

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

อนาคตภาพที่พึงประสงค์ของหน่วยบริการปฐมภูมิ บริเวณพื้นที่ชายแดนไทย-มาเลเซียในทศวรรษหน้า

เพลินพิศ พงศ์ปริญญากุล ปร.ด. (การจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม)*

วิจิต เรืองแป้น ปร.ด. (บริหารการศึกษา)**

วารุณี หะยีมะสาและ ปร.ด. (เทคโนโลยีชีวภาพ)**

นิสาพร มุหะหมัด ปร.ด.(ชีวเคมี)**

ชมพูนุช สุภาพวานิช ปร.ด.(สาธารณสุขศาสตร์ อาชีวอนามัย)***

นฤมล ทองมาก ปร.ด. (วิศวกรรมสิ่งแวดล้อม)**

* สถาบันพระบรมราชชนก และสำนักงานรัฐมนตรี กระทรวงสาธารณสุข

** มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา

*** วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

วันรับ:	25 ก.พ. 2562
วันแก้ไข:	10 เม.ย. 2562
วันตอบรับ:	30 เม.ย. 2562

บทคัดย่อ งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยใช้เทคนิค EDFR (ethnographic Delphi futures research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทของระบบสุขภาพไทยและมาเลเซีย และอนาคตภาพที่พึงประสงค์ของหน่วยบริการปฐมภูมิบริเวณพื้นที่ชายแดนไทย-มาเลเซียในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2561-2570) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และมีประสบการณ์ด้านสาธารณสุขชายแดนไทยและมาเลเซีย รวมถึงผู้แทนประชาชนที่มีภูมิลำเนาอยู่ในชุมชนชายแดน ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวนรวม 24 คน จากฝั่งไทย 15 คนและฝั่งมาเลเซีย 9 คน เก็บข้อมูลรอบที่ 1 โดยแบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถามทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เก็บข้อมูลในกลุ่มเป้าหมายเดิมอีก 2 รอบ และในขั้นตอนสุดท้ายได้ตรวจสอบความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติโดยสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ช่วงเวลาการเก็บข้อมูลอยู่ระหว่าง เดือนพฤษภาคม 2560 ถึงมิถุนายน 2561 ใช้สถิติร้อยละ มัธยฐาน (median) ฐานนิยม (mode) และค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (interquartile range) ผลการวิจัยพบว่า บริบทหน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศมาเลเซียระดับตำบลเรียกว่า health clinic มีแพทย์ครบทุกตำบลจำนวน 919 แห่ง ดูแลประชาชน 33 ล้านคน ขณะที่ประเทศไทยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้งหมด 9,863 แห่งที่ดูแลประชาชน 67 ล้านคน ซึ่งอยู่ระหว่างการขับเคลื่อนนโยบายการจัดแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำหน่วยบริการปฐมภูมิร่วมกับทีมหมอครอบครัว โดยจัด รพ.สต. เป็นกลุ่มเรียกว่าคลินิกหมอครอบครัวหรือ primary care cluster (PCC) กำหนดเป้าหมายให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวครอบคลุม 6,500 แห่งภายในปี 2569 ซึ่งในปี 2562 ได้ดำเนินการแล้ว 806 แห่ง วัตถุประสงค์ที่ 2 พบว่ารูปแบบอนาคตภาพที่พึงประสงค์ของหน่วยบริการปฐมภูมิบริเวณพื้นที่ชายแดนไทย-มาเลเซียในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2561-2570) มีองค์ประกอบ 11 ด้าน 50 ประเด็น ซึ่งเรียกว่า “INSPIRATION Model หรือรูปแบบแรงบันดาลใจ” ประกอบด้วย (1) เทคโนโลยีสารสนเทศ (Information, I) (2) เครือข่ายความร่วมมือ (Network, N) (3) การให้บริการ (Service, S) (4) P มี 2 ด้านประกอบด้วยบุคลากรสุขภาพ (Personnel, health workforce, P1) และการมีส่วนร่วมของประชาชน (People participation, P2) (5) นวัตกรรม (Innovation, I) (6) การบริหารจัดการสัมพันธ์ภาพ (Relationship manage-

ment, R) (7) การเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Access to drugs and medical equipment, A) (8) T มี 2 ด้านประกอบด้วย ระบบส่งต่อ (Transfer/referral system, T1) และการสร้างทีมสุขภาพ (Team building, T2) (9) ด้านการบูรณาการ (Integration, I) (10) การอภิบาลองค์กร (Organizational governance, O) และ (11) นโยบายสาธารณสุขแห่งชาติและนโยบายสาธารณสุขระหว่างประเทศ (National and international policy, N) ทั้งนี้ ผลการสัมมนาของผู้เชี่ยวชาญ (connoisseurship) มีมติรับรองผลการวิจัย และเสนอให้จัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ที่นำสู่การสืบค้นพบว่ามี การลงนามแล้วในอดีต เป็นระดับกระทรวงในปี 2540 และ 2550 โดยระดับรัฐ และจังหวัดไม่มีข้อมูล ดังนั้นในการประชุมชายแดนรอบ 15 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2545–2561) จึงไม่ถูกนำมาติดตาม ข้อเสนอเชิงนโยบายจึงเสนอให้ทบทวนบันทึกความร่วมมือให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันและจัดทำแผนปฏิบัติการในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน ครอบคลุมและชุมชน ในพื้นที่ชายแดนร่วมกันให้เป็นรูปธรรมอย่างต่อเนื่องต่อไป เพื่อการจัดการตนเองด้านสุขภาพสู่การมีสุขภาพที่ดีขึ้นในอนาคต

คำสำคัญ: อนาคตภาพที่พึงประสงค์, หน่วยบริการปฐมภูมิ, พื้นที่ชายแดนไทย-มาเลเซีย

บทนำ

มนุษย์เป็นสิ่งแวดล้อมที่มีประโยชน์ต่อมนุษย์ด้วยกันเองซึ่งไม่เหมือนกับทรัพยากรอื่น⁽¹⁾ การทำงานของมนุษย์จะปกติหรือไม่ ขึ้นอยู่กับภาวะอนามัย ซึ่งการสาธารณสุขเป็นงานที่เสริมสร้างให้มนุษย์มีสุขภาพอนามัยแข็งแรงสมบูรณ์⁽²⁾ ทั้งนี้ จากการประชุมความร่วมมือระหว่าง 4 จังหวัดและ 4 รัฐ (Border Health Goodwill Committee Meeting) มาเป็นเวลากว่า 30 ปีโดยหมุนเวียนกันเป็นเจ้าภาพ ซึ่งในปี 2561 เป็นการประชุมครั้งที่ 31 เพื่อความร่วมมือในการแก้ปัญหาและพัฒนาาร่วมกัน⁽³⁾ พบว่า ปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย และชายแดนภาคเหนือของประเทศมาเลเซีย ที่มีมาอย่างต่อเนื่องกว่าสิบปีคือไข้มาลาเรีย ไข้เลือดออก เอชไอวีและเอดส์ โรคติดต่อระบบทางเดินอาหารและน้ำ โดยมีเป้าหมายของงานสาธารณสุขชาย-แดนไทยในอาเซียน คือประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ปลอดภัยและมีคุณภาพข้ามชาย-แดนอาเซียน (rights to access safe and good quality treatment across ASEAN borders)⁽⁴⁾ จึงมีความจำเป็นต้องร่วมกันหาแนวทางในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนบริเวณแนวชายแดน โดยใช้เกณฑ์มาตรฐานหน่วยปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว และเกณฑ์ ISO 9002 ซึ่งประเทศมาเลเซียใช้ รวมถึง

องค์ประกอบระบบสุขภาพ (six building block) ขององค์การอนามัยโลก^(5,6) มาประมวลเพื่อสร้างเกณฑ์มาตรฐานและกำหนดกรอบการวิจัยครั้งนี้ เพื่อสร้างรูปแบบอนาคตที่พึงประสงค์

ทั้งนี้ ระบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทย ได้ถูกกำหนดเป็นกฎหมาย และนโยบายสำคัญซึ่งจรรยา จันทรเพชร และสฤณีเดช จันทรไทย⁽⁷⁾ ได้อธิบายหลักการที่จำเป็นต้องให้มีกฎหมายว่าด้วยระบบสุขภาพปฐมภูมิไว้ว่า โดยที่มาตรา 47 วรรคหนึ่งของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยบัญญัติให้บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ และมาตรา 55 บัญญัติให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยบริการสาธารณสุขดังกล่าวต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งรัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับมาตรา 258 ช. ด้านอื่น ๆ⁽⁵⁾ บัญญัติให้ดำเนินการปฏิรูปประเทศ โดยให้มีระบบการแพทย์-ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ดังนั้น สมควรมีกฎหมายเพื่อให้เป็นไปตามบทบัญญัติดังกล่าว โดยการจักระบบสุขภาพปฐม-

ภูมิซึ่งมีคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิทำหน้าที่เป็นองค์กรกำกับดูแลที่ดำเนินการด้วยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน ทั้งนี้ เพื่อให้การบริหารจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิมีประสิทธิภาพทั่วประเทศ และให้ประชาชนชาวไทยมีสิทธิได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นธรรม มีคุณภาพ และมีมาตรฐาน และได้มีประกาศเป็นนโยบายปี 2562 ด้านปฐมภูมิ เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2561 โดยนายแพทย์สุชม กาญจนพิมาย ปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้แถลงไว้ในวันเข้ารับตำแหน่ง เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2561⁽⁸⁾ ว่า ประเทศไทยได้ขับเคลื่อนการพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิ คนไทยทุกคนมีทีมหมอประจำครอบครัวให้การรักษาโรคพื้นฐานโดยเน้นแนวทางการดำเนินงานคือ ให้คำปรึกษาป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ ดูแลทั้งที่บ้าน ที่คลินิกหรือหน่วยบริการ และจัดการเรื่องการส่งต่อเมื่อจำเป็นอย่างเป็นระบบ พัฒนาหน่วยบริการสุขภาพ-ปฐมภูมิใกล้บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และโรงพยาบาลชุมชนให้สะอาด น่าอยู่ ได้มาตรฐานปลอดภัย ประชาชนมีส่วนร่วมในการสนับสนุนอย่างใกล้ชิด ให้เกิดความรู้สึกเป็น “โรงพยาบาลของเรา” โดยไม่เน้นการประกวดเพื่อแข่งขันกันล่ารางวัล แต่มุ่งเน้นการพัฒนาให้ได้มาตรฐานไปด้วยกัน มีการประสานงานเป็นเครือข่าย พี่ช่วยน้อง เพื่อนช่วยเพื่อน โรงพยาบาลขนาดใหญ่ช่วยเหลือโรงพยาบาลขนาดเล็ก โรงพยาบาลชุมชนช่วยเหลือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องยังไม่พบการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพที่ดำเนินการทั้งในพื้นที่ชายแดนไทยและมาเลเซียมาก่อน นอกจากการศึกษาด้านเครือข่ายการประสานงานพบว่า จากผลการศึกษาของเพลินพิศ พงศ์ปริญากุล⁽⁹⁾ ซึ่งกำหนดผู้ประสานหลักระดับประเทศ และระดับเขตของประเทศไทย กับรัฐและจังหวัด และระดับอำเภอ ของประเทศมาเลเซีย ซึ่งมีความเป็นมาจากการได้รับมอบหมายภารกิจนอกเวลาราชการในเหตุฉุกเฉินให้ประสานข้อมูลกับประเทศมาเลเซียกรณีเกิดอุบัติเหตุรถโดยสารทุกนิกท่องเที่ยวจากประเทศไทย

ลงจากสถานที่ตั้งของคาเมรอนไฮแลนด์ เสียหลักพุ่งชนขอบถนนสาย Simpung Pulau เสียชีวิต 28 ศพเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2553⁽¹⁰⁾ ซึ่งได้รับความร่วมมือจากการประสานอย่างไม่เป็นทางการในการหาข้อมูลและอำนวยความสะดวกจาก Datin Dr. Ranjit Kaur A/P Praim Sigh, Deputy Director on Public Health, Perak State Health Department และทีมงานด้วยความเต็มใจในการนำคณะเดินทางเข้าเยี่ยมเยียนจิตใจผู้ป่วยและญาติผู้เสียชีวิตที่เมือง Ipoh รัฐ Perak⁽¹¹⁾ อันเนื่องมาจากความสัมพันธ์ส่วนตัว ทำให้เกิดแนวคิดในการสร้างเครือข่ายการประสานงานอย่างเป็นระบบแบบเป็นทางการ เพื่อการติดต่อสื่อสารในอนาคตหากมีเหตุจำเป็น จึงได้ทำการศึกษา และได้นำเสนอผลบรรจุไว้ในเอกสารประกอบการประชุมสาธารณสุขชายแดนไทย-มาเลเซียครั้งที่ 29 แต่พบว่าการดำเนินการดังกล่าวขาดความต่อเนื่อง กล่าวคือ ในการประชุมล่าสุดครั้งที่ 31 ในปี 2561 ได้จัดทำรายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมทั้งจากประเทศไทยและประเทศมาเลเซีย แต่ไม่มีการระบุชื่อผู้ประสานงานหลักของแต่ละหน่วยไว้ ประกอบกับผู้วิจัยได้ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้คือจังหวัดยะลา ได้ปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขชายแดนทั้งฝั่งไทยและมาเลเซีย มาเป็นเวลาถึง 13 ปี 6 เดือนตั้งแต่ พ.ศ. 2544 ถึง 2558 จึงเลือกทำการวิจัยในพื้นที่จังหวัดภาคใต้ชายแดนไทยและรัฐชายแดนมาเลเซียโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบอนาคตภาพที่พึงประสงค์ของหน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care unit) ของจังหวัดชายแดนใต้ของไทยและรัฐชายแดนเหนือของมาเลเซีย เพื่อเป้าหมายการมีสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชนพื้นที่ชายแดนต่อไปในอนาคต

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ (mixed method) พื้นที่วิจัยคือจังหวัดชายแดนใต้ 4 จังหวัดของประเทศไทยที่มีเขตแดนติดประเทศมาเลเซีย ได้แก่ จังหวัดยะลา นราธิวาส สงขลา และสตูล และจากรัฐชายแดนประเทศมาเลเซียมี 4 รัฐที่

มีเขตแดนติดประเทศไทย คือ เปรัก (Perak) กลันตัน (Kelantan) เคดดาห์ (Kedah) และเปอร์ลิส (Perlis) โดยรวบรวมข้อมูลจาก 2 รัฐ 2 จังหวัด เฉพาะพื้นที่รัฐเปรัก ซึ่งเป็นรัฐชายแดนติดประเทศไทยที่ใหญ่ที่สุดติดกับจังหวัดยะลา และรัฐเปอร์ลิส ซึ่งเป็นรัฐชายแดนติดประเทศไทยที่เล็กที่สุดติดกับจังหวัดสตูล และศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมของส่วนกลางและรัฐเคดดาห์กับรัฐกลันตันจากการร่วมกิจกรรมในงานต่างๆ ที่มีมาอย่างต่อเนื่องในอดีตที่ผ่านมา

ใช้เทคนิคการวิจัยแบบ EDNR (ethnographic Delphi futures research) ซึ่งเป็นระเบียบวิธีวิจัยที่พัฒนาโดยจุมพล พูลภัทรชีวิน⁽⁷⁾ ซึ่งนำจุดเด่นของ EFR (Ethnographic Futures Research) และ Delphi มาประมวลเข้าด้วยกัน กล่าวคือ EFR เป็นการสัมภาษณ์รอบเดียวเพื่อเลือกแนวโน้มที่มีฉันทามติระหว่างผู้ให้สัมภาษณ์ และนำจุดเด่นของ Delphi ซึ่งเป็นการนำความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อสรุปมติโดยไม่ต้องนัดหมายกลุ่มให้มาประชุมกันแบบระดมสมอง สามารถแสดงความคิดเห็นในสถานที่และเวลาที่ไม่มีข้อจำกัด ปราศจากการชี้นำโดยใช้แบบสอบถาม แล้วสรุปผลเพื่อนำมาพิจารณาข้อค้นพบไปใช้ประโยชน์ ซึ่งเทคนิค EDNR เป็นการสัมภาษณ์และนำข้อมูลที่ได้อภิปรายและสร้างแบบสอบถามส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตอบเพื่อหาข้อยุติในรอบที่ 2 และ 3 จากนั้นจึงนำมาวิเคราะห์ความเป็นไปได้และความสอดคล้องระหว่างความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเพื่อสรุปเขียนเป็นอนาคตภาพต่อไป

เพื่อสรุปฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญที่เป็นกลุ่มเป้าหมายตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และมีประสบการณ์ด้านสาธารณสุขชายแดนไทยและมาเลเซีย รวมถึงผู้แทนประชาชนที่มีภูมิลำเนาอยู่ในชุมชนชายแดน ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวนรวม 24 คน จากฝั่งไทย 15 คนและฝั่งมาเลเซีย 9 คน ช่วงเวลาการเก็บข้อมูลอยู่ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2560 ถึงมิถุนายน 2561 โดยดำเนินการ 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เป็นการศึกษาบริบทการดำเนินงานของ

สถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (primary care units) ของจังหวัดชายแดนใต้ของประเทศไทยและรัฐชายแดนภาคเหนือของประเทศมาเลเซีย โดยการทบทวนเอกสาร งานวิจัย และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการลงพื้นที่คูรัฐ/จังหวัดสองพื้นที่คูรัฐและรัฐที่ใหญ่ที่สุดคือคูรัฐยะลาและรัฐเปรัก และคูเล็กที่สุดคือคูรัฐสตูลและรัฐเปอร์ลิส

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาอนาคตภาพที่พึงประสงค์ของหน่วยบริการปฐมภูมิบริเวณพื้นที่ชายแดนไทย – มาเลเซีย ในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2561–2570) ด้วย Delphi technique ซึ่งดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญไทยและมาเลเซีย 24 คนจำนวน 3 รอบในกลุ่มเดียวกัน โดยในรอบแรกเป็นการสัมภาษณ์ปลายเปิดเกี่ยวกับภาพอนาคตภาพที่พึงประสงค์ของหน่วยบริการปฐมภูมิบริเวณพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ของไทย และรัฐชายแดนภาคเหนือของมาเลเซียในทศวรรษหน้า ทั้งในลักษณะที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ รวมถึงการสัมภาษณ์เพิ่มเติมทางโทรศัพท์ และการขอข้อมูลเพิ่มเติมทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) และทาง Line application โดยอาศัยสัมพันธภาพที่ดีจากการร่วมปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดยะลาและได้ดำเนินการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนชายแดนร่วมกับ 4 รัฐ 4 จังหวัดมาเป็นเวลากว่า 10 ปีในฐานะรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยะลา จากนั้นได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และวิเคราะห์ความถี่ ซึ่งจัดเป็นหมวดได้ 13 ประเด็น ประกอบด้วย

1. เทคโนโลยีสารสนเทศ (Information, I)
2. เครือข่ายความร่วมมือ (Network, N)
3. การให้บริการ (Service, S)
4. บุคลากรสุขภาพ (Personnel, health workforce, P)
5. การมีส่วนร่วมของประชาชน (People participation, P)
6. นวัตกรรม (Innovation, I)
7. การบริหารจัดการสัมพันธภาพ (Relationship)

- management, R)
- 8. การเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Access to drugs and medical equipment, A)
- 9. ระบบส่งต่อ (Transfer/referral system, T)
- 10. การสร้างทีมสุขภาพ (Team building, T)
- 11. ด้านการบูรณาการ (Integration, I)
- 12. การอภิบาลองค์กร (Organizational governance, O)
- 13. นโยบายสาธารณสุขแห่งชาติและนโยบายสาธารณสุขระหว่างประเทศ (National and international policy, N)

จากนั้นได้นำข้อมูลที่ได้มาร่างอนาคตภาพที่พึงประสงค์ของหน่วยบริการปฐมภูมิบริเวณพื้นที่ชายแดนไทย-มาเลเซียในทศวรรษหน้าได้รูปแบบ INSPIRATION จึงนำองค์ประกอบที่ 4 และ 5 กับ 9 และ 10 ซึ่งขึ้นต้นด้วยตัวอักษร P และ T ที่มี 2 องค์ประกอบมารวมกัน ประมวลเป็น 11 องค์ประกอบ แล้วนำเนื้อหาทั้งหมดมาสร้างเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ แล้วแปลแบบสอบถามเป็นภาษาอังกฤษโดยประสานขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญที่มีทักษะภาษาอังกฤษหรือผู้ที่สำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศ และส่งให้อาจารย์ภาษาอังกฤษที่คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ตรวจ แล้วให้แพทย์ชาวอังกฤษซึ่งสอนที่มหาวิทยาลัยเอดินเบอร์ระช่วยตรวจเนื้อหา และก่อนเก็บข้อมูลจริง ได้ส่งให้แพทย์ชาวมาเลเซียช่วยคัดกรองข้อความที่ไม่เหมาะสมกับบริบทออก จนเหลือเพียง 70 ประเด็น ทั้งนี้ ในการเก็บข้อมูลได้ปรับการเรียงลำดับองค์ประกอบโดยเริ่มจากเรื่องที่ตอบง่าย ไปจนถึงเรื่องที่ละเอียดอ่อนซับซ้อน แล้วส่งแบบสอบถามรอบที่ 1 โดยภาคภาษาไทยส่งให้ผู้เชี่ยวชาญไทย และภาคภาษาอังกฤษส่งให้ผู้เชี่ยวชาญมาเลเซีย

เมื่อได้ข้อมูลแล้วได้ประมวลค่าคะแนนรอบที่ 1 โดยวิเคราะห์ตามเกณฑ์⁽⁸⁾ ความสอดคล้อง (consistency) จากค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (interquartile range: IR) หรือค่า Q3-Q1 ที่มีค่าไม่เกิน 1.5 และพิจารณาโอกาส

ความเป็นไปได้จากค่ามัธยฐาน (median) ตั้งแต่ 3.5 หรือระดับมากขึ้นไป ซึ่งได้ข้อความที่เข้าเกณฑ์จำนวน 50 ประเด็น

ส่งแบบสอบถามรอบที่ 2 จำนวน 50 ประเด็นตามที่เลือกไว้จากรอบแรกพร้อมค่าคะแนนเฉลี่ยของผู้เชี่ยวชาญทุกคนรายชื่อ เพื่อขอความเห็นยืนยันหรือการเปลี่ยนแปลงคำตอบจากผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนในรอบที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบกับค่าคะแนนรายชื่อดังกล่าว พร้อมนี้ได้นำข้อมูลมาพัฒนารูปแบบอนาคตภาพที่ร่างไว้ในรอบแรก

ขั้นตอนที่ 3 สัมมนาอ้างอิงผู้เชี่ยวชาญ (connoisseurship) เพื่อตรวจสอบรับรองผลการวิจัย และความเหมาะสมในการนำรูปแบบ “อนาคตภาพที่พึงประสงค์ของหน่วยบริการปฐมภูมิบริเวณพื้นที่ชายแดนไทย-มาเลเซียในทศวรรษหน้า” ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนตามแนวชายแดนเพื่อให้สามารถจัดการตนเองไปสู่การมีสุขภาพที่ดีขึ้นต่อไป

ผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์เอกสารและการลงพื้นที่ศึกษาสถานการณ์จริงในรัฐเปรักกับจังหวัดยะลา และรัฐเปอร์ลิสกับจังหวัดสตูล และจากการติดตามกลไกการขับเคลื่อนนโยบายและกระบวนการเสนอร่างพระราชบัญญัติปฐมภูมิของประเทศไทยเพื่อการประกาศเป็นกฎหมายอย่างครบวงจรในช่วงปี 2560-2562 พบว่าประเทศไทยให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนระบบบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิโดยได้กำหนดเป็นกฎหมายและประกาศเป็นนโยบายสำคัญ

ทั้งนี้ ด้านการสนับสนุนการขับเคลื่อนกลไกทางกฎหมายสู่การปฏิบัติ ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ช่วงการบริหารของปลัดกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์โสภณ เมฆธน (ปีงบประมาณ 2560) และนายแพทย์เจษฎา โชคดำรงสุข (ปีงบประมาณ 2561) จนถึงระยะของการบริหารของปลัดกระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ 2562 โดยนายแพทย์สุภูมิ กาญจนพิมาย ซึ่งให้ความสำคัญในการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยได้ประกาศเป็น

นโยบายด้านปฐมภูมิตั้งแต่วันเข้ารับตำแหน่งเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ซึ่งมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด 9,863 แห่งที่ดูแลประชาชน 67 ล้านคน ทั้งนี้ การดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายโดยการจัดแพทย์-เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพร่วมกันเป็นทีม หมอครอบครัวและให้ 1-3 ทีมรวมตัวกันเกิดเป็นกลุ่ม เครือข่ายบริการปฐมภูมิ ให้ชื่อว่าคลินิกหมอครอบครัว หรือ primary care cluster เท่ากับ 1 cluster ร่วมกันดูแล ประชาชนประมาณ 30,000 คน กำหนดเป้าหมายให้มี แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวครอบคลุม 6,500 แห่งภายในปี 2569 ซึ่งในปี 2562 ได้ดำเนินการแล้ว 806 แห่ง

ด้านบริบทของประเทศมาเลเซีย มีพรมแดนติดต่อกับ ประเทศไทย ยาว 464 กิโลเมตร ระหว่าง 4 จังหวัด คือ สงขลา นราธิวาส ยะลา และสตูล กับ 4 รัฐคือเปอร์ลิส เปร็ค เคดาห์ และกลันตัน ทั้งสองประเทศประชาชนมีการ ไปมาหาสู่กันตลอด มาเลเซียมี 13 รัฐ กับ 3 เขตพื้นที่ ปกครองพิเศษ ในปี 2013 มีประชากรทั้งประเทศ 28 ล้านคนเศษ มีแพทย์ทั้งประเทศประมาณ 27,000 คน เปรียบเทียบกับประเทศไทยที่มีประชากร 66 ล้านคน หรือ 2.3 เท่าของมาเลเซีย ประเทศไทยมีแพทย์ทั่วประเทศเพียง 40,000 คน แพทย์ในมาเลเซียทำงานที่ หน่วยบริการปฐมภูมิมียู่มากกว่า 8,000 คน หรือ ประมาณ 1 ใน 3 ของแพทย์ทั้งประเทศ ระบบของมาเลเซียคล้ายคลึงกับของอังกฤษ คือแยก primary care กับ hospital care ออกจากกันค่อนข้างชัดเจน ต่างกับของ ประเทศไทยที่ รพ.สต. เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิชัดเจน แต่โรงพยาบาลชุมชนและเหนือไปกว่านั้นมีการบูรณาการ ใช้งาน primary และ secondary อยู่ด้วยกัน

หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ primary care clinic ของ มาเลเซียมีหลายระดับ ทั้งภาครัฐและเอกชนประมาณ 8,500 แห่ง ภาครัฐมีประมาณ 2,500 แห่ง ระดับตำบล ในเขตเมือง คือ health clinic 860 แห่ง ซึ่งมีแพทย์ประจำ มีศักยภาพการให้บริการผู้ป่วยนอกใกล้เคียงกับโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย ต่างกันที่ไม่มีเตียงรับ ผู้ป่วยใน แพทย์ที่ทำงานใน primary care clinic จบ

แพทยศาสตรบัณฑิตโดยไม่ได้ฝึกอบรมต่อ หรือบางส่วน เรียน Diploma of Family Medicine 2 ปี และบางคนได้ Board เฉพาะด้านที่มักเรียนต่อ short course ในสาขาย่อย ต่าง ๆ ที่สนใจ

Health clinic ทั้ง 860 แห่งต้องดูแลกำกับ maternal and child clinic 100 แห่ง และหน่วยงานระดับในชนบท rural clinic 1,800 แห่ง และ mobile clinic 160 แห่ง ส่วน community center ด้านกายภาพจะคล้าย รพ.สต. ของไทย แต่เน้นงานส่งเสริมป้องกันและงานอนามัยแม่ และเด็กเป็นหลัก ดูแลประชากรในความรับผิดชอบ ประมาณ 3,000-5,000 คน มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน 3-4 คนต่อแห่ง เป็นพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลระดับต้น มาเลเซียมีคลินิกเอกชนประมาณ 6,000 แห่ง (ทั้ง ประเทศ มีโรงพยาบาลรัฐ 130 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 226 แห่ง มีเตียงรวมกันประมาณ 47,000 เตียง) มี แพทย์ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิประมาณ 2.9 คน ต่อ ประชากร 10,000 คน ขณะที่ประเทศไทยอยู่ระหว่างการ ขับเคลื่อนนโยบายให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ครอบคลุมคลินิกหมอครอบครัว 6,500 แห่งภายในปี 2569เพื่อดูแลประชาชนประมาณ 67 ล้านคน ทั้งนี้ในปี 2562 ได้ดำเนินการแล้ว 860 แห่ง ขณะที่ประเทศ มาเลเซีย มี health clinic ซึ่งมีแพทย์ครอบคลุมทุกตำบล จำนวน 919 แห่ง ดูแลประชาชนประมาณ 33 ล้านคน

ด้านโครงสร้างการบริหารงานสาธารณสุขประเทศ มาเลเซียแตกต่างกับไทยคือมีสายบังคับบัญชาจากระดับ กระทรวง ไปยังระดับรัฐโดยตรง ซึ่งไม่มีระดับเขตเหมือน ประเทศไทย

ความสัมพันธ์ด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศไทย และมาเลเซีย มีบันทึกความเข้าใจ (Memorandum of Understanding: MOU) ที่มีการลงนามอย่างเป็นทางการของผู้บริหาร ระดับรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย และ ประเทศมาเลเซียในอดีตซึ่งในช่วงกว่า 10 ปีหลังการลงนาม แม้ว่าจะมีการจัดประชุมความสัมพันธ์สาธารณสุขชายแดนอย่างต่อเนื่องซึ่งจากรายงานการประชุมในช่วงเวลา 15 ปี ไม่ ระบุประเด็นที่มีการลงนามความร่วมมือเพื่อการติดตาม

อนาคตภาพที่พึงประสงค์ของหน่วยบริการปฐมภูมิบริเวณพื้นที่ชายแดนไทย-มาเลเซียในทศวรรษหน้า

การดำเนินงานร่วมกัน รอบคอบแล้ว มีเพียงบางคนที่ปรับคะแนนเล็กน้อยใน ประเด็นย่อย จึงไม่ทำให้จำนวนประเด็นที่เลือกไว้มีการ เปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ สรุปรภาพรวมของโอกาสความเป็นไป ได้ซึ่งพิจารณาจากค่ามัธยฐานตั้งแต่ 3.5 ขึ้นไป และความ สอดคล้อง ซึ่งพิจารณาจากค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ โดย ยึดค่าความสอดคล้องเป็นเกณฑ์สำคัญในการคัดเลือกไว้ 50 ข้อ และ ผลการยืนยันน้ำหนักคะแนน (รอบที่ 2) ของ ผู้ทรงคุณวุฒิ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 โอกาสความเป็นไปได้และความสอดคล้องของประเด็นคำถามในแต่ละองค์ประกอบโดยคำนวณจากแบบสอบถาม รอบที่ 1 และการยืนยันผลในรอบที่ 2

ลำดับ	องค์ประกอบ	จำนวนประเด็น คำถาม	ผลการคำนวณจาก แบบสอบถาม รอบ 1			ผลการยืนยัน รอบ 2 ยืนยัน
			เป็น ไปได้	สอดคล้อง	คัดเลือกไว้	
1	ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (Information: I)	6	6	2	2	2
2	ด้านเครือข่ายความร่วมมือ (Network: N)	3	3	3	3	3
3	ด้านการให้บริการ (Service: S)	10	10	9	9	9
4	P มี 2 องค์ประกอบย่อย					
	- ด้านบุคลากรสุขภาพ (Personnel, health workforce: P1)	5	5	5	5	5
	- การมีส่วนร่วมของประชาชน (People participation: P2)	4	4	3	3	3
5	ด้านการบูรณาการ (Integration: I)	3	3	2	2	2
6	ด้านการบริหารจัดการสัมพันธ์ภาพ (Relationship management: R)	3	3	3	3	3
7	ด้านการเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Access to drugs and equipment: A)	6	6	3	3	3
8	T มี 2 องค์ประกอบย่อย					
	ด้านระบบส่งต่อ (Transferal system: T1)	4	4	4	4	4
	ด้านการสร้างทีมสุขภาพ (Team building: T2)	3	3	1	1	1
9	ด้านนโยบายสาธารณสุขแห่งชาติและนโยบาย สาธารณสุขระหว่างประเทศ (National and international policy (N)	3	3	2	2	2
10	ด้านนวัตกรรม (Innovation: I)	9	9	4	4	4
11	ด้านองค์กรธรรมาภิบาล Organization governance: (O)	11	11	9	9	9
	รวม 11 องค์ประกอบ	70	70	50	50	50

ผลการสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ (connoisseurship) เพื่อ ยืนยันและรับรองผลการวิจัยรวมทั้งความเหมาะสมใน การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์สรุปได้ว่า ผู้เชี่ยวชาญมี จินตนาการเห็นด้วยกับอนาคตภาพที่พึงประสงค์ของหน่วย บริการปฐมภูมิพื้นที่ชายแดนไทย-มาเลเซียในทศวรรษ หน้า (พ.ศ. 2561-2570) ที่เรียกว่า INSPIRATION Model ทั้ง 11 องค์ประกอบ 50 ประเด็นในรอบที่ 3 ซึ่ง สรุปได้ดัง ภาพที่ 1 เป็นรูปแบบ ซึ่งเรียกว่า INSPIRA- TION Model ประกอบด้วย 11 องค์ประกอบ 50 ประเด็น ดังนี้

1) ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (Information: I) มี Data Center เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ (Big Data) และมี Software ที่สามารถใช้เชื่อมโยงระหว่างกันได้

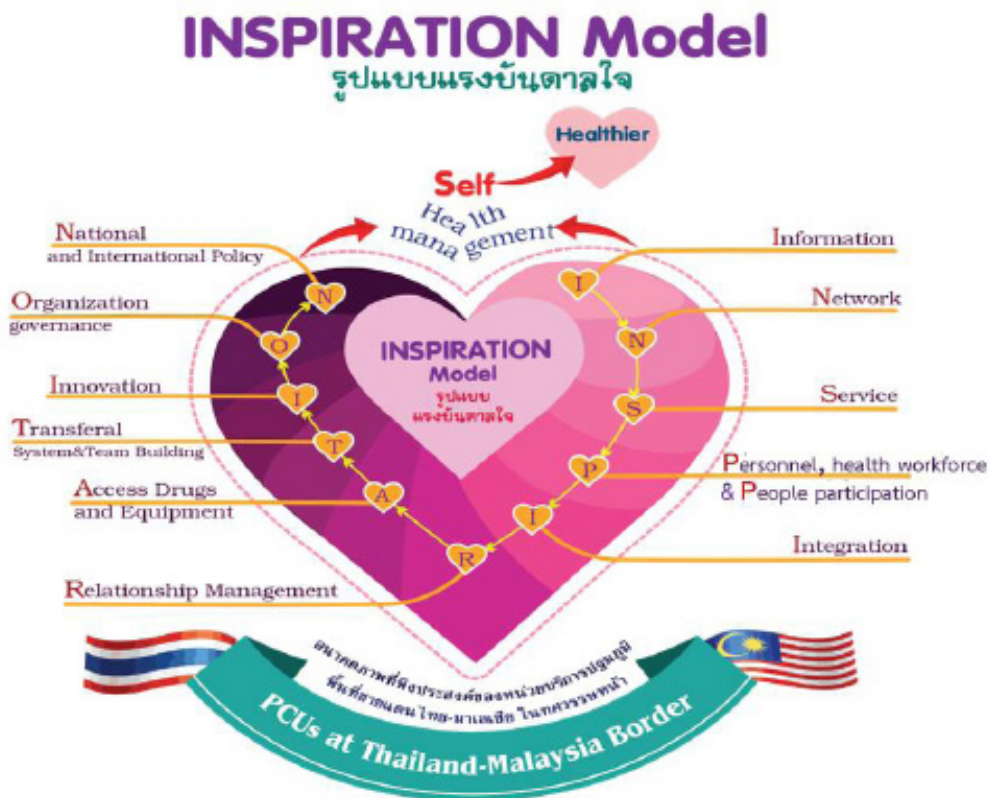
2) ด้านเครือข่ายความร่วมมือ (Network: N) มีการ กำหนดทิศทางการทำงานร่วมกัน ในรูปของคณะกรรมการ

พัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนตามแนวชายแดนทั้ง ระดับตำบล และอำเภอ โดยมีช่องทางการประสานงานที่ หลากหลาย เพื่อส่งต่อข้อมูลสุขภาพ มีการสื่อสารข้อมูล การระบาดของโรคได้อย่างรวดเร็ว และทบทวนผลการ ดำเนินงานปัญหาอุปสรรคร่วมกัน มีการแจ้งสถานการณ์ ภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

3) ด้านการให้บริการ (Service: S) มีการจัดบริการ ที่ครอบคลุมทุกมิติ ทุกกลุ่มวัย ทั้งในสถานบริการ ใน ชุมชน ร่วมมือจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิก ระบบเฝ้าระวัง โรคและภัยสุขภาพ เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ที่ไม่ได้มาตรฐาน บริเวณด่าน และตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน มีการซ่อมแผนร่วม กันอย่างต่อเนื่อง

4) ด้านบุคลากรสุขภาพ (Personnel, health work- force: P1) จะมีการจัดอัตรากำลังของบุคลากรครบทุก สาขาวิชาชีพที่เพียงพอ ในสถานบริการบริเวณชายแดน

ภาพที่ 1 อนาคตที่พึงประสงค์



ไทย-มาเลเซีย มีบุคลากรที่สามารถสื่อสารกับผู้รับบริการ ได้อย่างน้อย 2- 3 ภาษา มีการวางระบบบริหารจัดการ การมอบหมายงาน สอดคล้องกับความรู้ ความสามารถ ของบุคลากรตามบทบาทหน้าที่ภาระงานที่ได้รับมอบหมาย มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคลากร สาธารณสุขด้วยกันโดยมีแผนพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข และจัดระบบการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับพันธกิจ แผนกลยุทธ์ วิสัยทัศน์ขององค์กร และด้านการมีส่วนร่วมของ ประชาชน (People participation: P2) องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ชุมชน กลุ่มประชาชน ผู้มีส่วนได้เสีย มีส่วน ร่วมในการกำหนดนโยบาย รวมถึงอาจมีส่วนร่วมในการ สนับสนุนทรัพยากร พัฒนาความรู้ด้านต่าง ๆ

5) ด้านนวัตกรรม (Innovation:I) จะมี web appli- cation, Line group, WhatsApp group มีระบบ tele conference หรือ application ต่าง ๆ ของแพทย์ พยาบาล และสหวิชาชีพระหว่างเครือข่ายบริการเพื่อประสานข้อมูล มีการพัฒนา การสื่อสารระหว่างผู้รับบริการที่หลากหลาย เช่น ระบบ E-learning 2 ภาษา และนำนวัตกรรมมา พัฒนามาตรฐานคุณภาพบริการ และมี Artificial Intel- ligence ในหน่วยบริการปฐมภูมิบริเวณพื้นที่ชายแดน ไทย-มาเลเซีย

6) การบริหารจัดการด้านสัมพันธ์ภาพ (Relationship management: R) บุคลากรมีทักษะในการสร้างความ สัมพันธ์ เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่ม ทุกระดับในเขต พื้นที่ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและรู้ความต้องการด้าน สุขภาพได้ชัดเจนที่จะดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเหมาะสม ทนต่อการเปลี่ยนแปลงในอนาคต มีระบบ จัดซื้อร้องเรียน และมีการแก้ไขอย่างเหมาะสม เป็นที่ ยอมรับในทุกฝ่าย และทันทั่วทั้งที่

7) ด้านการเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Access to drugs and medical equipment: A) มีบัญชี รายการยาเดียวกันที่ตอบสนองต่อปัญหาสาธารณสุข เพื่อ การรักษาอย่างต่อเนื่องประชาชนได้รับวัคซีนอย่างครบ ถ้วนตามความจำเป็น

8) ด้านระบบส่งต่อ (Transfer/referral system: T1)

จะมี MOU เครือข่ายความร่วมมือในการส่งต่อผู้ป่วย มี ศูนย์ประสานความช่วยเหลือในการส่งต่อที่เชื่อมโยงได้ทุก ระดับของการจัดบริการ มีการวางแผนร่วมกัน จัดระบบ แนวปฏิบัติในการเคลื่อนย้ายหรือส่งต่อผู้ป่วยระหว่าง ประเทศ ที่สะดวก รวดเร็วและทันเหตุการณ์ มีระบบส่ง ต่อผู้ป่วยข้ามชายแดนโดยใช้ web based transfer/refer- ral system application กรณีมีผู้เสียชีวิต ระบบเอกสาร การส่งศพกลับบ้านถูกต้องมีมาตรฐาน ทันทเวลาประกอบ พิธีทางศาสนา ทั้งการเสียชีวิตปกติและจากโรคติดต่อ อันตราย และด้านการสร้างทีมสุขภาพ (Team building: T2)ควรมีการจัดกิจกรรมกระชับความสัมพันธ์ทั้งด้าน วิชาการ การศึกษาดูงาน การซ่อมแผนควบคุมโรค และ ด้านสันตนาการ เช่น กีฬาสยามัคคี และการทัศนศึกษา

9) ด้านการบูรณาการ (Integration: I) มีการบูรณา- การแนวคิดด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู และคุ้มครอง ผู้บริโภค มีการวิเคราะห์ สภาพปัญหา เพื่อการพัฒนา สุขภาพอนามัยของประชาชนตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว จัดบริการแบบบูรณาการดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม อย่างต่อเนื่อง ทั้งในสถานพยาบาล และในชุมชน

10) ด้านองค์กรธรรมาภิบาล (Organizational gov- ernance: O) มีการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ และแผน ปฏิบัติ พัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง แลกเปลี่ยน ทรัพยากร บริหารจัดการองค์กรตามหลักความคุ้มค่า โดย ใช้เกณฑ์การดำเนินงานที่ใกล้เคียงกัน พัฒนาผู้ให้บริการ ถ่ายทอดตัวชี้วัด และเป้าหมายขององค์กร มีระบบการ ติดตามประเมินผลการปฏิบัติราชการ โดยเชื่อมโยงกับ ระบบแรงจูงใจและระบบการให้โทษอย่างเป็นรูปธรรม มี ระบบการควบคุมตรวจสอบภายใน การบริหารความเสี่ยง มีกระบวนการสร้างความตระหนักเรื่องความรับผิดชอบ ต่อสังคมและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

11) ด้านนโยบายสาธารณสุขแห่งชาติและนโยบาย สาธารณสุขระหว่างประเทศ (National and internation- al policy: N) มีการกำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขใน พื้นที่ชายแดนร่วมกัน มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

และการสาธารณสุข ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล ฟื้นฟูสภาพ การคุ้มครองผู้บริโภค ที่ครอบคลุม มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน มีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขชายแดน ร่วมกันวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามนโยบาย และพัฒนาแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ชายแดน

นอกจากผลการวิจัยที่พบทั้ง 2 วัตถุประสงค์ดังกล่าวแล้ว ยังค้นพบว่า เคยมีการลงนามในข้อตกลงโดยผู้แทนจากรัฐบาลมาเลเซียกับผู้แทนจากรัฐบาลไทย เมื่อวันที่ 9 มกราคม 2540 ณ กรุงกัวลาลัมเปอร์ และฉบับต่อมาเป็นการลงนามโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประเทศไทยและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประเทศมาเลเซีย เมื่อวันที่ 28 กันยายน 2550 ที่เมืองกูชิง รัฐซาราวัก ประเทศมาเลเซีย ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายให้จังหวัดชายแดนภาคใต้ประกอบด้วยจังหวัดสงขลา สตูล ยะลา และนราธิวาส ร่วมกับรัฐชายแดนของประเทศมาเลเซีย ได้แก่ รัฐ Kedah, Perlis, Perak และ Kelantan ให้มีการจัดประชุมความร่วมมือสาธารณสุขชายแดนไทย – มาเลเซีย เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาสาธารณสุข เพื่อให้ประชากรในพื้นที่จังหวัดชายแดนมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีการหมุนเวียนเป็นเจ้าของภาพจัดการประชุมทุกปีซึ่งมีการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงาน

อย่างไรก็ตาม ช่วงเวลาระหว่างปี 2545 – 2561 ในการประชุมระหว่างรัฐและจังหวัดที่มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องนั้น มีการลงนามในข้อตกลงร่วมระดับกระทรวงถึง 2 ครั้ง แต่ไม่มีการกล่าวอ้างถึงประเด็นที่มีการทำข้อตกลงระดับประเทศไว้แต่อย่างใด ซึ่งจากการเก็บข้อมูลในการวิจัย มีข้อเสนอจากผู้เชี่ยวชาญทั้งฝั่งไทยและมาเลเซียให้มีการทำข้อตกลงความร่วมมือเพื่อการดำเนินงานร่วมกัน โดยเฉพาะด้านการจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยและการส่งศพกลับประเทศ ซึ่งมีผู้เกี่ยวข้องหลายหน่วย ทั้งด้านสาธารณสุขและด่านตรวจคนเข้าเมือง รวมถึงการพิจารณาเรื่องระบบการเก็บค่ารักษาพยาบาล เป็นต้น

ทั้งนี้ แนวทางที่จะทำให้อาณาเขตเกิดขึ้นได้จริงในภาพรวมขึ้นกับนโยบายของผู้บริหารระดับสูงจากกระทรวงสาธารณสุขประเทศไทยและประเทศมาเลเซีย ซึ่งมีอำนาจในการตัดสินใจ ซึ่งควรมีการพูดคุยอภิปรายร่วมกันตั้งแต่ระดับสูงจนถึงระดับพื้นที่บริเวณชายแดน นอกจากนี้การพิจารณาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานบางกิจกรรม และอุปสรรคเกี่ยวกับภาษาของประชาชนและผู้ที่ย้ายถิ่นมาจากแหล่งอื่น นับว่าเป็นประเด็นที่ต้องคำนึงถึงเช่นกัน ทั้งนี้หากสามารถดำเนินการทุกประเด็นอย่างถูกต้องตามอุดมคติได้จริง ประชาชนที่อาศัยอยู่บริเวณพื้นที่ชายแดนประเทศไทย และประเทศมาเลเซียจะมีสุขภาพดีขึ้นอย่างแน่นอน

วิจารณ์

จากอัตราส่วนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของประเทศไทย⁽¹⁴⁾ และการขับเคลื่อนนโยบายการจัดให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในคลินิกหมอครอบครัว ได้มีการกำหนดแผนไว้อย่างชัดเจน และดำเนินการอย่างต่อเนื่อง จนเกิดผลตามเป้าหมายในระยะเริ่มต้นจำนวน 806 แห่ง⁽¹⁵⁾ ด้านบริบท⁽¹⁶⁾ อัตราแพทย์⁽¹⁷⁾ และโครงสร้างการบริหารงานของประเทศมาเลเซีย ที่ไม่มีโครงสร้างระดับเขต⁽¹⁸⁾ ดังนั้น ประเด็นที่ระดับจังหวัดและรัฐไม่สามารถบริหารจัดการได้ เช่น การส่งต่อผู้ป่วยหนักให้ถึงโรงพยาบาลในประเทศของผู้ป่วยโดยไม่ต้องเปลี่ยนถ่ายรถพยาบาลบริเวณด่านตรวจคนเข้าเมืองซึ่งอาจทำให้อุปกรณ์การแพทย์บางอย่างเคลื่อนหรือหลุดเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย หรือการส่งศพกลับประเทศ ทั้งทางบกและทางทะเล ให้ทันกับการประกอบพิธีทางศาสนาอิสลามซึ่งเป็นประชากรส่วนใหญ่ในพื้นที่ให้ทันใน 24 ชั่วโมง รวมถึงประเด็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จึงจำเป็นต้องมีการลงนามความร่วมมือระดับกระทรวง ซึ่งจากหลักฐานการลงนาม 2 ครั้งในอดีตเป็นเวลาเกิน 10 ปีมาแล้ว⁽¹⁹⁾ เห็นควรตั้งคณะทำงานสองฝ่าย (bilateral committee) โดยเชิญผู้เกี่ยวข้องร่วมประชุมทบทวนและวิเคราะห์เจตนารมณ์เพื่อการสานต่อนโยบายตาม MOU และปรับ

ให้สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป พร้อมทั้งจัดทำแผนปฏิบัติการ เฉพาะกิจกรรมที่ต้องทำร่วมกัน แล้วเสนอกองสาธารณสุขต่างประเทศ เพื่อขอลงนามในข้อตกลงความร่วมมือให้เกิดรูปธรรม โดยเนื้อหาอาจบรรจุประเด็นของแผนความร่วมมือ เช่น ด้านอุบัติเหตุ อุบัติภัย การส่งต่อผู้ป่วยและผู้เสียชีวิต ทั้งในรายปกติและจากโรคติดต่ออันตราย รวมถึงเงื่อนไขการผ่านแดนที่จำเป็น ซึ่งควรกำหนดให้มีการซ่อมแผนร่วมกันอย่างต่อเนื่องปีละครั้ง และควรมีการติดตามการส่งต่อผู้ป่วยที่โรงพยาบาลปลายทางอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้อาจมีการพัฒนาบุคลากรร่วมกันด้วยการจัดหลักสูตรระยะสั้นในการแลกเปลี่ยนบุคลากรเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาระบบร่วมกัน เป็นต้น

ทั้งนี้ ประเด็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการเข้ารับการรักษาของคนไทยที่ไปทำงานในประเทศมาเลเซีย มีข้อเสนอให้พิจารณากลไกด้านการเงินหรือระบบประกันสุขภาพเมื่อเข้ารับการรักษาในต่างประเทศ โดยพิจารณาควบคู่กับการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพหรืออัตราการเรียกเก็บค่าบริการ เพื่อให้ประชาชนบริเวณชายแดนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยอาจเริ่มจากหลักการของ UHC International Solidarity⁽²⁰⁾ แล้วจัดทำข้อเสนอทางเลือกที่เป็นไปได้ เพื่อพัฒนาความร่วมมือทั้งในพื้นที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและในระดับชาติต่อไป

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการศึกษาวิจัยที่ได้รับความร่วมมือทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เป็นผลจากสัมพันธภาพที่สั่งสมมาเป็นเวลายาวนาน เช่น กรณีความพยายามของผู้ตอบแบบสอบถามภาษาอังกฤษที่เป็นผู้แทนชุมชนชายแดนมาเลเซีย ด้วยการให้ญาติที่มีความรู้ภาษาอังกฤษช่วยแปลเป็นภาษามาเลเซีย แล้วตอบข้อมูลให้แก่ผู้วิจัยครั้งนี้ ซึ่งผู้วิจัยและบุคลากรในพื้นที่เป้าหมายทั้งฝั่งไทยและมาเลเซีย ได้ให้การต้อนรับอำนวยความสะดวก และดูแลซึ่งกันและกันระหว่างบุคลากรจากทั้งสองประเทศในการหมุนเวียนกันเป็นเจ้าภาพการประชุมสาธารณสุขชายแดน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรทบทวนข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ให้สอดคล้องกับบริบทในสถานการณ์ปัจจุบันโดยพิจารณาประเด็นที่ต้องดำเนินการร่วมกันทั้งสองประเทศ พร้อมทั้งจัดทำแผนปฏิบัติการ เพื่อความต่อเนื่องในการติดตามและพัฒนาการดำเนินงาน
2. ควรปรับชื่อผู้ประสานงานหลักของเครือข่ายแต่ละหน่วยให้เป็นปัจจุบันทุกปีเพราะมีการโยกย้าย เลื่อนระดับ และเปลี่ยนผู้รับผิดชอบทั้งฝั่งไทยและมาเลเซีย อย่างต่อเนื่อง
3. ควรจัดตั้งศูนย์ประสานงานหรือศูนย์ประสานความช่วยเหลือระหว่างชายแดนไทย-มาเลเซียเพื่อประสานการดูแล และอำนวยความสะดวกให้แก่ประชาชนจากทั้งสองประเทศที่มาใช้บริการ
4. ควรจัดทำข้อเสนอทางเลือกที่เป็นไปได้ เกี่ยวกับการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประชาชนที่มีกำลังการจ่ายน้อยซึ่งเข้าใช้บริการในสถานพยาบาลบริเวณชายแดน
5. ควรสร้างแรงจูงใจ และสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ให้แก่บุคลากรสาธารณสุขในบริเวณพื้นที่ชายแดนไทย - มาเลเซีย ให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ดังกล่าวสามารถทำงานได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อบรรลุการมีสุขภาพดีของประชาชนและเจ้าหน้าที่มีความสุข

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. ควรจัดให้มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานในหน่วยงานบริเวณชายแดน
2. ด้านระบบข้อมูล ควรประชุมหารือเพื่อประสานข้อตกลงทั้งระบบ ภายใต้กฎหมายระหว่างประเทศ ที่สามารถเชื่อมโยงกันได้ เพื่อประโยชน์ในการดูแลสุขภาพประชาชนร่วมกันโดยคำนึงถึงระดับขั้นความลับของข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งต้องได้รับความยินยอมจากประชาชน และควรนำเทคโนโลยีที่ทันสมัย มาใช้ เช่นการค้นหาพิกัดผู้ป่วยได้ทันทีกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน เพื่อการส่งต่อผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตที่รวดเร็ว

3. ด้านการเข้าถึงยาและอุปกรณ์การแพทย์ ควรติดตามการเข้าถึงการใช้ยาและความครอบคลุมการได้รับวัคซีนของประชาชนบริเวณพื้นที่ชายแดนทั้ง 2 ประเทศ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในต่างประเทศคือการพัฒนาทักษะด้านภาษา การมีมนุษยสัมพันธ์ ซึ่งมีความสำคัญไม่น้อยกว่าความรู้ด้านวิชาการและทักษะด้านการวิจัย

2. การวิจัยที่ต้องเก็บข้อมูลในต่างประเทศ ต้องทำความเข้าใจกับกฎหมาย และระเบียบปฏิบัติของประเทศนั้นๆ ให้ชัดเจนไปพร้อมๆ กับการเริ่มต้นกำหนดกรอบการวิจัย

3. ควรนำรูปแบบแรงบันดาลใจ “INSPIRATION Model” ใช้ในพื้นที่ที่ทำการศึกษารอขยายไปยังพื้นที่ชายแดนไทยที่ติดเขตประเทศพม่า ลาว กัมพูชา เพื่อการแลกเปลี่ยนและติดตามประเมินผลเพื่อการพัฒนา Model

4. ควรศึกษาเจาะลึกประเด็นกลไกการบริหารค่าใช้จ่ายระบบหลักประกันสุขภาพ และกองทุนต่างๆ เพื่อการดูแลสุขภาพของประชาชนตามแนวชายแดนเพื่อไม่ให้เป็นการของของแต่ละประเทศ

5. ควรทำการวิจัยคุณภาพเชิงประวัติศาสตร์จากผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขชายแดนตั้งแต่อดีต ทั้งจาก 4 รัฐ และ 4 จังหวัดเพื่อประมวลองค์ความรู้ด้านสาธารณสุขชายแดนไทย-มาเลเซีย เพื่อการพัฒนาและศึกษาต่อยอดในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะอาจารย์จากมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา และผู้ทรงคุณวุฒิทั้งในประเทศไทย และประเทศมาเลเซียทุกท่าน ที่กรุณาสละเวลาให้ความช่วยเหลือตั้งแต่ขั้นตอนของการสร้างเครื่องมือและการแปลเป็นภาษาอังกฤษ การให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะที่มีคุณค่า ขอขอบคุณผู้บริหารและทีมงานสาธารณสุขของจังหวัดยะลากับรัฐเปรัค และ

จังหวัดสตูลกับรัฐเปอร์ลิส ที่เอื้อเพื่อดูแลอำนวยความสะดวกในการลงพื้นที่ศึกษาวิจัย ขอขอบคุณผู้บริหารและทีมงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส เจ้าภาพจัดงานประชุมสาธารณสุขชายแดนไทย-มาเลเซีย ครั้งที่ 31 ณ โรงแรมอาเมรอซ กรุงเทพมหานคร ที่ให้โอกาสผู้วิจัยได้จัดสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญในขั้นตอนของการตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำอนาคตภาพไปปฏิบัติ รวมถึงจังหวัดสงขลา รัฐเคดาห์ และรัฐกลันตัน ที่ร่วมให้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ และกำลังสำคัญได้แก่ ทีมงานจังหวัดนครสวรรค์ที่ให้ความช่วยเหลือมาโดยตลอด

เอกสารอ้างอิง

1. เกษม จันทรแก้ว. วิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2544
2. วิชิต เรืองแป้น. ความยั่งยืนของสิ่งแวดล้อมตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามแนวพระราชดำริ. กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992); 2560.
3. Satun Provincial Health Office, Perlis State Health Department. Country report. Proceeding of the 27th Malaysia –Thailand Border Health Goodwill Committee Meeting; 2015 Aug 3–6; Malacca, Malaysia.
4. กองการสาธารณสุขต่างประเทศ. กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2559–2563. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
5. สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. เกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2552.
6. สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ. เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ ประจำปี 2552. กรุงเทพมหานคร: เทรียยุทธของเบสอ็อฟ-เดอะเนชั่น; 2552.
7. จารุณี จันทรเพชร, สฤณีเดช เจริญไทย. ร่างพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. การประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ครั้งที่ 71 /2561; 28 ธันวาคม 2561; ตีกรัฐสภา, กรุงเทพมหานคร.
8. สุขุม กาญจนพิมาย. นโยบายปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562, วันที่ 1 ตุลาคม 2561. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.

9. Pongparinyagun P. Contact person of Thailand – Malaysia Border Health. Proceeding of the 24th Malaysia – Thailand Border Health Goodwill Committee Meeting; 2016 May 31 – June 3; Sand Dunes Chaolao Resort. Chanthaburi, Thailand. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2016.
10. ไทยรัฐออนไลน์. ดับ28 ศพ! บัสมาเลย์ซึ่งเสียหลักพุ่งชนที่กั้นถนน [อินเทอร์เน็ต]. 21 ธ.ค. 2553 [สืบค้นเมื่อ 16 ก.พ. 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thairath.co.th>content>
11. Pongparinyagun P. Yala and Perak psycho-social crisis management: highland horror accident. Proceeding of the 24th Malaysia – Thailand Border Health Goodwill Committee Meeting; 2011 Jul 12–14; Grand Paragon Hotel, Johor Barhu, Malaysia.
12. จุมพล พูลภัทรชีวิน. เทคนิคการวิจัยแบบ EDR. ใน: ทศพร ศิริสัมพันธ์, บรรณาธิการ. เทคนิควิธีการวิเคราะห์นโยบาย. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2539. หน้า 74–84.
13. วิจิต เรืองแป้น. การพัฒนารูปแบบการประกันคุณภาพการศึกษาภายในของมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลาสู่ความเป็นเลิศในอนาคต [วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต]. ชลบุรี, มหาวิทยาลัยบูรพา; 2555.
14. สดางค์ ศุภผล, จิรฐา บุตรแก้ว, วราวุธ กุลเวชกิจ. การสำรวจสถานการณ์การปฏิบัติงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในระบบบริการสุขภาพไทย. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2554;3:12–8.
15. มยุรา กุสุมภ์, สุระ วิเศษศักดิ์, พงศธร พอกเพ็ญดี, บุญชัย ธีระกาญจน์, ชัยพร สุชาติสุนทร, ธงชัย เหมรัตน์ตระกูล, และคณะ, บรรณาธิการ. ร้อยเรื่องเล่าสาธารณสุขไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์; 2561.
16. สำนักงานส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ. ข้อมูลพื้นฐานของสาธารณรัฐมาเลเซีย ศูนย์พัฒนาการค้าและธุรกิจไทย ในประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [สืบค้นเมื่อ 22 ส.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.ditp.go.th/>
17. Malaysian Health Data Warehouse, Ministry of Health Malaysia. Annual report, Ministry of Health Malaysia [Internet]. 2014 [cited 2015 Jun 20]. Available from: <https://myhdw.moh.gov.my/public/>
18. Pongsupap Y. Primary care reform: a new approach of quality primary care in Thailand. Proceeding of the 31st Thailand–Malaysia Border Health Goodwill Committee Meeting; 2018 Jul 3 –7; Bangkok, Thailand. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2018.
19. กองการต่างประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2550. ข้อมติ/ข้อตกลง Malaysia [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 16 พ.ย. 2560]. แหล่งข้อมูล : <http://www.bihmoph.net/>
20. Reis AA. Universal health coverage – the critical importance of global solidarity and good governance. International Journal of Health Policy and Management 2016;5:557–9.

Abstract: Desirable Scenario of Primary Care Units along Thailand – Malaysia Border in the Next Decade

Plernpit Pongparinyagun Ph.D. (Management of Natural Resources and Environment)*; Vichit Ruangpan, Ph.D. (Educational Administration) **; Warunee Hajeemasareah, Ph.D. (Biotechnology); Nisaporn Muhamud, Ph.D. (Biochemistry)**; Chompoonuch Supapvanich, Ph.D. (Population Health, Occupational Health)***; Narumol Thongmak, Ph.D. (Environmental Engineering)****

** Praborommarajachanok Institute Workforce and Office of Minister, Ministry of Public Health; ** Yala Rajabhat University; *** Sirindhorn College of Public Health Yala, Thailand*

Journal of Health Science 2019;28(Suppl 1):S51–S64.

This research was aimed to study the context of health system between Thailand and Malaysia and determine the desirable scenario of primary care units along Thailand – Malaysia border in the next decade (2018 – 2027). Mixed methods, both quantitative and qualitative research, were used in this study. The qualitative research was conducted by applying ethnographic Delphi futures research (EDFR). The informants were 24 participants including 15 Thai and 9 Malaysian experts at the administrative, operative and community levels. The results revealed that family doctors played a significant role in primary care units at sub-district levels in Malaysia, namely the health clinic. There were altogether 919 health clinics with doctors for a population around 33 million in Malaysia. Meanwhile, Thailand had 9,863 sub-district health promoting hospitals (without doctor); and they were organized to form clusters with family doctor team, of which 806 primary care clusters were already operated, with the aim to cover 6,500 clusters for the entire 67 million populations by the year 2026. Based on the analysis, the desirable scenario of primary care units along the border area of Thailand – Malaysia in the next decade would consist of 11 aspects containing 50 items, or so called the “INSPIRATION Model”. All the 11 aspects were as follow: (1) Information [I], (2) Network [N], (3) Service [S], (4) P consists of personnel or health workforce [P1] and people participation [P2], (5) Innovation [I], (6) Relationship management [R], (7) Access to drugs and equipment [A], (8) T composed of Transfer/referrals system [T1] and Team building [T2], (9) Integration [I], (10) Organization governance [O], and (11) National and international policy [N]. As the last procedure of connoisseurship, a consensus was made by the experts to agree upon the outcomes, and valuable suggestions had let to the tracing of 2 important bilateral agreements signed in the years 1997 and 2007. They were not referred to in the 15 Border Health Meetings during 2002–2018. Therefore, the policy recommendations were to review the agreement and identify appropriate ways for the current situation and joint implementation in order to promote health of the people, families and communities through self-health management needed for better health in the future.

Keywords: desirable scenario, primary care units, Thailand–Malaysia border