

การจัดการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติเขมร¹ ในจังหวัดชายแดนไทย-กัมพูชา

Health Management of Khmer Migrants in Provinces along the Thai-Cambodian Border

เสาวภา พรศิริพงษ์ *

lcsps@mahidol.ac.th

บทคัดย่อ

บทความนี้ได้นำเสนอสถานการณ์การจัดการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติเขมรในพื้นที่จังหวัดชายแดนไทย-กัมพูชา ซึ่งมีความสลับซับซ้อนมากกว่าพื้นที่อื่นๆ ที่รัฐไทยควรให้ความสำคัญเป็นพิเศษโดยศึกษาลักษณะการให้บริการ รูปแบบการใช้บริการของแรงงานข้ามชาติเขมร ยุทธศาสตร์และวิธีการรับมือกับปัญหาของสถานพยาบาล รวมทั้งแนวทางการจัดบริการสุขภาพในพื้นที่ชายแดน บทความนี้ได้ใช้วิธีการศึกษาจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการสัมภาษณ์ระดับลึกกับผู้บริหารโรงพยาบาลต่างๆ ในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชาที่ให้บริการกับแรงงานข้ามชาติ เจ้าหน้าที่ฝ่ายประกันสังคมของโรงพยาบาล ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องกัมพูชา ผู้รับผิดชอบด้านแรงงานข้ามชาติของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นักการเมืองท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่ ผู้ป่วยและแรงงานเขมรทั้งที่ขึ้นทะเบียนและไม่ขึ้นทะเบียนที่มารับบริการจากโรงพยาบาลในจังหวัดสระแก้ว จันทบุรี ตราด และสุรินทร์ ระหว่างเดือนมกราคม 2550 - กุมภาพันธ์ 2551 ผลการศึกษาได้เสนอให้รัฐไทยใช้แนวคิดเรื่องความมั่นคงทางด้านสุขภาพมาเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับประเทศเพื่อนบ้าน โดยกำหนดเป็นนโยบายที่ชัดเจน ขณะเดียวกันก็ต้องหามาตรการเร่งรัดให้แรงงานข้ามชาติเหล่านี้มาขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้อง

คำสำคัญ : การจัดการสุขภาพ, แรงงานข้ามชาติเขมร, ชายแดนไทยกัมพูชา

Abstract

The article presents the situation concerning the health management of Khmer migrants in Thai-Cambodian border areas. The situation is more complicated than in other areas so the Thai government should pay more attention to this region. Health services, patterns of service use, strategies, methods to cope with the problems of the hospitals along the border areas and health management suggestions were studied. The research

* รองศาสตราจารย์ประจำหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวัฒนธรรมและการพัฒนา

สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเพื่อพัฒนาชนบท มหาวิทยาลัยมหิดล

methodologies used were a review of concepts and related literature and in-depth interviews. Interviews took place from January to December 2007 and were conducted with the following: directors and social insurance officers of hospitals in Surin, Sakaeo, Chanthaburi and Trat, Cambodian experts, officers of the Health Province Organization responsible for migrants, Local Administrative Officers, NGO officers and Khmer patients, both registered and non-registered as migrants using health services in those hospitals. The article suggests that the Thai government should include the health security concept as a part of its good neighbor policy to maintain good relations with Cambodia as well as to speed up migrant registration from neighboring countries.

Key words : health management, Khmer migrants, Thai–Cambodian border

“ผมอยากให้สร้างความสัมพันธ์ให้มากๆ กับประเทศเพื่อนบ้าน เพราะถ้าความสัมพันธ์
ไม่ดีเหตุการณ์อะไรต่างๆ ก็จะมา”

นายกเทศมนตรี เทศบาลตำบลบ้านหาดเล็ก อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด

1. บทนำ

ประเทศไทยมีพรมแดนที่ติดกับประเทศ
กัมพูชาตั้งแต่จังหวัดอุบลราชธานีจนถึงจังหวัด
ตราดเป็นระยะทางถึง 789 กิโลเมตร ลักษณะ
พรมแดนมีทั้งพรมแดนทางธรรมชาติ ที่เป็น
ภูเขา ที่ราบสูง ที่ราบ ทะเล แม่น้ำ ลำคลอง
และแนวชายแดนที่สร้างขึ้น พรมแดนด้านทิศ
ตะวันออกเฉียงเหนือส่วนใหญ่เป็นที่ราบสูง และ
ค่อยๆ ราบต่ำลงตั้งแต่อำเภอตาพระยาจนถึง
อรัญประเทศ เรื่อยไปจนถึงจังหวัดจันทบุรีและ
ตราด เนื่องจากมีพรมแดนที่ติดต่อกันเป็นระยะ
ทางยาวมาก ดังนั้นจึงมีจุดผ่านแดนระหว่างไทย-
กัมพูชาอยู่หลายจุด โดยมีจุดผ่านด่านถาวร จำนวน
6 แห่งและจุดผ่านแดนผ่อนปรนจำนวน 9 แห่ง
นอกจากนี้ยังมีช่องธรรมชาติที่คนไทยและคน
กัมพูชาไปมาหาสู่กันอย่างไม่เป็นทางการอีกกว่า
100 แห่ง (วัชรินทร์ ชงศิริ, 2547) ทำให้มีการเคลื่อน
ย้ายผู้คนไปมาในบริเวณพื้นที่ดังกล่าวซึ่งเป็นสภาพ
ปกติที่เกิดขึ้นบริเวณพื้นที่ชายแดนทั่วไป

การที่ประเทศกัมพูชาก่ออยู่ในภาวะ
สงครามมาเป็นระยะเวลานานกว่า 30 ปี ทำให้
กัมพูชากลายเป็นประเทศที่ยากจนที่สุดในเอเชีย
ตะวันออกเฉียงใต้ (Veronica, 2000) ประชาชน
อยู่ในภาวะยากจนเรื้อรัง มีปัญหาหนี้สินขาดที่
ทำกิน และไม่มียานพาหนะ ในขณะที่ยังประเทศไทย
มีปัจจัยดึงดูดหลายประการ ได้แก่ การขยายตัวทาง
เศรษฐกิจอย่างรวดเร็วทำให้มีความต้องการแรงงาน

ราคาถูก และกิจการบางประเภทที่แรงงานไทยไม่
นิยมทำ นอกจากนี้ในประเทศไทยยังมีเครือข่ายก
การย้ายถิ่นของชาวเขมรที่เกิดจากญาติพี่น้องหรือ
เพื่อนฝูงที่ย้ายเข้ามาก่อน รวมทั้งค่าแรงในการจ้าง
งานที่สูงกว่าในประเทศกัมพูชา จึงทำให้เกิดการ
เคลื่อนย้ายแรงงานจากประเทศกัมพูชาเข้าสู่
ประเทศไทย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแรงงานที่ลักลอบ
เข้าเมืองอย่างผิดกฎหมาย ต่อมาเมื่อรัฐบาลไทย
มีนโยบายผ่อนผันให้แรงงานต่างด้าวจากประเทศ
เพื่อนบ้านสามารถจดทะเบียนขอใบอนุญาตทำ
งานได้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 จนถึงปัจจุบัน ทำให้
แรงงานเหล่านี้กระจายไปอยู่ทั่วทุกภูมิภาคของ
ประเทศไทย โดยเฉพาะจังหวัดที่อยู่ติดชายแดน
ไทย-กัมพูชา ในปี พ.ศ. 2548 มีแรงงานเขมรที่
ขึ้นทะเบียนจำนวน 181,579 คนเป็นชาย 123,998
คน เป็นหญิง 57,581 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 13
ของแรงงานข้ามชาติ (พม่า ลาว) ที่เข้ามาทำงานใน
ประเทศไทย (สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว, 2548)
ในจำนวนนี้กว่าครึ่งทำงานอยู่ในภาคตะวันออก
(ดังตารางที่ 1) รองลงมาคือภาคกลางและกรุงเทพ
มหานคร ส่วนแรงงานที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน คาดว่า
จะมีมากกว่านี้หลายเท่า

ตารางที่ 1 แสดงการกระจายตัวของแรงงานกัมพูชาในประเทศไทย พ.ศ. 2548

ภาค	แรงงานเขมรที่ขึ้นทะเบียน
กรุงเทพฯ	26,352
ภาคกลาง	39,666
ภาคตะวันออก	91,240
ภาคตะวันตก	3,063
ภาคเหนือ	1,340
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	3,945
รวม	182,007

ที่มา : สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว, กระทรวงแรงงาน, 2548.

แรงงานข้ามชาติเหล่านี้มีความสำคัญต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศไทย เนื่องจากเป็นแรงงานราคาถูก อดทน ไม่เกี่ยงงาน ช่วยแก้ปัญหาการขาดแคลนแรงงานในภาคการเกษตร ไม่ว่าจะเป็นการทำนา ทำสวนผลไม้ สวนยางพารา ไร่มันสำปะหลัง ไร่อ้อย ตลอดจนงานในภาคอุตสาหกรรมที่ต้องใช้แรงงาน เช่น โรงไม้หิน โรงสี โรงน้ำแข็ง ธุรกิจประมงและต่อเนื่องประมง แต่ผลกระทบที่หลีกเลี่ยงไม่ได้คือปัญหาทางด้านสาธารณสุข โดยสถานพยาบาลในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชาต้องเป็นด่านหน้าที่ต้องรับภาระในการให้บริการการรักษาพยาบาลกับแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาทั้งแบบถูกต้องและไม่ถูกต้องตามกฎหมาย รวมทั้งประชาชนของประเทศเพื่อนบ้านที่เข้ามารับการรักษาพยาบาลด้วย แรงงานข้ามชาติที่เข้ามาอย่างไม่ถูกต้องตามกฎหมายอาจนำโรคติดต่อที่หมดไปแล้วจากประเทศไทยกลับมาสู่คนไทยได้อีก เช่น โรคเท้าช้าง โรคบิด โปลิโอ ไข้กาฬหลังแอ่น หรือโรคติดต่ออื่นๆ ทำให้ตกเป็นภาระหนักกับสถานพยาบาลในพื้นที่จังหวัดชายแดนเพราะนอก

จากจะมีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของคนไทยแล้ว ยังต้องรับหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของแรงงานข้ามชาติและประชาชนของประเทศเพื่อนบ้านที่เข้ามาใช้บริการยามเจ็บป่วยด้วย

บทความนี้ต้องการนำเสนอสถานการณ์การจัดการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติเขมรในพื้นที่จังหวัดชายแดนไทย-กัมพูชา ลักษณะการให้บริการ รูปแบบการใช้บริการของแรงงานข้ามชาติเขมร ยุทธศาสตร์และวิธีการรับมือกับปัญหาของสถานพยาบาล รวมทั้งแสวงหาแนวทางในการจัดบริการสุขภาพในพื้นที่ชายแดนที่เหมาะสมโดยไม่กระทบกระเทือนความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ ถึงแม้ว่าแรงงานข้ามชาติเขมรจะกระจายอยู่ทั่วทุกภูมิภาคของประเทศไทย เมื่อเจ็บป่วยต้องเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลต่างๆ ที่มีอยู่ทั่วประเทศ แต่สถานพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ชายแดนจะประสบกับปัญหามากกว่าเพราะมีทั้งที่เป็นแรงงานข้ามชาติที่ขึ้นทะเบียน ไม่ขึ้นทะเบียน รวมทั้งชาวเขมรที่ตั้งใจข้ามชายแดนมาเพื่อรับบริการด้วย ดังนั้นสภาพของปัญหาในพื้นที่ชายแดนจึงมีความ

สลับซับซ้อนมากกว่าพื้นที่อื่นๆ ที่รัฐควรให้ความสำคัญเป็นพิเศษ และสามารถนำประเด็นนี้ไปใช้เป็นเครื่องมือในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับประเทศเพื่อนบ้านได้ต่อไป

การศึกษากิจการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติเขมรในจังหวัดชายแดนไทย-กัมพูชา ได้ใช้วิธีการศึกษาจากเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการสัมภาษณ์ระดับลึกกับผู้บริหารโรงพยาบาลต่างๆ ในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชาที่ให้บริการกับแรงงานข้ามชาติ เจ้าหน้าที่ฝ่ายประกันสังคมของโรงพยาบาล ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องกัมพูชา ผู้รับผิดชอบด้านแรงงานข้ามชาติของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นักการเมืองท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่ ผู้ป่วยและแรงงานเขมรทั้งที่ขึ้นทะเบียนและไม่ขึ้นทะเบียนที่มารับบริการจากโรงพยาบาลในจังหวัดสระแก้ว จันทบุรี ตราด และสุรินทร์ โดยทำการเก็บข้อมูลระหว่าง เดือนมกราคม 2550 - กุมภาพันธ์ 2551

บทความนี้ได้ใช้แนวคิดเรื่องสิทธิมนุษยชน (human rights) และแนวคิดเรื่องความมั่นคงทางด้านสุขภาพที่มองว่าแรงงานข้ามชาติมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เท่าเทียมกับคนไทย และการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน (right to health) ซึ่งองค์การสหประชาชาติได้ให้ความหมายว่า หมายถึง สิทธิที่รัฐพึงมีหลักประกันให้กับบุคคลที่อยู่ในดินแดนของตนไม่ว่าจะเป็นคนในชาติ หรือคนต่างชาติ คือสิทธิในการรับบริการทางสุขภาพ และสิทธิในการได้รับเงื่อนไขอันจำเป็นต่อสุขภาพ (กฤตยา อาชวนิจกุล และพันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร, 2548 : 8-9) ซึ่งรัฐไทยสามารถใช้แนวคิดเรื่องสิทธิมนุษยชนและแนวคิดเรื่องความมั่นคงทางด้านสุขภาพมาเป็นส่วนหนึ่งในการสร้าง

ความสัมพันธ์กับประเทศเพื่อนบ้านภายใต้ “นโยบายเพื่อนบ้านที่ดี” (Good neighbor policy) (บัณฑิต ธนชัยเศรษฐวุฒิ, 2548)

2. แรงงานเขมรกับการทำงานในประเทศไทย

การที่ประเทศไทยและกัมพูชามีพัฒนาทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกันมาก ทำให้มีแรงงานชาวเขมรอพยพเข้ามาทำงานในประเทศไทยจำนวนมาก ช่องทางที่แรงงานเขมรสามารถเข้าสู่ประเทศไทยมี 3 ช่องทาง คือ (1) จุดผ่านแดนถาวร² เป็นจุดผ่านแดนที่ต้องได้รับความเห็นชอบจากรัฐบาลของทั้งสองประเทศ มีวัตถุประสงค์เพื่อการค้า การสัญจรไปมา และความสัมพันธ์ระหว่างประเทศมีทั้งหมด 6 ด่าน (2) จุดผ่านแดนผ่อนปรน³ เป็นจุดผ่านแดนที่ต้องได้รับความเห็นชอบจากผู้ว่าราชการจังหวัด มีวัตถุประสงค์ทางด้านมนุษยธรรม การส่งเสริมความสัมพันธ์ในระดับท้องถิ่น ตลอดจนการค้าขายสินค้าเครื่องอุปโภค บริโภค การสัญจรไปมาของประชาชน มีทั้งหมด 9 ด่าน และ (3) จุดผ่านแดนถ้ำลอดตามสภาพภูมิประเทศหรือช่องทางธรรมชาติ เป็นจุดผ่านเข้าออกของประชาชนทั้งสองประเทศซึ่งเป็นไปโดยธรรมชาติ มิได้มีหลักฐานการรับรองจากทางราชการทั้งสองฝ่ายส่วนใหญ่จะเป็นจุดผ่านของสินค้าที่ผิดกฎหมาย เป็นจุดผ่านแดนที่คนเขมรใช้เป็นเส้นทางเข้า-ออกในช่วงฤดูกาลเก็บเกี่ยวที่ทางการผ่อนปรนให้แรงงานเหล่านี้เข้ามารับจ้างทำงานในประเทศไทยได้ (วัชรินทร์ ขงศิริ, 2547) แรงงานข้ามชาติรวมทั้งเขมรที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย มีการกระจายตัวตามประเภทกิจการที่จ้างดังนี้

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและการกระจายร้อยละของแรงงานข้ามชาติจำแนกตามกิจการที่จ้าง

ประเภทกิจการ	จำนวนแรงงาน	ร้อยละ
เกษตรและกิจการปศุสัตว์	182,906	21.8
ก่อสร้าง	123,148	14.7
คนรับใช้ในบ้าน	129,659	15.5
ประมงต่อเนื่อง	72,575	8.7
ประมงทะเลและน้ำจืด	60,123	7.2
โรงสีข้าว โรงอิฐ โรงน้ำแข็ง	16,778	2.0
ขนถ่ายสินค้าทางน้ำ	4,231	0.5
เหมืองแร่/เหมืองหิน	1,544	0.2
กิจการอื่นๆ	247,979	29.6
รวม	838,943	100.0

ที่มา : กฤตยา อาชวนิจกุล และพันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร, 2548, 19.

สำหรับชายแดนไทย-กัมพูชาในแต่ละวัน จะมีแรงงานเขมรเข้าสู่ประเทศไทยโดยผ่านจุดผ่านแดนทั้งสามประเภท และเข้าไปทำงานประเภทต่างๆ ตามบริบทของแต่ละพื้นที่ ดังนี้

2.1 การทำงานในภาคเกษตรกรรม

ในช่วงฤดูเก็บเกี่ยวที่มีผลผลิตจำนวนมากออกมามากๆ เช่น ที่อำเภออรัญประเทศ และอำเภอตาพระยา แรงงานไทยที่มีไม่เพียงพอต้องอาศัยแรงงานเขมรเข้ามาเพิ่ม ลักษณะการทำงานแบบนี้มีทั้งการจ้างเหมาและไปเข้าเย็นกลับ ส่วนใหญ่มาจากหมู่บ้านเดียวกัน มีทั้งที่มาเป็นครอบครัว พ่อ แม่ และลูกที่โคฟอทำงานได้ โดยทั้งลูกเล็กๆ ให้ตาและยายคอยดูแล การเข้ามาทำงานมีการนัดหมายและชวนกันมารอที่ช่องทางธรรมชาติฝั่งกัมพูชา (สัมภาษณ์เจ้าแก้วแรงงานไทยชาว, 13 พฤศจิกายน 2550) จากนั้นจะส่ง

หัวหน้าเข้ามาหางาน เมื่อได้งานจึงพากันเดินเท้าเข้ามา (ปริมาณของแรงงานที่ผ่านเข้า-ออก ณ จุดนี้ไม่มีสถิติที่ชัดเจน) หัวหน้าทีมต้องเป็นคนที่กลุ่มไว้ใจว่าจะไม่ทอดทิ้งกลุ่ม มีหน้าที่ประสานกับเจ้าแก้ว แต่ได้คำตอบแทนเท่ากับคนอื่นๆ การเลือกเจ้าแก้ว หัวหน้ามักกลับมารับจ้างเจ้าแก้วรายเดิมก่อน ถ้าไม่ได้จึงไปหาเจ้าแก้วรายใหม่ ที่ไหนให้ราคาดี สวัสดิการดีก็จะตัดสินใจทำงานที่นั่น ค่าแรงในการเก็บเกี่ยวจะแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ เช่น ที่อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้วค่าเกี่ยวข้าวรวมค่ามัด ค่าจ้างไร่ละ 300 บาท ค่าจ้างชุดมันคันละ 120 บาท (อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี) เมื่อทำงานเสร็จจึงแบ่งรายได้กัน ถ้าเป็นรายวัน ค่าจ้างวันละ 80-100 บาท ส่วนมากนิยมทำงานเหมา เพราะได้คำตอบแทนสูงกว่า ส่วนที่อยู่อาศัยมักปลูกเป็นเพิงอยู่กลางทุ่ง หุงหาอาหารแบบง่ายๆ บางกลุ่มนำข้าวสารติดมาด้วย จนกระทั่งงาน

เสร็จจึงกลับบ้านพร้อมเงินก้อนจำนวนหนึ่ง ส่วนหนึ่งเอากลับไปใช้หนี้ ที่เหลือเอาไว้จุนเจือครอบครัวจนกว่าจะถึงฤดูกาลเก็บเกี่ยวใหม่จึงจะกลับมาอีก บางกลุ่มเมื่อเกี่ยวข้าวเสร็จ จะรับจ้างขุดปลูกมันและขายหัวต่อ ในรายที่ยังไม่กลับบ้านจะฝากเงินคนในกลุ่มกลับไปให้ครอบครัว ส่วนแรงงานประเภทไปเข้าเย็นกลับจะมีเด้าแกไปคอยรับที่จุดผ่านแดนถาวรและจุดผ่านแดนผ่อนปรน

โดยด่านจะบันทึกรายชื่อและจำนวนแรงงานที่รับเข้ามาในแต่ละวัน เมื่อเลิกงานในตอนเย็นต้องส่งกลับไปให้ครบตามจำนวน การต้องไปรับ-ส่งแรงงานประเภทนี้ทุกวัน เป็นภาระกับนายจ้างมาก เพราะเสียค่าใช้จ่ายสูง ดังนั้น ส่วนใหญ่จึงนิยมจ้างแบบแรก คือจ้างเหมาจนกว่างานจะเสร็จจึงส่งกลับบ้าน (สัมภาษณ์เจ้าแก้วที่อำเภอโป่งน้ำร้อน วันที่ 13 พฤศจิกายน 2550)



รูปที่ 1 คลื่นชาวนมเรตที่หลังไหลเข้ามาทำงานในประเทศไทยแต่ละวันที่ด่านปอยเปต



รูปที่ 2 แรงงานนอกระบบที่อพยพเข้ามาทำงานในภาคการเกษตร นิยมมากันทั้งครอบครัว



รูปที่ 3 แรงงานเขมรเข้ามาทำงานในไทยแบบไปเช้า-เย็นกลับที่ด่านจันทริกาถ้ำ

2.2 การทำธุรกิจประมงและต่อเนื่องประมง

พรมแดนไทย-กัมพูชาด้านติดทะเลแถบ จังหวัดตราด การข้ามพรมแดนจะมีความแตกต่าง ทางด้านภูมิประเทศ เช่น การข้ามแดนของแรงงาน เขมรแถบตำบลบ้านหาดเล็ก อำเภอคลองใหญ่ มีทั้งที่ลักลอบเข้ามาทางเรือ ส่วนทางบกมีทั้งที่ใช้ ใบผ่านแดน และมีการลักลอบเข้ามาช่องทางธรรมชาติที่เป็นสันเขา ช่วงที่มีการเข้าออกกันมากๆ คือ ช่วงสงกรานต์ การเข้ามาในช่วงแรกๆ ไม่รู้จักใคร จึงต้องผ่านนายหน้า แต่ระยะหลังนายหน้าค่อยๆ หดไป (ยกเว้นที่เข้าไปทำงานในกรุงเทพมหานคร และจังหวัดอื่นๆ) เพราะเริ่มรู้จักแหล่งงานมีเครือข่าย ของคนรู้จัก หรือญาติพี่น้องที่เข้ามาทำงานและ กลับไปชักชวนพี่น้อง และคนในหมู่บ้านให้เข้ามา ทำงาน

บ้านคลองสนและบ้านคลองมะขาม ตำบลบ้านหาดเล็ก อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด เป็นจุดเริ่มต้นของแรงงานเขมรที่เข้ามาจากจังหวัด เกาะกง พวกนี้จะมากับเพื่อน ญาติ เพราะเห็นภาพ ว่าแรงงานที่มาทำงานที่นี่สามารถเก็บเงินสร้างบ้าน

เลี้ยงหมู ซื้อมอเตอร์ไซด์ และอื่นๆ ที่อยากได้ ผู้ชายมักทำงานเป็นลูกเรือ หรือเป็นแรงงานที่ทำเรือ ส่วนผู้หญิงทำงานทั่วไป มีทั้งแกะกุ้ง คัดปลา ทำงานบ้าน ร้านอาหาร กลุ่มที่มีครอบครัวจะเช่า บ้านให้ลูกเมียอยู่ในชุมชนนี้ซึ่งเป็นชาวเขมรดึง ร้อยละ 70 ส่วนแรงงานที่เป็นโสคจะเริ่มต้นชีวิตที่นี่ ก่อนที่จะย้ายไปที่อื่นถ้าต้องการ มีการเช่าห้องแถว อยู่ร่วมกับคนไทย เป็นการพึ่งพากันทางด้าน เศรษฐกิจ

ดังคำพูดของเจ้าของบ้านเช่าคนไทยที่อยู่ บ้านคลองสนรายหนึ่งว่า “ถ้าไม่มีเขมร จะไม่มี ใครเช่าบ้าน ซื้อของ ซื้อมอเตอร์ไซด์รับจ้าง.....ทุกอย่าง” (สัมภาษณ์เจ้าของบ้านเช่า, วันที่ 15 ธันวาคม 2550) ในฤดูมรสุม เรือจะออกไปทาง ปักยี่ได้ถ้าเปรียบเทียบกับปัตตานี ที่นั่นเป็นชุมชนคน โสคชั่วคราว แต่ที่คลองสน คลองมะขาม มีลูกเมีย รอดูอยู่ แถบนี้จึงมีความเป็นชุมชนของแรงงานเขมร มากกว่า และที่สำคัญอยู่ติดกับชายแดนประเทศ กัมพูชาสามารถเดินทางกลับบ้านได้โดยสะดวก



รูปที่ 4 แรงงานเขมรในธุรกิจประมงและต่อเนื่องประมงทั้งชายและหญิงในจังหวัดตราด

การเข้ามาของแรงงานเขมรที่คลองสนและคลองมะขามนี้ มีความแตกต่างที่น่าสนใจ คือ การพาผู้สูงอายุที่เป็นพ่อ แม่เข้ามาด้วย เพื่อให้ดูแลหลาน พวกคนจะได้ออกไปทำงาน การนำผู้สูงอายุมาอยู่ด้วยนอกจากจะสามารถลดค่าใช้จ่ายเพราะไม่ต้องส่งเงินกลับไปให้พ่อแม่ที่กัมพูชาแล้ว ยังแสดงถึงความเป็นชุมชนเขมรที่ค่อนข้างเป็นปึกแผ่น มีการสื่อสารกันด้วยภาษาเขมร มีการไปทำบุญที่วัดร่วมกับคนไทย มีงานให้แรงงานเขมรทำตลอดเวลา ดังนั้นการนำผู้สูงอายุเข้ามาอยู่ในเมืองไทยด้วย จึงเป็นดัชนีชี้วัดความมั่นคงของชุมชนเขมรที่คลองสนและคลองมะขามได้

นอกจากนั้นแรงงานเขมรยังทำงานในลักษณะอื่นๆ เช่น ไร่ไม้หิน ไร่ข้าวแข็ง ไร่เลี้ยงบ่อกุ้ง งานก่อสร้าง และงานตามรีสอร์ทต่างๆ

3. สถานการณ์ด้านสุขภาพของ ประเทศกัมพูชา

การเข้ามาใช้บริการสุขภาพในประเทศไทยของชาวเขมรมีความสัมพันธ์กับสภาพของระบบ

สาธารณสุขของกัมพูชา ดังนั้นเพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงเหตุผลที่ทำให้ชาวเขมรส่วนหนึ่งต้องมาใช้บริการสาธารณสุขของไทย จึงขอเสนอภาพของระบบสาธารณสุขของกัมพูชาที่สะท้อนจากรายงานของ Veronica Walford (2000) ที่รายงานไว้เมื่อปี พ.ศ. 2543 ซึ่งยังคงมีสภาพไม่แตกต่างจากในปัจจุบันที่ได้รับการบอกเล่าจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของไทยที่ได้เข้าไปทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของฝ่ายกัมพูชา

กัมพูชาเป็นประเทศยากจนที่สุดในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ กว่าร้อยละ 40 ของครัวเรือนอยู่ต่ำกว่าเส้นความยากจน ประชาชนที่ยากจนกว่าร้อยละ 90 อาศัยอยู่ในชนบทโดยมีรายได้น้อยกว่า 1 ใน 3 ของคนในเขตเมือง ตามตัวชี้วัดความยากจนขององค์การสหประชาชาติ พบว่ากัมพูชาอยู่อันดับที่ 73 ใน 78 ประเทศกำลังพัฒนา ทั้งนี้สืบเนื่องจากกัมพูชาคงอยู่ในภาวะสงครามมาตลอด 30 ปี



รูปที่ 5 สภาพที่อยู่อาศัยของชาวเขมรที่หมู่บ้านโสมมิด บริเวณชายแดนไทย-กัมพูชา

ปัญหาสุขภาพของกัมพูชาคือ ปัญหาด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อม และภาวะทุพโภชนาการ ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ 7 อันดับคือ เอชไอวี ความพิการจากการถูกกบฏระเบิดอุบัติเหตุ วัณโรค (เฉพาะวัณโรคมีรายงานจาก WHO Global TB Report 2006 ว่ากัมพูชามีผู้ป่วยวัณโรคสูงเป็นอันดับที่ 22 ของโลกและในจำนวนนี้ 2 ใน 3 อยู่ระยะของการแพร่เชื้อและเสียชีวิตประมาณปีละ 13,000 ราย) มาลาเรีย ไข้เลือดออก และท้องร่วง นอกจากนั้นยังมีปัญหาการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การตายของมารดาจากการทำแท้ง การตกเลือด โดยพบว่ากัมพูชามีอัตราการตายของทารก เด็ก และมารดาสูงสุดเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคเดียวกัน

ผลกระทบของสงครามภายใน ทำให้ในปี พ.ศ. 2522 กัมพูชามีแพทย์เหลือเพียง 50 คน อุปกรณ์ทางการแพทย์เสียหายทำให้รัฐบาลกัมพูชาต้องพัฒนาโครงสร้างระบบสาธารณสุขใหม่ ในปี พ.ศ. 2538 ได้กำหนดแผนการกระจายโรงพยาบาลและสถานอนามัยให้ครอบคลุมทั้ง 67 อำเภอตาม

ความหนาแน่นของประชากรโดยอำเภอที่มีประชาชน 10,000 คนขึ้นไป จะมีโรงพยาบาลและสถานอนามัย ส่วนในพื้นที่ที่ประชากรเบาบาง การคมนาคมเข้าถึงลำบาก ให้สร้างเป็นศูนย์สุขภาพ

ค่าใช้จ่ายเรื่องสุขภาพของชาวกัมพูชาก่อนข้างสูง คือประมาณร้อยละ 11 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดของชาวชนบท และประมาณร้อยละ 28 สำหรับผู้ที่มิใช่ฐานะยากจน (Veronica, 2000) ซึ่งเป็นตัวเลขที่สูงมากสำหรับประเทศกำลังพัฒนาและกลายเป็นภาระหนักของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เป็นสาเหตุหนึ่งของความยากจน โดยทั่วไปอัตราส่วนของการให้บริการระบบสุขภาพของรัฐค่อนข้างน้อยประมาณ 0.3 /คน/ปี เนื่องจากแผนงานดังกล่าวยังดำเนินการได้ไม่ครอบคลุมและคุณภาพของการให้บริการต่ำ ส่วนในพื้นที่ที่มีความช่วยเหลือขององค์กรพัฒนาเอกชนมีการให้บริการมากกว่า การบริการที่ด้อยคุณภาพนี้เป็นผลมาจากเจ้าหน้าที่ขาดความเชี่ยวชาญ ขาดแคลนงบประมาณ ค่าบริการที่สูง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ได้ค่าตอบแทนค่อนข้างต่ำ ประมาณ 15 ดอลลาร์/เดือน ทำให้เจ้าหน้าที่เหล่านี้ไปเปิดคลินิกส่วนตัวให้บริการและเก็บค่าบริการเพิ่ม ทางรัฐบาลจึงแก้

ปัญหาด้วยการนำเงินงบประมาณครั้งหนึ่งที่ใช้ในการซื้อครุภัณฑ์และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์มาจ่ายเป็นเงินเดือนเพิ่มเติมให้เจ้าหน้าที่



รูปที่ 6 โรงพยาบาลประจำจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชา

4 สภาวะสุขภาพของชาวกัมพูชา

จากการสำรวจสำมะโนประชากรและสภาวะสุขภาพของชาวกัมพูชาในปี 2548 (ที่มา: National Institute of Statistics, Phnom Penh, Cambodia, 2005) โดยสำรวจสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยในช่วง 30 วันก่อนการสำรวจในประเด็นเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย เมื่อเจ็บป่วยไปรับการรักษาที่ไหนบ้าง ผลการสำรวจพบว่า เมื่อเกิดการเจ็บป่วยชาวกัมพูชาส่วนใหญ่เลือกใช้บริการตามลำดับดังนี้ อันดับที่ 1 ไปใช้บริการจากสถานพยาบาลของเอกชนทั้งในเขตเมืองและชนบท (ร้อยละ 59.9 และร้อยละ 46.7) รองลงมาคือสถานพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 18.6 ในเขตเมือง และร้อยละ 22.0 ในเขตชนบท และอันดับ 3 ไปใช้บริการจากสถานที่ที่ไม่ใช่สถานพยาบาลในเขต

เมืองร้อยละ 14.5 และในเขตชนบท ร้อยละ 21.6 ตามลำดับ

ในส่วนของการไปใช้บริการครั้งแรกจากสถานพยาบาลเอกชนมีรายละเอียดดังนี้ ในเขตเมือง อันดับหนึ่งไปซื้อยาจากร้านขายยามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25.1 รองลงมาคือ คลินิกเอกชนร้อยละ 14.8 ใช้บริการจากบุคลากรสาธารณสุขที่ไปให้บริการที่บ้านร้อยละ 10.6 ไปใช้บริการที่คลินิกของบุคลากรสาธารณสุข (ไม่ใช่แพทย์) ร้อยละ 6.4 ส่วนในเขตชนบทไปใช้บริการจากบุคลากรสาธารณสุขที่ไปให้บริการที่บ้านมากที่สุดร้อยละ 18.8 รองลงมาคือ ใช้บริการจากคลินิกของบุคลากรสาธารณสุข (ไม่ใช่แพทย์) ร้อยละ 12.0 จากร้านขายยาร้อยละ 6.6 และคลินิกเอกชน (แพทย์) ร้อยละ 6.3

ในพื้นที่ที่ความเชื่อมั่นต่อบริการของรัฐต่ำ จะมีการใช้บริการจากร้านขายยามีคลินิกเอกชนเกิดขึ้นจำนวนมากโดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าโรงพยาบาลเอกชนมีการให้บริการดีกว่าโรงพยาบาลรัฐ เพราะมีเครื่องมือเวชภัณฑ์ มีการดูแลเอาใจใส่ และมีประสิทธิภาพทำให้เกิดปัญหาการใช้ยาและการส่งการรักษาที่เกินความจำเป็น

5. การใช้บริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติเขมร

นับตั้งแต่สหประชาชาติถอนตัวจากการดูแลศูนย์อพยพที่เขาสีด่าง ในปี พ.ศ. 2536 และนโยบาย “เปลี่ยนสนามรบให้เป็นสนามการค้า” ในสมัยรัฐบาลพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ ทำให้สถานพยาบาลในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชาต้องรับภาระในการให้บริการสุขภาพแก่แรงงานเขมรที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยเพิ่มขึ้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ให้นโยบายในการให้บริการคือช่วยเหลือรักษาตามหลักมนุษยธรรม ให้บริการที่เท่าเทียมกับคนไทย ไม่เลือกสัญชาติ ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขระดับปฏิบัติการในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชาได้สะท้อนออกมาตรงกันว่า

“ความลำบากมีด้วยกันทุกชาติพันธุ์ ถ้าช่วยได้ก็ช่วยกันไป”

“ปฏิบัติเหมือนคนไทยทั่วไป โรงพยาบาลไม่ใช่แหล่งธุรกิจต้องว่ากันไปตามมนุษยธรรม”

“พวกนี้ไม่มีสตางค์ เป็นเรื่องมนุษยธรรมไม่ทำคงไม่ได้ ชีวิตคนต้องว่ากันไปก่อน เรื่องเงินทองมาทีหลัง”

(สัมภาษณ์ ผู้บริหารโรงพยาบาลต่างๆ ในพื้นที่, ระหว่างช่วงเดือนพฤศจิกายน 2550 - มกราคม 2551)

จากการศึกษากลุ่มคนเขมรที่มาใช้บริการการรักษาพยาบาลแถบพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชาสามารถแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ 3 กลุ่มดังนี้

5.1 แรงงานเขมรที่ขึ้นทะเบียน

แรงงานข้ามชาติเขมรที่จดทะเบียนขอใบอนุญาตทำงานต้องผ่านการตรวจสุขภาพจากสถานพยาบาลที่รับประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติที่กำหนด ผู้ที่ผ่านการตรวจร่างกายจะได้บัตรประกันสุขภาพด้วย โดยแรงงานเหล่านี้สามารถใช้สิทธิรับบริการรักษาพยาบาลจากสถานบริการในพื้นที่ได้โดยร่วมจ่ายครั้งละ 30 บาท จากการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลต่างๆ ในพื้นที่พบว่า แรงงานกลุ่มนี้มาใช้บริการน้อย เนื่องจากอยู่ในวัยแรงงาน ยกเว้นประสบอุบัติเหตุปกติเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ จะซื้อยากินเอง หรือถ้าพอมีเงินบ้างก็ไปหาหมอที่คลินิก เพราะการมาโรงพยาบาลทำให้เสียเวลาในการทำงาน อีกสาเหตุหนึ่ง เป็นเพราะนายจ้างไม่ให้บัตรแก่แรงงานเพราะเปลี่ยนงานบ่อย บางคนมีสิทธิในการรักษา แต่มีปัญหาเรื่องการสื่อสารออกเสียงชื่อไม่ตรงกัน ทำให้เจ้าหน้าที่เข้าใจผิดว่าไม่ใช่เจ้าของบัตรที่แท้จริง แรงงานกลุ่มนี้ไม่มีปัญหาเรื่องการจ่ายค่ารักษาพยาบาล แต่แรงงานเขมรที่ขึ้นทะเบียนมีจำนวนลดน้อยลงไปเรื่อยๆ (ดูตัวอย่างจำนวนแรงงานที่ขึ้นทะเบียนของจังหวัดตราดตารางที่3) เนื่องจากไม่มีความแตกต่างระหว่างผู้ที่ขึ้นทะเบียนกับไม่ขึ้นทะเบียน ผู้ไม่ขึ้นทะเบียนก็ยังสามารถทำงานในประเทศไทยโดยไม่มีการตรวจจับ ประกอบกับแรงงานข้ามชาติเหล่านี้ยังอยู่ในวัยฉกรรจ์ ร่างกายยังแข็งแรง ไม่ค่อยเจ็บป่วย จึงคิดว่าไม่จำเป็นต้องขึ้นทะเบียนและยังเป็นการประหยัดค่าประกันสุขภาพด้วย

ตารางที่ 3 จำนวนแรงงานข้ามชาติเขมรที่มาจดทะเบียนในจังหวัดตราดปี 2547-2549

ปี	จำนวน
2547	11,498
2548	10,402
2549 ^๕	5,572

ที่มา : กฤตยา อาชวนิจกุล, 2550, 258.

