

บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ กับการใช้ทรัพยากรร่วม (มนุษย์) พัฒนาสุขภาพเมืองชายแดน¹

อรรณญา ศิริผล² และเทพินทร์ พิชรานุรักษ์³

Received: February 25, 2020

Revised: April 11, 2020

Accepted: May 19, 2020

บทคัดย่อ

บทความนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจเอกสารและใช้ 3 กรณีศึกษาจากชายแดนจังหวัดตาก เชียงราย และมุกดาหารเพื่อตรวจสอบนโยบายรัฐบาลด้านสาธารณสุขชายแดนและการปรับใช้ระบบป้องกันและเฝ้าระวังโรคข้ามแดน หนึ่งในกลไกสำคัญของนโยบายรัฐ คือ การผันกลุ่มแรงงานต่างชาติมาเป็น “อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ” (อสต.) เพื่อทำงานด้านสุขภาพข้ามแดน บทความนี้เสนอว่า กลไก อสต. หรือผู้นำชุมชนต่างชาติชายแดนที่ทำงานในระบบศูนย์สุขภาพชุมชน และระบบหมู่บ้านคูขนาน ชายแดนถือเป็นกลไกระดับล่างในการเชื่อมต่อชุมชนต่างชาติชายแดน สาธารณสุขของประเทศไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน และภาคีเครือข่ายเอกชนด้านสุขภาพทั้งไทยและต่างประเทศที่มีประสิทธิภาพที่สุด ดังนั้น กลุ่มแรงงานต่างชาติดังกล่าวจึงไม่ได้เป็นเพียงทรัพยากรมนุษย์ที่สำคัญทางเศรษฐกิจในการสร้างเมืองชายแดนร่วมกันเท่านั้น แต่ยังถือเป็น “โอกาส” ที่รัฐควรพัฒนาให้เป็น “ทรัพยากรร่วม” เป็นบุคลากรสำคัญช่วยดูแลสุขภาพชายแดนและคนในเมืองชายแดน ลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายโรคข้ามแดนและส่งเสริมความมั่นคงทางสุขภาพชายแดนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในแง่นี้ ประเทศไทย ไม่ว่าส่วนกลางหรือท้องถิ่น จึงควรให้ความสำคัญกับกลไก อสต. อย่างเป็นระบบและยกระดับขึ้นเป็นทางการมากกว่าที่เป็นอยู่

คำสำคัญ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ, ทรัพยากรร่วม, สุขภาพและเมืองชายแดน, นโยบายสาธารณสุข

¹ บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง แรงงาน ระบบสุขภาพ และการศึกษา: การจัดการและการร่วมรังสรรค์พื้นที่ชายแดนในบริบทการพัฒนาชายแดนเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนและภูมิภาคนุวัตน์ ลุ่มน้ำโขง ได้รับการสนับสนุนการวิจัยจากหน่วยบูรณาการวิจัยและความร่วมมือเพื่อพัฒนาเชิงพื้นที่ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว. เดิม)

² รองศาสตราจารย์ประจำคณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ 50200
อีเมล: aranyas@yahoo.com

³ รองศาสตราจารย์ประจำคณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ 50200
อีเมล: thapin.p@cmu.ac.th

Migrant Health Volunteers, Border Commons, and Border City Development

Aranya Siriphon⁴ and Thapin Phatcharanuruk⁵

Abstract

Based on a documentary research and results from three case studies in Tak, Chiang Rai and Mukdahan provinces, this article explores border health policy, health preventive mechanism and system dealing with cross-border diseases and border health issues. One of the main government mechanisms is setting up groups of migrant workers, working as “Migrant Health Volunteers” (MHV hereafter). This MHV aims to support and facilitate border health prevention and promotion programs. According to our research, it is found that MHVs who work for the Community-Based Health Centers and Twin Villages along the borders are the most effective factor to support the border health policy. Moreover, the MHVs have widely connected the migrant workers and public health officers both in Thai and neighboring borders as well as Thai and International NGOs. Arguably, not only acting as human resource to boost border economy, these migrant workers are effective mechanism for cross-border health promotion and risk prevention. This article suggests that Thai administration at both central and local has upgraded the MHV mechanism for cross-border disease prevention to be more systematic and official in order to effectively promote health security along the border.

Keywords Migrant Health Volunteers, Border Commons, Health and Border City, Health Policy

⁴ Associate Professor, Faculty of Social Sciences, Chiang Mai University, Chiang Mai, 50200.
E-mail: aranyas@yahoo.com

⁵ Associate Professor, Faculty of Social Sciences, Chiang Mai University, Chiang Mai, 50200.
E-mail: thapin.p@cmu.ac.th

1. บทนำ

ช่วงทศวรรษที่ผ่านมา การพัฒนาเศรษฐกิจชายแดนภูมิภาคลุ่มน้ำโขงที่มาพร้อมแนวคิดภูมิภาคอนุวัตน์ลุ่มน้ำโขง (GMS Regionalization) การเปิดขึ้นของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน และนโยบายใหม่ของรัฐไทยกับเขตเศรษฐกิจพิเศษบริเวณชายแดน ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญต่อการเคลื่อนย้ายของผู้คน ทุน แรงงาน และสังคมวัฒนธรรมชาติพันธุ์ข้ามพรมแดนรัฐชาติอย่างเข้มข้นมากขึ้นกว่าในอดีต บริบทสถานการณ์เหล่านี้กำลังทำให้พื้นที่ชายแดนกลายเป็น “พื้นที่พิเศษ” ที่มีปัญหาซับซ้อนมากขึ้นกว่าเดิม สำหรับประเด็นสุขภาพชายแดน/ข้ามแดนต่างมีข้อถกเถียงสำคัญ คือ ภายใต้บริบทที่ซับซ้อนขึ้นเช่นนี้ ระบบสุขภาพชายแดน/ข้ามแดนควรมีการดำเนินการอย่างไร เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการป้องกันโรคภัยไข้เจ็บแพร่ระบาดข้ามพรมแดน และที่สำคัญทุกชีวิตควรต้องได้รับความเป็นธรรม สามารถเข้าถึงการดูแลให้บริการสุขภาพเชิงมนุษยธรรมที่ประเทศ (ไทย) รับรองไว้กับหลักสากล (เสถียรฉันทะ, 2555, น. 253-296)

จากคำถามดังกล่าว บทความนี้เริ่มต้นด้วยการพิจารณารัฐชาติไทยปัจจุบันที่ยังอยู่ภายใต้วิธีคิดเดิมซึ่งยึดติดกับอธิปไตยเหนือดินแดน (Territorial Sovereignty) และแนวคิดความเป็นพลเมือง (Citizenship) ขณะที่เรากลับพบตัวอย่างการปรับตัวของรัฐชาติก้าวหน้า เช่น จีน อินเดีย ยุโรป เริ่มเข้าใจประเด็นปัญหาท้าทายใหม่ๆ ที่มากับการเคลื่อนย้ายในบริบทโลกาภิวัตน์อันเข้มข้น ปรับเปลี่ยนกลยุทธการจัดการให้ค่อยๆ มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ส่งผลดีต่อประเทศชาติและสังคมโลก จากจุดเริ่มต้นดังกล่าว บทความนี้พัฒนาข้อถกเถียงกับแนวคิดเดิม โดยใช้ข้อเสนอ CITYzenship (Harvey, 2012, pp. 67-74) เป็นกรอบมองกิจกรรมร่วมกันในเมืองชายแดนที่ต้องการพ้นไปจากแนวคิดพลเมืองแบบคู่ตรงข้าม (พลเมือง/ไม่ใช่พลเมือง) ไปสู่ชุดความสัมพันธ์ทางสังคมแบบอื่น ทำให้คำว่า “พลเมือง” ไม่ได้วางอยู่บนพื้นฐานกฎหมายเข้าเมืองแบบแคบ แต่อยู่บนพื้นฐานของ “ผู้พักอาศัยของเมืองนั้นๆ” (Residents) และให้สิทธิโดยธรรม (Right to the city) ในการพัฒนา “เมืองชายแดน” ที่มาจากคุณลักษณะสำคัญของ “ความเป็นคนในเมืองชายแดน” หรือ BORDER CITYzenship (อริญญา ศิริผล, 2561)

บทความนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการสังเคราะห์ 6 โครงการวิจัยย่อยภายใต้ชุดโครงการวิจัยหลักเรื่อง “แรงงาน ระบบสุขภาพ และการศึกษา: การจัดการและการร่วมรังสรรค์พื้นที่ชายแดนในบริบทการพัฒนาชายแดนเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนและภูมิภาคอนุวัตน์ลุ่มน้ำโขง” ที่ผู้เขียนเป็นหัวหน้าโครงการ การสังเคราะห์ 6 โครงการวิจัยย่อยนี้ได้ใช้กรอบคิด BORDER CITYzenship ข้างต้นมาวิเคราะห์ประเด็นแรงงาน ระบบสุขภาพ และการศึกษา (อริญญา ศิริผล, 2561) สำหรับประเด็นสุขภาพชายแดนมี 3 พื้นที่ใน 3 โครงการย่อย ได้แก่ ชายแดนจังหวัดตาก

(เทพินทร์ พัชรานุรักษ์, พัชรีพรรณ ระหว่างบ้าน, และปาณิสรา แก้วบุญธรรม, 2561) เชียงราย (พิชญ์รักษ์ กันทวิ, จตุพงศ์ สิงหราชไชย, และประสงค์ หมื่นจันทร์, 2561) และมุกดาหาร (สุรีย์ ธรรมิกบวร, ทศน์วรรณ ศิระพรหม, จารุวรรณ ชูปวา, และพันธวิ สุขบัติ, 2561) ที่นำข้อมูลโครงการย่อยมาสังเคราะห์เปรียบเทียบกับบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติดกับการพัฒนาสุขภาพชนชายแดนในท้องถิ่น โดยพิจารณาประเด็นจุดร่วมและจุดต่างภายใต้การดำเนินนโยบายด้านสาธารณสุขชายแดนและการปรับใช้ระบบป้องกันและเฝ้าระวังโรคข้ามแดนของกระทรวงสาธารณสุข

จากข้อมูล 3 โครงการย่อย พบว่า หนึ่งในกลไกสำคัญของระบบป้องกันและเฝ้าระวังโรคข้ามแดนของสาธารณสุขชายแดน คือ การผัน “กลุ่มแรงงานต่างชาติ” มาเป็น “อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ” (อสต.) บทความนี้ได้ข้อสรุปที่ชี้ให้เห็นว่า กลไก อสต. หรือผู้นำชุมชนต่างชาติชายแดนที่ทำงานในระบบ “ศูนย์สุขภาพชุมชน” (Community-based Health Center) หรือระบบหมู่บ้านคู่ขนาน (Twin Village) ชายแดนถือเป็นกลไกระดับล่างที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการเชื่อมต่อชุมชนต่างชาติชายแดน สาธารณสุขของประเทศไทยกับรัฐเพื่อนบ้าน และภาคีเครือข่ายเอกชนด้านสุขภาพทั้งไทยและต่างประเทศ แต่ที่ผ่านมากลุ่มคนเหล่านี้กลับตกอยู่ใน “สภาวะอิหลักอิเหลื่อ” ของความขัดแย้งระหว่างกระบวนทัศน์เดิมที่ยึดติดกับอธิปไตยเหนือดินแดน ว่าด้วยพลเมืองในชาติ/คนต่างด้าวหรือต่างชาติ กับกระบวนทัศน์ใหม่ที่ต้องการไปให้พ้นจากคู่ตรงข้าม ในแง่ที่ส่งผลให้ด้านหนึ่ง ประเทศไทยไม่ให้การยอมรับ “อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ” (อสต.) เหล่านี้ เพราะไม่ใช่พลเมืองไทยภายใต้วิธีคิดเดิมที่ยึดติดกับอธิปไตยเหนือดินแดน ขณะที่อีกด้าน คนเหล่านี้กลับถูกรัฐไทยเรียกร้องให้ช่วยเหลือในเชิงจิตอาสา ทำให้ในพื้นที่ชายแดนประสบปัญหาการทำงานด้านสุขภาพอย่างมาก บทความนี้ จึงเสนอให้มองคนเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของผู้พัฒนา “เมืองชายแดน” บนพื้นฐานของ “ผู้พักอาศัยของเมืองนั้นๆ” (Residents) และให้สิทธิโดยธรรม (Right to the City) ในการพัฒนา “เมืองชายแดน” ตามแนวคิด BORDER CITYzenship ที่เป็นไปได้ ข้อเสนอไม่เพียงมอง อสต. เป็นทรัพยากรร่วมที่สำคัญทางเศรษฐกิจในการสร้างเมืองชายแดนร่วมกันเท่านั้น แต่ยังถือเป็น “โอกาส” ที่รัฐควรพัฒนาเป็นเครื่องมือเชิงองค์กรช่วยลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายโรคข้ามแดนและส่งเสริมความมั่นคงทางสุขภาพชายแดนได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วย ดังนั้น ไม่ว่าส่วนกลางหรือท้องถิ่นในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรให้ความสำคัญกับกลุ่มคนเหล่านี้อย่างเป็นระบบและเป็นทางการมากขึ้นกว่าที่เป็นอยู่

