



รายงานการศึกษาส่วนบุคคล
(Individual Study)

เรื่อง การศึกษาและพัฒนาความร่วมมือทางด้านสาธารณสุข
ชายแดนภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพื่อการแก้ปัญหาสาธารณสุข

จัดทำโดย นายประสิทธิ์ มานะเจริญ
รหัส 6048

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม
หลักสูตรนักบริหารการทูต รุ่นที่ 6 ปี 2557
สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ
ลิขสิทธิ์ของกระทรวงการต่างประเทศ



รายงานการศึกษาส่วนบุคคล
(Individual Study)

เรื่อง การศึกษาและพัฒนาความร่วมมือทางด้านสาธารณสุข
ชายแดนภาคตะวันออกเพื่อการแก้ปัญหาสาธารณสุข

จัดทำโดย นายประสิทธิ์ มานะเจริญ
รหัส 6048

หลักสูตรนักบริหารการทูต รุ่นที่ 6 ปี 2557
สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ
รายงานนี้เป็นความคิดเห็นเฉพาะบุคคลของผู้ศึกษา



เอกสารรายงานการศึกษาส่วนบุคคลนี้ อนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม
หลักสูตรนักบริหารการทูตของกระทรวงการต่างประเทศ

ลงชื่อ.....
(ศาสตราจารย์ ดร. สร้อยตระกูล อรรถมานะ)
อาจารย์ที่ปรึกษา

ลงชื่อ.....
(เอกอัครราชทูต ดร. สมเกียรติ อริยปรัชญา)
อาจารย์ที่ปรึกษา

ลงชื่อ.....
(เอกอัครราชทูต วิวัฒน์ กุลธรเชียร)
อาจารย์ที่ปรึกษา

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การศึกษาและพัฒนาความร่วมมือทางด้านสาธารณสุขชายแดนภาคตะวันออก มีบุคคลสำคัญ ผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้องของประเทศกัมพูชาเข้าร่วมประชุม ได้เสร็จสิ้นไปอย่างเรียบร้อยมีความราบรื่นไม่มีข้อผิดพลาด ผู้เข้าร่วมประชุมมีความพึงพอใจสามารถสร้างความร่วมมือจากหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยและประเทศกัมพูชา

การจัดประชุมพัฒนาความร่วมมือเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขชายแดนระหว่างประเทศไทยและประเทศกัมพูชา นับเป็นโอกาสดีที่กระทรวงสาธารณสุขจะใช้ช่วงเวลาดังกล่าวที่มีผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดชายแดนตะวันออกและผู้แทนจากหน่วยงานสาธารณสุขของจังหวัดบันเตียเมียนเจย จังหวัดพระตะบองและจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชาเพื่อร่วมวิเคราะห์สถานการณ์และค้นหาประเด็นที่สอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุข รวมทั้งการพัฒนาความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขชายแดนภาคตะวันออกและร่วมวางแผนยุทธศาสตร์ทางด้านสาธารณสุขของจังหวัดชายแดนภาคตะวันออกเพื่อการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข

รายงานการศึกษาส่วนบุคคลฉบับนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาความร่วมมือทางด้านสาธารณสุขของจังหวัดชายแดนภาคตะวันออกเพื่อการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข เพื่อพัฒนาความร่วมมือทางด้านสาธารณสุขของจังหวัดชายแดนภาคตะวันออกเพื่อการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข และเพื่อวางแนวทางการร่วมมือด้านสาธารณสุขของจังหวัดชายแดนภาคตะวันออกเพื่อการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ผลสำเร็จของการประชุมมีความเชื่อมโยงต่อการพัฒนาความร่วมมือและการวางแนวทางการร่วมมือเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขชายแดนระหว่างประเทศไทยและประเทศกัมพูชา เพื่อนำไปสู่การลดปัญหาสาธารณสุขชายแดนภาคตะวันออก ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2557 - 15 กรกฎาคม 2557

การพัฒนาความร่วมมือทางด้านสาธารณสุขชายแดนภาคตะวันออกประสบความสำเร็จโดยเมื่อพิจารณาตามหลักของกระบวนการวงจรคุณภาพ ซึ่งได้มีการดำเนินการแบบเป็นขั้นตอน โดยในส่วนของกระบวนการภายหลังได้รับปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วยการนำปัญหาสาธารณสุขชายแดนภาคตะวันออกมาเป็นประเด็นของการจัดการประชุม และการสนับสนุนที่จากผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งภายในประเทศไทยและประเทศกัมพูชา ได้ดำเนินการกระบวนการที่สามารถอธิบายได้ตามหลักการของการบริหารจัดการโครงการที่ดี ซึ่งการพัฒนาความร่วมมือได้ดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งการกำหนดวัตถุประสงค์ การกำหนดการประชุมให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการพัฒนาความร่วมมือ ซึ่งเอื้ออำนวยให้เกิดผลลัพธ์ คือ การพัฒนาความร่วมมือและนำไปสู่การวางแนวทางการสาธารณสุขของจังหวัดชายแดนภาคตะวันออกเพื่อการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ผลที่ได้คือการพัฒนาความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขชายแดนประเทศไทย การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อชายแดน การรักษาพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วยต่างด้าวกลับประเทศเพื่อนบ้าน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานบริการชายแดนการพัฒนาเครือข่ายงานสาธารณสุขชายแดนประเทศไทย และการวางแนวทางการร่วมมือในอนาคต ในส่วนของผลกระทบต่อประชาชนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของกระทรวงสาธารณสุขทั้งของประเทศไทยและประเทศกัมพูชาสามารถทราบ

ถึงข้อมูลปัญหาด้านสาธารณสุขชายแดนของทั้งสองประเทศ ซึ่งสามารถพัฒนาไปสู่การวางแผนแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข รวมทั้งเป็นการเตรียมความพร้อม เพื่อร่วมผลักดันให้เกิดการสร้างประชาคมอาเซียนภายในปี ๒๕๕๘ ที่เน้นการปฏิบัติและเชื่อมโยงยิ่งขึ้นเพื่อผลประโยชน์ของประชาชนในภูมิภาคตะวันออกต่อไป

ในส่วนของผลกระทบต่อประชาชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องของกระทรวงสาธารณสุขทั้งของประเทศไทยและประเทศกัมพูชาสามารถทราบถึงข้อมูลปัญหาด้านสาธารณสุขชายแดนของทั้งสองประเทศ ซึ่งสามารถพัฒนาไปสู่การวางแผนแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขต่อไป ในขณะเดียวกันการรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากทุกภาคส่วน เนื่องจากได้เพิ่มมิติและมุมมองใหม่ให้แก่การดำเนินนโยบายสาธารณสุขชายแดน นับเป็นผลตอบรับที่ป้อนกลับเพื่อให้กระทรวงสาธารณสุขสามารถปรับการดำเนินนโยบายต่อไปได้ นอกจากนี้การประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ผลประชุม และบทบาทของผู้เข้าร่วมประชุม ซึ่งมีส่วนช่วยให้ประชาชนได้รับทราบถึงบทบาทของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งสามารถสะท้อนและป้อนกลับไปยังกระทรวงสาธารณสุขที่สามารถนำไปพิจารณาปรับแนวนโยบายต่อไปได้ด้วยเช่นกัน

กิตติกรรมประกาศ

ในการรายงานการศึกษาส่วนบุคคลฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก ศาสตราจารย์ ดร. สร้อยตระกูล อรรถมานะ เอกอัครราชทูต ดร. สมเกียรติ อริยปรัชญา และเอกอัครราชทูต วิวัฒน์ กุลธรเชียร ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษา และกรุณาให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วนและเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ข้าพเจ้ารู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอบพระคุณกระทรวงการต่างประเทศและหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข ที่เปิดโอกาสครั้งสำคัญให้ข้าพเจ้าได้มีโอกาสในการศึกษาหลักสูตรนักรับราชการทูตครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้บริหารที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตราด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปกเกล้า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตราด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดสระแก้ว จันทบุรี และตราด และสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งในจังหวัดสระแก้ว จันทบุรี และตราด ตลอดจนประเทศเพื่อนบ้านที่มีชายแดนติดต่อกับจังหวัดชายแดนภาคตะวันออกของประเทศไทย ที่เข้าร่วมการประชุม และให้ข้อมูลที่มีรายละเอียดเฉพาะ ลงลึกถึงข้อมูลสถานการณ์และสภาพปัญหาสาธารณสุขบริเวณชายแดน จนการดำเนินงานสาธารณสุขบรรลุในทิศทางที่กำหนด และขอบคุณผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพุทธโสธรทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการสนับสนุน ให้กำลังใจ จนการศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วง ตลอดจนเพื่อนร่วมรุ่นหลักสูตรนักรับราชการทูต รุ่นที่ ๖ ปี ๒๕๕๗ ที่เป็นกัลยาณมิตรทุกท่านที่สนับสนุนข้าพเจ้าเสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ของรายงานการศึกษาส่วนบุคคลฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอมอบเป็นกตัญญู กตเวทิตาแต่ บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จมาจนตราบเท่าทุกวันนี้

ประสิทธิ์ มานะเจริญ

สิงหาคม 2557

สารบัญ

| | |
|--|----|
| บทสรุปสำหรับผู้บริหาร | ง |
| กิตติกรรมประกาศ | ฉ |
| สารบัญ | ช |
| สารบัญภาพ | ซ |
| สารบัญแผนภูมิ | ฅ |
| บทที่ 1 บทนำ | 1 |
| 1.1 ภูมิหลังและความสำคัญของปัญหา | 1 |
| 1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา | 3 |
| 1.3 ขอบเขตการศึกษา วิธีการดำเนินการศึกษา และระเบียบวิธีการศึกษา | 3 |
| 1.4 ประโยชน์ของการศึกษา | 5 |
| 1.5 นิยามศัพท์ | 6 |
| บทที่ 2 แนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง | 7 |
| 2.1 ปัญหาสาธารณสุขชายแดนภาคตะวันออก | 7 |
| 2.2 แนวทางการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดน | 8 |
| 2.3 ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข | 9 |
| 2.4 วงจรคุณภาพ | 10 |
| 2.5 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา | 15 |
| บทที่ 3 ผลการศึกษา | 16 |
| 3.1 ข้อมูลบริบทของพื้นที่ | 16 |
| 3.2 ข้อมูลทั่วไปการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลจังหวัดชายแดนตะวันออก | 19 |
| 3.3 โครงสร้างการบริหารจัดการระบบสุขภาพของประเทศกัมพูชา | 20 |
| 3.4 การบริหารจัดการการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยต่างชาติจากโรงพยาบาลที่อยู่ชายแดนไทย-กัมพูชา | 21 |
| 3.5 สถานการณ์การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทยและกัมพูชาในปัจจุบัน | 22 |
| 3.6 สรุปผลความร่วมมือทางด้านสาธารณสุขชายแดนภาคตะวันออกปี พ.ศ. 2555-2556 | 23 |
| 3.7 การเตรียมการพัฒนาความร่วมมือทางด้านสาธารณสุขชายแดนภาคตะวันออก | 24 |
| บทที่ 4 บทสรุปและข้อเสนอแนะ | 31 |
| 4.1 สรุปผลการศึกษา | 31 |
| 4.2 ข้อเสนอแนะ | 31 |
| บรรณานุกรม | 34 |
| ภาคผนวก | 36 |
| ประวัติผู้เขียน | 38 |

สารบัญภาพ

| | | |
|----------|--|----|
| ภาพที่ 1 | พื้นที่ราบคั่นพรมแดนด้วยชายป่าหรือสวนผลไม้ | 16 |
| ภาพที่ 2 | พื้นที่เนินเขาคั่นพรมแดนด้วยภูเขาและป่าทึบ | 17 |
| ภาพที่ 3 | พื้นที่ราบคั่นพรมแดนด้วยลำคลองขนาดเล็ก | 17 |
| ภาพที่ 4 | พรมแดนทางทะเล | 18 |
| ภาพที่ 5 | ด่านพรมแดนที่เป็นทางการ | 18 |

สารบัญแนภูมิ

| | | |
|--------------|---|----|
| แผนภูมิที่ 1 | การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขบรรลุวิสัยทัศน์ | 9 |
| แผนภูมิที่ 2 | แสดงวงจรย่อยที่อยู่ในขั้นตอนปฏิบัติตามแผน (Do) | 11 |
| แผนภูมิที่ 3 | กระบวนการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่องด้วยวงจร PDCA | 13 |
| แผนภูมิที่ 4 | ภาพรวมการประยุกต์ทฤษฎีกับการพัฒนาความร่วมมือ | 15 |
| แผนภูมิที่ 5 | การพัฒนาความร่วมมือเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขชายแดนตะวันออก | 26 |

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลังและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีชายแดนติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านทั้งทางบกและทางน้ำ โดยมีพรมแดนติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน ได้แก่ 1) สาธารณรัฐแห่งสหภาพพม่า (Republic of the Union of Myanmar) 2) สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (Lao People's Democratic Republic) 3) ราชอาณาจักรกัมพูชา (Kingdom of Cambodia) และ 4) สหพันธรัฐมาเลเซีย (Federation of Malaysia) จากกระแสโลกาภิวัตน์ การพัฒนาด้านเศรษฐกิจ นโยบายการค้าเสรี นโยบายส่งเสริมการค้าบริเวณชายแดน การพัฒนาแนวพื้นที่เศรษฐกิจ ตลอดจนนโยบายส่งเสริมการท่องเที่ยว ส่งผลให้การคมนาคม การขนส่ง และการติดต่อสื่อสารมีความสะดวกรวดเร็วเสมือนโลกไร้พรมแดน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลให้การเคลื่อนย้ายของประชากรเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อประเทศต่างๆ โดยเฉพาะประเทศที่มีพรมแดนติดต่อกัน ทั้งด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม อันมีผลต่อสภาวะสุขภาพของประชาชนบริเวณชายแดน

ชายแดนประเทศไทยที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านทั้ง 4 ประเทศ มีความยาวประมาณ 5,820 กิโลเมตร เป็นชายแดนทางบก 3,205 กิโลเมตร ชายแดนทางน้ำและชายฝั่งทะเล 2,165 กิโลเมตร โดยมีชายแดนติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านรวม 31 จังหวัด ได้แก่ ติดต่อกับสาธารณรัฐแห่งสหภาพพม่า 10 จังหวัด ได้แก่ จังหวัด 1) เชียงราย 2) เชียงใหม่ 3) แม่ฮ่องสอน 4) ตาก 5) กาญจนบุรี 6) ราชบุรี 7) เพชรบุรี 8) ประจวบคีรีขันธ์ 9) ชุมพร 10) ระนอง ติดต่อกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว 12 จังหวัด ได้แก่ จังหวัด 1) เชียงราย 2) พะเยา 3) น่าน 4) อุตรดิตถ์ 5) พิษณุโลก 6) หนองคาย 7) เลย 8) นครพนม 9) มุกดาหาร 10) จังหวัดอำนาจเจริญ 11) อุบลราชธานี 12) บึงกาฬ ติดต่อกับราชอาณาจักรกัมพูชา 7 จังหวัด ได้แก่ 1) ศรีสะเกษ 2) อุบลราชธานี 3) สุรินทร์ 4) บุรีรัมย์ 5) สระแก้ว 6) จันทบุรี 7) ตราด และติดต่อกับสหพันธรัฐมาเลเซีย 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัด 1) สงขลา 2) นราธิวาส 3) ยะลา 4) สตูล

