

บริการสุขภาพข้ามแดนในเขตอีสานใต้ท่ามกลางสถานการณ์และ บริบทที่เกี่ยวข้องของประเทศต้นทาง (กัมพูชาและ สปป. ลาว)¹ Transborder Health Services in Southern Isan amid the Situations and Contexts Relevant to the Countries of Origin (Cambodia and Lao PDR)

สมหมาย ชินนาค² และ กาญจนา ชินนาค³

Somma Chinnak and Kanjana Chinnak

Received: October 5, 2022/ Revised: December 8, 2022/ Accepted: March 3, 2023

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 3 ประการ คือ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์และบริบทที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพในพื้นที่ชายแดนกัมพูชาและลาว 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำให้คนกัมพูชาและลาวข้ามพรมแดนมาใช้บริการด้านสุขภาพในจังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดใกล้เคียง และ 3) เพื่อศึกษารูปแบบการข้ามแดนของชาวกัมพูชาและลาวที่ใช้บริการสาธารณสุขในจังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดใกล้เคียง ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก

ผลการวิจัยพบว่า 1) สถานการณ์และบริบทที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพในพื้นที่ชายแดนกัมพูชาและลาวมี 2 ประการคือ ลักษณะทางภูมิศาสตร์และยุทธศาสตร์และนโยบายด้านการสาธารณสุขของประเทศ โดยลักษณะทางภูมิศาสตร์เป็นทั้งปัจจัยผลักดัน

¹ บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง การศึกษาสถานการณ์และบริบทที่เกี่ยวข้องกับบริการด้านสุขภาพของพื้นที่ชายแดนประเทศกัมพูชาและ สปป. ลาว ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจาก สกสว. ปี 2564

² Corresponding author, รองศาสตราจารย์, คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี (Associate Professor, Faculty of Liberal Arts, Ubon Ratchathani University), Email: sommai.c@ubu.ac.th

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี (Assistant Professor, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ubon Ratchathani Rajabhat University), Email: kanjana.c@ubru.ac.th

และปัจจัยดึงดูด ส่วนยุทธศาสตร์และนโยบายด้านสาธารณสุขนั้นเป็นปัจจัยผลักดันที่ทำให้เกิดการข้ามแดนเพื่อรับบริการสุขภาพ 2) ปัจจัยที่ทำให้คนกัมพูชาและลาวข้ามพรมแดนมาใช้บริการด้านสุขภาพในจังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดใกล้เคียงนั้นประกอบด้วยปัจจัยด้านภูมิศาสตร์สังคมและปัจจัยส่วนบุคคลคือการแสวงหาระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับตนและความยินดีที่จะซื้อบริการสุขภาพในประเทศปลายทาง และ 3) รูปแบบการข้ามแดนเพื่อใช้บริการสุขภาพในจังหวัดอุบลราชธานีและใกล้เคียงของชาวกัมพูชาและชาวลาวนั้นมี 2 รูปแบบ คือ การใช้เอกสารทางการที่ประเทศต้นทางออกให้ได้แก่หนังสือเดินทาง บัตรผ่านแดน และหนังสือผ่านแดนชั่วคราว ซึ่งมักเป็นกลุ่มที่ประสงค์จะเข้ารับบริการสุขภาพในพื้นที่ตอนในของประเทศปลายทาง และการข้ามแดนที่ไม่ต้องใช้เอกสารทางการ ซึ่งมักเป็นกลุ่มที่ประสงค์เข้ารับบริการสุขภาพในสถานบริการสุขภาพที่อยู่ตามแนวชายแดน

คำสำคัญ: บริการสุขภาพข้ามแดน อีสานใต้ กัมพูชา สปป. ลาว

Abstract

This research has three objectives¹⁾: to study the situations and contexts related to health services in the Cambodia and Lao PDR border areas; 2) to study the factors causing Cambodians and Laotians to cross the border into Ubon Ratchathani province and nearby provinces to seek health services, and 3) to study the patterns of the Cambodians' and Laotians' border crossings for health services in Ubon Ratchathani and nearby provinces. This research used a qualitative research methodology. The study participants consisted of public health personnel from Cambodia and Lao PDR, the patients, and their relatives or people who have close relationships with the Lao and Cambodian patients.

The results are as follows. Firstly, the region's geographical characteristics and the countries' national health strategies and policies are the two main situations and contexts related to health services in the border areas of Cambodia and Laos. Geography is both a push factor and a pull factor, while the local public health strategies and policies are the

factors driving border crossings to seek health services. Secondly, the factors that led Cambodian and Laotian people to cross the border into Ubon Ratchathani and neighboring provinces to seek health services consisted of geographical, social, and personal factors, such as seeking a health service system that suites them and their willingness to purchase healthcare services in the destination country. Lastly, two forms of border crossings for seeking health services in Ubon Ratchathani Province and the nearby provinces were identified among the Cambodian and Laotian patients. One of them is the use of official documents provided by the country of origin, namely passports, border passes, and temporary border passes. They are mostly used by the group that wishes to receive health services in the inland areas of the destination country. The second form of border crossing preferred by the group that wishes to receive health services in health facilities located along the border is the bordercrossings that do not require formal documents.

Keywords: Transborder Health Service, Southern Isan, Cambodia, Lao PDR

บทนำ

“...[นับวัน การศึกษาภาคสนามของนักมานุษยวิทยาจะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาคนที่อยู่อาศัยติดถิ่นที่อยู่บ่อยลงแต่กลายมาเป็นเรื่องเกี่ยวกับการเดินทางติดต่อกันมากขึ้น ทุกคนเดินทางคลื่อนย้ายอยู่ตลอดเวลา/ชีวิตผู้คน] ได้เป็นเช่นนี้มานานหลายศตวรรษแล้ว นั่นคือ มีชีวิตอยู่ในการเดินทาง (dwelling-in-travel)”(Kitiasa, 2002: 110)

ทัศนะของเจมส์ คลิฟฟอร์ดในหนังสือ Routes: Travel and Transition in the Late Twentieth Century (1997) ที่ Kitiasa (2002) นักมานุษยวิทยาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ที่ข้ามแดนรัฐชาติไปเป็นอาจารย์ที่มหาวิทยาลัยแห่งชาติสิงคโปร์ยกมาอ้างในบทความชิ้นหนึ่งของเขานั้นไม่เพียงแต่นำถึงความสำคัญ

ของมิติการเดินทางข้ามแดนของผู้คนเพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์ทางวัฒนธรรมในโลกสมัยใหม่เท่านั้น หากยังเน้นถึงกระแสการศึกษาภาคสนามของนักมานุษยวิทยาที่จะเปลี่ยนจากการศึกษาผู้คนที่อาศัยอยู่ติดที่ไปเป็นผู้คนที่มีการเดินทางเคลื่อนย้ายมากขึ้น ดังนั้นปัจจุบันนักมานุษยวิทยาจึงต้องมองโลก ผู้คน และปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในระดับสากลในลักษณะที่ไม่เกี่ยวข้องกับประวัติศาสตร์ พื้นที่ และท้องถิ่นอีกต่อไป เช่นเดียวกับการศึกษาภาคสนามของนักมานุษยวิทยาที่ต้องเปลี่ยนไปตามบริบทของคนเดินทาง ย้าย อพยพ และข้ามพรมแดนรัฐชาติตลอดเวลาด้วย

มุมมองเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายข้ามแดนรัฐชาติของผู้คนของคลิฟฟอร์ดดังกล่าวข้างต้นนั้น สอดรับกับปรากฏการณ์ข้ามแดนเพื่อรับบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นในอาณาบริเวณชายแดนทุกแห่งทั่วโลก ดังเช่น งานศึกษาของ Dejun et al. (2011: 859–876) ที่พบว่าพลเมืองในเขตชายแดนจำนวนไม่น้อยทางตอนใต้ของรัฐเท็กซัส ประเทศสหรัฐอเมริกาจะข้ามแดนไปใช้บริการสุขภาพในเม็กซิโก ซึ่งมีชายแดนติดกัน เนื่องจากเข้าไม่ถึงระบบสุขภาพ รวมทั้งความไม่พึงพอใจกับคุณภาพของการดูแลสุขภาพของสหรัฐฯ ซึ่งสอดคล้องกับงานศึกษาของ Arturo (2019: 4230-4247) ที่พบว่า พลเมืองตามชายแดนตอนใต้ของสหรัฐฯ มักจะข้ามแดนไปใช้บริการสุขภาพที่ ในเขต Baja California ของเม็กซิโก เพราะไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพของสหรัฐฯ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการใช้บริการที่ถูกกว่าและทัศนคติที่มองว่าระบบการบริการสุขภาพของเม็กซิโกมีคุณภาพมากกว่า เช่นเดียวกับในงานศึกษาของ Freddie et al. (2021: 1-12) ที่พบว่าพลเมืองตามแนวชายแดนของอุกันดาเคนยา และรวันดาจะข้ามแดนไปใช้บริการสุขภาพในอาฟริกาตะวันออกเพราะมีมีปัจจัยที่ดึงดูดให้ผู้อยู่อาศัยตามแนวชายแดนเข้ามาขอรับการรักษาข้ามพรมแดน โดยปัจจัยเหล่านี้เน้นที่จุดบริการใกล้ ความพร้อมของบริการและบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ เป็นที่ยอมรับข้ามพรมแดน เมื่อเทียบกับประเทศบ้านเกิด

ขณะที่อาณาบริเวณชายแดนไทยกับเพื่อนบ้านปัจจุบัน ในยุคโลกาภิวัตน์ที่รูปแบบการเดินทางของผู้คนจากทั้งสองฝั่งมีความซับซ้อนมากขึ้น นับตั้งแต่ประเทศไทยดำเนินนโยบายส่งเสริมการค้าขายกับประเทศเพื่อนบ้านและประกาศใช้นโยบายเปลี่ยนสนามรบให้เป็นสนามการค้าในสมัยรัฐบาล พล.อ.ชาติชาย ชุณหะวัณ ในปี 2531 ในขณะเดียวกัน ประเทศเพื่อนบ้านก็มีนโยบายส่งเสริมการค้าและเปิดประเทศของตนมากขึ้น พวกเขาจึงอาศัยปัจจัยที่สนับสนุนความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันภายใต้แรงผลักดันของโครงการพัฒนาประเทศเพื่อนบ้านที่ก่อให้เกิดความร่วมมือทางเศรษฐกิจในระดับภูมิภาค

ของกลุ่มน้ำโขงซึ่งเรียกว่า GMS (Greater Mekong Subregion) ซึ่งจัดตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2535 นอกจากนี้ยังมี ยุทธศาสตร์ความร่วมมือทางเศรษฐกิจอิระวดี - เจ้าพระยา - แม่น้ำโขง (Ayeyawady- Chao Phraya- Mekong Economic Cooperation Strategy: ACMECS) ซึ่งไทยเป็นผู้ริเริ่มเมื่อปี 2546 รวมทั้งยุทธศาสตร์และนโยบายการพัฒนาเส้นทางคมนาคมระดับภูมิภาคและการบูรณาการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในปี 2558

ยุทธศาสตร์และนโยบายการพัฒนาดังกล่าวข้างต้นนั้น ได้ส่งผลให้มีการเคลื่อนย้ายผู้คนในพื้นที่ชายแดนเพิ่มมากขึ้น ความสะดวกในการเดินทางข้ามพรมแดนมายังประเทศไทยทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการบริหารจัดการและพัฒนาพื้นที่ชายแดนไทยในด้านต่าง ๆ ซึ่งหนึ่งในนั้นก็คือบริการสุขภาพข้ามแดน

