



รายงานการศึกษาส่วนบุคคล
(Individual Study)

เรื่อง ผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพจากการย้ายถิ่นของ
แรงงานอาเซียนเมื่อประเทศไทยเข้าสู่ประชาคมอาเซียน
(ASEAN Community): กรณีศึกษาเครือข่าย
บริการสุขภาพ เครือข่ายที่ ๔

จัดทำโดย นายธานินทร์ สิวราภรณ์สกุล
รหัส ๕๐๖๙

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม
หลักสูตรนักบริหารการทูต รุ่นที่ ๕ ปี ๒๕๕๖
สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ
ลิขสิทธิ์ของกระทรวงการต่างประเทศ



รายงานการศึกษาส่วนบุคคล
(Individual Study)

เรื่อง ผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ จากการย้ายถิ่นของ
แรงงานอาเซียนเมื่อประเทศไทยเข้าสู่ประชาคมอาเซียน
(ASEAN Community) : กรณีศึกษาเครือข่าย
บริการสุขภาพ เครือข่ายที่ ๔

จัดทำโดย นายธานินทร์ สิวราภรณ์สกุล
รหัส ๕๐๖๙

หลักสูตรนักรับราชการทูต รุ่นที่ ๕ ปี ๒๕๕๖
สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ
รายงานนี้เป็นความคิดเห็นเฉพาะบุคคลของผู้ศึกษา



เอกสารรายงานการศึกษาส่วนบุคคลนี้ อนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม
หลักสูตรนักบริหารการทูตของกระทรวงการต่างประเทศ

ลงชื่อ.....
(ศาสตราจารย์ ดร.พลภัทร บุราคม)*
อาจารย์ที่ปรึกษา

ลงชื่อ.....
(เอกอัครราชทูตสมเกียรติ อริยปรัชญา)
อาจารย์ที่ปรึกษา

ลงชื่อ.....
(ศาสตราจารย์ ดร.สร้อยตระกูล อรรถมานะ)
อาจารย์ที่ปรึกษา

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การศึกษาเรื่องผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ จากการย้ายถิ่นของแรงงานอาเซียน เมื่อประเทศไทยเข้าสู่ประชาคมอาเซียน (ASEAN Community) : กรณีศึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพที่ ๔ จากการศึกษาการเคลื่อนย้ายแรงงานอาเซียนเข้ามาในประเทศไทย พบว่าส่วนใหญ่เป็นชาวพม่า กัมพูชา และลาว เข้ามาประกอบอาชีพที่หลากหลาย ทั้งภาคเกษตร/ประมง การก่อสร้าง การผลิตในโรงงานอุตสาหกรรม การค้าปลีก/ค้าส่ง ภาคธุรกิจให้บริการ การขนส่ง ภาคครัวเรือนและบริการชุมชน ด้านสุขภาพของแรงงานกลุ่มนี้พบว่าส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคอูจจาระร่วงร้ายแรงมากที่สุด ถัดมาคือมาลาเรีย ไข้ไม่ทราบสาเหตุ ปอดบวม และ ไข้เลือดออก อุปสรรคด้านการมารับบริการสุขภาพ คือ การลักลอบเข้ามาอย่างผิดกฎหมาย การไม่ได้รับการขึ้นทะเบียน

ในด้านการให้บริการ ผู้วิจัยคิดว่าควรจะมีการแยกหน่วยการให้บริการแรงงานต่างด้าวอย่างชัดเจน เพื่อความสะดวก และคล่องตัวในการบริหารจัดการทั้งในด้านการเงิน และการให้บริการ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในมุมมองของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

ในส่วนของเครือข่ายบริการสุขภาพเครือข่ายที่ ๔ ยังขาดนโยบายและแผนที่เกี่ยวข้องกับ การรองรับประชาคมอาเซียนที่ชัดเจนมีเพียง ๕ หน่วยงานเท่านั้นจาก ๒๒ หน่วยงาน ซึ่งปัญหาที่พบ ส่วนของแรงงานต่างด้าว คือ ขาดการส่งเสริมสุขภาพที่ดี การไม่ได้รับความรู้เรื่องการป้องกันโรค ระบาด ขาดการส่งเสริมสุขอนามัยขั้นพื้นฐาน และยังมีประเด็นด้านความเสมอภาค การเคารพในสิทธิ พื้นฐานและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมประชากรไทย นอกจากนี้ยังมีอุปสรรคด้านภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร

ผลของการศึกษา ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- จัดบริการสาธารณสุขทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงตติยภูมิภายใต้หลักสุขภาพสากล ให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้
- จัดระบบบริหารการเงิน การคลัง ทรัพยากรด้านสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพ
- จัดระบบการบริการเชิงรุกด้านระบาดวิทยา การคัดกรอง ตรวจสอบสุขภาพและดำเนินการ ป้องกันโรค
- สนับสนุนการสร้างความเท่าเทียมด้านสิทธิประโยชน์
- จัดให้โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป มีหน่วยการให้บริการเฉพาะสำหรับผู้ป่วย แรงงานต่างด้าว

ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน

- พัฒนากลไกและกระบวนการทำงานร่วมกันกับองค์กรที่เกี่ยวข้องกับแรงงานต่างด้าว
- นำเทคโนโลยีสารสนเทศ มาใช้ในการติดตามเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพในกลุ่มแรงงาน
- จัดการดูแลผู้ป่วยต่างด้าวแยกเฉพาะกลุ่ม ติดตามปัญหาสุขภาพ
- พัฒนางานระบาดวิทยาให้รองรับกลุ่มแรงงานอาเซียน
- พัฒนาช่องทางการสื่อสารด้านสาธารณสุขเพื่อลดช่องว่างด้านภาษา

- สนับสนุนให้ทุกภาคส่วนผลักดันให้แรงงานอาเซียนทุกคนเข้าสู่ระบบการลงทะเบียนแรงงานต่างด้าวและเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยในเรื่องผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ จากการย้ายถิ่นของแรงงานอาเซียนเมื่อประเทศไทยเข้าสู่ประชาคมอาเซียน (ASEAN Community) : กรณีศึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพที่ ๔ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและอนุเคราะห์ช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากอาจารย์ ๓ ท่าน กล่าวคือ ศาสตราจารย์ ดร.พลภัทร บุราคม ศาสตราจารย์ ดร.สร้อยตระกูล อรรถมานะ และดร.สมเกียรติ อริยปรัชญา ซึ่งให้ความกรุณารับเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำ ข้อคิด และให้ความช่วยเหลือด้านแนวทางการทำงานวิจัยที่ถูกต้องตามระเบียบวิธี อันเป็นประโยชน์และมีคุณค่าอย่างยิ่ง ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข สาธารณสุขนิเทศ ผู้บริหารเครือข่ายสุขภาพ เครือข่ายที่ ๔ นายแพทย์สาธารณสุขและผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง ๘ จังหวัดภาคกลาง ทีมพยาบาล ผู้ประกอบการและแรงงานต่างด้าวที่ได้กรุณาตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ จนทำให้งานวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

นพ.ธานินทร์ สิวราภรณ์สกุล

สิงหาคม ๒๕๕๖

สารบัญ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ง
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญภาพ	ฌ
บทที่ ๑ บทนำ	๑
๑.๑ ภูมิหลังและความสำคัญของปัญหา	๑
๑.๒ วัตถุประสงค์ของการศึกษา	๓
๑.๓ ขอบเขตการศึกษา วิธีการดำเนินการศึกษา และระเบียบวิธีการศึกษา	๓
๑.๔ ประโยชน์ของการศึกษา	๔
๑.๕ นิยามศัพท์ / การจำกัดความหมายของคำศัพท์ที่สำคัญ	๔
บทที่ ๒ แนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	๖
๒.๑ แนวคิดทฤษฎี	๖
๒.๒ วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	๑๗
๒.๓ สรุปกรอบแนวคิด	๑๘
บทที่ ๓ ผลการศึกษาและการวิเคราะห์	๑๙
๓.๑ ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปด้านทรัพยากรสุขภาพและข้อมูลด้านแรงงานต่างด้าว	๑๙
๓.๒ ตอนที่ ๒ ยุทธศาสตร์การรองรับผลกระทบจากการเคลื่อนย้ายแรงงาน อาเซียน ของเครือข่ายบริการสุขภาพ เครือข่ายที่ ๔ ในด้านการบริการทาง การแพทย์และการป้องกันควบคุมโรคระบาด	๒๒
๓.๓ ตอนที่ ๓ จุดอ่อน จุดแข็งของเครือข่ายบริการสุขภาพเครือข่ายที่ ๔ ในการ รับมือกับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน	๒๓
๓.๔ ตอนที่ ๔ ข้อเสนอยุทธศาสตร์ในการจัดระบบบริการสุขภาพของเครือข่าย สุขภาพที่ ๔ เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน	๓๖
บทที่ ๔ บทสรุปและข้อเสนอแนะ	๓๙
๔.๑ สรุปผลการศึกษาและอภิปรายผล	๓๙
๔.๒ ข้อเสนอแนะ	๔๐
บรรณานุกรม	๔๒
ภาคผนวก	
แบบสอบถาม เรื่อง ผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพจากการย้ายถิ่นของ แรงงานอาเซียนเมื่อประเทศไทยเข้าสู่ประชาคมอาเซียน (ASEAN Community) : กรณีศึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพ เครือข่ายที่ ๔	๔๔
ประวัติผู้เขียน	๔๘

สารบัญตาราง

ตารางที่ ๑	ข้อมูลทั่วไปของเครือข่ายบริการสุขภาพ เครือข่ายที่ ๔	๑๑
ตารางที่ ๒	จำนวนสถานบริการในระดับต่างๆ	๑๒
ตารางที่ ๓	แสดงข้อมูลทรัพยากรสุขภาพด้านอัตรากำลังและสัดส่วนภาระงานจำแนกตามรายจังหวัดเครือข่าย	๒๐
ตารางที่ ๔	แสดงปริมาณภาระงาน ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอกและอัตราครองเตียง (เฉลี่ย) จำแนกตามระดับตติยภูมิและทุติยภูมิ (ปี ๒๕๕๕)	๒๑
ตารางที่ ๕	จำนวนแรงงานต่างด้าวในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพเครือข่ายบริการที่ ๔ แยกรายจังหวัด ปี ๒๕๕๒ - ๒๕๕๕	๒๒
ตารางที่ ๖	สถานภาพด้านการเคลื่อนย้ายแรงงานของประเทศอาเซียน	๒๔
ตารางที่ ๗	อัตราส่วนร้อยละการจ้างงานในอาเซียน	๒๔
ตารางที่ ๘	ผลการวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็งของเครือข่ายบริการสุขภาพ เครือข่ายที่ ๔	๓๕

สารบัญภาพ

ภาพที่ ๑	แผนที่ ที่ตั้ง อาณาเขต	๑๑
ภาพที่ ๒	ความสมดุลระหว่างปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคปัจจัยสามประการที่มีภาวะสมดุล	๑๔

บทที่ ๑ บทนำ

๑.๑ ภูมิหลังและความสำคัญของปัญหา

การศึกษาเรื่องผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ จากการย้ายถิ่นของแรงงานอาเซียน เมื่อประเทศไทยเข้าสู่ประชาคมอาเซียน (ASEAN Community) : กรณีศึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพที่ ๔

ประชาคมอาเซียน (ASEAN Community) เป็นการพัฒนามาจากสมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (The Association of South East Asian Nations : ASEAN) ก่อตั้งขึ้นตามปฏิญญากรุงเทพฯ (Bangkok Declaration) ปัจจุบันสมาชิกมี ๑๐ ประเทศ ได้แก่ ไทย อินโดนีเซีย มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ สิงคโปร์ บรูไน เวียดนาม พม่า ลาว และกัมพูชา และเมื่อปี ๗ ตุลาคม ๒๕๔๖ เหล่าผู้นำประเทศสมาชิกอาเซียน ได้ตกลงความร่วมมือกันจัดตั้ง (ASEAN Community) ซึ่งประกอบด้วย ๓ เสาหลัก คือ

- ๑) ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (Asean Economic Community:AEC)
- ๒) ประชาคมสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน (Socio-Cultural Pillar)
- ๓) ประชาคมความมั่นคงอาเซียน (Political and Security Pillar)

คำขวัญของอาเซียน คือ “One Vision, One Identity, One Community.” หนึ่งวิสัยทัศน์ หนึ่งอัตลักษณ์ หนึ่งประชาคม

สำหรับเสาหลักการจัดตั้งประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community :AEC) ภายในปี ๒๕๕๘ โดยมีเป้าหมายในการสร้างความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม และการเมืองในภูมิภาคอาเซียน ได้มีการทำข้อตกลงยอมรับร่วมกันเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายการบริการสินค้า แรงงานการลงทุนอย่างเสรีและถูกกฎหมาย เพื่อเป็นการเพิ่มอัตราการแข่งขันทางเศรษฐกิจ ในภูมิภาคโลกและประชาคมอาเซียน

ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน มีประชากรประมาณ ๖๐๐ ล้านคน และแรงงานรวมกันประมาณ ๓๐๗ ล้านคน โดยอินโดนีเซีย มีแรงงาน ๑๒๐ ล้านคน รองลงมา คือ เวียดนาม ๕๒.๖ ล้านคน ฟิลิปปินส์และไทยประเทศละประมาณ ๔๐ ล้านคน พม่า ๒๘.๔ ล้านคน มาเลเซีย ๑๒.๒ ล้านคน กัมพูชา ๘.๑ ล้านคน สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ๓.๒ ล้านคน สิงคโปร์ ๒.๙ ล้านคน และบรูไน ๐.๒ ล้านคน ปัจจุบันประเทศไทย มีแรงงานจากประเทศอาเซียนที่ เข้ามาทำงาน ทั้งระดับล่างและระดับฝีมือมีจำนวนประมาณ ๑.๙ ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ ๐.๖ ของแรงงานทั้งหมดของอาเซียน ดังนี้

๑) แรงงานระดับล่าง ๓ สัญชาติ (พม่า กัมพูชา และลาว) ๑,๘๒๕,๖๕๘ คน (แยกเป็น ขึ้นทะเบียน ๑,๒๔๘,๐๖๔ คน พิสูจน์สัญชาติ ๕๐๕,๒๓๘ คน และ นำเข้าตามข้อตกลงระหว่างรัฐบาล ๗๒,๓๕๖ คน)

๒) แรงงานฝีมือ ๑๔,๓๑๓ คน (แยกเป็นได้รับใบอนุญาตทำงานตามมาตรา ๙ ประเภททั่วไป ๑๒,๓๐๓ คน และตามมาตรา ๑๒ ส่งเสริมการลงทุน หรือ BOI ๒,๐๑๐ คน)

ปัจจุบันประเทศไทยประสบปัญหาการลักลอบเข้าเมืองโดยผิดกฎหมายของแรงงานอาเซียน ซึ่งมีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆนับตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๓๕ เป็นต้นมา เนื่องจากสถานะเศรษฐกิจของประเทศไทยพัฒนาและเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วจึงเกิดความต้องการแรงงานระดับล่างเป็นจำนวนมาก รัฐบาลไทยได้ใช้มาตรการการยืดหยุ่น โดยอนุญาตให้มีการจ้างผู้ลักลอบเข้าเมือง ให้อาศัยอยู่และทำงานในประเทศไทยเป็นการชั่วคราว โดยวางแนวทางปฏิบัติการอนุญาตจดทะเบียนแรงงานข้ามชาติเป็นรายปี ตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๓๕ จนถึงปัจจุบัน

แม้ว่าการเปิดเสรีการค้าเคลื่อนย้ายแรงงาน ตามกรอบของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ซึ่งจะเริ่มในปี พ.ศ.๒๕๕๘ จะจำกัดอยู่ในแรงงานฝีมือ ซึ่งต้องมีคุณสมบัติตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ในข้อตกลงยอมรับร่วมกัน (MRAs) ของอาเซียนใน ๗ สาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ วิศวกร สถาปนิก พยาบาล นักการสำรวจ และนักบัญชี แต่ในอนาคตอันใกล้ หากแนวคิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนบรรลุผลสำเร็จ ก็ย่อมเปิดโอกาสให้แรงงานระดับล่างข้ามชาติเหล่านี้เข้ามาทำงานได้อย่างเสรี ในเชิงบวกจะทำให้เศรษฐกิจในภูมิภาคอาเซียนเข้มแข็ง เป็นประโยชน์ต่อการขยายตัวของภาคการผลิตและภาคแรงงานในประเทศไทย แต่ในเชิงลบการเคลื่อนย้ายแรงงานจำนวนมากเข้าสู่ประเทศย่อมส่งผลต่อสภาพเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะการแพร่ระบาดของโรคติดต่อที่แฝงมากับการเคลื่อนย้ายของประชากรระหว่างประเทศ เช่น มาลาเรีย ไข้เลือดออก เอชไอวี ไข้หวัดนก อหิวาตกโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และวัณโรค เป็นต้น โรคดังกล่าวมักจะมากับการเคลื่อนย้ายของประชากร ๓ กลุ่ม คือ กลุ่มที่อยู่อาศัยตามแนวชายแดน กลุ่มที่เข้ามาทำงาน (แรงงาน) และพักอาศัย รวมทั้งกลุ่มนักท่องเที่ยว จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวังโรคระบาด โรคอุบัติใหม่ที่อาจจะเกิดขึ้นได้

จากสถานการณ์แรงงานต่างด้าว ๓ สัญชาติ (พม่า ลาว กัมพูชา) ณ เดือน มีนาคม ๒๕๕๖ ที่เข้าเมืองถูกกฎหมายและได้รับอนุญาตทำงานตามมาตรา ๙ ทวีราชอาณาจักรไทย มีจำนวน ๘๘๘,๙๕๖ คน พม่า ๗๘๔,๐๓๓ คน ลาว ๔๓,๙๘๕ คน กัมพูชา ๑๖๐,๙๓๘ คน โดยแบ่งเป็นงานกรรมกร ๙๔๐,๓๕๖ คน รับผิดชอบในบ้าน ๔๘,๖๐๐ คน สำหรับแรงงานในเครือข่ายบริการสุขภาพที่ ๔ ซึ่งประกอบด้วย ๘ จังหวัด พบว่า จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีจำนวน ๑๓,๗๖๐ คน นนทบุรี ๔๓,๗๗๑ คน ปทุมธานี ๕๘,๗๖๘ คน สระบุรี ๙,๒๕๔ คน ลพบุรี ๘,๐๐๙ คน อ่างทอง ๑,๓๕๒ คน สิงห์บุรี ๑,๑๐๕ คน นครนายก ๓,๗๙๔ คน ทั้งนี้ นอกจากแรงงานที่ถูกกฎหมายแล้ว ยังมีแรงงานที่ผิดกฎหมายซึ่งไม่สามารถระบุจำนวนได้อีกจำนวนหนึ่ง การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาผลกระทบจากการเคลื่อนย้ายของแรงงานดังกล่าวที่มีต่อระบบบริการสุขภาพของเครือข่ายบริการสุขภาพที่ ๔ โดยเน้นในด้านการบริการทางการแพทย์ การป้องกันและควบคุมโรคระบาด ซึ่งนับว่าเป็นความท้าทายของเครือข่ายบริการสุขภาพที่ ๔ ที่ต้องพร้อมรับมือกับปัญหาดังกล่าว เพื่อเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในปี พ.ศ.๒๕๕๘

๑.๒ วัตถุประสงค์ของการศึกษา

๑.๒.๑ เพื่อศึกษาและประเมินยุทธศาสตร์การรองรับผลกระทบจากการเคลื่อนย้ายแรงงานอาเซียน ของเครือข่ายบริการสุขภาพที่ ๔ ในด้านการบริการทางการแพทย์และการป้องกันควบคุมโรคระบาด

