

บทความวิจัย

ทิศทางและกระบวนการพัฒนาของระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว The Direction and Developing Process of Districts' Health Systems on the Thailand-Laos Border

ปัญญา ยงยิ่ง ศศ.ม.(Panya Yongying, M.A.¹วิชัย เทียนถาวร Ph.D. (Vichai Teinthavorn, Ph.D.²วสุธร ตันวัฒนกุล Ph.D. (Vasuton Tanvatanakul, Ph.D.)³กาสิ๊ก เต๊ะขันหมาก Ph.D. (Kasak Tekhanmag, Ph.D.)⁴พัชณา ใจดี Dr.P.H. (Patchana Jaidee, Dr.P.H.)⁵วนัสรา ชาวนันนิยม Dr.P.H. (Wanasara Chaoniyom, Dr.P.H.)⁶

Received: Jun 11, 2018

Revised: Aug 15, 2018

Accepted: Sep 4, 2018

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ทิศทางและกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว โดยใช้การสนทนากับกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยผู้นำภาคีเครือข่ายที่มีส่วนสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ใน 6 อำเภอ ๆ ละ 10 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน โดยแบ่งออกเป็นระดับอำเภอ 42 คน และระดับจังหวัด 18 คน ด้วยแนวคำถามที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ¹ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2558-28 กุมภาพันธ์ 2561 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า ทิศทางและกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) ด้านการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ มีการบริหารจัดการที่เข้มแข็งและข้อตกลงร่วมกันของคณะกรรมการทุกภาคส่วนในพื้นที่ 2) ด้านการมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค มีเพิ่มช่องทางสื่อสาร และมีการแจ้งข่าวสารในขณะที่ให้บริการทั้งการพบปะพูดคุยและการสื่อสารโดยใช้กลุ่มไลน์ 3) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย หน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมทุกชั้นตอน และภาคีอื่นทำงานที่มีลักษณะการเชื่อมโยงแบบหลวมๆ เข้าร่วมบางกิจกรรม และภาคเอกชนเริ่มมีส่วนร่วมมากขึ้น 4) ด้านการเห็นคุณค่าในการทำงานของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยเริ่มมีการปรับแนวคิดและทัศนคติในการทำงานด้วยใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่เยี่ยมประชาชนถึงบ้าน โดยการเอาใจใส่เสียสละทุ่มเทสม่ำเสมอ 5) ด้านการแบ่งปันทรัพยากรและพัฒนาบุคลากร โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมสมทบเพิ่มมากขึ้น 6) ด้านการให้บริการสุขภาพตามความจำเป็นในบริบทของชุมชน โดยมีการดูแลคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ด้อยโอกาสทางสังคม และภาวะฉุกเฉินเมื่อเกิดโรคระบาด โดยมีข้อเสนอเชิงนโยบายว่าภาครัฐควรสนับสนุนทรัพยากรสำหรับระบบสุขภาพอำเภอเพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาได้อย่างเบ็ดเสร็จ ส่งเสริมการพัฒนาระบบผู้นำให้แก่ภาคีเครือข่ายเพื่อสร้างแรงบันดาลใจให้ทำงานด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ร่วมกันพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในพื้นที่ที่สอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรมชุมชนท้องถิ่นแบบไร้รอยต่ออย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ทิศทางและกระบวนการพัฒนา, ระบบสุขภาพอำเภอ, ชายแดนไทย-ลาว

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา email:panyay885@gmail.com

² คาสตราจารย์พิเศษ รองอธิการบดี และคณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา email:vichaitienthavorn@gmail.com

³ รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา email:Vasuton@buu.ac.th

⁴ รองศาสตราจารย์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี email:tkasak@hotmail.com

⁵ อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา email:patchana@ buu.ac.th

⁶ อาจารย์พิเศษ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา email:tutasasi@gmail.com

^{1,3,5,6} Burapha University, ChonBuri, Thailand, ² University of Phayao, Phayao, Thailand

⁴ Thepsatri Rajabhat University, Lop Buri, Thailand

Abstract

Districts' Health Systems on the Thailand-Laos Border: The direction and development process. The purpose of this qualitative research was to investigate the direction and development process of the health systems in the districts bordering Thailand and Laos. Field research was carried out using interviewing the sample of the network leaders who contributed to the development of the Thai-Lao border health system. Six districts and 10 individuals from each district were selected. Totally, 60 individuals were recruited (42 from district level and 18 from the provincial level). The questionnaire was developed based on the concept of district health system development. Content analysis was conducted during January 1, 2015 to February 28, 2018.

The results showed that the direction and development process of the Thai-Lao border health system were as follows: 1) co-operation at the district level has been strengthened with the appointment and agreement of all committees in the area; 2) the result oriented with consumers is the communication channel from the meetings and service news; 3) for community participation and networking, the Public Health Department, local governments, community leaders, and public health volunteers were involved in every step, and other parties loosely made linkages to some activities; 4) in term of perceived value of healthcare providers and healthcare clients, there was an adjustment on the concept and attitude towards working using leaders' mind and team members in the area visiting people at home by paying more attention and putting much efforts regularly; 5) sharing resources and personnel development is complementarily fulfilled by organizations; and 6) regarding health services needed in community context, the emphasis were strengthening quality of life, elderly people, home and bed-ridden patients, chronic-disease patients, disadvantaged persons, and emergency in case of epidemics. It is proposed that the government should provide resources for health system at the district level so that the problems can be solved immediately. Leadership development among the parties in the networks should be supported to create inspirations for working with compassion and collaborate to sustainably develop ways of life among people in the communities to accord with local cultures of the communities without borders.

Keywords: direction and development process, Districts' Health Systems, Thai-Laos Border.

บทนำ

ประเทศไทยมีชายแดนไทย-ลาว 12 จังหวัด มีจุดผ่านแดนถาวร 15 แห่ง จุดผ่อนปรน 32 จุด ระยะทางทั้งสิ้น 1,810 กิโลเมตร เริ่มตั้งแต่จังหวัดเชียงรายจรดจังหวัดอุบลราชธานี² เป็นประตูสู่การพัฒนาเศรษฐกิจ การค้า การท่องเที่ยวและวัฒนธรรมไปยังประเทศเวียดนาม และประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ซึ่งประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สปป.ลาว) นั้น เป็นประเทศที่มีความสัมพันธ์แบบเพื่อนบ้านกับประเทศไทยมายาวนาน มีวัฒนธรรม ภาษา อาหาร การกินที่คล้ายคลึงกันมากที่สุด และยังมีผืนดินส่วนใหญ่ที่สามารถเดินทางติดต่อกันไปมาได้สะดวก บางพื้นที่ประชาชนทั้งสองประเทศก็เป็นเครือญาติกัน ดังนั้น จากกระแสโลกาภิวัตน์ที่ส่งผลให้การพัฒนาด้านเศรษฐกิจสังคม การค้า คมนาคมขนส่ง การติดต่อสื่อสารและการท่องเที่ยว มีความสะดวกรวดเร็วเสมือนโลกไร้พรมแดน³ กอปรกับนโยบายการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2558 ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อประเทศที่มีพรมแดนติดต่อกัน ที่คาดว่าจะมีการเคลื่อนย้ายประชากรเพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อสภาวะสุขภาพของประชากรในพื้นที่ชายแดน⁴