จากการลงพื้นที่ภาคสนามเบื้องต้นของผู้วิจัยในพื้นที่ชายแดนภาคเหนือของประเทศไทยกับพหุชาติที่ติดกับอีสานใต้ของไทย ระหว่างวันที่ 9-11 พฤศจิกายน 2559 พบว่า นับตั้งแต่มีการบูรณาการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน (ASEAN Community) เมื่อปี 2558 ทำให้มีผู้ป่วยชาวกัมพูชาเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้นทั้งในโรงพยาบาลของรัฐและของเอกชน เนื่องมาจากการติดต่อระหว่างไทย-กัมพูชาสามารถทำได้ง่ายขึ้นเนื่องจากมีหลายช่องทาง ส่งผลให้ประชาชนเดินทางไปมาหาสู่กันได้ง่ายสะดวก โดยเฉพาะในแถบจังหวัดชายแดนอีสานใต้ คือ สุรินทร์ ศรีสะเกษ และอุบลราชธานี ทั้งนี้ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ใช่แรงงานต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยที่มีการลงทะเบียนอย่างถูกต้องและมีระบบการจ่ายเงินสนับสนุนเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพ แต่เป็นกลุ่มที่เข้ามาเพื่อใช้บริการทางสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ที่อาศัยอยู่บริเวณจังหวัดที่ชายแดนไทย-กัมพูชา อาทิ พระวิหาร, อุดรมิชัย, เสียมเรียบ, พระตะบอง และบันเตียเมียนเจย (Mui, Interview, 2016)

ยิ่งไปกว่านั้น อุบลราชธานีไม่เพียงแต่เป็นจังหวัดที่มีขนาดใหญ่กว่าศรีสะเกษ และสุรินทร์ ทั้งในแง่ของพื้นที่และระดับเศรษฐกิจ แต่ยังเป็นจังหวัดที่มีพรมแดนติดกับประเทศเพื่อนบ้าน 2 ประเทศ คือ สปป. ลาวและกัมพูชา อีกทั้งตั้งอยู่ไม่ไกลจากชายแดนประเทศสาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนามเท่าใดนัก เป็นที่ตั้งของสถาบันอุดมศึกษาที่ผลิตบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลและการสาธารณสุข มีสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนหลายแห่ง ทั้งโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็ก มีผู้ป่วยข้ามแดนจากประเทศเพื่อนบ้านเข้ามาใช้บริการเพิ่มมากขึ้นทุกปี ดังข้อมูลตัวเลขการรับบริการของผู้ป่วยชาวกัมพูชาและชาวลาวในจังหวัดอุบลราชธานีในช่วงปี 2558-2560 ของสำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้ ปี 2558 ผู้ป่วยชาวกัมพูชา 444 คน ผู้ป่วยชาวลาว 16,156 คน ปี 2559 ผู้ป่วยชาวกัมพูชา 1,099 คน ผู้ป่วยชาวลาว 13,383 คน และปี 2560 ผู้ป่วยชาวกัมพูชา 2,333 คน ผู้ป่วยชาวลาว 15,116 คน (Ubon Ratchathani Provincial Health Office, 2021) ทั้งนี้ เฉพาะตัวเลขของคนไข้จากสองประเทศที่มาใช้บริการของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดนั้น ในช่วงระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึง กันยายน พ.ศ. 2562 เป็นชาวกัมพูชาถึง 16,098 คน และชาวลาว 5,994 คน (Foreign Patient Service Center, Sappasitthiprasong Hospital, 2019) อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบว่า ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา มีงานศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์การข้ามแดนเพื่อรับบริการสุขภาพในเขตจังหวัดอุบลราชธานีและใกล้เคียงในเขตอีสานใต้แต่อย่างใด

จากเหตุผลข้างต้น ทำให้การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสถานการณ์และบริบทที่เกี่ยวข้องกับบริการด้านสุขภาพของพื้นที่ชายแดนประเทศเพื่อนบ้านที่มีอาณาเขตติดกับจังหวัดอุบลราชธานีและใกล้เคียงคือ สปป. ลาว และราชอาณาจักรกัมพูชาเป็นประเด็นการศึกษาเร่งด่วนที่สำคัญยิ่ง เพราะจะทำให้มีข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์และบริบทที่เกี่ยวข้องกับบริการด้านสุขภาพของประเทศกัมพูชาและ สปป. ลาว ในฐานะปัจจัยผลักดันที่ก่อให้เกิดปรากฏการณ์บริการสุขภาพข้ามแดนในจังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดในเขตอีสานใต้ ที่จะนำมาใช้ในการวางแผนหรือกำหนดยุทธศาสตร์ด้านการรองรับการให้บริการสุขภาพข้ามแดนของโรงพยาบาลในเขตอีสานใต้ของประเทศไทย เพราะการที่ประเทศไทยเป็นส่วนหนึ่งของอาเซียน (ASEAN) จำเป็นที่จะต้องเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการเป็นประชาคมอาเซียน (ASEAN Community) โดยเฉพาะด้านการบริการด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นสาขานำร่องในการดำเนินงาน ทั้งยังเป็นประโยชน์ทั้งต่อประเทศไทยในการนำข้อมูลมาวางแผนการจัดการด้านสาธารณสุขชายแดน รวมทั้งการเป็นศูนย์กลางบริการสุขภาพ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันทางเศรษฐกิจของประเทศ และต่อประเทศเพื่อนบ้านอาเซียนอย่าง สปป. ลาวและกัมพูชา ในด้านการนำข้อมูลไปพัฒนาระบบการบริการสุขภาพของประเทศ รวมทั้งเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาความร่วมมือในด้านสาธารณสุขของทั้งสามประเทศไปพร้อม ๆ กันอีกด้วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และบริบทที่เกี่ยวข้องกับบริการด้านสุขภาพของพื้นที่ชายแดนประเทศกัมพูชาและ สปป. ลาว
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดการข้ามแดนมาใช้บริการด้านสุขภาพในจังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดใกล้เคียงของชาวกัมพูชาและชาวลาว
3. เพื่อศึกษารูปแบบการข้ามแดนมาใช้บริการด้านสุขภาพในจังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดใกล้เคียงของชาวกัมพูชาและชาวลาว

ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยอาศัยข้อมูลทั้งในระดับปฐมภูมิ (Primary Data) และข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ซึ่งวิธีการวิจัยประกอบด้วยการศึกษาเอกสาร (Documentary Study) และการวิจัยภาคสนาม (Field Work) โดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) แบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการและการสังเกตในภาคสนาม (Field Observation) และใช้กรอบและแนวคิดทางมานุษยวิทยาในการวิเคราะห์ปรากฏการณ์

กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลใช้การเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เนื่องจากการดำเนินโครงการวิจัยอยู่ในช่วงของการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 มีการประกาศปิดชายแดน จึงทำให้นักวิจัยชาวไทยเข้าไปเก็บข้อมูลไม่ได้ ส่วนในพื้นที่ของ สปป. ลาว และกัมพูชาก็มีประกาศห้ามการเดินทาง นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐในส่วนของทั้งสองประเทศเกือบทั้งหมดก็ไม่สะดวกและยินดีที่จะให้ข้อมูล โดยให้เหตุผลเรื่องการต้องมีหนังสือสั่งการมาจากกระทรวงสาธารณสุข (กรณีของกัมพูชา) หรือให้รอสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 คลี่คลาย (กรณีของ สปป. ลาว) ที่มิวิจัยจึงต้องใช้ความสัมพันธ์ส่วนตัวผ่านเครือข่ายในพื้นที่เพื่อให้สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายนี้ได้ สำหรับกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย (1) ผู้ว่าราชการจังหวัดศรีสะเกษ รองผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี รองผู้ว่าราชการจังหวัดสุรินทร์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ นายอำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ หัวหน้าด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศช่องสะง่า หัวหน้าด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศช่องจอม และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอน้ำยืน รวม 9 ราย (2) เจ้าหน้าที่ของรัฐหรือบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในแขวงจำปาสัก สปป. ลาว 3 ราย (3) เจ้าหน้าที่

รัฐระดับสูงของกัมพูชาที่ดูแลด้านความมั่นคงชายแดนกัมพูชา-ไทย 1 ราย (4) ญาติของผู้ป่วยชาวกัมพูชา 1 ราย เจ้าของรถแท็กซี่ชาวกัมพูชาที่เคยพาผู้ป่วยข้ามแดน 1 ราย หัวหน้าฝ่ายต้อนรับของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี 1 ราย และไกด์ชาวไทยที่พาผู้ป่วยชาวกัมพูชามารักษา 1 ราย (5) ผู้ป่วย ญาติของผู้ป่วยหรือผู้ที่พาผู้ป่วยข้ามแดนมารักษา แยกเป็นกัมพูชา 25 ราย (ชาย 9 ราย หญิง 16 ราย) และชาวลาว 31 ราย (ชาย 10 ราย หญิง 21 ราย) พื้นที่เก็บข้อมูลสนามคือ แขวงจำปาสัก เซกอง อັตตะปือ สาละวัน สะหวันนะเขต ในประเทศ สปป. ลาว ส่วนกัมพูชา ได้แก่ จังหวัดพระวิหาร อุดรรมิชัย เสียมเรียบ พระตะบองและบันเตียเมียนเจย ในประเทศไทย ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ และสุรินทร์

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

พวกเราในฐานะนักวิจัยมีความเชื่อว่าปรากฏการณ์ “บริการสุขภาพข้ามแดน” ที่เกิดขึ้นในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดใกล้เคียงในเขตอีสานใต้ เป็นผลมาจากหลายปัจจัยประกอบกัน ทั้งนี้อาจจะจำแนกปัจจัยดังกล่าวออกเป็น 2 ประการด้วยกันคือ ปัจจัยดึงดูด (pull factors) หรือปัจจัยภายนอกและปัจจัยผลักดัน (push factors) หรือปัจจัยภายใน โดยปัจจัยดึงดูด (pull factors) หรือปัจจัยภายนอกอันเป็นปัจจัยของประเทศปลายทาง ในที่นี้ก็คือ โลกาภิวัตน์และการบูรณาการเป็นภูมิภาคเดียวกันกับการเคลื่อนย้ายข้ามแดน และการเป็นศูนย์กลางบริการสุขภาพ (Medical Service Hub) ที่ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ (confidence in the quality of the health service systems) ส่วนปัจจัยผลักดัน (push factors) หรือปัจจัยภายใน อันหมายรวมถึงปัจจัยทางกายภาพ (ภูมิศาสตร์) เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม และการเมืองของประเทศต้นทาง รวมทั้งความรู้สึกไม่เชื่อมั่นในคุณภาพของระบบบริการสุขภาพของประเทศต้นทาง (confidence in the quality of the health service systems) ด้วย ในที่นี้ผู้วิจัยจะขอเรียกรวม ๆ ว่า “ปัจจัยด้านภูมิศาสตร์สังคม” (Social Geography Factors) นอกจากนี้ ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการข้ามแดนเพื่อใช้บริการสุขภาพนั้น ยังเกี่ยวข้อง กับพฤติกรรมส่วนบุคคลคือ การแสวงหาการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมกับตน (Health Seeking Behavior- HSB) อันหมายถึง การกระทำใด ๆ ของบุคคลที่รับรู้ว่าตนเองมีปัญหา ด้านสุขภาพหรือเจ็บป่วยเพื่อค้นหาวิธีการรักษาที่เหมาะสม (Ward, Mertens & Thomas, 1997: 22) และความยินดีที่จะซื้อบริการสุขภาพในประเทศปลายทางของผู้ป่วยอีกด้วย

ทบทวนวรรณกรรม

งานศึกษาเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายของประชากรเพื่อไปรับบริการบริการสุขภาพข้ามแดนต่างระบุถึงปัจจัยว่าเกิดจากทั้งปัจจัยดึงดูดและปัจจัยผลักดัน (pull and push factors) ทั้งนี้ การข้ามพรมแดนเพื่อมารับบริการสุขภาพที่ประเทศเพื่อนบ้าน (cross border health) เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก พรมแดนประเทศไม่ใช่แค่สิ่งกีดขวางที่แบ่งแยกพื้นที่ระหว่างสองประเทศให้แยกขาดกันชัดเจน แต่พรมแดนระหว่างสองประเทศที่แม้จะแบ่งแยกกันชัดเจนยังมีระหว่างกันและส่งผลกระทบต่อกันอีกด้วย เช่น โรคติดต่อที่เกิดขึ้นในประเทศหนึ่งอาจส่งผลกระทบต่อประเทศเพื่อนบ้าน ดังนั้น “สุขภาพข้ามพรมแดน” หรือ the cross-border health ในการศึกษาครั้งนี้ก็คือการเคลื่อนย้ายของประชากรข้ามพรมแดนระหว่างประเทศเพื่อเป้าหมายในการแสวงหาบริการสุขภาพนั่นเอง