๑.๒.๒ เพื่อศึกษาจุดอ่อน จุดแข็งของเครือข่ายบริการสุขภาพที่ ๔ ในการรับมือกับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

๑.๒.๓ เพื่อกำหนดข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ในการจัดระบบบริการสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพที่ ๔ เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

๑.๓ ขอบเขตการศึกษา วิธีการดำเนินการศึกษา และระเบียบวิธีการศึกษา

๑.๓.๑ ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงผลกระทบต่อการจัดระบบบริการสุขภาพที่เกิดจากการย้ายถิ่นของแรงงานอาเซียนเมื่อประเทศไทยเข้าสู่ประชาคมอาเซียนปี ๒๕๕๘ ในด้านการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขด้านโรคติดต่อและระบาดวิทยา ข้อมูลจากเอกสาร และผู้บริหารระดับสูงของเครือข่ายบริการสุขภาพที่ ๔

พื้นที่ในการศึกษาครั้งนี้คือศึกษาจากพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพที่ ๔

ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลของงานวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในเดือนมิถุนายน

๑.๓.๒ วิธีการดำเนินการศึกษา

๑) การศึกษาวิเคราะห์จากข้อมูลทุติยภูมิจากเอกสาร งานวิจัย บทความ

๒) การศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลจากผู้รู้ โดยการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม

๑.๓.๓ ระเบียบวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Study) โดยการวิเคราะห์เอกสาร ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึก (in depth interview)

๑) วิธีการรวบรวมข้อมูล

(๑) ข้อมูลทุติยภูมิ เก็บข้อมูลจากบทความ สิ่งตีพิมพ์ เอกสารสาธารณสุขจากการสัมมนา คำชี้แจง เอกสารที่เกี่ยวข้องกับประชาคมอาเซียน และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

(๒) ข้อมูลจากแบบสอบถามที่ถามผู้บริหารระดับสูงของเครือข่ายสุขภาพที่ ๔ ประกอบด้วย หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข สาธารณสุขนิเทศ ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ระดับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และผู้บริหารสำนักหลักประกันสุขภาพ เขต ๔ สระบุรี จำนวน ๒๕ คน

(๓) ข้อมูลจากคำให้สัมภาษณ์ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน ๒ คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล จำนวน ๒ คน ผู้บริหารสำนักหลักประกันสุขภาพ เขต ๔ สระบุรี ๑ คน พยาบาลผู้รับผิดชอบงานด้านต่างด้าว ๒ คน ผู้ประกอบการที่มีแรงงานต่างด้าว จำนวน ๒ คน และแรงงานต่างด้าว ๑ คน) ประเด็นคำถามปลายเปิด

๒) การประมวลผล วิเคราะห์ข้อมูล และจัดทำรายงาน

(๑) ศึกษากรอบแนวคิดทฤษฎีจากบทความ เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

(๒) วิเคราะห์บริบทสถานการณ์ และผลกระทบจากการเคลื่อนย้ายแรงงานอาเซียน ของเครือข่ายบริการสุขภาพที่ ๔ ในด้านการบริการทางการแพทย์และการป้องกันควบคุมโรคระบาด จากบทความ สิ่งตีพิมพ์ เอกสารสาธารณสุขจากการสัมมนา คำชี้แจง เอกสารที่เกี่ยวข้อง ประชาคมอาเซียน และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

(๓) ประมวลผลข้อมูลเพื่อสรุปข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษา

(๔) นำเสนอรายงานผลการศึกษาต่อผู้บริหาร และเพื่อใช้เป็นกรอบประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์การวางแผนยุทธศาสตร์ SWOT จากผู้บริหารที่เป็นผู้ให้ข้อมูล

(๕) สรุปการวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ ด้วยวิธี content analysis

(๖) จัดหมวดหมู่หรือกลุ่มที่เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม และตรวจสอบข้อมูลโดยใช้วิธีสามเส้า(triangular method)

(๗) สรุปเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ในการจัดระบบบริการสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพที่ ๔ เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

๓) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้บริหารระดับสูงและผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข เครือข่ายบริการสุขภาพ เครือข่ายที่ ๔ ผู้ประกอบการที่มีแรงงานต่างด้าว และแรงงานต่างด้าว รวมทั้งหมด ๓๐ คน

๑.๔ ประโยชน์ของการศึกษา

โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ของเครือข่ายบริการสุขภาพที่ ๔ กระทรวงสาธารณสุข มีรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ ในด้านการบริการทางการแพทย์ การป้องกันและควบคุมโรคระบาด เพื่อรับมือกับการเคลื่อนย้ายแรงงานอาเซียนในปี พ.ศ.๒๕๕๘

๑.๕ นิยามศัพท์/การจำกัดความหมายของคำศัพท์ที่สำคัญ

การศึกษาผลกระทบต่อการจัดระบบบริการสุขภาพ จากการย้ายถิ่นของแรงงานอาเซียน เมื่อประเทศไทยเข้าสู่ประชาคมอาเซียน กรณีศึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพที่ ๔ มีคำศัพท์ที่สำคัญเพื่อให้เข้าใจตรงกัน ๕ ข้อ ดังนี้

๑.๕.๑ แรงงานอาเซียน หมายถึง ประชากรที่เข้ามาขายแรงงาน จากประเทศในประชาคมอาเซียน

๑.๕.๒ ประชาคมอาเซียน หมายถึง ประเทศสมาชิกอาเซียน ซึ่งประกอบด้วย ไทย อินโดนีเซีย มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ สิงคโปร์ บรูไน เวียดนาม พม่า ลาว และกัมพูชา

๑.๕.๓ ระบบบริการสุขภาพ หมายถึง ระบบบริการต่าง ๆ ที่จัดขึ้นเพื่อเป็นการดูแลสุขภาพ ทั้งทางด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

๑.๕.๔ โรคระบาด หมายถึง การติดเชื้อโรค หรือโรคติดต่อ ที่เกิดขึ้นในระยะเวลาเดียวกัน ในชุมชนในถิ่น หรือในแหล่งหนึ่งแหล่งใด ในอัตราสูงกว่าสถานการณ์ปกติที่ควรเป็น โดยการติดเชื้อ

นั้นลูกกลมแพร่กระจายอยู่ในชุมชน ในถิ่น หรือในแหล่งนั้นๆที่อยู่ใกล้เคียงจุดเริ่มต้นของโรค และสามารถแพร่กระจายลูกกลมไปยังชุมชนอื่นๆที่อยู่ไกลๆออกไปได้หลายๆชุมชน หรือหลายๆสถานที่

๑.๕.๕ เครือข่ายบริการสุขภาพที่ ๔ หมายถึง สถานบริการสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในเครือข่าย ๘ จังหวัด คือ พระนครศรีอยุธยา นนทบุรี ปทุมธานี สระบุรี ลพบุรี อ่างทอง สิงห์บุรี นครนายก

บทที่ ๒

แนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษา เรื่อง ผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ ของประเทศไทยเมื่อเข้าสู่ประชาคมอาเซียน (ASEAN Community) : กรณีศึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพที่ ๔ ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในหัวข้อต่างๆ ดังนี้

๑. แนวคิดและทฤษฎี

๑.๑ แนวคิดเกี่ยวกับการบริการและระบบการให้บริการสุขภาพ

๑.๒ นโยบายสาธารณสุขด้านการจัดระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๗

๑.๓ ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเครือข่ายบริการสุขภาพเครือข่ายที่ ๔

๑.๔ แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยา

๑.๕ แนวคิดการวิเคราะห์ โดยใช้ SWOT Analysis

๒. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

๒.๑ แนวคิดทฤษฎี

๒.๑.๑ แนวคิดเกี่ยวกับการบริการและระบบการให้บริการสุขภาพ

๒.๑.๑.๑ การบริการสุขภาพ

สุขภาพตามประกาศขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. ๒๕๒๑ ได้กล่าวว่าสุขภาพหมายถึง สภาวะที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจและสังคมและมีใช่เพียงการปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น ถือเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน การกระทำให้ทุกคนมีสุขภาพดีที่สุดของแต่ละคนได้นั้นเป็นเป้าหมายทางสังคมที่สำคัญทั่วโลก ซึ่งต้องอาศัยการลงมือปฏิบัติจากภาคสังคมและเศรษฐกิจอื่นๆ นอกเหนือจากภาคสาธารณสุขตามธรรมนูญองค์การอนามัยโลก พ.ศ. ๒๕๔๙ มุ่งสิทธิพื้นฐานของมนุษยชน ในด้านสุขภาพอนามัยว่าจะมีความแตกต่างทางด้านชาติ ศาสนา สังคม และความยึดมั่นทางการเมือง และยังให้ความหมายของสุขภาพอนามัยที่เป็นความสมบูรณ์ทางกายใจ ไม่เพียงแต่ปราศจากโรคหรือความพิการ

ความสำคัญของการบริการสุขภาพ การป้องกันโรคการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ การจัดบริการสาธารณสุขที่จะสามารถยกระดับสุขภาพของประชาชนนั้น ขึ้นอยู่กับระบบสาธารณสุข สรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงระดับสุขภาพนั้นเป็นกระบวนการ ซึ่งเริ่มจากสิ่งต่างๆ ดังนี้ คือ

๑) ปัจจัยนำเข้า หมายถึง ทรัพยากรต่างๆ เช่น คน เงิน วัสดุ ฯลฯ ซึ่งจะ
มีผลเปลี่ยนแปลงในบั้นปลายของกระบวนการ

๒) เสริมสร้างระบบบริหารจัดการอย่างมีธรรมาภิบาล และจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐาน

๓) เสริมสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในการพัฒนาระบบสุขภาพ

๔) วิจัยและพัฒนาและการจัดการความรู้ด้านสุขภาพ

๒.๑.๒.๓ ประเด็นยุทธศาสตร์

เสริมสร้างระบบสุขภาพให้มีคุณภาพและมาตรฐาน และมีการบริหารจัดการสุขภาพอย่างมีธรรมาภิบาล เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี

๒.๑.๒.๔ เป้าประสงค์

๑) เพิ่มขีดความสามารถของระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

๒) ประชาชนทุกคนในพื้นที่เครือข่ายบริการได้รับบริการสุขภาพทุกระดับที่มีคุณภาพมาตรฐานอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

๓) ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพดี มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และได้รับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

๒.๑.๒.๕ ยุทธศาสตร์

๑) เร่งรัดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

๒) พัฒนาระบบบริการสุขภาพในจังหวัดชายแดนภาคใต้ให้สอดคล้องกับสถานการณ์และสภาพแวดล้อม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

๓) ส่งเสริมธุรกิจบริการสุขภาพและผลิตภัณฑ์สุขภาพให้มีคุณภาพมาตรฐานในระดับนานาชาติ

๔) พัฒนาระบบบริหารจัดการด้านการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างมีธรรมาภิบาล

๕) พัฒนาระบบบริการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม

๖) พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข ภาคีเครือข่ายและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ

๗) พัฒนาขีดความสามารถเพื่อยกระดับคุณภาพมาตรฐานของการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขในเขตพื้นที่เครือข่ายบริการ

๘) พัฒนาการแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกให้มีคุณภาพ

๙) พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพให้มีประสิทธิภาพพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพมาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ทั้งภาวะปกติและภัยพิบัติ

๑๐) เสริมสร้างระบบเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพของประชาชน ผู้เสพ ผู้ติดยาและสารเสพติดให้มีประสิทธิภาพ

๒.๑.๒.๖ เป้าหมายการให้บริการ

- อาเซียน
- ๑) ระบบบริการสุขภาพมีศักยภาพสามารถรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

ตัวชี้วัด : จำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคม ASEAN (๕๕ แห่ง)
 - ๒) ประชาชนในจังหวัดชายแดนภาคใต้มีสุขภาพดี

ตัวชี้วัด : อัตราป่วยหรือตายด้วยปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชนในเขตจังหวัดชายแดนภาคใต้ ๓ อันดับแรกลดลง (ร้อยละ ๕ ต่อปี)
 - ๓) ธุรกิจบริการสุขภาพและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับการส่งเสริมให้สามารถแข่งขันและเพิ่มรายได้แก่ประเทศ

ตัวชี้วัด : ร้อยละที่เพิ่มขึ้นของผู้รับบริการชาวต่างชาติ (๒๐ ต่อปี)
 - ๔) ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสามารถลดการะโรคและภัยคุกคาม ตลอดจนได้รับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัด

- (๑) ร้อยละของเด็กที่มีพัฒนาการสมวัย (ไม่น้อยกว่า ๘๕ ต่อปี)
 - (๒) จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลดลง (ปี ๒๕๕๗ = ๘,๕๐๐ ราย, ปี ๒๕๕๘ = ๘,๑๐๐ ราย, ปี ๒๕๕๙ = ๗,๘๐๐ ราย)
 - (๓) อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ ๒๐ ต่อปี)
 - (๔) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (ไม่น้อยกว่า ๕๐ ต่อปี)
 - (๕) ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี (ไม่น้อยกว่า ๔๐ ต่อปี)
 - (๖) ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด (เท่ากับ ๙๐ ต่อปี)
- ๕) ประชาชนทุกคนในเขตเครือข่ายบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานทุกระดับและเข้าถึงเทคโนโลยีที่ทันสมัยในเขตเครือข่ายบริการได้

ตัวชี้วัด

- (๑) อัตราส่วนมารดาตาย (ไม่เกิน ๑๘ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)
- (๒) อัตราตายทารก (ไม่เกิน ๑๕ ต่อการเกิดมีชีพพันคน)
- (๓) อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (ไม่เกิน ๒๐ ต่อประชากรแสนคน)
- (๔) ร้อยละสถานบริการสุขภาพภาครัฐผ่านการรับรองมาตรฐาน HA (เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕ ต่อปี)

๖) ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพ ได้ %รับบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง และมีคุณภาพ

ตัวชี้วัด : ความพึงพอใจของประชาชนต่อระบบหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า (๘.๕ คะแนนต่อปี)

๗) ประชาชนได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

ตัวชี้วัด : อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน (ไม่เกิน ๑๓ ต่อประชากรแสนคน)

๘) ประชาชน ผู้เสพ ผู้ติดยา และสารเสพติดได้รับการบำบัดรักษาฟื้นฟู ฝึกระวัง ควบคุมการใช้วัตถุเสพติด เพื่อสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติในสังคม

ตัวชี้วัด : ร้อยละผู้เสพยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดที่ได้รับการติดตาม ไม่กลับไปเสพซ้ำ (เท่ากับ ๘๐ ต่อปี)

๒.๑.๓ ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเครือข่ายบริการสุขภาพเครือข่ายที่ ๔

เครือข่ายบริการสุขภาพระดับเครือข่าย เครือข่ายที่ ๔ กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชน โดยการจัดให้มีระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ มีการจัดระบบบริการสุขภาพ ออกเป็นหลายระดับ ได้แก่ บริการระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และบริการระดับตติยภูมิ โดยมุ่งหวังให้บริการแต่ละระดับมีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกัน และเชื่อมโยงกัน เพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพ ที่มีคุณภาพ ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนเป็นระบบบริการสุขภาพที่มี ศักยภาพรองรับปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุข

เครือข่ายบริการสุขภาพระดับเครือข่าย เครือข่ายที่ ๔ ได้ดำเนินการจัดทำแนวทางการพัฒนาหน่วยบริการให้มีทิศทางที่ชัดเจนและเป็นระบบ โดยจัดให้มีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) โดยมีระยะเวลา ๕ ปี (๒๕๕๖ – ๒๕๖๐) มุ่งพัฒนาระบบบริการทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ระดับตติยภูมิ ซึ่งรวมถึงการพัฒนาความเชี่ยวชาญระดับสูง สร้างระบบที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายทั้งภายในจังหวัด ภายในเขต และเป็นเครือข่ายระดับประเทศ อีกทั้งได้ ดำเนินการจัดทำแผนการสนับสนุนทรัพยากรให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ มีการ จัดสรรทรัพยากรสนับสนุนตามบทบาทหน้าที่ของบริการแต่ละระดับและส่งเสริมสนับสนุนให้ ดำเนินการพัฒนาตามแผนพัฒนาคุณภาพบริการ ตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพบริการที่เป็นที่ยอมรับ กันในปัจจุบัน



ภาพที่ ๑ แผนที่ ที่ตั้ง อาณาเขต

ตารางที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของเครือข่ายบริการสุขภาพ เครือข่ายที่ ๔

จังหวัด	จำนวนเทศบาล เมือง/เทศบาล ตำบล(แห่ง/แห่ง)	จำนวนอบต. (แห่ง)	จำนวน หมู่บ้าน/ ชุมชน	จำนวน ประชากร	จำนวนหลังคา เรือน
นนทบุรี	๑๔	๓๑	๓๒๘	๑,๔๑๓,๙๖๒	๕๒๕,๒๖๑
ปทุมธานี	๒๐	๔๔	๘๖๘	๙๑๖,๒๗๒	๔๗๑,๘๑๓
พระนครศรีอยุธยา	๓๖	๑๒๑	๑,๔๔๕	๗๘๐,๑๓๔	๒๖๖,๔๘๓
สระบุรี	๓๐	๗๘	๙๗๓	๖๑๗,๐๗๕	๒๒๖,๔๔๑
ลพบุรี	๒๒	๑๐๓	๑,๑๒๒	๗๕๖,๑๒๗	๒๖๒,๔๔๖
สิงห์บุรี	๘	๓๔	๓๗๗	๒๒๗,๓๗๙	๖๓,๙๙๘
อ่างทอง	๑๔	๕๐	๕๓๖	๒๘๑,๒๔๙	๘๖,๒๑๔
นครนายก	๕	๔๐	๔๐๘	๒๕๓,๘๓๑	๘๔,๗๖๔
รวม	๑๔๙	๕๐๑	๖,๐๕๗	๕,๒๔๖,๐๒๙	๑,๙๘๗,๔๒๐

จากตาราง ๑ พบว่าจังหวัดที่มีประชากรมากที่สุด ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี รองลงมาเป็น จังหวัดปทุมธานี และจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยมีประชากร ๑,๔๑๓,๙๖๒ คน ๙๑๖,๒๗๒ คน และ ๗๘๐,๑๓๔ คน ตามลำดับ และจังหวัดที่มีประชากรน้อยที่สุด ได้แก่ จังหวัดสิงห์บุรี ซึ่งมี ประชากร ๒๒๗,๓๗๙ คน

ตารางที่ ๒ จำนวนสถานบริการในระดับต่างๆ

จังหวัด	ศูนย์ความเชี่ยวชาญ			ตติยภูมิ				ทุติยภูมิ			ปฐมภูมิ			
	หัวใจและ หลอดเลือด	มะเร็ง	อุบัติเหตุ	ทารก แรกเกิด	รพศ.	รพท.	รพท.	แม่ข่าย	ขนาดใหญ่	ขนาดกลาง	ขนาดเล็ก	ศสม.	รพ.สต	รพ.สต
					(A)	(S)	(M๑)						(M๒)	(F๑)
พระนครศรีอยุธยา			๑	๑	๑		๑	๑		๑๐	๓	๗	๗	๑๙๘
สระบุรี	๑	๑	๑	๑	๑		๑			๘	๒	๔	๙	๑๑๗
นนทบุรี	๑		๑		๑			๒	๒	๑		๓	๒๗	๔๖
ปทุมธานี						๑		๑		๕	๑	๒	๒๖	๕๕
ลพบุรี				๑		๑	๑	๒		๕	๒	๓	๑๑	๑๒๑
สิงห์บุรี						๑	๑			๓	๑	๑	๑	๔๖
อ่างทอง						๑			๑	๔	๑	๑	๓	๗๓
นครนายก							๑			๒	๑	๑	๒	๕๔
รวม	๒	๑	๓	๓	๓	๔	๕	๖	๓	๓๘	๑๑	๒๐	๘๘	๗๑๔

จากตาราง ๒ จะเห็นได้ว่าเครือข่ายที่ ๔ ภาคกลางตอนบนมีการจัดบริการตั้งแต่เป็นศูนย์ ความเชี่ยวชาญ จนถึงการให้บริการในระดับปฐมภูมิจำนวนมากครอบคลุมพื้นที่ทั้งเครือข่ายเครือข่ายบริการ สุขภาพ เครือข่ายที่ ๔ มีสถานบริการระดับโรงพยาบาลศูนย์ ๓ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาและโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า และโรงพยาบาลทั่วไป (S และ M๑) รวม ๙ แห่ง โรงพยาบาลชุมชน ๕๘ แห่ง ศูนย์สุขภาพเมือง ๒๒ แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขนาดใหญ่ ๘๘ แห่ง และในระดับตำบลมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๗๑๔ แห่ง

๒.๑.๔ แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยา

ระบาดวิทยา หมายถึง การศึกษาถึงลักษณะการเกิดการกระจายของโรคร้ายไข้เจ็บ ในกลุ่มประชากรตลอดจนสาเหตุและปัจจัยหรือตัวกำหนดที่ทำให้เกิดและแพร่กระจายของโรค

๒.๑.๔.๑ สาเหตุของการเกิดโรค

องค์ประกอบสำคัญของการเกิดโรคทางระบาดวิทยา มีดังนี้

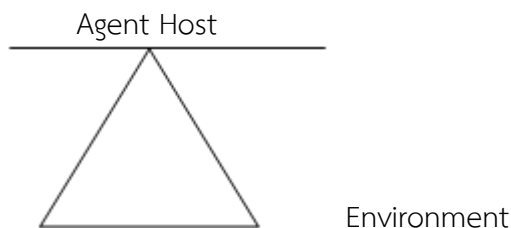
๑) มนุษย์หรือเรือนร่างหรือสังขาร (Host) ปัจจัยที่มีผลต่อ Host ได้แก่

- (๑) อายุและเพศ
- (๒) พันธุกรรมและเชื้อชาติ
- (๓) ปัจจัยทางสรีระวิทยา
- (๔) ปัจจัยทางด้านจิตใจ
- (๕) การมีภูมิคุ้มกันของโรคมามาก่อน
- (๖) พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย

๒) ตัวก่อโรค (Agent) หมายถึง สิ่งที่เป็นต้นเหตุทำให้เกิดโรค อาจเป็นสิ่งมีชีวิตหรือไม่มีชีวิตก็ได้ เรียกว่า ตัวก่อโรค ได้แก่

- (๑) สิ่งที่ทำให้เกิดโรคทางชีวภาพ
- (๒) สิ่งที่ทำให้เกิดโรคทางด้านสารเคมี
- (๓) สิ่งที่ทำให้เกิดโรคทางด้านกายภาพ
- (๔) สิ่งที่ทำให้เกิดโรคทางด้านจิตใจและสังคม
- (๕) สิ่งที่ทำให้เกิดโรคเนื่องจากการขาดสารบางชนิด

๓) สิ่งแวดล้อม (Environment) หมายถึง สิ่งต่างๆที่มีอยู่รอบตัวมนุษย์ อาจเป็นสิ่งมีชีวิตหรือไม่มีชีวิต ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพ ด้านชีวภาพ ด้านสารเคมี ด้านเศรษฐกิจและสังคมในภาวะปกติ คือ มีความสมดุลกันระหว่างปัจจัยทั้ง ๓ ส่วนทำให้ไม่เกิดโรคหรือเกิดการระบาดของโรคในภาวะผิดปกติ คือมีการเกิดโรคในชุมชนหรือสุขภาพอนามัยของประชาชนไม่ ดีแสดงว่าเกิดความไม่สมดุลระหว่างปัจจัยทั้งสาม ทั้งนี้อาจเกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงแล้วมีผลให้เกิดโรคขึ้นหรือมีการระบาดของโรคขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งทำให้เกิดโรค ตัวก่อโรค (Agent) มนุษย์หรือเรือนร่างหรือสังขาร (Host) และสิ่งแวดล้อม (Environment) โดยเปรียบเทียบปัจจัยทั้ง ๓ เหมือนกับการเล่นไม้กระดกโดยมีสิ่งทำให้เกิดโรค (Agent) และโฮสต์ (Host) เป็นน้ำหนักอยู่ ๒ ข้าง และมีสิ่งแวดล้อม (Environment) อยู่ตรงจุดกึ่งกลาง (Fulcrum) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้งสาม หากเกิดภาวะที่มีความสมดุลระหว่างปัจจัยทั้งสาม ภาวะเช่นนี้จะ ไม่เกิดโรคในชุมชน ดังภาพที่ ๒



ภาพที่ ๒ ความสมดุลระหว่างปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคปัจจัยสามประการที่มีภาวะสมดุล

ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข, คู่มือการดำเนินงานทางด้านระบาดวิทยา (กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, ๒๕๔๒). ๘.

ในภาวะที่ไม่สมดุล อาจเกิดขึ้นเนื่องจากสิ่งที่ทำให้เกิดโรคมิความสามารถในการแพร่กระจายโรคและทำให้เกิดโรคมามากขึ้นหรือสัดส่วนของคนที่มีความไวในการติดโรคเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะทารกและคนชราหรือการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนให้มีการแพร่กระจายของโรค เช่นในฤดูฝนทำให้ยุงลายเพิ่มจำนวน เป็นสาเหตุให้โรคไข้เลือดออกสูงขึ้น เป็นต้น

ในการบ่งบอกว่าโรคใดเกิดการระบาดขึ้นทางระบาดวิทยามีทฤษฎีที่ใช้ในการวินิจฉัยชุมชน หลักการทางสถิติเข้ามาช่วยวิเคราะห์สถานการณ์

๒.๑.๕ แนวคิดการวิเคราะห์ โดยใช้ SWOT Analysis

ความหมายของ SWOT Analysis เป็นการวิเคราะห์สภาพองค์กร เพื่อค้นหาจุดแข็ง จุดเด่น จุดด้อย หรือสิ่งที้อาจเป็นปัญหาสำคัญในการดำเนินงานสู่สภาพที่ต้องการในอนาคต

SWOT เป็นตัวย่อที่มีความหมายดังนี้

Strengths - จุดแข็งหรือข้อได้เปรียบ

Weaknesses - จุดอ่อนหรือข้อเสียเปรียบ

Opportunities - โอกาสที่จะดำเนินการได้

Threats - อุปสรรค ข้อจำกัด หรือปัจจัยที่คุกคามการดำเนินงานขององค์กร

๒.๑.๕.๑ หลักการสำคัญของ SWOT

การวิเคราะห์โดยการสำรวจจากสภาพการณ์ ๒ ด้าน คือ สภาพการณ์ภายในและสภาพการณ์ภายนอก ดังนั้นการวิเคราะห์ SWOT จึงเรียกได้ว่าเป็นการวิเคราะห์สภาพการณ์ (Situation Analysis) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน เพื่อให้รู้ตนเอง (รู้เรา) รู้จักสภาพแวดล้อม (รู้เขา) ชัดเจน และวิเคราะห์โอกาส-อุปสรรค การวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ทั้งภายนอกและภายในองค์กร ซึ่งจะช่วยให้ผู้บริหารขององค์กรทราบถึงการเปลี่ยนแปลง ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นภายนอกองค์กร ทั้งสิ่งที่ได้เกิดขึ้นแล้วและแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในอนาคต รวมทั้งผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ที่มีต่อองค์กรธุรกิจ และจุดแข็ง จุดอ่อน และความสามารถด้านต่าง ๆ ที่องค์กรมีอยู่ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการกำหนดวิสัยทัศน์ การกำหนดกลยุทธ์ และการดำเนินตามกลยุทธ์ขององค์กรที่เหมาะสมต่อไป

๒.๑.๕.๒ ประโยชน์ของการวิเคราะห์ SWOT วิเคราะห์

SWOT เป็นการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมต่าง ๆ ทั้งภายนอกและภายในองค์กร ซึ่งปัจจัยเหล่านี้แต่ละอย่างจะช่วยให้เข้าใจได้ว่ามีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานขององค์กรอย่างไร จุดแข็งขององค์กรจะเป็นความสามารถภายในที่ถูกใช้ประโยชน์เพื่อการบรรลุเป้าหมาย ในขณะที่จุดอ่อนขององค์กรจะเป็นคุณลักษณะภายใน ที่อาจจะทำลายผลการดำเนินงาน โอกาสทางสภาพแวดล้อมจะเป็นสถานการณ์ที่ให้โอกาสเพื่อการบรรลุเป้าหมายขององค์กรในทางกลับกันอุปสรรคทางสภาพแวดล้อมจะเป็นสถานการณ์ที่ขัดขวางการบรรลุเป้าหมายขององค์กร ผลจากการวิเคราะห์ SWOT นี้จะใช้เป็นแนวทางในการกำหนดวิสัยทัศน์ การกำหนดกลยุทธ์ เพื่อให้องค์กรเกิดการพัฒนาไปในทางที่เหมาะสม

ขั้นตอน / วิธีการดำเนินการทำ SWOT Analysis การวิเคราะห์ SWOT จะครอบคลุมขอบเขตของปัจจัยที่กว้าง ด้วยการระบุจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและอุปสรรคขององค์กร ทำให้มีข้อมูล ในการกำหนดทิศทางหรือเป้าหมายที่จะถูกสร้างขึ้นมาจากจุดแข็งขององค์กร และแสวงหาประโยชน์จากโอกาสทางสภาพแวดล้อม และสามารถ กำหนดกลยุทธ์ที่มุ่งเอาชนะอุปสรรคทางสภาพแวดล้อมหรือลดจุดอ่อนขององค์กรให้มัน้อยที่สุดได้ ภายใต้การวิเคราะห์ SWOT นั้นจะต้องวิเคราะห์ทั้งสภาพแวดล้อมภายในและภายนอก องค์กร โดยมีขั้นตอนดังนี้

๒.๑.๕.๓ การประเมินสภาพแวดล้อมภายในองค์กร

การประเมินสภาพแวดล้อมภายในองค์กร จะเกี่ยวกับการวิเคราะห์และพิจารณาทรัพยากรและความสามารถภายในองค์กร ทุกๆ ด้าน เพื่อที่จะระบุจุดแข็งและจุดอ่อนขององค์กรแหล่งที่มาเบื้องต้นของข้อมูลเพื่อการประเมินสภาพแวดล้อมภายใน คือระบบข้อมูลเพื่อการบริหารที่ครอบคลุมทุกด้าน ทั้งในด้านโครงสร้าง ระบบ ระเบียบ วิธีปฏิบัติงาน บรรยากาศในการทำงานและทรัพยากรในการบริหาร(คน เงิน วัสดุ การจัดการ รวมถึงการพิจารณาผลการดำเนินงานที่ผ่านมาขององค์กรเพื่อที่จะเข้าใจสถานการณ์และผลกลยุทธ์ก่อนหน้านี้ด้วย *จุดแข็งขององค์กร (S-Strengths)* เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยภายในจากมุมมองของผู้ที่อยู่ในองค์กรนั่นเองว่าปัจจัยใดภายในองค์กรที่เป็นข้อได้เปรียบหรือจุดเด่นขององค์กรที่องค์กรควรนำมาใช้ในการพัฒนาองค์กรได้ และควรดำรงไว้เพื่อการ เสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กร *จุดอ่อนขององค์กร (W-Weaknesses)* เป็นการวิเคราะห์ ปัจจัยภายในจากมุมมองของผู้ที่อยู่ในองค์กรนั้น ๆ เองว่าปัจจัยภายในองค์กรที่เป็นจุดด้อย ข้อเสียเปรียบขององค์กรที่ควรปรับปรุงให้ดีขึ้นหรือขจัดให้หมดไป อันจะเป็นประโยชน์ต่อองค์กร

๒.๑.๕.๔ การประเมินสภาพแวดล้อมภายนอก

ภายใต้การประเมินสภาพแวดล้อมภายนอกองค์กรนั้น สามารถค้นหาโอกาสและอุปสรรคทางการดำเนินงานขององค์กรที่ได้รับผลกระทบจากสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจทั้งในและระหว่างประเทศที่เกี่ยวกับการดำเนินงานขององค์กร เช่น อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจ นโยบาย การเงิน การงบประมาณ สภาพแวดล้อมทางสังคม เช่น ระดับการศึกษาและอัตราผู้หนึ่งสี่ของประชาชน การตั้งถิ่นฐานและการอพยพของ ประชาชน ลักษณะชุมชน ขนบธรรมเนียมประเพณี ค่านิยม ความเชื่อและวัฒนธรรม สภาพแวดล้อมทางการเมือง เช่น พระราชบัญญัติ พระราชกฤษฎีกา

มติดิฉันรัฐมนตรี และสภาพแวดล้อมทางเทคโนโลยี หมายถึง กรรมวิธีใหม่ๆและพัฒนาการทางด้านเครื่องมืออุปกรณ์ที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการผลิตและให้บริการ

๑) โอกาสทางสภาพแวดล้อม (O-Opportunities) เป็นการวิเคราะห์ว่า ปัจจัยภายนอกองค์กร ปัจจัยใดที่สามารถส่งผล กระทบประโยชน์ ทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการดำเนินการขององค์กรในระดับมหภาค และองค์กรสามารถฉกฉวยข้อดีเหล่านี้มาเสริมสร้างให้หน่วยงานเข้มแข็งขึ้นได้

๒) อุปสรรคทางสภาพแวดล้อม (T-Threats) เป็นการวิเคราะห์ว่าปัจจัยภายนอกองค์กรปัจจัยใดที่สามารถส่งผล กระทบในระดับมหภาคในทางที่จะก่อให้เกิดความเสียหาย ทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งองค์กรจำต้องหลีกเลี่ยง หรือปรับสภาพองค์กรให้มี ความแข็งแกร่งพร้อมที่จะเผชิญแรงกระแทกดังกล่าวได้

๒.๑.๕.๕ ระบุสถานการณ์จากการประเมินสภาพแวดล้อม เมื่อได้ข้อมูลเกี่ยวกับ จุดแข็ง-จุดอ่อน โอกาส-อุปสรรค จากการวิเคราะห์ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกด้วยการประเมินสภาพแวดล้อมภายในและสภาพแวดล้อมภายนอกแล้ว ให้นำจุดแข็ง-จุดอ่อนภายในมาเปรียบเทียบกับ โอกาส-อุปสรรค จากภายนอกเพื่อดูว่าองค์กร กำลังเผชิญสถานการณ์เช่นใดและภายใต้สถานการณ์ เช่นนั้น องค์กรควรจะทำอย่างไร โดยทั่วไป ในการวิเคราะห์ SWOT ดังกล่าวนี้องค์กรจะอยู่ในสถานการณ์ ๔ รูปแบบดังนี้

๑) สถานการณ์ที่ ๑ (จุดแข็ง-โอกาส) สถานการณ์นี้เป็นสถานการณ์ที่พึงปรารถนาที่สุด เนื่องจากองค์กรค่อนข้างจะมีหลายอย่าง ดังนั้น ผู้บริหารขององค์กรควรกำหนดกลยุทธ์ในเชิงรุก (Aggressive - Strategy) เพื่อดึงเอาจุดแข็งที่มีอยู่มาเสริมสร้างและปรับใช้และฉกฉวยโอกาสต่างๆ ที่เปิดมาหาประโยชน์อย่างเต็มที่

๒) สถานการณ์ที่ ๒ (จุดอ่อน-ภัยอุปสรรค) สถานการณ์นี้เป็นสถานการณ์ที่เลวร้ายที่สุด เนื่องจากองค์กรกำลังเผชิญอยู่กับอุปสรรคจากภายนอกและมีปัญหาจุดอ่อนภายในหลาย ประการ ดังนั้น ทางเลือกที่ดีที่สุดคือกลยุทธ์ การตั้งรับหรือป้องกันตัว (Defensive Strategy) เพื่อพยายามลดหรือหลบหลีกภัยอุปสรรค ต่างๆที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ตลอดจนหามาตรการที่จะทำให้องค์กรเกิดความสูญเสียที่น้อยที่สุด

๓) สถานการณ์ที่ ๓ (จุดอ่อน-โอกาส) สถานการณ์องค์กรมีโอกาเป็นข้อได้เปรียบด้านการแข่งขันอยู่หลายประการ แต่ติดขัดอยู่ตรงที่มีปัญหาอุปสรรคที่เป็นจุดอ่อนอยู่หลายอย่างเช่นกัน ดังนั้น ทางออกคือกลยุทธ์การพลิกตัว (Turnaround-Oriented Strategy) เพื่อจัดหรือแก้ไขจุดอ่อนภายในต่างๆ ให้ พร้อมทั้งจะฉกฉวยโอกาสต่างๆที่เปิดให้

๔) สถานการณ์ที่ ๔ (จุดแข็ง-อุปสรรค) สถานการณ์นี้เกิดขึ้นจากการที่สภาพแวดล้อมไม่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินงาน แต่ตัวองค์กรมีข้อได้เปรียบที่เป็นจุดแข็งหลายประการ ดังนั้นแทนที่จะระจอนกระทั่งสภาพแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไป ก็สามารถที่จะเลือกกลยุทธ์การแตกตัวหรือขยายขอบข่ายกิจการ (diversification Strategy) เพื่อใช้ประโยชน์จากจุดแข็งที่มีสร้างโอกาสในระยะยาวด้านอื่นๆแทน

๒.๒ วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

๒.๒.๑ รายงานวิจัยเรื่อง การเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีในอาเซียน : ผลกระทบอย่างไรต่อไทย (อภิญา เลื่อนฉวี , ๒๕๕๕) พบว่า ในด้านการสาธารณสุข เกิดปัญหาด้านการควบคุมโรค การสุขอนามัยและสิ่งแวดล้อมในการทำงาน การสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่ไม่มีระบบ ภาระงบประมาณของประเทศในการให้บริการและรักษาแรงงานต่างด้าว

๒.๒.๒ รายงานวิจัยเรื่อง การย้ายถิ่นของแรงงานในอาเซียน : กรณีแรงงานไร้ฝีมือในประเทศไทย (นฤมล นิราทร, ๒๕๕๕) พบว่า ปัญหาแรงงานในอาเซียน แรงงานที่จดทะเบียนและมีบัตรสุขภาพสามารถเข้าถึงการบริการได้ง่ายกว่า กลุ่มที่ไม่มีบัตรหรือกลุ่มที่ไม่สามารถมาขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าว รวมถึงกลุ่มผู้ติดตามและครอบครัวของแรงงานที่ไม่มีเลข ๑๓ หลัก หรือ ทร.๓๘/๑ ด้วยเช่นกัน เวลาที่แรงงานเจ็บป่วยจึงเลือกใช้วิธีการรักษาแบบตามมีตามเกิดมากกว่าการมารักษาที่โรงพยาบาล

