



เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

รายงานฉบับสมบูรณ์
การใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยชาวลาวในประเทศไทย :
กรณีศึกษาผลกระทบต่อโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทย

โดย

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)

เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

กรกฎาคม 2555

การใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยชาวลาวในประเทศไทย
(Health Care Service Used by Lao Patients in Thailand)

: กรณีศึกษา ผลกระทบต่อโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทย
(The impact on Thai public hospitals)

บทคัดย่อ

การใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดนของผู้ป่วยชาวลาวในโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทย เป็นสถานการณ์ที่ยังไม่มีรายงานการศึกษาทั้งข้อมูลสถานการณ์และผลกระทบต่อโรงพยาบาลของรัฐในประเทศไทย จึงเป็นที่มาและวัตถุประสงค์ของการศึกษานี้ที่จะต้องการศึกษาสถานการณ์การใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดนของผู้ป่วยชาวลาวในโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทย โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงพรรณนา (Cross-sectional descriptive study) ด้วยวิธีการรวบรวมข้อมูลทั้งวิธีการเชิงคุณภาพ (Qualitative method) และวิธีการเชิงปริมาณ (Quantitative method) ผลการศึกษาพบว่า บริบทด้านพื้นที่ของผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อความสามารถในการจ่ายค่าบริการ โรงพยาบาลที่ผู้ป่วยมีพื้นที่ติดกับชายแดนในเขตพื้นที่ที่ไม่ใช่เขตเศรษฐกิจหรือเมืองใหญ่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลจากตัวเมืองของประเทศไทย เดินทางได้ลำบากเมื่อเทียบกับเดินทางข้ามพรมแดนเข้ามาในประเทศไทย จะได้รับผลกระทบด้านการการเงินค่อนข้างมาก เพราะไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการจากผู้ป่วยได้ มีการแก้ปัญหาโดยใช้เงินบำรุงของโรงพยาบาลในการชำระค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ ส่วนบริบทด้านการบริหารจัดการจะส่งผลต่อการเรียกเก็บค่าบริการ โดยโรงพยาบาลขนาดเล็กที่อยู่ในพื้นที่ติดกับพื้นที่เขตเศรษฐกิจของประเทศไทย ต้องแข่งขันกับสถานบริการสุขภาพเอกชนทั้งขนาดเล็กและขนาดใหญ่ไม่ว่าจะเป็นคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการจ่ายสูงจะไปใช้บริการที่สถานบริการสุขภาพเอกชน หรือใช้บริการที่สถานบริการเอกชนจนถึงขีดความสามารถจะจ่ายได้จึงจะกลับมาใช้บริการของรัฐ ส่วนผู้ที่มีความสามารถในการจ่ายต่ำกว่าจะเลือกใช้บริการของรัฐอยู่แล้ว ทำให้โรงพยาบาลของรัฐที่มีขนาดเล็กกลุ่มนี้พบกับปัญหาไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการได้ ส่วนโรงพยาบาลขนาดเล็กที่ไม่ได้ติดพื้นที่เขตเศรษฐกิจ ผู้มาใช้บริการส่วนใหญ่มีฐานะยากจน ทำให้ไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการได้ ซึ่งส่งผลให้โรงพยาบาลขนาดเล็กมีภาระค่าใช้จ่ายต่อการให้สังคมสงเคราะห์ต่อผู้ป่วยชาวลาวเป็นจำนวนสูงกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ในขณะที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่มีการใช้ทรัพยากรในการรักษามากกว่า เนื่องจากผู้ป่วยที่มาใช้บริการมักมีอาการซับซ้อนหรือรุนแรงกว่าผลกระทบที่ตามมาคือ ผู้ป่วยไม่สามารถจ่ายค่าบริการได้เนื่องจากค่าใช้จ่ายสูง อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาจะสะท้อนให้เห็นว่า การบริหารจัดการในระดับโรงพยาบาลสามารถลดความรุนแรงผลกระทบด้านสถานการณ์การเงินจากการใช้บริการของผู้ป่วยชาวลาวได้ นอกจากนี้พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลการตัดสินใจมาใช้บริการในประเทศไทยของผู้ป่วยชาวลาวคือความเชื่อมั่นและความศรัทธาต่อคุณภาพของบริการทางการแพทย์ในประเทศไทย เนื่องจากการใช้บริการไม่สอดคล้องกับลักษณะความรุนแรงของโรคหรือความซับซ้อนทางการรักษา

รายงานการศึกษานี้ จะสะท้อนสถานการณ์การใช้บริการและการให้บริการสุขภาพข้ามพรมแดนของผู้ป่วยชาวลาว พร้อมทั้งนำเสนอแนวทางในการบริหารจัดการสถานการณ์ในบริบทต่างๆ และเสนอแนะแนวทางสำหรับการจัดการเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพต่อไปในอนาคต

บทที่ 1

ที่มาและความสำคัญของปัญหา(Rational and Background)

การใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดน เป็นสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบทั้งในด้านดีและก่อให้เกิดปัญหาทั้งประเทศต้นทางและปลายทางของการใช้บริการสุขภาพ ในประเทศสหภาพยุโรปมีการศึกษาอย่างกว้างขวางโดยเฉพาะอย่างยิ่งภายหลังจากการที่มีประเทศสมาชิกใหม่เพิ่มขึ้นในสหภาพยุโรป เช่น สาธารณรัฐเชก(Czech Republic) สโลวาเกีย(Slovakia) สโลวีเนีย(Slovenia) โครเอเชีย(Croatia) เนื่องจากประเทศเหล่านี้มีศักยภาพการให้บริการที่น้อยกว่าและมีปัญหาด้านการเข้าถึงบริการทำให้มีการใช้บริการข้ามพรมแดนเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในเขตชนบทที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพในประเทศของตน จึงต้องพึ่งพาบริการสุขภาพจากต่างประเทศที่อยู่ใกล้กว่า⁽¹⁾ อีกทั้งประชาชนในประเทศสหภาพยุโรปสามารถเดินทางข้ามพรมแดนได้ด้วยความสะดวก ภาษาและวัฒนธรรมมีความใกล้เคียงกัน รวมทั้งมีระบบการจ่ายเงินด้านสวัสดิการสุขภาพที่เชื่อมโยงกัน⁽²⁾ ทำให้มีการแสวงหาการบริการสุขภาพที่ดีสำหรับตนได้ง่ายและสะดวกมากขึ้น โดยพบว่าปัจจัยต่อการมุ่งแสวงหาการบริการสุขภาพนั้นโรงพยาบาลที่เลือกใช้บริการต้องมีประกอบด้วย ประสิทธิภาพการรักษา ความคุ้มค่า ศักยภาพของผู้ให้บริการ มีการตอบสนองความต้องการ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยและยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง⁽³⁾ ส่งผลให้ประเทศสหภาพยุโรปต้องมีการศึกษาปัญหา กำหนดนโยบายหรือข้อตกลงด้านบริการสุขภาพเพื่อบริหารจัดการระบบการเงินการคลังในด้านการชำระเงินคืน(reimbursement) และมีข้อตกลงเพื่อเพิ่มศักยภาพการบริการสุขภาพของแต่ละประเทศให้มีความใกล้เคียงกันมากขึ้น⁽⁶⁻¹⁰⁾

การใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดนในประเทศแถบทวีปอเมริกา พบรายงานการศึกษาน้อยกว่าทางประเทศสหภาพยุโรปอาจเนื่องจากข้อจำกัดสภาพทางภูมิศาสตร์และการติดต่อทางคมนาคม ประเด็นปัญหาหรือการพัฒนาด้านระบบบริการทางการแพทย์ที่ประเทศแถบอเมริกาให้ความสนใจ จะเป็นการศึกษาที่เน้นด้านการจัดระบบทางการเงินการคลัง เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ง่าย⁽¹¹⁾ พบว่าปัจจัยที่ทำให้ประชาชนชาวแคนาดาข้ามพรมแดนไปใช้บริการสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกาคือ การหลีกเลี่ยงระยะเวลาการรอคอยบริการ ซึ่งส่งผลให้นำไปสู่ปัญหาด้านการจัดการทางการเงินการคลังของประเทศแคนาดา⁽¹²⁾ สำหรับพรมแดนระหว่างประเทศสหรัฐอเมริกากับประเทศเม็กซิโก มีปัจจัยต่อการใช้บริการที่แตกต่างจากประเทศแคนาดา กล่าวคือ ประชาชนที่มีรายได้และการศึกษาที่สูงของประเทศเม็กซิโกมักแสวงหาการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและศักยภาพสูง ได้แก่ การมีผู้เชี่ยวชาญ มีเทคโนโลยีการรักษา และมีการดูแลรักษาที่ดีกว่าประเทศเม็กซิโก ส่งผลให้เกิดปัญหาความไม่เพียงพอของบุคลากรทางสาธารณสุขในประเทศเม็กซิโก เนื่องจากบุคลากรกลุ่มนี้เข้ามาทำงานในประเทศสหรัฐอเมริกามากขึ้น ส่วนประชาชนของสหรัฐอเมริกาที่มีรายได้น้อยกลับข้ามพรมแดนเพื่อไปใช้บริการสุขภาพที่มีราคาต่ำกว่าการให้บริการทางสหรัฐอเมริกาเอง^(13, 14) ซึ่งสถานการณ์ปัญหาดังกล่าว ทำให้ประเทศสหรัฐอเมริกาต้องมี

การศึกษาปัญหาและกำหนดขอบเขตการให้บริการ รวมทั้งกำหนดข้อตกลงในพัฒนาระบบสุขภาพร่วมกับประเทศเม็กซิโก เพื่อควบคุมผลกระทบด้านค่าใช้จ่ายของประเทศ⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ แต่ด้วยลักษณะทางภูมิศาสตร์ทำให้การกำหนดแนวทาง นโยบายหรือข้อตกลงต่าง ๆ ในด้านการบริการสุขภาพข้ามพรมแดน จึงมักดำเนินการเป็นแบบระหว่างประเทศหรือรัฐที่มีพื้นที่พรมแดนติดกันมากกว่าจะกำหนดเป็นข้อตกลงระดับพหุภาคี ดังเช่นประเทศสหภาพยุโรป

ในแถบเอเชีย พบรายงานการศึกษาในประเทศอัฟกานิสถาน(Afghanistan) ปากีสถาน(Pakistan) และทาจิกิสถาน(Tajikistan) ซึ่งมีความแตกต่างจากการศึกษาในประเทศทางยุโรปและอเมริกา เนื่องจากเป็นกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่อหัวประชากรต่อปีอยู่ในเกณฑ์ต่ำ มีศักยภาพการให้บริการที่ต่ำและมีการบริการทางการแพทย์มีไม่เพียงพอ ทำให้ต้องส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาหรือใช้บริการที่ประเทศอื่นที่มีการบริการดีกว่า ดังนั้นการจัดการปัญหาการใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดนในกลุ่มประเทศนี้ จึงต้องเน้นที่การจัดให้มีบริการที่เพียงพอและพัฒนาศักยภาพของการบริการให้มากขึ้น สำหรับในประเทศไทยที่มีพรมแดนติดกับหลายประเทศ มีลักษณะทางภูมิศาสตร์ที่ทำให้ประชากรระหว่างประเทศสามารถเดินทางติดต่อกันได้ง่ายคล้ายคลึงกับประเทศในแถบยุโรป อีกทั้งการมีศักยภาพของระบบบริการทางการแพทย์ที่ดีกว่าประเทศเพื่อนบ้านคล้ายกับบางประเทศในแถบยุโรปจึงทำให้มีการใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดนเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว เป็นประเทศที่มีพรมแดนติดกับประเทศไทย 11 จังหวัดตั้งแต่ทางเหนือจนถึงภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศได้แก่ เชียงราย พะเยา น่าน อุตรดิตถ์ พิษณุโลก เลย หนองคาย นครพนม มุกดาหาร อำนาจเจริญ และอุบลราชธานี การติดต่อระหว่างไทยลาว ทำได้ง่ายและมีหลายช่องทางทำให้ประชาชนเดินทางไปมาหาสู่กันได้ง่ายมากยิ่งขึ้น (ภาพที่1)



ภาพที่ 1 แสดงแผนที่ประเทศไทย จาก www.google.co.th

ผลกระทบโดยตรงที่ทำให้เกิดปัญหาระบบสาธารณสุขได้แก่ การมีจำนวนผู้ป่วยชาวลาวเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยมากขึ้น โดยไม่สามารถควบคุมได้ทั้งทางภาครัฐและภาคเอกชน การติดต่อระหว่างไทย-ลาวทำได้ง่ายขึ้นเนื่องจากมีหลายช่องทางทำให้ประชาชนเดินทางไปมาหาสู่กันได้สะดวก อีกทั้งพื้นที่ของประเทศลาวที่ติดกับประเทศไทยเป็นพื้นที่ที่เป็นศูนย์กลางของวัฒนธรรม สังคม และเศรษฐกิจ แตกต่างจากประเทศอื่นที่อยู่ติดชายแดนประเทศไทยไม่ว่าจะเป็นพม่า กัมพูชา หรือมาเลเซีย ที่มีลักษณะเป็นพื้นที่เขตชนบทหรือนอกเมือง โดยเฉพาะพม่าที่เป็นพื้นที่ที่มีปัญหาเรื่องความขัดแย้งของเชื้อชาติ ทำให้มีความแตกต่างของบริบทและลักษณะของประชากรที่มาใช้บริการ อีกทั้งด้วยสถานการณ์ของประเทศลาวที่มีจำนวนประชากรเพิ่มสูงขึ้น รายได้รวมต่อหัวของประชากร(GDP per capita)เพิ่มขึ้น มีการค้าขายชายแดนตลอดจนการท่องเที่ยวชายแดนเพิ่มสูงขึ้น และกามีจำนวนผู้ป่วยชาวลาวเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยมากขึ้น โดยไม่สามารถควบคุมได้ทั้งทางภาครัฐและภาคเอกชน ซึ่งเป็นผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขในประเทศไทย ทำให้เป็นกรณีศึกษาพื้นที่นี้เป็นเรื่องที่น่าสนใจ

ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ใช่แรงงานต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยที่มีการลงทะเบียนอย่างถูกต้อง และมีระบบการจ่ายเงินสนับสนุนเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพ แต่เป็นกลุ่มที่เข้ามาเพื่อใช้บริการทางสุขภาพ โดยเฉพาะ โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อาศัยอยู่บริเวณชายแดนประเทศลาว ทำให้ระบบบริการทางการแพทย์ของไทยโดยเฉพาะหน่วยบริการสาธารณสุขตามจังหวัดชายแดน รับภาระงานเพิ่มขึ้นโดยไม่มีการวางแผนและเตรียมความพร้อมต่อการให้บริการ ข้อมูลการศึกษาโดยการสำรวจจากประชาชนลาวที่อยู่บริเวณชายแดนลาวที่ติดกับประเทศไทยในปีพ.ศ. 2547^(18, 19) พบว่า ผู้ป่วยชาวลาวที่อยู่ในเขตเมืองมาใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยในบริเวณจังหวัดหนองคายและอุดรธานี จำนวน 15,000 คน อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงรายจำนวน 10,000 คน ส่วนผู้ที่อยู่ในเขตชนบทจะเลือกใช้บริการในสถานบริการพยาบาลของรัฐ เช่น จังหวัดมุกดาหาร 675 คน หนองคาย 1,931 คนและอุบลราชธานี 2,075 คน ซึ่งจะเลือกใช้บริการของสถานบริการพยาบาลที่ติดกับชายแดนกรณีที่เป็นฉุกเฉินเร่งด่วน ส่วนกรณีที่เป็นโรคที่รุนแรงและมีความซับซ้อนมากขึ้นจะเลือกใช้สถานบริการที่มีศักยภาพสูงขึ้นในระดับจังหวัดหรือสถานบริการเฉพาะทาง ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ถึงเหตุผลของการเลือกใช้บริการในประเทศไทย เนื่องจากสถานบริการในประเทศไทยมีศักยภาพในการให้บริการที่สูงกว่า⁽²⁰⁾

รายงานการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยต่างด้าวไม่ขึ้นทะเบียน ปีงบประมาณ 2551 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า สถานพยาบาลของรัฐในจังหวัดต้องรับภาระค่าใช้จ่ายจากการให้บริการไม่ต่ำกว่า 20 ล้านบาทต่อปีและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น หากต้องรับภาระการดูแลผู้ป่วยชาวลาวเพิ่มโดยไม่ได้มีการวางแผนการเตรียมความพร้อม ไม่มีนโยบายหรือวิธีการจัดการที่เหมาะสม⁽²¹⁾ โรงพยาบาลตามจังหวัดชายแดนจะต้องรับภาระเหล่านี้มากขึ้น อาจส่งผลกระทบต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลด้านวิชาชีพของโรงพยาบาลและประสิทธิภาพการให้บริการแก่ประชาชนไทยให้ครอบคลุมและทั่วถึง สำหรับสถานการณ์ของจังหวัดที่มีพื้นที่ติดชายแดนหลายจังหวัด เช่น จังหวัดมุกดาหาร มีสถานการณ์ในลักษณะเช่นเดียวกันคือ จำนวนผู้ป่วยชาวลาวที่มาใช้บริการทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกอย่าง

น้อย 3,000 ราย ในแต่ละปีประมาณ แต่ยังไม่มีการวิเคราะห์และนำมาศึกษาถึงผลกระทบต่อระบบบริการ จึงควรต้องทำการศึกษาเพิ่มเติม ส่วนสถานการณ์ที่จังหวัดเชียงราย ในพ.ศ.2542 พบว่าสถานพยาบาลใน จังหวัดเชียงรายต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเนื่องจากเก็บค่าบริการไม่ได้จากการให้บริการผู้ป่วยต่างชาติอย่างต่อเนื่อง⁽²²⁾ สถานการณ์เช่นนี้แสดงให้เห็นว่าเกิดผลกระทบที่จังหวัดตามชายแดนต้องรับภาระงานเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานสถานการณ์การเงินของในปัจจุบันคือ เกิดปัญหาขาดทุนในโรงพยาบาลใน สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ตามชายแดน⁽²³⁻²⁷⁾ แม้ว่ายังเป็นที่ยกเถียงถึงสาเหตุของการเกิดปัญหา แต่การ รับภาระค่าใช้จ่ายในการให้บริการผู้ป่วยต่างชาติโดยไม่มีการวางแผนก็เป็นส่วนหนึ่งของปัญหาเช่นกัน

นอกจากนี้ การที่ประเทศไทยเป็นส่วนหนึ่งของอาเซียน(ASEAN) จึงจำเป็นต้องเตรียมความพร้อม เพื่อรองรับประชาคมอาเซียน(ASEAN Community)ที่ถูกกำหนดให้บรรลุวัตถุประสงค์ภายในปี พ.ศ. 2563 (ค.ศ. 2020) โดยเฉพาะด้านการบริการด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นสาขานำร่องในการดำเนินงาน ซึ่งการเตรียม ความพร้อมดังกล่าวจำเป็นต้องมีข้อมูลด้านสถานการณ์การให้และการใช้บริการสุขภาพระหว่างประเทศที่เป็น อยู่ในปัจจุบัน รวมถึงการเข้าใจถึงพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดนอย่างถูกต้องและเชื่อถือ ได้ เพื่อนำมาวางแผนและดำเนินงานอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการด้านกำลังคนและการ จัดการทางการเงิน ซึ่งจะทำได้ประโยชน์ทั้งต่อประเทศไทยในการนำข้อมูลมาวางแผนการจัดการ ต่ ประเทศลาวในด้านการนำข้อมูลไปพัฒนาระบบการบริการสุขภาพของประเทศ และเป็นประโยชน์ต่อการ พัฒนาความร่วมมือในด้านสาธารณสุขของทั้งสองประเทศไปพร้อมกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมและจากการสอบถามไปยังแหล่งข้อมูลที่รับผิดชอบด้านการให้บริการ ทางสาธารณสุข พบว่า ยังไม่พบรายงานการศึกษารูปแบบการมาใช้บริการสาธารณสุขของผู้ป่วยชาวลาวใน ประเทศไทย และไม่มีการจัดการเชิงนโยบายอย่างชัดเจนในด้านการให้บริการสาธารณสุขของผู้ป่วยชาว ลาวในประเทศไทย ดังนั้น จึงเป็นที่มาของคำถามงานวิจัยว่าสถานการณ์การให้บริการสาธารณสุขข้าม พรมแดนของผู้ป่วยชาวลาวในประเทศไทยเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย(Primary Objective)

ศึกษาสถานการณ์การให้บริการสุขภาพข้ามพรมแดนในประเทศไทยของผู้ป่วยชาวลาว

วัตถุประสงค์เฉพาะ(Secondary Objective)

1. ศึกษาปริมาณและการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐในประเทศไทยแก่ผู้ป่วยชาวลาว
2. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมาใช้บริการสุขภาพในประเทศไทยของผู้ป่วยชาวลาว
3. สำรวจข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยชาวลาวที่มาใช้บริการสุขภาพในประเทศไทย
4. ศึกษาแนวทางในการจัดการการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยชาวลาวในเชิงนโยบาย

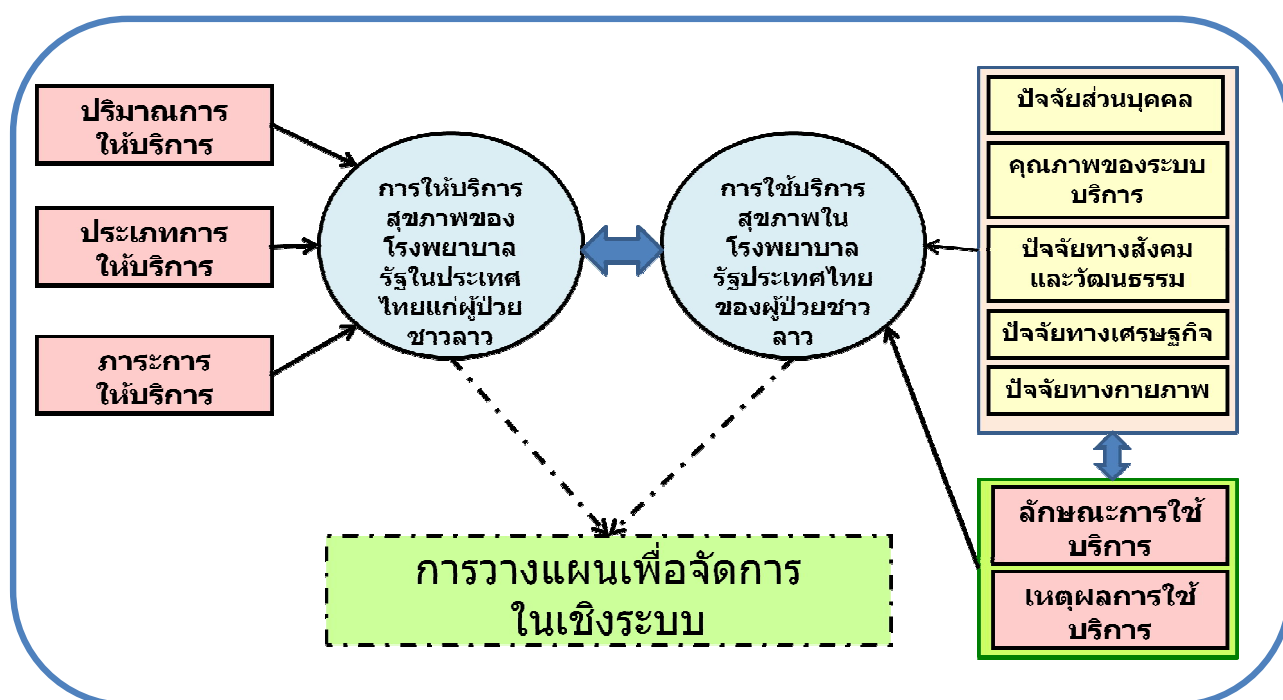
ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ประโยชน์ในทางวิชาการที่สามารถอ้างอิงและน่าเชื่อถือได้สำหรับข้อมูลสถานการณ์การให้บริการข้ามพรมแดนของประเทศไทย
2. ทราบถึงสถานการณ์การให้บริการสุขภาพข้ามพรมแดนและสถานการณ์ทางการเงินจากการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยชาวลาวในปัจจุบัน
3. ได้ข้อมูลเพื่อนำมาวางแผนจัดการกับสถานการณ์การให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐที่ติดชายแดนในประเทศไทยทั้งด้านการจัดบริการ กำลังคน และการจัดการทางการเงินอย่างเหมาะสมกับบริบทของสถานการณ์ที่เป็นจริง
4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติการให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
5. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพัฒนาระบบบริการสุขภาพสุขภาพระหว่างไทย-ลาวในอนาคต

