

## บทที่ 2

### ทบทวนวรรณกรรม และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีแนวทางในการศึกษาดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเรื่องการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ
2. แนวคิดเรื่องสิทธิทางด้านสุขภาพ
3. โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับแรงงานต่างด้าว
4. ข้อมูลพื้นฐานของอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย
5. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดในการศึกษา

#### 1. แนวคิดเรื่องการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ

##### ความหมายและแนวคิดของการเข้าถึงบริการสุขภาพ

จิราลักษณ์ จงสถิตมัน (2542, น. 8-10) ได้ให้ความหมายของการเข้าถึงบริการหมายถึง การที่ประชาชนซึ่งมีปัญหาความเดือดร้อนหรือความจำเป็น มีโอกาสทัดเทียมหรือไม่แตกต่างจากบุคคลทั่วไป ในอันที่จะได้รับบริการจากองค์กรที่ให้บริการสังคมในลักษณะที่เหมาะสม สอดคล้องกับสภาพปัญหาหรือความจำเป็นของตนเอง โดยที่องค์กรเหล่านี้จะได้อำนวยความสะดวกด้วยประการต่างๆ ให้แก่ประชาชนเท่าที่จะทำได้ และยังหมายรวมถึงการที่องค์กรบริหารสังคมมีนโยบายป้องกันแก้ไขปัญหาของประชาชน หรือตอบสนองต่อความจำเป็นของประชาชนโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ ส่วนบุคลากรขององค์กรก็มีหน้าที่ที่ดีและให้การต้อนรับประชาชนที่มาใช้บริการเป็นอันดี รวมทั้งมีการจัดสถานที่อำนวยความสะดวก และจัดหาทรัพยากรเพื่อให้พร้อมที่จะให้บริการประชาชนด้วย

พจนานุกรมเว็บสเตอร์ (Webster, 1988, p. 7) ให้ความหมาย การเข้าถึงบริการ ว่า หมายถึง การกระทำที่นำไปสู่จุดมุ่งหมาย วิธีทางที่นำไปสู่จุดมุ่งหมาย และสิทธิการเข้าถึง (The right to enter, approach, or use; admittance)

สำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ (2546, น. 429) ได้กล่าวว่า สิทธิการเข้าถึงบริการประกอบด้วย สิทธิความเป็นพลเมือง

สิทธิความเสมอภาคและเป็นธรรม สิทธิในการรับบริการ การได้รับการเสริมพลัง ความสามารถ พิทักษ์สิทธิของตนเอง และการไม่กระทบผู้อื่น/ ไม่ทำให้ผู้อื่นเสียหาย

Machanic (1972 อ้างถึงใน สมคิด สีหสิทธิ์, 2546, น. 44) กล่าวว่า การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ คือ ความพอเพียงของการบริการ และแหล่งประโยชน์ของระบบบริการสุขภาพ และต้องพิจารณาถึงศักยภาพ และความพยายามในการแสวงหาวิธีการรักษาของผู้รับบริการร่วมด้วย ซึ่งความพยายามของผู้รับบริการ ขึ้นอยู่กับ เจตคติ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

Bruce C. V la deck (1981 อ้างถึงใน สมคิด สีหสิทธิ์, 2546, น. 44) ได้ให้คำนิยามการเข้าถึงบริการว่า เป็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ ซึ่งผู้ใช้บริการมีความปรารถนา หรือ ความต้องการบริการสุขภาพที่เท่าเทียมกัน โดยไม่คำนึงถึงสถานภาพทางสังคม รายได้ ความสามารถในการจ่าย

Canada Council on Health Services Accreditation (1966 อ้างถึงใน พชรินทร์ สุริยะ, 2544, น. 36) ได้ให้ความหมาย การเข้าถึงบริการ (Accessibility) ว่าเป็นความสามารถที่ผู้ป่วยหรือ ลูกค้าย จะได้รับการรักษาและบริการที่ถูกเวลา ถูกสถานที่ ตามความจำเป็นพื้นฐาน

พาราสูรามาน, ซีทัมล และ เบอริ (Parasuraman; Ziethaml; and Berry, 1988 อ้างถึงใน สมคิด สีหสิทธิ์, 2546, น. 44) ได้ให้ความหมายของการเข้าถึงบริการว่าหมายถึงการที่ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายและได้รับความสะดวกจากการมารับบริการและได้ให้แนวคิดการเข้าถึงบริการซึ่งประกอบด้วย

1. ผู้รับบริการเข้าใช้หรือได้รับความสะดวก ระเบียบขั้นตอนไม่ควรมากมายซับซ้อน
2. ผู้รับบริการใช้เวลาคือน้อย
3. เวลาที่ให้บริการเป็นเวลาที่เหมาะสมสำหรับผู้รับบริการ
4. อยู่ในสถานที่ที่ผู้รับบริการติดต่อสะดวก

ในระบบการดูแลสุขภาพ มีจุดมุ่งหมายเพื่อที่จะตอบสนองตามข้อตกลงที่ได้ทำไว้ระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการ (ซึ่งหมายถึงข้อตกลงที่ขึ้นกับเฉพาะที่) โดยพิจารณาตามความจำเป็นทางการแพทย์ ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการและการเข้าถึงบริการ โดยทั่วไปจะขึ้นกับเงื่อนไข 2 ประการ ได้แก่ บริการสุขภาพที่ผู้ซื้อต้องการ และลูกค้าใช้บริการเหล่านั้นเมื่อรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองมีคุณค่า ฮาเวิร์ด และคณะ (Howard et al., 2000 อ้างถึงใน สุรางค์ศรี ศีตมโนชญ์, 2546)

การศึกษาการเข้าถึงบริการ หากจะมองในแง่ผลลัพธ์ของการใช้บริการดูแลสุขภาพจะทำให้เกิดความเข้าใจถึงการบริการมากกว่าที่จะมองในมุมของด้านความต้องการ แต่การมองในมุมด้านการให้บริการเพียงลำพังก็อาจไม่ได้ให้ภาพของการเข้าถึงบริการที่ชัด (Howard et al., 2000 อ้างถึงใน สุรางค์ศรี ศีตมโนชญ์, 2546)

Aday and Anderson (1979 อ้างถึงใน สมคิด สีหสิทธิ์, 2546, น. 46) กล่าวว่า การใช้บริการทางสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับ 2 ปัจจัย คือ

1. ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางโครงสร้าง ได้แก่ ปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางสังคม และความเชื่อ

2. ปัจจัยหรือลักษณะด้านระบบบริการสุขภาพ เช่น ปริมาณของสถานบริการ การกระจายตัวของสถานบริการ สถานที่ตั้ง หรือ ผู้ให้บริการ เป็นต้น ซึ่งปัจจัยดังกล่าวทำให้เกิดความพึงพอใจของผู้รับบริการ (Consumer Satisfaction) ในแง่ความสะดวกสบาย ควรมีบริการที่ต้องการ ค่าใช้จ่าย ลักษณะของผู้ให้บริการ และคุณภาพของบริการ ซึ่งก่อให้เกิดการเข้าถึงบริการและการใช้บริการสุขภาพ

มายเออร์ (Myers, 1972 อ้างถึงใน พชรินทร์ สุริยะ, 2544, น. 42) ได้กล่าวไว้ว่า จุดสำคัญของการให้การรักษาทันทีทางการแพทย์ (Medical care) คือ การมีความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างบุคคลผู้ซึ่งต้องการบริการสุขภาพ (Health service) และผู้ให้บริการ หากจะกล่าวอย่างชัดเจน คือหากปราศจากความสัมพันธ์นี้ การประสบผลสำเร็จในการรักษาจะไม่เกิดขึ้นได้ และองค์ประกอบที่สำคัญ คือ การเข้าถึง (Accessibility) สิ่งสำคัญ 3 ประการของการเข้าถึงคือ การเข้าถึงส่วนบุคคล (Personal Accessibility) การบริการแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive services) และความเพียงพอในเชิงปริมาณ (Quantitative Adequacy)

เฟรดเดอริก เอ. เดย์ และ บูนเลต เลียวประภักย์ (Frederick A. Day and Boonlert Leoprapi, 1977 อ้างถึงใน พชรินทร์ สุริยะ, 2544, น. 44-45) ทำการศึกษาถึงแบบแผนการเข้ารับบริการสาธารณสุขชนบทของไทย ได้เสนอแบบจำลองเกี่ยวกับการเลือกใช้บริการสาธารณสุข โดยอธิบายว่าการเลือกใช้บริการสาธารณสุขชนิดใดก็ตามขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 กลุ่มดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย, ความรู้เกี่ยวกับแหล่งบริการสาธารณสุขต่างๆ ที่มีอยู่, เวลาที่มี, ประสบการณ์ในอดีต, ความสนิทสนมคุ้นเคยกับผู้ให้บริการ, การเดินทาง, แนวโน้มที่จะไปที่อื่นๆ, เงิน, ลักษณะทางด้านสังคม, เศรษฐกิจและวัฒนธรรม

2. ลักษณะของสถานบริการ คือ คุณภาพของการให้บริการและชื่อเสียง, เครื่องมือหรือวิธีการรักษาพยาบาล, ความเป็นกันเองกับประชาชน, ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ และเวลาที่รอคอย

3. ปัจจัยแทรกซ้อน หมายถึง ระยะทางไกล, ยานพาหนะสำหรับการเดินทาง, สภาพถนนหรือทางน้ำ, ความคิดเห็นของเพื่อนและญาติ, สถานบริการอื่นๆ ที่จะเลือกไปใช้

อะเดย์ และ แอนเดอร์สัน (Aday and Anderson, 1981, p. 27) ได้จำแนกการเข้าถึงบริการในแง่ของศักยภาพการเข้าถึง (potential access) และการเข้าถึงที่แท้จริง (realised access) ว่าศักยภาพการเข้าถึงนั้น ได้กล่าวถึงโอกาสของระบบสุขภาพว่าเป็นความพอเพียงของบริการ (availability of services) ส่วนการเข้าถึงบริการที่แท้จริงเป็นความสัมพันธ์ระหว่างความพอเพียงและการใช้บริการอย่างแท้จริง การเข้าถึงบริการที่แท้จริงเป็นประสบการณ์ของแต่ละบุคคลโดยที่กรอบแนวคิดพื้นฐานของการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของ Aday and Anderson (1974 อ้างถึงใน พัทรินทร์ สุริยะ, 2544, น. 41-42) นั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 5 ประการ ได้แก่

1. นโยบายสาธารณสุข (Health policy) แนวคิดนโยบายสาธารณสุขส่วนใหญ่มักมุ่งเน้นการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นเป้าหมายสำคัญ จุดประสงค์ของแนวคิดนโยบายนี้ จะเน้นทางด้านงบประมาณ การศึกษา อัตรากำลังและโครงการจัดสุขภาพใหม่

2. ลักษณะของระบบบริการสุขภาพ (Characteristics of health delivery system) ได้แก่ ระบบการให้บริการ ความพอเพียง การกระจายทรัพยากร และความครอบคลุมของการให้บริการ การจัดองค์กร ได้แก่ ระบบให้บริการ ลักษณะการทำงานของเจ้าหน้าที่

3. ลักษณะประชากรของผู้ใช้บริการ (Characteristics of population) ได้แก่ปัจจัยเกี่ยวกับตัวบุคคล เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ รายได้ แหล่งบริการในชุมชน ปัจจัยความต้องการ ได้แก่ การรับรู้สภาวะสุขภาพ จุดประสงค์และเวลาที่ใช้บริการ

4. การใช้บริการสุขภาพ (Utilization of health services) เช่น ชนิดของสถานบริการ จุดประสงค์และเวลาที่ใช้บริการ ที่ตั้งของสถานบริการ ช่วงเวลาของการใช้บริการ

5. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ (Consumer satisfaction) เป็นความรู้สึที่ผู้ใช้บริการได้รับจากประสบการณ์ในการใช้แต่ละครั้ง ได้แก่ ความพึงพอใจต่อความสะดวก ความพึงพอใจต่อความหลากหลายของบริการที่มีอยู่ ความพึงพอใจต่อราคาค่าบริการ ความพึงพอใจต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการ และความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ

การเข้าถึงบริการได้ถูกนำมาอธิบาย พฤติกรรมสุขภาพโดยเฉพาะ การใช้บริการสาธารณสุขมาเป็นระยะเวลานาน และพบว่าเป็นปัจจัยสนับสนุนอันหนึ่งให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เพนชานสกีร์ และ โทมัส (Penchansky and Thomas, 1988, p. 127 อ้างถึงใน พัทรินทร์ สุริยะ, 2544, น. 45) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการทางการแพทย์โดยแบ่งออกเป็น 5 ประเภท คือ

1. ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (Availability) คือความพอเพียงระหว่างบริการที่มีอยู่กับความต้องการของผู้รับบริการ

2. การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) คือ ความสามารถที่จะไปใช้แหล่งบริการได้อย่างสะดวกโดยคำนึงถึงลักษณะที่ตั้ง และการเดินทาง

3. ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (Accommodation) ได้แก่ แหล่งบริการที่ผู้รับบริการยอมรับว่าให้ความสะดวกและมีสิ่งอำนวยความสะดวก

4. ความสามารถของผู้รับบริการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการหรือการมีประกันสุขภาพ

5. การยอมรับคุณภาพบริการ (Acceptability) ซึ่งในที่นี้รวมถึงการยอมรับลักษณะของผู้ให้บริการ

ในประเทศไทยได้มีการศึกษาเรื่องนี้เช่นกันโดย วสันต์ ศิลปสุวรรณ (2532 อ้างถึงใน สุรศักดิ์ เนียมปาน, 2543, น. 17-18) ได้สรุปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพ ไว้ 7 ประการ

1. คุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ อายุ เพศ ขนาดครอบครัว และสถานภาพสมรส

2. ปัจจัยโครงสร้างทางสังคม

3. ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยาพิจารณาและให้ความสำคัญเกี่ยวกับค่านิยมทางด้านสุขภาพ บรรทัดฐานทางสังคม ทักษะสติ และความเชื่อของบุคคลที่มีต่อเรื่องสุขภาพ และการใช้บริการ รูปแบบการดำเนินชีวิตของบุคคล และแรงจูงใจทางด้านสุขภาพ

4. ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ฐานะหรือทรัพยากรของครอบครัว เป็นสิ่งที่จะช่วยให้สามารถเข้าถึงบริการหรือใช้บริการสุขภาพได้ รวมถึงรายได้ของครอบครัวหรือของหัวหน้าครอบครัว และการทำประกันสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวด้วย

5. ปัจจัยแหล่งประโยชน์ที่มีในชุมชน พิจารณาและให้ความสำคัญสิ่งอำนวยความสะดวกหรือบริการที่มีอยู่ในชุมชนเป็นสำคัญ รวมถึงชนิดหรือประเภทของบริการ จำนวนบุคลากรที่มีอยู่ในชุมชน จำนวนบุคลากรที่ให้บริการ สภาพภูมิศาสตร์ระหว่างสถานบริการกับหมู่บ้าน ว่าห่างไกลกันมากน้อยแค่ไหน ตลอดจนการคมนาคมสะดวกหรือไม่

6. ปัจจัยด้านการบริหารจัดการให้บริการสุขภาพ การจัดรูปแบบ กระบวนการให้บริการสุขภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวกด้านบุคลากรและสิ่งแวดล้อม และครอบคลุมถึงเรื่องราคา ค่าบริการหรือค่าใช้จ่ายต่างๆ คุณภาพบริการและพฤติกรรมกรให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

7. ปัจจัยระบบสาธารณสุขของประเทศ ปัจจัยนี้ได้พิจารณาแต่ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ นโยบายสาธารณสุขด้านการเมืองและงบประมาณ หรือทรัพยากรที่ได้รับจัดสรรมาให้ เพื่อใช้ใน

การดำเนินการด้านสุขภาพของประชาชน และกระบวนการในการจัดบริการสุขภาพระดับต่างๆ รูปแบบและกลวิธีในการจัดการ ผลผลิตสุดท้ายและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากระบบสาธารณสุขนั้นๆ

พัชรินทร์ สุริยะ (2544, น. 51) ได้จำแนกแนวทางการเข้าถึงบริการสุขภาพว่าประกอบด้วย

1. การรับรู้ข่าวสารข้อมูล ได้แก่ การได้ความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค, การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย, ความรู้เกี่ยวกับแหล่งบริการสุขภาพต่างๆ, ความรู้เกี่ยวกับสิทธิในการรับบริการทางสุขภาพรวมถึงการได้รับสิทธินั้น

2. การเดินทาง ได้แก่ ระยะทางจากที่พักถึงสถานบริการสุขภาพ, ยานพาหนะที่ใช้ในการเดินทาง, ความสะดวกในการเดินทาง

3. ระยะเวลา ได้แก่ ระยะเวลาในการเดินทาง, ระยะเวลาในการรับบริการ, เวลาที่จัดบริการมีความสะดวก

4. ชนิดของบริการ ได้แก่ การได้รับประเภทบริการตามความต้องการ

5. ค่าใช้จ่ายของการรับบริการ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายของการบริการ, ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

โดยสรุปการเข้าถึงบริการ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการเข้ารับบริการ ทางด้านการดูแลสุขภาพได้อย่างสะดวกและทั่วถึง โดยประกอบด้วยปัจจัยด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ
2. ปัจจัยด้านการบริหารองค์กร
3. ปัจจัยด้านการบริการ
4. ปัจจัยด้านผู้ใช้บริการ

โดยในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับแรงงานต่างด้าว โดยสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพประกอบด้วย

1. บริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันและควบคุมโรค

1.1 การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

1.2 การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัว

1.3 การให้คำปรึกษานับสนุนให้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ

1.4 การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปาก การให้ฟลูออไรด์เสริม

1.5 การควบคุมป้องกันโรค

## 2. บริการด้านการตรวจรักษาและการฟื้นฟูสภาพ

2.1 การตรวจ วินิจฉัย บำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพทางการแพทย์ จนสิ้นสุดการรักษา

2.2 การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน

2.3 บริการอาหารและห้องผู้ป่วยสามัญ

2.4 ยาและเวชภัณฑ์ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ

2.5 การจัดส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล

- กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน สามารถใช้บริการในสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนประกันตน

### ปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ

อุปสรรคของการเข้าถึงบริการ สามารถปรากฏในจุดที่แตกต่างกันบนวิถีรวมทั้งกระบวนการของการติดต่อ ทางเข้าการใช้บริการ คุณค่าและการยอมรับบริการ และการบรรลุของความ ต้องการ หรือคุณค่าของผลลัพธ์ อุปสรรคจะรวมถึงปัจจัยทางโครงสร้างที่สัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายและองค์การของการบริการ รวมถึงปัญหาที่เกี่ยวกับความรู้ ความเชื่อวัฒนธรรมและทัศนคติการตระหนักถึงข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

โดยได้มีการศึกษาของ ฮีรารี อาร์คเซย์ (Arksey, 2003, p. 33) ได้แบ่งประเด็นของอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพไว้ดังนี้

1. ประเด็นบุคลิกลักษณะของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (Professional characteristics) หมายถึงบุคลิกลักษณะของผู้ให้บริการ, การตระหนักถึงความสำคัญของผู้รับบริการ, การให้บริการ และทัศนคติต่อผู้รับบริการ

2. ประเด็นระบบการให้บริการ (Services issues) หมายถึง ระบบการนัดหมายผู้ป่วย, การจัดสรร ระยะเวลาการคอยการใช้บริการ, เกณฑ์การรับผู้ป่วยในการนอนโรงพยาบาล, ระบบการนัดหมาย, หัวหน้าหน่วยต่างๆ, ระบบการคัดเลือกผู้มีสิทธิตามหลักนโยบาย, ระบบที่ใช้วิเคราะห์ตรวจสอบผู้มีสิทธิ, ระบบการส่งต่อผู้รับบริการ, สิ่งแวดล้อมโดยทั่วไปของสถานบริการสุขภาพและความสะดวกในการเดินทางเพื่อไปรับบริการ

3. ประเด็นด้านภาษาและวัฒนธรรม (Language or cultural issues) หมายถึง ความแตกต่างทางด้านภาษา, ความเชื่อ, ความชื่นชอบส่วนตัว, ความต้องการทางด้านภาษาและศาสนา, อคติ และความแตกต่างทางด้านเชื้อชาติ

4. ประเด็นบุคลิกลักษณะของผู้ใช้บริการ (Carer or care recipient characteristics) หมายถึง ความแตกต่างระหว่างบุคคล, พฤติกรรมของผู้ใช้บริการ, การยอมรับคุณภาพของการให้บริการ, ระบบการสนับสนุนทางสังคมและจากครอบครัว, ฐานะทางด้านการเงิน, ความวิตกกังวล, ประสบการณ์การใช้บริการ, ความสนใจและความคาดหวังต่อการมาใช้บริการ

5. ประเด็นของแหล่งข้อมูลและความรู้ในการใช้บริการ (Information and knowledge) หมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับระบบการบริการและวิธีการมาใช้บริการ และประเด็นความเชื่อมั่นทางการแพทย์

โดยสรุปปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง สิ่งที่ขัดขวางบุคคล ในการไปรับบริการด้านสุขภาพ จากแหล่งบริการสาธารณสุข ตามสิทธิ ของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โดยในการศึกษาครั้งนี้ได้กล่าวถึงปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการไว้ดังนี้

1. ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ความเอาใจใส่ในการให้บริการ, ศึกษามารยาทของเจ้าหน้าที่
2. ด้านการบริหารองค์กร ได้แก่ การจัดบริการตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, การบริหารสถานพยาบาล
3. ด้านการบริการ ได้แก่ ความสะดวก, ขั้นตอนในการรับบริการ
4. ด้านผู้ใช้บริการ ได้แก่ เวลาที่ใช้บริการ

## 2. แนวคิดเรื่องสิทธิทางด้านสุขภาพ

### สิทธิทางสุขภาพตามหลักกฎหมายไทย

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 (สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ, 2546)

มาตรา 52 “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้รับมาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ”

มาตรา 82 “รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง”

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

พระราชบัญญัตินี้มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ซึ่งมาตรา 29 ประกอบกับมาตรา 35 และมาตรา 48 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บัญญัติให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย

โดยบทบัญญัติที่เกี่ยวกับสิทธิได้แก่

มาตรา 5 บัญญัติว่า “บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ ตามฐานะการคลังของประเทศตามที่กำหนดตามพระราชบัญญัตินี้

บุคคลที่เข้ารับบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการในอัตราที่คณะกรรมการกำหนดให้แก่หน่วยบริการประจำตัวในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ เว้นแต่ผู้ยากไร้หรือบุคคลอื่นตามหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

ผู้ซึ่งมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายโดยอยู่แล้ว ให้คงมีสิทธิตามกฎหมายนั้นต่อไป เว้นแต่พระราชบัญญัตินี้จะกำหนดไว้เป็นอย่างอื่น”

มาตรา 6 บัญญัติว่า “บุคคลใดประสงค์จะใช้สิทธิตามมาตรา 5 ให้ยื่นคำขอลงทะเบียนต่อสำนักงานหรือหน่วยงานที่สำนักงานกำหนด เพื่อเลือกหน่วยบริการซึ่งอยู่ในบริเวณภูมิสำเนาหรือที่ทำงานของตนเป็นหน่วยงานบริการประจำ

การลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำและการขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

ในกรณีที่บุคคลใดมีสิทธิเลือกหน่วยบริการเป็นอย่างอื่นตามหลักเกณฑ์การได้รับสวัสดิการหรือตามสิทธิที่บุคคลนั้นได้รับอยู่ตามกฎหมาย กฎระเบียบ หรือประกาศอื่น ให้การใช้สิทธิการเข้ารับบริการสาธารณสุขในหน่วยบริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การได้รับสวัสดิการหรือสิทธิของบุคคลนั้น ในกรณีเช่นว่านี้ ให้คณะกรรมการดำเนินการจัดให้บริการสาธารณสุขให้สอดคล้องกับลักษณะที่บุคคลนั้นได้รับสวัสดิการหรือสิทธินั้นด้วย

สิทธิ หน้าที่และความมั่นคงด้านสุขภาพจากธรรมนูญสุขภาพคนไทย ฉบับปรับปรุง 24 กันยายน 2545

มาตรา 13 “บุคคลมีสิทธิเสมอกันในการได้รับการบริการสาธารณสุขอย่างไม่ถูกเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม เพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ

สุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความเห็นทางการเมือง

บุคคลมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขที่มีความปลอดภัย มีคุณภาพ ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ

บันทึกความเข้าใจระหว่าง รัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทย กับรัฐบาลแห่งสหภาพพม่า ว่าด้วยความร่วมมือในการจ้างแรงงาน (ลงนาม ณ จังหวัดเชียงใหม่ เมื่อวันที่ 21 เดือน มิถุนายน 2546)

ว่าด้วยการคุ้มครอง ข้อ 18 “แรงงานภาคีทั้งสองฝ่าย จะได้รับค่าจ้างและสิทธิประโยชน์อื่นๆ เท่ากับที่แรงงานท้องถิ่นได้รับบนพื้นฐานของหลักการไม่เลือกปฏิบัติ และความเท่าเทียมกันทางเพศ เชื้อชาติ และศาสนา”

พันธกรณีระหว่างประเทศที่ผูกพันประเทศไทย

1. ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน Universal Declaration of Human Rights (UDHR) รับรองและประกาศโดยสมัชชาสหประชาชาติ ในวันที่ 10 ธันวาคม 2491

ข้อ 25 (1) บุคคลมีสิทธิในมาตรฐานการครองชีพที่เพียงพอสำหรับสุขภาพ และความอยู่ดีของตนและครอบครัว รวมทั้งอาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย การรักษาพยาบาล และบริการสังคมที่จำเป็นและสิทธิในความมั่นคงในกรณีว่างงาน เจ็บป่วย ทูพพลภาพ เป็นหม้าย วัยชรา หรือการขาดปัจจัยในการเลี้ยงชีพอื่นใดในพฤติการณ์อันเกิดจากที่ตนจะควบคุมได้

2. กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม International Covenant on Economic Social and Cultural Rights (ICESCR) ประเทศไทยเป็นภาคีโดยการภาคยานุวัติ เมื่อวันที่ 5 ธันวาคม 2542

ข้อ 12 (1) รัฐภาคีแห่งกติกานี้รับรองสิทธิทุกคนที่จะมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่เป็นไปได้

(2) ขั้นตอนในการดำเนินการโดยรัฐภาคีแห่งกติกานี้เพื่อบรรลุผลในการทำให้สิทธินี้เป็นจริงอย่างบริบูรณ์จะต้องรวมถึงสิ่งต่างๆ ที่จำเป็นเพื่อ :

(ก) การหาหนทางลดอัตราการตายของทารกก่อนคลอดและของเด็กแรกเกิด และการพัฒนาที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพเด็ก:

(ข) การปรับปรุงในทุกด้านของสุขลักษณะทางสิ่งแวดล้อมและอุตสาหกรรม

(ค) การป้องกัน รักษาและควบคุมโรคระบาด, โรคประจำถิ่น, โรคจากการประกอบอาชีพ และโรคอื่นๆ :

(ง) การสร้างสภาวะที่ประกันบริการทางการแพทย์และการให้การดูแลรักษาพยาบาลแก่ทุกคนในกรณีเจ็บป่วย

แห่งกติกานี้ เพื่อให้มีมาตรการทางนิติบัญญัติหรือมาตรการอื่นใดที่อาจจำเป็น เพื่อให้สิทธิทั้งหลายที่รับรองไว้ในกติกานี้เป็นผล

3. อนุสัญญาว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในทุกรูปแบบ Convention on the Elimination Discrimination Against Women (CEDAW) รับรองและเปิดให้ลงนาม ให้สัตยาบันและภาคยานุวัติ โดยสมัชชาสหประชาชาติ มติที่ 34/180 วันที่ 18 ธันวาคม 2522 (ค.ศ. 1979) มีผลบังคับใช้ วันที่ 3 กันยายน 2524 (อนุมัติตามข้อ 27/1) ประเทศไทยเข้าเป็นภาคีเมื่อวันที่ 8 กันยายน 2528

โอกาสในการได้รับบริการด้านสุขภาพ ข้อ 12

(1) รัฐภาคีจะใช้มาตรการที่เหมาะสมทุกอย่างเพื่อขจัดที่เลือกปฏิบัติต่อสตรีในด้านของการรักษาสุขภาพเพื่อประกันการมีโอกาสได้รับบริการในการรักษาสุขภาพ รวมทั้งบริการเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวบนพื้นฐานของความเสมอภาค ของบุรุษและสตรี

(2) ทั้งๆ ที่มีบทบัญญัติในวรรค 1 ของข้อนี้ รัฐภาคีจะประกันให้สตรีได้รับบริการที่เหมาะสมเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอดบุตรและระยะหลังคลอดบุตร โดยการให้บริการแบบให้เปล่าเมื่อจำเป็น รวมทั้งการให้โภชนาการที่เพียงพอระหว่างการตั้งครรภ์และระยะการให้นม

4. อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก Convention on the Rights of the Child (CRC) รับรองและเปิดให้ลงนาม ให้สัตยาบันและภาคยานุวัติโดยสมัชชาสหประชาชาติ ข้อมติ 44/25 วันที่ 20 พฤศจิกายน 2532 มีผลบังคับใช้ วันที่ 2 กันยายน 2533 ประเทศไทยได้เข้าเป็นภาคีเมื่อ 26 เมษายน 2535

ภาค 1 “ข้อ 1 ความหมายของเด็ก เพื่อความมุ่งประสงค์แห่งอนุสัญญานี้ เด็กหมายถึง มนุษย์ทุกคนที่อายุต่ำกว่าสิบแปดปี เว้นแต่จะบรรลุนิติภาวะก่อนหน้านี้ตามกฎหมายที่ใช้บังคับแก่เด็กนั้น”

ข้อ 2 “(1) รัฐภาคีจะเคารพ และประกันสิทธิตามที่กำหนดไว้ในอนุสัญญานี้ แก่เด็กแต่ละคนที่อยู่ในเขตอำนาจของตนโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติไม่ว่าชนิดใดๆ โดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ สีผิว ภาษา ศาสนา ความคิดเห็นทางการเมืองหรือทางอื่น ต้นกำเนิดทางชาติพันธุ์หรือ

สังคม ทรัพย์สิน ความทุกข์ทรมาน การเกิดหรือสถานะอื่นๆ ของเด็ก หรือบิดามารดา หรือผู้ปกครอง ตามกฎหมาย”

ข้อ 24 มาตรฐานทางด้านสุขภาพต่อเด็ก

(1) รัฐภาคียอมรับในสิทธิของเด็กที่จะได้รับมาตรฐานสาธารณสุขที่สูงสุดเท่าที่จะหาได้และสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการบำบัดรักษาความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสุขภาพ รัฐภาคีจะพยายามดำเนินการที่จะประกันว่าไม่มีเด็กคนใดถูกกลั่นแกล้ง สิทธิในการรับบริการสุขภาพเช่นว่านั้น

(2) รัฐภาคีจะให้มีการปฏิบัติซึ่งสิทธินี้อย่างเต็มที่และโดยเฉพาะอย่างยิ่งจะดำเนินมาตรการที่เหมาะสมดังนี้

(ก) ลดการเสียชีวิตของทารกและเด็ก

(ข) ประกันให้มีการให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์ที่จำเป็น และการดูแลสุขภาพแก่เด็กทุกคนโดยเน้นการพัฒนาการดูแลสุขภาพขั้นปฐมภูมิ

(ค) ต่อสู้กับโรคภัยและทุกข์ทรมานการ รวมทั้งที่อยู่ภายในขอบข่ายการดูแลสุขภาพขั้นปฐมภูมิ ซึ่งนอกจากเหนือจากวิธีการอื่นแล้วยังดำเนินการโดยการใช้เทคโนโลยีที่มีอยู่พร้อมแล้ว และโดยการจัดหาอาหารที่ถูกหลักโภชนาการและน้ำดื่มที่สะอาดอย่างเพียงพอ ทั้งนี้โดยพิจารณาถึงอันตรายและความเสี่ยงของมลภาวะแวดล้อม

(ง) ประกันให้มีการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมแก่มารดาทั้งก่อนและหลังคลอด

(จ) ประกันว่าทุกส่วนของสังคม โดยเฉพาะบิดามารดาและเด็ก จะได้รับข้อมูล ข่าวสาร และเข้าถึงการศึกษาและการสนับสนุน ให้ใช้ความรู้พื้นฐานในเรื่องโภชนาการ และสุขภาพเด็กเรื่องประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา เรื่องอนามัยและสุขาภิบาลสภาพแวดล้อมและเรื่องการป้องกันอุบัติเหตุ

(ฉ) พัฒนาการดูแลสุขภาพเชิงป้องกันการเนาะแนว แก่บิดามารดาและการให้บริการและการศึกษาในเรื่องการวางแผนครอบครัว

(3) รัฐภาคีจะดำเนินมาตรการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพทั้งปวงเพื่อที่จะขจัดทางปฏิบัติดั้งเดิมที่เป็นผลร้ายต่อสุขภาพเด็ก

(4) รัฐภาคีรับที่จะส่งเสริมและสนับสนุนความร่วมมือระหว่างประเทศ เพื่อที่จะให้การดำเนินการให้สิทธิที่ยอมรับในข้อนี้บังเกิดผลอย่างเต็มที่ตามลำดับ เกี่ยวกับเรื่องนี้ ความจำเป็นของประเทศกำลังพัฒนาจะได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษ

พันธะกรณีระหว่างประเทศที่ผูกพันประเทศไทยนั้น มีผลต่อการได้รับสิทธิของแรงงานต่างด้าว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสิทธิเบื้องต้นที่มีผลต่อการดำรงชีวิต และในฐานะที่ประเทศไทยได้เข้าเป็นภาคีดังกล่าว ฉะนั้น ประเทศไทยเองก็อาจหลีกเลี่ยงหรือละเมิดสิทธิต่างๆ เหล่านี้ได้ ฉะนั้นเมื่อแรงงานต่างด้าวเหล่านี้ได้เข้ามาอาศัยและทำงานในประเทศไทย ก็ย่อมได้รับสิทธิดังกล่าว ในฐานะของความเป็นมนุษย์ ไม่ใช่ในฐานะพลเมืองของประเทศไทย

### 3. โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับแรงงานต่างด้าว

การจัดระบบแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง ปี 2548

คณะรัฐมนตรีอนุมัติตามมติการจัดระบบแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง ปี 2548 ตามที่กระทรวงแรงงานเสนอแล้ว มีมติเห็นชอบตามมติของคณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง ซึ่งมีรองนายกรัฐมนตรี (นายสุรเกียรติ์ เสถียรไทย) เป็นประธาน เมื่อวันที่ 6 พฤษภาคม ตามที่กระทรวงแรงงานเสนอ และให้ดำเนินการต่อไปได้ โดยให้รับความเห็นของกระทรวงต่างประเทศและกระทรวงสาธารณสุขไปประกอบการดำเนินงานด้วย

ทั้งนี้ มติคณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองมีดังนี้

1. การอนุญาตให้คนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา ที่จดทะเบียนราษฎรคนต่างด้าว และได้รับอนุญาตทำงานปี 2547 และผู้ติดตาม อยู่ในราชอาณาจักรชั่วคราวระหว่างการรอส่งกลับและทำงานต่อไปได้อีก 1 ปีสิ้นสุดวันที่ 30 มิถุนายน 2549 โดยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการดังนี้

1.1 กระทรวงมหาดไทย อาศัยอำนาจตามมาตรา 17 แห่งพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 ออกประกาศกระทรวงเพื่อขยายระยะเวลาให้คนต่างด้าวกลุ่มนี้อยู่ในราชอาณาจักรชั่วคราวระหว่างการรอการส่งกลับต่อไปอีก 1 ปีสิ้นสุดวันที่ 30 มิถุนายน 2549 โดยยกเว้นการบังคับใช้มาตรา 54 แห่งพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 แต่ให้คนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองดำเนินการจัดการทำบัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย ตามพระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร พ.ศ. 2534 และกำหนดเงื่อนไขอนุญาตออกนอกเขตพื้นที่ให้ครอบคลุมคนต่างด้าวติดตามนายจ้างด้วย

1.2 กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการกำหนดอัตราค่าตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพโรคที่ไม่อนุญาตให้คนต่างด้าวทำงาน และสถานพยาบาลที่จะตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าว

