

บทความ

การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวก่อนก้าวสู่เขตพัฒนาเศรษฐกิจ และประชาคมเศรษฐกิจ
อาเซียน ชายแดนไทย-เมียนมาร์ จังหวัดตาก

HEALTH SERVICES ACCESSIBILITY OF FOREIGN WORKERS BEFORE ENTERING THE ECONOMIC DEVELOPMENT
ZONE AND ASEAN ECONOMIC COMMUNITY, THAI-MYANMAR BORDER, TAK PROVINCE

ฉัตร สารเรือน*

นิทรา กิจธีระวุฒิมังษ์**

บทนำ

นโยบายเขตเศรษฐกิจพิเศษบริเวณชายแดนของประเทศไทย ได้เริ่มขึ้นจากการผลักดันของธนาคารเพื่อการพัฒนาเอเชีย (Asian development Bank: ADB) โดยได้บรรจุแผนการพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษไว้เป็นแผนปฏิบัติการเพื่อการเปลี่ยนระเบียงการขนส่ง (Transport corridors) ให้เป็นระเบียงเศรษฐกิจ (Economic corridors) ด้วยการสร้างโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นในการเชื่อมต่อเขตเศรษฐกิจพิเศษต่างๆ ในอนุภูมิภาคเข้าด้วยกัน รวมถึงการเชื่อมต่อเขตเศรษฐกิจพิเศษไปยังท่าเรือจุดกระจายสินค้า และตลาดปลายทางประเทศไทยมีนโยบายการพัฒนาเศรษฐกิจ ผ่านการจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ (กนพ.) โดยที่ประชุมฯ เห็นชอบพื้นที่ที่มีศักยภาพเหมาะสมในการจัดตั้งเป็นเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษระยะแรกของไทยใน 5 พื้นที่ชายแดน รองรับการก้าวเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในปี 58 ได้แก่ 1) แม่สอด 2) อรัญประเทศ 3) ตราด 4) มุกดาหาร 5) สะเดา (ด่านศุลกากรสะเดาและปาดังเบซาร์) มีเป้าหมายเพื่อชักจูงให้นักลงทุนจากประเทศต่างๆ เข้ามาลงทุนเพิ่มขึ้นส่งผลให้เขตพื้นที่นั้นมีเศรษฐกิจเจริญขึ้น (กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนการประชาสัมพันธ์ สำนักโฆษกสำนักนายกรัฐมนตรี, 2557)

จังหวัดตาก มีชายแดนติดพม่า อำเภอแม่สอดได้รับการพิจารณาให้เป็นพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ โดยโครงสร้างเศรษฐกิจของจังหวัดตากขึ้นอยู่กับสาขาเกษตรกรรม สาขาอุตสาหกรรม (การผลิต) และสาขาการขนส่ง การขายปลีก การซ่อมแซมยานยนต์ จักรยานยนต์ ของใช้ส่วนบุคคล และของใช้ในครัวเรือนตามลำดับ (สำนักงานแรงงานจังหวัดตาก, 2555) ผลจากการพัฒนาเขตเศรษฐกิจ ทำให้เกิดเคลื่อนย้ายแรงงานชาวไทยในชนบทไปสู่โรงงานอุตสาหกรรมในเมืองใหญ่ อีกทั้งแรงงานภาคชนบทส่วนหนึ่งได้เคลื่อนย้ายไปทำงานในต่างประเทศทำให้เกิดปัญหาขาดแคลนแรงงานซึ่งทำให้ผู้ประกอบการต้องแสวงหาแรงงานสัญชาติอื่นเข้ามาทดแทน ได้แก่ แรงงานสัญชาติลาว พม่า และกัมพูชา เป็นต้น จากข้อมูลของสำนักงานแรงงานจังหวัดตาก (2555) พบว่า จำนวนแรงงานต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานในจังหวัดตาก จำแนกตามสัญชาติ มีจำนวนทั้งสิ้น 55,446 คน เมื่อพิจารณาตามสัญชาติพบว่าสัญชาติพม่ามีสัดส่วนถึง ร้อยละ 99.88 (55,382 คน) รองลงมาเป็นสัญชาติกัมพูชา ร้อยละ 0.09 (51 คน) ขณะที่แรงงานสัญชาติลาว ร้อยละ 0.02 (13 คน) แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม (Migrant workers and dependants) ที่เข้ามาพักอาศัยในประเทศไทยส่วนใหญ่มักเป็นแรงงานทักษะต่ำเข้ามาทั้งถูกต้องตามกฎหมายและผิดกฎหมาย

ผู้รับผิดชอบหลัก: ฉัตร สารเรือน

* นิสิตสาธิตสาธิตศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

เมื่อเกิดการเจ็บป่วย แรงงานต่างด้าว มีรูปแบบการรับบริการด้านสุขภาพ คือ หากเจ็บป่วยไม่มากจะซื้อยามกินเอง (สุภัททา ยิ้มแย้ม, 2555; ศราวุฒิ เหล่าสาย และอภิศักดิ์ อธิระวิสิษฐ์, 2555; ดุษฎี อายุวัฒน์, อติเรก เร่งมานะวงษ์ และสังคม สุภรัตน์กุล, 2556) หากมีอาการหนักจะไปรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาล โดยพฤติกรรมทางเลือกใช้บริการทางสาธารณสุขดังกล่าวของผู้อพยพมีส่วนสัมพันธ์โดยตรงกับสิทธิทางสุขภาพ สถานภาพทางกฎหมายค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรายได้ความสะดวกในการเข้าถึงบริการต่างๆรวมถึงระยะเวลาของการรับบริการและคุณภาพของการบริการอย่างไรก็ตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งเป็นแรงงานข้ามชาติด้วยกันเอง ซึ่งมาจากการสนับสนุนขององค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร และอาสาสมัครที่พูดภาษาไทยได้คล่องแคล่ว เป็นตัวกลางในการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่รัฐกับแรงงานต่างด้าวในพื้นที่ (บุญรัตน์ รัฐบริรักษ์, 2555)

ปัญหาด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยกำหนดสุขภาพที่พบในกลุ่มนี้ได้แก่ ที่พักอาศัย ซึ่งนายจ้างจะเป็นผู้จัดหาที่พักให้กับแรงงานก่อสร้างและแรงงานในภาคอุตสาหกรรม มีความแออัด ยัดเยียด ขาดระบบสุขาภิบาลและระบบระบายอากาศที่ดี และไม่ปลอดภัย อัตราส่วนของห้องส้วมต่อแรงงานอยู่ในสัดส่วนไม่เหมาะสม เช่น มีห้องส้วมเพียง 4 หลังต่อคนงานหลายร้อยคน การขาดแคลนน้ำสะอาดในการอุปโภค บริโภค มีการหมักหมมของขยะมูลฝอย ท่อระบายน้ำ นอกจากนี้ยังมีรายงานว่า มีแรงงานที่เป็นลูกเรือประมงน้ำลึกมีภาวะทุพโภชนาการ (มูลนิธิริรักษ์ไทย, 2012) นอกจากนี้ Chamchan และ Apipomchaisakul (2012) ระบุว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าว มี 2 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยที่เกี่ยวกับการเงิน ได้แก่ การขาดหลักประกันสุขภาพ เนื่องจากไม่มี

ความสามารถในการจ่ายในการซื้อหลักประกันสุขภาพ รวมถึงค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารักษา 2) ปัจจัยที่ไม่เกี่ยวกับการเงิน ได้แก่ การเข้าเมืองอย่างผิดกฎหมาย ทำให้เกิดความกลัวใน การถูกจับ จึงไม่ไปรับบริการสุขภาพที่หน่วยบริการสุขภาพ สถานการณ์ศาสตร์ที่ห่างไกล การเดินทางลำบาก ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ ไม่สามารถสื่อสารได้จากการใช้ภาษาที่ไม่ตรงกัน ความเชื่อทางสุขภาพ พฤติกรรมการแสวงหาการรักษา เวลาในการทำงานที่ไม่สอดคล้องกับการเปิดบริการของหน่วยบริการสุขภาพ เช่น ไม่สามารถมารับบริการรักษาพยาบาลได้ในเวลางาน เนื่องจากนายจ้างไม่อนุญาต เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Yingchun, Chang, Zhou, Hu & Liang (2010) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของแรงงานต่างด้าวกรุงปักกิ่ง ประเทศจีน พบว่า ร้อยละ 40.5 ของแรงงานต่างด้าวไม่เข้ารับการรักษา เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 94 ของแรงงานต่างด้าวในกรุงปักกิ่ง ประเทศจีน ไม่มีหลักประกันสุขภาพ และพบว่า รายได้ จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวัน มีผลต่ออัตราการเข้ารับการรักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าว

ประเทศไทยกำลังจะเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน AEC ในปี พ.ศ. 2558 นี้ ทุกฝ่ายต่างมุ่งความสนใจไปที่ด้านเศรษฐกิจ อำนวยต่อการค้า การลงทุนที่เพิ่มขึ้น ส่วนปัจจัยผลกระทบที่ตามมายังให้ความสนใจน้อยมาก อาทิเช่น ปัญหาแรงงานต่างด้าว จะเพิ่มขึ้นอีกหลายเท่าตัว ปัจจุบันพบว่ากลุ่มแรงงานต่างด้าวเหล่านี้มาจาก พม่า กัมพูชา ลาว มีหลักประกันสุขภาพและกำลังต่อสถานะ 1.6 ล้าน ส่วนอีก 2.4 ล้านคนไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ และยังพบว่าพวกเขาเหล่านี้เข้าถึงบริการพื้นฐานทางด้านสาธารณสุขของรัฐบาลไทยน้อยกว่าคนไทยถึง 6 เท่า (สุภัททา ฮาสุวรรณ, 2555) การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าว

ในประเทศไทย จะขึ้นอยู่กับสถานะการณืขึ้น ทะเบียนและการประกันสุขภาพของแรงงาน ซึ่ง แบ่งเป็นแรงงานที่อยู่ภายใต้ระบบประกันสังคมและ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ครอบคลุมของ การประกันสุขภาพทั้งสองระบบยังมีช่องว่างอยู่มาก เช่น ไม่มีการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และการวางแผนครอบครัว ประกอบกับปัญหา ทางด้านภาษา วัฒนธรรม ของแรงงานข้ามชาติ ที่ ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น การขาด สิทธิประโยชน์ด้านยาต้านไวรัสเพื่อการรักษาโรค เอ็ดส์ และการไม่ครอบคลุมถึงการประกันอุบัติเหตุ หรือปัญหาสุขภาพอื่น ๆ (มูลนิธิริรักษ์ไทย, 2012)

จากสถานการณ์ข้างต้น พบว่า แนวโน้มของ แรงงานข้ามชาติจะเพิ่มขึ้น พบการเจ็บป่วยที่เป็นโรค เกิดจากโรคติดต่อและโรคเรื้อรังในแรงงานข้ามชาติ เช่น วัณโรคที่ติดต่อ โรคเท้าช้าง มาลาเรีย เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคเอ็ดส์ เป็นต้น รวมถึง ปัญหาอนามัยแม่และเด็ก ปัญหาของการเข้าถึง บริการสุขภาพ และหากมีการเปิดประชาคมอาเซียน ใน พ.ศ. 2558 ศูนย์พักพิงชั่วคราวจะถูกลบ บุคลากร สาธารณสุขจากองค์กรพัฒนาเอกชนที่เคยช่วย ให้บริการสุขภาพระดับต้นในศูนย์พักพิงจะถอนตัว ไป ทำให้ประชากรที่เคยอาศัยในศูนย์ฯ ร่วมกับ ประชากรในเขตประเทศเพื่อนบ้านจะเข้ามาใช้ บริการสถานบริการสาธารณสุขของไทย โรคระบาด ต่างๆ ที่แฝงอยู่ในพื้นที่ตะเข็บชายแดนอาจเข้าสู่ ประเทศไทยมากขึ้น และหากไม่สามารถจ่ายค่า รักษาพยาบาลเองได้ โรงพยาบาลจะต้องใช้ งบประมาณจากกองทุนสงเคราะห์ฉุกเฉิน ในบาง พื้นที่ที่โรงพยาบาลประสบกับปัญหาการขาดทุนเป็น จำนวนมากจากการให้บริการแก่ประชากรข้ามชาติที่ ไม่ได้ขึ้นทะเบียนนั้น มีรายงานว่าทาง โรงพยาบาล ปฏิเสธที่จะให้การรักษาหรือให้การรักษาที่ไม่ เพียงพอ เนื่องจากปัญหาด้านสถานะภาพของแรงงาน ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนและจากการ ที่แรงงานไม่สามารถ

จ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ (มูลนิธิริรักษ์ไทย, 2012) เห็นได้ว่าหากไม่มีการวางแผนที่เหมาะสมปัญหา เหล่านี้จะมีผลกระทบอย่างไรต่อระบบบริการ สุขภาพของประเทศไทย

เศรษฐกิจเป็นหนึ่งในปัจจัยสังคมกำหนด สุขภาพ หากไม่มีการเตรียมความพร้อมในการรับมือ แรงงานต่างด้าวอย่างรอบด้าน จะส่งผลต่อการ พัฒนาเศรษฐกิจและสุขภาพในภาพรวมของประเทศ บทความนี้วัตถุประสงค์ในการนำเสนอ นโยบายเขต พัฒนาเศรษฐกิจพิเศษและการก้าวเข้าสู่ประชาคม เศรษฐกิจอาเซียน นโยบายการดูแลแรงงานต่างด้าว สถานการณ์สุขภาพของแรงงานต่างด้าว จังหวัดตาก การเข้าถึงบริการสุขภาพและปัญหาในการเข้าถึง บริการสุขภาพ แนวทางการพัฒนาการเข้าถึงบริการ สุขภาพของแรงงานต่างด้าว และการวางแผน พัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพ จังหวัดตาก เพื่อใ มุ่งให้แรงงานต่างด้าวเข้าถึงบริการสุขภาพ ลดความ ไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ อันจะทำให้มีการพัฒนา เศรษฐกิจและพัฒนาสุขภาพของประชาชน

นโยบายเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ และการก้าว เข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน

นโยบายเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ผลการ ประชุมเมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม คณะกรรมการ นโยบายเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษได้มีความเห็นชอบ พื้นที่ที่มีศักยภาพเหมาะสมในการจัดตั้งเป็นเขต พัฒนาเศรษฐกิจ โดยเน้นจุดที่เป็นพื้นที่ชายแดนที่ ตั้งอยู่บนแนวระเบียงเศรษฐกิจอนุภาคลุ่มน้ำโขง (GMS Economic Corridors) พื้นที่รอบแรก 5 แห่ง ดังนี้

1. อําเภอแม่สอด จังหวัดตาก จุดเด่นที่เน้น พัฒนาในเรื่อง โลจิสติกส์ และอุตสาหกรรมที่ใช้ แรงงานเข้มข้น เช่นอุตสาหกรรมเกี่ยวกับเสื้อผ้าและ สิ่งทอแปรรูปการเกษตร เป็นต้น

2. อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว เน้นพัฒนาแปรรูปสินค้าเกษตร การขนส่งต่อเนื่องหลายรูปแบบ พื้นที่ค้าส่ง ปลีกระหว่างประเทศ

3. พื้นที่ชายแดน จังหวัดตราด เน้นพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงนิเวศ การขนส่งต่อเนื่องหลายรูปแบบ (บก-ทะเล) และการค้าชายแดนปลอดภาษี

4. พื้นที่ชายแดนจังหวัดมุกดาหาร จุดเน้นด้านการค้าส่งและการขนส่งต่อเนื่องหลายรูปแบบ อิเล็กทรอนิกส์ และคลังสินค้า