5.2 แรงงานเขมรที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน

เมื่อเจ็บป่วย ในเบื้องต้นแรงงานกลุ่มนี้จะรักษาตนเองด้วยวิธีการต่างๆ เมื่อไม่หายจึงมารักษาที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยที่มาเป็นคนที่ไข้หนักมาก มาด้วยอาการที่ไม่รุนแรง และจะไม่หนักมาก ส่วนใหญ่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้แม้จะไม่ทั้งหมด ส่วนคนไข้ในมีสภาพเหมือนคนไทยในช่วงก่อนที่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ ถ้าอาการไม่หนักไม่มาโรงพยาบาล เพราะการมาโรงพยาบาลหมายถึงการต้องกู้หนี้ยืมสิน ดังนั้นจึงผ่านการรักษาที่หมอพื้นบ้าน การรักษากับหมอชาวบ้านที่เขยทำงานในศูนย์อพยพ การใช้ยาสมุนไพร เมื่อไม่หายจึงมาโรงพยาบาล (สัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลตาพระยา, 13 พฤศจิกายน 2550) คนไข้ในจะเก็บเงินได้บ้างแต่ไม่เต็มจำนวน ส่วนใหญ่จะเก็บไม่ได้ คนไข้ในประเภทป่วยหนักมักมาด้วยโรคติดเชื้อทะเลาะวิวาททำร้ายร่างกาย ประสบอุบัติเหตุจากการทำงาน โดยมีนายจ้างพามาส่ง นายจ้างที่มีคุณธรรมจะมารับกลับและจ่ายค่ารักษาแต่มีจำนวนไม่น้อยที่ไม่มารับกลับโดยแจ้งชื่อและที่อยู่ปลอม ทำให้โรงพยาบาลไม่สามารถติดตามเก็บค่ารักษาได้ กรณีที่มีอาการหนักมากเกินความสามารถของโรงพยาบาล จะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีความพร้อมกว่า ตัวอย่างเช่น จังหวัดสระแก้ว เส้นทางของการส่งต่อคือ จาก

โรงพยาบาลตาพระยา หรือวัฒนานคร ส่งต่อไปที่โรงพยาบาลรัฐประเทศ ถ้าไม่สามารถรักษาได้จะส่งไปโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช (จังหวัดสระแก้ว) และโรงพยาบาลสมเด็จพระปกเกล้า (จังหวัดจันทบุรี) ตามลำดับ โรงพยาบาลที่รับคนไข้ส่งต่อเหล่านี้จะไม่สามารถเก็บค่ารักษาใดๆ ได้ “ส่วนใหญ่คนไข้ที่ส่งต่อจะเป็นคนไข้หนักบางรายค่ารักษา 4-5 แสนบาท บาทเดียวก็เก็บไม่ได้” (สัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลตราด, วันที่ 12 ธันวาคม 2551)

สถิติคนไข้ที่ได้รับการอนุเคราะห์จากโรงพยาบาลสมเด็จพระปกเกล้าสะท้อนภาระที่โรงพยาบาลชายแดนต้องแบกรับในแต่ละปี เช่นในปี พ.ศ. 2550 โรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายที่ไม่สามารถเรียกเก็บได้กว่า 20 ล้านบาท ในจำนวนนี้กว่าครึ่งเป็นค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเขมร เมื่อคิดเป็นสัดส่วนผู้ป่วยไทยต่อผู้ป่วยเขมรเท่ากับ 70:30 หมายความว่าค่าใช้จ่ายสำหรับคนไทย 70 คน เท่ากับค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยเขมร 30 คน หรือผู้ป่วยเขมรมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อรายสูงกว่าผู้ป่วยคนไทยถึง 2.3 เท่า ทั้งนี้เป็นเพราะผู้ป่วยเขมรที่ส่งมารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระปกเกล้าทั้งจากประเทศกัมพูชา และที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลในระบบเครือข่ายล้วนมีอาการหนัก

“เราไม่ได้ดูแลเขาเป็นผักเป็นปลา”
“คนใช้หนักๆ เราก็รักษาเหมือนคนไทยเลย หมอ
ไม่มานั่งดูว่าไปก็หมื่นก็แสนแล้ว รักษาให้หาย
ถ้าเกินขีดความสามารถก็ส่งต่อให้ทางปกเกล้า”
(ผู้บริหารโรงพยาบาลตราด, สัมภาษณ์ วันที่ 12
ธันวาคม 2551)

5.3 คนเขมรจากฝั่งกัมพูชา

ผู้ป่วยกลุ่มนี้ถึงแม้จะไม่ได้เป็นแรงงาน
ที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย แต่เป็นอีกกลุ่มหนึ่ง
ที่เข้ามาใช้บริการระบบสาธารณสุขของไทย
สามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีฐานะ
ปานกลาง จนถึงร่ำรวย และกลุ่มที่มีฐานะยากจน
ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

5.3.1 กลุ่มที่มีฐานะปานกลาง-ร่ำรวย

เนื่องจากชาวเขมรมีความเชื่อว่าโรงพยาบาล
เอกชนสามารถให้บริการที่ดีกว่าโรงพยาบาล
ของรัฐ ดังนั้นคนกลุ่มนี้จึงนิยมเข้ามาใช้บริการ
จากโรงพยาบาลเอกชนของไทยทั้งในพื้นที่ชาย
แดนและในกรุงเทพฯ โดยโรงพยาบาลเหล่านี้ได้จัด
รูปแบบการให้บริการที่หลากหลาย กรณีที่ป่วย
หนักสามารถโทรศัพท์เรียกรถพยาบาลให้เข้าไปรับ
ที่ชายแดนได้ นอกจากนั้นยังมีรถที่จัดทำเป็นคลินิก
เคลื่อนที่ (Mobile clinic) ไปคอยให้บริการรับผู้ป่วย
บริเวณจุดผ่านแดน โดยปกติจะมีคนเขมรมาว่าจ้าง
คนไทยให้พามารักษาที่ฝั่งไทยอยู่แล้ว พอมีคลินิก
เคลื่อนที่จึงเป็นการอำนวยความสะดวกให้มากขึ้น
คนที่มีฐานะปานกลางจะใช้บริการรักษาอยู่ที่โรง
พยาบาลเอกชนในพื้นที่ ส่วนผู้ที่มีฐานะร่ำรวยนิยม
เข้ามารักษาที่โรงพยาบาลที่มีชื่อเสียงในกรุงเทพฯ
เช่น โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ โรงพยาบาลสมิติเวช
โรงพยาบาลกรุงเทพ โรงพยาบาลพญาไท และ
โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ เป็นต้น (หลายโรงพยา-

บาลทำแผ่นพับประชาสัมพันธ์โรงพยาบาลเป็น
ภาษาเขมร หรือเสื้อยืดที่พนักงานใส่ก็เขียนด้วย
ภาษาเขมร เป็นต้น) โดยมีรพพยาบาลของโรงพยา
บาลเหล่านั้นมารับบริการถึงที่ นอกจากนี้ยังมีการ
ตั้งสำนักงานเพื่อประชาสัมพันธ์และอำนวยความสะดวก
ที่จังหวัดเกาะกง โดยมีตัวแทน (ลักษณะ
คล้ายนายหน้า) ทางฝั่งกัมพูชาทำหน้าที่ประสาน
กับทหารและด่านตรวจคนเข้าเมือง (ตม.) ทำเรื่อง
ขออนุญาตเข้ามา และนำรถมารับไปส่งที่โรงพยา
บาลในกรุงเทพฯ หรือโรงพยาบาลเอกชนในพื้นที่
ตัวแทนเหล่านี้จะได้รับส่วนแบ่งเป็นรายหัวหรือ
เป็นร้อยละ ส่วนบริเวณชายแดนด้านภาคตะวันออก
เฉียงเหนือ เช่นที่จังหวัดสุรินทร์ ชาวเขมรและ
ครอบครัวที่มีฐานะดี เช่น ทหาร ข้าราชการ และ
ครอบครัวนิยมเข้ามารับบริการที่โรงพยาบาลรวม
แพทย์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเอกชน โดยมีเจ้าหน้าที่
ฝ่ายไทยช่วยอำนวยความสะดวกให้

สมัยก่อนที่ยังไม่มีโรงพยาบาลเอกชน ผู้
ป่วยชาวเขมรจะเข้ามารับบริการโรงพยาบาล
ของรัฐ ทำให้โรงพยาบาลมีรายได้จากคนกลุ่มนี้ที่
สามารถนำมาชดเชยให้กับผู้ป่วยเขมรที่ไม่สามารถ
จ่ายค่ารักษาได้ แต่เมื่อมีโรงพยาบาลเอกชนเกิดขึ้น
ชาวเขมรที่มารับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐส่วน
ใหญ่จึงเหลือแต่ผู้ที่มีฐานะยากจน

5.3.2 กลุ่มที่มีฐานะยากจน

กลุ่มนี้ที่เข้ามารักษามีอาการหนักมาก
กว่าที่มีอาการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ทางเจ้าหน้าที่
ตม. จะอนุญาตให้เข้ามารับบริการได้ในสถานพยาบาล
ที่เป็นที่ตั้งของจุดผ่านแดน เช่น ผู้ป่วยที่เข้ามา
ทางจุดผ่านแดนบ้านแหลมและบ้านผักกาด อนุญาต
ให้ไปที่โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน หรือหากเข้ามาทาง
จุดผ่อนปรนซับคารีและสวนส้ม อนุญาตให้ไปที่
โรงพยาบาลสอยดาว เป็นต้น ยกเว้นกรณีที่เกิดโรค