บทความนี้แบ่งเนื้อหาออกเป็น 3 ส่วน ส่วนแรก นำเสนอบริบทเงื่อนไขการกำหนดนโยบายสาธารณสุขชายแดนและพลวัตในการกำหนดนโยบายและแผนแม่บทด้านสาธารณสุขชายแดน ส่วนที่สอง มุ่งตอบคำถามที่ว่าภายใต้พลวัตนโยบายสาธารณสุขชายแดนดังกล่าว

เรามีกลไกหลักในการจัดการปัญหาสุขภาพชายแดนผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ (อสต.) อย่างไร พัฒนาการการเกิดขึ้นของ อสต. และบทบาทของคนเหล่านี้เป็นอย่างไร และส่วนที่สาม วิเคราะห์อุปสรรค ปัญหาและทางออกโดยใช้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบจากกรณีศึกษา 3 จังหวัดชายแดน (ตาก เชียงราย และมุกดาหาร) เพื่อเสนอแนวทางที่เป็นไปได้

2. นโยบายรัฐกับการจัดการปัญหาสาธารณสุขชายแดน

นโยบายรัฐบาลด้านสาธารณสุขชายแดน โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนาสาธารณสุขชายแดนออกมาจนถึงปัจจุบันรวม 3 ฉบับ คือ แผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนาสาธารณสุขชายแดน ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2550-2554) ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2555-2559) และฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2560-2564) ทั้ง 3 ฉบับมีวิสัยทัศน์ชัดเจนว่า ต้องการให้ประชากรทุกกลุ่มไม่เลือกสัญชาติที่อาศัยอยู่ในบริเวณพื้นที่ชายแดนประเทศไทย มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีถ้วนหน้า แผนแม่บทดังกล่าวต่างใช้เป็นแนวทางให้หน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัดชายแดนไทยได้ทำงานต่อเนื่อง เป็นเครื่องมือวางแผนทำงาน จัดสรรงบประมาณ ทรัพยากรด้านสุขภาพ ประชากรกลุ่มแรงงานข้ามชาติและงานสาธารณสุขชายแดนอย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากแผนแม่บทฯ ทั้ง 3 ฉบับแล้ว กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์เฉพาะเพิ่มเติม คือ แผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขเพื่อรองรับเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ พ.ศ. 2560-2564 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ใน 10 จังหวัด เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ (ระยะแรก 5 จังหวัด ได้แก่ ตาก ตราด สระแก้ว มุกดาหาร และสงขลา และระยะสอง 5 จังหวัด ได้แก่ หนองคาย นครพนม เชียงราย กาญจนบุรี และนราธิวาส) ตามนโยบายของรัฐบาล พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา ที่ต้องการสร้างเขตเศรษฐกิจพิเศษในพื้นที่ชายแดนดังกล่าว

โดยหลักการของทั้ง 3 แผนแม่บทฯ และแผนสาธารณสุขรองรับเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน เพิ่มศักยภาพการรองรับและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขชายแดน อย่างไรก็ดี พบว่าแผนแม่บทฉบับที่ 3 ได้เริ่มให้ความสำคัญกับระบบและกลไกการป้องกันและเฝ้าระวังโรคข้ามแดนในระดับล่างสุด โดยระดับชุมชนที่ใกล้ชิดกับประชากรข้ามแดนมากที่สุด คือ การสร้างระบบและใช้กลไกคนต่างชาติช่วยดูแลเฝ้าระวังสุขภาพชายแดน ในที่นี้ หมายถึง อาสาสมัครหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครต่างชาติ (อสต.) หรือบางครั้งก็เรียก “บุคลากรสาธารณสุขต่างชาติ” หรือ อสม.บัดดี้ (ที่หมายถึงการทำงานคู่ขนานไปกับ อสม.ไทย) หรือพนักงานสาธารณสุขชาวต่างชาติ ระบบหมู่บ้านคู่ขนาน (Twin Village)

ซึ่งเชื่อว่า การใช้ระบบกลไกดังกล่าวจะมีประสิทธิภาพมากที่สุดในการจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพชายแดน

ในแง่นี้ แผนแม่บทฉบับที่ 3 ดังกล่าวจึงถือเป็นการยอมรับผลงานของ อสต. มากขึ้น กล่าวคือ การทำงานไม่เพียงเป็นผู้ประสานงานด้านภาษาเหมือนในอดีตเท่านั้น แต่ยังมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการเฝ้าระวังป้องกันปัญหาโรคข้ามแดนและช่วยให้บริการสาธารณสุขมูลฐานแก่ประชากรต่างชาติ แรงงานข้ามชาติและคนข้ามแดนบริเวณชายแดนได้เป็นอย่างดี ที่ผ่านมาในทางปฏิบัติบริเวณพื้นที่ชายแดนเอง ได้ให้การยอมรับการทำงานของ อสต. อย่างไม่เป็นการด้อยค่า เพราะผลงานความร่วมมือระหว่าง อสต. ศูนย์สุขภาพชุมชนและหมู่บ้านคู่ขนานเป็นที่ยอมรับมากกว่า 20 ปี เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบริเวณจังหวัดชายแดนต่าง “พึ่งพาขอความช่วยเหลือ” กลไกระดับล่างสุด โดยเฉพาะกลุ่ม อสต. อย่างเข้มข้นแบบไม่เป็นการและนอกระบบกฎหมายมาอย่างยาวนาน ในลักษณะร้องขอให้ “จิตอาสา” ช่วยงานสาธารณสุขทำงานเชิงเฝ้าระวัง ป้องกันโรคและงานสาธารณสุขพื้นฐานที่ชายแดนให้เกิดประสิทธิภาพทั้งเพื่อตอบโจทยสิทธิความเป็นมนุษย์และเพื่อดำเนินตามข้อตกลงของกฎอนามัยระหว่างประเทศ (World Health Organization, 2016) ที่รัฐบาลไทยได้ลงนามไว้

แม้ว่าแผนแม่บทฉบับที่ 3 ของกระทรวงสาธารณสุขและนโยบายรัฐส่วนกลางได้เริ่มให้ความสำคัญกับระบบและกลไกคนต่างชาติเพื่อช่วยดูแลเฝ้าระวังปัญหาสาธารณสุขชายแดนและแรงงานข้ามชาติมากขึ้น และมีเป้าหมายที่ดีให้ประชากรทุกคนไม่เลือกสัญชาติใดที่อาศัยอยู่ในเขตชายแดนและเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษได้รับบริการสุขภาพและสาธารณสุขอย่างทั่วถึง มีหลักประกันสุขภาพสามารถเข้าถึงบริการได้ แต่กลับพบว่าแผนแม่บทฉบับที่ 3 ของกระทรวงสาธารณสุขยังให้ความสำคัญการทำงานสาธารณสุขชายแดนแบบแยกส่วนและเลือกปฏิบัติ โดยวางอยู่บนพื้นฐานความคิดแบ่งแยกระหว่าง “เขา” กับ “เรา” ทั้งในทางกฎหมายที่มีข้อจำกัดและในเชิงนโยบายแบบ “ปิด” แยกแยะคนบนความเป็นพลเมืองมากกว่าจะมองผลที่ได้รับสำหรับพื้นที่ชายแดนระยะยาวในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ของชายแดน

แผนแม่บทและนโยบายจากรัฐบาลส่วนกลางเหล่านี้สะท้อนให้เห็นวิธีคิดแบบเดิมที่มีต่อพื้นที่ชายแดน ที่รัฐชาติยึดติดกับอธิปไตยเหนือดินแดน เน้นควบคุมกำกับประชากรการเคลื่อนย้ายและประเด็นที่รัฐเชื่อว่าสั่นคลอนความมั่นคงของชาติ วิธีคิดเช่นนี้ ส่งผลให้เกิดสถานะ “ความอึดอัดเหลือ” (Predicament) ที่ด้านหนึ่ง รัฐส่วนกลาง และหน่วยงานปกครองยึดมั่นในกฎหมายพลเมืองบนวิธีคิดแบบพลเมืองและอธิปไตยเหนือดินแดนในการทำงาน ทำให้มอง อสต. (ผ่านการเคลื่อนย้ายเข้าเมืองเป็นแรงงาน) เป็นบุคคลเข้าเมืองผิดกฎหมาย แต่อีกด้าน กลับร้องขอให้ อสต. มีจิตอาสาช่วยเหลืองานด้านสาธารณสุข ท่ามกลางปัญหาสาธารณสุขชายแดนที่เกิดขึ้นเพิ่มพูนทวี สถานะ “ความอึดอัดเหลือ” เช่นนี้ ส่งผลทำให้การทำงานและ

การใช้งาน อสต. ที่หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนเคยทำมาก่อนหน้าไว้ประสิทธิภาพ เพราะหน่วยงานรัฐ โดยเฉพาะจากส่วนกลางและหน่วยงานปกครองยังไม่เข้าใจบริบทใหม่ๆ ในกระแสโลกาภิวัตน์ที่กำลังเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ที่จำเป็นต้องรับมือกับสถานะการเคลื่อนย้ายใหม่ๆ การเปิดขึ้นของเมืองและการพัฒนาเมืองในบริบทใหม่

บริบทเงื่อนไขในการกำหนดนโยบายสาธารณสุขชายแดน

การออกแบบนโยบายสาธารณสุขชายแดนของประเทศไทย กล่าวได้ว่า วางอยู่บนอย่างน้อย 2 บริบทใหญ่ๆ ที่เกี่ยวข้อง คือ บริบทแรก แรงผลักดันจากภายนอก จากหลักการระเบียบปฏิบัติสากลที่ประเทศไทยเข้าร่วมลงนามเป็นกติกาสากล ไม่ว่าจะเป็นระดับโลก และระดับภูมิภาคเอเชีย กับอีกบริบทสำคัญ คือ การเปิดชายแดนเพื่อคาดหวังการขยายการเติบโตทางเศรษฐกิจ ตามนโยบายของประเทศไทย ไม่ว่าจะเป็นจากแรงผลักดันของกรอบการสร้างภูมิภาคอาเซียนเชื่อมโยงกับประเทศเพื่อนบ้านในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ หรือ การจัดตั้งเขตเศรษฐกิจพิเศษขึ้นตามจังหวัดชายแดนเพื่อตอบสนองเป้าหมายการขยายตัวของเศรษฐกิจชายแดน บริบทสถานการณ์เช่นนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสถานะชายแดนทั้งทางเศรษฐกิจ การเมือง และสังคม

บริบทแรก การจัดระบบบริการเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันโรคตามระเบียบสากลที่สำคัญ คือ ภายใต้กฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulations: IHR) ปี ค.ศ. 2005 (ที่เรียก IHR 2005) (World Health Organization, 2016) ที่ไทยในฐานะหนึ่งในสมาชิกองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ต้องปฏิบัติตามเพื่อป้องกันโรคและสุขภาพที่ (อาจ) ก่อให้เกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ โดยคณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อวันที่ 5 มิถุนายน พ.ศ. 2550 เห็นชอบให้ไทยดำเนินการตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ ค.ศ. 2005 ซึ่งมีสถานะเป็นสนธิสัญญาระหว่างประเทศ (Treaty) IHR 2005 มี 66 มาตรการที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่บทนิยาม ขอบเขต หลักการและอำนาจความรับผิดชอบ การให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ การดำเนินการด้านสาธารณสุข การดำเนินการตามช่องทางเข้าออก (Point of Entry: POE) หลักการสำคัญตาม IHR 2005 เน้นสมรรถนะหลัก/ศักยภาพในการเฝ้าระวัง เตรียมความพร้อม และการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ มีเครื่องมือตัดสินใจหรือประเมินแจ้งเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุขได้ทันสถานการณ์ สามารถวินิจฉัยการระบาดภัยคุกคามทางสาธารณสุขได้ครอบคลุมพื้นที่ที่ดูแล มีทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว หรือทีม SRRT ในทุกระดับตั้งแต่ตำบล อำเภอ จังหวัด ประเทศ เข้าไปตรวจสอบและควบคุมโรคเบื้องต้นทันที โดยทั้งหมดนี้สามารถลดความเสี่ยงด้านสาธารณสุข ลดภาวะอันตรายด้านสาธารณสุขที่อาจทำให้เกิดภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern: PHEIC) หลักการ IHR 2005 นี้ แม้จะเน้นความสามารถในการป้องกันโรคทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ แต่ในหลักการปฏิบัติแล้ว ผู้ปฏิบัติงานจะต้องไม่กระทำการ

ใดๆ ที่ขาดการเคารพต่อศักดิ์ศรี สิทธิมนุษยชน เสรีภาพพื้นฐานของบุคคล นอกจากนี้ การตั้งประชาคมอาเซียนเป็นอีกแรงผลักดันที่ทำให้ไทยต้องปฏิบัติตามกฎบัตรอาเซียน (The ASEAN Charter) ว่าด้วยการเสริมสร้างประชาคมอาเซียนที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People-centered ASEAN Community) แผนงานการจัดตั้งประชาคมสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน หัวข้อการคุ้มครองและสวัสดิการสังคม ทำให้รัฐไทยต้องเตรียมการด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การส่งเสริมความมั่นคงและความปลอดภัยด้านอาหาร การเข้าถึงการดูแลสุขภาพและส่งเสริมการดำรงชีวิตที่มีสุขภาพสมบูรณ์ การเพิ่มขีดความสามารถในการควบคุมโรคติดต่อ และการสร้างรัฐที่พร้อมรับกับภัยพิบัติและประชาคมที่ปลอดภัยยิ่งขึ้น ส่งเสริมการประสานงานและการวางแผนร่วมกันในหลายภาคส่วนเกี่ยวกับเรื่องการเตรียมความพร้อมและการรับมือกับโรคระบาดต่างๆ ในระดับภูมิภาค

บริบทที่สอง บริบทเศรษฐกิจชายแดนที่ขยายตัวตามกรอบการสร้างภูมิภาคนิยม (โดยเฉพาะการรวมกลุ่มในภูมิภาคเอเชียภายใต้กรอบการค้าเสรีของอาเซียนกับจีน ญี่ปุ่น และอินเดีย และการเป็นประชาคมอาเซียนในปี พ.ศ. 2558) ที่เปิดเขตจังหวัดชายแดนให้ติดต่อกับการค้าชายแดนอย่างเป็นทางการ ปรับเปลี่ยนชายแดนจากเดิมที่เคยเป็น “ชายแดนทางการเมือง” (Political Border) เพื่อรักษาความมั่นคงและอธิปไตยเหนือดินแดนของประเทศ ไปสู่ชายแดนเศรษฐกิจ (Economic Border) และปรับกฎกติกาการเคลื่อนย้ายข้ามผ่านเขตแดนอธิปไตยของประเทศให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้น (Flexible Border and Regulation) บริบทดังกล่าวมีผลให้เศรษฐกิจชายแดนและกิจกรรมทางเศรษฐกิจข้ามแดนเคลื่อนย้ายได้สะดวกรวดเร็วขึ้น แต่ขณะเดียวกัน ไม่เพียงเศรษฐกิจ สินค้า การเดินทางของผู้คน (บางกลุ่ม) ที่ข้ามแดนได้สะดวกเท่านั้น หากแต่ผู้คน สังคม วัฒนธรรม และโรคภัยสุขภาพที่อาจมาพร้อมการเดินทางข้ามแดนเกิดขึ้นได้เข้มข้นเช่นกัน เช่น การเคลื่อนย้ายประชากร สินค้า อาหาร สารเคมี เครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้กัมมันตรังสีและนิวเคลียร์ สัตว์ข้ามประเทศผ่านช่องทางเข้าออกตามชายแดน หรือเชื้อโรคที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงภาวะอันตรายด้านสาธารณสุข

จากทั้งสองบริบทที่ค่อยๆ มีความเข้มข้นของสถานการณ์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบริเวณพื้นที่ชายแดนมากขึ้น ในที่นี้ สามารถสะท้อนให้เห็นได้จากพลวัตการออกแบนโยบายและแผนแม่บทด้านสาธารณสุขชายแดนที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก

3. พลวัตการออกแบนโยบายและแผนแม่บทด้านสาธารณสุขชายแดน

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนแม่บทแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนขึ้นมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 ทั้งหมด 3 แผนฯ มีอย่างน้อย 3 ช่วง ได้แก่

(1) แผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนฉบับที่ 1 พ.ศ. 2550-2554 เกิดขึ้นภายใต้แรงผลักดันจาก IHR 2005 ทำให้แผนฉบับแรกมีความตั้งใจเริ่มต้นที่ต้องการให้ชุมชนในพื้นที่ชายแดนมีระบบบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่มีคุณภาพ ประชาชนชายแดนเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง มีระบบเฝ้าระวังโรคที่มีประสิทธิภาพ สนับสนุน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีต่างๆ และประสานความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้าน แต่การเขียนในแผนแรก ยังเป็นการกล่าวในภาพรวมมากกว่าจะลงไปในรายละเอียดการใช้ระบบและกลไกเฉพาะอย่างใดอย่างหนึ่ง

(2) แผนแม่บทฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2555-2559) เป็นแผนต่อเนื่องจากแผนแรก แต่ปรับให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 และปรับให้เข้ากับสภาพปัญหาในพื้นที่มากขึ้น ให้ความสำคัญกับบริบทชายแดนทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมที่เปลี่ยนไปจากในประเทศและระหว่างประเทศ กำหนดยุทธศาสตร์สำคัญที่เปลี่ยนไปจากแผนแรก คือ การดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนร่วมระหว่างภาคีเครือข่ายใน/ระหว่างเขตชายแดน ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานในและระหว่างประเทศ ไปพร้อมกับการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสาธารณสุข การส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน เพื่อตอบวัตถุประสงค์เดียวกันกับแผนแรก คือ เพื่อให้ประชากรในพื้นที่ชายแดนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า

(3) แผนแม่บทฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2560-2564) คือฉบับที่กระทรวงสาธารณสุขใช้อยู่ในปัจจุบัน เตรียมรับมือการเฝ้าระวัง เตรียมความพร้อมป้องกันโรคข้ามแดน แผนฉบับที่ 3 แตกต่างไปจาก 2 แผนแรก เพราะนอกจากจะใช้บริบทภายนอกในการจัดทำแผนแล้ว ยังใช้กรอบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) กรอบการทำงานเชิงยุทธศาสตร์ประเทศไทย 4.0 ด้านสาธารณสุข (ของกระทรวงสาธารณสุข และเน้น MOPH 4.0 หมายถึงการเพิ่มมูลค่าหรือการเพิ่มศักยภาพของการทำงาน นำนวัตกรรมมาเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจ) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) และยุทธศาสตร์การพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษของประเทศไทยที่นำมารวมไว้ในแผนแม่บทฉบับที่ 3 นี้ กล่าวคือ มีแผนแม่บทจำแนกแยกแยะพื้นที่ออกไปเป็น 2 แผนหลัก ได้แก่ แผนแรก เรียกว่า แผนแม่บทสาธารณสุขเขตสุขภาพพิเศษ พ.ศ. 2560-2564 แบ่งพื้นที่การทำงานภายใต้แผนนี้เป็นพื้นที่สาธารณสุขชายแดนครอบคลุม 31 จังหวัดชายแดนทั่วประเทศ ซึ่งมาจากฐานเดิมของแผนแม่บทฉบับที่ 1 และ 2 แต่ได้ขยายพื้นที่ออกไปสู่พื้นที่สาธารณสุขเขตพื้นที่เฉพาะที่มีกลุ่มประชากรต่างดาวอาศัยอยู่ซึ่งครอบคลุม 77 จังหวัดทั่วประเทศ กับแผนที่สอง เรียกว่า แผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขเพื่อรองรับเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ พ.ศ. 2560-2564 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ใน 10 จังหวัดเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ

ภายใต้แผนแม่บทฯ ฉบับที่ 3 นอกจากจะมีองค์ประกอบของ 2 แผนพื้นที่ชายแดนข้างต้นแล้ว ยังมีความคล้ายกันอย่างน้อย 3 ประการ คือ ประการแรก มีวิสัยทัศน์ร่วมกัน ต้องการให้

ประชากรในพื้นที่ชายแดนและในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ไม่ว่าคนไทยหรือประชากรต่างชาติ มีคุณภาพชีวิตและมีสุขภาพที่ดี **ประการที่สอง มีพันธกิจร่วมกัน** คือ สร้างเสริม/พัฒนาระบบสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดน การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุข และเพิ่มศักยภาพระบบบริการสุขภาพ และระบบการดูแลสุขภาพประชาชนทุกสัญชาติในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ **และประการสุดท้าย มีเป้าหมายร่วมกัน** คือ 1) ให้ประชากรทุกคน ไม่ว่าสัญชาติใดที่อยู่ในพื้นที่ชายแดนและในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษได้รับบริการสุขภาพและสาธารณสุขอย่างทั่วถึง มีหลักประกันสุขภาพสามารถเข้าถึงบริการได้ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพที่ดี และการเจ็บป่วยด้วยโรคข้ามแดน (ในประชากรต่างชาติ) ลดลง และ 2) มีการจัดวางระบบสาธารณสุขเข้มแข็งและยั่งยืน มีสถานบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐานและเป็นมิตร

อย่างไรก็ตาม สิ่งที่น่าสนใจที่สุดของทุกแผนแม่บทและเป็นประเด็นที่บทความนี้ต้องการหยิบยกมาจากแผนแม่บทดังกล่าว คือ ประเด็นอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติดี หรือ อสต. กับการพัฒนากำลังคนและทักษะทางสาธารณสุขชายแดนเพื่อช่วยทำให้ยุทธศาสตร์ในแผนแม่บททั้งหมดนี้สำเร็จและเป็นไปได้ โดยนำเอาอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ เขียนไว้เป็นเครื่องมือหนึ่งในการพัฒนาจัดตั้งเขตสุขภาพพิเศษมีรูปแบบดำเนินงานอย่างเป็นระบบในกระทรวงสาธารณสุขและภาครัฐ

อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ (อสต.) ภายใต้แผนแม่บทและนโยบายสาธารณสุขชายแดน

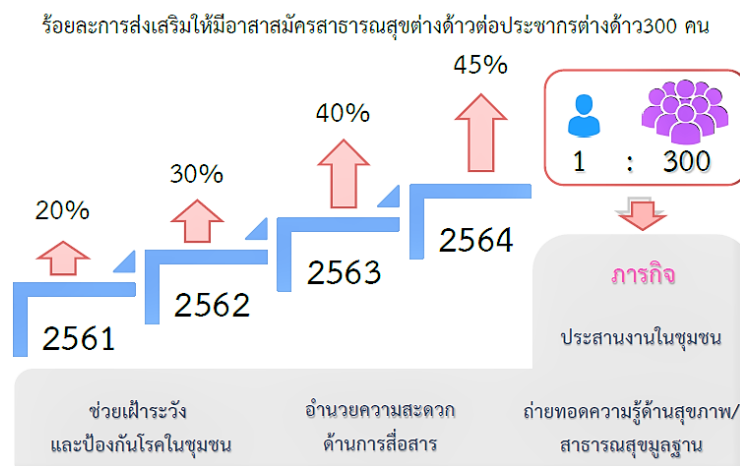
อาสาสมัครสาธารณสุขชาวต่างชาติ หรือที่เรียกสั้นๆ ว่า อสต. หรือบุคลากรสาธารณสุขต่างชาติ หรือ อสม. บัดดี ที่ทำงานคู่ขนานไปกับ อสม. ไทย แรกเริ่มเดิมทีไม่ได้ปรากฏอยู่ในแผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนฉบับที่ 1 และฉบับที่ 2 ตั้งแต่ต้น มีเพียงการกล่าวถึงการใช้กลยุทธ์ในการสร้างเครือข่ายและกลไกความร่วมมือระหว่างชุมชนกับหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภาคประชาชน องค์กรเอกชน และองค์การระหว่างประเทศในพื้นที่ชายแดน และสนับสนุนให้ชุมชน องค์กรภาคประชาชนเข้ามามีบทบาทกำหนดทิศทางการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนระดับชุมชน รวมทั้งพัฒนาศักยภาพเครือข่ายภาคประชาชนในการจัดระบบการเตือนภัยและเฝ้าระวังโรคที่เป็นภัยคุกคามในพื้นที่ชายแดนเท่านั้น

แต่ในแผนแม่บทฉบับที่ 3 กลับน่าสนใจมากขึ้นที่นโยบายรัฐเริ่มให้ความสำคัญเชิงหลักการกับการพัฒนากำลังคนด้านการผลิต อสต. ขึ้นเป็นครั้งแรกอย่างเป็นทางการและกำหนดไว้ในแผนแม่บทฯ เพื่อช่วยเหลืองานด้านสาธารณสุขชายแดน โดยตั้งเป้าว่าจะผลิต อสต. จำนวน 1 คนให้สามารถดูแลประชากรต่างชาติได้ 300 คน (ในที่นี่ หมายถึง จำนวนประชากรต่างชาติที่ขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพเป็นหลัก) โดยกลุ่มผู้ที่เข้ามาเป็น อสต. คือ ประชากรต่างชาติในจังหวัดชายแดนที่มีจิตอาสาช่วยเหลืองานสาธารณสุขและรับการอบรม

หลักสูตร อสต. จากหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ที่จัดขึ้นภายใต้การดูแลของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ตามแผนแม่บทฉบับที่ 3 คาดว่าภายในปี พ.ศ. 2564 จะสามารถเพิ่มจำนวน อสต. ได้ถึง 7,000 คน (หรือร้อยละ 45 จากจำนวนเดิม คือ 15,550 คนทั่วประเทศ) โดยจัดสรรงบประมาณจำนวน 14,573,200 บาท กับการพัฒนา อสต. รายใหม่ทั่วประเทศ อย่างไรก็ตาม งบส่วนใหญ่ที่ตั้งไว้กลับเน้นไปที่การจัดอบรมหลักสูตรเป็นหลัก จัดทำคู่มือต้นแบบการอบรมแปลเป็นภาษาต่างๆ ทั้งลาว เวียดนาม พม่า และกัมพูชา และคู่มือสำหรับประชากรต่างด้าวในการใช้ชีวิตอยู่ในประเทศไทย

นอกจากนี้ แผนแม่บทฯ ยังกำหนดเนื้องานหลักให้ อสต. ทำหน้าที่ ได้แก่ การช่วยเฝ้าระวังและป้องกันโรคในชุมชน การอำนวยความสะดวกด้านการสื่อสาร การประสานงานในชุมชน และถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพและสาธารณสุขมูลฐานให้แก่กลุ่มประชากรต่างชาติที่ดูแลการผลิต อสต. ที่ยังคาดหวังว่าจะใช้กับพื้นที่เขตพิเศษชายแดนด้วย ได้แก่ พื้นที่สาธารณสุขชายแดน 31 จังหวัด พื้นที่เฉพาะที่มีประชากรต่างสัญชาติอาศัยอยู่ครอบคลุม 77 จังหวัดทั่วประเทศ พื้นที่สาธารณสุขทางทะเล 23 จังหวัด และพื้นที่สาธารณสุขเขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก 3 จังหวัด ที่ดูแลโดยกลุ่มสาธารณสุขเขตสุขภาพพิเศษ งานสาธารณสุขชายแดน

แผนภาพที่ 1 แผนการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว



ที่มา: พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ (2561)

การกำหนดการผลิต อสต. ไว้ในแผนแม่บทฯ ดังกล่าวถือเป็นจุดเด่นเชิงนโยบายที่กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการมา แต่หากลองย้อนมองกลับไปจะพบความอึดอืดเหลือของการทำงานและการใช้งาน อสต. ที่หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดน และองค์กรพัฒนา

เอกชนต้องแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขในพื้นที่ตามเงื่อนไขและทรัพยากรที่มีอยู่ของพื้นที่ ขณะที่ปัญหาด้านสาธารณสุขชายแดนเพิ่มพูนทวี

พัฒนาการของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ (อสต.)

นับตั้งแต่ช่วง พ.ศ. 2544-2549 ปัญหาแรงงานต่างชาติโดยเฉพาะแรงงาน 3 สัญชาติ คือ ลาว พม่า และกัมพูชาหลบหนีเข้ามาทำงานในประเทศไทยจำนวนมาก แรงงานต่างชาติเหล่านี้แสดงสถานะ “ความอึดหลักอึดเหลือ” ของรัฐไทยและสังคมไทยมาโดยตลอด เพราะในทางกฎหมาย แรงงานต่างชาติเหล่านี้ คือ ผู้เข้าเมืองอย่างผิดกฎหมาย แต่ในทางเศรษฐกิจกลับพบว่า นายจ้าง และผู้ประกอบการต่างแสวงหาแรงงานเหล่านี้จำนวนมากมาเป็นแรงงานด้วยเพราะสถานะขาดแคลนแรงงานในประเทศที่คนไทยเริ่มไม่ยอมทำงานกลุ่มไร้ฝีมือ และที่สำคัญด้วยเพราะค่าจ้างแรงงานราคาถูก ทำให้สามารถลดต้นทุนการผลิตได้ดี การเข้ามาของแรงงานต่างชาติ และสถานการณ์ดังกล่าวมีผลที่ตามมาต่อการดูแลเรื่องสิทธิ สวัสดิการ ที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติ ตลอดจนจนประเด็นสุขภาวะสุขภาพ โรคภัยไข้เจ็บที่กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ต้องคอยติดตามดูแล (กฤตยา อาชวนิจกุล และ พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร, 2548)

ที่ผ่านมาปัญหาในพื้นที่ที่สำคัญที่สุด คือ การไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มคนแรงงานข้ามชาติ เพราะปัญหาการสื่อสารด้านภาษา ดังนั้น เพื่อให้สามารถเข้าถึงกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ประชากรต่างชาติ ซึ่งจะสามารถช่วยเหลือประเด็นปัญหาต่างๆ ได้ในภายหลัง จึงทำให้ในช่วงก่อน พ.ศ. 2549 หน่วยงานต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ องค์กรพัฒนาเอกชน จึงแก้ปัญหาเรื่องการสื่อสารและการเข้าถึงกลุ่มแรงงานข้ามชาติบริเวณชายแดนได้เสนอร่วมกันว่าหากให้แรงงานข้ามชาติเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการแก้ปัญหาสุขภาวะ สุขภาพ และดูแลสอบถามเรื่องที่เกี่ยวข้อง เป็นการใช้คนในชุมชนเดียวกันช่วยดูแลร่วมกันก็จะเป็นผลดีต่อการทำงานและต่อสุขภาพของแรงงาน ประชากรต่างชาติ และประชาชนไทยโดยรวมด้วย หลังจากนั้น หน่วยงานเหล่านี้จึงเสนอให้จ้างประชากรต่างชาติเข้ามาเป็น อสต. หรือพนักงานสาธารณสุขต่างชาติ (พสต.) เพื่อทำหน้าที่เป็นล่ามประจำที่โรงพยาบาลและออกพื้นที่นอกสนามทำงานส่งเสริมสุขภาพ ช่วยควบคุมโรคที่ต้องเฝ้าระวังร่วมกับโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชายแดนและในพื้นที่ชุมชนแรงงานข้ามชาติ

ในช่วงเริ่มต้นมีทั้งโรงพยาบาลจ้างเอง เช่น โรงพยาบาลสังขละบุรี หรือโรงพยาบาลร่วมมือกับองค์กรเอกชน เช่น โรงพยาบาลแม่สอด สมุทรสาคร ระนอง และระยอง อย่างไรก็ตาม การจ้างงานดังกล่าวกลับประสบปัญหา เพราะตามมติคณะรัฐมนตรีช่วงตั้งแต่ พ.ศ. 2539-2543 (เรื่องการจ้างแรงงานต่างชาติจากประเทศพม่า ลาว และกัมพูชาให้ทำงานได้ชั่วคราว) อนุญาตให้จ้างงานแรงงานกลุ่มนี้ได้เพียงบางอาชีพเท่านั้น เช่น กรรมกร คนรับใช้ในบ้าน

จึงไม่สามารถจัดประเภทให้แก่การจ้างงานนี้ได้ ทำให้องค์กรหลายแห่งต้องแก้ปัญหาเฉพาะหน้า หลบหลีกกฎหมายเพื่อประโยชน์โดยรวม ด้วยการจดทะเบียนจ้าง อสต. หรือ พสต. ในงานประเภทที่ได้รับอนุญาตตามมติ ครม. แต่ไม่ได้ปฏิบัติงานในหน้าที่นั้นจริงตามการจดทะเบียน

จากนั้นองค์กรพัฒนาเอกชนในระดับท้องถิ่น ระดับประเทศ และนานาชาติ ร่วมกับหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขได้เรียกร้องอย่างเป็นระบบ โดยกระทรวงสาธารณสุขเสนอเรื่องนี้ต่อคณะรัฐมนตรี ซึ่งมีมติ ครม. เมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2548 เห็นด้วยในหลักการให้สามารถจ้างงาน อสต. หรือ พสต. ได้ อย่างไรก็ดี เมื่อนำไปสู่หลักปฏิบัติกลับพบว่า กระทรวงแรงงานโดยคณะกรรมการจัดระบบและกำหนดมาตรฐานการจ้างแรงงานต่างด้าวมีความเห็นแย้ง และตั้งข้อสังเกตเมื่อวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2549 ว่า แนวคิดให้คนต่างชาติเป็นผู้แทนช่วยเหลือเฝ้าระวังโรคในชุมชนที่คนต่างด้าวพักอาศัยเป็นแนวคิดที่ดี แต่ควรทำในรูป “อาสาสมัคร” และจ่ายค่าตอบแทนเป็นครั้งคราว เหตุผลเบื้องหลังที่กระทรวงแรงงานไม่อนุญาตให้กระทรวงสาธารณสุขจ้างแรงงานหลบหนีเข้าเมืองมาทำงานได้ เพราะเกรงว่า จะกลายเป็นบรรทัดฐานให้หน่วยงานอื่นที่มีความจำเป็นต้องจ้างภายในอนาคต สามารถใช้เป็นแบบอย่างได้