5. อำเภอสระเดาจังหวัดสงขลา (ด้านสะเดาและด่านปาดังเบซาร์) จุดเน้นอุตสาหกรรมยางพารา และผลิตภัณฑ์ครบวงจร อาหารฮาลาล อาหารทะเล

โดยพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษเหล่านี้มีชุดสิทธิประโยชน์สนับสนุนดังนี้ สิทธิประโยชน์สำหรับการลงทุน (BOI) ปลอดภาษี การให้บริการจุดเดียวแบบเบ็ดเสร็จ มาตรการสนับสนุนการใช้แรงงานต่างด้าว และการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและด้านศุลกากรในพื้นที่ ชุดสิทธิประโยชน์ดังกล่าว คาดว่า จะทำให้พื้นที่ในเขตเศรษฐกิจพิเศษมีแรงงานต่างด้าวทะลักเข้ามาเป็นจำนวนมากโดยเฉพาะอำเภอแม่สอดซึ่งเป็นจุดเน้นที่มีจุดแข็งทางด้าน อุตสาหกรรมที่ใช้แรงงานเข้มข้น เช่นอุตสาหกรรมทอผ้า แปรรูปสินค้าเกษตร เป็นต้น จึงคาดการณ์ว่าจะมีแรงงานต่างด้าวเข้ามา จากปัจจุบันที่มีอยู่แล้วในจังหวัดตากนอกศูนย์ผู้หนีภัย 305,871 คน ในศูนย์ผู้หนีภัย 101,442 คน (พจณี อรรถโรจน์ภิญโญ, 2557)

ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ASEAN Economic Community (AEC) หมายถึงประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน 10 ประเทศที่มีเป้าหมายส่งเสริมอาเซียนให้เป็นตลาดและฐานการผลิตเดียว มีการเคลื่อนย้ายสินค้า บริการ การลงทุน แรงงานฝีมือ และเงินลงทุนอย่างเสรี ภายในปี พ.ศ. 2558 (ค.ศ. 2015) การเชื่อมเขตเศรษฐกิจพิเศษ กับ AEC East-West Economic Corridor (EWEC) หรือเส้นทางหมายเลข 9 (R9) ชื่อไทยว่า เส้นทางระเบียงเศรษฐกิจ

แนวตะวันออก-ตะวันตกจะมีการขนส่งจากท่าเทียบเรือทางทะเลฝั่งขวาไปยังฝั่งซ้าย เวียดนาม-ไทย-พม่า มีระยะทางติดต่อ 1,300 กม.อยู่ในเขตประเทศไทย 950 กม. ลาว 250 กม. เวียดนาม 84 กม.เริ่มที่ เมืองท่าตานัง ประเทศเวียดนาม ผ่านเมืองเว้ เข้าแขวงสะหวันนะเขตในประเทศลาว ข้ามสะพานมิตรภาพ 2 (มุกดาหาร-สะหวันนะเขต) เข้าสู่ไทยที่จังหวัดมุกดาหาร ผ่านจังหวัดกาฬสินธุ์ ขอนแก่นเพชรบูรณ์ พิษณุโลก สุดเขตที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก และเชื่อมเข้าไปยังประเทศพม่าที่เมืองเมียวดีไปเรื่อยๆ ถึงอำเภอแม่ตะมะ ที่เมืองเมะละโย หรือมะละหม่ง เป็นการเชื่อมจากทะเลจีนใต้ไปสู่อินเดีย ซึ่งอำเภอแม่สอดเป็นจุดศูนย์กลางที่สำคัญของการเชื่อมต่อและกระจายสินค้า จึงเป็น 1 ใน 5 ของเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษที่คณะกรรมการ กนท.ให้ความสำคัญ ในปี 2556 มีมูลค่าการค้าชายแดนถึง 46,309.94 ล้านบาท

จังหวัดตาก มีชายแดนติดพม่า อำเภอแม่สอด ได้รับการพิจารณาให้เป็นพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ โดยโครงสร้างเศรษฐกิจของจังหวัดตากขึ้นอยู่กับสาขาเกษตรกรรม สาขาอุตสาหกรรม (การผลิต) และสาขาการขนส่ง การขายปลีก การซ่อมแซมยานยนต์ จักรยานยนต์ ของใช้ส่วนบุคคล และของใช้ในครัวเรือนตามลำดับ (สำนักงานแรงงานจังหวัดตาก, 2555) พบปัญหาขาดแคลนแรงงานทำให้ผู้ประกอบการต้องแสวงหาแรงงานสัญชาติอื่นเข้ามาทดแทน ได้แก่ แรงงานสัญชาติลาว พม่า และกัมพูชา เป็นต้น จากข้อมูลของสำนักงานแรงงานจังหวัดตาก (2555) พบว่า จำนวนแรงงานต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานในจังหวัดตาก จำแนกตามสัญชาติ มีจำนวนทั้งสิ้น 55,446 คน เมื่อพิจารณาตามสัญชาติพบว่าสัญชาติพม่ามีสัดส่วนถึง ร้อยละ 99.88 (55,382 คน) รองลงมาเป็นสัญชาติกัมพูชา ร้อยละ 0.09 (51 คน) ขณะที่แรงงานสัญชาติลาว ร้อยละ 0.02 (13 คน) แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม

(Migrant workers and dependants) ที่เข้ามาพักอาศัยในประเทศไทยส่วนใหญ่มักเป็นแรงงานทักษะต่ำเข้ามาซึ่งถูกต้องตามกฎหมายและผิดกฎหมาย ดังนั้น ประเทศไทยจึงมีกำหนดการณ์นโยบายในการดูแลแรงงานต่างด้าว เพื่อรองรับเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ

นโยบายการดูแลแรงงานต่างด้าว

แรงงานต่างด้าวสัญชาติพม่า ลาว และ กัมพูชา ที่ได้รับอนุญาตให้ทำงานในประเทศไทย ปัจจุบันมี 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองได้รับผ่อนผันให้ทำงานในประเทศไทยเป็นการชั่วคราว ตามมติคณะรัฐมนตรี ได้รับผ่อนผันให้อยู่ในประเทศไทยชั่วคราวเพื่อการทำงาน

2. กลุ่มแรงงานต่างด้าวที่ได้รับการพิสูจน์สัญชาติ เป็นแรงงานที่จดทะเบียนผ่อนผันตามข้อที่ 1 ได้รับการพิสูจน์สัญชาติกับประเทศต้นทางมีหนังสือเดินทางชั่วคราว (Temporary passport) หรือเอกสารรับรองบุคคล (Certificate of identity) เป็นหลักฐานจัดทำ (Visa) และประทับตราให้อยู่ทำงานเป็นเวลาไม่เกิน 2 ปี โดยวีซ่าที่ได้รับจะเป็นวีซ่าเพื่อการทำงาน (Non immigrant L-A) เมื่อครบ 2 ปี อยู่ต่อได้ไม่เกิน 2 ปี เมื่อครบ 4 ปี แล้วต้องเดินทางกลับ

3. กลุ่มแรงงานต่างด้าวรายใหม่ที่น่าเข้ามาทำงานอย่างถูกต้องตามกฎหมายตามบันทึกความเข้าใจว่าด้วยความร่วมมือด้านการจ้างแรงงานระหว่างรัฐ (MOU) กลุ่มนี้จะได้รับลงตรา (Visa) เพื่อการทำงาน (Non immigrant L-A) และให้ทำงานไม่เกิน 2 ปี เป็นผู้เข้าเมืองถูกต้องกฎหมาย และ เมื่อทำงานครบ 2 ปี อยู่ต่อได้อีกไม่เกิน 2 ปี ครบ 4 ปี แล้วต้องเดินทางกลับ