ความสามารถของโรงพยาบาลนั้นๆ จึงจะส่งต่อไปยังสถานพยาบาลในเครือข่ายโดยต้องมีใบนำส่งจึงออกไปนอกพื้นที่ได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง แต่โรงพยาบาลกลับเรียกเก็บค่ารักษาได้น้อยหรือไม่ได้เลย

ในแต่ละปีโรงพยาบาลในพื้นที่ชายแดนต้องรับภาระจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ชาวเขมรในกลุ่มที่ 2 และ 3.2 โดยไม่สามารถเรียกเก็บได้ปีละกว่า 30 ล้าน (ข้อมูลปี 2550 เฉพาะโรงพยาบาลในพื้นที่ศึกษา) ขึ้นอยู่กับขนาดของโรงพยาบาล โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (โรงพยาบาลศูนย์) ต้องรับภาระถึงปีละเกือบ 20 ล้านบาท โรงพยาบาลทั่วไป 1-5 ล้านบาท และโรงพยาบาลชุมชน 3-4 แสนบาท (สัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลต่างๆ ในพื้นที่, ระหว่างพฤศจิกายน 2550 - มกราคม 2551) ทำให้โรงพยาบาลตกอยู่ในสภาพที่ลำบาก เพราะเมื่อรัฐนำโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเข้ามา ทำให้ระบบการจัดสรรงบประมาณเป็นระบบตายตัว ที่จ่ายเงินตามจำนวนประชากรที่โรงพยาบาลรับผิดชอบ โดยใช้หลักฐานคือ หมายเลขบัตรประชาชน 13 หลัก ทำให้โรงพยาบาลต้องพยายามบริหารจัดการงบประมาณให้พอใช้ตลอดทั้งปี ต้องนำงบประมาณจากหลักประกันสุขภาพของคนไทยมาให้บริการกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ เมื่อมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้มีผู้ป่วยมารับบริการเพิ่มมากขึ้น จากสถิติจากโรงพยาบาลสมเด็จพระปกเกล้า พบว่าคนไข้นอกจากเดิมวันละ 1,000-1,200 คน เพิ่มขึ้นเป็น 2,000-2,200 คน และคนไข้ในจากเดิมอัตราครองเตียงร้อยละ 70 เพิ่มขึ้นร้อยละ 90 (ผู้บริหารโรงพยาบาลสมเด็จพระปกเกล้า, สัมภาษณ์วันที่ 29 พฤศจิกายน 2550) ซึ่งเป็นภาระที่หนักมากของโรงพยาบาลหรือกรณีของโรงพยาบาลกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ ในปี 2550 มีค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเขมร

เฉลี่ยวันละประมาณ 1,500 บาท หรือปีละเกือบ 4 แสนบาท และนับตั้งแต่ปี 2543-ปัจจุบัน โรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายประมาณเกือบ 4 ล้านบาท (ผู้บริหารโรงพยาบาลกาบเชิง, สัมภาษณ์วันที่ 19 มกราคม 2551)

6. ทางออกของโรงพยาบาลในการรับมือกับปัญหา

โรงพยาบาลแต่ละแห่งได้พยายามสะท้อนปัญหาดังกล่าวให้กับหน่วยงานที่รับผิดชอบ แต่เนื่องจากการแก้ปัญหาต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ทำให้สภาพปัญหายังไม่ได้รับการคลี่คลาย ดังนั้นโรงพยาบาลแต่ละแห่งจึงต้องแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งมีความหลากหลายตามบริบทและสภาพของปัญหาของแต่ละโรงพยาบาล ดังนี้

6.1 การสร้างความเข้าใจและปรับทัศนคติของบุคลากร

มีโรงพยาบาลหลายแห่งที่พาบุคลากรของโรงพยาบาลไปศึกษาดูงานโรงพยาบาลในประเทศกัมพูชาเพื่อให้เกิดความเข้าใจและเห็นใจมากขึ้น มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยชาวเขมรมากขึ้น เช่น โรงพยาบาลคลองใหญ่ นำบุคลากรทั้งหมดไปดูงานที่โรงพยาบาลจังหวัดเกาะกง (Kaoh Kong) หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์นำแพทย์พยาบาลไปดูงานที่โรงพยาบาลจังหวัดอุดรธานี (Otdar Mean Chey Hospital)

6.2 การพัฒนาโครงการความร่วมมือด้านสาธารณสุขระหว่างสองประเทศ

ด้วยทางฝ่ายไทยตระหนักถึงปัญหาและข้อจำกัดของระบบสาธารณสุขของกัมพูชา ดังนั้นสถานบริการสาธารณสุขในระดับพื้นที่จึงได้พัฒนา

โครงการความร่วมมือในหลากหลายรูปแบบเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขร่วมกัน เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้วจัดโครงการตรวจปากแห้งเพดานโหว่และได้ประสานกับหน่วยงานสาธารณสุขฝั่งกัมพูชาในการส่งผู้ป่วยเข้ามารับการตรวจรักษาโดยเสียค่าใช้จ่ายเพียงร้อยละ 20 โครงการออกหน่วยเคลื่อนที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราดมีแพทย์พยาบาลไปให้บริการ และได้ประสานกับฝ่ายกัมพูชาให้ส่งผู้ป่วยมาตรวจรักษา นิดดา จนถึงขั้นผ่าตัดเล็ก

นอกจากนี้ยังมีโครงการการแลกเปลี่ยนความรู้บริเวณพื้นที่ชายแดน มีการดูงาน ฝึกงาน การช่วยวางระบบ โดยคณะทำงานสาธารณสุขร่วมมือกับโรงพยาบาลกัมพูชาเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย เช่น การคลอดบุตรโดยทำเองที่บ้านทำให้เกิดปัญหาทารกค้าง คกเถิดค ต้องส่งมารับการรักษาที่ฝั่งไทยจำนวนมาก จึงมีการส่งสูตินารีแพทย์และกุมารแพทย์ไปแนะนำให้ความรู้ ปรากฏว่าได้ผลดีสามารถลดจำนวนคนไข้คลอดผิดปกติ หรือมีปัญหาแทรกซ้อนจากการคลอดลดน้อยลง

โครงการความร่วมมือที่น่าสนใจและสามารถแก้ปัญหาได้ในระยะยาวคือโครงการความร่วมมือระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์กับฝ่ายสาธารณสุขของจังหวัดอุดรธานีชัย ในปี พ.ศ. 2543 โดยได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงต่างประเทศและกรมวิเทศสหการ เนื่องจากสถานการณ์ในขณะนั้นแม้แต่แคว้นใช้ผ่าตัดไส้ติ่ง ทางกัมพูชายังต้องส่งมารักษาที่โรงพยาบาลกาบเชิง ทำให้โรงพยาบาลต้องแบกรับค่าใช้จ่ายเป็นหลักล้าน จึงเกิดโครงการนำแพทย์ชาวเขมรมาฝึกอบรมที่โรงพยาบาลสุรินทร์ (เป็นโรงพยาบาลศูนย์ มีศักยภาพและความพร้อม) รุ่นละ 2 คน นาน 2 สัปดาห์ ได้จัดฝึกอบรมไปทั้งหมด 7 รุ่น ในระยะเวลา 2 ปี เนื้อหาการอบรมมีทั้งการบริหาร

จัดการ การผ่าตัด เกศัชกรรม การแพทย์แผนไทย และยาสมุนไพร

หลังการอบรม ทางฝ่ายไทยได้ช่วยจัดเตรียมห้องผ่าตัดให้กับโรงพยาบาลที่อัลลองเวง (Anlong Veng) เพื่อให้สามารถทำการรักษาได้ โดยได้รับความช่วยเหลือจากองค์กรพัฒนาเอกชนของประเทศเยอรมันนี เพื่อจัดหาอุปกรณ์และเครื่องมือต่างๆ ให้ จากนั้นแพทย์ไทยได้เดินทางไปทัศนศึกษาที่โรงพยาบาลฝั่งกัมพูชาทุก 2 เดือน หลังการฝึกอบรมแพทย์ชาวเขมรสามารถทำการรักษาโรคที่ซับซ้อนได้มากขึ้น ผลการะของโรงพยาบาลกาบเชิงและโรงพยาบาลสุรินทร์ลงได้ระดับหนึ่ง

6.3 การคัดกรองผู้ป่วยในเบื้องต้น

โรงพยาบาลบางแห่งได้ใช้ที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาอำเภอเพื่อหาแนวทางลดจำนวนผู้ป่วยจากกัมพูชาที่เข้ามาใช้บริการ โดยให้ทางคม. ช่วยคัดกรองในเบื้องต้น ถ้าอาการไม่หนักให้รักษาที่ฝั่งกัมพูชา กรณีที่อนุญาตให้เข้ามาได้ ให้ดม. ระบุว่ามียาจำนวนเงินที่ติดตัวมา ค่าธรรมเนียมผ่านด่าน ค่ารถและจำนวนเงินที่เหลือในใบส่งตัว และโรงพยาบาลจะใช้ใบนี้ในการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล ยกเว้นกรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน วิธีนี้ทางโรงพยาบาลไม่ได้คาดหวังมากนัก แต่ก็ถือว่าเป็นคัดกรองในระดับหนึ่ง ในขณะที่เจ้าหน้าที่ดม.เองก็มีความกระอักกระอ่วนใจเพราะไม่มีความรู้พอที่จะคัดกรองได้ และรู้สึกเห็นใจผู้ป่วย ดังสะท้อนจากคำพูดที่ว่า

“เรื่องสุขภาพเราก็คือทราบที่โรงพยาบาลมีปัญหา เฉพาะคนไทยก็รับไม่ไหวแล้ว แต่เป็นเรื่องมนุษยธรรมเราไม่สามารถไปยับยั้งได้ อีกอย่างจะให้เราสกรีน เราไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญในการดำเนินการตรวจว่าคนนี้เป็นโรคอะไร เราไม่มีความรู้ เขามานอนร้องโอดโอยโดยที่เราไม่ส่ง เราทำไม่ได้ จะ

ให้เจ้าหน้าที่ปฏิเสธก็ยาก”

“เมื่อถามว่ามีเงินหรือเปล่า ต่อหน้า คม. จะบอกว่ามี พอเริ่มเข้าประเทศจะขัด (เก็บซ่อน-ผู้วิจัย) หมาดเลย และเราก็ไม่ได้พกหนังสือ พอป่วยเป็นโรคอะไรก็ไปเลยเพราะมีตังไป แต่พอไปถึงโรงพยาบาลก็กลับล้มเลย สุดท้าย คม. ต้องบันทึกไปว่ามีเงินเข้ามาจำนวนเท่าไร เอาเงินมาโชว์ให้ดูเลย คนที่นำส่งโรงพยาบาล ต้องเป็นคนไทย จะเขียนด้วยตัวอักษรสีแดง แล้วให้คนที่พาไปให้เอาใบนี้ไปให้โรงพยาบาล” (เจ้าหน้าที่บุคลากรที่จุดผ่านแดนผ่อนปรนบ้านซันตารี, สัมภาษณ์วันที่ 28 พฤศจิกายน 2550)

ทางโรงพยาบาลต้องเปลี่ยนวิธีการใหม่ๆ ในการรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา เพราะผู้ป่วยเหล่านี้มีการบอกต่อกันภายในเครือข่าย สังเกตได้จากคำพูดที่คนไข้เหล่านี้ใช้ต่อรองกับเจ้าหน้าที่การเงิน เช่น บอกว่าสามีไปลงเรือไม่มีเงินจ่าย หรือเสียค่าคลอด 3,000 บาท จะไปพูดต่อๆ กันว่าค่ารักษาเมืองไทยแค่ 3,000 บาท หรือไปโรงพยาบาลไทยไม่ต้องมีสตางค์ก็ได้ ทั้งๆ ที่มีเงินเป็นต้น ทำให้เจ้าหน้าที่รู้สึกไม่พอใจที่รู้สึกว่ “ตนเองถูกหลอก”

“คนไข้เขมรจะบอกต่อกันว่าให้พูดว่าไม่มีเงินไว้ก่อนขึ้นอยู่กับความเข้มงวดของเจ้าหน้าที่ บางทีบอกให้เปิดกระเป๋าจะมีถึง 6,000 - 7,000 บาท ถ้ารู้ไม่เท่าทันก็เสียเปรียบ แต่บางคนก็ไม่มีจริงๆ” (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลตาพระยา, สัมภาษณ์วันที่ 13 พฤศจิกายน 2550)

“หมอไทยใจดี มีเท่าไรก็เท่านั้น” (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลตราด, สัมภาษณ์วันที่ 12 ธันวาคม 2550)

“หมอไทยใจดี หลอกง่าย” (ผู้บริหารโรงพยาบาลกาบเชิง, สัมภาษณ์วันที่ 19 มกราคม 2551)

“.....ทำไปทำมาก็เหมือนเดิม ไม่ค่อยได้ผล ทำงานคั่งรับ ไม่รู้จะทำอย่างไร” (ผู้บริหารโรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน, สัมภาษณ์วันที่ 27 พฤศจิกายน 2550)

6.4 เสนอโปรแกรมทางเลือกในการรักษาพยาบาล

เนื่องจากสถิติของหญิงตั้งครรภ์ชาวเขมรที่มาคลอดที่โรงพยาบาลโดยไม่ฝากท้องมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจน (สถิติที่มาคลอดที่โรงพยาบาลสอยดาวปี 2549 จำนวน 30 รายเพิ่มเป็นกว่า 100 รายในปี 2550) ทำให้เกิดปัญหาตกเลือด รกค้าง ถ้ามานไม่ทันอาจทำให้เสียชีวิต หรือมาช้าจนทางโรงพยาบาลชุมชนไม่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ต้องส่งต่อ และบางรายติดเชื้อ HIV ทางโรงพยาบาลคลองใหญ่จึงจัดโปรแกรมทำคลอดแบบเหมาจ่าย (package) โดยผู้ป่วยสามารถทยอยผ่อนส่งเป็นงวดๆ ได้ 3 งวด (ผู้บริหารโรงพยาบาลคลองใหญ่, สัมภาษณ์วันที่ 13 ธันวาคม 2550) เพื่อดึงดูดให้มีการฝากครรภ์เพิ่มมากขึ้น (ดูรายละเอียดตัวอย่างอันดับโรคที่ผู้ป่วยเขมรมาใช้บริการที่โรงพยาบาลกาบเชิง ในตารางที่ 4)

6.5 การเก็บค่ามัดจำจากผู้ป่วย

เนื่องจากโรงพยาบาลได้พยายามใช้หลายวิธีแล้วแต่ไม่ค่อยได้ผล ดังนั้นบางโรงพยาบาลจึงใช้วิธีให้คนไข้ในจ่ายเงินมัดจำไว้ก่อน 2,000 บาท เมื่อคนไข้กลับบ้านและมีค่ารักษาไม่ถึง ทางโรงพยาบาลจึงจะคืนให้

ตารางที่ 4 แสดงอันดับของโรคที่ผู้ป่วยเขมรมาใช้บริการที่โรงพยาบาลกานเชิงระหว่างปี พ.ศ. 2543-2549

โรคและความเจ็บป่วยที่ชาวเขมรมาใช้บริการที่โรงพยาบาลกานเชิง						
พ.ศ. 2543	พ.ศ. 2544	พ.ศ. 2545	พ.ศ. 2546	พ.ศ. 2547	พ.ศ. 2548	พ.ศ. 2549
1.การคลอดและภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด	1.ระบบย่อยอาหาร	1.ระบบทางเดินหายใจ	1.ระบบทางเดินหายใจ	1.ระบบทางเดินหายใจ	1.ระบบทางเดินหายใจ	1.การฝากครรภ์และการคลอด
2. ไข้มาลาเรีย	2.ระบบทางเดินหายใจ	2.อุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษ	2.ระบบย่อยอาหาร	2.อุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษ	2.ระบบทางเดินอาหาร	2.ระบบทางเดินหายใจ
3.ถูกกับระเบิด	3.อุบัติเหตุ	3.การตั้งครรภ์ฝากครรภ์การคลอด	3.การตั้งครรภ์ฝากครรภ์การคลอด	3.โรคกระเพาะและทางเดินอาหาร	3.คลอดบุตร	3.ระบบทางเดินอาหาร
4.ระบบทางเดินอาหาร	4.ระบบทางเดินปัสสาวะและสืบพันธุ์	4.อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์	4.ปอดบวม	4.การตั้งครรภ์ฝากครรภ์การคลอด	4.อุบัติเหตุ	4.อุบัติเหตุ
5.ปอดบวม	5.คลอด	5.โรคกระเพาะและระบบทางเดินอาหาร	5.อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์	5.อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์	5.ไส้ติ่งอักเสบ	5.อุจจาระร่วง

7. แนวทางในการจัดการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา

ประเทศไทยกับกัมพูชามีความสัมพันธ์ที่ติดต่อกันมาเป็นเวลาช้านาน มีการพึ่งพากันทางด้านเศรษฐกิจ โดยเฉพาะเศรษฐกิจบริเวณชายแดนประชาชนสองฝั่งมีการไปมาหาสู่ ทำการค้าขายเข้ามาเรียนหนังสือ ทำงาน ปัจจุบันคงปฏิเสธไม่ได้ว่าเศรษฐกิจของประเทศไทยต้องพึ่งพาแรงงานส่วนหนึ่งจากประเทศกัมพูชา เมื่อยามที่ความสัมพันธ์ของสองประเทศเป็นไปด้วยดี ประชาชนสองฝั่งก็มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีด้วย และเมื่อความสัมพันธ์ของสองประเทศดุดองลง คนที่อยู่บริเวณ

ชายแดนย่อมได้รับผลกระทบก่อนผู้อื่น การพยายามสร้าง และรักษาความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสองประเทศภายใต้นโยบายเพื่อนบ้านที่ดีจึงเป็นเรื่องที่รัฐไทยควรให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

ความสามารถในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานที่รัฐไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขตระหนักและให้ความสำคัญมาโดยตลอด โดยเฉพาะในพื้นที่ชายแดน อย่างไรก็ตามรัฐควรมีนโยบายและมาตรการเฉพาะสำหรับการจัดการสุขภาพในพื้นที่ชายแดนซึ่งมีความพิเศษกว่าพื้นที่อื่น ที่ผ่านมามีการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่

ชายแดนเป็นการดำเนินงานที่ตอบสนองนโยบายหลักของกระทรวงสาธารณสุข จึงไม่สามารถแก้ปัญหาสาธารณสุขได้ตรงกับสภาพปัญหาที่แท้จริง สถานพยาบาลในพื้นที่ชายแดนต้องรับมือกับปัญหาแรงงานข้ามชาติที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน ปัญหาการมาใช้บริการของชาวเขมรที่มีฐานะยากจนไม่สามารถชำระค่าบริการได้ โดยพยายามแสวงหาวิธีการที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ซึ่งหลายวิธีเป็นวิธีการที่สามารถแก้ปัญหาได้ในระยะยาว และอีกหลายวิธีอาจดูเหมือนเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชน แต่ทางสถานพยาบาลไม่มีทางเลือก ดังนั้นรัฐจึงควรมีนโยบายที่ชัดเจนในเรื่องนี้ควบคู่ไปกับการดำเนินการเรื่องการขึ้นทะเบียนแรงงานข้ามชาติ และมาตรการการบังคับใช้กฎหมายกับแรงงานที่ไม่ขึ้นทะเบียนอย่างเข้มงวดรวมทั้งสนับสนุนงบประมาณที่เหมาะสมเพื่อดำเนินการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน

เนื่องจากปัญหาสาธารณสุขชายแดนมีความซับซ้อน ละเอียดอ่อนเชื่อมโยงกับปัจจัยหลายด้าน มีความเกี่ยวพัน / เชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่นๆ การดำเนินงานโดยกระทรวงสาธารณสุขเพียงลำพังย่อมไม่ประสบความสำเร็จ ปัญหาสาธารณสุขชายแดนบางปัญหาเป็นผลพวงมาจากวัฒนธรรม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี และการพัฒนาต่างๆ ดังนั้นการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหา และพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานภาครัฐอื่น องค์กรระหว่างประเทศ องค์กรเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และที่สำคัญที่สุดคือการประสานระหว่างจังหวัดชายแดนกับประเทศเพื่อนบ้าน จากความแตกต่างด้านการเมือง การปกครอง และนโยบายของแต่ละประเทศเพื่อนบ้าน จึงจำเป็นต้องอาศัยกลไกการประสานความร่วมมือระดับประเทศเพื่อเป็นการผลักดันให้เกิดการ

ประสานความร่วมมือระดับจังหวัดชายแดนกับประเทศเพื่อนบ้านเป็นไปด้วยความราบรื่น (กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน พ.ศ. 2550 - 2554 โดยมีสองยุทธศาสตร์ที่คาดว่าจะสามารถแก้ปัญหาที่กล่าวมาได้ คือ ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพประชากรต่างด้าวและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และยุทธศาสตร์การประสานความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้านซึ่งจะต้องเฝ้าติดตามต่อไปว่าจะสามารถดำเนินการให้เป็นจริงได้มากน้อยเพียงใด

ในขณะที่ยุทธศาสตร์ดังกล่าวกำลังถูกขับเคลื่อน สถานพยาบาลของรัฐในพื้นที่ชายแดนโดยเฉพาะโรงพยาบาลในเขตเมือง อาทิ โรงพยาบาลอรัญประเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช โรงพยาบาลตราด โรงพยาบาลสมเด็จพระปกเกล้า ฯลฯ ควรแปรวิกฤตเหล่านี้ให้เป็นโอกาส โดยหาทางพัฒนาสถานพยาบาลให้สามารถรองรับผู้ป่วยชาวเขมรที่มีฐานะดีที่นิยมมาใช้บริการสุขภาพในประเทศไทย ให้เข้ามาใช้บริการให้มากขึ้น แทนการไปใช้บริการจากโรงพยาบาลเอกชนที่มีชื่อเสียงเฉพาะในกรุงเทพฯ เท่านั้น เพราะนอกจากจะทำให้โรงพยาบาลมีรายได้เพิ่มขึ้นแล้ว ยังสามารถนำมาชดเชยกับการให้บริการแรงงานข้ามชาติที่ไม่สามารถเรียกเก็บเงินได้

นอกจากนั้น การสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถานพยาบาลในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชาที่ประสบปัญหาเหมือนกัน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และหาแนวทางในการแก้ปัญหาร่วมกันให้มากขึ้น เพราะมีหลายจังหวัดที่สามารถพัฒนาโครงการต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาได้ผลดี

การลดการส่งต่อในระดับเครือข่าย เป็นอีกมาตรการหนึ่งที่โรงพยาบาลแม่ข่ายควรให้ความ

ช่วยเหลือแก่โรงพยาบาลลูกข่าย เช่น การอบรมวิธีการรักษาบางอย่างที่โรงพยาบาลลูกข่ายไม่สามารถทำได้ เพื่อลดการส่งต่อ จะช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในภาพรวม ไม่เป็นภาระของโรงพยาบาลแม่ข่าย และญาติของผู้ป่วยที่ต้องเดินทางมาดูแล อาจใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่เข้ามาช่วย เช่น Telemedicine โดยกระทรวงสาธารณสุขควรสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการ เพราะการส่งต่อแรงงานที่ไม่ขึ้นทะเบียน หรือผู้ป่วยจากฝั่งกัมพูชาที่ไม่สามารถชำระเงินได้ ทำให้ภาระหนักไปตกอยู่ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย

การแก้ปัญหาอย่างยั่งยืนโดยเพิ่มการสนับสนุนโครงการสร้างความเข้มแข็งแก่สถานพยาบาลทางฝั่งกัมพูชาให้มากขึ้น โดยประสานความร่วมมือกันทั้ง 2 ฝ่าย จะทำให้ฝ่ายกัมพูชาสามารถช่วยเหลือตนเอง สามารถลดการพึ่งพิงไทยได้ในระดับหนึ่ง

อย่างไรก็ตามเนื่องจากปัญหานี้เป็นปัญหาระดับชาติที่มีความสำคัญที่อาจกระทบถึงความสัมพันธ์ระดับประเทศ ลำพังสถานพยาบาลในพื้นที่ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ทั้งหมด การที่กระทรวงสาธารณสุขมีแผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนจึงเป็นสิ่งที่ดีโดยสามารถนำแนวคิดเรื่องความมั่นคงทางด้านสุขภาพของมนุษย์มาเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างประเทศไทยกับประเทศกัมพูชา

เชิงอรรถท้ายบท

1. เขมร เป็นชื่อกลุ่มชาติพันธุ์ (ชาวเขมร) ที่เป็นคนส่วนใหญ่ของประเทศกัมพูชา เป็นชื่อภาษา (ภาษาเขมร) และเป็นชื่อประเทศ (ประเทศเขมร) ทั้งนี้เนื่องจากประเทศกัมพูชามีชาวเขมรอาศัยอยู่เป็นคนส่วนใหญ่ และชาวเขมรเป็นกลุ่มที่มีอำนาจปกครองประเทศ จึงมักเรียกว่าประเทศเขมร คำว่าชาวเขมรถูกใช้ในภาษาไทยมาเป็นเวลาช้านาน ดินแดนของประเทศกัมพูชาส่วนที่เคยอยู่ในการปกครองของไทยก็เรียกว่า เขมรส่วนใน ได้แก่ พระตะบอง เสียมราฐ และศรีโสภณ

2. บ้านคลองลึก อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว บ้านหาดเล็ก อำเภอลองใหญ่ จังหวัดตราด ช่องจอม อำเภอกาบัง จังหวัดสุรินทร์ บ้านผักกาด อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี บ้านแหลม อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี ช่องสะง่า อำเภออุสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ

3. ช่องอานม้า อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี บ้านตาพระยา อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว บ้านหนองปรือ อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว บ้านเขาหิน อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว บ้านซับตารี อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี บ้านบึงขันธ์ อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี บ้านสวนส้ม อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี บ้านหมื่นด่าน อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด บ้านมะม่วง อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด

4. ที่อัญประเทศจะเรียกนายจ้างแรงงาน เกี่ยวข้าวว่า เจ้าแก้ว

5. คำนวณปี 2549 เป็นตัวเลข ณ 30 มิถุนายน 2549

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *แผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน พ.ศ. 2550 – 2554*. นนทบุรี: สำนักนโยบายและแผน.
- กฤตยา อาชวนิจกุล และพันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร. (2548). *คำถามและข้อท้าทายต่อนโยบายรัฐไทยในมิติสุขภาวะและสิทธิของแรงงานข้ามชาติ*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กฤตยา อาชวนิจกุล. (2546). *สถานะความรู้เรื่องแรงงานข้ามชาติในประเทศไทยและทิศทางการวิจัยที่พึงพิจารณา*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กฤตยา อาชวนิจกุล. บรรณาธิการ (2550). *รัฐไทยกับการปรับเปลี่ยนนโยบายเอคส์และอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- การค้าชายแดน. สืบค้นจาก <http://www.moc.go.th/opscenter/ly/y14.htm>.
- บัณฑิต ธนชัยเศรษฐวุฒิ. (2548) *เหลียวหลังแลหน้า วิกฤตการคุ้มครองสิทธิแรงงานข้ามชาติ*. โครงการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิแรงงานข้ามชาติ.
- ปัญหาแรงงานต่างด้าวจากราชอาณาจักรกัมพูชา. สืบค้นจาก <http://www.lsc.gspa.org/country/kump/7.pdf>.
- วัชรินทร์ ยงศิริ. (2547). *การค้าชายแดนไทยกับกัมพูชา: ปัญหาที่ประสบในปัจจุบันและแนวทางแก้ไขในอนาคต*. สถาบันวิจัยเอเชียศึกษา. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมศักดิ์ ภัทรกุลวณิช, สมทรง รักษ์เผ่า ถัดดา ลิขิตยั้งวรา และองอาจ เจริญสุข. (2542). *ภาระทางสาธารณสุขจากประเทศเพื่อนบ้าน พ.ศ. 2540-2541*. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 8(2), 104 – 116.
- สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กระทรวงแรงงาน. (2548). *ข้อมูลสถิติจำนวนแรงงานต่างด้าวทั่วราชอาณาจักร ประจำเดือนธันวาคม 2548*.
- Maltoni, B. (2006). *Review of Labour Migration Dynamics in Cambodia*. Phnom Penh: International Organization for Migration.
- Malaysia health around Asia: Cambodia. Retrieved from <http://www.relc.org.sg/RSIP/rsip05/Malaysia/Cambodia.htm>.
- National Institute of Statistics, Phnom Penh, Cambodia, (2005).
- Veronica W., January (2000). *Cambodia Country Health Briefing Paper*. A paper produced for the Department for International development by IHSD, London.
- WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. (2006). *Global Tuberculosis Control 2006*.
- WHO Global Report. (2006). Tuberculosis Profile cited from USAID Cambodia.