แม้จะมีข้อโต้แย้ง แต่หลังจากนั้น สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้นำไปประยุกต์ใช้กับ 10 จังหวัดนำร่อง ได้แก่ ระยอง ชลบุรี สมุทรสาคร ระนอง ปัตตานี ตาก เชียงใหม่ สมุทรปราการ สงขลา และภูเก็ต โดยเริ่มให้สถานบริการจ้างแรงงานต่างชาติทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติดำเนินในสถานบริการ ปฏิบัติงานแบบเต็มเวลาและจ่ายค่าตอบแทนเป็นเบี้ยเลี้ยง ซึ่งช่วยลดปัญหาการสื่อสารระหว่างแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชาวไทยกับแรงงานต่างชาติได้เป็นอย่างดี สามารถสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยต่างชาติได้มากขึ้น และลดปัญหาความเสี่ยงเรื่องโรคและสุขภาพได้มากขึ้นด้วย

อย่างไรก็ดี ในช่วง พ.ศ. 2551 เมื่อมีพระราชบัญญัติการทำงานคนต่างด้าว พ.ศ. 2551 ออกมา กระทรวงแรงงานเสนอว่า หน่วยงานสาธารณสุขสามารถใช้การเพิ่มลักษณะงาน “ล่ามต่างด้าว” ให้เป็นงานที่แรงงานข้ามชาติสามารถทำได้ เนื่องจากเห็นความสำคัญของล่ามแปลภาษาในกระบวนการจดทะเบียนแรงงาน การประชาสัมพันธ์ และการคุ้มครองสิทธิแรงงาน รวมถึงสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับงานของกระทรวงแรงงาน แต่ทั้งนี้ งาน อสต./พสต. ที่แรงงานต่างด้าวปฏิบัติงานในสถานบริการพยาบาลและที่อื่นๆ ยังเป็นงานที่ไม่มีกฎหมายรองรับ อสต./พสต. ยังคงถูกจ้างในลักษณะงานกรรมกร งานผู้รับใช้ในบ้านจากผู้ประกอบการ แต่กลับให้ปฏิบัติงานในหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งเป็นการจ้างที่ไม่ตรงกับงานที่ปฏิบัติ เป็นเหตุให้ถูกเจ้าหน้าที่ตำรวจจับกุมบ่อยครั้ง (กฤตยา อาชวนิชกุล และกุลภา วจนสาระ, 2552, น. 73-75) แม้กรมบัญชีกลางจะตีความว่า สามารถใช้งบประมาณสุขภาพที่เก็บจากแรงงานต่างชาติมาจ่ายเป็นค่าตอบแทนได้ และปี พ.ศ. 2551 ก็มีการจ้างงาน พสต.

จริงในรูปอาสาสมัครเต็มเวลาทั้งในภาครัฐและเอกชนรวม 357 คนใน 20 จังหวัดก็ตาม แต่ปัญหาการถูกจับกุม อสต./พสต. ในฐานะเข้าเมืองมาทำงานอย่างผิดกฎหมาย โดยเจ้าหน้าที่ตำรวจหน่วยงานปกครองกลับยังคงเกิดขึ้นอยู่เนืองๆ

ปัจจุบันความลักลั่นขัดแย้งเชิงนโยบายและการนำกฎหมายมาใช้กับแรงงาน 3 สัญชาติ (พม่า ลาว กัมพูชา) ก็ทำให้การจ้างงาน พสต. หรือ อสต. ประสบปัญหาเรื่อยมา เช่น เมื่อปี พ.ศ. 2560 รัฐบาล พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชาต้องการจัดการปัญหาแรงงานหลบหนีเข้าเมืองอีกครั้ง จึงออกประกาศ “พระราชกำหนดการบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2560” ขึ้น ผลที่ตามมา ส่งผลกระทบต่อหน่วยบริการในชายแดนและพื้นที่ที่มีแรงงานต่างชาติทำงานอยู่ เช่น จ.ระนอง จ.ตาก และที่อื่นๆ ที่ต้องให้บริการแรงงานข้ามชาติจากพม่า แต่ไม่สามารถจ้าง อสต./พสต.ชาวพม่ามาช่วยเป็นล่ามแปลภาษาและช่วยประสานงานออกเยี่ยมชุมชนได้ ทำให้การทำงานยากลำบากมากขึ้น เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง (สสจ.ระนอง) ที่เคยสามารถสนับสนุนงบประมาณจ้าง พสต. ให้ไปประจำหน่วยบริการสาธารณสุขก็พบปัญหาจากกฎหมายดังกล่าว ทำให้ สสจ.ระนองไม่สามารถจ้างได้เช่นเดิม แม้ว่าทางสำนักงานจัดหางานจังหวัดได้ให้ความช่วยเหลือด้วยการเพิ่มอาชีพผู้ประสานงานภาษาให้แก่หน่วยงานสาธารณสุขระนอง (แก้ปัญหาตนเองในระดับท้องถิ่น จังหวัด) แล้วก็ตาม แต่ก็ยังมีกระเปาะที่เข้มงวด เช่น ต้องรับสมัครคนไทยก่อน หากไม่มีคนไทยมาสมัคร (ภายใน 15 วัน) จึงจะสามารถรับสมัครคนต่างด้าวได้ และยังติดขัดระเบียบกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ที่ไม่มีระเบียบรองรับ ทำให้บางหน่วยงานแก้ปัญหาด้วยการใช้เงินบำรุงขององค์กรมาจ้างแทน เป็นต้น

บทบาทของ อสต. และ พสต.

ข้อมูลในอดีตเมื่อ พ.ศ. 2551 (ในงาน “สัมมนาเพื่อหามาตรการรองรับ พสต. ช่วยงานในระบบสุขภาพ” เมื่อวันที่ 23-24 เมษายน พ.ศ. 2551) ได้สรุปบทบาทหน้าที่ของ พสต. ในงานสาธารณสุขไว้อย่างน่าสนใจ คือ 1) เป็นล่ามภาษาในการให้บริการที่สถานบริการสุขภาพที่หอผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยใน (เช่น การซักประวัติเบื้องต้น คัดกรองคนไข้ รักษาพยาบาลเบื้องต้น และแนะนำสิทธิประกัน เป็นต้น) 2) ให้สุขศึกษาเรื่องการดูแลตนเอง แนะนำการกินยา และโรคต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง 3) ช่วยให้คำปรึกษาเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น โรคเอดส์ กามโรค การคุมกำเนิดและอื่นๆ 4) ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึกข้อมูลคนไข้ 5) ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแปลสื่อสุขภาพให้เป็นภาษาของแรงงาน 6) ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อการประกันสุขภาพ 7) ค้นหา คัดกรองผู้ป่วย และเฝ้าระวังโรคติดต่อต่างๆ ในชุมชน 8) พาผู้ป่วยที่ต้องการรับการรักษาส่งต่อไปยังโรงพยาบาล 9) ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชน (Home Health Care) รวมทั้งการติดตามการรักษาโรคและกินยารักษาต่อเนื่อง เช่น วัณโรค ยาต้านไวรัสเอดส์ เป็นต้น

10) ช่วยประสานกับเครือข่ายต่างๆ ในชุมชนให้เกิดการทำงานรณรงค์สุขภาพและกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคในชุมชนต่างดาว 11) ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดทำแฟ้มข้อมูลครัวเรือนเก็บข้อมูลสาธารณสุขในชุมชน และจัดทำแผนที่ชุมชน 12) ให้สุขศึกษา และจัดกิจกรรมกลุ่มกระจายสื่อสุขภาพในชุมชนต่างดาว หรือสถานประกอบการ และ 13) ช่วยให้ข้อมูลประชาสัมพันธ์บริการสุขภาพและสิทธิประกันแก่กลุ่มแรงงานข้ามชาติ (กฤตยา อาชวนิชกุล และ กุลภา วจนสาระ, 2552) ซึ่งเห็นว่า บทบาทของ อสต. และ พสต. ที่ถูกวางไว้ดังข้างต้น และในปรากฏการณ์จริง อสต./พสต. ทำงานมากกว่าการเป็นเพียงล่ามแปลภาษาเท่านั้น

งานศึกษาของ เทพินทร์ พัชรนุรักษ์ และคณะ (2561) ได้เสนอตัวอย่างของ อสต. แม่สอด ที่ตอกย้ำให้เห็นถึงความสำคัญของ อสต. ว่ามีผลต่อความสำเร็จและประสิทธิภาพในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขชายแดน โดยเฉพาะกรณีปัญหาที่ เทพินทร์ พัชรนุรักษ์ และคณะ (2561) ที่พบว่า การทำงานในกลุ่มดูแลโรคติดต่อชายแดน เช่น วัณโรค การช่วยค้นหาผู้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และสามารถให้คำแนะนำในการส่งตรวจเชื้อ พร้อมทั้งช่วยเหลือในการติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งงานช่วยกระจายความรู้ ข้อมูลข่าวสาร เพื่อการป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมการกระจายของโรค ทำให้การทำงานป้องกันโรคติดต่อวัณโรคชายแดนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชายแดนมีประสิทธิภาพอย่างมาก ที่สำคัญ อสต. เหล่านี้ได้กลายเป็น “ผู้นำด้านสุขภาพ” ในชุมชนคนต่างชาตินิคมชายแดนไทย-เมียนมา ที่ใช้ความรู้หลักการสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทยผ่านการฝึกอบรมของหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐไทย ไปช่วยดูแลประสานให้ชาวต่างชาติที่อาศัยในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่หน่วยงานสุขภาพในพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลแม่สอด หรือโรงพยาบาลส่งเสริมระดับตำบลจัดให้ ทำหน้าที่สนับสนุนและเป็นกำลังสำคัญในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อที่เกิดในชุมชน ช่วยค้นหาผู้ป่วยวัณโรค การกำจัดลูกน้ำยุงลาย การทำให้น้ำดื่มในบ่อน้ำใสสะอาดโดยปรับปรุงสุขาภิบาลน้ำดื่ม น้ำใช้ เช่น การใส่คลอรีนในบ่อน้ำดื่มสะอาด ช่วยลดการเกิดโรคอหิวาตกโรคที่เป็นปัญหาในอดีต เป็นต้น เป็นผู้ที่ช่วยให้ความรู้ด้านสุขศึกษาในสถานีนามัย (Health Post) ในพื้นที่ทั้งการฉีดวัคซีนเด็ก บริการวางแผนครอบครัว และการฝากครรภ์ ทั้งยังช่วยติดตามกลุ่มเป้าหมายให้มารับบริการอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ประชากรต่างชาติเข้าถึงยาสามัญประจำบ้านในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของคนในครอบครัวชุมชน

ตัวอย่างรูปธรรมจากงานศึกษาของ เทพินทร์ พัชรนุรักษ์ และคณะ (2561) คือความร่วมมือของสาธารณสุขชายแดนไทย เครือข่ายภาคีองค์กรเอกชนด้านสุขภาพบริเวณชายแดนแม่สอด ในการพัฒนา อสต. ให้สามารถทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งปัจจุบันมี 29 แห่งบริเวณชายแดนแม่สอด สนับสนุนโดยมูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย 25 แห่ง