กลุ่มแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองที่ได้รับการผ่อนผันให้อยู่ชั่วคราวเพื่อรอการส่งกลับ จะได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลตามระบบประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข โดยแรงงานต่างด้าวต้องเข้ารับการตรวจสุขภาพและทำประกันสุขภาพกับสถานพยาบาลที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด ซึ่งต้องชำระค่าตรวจสุขภาพ 600 บาท และค่าประกันสุขภาพ 1,300 บาท จึงจะได้เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าเช่นเดียวกับคนไทย การขอรับบริการตามโครงการประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวสามารถเลือกสถานพยาบาลที่ต้องการเข้ารับการรักษาพยาบาล แรงงานต่างด้าวสามารถใช้สิทธิเข้ารับการบริการรักษาพยาบาลได้ ณ สถานพยาบาลที่แจ้งไว้ในครั้งแรก พบปัญหาแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามกลุ่มนี้ทำประกันสุขภาพน้อย และส่วนใหญ่ไม่ได้อยู่ในพื้นที่สถานพยาบาลที่แจ้งไว้ครั้งแรก จึงเป็นปัญหาทำให้การเข้าถึงบริการตามสิทธิยากมากขึ้น

ส่วนกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่ได้รับการพิสูจน์สัญชาติแล้วและกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่น่าเข้าอย่างถูกกฎหมายตาม MOU จะได้รับสิทธิด้านการรักษาพยาบาลตามระบบประกันสังคม โดยแรงงานต่างด้าวต้องขึ้นทะเบียนและจ่ายเงินสมทบเข้าสู่ระบบประกันสังคมตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และได้รับการคุ้มครองตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537

อย่างไรก็ตามรัฐบาลไทยเอง ร่วมกับองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงกำไร มีความพยายามในการดูแลแรงงานต่างด้าวตามหลักสิทธิมนุษยชน มีการจัดโปรแกรมสำหรับแรงงานต่างด้าว เช่น ในปี ค.ศ. 2001 จัดให้มี Border health program ระยะเวลา 2 ปี และขยายโครงการต่อไปสิ้นสุดในปี ค.ศ. 2007 โครงการ Healthy migrant healthy Thailand

ที่เริ่มดำเนินการในปี ค.ศ. 2003 และการจัดโปรแกรมที่ได้รับการสนับสนุนจาก GFATM (The global fund for HIV, TB and malaria) ในการต่อสู้กับโรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรียในปี ค.ศ. 2004 (มูลนิธิรักษ์ไทย, 2012)

การดูแลแรงงานต่างด้าวของ จังหวัดตาก มีการจัดตั้งคณะกรรมการอำนวยการและประชุมคณะทำงานร่วมกันของไทย และพม่า หากพิจารณาตามองค์ประกอบ 6 ด้านของระบบบริการสุขภาพพบว่า 1) บริการสุขภาพ จังหวัดตามเมืองการค้ากุศลหลักที่ทำงานช่วยเหลือแรงงานต่างด้าวในจังหวัดตาก เช่น ช่วยเหลือด้านการดูแลผู้ป่วยเอดส์ และวัณโรค ได้แก่ มูลนิธิศุภนิมิต องค์กรเอกชน Premiere urgence-aide médicale internationale (PUAMI) ให้บริการรักษาพยาบาลแบบไม่คิดมูลค่าเปิดบริการโรงพยาบาลสนามในพื้นที่พักพิงชั่วคราวขนาด 120 เตียง และมีคลินิกผู้ป่วยนอกอีก 2 แห่ง นอกจากนี้มีกองทุนโลกด้านมาลาเรีย (The global fund) และ Shoklo malaria research unit; SMRU) ซึ่งเป็นหน่วยวิจัยมาลาเรียภาคสนาม ดูแลเรื่องสิ่งแวดล้อม สุขาภิบาลน้ำ และ อาหาร ส่วนแม่ตาวคลินิกหมอซินเทียหม่องเน้นการดูแลเรื่องการรักษาพยาบาลให้กับแรงงานต่างด้าว นอกจากนี้ยังมีหน่วยบริการสาธารณสุข (Health post) ดูแลแรงงานต่างด้าวในชุมชนเบื้องต้นโดยอาสาสมัครแรงงานต่างด้าว 2) กำลังคน มีการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขคู่ขนานระหว่างคนไทยและคนพม่า เพื่อลดช่องว่างด้านการสื่อสารวัฒนธรรม 3) การเงิน มีการสนับสนุนทางการเงินจากองค์การระหว่างประเทศเช่น องค์การอนามัยโลก (WHO) EU project กองทุนโลก (The global fund) และสนับสนุนสิทธิด้านการรักษาพยาบาลตามระบบประกันสังคม ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และได้รับการคุ้มครองตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และ

พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 4) ยาเวชภัณฑ์ สถานที่ให้บริการ รัฐบาลไทย จัดสร้างหน่วยบริการที่เรียกว่า สุขศาลา ให้บริการปฐมภูมิแก่แรงงานต่างด้าว มีการจัดสร้างในเขตประเทพม่า พัฒนากำลังคน สนับสนุนยา อุปกรณ์การแพทย์ 5) ข้อมูล จากปัญหาการเข้ามาทำงานที่ผิดกฎหมาย จึงทำให้ขาดข้อมูลโครงสร้างประชากร สถานะสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ และพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของแรงงานต่างด้าว และ 6) ภาวะผู้นำ มีความร่วมมือโดยการจัดประชุมความร่วมมือทั้งสองฝ่ายคือจังหวัดเมียวดีของเมียนมาร์ กับ จังหวัดตากของไทย และรัฐกะเหรี่ยงและประเทศไทย ในการเจรจา มีผู้นำทางด้านสาธารณสุข มีความร่วมมือเรื่องการเฝ้าระวัง โรคชายแดน (โรคพิษสุนัขบ้า) ให้การสนับสนุนวัคซีนเด็กตามแนวชายแดนไทย-เมียนมาร์แบบทางการและไม่เป็นทางการ และกับชนกลุ่มน้อยแนวชายแดน และได้สร้างเครือข่ายความร่วมมือด้านสาธารณสุขร่วมกับชนกลุ่มน้อย เช่นสร้างสุขศาลาตามแนวชายแดนเป็นต้น รวมทั้งสร้างเครือข่ายความร่วมมือด้านสาธารณสุขในศูนย์อพยพผู้ลี้ภัยสงคราม เช่น การเฝ้าระวังโรค การควบคุมโรค

สถานการณ์สุขภาพของแรงงานต่างด้าว จังหวัดตาก

โรคติดต่อที่สำคัญในแรงงานต่างด้าวเหล่านี้คือ โรคอุจจาระร่วง ใช้เลือดออก เอดส์ และมาลาเรีย (วิสิษฐ์ ตั้งนภากร, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาขององค์การสหประชาชาติ ในปี ค.ศ. 1994 ที่พบว่า ความเป็นอยู่ที่แออัด ไม่ถูกสุขลักษณะของแรงงานต่างด้าวย้ายถิ่นที่ผิดกฎหมาย มีผลกระทบต่อสุขภาพ ทำให้เกิดปัญหาความเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆมากมาย เช่น โรคคอหิวน้ำ วัณโรค เอดส์ และมาลาเรีย เป็นต้น

จังหวัดตาก เป็นช่องทางให้แรงงานต่างด้าวเดินทางเข้ามาสะดวกสบายหลายช่องทางมากถึง 45