๒.๒.๓ รายงานวิจัยเรื่อง ระบบบริการสาธารณสุขกับการประกันสุขภาพ: ปัญหา และข้อเสนอในภาพรวม (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และคณะ, ๒๕๔๙) ได้ศึกษาเรื่องระบบบริการสาธารณสุขกับการประกันสุขภาพ: ปัญหา และข้อเสนอในภาพรวม ผลการวิเคราะห์สาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องและสำคัญต่อระบบบริการสุขภาพ พบว่ามีสาเหตุและปัจจัยที่สำคัญ คือ ๑) กรณี การจัดบริการในระดับปฐมภูมิ พบว่ากำลังคนในการทำงานไม่เพียงพอกับภาระงานและศักยภาพและคุณภาพไม่เพียงพอ ขาดงบประมาณพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน โครงสร้างกรอบอัตรากำลังที่ชัดเจน ที่ผ่านมาจะเป็นการหมุนเวียนเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลทั้งแพทย์ พยาบาล และอื่นๆไปปฏิบัติงาน ซึ่งมีความหลากหลาย และขาดความต่อเนื่อง รวมทั้งการจัดการระบบ กรณีหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ยังมีปัญหาเรื่องสายการบริหาร ๒ สาย ระหว่างสาธารณสุขอำเภอกับโรงพยาบาลอำเภอหรือโรงพยาบาลชุมชน เพราะศักยภาพของสถานอนามัยแต่ละแห่งยังไม่เพียงพอที่จะจัดการเองโดดๆ กรณี คลินิกชุมชนอบอุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าแม้จะมีข้อดีที่ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น แต่จากการประเมินผลพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการใช้บริการรักษาพยาบาล โดยมีการใช้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพียงเล็กน้อย และยังไม่มีแผนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่จะเป็นการดูแลเฉพาะครั้ง ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับหน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดตั้งโดยโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน ๒) กรณี ระบบการส่งต่อ ที่ยังขาดแรงจูงใจที่เหมาะสม ถูกต้อง ในการส่งต่อผู้ป่วย รวมถึงการปรับปรุงในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการส่งเสริมให้เกิดโอกาสที่จะสร้างเครือข่ายระหว่างภาครัฐและเอกชนอย่างหลากหลาย ๓) การจัดสรรเงินให้แก่หน่วยบริการ โดยเฉพาะในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้ระบบบริการทั้งระบบสามารถเปลี่ยนผ่านไปสู่หน่วยบริการที่มีประสิทธิภาพในระยะยาว ภายในระยะเวลาที่เหมาะสม เช่น การปรับปรุงระบบการเงินเพื่อสร้างแรงจูงใจในการทำงานบุคลากร ไม่ให้ต้องรับแรงกดดันจากความเสี่ยงทางการเงินของหน่วยบริการมากเกินไป การพัฒนาศักยภาพการจัดการของหน่วยบริการให้มีประสิทธิภาพ การบริหารจัดการของกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้การเปลี่ยนแปลงระบบบริหารราชการในอนาคต กลไกการเชื่อมโยงระบบบริการระหว่างภาครัฐและเอกชน เพื่อใช้ศักยภาพของภาคเอกชนที่มีอยู่ ๔) การบริหารจัดการเรื่องการพัฒนาและกระจายโครงสร้างพื้นฐานระบบบริการสุขภาพในภาพรวมทั้งประเทศในระยะยาว ทั้งภาครัฐและเอกชน

จะต้องมีการปรับบทบาทให้ชัดเจน ตามภารกิจเพื่อลดความขัดแย้ง ๕) ขาดการให้ข้อมูลที่ครอบคลุม และถูกต้องกับประชาชน ในเรื่อง ชุดสิทธิประโยชน์ของการใช้บริการ การเลือกหน่วยบริการ เพื่อป้องกันมิให้เกิดความคาดหวังที่เกินจริง และนำไปสู่ความขัดแย้ง

๒.๓ สรุปกรอบแนวคิด

การศึกษาในครั้งนี้จะเริ่มต้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์การเคลื่อนย้ายแรงงานอาเซียนในเครือข่ายบริการสุขภาพที่ ๔ เมื่อประเทศไทยเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข สถานการณ์สุขภาพ ตลอดจนระบบบริการสุขภาพของเครือข่ายบริการสุขภาพที่ ๔ ก่อนการใช้การวิเคราะห์ SWOT เพื่อประเมินความพร้อมของระบบบริการสุขภาพและเสนอแนะเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ในการจัดระบบบริการสุขภาพในเรื่องการบริการทางการแพทย์ การควบคุมป้องกันโรคระบาด



บทที่ ๓ ผลการศึกษาและการวิเคราะห์

การนำเสนอผลการศึกษา แบ่งเป็น ๔ ตอน ตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปด้านทรัพยากรสุขภาพและข้อมูลด้านแรงงานต่างด้าว

ตอนที่ ๒ การประเมินยุทธศาสตร์การรองรับผลกระทบจากการเคลื่อนย้ายแรงงานอาเซียนของเครือข่ายบริการสุขภาพ เครือข่ายที่ ๔ ในด้านการบริการทางการแพทย์และการป้องกันควบคุมโรคระบาด

ตอนที่ ๓ จุดอ่อน จุดแข็งของเครือข่ายบริการสุขภาพ เครือข่ายที่ ๔ ในการรับมือกับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

ตอนที่ ๔ ข้อเสนอยุทธศาสตร์ในการจัดระบบบริการสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพที่ ๔ เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา ข้อกำหนดแผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงานต่างๆ ภายในเครือข่าย เพื่อรองรับผลกระทบจากการเคลื่อนย้ายแรงงานอาเซียน ของเครือข่ายบริการสุขภาพ เครือข่ายที่ ๔ ในด้านการบริการทางการแพทย์และการป้องกันควบคุมโรคระบาดโดยผู้วิจัยได้ศึกษาตำราเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการระดมสมอง การตอบแบบสอบถามปลายเปิด การสัมภาษณ์ ตามประเด็นคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการศึกษา มีดังนี้

๓.๑ ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปด้านทรัพยากรสุขภาพและข้อมูลด้านแรงงานต่างด้าว

๓.๑.๑ ข้อมูลทั่วไปด้านทรัพยากรสุขภาพในพื้นที่

ประชากรในพื้นที่ทั้ง ๘ จังหวัดของเครือข่ายบริการสุขภาพเครือข่ายบริการที่ ๔ ปัจจุบันร้อยละ ๕๐ : ๕๐ มีอาชีพเกษตรกรรมและอุตสาหกรรมควบคู่กัน ซึ่งในอดีตพื้นที่นี้เป็นพื้นที่เกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ต่อมาเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงมีอุตสาหกรรมเข้ามาร่วมด้วยทำให้มีแรงงานจากทุกภาคส่วนหลั่งไหลเข้ามาในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพเครือข่ายบริการที่ ๔ มากขึ้น ทั้งแรงงานไทยจากภาคต่างๆและแรงงานต่างด้าว ซึ่งส่วนใหญ่จะมาทำงานในลักษณะแรงงานแฝง จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้สุขภาพของประชาชนเปลี่ยนไป ทำให้ต้องมีการวางแผนด้านบุคลากรทางด้านสุขภาพเพื่อให้สามารถรองรับภาระงานที่เพิ่มขึ้นด้วย

ตารางที่ ๓ แสดงข้อมูลทรัพยากรสุขภาพด้านอัตรากำลังและสัดส่วนภาระงานจำแนกตามรายจังหวัดเครือข่าย

จังหวัด	จำนวนแพทย์	อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร	จำนวนเตียง	สัดส่วนเตียงต่อ ๑๐๐๐ ประชากร
นครนายก	๔๑	๖,๑๖๔	๔๓๔	๑.๘๓
นนทบุรี	๑๕๘	๖,๙๗๓	๕๙๖	๐.๔๒
ปทุมธานี	๙๙	๙,๙๕๖	๕๕๒	๐.๖๐
พระนครศรีอยุธยา	๑๔๙	๕,๒๔๙	๑,๑๔๒	๑.๔๖
ลพบุรี	๑๑๖	๖,๕๑๖	๑,๒๐๘	๑.๖๐
สระบุรี	๑๙๓	๓,๑๙๙	๑,๓๒๕	๒.๑๕
สิงห์บุรี	๖๗	๓,๒๐๔	๖๖๔	๒.๙๒
อ่างทอง	๕๙	๔,๙๓๐	๕๑๔	๑.๘๓
รวม	๘๘๒	๕๖๖๓	๖๔๓๕	๑.๒๓

ที่มา:ฐานข้อมูลแพทย์และจำนวนเตียงโรงพยาบาลในเครือข่ายที่ ๔ ๘ จังหวัด

จากตารางที่ ๓ พบว่าข้อมูลทรัพยากรสุขภาพระดับเครือข่ายมีจำนวนแพทย์ ๘๘๒ คนคิดเป็นอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรคิดเป็นเท่ากับ แพทย์ ๑ คน ต่อ ประชากร ๕, ๖๖๓ คน และมีจำนวนเตียงทั้งสิ้น ๖,๔๓๕ เตียง คิดเป็นสัดส่วนเตียงต่อ ๑,๐๐๐ ประชากรเท่ากับ ๑.๒๓

ด้านประสิทธิภาพการบริการด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งในระดับตติยภูมิและทุติยภูมิในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพเครือข่ายบริการที่ ๔

ตารางที่ ๔ แสดงปริมาณภาระงาน ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอกและอัตราครองเตียง (เฉลี่ย) จำแนกตามระดับตติยภูมิและทุติยภูมิ (ปี ๒๕๕๕)

จังหวัด	ตติยภูมิ			ทุติยภูมิ		
	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยนอก	อัตราครองเตียง (เฉลี่ย)	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยนอก	อัตราครองเตียง (เฉลี่ย)
นครนายก	๑๗,๖๓๘	๑๗๘,๙๕๘	๗๔.๕๐	๘,๐๐๕	๓๑๒,๖๘๐	๕๗.๙๓
นนทบุรี	๒๔,๖๘๗	๖๗๔,๑๓๗	๘๓.๑๙	๑๘,๑๙๓	๘๓๘,๗๙๐	๘๗.๔๐
ปทุมธานี	๓๐,๐๓๐	๔๕๘,๖๘๖	๙๘.๔๐	๑๙,๐๕๔	๖๖๖,๒๙๙	๗๓.๓๖
พระนครศรีอยุธยา	๔๕,๙๓๒	๖๓๙,๓๘๒	๙๖.๘๕	๓๕,๐๔๓	๑,๑๘๙,๒๕๕	๗๕.๙๐
ลพบุรี	๓๙,๒๙๔	๖๒๙,๐๖๙	๘๖.๓๘	๓๖,๔๓๔	๘๙๐,๖๔๘	๘๓.๕๗
สระบุรี	๖๓,๐๖๑	๑,๐๑๓,๐๖๐	๙๓.๗๕	๒๗,๐๓๙	๘๙๑,๙๕๕	๗๗
สิงห์บุรี	๒๓,๕๑๘	๓๘๙,๗๘๔	๖๒.๕	๗,๓๔๓	๑๙๙,๖๔๘	๖๗.๕
อ่างทอง	๒๐,๒๓๐	๓๑๒,๔๑๕	๘๓.๖๘	๓,๕๖๖	๑๐๐,๐๐๘	๘๐
รวม	๒๖๔,๓๙๐	๔,๒๙๕,๔๙๑	๘๔.๙๑	๑๕๔,๖๗๗	๕,๐๘๙,๒๘๓	๗๕.๓๓

ที่มา: ฐานข้อมูลผู้รับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรงพยาบาลเครือข่ายระบบบริการสุขภาพเครือข่ายที่ ๔

จากตารางที่ ๔ พบว่าด้านปริมาณภาระงาน พบว่า หน่วยบริการในเครือข่ายที่ ๔ สามารถให้บริการประชาชนในพื้นที่ได้อย่างครอบคลุมโดยพบว่าในระดับตติยภูมิจะพบปัญหาความแออัดในการให้บริการโดยมีปริมาณผู้ป่วยในรวม ๒๖๔,๓๙๐ ราย ผู้ป่วยนอกรวม ๔,๒๙๕,๔๙๑ ครั้ง อัตราครองเตียงเฉลี่ย ๘๔.๙๑ สูงกว่าระดับทุติยภูมิ ซึ่งมีอัตราครองเตียง เฉลี่ย ๗๕.๓๓

๓.๑.๒ ข้อมูลด้านแรงงานต่างด้าวในพื้นที่

จากการศึกษา พบว่าจำนวนแรงงานต่างด้าวในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพเครือข่ายบริการที่ ๔ ที่มีการขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้องมีจำนวนกว่า ๑๕๒,๒๙๒ คน ในปี ๒๕๕๕

ตารางที่ ๕ จำนวนแรงงานต่างด้าวในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพเครือข่ายบริการที่ ๔ แยกรายจังหวัด ปี ๒๕๕๒ - ๒๕๕๕

จังหวัด	๒๕๕๕	๒๕๕๔	๒๕๕๓	๒๕๕๒
ปทุมธานี	๖๒,๘๗๗	๘๐,๘๗๐	๓๙,๗๓๑	๕๒,๗๑๘
นนทบุรี	๔๖,๑๑๐	๕๖,๑๓๐	๓๖,๗๐๔	๔๑,๑๖๘
พระนครศรีอยุธยา	๑๔,๙๘๑	๑๕,๗๘๓	๑๑,๙๑๓	๑๓,๗๘๕
ลพบุรี	๑๑,๑๖๐	๑๑,๔๑๔	๕,๑๓๒	๕,๒๖๘
สระบุรี	๑๐,๖๕๗	๑๕,๕๘๐	๙,๒๔๕	๙,๗๓๖
นครนายก	๔,๒๔๑	๔,๖๙๔	๓,๓๘๕	๓,๗๓๕
สิงห์บุรี	๑,๒๔๕	๑,๗๐๓	๑,๒๐๙	๑,๔๔๐
อ่างทอง	๑,๐๒๑	๒,๕๒๗	๑,๕๙๒	๑,๙๐๕
รวม	๑๕๒,๒๙๒	๑๘๘,๗๐๑	๑๐๘,๙๑๑	๑๒๙,๗๕๕

ที่มา: สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมแรงงาน ปี ๒๕๕๖

จากตารางที่ ๕ พบว่า ในเครือข่ายบริการสุขภาพเครือข่ายที่ ๔ พบว่า จังหวัดปทุมธานีมีแรงงานต่างด้าวมากที่สุด รองลงมาเป็นจังหวัดนนทบุรี และจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยมีจำนวนแรงงานต่างด้าวในปี ๒๕๕๕ จำนวน ๖๒,๘๗๗ คน ๔๖,๑๑๐ คน และ ๑๔,๙๘๑ คน ตามลำดับ

๓.๒ ตอนที่ ๒ ยุทธศาสตร์การรองรับผลกระทบจากการเคลื่อนย้ายแรงงานอาเซียน ของเครือข่ายบริการสุขภาพ เครือข่ายที่ ๔ ในด้านการบริการทางการแพทย์และการป้องกันควบคุมโรคระบาด

จากการศึกษาข้อมูลในเครือข่ายบริการสุขภาพเครือข่ายที่ ๔ จากผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมด ๒๕ คน แบ่งเป็นเพศชาย ๒๓ คน เพศหญิง ๒ คน โดยดำรงตำแหน่งหัวหน้าผู้ตรวจราชการจำนวน ๑ คน สาธารณสุขนิเทศ จำนวน ๑ คน ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการ ๒ คน นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจำนวน ๘ คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระดับโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน ๓ คน ระดับโรงพยาบาลทั่วไปจำนวน ๙ คน พบว่า วิสัยทัศน์ พันธกิจ และยุทธศาสตร์ของ ๘ จังหวัดเครือข่ายบริการที่ ๔ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต ๔ สระบุรี มีเพียง ๕หน่วยงาน ที่ระบุชัดเจนในวิสัยทัศน์ พันธกิจ และยุทธศาสตร์ เกี่ยวกับการรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในเชิงลึกของ พันธกิจและยุทธศาสตร์ พบว่าส่วนใหญ่แม้จะไม่มีภาระที่ชัดเจนเกี่ยวกับการดำเนินการเพื่อรองรับ AEC แต่พบว่าทุกหน่วยงานมีการมุ่งเน้นพัฒนาระบบบริการทั้งด้านรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพให้มีคุณภาพและมาตรฐาน พัฒนาศักยภาพบุคลากร รวมทั้งการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพิ่มขึ้น และในส่วนของบูรณาการทำงานเครือข่ายในด้านต่างๆที่อยู่ภายใต้เครือข่ายบริการสุขภาพ เครือข่ายที่ ๔ พบว่ามีการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการเปิดเสรีอาเซียนในหลายๆด้าน อาทิเช่น

ในระดับของเครือข่ายคุณภาพการพยาบาลเครือข่าย ๔ มีการกำหนดพันธกิจข้อหนึ่งคือ ส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายให้เข้มแข็งอย่างยั่งยืนเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน และกำหนดจุดเน้นคือ พัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ก้าวทันความก้าวหน้าทางวิทยาการสู่ระดับอาเซียน ซึ่งนำมาสู่กิจกรรมการพัฒนาระบบ/คุณภาพบริการ เช่น บางโรงพยาบาลมีโครงการฝึกสอนภาษาแก่บุคลากร บางโรงพยาบาลจัดทำคู่มือภาษาพม่า ภาษาเขมร เพื่อนำไปใช้ในการสื่อสารกับผู้รับบริการ

ในระดับของเครือข่ายด้านการให้บริการในสถานการณณ์ฉุกเฉิน มีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพในสถานการณณ์ฉุกเฉิน/ภัยพิบัติ และโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ เพื่อก้าวสู่ประชาคมอาเซียนของเครือข่ายพื้นที่เครือข่ายสุขภาพที่ ๔ ได้กล่าวถึงไว้ ได้แก่ ประเด็นการสร้างกลไกและกระบวนการในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายความร่วมมือทั้งในประเทศและระหว่างประเทศสมาชิก การส่งเสริมสนับสนุนให้มีการพัฒนาองค์ความรู้/นวัตกรรมการบริหารจัดการในสถานการณณ์ฉุกเฉิน/ภัยพิบัติ และโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ การสร้างโอกาสและกลไกประสานความร่วมมือในการพัฒนาศักยภาพของสถานบริการ ด้านการบริหารจัดการเมื่อเกิดสถานการณณ์ฉุกเฉิน/ภัยพิบัติ และโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ การป้องกันและเฝ้าระวังเป็นพิเศษ ในลักษณะที่บูรณาการทำงานแบบมีส่วนร่วมซึ่งประกอบด้วย เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รพสต. อสม. และทหาร เช่น กำหนดให้มีจุดตรวจคัดกรองโรคระบาด เมื่อพบผู้ที่มีอาการสงสัยให้รีบดำเนินการ นอกจากนี้ยังมีการกำหนดแผนยุทธศาสตร์เชิงรุก การให้ความรู้ การประชาสัมพันธ์ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและชาวต่างชาติที่เข้มงวดมากขึ้น หรือแม้กระทั่งการวางแผนเชื่อมโยงครอบคลุมระบบสุขภาพทั้งระบบ เช่น ความร่วมมือกับประชาสังคมการจัดความยากจน เครือข่ายความปลอดภัยทางสังคม/สิ่งแวดล้อม การส่งเสริมความมั่นคงและปลอดภัยด้านอาหาร การเพิ่มศักยภาพในการควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ การรณรงค์ปลอดยาเสพติด และการสร้างความพร้อมรับมือกับภัยพิบัติและโรคระบาดร่วมกัน

๓.๓ ตอนที่ ๓ จุดอ่อน จุดแข็งของเครือข่ายบริการสุขภาพเครือข่ายที่ ๔ ในการรับมือกับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

ผู้วิจัยได้ศึกษาตำราเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการระดมสมอง การสัมภาษณ์ การตอบแบบสอบถามปลายเปิด ตามประเด็นคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แล้วนำมาสรุปเป็นการวิเคราะห์สถานการณณ์ และวิเคราะห์ความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และ วิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง ได้ดังนี้

๓.๓.๑ ผลการวิเคราะห์สถานการณณ์

๓.๑.๑.๑ สถานการณณ์ทั่วไปและผลกระทบของแรงงานอาเซียนในประเทศไทย

ข้อมูลส่วนใหญ่อธิบายลักษณะของการเคลื่อนย้ายแรงงานในกลุ่มประเทศอาเซียนว่าการเคลื่อนย้ายแรงงานมีลักษณะเป็น chain migration หมายถึงแรงงานจากอาเซียนมุ่งเข้าไปทำงานในประเทศอาเซียนด้วยกัน ขณะเดียวกันแรงงานจากประเทศที่มีระดับการพัฒนาอุตสาหกรรมน้อยกว่าประเทศอื่นในอาเซียนเดินทางเข้าสู่ประเทศอุตสาหกรรมใหม่โดยเฉพาะประเทศไทย มาเลเซียและสิงคโปร์ และในเวลาเดียวกันแรงงานวิชาชีพและนักธุรกิจจากประเทศอาเซียนก็เดินทางเข้ามาทำงานในบริษัทข้ามชาติที่เข้ามาลงทุนในอาเซียน ทั้งในกลุ่มอุตสาหกรรม

ใหม่และกลุ่มประเทศในอนุภูมิภาคลุ่มน้ำโขง ทำให้บางประเทศ เช่น ไทย มาเลเซีย จัดเป็นประเทศ ทั้งผู้นำเข้าและส่งออกแรงงานควบคู่กัน ดังตารางที่ ๖

ตารางที่ ๖ สถานภาพด้านการเคลื่อนย้ายแรงงานของประเทศอาเซียน

สถานภาพด้านแรงงาน	ประเทศ
ผู้ส่งออกแรงงานเป็นหลัก	อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ เวียดนาม พม่า กัมพูชา ลาว
ผู้นำเข้าแรงงานเป็นหลัก	บรูไน สิงคโปร์
ผู้นำเข้าและส่งออกแรงงานควบคู่กัน	มาเลเซีย ไทย

ที่มา : สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมแรงงาน ปี ๒๕๕๖

การพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการผลิตอย่างรวดเร็ว ทำให้หลายประเทศเปลี่ยนจากสังคมเกษตรกรรมสู่สังคมอุตสาหกรรม หรือบางประเทศก้าวข้ามจากสังคมอุตสาหกรรมสู่สังคมองค์ความรู้ที่เน้นไปที่ภาคบริการ เนื่องจากระดับการพัฒนาที่แตกต่างกัน ดังตารางที่ ๗

ตารางที่ ๗ อัตราส่วนร้อยละการจ้างงานในอาเซียน

ประเทศ	ภาคเกษตร	ภาคอุตสาหกรรม	ภาคบริการ
บรูไน	๑.๔	๒๑.๔	๗๗.๒
กัมพูชา	๕๙.๑	๑๓.๔	๒๗.๕
อินโดนีเซีย	๔๑.๒	๑๘.๘	๔๐.๐
ลาว	๘๒.๗	๙.๓	๘.๖
มาเลเซีย	๑๔.๘	๒๘.๕	๕๔.๑
พม่า	๖๒.๗	๑๒.๒	๒๕.๑
ฟิลิปปินส์	๓๖.๑	๑๕.๑	๔๘.๘
สิงคโปร์	-	๒๒.๖	๗๖.๒
ไทย	๔๑.๗	๒๐.๗	๓๗.๔
เวียดนาม	๕๔.๗	๑๘.๓	๒๗.๐
ภาพรวมอาเซียน	๔๔.๕	๑๙.๐	๓๖.๕

ที่มา : การย้ายถิ่นของแรงงานในอาเซียน : กรณีแรงงานไร้ฝีมือในประเทศไทย

สถานการณ์แรงงานต่างด้าวในประเทศไทยก่อผลกระทบทั้งเชิงบวกและเชิงลบที่เกี่ยวข้องกับระบบสาธารณสุขของประเทศดังนี้

๑) สถานการณ์ทั่วไปของแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับโดยทั่วกันว่า แรงงานต่างด้าวเป็นกำลังสำคัญในตลาดแรงงานระดับล่างของประเทศไทยเช่น กรรมกร คนงานประมง เด็กปั๊มน้ำมัน ช่างตัดเย็บเสื้อผ้า พนักงานเสิร์ฟ คนรับใช้ ที่อยู่ตามบ้าน โดยเฉพาะชาวพม่าและกัมพูชา นอกจากนี้ยังมีแรงงานประเภทฝีมือ ในโรงงานอุตสาหกรรม หัตถกรรม ต่างๆ ที่กระจายครอบคลุมอยู่ในพื้นที่เครือข่ายที่ ๔

ข้อมูลจากสำนักบริหารแรงงานต่างด้าวกรมการจัดหางานกระทรวงแรงงานรายงานว่า จำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานทั่วราชอาณาจักรไทย ณ พ.ศ.๒๕๔๙ มีจำนวน ๘๒๖,๓๘๙ คน พ.ศ.๒๕๕๐ มีจำนวน ๘๐๕,๗๖๔ คน พ.ศ.๒๕๕๑ มีจำนวน ๗๙๐,๖๖๔ คน โดยแบ่งเป็นผู้เข้าเมืองถูกกฎหมาย ๒๒๘,๓๕๓ คนและผู้เข้าเมืองผิดกฎหมาย ๕๖๗,๓๑๑ คน พ.ศ.๒๕๕๒ มีจำนวนถึง ๑,๕๔๔,๙๐๒ คนโดยแบ่งเป็นผู้เข้าเมืองถูกกฎหมายเพียง ๒๑๐,๗๔๕ คนและเข้าเมืองผิดกฎหมายมากถึง ๑,๓๓๔,๑๕๗ คน พ.ศ.๒๕๕๕ มีจำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานคงเหลือทั่วราชอาณาจักรไทยทั้งหมด ๑,๙๗๒,๕๐๔ คนแบ่งเป็นผู้เข้าเมืองถูกกฎหมาย ๖๙๘,๗๗๗ คนและเข้าเมืองผิดกฎหมาย ๑,๒๗๓,๗๒๗ คน โดยในจำนวนนี้เป็นแรงงานต่างด้าวชาวพม่าถึง ๑,๓๓๓,๒๒๗ คนแบ่งเป็นผู้เข้าเมืองถูกกฎหมาย ๔๒๕,๑๙๑ คนและเข้าเมืองผิดกฎหมาย ๙๐๘,๐๓๖ คน

๒) ผลกระทบของแรงงานต่างด้าว

(๑) ผลกระทบทางสังคม

ปัญหาทางการศึกษาโอกาสในการศึกษาของเด็กในครอบครัวแรงงานต่างด้าวผิด กฎหมายที่จะได้รับการศึกษามีอยู่ ๒ ลักษณะคือการศึกษาจากชั้นเรียนที่ไม่เป็นทางการที่จัดขึ้นเอง เช่นจัดโดย NGO และเข้าเรียนในสถานศึกษาของไทยแต่การที่เด็กต่างด้าวผิดกฎหมายเหล่านี้จะได้รับการศึกษาเหมือนเด็กไทยนั้นเป็นไปได้ยากเนื่องจากสถานศึกษาหลายแห่งอ้างว่าเด็กไม่มีสัญชาติไทย

(๒) ผลกระทบด้านความมั่นคง

การที่มีแรงงานต่างด้าวเข้ามาทำงานในประเทศไทยโดยผิดกฎหมายเป็นจำนวนมาก กระจัดกระจายตามพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ โดยไม่ทราบจำนวนและที่พักอาศัยของแรงงานต่างด้าวทั้งหมดที่มีอยู่แท้จริง แต่มีการประมาณว่าแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมายที่อยู่ในประเทศไทยมีไม่ต่ำกว่า ๒ ล้านคน ในขณะที่การบริหารแรงงานต่างด้าวยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ดังนั้นปัญหาแรงงานต่างด้าวจึงย่อมส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

(๓) ผลกระทบทางด้านสาธารณสุข

ถึงแม้ว่าแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนถูกต้องตามกฎหมายจะได้รับการตรวจสุขภาพและค้นหาโรคจากหน่วยงานสาธารณสุขของจังหวัดและได้รับบัตรประกันสุขภาพแต่ก็มีจำนวนน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมายและไม่ขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวที่ยังไม่ขึ้นทะเบียนกลุ่มนี้ส่งผลกระทบในด้านสาธารณสุขต่อประเทศไทยเนื่องจากมีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและการรับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์อันก่อให้เกิดผลกระทบในแง่ลบแก่สภาวะสุขภาพอนามัยต่อแรงงานต่างด้าว

ก) ผลกระทบทางด้านสาธารณสุขชุมชนได้แก่

(ก) โรคติดต่อจากกลุ่มแรงงานเถื่อนซึ่งแรงงานที่ไม่ได้มีการขึ้นทะเบียนไม่ผ่านการตรวจสุขภาพทำให้การควบคุมโรคเป็นไปด้วยความลำบาก

(ข) การแพร่กระจายของโรคติดต่อลักษณะการทำงานและสภาพที่อยู่อาศัยของแรงงานต่างด้าวซึ่งอยู่กันอย่างแออัดสิ่งแวดล้อมน่าเสียส่งผลให้มีการแพร่กระจายของโรคได้อย่างรวดเร็ว

(ค) การเกิดโรคระบาดในเด็กก่ออัตราการเกิดของแรงงานสตรีต่างด้าวมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปีเนื่องจากเป็นกลุ่มประชากรที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์เด็กที่คลอดมาไม่มีการฉีดวัคซีนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันส่งผลต่อพัฒนาการของเด็กและเกิดโรคต่างๆเกี่ยวกับเด็ก

(ง) การเกิดอุบัติการณ์ซ้ำของโรคโรคติดต่อบางชนิดที่กำลังจะหมดไปจากประเทศไทยมีแนวโน้มว่าอาจจะกลับมาเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของไทย

ข) ผลกระทบต่อบุคลากรด้านสาธารณสุขและงบประมาณของรัฐได้แก่

(ก) ขาดบุคลากรด้านสาธารณสุขการเพิ่มภาระงานของบุคลากรด้านสาธารณสุข

(ข) การสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษากระทรวงสาธารณสุขต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์รักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าวปีละหลายล้านบาทและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี

๓.๑.๑.๒ สถานการณ์ด้านสุขภาพของแรงงานอาเซียน

สถานการณ์ด้านสุขภาพของแรงงานอาเซียนในประเทศไทย ในภาพรวมสะท้อนได้ว่ากระทรวงสาธารณสุขของทุกประเทศยังให้ความสำคัญกับปัญหาสาธารณสุข การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เพิ่มความเข้มแข็งในการปฏิบัติการทางคลินิก ระบุประเด็นสำคัญด้านวิถีชีวิตเพื่อให้มีสุขภาพดี จุดเน้นของความร่วมมือระหว่างประเทศ มี ๓ ประเด็น คือ

- ๑) โรคติดต่ออุบัติใหม่ อุตุนิซ้า
- ๒) ติดเชื้อ HIV และโรคเอดส์
- ๓) ความปลอดภัยด้านอาหาร

มาตรการด้านสุขภาพด้านสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าวตั้งแต่ปี ๒๕๕๒ รัฐบาลมีมติคณะรัฐมนตรีให้แรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านขึ้นทะเบียนซื้อบัตรประกันสุขภาพ ซื้อบัตรประกันสุขภาพ ๑๓๐๐ บาท/คน/ปี มีการลงทะเบียนเข้าสู่ระบบจึงมีโอกาเข้ารับบริการสุขภาพจากสถานพยาบาลของไทยผ่านสิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ซึ่งจะเป็นผลดีในการป้องกันโรคติดต่อเนื่องจากทุกคนต้องผ่านการตรวจสุขภาพคัดกรองโรคที่ห้ามเข้าทำงาน เช่น สารเสพติด วัณโรค ชิฟิลิส โรคเท้าช้าง ในกรณีที่ตั้งครรภ์และคลอดบุตรเด็กที่เกิดมาต้องซื้อหลักประกันสุขภาพด้วย และจะได้รับวัคซีนป้องกันโรคต่างๆ เหมือนเด็กไทย

ปัญหาสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย

จากข้อมูลสุขภาพคนไทย ปี ๒๕๕๓ ในเรื่องการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของแรงงานต่างด้าว พบว่า การเจ็บป่วยเป็นผลมาจาก ที่อยู่อาศัยไม่ถูกสุขลักษณะ การกินไม่ถูกสุขลักษณะและเงื่อนไขการทำงานไม่ปลอดภัย ดังผลรายงานสาธารณสุขแรงงานต่างด้าวปี ๒๕๔๗ -

๒๕๕๑ แรงงานต่างด้าวเป็นโรคอุจจาระร่วงมากที่สุด รองลงมา คือ มาเลเรีย ปอดบวม ไข้เลือดออก และเมื่อสรุปการเสียชีวิตของแรงงานต่างด้าวแรงงานต่างด้าวเสียชีวิตจากโรคไม่ติดเชื้อสูงสุด รองลงมา คือ อุบัติเหตุ

แรงงานต่างด้าวส่วนใหญ่มีการศึกษาน้อย ไม่รู้วิธีการป้องกัน ดูแลสุขภาพ ที่ถูกต้อง เมื่อเจ็บป่วยมักไปซื้อยากินเองตามร้านขายยา การจากครอบครัวมาเป็นเวลานานหลายปี โดยไม่มีการวางแผนครอบครัวมีส่วนร่วมทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในขณะที่โรคอื่นๆ เช่น วัณโรค มีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็วในชุมชนแรงงานต่างด้าวที่มีความแออัด สภาพแวดล้อมถูกสุขลักษณะ การแพร่กระจายของวัณโรคเป็นยากต่อการติดตาม ควบคุม เนื่องจากแรงงานต่างด้าวมีการย้ายถิ่นอยู่เสมอ ปัญหาอีกอย่างหนึ่งของแรงงานต่างด้าวผู้มีบัตรประกันสุขภาพ แต่ไม่สามารถใช้บัตรได้ เนื่องจากถูกนายจ้างยึดบัตร หรือเปลี่ยนงานบ่อยข้ามเขตพื้นที่ทำให้ไม่สามารถใช้บัตรประกันสุขภาพต่างด้าวได้ ประกอบกับปัญหาอีกอย่างหนึ่งของการไม่เข้าถึงบริการสุขภาพคือ ปัญหาเรื่องภาษา

๓.๓.๒ ผลการวิเคราะห์ความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ผลจากการระดมสมอง การสัมภาษณ์ การตอบแบบสอบถามปลายเปิด ตามประเด็นคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แล้วนำมาวิเคราะห์สรุปความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้ดังนี้

๓.๓.๒.๑ ด้านให้ผู้บริการ/ผู้บริหาร สิ่งที่ต้องการให้เกิดการดำเนินการ มีดังนี้

๑) กระทรวงสาธารณสุขควรมีการดูแลสุขภาพของแรงงานกลุ่มนี้อย่างเป็นระบบ คงเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ หากไม่ดูแลสุขภาพแรงงานเหล่านี้ จะก่อให้เกิดปัญหาสาธารณสุขแก่ประเทศไทยอย่างมาก ทั้งโรคติดต่อร้ายแรง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ควรมีการดำเนินการให้แรงงานต่างด้าวทั้งหมดเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพและประกันสุขภาพ และมีการลงทะเบียนที่ชัดเจน เพื่อให้หน่วยบริการได้ทราบจำนวนแรงงานในทุกกลุ่มอายุ เพื่อสามารถให้บริการส่งเสริม ป้องกันโรคได้ครอบคลุมเท่าที่สามารถทำได้ ขยายเครือข่ายการบริการสาธารณสุขให้ทั่วถึง ให้บริการแบบเชิงรุก

๒) กรณีที่มีแรงงานต่างด้าวมาก รัฐควรจัดสรรทรัพยากรให้เพียงพอทั้งด้านงบประมาณ บุคลากรและอุปกรณ์เครื่องมือ วัสดุการแพทย์ต่างๆ

๓) ควรมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังกับนายจ้าง ที่จ้างแรงงานผิดกฎหมายเพื่อบังคับให้แรงงานเข้าสู่ระบบ เพื่อสามารถทราบจำนวนที่แท้จริง หรือได้ข้อมูลที่เป็นจริง ทำให้สามารถจัดบริการได้ครอบคลุม ระบบบริการสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่อยู่ปลายทางของปัญหา แต่รับผลกระทบมากที่สุด ดังนั้นหากไม่แก้ปัญหาด้านนี้ อาจก่อให้เกิดปัญหาที่กระทบต่อระบบมากมาย จนไม่สามารถแก้ไขได้ การกำหนดมาตรการบทลงโทษอย่างเข้มงวดและการจัดกระบวนการสร้างจิตสำนึกแก่นายจ้างและผู้ประกอบการ

๔) ควรมีการเตรียมความพร้อมด้าน Medical hub เพื่อรองรับกลุ่มที่มีเศรษฐกิจดี เพราะค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประเทศไทยถูก แต่คุณภาพการรักษามีการประสานงานกันระหว่างหน่วยงานที่รับผิดชอบ

๕) ควรมีการเตรียมการรับสถานการณ์แรงงานระดับล่างที่มาใช้บริการ ในทุกระดับตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยการจัดงบประมาณสนับสนุนหรือเตรียมระบบ ประกันสุขภาพให้พร้อม

๖) ควรมีการเตรียมระวังป้องกันโรคติดต่อที่จะมากับประชากรแรงงาน กลุ่มนี้

๓.๓.๒.๑ ด้านผู้รับบริการ สิ่งที่ผู้รับบริการต้องการให้เกิดการดำเนินการ มีดังนี้

๑) เด็กต่างด้าวควรได้รับการดูแลด้านสุขภาพอนามัย
๒) ต้องการผู้ให้คำแนะนำเรื่องสุขภาพอนามัย เช่นการมีอาสาสมัครต่าง
ด้าวด้วยกันให้คำปรึกษา

๓) ต้องการสถานภาพทางกฎหมาย

๔) การลดอุปสรรคของการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ รวมถึงข้อมูล
ข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย

๕) ต้องการสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ เช่น การไม่ถูกเลือกปฏิบัติจาก
การให้บริการ สิทธิการรักษา ค่าใช้จ่ายที่สมเหตุผล

๖) ต้องการรับรู้สุขภาพที่เสี่ยงเฉพาะด้าน เช่นความรู้เรื่อง
เพศศึกษา ความรู้เรื่องโรคติดต่อ ความรู้เรื่องความปลอดภัยในงาน รวมถึงอนามัยเจริญพันธุ์

๗) การสื่อสารที่สามารถเข้าใจกันได้ การลดอุปสรรคด้านภาษาเมื่อเข้า
รับบริการที่สถานพยาบาล

๘) อยากรู้ที่มีที่อยู่อาศัยที่ไม่เปียดเสียดกันมาก ที่พักอาศัยไม่มีขยะสิ่ง
ปฏิกูล น้ำทิ้งเน่าเสีย ที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายของโรคได้ง่าย

จากการศึกษาแนวคิด เอกสาร งานวิจัย และการสัมภาษณ์ ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ
การจัดการระบบบริการสุขภาพ สามารถทราบสถานการณ์ของปัญหาสุขภาพ และความสัมพันธ์ที่
เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ อัตราเจ็บป่วย การติดต่อของโรคต่างๆ ในกลุ่มแรงงานต่างด้าวจำนวนมาก
ที่เข้ามาทำงานและประสบกับปัญหาสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่ไม่มีใบอนุญาตทำงานทำให้แรงงาน
เหล่านี้ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพของภาครัฐ จึงต้องดูแลสุขภาพและหาทางออก และแก้ปัญหา
ด้วยตนเอง การไม่สามารถใช้บริการสุขภาพของรัฐได้อย่างเต็มที่ส่งผลให้เกิดภาวะเรื่องโรคติดต่อต่างๆ
เช่นมาเลเรีย วัณโรค อูจจาระร่วง ภาวะอาการปวดหลัง ชาอ่อนไม่มีแรง โรคที่เกี่ยวกับทางเดินหายใจ
โรคกระเพาะ ไข้หวัด ไข้เลือดออก ไส้ติ่งอักเสบ การแท้งลูก เลือดออกในช่องคลอด ตลอดจนโรคที่
เกิดจากเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ เป็นต้น นอกจากนี้ปัญหาบางส่วนได้ส่งผลกระทบต่อเนื่องในชุมชน
ในขณะที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน และองค์กรท้องถิ่นต่างๆ ในเล็งเห็นถึงปัญหานี้
เช่นกัน ยกตัวอย่างเช่นหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัด นับเป็นหน่วยงานหลักที่เข้ามามีบทบาทในการ
ควบคุมป้องกัน รักษา ส่งเสริมสุขภาพ รวมถึง โรงพยาบาลในสังกัดของรัฐ และหน่วยงานภาคองค์กร
พัฒนาเอกชน มูลนิธิต่างๆ และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้เข้ามาร่วมเป็นภาคีดำเนินการแก้ไข ปัญหา
สุขภาพร่วมกัน

๓.๓.๓ ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

การศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพจากคำให้สัมภาษณ์ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน ๒ คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล จำนวน ๒ คน ผู้บริหารสำนักหลักประกันสุขภาพ เขต ๔ สระบุรี ๑ คน พยาบาลผู้รับผิดชอบงานด้านต่างด้าว ๒ คน ผู้ประกอบการที่มีแรงงานต่างด้าว จำนวน ๒ คน และแรงงานต่างด้าว ๑ คน โดยใช้ประเด็นคำถามปลายเปิดที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพจากการย้ายถิ่นของแรงงานอาเซียนเมื่อประเทศไทยเข้าสู่ประชาคมอาเซียน กรณีศึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพ เครือข่ายที่ ๔ พบว่า

๓.๓.๓.๑ แนวโน้มภาวะสุขภาพของกลุ่มแรงงานอาเซียน

จากอดีตถึงปัจจุบันกลุ่มแรงงานอาเซียนที่เข้ามาด้านแรงงานไร้ฝีมือและกลุ่มแรงงานมีฝีมือเป็นชาวพม่า เขมร ลาว เวียดนาม สิงคโปร์ มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ และอินโดนีเซีย ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือไม่สามารถอ่านหรือพูดภาษาไทยได้ การปฏิบัติงานต้องใช้แรงงานจากกำลังกายที่มีประกอบอาชีพเลี้ยงดูตนเองและครอบครัว การดูแลสุขภาพเป็นไปตามวิถีการดำเนินชีวิตที่ต้องดิ้นรนเพื่อความอยู่รอด มีทั้งกลุ่มที่เข้าเมืองถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย การตรวจสุขภาพก่อนการทำงานมีน้อย ก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพทั้งโรคติดต่อ โรคติดเชื่อ โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ และอุบัติเหตุจากการทำงาน จากการศึกษาแนวโน้มภาวะสุขภาพของกลุ่มแรงงานอาเซียน พบประเด็นดังนี้

๑) เป็นกลุ่มแรงงานเพื่อนบ้านใกล้เคียง

จากอดีตถึงปัจจุบันกลุ่มแรงงานอาเซียนที่เข้ามาด้านแรงงานส่วนใหญ่เป็นพม่า เขมร และลาว เนื่องจากการเดินทางที่สะดวกพร้อมกับมีการขนย้ายแรงงานที่ผิดกฎหมายตามตะเข็บชายแดนเป็นระยะทางยาวไกลมีการควบคุมตรวจตราของเจ้าหน้าที่เป็นไปด้วยความยากลำบาก ส่งผลให้มีแรงงานที่ไม่ได้จดทะเบียนถูกต้องตามกฎหมายมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องดังคำพูด

“อาจมีสองกลุ่ม กลุ่มแรก กลุ่มแรงงานไร้ฝีมือ ได้แก่ พม่า ลาว และเขมร กลุ่มที่สอง แรงงานมีฝีมือ ได้แก่ สิงคโปร์ มาเลเซีย อินโดนีเซีย และฟิลิปปินส์”

“แรงงานส่วนใหญ่จะมาจากพม่า ลาว เขมร ส่วนหนึ่งเข้ามาอย่างถูกกฎหมาย กลุ่มนี้จะได้รับการตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงาน มักพบป่วยไม่มาก แต่ส่วนหนึ่งเข้ามาไม่ถูกกฎหมาย ลักลอบเข้ามาเอง กลุ่มนี้มักพบป่วยบ่อย”

“ปัจจุบันแรงงานอาเซียนในประเทศไทย เป็นแรงงานชาวพม่า ลาว เขมร เนื่องจากภูมิประเทศ รวมทั้งมีการโยกย้ายถิ่นฐานเพื่อหนีความยากจน รวมถึงปัญหาการเมือง คาดว่าแนวโน้มน่าจะเป็นกลุ่มเดิม ซึ่งจะมีทั้งกลุ่มที่เข้าเมืองถูกกฎหมาย ขึ้นทะเบียนเป็นแรงงานต่างด้าว และกลุ่มที่หลบหนีเข้าเมืองผิดกฎหมาย เป็นกลุ่มแรงงานเถื่อน”

๒) มีสุขภาพไม่ค่อยดี

การดูแลสุขภาพของกลุ่มแรงงานขาดความใส่ใจในการดูแลตนเอง เนื่องจากต้องดำเนินชีวิตต้องดิ้นรนเพื่อความอยู่รอด เมื่อเจ็บป่วยก็จะการรักษาแบบพื้นบ้านตามความเชื่อเดิมของตนเอง ร่วมกับการตรวจสุขภาพก่อนการทำงานมีน้อย ทำให้พบปัญหาด้านสุขภาพทั้งโรคติดต่อ โรคติดเชื่อ โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ และอุบัติเหตุจากการทำงาน ดังคำกล่าว

“แนวโน้มกลุ่มแรงงานน่าจะเป็นกลุ่ม พม่า ลาว เขมร และฟิลิปปินส์ กลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะป่วยด้วยโรคติดต่อที่นำโดยแมลงหรือโรคบางโรคก็หมดไปจากระบบสาธารณสุขของเราไปแล้ว เช่น โรคเท้าช้าง มาลาเรีย และโรคอหิวาต์”

“อุปสรรคจากการทำงานก็พบได้บ่อยและรุนแรง งานมันมีความเสี่ยงบางครั้งแขนขาขาดขาดเลย เขาทำงานโดยไม่รู้วิธีป้องกันไม่มีอุปกรณ์ป้องกันให้ เขาต้องทำถ้าไม่ทำก็ไม่ม่กิน เขาไม่ค่อยมีทางเลือกมากนัก”

“พม่า ลาว เขมร จะมีเข้ามาเยอะ โดยสภาวะสุขภาพของกลุ่มนี้อาจจะไม่ได้รับการดูแลที่ดี และจะเป็นปัญหาสุขภาพในภาพรวมของประเทศ”

“แนวโน้มแรงงานอาเซียนน่าจะเป็นประเทศเพื่อนบ้านเดิม คือ พม่า ลาว กัมพูชา ซึ่งภาวะสุขภาพกลุ่มนี้ไม่ดีนัก ขาดความรู้ ความเข้าใจ และมักเชื่อในการรักษาแบบพื้นบ้านของตนเอง”

๓) เป็นแรงงานไร้ฝีมือ

ส่วนใหญ่แรงงานที่เข้ามาเพื่อใช้แรงงานในการทำงานไม่ได้ผ่านการฝึกหรืออบรมขาดความเชี่ยวชาญเชิงวิชาชีพ ทำให้มีความรู้ความชำนาญในงานที่ทำน้อย การทำงานเป็นไปลักษณะบอกต่อกันมาหรือสอนต่อกันตามที่ตัวเองรู้ตัวเองต้องทำ ดังคำพูด

“แรงงานที่มีคุณภาพ ฐานะดีไม่น่ามีปัญหา แรงงานที่มีปัจจุบันเป็นแรงงานไร้ฝีมือ มีปัญหาทางเศรษฐกิจ น่าจะเพิ่มปัญหาสาธารณสุขไทยโดยเฉพาะการป้องกันและควบคุมโรค”

“แนวโน้มแรงงานจะเป็นแรงงานไร้ฝีมือ ในจังหวัดอ่างทอง ส่วนใหญ่เป็นชาวพม่า รองลงมาเป็นชาวกัมพูชา ซึ่งมีความรู้สุขภาพไม่ดีนัก โดยเฉพาะโรคติดต่อที่สำคัญ และการขาดการป้องกันโรคเนื่องจากสาธารณสุขของประเทศนั้นๆยังไม่ดีพอ อีกส่วนหนึ่งที่น่าจะเป็นปัญหาในอนาคต คือ การตั้งครอบครัวและการคลอดของแรงงานต่างด้าว”

๓.๓.๓.๒ ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อระบบบริการสุขภาพในอนาคตเมื่อประเทศไทยเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

เมื่อเข้าสู่ประชาคมอาเซียนจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม การพัฒนาทางเศรษฐกิจ การปรับตัวด้านการค้าระดับโลก ทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายของประชากรเข้าสู่ชุมชนเมือง และการอพยพเคลื่อนย้ายข้ามประเทศของแรงงานต่างชาติที่ทั้งถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของประเทศ มีผลให้การแพร่กระจายเป็นไปได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งอาจเกิดผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ ดังนี้

๑) เกิดการขยายด้านบริการต่างๆ

การเคลื่อนย้ายแรงงานของประเทศต่างๆในกลุ่มอาเซียน ทำให้เกิดการขยายของระบบบริการต่างๆ เช่น การค้าขายลงทุน การบริการด้านสุขภาพ การท่องเที่ยว การศึกษา เป็นต้น ซึ่งถือเป็นทั้งโอกาสหรืออาจเป็นภัยคุกคามต่อระบบบริการสุขภาพในอนาคตได้ ดังคำกล่าว

“ โดยด้านหนึ่งประเทศไทยจะมีโอกาสมากขึ้นในการขยายตลาดสินค้าและบริการด้านสุขภาพ การให้บริการโดยพัฒนาจากภูมิปัญญาท้องถิ่นและแพทย์พื้นบ้าน

สถานที่ท่องเที่ยวและการพักผ่อนระยะยาวของผู้สูงอายุ จึงนับเป็นโอกาสในการพัฒนา และสร้างมูลค่าเพิ่ม แต่ในอีกด้านก็อาจเป็นภัยคุกคามจากการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือและทักษะไปสู่ประเทศที่มีผลตอบแทนสูงกว่า ทั่วโลก ซึ่งมีความจำเป็นต้องเตรียมการต่างๆ เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต”

๒) เกิดการกลับมาของโรคที่เคยควบคุมได้

เมื่อเข้าสู่ประชาคมอาเซียน จะมีการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม ผลจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจ และการปรับตัวด้านการค้าในระดับโลก ทำให้มีการเคลื่อนย้ายของประชากรทั้งภายในจากชนบทเข้าสู่ชุมชนเมือง และการอพยพเคลื่อนย้ายข้ามประเทศของแรงงานต่างชาติ ทั้งที่ถูกกฎหมาย และผิดกฎหมาย ปัญหาหนึ่งที่สำคัญมากที่ต้องมีการเตรียมความพร้อมไว้ก็คือการกลับมาของโรคที่ทางสาธารณสุขของประเทศไทยเคยควบคุมได้แล้ว เช่น โรคเท้าช้าง วัณโรค โรคเอดส์ โรคมาเลเรีย เป็นต้น

“ อาจเกิดโรคระบาดในเด็ก เนื่องจากการติดตามแม่มาทำงานในประเทศไทย และเด็กไม่ได้รับการฉีดวัคซีนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกัน โรคที่สามารถป้องกันได้ ด้วยวัคซีน อาจจะกลับมาเป็นปัญหาสาธารณสุข อาจมีโรคติดต่อเพิ่มจากปัญหาสิ่งแวดล้อม ชุมชนแออัด สกปรก เมื่อเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษา”

“กลุ่มที่มีความรู้ น้อย น่าจะเข้าถึงข้อมูลด้านสาธารณสุขน้อยและช่วยป้องกันควบคุมโรคได้ลำบาก มองที่ผลกระทบและคุกคามระบบการป้องกันโรคติดต่อในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคติดต่อที่เราเคยควบคุมได้แล้ว”

“ เกิดปัญหาโรคบังเกิดใหม่ (Emerging diseases) หรือโรคบังเกิดใหม่ซ้ำ (Re emerging diseases) ได้ง่าย เช่นกรณีการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ๒๐๐๙ (H๑N๑) ในปี ๒๕๕๒ อันจะส่งผลกระทบต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของประเทศ โดยจะมีผลให้การแพร่กระจายเป็นไปอย่างรวดเร็ว หากขาดการจัดบริการสาธารณสุขที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพเพียงพอ”

“แรงงานต่างด้าวเป็นพาหะนำโรคต่างๆ เช่น โรคเท้าช้าง โรคมาเลเรีย โรคเอดส์ วัณโรค ซึ่งพบมากในแรงงานพม่า รวมทั้งมีปัญหาจากการเข้าไม่ถึงบริการทางสุขภาพของแรงงานต่างด้าวและครอบครัวของแรงงานต่างด้าว ปัญหาความเสี่ยงของโรคและอุบัติเหตุจากการทำงาน และการไม่มีกองทุนหรือสวัสดิการในกลุ่มแรงงานต่างด้าวทำให้เราต้องเสี่ยงงบประมาณในการป้องกันและรักษาโรคเพิ่มขึ้น”

“ เกิดโรคติดต่อจากกลุ่มแรงงานเถื่อน ซึ่งแรงงานกลุ่มนี้ไม่ได้ขึ้นทะเบียน ไม่ผ่านการตรวจสุขภาพ ทำให้การควบคุมโรคเป็นไปด้วยความยากลำบาก เกิดการแพร่กระจายเชื้อของโรคติดต่อ”

๓) เกิดเป็นภาระการดูแลสุขภาพ

ผลจากความเจ็บป่วยของแรงงานต่างด้าว ซึ่งในปัจจุบันพบว่า มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบว่าส่งผลให้เกิดปัญหาในด้านต่าง ๆ เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การวินิจฉัยล่าช้าจากหน่วยบริการขาดอุปกรณ์ของใช้ การเพิ่มขึ้นของผู้ใช้บริการทั้ง

ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ความรุนแรงของโรคบางโรคที่กลับมาเป็นซ้ำ ภาวะงานล้นมือของเจ้าหน้าที่ เป็นต้น ซึ่งปัญหาเหล่านี้ล้วนส่งผลถึงการเป็นภาระการทำงานของระบบบริการสุขภาพ

“ที่คาดว่าจะมีแนวโน้มคือ ผลกระทบด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระบบประกันสุขภาพของประเทศ และโรคอุบัติใหม่ อุตุนิยมวิทยา ที่อาจเปลี่ยนแปลงและเพิ่มขึ้น”

“ พบโรคอุบัติใหม่ อุตุนิยมวิทยา เพิ่มขึ้น ทำให้บางครั้งการวินิจฉัยล่าช้า บางหน่วยบริการการรักษาไม่พร้อม ทำให้ผลการดูแลแย่ เกิดการแพร่กระจายของโรคที่เคยควบคุมได้ เช่น วัณโรค มาลาเรีย เอชไอวี เพิ่มขึ้น เกิดภาวะอันตรายจากอุบัติเหตุจากสาเหตุต่างๆ เพิ่มขึ้น ภาระค่าใช้จ่ายที่สถานบริการสูญเสียกับผู้ป่วยกลุ่มแรงงานต่างด้าวเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะแรงงานที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาได้ และส่งผลกระทบต่อเข้าถึงบริการของคนไทย ทำให้การเข้าถึงลดลง เพราะมีผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน”

“ปัญหาที่ประเทศไทยต้องรับภาระคือ การเพิ่มภาระงานบริการ และภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนถูกต้องตามกฎหมายมีน้อยกว่าที่เป็นจริง ”

“ จากลักษณะการทำงานและสภาพที่อยู่อาศัยของแรงงานต่างด้าว ซึ่งอยู่กันอย่างแออัด สิ่งแวดล้อมเน่าเสีย ส่งผลให้มีการแพร่กระจายของโรคได้เร็ว เกิดการระบาดโรคในเด็ก เนื่องจากเด็กที่คลอดมาไม่ได้รับการฉีดวัคซีนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกัน ส่งผลต่อพัฒนาการและเกิดโรคต่างๆเกี่ยวกับเด็ก และประการสุดท้าย เกิดการระบาดของโรคติดต่อบางชนิดที่เคยหมดไปหรือกำลังจะหมดไปจากประเทศไทย มีแนวโน้มจะกลับมาเป็นปัญหาของประเทศไทยอีก อีกด้าน จะเป็นผลกระทบต่อบุคลากรสาธารณสุขและงบประมาณของรัฐ คือเกิดการเพิ่มภาระงานของบุคลากร ซึ่งเดิมมีภาระหน้าที่ดูแลประชาชนไทย ๖๕ ล้านคน ซึ่งหนักอยู่แล้ว ต้องมารับภาระรับผิดชอบดูแลรักษา กลุ่มแรงงานต่างด้าวซึ่งมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นอีก ทำให้ภาระหนักขึ้นอีก ส่วนด้านงบประมาณ มีการสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษา ปัจจุบันโรงพยาบาลทุกแห่งต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการส่งเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าวที่ไม่อยู่ในระบบแล้วปีละหลายล้านบาท และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี”

“ ในกรณีที่แรงงานต่างด้าวไม่มีสิทธิการรักษา แต่ทางสถานบริการจำเป็นต้องให้บริการ ในกรณีจังหวัดนั้นมีแรงงานกลุ่มที่ไม่มีสิทธิจำนวนมาก นอกจากจะเป็นภาระงานที่เพิ่มของบุคลากรแล้ว ยังเป็นภาระด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลด้วย”

๓.๓.๔ ผลการวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปด้านทรัพยากรสุขภาพและข้อมูลด้านแรงงานต่างด้าว ยุทธศาสตร์การรองรับผลกระทบจากการเคลื่อนย้ายแรงงานอาเซียน ในด้านการบริการทางการแพทย์ ผลกระทบทางด้านสาธารณสุข/สาธารณสุขชุมชน สถานการณ์ด้านสุขภาพของแรงงานอาเซียน ปัญหาสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย ประกอบกับการวิเคราะห์ความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งด้านให้ผู้บริหาร/ผู้บริหาร และด้านผู้รับบริการ ของเครือข่ายบริการสุขภาพ เครือข่ายที่ ๔ สามารถสรุปผลการวิเคราะห์ จุดอ่อน-จุดแข็ง ได้ดังนี้

๓.๓.๔.๑ จุดแข็ง

เครือข่ายบริการสุขภาพ เครือข่ายที่ ๔ มีจุดแข็งที่สำคัญ คือ

๑) มีผู้นำที่มีศักยภาพสูงในด้านการบริการจัดการและเป็นที่ยอมรับของบุคลากรภายนอก กล่าวคือ ผู้บริหารหลายท่านในเครือข่ายที่ ๔ เป็นผู้บริหารระดับสูงในกระทรวงสาธารณสุขและมีส่วนช่วยในการกำหนดนโยบายต่างๆของกระทรวง และยังเป็นທີ່ปรึกษาในคณะกรรมการต่างๆที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขอีกด้วย

๒) เครือข่ายบริการสุขภาพ เครือข่ายที่ ๔ เป็นเครือข่ายที่เข้มแข็งบุคลากรมีการประสานงานและวางแผนร่วมการทำงานในเครือข่ายได้เป็นอย่างดี มีการวางแผนด้าน service plan ที่ชัดเจนทั้งด้านการพัฒนากำลังคน พัฒนาศักยภาพและความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน และพัฒนาการให้บริการให้มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

๓) มีการคมนาคมที่สะดวก เนื่องจากพื้นที่ในเครือข่ายบริการสุขภาพ เครือข่ายที่ ๔ ทั้งหมดอยู่ไม่ไกลจากกรุงเทพมหานครและการเดินทางระหว่างจังหวัดภายในเครือข่ายสามารถเดินทางได้อย่างสะดวกทางหลวงขนาดใหญ่เชื่อมต่อในทุกจังหวัด

๔) มีคุณภาพด้านการให้บริการสาธารณสุขอยู่ในเกณฑ์ดี แต่มีค่าใช้จ่ายอยู่ในระดับปานกลาง กล่าวคือ จากคุณภาพการให้บริการที่ประเมินจากตัวชี้วัดด้านคุณภาพต่างๆจะพบว่า คุณภาพการให้บริการของสถานบริการในเครือข่ายผ่านเกณฑ์คุณภาพและอยู่ในเกณฑ์ระดับดี โดยที่ค่าใช้จ่ายในการให้บริการอยู่ที่ระดับปานกลางเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลเอกชนหรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่อื่นๆ

๓.๓.๔.๒ จุดอ่อน

๑) บุคลากรส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ทางด้านภาษา โดยเฉพาะภาษาอังกฤษซึ่งเป็นภาษาสากล ทำให้การสื่อสารขาดประสิทธิภาพ อีกทั้งยังขาดแคลนเจ้าหน้าที่ที่สามารถสื่อสารภาษาอื่นๆได้ เช่น ภาษาพม่า ภาษาเขมร ทำให้การดูแลรักษาผู้มีอุปสรรค เพิ่มภาระการทำงานของเจ้าหน้าที่มากยิ่งขึ้น

๒) ระบบบริการสุขภาพยังไม่สามารถรองรับการเคลื่อนย้ายแรงงานอย่างมีประสิทธิภาพได้ ด้านงบประมาณที่จะรองรับยังไม่สามารถจะครอบคลุมสำหรับแรงงานต่างด้าวได้ทั้งหมด เนื่องจากแรงงานต่างด้าว จำนวนหนึ่งยังไม่มีการขึ้นทะเบียนตามกฎหมายอย่างถูกต้อง อีกทั้งยังขาดการเตรียมความพร้อมด้านการระบาดของโรคที่จะมาจากแรงงานต่างด้าว ซึ่งส่วนใหญ่ยังมีสภาวะสุขภาพที่ไม่ดี

๓) ขาดการบูรณาการและการเชื่อมโยงข้อมูลในเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ ในเครือข่ายยังขาดการวางแผนด้านข้อมูลด้านการให้บริการสุขภาพที่เชื่อมโยง ข้อมูลส่วนใหญ่จะจำกัดอยู่ภายในหน่วยงานนั้นๆเท่านั้น

๔) ทรัพยากรด้านสุขภาพมีความขาดแคลนและการกระจายทรัพยากรที่ไม่เป็นธรรม ยังขาดทรัพยากรด้านสุขภาพทั้งกำลังคนและเครื่องมือแพทย์ต่างๆอีกมาก และมีการกระจุกตัวของบุคลากรในพื้นที่ที่มีความเจริญมากกว่าในพื้นที่ที่ห่างออกไป

๕) ขาดการวิเคราะห์และการเตรียมการเพื่อการตัดสินใจเชิงนโยบายภายใต้กรอบอาเซียน ที่ผ่านมายังขาดความตระหนักด้านการเตรียมการรองรับการขาดแคลนย้ายแรงงานต่างด้าว เนื่องจากยังมีแรงงานต่างด้าวเข้ามาทำงานในพื้นที่จำนวนน้อยเมื่อเทียบกับพื้นที่อื่นๆ เช่น พื้นที่ตามตะเข็บชายแดน

๓.๓.๔.๓ โอกาส

๑) จังหวัดส่วนใหญ่ในเครือข่ายที่ ๔ มีพื้นที่ตั้งของโรงงานอุตสาหกรรมจำนวนมาก ทำให้มีแนวโน้มที่จะมีแรงงานต่างชาติเข้ามามาก โดยเฉพาะจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดสระบุรี ที่มีสวนอุตสาหกรรมและนิคมอุตสาหกรรมหลายแห่ง

๒) มีการแข่งขันในการให้บริการสุขภาพ เช่น Medical HUB มีการพัฒนาเทคโนโลยีในทุกๆด้าน เนื่องจากพื้นที่ของเครือข่ายอยู่ใกล้กรุงเทพมหานคร ซึ่งการพัฒนาด้านเทคโนโลยีด้านสุขภาพระดับสูงต่างๆมีการขยายธุรกิจจากกรุงเทพมหานครเข้ามาในพื้นที่มากขึ้น ของภาคเอกชน ทำให้ภาครัฐต้องมีการปรับตัวเพื่อเข้าสู่การแข่งขันที่เพิ่มสูงขึ้น

๓) มีการจัดตั้งกลไกความร่วมมือในระหว่างประเทศเพิ่มมากขึ้นในระดับ ในเครือข่ายมีการเพิ่มศักยภาพและสร้างเครือข่ายความร่วมมือต่างๆกับองค์กรภาครัฐและภาคเอกชน ทั้งในประเทศและต่างประเทศ

๔) นโยบายสาธารณสุขของประเทศมีความก้าวหน้ามากกว่าประเทศใกล้เคียง เช่น กองทุนหลักประกันสุขภาพ(UC) กองทุนเอตส์ ซึ่งทำให้มีความเชื่อมโยงกับประเทศเพื่อนบ้าน

๓.๓.๔.๔ ประเด็นคุกคาม

๑) กฎหมายการควบคุมแรงงานยังไม่สามารถครอบคลุมแรงงานต่างด้าวได้ทั้งหมดทำให้แรงงานที่ขึ้นทะเบียนมีจำนวนน้อยกว่าความเป็นจริง ทำให้งบประมาณที่จะรองรับการดูแลรักษาไม่เพียงพอ และสามารถวางแผนการบริหารจัดการด้านสุขภาพให้แก่แรงงานต่างด้าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒) มีการระบาดของโรคกลับมาใหม่ของโรคที่หมดไปแล้ว ประเทศไทยมีการพัฒนาด้านสาธารณสุขรุดหน้าไปมากกว่าประเทศเพื่อนบ้าน โรคบางโรคได้หมดไปแล้วจากประเทศไทย อาจจะมีการระบาดอีกครั้ง ซึ่งจะมีการควบคุมโรคที่ยากลำบากมากขึ้นเนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเนื่องจากการย้ายถิ่น

๓) มีการเคลื่อนย้ายแรงงานด้านวิชาชีพเฉพาะ (Free flow of migration/ professional) เนื่องจากมีค่าตอบแทนที่สูงกว่าในบางประเทศเป็นแรงจูงใจส่งผลให้เกิดการย้ายออกของแรงงาน

ตารางที่ ๘ ผลการวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็งของเครือข่ายบริการสุขภาพเครือข่ายที่ ๔

จุดแข็ง(S)	จุดอ่อน (W)
<ul style="list-style-type: none"> - มีผู้นำที่มีศักยภาพสูงในด้านการบริการจัดการ และเป็นที่ยอมรับของบุคลากรภายนอก - มีเครือข่ายบริการสุขภาพที่เข้มแข็ง มีการวางแผนด้าน service plan ที่ชัดเจนด้านการให้บริการสุขภาพ - การคมนาคมในพื้นที่เครือข่ายสะดวกใกล้กรุงเทพมหานคร - คุณภาพด้านการให้บริการสาธารณสุขอยู่ในเกณฑ์ดี แต่มีค่าใช้จ่ายอยู่ในระดับปานกลาง 	<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรส่วนใหญ่ขาดความสามารถด้านภาษา - ระบบบริการสุขภาพยังไม่สามารถรองรับการเคลื่อนย้ายแรงงานอย่างมีประสิทธิภาพได้ ทั้งด้านงบประมาณที่จะรองรับ และการเตรียมความพร้อมด้านการระบาดของโรค - ขาดการบูรณาการและการเชื่อมโยงข้อมูลในเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ - ทรัพยากรด้านสุขภาพมีความขาดแคลนและการกระจายทรัพยากรที่ไม่เป็นธรรม - ขาดการวิเคราะห์และการเตรียมการเพื่อการตัดสินใจเชิงนโยบายภายใต้กรอบอาเซียน
โอกาส (O)	ประเด็นคุกคาม (T)
<ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดส่วนใหญ่ในเครือข่ายที่ ๔ มีพื้นที่ตั้งของโรงงานอุตสาหกรรมจำนวนมาก ทำให้มีแรงงานต่างชาติเข้ามามาก - มีการแข่งขันในการให้บริการสุขภาพ เช่น Medical HUB - มีการพัฒนาเทคโนโลยีในทุกๆด้าน - มีการจัดตั้งกลไกความร่วมมือในระหว่างประเทศเพิ่มมากขึ้นในทุกๆระดับ - นโยบายสาธารณสุขของประเทศมีความก้าวหน้ามากกว่าประเทศใกล้เคียง เช่น กองทุนหลักประกันสุขภาพ(UC) กองทุนเอตส์ 	<ul style="list-style-type: none"> - กฎหมายการควบคุมแรงงานยังไม่สามารถครอบคลุมแรงงานต่างด้าวได้ทั้งหมดทำให้แรงงานที่ขึ้นทะเบียนมีจำนวนน้อยกว่าความเป็นจริง - มีการระบาดของโรคกลับมาใหม่ของโรคที่หมดไปแล้ว - การควบคุมโรครายกลำบากมากขึ้นเนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเนื่องจากมีการย้ายถิ่น - มีการเคลื่อนย้ายแรงงานด้านวิชาชีพเฉพาะ (Free flow of migration/ professional) ส่งผลให้เกิดการย้ายออกของแรงงาน

จากผลการวิเคราะห์ SWOT สามารถเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่มีผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ จากการย้ายถิ่นของแรงงานอาเซียน เมื่อประเทศไทยเข้าสู่ประชาคมอาเซียน (ASEAN Community) ของเครือข่ายบริการสุขภาพ เครือข่ายที่ ๔ ได้ คือ

๑) จุดแข็งที่มีโอกาสพัฒนา (SO)

- การวางแผน และการบริหารเครือข่ายความร่วมมือ แบ่งปันทรัพยากรในรูปแบบ Medical Hub Service Plan
- การพัฒนาระบบส่งต่อ
- การประชาสัมพันธ์การตลาด

- การพัฒนาเทคโนโลยี และศักยภาพระบบการให้บริการทั้งระบบ (ตั้งแต่โครงสร้าง กระบวนการจัดการ บริหารและเทคโนโลยี)

๒) จุดอ่อนที่มีโอกาสพัฒนา (WO)

- การสนับสนุนด้านการสื่อสาร การใช้ภาษาอังกฤษในการสื่อสาร
- การพัฒนาระบบสิทธิขั้นพื้นฐานของกลุ่มแรงงานอาเซียน ได้แก่ สิทธิการรักษา สิทธิผู้ป่วยทั่วไป และสิทธิเฉพาะกลุ่มด้อยโอกาส สตรี เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการในกลุ่มแรงงานอาเซียน

- การกระจายทรัพยากร และพัฒนาศักยภาพสถานบริการ การเข้าถึงบริการที่เท่าเทียมกันแก่ผู้รับบริการทุกพื้นที่ และเสมอภาค

- ส่งเสริมความรู้ในทุกมิติสุขภาพ เพื่อให้กลุ่มแรงงานสามารถดูแลตนเองได้

๓) จุดแข็งและมีอุปสรรคในการพัฒนา (ST)

- สร้างความร่วมมือกับทุกภาคส่วนลักษณะภาคีความร่วมมือ เช่น กลุ่มองค์กรจ้างงาน นายจ้าง องค์กรคุ้มครองผู้บริโภค นักสังคมสงเคราะห์ การทูต กรมควบคุมโรค กรมแรงงาน เป็นต้น

- สร้างระบบจูงใจและสนับสนุนการคงอยู่ของบุคลากรวิชาชีพ ที่มีศักยภาพ

๔) จุดอ่อนและมีอุปสรรคในการพัฒนา (WT)

- การรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ให้ทั่วถึงและติดตามประเมินผล

- การพัฒนาระบบสารสนเทศ ระบบสถิติ ข้อมูลที่รวดเร็วและทันสมัย

๓.๔ ตอนที่ ๔ ข้อเสนอยุทธศาสตร์ในการจัดระบบบริการสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพที่ ๔ เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

จากผลการศึกษา ร่วมกับผู้วิจัยได้ศึกษาตำราเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลจากการระดมสมอง การสัมภาษณ์ การตอบแบบสอบถามปลายเปิด ตามประเด็นคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และการวิเคราะห์องค์กรร่วมกัน แล้วนำมาสรุปเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และยุทธศาสตร์ในการจัดระบบบริการสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพที่ ๔ เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ได้ดังนี้

๓.๔.๑ ยุทธศาสตร์การจัดระบบบริการสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพที่ ๔ เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

๓.๔.๑.๑ เสริมสร้างความเข้มแข็งของกลไกและมาตรการคุ้มครองสุขภาพสำหรับแรงงานอาเซียนทุกคนที่อาศัยอยู่บนพื้นที่เครือข่ายสุขภาพที่ ๔

๑) พัฒนากลไก และสนับสนุนให้เกิดความคุ้มครองสุขภาพสำหรับแรงงานอาเซียนกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานผู้ด้อยโอกาสในสังคม

๒) สนับสนุนให้เกิดความคุ้มครองด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับแรงงานอาเซียนที่มีหลักประกันสุขภาพอื่นๆ อยู่แล้ว

๓.๔.๑.๒ พัฒนาระบบการทำงานร่วมกันอย่างสร้างสรรค์ และปราศจากช่องว่างระหว่างองค์กรด้านสุขภาพ/ภาคีทุกภาคส่วน เพื่อนำไปสู่ความเป็นเจ้าของระบบร่วมกัน (ownership)

๑) มุ่งเน้นการดำเนินงานร่วมกันระหว่างองค์กรด้านสุขภาพและองค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น กลุ่มองค์กรจ้างงาน นายจ้าง องค์กรคุ้มครองผู้บริโภค นักสังคมสงเคราะห์ การทูต กรมควบคุมโรค กรมแรงงาน เป็นต้น

๒) เสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพ ในทุกมิติอย่างเพียงพอ และต่อเนื่อง (มีติสส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การดูแลรักษา พันฟูสุขภาพ) ให้แก่องค์กรภาคีทุกภาคส่วน ทั้งในระดับบุคคล สถาบันและเครือข่าย

๓) สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, ภาคประชาชน, ภาคเอกชน องค์กรสาธารณประโยชน์ หรือกิจการเพื่อสังคม (Social enterprise) ได้มีส่วนร่วมในการบริหารและดำเนินงานในระดับพื้นที่

๔) จัดระบบการบริการสุขภาพในเขตและพื้นที่ ให้เอื้อต่อการมีส่วนร่วมในการบริหาร และจัดบริการด้านสุขภาพขององค์กรแรงงานอาเซียน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรที่เกี่ยวข้องอื่นๆ

๕) เสริมสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้รับบริการ เจ้าของกิจการ นายจ้าง และผู้ให้บริการ การบริการดูจญาติมิตร และการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์โดยไม่แบ่งเชื้อชาติ

๓.๔.๑.๓ สร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสาธารณสุขทุกระดับ

๑) สนับสนุนการพัฒนาหน่วยบริการให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐานระดับสากล โดยเฉพาะระบบบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมในทุกมิติและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ (primary care strengthening)

๒) สนับสนุนให้กลุ่มแรงงานอาเซียนสามารถเข้าถึงบริการได้ทุกระดับ โดยเฉพาะระบบบริการปฐมภูมิ และให้ความสำคัญกับการลดช่องว่างด้านภาษา

๓) สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตและความมีศักดิ์ศรีของผู้ให้บริการ การกระจายกำลังคน การเพิ่มและพัฒนากำลังคนโดยใช้ศักยภาพและความร่วมมือในพื้นที่

๔) สร้างความสมดุลการบริการสุขภาพแก่กลุ่มแรงงานอาเซียน ตั้งแต่ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary care) ถึงระบบบริการตติยภูมิ (Tertiary care)

๕) พัฒนากลไกที่อำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการของประชากรกลุ่มแรงงานอาเซียน โดยการพัฒนาเครือข่ายที่เชื่อมโยงการจักระบบบริการอย่างครบวงจรแบบไร้รอยต่อ

๖) สนับสนุนการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิแก่กลุ่มแรงงานอาเซียน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชน โดยเฉพาะในพื้นที่เขตเมือง

๗) สนับสนุนการพัฒนาข้อมูลสารสนเทศ การศึกษาวิจัย การพัฒนา นวัตกรรมเพื่อสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อขยายความครอบคลุมการบริการอย่างเท่าเทียม

๓.๔.๑.๔ สนับสนุนเสริมระบบบริหารการเงิน การคลัง และทรัพยากรด้านสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพ ดำรงรักษาบุคลากรวิชาชีพให้คงอยู่อย่างต่อเนื่อง (แบ่งปันและกระจายทรัพยากร)

๑) ศึกษาระบบ และแนวทางการแบ่งปัน การกระจาย การระดม ทรัพยากร เพื่อการจัดบริการ และนำมาพิจารณาใช้ประโยชน์ร่วมกัน ในอนาคต

๒) สนับสนุน และพัฒนา กลไกการเงินการคลัง [Financial mechanism] ที่ได้มาตรฐานและประสานเชื่อมโยงกัน

๓) พัฒนาความเชื่อมโยงการบริหารจัดการระบบข้อมูล รายงานและ ธุรกรรมอื่นๆ ในระบบต่างๆ เพื่อให้เกิด National Standard Data Set และใช้ประโยชน์ร่วมกัน

๔) พัฒนากลไกการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ประชากรแรงงาน อาเซียน และผู้ให้บริการได้รับรู้ข้อมูลด้านสิทธิ/หน้าที่ อย่างกว้างขวางและเพียงพอ

๓.๔.๑.๕ สร้างความเข้มแข็งของการร่วมมือจัดการควบคุมโรคระบาด ภัยพิบัติ ที่มี ประสิทธิภาพ

๑) รณรงค์ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคระบาด ให้ทั่วถึง

๒) การพัฒนาระบบสารสนเทศ ระบบสถิติ ข้อมูลที่รวดเร็วและทันสมัย เพื่อสนับสนุนระบบติดตาม ประเมินผลการป้องกันควบคุมโรค

๓) สร้างความร่วมมือกับองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งกรณีปกติ และกรณีเกิด โรคระบาดหรือภัยพิบัติ

๔) ควบคุมระบบการบริการเชิงรุกในการคัดกรอง ตรวจสอบสุขภาพและ ดำเนินการป้องกันโรค โดยเฉพาะในแหล่ง/สถานประกอบการ

๓.๔.๑.๖ เสริมสร้างและพัฒนาธรรมาภิบาลของการบริหารและบริการสุขภาพ (good governance)

๑) พัฒนาการจัดการระบบสุขภาพ ให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ยิ่งขึ้น

๒) พัฒนาการจัดการระบบบริการสุขภาพให้ได้มาตรฐาน เป็นที่ยอมรับ โดยทั่วไปในด้านธรรมาภิบาล

๓) สนับสนุนการกระจายอำนาจ ควบคู่กับการพัฒนาระบบการติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผลโดยเฉพาะผลลัพธ์ด้านสุขภาพกลุ่มแรงงานอาเซียน (health outcome) อย่าง ต่อเนื่อง

๔) ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร ด้านความรู้ความสามารถ ในงาน และด้านจริยธรรม เพื่อให้เกิดการบริหารและอภิบาลระบบการดูแลสุขภาพแรงงานอาเซียนใน ระยะยาว

๕) พัฒนาหน่วยบริการให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ที่จะช่วยธำรงไว้ซึ่ง วัฒนธรรมและคุณค่าหลักที่พึงประสงค์ รวมทั้งเพื่อเป็นแหล่งศึกษา ถ่ายทอด แลกเปลี่ยนความรู้ด้าน การบริการสุขภาพกลุ่มแรงงานอาเซียน

บทที่ ๔ บทสรุปและข้อเสนอแนะ

๔.๑ สรุปผลการศึกษาและอภิปรายผล

การจัดการระบบบริการสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพที่ ๔ เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน จากสถานการณ์ของการเคลื่อนย้ายแรงงานอาเซียนเข้ามาในประเทศไทย พบว่าส่วนใหญ่เป็นชาวพม่า กัมพูชา และลาว เข้ามาประกอบอาชีพที่หลากหลาย ทั้งภาคเกษตร/ประมง การก่อสร้าง การผลิตในโรงงานอุตสาหกรรม การค้าปลีก/ค้าส่ง ภาคธุรกิจให้บริการ การขนส่ง ภาคครัวเรือนและบริการชุมชน เหตุผลของการอพยพส่วนใหญ่คือหลีกเลี่ยงความยากจน ส่วนด้านสุขภาพของแรงงานกลุ่มนี้พบว่าส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงร้ายแรงมากที่สุด ถัดมาคือมาลาเรีย ไข้ไม่ทราบสาเหตุ ปอดบวม และ ไข้เลือดออก และเมื่อสรุปแบบแผนการเสียชีวิตพบว่าแรงงานข้ามชาติเสียชีวิตเพราะโรคไม่ติดต่อสูงสุด รองลงมาคืออุบัติเหตุ(โดยเฉพาะจากการทำงาน) โรคติดต่อ และสุดท้าย การฆาตกรรม หรือ ฆ่าตัวตาย ตามลำดับ

อุปสรรคด้านการมารับบริการสุขภาพ คือ การลักลอบเข้ามาอย่างผิดกฎหมาย การไม่ได้รับการขึ้นทะเบียน หรือแม้แต่ผู้ที่ขึ้นทะเบียนแล้วยังพบว่ามีปัญหาเรื่องการเข้าถึงกระบวนการรักษา และการส่งเสริมสุขภาพ การไม่ได้รับความรู้เรื่องการป้องกันโรคระบาด การส่งเสริมสุขภาพขั้นพื้นฐาน ประเด็นด้านความเสมอภาค การเคารพในสิทธิพื้นฐานและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมประชากรไทย นอกจากนี้ยังมีอุปสรรคด้านภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร

ในส่วนของเครือข่ายบริการสุขภาพเครือข่ายที่ ๔ ยังขาดนโยบายและแผนที่เกี่ยวข้องกับการรองรับประชาคมอาเซียนที่ชัดเจนมีเพียง ๕ หน่วยงานเท่านั้นจาก ๒๒ หน่วยงาน ส่วนในด้านผู้ให้บริการ/ด้านผู้บริหาร ให้ความคิดเห็นว่าระบบบริการสุขภาพในเครือข่าวนั้น ยังต้องการการพัฒนาในด้านการประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน นายจ้าง และองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง การบริหารทรัพยากรและงบประมาณต่างๆ ที่เหมาะสม การพัฒนาด้านข้อมูลสารสนเทศโดยเฉพาะสถิติทางระบาดวิทยาทั้งหมดส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพการดูแลกลุ่มแรงงานต่างด้าวในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพ เครือข่ายที่ ๔

จากการศึกษาข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบต่อ ระบบบริการสุขภาพ จากการย้ายถิ่นของแรงงานอาเซียนเมื่อประเทศไทยเข้าสู่ประชาคมอาเซียน (ASEAN Community) : กรณีศึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพ เครือข่ายที่ ๔ นั้น ผู้วิจัยคิดว่าควรจะมีการแยกหน่วยการให้บริการแรงงานต่างด้าวอย่างชัดเจน เพื่อความสะดวก และคล่องตัวในการบริหารจัดการ ทั้งในด้านการเงิน และการให้บริการ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ทั้งต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ กล่าวคือ ด้านผู้ให้บริการจะมีการบริหารจัดการที่ง่ายขึ้น เนื่องจากในภาพรวมด้านการบริหารจัดการกองทุนสำหรับแรงงานต่างด้าวจะต้องมีการตรวจขึ้นทะเบียนและเสียค่ารักษาพยาบาลตามการเหมาจ่ายรายหัวอยู่แล้ว การให้บริการจะสะดวกมากขึ้น มีการแยกหน่วยการให้บริการที่ชัดเจนและรับผิดชอบเฉพาะงานเพราะการให้บริการแรงงานต่างด้าวนั้นมีข้อจำกัดในหลายด้านทั้งด้านการสื่อสาร และกระบวนการขั้นตอนที่ซับซ้อนกว่าผู้รับบริการทั่วไป ซึ่งจะส่งผลให้สามารถลดระยะเวลาการรอคอย และความแออัดในการให้บริการในภาพรวมได้

สำหรับการส่งเสริมสุขภาพซึ่งมีความสำคัญสำหรับการป้องกันควบคุมโรคระบาด ผู้วิจัยคิดว่าต้องให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับการจัดบริการปฐมภูมิเชิงรุกให้เข้าถึงทุกพื้นที่ สภาวะสุขภาพ สุขอนามัย คัดกรองโรค และจัดทำแฟ้มประวัติครอบครัวรายบุคคลเพื่อให้สามารถส่งเสริม ควบคุม ป้องกัน โรคได้อย่างครอบคลุม

๔.๒ ข้อเสนอแนะ

แรงงานต่างด้าวที่เข้ามาอย่างผิดกฎหมายส่วนใหญ่เป็นคนยากจน และมีปัญหาด้านสัญชาติ หรือเอกสารแสดงสถานะบุคคล แต่สิ่งหนึ่งที่ปฏิเสธไม่ได้คือ กลุ่มแรงงานเหล่านี้เป็นประชาชนในภูมิภาคอาเซียน เช่นเดียวกัน และมีสิทธิที่จะได้รับการดูแล ในด้านต่างๆ ในฐานะประชาชนคนหนึ่ง ไม่ต่างจากคนอื่น โดยเฉพาะในสิทธิ ทางด้านสุขภาพ ในท่ามกลางสถานการณ์ปัญหาด้านแรงงานข้ามชาติที่มีอยู่เดิม และแนวโน้มที่อาจส่งผลกระทบมากขึ้น โดยเฉพาะเรื่องสภาวะและการได้รับการดูแลทางสุขภาพ การเข้าถึงบริการต่างๆ นับว่าเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญและเตรียมการรับมือเพื่อสร้างระบบสุขภาพที่เข้มแข็ง ตั้งแต่ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ใกล้ชิดกับคนในพื้นที่มากที่สุด โดยเฉพาะกลุ่มผู้ด้อยโอกาส จนถึงระดับตติยภูมิในรูปเครือข่ายแบบไร้รอยต่อ เพื่อความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการให้ความสำคัญในการบริหารทรัพยากร การเงินงบประมาณที่สอดคล้องกับบริการที่จัดขึ้น การแบ่งปันและกระจายทรัพยากรที่เหมาะสม มีการเชื่อมประสานความร่วมมือกันระหว่างองค์กรต่างๆ และชุมชน เพื่อให้เกิดเครือข่ายที่ครอบคลุมพื้นที่ และคำนึงถึงภาระงานของผู้ให้บริการที่เพิ่มขึ้น โดยเคารพศักดิ์ศรีและสิทธิพื้นฐานของทุกคน ทั้งหมดนับเป็นสิ่งที่ต้องการการพัฒนาไปพร้อมกันเพื่อเตรียมการสำหรับการเปิดประตูอาเซียนในอนาคตอันใกล้ ดังนั้นจากการศึกษาในครั้งนี้จึงมีข้อเสนอแนะใน ๒ ด้าน ดังนี้

๔.๒.๑ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เนื่องจากเครือข่ายบริการสุขภาพเครือข่ายที่ ๔ ยังขาดนโยบายที่ชัดเจนจึงขอเสนอแนะนโยบายเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ดังนี้

๑) จัดบริการสาธารณสุขทุกระดับภายใต้หลักสุขภาพสากล ให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ครอบคลุมมิติสุขภาพ และมิติคุณภาพ ในประชากรทุกกลุ่มรวมแรงงานอาเซียน

๒) สนับสนุนให้มีระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมทุกคนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่
เครือข่ายบริการสุขภาพเครือข่ายที่ ๔ รวมทั้งแรงงานอาเซียน ให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้

๓) จัดระบบบริหารการเงิน การคลัง ทรัพยากรด้านสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพ
ธำรงรักษาบุคลากรวิชาชีพให้คงอยู่ในระบบบริการสุขภาพในเครือข่ายบริการเครือข่ายที่ ๔ อย่าง
ต่อเนื่อง

๔) จัดระบบการบริการเชิงรุกด้านระบาดวิทยา การคัดกรอง ตรวจสุขภาพและ
ดำเนินการป้องกันโรค

๕) สนับสนุนการสร้างความเท่าเทียมด้านสิทธิประโยชน์ การเคารพในสิทธิ
ศักดิ์ศรีซึ่งกันและกันของผู้รับบริการ

๖) จัดให้โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป มีหน่วยการให้บริการเฉพาะสำหรับ
ผู้ป่วยแรงงานต่างด้าว

๔.๒.๒ ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน

สถานบริการสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพเครือข่ายที่ ๔ ควรมีการ
ดำเนินงานในการรองรับประชาคมอาเซียน ดังนี้

๑) พัฒนากลไกและกระบวนการทำงานร่วมกันอย่างสร้างสรรค์กับองค์กรที่
เกี่ยวข้องกับแรงงานต่างด้าว อาทิเช่น กรมแรงงาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ประกอบการ

๒) สนับสนุนให้ทุกภาคส่วนร่วมมือผลักดันให้แรงงานอาเซียนทุกคนเข้าสู่ระบบ
การลงทะเบียนแรงงานต่างด้าวและเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ

๓) จัดการดูแลผู้ป่วยต่างด้าวแยกเฉพาะกลุ่ม ติดตามปัญหาสุขภาพครบวงจร โดย
จัดทำแฟ้มประวัติครอบครัว (Family Folder)

๔) พัฒนางานระบาดวิทยาให้รองรับกลุ่มแรงงานอาเซียน โดยเพิ่มประสิทธิภาพ
ในการคัดกรองเฝ้าระวังโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

๕) พัฒนาช่องทางการสื่อสารด้านสาธารณสุขเพื่อลดช่องว่างด้านภาษา เช่น จัดให้
มีล่ามภาษาประจำหน่วยบริการสาธารณสุขในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิอาจจัดเป็นพนักงาน
สาธารณสุขต่างด้าว อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว หรือล่ามแรงงานต่างด้าว หรือจัดทำเอกสาร
เผยแพร่ความรู้ในการดูแลตนเองด้านสาธารณสุขเพื่อป้องกันโรคที่เป็นภาษาของกลุ่มแรงงานนั้นๆ

๖) นำเทคโนโลยีสารสนเทศ มาใช้ในการติดตามเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพในกลุ่ม
แรงงาน เช่น ระบบ Geographic information system (GIS) ของแรงงานอาเซียน

บรรณานุกรม

- กรมอาเซียน กระทรวงการต่างประเทศ. ASEAN Mini Book. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <http://www.mfa.go.th/asean/th/asean-media-center> สืบค้นเมื่อ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๕๖.
- กรมอาเซียน กระทรวงการต่างประเทศ. แผนแม่บทว่าด้วยความเชื่อมโยงระหว่างกันในอาเซียน. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.mfa.go.th/asean/th/asean-media-center> สืบค้นเมื่อ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๕๖.
- กรมอาเซียน กระทรวงการต่างประเทศ. ประเทศไทยกับงานด้านสาธารณสุขในกรอบอาเซียน. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.mfa.go.th/asean/th/asean-media-center> สืบค้นเมื่อ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๕๖.
- กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานทางด้านระบาดวิทยา. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์. ๒๕๔๒.
- เครือข่ายบริการสุขภาพเครือข่ายที่ ๔. รายงานข้อมูลเครือข่ายบริการสุขภาพเครือข่ายที่ ๔ ปี ๒๕๕๖. ๒๕๕๖. (เอกสารอัดสำเนา).
- นฤมล นิราทร. การย้ายถิ่นของแรงงานในอาเซียน : กรณีแรงงานไร้ฝีมือในประเทศไทย. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.polsci.tu.ac.th/fileupload/๓๙/๕๓.pdf> สืบค้นเมื่อ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๕๖.
- ไพโรจน์ ภัทรนรากุล และวีระวัฒน์ ปันนิตามัย. การบริหารการเปลี่ยนแปลงกระทรวงสาธารณสุขเพื่อรองรับการปฏิรูประบบราชการและภาพพันธกิจในทศวรรษหน้า. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๔๘.
- ศุภสิทธิ์ พรณรุโณทัย. ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ. นนทบุรี : โรงพิมพ์พิมพ์ลักษณ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๓.
- สมศักดิ์ ชุมหรัศมี, พงษ์พัฒน์ ปธานวนิช, เมธ โชคชัยชาญ, เสรี หงษ์หยก, นิพิธ พิรเวช, สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ. ระบบบริการสาธารณสุขกับการประกันสุขภาพ : ปัญหาและข้อเสนอในภาพรวม. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/๑๒๓๔๕๖๗๘๙/๑๖๑๗> สืบค้นเมื่อ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๕๖.
- สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การประเมินผลยุทธศาสตร์บริการพยาบาลระดับประเทศ พ.ศ. ๒๕๕๑ – ๒๕๕๕ (ฉบับร่าง). ๒๕๕๕.
- สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์การบริการพยาบาลระดับประเทศ พ.ศ. ๒๕๕๖ – ๒๕๖๐ (ฉบับร่าง). ๒๕๕๕.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. การประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนปฏิบัติราชการ ๔ ปี พ.ศ. ๒๕๕๔ – ๒๕๕๗ และแผนปฏิบัติราชการประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๕ กระทรวงสาธารณสุข. ๒๕๕๓.
(เอกสารอัดสำเนา).

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (ร่าง) แผนพัฒนาสุขภาพ
แห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ. ๒๕๕๕ – ๒๕๕๙). ๒๕๕๔. (เอกสารอัดสำเนา).

สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมแรงงาน. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา:

<http://wp.doe.go.th/eu/index.html> สืบค้นเมื่อ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๕๖.

อนงค์ เอื้อวัฒนา. ความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอำนาจเจริญ.

วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารการพยาบาลมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๔๒.

อภิญา เลื่อนฉวี. การเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีในอาเซียน : ผลกระทบอย่างไรต่อไทย. [ออนไลน์].

แหล่งที่มา: <http://www.kpi.ac.th/kpith/pdf/วารสาร/๕๓/๐๑/๕๓-๐๓ ๐๕> สืบค้นเมื่อ
๕ มิถุนายน ๒๕๕๖.

อำพล จินดาวัฒน์. “การสังเคราะห์กลไกในระบบสุขภาพแห่งชาติและบทบาทหน้าที่โครงสร้าง
กระทรวงสาธารณสุข.” วารสารระบบสาธารณสุข ๑(๑), ๒๕๕๐.

Cheungsatiansub, K. Re-focusing Global Health Policy: An Interpro pective.

International Conference on Interprofessional Partnership: Improfessional
Persvemet for Global Health Outcomes September 5 – 7, 2012, Chiang Mai,
Thailand.

ภาคผนวก

แบบสอบถาม เรื่อง ผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพจากการย้ายถิ่นของแรงงานอาเซียนเมื่อ
ประเทศไทยเข้าสู่ประชาคมอาเซียน (ASEAN Community)
: กรณีศึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพ เครือข่ายที่ ๔

แบบสอบถาม เรื่อง ผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพจากการย้ายถิ่นของแรงงานอาเซียนเมื่อประเทศไทย
เข้าสู่ประชาคมอาเซียน (ASEAN Community) : กรณีศึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 4

.....

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

เพศ ชาย หญิง

ตำแหน่ง.....

ตอนที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานของหน่วยงาน

1. โรงพยาบาล/หน่วยงาน
2. วิทยาลัย.....
3. พันธกิจ
-
-
-
4. แผนยุทธศาสตร์หน่วยงาน
-
-
-
-
-
5. จำนวนบุคลากร ทั้งหมด.....คน

แพทย์.....คน	ทันตแพทย์.....คน
เภสัชคน	พยาบาลคน
กลุ่มบริการทางการแพทย์อื่นๆคน
กลุ่มบริการสนับสนุนคน
อื่นๆคน
6. จำนวนเตียง.....เตียง อัตราครองเตียง.....%
7. จำนวนผู้ป่วยนอก.....ราย/ปี จำนวนผู้ป่วยใน.....ราย/ปี

ตอนที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับผลกระทบของการเคลื่อนย้ายแรงงานอาเซียนต่อระบบบริการสุขภาพ

8. ท่านคาดว่าแนวโน้มของแรงงานอาเซียน มีกลุ่มใดบ้าง และสภาวะสุขภาพของประชากรกลุ่มนี้เป็นอย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

9. ท่านคาดว่าผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อระบบบริการสุขภาพในอนาคต เมื่อประเทศไทยเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในปี 2558 มีประเด็นใดได้บ้าง และอย่างไร

.....

.....

.....

.....

10. ท่านมีความคิดเห็นเรื่องการจัดบริการสุขภาพอย่างไรบ้างในแต่ละประเด็นต่อไปนี้

- การจัดระบบบริการสุขภาพในสถานพยาบาลระดับต่างๆ ควรเป็นอย่างไร เพื่อรองรับประชากรแรงงานกลุ่มดังกล่าว

ระดับตติยภูมิ

.....

.....

.....

.....

ระดับทุติยภูมิ และปฐมภูมิ

.....

.....

.....

.....

- ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกัน/ควบคุมโรค ของประชากรแรงงานกลุ่มดังกล่าว

.....

.....

.....

.....

11. ท่านมีข้อเสนอแนะอย่างไรบ้างต่อระบบบริการสุขภาพในอนาคต เมื่อประเทศไทยเข้าสู่ประชาคม
อาเซียนในปี 2558 ที่จะมาถึงนี้

.....

.....

.....

.....

ขอขอบพระคุณ
นพ.ธานินทร์ สีวรารณ์สกุล
นักศึกษาหลักสูตรนักบริหารการทูต รุ่นที่ 5

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นายแพทย์ธานีินทร์ สีวราภรณ์สกุล
การศึกษา	
๒๕๒๔	ปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
๒๕๓๐	วุฒิปัตร ความรู้ ความชำนาญ สาขาสูติศาสตร์ – นรีเวชวิทยา
ประวัติการทำงาน	
๒๕๒๕	นายแพทย์ ๔ ตำแหน่งสำรองสำหรับงานในราชการบริหาร ส่วนภูมิภาค
๒๕๒๗	นายแพทย์ กลุ่มงานสูติ – นรีเวชกรรมและวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
๒๕๕๑	นายแพทย์ ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม สาขาสูติ-นรีเวชกรรม) โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
๒๕๕๕	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรม สาขาสูติ-นรีเวชกรรม) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครนายก
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครนายก จังหวัดนครนายก สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข