

บทที่ 2

เอกสารและการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) ซึ่งศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ โดยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แรงงานข้ามชาติ

1.1 ความหมายของแรงงานข้ามชาติ

1.2 ปัญหาสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ

2. การบริการสุขภาพแก่แรงงานข้ามชาติ

2.1 แนวคิดการบริการสุขภาพ

2.2 บริการสุขภาพแรงงานข้ามชาติ

2.3 หลักประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ

3. การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ

3.1 แนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพ

3.2 ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพแรงงานข้ามชาติ

แรงงานข้ามชาติ

ความหมายของแรงงานข้ามชาติ

แรงงานข้ามชาติ แรงงานต่างชาติ หรือแรงงานต่างด้าว คือ การที่บุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทย ทำงานในประเทศไทย แรงงานข้ามชาติในประเทศไทยมีมานานแล้ว แต่ยังไม่มีการกฎหมายควบคุม จนกระทั่ง ปี พ.ศ.248 มีพระราชบัญญัติให้ใช้บทบัญญัติแห่งประมวลรัษฎากร พ.ศ.2481 มาตราวิ (ประมวลรัษฎากรฉบับสมบูรณ์, 2534-2535) ปัจจุบันใช้พระราชบัญญัติการทำงานของคนข้ามชาติ พ.ศ.2500 (กองงานคนต่างด้าว, 2533)

แรงงานข้ามชาติถูกกฎหมาย ได้แก่ คนต่างชาติที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยโดยได้รับใบอนุญาตทำงาน (Work Permit) (กองงานคนต่างด้าว, 2543) แบ่งเป็น 4 แบบ

1. ประเภทตลอดชีพ ได้แก่ คนต่างชาติที่มีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทยตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมืองและทำงานอยู่ก่อนวันที่ ปว.322 ลงวันที่ 13 ธันวาคม พ.ศ.2515 ใช้บังคับถ้าทำงานต่อไปให้ยื่นใบอนุญาตทำงานภายใน 90 วัน นับแต่วันที่ ปว.322 ใช้บังคับและหากใบอนุญาตทำงานออกให้แล้ว แต่คนต่างชาติยังมีได้รับใบอนุญาตและยังทำงานอยู่ถึงวันที่พระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2521 ใช้บังคับให้ไปรับใบอนุญาตทำงานภายใน 60 วัน นับแต่วันที่ พ.ร.บ.นี้ใช้บังคับ คนต่างชาตินั้น จึงได้รับใบอนุญาตทำงานตลอดชีพโดยไม่ต้องเปลี่ยนอาชีพ ปัจจุบันไม่มีการออกใบอนุญาตทำงานตลอดชีพแล้ว

2. ประเภทชั่วคราว ได้แก่ คนต่างชาติที่เข้าเมืองถูกต้องตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง โดยถือวีซ่าประเภทคนอยู่ชั่วคราว (Non-immigrant visa) แล้วยื่นขอใบอนุญาตทำงาน ซึ่งโดยปกติใบอนุญาตทำงานที่ออกให้จะมีระยะเวลาครั้งละไม่เกิน 1 ปี

3. ประเภทตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมการลงทุนและกฎหมาย คือ คนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตให้เข้ามาทำงานในราชอาณาจักรตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมการลงทุนหรือตามกฎหมายอื่นที่มีบทบัญญัติเกี่ยวกับคนต่างด้าวในลักษณะเดียวกันเช่น พระราชบัญญัติปิโตรเลียม พระราชบัญญัติการนิคมอุตสาหกรรม (ตามมาตรา 10)

4. ประเภทตามมาตรา 12 คนต่างด้าวตามมาตรา 12 ซึ่งมี 4 กรณี

4.1 คนต่างด้าวที่ถูกเนรเทศตามกฎหมายว่าด้วยการเนรเทศ ซึ่งได้รับการผ่อนผันให้ไปประกอบอาชีพ ณ ที่แห่งใด แทนการเนรเทศหรืออยู่ในระหว่างรอการเนรเทศ

4.2 คนต่างด้าวที่เข้ามาอยู่ในราชอาณาจักร โดยไม่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง และอยู่ในระหว่างรอการส่งกลับออกนอกราชอาณาจักร เช่น ฉนวนอพยพ ลาวอพยพ

เนปาลอพยพ พม่าพลัดถิ่น หรือคนต่างด้าว ตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 3 สิงหาคม และวันที่ 2 พฤศจิกายน 2542

4.3 คนต่างด้าวที่เกิดในราชอาณาจักร แต่ไม่ได้รับสัญชาติไทย ตามประกาศคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 337 ลงวันที่ 13 ธันวาคม 2539 หรือตามกฎหมายอื่น เช่น บุคคลที่เกิดภายหลังวันที่ 13 ธันวาคม 2515 ซึ่งเป็นวันที่ประกาศคณะปฏิวัติฉบับดังกล่าวมีผลบังคับใช้

4.4 คนต่างด้าวโดยผลการถูกถอนสัญชาติ ตามประกาศของคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 337 ลงวันที่ 13 ธันวาคม 2515

แรงงานข้ามชาติในนอกระบบ (Informal Sector) (กองงานคนต่างด้าว , 2543)

คำว่า “แรงงานนอกระบบ” (Informal Sector) “เศรษฐกิจนอกระบบ” (Informal Economy) เริ่มมีการใช้กันตั้งแต่ประมาณปี 1970 โดยการนำเสนอบทความเกี่ยวกับการจ้างงานในเมืองกานา ประเทศเคนยา ซึ่งมีลักษณะเศรษฐกิจตามแนวคิดแบบทวิลักษณ์ ที่แบ่งแยกเศรษฐกิจออกเป็น Informal และ Formal Sector (Bromley, 1978) โดยที่ Formal Sector มักหมายถึงกิจกรรมทางเศรษฐกิจที่มีการดำเนินงานอย่างเป็นระเบียบแบบแผน เปิดเผยและตรวจสอบได้ในรูปของบริษัทขนาดกลางหรือขนาดใหญ่ ใช้ทรัพยากรและเทคโนโลยีสูงจ่ายผลตอบแทนในรูปของค่าจ้าง ตลอดจนได้รับการคุ้มครองทางการตลาด เช่น การได้รับสิทธิพิเศษ อัตราภาษี เป็นต้น

ส่วนแรงงานนอกระบบ มีลักษณะตรงกันข้าม กล่าวคือ ไม่มีแบบแผนแน่นอนจึงยากแก่การตรวจสอบ และมักเป็นกิจกรรมภายในครัวเรือน ใช้แรงงานคนมาก และใช้เทคโนโลยีพื้นบ้าน เป็นต้น

แรงงานนอกระบบเป็นผลมาจากการพัฒนาเศรษฐกิจ โดยเฉพาะการพัฒนาอุตสาหกรรมที่ต้องใช้แรงงานจำนวนมากจึงเกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานจากชนบทเข้าสู่การทำงานในเมืองโรงงาน อุตสาหกรรมเองก็ยังมีได้มีการขยายตัวอย่างเต็มที่ จึงไม่สามารถดูดซับแรงงานเหล่านี้ได้ ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงซึ่งจำ เป็นต้องหันไปหางานนอกระบบทำ (Todaro อ้างใน สุดสวาท ดิศโรจน์, 2533) ประกอบกับระบบทุนนิยมโลกที่มีความต้องการใช้แรงงานราคาถูก เพื่อมาสนับสนุนหรือค้ำจุนการทำงานในระบบที่ไม่สามารถดูดซับแรงงานราคาสูงได้ (Sanyal.1986) การทำงานนอกระบบเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท ขณะเดียวกันการทำงานก็มีความแตกต่างหลากหลาย มิได้จำกัดอยู่เฉพาะแรงงานรับจ้างเท่านั้น แต่ได้ขยายขอบเขต ครอบคลุมการจ้างตนเอง (Self-employment) และรับเหมาช่วง (Subcontractor) ซึ่งมีลักษณะงานที่ทำ ทั้งงานบริการ งานค้าขาย งานรับจ้าง และงานผลิต องค์กรแรงงานระหว่างประเทศแห่งสหประชาชาติ (ILO) ได้ศึกษา

กรณีประเทศเคนยาและจัดแบ่งลักษณะของแรงงานนอกระบบ ไว้ 3 ด้าน (ILO-Kenya.1972 : 6, Bromley and Gerry. 1979 : 5-15 and Tuner. 1978 : 1143 อ้างใน วิชญญา บำรุงชล. 2541 : 9) ดังนี้

1. แรงงานหรือการจ้างงาน (Employment) มีลักษณะเป็นงานที่ไม่มี ความมั่นคง ค่าแรงต่ำ ไม่ได้รับการคุ้มครองและการรับรองตามกฎหมาย จึงไม่ได้รับการจัดตั้งเป็นองค์กรการค้า อีกทั้งไม่ได้รับการคุ้มครองจากระบบประกันสังคม และไม่ได้รับการคุ้มครองจากกฎหมายค่าแรงขั้นต่ำ

2. กิจการ (Enterprise) มีลักษณะที่สะท้อนให้เห็นว่าเป็นกิจกรรมที่มีรูปแบบทางธุรกิจไม่เป็นแบบแผน ใช้วัตถุดิบหรือทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่น เป็นกิจการภายในครอบครัว มีขนาดเล็ก ใช้แรงงานมาก และมีการดัดแปลงเทคโนโลยีพื้นบ้านเพื่อให้เหมาะสมในการนำมาใช้งาน ความรู้ ความชำนาญหรือทักษะ ได้มาจากการเรียนรู้นอกระบบโรงเรียน

3. สถานประกอบการหรือที่อยู่อาศัย (Settlement) มีลักษณะเป็นสิ่งก่อสร้างที่ไม่ได้มาตรฐาน ไม่มีระเบียบ หลบเลี่ยงการควบคุมจากกฎหมาย อยู่ในที่ที่ผิดกฎหมาย หรือเป็นการเช่าที่ดิน วัสดุที่นำ มาใช้สร้างบ้านเป็นสิ่งที่ไม่ได้ในท้องถิ่นหรือเป็นเศษวัสดุที่เหลือจากการก่อสร้างอื่นๆ จึงใช้ทุนในการก่อสร้างน้อย ไม่สามารถนำไปเป็นหลักทรัพย์ในการจำนองด้านการเงินได้ Sethuraman (Amin. อ้างใน วิชญญา บำรุงชล, 2541) ได้แบ่งประเภทของแรงงานนอกระบบ แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้ลงทุนรายย่อย (Entrepreneurs) เป็นกลุ่มที่มีระดับการศึกษาที่ดีที่สุด มีรูปแบบธุรกิจขนาดเล็ก เจ้าของกิจการจะเป็นหัวหน้าคนงาน ใช้วัตถุดิบที่มีในท้องถิ่น ปัญหาส่วนใหญ่ที่พบคือการขาดแคลนเงินทุน และการยอมรับในเรื่องของสินเชื่อ มีสินค้าและบริการที่จำกัด ขาดความรู้ ความชำนาญการบริหารจัดการและการตลาด มีต้นทุนต่ำ และล้ำสมัย

2. คนงานประจำ (Establishment Workers) เป็นผู้ที่ถูกจ้างงานจากผู้ลงทุนรายย่อย ได้แก่ ลูกจ้างที่ได้รับค่าจ้างประจำ แรงงานในครอบครัวซึ่งเป็นเด็กฝึกงานโดยไม่ได้รับค่าจ้าง โดยทั่วไปทำงานประจำเต็มเวลา มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานพอสมควร เช่น การขายสินค้า งานที่เกี่ยวข้องกับการซ่อมแซม โรงงาน เสมิยน เซลส์แมน ส่วนใหญ่เป็นงานที่ต้องมีการเรียนรู้ทางทักษะ โดยผ่านการฝึกงาน หรือการเรียนรู้จากการทำ งาน

3. ผู้ทำงานอิสระ (Independent Workers) เป็นกลุ่มที่พบเป็นจำนวนมากที่สุด ซึ่งอาจจะเป็นการทำ งานเพื่อค่าจ้าง งานประเภทอิสระ (self - employed) ได้แก่ คนลากรถหางเร่แผงลอย ซ่อมจักรยาน นาฬิกา และรองเท้า ฯลฯ ส่วนใหญ่แล้วจะทำ งานแต่ละวันในริมถนนและตามตรอก ซอยในหมู่บ้านและบริเวณชุมชนที่มีคนพลุกพล่าน แรงงานกลุ่มนี้จะประกอบกิจการในรูปแบบที่ง่าย ๆ แต่เป็นการบริการที่มีความจำเป็นและประกอบกิจการได้อย่างอิสระ

4. คนงานชั่วคราว (Casual Workers) เป็นกลุ่มของแรงงานที่เสียเปรียบที่สุด ส่วนใหญ่เป็นงานก่อนข้างหนักโดยเป็นงานที่ต้องทำด้วยมือ ได้ค่าจ้างต่ำคนงานชั่วคราวกลุ่มนี้ ได้แก่ คนทำสวน คนทำความสะอาด คนงานก่อสร้าง ยาม ฯลฯ เป็นกลุ่มที่มีระดับการศึกษาน้อยที่สุด ความรู้ความสามารถได้มาจากการเรียนรู้จากงาน

กล่าวโดยสรุปแรงงานนอกระบบ คือ กลุ่มคนที่ไม่ได้อยู่ในระบบการจ้างงานปกติ ไม่มีโครงสร้างการทำงานที่ชัดเจนไม่ได้รับสิทธิตามกฎหมายคุ้มครองแรงงาน ขาดสวัสดิการและหลักประกัน ไม่ได้รับการคุ้มครองด้านสวัสดิการสังคม และในจำนวนนี้ผู้ที่ประกอบอาชีพรับจ้างก่อสร้างแรงงานนอกระบบในลักษณะของผู้ทำงานอิสระที่พบเห็นมากในเขตเมือง เป็นทางเลือกหนึ่งของผู้ประสบปัญหาว่างงาน ในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจยุคปัจจุบัน การประกอบอาชีพรับจ้างก่อสร้าง นั้นอาจต้องประสบกับปัญหาต่างๆ ในการประกอบอาชีพ เช่น การถูกไล่ที่ทำกินถูกคุกคามจากผู้ที่มีอิทธิพลหรือเจ้าหน้าที่ และทำงานอยู่ท่ามกลางสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมสิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นเหตุของการขาดความมั่นคงและความปลอดภัยในชีวิตของตนเองและครอบครัว จึงควรศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพการดำเนินชีวิตในปัจจุบันและแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทั้งในแง่ชีวิตการทำงาน และสุขภาพของแรงงานนอกระบบกลุ่มนี้

ปัญหาสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ

รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขกล่าวว่า ปี 2550 รัฐต้องแบกรับภาระค่ารักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้กับแรงงานข้ามชาติที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็น จำนวนเงินถึง 155 ล้านบาทเศษ โรคติดต่อสำคัญที่พบ ได้แก่ โรคอุจจาระร่วง โรคเอดส์ โรคไข้เลือดออก และไข้มาลาเรีย (วิศิษฐ์ ตั้งนภากร, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาขององค์การสหประชาชาติ (1994) พบว่า ปัญหาการย้ายถิ่นของแรงงานข้ามชาติ ส่งผลกระทบทางสุขภาพต่อแรงงาน คือ แรงงานที่ไม่ถูกกฎหมาย นำมาซึ่งสภาพความเป็นอยู่และการทำงานที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ผู้ย้ายถิ่นมักมีมาตรฐานการครองชีพต่ำทำให้เกิดปัญหาความเจ็บป่วยของแรงงานที่เป็นอันตราย เช่น โรคฉี่หนู โรคอหิวาห์ โรคมาลาเรีย และโรคเอดส์ เป็นต้น และจากการศึกษาของ สุภมิตร ชุณหะวัณ (2538) พบว่า แรงงานที่มีการลักลอบผ่านชายแดนเข้ามาในจังหวัดชายแดนของประเทศไทยมักพบพาหะนำโรคเท้าช้าง ไข้มาลาเรีย โรคอุจจาระร่วง โรคโปลิโอ และโรคติดต่ออื่นๆ

จากการศึกษาของ ขวัญชีวัน บัวแดง (2549) พบว่า มีแรงงานข้ามชาติที่ผ่านการตรวจร่างกายและไปขอใบอนุญาตทำงานเพียง 847,630 คน คิดเป็น 83% ของผู้มารายงานตัว โดยมีแรงงานข้ามชาติจากพม่าเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 630,000 คน นอกนั้นเป็นแรงงานข้ามชาติจาก ลาว และกัมพูชา ในส่วนของแรงงานไทใหญ่ ใน จังหวัดเชียงใหม่ ในปี 2549 พบว่า มีจำนวนแรงงานที่ได้รับใบอนุญาต 47,386 คน มีอาชีพทำงานก่อสร้างมากที่สุด 34.55% รองลงมาเป็นงานภาคการเกษตร 30.59% และงานกรรมกรทั่วไป 20.62% คนรับใช้ในบ้าน 10.96% จากการสำรวจ พบว่า มีปัญหาในเรื่องการเจ็บป่วย คือ เป็นโรคปวดหัว เวียนหัวมากที่สุด 27.17% รองลงมา ได้แก่ โรคปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ 20.04% โรคผิวหนัง 13.20% และโรคทางเดินอาหาร 12.14%

จากการศึกษาของ ธนพรรณ จรรยาศิริ และศิระพร อึ้งวัฒนา (2551) พบว่าปัญหาสุขภาพของแรงงานข้ามชาติที่พบมาก คือ อุจจาระร่วงเฉียบพลัน มาลาเรีย ไข้ไม่ทราบสาเหตุ ปอดบวม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อาหารเป็นพิษ วัณโรค และโรคไข้เลือดออก บางส่วนพบปัญหาการวางแผนครอบครัว อุบัติเหตุจากการทำงาน ปัญหาเอดส์ พบพฤติกรรมเสี่ยง คือ การมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงาน การดื่มสุรา และเที่ยวหญิงบริการ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ส่วนใหญ่ซื้อยากินเองจากร้านขายยา ร้านขายของชำ ซึ่งจากรายงานสถานการณ์โรคทางระบาดวิทยาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่พบว่าแรงงานข้ามชาติในปี 2549 - 2551 ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงมากที่สุด โรคไข้เลือดออก ไข้ไม่ทราบสาเหตุ และโรคมมาลาเรีย ตามลำดับ ยังพบโรคสำคัญ เช่น การฆ่าตัวตาย โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคจากการประกอบอาชีพ โรควัณโรค เป็นต้น โดยในปี 2551 แรงงานข้ามชาติ ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก มากที่สุดถึง ร้อยละ 43.65 รองลงมา โรคอุจจาระร่วง ร้อยละ 23.05 ไข้ไม่ทราบสาเหตุ ร้อยละ 7.39 โรควัณโรค ร้อยละ 0.53 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 0.23 โรคจากการประกอบอาชีพ ร้อยละ 0.11 และการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 0.25 ซึ่งสอดคล้องกับ แรงงานข้ามชาติในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยสันพระเนตร ก็พบอุบัติการณ์การเกิดโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่เป็นปัญหาทางระบาดวิทยา ปี 2551 ได้แก่ โรคปวดเมื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง โรคผิวหนัง โรคภูมิแพ้ โรคอุจจาระร่วง โรคไข้เลือดออก โรคทางอาชีวอนามัย เป็นต้น

นอกจากปัญหาทางด้านร่างกายแล้ว ยังพบว่าแรงงานข้ามชาติมีปัญหาด้านจิตใจที่พบบ่อย ได้แก่ ความเครียดจากการทำงาน การกดขี่ค่าแรงจากนายจ้าง ภาระค่าใช้จ่าย การถูกหลอกลวงโดยขบวนการค้ามนุษย์ การถูกระทำรุนแรงทั้งทางกายและทางเพศ ถูกรังแกและเลือกปฏิบัติจากเจ้าหน้าที่ (ภฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ, 2547) นอกจากนี้แรงงานข้ามชาติยังมีปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม จากการศึกษาของ ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล และคณะ (2542) พบว่า รายได้เฉลี่ยของครอบครัวไม่เพียงพอในการดำรงชีวิต และไม่มีเงินดูแลสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วย และจากการศึกษาของ

ชนพรณ จรรยาศิริ และศิวัชพร อึ้งวัฒนา (2551) พบว่า ปัญหาวิถีชีวิตที่เชื่อมโยงกับสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลง เปลี่ยนนายจ้าง และย้ายที่อยู่บ่อยตามลักษณะงานอาชีพ ซึ่งมีสาเหตุมาจากนายจ้างยึดบัตรสุขภาพหรือบัตรประจำตัว ปัญหาสิ่งแวดล้อมในชุมชนและที่อยู่อาศัยของแรงงานข้ามชาติไม่ถูกสุขลักษณะ ขาดการจัดการและความรู้ที่เหมาะสมเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อมอนามัยส่วนบุคคล และสุขภาพโภชนาการในครัวเรือน ปัญหาแรงงานกลัวถูกเลิกจ้างจากโรคติดต่อ เช่น โรคเอดส์ วัณโรค โรคเรื้อน เป็นต้น ปัญหานานาประการที่มีผลต่อสุขภาพและการละเมิดสิทธิของแรงงานต่างชาติ (กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ, 2547) ได้แก่ การถูกบังคับให้ทำงานหนักแต่รับค่าแรงต่ำ เงื่อนไขการทำงานมักไม่ปลอดภัย อยู่ในสภาพแวดล้อมที่สกปรก มีความยากลำบากในการสื่อสาร ไม่สามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล การดูแลสุขภาพแรงงานข้ามชาติจึงเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง

บริการสุขภาพแรงงานข้ามชาติ

แนวคิดเกี่ยวกับบริการสุขภาพ

แนวคิดการบริการสุขภาพแรงงานข้ามชาติของ พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร (2551) กล่าวว่า การบริการและระบบบริการสุขภาพต้องอยู่ในหลักการสำคัญ คือ การมีบริการด้านสุขภาพอย่างเพียงพอ ความสามารถที่เข้าถึงบริการสุขภาพได้นั้น คือ ค่าบริการควรอยู่ในระดับที่ทุกคนพอจ่ายได้ และอยู่บนหลักความยุติธรรมที่ตั้งของสถานบริการสุขภาพควรตั้งอยู่ในที่คนเข้าถึงได้ และมีบริการที่คำนึงถึงผู้มีความพิการ และกลุ่มที่อ่อนแออื่นๆ บุคคลบนพื้นที่สูง ชนกลุ่มน้อยและบุตรที่เกิดในประเทศไทยรวมถึงผู้ลี้ภัยทางการเมือง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดในระดับสากลที่ปรากฏในเอกสารขององค์การสหประชาชาติ และตราไว้ในกฎหมายระหว่างประเทศที่ให้ความหมายคำว่า ‘สิทธิในสุขภาพ’ (Right to Health) หมายถึง สิทธิที่รัฐพึงมีหลักประกันให้กับบุคคลที่อยู่ในดินแดนของตน คือ สิทธิในการรับบริการทางสุขภาพ และสิทธิในการได้รับเงื่อนไขอันจำเป็นต่อสุขภาพ เช่น การมีน้ำดื่มและสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย เป็นต้น หรือคือสิทธิที่พึงได้รับเพื่อมิให้บุคคลต้องทนทุกข์จากความอยุติธรรมทางสังคมและเศรษฐกิจ นั่นคือการมีเสรีภาพที่พึงมี ได้แก่ เสรีภาพที่จะควบคุมสุขภาพและร่างกายตนเอง เสรีภาพทางเพศและการเจริญพันธุ์ เสรีภาพจากการรักษาพยาบาล และการทดลองโดยไม่ยินยอม เป็นต้น ซึ่งทั้งหมดนี้ได้รับการขยายความไว้ใน ‘ยุทธศาสตร์การสาธารณสุขมูลฐานเพื่อสุขภาพของทุกคน’

(Health for All – Primary Health Care Strategies) ขององค์การอนามัยโลก ดังนี้ (Toebes, 2001 อ้างในศรีประภา เพชรมีศรี, 2547)

(1) องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล

- สุขภาพอนามัยแม่และเด็ก รวมถึงการวางแผนครอบครัว
- การฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดต่อร้ายแรงบางโรค
- การรักษาพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับโรคต่างๆ หรือการบาดเจ็บจากเหตุต่างๆ
- การให้ยาหรือผลิตภัณฑ์ที่รักษาโรคที่จำเป็น

(2) องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับเงื่อนไขที่จำเป็นสำหรับสุขภาพ

- การให้การศึกษาที่เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและวิธีการที่จะควบคุมและป้องกัน
- การส่งเสริม การจัดหาอาหาร และ โภชนาการที่เหมาะสม

ระบบบริการสุขภาพแรงงานข้ามชาติ

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ตั้งบนพื้นฐานของแนวคิดหลัก 2 แบบ คือ 1) แนวคิดแบบเสรีนิยมประชาชนทุกคนมีเสรีภาพในการตัดสินใจ เชื่อว่ากลไกตลาดจะทำให้สถานบริการมีการแข่งขัน เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่ดีที่รัฐเพียงช่วยเหลือผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เท่านั้น หลักกลไกตลาดคือการคาดหวังกำไรสูงสุด ทำให้การเสนอขายบริการเกินความจำเป็นส่งผลให้ค่าใช้จ่ายภาพรวมสูงขึ้น 2) แนวคิดแบบรัฐสวัสดิการถือว่าการบริการสุขภาพเป็นบริการพื้นฐานที่ประชาชนทุกคนต้องได้รับ รัฐจะต้องให้บริการอย่างทั่วถึงแต่การบริการของรัฐทำให้บุคลากรขาดความกระตือรือร้นเนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณ ทำให้ประชาชนมักไม่พึงพอใจ

สังคมไทยไม่ได้ยึดแนวคิดใดแนวคิดหนึ่งเป็นหลัก แต่ได้นำทั้งสองแนวคิดมาปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน (ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย, 2543) ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการจัดระบบสุขภาพที่ดีของ (ประเวศ วะสี, 2543) ที่ประกอบด้วย มีความเป็นธรรม หมายถึง ระบบที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียมกันโดยไม่คำนึงถึงฐานะและไม่ใช่เข้าถึงบริการที่เลวเสมอกัน แต่ต้องเป็นบริการที่มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ ซึ่งหมายถึงระบบบริการที่ให้ผลคุ้มค่า

แนวคิดหลักประกันแรงงานข้ามชาติ

จากการศึกษา คู่มือการจัดระบบการจ้างแรงงานต่างด้าว (2549) พบว่า ประเทศไทยโดยรัฐบาลที่ผ่านมามากมายสมัยได้มีนโยบาย และพยายามที่จะผลักดันให้หลักประกันดังกล่าวเกิดขึ้นอยู่บ้าง โดยเฉพาะกับประชากรบางกลุ่มที่ระบุในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2538 หมวดที่ 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของประชาชนชาติไทย มาตรา 41 ได้บัญญัติไว้ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิได้บริการทางด้านสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลโดยมิได้คิดมูลค่า” อันถือเป็นการรับรองสิทธิของบุคคลที่จะได้รับการบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและรับรองสิทธิของผู้ยากไร้ที่จะได้รับการรักษาพยาบาลโดยมิได้คิดมูลค่าและปรัชญาที่ว่าด้วยความเสมอภาคของการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

ในกรณีที่แรงงานข้ามชาติได้เข้ามาทำงานในประเทศไทยแบบถูกกฎหมายโดยได้มีการขึ้นทะเบียนแรงงานซึ่งทางภาครัฐบาลเริ่มมีการผ่อนผันให้มีแรงงานข้ามชาติที่ลักลอบเข้าเมืองตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 ภาครัฐบาลมีมาตรการหลักเพียงอย่างเดียวที่คือการบังคับให้มีการตรวจร่างกายแรงงานต่างชาติโดยใช้เกณฑ์ทั่วไป เหมือนการตรวจสุขภาพของผู้สมัครเข้ารับราชการ คือ กำหนดโรคที่ควบคุมป้องกัน 6 โรค และโรคที่ถ้าตรวจพบจะไม่ออกใบอนุญาตทำงานให้จำนวน 7 โรค แนวทางการตรวจโรค เช่นนี้ มุ่งควบคุมโรคติดต่อที่เคยเป็นปัญหาสำคัญของสังคมไทยมาก่อน เช่น วัณโรค โรคเรื้อน โรคมาลาเรีย โรคเท้าช้าง เป็นต้น ต่อมาทางภาครัฐได้มีการวางระบบมาตรการทางสาธารณสุขที่ชัดเจนขึ้น คือบังคับให้แรงงานต่างชาติทุกคนต้องซื้อบัตรประกันสุขภาพในราคาไม่ต่ำกว่าคนละ 500 บาทต่อปี และเพิ่มขึ้นเป็น 1,000 บาทในปี พ.ศ. 2542 และเป็น 1,200 บาทในปี พ.ศ. 2544 และสำหรับในปี พ.ศ. 2544 เป็นครั้งแรกที่แรงงานถูกบังคับให้เข้าสู่ระบบประกันหลักสุขภาพคือนอกจากจ่ายค่าบัตรประกันสุขภาพแล้ว เมื่อไปรับบริการต้องไปจ่ายครั้งละ 30 บาท

เมื่อแรงงานข้ามชาติที่ขึ้นทะเบียนแรงงานถูกต้องตามกฎหมาย และยังเข้าสู่รับประกันสุขภาพที่ทางภาครัฐบาลได้จัดทำให้แสดงให้เห็นว่าแรงงานข้ามชาติมีสิทธิที่กฎหมายแรงงานกำหนดไว้ และยังมีสิทธิในการเข้ารับบริการ โดยใช้บัตรประกันสุขภาพเพื่อใช้รักษาพยาบาลตนเอง ในเวลาที่เจ็บป่วยไม่สบายหรือได้รับอุบัติเหตุต่างๆจากที่ทำงาน

สำหรับวิธีการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลที่เป็นแบบงบประมาณเหมารวม ส่งผลให้บริการมีแรงจูงใจที่จะควบคุมค่าใช้จ่าย และอาจให้บริการต่ำกว่าที่ควรเป็น ซึ่งจะมีผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการของแรงงานข้ามชาติ ทั้งนี้ในการที่จะให้ผู้รับบริการอย่างเสมอภาคกันนั้นจำเป็นที่ กลุ่มผู้ให้บริการจะต้องไม่รู้สึกว่าการที่ตนให้บริการนั้นก่อให้เกิดภาระกับสถานพยาบาล

แนวทางการดำเนินงานกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ โดยมีกิจกรรมสำคัญ 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) การตรวจสุขภาพประจำปี 2) บริการด้านการ

รักษาพยาบาล3) บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 4) การเฝ้าระวังโรคและเนื่องจากปัจจุบันมีการปรับเปลี่ยนแนวนโยบายของรัฐบาล ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำหรับประชาชนชาวไทย (โครงการ 30 บาท ช่วยคนไทยห่างไกลโรค) ดังนั้น เพื่อให้เกิดความเหมาะสม สอดคล้องและมีประสิทธิภาพในการประกันสุขภาพ จึงจำเป็นที่จะต้องปรับเปลี่ยนแนวทางการดำเนินงานที่จะดำเนินการในกลุ่มแรงงานข้ามชาติไปพร้อมๆ กัน

การเข้าถึงบริการสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ

หลักการทั่วไปของการเข้าถึงบริการสุขภาพของ The Association of State and Territorial Health Official แห่งสหรัฐอเมริกา (2000) กำหนดไว้ว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนควรมีเป้าหมายผสมผสานทั้งการซ่อมแซมสุขภาพ ป้องกันโรค หรือการเพิ่มคุณภาพชีวิต ประเภทของสถานบริการเป็นเหตุผลหนึ่งที่ประชาชนเลือกใช้บริการของรัฐ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2003 อ้างในบัวลักษณ์ จันทระและคณะ, 2549) เสนอแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพว่าเป็นการบริการดูแลประชาชนแบบปฐมภูมิเพื่อให้เข้าถึงบริการสุขภาพในมิติต่างๆ ได้แก่ 1) ด้านภูมิศาสตร์ (Geographical) พิจารณาถึงระยะทาง ระยะเวลาเดินทาง ค่าเฉลี่ยการเดินทางที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการใช้บริการสุขภาพ 2) ด้านการเงิน (Financial) หมายถึง การสามารถชำระค่าใช้จ่ายจากการใช้บริการสุขภาพ 3) ด้านวัฒนธรรม (Cultural) หมายถึง การใช้เทคนิคและวิธีการจัดการในการบริการสุขภาพซึ่งสามารถรักษารูปแบบและวัฒนธรรมของชุมชน 4) ด้านหน้าที่ (Functional) หมายถึง การให้บริการสุขภาพตามพื้นฐานอันพึงได้รับอย่างพอเพียงและต่อเนื่อง

ดี มิเลทท์ (2008) กล่าวว่า ความสำคัญของการเข้าถึงบริการ (Access) ประกอบด้วย 1) ผู้ใช้บริการเข้าใช้หรือรับบริการได้สะดวก ระเบียบขั้นตอนไม่มากและไม่ซับซ้อนจนเกินไป 2) ผู้ใช้บริการใช้เวลารอคอยน้อย 3) เวลาให้บริการเป็นเวลาที่สะดวกสำหรับผู้ใช้บริการ 4) อยู่ในสถานที่ที่ผู้บริกรติดต่อดูแล สิ่งที่เป็นตัวกำหนดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ ค่านิยมทัศนคติ ความเชื่อ การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพอนามัย และลักษณะทางด้านเศรษฐกิจประชากร รวมทั้งการบริการที่มีให้ในสังคมนั้นๆ ผู้รับบริการจะเลือกใช้ตัดสินใจไปรับบริการทางการแพทย์จากสถานบริการใดจะมีปัจจัยหลายประการเข้ามาเกี่ยวข้องและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกใช้บริการ

บราวน์ และเลวิส (Brown and Lewis, 1976 อ้างใน บัวลักษณ์ จันทระ และคณะ, 2549) กล่าวว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพของโรงพยาบาล ประกอบด้วย 1) ความเพียงพอของสถานที่ให้บริการ 2) มีเจ้าหน้าที่ตามความจำเป็นและเพียงพอต่อความต้องการผู้ป่วย 3) มีการปฏิรูประบบการดูแลสุขภาพให้เหมาะสมและทันสมัย 4) การให้รักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยแบบองค์รวม

เพ็นเชมสกี และโทมัส (Penchamsky and Thomas, 1981) กล่าวว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพจำแนกเป็น 5 มิติ คือ 1) ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (availability) คือ พอเพียงพอต่อการบริการผู้ป่วย บุคลากรเพียงพอ และมีศักยภาพในการให้บริการเป็นที่ยอมรับได้ 2) การเข้าถึงแหล่งบริการ (accessibility) คือ สามารถใช้บริการได้อย่างสะดวก คำนึงถึงที่ตั้งสถานบริการ การเดินทาง สะดวกระยะทางจากที่อยู่อาศัยไม่ไกลจากสถานบริการ รวมถึงขั้นตอนขอรับบริการก็เป็นสิ่งสำคัญต่อการเข้าถึงแหล่งบริการได้ 3) ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (accommodation) ไม่มีขั้นตอนยุ่งยากในการบริการเข้าถึงบริการได้ง่าย 4) ความสามารถเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ (affordability) ทำให้แรงงานพิจารณาเข้ารับบริการ 5) การยอมรับคุณภาพการบริการ (acceptability) ยอมรับบริการที่มีประสิทธิภาพและความเป็นธรรม มีความพึงพอใจในบริการ

ชูลซ์ และจอห์นสัน (Schulz & Johnson, 1990) กล่าวถึงแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพว่าการเข้าถึงบริการประกอบด้วย 5 เอ (Five A'S) ได้แก่ 1) ความพอเพียงของบริการ (availability) คือความเพียงพอของผู้ให้บริการและสถานที่ให้บริการ 2) ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ (accessibility) หมายถึง สถานที่ตั้งสามารถใช้บริการได้อย่างสะดวก คำนึงถึงที่ตั้งสถานบริการ คมนาคมสะดวก 3) ความสะดวกเมื่อใช้บริการ (accommodation) ได้รับบริการรวดเร็วไม่มีขั้นตอนยุ่งยากในการบริการ 4) ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (affordability) หมายถึง ความสามารถในการจ่ายอันเนื่องจากการใช้บริการ 5) การยอมรับในบริการ (acceptability) หมายถึงการยอมรับความสามารถในการบริการ

กัลป์ ลิฟอร์ด และคณะ (Gulliford, M. ed al.2001) การเข้าถึงบริการสุขภาพหมายถึง ความสะดวกในการที่ประชาชนสมควรได้รับการบริการด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม ได้แก่ 1) มีบริการสุขภาพที่พอเพียงพอต่อการให้บริการสุขภาพ 2) มีบริเวณที่ประชาชนเข้าถึงอย่างกว้างขวาง โดยอาศัยระบบการเงิน การคลัง คำนึงถึงความแตกต่างทางสังคม วัฒนธรรม และทางด้านกายภาพ 3) การบริการที่ให้ตรงปัญหา มีประสิทธิภาพ ประชาชนพึงพอใจ 4) การให้บริการสุขภาพที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ มีการยอมรับคุณภาพ

ความหมายการเข้าถึงบริการสุขภาพ

การเข้าถึงบริการสุขภาพแรงงานข้ามชาติตามแนวคิดที่ทำการศึกษ พบว่าแนวคิดส่วนใหญ่มีความสอดคล้องกันและมีทิศทางไปแนวทางกับแนวคิดของเพ็นเช็มสกี และโทมัส (Penchamsky and Thomas, 1981) แนวคิดของซูลซ์ และจอห์นสัน (Schulz & Johnson, 1990) และขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2003 อ้างในบัวลักษณ์ จันทระและคณะ, 2549) ซึ่งให้ความหมายถึง ผู้รับบริการสุขภาพสามารถใช้บริการสุขภาพของสถานบริการสุขภาพต่างๆ ได้อย่างครอบคลุมทั้ง 5 มิติ คือ 1) ความพอเพียงของบริการ (availability) ต่อการบริการผู้ป่วย บุคลากรเพียงพอ และมีศักยภาพในการให้บริการเป็นที่ยอมรับได้ 2) ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ (accessibility) ได้อย่างสะดวก คำนึงถึงที่ตั้งสถานบริการ การเดินทางสะดวก ระยะทางจากที่อยู่อาศัยไม่ไกลจากสถานบริการ 3) ความสะดวกเมื่อใช้บริการ (accommodation) ไม่มีขั้นตอนยุ่งยากในการเข้าถึงบริการสุขภาพ 4) ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (affordability) ทำให้แรงงานพิจารณาเข้ารับบริการได้ง่าย 5) การยอมรับในบริการ (acceptability) ที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพและความเป็นธรรมในการบริการ มีความพึงพอใจในบริการ

ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพแรงงานข้ามชาติ

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 เป็นต้นมา สมพงษ์ สระแก้ว (2551) พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพอนามัยของแรงงานข้ามชาติ ยังคงมีปัญหากจากการที่แรงงานไม่สามารถได้รับบริการสุขภาพได้ทั้งหมด เนื่องจากแรงงานผู้ที่ไม่มีเอกสาร หรือบัตรประกันสุขภาพจำนวนมาก แม้ว่าแรงงานข้ามชาติที่มีบัตรสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ การรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ แต่ปัญหาที่พบพบว่า หากโรงพยาบาลใดที่มีผู้ปฏิบัติให้การรักษายาบาลมีทัศนคติเชิงลบต่อแรงงานอยู่แล้ว จะถูกเลือกปฏิบัติไม่ได้รับการปฏิบัติที่ดีเท่าที่ควร หากเป็นแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ กรณีการป่วยหนักก่อนตาย ไม่มีญาติผู้ป่วยโรงพยาบาลไม่สามารถปฏิเสธการรักษาพยาบาลได้ แต่ต้องหากคนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายพยาบาล หรือเข้าสู่กลไกการสังคมสงเคราะห์ของศูนย์พึ่งได้ (OSCC) ในโรงพยาบาล แต่ต้องผ่านกลไกของหน่วยงานประกันสังคมอีกทอดหนึ่งในการให้ความเห็น ดังนั้นกระบวนการให้การรักษายาบาลของกลุ่มผู้ไม่มีบัตร เป็นไปด้วยความยากลำบาก ในหลายๆ กรณี องค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านการเข้าถึงสิทธิทางสุขภาพแรงงานข้ามชาติได้เป็นตัวกลางในการประสานงาน เจรจาต่อรองค้ำรักษาพยาบาลกับโรงพยาบาลของรัฐ หรือการประสานการส่งต่อเพื่อให้ได้รับบริการ

สภาพการณ์ดังกล่าวได้สะท้อนชัดเจนว่า การจะได้รับความเสมอภาคเท่าเทียมการให้บริการสุขภาพของรัฐ ของแรงงานข้ามชาติยังต้องใช้เวลาอีกยาวนาน และจากการศึกษาของ (ธนพรรณ จรรยาศิริ และคณะ, 2551) ที่พบว่า สาเหตุที่แรงงานข้ามชาติเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ คือ ความไม่เข้าใจภาษา ปัญหาการสื่อสาร ทักษะคิดด้านลบของผู้ให้บริการและชุมชนที่มีต่อแรงงานข้ามชาติ ส่วนในกลุ่มแรงงานเข้าเมืองถูกกฎหมาย พบว่ามีสาเหตุจากนายจ้างยึดบัตรสุขภาพหรือบัตรประจำตัว (เนื่องจากย้ายงาน เปลี่ยนนายจ้างบ่อย) ไม่มีบัตรสุขภาพ มีปัญหาในการเดินทางมารับบริการ (บัตรสีต่างๆ เดินทางข้ามอำเภอไม่ได้ ผู้ทำงานเข้าข่ายบัตรประกันสังคม/ บัตรแรงงานข้ามจังหวัดไม่ได้) การขึ้นทะเบียนในพื้นที่หนึ่ง ไม่สามารถรักษาต่างพื้นที่ได้ (รักษาได้เฉพาะลูกเงิน) และในกลุ่มที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนหรือเข้าเมืองผิดกฎหมาย พบว่า แรงงานเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพทุกรูปแบบ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

คารินทร์ มิตรพันธ์, วิราวรรณ มูลละ (2543) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของพนักงานในนิคมอุตสาหกรรมลำพูน จังหวัดลำพูน พบว่า แรงงานส่วนใหญ่ทำงานสัปดาห์ละ 6 วันๆ ละ 8 ชั่วโมง มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท จะใช้บริการของรัฐมากที่สุด ซึ่งผู้มีรายได้มากนิยมใช้บริการของเอกชนที่มีบริการที่ดี รวดเร็ว เพิ่มขึ้น ผู้มีรายได้เพิ่มขึ้นจะรับบริการสุขภาพของรัฐลดลง ส่วนใหญ่นิยมเข้ารับบริการสุขภาพ โรงพยาบาลเอกชน เป็นอันดับแรกเพราะเป็นสวัสดิการของโรงงาน มีบริการที่ดี รวดเร็ว เดินทางสะดวก และใกล้แหล่งที่พัก แต่บางกลุ่มก็ไม่นิยมใช้บริการเพราะค่าใช้จ่ายสูง อันดับรองลงมาคือ คลินิกและร้านขายยา สถานบริการของรัฐเป็นอันดับท้าย ๆ เพราะใช้เวลาบริการนาน แต่เหตุผลที่เลือกใช้คือ ค่าใช้จ่ายน้อย

อรรณ พุ่มพวง (2551) ศึกษาการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ พบว่า การเข้าถึงบริการในภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง การจำแนกรายชื่อ พบว่า ด้านความพร้อมเพียงของบริการ และด้านการยอมรับในคุณภาพบริการอยู่ในระดับน้อย ด้านความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ ด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ ด้านความสามารถในการเสียค่าใช้จ่ายสำหรับการบริการ อยู่ในระดับปานกลาง

บัวลักษณ์ จันทระ และคณะ (2549) ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครขอนแก่น พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 89.3 มีโรคประจำตัว คือ โรคปวดข้อ ปวดเข่า ปวดหลังมากที่สุด ร้อยละ 56.9 รองลงมา คือ โรคตา ร้อยละ

43.6 การเดินทางไปใช้บริการสุขภาพ ร้อยละ 51.7 ต้องให้บุคคลอื่นพาไป ปัญหาอุปสรรคในการใช้บริการ คือ ให้บริการล่าช้า เสียเวลารอนาน ไม่เชื่อมั่นคุณภาพบริการ คุณภาพยาไม่สะดวกเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่เห็นความสำคัญของการตรวจสุขภาพ

ศุรางค์ศรี ศีตมโนชญ์ และคณะ (2546) ศึกษาปัจจัยการเข้าถึงบริการสุขภาพโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้สูงอายุ จังหวัดภูเก็ต พบว่า ระยะทางเดินทางรับบริการ 2.7 กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทาง 20.7 นาที ยานพาหนะที่ใช้เดินทางมารับบริการ คือ รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 50.5 รถยนต์ส่วนตัว ร้อยละ 30.9 และรถรับจ้าง ร้อยละ 6.4 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มารับบริการด้วยตนเอง ร้อยละ 55 และร้อยละ 49.7 ไม่สามารถมาได้ด้วยตนเอง เพราะมีปัญหาสุขภาพมีปัญหา ยานพาหนะและมีปัญหาไม่มีคนพาไปรับบริการ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

การอพยพเข้ามาทำงานของแรงงานข้ามชาติในประเทศไทยก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อแรงงานและคนไทยหลาย ๆ ด้าน ทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม รวมถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของ เพ็นแชมสกี และ โทมัส (Penchamsky and Thomas, 1981) ซึ่งประกอบด้วย 1) ความพอเพียงของบริการ 2) ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ 3) ความสะดวกเมื่อใช้บริการ 4) ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ 5) การยอมรับคุณภาพในการให้บริการ