ช่องทางและป่าเขาที่ไม่มีพรมแดนที่ชัดเจนขวางกั้น มีเพียงช่องทางเดียวที่ถูกกฎหมายศุลกากร คือ ด่านแม่สอด – เมียวดี ทำให้มีแรงงานต่างด้าวอพยพเข้ามาอาศัยอยู่จำนวนมาก พบมากใน 5 อำเภอฝั่งตะวันตกที่ติดชายแดน ไทย – พม่าแนวชายแดนยาวถึง 580 กิโลเมตร มีประชากรต่างด้าวอยู่ในจังหวัดตากถึง 407,311 คน ในศูนย์ผู้ลี้ภัยสงคราม รวมทั้ง 3 แห่ง คือ (1) ศูนย์ผู้ลี้ภัยบ้านนุโพ อ.อุ้มผาง (2) ศูนย์ผู้ลี้ภัยบ้านอุ้มเปี้ยม อ.พพบพระ และ (3) ศูนย์ผู้ลี้ภัยบ้านแม่หละ อ.ท่าสองยาง มีประชากรรวม 101,440 คน เป็นแรงงานต่างด้าวนอกศูนย์ 305,871 คน จากข้อมูลสรุปรายงานประจำปีโรงพยาบาลแม่สอดในปี 2556 พบว่า 3 อันดับผู้ป่วยใน ของแรงงานต่างด้าว คือ โรคปอดบวม อุบัติเหตุ และ เด็กแรกคลอดตัวเหลือง และ 3 อันดับที่เสียชีวิตของผู้ป่วยในแรงงานต่างด้าว คือ โรคเอดส์ แรกคลอดน้ำหนักน้อย และ วัณโรค (รายงานประจำปีโรงพยาบาลแม่สอด, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของ (พรทิพย์ อนันต์กุล, พรรณรดา สุวัน, และ กรรณิกา ปัญญา, 2557) พบว่าพฤติกรรมเสี่ยงของแรงงานต่างด้าวคือ เมาแล้วขับ และไม่สวมหมวกกันน็อก และยังพบปัญหาของหน่วยบริการคือการให้บริการแรงงานต่างด้าวได้เฉพาะกลุ่มที่เข้ามาที่สถานบริการเท่านั้น ดังนั้นการให้บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพ อนามัยแม่และเด็ก ป้องกันโรค และวางแผนครอบครัวยังเป็นปัญหาสำคัญกับกลุ่มแรงงานต่างด้าวเหล่านี้

การเข้าถึงบริการสุขภาพและปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

การเข้าถึงบริการสุขภาพ

หลักประกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นดัชนีชี้วัดที่สำคัญของระบบสุขภาพ (Maesneer & Willems, 2000) ทั้งนี้ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ความครอบคลุม คุณภาพ และความปลอดภัย เป็นผลผลิต ของกรอบระบบสุขภาพ 6 องค์ประกอบ

(Six building blocks) (WHO, 2007) ในทางการแพทย์มีผู้ให้ความหมายของการเข้าถึงบริการสุขภาพไว้หลากหลาย ดังนี้ การเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับทางเข้าของบริการสุขภาพของประชาชนที่จะได้รับการดูแลรักษาในระบบสุขภาพ (Rosen, Florin & Dixon, 2001) การเข้าถึงบริการ คือความสามารถของประชาชนในการแสวงหาและได้รับบริการสุขภาพ โดยการใช้บริการสุขภาพของบุคคลตามความจริง ทุกสิ่งต้องมีความสะดวก (Anderson, 1995) มีความพอเหมาะระหว่างผู้ใช้บริการและระบบบริการสุขภาพ (Penchansky & Thomas, 1981) นอกจากนี้ การเข้าถึงบริการสุขภาพตามแนวคิดของ Aday และ Anderson (1981) ได้จำแนกระหว่าง 1) ศักยภาพการเข้าถึง และ 2) การเข้าถึงที่แท้จริง โดยศักยภาพการเข้าถึง คือ ความเพียงพอของบริการ ส่วนการเข้าถึงที่แท้จริง คือ ความสัมพันธ์ระหว่างความเพียงพอของบริการกับการใช้บริการที่แท้จริง โดยการเข้าถึงบริการที่แท้จริงเป็นประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ทั้งนี้ Starfield (1998) กล่าวถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพว่าเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของสมรรถนะ (Capacity) ของระบบบริการสุขภาพ ในส่วนของบริการสุขภาพแบบปฐมภูมิ คือ “First contact” ซึ่งหมายถึงบริการสุขภาพแบบปฐมภูมิเป็นเสมือนบริการด่านแรกที่ประชาชนจะสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายและสะดวก ซึ่งการเข้าถึงนั้นสามารถแบ่งได้หลายชนิด เช่น การเข้าถึงในด้านระยะเวลา (Accessibility in time) หมายถึง ระยะเวลาในการเข้ารับบริการสุขภาพ การเข้าถึงในด้านภูมิศาสตร์ (Geographic accessibility) หมายถึง ระยะทางและการคมนาคมไปสู่สถานบริการสุขภาพ การเข้าถึงด้านจิตสังคม (Psychosocial accessibility) หมายถึง เรื่องภาษาและวัฒนธรรมในการสื่อสารระหว่างบุคลากรผู้ให้บริการและผู้ป่วย

Penchansky และ Thomas (1981) ได้กล่าวถึงรูปแบบการเข้าถึงบริการ ประกอบไปด้วย 5 องค์ประกอบดังนี้ 1) การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) คือ ความสัมพันธ์ระหว่างสถานที่ให้บริการกับที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย เป็นเรื่องระยะทาง การเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับบริการ 2) ความเพียงพอของบริการที่จัดให้ (Availability) คือ ความสัมพันธ์ระหว่างความเพียงพอของบริการที่มีอยู่กับความต้องการทางสุขภาพของประชาชนทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ 3) ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก (Accommodation) คือ ความสัมพันธ์ของแหล่งบริการที่ถูกจัดระเบียบกับการยอมรับของผู้ใช้บริการว่ามีความสะดวก 4) ความสามารถในการจ่ายของผู้รับบริการ (Affordability) คือ ความสัมพันธ์ของค่าใช้จ่ายของบริการกับความต้องการและรายได้ที่สามารถจ่ายของผู้ป่วย 5) การยอมรับ (Acceptability) คือ ความสัมพันธ์ระหว่างการให้บริการของบุคลากรทางสุขภาพและการยอมรับของผู้ป่วยหรือความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยแนวคิดนี้มีนักวิจัยนำไปใช้ในการวัดการเข้าถึงบริการ (อรวรรณ พุ่มพวง, 2552; บัวลักษณ์ จันทระ, 2549; สุรางค์ศรี ศรีตรมโนชญ์, 2546)

นอกจากนี้ Jean-Frederic, Mark และ Grant, (2013) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรม อย่างเป็นระบบให้ความหมายของการเข้าถึงบริการสุขภาพ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) ความสามารถในการเข้าถึง (Approachability), 2) การยอมรับ (Acceptability), 3) ความเพียงพอของบริการและความสะดวกในการเข้าถึงบริการ (Availability and accommodation), 4) ความสามารถในการจ่าย (Affordability) และ 5) ความเหมาะสม (Appropriateness) โดยประชาชนหรือผู้รับบริการ จะต้องมี ความสามารถในการปฏิสัมพันธ์กับระบบบริการสุขภาพขององค์ประกอบทั้ง 5 ด้าน โดยมี 1)

ความสามารถในการรับรู้ (Ability to perceive) 2) ความสามารถในการแสวงหา (Ability to seek) 3) ความสามารถในการเข้าถึง (Ability to reach) 4) ความสามารถในการจ่าย (Ability to pay) และ 5) ความสามารถในการดูแลและเป็นเจ้าของสุขภาพ (Ability to engage)

สรุปการเข้าถึงบริการสุขภาพจะต้องมีการจัดบริการที่เพียงพอในทุกองค์ประกอบ ทั้งบริการสถานที่ ความสามารถในการจ่าย การยอมรับของประชาชน ให้ประชาชนสามารถที่จะเข้าถึงบริการที่เหมาะสมตามความจำเป็น โดยจะต้องพิจารณาให้ครอบคลุมความสามารถของผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการใช้บริการสุขภาพ

ปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าว ส่วนใหญ่มาจากที่เข้ามาแบบผิดกฎหมาย ไม่มีเอกสารหลักฐาน ส่งผลต่อการไม่มีหลักประกันสุขภาพ นอกจากนี้ในกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่มีหลักประกันสุขภาพแต่ยังพบทัศนคติเชิงลบจากผู้ให้บริการ และถูกเลือกปฏิบัติไม่ได้รับการปฏิบัติที่เท่าเทียม โดยเฉพาะแรงงานต่างด้าวที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลของรัฐเองก็ไม่อาจปฏิเสธการรักษาพยาบาลได้ ทำให้โรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย (สมพงษ์ สระแก้ว, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของสุภัทร ฮาสุวรรณ (2555) พบว่าโรงพยาบาลตามแนวชายแดนประสบกับปัญหาขาดสภาพคล่อง ทั้งจังหวัดเชียงราย และจังหวัดตาก ดังเช่นกรณี โรงพยาบาลอุ้มผางขาดทุนสภาพคล่องถึงปีละ 10 ล้านบาท มีสาเหตุจากการรักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าวที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ

ในกรณีแรงงานที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ จะมีการแสวงหาแนวทางการรักษา ที่มักจะเป็นเป็นการดูแลตนเอง เห็นได้จากผลการ

ศึกษาของ โลมฤทัย วงษ์น้อย (2552) เรื่อง สภาพ การจ้างงานต่างด้าวภาคเกษตร ในอำเภอพบพระ จังหวัดตาก พบว่า แรงงานต่างด้าวภาคเกษตรมี ฐานะยากจน รายได้เฉลี่ยเมื่ออยู่ในพม่าเพียง 18.30 บาทต่อวัน ส่วนใหญ่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนแรงงาน ไม่มี ประกันสุขภาพ สาเหตุเพราะนายจ้างไม่กล้ายื่นจด ทะเบียนให้เพราะค่าใช้จ่ายในการจดทะเบียนที่แพง เกินไป และเมื่อจดทะเบียนแล้วแรงงานต่างด้าวกลุ่ม นี้มีการเคลื่อนย้ายเปลี่ยนนายจ้างบ่อย จึงเป็นสาเหตุ ของการเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ ส่งผลให้ต้องแสวงหา แนวทางการรักษาอาการเจ็บป่วยด้วยตัวเอง และผล การศึกษาของสุกัญญา ยิ้มแย้ม (2555) ที่พบว่า สตรี แรงงานต่างด้าวไทยใหญ่ในจังหวัดเชียงใหม่ เมื่อ เจ็บป่วยด้านอนามัยเจริญพันธุ์ไม่กล้าไปโรงพยาบาล แต่ไปซื้อยามารับประทานเองถึงร้อยละ 41.7 และ พบปัญหาสะท้อนทางด้านสุขภาพตามมา เช่น อัตรา ทารกตายของแรงงานต่างด้าว 122 ต่อพันประชากร เกิดมีชีพ สูงกว่าคนไทย 6 เท่า นอกจากนี้ ยังพบโรค ระบาด เช่น โรคคอตีบ ใช้กาหลังแอน โรคคอตีบ มาลาเรีย และ หัด วัณโรค มีแนวโน้มเป็นวัณโรคดื้อ ยา เพิ่มขึ้นในแรงงานต่างด้าวที่มีที่อยู่ไม่เป็นหลัก แห้งที่แน่นอนมีการเคลื่อนย้ายที่อยู่บ่อย ซึ่งคาดว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่ยังรักษาไม่หายขาดอาจเดินทางเข้าสู่ เขตเมืองจำนวนมาก โดยเฉพาะบริเวณชายแดนด้าน จังหวัดตากที่มีการเดินทางเข้าเมืองได้สะดวก หลากหลายช่องทาง จากแนวชายแดนยาวเกือบ 580 กิโลเมตร มีเพียงพรมแดนป่าเขาขวางกั้น และ หลากหลายช่องทางข้ามแดน

นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Biswas, Kristiansen, Krasnik, และ Norredam (2011) เรื่อง การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการแสวงหาบริการ การแพทย์ทางเลือกของแรงงานอพยพผิดกฎหมาย ในเดนมาร์ก พบว่า แรงงานอพยพผิดกฎหมายใน เดนมาร์กเข้าถึงบริการสุขภาพได้ยากลำบาก และมี

อุปสรรคที่สำคัญ คือ ข้อจำกัดทางการแพทย์ที่ไม่มี ระบบรองรับ ทศนคติว่ากลัวถูกรายงานให้เจ้าหน้าที่ ตำรวจทราบแล้วจะถูกจับ ทักษะภาษาที่สื่อสารได้ ลำบาก ไม่มีเครือข่ายคนที่รู้จักในท้องถิ่น ขาดความรู้ ในระบบสุขภาพ ไม่ได้รับข่าวสารสุขภาพ สำหรับ มูลเหตุจูงใจที่หันไปใช้ระบบการแพทย์ทางเลือก ได้แก่ สามารถพึ่งตนเองได้ พบหมอได้ที่บ้าน ในส่วน ผู้ให้บริการพบว่า พยาบาลห้องฉุกเฉินมีความเต็มใจ ให้บริการ โดยไม่ได้คำนึงถึงความเป็นแรงงานอพยพ ผิดกฎหมาย แต่พบปัญหาในการสื่อสารที่ไม่เข้าใจ ซึ่งอาจนำไปสู่การรักษาที่ผิดพลาดได้โดยเฉพาะ แรงงานต่างด้าวภาคการเกษตรในชนบทที่มีฐานะ ยากจน เป็นแรงงานอพยพที่ผิดกฎหมายลักลอบเข้า เมือง มีการเคลื่อนย้ายบ่อย มีที่อยู่อาศัยไม่เป็นหลัก แห้ง และเป็นกลุ่มที่เข้าถึงบริการสุขภาพต่ำที่สุด เมื่อเทียบกับแรงงานกลุ่มอื่น

แนวทางการพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพของ แรงงานต่างด้าว

ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต, เฉลิมพล แก่มจันทร์, กาญจนา ตั้งชลทิพย์, และ จรัมพร ไหล่ยอง (2555) ได้เสนอการพัฒนาการเข้าถึงบริการ ตาม 6 องค์- ประกอบหลักของบริการสุขภาพ (WHO, 2007) โดย มีรายละเอียด ดังนี้

1. การบริการเชิงรุก (Service delivery) ปัญหา ที่พบคือ ความไม่ครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพ งานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค งานอาชีว- อนามัยและความปลอดภัย สุขศึกษาและข้อมูล ข่าวสาร โดยเฉพาะโรคติดต่อที่สำคัญ เช่น วัณโรค พบผู้ป่วยขาดยาเรื้อรังไม่ต่อเนื่อง มาลาเรีย เอ็ดส์ เป็นต้น คุณภาพการบริการที่ดี เช่นทัศนคติผู้ให้ บริการ อุปสรรคในวัฒนธรรม และการติดต่อสื่อสาร สิทธิที่ยังไม่เท่าเทียมของประกันสุขภาพต่างด้าว ดังนั้น ควรพัฒนาบริการด้วยการสร้างทัศนคติด้าน

การเข้าถึงทางวัฒนธรรมให้กับผู้รับบริการ การทำงานร่วมกับอาสาสมัครที่เป็นแรงงานต่างด้าว การให้สุศึกษาและคัดกรองโรคในเวลาที่จะตรวจของแรงงาน เช่น ในที่พักคนงานหลังเลิกงาน เป็นต้น

2. ทรัพยากรบุคคลด้านสาธารณสุข (Human resource) ปัญหาที่พบคือ ขาดแคลนบุคลากร และมีภาระงานที่มาก และหลากหลาย ทักษะคนทำให้บริการ ด้านภาษา และวัฒนธรรม ขาดแคลนอาสาสมัครดูแลแรงงานต่างด้าว ดังนั้นการพัฒนาบุคลากรควรคำนึงให้รอบด้านตั้งแต่การสรรหาควรเป็นผู้ที่อาศัยในพื้นที่ จัดงบประมาณในการศึกษา เพื่อให้กลับมาปฏิบัติงานในพื้นที่ สร้างระบบการธำรรักษาศูนย์ปฏิบัติงานในพื้นที่ เป็นต้น

3. ระบบข้อมูลของแรงงานต่างด้าว (Health information) ปัญหาที่พบคือ ขาดข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน โดยเฉพาะข้อมูลของแรงงานที่เข้าเมืองผิดกฎหมาย ข้อมูลด้านคุณลักษณะทางประชากร สถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การประเมินผลเพื่อที่จะใช้วางแผนในเชิงรุก เป็นต้น ดังนั้น ควรมีการพัฒนาระบบข้อมูลประชาชนในพื้นที่ โดยร่วมมือกับกระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน เพื่อให้ทุกภาคส่วนเป็นเจ้าของข้อมูล และนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาต่อไป

4. วัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์ (Medical procurement) ปัญหาที่พบคือ ระบบประกันสุขภาพที่ไม่ครอบคลุมผลประโยชน์ที่จะได้รับทั้งหมด ไม่เป็นธรรม วัคซีนบางชนิดไม่ได้รับบริการเช่น วัคซีนไข้มองอึกเสบและวัคซีนดับอึกเสบปี เป็นต้น ดังนั้น ควรมีการประสานกับองค์กรที่ไม่แสวงหากำไร เพื่อจัดสรรทรัพยากรให้เพียงพอ นอกจากนี้ระยะยาวควรมีการเจรจาระหว่าง ผู้นำของประเทศเพื่อนบ้านในเขตชายแดน สร้างระบบการทำงานให้เป็นไปตามแนวปฏิบัติ เพื่อให้ได้รับบริการที่เป็นธรรม

5. ด้านงบประมาณ (Health financing) ปัญหาที่พบคือ งบประมาณที่ได้จากการประกันสุขภาพต่ำมาก และ ศูนย์อพยพผู้หนีภัยสงครามทั้ง 9 ศูนย์ได้รับงบประมาณจากกลุ่ม NGO ไม่สม่ำเสมอ 2-3 ปี มีการปิดโครงการ ภายหลังจากเปิดประเทศของพม่า เป็นต้น ดังนั้น ควรมีการประสานกับองค์กรที่ไม่แสวงหากำไร เพื่อจัดสรรทรัพยากรให้เพียงพอ นอกจากนี้ระยะยาวควรมีการเจรจาระหว่าง ผู้นำของประเทศเพื่อนบ้านในเขตชายแดน เพื่อหาแนวทางในการเป็นหุ้นส่วนทางสุขภาพของแรงงานต่างด้าวร่วมกัน

6. ด้านผู้นำในเชิงนโยบาย (Leadership and governance) ปัญหาที่พบคือ นโยบายที่ไม่ชัดเจน ในด้านการลงทะเบียนที่เปลี่ยนแปลง ขาดการประสานงานเครือข่ายทั้งในแนวราบ แนวตั้งของผู้ทำงานในกลุ่มแรงงานต่างด้าว ทั้ง รัฐบาล องค์กรเอกชน ภาคธุรกิจ ภาคท้องถิ่น ภาคประชาสังคม เป็นต้น ดังนั้น ควรมีการประสานทั้งแนวตั้งและแนวราบ กับทุกหน่วยงาน องค์กร ในพื้นที่ เนื่องจากสุขภาพเป็นหน้าที่ในการดูแลของทุกภาคส่วน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

การวางแผนพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพจังหวัดตาก

จังหวัดตากมีการพัฒนาเศรษฐกิจทั้งภาคอุตสาหกรรม ภาคเกษตร และภาคบริการ แรงงานต่างด้าวนอกศูนย์ผู้ลี้ภัยจำนวน 305,871 คน อยู่ในภาคอุตสาหกรรม 32,072 คน (สรุปรายงานประจำปีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก งานกิจการพิเศษ, 2556) ภาคอุตสาหกรรมแยกเป็นประเภทโรงงานเย็บผ้าและเสื้อผ้าสำเร็จรูป ร้อยละ 49.5 โรงงานอาหารกระป๋อง เซรามิก ทำอุตสาหกรรมไม้ร้อยละ 39.2 อุตสาหกรรมภาคการเกษตร ร้อยละ 11.5 (อุตสาหกรรมจังหวัดตาก สาขาแม่สอด, 2555) ซึ่งพบว่ากลุ่มแรงงานต่างด้าวที่ลงทะเบียนส่วนใหญ่ทำงานอยู่ใน

โรงงานอุตสาหกรรม มากกว่าภาคการเกษตรที่อยู่ไม่
เป็นหลักแหล่งที่ชัดเจนและเคลื่อนย้ายบ่อยๆ ทำให้
เข้าถึงบริการสาธารณสุขต่ำกว่าต่างด้าวกลุ่มอื่นๆ
อาจเป็นเพราะสาเหตุที่อยู่ห่างไกลสถานบริการ การ
ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพเป็นแรงงานต่างด้าวเข้าเมือง
ผิดกฎหมายและขาดฐานข้อมูลที่ชัดเจนของกลุ่ม
แรงงานเข้าเมืองผิดกฎหมายเหล่านี้โดยเฉพาะภาค
เกษตร (โลมฤทัย วงษ์น้อย, 2551)

แนวทางการพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพ
สอดคล้องกับ ยุทธศาสตร์การแก้ปัญหาและพัฒนา
งานสาธารณสุขชายแดน การพัฒนาศูนย์ข้อมูลศูนย์
ระบาดวิทยาแรงงานต่างด้าว การส่งเสริมบริการ
สาธารณสุขเชิงรุกด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และ
เชื่อมป้องกันโรค Health dam เพื่อป้องกันโรค
ติดต่อเข้าสู่ตัวเมืองชั้นใน และรวมไปถึงปัญหา สร้าง
แรงจูงใจให้อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว และ
พนักงานสุขภาพต่างด้าวทำงานในพื้นที่ได้ยาวนาน
มากขึ้นเป็นต้น นอกจากนี้สำนักนโยบายและ
ยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดยุทธศาสตร์
การแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน
(ศุภกิจ ศิริลักษณ์, 2557) มีทั้งหมด 6 ยุทธศาสตร์
ดังนี้

1. การสนับสนุนการเข้าถึงและการพัฒนาสถาน
บริการสาธารณสุข
2. การสร้างความเข้มแข็งและพัฒนางาน
สาธารณสุขชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น
3. การพัฒนาสุขภาพประชากรต่างด้าวและการ
เข้าถึงระบบบริการสุขภาพ
4. การสนับสนุนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ
ภาคีต่างๆ ในการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน
ชุมชนชายแดน
5. การบูรณาการแผนงาน และการพัฒนาโลก
การประสานงานสาธารณสุขชายแดน
6. การประสานความร่วมมือกับประเทศเพื่อน
บ้าน

ทั้งนี้ เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาด้านอาชีว-
อนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม ปัญหาสุขภาพของ
แรงงานต่างด้าวและการเข้าถึงบริการตามหลักสิทธิ
มนุษยชน และปัญหาสถานบริการที่ไม่พอเพียง จึงมี
ข้อเสนอแนะนี้เห็นควรที่มีการวางแผนตั้งศูนย์อาชีว-
อนามัยและระบาดวิทยารองรับในการจะเป็นเขต
เศรษฐกิจพิเศษเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคม
เศรษฐกิจอาเซียน (AEC) พร้อมทั้งกำหนดให้มีแผน
สุขภาพชายแดน (ศุภกิจ ศิริลักษณ์, 2557) ประกอบ
ด้วย 4 ประเด็น ดังนี้

1. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ได้มาตรฐาน
เป็นมิตร ระบบการส่งต่อ และติดตามที่ดี เน้นการ
ป้องกันส่งเสริมสุขภาพ
2. พัฒนาการเข้าถึงการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน
ความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพ
3. ความร่วมมือทั้งสองฝั่งประเทศเพื่อนบ้าน
เครือข่ายทุกภาคส่วนทุกระดับ
4. การจัดการทรัพยากร และการสนับสนุนที่ดี
ทั้งระบบโครงสร้าง และวัสดุอุปกรณ์