การศึกษานำร่องเรื่องระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว⁵ โดยการลงศึกษาพื้นที่ 12 จังหวัดๆ ละ 1 อำเภอ ด้วยการสัมภาษณ์กลุ่มภาคีสุขภาพทั้งไทยและลาว พร้อมด้วยการศึกษาผลการประเมินการพัฒนาสุขภาพอำเภอ ตามแนวคิดการพัฒนาสุขภาพอำเภอ⁶ พบว่า ระบบสุขภาพของไทยมีวิวัฒนาการมาอย่างต่อเนื่องและเปลี่ยนแปลงไปตาม สังคม การเมือง และกระแสโลกาภิวัตน์อย่างรวดเร็ว เจริญเติบโตทั้งด้านโครงสร้าง ระบบบริหารจัดการ ระบบบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานทันสมัย และบริการด้วยความยิ้มแย้มแจ่มใส จึงเป็นที่นิยมเชื่อถือแก่ผู้รับบริการทั่วไป ซึ่งรัฐบาลทุกสมัยมีนโยบายการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ เพื่อให้เื้อต่อการแก้ไขปัญหาและพัฒนาสุขภาพของประชาชนได้อย่างยั่งยืน

ส่วนระบบสุขภาพของ สปป.ลาว นั้น เนื่องจากประเทศซึ่งผ่านภาวะภัยสงครามมาไม่นานนัก และเมืองชายแดนส่วนใหญ่ตั้งอยู่ห่างไกลจากเมืองหลวง พื้นที่เป็นป่าเขา สภาพทุรกันดารการคมนาคมไม่สะดวก จึงมีการดูแลสุขภาพกันแบบพึ่งตนเองตามความเชื่อวิถีวัฒนธรรมของชนเผ่าและ

ชาติพันธุ์นั้นๆ ถ้าเจ็บป่วยมากขึ้นก็ไปรักษาที่สุขาภิบาลและโรงพยาบาลเมืองใกล้บ้าน หากจำเป็นและมีทางเลือกที่ดีกว่าก็มารับบริการที่ฝั่งไทย⁶

ปัญหาสุขภาพชายแดนที่มีความซับซ้อนละเอียดอ่อนเชื่อมโยงกับปัจจัยหลายด้าน เกี่ยวพันกับหลายหน่วยงาน กระทรวงสาธารณสุขจะดำเนินงานเพียงลำพังย่อมไม่ประสบความสำเร็จ ดังนั้น การดำเนินงานจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือกันระหว่างจังหวัดชายแดนกับประเทศเพื่อนบ้าน เพื่อให้ประชาชนที่อาศัยอยู่บริเวณชายแดนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ส่วนสุขภาพของประชาชนการดูแลสุขภาพที่จำเป็นในอำเภอชายแดนไทย-ลาว ส่วนใหญ่การดูแลเป็นบทบาทหน้าที่ของภาครัฐทั้งไทยและลาว ปัญหาสาธารณสุขร่วมของพื้นที่ คือ การเจ็บป่วยจากโรคติดต่อ ส่วนโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Disease: NCD) มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ที่มีผลมาจากพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ความคิด ความเชื่อ และวัฒนธรรมของชาติพันธุ์ที่หลากหลาย การบริโภคอาหารไม่ปลอดภัย การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และเป็นสาเหตุการป่วยและตายที่สำคัญของประชากรในพื้นที่ ซึ่งเครือข่ายสุขภาพในอำเภอชายแดนไทย-ลาว ทุกภาคส่วนได้ให้ความสนใจและกำลังแสวงหาการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว⁷

ระบบสุขภาพ (Health system) เป็นกระบวนการจัดการด้านโครงสร้างกลไกหรือองค์ประกอบในการขับเคลื่อนให้สุขภาพของมนุษย์เป็นไปในทิศทางที่พึงประสงค์ ระบบสุขภาพจึงหมายถึงการจัดการทั้งหมดเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน⁽⁷⁾ มีขอบเขตและความหมายที่กว้างทั้งสาเหตุและปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ซึ่งมีปัจจัยด้านต่างๆ กล่าว คือ 1) ด้านปัจเจกบุคคล ประกอบด้วย พันธุกรรม ความเชื่อ พฤติกรรม จิตวิญญาณ วิถีชีวิตประจำวัน 2) ด้านสิ่งแวดล้อม ทางกายภาพ ชีวภาพ เศรษฐกิจ สังคม การเมือง การปกครอง การศึกษา กฎหมาย ศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี วิทยาศาสตร์เทคโนโลยี ความปลอดภัย เทคโนโลยีการสื่อสาร การคมนาคมขนส่ง และ 3) ด้านการสาธารณสุข ประกอบด้วย ความครอบคลุมในการเข้าถึงการบริการสาธารณสุขและบริการสุขภาพทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ว่าแต่ละระดับ มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ มาตรฐาน ความเสมอภาค ความเป็นธรรม ล้วนแต่เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพทั้งสิ้น⁸

กระทรวงสาธารณสุขได้นำกรอบแนวคิดระบบสุขภาพที่พึ่งประสงค์ (6 Building blocks)⁹ ตามที่องค์การอนามัยโลกเสนอมาเป็นส่วนหนึ่งในการปฏิรูปกระทรวง ประกอบด้วย 1) ระบบบริการ (Service delivery) 2) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce) 3) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Financing) 4) สื่อองค์ความรู้/เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Assess to essential medicines) 5) ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Health information system) 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership & Governance) โดยมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่สำคัญ คือ การเข้าถึง ความครอบคลุม คุณภาพ มีประสิทธิภาพ เป็นธรรม ปกป้องคุ้มครองความเสี่ยงด้านสังคมและการเงิน รวมทั้งต้องตอบสนองความต้องการของประชาชน¹⁰

ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) เป็นนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งพัฒนาที่มสุขภาพระดับอำเภอให้มีความพร้อมเพื่อตอบสนองความต้องการการพัฒนาระบบสุขภาพเชิงพื้นที่ แต่ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จากการศึกษา พบว่า อำเภอชายแดนไทย-ลาว มีลักษณะที่แตกต่างออกไปจากชายแดนไทยด้านอื่นๆ เนื่องจากมีประชาชนทั้งสองประเทศมาใช้บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องและเป็นพื้นที่พิเศษที่ไม่เหมือนอำเภอทั่วไปของไทย สำหรับการพัฒนาระบบสุขภาพ พบว่า อำเภอชายแดนไทย-ลาว ได้ให้ความสำคัญกับองค์ประกอบด้านผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริกรองลงมาคือ การจัดการบริการสุขภาพที่จำเป็น การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ การแบ่งปันทรัพยากร การทำงานจนเกิดคุณค่า และน้อยที่สุดคือการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย ซึ่งยังไม่ได้ได้รับการพัฒนาเท่าที่ควร จึงจำเป็นต้องมีระบบจัดการสุขภาพที่เหมาะสม ในการศึกษานี้ได้ประยุกต์แนวคิดระบบสุขภาพที่พึ่งประสงค์ 6 องค์ประกอบ ที่เสนอโดยองค์การอนามัยโลก⁹ กล่าวคือ การพัฒนาระบบบริการ การพัฒนา กำลังคน การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร การพัฒนาเทคโนโลยี การพัฒนาระบบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และการอภิบาลระบบด้วยภาวะผู้นำตามหลักธรรมาภิบาล ซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์ประเมินของสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน¹¹ ที่ได้ประเมิน ทบทวน เพื่อต่อยอดการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอของประเทศไทย (DHS:UCCARE)¹ นำมาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ประกอบด้วย 1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team) 2) การมุ่งเน้นผลลัพธ์

ที่เกิดกับผู้บริโภค (customer focus) 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community participation) 4) การทำงานที่เกิดคุณค่าทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (Appreciative inquiry) 5) การแบ่งปันทรัพยากร (Resource sharing) และ 6) การให้บริการสุขภาพที่จำเป็นตามบริบทของชุมชน (Essential care) ซึ่งเป็นกระบวนการทำงานร่วมกันของภาคีสุขภาพทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการชื่นชมเสริมพลัง และการจัดการความรู้ ส่งเสริมให้ชุมชนพึ่งตนเองได้ โดยมีเป้าหมายร่วม คือ สุขภาวะของประชาชน ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่เหมาะสมสำหรับการศึกษาทิศทางและกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว เพื่อเป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนอื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาวิเคราะห์ทิศทาง (หมายถึง แนวทางที่สำคัญในการดำเนินงานมุ่งไปสู่ความสำเร็จของการพัฒนา) และกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยเริ่มจาก 1) ทบทวนเอกสารและงานวิจัยเพื่ออธิบายหลักการ แนวคิด ทฤษฎี ทิศทางและกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ 2) ออกแบบเครื่องมือเพื่อเป็นกรอบการศึกษาทิศทางและกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว 3) รวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์ในพื้นที่เป้าหมายโดยการสนทนากลุ่ม (focus group interview) จากผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญ (key informant) จำนวน 60 คน ที่ได้จากการสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) ซึ่งเป็นหุ่นส่วนสำคัญในระดับอำเภอ จำนวน 42 คน (หัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ หัวหน้าหน่วยบริการสาธารณสุข ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำชุมชน องค์กรเอกชน และประชาชนในพื้นที่) และระดับจังหวัด จำนวน 18 คน (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ท้องถิ่นจังหวัด และประธานชมรม อสม.จังหวัด) จำนวน 6 อำเภอ 6 จังหวัด จาก 12 จังหวัด โดยแบ่งกลุ่มตามขนาดประชากรออกเป็น 3 กลุ่ม แล้วเลือกเอาจังหวัดที่มีคะแนน

จากผลการประเมินการพัฒนาาระบบสุขภาพอำเภอของสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข¹² ในระดับสูงสุดและต่ำสุดของแต่ละกลุ่มที่มีผลงานเด่นและผลงานด้อย คือ ขนาดใหญ่ (อำเภอเมืองหนองคาย อำเภอเมืองมุกดาหาร) ขนาดกลาง (อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน) และขนาดเล็ก (อำเภอ ภูซาง จังหวัดพะเยา และอำเภอชาติตระการ จังหวัดพิษณุโลก) ด้วยแนวคำถามแบบปลายเปิด (opened question) โดยนำกรอบแนวคิดระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ (6 Building blocks)⁹ ประกอบด้วย ระบบบริการ กำลังคนด้านสุขภาพ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ สื่อองค์ความรู้/เทคโนโลยีทางการแพทย์ ระบบข้อมูลสารสนเทศ ภาวะผู้นำและหลักธรรมาภิบาล นำมาเป็นกรอบแนวคิดการพัฒนาาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว¹ จำนวน 6 องค์ประกอบ คือ การทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (Unity District Health Team) การให้ความสำคัญกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผู้บริโภค (customer focus) การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (community participation) การทำงานที่เกิดคุณค่าทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (appreciative inquiry) การจัดการทรัพยากร (resource sharing) และการให้บริการสุขภาพที่จำเป็นตามบริบทของชุมชน (essential care) และ 4) วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

การศึกษาทิศทางและกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ตามกรอบแนวคิด DHS: UCCARE สามารถสรุปได้ดังนี้

1. การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (U)

การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอของไทย ต่อเนื่องมาจากคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอในอดีตที่มีเฉพาะตัวแทนหน่วยงานสาธารณสุขเป็นกรรมการ แต่ปัจจุบันมีภาคีเครือข่ายอื่นๆ มาร่วมเป็นกรรมการบริหารร่วมกันกำหนดทิศทาง จัดทำแผนพัฒนาสุขภาพระดับอำเภอ มีคำสั่งแต่งตั้งระบุบทบาทหน้าที่ที่เป็นลายลักษณ์อักษร โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน มีข้อตกลงร่วมกัน มีคณะกรรมการควบคุมโรคชายแดนไทย-ลาว ในภาวะปกติมีหน่วยงานสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน เป็นภาคีหลักรับผิดชอบทุกประเด็น ทำงานเชื่อมโยงแบบโครงข่ายเดียวกัน ส่วนภาคีอื่นๆ เป็นเครือข่ายแบบหลวมๆ รับผิดชอบบางประเด็น ในยามฉุกเฉินทุกภาคีทั้งไทยและลาวจะร่วมมือกันปฏิบัติการอย่างเข้มแข็ง ดังคำกล่าวที่ว่า “เตี้ยวันนี้การทำงานร่วมกันในอำเภอจะง่ายกว่าเดิมมาก เพราะมีกฎหมายรองรับและมอบภารกิจให้นักปกครองเป็นผู้นำทีมในการทำงานระบบสุขภาพอำเภอ..”¹³ สำหรับทิศทางและกระบวนการพัฒนาการทำงานร่วมกันนั้น เห็นว่าควรมีคณะกรรมการในพื้นที่แบบพหุภาคี (รัฐ เอกชน ประชาชนและภาคีอื่นๆ) ที่ทำงานเชื่อมโยงกันทุกระดับแบบเป็นหุ้นส่วน (Partnership) ภาคีเครือข่ายมีการประสานสัมพันธ์โครงข่ายทั้งแนวดิ่งและแนวราบ ผู้นำเครือข่ายที่มีวิสัยทัศน์ก้าวไกล เสียสละ สร้างศรัทธาได้ มีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน สามารถดำเนินไปตามทิศทางนโยบาย มีการรักษาทีมสุขภาพเก่าเอาไว้ พร้อมกับการสร้างทีมสุขภาพใหม่ขึ้นมาเพื่อทดแทน และมีส่วนอำนวยความสะดวกเป็นหน่วยกลางเชื่อมระบบโดยมอบอำนาจการตัดสินใจไว้ที่นายอำเภอและเจ้าเมือง ส่วนปัญหาอุปสรรคที่พบในอำเภอที่หัวหน้าส่วนราชการย้ายสับเปลี่ยนบ่อยๆ ทำให้การทำงานไม่ต่อเนื่อง ดังคำกล่าวที่ว่า “บางอำเภอที่ทุกรัฐบาลหัวหน้าส่วนราชการจะมาทำงานอยู่ไม่นานก็ต้องย้ายไป หรืออาจจะมาอยู่เพียงเป็นทางผ่านเพื่อเลื่อนตำแหน่งที่สูงขึ้นก็ได้นะ จึงทำให้การทำงานตามนโยบายสะดุดลง”¹⁴

2. การมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค (C)

การทำงานเพื่อมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภคนั้น มีช่องทางการรับรู้ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการด้วยการประชุมหัวหน้าส่วน/คณะกรรมการระดับอำเภอ การเข้าร่วมประชุมคณะกรรมการควบคุมโรคชายแดนไทย-ลาว การแจ้งข่าวสารเรื่องประโยชน์ที่ประชาชนทั้งสองประเทศจะได้รับ ทำให้รู้ข้อมูลระบบสุขภาพของตนเองในขณะที่หน่วยงานให้บริการ และได้ขยายช่องทางการรับรู้โดยแจ้งข่าวสารในขณะไปเยี่ยมผู้ป่วยถึงบ้าน รองลงมา คือ การสื่อสารทางไลน์กลุ่มรวมทั้งได้บูรณาการเข้ากับงานอื่นๆ เพื่อให้เกิดความมั่นใจและผูกพันแก่ประชาชนและผู้รับบริการ โดยการเข้าไปร่วมงานบุญประเพณีต่างๆ ในชุมชนตามวิถีวัฒนธรรมอย่างสม่ำเสมอ ดังคำกล่าวที่ว่า “สมัยนี้ต้องทำงานแบบเรียลไทม์ (Real time) ไม่งั้นตามเขาไม่ทัน ราชการก็เหมือนกันเมื่อมีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นต้องรายงานเจ้านายทางโซเชียลทันที.. ก็คืนข่าวสารจะ

ได้รวดเร็ว ประชาชนก็รู้และช่วยกันได้ทัน..”¹⁵ สำหรับทิศทางและกระบวนการพัฒนาประชาชนให้มีความรู้ ความเข้าใจ เจตคติที่ดี และการปฏิบัติ โดยการสื่อสารผ่านช่องทางที่หลากหลาย ทั้งสื่อสิ่งพิมพ์ สื่อสารมวลชน สื่อออนไลน์ สื่อบุคคลต่างๆ ตามแนวคิดหลักการทรงงานของในหลวงรัชกาลที่ 9 คือ “ระเบิดจากข้างใน” หมายความว่า ต้องสร้างความเข้มแข็งให้คนในชุมชนที่เราเข้าไปพัฒนา ให้มีสภาพพร้อมที่จะรับการพัฒนาศักยภาพแล้วจึงค่อยออกมาสู่สังคมภายนอก มิใช่การนำเอาความเจริญหรือบุคคลจากสังคมภายนอกเข้าไปหาชุมชนหมู่บ้าน ที่ยังไม่มีโอกาสเตรียมตัวหรือตั้งตัว¹⁶ และทุกขั้นตอนมาจากความคิดเห็นของคนในพื้นที่ ที่ทำความเข้าใจแก่ประชาชนด้วยรูปแบบที่เหมาะสม ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ชาวบ้านเสนอการปรับปรุงแก้ไขระบบสุขภาพด้วยตนเองผ่านที่ประชุมเพื่อให้เกิดความภูมิใจและรู้สึกเป็นเจ้าของ ให้ความสำคัญกับคุณค่าความเป็นมนุษย์ ทุกคนมีสิทธิ์ที่เท่าเทียมเสมอภาค มีส่วนร่วมทุกขั้นตอนเพื่อสร้างความผูกพันกับระบบสุขภาพของตนเอง มีการคืนข้อมูลด้วยการจัดกิจกรรมตามวิถีวัฒนธรรมของท้องถิ่น

3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (C)

วิธีการทำให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในส่วนของไทย พบว่า ทุกอำเภอร่วมกันสำรวจข้อมูลเพื่อรับรู้ปัญหาความต้องการของพื้นที่ รองลงมา คือ การเข้าร่วมทำแผนระดับอำเภอและเวทีจัดทำแผนชุมชนของท้องถิ่น การปฏิบัติในภาวะฉุกเฉินทุกภาคีทั้งไทยและลาวจะร่วมกันอย่างเข้มแข็ง ส่วนในยามปกติจะมีทีมสาธารณสุข อปท. ผู้นำชุมชน และ อสม. ของไทยร่วมดำเนินการเป็นภาคีหลัก ภาคส่วนอื่นจะร่วมในบางเรื่อง สำหรับการมีส่วนร่วม การประเมินผลและรับผลประโยชน์นั้น ภาคีเครือข่ายของไทยมีการลงพื้นที่ติดตามผลการดำเนินงาน รวมทั้งเข้าร่วมประชุมคณะกรรมการ และการพบปะพูดคุยกันอย่างสม่ำเสมอ “ทีมอำเภอเราจะช่วยกันดีมาก อย่างเช่นไข้เลือดออกเมื่อปีที่แล้วทุกส่วนช่วยกันโดยมีท่านนายอำเภอเป็นหัวเรือใหญ่พาลงพื้นที่ อบต.เตรียมเสบียง อสม. ประชาสัมพันธ์ หน่วยงานทั้งทหาร ตำรวจมาช่วยสาธารณสุขฝ่ายวิชาการ กำนันผู้ใหญ่พามวลชนชาวบ้านมาเป็นกำลัง ครู นักเรียนมาร่วมกันรณรงค์ ทำให้จัดการได้เรียบร้อย”¹⁷ ส่วนทิศทางและกระบวนการพัฒนานั้น ทุกภาคีเป็นกรรมการ รับผิดชอบ/ทำหน้าที่ได้อย่างอิสระ คณะกรรมการรับฟังความคิดเห็นของสมาชิกทุกเรื่อง ร่วมวิเคราะห์หาสาเหตุนำไปสู่การ

แก้ไข มองเห็นคุณค่า สร้างความภูมิใจให้ทุกคนอยากร่วมงานมากขึ้น เพื่อสร้างความเชื่อมั่นแก่ชุมชนโดยการเยี่ยมเยียนพบปะบ่อยๆ แบบปะทะสังสรรค์ คิดวางแผนร่วมกันไปอย่างต่อเนื่อง สร้างการมีส่วนร่วมที่ภาคีเครือข่ายเข้าถึงได้ง่าย ผู้นำในพื้นที่มีส่วนร่วมดูแลระบบสุขภาพ มีการทำงานเป็นทีม และส่งเสริมให้ อสม. มีทักษะการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ด้วยกระบวนการบริหารงานคุณภาพ (PDCA) ของเดมมิ่ง¹⁸ ที่ทุกภาคีมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ใช้การจัดการความรู้ (Knowledge Management : KM) เป็นเครื่องมือการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อพัฒนาคนสร้างชุมชนให้เข้มแข็งอย่างยั่งยืน ที่ทุกคนทำงานแบบจิตอาสา

4. การทำงานที่เกิดคุณค่าทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (A)

การทำงานที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยผู้นำเครือข่ายไทย-ลาวได้ปรับแนวคิดในการทำงานเป็นการทำงานด้วย “หัวใจ” เพื่อสร้างแรงบันดาลใจให้ทีมทำงานไปพร้อมๆ กัน ที่มีประชาชนเป็นเป้าหมาย ดังคำกล่าวที่ว่า “การที่ทุกหน่วยทำงานไปพร้อมๆ กัน เสมือนน้ำที่ไหลรวมไปทิศทางเดียวกัน จึงจะมีพลังและประสบความสำเร็จ..”¹³ โดยไปเยี่ยมถึงบ้านผู้ป่วยสม่ำเสมอจนเป็นญาติดูแลทุกมิติด้วยความเสียสละอุทิศตนทำงานเพื่อคนในชุมชนท้องถิ่น มีการยกย่องคนดีมีผลงาน ทำงานเชิงรุกเป็นรูปธรรม เข้าถึงปัญหาสร้างศรัทธาให้เกิดความเชื่อมั่นว่า “ผู้นำฟังได้จริง” บริการด้วยหัวใจเพื่อสร้างความประทับใจ โดยถือคติว่า “สิ่งที่เราได้มา คือ สิ่งที่เราให้ไป” โดยถือว่าประชาชนทั้งสองประเทศเป็นเสมือนญาติพี่น้องกัน

สำหรับทิศทางและกระบวนการพัฒนา ควรเป็นองค์กรที่มีความสัมพันธ์แนบแน่น มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แบ่งปันประสบการณ์จากการปฏิบัติจริง (Active Learning) มีการค้นหาผู้รู้ในชุมชนเปิดโอกาสให้ได้ถ่ายทอดประสบการณ์ เพื่อเห็นคุณค่าคนอื่น ๆ การจัดประชุมวิชาการเพื่อยกระดับความรู้ทักษะสร้างความภูมิใจแก่ภาคีเครือข่าย ให้คำปรึกษา ชี้แนะแก่ทีมในการปฏิบัติด้วยการศึกษาเพื่อการพัฒนาแบบสหวิทยาการ การชื่นชมยินดีต่อความสำเร็จจากบุคคลรอบข้าง การให้เกียรติเท่าเทียมกันด้วยการแสดงความเคารพนับถือในการรับฟังความคิดเห็น การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มทักษะในการปฏิบัติงานแก่ทีม การมีเวทีเรียนรู้การทำงานที่มีบรรยากาศ

อบอุ่นผูกพันแบบ “ฉันทที่พี่น้อง” การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Development) ตามหลักธรรมชาติของทุกภาคส่วน การค้นหาทุนทางสังคมที่มีในชุมชนร่วมกัน การมีระบบสวัสดิการด้านการศึกษาและในยามเจ็บป่วยให้ทีมการพัฒนาบุคลากรด้วยการมีเครื่องแบบชุดปฏิบัติงานเหมือนกันที่มีเอกลักษณ์แสดงถึงเอกภาพของทีมงาน และร่วมกันสรุปบทเรียนและบันทึกประสบการณ์ “สิ่งที่ดีงาม” ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานในพื้นที่

5. การจัดการทรัพยากร (Resource Sharing : R)

แม้ว่าไม่มีงบประมาณระบบสุขภาพอำเภอโดยเฉพาะ แต่ภาคีเครือข่ายของไทยได้ใช้แผนงานประจำของหน่วยงานโดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดสมทบงบประมาณส่วนขาดแล้วนำมาปฏิบัติร่วมกัน และได้ระดมทุนจากภาคส่วนต่างๆ ช่วยกัน ดังนั้น ทุกอำเภอเห็นว่าควรจะมีงบประมาณสำหรับระบบสุขภาพอำเภอชายแดนโดยตรงเพื่อบริหารจัดการแก้ปัญหาและพัฒนาบุคลากรในระดับพื้นที่ได้อย่างเบ็ดเสร็จ ส่วน สปป.ลาว ยังไม่มีงบประมาณมาร่วมสมทบ สำหรับทิศทางและกระบวนการพัฒนานั้นจะใช้หลักการบริหารทรัพยากรในเขตการปกครองแบบบูรณาการ ภาคีเครือข่ายร่วมกันระดมสมองเพื่อจัดทำแผนระดับอำเภอ การกำหนดแผนงานที่ตอบสนองการแก้ปัญหาของพื้นที่ รวมทั้งการระดมทรัพยากรจากทุกภาคส่วนในชายแดนไทย-ลาว ให้รวดเร็วและครอบคลุมมากขึ้น หน่วยงานระดับบนควรจัดทรัพยากรสนับสนุนแก่พื้นที่อย่างเพียงพอเหมาะสม ภาคีเครือข่ายร่วมกันคิดวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายก่อนและหลังการดำเนินงาน การแบ่งปันทรัพยากรระหว่างกัน นำมาสู่ความรักความสามัคคี มีเอื้อโย มีสายสัมพันธ์อันดีต่อกัน ทีมที่ทำงานบริการ “ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” จะได้รับศรัทธาเข้าใจเป็นทุนต่างๆ จากชุมชน ดังคำกล่าว “*ต้องทำดีเป็นตัวอย่าง และบริการดีให้เขาประทับใจจนเกิดศรัทธาแล้วจะมาช่วยเราเอง..*”¹⁹ การจัดทำศูนย์ข้อมูลอำเภอเพื่อการบริหารมีประสิทธิภาพ เครือข่ายระดับอำเภอควรได้รับการจัดสรรงบประมาณเพื่อการบริหารและการพัฒนาบุคลากรอย่างเท่าเทียมเป็นธรรมทั่วประเทศ และควรสนับสนุนการศึกษาดูงานแลกเปลี่ยนระหว่างพื้นที่เพื่อให้มีการพัฒนาที่เท่าเทียมกัน

6. การให้บริการสุขภาพที่จำเป็นตามบริบทชุมชน (Essential Care : E)

การให้บริการสุขภาพพื้นฐานตามบริบทของชุมชน

ของไทยนั้น มีการดูแลคุณภาพชีวิตแบบองค์รวมทุกมิติตั้งแต่ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ด้อยโอกาสทางสังคม การแก้ปัญหาภาวะฉุกเฉินเมื่อเกิดโรคระบาดและเกิดสาธารณภัย อนามัยแม่และเด็ก การศึกษา พัฒนาอาชีพ วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และปัญหาสังคมครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ ตั้งแต่เกิดจนตาย และการพัฒนา “คน” ให้สามารถพึ่งตนเองได้อย่างสอดคล้องกับศักยภาพทุนให้สามารถพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืน ส่วนผู้รับบริการชาวลาวนั้น ก็ให้จัดให้ตามที่ผู้ป่วยร้องขอมาทั้งการรักษา การส่งเสริมป้องกันโรค ส่วนการควบคุมโรคในภาวะฉุกเฉินก็ดำเนินการร่วมกันทั้งไทยและลาว ดังคำกล่าว “*รู้สึกภูมิใจมาก เพราะเมื่อก่อนนี้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีรากกับอสม. เท่านั้น เดียวนี้มีหน่วยงานและองค์กรทุกภาคส่วนมาร่วมด้วย.*”²⁰

ทิศทางและกระบวนการพัฒนาการบริการพื้นฐานนั้น ควรมีส่วนร่วมที่ทุกภาคส่วนสามารถทำและเรียนรู้ร่วมกันได้สะดวก การดูแลด้านสังคมผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง สงเคราะห์ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ ผู้ยากไร้ การเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคติดต่อที่ระบาดตามแนวชายแดน ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ที่ยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูล การบริโภคอาหารปนเปื้อนสารเคมีที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ การสร้างผู้นำเพื่อดูแลด้านสังคม เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม คุณภาพชีวิตแบบองค์รวม เนื่องจากการดูแลด้านสุขภาพอย่างเดียวทำให้ขาดความร่วมมือจากเครือข่ายอื่นๆ การส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ได้มีองค์ความรู้สามารถดูแลเบื้องต้น แก่ตนเอง ครอบครัว ชุมชน การส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชนด้วยการสร้างผู้นำให้สามารถร่วมกันจัดการดูแลคุณภาพชีวิตชุมชน วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ ผลกระทบที่เกิดขึ้นแล้วนำมาหาแนวทางแก้ไขร่วมกันตามบริบทแห่งวิถีวัฒนธรรมของตนๆ

จากการวิเคราะห์ทิศทางและกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว สามารถสรุปประเด็นได้ดังนี้ 1) ด้านการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอต้องการทำงานแบบพหุภาคีมีหน่วยกลางเชื่อมระบบ 2) ด้านการมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภคควรมีการสื่อสารผ่านช่องทางที่หลากหลาย 3) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายโดยเริ่มปรับแนวคิดการทำงานโดยการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนและร่วมกันคิดและแก้ปัญหา 4) ด้านการเห็นคุณค่าการทำงานด้วยหัวใจ

โดยการสร้างแรงบันดาลใจให้ทีมงานทำงานด้วยกัน และเกิดการเรียนรู้ร่วมกันแบบฉันทน์พี่น้อง 5) ด้านการแบ่งปันทรัพยากรของไทยมีการจัดสรรให้พอเพียงอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม เพื่อให้ไปสู่ความสามัคคี และสายสัมพันธ์ในการทำงานที่ดีต่อกัน และ 6) ด้านการดูแลสุขภาพที่จำเป็น ควรจะเริ่มทำการสร้าง “คน” สร้าง “ผู้นำ” เพื่อสร้าง “ระบบสุขภาพชุมชน” ให้เข้มแข็งและยั่งยืน สอดคล้องกับวิถึวัฒนธรรมของชุมชนท้องถิ่น

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาทิศทางและกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว สามารถนำมาอภิปรายผลถึงประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ

การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอชายแดนของไทย-ลาว มีเอกภาพเป็นไปตามนโยบายของรัฐ กล่าวคือ มีคำสั่งคณะกรรมการเป็นลายลักษณ์อักษรระบุบทบาทหน้าที่ชัดเจน โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน ซึ่งมีผลทำให้หน่วยงานต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน สอดคล้องกับเครือข่ายประสานงานสาธารณสุขอำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี²¹ ที่สรุปว่าปัจจัยที่สนับสนุนการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอให้เกิดความสำเร็จ คือ การมีโครงสร้างคณะกรรมการที่มีหน่วยงานอื่นๆ เข้ามาร่วมเป็นกรรมการ ผู้บริหารระดับสูงให้ความสำคัญ ส่วนราชการและองค์กรต่างๆ ให้ความร่วมมือ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชตากร ศิริคุณ และวุฒิพงศ์ ภักดีกุล²² ที่พบว่า ปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอในพื้นที่จังหวัดสกลนคร คือ 1) การส่งเสริมให้มีโครงสร้าง (Structure) และกำหนดบทบาทหน้าที่ (Function) ในรูปแบบ “สภาสุขภาพอำเภอ” คณะกรรมการมีการปฏิบัติงานตามบทบาทโดยสมบูรณ์และต่อเนื่อง 2) การเสริมสร้างการรับรู้ (Perception) เกี่ยวกับนโยบาย รับรู้ต่อปัญหาสังคม (Perception of Social Problem) 3) การกระตุ้นการตอบสนอง (Responsiveness) เพื่อให้เกิดการเร่งรัดดำเนินการตามนโยบายหรือตอบสนองต่อปัญหาของชุมชน 4) การสนับสนุนอย่างเป็นระบบ (Supporting System) ทุกพื้นที่ของระดับอำเภอและจังหวัด มีการสนับสนุนปัจจัยด้านการบริหารเข้าสู่ระบบการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ

แต่อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาค้นครั้งนี้พบว่า อำเภอขนาดใหญ่ทำงานยากกว่าเพราะมีหน่วยงานต่างระดับอยู่ในพื้นที่เดียวกันเท่ากับมีผู้บังคับบัญชาหลายคนและมีสายการบังคับบัญชาที่แตกต่างกัน ในส่วนของอำเภอขนาดกลางขาดภาคเอกชนร่วมเป็นคณะกรรมการ นอกจากนี้แล้วบางอำเภอมิขนาดเดียวกันแต่ศักยภาพและความพร้อมแตกต่างกัน เช่น บางอำเภอขนาดเล็กแต่ได้ผู้นำที่มีความน่าเชื่อถือและศรัทธาของประชาชนก็จะสามารถขับเคลื่อนงานได้อย่างต่อเนื่อง

2. การมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค

ช่องทางการรับรู้ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ คือ การประชุมหัวหน้าส่วนและคณะกรรมการระดับอำเภอ และหน่วยงานแจ้งข่าวสารในขณะให้บริการ มีการขยายช่องทางการรับรู้โดยแจ้งข่าวสาร ขณะไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและร่วมงานในชุมชน รองลงมาคือการสื่อสารทางไลน์กลุ่ม ผลการวิเคราะห์พบว่าในระดับอำเภอ มีการสื่อสารให้ประชาชนรับรู้โดยผู้นำเครือข่ายพบปะพูดคุยสม่ำเสมอ ใช้การประชุมเครือข่าย อสม.และประกาศทางหอกระจายข่าวสารหมู่บ้าน สอดคล้องกับเนาวรัตน์ เจริญวิวัฒน์วงศ์ และคณะ⁽²³⁾ ที่วิจัยแบบมีส่วนร่วมเพื่อเรียนรู้เชิงบูรณาการในการพัฒนาการเยี่ยมบ้านคุณภาพด้วยทีมหมอครอบครัว ด้วยการใช้หลัก 1A 4C คือ การเข้าถึงบริการ (Accessibility) การให้บริการอย่างต่อเนื่อง (Continuity) การเชื่อมโยงประสาน (Coordination) การให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensiveness) และการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) ผลการวิจัยพบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีขีดความสามารถเพิ่มขึ้น มีการพัฒนาแบบฟอร์มการเยี่ยมบ้านที่ใช้เป็นเครื่องมือในการส่งต่อผู้ป่วยในทีม มีการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการชุมชนเพื่อดูแลประชาชน ที่มีสหวิชาชีพและเครือข่ายภาคประชาชนร่วมกันดูแลสุขภาพของประชาชน มีช่องทางการสื่อสารโดยใช้ไลน์กลุ่ม ผู้ให้บริการและผู้รับบริการรู้สึกมีคุณค่าและสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน

3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย

การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายพบว่า ส่วนใหญ่การมีส่วนร่วมรับรู้ปัญหาของอำเภอขนาดใหญ่และขนาดกลางจากการสำรวจข้อมูล รองลงมา คือการร่วมประชุมและร่วมเวทีจัดทำแผนชุมชนในภาวะฉุกเฉินภาคีเครือข่ายร่วม

ปฏิบัติอย่างดี ส่วนช่วงเวลาปกติที่ไม่มีเหตุฉุกเฉิน จะมีเพียงทีมสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชนและ อสม. เท่านั้นที่เป็นภาคีหลัก สำหรับภาคส่วนอื่นจะร่วมในบางเรื่อง และร่วมติดตามผลการดำเนินงานโดยเข้าร่วมประชุมและการพบปะพูดคุยกัน นอกจากนี้แล้วยังพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายที่มีความแตกต่างกันได้แก่ การทำงานเชื่อมต่อกันเป็นเครือข่ายโดยมีพระสงฆ์เป็นผู้นำ เมื่อมีภาวะฉุกเฉินท้องถิ่นจะเปิดประชุมสภาเพื่ออนุมัติงบประมาณสนับสนุน มีการประเมินผลโดยการนำเสนอผลงานในงานมหกรรมสุขภาพ ภาคส่วนต่างๆ เข้าร่วมบางขั้นตอน สอดคล้องกับสรุขัย รุจิวรรณกุล สงครามชัย ลีทองดี และอนุพันธ์ สุวรรณพันธ์²⁴ ที่ศึกษาพัฒนารูปแบบการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ ด้วยการจัดการกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า แนวปฏิบัติที่ดีของรูปแบบการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ คือ 1) การจัดการกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 2) การสร้างการพัฒนาเครือข่ายและประสานการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่ และ 3) การติดตามประเมินผลการพัฒนาสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเรียนรู้มาเป็นกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีการร่วมปฏิบัติจริงในพื้นที่และการใช้เครือข่ายการทำงานที่มีความเข้าใจภาษาและวัฒนธรรมท้องถิ่น

4. การทำงานที่เห็นคุณค่าทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

การทำงานที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจที่สอดคล้องกัน คือ ภาคีเครือข่ายเริ่มปรับแนวคิดและทัศนคติในการทำงานด้วย “หัวใจ” ผู้นำเครือข่ายพาทีมลงพื้นที่เยี่ยมประชาชนถึงบ้านแบบดูแลเอาใจใส่ดูแลเป็นญาติด้วยความเสียสละอย่างสม่ำเสมอรวมทั้งให้เกียรติยกย่องคนดีมีผลงานและอุทิศตนเพื่อชุมชนแบบทำงานเชิงรุกเป็นรูปธรรมสร้างศรัทธาให้ทีมและประชาชนเชื่อมั่นว่า “ผู้นำฟังได้จริง” บริการด้วยหัวใจสร้างความประทับใจโดยถือคติว่า “สิ่งที่เราทำได้ คือ สิ่งที่เราให้ไป” สอดคล้องกับบุญสืบ โสโสม และคณะ²⁵ ที่ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการสุขภาพเชิงปริมาณของระบบสุขภาพอำเภอพื้นที่เขตเมือง 8 จังหวัด ซึ่งได้พัฒนาบริการโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ของเขตบริการสุขภาพที่ 4 โดยการเยี่ยมขึ้นชมรับฟังการนำเสนอผลการดำเนินงานที่เครือข่าย

ช่วยบริการสุขภาพอำเภอ พบว่าคุณค่าการทำงานที่นำสู่การพัฒนาบริการ ได้แก่ 1) การเข้าใจในปัญหาของผู้ใช้บริการ 2) การให้ความช่วยเหลือได้ทันทีที่ต้องการ 3) ความสนใจและความเอาใจใส่ต่อปัญหาสุขภาพ 4) การใช้เวลาพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ และ 5) การได้รับบริการความรู้จากผู้เชี่ยวชาญ

5. การจัดสรรทรัพยากร

การร่วมกันวางแผนการจัดสรรแบ่งปันทรัพยากรที่สอดคล้องกัน คือ ไม่มีงบประมาณระบบสุขภาพอำเภอ โดยเฉพาะแต่ได้ใช้แผนงานประจำของหน่วยงานโดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสมทบงบประมาณส่วนที่ขาดเพื่อใช้ปฏิบัติร่วมกัน ทั้งในยามปกติและภาวะฉุกเฉิน และบางอำเภอได้ระดมทุนจากภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อจัดการแก้ปัญหาในระดับพื้นที่อย่างเบ็ดเสร็จ ส่วนที่แตกต่างกัน คือ มีหน่วยงาน กองทุน สสส. กองทุน อสม. มูลนิธิร่วมกตัญญู และมีภาคเอกชนร่วมสมทบปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ชุมชนระดมตั้งกองทุนอุปกรณ์การแพทย์ระดับตำบล ผู้นำหน่วยงานช่วยกันลงขันเสียสละเงินคนละเล็กคนละน้อย

สำหรับแผนปรับปรุงเรื่องทุนในอนาคตนั้น ต้องการปรับปรุงศูนย์ฟื้นฟูผู้สูงอายุ และส่งเสริมพัฒนาทักษะสวัสดิการของ อสม. โดยเริ่มระดมทุนจากภาคีต่างๆ รับบริจาคเงินจากงานเลี้ยงสังสรรค์ในชุมชนเป็นค่าอาหารผู้ป่วย และลงพื้นที่ไปคุยกับประชาชนเพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับบุญสืบ โสโสม และคณะ²⁵ พบว่าปัจจัยของความสำเร็จเกิดจากทุนทางสังคมที่มีมาก่อน ได้แก่ ทุนทางสังคมที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีการบริหารแบบ คปสอ. ทุนทางความเชื่อทางศาสนาวัฒนธรรมที่ให้คุณค่ากับการช่วยเหลือเอื้ออาทรกัน ความเป็นญาติพี่น้องและเสริมสร้างความรู้สึกภาคภูมิใจ ความรู้สึกเป็นหนึ่งในเครือข่ายที่มีความเข้มแข็งและรู้สึกเป็นทีมที่เป็นหนึ่งเดียวที่ต้องการเดินไปพร้อมๆ กัน

6. การให้บริการสุขภาพที่จำเป็นตามบริบทของชุมชน

การให้บริการสุขภาพตามความจำเป็นในบริบทของชุมชนที่สอดคล้องกัน คือ การดูแลคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ยากลำบากทางสังคมและภาวะฉุกเฉินเมื่อเกิดโรคระบาดและสาธารณสุขภัยที่ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ ทีมภาคีเครือข่ายทำงานเชิงรุกลงพื้นที่อย่างต่อเนื่องดูแลคน ตั้งแต่เกิดจนตาย และพัฒนา “คน” ให้

สามารถพึ่งตนเองได้ตามศักยภาพทางสังคมของชุมชน ส่วนที่แตกต่างกันและดำเนินการในบางอำเภอ ได้แก่ 1) การดูแลพิเศษในกลุ่มแม่และเด็กและวัยทำงาน 2) การพัฒนาศักยภาพของ “คน” ทั้งเด็กและเยาวชน ด้านสุขภาพ การศึกษา ทักษะอาชีพ 3) สร้างผู้นำเข้มแข็ง คนเข้มแข็ง เพื่อสร้างชุมชนเข้มแข็ง 4) ส่งเสริมวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม (พัฒนาเมือง 3 ธรรม: ธรรมะ ธรรมชาติ และวัฒนธรรม) และ 5) มีภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งในการบริการดูแล “แบบไร้รอยต่อ”

ส่วนประเด็นที่สอดคล้องกันทุกอำเภอ คือ พัฒนาการท่องเที่ยวเชิงธรรมชาติสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมสองฝั่งโขง/สองแผ่นดิน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชดากร ศิริคุณ และ วุฒิพงศ์ ภักดีกุล²² ที่พบว่า เป็นการต่อยอดจากทุนเดิมในลักษณะแบบ “CONTEXT” กล่าวคือ ทุกพื้นที่มีวัฒนธรรมการทำงาน (Civil Culture Base) ด้วยกระบวนการเรียนรู้ปัญหา กับประชาชน (Context Base Learning; CBL) ร่วมทำงานดูแลสุขภาพประชาชนแบบ “ใกล้บ้านใกล้ใจ” ความเป็นองค์กร (Organization) มาก่อน การมีระบบเครือข่าย (Network) ที่ประสานการทำงานอย่างแนบแน่น (Strange Association) ในพื้นที่ เพื่อคอยเกื้อหนุนกันและกัน การทำงานเป็นทีม (Team Work) ที่ร่วมกันแก้ไขปัญหาจากกิจกรรมเฉพาะกลุ่ม เฉพาะด้าน แล้วเกิดวิวัฒนาการเป็นทีมงานที่เข้มแข็ง สำหรับอำเภอชายแดนที่ห่างไกลนั้น การมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพยังมีน้อย เนื่องจากสภาพเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา และการคมนาคมไม่สะดวกเพราะพื้นที่ทุรกันดารเดินทางไม่สะดวก

สรุปผล ทิศทางและกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ต้องการภาวะการนำองค์กรของผู้ที่มีวิสัยทัศน์สามารถสร้างศรัทธาเชื่อมั่นแก่ภาคีเครือข่ายและชุมชนโดยมีความสัมพันธ์แนวระนาบ มีการสื่อสารผ่านช่องทางที่หลากหลาย มุ่งพัฒนาคนโดยเริ่มปรับแนวคิดเพื่อให้เกิดแรงบันดาลใจการทำงานด้วย “หัวใจความเป็นมนุษย์” อุทิศเวลา

เสียสละ ซึ้นชม ยกย่อง ให้เกียรติ เคารพความคิดเห็น ทำงานและเรียนรู้ร่วมกันแบบฉันทันทีพี่น้อง จัดสรรทรัพยากรให้พอเพียงอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม โดยภาคีเครือข่ายการมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของจัดระบบเฝ้าระวังการดูแลสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ทุกมิติที่สอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรมของท้องถิ่นแบบไร้รอยต่อได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอเชิงนโยบาย

ภาครัฐควรสนับสนุนงบประมาณสำหรับระบบสุขภาพอำเภอชายแดนเพื่อแก้ปัญหาในระดับพื้นที่ได้แบบเบ็ดเสร็จ

2. ข้อเสนอแนะเชิงการให้บริการ

ทีมสุขภาพระดับอำเภอและทีมบริการสุขภาพในระดับพื้นที่ควรจัดบริการโดยมุ่งเน้นผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภคตามประเด็นร่วมที่ตรงกับปัญหาและความต้องการ โดยเปิดโอกาสให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนอย่างเข้มแข็งและจริงจัง

3. ข้อเสนอในการวิจัย

จากผลการวิจัยดังกล่าว พบว่า ระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ยังมีส่วนขาดในการพัฒนาในด้านต่างๆ ซึ่งควรศึกษาวิจัยและพัฒนาต่อไป ดังนี้

3.1 กระบวนการพัฒนารูปแบบระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ที่เน้นการปรับแนวคิด สร้างแรงบันดาลใจในการทำงานแบบหัวใจความเป็นมนุษย์ ที่สอดคล้องกับทุนทางวัฒนธรรมท้องถิ่น

3.2 การจัดการปัญหาสุขภาพตามแนวชายแดนที่สำคัญ คือ “การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างเครือข่ายระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันภัยทางสุขภาพในพื้นที่ชายแดน”

References

1. Ashananuphap S. District Health System: DHS: Experience the difference. Nonthaburi: Sahamitprinting & Publishing Company; 2014. (in Thai).
2. Bureau of Trade and Investment Cooperation. Border crossing in the Thai-Laos border. Bangkok: Department of Foreign Trade Ministry of Commerce; 2013. (in Thai).
3. Manachareon P. Study and development of public health cooperation in the Eastern region for solving public health problems. Bangkok: Diplomatic Management Program, Class 6, 2014, Institute of Foreign Affairs, Devawongworaphot Ministry of Foreign Affairs; 2014. (in Thai).
4. Office of Policy and Strategy. National Health Development Plan No. 11 (2012-2016). Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2012. (in Thai).
5. Yongying P, Tienthavorn V, Tanvatanakul V, Tekhanmak K, Chaoniyom V. Districts Health Systems on the Thailand-Laos Border: Situations and Major Problematic Conditions. Thailand. Journal of Health Promotion and Environmental Health.2017;40(2_03):28-40. (in Thai).
6. Office of the Thai Health Security Research and Development Institute, Health Systems Research Institute. The use of health services for Lao patients in Thailand: a case study of the impact on Thai public hospitals; 2012. (in Thai).
7. Fulop T. Roemer M. Reviewing Health Manpower Development: A method of improving national health systems, Public Health Paper No.83 Geneva : World Health Organization; 1987.
8. Thanvatakul V. Status and Strategies of Community Health Development in Responsibility Area of Sub-district Administrative Organization: Case study in Chonburi Province, Thailand. Dissertacao de Doutoramento em Ciencias Biomedicas; 2008. (in Thai).
9. World Health Organization. Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies. Geneva: WHO Document Production Services; 2010.
10. Sathiraangkoon T. Reform of the Ministry of Public Health and the mechanism to improve the quality of nursing services in the transitional service area. Journal of Nursing Division. 2013; 40(3): 1-8. (in Thai).
11. Community Health System Research and Development Institute. Evaluation guidelines for developing DHS. Community Health Research and Development Institute Foundation; 2014. (in Thai).
12. Office of the Inspector General, Ministry of Public Health. Provincial government inspection report, 1st period, fiscal year 2017. Search from the Data Health Center database system: DHC, Ministry of Public Health. 2017. (in Thai).
13. Health Network Leader branch of government and security, male, 47, (interviewed on January 7, 2018). (in Thai).
14. Health Network Leader, Female Health Volunteer Branch, 50, (interviewed on January 19, 2018). (in Thai).

15. Health Network Leader branch of government and security, male, 59, (interviewed on January 9, 2018). (in Thai).
16. Tantiwetchakul S. Blow from inside Heart of development In His Majesty King Rama 9. Available from <https://mgronline.com/onlinesection/detail/9590000115284>. 2016. (in Thai).
17. Health Network Leader branch of community leader, male, 34, (interviewed on January 28, 2018). (in Thai).
18. Edwards Deming, W. Out of the Crisis. MIT Center for Advanced Engineering Study. The MIT Press. 1986.
19. Health Network Leader, Male Health Volunteer Branch, 46, (interviewed on January 7, 2018). (in Thai).
20. Health Network Leader, Female Health Volunteer Branch, 46, (interviewed on January 7, 2018). (in Thai).
21. Public Health Coordination Network, Samrong District. Summary of the health system performance in Samrong District, Samrong District Public Health Office Ubon Ratchathani; 2013. (in Thai).
22. Sirikun C, and Phakdeekul W. Assessing opinions on the development of district health service network (DHS) in Sakon Nakhon province. *Journal of Community Health Development Khon Kaen University* 2014;2(1):1-11. (in Thai).
23. Chienwiwattanawong N, Rongmuang D, Suema N, kojhauntiew W, Pupa K, Suansun N, et al. Integrated Learning of District Health System and Family Care Team to Develop Health Service Networks Using the Quality Home Visiting Program: Suksumran Caring Society with Family Care Team. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2016;3(2): 1-16. (in Thai).
24. Rujiwankul S, Leethongdee S, and Suwanpan A. Develop a district health system management model with participatory learning of local networks: a case study of Khun Han District, Sisaket Province. *Journal of Graduate School, Pitchayarat, Ubon Ratchathani Rajabhat University* 2015;10(2):117-25 (in Thai).
25. Sosom B, Phrakotphon P, Suvannakha Y, Chaiyarit A, Sithan S, Soisisawat M, Chantapong S. Levels of Quality of Life and Method to Develop Quality of Life in Thai Chronically ill patients. *Health Systems Research Institute*; 2016. (in Thai).