ปรากฏการณ์ “สุขภาพข้ามพรมแดน” ได้ทำให้เรามองที่มีต่อชายแดนหรือพรมแดนที่มีกั้นจะจำกัดอยู่เฉพาะการมองในมิติเชิงการเมืองการปกครองตามแนวทางของนักรัฐศาสตร์แบบจารีตนั้นถูกท้าทายด้วย เพราะคำว่าชายแดนหรือพรมแดนระหว่างประเทศในการรับรู้ของผู้คนท้องถิ่น มีนิยามที่ล้นหลามมากกว่าการเป็นแค่พื้นที่ทางกายภาพหรือภูมิศาสตร์ หากพรมแดนระหว่างประเทศเป็นผลผลิตของความขัดแย้งทางการเมืองและอิทธิพลจากทุนนิยมโลกาภิวัตน์ (Alvarez, 1995 อ้างถึงใน Haritavon & Sukkasem, n.d.: 11) ซึ่งในอีกด้านหนึ่งส่งผลให้นิยามและปฏิบัติการทางการเมืองและการสาธารณสุขของงานสุขภาพชายแดนมีมิติที่กว้างขวางกว่าแค่การควบคุมป้องกันโรคติดต่อหรือโรคระบาดตามแนวชายแดนแบบเดิม

Pearson (2011: 1-15) อธิบายว่าการเชื่อมโยงและการแลกเปลี่ยนทางการแพทย์ (medical connection and exchange) ระหว่างผู้คนในประเทศต่าง ๆ มีมาตลอดประวัติศาสตร์มนุษยชาติ (ibid) อย่างไรก็ตาม ตลอดหลายทศวรรษที่ผ่านมากระบวนการโลกาภิวัตน์ส่งอิทธิพลต่อการเพิ่มจำนวนของประชากรที่อพยพข้ามพรมแดนระหว่างประเทศเพื่อแสวงหาบริการสุขภาพ ดังนั้นจึงไม่เพียงแต่ปริมาณการเดินทางหรืออพยพข้ามประเทศเพื่อใช้บริการทางการแพทย์ที่ประเทศเพื่อนบ้านจะทวีจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็ว แต่รวมถึงนำมาสู่ความท้าทายใหม่ ๆ ในการที่เราจะเข้าใจปรากฏการณ์นี้ไม่ว่าจะเป็นการออกแบบแผนงานพัฒนาด้านการสาธารณสุขชายแดน และประเด็นสิทธิสุขภาพของผู้ป่วยที่เดินทางข้ามพรมแดนประเทศ (Carrillo, 2011: 1-7)

Thompson (2011: 205-213) อธิบายว่า ปรากฏการณ์การเดินทางเพื่อใช้บริการทางการแพทย์ข้ามประเทศ (medical migrations) ว่าเป็นปรากฏการณ์ส่วนหนึ่งของลักษณะระเบียบโลกใหม่ของการข้ามชาติ (transnational world order) ปรากฏการณ์นี้ไม่เพียงเป็นปรากฏการณ์ใหม่ทางการเมือง แต่มีความสำคัญในทางทฤษฎีการศึกษาการเดินทางข้ามประเทศในลักษณะการเดินทางท่องเที่ยวเพื่อใช้บริการสุขภาพที่ประเทศอื่นที่มีต้นทุนและราคาค่าบริการทางการแพทย์ที่ถูกกว่าประเทศต้นทาง (medical travel) กล่าวอีกนัยหนึ่ง ภายใต้บริบทโลกาภิวัตน์ “สุขภาพ” ไม่เพียงกำลังกลายเป็นสินค้าที่สามารถซื้อขายในตลาดเสรีนิยมโลกาภิวัตน์ แต่ขณะเดียวกัน สิทธิด้านสุขภาพของผู้คนไม่เว้นแม้กระทั่งสิทธิของผู้ป่วยจากประเทศเพื่อนบ้านที่เดินทางข้ามพรมแดนมาใช้บริการสุขภาพที่ประเทศปลายทางก็กำลังได้รับความตระหนักเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน นอกจากนี้ งานสาธารณสุขชายแดนยังนำมาสู่การพัฒนาารูปแบบใหม่ของการพัฒนาการแพทย์และการสาธารณสุข ที่ไม่ได้จำกัดบทบาทอยู่เฉพาะบทบาทของหน่วยงานสาธารณสุขภาครัฐ หากเน้นการประสานความร่วมมือช่วยเหลือกันเป็นเครือข่ายระหว่างองค์กรภาครัฐและองค์กรภาคเอกชนด้านสุขภาพทั้งในระดับประเทศและระหว่างประเทศเช่น แนวคิดความร่วมมือระหว่างรัฐกับเอกชนในด้านสุขภาพ (Public Private Partnerships in Health) อีกด้วย (Mitchell, 2008 อ้างถึงใน Haritavon & Sukkasem, n.d.: 11)

ทั้งนี้งานศึกษาเกี่ยวกับการแสวงหาบริการสุขภาพข้ามแดนมีปรากฏในหลาย ๆ ภูมิภาคของโลก ในทวีปอเมริกานั้นงานศึกษาของ Katz, Verrilli and Barer (1998: 225-235) พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ประชาชนชาวคานาดาข้ามชายแดนไปใช้บริการสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกาคือการหลีกเลี่ยงระยะเวลาการรอคอยบริการ เช่นเดียวกับประชาชนที่มีรายได้และการศึกษาสูงของประเทศเม็กซิโกมักแสวงหาการบริการสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งมีคุณภาพและศักยภาพสูง ทั้งในแง่ของผู้เชี่ยวชาญ เทคโนโลยีการรักษา และมีการดูแลรักษาที่ดีกว่าประเทศเม็กซิโก (Rivera, Ortiz & Cardenas, 2009: 167-173) ในทางกลับกันประชาชนของสหรัฐอเมริกาที่มีรายได้น้อยกลับข้ามพรมแดนเพื่อไปใช้บริการสุขภาพที่มีราคาต่ำกว่าในเม็กซิโก (Byrd & Law, 2009: 95-100)

ในกรณีของประเทศไทยนั้น งานศึกษาของ Souksakit (2017: 39-51) เกี่ยวกับการเป็นศูนย์กลางบริการสุขภาพของประเทศไทยก็พบว่า ปัจจัยที่ชาวต่างชาติเลือกมารักษาพยาบาลในประเทศไทย คือ คุณภาพการรักษา ความเชี่ยวชาญเฉพาะของแพทย์ นัดพบแพทย์เฉพาะทางได้เร็ว เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความเป็นมิตร ยืดหยุ่น ค่าใช้จ่ายในการ

รักษาถูกกว่าประเทศในทวีปยุโรป สิงคโปร์ เกาหลี ญี่ปุ่น ส่วนความคาดหวังของชาวต่างชาติต่อบริการรักษาพยาบาลของไทย พบว่า ต้องการรักษาให้หายจากโรคหรืออาการดีขึ้น ฟื้นตัวเร็ว ได้รับการกับแพทย์เฉพาะทางที่เก่ง เปิดโอกาสให้ซักถาม วินิจฉัยโรคได้เร็ว ถูกต้อง ผู้ให้บริการให้เกียรติ ดูแลดี ไม่มีปัญหาการสื่อสาร การบริการมีความน่าเชื่อถือ (Reliability) เครื่องมือ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ทันสมัย คิดค่าใช้จ่ายตามจริง รักษาโรคตามใบสั่งตัว มีสิ่งอำนวยความสะดวกครบครัน

ส่วนบริการสุขภาพบริเวณจังหวัดชายแดนนั้น Buadoktoom (2020) ได้ศึกษาการขยายตัวของธุรกิจสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดเชียงรายและปฏิบัติการเคลื่อนย้ายข้ามแดนของผู้ใช้บริการจากพม่าและลาว ผลการศึกษพบว่า นับตั้งแต่ทศวรรษ 2530 เมื่อเริ่มมีโครงการพัฒนาสีหะเลียมเศรษฐกิจ ประเทศไทยได้หันมามุ่งให้ความสำคัญต่อยุทธศาสตร์การพัฒนาพื้นที่เมืองชายแดนเชียงรายและการเชื่อมโยงระหว่างเมืองชายแดนกับประเทศเพื่อนบ้าน การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างพื้นฐานระหว่างเมืองตอนในและเมืองชายแดน ผ่านเส้นทางขนส่งทางบกที่ขยายตัวหลังทศวรรษที่ 1990 การตัดเส้นทางเลียบบแม่น้ำโขงจากแม่สายกับเชียงแสน (ทล. 1290) และจากเชียงแสนเมืองชายแดนเชียงของ (ทล. 1129) ได้เปลี่ยนการเดินทางทางน้ำของผู้คนให้มาใช้เส้นทางถนนเพื่อเข้าสู่ตอนในเชียงราย สำหรับการขยายตัวของสถานพยาบาลที่ให้บริการสุขภาพข้ามแดนในแง่ของการเข้าถึงบริการในพื้นที่จังหวัดชายแดนเชียงราย เกิดขึ้นภายใต้เงื่อนไขสำคัญ 3 ประการ คือ (1) เมืองชายแดนเชียงราย เป็นเมืองยุทธศาสตร์สำคัญในอาณาบริเวณลุ่มน้ำโขงตอนบน ที่กลายเป็นส่วนหนึ่งของการเดินทางค้าขายกับเมืองชายแดนข้างเคียงและเมืองอื่น ๆ ที่อยู่ไกลออกไป (2) การมีระบบที่ทำให้ผู้คนเดินทางจากพื้นที่ตอนล่างของลาวจากแขวงหลวงน้ำทา แขวงอุดมไซ และจากพม่าที่มาจากตองจี และเมืองยองซึ่งอยู่ไกลออกไปจากเมืองชายแดนสามารถเดินทางเข้าถึงสถานพยาบาลในเมืองเชียงราย (3) การขยายตัวของการลงทุนทางด้านโครงสร้างพื้นฐานในพื้นที่ชายแดนที่เริ่มต้นจากโครงการความร่วมมือระหว่างประเทศ (นับตั้งแต่โครงการสีหะเลียมเศรษฐกิจ) กว่า 30 ปีที่ผ่านมา ทำให้ผู้คนต่างมีปฏิสัมพันธ์ผ่านพัฒนาเครือข่ายที่เชื่อมโยงกันในระดับระหว่างประเทศ ทำให้เห็นภาพของความเป็นอาณาบริเวณชายแดน

จากการสำรวจงานศึกษาเกี่ยวกับระบบสุขภาพข้ามแดนของไทยที่ผ่านมา พบว่า มักจะถูกนำไปเชื่อมโยงกับการศึกษาการเคลื่อนย้ายแรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะในแง่ที่เป็นปัญหาซับซ้อน อาทิ การลักลอบเข้าเมือง การค้ามนุษย์ สิทธิแรงงาน รวมทั้งการเข้าถึง

บริการสุขภาพ เป็นต้น งานศึกษาส่วนใหญ่มักชี้ให้เห็นว่าระบบบริการสุขภาพข้ามพรมแดนนั้น ส่งผลทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งก่อให้เกิดปัญหากับทั้งประเทศต้นทางและปลายทาง ดังเช่นงานศึกษาของ Charoenmukyanand et al. (2013) Srithongtham et al. (2013) เป็นต้น อันเป็นการมองปรากฏการณ์บริการสุขภาพข้ามแดนในเชิงที่เป็น “ปัญหา” ที่ภาครัฐต้องเข้ามาแก้ไข ขณะที่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างศักยภาพของจังหวัดชายแดนให้เป็นเมืองต้นแบบด้านบริการสุขภาพข้ามแดนในเขตอีสานใต้แต่อย่างใด ฉะนั้น งานวิจัยชิ้นนี้นอกจากจะชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ข้ามพรมแดนของภูมิภาคในมิติเชิงสุขภาพแล้ว ยังจะมีประโยชน์ต่อความร่วมมือเพื่อพัฒนาและยกระดับขีดความสามารถด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศไทยกับประเทศกัมพูชาและ สปป. ลาว ในฐานะเพื่อนบ้านอาเซียนที่ใกล้ชิดอีกด้วย

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์และบริบทที่เกี่ยวข้องกับบริการด้านสุขภาพของพื้นที่ชายแดนประเทศกัมพูชาและ สปป. ลาว

1.1. สถานการณ์และบริบทด้านภูมิศาสตร์

จากการศึกษาพบว่า ลักษณะที่ตั้งทางภูมิศาสตร์คือการเป็นประเทศที่มีพรมแดนติดกันเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ชาวกัมพูชาและชาวลาวข้ามแดนมารับบริการสุขภาพในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีและใกล้เคียง พื้นที่ชายแดนของกัมพูชาที่ติดกับภูมิภาคอีสานใต้ของประเทศไทยนั้นเป็นภูมิภาคที่ค่อนข้างห่างไกลจากเมืองหลวงคือพนมเปญ และหลายพื้นที่ก็เป็นป่าเขา อีกทั้งในอดีตเป็นพื้นที่ของการสู้รบระหว่างกองกำลังเขมรแดงกับกองกำลังของรัฐบาล จึงทำให้โครงสร้างพื้นฐานหลายส่วนยังไม่ได้รับการพัฒนา รวมทั้งการเดินทางของประชาชนไปยังสถานบริการด้านสุขภาพซึ่งมักจะตั้งอยู่ในตัวจังหวัด ที่ต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายมาก เช่นเดียวกับพื้นที่ชายแดนของ สปป. ลาว ที่ติดกับจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งประกอบด้วย 5 แขวงคือ สะหวันนะเขต สาละวัน จำปาสัก เซกอง และอัตตะปือ อันเป็นพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นป่าเขาและที่ราบสูง และที่ติดกับแม่น้ำโขง ประกอบกับ สปป. ลาว ก็เป็นประเทศที่กำลังพัฒนา จึงทำให้การพัฒนาด้านโครงสร้างพื้นฐานซึ่งต้องอาศัยเม็ดเงินจำนวนมากยังคงไม่สามารถดำเนินการได้อย่างเต็มที่ จึงต้องอาศัยการลงทุนและความช่วยเหลือจากต่างประเทศเป็นหลัก เหตุนี้ องค์การสหประชาชาติและ

ประเทศผู้บริจาคจึงจัดให้ สปป. ลาว เป็นประเทศที่ต้องพึ่งพาความช่วยเหลือ (aid dependent countries) (Phraxayayong, 2009)

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันโครงข่ายเส้นทางคมนาคมในพื้นที่ชายแดนของกัมพูชา และ สปป. ลาว กำลังได้รับการพัฒนาและปรับปรุงขึ้นตามลำดับ อันเนื่องมาจากนโยบายการพัฒนาเศรษฐกิจของรัฐบาลแต่ละประเทศ ภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์และแนวคิดการบูรณาการเป็นภูมิภาคเดียวกัน ทำให้การเดินทางสะดวกและรวดเร็วมากขึ้น และเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการข้ามแดนของผู้คนทั้งที่อยู่บริเวณชายแดนและตอนในของประเทศมาใช้บริการสุขภาพในประเทศเพื่อนบ้านอย่างประเทศไทยมากขึ้น เนื่องจากระบบการคมนาคมที่สะดวก รวมทั้งเสียเวลาและค่าใช้จ่ายน้อยกว่า (Keowmanee (pseudonym), Interview, 2021)

2.2 สถานการณ์และบริบทด้านยุทธศาสตร์และนโยบายด้านสาธารณสุข

ผลการศึกษาพบว่า ในแง่ยุทธศาสตร์และนโยบายบริการสุขภาพหรือสาธารณสุขของประเทศกัมพูชานั้น พบว่า นับตั้งแต่ทศวรรษ 1990 เป็นต้นมา กัมพูชาได้ดำเนินการตามขั้นตอนและยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการปรับปรุงระบบและนโยบายด้านการดูแลสุขภาพเพื่อเป็นหลักประกันความเป็นอยู่ที่ดีของพลเมือง อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนด้านภาวะสุขภาพโดยรวมของประชากรในช่วงสองสามทศวรรษที่ผ่านมา แต่ความเหลื่อมล้ำและความท้าทายที่สำคัญคือความเป็นอยู่ที่ดีของพลเมืองยังคงอยู่ รัฐบาลกัมพูชาจึงได้ดำเนินนโยบายด้านสาธารณสุขใหม่เพื่อปรับปรุงการให้บริการด้านสุขภาพ โดยการจัดหาเงินทุนเพื่อการดูแลด้านสุขภาพ ผลก็คือรัฐบาลกัมพูชาสามารถเพิ่มเงินทุนการดูแลด้านสุขภาพจาก 1,057 ล้านดอลลาร์สหรัฐในปี 2557 (เนื่องจากการขยายตัวทางเศรษฐกิจของประเทศ) เป็น 1,207 ล้านดอลลาร์สหรัฐในปี 2560 แต่ถึงกระนั้นก็ตาม ในส่วนของโรงพยาบาลหรือสถานบริการด้านสุขภาพก็ยังมีจำนวนไม่มาก และกระจุกตัวอยู่เฉพาะพนมเปญและเมืองใหญ่ ๆ ไม่กี่แห่ง เช่นเดียวกับบุคลากรทางการแพทย์ที่กล่าวได้ว่ายังมีภาวะขาดแคลนค่อนข้างมาก ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากการบริหารเมืองของประเทศด้วย กล่าวคือ หากย้อนไปเมื่อช่วงหลังสมัยรัฐบาลเขมรแดงปกครองประเทศ (ค.ศ. 1975–1979 หรือตรงกับปี พ.ศ. 2518–2522) กัมพูชาก็เหลือแพทย์เพียง 25 คนเท่านั้น (Heng & Key, 1995: 435-437) แม้ว่าจะระยะเวลาจะผ่านมารวมสี่สิบปีแล้ว แต่ด้วยปัจจัยทางการเมืองภายในประเทศ ทำให้การผลิตบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มเริ่ม

ได้มาไม่นานนี้เอง ดังในบทความของ Hfocus (2015) ที่ว่า “แพทย์ของกัมพูชาส่วนใหญ่จะเรียนจบมาจากประเทศฝรั่งเศส เช่นเดียวกับการนำเข้าอุปกรณ์ทางการแพทย์และยารักษาโรค แต่ความทันสมัยของการรักษาพยาบาลยังคงกระจุกตัวอยู่ในเขตเมืองใหญ่ การใช้บริการทางการแพทย์ของกัมพูชาจึงค่อนข้างแบ่งแยกในเรื่องชนชั้นทางสังคม” ซึ่งชี้ให้เห็นถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของกัมพูชาที่ยังประสบปัญหาความเหลื่อมล้ำและขาดแคลนบุคลากร ดังตัวเลขเมื่อปี พ.ศ. 2558 ที่ระบุว่าขณะที่กัมพูชามีจำนวนประชากรประมาณ 14.86 ล้านคน แต่มีสัดส่วนแพทย์อยู่ในระดับ 1 คนต่อประชากร 5,000 คน เท่านั้น ขณะที่ของไทยอยู่ที่ 0.5 คนต่อประชากร 1,000 คน (ibid)

ส่วน สปป. ลาว นั้น พบว่างานด้านสาธารณสุขเป็นภารกิจสำคัญที่พรรคและรัฐให้ความสำคัญเช่นกัน โดยยุทธศาสตร์และนโยบายด้านการสาธารณสุขของ สปป. ลาว ได้รับการขึ้นนำโดยวิสัยทัศน์ระยะยาว 2030 (Vision 2030) ซึ่งดำเนินการผ่านแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 5 ปี แผนเหล่านี้มีรายละเอียดเพิ่มเติมในระดับแขวง เมืองและภาค โดยวิสัยทัศน์ 2030 ตั้งเป้าว่าสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวจะเป็นประเทศที่มีรายได้ปานกลางถึงสูง (a middle-to high-income country) ด้วยการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมที่สมดุล มีเสถียรภาพทางการเมืองและการจัดระเบียบสังคมและสังคมปลอดภัย ปัจจุบันแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2564–2568) ยังคงมุ่งเน้นการลดความยากจน การหลุดพ้นจากสถานะประเทศรายได้ต่ำ (least developed country – LDC) ในปี 2020 การจัดการและการใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างมีประสิทธิภาพ และบูรณาการในระดับภูมิภาคและระหว่างประเทศที่แข็งแกร่ง โดย สปป. ลาว ได้จัดทำยุทธศาสตร์และกรอบการปฏิรูปภาคสุขภาพ (Health Sector Reform Strategy and Framework till 2025 – HSRF) ซึ่งมีเป้าหมายที่จะบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal health coverage – UHC) ภายในปี พ.ศ. 2568 การเสริมสร้างระบบสุขภาพที่ถือเป็นหัวใจสำคัญของยุทธศาสตร์และกรอบการปฏิรูปนี้ ได้แก่ การจัดหาเงินทุนด้านสุขภาพ ธรรมาภิบาลด้านสุขภาพ ทรัพยากรมนุษย์เพื่อสุขภาพ การจัดส่งบริการสุขภาพและระบบข้อมูลสุขภาพ โดยดำเนินการผ่านแผนพัฒนาภาคสุขภาพห้าปี (Health Sector Development Plan – HSDP) (WHO, 2017)

อย่างไรก็ตาม แม้ว่ารัฐบาลลาวจะมียุทธศาสตร์และนโยบายบริการสุขภาพ แต่ด้วยข้อจำกัดเรื่องงบประมาณ จึงทำให้ระบบบริการสุขภาพของประเทศยังมีอาจ

ตอบสนองต่อประชากรทุกกลุ่มได้ ดังข้อมูลจำนวนโรงพยาบาลศูนย์ทั่วประเทศที่มีเพียง 10 แห่งเท่านั้น ฉะนั้น ความท้าทายของระบบบริการสุขภาพของ สปป. ลาว ก็คือความต้องการคุณภาพของระบบบริการสุขภาพที่สูง ข้อจำกัดของทรัพยากรมนุษย์และการกระจายของมนุษย์ด้านการแพทย์ งบประมาณที่จำกัด การกระจุกตัวมากเกินไปของผู้ป่วยในโรงพยาบาลส่วนกลาง ขณะที่โรงพยาบาลระดับอำเภอ (เมือง) และระดับชุมชน (สุขศาลา) ไม่ได้รับความสนใจจากผู้ป่วย ยังผลให้ประชาชนขาดความเชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพภายในประเทศตนเอง ผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วยจำนวนหนึ่งจึงเลือกที่จะใช้บริการสุขภาพข้ามแดนที่ประเทศไทย ทั้งในระดับชุมชน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล – รพ.สต.) โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ รวมทั้งโรงพยาบาลและคลินิกเอกชน เป็นต้น

2. ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการข้ามแดนมาใช้บริการด้านสุขภาพในจังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดใกล้เคียงของชาวกัมพูชาและชาวลาว

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการข้ามแดนมาใช้บริการด้านสุขภาพในจังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดใกล้เคียงของชาวกัมพูชาและชาวลาวนั้น มีทั้งที่เป็นปัจจัยผลักดัน (push factors) และปัจจัยดึงดูด (pull factors) ที่อาจจะเรียกรวม ๆ ว่า ปัจจัยด้านภูมิศาสตร์สังคม (Social Geography Factors) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ปัจจัยด้านภูมิศาสตร์ ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับระยะทาง ระยะเวลาในการเดินทาง และความสะดวกในการเดินทางที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการใช้บริการสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า นอกเหนือไปจากสภาพภูมิศาสตร์จะเป็นปัจจัยผลักดันที่ทำให้ชาวกัมพูชาและชาวลาวในพื้นที่บางแห่งเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในประเทศของตนได้ยากลำบาก ไม่ว่าจะเป็นเพราะเป็นพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร ลักษณะภูมิประเทศเป็นป่าเขา เป็นอุปสรรคต่อการเดินทางแล้ว ในทางกลับกัน การที่มีสถานบริการด้านสุขภาพในประเทศไทยที่ตั้งอยู่ใกล้ในพื้นที่ชายแดน ประกอบกับเส้นทางคมนาคมขนส่งในอาณาบริเวณพื้นที่ชายแดนได้รับงบประมาณจำนวนมากเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และยิ่งทวีความเข้มข้นขึ้นเมื่อแนวคิดการพัฒนาระเบียงเศรษฐกิจระดับภูมิภาค (Economic Corridor) ซึ่งเสนอโดยธนาคารพัฒนาแห่งเอเชีย (ADB) ได้รับการชานรับจากรัฐบาลต่าง ๆ ในกลุ่มภูมิภาคกลุ่มน้ำโขงที่มีไทย กัมพูชา และ สปป. ลาว รวมอยู่ด้วย ซึ่งทำให้ผู้คนทั้งสามประเทศสามารถ