1.3 กระทรวงแรงงาน ออกประกาศให้นายจ้างที่ต้องการจ้างแรงงานต่างด้าวมาจดทะเบียนนายจ้าง และแจ้งความต้องการภายในระยะเวลาที่กำหนด หนีเข้าเมืองที่อยู่ระหว่างการรอการส่งกลับทำงานได้

2. คนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชาที่จดทะเบียนไว้กับกรมการปกครองแล้วให้ดำเนินการตรวจสุขภาพและขอรับใบอนุญาตทำงานให้เสร็จ ภายในวันที่ 30 มิถุนายน 2548 ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการให้เป็นไปตามมติคณะรัฐมนตรีปี 2547 คือ จับกุมและดำเนินคดีทั้งนายจ้างและคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองอย่างเคร่งครัด

3. การดำเนินงานตามมติคณะรัฐมนตรี เกี่ยวกับการบริหารจัดการแรงงานต่างด้าวทั้งระบบปี 2547 ในระยะที่ 2 เพื่อให้คนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองที่จัดทำทะเบียนราษฎรคนต่างด้าวไว้แล้วในระยะที่ 1 ได้รับการรับรองสถานะให้เป็นคนต่างด้าวเข้าเมืองโดยถูกกฎหมายและทำงานได้ การอนุญาตให้แรงงานต่างด้าวรายใหม่เข้ามาในราชอาณาจักรโดยถูกต้องตามกฎหมายเพื่อทำงานกรรมกรได้ ตามบันทึกความเข้าใจว่าด้วยความร่วมมือในการจ้างแรงงาน (MOU)

4. การอนุญาตให้เข้าทำงานในลักษณะมาเข้าเย็นกลับ และการเข้ามาทำงานตามฤดูกาลบริเวณชายแดนซึ่งถือเป็นการเดินทางเข้ามาทำงานโดยถูกกฎหมาย ประเทศกัมพูชาและลาวเห็นชอบในหลักการที่จะดำเนินการร่วมกัน ขณะนี้อยู่ระหว่างการเตรียมการเจรจายละเอียดเพื่อนำเข้าพิจารณาในการประชุมระดับเจ้าหน้าที่อาวุโสต่อไป

5. ให้กระทรวงแรงงานเป็นเจ้าภาพหลักในการรวบรวมและจัดทำฐานข้อมูลคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองและให้ดำเนินการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการจับกุมดำเนินคดีคนต่างด้าวและนายจ้างที่ไม่ปฏิบัติให้เป็นไปตามกฎหมายและมติคณะรัฐมนตรี รวมทั้งสกัดกั้นการเข้ามาใหม่ของแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองอย่างเคร่งครัด

#### นโยบายการดำเนินงานด้านสุขภาพในปัจจุบัน

##### แนวคิดหลัก

- คำนึงถึงศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ และสิทธิมนุษยชน
- มิติการดูแลสุขภาพเช่นเดียวกับคนไทย (สิทธิประกันสุขภาพตามโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

##### หลักการจัดระบบบริการ

1. หลักการเข้าถึงบริการ (Accessibility)
2. หลักมนุษยธรรม (Human right)
3. หลักการมีส่วนร่วม (Participation)

##### เป้าหมาย

เพื่อให้บริการทางด้านสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามได้อย่างมีคุณภาพ และครอบคลุมทั้งด้านการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกัน ฟื้นฟูสุขภาพ

ในปี 2547 คณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อวันที่ 27 เมษายน 2547 เห็นชอบแนวทางการบริหารแรงงานต่างชาติทั้งระบบ โดยมุ่งให้แรงงานต่างชาติทั้งหมดที่มีอยู่ในประเทศไทย ทั้งที่จดทะเบียนไว้แล้วเดิมอย่างถูกต้องตามกฎหมาย และที่ลักลอบเข้าเมือง มาจดทะเบียนใหม่ให้ถูกต้องครบถ้วนตามข้อเท็จจริงมากที่สุด และแรงงานต่างชาติที่จดทะเบียนดังกล่าวให้มีสถานะเป็นผู้อยู่ระหว่างรอส่งกลับเป็นระยะเวลา 1 ปี หากแรงงานต่างชาติคนใดประสงค์จะกลับประเทศของตนก่อนครบระยะเวลา 1 ปี ก็ให้กลับได้ทันที และเมื่อครบ 1 ปีแล้วแรงงานต่างชาติคนใดยังไม่ได้รับการจ้างก็ให้ส่งกลับทันที และเห็นชอบให้กระทรวงสาธารณสุขปรับอัตราค่าตรวจสุขภาพแรงงานต่างชาติจาก 300 บาท เป็น 600 บาท และอัตราค่าประกันสุขภาพจาก 1,200 บาท เป็น 1,300 บาท

โดยกระทรวงสาธารณสุขได้รับมอบภารกิจให้ดำเนินการเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพโดยมีกิจกรรมสำคัญ 4 ด้านประกอบด้วย

1. การตรวจสุขภาพประจำปี
2. บริการด้านรักษาพยาบาล
3. บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
4. การเฝ้าระวังโรค

กลุ่มเป้าหมายที่มาตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม

(1) กลุ่มผู้ประสงค์ที่จะทำงาน ต้องเข้าสู่ระบบการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพทุกคน

(2) กลุ่มผู้ติดตามแรงงานต่างด้าว (ภรรยา หรือ บุตร) การตรวจสุขภาพและ/หรือประกันสุขภาพให้เป็นไปตามความสมัครใจ

โดยการที่ระบุว่าการให้แรงงานต้องซื้อบัตรประกันสุขภาพ มีเป้าหมายหลัก เพื่อให้มีการควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบและเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของผู้ใช้แรงงาน รวมถึงจะเป็นการประกันค่ารักษาพยาบาลให้กับสถานพยาบาลผู้ให้การรักษาพยาบาลอีกทางหนึ่งด้วย นอกจากนี้แรงงานที่มีบัตรประกันสุขภาพจะได้รับสิทธิประโยชน์ (เก็บบ) ไม่แตกต่างจากคนไทย คือรับบริการแต่ละครั้งเสียค่าใช้จ่ายครั้งละ 30 บาท ที่ต่างจากสิทธิประโยชน์ของคนไทยคือ ไม่ครอบคลุมเรื่อง ยาต้านไวรัสเอดส์ ยกเว้นกรณีเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก และการตรวจทารกแรกเกิด

โดยรายละเอียดของการประกันสุขภาพมีดังนี้

1. กำหนดให้แรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนและได้รับใบอนุญาตเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพทุกคน อัตราค่าใช้จ่ายคนละ 1,300 บาท โดยการประกันสุขภาพมีระยะเวลาคู่ครอง 1 ปี โดยแรงงานต่างด้าวจะต้องร่วมจ่ายในการบริการครั้งละ 30 บาท ทั้งนี้มีเป้าหมายหลักเพื่อให้มีการ

ควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบและเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของผู้ใช้แรงงาน รวมถึงจะเป็นการประกันค่ารักษาพยาบาลให้กับสถานพยาบาลผู้ให้การรักษาพยาบาลอีกทางหนึ่งด้วย

2. งบประมาณในการดำเนินงาน งบประมาณขั้นต่ำ/คน/ปี เท่ากับ 1,900 บาท โดยแบ่งเป็นค่าการตรวจและประเมินสุขภาพ 600 บาท และค่าประกันสุขภาพ 1,300 บาท และผู้มีสิทธิจะต้องร่วมจ่าย ในการเข้ารับบริการครั้งละ 30 บาท ยกเว้นบริการ ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ฝ้าระวังโรค ซึ่งไม่ต้องจ่ายค่าบริการครั้งละ 30 บาท โดยกำหนดงบประมาณขั้นต่ำในการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อัตรา 1,300 บาท/คน/ปี

### 3. สิทธิประโยชน์ ครอบคลุมบริการทางการแพทย์ดังนี้

#### 3.1 การตรวจรักษาโรคและฟื้นฟูสุขภาพทั่วไป

##### - การตรวจรักษาโรคและฟื้นฟูสุขภาพทั่วไป

1. การตรวจ วินิจฉัย บำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ จนสิ้นสุดการรักษา รวมแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองของคณะกรรมการประกอบโรคศิลปะ

2. การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน

3. บริการอาหารและห้องผู้ป่วยสามัญ

4. ยาและเวชภัณฑ์ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ

5. การจัดส่งต่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล

##### - การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง

การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงตามเงื่อนไขค่าใช้จ่ายที่คณะทำงานประกันสุขภาพ ตรวจสุขภาพ และรักษาพยาบาล แรงงานต่างด้าวส่วนกลางกำหนด

##### - กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน

กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินสามารถใช้บริการสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนประกันตน

##### - การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล

กรณีสถานพยาบาลแรงงานต่างด้าวขึ้นทะเบียนประกันตนไว้ส่งต่อผู้ป่วย (แรงงานต่างด้าว) ไปยังสถานพยาบาลแห่งอื่นเพื่อการรักษา จะต้องตามจ่ายค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาพยาบาลตามหลักเกณฑ์และระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในคนไทย

#### 3.2 ชุดสิทธิประโยชน์ที่การแพทย์ไม่คุ้มครอง มีดังนี้

1. โรคจิต

2. การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วย

ยาเสพติด

3. ผู้ประสบภัยจากรถ ที่สามารถใช้สิทธิตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัย

จากรถ

4. การรักษาภาวะมีบุตรยาก

5. การผสมเทียม

6. การเปลี่ยนเพศ

7. การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงาม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

8. การตรวจ วินิจฉัย และรักษาใดๆ ที่เกินความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

9. โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทคนไข้เกิน 180 วัน ยกเว้นหากมีความจำเป็นต้องรักษาต่อ เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

10. การรักษาที่อยู่ในระหว่างค้นคว้าทดลอง

11. การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างไตและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

12. ยาต้านไวรัสเอดส์ ยกเว้น กรณีเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก

13. การเปลี่ยนอวัยวะ

14. เด็กแรกคลอดจากมารดาที่เป็นแรงงานต่างด้าว

15. การทำฟันปลอม

3.3 บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคที่ได้รับการคุ้มครองประกอบด้วย

1. ให้มีและใช้สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวในการดูแลสุขภาพแต่ละบุคคลอย่างต่อเนื่อง

2. การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ตลอดจนการให้บริการทำคลอดและดูแลหลังคลอด

3. การตรวจสุขภาพกลุ่มเสี่ยง

4. การให้ยาต้านไวรัสเอดส์ กรณีเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก

5. การวางแผนครอบครัว

6. การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

7. การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัว

8. การให้คำปรึกษา สนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ

9. การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปาก แนะนำด้านทันตสุขภาพ การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ

10. การควบคุมป้องกันโรค

4. การตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าว

4.1 การบริการตรวจสุขภาพ และออกใบรับรองแพทย์แก่แรงงานต่างด้าว ให้สถานพยาบาลที่รับประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวดำเนินการตรวจสุขภาพและเป็นผู้เก็บค่าตรวจสุขภาพ และค่าประกันสุขภาพเองในอัตราค่าตรวจสุขภาพคนละ 600 บาท และค่าประกันสุขภาพคนละ 1,300 บาท

4.2 การตรวจสุขภาพจำแนกผลการตรวจเป็น 4 ประเภท คือ

ประเภทที่ 1 ผู้ที่มีผลการตรวจสุขภาพปกติ

ประเภทที่ 2 ผู้ที่ผ่านการตรวจสุขภาพ แต่มีภาวะติดเชื้อหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคที่จะต้องควบคุม ได้แก่ วัณโรค โรคเรื้อน โรคเท้าช้าง ซิฟิลิส และโรคพยาธิลำไส้ ให้ทำการรักษาในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับแรงงานต่างด้าว

ประเภทที่ 3 ผู้ที่ไม่ผ่านการตรวจสุขภาพ เนื่องจากมีสุขภาพไม่สมบูรณ์แข็งแรง หรือมีโรคต้องห้ามมิให้ทำงาน 7 โรคคือ

- (1) วัณโรคระยะติดต่อ
- (2) โรคเรื้อนในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (3) โรคเท้าช้างที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (4) โรคซิฟิลิสในระยะที่ 3
- (5) การติดสารเสพติดให้โทษ
- (6) พิษสุราเรื้อรัง
- (7) โรคจิต จิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ซึ่งจะระงับผลการตรวจ

เป็นประเภทที่ 3 ไม่สามารถอนุญาตทำงานได้

ประเภทที่ 4 ผู้ที่ตั้งครรภ์

- กรณีผ่านการตรวจสุขภาพ (ผลการตรวจสุขภาพเป็นประเภท 1 หรือ 2 หรือ 4) ให้สถานพยาบาลมอบใบรับรองแพทย์ที่ใส่ซองปิดผนึก และลงนามกำกับพร้อมประทับตราสถานพยาบาลแล้ว มอบให้แรงงานต่างด้าวไว้เป็นหลักฐานประกอบการขออนุญาตทำงานกับกระทรวงแรงงาน

- กรณีไม่ผ่านการตรวจสุขภาพ (ผลการตรวจสุขภาพเป็นประเภท 3 โรคต้องห้ามมิให้ทำงาน) สถานพยาบาลไม่ต้องมอบใบรับรองแพทย์ให้แรงงานต่างด้าว แต่ให้ทำการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยส่วนภูมิภาคจัดส่งที่ด่านตรวจคนเข้าเมืองในพื้นที่หรือจังหวัดที่ใกล้เคียง เพื่อดำเนินการผลักดันส่งกลับต่อไป พร้อมสำเนาใบรับรองแพทย์เก็บไว้เพื่อทำการรักษาต่อเนื่อง (ขณะรอส่งกลับ)

#### 5. การควบคุมป้องกันโรคในแรงงานต่างด้าว

5.1 ให้แรงงานต่างด้าวสัญชาติพม่ารับประทานยาไดเอทิลคาร์บามาซีน (DEC) 300 มิลลิกรัม (Single dose) ทุกคนทุก 6 เดือน โดยรับประทานต่อหน้า ในวันที่มีการตรวจสุขภาพและทำการเจาะโลหิตเพื่อหาเชื้อพยาธิโรคเท้าช้างหลังรับประทานยา DEC แล้วครึ่งชั่วโมง โดยยา DEC ขอรับการสนับสนุนได้จากในเขตกรุงเทพมหานคร ขอรับสนับสนุนจากสำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร กลุ่มโรคเท้าช้าง กรมควบคุมโรค และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 ในภูมิภาคขอรับการสนับสนุนจาก สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่อยู่ในเขตนั้นๆ หากผลการตรวจพบโรคเท้าช้างแต่ไม่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม ให้จัดอยู่ในประเภทที่ 2 ให้การรักษาโดยใช้ยา DEC รับประทานครั้งละ 300 มิลลิกรัม Single dose ทุก 6 เดือนจนครบ 2 ปี และผลการตรวจเลือด 2 ครั้งสุดท้าย ไม่พบเชื้อพยาธิโรคเท้าช้าง

5.2 การตรวจสภาวะโรคเรื้อน หากผลการตรวจสภาวะโรคเรื้อนผิดปกติ แต่ไม่มีอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม ให้แยกเป็นประเภทที่ 2 ให้ตรวจยืนยันรักษาฟรี ในส่วนภูมิภาคสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ติดตามรักษาเอง

5.3 ให้รับประทานยาอัลเบนดาโซล 400 มิลลิกรัม ทุกราย ในการตรวจสุขภาพ เพื่อต่อใบอนุญาตทำงาน เพื่อควบคุมโรคพยาธิลำไส้

#### 6. การเฝ้าระวังโรคในแรงงานต่างด้าว

6.1 แจ้งให้ คปสอ. (Cupboard) ทุกแห่งเฝ้าระวังโรคแรงงานต่างด้าวที่อพยพหรือที่อยู่เป็นชุมชนโดยกำหนดกลุ่มรายงานเป็น 2 กลุ่ม คือ

- (1) กลุ่มที่ 1 กลุ่มคนต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในจังหวัด เช่น กรรมกร คนรับใช้ เกษตรกรรม คนงานประมง ผู้ลี้ภัย ที่ไม่มีใบต่างด้าว หรือบัตรประชาชนและมีหรือไม่มีที่อยู่แน่นอน
- (2) กลุ่มที่ 2 กลุ่มคนต่างด้าวที่เข้ามารับการรักษาในจังหวัดรวมทั้งนักท่องเที่ยวเมื่อรักษาแล้วกลับประเทศ

6.2 คปสอ. (Cupboard) ทุกแห่ง ฝ้าระวังโรคแรงงานต่างด้าว โดยรายงานโรคทางระบาดวิทยาตามแบบฟอร์ม 506,507 รวมทั้งโรคปวดข้อ ออกผื่น (chikungunya) และกาฬโรค หรือโรคที่กลับมาระบาดซ้ำ ยกเว้นโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ โรคไม่ติดต่อ และโรคเอดส์

6.3 ให้สอบสวนโรคผู้ป่วยทุกราย กรณีที่พบว่ามีภาวะระบาดของโรค

## 7. การจัดเครือข่ายและรูปแบบการให้บริการ

หน่วยบริการตามแนวทางโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับแรงงานต่างด้าว ประกอบด้วยหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Contracting unit for Primary care, CUP) หมายถึงหน่วยงานที่จัดให้มีบริการสุขภาพทั่วไปทั้งส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพพื้นฐานที่เป็นลักษณะการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก การให้บริการที่บ้านและบริการในชุมชน ไม่รวมบริการที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ จะต้องมีการที่ขึ้นทะเบียนที่ชัดเจน และจัดให้มีหน่วยบริการที่ประชาชนที่มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติต้องเลือกขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลประจำตัว ซึ่งหน่วยบริการระดับนี้อาจจัดบริการโดยสถานพยาบาลหน่วยเดียวหรือจัดเป็นเครือข่ายของหน่วยงานที่ร่วมกันให้บริการได้

ในกรณีที่จัดเป็นเครือข่ายบริการปฐมภูมิ สถานพยาบาลที่สามารถจัดบริการได้ครบและมีแพทย์ บุคลากรสาขาต่างๆ ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งสามารถเป็นหน่วยบริการคู่สัญญาได้โดยตรง เรียกว่า หน่วยบริการปฐมภูมิหลัก (main contractor) หน่วยบริการที่ให้บริการไม่ได้ครบทุกประเภทหรือมีบุคลากรที่ไม่ครบตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกลางกำหนดเรียกว่า “หน่วยบริการปฐมภูมิรองในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ” (หน่วยบริการปฐมภูมิรองฯ, sub-contractor) หน่วยบริการรองฯ นี้จะไม่สามารถรับขึ้นทะเบียนเป็นคู่สัญญาได้ ยกเว้นแต่จะรวมกันเป็นเครือข่ายที่สามารถจัดบริการได้ครบและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์

1. หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับทุติยภูมิ (Contractor unit for Secondary care) หมายถึงหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพทั่วไปกรณีผู้ป่วยในเป็นหลัก ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย รวมถึงโรงพยาบาลเอกชนต่างๆ ที่สนใจเข้าร่วมสมัครเครือข่ายบริการทุติยภูมิ สถานพยาบาลที่ให้บริการระดับนี้จะรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อเข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยใน

2. หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับตติยภูมิ (Contractor unit for Tertiary care) หมายถึงหน่วยงานที่ให้บริการที่เป็นเฉพาะทาง ต้องใช้เทคโนโลยีและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูง หน่วยให้บริการระดับนี้อาจเป็นโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือสถาบันที่ดูแลรักษาโรคเฉพาะทางต่างๆ

#### 4. ข้อมูลพื้นฐานของอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

##### 4.1 ขนาดและที่ตั้ง

ที่ตั้งอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย เป็นตำแหน่งที่อยู่เหนือสุดของประเทศไทย รู้จักกันดีในอีกชื่อหนึ่งคือ “เหนือสุดยอดในสยาม” มีตำแหน่งที่ตั้งภูมิศาสตร์อยู่ระหว่าง เส้นรุ้งที่ 20 องศา 26 ลิปดาเหนือ ถึง 27 ลิปดาเหนือและเส้นแวงที่ 99 องศา 52 ลิปดาตะวันออก ถึง 99 องศา 54 ลิปดาออก มีเนื้อที่ประมาณ 284.5 ตารางกิโลเมตร โดยห่างจากกรุงเทพฯ ประมาณ 900 กิโลเมตร อยู่ห่างจากอำเภอเมืองเชียงราย ประมาณ 63 กิโลเมตร

##### 4.2 อาณาเขตติดต่อ

|             |                                                      |
|-------------|------------------------------------------------------|
| ทิศเหนือ    | ติดต่อกับ ประเทศสาธารณรัฐสังคมนิยมแห่งสหภาพเมียนมาร์ |
| ทิศใต้      | ติดต่อกับ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย                |
| ทิศตะวันออก | ติดต่อกับ อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย              |
| ทิศตะวันตก  | ติดต่อกับ ประเทศสาธารณรัฐสังคมนิยมแห่งสหภาพเมียนมาร์ |

##### 4.3 สภาพภูมิศาสตร์

พื้นที่ของอำเภอแม่สายบางตอนเป็นที่ราบสูง และภูเขาที่มีพื้นที่ป่าไม้กระจายทุกตำบล ที่มี ได้แก่ ไม้สัก ไม้ยาง ไม้ติ่ง และไม้บางชนิดอื่นๆ พื้นที่ป่าไม้ส่วนใหญ่จะอยู่ในเขตพื้นที่ป่าสงวนแห่งชาติ

##### 4.4 ลักษณะภูมิอากาศแบ่งออกเป็นสามฤดู

ฤดูร้อน กลางเดือน มี.ค. ถึงกลางเดือน พ.ค. อุณหภูมิสูงสุดที่เคยวัดได้คือ 41.3 °C อากาศอบอุ่นและแห้งแล้ง อาจมีพายุฝนฟ้าคะนองในฤดูร้อนเกิดขึ้นในช่วงเดือน เม.ย.

ฤดูฝน กลางเดือน พ.ค. ถึงกลางเดือน ต.ค. มีฝนตกชุกในช่วงเดือน ส.ค. และ ก.ย. มีพายุหมุนเขตร้อนพัดเข้ามาสู่ภาคเหนือตอนบน ซึ่งทำให้ฝนตกชุกมากกว่าปกติ

ฤดูหนาว กลางเดือน ต.ค. ถึงกลางเดือน ก.พ. เมื่อลมมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือพัดเข้ามาสู่ประเทศไทยประมาณ 4 เดือน อากาศหนาวจัดในช่วงเดือน ธ.ค. และ ม.ค. โดยเฉพาะเทือกเขา อุณหภูมิต่ำสุดที่เคยวัดได้ คือ  $1.5^{\circ}\text{C}$

#### 4.5 ลักษณะการตั้งบ้านเรือน

มีการตั้งบ้านเรือนติดบริเวณถนนหนทางทุกซอกทุกซอยเป็นลักษณะตึกแถวเป็นส่วนใหญ่อยู่ติดกันหนาแน่น ลักษณะเป็นแบบร้านค้า ประชากรส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพค้าขาย การตั้งบ้านเรือนจึงค่อนข้างหนาแน่น เนื่องจากมีทำเลที่เหมาะสมในการประกอบอาชีพ

#### 4.6 เขตการปกครองและประชากรในพื้นที่อำเภอแม่สาย

##### ตารางที่ 2.1

จำนวนประชากรในเขตปกครองอำเภอแม่สาย ปี 2548

| ตำบล        | หมู่บ้าน | หลังคา | ประชากร | เทศบาล | อบต. |
|-------------|----------|--------|---------|--------|------|
| แม่สาย      | 12       | 5,298  | 21,924  | 1      | 1    |
| เกาะช้าง    | 13       | 2,521  | 11,580  | -      | 1    |
| บ้านด้าย    | 8        | 1,514  | 4,141   | -      | 1    |
| ศรีเมืองชุม | 9        | 1,522  | 5,703   | -      | 1    |
| โป่งผา      | 12       | 2,027  | 7,356   | -      | 1    |
| โป่งงาม     | 12       | 2,509  | 9,792   | -      | 1    |
| ห้วยไคร้    | 11       | 1,851  | 8,259   | 1      | 1    |
| เวียงพางคำ  | 10       | 2,855  | 13,805  | -      | 1    |
| รวม         | 87       | 20,097 | 82,560  | 2      | 8    |

#### 4.7 ศาสนาและศาสนสถาน

ประชากรในอำเภอแม่สายส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ดังนั้น ศาสนสถานส่วนใหญ่จึงเป็นศาสนาพุทธ มีมัสยิดและคริสตจักรปะปนอยู่บ้าง

#### 4.8 สังคมและวัฒนธรรม

##### - กลุ่มชาติพันธุ์

กลุ่มชาติพันธุ์เป็นกลุ่มชนที่มีความแตกต่างกันในด้านภาษาพูด วิธีการดำรงชีพ ประเพณีการปฏิบัติที่แตกต่างกัน และมีชาติพันธุ์ที่สืบเชื้อสายต่อกันมาตั้งแต่บรรพบุรุษจนถึงปัจจุบันที่มีถิ่นอาศัยอยู่ในอำเภอแม่สายประกอบด้วย

1. กลุ่มคนพื้นบ้าน จะมีถิ่นอาศัยอยู่ในพื้นที่ทุกหมู่บ้าน ภาษาที่ใช้คือ “คำเมือง” รับประทานข้าวเหนียวเป็นหลัก มีอาชีพทางการเกษตรเป็นส่วนมาก นับถือศาสนาพุทธมีประเพณีที่ปฏิบัติสืบต่อกันมาตามพุทธศาสนา เช่น วันสำคัญทางศาสนา ยึดถือผู้อาวุโสเป็นผู้นำการปฏิบัติตามประเพณี ใช้ชีวิตเรียบง่าย ชอบความบันเทิง ดังจะเห็นได้จากงานแต่งงานขึ้นบ้านใหม่ งานบวชพระ ฯลฯ จะมีการเลี้ยงแขกกันตามความชอบและฐานะของเจ้าภาพเป็นหลัก

2. กลุ่มชาวไทยลื้อ คือประชากรกลุ่มหนึ่งที่ชอบความสงบอยู่กันเป็นกลุ่มก้อน อาชีพส่วนใหญ่ทำการเกษตรและที่ขึ้นชื่อที่เป็นสินค้าผลิตในหมู่บ้าน คือ “ผ้าทอไทยลื้อ” เป็นที่ทราบและมีชื่อในปัจจุบัน

3. กลุ่มชาวไทยใหญ่ มีวิถีชีวิตที่เรียบง่าย มีภาษาเป็นเอกลักษณ์ อาชีพส่วนใหญ่คือการเกษตรกรรม และมีวัฒนธรรมตลอดจนความเป็นอยู่ที่ใกล้เคียงกับชนพื้นเมืองในพื้นที่

4. กลุ่มชาวจีนฮ่อและจีนอพยพ มีอาชีพในด้านการค้า แลกเปลี่ยนสินค้าระหว่างชนชาติเดียวกันและต่างชนชาติ สินค้าที่นำมาขายจะมีทั้งสินค้าจากบนพื้นที่สูง เช่น ผลไม้เมืองหนาว ใบชา กาแฟ เป็นต้น

5. ชาวเขาเผ่าต่างๆ คือกลุ่มชาติพันธุ์ที่ชอบอาศัยอยู่ตามภูเขาหรือพื้นที่สูงเป็นส่วนมาก แต่ปัจจุบันมีการอพยพมาอยู่พื้นราบบ้างเพื่อประกอบอาชีพ ที่อาศัยอยู่ในอำเภอแม่สายส่วนใหญ่คือ “เผ่าอาข่า” หรืออีกชื่อที่เรียกโดยทั่วไป

6. ชาวพม่า ที่เข้ามาอาศัยอยู่ขณะนี้จะอยู่ในฐานะลูกจ้างซึ่งนายจ้างต้องต้องเสียค่าธรรมเนียมให้ต่อคนต่อปี หรือเป็นครั้งคราวแล้วแต่นายจ้างจะเป็นผู้กำหนดระยะในการจ้างงาน

แต่มีข้อสังเกตว่ากลุ่มที่เข้ามาลักษณะลูกจ้างที่เป็นสตรีที่มาเป็นลูกจ้างอยู่ในบ้านในช่วงเวลาหนึ่ง เมื่อเก็บรวบรวมเงินได้ก้อนหนึ่งก็จะกลับไปอยู่บ้านหรือไปหางานใหม่ จากการเป็นลูกจ้างทำงานในบ้านเปลี่ยนอาชีพเป็นพนักงาน เสิร์ฟอาหาร นวดแผนโบราณ และเป็นแหล่งมั่วสุมมียาเสพติด หรืออาชญากรรมตามมา

#### ปัญหาแรงงานต่างด้าว

เนื่องจากอำเภอแม่สายเป็นอำเภอที่มีความเติบโตทางด้านการท่องเที่ยวและการขยายตัวทางด้านการเกษตร ดังนั้น จึงมีความต้องการทางด้านแรงงานสูง จึงเกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานต่างชาติเข้ามาเป็นจำนวนมาก ประเมินการว่ามีการใช้แรงงานต่างด้าวย้อยละ 80 ของแรงงานทั้งหมด มีจำนวนประมาณ 3,000 – 5,000 คน ตามแต่ช่วงฤดูกาล เช่น ฤดูเก็บเกี่ยว ผลผลิตทางการเกษตร เมื่อพิจารณาแล้วมีลักษณะที่แตกต่างดังนี้

ก. เป็นแรงงานลักลอบหลบหนีเข้าเมือง

ข. เป็นแรงงานของบุคคลต่างชาติที่ทางราชการไทยผ่อนผันให้อยู่ในประเทศไทย โดยการควบคุมของกระทรวงมหาดไทย เช่น ไทยลื้อ ผู้พลัดถิ่นสัญชาติพม่า ผู้หลบหนีเข้าเมือง สัญชาติพม่า เป็นต้น

ค. เป็นแรงงานของชาวไทยในพื้นที่ ซึ่งเป็นแรงงานฝีมือเป็นส่วนใหญ่

#### กลุ่มของแรงงานต่างด้าว

1. กลุ่มรับจ้างประจำ มีประมาณ 2,000 – 3,000 คน จะเป็นพม่าเชื้อสายไทยใหญ่ ไทยลื้อ กลุ่มนี้อาศัยอยู่กับนายจ้างหรือนายจ้างจัดหาที่อยู่ให้ ซึ่งจะรับจ้างในสถานประกอบการ ร้านอาหารและรับจ้างดูแลบ้านและสวน เช่น คนทำสวน

2. กลุ่มรับจ้างทั่วไป จะเป็นพม่าเชื้อสายไทยใหญ่ ไทยลื้อ มีประมาณ 1,500 คน ไม่อาศัยอยู่กับนายจ้าง แต่จะอาศัยอยู่กับญาติหรือบ้านเช่า หรือลักลอบปลูกบ้านในพื้นที่ที่ไม่มีหลักฐาน กลุ่มนี้รับจ้างทั่วไป

3. กลุ่มรับจ้างแรงงาน จะเป็นกรรมกรเข้ามา– เย็นกลับ เป็นพม่าเชื้อสายพม่า ประมาณ 500– 700 คน กลุ่มนี้จะรับจ้างชั่วคราวตามสถานที่ต่างๆ เช่น งานก่อสร้าง ทำไร่ ทำสวน ตามฤดูกาลและรับจ้างเป็นรายวัน โดยจะเปลี่ยนสถานที่ทำงานตลอดเวลาขึ้นอยู่กับผู้ว่าจ้างจะให้ไปทำอะไร ที่ไหน โดยแรงงานกลุ่มนี้จะรอให้ผู้ว่าจ้างมาตกลงจ้างตามจุดต่างๆ ที่เป็นจุดผ่อนปรน

โดยในปัจจุบันได้มีองค์กรเอกชน ทั้งในประเทศและนอกประเทศ ที่มีการดำเนินการในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ ประชากรต่างด้าวในท้องที่อำเภอแม่สาย ด้วยเหตุเพราะปัญหาทางด้านสาธารณสุขในพื้นที่ทั้งในอดีตและในปัจจุบัน โดยเฉพาะปัญหาเรื่องการควบคุมการ

ระบาดของโรคเอดส์ ซึ่งยังคงเป็นปัญหาที่ยังมีอยู่ในพื้นที่ และอีกส่วนหนึ่งได้ให้บริการขั้นปฐมภูมิ แก่ประชากรต่างด้าวรวมทั้งคนในพื้นที่ รวมทั้งมีการป้องกันและส่งเสริมความรู้ในด้านการดูแลสุขภาพด้วย ซึ่งองค์กรเอกชน ที่มีอยู่ในอำเภอแม่สาย มีดังต่อไปนี้

1. มูลนิธิศุภนิมิต (World vision) เน้นการดำเนินงานในเด็ก สตรี วัยรุ่นต่างชาติ เพื่อป้องกันการเข้ามาประกอบอาชีพบริการทางเพศ เสี่ยงต่อการรับเชื้อ เอดส์และกามโรค
2. สมาคมพัฒนาประชากรสาขาเชียงราย โดยการสนับสนุนจากองค์การบรรเทาทุกข์แห่งคริสตจักร นอร์เวย์ มีโครงการป้องกันและการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มแรงงานต่างชาติ บริเวณหมู่บ้านแนวพรมแดน ไทย พม่า และร่วมดำเนินการกับผู้นำหมู่บ้านในเขตประเทศพม่า
3. มูลนิธิหมอเสม พริ้งพวงแก้ว มีโครงการป้องกันและดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ ในกลุ่มแรงงานต่างชาติในบริเวณพรมแดน
4. โครงการความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับองค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน (International of migration) ให้บริการในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชนต่างด้าว ให้บริการปฐมภูมิ การควบคุมโรคติดต่อ และการบริการสุขภาพอนามัยกลุ่มวัยเจริญพันธุ์สำหรับผู้อพยพ และคนไทยในพื้นที่

## 5. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ภิญโญ วีระสุขสวัสดิ์ และ สมพงษ์ สระแก้ว (2545 อ้างถึงใน เปรมใจ วังศิริไพศาล, 2546, น. 108-109) ได้ศึกษา การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย จากผลการศึกษาพบปัญหาหลักของการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าวกล่าวคือ สถานภาพของแรงงานซึ่งแรงงานที่มีการจดทะเบียนได้รับอนุญาตถูกต้องจะมีปัญหาน้อยเพราะมีสถานภาพที่รัฐยอมรับว่ามีตัวตน สามารถแสดงตนและไปใช้สิทธิในบัตรสุขภาพที่ตนเองได้จ่ายเงินซื้อประกัน แต่ยังมีปัญหาด้านการให้บริการของโรงพยาบาลที่รับประกัน ยังไม่มีการทำงานเชิงรุกที่จะนำไปสู่การแก้ไขปัญหา เช่นการสื่อสารภาษากันโดยใช้ล่าม หรือผู้ให้บริการที่สามารถสื่อสารภาษาได้ ยังไม่มีการทำงานด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยลง ทำงานเพียงด้านการรักษาเป็นหลัก และจากผลการศึกษาด้านงบประมาณที่ได้จากการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง พบว่ารัฐได้งบประมาณเพิ่มขึ้นมากเพียงพอต่อการแก้ไขปัญหาในด้านต่าง ๆ รวมถึงปัญหาการประกันสุขภาพแรงงาน และหากรัฐให้ความสำคัญในการจดทะเบียนมากขึ้นและมีการควบคุมดูแล กำหนดเงื่อนไข และได้รับเงินค่าจดทะเบียนเพิ่มอย่างมาก

ซึ่งน่าจะเป็นประโยชน์ต่อชาติบ้านเมืองอย่างยิ่ง และจากการศึกษาพบว่ารัฐสามารถจัดการปัญหาแรงงานต่างด้าวเข้าเมืองโดยผิดกฎหมายได้โดยมีงบประมาณในการบริหารจัดการมากพอ และรัฐได้ประโยชน์จากการกำหนดเงื่อนไขในการแสดงตนของแรงงานต่างด้าวได้อย่างเป็นจริงเป็นจังมากขึ้น เพราะการจดทะเบียนจะทำให้ทราบถึงประวัติบุคคลของแรงงาน ถิ่นที่อยู่ ภูมิลำเนา ชนชาติ เชื้อชาติ การศึกษา ญาติหรือเพื่อนที่อ้างอิง/ค้าประกัน รวมถึงการเตรียมพร้อมในการลดจำนวนแรงงานในอนาคตทั้งระยะสั้น ระยะยาว ได้เป็นจริงและสะดวกยิ่งขึ้นในอนาคต ที่สำคัญคือการเข้าถึงบริการสุขภาพอนามัยของแรงงานต่างด้าว ก็จะเป็นไปได้ในลักษณะการซื้อประกัน โดยตัวแรงงานเองมีการแข่งขันบริการโดยโรงพยาบาลในพื้นที่ มีการทำงานด้านสุขภาพเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพทั้งการป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพโดยให้ความสำคัญกับอนามัยเจริญพันธุ์ (โดยเฉพาะการวางแผนครอบครัว) ของแรงงานต่างด้าว เพราะกลุ่มนี้มีปัญหาด้านการคุมกำเนิด ทั้งการไม่มีความรู้ การไม่มีทางเลือกในการคุมกำเนิด การทำแท้งที่อันตราย การตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม การคลอดโดยไม่มีระบบบริการการแพทย์ดูแล และปัญหาใหญ่ที่ตามมาคือ “เด็กแรงงานต่างด้าว” ที่ไม่มีสถานภาพบุคคล ไม่ได้ทั้งสัญชาติไทยและสัญชาติประเทศต้นทางจะเกิดปัญหาการส่งกลับตามมา แต่หากรัฐดำเนินการได้อย่างเหมาะสมในด้านสุขภาพอนามัยของแรงงานต่างด้าวในไทย ประโยชน์ก็จะเกิดกับคนไทยในชุมชนเดียวกันที่มีแรงงานต่างด้าวทำงานและพักอาศัยอยู่โดยไม่ต้องรบกวนเงินภาษีของคนไทย อีกทั้งจะเกิดการสร้างความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานของการดำรงชีวิตของมนุษยชาติ ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา รัฐบาลต้องมีแผนแม่บทด้านแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองที่ชัดเจนและโปร่งใส ในการแก้ปัญหาทุกด้านที่เกิดจากแรงงานต่างด้าว โดยมีมิติด้านสุขภาพอนามัยที่เหมาะสมและเป็นจริงทั้งทางการกำหนดบทบาทของผู้ที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบ และการยกเลิกคำสั่งบางคำสั่งที่ก่อให้เกิดปัญหาด้านการละเมิดสิทธิมนุษยชนต่อแรงงานต่างด้าว และต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขพื้นฐานที่มนุษย์ทุกคนพึงได้รับโดยชอบ เช่น รัฐควรต้องยกเลิกมติคณะรัฐมนตรี 29 สิงหาคม 2543 ข้อ 3, 4 ซึ่งไม่อนุญาตให้แรงงานข้ามชาติ “มีสมาชิกครอบครัวติดตามมาด้วย” และ “หากเป็นหญิงมีครรภ์จะต้องส่งตัวกลับ” ซึ่งนอกจากจะเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานอย่างร้ายแรงแล้วยังไม่สอดคล้องกับข้อเท็จจริงของเหตุการณ์ย้ายถิ่นจากประเทศต้นทาง เช่น ความไม่สงบทางการเมือง และมีภาวะความยากแค้นอันเป็นผลพวงจากความรุนแรงทางการเมือง นอกจากนี้ในการส่งตัวกลับยังส่งผลให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพแม่และเด็ก รวมทั้งส่งผลให้เกิดอัตราการทำแท้งอย่างไม่ปลอดภัยสูงขึ้น และ ลด เลิกการสร้างความปลอดภัยซึ่งให้รัฐ และสื่อมวลชนยุติการประชาสัมพันธ์ที่ก่อให้เกิดอคติทางเชื้อชาติ เกิดการเกลียดชังและการเลือกปฏิบัติต่อแรงงานข้ามชาติและสร้างความรุนแรงในสังคมต่อไป

รัฐควรส่งเสริมบทบาทขององค์กรพัฒนาเอกชนในการมีส่วนร่วมในการจัดการ และ แก้ไขปัญหาต่างๆ ของแรงงานข้ามชาติในทุกระดับ

ควรมีนโยบายความสัมพันธ์ระหว่างประเทศในระดับภูมิภาคอาเซียน ที่สนับสนุนให้ เกิดการแก้ปัญหาเศรษฐกิจการเมืองที่ไม่เป็นประชาธิปไตยในประเทศต้นทาง เพื่อให้เกิดการแก้ไข ปัญหาแรงงานข้ามชาติในระยะยาว

อรรถพร รอดสังวาลย์ (2546, น. 207-213) ศึกษาเรื่อง สิทธิในการมีสุขภาพอนามัยดี ของคนไร้สัญชาติในประเทศไทย โดยการวิจัยเอกสาร โดยการตรวจสอบกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับ สิทธิในการมีสุขภาพ อนามัยดี โดยใช้การสอบถาม การสัมภาษณ์ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและ ผู้เชี่ยวชาญ และการสอบถามความคิดเห็นของบุคคลทั่วไปผ่านระบบเครือข่าย อินเทอร์เน็ต จาก การศึกษาพบว่า ทั้งกฎหมายไทยและกฎหมายระหว่างประเทศต่างยอมรับสิทธิดังกล่าวใน 2 ระดับ คือ (1) การยอมรับสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพอนามัยและ (2) การยอมรับที่จะให้มี ประกันสิทธิซึ่งนับตั้งแต่อดีตเป็นต้นมา ไม่มีการโต้เถียงกันถึงสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพ อนามัยว่าเป็นสิทธิที่บุคคลทุกคนในฐานะที่เกิดเป็นมนุษย์มีสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพ อนามัยว่าเป็นสิทธิที่บุคคลทุกคนในฐานะที่เกิดเป็นมนุษย์มีสิทธิอย่างเท่าเทียมกัน แต่ใน ขณะเดียวกันการที่รัฐจะเข้ามาให้การประกันสิทธิอันหมายถึงงบประมาณและภาระค่าใช้จ่ายของ รัฐ กฎหมายไทยได้จำกัดไว้ที่ประชาชน และในการศึกษาถึงการยอมรับสิทธิในการมีสุขภาพ อนามัยดีของคนไร้สัญชาติตามที่ปรากฏในกฎหมายระหว่างประเทศนั้น แสดงให้เห็นถึง ความแตกต่างระหว่างกฎหมายภายในและกฎหมายระหว่างประเทศเกี่ยวกับการยอมรับการมี สุขภาพอนามัยดีของคนไร้สัญชาติกล่าวคือ ในกฎหมายระหว่างประเทศไม่ว่าจะเป็น จารีต ประเพณีระหว่างประเทศ หรือ กฎหมายสนธิสัญญาต่างให้การยอมรับทั้งสิทธิในการเข้าถึงบริการ สุขภาพอนามัย และสิทธิที่จะได้หลักประกันจากรัฐอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติด้วย เหตุของสัญชาติแต่อย่างใด โดยให้การยอมรับสิทธิของบุคคลไว้อย่างน้อย 6 ประการด้วยกันคือ สิทธิในมาตรฐานแห่งสุขภาพ สิทธิในการรักษาพยาบาล สิทธิในบริการทางสังคม สิทธิในการ ประกันสังคม กรณีว่างงาน เจ็บป่วย ทูพพลภาพ เป็นหม้าย วยชรา การขาดปัจจัยในการเลี้ยงชีพ สิทธิของมารดาและสิทธิของเด็ก ซึ่งหากคนไร้สัญชาติได้รับสิทธิอย่างถาวรในประเทศไทยแล้ว สิทธิเหล่านี้ก็จะได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม โดยมีข้อเสนอแนะใน การศึกษาคือ มีการสร้างองค์ความรู้ ให้กับตัวคนไร้สัญชาติ โดยองค์กรภาครัฐ ควรมีมาตรการใน เชิงรุก เพื่อนำความรู้ไปสู่ตัวคนไร้สัญชาติ เพื่อให้มีความรู้ในการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน รวมถึง ความรู้ในการป้องกันโรคและหากภาครัฐไม่สามารถดำเนินการดังกล่าวได้ ควรมีการส่งเสริมให้

องค์กรภาคประชาชนสามารถเข้ามาดำเนินการในการสร้างองค์ความรู้ไปสู่ชุมชน เนื่องจากคนไร้สัญชาติส่วนใหญ่จะมีฐานะยากจน, ไร้การศึกษา, อาศัยอยู่พื้นที่ห่างไกล รวมถึงขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพ ควรมีการดำเนินการเพื่อสร้างองค์ความรู้กับเจ้าหน้าที่ขององค์กรภาครัฐ เพื่อให้มีการปฏิบัติแก่คนไร้สัญชาติเหล่านี้ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ด้วยการจัดทำหนังสือเวียนหรือหนังสือสั่งการเพื่อให้เกิดความชัดเจนในการปฏิบัติต่อคนไร้สัญชาติ ควรดำเนินการเพื่อสร้างองค์ความรู้แก่องค์กรภาคประชาชนเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจถึงสิทธิดังกล่าว เพื่อนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ประโยชน์ ในการต่อสู้เพื่อเรียกร้องสิทธิและนำไปสู่ความเป็นไปได้ที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขกฎหมายที่มีผลกระทบต่อการมีสุขภาพดีของบุคคลทั่วไป และมีการปรับทัศนคติ เพื่อให้การดำเนินการของประเทศไทยเป็นไปตามประเพณีระหว่างประเทศ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำความเข้าใจต่อสังคมไทย ทั้งภาครัฐภาคประชาชน เพื่อให้เข้าใจสถานการณ์ของคนไร้สัญชาติท้องถิ่นในไทย ตลอดจนสิทธิที่ได้รับการยอมรับตามกฎหมายของบุคคลเหล่านี้ ซึ่งกระบวนการในการทำความเข้าใจต่อสังคมไทย จะต้องมีการดำเนินการในการกำจัดอคติด้วยการใช้จิตวิทยา

สมพงศ์ สระแก้ว (2544, น. 86-97) ศึกษาเรื่อง แนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพในกลุ่มแรงงานต่างด้าวจังหวัดสมุทรสาคร พบว่า การใช้บริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวส่วนใหญ่มักจะใช้บริการจากร้านขายยา หรือซื้อยากินเองหรือตามคลินิกโดยการปรึกษาเพื่อน เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ถ้าอาการเจ็บป่วยหนักๆ ไปหาหมอรักษาที่โรงพยาบาลแต่จะประสบปัญหา เช่น ถูกตำรวจจับระหว่างทางจึงเป็นปัญหาอุปสรรคหนึ่งที่ทำให้แรงงานต่างด้าวไปใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลน้อยเมื่อเทียบกับแรงงานที่มีอยู่เป็นจำนวนมาก ในส่วนของการใช้บริการสุขภาพของกลุ่มแรงงานต่างด้าวในรายที่เป็นแรงงานผิดกฎหมาย จะใช้บริการสุขภาพของรัฐน้อยมากเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย แต่เมื่อมีอาการหนักจึงเข้าโรงพยาบาล การใช้บริการเกี่ยวข้องกับการมีบัตรประกันสุขภาพ แต่จำนวนแรงงานต่างด้าวที่ถือบัตรประกันสุขภาพ ก็ยังเข้ารับบริการในโรงพยาบาลน้อยมาก ส่วนการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าว ซึ่งเป็นปัญหาทั้งสองด้านคือแรงงานต่างด้าวไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ด้วย เพราะสถานภาพทางกฎหมาย การไม่มีบัตรประกันสุขภาพ บัตรประกันสังคม แรงงานไม่ทราบข้อมูลข่าวสาร เพราะปัญหาเองการสื่อสารร่วมด้วย ขาดการให้ความช่วยเหลือด้านความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค การวางแผนครอบครัว การให้บริการที่ต่อเนื่องจากหน่วยงานภาครัฐ

รัตนา ธรรมวิจิต (2546, น. บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้รับบริการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี โดย

ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาล จำนวน 426 คน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษา อายุ สถานภาพสมรส และรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001, 0.01 และ 0.05 ปัจจัยนำไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความยากง่ายในการเข้าถึงบริการ ทักษะการขอรับบริการ และความรุนแรงของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .01 ตามลำดับ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำเรื่องสิทธิประโยชน์ การส่งต่อผู้ป่วย ขั้นตอนการรักษาเมื่อเจ็บป่วย และขึ้นชมบริการที่มีคุณภาพ จากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเพื่อนบ้าน บุคคลในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .01 ตามลำดับ โดยปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้นควรสนับสนุนให้มีการประชาสัมพันธ์ ด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าสู่ชุมชน โดยใช้บุคคลที่มีอยู่ในชุมชนเป็นผู้ให้ความรู้ เพื่อให้ประชาชนได้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้อง มีทัศนคติที่ดีต่อการบริการตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า และระดับความพึงพอใจในภาพรวมของผู้รับบริการ อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ควรให้ความสนใจในการปรับปรุงระบบบริการให้มีคุณภาพมากขึ้น มีผลทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจมากกว่าเดิมและยินดีกลับมาใช้บริการรักษาทางการแพทย์เมื่อเจ็บป่วยในครั้งต่อไป

ณพ อังคะสุวพลา (2548, น. บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง การรับรู้สิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลตามโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ของผู้ป่วยวัยแรงงานในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาระดับการรับรู้สิทธิประโยชน์ และขั้นตอนการใช้บริการของประชาชนที่มาใช้บริการทางการแพทย์ และปัจจัยที่มีผลต่อระดับการรับรู้สิทธิประโยชน์และขั้นตอนการใช้บริการ โดยศึกษาจากการรวบรวมข้อมูลจาก กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยวัยแรงงาน อายุ 15-60 ปี ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ที่มาใช้บริการผู้ป่วยนอกตามโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ในเวลาราชการ ระยะเวลา 1 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 2-6 สิงหาคม 2547 ที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัด นนทบุรี จำนวน 66 คน การศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สมรสแล้ว อายุระหว่าง 41-50 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา มีอาชีพรับจ้าง และรายได้ระหว่าง 5,001-7,000 บาท มีจำนวนมากที่สุด ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว และไม่มีประสบการณ์การใช้บริการ ช่องทางและพฤติกรรมการรับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สื่อหนังสือพิมพ์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อ่านหนังสือพิมพ์ไทยรัฐ โดยนิยมอ่านข่าวอาชญากรรมและ

ข่าวสารทั่วไปของหน่วยงานรัฐมากที่สุด สื่อโทรทัศน์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับชมรายการข่าวจากสถานีโทรทัศน์ช่อง 7 และช่วงเวลาที่รับชมมากที่สุดคือ 18.01-22.00 น. และสื่อวิทยุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับฟังรายการเพลง และช่วงเวลาที่รับฟังมากที่สุดคือช่วงเวลา 10.01-14.00 น. กลุ่มตัวอย่างมีความถี่ของการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคมากที่สุดจากสื่อเฉพาะกิจ โดยได้รับมากที่สุดจากป้ายประชาสัมพันธ์ ผลการศึกษาระดับการรับรู้สิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาล ตามโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคพบว่า ในด้านสิทธิประโยชน์ กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้สูงที่สุดเรื่องการผ่าตัดเสริมสวยไม่ได้รับการคุ้มครองจากโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค และมีการรับรู้ต่ำที่สุดในกรณีของผู้ตั้งครรภ์บุตรคนที่ 3 ไม่สามารถใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพไปคลอดที่โรงพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรได้ และด้านขั้นตอนการให้บริการ กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้มากที่สุดเรื่องบัตรประกันสุขภาพที่จะต้องใช้ควบคู่กับบัตรประชาชนทุกครั้ง และบัตรประกันสุขภาพต้องขึ้นทะเบียนตามทะเบียนบ้าน โดยมีการรับรู้ต่ำที่สุดในเรื่องบัตรประกันสุขภาพมีสิทธิใช้บริการทางการแพทย์ในกรณี อุบัติเหตุ และฉุกเฉินได้ 2 ครั้ง ต่อปี ผลการศึกษาแสดงว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการรับรู้สูง เรื่องขั้นตอนการให้บริการมากกว่าเรื่องสิทธิประโยชน์ ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพบว่า อาชีพ การรับรู้ข่าวสารจากหนังสือพิมพ์ และช่วงเวลาการรับชมโทรทัศน์มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ขั้นตอนการบริการ และสถานภาพสมรสและประสบการณ์การใช้บริการมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งควรให้ความสำคัญกับการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับรู้สิทธิประโยชน์และขั้นตอนการให้บริการในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคมากกว่านี้ โดยเฉพาะการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อมวลชน นอกจากนี้ควรสนับสนุนให้บุคลากรผู้ให้บริการมีความรู้ความเข้าใจในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค เพื่อสามารถทำหน้าที่เป็นสื่อบุคคลได้มากขึ้น

กฤตยา อาชวนิจกุล (2548, น. 107-113) จากการศึกษาเรื่อง คำถามและข้อท้าทายนโยบายรัฐไทยในมิติสุขภาพและสิทธิของแรงงานข้ามชาติ ซึ่งข้อค้นพบในมาตรการด้านสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติพบว่า มาตรการเกี่ยวกับสุขภาพแรงงานข้ามชาติของกระทรวงสาธารณสุขไม่มีนโยบายเฉพาะ การดำเนินงานต่างๆ ล้อตามนโยบายใหญ่ของการจัดการแรงงานข้ามชาติ ในด้านการให้บริการและรักษาพยาบาล มีหลักการตรงกันทั้งที่ส่วนกลางและในระดับปฏิบัติ คือให้การดูแลรักษาโดยไม่แยกว่าเป็นคนไทยหรือคนต่างชาติ แต่ปรากฏว่าวิธีการปฏิบัติงานในแต่ละจังหวัดมีความแตกต่างกัน และขาดความชัดเจนของการเรียกเก็บค่าบริการจากแรงงานต่างชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพ ที่สำคัญคือ แผนแม่บทและแผนยุทธศาสตร์ในระดับจังหวัดที่ใช้ในการพัฒนาสุขภาพแรงงานข้ามชาติไม่มีความชัดเจน และยิ่งไปกว่านั้นก็คือในหลาย

จังหวัดพบว่า ไม่มีฝ่ายที่เป็นเจ้าภาพรับผิดชอบโดยตรง ส่งผลให้การควบคุมโรคในแรงงานข้ามชาติ เป็นการดำเนินงานเพื่อตามแก้ไขสิ่งที่เกิดขึ้นแล้ว มากกว่าการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหา งานเชิงรุกเพื่อส่งเสริมสุขภาพและควบคุมโรคในพื้นที่ แม้ไม่สามารถดำเนินงานได้ด้วยข้อจำกัดของระบบ แต่ไม่มีกลไกในเชิงบริหารจัดการที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในรูปแบบเครือข่ายหรือภาคีในการแก้ไขปัญหา ผลกระทบจากการปฏิรูปราชการและโครงการเกษียณก่อนกำหนด ทำให้จำนวนเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล สาธารณสุขจังหวัด, สาธารณสุขอำเภอ และ สถานีอนามัยลดลง ในหลายแห่งลดลงจนมีผลกระทบต่อการดำเนินงาน น่าสังเกตว่าเจ้าหน้าที่ที่กำลังคนน้อยลง เมื่อเทียบกับจำนวนผู้เอาประกันตนที่เป็นแรงงานข้ามชาติที่มีเพิ่มมากขึ้น การให้บริการก็ยุ่งยากซับซ้อนกว่าเนื่องจากสื่อกันคนละภาษา ในสถานการณ์ กำลังคนไม่ได้เพิ่มตามจำนวนผู้มารับบริการที่เพิ่มมากขึ้น สถานพยาบาลรัฐเองก็ไม่สามารถใช้ทรัพยากรที่เป็นแรงงานข้ามชาติได้ ขณะที่ผลการปฏิรูประบบสาธารณสุขและการเกิดโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ทำให้การทำงานเชิงรุกในสำนักงานสาธารณสุขหลายแห่งหยุดชะงักลง โดยเฉพาะการควบคุมกามโรคและเอดส์ และการส่งเสริมสุขภาพในด้านงานเวชระเบียน เฉพาะในกลุ่มต่างชาติยังมีการบันทึกไม่เป็นระบบเดียวกัน และไม่มียุทธศาสตร์ที่จะสร้างระบบเก็บข้อมูลให้สามารถแยกได้ว่า ผู้ให้บริการทางเพศเป็นคนไทยหรือต่างชาติ ทำให้ส่งผลต่อความเข้าใจภาพรวมของการควบคุมโรคในกลุ่มนี้ ไม่ตรงกับความเป็นจริง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ขาดประสบการณ์การทำงานตรง กับผู้รับบริการที่เป็นคนต่างเชื้อชาติและวัฒนธรรม และมีการเคลื่อนย้ายบ่อย รวมทั้งไม่สามารถสื่อสารภาษาเข้าใจได้กับผู้มารับบริการที่เป็นแรงงานข้ามชาติ นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ในสถานบริการบางแห่งยังคงกังวลว่าการทำงานบริการคนต่างด้าวโดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่มีบัตร ตนเองทำผิดกฎหมายหรือไม่ ทำให้เกิดความคิดต่อการทำงานสุขภาพแรงงานข้ามชาติว่าเป็นภาระมากกว่า ความท้าทาย

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในปัจจุบัน พบว่า แรงงานต่างด้าวมียช่องทางในการมาใช้บริการมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามปัญหา เรื่องของสถานภาพยังคงเป็นปัญหาและอุปสรรคในการมาใช้บริการรักษาพยาบาลของรัฐ ถึงแม้ว่า จะมีการยอมรับการมีสุขภาพที่ดีของคนไร้สัญชาติ ทั้งทางกฎหมายระหว่างประเทศ ซึ่งยอมรับสิทธิของบุคคลเอาไว้ ซึ่งสิทธิอย่างหนึ่งคือการมีสุขภาพดี ซึ่งประเทศไทยเองก็ตระหนักถึงความสำคัญ ดังจะเห็นได้จากการที่รัฐเพิ่มงบประมาณเพื่อแก้ไขปัญหาด้านต่างๆ รวมทั้งด้านการประกันสุขภาพของแรงงาน โดยการเข้าถึงบริการสุขภาพอนามัยของแรงงานต่างด้าวจะเป็นในลักษณะการซื้อประกัน ซึ่งไทยเองจะได้ประโยชน์ในแง่ของการทราบถึงประวัติการตั้งถิ่นฐาน รวมทั้ง จะเป็นประโยชน์ต่อการบริหาร จำนวนแรงงานต่างด้าว ทั้งในระยะสั้นและ

ระยะยาว โดยปัจจุบัน ระบบการให้บริการสุขภาพแก่แรงงานต่างด้าวในปัจจุบัน มีการเปลี่ยนแปลง โดยมีแนวโน้มที่จะเป็นนโยบายเชิงรุกมากขึ้น และมีการให้โอกาสแก่แรงงานต่างด้าวในการมีสิทธิในการรับบริการที่เป็นสวัสดิการจากรัฐมากขึ้น ซึ่งเป็นผลพวงมาจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพปัญหา และเนื่องจากปัญหาทางด้านสาธารณสุขของแรงงานต่างด้าวที่ยังคงมีอยู่ และนโยบายที่ดำเนินการที่ผ่านมา ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขของแรงงานต่างด้าวได้ เนื่องจากที่ผ่านมาการทำงานจะเป็นไปในทิศทางที่เป็นเชิงรับมากกว่าเชิงรุก ซึ่งในขณะที่แรงงานต่างด้าวนั้นมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เพราะความต้องการแรงงานในระดับล่างที่ยังคงมีอยู่ ทำให้หน่วยบริการทางด้านสุขภาพต้องแบกรับภาระมากขึ้น รวมทั้งการต้องเสียค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาล แรงงานต่างด้าวมากยิ่งขึ้น โดยรัฐบาลจึงมีนโยบายในการให้แรงงานต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยถูกกฎหมายและผิดกฎหมายเข้ามาจดทะเบียนแรงงาน และมีการตรวจสุขภาพตลอดจนการซื้อประกันสุขภาพ เพื่อให้ทราบจำนวนและขอบข่ายของแรงงานต่างด้าวที่มีอยู่ในประเทศไทย มากยิ่งขึ้น และเพื่อเป็นการแก้ปัญหาทางด้านสาธารณสุขควบคู่กันไปด้วย โดยในนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับแรงงานต่างด้าว ได้กำหนดสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าสู่หลักประกันสุขภาพไว้ ซึ่งในการศึกษาครั้งผู้ศึกษาได้ศึกษาในเรื่องการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าว โดยได้นำแนวนโยบายของหลักประกันสุขภาพมาใช้ในการศึกษา รวมถึงได้ศึกษาในปัญหาและอุปสรรคของแรงงานต่างด้าวในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ตามกรอบแนวคิดในการศึกษาดังนี้

### กรอบแนวคิดในการศึกษา