กล่าวโดยสรุป เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษที่จะ
เกิดขึ้น 5 แห่งตามแนวชายแดน ตามนโยบายของ
รัฐบาล เน้นความสมดุลในการพัฒนา ทั้งด้านความ
เจริญทางเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และสุขภาพ
และโดยมีการวางแผนการพัฒนาอย่างเป็นระบบ
ด้วยวิธีการสนับสนุนให้ทุกองค์กรในพื้นที่มีส่วนร่วม
คิด ร่วมวางแผน ในทุกระดับ เพื่อให้เขตพัฒนา
เศรษฐกิจพิเศษที่จะเกิดขึ้น 5 แห่ง ตอบสนองต่อ
เป้าหมายการพัฒนาทั้งในด้านเศรษฐกิจและความ
มั่นคงของประเทศ เพิ่มความสามารถในการแข่งขัน
และสร้างความเป็นอยู่ที่ดีให้ประชาชน ครอบคลุม
ประชาชนในพื้นที่และสุขภาพของแรงงานต่างด้าวที่
เข้ามาทำงาน ลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ
สอดคล้องกับการพัฒนาปัจจัยกำหนดสุขภาพด้าน
เศรษฐกิจ ส่งผลต่อการมีสุขภาพดีของประชาชน

กิตติกรรมประกาศ

บทความวิชาการนี้ได้รับการสนับสนุนจาก มูลนิธิวิวัฒน์สาธารณสุขไทย

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนการประชาสัมพันธ์ สำนัก โฆษก สำนักนายกรัฐมนตรี. (2557). คณะ กรรมการนโยบายเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ (กนพ) การประชุมครั้งที่ 1/2557. [ออนไลน์] เข้าถึงเมื่อ 20 มิถุนายน 2557, จาก <http://www.nesdb.go.th/LinkClick.aspx?fileticket=BuXQEc433Ws%3D>
- คุษฎี อายุวัฒน์, อติเรก เร่งมานะวงษ์, และ สังคม สุภรัตน์กุล. (2556). ภาวะสุขภาพและการ รับบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติลาว. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 43(1), 4-16.
- บุญรัตน์ รัฐบริรักษ์. (2555). ปัญหาและนโยบาย ด้านสังคมต่อผู้อพยพชาวพม่า: กรณีการ ศึกษาและการสาธารณสุข. [ออนไลน์] เข้าถึง เมื่อ 20 มิถุนายน 2557, จาก [http:// prp.trf.or.th/ContentView.aspx?id=154&page=2](http://prp.trf.or.th/ContentView.aspx?id=154&page=2)
- บัวลักษณ์ จันทร์. (2549). การเข้าถึงบริการ สุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล ขอนแก่น. ขอนแก่น: คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พจน์ อรรถโรจน์ภิญโญ. (2557). เอกสารประกอบ การบรรยายการพัฒนาพื้นที่เขตพัฒนา เศรษฐกิจพิเศษในประเทศไทย. สำนักงาน พัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- พรทิพย์ อนันตกุล, พรณวรดา สุวัน, และ กรรณิกา ปัญญา. (2557). การศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการการเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานด้าน

สาธารณสุขและสถานะสุขภาพของบุคคลที่มี ปัญหาสถานะและสิทธิ.แผนงานการเข้าถึง สิทธิขั้นพื้นฐาน มูลนิธิวิวัฒน์สาธารณสุขไทย.

- มูลนิธิรักษ์ไทย. (2551). โครงการการดูแลและ สนับสนุนการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีในกลุ่ม แรงงานข้ามชาติและประชากรกลุ่มชาติพันธุ์ (RCC-Care). [ออนไลน์] เข้าถึงเมื่อ 20 มิถุนายน 2557, จาก http://www.raksthai.org/new/project.php?tr_id=21
- โลมฤทัย วงษ์น้อย. (2550). สถานภาพการจ้าง แรงแงานต่างด้าวภาคการผลิตของ แรงงานต่างด้าวภาคการผลิตของ อำเภอบพพระจังหวัดตาก. เชียงใหม่: คณะเกษตรมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิศิษฐ์ ตั้งนภาพร. (2551). นโยบายและมาตรการ การดำเนินงานตรวจสุขภาพประกันสุขภาพ แรงงานต่างด้าว. กรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- ศราวดี เหล่าสาย, และ อภิศักดิ์ ธีระวิสิทธิ์. (2555). การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของแรงงาน ข้ามชาติชาวพม่าในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: คณะ สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศิริพันธ์ กิตติสุขสถิต, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, กาญจนา ตั้งชลทิพย์, และ จรัมพร ให้อย่าง. (2555). คุณภาพชีวิตการทำงานและความสุข. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศุภกิจ ศิริลักษณ์. (2557). ยุทธศาสตร์สุขภาพ ชายแดนของประเทศไทย. สำนักงานนโยบาย และแผนกระทรวงสาธารณสุข.

- สุภัทร ฮาสุวรรณ. (2555). หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อคนชายขอบผู้ไม่มีสัญชาติไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 6(3), 403-415.
- สุกัญญา อิ่มแย้ม. (2555). การเข้าถึงบริการสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของแรงงานข้ามชาติสตรีไทยใหญ่. *วารสารสาธารณสุข*, 42(3), 68-82.
- สมพงษ์ สระแก้ว. (2551). *แนวทางการแก้ไขปัญห สุขภาพในกลุ่มแรงงานต่างด้าวจังหวัดสมุทรสาคร*. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตร์ พัฒนาชุมชนมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สำนักงานแรงงานจังหวัดตาก. (2555). ประมวลสถานการณ์แรงงานจังหวัดตากไตรมาส ที่ 3 (กรกฎาคม – กันยายน 2555). ตาก. สำนักงานแรงงานจังหวัดตาก.
- สำนักบริหารแรงงานต่างด้าวกรมการจัดหางาน. (2548). *คู่มือสำหรับนายจ้างและแรงงานต่างด้าวสัญชาติ พม่า ลาว และกัมพูชาที่ทำงานในประเทศไทย*. [ออนไลน์] เข้าถึงเมื่อ 20 มิถุนายน 2557, จาก <http://wp.doe.go.th/wp/index.php>
- สุรางค์ศรี ศรีตมโนชญ์. (2546). *การเข้าถึงบริการสุขภาพในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้สูงอายุกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องในจ.ภูเก็ต*. บัณฑิตวิทยาลัยสาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก. (2556). *สรุปผลการทำงานฝ่ายกิจการพิเศษ*. ตาก. กระทรวงสาธารณสุข.
- อรวรรณ พุ่มพวง. (2552). *การเข้าถึงบริการสุขภาพในผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Aday, L. A., & Anderson, R. M. (1981). Equity of Access to Medical care : A conceptual and Empirical Overview. *Medical care*, 7, 122-130.
- Anderson, R. M. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter?. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 1-8.
- Biswas, D., Kristiansen, M., Krasnik, A., & Norredam, M. (2011). Access to health care and alternative health-seeking strategies among undocumented migrants in Denmark. *BMC Public Health*, 11, 560-560
- Chamchan, C., & Apipornchaisakul, K. (2012). A Situation Analysis on Health System Strengthening for Migrants in Thailand. *Institute for Population and Social Research*, Mahidol University
- Jean-Frederic, L., Mark, F. H., & Grant, R. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Bio med Central*, 7, 77-84.
- Maesneer, J. D., & Willems, S. (2000). Accessibility of health care. (online) available URL <http://allserv.rug.ac.be/~apeleman/huisartsgeneeskunde%20Folde/>

- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*, 19(2), 127-40.
- Persinger, G. (2000). Pharmaceutical Benefits under State Medical Assistance Programs, (online) available URL <http://www.npcnow.org/assistpro/appendix.pdf>.
- Rosen, R. F., & Dixon, D. J. (2001). Access to Health Care Taking Forward the Findings from the Scoping Exercise. *Report of a Rapid Appraisal of Stakeholder*, 7, 34-45.
- Starfield, B., Cassady, C., Nanda, J., Christopher, B., & Berk, R. (1998). Consumer Experiences and Provider Perceptions of the Quality of Primary Care : Implications for Managed Care. *Journal of Family Practice*, 46, 3.
- World Health Organization. (2007). *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes*. World Health Organization.
- Yingchun, P., Wenhui, C., Haiqing, Z., Hongpu, H., & Wannian, L. (2010). Factors associated with health-seeking behavior among migrant workers in Beijing. *BMC Health Services Research*, 10, 69-78.