เดินทางติดต่อกันได้สะดวกและรวดเร็ว กลายเป็นปัจจัยดึงดูด ที่ทำให้อำเภอให้เกิดการข้ามแดนมาใช้บริการด้านสุขภาพในจังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดใกล้เคียงด้วยเช่นกัน

นอกจากนี้ การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านคมนาคมขนส่งในปัจจุบัน โดยเฉพาะถนนหนทางในพื้นที่ชายแดนของประเทศเพื่อนบ้านไทยทั้งสองประเทศ ทั้งเส้นทางสายเก่าและเส้นทางสายใหม่ที่เกิดขึ้นและถูกเชื่อมโยงกัน ซึ่งไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะเส้นทางภายในประเทศกัมพูชาและ สปป. ลาว เท่านั้น หากแต่เกิดขึ้นในอาณาบริเวณชายแดนของประเทศไทยด้วย เพราะรัฐบาลทั้ง 3 ประเทศ พยายามทุ่มงบประมาณรวมทั้งเปิดให้ต่างชาติเข้ามาลงทุนพัฒนาถนนและโครงสร้างพื้นฐานอื่น ๆ เพื่อยกระดับการคมนาคมในประเทศให้ดีขึ้น เพราะมองว่าโครงสร้างพื้นฐานเป็นสิ่งสำคัญในการกระตุ้นการเติบโตของเศรษฐกิจ การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านคมนาคมขนส่งในพื้นที่ชายแดนทั้งของไทย กัมพูชา และ สปป. ลาว จึงก่อให้เกิดการเชื่อมโยงเส้นทางระหว่างประเทศ ส่งผลให้การเดินทางในพื้นที่ชายแดนของทั้งสองประเทศที่เดิมถูกจำกัดด้วยอุปสรรคจากลักษณะของภูมิประเทศหมดสิ้นไป ทั้งนี้การพัฒนาโครงข่ายการคมนาคมขนส่งที่เกิดขึ้นนี้ เป็นแรงผลักดันจากยุทธศาสตร์การเชื่อมโยงเส้นทางคมนาคมขนส่งหรือระเบียงเศรษฐกิจ (economic corridor) ของอาเซียนเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community – AEC) และความร่วมมือทางเศรษฐกิจในอนุภูมิภาคแม่น้ำโขง (GMS) ดังที่กล่าวไปแล้วข้างต้นนั่นเอง

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจุบันพบว่า ทั้งประเทศกัมพูชาและ สปป. ลาว มีการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างก้าวกระโดดซึ่งเป็นผลพวงของความสำเร็จจากการเปลี่ยนผ่านจากระบบเศรษฐกิจรวมศูนย์ไปสู่ระบบเศรษฐกิจแบบตลาด ประกอบกับการปฏิรูปนโยบายด้านการค้าและการลงทุน การเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วของภาคอุตสาหกรรมและการบริการ ตลอดจนเสถียรภาพทางการเมือง ส่งผลให้เศรษฐกิจทั้งของกัมพูชาและ สปป. ลาว มีอัตราการเจริญเติบโตสูง

ในกรณีของกัมพูชานั้น พบว่า เศรษฐกิจกัมพูชามีอัตราการเจริญเติบโตสูงถึงร้อยละ 7.0 โดยเฉลี่ยตั้งแต่ปี 2537 ถึงปี 2559 ทำให้รายได้เฉลี่ยของประชากรต่อคนเพิ่มจากประมาณ 650 เหรียญสหรัฐ ในปี 2550 เป็น 1,435 เหรียญสหรัฐ ในปี 2560 ซึ่งทำให้กัมพูชาเปลี่ยนสถานะเป็นประเทศที่มีรายได้ปานกลางระดับล่าง สิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างทางเศรษฐกิจจากเกษตรกรรมไปสู่เศรษฐกิจแบบผสมผสานมากขึ้น เป็นการเกษตร การอุตสาหกรรม และการบริการ (Department of

International Trade Promotion, Ministry of Commerce, 2018) ดังนั้น ชาวกัมพูชาจำนวนไม่น้อยจึงแสวงหาและยินดีที่จะจ่ายค่าบริการสำหรับสุขภาพของตนและครอบครัว โดยการข้ามแดนมาใช้บริการที่ประเทศไทย ทั้งที่มาด้วยตนเองและผ่านนายหน้าหรือที่เรียกว่าโบรกเกอร์ (Nokkeow, Interview, 2021)

ส่วน สปป. ลาว นั้น นับเป็นประเทศหนึ่งในภูมิภาคอาเซียนที่มีการขยายตัวทางเศรษฐกิจที่ค่อนข้างสูง เพราะนับตั้งแต่ สปป. ลาว ได้ปฏิรูประบบเศรษฐกิจสู่กลไกตลาดตามนโยบาย “จินตนาการใหม่” (New Economic Mechanism) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2529 โดยเน้นการค้าเสรี เปิดรับการลงทุนจากต่างประเทศ และขับเคลื่อนประเทศด้วยการเป็นผู้ผลิตและส่งออกพลังงานไฟฟ้าในภูมิภาคอาเซียน จนได้ชื่อว่าเป็น “แบตเตอรี่แห่งอาเซียน” ส่งผลให้อัตราการขยายตัวของ GDP ของลาวมีอัตราการขยายตัวสูงกว่าอัตราเฉลี่ยของอาเซียนโดยรวม ประกอบกับนโยบายการพัฒนาระบบคมนาคมเพื่อให้ สปป. ลาว เป็นศูนย์กลางด้านโลจิสติกส์เชื่อมโยงประเทศต่าง ๆ ในภูมิภาค ทำให้เปลี่ยนจากประเทศ landlocked มาสู่ประเทศ landlink ดึงดูดการลงทุนจากต่างประเทศจำนวนมาก ขณะที่รัฐบาลก็กำลังปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานด้านการดูแลสุขภาพโดยได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านในเอเชียผ่านการลงทุนที่สำคัญและหน่วยงานให้ความช่วยเหลือระหว่างประเทศ (Pacific Bridge Medical, 2017) ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคของชาวลาวที่เปลี่ยนไปตามรายได้ที่เพิ่มขึ้น อันหมายรวมไปถึงพฤติกรรมด้านการใช้บริการด้านสุขภาพด้วย ดังจะเห็นได้จากการที่มีชาวลาวจำนวนไม่น้อยที่ข้ามแดนมาใช้บริการสุขภาพที่ประเทศไทย โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ดังคำให้สัมภาษณ์ของคุณน้อง หัวหน้าฝ่ายบริการลูกค้าของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานีที่ว่า ทางโรงพยาบาลไม่มีปัญหาเรื่องหนี้สูญ เนื่องจากคนไข้ไม่ว่าจะเป็นชาวลาวหรือชาวกัมพูชา จะถือเงินไทยเข้ามาเพื่อมารับบริการสุขภาพ (Khun Nong, Interview, 2021) สะท้อนให้เห็นว่าผู้รับบริการสุขภาพชาวลาวและกัมพูชายินดีที่จะจ่ายค่าบริการสุขภาพที่ตนแสวงหา

จากผลการศึกษาข้างต้นนั้นชี้ให้เห็นว่าปัจจัยด้านการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศต้นทาง นอกเหนือไปจากมีการลงทุนด้านโครงสร้างสาธารณูปโภคพื้นฐานรวมทั้งระบบคมนาคมขนส่งรองรับการเติบโตด้านเศรษฐกิจซึ่งส่งผลต่อการจับจ่ายใช้สอยในประเทศแล้ว ยังรวมไปถึงการจับจ่ายใช้สอยในเรื่องของการดูแลสุขภาพ (healthcare) อีกด้วย ดังนั้นจึงพบว่าผู้ที่เดินทางข้ามแดนมาใช้บริการด้านสุขภาพในจังหวัดอุบลราชธานี และจังหวัดใกล้เคียงจากประเทศกัมพูชาและ สปป. ลาวจำนวนหนึ่ง เป็นผู้ที่มีกำลังทาง

เศรษฐกิจที่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ การเดินทางไปรับการรักษาและตรวจสุขภาพในต่างประเทศ จึงเป็นการสะท้อนสถานะทางเศรษฐกิจของประเทศด้วย ในแง่นี้ปัจจัยด้านเศรษฐกิจจึงจัดเป็นปัจจัยผลักดัน ที่ทำให้ชาวกัมพูชาและชาวลาวบางกลุ่มเดินทางข้ามแดนมาใช้บริการด้านสุขภาพในจังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดใกล้เคียง

ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม จากการศึกษาพบว่า ทักษะคิดและค่านิยมเกี่ยวกับความเชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพของประเทศปลายทาง การมีเครือข่ายทางสังคม และภาษาที่ใกล้เคียงกันนั้น เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดปรากฏการณ์บริการสุขภาพข้ามแดน ดังจากการสัมภาษณ์ชาวกัมพูชาที่เคยเข้ามาใช้บริการสุขภาพในจังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดใกล้เคียงที่พบว่า ปัจจัยหรือเงื่อนไขสำคัญคือทัศนคติและค่านิยมเกี่ยวกับความเชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพของไทย ทั้งระบบการแพทย์ที่มีการรักษาที่ดี ผลการรักษาคุณภาพของยาที่ใช้รักษา การให้บริการ และถนนหนทางที่ทำให้การเดินทางไปมาสะดวก รวมทั้งการมีเครือข่ายญาติหรือเพื่อนที่ฝั่งไทย เช่นเดียวกับคำให้สัมภาษณ์ของหัวหน้าหน่วยประสานงานชายแดนกัมพูชา-ไทย ประจำพื้นที่โอรเสม็ด อำเภอสำโรง จังหวัดอุดรธานี ว่า “คนเหล่านั้นบางคนก็มีญาติพี่น้องอยู่ฝั่งโน้น (หมายถึงจังหวัดสุรินทร์) บางคนญาติพี่น้องก็เอารถมารอรับที่หน้าด่านเลยก็มี หรือถ้าจะเดินทางไปเองก็พูดคุยกับรถรับจ้างรู้เรื่อง เนื่องจากพูดเขมรเหมือนกัน จริง ๆ แล้วคนสองฝั่งก็มีความสัมพันธ์ญาติพี่น้องกันมาแต่อดีตแล้ว อาหารการกิน วัฒนธรรมประเพณีก็คล้ายคลึงกัน ฉะนั้น คนกัมพูชาจึงมักถือว่าคนสุรินทร์เป็นญาติพี่น้องกัน การไปมาหาสู่กันจึงไม่ต้องมีพิธีรีตองหรือตะขิดตะขวงใจแต่อย่างใด” (Peng, Interview, 2021) ซึ่งสอดคล้องกับคำให้สัมภาษณ์ของนายเสริมศักดิ์ สีสันต์ รองผู้ว่าราชการจังหวัดสุรินทร์ และนายแพทย์อภิสรค์ บุญประดับ รองนายแพทย์สาธารณสุขสุรินทร์ (Srisan, and Boonpradub, Interview, 2021)

ในส่วนของ สปป. ลาว ก็เช่นเดียวกัน ชาวลาวที่ข้ามแดนเข้ามาใช้บริการสุขภาพในจังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดใกล้เคียง ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า เพราะการให้บริการดี เครื่องมือทางการแพทย์ได้มาตรฐานและความเชี่ยวชาญของแพทย์เป็นที่ยอมรับ รวมทั้งทัศนคติและค่านิยมของชาวลาวเกี่ยวกับความเชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพของไทย (Manager Online, 2005) ตลอดจนการมีเครือข่ายทางสังคมและภาษาที่ใกล้เคียงกันล้วนเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดปรากฏการณ์บริการสุขภาพข้ามแดน

ปัจจัยด้านการเมือง คำว่าปัจจัยด้านการเมืองในการศึกษาครั้งนี้หมายถึง การที่รัฐบาลมียุทธศาสตร์และนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อเพิ่มขีดความสามารถของ

ประเทศ ไม่ว่าจะเป็นการเพิ่มงบประมาณ การลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานด้านการบริการสุขภาพทุกระดับ ตลอดจนการฝึกอบรมบุคลากรด้านสาธารณสุขทุกสาขาวิชาชีพ และการกระจายบุคลากรเหล่านั้นไปยังพื้นที่ชนบทและพื้นที่ขาดแคลน เพื่อขยายความครอบคลุมไปยังประชากรเป้าหมายกลุ่มต่าง ๆ ในประเทศ ซึ่งนับว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพข้ามแดนในจังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดใกล้เคียงด้วยเช่นกัน

สำหรับกัมพูชานั้น แม้ว่าจะมียุทธศาสตร์และนโยบายการพัฒนาาระบบสุขภาพที่ชัดเจนแต่นโยบายดังกล่าวจะต้องใช้เม็ดเงินมหาศาลและใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ อีกทั้งสถานบริการสุขภาพและบุคลากรทางการแพทย์ก็ยังคงกระจุกตัวอยู่ในเมืองใหญ่ โดยเฉพาะกรุงเทพมหานคร ฉะนั้นยุทธศาสตร์และนโยบายการพัฒนาาระบบสุขภาพย่อมจะยังไม่สามารถตอบสนองต่อประชากรทุกกลุ่มได้ (Oversen & Trankell, 2010: 246) ดังคำกล่าวของบอง เมา (Mao) คนขับรถแท็กซี่ป้ายดำวัย 30 ปีเศษ ชาวจังหวัดเสียมเรียบ ที่เคยบอกเล่ากับผู้วิจัยระหว่างที่รอรับผู้โดยสารที่ข้ามแดนกลับมารักษายาบาลที่โรงพยาบาลรวมแพทย์ (หมอนันต์) จังหวัดสุรินทร์ที่อยู่บริเวณหน้าคาสีโน O-Smach Resort ใกล้ ๆ กับที่ทำการด่านพรมแดนโอรส์เม็คว่า “คนกัมพูชาที่ข้ามไปรักษาที่โรงพยาบาลในจังหวัดสุรินทร์นั้น เพราะที่บ้านของเขาโรงพยาบาลมันยังไม่ทันสมัย เครื่องไม้เครื่องมือแพทย์ก็ไม่ค่อยมี ฉะนั้นคนที่พอจะมีเงินก็จะข้ามมารักษาที่เมืองไทยมากกว่า จะไปพนมเปญมันก็ไกล ค่าใช้จ่ายพอ ๆ กับไปรักษาที่ไทย บางทีอาจจะถูกกว่าด้วย และเครื่องไม้เครื่องมือของหมอก็ดีกว่ากัมพูชา พอ ๆ กับโรงพยาบาลใหญ่ ๆ ในกรุงเทพมหานคร แต่สะดวกเร็วกว่า” (Mao, Interview, 2018)

ในกรณีของ สปป. ลาว แม้ว่ารัฐบาลจะมียุทธศาสตร์และนโยบายบริการสุขภาพแต่ด้วยข้อจำกัดเรื่องงบประมาณ (Keowmanee, Interview, 2021) จึงทำให้ระบบบริการสุขภาพของประเทศยังมีอาจที่จะตอบสนองกับประชากรทุกกลุ่มได้ ดังข้อมูลจำนวนโรงพยาบาลศูนย์ทั่วประเทศมีเพียง 10 แห่งเท่านั้น ฉะนั้น ความท้าทายของระบบบริการสุขภาพของ สปป. ลาว ก็คือความต้องการคุณภาพของระบบบริการสุขภาพที่สูง ข้อจำกัดของทรัพยากรมนุษย์และการกระจายของมนุษย์ด้านการแพทย์ งบประมาณที่จำกัด การกระจุกตัวมากเกินไปของผู้ป่วยในโรงพยาบาลส่วนกลาง ขณะที่โรงพยาบาลระดับอำเภอ (เมือง) และระดับชุมชน (สุขศาลา) ไม่ได้ได้รับความสนใจจากผู้ป่วย ยังผลให้ผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วยจำนวนหนึ่งเลือกที่จะใช้บริการสุขภาพข้ามแดนที่ประเทศไทย ทั้งในระดับชุมชน

(โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล – รพ.สต.) โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ รวมทั้งโรงพยาบาลและคลินิกเอกชน เป็นต้น

นอกจากนี้ ยุทธศาสตร์และนโยบายด้านการสาธารณสุข ของ สปป. ลาว กับ กัมพูชายังไม่มีนโยบายการส่งต่อผู้ป่วยข้ามแดนมารับบริการสุขภาพในประเทศไทย ทำให้ การข้ามแดนมารับบริการในฝั่งไทยจะเป็นความต้องการหรือความยินยอมของผู้ป่วยหรือญาติ รวมทั้งยินดีที่จะเสียค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพเอง⁴

3. รูปแบบการข้ามแดนมาใช้บริการด้านสุขภาพในจังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดใกล้เคียงของชาวกัมพูชาและชาวลาว

รูปแบบการข้ามแดนในที่นี้แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบคือ รูปแบบที่หนึ่ง เป็นการข้ามแดนโดยมีเอกสารที่ประเทศต้นทางออกให้ เช่น หนังสือเดินทาง (passport) บัตรผ่านแดน (border pass) หรือบัตรผ่านแดนชั่วคราว (temporary border pass) ซึ่งจะใช้สำหรับเข้า-ออกบริเวณจุดผ่านแดนสากลหรือจุดผ่านแดนถาวร โดยกลุ่มคนที่ใช้เอกสารผ่านแดนรูปแบบนี้จะเป็นกลุ่มคนที่ส่วนใหญ่ประสงค์จะเดินทางไปใช้บริการสุขภาพในเขตตอนในของตัวจังหวัดชายแดน ซึ่งจะต่างจากรูปแบบที่สองเป็นการข้ามแดนโดยไม่ต้องใช้เอกสารดังเช่นรูปแบบแรก อาจมีเพียงการจดบันทึกรายชื่อผู้เข้า-ออกเท่านั้น ซึ่งได้แก่ จุดผ่อนปรน จุดผ่านแดนชั่วคราว และช่องทางธรรมชาติหรือที่รู้จักกันในชื่อด่านประเพณี ซึ่งจะเป็นกลุ่มคนที่ต้องการข้ามแดนเพื่อเข้าใช้บริการสุขภาพในสถานบริการสุขภาพที่ตั้งอยู่ใกล้หรือติดกับชายแดนเป็นหลัก

จากการศึกษาพบว่า รูปแบบการข้ามแดนของชาวกัมพูชาและชาวลาวที่มารับบริการด้านสุขภาพในพื้นที่ตอนในของจังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดในเขตอีสานใต้ของประเทศไทยนั้น ส่วนใหญ่จะเป็นแบบที่ 1 คือใช้หนังสือเดินทาง ซึ่งสามารถพำนักได้ครั้งละ 14 วัน รองลงมาคือบัตรผ่านแดนหรือบัตรผ่านแดนชั่วคราว ที่สามารถพำนักอยู่ได้ถึง 3 วัน ในกรณีของชาวกัมพูชา คุณสมภาร ธานี หัวหน้าควบคุมโรคระหว่างประเทศช่องจอมได้ให้ข้อมูลว่า หลังจากผ่านกระบวนการตรวจคนเข้าเมืองของไทยแล้ว หากเป็นการเข้าไป

⁴ แม้ว่าปัจจุบันสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กำลังร่วมมือกับสาธารณสุขแขวงจำปาสักและแขวง สาละวัน สปป. ลาว และจังหวัดพระวิหาร ประเทศกัมพูชา ในการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยข้ามแดนอยู่ก็ตาม แต่ยังไม่ได้รับการกำหนดเป็นยุทธศาสตร์และนโยบายสาธารณสุขของทั้งสองประเทศแต่อย่างใด

รักษาพยาบาลในตัวจังหวัดสุรินทร์แบบไปเข้า-เย็นกลับ ผู้ป่วยพร้อมญาติส่วนหนึ่งก็ใช้บริการรถตู้ประจำทาง หรืออาจจะเช่ารถปิกอัพหรือรถตู้ หรือถ้าหากเป็นคนที่มีฐานะก็จะมักจะเช่ารถเหมาจากกัมพูชาข้ามไปเลย หลังจากเสร็จธุระในการไปโรงพยาบาลก็จะมีการไปท่องเที่ยวหรือช้อปปิ้งตามห้างต่าง ๆ กระทั่งถึงเย็นก็จะกลับมามาที่ด่าน โดยราคาเช่ารถปิกอัพ อยู่ที่ 1,500 บาท/วัน และรถตู้อยู่ที่ 2,500 บาท/วัน ราคานี้รวมค่าน้ำมันแล้ว แต่ถ้าต้องการไปรักษาที่ยังจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งมักจะใช้เวลามากกว่าหนึ่งวัน ส่วนหนึ่งก็จะใช้บริการรถโดยสารประจำทางช่องจอม-อุบลฯ หรือเช่ารถปิกอัพ และหากมากันเป็นกลุ่มใหญ่ก็จะใช้วิธีเช่ารถตู้ไปแทน ยกเว้นกลุ่มที่ใช้บริการของบริษัททัวร์ ก็จะมีไกด์และรถมารับจากด่านเพื่อพาไปยังสถานพยาบาลเลย (Samran, Interview, 2021) เช่นเดียวกับชาวลาวที่ข้ามแดนมาใช้บริการในพื้นที่ตอนในของจังหวัดอุบลราชธานีและใกล้เคียง ส่วนใหญ่ก็จะใช้เอกสารที่ทางการออกให้เช่นเดียวกับกรณีของกัมพูชา แต่จะเป็นบัตรผ่านแดนมากที่สุด โดยจะมาใช้บริการสุขภาพที่ตัวจังหวัดอุบลราชธานีในลักษณะไปเข้า-เย็นกลับมากที่สุด และเนื่องจากตัวจังหวัดอุบลราชธานีอยู่ไม่ไกลจากชายแดนมากนัก จึงพบว่าผู้ใช้บริการสุขภาพชาวลาวส่วนใหญ่มักจะนำรถยนต์ข้ามแดนมาเองมากกว่า รองลงมาก็คือการเช่ารถรับจ้างในอัตราวันละ 1,200 บาท และไม่พบว่ามีผู้ใช้บริการของบริษัททัวร์ดังเช่นกรณีของชาวกัมพูชาแต่อย่างใด อนึ่งกลุ่มผู้ป่วยที่ข้ามแดนมาใช้บริการสุขภาพรูปแบบที่ 1 นี้ จัดเป็นกลุ่มที่ “มีกำลังจ่ายสูง” เพราะเป็นการเข้าไปใช้บริการสุขภาพทั้งในสถานพยาบาลของรัฐและของเอกชนในพื้นที่ตอนใน ซึ่งจะมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างมาก

อย่างไรก็ตาม เราพบว่า ตามแนวชายแดนไทย-ลาว-กัมพูชา ที่มีจุดผ่อนปรน จุดผ่านแดนชั่วคราว และช่องทางธรรมชาติ ก็มีการข้ามพรมแดนมาใช้บริการสุขภาพในประเทศไทยของคนทั้งสองประเทศอยู่ไม่น้อย ทั้งนี้จะเป็นชาวลาวมากที่สุด โดยมากเป็นการข้ามมารับบริการที่สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน (รพ.สต.) และคลินิกของเอกชน ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ใกล้ชายแดน โดยเฉพาะอย่างยิ่งชายแดนไทย-ลาวบริเวณพื้นที่ที่ติดแม่น้ำโขงที่มีจุดผ่อนปรนถึง 4 แห่ง อีกทั้งผู้คนทั้งสองฝั่งก็มักจะเป็นเครือญาติกันที่มีการข้ามไปมาหาสู่กันเป็นประจำ ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ข้ามแดนมาใช้บริการสุขภาพกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จัดเป็นกลุ่มที่ “มีกำลังจ่ายต่ำ” ทำให้บางครั้งไม่สามารถชำระค่ารักษาพยาบาลได้ครบถ้วน ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาลของรัฐในพื้นที่ชายแดน (Weerasaengpong, Interview, 2021)