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอด 2 แห่ง โรงพยาบาลแม่สอดอีก 2 แห่ง รวมทั้งได้สร้างเครือข่าย อสต. ใน 14 ชุมชนพื้นที่ประชากรต่างชาติจนประสบความสำเร็จ นอกจากนี้ในงานวิจัยยังได้พิสูจน์ด้วยกรณีตัวอย่างบทบาทของ อสต. กับศูนย์สุขภาพชุมชนในการติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งพบว่า บทบาทของ อสต. ในศูนย์สุขภาพชุมชนในชุมชนต่างชาติมีส่วนช่วยอย่างมากในการกระจายข้อมูลความรู้ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างปราการป้องกันดูแลรักษา และควบคุมการกระจายของโรคได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ บทบาทของ อสต. และศูนย์สุขภาพชุมชนยังสามารถลดข้อจำกัดของบุคลากรสาธารณสุขของรัฐไทยที่ไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มคนชุมชนต่างชาติได้ ขณะที่ อสต. และศูนย์สุขภาพชุมชนกลับช่วยดูแลครอบคลุมทั้งในเขตโรงงาน ชุมชนแรงงานรับจ้างในเมืองแม่สอดและชุมชนรอบนอก ทั้งในแง่การจัดการสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน และยังสามารถขยายความช่วยเหลือไปสู่ปัญหาอื่นๆ ที่กลุ่มคนเหล่านี้ต้องประสบ ไม่ว่าจะเป็นการให้ข้อมูลความรู้ด้านสิทธิ ข้อบังคับแรงงาน และการศึกษา เป็นต้น

ในศูนย์สุขภาพชุมชนและการสร้างเครือข่ายในชุมชนต่างชาติเหล่านี้ มีพนักงานสาธารณสุขต่างชาติ (พสต.) เป็นพี่เลี้ยงคัดเลือก อสต. ที่มีจิตอาสา มีความรู้และความตั้งใจมาเข้ารับการอบรมในหลักสูตร และเมื่อทำงานไปได้ระยะหนึ่ง จะสามารถนำ อสต. ที่มีศักยภาพมาพัฒนาเป็นทีมตอบโต้และควบคุมโรคในชุมชนชายแดน (SRRT) และกลุ่มคนข้ามแดน ผู้อพยพได้ เนื่องจาก อสต. เหล่านี้สามารถถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารไปยังแรงงานข้ามแดนในชุมชนได้โดยตรง การสื่อสารและการเข้าถึงบริการง่ายขึ้น รวมทั้งสามารถช่วยเหลือการบริการสุขภาพพื้นฐานด้วยศูนย์สุขภาพชุมชนทำให้สามารถบรรเทาความเจ็บป่วยและช่วยลดภาระงานของสถานบริการสุขภาพของภาครัฐ ซึ่งเป็นการกระจายการดำเนินงานสู่พื้นที่ชุมชนได้ครอบคลุมมากกว่าการดำเนินงานโดยเจ้าหน้าที่รัฐและมูลนิธิเพียงอย่างเดียว

บทบาทของ อสต. และ พสต. ที่เป็นเรียวแรงแก้ไขปัญหาสุขภาพชายแดนในกลุ่มประชากรต่างชาติได้อย่างดี และช่วยแบ่งเบาภาระ ทำให้โรงพยาบาลแม่สอดให้ความสำคัญกับการสร้างเครือข่าย อสต. และยกย่องให้เกียรติแก่ อสต. จัดกิจกรรมให้เป็นขวัญกำลังใจในการทำหน้าที่ เช่น มอบรางวัล อสต. ดีเด่นและเป็นที่ยอมรับ การออกบัตรประจำตัว อสต. ที่ผ่านการอบรมโดยรพ.แม่สอด การสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลให้ในรายที่มีค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลจำนวนมาก หากขาด อสต. จะทำให้ขาดการประสานงานกับชุมชนต่างชาติที่มีจำนวนมากในพื้นที่ชายแดนแม่สอด ทำให้กลไกในการเฝ้าระวังและควบคุมโรค การเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการส่งเสริมและป้องกันโรคจะไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดการแพร่ระบาดเป็นวงกว้าง ขณะที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลแม่สอดก็จะไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายประชากรต่างชาติได้ ขาดผู้ประสานติดตามกลุ่มเป้าหมายเพื่อมารับบริการ

ที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นการให้วัคซีนในเด็ก การฝากครรภ์ การวางแผนครอบครัว หรือ การติดตามภาวะการณสุขภาพที่สำคัญ ยังช่วยลดความแออัดของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาล แม่สอดได้ รวมถึงยังแบ่งเบาภาระ อสม. ในการเข้าถึงชุมชน ที่ทำได้ยากนัก เพราะมีปัญหา ภาษาสื่อสารกับชุมชนต่างชาติ นอกจากนี้ ผลการวิจัยของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (อ้างถึงใน คอลัมน์ hfocus, 2018ก) ก็พบคุณประโยชน์มากมาย ที่องค์กรพัฒนาเอกชนชายแดน เช่น มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย ได้เสนอให้นำมาใช้ อย่างเต็มที่ (คอลัมน์ hfocus, 2018ข) ทำหน้าที่เป็นแกนนำดูแลกลุ่มประชากรข้ามชาติ ในชุมชน ถ่ายทอดข้อมูลข่าวสาร แจ้งข่าวในเรื่องเกี่ยวกับสาธารณสุขพื้นฐานได้ หากทำได้ อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยลดปัญหาสุขภาพในพื้นที่ มีประโยชน์ในการควบคุมโรค การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มประชากรข้ามชาติ ที่นำไปสู่การลดภาระค่าใช้จ่าย ค่ารักษาพยาบาลของหน่วยบริการในการดูแลประชากรข้ามชาติเหล่านี้ รวมถึงการช่วยให้ เข้าถึงบริการสุขภาพพื้นฐาน

4. ปัญหาอุปสรรค: การสร้าง อสต. เป็น “ทรัพยากร (มนุษย์) ร่วมชายแดน

งานของ เทพินทร์ พิชานุรักษ์ และคณะ (2561) ยังพบว่า แม้หน่วยงานสาธารณสุข ชายแดนของรัฐในพื้นที่และกระทรวงสาธารณสุขจะตระหนักถึงความสำคัญของบทบาท อสต. และศูนย์สุขภาพชุมชนว่ามีคุณประโยชน์อย่างมากต่อการจัดการสาธารณสุขชายแดนไทย แต่กลับพบความลักลั่นขัดแย้งเชิงแนวคิดจากหน่วยงานการปกครอง หน่วยงานแรงงานจาก ส่วนกลางของประเทศไทย ที่มักไม่เข้าใจบริบทเชิงพื้นที่ชายแดน และมักมีข้อจำกัดต่อคนข้ามแดน/ ผู้นำข้ามแดน/อสต. มองว่าไม่ใช่ “คนไทย” ทำให้วิถีปฏิบัติของรัฐในหน่วยงานอื่นๆ โดยเฉพาะ สาธารณสุข (ซึ่งกังวลต่อปัญหาสาธารณสุขของคนในประเทศ และต่อประเด็นสิทธิมนุษยชน) ต่อคนเหล่านี้เกิดปัญหา และถูกมองว่า เป็นการเลือกให้ความสำคัญกับคนข้ามแดน/ผู้นำ ข้ามแดน/อสต. ในบางเรื่องที่ต้องการใช้ประโยชน์ ต้องการความช่วยเหลือเท่านั้น แต่ไม่ได้ ให้ความสำคัญในการทำงานของคนเหล่านี้อย่างต่อเนื่องครอบคลุมทุกด้าน

แม้ว่าที่ผ่านมา จะมีอยู่บ้างที่องค์กรสาธารณสุขท้องถิ่น เช่น โรงพยาบาลแม่สอด ให้ความสำคัญกับการสร้างเครือข่าย อสต. และยกย่องให้เกียรติแก่ อสต. จัดกิจกรรมให้เป็น ขวัญกำลังใจในการทำหน้าที่ มอบรางวัล อสต. ดีเด่น ให้ถือเป็นการยอมรับการทำงานใน ระดับหนึ่ง หรือออกบัตรประจำตัว อสต. ที่ผ่านการอบรมโดยรพ.แม่สอด หรือการสงเคราะห์ ค่ารักษาพยาบาลให้ในรายที่มีค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลจำนวนมาก แต่การให้ความสำคัญแก่ อสต. ดังกล่าวยังวางอยู่บนพื้นฐานความสัมพันธ์ส่วนตัวและกระทำอย่างไม่เป็นทางการและ

ไม่มีระบบรองรับ ซึ่งกรณีอำเภอแม่สอดพบปัญหาชัดเจนตามมาที่กระทบต่อการพัฒนาระบบสาธารณสุขชายแดนในระยะยาว คือ จำนวน อสต. ที่หน่วยงานสาธารณสุขได้อบรมไปรวมทั้งสิ้นจำนวน 3,040 คน แต่กลับมี อสต. ที่ยังคงอยู่ในพื้นที่และทำหน้าที่อยู่เพียงร้อยละ 40 เท่านั้นที่เหลือต่างต้องโยกย้ายกลับภูมิลำเนาหรือย้ายไปทำงานนอกพื้นที่ และมีจำนวนหนึ่งที่ติดตัวไม่ได้ สำหรับส่วนที่ทำงานให้ได้ก็ประสบปัญหาทั้งในด้านค่าใช้จ่ายเพื่อการดำรงชีพ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่อาสาเข้ามาช่วยงาน อาสาสมัครบางคนอาจไม่ได้ขึ้นทะเบียนแรงงาน ไม่ได้รับการรับรองสถานการณทำงานของ อสต. และส่งผลต่อการถูกจับกุมโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจและฝ่ายแรงงานอยู่บ่อยครั้ง

ในแง่ที่ไม่เพียง อสต. แต่ละคนต้องเผชิญกับปัญหาการทำงานเลี้ยงชีพเท่านั้น แต่ อสต. ที่ทำงานเลี้ยงชีพไม่ได้ จะทำให้พวกเขาทำงานอาสาสมัครให้กับสาธารณสุขชายแดนไม่ได้ อย่างเต็มที่และต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพสาธารณสุขชายแดนในอนาคต ดังนั้น การรับรองสถานะการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขในทางใดทางหนึ่ง จะทำให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการรับรองสถานะอาจทำผ่านการขึ้นทะเบียนแรงงานเป็นอาชีพ/หรือสถานะรับรองเพื่อให้สามารถทำงานในพื้นที่ได้อย่างต่อเนื่อง

ปัญหาการรับรองสถานการณทำงานของ อสต. ส่วนใหญ่เป็นประเด็นทางกฎหมาย ที่ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 รับรองเฉพาะ อสม. ที่เป็นคนไทยเท่านั้น อีกทั้งยังติดปัญหาข้อพิจารณาเรื่อง การเข้าเมืองโดยถูกกฎหมาย การโยกย้ายถิ่น การใช้งบประมาณเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายต่างๆ การให้สิทธิ และทิศทางนโยบายของรัฐบาล อย่างไรก็ดี กระทรวงสาธารณสุขควรให้ความสำคัญกับการทำงานของ อสต. ช่วยเหลืองานสาธารณสุขของประเทศอย่างเป็นระบบและเป็นทางการ ยอมรับในการทำงานให้เป็นขวัญกำลังใจในการทำงานอย่างต่อเนื่องในฐานะบุคคลที่ทำคุณประโยชน์ให้กับเมืองชายแดน

กลไก อสต. ระบบหมู่บ้านคู่ขนานกับการพัฒนาระบบสุขภาพชายแดนเชิงเปรียบเทียบ

หากพิจารณาเปรียบเทียบการทำงานของ อสต./อสม. บัณฑิตี้ที่ทำงานโดยแรงงานต่างชาติดูร่วมกับ อสม.ไทย ในกรณีของจังหวัดตากกับจังหวัดเชียงรายและมุกดาหาร พบข้อมูลน่าสนใจหลายประเด็นดังนี้

ประเด็นแรก บทบาทของกลไกระดับล่างกับปัญหาความลักลั่นขัดแย้งระหว่างหน่วยงานรัฐ พบว่า ชายแดนแม่สอด จ.ตาก ในงานศึกษาของ เทพินทร์ พัชรานุรักษ์ และคณะ (2561) ได้ชี้ให้เห็นบทบาทของ อสต. หรือผู้นำชุมชนต่างชาติชายแดนที่ทำงานเป็นกลไกระดับล่างสุดในพื้นที่ชายแดนเชื่อมต่อระหว่างสาธารณสุขของรัฐไทย-พม่ากับชุมชนต่างชาติ

ชายแดนและภาคีเครือข่ายเอกชนด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถพัฒนาเป็น “เครื่องมือเชิงองค์กร” ปรากการกันโรค ลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายโรคข้ามแดนและส่งเสริมความมั่นคงทางสุขภาพชายแดน

อย่างไรก็ดี พบว่า ชายแดนไทย-ลาว เขตภาคเหนือตอนบน บริเวณเขตเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดเชียงรายกับแขวงบ่อแก้ว (ฝั่งลาว) กับ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ชายแดนไทย-ลาวบริเวณเขตเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดมุกดาหาร-สะหวันนะเขต (ลาว) มีลักษณะพิเศษในการพัฒนา อสต./อสม. บัณฑิต/ระบบหมู่บ้านชุมชนในการพัฒนาเป็นเครื่องมือเชิงองค์กร ลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายโรคข้ามแดนและส่งเสริมความมั่นคงทางสุขภาพชายแดน แตกต่างไปจากชายแดนแม่สอด จ.ตาก

งานของ พิษณุรักษ์ กันทวิ และคณะ (2561) ศึกษากระบวนการควบคุมป้องกันโรคติดต่อชายแดนในชุมชนชายแดนไทย-ลาว เชียงราย-บ่อแก้ว ซึ่งชี้ให้เห็นว่าบทบาทของ อสม.ไทยร่วมกับอาสาสมัครบ้าน (อสบ.) ในชุมชนชายแดนลาวเป็น อสม.บัณฑิต สามารถทำงานร่วมกันได้ โดยที่ไม่ประสบปัญหาระหว่างหน่วยงานรัฐในการจัดการการเคลื่อนย้ายของคนข้ามแดนหรือคนข้ามชาติ เช่น กรณีแรงงานเข้าเมืองผิดกฎหมายที่มีความเข้มข้นมากเทียบเท่ากับกรณีของจังหวัดตาก ขณะที่บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับสุขศาลาของเมืองห้วยทรายแขวงบ่อแก้วกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับอำเภอเชียงของ และสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายสามารถทำงานพัฒนาสาธารณสุขร่วมกันได้เป็นอย่างดีผ่านองค์กรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) กับสุขศาลา เป็นระบบชุมชน งานของ พิษณุรักษ์ กันทวิ และคณะ (2561) ยังเสนอด้วยว่า การป้องกันโรคติดต่อชายแดนที่จะมีประสิทธิภาพมากขึ้นบริเวณชายแดนดังกล่าวนี้ จำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพ อสม. ในชุมชนชายแดนไทยร่วมกับ อสบ. ในชุมชนชายแดนลาวให้เป็น อสม. บัณฑิต ด้วยการถ่ายทอดความรู้ ให้ความช่วยเหลือการสร้างระบบข้อมูลข่าวสารส่งต่อถึงกัน และพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเอง การวิเคราะห์ข้อมูลด้านระบาดวิทยา การให้บริการด้านสาธารณสุขมูลฐานที่ทำงานอย่างต่อเนื่องระยะยาว เพราะที่ผ่านมาการพัฒนาศักยภาพทรัพยากร (มนุษย์) ร่วมชายแดน ไม่ว่า อสม.ไทย หรือ อสบ.ลาว ต่างขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านงบประมาณเป็นหลัก ทำให้เกิดความไม่แน่นอนชัดเจน และส่งผลต่อการป้องกันโรคชายแดนระยะยาวด้วย ส่วนงานของ สุรีย์ ธรรมิกบวร และคณะ (2561) ซึ่งศึกษาประเด็นปัญหาสุขภาพชายแดนไทย-ลาวบริเวณเขตเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดมุกดาหาร-สะหวันนะเขต (ลาว) พบว่าลักษณะความตึงเครียดทางชายแดนในประเด็นปัญหาสุขภาพมีน้อยกว่ากรณีชายแดนแม่สอด จ.ตาก แต่คล้ายคลึงกับงานของ พิษณุรักษ์ กันทวิ และคณะ (2561) ที่บทบาทขององค์กรชุมชนสองฟากฝั่งได้รับการยอมรับจากหน่วยงานรัฐ ด้วยเพราะไม่ได้มีปัญหาเรื่องกลุ่มคนพลัดถิ่นจำนวนมากหลบหนีเข้ามาพักพิงและหางานทำเหมือนกรณีชายแดนแม่สอด จ.ตาก และเพราะ

เครือข่ายระดับจังหวัดและหน่วยงานรัฐท้องถิ่นสองภาคฝั่งเป็นเงื่อนไขสำคัญในการขับเคลื่อนให้งานป้องกันเฝ้าระวังโรคข้ามแดนบริเวณชายแดนเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประเด็นที่สี่ การพัฒนาระบบป้องกันสุขภาพชายแดนด้วยมิติทางสังคมวัฒนธรรม กรณีศึกษาของงานวิจัย 3 โครงการย่อยต่างพบความสำคัญของการใช้มิติสังคมวัฒนธรรมในการพัฒนาระบบสุขภาพชายแดน กล่าวคือ เทพินทร์ พัทธานุกรณ์ และคณะ (2561) พบว่า การพัฒนา อสต. ให้ขยายเข้าไปสู่กลุ่มโรงงานอุตสาหกรรมในอำเภอแม่สอด พบผู้ป่วยในโรงงานอุตสาหกรรม แต่อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติไม่สามารถกำกับการกักกันยาได้ เนื่องจากไม่ได้รับอนุญาตจากเจ้าของโรงงานให้เข้าไปในสถานที่ รวมทั้งในกรณีผู้ป่วยมีการย้ายถิ่นที่อยู่อาศัย อสต. เหล่านี้ได้ประสานงานผ่านเครือข่ายองค์กรเอกชนอื่นๆ ในพื้นที่หรือกลุ่มองค์กรชุมชนที่ เรียกว่า Community-based Organizations (CBO) จำนวน 18 กลุ่ม ซึ่งใช้ความรู้จักสนิทสนมผ่านความเป็นชาติพันธุ์พม่า กระเหรี่ยง และความรู้สึกร่วมกันพลัดถิ่นคาที่อยู่มาอยู่ร่วมกัน ติดต่อกันยังศูนย์สุขภาพชุมชน หรือหน่วยบริการสุขภาพของพื้นที่ปลายทางว่ามีผู้ป่วยโรคเข้าไปในพื้นที่ จนสามารถประสานงานได้ในที่สุด ส่วนกรณีตัวอย่างของบ้านคูขนาน อ.ดอนตาล จ.มุกดาหาร จากงานของ สุรีย์ ธรรมิกบวร และคณะ (2561) ก็พบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมประจำตำบล (รพส.ดอนตาล) ประสบความสำเร็จในการเข้าถึงกลุ่มคนข้ามแดน/คนชายแดนได้อย่างดีผ่านการใช้ระบบบ้านคูขนานที่ฝั่งลาว ซึ่งมี อสต. หรือที่ฝั่งลาวเรียก อสบ. เป็นนายบ้านช่วยดูแลร่วมกับ อสม.ฝั่งไทย ความสำเร็จในการเข้าถึงกลุ่มคนข้ามแดนของ รพส.ดอนตาล เกิดขึ้นผ่านการใช้ “เครื่องมือทางวัฒนธรรม” ได้แก่ ความเป็นเครือญาติพี่น้อง มีพื้นฐานประวัติศาสตร์ชุมชนลำน้ำโขง และความเป็นคนพื้นถิ่นของสองภาคฝั่งร่วมกัน ซึ่งสร้างเสริมความรู้จักมักคุ้นทางสังคมวัฒนธรรมอยู่ก่อนแล้ว ทำให้การแก้ปัญหาเรื่องสาธารณสุข การเฝ้าระวังและการดูแลประชากรชายแดนกระทำได้ง่าย รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ

ส่วนกรณี อสต. ใน 5 พื้นที่ของ 2 อำเภอหลัก คือ อำเภอแม่ฟ้าหลวง และอำเภอแม่สาย ในเขตจังหวัดเชียงรายกับจังหวัดท่าขี้เหล็ก รัฐฉาน ประเทศพม่า จากงานของ พิษณุรักษ์ กันทวี และคณะ (2561) ได้ใช้หมู่บ้านคูขนานร่วมมือกันระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนชายแดน (อสชช.) ที่มี อสต.ฝั่งพม่า และอสม.ฝั่งไทย ผ่านการใช้เครื่องมือทางวัฒนธรรม ความเป็นเครือญาติพี่น้องของสองภาคฝั่ง ที่ความเป็นพี่น้องข้ามอธิปไตยเหนือดินแดนของประเทศไทยและพม่าเกิดขึ้น จนนำมาสู่การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและงานด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่ชายแดนได้เป็นอย่างดี และประสบความสำเร็จในการเข้าถึงกลุ่มคนข้ามแดน/คนชายแดนได้ผ่านการใช้เครื่องมือทางวัฒนธรรม ไม่ว่าความเป็นเครือญาติ

ประวัติศาสตร์ชุมชน ความเป็นคนพื้นถิ่นของสองปากฝั่ง ทำให้ความรู้จักคุ้นเคย ความรู้สึก
ร่วมช่วยดูแลเกิดขึ้นโดยที่ไม่จำเป็นต้องสูญเสียทรัพยากรทางเศรษฐกิจมากนัก

ประเด็นที่สาม การพัฒนากลไกอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติช่วยในการสนับสนุน
งานสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนแม่สอดไปพร้อมๆ กับการพัฒนารูปแบบระบบบริการ 3 รูปแบบ
กล่าวคือ งานของ เทพินทร์ พิชานุรักษ์ และคณะ (2561) ระบุว่า มีความเกี่ยวข้องกับการ
ทำงานสาธารณสุขเชิงรุกของพื้นที่แม่สอด ได้แก่ 1) การออกหน่วยเคลื่อนที่ (Mobile Clinic)
ร่วมกับ อสต. องค์การพัฒนาเอกชน และ CBO เพื่อให้บริการวัคซีนในชุมชน โรงเรียน
การดูแลหญิงตั้งครรภ์หลังคลอด การให้ความรู้ในการวางแผนครอบครัว 2) ศูนย์สุขภาพชุมชน
เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพและเป็นหน่วยเฝ้าระวัง ป้องกัน คัดกรอง และควบคุมโรคในระดับ
ชุมชน และ 3) กองทุนยาต่างชาติ (Migrant Drug Fund) ทำหน้าที่เป็นจุดคัดกรองโรคเบื้องต้น
ในชุมชน และเพิ่มการเข้าถึงยาสามัญประจำบ้าน ส่งเสริมให้เกิดการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน
ต่างชาติ และเป็นการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติในการบริหารจัดการ โดย
พบว่า อสต. เป็นกลไกสำคัญอย่างยิ่งในพื้นที่ โดยเฉพาะด้านการติดตามผู้ป่วย การให้ข้อมูล
ข่าวสารตอบโจทยปัญหาที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไทย หรืออาสาสมัครหมู่บ้านไม่สามารถเข้าถึง
กลุ่มประชากรข้ามชาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ว่า ข้อจำกัดด้านภาษาในการสื่อสารของกลุ่ม
แรงงานต่างชาติและบุคลากรสาธารณสุข นอกจากนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติสามารถ
เป็นตัวอย่างแก่แรงงานต่างชาติอื่นๆ ในหลายๆ ด้าน ส่วนงานศึกษาของ พิชานุรักษ์ กันทวิ
และคณะ (2561) และงานของ สุริย์ ธรรมิกบวร และคณะ (2561) พบว่า ระบบเฝ้าระวังป้องกัน
ควบคุมโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ชายแดนเชียงรายได้มี 3 ระดับหลัก คือ จังหวัดคู่ขนาน, อำเภอ-
เมืองคู่ขนาน, หมู่บ้านคู่ขนาน ระหว่างประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งอาสาสมัครแกนนำ
ด้านสุขภาพมีศักยภาพและมีความเข้มแข็งในการช่วยเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคข้ามแดน
แต่ยังประสบปัญหาแนวทางการบริหารงานเชิงบูรณาการให้ทุกคนมีส่วนร่วมในทุกระดับและ
ยึดแนวทางการทำงานแบบไร้พรมแดนได้อย่างแท้จริง

5. อภิปรายและสรุปผล

งานศึกษาประเด็นสุขภาพ 3 โครงการย่อยกรณีจังหวัดตาก เชียงรายและมุกดาหาร
มีข้อค้นพบร่วมกันที่ชี้ให้เห็นว่า กลไก อสต. หรือผู้นำชุมชนต่างชาติชายแดนที่ทำงานในระบบ
ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือระบบหมู่บ้านคู่ขนานชายแดน ต่างเป็นกลไกในระดับล่างที่มีประสิทธิภาพ
ที่สุดในการเชื่อมต่อชุมชนต่างชาติชายแดนกับสาธารณสุขของประเทศไทย-พม่าและภาคีเครือข่าย
เอกชนด้านสุขภาพ ดังนั้น กรณีตัวอย่างของ อสต./พสต. ศูนย์สุขภาพชุมชนและระบบหมู่บ้าน

คู่ขนานข้างต้น รัฐส่วนกลางและท้องถิ่นไทยควรเห็นเป็นโอกาสนำมาพัฒนาเป็นเครื่องมือเชิงองค์กรช่วยลดความเสี่ยงการแพร่กระจายโรคข้ามแดนและส่งเสริมความมั่นคงทางสุขภาพชายแดนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตาม กรณีของ อสต./พสต. ศูนย์สุขภาพชุมชนและระบบหมู่บ้านคู่ขนาน จะถูกเห็นเป็นโอกาสได้ก็ต่อเมื่อรัฐส่วนกลางและท้องถิ่นจำเป็นต้องปรับกระบวนทัศน์ความคิดเสียใหม่ เปลี่ยนมุมมอง “ความเป็นพลเมือง” ให้พ้นไปจากแนวคิดเดิมที่วางบนพื้นฐานกฎหมายพลเมือง/ ควบคุมจำกัดการเข้าเมือง ไปสู่แนวคิด “ความเป็นคนในเมืองชายแดน” (BORDER CITYzenship) ขยายความหมายเรื่อง The Right to Border City และนโยบายสาธารณะที่เมืองชายแดนสามารถค้นหาร่วมกันได้

ในแง่นี้ หมายถึง รัฐส่วนกลางและท้องถิ่น โดยเฉพาะหน่วยการปกครองต้องเปลี่ยนมุมมองใหม่ มองกลุ่ม อสต./พสต. ศูนย์สุขภาพชุมชนและระบบหมู่บ้านคู่ขนานเป็นส่วนหนึ่งของ “ความเป็นคนในเมืองชายแดน” ให้มีความสำคัญกับกลุ่มประชากรต่างชาติ และกลุ่มแรงงานต่างชาติดังกล่าวในฐานะเป็น “ทรัพยากรร่วมชายแดน” (Border Commons) เป็นทรัพยากรมนุษย์ ที่ไม่เพียงเป็นทรัพยากรทางเศรษฐกิจในการสร้างเมืองชายแดนร่วมกันเท่านั้น แต่ยังสามารถพัฒนาให้เป็น “คนในเมืองชายแดน” มีส่วนร่วมเฝ้าระวัง ป้องกันและรักษาโรคติดต่อสุขภาพข้ามแดน ที่รัฐส่วนกลางและท้องถิ่นประสบปัญหา ไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มชุมชนชายแดนได้อย่างทั่วถึง

กรณีเช่นนี้ ไม่ใช่เรื่องใหม่เสียทีเดียว แต่มีตัวอย่างรัฐชาติบางประเทศได้ทำไปบ้างแล้ว เช่น European Commission ให้ความสำคัญกับพลวัตความหลากหลายของคนชายแดน ความยุติธรรม การไม่เลือกปฏิบัติ การสนับสนุนให้เกิดการพูดคุย และสร้างพื้นที่การสื่อสารแบบประชาธิปไตยที่เคารพคนอื่น จนเกิดแนวคิดพลเมืองร่วม (Co Citizens) และเป็นผู้พำนักอาศัยที่ร่วมมือกัน (Co Residents) ที่พัฒนานโยบายพลเมืองให้เหมาะสมกับบริบทและให้ความสำคัญกับมิติแบบเปิด (Openness) สร้างรูปแบบอันหลากหลายของระบบธรรมาภิบาล (EU Commission, 2013, pp. 29-45) หรือตัวอย่างการปรับตัวของรัฐจีน ไม่ว่าจะเป็นการใช้วัฒนธรรมจีนเป็นตัวนำ การสร้างนโยบายใหม่เชิงยุทธศาสตร์ หรือปรับลดอำนาจรัฐบาลจีนปักกิ่งลง เปิดโอกาสให้รัฐระดับมณฑลมีอำนาจตัดสินใจจัดการปัญหาเรื่องแรงงานในท้องถิ่นที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาพื้นที่เฉพาะได้ ไม่ยึดติดกับอุดมการณ์วิธีคิดแบบตายตัว แต่ปรับเปลี่ยนยุทธศาสตร์ไปตามบริบทของประเทศที่ผ่านการวิเคราะห์สถานการณ์และหาเครื่องมือสำคัญของรัฐในการสร้างแรงจูงใจแก้ปัญหา เพื่อยังประโยชน์ให้กับคนของตนและมองการณ์ไกลให้กับอนาคตของประเทศเป็นหลัก (อรัญญา ศิริผล, 2562) หากปรับเปลี่ยนมุมมองดังตัวอย่างรัฐก้าวหน้าข้างต้น มอง อสต./พสต. ในฐานะเป็นหนึ่งใน “ทรัพยากรร่วม

ชายแดน” (Border Commons) รัฐและคนไทยจะได้ประโยชน์ เพราะผู้คนเหล่านี้จะกลายเป็นฐานสร้างเมืองชายแดนให้เติบโตไปข้างหน้าอย่างมีคุณภาพ เป็นเมืองอาเซียนเชื่อมโยงประเทศเพื่อนบ้านและภูมิภาคร่วมกันได้ เมืองชายแดนไทยจะได้ทรัพยากรมนุษย์ที่มีศักยภาพช่วยรังสรรค์พื้นที่ชายแดนให้สามารถพัฒนาทางเศรษฐกิจทั้งในระดับประเทศเพื่อนบ้าน (พม่า ลาว) และระดับภูมิภาคอาเซียนได้ด้วย ทำให้พื้นที่ชายแดนเป็นพื้นที่ที่มีความมั่นคงพร้อมจะพัฒนาเศรษฐกิจชายแดนไปได้อย่างเต็มรูปแบบและผู้คนชายแดนรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของร่วมกัน เติบโตไปได้อย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

- กฤตยา อาชวนิจกุล, และกุลภา วจนสาระ. (2552). *การจ้างแรงงานข้ามชาติตามพระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2551 กับการจัดทำบัญชีรายชื้ออาชีพสำหรับคนต่างชาติ*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กฤตยา อาชวนิจกุล, และพันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร. (2548). *คำถามและข้อท้าทายต่อนโยบายรัฐไทยในมิติสุขภาวะและสิทธิของแรงงานข้ามชาติ*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คอลัมน์ hfocus. (2018ก). *ผลการศึกษาวิจัยแนวทางการนำประชากรข้ามชาติเข้าร่วมสนับสนุนการดูแลสุขภาพในกลุ่มประชากรข้ามชาติ*. สืบค้นเมื่อ 17 พฤษภาคม 2561, จาก <https://www.hfocus.org/content/2018/04/15692>
- _____. (2018ข). *แนะรัฐดึงแรงงานข้ามชาติเป็น อสต.เพิ่ม หนุนทำงานต่อเนื่อง ส่งผลดีระบบสาธารณสุขไทย*. สืบค้นเมื่อ 17 พฤษภาคม 2561, จาก www.hfocus.org/content/2018/01/15235
- เทพินทร์ พิชรานุกฤษ, พชรพรรณ ระหว่างบ้าน, และปาณิสรา แก้วบุญธรรม. (2561). *เครือข่ายสุขภาพชายแดนและบริการสุขภาพพื้นฐาน: การส่งเสริมความมั่นคงทางสุขภาพในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษแม่สอด* (รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์). กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).
- พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ. (2561). *เขตสุขภาพพิเศษ งานสาธารณสุขชายแดน*. สืบค้นเมื่อ 30 พฤษภาคม 2561, จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/5.Special%20health%20zone.pdf

- พิษณุรักษ์ กันทวิ, จตุพงศ์ สิงหราไชย, และประสงค์ หมื่นจันทร์. (2561). *การพัฒนาระบบจัดการควบคุมป้องกันโรคติดต่อชายแดนในชุมชนชายแดนไทย-ลาว กรณีศึกษาอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย* (รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์). กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขเพื่อรองรับเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ พ.ศ. 2560-2564*. สืบค้นเมื่อ 23 พฤษภาคม 2561, จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/sez_full.pdf
- สุรีย์ ธรรมิกบวร, ทศน์วรรณ ศิระพรหม, จารุวรรณ ชูปวา, และพันธ์วิ สุขบัติ. (2561). *การจัดระบบการบริการสุขภาพสำหรับคนข้ามแดนในบริบทเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนจังหวัดมุกดาหาร* (รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์). กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).
- เสถียร ฉันทะ. (2555). คนข้ามแดน/คนชายแดน (คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ) กับการเข้าถึงบริการสุขภาพและการปรับตัวระบบสุขภาพภาครัฐชายแดนไทย-ลาว ใน ยศ สันตสมบัติ (บก.). *ชนชายแดนกับการก้าวข้ามพรมแดน* (น. 253-296). เชียงใหม่: ศูนย์ศึกษาความหลากหลายทางชีวภาพฯ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรัญญา ศิริผล. (2561). *รายงาน ระบบสุขภาพ และการศึกษา: การจัดการและการร่วมรังสรรค์พื้นที่ชายแดนในบริบทการพัฒนาชายแดนเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนและภูมิภาคนุวัตน์ลุ่มน้ำโขง* (รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์). กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).
- _____. (2562) *อิทธิพลเงินกับผลกระทบด้านความมั่นคงทางการท่องเที่ยวและการเกษตรในเขตภาคเหนือของไทย* (รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์). กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).

ภาษาอังกฤษ

- European Commission. (2013). *Co-creating European Union Citizenship Policy review*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Harvey, D. (2012). *REBEL CITIES from the Right to the City to the Urban Revolution*. London: Verso.
- World Health Organization. (2016). *International Health Regulations (2005)*. Retrieved May, 30, 2018, from <https://www.who.int/ihr/publications/9789241580496/en/>