ตัววัด(Measurement)

1. สถิติการให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทยของผู้ป่วยชาวลาว 3 ปีย้อนหลัง สำหรับวัดปริมาณการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลในประเทศไทยแก่ผู้ป่วยชาวลาว
2. สถิติการให้สงเคราะห์ด้านการเงินในโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทยแก่ผู้ป่วยชาวลาว ย้อนหลัง 3 ปี และข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการสุขภาพเพื่อแสดงถึงภาระการให้บริการสุขภาพ

กรอบแนวคิด(Conceptual framework)



นิยามเชิงปฏิบัติการ

การมาใช้บริการซ้ำ หมายถึง ภายหลังที่ผู้ป่วยมาใช้บริการในครั้งแรกของโรงพยาบาลแห่งนั้นแล้ว จะกลับมาใช้อีกในครั้งต่อไปด้วยเหตุผลที่ไม่ใช่ถูกแพทย์นัดมารักษา

ประเภทบริการสุขภาพ หมายถึง การให้บริการสุขภาพแบบผู้ป่วยใน หรือ ผู้ป่วยนอก

ผู้ป่วยชาวลาที่มารับบริการในประเทศไทย หมายถึง ผู้ป่วยที่ข้ามพรมแดนโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อมาใช้บริการสุขภาพเมื่อได้รับการรักษาเรียบร้อยแล้วจะข้ามพรมแดนกลับ ไม่รวมผู้ที่เป็นแรงงานต่างด้าวหรือข้ามมาทำงานในประเทศไทย ไม่รวมผู้อพยพหรือผู้ที่ย้ายถิ่นมาอยู่อาศัยในเมืองไทยถาวรหรือมีที่พักอย่างถาวรในประเทศไทย และ ไม่รวมผู้ที่มีคู่สมรสเป็นคนไทยหรือมีบิดาหรือมารดาเป็นคนไทย

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยชาวลาที่นำมาซึ่งความต้องการในการใช้บริการสุขภาพในประเทศไทย ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ โรค/ความรุนแรงของโรค

ปัจจัยด้านโรค หมายถึง ปัจจัยที่สะท้อนให้ทราบถึงการรับรู้ของผู้ป่วยต่อความรุนแรงของโรคอาการของผู้ป่วยและความยากง่ายของการรักษา วัดได้จาก ความเห็นของผู้ป่วยต่อโรคอาการของตนเองและความเห็นต่อการรักษาที่ได้รับจากสถานบริการสุขภาพนั้น ๆ

คุณภาพของระบบบริการ หมายถึง ลักษณะที่แสดงให้เห็นว่าการบริการนั้นสามารถตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บริการ ทำให้ผู้ให้บริการมีความเชื่อมั่นและมีความพึงพอใจจากการใช้บริการ ได้แก่

- ประสิทธิภาพ หมายถึง การรับรู้ต่อความสามารถในการรักษาโรค/อาการของสถานบริการ วัดได้จาก ความเห็นของผู้ป่วยต่ออาการที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังการรักษา
- ประสิทธิภาพ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยในด้านภาระค่าใช้จ่ายเมื่อเทียบกับบริการที่ได้รับ วัดได้จาก ความเห็นของผู้ป่วยต่อความคุ้มค่าของค่าใช้จ่ายที่เสียไปต่อการรักษาผลการรักษาที่ได้รับ
- การจัดให้มีบริการ หมายถึง การรับรู้ว่าสถานบริการนั้นมีบริการด้านการรักษาตามความจำเป็นของผู้ป่วยและมีความทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้อย่างเพียงพอ วัดได้จาก ความเห็นของผู้ป่วยต่อการได้รับบริการสุขภาพตามความจำเป็น ตลอดจนสถานบริการมีเครื่องมือหรือยารักษาโรคที่จำเป็นต้องใช้สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ โดยไม่ต้องส่งต่อไปสถานบริการสุขภาพอื่น
- ความสามารถในการเข้าถึงการบริการ หมายถึง การรับรู้ถึงความสะดวกในการเข้าใช้บริการของผู้ป่วย วัดได้จาก ความเห็นต่อความยากง่ายหรือความสะดวกในการเข้ามาใช้บริการที่สถานบริการนั้น
- พฤติกรรมการบริการ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการแสดงออกในด้านการให้บริการสุขภาพของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพที่ผู้ป่วยใช้บริการ วัดได้จาก ความเห็นต่อการแสดงออกของบุคลากรในด้านการให้บริการสุขภาพต่อผู้ป่วย

ปัจจัยทางกายภาพ หมายถึง ลักษณะสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ ระยะทางและระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทาง

ปัจจัยทางเศรษฐกิจ หมายถึง ความสามารถที่จะจ่ายเพื่อตอบสนองต่อความต้องการใช้บริการ

ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม หมายถึง ลักษณะของสังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วยที่ส่งผลต่อความคิด และการตัดสินใจในการใช้บริการสุขภาพซึ่งสะท้อนออกมาในรูปแบบของความเชื่อมั่น ความคาดหวัง และ ค่านิยม

บทที่ 2

ระเบียบวิธีวิจัย(Methodology)

ใช้วิธีการศึกษาเชิงพรรณนา(Cross-sectional descriptive study) ด้วยวิธีการรวบรวมข้อมูลทั้งวิธีการเชิงคุณภาพ(Qualitative method) และวิธีการเชิงปริมาณ(Quantitative method) โดยดำเนินการแบ่งเป็น 2 ระยะดังต่อไปนี้คือ

ระยะที่ 1 ศึกษาปริมาณการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยชาวลาวในประเทศไทยและแนวทางในการจัดการเงินโยบายน

ทำการรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการเชิงคุณภาพ(Qualitative method) ได้แก่

- 1.1 ศึกษาปริมาณและการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลในประเทศไทยแก่ผู้ป่วยชาวลาวเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ข้อที่1 ได้แก่ สถิติข้อมูลและสถิติรายรับ-รายจ่ายจากการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยชาวลาวจากโรงพยาบาลเป้าหมายในรอบ3 ปีย้อนหลัง
- 1.2 ศึกษาแนวทางในการจัดการเงินโยบายโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก(In-depth interview) เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์เฉพาะข้อที่4

ประชากรในการศึกษา

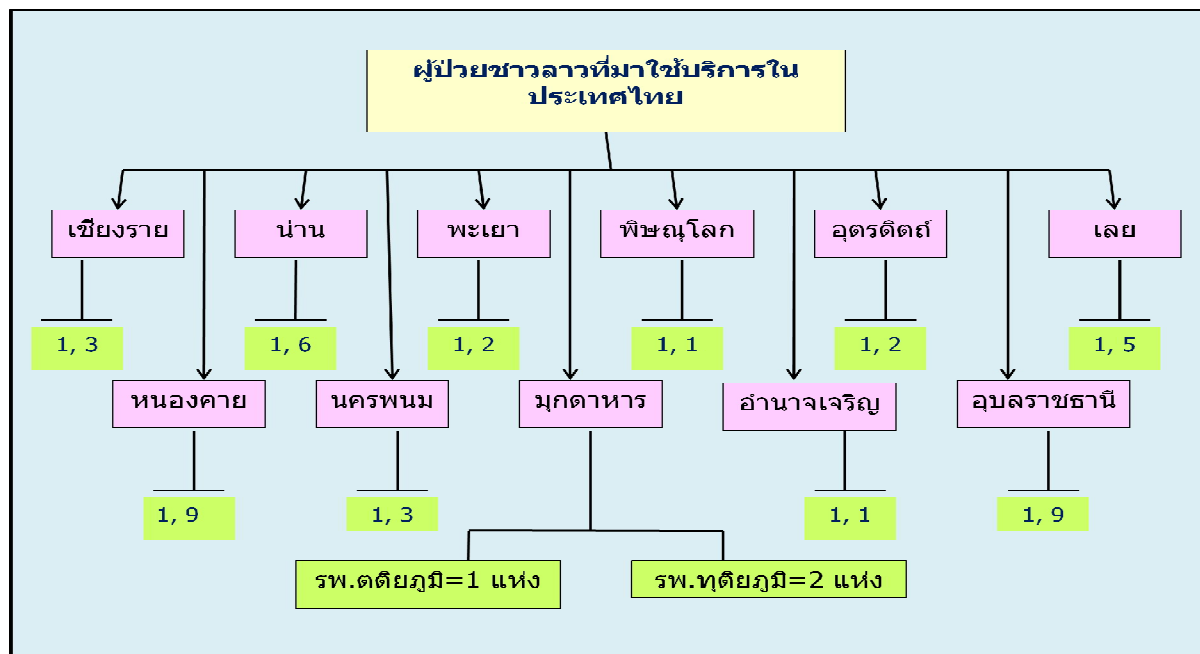
โรงพยาบาลในจังหวัดที่ติดชายแดนลาวทั้งหมด 11 จังหวัด

กลุ่มตัวอย่างและขนาดตัวอย่าง

- ขอข้อมูลสถิติการให้บริการและสถิติรายรับ-รายจ่ายในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยชาวลาวในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิทุกโรงพยาบาลในจังหวัดที่ติดชายแดนลาวทั้งหมด 11 จังหวัด ในระยะเวลา 3 ปีย้อนหลังได้แก่ เชียงราย น่าน พะเยา อุตรดิตถ์ พิษณุโลก เลย หนองคาย นครพนม มุกดาหาร อานาเจริญและอุบลราชธานี และในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิของจังหวัดข้างต้นในอำเภอที่ติดชายแดนทั้งหมดของจังหวัดนั้นทั้งหมด2 อำเภอได้แก่3 อำเภอของจังหวัดเชียงราย คือ เวียงแก่น เชียงของ เชียงแสน, 6 อำเภอในจังหวัดน่านคือ สองแคว พัวซางเฉลิมพระเกียรติ บ่อเกลือ แม่จิม และเวียงสา, 2 อำเภอในจังหวัดพะเยาคือ เชียงคำ และภูซาง, 2 อำเภอในจังหวัดอุตรดิตถ์คือ น้ำปาด และบ้านโคก1 อำเภอในจังหวัดพิษณุโลกคือ ชาติตระการ, 5 อำเภอในจังหวัดเลยคือ นาแห้ว ภูเรือ ท่าลี่ เชียงคาน และปากชม, 9 อำเภอในจังหวัดหนองคายคือ สังคม ศรีเชียงใหม่ ท่าบ่อ อำเภอเมือง โพนพิสัย รัตนวาปี ปากคาด บึงกาฬ และบึงคล้า, 3 อำเภอในจังหวัดนครพนม คือ บ้านแพง ท่าอุเทนและอำเภอธาตุพนม 2 อำเภอในจังหวัดมุกดาหารคือ ห้วยน้ำใหญ่

และอำเภอคอนคา, 1 อำเภอในจังหวัดอำนาจเจริญคือ ชานุมาน, 9 อำเภอในจังหวัดอุบลราชธานี คือ เขมราฐ นาตาล โพธิ์ไทร ศรีเมืองใหม่ โขงเจียม สรินทร บุณฑริก นาจะหลวยและน้ำยืน รวม 54 โรงพยาบาล ตามแผนภูมิ 1

แผนภูมิ 1 แสดงสถานที่เก็บข้อมูลด้านเอกสารที่เกี่ยวข้อง



- การสัมภาษณ์เชิงลึก(In-depth interview) สำหรับข้อมูลในการบริหารจัดการการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยชาวลาในโรงพยาบาลที่ได้รับผลกระทบทั้งเชิงบวกและเชิงลบซึ่งได้ข้อมูลจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ปัญหาและวิธีการแก้ไขของผู้บริหาร โรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งแนวทางในการจัดการของผู้กำหนดนโยบายในการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยชาวลา ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก(In-depth interviewed) ได้แก่ face to face, phone interview โดยสัมภาษณ์จากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหรือผู้แทนและเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการ โดยกำหนดเบื้องต้นเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจำนวนอย่างน้อย 2 แห่ง และโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิจำนวนอย่างน้อย 2 แห่ง

ประชากรในการศึกษา

1. ผู้บริหารโรงพยาบาลของจังหวัดเป้าหมายในระยะที่ 1
2. เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลเป้าหมายในระยะที่ 1 ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่การเงิน

กลุ่มตัวอย่างและขนาดตัวอย่าง

ใช้วิธีการ purposive sampling เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลมีความจำเพาะ ประกอบด้วยผู้กำหนดนโยบาย (Policy maker) ของประเทศไทยจำนวนอย่างน้อย 2 คน ผู้บริหารโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่รับผิดชอบในโรงพยาบาลที่ได้รับผลกระทบทั้งเชิงบวกและเชิงลบต่อการให้บริการผู้ป่วยชาวลาวโดยกำหนดเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ อย่างน้อยจำนวน 2 โรงพยาบาลและโรงพยาบาลทุติยภูมิ อย่างน้อย 2 โรงพยาบาล

เกณฑ์คัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

1. ผู้กำหนดนโยบาย(Policy maker) หมายถึง ผู้ที่มีหน้าที่หรือมีส่วนร่วมหรือมีความเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายในการตัดสินใจและ/หรือวินิจฉัยทางเลือกนโยบายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสาธารณสุขชายแดน สำหรับการศึกษา ผู้ให้ข้อมูลได้แก่ผู้อำนวยการสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข และผู้อำนวยการสำนักงานนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.)
2. ผู้บริหารโรงพยาบาลของโรงพยาบาลที่ได้รับผลกระทบทั้งเชิงบวกและเชิงลบต่อการให้บริการผู้ป่วยชาวลาว หมายถึง ผู้บริหารโรงพยาบาลหรือผู้แทนผู้บริหารที่สามารถให้ข้อมูลในด้านนโยบายขององค์กรในด้านการให้บริการผู้ป่วยชาวลาว และสามารถให้ข้อมูลด้านผลกระทบที่โรงพยาบาลที่ได้รับ สำหรับการศึกษา เลือกผู้บริหาร โรงพยาบาลหรือผู้แทนผู้บริหารของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ได้รับผลกระทบทางบวกมากกว่าทางลบ จำนวน 1 คน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ได้รับผลกระทบทางลบมากกว่าทางบวก จำนวน 1 คน โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิที่ได้รับผลกระทบทางบวกมากกว่าทางลบ จำนวน 1 คน และโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิที่ได้รับผลกระทบทางลบมากกว่าทางบวก จำนวน 1 คน รวม 4 คน โดยมีข้อมูลจากการศึกษาในระยะที่ 1
3. เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่รับผิดชอบในโรงพยาบาลที่ได้รับผลกระทบทั้งเชิงบวกและเชิงลบต่อการให้บริการผู้ป่วยชาวลาว หมายถึง บุคลากรผู้ปฏิบัติในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่การเงิน เป็นต้น สำหรับการศึกษา เลือกเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเดียวกับผู้บริหารโรงพยาบาลในข้อ 2 จำนวนโรงพยาบาลละ 1 คน รวม 4 คน

ผู้เก็บข้อมูล

โดยนักวิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์และทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง(documents review)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Content analysis ตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธี Triangulation method โดยใช้ data triangulation คือ การตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลที่ได้มาจากแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกัน เพื่อให้ทราบถึงขนาดของปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งสังเคราะห์ข้อมูลเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แนวทางในการสัมภาษณ์ที่ได้มาจากการเก็บข้อมูลระยะที่ 1

ระยะที่ 2 ศึกษาข้อมูลพื้นฐานและปัจจัยต่อความใช้บริการสุขภาพซ้ำของผู้ป่วยชาวลาว

ทำการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยชาวลาวที่ข้ามพรมแดนมาเพื่อใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทยเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์เฉพาะข้อที่ 2 และ 3 โดยใช้วิธีการเชิงปริมาณ (Quantitative method) ได้แก่ รูปแบบการมาใช้บริการ ลักษณะการใช้บริการ เหตุผลการมาใช้บริการ ลักษณะสังคมประชากร (demographic data) ข้อมูลทางเศรษฐกิจและสังคม (socioeconomic status) ข้อมูลทางกายภาพ (physical data) ลักษณะบริบททางสังคมและสิ่งแวดล้อม (social and environmental context) เพื่อให้ทราบข้อมูลพื้นฐานและลักษณะการมาใช้บริการสุขภาพในประเทศไทยของผู้ป่วยชาวลาว

ประชากรในการศึกษา

ผู้ป่วยชาวลาวที่มีประสบการณ์การใช้บริการในโรงพยาบาลของประเทศไทยที่ติดพรมแดนไทย-ลาว 11 จังหวัด

กลุ่มตัวอย่างและขนาดตัวอย่าง

คำนวณตัวอย่างทั้งหมดในเบื้องต้นตามสมการ⁽²⁸⁾

$$n = \frac{Z^2_{\alpha/2} P(1-P)}{d^2}$$

โดยกำหนดค่า Z เท่ากับ 1.960 (95% CI) ค่า P คือความน่าจะเป็นที่ผู้ป่วยชาวลาวจะตัดสินใจมาใช้บริการซ้ำในประเทศไทยโดยกำหนดค่า P เท่ากับ 0.5 (ค่าการประมาณสูงสุดที่จะตัดสินใจใช้บริการซ้ำ) ส่วน d คือความคลาดเคลื่อนที่สามารถยอมรับได้ ซึ่งกำหนดให้เท่ากับ 0.05 และเนื่องจากการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มจึงกำหนดให้มีค่า design effect เท่ากับ 2⁽²⁹⁾ จะได้ จำนวนกลุ่มตัวอย่างในเบื้องต้นตามการคำนวณจำนวนอย่างน้อยเท่ากับ 768 คน

แต่เนื่องจากลักษณะของโรงพยาบาลที่แบ่งกลุ่มมีความแตกต่างกันในปริมาณการใช้บริการ จึงต้องทำการคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้สามารถแทนจำนวนประชากรในแต่ละกลุ่มโดยถ่วงน้ำหนักด้วยจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่มาใช้บริการในระยะเวลา 3 เดือน ซึ่งจะทำให้การคำนวณภายหลังที่ได้ข้อมูลจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องในระยะแรก เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธี Two-stage sampling คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสมการ⁽³⁰⁾

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2} P(1-P)}{d^2(N-1) + Z^2_{\alpha/2} P(1-P)}$$

โดยกำหนดค่า

$Z_{\alpha/2}$ เท่ากับ 1.960

P คือความน่าจะเป็นที่ผู้ป่วยชาวลาวจะตัดสินใจมาใช้บริการซ้ำในประเทศไทยเท่ากับ 0.5

d คือความคลาดเคลื่อนที่สามารถยอมรับได้ ซึ่งกำหนดให้เท่ากับ 0.05

N คือจำนวนผู้ป่วยลาวทั้งหมดที่มาใช้บริการในระยะเวลา 2 เดือน

ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลขนาดเล็ก จำนวน 153 คน

กลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลขนาดกลาง จำนวน 261 คน

กลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จำนวน 522 คน

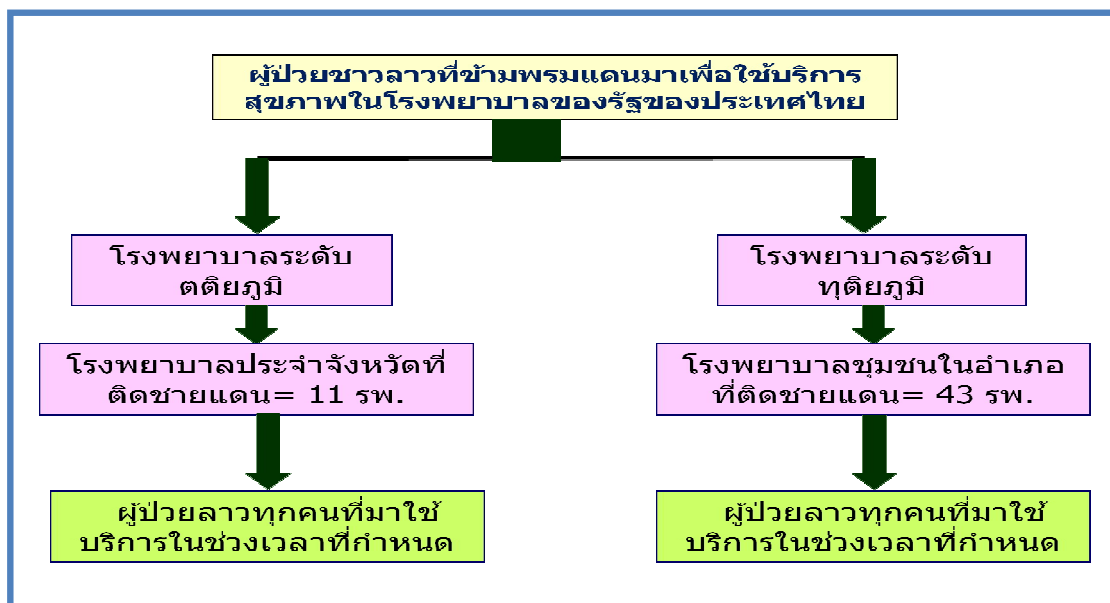
โดยเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามกับผู้ป่วยชาวลาวที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลที่ติดชายแดน 11 จังหวัดของประเทศไทยรวมจำนวน 55 โรงพยาบาล ได้แก่

1. โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดที่ติดกับชายแดนทุกจังหวัดจำนวน 12 โรงพยาบาล ได้แก่ เชียงราย พะเยา น่าน อุตรดิตถ์ พิษณุโลก เลย หนองคาย บึงกาฬ นครพนม มุกดาหาร อำนาจเจริญ และอุบลราชธานี
2. โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิในอำเภอทุกอำเภอที่ติดชายแดน จำนวน 43 โรงพยาบาลในจังหวัด ข้างต้น

ข้อตกลง : กลุ่มตัวอย่างได้มาด้วยวิธี Accidental sampling ในช่วงระยะเวลาที่ทำการเก็บข้อมูล

1. ทำการสัมภาษณ์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยชาวลาวทั้งหมด ที่มาใช้บริการในช่วงเวลาที่ทำการเก็บข้อมูลทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกตามกำหนดตามเกณฑ์การคัดเลือกจนครบจำนวนโดยไม่ซ้ำกัน โดยกำหนดระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเท่ากับ 2 เดือน ตามขั้นตอนในแผนภูมิ 2
2. จำนวนจริงของผู้ป่วยชาวลาวที่ทำการเก็บรวบรวมขึ้นอยู่กับปริมาณการให้บริการจริงในช่วงระยะเวลาที่กำหนด

แผนภูมิ 2 แสดงการเก็บข้อมูลด้านปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพซ้ำ



เกณฑ์คัดเข้า

1. ผู้ป่วยลาวตามนิยามเชิงปฏิบัติการที่มีภูมิลำเนาในปัจจุบันอยู่ในประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวที่มาใช้บริการครั้งแรกในโรงพยาบาลรัฐของประเทศในขณะทำการเก็บข้อมูล
2. มีประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพในประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวภายในเวลาไม่เกิน 6 เดือนก่อนมาใช้บริการที่ประเทศไทย
3. เป็นผู้ที่มิอายุตั้งแต่ 8 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อให้ทราบขนาดของปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ฐานนิยม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้าง(Structured interview) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

บทที่ 3

ผลการศึกษา(Result)

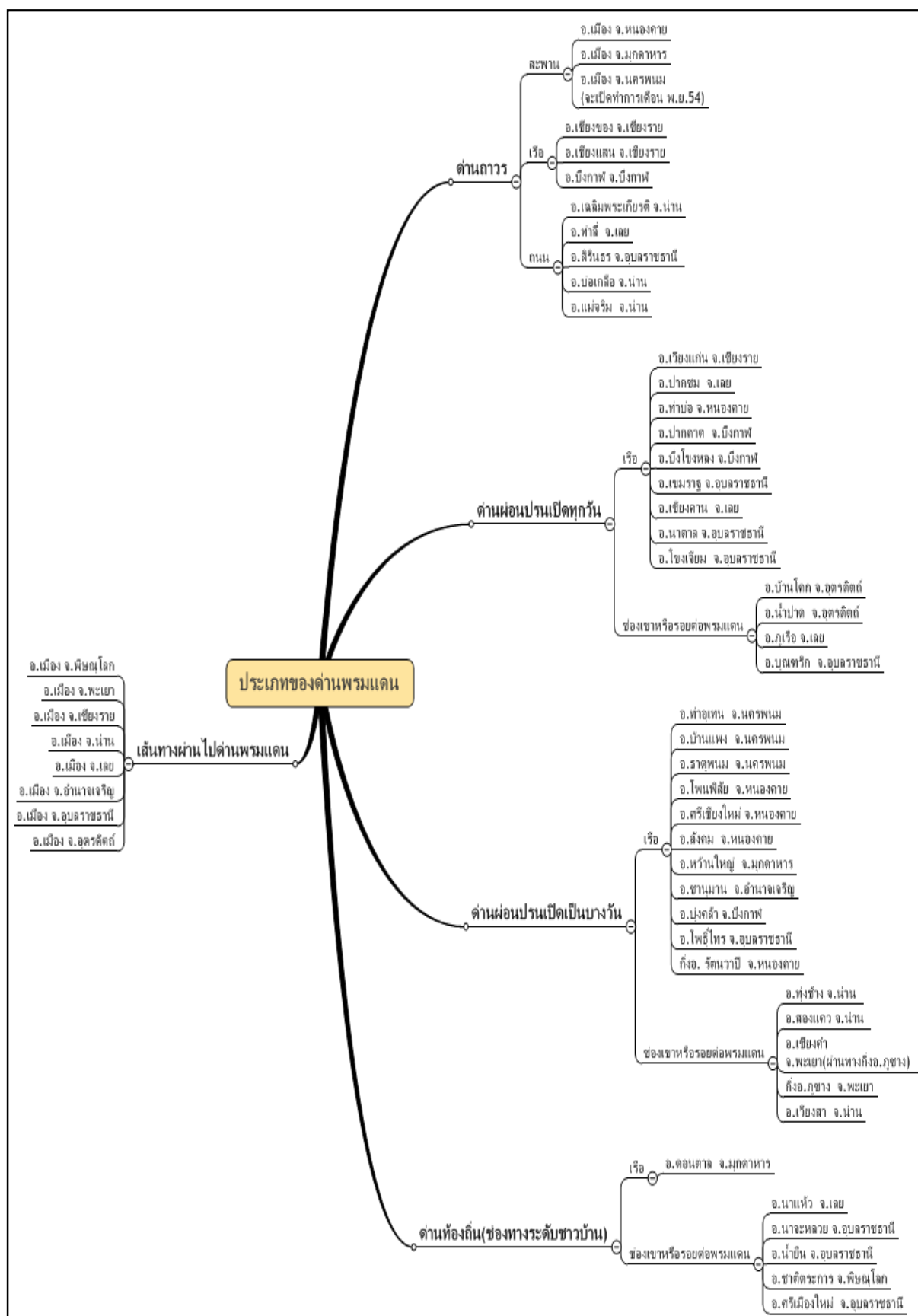
จังหวัดที่มีพื้นที่ติดชายแดนไทยลาว 11 จังหวัด โรงพยาบาลของรัฐในพื้นที่ชายแดนไทยลาวที่ให้บริการสุขภาพในระดับ 10 เติงขึ้นไป มีจำนวนทั้งหมด 53 โรงพยาบาล โรงพยาบาลที่ให้ข้อมูลสำหรับการศึกษา จำนวน 41 โรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 77.4 ของโรงพยาบาลทั้งหมด โดยแบ่งกลุ่มของขนาดโรงพยาบาลตามจำนวนเตียงในการให้บริการได้ 3 กลุ่มคือ

1. โรงพยาบาลขนาดเล็ก ได้แก่ โรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียง 10 เติงและ 30 เติง คิดเป็นร้อยละ 70 (21/30) ของโรงพยาบาลขนาดเล็กทั้งหมด
2. โรงพยาบาลขนาดกลาง ได้แก่ โรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียง 60, 90 และ 120 เติง คิดเป็นร้อยละ 72.7 (8/11) ของโรงพยาบาลขนาดกลางทั้งหมด
3. โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ได้แก่ โรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียง 200 เติงขึ้นไปรวม 12 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 100 (12/12) ของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ทั้งหมด

ลักษณะการข้ามพรมแดนมี 3 ลักษณะคือ ข้ามพรมแดนผ่านแม่น้ำโขงโดยใช้สะพานถาวร ข้ามแม่น้ำโขงโดยใช้เรือ และข้ามพรมแดนในภูมิประเทศที่เป็นช่องเขาโดยการข้ามพรมแดนดังกล่าวต้องผ่านด่านพรมแดนที่แบ่งเป็น 5 ประเภท(ภาพที่ 2)คือ

1. ด่านถาวร
 2. ด่านผ่อนปรนหรือจุดผ่อนปรนที่เปิดทุกวัน
 3. ด่านผ่อนปรนหรือจุดผ่อนปรนที่เปิดเป็นบางวัน
 4. ด่านชั่วคราวหรือช่องทางระดับพื้นที่
 5. เส้นทางผ่านไปยังพรมแดน เป็นพื้นที่ตัวเมืองที่มีเส้นทางในต่างอำเภอที่สามารถข้ามพรมแดนได้
- ทั้งนี้ ลักษณะของการข้ามพรมแดนและด่านพรมแดนแต่ละประเภทจะมีความสัมพันธ์กับขนาดของเมืองและบริบทด้านเศรษฐกิจของพื้นที่ โดยผู้ใช้บริการที่ข้ามพรมแดนผ่านด่านถาวรจะมาจากเมืองขนาดใหญ่หรือเมืองหลักของแขวงและอยู่ในเขตเศรษฐกิจหลัก ส่วนผู้ใช้บริการที่ข้ามพรมแดนผ่านด่านผ่อนปรนจะมาจากเมืองที่มีขนาดเล็กและมีลักษณะเศรษฐกิจปานกลาง อีกทั้ง ผู้ใช้บริการที่ข้ามพรมแดนผ่านทางแม่น้ำโขงจะเดินทางได้สะดวกและรวดเร็ว ทำให้มาใช้บริการมากกว่าการข้ามพรมแดนผ่านทางช่องเขา สำหรับการข้ามพรมแดนผ่านด่านชั่วคราวหรือช่องทางระดับพื้นที่ มักจะเป็นพื้นที่ติดกันหรือใกล้กันมากเป็นการติดต่อระดับหมู่บ้าน

ภาพที่ 2 แสดงการจัดแบ่งพื้นที่ชายแดนตามประเภทของด่านพรมแดนและลักษณะการข้ามพรมแดน

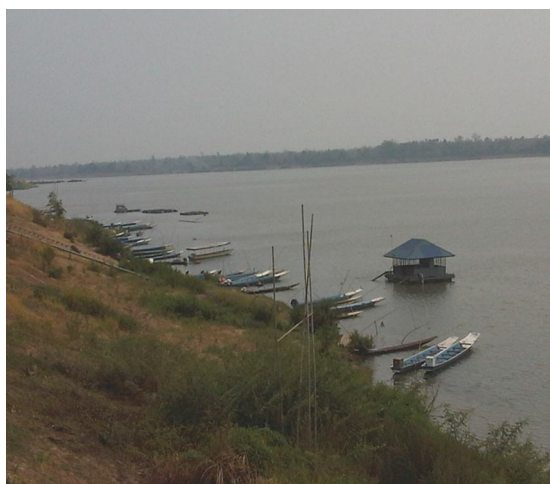


สถานการณ์การใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดนของผู้ป่วยชาวลาว ในโรงพยาบาลของรัฐในประเทศไทย

1. สถานการณ์ด้านการบริหารจัดการในปัจจุบัน

1.1 สถานการณ์ที่โรงพยาบาล ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้บริหาร โรงพยาบาล พบว่า

1.1.1 บริบทด้านพื้นที่ ที่ส่งผลต่อความสามารถในการจ่ายค่าบริการ



- โรงพยาบาลที่มีพื้นที่ติดกับชายแดนในเขตพื้นที่ที่ไม่ใช่เขตเศรษฐกิจหรือเมืองใหญ่ ประกอบกับอยู่ในพื้นที่ห่างไกลจากตัวเมือง เดินทางได้ลำบากเมื่อเทียบกับเส้นทางข้ามพรมแดนเข้ามาในประเทศไทย โรงพยาบาลกลุ่มนี้ที่จะได้รับผลกระทบด้านการการเงินค่อนข้างมาก เพราะไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการจากผู้ป่วยได้ บุคลากรต้องช่วยกันเรียกรั้วเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยใช้ในการกลับบ้าน มีการแก้ปัญหาโดยใช้เงินบำรุงของโรงพยาบาลในการรับภาระค่าใช้จ่ายในส่วนนี้
- โรงพยาบาลที่จัดอยู่ในกลุ่มนี้มีอย่างน้อย 20 โรงพยาบาลและอย่างน้อยร้อยละ 80 ของโรงพยาบาลกลุ่มนี้เป็นโรงพยาบาลที่มีการข้ามมาใช้บริการ โดยผ่านทางช่องเขาหรือช่องทางระดับพื้นที่

1.1.2 บริบทด้านการบริหารจัดการ ที่ส่งผลต่อการเรียกเก็บค่าบริการ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์บุคลากรด้านการเงินและสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาล พบว่า

โรงพยาบาลขนาดเล็กที่อยู่ในพื้นที่ติดกับพื้นที่เศรษฐกิจของประเทศลาว ต้องแข่งขันกับสถานบริการสุขภาพเอกชนทั้งขนาดเล็กและขนาดใหญ่ไม่ว่าจะเป็นคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน ที่มีการคัดเลือกโดยธรรมชาติตามศักยภาพของผู้ใช้บริการทำให้สามารถให้บริการได้เร็วกว่าเนื่องจากมีผู้ใช้บริการน้อยกว่า ดังนั้นผู้ใช้บริการที่มีความสามารถในการจ่ายสูงจะไปใช้บริการที่สถานบริการสุขภาพเอกชนหรือใช้บริการที่สถานบริการเอกชนจะถึงขีดความสามารถจะจ่ายได้จึงจะกลับมาใช้บริการของรัฐ ส่วนผู้ที่มีความสามารถในการจ่ายต่ำกว่าจะเลือกใช้บริการของรัฐอยู่แล้ว ทำให้โรงพยาบาลของรัฐที่มีขนาดเล็กกลุ่มนี้พบกับปัญหาไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการได้ เช่นเดียวกับโรงพยาบาลขนาดเล็กที่ไม่ได้ติดพื้นที่เขตเศรษฐกิจ ผู้มาใช้บริการส่วนใหญ่มีฐานะยากจน ทำให้ไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการได้ ซึ่งส่งผลให้โรงพยาบาลขนาดเล็กมีภาระค่าใช้จ่ายต่อการให้สังคมสงเคราะห์ต่อผู้ป่วยชาวลาวเป็นจำนวนสูงกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เนื่องจากโดยธรรมชาติผู้ใช้บริการลักษณะของความสามารถในการจ่ายไม่มาก เช่น

“คนไข้ที่เข้ามาจากฝั่งโน้น พายเรือกันมา เงินก็ไม่มี เรียกเก็บก็ไม่ได้ ไม่รู้จะทำยังไง คุณแล้วก็รู้ว่าไม่มีจริงๆ ก็ต้องช่วยเหลือกันไป บางคน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลต้องช่วยกันเรียกรายเงินเพื่อส่งกลับมาก็มี

“...บางคนเพราะถูกส่งตัวมาจากคลินิก เพราะคลินิกไม่มีเครื่องมือ ต้องมาทำที่โรงพยาบาล มาถึงรักษาเสร็จ อ้าว! ไม่มีเงินจ่าย เพราะจ่ายที่คลินิกไปหมดแล้ว แล้วจะให้ทำยังไง นอกจากต้องช่วยกันไป...”

สำหรับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่ไม่มีการบริหารจัดการที่เหมาะสมสำหรับการให้บริการผู้ป่วยชาวลาวหรือผู้ป่วยต่างชาติ จะทำให้เกิดปัญหาในรับภาระค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ของโรงพยาบาล ยกตัวอย่างเช่น

“คนไข้ที่ส่งมาสังคมสงเคราะห์จะถูกส่งมาเมื่อรักษาเสร็จแล้ว แล้วจะมีประโยชน์อะไรจะส่งมาคัดกรอง มาถึงขั้นนี้ ยังไงก็ต้องให้สงเคราะห์กันไป

“ระบบนะ...มี ส่งมาคัดกรอง เราก็สัมภาษณ์แล้ว ให้ความเห็น จิตเสี้ยนได้สีแดง เขียนตัวใดๆ ว่าผู้ป่วยไม่สามารถจ่ายค่าบริการได้ ก็ไม่มีใครสนใจ บางคนรักษาด้วยการเปลี่ยนอวัยวะเทียม หรือใช้เทคโนโลยีสูงๆ แบบนี้ก็ไม่รู้จะส่งมาคัดกรองทำไม

“...คนไข้มาถึงสังคมสงเคราะห์ด้วยเรื่องไม่มีเงินจ่าย พอถามก็บอกมารักษาที่คลินิก แล้วหมอที่คลินิกก็ส่งมาที่รพ. เงินจ่ายเป็นค่าฝากใช้หมอนที่คลินิกไปแล้ว 10 พัน(บาท) เลยไม่มีเงินมาจ่ายที่รพ...”

“...ข้อมูลสังคมสงเคราะห์มี แต่ไม่มีใครเอาไปทำอะไร เลยไม่รู้จะเก็บข้อมูลไปทำไม เสียเวลา”

“...คนไข้เขาส่งข่าวกันปากต่อปาก ว่า มาที่ฝั่งไทย ไม่ต้องมีเงินทางนี้ก็รักษาให้ อยู่ทางโน้นจะรักษาต้องจ่ายเงินก่อน มาทางนี้ พอรักษาเสร็จก็ให้บอกว่า ไม่มีเงิน แล้วเขาก็จะช่วย..อันนี้คนไข้เขาเล่าให้ฟังเอง เราก็เลยได้แต่รับรู้แต่ทำอะไรไม่ได้..”

1.1.3 การปรับตัวของโรงพยาบาลต่อปัญหา ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาล พบว่า

โรงพยาบาลหลายแห่งยังไม่มีระบบการจัดการที่เป็นรูปแบบชัดเจน แน่นนอน แต่มีโรงพยาบาลสองแห่งที่เริ่มมีระบบการบริหารจัดการอย่างเข้มแข็งเพื่อแก้ปัญหาอย่างเป็นรูปธรรมและได้ผลชัดเจน ซึ่งแบ่งวิธีการปรับตัวได้เป็น 2 ลักษณะคือ การปรับตัวด้านบริหารจัดการและการปรับตัวด้านการพัฒนาศักยภาพ

1. การปรับตัวในด้านบริหารจัดการ โรงพยาบาลแห่งแรกเป็นโรงพยาบาลขนาดกลาง เริ่มจากกลไกที่มีอยู่เดิมคือ การตรวจสอบสิทธิของผู้มาใช้บริการ ผู้บริหารโรงพยาบาลทราบว่า ปัญหาการมาใช้บริการของผู้ป่วยต่างด้าวมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องข้องหลายส่วน จึงได้มีการประสานข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยเฉพาะหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับแรงงานต่างด้าว เพื่อให้มีความเข้มแข็งในด้านการจัดผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้าระบบให้ได้มากที่สุด ทำให้สามารถเรียกเก็บเงินคืนได้ในบางส่วน สำหรับผู้ป่วยที่ข้ามพรมแดนมาใช้บริการโดยเฉพาะไม่ใช่กลุ่มแรงงาน กลุ่มนี้ต้องมีการคัดกรองอย่างเข้มแข็ง หากถูกส่งต่อมาจากคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน จะถูกจัดเป็นกลุ่มที่พิจารณาให้การสงเคราะห์น้อยกว่ากลุ่มที่มีความจำเป็นด้านค่าใช้จ่ายจริง การจัดระบบที่เข้มแข็งอย่างนี้ จะช่วยลดค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลต้องให้การสงเคราะห์ลงไปได้มาก

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ได้กล่าวถึงเหตุผลในการตัดสินใจและวิธีดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาของโรงพยาบาลนี้ว่า สืบเนื่องปัญหาการแบกรับภาระค่าใช้จ่ายของรพ.ในด้านการสงเคราะห์ค่อนข้างมาก โดยเฉพาะผู้ป่วยชาวลาวที่ถูกส่งตัวมาจากคลินิก หรือโรงพยาบาลเอกชน

“โรงพยาบาลต้องหาวิธีที่จะแก้ไขปัญหาด้วยตัวเอง โดยไม่ต้องพึ่งงบประมาณหรือรอรับการช่วยเหลือเข้ามาในระบบ เพียงใช้ระบบและกลไกของหน่วยงานที่มีอยู่เดิม แต่พัฒนาศักยภาพให้มีความเข้มแข็งและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

นั่นคือ ระบบสารสนเทศและงานสิทธิบัตร ทำให้เป็นที่มาของการปรับระบบในงานสิทธิบัตรให้มีหน้าที่ในการตรวจสอบสิทธิการใช้บริการอย่างเข้มแข็ง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยหนักหรือฉุกเฉินก็ให้บริการตามปกติ ส่วนกลุ่มที่ถูกส่งตัวมาจากคลินิกหรืออยู่ในกลุ่ม elective case จะถูกส่งไปคัดกรองที่งานสิทธิบัตรก่อน

“จะมีการคัดกรองว่ามีญาติพี่น้องในพื้นที่ประเทศไทยหรือไม่ และถ้าเป็นผู้ป่วยชาวลาวที่มีที่อยู่ในประเทศไทย อาจต้องสอบถามผ่านผู้ใหญ่บ้าน ก่อนที่จะพิจารณาให้การสงเคราะห์”

ส่วนสาเหตุที่ทำให้จำนวนค่าใช้จ่ายในการให้สงเคราะห์ลดลงอย่างมาก มีสาเหตุมาจากมีความเข้มแข็งในการใช้ระบบบัตรสุขภาพในแรงงานต่างด้าว (1,300 และ 1,800 บาท) ทั้งนี้ปัญหาดังกล่าวเคยได้มีการสะท้อนปัญหาไปทางผู้ตรวจราชการกระทรวงหลายครั้ง แต่ก็ไม่เคยมีการสะท้อนกลับแต่อย่างใด จึงต้องมีการปรับระบบการเรียกเก็บที่ชัดเจนและเข้มแข็ง ซึ่งต้องมีการดำเนินงานคู่ขนานไปกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับแรงงานต่างด้าวในพื้นที่จึงจะแก้ปัญหาดังกล่าวได้

ส่วนความเห็นต่อการให้ความช่วยเหลือด้านงบประมาณมายังโรงพยาบาลในพื้นที่ชายแดนนั้น มีความเห็นว่า “การที่จะจัดสรรความช่วยเหลือด้านงบประมาณต้องมีการดำเนินการอย่างรอบคอบ ไม่ควรเป็นการให้เปล่า เพราะจะทำให้โรงพยาบาลไม่พึ่งตนเอง หรืออาจพิจารณาหลักเกณฑ์การให้ความช่วยเหลืออย่างชัดเจนเพราะโรงพยาบาลในแต่ละพื้นที่มีความต้องการและความจำเป็นที่แตกต่างกัน”

2. การปรับตัวในด้านการพัฒนาศักยภาพ โรงพยาบาลแห่งที่สองเป็นโรงพยาบาลขนาดกลาง ดำเนินการเปลี่ยนภาวะวิกฤติที่มีผู้ป่วยชาวลาวข้ามพรมแดนมาใช้บริการจำนวนมากให้เป็นโอกาส โดยพัฒนาระดับศักยภาพในการให้บริการของโรงพยาบาลขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยชาวลาที่มีกำลังหรือมีความสามารถในการจ่ายมาใช้บริการให้มากขึ้น แทนที่จะมีแต่กลุ่มที่มีกำลังน้อยเพียงกลุ่มเดียว การดำเนินงานในลักษณะนี้ แม้ว่า ค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ยังคงมีอยู่ แต่โรงพยาบาลจะมีรายรับทั้งจากค่าบริการตามปกติและการบริจาคสนับสนุนจากผู้ป่วยกลุ่มที่มีความสามารถในการจ่ายสูงตามมา ทำให้สามารถก้าวผ่านปัญหานี้ไปได้

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้ข้อมูลว่า “จุดแข็งของเราก็คือ ค่าใช้จ่ายน้อยกว่า เหมาะสมกว่า ฝีมือไม่ต่างกันเราก็ต้องมาพัฒนาเรื่องบริการ สิ่งสำคัญ เพราะเรา เรื่องรักษาไม่แพ้ ราคาเราได้เปรียบ แต่เรื่องบริการถ้าทำตามแบบอดีต คือ ข้าราชการจำ ก็ไม่มีทางที่จะสามารถซื้อเขาได้ เพราะฉะนั้นเราต้องเปลี่ยนแบบเอกชน คือ เราสามารถ ก่อบปี ได้ ไม่จำเป็นต้องเริ่มต้นที่ศูนย์ทุกอย่าง เราสามารถไปดูที่เอกชนว่า เขาทำอย่างไรการบริการเขาเป็นอย่างไร ดูที่เซอร์วิส อย่างเดียวคือ พยายามเน้นเรื่องเซอร์วิส ถ้าแค่เดินเข้ามาที่รู้สึกถึงบรรยากาศอย่างที่พูดถึงเมื่อกี้ไม่เหมือนเดินเข้ามาแล้วมีแต่เรื่องซีเรียส ตึกโทรมๆ เก่า ๆ ขึ้นรา ไม่ทาสี บรรยากาศไม่มี ความร่มรื่นไม่มี สิ่งอำนวยความสะดวกไม่มี อะไรอย่างนี้ มันจะทำให้เขามีความรู้สึกว่า เอ๊ะ จะไปโรงพยาบาลเอกชนทำไมถึงจะต่างก็พอรับได้”

ดังนั้น รูปแบบของการปรับตัวของโรงพยาบาลในด้านการบริหารจัดการที่พบ มี 2 รูปแบบคือ

- รูปแบบการปรับตัวในแบบแรกคือ ใช้ขั้นตอนและกลไกที่มีอยู่เดิมแต่เน้นการปฏิบัติให้มีความเข้มงวดมากขึ้น ทั้งนี้ ผู้บริหารโรงพยาบาลเป็นผู้ให้นโยบายที่ทั้ง ควบคุม กำกับและติดตามการปฏิบัติให้มีความต่อเนื่อง
- รูปแบบการปรับตัวในแบบที่สองคือ พัฒนาศักยภาพของบุคลากรและโรงพยาบาลให้สามารถแข่งขันกับสถานบริการอื่นทั้งภาคเอกชนและภาครัฐ เพื่อดึงดูดผู้ให้บริการที่มีกำลังซื้อและความต้องการสูง

โดยมีปัจจัยร่วมที่ทำให้สำเร็จได้ 2 ประการคือ ผู้บริหารโรงพยาบาลและบริบทของโรงพยาบาลที่ต้องอยู่ในพื้นที่เขตเศรษฐกิจ

1.2 สถานการณ์ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ข้อมูลจากการสัมภาษณ์บุคลากรฝ่ายแผนและยุทธศาสตร์ ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพบว่า

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีพื้นที่ติดชายแดน ส่วนใหญ่มีการประสานงานติดต่อกับแผนกสาธารณสุขประจำแขวงของประเทศลาวในพื้นที่ที่ติดกัน แต่ข้อมูลส่วนใหญ่ที่ทำงานประสานกันจะเป็นเรื่องข้อมูลการเฝ้าระวังโรคตามข้อตกลงของ Mekong basin disease surveillance (MBDS) และกฎของ International health regulations (IHR) โดยฝ่ายไทยและลาวจะรวบรวมส่งข้อมูลแลกเปลี่ยนกันเป็นระยะตามการตกลงของแต่ละพื้นที่ แต่ความเข้มแข็งของการทำงานดังกล่าวขึ้นกับนโยบายของผู้บริหารที่เปลี่ยนแปลงไปไม่ว่าจะเป็นของฝั่งไทยหรือลาว

สำหรับข้อมูลในด้านสถานการณ์การให้บริการผู้ป่วยชาวลาวในภาพรวมของจังหวัดพบว่า มีการรวบรวมเพียงตัวเลขคำรักษาพยาบาลในแต่ละโรงพยาบาลเท่านั้น ซึ่งอาจทำได้ไม่ครบถ้วนทุกโรงพยาบาล และการดำเนินงานเพื่อรวบรวมข้อมูลขึ้นกับความสนใจของผู้ปฏิบัติงาน เนื่องจากข้อมูลดังกล่าว ไม่ได้อยู่ในระบบรายงานปกติที่ต้องส่งเข้ากระทรวงสาธารณสุข เป็นแต่เพียงรวบรวมข้อมูลไว้สำหรับในบางโอกาสที่ถูกเรียกถามข้อมูลเท่านั้น

จะเห็นได้ว่า มุมมองต่อความสำคัญของการจัดเก็บข้อมูลในแต่ละพื้นที่ต่างกัน ซึ่งเป็นสะท้อนจากประโยชน์ของการนำข้อมูลไปใช้ทั้งในระดับปฏิบัติและระดับนโยบาย

1.3 สถานการณ์ในระดับนโยบาย

1.3.1 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง

สาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข พบว่า

การบริหารจัดการด้านการให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐที่อยู่ติดชายแดนกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีนโยบายที่จะต้องให้บริการตามหลักมนุษยธรรม โดยให้มีการจัดการเรื่องการเฝ้าระวังโรคและให้โรงพยาบาลในพื้นที่ต้องบริหารจัดการปัญหาตามบริบทของพื้นที่ตน โดยประเด็นด้านยุทธศาสตร์ในการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน มี 4 ประเด็นหลักคือ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน ความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนหรือภาคีทำงาน และการบริหารจัดการ

- การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ คือการสนับสนุนให้มีการบริการสุขภาพอย่างเหมาะสมในแต่ละพื้นที่

- การเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน นั่นคือ การอยู่ในหลักประกันสุขภาพและการมีสถานบริการให้การรักษา โดยเฉพาะกลุ่ม Outreach service
- ความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนหรือภาคีทำงาน มีเวทีหรือ forum ทำงานร่วมกัน ไม่ใช่ต่างคนต่างทำ ซึ่งทำให้ไม่มีทิศทาง(direction)
- การบริหารจัดการ โดยเฉพาะเรื่องข้อมูลข่าวสาร ซึ่งจะนำไปสู่การประสานงานกับต่างชาติ

สำหรับแนวทางสำหรับความร่วมมือระหว่างประเทศได้มีการวางแผนในหลายประเด็น ได้แก่

ระบบส่งต่อ ซึ่งควรจะมีการพัฒนาร่วมกันระหว่างสองประเทศ ความร่วมมือในการพัฒนาองค์ความรู้ด้านวิชาการ และการแลกเปลี่ยนข้อมูลในเชิงระบบ เช่น การส่งรายงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งหลายหน่วยงานได้เริ่มทำไปบ้างแล้ว แต่ยังไม่มียังข้อมูลว่า พื้นที่ไหนได้ทำไปแล้วบ้าง และได้ผลเป็นอย่างไร

ทั้งนี้ ความเห็นจากการสัมภาษณ์ในประเด็นปัญหาคือ การแบ่งปันทรัพยากรระหว่างหน่วยงานและปัญหาด้านระบบข้อมูล

“ปัญหาที่พบคือ หลายจังหวัด ไม่มี focal point ที่ชัดเจน ไม่มีการเชื่อมโยงกันภายในจังหวัด ซึ่งบางจังหวัดมีหน่วยงานทำงานเฉพาะ ในชื่อ กลุ่มกิจการเฉพาะ ที่สำคัญคือ ไม่ค่อยมีการแบ่งปันทรัพยากรระหว่างหน่วยงานหรือแม้แต่ภายในหน่วยงานเดียวกัน(shared resource) ยกตัวอย่างเช่น การแชร์ปัญหา ร่วมกันในเรื่องปัญหาและผลกระทบในการมาใช้บริการของผู้ป่วยชาวลาวต่อคนไทย บางแผนกหรือบางหน่วยงานมีข้อมูลแต่เก็บไว้กับตัว ไม่นำมาแลกเปลี่ยนกัน ก็เลยไม่มีใครรู้ หรือบางหน่วยงานมีการสำรวจปัญหา(explore)ไว้ แต่ไม่เผยแพร่ ให้หน่วยงานอื่นรับรู้ ก็ทำให้เกิดปัญหาในด้านการวางแผนและการจัดการ โดยเฉพาะงานด้านควบคุมและป้องกันโรค เช่น โรคบางอย่างที่ต้องเฝ้าระวังหรือเฝ้าระวังเป็นพิเศษ หรือ การ detect ในเรื่องการป้องกัน เช่น การชนไก่ข้ามประเทศ”

“ระบบข้อมูลของคนต่างด้าวยังไม่มีดี อาจสืบเนื่องมาจากปัญหาเรื่องidentification คือไม่สามารถระบุตัวคนต่างด้าวได้ เพราะคนกลุ่มนี้ไม่มีเลขประจำตัว ทำให้ไม่สามารถแยกเชื้อชาติได้ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการจัดการด้านงบประมาณ เพราะเมื่อ identify ไม่ได้ ก็จะไม่รู้ตัวหาร เพื่อนำมาคำนวณค่าใช้จ่ายcoverage”

ข้อสรุปสำหรับสถานการณ์ในระดับนโยบายที่พบคือ

- ยังไม่มีนโยบายในประเด็นด้านการจัดสรรงบประมาณ
- ประเด็นที่เป็นปัญหาในปัจจุบันคือ การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและระบบข้อมูล

1.3.2 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) พบว่า

การจัดสรรงบประมาณสำหรับโรงพยาบาลในพื้นที่แถบชายแดน ที่ต้องรับภาระปัญหาด้านค่าใช้จ่ายจากคนต่างชาติดังกล่าวที่ไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการได้นั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ไม่ได้จัดสรรงบประมาณเป็นพิเศษให้แต่อย่างใด เนื่องจากขอบเขตความรับผิดชอบของสปสช. คือการดูแลการเข้าถึงบริการสำหรับผู้ป่วยชาวไทย และการจัดสรรงบประมาณให้กับโรงพยาบาลจึงเป็นงบประมาณที่คำนวณรายจ่ายต่อหัวประชากรที่เป็นคนไทยเท่านั้น พร้อมทั้งหากมองในมุมของกระทรวงสาธารณสุขเอง ก็คงไม่สามารถจะจัดสรรงบประมาณให้กับโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีเชื้อชาติไทยได้ จึงเป็นช่องว่างที่ทำให้เกิดภาระที่โรงพยาบาลต้องช่วยเหลือตัวเองขึ้น

ในอดีต สปสช. มีการจ่ายเงินให้เป็นเหมาจ่ายรายหัว (capitation) โดยปรับ (adjust) ไปตามโครงสร้างประชากรในพื้นที่ แต่ไม่สามารถทำให้โรงพยาบาลนำไปอุดหนุนหรือสังเคราะห์ (subsidize) รายได้ของโรงพยาบาลให้สามารถอยู่ได้ เนื่องจากทางสปสช. ไม่ทราบสัดส่วนการให้บริการของผู้ป่วยต่างชาติดังกับผู้ป่วยชาวไทยอย่างชัดเจน อีกทั้งเมื่อตรวจสอบข้อมูลที่มีก็พบว่า ไม่ได้มีจำนวนมากจนเป็นปัญหามาก แต่ต่อมา สปสช. ได้พัฒนาการจัดสรรงบประมาณเป็นพิเศษขึ้นมาจำนวนหนึ่งสำหรับโรงพยาบาลในพื้นที่ชายแดนทุกแห่ง โดยใช้การคำนวณด้วยสมการต้นทุนที่เรียกว่า cost function ซึ่งหลักการคือ ทุกโรงพยาบาลจะมีต้นทุนคงที่ (fix cost) ส่วนหนึ่ง แล้วทำการเพิ่มต้นทุนคงที่ที่สูงขึ้น ให้เหมาะสมกับโรงพยาบาลในแต่ละขนาด เพื่อให้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล ทั้งนี้ สปสช. จะคำนวณต้นทุนคงที่จากรายจ่ายของโรงพยาบาล เนื่องจากพบว่า ข้อมูลรายรับของโรงพยาบาลยังไม่ถูกต้องเพียงพอที่จะนำมาใช้ในการคำนวณ การทำเช่นนี้จะทำให้โรงพยาบาลได้รับการจัดสรรงบประมาณที่ครอบคลุมรวมไปถึงปัญหาด้านภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยต่างชาติดังกล่าว แต่การที่จะเพียงพอหรือไม่แค่ไหน ขึ้นกับประสิทธิภาพของการบริหารจัดการด้านการเงินในแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งการดำเนินการดังกล่าว สปสช. ได้ทำมาอย่างต่อเนื่องเข้าปีที่ 3 และพบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่พึงพอใจกับการดำเนินการเช่นนี้ และนอกจากการใช้วิธีการคำนวณด้วยสมการ cost function แล้ว สปสช. ยังมีระบบตรวจสอบย้อนกลับไปที่โรงพยาบาลที่ยังมีปัญหาเพื่อตรวจสอบข้อมูลก่อนการจัดสรรงบประมาณด้วย

สถานการณ์ด้านการจัดสรรงบประมาณในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติคือ

- การจัดสรรงบประมาณสำหรับโรงพยาบาลเป็นงบประมาณที่คำนวณรายจ่ายต่อหัวประชากรที่เป็นคนไทยเท่านั้น

- การคำนวณงบประมาณสำหรับโรงพยาบาล ได้จากการคำนวณด้วยสมการต้นทุนที่เรียกว่า cost function
- ข้อมูลที่สปสข.ใช้เพื่อบริหารจัดการงบประมาณ เป็นฐานข้อมูลที่ได้จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ดังนั้น หากข้อมูลที่ได้รับเป็นข้อมูลที่ถูกต้อง การจัดสรรงบประมาณก็จะเหมาะสมด้วย แต่หากข้อมูลที่ได้รับไม่ตรงกับความเป็นจริง ก็จะส่งผลกระทบต่อการจัดสรรงบประมาณอย่างแน่นอน

2.ศึกษาปริมาณและการให้บริการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยชาวลาของโรงพยาบาลในประเทศไทย

ข้อมูลสถิติโรงพยาบาลแสดงให้เห็นว่า จำนวนผู้ป่วยลาวที่ข้ามพรมแดนมาใช้บริการในแต่ละปีมีจำนวนเพิ่มขึ้นทั้งจำนวนคนและจำนวนครั้ง ในผู้ป่วยทั้งประเภทผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทุกกลุ่ม (ตารางที่ 1 และ 2)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนการให้บริการของผู้ป่วยนอก (OPD)ข้ามพรมแดนโดยรวมต่อปีของผู้ป่วยชาวลา

ขนาด โรงพยาบาล	ปีงบประมาณ 2551		ปีงบประมาณ 2552		ปีงบประมาณ 2553	
	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
เล็ก (n=21)	15.5 (84.2)	22.8 (86.0)	16.7 (83.9)	24.7 (84.9)	17.9 (84.4)	27.2 (84.5)
กลาง (n=8)	19.7 (81.4)	29.3 (85.9)	20.2 (81.5)	31.2 (86.2)	27.3 (81.7)	40.7 (86.2)
ใหญ่ (n=12)	12.1 (65.4)	20.9 (75.5)	15 (68.8)	25.3 (77.8)	16.6 (67.8)	28.9 (77.5)

หมายเหตุ : จำนวนคนและครั้ง ต่อ1,000 ของผู้ป่วยชาวลาที่ข้ามพรมแดนมาใช้บริการ

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนการให้บริการของผู้ป่วยใน(IPD)ข้ามพรมแดนโดยรวมต่อปีของผู้ป่วยชาวลา

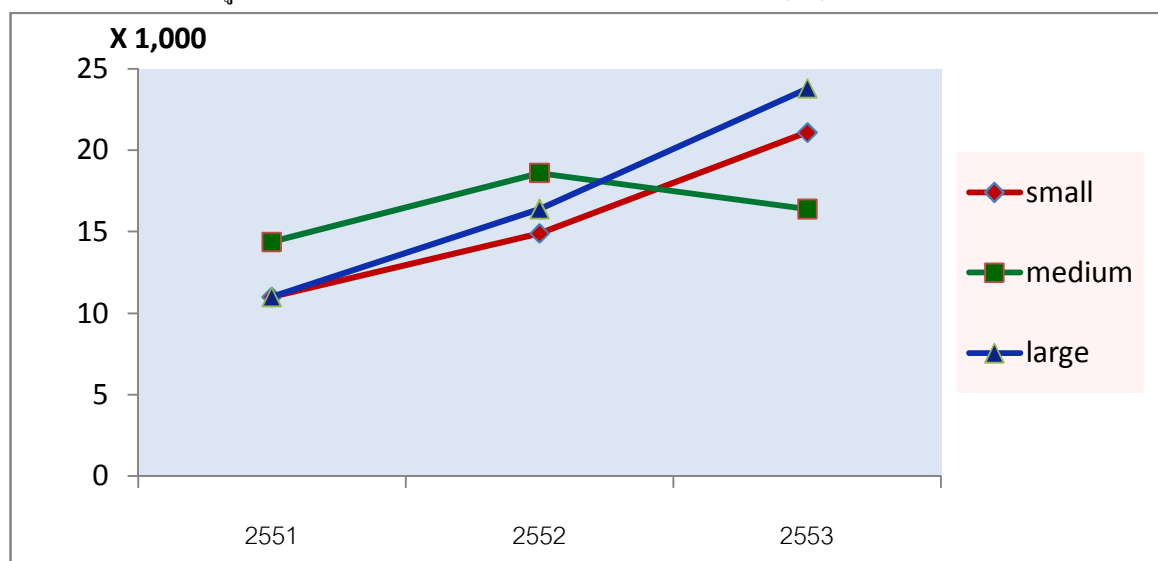
ขนาด โรงพยาบาล	ปีงบประมาณ 2551		ปีงบประมาณ 2552		ปีงบประมาณ 2553	
	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
เล็ก (n=21)	2.9 (15.8)	3.6 (14.0)	3.2 (16.1)	4.3 (14.8)	3.8 (17.5)	4.9 (15.2)
กลาง (n=8)	4.5 (18.6)	4.8 (14.1)	4.6 (18.5)	4.9 (13.5)	6.1 (18.3)	6.5 (13.8)
ใหญ่ (n=12)	6.4 (34.6)	6.9 (24.9)	6.8 (31.2)	7.2 (22.2)	7.9 (32.2)	8.5 (22.8)

หมายเหตุ : จำนวนคนและครั้ง ต่อ1,000 ของผู้ป่วยชาวลาที่ข้ามพรมแดนมาใช้บริการ

ข้อมูลสถิติของโรงพยาบาล

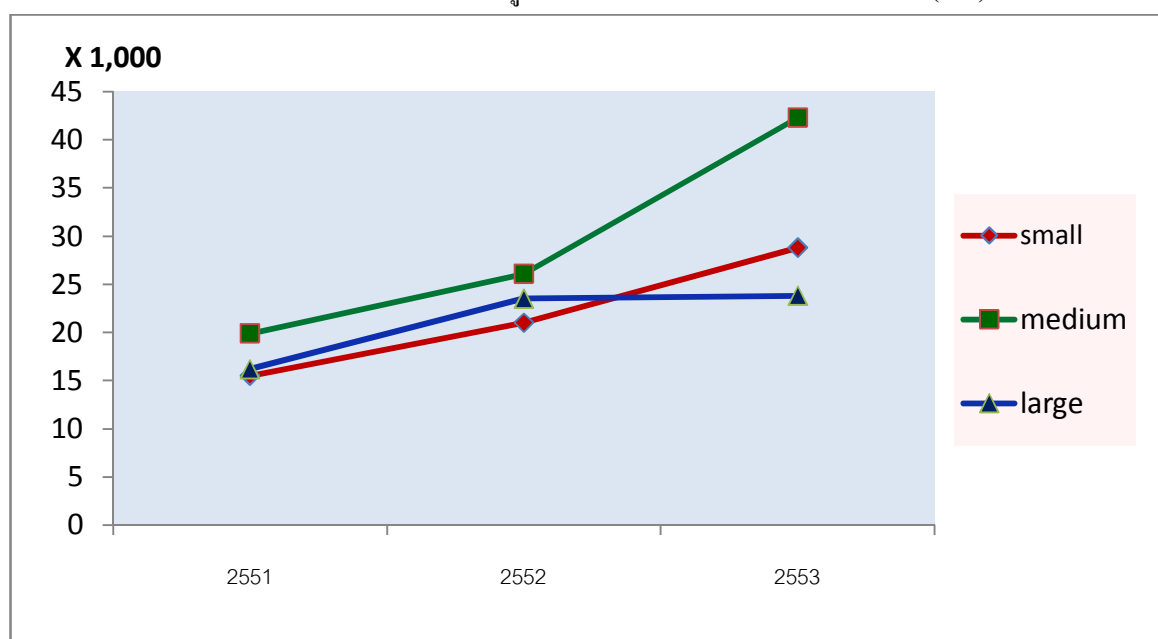
- จำนวนคนที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลขนาดกลางมีแนวโน้มลดลงในปีล่าสุด ในขณะที่โรงพยาบาลขนาดเล็กและขนาดใหญ่มีจำนวนผู้ใช้บริการมากขึ้น (ภาพที่ 3)

ภาพที่ 3 แสดงจำนวนผู้ป่วยชาวลาวยี่มาใช้บริการจำแนกตามขนาดโรงพยาบาล(คน)



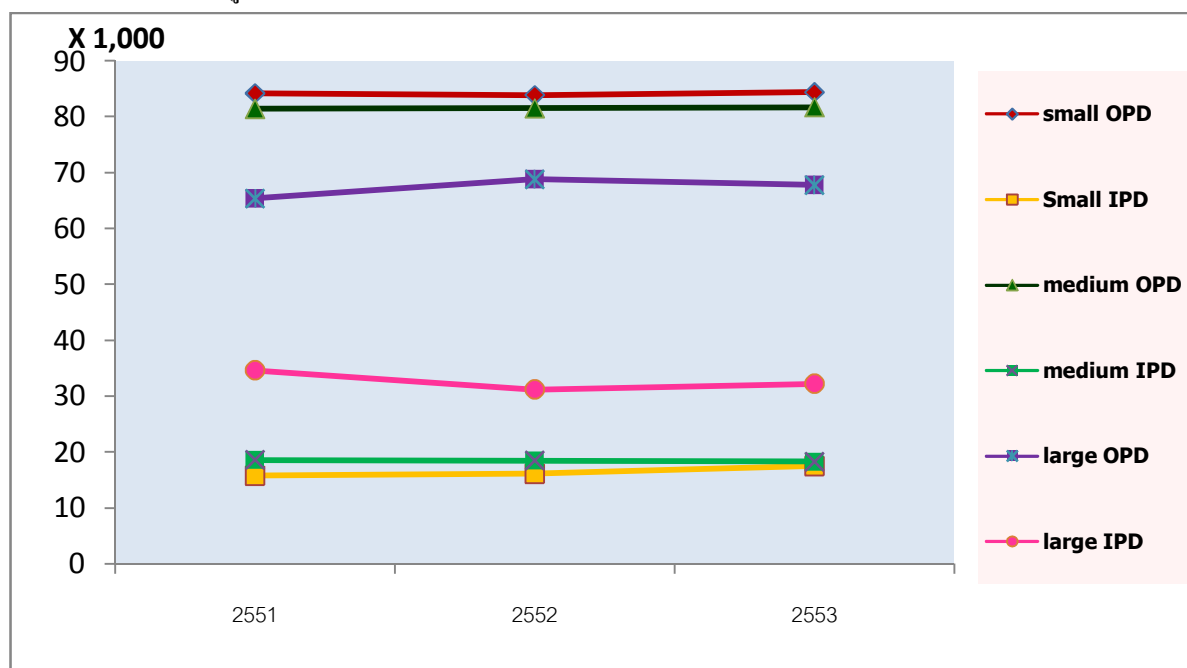
- จำนวนครั้งของการใช้บริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่เพิ่มขึ้นไม่มากและมีแนวโน้มลดลงแต่เพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลขนาดเล็กและขนาดกลาง โดยเพิ่มขึ้นสูงในโรงพยาบาลขนาดกลาง(ภาพที่ 4)

ภาพที่ 4 แสดงจำนวนครั้งของการมาใช้บริการของผู้ป่วยชาวลาวยี่จำแนกตามขนาดโรงพยาบาล(ครั้ง)

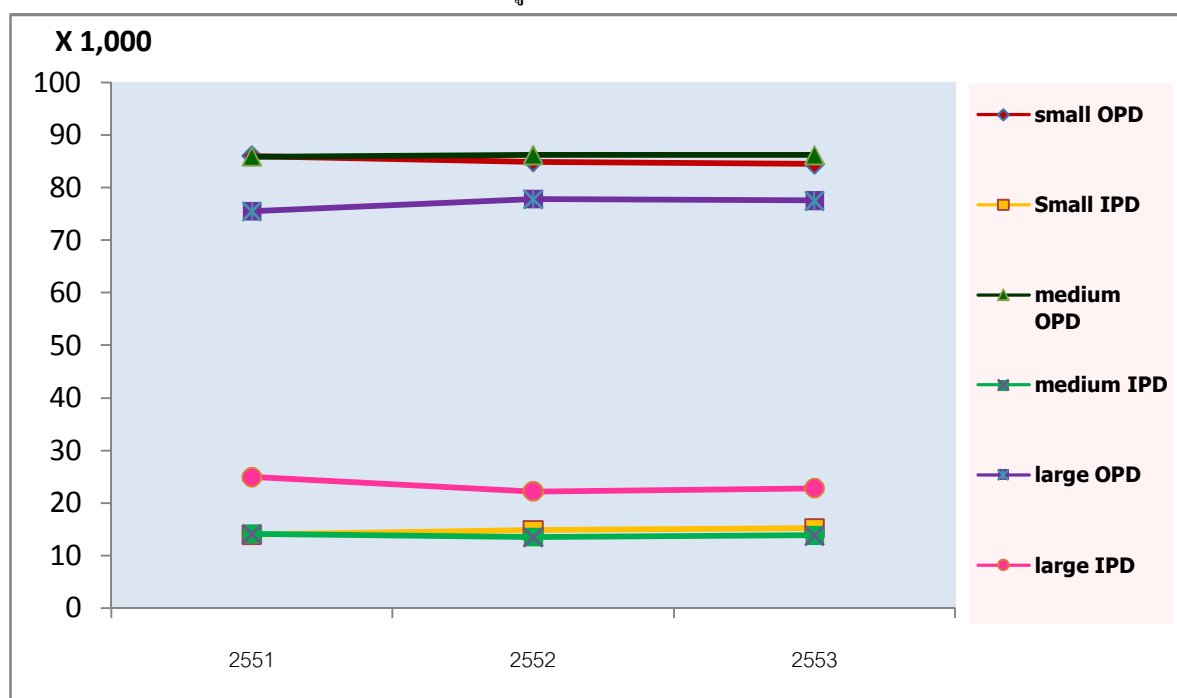


- การใช้บริการประเภทผู้ป่วยนอกมีแนวโน้มคงที่ในทุกกลุ่มโรงพยาบาลแต่พบว่าในโรงพยาบาลขนาดเล็กและขนาดกลางมีการใช้บริการประเภทผู้ป่วยนอกมากกว่าผู้ป่วยใน ในขณะที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ใช้บริการประเภทผู้ป่วยในสูงกว่า ลักษณะดังกล่าวเป็นเช่นเดียวกันทั้งจำนวนคนและจำนวนครั้ง (ภาพที่ 5 และ 6)

ภาพที่ 5 แสดง จำนวนผู้ป่วยชาวลาวที่มาใช้บริการจำนวนตามประเภทการใช้บริการและขนาดโรงพยาบาล



ภาพที่ 6 แสดงจำนวนครั้งของการมาใช้บริการของผู้ป่วยชาวลาอ จำนวนตามประเภทการใช้บริการและขนาดโรงพยาบาล



สำหรับข้อมูลสำหรับการให้บริการสุขภาพ เมื่อพิจารณาตามการวินิจฉัยโรคตาม International statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10) ของ World Health Organization, 2007 และหัตถการที่ให้บริการตาม Classification of Procedures (ICD-9-CM), 2005 ในช่วงระยะเวลา 3 ปีย้อนหลัง จะเห็นว่า อันดับแรกของโรคที่ผู้ป่วยข้ามพรมแดนมาใช้บริการเป็นโรคที่ไม่ได้มีความซับซ้อน ยกตัวอย่างเช่น Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11), Dyspepsia (K30), Essential(primary) hypertension(I10), Supervision of normal pregnancy,unspecified (Z349), Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin(A09) เป็นต้น

สำหรับหัตถการที่ให้บริการก็เป็นหัตถการแบบไม่ซับซ้อนเป็นส่วนใหญ่ ยกตัวอย่างเช่น Other bilateral ligation and division of fallopian tubes, TR (6632), Other appendectomy(4709), Low cervical cesarean section(741), Reduction of fracture and dislocation(79) เป็นต้น โดยหัตถการที่มีความซับซ้อนต้องใช้ความชำนาญสูงจะให้บริการที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่(ตารางที่ 3-5)

จากข้อมูล พบว่า ลักษณะของโรคที่มารับบริการมี 5 กลุ่ม คือ

1. โรคที่มีลักษณะเป็นโรคเรื้อรังต้องดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11), Essential(primary) hypertension(I10), Dyspepsia (K30)
2. โรคที่มีลักษณะเป็นโรคติดต่อสามารถแพร่กระจายเชื้อได้ ได้แก่ Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin(A09), Acute upper respiratory infection,unspecified (J06.9), Dengue hemorrhagic fever (A91)
3. โรคที่เกิดจากการติดเชื้อหรือการอักเสบ ได้แก่ Septicemia,unspecified, septic shock(A419), Urinary tract infection, site not specified(390), Acute appendicitis,unspecified (K359)
4. โรคหรืออาการบาดเจ็บที่รุนแรงต้องการรักษาระดับสูง ซึ่งมีจำนวนน้อยและมีการใช้บริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่เท่านั้น ได้แก่ intracranial injury, unspecified(S069), Reduction of fracture and dislocation(79)
5. มาใช้บริการโดยไม่ได้มีสาเหตุจากความเจ็บป่วย ได้แก่ General medical examination(Z0), Spontaneous vertex delivery(O800), Low cervical cesarean section(741)

และเป็นที่น่าสังเกตว่า แนวโน้มการให้บริการเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในลักษณะที่มารับบริการโดยไม่ได้มีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วย โดยเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดกลางและขนาดใหญ่

ตารางที่ 3 แสดงรายการโรค 5 ลำดับแรกของโรคของผู้ป่วยชาวลาที่มารับบริการข้ามพรมแดนประเภทผู้ป่วยนอก(OPD)

ขนาด โรงพยาบาล	ลำดับ ที่	ปีงบประมาณ		
		2551	2552	2553
เล็ก (n=21)	1	Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11)	Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11)	Dyspepsia (K30)
	2	Dyspepsia (K30)	Dyspepsia (K30)	Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11)
	3	Essential(primary) hypertention(I10)	Acute upper respiratory infection,unspecified (J06.9)	Supervision of normal pregnancy,unspecified (Z349)
	4	Acute upper respiratory infection,unspecified (J06.9)	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin(A09)	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin(A09)
	5	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin(A09)	Essential(primary) hypertention(I10)	Essential(primary) hypertention(I10)
กลาง (n=8)	1	Dyspepsia (K30)	Dyspepsia (K30)	Supervision of normal pregnancy,unspecified (Z349)
	2	myalgia (M791)	Supervision of normal pregnancy,unspecified (Z349)	Dyspepsia (K30)
	3	Supervision of normal pregnancy,unspecified (Z349)	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin(A09)	Acute upper respiratory infection,unspecified (J06.9)
	4	Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11)	Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11)	Essential(primary) hypertention(I10)
	5	acute pharyngitis,unspecified (J029)	Acute upper respiratory infection,unspecified (J06.9)	Myalgia (M791)
ใหญ่ (n=12)	1	Dyspepsia (K30)	General medical examination(Z0)	General medical examination(Z0)
	2	Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11)	Dyspepsia (K30)	Dyspepsia (K30)
	3	Essential(primary) hypertention(I10)	Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11)	Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11)
	4	Acute upper respiratory infection,unspecified (J06.9)	Essential(primary) hypertention(I10)	Acute upper respiratory infection,unspecified (J06.9)
	5	Supervision of normal pregnancy,unspecified (Z349)	Acute upper respiratory infection,unspecified (J06.9)	Essential(primary) hypertention(I10)

ตารางที่ 4 แสดงรายการโรค 5 ลำดับแรกของโรคของผู้ป่วยชาวลาวที่มาใช้บริการข้ามพรมแดนประเทศผู้ป่วยใน(IPD)

ขนาด โรงพยาบาล	ลำดับ ที่	ปีงบประมาณ		
		2551	2552	2553
เล็ก (n=21)	1	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin (A09)	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin (A09)	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin (A09)
	2	Singleton,born in hospital (Z380)	Spontaneous vertex delivery (O800)	Spontaneous vertex delivery (O800)
	3	Spontaneous vertex delivery (O800)	Acute bronchitis,unspecified (J209)	Septicemia,unspecified, septic shock (A419)
	4	Pneumonia,unspecified (J189)	Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11)	Dyspepsia (K30)
	5	Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11)	Singleton,born in hospital (Z380)	Dengue(virus) fever (A90)
กลาง (n=8)	1	Spontaneous vertex delivery (O800)	Spontaneous vertex delivery (O800)	Spontaneous vertex delivery (O800)
	2	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin(A09)	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin(A09)	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin(A09)
	3	Singleton,born in hospital (Z380)	Pneumonia,unspecified (J189)	Dengue hemorrhagic fever (A91)
	4	Pneumonia,unspecified (J189)	Singleton,born in hospital (Z380)	Pneumonia,unspecified (J189)
	5	Urinary tract infection, site not specified(390)	Dyspepsia (K30)	Singleton,born in hospital (Z380)
ใหญ่ (n=12)	1	Acute appendicitis,unspecified (K359)	Acute appendicitis,unspecified (K359)	Acute appendicitis,unspecified (K359)
	2	Spontaneous vertex delivery(O800)	Spontaneous vertex delivery(O800)	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin(A09)
	3	Thalassaemia(D56)	Disorders related to short gestation and low birth weight, not elsewhere classified (P07)	Dengue hemorrhagic fever (A91)
	4	Septicemia,unspecified, septic shock (A419)	intracranial injury, unspecified(S069)	Spontaneous vertex delivery(O800)
	5	intracranial injury, unspecified(S069)	Pneumonia,unspecified (J189)	intracranial injury, unspecified(S069)

ตารางที่ 5 แสดงรายการโรค 5 ลำดับแรกของหัตถการที่ให้บริการแก่ของผู้ป่วยชาวลาวที่มาใช้บริการข้ามพรมแดน

ขนาด โรงพยาบาล	ลำดับ ที่	ปีงบประมาณ		
		2551	2552	2553
เล็ก* (n=21)	1	Other bilateral ligation and division of fallopian tubes, TR (6632)	Other bilateral ligation and division of fallopian tubes, TR (6632)	Other bilateral ligation and division of fallopian tubes, TR (6632)
	2	Exision or destruction of lesion or tissue of skin and subcutaneous tissue (862)	Exision or destruction of lesion or tissue of skin and subcutaneous tissue (862)	Exision or destruction of lesion or tissue of skin and subcutaneous tissue (862)
กลาง (n=8)	1	Other appendectomy(4709)	Other appendectomy(4709)	Other appendectomy(4709)
	2	Low cervical cesarean section(741)	Low cervical cesarean section(741)	Exision or destruction of lesion or tissue of skin and subcutaneous tissue(862)
	3	Other bilateral ligation and division of fallopian tubes, TR(6632)	Exision or destruction of lesion or tissue of skin and subcutaneous tissue(862)	Low cervical cesarean section(741)
	4	Exision or destruction of lesion or tissue of skin and subcutaneous tissue(862)	Other bilateral ligation and division of fallopian tubes, TR(6632)	Other bilateral ligation and division of fallopian tubes, TR(6632)
	5	Dilation and curettage of uterus(690)	Repair of hernia(53)	Other dilatation an curettage(6909)
ใหญ่ (n=12)	1	Operation on skin and subcutaneous tissue(86)	Other appendectomy(4709)	Other appendectomy(4709)
	2	Low cervical cesarean section(741)	Other bilateral ligation and division of fallopian tubes, TR(6632)	Low cervical cesarean section(741)
	3	Other appendectomy(4709)	Reduction of fracture and dislocation(79)	Operation on skin and subcutaneous tissue(86)
	4	Reduction of fracture and dislocation(79)	Operation on skin and subcutaneous tissue(86)	Other bilateral ligation and division of fallopian tubes, TR(6632)
	5	Other bilateral ligation and division of fallopian tubes, TR(6632)	Diagnostic radiology(87)	Cholecystectomy(512)

หมายเหตุ: *: โรงพยาบาลขนาดเล็กไม่มีบริการด้านการผ่าตัดหรือหัตถการอื่น

เมื่อพิจารณาลักษณะของโรคจำแนกตามประเภทของด่านพรมแดน พบว่าลักษณะของโรคที่พบไม่แตกต่างจากจำแนกตามขนาดของโรงพยาบาลในการบริการทุกประเภทรวมทั้งหัตถการในการรักษานั้นคือลักษณะโรคที่พบเป็นโรคที่พบได้ทั่วไปและพบการให้บริการโดยไม่ได้มีสาเหตุมาจากความเจ็บป่วยมาก ได้แก่ General medical examination(Z0), Spontaneous vertex delivery(O800), Low cervical cesarean section(741) โดยเฉพาะในพื้นที่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ซึ่งเป็นเส้นทางผ่านไป-มาพรมแดนจะพบมากกว่าในพื้นที่อื่น (ตารางที่ 6-8)

ตารางที่ 6 แสดงรายการโรค 5 ลำดับแรกของโรคของผู้ป่วยชาวลาเวที่มารับบริการข้ามพรมแดนประเภทผู้ป่วยนอก(OPD)

ประเภทของ ด้าน	ลำดับ ที่	ปีงบประมาณ		
		2551	2552	2553
ด้านถาวร (n=8)	1	Dyspepsia(K30)	Non-insulin-dependent diabetes mellitus(E11)	Non-insulin-dependent diabetes mellitus(E11)
	2	Non-insulin-dependent diabetes mellitus(E11)	Essential(primary) hypertention (I10)	Essential(primary) hypertention (I10)
	3	Acute respiratory infection (J00-J06)	Dyspepsia(K30)	Dyspepsia(K30)
	3	Essential(primary) hypertention (I10)	Acute respiratory infection (J00-J06)	Acute respiratory infection (J00-J06)
	3	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin(A09)	Supervision of normal pregnancy(Z34)	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin(A09)
ด้านพ่นปรนที่ เปิดทุกวัน (n=11)	1	Non-insulin-dependent diabetes mellitus(E11)	Non-insulin-dependent diabetes mellitus(E11)	Non-insulin-dependent diabetes mellitus(E11)
	2	Dyspepsia(K30)	Dyspepsia(K30)	Dyspepsia(K30)
	3	Acute respiratory infection (J00-J06)	Essential(primary) hypertention (I10)	Acute respiratory infection (J00-J06)
	4	Essential(primary) hypertention (I10)	Acute respiratory infection (J00-J06)	Essential(primary) hypertention (I10)
	5	myalgia(M791)	myalgia(M791) & Supervision of normal pregnancy(Z34)	Supervision of normal pregnancy(Z34)
ด้านพ่นปรนที่ เปิดบางวัน (n=9)	1	Non-insulin-dependent diabetes mellitus(E11)	Dyspepsia(K30)	Dyspepsia(K30)
	2	Dyspepsia(K30)	Non-insulin-dependent diabetes mellitus(E11)	Non-insulin-dependent diabetes mellitus(E11)
	3	Acute respiratory infection (J00-J06)	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin(A09)	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin(A09)
	4	Supervision of normal pregnancy(Z34)	Acute respiratory infection (J00-J06)	Acute respiratory infection (J00-J06)
	5	myalgia(M791)	Supervision of normal pregnancy(Z34)	Supervision of normal pregnancy(Z34)
ด้านชั่วคราว (n=3)	1	Acute respiratory infection (J00-J06)	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin(A09)	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin(A09)
	2	Supervision of normal pregnancy(Z34)	Non-insulin-dependent diabetes mellitus(E11)	Non-insulin-dependent diabetes mellitus(E11)
	3	Non-insulin-dependent diabetes mellitus(E11)*	Supervision of normal pregnancy(Z34)	Acute respiratory infection (J00-J06)
	4	Essential(primary) hypertention (I10)*	Acute respiratory infection (J00-J06)	Supervision of normal pregnancy(Z34)
	5	Spontaneous vertex delivery(O800)*	R509-fever unspecified	Spontaneous vertex delivery(O800)
เส้นทางผ่านไป พรมแดน (n=8)	1	Persons encountering health services for other counseling and medical advice, not elsewhere classified (Z71.0-Z71.9)	Persons encountering health services for other counseling and medical advice, not elsewhere classified (Z71.0-Z71.9)	Persons encountering health services for other counseling and medical advice, not elsewhere classified (Z71.0-Z71.9)
	2	Essential(primary) hypertention(I10)	Dyspepsia(K30)	Non-insulin-dependent diabetes mellitus(E11)
	3	Dyspepsia(K30)	Non-insulin-dependent diabetes mellitus(E11)	Dyspepsia(K30)
	4	Supervision of normal pregnancy(Z34)	Essential(primary) hypertention (I10)	Acute respiratory infection (J00-J06)
	5	Acute respiratory infection (J00-J06)	Supervision of normal pregnancy(Z34)	Supervision of normal pregnancy(Z34)

หมายเหตุ : * หมายถึง ลำดับที่เท่ากันเนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยไม่ต่างกัน

ตารางที่ 7 แสดงรายการโรค 5 ลำดับแรกของโรคของผู้ป่วยชาวลาที่มารับบริการข้ามพรมแดนประเทศผู้ป่วยใน(IPD)

ประเภทของ ด้าน	ลำดับ ที่	ปีงบประมาณ		
		2551	2552	2553
ด้านถาวร (n=8)	1	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin(A09)	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin(A09)	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin(A09)
	2	Pneumonia,unspecified(J189)	Pneumonia,unspecified(J189)	Pneumonia,unspecified(J189)
	3	Singleton,born in hospital(Z380)*	Singleton,born in hospital(Z380)*	Dengue hemorrhagic fever(A91)*
	3	Outcome of delivery (Z37.0 - Z37.9)*	Spontaneous vertex delivery(O800)*	Spontaneous vertex delivery(O800)*
	3	Spontaneous vertex delivery(O800)*	Outcome of delivery (Z37.0 - Z37.9)*	Septicemia,unspecified, septic shock(A419)*
ด้านพ่อนปรนที่ เปิดทุกวัน (n=11)	1	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin(A09)	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin(A09)	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin(A09)
	2	Influenza and pneumonia(J10-J18)	Non-insulin-dependent diabetes mellitus(E11)	acute pharyngitis,unspecified(J029)
	3	Non-insulin-dependent diabetes mellitus(E11)*	Dyspepsia(K30)*	Pneumonia,unspecified(J189)*
	4	Dyspepsia(K30)*	Acute bronchitis,unspecified(J209)*	Non-insulin-dependent diabetes mellitus(E11)*
	5	Singleton,born in hospital(Z380)*	Dengue(virus) fever(A90)	Spontaneous vertex delivery(O800)*
ด้านพ่อนปรนที่ เปิดบางวัน (n=9)	1	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin(A09)	Spontaneous vertex delivery(O800)	Spontaneous vertex delivery(O800)
	2	Spontaneous vertex delivery(O800)	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin(A09)	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin(A09)
	3	Singleton,born in hospital(Z380)	Acute bronchitis,unspecified(J209)	Dengue(virus) fever(A90)*
	4	Acute bronchitis,unspecified(J209)	Pneumonia,unspecified(J189)	Dengue hemorrhagic fever(A91)*
	5	fever unspecified(R509)	Septicemia,unspecified, septic shock(A419)	Dyspepsia(K30)*
ด้านชั่วคราว (n=3)	1	Dengue(virus) fever(A90)*	Viral intestinal infection(A084)*	Septicemia,unspecified, septic shock(A419)
	2	Dengue hemorrhagic fever(A91)*	Spontaneous vertex delivery(O800)*	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin(A09)
	3	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin(A09)*	Dengue hemorrhagic fever(A91)*	Dengue hemorrhagic fever(A91)*
	4	Spontaneous vertex delivery(O800)*	Acute respiratory infection (J00-J06)*	Spontaneous vertex delivery(O800)*
	5	spontaneous abortion(O03)*	Urinary tract infection,site not specified(N390)*	Dyspepsia(K30)*
เส้นทางผ่านไป พรมแดน (n=8)	1	Delivery(O80-O84)	Spontaneous vertex delivery(O800)	Spontaneous vertex delivery(O800)
	2	Outcome of delivery (Z37.0 - Z37.9)	Outcome of delivery (Z37.0 - Z37.9)	Outcome of delivery (Z37.0 - Z37.9)
	3	Septicemia,unspecified, septic shock(A419)	Acute appendicitis,unspecified(K359)	Acute appendicitis,unspecified(K359)
	4	Acute appendicitis,unspecified(K359)	Aplastic and other anaemia(D60-D64)	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin(A09)
	5	Thalassaemia(D56)	intracranial injury, unspecified(S069)	Influenza and pneumonia(J10-J18)

หมายเหตุ : * หมายถึง ไม่มีลำดับที่ เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยไม่ต่างกัน

ตารางที่ 8 แสดงรายการโรค 5 ลำดับแรกของหัตถการที่ให้บริการแก่ของผู้ป่วยชาวลาที่มารับบริการข้ามพรมแดน

ประเภทของ ด้าน	ลำดับ ที่	ปีงบประมาณ		
		2551	2552	2553
ด้านถาวร (n=8)	1	other appendectomy(4709)*	other appendectomy(4709)*	other appendectomy(4709)*
	2	low cervical cesarean section(74.1)*	low cervical cesarean section(74.1)*	low cervical cesarean section(74.1)*
	3	other bilateral ligation and division of fallopian tubes(66.32)*	other bilateral ligation and division of fallopian tubes(66.32)*	other bilateral ligation and division of fallopian tubes(66.32)*
	3	reduction of fracture and dislocation(79)	Operations on skin and subcutaneous tissue(86)	Operations on skin and subcutaneous tissue(86)
	3	Obstetrical procedures(72-75)	Transfusion of blood and blood components(990)	Interview, evaluation, consultation and examination(89)
ด้านพ่นปรนที่ เปิดทุกวัน (n=11)	1	Operations on skin and subcutaneous tissue(86)	Operations on skin and subcutaneous tissue(86)	Operations on skin and subcutaneous tissue(86)
	2	other bilateral ligation and division of fallopian tubes(66.32)	other bilateral ligation and division of fallopian tubes(66.32)	other bilateral ligation and division of fallopian tubes(66.32)
	3	low cervical cesarean section(74.1)	low cervical cesarean section(74.1)	low cervical cesarean section(74.1)
	4	-	-	-
	5	-	-	-
ด้านพ่นปรนที่ เปิดบางวัน (n=9)	1	other bilateral ligation and division of fallopian tubes(66.32)	other bilateral ligation and division of fallopian tubes(66.32)*	other appendectomy(4709)
	2	exision or destruction of lesion or tissue of skin and subcutaneous tissue(862)*	exision or destruction of lesion or tissue of skin and subcutaneous tissue(862)*	low cervical cesarean section(74.1)*
	3	other appendectomy(4709)*	Repair of hernia(53)	other bilateral ligation and division of fallopian tubes(66.32)*
	4	Repair of hernia(53)*	other dilatation an curettage(6909)**	exision or destruction of lesion or tissue of skin and subcutaneous tissue(862)*
	5	low cervical cesarean section(74.1)*	low cervical cesarean section(74.1)**	other dilatation an curettage(6909)*
ด้านชั่วคราว (n=3)	1	other bilateral ligation and division of fallopian tubes(66.32)	other bilateral ligation and division of fallopian tubes(66.32)	other bilateral ligation and division of fallopian tubes(66.32)
	2	-	-	-
	3	-	-	-
	4	-	-	-
	5	-	-	-
เส้นทางผ่านไม่ พรมแดน (n=8)	1	low cervical cesarean section(74.1)	other appendectomy(4709)	other appendectomy(4709)*
	2	other appendectomy(4709)	Operations on skin and subcutaneous tissue(86)	low cervical cesarean section(74.1)*
	3	reduction of fracture and dislocation(79)	low cervical cesarean section(74.1)*	Operations on skin and subcutaneous tissue(86)
	4	Operations on skin and subcutaneous tissue(86)	reduction of fracture and dislocation(79)*	reduction of fracture and dislocation(79)*
	5	Computerized axial tomograpy of head(8703) and Other bilateral ligation and division of fallopian tubes, TR(6632)	Other bilateral ligation and division of fallopian tubes, TR(6632)	Computerized axial tomograpy of head(8703) and Other bilateral ligation and division of fallopian tubes, TR(6632)*

หมายเหตุ : * หมายถึง ไม่มีลำดับที่ เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยไม่ต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบกับบริการของคนไทยในปีเดียว พบว่า ในโรงพยาบาลทั้งขนาดใหญ่ ขนาดกลางและขนาดเล็ก คนไทยมาใช้บริการด้วยโรคที่มีลักษณะเป็นโรคเรื้อรังต้องดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องทั้งประเภทผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ได้แก่ Diseases of circulatory system(I00-I99), Endocrine, nutritional and metabolic disease(E00-E90), Diseases of digestive system(K00-K14,K20-K23, K28-K31,K57-K63, K71-K77,K82-K93), และ Diseases of the musculoskeletal system(M00-M25,M40-M99) (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 แสดงรายการโรค 5 ลำดับแรกของโรคที่คนไทยมาใช้บริการสุขภาพจำแนกตามขนาดโรงพยาบาลปี2553

ขนาดของ โรงพยาบาล	ลำดับ ที่	ประเภทการใช้บริการ	
		OPD	IPD
เล็ก	1	Diseases of digestive system(K00-K14,K20-K23, K28-K31,K57-K63, K71-K77,K82-K93)	Diseases of the respiratory system(J00-J99)
	2	Diseases of the respiratory system(J00-J99)	Hypertensive diseases(I10-I15)
	3	Endocrine, nutritional and metabolic diseases(E00-E99)	Other intestinal infection disease(A03-A09)
	4	Diseases of the circulatory system(I00-I99)	Diabetes mellitus(E10-E14)
	5	Diseases of the musculoskeletal system(M00-M25,M40-M99)	Single spontaneous delivery(O80)
กลาง	1	Diseases of the respiratory system(J00-J99)	Endocrine, nutritional and metabolic diseases(E00-E99)
	2	Diseases of digestive system(K00-K14,K20-K23, K28-K31,K57-K63, K71-K77,K82-K93)	Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory finding, not elsewhere classified(R00-R99)
	3	Endocrine, nutritional and metabolic diseases(E00-E99)	Intestinal infectious diseases(A00-A09)
	4	Diseases of the musculoskeletal system(M00-M25,M40-M99)	Diseases of the blood and blood forming organs and certain disorders involving the immune mechanism(D50-89)
	5	Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory finding, not elsewhere classified(R00-R99)	Hypertensive diseases(I10-I15)
ใหญ่	1	Diseases of the circulatory system(I00-I99)	Endocrine, nutritional and metabolic diseases(E00-E99)
	2	Diseases of the genitourinary system(N00-N99)	Diseases of the blood and blood forming organs and certain disorders involving the immune mechanism(D50-89)
	3	Diseases of the musculoskeletal system(M00-M25,M40-M99)	Pregnancy, childbirth and the puerperium(O00-O99)
	4	Endocrine, nutritional and metabolic diseases(E00-E99)	Certain conditions originating in the perinatal period(P00-P96)
	5	Diseases of the respiratory system(J00-J99)	Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory finding, not elsewhere classified(R00-R99)

ในการมาใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดนของผู้ป่วยชาวลาวทุกครั้ง ต้องมีการเรียกเก็บค่าบริการเนื่องจากระบบประกันสุขภาพของไทยไม่ครอบคลุมผู้ที่มิได้มีสัญชาติไทยซึ่งผู้ป่วยชาวลาวที่มาใช้บริการส่วนหนึ่งที่ไม่สามารถจ่ายค่าบริการได้ ทำให้ส่งผลกระทบในการบริหารจัดการด้านงบประมาณและการเงินต่อโรงพยาบาลในแต่ละแห่งแตกต่างกัน ทั้งนี้ จากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลทุกกลุ่มตลอด

ระยะเวลา 3 ปี ย้อนหลังจะพบว่า โรงพยาบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในส่วนนี้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเนื่องจากไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการได้ โดยค่าบริการที่ไม่สามารถเรียกเก็บได้โดยประมาณคิดเป็นร้อยละ 50 ของค่าบริการที่เรียกเก็บ โดยเฉพาะการให้บริการประเภทผู้ป่วยใน (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 แสดงค่าบริการและค่าบริการที่เรียกเก็บได้โดยรวมทุกโรงพยาบาลจำแนกตามขนาดโรงพยาบาลในช่วง 3 ปี ย้อนหลัง

ขนาด โรงพยาบาล	ประเภท การใช้ บริการ	ปีงบประมาณ 2551		ปีงบประมาณ 2552		ปีงบประมาณ 2553	
		(ล้านบาท)		(ล้านบาท)		(ล้านบาท)	
		ค่าบริการที่ เรียกเก็บ	ค่าบริการที่ เก็บได้จริง (ร้อยละ)	ค่าบริการที่ เรียกเก็บ	ค่าบริการที่ เก็บได้จริง (ร้อยละ)	ค่าบริการที่ เรียกเก็บ	ค่าบริการที่ เก็บได้จริง (ร้อยละ)
เล็ก (n=21)	OPD	6.7	2.7 (40.3)	8.0	3.1 (38.9)	25.8	3.6 (14.1)
	IPD	5.6	1.6 (28.4)	7.9	2.4 (29.9)	9.1	2.7 (30.1)
กลาง (n=8)	OPD	11.6	6.8 (58.9)	11.7	6.8 (58.2)	13.1	6.9 (52.8)
	IPD	8.1	5.3 (65.7)	10.4	6.7 (74.5)	13.5	8.5 (63.5)
ใหญ่ (n=12)	OPD	9.9	7.9 (80.4)	12.4	9.2 (74.5)	13.7	11.7 (85.3)
	IPD	75.4	37.6 (49.9)	85.1	40.1 (47.1)	105.1	56.7 (53.9)
รวม (n=40)	OPD	28.2	17.5 (61.9)	32.2	19.2 (59.7)	52.7	22.2 (42.1)
	IPD	89.1	44.5 (49.9)	103.5	49.2 (47.5)	127.7	68.0 (53.3)

หมายเหตุ : ข้อมูลต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากโรงพยาบาลหลายแห่งไม่สามารถแยกข้อมูลค่าบริการและค่าบริการที่เรียกเก็บได้ตามเชื้อชาติสัญชาติ จากระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล

ข้อสังเกต

- จากข้อมูลที่ได้ เป็นที่น่าสังเกตว่า โรงพยาบาลขนาดเล็กมีจำนวนค่าบริการที่เรียกเก็บได้จริงต่ำกว่าโรงพยาบาลขนาดกลางและขนาดใหญ่ โดยเรียกเก็บได้ต่ำกว่าร้อยละ 50 ทั้งประเภทผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก
- การใช้บริการประเภทผู้ป่วยนอกมีจำนวนค่าบริการที่เรียกเก็บได้จริงสูงกว่าการใช้บริการประเภทผู้ป่วยในยกเว้น โรงพยาบาลขนาดกลางที่เรียกเก็บค่าบริการผู้ป่วยในได้สูงกว่าผู้ป่วยนอก

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยชาวลาวที่ข้ามพรมแดนมาใช้บริการสุขภาพในประเทศไทย

ข้อมูลเชิงคุณลักษณะของผู้ที่ข้ามพรมแดนมาใช้บริการ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ข้ามพรมแดนมาใช้บริการในช่วงระยะเวลาที่ทำการเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลา 3 เดือน จำนวน 1,061 คนพบว่า เพศหญิงมาใช้บริการจำนวน 658 คน คิดเป็นร้อยละ 62.1 เพศชายมาใช้บริการจำนวน 402 คน คิดเป็นร้อยละ 37.9 เพศหญิงมาใช้บริการมากกว่าเพศชายในทุกกลุ่มของโรงพยาบาล โดยช่วงอายุที่มาใช้บริการมากอยู่ในช่วงไม่เกิน 30 ปีในทุกกลุ่มของโรงพยาบาล มากกว่าร้อยละ 50 มีพื้นที่อยู่ใกล้โรงพยาบาลของรัฐในฝั่งไทยในระยะทางไม่เกิน 100 กิโลเมตรและใช้ระยะเวลาในการเดินทางมาใช้บริการไม่เกิน 1 ชั่วโมง (ตารางที่ 11) ทั้งนี้ การเดินทางมาใช้บริการที่โรงพยาบาลขนาดเล็กและขนาดกลางส่วนใหญ่จะเป็นการใช้เรือข้ามฟากและบริการรถโดยสารประจำทาง ในขณะที่การเดินทางมาใช้บริการที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ผู้ป่วยนิยมใช้บริการรถจ้างเหมาบริการ มีจำนวนน้อยมากที่เดินเท้ามาใช้บริการ โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีอยู่ในพื้นที่ติดบริเวณพรมแดนเป็นช่องเขา ทั้งนี้ หากสามารถเดินทางไปกับภายใน วัน ผู้ป่วยจะไม่ค้างคืน แต่ในกรณีที่อยู่ในประเทศลาวมีระยะทางที่ห่างไกลมาก มักจะเดินทางมาพักค้างคืนกับญาติที่อยู่พื้นที่ใกล้ชายแดนมากที่สุด ก่อนเดินทางเข้าประเทศไทยในวันถัดไป แต่สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจะพักค้างที่โรงพยาบาลจนกว่าจะจำหน่ายกลับ

ตารางที่ 11 แสดงจำนวนการใช้บริการข้ามพรมแดนของผู้ป่วยชาวลาวจำแนกตามคุณลักษณะของผู้ป่วย

คุณลักษณะ		ขนาดโรงพยาบาล (n=1,061 คน)		
		เล็ก(ร้อยละ)	กลาง(ร้อยละ)	ใหญ่(ร้อยละ)
เพศ	หญิง	263(61.7)	151(66.8)	244(59.8)
	ชาย	163(38.3)	75(33.2)	164(40.2)
อายุ(ปี)	≤ 30	221(51.9)	95(42.4)	143(35.0)
	31-40	87(20.4)	52(23.2)	87(21.3)
	41-50	63(14.8)	29(12.9)	85(20.8)
	51-60	36(8.5)	23(10.3)	62(15.2)
	≥ 61	19(4.5)	25(11.2)	31(7.6)
ระยะทาง(ก.ม.)	≤ 100	380(91.1)	172(90.1)	212(55.5)
	101-200	33(7.9)	12(6.3)	125(32.7)
	201-300	4(1.0)	2(1.0)	33(8.6)
	≥ 301	0	5(2.6)	12(3.1)
ระยะเวลา(ช.ม.)	< 1	209(49.6)	113(57.9)	99(25.3)
	1- 4	184(43.7)	70(35.9)	247(63.0)
	≥ 4	28(6.7)	12(6.2)	46(11.7)

สำหรับปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการในประเทศไทย ได้แก่ ปัจจัยด้านคุณภาพของระบบบริการ ประกอบด้วย อันดับหนึ่งคือ มีหมอเก่ง อันดับสองคือ รักษาโรคที่ยากได้ และอันดับสามคือ มีเครื่องมือที่พร้อมและทันสมัย(ตารางที่ 12) ทั้งนี้เมื่อจำแนกตามขนาดของโรงพยาบาลพบว่า นอกจากปัจจัยดังกล่าวแล้วปัจจัยทางเศรษฐกิจก็ส่งผลต่อการตัดสินใจมาใช้บริการด้วย

ตารางที่ 12 แสดงปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมาใช้บริการในประเทศไทย จำแนกตามขนาดโรงพยาบาล

ขนาดของโรงพยาบาล	ลำดับที่	ปัจจัยต่อการตัดสินใจ	P-value*
เล็ก (n=21)	1	มีหมอเก่ง	0.004*
	2	รักษาโรคที่ยากได้	0.235
	3	มีความคุ้มค่าในการรักษา	0.0001*
กลาง (n=8)	1	มีหมอเก่ง	0.004*
	2	มีความคุ้มค่าในการรักษา	0.0001*
	3	มีเครื่องมือพร้อม ทันสมัย	0.0001*
ใหญ่ (n=12)	1	มีหมอเก่ง	0.004*
	2	มีเครื่องมือพร้อม ทันสมัย	0.0001*
	3	รักษาโรคที่ยากได้	0.235

* Chi-Square test, significant level < 0.05

คุณลักษณะของผู้ป่วยที่ข้ามพรมแดนมาใช้บริการในโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทยคือ

- ผู้มาใช้บริการข้ามพรมแดนส่วนใหญ่มีที่อยู่ใกล้พรมแดนและสามารถเดินทางมาใช้บริการที่ประเทศไทยได้ใกล้กว่า สะดวกกว่า เร็วกว่าที่จะไปใช้บริการที่สถานบริการในประเทศลาวโดยตรง
- กลุ่มอายุของผู้มาใช้บริการร้อยละ 50 ขึ้นไปอยู่ในวัยแรงงานคือไม่เกิน 30 ปี
- ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมาใช้บริการในประเทศไทย สะท้อนถึงความเชื่อมั่นในศักยภาพของผู้ให้บริการและสถานบริการ แต่ไม่สอดคล้องกับลักษณะและความรุนแรงของโรคในการมาใช้บริการจริง เช่น เหตุผลต่อการตัดสินใจอันดับหนึ่งคือมีหมอเก่ง รักษาโรคที่ยากได้ มีเครื่องมือพร้อมและทันสมัย แต่โรคที่มารับบริการเป็นโรคทั่วไป เช่น Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11), Dyspepsia (K30), Essential(primary) hypertension(I10), Supervision of normal pregnancy,unspecified (Z349), Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin(A09) เป็นต้น

บทที่ 4

อภิปรายและสรุปผล(Discussion and Conclusion)

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การข้ามพรมแดนมาใช้บริการสุขภาพในประเทศไทยของผู้ป่วยชาวลาว ยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่องตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันการมีหรือไม่มีด่านพรมแดนไม่ได้เป็นอุปสรรคในการมาใช้บริการ หากแต่เป็นไปตามความจำเป็นของสถานะทางสุขภาพและความต้องการ โดยหากเป็นการข้ามพรมแดนในพื้นที่ที่ไม่มีด่านกลับจะยังเป็นการสะดวกเนื่องจากไม่ต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายเพื่อเป็นค่าธรรมเนียม เห็นได้จาก บริเวณพื้นที่ที่ติดแม่น้ำโขงหลายแห่งไม่มีด่านพรมแดน ผู้ป่วยชาวลาวสามารถพายเรือข้ามแม่น้ำพรมแดนมาใช้บริการสุขภาพได้ง่าย สำหรับพื้นที่ที่เป็นช่องเขาจะมีความยากลำบากในด้านการเดินทาง บางพื้นที่ ผู้มาใช้บริการต้องเดินทางด้วยเท้าเป็นเวลาหลายวันเพื่อข้ามมาใช้บริการ ทำให้เป็นอุปสรรคในการตัดสินใจมาใช้บริการโดยธรรมชาติ ส่วนบางพื้นที่ที่พรมแดนถูกกั้นด้วยลำห้วยแคบๆ หรือป่าละเมาะเล็กๆ เนื่องจากเป็นหมู่บ้านหรือเป็นพื้นที่เดียวกันมาก่อนที่จะมีพรมแดน ทำให้การเดินทางข้ามไปมาเป็นเรื่องง่ายคดียิ่งขึ้นเพราะมีความเกี่ยวพันทางสายเลือด และการข้ามมาใช้บริการในประเทศไทยเป็นความสะดวกมากกว่าที่จะเดินทางไปใช้บริการที่สถานบริการขนาดใหญ่ในประเทศลาวที่อยู่ห่างไกลออกไป แม้ว่า สถานบริการในประเทศไทยเป็นสถานพยาบาลขนาดเล็ก แต่เมื่อเทียบกับสถานบริการที่มีในชุมชนของประเทศลาวกลับถือว่าเป็นสถานบริการที่มีครบทั้งบุคลากร เวชภัณฑ์ และเครื่องมือที่จำเป็น

ด้านปริมาณและการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐในประเทศไทยแก่ผู้ป่วยชาวลาว

ผู้ป่วยชาวลาวที่ใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐของประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้นทั้งจำนวนคนและจำนวนครั้ง แต่ที่พบว่ามี การเปลี่ยนแปลงแบบลดลงของจำนวนผู้มาใช้บริการสำหรับโรงพยาบาลขนาดกลางในปี 2552 (ภาพที่ 3) มีความสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงระบบการบริหารจัดการของโรงพยาบาลบางแห่งที่ส่งผลให้ภาพรวมของผู้มาใช้บริการมีจำนวนลดลง และเมื่อพิจารณาประเภทของการใช้บริการตามสำหรับขนาดของสถานบริการหรือโรงพยาบาลที่กำหนดไว้ในการศึกษานี้ที่แบ่งเป็น 3 ขนาดคือ ขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็ก จากข้อมูลสถานการณ์ที่ได้จากการศึกษาพบว่า มีความใกล้เคียงและแตกต่างกันของสถานการณ์ทำให้แบ่งขนาดของโรงพยาบาลได้เพียง ๒ ขนาดคือ ขนาดเล็กและขนาดใหญ่ นั่นคือ มีการใช้บริการประเภทผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลใหญ่น้อยกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็ก แต่มีใช้บริการประเภทผู้ป่วยในสูงกว่าทั้งจำนวนคนและครั้ง(ภาพที่ 3 และ 4) สถานการณ์นี้มีความสอดคล้องสภาพความเป็นจริงด้านระยะเวลากับระยะทางของการเดินทางข้ามพรมแดนกลับ ทำให้การมาใช้บริการประเภทผู้ป่วยนอกซึ่งเป็นการบริการที่ใช้เวลาน้อยกว่าและไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพื่อพักค้างแรมเพิ่มขึ้น แต่หากจำเป็นต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ผู้มาใช้บริการต้องการความมั่นใจด้านศักยภาพของโรงพยาบาลสูงกว่าจึงเลือกที่จะตัดสินใจมาใช้บริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่เมื่อใช้บริการเป็นผู้ป่วยใน

ส่วนลักษณะโรคที่มารับบริการเป็นลำดับแรกๆ แตกต่างจากการใช้บริการของคนไทยที่มารับบริการจากกลุ่มโรคที่มีลักษณะเป็นโรคเรื้อรังต้องดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องทั้งประเภทผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก(ตารางที่ 8) คือการใช้บริการของผู้ป่วยชาวลาตินกลุ่มโรคที่พบได้ทั่วไปและมีแนวโน้มเป็นโรคเรื้อรัง เช่น Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11), Dyspepsia (K30), Essential(primary) hypertension(I10) แม้แต่โรคติดเชื้อที่เป็นสาเหตุที่ทำให้บริการบ่อยก็เป็นโรคทั่วไปเช่น Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin (A09), Acute upper respiratory infection, unspecified (J06.9) เช่นเดียวกับหัตถการที่ให้บริการก็เป็นหัตถการที่ไม่ซับซ้อน ได้แก่ Other appendectomy(4709) และ Low cervical cesarean section(741) ซึ่งไม่สอดคล้องกับเหตุผลที่ใช้ในการตัดสินใจมารับบริการที่ต้องการความมั่นใจในศักยภาพการบริการสูง ไม่ว่าจะเป็น การมีแพทย์ที่เก่ง มีเครื่องมือพร้อม ทันสมัย หรือการมีศักยภาพในการรักษาโรคที่มีความซับซ้อน จะเห็นได้ว่าการมารับบริการในประเทศไทยเป็นประเด็นของความเข้าใจต่อปัญหาสุขภาพและการรักษา อีกทั้งเป็นความรู้สึกถึงความเชื่อมั่นต่อการบริการที่จะได้รับมากกว่าที่จะเป็นการมารับบริการตามความเหมาะสมกับความรุนแรงและความซับซ้อนของโรค ในขณะที่เวลานี้ก็กลับสะท้อนถึงความเชื่อมั่นในสถานบริการสุขภาพในประเทศลาตินในทิศทางตรงกันข้าม โดยเฉพาะงานอนามัยแม่และเด็กที่เป็นการบริการขั้นพื้นฐานของการบริการสุขภาพ นอกจากนี้ การใช้บริการที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นเมื่อจำแนกตามลักษณะโรค กลับเป็นกลุ่มที่มารับบริการโดยไม่ได้มีสาเหตุจากความเจ็บป่วย ได้แก่ General medical examination(Z0), Spontaneous vertex delivery(O800), Low cervical cesarean section(741) ซึ่งมีความสอดคล้องกับบริบททางสังคมที่เปลี่ยนไปเป็นสังคมเมืองและเปลี่ยนจากสังคมเกษตรกรรมไปเป็นอุตสาหกรรมมากขึ้น เนื่องจากต้องมีการตรวจสุขภาพก่อนเข้างาน และตรวจสุขภาพประจำปีของลูกค้า ไม่ว่าจะเป็นการทำงานในประเทศลาตินหรือข้ามพรมแดนมาทำงานในประเทศไทย อีกทั้งการมารับบริการด้านการฝากครรภ์และการคลอดในประเทศไทยนอกจากเชื่อว่าจะมีความปลอดภัยทั้งแม่และลูกแล้ว ยังทำให้สามารถพิสูจน์สัญชาติได้ง่ายและสามารถยื่นขอสัญชาติไทยสำหรับเด็กที่มีบิดาเป็นคนไทย เมื่อมีการแจ้งเกิดในฝ่ายทะเบียนของประเทศไทยด้วย⁽³¹⁾

ในด้านภาระค่าใช้จ่ายทั้งการบริการประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่สามารถเรียกเก็บได้ในภาพรวมทั้งประเทศ คิดเป็นประมาณร้อยละ 50 ของค่าบริการที่เรียกเก็บ โดยความสามารถในการจ่ายของผู้มารับบริการจะแตกต่างกันไปตามบริบทของพื้นที่อันได้แก่ผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลที่อยู่ติดชายแดนในพื้นที่ที่มีลักษณะพื้นที่และสภาพทางเศรษฐกิจอยู่ในเกณฑ์ดี เป็นสังคมเมืองมากกว่าเป็นสังคมชนบทจะมีความสามารถในการจ่ายสูงกว่า ซึ่งโรงพยาบาลดังกล่าวมักจะเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือโรงพยาบาลขนาดกลางที่มีศักยภาพสูง ทำให้เรียกเก็บค่าบริการได้มากกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็ก ส่วนประเภทของผู้ป่วยที่เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลได้น้อยกว่าคือ ผู้ป่วยใน เนื่องจากจะมีค่าใช้จ่ายสะสมรวมเป็นจำนวนเงินที่มาก อีกทั้งเมื่อต้องนอนพักรักษาตัวก็สะท้อนถึงความรุนแรงของอาการที่มีมากขึ้น ทำให้ต้องใช้ทรัพยากรมากขึ้นเพื่อการรักษาค่าใช้จ่ายจึงสูงขึ้นตาม นอกจากนี้ การพักรักษาตัวจะมีค่าใช้จ่ายส่วน

ที่ไม่ใช่ค่าบริการทางการแพทย์สูงขึ้นตามไปด้วยเช่นกัน ทำให้ความสามารถในการจ่ายลดลงเมื่อเทียบกับการใช้บริการประเภทผู้ป่วยนอก

สำหรับจำนวนเงินที่ให้การสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยชาวลาวเมื่อเทียบกับคนไทยในโรงพยาบาลขนาดใหญ่พบว่า การให้สงเคราะห์ผู้ป่วยชาวลาวจะสูงกว่าผู้ป่วยชาวไทยคิดเป็นร้อยละ 49, 58 และ 64 ในปี 2551, 2552 และ 2553 ตามลำดับ โดยการให้สงเคราะห์ผู้ป่วยชาวไทยจะมีจำนวนมากในกรณีที่ผู้ป่วยจากอุบัติเหตุการจราจร เนื่องจากพาหนะไม่มีการทำประกันภัยบุคคลที่ หรือหมดอายุในวันที่เกิดอุบัติเหตุ หรือไม่สามารถจ่ายเงินค่ารักษาเบื้องต้นในวงเงิน 15,000 บาทได้ (ตารางที่ 13)

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบการให้สงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลจำแนกตามเชื้อชาติ (ล้านบาท)

ผู้ป่วย		2551 (ล้านบาท)	2552 (ล้านบาท)	2553 (ล้านบาท)
คนไทย	ผู้ป่วยทั่วไป	12.1	8.5	5.6
	ผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจร	7.8	6.5	8.5
คนลาว	รวมทุกประเภท	19.5	20.5	25.5
รวม		39.9	35.6	39.6

ข้อมูล : โรงพยาบาลขนาดใหญ่แห่งหนึ่ง

- ผู้ป่วยทั่วไป ได้แก่
 - สิทธิบัตรทอง ได้แก่ ไม่มีใบส่งตัว ใบส่งตัวหมดอายุ มาใช้บริการนอกกำหนดนัดหมาย ฯลฯ
 - สิทธิประกันสังคม ได้แก่ คู่สัญญาเป็นโรงพยาบาลอื่นป่วยด้วยโรคที่สิทธิไม่คุ้มครอง ตามลำดับความถี่ ตั้งครรภ์คลอดบุตร/ทำแท้ง การบำบัดทดแทนไตแบบ Hemodialysis ทันตกรรม การฆ่าตัวตาย เป็นต้น
 - สิทธิเบิกต้นสังกัด ได้แก่ ผู้ไม่มีเงินสำรองจ่ายค่ารักษาอุปกรณ์ และค่าใช้จ่ายส่วนที่เกินวงเงินหรือเกินสิทธิ
 - ไม่มีสิทธิบัตร ได้แก่ ผู้ไม่มีเลขที่ประชาชน ไม่มีชื่อในทะเบียนราษฎร์ (คนตกหล่น/เร่ร่อน) พระภิกษุ สามเณร
 - ขอความอนุเคราะห์จากหน่วยงานต่าง ได้แก่ เรือนจำสถานพินิจ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ บ้านพักฉุกเฉิน ฯลฯ
- ผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจร ได้แก่ ไม่มีประกันภัยบุคคลที่ ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาเบื้องต้นในวงเงิน 15,000 บาท ได้

เมื่อพิจารณาจากข้อมูลสถานการณ์ด้านลักษณะของโรคที่ผู้ป่วยชาวลาวมาใช้บริการ มีแนวโน้มที่เป็นการใช้บริการโดยไม่ได้มีสาเหตุจากความเจ็บป่วยเพิ่มสูงขึ้น ได้แก่ General medical examination (Z0), Spontaneous vertex delivery (O800), Low cervical cesarean section (741) เป็นลักษณะของโรคที่ส่งเสริมการเรียกเก็บเงินได้มากกว่าการให้บริการด้วยลักษณะโรคกลุ่มอื่น ที่สำคัญคือ หากโรงพยาบาลมีการบริหารจัดการด้านการคัดกรองผู้ป่วยตามสิทธิบัตรและการคัดกรองเพื่อให้สังคมสงเคราะห์อย่างเข้มแข็งจะช่วยลดปัญหาด้านภาระค่าใช้จ่ายในส่วนที่เรียกเก็บไม่ได้เป็นอย่างดี อีกทั้งการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านแรงงานต่างด้าว สำหรับผู้ป่วยชาวลาวที่มาทำงานในประเทศไทยเพื่อให้เป็นแรงงานที่ถูกต้องและมีระบบรองรับด้านค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพ จะช่วยให้โรงพยาบาลไม่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายมากเกินไป

เหตุผลที่ทำให้ต้องให้ความสำคัญกับประเด็นค่าใช้จ่ายและสถานการณ์ทางการเงินของโรงพยาบาลเมื่อต้องให้บริการผู้ป่วยชาวลาวหรือผู้ป่วยต่างชาติ เนื่องจากในอดีตวิธีการจัดสรรเงินงบประมาณให้กับโรงพยาบาลของรัฐจะมีเงินส่วนหนึ่งที่เป็นกองทุนให้กระทรวงสาธารณสุขสำหรับผู้มีรายได้น้อยหรือผู้ที่ไม่สามารถจ่ายค่าบริการการรักษาผ่านโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล(สปร.) ซึ่งครอบคลุมผู้ป่วยต่างชาติที่ไม่สามารถจ่ายค่าบริการได้รวมอยู่ด้วย แต่ในปัจจุบันประเทศไทยมีการปรับระบบเป็นการมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งผูกติดกับความเป็นคนไทยแต่ไม่ครอบคลุมผู้ที่ไม่ใช่คนไทยหรือไม่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก ทำให้กองทุนสนับสนุนสำหรับผู้ป่วยหายไปส่วนหนึ่งเนื่องจากไม่มีนโยบายรองรับ การดำเนินการด้านการให้บริการทางแพทยอาศัยหลักมนุษยธรรมของผู้ให้การรักษาเป็นหลัก ทำให้เกิดผลกระทบทางการเงินของโรงพยาบาลตามมา จะเห็นได้จากการที่โรงพยาบาลตามแนวชายแดนเป็นหนึ่งในโรงพยาบาลที่ประสบปัญหาการขาดทุน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการดำเนินการแก้ปัญหา มีเพียงนโยบายให้โรงพยาบาลดำเนินการให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ หากโรงพยาบาลใดสามารถบริหารจัดการให้เกิดความเหมาะสมได้ ปัญหาการขาดทุนด้านภาระค่าใช้จ่ายจากการให้บริการก็จะลดน้อยลง ส่วนสถานการณ์ด้านประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (Asean Economic Community : AEC) ที่จะดำเนินการอย่างเต็มรูปแบบในปี 2558 นั้น มีข้อตกลงที่เกี่ยวข้อง 2 ประเด็นคือ ข้อตกลงเปิดเสรีการค้าบริการ 4 สาขา ได้แก่ e-ASEAN สุขภาพ ท่องเที่ยว และโลจิสติกส์ และข้อตกลงการเคลื่อนย้ายแรงงานฝีมืออย่างเสรี 7 สาขา ได้แก่ วิศวกร สถาปนิก พยาบาล นักสำรวจ แพทย์ ทันตแพทย์ และนักบัญชี ซึ่งข้อตกลงทั้งสองประเด็น ยังไม่มีนโยบายที่ชัดเจนว่า จะมีแนวทางในการดำเนินงานอย่างไร เพื่อป้องกันการเกิดผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพและสถานการณ์ทางการเงินของโรงพยาบาลในอนาคต

ด้านข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยชาวลาวที่มาใช้บริการสุขภาพในประเทศไทย

ผู้ป่วยชาวลาวที่ข้ามพรมแดนมาใช้บริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของกลุ่มโรคที่มีการใช้บริการสูง นั่นคือ การใช้บริการในกลุ่ม Pregnancy, childbirth and the puerperium (O00-O99) ที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2551 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นต่อไปอีก ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ทั้งชาวลาวและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการให้ข้อมูลว่า ที่เป็นเช่นนี้เพราะชาวลาวนิยมมาคลอดในเมืองไทยเนื่องจากมีความปลอดภัยสูง ในขณะที่สถานบริการในประเทศลาวไม่สามารถให้บริการได้เพราะเป็นเพียงแค่สุกศาลา อีกทั้งการมาคลอดในเมืองไทยยังง่ายต่อการพิสูจน์สัญชาติเนื่องจากมีหลักฐาน พยานชัดเจน

สำหรับช่วงอายุที่พบว่ามีมาราใช้บริการสูงคือ อายุไม่เกิน 40 ปี ซึ่งเป็นอายุที่อยู่ในช่วงวัยทำงาน ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ พบว่า แม้ผู้ป่วยไม่ได้ใช้สิทธิประกันสุขภาพที่นายจ้างเป็นผู้จ่ายให้สำหรับลูกจ้างหรือสิทธิประกันสังคมสำหรับแรงงานต่างชาติ แต่ก็ยังเป็นชาวลาวที่ข้ามพรมแดนมาทำงานในประเทศไทยซึ่งมีทั้งประเภทรายวันและรายเดือน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเป็นแรงงานที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้องในบางส่วน อย่างไรก็ตาม ผู้ข้ามมาใช้บริการกลุ่มใหญ่อีกกลุ่มเป็นกลุ่มที่สามารถข้ามมาใช้บริการสุขภาพได้เอง เนื่องจากมีที่อยู่อยู่ในพื้นที่ติดพรมแดนจึงมีความสะดวกที่จะข้าม

พรมแดนมาใช้บริการ มากกว่าที่จะไปใช้บริการในสถานบริการของประเทศลาวที่ห่างไกลมากกว่า ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ แม้ว่าจะมี AEC หรือ ไม่มี จะไม่ส่งผลต่อการข้ามพรมแดนมาใช้บริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงแต่อย่างใด

สำหรับลักษณะของพรมแดนจะส่งผลต่อการมาใช้บริการ โดยจะเห็นว่า ลักษณะของพรมแดนที่เป็นการข้ามน้ำ จะมีจำนวนผู้ใช้บริการมากเนื่องจากข้ามพรมแดนได้โดยสะดวก โดยเฉพาะบางช่วงของแม่น้ำที่แคบและตื้น และเนื่องจากการมีแม่น้ำเป็นพรมแดนทำให้ยากต่อการตั้งด่านตรวจคนเข้าเมืองซ้ำให้การข้ามพรมแดนเป็นไปอย่างง่ายดาย ส่วนลักษณะของพรมแดนที่เป็นช่องเขา จะเป็นอุปสรรคต่อการมาใช้บริการจากปัญหาของการเดินทางและความทุรกันดารของพื้นที่ ซึ่งชาวลาวที่ข้ามมาใช้บริการมักจะเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่แถบนั้นเป็นประจำอยู่แล้ว มีส่วนน้อยที่มาจากพื้นที่ห่างไกลที่ระยะทางลึกเข้าไปข้างใน แต่ทั้งนี้ ไม่ว่าจะข้ามพรมแดนได้ยากหรือง่าย หากอยู่ในรัศมีของการให้บริการสุขภาพได้ ชาวลาวยังนิยมข้ามพรมแดนมาใช้บริการในประเทศไทยมากกว่าเพราะ สถานบริการสุขภาพที่อยู่ติดชายแดนของประเทศลาวที่มีคือ สุกศาลาหรือศาลาโรงหมอกกลางบ้าน ที่มีศักยภาพน้อยกว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือสถานอนามัยในประเทศไทย

ปัจจัยที่มีผลต่อการข้ามพรมแดนมาใช้บริการสุขภาพซ้ำของผู้ป่วยชาวลาวในประเทศไทย

จากข้อมูลที่แสดงว่า ผู้ป่วยข้ามพรมแดนมาใช้บริการด้วยเหตุผลที่ว่า ประเทศไทยมีหมอที่เก่งรักษาโรคยากๆ ได้ และมีความคุ้มค่าในการรักษา สะท้อนให้เห็นถึงความจริงที่ว่า ผู้ที่ข้ามมาใช้บริการคำนึงถึงคุณภาพของการบริการสุขภาพที่จะได้เป็นหลัก เนื่องจากรับรู้ได้ว่า เมื่อมาใช้บริการในประเทศไทยนอกจากจะได้รับบริการที่มีศักยภาพสูงเมื่อเทียบกับสถานบริการในประเทศลาวแล้ว ยังเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าเมื่อเทียบกับการเดินทางเข้าไปในสถานบริการประจำแขวงที่ห่างไกล

ผลการศึกษาที่พบในครั้งนี้มีผลสอดคล้องกับการศึกษาของ Bochaton(2004)^(32, 33) และอีกหลายการศึกษาในประเทศแถบยุโรปโดยเฉพาะในประเทศเดนมาร์ก เนื่องจากประเทศเหล่านี้มีศักยภาพการให้บริการที่น้อยกว่าและมีปัญหาด้านการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่อยู่ในเขตชนบทที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพในประเทศของตนที่ส่วนมากตั้งอยู่ในเขตเมืองที่อยู่ห่างไกลได้ทำให้ต้องพึ่งพาบริการสุขภาพจากต่างประเทศที่อยู่ใกล้กว่า⁽¹⁾ ลักษณะที่คล้ายคลึงกันของประเทศแถบยุโรปกับสภาพภูมิประเทศระหว่างไทย-ลาวคือ การมีพรมแดนที่ติดต่อกันและต่อเนื่องกันสามารถเดินทางข้ามพรมแดนได้ด้วยความสะดวก ภาษาและวัฒนธรรมมีความใกล้เคียงกันแต่มีความแตกต่างในด้านระบบการจ่ายเงินด้านสวัสดิการสุขภาพที่ไม่มีความเชื่อมโยงกัน⁽²⁾ พฤติกรรมของผู้ใช้บริการมีความคล้ายคลึงกับประเทศในแถบยุโรปคือ ผู้ใช้บริการมักจะตัดสินใจเลือกใช้บริการโรงพยาบาลที่มีลักษณะที่ประกอบด้วย ประสิทธิภาพการรักษา มีความคุ้มค่า ศักยภาพของผู้ให้บริการสูง⁽³⁻⁵⁾ แต่แตกต่างจากการตัดสินใจมาใช้บริการของประชาชนชาวแคนาดาที่ข้ามพรมแดนไปใช้บริการสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อลดปัญหาระยะเวลาการรอคอยบริการ⁽¹²⁾ สถานการณ์ระหว่างไทย-ลาวแตกต่างจากพรมแดนประเทศสหรัฐอเมริกากับประเทศเม็กซิโก เนื่องจากยังไม่มีรายงานการข้ามไปใช้บริการสุขภาพในประเทศลาวของคนไทย แม้จะมีการไปข้ามไป

ทำงานที่ลาวอยู่บ้างแต่หากมีความเจ็บป่วย คนไทยจะกลับเข้ามาใช้บริการที่ประเทศไทยเช่นเดิม ด้วยเหตุผลในด้านความมั่นใจในศักยภาพและคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ อีกทั้งการใช้บริการของคนไทยในประเทศไทยยังมีระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมการให้บริการขั้นพื้นฐานทำให้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการบริการ^(13, 14) สำหรับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ได้เริ่มมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้วเช่นกัน แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกหน่วยบริการ และยังไม่ครอบคลุมสิทธิการรักษาหลายประการ ทำให้ผู้ป่วยชาวลาวยังต้องเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพด้วยตนเอง

แนวทางในการจัดการการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยชาวลาวในเชิงนโยบาย

การจัดการในเชิงนโยบายที่ออกมาในเชิงระบบยังไม่เห็นความชัดเจน มีเพียงนโยบายที่จะให้การบริการสุขภาพตามมนุษยธรรม แม้จะมีแผนที่จะประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ แต่แผนดังกล่าวยังไม่มีเชื่อมโยงมาสู่ระดับปฏิบัติการอย่างชัดเจน ส่วนการจัดสรรด้านงบประมาณมีข้อจำกัดคือ หน่วยงานที่รับผิดชอบในส่วนการจัดสรรด้านงบประมาณต้องจัดสรรตามจำนวนประชากรที่เป็นคนไทยเท่านั้น ไม่ครอบคลุมรวมไปถึงผู้ที่ไม่ใช่คนไทย

มีการจัดการการให้บริการสุขภาพในระดับพื้นที่เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทและปัญหาของแต่ละโรงพยาบาลเอง เป็นต้นว่า กรณีที่พบว่า การเก็บค่ารักษาพยาบาลในประเภทผู้ป่วยใน ทำได้ยากกว่าประเภทผู้ป่วยนอก เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าและเป็นจำนวนรวมเพิ่มในวันจำหน่ายกลับ โรงพยาบาลจะปรับระบบให้มีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลทุกวันสำหรับผู้ป่วยชาวลาวที่มาใช้บริการประเภทผู้ป่วยในบางแห่งปรับระบบการคัดกรองด้านสิทธิการรักษาให้มีความรัดกุมขึ้น พร้อมทั้งประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ แรงงานจังหวัด เพื่อขึ้นทะเบียนให้ชาวลาวที่มาทำงานมีหลักประกันสุขภาพเมื่อมาใช้บริการ ซึ่งการจัดระบบการให้บริการขึ้นกับสภาพปัญหาของโรงพยาบาลและบริบทของพื้นที่ ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจาก หากโรงพยาบาลต้องให้การสงเคราะห์ผู้ป่วยชาวลาวเป็นจำนวนมากจะกระทบต่อเงินบำรุงของโรงพยาบาล ซึ่งไม่มีงบประมาณหรือกองทุนประจำใดๆที่จะช่วยสนับสนุน มีเพียงเงินจัดสรรจากจังหวัดเป็นบางครั้งและเป็นจำนวนไม่มาก หากโรงพยาบาลไม่ปรับตัวต่อปัญหาจะส่งผลกระทบรายจ่ายของโรงพยาบาลเอง

สรุปผลการศึกษา

คุณภาพของระบบบริการทางการแพทย์เป็นปัจจัยส่งผลต่อการใช้บริการข้ามพรมแดนผ่านทางการความเชื่อมั่นและความศรัทธาของผู้ใช้บริการ ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าว หากมองในด้านการพัฒนาก็เป็นโอกาสที่จะพัฒนาทั้งความร่วมมือระหว่างประเทศในด้านบริการสาธารณสุข หรือสำหรับแต่ละประเทศเองก็เป็นโอกาสที่จะพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้มีความสมบูรณ์พร้อมมากขึ้น

ข้อจำกัดในการศึกษา

ในการศึกษานี้ ไม่มีรายงานเกี่ยวข้องมูลรายได้หรือสถานะทางการเงินของผู้ป่วยชาวลาว เนื่องจากมีความลำบากในการทำความเข้าใจกับผู้ให้ข้อมูล เนื่องจากบริบททางความคิดในเรื่องดังกล่าวมีความแตกต่างกับคนไทย ดังนั้น ควรจะได้มีการพิจารณานำประเด็นนี้เข้าในการศึกษาครั้งต่อไปด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Österle A. Health care across borders: Austria and its new EU neighbours. *Journal of European Social Policy* 2007;17(2):112–24.
2. Legido-Quigley H, Glinos I, Baeten R, McKee M. Patient mobility in the European Union. *BMJ* 2007 Jan 27;334(7586):188-90.
3. Sunol R, Garel P, Jacquerye A. Cross-border care and healthcare quality improvement in Europe: the MARQuIS research project. *Qual Saf Health Care* 2009 Feb;18 Suppl 1:i3-7.
4. Groene O, Poletti P, Vallejo P, Cucic C, Klazinga N, Sunol R. Quality requirements for cross-border care in Europe: a qualitative study of patients', professionals' and healthcare financiers' views. *Qual Saf Health Care* 2009 Feb;18 Suppl 1:i15-21.
5. Groene O, Klazinga N, Kazandjian V, Lombrail P, Bartels P. The World Health Organization Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH): an analysis of the pilot implementation in 37 hospitals. *Int J Qual Health Care* 2008 Jun;20(3):155-61.
6. Evers S, Paulus A, Boonen A. Integrated care across borders: possibilities and complexities. *Int J Integr Care* 2001;1:e18.
7. Cucic S. European Union health policy and its implications for national convergence. *Int J Qual Health Care* 2000 Jun;12(3):217-25.
8. den Exter A. Patient mobility in European Union: health spas in Ischia, Italy. *Croat Med J* 2005 Apr;46(2):197-200.
9. Brand H, Holleder A, Wolf U, Brand A. Cross-border health activities in the Euregios: good practice for better health. *Health Policy* 2008 May;86(2-3):245-54.
10. Hermans HE, den Exter A. Cross-border alliances in health care: international co-operation between health insurers and providers in the Euregio Meuse-Rhine. *Croat Med J* 1999 Jun;40(2):266-72.
11. Davies BJ. Canada's health system. *Croat Med J* 1999 Jun;40(2):280-6.
12. Katz SJ, Verrilli D, Barer ML. Canadians' use of U.S. medical service. *Health Aff (Millwood)* 1998 Jan-Feb;17(1):225-35.
13. Rivera JO, Ortiz M, Cardenas V. Cross-border purchase of medications and health care in a sample of residents of El Paso, Texas, and Ciudad Juarez, Mexico. *J Natl Med Assoc* 2009 Feb;101(2):167-73.
14. Byrd TL, Law JG. Cross-border utilization of health care services by United States residents living near the Mexican border. *Rev Panam Salud Publica* 2009 Aug;26(2):95-100.
15. Collins-Dogrul J. Managing US–Mexico “border health”: An organizational field approach. *Social Science & Medicine* 2006;63:3199–211.

16. Holahan J, Zuckerman S. Border crossing for physician services: implications for controlling expenditures. *Health Care Financ Rev* 1993 Fall;15(1):101-22.
17. Bustamante AV, Ojeda G, Castaneda X. Willingness to pay for cross-border health insurance between the United States and Mexico. *Health Aff (Millwood)* 2008 Jan-Feb;27(1):169-78.
18. Bochaton A. Etude du recours aux soins des patients laotiens en Thaïlande 2004 [cited 2010 June 20]: Available from: <http://www.irdlaos.org/eng/doc/doc.htm>.
19. Bochaton A. Urbanisation, governance and disparities in Vientiane 2004 [cited 2010 Jun 14]: Available from: <http://www.irdlaos.org/eng/activites/AudreyBochaton.htm>.
20. Bochaton A, Xayaseng V. Health Mobility towards Thailand: objectives, methods, first mapping results 2004.
21. ศุภสิทธิ์ พรธรรมาโณทัย, กรรชิต สุขนาถ. ผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการด้านสุขภาพต่อประเทศไทย. 2548 [cited 2010 January 9]; Available from: <http://www.thailandwto.org/Pub/PubRes/PubRes.asp?Yr=48>.
22. สมศักดิ์ สุภวิทย์กุล, สมศักดิ์ ภัทรกุลวณิช. การจัดการปัญหาสาธารณสุขและสังคมของแรงงานต่างชาติดังจังหวัดเชียงราย วารสารวิชาการสาธารณสุข 2542;8(3):324-31.
23. เชิดชู อริยศรีวัฒนา. โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขขาดทุนเพราะอะไร 2010 [cited 2010 Oct 30]; Available from: http://www.thairtl.org/index.php?option=com_content&task=view&id=582&Itemid=56.
24. ASTV ผู้จัดการออนไลน์ เผย รพ.สธ.ขาดทุนเพิ่ม 9 แห่ง รวม 1.2 พันล้าน 2010 [cited 2010 Oct 30]; Available from: <http://www.manager.co.th/Qol/ViewNews.aspx?NewsID=9530000147448>.
25. เกลินวิส. รพ.สธ.ขาดทุนชี้ต้นทุนค่าตอบแทนแพทย์. 2010 [cited 2010 Oct 30]; Available from: <http://www.dailynews.co.th/newstartpage/index.cfm?page=content&categoryID=561&contentID=98170>.
26. โพสต์ทูเดย์. รพ.สังกัดสธ.ขาดทุนยับ โคม่า 11.04% เจอพิษ "บัตรทอง" 2010 [cited 2010 Oct 30]; Available from: <http://www.posttoday.com/วิเคราะห์/สดจากสนาม/52091/รพ-สังกัดสธ-ขาดทุนยับ%20-โคม่า11-04-เจอพิษบัตรทอง>
27. ไทยรัฐออนไลน์. แฉ โรงพยาบาลรัฐ 175 แห่งขาดทุนกว่า 1,600 ล้าน 2010 [cited 2010 Oct 30]; Available from: <http://www.thairath.co.th/content/edu/70335>.
28. Lemeshow S, Hosmer Jr DW, Klar J, Lwanga SK. Adequacy of Sample Size in Health Studies: World Health Organization by John Wiley & Sons Ltd.; 1990.
29. Shackman G. Sample size and Design Effect. 2001 [cited 2010 Sep 1, 2010]; Available from: http://www.albany.edu/~areilly/albany_asa/confweb01/abstract/Download/shackman.pdf.

30. Daniel WW. Biostatistics: A Foundation For Analysis In The Health Sciences Books. 5th ed. New York: John Wiley and Sons; 1991.
31. คณะกรรมการกลุ่มผลิตชุดวิชา. กฎหมายระหว่างประเทศ(International Law). โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช 2554. p. เอกสารโสตทัศนศึกษากฎหมายระหว่างประเทศการสอนเสริมครั้งที่1.
32. Bochaton A. Etude du recours aux soins des patients laotiens en Thaïlande. 2004 [cited 20 June 2010]; Available from: <http://www.irdlaos.org/eng/doc/doc.htm>.
33. Bochaton A. Urbanisation, governance and disparities in Vientiane. 2004 [cited 14 June 2010]; Available from: <http://www.irdlaos.org/eng/activites/AudreyBochaton.htm>.

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

สถานการณ์การมีแนวโน้มในการใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยชาวลาวในโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้นทั้งจำนวนคนและจำนวนครั้งมีปัจจัยส่งเสริมทั้งจากระบบบริการในประเทศลาวและระบบบริการในประเทศไทย กล่าวคือ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยชาวลาวถึงระบบบริการสุขภาพในประเทศลาว พบว่า อยู่ในช่วงการดำเนินการใช้ระบบหลักประกันสุขภาพแต่มีครอบคลุมเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือโรงพยาบาลประจำแขวงเท่านั้น อีกทั้งประสบปัญหาการทำให้ประชาชนชาวลาวมีความเชื่อมั่นในศักยภาพและคุณภาพการบริการในโรงพยาบาลของรัฐบาลได้



ทั้งนี้ ผู้บริหารโรงพยาบาลประจำแขวงหลายแห่งยืนยันว่า ศักยภาพของการบริการสามารถให้บริการลักษณะของกลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุของการมาใช้บริการในประเทศไทยได้ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยชาวลาวทำให้ทราบว่า ขั้นตอนการให้บริการในประเทศลาวเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ เพราะต้องมีการจ่ายค่าบริการก่อนจึงจะได้รับบริการ ซึ่งแตกต่างจากการให้บริการในประเทศไทยที่สามารถใช้บริการได้โดยไม่ต้องผ่านขั้นตอนนั้นนอกจากนี้ การมีจำนวนสถานบริการที่มีศักยภาพเพียงพอในชุมชนที่ห่างไกลออกจากตัวเมืองโดยเฉพาะพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชายแดนมีจำนวนน้อย บางแห่งมีเพียง“สุกศาลา”ประจำบ้าน ซึ่งเทียบได้กับ“สถานีอนามัย” เมื่อประมาณ 20 ปีก่อนของประเทศไทย เพราะมีเพียงหมอแผนโบราณและการใช้ยาสมุนไพรในการรักษาเท่านั้น ทำให้ประชาชนชาวลาวที่อยู่ในพื้นที่ติดชายแดนนิยมข้ามพรมแดนมาใช้บริการในประเทศไทยมากกว่า เพราะนอกจากจะมีระยะทางที่ใกล้กว่า ใช้เวลาเดินทางน้อยกว่าเมื่อเทียบกับที่ต้องเดินทางเข้าไปในตัวเมืองหรือแขวงในประเทศลาว ยังสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายกว่าอีกด้วย

ส่วนสถานการณ์ในประเทศไทยที่เป็นปัจจัยส่งเสริมต่อการมาใช้บริการของคนลาวในประเทศไทย ได้แก่ การมีระบบบริการที่ทำให้คนลาวมีความเชื่อมั่นทั้งในศักยภาพและคุณภาพของการบริการทางการแพทย์ทั้งในด้านความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ การมีเครื่องมือที่สะอาด ทันสมัย พร้อมใช้และยังสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยชาวลาวทำให้ทราบว่า การมาใช้บริการที่ประเทศไทยสะดวก ถึงแม้ไม่มีเงินก็ให้การรักษาและก็ขอสงเคราะห์ได้ ซึ่งข้อมูลนี้มีการส่งต่อกันปากต่อปาก

จนเป็นที่รับรู้กันโดยทั่วไป ทำให้เป็นแรงจูงใจต่อการมาใช้บริการสำหรับผู้ที่สามารถเดินทางข้ามพรมแดนมาได้ นอกจากนี้ ระบบบริหารจัดการของแต่ละโรงพยาบาลมีส่วนในการส่งเสริมในการมาใช้บริการมากขึ้น เนื่องจากขาดการคัดกรองด้านสิทธิบัตรและความสามารถในการจ่ายอย่างเข้มแข็ง คนลาวทุกคนสามารถเข้าถึงการสงเคราะห์ได้โดยไม่จำกัดเฉพาะผู้ที่มีความจำเป็นหรือเป็นผู้สมควรได้รับการสงเคราะห์จริงเท่านั้น บางแห่งบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานนอกเวลาราชการที่คลินิกเอกชนหรือโรงพยาบาลเอกชนส่งต่อผู้ป่วยชาวลาวมาใช้บริการที่โรงพยาบาลของรัฐเมื่อต้องใช้เทคโนโลยี เวชภัณฑ์ หรือหัตถการที่มีค่าใช้จ่ายจำนวนมาก โดยที่ไม่ได้คำนึงถึงภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลผู้ป่วยชาวลาวให้ข้อมูลว่า หากจะต้องถูกส่งต่อการรักษาจากคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชนมาที่โรงพยาบาลรัฐ จะต้องเสียค่าใช้จ่ายเสมือนเป็นค่าธรรมเนียมให้กับคลินิกหรือโรงพยาบาลต้นทางที่ส่งตัวมาก ทำให้ไม่สามารถจ่ายเงินให้กับโรงพยาบาลที่ทำการรักษาได้ บางคนเข้าใจว่า ค่าธรรมเนียมที่จ่ายไปเป็นค่ารักษาพยาบาลสำหรับโรงพยาบาลรัฐเรียบร้อยแล้ว บางคนได้รับคำแนะนำให้บอกกับเจ้าหน้าที่การเงินของโรงพยาบาลเมื่อถูกเรียกเก็บเงินว่า จะขอสงเคราะห์เพราะไม่มีเงินจ่าย ทั้งนี้ สาเหตุหลักคือความเข้มแข็งของการบริหารจัดการด้านการคัดกรองสิทธิบัตรผู้ป่วยในแต่ละโรงพยาบาล

ส่วนระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยที่เปลี่ยนมาใช้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ผูกติดกับความเป็นคนไทยนั้น มีส่วนทำให้ดูเหมือนว่าโรงพยาบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ที่มียาได้น้อยหรือไม่มีความสามารถในการจ่ายโดยเฉพาะผู้ป่วยต่างชาตินั้น เนื่องจากงบประมาณไม่ครอบคลุมผู้ที่ไม่ใช่คนไทย แต่ฝ่ายจัดสรรงบประมาณสำหรับโรงพยาบาลได้ยืนยันว่า การจัดสรรงบประมาณในระบบประกันสุขภาพได้คำนวณครอบคลุมค่าใช้จ่ายส่วนนี้ไว้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ซึ่งการบริหารจัดการกับเงินประมาณที่ได้รับโรงพยาบาลจะต้องกำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับการใช้เงินให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง ดังนั้น ปัญหาที่โรงพยาบาลให้การสงเคราะห์ผู้ป่วยต่างชาติจนส่งผลกระทบต่อสถานการณ์การเงินของโรงพยาบาลและทำให้โรงพยาบาลอยู่ในสถานะขาดทุนนั้น จึงเป็นเรื่องของการบริหารจัดการของโรงพยาบาลมากกว่าจะเป็นสาเหตุจากการจัดสรรงบประมาณ อย่างไรก็ตาม ก็ยอมรับว่ากฎเกณฑ์ในการจัดสรรงบประมาณเป็นเกณฑ์ทั่วไปสำหรับโรงพยาบาลทั้งหมด ไม่ได้มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลบางแห่งที่มีสถานการณ์ปัญหาการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลจนส่งผลกระทบต่อสถานการณ์ทางการเงินของโรงพยาบาลจริง ดังนั้นหากมีทางเลือกอื่นที่เหมาะสมสำหรับการจัดสรรงบประมาณให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของโรงพยาบาลชายแดน ก็จะได้พิจารณาเพื่อเป็นการพัฒนาแนวทางการจัดสรรงบประมาณตามความเหมาะสมต่อไป

หากจะยังให้บริการทางการแพทย์โดยยึดหลักมนุษยธรรมต่อไป ประเทศไทยยังสามารถดำเนินการต่อไปได้ในระดับหนึ่ง แต่ควรจะมีการปรับปรุงแนวทางการจัดสรรงบประมาณสำหรับโรงพยาบาลที่เผชิญกับสถานการณ์การใช้บริการของผู้ป่วยชาวลาว หรือแม้แต่การให้บริการผู้ป่วยต่างชาติอื่นที่ไม่สามารถเรียกเก็บเงินได้ จนส่งผลกระทบต่อสถานะทางการเงินของโรงพยาบาล เพื่อให้โรงพยาบาลกลุ่มนี้ได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอที่ 1 จัดสรรงบประมาณตามขนาดของโรงพยาบาลและพื้นที่

เหตุผลสนับสนุน : ที่มาจากผลการศึกษา ทำให้ทราบถึงข้อมูลสถานการณ์การแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยชาวลาวในโรงพยาบาลขนาดเล็กมากกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ แต่เนื่องจากการจัดสรรงบประมาณคำนวณตามหัวประชากรของคนไทย แม้ว่าจะถูกจัดสรรให้ครอบคลุมภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลทุกประเภทแล้วก็ตาม แต่เป็นวิธีการคำนวณในภาพรวม สำหรับโรงพยาบาลขนาดเล็กที่อยู่ติดชายแดนโดยเฉพาะในพื้นที่ที่ไม่ใช่เขตเศรษฐกิจ จะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายสำหรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยต่างชาตินอกจากโรงพยาบาลในพื้นที่อื่น ทั้งนี้ การจัดสรรงบประมาณด้วยวิธีนี้ จะช่วยแก้ปัญหาให้กับโรงพยาบาลที่อยู่ชายแดนที่มีจำนวนหัวประชากรของคนไทยน้อยในพื้นที่ และแต่มีภาระของการให้บริการสุขภาพมากเนื่องจากมีผู้ป่วยต่างชาติเข้ามาแบ่งปันทรัพยากรที่ถูกจัดสรรมาให้

ในด้านการให้บริการสาธารณสุขโดยเฉพาะโรงพยาบาลของรัฐนั้น จะต้องมีการมีขั้นตอนการให้บริการตั้งแต่การขึ้นบัตรเพื่อทำทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ซึ่งจะทำให้ทราบข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการตั้งแต่แรก หากเป็นผู้ป่วยต่างชาติควรมีสัญลักษณ์ที่สามารถสื่อสารเพื่อให้บุคลากรที่ให้บริการทุกคนได้รับทราบและวางแผนการให้บริการทุกขั้นตอนอย่างเหมาะสม ทั้งเรื่องความต่อเนื่องของการให้บริการเนื่องจากความห่างไกลของระยะทาง วัฒนธรรมและประเพณีบางอย่างที่แตกต่างกัน หรือความสามารถในการจ่ายค่ารักษา ซึ่งข้อมูลที่ครบถ้วนและสมบูรณ์ในทะเบียนผู้ป่วยจะบอกได้ถึงความสามารถในการจ่ายเบื้องต้นหากถูกส่งต่อการรักษามาจากสถานบริการเอกชนทั้งคลินิกและโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งช่วยให้สามารถวางแผนในการให้บริการได้อย่างเหมาะสม ส่วนข้อตกลงหรือแนวทางการปฏิบัติให้เหมาะสมเพียงใดขึ้นอยู่กับผู้บริหารโรงพยาบาล โดยทุกแห่งผู้บริหารโรงพยาบาลสามารถกำหนดขึ้นเพื่อใช้ในองค์กรได้เอง แม้ว่านโยบายหลักในการบริการสุขภาพคือ บุคคลทุกเชื้อชาติ ทุกภาษา ทุกศาสนาต้องได้รับการบริการและสามารถเข้าถึงบริการได้เท่าเทียมกัน แต่การบริการสุขภาพนั้นต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขการบริการทางการแพทย์ขึ้นพื้นฐานด้วยเช่นกัน อย่างไรก็ตาม ในการเผชิญกับสถานการณ์ปัญหาด้านภาระค่าใช้จ่ายจากการให้บริการผู้ป่วยต่างชาติ โรงพยาบาลหลายแห่งได้ดำเนินการปรับปรุงและพัฒนากลไกของโรงพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวในหลายรูปแบบ เช่น การปรับปรุงระบบคัดกรองสิทธิผู้ป่วยก่อนให้บริการ การพัฒนาระบบการให้สงเคราะห์ผู้ป่วยต่างชาติ การพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยต่างชาติ

ประเด็นที่ควรบริหารจัดการให้เหมือนกันสำหรับโรงพยาบาลทุกระดับสำหรับการให้บริการผู้ป่วยไม่ว่าชาติใดก็คือ ความรัดกุมและเข้มแข็งของระบบการคัดกรองและระบบการเงิน ระบบดังกล่าวเป็นระบบที่มีอยู่ในตามปกติของแต่ละโรงพยาบาล แต่การบริหารจัดการในแต่ละแห่งอาจมีความแตกต่างกัน ทำให้ส่งผลต่อภาระการเงินของโรงพยาบาล มีบทเรียนให้เห็นอย่างชัดเจนในโรงพยาบาลที่ปรับระดับความ

รัดกุมและความเข้มแข็งของระบบดังกล่าว ทำให้สถานการณ์ด้านการเงินดีขึ้นทั้งที่จำนวนผู้ป่วยได้ลดลง ในขณะที่จำนวนเงินงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรไม่มีการเพิ่มขึ้นเป็นพิเศษแต่อย่างใด

สำหรับโรงพยาบาลที่อยู่ติดพรมแดนส่วนใหญ่มักเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็กหรือโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นด่านหน้าในการรับผู้ป่วยชาวลาวที่ข้ามพรมแดนมาใช้บริการ ควรเพิ่มศักยภาพการให้บริการเพื่อลดจำนวนการส่งต่อผู้ป่วยเข้าไปใช้บริการในโรงพยาบาลระดับสูง จากข้อมูลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการด้วยโรคเรื้อรังมีจำนวนเพิ่มขึ้น ควรมีระบบที่รองรับเพื่อการรักษาที่ต่อเนื่อง เพราะหากไม่คำนึงถึงหรือจัดการไม่เหมาะสม จะส่งผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้มาด้วยอาการที่รุนแรงเพิ่มขึ้นและค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นตามไปด้วย

ส่วนโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลขนาดกลางและโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีศักยภาพสูงกว่าโรงพยาบาลชุมชนนั้น ควรพัฒนาระบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีความรัดกุมและเข้มแข็งเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะการส่งต่อการรักษาด้วยเหตุที่ไม่จำเป็น นอกจากนี้ ในโรงพยาบาลขนาดกลางและขนาดใหญ่สามารถปรับการบริการให้มีลักษณะพิเศษเพิ่มขึ้น เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อผู้ป่วยที่มีความสามารถในการจ่ายสูง สร้างบรรยากาศในการพัฒนาการบริการเพื่อเปิดทางเลือกให้กับผู้ใช้บริการมากขึ้น ทั้งนี้เพื่อหวังให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เลือกมาใช้บริการจากโรงพยาบาลของรัฐเป็นทางเลือกแรกก่อนหาบริการเอกชน เพื่อลดปัญหาการรับรักษาผู้ป่วยต่อจากหน่วยบริการเอกชนในด้านภาระค่าใช้จ่าย

สำหรับการบริการของโรงพยาบาลเอกชนประเภทสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนทั้งโรงพยาบาลและสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้กับกองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2552) ที่ให้บริการได้ในเขตจังหวัดภาคอีสาน และภาคเหนือที่มีพื้นที่ติดชายแดนในปี 2552 ทั้งหมด มี 17 โรงพยาบาล ขนาดของโรงพยาบาลสูงที่สุดคือ 100 เตียง ต่ำที่สุดคือ 26 เตียง พื้นที่การให้บริการไม่ได้ครอบคลุมครบทุกจังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงราย (2 โรงพยาบาล) พะเยา (1 โรงพยาบาล) พิชณุโลก (6 โรงพยาบาล) มุกดาหาร (1 โรงพยาบาล) เลย (1 แห่ง) หนองคาย (3 แห่ง) อุบลราชธานี (3 โรงพยาบาล) ซึ่งโรงพยาบาลเหล่านี้แม้ว่าจะมีบริการรับส่งถึงพรมแดน พัฒนาการบริการให้มีความรวดเร็วและมีคุณภาพสูง แต่สิ่งที่ปฏิเสธไม่ได้คือ ศักยภาพการบริการของโรงพยาบาลรัฐสูงกว่าในด้านเทคโนโลยี เวชภัณฑ์และบุคลากร อีกทั้งสถานพยาบาลเอกชนเหล่านี้ ต้องพึ่งพาบุคลากรในโรงพยาบาลรัฐส่วนหนึ่ง จะเห็นจากการที่มีแพทย์โรงพยาบาลรัฐมาให้บริการนอกเวลาราชการโดยเฉพาะแพทย์สาขาเฉพาะทาง ดังนั้น หากโรงพยาบาลรัฐในพื้นที่เดียวกันมีความพร้อมย่อมสามารถพัฒนาการบริการให้เป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะที่มีความสามารถในการจ่ายสูงได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอที่ 2 การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระดับพื้นที่และสถานพยาบาล โดยขยายผลจาก

โรงพยาบาลที่มีระบบการบริหารจัดการได้ดี

เหตุผลสนับสนุน : มีต้นแบบจากโรงพยาบาลหลายแห่งที่สามารถบริหารจัดการปัญหาได้เป็นอย่างดี แม้ว่า จะยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ทั้งหมด เนื่องจากผู้ป่วยที่สมควรได้รับการส่งเคราะห์ตามหลักมนุษยธรรม ยังมีอยู่ตามบริบทของพื้นที่ แต่สามารถลดระดับความรุนแรงและแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล ด้านการส่งเคราะห์ไปได้อย่างมาก ที่สำคัญคือ ให้ผู้ที่สมควรได้รับความช่วยเหลือ นั้นได้รับความช่วยเหลือ ตามจริง ส่วนผู้ที่มีความสามารถในการรับภาระค่าใช้จ่ายหรือมีกองทุนสนับสนุน เช่น กลุ่มแรงงานต่างชาติ ก็สมควรจ่ายค่าบริการตามจริงหรือสิทธิที่ควรจะได้ ในการพัฒนารูปแบบตามรายงานการศึกษานี้ เป็นไปได้ใน 3 รูปแบบคือ รูปแบบของเครือข่าย รูปแบบของการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลตามบริบทเฉพาะ และรูปแบบการบริหารจัดการ เนื่องจากมีต้นแบบที่ประสบผลสำเร็จในรูปแบบดังกล่าว โดยในรูปแบบของ เครือข่ายมีการเชื่อมโยงกันในด้านข้อมูลผู้ป่วยและการส่งต่อการรักษา ส่วนรูปแบบของโรงพยาบาลตาม บริบทเฉพาะนั้นให้พิจารณาถึงขนาดและพื้นที่ของโรงพยาบาล หากโรงพยาบาลที่มีบริบทเหมาะสมควร สนับสนุนให้พัฒนาศักยภาพของบุคลากรและ โรงพยาบาลเพื่อรองรับผู้ป่วยต่างชาติได้มากขึ้น แต่ทุก โรงพยาบาลควรพัฒนาระบบการบริหารจัดการการให้บริการโดยเฉพาะระบบการคัดกรองสิทธิบัตรของ ผู้ป่วย

อย่างไรก็ตาม ปัญหาหลักในการวางแผนการจัดการในการให้บริการผู้ป่วยชาวต่างชาติที่ข้ามพรมแดน มาใช้บริการสุขภาพยังคงเป็นปัญหาด้านระบบการจัดการข้อมูลผู้ป่วยต่างชาติ ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การบริหารจัดการอื่นๆ ตามมา ไม่ว่าจะเป็นการกำหนดนโยบายในการให้บริการด้านสุขภาพหรือการวางแผน ด้านงบประมาณ เนื่องจากการบริหารจัดการเกี่ยวกับผู้ป่วยต่างชาติมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายส่วน แม้ บางวาระจะมีการติดต่อประสานงานกัน แต่ส่วนใหญ่แต่ละหน่วยงานทำงานแยกกันทำงานอย่างอิสระ ทำให้การจัดการด้านข้อมูลจึงมักไม่ตรงกัน ส่งผลต่อการจัดการในระบบบริการสุขภาพ ยกตัวอย่างเช่น การ จัดการด้านระบบข้อมูลที่ช่วยในการระบุหรือจำแนกตัวบุคคล(identity)ให้กับผู้ป่วยต่างชาติ ยังไม่มีการ เชื่อมโยงประสานข้อมูลกันระหว่างหน่วยงาน ทำให้การนับจำนวนและการจำแนกบุคคลยังไม่สมบูรณ์ เท่าที่ควร ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการจัดสรรงบประมาณให้กับโรงพยาบาลของรัฐที่อยู่ตามชายแดน เนื่องจากต้อง ใช้วิธีการอื่นเพื่อคำนวณค่าใช้จ่ายทดแทนการใช้ข้อมูลที่ถูกต้องของปริมาณหรือความถี่ของการใช้บริการ และสุดท้ายการคำนวณค่าใช้จ่ายดังกล่าว ก็ยังต้องขึ้นกับความถูกต้องของข้อมูลเช่นเดิม ดังนั้น การ ปรับปรุงฐานข้อมูลผู้ป่วยต่างชาติ จึงจำเป็นที่จะต้องปรับให้เป็นฐานเดียวกัน

สำหรับงานด้านสาธารณสุขในปัจจุบัน ข้อมูลการใช้บริการของผู้ป่วยต่างชาติไม่ได้เป็นกิจกรรมที่ ต้องรายงานเป็นประจำทุกเดือน เป็นเพียงกิจกรรมตามวาระจึงทำให้ข้อมูลที่ได้มาไม่มีความสมบูรณ์เพียง บางส่วน การรวบรวมข้อมูลขึ้นกับระบบการจัดเก็บข้อมูลของโรงพยาบาลแต่ละแห่งว่ามีคุณภาพและความ

ประสิทธิภาพมากเพียงพอ และที่สำคัญขึ้นการความต้องการและการเห็นถึงความสำคัญของการนำข้อมูลไปใช้ และที่สำคัญระบบการจัดเก็บข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลไม่ใช่ระบบเดียวกัน ทำให้ความสามารถในการรายงานข้อมูลที่สำคัญในแต่ละโรงพยาบาลไม่เท่ากัน อีกทั้งการวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลต้องอาศัยผู้ที่มีความรู้และมีความเชี่ยวชาญโดยตรง ซึ่งโรงพยาบาลหลายแห่งขาดแคลนบุคลากรที่มีคุณสมบัตินี้ นอกจากนี้ ควรเพิ่มแรงจูงใจในการรายงานข้อมูลการใช้บริการอย่างถูกต้องและครบถ้วน ซึ่งแรงจูงใจดังกล่าวไม่ใช่แค่แรงจูงใจที่เป็นค่าตอบแทนทางการเงิน แต่รวมถึงการแสดงให้เห็นหน่วยบริการทราบว่าข้อมูลที่รายงานนั้น มีความสำคัญและสามารถนำไปวางแผนการจัดบริการหรือนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในทางใดทางหนึ่งได้

ข้อเสนอที่ 3 การพัฒนาระบบฐานข้อมูลการใช้บริการของผู้ป่วยต่างชาติ และบูรณาการการจัดการ

ฐานข้อมูลการใช้บริการของผู้ป่วยต่างชาติในทุกกลุ่ม

เหตุผลสนับสนุน : ควรสนับสนุนให้แต่ละโรงพยาบาลมีระบบการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นระบบเดียวกันและสร้างแรงจูงใจให้มีการจัดเก็บข้อมูลให้ครบถ้วน ซึ่งพบว่า การสร้างแรงจูงใจที่ดีที่สุดคือ การคืนข้อมูลให้กับพื้นที่และสื่อสารให้ผู้ปฏิบัติรับทราบถึงการนำข้อมูลไปใช้ให้เกิดประโยชน์ แล้วขยายผลบูรณาการไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่น โดยมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมดเพื่อปรับปรุงระบบการจัดเก็บข้อมูลคนต่างชาติให้เป็นฐานเดียวกัน และหน่วยงานด้านสุขภาพทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วยต่างชาติควรมีระบบการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นระบบเดียวกันและข้อมูลทันสมัยอยู่เสมอ โดยหากเป็นไปได้ข้อมูลด้านการบริการสุขภาพทุกหน่วยงานควรมีการเชื่อมโยงกันเพื่อความทันสมัยของข้อมูล รวมทั้งใช้ข้อมูลในการวางแผนและการจัดการบนพื้นฐานข้อมูลชุดเดียวกัน โดยผ่านระบบฐานข้อมูลตามปกติของโรงพยาบาลหรือระบบการจัดเก็บข้อมูลที่มีอยู่เดิม แต่อาจเพิ่มบางรายการ(item) ที่เป็นประโยชน์สำหรับการจัดการเพื่อวางแผนเกี่ยวกับผู้ป่วยต่างชาติ โดยอาจเริ่มในกลุ่มที่เป็นแรงงานต่างชาติ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่สามารถพิสูจน์บุคคลได้ก่อน โดยสร้างแรงจูงใจให้มีการขึ้นทะเบียนกลุ่มนี้ให้ได้ครอบคลุมมากที่สุด จากนั้นจึงขยายฐานข้อมูลไปยังคนต่างชาติที่เข้ามาในประเทศทั้งหมด

นอกจากนี้ ความเห็นในเชิงนโยบายจากทั้งผู้ปฏิบัติและผู้บริหารในระดับพื้นที่เห็นว่า ในระดับปฏิบัติการไม่มีปัญหาในด้านการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยชาวลาวที่ข้ามพรมแดนมาใช้บริการ เพราะไม่ว่าจะเป็นคนชาติใด ภาษาใด หากมีความเจ็บป่วย โรงพยาบาลของรัฐมีหน้าที่ให้บริการไม่ว่าจะมีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายเกิดขึ้นหรือไม่ แต่ปัญหาที่พบคือ การจัดสรรด้านงบประมาณ ที่ไม่มีการสนับสนุนในส่วนนี้ ซึ่งไม่สามารถบริหารจัดการได้ในระดับของพื้นที่ เนื่องจากการบริหารจัดการระหว่างประเทศในระดับพื้นที่ไม่สามารถทำได้ ดังนั้น จึงควรเป็นหน้าที่ของรัฐบาลที่ต้องเข้ามาจัดระบบและประสานความร่วมมือเพื่อแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง

ในระยะสั้น ควรศึกษาความเป็นไปได้ในการบังคับซื้อบัตรประกันสุขภาพสำหรับคนต่างชาติที่เข้ามาในเมืองไทย เพื่อแก้ไขปัญหางบประมาณด้านบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยต่างชาติ ซึ่งข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องด้านหลักประกันสุขภาพผู้ป่วยต่างชาติ พบว่าในสถานการณ์ปัจจุบัน ได้ผ่อนผันให้การให้คนลาวที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยซื้อบัตรประกันสุขภาพในราคา 1,300 บาท ได้จนถึงเดือนธันวาคม 2555 ซึ่งหลังจากนั้น ยังไม่มีความแน่ชัดถึงนโยบายดังกล่าว ปัญหาอีกอย่างซึ่งมีความแตกต่างระหว่างคนต่างชาติที่เป็นมาจากสาธารณรัฐแห่งสหภาพพม่าและราชอาณาจักรกัมพูชา คือ ทั้งสองประเทศมีเจ้าหน้าที่ของรัฐมาบริการในการพิสูจน์สัญชาติและบุคคลเพื่อขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้องในประเทศไทย ในขณะที่ประเทศลาวไม่มีบริการนี้ ทำให้คนลาวที่ต้องการขึ้นทะเบียนในการเข้าประเทศเพื่อทำงานอย่างถูกต้อง ต้องกลับไปทำการพิสูจน์สัญชาติและบุคคลที่ประเทศลาว ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการตัดสินใจไปขึ้นทะเบียน นอกจากนี้ การเข้ามาในประเทศไทยยังไม่มีระบบตรวจสุขภาพยังจริงจังซึ่งเปิดโอกาสต่อการเกิดปัญหาโรคข้ามถิ่น แต่การจัดทำระบบตรวจสุขภาพดังกล่าว ต้องมีการศึกษาในด้านความคุ้มค่าในการลงทุนที่จะให้มีทั้งบุคลากรและเครื่องมือที่ด่านตรวจคนเข้าเมือง ทั้งนี้ ไม่ว่าจะเป็นการบังคับซื้อบัตรประกันสุขภาพหรือจัดทำระบบตรวจสุขภาพสำหรับคนเข้าเมือง ต้องมีการประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งกระทรวงมหาดไทย กระทรวงการต่างประเทศและกระทรวงสาธารณสุข

สำหรับระยะยาว ควรศึกษาความเป็นไปได้ในเรื่องการจัดตั้งกองทุนสุขภาพระหว่างประเทศ โดยเฉพาะในประเทศแถบอาเซียน ซึ่งจะเป็นการประกันความเสี่ยงและเฉลี่ยความเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้ที่เดินทางเข้ามาในประเทศไทย

ข้อเสนอที่ 4 ศึกษาความเป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหาด้านงบประมาณในการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยต่างชาติด้วยระบบบังคับซื้อบัตรประกันสุขภาพสำหรับคนเข้าเมืองและกองทุนสุขภาพระหว่างประเทศในอาเซียน

เหตุผลสนับสนุน : เพื่อแก้ปัญหาด้านงบประมาณการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยต่างชาติด้วยการป้องกันและเฉลี่ยความเสี่ยง อีกทั้งเปิดโอกาสให้เจ้าของประเทศมีส่วนร่วมในการแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายของประชาชนในประเทศของตน เมื่อมีปัญหาสุขภาพในขณะที่อยู่ต่างประเทศ