สรุปผลการศึกษา

จากผลการศึกษาที่ได้นำเสนอไปข้างต้นนั้น สามารถสรุปผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ดังต่อไปนี้

ประการที่หนึ่ง สถานการณ์และบริบทที่เกี่ยวข้องกับบริการด้านสุขภาพของพื้นที่ชายแดนประเทศกัมพูชาและ สปป. ลาว ที่ติดกับจังหวัดอุบลราชธานีและใกล้เคียงในเขตอีสานใต้มี 2 ประการหลัก ๆ คือ ประการแรก สถานการณ์และบริบทด้านภูมิศาสตร์ ซึ่งเป็นทั้งปัจจัยผลักดันและปัจจัยดึงดูดให้เกิดการข้ามแดนมาใช้บริการสุขภาพในจังหวัดอุบลราชธานีและใกล้เคียงของชาวกัมพูชาและชาวลาว กล่าวคือ อาณาบริเวณชายแดนดังกล่าวของประเทศกัมพูชาและ สปป.ลาว เป็นพื้นที่ที่อยู่ห่างไกลจากเมืองหลวง พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นป่าเขา ทำให้เป็นอุปสรรคในการเดินทางไปรับบริการสุขภาพในสถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ในตัวเมืองหรือเมืองหลวง จึงเป็นปัจจัยผลักดันให้ประชาชนบางส่วนเลือกที่จะข้ามแดนมาใช้บริการสุขภาพที่ประเทศไทย ขณะเดียวกันการพัฒนาโครงข่ายเส้นทางคมนาคมในพื้นที่ชายแดนของทั้ง 3 ประเทศ อันเนื่องมาจากนโยบายการพัฒนาเศรษฐกิจของรัฐบาลแต่ละประเทศ ภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์และแนวคิดการบูรณาการเป็นภูมิภาคเดียวกัน ทำให้การเดินทางสะดวกและรวดเร็วมากขึ้น ก็เป็นปัจจัยดึงดูดทำให้เกิดการข้ามแดนของผู้คนที่อยู่บริเวณชายแดนและตอนในของประเทศมาใช้บริการสุขภาพในประเทศเพื่อนบ้านอย่างประเทศไทยมากขึ้น ประการที่สอง สถานการณ์และบริบทด้านยุทธศาสตร์และนโยบายด้านการสาธารณสุข นั่นก็คือทั้งกัมพูชาและ สปป. ลาว แม้จะมีและให้ความสำคัญกับยุทธศาสตร์และนโยบายด้านการสาธารณสุข แต่ด้วยข้อจำกัดเรื่องงบประมาณ จึงทำให้ระบบบริการสุขภาพของประเทศยังมิอาจที่จะตอบสนองกับประชากรทุกกลุ่มได้ ทำให้ประชาชนขาดความเชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพของประเทศตนเอง ยังผลให้ผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วยจำนวนหนึ่งเลือกที่จะใช้บริการสุขภาพข้ามแดนที่ประเทศไทย

ประการที่สอง ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการข้ามแดนมาใช้บริการด้านสุขภาพในจังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดใกล้เคียงของชาวกัมพูชาและชาวลาวนั้น มีทั้งปัจจัยด้านภูมิศาสตร์สังคมและปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านภูมิศาสตร์สังคมประกอบ (1) ปัจจัยด้านภูมิศาสตร์ ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับระยะทาง ระยะเวลา และความสะดวกในการเดินทาง (2) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ อันหมายถึงการเติบโตของระบบเศรษฐกิจในประเทศต้นทาง ซึ่งเป็นผลพวงของความสำเร็จจากการเปลี่ยนผ่านจากระบบเศรษฐกิจรวมศูนย์ไปสู่ระบบเศรษฐกิจแบบตลาด ประกอบกับการปฏิรูปนโยบายด้านการค้าและการลงทุน ก็ทำให้

ประชากรส่วนหนึ่งมีกำลังซื้อบริการสุขภาพข้ามแดนได้ (3) ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ทัศนคติและค่านิยมเกี่ยวกับความเชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพของประเทศปลายทาง การมีเครือข่ายทางสังคมและภาษาที่ใกล้เคียงกันนั้น เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดปรากฏการณ์บริการสุขภาพข้ามแดน (4) ปัจจัยด้านการเมือง ได้แก่ ยุทธศาสตร์และนโยบายการพัฒนาาระบบสุขภาพของประเทศต้นทางที่ยังไม่สามารถตอบสนองต่อประชากรทุกกลุ่มได้ จึงทำให้ประชากรบางกลุ่มพยายามหาช่องทางในการข้ามแดนไปใช้บริการสุขภาพในประเทศไทย ขณะที่ปัจจัยส่วนบุคคล คือ เป็นพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง และความยินดีที่จะจ่ายค่าบริการสุขภาพของผู้บริโภคหรือผู้ป่วยชาวลาวและกัมพูชาที่ข้ามแดนมารับบริการสุขภาพนั่นเอง

ประการที่สาม รูปแบบการข้ามแดนมาใช้บริการสุขภาพในจังหวัดอุบลราชธานี และจังหวัดใกล้เคียงของชาวกัมพูชาและชาวลาวนั้น มี 2 รูปแบบคือ รูปแบบที่หนึ่ง เป็นการข้ามแดนโดยมีเอกสารที่ประเทศต้นทางออกให้ เช่น หนังสือเดินทาง บัตรผ่านแดน หรือบัตรผ่านแดนชั่วคราว ซึ่งจะใช้สำหรับเข้า-ออกบริเวณจุดผ่านแดนสากลหรือจุดผ่านแดนถาวร โดยกลุ่มคนที่ใช้เอกสารผ่านแดนรูปแบบนี้ส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มคนที่ประสงค์จะเดินทางไปใช้บริการสุขภาพในเขตตอนในของตัวจังหวัดชายแดน รูปแบบที่สองเป็นการข้ามแดนโดยไม่ต้องใช้เอกสารดังเช่นรูปแบบแรก อาจมีเพียงการจดบันทึกรายชื่อผู้เข้า-ออกเท่านั้น ซึ่งได้แก่จุดผ่อนปรน จุดผ่านแดนชั่วคราว และช่องทางธรรมชาติหรือที่รู้จักกันในชื่อด่านประเพณี ซึ่งจะเป็นกลุ่มคนที่ต้องการข้ามแดนเพื่อเข้าใช้บริการสุขภาพในสถานบริการสุขภาพที่ตั้งอยู่ใกล้หรือติดกับชายแดนเป็นหลัก

อภิปรายผลการศึกษา

ปรากฏการณ์บริการสุขภาพข้ามแดนในการศึกษารั้งนี้ สะท้อนให้เห็นว่าในศตวรรษที่ 21 ที่กระแสโลกาภิวัตน์ อันหมายถึงการเชื่อมโยงกันทั่วทั้งโลกหรือข้ามเขตแดนต่าง ๆ ไร้ชาติ ทั้งทางเศรษฐกิจ วัฒนธรรม อุดมการณ์ ความรู้และเทคโนโลยีนั้น ก่อให้เกิดปรากฏการณ์ของการเดินทางและเคลื่อนย้าย (mobilities) ของผู้คน สิ่งของ ภาพลักษณ์ข่าวสาร วัฒนธรรมและค่านิยมบนความสัมพันธ์ชุดใหม่ ซึ่งนำมาสู่กระบวนการกลายเป็นภูมิภาคเดียวกัน (regionalization) อันเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจากการเชื่อมโยงทางภูมิศาสตร์ที่เกิดจากเส้นทางคมนาคมทั้งทางบก ทางน้ำ ทางอากาศ ส่งผลให้มีผู้กล่าวกันว่าทำให้โลกใบนี้เล็กลงและแคบลง ซึ่งผลพวงของโลกาภิวัตน์และกระบวนการกลายเป็นภูมิภาค

นี้กล่าวได้ว่ามีผลกระทบกับทุก ๆ วงการ ซึ่งรวมถึงพฤติกรรมด้านสาธารณสุขด้วย เพราะยุคโลกาภิวัตน์ที่ซึ่งรัฐไม่ได้ผูกติดกับพื้นที่หรืออาณาเขตอีกต่อไป (deterritorialized state) และพรมแดนได้กลายเป็นพื้นที่ที่ทะลุผ่านได้ (porous) โดยที่รัฐจะลดบทบาทลงมาเพียงเฝ้าอำนวยความสะดวกและช่วยกำกับดูแลเท่านั้น (regulatory role) (Laungaramsri, 2002: 1-16)

ปรากฏการณ์การเคลื่อนย้ายผู้คนข้ามแดนเพื่อใช้บริการสุขภาพข้ามแดนในจังหวัดอุบลราชธานีและใกล้เคียงในเขตอีสานใต้ในงานศึกษาชิ้นนี้ จึงสอดคล้องกับงานศึกษาของ Österle (2007) ที่ทำการศึกษากาการข้ามแดนไปใช้บริการสุขภาพของชาวออสเตรียในกลุ่มประเทศอียู ซึ่งพบว่า การใช้บริการสุขภาพข้ามแดนเป็นสถานการณ์ส่งผลกระทบต่อทั้งในด้านดีและก่อให้เกิดปัญหาทั้งประเทศต้นทางและปลายทางของการใช้บริการสุขภาพ ในประเทศสหภาพยุโรปมีการศึกษาอย่างกว้างขวางโดยเฉพาะอย่างยิ่งภายหลังจากการที่มีประเทศสมาชิกใหม่เพิ่มขึ้นในสหภาพยุโรป เช่น สาธารณรัฐเชค (Czech Republic) สโลวาเกีย (Slovakia) สโลวีเนีย (Slovenia) โครเอเชีย (Croatia) เนื่องจากประเทศเหล่านี้มีศักยภาพการให้บริการที่น้อยกว่าและมีปัญหาด้านการเข้าถึงบริการทำให้มีการใช้บริการข้ามพรมแดนเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในเขตชนบทที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพในประเทศของตน จึงต้องพึ่งพาบริการสุขภาพจากต่างประเทศที่อยู่ใกล้กว่า

งานวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับงานศึกษาของ Chin Ting (2020) เกี่ยวกับการข้ามแดนมารับบริการสุขภาพของชาวกัมพูชาที่จังหวัดสุรินทร์ ที่ระบุว่า ในช่วงไม่กี่ทศวรรษที่ผ่านมาการดูแลสุขภาพกลายเป็นปรากฏการณ์โลกาภิวัตน์มากขึ้นเนื่องจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการเปิดเสรีทางเศรษฐกิจ ประเด็นของการดูแลสุขภาพไม่ได้ถูกจำกัดอยู่ในขอบเขตของรัฐชาติอีกต่อไป สถานะการรักษาพยาบาลในประเทศหนึ่งอาจส่งผลกระทบต่อประเทศอื่น ดังกรณีการข้ามพรมแดนของชาวกัมพูชาเข้าสู่จังหวัดสุรินทร์ของประเทศไทยเพื่อแสวงหาการรักษาพยาบาล ทั้งนี้เหตุผลสำคัญประการหนึ่งก็คือ การขาดความเชื่อมั่นต่อระบบบริการสุขภาพของกัมพูชาเอง ก็เป็นแรงผลักดันที่สำคัญสำหรับชาวกัมพูชาในการแสวงหาการดูแลสุขภาพในต่างประเทศ ประกอบกับไทยกับกัมพูชาเป็นประเทศที่มีพรมแดนติดกัน มีความสะดวกสบายในระบบลอจิสติกส์ การมีระบบเครือข่ายทางสังคม และระบบการสื่อสารที่ทันสมัย จึงเป็นปัจจัยที่ทำให้อุตสาหกรรมการแพทย์ข้ามพรมแดนเติบโตขึ้นเช่นเดียวกันกับงานศึกษาของ Mahaphon, Pattarakulvanich and Rakphao (1999)

ที่ระบุว่า ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ การเมือง และสังคม ทำให้ปัญหาสาธารณสุขชายแดนทวีความรุนแรง และงานศึกษาของ Rattanawong (2015) ที่ระบุว่า ปัจจุบันประเทศกัมพูชามีการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างก้าวกระโดดมาก ซึ่งส่งผลต่อการจับจ่ายใช้สอยในประเทศเช่นกัน รวมไปถึงการจับจ่ายใช้สอยในเรื่องของการดูแลสุขภาพ (healthcare) ถึงแม้จะมีความต้องการในเรื่องของการดูแลสุขภาพสูงขึ้น แต่ยังมีปัญหาในเรื่องของพื้นที่ชนบทหรือพื้นที่ห่างไกลที่ไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างดี และถึงแม้ว่ารัฐบาลจะมีข้อกำหนดมาแล้วว่าไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่ก็ไม่สามารถทำได้จริง เนื่องจากยังมีค่าใช้จ่ายอื่น ๆ นอกเหนือจากค่ารักษาอีก และเมื่อยามหมด ผู้ป่วยต้องออกไปหาซื้อเองข้างนอกโรงพยาบาล สุดท้ายผลการศึกษาก็สอดคล้องกับ Buadoktoom (2020) ที่ศึกษาการขยายตัวของธุรกิจสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดเชียงรายและปฏิบัติการเคลื่อนย้ายข้ามแดนของผู้ใช้บริการจากพม่าและลาว พบว่า การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานทางด้านการคมนาคมคือเงื่อนไขเชิงโครงสร้างสำคัญที่ส่งผลให้เกิดการก่อตัวและการพัฒนาของพื้นที่ทางการแพทย์นโยบายของรัฐ การกำกับควบคุม การเดินทางข้ามพรมแดน และกระบวนการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเดินทางข้ามแดนของชาวลาวและพม่า นำไปสู่การขยายตัวของธุรกิจการบริการสุขภาพและวัฒนธรรมการเดินทางเคลื่อนย้ายข้ามแดนเพื่อใช้บริการสุขภาพในพื้นที่อาณาบริเวณชายแดนลุ่มน้ำโขงตอนบน (ไทย พม่า ลาว)

งานวิจัยนี้ได้ชี้ให้เห็นว่า โลกาภิวัตน์ส่งผลสะท้อนต่อพรมแดน/ชายแดนทุกแห่งทั่วโลก เพราะโลกาภิวัตน์ก่อให้เกิดปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในโลกยุคใหม่ที่ตั้งอยู่บนฐานของเทคโนโลยีอันนำไปสู่ความเปลี่ยนแปลงที่เร่งเร็วขึ้นในทุกระดับของสังคมมนุษย์รวมทั้งนำมาสู่การเคลื่อนย้ายผู้คนด้านการบริการสุขภาพอย่างเสรีหรือโลกาภิวัตน์ด้านบริการสุขภาพ ที่เรียกว่าสาธารณสุขข้ามแดนหรือบริการสุขภาพข้ามแดนด้วย แต่ถึงกระนั้นก็ตาม การเคลื่อนย้ายดังกล่าวก็มีมิติที่ซับซ้อนและมีความไม่เท่าเทียม อันเนื่องมาจากการเข้าถึงศักยภาพในเคลื่อนย้ายของกลุ่มคนที่ไม่เท่ากันนั่นเอง ดังจะพบว่าผู้ที่เคลื่อนย้ายไปรับบริการสุขภาพในเขตพื้นที่ตอนในของจังหวัดชายแดนก็คือกลุ่มคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่ากลุ่มคนที่เคลื่อนย้ายไปรับบริการสุขภาพในสถานบริการที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ “ชายขอบ” ของชายแดน ดังนั้น การอธิบายหรือทำความเข้าใจปรากฏการณ์บริการสุขภาพข้ามแดนจึงควรให้ความสำคัญกับกลุ่มคนทั้งสองกลุ่ม ไม่ละเลยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งนั่นเอง

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1) ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ ประกอบด้วย

1.1 จังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดใกล้เคียงในเขตอีสานใต้ ควรมีการจัดประชุมหน่วยงานทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพข้ามแดน เพื่อจัดทำยุทธศาสตร์และแผนงานเกี่ยวกับการเป็นศูนย์กลางด้านบริการสุขภาพข้ามแดนในเขตอีสานใต้

1.2 จังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดใกล้เคียงในเขตอีสานใต้ ควรมีการจัดประชุมกับ 2 จังหวัดชายแดนของกัมพูชา คือจังหวัดพระวิหารและจังหวัดอุดรมีชัย และ 4 แขวงในเขตภาคใต้ของ สปป.ลาว คือ สาละวัน จำปาสัก เซกองและอัตตะปือ เพื่อประสานความร่วมมือและวางกรอบแนวทางการดำเนินงานร่วมกันในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และแผนงานการเป็นเมืองต้นแบบด้านบริการสุขภาพข้ามแดน ในอันที่จะยกระดับมาตรฐานสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ชายแดนของทั้ง 3 ประเทศ

1.3 จังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดใกล้เคียงในเขตอีสานใต้ ควรจัดตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การเป็นเมืองต้นแบบด้านบริการสุขภาพข้ามแดน

2) ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ประกอบด้วย

2.1 ควรสนับสนุนให้มีการทำวิจัยในประเด็นการเตรียมความพร้อมของจังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดใกล้เคียงในเขตอีสานใต้ เพื่อรองรับการเป็นเมืองต้นแบบด้านบริการสุขภาพข้ามแดน

2.2 ควรสนับสนุนให้มีการทำวิจัยเกี่ยวกับกฎหมายข้ามแดนสำหรับผู้เดินทางไปใช้บริการสุขภาพข้ามแดน

References

- Arturo, V. B. (2019). Mexican border cities in the state of Baja California address unmet healthcare needs from US residents. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 46(20), 4230-4247.
- Buadoktoom, K. (2020). The Expansion of Private Clinic in Chiang Rai Province and the Practice of Cross Border Mobility Among the

- Customers from Myanmar and Laos.** [in Thai]. Master thesis, Chiang Mai University.
- Byrd, T. L. & Law, J. G. (2009). Cross-Border Utilization of Health Care Services by United States Residents Living Near the Mexican Border. **Pan American Journal of Public Health, 26(2)**, 95-100.
- Carrillo, G. B. (2011). Health and Borders Across Time and Cultures: China, India and the Indian Ocean Region Special Issue: Introduction. **Journal of Multidisciplinary International Studies, 8(2)**, 1-7.
- Charoenmukyanand, S. et al. (2013). **A Study of the Situation of Health Service Use with Cambodians on the Thai-Cambodian Border: a Case Study of Sa Kaeo, Chanthaburi and Trat Provinces.** Bangkok: Research Office for the Development of Thai Health Security, Research Institute Health system.
- Chin Ting, Trivia Y. (2020). **Lifeline on the Other Side: Medical Travel of Cambodians to Surin, Thailand.** BA. Thesis (Global Studies), National University of Singapore, Academic Year 2019-2020.
- Dejun, S. et al. (2011). Cross-Border Utilization of Health Care: Evidence from a Population-Based Study in South Texas. **Health Service Research, 46(3)**, 859-876.
- Department of International Trade Promotion Ministry of Commerce. (2018). **Handbook of Opportunity and Direction Trade and investment in Cambodia.** Nonthaburi: Department of International Trade Promotion.
- Foreign Patient Service Center, Sappasitthiprasong Hospital. (2019). **Foreigner's Patient information between October 2018 to September 2019.**
- Freddie, S. et al. (2021). Experiences of seeking healthcare across the border: lessons to inform upstream policies and system developments on cross-border health in East Africa. **BMJ Journal, 11(12)**, 1-12.

- Haritavon, N. & Sukkasem, Ch. (n.d.). **Border Health: Crossing Borders to Receive Health Services in Thailand for Patients from Myanmar, Laos, and Cambodia**. [in Thai]. Bangkok: Institute of Health Systems Research.
- Heng, M. B. & Key, P. J. (1995). Cambodian health in transition. **British Medical Journal**, 311(7002), 435–437.
- Hfocus. (2015). **Cambodia's Health Business**. [in Thai].
<https://www.hfocus.org/content/2015/08/1063>
- Katz, S. J., Verrilli, D. & Barer, M.L. (1998). Canadians' Use of U.S. Medical Services. **Health Affairs**, 17(1), 225-235.
- Kitiasa, P. (2002). People Across the Border: The Drama of Life and Crossing Borders in Isan Culture. [in Thai]. **Journal of Social Sciences, Chiang Mai University**, 15(1/2002), 109-166.
- Laungaramsri, P. (2002). Crossing Borders with Questions of Identity, Culture, Space, and Nationality. [in Thai]. **Journal of Social Sciences, Chiang Mai University**, 15(1/2002), 1-16.
- Mahaphon, N., Pattarakulvanich, S. & Rakphao, S. (1999). Border health care Cooperation Strategies. [in Thai]. **Journal of Public Health**, 8(3), 287–298.
- Manager Online. (2005). **Doctor Complains the Laotian's Fashion Enthusiast Crosses the Mekong to Find Thai Doctor**. [in Thai].
<https://mgronline.com/indochina/detail/9480000007698>
- Österle, A. (2007). Health care across borders: Austria and its new EU neighbours. **Journal of European Social Policy**, 17(2), 112–124.
- Oversen, J. & Trankell, Ing-B. (2010). **Cambodians and Their Doctors: A Medical Anthropology of Colonial and Post-Colonial Cambodia**. Copenhagen: NIAS Press.
- Pacific Bridge Medical. (2017). **Healthcare in Laos**.
<https://www.pacificbridgemedical.com/publication/healthcare-in-laos/>

- Pearson, M. (2011). Medical Connections and Exchanges in the Early Modern World. **Journal of Multidisciplinary International Studies**, 8(2), 1-15.
- Phraxayayong, V. (2009). **History of Aid to Laos: Motivations and Impacts**. Chiang Mai: Mekong Press Foundations.
- Rattanawong, M. (2015). **Factors in attracting investment to Cambodia: a case study of Bangkok Dusit Medical Services Public Company Limited**. [in Thai]. BA thesis (Southeast Asian Studies), Thammasat University. <https://km-ir.arts.tu.ac.th/>
- Rivera, J.O., Ortiz, M. & Cardenas, V. (2009). Cross-border purchase of medications and health care in a sample of residents of El Paso, Texas, and Ciudad Juarez, Mexico. **Journal of Natural Medical Association**, 101(2), 167-173.
- Souksakit, T. (2017). Health care Service Center to Increase Competitiveness of National Economy. [in Thai]. **Ratthapirak Journal**, 58(2), 39-51.
- Srithongtham et al. (2013). **Impact of Lao, Cambodian, and Burmese migrant workers on the health service workload of hospitals along the border of Thailand**. [in Thai]. Bangkok: Thailand Research Fund.
- Thompson, C. (2011). Medical Migrations Afterword: Science as a Vacation?. **Body & Society**, 17(2-3), 205-213.
- Ubon Ratchathani Provincial Health Office. (2021). **The information on Service Usage for Foreign Patients**. <http://www.phoubon.in.th>
- Ward, H., Mertens, T. & Thomas, C. (1997). Health seeking behavior and the control of sexually transmitted disease. **Health Policy and planning**, 12(1), 19-28.
- World Health Organization (WHO). (2017). **Overview of Lao Health System Development 2009–2017**. <https://apps.who.int>

Interviews

Boonpradab, A. Deputy Director of Public Health, Surin Province and Director of Kab Choeng Hospital, Surin Province. **Interview.** June 9, 2021.

Keowmanee. (pseudonym). Deputy Head of Administration, Provincial Public Health Office, Lao PDR. **Interview.** September 6, 2021.

Khun Nong. (pseudonym). Head of Customer Service, Private Hospital. **Interview.** February 24, 2021.

Mao, B. Taxi Driver at O-Smach Resort, Samrong District, Oddor Meanchey Province. **Interview.** December 19, 2018.

Mui, P. Teacher at the Secondary School in Kabal Sapien District, Oddor Meanchey Province. **Interview.** November 10, 2016.

Nokkeow. (pseudonym). Thai-Cambodia Guide. **Interview.** March 29, 2021.

Peng, P. Head of the Cambodia-Thai Border Coordination Unit, O-Smach Area, Oddor Meanchey Province. **Interview.** March 25, 2021.

Samran, T. Head of Chong Chom International Communicable Disease Control Checkpoint. **Interview.** March 25, 2021.

Srisan, S. Deputy Governor of Surin Province. **Interview.** June 9, 2021.

Weerasaengpong, T. Sisaket Provincial Chief of Public Health. **Interview.** June 10, 2021.