สถานการณ์และสภาพปัญหาสุขภาพบริเวณชายแดนที่สำคัญ ได้แก่ ความสัมพันธ์ของประเทศไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน เมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้นในประเทศใดประเทศหนึ่งโดยเฉพาะประเทศที่มีพรมแดนติดต่อกัน ย่อมมีผลกระทบต่อประเทศไทยทุกด้าน ตั้งแต่ด้านการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม ที่สำคัญคือ ความแตกต่างทางด้านเศรษฐกิจของประเทศ รัฐบาลจึงมีนโยบายส่งเสริมการค้าชายแดน การเชื่อมโยงเส้นทางคมนาคมและการท่องเที่ยว เพื่อแก้ปัญหาความแตกต่างของระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมระหว่างประเทศ ส่งผลให้บริเวณแนวชายแดนมีการเคลื่อนย้ายของประชากรในแต่ละวันเป็นจำนวนมาก และยังเป็นช่องทาง เข้า-ออก ของแรงงานข้ามชาติ จากบริเวณ 4 ชายแดนไทยและประเทศเพื่อนบ้าน ได้แก่ ชายแดนไทย-พม่า ไทย-ลาว ไทย-กัมพูชา และไทย-มาเลเซีย อันส่งผลต่อสภาวะสุขภาพของประชากรไทยในพื้นที่ชายแดน

สำหรับปัญหาสาธารณสุขชายแดน โดยสภาพปัญหาสาธารณสุขตามแนวชายแดน มีดังนี้ ปัญหาโรคติดต่อ และโรคอุบัติใหม่ ได้แก่ โรคมาลาเรีย วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอชไอวี โรคอุจจาระร่วง โรคซาร์ส ไข้หวัดนก ปัญหาอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว พบว่า อัตราตายมารดาและทารกยังสูงกว่าเป้าหมายของประเทศ รวมทั้งค่านิยมและการเข้าถึงการรับบริการ การวางแผนครอบครัว ซึ่งส่งผลต่ออัตราการเกิดของเด็กสูง ปัญหาการไหลทะลักของสินค้าทำลายสุขภาพ เมื่อเปิดอาเซียน เช่น เหล้า สุรา ฯลฯ อาหารและยาที่ไม่ได้มาตรฐานเข้ามา การลักลอบนำเข้า-ส่งออก อาหาร ยา และผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพที่ไม่ปลอดภัยและผิดกฎหมาย ปัญหาการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข เนื่องจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ความครอบคลุมเฉพาะการให้บริการสุขภาพเฉพาะคนที่มีสัญชาติไทยเท่านั้น ส่งผลให้ชนกลุ่มน้อย กลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ และแรงงานข้ามชาติ ที่ผิดกฎหมายไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขได้ เป็นรังโรค ปัญหาแรงงานข้ามชาติ เนื่องจากบริเวณแนวชายแดนเป็นช่องทางเข้า-ออก ของแรงงานข้ามชาติ และเป็นเมืองเศรษฐกิจ ซึ่งแรงงานดังกล่าวมีการอพยพเคลื่อนย้ายตลอดเวลา และได้มีการกระจายของแรงงานข้ามชาติไปทั่วประเทศไทย ปัญหาระบบการรายงานและบริหารจัดการข้อมูลเกี่ยวกับโรคในกลุ่มประชากรแรงงานข้ามชาติ ทำให้ขาดข้อมูลในการวางแผนและควบคุมป้องกันโรค และปัญหาการติดตามการรักษาโรคอย่างต่อเนื่อง โรคบางชนิด จำเป็นต้องรักษาหรือ ติดตามการรักษาเป็นระยะเวลานาน จึงจะบอกว่าหายขาด เช่น วัณโรค ที่ต้องได้รับการรักษาเป็นเวลานาน หรือมาลาเรีย ต้องมาตรวจเลือดหลายครั้ง จึงจะทราบว่าหายขาดแน่ ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถมารับการรักษาตัวหรือติดตามการรักษาจะทำให้รักษาไม่หายขาด หรือเกิดเชื้อดื้อยาตามมาได้ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับยาไม่ครบ และประเทศไทยมีระบบบริการสาธารณสุขที่มีศักยภาพ ทำให้ประชาชนตามแนวชายแดนจาก ประเทศเพื่อนบ้านเข้ามาแสวงหาบริการตรวจรักษาโรคในประเทศไทย การเพิ่มขึ้นของแรงงานข้ามชาติ มีผลโดยตรงกับความสามารถในการรองรับของระบบบริการสุขภาพ อัตราการครองเตียงของแรงงานข้ามชาติเพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลในพื้นที่ที่มีแรงงานข้ามชาติจำนวนมาก (ชายแดน เขตอุตสาหกรรม) ภาระค่ารักษาพยาบาล และการสื่อสารที่มีปัญหาตามความต้องการของแรงงานราคาถูก และตามจังหวัดใหญ่ นอกจากนี้จำนวนผู้หนีภัยการสู้รบเพิ่มมากขึ้น มีการลักลอบออกนอกพื้นที่ศูนย์พักพิงชั่วคราวอยู่เสมอ และในพื้นที่ศูนย์พักพิงชั่วคราวยังเป็นแหล่งแพร่ระบาดของโรค

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย มีชายแดนติดต่อกับราชอาณาจักรกัมพูชา (Kingdom of Cambodia) ในพื้นที่จังหวัด สระแก้ว จันทบุรี และตราด พบว่ามีสถานการณ์และสภาพปัญหาสุขภาพบริเวณชายแดนใกล้เคียงกับสาธารณสุขชายแดนของประเทศซึ่งมีความหลากหลาย มีผลกระทบต่อ การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะผู้มารับบริการด้านสุขภาพที่เป็นกลุ่มแรงงานข้ามชาติและผู้ป่วยต่างชาติมีมากขึ้น มีความหลากหลายของเชื้อชาติ ปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ การเพิ่มขึ้นของแรงงานข้ามชาติมีผลโดยตรงกับการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ทำให้จังหวัดสระแก้ว จันทบุรี และตราด ต้องมีการปรับยุทธศาสตร์ในการแก้ไขปัญหาเพื่อรองรับและให้สอดคล้องกับปัญหาตามบริบทของพื้นที่ การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขชายแดนจึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข จากทั้งประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้านที่มีชายแดนติดกับประเทศไทย ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาและพัฒนาความร่วมมือทางด้านสาธารณสุข เพื่อให้การดำเนินงานสาธารณสุขบรรลุวิสัยทัศน์และเป็นไปในทิศทางที่กำหนด เพื่อให้จังหวัดชายแดนภาค

ตะวันออก มีระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และภัยสุขภาพได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นการเตรียมความพร้อม เพื่อร่วมผลักดันให้เกิดการสร้างประชาคมอาเซียนภายในปี 2558 ที่เน้นการปฏิบัติและเชื่อมโยงยิ่งขึ้นเพื่อผลประโยชน์ของประชาชนในภูมิภาคตะวันออกต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1.2.1 เพื่อศึกษาความร่วมมือทางด้านสาธารณสุขของจังหวัดชายแดนภาคตะวันออกเพื่อการแก้ปัญหาสาธารณสุข

1.2.2 เพื่อพัฒนาความร่วมมือทางด้านสาธารณสุขของจังหวัดชายแดนภาคตะวันออกเพื่อการแก้ปัญหาสาธารณสุข

1.2.3 เพื่อวางแนวทางการร่วมมือด้านสาธารณสุขของจังหวัดชายแดนภาคตะวันออกเพื่อการแก้ปัญหาสาธารณสุข

1.3 ขอบเขตการศึกษา วิธีการดำเนินการศึกษา และระเบียบวิธีการศึกษา

1.3.1 ขอบเขตการศึกษา

1.3.1.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

รายงานการศึกษาส่วนบุคคลฉบับนี้ กำหนดขอบเขตด้านเนื้อหา โดยศึกษาความร่วมมือและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุข รวมทั้งการวางแนวทางการร่วมมือทางด้านสาธารณสุขของจังหวัดชายแดนภาคตะวันออกประเทศไทย

1.3.1.2 ขอบเขตด้านพื้นที่

รายงานการศึกษาส่วนบุคคลฉบับนี้ กำหนดขอบเขตพื้นที่การศึกษาในจังหวัดชายแดนภาคตะวันออกประกอบด้วยจังหวัด สระแก้ว จันทบุรี และตราด และจังหวัดของประเทศเพื่อนบ้านที่มีชายแดนติดต่อกับจังหวัดชายแดนภาคตะวันออกของประเทศไทย ประกอบด้วยจังหวัดบ้นเตียเมียนเจย จังหวัดพระตะบองและจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชา

1.3.1.3 ขอบเขตด้านประชากร

1) ประชากรจังหวัดชายแดนภาคตะวันออกของประเทศไทย ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตราด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปกเกล้า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตราด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดสระแก้ว จันทบุรี และตราด และสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งในจังหวัดสระแก้ว จันทบุรี และตราด

2) ประชากรในจังหวัดของประเทศเพื่อนบ้านที่มีชายแดนติดต่อกับจังหวัดชายแดนภาคตะวันออกของประเทศไทย ประกอบด้วย ผู้แทนจากหน่วยงานสาธารณสุขของจังหวัดบ้นเตียเมียนเจย จังหวัดพระตะบองและจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชา

1.3.1.4 ขอบเขตด้านเวลา

รายงานการศึกษาส่วนบุคคลฉบับนี้ มีระยะเวลาการศึกษาระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2557 - 15 กรกฎาคม 2557

1.3.2 วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษาและพัฒนาความร่วมมือทางด้านสาธารณสุขชายแดนภาคตะวันออก โดยกำหนดขั้นตอนและกิจกรรมการทำงาน ดังนี้

1.3.2.1 การศึกษาข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ดำเนินการโดย

- 1) การศึกษาข้อมูลสถิติที่เกี่ยวข้อง
- 2) การสำรวจเอกสาร วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี ข้อค้นพบ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือทางด้านสาธารณสุขชายแดนภาคตะวันออก แล้ววิเคราะห์สรุปใน แต่ละประเด็นที่ศึกษา เพื่อนำข้อมูลมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดประเด็นการประชุมกลุ่มแบบมีส่วนร่วม

1.3.2.2 การศึกษาข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) ดำเนินการโดยการประชุมแบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้ศึกษาและหัวหน้าหน่วยงานราชการด้านสาธารณสุขหรือผู้แทน และผู้แทนจากหน่วยงานสาธารณสุขของจังหวัดบันเตียเมียนเจย จังหวัดพระตะบองและจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชาเพื่อร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ และค้นหาประเด็นที่สอดคล้องกับความร่วมมือในการแก้ปัญหาสาธารณสุขชายแดนภาคตะวันออก

1.3.2.3 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

1) การวิเคราะห์เอกสาร โดยรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) จากการทบทวนรายงานการวิจัยและเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง แหล่งข้อมูลทุติยภูมิที่ใช้ในการวิจัยนี้ ได้แก่

- (1) กระทรวงสาธารณสุข
- (2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- (3) โรงพยาบาลจังหวัด/ โรงพยาบาลชุมชน
- (4) เว็บไซต์ต่างๆ

2) การระดมความคิดเห็น (Brain Storming) โดยการจัดประชุมกลุ่ม การดำเนินการประชุมกลุ่ม มีขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

(1) ศึกษาทบทวนวรรณกรรม เอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์แยกประเด็น เพื่อกำหนดเป็นแนวคำถามกว้างๆ ที่จะใช้ในการประชุมกลุ่ม

(2) กำหนดและเตรียมกลุ่มผู้ร่วมประชุมกลุ่ม โดยลำดับแรกติดต่อเป็นการส่วนตัว อธิบายถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการศึกษา ตลอดจนขั้นตอนต่างๆ ของการศึกษาและเวลาที่ต้องใช้โดยประมาณ เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมประชุมกลุ่ม พร้อมทั้งมอบเอกสารข้อมูลเบื้องต้นเพื่อการเตรียมตัวก่อนวันประชุมกลุ่ม และนัดวันเวลา สถานที่ ก่อนวันประชุมกลุ่มติดต่อยืนยันการนัดหมาย เพื่อให้ผู้ร่วมประชุมกลุ่มได้เตรียมข้อมูลและความคิดสำหรับการประชุมกลุ่ม

(3) ชี้แจงความเป็นมา และวัตถุประสงค์ของการศึกษา

(4) เริ่มประชุมกลุ่มโดยการเปิดประเด็นคำถามอย่างกว้างๆ ในแต่ละประเด็นที่ศึกษา และเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมประชุมกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่

(5) สรุปประเด็นการประชุมกลุ่ม ในแต่ละประเด็น และให้ผู้ประชุมกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นอีกครั้ง ก่อนสรุปเป็นความคิดเห็นโดยรวมของผู้เข้าร่วมประชุมกลุ่ม

(6) ให้ผู้ประชุมกลุ่มแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นความร่วมมือทางด้านสาธารณสุขชายแดนภาคตะวันออก ที่จะดำเนินการในอนาคตว่าจะดำเนินการในแนวทางใด ประเด็นใด ที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนในชายแดนภาคตะวันออกมากที่สุด

3) ภายหลังจากสิ้นสุดการประชุมกลุ่ม นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ และสังเคราะห์แนวโน้มความร่วมมือทางด้านสาธารณสุขชายแดนภาคตะวันออก ที่ผู้เข้าร่วมประชุมกลุ่มส่วนใหญ่มีความเห็นสอดคล้องกัน ร่วมกับการวิเคราะห์เอกสารการทบทวนวรรณกรรม แล้วเขียนเป็นแนวทางการร่วมมือทางด้านสาธารณสุขของจังหวัดชายแดนภาคตะวันออกเพื่อการแก้ปัญหาสาธารณสุข

4) สรุป (ร่าง) แนวทางการร่วมมือทางด้านสาธารณสุขของจังหวัดชายแดนภาคตะวันออกเพื่อการแก้ปัญหาสาธารณสุข

1.3.3 ระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษาส่วนบุคคลนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Study) ทำการศึกษาความร่วมมือทางด้านสาธารณสุขของจังหวัดชายแดนภาคตะวันออกเพื่อการแก้ปัญหาสาธารณสุข และเพื่อพัฒนาความร่วมมือทางด้านสาธารณสุขของจังหวัดชายแดนภาคตะวันออกเพื่อการแก้ปัญหาสาธารณสุข และเตรียมความพร้อมในการรองรับประชาคมอาเซียน โดยใช้กระบวนการวงจรคุณภาพ (PDCA) เป็นแนวคิดในการศึกษารั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured interview) ในประเด็นดังต่อไปนี้

- 1) ปัญหาสาธารณสุขชายแดนประเทศไทยและกัมพูชา
- 2) การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อชายแดนประเทศไทยและกัมพูชา
- 3) ความร่วมมือในเรื่องการรักษาพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วยต่างด้าวกลับประเทศเพื่อนบ้าน
- 4) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานบริการชายแดนระหว่างประเทศไทยและกัมพูชา
- 5) การพัฒนาเครือข่ายงานสาธารณสุขชายแดนประเทศไทยและกัมพูชา
- 6) การวางแผนทางความร่วมมือด้านสาธารณสุขในอนาคตระหว่างประเทศไทยและกัมพูชา

1.4 ประโยชน์ของการศึกษา

รายงานการศึกษาส่วนบุคคลฉบับนี้จะสามารถใช้เป็นข้อเสนอแนะ และเป็นแนวทางในการพัฒนาความร่วมมือทางด้านสาธารณสุขของจังหวัดชายแดนภาคตะวันออกในการแก้ปัญหาสาธารณสุข และสามารถพิจารณาแนวทางที่เหมาะสมสำหรับนำไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในภูมิภาคอื่นของประเทศไทย

1.5 นิยามศัพท์

1.5.1 ความร่วมมือทางด้านสาธารณสุข หมายถึง ความร่วมมือทางด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศไทยและประเทศกัมพูชาในการดำเนินงานด้านการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขชายแดนประเทศไทยและกัมพูชา การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อชายแดนประเทศไทยและกัมพูชา ความร่วมมือในเรื่องการรักษาพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วยต่างด้าวกลับประเทศเพื่อนบ้าน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานบริการชายแดนระหว่างประเทศไทยและกัมพูชา การพัฒนาเครือข่ายงานสาธารณสุขชายแดนประเทศไทยและกัมพูชา และการขับเคลื่อนแนวทางความร่วมมือในอนาคตระหว่างประเทศไทยและกัมพูชา

1.5.2 การพัฒนาความร่วมมือทางด้านสาธารณสุข หมายถึง กระบวนการพัฒนาความร่วมมือในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศไทยและประเทศกัมพูชา โดยใช้กระบวนการวงจรคุณภาพ (PDCA)

1.5.3 จังหวัดชายแดนภาคตะวันออก หมายถึง จังหวัดของประเทศไทยที่มีชายแดนติดกับประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งประกอบด้วย จังหวัดสระแก้ว จังหวัดจันทบุรี และจังหวัดตราด

1.5.4 จังหวัดของประเทศเพื่อนบ้านที่มีชายแดนติดต่อกับจังหวัดชายแดนภาคตะวันออกของประเทศไทย ประกอบด้วย จังหวัดบันเตียเมียนเจย จังหวัดพระตะบองและจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชา

บทที่ 2

แนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาและพัฒนาความร่วมมือทางด้านสาธารณสุขชายแดนภาคตะวันออกเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน เพื่อให้สามารถนำไปกำหนดทิศทางและเตรียมความพร้อมในการรองรับประชาคมอาเซียนได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ทฤษฎีและกรอบแนวคิดสำคัญที่สอดคล้องและเหมาะสมกับวัตถุประสงค์และขอบเขตของวิจัยส่วนบุคคลฉบับนี้ ประกอบด้วย

1. ปัญหาสาธารณสุขชายแดนภาคตะวันออก
2. แนวทางการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดน
3. ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข
4. วงจรคุณภาพ
5. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

2.1 ปัญหาสาธารณสุขชายแดนภาคตะวันออก

ปัญหาสาธารณสุขชายแดนภาคตะวันออกที่สำคัญ มีดังนี้

1) ปัญหาโรคติดต่อ และโรคอุบัติใหม่ ได้แก่ โรคมาลาเรีย วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอชไอวี โรคอุจจาระร่วง

2) ปัญหาอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว พบว่า อัตราตายมารดาและทารกยังสูงกว่าเป้าหมายของประเทศ รวมทั้งค่านิยมและการเข้าถึงการรับบริการการวางแผนครอบครัว ซึ่งส่งผลต่ออัตราการเกิดของเด็กสูง

3) ปัญหาการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข เนื่องจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ความครอบคลุมเฉพาะการให้บริการสุขภาพเฉพาะคนที่มีสัญชาติไทยเท่านั้น ส่งผลให้ชนกลุ่มน้อย กลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆและแรงงานต่างด้าวที่ผิดกฎหมายเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข

4) ศักยภาพของสถานบริการสาธารณสุข ประเทศไทยมีระบบบริการสาธารณสุขที่มีศักยภาพดีกว่าประเทศเพื่อนบ้าน ทำให้ประชาชนตามแนวชายแดนจากประเทศเพื่อนบ้านนิยมเข้ามารับการรักษายาบาลในสถานบริการสาธารณสุขของประเทศไทย ทำให้สถานบริการสาธารณสุขบริเวณชายแดนไทยต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่ไม่สามารถเรียกเก็บได้

5) ปัญหาแรงงานต่างด้าว เนื่องจากบริเวณแนวชายแดนเป็นช่องทางเข้า-ออก ของแรงงานต่างด้าว และเป็นเมืองเศรษฐกิจ ซึ่งแรงงานดังกล่าวมีการอพยพเคลื่อนย้ายตลอดเวลา และได้มีการกระจายของแรงงานต่างด้าวไปทั่วประเทศไทยตามความต้องการของแรงงานราคาถูก และตามจังหวัดใหญ่

6) การบริโภค การลักลอบนำเข้า- ส่งออก อาหาร ยา และผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพที่ไม่ปลอดภัยและผิดกฎหมาย

7) ปัญหาการจัดการข้อมูลข่าวสารสุขภาพ เนื่องจากข้อมูลสุขภาพด้านชายแดนมีการกระจัดกระจายตามหน่วยงานต่างๆ

8) ปัญหาบ่อนการพนันบริเวณชายแดน คือมีนักพนันและประชาชนไทยจำนวนมากเข้าไปเล่นการพนันบริเวณชายแดน ซึ่งอาจก่อให้เกิดโรคติดต่อและเกิดการแพร่ระบาดได้

9) ปัญหาการติดตามการรักษาโรคอย่างต่อเนื่อง โรคบางชนิด จำเป็นต้องรักษาหรือติดตามการรักษาเป็นระยะเวลานาน จึงจะบอกว่าหายขาด เช่น วัณโรคที่ต้องได้รับการรักษาเป็นเวลานาน หรือมาลาเรีย ต้องมาตรวจเลือดหลายครั้ง จึงจะทราบว่าหายขาดแน่ ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถมารับการรักษาตัวหรือติดตามการรักษาจะทำให้รักษาไม่หายขาด หรือเกิดเชื้อดื้อยาตามมาได้ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับยาไม่ครบ

10) การไม่มีการจัดสรรงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุข เพื่อการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนเป็นการเฉพาะสำหรับจังหวัดชายแดน

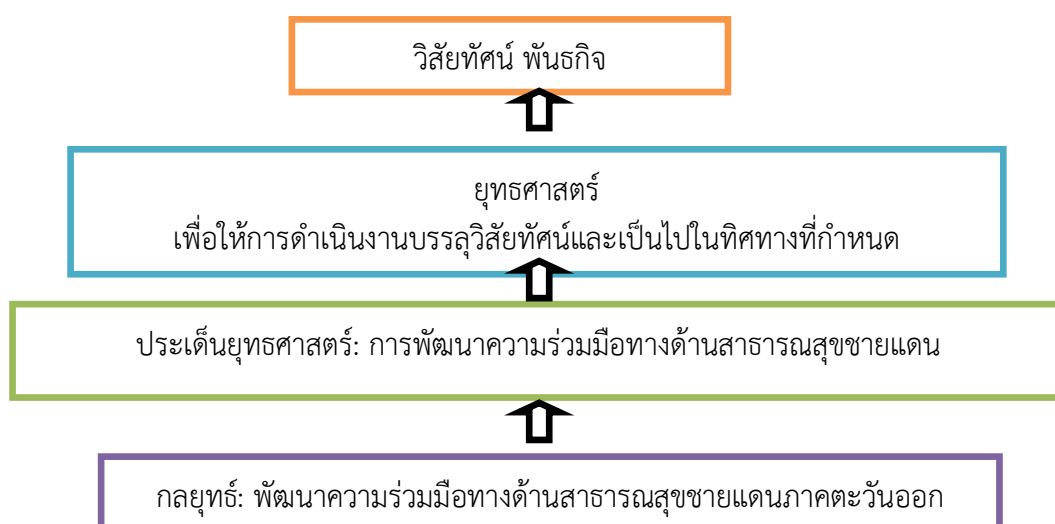
2.2 แนวทางการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดน

สุขภาพของประชากรชายแดนส่งผลกระทบต่อทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและความมั่นคงของประเทศ หากประชากรบริเวณชายแดนมีปัญหาด้านสุขภาพ ทำให้ความสามารถในการประกอบอาชีพลดลง ขาดรายได้ ส่งผลกระทบต่อทางด้านเศรษฐกิจ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือโรคที่รักษาไม่หายขาด จะเป็นภาระต่อสังคม ส่งผลกระทบต่อทางด้าน สังคม และความมั่นคงของประเทศ ฉะนั้น การป้องกันความสูญเสียดังกล่าว ย่อมเป็นการดีกว่าเมื่อเกิดการสูญเสียแล้วหาวิธีการเยียวยา การดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่เป็นการดำเนินงานที่ตอบสนองนโยบายหลักของกระทรวงสาธารณสุข จึงไม่สามารถแก้ปัญหาสาธารณสุขได้ตรงกับสภาพปัญหาที่แท้จริง

ขณะเดียวกันกระทรวงสาธารณสุขยังไม่มีนโยบายระดับชาติในเรื่องการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดน เพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางการดำเนินงานสาธารณสุขในจังหวัดชายแดน ตลอดจนขาดการสนับสนุนงบประมาณที่เหมาะสม เพื่อดำเนินการแก้ปัญหาและพัฒนาสาธารณสุขชายแดน โอกาสเกิดโรคไร้พรมแดน จากกระแสโลกาภิวัตน์และการพัฒนาประเทศ ทำให้การติดต่อสื่อสารมีความสะดวก รวดเร็ว มีการเปิดเศรษฐกิจเส้นทางคมนาคมระหว่างประเทศ การเข้า-ออกระหว่างประเทศ โดยได้รับการยกเว้นบัตรผ่านแดน อาจก่อให้เกิดโรคไร้พรมแดนเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคเอดส์ โรคซาร์ส ไข้หวัดนก หากกระทรวงสาธารณสุขไม่มีการเตรียมความพร้อมในการป้องกันและแก้ปัญหาดังกล่าว ทำให้การแพร่ระบาดของโรครุนแรงและเพิ่มจำนวนมากขึ้น อันจะส่งผลให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ นอกจากนี้ยังมีข้อมูลว่า ปัญหาสาธารณสุขชายแดนมีความซับซ้อนและละเอียดอ่อนเชื่อมโยงกับปัจจัยหลายด้าน มีความเกี่ยวพัน / เชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่นๆ เนื่องจากบริเวณชายแดนมีความหลากหลายทางด้านเชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ ความเชื่อ วัฒนธรรม และขนบธรรมเนียมประเพณี การดำเนินงานโดยกระทรวงสาธารณสุขเพียงลำพังย่อมไม่ประสบความสำเร็จ ปัญหาสาธารณสุขชายแดนบางปัญหาเป็นผลพวงมาจากวัฒนธรรม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี อาชญากรรม และการพัฒนาต่างๆ ดังนั้น การดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนาสาธารณสุขชายแดน จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานภาครัฐอื่น องค์กร

ระหว่างประเทศ องค์กรเอกชน และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ประชากรบริเวณชายแดนมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เพื่อเป็นการสนับสนุนและรองรับนโยบายตามแผนงานของกระทรวงสาธารณสุข จึงมีแผนงานดำเนินงานภายใต้ 4 ยุทธศาสตร์ โดยให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 ปี พ.ศ. 2555 – 2559 เพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขชายแดน และให้การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขบรรลุวิสัยทัศน์และเป็นไปในทิศทางที่กำหนด โดยมีกลยุทธ์ในการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ 2557 เพื่อให้จังหวัดชายแดน ช่องทางเข้าออกประเทศ และพื้นที่กลุ่มแรงงานข้ามชาติ มีระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และภัยสุขภาพได้มาตรฐานตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (พิเชษฐ วันทอง, 2553)



แผนภูมิที่ 1 การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขบรรลุวิสัยทัศน์

2.3 ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข

2.3.1 ตามกรอบยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณพ.ศ. 2557

กรอบยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีประเด็นยุทธศาสตร์ในการเสริมสร้างระบบสุขภาพให้มีคุณภาพและมาตรฐาน มีการบริหารจัดการสุขภาพอย่างมีธรรมาภิบาล เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี ทั้งนี้ มีเป้าประสงค์ 1) เพิ่มขีดความสามารถของระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข 2) ประชาชนทุกคนในพื้นที่เครือข่ายบริการได้รับบริการสุขภาพทุกระดับที่มีคุณภาพมาตรฐาน อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม และ 3) ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพดี มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และได้รับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ โดยมียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องสำคัญกับงานสาธารณสุขชายแดน ได้แก่ การเร่งรัดการพัฒนากระบวนการสุขภาพ

2.3.2 ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ในการดำเนินงานในพื้นที่ชายแดน

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนฉบับที่ 1 พ.ศ. 2550 - 2555 โดยมุ่งเน้นให้ชุมชนในพื้นที่ชายแดนมีระบบบริการสุขภาพขั้น

พื้นฐานที่มีคุณภาพ ประชากรเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง มีระบบเฝ้าระวังโรคที่มีประสิทธิภาพ สนับสนุนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีต่างๆ รวมถึงการประสานความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้าน ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนมีความต่อเนื่องและสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่ยังคงมีอยู่ โดยคำนึงถึงสภาพการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งในประเทศและระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดทำแผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2555 - 2559) โดยให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 ปี พ.ศ. 2555 - 2559 แผนแม่บทฉบับที่ 2 เป็นการกำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายภายในขอบเขตชายแดนประเทศไทย โดยการประสานความร่วมมือของหน่วยงานภายในและระหว่างประเทศ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ประชากรในพื้นที่ชายแดนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสาธารณสุข การส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน และการส่งเสริมการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีในทุกภาคส่วน ประเด็นยุทธศาสตร์การแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน มีทั้งหมด 4 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

- ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
- ยุทธศาสตร์ที่ 2 การเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน
- ยุทธศาสตร์ที่ 3 ความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน
- ยุทธศาสตร์ที่ 4 การบริหารจัดการ

2.4 วงจรคุณภาพ

คุณภาพเป็นปัจจัยอันดับต้นๆ ในความสำเร็จของทุกองค์การ ที่ผู้บริหารจะต้องให้ความสนใจและความสำคัญ

2.4.1 ขั้นตอนหลักของ PDCA

ดร.เดมมิ่ง ได้นำวงจรของวอลเตอร์ (Walter A. Shewhart) มาปรับปรุงและอธิบายให้เห็นเป็นรูปธรรม ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ๆ ดังนี้

PDCA ที่คนทั่วไปรู้จักประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลักดังนี้ (วีรพล บดีรัฐ, 2543)

- P = Plan หมายถึง การวางแผน
- D = Do หมายถึง การปฏิบัติตามแผน
- C = Check หมายถึง การตรวจสอบ
- A = Action หมายถึง การดำเนินการให้เหมาะสม

2.4.1.1 การวางแผน

การวางแผน (Plan: P) เป็นส่วนประกอบของวงจรที่มีความสำคัญ เนื่องจากการวางแผนจะเป็นจุดเริ่มต้นของงานและเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้การทำงานในส่วนอื่นเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ในขั้นนี้ดำเนินการดังนี้ (Slater S.F., Olson E.M., Finnegan C., 2010)

1) ตระหนักและกำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไข หรือปรับปรุงให้ดีขึ้น โดยสมาชิกแต่ละคนร่วมมือ และประสานกันอย่างใกล้ชิดในการระบุปัญหาที่เกิดขึ้นในการดำเนินงาน เพื่อที่จะร่วมกันทำการศึกษาและวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขต่อไป

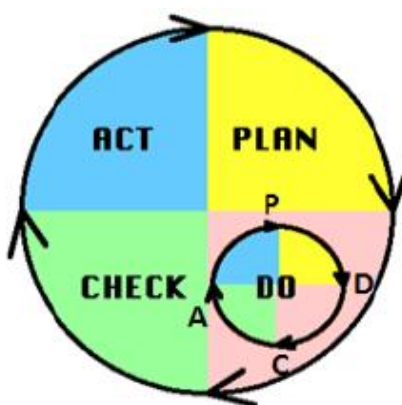
2) เก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับการวิเคราะห์และตรวจสอบการดำเนินงานหรือหาสาเหตุ ของปัญหา เพื่อใช้ในการปรับปรุง หรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งควรจจะวางแผนและดำเนินการเก็บข้อมูลให้เป็นระบบ ระเบียบ เข้าใจง่าย และสะดวกต่อการใช้งาน เช่น ตารางตรวจสอบ แผนภูมิ แผนภาพ หรือแบบสอบถาม เป็นต้น

3) อธิบายปัญหาและกำหนดทางเลือก วิเคราะห์ปัญหา เพื่อใช้กำหนดสาเหตุของความบกพร่อง ตลอดจนแสดงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งนิยมใช้วิธีการเขียนและวิเคราะห์ แผนภูมิหรือแผนภาพ เช่น แผนภูมิแก๊งปลา แผนภูมิพาเรโต และแผนภูมิการควบคุม เป็นต้น เพื่อให้สมาชิกทุกคนในทีมงานคุณภาพเกิดความเข้าใจในสาเหตุและปัญหาอย่างชัดเจน แล้วร่วมกันระดมความคิด (Brainstorm) ในการแก้ปัญหา โดยสร้างทางเลือกต่างๆ ที่เป็นไปได้ในการตัดสินใจแก้ปัญหา เพื่อมาทำการวิเคราะห์และตัดสินใจเลือกที่เหมาะสมที่สุดมาดำเนินงาน

4) เลือกวิธีการแก้ไขปัญหา หรือปรับปรุงการดำเนินงาน โดยร่วมกันวิเคราะห์ และวิจารณ์ทางเลือกต่างๆ ผ่านการระดมความคิด และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของสมาชิก เพื่อตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขที่เหมาะสมที่สุดในการดำเนินงานให้สามารถบรรลุตามเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจจะต้องทำวิจัยและหาข้อมูลเพิ่มเติม หรือกำหนดทางเลือกใหม่ที่มีความน่าจะเป็นในการแก้ปัญหาได้มากกว่าเดิม

2.4.1.2 การปฏิบัติตามแผน

การปฏิบัติตามแผน (Do: D) เป็นการลงมือปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ใน ตารางการปฏิบัติงาน ทั้งนี้ สมาชิกกลุ่มต้องมีความเข้าใจถึงความสำคัญและความจำเป็นในแผนนั้นๆ ความสำเร็จของการนำแผนมาปฏิบัติต้องอาศัยการทำงานด้วยความร่วมมือเป็นอย่างดีจากสมาชิก ตลอดจนการจัดการทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้ในการปฏิบัติงานตามแผนนั้นๆ ในขั้นตอนนี้ขณะที่ลงมือปฏิบัติจะมีการตรวจสอบไปด้วย หากไม่เป็นไปตามแผนอาจจะต้องมีการปรับแผนใหม่ และเมื่อแผนนั้นใช้งานได้ก็นำไปใช้เป็นแผนและถือปฏิบัติต่อไป



แผนภูมิที่ 2 แสดงวงจรย่อยที่อยู่ในขั้นตอนปฏิบัติตามแผน (Do)

ที่มา: Camps J, Rodríguez H., 2011)

เทคนิคขั้นตอนการปฏิบัติ

- 1) ทำให้ถูกต้องตั้งแต่แรก จะได้ไม่ต้องแก้ไขหรือรับผลเสียจากการกระทำที่ผิดพลาด
- 2) ตรวจสอบทุกขั้นตอน หากพบข้อบกพร่องให้รีบแก้ไขก่อนที่ความเสียหายจะขยายเป็นวงกว้าง

2.4.1.3 การตรวจสอบ

การตรวจสอบ (Check: C) หมายถึง การตรวจสอบดูว่าเมื่อปฏิบัติงานตามแผน หรือการแก้ปัญหาตามแผนแล้ว ผลลัพธ์เป็นอย่างไร สภาพปัญหาได้รับการแก้ไขตรงตามเป้าหมายที่กลุ่มตั้งใจหรือไม่ การไม่ประสบผลสำเร็จอาจจะเกิดจากสาเหตุหลายประการ เช่น ไม่ปฏิบัติตามแผน ความไม่เหมาะสมของแผน การเลือกใช้เทคนิคที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น

เทคนิคขั้นตอนการตรวจสอบ

- 1) ตรวจสอบวิธีการและระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติจริง ว่าทำได้ตามแผนหรือไม่
- 2) ตรวจสอบผล ที่ได้ว่าได้ตามเป้าหมายหรือไม่
- 3) ตรวจสอบว่ามีข้อมูลอะไรใหม่ๆ เกิดขึ้นบ้าง
- 4) รวบรวมและบันทึกข้อมูลที่จำเป็นเพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์และปรับปรุงให้ดีขึ้น

สิ่งที่จะสามารถรู้ได้ว่าผลกับแผนที่ตั้งไว้แตกต่างกันอย่างไร สิ่งสำคัญที่สุดคือการบันทึกข้อมูล ซึ่งเทคนิคการบันทึกข้อมูลมีเครื่องมืออยู่หลายชนิด และหลายเทคนิควิธี เช่น Check list, test, Questionnaires, Attitude test, Interview, Observation, Fishbone diagram, Pareto ฯลฯ (สมคิด บางโม, 2547)

2.4.1.4 การดำเนินการให้เหมาะสม

การดำเนินการให้เหมาะสม (Action: A) เป็นการกระทำภายหลังจากที่กระบวนการ 3 ขั้นตอนตามวงจรได้ดำเนินการเสร็จแล้ว ขั้นตอนนี้เป็น การนำเอาผลจากขั้นการตรวจสอบ (C) มาดำเนินการให้เหมาะสมต่อไป

เทคนิคขั้นตอนการดำเนินการให้เหมาะสม

- 1) หลังจากตรวจสอบแล้ว ถ้าเราทำได้ตามเป้าหมาย ให้รักษาความดีนี้ไว้
- 2) หากตรวจสอบแล้ว พบว่ามีข้อผิดพลาดไม่ว่าในขั้นตอนใดๆ ก็ตาม ให้หาสาเหตุและแก้ไขสาเหตุ

- 3) หาทางปรับปรุง เพื่อให้การปฏิบัติครั้งต่อไปดีขึ้นกว่าเดิม

กรณีที่เกิดขึ้นเป็นไปตามแผนที่ตั้งไว้ ให้นำวิธีการหรือการปฏิบัตินั้นมาปรับใช้ให้เป็นนิสัยหรือเป็นมาตรฐานส่วนตัวสำหรับใช้กับแผนอื่นๆ ที่มีลักษณะเดียวกัน นอกจากนี้เรายังจำเป็นต้องคิดหาทางปรับปรุงกระบวนการหรือวิธีการที่จะทำให้แผนประสบความสำเร็จมากกว่าที่ตั้งไว้ ซึ่งอาจจะหมายถึงประสบผลสำเร็จตามแผนเร็วขึ้น หรือใช้ทรัพยากรน้อยลง หรือได้ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพมากขึ้น

กรณีที่ไม่เป็นไปตามแผนที่ตั้งไว้ เมื่อผลลัพธ์ที่ได้ไม่เป็นไปตามแผนที่ตั้งไว้ ไม่ว่าจะมากหรือน้อยให้อาخذข้อมูลที่รวบรวมไว้มาวิเคราะห์และให้พิจารณาว่าควรทำอย่างไรต่อไป เช่น

- มองหาทางเลือกใหม่ที่น่าเป็นไปได้
- ใช้ความพยายามให้มากกว่าเดิม
- ขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นในกรณีที่ไม่สามารถจัดการด้วยตัวเองได้
- เปลี่ยนเป้าหมายใหม่

วงจร PDCA ที่สมบูรณ์จะเกิดขึ้นเมื่อนำผลที่ได้จากขั้นตอนการดำเนินการที่เหมาะสม (A) มาดำเนินการให้เหมาะสมในกระบวนการวางแผนอีกครั้งหนึ่ง (P) และเป็นวงจรอย่างนี้เรื่อยๆไม่มีที่สิ้นสุด จนกระทั่งเราสามารถใช่วงจรนี้กับทุกกิจกรรมที่คล้ายกันได้อย่างเป็นปกติธรรมดาไม่ยุ่งยากอีกต่อไป



แผนภูมิที่ 3 กระบวนการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่องด้วยวงจร PDCA)

ที่มา: วีระพล บดีรัฐ, 2543

จะเห็นว่า วงจร PDCA จะไม่ได้หยุดหรือจบลง เมื่อหมุนครบรอบ แต่วงล้อ PDCA จะหมุนไปข้างหน้าเรื่อยๆ โดยจะทำงานในการแก้ไขปัญหาในระดับที่สูงขึ้น ซ้ำซ้อนขึ้น และยากขึ้น หรือเป็นการเรียนรู้ที่ไม่สิ้นสุด ซึ่งสอดคล้องกับปรัชญาของการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Continuous Improvement) หัวใจสำคัญของวงจร Deming ไม่ได้ขึ้นอยู่กับ PDCA เท่านั้น แต่อยู่ที่คนที่มีคุณภาพ และเข้าใจคุณภาพอย่างแท้จริง หรือที่เรียกว่า คุณภาพอยู่ที่ใจ (Quality at Heart) ที่พร้อมจะเปิดใจเรียนรู้ และพัฒนาตนเองอยู่ตลอดเวลาอย่างมุ่งมั่นและไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค (De Waal A., Frijns M., 2009)

2.4.2 ประโยชน์ของ PDCA

นิสตาร์ก เวชยานนท์. (2551). ได้กล่าวถึงประโยชน์ของ PDCA ไว้ดังนี้

1) เพื่อป้องกัน

(1) การนำวงจร PDCA ไปใช้ ทำให้ผู้ปฏิบัติมีการวางแผน การวางแผนที่ดีช่วยป้องกันปัญหาที่ไม่ควรเกิด ช่วยลดความสับสนในการทำงาน ลดการใช้ทรัพยากรมากหรือน้อยเกินความพอดี ลดความสูญเสียในรูปแบบต่างๆ

(2) การทำงานที่มีการตรวจสอบเป็นระยะ ทำให้การปฏิบัติงานมีความรัดกุมขึ้น และแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างรวดเร็วก่อนจะลุกลาม

(3) การตรวจสอบที่นำไปสู่การแก้ไขปรับปรุง ทำให้ปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วไม่เกิดซ้ำ หรือลดความรุนแรงของปัญหา ถือเป็น การนำความผิดพลาดมาใช้ให้เกิดประโยชน์

2) เพื่อแก้ไขปัญหา

(1) ถ้าเราประสบสิ่งที่ไม่เหมาะสม ไม่สะอาด ไม่สะดวก ไม่มีประสิทธิภาพ ไม่ประหยัด เราควร แก้ปัญหา

(2) การใช้ PDCA เพื่อการแก้ปัญหา ด้วยการตรวจสอบว่ามีอะไรบ้างที่เป็นปัญหา เมื่อหาปัญหาได้ ก็นำมาวางแผนเพื่อดำเนินการตามวงจร PDCA ต่อไป

3) เพื่อปรับปรุง

“ทำวันนี้ให้ดีกว่าเมื่อวานนี้ และพรุ่งนี้ต้องดีกว่าวันนี้” PDCA เพื่อการปรับปรุง คือไม่ต้องรอให้เกิดปัญหา แต่เราต้องเสาะแสวงหาสิ่งต่างๆหรือวิธีการที่ดีกว่าเดิมอยู่เสมอ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและสังคม เมื่อเราคิดว่าจะปรับปรุงอะไร ก็ให้ใช้วงจร PDCA เป็นขั้นตอนในการปรับปรุง ข้อสำคัญ ต้องเริ่ม PDCA ตัวเองก่อนมุ่งไปที่คนอื่น

โดยปกติเราสามารถใช่วงจร PDCA เป็นเครื่องมือในการดำเนินงาน 2 ลักษณะดังนี้ (อาภรณ์ ภูวิทย์พันธุ์, 2552)

1) ทุกครั้งที่เริ่มต้นทำกิจกรรม PDCA จะช่วยให้กิจกรรมมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง การใช้งาน PDCA ในแนวทางนี้เริ่มจากการตั้งเป้าหมายด้วยการวางแผน (P) และนำแผนไปสู่การปฏิบัติ (D) หลังจากนั้นก็มีการตรวจสอบประเมินผลการปฏิบัติตามแผน (C) ว่าผลที่ได้นั้นเป็นไปตามที่คิดไว้มากน้อยเพียงใด และขั้นตอนสุดท้ายคือ นำผลที่ได้จากการประเมินไปดำเนินการต่อตามความเหมาะสม (A) หากผลการปฏิบัติเป็นไปตามแผนที่ตั้งไว้ก็จะจัดทำเป็นมาตรฐานวิธีการดำเนินการเพื่อทำกิจกรรมลักษณะเดียวกันต่อไป แต่หากว่าผลการดำเนินการไม่เป็นไปตามแผนที่ตั้งไว้ อาจจะจำเป็นต้องคิดปรับเปลี่ยนบางอย่างเช่น เปลี่ยนแผน เปลี่ยนวิธีดำเนินการ ฯลฯ

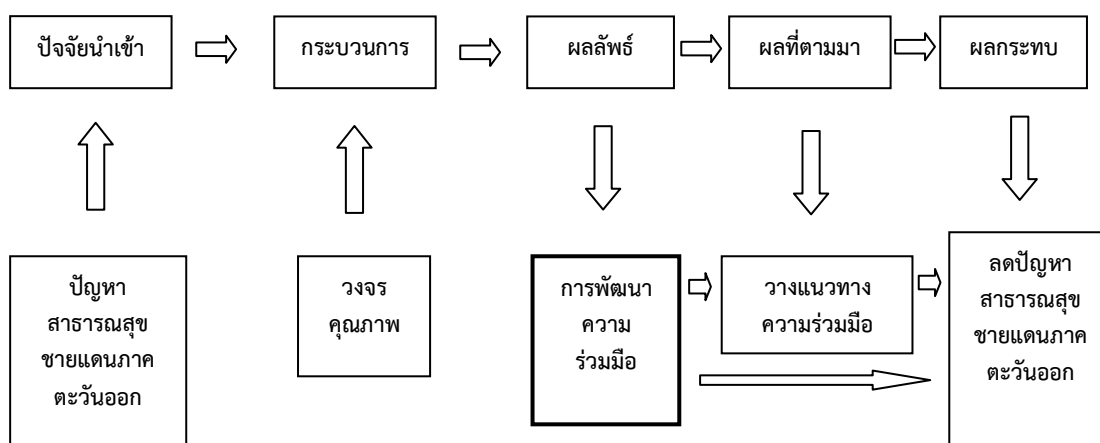
2) เมื่อต้องการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น การใช้งาน PDCA ในแนวทางนี้เริ่มต้นจากการระบุปัญหาและคิดค้นวิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยการกำหนดเป็นแผน (P) แล้วลงมือแก้ไขปัญหาดังตามแผน (D) ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวจะสำเร็จหรือไม่สำเร็จก็ได้ซึ่งจะทราบได้ด้วย การตรวจสอบผลลัพธ์และประเมินวิธีแก้ปัญหานั้นที่เลือกใช้ (C) และสุดท้ายเมื่อตรวจสอบและประเมินผลแล้วหากวิธีการแก้ไขปัญหานั้นใช้ได้ผลแก้ปัญหานั้นได้ ก็นำวิธีการนั้นมาใช้แก้ปัญหานั้นที่มีลักษณะเดียวกันในอนาคตต่อไป แต่ถ้าหากวิธีการแก้ไขปัญหานั้นไม่ได้ผลก็จะมีวิธีการหาวิธีการแก้ไขปัญหานั้นแบบใหม่มาใช้ต่อไป (A)

PDCA เป็นเครื่องมือแห่งคุณภาพ (Quality Tools) ชนิดหนึ่งจากเครื่องมือแห่งคุณภาพหลายๆ ชนิด ที่มีประโยชน์อย่างมากในการพัฒนาคุณภาพขององค์กร ไปสู่ความเป็นองค์กรที่มีคุณภาพ PDCA เป็นเครื่องมือแห่งคุณภาพที่สามารถนำไปใช้งานในหลายๆ เทคนิควิธีการในการจัดการคุณภาพ เช่น เป็นเครื่องมือใน QCC ,TQM และการใช้เครื่องมือ PDCA เองก็จำเป็นต้องอาศัยเครื่องมือแห่งคุณภาพชนิดอื่นๆ เช่น แผนผัง ทำไม ทำไม (Why-Why Diagram) แผนผังอย่างไร อย่างไร (How-How Diagram) การระดมสมอง (Brainstorming) ฯลฯ หรือบางครั้งเครื่องมือ PDCA

อาจเป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือแห่งคุณภาพชนิดอื่นๆ ได้เช่นกัน นอกจากนี้ในการพัฒนาคุณภาพ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช้เครื่องมือแห่งคุณภาพหลายชนิดในการพัฒนาองค์กร เนื่องจากไม่มีเครื่องมือแห่งคุณภาพชนิดใดที่มีความสมบูรณ์แบบในตัวเอง

2.5 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษาและพัฒนาความร่วมมือทางด้านสาธารณสุขของจังหวัดชายแดนภาคตะวันออก เพื่อเตรียมความพร้อมในการรองรับประชาคมอาเซียน ใช้กระบวนการวงจรคุณภาพ (PDCA) เป็นแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้



แผนภูมิที่ 4 ภาพรวมการประยุกต์ทฤษฎีกับการพัฒนาความร่วมมือ

บทที่ 3 ผลการศึกษา

3.1 ข้อมูลบริบทของพื้นที่

บริบทของพื้นที่ที่ทำการศึกษา 3 จังหวัดได้แก่ สระแก้ว จันทบุรี และตราด ในบริเวณพื้นที่ชายแดนติดประเทศกัมพูชา มีลักษณะของพื้นที่ที่ติดต่อกัน 2 ประเภท ได้แก่ พรมแดนธรรมชาติและพรมแดนที่เกิดจากการกำหนดระหว่างประเทศ

3.1.1 พรมแดนธรรมชาติ

ประกอบด้วย

- 1) พื้นที่ราบคั่นพรมแดนด้วยชายป่าหรือสวนผลไม้ ที่สามารถเดินข้ามไป-มาได้ง่าย



ภาพที่ 1 พื้นที่ราบคั่นพรมแดนด้วยชายป่าหรือสวนผลไม้

2) พื้นที่เนินเขาค้นพรมแดนด้วยภูเขาและป่าทึบ ไม่สามารถข้ามไป-มาได้ หรือข้ามได้ลำบาก



ภาพที่ 2 พื้นที่เนินเขาค้นพรมแดนด้วยภูเขาและป่าทึบ

3) พื้นที่ราบค้นพรมแดนด้วยลำคลองขนาดเล็ก สามารถข้ามไป – มาได้สะดวกในบางแห่ง แต่บางแห่งสามารถข้ามได้ในช่วงฤดูน้ำแห้ง



ภาพที่ 3 พื้นที่ราบค้นพรมแดนด้วยลำคลองขนาดเล็ก

4) พรอมแดนทางทะเล สามารถเข้ามาผ่านเข้ามาทางเรือ



ภาพที่ 4 พรอมแดนทางทะเล

3.1.2 พรอมแดนที่เกิดจากการกำหนด ประกอบด้วย ด้านพรอมแดนที่เป็นทางการต่างๆ



ภาพที่ 5 ด้านพรมแดนที่เป็นทางการ

ลักษณะของชายแดนจะส่งผลต่อรูปแบบการใช้บริการและการจัดบริการสุขภาพให้กับผู้ป่วยชาวกัมพูชา ได้แก่ หากเป็นช่องทางที่สามารถข้ามพรมแดนไป-มาได้ง่าย จะมีผู้ป่วยข้ามพรมแดนมาใช้บริการสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะหากช่องทางนั้นสถานบริการสุขภาพในประเทศกัมพูชามีศักยภาพต่ำกว่าสถานบริการสุขภาพในประเทศไทย หรือสถานบริการสุขภาพในประเทศกัมพูชาอยู่ห่างไกลจากพรมแดน จะยิ่งเพิ่มปริมาณผู้ป่วยที่ข้ามพรมแดนมาใช้บริการ เช่น พื้นที่บริเวณจังหวัดตราด ที่มีช่องทางการข้ามพรมแดนได้ง่ายหลากหลายช่องทาง Health center ในประเทศกัมพูชาที่ใกล้กับพรมแดนมีศักยภาพที่น้อยกว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเล็กและโรงพยาบาลคลองใหญ่ อีกทั้งโรงพยาบาล จังหวัดเกาะกง อยู่ห่างไกลจากพรมแดนมากกว่าที่จะข้ามมาประเทศไทย พื้นที่บริเวณ จังหวัดสระแก้ว มีการข้ามพรมแดนมาใช้บริการสุขภาพค่อนข้างมาก เนื่องจากสถานบริการสุขภาพที่ จังหวัดบันเตียเม็ยเจย ในประเทศกัมพูชาอยู่ห่างไกลจากพรมแดน ส่วนพื้นที่บริเวณ จังหวัดจันทบุรี เนื่องจากเป็นพื้นที่สวนผลไม้เป็นส่วนใหญ่ และบางส่วนของสวนผลไม้เป็นพื้นที่ติดต่อกับกัมพูชา การข้ามพรมแดนไป-มาจึงทำได้ง่ายเป็นปกติ ด้วยบริบทของพื้นที่เช่นนี้การข้ามพรมแดนมาใช้บริการสุขภาพจึงเกิดขึ้นได้ง่ายและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ ปัจจัยที่ส่งเสริมต่อการมาใช้บริการสุขภาพในประเทศไทยจำนวนมากเพิ่มขึ้นคือ การเข้ามาทำงานในประเทศไทยของชาวกัมพูชา เนื่องจากเมื่อเข้ามาทำงานในประเทศไทยหรือแม้กระทั่งการย้ายถิ่นตามคู่สมรสเข้ามาในประเทศไทย ไม่ว่าจะมีการขึ้นทะเบียนหรือไม่ได้ขึ้นทะเบียนเมื่อมีความเจ็บป่วยก็สะดวกที่จะรักษาในเมืองไทย มากกว่าจะเดินทางย้อนกลับเข้าไปในประเทศกัมพูชา

3.2 ข้อมูลทั่วไปการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลจังหวัดชายแดนตะวันออก

3.2.1 ปริมาณการใช้บริการ

สถิติการให้บริการต่อผู้ป่วยชาวกัมพูชาในช่วงระยะเวลา 3 ปี มีจำนวนที่สูงทั้งจำนวนคนและจำนวนครั้งแม้ว่าปี 2555 จะมีแนวโน้มการชะลอตัวของของผู้ใช้บริการ แต่จำนวนครั้งของการใช้บริการยังมีแนวโน้มที่สูงอย่างต่อเนื่อง และพบว่าโรงพยาบาลทุกขนาดมีการใช้บริการสุขภาพของประเภทผู้ป่วยนอกมากกว่าผู้ป่วยใน อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลระดับอำเภอบางแห่งมีปริมาณการใช้บริการของผู้ป่วยกัมพูชาที่สูงกว่าค่าเฉลี่ย โดยมีปัจจัยที่ขึ้นกับบริบทของพื้นที่ซึ่งได้แก่ความสะดวกในการเข้าถึงบริการเป็นหลักถ้าพื้นที่แห่งนั้นมีช่องทางในการข้ามพรมแดนจำนวนมากข้ามพรมแดนได้ง่ายและเดินทางมาใช้บริการโรงพยาบาลได้ง่ายจะส่งผลให้ปริมาณผู้ใช้บริการมากกว่าค่าเฉลี่ยของการใช้บริการในกลุ่มโรงพยาบาลขนาดเดียวกัน

3.2.2 ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการ

ค่าใช้จ่ายสำหรับการใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยชาวกัมพูชาในประเทศไทย พบว่าสามารถเรียกเก็บค่าบริการได้เพียงบางส่วน ค่าใช้จ่ายที่สามารถเรียกเก็บได้ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายจริงและก่อให้เกิดภาระต่อสถานการณ์การเงินการคลังของโรงพยาบาล ได้แก่ ค่าใช้จ่ายจากการใช้บริการประเภทผู้ป่วยใน โดยพบว่าโรงพยาบาลระดับจังหวัดสามารถเรียกค่าบริการทั้งประเภทผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกได้เพียงร้อยละ 20 ของค่าใช้จ่ายจริง ในขณะที่โรงพยาบาลระดับอำเภอสามารถเรียกเก็บ

ค่าบริการได้มากกว่าร้อยละ 50 ทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคหัตถการที่ให้บริการที่ใช้ทรัพยากรน้อยกว่าโรงพยาบาลระดับจังหวัด อีกทั้งมีกระบวนการบริหารจัดการที่เข้มแข็งเพื่อลดภาระค่าใช้จ่าย เช่น ควบคุมจำนวนวันนอนโรงพยาบาลให้เหมาะสมตามความจำเป็น มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อที่ประเทศกัมพูชาเมื่อพ้นระยะวิกฤติ เป็นต้น ส่วนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม้ว่าบางแห่งสามารถเรียกเก็บค่าบริการได้ทั้งหมด แต่ส่วนใหญ่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายได้เฉลี่ยได้เพียงร้อยละ 50 ทั้งนี้ขึ้นกับปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมของพื้นที่นั้น อย่างไรก็ตาม ในภาพรวมทั้งหมดการใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยชาวกัมพูชายังคงมีปัญหาในด้านการเรียกเก็บค่าบริการ และก่อให้เกิดปัญหาสถานการณ์การเงินการคลังในโรงพยาบาลรัฐบริเวณชายแดนอย่างต่อเนื่อง

3.2.3 สาเหตุและหัตถการของการใช้บริการ

การใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยนอกของชาวกัมพูชามีความแตกต่างของสาเหตุตามขนาดของโรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะมีการใช้บริการด้วยสาเหตุของโรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบทางเดินอาหาร โรคกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อต่อ และการบาดเจ็บจากการทำงานหรือการเย็บแผลมากกว่าสาเหตุอื่นๆ โรงพยาบาลระดับอำเภอและโรงพยาบาลระดับจังหวัด มีสาเหตุการให้บริการจากการการคลอดและการตั้งครรภ์ ภาวะหลังคลอด โรคระบบทางเดินอาหาร โรคระบบทางเดินหายใจและการบาดเจ็บ นอกจากนี้สาเหตุดังกล่าว การใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลระดับอำเภอและโรงพยาบาลระดับจังหวัดจะเป็นบริการการตรวจสุขภาพ ซึ่งจากสถิติการให้บริการของโรงพยาบาล พบว่าแนวโน้มของสาเหตุการให้บริการดังกล่าวมา ยังคงเดิมตลอดในช่วงระยะเวลา 3 ปี

3.3 โครงสร้างการบริหารจัดการระบบสุขภาพของประเทศกัมพูชา

กระทรวงสาธารณสุขของประเทศกัมพูชา มีเครือข่ายการบริการและการส่งต่อผู้ป่วยแบ่งเป็น 3 ระดับคือ National Hospitals, Referral hospitals และ Health Centers and Health Posts โดยจะมี Operational District (OD) เป็นโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพในระดับอำเภอ ปัจจุบันประเทศกัมพูชามี OD ทั้งหมด 77 แห่ง แต่ละแห่งมีเครือข่ายการบริการ 2 ระดับประกอบด้วย

ระดับที่ หนึ่ง เป็น Health Center (HC) ที่มีความสามารถให้บริการขั้นพื้นฐานหรือที่เรียกว่า Minimum Package Activity (MPA)

ระดับที่ สองเป็น Referral Hospital (RH) ที่สามารถให้บริการอย่างครบถ้วน (complementary services) หรือที่เรียกว่า Complementary Package of Activity (CPA) โรงพยาบาลระดับ Referral hospitals (RHs) สามารถแบ่งได้ 3 ประเภทขึ้นกับจำนวนบุคลากรทางแพทย์ จำนวนเตียง ยาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ รวมทั้งกิจกรรมทางคลินิก (CPA Task Force, 2006) ได้แก่

1) CPA 1 เป็นโรงพยาบาลขนาดเล็กไม่มีบริการผ่าตัดใหญ่ (การผ่าตัดที่ไม่ต้องดมยา) แต่อย่างน้อยสามารถให้บริการด้านการคลอดได้

2) CPA 2 เป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอขนาดใหญ่ มีกิจกรรมการรักษามากกว่า CPA 1 แต่น้อยกว่า CPA 3 สามารถให้บริการทางการแพทย์แบบฉุกเฉิน (emergency care services) และการผ่าตัดขนาดใหญ่ที่มีการดมยา (major surgery with general anesthesia)

3) CPA 3 เป็นโรงพยาบาลที่มีบริการขั้นสูง (secondary referral facility) สามารถให้บริการได้ครอบคลุมมากที่สุด เช่น การผ่าตัดใหญ่ที่มีการดมยา (major surgery with general anesthesia) มีกิจกรรมการรักษามากทั้งจำนวนและลักษณะกิจกรรมมากกว่า CPA 1 และมีบริการทางการแพทย์เฉพาะทาง (various specialized services)

ปัจจุบัน Referral hospitals (RHs) มีทั้งหมด 80 แห่งประกอบด้วยโรงพยาบาลชนิด district referral hospital และ provincial referral hospital โดยแบ่งเป็น CPA1 จำนวน 36 แห่ง CPA2 จำนวน 26 แห่ง และ CPA 3 จำนวน 18 แห่ง

อย่างไรก็ตาม การจัดบริการสุขภาพทั้งหมดที่กล่าวยังประสบปัญหาด้านการสนับสนุนค่าใช้จ่ายที่ไม่เพียงพอเงินเดือนและการจูงใจบุคลากรอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ (Bureau of Health Economics and Financing, 2008) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศกัมพูชา

3.4 การบริหารจัดการการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยต่างชาติจากโรงพยาบาลที่อยู่ชายแดนไทย-กัมพูชา

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลและ/หรือผู้รับผิดชอบงานการให้บริการผู้ป่วยต่างชาติที่โรงพยาบาล 21 แห่ง ในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา พบว่า การให้บริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยต่างชาติในพื้นที่ดังกล่าวมักจะมีปัญหาด้านภาระค่าใช้จ่ายที่ไม่สามารถเรียกเก็บจากผู้ป่วยได้เสมอ โดยเฉพาะการใช้บริการประเภทผู้ป่วยใน ผู้ป่วยชาวกัมพูชาที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลในประเทศไทย แบ่งเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่

1) ชาวกัมพูชาที่ข้ามพรมแดนมาใช้บริการ เนื่องจากมีที่อยู่ใกล้ชายแดน และบางส่วนเดินทางมาจากพื้นที่ที่ไกลออกไปแต่เดินทางมาใช้บริการเนื่องจากเห็นว่าค่ายาและรักษาในประเทศไทยถูกกว่า อีกทั้งมั่นใจในการรักษาที่จะได้รับมากกว่า ส่วนใหญ่มักใช้บริการประเภทผู้ป่วยนอกมากกว่าผู้ป่วยใน หากอยู่ในพื้นที่เขตเศรษฐกิจมีความสามารถในการจ่ายค่าบริการสุขภาพได้

2) ชาวกัมพูชาที่มาทำงานในประเทศไทยแต่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้อง ไม่มีนายจ้างชัดเจน มีการย้ายสถานที่ไปตามแหล่งงานบ่อยครั้ง เมื่อมีความเจ็บป่วยจึงมาใช้บริการที่โรงพยาบาลในประเทศไทย หากเป็นการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงและใช้บริการประเภทผู้ป่วยใน มักจะเกิดปัญหาไม่สามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากการใช้บริการสุขภาพได้เสมอ

3) ชาวกัมพูชาที่มาทำงานในประเทศไทยโดยมีการขึ้นทะเบียนแรงงานอย่างถูกต้องอยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพต่างชาติ กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่สร้างรายได้ให้กับโรงพยาบาล เนื่องจากมีการใช้บริการสุขภาพน้อยและเจ็บป่วยไม่ร้ายแรง เนื่องจากอยู่ในวัยทำงาน แต่หากมีใช้บริการสุขภาพก็มีทั้งระบบประกันสุขภาพและนายจ้างที่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการใช้บริการ

4) ชาวกัมพูชาที่มีถิ่นพำนักถาวรในประเทศไทยแต่ยังไม่ได้รับสิทธิเป็นคนไทย กลุ่มนี้มักจะมาด้วยโรคเรื้อรังต้องรักษาต่อเนื่องเพราะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ หากต้องใช้บริการประเภทผู้ป่วยใน มักจะเกิดปัญหาไม่สามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากการใช้บริการสุขภาพได้เสมอ

5) ชาวแกมพูชาที่เกิดและโตในประเทศไทย หากเป็นเด็กจะได้รับการฉีดวัคซีนครบ เช่นเดียวกับเด็กไทยโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และหากมีปัญหาความเจ็บป่วยจะได้รับการรักษาฟรี เช่นเดียวกันการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยชาวแกมพูชาในโรงพยาบาลทุกแห่ง ยึดหลักการเดียวกันกับการให้บริการแก่ประชาชนคนไทย แต่มีความแตกต่างกัน คือ ชาวแกมพูชาที่มาใช้บริการหากไม่อยู่ภายใต้หลักประกันสุขภาพคนต่างชาติ (แรงงานขึ้นทะเบียน) จะต้องชำระเงินสดซึ่งเป็นภาระของผู้ป่วยที่ต้องจ่ายค่ารักษาเองโดยตรง โดยเฉพาะหากเป็นความเจ็บป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลจะยิ่งเพิ่มภาระหนักมากขึ้นจนอาจเกิดปัญหาภาระหนี้สินตามมา ในขณะที่ประชาชนคนไทยทุกคนจะอยู่ภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้มีการแบ่งเบาปัญหาค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาลไม่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายมากเมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นอย่างไรก็ตาม ภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีข้อจำกัดคือ รับผิดชอบเฉพาะคนไทยที่มีเลขประจำตัว 13 หลัก โดยไม่ครอบคลุมไปถึงผู้ป่วยต่างชาติ ซึ่งหมายถึง การจัดสรรงบประมาณที่โรงพยาบาลได้รับที่คิดจากการเหมาจ่ายรายหัวประชากรในพื้นที่ที่รับผิดชอบ จะเกิดผลกระทบต่อโรงพยาบาลหากไม่สามารถเรียกเก็บเงินค่าบริการจากผู้ป่วยต่างชาติที่ไม่มีเลขประจำตัว 13 หลักได้เนื่องจากโรงพยาบาลต้องแบ่งเงินงบประมาณที่ได้ส่วนหนึ่งไปบริหารจัดการกับทรัพยากรที่ต้องใช้ไปเพื่อให้บริการผู้ป่วยต่างชาติ

โรงพยาบาลตามพื้นที่ชายแดนหลายแห่งประสบปัญหาไม่สามารถเรียกเก็บเงินค่าบริการจากผู้ป่วยชาวแกมพูชาได้ ทำให้กระทบต่อสถานการณ์การเงินการคลังของโรงพยาบาล ทำให้ต้องปรับตัวเพื่อจัดการปัญหานี้ในหลายรูปแบบตามบริบทของพื้นที่ ซึ่งโดยทั่วไปจะเป็นการปรับขั้นตอนการจ่ายค่าบริการโดยเฉพาะค่าบริการผู้ป่วยในซึ่งเป็นปัญหามากคือ ให้มีการจ่ายค่าบริการทุกวัน แทนที่จะจ่ายครั้งเดียวเมื่อจำหน่ายกลับ เพื่อลดการสะสมจำนวนเงินที่เพิ่มมากขึ้นจนไม่สามารถจ่ายได้

3.5 สถานการณ์การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทยและแกมพูชาในปัจจุบัน

ปัจจุบันสถานการณ์การส่งต่อผู้ป่วยจากประเทศแกมพูชามายังประเทศไทย และจากประเทศไทยไปยังประเทศแกมพูชา ใช้วิธีประสานงานอย่างไม่เป็นทางการและขอความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่ออำนวยความสะดวกในการส่งต่อผู้ป่วย พื้นที่ที่มีการส่งต่อผู้ป่วยชาวแกมพูชาจากประเทศไทยกลับไปยังประเทศแกมพูชามากที่สุดคือ พื้นที่โรงพยาบาลคลองใหญ่ เนื่องจากมีความสะดวกในด้านการคมนาคมและระยะทางจากโรงพยาบาลคลองใหญ่ไปยังโรงพยาบาลประจำเกาะกงไม่ห่างไกลเกินความสามารถในการส่งตัวซึ่งพบว่า ปริมาณการส่งตัวผู้ป่วยกลับประเทศแกมพูชามีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น สำหรับพื้นที่จังหวัดอื่นมีการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปยังสถานบริการสาธารณสุขในประเทศแกมพูชาน้อยมาก เนื่องจากระยะทางของสถานบริการสาธารณสุขในประเทศแกมพูชาที่ใกล้ที่สุด อยู่ห่างไกลจากชายแดนค่อนข้างมาก ผู้ป่วยจึงนิยมใช้บริการในประเทศไทยที่อยู่ใกล้ชายแดนมากกว่านอกจากนี้ การส่งต่อผู้ป่วยกลับไปยังประเทศแกมพูชายังขึ้นกับความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ติดกันของทั้งสองประเทศอีกด้วย

3.6 สรุปผลความร่วมมือทางด้านสาธารณสุขชายแดนภาคตะวันออก ปี พ.ศ. 2555-2556

3.6.1 กิจกรรมความร่วมมือของจังหวัดสระแก้ว จันทบุรี ตราด – บันเตียเมียนเจย-พระตะบอง-เกาะกง ที่ผ่านมาผลการดำเนินงานในปี พ.ศ.2555

3.6.1.1 โครงการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังโรคจังหวัดสระแก้ว จังหวัดจันทบุรี จังหวัดตราด จังหวัดบันเตียเมียนเจย จังหวัดพระตะบองและจังหวัดเกาะกง ต่อเนื่อง

3.6.1.2 โครงการประชุมประสานแผนการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนไทย-กัมพูชา จังหวัดสระแก้ว จังหวัดจันทบุรี จังหวัดตราด จังหวัดบันเตียเมียนเจย จังหวัดพระตะบองและจังหวัดเกาะกง ปีงบประมาณ 2555 มีกิจกรรมที่สำคัญ 3 เรื่อง ได้แก่

1) การสร้างเครือข่ายเยาวชนชายแดน (จังหวัดสระแก้ว จังหวัดจันทบุรี จังหวัดตราด จังหวัดบันเตียเมียนเจย จังหวัดพระตะบองและจังหวัดเกาะกง) ด้านยาเสพติด (TO BE NUMBER ONE)

2) การสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพชายแดน

3.6.1.3 การเตรียมการดำเนินงานโครงการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่โรครหู (Ear Surgery Mobile Service)

3.6.1.4 โครงการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่โรครหู (Ear Surgery Mobile Service) ที่จังหวัดบันเตียเมียนเจย และจังหวัดพระตะบอง มีสมาคมมิตรภาพไทย-กัมพูชาเป็นเจ้าของโครงการ

3.6.1.5 โครงการฝึกอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยาภาคสนามทั้งชาวไทยและต่างประเทศ โดยสำนักระบาดวิทยา มาศึกษาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของสถานบริการสาธารณสุขในจังหวัดชายแดนตะวันออกประเทศไทย และสถานบริการสาธารณสุขในจังหวัดชายแดน ประเทศกัมพูชา

3.6.2 กิจกรรมความร่วมมือที่สำคัญของจังหวัดสระแก้ว จังหวัดจันทบุรี จังหวัดตราด จังหวัดบันเตียเมียนเจย จังหวัดพระตะบองและจังหวัดเกาะกง ที่ผ่านมาผลการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2556

3.6.2.1 โครงการยับยั้งการแพร่เชื้อมาลาเรียที่ติดต่อจากยุงพันธุ์อาร์ติมิซินิน ภายใต้โครงการกองทุนโลกด้านมาลาเรีย รอบ 10 ดำเนินการปี 2555-2556 ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลก (กลุ่มงานควบคุมโรคดำเนินการ)

3.6.2.2 โครงการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่โรครหู (Ear Surgery Mobile Service) มีสมาคมมิตรภาพไทย-กัมพูชาเป็นเจ้าของโครงการ

3.6.2.3 ประชุมประสานแผนการดำเนินงาน จังหวัดสระแก้ว จังหวัดจันทบุรี จังหวัดตราด จังหวัดบันเตียเมียนเจย จังหวัดพระตะบองและจังหวัดเกาะกง ข้อตกลงร่วม ทั้งสองฝ่าย เห็นชอบร่วมกันที่จะดำเนินการ ดังนี้

1) ให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลการเฝ้าระวังควบคุมโรคติดต่อและโรคระบาดร้ายแรงร่วมกัน

2) เน้นให้วัคซีนพื้นฐานสร้างเสริมสุขภาพหมู่บ้านชายแดนคู่ขนานให้ครอบคลุมร้อยละ 90

3) จัดอบรมพัฒนาทีมสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว ไทย-กัมพูชา หากเกิดโรคระบาดต้องร่วมกันทันที

4) พัฒนาโรงพยาบาลคู่แฝด ไทย-กัมพูชา

5) ให้ความร่วมมือในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินทั้ง 2 ประเทศ

6) จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โรคและภัยสุขภาพ ที่เป็นปัญหา ได้แก่ ไข้หวัดนก / วัณโรค/โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน / การแพทย์พื้นบ้าน/ระบบคุ้มครองผู้บริโภค

3.6.2.4 มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลการเฝ้าระวังควบคุมโรคติดต่อและโรคระบาดร้ายแรงร่วมกัน

3.6.2.5 กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เช่น การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก เอตส์ วัณโรค ไข้หวัดนก งานยาเสพติด งานอนามัยแม่และเด็ก การรณรงค์โรคเอดส์ ไข้มาลาเรีย ไข้เลือดออก การซ่อมแผนรับสถานการณ์ไข้หวัดนก ระบาดข้ามแดน

3.7 การเตรียมการพัฒนาความร่วมมือทางด้านสาธารณสุขชายแดนภาคตะวันออก

การพัฒนาความร่วมมือทางด้านสาธารณสุขชายแดนภาคตะวันออกระหว่างประเทศไทยและประเทศกัมพูชาที่ผ่านมา สามารถแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ได้ แต่อย่างไรก็ตาม การพัฒนาทางสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้ปัญหาสาธารณสุขระหว่างประเทศเปลี่ยนแปลงไป ผู้ศึกษา จึงได้ดำเนินการพัฒนาความร่วมมือทางด้านสาธารณสุขชายแดนภาคตะวันออก เพื่อให้ตอบสนองกับปัญหาสาธารณสุขที่เกิดขึ้น โดยใช้กระบวนการวงจรคุณภาพ (PDCA) เป็นแนวคิดในการศึกษา ดังนี้

3.7.1 ปัจจัยนำเข้า (Inputs)

ในขั้นแรก เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยนำเข้าที่ประกอบด้วยปัญหาสาธารณสุขชายแดนภาคตะวันออก โดยศึกษาปัญหาสาธารณสุขชายแดนประเทศไทยและกัมพูชา ดังนี้

3.7.1.1 ปัญหาสาธารณสุขชายแดนมีความซับซ้อนและละเอียดอ่อนเชื่อมโยงกับปัจจัยหลายด้าน มีความเกี่ยวพัน / เชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่นๆ เนื่องจากบริเวณชายแดนมีความหลากหลายทางด้านเชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ ความเชื่อ วัฒนธรรม และขนบธรรมเนียมประเพณี การดำเนินงานโดยกระทรวงสาธารณสุขเพียงลำพังย่อมไม่ประสบความสำเร็จ ปัญหาสาธารณสุขชายแดนบางปัญหาเป็นผลพวงมาจากวัฒนธรรม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี อาชญากรรม และการพัฒนาด้านต่างๆ ดังนั้น การดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนาสาธารณสุขชายแดน จำเป็นต้องอาศัยการประสานงานระหว่างจังหวัดชายแดนกับประเทศเพื่อนบ้าน เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ดำเนินกิจกรรมร่วมกัน จากความแตกต่างด้านการเมือง การปกครอง และนโยบายของแต่ละประเทศ เพื่อนบ้านและความร่วมมือจากหน่วยงานภาครัฐ องค์กรระหว่างประเทศ องค์กรเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ประชากรบริเวณชายแดนมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3.7.1.2 ปัญหาสาธารณสุขชายแดน สภาพปัญหาสาธารณสุขแต่ละแนวชายแดนมีดังนี้

- 1) ปัญหาโรคติดต่อ และโรคอุบัติใหม่
- 2) ปัญหาอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว
- 3) การไหลทะลักของสินค้าทำลายสุขภาพ

- 4) ปัญหาการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข
- 5) ประเทศไทยมีระบบบริการสาธารณสุขที่มีศักยภาพ
- 6) ปัญหาแรงงานข้ามชาติ
- 7) ปัญหาระบบการรายงานและบริหารจัดการข้อมูล
- 8) ปัญหาการติดตามการรักษาโรคอย่างต่อเนื่อง
- 9) แรงงานข้ามชาติไม่ทราบสิทธิการรักษาพยาบาล
- 10) การประชาสัมพันธ์สิทธิการรักษาพยาบาล

3.7.2 กระบวนการ (Process)

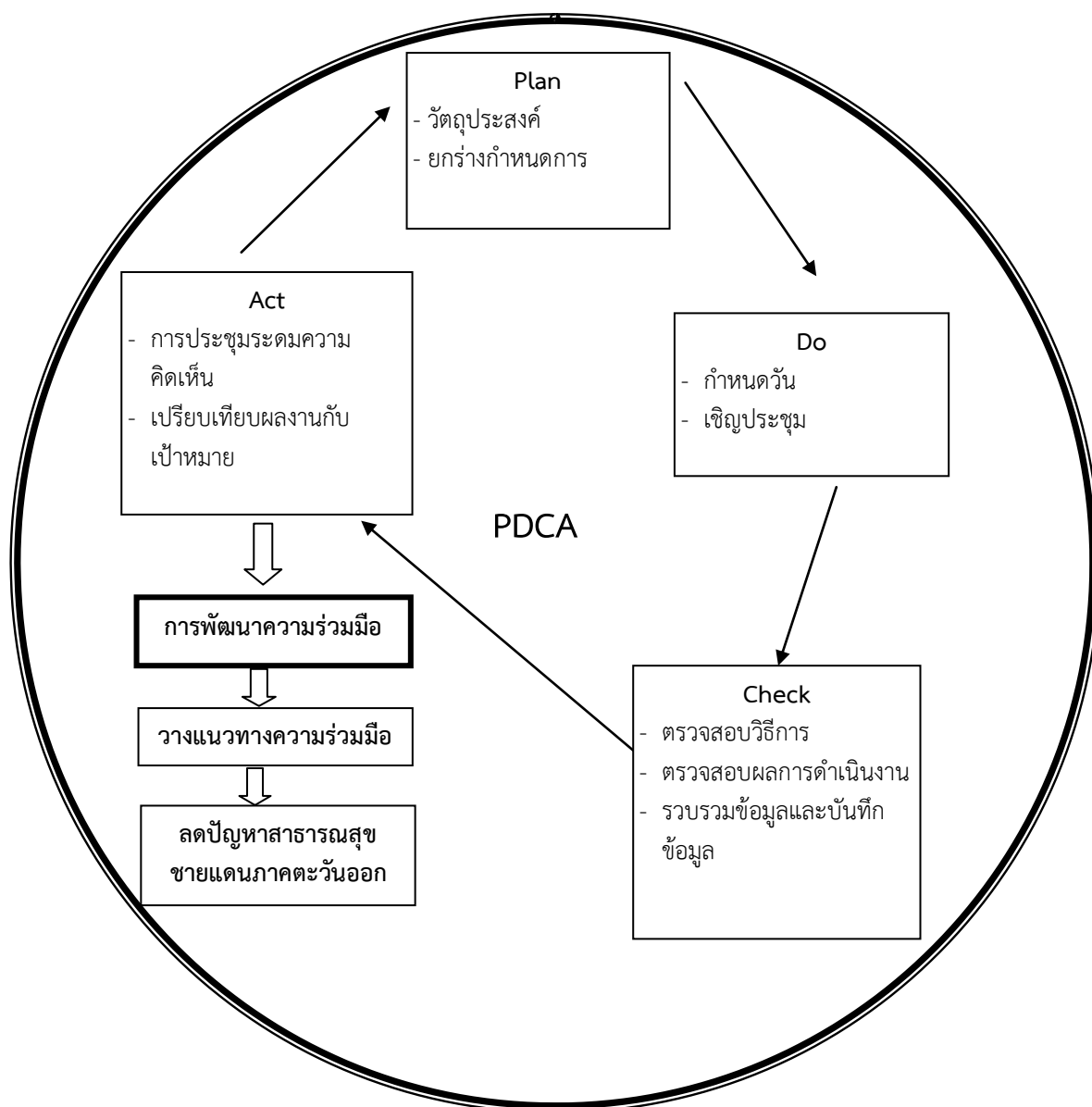
การเตรียมการประชุมพัฒนาความร่วมมือทางด้านสาธารณสุขชายแดนภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นตัวกำหนดการบริหารการประชุม ดังนี้

3.7.2.1 ปัจจัยสำคัญด้านการเตรียมการประชุมและการจัดทำกำหนดการประชุม คือ การประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุขในประเทศไทย (จังหวัดสระแก้ว จังหวัดจันทบุรี จังหวัดตราด) และประเทศกัมพูชา (จังหวัดบันเตียเมียนเจย จังหวัดพระตะบองและจังหวัดเกาะกง)

3.7.2.2 เชิญผู้ที่เกี่ยวข้องประชุม ประกอบด้วย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตราด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปกเกล้า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตราด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดสระแก้ว จันทบุรี และตราด และสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งในจังหวัดสระแก้ว จันทบุรี และตราด สำหรับประเทศเพื่อนบ้านที่มีชายแดนติดต่อกับจังหวัดชายแดนภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ประกอบด้วย ผู้แทนจากหน่วยงานสาธารณสุขของจังหวัดบันเตียเมียนเจย จังหวัดพระตะบองและจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชา ตามกำหนดการดังนี้

- 1) วันที่ 1-3 พฤษภาคม พ.ศ. 2557 ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี และห้องประชุมจ้าวหลาว ทอแสงปีช รีสอร์ท จังหวัดจันทบุรี
- 2) วันที่ 14-16 พฤษภาคม พ.ศ. 2557 ณ ห้องประชุมจ้าวหลาว ทอแสงปีช รีสอร์ท จังหวัดจันทบุรี
- 3) วันที่ 21-23 พฤษภาคม พ.ศ. 2557 ณ ห้องประชุมปารีฮัท เกาะสีซัง จังหวัดชลบุรี
- 4) วันที่ 5-7 มิถุนายน พ.ศ. 2557 ณ ห้องประชุมลมทะเล ซาเลต์ รีสอร์ท จังหวัดระยอง

สำหรับการเตรียมการประชุมและการจัดทำกำหนดการประชุม สามารถพิจารณาในลักษณะกระบวนการมีส่วนร่วม และวงจร PDCA ดังนี้



แผนภูมิที่ 5 การพัฒนาความร่วมมือเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขชายแดนตะวันออก

3.7.2.3 ดำเนินการประชุมระดมความคิดเห็น (Brain Storming) จากการจัดประชุมกลุ่ม การและสัมภาษณ์ โดยใช้กระบวนการวงจรคุณภาพ (PDCA) เป็นแนวคิดในการศึกษาในประเด็นดังนี้

- 1) ปัญหาสาธารณสุขชายแดนประเทศไทยและกัมพูชา
- 2) การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อชายแดนประเทศไทยและกัมพูชา
- 3) ความร่วมมือในเรื่องการรักษาพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วยต่างด้าวกลับประเทศเพื่อนบ้าน

4) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานบริการชายแดนระหว่างประเทศไทยและกัมพูชา

5) การพัฒนาเครือข่ายงานสาธารณสุขชายแดนประเทศไทยและกัมพูชา

6) การขับเคลื่อนแนวทางการร่วมมือในอนาคตระหว่างประเทศไทยและกัมพูชา

จากการสัมภาษณ์และประชุมกลุ่ม ได้ข้อมูลเชิงลึกเพื่อนำไปสู่การพัฒนาความร่วมมือ ประกอบด้วย

1) ปัญหาสาธารณสุขชายแดนประเทศไทยและกัมพูชา

(1) ปัญหาโรคติดต่อ และโรคอุบัติใหม่ ได้แก่ โรคมาลาเรีย วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอชไอวี โรคอุจจาระร่วง โรคซาร์ส ไข้หวัดนก

(2) ปัญหาอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว พบว่า อัตราตายมารดาและทารกยังสูงกว่าเป้าหมายของประเทศ รวมทั้งค่านิยมและการเข้าไม่ถึงบริการรับบริการการวางแผนครอบครัว ซึ่งส่งผลต่ออัตราการเกิดของเด็กสูง

(3) การไหลทะลักของสินค้าทำลายสุขภาพ เมื่อเปิดอาเซียน เช่น เหล้า สุรา ฯลฯ อาหารและยาที่ไม่ได้มาตรฐานเข้ามามาก การลักลอบนำเข้า-ส่งออก อาหาร ยา และผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพที่ไม่ปลอดภัยและผิดกฎหมาย

(4) ปัญหาการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข เนื่องจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ความครอบคลุมเฉพาะการให้บริการสุขภาพเฉพาะคนที่มีสัญชาติไทยเท่านั้น ส่งผลให้ชนกลุ่มน้อย กลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ และแรงงานข้ามชาติ ที่ผิดกฎหมายเข้าไม่ถึงบริการสาธารณสุขได้ เป็นรังโรค

(5) ประเทศไทยมีระบบบริการสาธารณสุขที่มีศักยภาพ ทำให้ประชาชนตามแนวชายแดนจากประเทศเพื่อนเข้ามาแสวงหาบริการตรวจรักษาโรคในประเทศไทย การเพิ่มขึ้นของแรงงานข้ามชาติ มีผลโดยตรงกับความสามารถในการรองรับของระบบบริการสุขภาพ อัตราการครองเตียงของแรงงานข้ามชาติเพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลในพื้นที่ที่มีแรงงานข้ามชาติจำนวนมาก (ชายแดน เขตอุตสาหกรรม) ภาวะค่ารักษาพยาบาล และ การสื่อสารที่มีปัญหา

(6) ปัญหาแรงงานข้ามชาติ เนื่องจากบริเวณแนวชายแดนเป็นช่องทางเข้า-ออก ของแรงงานข้ามชาติ และเป็นเมืองเศรษฐกิจ ซึ่งแรงงานดังกล่าวมีการอพยพเคลื่อนย้ายตลอดเวลา และได้มีการกระจายของแรงงานข้ามชาติไปทั่วประเทศตามความต้องการของแรงงานราคาถูก และตามจังหวัดใหญ่ นอกจากนี้จำนวนผู้หนีภัยการสู้รบเพิ่มมากขึ้น มีการลักลอบออกนอกพื้นที่ศูนย์พักพิงชั่วคราวอยู่เสมอ และในพื้นที่ศูนย์พักพิงชั่วคราวยังเป็นแหล่งแพร่ระบาดของโรค

(7) ปัญหาระบบการรายงานและบริหารจัดการข้อมูลเกี่ยวกับโรคในกลุ่มประชากรแรงงานข้ามชาติ ทำให้ขาดข้อมูลในการวางแผนและควบคุมป้องกันโรค

(8) ปัญหาการติดตามการรักษาโรคอย่างต่อเนื่อง โรคบางชนิดจำเป็นต้องรักษาหรือ ติดตามการรักษาเป็นระยะเวลานาน จึงจะบอกว่าหายขาด เช่น วัณโรค ที่ต้อง

ได้รับการรักษาเป็นเวลานาน หรือมาลาเรีย ต้องมาตรวจเลือดหลายครั้ง จึงจะทราบว่าหายขาดแน่ ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถมารับการรักษาตัวหรือติดตามการรักษา

(9) แรงงานข้ามชาติไม่ทราบสิทธิการรักษาพยาบาล

(10) หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข ไม่ชี้แจง

สิทธิดังกล่าวทั่วถึง ต่อเนื่อง

2) การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อชายแดนประเทศไทยและกัมพูชา

ไทยและกัมพูชา

(1) รณรงค์ให้ทราบถึงความรุนแรงและอันตรายจากโรคติดต่อ เช่น

มาลาเรีย โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

(2) พัฒนาระบบเฝ้าระวังคัดกรองโรคทั่วประเทศไทยและประเทศ

กัมพูชา ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อสามารถรองรับการแพร่ระบาดของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) ความร่วมมือในเรื่องการรักษาพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วยต่างด้าว

กลับประเทศเพื่อนบ้าน

(1) มีช่องทาง Fast Tract เพื่อติดต่อสื่อสาร อาการ อาการแสดง

ระหว่างประเทศ

(2) ลดขั้นตอนด้านเอกสาร โดยเฉพาะผู้มีอำนาจ ควรมอบอำนาจ

ให้หัวหน้าส่วนราชการแทนได้ (จากเดิมให้ผู้ว่าราชการอนุมัติ)

4) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถาน

บริการชายแดนระหว่างประเทศไทยและกัมพูชา

(1) จัดทำเครือข่ายการจัดการความรู้ (Knowledge Management)

แลกเปลี่ยนเรียนรู้สม่ำเสมอ

(2) ควรมีแนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวังและควบคุมในกลุ่มโรคที่

เป็นปัญหาในพื้นที่

5) การพัฒนาเครือข่ายงานสาธารณสุขชายแดนประเทศไทยและ

กัมพูชา ควรบูรณาการทุกภาคส่วน เช่น กระทรวงการต่างประเทศ สาธารณสุข มหาดไทย พัฒนา

สังคมและความมั่นคงของมนุษย์ แรงงานจังหวัด ประกันสังคมจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

หอการค้า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

6) การขับเคลื่อนแนวทางการร่วมมือในอนาคตระหว่างประเทศไทย

และกัมพูชา ควรมีข้อตกลงทวิภาคีความร่วมมือด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศให้ครอบคลุมทุกมิติ

3.7.3 ผลลัพธ์ (Output)

จากการประชุมเพื่อพัฒนาความร่วมมือทางด้านสาธารณสุขชายแดนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้กำหนด ข้อตกลงร่วมระหว่างจังหวัดชายแดนประเทศไทย (จังหวัดสระแก้ว จังหวัดจันทบุรี จังหวัดตราด) และจังหวัดชายแดนประเทศกัมพูชา (จังหวัดบันเตียเมียนเจย จังหวัดพระตะบองและจังหวัดเกาะกง) ดังนี้

1) การป้องกันและควบคุมโรค เนื่องจากชายแดนไทย-กัมพูชายังมีปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ รวมถึงโรคติดต่ออุบัติใหม่ ดังนั้นประเทศไทยและประเทศกัมพูชายังมีความจำเป็นต้องร่วมมือในการแก้ปัญหาโรคติดต่อที่เกิดขึ้น

2) การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ด้านสาธารณสุขมีความสำคัญ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมและเศรษฐกิจ ประกอบกับมีการเคลื่อนย้ายแรงงาน ทำให้ ปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนในบริเวณชายแดนมีความสลับซับซ้อนมากขึ้น ดังนั้นจึงต้องมีการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบัน

3) การพัฒนาศักยภาพของการให้บริการด้านสุขภาพ สถานบริการด้านสุขภาพมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาให้ทันสมัยและมีศักยภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อรองรับการรับบริการของประชาชนในบริเวณชายแดน

4) ความร่วมมือด้านการส่งต่อผู้ป่วยกัมพูชา โดยดำเนินการตามแนวทางการดำเนินงานปกติ โดยใช้ Passport หรือ Border Pass และในกรณีฉุกเฉิน จะประสานผ่านสำนักงานประสานงานชายแดนไทย-กัมพูชา สำหรับผู้ป่วยแรงงานต่างด้าวที่เข้ามารับการรักษาสถานบริการสาธารณสุขในประเทศไทย จะได้รับการบริการตามระบบการให้บริการของรัฐตามสิทธิ และยึดหลักมนุษยธรรม

5) ความร่วมมือในการแก้ปัญหาสิทธิการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ และการได้รับความเสมอภาคเท่าเทียมการให้บริการสุขภาพของรัฐ

3.7.4 ผลที่ตามมา (Outcome)

จากการพัฒนาความร่วมมือทางด้านสาธารณสุขชายแดนภาคตะวันออก (ไทย-กัมพูชา) ได้วางแนวทางการร่วมมือระหว่างประเทศร่วมกัน ดังนี้

3.7.4.1 การวางแนวทางการร่วมมือระบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อชายแดนไทย-กัมพูชา

1) อบรมพัฒนาศักยภาพทีมสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไทยและกัมพูชา

2) จัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสารเพื่อติดต่อประสานงานของจังหวัดคู่ขนาน

3) สร้างช่องทางการสื่อสารระหว่างชายแดนไทย-กัมพูชา

3.7.4.2 การวางแนวทางการร่วมมือในการพัฒนาเครือข่ายงานสาธารณสุขชายแดนไทย-กัมพูชา

1) อบรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมู่บ้านชายแดนคู่ขนานประเทศไทย

2) อบรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมู่บ้านชายแดนคู่ขนานประเทศกัมพูชา

3.7.4.3 การวางแนวทางการร่วมมือในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานบริการของจังหวัดชายแดนไทย-กัมพูชา โดยจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาบุคลากรให้กับจังหวัดชายแดนไทย-กัมพูชา

3.7.4.4 การวางแผนทางความร่วมมือในการพัฒนาศักยภาพของการให้บริการด้านสุขภาพ

- 1) พัฒนาโรงพยาบาลคู่แฝด ไทย-กัมพูชา
- 2) ให้ความร่วมมือในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินทั้ง 2 ประเทศ
- 3) จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา ได้แก่ ไข้หวัดนก วัณโรค/โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน /การแพทย์พื้นบ้าน/ระบบคุ้มครองผู้บริโภค
- 4) การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทยและกัมพูชา

3.7.4.5 การวางแผนทางความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาสิทธิการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ

- 1) ดำเนินการขึ้นทะเบียนแรงงานข้ามชาติ เพื่อการเข้าเมืองถูกต้องตามข้อตกลงการจ้างงานระหว่างประเทศ และนำแรงงานข้ามชาติเข้าสู่ระบบประกันสังคม (ของกระทรวงแรงงาน) มีสิทธิประโยชน์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533
- 2) เร่งรัดการประชาสัมพันธ์สิทธิการรักษาพยาบาลแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามหลบหนีเข้าเมืองที่ได้รับการผ่อนผันให้อยู่ในประเทศไทย และใบอนุญาตทำงาน (สำหรับคนที่เป็นแรงงาน) ให้ได้รับสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพจากการซื้อประกันสุขภาพ

บทที่ 4

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

4.1 สรุปผลการศึกษา

การศึกษาและพัฒนาความร่วมมือทางด้านสาธารณสุขชายแดนภาคตะวันออก มีบุคคลสำคัญ ผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้องของประเทศกัมพูชาเข้าร่วมประชุม ได้เสร็จสิ้นไปอย่างเรียบร้อยมีความราบรื่นไม่มีข้อผิดพลาด ผู้เข้าร่วมประชุมมีความพึงพอใจสามารถสร้างความร่วมมือจากหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยและประเทศกัมพูชา

จากการศึกษา พบว่า การพัฒนาความร่วมมือทางด้านสาธารณสุขชายแดนภาคตะวันออก ประสบความสำเร็จ โดยเมื่อพิจารณาตามหลักของ PDCA ซึ่งได้มีการดำเนินการแบบเป็นขั้นตอน โดยในส่วนของกระบวนการภายหลังได้รับปัจจัยนำเข้าประกอบด้วย ความต้องการของการจัดการประชุม และความสนับสนุนที่ประกอบด้วยปัจจัยด้านต่าง ๆ แล้ว ได้ดำเนินการกระบวนการที่สามารถอธิบายได้ตามหลักการของการบริหารจัดการโครงการที่ดี ในขณะที่การพัฒนาความร่วมมือได้ดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพทั้งการกำหนดวัตถุประสงค์ การกำหนดการประชุมที่แบ่งการประชุม ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการพัฒนาความร่วมมือ ซึ่งรูปแบบการประชุมที่ดีเอื้ออำนวยให้เกิดผลลัพธ์ คือ การพัฒนาความร่วมมือและนำไปสู่การวางแผนทางด้านสาธารณสุขของจังหวัดชายแดนภาคตะวันออก เพื่อการแก้ปัญหาสาธารณสุขต่อไป

ในส่วนของผลกระทบต่อประชาชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องของกระทรวงสาธารณสุขทั้งของประเทศไทยและประเทศกัมพูชาสามารถทราบถึงข้อมูลปัญหาทางด้านสาธารณสุขชายแดนของทั้งสองประเทศ ซึ่งสามารถพัฒนาไปสู่การวางแผนแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขต่อไป ในขณะเดียวกันการรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากทุกภาคส่วน เนื่องจากได้เพิ่มมิติและมุมมองใหม่ให้แก่การดำเนินนโยบายสาธารณสุขชายแดน นับเป็นผลตอบรับที่ป้อนกลับเพื่อให้กระทรวงสาธารณสุขสามารถปรับการดำเนินนโยบายต่อไปได้ นอกจากนี้การประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ผลประชุม และบทบาทของผู้เข้าร่วมประชุม ซึ่งมีส่วนช่วยให้ประชาชนได้รับทราบถึงบทบาทของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งสามารถสะท้อนและป้อนกลับไปยังกระทรวงสาธารณสุขที่สามารถนำไปพิจารณาปรับแนวนโยบายต่อไปได้ด้วยเช่นกัน

4.2 ข้อเสนอแนะ

4.2.1 การสร้างผลผลิตที่เป็นรูปธรรม

ในการประชุมพัฒนาความร่วมมือทางด้านสาธารณสุขของจังหวัดชายแดนภาคตะวันออกเพื่อการแก้ปัญหาสาธารณสุขในแต่ละครั้ง ผลผลิตที่สำคัญมักเป็นการพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศและการวางแผนความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขชายแดน อย่างไรก็ตาม ความร่วมมือระหว่างประเทศและการวางแผนความร่วมมือ ยังไม่สามารถนำมาปฏิบัติได้

อย่างเป็นรูปธรรมเท่าที่ควร เนื่องจากมีความแตกต่างทางด้าน ภาษา วัฒนธรรม และปัจจัยการเมือง ดังนั้น ควรมีการประสานความร่วมมืออย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการลดช่องว่างระหว่างประเทศไทยและประเทศกัมพูชา เพื่อให้สามารถนำแนวทางในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขชายแดนมาปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น

4.2.2 การเชื่อมโยงประเด็นระหว่างพัฒนาความร่วมมือในแต่ละครั้ง

ผลประชุมพัฒนาความร่วมมือทางด้านสาธารณสุขของจังหวัดชายแดนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในแต่ละครั้งสมควรที่จะเป็นหนึ่งในปัจจัยนำเข้าของการประชุมสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศไทยและประเทศกัมพูชา ซึ่งการจัดทำแนวทางความร่วมมือนับเป็นประเด็นที่เหมาะสม เนื่องจากการวางแนวทางความร่วมมือที่ดีควรมาจากการระดมสมองในวงกว้าง ทั้งนี้ นอกเหนือจากการประชุมร่วมกันอย่างเป็นทางการอาจพิจารณาจากกลุ่มกันและหารือระหว่างกันอยู่เป็นระยะ โดยใช้เทคโนโลยีการสื่อสาร เป็นสื่อสนับสนุนให้สามารถหารือกันได้อย่าง หรือใช้ระบบที่แพร่หลายทั่วไป ที่ใช้งานง่าย อาทิเช่น line group เป็นต้น และเมื่อมีการประชุมครั้งต่อไป อาจมีประเด็นนำเสนอต่อที่ประชุม เป็นปัจจัยนำเข้า เพื่อพิจารณาเป็นแนวทางกำหนดทิศทางการพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศไทยและประเทศกัมพูชา

4.2.3 การประชุมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ที่ผ่านมาการพัฒนาความร่วมมือและการวางแนวทางความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขขึ้นอยู่กับว่าประเทศไทยและประเทศกัมพูชาจะให้ความสำคัญ ในเรื่องใดในช่วงนั้นๆ ดังนั้นในอนาคตอาจพิจารณานำเสนอประเด็นที่มาจากผู้ที่มีส่วนได้เสียและภาคีเครือข่าย โดยอาจเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ หรือตัวแทนกลุ่มผลประโยชน์มาร่วมเป็นผู้นำเสนอข้อคิดเห็น ระหว่างประชุมเพื่อให้การหารือมีการแลกเปลี่ยนความเห็นกันอย่างกว้างขวางและได้ข้อสรุปเป็นแนวทางการพัฒนาความร่วมมือที่ชัดเจนซึ่งจะเป็นประโยชน์มากขึ้นในการพัฒนาความร่วมมือและการร่างยุทธศาสตร์ที่จำเป็นในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข

4.2.4 การประชาสัมพันธ์

ในการพัฒนาความร่วมมือทางด้านสาธารณสุขของจังหวัดชายแดนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในครั้งต่อไป อาจพิจารณาทำการประชาสัมพันธ์ให้มากยิ่งขึ้น เพราะเป็นโอกาสอันดีที่จะพัฒนาความร่วมมือให้สาธารณสุขชนในวงกว้างได้รับทราบเพื่อสร้างความเข้าใจอันดีต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุขชายแดน

4.2.5 ข้อเสนอแนะอื่นๆ

1) ควรเร่งพัฒนาสารสนเทศ องค์ความรู้เรื่องและระบบสาธารณสุขของประเทศภาคี ทั้งนี้เพื่อให้บุคลากรในสถานบริการสุขภาพทั้งสองประเทศสามารถสามารถใช้เป็นสารสนเทศเพื่อการบริหาร จัดการ ปรับตัวในการให้บริการเชิงรุกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) ด้านของกระบวนการจัดการ ควรบูรณาการ (Integrate) ภารกิจของกรม กอง ต่างๆ ลงสู่พื้นที่ มีการรับฟังความเห็นในประเด็นต่างๆ ที่สอดคล้องกับบริบทเชิงพื้นที่ กำหนดแผนงานหลัก ถ่ายทอด สื่อสารนโยบาย เป็นยุทธศาสตร์ระดับจังหวัดอย่างชัดเจน และ ให้ความสำคัญที่ได้เตรียมตัวแต่เนิ่นๆ

3) ด้านของทรัพยากร ควรเร่งรัดการเตรียมความพร้อมทางด้านอาคารสถานที่ สนับสนุนครุภัณฑ์ทางการแพทย์ให้เพียงพอ สนับสนุนบุคลากรที่สำคัญและขาดแคลน ตามศักยภาพ และเพิ่มบุคลากรที่มีทักษะทางด้านภาษา ส่งเสริมวิชาชีพให้มีความก้าวหน้า และพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรในด้านวิชาการ การบริหารจัดการ การสื่อสารภาษาต่างประเทศ และเทคโนโลยีสำหรับการปฏิบัติงาน

4) ด้านการวิจัย องค์กรความรู้ใหม่ ควรจัดงบประมาณวิจัยเกี่ยวกับงานด้านสาธารณสุขจากผู้พลัดถิ่นหรือต่างชาติ และเร่งรัดการจัดการความรู้การสร้างเครือข่ายด้านความรู้ใน ด้านที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งมีระบบบริหารจัดการเผยแพร่ข้อมูลที่มีประสิทธิผล

บรรณานุกรม

เอกสารภาษาไทย

- นิสदारก์ เวชยานนท์. บทความวิชาการ มิติใหม่การบริหารทุนมนุษย์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด, 2551.
- พิเชษฐ์ วันทอง. องค์การที่มีสมรรถนะสูง. สำนักงานเขตพื้นที่ชัชวาท. 2553.
- วีระพล บดีรัฐ. PDCA วงจรสู่ความสำเร็จ. กรุงเทพฯ: ประชาชน จำกัด, 2543.
- วัลยาภรณ์ ทั้งสุภุติ. การสัมมนา: HR กับการพัฒนาองค์การสู่ High Performance Organization. กรุงเทพฯ: โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ คอนเวนชั่น, 2550.
- สมคิด บางโม. องค์การและการจัดการ. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์, 2547.
- สายหยุด ใจสำราญ และสุภาพร พิศาลบุตร. การพัฒนาองค์การ. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต, 2549.
- อาภรณ์ ภูวิทย์พันธ์. การบริหารงานบุคคล. กรุงเทพฯ: บริษัทเอช อาร์ เซ็นเตอร์, 2552.

เอกสารภาษาอังกฤษ

- Akdemir B., Erdem O., Polat S. Characteristics of High Performance Organizations. The Journal of Faculty of Economics and Administrative Sciences 15,1 (2010): 155-174.
- Camps J, Rodríguez H. Transformational leadership, learning, and employability: Effects on performance among faculty members. Personnel Review 40,4 (2011): 423 – 442.
- De Waal A. A., Frijns M. Working on high performance in Asia : the case of Nabil Bank. Measuring Business Excellence 13,3 (2009).
- Gebauer H., Edvardsson B., Bjurko M. The impact of service orientation in corporate culture on business performance in manufacturing companies. Journal of Service Management 21,2 (2010): 237 – 259.
- Jackson E.M., Rossi M.E., Hoover E.R., Johnson R. E. Relationships of leader rewardbehavior with employee behavior: Fairness and morale as key mediators. Leadership & Organization Development Journal 33,7 (2012): 646 – 661.
- Mackey A. The effect of CEOs on firm performance. Strategic Management Journal 29 (2008): 1357–1367.

- Schiuma G. Managing knowledge for business performance improvement. Journal of Knowledge Management 16,4 (2012): 515-522.
- Slater S.F., Olson E.M., Finnegan C. Business strategy, marketing organization culture, and performance. Leadership and Organization Development Journal 22,2011 (2010): 227-242.
- Zebal M.A., Goodwin D.R. Market orientation and performance in private universities. Marketing Intelligence & Planning 30,3 (2012): 339-357.

ภาคผนวก

แบบสัมภาษณ์

เรื่องการศึกษาและพัฒนาความร่วมมือทางด้านสาธารณสุขชายแดนภาคตะวันออก

แบบสัมภาษณ์

เรื่องการศึกษาและพัฒนาความร่วมมือทางด้านสาธารณสุขชายแดนภาคตะวันออก

1. ปัญหาสาธารณสุขชายแดนประเทศไทยและกัมพูชา

.....

.....

.....

2. การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อชายแดนประเทศไทยและกัมพูชา

.....

.....

.....

3. ความร่วมมือในเรื่องการรักษาพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วยต่างด้าวกลับประเทศเพื่อนบ้าน

.....

.....

.....

4. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานบริการชายแดนระหว่างประเทศไทยและกัมพูชา

.....

.....

.....

5. การพัฒนาเครือข่ายงานสาธารณสุขชายแดนประเทศไทยและกัมพูชา

.....

.....

.....

6. การวางแผนทางความร่วมมือด้านสาธารณสุขในอนาคตระหว่างประเทศไทยและกัมพูชา

.....

.....

.....

ประวัติผู้เขียน

| | |
|------------------------|--|
| ชื่อ – สกุล | นายประสิทธิ์ มานะเจริญ |
| วันเดือนปีเกิด | 16 ตุลาคม 2503 |
| สถานที่เกิด | จังหวัดกรุงเทพมหานคร |
| สถานที่อยู่ปัจจุบัน | 174 ถนนมรุพงษ์ ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา 24000 |
| ประวัติการศึกษา | |
| พ.ศ. 2528 | ปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| พ.ศ. 2531 | สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต การบริหารโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช |
| พ.ศ. 2532 | ประกาศนียบัตรชั้นสูงวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล |
| พ.ศ. 2534 | วุฒิปัตรสาขาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ แพทยสภา |
| ประวัติการทำงาน | |
| พ.ศ. 2518 - 2538 | นายแพทย์ |
| พ.ศ. 2538 - 2540 | นายแพทย์ชำนาญการ |
| พ.ศ. 2540 – ปัจจุบัน | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ |
| พ.ศ. 2556 | รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการพุทธโสธร |
| ตำแหน่งปัจจุบัน | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ |