาย

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นไปในทิศทางเดียวกันว่า ควรมีการสร้างระบบเชื่อมต่อระหว่างประเทศเพื่อส่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นบริเวณพื้นที่ชายแดน ซึ่งไม่ควรจำกัดเฉพาะโรคติดต่อ แต่อาจเป็นการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินข้ามแดน หรือผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเฉพาะทาง

“มีระบบเชื่อมต่อกันเฉพาะโรคติดต่อชายแดนเท่านั้น แค่ TB และ HIV มีเว็บไซต์รายงาน เช่น ถ้ามีเคส ก็ค่อยๆ ข้อมูลเข้า เป็นการร่วมมือระดับกระทรวงกัน ว่าถ้ามีคนป่วย ต้องแจ้ง รพ.คู่ขนาน เพื่อการรักษาต่อและติดตามกัน ของ รพ.แม่สาย ก็เชื่อมกับรพ.ท่าขี้เหล็ก คือมีเฉพาะโรคแค่นั้น ก็อยากเชื่อมต่อโรคอื่นด้วย เช่น OPD ER แต่มันยังไม่ถึง แต่พอเรารีเฟอร์กลับไปพม่า เค้าก็ไม่อยากไป เหมือนพอเค้าข้ามมาไทยแล้ว เค้าไม่อยากกลับไปรักษาที่พม่า เหมือนไม่เชื่อมั่น”

หัวหน้าฝ่ายสุขภาพชายแดน รพ. แม่สาย

บทที่ 5

ความทุกข์ทางสังคมของประชากรข้ามพรมแดน

5.1 บริบทชุมชนสปรก พื้นที่พรมแดนไทย-ลาว

ชุมชนสปรก ตำบลเวียง ตั้งอยู่ริมฝั่งตะวันตกของแม่น้ำโขง อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย ติดต่อกับอำเภอแม่สายและรัฐฉาน สาธารณรัฐสังคมนิยมแห่งสหภาพเมียนมา และเมืองต้นผึ้ง แขวงบ่อแก้ว สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว อยู่ห่างจากอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ทางทิศตะวันออก ประมาณ 60 กิโลเมตรและห่างจากกรุงเทพมหานคร 845 กิโลเมตร เป็นพื้นที่แหล่งท่องเที่ยวและมีบริเวณที่เรียกว่า สามเหลี่ยมทองคำ เป็นพื้นที่ที่มีแม่น้ำรวกจากประเทศพม่าไหลผ่านลงมาบรรจบที่แม่น้ำโขงและก่อนที่แม่น้ำและไหลลงสู่แม่น้ำโขงนั้นจะมีพื้นที่หน้าน้ำที่แคบลงก่อนแม่น้ำทั้งสองจะบรรจบกัน ลำน้ำได้ขนาบแผ่นดินของประเทศพม่าให้แคบลง จนกลายเป็นแหลมเล็กๆ บริเวณนี้จึงเป็นจุดที่แผ่นดินของสามประเทศมาพบกัน คือ ไทย พม่า และลาวและจากการสัมภาษณ์ตัวแทนของหมู่บ้านสปรกนั้นจะพบว่า จะมีประวัติความเป็นมาและมีการแบ่งเขตพื้นที่รับผิดชอบตามแนวของแม่น้ำ เช่น หมู่บ้านสปรกแบ่งตามแนวของแม่น้ำรวกที่ไหลมาบรรจบกันที่แม่น้ำโขงพอดี จึงได้เรียกว่า “สปรก” และมีการข้ามไปข้ามมาของกลุ่มประเทศเพื่อนบ้านที่สะดวก ตามเส้นทางธรรมชาติ แบ่งเขตการปกครองเป็น 8 เขต 1,000 กว่าหลังคาเรือน ในแต่ละเขตจะมีประมาณ 60 หลังคาเรือนขึ้นไป จะไม่เกิน 100 หลังคาเรือน ถ้าเกินก็จะแบ่งเขตออกไปอีก ในด้านอาชีพ คนในชุมชน ทำงานทั้งภาคเกษตร ค้าขาย บริการ และรับจ้างทำของที่บ้าน เช่น ปอกสับปรีด ปอกกระเทียม

ลักษณะทางประชากรของหมู่บ้าน มีหลากหลายทั้งในกลุ่มของชนชาติพันธุ์ เช่น ชนเผ่าอาข่า, มูเซอและกลุ่มของไทใหญ่ซึ่งกลุ่มไทใหญ่จะเป็นกลุ่มหลักที่มีการอพยพถิ่นฐานเข้ามา และกลุ่มของชาวพม่าและลาวที่เข้ามาทำมาหากินและตั้งถิ่นฐานตั้งแต่การเริ่มก่อตั้งชุมชนแรกๆ และในปัจจุบันจะมีการแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มประชากรใหญ่ๆ โดยกลุ่มแรกเป็นกลุ่มของประชาชนคนไทย กลุ่มที่สองกลุ่มบัตรสีชมพูและกลุ่มที่สามเป็นกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่มีนายจ้างเป็นนายจ้างอยู่ แต่ก็มีเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย

“เขตชายแดนจะให้แค่คนไทยอย่างเดียวก็ไม่ได้ บ้านสามเหลี่ยมทองคำ ก็จะมีกลุ่มใหญ่ๆ คือ ไทใหญ่ ไทใหญ่เป็นหลักเลย ตั้งแต่สมัยปู่ ย่า มาแล้ว คือ มาจากพม่าก่อน มาดูที่ทำกิน แหล่งลุ่มน้ำ ทำไร่ ทำนาดี ตอนแรกเอาวัว เอาควายมาเลี้ยง ที่ไร่ ที่ทำนาที่ดี กฎหมายก็ไม่ได้เคร่งอะไรมาก ก็เลยมาอยู่ พญาติพี่น้องมาอยู่ มาจากลุงโกฏิยี่ ที่เป็นต้นตำรับฝั่งลาวก็มาด้วย ฝั่งลาวเกิดสงคราม เพิ่งหยุดได้ประมาณ 20 ปีเอง พี่น้องลาวก็มาอยู่ทางนี้ อยู่เชียงแสนบ้าง นามสกุลส่วนใหญ่ก็เป็น ธรรมวงศ์, ชัยวงศ์ นามสกุลพวกนี้ก็จะไปของฝั่งลาว พงษ์ปัญญา, โกฏิยี่, คำสอน จะมาทางฝั่งพม่า ก็จะมี 5-6 นามสกุลที่เป็นหลักในหมู่บ้านนี้”

ชาวบ้านสปรก คนที่ 1

จากการสัมภาษณ์พบว่า ลักษณะทางสังคมและประชากรของชุมชนนั้นมีความเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา เมื่อก่อนการดำรงชีวิตของประชากรนั้นจะเป็นแบบวิถีชีวิตที่เรียบง่าย เช่น การทำไร่ ทำสวน ทำนา ปลูกผักกินเอง และมีหลากหลายกลุ่มและมีชนชาติพันธุ์ทำให้มีสังคมและวัฒนธรรมที่หลากหลายและผสมผสานกัน เช่น การแต่งกายประจำชนเผ่า ความเชื่อในเรื่องของภูตผีและการเคารพบรรพบุรุษ และมีการข้ามไปข้ามมาของกลุ่มประเทศเพื่อนบ้านที่สะดวกตามเส้นทางธรรมชาติ แต่ปัจจุบันนี้มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม คือ การที่จะเข้ามาในพื้นที่ได้จะต้องเข้ามาแจ้งที่ถูกต้องตามกฎหมายก่อน นอกเหนือจากมีผู้คนเข้ามาค้าแรงงานหรือรับจ้างต่างๆ ก็จะมีประชากรอีกกลุ่มหนึ่งที่เห็นได้ชัดคือ

นักท่องเที่ยวต่างชาติที่เข้ามาท่องเที่ยวบริเวณสามเหลี่ยมทองคำและการแต่งกายของประชาชนที่อยู่ในพื้นที่นั้นก็มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่จากการแต่งกายชุดประจำเผ่าก็มีการแต่งการที่ร่วมสมัยเกือบทั้งหมด

“สมัยก่อนการข้ามแดน ก็ข้ามแบบฉันทึ ฉันท้อง ไม่มีด่านเหมือนตอนนี้ ถ้าอยากจะไปก็ไป ทางนั้นเขาก็รับผิดชอบเรา ไม่เหมือนตอนนี้ ที่ต้องทำใบข้าม มีระบบของราชการเข้ามา”

ชาวบ้านสบรวก คนที่ 3

“ตื่นมาก็เห็นฝรั่ง ไม่เหมือนหมู่บ้านอื่น ตำบลอื่น ที่การท่องเที่ยวยังไม่ดี ผมอยู่ที่นี่ตั้งแต่เด็ก ก็เห็นฝรั่งตั้งแต่เด็กๆ เราก็ไม่รู้ตัวดังเพราะอะไร อาจจะเป็น มีน้ำโขง น้ำรวก ประเทศไทย ลาว พม่า อยู่ตรงนี้ โตมาถึงจะรู้ว่า มีจุดเชื่อมกันทั้ง 3 ประเทศ คือ ไทย ลาว พม่า เป็นทางผ่านการค้าขนยาเสพติด โดนจับ สืบไปสืบมา ผ่านทางสามเหลี่ยมทองคำเป็นส่วนใหญ่ ชื่อเสียงเลยโด่งดัง”

ชาวบ้านสบรวก คนที่ 1

ประเพณีที่มีการทำอยู่ในหมู่บ้านนั้นนอกจากจะเป็นการประเพณีทำบุญประจำปีแล้วนั้นยังมีประเพณีที่เรียกว่า “การเลี้ยงเมือง” คือเป็นการไหว้ บูชา เจ้าเมือง โดยการอัญเชิญเจ้าเมืองมาประทับที่ตรงต้นไม้ที่ใหญ่ที่สุดในหมู่บ้านและมีศาลให้ท่านอยู่และประชาชนในหมู่บ้านทั้งสามแผ่นดิน จะรวมจิตใจเป็นหนึ่งเดียวในการที่ว่า “ขอฟ้า ขอฝน เราจะไม่ทำผิดต่อผีสง นางไม้ และไม่ทำบาป” บางส่วนมีการไหว้ วิญญาณปู่ตาตายาย บรรพบุรุษ การกล่าวบนผี เลี้ยงผี เจ้าที่เจ้าทาง ก็ยังมีอยู่ตามความเชื่อที่ว่าทำแล้วเกิดความสุขสบาย มีความสุขทางใจ ส่วนการแต่งกายในปัจจุบันจะเป็นแบบสากลแต่จะคงของโบราณไว้เนื่องในวันหรือกิจกรรมที่สำคัญเท่านั้น ภาษาพูดจะพูดคำเมือง (ภาษาท้องถิ่นของชาวล้านนา) การกินจะกินแบบของชาวล้านนาประยุกต์ผสมผสานแบบทั่วไป

“การเลี้ยงเมืองคือการเลี้ยงเจ้าบ้านครับ เลี้ยงตรงกันทั้งไทย ลาว พม่า เลย เมื่อก่อนเรานับถือผี เจ้าเมืองมาจากสิบสองปันนา โยกย้ายมาเรื่อยๆ ไทยบ้าง ลาวบ้าง พม่าบ้าง การเลี้ยงก็จะคิดถึงบรรพบุรุษ เลี้ยงไก่ เลี้ยงหมู อาหารการกิน ทำบุญให้อยู่ดี กินดี ตลอดปี ขอฟ้า ขอฝน ขอฝน ในวันนั้นเขาจะเลี้ยงซื้อของ ไม่ใช่เงิน ไม่ออกบ้าน อยู่แต่ในบ้าน จะไม่ทำอะไรที่เป็นบาป คนท้องเขาจะไม่ให้ร่วมพิธี ถือว่ามันไม่ดี จะไปเฉพาะผู้ชายหลังคาละ 1 คน พอทำพิธีเสร็จ ฝนจะตกตามฤดูกาล...เจ้าเมืองไม่มีตัวตน เราจะมีต้นไม้ใหญ่ที่สุดในหมู่บ้าน เราจะตั้งศาลตรงนั้น เชิญเจ้าเมืองมาอยู่ที่นี่ มาพร้อมกับคมหอก คมดาบที่ต้องมีลจจะ วาจา ฐูป เทียน ที่ชาวบ้านหลอมรวมเป็นจิตใจเดียวกันว่า ขอฟ้า ขอฝน เราจะไม่ทำผิดต่อผีสง นางไม้ สมัยก่อนเขาจะขอตัดไม้มาทำบ้าน 2-3 ปี ก็ผุพังไป แต่สมัยนี้เราก็ไม่ได้ทำแล้ว แต่ที่ทำอยู่ก็ปลูกสวนส้ม ตัดไม้เป็นลำๆ ผ่านมาที่บ้านเรา เพราะว่าบ้านอื่นเขาไม่อนุรักษ์ แต่บ้านเราหาหน่อ หาอะไร ไม่ใช่ว่าทุกหมู่บ้านเราทำมาหากินนะ บ้านอื่นเข้ามาหากินที่บ้านเราหมด เพราะเราอนุรักษ์ป่า ชุมชนไว้ แหล่งน้ำ อ่างเก็บน้ำ อ่างเก็บน้ำห้วยน้ำเย็น อ่างหนองอึ้ง หนองเหียน หนองกลางเลื่อน คือพวกนี้เราอนุรักษ์แหล่งต้นน้ำไว้ ซึ่งบ้านอื่น อนุรักษ์ได้ยากมาก”

ชาวบ้านสบรวก คนที่ 1

5.1.1 บริบทด้านการข้ามแดนและแรงงานข้ามพรมแดนไทย-ลาว

ตลอดแนวแม่น้ำมีท่าเรือท่องเที่ยวประมาณ 9 ท่า ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มี ตม. เพียง 2 ท่า คือ บริเวณหน้าสถานีตำรวจเชียงแสน 1 ท่า เป็นท่าที่เชื่อมกับประเทศลาว และบริเวณสามเหลี่ยมทองคำอีก 1 ท่า เป็นท่าที่เชื่อมกับประเทศพม่า อย่างไรก็ตาม บริเวณท่าที่เชื่อมกับประเทศพม่า มีลักษณะคล้ายท่าที่จำเพาะต่อการเดินทางไปยังคาสโนเนื่องจากท่าที่ใช้ขึ้นไปยังฝั่งพม่า ไม่สามารถเดินทางต่อไปยังพื้นที่อื่นได้นอกจากคาสโน ทำให้นักเดินทางที่ใช้ท่าเรือแห่งนี้มีเฉพาะนักเดินทางที่ต้องการไปยังคาสโนเท่านั้น

ด้านธรรมชาติอื่นๆ ที่สำคัญ ได้แก่ ด่านวังลาว ซึ่งเป็นด่านที่ใช้อำนวยความสะดวกให้สำหรับชาวบ้านที่ต้องการข้ามไปทำธุระระหว่างหมู่บ้าน มีเจ้าหน้าที่ทหารคอยอำนวยความสะดวก

และดูแลความเรียบร้อย อนุญาตให้เฉพาะชาวบ้านแถบนั้นข้ามไปทำธุระยังฝั่งพม่า ปกติก็ข้ามกันไปมาไม่เกิน 1 สัปดาห์ ไม่อนุญาตให้นักท่องเที่ยวหรือคนต่างถิ่นใช้ข้ามแดน วิธีการก็คือ ชาวบ้านที่ต้องการข้ามไปทำธุระจะต้องยื่นบัตรประจำตัวที่ด่านทหาร ทหารจะจดชื่อ ที่อยู่ และเวลาเดินทางไว้ หลังจากผ่านด่านทหาร ชาวบ้านจะต้องไปขึ้นเรือที่ท่าหน้า เรือจะเป็นเรือโดยสารที่ต้องจ่ายค่าโดยสารเอง เมื่อข้ามเรือไปถึงอีกฝั่งหนึ่งก็จะมีรถรับจ้างหรือญาติมารับไป เมื่อกลับมา ชาวบ้านก็ต้องมาแจ้งชื่อที่ด่าน เพื่อให้ทหารลงเวลากลับมา แนวเขตแดนธรรมชาตินี้มีลักษณะเป็นพื้นที่ระหว่างแม่น้ำรวกซึ่งไม่กว้างนัก ทำให้มีปัญหาคนลักลอบเข้าเมืองและขนยาเสพติดบ้าง ยาเสพติดที่ขนเข้ามาในลักษณะนี้คือ มีคนขนยาที่ใช้วิธีการว่ายน้ำข้ามมา ทำให้ปริมาณยาที่ขนมาได้มีไม่มากนัก นานๆ จะจับได้ที่ ทหารจึงต้องมีการจัดเวรลาดตระเวนเพื่อรักษาความปลอดภัยและสกัดกั้นยาเสพติดที่จะเข้ามาในพื้นที่

ในเขตพื้นที่ตำบลเวียง อำเภอเชียงแสน มี รพ.สต. 2 แห่ง คือ รพ.สต. เวียง และ รพ.สต. สบรวก สำหรับ รพ.สต. สบรวก ผู้มาใช้บริการที่เป็นคนข้ามแดนส่วนใหญ่เป็นชาวพม่าที่ทำงานอยู่ในพื้นที่ และชาวลาวที่ข้ามมาเพื่อรับบริการสุขภาพเฉพาะ โดยเฉพาะการฝากครรภ์และการฉีดวัคซีน มีโรงพยาบาลรัฐบาลเป็นโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลเชียงแสน และมีโรงพยาบาลเอกชนอีก 1 แห่ง

นอกจากนี้ยังมีท่าเรือพาณิชย์ ซึ่งอยู่ห่างจากตัวเมืองเชียงแสนออกไปทาง อำเภอเชียงของ ประมาณ 10 กิโลเมตร เรือส่วนใหญ่ที่เทียบท่าที่ท่าเรือพาณิชย์คือ เรือสัญชาติลาว รองลงมาคือ พม่า และจีน ลักษณะการดำเนินธุรกิจทางเรือคือ พ่อค้าหรือเจ้าของสินค้าจะต้องจ้าง 1) เรือสัญชาติปลายทาง ซึ่งจะมีเพียงคนขับเรือ และพนักงานบนเรือเพียงไม่กี่คน เช่น นายท้ายเรือแม่บ้าน เป็นต้น 2) แรงงานขนของลงเรือ ซึ่งบนแผ่นดินไทยมักจะเป็นแรงงานพม่า และ 3) แรงงานขนของขึ้นฝั่งปลายทาง ซึ่งมักจะเป็นคนชาตินั้นๆ

การจัดระเบียบช่องทางทางการเข้าออกชายแดน ในพื้นที่อำเภอเชียงแสนมีจุดผ่านแดนถาวร และจุดผ่อนปรน จำนวน 4 จุด ได้แก่ จุดผ่านแดนถาวรหน้าที่ว่าการอำเภอเชียงแสน 2 จุด จุดผ่อนปรนบ้านสบรวก และจุดผ่อนปรนบ้านสวนดอก

การควบคุมเส้นทางเข้า-ออกทั้งจุดผ่านแดนและจุดผ่อนปรน มีการจัดทำลัทธิอาสารักษาดินแดนในเขตพื้นที่อำเภอเชียงแสนและตำรวจตรวจคนเข้าเมืองอยู่ประจำจุดดังกล่าว เนื่องจากอำเภอเชียงแสนมีช่องทางการเข้าออกที่เป็นทางธรรมชาติ ซึ่งเป็นจุดที่มีความเสี่ยงต่อความมั่นคงของประเทศ ซึ่งในปัจจุบันที่ฝั่งตรงข้ามของอำเภอเชียงแสนนั้นได้มีการพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว จึงมักจะมีผู้คนลักลอบข้ามออกนอกประเทศจำนวนมาก ดังนั้น เพื่อเป็นการควบคุมรวมถึงการบริการการติดต่อเดินทางไปมาบริเวณชายแดน ศูนย์สั่งการชายแดนอำเภอเชียงแสนจึงได้พยายามจัดระเบียบจุดผ่านแดนให้มีความรัดกุมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยการกำหนดจุดเดินทางข้ามแดนให้เหลือน้อยที่สุดและได้ควบคุมท่าเรือเอกชนไม่ให้มีการนำคนข้ามแดนและต่อไปลักษณะจุดข้ามแดนมีดังนี้

- (1) จุดตรวจผ่านแดนสามเหลี่ยมทองคำ เวลาเปิด-ปิด 08.00 น. – 20.00 น. ลักษณะการเข้าออก ใช้บัตรผ่านแดน พาหนะทางน้ำ
- (2) จุดตรวจผ่านแดนถาวรสามเหลี่ยมทองคำ (สบรวก) เวลาเปิด-ปิด 06.00 น.- 20.00 น. ลักษณะการเข้าออก ใช้บัตรผ่านแดนและหนังสือเดินทาง พาหนะทางน้ำ

- (3) จุดผ่านแดนถาวรไทย – ลาว (หน้า สภ.เชียงใหม่) เวลาเปิด-ปิด 08.00 น. – 18.00 น. ลักษณะการเข้าออก ใช้บัตรผ่านแดนพาหนะทางน้ำ
- (4) จุดตรวจท่าเรือพาณิชย์เชียงใหม่ เวลาเปิด – ปิด 08.00 น. – 18.00 น. ลักษณะการเข้าออก ใช้หนังสือเดินทาง พาหนะทางน้ำ

5.1.2 ชุมชนกับการอยู่ร่วมกับแรงงานข้ามพรมแดนในชุมชนไทย-ลาว

คนลาวที่ข้ามแดนมาในประเทศไทย ข้ามมาด้วยเหตุผลทางสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ คนลาวมีครอบครัว ญาติพี่น้องอยู่ฝั่งไทย บางส่วนข้ามมาเยี่ยม มาทำงาน ดังกรณี พี่บุญถมกล่าวว่า

“เพราะเรามีญาติทางนี้อยู่ก่อนแล้ว ญาติบอกให้ย้ายมา บ้านเมืองทางนี้สบายกว่า สงบกว่า อยู่ทางนั้น ทำมาหากินลำบากกว่า เพราะเราอยู่บ้านนอกครับ”

พี่บุญถม ต. สบรวก

อีกจำนวนหนึ่งคือการข้ามพรมแดนมาทำงานรับจ้าง งานบริการ ซึ่งอาจมีทั้งข้ามมาตามฤดูกาล หรือข้ามเรือมา เพื่อนำผัก เอาสินค้ามาขายในบริเวณชายแดน

สำหรับคนที่มาอยู่ในชุมชนเป็นเวลานาน มีประเพณีอีกอย่างของชุมชนนี้ เรียกว่า “การเข้าด้าว-เข้าพรม” คือประเพณีการฝากฝังตัวเองของคนที่ไม่ใช่สัญชาติไทยหรือพวกแรงงานต่างๆ ที่เข้ามาอยู่ในพื้นที่ของหมู่บ้าน ที่คนในหมู่บ้าน จะมีของ เช่น มีเหล้า มีบุหรี มีเงิน 100 บาท และเมี่ยง เหมือนฝากเนื้อฝากตัวกับพ่อกำนันหรือแกนนำหมู่บ้านในวันที่มีการประชุมของหมู่บ้าน เพื่อเป็นการประกาศให้คนในหมู่บ้านได้รับรู้ว่า ตนเองนั้นเป็นใคร มาจากไหน และจะมาทำอะไรในหมู่บ้าน เพื่อให้คนในหมู่บ้านนั้นได้รับรู้และรับทราบและจะได้ไม่เกิดความวิตกกังวลใจต่อคนที่เข้ามาใหม่นั้น เสมือนเป็นการแจ้งข่าวให้แกนนำหรือประชาชนในพื้นที่นั้นได้รับทราบโดยทั่วกัน และหลังจากที่มีมีการเข้าด้าว-เข้าพรมแล้วนั้นจะมีการรับเป็นเสมือนสมาชิกคนหนึ่งในหมู่บ้าน โดยระบบการจัดการในหมู่บ้านนั้นจะมีการเก็บค่าสมาชิกในหมู่บ้าน เช่น กรณีที่เขาเข้าร่วมเป็นสมาชิกในหมู่บ้าน เวลาเสียชีวิตจะต้องเสียเงินซื้อดินกลบหน้าตัวเอง 500 บาท แต่ถ้าไม่ได้เข้าสมาชิก ก็ต้องซื้อดินกลบหน้าตัวเอง 500 บาท แต่ถ้าเป็นสมาชิก คนในหมู่บ้านก็จะช่วยกัน ไม่ต้องจ่าย 500 บาท จากประเพณีการเข้าด้าว เข้าพรมนี้นั้น จากการสัมภาษณ์ พบว่า การเข้าร่วมส่วนใหญ่จะเป็นคนในกลุ่มของไทใหญ่และลาว ส่วนของแรงงานพม่าไม่นิยมมีการเข้าร่วมประเพณีนี้หรือแม้แต่กระทั่งกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน เช่น งานกีฬาของชุมชนเพื่อต้านยาเสพติด ส่วนมากก็จะได้รับความร่วมมือจากกลุ่มของชาวไทใหญ่มากกว่า

“พ่อกำนัน เวลาประชุม จะประกาศให้ทุกคนทราบ ให้เขายืนขึ้นและแนะนำตัว.. ให้เขาเป็นคนในหมู่บ้านเรา มีอะไรก็เข้าร่วมกิจกรรม... “พม่าไม่ค่อยมี จะมีเป็นส่วนน้อย ถ้ามีกิจกรรมเข้ากลุ่ม แทบจะไม่เห็นพม่าเลย เวลางานกีฬา ขอดัวแทน ถือธง ใช้ชุดไทใหญ่ ก็จะเป็นไทใหญ่”

ชาวบ้าน คนที่ 4

“มีเหล้า มีบุหรี มีเงิน 100บาท และเมี่ยง เหมือนฝากเนื้อฝากตัว แต่ว่าตอนนี้เหล้าไม่มีแล้ว เขาเรียกกันว่า เข้าด้าว เข้าพรม.....แล้วแต่เขา ว่าเขาพร้อมจะจ่ายไหม ถ้าเราเข้าสมาชิกนี้ เวลาเราเสียชีวิต เราจะไม่ได้เสียเงินซื้อดินกลบหน้าตัวเอง 500บาท แต่ถ้าไม่ได้เข้าสมาชิก เราก็ต้องซื้อดินกลบหน้าตัวเอง 500บาท คือ ซื้อฝังตัวเองพุตง่ายๆ แต่ถ้าเป็นสมาชิก คนในหมู่บ้านเขาก็จะช่วยกัน ไม่ต้องจ่าย500บาทกัน นี่แหละ “เข้าด้าว เข้าพรม”

ชาวบ้านคนที่ 3

นอกเหนือจากประเด็นนั้นจากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้นำในชุมชนนั้นมีมาตรการในการควบคุมดูแลประชาชนในพื้นที่รวมถึงแรงงานเดียวกัน คือ ห้ามมีการทะเลาะเบาะแว้งกัน หรือถ้ามีการทะเลาะกันเกิดขึ้นจะใช้มาตรการเดียวกันทั้งคนไทยและคนต่างถิ่น คือการปรับเงินหรือจ่ายเงิน ในกรณีนี้ผู้ให้สัมภาษณ์ได้ยกตัวอย่างการทะเลาะในงานเลี้ยงในหมู่บ้าน นอกเหนือจากนั้นในส่วนของการแนะนำชุมชนนั้นจะมีการประกาศหรือเตือนให้คนในชุมชนนั้นระมัดระวังเรื่องความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของตัวเอง เพราะเคยเกิดเหตุการณ์แรงงานจากพม่าขโมยรถจักรยานยนต์ในหมู่บ้าน ทางชุมชนก็ได้มีมาตรการในการดูแลความเรียบร้อยภายในหมู่บ้าน คือได้จัดชุดรักษาความสงบของหมู่บ้าน (ชรบ.) ออกเวรยามในการตรวจตราความเรียบร้อยและค่อยประกาศเตือนคนในหมู่บ้านให้มีการระมัดระวัง

“มีกฎระเบียบที่ชัดเจน พ่อกำนันหรือผู้นำชุมชนจะประกาศว่า ห้ามมีเรื่อง ถ้ามีเรื่อง คือเราจ่ายค่างานไปเท่าไร ผู้ที่มีเรื่องจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบ โดยจ่ายค่าเสียหายตามราคางาน” มีกลุ่ม ชรบ.ที่ดูแลหมู่บ้าน คีนละ2คน มีเสียงตามสายประกาศตลอดว่าให้ล้อครกให้ดี เก็บรถให้ดี ชรบ.ของหมู่บ้านจะเป็นกลุ่มที่เฝ้า”

ชาวบ้านคนที่ 3

“เราก็บอกชาวบ้านว่า ก่อน2ทุ่ม จะทำอะไรก็รีบทำ จะออกไปกินข้าว เรียนพิเศษ ไปบ้านญาติ ก็รีบทำ เพราะหลังจากนี้ เกิน 2ทุ่มไปพม่าจะครองเมือง แรงงานปั่นรถจักรยาน ไฟเขียว ไฟแดงไม่รู้เรื่อง มั่วไปหมด ไม่ใช่ที่นี้ที่เดียวนะครับ ที่เชียงแสนก็มีเหมือนกัน”

ชาวบ้านคนที่ 1

อีกมาตรการหนึ่งที่ผู้นำหมู่บ้านใช้ในการบริหารจัดการเพื่อให้ประชาชนในชุมชนและแรงงานที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านนั้นให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ ในหมู่บ้าน คือ เมื่อชุมชนนั้นได้รับการแจกของหรือสวัสดิการต่างๆ ในกรณีนี้ผู้สัมภาษณ์ได้ยกตัวอย่างในเรื่องของการแจกผ้าห่มจากทางภาครัฐ โดยอธิบายว่า ถ้าทางผู้นำเห็นว่าแรงงานกลุ่มนี้หรือครอบครัวนี้ถึงแม้จะไม่มีสิทธิในการรับแจกของนั้นแต่เขาไม่เคยสร้างความเดือดร้อน และยังให้ความร่วมมือกับทางชุมชนเป็นอย่างดี ในกรณีนี้ทางผู้นำก็จะเห็นใจ แต่ทั้งนี้ก็ต้องขึ้นอยู่กับว่าสิทธิพวกนั้นที่มาจากรัฐบาลจำกัดให้เฉพาะผู้ที่ถือบัตรประชาชนที่เป็นสัญชาติไทยหรือไม่ ซึ่งถือเป็นอีกมาตรการหนึ่งที่ทำให้คนในพื้นที่ทั้งแรงงานและประชาชนให้ความร่วมมือกับทางชุมชนเป็นอย่างดี

“กิจกรรมที่จะได้ของแต่ละอย่าง จะต้องมีบัตร สมมติ มีของแจก มันก็ต้องขึ้นอยู่กับความร่วมมือของครอบครัวนั้นๆ ด้วย ก็เป็นไปได้ว่า ถ้าผู้นำเห็น อาจจะจัดของให้ก่อน ให้สิทธิ์คนที่มาให้ความร่วมมือก่อน บางคนที่ไม่ให้ความร่วมมือเลย ก็จะทำให้ช้าหน่อย ให้ทีหลัง”

ชาวบ้าน คนที่ 2

“อย่างเช่น การแจกผ้าห่มจากรัฐ คนที่เข้าร่วมกิจกรรม เรียกมาแล้วช่วยงานตลอด มีงานอะไรเข้าร่วมตลอด ถ้าเขาตกทุกข์ได้ยาก เราจะช่วยคนพวกนี้ก่อน”

ชาวบ้าน คนที่ 3

จากการสัมภาษณ์ พบว่า แรงงานที่เข้ามาอยู่ในพื้นที่นั้นจะแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มหลักๆ ได้แก่ กลุ่มไทใหญ่, พม่าและลาว โดยพบว่ามุมมองของคนในพื้นที่ต้องแรงงานทั้ง 3 กลุ่มนี้มีความแตกต่างกัน โดยมุมมองด้านความมั่นใจใจ ความไว้วางใจ มุมมองด้านการให้ความร่วมมือต่าง ๆ ในชุมชน และมุมมองทางด้านภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร มุมมองทางด้านความเชื่อหรือศาสนา คนใน

พื้นที่ที่จะมองว่าจะได้รับจากกลุ่มที่เป็นไทใหญ่และคนลาวมากกว่ากลุ่มของแรงงานพม่า ทั้งนี้อาจจะ เป็นเพราะภาษาที่ใช้ในการสื่อสารนั้นไม่ตรงกันหรือการที่แรงงานพม่าในพื้นที่นั้นมุ่งเพียงแต่ ต้องการหารายได้เท่านั้น

“ไทใหญ่จะเข้ากับพวกเราได้ง่ายกว่า ด้วยพื้นฐานด้านความเชื่อ และศาสนาพุทธเหมือนกัน น้ำใจก็เข้าหากันได้ ง่าย เทียบกับพม่า จะหาความมีน้ำใจยา ส่วน พม่า ความไว้เนื้อเชื่อใจก็ไม่มั่นใจเท่าไร กลุ่มนี้เขาสามารถหนี กลับไปได้ตลอดเลย ไม่ค่อยไว้ใจเท่าไร...พี่น้องลาว เข้าถึงง่าย พูดกันง่ายหน่อย เพราะสื่อภาษากันได้”
ชาวบ้านสบรวก คนที่ 4

“พม่าเขาก็จะไปทำงานของเขา ไปทำงานอย่างเดียวเลย ไม่มีปฏิสัมพันธ์อะไรกับเรา”
ชาวบ้านสบรวก คนที่ 3

5.1.3 มุมมองของคนในชุมชนต่อแรงงานข้ามชาติเข้ามาในพื้นที่

จากการสัมภาษณ์ พบว่า มุมมองที่ดีของนายจ้างที่มีต่อแรงงานที่เห็นได้ชัดเจนคือนายจ้าง มีความพึงพอใจที่มีลูกจ้างเป็นแรงงานต่างชาตินอกจากลูกจ้างคนไทย และมุมมองของการที่ แรงงานถูกเอาเปรียบจากนายจ้างในเรื่องของเงินค่าแรงที่จะได้รับและไม่ได้รับความเป็นธรรม ในเรื่องของการใช้สิทธิในการประสุขภาพแรงงานโดยจะมีกลุ่มแรงงานที่บัตรประกันสุขภาพและไม่มีบัตรประกันสุขภาพ และมุมมองของผู้ประกอบการที่มีความยุ่งยากหรือความยากลำบากในการ ขึ้นทะเบียนแรงงานเพราะมีความซับซ้อนและยุ่งยากและรวมกับเรื่องของกฎหมายและข้อบังคับ ต่างๆ ที่เข้มงวด

“ผมคิดว่ามันดีนะ สำหรับผู้ประกอบการ เพราะจ้างคนไทยมันลำบากจริง หนักไม่เอา เบาไม่สู้ ไม่เกิน 2-3 เดือนก็ ลาออก เราอยากได้เงินเขา ต้องทนโดนค่าเหนื่อย แต่พม่า เขาสู้ ค่าอะไรก็ไม่สน พม่าสร้างเมืองสู้แรงงานมากก็จะ เป็นพม่า หนักก็เอา เบาก็สู้ ขอให้มีแรง งานที่ไหน เขาก็สู้หมด ลาวไม่ค่อยจะมี สถานที่ต่างๆ พม่าก็เป็นคนสร้าง หมด”
ชาวบ้านสบรวก คนที่ 1

“นายจ้างเอาเปรียบลูกจ้างก็มี เช่น ได้ค่าแรงงานวันละ300บาท เดือนหนึ่งก็ได้ 9,000 บาทรวมกับค่า OT อีก ก็ ประมาณ 10,000 นิดๆ นายจ้างทำที่เป็นจะเก็บเงินไว้ให้ มันอันตรายเก็บเงินไว้เยอะ เดี่ยวจะหาย จ่ายให้เดือน 2,000-3,000 บ้าง คือลูกจ้างโดนนายจ้างโกง มากเข้าๆ เปี้ยวลูกจ้างบ้าง ลูกจ้างไม่รู้จะไปฟ้องใคร ฟังพาใครไม่ได้ เลยหนีกลับประเทศไป”
ชาวบ้านต. เกาะช้าง คนที่ 2

“แรงงานสมัยก่อน นายจ้างขอใบแรงงานได้เลย 1 ครอบครัวต่อแรงงาน 2 คน แต่ถ้าทำไร่ ทำนา 2 ไร่ต่อ 1 คน แต่ต่อมาต้องมีใบสุขภาพควบคู่กับบัตรแรงงาน ทำให้เขาเสียรายได้ไปอีก และก็ยุ่งยากอีก ตรวจโรคต่างๆ ต่อมาก็มี ประกันสังคมอีก ก็ยุ่งยากไปอีก”
ชาวบ้านต. เวียง คนที่ 1

ในด้านความวิตกกังวล จากการสัมภาษณ์ พบว่า มุมมองของคนในพื้นที่นั้นมีความวิตกกังวล ในเรื่องความปลอดภัยของคนในชุมชน การมีอาชญากรรมในพื้นที่ การที่ถูกลักขโมยของ การ เกิดอุบัติเหตุ รวมไปถึงในเรื่องของการที่กลัวว่าจะถูกแย่งงานในพื้นที่ทำด้วย และมุมมองของ นายจ้างที่มีความวิตกกังวลในเรื่องของการที่มีแรงงานเข้ามาว่ากลัวโดนทำร้ายและการฆ่านายจ้าง

เพื่อชิงทรัพย์ และในด้านของภาษาในกรณีนี้ยกตัวอย่างของแรงงานพม่า โดยให้เหตุผลว่าแรงงานนั้นสามารถรับรู้และสื่อสารเป็นภาษาไทยได้แต่ส่วนของนายจ้างนั้นไม่สามารถรับรู้หรือสื่อสารภาษาพม่าได้เลย

“ส่วนตัวผมก็คิดถึงว่า ความปลอดภัยในชุมชน มาแต่ละคน คนนี้จะเป็นอย่างไร จะปรับตัวได้ไหม จะมาลักขโมย จะมาทำร้ายคนอื่นไหม หรือว่ามาแย่งงานคนในหมู่บ้านเราไหม ถ้ามาเยอะๆ เราก็กังวลแล้ว”

ชาวบ้าน ต. เวียง คนที่ 4

“แต่ความปลอดภัยเราก็นึกถึงอยู่ เราก็ไม่รู้ประวัติเขาว่าเป็นคนอย่างไร บางทีเขาอาจจะทำมีดมีรายกับชุมชนเรา ก็นึกถึงเรื่องอาชญากรรม”

ชาวบ้าน ต. เวียง คนที่ 3

“การจราจร ชับรถไม่สนใจ อยากไปไหนก็ไป อาจเกิดอุบัติเหตุได้ รถชนครับ รถชนตายเหมือนหมู เหมือนหมา สงสารเขา บางทีญาติอยู่ไหนก็ไม่รู้ บ้านเมืองเราทำตามกฎ แต่เขารู้กฎบ้างไม่รู้กฎบ้าง”

ชาวบ้าน ต. สบรวก คนที่ 1

“น่ากลัวอยู่นะ พุดอีกแง่ก็ดีต่อการประกอบการ แต่เห็นข่าวแรงงานปาดคอนายจ้าง เอาเงินนายจ้างหนีไป ก็น่ากลัวเหมือนกัน”

ชาวบ้าน ต. สบรวก คนที่ 1

“กังวลเรื่องการทำมาหากิน ที่อยู่อาศัย ส่วนใหญ่ก็จะมาแย่งแรงงานเรา เพราะเขาทำงานได้ถึงแม้ว่าค่าแรงจะต่ำ รับจ้างในไร่ ในสวน ส่วนใหญ่ก็เป็น “คนหล่ายหน้า” หมดแล้ว”

ชาวบ้าน ต. สบรวก คนที่ 3

5.2 บริบทชุมชนเกาะช้าง พื้นที่พรมแดนไทย-ลาว

ชุมชนเกาะช้าง ตำบลเกาะช้าง อำเภอแม่สาย จ. ภูมิประเทศส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่มระหว่างเทือกเขา มีแม่น้ำรวกไหลผ่านกั้นพรมแดนระหว่างตำบลเกาะช้าง ประเทศไทยกับตำบลเมืองพง ประเทศเมียนมาร์ การคมนาคมเป็นถนนลาดยาง มีรถประจำทางสายทุ่งเกลือ-แม่สาย วิ่งประจำวันทุกๆ 1 ชั่วโมง ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 72 คือปลูกข้าว ทำไร่ข้าวโพด ไร่กระเทียม หอม นอกจากนั้นยังมีโรงงานทำไฟแช็ก โรงงานทำกระดาษสา มีฐานะทางเศรษฐกิจส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง รายได้เฉลี่ยต่อครอบครัวประมาณ 40,000 บาทต่อปี ประชากรส่วนใหญ่เป็นชาวพื้นราบ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อ่านและเขียนภาษาไทยได้ ประชากรส่วนใหญ่เป็นชาวพื้นเมือง และมีผู้อพยพจากประเทศเพื่อนบ้านมาอาศัยในพื้นที่ เช่น ไทยใหญ่ พม่า และปะหล่อง

ลักษณะชุมชนมีความเป็นลักษณะชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท โดยมองจากลักษณะทางสังคม ผู้คน การก่อสร้างบ้านเรือน สถาปัตยกรรม และรวมไปถึงระบบเศรษฐกิจในชุมชน คราวเรือนจะมีการกระจุกตัวอยู่ใกล้กับถนนเส้นหลัก (ถนนพหลโยธิน) มากที่สุด และไล่ระดับความเจริญไกลออกไปเป็นระดับเมือง หรือหมู่บ้านภายใน หมู่บ้านภายนอก ซึ่งถ้าหากเป็นหมู่บ้านภายใน หรือวงขอบนอก ก็จะติดชายหรือตะเข็บชายแดนประเทศพม่า และจะเห็นความเคลื่อนไหวของการดำเนินชีวิตของคนที่อยู่บริเวณนั้น

ลักษณะทางกายภาพของพื้นที่ ในฝั่งของทิศตะวันออกจะมีการติดต่อเชื่อมเขตแดนประเทศพม่าอย่างเห็นได้ชัดเจน โดยประกอบไปด้วย 13 หมู่บ้าน และอีก 1 ชุมชนไทยใหญ่ขนาดใหญ่ซึ่งพื้นที่หมู่บ้านของตำบลเกาะช้างที่มีการติดต่อกับพื้นที่พม่า ประกอบด้วยบ้านป่าแดงหลวง บ้านป่าแดง บ้านศรีป่าแดง

บ้านม่วงคำ บ้านร้อง และบ้านปางห้า ซึ่ง 7 รายชื่อหมู่บ้านที่กล่าวมานี้ล้วนแต่มีพื้นที่ติดต่อกับพื้นที่ของ ประเทศพม่าทั้งสิ้น แต่ไม่ใช่ทุกหมู่บ้านที่กล่าวมานี้จะสามารถข้ามไปมาหาสู่กันได้อย่างง่ายดาย แต่จะ สามารถข้ามไปมาระหว่างเขตแดนได้ในเฉพาะพื้นที่ที่มีท่าข้ามแม่น้ำ หรือจุดผ่อนปรน ซึ่งมีอำนาจหน้าที่ใน การดูแลโดย สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.) และหน่วยงานของกรมทหารม้าที่ 2 (กม.2) ซึ่งจุดผ่อนปรน นี้เองดังกล่าว ก็อยู่ในพื้นที่บ้านปางห้าซึ่งมีหมู่บ้านตรงข้ามหรือหมู่บ้านคู่ขนานที่เรียกกันว่า บ้านป่ากุก ใน ฝั่งพม่า และจุดผ่อนปรนอีกที่คือ จุดผ่อนปรนท่าดินดำ



รูปภาพ แสดงสถานที่ตั้งจุดผ่อนปรน 2 จุด ในตำบลเกาะช้าง



รูปภาพ จุดอ่อนปรนข้ามท่า ป่ากุก แม่น้ำรวก และฝั่งพม่า



รูปภาพ จุดผ่อนปรนข้ามท่า ปากู้ แม่น้ำรวก และฝั่งพม่า

รูปภาพจุดผ่อนปรนปากู้ ซึ่งมีการแสดงให้เห็นการใช้บริการของเด็กนักเรียนที่ข้ามมาเรียนยังโรงเรียนบ้านปางห้า และเป็นสถานที่ข้ามของบุคคลทั่วไปได้ โดยอัตราค่าบริการอยู่ที่ 20 บาท ทั้งขาไป-กลับ โดยการข้ามนั้นสามารถข้ามได้เพียงวันเดียว ไม่สามารถค้างคืนได้ แต่ถ้าใช้พาสปอร์ต สามารถไปได้ 7 วัน และจากภาพจะเห็นว่ามีเรือเพียงลำเดียวที่ทำการรับส่งการข้ามฝั่ง โดยในฤดูฝนนั้น น้ำอาจจะมีการท่วมสูงขึ้นมาถึงของคันดินเลยทีเดียว

บริเวณจุดข้ามแดนจะมีตู้มินิมอเตอร์ไซค์รับจ้าง รับส่งจากบริเวณท่าน้ำ จุดผ่อนปรนไปยังสถานที่ต่างๆ รวมถึงการใช้บริการรับ-ส่ง เพื่อมารับบริการ ณ รพ.สต.ด้วย โดยคนขับรถรับจ้างนั้นจำเป็นต้องเป็นบุคคลที่อยู่ในหมู่บ้านเท่านั้น ซึ่งเป็นกฎของหมู่บ้านที่ถูกต้องขึ้นมาอย่างเป็นฉันทามติ และรวมไปถึงการให้บริการสองแถวรับ-ส่งนักเรียน ที่ผู้ศึกษาเองนั้นได้มีโอกาสพบเห็นว่า ในช่วงเย็นจะมีการรับ-ส่งนักเรียนจากโรงเรียนบ้านป่าแดงและบ้านปางห้า มาส่งบริเวณจุดผ่อนปรน ปากู้ เพื่อข้ามฟากกลับบ้านในทุกๆ เย็น ซึ่งจะมีการเช็คชื่อนักเรียน โดยทหารผู้ประจำการ ณ จุดผ่อนปรน และรวมไปถึงการให้บริการเรือข้ามฟาก ก็จะสามารถพบได้เพียง 1-2 ลำ เท่านั้น และการข้ามฟากก็ไม่ได้ยุ่งยากแต่อย่างใด เพราะน้ำสายเป็นสายน้ำเล็กๆ ดังนั้นการให้บริการข้ามฟากนั้น ก็จะใช้วิธีการเบนหัวเรือไปมา และจะต้องมีการสัมปทานหรือการจ่ายส่วยในแต่ละปี ราคามากถึงหลักล้านในแต่ละปี ถึงแม้จะมีการข้ามฝั่งในรูปแบบของการเบนหัวเรือเท่านั้น แต่ก็จำเป็นที่จะต้องทำและเป็นเพียงทางเลือกเดียวที่มี และไม่มีใครที่จะสามารถข้ามมาเองในชนิดที่เรียกว่าสุมสี่สุมห้าได้ เพราะจะมีประเด็นวิวาทะกันในเรื่องของการปกครองและทหาร

ความเป็นอยู่ภายในชุมชนอาจกล่าวได้ว่าที่มีการอาศัยอยู่ร่วมกันของกลุ่มชาติพันธุ์ และเป็นพื้นที่พหุวัฒนธรรม ในทางกายภาพยังคงมีเขตแดนที่ใช้ข้ามติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งมีชื่อว่าท่าข้ามหนองแซะ (ซึ่งเป็นท่าข้ามที่ไม่เป็นทางการ และไม่มีการใช้บัตรหรือเอกสารผ่านแดน) แต่จะมีการข้ามในลักษณะที่ผิดกฎหมาย เพราะว่าพื้นที่ข้ามนั้นเต็มไปด้วยพงหญ้าและป่าข้าวโพดที่ค่อนข้างรก จึงยากต่อการควบคุมและการตรวจสอบจากทางการทหาร จึงเป็นช่องว่างในการที่ทำให้คนที่มีความทุกข์ทางเอกสารหรือสิทธิในการข้ามนั้น สามารถลักลอบข้ามฝั่งได้

“ความแตกต่างในเชิงวัฒนธรรมนะเจ้า ก็เห็นเลย อย่างเช่นเรื่องการกินการให้ทานนะเจ้า เพราะว่า ถ้าเป็นอย่างคนเมืองเราเนี่ย จะไม่ค่อยเท่าไรนะ ตัวอย่างเช่นว่าถ้าจะมีการทำบุญเกิดขึ้นมาซักงานหนึ่งเนี่ยละ คนเมือง คนไทยวนเรานี้ก็จะไม่ค่อยเท่าไร ถ้ามีการเตรียมของก็มีการตระเตรียมแค่วันเดียว พรุ่งนี้ก็ไปทำบุญเลย, แต่ถ้าหากเป็นพี่น้องไท

ใหญ่ ไทลื้อ นี่คืออีกแบบ สมมติว่าวันพรุ่งนี้เค้าจะมีการทำบุญ ย้อนกลับไปชักสาม หรือสี่วันนี้ คือเค้าจะมีงาน มีการเตรียม ฉลอง สมโภช อย่างเช่นงานบอยหลวง บ้านเรา กับบ้านเค้าก็จะอีกแบบหนึ่ง หรืออะไรต่างๆ เค้าจะมีการตกแต่งกับเครื่องบุญ เครื่องทาน ได้อย่างสุดยอดจริงๆ เจ้า แต่ถ้าเป็นพี่น้องเมียนมาร์นี้เค้าจะไม่ค่อยไปวันกันซักเท่าไรหรือนะจ้าว แต่เค้าจะไปโบสถ์ เพราะว่าเขาเป็นศาสนาคริสต์ หยุดกันเป็นหมู่เลย จะไม่ไปทำงานกันเลย”

พลึก, บ้านสันนา

คนต่างด้าวที่อยู่อาศัยในหมู่บ้านจะอยู่เป็นกลุ่มๆ คือ กลุ่มของชาวไทใหญ่หรือชาวไตใหญ่ และอีกกลุ่มคือ กลุ่มชาวพม่า ซึ่งกลุ่มบุคคลทั้งสองกลุ่มนี้จะมีความแตกต่างกันในเรื่องของลักษณะอัตลักษณ์ ภาษา และวัฒนธรรมที่ค่อนข้างมองเห็น และจำแนกได้อย่างชัดเจน โดยการดำรงชีวิตหรือการต่อสู้ดิ้นรนชีวิตของทั้งสองกลุ่มนี้จะเป็นความแตกต่างที่เราสามารถจำแนกได้อย่างชัดเจน หรืออาจจะบอกว่าใช้เป็นตัวแบ่งและจำแนกความเป็นตัวตนของคนทั้งสองกลุ่มนี้เลยก็ว่าได้ ตัวอย่างเช่น ในเรื่องของการทำงานหรือการประกอบอาชีพ โดยจะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่แรงงานชาวพม่าที่เข้ามาในตำบลและที่สามารถพบเห็นได้โดยทั่วไปนั้น ส่วนใหญ่แล้วจะเข้ามาเพื่อการรับจ้างใช้แรงงานในภาคของเกษตรกรรมและการก่อสร้าง และถ้าหากเป็นชาวไทใหญ่ก็จะมีแตกต่างออกไปอีกชั้น กล่าวคือ มักจะมีการประกอบอาชีพที่ค่อนข้างมั่นคง บ้านเรือนที่อยู่อาศัยค่อนข้างมั่นคง ถึงแม้จะไม่ได้เป็นเจ้าของที่ดินหรือเป็นเพียงบ้านเช่า ก็จะมีลักษณะที่ดี และค่อนข้างบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิต และอีกอย่างก็คือศึกษาพบได้บ่อยที่สุด คือ คนไทใหญ่ส่วนใหญ่จะมีความเป็นเจ้าของธุรกิจร้านค้าเล็กๆ ในชุมชน และอาจจะไปถึงการเป็นเจ้าของที่ไร่ ที่นา ที่ใช้ประกอบภาคเกษตรกรรม หรืออาจจะเช่าบ้างในบางราย แต่ผิดกับคนพม่าเอง ที่ส่วนใหญ่ที่เห็นจากการสังเกต จะพบว่ามักจะถูกจ้างในนามของความเป็นชนชั้นกรรมชีพที่หาเช้ากินค่ำ แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นแล้ว บริบททางสังคมที่ถ้าหากมองเจาะจงในกลุ่มบุคคลสองกลุ่มนี้ สิ่งที่มีเหมือนกันคือการเดินทางข้ามไปมาระหว่างสองฟากฝั่ง ดังนั้นเราจะสามารถเห็นการข้ามฝั่งเพื่อการไปมาหาสู่ และการข้ามเพื่อประกอบกิจการของประชาชนประเทศเพื่อนบ้านได้

ชาวไทลื้อมีวัฒนธรรมการแต่งกายที่สามารถจำแนกได้ชัดเจน เช่นว่า ถ้าหากเป็นคนไทลื้อนั้นสังเกตได้จากการมวยผมและพันด้วยผ้า ซึ่งอาจจะคล้ายกับการมวยผมในหนังหรือละครในสื่อกระแสหลักที่เราเคยพบเห็น ซึ่งเป็นคำยืนยันจากผู้ให้ข้อมูลว่า ในปัจจุบันยังสามารถพบเห็นได้ ในชาวไทลื้อที่เป็นคนเก่าแก่ ส่วนในคนไทใหญ่นั้น ลักษณะที่มักจะพบเห็นเลยคือ การไว้ผมยาว และจะมวยหรือไม่มวยนั้นก็แล้วแต่บุคคลไป แต่จะมีความคล้ายคลึงกันในคนทั้งสองชาติพันธุ์นี้คือ การสวมใส่เสื้อแขนกระบอกที่มีลักษณะคล้ายกัน

“แล้วอีกนึ่งนะเจ้า การแต่งกายจะไม่เหมือนกันเลย อย่างถ้าเป็นคนเมือง คนไทยวนเฮาเนี่ยเจ้า เวลาไปวัดในวันพระวันศีล ก็จะมีนางสาว ห่มขาว แต่ว่าถ้าว่าเป็นพี่น้องไทใหญ่ ไทลื้อเนี่ยเจ้า เป็นจะสวมใส่ชุดแขนกระบอก เสื้อคอป้าย คอไขว้ สวยงาม ประหนึ่งว่าเป็นงานสมโภช และแต่งแบบนี้ตลอดเลยเจ้า”

พลึก, บ้านสันนา

โดยลักษณะบ้านเรือนของคนไทใหญ่นั้นจะมีความคล้ายคลึงกับคนท้องถิ่นหรือคนเมือง จะมีเพียงแต่รูปแบบการจัดหิ้งพระบูชาที่ค่อนข้างจะสวยงามและเต็มไปด้วยแจกันดอกไม้และผ้าริ้วสีสดใสสวยงาม และมีการจัดที่ค่อนข้างจะอลังการหากมองดูด้วยสายตา ผิดแปลกไปกับคนไทยที่มีความแตกต่างในชนิดที่เห็นได้ ถ้าหากเป็นคนไทใหญ่ที่มีฐานะ ในลักษณะที่มีได้มาแต่กำเนิดหรือเป็นตระกูลที่มั่งคั่งอยู่แล้ว ก็จะมีประเด็นในเรื่องของการที่มีลูกสาวแต่งงานออกเรือน และอาจจะได้สามีที่มีฐานะ หรือบางรายอาจจะได้สามีชาวต่างชาติ

“ต้องแยกกลุ่มแรงงานพม่า และไทใหญ่ เค้าวจะแตกต่างกัน เช่น ไทใหญ่ จะไม่ค่อยเข้ามาทำงาน ถ้าจะเข้ามาคือย้ายมาอยู่ในไทยถาวรเลย ส่วนใหญ่จะได้บัตรหัว 00 เลย ทำงานก็เหมือนคนไทยเลย เป็นกลุ่มคินลิตี เช่น ลองสังเกตดูห้องแถว ห้องเช่าจะเป็นพม่า ไทใหญ่จะมีบ้านของเค้า ไทใหญ่จะส่งลูกสาวไปขาย เพราะเขาเรียนระบบปริญญาตรี เค้าก็ระบบทำงานไม่ได้ ทำงานราชการไม่ได้อยู่ดี เพราะไม่มีสัญชาติไทย ความคาดหวังด้านการศึกษาที่ไม่มีประโยชน์อะไร ไม่ได้ทำให้คุณภาพชีวิตเค้าดีขึ้น”

เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เกาะช้าง

ชาวพม่าที่เข้ามาอาศัยในพื้นที่ชุมชนเกาะช้าง มักจะอาศัยรวมกันเป็นกลุ่ม หรือเป็นสังคมนิยมกลุ่ม (Collectivism) พวกเขาเข้ามาเพื่อการรับจ้างทำงานในภาคการเกษตรกรรมแบบรายวัน แบบจ้างเหมาเป็นคันรถ หรือแม้กระทั่งการทำงานแบบมีสังกัด มีนายทุน หรือนายจ้างหลักเป็นเจ้านายหลักและผู้ว่าจ้าง คนงานเหล่านี้มักจะเช่าห้องพักคนงานที่ราคาไม่แพงมากนัก และพักร่วมกัน ประมาณห้องละ 2-4 คน ชาวพม่าที่เข้ามาอาศัยในประเทศไทย จำนวนน้อยมากที่สามารถพูดภาษาไทยได้เนื่องจากมาอยู่อาศัยนาน และคนพม่าที่พูดภาษาไทยได้ ก็จะค่อนข้างใกล้ชิดเป็นที่ไว้วางใจกับนายจ้างคนไทย

จากการให้ข้อมูลจะสามารถอธิบายได้ถึงการประกอบกิจการหรือการทำงานใดๆ ที่จะต้องมีการทำกันเป็นกลุ่ม หรือนิยมเป็นสังคมนิยมกลุ่ม ดังที่เคยกล่าวไว้แล้ว ซึ่งเราจะเห็นได้จากการหยุดงานในวันอาทิตย์เพื่อประกอบกิจการทางศาสนา และเป็นการรวมตัวกัน ซึ่งในที่นี้ก็สามารถแสดงให้เห็นว่า มีความเชื่อทางศาสนาพุทธอย่างเข้มข้น มีการกราบไหว้บูชารูปพระ การถวายดอกไม้ทุกวัน แม้ว่าในวันอาทิตย์จะมีนายจ้างหรือนายทุนว่าจ้างให้ทำงานอย่างไร แต่ชาวพม่าก็จะต้องปฏิเสธการรับงาน เพื่อการประกอบกิจการทางศาสนา และรวมตัวกัน ซึ่งในประเด็นเรื่องนี้ จะเห็นได้ว่า ไม่ว่าชาวพม่าผู้เป็นศาสนิกชน จะอยู่ในฐานะแรงงาน และคนหาเช้ากินค่ำเพียงไร แต่ก็ยังมีความเชื่อและแนวทางการปฏิบัติที่ค่อนข้างจะเคร่งในเรื่องของศาสนาอย่างเห็นได้ชัด

ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการดำรงชีวิตโดยยึดถือในความเป็นชาติกำเนิดของตนเอง ทั้งในด้านการมีวิถีปฏิบัติทางด้านศาสนา การแต่งกาย อาหาร บ้านเรือน บทบาทและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ศาสนานั้นค่อนข้างที่มีอำนาจนำชีวิตของคนชาติพันธุ์กลุ่มนี้เป็นอย่างมาก โดยสามารถดูจากความเลื่อมใสในพระพุทธศาสนา ไม่ว่าจะเป็นการปฏิบัติศาสนกิจ การเข้าร่วมกิจกรรมใดๆ ล้วนจะแสดงออกผ่านเครื่องแต่งกายที่สวยงามและให้เกียรติ ส่วนในฝั่งของพี่น้องชาวพม่าที่อาศัยอยู่ในชุมชนนั้น ก็มีความเลื่อมใสในพระพุทธศาสนาเช่นกัน ซึ่งจากข้อมูลการสัมภาษณ์ พบว่า ลักษณะการแต่งกายของชาวพม่านั้น ค่อนข้างที่จะเรียบง่าย ผู้หญิงมักจะมีผ้านุ่งผ้าซิ่นที่เป็นชุด เป็นเซต และมีสีสันทึบสวยงาม ส่วนในผู้ชายนั้น ก็จะมีการสวมใส่เสื้อ ซึ่งลักษณะเป็นผ้านุ่งในวันปกติหรือวันที่ไม่มีการทำงาน แต่วันใดที่ทำงานก็มักจะสวมกางเกงยีนส์เสียส่วนใหญ่ พร้อมกับเสื้อยืด และมักจะมีการแต่งกายที่เหมือนกัน ในวันทำงาน แต่ก็ยังทราบข้อมูลอีกว่า ในการทำบุญเมื่อมีวันพระของชาวพม่านั้น ก็สามารถพบคนพม่าผู้ชายที่นิยมนุ่งใส่เสื้อไม่สวมเสื้อเข้าวัด ซึ่งคล้ายกับการดำรงชีวิตแบบโบราณ ซึ่งก็ยังคงสามารถพบเห็นได้ในหมู่บ้าน แต่จะไม่พบในกลุ่มของชาวพม่ารุ่นหลัง และโยงไปในเรื่องของอาหารการกินของชนชาติพันธุ์ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน ทราบว่าการรับประทานอาหารนั้นค่อนข้างที่จะแตกต่างกัน โดยในชาวไทใหญ่นั้น มักจะรับประทานอาหารประเภทแป้งหรืออาหารประจำที่มักจะกินกันเป็นอาหารหลัก คือ ข้าวแรมพิน ซึ่งเป็นอาหารประเภทถั่วและกินคู่กับการทอดหรือการยำ ในคนไทลื้อนั้น มักจะรับประทานอาหารที่มีความคล้ายคลึงกับคนพื้นเมืองมากๆ แต่จะเน้นที่การปรุงโดยใช้ถั่วเน่าหรือถั่วเน่าแผ่นอบแห้ง ซึ่งถือเป็นเครื่องปรุงที่อร่อยและไม่จำเป็นต้องปรุงซ้ำจากเครื่องปรุงรสใดๆ เลย และจะเน้นการบริโภคประเภทผัก ส่วนในมุมของคนพม่านั้น การกินค่อนข้างจะไม่ยุ่งยากเพราะสามารถรับประทานอาหารได้ทุกอย่าง และยังมีความชื่นชอบอาหารประเภทเส้นและข้าวซอย

ซึ่งเราเห็นร้านค้าข้างทางตามชุมชนที่จะขายอาหารประเภทข้าวซอยและขนมจีน ซึ่งเป็นอาหารประเภทเส้นเสียส่วนใหญ่ และสามารถสังเกตเห็นได้ว่า ลูกค้าที่มารับประทานนั้นก็คือกลุ่มของชาวพม่าด้วยกัน ดังที่เคยพูดถึงเรื่องสังคมรวมกลุ่มภายในชุมชน

5.2.1 ชุมชนกับการข้ามแดนของชาวพม่ายังฝั่งอาณาเขตประเทศไทย

แรงงานพม่าที่ไม่ใช่ไทยใหญ่ในพื้นที่ที่ศึกษาเข้ามาในประเทศไทยโดยมุ่งหวังเพื่อการทำงานหาเงินส่งกลับไปยังประเทศต้นทางและส่งไปให้ครอบครัวเพื่อความเป็นอยู่ที่ดีในอนาคต แรงงานบางรายที่มาทำงาน จะอยู่กันหลายรุ่นตั้งแต่รุ่นพ่อแม่ จนถึงรุ่นลูก ที่มาอาศัยทำงานในประเทศไทย อีกจำนวนหนึ่งก็นำพี่น้องมาอยู่ทำงานร่วมกัน เพื่อสร้างฐานะและช่วยเหลือกันเมื่อมาอยู่ในประเทศไทย จากการศึกษาพบเหตุผลสำคัญของการมาเป็นแรงงานในประเทศไทยคือ 1. ความยากลำบากทางเศรษฐกิจในประเทศบ้านเกิด ส่วนใหญ่ทำงานเป็นเกษตรกรในประเทศไทยพม่า แต่มีชีวิตที่ยากลำบากเพราะสภาพอากาศที่ไม่แน่นอนและราคาพืชผลที่ไม่แน่นอน 2. การชักชวนจากสมาชิกในครอบครัวญาติและเพื่อนที่ทำงานในประเทศไทยและสามารถสร้างรายได้มากกว่าการทำงานในประเทศบ้านเกิด 3. เห็นเพื่อนบ้านเกือบทุกคนในหมู่บ้านมาทำงานในประเทศไทยและมีเงิน มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น จึงต้องการมาทำงานในประเทศไทย

ลักษณะการอพยพย้ายถิ่นมีทั้งการเข้าไปทำงานในประเทศไทยแบบถูกกฎหมาย และมีบัตรแรงงาน พร้อมทั้งบัตรประกันสุขภาพ แต่บางส่วนเข้าเมืองอย่างผิดกฎหมาย มีการเดินทางที่ยากลำบาก และต้องจ่ายค่านายหน้า ซึ่งบางคนถูกอัดเอาเปรียบจากนายจ้าง แรงงานที่ศึกษาข้ามชายแดนด้วยบัตรข้ามแดน 7 วัน แล้วบางคนก็ทำงานทำและทำใบอนุญาตทำงาน บางคนใช้บัตรผ่านแดน 7 วันและต่ออายุรายสัปดาห์ แรงงานข้ามแดนที่มาอาศัยในชุมชน พักอาศัยบริเวณห้องแถว จะแบ่งกันอยู่แบบเป็น **ป๊อก** (การอยู่แบบเป็นจุดหนาแน่นเฉพาะบริเวณ) เมื่อเทียบกับอดีต ปัจจุบันเริ่มที่จะเลือนรางและลดลง ในเชิงของการตั้งหลักปักฐาน แต่จะเข้ามาแต่เพียงการรับจ้าง รายวัน รายอาทิตย์ จากนั้นก็จะกลับโดยการข้ามฝั่งกลับประเทศพม่า จะมีเหลือที่ยังคงอาศัยอยู่ในหมู่บ้านนั้น ก็คือกลุ่มของชาวพม่าที่แต่งงาน หรือว่าสร้างครอบครัวที่ฝั่งไทย ก็จะยากที่จะกลับประเทศ ด้วยปัจจัยหลายๆ อย่าง เช่น การที่มีสามีหรือภรรยาอยู่ฝั่งนี้ และยากไปกว่านั้นคือ การที่มีบุตรและได้สิทธิต่างๆ ในฝั่งประเทศไทย และเข้าเรียนในโรงเรียนของรัฐอย่างเป็นเรื่องเป็นราว แต่กระนั้นการข้ามไปมาก็ยังคงมีการข้าม เนื่องจากอาจจะต้องข้ามไปเยี่ยมญาติหรือญาติในฝั่งประเทศพม่า ข้ามเข้ามาเยี่ยมในฝั่งไทย

มุมมองที่คนไทยมีต่อเพื่อนบ้านชาวพม่าที่เข้ามาในฝั่งไทย ส่วนใหญ่มองเห็นความจำเป็นเพราะได้มาทำงานเป็นแรงงานในภาคเกษตรและภาคอุตสาหกรรม ค่าขาย และมองว่าคนกลุ่มนี้อยู่เจียบๆ ไม่ได้สร้างความเดือดร้อน บางกลุ่มก็รู้สึกสงสารเพราะพวกเขาหนีความยากลำบากมาหาเงินเลี้ยงครอบครัว การย้ายถิ่นจะมีในลักษณะชั่วคราวระยะสั้น โดยมาทำงานตามฤดูกาลและระยะยาว

“ความรู้สึกกับแรงงาน ก็รู้สึกสงสารเขาเนาะ ที่เข้ามาอยู่ในชุมชน ก็ไม่ได้ก่อความเดือดร้อนให้ใครนะ เมื่อก่อนนี้มีเยอะ แต่เดี๋ยวนี้ก็ลดลง เพราะหลังจากมีระบบการทำบัตร พวกนี้ก็ลดลงมาก ที่มีอยู่ในหมู่บ้านก็ไม่มีอะไร ไม่สร้างความเดือดร้อนอะไร”

หัวหน้า อสม. บ้านปางท่า

“ก็รู้สึกสงสารเขานะ เพราะว่าบางทีเราก็นึกถึงใจเขาใจเรา ก็เหมือนถ้าเราไปอยู่ประเทศอื่นนะ ก็ไม่สร้างปัญหาอะไร อยู่กับแบบเจียบๆ และทำงานเก่ง ไม่ว่าเป็นหญิงหรือว่าเป็นชายนะ เขาจะทำงานดีมาก แต่ว่าตอนนี้ก็เริ่มคลงละ เริ่มหายไปละ ไม่ค่อยมีให้เห็น คิดว่าน่าจะเกิดจากการเปิดประเทศอาเซียนนะคะ เขาเลยกลับประเทศเขา”

ผู้นำชุมชน ต. เกาะช้าง

“ถ้าหน้าเกษตรกรรม หน้าเก็บเกี่ยว จะมีการวางแผนมารับจ้างทำเกษตร แบบเหมา ข้ามมาแบบ 7 วัน แล้วกลับมาในแบบนักท่องเที่ยว คนพวกนี้ก็จะไม่มีสิทธิประกันสุขภาพอะไรเลย “

เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เกาะช้าง

ชาวพม่าที่อยู่อาศัยในหมู่บ้านส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างในส่วนของภาคการเกษตรกรรม และการรับจ้างในโรงงานผลิตไฟแช็ค และการทำงานในโรงบ่มใบยาสูบ ซึ่งปัจจุบันนี้ โรงบ่มยาสูบนั้น ได้ยกเลิกการทำกิจการไปแล้ว แต่ในพื้นที่ของโรงบ่มยาสูบเก่านั้นยังคงมีการอาศัยอยู่ของแรงงานชาวพม่าที่ไม่มีที่พักอาศัย หรือไม่ได้ย้ายออกจากพื้นที่ของโรงงาน ซึ่งหากกล่าวตามจริงแล้ว ก็มีการกระจายตัวอยู่ทั่วชุมชน เพราะแรงงานมักจะได้รับความอนุเคราะห์จากคนไทยที่มีบ้านหรือห้องเช่า ที่ว่างไม่ได้มีคนอาศัย ซึ่งส่วนใหญ่จะถูกเช่าอยู่อาศัยโดยแรงงานพม่าอย่างกระจัดกระจาย แต่ก็ไม่มากนัก ซึ่งหากต้องการที่จะพบชาวพม่าที่อาศัยอยู่ค่อนข้างหนาแน่น และมีการรวมตัวกันเป็นกระจุก ผู้ใหญ่บ้านกล่าวว่า

“การที่ชาวพมานั้นอยู่ในหมู่บ้านเยอะ ทำให้การจัดการของชุมชนนั้นไม่ได้มีกฎเกณฑ์อะไรที่แน่ชัด แต่เราจะเห็นได้ว่าชาวพม่าจะได้อยู่บริเวณรอบนอกของหมู่บ้าน เช่นที่ บ้านเวียงหมอกฟ้า ห้องแถวสำหรับเช่าของลุงขึ้น และบ้านเช่าของแม่เลี้ยงพิณ”

ผู้ใหญ่บ้าน, หมู่ที่ 1 บ้านปางห้า

“ก็จะมีการของหมู่บ้านนะ เช่นไม่ควรออกนอกบ้าน แหล่งที่อยู่ยามค่ำคืน ที่เขาร่วมกันตั้งขึ้นมา แต่ส่วนใหญ่ก็ไม่มีปัญหาอะไรนะ เขาไม่ค่อยจะสร้างปัญหาอะไร เคยมีแต่ก็เป็นแค่การลักเล็กขโมยน้อยเมื่อก่อน แต่พวกเขาก็จัดการกันเอง โดยหัวหน้ากลุ่มของพวกเขา ที่เหลือก็ไม่มีอะไรนะ เขาก็รับจ้างทั่วไป งานการเกษตรทุกอย่างทำหมด”

จันทร์เพ็ญ, หัวหน้า อสม.บ้านปางห้า

ข้อมูลการจัดการและกลไกของแรงงานภายในพื้นที่หมู่บ้านและตำบลเกาะช้างนั้น สามารถเห็นการอยู่ในชุมชนของคนไทยนั้น มีมากมายและมีเป็นระยะเวลานานแล้ว จนในมุมมองของกลุ่มมอเตอร์ไซค์รับจ้างนั้นมองไม่เห็นว่ามีแตกต่างในเรื่องของการปฏิบัติ แต่จะมีความแตกต่างในเรื่องของอัตลักษณ์ที่กลุ่มมอเตอร์ไซค์รับจ้างกล่าวว่า

“คนพม่าที่อยู่ในชุมชนนะ จะดูว่าใช่หรือไม่ใช่ซะ มันจะมีอยู่น้อยอย่างหนึ่ง ที่ทำให้เรารู้ อย่างเวลาสมมติเด นอ ยู่บนถนนนี่นะ เราก็คงรู้ได้เลยทันที คือถ้าเป็นผู้หญิงนะ จะผมยาวๆ เขาจะชอบไว้ผมยาว และถ้าเป็นผู้ชายก็จะดูแข็งแรง พวกเขาทำงานเก่งกันทุกคน”

สมาชิกกลุ่มมอเตอร์ไซค์รับจ้าง, บ้านปางห้า

“ก็ไม่มีอะไรนะ อยู่กันชุมชน ก็อยู่ด้วยกันอย่างดี เพราะว่า คนพม่าที่เป็นแรงงานที่เข้ามาทำงานรับจ้างในชุมชน เขาก็อยู่กับเรามาแล้ว ก็เห็นอยู่ทั่วไปในชุมชน ถ้าเราไม่ไปทำอะไรให้เขา เขาก็ไม่ทำอะไรเราหรอก เพราะว่าส่วนใหญ่รู้จักกัน ทักทายกันเกือบทุกครั้งที่เราเจอกัน”

สมาชิกกลุ่มมอเตอร์ไซค์รับจ้าง, บ้านปางท่า “เราก็คใช้ชีวิตร่วมกับเขาได้ปกติในชุมชน เราซื้อของ จั๊บจ่ายของอะไร ร้านไหนในชุมชน เขาก็ไปซื้อไปจ่ายเหมือนเรานี้แหละ เราก็ทักทายกับเขาได้ปกติเป็นคนที่ยังกัน แล้วก็กักรู้จักเห็นหน้าตากันเป็นประจำ แต่ว่าถ้าเป็นคนใหม่ กลุ่มใหม่ที่เข้ามา เราก็กัลวอยู่นะ เพราะว่าเราไม่รู้ว่เขาทำอะไร คิดอะไร” สมาชิกกลุ่มมอเตอร์ไซค์รับจ้าง, บ้านปางท่า

โดยจะเห็นว่าถ้าหากเป็นแรงงานพม่าที่มาอาศัยรับจ้างในพื้นที่ของหมู่บ้านได้เป็นระยะเวลาที่นานแล้วพอสมควร ก็จะได้รับความสะดวกจากคนในชุมชน เสมือนเป็นสมาชิกของชุมชนนี้ด้วย โดยจะเห็นจากการสานปฏิสัมพันธ์กับแรงงานด้วยความคุ้นเคยและในมุมมองที่เห็นกันทุกวัน แต่ก็มีความเกรงกลัวต่อกลุ่มของแรงงานชาวพม่าที่เพิ่งเข้ามาทำงานในหมู่บ้านโดยกล่าวว่าเป็นกลุ่มคนที่แว่วเวียนผ่านมาในหมู่บ้าน หรือที่เรียนว่า “ชาจร” ในกลุ่มนี้ก็มักจะถูกมองว่ามีความน่ากลัว มีความป่าเถื่อน และไม่รู้จักเสียใจ

5.2.2 มุมมองของคนไทยต่อแรงงานข้ามชาติ

จากการสัมภาษณ์ถึงมุมมองที่เกี่ยวกับแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาอาศัยอยู่ในหมู่บ้าน ก็ทราบถึงมุมมองและความรู้สึกที่มีต่อชาวพม่าที่เข้ามาอาศัยว่า ไม่ได้เห็นความแตกต่างของการอยู่อาศัยร่วมกันระหว่างคนไทยกับคนพม่า ว่าไม่ได้มีความแตกต่างกับคนพม่า มีการอยู่ร่วมกันแบบเอื้อเฟื้อและไม่สร้างความเดือดร้อนระหว่างกันและกัน และพูดถึงเรื่องการเอื้อเฟื้อกันและกัน เราจะเห็นชัดเจนที่สุดในเรื่องของความร่วมมือกิจกรรมในพระพุทธศาสนา เพราะว่าชาวพม่าส่วนใหญ่นั้นนับถือศาสนาพุทธและค่อนข้างที่จะเคร่งในเรื่องของศาสนา เพราะส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ และมีศาสนาคริสต์บ้างประปราย

ประเด็นในเรื่องของสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันนี้เกี่ยวกับการข้ามเขตแดน บริเวณท่าข้ามหนองแซะ ซึ่งเป็นท่าข้ามที่ไม่เป็นทางการ หรืออาจจะเรียกได้ว่าเป็นท่าข้ามที่ผิดกฎหมาย เลยกั้ว่าได้ แต่จากการสัมภาษณ์คนที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน ได้เล่าว่ามีการได้ยินและพบเห็นการลักลอบข้ามชายแดนอยู่ตลอดเวลา ซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงการต่อสู้ดิ้นรนเพื่อการเอาชีวิตรอด และเมื่อถามถึงเหตุผลหรือปัจจัยใดที่จะส่งผลให้ชาวพม้ามักจะมีการย้ายข้ามฝั่งชายแดนอาศัยอยู่ในราชอาณาจักรไทย (การให้ความเห็นเกี่ยวกับการข้ามฝั่ง)

“สำหรับในความคิดของข้าเจ้านะ ข้าเจ้าคิดว่า ที่เขาเลือกที่จะข้ามมาอยู่ในฝั่งไทย โดยหลักๆ เลยคิดว่าน่าจะเกี่ยวกับความปลอดภัยในชีวิต มากกว่าการค้าขาย เพราะว่า แบบนี้นะคะ ในฝั่งโน้นนะคะ มันจะมีปัญหาเรื่องของการทหารนะคะ เพราะว่าเวลาที่ทหาร หรือว่าพวกว่าแดงนะคะ เวลาเขาเดินไปทางไหน ทุกคนจะเกรงกลัวเขา บางครั้งถ้าบ้านใครซื้อรถใหม่ ทั้งรถเครื่อง รถยนต์นะคะ เขาจะมาวุ่นวานเรา ขอถูกแยกรเราไปขับเล่น แล้วถ้ามันหมดที่ไหน เขาก็จะทิ้งไว้ที่นั่นเลย เราก็ต้องไปตามหารถเราเอง ครั้นจะไม่ให้ถูกแยกร เขาก็ไม่ได้ เพราะว่าเวลาเขามาบ้านเรา เขาก็มีปืน มีอาวุธสงครามมา พอเราเห็นก็จะ ต้องจำใจยอมและยอมให้เป็นแบบนั้น เรื่องข้าวของในบ้านอีก เวลาเขาเข้ามาเนะเจ้า เขาจะมาเปิดตู้เย็น หาของกิน รื้อค้นตามใจชอบ เจ้าของบ้านไม่มีสิทธิ์ทำอะไรได้เลยเจ้า ในส่วนพวกนี้ ข้าเจ้าก็เลยคิดว่า ที่เขาเลือกที่จะข้ามมาก็เพราะว่าเขาต้องการเรื่องความปลอดภัย และเป็นทางเลือกที่ดีกว่า เพราะว่าอย่างไรรักก็ตามการที่เขาอยู่ฝั่งโน้น ความปลอดภัยในชีวิตก็มีน้อย และอาจจะตายได้ทุกเวลาเหมือนกัน” พลีศ, ยาวชนหมู่บ้านสันนา

“ก็รู้สึกสงสารเขาเนะ เพราะว่าบางทีเราก็ก็นึกถึงใจเขาใจเรา ก็เหมือนถ้าเราไปอยู่ประเทศอื่นเนะ ก็ไม่สร้างปัญหาอะไร อยู่กับแบบเงี้ยๆ และทำงานเก่ง ไม่ว่าเป็นหญิงหรือว่าเป็นชายเนะ เขาจะทำงานดีมาก แต่ว่าตอนนี้ก็เริ่มลดลงละ เริ่มหายไปละ ไม่ค่อยมีให้เห็น คิดว่าน่าจะเกิดจากการเปิดประเทศอาเซียนนะคะ เขาเลยกลับประเทศเขา”
--

หัวหน้า อสม.บ้านปางห้า
“ก็ไม่มีอะไรนะ อยู่กันในกลุ่มชน ก็อยู่ด้วยกันอย่างดี เพราะว่า คนพม่าที่เป็นแรงงานที่เข้ามาทำงานรับจ้างในกลุ่มชน เขาก็อยู่กับเรามาแล้ว ก็เห็นอยู่ทั่วไปในกลุ่มชน ถ้าเราไม่ทำอะไรให้เขา เขาก็ไม่ทำอะไรเราหรอก เพราะว่าส่วนใหญ่รู้จักกัน ทักทายกันเกือบทุกครั้งที่เราเจอ”
สมาชิกกลุ่มมอเตอร์ไซด์รับจ้าง, บ้านปางห้า

“เราก็ใช้ชีวิตร่วมกับเขาได้ปกติในกลุ่มชน เราซื้อของ จั๊ปป๋ายของอะไร ร้านไหนในกลุ่มชน เขาก็ไปซื้อไป จั๊ปป๋ายเหมือนเรานี้แหละ เราก็ทักทายกับเขาได้ปกติเป็นคนที่นี่รู้จักกัน แล้วก็ก็รู้จักเห็นหน้าตากันเป็นประจำ แต่ว่า ถ้าเป็นคนใหม่ กลุ่มใหม่ที่เข้ามา เขาก็กลัวอยู่นะ เพราะว่าเราไม่รู้ว่าเขามาทำอะไร คิดอะไร”
สมาชิกกลุ่มมอเตอร์ไซด์รับจ้าง, บ้านปางห้า

5.2.3 กลไกในชุมชนในการดูแล จัดการแรงงานข้ามชาติ

จากการสอบถามเกี่ยวกับสภาพการดำเนินชีวิตของชาวพม่าที่อาศัยอยู่ในฝั่งไทย โดยได้ความว่า การมาใช้ชีวิตฝั่งประเทศไทยนั้นค่อนข้างดีเพราะว่ามีงานทำและสามารถหาเลี้ยงครอบครัวได้ และในเรื่องของกฎหมายต่างๆ ในประเทศไทย ชาวพม่าบอกว่า ไม่ได้กลัวกฎหมายหรือว่ามาตรการใดของฝั่งไทย เนื่องจากว่าตนเองและเพื่อนๆ ไม่ได้กระทำการผิด และมีบัตรทุกอย่างตามที่กฎหมายไทยกำหนดและตรวจสอบได้ จึงไม่ได้มีความเกรงกลัวในเรื่องของกฎหมาย แล้วก็ไม่ได้คิดที่จะทำผิดกฎหมายหรือสร้างความเดือดร้อนให้กับใครในชุมชน

ในเรื่องกลไกการจัดการของชุมชนกับกลุ่มแรงงานพมานั้น ไม่ได้เห็นอย่างชัดเจนว่ามีการจัดการกับกลุ่มแรงงานชาวพม่าโดยตรง หรือแม้กระทั่งในเรื่องของมาตรการทางสังคม แต่ข้อมูลที่ได้จากผู้นำชุมชน ทราบว่าในหมู่บ้านมีการตั้งกฎต่างๆ ขึ้นมา เพื่อควบคุมสมาชิกของชุมชนที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านโดยรวม มีกฎเกณฑ์เดียวกัน เป็นมาตรฐานเท่ากัน หลักๆ จะเกี่ยวข้องกับการควบคุมสมาชิกชุมชนในเรื่องของการทะเลาะวิวาท การออกนอกบ้านยามวิกาล และการก่อความรำคาญในหมู่บ้าน และนอกจากการให้ข้อมูลและข้อคิดเห็นจากผู้ใหญ่บ้านปางห้า จึงได้ความว่า

“การอยู่อาศัยในชุมชนของนั้น เราใช้กฎ ใช้มาตรฐานเดียวกัน เพื่อควบคุมให้เกิดความสงบสุขเรียบร้อยภายในชุมชน ไม่มีการบอกว่ากฎนี้ใช้เฉพาะใครๆ แต่ แต่ใช้แบบเดียวกันหมด เพราะเราไม่ได้คิดว่าพี่น้องพม่าจะก่อเรื่องเดือดร้อนไปได้มากกว่าคนไทย”
ผู้ใหญ่บ้าน, หมู่ที่1 บ้านปางห้า

“ส่วนใหญ่แล้วนะ พวกนี้เขาจะไม่เคยก่อปัญหาอะไรเลย จะอยู่ในกรอบกันมากๆ จะอยู่กันแบบเบ๊ๆมาก เพราะว่าพวกนี้เขาจะมีผู้นำของเขาที่ตั้งขึ้นมาเอง ในหมู่เขานะจะมีหนึ่งคนที่เป็นหัวหน้าใหญ่ และคอยตักเตือนดูแล อย่างถ้าหมู่บ้านเราจะมีกฎนะ คือถ้าหลังสองทุ่มแล้ว เขาจะรู้ว่าไม่ควรที่จะออกไปไหน พ่อเลี้ยง แม่เลี้ยงที่เป็นนายจ้างเขาก็จะดูแลกำกับเป็นอย่างดี”
(ผู้ใหญ่บ้าน, หมู่ที่1 บ้านปางห้า)

5.3 สุขภาพและการเข้าถึงระบบสุขภาพของแรงงานข้ามพรมแดนไทย ลาว พม่า

จากข้อมูลบริบททางสังคมของแรงงานข้ามแดน ในพื้นที่ทั้งสองแห่งจะเห็นได้ว่าแรงงานลาวมีความเป็นอยู่ในชุมชนที่ศึกษาดีกว่าแรงงานพม่า ด้วยเหตุผลของ ลักษณะความสัมพันธ์ทางประวัติศาสตร์ วัฒนธรรมประเพณีที่คล้ายคลึงกัน ภาษาที่ใกล้เคียงกัน ความสัมพันธ์และเครือข่ายทางสังคมที่มีมาช้านาน และงานส่วนใหญ่ที่ทำเป็นงานด้านบริการ ค้าขาย รับจ้าง งานที่เป็นงานหนักๆ จะเป็นแรงงานพม่า แต่เมื่อ

เทียบกับสมัยก่อน จำนวนแรงงานที่ทำงานรับจ้างน้อยลงไปมาก เพราะพื้นที่สัมปทานของจีนที่เป็นคาสโน คิงส์โรมัน ได้มีแรงงานไปทำงานจำนวนมาก

“สมัยก่อนก่อนมีคิงส์โรมัน คนฝั่งนั้นมาเชิญไปทำบุญ เอาเรือมารับ ยังไม่มีถนนเลย ฝนตลป พอลงความเจริญมา โรคจากการประกอบอาชีพก็ตามมา แรงงานข้ามมาก็เป็นโรคทั่วไป ทำแผล ถ้าไม่หนักจริงๆ เค้กก็ไม่ข้ามเรือ มาเพราะมันลำบากหน่อย แต่สิ่งที่เค้ามาใช้บริการที่เรามากที่สุดคือฝากท้อง “

ผู้นำชุมชน ต. สบรวก

ปัญหาสุขภาพของแรงงานข้ามชาติลาว พบว่า ยังมีความเชื่อด้านสุขภาพที่มีรากฐานจากวัฒนธรรม สุขภาพอยู่ เช่น ความเชื่อเรื่องผี เรื่องการปฏิบัติต่างๆ นอกจากนั้นจะมีความแตกต่างกันระหว่าง ความเป็นเพศหญิงเพศชาย วิธีการดำเนินชีวิต ภายใต้บริบทของวัฒนธรรมอาชีพการทำงาน ที่ส่งผลทำให้อาการหรือโรคมีความแตกต่างกัน จากข้อมูลการศึกษาพบว่าปัญหาด้านสุขภาพร่วมกันของผู้ชายและผู้หญิงลาวทั่วไป คือ ปวดหัว เป็นไข้ ไม่สบาย ตัวร้อน ปวดท้อง ไล่ตั้งอีกเสบ และจะพบการเกิดอุบัติเหตุมากในกลุ่มผู้ชาย เนื่องจากส่วนใหญ่เข้ามาขายแรงงาน ใช้ร่างกายเป็นทุนในการสร้างรายได้และอาชีพ จึงทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุมากกว่าผู้หญิงแรงงานลาว ที่นอกจากความเป็นป่วยทั่วไปแล้ว ยังพบว่าผู้หญิงลาว ส่วนใหญ่มีปัญหาด้านอนามัยเจริญพันธุ์ เช่น การตกขาว ติดโรคทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น ซึ่งปัญหาสุขภาพดังกล่าวเกี่ยวข้องกับลักษณะอาชีพของพวกเธอด้วย เช่น อาชีพพนวด เป็นต้น โดยนอกจากเป็นทีลักษณะของการทำงานแล้ว ยังมีความเกี่ยวพันกับปัจจัยสำคัญดังนี้

ขาดความรู้เกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ สืบเนื่องจากระบบการอบรมขัดเกลาทางเพศสภาพและหน้าที่ทางเพศของชายหญิงในบริบทลาวมีความยึดโยงกับฮีตคอง ประเพณีวัฒนธรรม โดยเฉพาะเรื่อง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศ เป็นสิ่งที่ปกปิดไม่เปิดเผย ถูกควบคุมและจะสามารถรับรู้ในช่วงเวลาที่เหมาะสม ทำให้ขาดความรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เมื่อมีการพบปะและมีเพศสัมพันธ์กัน ความรู้ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นหลังมีประสบการณ์ทางเพศ หรือการเกิดโรคติดต่อนั้นแล้ว เช่น กรณีของแอ ไม่เคยรู้จักโรคเอดส์ จวบจนได้มีการเผชิญกับโรคเอดส์ถึงรับทราบวิธีการป้องกัน ซึ่งสะท้อนถึงการขาดองค์ความรู้ด้านการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

มีพฤติกรรมเสี่ยงจากวิถีชีวิตและอาชีพ สำหรับพฤติกรรมเสี่ยงของแรงงานข้ามชาติลาว จากการศึกษาพบว่ามีพฤติกรรมกรรมการการสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะผู้ชายมีว่าส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่อยู่ที่ลาว จนถึงปัจจุบันที่เข้ามาทำงานขายแรงงานในประเทศไทย ซึ่งเป็นการทำงานที่ใช้แรงงาน ทำงานหนัก มีส่วนทำให้ผู้ชายแรงงานลาวมีความเชื่อว่าการดื่มแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่จะทำให้พวกเขามีแรงงานขึ้น ทำให้เอื้อให้เกิดบริบทของการดื่มแอลกอฮอล์ในส่วนหลังเลิกงาน การรวมกลุ่มนั้นนอกจากเป็นการดื่มเพื่อชดเชยการทำงานที่เหน็ดเหนื่อยแล้ว อาจมีนัยของยึดโยงความเป็น เชื้อชาติเดียวกันไว้ จึงทำให้ผู้ชายแรงงานลาวทุกคนที่อยู่ภายใต้บริบทนั้นต้องก้าวเข้าสู่สังคมของการดื่ม การสูบ ส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมความเสี่ยงทางสุขภาพ ซึ่งหากไม่มีการเข้าร่วมอาจทำให้เกิดความแปลกแยกของกลุ่ม ซึ่งอาจมีผลต่อความช่วยเหลือเกื้อกูลกันในอนาคตด้วย จึงทำให้ผู้ชายส่วนใหญ่ถูกผลักดันให้พาตัวเองเข้าไปดื่มแอลกอฮอล์ หรือสูบบุหรี่ โดยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ทั้งที่รู้ว่าการดื่มแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่นั้นมีผลทางลบต่อสุขภาพตัวเองและคนรอบข้างด้วยก็ตาม นอกจากนั้น ยังมีปัญหาเรื่อง HIV ซึ่งบางคนอาจต้องรับยาและยังใช้ชีวิตในชุมชน

สำหรับการแสวงหาการรักษาเมื่อเกิดความเจ็บป่วยของกลุ่มแรงงานข้ามชาติลาวขึ้นอยู่กับอาการ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เนื่องจากการเข้ามาทำงานในประเทศไทยในช่วงระยะเวลาการทำงานค่อนข้าง นาน จึงทำให้สามารถมีช่วงเวลาที่เจ็บป่วยได้ ซึ่งอาจมีการเผชิญกับการเจ็บไข้ได้ป่วยทั่วไป อันเป็นผลจาก

การทำงานหนักหรือการเปลี่ยนแปลงสภาพอากาศ มักจะซื้อยาจากคลินิกมารับประทานเอง หรือการใช้สมุนไพรพื้นบ้านร่วมด้วย หากเกิดความเจ็บป่วย โรคประจำตัว หรืออุบัติเหตุ ส่วนใหญ่จะเข้ารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐในประเทศไทย หรือการข้ามจุดผ่านแดนเข้ามารักษาที่ประเทศไทยด้วย ซึ่งการตัดสินใจรักษาหรือเข้ารับบริการด้านสุขภาพนั้นจะแตกต่างกันไป ได้สะท้อนถึงระบบความเชื่อที่ผูกโยงกับระบบวัฒนธรรมทางสุขภาพ ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพที่มีจำกัดของแรงงานข้ามชาติลาว ภายใต้ช่องทางที่สามารถเลือกได้ในประเทศไทย

“แรงงานที่ข้ามมาทำงานที่บ้านเรา เค้าท้องนอมมดลูก ต้องส่งไปรพ. เชียงราย ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพเค้าน้อย เค้าว่ะอะไรกินแล้วดี กินแล้วหาย เค้กินหมด กำลังท้อง มีอาการปวดท้อง มีคนบอกให้กินยาสตรีเพ็ญภาคก็แห้งไป”

ผอ. รพ.สต. สบรวก

“พวกกลุ่มชาติพันธุ์เค้าจะไม่มีความรู้ ยกตัวอย่างเช่น ใช้เลือดออก เราให้เค้ากำจัดลูกน้ำยุ่งลาย เค้ไม่รู้จักลูกน้ำ เค้เรียกว่าหนอนน้ำ เค้ไม่รู้ด้วยซ้ำว่าลูกน้ำจะกลายเป็นยุง ต้องสร้างความรู้ให้เค้ เค้จะเป็นระบบรอบรับอย่างเดียว เค้จะไม่เข้ามาหาระบบสุขภาพของเราก่อน อาจจะเป็นข้อจำกัดของเค้ กลัว ไม่มีบัตรหรือเอกสารใดๆ หรือออกนอกหมู่บ้านไม่ได้ เช่น หลัง 18.00 ต่างด้าว (ยกเว้นหัว0) จะออกมาเดินเล่นผ่านไม่ได้ ทหารจับ เพราะเป็นเรื่องของความมั่นคง การลักขโมยรถ ยาเสพติด สิทธิต่างๆ เค้จะไม่ค่อยมีถูกจำกัดในทุกๆระบบ จะอยู่สบายๆ”

อสม. บ้านสบรวก

แรงงานบางส่วนเคยเข้ารับบริการในระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย เนื่องจากนายจ้างได้ทำบัตรแรงงานและมีบัตรประกันสุขภาพ ทำให้สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ แรงงานที่เคยเข้ารับบริการให้ความเห็นว่า การให้บริการในระบบสาธารณสุขในประเทศไทยนั้น แรงงานรู้สึกว่าคุณภาพการให้บริการมีความเห็นว่าการให้บริการในระบบสาธารณสุขในประเทศไทยนั้น แรงงานรู้สึกว่า ตนเองถูกให้ความสำคัญ รู้สึกมั่นใจในการรักษา เพราะมีเครื่องมือและบุคลากรที่น่าเชื่อถือ ดีกว่าซื้อยากินเอง สำหรับชาวลาวที่ข้ามแดนมารักษาที่โรงพยาบาลในพื้นที่ชายแดน เพราะเรื่องคุณภาพการให้บริการทั้งยา หมอ และ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ผู้ป่วยรายหนึ่งเล่าว่า

“คนเลือกใช้บริการทั้งในฝั่งลาวและฝั่งไทย การใช้บริการโรงพยาบาลในฝั่งลาวมีข้อดีตรงที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในขณะที่การรับบริการในโรงพยาบาลเชียงแสน แม้จะมีความมั่นใจในคุณภาพมากกว่าแต่ตนก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายเองจากประสบการณ์ ตนเลือกมาฝากครรภ์และคลอดลูกที่โรงพยาบาลเชียงแสน เนื่องจากมีคนที่มีประสบการณ์การทำคลอดที่เชียงแสนแนะนำว่าดีกว่า ซึ่งการมาคลอดครั้งนั้นตนต้องเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 5,000 บาท ส่วนความเจ็บป่วยของลูก ตนไปใช้บริการที่โรงพยาบาลในลาวก่อน หมอรักษาด้วยการฉีดยาและให้นอนพักรักษาตัวอยู่ 3 วัน อาการไม่หาย ตนจึงพามาหาหมอที่เชียงแสน ตามความคิดของตน ตนคิดว่าคุณภาพและบริการของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเชียงแสนดีกว่าที่ลาว ประกอบกับตนไม่ได้มีปัญหาเรื่องการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ตนจึงเลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลเชียงแสน คนในหมู่บ้านบางส่วนเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเชียงแสนเนื่องมาจากโรงพยาบาลในฝั่งลาวอยู่ห่างจากบ้านมากกว่า การเดินทางก็ลำบากกว่า ชาวบ้านบางส่วนซื้อยาจากรถเร่ซึ่งขายทั้งยาสมุนไพรและยาแผนโบราณ”

ผู้ป่วย รพ.สต. สบรวก

วัฒนธรรมสุขภาพในความเชื่อเรื่องผี ขวัญ ยังปรากฏในการดูแลสุขภาพ โดยเล่าอีกว่า ภูมิปัญญาหรือการรักษาพื้นบ้านหลายๆ ก็คือ การนับถือผี โดยมีหมอผีเป็นสื่อกลางในการทำขวัญและการดูดวง เด็กทุกคนในหมู่บ้านที่เพิ่งคลอดจะได้รับการทำขวัญจากหมอผี และมีการนำยันต์ที่ได้มาพกติดตัวไว้เพื่อป้องกันภูติผีที่อาจจะทำร้ายหรือป้องกันความเจ็บไข้ไม่สบายที่อาจจะเกิดขึ้นกับเด็กเล็ก พ่อแม่จะนำยันต์มาให้เด็กพกติดตัวไว้จนถึงอายุ 2 ขวบ

สุขภาพแม่และเด็ก ประเทศเพื่อนบ้านทั้งสองแห่ง จะให้ความสำคัญมาก ดังนั้นจะพบว่า คนข้ามแดนที่เข้ามาเลือกใช้บริการ ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องฝากครรภ์และฉีดวัคซีน

“กลุ่มฝากครรภ์และฉีดวัคซีน จะมาใช้บริการที่เราเยอะ ส่วนโรคทั่วไป จะไปใช้บริการที่คลินิก เคื่อบอกคลินิกยาแรง หายเร็ว เพราะเค้าทำงานต้องการหายจากการเจ็บป่วยแบบทันที ทางเลือกของเค้าเยอะมากขึ้น คลินิกมีเยอะมากในแม่สาย ถ้าคนไหนมีกำลังซื้อสูง ก็จะสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพของเอกชนได้”

เจ้าหน้าที่รพสต. เกาะช้าง

สำหรับแรงงานพม่าในพื้นที่ตำบลเกาะช้างที่ศึกษา ส่วนใหญ่จะเป็นการซื้อยากินเอง เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย และใช้ยาสมุนไพรสำเร็จรูปที่ซื้อจากร้านขายยาพม่าที่ อำเภอแม่สาย ด้วยระบบความเชื่อเรื่องปัญหาสุขภาพตามความเชื่อท้องถิ่น ความรู้ดั้งเดิม การสื่อสารถึงปัญหาสุขภาพกับผู้ชายที่เป็นคนพม่า และการเข้าถึงแหล่งยาของประเทศพม่าได้อย่างสะดวกในการหาซื้อยาได้ทั้งฝั่งไทยและฝั่งท่าขี้เหล็ก นอกจากนั้น แรงงานพม่าในชุมชน ยังทำหน้าที่ขายยาพื้นบ้านในรูปแบบที่เป็นยาสมุนไพรสำเร็จรูป เดินขายตอนเย็นบริเวณท้องแถวที่พักของแรงงานพม่าด้วย แรงงานมีการปลูกพืชสมุนไพรเป็นยาและอาหารตามความเชื่อของตนในบริเวณที่พักด้วย จึงพบว่า แรงงานพม่าในพื้นที่ชายแดนยังคงใช้องค์ความรู้ที่ติดตัวมาในการดูแลสุขภาพ และเข้าถึงยาพื้นบ้านของตนเองได้อย่างดี

การดูแลสุขภาพในระหว่างตั้งครรภ์ของแรงงานหญิง มีการดูแลสุขภาพโดยอาศัยองค์ความรู้เดิม เช่น ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ แรงงานเล่าว่า

“ก่อนคลอดฉันเตรียมเก็บเมล็ดตำ ต่ำขมิ้น เกลือ สตรีมีครรภ์ไม่ควรรับประทานเกลือดิบ ดังนั้นเราจึงเอาเกลือมาคั่วและใช้เกลือคั่วนี้เพื่อป้องกันอาการบวม น้ำ ฉันผสมขมิ้นและเมล็ดตำเข้าด้วยกันแล้วห่อด้วยผ้าบางๆ แล้วสอดคั่นนี้เพื่อป้องกันอาการปวดหัวและปวดรอบดวงตา”

“บางคนปรู่ว่านางจระเข้และมีสิ่งนี้ในระหว่างตั้งครรภ์เพราะเป็นยาที่ดีสำหรับการตั้งครรภ์”

“ฉันผสมน้ำผึ้งและขมิ้นเข้าด้วยกันเพื่อปั่นเป็นก้อนและใช้หนึ่งเม็ดต่อวันเพื่อป้องกันการแน่นหน้าอก”

“สำหรับการตั้งครรภ์ ฉันดื่มนมเพื่อให้ลูกของฉันแข็งแรงและแข็งแรง ฉันดื่มนมบริสุทธิ์ ฉันกินผักโขงและดื่มน้ำซุสเพื่อความอยากอาหารที่ดี ฉันทาน Ma-Har-Phae-Say (ยาแผนโบราณของพม่า) หลังจากกินทุกมื้อ ฉันหลีกเลี่ยงอาหารบางอย่าง ไปที่ศูนย์สุขภาพเพื่อดูแลการตั้งครรภ์”

“แม่หลีกเลี่ยงการอาบน้ำตอนเย็นเพื่อหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย”

“ฉันต้องการดื่มนมธรรมชาติ แต่หาซื้อได้ยากในประเทศไทย ดังนั้นฉันจึงได้แค่ดื่มนมถั่วเหลือง”

แรงงานพม่าหญิงมักจะนิยมคลอดลูกในประเทศไทย เพราะเชื่อมั่นในประสิทธิภาพและความปลอดภัย รวมทั้งผู้ที่มิบัตรประกันสังคมก็จะได้รับสิทธิในการคลอดบุตรและการลาคลอดด้วย เมื่อผู้หญิงที่เป็นแรงงานพม่าคลอดลูก ก็จะดูแลลูกและตัวเองหลังคลอด โดยเล่าว่า “ฉันต้องดูแลตัวเองเพราะฉันไม่มีแม่ฉันอยู่ด้วย โดยปกติแล้วแม่จะทำสิ่งนี้เพื่อลูกสาว สามี่ของฉันทำอาหารให้ฉัน ชักเสื้อผ้าให้ฉัน ผู้หญิงที่คลอดควรหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับผงซัก ดังนั้นสามี่ของฉันจึงซักผ้าให้ฉัน ในพม่าแม่มักจะทำงานนี้ แต่ที่นี่สามี่ของฉันทำสิ่งนี้ให้ฉัน” “สำหรับฉันแม่สามี่ของฉันมาที่นี่เพื่อดูแลฉันและลูกน้อยของฉันเป็นเวลาหนึ่งเดือนและเธอล้างผ้าถุงให้ฉันเป็นเวลาหนึ่งเดือน” “ผู้หญิงที่คลอดลูกไม่ควรทำงาน ดังนั้นฉันจึงปรุงอาหารให้ครอบครัวซักเสื้อผ้าปรุงอาหารที่มีคุณค่าและมีประโยชน์สำหรับภรรยาของฉัน ฉันรักลูกสาวของฉัน ฉันทำอาหารพิเศษไม่เพียง แต่สำหรับภรรยาของฉัน ถ้าสำหรับสมาชิกในครัวเรือนคนอื่นๆ ด้วย”

การลาไปหาหมอสำหรับแรงงานทำงานในโรงงานต้องมีหนังสือรับรองจากแพทย์ แต่การขอใบรับรองแพทย์ แรงงานพม่าบอกว่า ไม่รู้จะสื่อสารอย่างไร ไม่กล้า การออกมาหาหมอโดยที่ไม่ใช่ใบรับรองแพทย์จะถูกหักเงินเดือนสำหรับผู้ที่ไม่ได้ประกันสุขภาพ พวกเขาต้องเสียค่าจ่ายมากสำหรับการเดินทาง และค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเมื่อพวกเขาจำเป็นต้องผ่าตัด บางคนมีหนี้สินจากการเดินทางขนส่งผู้ป่วยหรือการดำเนินงานและไม่สามารถกลับไปบ้านเกิดเนื่องจากมีหนี้ ผู้หญิงรู้สึกถูกละเลยปฏิบัติเมื่อไปที่โรงพยาบาลอำเภอและจังหวัด เพราะพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ เช่น ตะโกนใส่ ตีแขน และไม่ให้ความสนใจ ปัญหาการสื่อสารเป็นหนึ่งในอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลและพวกเขาต้องจ่ายเงิน 200 บาทสำหรับการจ้างลามาในโรงพยาบาล กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเกือบทั้งหมดรายงานว่า พึงพอใจที่จะไปโรงพยาบาลเอกชนมากกว่าไปโรงพยาบาลรัฐ เพราะสะดวกรวดเร็ว แรงงานที่ศึกษาชอบไปคลินิกส่วนตัวมากกว่าที่จะเป็นสถานบริการของรัฐเพราะการบริการในคลินิกนั้นดีและรวดเร็ว พวกเขาไม่มีความสุขในโรงพยาบาลของรัฐเพราะต้องรอนาน มีบางรายเล่าว่ามีประสบการณ์ไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเพื่อรับการเจ็บป่วยเล็กน้อยการฝากครรภ์และการฉีดวัคซีนและพวกเขาพึงพอใจกับบริการทางการแพทย์ บางคนชอบไปที่คลินิกส่วนตัวเพราะพวกเขาไม่ต้องการลางานเนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเปิดให้บริการในเวลาทำการเท่านั้น

5.4 ความทุกข์ทางสังคมของแรงงานในพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว ไทย-พม่า

5.4.1 โลกาภิวัตน์ ความเหลื่อมล้ำทางเพศและโอกาสในอาชีพแรงงาน

แรงงานประเทศไทยที่ข้ามมาทำงานในประเทศไทยในพื้นที่พรมแดนไทย-ลาว ส่วนใหญ่จะเป็นหญิงสาวที่ทำงานภาคบริการ เช่น นวด คาราโอเกะ สถานบันเทิง ในพื้นที่ตะเข็บชายแดนที่มีนักท่องเที่ยวจำนวนมาก แต่พบว่า ผู้หญิงกลุ่มนี้เมื่อครบบริบทก่อนมาทำงาน จะเห็นว่าจะไม่ได้รับโอกาสทางการศึกษาเนื่องจากต้องรับหน้าที่ในบทบาทของผู้หญิง เช่น การดูแลบ้าน หรือเลี้ยงน้องแทนพ่อแม่ ในขณะที่มีการรับซื้อข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเจริญในประเทศเพื่อนบ้าน ที่เป็นตัวกระตุ้นให้หญิงสาววัยรุ่นข้ามพรมแดนมาประเทศไทย

“หนูเห็นเป็น (หมายถึงคนอื่น ๆ) มาที่นี่ หนูเลยขอเป็นมาด้วย อยากแค่มาเห็นบ้านเห็นเมือง (หมายถึงเมืองไทย) ตอนแรกใครอยากมาเห็น เห็นเป็นมากันเรื่อย ๆ หนูเลยขอเป็นมาด้วย จริงๆ พ่อแม่ไม่ อยากให้หนูมาเลย แต่ว่าเป็นออกกันมาเยอะแยะเลย หนูก็เลยอยากมาเห็น ... ตอนแรกหนูก็ตั้งใจมาเที่ยว แต่ว่าเห็นเป็นทำงานได้เงิน หนูก็เลยทำงานแล้วก็อยู่ต่อเลย ความรู้ก็ไม่มี ไม่ได้เรียน เพราะหนูต้องเลี้ยงน้อง เพื่อนชวนมาทำงาน นวดก็เอา นับจนวันนั้นหนูยังไม่ได้กลับเลย

นาน ล่วย ต. สบรวก

ในบริบทการทำงาน เมื่อเทียบกับเพศชาย ชัดเจนว่า เมื่อมาทำงานในประเทศไทย ทั้งในภาคเกษตร ผู้หญิงจะได้รับค่าตอบแทนน้อยกว่าผู้ชาย แต่ถ้าทำงานโรงงาน จะคิดงานตามจำนวนผลผลิตที่ทำงาน แต่ผู้หญิงจะไม่ได้รับการดูแลด้านอนามัยเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมโดยเฉพาะกรณีของการแรงงานที่ตั้งครรภ์

นางเคียง ทำงานในโรงงานไฟแช็ก เล่าให้ฟังว่า เมื่อเธอลาคลอดเธอไม่ได้รับค่าชดเชยจากการลา เธอบอกว่าเมื่อทำงานในโรงงานตอนที่เธอท้อง เธอไม่สามารถเปลี่ยนงานให้ไปทำงานจุดอื่นที่จะให้ได้ค่าตอบแทนเท่าเดิม เธอทำงานในจุดที่ต้องเดินแกสในไฟแช็ก เขาบอกว่างานจุดอื่นต้องแบกของหนัก ถ้าจะให้ย้าย ถ้าไม่ทำงาน ก็ออกไปได้ เธอจึงต้องทำงานจุดเดิม แม้จะรู้ว่ามันอันตรายต่อลูก

“ฉันไม่ต้องการไปยกของหนักและต้องการได้ค่าจ้างเท่าเดิม ที่ผ่านมามีคนเคยมีการบาดเจ็บมือจากการใส่แกส

ฉันทำงานจุดนี้ ถ้าทำงานมากก็ได้ค่าตอบแทนมาก ฉันสามารถทำงานได้วันละ 350-400 บาทต่อวันถ้าทำงานหนัก แต่ตำแหน่งอื่นๆ ทำงานได้เพียง 200 บาท ฉันจึงไม่ต้องการเสียนงานนี้ แม้จะรู้ว่าจะเสี่ยง บางคนบอกว่า จะทำให้เด็กแท้งได้ ฉันรู้สึกเสียใจเมื่อได้ยืนแบบนั้น”

นางเคียง ทำงานโรงงานไฟแช็ก ต. เกาะช้าง

5.4.2 โครงสร้างทางการเมืองเศรษฐกิจ แรงผลักดันให้มาเป็นแรงงานข้ามแดน

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ ศึกษาพื้นที่พรมแดนไทย-ลาวและไทย-พม่า และศึกษาแรงงานข้ามแดนของประเทศเพื่อนบ้านทั้งสองประเทศ การศึกษานี้พบว่า แรงงานพม่าที่ข้ามมามีกดดันทางสังคมเศรษฐกิจการเมือง โดยมีเหตุผลที่ส่งผลให้เกิดการข้ามและการลักลอบข้ามฝั่ง ทั้งแบบถูกกฎหมาย และผิดกฎหมาย ซึ่งจากการให้ข้อมูลจากผู้ให้สัมภาษณ์ทราบว่า ในฝั่งของประเทศพม่า หากข้ามจากฝั่งท่าข้ามปากกุกนั้น ได้ข้อมูลในเชิงการปกครองว่า ในฝั่งทางพม่า นั้น จะมีการปกครองโดย “ปู่แสน” ซึ่งไม่ได้เกิดจากการเลือกจากระบบประชาธิปไตย แต่เกิดจากการสถาปนาขึ้นจากผู้ที่มีทรัพย์สินสมบัติมากหรือเรียกว่าผู้ปกครองทางธรรมชาตินั่นเอง หรือพูดง่าย ๆ ก็คือ คนที่รวยที่สุดนั่นเอง และผู้ที่มีการปกครองที่ใหญ่กว่าปู่แสนขึ้นไป จะเป็นระดับกำนัน ซึ่งจะปกครองและใหญ่ที่สุดในบ้านนั้น หรือว่าชุมชนนั้น

ซึ่งลูกบ้านแต่ละคนมักจะไปกู้ยืมเงินมาจากผู้ปกครองทางธรรมชาติเหล่านี้ และท้ายที่สุดก็จบด้วยการที่ไม่สามารถใช้หนี้ตามสัญญาหรือระบบได้ จึงต้องกระเสือกกระสนหนีหนี้ และท้ายที่สุดถึงจบด้วยการข้ามมายังเขตแดนราชอาณาจักรไทย ทั้งที่ถูกต้องตามกฎหมายและผิดกฎหมาย ซึ่งจากข้อมูล ชาวพม่าที่หนีความเดือดร้อนแล้วข้ามฝั่งมา ไม่เพียงแต่หนีหนี้ดังที่กล่าวแต่เพียงอย่างเดียว แต่บางรายหนีการถูกคุกคามจากกลุ่มทหารว่าแดง ซึ่งปัจจุบันยังคงมีอยู่และการคุกคามจากทหารว่าแดงเหล่านี้ก็ไม่ได้ลดน้อยลงเลย ถึงแม้ประเทศพม่าเองจะมีการเปลี่ยนแปลงมาสู่ระบอบประชาธิปไตยแล้วก็ตาม แต่ในบริเวณขอบประเทศหรือตะเข็บชายแดน ก็ยังจะมีการปกครองของกลุ่มทหารอยู่ และนอกจากเรื่องของการคุกคามจากทหารว่าแดงแล้ว ยังมีประเด็นเรื่องของยาเสพติด โดยได้ข้อมูลว่า

“ฝั่งโน้นนะเจ้า เขามียาเสพติด เช่นในฝั่งปากกุกนี่นะคะ สมมติเราตีซะว่าสองร้อยหลังคาเรือนนี่นะคะ ชักประมาณเก้าสิบหลังคาเรือนนี้ เค้าจะค้ายาเสพติด เพราะว่าที่ฝั่งโน้นนะเจ้า เขาทำกันเป็นเรื่องปกติ อย่างสมมติว่าเรานั่งกินข้าวอยู่ดีๆ แล้วเราสามารถเห็นหอยาตกลงมา เป็นเรื่องปกติ ตกพื้นเขาก็เก็บซะ ไม่มีใครมาว่า มาด่า หรือแจ้งเบาะแสะอะไรให้มาจับ แต่ว่า อยู่ฝั่งโน้น คนที่คิดจะค้ายาที่จะต้องแจ้งจริง จะโหดก็ต้องโหดจริง สมมติว่าวันนี้จะไปส่งยานะ คุณไม่สามารถรู้ได้เลยว่าคุณจะได้กลับมาพบหน้าลูกเมียรีเปลา่ ซึ่งวันดีคืนดี คุณส่งยาแล้ว เค้าอาจจะมายิงคุณตายกลางทางได้ และฝั่งโน้นนะเจ้า ตายที่ไหน เค้าก็ทิ้งที่นั่น ไม่ได้เอาศพมาทำพิธีแบบบ้านเรา เพราะฉะนั้นคนที่ไม่ค้า ไม่ขายก็น่าจะอยู่ยาก ก็เลยข้ามฝั่งมาอยู่ฝั่งนี้ น่าจะดีกว่า”

พลีศ, อายุ 20 เยาวชนบ้านสันนา

ความยากจน ชนกลุ่มน้อย และความไม่แน่นอนทางการเมือง : เหตุผลในการตัดสินใจอพยพเข้ามาทำงานในประเทศไทย เราจะพบว่าคำตอบส่วนใหญ่ที่ได้คือ เป็นเพราะปัญหาความยากจนในประเทศพม่า ปัญหาด้านเศรษฐกิจ และปัญหาความไม่สงบภายในประเทศ ดังคำบอกเล่าจากกลุ่มตัวอย่างดังนี้

“ผมคิดว่าที่นี่จะมีงานให้ทำ น่าจะสบายกว่าอยู่ที่โน้น คิดแค่ว่ามาที่นี่น่าจะมั่งงานให้ทำเยอะกว่า รายได้ดีกว่า ตอนนั้นพี่ชายมาทำก่อนแล้วไง พี่เขาก็ชวนมาบอกว่ามาทำงานที่เมืองไทยได้เงินเยอะ มีเงินเหลือเก็บผมคิดอยู่อย่างเดียวคือได้ตั้งค์เยอะ เราจะได้มีตั้งค์เหลือมาช่วยครอบครัว แม้จะได้สบายมากกว่านี้ จะได้ไม่ลำบาก”

ชอธง กรณีที่ 8

“ที่ตัดสินใจมาทำงานที่เมืองไทยก็เพราะว่าค่าครองชีพที่โน่นมันสูงรายได้ไม่พอใช้ ของก็แพง นานที่ทำการขาดทุนแล้วก็ต้องดูแลแม่”

นัย กรณีที่ 7

หากเป็นชนกลุ่มน้อยในประเทศพม่าด้วยแล้ว ยิ่งต้องเผชิญกับความยากลำบากเนื่องจากการสู้รบกันระหว่างกองกำลังของรัฐบาลพม่ากับกองกำลังของชนกลุ่มน้อย ซึ่งหากถูกทหารพม่าจับกุมตัวได้ต้องประสบกับการถูกทารุณกรรม สถานการณ์การบีบบังคับทางการเมืองที่เป็นรากเหง้าของปัญหาชีวิตความเป็นอยู่ของพวกเขาเหล่านั้น น่าจะเป็นเหตุผลสำคัญต่อการตัดสินใจอพยพเข้าสู่ประเทศไทย

“อยู่ที่โน่นมันลำบากเหมือนกัน เพราะจะมีทหารคอยสู้รบกันบ่อย อย่างเวลาเราจุดไฟทำอาหารไรแบบนี้ถ้าทหารเห็นควันไฟก็จะเข้ามา ต้องคอยหลบ ถ้าถูกจับตัวได้เป็นผู้ชายก็จะให้ไปแบกพวกลูกปืน แบกอาวุธอะไรแบบนี้ ถ้าเป็นกะเหรี่ยงที่พูดพม่าไม่ได้เนี่ยจะโดนฆ่าเลย จะออกมาได้ก็ต้องหนีมาอย่างเดียวนะ ผมเคยโดนจับไปครั้งหนึ่งไปแบกของให้ทหารพม่าเดือนกว่า แล้วว้ายน้ำหน่อออกมา โชคดีที่หนีออกมาได้ถ้าเกิดถูกทหารจับได้ก็แล้วแต่ว่าทหารจะเอาไว้ใช้งานต่อหรือยิงทิ้ง ตอนนั้นผมเลยตัดสินใจมาทำงานที่เมืองไทยดีกว่าพอมีญาติมาทำอยู่แล้วเขาบอกว่าได้เงินดี ผมก็คิดว่าพ่อแม่เราจะได้สบายไม่ต้องลำบากมีเงินใช้ เราเก็บเงินได้ก็จะส่งให้พ่อแม่ แล้วก็ส่งเงินไปจ่ายค่าเช่าที่ดิน ที่อยู่ประมาณ 3 พันกว่าบาท เพราะที่อยู่เนี่ยเป็นที่ดินของรัฐบาล”

จ่อโซ กรณีที่ 5

กระแสบริโภคนิยมในระบบทุนกับการเป็นแรงงานข้ามการอพยพเข้ามาทำงานในประเทศไทยโดยส่วนใหญ่จะเป็นเหตุผลทางด้านเศรษฐกิจเป็นสำคัญ มากกว่าปัจจัยทางด้านการเมืองและการสู้รบระหว่างชนกลุ่มน้อย ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากฐานะความเป็นอยู่ของครอบครัวที่แรงงานเหล่านี้มาทำงานและส่งเงินกลับไปยังบ้านเกิด เป็นตัวกระตุ้นให้พวกเขาต้องการที่จะมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

“มีคนชวนมาทำงานที่นี่ ก็เป็นเพื่อนกัน เขามาชวนบอกว่า ไปทำงานที่เมืองไทยดีกว่า เงินดี แล้วอีกอย่างก็เห็นคนที่มาทำงานที่เมืองไทยพอลกลับบ้านไปก็มีเงิน ใส่ทอง เราก็อยากมาบ้าง”

อาเอ กรณีที่ 10

5.4.3 ความทุกข์จากเครือข่ายทุนของการเอารัดเอาเปรียบ: นายหน้า แรงกระตุ้นให้มาเป็นแรงงานข้ามแดน

การเดินทางเข้ามาเป็นแรงงานข้ามชาติในประเทศไทยนั้น กลุ่มนายหน้าเป็นบุคคลสำคัญที่จะนำพาพวกเขาเดินทางเข้ามาแสวงหาชีวิตใหม่ในประเทศไทยได้ นายหน้าเหล่านี้จะเป็นผู้จัดการการเดินทางทั้งหมดของแรงงานข้ามชาติ เริ่มตั้งแต่เรื่องการเดินทาง จัดหาที่พัก และการหางานให้ทำ แรงงานที่เข้ามาหางานทำในประเทศไทย มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องพึ่งพิงนายหน้าเหล่านี้ คนที่ทำหน้าที่เป็นนายหน้าส่วนใหญ่ก็เป็นคนที่แรงงานรู้จัก ไม่ว่าจะเป็นญาติพี่น้อง เพื่อน หรือคนในหมู่บ้านเดียวกัน บางครั้งนายหน้าเป็นคนที่แรงงานไม่รู้จักกันมาก่อน แต่ได้รับการแนะนำจากเพื่อนให้ไปติดต่อ หรือตัวนายหน้าเองจะเป็นผู้ที่เข้าไปชักชวนและเสนองานให้ทำ ซึ่งมีทั้งแบบที่ไปหาถึงหมู่บ้านหรือนัดหมายให้มาเจอกันที่ชายแดน การจ่ายค่านายหน้าโดยส่วนใหญ่จะใช้วิธีเก็บเงินโดยตรงที่นายจ้าง และนายจ้างจะหักจากค่าแรงของแรงงานอีกต่อหนึ่ง ซึ่งกลายเป็นข้ออ้างของนายจ้างที่จะไม่จ่ายค่าแรงให้แก่แรงงาน ทำให้หลายกรณีที่แรงงานข้ามชาติทำงานโดยแทบไม่ได้รับค่าจ้างเลย

“ที่หนูมา หนูเดินทางข้ามภูเขามา แล้วก็มาถึงด่านหนูก็ดูไม่รู้เพราะมากับเพื่อนคนที่พูดไทยได้ ไม่รู้เขาเคลียร์ยังไง

เขาไปไหนเราก็ตตามเขาไป ตอนนั้นหนูเสียตังค์ประมาณ 8,000 บาท ก็ให้เพื่อนเป็นคนจัดการให้”

ชานเอ กรณีที่ 2

การเดินทางเข้ามาในประเทศไทยครั้งแรกจึงถือเป็นมิติที่มีความสำคัญต่อการทำความเข้าใจถึงการอพยพและกระบวนการในการตัดสินใจ ในประเด็นนี้จะสัมภาษณ์เกี่ยวกับผู้ร่วมเดินทาง การใช้นายหน้า หรือมีคนช่วยจัดการเรื่องการเดินทางและค่าใช้จ่ายสำหรับการเดินทาง รวมถึงปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเดินทางเข้ามาในประเทศไทยโดยจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดพบว่าการเข้ามาประเทศไทยนั้นมักต้องเสียค่านายหน้า หรือบุคคลที่คุ้นเคยกับเส้นทาง

“เข้ามาทางเชียงใหม่ เดินทางจากพม่ามา 1 วัน แล้วเข้ามาเมืองไทยก็มีรถเอามาส่งที่กรุงเทพฯ จะติดต่อผ่านนายหน้าที่เป็นพม่าเหมือนกันแต่หนูจำชื่อไม่ได้ตอนนั้นเขาไม่อยู่เมืองไทยแล้วเขากลับบ้านไปแล้ว หนูเสียค่าเข้ามาคิดเป็นเงินไทยก็ 15,000 บาท เข้ามาเมืองไทยก็ไม่ต้องเสียแล้วเขามาส่งถึงที่นี้เลย”

แอเชอ กรณีที่ 3

“ที่แรกเข้ามาก็เสียค่านายหน้าคนละ 5,500 บาท ให้ครึ่งเดียวก่อน นายหน้าจะเป็นคนพม่าพามาพอมถึงที่นี้เราก็จ่ายเงินให้เขาไป แล้วเราก็มหางานเองหรือไม่ก็ให้เขาพาไปส่ง พอได้งานแล้วก็เสียอีกครั้งหนึ่ง”

โปะปะ กรณีที่ 9

5.4.4 ความทุกข์ทางสังคมอันเนื่องมาจากนโยบายและระบบบริการสาธารณสุข

การดูแลสุขภาพของแรงงานข้ามพรมแดนที่อยู่ในชุมชน ในด้านการรักษาพยาบาล เป็นเรื่องของการคุ้มครองผ่านระบบประกันสังคมกลุ่มหนึ่ง อีกกลุ่มหนึ่งคือจ่ายเอง แต่ปัญหาสำคัญคือเรื่องของการฟื้นฟู ป้องกันสุขภาพ แรงงานจะไม่ได้รับการดูแล ด้วยเหตุที่ตัวชีวิต ในระบบสาธารณสุข ครอบคลุมเฉพาะคนไทย ดังคำกล่าวที่ว่า

“บริบทเราอยู่ตะเข็บชายแดน ที่อื่นก็จะมีแค่ประชากรไทย เพราะฉะนั้นคนรับบริการจะต้องมีทั้ง 1.คนไทย 2.ชาติพันธุ์ที่มาจากอาศัยอยู่ที่นี้ ทั้งที่มีอยู่ในระบบประกันสุขภาพ คือ ประกันสังคม กลุ่มผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ และแรงงานต่างด้าวขึ้นทะเบียน กลุ่มนี้จะจ่าย เพราะสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ มีหลักประกัน และ3.กลุ่มแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาโดยที่ไม่มีสิทธิการรักษาอะไรเลย ต้องจ่ายเอง ข้อดีคือเราได้สร้างภูมิคุ้มกันระหว่างประเทศ (hard immunity) คือทำให้เขาสุขภาพดีได้ โรคระบาดก็ไม่มาทางเรา เช่นเราฉีดวัคซีนเขา เขาก็ไม่มีโรคระบาด เราก็ไม่มีโรคระบาดเช่นกัน เพราะมันมีแค่น้ำสายเล็กกัน แต่ทางด้านลบ ก็น่าจะเป็น work load แต่เรามีประชากรที่ต้องดูแลมากกว่าที่อื่นๆ ถึงสามเท่า บางครั้งตามตัวชีวิต เราก็ทำได้ไม่ครบตามคุณภาพ เพราะประชากรเราไม่เพียงพอ แล้วพวกการเยี่ยมบ้านจะทำเฉพาะคนไทยเท่านั้น พวกต่างด้าวเหล่านี้ก็จะทิ้งไปหมดเลย ตัวชีวิตตามสาธารณสุขจะดูแลเฉพาะคนไทยเท่านั้น”

ผอ. รพ.สต. เกาะช้าง

การจัดการด้านปัญหาสาธารณสุขที่เกิดขึ้นในหมู่บ้าน ค่อนข้างที่จะดำเนินไปด้วยความยากลำบาก หากเจาะจงไปที่ชาวพม่า เพราะว่าจากการสัมภาษณ์ อสม. หรือแม้กระทั่งคนไทยที่ไม่ได้เป็นบุคลากรด้านสุขภาพเองก็ตาม ก็จะได้คำตอบไปในทิศทางที่บอกว่า ยากลำบากในการสื่อสารและการโต้ตอบ ดังที่หัวหน้า อสม. หมู่บ้านกล่าวว่า

“มันค่อนข้างที่จะยากในการสื่อสารกัน เช่น เวลาที่เราลงไปสำรวจลูกน้ำยุงลายนะ เวลาที่เราพบลูกน้ำยุงลายแล้วเราก็บอกเขา เขาก็ไม่เข้าใจกัน เราได้แต่ทำเพียงทำท่าทางให้เขาดูว่า ต้องคว่ำภาชนะเหล่านั้นนะ เขาก็ผงกหัวกัน ซึ่งเราไม่รู้ว่าจะเข้าใจหรือไม่เข้าใจ”

5.4.5 ความทุกข์จากสถานะที่ไม่เป็นทางการกับอำนาจรัฐ

การไม่มีสถานะที่เป็นทางการ ทำให้แรงงานจำนวนหนึ่ง ไม่สามารถได้รับสวัสดิการของรัฐ เมื่อมีเหตุที่เป็นภัยพิบัติเช่น น้ำท่วม หรือฝนตก แม้ทรัพย์สินส่วนตัวจะเสียหายแต่ ไม่มีเอกสารใดๆ ที่ระบุถึงสิทธิของตนเอง

“ผมมาทำงานในประเทศไทย แต่มีลำบากอยู่บ้างครับ เช่น เราทำงาน ทำไร่ ทำสวน พายุฝนมา รถเสียหาย พี่ฉกเราเสียหาย เราติดต่อใครไม่ได้ ไม่มีสิทธิไปเรียกร้องอะไรจากใครได้ เพราะถ้าเราขอความช่วยเหลือไป เค้าก็จะเรียกดูบัตร เอกสาร หนังสือครอบครองที่ดิน เราไม่มี ทุกวันนี้บางคนก็แก้ปัญหา ไปเช่าที่ดินเค้าทำงาน ยื่นเอกสารก็ให้เจ้าของที่ดินไปยื่นให้ บางทีก็ต้องไปรบกวนเค้าแหละ อุทกภัยมา มันมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือ เราก็ต้องไปรบกวนเจ้าของที่ดินต้องไปยื่นเอกสารที่เทศบาลอะไร ซึ่งเค้าไม่ได้ประโยชน์อะไรเลยแต่ต้องมาทำให้เราเราก้เกรงใจ บางคนก็อ้วงไม่ว่าง เคียวกทำให้ เราก้ไม่มีสิทธิไปจี้จี้จี้ให้เค้าทำให้ แบบนี้ก็มี”

นายลายโกย ต. สบรวก

5.4.6 ความทุกข์จากการเอารัดเอาเปรียบของนายทุน

แรงงานพม่าที่ศึกษามีมุมมองว่าการปฏิบัติของเจ้าของกิจการต่อแรงงานพม่าและไทยใหญ่นั้นไม่เหมือนกัน หัวหน้างานชอบคนไทยใหญ่เพราะพูดภาษาไทยได้ แรงงานพม่าถูกเลือกปฏิบัติมากขึ้นเนื่องจากทางด้านภาษาและเนื่องจากประวัติศาสตร์ที่สร้างอคติระหว่างประเทศไทยและพม่า แรงงานพม่าเล่าว่า ต้องทำงานหนักมากเพื่อให้ได้ผลตอบแทนเท่าคนไทยหรือไทยใหญ่คนอื่น เพื่อให้เป็นที่ถูกใจเจ้านายและไม่ให้ตกงาน แม้ว่าจะมีข้อตกลงระหว่างรัฐบาลว่าค่าจ้างรายวันสำหรับคนงานคือ 300 บาท แต่ส่วนใหญ่กลับไม่ได้รับเงินเต็มจำนวน และพวกเขาไม่สามารถบอกเรื่องนี้กับเจ้าหน้าที่ของรัฐได้เพราะกลัวถูกทำร้าย ทั้งยังถูกนายจ้างบังคับให้แจ้งกับเจ้าหน้าที่ของรัฐว่าได้รับ 300 บาทต่อวัน จากการศึกษาพบว่าการเอารัดเอาเปรียบจากเจ้าของกิจการในกลุ่มผู้ที่ทำงานในโรงงานและร้านค้า แรงงานไม่ได้รับค่าตอบแทนขั้นต่ำตามที่ตกลง ไม่ได้รับการจัดหาอุปกรณ์เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับงาน (หน้ากากสำหรับป้องกันการสูดดมก๊าซ, ถุงมือสำหรับการจัดการสารกำจัดศัตรูพืชและปุ๋ย ฯลฯ) ผู้ชายสามารถรับค่าแรงได้มากกว่าผู้หญิง ผู้ที่ทำงานในโรงงานต้องทำงานหนักมากและหัวหน้างานไม่ปฏิบัติต่อพวกเขาอย่างดี หากพวกเขาลาและไม่สามารถอธิบายเหตุผลที่เหมาะสมได้ ศูนย์สุขภาพโรงงานจะหักค่าแรง โรงงานไฟแช็กอนุญาตให้คนงานลาได้ปีละครั้ง ครั้งละ 15 วัน โดยต้องถูกหักค่าตอบแทน สำหรับผู้ที่ทำงานในไร่นาคูเหมือนมีความยืดหยุ่นกว่าผู้ที่ทำงานในโรงงาน แต่บางรายอาจไม่ได้รับค่าตอบแทนสม่ำเสมอ ทำให้แรงงานต้องทำงานหนักเพื่อให้มีรายได้มากขึ้น แรงงานที่สามารถพูดภาษาไทยได้จึงจะมีความสัมพันธ์ที่ดีกับนายจ้าง มีคนงานบางคนทำงานที่นี่มานานกว่าสิบปีและยังไม่บรรลุเป้าหมาย พวกเขาไม่สามารถประหยัดเงินได้เนื่องจากต้องเสียค่ารักษาพยาบาล ค่าที่พักและการจ่ายเงินให้กับรัฐบาลไทย ชีวิตของพวกเขาเต็มไปด้วยหนี้สินและไม่สามารถกลับไปพม่าได้ ดังคำกล่าวเรื่องเล่าประสบการณ์ของการถูกกดขี่ เหยียดหยาม ว่า

“ฉัน ถูกกีดกันแบ่งแยก ถูกเจ้าของโรงงานด่า ดูถูกเหยียดหยาม คนที่เป็นหัวหน้างานก็จะตะโกนด่า แม้ว่าพวกฉันจะไม่เข้าใจคำพูดทั้งหมดแต่ ท่าที เสียง และอาการ มันทำให้รู้สึกได้ว่า เรามีสถานะที่ต่ำต้อย ไม่มีสิทธิทำอะไรได้ ไม่มีสิทธิพูด เราสามารถไล่เราออกถ้าเรามีพฤติกรรมที่ไม่ดี พวกเรามีประกันสังคม ถ้าเราถูกไล่ออก เราจะต้องจ่ายเงินให้กับโรงงานเพราะเป็นความผิด ดังนั้นเราจึงกลัวไม่กล้าพูดอะไรออกมา”

ในประเด็นเรื่องค่าตอบแทน ได้รับน้อยกว่าที่รัฐบาลประกาศไว้ แรงงานเล่าให้ฟังอีกว่า

“รัฐบาลบอกให้จ่ายค่าแรง 300 บาท แต่ในความจริง พวกเขาไม่ให้เงินตามที่กำหนด เขาจ่ายให้เราเพียง 220 บาท ฉะนั้นอยากพบเจ้าของ แต่หัวหน้างาน ไม่อนุญาตให้พบเจ้าของ เจ้าของเข้ามาโรงงานเพียงเดือนละ 1-2 ครั้ง พวกหัวหน้า เขาใช้แรงเราอย่างเต็มที่เท่าที่จะทำได้ แต่ค่าตอบแทนไม่เป็นธรรม พวกเขาดขี่เราเพื่อเอาใจเจ้าของ บางงานเป็นงานที่ยาก และเหนื่อย ควรได้มากกว่า 300 บาท แต่ก็ได้รับ 220 บาท ฉันทำงานตั้งแต่เวลา 8 โมงเช้าถึง 5 โมงเย็นก็ได้เงิน 220 บาท ในกฎระเบียบบอกว่าเที่ยงถึงบ่ายโมงเป็นเวลาอาหารกลางวัน และพัก แต่หัวหน้าไม่พอใจที่เราพัก พวกเขาจะตะโกนด่าพวกเรา”

บทที่ 6

บทสรุป

งานวิจัยชิ้นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบของการเคลื่อนย้ายข้ามพรมแดนต่อสุขภาพของผู้เคลื่อนย้าย และระบบสุขภาพของประเทศปลายทาง โดยศึกษาผลกระทบในระดับปัจเจก อันได้แก่ความทุกข์ทางสังคมอันเกิดจากการย้ายถิ่นและการไม่ได้รับการปกป้องทางสังคม และผลกระทบในระดับบริบท ทั้งต่อสถานพยาบาลที่ให้บริการสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพของประเทศปลายทางในการตอบสนองต่อความต้องการทางสุขภาพ ความหลากหลายทางวัฒนธรรม การจัดการควบคุมโรค และการบริหารทรัพยากรของสถานพยาบาล โดยพิจารณาจากปรากฏการณ์การใช้บริการสุขภาพที่เกิดขึ้นในพื้นที่เขตการค้าชายแดนของภูมิภาคอาเซียน โดยเลือกพื้นที่ศึกษาคือชายแดนไทย-พม่า และชายแดนไทย-ลาว ที่มีประวัติศาสตร์การเคลื่อนย้ายข้ามพรมแดนระหว่างประเทศมาเป็นเวลานาน มีการแลกเปลี่ยนและผสมผสานทางสังคมวัฒนธรรม มีตลาดการค้าชายแดน มีศักยภาพทางเศรษฐกิจ และกำลังจะถูกพัฒนาเป็นเขตเศรษฐกิจพิเศษในอนาคตอันใกล้

ข้อค้นพบจากการศึกษาสามารถนำมาอภิปรายได้ทั้งในระดับปรากฏการณ์การใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดน ความต้องการทางสุขภาพ และผลกระทบในระดับสถานพยาบาลอันเกิดจากการเคลื่อนไหลของประชากรกลุ่มข้ามพรมแดน และในระดับบริบทที่บ่งชี้ลักษณะเชิงโครงสร้างอันได้แก่ บริบททางการเมืองและเศรษฐกิจของประเทศต้นทาง การใช้อำนาจรัฐของประเทศปลายทางเพื่อควบคุมผู้มาจากต่างรัฐ นโยบายด้านสาธารณสุขที่ยังไม่ตอบสนองต่ออุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชากรข้ามพรมแดน ทั้งกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับการคุ้มครองทางสุขภาพ ความสัมพันธ์ทางสังคมในกลุ่มประชากรที่อาศัยอยู่ในบริเวณชายแดน ทั้งระหว่างผู้ที่มีสัญชาติไทยและแรงงานข้ามแดน บทบาทของระบบเศรษฐกิจและทุนในพื้นที่ชายแดนที่มีต่อวิถีชีวิตของประชากรข้ามพรมแดน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงเงื่อนไขเชิงโครงสร้างของการเคลื่อนย้ายข้ามพรมแดน ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและชีวิตของปัจเจกชนผู้เคลื่อนย้ายเอง และต่อระบบสุขภาพชายแดนของประเทศปลายทาง

รูปแบบและแนวโน้มความเจ็บป่วยและการใช้บริการสุขภาพของประชากรข้ามพรมแดน ในพื้นที่ข้ามพรมแดน ผลกระทบ และแนวทางการพิจารณาเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพชายแดน

จากการศึกษารูปแบบและแนวโน้มความเจ็บป่วยและการใช้บริการสุขภาพของประชากรข้ามพรมแดนชี้ให้เห็นถึงความต้องการทางสุขภาพของคนกลุ่มดังกล่าว ซึ่งเป็นสิ่งที่ทั้งประเทศพม่าและประเทศไทยต่างต้องคำนึงถึง โดยเฉพาะในด้านการจัดการระบบสุขภาพชายแดนที่ทั้งสองประเทศมีความใกล้ชิดทั้งทางภูมิศาสตร์ สังคม และวัฒนธรรม จนทำให้พื้นที่ชายแดนระหว่างสองประเทศ (Border regions) นั้นเหมือนหลอมรวมเป็นพื้นที่เดียวกัน เพราะคนกลุ่มนี้เป็นบุคคลของทั้งสองฝั่งดินแดน

รูปแบบการใช้บริการสุขภาพของกลุ่มประชากรข้ามพรมแดนมีความเปลี่ยนแปลงในช่วงปี พ.ศ. 2556-2557 แล้วคงที่มาจนถึงปัจจุบัน แต่รูปแบบการใช้บริการสุขภาพนั้นแตกต่างไปตามบริบทของพื้นที่ที่แต่ละสถานพยาบาลตั้งอยู่ แม้ว่าสถานพยาบาลในอำเภอแม่สายและอำเภอเชียงแสนจะตั้งอยู่ห่างกันเพียง 30 กิโลเมตร แต่เงื่อนไขเชิงบริบททั้งในด้านลักษณะการจ้างงาน ลักษณะของจุดข้ามแดน และความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและการลงทุนในประเทศเพื่อนบ้านนั้นเป็นปัจจัยกำหนดความต้องการทางสุขภาพของประชากรกลุ่มนี้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ทรัพยากรทางสุขภาพของประเทศปลายทาง

ทั้งนี้ ข้อมูลการใช้บริการสุขภาพและค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพของประชากรแต่ละกลุ่มสามารถสะท้อนแนวทางการจัดวางนโยบายประกันสุขภาพสำหรับประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชายแดนใน

ประเทศปลายทาง จากข้อมูลพบว่าประเทศไทยมีประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชาชนที่มีสัญชาติไทยก่อน แล้วขยายผลไปยังกลุ่มผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ และไปสู่กลุ่มชาวต่างชาติที่ข้ามพรมแดนมาเป็นแรงงานในที่สุด ประชากรกลุ่มเคลื่อนย้ายที่ต้องชำระค่าใช้จ่ายด้วยตนเองทั้งหมดโดยไม่ได้รับความคุ้มครองจากประกันสุขภาพ มีเพียงกลุ่มผู้ป่วยข้ามพรมแดน (Cross-border patients) เท่านั้น ข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการคุ้มครองทางสุขภาพของประเทศไทยนั้นยังมีสำหรับเฉพาะผู้ที่อาศัยหรือทำงานอยู่ในขอบเขตแผ่นดินไทย และมีหลักฐานยืนยันการมีอยู่ของตัวตนในพื้นที่ข้ามพรมแดนแก่รัฐ แต่ไม่มีระบบสุขภาพชายแดนใดที่ให้ความคุ้มครองแก่กลุ่มประชากรที่มีความเคลื่อนไหวมากที่สุด แม้จะเป็นภาพแทนหลักของผู้อยู่อาศัยในเขตพื้นที่อาณาบริเวณชายแดนก็ตาม ฉะนั้น การสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อขยายความคุ้มครองทางสุขภาพไปยังประชาชนทั้งสองฝั่งชายแดนน่าจะเป็นทางเลือกหนึ่งในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน และลดภาระค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาลในประเทศปลายทาง

อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มประชากรข้ามพรมแดนไม่ได้ก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายให้แก่สถานพยาบาลในประเทศปลายทางหากมาใช้บริการในระดับปฐมภูมิ แต่อาจก่อให้เกิดภาระหากมีความเจ็บป่วยที่รุนแรงและซับซ้อน ฉะนั้น ควรมีการศึกษาถึงภาระค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นในสถานพยาบาลระดับสูงขึ้นไปเช่นในโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ที่ตั้งอยู่ในเขตจังหวัดชายแดนด้วย

ในแง่ของความต้องการทางสุขภาพ พบว่า บริการอนามัยมารดาและการฉีดวัคซีนป้องกันโรคในเด็กเป็นบริการสุขภาพที่เป็นที่ต้องการอย่างมากในกลุ่มผู้ใช้บริการที่เป็นประชากรข้ามพรมแดน รวมถึงพื้นที่ชายแดนเป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงจากโรคติดต่อข้ามแดนที่เป็นโรคอุบัติซ้ำในปัจจุบัน เช่นการติดเชื้อเอชไอวี วัณโรค และไข้เลือดออก จึงควรมีการจัดหาหรือสร้างหน่วยบริการสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านเพื่อลดภาระงานของสถานพยาบาลในพื้นที่

สำหรับเงื่อนไขเชิงบริบทอันมีผลต่อรูปแบบการใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดนในอนาคตนั้น ปัจจุบันประเทศลาวกำลังมีการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานอย่างรวดเร็วจากการลงทุนข้ามชาติ ในขณะเดียวกันก็มีการพัฒนาระบบสาธารณสุขและการเข้าถึงบริการสุขภาพด้วยระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเช่นเดียวกับประเทศไทยตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2560 เป็นต้นมา การเติบโตของการลงทุนข้ามชาติ และธุรกิจการท่องเที่ยวในประเทศลาวในบริเวณที่ถูกพัฒนาเป็นเขตเศรษฐกิจพิเศษ โดยเฉพาะบ่อนคาสิโนคิงส์โรมันนั้นน่าจะส่งผลต่อวิถีชีวิตและสุขภาพของคนลาวในเมืองต้นฝั่ง การศึกษาผลกระทบจากบริบททางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และระบบสุขภาพของลาวที่มีต่อการข้ามพรมแดนมาใช้บริการสุขภาพในประเทศไทยจึงเป็นประเด็นที่น่าติดตาม

ความเคลื่อนไหวทางสังคม และอัตลักษณ์ ในบริบทพื้นที่ข้ามพรมแดนและแรงงานข้ามแดน

จากการศึกษาพบว่า ลักษณะการข้ามแดนการข้ามเขตแดนเข้ามาในพื้นที่ประเทศไทยของแรงงานข้ามชาติชาวลาว ในพื้นที่ ตำบลเวียง อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย และแรงงานข้ามชาติชาวพม่า ในพื้นที่ ตำบลเกาะช้าง อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย มีรูปแบบการเคลื่อนย้าย หลากหลายรูปแบบ แบ่งตามพาหนะที่ใช้ในการเดินทางและเส้นทางการเคลื่อนย้ายแรงงานได้ดังนี้

1. การข้ามแดน ณ ด้านตรวจคนเข้าเมือง ด้านตรวจคนเข้าเมืองเป็นด่านผ่านแดนถาวร ที่แรงงานลาว ข้ามแม่น้ำโขงมาประเทศไทย โดยเรือโดยสารข้ามฟาก ท่าเรือข้ามฟาก ตั้งอยู่หน้าสามเหลี่ยมทองคำ และหน้าอำเภอเชียงแสน สำหรับการข้ามแดนของแรงงานพม่า ณ จุดด่านตรวจคนเข้าเมืองเป็นด่านผ่านแดนถาวร คือทางรถยนต์ และการเดินข้ามมา บนถนนเชื่อมต่ออำเภอแม่สายและอำเภอท่าลี่หลัก ประเทศเมียนมา ด้านผ่านแดนถาวร จะเป็นด่านตรวจคนเข้าเมือง มีเจ้าหน้าที่ของรัฐก็จะมาตรวจความเรียบร้อยของคนข้ามฝั่งแม่น้ำโขงมาจาก

สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว และการข้ามฝั่งของชาวพม่าที่มาจากหลายแห่งในประเทศ เพื่อมุ่งข้ามมาทางรถยนต์ผ่านท่าขี้เหล็ก บุคคลที่ข้ามต้องมีเอกสารข้ามแดนที่ทำมาจากฝั่งแขวง/จังหวัด และผ่านการตรวจค้นมาจากเจ้าหน้าที่ของฝั่ง ลาว/พม่าครั้งหนึ่งแล้ว เมื่อผ่านการตรวจค้น กรณีที่ผ่านเข้ามาโดย พาสปอร์ต อยู่ได้ 30 วัน โดยไม่ต้องขอวีซ่า คนที่ข้ามเข้ามาส่วนหนึ่งจะดำเนินกิจกรรมที่ตนต้องการภายในพื้นที่ เช่น ซื้อสินค้า นำสินค้ามาขาย ไปรักษาพยาบาล เยี่ยมญาติร่วมกิจกรรมทางสังคมประเพณี และกลับไปยังประเทศต้นตอตน ยื่น บางส่วนก็จะเดินทางต่อไปยังพื้นที่อื่นๆ เช่นเดียวกับกลุ่มของ แรงงานข้ามชาติชาวลาวที่ชาวพม่า ที่มีวัตถุประสงค์จะเข้ามาทำงานในประเทศไทย ส่วนหนึ่งทำงานทำในจังหวัด อีกส่วนหนึ่งจะเดินทางต่อไปยังกรุงเทพฯ และจังหวัดอื่น ๆ

2. การข้ามมาโดยด่านผ่อนปรน พื้นที่ตำบลเกาะช้าง มีด่านผ่อนปรน ไทย-พม่า ซึ่ง มีแม่น้ำรวก ความกว้างประมาณ 15 เมตร ระหว่างบ้านปางห้า ฝั่งประเทศไทย และบ้านป่ากุก ฝั่งประเทศพม่า ประชาชนสองฝั่งไทย พม่า เดินทางด้วยเรือข้ามฟาก โดยสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.) และหน่วยงานของกรมทหารม้าที่ 2 (กม.2) เป็นผู้ดูแล ในการมีใบผ่านแดน (กรณีเป็นบุคคลที่อยู่ในพื้นที่ชายแดน จะพำนักได้ไม่เกิน 2 สัปดาห์ แต่ถ้าเป็นบุคคลนอกพื้นที่ชายแดน จะพำนักได้ไม่เกิน 1 สัปดาห์ โดยบุคคลที่ข้ามมาในด่านผ่อนปรน มักจะทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ค่าขาย มารักษาพยาบาล เยี่ยมญาติและร่วมงานประเพณีต่างๆ เป็นต้น

งานการศึกษานี้ พบว่า พื้นที่ทั้งสองแห่ง คือ ที่ด่านอำเภอเชียงแสน อันเป็นจุดที่แรงงานลาวเดินทางเข้ามา และอำเภอแม่สาย ที่แรงงานพม่าเดินทางเข้ามาทั้งที่เป็นด่านถาวร และด่านผ่อนผัน ข้ามมาทำงานในประเทศไทยต่างช่วงระยะเวลา พื้นที่ และวัตถุประสงค์ ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่มที่หลากหลาย แต่ในที่สุดเมื่อแรงงานชาวลาว และชาวพม่ามาอาศัยอยู่ในประเทศไทยแล้วก็เข้ามารับจ้างทำงานหาเลี้ยงชีพ แรงงานลาวในพื้นที่ชายแดน ส่วนใหญ่ความต้องการยังคงเป็น งานด้านบริการ เช่น ร้านนวด สถานบันเทิง พนักงานขาย หรือการรับจ้างตามฤดูกาล เพราะเศรษฐกิจฝั่งพรมแดนลาว เริ่มดีขึ้น โดยเฉพาะการมีบ่อนคาสิโนบริเวณสามเหลี่ยมทองคำ สำหรับแรงงานพม่าที่ทำงานในพื้นที่พรมแดน มักเป็นคนที่ไม่ค่อยย้ายมาจากจังหวัดอื่นๆ ที่พื้นที่เหล่านั้นยากจน มีปัญหาทางการเมือง เมื่อมาทำงาน พอได้เงินทองจำนวนหนึ่งก็จะกลับบ้านนำ เงินไปลงทุนดำเนินชีวิตที่บ้านเกิด แต่บางกลุ่มไม่กลับด้วยสาเหตุต่างๆ เช่น ไม่มีพื้นที่ที่อยู่อาศัย โดยเฉพาะแรงงานลาวในสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวที่ไม่มีเอกสาร บ่งบอกว่าเป็นคนลาว จึงไม่สามารถกลับไปได้ ซึ่งรวมทั้งครอบครัวลูกหลานที่เกิดในประเทศไทยอีกด้วย สำหรับชาวพม่าที่ทำงานในพื้นที่พรมแดน บางส่วนเข้ามาทำงานและอยู่ในประเทศไทยในหลายรุ่น ตั้งแต่รุ่นพ่อแม่จนถึงรุ่นลูกหลาน บุคคลเหล่านี้เป็นปัญหาต่อการจัดการต่างๆ มาก การดูแลจัดการตั้งแต่ในระดับชุมชนจึงมีความสำคัญ เพราะอยู่ใกล้ชิดและมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน

การศึกษานี้พบว่าแรงงานข้ามชาติมีวิธีการสร้างความสัมพันธ์ในระบบเครือญาติ (Kinship Systems) และความสัมพันธ์ในระบบอุปถัมภ์ (patron – client association) การทำให้พวกเขาเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน โดยการอนุญาตให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน โดยเฉพาะการเข้าร่วมกิจกรรมทางพุทธศาสนา เข้าร่วมกิจกรรมในงานประเพณี เข้าร่วมในพิธีกรรมบูชาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ในชุมชน เพราะมองว่าเป็นสิ่งที่มีความรู้ร่วมกัน การให้ยืมสิ่งของในวัดเพื่องานแต่งงาน เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาในชุมชน และมีการปรับตัวให้เข้ากับสังคมในชุมชน การเปิดพื้นที่ในการค้าขายระหว่างกัน การข้ามแดนมาเพื่อการศึกษา การเยี่ยมญาติ เป็นต้น แรงงานในพื้นที่พรมแดน ที่สำคัญอีกประการคือ การมาทำงานตามฤดูกาล เกือบเกี่ยว

ผลผลิตทางการเกษตร เช่น งานดำนา เกี่ยวข้าว ปลุกผัก ทำสวน ทำไร่ ฯลฯ จะเข้ามาทำงานเป็นวันๆ เข้ามาเย็นกลับหรือมาพักอาศัยอยู่ในพื้นที่ทุ่งนา ในสวน ในไร่ จนกว่างานจะเสร็จจึงข้ามกลับไป เขาเหล่านั้นเห็นว่ามาทำงาน เพียงระยะหนึ่งเท่านั้น อย่างมากก็ไม่เกินหนึ่งเดือน จึงไม่ทำใบขออนุญาต เพราะค่าธรรมเนียมในการ ดำเนินการมากไม่คุ้มกับค่าแรงที่ได้รับ นายจ้างส่วนใหญ่ก็ไม่พาแรงงานเหล่านี้ไปทำใบขออนุญาตทำงาน เมื่อเจ้าหน้าที่ไปตรวจก็บอกว่าไม่ได้จ้างเข้ามาช่วยกันลงแขกดำนา หรือเกี่ยวข้าวตามประสาชาวบ้านที่เคย ปฏิบัติกันมาเท่านั้น

จะเห็นได้ว่า พรหมแดนรัฐชาติเป็นตัวแบ่งแสดงให้เห็นว่ามีแรงงานข้ามชาติข้ามพรหมแดนมีมานาน แต่พรหมแดนทางเศรษฐกิจ และสังคมของคนในหมู่บ้านทั้งไทย-ลาว ไทย-พม่า ไม่ได้ขึ้นอยู่กับเส้นแบ่งพรหมแดนซึ่งกลุ่มคนสองฝั่งโขง แม่น้ำรวก ผ่านเส้นทางทางน้ำ และพื้นที่ข้ามแดนฝั่งแม่สายและท่าขี้เหล็กที่เดินทางทางเดินเท้าและรถยนต์ที่ด่านอำเภอแม่สาย ได้ติดต่อกันมาโดยตลอด เมื่อเขตแดนถูกแบ่งโดยชัดเจนก็อาศัยความเป็น เครือญาติในการช่วยเหลือเกื้อกูลในการรับจ้างทำงานหารายได้เลี้ยงชีวิต การเป็นเครือญาติกันในชุมชนสองฝั่งเป็นสิ่งที่เอื้อต่อการทำงาน หรือเป็นแรงงานข้ามชาติ คนทั้งสองฝั่งมีอัตลักษณ์ร่วมกัน โดยเฉพาะอัตลักษณ์ทางภาษา (ลาวและไทยใหญ่) และรากฐานด้านศาสนา ความเชื่อต่างๆ ซึ่งอาจชี้ได้ว่า ผู้คนในพื้นที่ชายแดนมีความหลากหลาย เลื่อนไหลปรับเปลี่ยนไปมา แต่ชายแดนซึ่งเป็นพื้นที่หรืออาณาเขตของรัฐชาติ ที่เน้นความแน่นอนตายตัว และอำนาจอธิปไตยอันมิอาจละเมิดได้ แม้ว่ารัฐจะมีบทบาทสำคัญในการกำหนดกฎเกณฑ์ต่างๆ รวมทั้งอัตลักษณ์ทางสังคม การเมืองของความเป็นชาติ ด้วยการนำเสนอสัญลักษณ์ต่างๆ มากมายในการกำหนดขอบเขต และควบคุมประชากรในพื้นที่เอาไว้ แต่ชายแดนก็ เป็นพื้นที่ซึ่งมีความหมายกำกวม ผู้คนตามแนวชายแดนมีอัตลักษณ์ที่หลากหลาย เลื่อนไหล เกื้อหนุน ยึดหยุ่น และในหลายๆ กรณีก็หลุดรอดจากการควบคุมของรัฐชาติ ในขณะเดียวกันก็พยายามหลีกเลี่ยงจากอำนาจในการถูกกำกับควบคุม และจัดวางโดยรัฐ (ยศ สันตสมบัติ, 2551: 59) พรหมแดนของรัฐชาติจึง มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อการแบ่งแยกและการเลื่อนไหลของอัตลักษณ์ทางชาติพันธุ์

จากความสัมพันธ์แบบเกื้อหนุน สู่บริบทการทำงานของทุนในพื้นที่ชายแดน: ความทุกข์ทางสังคมจากการถูกเอาเปรียบที่ไม่มีคนเห็น

พื้นที่พรหมแดนในการศึกษานี้เป็นพื้นที่ในชุมชน ที่อาจมีทั้งภาคเกษตรขนาดใหญ่ และโรงงานขนาดเล็กตั้งอยู่ กิจกรรมเหล่านี้ มาตรการทางกฎหมายอาจไม่สามารถเข้าถึงได้ การศึกษานี้พบว่าในโรงงานไฟแช็ก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแรงงานพม่าทำงานใหญ่ ให้ค่าแรงขั้นต่ำที่ไม่ตรงตามกฎหมายแรงงาน และเพื่อหลีกเลี่ยงกฎหมายแรงงานต่างๆ ก็จะให้แรงงานรับงานแบบจ้างเหมาเพื่อให้ทำงานรายชิ้น นอกจากนั้นยังพบว่า ในผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ การย้ายไปทำงานในพื้นที่ที่ไม่มีความเสี่ยงกับบุตรในครรภ์ทำได้ยาก เพราะการเปลี่ยนงานคือการเปลี่ยนอัตราค่าจ้าง ทำให้แรงงานพม่าหญิงต้องทนทำงานเพื่อมุ่งให้ได้ค่าแรงเท่าเดิม นอกจากนั้นเมื่อเจ็บป่วยและต้องการลาไปพบแพทย์ ต้องมีใบรับรองแพทย์กลับมายืนยันในโรงงานด้วย มิฉะนั้นจะถูกหักค่าแรงแม้จะออกไปหาหมอ ซึ่งมักจะถูกหักค่าแรง เพราะแรงงานพม่าบอกว่าไม่กล้าขอ และไม่รู้ว่าจะสื่อสารอย่างไรกับหมอเพื่อขอเอกสารดังกล่าว แรงงานบางรายเล่าว่า กรณีถ้าจ่ายเงินล่าช้า แรงงานก็ไม่กล้าที่จะทวง รอจนกว่านายจ้างจะมีเงินจ่าย

ในการจ้างงานภาคเกษตร เช่น ไร่ข้าวโพด การปลูก การฉีดยา การเก็บเกี่ยว ก็เช่นเดียวกัน แรงงานพม่าจะได้ค่าตอบแทนต่ำกว่าค่าแรงขั้นต่ำ คือเพียง 150-200 บาท และต้องทำงานตั้งแต่ 08.00 - 17.00 น. กลางแดด โดยที่แรงงานพม่าบอกว่าถ้าทำงานภาคเกษตรชอบจะเป็นการจ้างเหมามากกว่าจ้างรายวัน เพราะสามารถบริหารเวลาได้ โดยจะเริ่มทำงานตั้งแต่ตีห้าและหยุดพักช่วงแดดจัดได้ แรงงานอีก

กลุ่ม คือแรงงานที่ทำงานในโรงงานกระดาษขนาดเล็ก โดยบอกว่า ได้รายได้ขั้นต่ำ 200 บาท โดยที่เจ้าของโรงงานปลูกห้องแถวที่เป็นบ้านดินให้อยู่ฟรี โดยจ่ายค่าน้ำค่าไฟให้

นายทุนมีกลวิธีในการหลบหลีกปัญหาทางกฎหมาย โดยสั่งการให้แรงงานข้ามชาติแจ้งรัฐ ว่าได้ทำงานตามกรอบขอบเขตของกฎหมายเพื่อหลีกเลี่ยงการถูกตรวจสอบจากรัฐ แรงงานรายหนึ่งเล่าว่า “ เมื่อพวกเราไปทำบัตร เจ้าหน้าที่รัฐจะถามเราเรื่องค่าจ้าง ตอนนั้นเราต้องบอกว่า เราได้ 300 บาทต่อวัน ทำงานตั้งแต่ 08.00 - 17.00 น. เราไม่สามารถบอกความจริงต่อหน้าเจ้าหน้าที่ได้ เพราะหัวหน้างานสั่งไว้ให้บอกแบบนี้ เรากลัวหัวหน้างานและกลัวเสียงาน เราจำเป็นต้องโกหก”

ระบบทุนยังเอาเปรียบแรงงานกลุ่มนี้ในด้านการทำงานอย่างไม่มีวันหยุดหรือการตัดสวัสดิการที่จำเป็น เช่น การลาป่วยโดยได้รับค่าจ้าง การขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าว เป็นต้น แรงงานกลุ่มนี้จะถูกเงื่อนไขของสถานะทางกฎหมาย ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนแรงงานหรือบางคนขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวแล้วแต่ถูกนายจ้างยึดบัตรไว้ ทำให้พวกเขาไม่กล้าที่จะปฏิเสธหรือเรียกร้องสิทธิอื่นใด ต้องทำงานตามนายจ้างสั่งแบบไม่มีเงื่อนไข กรณีเช่นนี้แรงงานมีโอกาสดูกดขี่ ถูกละเมิดสิทธิมนุษยชนสูง และไม่มีโอกาสเข้ารับบริการทางการแพทย์ได้อย่างเหมาะสม

จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า เมื่อความสัมพันธ์ระหว่างแรงงานกับผู้จ้าง เข้าสู่กระบวนการผลิตขนาดใหญ่ ทุนมุ่งเน้นแสวงหากำไร โดยที่แรงงานข้ามแดนที่งานในพื้นที่ชายแดน ส่วนใหญ่จะตามๆ ญาติมา และทุกคนจะมีสภาพคล้ายๆกัน และเป็นผู้ที่ไม่มีทางเลือกมากในการทำงาน และถูกเอาเปรียบโดยที่ไม่รู้หรือไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ การจัดการภาครัฐในการกรณีแรงงานข้ามพรมแดน ก็ไม่สามารถเข้าถึงได้ เพราะระบบทุนก็จะมีวิธีการในการหลีกเลี่ยงประเด็นทางกฎหมาย สำหรับการทำงานในพื้นที่พรมแดนในมุมมองของแรงงาน เป็นพื้นที่ที่สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้ การได้อยู่กับญาติพี่น้อง เพื่อนๆที่คุ้นเคย แต่ถ้าไปอยู่ในเมืองรายได้อาจไม่พอค่าใช้จ่าย และ กลัวการถูกเอาเปรียบมากกว่านี้ แรงงานเหล่านี้ จึงอาจถูกเอารัดเอาเปรียบในรูปแบบต่างๆ โดยที่ไม่มีช่องทางในการต่อสู้เรียกร้องสิทธิให้ตัวเอง

การพัฒนาทางสังคมเศรษฐกิจและสังคมที่ไม่สมดุลในพื้นที่ชายแดน การกดขี่ทางการเมือง ความทุกข์เชิงโครงสร้างในประเทศต้นทาง แรงผลักดันสู่การเป็นแรงงานข้ามพรมแดน

การศึกษาพบว่า แรงงานข้ามชาติที่ข้ามมาทำงานฝั่งไทย โดยเฉพาะชาวพม่าทั้งหมดมาจากพื้นที่ที่ยากจน การมีหนี้สินจากการกู้หนี้ยืมสิน การไม่ได้เรียนหนังสือ และอีกกลุ่มคือกลุ่มที่ถูกกดขี่จากการเมืองในประเทศ หรือระบบทหาร ทำให้พื้นที่เหล่านั้นทั้งชุมชน มีการเป็นแรงงานย้ายถิ่นเป็นจำนวนมาก การย้ายถิ่นมาทำงานในประเทศไทย เป็นการย้ายมาหลายรุ่นแล้ว และมีการแนะนำติดต่อกันมารุ่นแล้วรุ่นแล้ว โดยทั้งหมดมองว่า การมาทำงานที่ประเทศไทย ทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ดีขึ้น มีเงินส่งไปยังพ่อแม่เพื่อการใช้จ่ายปลูกบ้าน และส่งลูกเรียน ซึ่งหากอยู่ในพื้นที่ของตนก็จะทำอะไรทำนา แต่จะไม่มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นเช่นการเป็นแรงงานข้ามชาติเช่นนี้ การศึกษาวิจัยของอรัญญา ศิริผล (2554 : 64-66) ชี้ว่าสาเหตุสำคัญที่แรงงานข้ามชาติชาวลาวจำนวนมากต้องเดินทางข้ามพรมแดนเข้ามาหาทำงานในประเทศไทยนั้นมาจากการพัฒนาเศรษฐกิจที่ไม่สมดุลระหว่างสองฟากฝั่งในประเทศลาว คนมีรายได้ไม่เพียงพอ สถานะทางเศรษฐกิจยากจน และปรารถนาจะมีรายได้เพิ่มขึ้นเพื่อมาใช้จ่ายในครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่จะมีอาชีพเกษตรกรทำการเกษตรแบบยังชีพ การหางานทำในประเทศมีน้อย หากมีก็พบปัญหาค่าแรงงานต่ำ สวัสดิการจ้างงานไม่ดีพอจึงข้ามแดนเข้ามา หางานทำในเมืองไทยซึ่งมีรายได้ในการจ้างแรงงานสูงกว่า นอกจากนั้น การเกิดขึ้นของอนุภูมิภาคกลุ่มน้ำโขงที่ประเทศไทยเข้าไปเกี่ยวข้องอย่างเต็มตัว และสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศลุ่มน้ำโขงได้นำไปสู่การพัฒนาเครือข่าย ระบบคมนาคมขนส่ง และสาธารณูปโภคต่างๆ ทำให้การเดินทางภายในประเทศและระหว่างประเทศที่มีชายแดน ติดต่อกัน ทำได้สะดวกรวดเร็วขึ้น ประการสุดท้าย

การที่ภาพลักษณ์ของเมืองไทยในฐานะประเทศที่พัฒนาอย่างรวดเร็ว มีความทันสมัยและความเจริญผ่านช่องทางต่างๆ ส่งผลให้คนลาวเดินทางข้ามแดนมาทำงานในประเทศไทยมากขึ้น

จากสาเหตุเหล่านี้เป็นแรงจูงใจให้ชาวพม่า ชาวลาว โดยเฉพาะคนหนุ่มสาวจำนวนมาก เข้ามาทำงานเพื่อมีรายได้ และปรารถนาที่จะใช้ชีวิตอยู่ในสังคมที่มีความทันสมัย นอกจากนี้การแสวงหาแรงงานข้ามชาติของกลุ่มนายจ้างหรือผู้ประกอบการในประเทศไทยยังมีส่วนกระตุ้นให้เกิดการไหลบ่าเข้ามาของแรงงานข้ามชาติ ทั้งที่ถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมาย แม้ว่าบางคนต้องเสี่ยงอย่างมากในการเข้ามาทำงานอย่างผิดกฎหมาย แต่แรงงานเหล่านั้นก็เชื่อว่า ความเสี่ยงดังกล่าวคุ้มค่าเพื่อการดำรงอยู่ของชีวิตและสถานะของครอบครัวที่ดีขึ้น

ชีวิตการเป็นแรงงานข้ามแดนได้มาซึ่งเงินทองอันเกิดจากการทำงานหนัก บางรายมาทำงานทั้งสามีและภรรยา แต่ต้องแลกด้วยการที่ไม่สามารถเลี้ยงดูลูกของตนได้ เพราะต้องใช้เวลาทั้งหมดในการทำงาน ไม่มีเวลาในการเลี้ยงลูก พวกเขาเล่าว่าคิดถึงลูก แต่ไม่มีโอกาสได้เลี้ยงดูอบรมสั่งสอน คิดถึงพ่อแม่ ที่ไม่ได้ไปดูแลยามแก่เฒ่า เพราะต้องการหาเงินเพื่อส่งเงินไปให้พวกเขาไปหาหมอ การศึกษานี้พบว่าพี่น้องทั้งครอบครัวย้ายข้ามแดนเพื่อมาทำงานเป็นแรงงานในประเทศไทย โดยทิ้งให้พ่อแม่อยู่ที่ประเทศเมียนมาโดยลำพัง แรงงานพม่าที่ศึกษาบอกว่าจะทำงานจนกว่าจะหาเงินได้มาก หรือจนกว่าจะทำไม่ไหว หรืออายุมาก เพราะการมีอายุและการที่เราทำงานไม่ไหว เราจะอยู่ในประเทศไทยได้อย่างไร

ขณะที่ประเทศไทยดำเนินการพัฒนาเศรษฐกิจ การเมือง ก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็วเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศเพื่อนบ้าน ลักษณะการพัฒนาเศรษฐกิจสองฝั่งไม่สอดคล้องกัน ร่วมกับเหตุผลทางการเมืองด้วยคนจำนวนมากประสบปัญหาความยากจน จึงพยายามหาโอกาสข้ามแดนเข้ามาในประเทศไทยเพื่อหางานทำ ซึ่งสอดคล้องกับในสถานการณ์ที่ฝั่งไทยมีการพัฒนาทางเศรษฐกิจที่กำลังขยายตัวมากกว่า นายจ้างคนไทยมีความต้องการแรงงานราคาถูกมาตอบสนองต้นทุนการผลิตของตนเอง เพื่อให้ได้กำไรมากขึ้น โดยเฉพาะช่วงหลังวิกฤตทางเศรษฐกิจการเมืองในปี พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา แรงงานข้ามชาติเหล่านี้ข้ามพรมแดนมาในลักษณะต่างๆ มีรูปแบบการเคลื่อนย้ายแรงงาน ที่หลากหลาย มีเครือข่ายแรงงานข้ามชาติช่วยให้แรงงานเหล่านี้ได้เข้ามาทำงานในภาคเกษตรตามฤดูกาล แรงงานภาคอุตสาหกรรม แรงงานภาคบริการ การค้าขาย และลูกจ้างอื่นๆ เข้ามาทำงานในสถานที่ต่างๆ ในชุมชน แม้สำนักงานแรงงานจังหวัดซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐจะควบคุมดูแลแรงงานให้ปฏิบัติตามกฎระเบียบของรัฐก็ตาม ด้วยเหตุปัจจัยและบริบทแวดล้อมต่างๆ อันเป็นข้อจำกัดที่แรงงานส่วนหนึ่ง ไม่อาจปฏิบัติตามได้ จึงเกิดการลักลอบปฏิบัติการอันขัดต่อระเบียบกฎหมายของรัฐ แต่เพื่อเอื้อประโยชน์ต่อชุมชนและผู้ประกอบการที่ต้องอาศัยแรงงานเหล่านี้ ชุมชนแต่ละชุมชนจึงมีระเบียบ กฎเกณฑ์การจัดการภายในของชุมชนที่ควบคุมดูแล และจัดการแรงงานข้ามชาติให้ทำงานอยู่ในชุมชนและ ดำเนินชีวิตร่วมกับผู้คนในชุมชนได้ ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญประการหนึ่งของชุมชนดังที่กิตติศักดิ์ ปรกติ (2550: 199) กล่าวว่าชุมชนจะต้องมีระเบียบข้อบังคับที่แน่นอน มีแบบแผนในการติดต่อสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์โต้ตอบระหว่างกัน มีผู้ทำหน้าที่จัดการหรือมีวิธีการจัดการร่วมกันอย่างใดอย่างหนึ่ง ในนามของชุมชน ซึ่งสามารถแสดงออกให้เป็นที่รับรู้แก่สาธารณชนได้ ปัญหาการจัดการแรงงานข้ามชาติได้รับความสนใจตลอดมา ดังเช่นสุรพงษ์ กองจันทึก (2554) ได้ศึกษาการแก้ไขปัญหาแรงงานข้ามชาติควรเป็นอย่างไร โดยเสนอว่าสถานการณ์ปัญหาแรงงานข้ามชาติมี 4 ประเด็นใหญ่ๆ สรุปได้ดังนี้ ปัญหาในกระบวนการจดทะเบียนเพื่อขออนุญาตทำงานของแรงงานข้ามชาติ กระบวนการจ้างงานและสวัสดิการ กระบวนการคุ้มครองสิทธิ นโยบายและกระบวนการพิสูจน์ สัญชาติของแรงงานข้ามชาติ และได้สรุปแนวทางแก้ไขไว้สองทางคือ การส่งเสริมให้ประเทศใกล้เคียง ประเทศไทยเหล่านั้นมีสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นเพื่อที่จะได้ไม่เข้ามาทำงานในดินแดนอื่น เป็นการป้องกัน การลักลอบเข้ามาเป็นแรงงานผิดกฎหมายอีกด้วย

และที่สำคัญที่สุดคือ ผู้ประกอบการทั้งหลายต้องปฏิบัติ ตามกฎหมายดูแลแรงงานอย่างดีตามที่กฎหมายกำหนด

ความทุกข์จากอำนาจรัฐ : ขึ้นทะเบียนบัตรต่างด้าว ประโยชน์ของใคร

แรงงานที่ทำงานในพื้นที่พรมแดนที่ศึกษาบอกเล่าถึงปัญหาการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าว โดยต้องจ่ายให้กับนายหน้า ในการพาไปขึ้นทะเบียน เพราะข้อจำกัดด้านภาษา การไม่รู้ขั้นตอน และความกลัว นางคาย แรงงานจากประเทศพม่า เธอเล่าว่า “เมื่อฉันมางานที่นี่ ฉันต้องจ่าย 13,000 บาท ได้บัตรสีม่วง ระยะเวลา 2 ปี หลังสองปี บัตรสีม่วงใช้ไม่ได้ต่อ ทำบัตรชมพูและจ่ายเงินอีก แต่ฉันจำไม่ได้ว่าจ่ายไปเท่าไร ตอนนี้ต้องทำบัตรสีเขียวอีก และจ่าย 1,610 บาท โดยเอาบัตรสีชมพูไป ในเดือนนี้ฉันได้รับแจ้งว่าต้องทำบัตรอีก และต้องจ่าย 2,980 บาท และจะให้บัตรสีชมพูอันเก่ากลับมาอีก ทุกคนเจอปัญหาแบบนี้ เวลาเราไปก็ต้องไปรอเป็นเวลานาน ถ้าเราต้องทำบัตรบ่อยๆ แบบนี้ เราจะจ่ายเงินได้ไหวหรือไม่ เราจะมีชีวิตอยู่อย่างไร เพราะรายได้ที่เราทำงานจำนวนมากไปอยู่ที่การทำบัตรแรงงาน มันเหมือนกับว่าเราทำงานที่นี่แต่เราเก็บเงินไม่ได้ สามีนฉันไม่มีผู้ประกอบการเซ็นให้ เพราะทำงานอิสระ เราต้องไปจ้างคนมาเซ็นเพื่อเป็นผู้ประกอบการ ซึ่งการจ้างจะเสียค่าจ้างให้นายหน้าในการจัดการอีก 10,000 บาท ดังนั้นเขาจึงต้องจ่ายเงินค่าทำบัตรมากกว่าฉัน พวกเราสับสนกับระบบการทำบัตร และไม่มีความสุขเลยกับระบบ รัฐบาลไทยเปลี่ยนกระบวนการทำบัตรสามครั้งในรอบสองปีนี้ แต่พวกเราต้องเป็นคนเสียเงิน

จากข้อมูลจะเห็นว่า แรงงานพม่าต้องผ่านนายหน้าในกระบวนการทำบัตร และต้องจ่ายเป็นจำนวนมาก เมื่อเทียบกับรายได้ที่เขาได้รับ ข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจนในการทำความเข้าใจเรื่องบัตร ควรทำเป็นภาษาพม่า และควรมีเครือข่ายด้านสวัสดิการแรงงานข้ามแดน สร้างความเข้าใจเรื่องกระบวนการขึ้นตอนการทำบัตร เพื่อหลีกเลี่ยงการถูกเอารัดเอาเปรียบจากระบบดังกล่าว

ข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นว่าพื้นที่พรมแดนจากเดิมเป็นพื้นที่ทางสังคมวัฒนธรรม ผ่อนปรนด้านแรงงาน แต่เมื่อรัฐเข้ามาจัดระเบียบ ควบคุมจัดระเบียบการย้ายของผู้คน วัตถุ และสินค้า แต่ระบบความสัมพันธ์ดั้งเดิมยังมีอยู่ พรมแดน จึงเป็นพื้นที่แห่งความกำกวม ชัดเจน และเป็นพื้นที่ปะทะประสานระหว่างอำนาจรัฐ ท้องถิ่น และโลก บนพื้นที่ เนื้อตัวของแรงงานข้ามพรมแดน

การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขของรัฐของแรงงานข้ามแดน ความทุกข์จากนโยบายและระบบบริการสาธารณสุข

การศึกษานี้พบว่าแม้ว่าแรงงานจะมีบัตรประกันสังคมจากการมีบัตรแรงงานต่างด้าว แต่ส่วนใหญ่ นิยมซื้อยากินเองในร้านขายยาและไปรักษาที่คลินิก เพราะเลือกเวลาได้และยังสามารถไปทำกิจกรรมอื่นๆ พร้อมกันไปด้วยในตัวอำเภอ แรงงานจำนวนมากบอกว่าตนไม่ค่อยเจ็บป่วยจึงไม่ค่อยได้ไปใช้บริการ บางส่วนยอมทนกับความเจ็บป่วย เพราะต้องการรายได้จากการทำงาน ดังคำกล่าวของมีมี แรงงานชาวพม่า ที่ว่า “ถ้าฉันป่วย ฉันจะไม่ลา เพราะฉันต้องการเงิน ไม่ต้องการเสียงาน ฉันคิดว่านี้คือการตัดสินใจของฉันที่จะทำงาน ฉันยอมรับผลที่ตามมา ฉันเพียงมุ่งทำงานและต้องลืมความเจ็บป่วยของฉัน”

การถูกนายจ้างยึดบัตรต่างด้าวเพื่อป้องกันไม่ให้แรงงานเหล่านี้เปลี่ยนงานหรือหลบหนี ส่งผลให้เมื่อแรงงานข้ามชาติเกิดการเจ็บป่วยก็จะไม่สามารถไปใช้บริการตามสิทธิรักษาได้ การถูกรีดไถเงิน ถูกจับกุมระหว่างเดินทางไปโรงพยาบาล ทำให้แรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่หากเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย มักจะหาซื้อยากินเอง หรือไปรักษาที่คลินิกใกล้ๆ ที่พักแทน เป็นการจำกัดโอกาสและทางเลือกในการเข้ารับบริการ

อุปสรรคในการสื่อสารเนื่องจากไม่สามารถพูดหรืออ่านภาษาไทยได้ แรงงานข้ามชาติจากพม่าจะมาจากหลากหลายชาติพันธุ์ ภาษาที่ใช้ในการพูดและเขียนจะมีความแตกต่างกัน บางรายไม่สามารถสื่อสาร

สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ส่งผลให้แรงงานเหล่านี้เมื่อเข้ารับการรักษาจะมีอุปสรรคในการสื่อสาร ไม่เข้าใจเวลา เจ้าหน้าที่อธิบายเกี่ยวกับโรค การรักษา การป้องกัน และการกินยา แม้ว่าปัจจุบันโรงพยาบาลจะมีการจ้างล่ามต่างด้าวเข้ามาทำงาน แต่ยังพบว่ามีความไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในระดับสถานีนอนมัยจึงทำให้แรงงานข้ามไปรักษาที่คลินิก

สิทธิด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ เป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน เป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องได้รับ แต่แรงงานข้ามชาติจากประเทศพม่ามักประสบปัญหาในเรื่องของสถานภาพทางกฎหมาย ไม่มีโอกาสได้รับรู้และเข้าใจในสิทธิของตนตามที่กฎหมายกำหนดไว้ ปัญหาด้านการสื่อสาร การทำความเข้าใจระหว่างเจ้าหน้าที่รัฐและนายจ้าง ทำให้การเข้าถึงและเข้าใจในสิทธิด้านสุขภาพของตัวแรงงานไม่ได้ได้รับการคุ้มครองเท่าที่ควร แรงงานส่วนใหญ่ไม่เข้าใจสิทธิประโยชน์ของบัตรประกันสุขภาพ และสิทธิประกันสังคม ของแรงงานต่างด้าว ทำให้พวกเขาไม่กล้าที่จะไปใช้บริการที่โรงพยาบาล เนื่องจากกลัวเสียค่าใช้จ่ายมาก ไม่มั่นใจว่าบัตรประกันสุขภาพจะใช้สิทธิได้หรือไม่

การฟื้นฟูสุขภาพ การเยี่ยมบ้าน ในกลุ่มแรงงานต่างด้าวจะไม่ครอบคลุมในระบบบริการสุขภาพของรัฐไทย เนื่องจากครอบคลุมเฉพาะคนไทย ทำให้แรงงานต่างด้าวที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือต่างด้าวที่เป็นผู้สูงอายุ จะถูกละเลยในระบบ สำหรับการควบคุมป้องกันโรคในชุมชน รัฐไทยจะให้ความสำคัญ และได้ครอบคลุมไปที่แรงงานต่างด้าว เช่นการฉีดพ่นยาเพื่อป้องกันไข้เลือดออก เป็นต้น

การดูแลสุขภาพตนเองกับวัฒนธรรมสุขภาพในพื้นที่พรมแดนของแรงงานข้ามแดน

การดูแลสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในพื้นที่พรมแดน สะท้อนให้เห็นความเข้มข้นของวัฒนธรรมสุขภาพที่แรงงานยังคงมีการใช้ ทั้งเรื่อง สมุนไพรในรูปของพืชที่มีการปลูกรอบๆ ที่พัก สมุนไพรแห้งที่มีการเก็บไว้ในครัวเรือน สมุนไพรสำเร็จรูปที่เป็นสินค้าจากประเทศพม่า ยาแผนปัจจุบันที่นำเข้าจากประเทศพม่า ที่ซื้อจากร้านขายยาพม่าในพื้นที่ชายแดน แรงงานพม่า ยังคงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยใช้ยารักษาตนเอง บนพื้นฐานของความรู้ที่ตนมีอยู่ดั้งเดิมและมีความรู้ที่มั่นใจ การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในสุขภาพของแม่และเด็ก ยังคงเห็นการปฏิบัติด้านสุขภาพ ความเชื่อเรื่องผี สิ่งนอกเหนือธรรมชาติ การบูชาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เพื่อให้เกิดความอยู่ดีมีสุข ยังคงพบเห็นในวิถีปฏิบัติของแรงงานในพื้นที่พรมแดน แม้จะมาอยู่ในประเทศไทย

ข้อมูลเหล่านี้ชี้ชัดว่าวัฒนธรรมสุขภาพที่เป็นชุดความรู้ที่ติดตัวคนข้ามแดนมา เป็นสิ่งสำคัญที่อาจเป็นจุดแข็งในการดูแลสุขภาพตนเอง ในบริบทพื้นที่สิ่งแวดล้อมที่เอื้อ เช่น การมีพื้นที่ที่ปลูกได้ พื้นที่พรมแดนที่เป็นพื้นที่ที่อุดมด้วยสินค้าและบริการสุขภาพที่หลากหลาย เปิดทางเลือกหลายทางให้กับแรงงานข้ามแดน ความรู้เหล่านี้อาจถูกถ่ายทอดผ่านเครือข่ายชุมชนที่ตนอาศัยอยู่ และการใช้มือถือในการสอบถามความรู้จากพ่อแม่ในประเทศของตน หรือรวมทั้งใช้มือถือในการหาข้อมูลความรู้ด้วยตนเอง ระบบบริการภาครัฐไทย อาจนำเอาจุดแข็งเหล่านี้เข้ามาในการดูแลแบบปฐมนุรักษ์ หรือระบบประกัน โดยชุดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ วัฒนธรรมสุขภาพที่เป็นการผสมผสานของทั้งสองฝั่งอาจเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่แรงงานในพื้นที่พรมแดนในอนาคตต่อไป

บรรณานุกรม

- กลุ่มพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศ. (2557). แนวทางการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดน เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ปีงบประมาณ 2557. สำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
- ชนิษฐา ภูสีมุงคุณ. (2559). รายงานการเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์และการบริหารกองทุนของแรงงานข้ามชาติในระบบประกันสังคม และกองทุนผู้ประกันตนคนต่างด้าว (ฉบับร่าง). Retrieved from: https://www.hfocus.org/sites/default/files/files_upload/siththipraoynchaerngngaankhaamchaati_ephyaephra_0.pdf. on November 12, 2018.
- ณัฏฐา หริตวร และชนินทรนันท์ สุขเกษม. (2561). สุขภาพชายแดน: การข้ามพรมแดนเพื่อมารับบริการสุขภาพในประเทศไทยของผู้ป่วยจากประเทศเมียนมาร์ ลาวและกัมพูชา. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. (2555). การใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยชาวลาวในประเทศไทย:กรณีศึกษาผลกระทบต่อโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทย. นนทบุรี:สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. (2556). การศึกษาสถานการณ์การให้บริการสุขภาพกับชาวกัมพูชาที่ชายแดนไทย-กัมพูชา: กรณีศึกษาจังหวัดสระแก้วจันทบุรีและตราด. นนทบุรี:สถาบันวิจัย ระบบสาธารณสุข
- อริยญา ศิริผล. (2554). ในความทุกข์ทนข้ามพรมแดน: บทสะท้อนจากผู้ติดเชื้อชายแดน ไทย-ลาว. ศูนย์วิจัย และบริการวิชาการ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- Bureau of Policy and Strategy. (2011). Border Health Development Master Plan 2012-2016. Ministry of Public Health, Thailand.
- Bustamante, A. V. (2014). Globalization and Medical Tourism: The North American Experience; Comment on “ Patient Mobility in the Global Marketplace: A Multidisciplinary Perspective”. *International journal of health policy and management*, 3 (1), 47-49.
- Bustamante, A. V., Ojeda, G., & Castañeda, X. (2008). Willingness to pay for cross-border health insurance between the United States and Mexico. *Health Affairs*, 27(1), 169-178.
- De Neve, J. W. (2010). Intra-European medical travel remains minor: a commentary in response to ‘Hermesse J, Lewalle H, Palm W. Patient mobility within the European Union. *Eur J of Public Health*. 1997’. *The European Journal of Public Health*, 20(3), 249-250.
- Carrasco, L. (2008). Living on the margins: Illness and Healthcare among Peruvian Migrants in Chile. Leiden: Department of Public Health and Primary Care, Leiden University Medical Centre.
- Darwin, M. and A. Waittie. (2006). Introduction. Living on the edges: cross-border mobility and sexual exploitation in the greater Southeast Asia sub-region. T. Blair. Salaya, Center for Population and Policy Studies

- Farmer, P. (1996, Winter). On Suffering and Structural Violence: A View from Below. *Daedalus*, 125 (1): pp. 261-283.
- Farmer, P. (2005). *Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor*. London: University of California Press, Ltd. pp.179-195.
- Forbes (2009) “ E. U. Moves Ahead with Medical Mobility Law” , Jul 2009, Forbes <http://www.forbes.com/2009/04/06/european-parliament-votes-business-oxford-analytica.html>
- Glinos, I. A., & Baeten, R. (2006). A literature review of cross-border patient mobility in the European Union. *Observatoire social europeen, asbl*, 114.
- Glinos, I. A., Baeten, R., Helble, M., & Maarse, H. (2010). A typology of cross-border patient mobility. *Health & place*, 16 (6), 1145-1155. Rosenmöller M, McKee M, Baeten R. Europe for Patients Project. European Observatory on Health Systems and Policies. 2006. Patient Mobility in the European Union: Learning From Experience.
- Hermesse, J., Lewalle, H., & Palm, W. (1997). Patient mobility within the European Union. *The European Journal of Public Health*, 7 (suppl 3), 4-10.
- Helble, M. (2011). The movement of patients across borders: challenges and opportunities for public health. *Bulletin of the World Health Organization*, 89(1), 68-72.
- Hjelm et al. (1999). ‘Beliefs about health and illness essential for self-care practice: a comparison of migrant Yugoslavian and Swedish diabetic females’, in *Journal of Advanced Nursing*, 30(5): pp.1147–1159
- HIRSO. (2012). *Health Care Services Used by Lao Patients in Thailand: The Impact on Thai Public Hospitals*. Health Insurance System Research Office, Health System Research Institute. Thailand. [Thai print]
- HIRSO. (2014). *Health Care Services Used by Cambodian Patients in Thailand: The Impact on Thai Public Hospitals*. Health Insurance System Research Office, Health System Research Institute. Thailand. [Thai print]
- Holmes, S. M. (2013). ‘“Is it worth risking your life?”: Ethnography, risk and death on the U.S. eMexico border’, in *Social Science & Medicine* 99. pp.153-161.
- Kleinman, A., Das, V., & Lock, M. (eds.). (1997). *Social Suffering*. Berkeley : University California Press, 1997.
- Laugesen, M. J., & Vargas-Bustamante, A. (2010). A patient mobility framework that travels: European and United States–Mexican comparisons. *Health policy*, 97 (2), 225-231.
- Low et al. (2015). ‘Migrant Workers in Asia Pacific and Their Rights to Health’, in *Asia-Pacific Journal of Public Health* 2015, 27 (6): pp.584–587
- Singer, M. & Bear, H. (2007). *Introducing Medical Anthropology: A Discipline in Action*. Plymouth, UK: Altamira Press.

- Mainil, T. (2012). Transnational Health Care and Medical Tourism: Understanding 21st-century Patient Mobility Towards a Rationale of Transnational Health Region Development. NRIT Media, Nieuwegien
- Miller-Thayer, J. (2010). Health migration: crossing borders for affordable health care. Field Actions Science Reports. The journal of field actions, (Special Issue 2). Meemon, N. (2013). Transnational patient mobility: Lessons learned from the European Union and implications to Thailand's cross-border health care. Health Social Sciences International Conference Proceedings. August 19-20, 2013 at S.D. Avenue, Bangkok, Thailand.
- Meemon, N., Paek, S. C., Keetawattananon, W., Khaing, P., Htet S. & Srimanee, C. (2016). Cross-border Utilization of Health Care Services by Myanmar Residents Living around Mae Sai – Tachileik Economic Zone: A Full Research Report. The International Trade and Health Program (ITH). Grant number IHPF-TOR 59-10.2.
- Sarutiyapithorn, N. , Wisawanart, N. , Saowaneejitak, M. , Kusakunniran, W. , & Thongkanchorn, K. (2015). Electronic health information standard based on CDA for Thai medical system: Focused on medical procedures in medium-sized hospitals (HOSxP). In *Computer Science and Software Engineering (. JCSSE), 2015 12th International Joint Conference on Computer Science and Software Engineering*.
- Suphanchaimat R, Kantamaturapoj K, Pudpong N, Putthasri W, Mills A. Health insurance for people with citizenship problems in Thailand: a case study of policy implementation. *Health Policy Plan* 2016; 31: 229–38
- The House of Lords European Union Committee (2009). 'Healthcare across EU borders: a safe framework'. London: The Stationery Office Limited
- Thiangtrong, P., & Bouphan, P. Factors affecting the utilization of the java health centre information system (JHCIS) by the primary care units staffs at Nongkhai province. *Asia-Pacific Journal of Science and Technology*, 16 (5), 540-550.
- Keetawattananon, W., Meemon, N., Paek, S., & Marohabutr, T. (2016). Illness and healthcare-seeking behavior among Cambodian transnational workers in Chong Chom Border Market, Surin Province, Thailand. *Research and Development Journal Suan Sunandha Rajabhat University*. 8 (2), 96-109.
- Wismar, M., Palm, W., Figueras, J., Ernst, K., & Ginneken, E. V. (2011). Cross-border health care in the European Union: mapping and analysing practices and policies. Cross-border health care in the European Union: mapping and analysing practices and policies.

ภาคผนวก ก

ตารางผนวกที่ ก-1 ความเจ็บป่วย 5 อันดับแรกของผู้มาใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแม่สาย จำแนกตามรหัสการวินิจฉัยโรค ICD10

Year		Thai	Non-Thai	Stateless
2556	1	Other specified surgical follow-up care (Z488; 16.7%)	Other specified surgical follow-up care (Z488; 15.7%)	Other specified surgical follow-up care (Z488; 19.3%)
	2	Caries of dentine (K021; 4.2%)	Need for immunization against viral hepatitis (Z246; 9.7%)	Functional dyspepsia (K30; 2.6%)
	3	Functional dyspepsia (K30; 2.7%)	Supervision of normal first pregnancy (Z340; 5.2%)	Caries of dentine (K021; 3.4%)
	4	Dizziness and giddiness (R42; 2.0%)	Need for immunization against arthropod-borne viral encephalitis (Z241; 5.0%)	Unspecified human immunodeficiency virus (HIV) disease (B24; 3.0%)
	5	Initial pulpitis [hyperemia] (K040; 1.9%)	Need for immunization against diphtheria-tetanus-pertussis combined [DTP] (Z271; 3.0%)	Gynaecological examination (general) (routine) (Z014; 2.9%)
2557	1	Other specified surgical follow-up care (Z488; 16.2%)	Other specified surgical follow-up care (Z488; 17.7%)	Other specified surgical follow-up care (Z488; 16.1%)
	2	Caries of dentine (K021; 3.6%)	Need for immunization against viral hepatitis (Z246; 9.7%)	Unspecified human immunodeficiency virus (HIV) disease (B24; 4.9%)
	3	Functional dyspepsia (K30; 2.6%)	Need for immunization against arthropod-borne viral encephalitis (Z241; 5.8%)	Functional dyspepsia (K30; 3.2%)
	4	Muscle strain (M626; 2.2%)	Supervision of normal first pregnancy (Z340; 5.5%)	Caries of dentine (K021; 3.0%)
	5	Dizziness and giddiness (R42; 2.0%)	Need for immunization against diphtheria-tetanus-pertussis combined [DTP] (Z271; 3.8%)	Type 2 Diabetes mellitus without complications (E119; 2.9%)
2558	1	Other specified surgical follow-up care (Z488; %)	Other specified surgical follow-up care (Z488; 14.2%)	Other specified surgical follow-up care (Z488; 15.1%)
	2	Type 2 Diabetes mellitus without complications (E119; 2.9%)	Need for immunization against viral hepatitis (Z246; 8.2%)	Type 2 Diabetes mellitus without complications (E119; 5.3%)
	3	Essential (primary) hypertension (I10; 3.6%)	Need for immunization against arthropod-borne viral encephalitis (Z241; 5.7%)	Essential (primary) hypertension (I10; 5.2%)

Year		Thai	Non-Thai	Stateless
	4	Caries of dentine (K021;3.6%)	Type 2 Diabetes mellitus without complications (E119; 3.3%)	Unspecified human immunodeficiency virus (HIV) disease (B24; 3.6%)
	5	Functional dyspepsia (K30;2.4%)	Essential (primary) hypertension (I10; 2.8%)	Functional dyspepsia (K30; 3.0%)
2559	1	Other specified surgical follow-up care (Z488; 10.0%)	Other specified surgical follow-up care (Z488; 12.4%)	Other specified surgical follow-up care (Z488; 10.4%)
	2	Essential (primary) hypertension (I10; 7.9%)	Type 2 Diabetes mellitus without complications (E119; 7.3%)	Essential (primary) hypertension (I10; 9.3%)
	3	Type 2 Diabetes mellitus without complications (E119; 5.3%)	Need for immunization against viral hepatitis (Z246; 7.2%)	Type 2 Diabetes mellitus without complications (E119; 9.0%)
	4	Caries of dentine (K021; 3.1%)	Essential (primary) hypertension (I10; 5.3%)	Type 2 Diabetes mellitus renal complications (E112; 4.7%)
	5	Chronic kidney disease, stage 5 (N185; 2.5%)	Need for immunization against arthropod-borne viral encephalitis (Z241; 4.8%)	Unspecified human immunodeficiency virus (HIV) disease (B24; 3.3%)
2560	1	Need for immunization against influenza (Z251; 8.9%)	Type 2 diabetes mellitus without complications (E119; 8.0%)	Essential (primary) hypertension (I10; 10.5%)
	2	Type 2 diabetes mellitus without complications (E119; 7.4%)	Other specified surgical follow-up care (Z488; 7.0%)	Type 2 diabetes mellitus without complications (E119; 8.8%)
	3	Other specified surgical follow-up care (Z488; 5.3%)	Essential (primary) hypertension (I10; 6.6%)	Other specified surgical follow-up care (Z488; 7.5%)
	4	Chronic kidney disease, stage 5 (N185; 5.0%)	Need for immunization against viral hepatitis (Z246; 5.7%)	Attention to surgical dressing and sutures (Z480; 3.4%)
	5	Attention to surgical dressings and sutures (Z480; 2.4%)	Need for immunization against measles-mumps-rubella [MMR] (Z274; 4.2%)	Supervision of other normal pregnancy (Z348; 2.5%)
2561	1	Essential (primary) hypertension (I10; 8.5%)	Other specified surgical follow-up care (Z488; 9.0%)	Other specified surgical follow-up care (Z488; 13.6%)

Year		Thai	Non-Thai	Stateless
	2	Type 2 diabetes mellitus without complications (E119; 7.5%)	Type 2 diabetes mellitus without complications (E119; 7.7%)	Essential (primary) hypertension (I10; 10.4%)
	3	Chronic kidney disease, stage 5 (N185; 7.0%)	Essential (primary) hypertension (I10; 7.1%)	Type 2 diabetes mellitus without complications (E119; 8.0%)
	4	Other specified surgical follow-up care (Z488; 6.5%)	Need for immunization against viral hepatitis (Z246; 6.1%)	Unspecified human immunodeficiency virus (HIV) disease (B24; 4.8%)
	5	Dental examination (Z012; 3.0%)	Supervision of other normal pregnancy (Z348; 4.4%)	Dental Caries, unspecified (K029; 2.7%)

- The total number of visits in 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; and 2018 = 61,508; 62,161; 72,766; 91,630; 110,655; and 28,252, respectively.

ตารางผนวกที่ ก-2 ความเจ็บป่วย 5 อันดับแรกของผู้มาใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงใหม่ แนนกตามรทศการวินิจฉัยโรค ICD10

Year		Thai	Non-Thai	Stateless
2556	1	Essential (primary) hypertension (I10; 8.6%)	Supervision of normal first pregnancy (Z340; 6.0%)	Essential (primary) hypertension (I10; 6.3%)
	2	Type 2 diabetes mellitus at without complications (E119; 6.0%)	Supervision of other normal pregnancy (Z348; 4.2%)	Opioid dependence with opioid-induced psychotic disorder with delusions (F1225; 4.5%)
	3	Other specified surgical follow-up care (Z488; 4.4%)	Essential (primary) hypertension (I10; 3.2%)	Unspecified human immunodeficiency virus (HIV) disease (B24; 3.5%)
	4	Opioid dependence with opioid-induced psychotic disorder with delusions (F1125; 3.6%)	Functional dyspepsia (K30; 2.0%)	Other specified surgical follow-up care ZZ488; 3.3%)
	5	Unspecified human immunodeficiency virus (HIV) disease (B24; 2%)	Fever, unspecified (R509; 1.7%)	Supervision of normal first pregnancy (Z340; 2.8%)
2557	1	Essential (primary) hypertension (I10; 9.4%)	Supervision of normal first pregnancy (Z340; 8.1%)	Essential (primary) hypertension (I10; 13.6%)
	2	Type 2 diabetes mellitus at without complications (E119; 5.6%)	Supervision of other normal pregnancy (Z348; 4.8%)	Opioid dependence with opioid-induced psychotic disorder with delusions (F1125; 5.4%)
	3	Other specified surgical follow-up care (Z488; 5.2%)	Essential (primary) hypertension (I10; 4.2%)	Unspecified human immunodeficiency virus (HIV) disease (B24; 5.5%)
	4	Opioid dependence with opioid-induced psychotic disorder with delusions (F1125; 3.9%)	Other specified surgical follow-up care (Z488; 3.7%)	Type 2 diabetes mellitus at without complications (E119; 4.0%)
	5	Unspecified human immunodeficiency virus (HIV) disease (B24; 2.8%)	Functional dyspepsia (K30; 3.2%)	Supervision of other normal pregnancy (Z348; 2.7%)

Year		Thai	Non-Thai	Stateless
2558	1	Essential (primary) hypertension (I10; 9.6%)	Supervision of normal first pregnancy (Z340; 7.0%)	Essential (primary) hypertension (I10; 10.6%)
	2	Type 2 diabetes mellitus at without complications (E119; 5.7%)	Supervision of other normal pregnancy (Z348; 6.0%)	Opioid dependence with opioid-induced psychotic disorder with delusions (F1125; 8.1%)
	3	Other specified surgical follow-up care (Z488; 5.6%)	Essential (primary) hypertension (I10; 3.5%)	Other specified surgical follow-up care (Z488; 4.2%)
	4	Opioid dependence with opioid-induced psychotic disorder with delusions (F1125; 5.0%)	Functional dyspepsia (K30; 2.6%)	Type 2 diabetes mellitus at without complications (E119; 4.1%)
	5	Unspecified human immunodeficiency virus (HIV) disease (B24; 2.5%)	Other specified surgical follow-up care (Z488; 2.5%)	Unspecified human immunodeficiency virus (HIV) disease (B24; 4.1%)
2559	1	Essential (primary) hypertension (I10; 9.6%)	Supervision of other normal pregnancy (Z348; 6.9%)	Essential (primary) hypertension (I10; 9.8%)
	2	Type 2 diabetes mellitus at without complications (E119; 5.7%)	Supervision of normal first pregnancy (Z340; 4.9%)	Opioid dependence with opioid-induced psychotic disorder with delusions (F1125; 5.1%)
	3	Other specified surgical follow-up care (Z488; 5.1%)	Essential (primary) hypertension (I10; 3.6%)	Type 2 diabetes mellitus at without complications (E119; 4.5%)
	4	Opioid dependence with opioid-induced psychotic disorder with delusions (F1125; 4.3%)	Acute nasopharyngitis [common cold] (J00; 3.2%)	Unspecified human immunodeficiency virus (HIV) disease (B24; 4.3%)
	5	Need for immunization against influenza (Z251; 2.5%)	Functional dyspepsia (K30; 2.7%)	Other specified surgical follow-up care (Z488; 3.9%)
2560	1	Essential (primary) hypertension (I10; 9.9%)	Supervision of normal first pregnancy (Z340; 7.5%)	Essential (primary) hypertension (I10; 9.8%)
	2	Type 2 diabetes mellitus at without	General medical examination	Type 2 diabetes mellitus at without complications (E119;

Year		Thai	Non-Thai	Stateless
		complications (E119; 5.9%)	(Z000; 7.3%)	4.8%)
	3	Other specified surgical follow-up care (Z488; 5.4%)	Essential (primary) hypertension (I10; 4.9%)	Unspecified human immunodeficiency virus (HIV) disease (B24; 4.1%)
	4	Dental examination (Z012; 2.6%)	Dental examination (Z012; 3.7%)	Opioid dependence with opioid-induced psychotic disorder with delusions (F1125; 3.7%)
	5	Need for immunization against influenza (Z251; 2.5%)	Acute nasopharyngitis [common cold] (J00; 2.8%)	Other specified surgical follow-up care (Z488; 3.4%)
2561	1	Type 2 diabetes mellitus at without complications (E119; 8.2%)	General medical examination (Z000; 2.7%)	Essential (primary) hypertension (I10; 9.1%)
	2	Essential (primary) hypertension (I10; 8.0%)	Supervision of normal first pregnancy (Z340; 6.3%)	Type 2 diabetes mellitus at without complications (E119; 6.6%)
	3	Other specified surgical follow-up care (Z488; 4.6%)	Essential (primary) hypertension (I10; 5.2%)	Unspecified human immunodeficiency virus (HIV) disease (B24; 3.0%)
	4	Counselling, unspecified (Z719; 3.6%)	Supervision of other normal pregnancy (Z348; 4.1%)	Other specified surgical follow-up care (Z488; 2.5%)
	5	Dental examination (Z012; 2.9%)	Other specified surgical follow-up care (Z488; 2.7%)	Functional dyspepsia (K30; 2.3%)

- The total number of visits in 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; and 2018 = 143,288; 130,399; 129,544; 134,034; 132,886; and 48,997, respectively.

ตารางผนวกที่ ก-3 ความเจ็บป่วย 5 อันดับแรกของผู้มาใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะช้าง จำแนกตามรหัสการวินิจฉัยโรค ICD10

Year		Thai	Non-Thai	Stateless
2556	1	Special screening: others and disorder (Z138; 21.4%)	Routine child health examination (Z001; 36.7%)	Special screening: others and disorders (Z138; 12.9%)
	2	Essential (primary) hypertension (I10; 10.9%)	Special screening: others and disorders (Z138; 13.6%)	Acute nasopharyngitis [common cold] (J00; 12.4%)
	3	Myositis, unspecified Site unspecified (M6099; 8.1%)	Dental examination (Z012; 11.1%)	Routine child health examination (Z001; 9.9%)
	4	Routine child health examination (Z001; 6.5%)	Examination of ears and hearing (Z011; 11.0%)	Essential (primary) hypertension (I10; 8.3%)
	5	Type 2 diabetes mellitus at without complications (E119; 5.6%)	Supervision of other normal pregnancy (Z348; 5.2%)	Myositis, unspecified Site unspecified (M6099; 8.2%)
2557	1	Special screening: others and disorders (Z138; 25.4%)	Health check-up: subpopulations (Z108; 13.5%)	Special screening: others and disorders (Z138; 18.7%)
	2	Essential (primary) hypertension (I10; 9.9%)	Diphtheria-tetanus-pertussis+poliomyelitis (Z273; 11.9%)	Functional dyspepsia (K30; 11.0%)
	3	Myositis, unspecified Site unspecified (M6099; 7.1%)	Supervision of other normal pregnancy (Z348; 10.3%)	Essential (primary) hypertension (I10; 10.2%)
	4	Type 2 diabetes mellitus at without complications (E119; 4.9%)	Supervision of normal first pregnancy (Z340; 9.5%)	Myositis, unspecified Site unspecified (M6099; 8.7%)
	5	Need for immunization against influenza (Z251; 4.4%)	Special screening: others and disorders (Z138; 7.7%)	Acute nasopharyngitis [common cold] (J00; 5.7%)
2558	1	Special screening: others and disorders (Z138; 12.1%)	Health check-up: subpopulations (Z108; 14.8%)	Examination: rapid growth in childhood (Z002; 10.9%)
	2	Immunization: Diphtheria alone (Z236; 9.8%)	Immunization: Diphtheria alone (Z236; 11.1%)	Essential (primary) hypertension (I10; 8.8%)

Year		Thai	Non-Thai	Stateless
	3	Essential (primary) hypertension (I10; 9.5%)	Diphtheria-tetanus-pertussis+poliomyelitis (Z273; 9.5%)	Special screening: others and disorders (Z138; 8.6%)
	4	Examination: rapid growth in childhood (Z002; 9.3%)	Supervision of normal first pregnancy (Z340; 9.0%)	Myositis, unspecified Site unspecified (M6099; 7.3%)
	5	Myositis, unspecified Site unspecified (M6099; 6.6%)	Supervision of other normal pregnancy (Z348; 8.7%)	Functional dyspepsia (K30; 6.7%)
2559	1	Essential (primary) hypertension (I10; 11.8%)	Supervision of other normal pregnancy (Z348; 14.2%)	Special screening: others and disorders (Z138; 14.1%)
	2	Special screening: others an disorders (Z138; 11.3%)	Diphtheria-tetanus-pertussis+poliomyelitis (Z273; 11.8%)	Essential (primary) hypertension (I10; 9.8%)
	3	Attention to surgical dressings and sutures (Z480; 6.4%)	Supervision of normal first pregnancy (Z340; 11.0%)	Myositis, unspecified Site unspecified (M6099; 7.1%)
	4	Routine child health examination (Z001; 5.7%)	Examination of ears and hearing (Z011; 8.9%)	Acute tonsillitis, unspecified (J039; 6.7%)
	5	Special screening: diabetes mellitus (Z131; 5.5%)	Dental examination (Z012; 6.1%)	Functional dyspepsia (K30; 5.6%)
2560	1	Special screening: diabetes mellitus (Z131; 12.5%)	Diphtheria-tetanus-pertussis+poliomyelitis (Z273; 15.3%)	(Z124; 12.3%)
	2	Essential (primary) hypertension (I10; 10.4%)	Examination of ears and hearing (Z011; 12.4%)	Essential (primary) hypertension (I10; 10.3%)
	3	Dental examination (Z012; 10.1%)	Supervision of other normal pregnancy (Z348; 12.1%)	Acute nasopharyngitis [common cold] (J00; 8.1%)
	4	Routine child health examination (Z001; 7.5%)	Supervision of normal first pregnancy (Z340; 9.6%)	Functional dyspepsia (K30; 5.0%)
	5	General medical examination (Z000; 5.7%)	Immunization: measles-mumps-rubella (Z274; 5.5%)	Special screening: diabetes mellitus (Z131; 4.9%)
2561	1	Routine child health examination (Z001; 19.0%)	Routine child health examination (Z001;	Essential (primary) hypertension (I10; 12.9%)

Year		Thai	Non-Thai	Stateless
			24.9%)	
	2	General medical examination (Z000; 18.1%)	Diphtheria-tetanus-pertussis+poliomyelitis (Z273; 16.2%)	Acute nasopharyngitis [common cold] (J00; 12.4%)
	3	Special screening: diabetes mellitus (Z131; 14.1%)	Supervision of other normal pregnancy (Z348; 11.8%)	Routine child health examination (Z001; 10.3%)
	4	Essential (primary) hypertension (I10; 8.3%)	Supervision of normal first pregnancy (Z340; 10.3%)	Myositis, unspecified Site unspecified (M6099; 5.9%)
	5	Acute nasopharyngitis [common cold] (J00; 5.8%)	Immunization: measles-mumps-rubella (Z274; 5.1%)	Rash and other nonspecific skin eruption (R21; 5.3%)

- The total number of visits in 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; and 2018 = 38,098; 38,608; 44,700; 36,524; 40,359; and 10,819, respectively.

ตารางผนวกที่ ก-4 ความเจ็บป่วย 5 อันดับแรกของผู้มาใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบรเวก จำแนกตามรหัสการวินิจฉัยโรค ICD10

Year		Thai	Non-Thai	Stateless
2556	1	Special screening: others and disorder (Z138; 13.9%)	Health check-up: subpopulations (Z108; 14.3%)	Diphtheria-tetanus-pertussis+poliomyelitis (Z273; 9.0%)
	2	Immunization: Diphteria alone (Z236; 7.6%)	Routine child health examination (Z001; 12.0%)	Immunization: Diphteria alone (Z236; 7.0%)
	3	Routine child health examination (Z001; 5.7%)	Dental examination (Z012; 11.8%)	Health check-up: subpopulations (Z108; 6.8%)
	4	Examination: rapid growth in childhood (Z002; 5.6%)	Examination of eyes and vision (Z010; 10.0%)	Routine child health examination (Z001; 6.1%)
	5	Acute nasopharyngitis [common cold] (J00; 5.0%)	Examination of ears and hearing Z011; 6.7%)	Dental examination (Z012; 5.0%)
2557	1	Routine child health examination (Z001; 30.7%)	Attention to surgical dressings and sutures (Z480; 17.8%)	Routine child health examination (Z001; 11.0%)
	2	Attention to surgical dressings and sutures (Z480; 9.3%)	Acute pharyngitis, unspecified (J029; 8.6%)	Attention to surgical dressings and sutures (Z480; 8.2%)
	3	Acute pharyngitis, unspecified (J029; 5.0%)	Acute nasopharyngitis [common cold] (J00; 8.5%)	Essential (primary) hypertension (I10; 7.7%)
	4	Acute nasopharyngitis [common cold] (J00; 4.9%)	Routine child health examination (Z001; 4.9%)	Surveillance of contraceptive drugs (Z304; 5.8%)
	5	Post-traumatic wound infection (T793; 3.6%)	Essential (primary) hypertension (I10; 3.2%)	Acute pharyngitis, unspecified (J029; 4.9%)
2558	1	Routine child health examination (Z001; 14.8%)	Attention to surgical dressings and sutures (Z480; 26.7%)	Attention to surgical dressings and sutures (Z480; 13.4%)
	2	Attention to surgical dressings and sutures (Z480; 13.3%)	Acute nasopharyngitis [common cold] (J00; 6.6%)	Immunization: Diphteria alone (Z236; 10.2%)
	3	Special screening: others and disorder (Z138; 13.9%)	Acute pharyngitis, unspecified (J029; 6.6%)	Essential (primary) hypertension (I10; 9.5%)

Year		Thai	Non-Thai	Stateless
		11.8%)		
	4	Immunization: Diphtheria alone (Z236; 8.5%)	Acute tonsillitis, unspecified (J039; 3.9%)	Special screening: others and disorder (Z138; 7.6%)
	5	Acute pharyngitis, unspecified (J029; 4.3%)	Dental examination (Z012; 3.8%)	Routine child health examination (Z001; 5.3%)
2559	1	Attention to surgical dressings and sutures (Z480; 17.7%)	Attention to surgical dressings and sutures (Z480; 26.6%)	Attention to surgical dressings and sutures (Z480; 22.5%)
	2	Routine child health examination (Z001; 15.5%)	Immunization: diphtheria-tetanus-pertussis (Z271; 10.3%)	Essential (primary) hypertension (I10; 10.5%)
	3	Special screening: others and disorder (Z138; 12.8%)	Immunization: measles-mumps-rubella (Z274; 5.5%)	Special screening: others and disorder (Z138; 9.3%)
	4	Acute nasopharyngitis [common cold] (J00; 4.4%)	Acute nasopharyngitis [common cold] (J00; 4.8%)	Myalgia (M791; 4.2%)
	5	Essential (primary) hypertension (I10; 4.0%)	Allergic rhinitis, unspecified (J304; 4.6%)	Acute nasopharyngitis [common cold] (J00; 3.9%)
2560	1	Special screening: cardiovascular disorders (Z136; 17.8%)	Attention to surgical dressings and sutures (Z480; 16.4%)	Attention to surgical dressings and sutures (Z480; 14.3%)
	2	Special screening: diabetes mellitus (Z131; 10.8%)	Acute pharyngitis: other specified (J028; 10.7%)	Essential (primary) hypertension (I10; 11.1%)
	3	Attention to surgical dressings and sutures (Z480; 8.2%)	Immunization: Diphtheria-tetanus-pertussis, (Z271; 8.9%)	Special screening: cardiovascular disorders (Z136; 7.5%)
	4	Acute pharyngitis: other specified (J028; 7.3%)	Health check-up: subpopulations (Z108; 6.7%)	Acute pharyngitis: other specified (J028; 7.1%)
	5	Routine child health examination (Z001; 5.2%)	Supervision of other normal pregnancy (Z348; 4.6%)	Special screening: diabetes mellitus (Z131; 5.5%)
2561	1	Acute pharyngitis: other specified (J028; 22.0%)	Attention to surgical dressings and sutures	Attention to surgical dressings and sutures

Year		Thai	Non-Thai	Stateless
			(Z480; 22.9%)	(Z480; 24.6%)
	2	Tobacco use (Z720; 12.5%)	Acute pharyngitis: other specified (J028; 19.2%)	Acute pharyngitis: other specified (J028; 15.7%)
	3	Attention to surgical dressings and sutures (Z480; 10.1%)	Immunization: diphtheria-tetanus-pertussis (Z271; 10.7%)	Influenza with pneumonia (J10; 11.4%)
	4	Gynaecological examination (Z014; 9.8%)	Functional dyspepsia (K30; 4.7%)	Gynaecological examination (Z014; 7.3%)
	5	Essential (primary) hypertension (I10; 4.3%)	Gynaecological examination (Z014; 4.7%)	Functional dyspepsia (K30; 6.8%)

- The total number of visits in 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; and 2018 = 10,211; 7,970; 8,556; 8,030; 8,259; and 1,877, respectively.

ภาคผนวก ข

ตารางผนวกที่ ข-1 (ก) ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพ ค่าใช้จ่ายชำระเอง และอัตราความคุ้มครองจากประกันสุขภาพของผู้ใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแม่สาย ปี พ.ศ. 2556-2557

ปี				Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
2556	Thai	1	Specific procedures	887,475			
		2	Other oral diseases	1,791,872			
		3	Other musculoskeletal disorders	524,200			
		4	Communicable diseases	534,078			
		5	Low back pain	395,125			
	Non-Thai	1	Communicable diseases	779,318			
		2	Specific procedures	313,661			
		3	Reproductive health	859,164			
		4	Other digestive diseases	565,598			
		5	Dengue	565,875			
	Stateless	1	Specific procedures	257,667			
		2	Other oral diseases	348,839			
		3	Communicable diseases	117,773			
		4	Other digestive diseases	216,759			
		5	Other musculoskeletal disorders	89,444			
2557	Thai	1	Specific procedures	950,025			
		2	Other oral diseases	1,787,338			
		3	Other musculoskeletal disorders	601,931			
		4	Communicable diseases	592,932			
		5	Low back pain	396,375			
	Non-Thai	1	Communicable diseases	933,817			
		2	Specific procedures	267,978			
		3	Reproductive health	893,579			
		4	Other digestive diseases	408,624			

ငါး				Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
		5	Other oral diseases	214,471			
	Stateless	1	Specific procedures	215,370			
		2	Other oral diseases	332,425			
		3	Communicable diseases	127,787			
		4	Other musculoskeletal disorders	123,593			
		5	Low back pain	98,086			

ตารางผนวกที่ ข-1 (ข) ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพ ค่าใช้จ่ายชำระเอง และอัตราความคุ้มครองจากประกันสุขภาพของผู้ใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแม่สาย ปี พ.ศ. 2558-2559

ปี				Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
2558	Thai	1	Specific procedures	914,338			
		2	Other oral diseases	2,232,647			
		3	Other musculoskeletal disorders	749,193			
		4	Diabetes mellitus	4,835,272			
		5	Communicable diseases	690,346			
	Non-Thai	1	Communicable diseases	874,787			
		2	Specific procedures	253,909			
		3	Diabetes mellitus	1,106,173			
		4	Reproductive health	437,778			
		5	Examination and investigation	321,983			
	Stateless	1	Specific procedures	266,980			
		2	Diabetes mellitus	1,651,676			
		3	Other oral diseases	538,818			
		4	Hypertensive heart diseases	865,394			
		5	Other musculoskeletal disorders	155,404			
2559	Thai	1	Diabetes mellitus	12,767,224	79,652	10,602,986	83.05%
		2	Specific procedures	918,406	91,236	673,689	73.36%
		3	Hypertensive heart diseases	6,419,616	89,126	5,442,115	84.78%
		4	Other oral diseases	2,312,148	187,873	1,674,537	72.43%
		5	Other musculoskeletal disorders	846,605	38,065	669,762	79.12%
	Non-Thai	1	Communicable diseases	838,191	675,866	28,190	3.37%
		2	Specific procedures	252,345	183,707	34,468	13.66%
		3	Diabetes mellitus	2,505,475	1,932,472	177,675	7.10%

ປີ				Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
		4	Hypertensive heart diseases	1,183,043	937,921	44,832	3.79%
		5	Examination and investigation	395,499	299,598	12,555	3.18%
	Stateless	1	Diabetes mellitus	4,218,996	17,952	3,507,309	83.14%
		2	Specific procedures	359,004	21,255	282,967	78.82%
		3	Hypertensive heart diseases	2,513,848	18,380	2,110,193	83.95%
		4	Other oral diseases	683,892	14,340	553,464	80.93%
		5	Communicable diseases	268,380	14,230	218,970	81.59%

ตารางผนวกที่ ข-1 (ค) ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพ ค่าใช้จ่ายชำระเอง และอัตรา
ความคุ้มครองจากประกันสุขภาพของผู้ใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแม่
สาย ปี พ.ศ. 2560-2561

ปี				Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
2560	Thai	1	Communicable diseases	2,053,246	107,383	1,945,863	94.77%
		2	Diabetes mellitus	12,154,272	178,000	11,976,272	98.54%
		3	Specific procedures	1,187,682	276,371	911,311	76.73%
		4	Hypertensive heart diseases	7,303,723	140,113	7,163,611	98.09%%
		5	Examination and investigation	2,168,894	301,498	1,867,396	86.10%%
	Non-Thai	1	Communicable diseases	775,502	732,587	42,915	5.54%
		2	Specific procedures	278,539	235,859	42,680	15.33%
		3	Diabetes mellitus	2,507,078	2,458,594	48,484	1.94%
		4	Reproductive health	706,762	590,657	116,105	16.43%
		5	Hypertensive heart diseases	1,493,850	1,450,177	43,673	2.93%
	Stateless	1	Specific procedures	472,522	83,868	388,654	82.25%
		2	Diabetes mellitus	4,124,734	57,110	4,067,624	98.62%
		3	Hypertensive heart diseases	3,008,243	68,630	2,939,613	97.72%
		4	Communicable diseases	423,276	29,784	393,492	92.97%
		5	Examination and investigation	646,071	85,741	560,330	86.73%
2561	Thai	1	Diabetes mellitus	3,243,314	46,273	3,197,041	98.57%
		2	Specific procedures	292,501	58,792	233,709	79.90%
		3	Hypertensive heart diseases	1,798,700	42,861	1,755,839	97.62%
		4	Other musculoskeletal disorders	480,077	29,755	450,322	93.80%
		5	Nephritis and nephrosis	2,717,555	562,042	2,155,513	79.32%

ปี				Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
	Non-Thai	1	Communicable diseases	201,640	188,080	13,560	6.72%
		2	Specific procedures	81,034	73,619	7,415	9.15%
		3	Diabetes mellitus	625,653	606,972	18,681	2.99%
		4	Reproductive health	224,885	171,721	53,164	23.64%
		5	Hypertensive heart diseases	393,681	371,926	21,755	5.53%
	Stateless	1	Specific procedures	165,321	33,201	132,120	79.92%
		2	Diabetes mellitus	1,075,069	13,203	1,061,866	98.77%
		3	Hypertensive heart diseases	713,770	19,724	694,046	97.24%
		4	Communicable diseases	129,204	10,410	118,794	91.94%
		5	Examination and investigation	103,908	23,296	80,612	77.58%

ตารางผนวกที่ ข-2 (ก) ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพ ค่าใช้จ่ายชำระเอง และอัตรา
ความคุ้มครองจากประกันสุขภาพของผู้ใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล
เชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2556-2557

ปี				Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
2556	Thai	1	Hypertensive heart diseases	5,298,171	147,298	5,150,873	97.22%
		2	Diabetes mellitus	5,666,118	108,874	5,557,244	98.08%
		3	Specific procedures	1,117,717	98,989	1,018,628	91.14%
		4	Drug use disorders	619,863	20,080	599,783	96.76%
		5	Upper respiratory infections	686,456	49,869	636,587	92.74%
	Non-Thai	1	Reproductive health	680,727	637,123	43,604	6.41%
		2	Upper respiratory infections	84,187	79,409	4,778	5.68%
		3	Examination and investigation	81,655	64,380	17,175	21.04%
		4	General symptoms and signs	101,889	97,592	4,297	4.22%
		5	Hypertensive heart diseases	187,867	174,569	13,298	7.08%
	Stateless	1	Reproductive health	216,680	62,639	154,041	71.10%
		2	Hypertensive heart diseases	233,014	30,006	203,008	87.13%
		3	Drug use disorders	53,125	13,870	39,255	73.90%
		4	Examination and investigation	41,884	15,483	26,251	62.68%
		5	HIV/AIDS	1,086,800	4,741	1,082,059	99.57%
2557	Thai	1	Hypertensive heart diseases	5,442,775	131,641	5,311,134	97.59%
		2	Other oral diseases	3,698,731	640,683	3,058,048	82.68%
		3	Diabetes mellitus	5,882,626	84,118	5,798,508	98.57%
		4	Specific procedures	1,201,959	118,171	1,083,788	90.17%
		5	Drug use disorders	909,570	43,971	865,599	95.17%
	Non-Thai	1	Reproductive health	712,566	616,054	96,512	13.55%
		2	Upper respiratory infections	93,670	78,985	14,685	15.68%

ปี				Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
		3	Hypertensive heart diseases	326,643	303,162	23,481	7.19%
		4	Other digestive diseases	165,958	142,704	23,254	14.02%
		5	Specific procedures	69,520	43,810	25,710	36.99%
	Stateless	1	Hypertensive heart diseases	472,749	30,841	441,908	93.48%
		2	Reproductive health	184,235	37,405	146,830	79.70%
		3	Other oral diseases	250,476	30,862	219,614	87.68%
		4	Drug use disorders	93,319	34,062	59,257	63.50%
		5	HIV/AIDS	1,558,816	3,455	1,555,361	99.78%

ตารางผนวกที่ ข-2 (ข) ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพ ค่าใช้จ่ายชำระเอง และอัตรา
ความคุ้มครองจากประกันสุขภาพของผู้ใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล
เชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2558-2559

ปี				Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
2558	Thai	1	Hypertensive heart diseases	5,355,154	109,051	5,246,103	97.97%
		2	Specific procedures	1,346,039	116,826	1,229,213	91.32%
		3	Diabetes mellitus	6,711,163	71,083	6,640,080	98.94%
		4	Drug use disorders	1,667,316	71,711	1,595,605	95.70%
		5	Communicable diseases	388,504	33,630	354,874	91.35%
	Non-Thai	1	Reproductive health	837,963	741,179	96,684	11.54%
		2	Examination and investigation	175,912	98,799	77,113	43.84%
		3	Upper respiratory infections	99,410	83,673	15,737	15.83%
		4	Other digestive diseases	218,703	179,786	38,917	17.80%
		5	Hypertensive heart diseases	258,850	233,523	25,327	9.79%
	Stateless	1	Hypertensive heart diseases	511,080	25,564	485,516	95.00%
		2	Drug use disorders	184,825	22,769	162,056	87.68%
		3	Reproductive health	191,741	44,416	147,325	76.84%
		4	Specific procedures	76,753	8,617	68,136	88.78%
		5	Diabetes mellitus	364,720	21,536	343,184	94.10%
2559	Thai	1	Hypertensive heart diseases	6,142,537	121,116	6,021,421	98.03%
		2	Examination and investigation	1,906,994	390,488	1,516,506	79.53%
		3	Diabetes mellitus	6,970,295	85,311	6,884,984	98.78%
		4	Specific procedures	1,359,198	145,334	1,213,864	89.31%
		5	Drug use disorders	1,686,271	66,983	1,619,288	96.03%
	Non-Thai	1	Reproductive health	820,767	716,949	103,818	12.65%
		2	Examination and investigation	294,162	163,428	130,734	44.45%

ปี				Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
		3	Upper respiratory infections	144,699	115,165	29,534	20.41%
		4	Other digestive diseases	242,937	198,811	44,126	18.17%
		5	Hypertensive heart diseases	297,709	261,037	36,672	12.32%
	Stateless	1	Hypertensive heart diseases	585,884	42,581	543,303	92.74%
		2	Drug use disorders	171,820	16,726	155,094	90.27%
		3	Examination and investigation	117,297	14,781	102,516	87.40%
		4	Reproductive health	204,462	60,716	143,746	70.31%
		5	Diabetes mellitus	460,317	29,362	430,955	93.63%

ตารางผนวกที่ ข-2 (ค) ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพ ค่าใช้จ่ายชำระเอง และอัตรา
ความคุ้มครองจากประกันสุขภาพของผู้ใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล
เชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2560-2561

ปี				Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
2560	Thai	1	Examination and investigation	1,933,584	456,608	1,476,956	76.38%
		2	Hypertensive heart diseases	6,829,457	129,333	6,700,124	98.11%
		3	Specific procedures	1,493,396	152,313	1,341,083	89.80%
		4	Diabetes mellitus	7,375,242	83,949	7,291,293	98.86%
		5	Other musculoskeletal disorders	1,587,026	106,839	1,480,187	93.27%
	Non-Thai	1	Reproductive health	954,203	844,979	109,224	11.45%
		2	Examination and investigation	630,862	219,614	411,248	65.19%
		3	Upper respiratory infections	121,149	88,774	32,375	26.72%
		4	Hypertensive heart diseases	411,810	357,931	53,879	13.08%
		5	Other digestive diseases	222,848	173,821	49,027	22.00%
	Stateless	1	Hypertensive heart diseases	574,115	37,388	536,727	93.49%
		2	Examination and investigation	131,782	35,044	96,738	73.41%
		3	Hypertensive heart diseases	194,037	62,408	131,629	67.84%
		4	Diabetes mellitus	525,797	24,990	500,807	95.25%
		5	Drug use disorders	140,962	23,490	117,472	83.34%
2561	Thai	1	Diabetes mellitus	3,106,766	36,106	3,070,660	98.84%
		2	Hypertensive heart diseases	2,311,024	45,918	2,265,106	98.02%
		3	Examination and investigation	626,002	169,188	455,583	72.78%
		4	Specific procedures	490,400	52,362	438,038	89.33%
		5	Drug use disorders	663,557	35,236	628,321	94.69%

ปี				Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
	Non-Thai	1	Examination and investigation	679,198	43,515	635,683	93.60%
		2	Reproductive health	320,315	269,077	51,238	16.00%
		3	Hypertensive heart diseases	215,065	177,269	37,331	17.36%
		4	Upper respiratory infections	35,123	27,210	7,913	22.53%
		5	Specific procedures	44,275	11,613	32,662	73.77%
	Stateless	1	Hypertensive heart diseases	206,318	15,706	190,612	92.39%
		2	Diabetes mellitus	213,851	9,211	204,640	95.70%
		3	Examination and investigation	32,985	5,601	27,384	83.02%
		4	Reproductive health	75,194	19,179	56,015	74.50%
		5	Drug use disorders	52,371	6,070	46,301	88.41%

ตารางผนวกที่ ข-3 (ก) ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพ ค่าใช้จ่ายชำระเอง และอัตรา
ความคุ้มครองจากประกันสุขภาพของผู้ใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยนอก รพ.สต. เกาะ
ช้าง ปี พ.ศ. 2556-2557

ปี				Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
2556	Thai	1	Examination and Investigation	74,970	5,930	69,040	92.09%
		2	Other musculoskeletal disorders	430,384	2,333	428,051	99.46%
		3	Hypertensive heart diseases	340,519	8,077	332,442	97.63%
		4	Upper respiratory infections	270,041	1,979	268,062	99.27%
		5	Diabetes mellitus	308,153	4,556	303,597	98.52%
	Non-Thai	1	Examination and investigation	27,172	26,710	462	1.70%
		2	Reproductive health	32,824	31,483	1,314	4.00%
		3	Communicable diseases	4,300	4,010	290	6.74%
		4	Upper respiratory infections	5,884	5,392	492	8.36%
		5	Hypertensive heart diseases	4,964	4650	314	6.33%
	Stateless	1	Examination and investigation	9,849	4,725	5,124	52.03%
		2	Upper respiratory infections	57,763	1,815	55,948	96.86%
		3	Other musculoskeletal disorders	34,148	113	34,035	99.67%
		4	Hypertensive heart diseases	34,364	330	34,034	99.04%
		5	Reproductive health	25,482	4,458	21,024	82.51%
2557	Thai	1	Examination and Investigation	53,549	720	52,829	98.66%
		2	Hypertensive heart diseases	349,360	7,533	341,827	97.84%
		3	Other musculoskeletal disorders	343,683	1,619	342,064	99.53%
		4	Upper respiratory	248,017	1,375	246,642	99.45%

ปี				Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
			infections				
		5	Communicable diseases	166,610	3,615	162,995	97.83%
	Non-Thai	1	Examination and investigation	6,035	5,410	625	10.36%
		2	Communicable diseases	27,595	27,025	570	2.07%
		3	Reproductive health	41,075	36,307	4,768	11.61%
		4	Hypertensive heart diseases	8,406	8,406	0	0.00%
		5	Upper respiratory infections	5,129	4,750	379	7.39%
	Stateless	1	Examination and investigation	4,044	1,150	2,894	71.56%
		2	Upper respiratory infections	36,776	1,877	34,899	94.90%
		3	Other digestive diseases	35,475	0	35,475	100%
		4	Hypertensive heart diseases	39,685	1,263	38,422	96.82%
		5	Other musculoskeletal disorders	29,701	138	29,563	99.54%

ตารางผนวกที่ ข-3 (ข) ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพ ค่าใช้จ่ายชำระเอง และอัตรา
ความคุ้มครองจากประกันสุขภาพของผู้ใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยนอก รพ.สต. เกาะ
ช้าง ปี พ.ศ. 2558-2559

ปี				Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
2558	Thai	1	Examination and Investigation	25,634	80	25,554	99.69%
		2	Communicable diseases	50,266	2,090	48,176	95.84%
		3	Hypertensive heart diseases	428,816	8,950	419,866	97.91%
		4	Other musculoskeletal disorders	366,117	932	365,194	99.75%
		5	Upper respiratory infections	262,842	2,480	260,362	99.06%
	Non-Thai	1	Communicable diseases	33,560	32,720	840	2.50%
		2	Examination and Investigation	3,334	1,620	1,714	51.41%
		3	Reproductive health	40,323	34,528	5,795	14.37%
		4	Upper respiratory infections	8,073	6,856	1,217	15.07%
		5	Diabetes mellitus	13,530	13,530	0	0.00%
	Stateless	1	Examination and investigation	10,497	180	10,317	98.29%
		2	Upper respiratory infections	54,771	2,310	52,461	95.78%
		3	Other musculoskeletal disorders	58,811	270	58,541	99.54%
		4	Hypertensive heart diseases	58,173	1180	56,993	97.97%
		5	Other digestive diseases	35,316	95	35,221	99.73%
2559	Thai	1	Examination and Investigation	187,292	160	187,132	99.91%
		2	Hypertensive heart diseases	463,265	7,887	455,388	98.30%
		3	Other musculoskeletal disorders	290,405	1,280	289,125	99.56%
		4	Upper respiratory infections	268,952	1,122	267,830	99.58%

ปี				Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
		5	Specific procedure	170,807	350	170,457	99.80%
	Non-Thai	1	Communicable diseases	38,285	37,725	560	1.46%
		2	Reproductive health	55,160	46,195	8,965	16.25%
		3	Examination and Investigation	510	260	250	49.02%
		4	Upper respiratory infections	8,185	6,128	2,057	25.13%
		5	Diabetes mellitus	14,420	14,420	0	0.00%
	Stateless	1	Examination and investigation	5,560	0	5,560	100%
		2	Other musculoskeletal disorders	60,587	0	60,587	100%
		3	Upper respiratory infections	57,466	750	56,716	98.69%
		4	Hypertensive heart diseases	67,876	0	67,876	100%
		5	Other digestive diseases	31,127	0	31,127	100%

ตารางผนวกที่ ข-3 (ค) ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพ ค่าใช้จ่ายชำระเอง และอัตรา
ความคุ้มครองจากประกันสุขภาพของผู้ใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยนอก รพ.สต. เกาะ
ช้าง ปี พ.ศ. 2560-2561

ปี				Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
2560	Thai	1	Examination and Investigation	801557	0	801557	100%
		2	Hypertensive heart diseases	475,024	8,166	266,858	56.18%
		3	Other musculoskeletal disorders	303,918	594	303,324	99.80%
		4	Upper respiratory infections	228,240	1,135	227,105	99.50%
		5	Diabetes mellitus	305,137	12,775	292,362	95.81%
	Non-Thai	1	Communicable diseases	39,235	38,650	585	1.49%
		2	Examination and Investigation	650	50	600	92.31%
		3	Reproductive health	36,770	32,515	4,255	11.57%
		4	Upper respiratory infections	8,777	6,426	2,351	26.79%
		5	Diabetes mellitus	16,540	16,540	0	0.00%
	Stateless	1	Examination and investigation	111,691	50	111,641	99.96%
		2	Upper respiratory infections	67,504	105	67,399	99.84%
		3	Other musculoskeletal disorders	63,416	65	63,351	99.90%
		4	Hypertensive heart diseases	80,426	0	80,426	100%
		5	Other digestive diseases	29,261	0	29,261	100%
2561	Thai	1	Examination and Investigation	209,600	0	209,600	100%
		2	Hypertensive heart diseases	109,700	2,120	107,580	98.07%
		3	Upper respiratory infections	65,654	250	65,404	99.62%
		4	Other musculoskeletal disorders	62,210	220	61,990	99.65%

ปี				Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
		5	Diabetes mellitus	73,607	1,700	71,907	97.69%
	Non-Thai	1	Examination and Investigation	17,280	0	17,280	100%
		2	Communicable diseases	9,590	9,475	115	1.20%
		3	Reproductive health	8,755	7,280	1,475	16.85%
		4	Upper respiratory infections	1,993	1,426	567	28.45%
		5	Diabetes mellitus	4,355	4,355	0	0.00%
	Stateless	1	Other musculoskeletal disorders	16,276	0	16,276	100%
		2	Upper respiratory infections	15,871	75	15,796	99.53%
		3	Examination and investigation	28,690	0	28,690	100%
		4	Hypertensive heart diseases	19,575	0	19,575	100%
		5	Other digestive diseases	6,455	0	6,455	100%

ตารางผนวกที่ ข-4 (ก) ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพ ค่าใช้จ่ายชำระเอง และอัตรา
ความคุ้มครองจากประกันสุขภาพของผู้ใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยนอก รพ.สต. สบรวก
ปี พ.ศ. 2556-2557

ปี				Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
2556	Thai	1	Examination and Investigation	58,402	340	58,062	99.42%
		2	Upper respiratory infection	56,568	2,170	54,398	96.16%
		3	Communicable diseases	26,860	150	26,710	99.14%
		4	Other musculoskeletal disorders	21,293	1,700	19,593	92.02%
		5	Reproductive health	6,810	1,310	5,500	80.76%
	Non-Thai	1	Examination and investigation	1,374	680	694	50.51%
		2	Upper respiratory infections	8,483	12,120	0	0.00%
		3	Reproductive health	6,194	6,580	0	0.00%
		4	Other circumstances	0	0	0	0.00%
		5	Other digestive diseases	2,312	2,700	0	0.00%
	Stateless	1	Examination and investigation	5,943	0	5,943	100%
		2	Communicable diseases	20,698	0	20,698	100%
		3	Upper respiratory infections	9,960	90	9,870	99.10%
		4	Reproductive health	6,396	60	6,336	99.06%
		5	Skin and subcutaneous tissue	1,831	0	1,831	100%
2557	Thai	1	Examination and Investigation	12,667	340	12,327	97.32%
		2	Upper respiratory infection	54,448	3,165	51,283	94.19%
		3	Specific procedures	51,822	6,280	45,542	87.88%
		4	Communicable diseases	37,945	240	37,705	99.37%

ปี				Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
		5	Other musculoskeletal disorders	26,256	3,320	22,936	87.36%
	Non-Thai	1	Upper respiratory infections	9,051	11,860	0	0.00%
		2	Specific procedures	8,961	6,770	2,191	24.45%
		3	Examination and Investigation	870	960	0	0.00%
		4	Reproductive health	3,588	3,530	58	1.62%
		5	Other digestive diseases	1,882	2,540	0	0.00%
	Stateless	1	Examination and investigation	1,630	0	1,630	100%
		2	Reproductive health	7,248	0	7,248	100%
		3	Upper respiratory infections	8,401	30	8,371	99.64%
		4	Specific procedures	8,855	0	8,855	100%
		5	Communicable diseases	4,190	0	4,190	100%

ตารางผนวกที่ ข-4 (ข) ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพ ค่าใช้จ่ายชำระเอง และอัตรา
ความคุ้มครองจากประกันสุขภาพของผู้ใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยนอก รพ.สต. สบรวก
ปี พ.ศ. 2558-2559

ปี				Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
2558	Thai	1	Examination and Investigation	42,001	310	41,691	99.26%
		2	Communicable diseases	59,581	250	59,331	99.58%
		3	Specific procedures	88,597	5,340	83,257	93.97%
		4	Upper respiratory infection	60,682	2,800	57,882	95.39%
		5	Other musculoskeletal disorders	22,222	850	21,372	96.17%
	Non-Thai	1	Specific procedures	12,300	11,750	550	4.47%
		2	Upper respiratory infections	10,056	10,660	0	0.00%
		3	Examination and Investigation	630	820	0	0.00%
		4	Reproductive health	5,373	4,920	453	8.43%
		5	Communicable diseases	2,398	2,430	0	0.00%
	Stateless	1	Examination and investigation	6,446	0	6,446	100%
		2	Specific procedures	20,743	0	20,743	100%
		3	Communicable diseases	8,797	0	8,797	100%
		4	Upper respiratory infection	13,001	0	13,001	100%
		5	Hypertensive heart diseases	6,605	0	6,605	100%
2559	Thai	1	Examination and Investigation	41,746	700	41,046	98.32%
		2	Specific procedures	92,659	13,760	78,899	85.15%
		3	Upper respiratory infections	43,472	2,690	40,782	93.81%
		4	Communicable diseases	16,822	860	15,962	94.89%

ปี				Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
		5	Hypertensive heart diseases	10,357	0	10,357	100%
	Non-Thai	1	Specific procedures	17,793	13,760	4,033	22.67%
		2	Communicable diseases	10,338	10,610	0	0.00%
		3	Upper respiratory infections	5,855	5,980	0	0.00%
		4	Reproductive health	4,525	5,970	0	0.00%
		5	Examination and Investigation	1,276	1,010	266	20.85%
	Stateless	1	Specific procedures	40,049	0	40,049	100%
		2	Examination and Investigation	12,559	0	12,559	100%
		3	Hypertensive heart diseases	7,953	0	7,953	100%
		4	Upper respiratory infection	12,089	0	12,089	100%
		5	Other musculoskeletal disorders	6,594	0	6,594	100%

ตารางผนวกที่ ข-4 (ค) ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพ ค่าใช้จ่ายชำระเอง และอัตรา
ความคุ้มครองจากประกันสุขภาพของผู้ใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยนอก รพ.สต. สบรวก
ปี พ.ศ. 2560-2561

ปี				Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
2560	Thai	1	Examination and Investigation	22,532	600	21,932	97.34%
		2	Upper respiratory infections	51,084	2,260	48,824	95.58%
		3	Specific procedures	38,826	6,540	32,286	83.16%
		4	Communicable diseases	21,499	590	20,909	97.26%
		5	Hypertensive heart diseases	10,591	0	10,591	100%
	Non-Thai	1	Examination and Investigation	896	1,070	0	0.00%
		2	Communicable diseases	7,584	8,070	0	0.00%
		3	Specific procedures	8,095	4,985	3,110	38.42%
		4	Upper respiratory infections	11,044	9,340	1,704	15.43%
		5	Reproductive health	5,643	4,360	1,283	22.74%
	Stateless	1	Examination and Investigation	3,931	0	3,931	100%
		2	Specific procedures	19,307	0	19,307	100%
		3	Hypertensive heart diseases	7,993	0	7,993	100%
		4	Upper respiratory infection	12,861	0	12,861	100%
		5	Other musculoskeletal disorders	5,308	0	5,308	100%
2561	Thai	1	Upper respiratory infections	30,599	1,170	29,429	96.18%
		2	Other circumstances	881	0	881	100%
		3	Examination and Investigation	5,560	900	4,660	83.81%
		4	Specific procedures	9,233	1,670	7,563	81.91%
		5	Hypertensive heart	3,399	0	3,399	100%

ปี				Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
			diseases				
	Non-Thai	1	Upper respiratory infections	4,242	3,500	742	17.49%
		2	Specific procedures	2,993	1,595	1,398	46.71%
		3	Communicable diseases	2,211	2,510	0	0.00%
		4	Reproductive health	1,575	810	765	48.57%
		5	Examination and Investigation	950	1,000	0	0.00%
	Stateless	1	Specific procedures	8,737	150	8,587	98.28%
		2	Upper respiratory infections	6,988	0	6,988	100%
		3	Hypertensive heart diseases	2,400	0	2,400	100%
		4	Examination and Investigation	301	0	301	100%
		5	Other musculoskeletal disorders	2,358	0	2,358	100%

ตารางผนวกที่ ข-5 (ก) ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพ ค่าใช้จ่ายชำระเอง และอัตราความคุ้มครองจากประกันสุขภาพของผู้ใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่สาย ปี พ.ศ. 2556-2557

ปี				Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
2556	Thai	1	Endocrine disorders	38,034	0	38,034	100%
		2	Chronic obstructive pulmonary disease	96,055	0	96,055	100%
		3	Other digestive diseases	126,310	0	126,310	100%
		4	Diarrheal diseases	48,645	0	48,645	100%
		5	Other maternal conditions	51,662	15,290	36,372	70.40%
	Non-Thai	1	Other maternal conditions	30,326	25,602	4,724	15.58%
		2	Endocrine disorders	11,217	11,217	0	0%
		3	Other perinatal conditions	63,988	63,988	0	0%
		4	Chronic obstructive pulmonary disease	34,759	34,759	0	0%
		5	Reproductive health	4,410	3,537	873	19.80%
	Stateless	1	Chronic obstructive pulmonary disease	54,257	0	54,257	100%
		2	Endocrine disorders	17,157	0	17,157	100%
		3	Other cardiovascular diseases	28,895	0	28,895	100%
		4	Other digestive diseases	29,213	7,696	21,517	73.66%
		5	Dengue	15,939	1,472	14,446	90.63%
2557	Thai	1	Endocrine disorders	92,629	0	92,629	100%
		2	Chronic obstructive pulmonary disease	167,370	0	167,370	100%
		3	Diarrheal diseases	108,257	0	108,257	100%
		4	Lower respiratory infections	154,315	0	154,315	100%
		5	Other digestive diseases	194,529	9,170	185,359	95.29%
	Non-Thai	1	Other maternal conditions	72,420	63,204	5,986	8.27%
		2	Lower respiratory	43,913	38,453	5,460	12.43%

ปี				Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
			infections				
		3	Diarrheal diseases	31,287	31,287	0	0%
		4	Endocrine disorders	13,123	13,123	0	0%
		5	Reproductive health	4,415	3,435	980	22.20%
	Stateless	1	Chronic obstructive pulmonary disease	117,843	0	117,843	100%
		2	Diarrheal diseases	27,285	2,190	25,095	91.97%
		3	Other maternal conditions	39,164	0	39,164	100%
		4	Diabetes mellitus	38,582	0	38,582	100%
		5	Other cardiovascular diseases	59,693	0	59,693	100%

ตารางผนวกที่ ข-5 (ข) ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพ ค่าใช้จ่ายชำระเอง และอัตราความคุ้มครอง
จากประกันสุขภาพของผู้ใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่สาย ปี พ.ศ. 2558-2559

ปี				Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
2558	Thai	1	Endocrine disorders	101,676	0	101,676	100%
		2	Chronic obstructive pulmonary disease	306,343	0	306,343	100%
		3	Nephritis and nephrosis	349,728	0	349,728	100%
		4	Diabetes mellitus	235,516	0	235,516	100%
		5	Diarrheal diseases	119,413	0	119,413	100%
	Non-Thai	1	Diarrheal diseases	68,270	62,263	6,007	8.80%
		2	Endocrine disorders	27,627	27,627	0	0%
		3	Reproductive health	6,735	6,735	0	0%
		4	Lower respiratory infections	72,461	72,461	0	0%
		5	Other maternal conditions	40,453	40,453	0	0%
	Stateless	1	Chronic obstructive pulmonary disease	72,818	0	72,818	100%
		2	Lower respiratory infections	55,379	2,900	52,479	94.76%
		3	Other cardiovascular diseases	54,719	6,831	47,888	87.52%
		4	Nephritis and nephrosis	36,555	0	36,555	100%
		5	Other digestive diseases	57,416	0	57,416	100%
2559	Thai	1	Other digestive diseases	1,307,441	53,995	1,117,100	85.44%
		2	Nephritis and nephrosis	690,064	33,756	591,542	85.73%
		3	Chronic obstructive pulmonary disease	809,554	260	715,410	88.37%
		4	Lower respiratory infections	864,247	23,247	760,884	88.04%
		5	Endocrine disorders	277,591	4,350	245,431	88.42%
	Non-Thai	1	Other maternal conditions	608,439	549,119	45,812	7.53%
		2	Reproductive health	117,250	117,250	0	0%
		3	Other perinatal conditions	283,955	271,670	2,070	0.73%

ปี				Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
		4	Lower respiratory infections	391,935	358,330	6,095	1.56%
		5	Other digestive diseases	403,684	370,098	29,579	7.33%
	Stateless	1	Other maternal conditions	315,150	9,860	258,032	81.88%
		2	Lower respiratory infections	519,592	3,890	478,869	92.16%
		3	Nephritis and nephrosis	270,550	28,699	202,847	74.98%
		4	Other digestive diseases	325,960	3,765	318,618	97.75%
		5	Other cardiovascular diseases	257,865	3,630	244,235	94.71%

ตารางผนวกที่ ข-5 (ค) ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพ ค่าใช้จ่ายชำระเอง และอัตราความคุ้มครอง
จากประกันสุขภาพของผู้ใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่สาย ปี พ.ศ. 2560-2561

ปี				Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
2560	Thai	1	Other digestive diseases	3,065,987	237,061	2,828,926	92.27%
		2	Lower respiratory infections	2,486,506	308,841	2,177,665	87.58%
		3	Nephritis and nephrosis	2,189,224	182,792	2,006,428	91.65%
		4	Other maternal conditions	1,123,174	245,009	878,165	78.19%
		5	Endocrine disorders	1,011,626	46,565	965,061	95.40%
	Non-Thai	1	Other maternal conditions	2,550,122	2,320,264	229,858	9.01%
		2	Dengue	1,590,642	1,579,133	11,509	0.72%
		3	Reproductive health	494,347	494,347	0	0%
		4	Other perinatal conditions	913,736	913,736	0	0%
		5	Lower respiratory infections	1,399,680	1,311,446	88,234	6.30%
	Stateless	1	Other maternal conditions	1,142,133	91,110	1,051,023	92.02%
		2	Lower respiratory infections	930,117	76,839	853,278	91.74%
		3	Other digestive diseases	886,266	27,120	859,146	96.94%
		4	Diarrheal diseases	470,835	35,057	435,778	92.55%
		5	Nephritis and nephrosis	773,461	58,565	714,896	92.43%
2561	Thai	1	Diarrheal diseases	449,058	49,816	399,242	88.91%
		2	Lower respiratory infections	648,028	74,236	573,792	88.54%
		3	Other digestive diseases	543,668	46,336	497,332	91.48%
		4	Endocrine disorders	251,277	6,960	244,317	97.23%
		5	Nephritis and nephrosis	661,371	86,604	574,767	86.91%
	Non-Thai	1	Other maternal conditions	558,995	479,184	79,811	14.28%
		2	Reproductive health	140,976	140,976	0	0%
		3	Diarrheal diseases	303,782	264,109	39,673	13.06%
		4	Other perinatal conditions	215,520	214,280	1,240	0.58%

ปี				Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
		5	Lower respiratory infections	363,175	334,403	28,772	7.92%
	Stateless	1	Other maternal conditions	192,525	19,690	172,835	89.77%
		2	Diarrheal diseases	165,403	9,536	155,867	94.23%
		3	Other digestive diseases	377,406	14,675	362,731	96.11%
		4	Lower respiratory infections	254,232	7,049	247,183	97.23%
		5	Nephritis and nephrosis	153,716	870	152,846	99.43%

ตารางผนวกที่ ข-6 (ก) ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพ ค่าใช้จ่ายชำระเอง และอัตราความคุ้มครอง
จากประกันสุขภาพของผู้ใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงใหม่ แสน ปี พ.ศ. 2556-2557

ปี				Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
2556	Thai	1	Dengue	1,003,745	230,104	773,641	77.07%
		2	Other maternal conditions	993,972	264,975	727,997	73.22%
		3	Chronic obstructive pulmonary disease	1,558,168	137,403	1,420,765	91.18%
		4	Reproductive health	284,509	130,602	153,907	54.09%
		5	Lower respiratory infections	1,412,609	203,154	1,209,455	85.62%
	Non-Thai	1	Other maternal conditions	1,049,375	1,000,554	48,821	4.65%
		2	Reproductive health	152,639	143,967	8,672	5.68%
		3	Dengue	409,687	392,470	17,217	5.68%
		4	Lower respiratory infections	259,985	256,745	3,240	1.25%
		5	Injury with head	129,350	119,971	9,379	7.25%
	Stateless	1	Other maternal conditions	331,882	116,341	215,541	64.94%
		2	Dengue	167,423	63,199	104,224	62.25%
		3	Reproductive health	28,708	15,579	13,129	45.73%
		4	Other digestive diseases	67,366	23,623	43,743	64.93%
		5	Lower respiratory infections	65,459	35,738	29,721	45.40%
2557	Thai	1	Chronic obstructive pulmonary disease	1,837,816	167,129	1,670,687	90.91%
		2	Other maternal conditions	963,465	247,198	716,267	74.34%
		3	Other digestive diseases	1,157,291	150,944	1,006,347	86.96%
		4	Diarrheal diseases	647,470	125,125	522,345	80.67%
		5	Lower respiratory infections	1,248,279	161,032	1,087,247	87.10%
	Non-Thai	1	Other maternal conditions	1,129,191	940,074	189,117	16.75%

ปี				Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
		2	Reproductive health	158,772	133,225	25,547	16.09%
		3	Lower respiratory infections	372,609	348,422	24,183	6.49%
		4	Diarrheal diseases	107,959	107,201	758	0.70%
		5	Injury with head	86,872	66,544	20,328	23.40%
	Stateless	1	Other maternal conditions	291,083	98,555	192,528	66.14%
		2	Reproductive health	30,528	15,792	14,736	48.27%
		3	Diarrheal diseases	69,618	34,078	35,540	51.05%
		4	Chronic obstructive pulmonary disease	98,610	14,266	84,344	85.53%
		5	Other cardiovascular diseases	48,268	4,350	43,918	90.99%

ตารางผนวกที่ ข-6 (ข) ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพ ค่าใช้จ่ายชำระเอง และอัตราความคุ้มครองจากประกันสุขภาพของผู้ใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2558-2559

ปี				Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
2558	Thai	1	Chronic obstructive pulmonary disease	1,773,632	122,393	1,651,239	93.10%
		2	Other digestive diseases	1,028,486	115,881	912,605	88.73%
		3	Diarrheal diseases	677,986	138,945	539,041	79.51%
		4	Other maternal conditions	1,004,007	262,065	741,942	73.90%
		5	Reproductive health	305,303	68,770	236,533	77.47%
	Non-Thai	1	Other maternal conditions	1,083,943	932,941	151,002	13.93%
		2	Reproductive health	177,500	152,090	25,410	14.31%
		3	Diarrheal diseases	239,229	217,481	21,748	9.09%
		4	Lower respiratory infections	243,153	212,678	30,475	12.53%
		5	Other digestive diseases	175,193	140,302	34,891	19.91%
	Stateless	1	Other maternal conditions	278,114	88,348	189,766	68.23%
		2	Reproductive health	34,375	17,955	16,420	47.77%
		3	Lower respiratory infections	104,133	4,050	100,083	96.11%
		4	Injury with head	47,132	32,130	15,002	31.83%
		5	Other cardiovascular diseases	79,038	17,890	61,148	77.36%
2559	Thai	1	Chronic obstructive pulmonary disease	2,133,639	176,700	1,956,639	91.70%
		2	Other digestive diseases	996,662	133,423	863,240	86.61%
		3	Other maternal conditions	883,402	165,443	717,959	81.27%
		4	Diarrheal diseases	689,535	144,323	545,212	79.70%
		5	Reproductive health	241,072	72,380	168,692	69.97%

ปี				Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
	Non-Thai	1	Other maternal conditions	1,050,316	924,012	126,304	12.02%
		2	Reproductive health	126,683	113,918	12,765	10.08%
		3	Diarrheal diseases	230,950	205,109	25,841	11.19%
		4	Lower respiratory infections	286,577	258,444	28,133	9.82%
		5	Other digestive diseases	162,635	145,149	17,486	10.75%
	Stateless	1	Other maternal conditions	344,020	124,150	219,870	63.91%
		2	Reproductive health	26,765	19,640	7,125	26.62%
		3	Other digestive diseases	89,460	20,989	68,471	76.54%
		4	Lower respiratory infections	83,750	15,379	68,371	81.64%
		5	Injury with head	56,705	51,630	5,075	8.95%

ตารางผนวกที่ ข-6 (ค) ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพ ค่าใช้จ่ายชำระเอง และอัตราความคุ้มครองจากประกันสุขภาพของผู้ใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2560-2561

ปี				Total Cost	OOP Cost	Covered Cost	Coverage Rate
2560	Thai	1	Chronic obstructive pulmonary disease	1,988,133	178,673	1,809,460	91.01%
		2	Other maternal conditions	832,339	205,587	626,753	75.30%
		3	Diarrheal diseases	701,548	149,364	552,184	78.71%
		4	Other digestive diseases	852,756	108,756	744,000	87.25%
		5	Reproductive health	199,594	77,482	122,113	61.18%
	Non-Thai	1	Other maternal conditions	1,017,594	915,227	102,367	10.06%
		2	Reproductive health	152,248	145,725	6,523	4.28%
		3	Diarrheal diseases	204,978	200,848	4,130	2.01%
		4	Lower respiratory infections	176,014	158,827	17,187	9.76%
		5	Injury with head	77,388	71,744	5,644	7.29%
	Stateless	1	Other maternal conditions	281,895	121,560	160,335	56.88%
		2	Reproductive health	25,771	23,055	2,716	10.54%
		3	Injury with head	197,425	48,951	148,474	75.20%
		4	Lower respiratory infections	101,453	13,767	87,686	86.43%
		5	Other digestive diseases	118,608	29,367	89,241	75.24%
2561	Thai	1	Diarrheal diseases	263,459	59,815	203,484	77.23%
		2	Chronic obstructive pulmonary disease	423,977	60,490	363,487	85.73%
		3	Lower respiratory infections	348,130	58,443	289,677	83.21%
		4	Other digestive diseases	226,400	26,553	199,847	88.27%
		5	Nephritis and nephrosis	226,660	19,720	206,940	91.30%
	Non-Thai	1	Other maternal conditions	303,784	239,841	63,943	21.05%

		2	Reproductive health	45,962	42,296	3,666	7.98%
		3	Diarrheal diseases	77,466	59,252	18,214	23.51%
		4	Lower respiratory infections	62,870	62,870	0	0%
		5	Abortion	24,145	16,304	7,841	32.47%
	Stateless	1	Other maternal conditions	32,020	13,981	18,039	56.34%
		2	Reproductive health	5,446	3,589	1,857	34.10%
		3	Diarrheal diseases	30,290	5,072	25,218	83.25%
		4	Lower respiratory infections	14,407	4,509	9,898	86.70%
		5	Nephritis and nephrosis	27,061	3,000	24,061	88.91%