



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

เครือข่ายสุขภาพชายแดนและบริการสุขภาพพื้นฐาน:
การส่งเสริมความมั่นคงทางสุขภาพในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษแม่สอด

โดย รองศาสตราจารย์ ดร.เทพินทร์ พัทธานุกรักษ์ และคณะ

เมษายน 2561

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

เครือข่ายสุขภาพชายแดนและบริการสุขภาพพื้นฐาน:
การส่งเสริมความมั่นคงทางสุขภาพในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษแม่สอด

คณะผู้วิจัย

สังกัด

- | | |
|---|-------------------------------------|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร.เทพินทร์ พิชรานุกรักษ์ | คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 2. นางสาวพัชรพรรณ ระหว่างบ้าน | นักวิจัยอิสระ |

ชุดโครงการ แรงงาน ระบบสุขภาพ และการศึกษา: การจัดการและการร่วมรังสรรค์พื้นที่ชายแดน
ในบริบทการพัฒนาชายแดนเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนและภูมิภาคนวัตน์ลุ่มน้ำโขง

สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)
(ความเห็นในรายงานนี้เป็นของผู้วิจัย สกว. ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป)

บทสรุปผู้บริหาร

งานศึกษาสุขภาพข้ามแดนและปรากฏการณ์การเดินทางของผู้คนข้ามแดนเพื่อใช้บริการสุขภาพสะท้อนนัยที่สำคัญหลายประการ การเดินทางข้ามแดนเพื่อใช้บริการสุขภาพในลักษณะหนึ่งคือการสะท้อนปัญหาของระบบสาธารณสุขของประเทศที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ การเดินทางข้ามแดนเพื่อใช้บริการสุขภาพแม้เป็นการตัดสินใจเลือกใช้บริการส่วนบุคคล แต่เป็นการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชนในการได้รับการดูแลสุขภาพ และนัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งก็คือ งานศึกษาการจัดการสุขภาพข้ามแดนในหลายๆ ที่แสดงให้เห็นว่าการบริการสุขภาพข้ามแดนเป็นเครื่องมือที่นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพและระบบบริการสาธารณสุขในประเทศที่ให้บริการด้วยเช่นกัน

งานศึกษา เครือข่ายสุขภาพชายแดนและบริการสุขภาพพื้นฐาน: การส่งเสริมความมั่นคงทางสุขภาพในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษแม่สอด มีระยะเวลาดำเนินโครงการ 1 ปี เริ่มตั้งแต่ 1 พฤษภาคม 2560 ถึง 30 เมษายน 2561 โดยได้รับทุนสนับสนุนการศึกษาจาก หน่วยบูรณาการวิจัยและความร่วมมือเพื่อพัฒนาเชิงพื้นที่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย โครงการนี้มีเป้าหมายใช้งานวิจัยเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน เป็นการศึกษากลไก/กระบวนการ/กิจกรรมเดิมที่มีอยู่ในพื้นที่ และใช้งานวิจัยเพื่อหาแนวทางสนับสนุนและพัฒนางานให้เข้มแข็งขึ้น นอกจากนี้โครงการวิจัยยังสนับสนุนข้อมูลและเทคโนโลยีเพื่อการดำเนินงานในพื้นที่โดยยึดหลักการการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนเพื่อดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน

การทบทวนการจัดการสาธารณสุขชายแดนในประเทศต่างๆ ในยุโรป เช่น ฝรั่งเศส เบลเยียม อิตาลี อังกฤษ มอลตา และอิตาลี รวมทั้งในชายแดนของสหรัฐอเมริกาและเม็กซิโก แสดงให้เห็นความหลากหลายของผู้ป่วย ความซับซ้อนของกลไกการจัดบริการ และรูปแบบการให้บริการสาธารณสุขชายแดนที่แตกต่างกัน แนวคิดการจัดบริการสุขภาพในบางแห่งเป็นไปเพื่อผู้ป่วยที่ยากไร้ โดยใช้หลักมนุษยธรรม และในบางประเทศเป็นการจัดบริการสุขภาพข้ามแดนโดยมุ่งเป้าหมายเพื่อเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจ

โครงการวิจัยนี้เลือกศูนย์สุขภาพชุมชน (health post) เป็นกลไก (health mechanism) ในการลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายโรค (health risk reduction) และส่งเสริมความมั่นคงทางสุขภาพ (health security) ของชุมชนในพื้นที่ชายแดนแม่สอดโดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ และเครือข่ายภาคีองค์กรต่างๆ ที่ทำงานอยู่ในพื้นที่เดิมเป็นกลไกสนับสนุน (health mechanism network) โดยต้องการตอบคำถามว่า “ศูนย์สุขภาพชุมชนจะขยายบทบาทการดูแลสุขภาพทั้งงานสาธารณสุขขั้นพื้นฐานและงานควบคุมโรคติดต่อสำคัญในพื้นที่ได้หรือไม่ หากมีความเป็นไปได้ รูปแบบการดำเนินงานและกลไกสนับสนุนควรเป็นอย่างไร”

ศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่อำเภอแม่สอดเป็นกลไกที่ได้รับการพัฒนาขึ้นในพื้นที่ในช่วงราวปีพ.ศ.2547 โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติเป็นกลไกสนับสนุน นอกจากนี้ยังได้ผนวกรวมกองทุนยาต่างชาติ ซึ่งเป็นกลไกที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาใกล้ๆ กันเข้าไว้ในการดำเนินกิจกรรมของศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งแรกเกิดขึ้นในพื้นที่อำเภอแม่สอด ปัจจุบันมีจำนวนศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่ 29 แห่ง ซึ่งสามารถจำแนกศูนย์สุขภาพชุมชนตามเป้าหมายและการบริหารจัดการออกเป็น 3 ประเภทคือ (1) ศูนย์สุขภาพชุมชนในการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุข

อำเภอแม่สอด จำนวน 2 แห่ง เน้นการทำงานป้องกันโรคติดต่อชายแดนและบริการส่งเสริมสุขภาพ (2) ศูนย์สุขภาพชุมชนในการบริหารจัดการของโรงพยาบาลแม่สอด จำนวน 2 แห่ง ตั้งอยู่ในชุมชนในเขตเมือง มีเป้าหมายเพื่อให้บริการภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐานที่จำเป็นและการอนามัยแม่และเด็ก (3) ศูนย์สุขภาพชุมชนในการบริหารจัดการของมูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย จำนวน 25 แห่ง เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนที่กระจายอยู่ในชุมชนชาวต่างชาติทั้งในพื้นที่เขตโรงงาน ชุมชนแรงงานรับจ้างในพื้นที่เมืองและชุมชนเกษตรกรรมในพื้นที่นอกเมือง เน้นการให้บริการวางแผนครอบครัว การอนามัยแม่และเด็ก กองทุนอาสาสมัครประจำบ้าน รวมทั้งผนวกการให้บริการข้อมูลด้านอื่นๆ ที่จำเป็นแก่แรงงานต่างชาติเช่น สิทธิและข้อบังคับด้านแรงงาน การศึกษา นอกจากนี้ในช่วงที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนยาโลก ศูนย์สุขภาพชุมชนของมูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทยยังให้การดูแลติดตามผู้ป่วยมาเลเรีย เอชไอวี และวัณโรคด้วย

โครงการวิจัยนี้เลือกศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตพื้นที่ตำบลแม่ตาว อำเภอแม่สอด ซึ่งเป็นกลไกที่มีอยู่เดิมในพื้นที่ในการแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานของแรงงานต่างชาติและผู้ข้ามแดน โดยให้ความสำคัญกับอาสาสมัคร ข้อมูล/การส่งต่อผู้ป่วย และการจัดการด้านการเงิน ในฐานะเป็นกลไกย่อยที่สำคัญในการสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชน นอกจากนี้เนื่องจากวัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในพื้นที่และในระดับชาติ/โลก งานศึกษานี้จึงศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชนในการสนับสนุนการดูแลติดตามผู้ป่วยวัณโรค

งานศึกษาการจัดการควบคุมวัณโรคในพื้นที่ชายแดนแม่สอดที่ผ่านมาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติและเครือข่ายภาคีในพื้นที่มีบทบาทสำคัญต่อการเฝ้าระวังและติดตามผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม งานศึกษาที่ผ่านมาได้เสนอข้อจำกัดในการสื่อสารข้อมูลระหว่างเครือข่ายรวมทั้งระบบการส่งต่อ/ติดตามผู้ป่วยในพื้นที่ งานศึกษาวิจัยนี้จึงได้ดำเนินการสนับสนุนศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อการดูแลติดตามผู้ป่วยวัณโรค คือ

(1) การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครต่างชาติ โดยได้สนับสนุนการอบรมความรู้ด้านสุขภาพ การดูแลเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไป รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติดำเนินการร่วมกันกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และมูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย

(2) โครงการวิจัยยังได้ประสานกับคณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อพัฒนาแอปพลิเคชัน PODD เดิมที่คณะสัตวแพทยศาสตร์มีอยู่ มาปรับช่วยในการสื่อสารข้อมูลระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ เครือข่ายภาคี และหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐในการรายงานและติดตามผู้ป่วยวัณโรค

การประชุมเพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการสนับสนุนศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อการเฝ้าระวัง/ติดตามผู้ป่วยวัณโรคพบว่า ศูนย์สุขภาพชุมชนในชุมชนต่างชาติมีส่วนช่วยในการดำเนินงานวัณโรคได้มาก ทั้งในด้านการกระจายความรู้ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมการกระจายของโรค ช่วยให้การดำเนินการติดตามผู้ป่วยวัณโรคและการคัดกรองเข้าถึงชุมชนได้ง่ายขึ้น เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติเหล่านี้สามารถถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารไปยังแรงงานข้ามแดนในชุมชนได้โดยตรง การสื่อสารและการเข้าถึงบริการง่ายขึ้น รวมทั้งสามารถช่วยเหลือการบริการสุขภาพพื้นฐานด้วย ศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถบรรเทาความเจ็บป่วยและช่วยบางเบาภาระงานของสถาน

บริการสุขภาพของภาครัฐ ซึ่งเป็นการกระจายการดำเนินงานสู่พื้นที่ชุมชนได้ครอบคลุมมากกว่าการดำเนินงานโดยเจ้าหน้าที่รัฐและของมูลนิธิเพียงลำพัง

อย่างไรก็ดี สถานภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติเป็นปัจจัยสำคัญโดยเฉพาะความต่อเนื่องในการทำงาน เนื่องด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติบางส่วนไม่ได้รับการรับรองสัญชาติหรือไม่มีการรับรองในการพำนักในราชอาณาจักรไทย นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติทั้งผู้ที่ได้รับการรับรองในการพำนัก/ทำงานในราชอาณาจักรไทยไม่ได้รับสิทธิและสวัสดิการดังเช่นอาสาสมัครสาธารณสุขชาวไทย

โดยสรุป โครงการวิจัยได้ดำเนินงานสนับสนุนร่วมกับภาคีในพื้นที่เพื่อสร้างความเข้มแข็งของศูนย์สุขภาพชุมชนโดยใช้การดำเนินงานวัณโรคเป็นกรณีศึกษา สนับสนุนกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานของศูนย์ให้มีความเข้มแข็ง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ การเสริมองค์ความรู้และทักษะที่ได้ดำเนินการพัฒนาไปแล้วนั้นถูกนำไปใช้ในการดำเนินการ และเสี่ยงสะท้อนของกระบวนการดำเนินงานเกิดขึ้นจากการลงมือปฏิบัติจริง ขณะที่การพัฒนาระบบข้อมูลการส่งต่อและการแลกเปลี่ยนข้อมูลนั้นยังคงต้องพัฒนาร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายพัฒนาเทคโนโลยีในการส่งต่อรายงานข้อมูลเพื่อสร้างให้ศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น อันจะมีประโยชน์ในการพัฒนาฐานข้อมูลและกระบวนการแจ้งและบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ครบถ้วนและเป็นฐานข้อมูลเดียวกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอันจะเป็นประโยชน์ต่อการติดตามผู้ป่วยวัณโรคซึ่งส่วนมากมีการย้ายที่พักและที่ทำงานอยู่บ่อยครั้ง

ข้อเสนอจากงานศึกษา

1. รัฐต้องเป็นผู้นำ/ผู้ประสานงานที่เข้มแข็งในการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดน

สุขภาพเป็นบริการสาธารณะที่ต้องมีการกำกับและควบคุมมาตรฐานคุณภาพ การให้บริการสุขภาพจำเป็นต้องมีความรู้ ความเชี่ยวชาญและเครื่องมือ เวชภัณฑ์ ซึ่งทรัพยากรดังกล่าวมีต้นทุนสูงและมีการลงทุนในภาครัฐอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้บุคลากรทางการแพทย์ของรัฐจัดว่ามีสถานภาพสำคัญในการประสานความร่วมมือจากกลุ่มต่างๆ ทั้งในส่วนงานสาธารณสุขและส่วนงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง กลไกรัฐสามารถดำเนินการได้ในทุกระดับและส่วนงานรัฐระดับสูงต้องสนับสนุนและเป็นผู้ช่วยแก้ไขปัญหาข้อขัดข้องของรัฐในระดับท้องถิ่น

ข้อมูลในพื้นที่พบว่า การพัฒนาระบบการดูแล/ให้บริการสุขภาพในพื้นที่แม่สอดเริ่มจากบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลแม่สอด ซึ่งเป็นผู้นำและเห็นความสำคัญ/ทุ่มเทการทำงานเพื่อดำเนินการควบคุมและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่มาอย่างต่อเนื่อง ช่วงระยะเวลาดังกล่าวทำให้เกิดการพัฒนากระบวนการต่างๆ เป็นอย่างมากรวมทั้งมีการจัดการที่ประสานงานในพื้นที่ได้อย่างดี เช่น งานอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานต่างชาติ และการควบคุมโรคติดต่อที่แพร่ระบาดในพื้นที่ เช่น อหิวาตกโรค ต่อเมื่อบุคลากรที่เป็นผู้นำได้หมดช่วงเวลาในการทำงานในพื้นที่ทำให้ประสิทธิภาพและความคล่องตัวในการดำเนินงานสุขภาพชายแดนลดลง อย่างไรก็ตามในช่วงท้ายของโครงการวิจัยผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลแม่สอดได้ให้ความสำคัญของการควบคุมโรควัณโรค และได้ปรากฏกิจกรรมการค้นหา/คัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนที่เข้มแข็งขึ้นและเป็นการทำงานร่วมกันระหว่าง

เครือข่ายในพื้นที่ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ชัดเจนว่าการดำเนินงานด้านสุขภาพจำเป็นต้องอาศัยผู้นำในภาครัฐที่เป็นผู้ดูแลและตัดสินใจในการจัดลำดับความสำคัญในการทำงานด้านสุขภาพในแรงงานต่างชาติและจัดสรรบุคลากร เครื่องมือ ในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ โดยอาศัยภาคีเครือข่ายในการสนับสนุนในพื้นที่

2. การยึดหลักการการทำงานเครือข่ายร่วมที่ประสานผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน

เครือข่ายการทำงานเป็นกลไกการดำเนินการที่สำคัญทั้งในการกำหนดเป้าหมาย ยุทธวิธีและการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในพื้นที่ เครือข่ายการทำงานมีทั้งองค์กรเอกชนและกลุ่มประชาสังคมหรือองค์กรชุมชนในท้องถิ่น ข้อเสนอคือต้องมีการพัฒนากรอบประสานงานที่เอื้อประโยชน์แก่กันและกัน ดังเช่นตัวอย่างการให้บริษัทประกันสุขภาพเอกชนที่เข้ามามีบทบาทสำคัญในการแก้ปัญหาค่าใช้จ่ายของชาวฝรั่งเศสที่ข้ามแดนไปใช้บริการที่เบลเยียม และชาวอเมริกันที่ข้ามไปใช้บริการที่เม็กซิโก หากในพื้นที่แม่สอดได้มีการจัดการกองทุนร่วมระหว่างรัฐและเอกชนก็อาจเป็นแนวทางหนึ่งในการทดลองเพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นและเป็นภาระแก่โรงพยาบาลแม่สอดในปัจจุบัน

3. การรับรองสถานะอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ

บริบทพื้นที่และลักษณะผู้ใช้บริการสุขภาพในพื้นที่แม่สอดกล่าวได้ว่ามีความคล้ายคลึงกับบริบทพื้นที่ชายแดนสหรัฐอเมริกา-เม็กซิโก กล่าวคือ การอพยพของชาวต่างชาติเข้ามาในพื้นที่มีมาแต่ในอดีตและชาวต่างชาติที่อยู่ในพื้นที่เป็นทายาทรุ่นที่สองหรือสามของผู้พบบนรุ่นแรก คนกลุ่มนี้มีทั้งที่เป็นผู้อยู่อาศัยโดยถูกต้องและไม่ถูกต้องตามกฎหมายท้องถิ่นและส่วนมากไม่ได้รับการคุ้มครองจากกองทุนประกันสุขภาพ แต่อย่างไรก็ดีในกลุ่มชาวต่างชาติที่เป็นทายาทรุ่นถัดๆ มาน่าจะเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติที่มีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่องรวมทั้งสามารถเข้าถึงชาวต่างชาติที่เข้ามาใหม่รวมทั้งที่อาศัยอยู่เดิมได้เป็นอย่างดี

อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติเป็นกลไกการดำเนินงานในพื้นที่ที่สำคัญและจำเป็นต้องมีความต่อเนื่องในการทำงาน กลุ่มคนเหล่านี้ประสบปัญหาทั้งในด้านค่าใช้จ่ายเพื่อการดำรงชีพ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่อาสาเข้ามาช่วยงาน อาสาสมัครบางคนอาจไม่ได้ขึ้นทะเบียนแรงงาน การรับรองสถานะของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขจะทำให้คนกลุ่มนี้มีกำลังใจทำงาน และหากมีการแก้ปัญหาการขึ้นทะเบียนแรงงาน คนกลุ่มนี้จะสามารถทำงานในพื้นที่ได้อย่างต่อเนื่องและเป็นฐานข้อมูลทางด้านสุขภาพในชุมชนได้

4. การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อการประสานการทำงานร่วมของภาคีเครือข่าย

การดำเนินโครงการที่ยึดหลักการการทำงานร่วมระหว่างภาคีเครือข่ายจะต้องพัฒนาระบบบริหารจัดการที่ทุกฝ่ายรับทราบอย่างชัดเจนในเป้าหมาย วิธีการดำเนินงาน รวมทั้งต้องรับทราบถึงรูปแบบและบทบาทการทำงานของแต่ละคน รวมทั้งการพัฒนาระบบการประสาน/ส่งต่อข้อมูลระหว่างเครือข่าย และการเชื่อมต่อเครือข่ายการทำงานกับภาครัฐ ทั้งในระดับชุมชน ท้องถิ่นและประเทศ

โครงการวิจัยนี้เห็นความเป็นไปได้ในการกำหนดบทบาทของโรงพยาบาลแม่สอดในการเป็นพี่เลี้ยงและรับส่งผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเมียวดี และศูนย์สุขภาพที่อื่นๆ (health center) ในเมียนมาร์ รวมทั้งอาจมีการเปิดให้บริการพิเศษในเมียนมาร์ ส่งบุคลากรสาธารณสุขเข้าไปสอน/อบรมเป็นครั้งคราวในเมียนมาร์ การจัดการดังกล่าวจะช่วยในการพัฒนาระบบ/บริการสุขภาพในเมียนมาร์ ลดปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพและลดความแออัดในการให้บริการสุขภาพในพื้นที่แม่สอด กลไกการประสานงานดังกล่าวต้องอาศัยความร่วมมือดำเนินการในหลายระดับและระหว่างประเทศซึ่งไม่ถ่วงน้ำหนักแต่การทบทวนงานสาธารณสุขชายแดนในหลายๆประเทศแสดงถึงความสำเร็จในการร่วมมือระหว่างประเทศในการจัดการสุขภาพชายแดน

ข้อจำกัดของงานวิจัยชิ้นนี้

งานวิจัยนี้ดำเนินการในระยะเวลา 1 ปี (1 พฤษภาคม 2560–30 เมษายน 2561) ตลอดระยะเวลาการวิจัยพบข้อจำกัดในการดำเนินงานที่เป็นเงื่อนไขของสถานการณ์ในพื้นที่และการประสานงานระหว่างโครงการฯ และองค์กรรัฐและเอกชนที่ร่วมเป็นภาคีเครือข่ายในการวิจัย กล่าวคือ บริบทการทำงานในพื้นที่แม่สอดในช่วงเวลาดำเนินโครงการวิจัยเป็นช่วงการเปลี่ยนแปลงระเบียบ/ข้อบังคับการขึ้นทะเบียนแรงงาน การเปลี่ยนแปลงผู้บริหารระดับสูงและระดับกลางในหน่วยงานสาธารณสุขภาครัฐ นอกจากนั้นบุคลากรภาครัฐในพื้นที่ได้รับมอบหมายภาระหน้าที่ในกิจกรรมระดับอำเภอที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาดังกล่าว ส่งผลต่อการประสานงานและการดำเนินงานของโครงการวิจัยในพื้นที่ แต่อย่างไรก็ดีสถานการณ์ดังกล่าวได้ทำให้เห็นความสำคัญของการที่บุคลากรรัฐจะต้องเป็นผู้นำและเป็นผู้ประสานการทำงานในแต่ละหน่วยงานในการจัดการปัญหาสาธารณสุขชายแดน

สืบเนื่องจากการที่โครงการวิจัยนี้ได้ใช้เวลาในช่วงหกเดือนแรกในการทำความรู้จักชุมชนและประสานการทำงานในพื้นที่ จึงทำให้การนำมาถึงข้อสรุปในความเห็นร่วมกันถึงการคัดเลือกศูนย์สุขภาพชุมชนที่จะเป็นพื้นที่ในการศึกษา และพิจารณาการใช้โรควัณโรคเป็นกรณีศึกษาการทำงาน รวมทั้งการดำเนินการจัดการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติเพื่อเป็นกลไกย่อยในการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชนจึงเกิดขึ้นในช่วงปลายเดือนที่ 9 ของโครงการวิจัย แม้การจัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาตินี้จะได้กำหนดให้มีการดำเนินโครงการแทรกไปพร้อมกับระบบการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติที่มีอยู่เดิม ซึ่งเป็นระบบที่มีการดำเนินการร่วมกันระหว่างภาครัฐ คือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และภาคเอกชน คือ มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย ก็ตาม แต่เนื่องจากภารกิจของหน่วยงานในพื้นที่จึงทำให้การจัดการอบรมได้เลื่อนเวลาออกไปและทำให้โครงการวิจัยยังไม่สามารถประเมิน/ปรับกลไกย่อยต่างๆ ทั้งอาสาสมัคร ระบบข้อมูล/การส่งต่อ และการจัดการด้านค่าใช้จ่ายได้อย่างชัดเจน

บทคัดย่อ

งานศึกษา เครือข่ายสุขภาพชายแดนและบริการสุขภาพพื้นฐาน: การส่งเสริมความมั่นคงทางสุขภาพในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษแม่สอด มีระยะเวลาดำเนินโครงการ 1 ปี เริ่มตั้งแต่ 1 พฤษภาคม 2560 ถึง 30 เมษายน 2561 ได้รับทุนสนับสนุนการศึกษาจากหน่วยบูรณาการวิจัยและความร่วมมือเพื่อพัฒนาเชิงพื้นที่ (Area-Based Collaborative Research) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (Thailand Research Fund) โครงการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากลไก/กระบวนการ/กิจกรรมเดิมที่มีอยู่ในพื้นที่และใช้งานวิจัยเพื่อหาแนวทางสนับสนุนและพัฒนางาน ให้เข้มแข็งขึ้นโดยยึดหลักการการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนเพื่อดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน

โครงการวิจัยเลือกการเฝ้าระวังและติดตามผู้ป่วยวัณโรคเป็นกรณีศึกษา โดยหาแนวทางสนับสนุนศูนย์สุขภาพชุมชน (health post) ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ตำบลแม่ตาว อำเภอแม่สอด เพื่อเป็นกลไก (health mechanism) ในการลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายโรค (health risk reduction) และส่งเสริมความมั่นคงทางสุขภาพ (health security) ของชุมชนโดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติและเครือข่ายองค์กรในพื้นที่เป็นกลไกสนับสนุน (health mechanism network)

โครงการได้ดำเนินการร่วมกับมูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทยและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอดพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ ประสานการพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อช่วยในการสื่อสารและส่งต่อข้อมูลระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติในพื้นที่และหน่วยงานสาธารณสุขผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติเป็นกลไกสำคัญที่สนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชนในการเฝ้าระวังและติดตามผู้ป่วยวัณโรค

สุขภาพเป็นบริการสาธารณะและต้องมีการกำกับควบคุมมาตรฐาน ผู้ให้บริการจำต้องมีความเชี่ยวชาญและการลงทุนด้านเครื่องมือ เวชภัณฑ์ บุคลากรมีต้นทุนสูง รัฐจึงต้องเป็นผู้นำและเป็นผู้ประสานงานที่เข้มแข็งในการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดน นอกจากนี้โครงการวิจัยยังมีข้อเสนอให้รับรองสถานภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติเพื่อความต่อเนื่องในการทำงานและการได้รับสิทธิประโยชน์เทียบเท่าอาสาสมัครสาธารณสุขชาวไทย รวมทั้งการทำงานของเครือข่ายที่ต้องยึดหลักการประสานผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน และมีการพัฒนาระบบบริหารจัดการในการประสานการทำงานร่วมกันระหว่างเครือข่าย

Abstract

This study on the border health network and basic health services to promote health security in Mae-Sot Special Economic Zone had the duration of one year starting from May 2017 to April 2018 and was funded by the Area-based Collaborative Research of the Thailand Research Fund with the objectives of studying the original mechanism and process as well as activities in the respective area and applying the research to find ways for supporting and improving the work based on participation of the community network in order to solve the community health problems.

The research project chose the case study of the surveillance and follow-up on patients with tuberculosis by seeking ways to enhance the community health post located in Tambon Mae Tao, Mae Sot district to be the health mechanism for health risk reduction and health security promotion on the community with the health mechanism comprising health volunteers and the local organization network.

The project worked with World Vision of Thailand and Mae Sot District Public Health Office to develop the potential of the foreign health volunteers in developing the application to assist in the communication and information transfer among the foreign public health volunteers in the area and the Public Health Agency. The study results showed the foreign public health volunteers were an important mechanism promoting the operation of the Community Health Center in the surveillance and follow-up on tuberculosis patients.

Health service is a kind of public service that needs standard control and monitoring in which the service providers need expertise and there needs to be a high cost of investment in terms of equipment, pharmaceuticals and personnel. Therefore, the state or government needs to play the role of a strong leader and coordinator in carrying out the work of the border health. The research project also suggested that the status of the foreign public health volunteers be certified to ensure continuity in the work and for them to be entitled to equal benefits to those of their Thai counterparts. Moreover, the network operation must be based on mutual benefits along with development of the management system for network collaboration.

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับความเอื้อเฟื้อในการแลกเปลี่ยนข้อมูลอันเป็นประโยชน์ รวมถึงความร่วมมือและการสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง จากบุคคลและองค์กรต่างๆ นับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งการวิจัยเสร็จสิ้นอย่างสมบูรณ์

ขอขอบคุณ คุณธัญธร พงษ์จรจิรพัชร มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย (ศูนย์แม่สอด) ที่ให้เกียรติเป็นผู้ทรงคุณวุฒิและร่วมเป็นเครือข่ายการวิจัยที่ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือการทำงานในพื้นที่แก่คณะผู้วิจัยเป็นอย่างดี ขอขอบคุณ คุณศรียรรณ หาญณรงค์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอด ที่ได้อนุเคราะห์ข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้องอันเป็นประโยชน์ต่อการทำความเข้าใจการจัดการสุขภาพชายแดนพื้นที่แม่สอด ตลอดจนขอขอบคุณ นายแพทย์วิทยา สวัสดิ์วุฒิพงศ์ และ Dr.Cynthia Maung ในการให้ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาสุขภาพและพัฒนาการการจัดการสุขภาพชายแดนในพื้นที่ และขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชน รวมถึงฝ่ายเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลแม่สอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ตาว มูลนิธิสุวรรณมิตร ที่สละเวลาเพื่อ ร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลกลไกการจัดการสุขภาพชายแดน นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ รศ.น.สพ.ดร. เลิศรัก ศรีกิจการ รศ.ไพรัช ตระการศิรินนท์ น.สพ.เอกชัย ลัยยะ จากโครงการพ่อดีดี (PODD) สำหรับการถ่ายทอดการทำงานของ “แอปพลิเคชันพ่อดีดี” ให้กับโครงการวิจัยในครั้งนี้ และคุณจินตนา ธรรมสุวรรณ มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย ที่ให้เกียรติเป็นผู้ทรงคุณวุฒิให้ความคิดเห็นและคำแนะนำต่อรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณ ดร.กิตติ สัจจาวัฒนา ผู้อำนวยการ หน่วยบูรณาการวิจัยและความร่วมมือเพื่อพัฒนาเชิงพื้นที่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย ที่ให้การสนับสนุนทุนในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณ คุณปาณิสรา แก้วบุญธรรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก นักวิจัยในพื้นที่ของโครงการที่ให้การช่วยเหลือประสานงานภาคสนามเป็นอย่างดี และขอขอบคุณ คุณอภิญญ์ พรหมจันทร์ ผู้ช่วยนักวิจัย สำหรับการอำนวยความสะดวกในการดำเนินงานและความยินดีช่วยเหลือในทุกๆ ด้าน

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณในการเอื้อเฟื้อข้อมูล เวลา และการสนับสนุนการดำเนินการวิจัยในพื้นที่จากทุกท่าน มา ณ ที่นี้

คณะผู้วิจัย

เมษายน 2561

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปผู้บริหาร	ก
บทคัดย่อ	ช
กิตติกรรมประกาศ	ฅ
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญรูปภาพ	ฐ
บทที่ 1 ทบทวนงานสุขภาพชายแดน: นิยาม รูปแบบและกลไกการจัดการ	1
การใช้บริการสุขภาพข้ามแดน: คำและนิยามที่หลากหลาย	1
สุขภาพข้ามแดน: ผู้ใช้บริการมีกี่ประเภท ใช้บริการอะไร และทำไม	4
การจัดการสุขภาพข้ามแดน: กลไกและเงื่อนไขที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน	7
เงื่อนไข/กลไกในการจัดการสุขภาพข้ามแดนจากกรณีตัวอย่างที่น่าสนใจ	14
บทที่ 2 การจัดการสาธารณสุขชายแดนในประเทศไทย	18
การจัดการสาธารณสุขชายแดนของประเทศไทย	18
ความร่วมมือในการจัดการสาธารณสุขชายแดนไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน	21
การดำเนินการสาธารณสุขชายแดนจังหวัดตากและอำเภอแม่สอด	23
การจัดการสาธารณสุขชายแดนของอำเภอแม่สอด	26
กลไกการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนในพื้นที่อำเภอแม่สอด: ภาครัฐหรือข่าย	28
และอาสาสมัครสาธารณสุขไทยและต่างชาติ	
กลไกเครือข่ายการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดน	29
กลไกอาสาสมัครสาธารณสุขไทยและต่างชาติ	33
บทที่ 3 ศูนย์สุขภาพชุมชน: กลไกบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานในแม่สอด	36
ระบบบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานในพื้นที่แม่สอด	36
เป้าหมาย ประเภทและลักษณะบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน (Health Post)	37
ศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อการควบคุม ฝ้าระวัง และป้องกันโรค	38
ศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน	41
ศูนย์สุขภาพชุมชนในฐานะเป็นเครื่องมือการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน	44
กลไกการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชน: ความท้าทายและเงื่อนไขในการดำเนินงาน	49
บทที่ 4 การพัฒนากลไกสนับสนุนศูนย์สุขภาพชุมชน: กรณีศึกษาการควบคุม	51
ฝ้าระวังโรคฉี่หนู	

สถานการณ์และยุทธศาสตร์การดำเนินงานควบคุมวัณโรค	52
สถานการณ์วัณโรคอำเภอแม่สอด	56
ผลการศึกษาการพัฒนาารูปแบบ/กลไกเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน	59
ศูนย์สุขภาพชุมชนแม่สอด	
ศูนย์สุขภาพในเขตตำบลแม่ตาว อำเภอแม่สอด	59
ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ตำบลแม่ตาว	60
แหล่งบริการสาธารณสุขและศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่ตำบลแม่ตาว	62
กรอบคิดในการพัฒนากลไกเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชน	67
กระบวนการดำเนินงาน	68
การประเมินผลการดำเนินงานพัฒนากลไก	70
สรุป	74
บทที่ 5 ศูนย์สุขภาพชุมชนและการจัดการสาธารณสุขชายแดน: บทสรุปและข้อเสนอแนะ	76
การจัดการสาธารณสุขชายแดนแม่สอด: ข้อเสนอจากงานศึกษา	78
ข้อจำกัดของงานวิจัย	81
บรรณานุกรม	82
ภาคผนวก	86

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
ตารางที่ 1.1 รูปแบบการข้ามแดนใช้บริการสุขภาพนำเสนอบริการโดย Mainil et al	6
ตารางที่ 2.1 จำนวนสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอแม่สอด	32
ตารางที่ 2.2 จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอแม่สอดแยกตามประเภท	33
ตารางที่ 2.3 จำนวนผู้ป่วยต่างชาติโรคมมาลาเรีย อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปีงบประมาณ 2550-2559	34
ตารางที่ 2.4 ผู้ป่วยโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2554-2559	34
ตารางที่ 3.1 ศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่แม่สอด: ความเป็นมา วัตถุประสงค์ การบริหารจัดการและประเภทการบริการ	48
ตารางที่ 4.1 จำนวนผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษาและอัตราความครอบคลุมการรักษา ปีงบประมาณ 2557-2559	53
ตารางที่ 4.2 จำนวนและอัตราตาย ต่อประชากร 100,000 คน จากสาเหตุวัณโรค ปี พ.ศ.2555-2559	53
ตารางที่ 4.3 จำนวนผู้ป่วยวัณโรคใน 5 อำเภอชายแดน จังหวัดตาก ปีงบประมาณ พ.ศ.2540-2559	57
ตารางที่ 4.4 จำนวนผู้ป่วยวัณโรคอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปีงบประมาณ พ.ศ.2540-2559 (แยกชาวไทย-ต่างชาติ)	58
ตารางที่ 4.5 จำนวนประชากรในตำบลแม่ตาวจำแนกตามหมู่บ้าน คริวเรือน และเพศ	61
ตารางที่ 4.6 ประเภทและจำนวนโรงงานในเขตเทศบาลตำบลแม่ตาว อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก	61
ตารางที่ 4.7 กลไกในการสนับสนุนการดำเนินงานศูนย์สุขภาพจำแนกตาม กิจกรรมและภาคีเครือข่าย	68

สารบัญรูปภาพ

ภาพ	หน้า
ภาพที่ 2.1 เขื่อนคัตกรองสุขภาพจังหวัดตาก (Tak Health Dam)	24
ภาพที่ 2.2 เครื่องช่วยการทำงานสาธารณสุขชายแดน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก	26
ภาพที่ 2.3 เส้นทางการพัฒนาและแก้ไขปัญหาโรคติดต่อชายแดน	27
ภาพที่ 2.4 เครื่องช่วยงานสาธารณสุขชายแดนอำเภอแม่สอด (ก่อนปี พ.ศ.2559)	30
ภาพที่ 2.5 เครื่องช่วยสุขภาพชายแดนอำเภอแม่สอดในปัจจุบัน	32
ภาพที่ 3.1 เขื่อนกั้นโรค (Health Dam) อำเภอแม่สอด	37
ภาพที่ 3.2 ที่ตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนอำเภอแม่สอด	38
ภาพที่ 3.3 พัฒนาการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอด	41
ภาพที่ 3.4 พัฒนาการศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลแม่สอด	44
ภาพที่ 3.5 ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านหัวฝาย และ บ้านแม่ปะ	46
ภาพที่ 3.6 พัฒนาการศูนย์สุขภาพชุมชน มุลินธิสุภานิมิตแห่งประเทศไทย ศูนย์แม่สอด	47
ภาพที่ 4.1 อัตราอุบัติการณ์วัณโรคและอัตราตายในประเทศไทยและการคาดประมาณ	55
ภาพที่ 4.2 อาณาเขตที่ตั้งของเทศบาลตำบลดาว	60
ภาพที่ 4.3 ศูนย์สุขภาพชุมชนแม่ดาวแพะ	63
ภาพที่ 4.4 ตำแหน่งที่ตั้งของศูนย์สุขภาพชุมชนหมู่ที่ 1 หมู่ที่ 2 และหมู่ที่ 6	63
ภาพที่ 4.5 กิจกรรมการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติและการสำรวจจัดทำ แผนที่ชุมชน 26 – 27 มกราคม 2561	71
ภาพที่ 4.6 ระบบการประสานระหว่างเครือข่ายและขั้นตอนการดำเนินการคัดกรองและ ติดตามผู้ป่วยวัณโรค	73

บทที่ 1

ทบทวนงานสุขภาพชายแดน: นิยาม รูปแบบและกลไกการจัดการ

การข้ามแดนใช้บริการสุขภาพเกิดขึ้นในหลายพื้นที่และเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นมาโดยตลอดด้วยเหตุที่ผู้คนที่เจ็บป่วยและครอบครัวได้พยายามดิ้นรนเพื่อหาทางรักษาความเจ็บป่วยของตนรวมทั้งผู้คนบางกลุ่มบางชนชั้นเดินทางข้ามแดนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการผ่อนคลาย ตั้งแต่ปลายศตวรรษที่ 20 การข้ามแดนเพื่อใช้บริการสุขภาพมีจำนวนและความถี่มากขึ้นและแต่ละพื้นที่ มีการพัฒนาระบบและกลไกในการจัดการแก้ปัญหาและเป็นไปตามเงื่อนไขเฉพาะในพื้นที่ของตนเอง นอกจากนี้จากการข้ามแดนเพื่อเป้าหมายด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียวที่ผู้ให้บริการดำเนินการตามหลักมนุษยธรรมได้มีการพัฒนาไปสู่การมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจของชาติ

เนื้อหาในบทนี้นำเสนอความหลากหลายของคำและนิยามที่ใช้ในการอธิบายการข้ามแดนเพื่อสุขภาพ ข้อมูลประเภทคนข้ามแดนและเงื่อนไขสำคัญเชิงบริบทที่ส่งผลให้บุคคลข้ามแดนเพื่อสุขภาพ รวมทั้งนำเสนอตัวอย่างการจัดการสุขภาพข้ามแดนในพื้นที่ต่างๆ เพื่อวิเคราะห์กระบวนการ กลไก และภาคีเครือข่ายอันเป็นเงื่อนไขสำคัญต่อการจัดการสุขภาพข้ามแดน

การใช้บริการสุขภาพข้ามแดน: คำและนิยามที่หลากหลาย

คำที่ใช้ในการกล่าวถึงผู้คน/การเดินทางข้ามแดนเพื่อใช้บริการสุขภาพที่ปรากฏในงานเอกสารและบทความมีหลายคำและมีจุดเน้นที่ต่างกัน เช่น medical tourism, health tourism, wellness tourism, cross-border health care และ transnational health care

การท่องเที่ยวทางการแพทย์ (medical tourism) เป็นคำแรกๆ ที่มีการใช้ในการกล่าวถึงการเดินทางไปใช้บริการทางการแพทย์ในต่างประเทศ โดยมักมีความหมายถึงการเดินทางที่มีระยะไกล (long distance) เป็นการเดินทางที่มีการวางแผนและมีเป้าหมายเพื่อการรักษาความเจ็บป่วย ส่วนใหญ่จะหมายถึงการเดินทางไปในประเทศอื่น ในช่วงแรกผู้ป่วยจากประเทศกำลังพัฒนาเดินทางไปใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศที่พัฒนาแล้ว แต่ในศตวรรษที่ 21 การเดินทางของผู้ป่วยเปลี่ยนไปโดยผู้คนจากประเทศพัฒนาแล้วในยุโรปและสหรัฐอเมริกา เดินทางมาใช้บริการทางการแพทย์แถบประเทศที่มีระดับการพัฒนาน้อยกว่า เช่น อินเดีย สิงคโปร์ ไทย เป็นต้น บริการทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยเดินทางมาใช้ส่วนมากเป็นการรักษาที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านหรือใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย เช่น การผ่าตัด ทันตกรรม ศัลยกรรมตกแต่ง และบริการตรวจร่างกาย เนื่องจากการท่องเที่ยวทางการแพทย์เป็นการเดินทางเพื่อเป้าหมายของ การมีสุขภาพดีซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นการเดินทางเพื่อรักษาความเจ็บป่วยเท่านั้น หากยังมีการเดินทางเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการเดินทางเพื่อมุ่งสู่ความมีสุขภาพะ เช่น การใช้บริการสปา การบำบัดด้วยการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ จึงมีการใช้คำว่า health tourism และ wellness tourism ภายใต้อำนาจคำว่า medical tourism และมีการเรียกผู้คนที่ข้ามแดนมาใช้บริการว่า medical traveler

อย่างไรก็ดี Connell (2015: 18-19) ได้ตั้งข้อสังเกตว่า การท่องเที่ยวทางการแพทย์มีความหมายและลักษณะที่แตกต่างจากการท่องเที่ยวโดยทั่วไปซึ่งจะมีความหมายถึงการเดินทางที่ไม่ใช่สิ่งจำเป็น (necessity) แต่บุคคลเลือก/ตัดสินใจเลือกกระทำเพื่อให้เกิดความพอใจเป็นประสบการณ์ที่นำมาสู่ความสุข ความผ่อนคลาย ความรู้จากการได้พบเห็นสิ่งใหม่ๆ ความสุนทรีย์ทางจิตใจและชีวิต หากการท่องเที่ยวทางการแพทย์ในบางกรณีเป็นการเดินทางที่มีความจำเป็น

(เนื่องจากไม่มีบริการการแพทย์นั้นๆ ในประเทศของตน) และยังเป็นประสบการณ์ของผู้คนที่กำลังทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยและต้องเดินทางไกลเพื่อใช้บริการในต่างแดน นอกจากนี้ผู้คนที่เดินทางอาจจะไม่ใช่ผู้คนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจมั่งคั่งแต่อาจเป็นกลุ่มคนที่มีความยากลำบากและต้องรวบรวมทรัพย์สินเพื่อซื้อบริการทางการแพทย์ต่างแดน และในบางกรณีการเดินทางไปใช้บริการทางการแพทย์อาจไม่ใช่เพื่อการมีสุขภาพดีแต่เป็นการเดินทางที่มีเป้าหมายเพื่อยุติการมีชีวิตอยู่ (death tourism) หรือไปใช้บริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่กฎหมายไม่อนุญาตให้มีการดำเนินการในประเทศของตน เช่น การฝากเลี้ยงตัวอ่อนในครรภ์หญิงอื่น (การอุ้มบุญ)

การขยายตัวของการเดินทางข้ามแดนเพื่อใช้บริการทางการแพทย์นำไปสู่การเกิดขึ้นของธุรกิจการจัดการตั้งแต่การติดต่อกับแหล่งบริการทางการแพทย์ การจัดการเรื่องการเดินทางที่พักซึ่งเน้นความสะดวกสบาย ความหรูหรา และนำไปสู่การที่ประเทศต่างๆ มีนโยบายใช้การท่องเที่ยวทางการแพทย์เพื่อเพิ่มความมั่งคั่งทางเศรษฐกิจ ซึ่งต้องตระหนักว่า การท่องเที่ยวทางการแพทย์นั้นมีเป้าหมายเพื่อการมารับการรักษาไม่ใช่การเดินทางในช่วงวันหยุดพักผ่อน (Nahai: 2009 cited in Connell: 2015: 20) ดังนั้น คุณภาพการรักษาและความทันสมัยของเทคโนโลยีการแพทย์จึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อบุคคลในการข้ามแดนไปใช้บริการ

การเดินทางข้ามแดนเพื่อใช้บริการทางการแพทย์มีความซับซ้อนและมีบางส่วนที่ไม่ครอบคลุมตามความหมายของคำว่า การท่องเที่ยวทางการแพทย์ Glinos et al (2010) เสนอคำว่า การดูแลสุขภาพข้ามแดน (Cross border health care) โดยให้ความเห็นว่า การท่องเที่ยวทางการแพทย์เป็นคำที่สะท้อน industry-driven และใช้หลักของอุปทาน (supply logic) คือ ให้ความสำคัญกับผู้ให้บริการ แหล่งบริการทางการแพทย์ (provider) ในขณะที่คำว่า การดูแลสุขภาพข้ามแดน เป็นคำที่สะท้อน demand side logic คือ ผู้ป่วยและความต้องการของผู้ป่วย งานศึกษาของ Glinos และคณะ ให้ข้อมูลการเดินทางข้ามแดนไปใช้บริการสุขภาพในประเทศเพื่อนบ้าน (ซึ่งมีความต่างกับการท่องเที่ยวทางการแพทย์ที่มักไปใช้บริการในประเทศที่ห่างไกล) นอกจากนี้ ในขณะที่การท่องเที่ยวทางการแพทย์บุคคลมักจะต้องออกค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด งานศึกษาการข้ามแดนในภูมิภาคยุโรปพบว่า การไปใช้บริการข้ามแดนนั้นอาจเกิดขึ้นจากการส่งต่อการรักษาที่กระทำโดยหน่วยงานภาครัฐของทั้งสองประเทศและในบางกรณีเป็นการใช้บริการสุขภาพข้ามแดนผ่านสิทธิประโยชน์ของการประกันสุขภาพ (ทั้งในการประกันสุขภาพกระทำโดยรัฐและบริษัทเอกชน)

แม้ว่า Glinos et al (2000) เสนอให้ใช้คำว่า การดูแลสุขภาพข้ามแดน แต่ Mainil et al (2012) วิพากษ์ถึงการละเลยความสำคัญของบริบทในการใช้คำ ไม่ว่าจะ เป็นคำว่า การท่องเที่ยวทางการแพทย์ และคำว่า การดูแลสุขภาพ Mainil et al เสนอคำว่า การดูแลสุขภาพข้ามชาติ (Transnational health care) โดยงานชิ้นนี้ได้รวมมิติทั้งทางด้าน supply และ demand side logic เข้าด้วยกัน โดยได้แบ่งลักษณะการใช้บริการ/กลุ่มบุคคลออกเป็น

1. Trans-border access seekers คือ บุคคลไปใช้บริการการแพทย์ในประเทศอื่นซึ่งไม่มีบริการนั้นๆ ในประเทศของตน การเดินทางไปใช้บริการทางการแพทย์เพื่อการรักษาและบุคคลไม่มีทางเลือกอื่น การจัดการด้านการรักษาได้รับการวางแผน ส่งต่อโดยหน่วยงานทางการแพทย์ของรัฐที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่และในบางประเทศ ระบบประกันสุขภาพของรัฐได้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาในต่างแดนให้ตามเงื่อนไขสิทธิประโยชน์ที่มี

2. Cross-border access searchers คือ บุคคลที่เลือกใช้บริการทางการแพทย์ในต่างแดน เนื่องจากต้องการบริการที่ดีกว่าบริการทางการแพทย์ในประเทศของตน หรือบุคคลที่ไม่สามารถรอใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศของตนได้ (ในกรณีที่บุคคลอยู่ใน waiting list เพื่อรอการตรวจรักษา/การผ่าตัด) บุคคลส่วนมากต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการไปใช้บริการสุขภาพต่างแดน เนื่องจากบริการเหล่านี้มักไม่รวมในสวัสดิการสุขภาพที่ตนเองมีสิทธิประโยชน์

3. Receiving context actors คือ ผู้ให้บริการที่พยายามทำให้บริการการแพทย์ของตนเป็นที่รู้จักเพื่อผลทางธุรกิจ เน้นการให้ข้อมูลด้านความเชี่ยวชาญ ราคาที่สมเหตุสมผล (ราคาถูก) เพื่อดึงดูดผู้ป่วยในต่างประเทศ

4. Sending context actors คือ ระบบการดูแลสุขภาพรวมทั้งสวัสดิการสุขภาพของประเทศที่บุคคลอาศัยอยู่ ซึ่งเปิดโอกาสและส่งเสริมให้บุคคลไปใช้บริการสุขภาพต่างแดน (บริการทางการแพทย์เฉพาะบางด้านและมีการส่งต่อไปใช้บริการในประเทศเพื่อนบ้าน) เนื่องจากต้องการลดภาระการจัดการสุขภาพในประเทศตนโดยวิเคราะห์ว่าการไปใช้บริการสุขภาพในประเทศเพื่อนบ้านเป็นการลดต้นทุนค่าใช้จ่ายของระบบ ส่วนใหญ่ประเทศที่ส่งเสริมให้บุคคลไปใช้บริการสุขภาพในประเทศเพื่อนบ้านจะมีระบบในการควบคุมการเดินทางของบุคคล (เช่น ต้องผ่านระบบส่งต่อ) มีการพัฒนาเครือข่ายบุคลากรวิชาชีพระหว่างกันและมีการควบคุมกำกับมาตรฐานการบริการ

Mainil (2012: 49) ได้สรุปว่า หากการเดินทางข้ามแดน (ไม่ว่าจะในความหมายของ medical tourism หรือ cross border health care) เพื่อใช้บริการสุขภาพนั้นมีความเป็นทางการ มีระบบ/เครือข่าย/การกระทำร่วมกันที่มีการกำหนดชัดเจน ลักษณะดังกล่าวคือ transnational health care

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการนำเสนอคำที่อธิบายการเดินทางข้ามแดนของผู้คนเพื่อใช้บริการสุขภาพอยู่หลายคำ แต่ยังไม่มีการสรุปเห็นชอบร่วมกันในกลุ่มนักวิชาการที่ศึกษาเรื่องสุขภาพข้ามแดน งานวิชาการยังคงใช้คำต่างๆ ทั้งสาม โดยที่กำหนดนิยามของการใช้ตามบริบทงานของตนเองซึ่งอาจแตกต่างจากการนิยามข้างต้น เช่น Kangas (cited in Connell: 2015: 20) และ Laugesen and Bustamante (2010) ใช้คำว่า cross border health care ในการศึกษาการเดินทางของผู้คนไปใช้บริการสุขภาพในประเทศเพื่อนบ้านแม้ว่าจะมีความเป็นระบบและมีการกระทำที่มีความร่วมมืออย่างเป็นทางการก็ตาม

สุขภาพข้ามแดน: ผู้ใช้บริการมีกี่ประเภท ใช้บริการอะไร และทำไม

ความซับซ้อนของการจัดการบริการสุขภาพข้ามแดนส่วนหนึ่งมาจากความหลากหลายของผู้ใช้บริการซึ่งมีเป้าหมายและเหตุผลปัจจัยเชิงบริบทที่ทำให้บุคคลตัดสินใจใช้บริการสุขภาพในพื้นที่อื่นนอกประเทศของตน งานศึกษาของ Laugesen & Bustamante (2010) และ Mainil et al (2012) แสดงความสำคัญของการจัดการสุขภาพในประเทศที่ส่งผลให้บุคคลข้ามแดนไปใช้บริการในประเทศอื่น

งานศึกษาของ Laugesen & Bustamante (2010) ทำการศึกษาเปรียบเทียบการข้ามแดนไปใช้บริการของบุคคลในประเทศต่างๆ ในยุโรปและสหรัฐอเมริกา ในยุโรปบุคคลที่ใช้บริการสุขภาพข้ามแดนสามารถจำแนกได้เป็น 5 ประเภท คือ (1) ผู้ที่อาศัยชั่วคราวในประเทศอื่นๆ และมีความเจ็บป่วย (2) ผู้เกษียณอายุและไปพำนักในประเทศอื่น (3) ผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชายแดนระหว่าง

ประเทศ (4) ผู้ที่มีหนังสือส่งตัวจากหน่วยงานรัฐเพื่อไปรักษาในประเทศอื่น และ (5) ผู้ที่เลือกไปใช้บริการสุขภาพในประเทศอื่น งานของ Laugesen & Bustamante (2010) ให้ความสำคัญกับบุคคลที่ตัดสินใจเลือกไปใช้บริการสุขภาพข้ามแดนทั้งในกลุ่มผู้ที่อาศัยในพื้นที่ชั้นในและพื้นที่ชายแดนรวมทั้งผู้ที่มีหนังสือส่งตัวจากหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐไปรับบริการในประเทศอื่น งานชิ้นนี้พบว่าการเลือกไปใช้บริการสุขภาพข้ามแดนมาจากปัจจัยสำคัญสองประการ คือ (1) คุณภาพการรักษา (2) ราคา/ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการ นอกจากนี้ เงื่อนไขเชิงบริบทที่มีอิทธิพลสำคัญ คือ (1) สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลที่บุคคลได้รับในประเทศเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียในการไปใช้บริการต่างแดน (2) การเข้าถึงบริการสุขภาพในประเทศ (3) การได้รับการสนับสนุนไม่ว่าจะเป็นค่าใช้จ่ายหรือการมีระบบการส่งต่อ/ความร่วมมือระหว่างรัฐ

จากการพิจารณาประเภทของบุคคลและปัจจัยในการไปใช้บริการสุขภาพข้ามแดนข้างต้น Laugesen & Bustamante (2010: 226-227) ได้จำแนกรูปแบบการเคลื่อนที่ของบุคคลข้ามแดนไปใช้บริการสุขภาพออกเป็น 4 รูปแบบด้วยกัน คือ

1. บุคคลข้ามแดนเนื่องจากไม่มี/ไม่ได้รับสิทธิประโยชน์/ความคุ้มครองทางสุขภาพ **ขั้นพื้นฐาน**ในประเทศของตนและจำเป็นที่จะต้องไปใช้บริการสุขภาพที่มีราคาถูก บุคคลกลุ่มนี้ให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านค่าใช้จ่าย/ราคาของบริการสุขภาพเนื่องจากต้องชำระค่าบริการทั้งหมดด้วยตนเอง การข้ามแดนใช้บริการสุขภาพมักเป็นการเดินทางไปใช้บริการในแหล่งให้บริการสุขภาพที่ตั้งอยู่ในระยะใกล้ๆ เนื่องจากอาจมีความจำเป็นที่ต้องไปใช้บริการสุขภาพบ่อยครั้ง การไม่สามารถใช้บริการสุขภาพในประเทศของตนของคนกลุ่มนี้อาจจะมาจากกรณีที่บุคคลนั้นไม่มีสิทธิได้รับสวัสดิการสุขภาพในประเทศของตนหรือบุคคลนั้นไม่สามารถจ่ายเบี้ยประกันสุขภาพในประเทศตนได้ รูปแบบการเคลื่อนที่ของบุคคลในลักษณะนี้พบได้ในพื้นที่ชายแดนระหว่างสหรัฐอเมริกาและเม็กซิโก ซึ่งเป็นรูปแบบที่พบในพื้นที่ชายแดนระหว่างไทยและเมียนมาร์ซึ่งเป็นพื้นที่ในงานศึกษาวิจัยนี้เช่นเดียวกัน

2. บุคคลที่ได้รับความคุ้มครองและสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพในประเทศของตน หากความคุ้มครองนั้นไม่ครอบคลุมต่อการรักษา/บริการสุขภาพทั้งหมด จึงแสวงหาและข้ามแดนไปใช้บริการสุขภาพในส่วนที่ขาดนั้น ในทำนองเดียวกันราคาบริการสุขภาพจะเป็นปัจจัยสำคัญต่อบุคคลในการตัดสินใจข้ามแดนไปใช้บริการสุขภาพในประเทศอื่น การไปใช้บริการสุขภาพข้ามแดนในรูปแบบนี้ใกล้เคียงกับลักษณะของการท่องเที่ยวทางการแพทย์ ซึ่งบุคคลไปใช้บริการทันตกรรม ศัลยกรรม ตกแต่ง สปาและอื่นๆ ในประเทศต่างแดนซึ่งไม่ใช่อบริการขั้นพื้นฐาน ที่ตนเองมีสิทธิและได้รับความคุ้มครองจากระบบประกันสุขภาพในประเทศของตน ลักษณะการเคลื่อนที่ของรูปแบบนี้ เช่น บุคคลในออสเตรเลีย สวิสเซอร์แลนด์และเยอรมันนีข้ามไปใช้บริการทันตกรรมในฮังการี และบุคคลในเยอรมันนี เนเธอร์แลนด์และอังกฤษข้ามไปใช้บริการทันตกรรมและศัลยกรรมพลาสติกในโปแลนด์ ส่วนบุคคลในสหรัฐอเมริกาข้ามไปซื้อยาและใช้บริการทันตกรรมในเม็กซิโก เป็นต้น

3. บุคคลตัดสินใจข้ามแดนไปใช้บริการสุขภาพเนื่องมาจากลักษณะของบริการที่มีอยู่ในประเทศอื่นมีคุณภาพ/ความทันสมัยมากกว่า หรือ บุคคลต้องรอคิวในการรับบริการรักษาพยาบาลในประเทศตนเป็นระยะเวลานาน เช่น บุคคลที่ต้องรับการรักษาเปลี่ยนข้อสะโพกในอังกฤษตัดสินใจไม่รอคิวเข้ารับการรักษาผ่าตัดในประเทศตนเนื่องจากต้องรอเป็นระยะเวลานานถึง 1 ปี จึงข้ามไปใช้บริการผ่าตัดในฝรั่งเศส กรณีของการต้องไปรับบริการสุขภาพในประเทศอื่นเนื่องจากการรอคิวรักษามีระยะเวลานานมากทำให้เกิดการกระตุ้นให้สหภาพยุโรปกำหนดระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศ

โดยรัฐของประเทศต้นสนับสนุนค่าใช้จ่าย เนื่องจากสหภาพยุโรปใช้หลักการของสิทธิ (rights) ของบุคคลในการได้รับบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม และครอบคลุม

4. บุคคลข้ามแดนไปใช้บริการตามข้อตกลงร่วมและระบบที่มีการพัฒนาขึ้นระหว่างประเทศ การพัฒนาระบบนี้ประกอบไปด้วยสองประเด็นที่สำคัญ คือ การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยและการพัฒนาระบบทางการเงิน เช่นระบบสาธารณสุขของอังกฤษมีข้อตกลงด้านการเงินและการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการในสหภาพยุโรป การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยข้ามแดนนี้ ในแง่หนึ่งคือการตระหนักว่า หากต้องมีการลงทุนเทคโนโลยีทางการแพทย์พัฒนาผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งจำเป็นต้องใช้ทุนสูง การส่งต่อผู้ป่วยและการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในกรณีที่บุคคลไปใช้บริการข้ามแดนกลับเป็นการเสียค่าใช้จ่ายที่ถูกกว่า เช่น โรงพยาบาลในเบอร์มิวดา ส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาเฉพาะทางด้าน emergency trauma care, การผ่าตัดหัวใจ และการรักษามะเร็งบางชนิดในศูนย์การแพทย์ที่บอสตัน นิวยอร์ก และ บัลติมอร์ เป็นต้น การข้ามแดนไปใช้บริการในรูปแบบนี้ได้รับการพัฒนาในสหภาพยุโรป ในปี ค.ศ.2008 มีการกำหนดนโยบายและการดำเนินงานอย่างชัดเจน ส่วนในสหรัฐอเมริกาการพัฒนาระบบความร่วมมือจะเป็นไปในระดับรัฐ เช่น รัฐแคลิฟอร์เนียเปิดโอกาสให้บริษัทประกันสุขภาพของเม็กซีโก ขายบริการแก่ผู้คน ในรัฐโดยมีเป้าหมายให้บุคคลในรัฐแคลิฟอร์เนียสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น

รูปแบบการข้ามแดนไปใช้บริการสุขภาพของ Laugesen & Bustamante (2010) ให้ ความสำคัญกับระบบการจัดการสุขภาพและสิทธิ/ความครอบคลุมบริการที่ระบบสุขภาพของประเทศ ต้นทางงานศึกษาของ Mainil et al. (2012) ใช้การนิยามการข้ามแดนในความหมายของ Transnational health care ซึ่งพิจารณาทั้ง demand side และ supply side logic (ตั้งได้อธิบาย รายละเอียดในส่วนที่ผ่านมา) และได้จำแนกรูปแบบการใช้บริการที่ละเอียดมากขึ้นโดยคำนึงถึง (1) ความใกล้เคียงทางกายภาพและทางวัฒนธรรม (2) ความพยายามของบุคคลในการแสวงหาบริการ สุขภาพ ซึ่งจำแนกแหล่งให้บริการออกเป็นแหล่งบริการสุขภาพของรัฐและเอกชน Mainil et al (2012) จำแนกรูปแบบการข้ามแดนไปใช้บริการสุขภาพออกเป็น 12 รูปแบบ ดังแสดงในตารางที่ 1.1

ตารางที่ 1.1 รูปแบบการข้ามแดนไปใช้บริการสุขภาพนำเสนอโดย Mainil et al (2010: 39)

กลุ่มบุคคลที่สามารถใช้บริการสุขภาพในประเทศของตนแต่มีข้อจำกัดของระบบ เช่น การรอคิวรักษา/ ผ่าตัด					
มีความคุ้มครองจาก ระบบประกันของรัฐ		มีความคุ้มครองจาก ระบบประกันเอกชน		ไม่มีความคุ้มครองจาก ระบบประกันใดๆ	
ไปใช้บริการ ของรัฐ	ไปใช้บริการ ของเอกชน	ไปใช้บริการ ของรัฐ	ไปใช้บริการ ของเอกชน	ไปใช้บริการ ของรัฐ	ไปใช้บริการ ของเอกชน
1 A	1B	2A	2B	3A	3B
กลุ่มบุคคลที่จำเป็นต้องข้ามแดนเนื่องจากไม่มีบริการสุขภาพนั้นๆ ในประเทศตน					
มีความคุ้มครองจาก		มีความคุ้มครองจาก		ไม่มีความคุ้มครองจาก	

ระบบประกันของรัฐ		ระบบประกันเอกชน		ระบบประกันใดๆ	
ไปใช้บริการ ของรัฐ	ไปใช้บริการ ของเอกชน	ไปใช้บริการ ของรัฐ	ไปใช้บริการ ของเอกชน	ไปใช้บริการ ของรัฐ	ไปใช้บริการ ของเอกชน
4A	4B	5A	5B	6A	6B

การจำแนกประเภทคนข้ามแดนไปใช้บริการสุขภาพของ Mainil et al (2012) จัดว่าเป็นการให้ข้อมูลพื้นฐานสำคัญต่อการพัฒนาระบบประกันสุขภาพและระบบการเงินรวมทั้งพิจารณาข้อจำกัดของระบบสุขภาพที่ส่งผลต่อการข้ามแดน ยิ่งไปกว่านั้น ยังทำให้เห็นความหลากหลายของเงื่อนไขส่วนบุคคล ธุรกิจบริการสุขภาพและเงื่อนไขเชิงระบบสุขภาพที่ทำให้ตระหนักถึงการนำเสนอรูปแบบในการจัดการสุขภาพข้ามแดนที่ต้องมีแตกต่างกัน

เมื่อพิจารณาบริบทของแม่สอดที่เป็นพื้นที่ศึกษาของโครงการวิจัยนี้ กลุ่มบุคคลข้ามแดนจะมีรูปแบบ 3A 3B และ 6A 6B กล่าวคือ คนข้ามแดนจากเมียนมาร์ไม่มีความคุ้มครองจากระบบประกันสุขภาพในประเทศของตนและในกลุ่มคนที่ข้ามแดนมาจัดว่าเป็น “ผู้อยู่อาศัยไม่ถาวร” และส่วนมากไม่มีความคุ้มครองตามระบบประกันในประเทศไทย แม้บริการสุขภาพขั้นพื้นฐานต่างๆ ที่บุคคลกลุ่มนี้ข้ามแดนมาใช้บริการในสถานบริการสุขภาพของรัฐและเอกชน จะเป็นบริการสุขภาพที่มีให้ในแหล่งบริการสาธารณสุขของเมียนมาร์ หากคนกลุ่มนี้ตัดสินใจข้ามแดนมาใช้บริการเนื่องจากคุณภาพ/เทคโนโลยี/ความเชี่ยวชาญของสถานบริการในพื้นที่แม่สอด นอกจากนั้นความใกล้ชิดทางวัฒนธรรมและราคา/ค่าใช้จ่ายก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้คนเหล่านี้ ข้ามแดนมาใช้บริการที่แม่สอด

การจัดการสุขภาพข้ามแดน: กลไกและเงื่อนไขที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน

การจัดการสุขภาพข้ามแดนมีหลายรูปแบบแตกต่างกันตามบริบทพื้นที่ ระบบบริการสุขภาพและลักษณะของผู้ข้ามแดน เนื้อหาในส่วนนี้จะนำเสนอรูปแบบการจัดบริการสุขภาพข้ามแดนในประเทศต่างๆ ในสหภาพยุโรปและอเมริกาโดยย่อ¹ และวิเคราะห์กลไกที่แต่ละประเทศใช้รวมทั้งเงื่อนไขที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน/ความยั่งยืนของการจัดการสุขภาพข้ามแดน

การข้ามแดนของผู้หญิงฝรั่งเศสไปใช้บริการคลอดในโรงพยาบาลเบลเยียม

การข้ามแดนของผู้หญิงฝรั่งเศสไปใช้บริการในโรงพยาบาลเบลเยียมมีมานานโดยแต่ละฝ่ายจัดตั้งกองทุนรักษาความเจ็บป่วย การข้ามแดนได้เพิ่มจำนวนมากขึ้นในช่วงปี ค.ศ.2004 อันเป็นช่วงเวลาที่คลินิกในพื้นที่ฝรั่งเศส (เช่นเดียวกับสถานีนอนมัยเดิมของไทย) ได้ปิดตัวลงและชาวฝรั่งเศสได้รับอนุญาตให้ไปรับการรักษาที่ Dinant hospital เบลเยียม ซึ่งอยู่ไกลจากพื้นที่เพียง 15 กิโลเมตร ในขณะที่ Charleville-Meziere hospital ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดของฝรั่งเศสอยู่ห่างไปเป็นระยะทาง 70 กิโลเมตร ในปี ค.ศ.2005 ทั้งสองประเทศได้ลงนามกรอบความร่วมมือกำหนดพื้นที่การเข้าถึงบริการสุขภาพข้ามแดนซึ่งแหล่งบริการสุขภาพของฝรั่งเศสจำนวน 7 แห่ง และแหล่งบริการ

¹ ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพข้ามแดนในประเทศต่างๆ ในสหภาพยุโรปที่นำเสนอทั้งหมดนี้ได้มาจากการศึกษาของ Footman, K., Knai, C., Baeten, R., Glonti, K and McKee, M. (2014) Cross-border Health Care in Europe, Policy Summary 14, Denmark, WHO Regional Office for Europe, pp.13-22 อนึ่งรูปแบบการจัดระบบสุขภาพข้ามแดนในประเทศต่างๆ ที่ยกมานี้ อาจมีการปรับเปลี่ยนไปในปัจจุบัน

สุขภาพจำนวน 8 แห่งของเบลเยียมเข้าร่วมแหล่งบริการนี้มีการจัดทำเป็นเครือข่ายให้บริการ โดยที่โรงพยาบาลบางแห่งรับให้บริการตรวจรักษาอย่างเดี่ยวในขณะที่บางโรงพยาบาลรับเป็นผู้ป่วยในด้วย

ทั้งสองพื้นที่จัดระบบเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยใช้บริการสุขภาพข้ามแดน (ส่วนมากเกือบทั้งหมดเป็นชาวฝรั่งเศสในพื้นที่ชายแดนข้ามไปใช้บริการในเบลเยียม) ผู้ป่วยฝรั่งเศสสามารถแสดงบัตรประกันสุขภาพของฝรั่งเศสเพื่อใช้บริการที่เบลเยียม แต่อย่างไรก็ดีเนื่องจากระบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่แตกต่างกันของทั้งสองประเทศก็ส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย กล่าวคือในระบบสุขภาพฝรั่งเศสการประกันสุขภาพจะครอบคลุม 75% ของค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพในแต่ละครั้ง ส่วน 25% ที่เหลือบุคคลจะต้องทำประกันสุขภาพเสริมโดยสมัครใจ ในขณะที่ระบบสุขภาพในเบลเยียมนั้น ค่าบริการสุขภาพเกือบทั้งหมดจะครอบคลุมโดยการประกันสุขภาพของรัฐ ส่วนที่เหลือนั้นบุคคลจะต้องชำระเองตามอัตราที่กำหนด (flat rate) ด้วยการจัดระบบการจ่ายค่าบริการที่ต่างกันเมื่อผู้ป่วยฝรั่งเศสไปใช้บริการที่เบลเยียมทางการเบลเยียมจะรวบรวมส่งบิลค่ารักษาไปที่หน่วยประกันสุขภาพฝรั่งเศส

อย่างไรก็ดีในบางกรณี เช่น ambulatory care ผู้ป่วยฝรั่งเศสจะต้องชำระค่าใช้จ่ายเอง ซึ่งชาวฝรั่งเศสไม่คุ้นเคยกับการจ่ายค่ารักษา (จ่ายเงินสด) ในทุกครั้งที่ใช้บริการ ทั้งสองฝ่ายจึงสร้างระบบให้มีการจ่ายผ่านบริษัทประกัน การพัฒนาระบบการจ่ายเงินผ่านกองทุนประกันสุขภาพนี้ยังมีข้อติดขัดเนื่องจากกองทุนประกันสุขภาพในฝรั่งเศสไม่สามารถจ่ายเงินให้กับโรงพยาบาลต่างประเทศได้ ทั้งสองฝ่ายจึงแก้ปัญหาข้อระเบียบโดยทางเบลเยียมได้ระบุให้โรงพยาบาลสองแห่งในพื้นที่มีสถานภาพร่วมเป็นโรงพยาบาลฝรั่งเศสและสามารถเปิดบัญชีเพื่อรับโอนเงินจากกองทุนประกันสุขภาพของฝรั่งเศสโดยตรง

ข้อมูลจากผู้ใช้บริการพบว่า ผู้หญิงฝรั่งเศสพึงพอใจในคุณภาพการรักษาซึ่งดีกว่าสถานบริการในพื้นที่ฝรั่งเศสที่ตนอยู่และไม่ต้องรอคิวในการรักษานาน ผู้หญิงบางคนกลับไปใช้บริการนรีเวชคลินิก แม้ว่าบริการเหล่านั้นจะมีให้ในฝรั่งเศสก็ตาม แพทย์ประจำบ้าน (GP) ในพื้นที่มีบทบาทสำคัญต่อการทำความร่วมมือและการข้ามแดนนี้ โดย GP ในฝรั่งเศสจะได้รับทราบข้อมูลการรักษาและสามารถเข้าถึงบันทึกการตรวจรักษาทางอิเล็กทรอนิกส์ใน Dinant hospital ของเบลเยียมซึ่งทำให้สามารถ consult ผลการตรวจได้ บริษัทประกัน/หน่วยงานประกันสุขภาพของรัฐสนับสนุนความร่วมมือโดยบริษัทประกันในเบลเยียมมีเป้าหมายที่จะพัฒนาและเพิ่มตลาดลูกค้าในประเทศอื่นๆ ในสหภาพยุโรป ในขณะที่กองทุนประกันสุขภาพของฝรั่งเศสก็ได้รับการสนับสนุนเงินทุนจากกองทุนประกันสุขภาพสำหรับกลุ่มคนทำงานในส่วนโรงพยาบาลต่างๆ ที่เข้าร่วมโครงการได้รับประโยชน์โดยที่โรงพยาบาลเหล่านี้จะได้เงินตามอัตราส่วนการทำงาน

ผลกระทบทางลบที่เกิดขึ้นคือ ประชากรชาวเบลเยียมในส่วนที่ต้องใช้บริการจากโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการเหล่านี้ประสบปัญหาการที่ต้องรอคิวนานขึ้น และในบางโรงพยาบาลชาวเบลเยียมอาจต้องถูกส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น เนื่องจากบริการนั้นๆ ถูกจองคิวโดยชาวฝรั่งเศส นอกจากนี้การที่ทั้งสองประเทศมีแนวทางเวชปฏิบัติ (guideline) ในการรักษาและสั่งยาไม่เหมือนกันก็ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการติดตามผู้ป่วยในฝั่งฝรั่งเศส

การล้างไตในอิตาลี: “การท่องเที่ยวทางการแพทย์”

การจัดการสุขภาพข้ามแดนในอิตาลีมีความใกล้เคียงกับการจัดการท่องเที่ยวทางการแพทย์ (medical tourism) เนื่องจากพื้นที่ที่ดำเนินการเป็นพื้นที่แถบชายฝั่งครอบครัว Veneto beach ซึ่งเป็นสถานที่พักตากอากาศที่สำคัญในช่วงฤดูร้อน หน่วยงานรัฐท้องถิ่นเวเนโต² (Veneto region) ได้ตั้งเป้าหมายให้บริการทางการแพทย์เพื่อเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจการท่องเที่ยวโดยได้จัดบริการทางการแพทย์หลายอย่างสำหรับนักท่องเที่ยวรวมทั้งการล้างไตสำหรับผู้เป็นโรคไตเรื้อรัง

รัฐท้องถิ่นได้จัดบริการล้างไตในโรงพยาบาลในเขต Jesolo และให้บริการในศูนย์บริการผู้ป่วยนอกที่เมือง Bibione โดยโรงพยาบาลที่ Jesolo เปิดให้บริการล้างไตตลอดปี โดยในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงกันยายนจะเปิดให้บริการสำหรับนักท่องเที่ยว ในขณะที่ ศูนย์ผู้ป่วยนอกที่ Bibione มีการจัดสรรเตียงจำนวน 6 เตียงเพื่อการล้างไตสำหรับนักท่องเที่ยวเป็นการเฉพาะ และเปิดให้บริการล้างไตเฉพาะในช่วงฤดูร้อน ทั้งสองแห่งมีบริษัททัวร์ที่รับประสานและจัดโปรแกรมสำหรับนักท่องเที่ยว ชื่อนำสังเกต คือ ข้อมูลด้านแผนการรักษาและความต้องการของบุคคลที่ประสงค์จะใช้บริการล้างไตจะถูกส่งต่อให้โรงพยาบาลหรือศูนย์บริการผู้ป่วยนอกล่วงหน้าเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ซึ่งแสดงถึงการประสานงานระหว่างฝ่ายแพทย์ที่นักท่องเที่ยวทำการรักษาในประเทศของตน และโรงพยาบาล/ศูนย์ที่บริการล้างไตในเวเนโต รวมทั้งการจัดการเรื่องการเดินทาง ที่พัก และแผนการใช้เวลาอื่นๆ โดยบริษัททัวร์

ผู้ป่วยสามารถใช้บัตรประกันสุขภาพของประเทศต่างๆ ในสหภาพยุโรปและไม่ต้องชำระค่าใช้จ่ายในการล้างไต โดยรัฐท้องถิ่นจะรวบรวมค่าบริการและส่งใบแจ้งชำระโดยตรงไปที่กองทุนประกันสุขภาพของประเทศของนักท่องเที่ยว บุคคลที่ซื้อประกันสุขภาพจากบริษัทประกันสุขภาพจะชำระค่าบริการเองและนำไปเบิกคืนภายหลังจากบริษัทที่ตนเองทำประกัน อย่างไรก็ตาม ค่าใช้จ่ายที่ใช้เพื่อการล้างไตมักจะไม่ได้กลับคืนมาอย่างเต็มจำนวนและบางครั้งมีปัญหาการเบิกจ่ายเงินคืนซ้ำทำให้โรงพยาบาล/ศูนย์รักษาผู้ป่วยนอกมีข้อติดขัดทางการเงินและมีแนวโน้มส่งผลกระทบต่อความยั่งยืนของบริการล้างไต

นอกจากความล่าช้าในการเบิกจ่ายเงินแล้ว การให้บริการยังประสบปัญหาด้านภาษาในการสื่อสาร เนื่องจากนักท่องเที่ยวที่มาใช้บริการมาจากหลายประเทศหลายภาษา แม้ว่าทางโรงพยาบาลจะหาล่ามเตรียมไว้ก็ตาม นอกจากนั้นยังมีปัญหาการติดตามผู้ป่วย เนื่องจากข้อมูลผู้ป่วยที่รับบริการที่เวเนโตบางครั้งมิได้ถูกส่งให้แพทย์ผู้รักษาในประเทศของนักท่องเที่ยวทราบ รวมทั้งการบันทึกข้อมูลในการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกัน

ระบบการรักษาข้ามแดนระหว่าง มอลตา³ (Malta) และ อังกฤษ

กล่าวได้ว่าการทำความร่วมมือเพื่อบริการสุขภาพข้ามแดนระหว่างอังกฤษและมอลตามีมาอย่างยาวนานตั้งแต่ปี ค.ศ.1975 ข้อตกลงความร่วมมือเปิดโอกาสให้ชาวมอลตาเดินทางไปใช้บริการทางการแพทย์เฉพาะทางซึ่งไม่มีบริการนั้นในมอลตาได้ในประเทศอังกฤษ ในขณะเดียวกันพลเมือง

² เวเนโตเป็นรัฐในจำนวน 20 รัฐ ของอิตาลี อยู่ทางเหนือของประเทศก่อนมาทางตะวันตก เป็นรัฐที่มีพื้นที่ชายฝั่งติดอ่าวเวนิส เมืองหลวงคือ เวนิส

³ มอลตาหรือ ประเทศสาธารณรัฐมอลตาเป็นหมู่เกาะเล็กๆ ในทะเลเมดิเตอร์เรเนียน ในอดีตมอลตาเป็นอาณานิคมของอังกฤษและเป็นพื้นที่ตั้งฐานทัพของอังกฤษ จึงทำให้ชาวอังกฤษเข้ามาทำงานและอยู่อาศัยเป็นการถาวรอยู่จำนวนหนึ่ง ปัจจุบันมอลตาได้เข้าร่วมเป็นประเทศในเครือสหภาพยุโรป

อังกฤษรวมทั้งผู้เกษียณอายุชาวอังกฤษที่ไปตั้งถิ่นฐานในมอลตาก็ได้รับบริการรักษาฟรีในมอลตา ข้อตกลงร่วมดังกล่าวกำหนดโควตาจำนวนชาวมอลตาที่จะเข้าไปใช้บริการทางการแพทย์เฉพาะทาง ในอังกฤษโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในแต่ละปีไม่เกิน 180 คน หากเกินจำนวนที่กำหนดรัฐบาลมอลตาจะเป็นผู้เสียค่าใช้จ่ายให้ ปัจจุบันมีผู้ป่วยมอลตาไปใช้บริการทางการแพทย์ในอังกฤษปีละประมาณ 300 คน

ผู้ป่วยชาวมอลตาที่ไปรับการรักษาที่อังกฤษจะต้องได้รับความเห็นชอบและมีการส่งตัวจากแพทย์ที่มอลตา โดยก่อนการส่งตัวแพทย์ที่มอลตาและอังกฤษจะทำการส่งต่อข้อมูลและเห็นชอบร่วมกันว่าการไปใช้บริการทางการแพทย์จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย กระบวนการส่งตัวนี้จะต้องได้รับความเห็นชอบเป็นลายลักษณ์อักษรจากคณะกรรมการที่ปรึกษาการรักษาในต่างประเทศของมอลตา (Treatment Abroad Advisory Committee; TAAC) แต่ในทางปฏิบัติเมื่อแพทย์ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการนี้โดยวาทกรรมก็สามารถดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยได้ทันที การส่งต่อผู้ป่วยจากมอลตาไปอังกฤษเป็นการประสานการทำงานระหว่างสายการบิน Air Malta ซึ่งจะส่งผู้ป่วยที่สนามบิน Heathrow ลอนดอน โดยมีบุคลากรทางการแพทย์ร่วมเดินทางไปด้วย โดยบุคลากรทางการแพทย์จะต้องผ่านการอบรมและมีคู่มือ/แนวทางการดำเนินการและระบุเครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็นที่ต้องมีในระหว่างการส่งตัวผู้ป่วย การส่งตัวผู้ป่วยนี้ได้พัฒนาอย่างเป็นระบบและมีมาตรฐานระบบส่งตัวผู้ป่วยจากที่พักในมอลตาจนกระทั่งถึงโรงพยาบาลในอังกฤษกำหนดให้ต้องใช้เวลาไม่เกิน 8 ชั่วโมง เมื่อผู้ป่วยส่งตัวไปถึงอังกฤษขั้นตอนการดำเนินการจะเป็นไปตามระบบการดูแลของอังกฤษ ซึ่งเป็นไประบบปกติที่ใช้ดูแลชาวอังกฤษในประเทศ

นอกจากการส่งตัวผู้ป่วยมอลตาไปใช้บริการทางการแพทย์ในอังกฤษแล้ว แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ จำนวน 12 สาขาจะเดินทางไปมอลตาเพื่อติดตามผู้ป่วยเป็นประจำรวมทั้งเข้าไปค้นหาผู้ป่วยที่จำเป็นต้องไปรับบริการทางการแพทย์เฉพาะทางในอังกฤษด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญชาวอังกฤษที่ไปมอลตานั้นได้ใช้ Mater Dei Hospital ที่อยู่ในมอลตาเป็นสถานรักษาพยาบาลซึ่งเปิดให้การรักษาโรคเฉพาะทาง (เกี่ยวกับหัวใจ) เป็นจำนวน 2 ครั้งต่อปี ข้อมูลพบว่าแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโรคหัวใจเด็กได้ทำการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยเด็กประมาณ 20-30 คนซึ่งทำให้ผู้ป่วยเด็กเหล่านี้ไม่ต้องถูกส่งต่อไปรักษาในต่างประเทศ

การทำความร่วมมือและการประสานการส่งต่อระหว่างแพทย์ที่มอลตาและอังกฤษเป็นไปอย่างง่าย เนื่องจากแพทย์ชาวมอลตาส่วนใหญ่จบการศึกษาจากอังกฤษ (เนื่องจากการมีสถานะเป็นประเทศในเครือจักรภพอังกฤษมาในอดีต) ดังนั้น แพทย์ชาวมอลตาจึงคุ้นเคยกับระบบการจัดการของโรงพยาบาลในอังกฤษและสามารถสื่อสารโดยตรงกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในอังกฤษเพื่อปรึกษาและวางแผนการส่งตัวผู้ป่วยอย่างไม่เป็นทางการก่อนการได้รับเอกสาร/ความยินยอมจากคณะกรรมการที่ปรึกษาการรักษาในต่างประเทศ หรือ TAAC ของ มอลตา

แม้ผู้ป่วยจะไม่ต้องชำระค่ารักษาในการไปใช้บริการทางการแพทย์ในอังกฤษ แต่เนื่องจากวัฒนธรรมของชาวมอลตาที่สมาชิกในครอบครัวจะติดตามไปให้กำลังใจ/ดูแลที่อังกฤษระหว่างเจ็บป่วย และเนื่องจากการรักษาเฉพาะทางเหล่านี้มักใช้เวลาและครอบครัวต้องพำนักในลอนดอนซึ่งมีค่าดำรงชีพสูงรวมทั้งผู้ป่วยที่อยู่ในวัยแรงงานต้องขาดรายได้จากการทำงานไปเป็นในช่วงระยะเวลา นั้น รัฐบาลมอลตาจึงได้สนับสนุนค่าใช้จ่ายเรื่องที่พักและอาหารให้แก่ครอบครัวที่ตามไปดูแลผู้ป่วยที่อังกฤษรวมทั้งมีองค์กรการกุศลหลายองค์กรที่ให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัวมอลตาในอังกฤษ

การข้ามแดนเพื่อรักษาโรคกระดูกในฮังการี

ในแต่ละปีจะมีชาวต่างประเทศเข้ามาใช้บริการการรักษาในคลินิกกระดูกของฮังการีจำนวนมาก บุคคลเหล่านี้มาจากประเทศที่เป็นพื้นที่ชายแดน เช่น ยูเครน โรมาเนีย เซอร์เบีย โครเอเชีย และออสเตรีย นอกจากนี้ยังมีชาวเยอรมัน สเปน และอังกฤษเข้ามาใช้บริการในคลินิกกระดูกที่กรุงบูดาเปส เมืองหลวงของฮังการีเป็นจำนวนหนึ่ง จำนวนผู้ป่วยต่างชาติในคลินิกเพิ่มขึ้นประมาณ 4-10% ในแต่ละปี และผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไปใช้บริการผ่าตัดเข้าและข้อสะโพก

ผู้ป่วยบางส่วนใช้บริการประสานการจัดหาที่พักและการเดินทางผ่านบริษัทนำเที่ยว ในขณะที่บางส่วนได้รับข้อมูลจากผู้ที่เคยมารักษาและตัดสินใจเดินทางมารักษาด้วยตนเอง การเดินทางมารับการผ่าตัดในฮังการีนี้ผู้ป่วยจะต้องชำระค่ารักษาเองทั้งหมด แม้ว่าในบางกรณี เช่น ผู้ป่วยจากโรมาเนียสามารถเบิกค่ารักษาคืนได้จากกองทุนประกันสุขภาพในประเทศของตน ความเชื่อมั่นในคุณภาพการรักษาและการที่ไม่ต้องรอคิวการรักษาเป็นระยะเวลาอันยาวนานเหมือนในประเทศของตนทำให้ผู้ป่วยจากประเทศใกล้เคียงเหล่านี้เดินทางมาใช้บริการในฮังการี นอกจากนี้ผู้ป่วยเหล่านี้สามารถสืบค้นทางอินเทอร์เน็ตซึ่งมีข้อมูลสถานที่รักษาและประมาณการค่าใช้จ่ายในการรักษาเพื่อเป็นข้อมูลการตัดสินใจเบื้องต้นและสามารถวางแผนการเดินทางได้ด้วยตนเอง รวมทั้งการที่ระบบสาธารณสุขของฮังการีใช้คู่มือแนวทางเวชปฏิบัติในกรอบมาตรฐานที่ไม่แตกต่างกับที่กำหนดไว้ในประเทศสหภาพยุโรป จึงทำให้การข้ามแดนเพื่อมารับบริการผ่าตัดทำได้ง่าย อย่างไรก็ตาม เนื่องจากไม่มีระบบการจัดการผู้ป่วยที่ชัดเจนจึงทำให้แพทย์ผู้ผ่าตัดในฮังการีไม่สามารถทำการติดตามผลการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง

การข้ามแดนไปใช้บริการระหว่าง อเมริกา และ เม็กซิโก⁴

ชาวเม็กซิโกอพยพเข้าไปทำงานในสหรัฐอเมริกาตั้งแต่ในอดีตเพื่อเป็นแรงงานในภาคเกษตรกรรม จำนวนผู้อพยพเริ่มมีมากขึ้นในช่วงปลายทศวรรษ 1990 และเป็นผู้อพยพที่เข้าเมืองอย่างถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมาย มีการประมาณการว่า 50% ของชาวเม็กซิโกที่อยู่ในสหรัฐเป็นผู้ที่เข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย ชาวเม็กซิโกเหล่านี้มีปัญหาเรื่องที่พักอาศัย และ 57% ไม่มีการประกันสุขภาพ ชาวเม็กซิโกที่เข้าเมืองผิดกฎหมายจะเดินทางเข้า-ออกตามพรมแดนตอนใต้ นอกจากนี้ ชาวเม็กซิโกทั้งที่เข้าเมืองถูกต้องและไม่ถูกต้องส่วนมากจะกลับไปใช้บริการรักษาพยาบาลที่เม็กซิโก เนื่องจากมีราคาถูกกว่าและผู้ป่วยมีความคุ้นเคยกับวิธีการ/แนวทางการรักษา

รัฐท้องถิ่นของสหรัฐอเมริกา คือ California, Texas, Arizona และ New Mexico ซึ่งมีพรมแดนติดกับ 6 รัฐในเม็กซิโก ได้พัฒนาระบบการจัดการสุขภาพข้ามแดนที่ใช้กลไกและมีลักษณะกิจกรรมดำเนินงานที่แตกต่างกัน ยกตัวอย่างเช่น รัฐบาลท้องถิ่น Texas ได้จัดตั้งหน่วยงานเฉพาะเพื่อดูแลสุขภาพชายแดน (Office of border health) ในกรมการแพทย์ (Department of health) ในปี ค.ศ.1993 และจัดคลินิกเคลื่อนที่ (mobile clinic) ให้บริการการดูแลสุขภาพอนามัยแม่และเด็กแก่ชาวเม็กซิโกในพื้นที่ชนบทชายแดน

ส่วนในรัฐแคลิฟอร์เนีย ในปี ค.ศ.1998 ได้ทำการปรับแก้ไขพระราชบัญญัติ the Knox-Keene Act เพื่อเปิดโอกาสให้ บริษัทประกันของอเมริกาจำนวน 3 แห่ง และบริษัทประกันของ

⁴ ข้อมูลการจัดการสุขภาพชายแดนระหว่างสหรัฐอเมริกามีและเม็กซิโก ได้มาจาก www.boardhealth.org และข้อมูลในส่วนของ office of border health ของรัฐท้องถิ่นรัฐแคลิฟอร์เนีย อริโซนา นิวเม็กซิโก และเท็กซัส ที่นำเสนอในเว็บไซต์ของแต่ละรัฐ

เม็กซิโกจำนวน 1 แห่ง สามารถขายประกันสุขภาพที่ให้บริการครอบคลุมในทั้งสองพื้นที่ (คือรัฐ California ของสหรัฐอเมริกา และ ในพื้นที่ชายแดนของเมือง Baja California ในเม็กซิโก) ซึ่งบุคคลสามารถซื้อประกันตามระดับ/ประเภทบริการที่ต้องการได้ (Bustamante: 2015: 249) ชาวอเมริกันและชาวเม็กซิโกได้ใช้ประโยชน์จากการประกันสุขภาพในการใช้บริการทางการแพทย์ในฝั่งเม็กซิโก และหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพของเม็กซิโกสามารถเรียกคืนค่าใช้จ่ายผ่านบริษัทประกันสุขภาพ

สำหรับในรัฐออริโซนา มีการจัดตั้ง Border Health Foundation ในปี ค.ศ.1984 ต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็น National Community Health Partner (NCHP) ซึ่งเป็นเครือข่ายการรวมกลุ่มของคณาจารย์ด้านสุขภาพในชุมชนมีสถานะเป็นองค์กรที่ไม่แสวงหากำไรดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพชายแดนและได้ดำเนินโครงการให้การศึกษา/การอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคคลในพื้นที่ชายแดน ส่วนในรัฐท้องถิ่นออริโซนา มีการจัดตั้งกรมการแพทย์และกำกับดูแลการทำงานสุขภาพชายแดน มีการจัดทำคู่มือ Arizona-Sonoran Health Resource Guide เป็นคู่มือสองภาษาเพื่อให้ข้อมูลบริการแหล่งรักษา/ประเภทการรักษาโดยทั้งหน่วยงานภาครัฐและองค์กรเอกชนแก่คนในพื้นที่ชายแดน

รัฐนิวเม็กซิโกได้มีการจัดตั้ง border health office ในปี ค.ศ.1993 และดูแลกำกับโดย Department of health ของรัฐบาลท้องถิ่น การประสานการทำงานกับส่วนเอกชนและชุมชนจะผ่าน Department of health มีการจัดตั้งสภาการทำงานสุขภาพชายแดนร่วมระหว่างสหรัฐอเมริกาและเม็กซิโก นอกจากนี้ยังทำโครงการเฝ้าระวังโรคติดต่อข้ามแดน

รัฐบาลกลางสหรัฐอเมริกาและเม็กซิโกได้เห็นชอบร่วมกันในการจัดตั้ง The US-Mexico Border Health Commission (BHC) ขึ้นในเดือนกรกฎาคม ค.ศ.2000 เพื่อศึกษา/หาแนวทาง/ดำเนินการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดน มีการจัดตั้งคณะทำงานร่วมระหว่าง 2 ประเทศ เรียกว่า The Binational Technical Working Group ซึ่งประกอบไปด้วยผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนในทั้งสองพื้นที่ คณะทำงานร่วมนี้จะค้นหาปัญหา เหตุของปัญหาและกำหนดประเด็น/แนวทางในการทำงานร่วมกันโดยจะเผยแพร่ข้อมูลทางเว็บไซต์ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงอย่างต่อเนื่องและมีรายงานเผยแพร่เป็นประจำทุกปี นอกจากนี้ยังเผยแพร่ข้อมูลในที่ประชุม Border health forum รวมทั้งจัดประชุมร่วมกับชุมชนในพื้นที่ชายแดนของทั้งสองประเทศเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง โดยตั้งเป้าหมายการทำงานสุขภาพชายแดนในปี ค.ศ.2020 คือ การดำเนินงานในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (โรคอ้วน เบาหวาน หัวใจ หอบหืด และมะเร็งปากมดลูก/เต้านม) โรคติดต่อ (วัณโรค เอชไอวี/เอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ อัจฉริยะร่วง โรคป้องกันได้ด้วยวัคซีน เช่น หัด ตับอักเสบบี) การอนามัยแม่และเด็ก การติดสารเสพติด/ปัญหาสุขภาพจิต และการป้องกันการบาดเจ็บ/เสียชีวิตจากการจราจร

ข้อนำสังเกตของการจัดการสุขภาพชายแดนของคณะทำงานร่วมสหรัฐอเมริกา-เม็กซิโก คือ

1. การมีสถานภาพการทำงานที่ได้รับการรับรองจากรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น
2. การมีโครงสร้าง/องค์กรงานที่ชัดเจนในระดับท้องถิ่นและได้รับการสนับสนุนจากรัฐท้องถิ่น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในด้านการให้บริการเนื่องด้วยบุคลากรผู้ให้บริการรวมทั้งทรัพยากรอื่น ๆ ในการให้บริการจะอยู่ภายใต้การกำกับควบคุมโดยกรมการแพทย์ในรัฐท้องถิ่น

3. การประสานร่วมมือระหว่างผู้ทำงานภาคปฏิบัติบริการและสถาบันวิชาการ โดยรัฐท้องถิ่น ได้ประสานนักวิชาการในมหาวิทยาลัยต่างๆ เพื่อทำการศึกษาค้นคว้าและหาแนวทางในการทำงาน โดยกำหนดให้มี border health research forum ขึ้นเป็นประจำ

4. การทำงานที่ประสานความร่วมมือกับองค์กรเอกชนที่ทำงานทั้งในพื้นที่สหรัฐอเมริกาและองค์กรเอกชนในเม็กซิโก รวมทั้งภาคประชาสังคม/ชุมชนทั้งสองแห่ง ในบางพื้นที่มีการจัด Border health day ซึ่งเป็นการจัดในพื้นที่ทั้งสองฝั่ง ลักษณะการจัดงานคล้ายงาน fair ซึ่งมีชุมชนเข้าร่วม จัดกิจกรรม ขายอาหาร สินค้า และบริการตรวจรักษา ให้ความรู้ด้านสุขภาพ ในบางพื้นที่ได้เข้าไปจัดกิจกรรมร่วมกับโรงเรียนเพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กในโรงเรียนพื้นที่ชายแดน และในบางรัฐมีการจัดทำโครงการสร้างผู้นำข้ามแดน (Leaders across border) เป็นต้น

เงื่อนไข/กลไกในการจัดการสุขภาพข้ามแดนจากกรณีตัวอย่างที่นำเสนอ

บริบทของการจัดการสุขภาพชายแดนในพื้นที่สหรัฐอเมริกา-เม็กซิโกมีความแตกต่างจากการจัดการสุขภาพข้ามแดนในยุโรปที่กล่าวข้างต้น ในขณะที่ประเทศในสหภาพยุโรปมีการพัฒนาระบบประกันสุขภาพและประชาชนมีสิทธิประโยชน์จากระบบประกัน การข้ามแดนไปใช้บริการสุขภาพในประเทศอื่นเป็นไปเพื่อการหาบริการที่มีคุณภาพ/ความเชี่ยวชาญมากกว่าในประเทศของตน หรือเป็นการข้ามไปใช้บริการเนื่องจากปัญหาการรอคิวเข้ารับการรักษาในประเทศของตน (Transnational health care searcher ในความหมายของ Mainil et al: 2012) ในขณะที่การข้ามแดนของสหรัฐอเมริกา-เม็กซิโก เป็นการข้ามแดนของบุคคลที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพในประเทศที่ตนอาศัยอยู่ เป็นการข้ามไปใช้บริการทั้งที่เป็นบริการพื้นฐานจำเป็น การข้ามไปซื้อยา/เวชภัณฑ์ การแพทย์ในเม็กซิโก รวมทั้งบริการทั่วไปที่ไม่ครอบคลุมในระบบการประกันสุขภาพในประเทศของตนหรือไม่สามารถรอคิวในการรักษาได้ เช่น บริการทันตกรรม ผู้ที่ข้ามแดนจึงเป็นทั้งชาวอเมริกันและชาวเม็กซิโก (ทั้งที่เข้าเมืองถูกและไม่ถูกกฎหมาย) และเป็นการข้ามแดนไปใช้บริการสุขภาพในฝั่งเม็กซิโกเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากระบบประกันสุขภาพของสหรัฐอเมริกามีข้อจำกัดในการให้บริการรวมทั้งประชาชนที่อาศัยและทำงานในสหรัฐไม่สามารถจ่ายค่าประกันสุขภาพจากบริษัทเอกชนที่มีราคาสูงมาก

งานศึกษาบริการสุขภาพข้ามแดนทั้งหมดข้างต้นทำให้เห็นกระบวนการและเงื่อนไขในการจัดการสุขภาพชายแดนที่สำคัญ คือ

1. กระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพชายแดนเริ่มจากความต้องการของพื้นที่

การดำเนินงานในสหรัฐอเมริกาเป็นตัวอย่างที่ชัดเจนซึ่งการดำเนินงานเริ่มจากปัญหาและความต้องการของพื้นที่และทำให้แต่ละรัฐมีการดำเนินกิจกรรมต่างๆ กันไป เช่นเดียวกับในสหภาพยุโรปซึ่งประชาชนในพื้นที่ชายแดนสามารถเดินทางไปใช้บริการในประเทศเพื่อนบ้านได้สะดวกกว่าการใช้บริการในสถานบริการในประเทศที่อยู่ห่างไกล ความต้องการของประชาชนในพื้นที่เป็นเงื่อนไขสำคัญและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือระหว่างส่วนต่างๆ รวมทั้งทำให้เกิดความชอบธรรมในการหาความร่วมมือจากหน่วยงานภายนอก หากความต้องการของประชาชนในพื้นที่เปลี่ยน โครงการความร่วมมือก็ต้องเปลี่ยนหรือหยุดกิจกรรม ดังนั้น แม้ว่าหน่วยงานภายนอกจะต้องการให้เกิดความร่วมมือมากแค่ไหนหรือมีเงินทุนมากเพียงใด หากไม่ใช่ความต้องการของพื้นที่ก็ยากที่จะเกิดขึ้นได้ Glinos & Baeten (2015: 335, 336)

อย่างไรก็ดี แม้สุขภาพมีความสำคัญต่อการมีชีวิต หากการดำรงชีวิตมีปัจจัยอื่นอีกมากมายที่บุคคลต้องเลือกนอกเหนือจากเรื่องสุขภาพ บริบทชายแดนเม็กซิโกมีลักษณะใกล้เคียงกับบริบทชายแดนแม่สอดที่ผู้คนข้ามแดนทั้งที่ถูกและไม่ถูกกฎหมายเข้ามาทำงาน และมีสภาพความเป็นอยู่รวมทั้งมาจากพื้นที่ที่ระบบบริการสุขภาพยังไม่ครอบคลุม นอกจากบริการสุขภาพพื้นฐานที่ต้องการแล้วความมั่นคงในการดำเนินชีวิตก็เป็นปัจจัยสำคัญและอาจจะเป็นสิ่งที่ผู้คนเหล่านี้เลือกเป็นอันดับแรกก่อนการดำเนินงานด้านสุขภาพ

2. รัฐมีบทบาทสำคัญแต่ไม่ใช่เป็นเงื่อนไขสำคัญเพียงอย่างเดียวต่อความสำเร็จ/ยั่งยืนของการทำงาน

รัฐในความหมายของผู้กำหนดระเบียบและจัดสรรทรัพยากรในพื้นที่และในระดับประเทศเป็นกลไกที่มีบทบาทสำคัญ ในการจัดบริการสุขภาพชายแดนในสหภาพยุโรป รัฐได้ผ่อนปรนและสร้างกลไกเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพข้ามแดน เช่น กรณีรัฐได้ปรับให้โรงพยาบาลในเบลเยียมมีสถานะเป็นสถานบริการร่วมของฝรั่งเศสอันทำให้กองทุนประกันสุขภาพของฝรั่งเศสสามารถโอนเงินให้แก่โรงพยาบาลที่อยู่ในต่างประเทศได้ รวมทั้งโรงพยาบาลเบลเยียมสามารถเปิดบัญชีเพื่อรับโอนเงินประกันสุขภาพจากธนาคารฝรั่งเศส นอกจากนั้น รัฐยังมีทุนทรัพยากรบุคคลและเครื่องมือทางการแพทย์ในพื้นที่ และสามารถให้บริการได้อย่างคล่องตัว เช่น การพัฒนาคลินิกให้บริการเคลื่อนที่ของรัฐท้องถิ่นในสหรัฐอเมริกา

อย่างไรก็ดี บทบาท/การสนับสนุนของรัฐต่อการจัดการสุขภาพชายแดนมักมีการปรับเปลี่ยนตามนโยบายและทำให้การจัดการในบางพื้นที่ต้องหยุดชะงักหรือล่าช้า Glinos & Baeten (2015: 332) ได้เสนอการทำความเข้าใจระหว่างฝรั่งเศสและสเปน โดยผู้หญิงฝรั่งเศสในพื้นที่ชายแดนได้ข้ามไปใช้บริการอนามัยแม่และเด็กที่สเปนเป็นจำนวนปีละหลายพันคน ทางพื้นที่ทั้งสองฝั่งมีการลงนามความร่วมมือและตกลงที่จะก่อสร้างสถานบริการสุขภาพขึ้นในพื้นที่ชายแดน โดยเงินทุนในการก่อสร้างมาจากฝรั่งเศสและสหภาพยุโรป แต่เนื่องจากความไม่แน่นอนในนโยบายของรัฐทำให้โครงการนี้แม้จะมีการตกลงในหลักการกันตั้งแต่ปี ค.ศ.2002 การลงนามความร่วมมือในการก่อสร้างสามารถทำได้ในปี ค.ศ.2010 และสถานบริการสุขภาพที่สร้างใหม่ได้เปิดให้บริการได้ในปี ค.ศ.2013 งานศึกษาบริการสุขภาพข้ามแดนได้พูดถึงการที่โครงการต่างๆ ต้องมีอันยุติเนื่องมาจากการปรับนโยบายของรัฐ

3. การมีเจ้าภาพและการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องและมีผู้ที่มีอิทธิพลในการทำงานอย่างจริงจังในพื้นที่

ในกรณีตัวอย่างการข้ามแดนที่ยกมาทั้งหมดแสดงถึงการทำงานร่วมกันของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชนและภาคประชาสังคม การทำงานของสหรัฐใช้ Office of border health, Department of health ที่อยู่ในรัฐท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพและผู้ประสานงานหลักในขณะที่การจัดการส่งตัวผู้ป่วยจากมอลตาไปอังกฤษก็ต้องผ่านจากคณะกรรมการที่ปรึกษาสาธารณสุขชายแดน การมีเจ้าภาพและผู้ประสานงานที่ชัดเจนช่วยได้มากในการพัฒนากำหนดกรอบการทำงานร่วมกันในระยะยาว ดังเช่นในสหรัฐมีการกำหนดแผนการทำงานสุขภาพชายแดนทุก 10 ปี แผนที่ใช้อยู่ในปัจจุบันจะสิ้นสุดในปี ค.ศ.2020

นอกจากการจัดโครงสร้างการประสานงานที่ชัดเจนแล้ว สิ่งที่เห็นชัดเจนในกรณีศึกษาเหล่านี้คือความมุ่งมั่นในการทำงานของผู้ที่อยู่ในพื้นที่ เช่น บุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ชายแดนฝรั่งเศส-

เบลเยียม และในมอลตา-อังกฤษ และในพื้นที่ชายแดนเม็กซิโก บทบาทของชุมชนและอาสาสมัครในการสนับสนุนช่วยเหลือการดำเนินงาน (เช่น ในกรณีรัฐนิวเม็กซิโกที่พัฒนาเครือข่ายภาคประชาสังคมให้ความช่วยเหลือผู้อพยพในด้านสุขภาพและด้านต่างๆ) ชื่อน่าสังเกต คือ ในบางพื้นที่ผู้ที่เป็นเจ้าภาพการทำงานของทั้งสองพื้นที่เป็นมหาวิทยาลัยที่มีโรงเรียนแพทย์และได้ทำการประสานงานร่วมกันในการสนับสนุนบริการสุขภาพชายแดน เช่น ความร่วมมือระหว่าง Maastricht และ Aachen University ในพื้นที่ชายแดนเนเธอร์แลนด์-เยอรมัน (Glinos & Baeten: 2015: 333)

4. การจัดการที่ทุกฝ่ายได้ประโยชน์

การจัดการบริการสุขภาพข้ามแดนในแง่หนึ่งเป็นการจัดการผลประโยชน์และทุกฝ่ายที่เข้ามาร่วมในโครงการแม้ได้รับผลประโยชน์ที่อาจจะมากน้อยต่างกันแต่อย่างน้อยต้องไม่มีการขัดผลประโยชน์ (Glinos & Baeten: 2015) ซึ่งการคำนึงถึงประโยชน์นอกเหนือจากประโยชน์ของผู้ป่วยแล้ว บุคคลอื่นๆ ที่เข้ามาร่วมสนับสนุนก็ควรมีส่วนในการได้รับประโยชน์ตามสมควร และต้องเป็นการคำนึงถึงประโยชน์ที่ผู้เกี่ยวข้องในทั้งสองพื้นที่จะได้รับ เช่น กรณีการเปิดโอกาสให้เอกชนจัดบริการประกันสุขภาพในเบลเยียมและในรัฐแคลิฟอร์เนียสามารถทำให้ผู้ป่วยชาวฝรั่งเศสชาวอเมริกันและชาวเม็กซิโกสามารถไปใช้บริการในต่างแดนได้ สถานบริการสุขภาพสามารถจัดบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม สถานบริการหลายแห่งในพื้นที่ชายแดนสามารถใช้ทรัพยากรร่วมกันรวมทั้งในบางแห่งมีการแลกเปลี่ยนผู้เชี่ยวชาญ เช่น กรณีแพทย์ผ่าตัดหัวใจเด็กในอังกฤษไปแลกเปลี่ยนและเปิดบริการในมอลตาปีละ 2 ครั้ง เป็นต้น

5. การจัดการสุขภาพข้ามแดนต้องทำให้เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพในพื้นที่

Glinos & Baeten (2015: 335) เสนอว่าการจัดการสุขภาพข้ามแดนจะต้องทำให้สอดคล้องและเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพในพื้นที่นั้นๆ ซึ่งจะทำให้เกิดความเป็นมาตรฐานในการให้บริการที่ไม่แตกต่างจากบริการในพื้นที่และจะทำให้การบริการไม่เป็นภาระกับผู้ให้บริการ เช่น ในกรณีของผู้ป่วยมอลตาเมื่อเข้าไปใช้บริการในอังกฤษ จะมีขั้นตอนกระบวนการตามปกติที่กำหนดในระบบการจัดการสุขภาพทั่วไปที่ใช้กับชาวอังกฤษที่พำนักในประเทศ

นอกจากนั้น การศึกษาการจัดการสุขภาพข้ามแดนยังทำให้เห็นประเด็นที่ทุกประเทศให้ความสำคัญ คือ การจัดการด้านค่าใช้จ่ายซึ่งส่วนใหญ่จะพัฒนาระบบประกันสุขภาพและใช้เงินจากกองทุนประกันสุขภาพไม่ว่าจะเป็นกองทุนที่พัฒนาโดยภาครัฐและในภาคเอกชน แม้ในบริบทชายแดนเม็กซิโกที่เป็นผู้อพยพผิดกฎหมาย (ในสหรัฐอเมริกา) ก็ใช้ระบบประกันของเอกชน ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายเป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่แม่สอดเช่นกันและยังไม่มีมีการประกันสุขภาพที่ครอบคลุม

ในขณะที่ค่าใช้จ่ายในการพูดถึงการเดินทางข้ามแดนเพื่อใช้บริการสุขภาพยังมีความหลากหลายและยังไม่มีข้อสรุปร่วมกัน การจัดบริการสุขภาพข้ามแดนมีในรูปแบบต่างๆ กันตามความต้องการของบุคคลในพื้นที่ นอกจากนั้น บุคคลที่ข้ามแดนมาใช้บริการสุขภาพก็มีหลากหลายกลุ่มและมาจากเงื่อนไขในบริบทต่างๆ กัน แต่ประการสำคัญคืองานศึกษาสุขภาพข้ามแดนและปรากฏการณ์การเดินทางของผู้คนข้ามแดนเพื่อใช้บริการสุขภาพได้สะท้อนนัยที่สำคัญอยู่มากมายและต่างๆ กัน การเดินทางข้ามแดนเพื่อใช้บริการสุขภาพในลักษณะหนึ่งคือ การสะท้อนปัญหาของระบบสาธารณสุขของประเทศที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ การเดินทางข้ามแดนเพื่อใช้บริการสุขภาพแม้เป็นการตัดสินใจเลือกใช้บริการส่วนบุคคล แต่เป็นการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชนในการได้รับการดูแล

สุขภาพ และในท้ายที่สุดงานศึกษาการจัดการสุขภาพข้ามแดนในหลายๆ ที่แสดงให้เห็นว่า การบริการสุขภาพข้ามแดนเป็นเครื่องมือที่นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพและระบบบริการสาธารณสุขในประเทศที่ให้บริการด้วยเช่นกัน

บทที่ 2

การจัดการสาธารณสุขชายแดนในประเทศไทย

พื้นที่ชายแดนของไทยมีการข้ามแดนเพื่อเป้าหมายการค้าและสุขภาพมาแต่อดีต การส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมด้วยนโยบายการค้าเสรี การค้าชายแดน และการพัฒนาแนวพื้นที่เศรษฐกิจ ตลอดจนการส่งเสริมการท่องเที่ยวล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาทางด้านการคมนาคมขนส่งและการเคลื่อนย้ายของประชากรเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากการส่งเสริมและพัฒนาดังกล่าวเกิดขึ้นในประเทศที่มีอาณาเขตติดกัน การพัฒนาของประเทศหนึ่งย่อมส่งผลถึงอีกประเทศหนึ่งที่มีดินแดนติดกันไม่ว่าจะผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจหรือสังคม ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพของประชากรที่อาศัยอยู่บริเวณชายแดนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

เนื้อหาในบทนี้กล่าวถึงการจัดการสาธารณสุขชายแดนของไทย โดยเริ่มจากการนำเสนอแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขชายแดนในระดับชาติ แผน/ลักษณะความร่วมมือที่ไทยและประเทศเพื่อนบ้าน ในการดำเนินการด้านสาธารณสุขชายแดน การดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนในระดับจังหวัดตาก และในส่วนท้ายจะนำเสนอการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่แม่สอด โดยเน้นวิเคราะห์รูปแบบและกลไกที่มีการดำเนินการในพื้นที่ในช่วงที่ผ่านมา

การจัดการสาธารณสุขชายแดนของประเทศไทย

การจัดการปัญหาสุขภาพชายแดนของประเทศไทยมีการดำเนินการในระดับพื้นที่มากกว่า 20 ปี แต่ด้วยระดับการพัฒนาที่เพิ่มขึ้นในทุกๆ ด้าน และเพื่อให้การดำเนินการสาธารณสุขสอดคล้องไปกับนโยบายการพัฒนาประเทศและพื้นที่ชายแดน และให้มีความพร้อมต่อการแก้ปัญหาและสถานการณ์สุขภาพชายแดนที่สำคัญอันประกอบด้วยโรคติดต่อสำคัญ อาทิ มาลาเรีย วัณโรค เอชไอวี/เอดส์ อุจจาระร่วง โรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน นอกจากนี้ยังพบปัญหาภาวะอนามัยเจริญพันธุ์ (อัตราการตายของแม่และทารกสูงในกลุ่มประชากรไทยและต่างชาติ) การลักลอบนำเข้าและส่งออกผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ ภัยธรรมชาติและความไม่สงบในพื้นที่ชายแดน การเคลื่อนย้ายแรงงานอย่างไม่เป็นระบบ รวมไปถึงระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศที่มีข้อจำกัด กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดทำแผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนฉบับที่ 1 (พ.ศ.2550-2554) ขึ้น ภายใต้ 6 ยุทธศาสตร์หลัก⁵ ที่เน้นให้ชุมชนชายแดนมีระบบบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่มีคุณภาพและประชากรสามารถเข้าถึงการบริการได้อย่างครอบคลุม มีระบบเฝ้าระวังโรคที่มีประสิทธิภาพ สนับสนุนและส่งเสริมให้มีความร่วมมือของท้องถิ่นและการประสานความร่วมมือระหว่างประเทศ

อย่างไรก็ตาม การขับเคลื่อนแผนแม่บทฯ พบข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถขับเคลื่อนแผนงานไปสู่การปฏิบัติจริงในระดับพื้นที่ได้ ดังนี้ 1) ความไม่ครอบคลุมของสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ห่างไกล 2) การไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการด้วยข้อจำกัดของสิทธิในการรักษา 3) การประสาน

⁵ ยุทธศาสตร์หลักของแผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนฉบับที่ 1 ประกอบด้วย

1) การสนับสนุนการเข้าถึงและการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุข 2) การสร้างความเข้มแข็งและพัฒนางานสาธารณสุขชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น 3) การพัฒนาสุขภาพประชากรต่างดาวและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ 4) การสนับสนุนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีต่างๆ ในการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานชุมชนชายแดน 5) การบูรณาการแผนงานและการพัฒนาการประสานงานสาธารณสุขชายแดน และ 6) การประสานความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้าน (ปนัดดา ปริญญา, 2556)

ความร่วมมือระหว่างประเทศที่มาจากความต่างของนโยบายทางการเมืองการปกครอง และ 4) การขาดแผนงานระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพและงบประมาณในการผลักดันนโยบายลงสู่การปฏิบัติ ดังนั้น เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน และเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น โดยคำนึงถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนทางเศรษฐกิจและสังคมของพื้นที่ชายแดน ในปี พ.ศ.2554 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดทำแผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนฉบับที่ 2 (พ.ศ.2555-2559)⁶ โดยจัดทำให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555-2559) นโยบายความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ นโยบายความมั่นคงแห่งชาติ และเป็นไปตามนโยบายรัฐบาลที่มุ่งให้เกิดการบริหารจัดการพื้นที่ชายแดน การพัฒนาความร่วมมือทางเศรษฐกิจในอนุภูมิภาคลุ่มน้ำโขงและการพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษ รวมถึงนโยบายของรัฐมนตรีที่เร่งรัดพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับประชากรชายแดน/ประชากรต่างด้าว/แรงงานต่างด้าว ที่เน้นให้ประชากรในพื้นที่ชายแดนมีสุขภาพดี ถ้วนหน้าผ่านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนซึ่งการขับเคลื่อนการแก้ปัญหาสุขภาพชายแดนเป็นการขับเคลื่อนไปตามแผนแม่บทเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในพื้นที่ โดยการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลกระทบต่อทั้งด้านบวก อาทิ เพิ่มความสามารถในการแข่งขัน เพิ่มการจ้างงาน การเป็นประตูการค้า และแก้ไขปัญหาแรงงานต่างด้าวลักลอบเข้ามายังพื้นที่ตอนใน ผลกระทบด้านลบ เช่น การแย่งชิงทรัพยากรปัญหาสิ่งแวดล้อม ภาระค่าใช้จ่ายในการให้บริการสุขภาพที่ไม่สามารถเรียกเก็บเงินได้ และการเคลื่อนย้ายของประชากรและโรคติดต่อ เป็นต้น (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

ปัจจุบัน ประเทศไทยอยู่ในช่วงการพัฒนาประเทศไปตามกรอบยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และมีความต่อเนื่องของการพัฒนาตามแนวทางยุทธศาสตร์การพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดให้ยุทธศาสตร์สาธารณสุขชายแดนและแรงงานข้ามชาติ (พ.ศ.2560-2564) เป็นแนวทางในการดำเนินการแก้ไขปัญหาและพัฒนาการดำเนินงานด้านสุขภาพในเขตพื้นที่ชายแดน ซึ่งมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ยุทธศาสตร์การพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษ แผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขเพื่อรองรับเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ (4R)⁷ และแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขชายแดน (FSS)⁸ โดยกำหนดยุทธศาสตร์หลักไว้ 5 ข้อ คือ 1) ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบ

⁶ ยุทธศาสตร์ 4 ประเด็นของแผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนฉบับที่ 2 ได้แก่ 1) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 2) การเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน 3) ความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และ 4) การบริหารจัดการ

⁷ แผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขเพื่อรองรับเขตเศรษฐกิจพิเศษ (พ.ศ.2560-2564) กำหนดยุทธศาสตร์สำคัญ 4 ด้าน คือ 1) การเตรียมความพร้อมด้านสาธารณสุข (Ready) เป็นการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของสถานบริการและด้านสาธารณสุข พัฒนาความสามารถในการจัดบริการ พัฒนากำลังคนและระบบข้อมูลเพื่อจัดการบริการสุขภาพ 2) การเพิ่มขีดความสามารถของระบบป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ระบบส่งต่อผู้ป่วย คุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อตอบโต้ปัญหาสุขภาพ (Response) 3) การลดความเสี่ยงด้านสาธารณสุข (Reduce risk) โดยการพัฒนาระบบประกันสุขภาพประชากรต่างด้าว สร้างความเข้มแข็งและความร่วมมือของทุกภาคส่วน และพัฒนาระบบการเฝ้าระวังอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม 4) การปรับเปลี่ยนโครงสร้างการบริหารจัดการด้านสาธารณสุข (Restructure) โดยผลักดันและปรับปรุงแก้ไขกฎหมายสาธารณสุขและกฎหมายที่กระทบต่อสุขภาพให้เอื้อต่อการดำเนินงาน และปรับโครงสร้างบทบาทภารกิจของสถานบริการและด้านสาธารณสุข

⁸ แผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขชายแดน ได้ถูกกำหนดขึ้นในปี พ.ศ.2559 โดยกำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงานที่สำคัญ 3 ด้าน คือ 1) การสร้างความเป็นมิตร (Friend) หมายถึง การสร้างเครือข่ายระดับพื้นที่ที่มีความเข้มแข็งและยั่งยืน มีระบบส่งต่อ

สาธารณสุขพื้นฐานในพื้นที่ชายแดน 2) ยุทธศาสตร์การเพิ่มศักยภาพการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ 3) ยุทธศาสตร์การจัดการสุขภาพในกลุ่มประชากรข้ามชาติ 4) ยุทธศาสตร์การสร้างภาคีเครือข่ายและประสานความร่วมมือระหว่างประเทศด้านสาธารณสุขชายแดน และ 5) ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการงานสาธารณสุขชายแดนอย่างมีประสิทธิภาพ

ในการจัดการสาธารณสุขชายแดนของประเทศไทยตามแผนแม่บทฯ และยุทธศาสตร์สาธารณสุขชายแดน จะเห็นได้ว่าแผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน ฉบับที่ 1 และ 2 กำหนดกลยุทธ์สำคัญ 4 ประเด็น คือ 1) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานและการเข้าถึงบริการ 2) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรค 3) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และ 4) การประสานความร่วมมือกับงานสาธารณสุขในประเทศเพื่อนบ้าน ในขณะที่แผนยุทธศาสตร์ชายแดน (FSS) มีเป้าหมายเพื่อแก้ปัญหาและสนับสนุนแผนแม่บทฉบับที่ 2 แผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขเพื่อรองรับเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ (4R) มีเป้าหมายเพื่อเตรียมความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐานสาธารณสุข ระบบป้องกันควบคุมโรค การส่งเสริมสุขภาพ การคุ้มครองผู้บริโภคและระบบประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นแนวทางของยุทธศาสตร์สาธารณสุขชายแดน ฉบับปัจจุบัน ทั้งนี้อาจพอสรุปได้ว่าการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนตามแผนแม่บทและยุทธศาสตร์สาธารณสุขชายแดนที่ดำเนินการตั้งตั้งแต่ปี พ.ศ.2550 ให้ความสำคัญต่อการสร้างและประสานเครือข่ายในประเทศและระหว่างประเทศ การควบคุมโรคติดต่อข้ามแดน และส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจในพื้นที่ชายแดนและเขตเศรษฐกิจพิเศษส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรในเขตชายแดน การเคลื่อนย้ายของผู้คนก่อให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดต่อชายแดนที่สำคัญ เช่น มาลาเรีย วัณโรค เอชไอวี และโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน เช่น คอตีบ และพิษสุนัขบ้า เป็นต้น ซึ่งประเทศไทยดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันโรคตามกรอบของ IHR และความมั่นคงทางสุขภาพโลกเช่นเดียวกับประเทศต่างๆ โดยดำเนินการมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 (สำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ กรมควบคุมโรค, ม.ป.ป., หน้า 4) ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินการสาธารณสุขชายแดนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีระบบการเฝ้าระวังโรคชายแดนที่เข้มแข็ง มีการร่วมมือในการทำงานและการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารของพื้นที่ชายแดนอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งมีการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยและการรักษาซึ่งสอดคล้องตามแนวทางของแผนแม่บทฯ ฉบับที่ 2 ที่ให้ความสำคัญต่อการประสานความร่วมมือระหว่างประเทศ การพัฒนาภาคีเครือข่ายการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนในด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพระหว่างจังหวัดชายแดนกับจังหวัดคู่ขนานของประเทศเพื่อนบ้าน

ความร่วมมือในการจัดการสาธารณสุขชายแดนไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน

การจัดการสาธารณสุขชายแดนของพื้นที่ชายแดนไทย-พม่า ไทย-ลาว ไทย-กัมพูชา และไทย-มาเลเซีย ตามโครงการความร่วมมือระหว่างประเทศของสำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ (สำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ กรมควบคุมโรค, ม.ป.ป.) ได้มีการจัดการพัฒนาระบบบริการ

ผู้ป่วยในพื้นที่ชายแดน และการเรียนรู้ร่วมกันของบุคลากรทั้งสองฝั่งชายแดน 2) การแลกเปลี่ยน (Share) คือ การเฝ้าระวัง และแลกเปลี่ยนข้อมูล การสนับสนุนหลักสูตรและทุนฝึกอบรม และการสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ 3) ระเบียบจัดการที่มีศักยภาพ (Strong) เป็นการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ระบบบริการสาธารณสุขมีคุณภาพ และประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

และพัฒนาความร่วมมือด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพร่วมกับจังหวัดชายแดน
คู่ขนาน (Twin Cities) กรอบระยะเวลาการดำเนินการ 1 ปี (ตุลาคม 2558 – กันยายน 2559) พื้นที่
ชายแดนต่างๆ ได้พัฒนาความร่วมมือกับจังหวัดชายแดนคู่ขนานในด้านการเฝ้าระวังป้องกันและ
ควบคุมโรค และความร่วมมือในการทำงานสาธารณสุขอื่นๆ ตัวอย่างเช่น

จังหวัดชายแดนคู่ขนานไทย-ลาว

- ความร่วมมือด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อสำคัญชายแดนลุ่มแม่น้ำโขง
ระหว่างจังหวัดหนองคายกับนครหลวงเวียงจันทน์ จังหวัดเลยกับแขวงไซยะบูลี จังหวัดบึงกาฬกับ
แขวงบอลิคำไซ เพื่อรายงานโรคติดต่อตามแนวชายแดน การส่งต่อผู้ป่วยผ่านด่านควบคุมโรคระหว่าง
ประเทศ การพัฒนาแนวทางควบคุมโรคตามแนวชายแดน การสอบสวนโรคร่วมกัน และประเด็น
อื่นๆ

- การพัฒนาความร่วมมือด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อและภัยสุขภาพของ
จังหวัดเลยกับแขวงไซยะบูลี แขวงเวียงจันทน์ ในด้านการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขร่วมกัน (เช่น
SRRT และการดูแลผู้ป่วยจิตเวช) การพัฒนาความร่วมมือการดำเนินงานการควบคุมโรคตามแนว
ชายแดน การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศที่ผ่านช่องทางเข้าออกประเทศ การพัฒนาด่าน
ควบคุมโรคระหว่างประเทศ (ด่านท่าลี่ ด้านเชียงคาน ด้านปากชม) ตาม IHR 2005

จังหวัดชายแดนคู่ขนานไทย-กัมพูชา

ความร่วมมือระหว่างจังหวัดชายแดนคู่ขนานจังหวัดสระแก้วกับบันเตียเม็ญเจ็ย โดยความ
ร่วมมือในด้าน One health การพัฒนาระบบการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเพื่อการเฝ้าระวังโรคการ
ซ้อมแผนเพื่อเตรียมรับและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข และการพัฒนาแกนนำอาสาสมัคร
สาธารณสุขต่างด้าว

จังหวัดชายแดนคู่ขนานไทย-มาเลเซีย

เมืองคู่ขนานสงขลา-เคดาห์ สตูล-เปอร์ลิส ยะลา-เประ นราธิวาส-กลันตัน มีแนวทางจัดระบบ
การป้องกันในระดับต่างๆ ร่วมกันระหว่างรัฐชายแดนไทย-มาเลเซีย ในระดับอำเภอไปถึงรับกระทรวง
ในด้านต่างๆ ดังนี้ กรณีเกิดภัยพิบัติ กรณีเกิดการระบาดของโรคติดต่อ การส่งต่อ และแนวทางการ
ดูแลสุขภาพประชาชนตามแนวชายแดนร่วมกัน รวมถึงการกำหนดข้อตกลงเป็นช่องทางการเชิญ
ประชุมหรือการเชิญร่วมกิจกรรมรณรงค์หรือซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข กรณี
อีโบล่า

จังหวัดชายแดนคู่ขนานไทย-เมียนมาร์

- มีการดำเนินการแผนงานวัณโรค การแลกเปลี่ยนข้อมูลเฝ้าระวังวัณโรคตามแนวชายแดน
และการหารือเกี่ยวกับการเฝ้าระวังวัณโรค เช่น การจัดตั้ง Focal Point ด้านการรักษาและการส่งต่อ
ผู้ป่วยวัณโรค ตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR 2005)

- แผนงานโรคเอดส์ มีการหารือกับ East Shan State เพื่อพัฒนาระบบการให้บริการยาต้าน
ไวรัสเอชไอวีให้กับชาวเมียนมาร์ที่อาศัยอยู่บริเวณชายแดนในประเทศไทย และร่วมกำหนดกลไกการ
ประสานงานดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยเอดส์ชาวเมียนมาร์ที่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการในประเทศไทย

- แผนงานมาลาเรีย มีการจัดตั้ง Malaria Post เพื่อให้บริการตรวจรักษา จัดกิจกรรมร่วมกับ
หมู่บ้านชายแดนคู่ขนาน การจัดฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ เป็นต้น

- ความร่วมมือในระดับพื้นที่ชายแดนโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตากและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่ 9 พิษณุโลก ดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค โดยการพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพ พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เข้าถึงง่าย คือ Health Post และ Malaria Post รวมถึงการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติและพนักงานสาธารณสุขต่างชาติ

การดำเนินการสาธารณสุขชายแดนของไทยและเพื่อนบ้านดังกล่าวข้างต้น สะท้อนถึงการทำงานตามแนวทางการจัดการสาธารณสุขระหว่างประเทศ ขณะที่บางกิจกรรมมีการพิจารณาตามความเหมาะสมของสถานการณ์พื้นที่นั้นเป็นสำคัญ เนื่องจากปัญหาสาธารณสุขชายแดนมีความซับซ้อนและเชื่อมโยงกับหน่วยงานภาครัฐและเอกชน มีความสัมพันธ์กับบริบททางสังคมและเศรษฐกิจของพื้นที่ชายแดนและของจังหวัดคู่ขนาน การมีความแตกต่างทางการเมือง เศรษฐกิจและระบบการบริการสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งต่อการดำเนินการสาธารณสุขชายแดน ส่งผลให้การจัดการสาธารณสุขชายแดนในแต่ละแห่งมีการดำเนินการระดับพื้นที่แตกต่างกันออกไป เพื่อความสอดคล้องกับสถานการณ์ของชายแดนนั้นๆ เป็นสำคัญ ดังเช่น การศึกษาเกี่ยวกับการใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยชาวลาวในประเทศไทย (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทยและเครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2555) พบว่า บริบทด้านพื้นที่มีผลต่อความสามารถในการจ่ายของค่าบริการของผู้ป่วยชาวลาวที่ข้ามแดนมารักษา โดยโรงพยาบาลที่อยู่ติดกับเมืองที่ไม่ใช่เมืองเศรษฐกิจของลาวแต่สามารถเดินทางข้ามมารักษาได้ง่ายนั้น โรงพยาบาลจะมีภาระการเงินค่อนข้างมาก เนื่องจากไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการได้ ขณะที่โรงพยาบาลรัฐของไทยที่อยู่ติดกับเมืองเศรษฐกิจของลาวและประชากรมีความสามารถในการจ่าย ต้องแข่งขันกับสถานพยาบาลเอกชนต่างๆ ส่วนโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่ต้องรองรับการรักษาในกรณีผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคที่ซับซ้อนและมีค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งแนวโน้มของการเข้ามารักษาพยาบาลในประเทศไทยมีเพิ่มมากขึ้น ด้วยความเชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพของไทย ประกอบกับการพัฒนาโครงสร้างเศรษฐกิจในจังหวัดชายแดนของประเทศลาว ทำให้ประชากรมีความสามารถในการจ่ายมากขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว ในบางจุดเป็นพื้นที่ที่มีความแตกต่างทางเศรษฐกิจของเมืองคู่ขนานและบางจุดมีความแตกต่างกันในด้านระบบบริการและการเข้าถึงบริการในประเทศต้นทาง ทำให้การจัดการสุขภาพชายแดนไทย-ลาวส่วนใหญ่เน้นไปที่การเฝ้าระวังและการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยผ่านด่านควบคุมโรค

ในทางกลับกัน จังหวัดชายแดนไทย-พม่า โดยเฉพาะชายแดนจังหวัดตากที่จังหวัดคู่ขนานมีความแตกต่างทางสภาพทางเศรษฐกิจ สังคมและระบบบริการสุขภาพ อีกทั้งมีความขัดแย้งทางการเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์ภายในประเทศ ระบบการดำเนินงานของราชการที่ต่างกัน ประชากรต่างชาติส่วนใหญ่ที่อาศัยอยู่ในฝั่งไทยไม่ขึ้นทะเบียนแรงงาน ส่งผลให้ปัญหาและการจัดการสาธารณสุขในพื้นที่นี้แตกต่างจากจังหวัดคู่ขนานชายแดนไทย-ลาว การจัดการสาธารณสุขชายแดนของฝั่งนี้ จึงเน้นที่การเฝ้าระวังป้องกันโรคผ่านการพัฒนาบริการสุขภาพพื้นฐานให้เข้าถึงง่ายและครอบคลุม โดยฝึกอบรมประชากรต่างชาติเพื่อเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติหรือพนักงานสาธารณสุขต่างชาติ และการสร้างเครือข่ายการดำเนินงานสุขภาพในพื้นที่และระหว่างพื้นที่ เป็นต้น

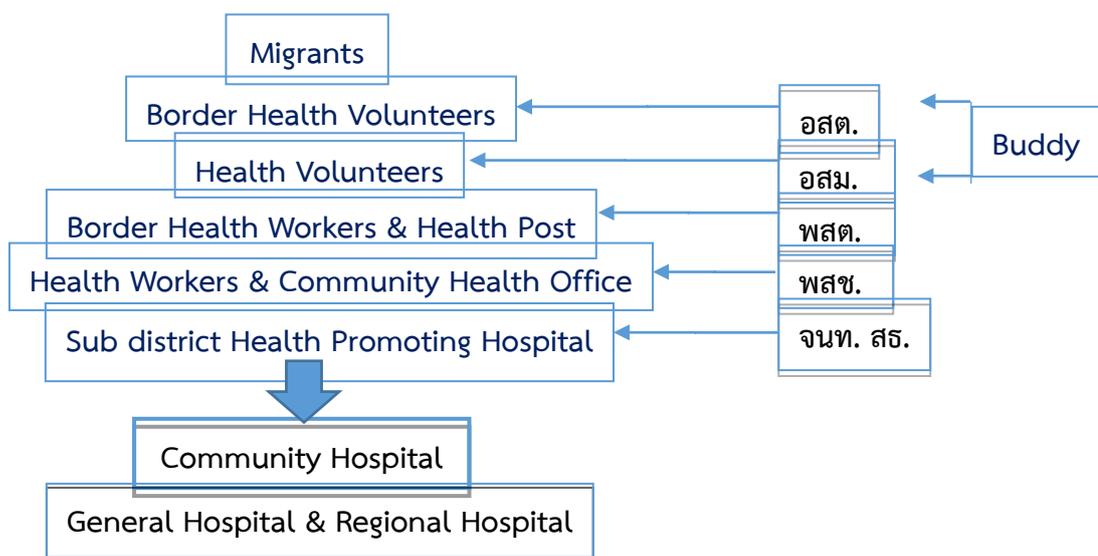
การดำเนินการสาธารณสุขชายแดนจังหวัดตาก และอำเภอแม่สอด

การวิจัยชิ้นนี้ทำการศึกษาในพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการดำเนินงานสุขภาพชายแดนมาอย่างต่อเนื่อง และเป็นพื้นที่ที่มีความพิเศษซ้อนทับกันอยู่ กล่าวคือ ด้วยบริบทของ

พื้นที่ซึ่งเป็นพื้นที่การค้าชายแดน มีการเคลื่อนย้ายของแรงงานและคนข้ามแดนมาเป็นระยะเวลานาน รวมถึงเป็นเส้นทางเศรษฐกิจตามแนวตะวันออก-ตะวันตก (East-West Economic Corridor: EWEC) ส่งผลต่อการเคลื่อนย้ายของคนตลอดเวลา และการที่จังหวัดตากถูกจัดให้เป็น 1 ใน 5 พื้นที่ชายแดนมีศักยภาพจัดตั้งเป็นเขตเศรษฐกิจพิเศษระยะแรกตามมติของคณะกรรมการความมั่นคงและสงบแห่งชาติ (คสช.) อำเภอแม่สอดและจังหวัดตากมีนโยบายการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนในระดับพื้นที่ที่มีความสอดคล้องกับแผนงานของส่วนกลาง โดยยุทธศาสตร์สาธารณสุขชายแดนของจังหวัดตาก⁹ เน้นความร่วมมือของทุกภาคส่วนในพื้นที่เพื่อการพัฒนากระบวนการบริการที่มีคุณภาพในการแก้ปัญหาโรคและภัยสุขภาพทั้ง 6 โรคในพื้นที่ ประกอบด้วย 1) อหิวาตกโรค 2) มาลาเรีย 3) วัณโรค 4) HIV/AIDS 5) EPI (การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค) และ 6) แคดเมียม (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 พิษณุโลก, ม.ป.ป.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตากได้กำหนดกลยุทธ์ 5 ด้าน เพื่อใช้ดำเนินงานสาธารณสุขชายแดน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก, 2558) ดังนี้

กลยุทธ์การดำเนินงานสาธารณสุขชายแดน

1. Health Dam เป็นกลยุทธ์ใช้แก้ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพและการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย โดยการเพิ่มสถานบริการสุขภาพกระจายสู่ชุมชนประชากรที่อาศัยอยู่ ณ ชายแดน (Health Post, Malaria Post, Health center) และเพิ่มจำนวน พัฒนาคน (การฝึกอบรมพนักงานสาธารณสุขชุมชน พนักงานสุขภาพชุมชนชายแดน อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ) และเป็นการลดภาระงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ดังภาพที่ 2.1)



ภาพที่ 2.1 เชื้อนคัตกรองสุขภาพจังหวัดตาก (Tak Health Dam)

⁹ สคร.9 ได้กำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงานแก้ปัญหาโรคและภัยสุขภาพในเขตพื้นที่ชายแดน 2 ประการ คือ 1) การสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐ เอกชน และระหว่างประเทศ โดยการสร้าง/พัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่ายและพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ และ 2) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เข้าถึงได้และตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพชายแดน โดยการพัฒนาศักยภาพของสถานบริการ (Health post และ Malaria post) การจัดบริการเชิงรุกแก่ชาวต่างชาติในชุมชน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการจัดการสุขภาพ พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และการให้บริการเป็นมิตรในโรงพยาบาล

ที่มา: งานสาธารณสุขชายแดน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก

2. Twin Village หมู่บ้านคู่ขนานไทย-พม่า เป็นกลยุทธ์การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคร่วมกันของ 2 ฝั่งชายแดน (แบบไม่เป็นทางการ) ในพื้นที่หมู่บ้านคู่ขนานจำนวน 36 ชุมชน ใน 5 อำเภอชายแดนไทย-พม่า จังหวัดตาก โดยนำหลักสาธารณสุขมูลฐานมาใช้ในการดำเนินการ

3. เครือข่ายความร่วมมือการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดน (Border health task force collaboration network) ภาครัฐและองค์กรอิสระ (Go & NGOs) ช่วยเหลือ และร่วมแบ่งปัน

4. เครือข่ายความร่วมมือระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก (โรงพยาบาลแม่สอด) และโรงพยาบาลเมียวดี ประเทศสาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาร์

5. คณะกรรมการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนและเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดตาก เพื่อจัดตั้งทีมงานด้านสาธารณสุขชายแดนเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

กลยุทธ์การดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตากมีการจัดการสาธารณสุขชายแดนที่เน้นการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยคุกคามสุขภาพโดยการพัฒนาบริการสุขภาพโดยเฉพาะในระดับพื้นที่และชุมชน เพื่อให้การพัฒนาบริการครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มเป้าหมาย และความร่วมมือของเครือข่ายสาธารณสุขจากองค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน ประชาชน ทั้งภายในและระหว่างประเทศ และด้วยการดำเนินงานดังกล่าวที่เน้นการสร้างเครือข่ายการดำเนินงานสาธารณสุขระหว่างพื้นที่ชายแดน (ไทย-เมียนมาร์) ให้มีความร่วมมือในการดำเนินงานสาธารณสุข ทำให้สามารถควบคุมการเกิดโรคระบาด โรคข้ามประเทศได้ ตัวอย่างเช่น เหตุการณ์ใน ปีงบประมาณ 2558 ที่มีการระบาดของอหิวาตกโรคตามแนวชายแดนประเทศเมียนมาร์ตรงข้าม จังหวัดกาญจนบุรีและตาก การควบคุมโรคในพื้นที่สามารถจัดการในทัน่วงที่ และควบคุมไม่ให้เกิดการระบาดของโรคสู่พื้นที่อื่นได้นั้น เนื่องจากได้รับรายงานการเกิดโรคจากเครือข่ายฯ พื้นที่ที่เกิดการระบาดของโรค

การดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตากได้มีการประสานงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพชายแดนจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชน (งานสาธารณสุขชายแดน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก, 2558, หน้า 3) ได้แก่ องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลในพื้นที่ 5 อำเภอชายแดน และหน่วยงานเอกชนที่ทำงานในพื้นที่ศูนย์พักพิงชั่วคราว ภายใต้การกำกับของกระทรวงมหาดไทย ได้แก่ SMRU, ARC, PU-AMI, Solidarities, และ สวท รวมถึงองค์กรอิสระที่ทำงานในชุมชนต่างชาติซึ่งอยู่นอกพื้นที่ศูนย์ฯ ได้แก่ IRC และ แม่ตาวคลินิก

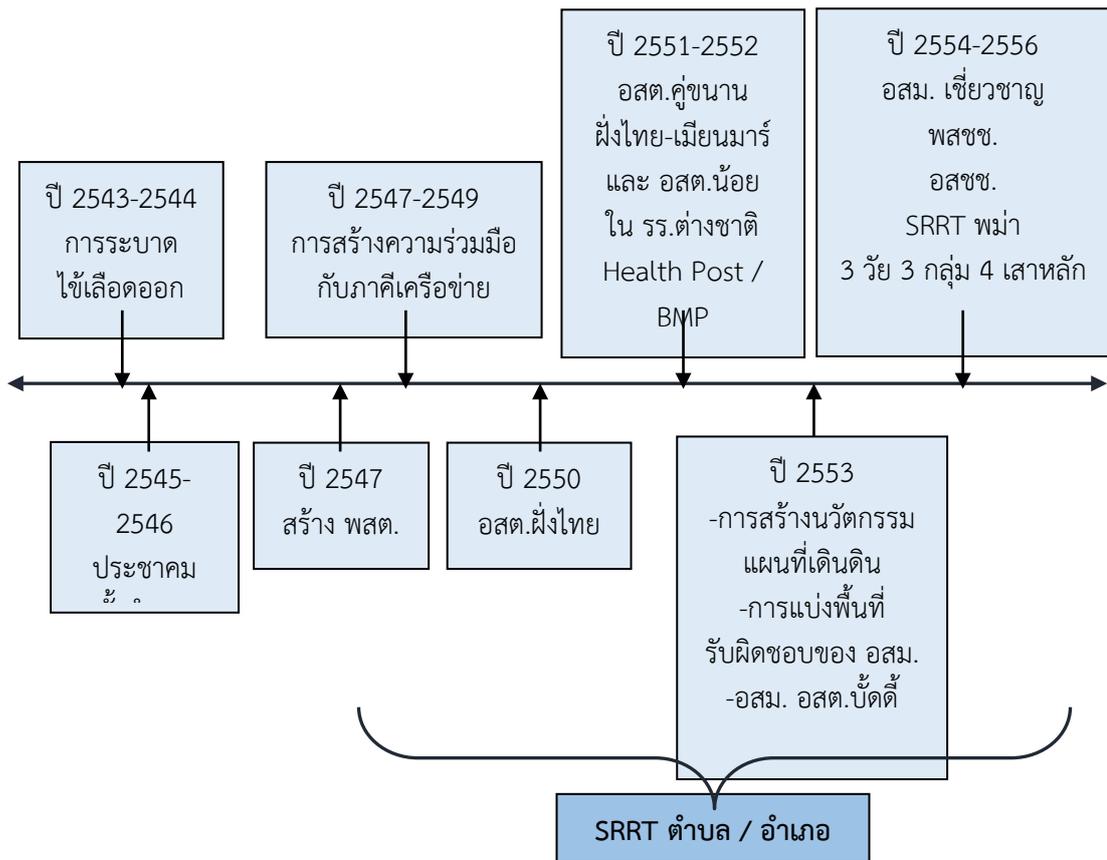


ภาพที่ 2.2 เครือข่ายการทำงานสาธารณสุขชายแดน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก
ที่มา: งานสาธารณสุขชายแดน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก, 2558, หน้า 3

การจัดการสาธารณสุขชายแดนของอำเภอแม่สอด

อำเภอแม่สอดในฐานะเป็นพื้นที่หน้าด่านที่ได้รับผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามทางสุขภาพ ได้มีการพัฒนาเครือข่ายและการเตรียมความพร้อมรับมือโรคระบาดในเขตชายแดนมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2547 เนื่องด้วยบริบททางภูมิประเทศที่แตกต่างจากชายแดนอื่นๆ คือ เป็นพื้นที่สูง ทิวทัศน์มีแนวชายแดนยาวและคนข้ามไปมาได้ง่ายเพื่อการประกอบอาชีพ การเดินทางเข้าเมือง ขึ้นใน การอพยพย้ายถิ่น และเป็นพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ (การพัฒนาเครือข่ายและการเตรียมความพร้อมรับมือโรคที่ระบาดในชายแดน อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก, 2556) รวมถึงเป็นที่ตั้งของโรงงานอุตสาหกรรมจำนวนมาก เป็นด่านการค้าชายแดนที่สำคัญแห่งหนึ่งของประเทศไทย จากบริบทดังกล่าวอำเภอแม่สอดจึงพัฒนาการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนให้สอดคล้องกับพื้นที่ ขณะเดียวกันการดำเนินงานดังกล่าวสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์ในระดับต่างๆ ด้วยเช่นกัน

การดำเนินงานพัฒนาเครือข่าย SRRT (Surveillance and Rapid Response Team หรือ ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว) โดย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอด โรงพยาบาลแม่สอด และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินงานประสานร่วมกันผ่านกลไกอาสาสมัครสาธารณสุขไทย และต่างชาติในพื้นที่ที่เกิดโรคระบาด ทีม SRRT นี้ มีบทบาทสำคัญในการป้องกัน ควบคุม และลดการระบาดของโรคติดต่อชายแดน (โรคอุบัติใหม่-อุบัติซ้ำ) ดำเนินการค้นหาผู้ป่วยในชุมชน และการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือการระบาดของโรคในพื้นที่ชายแดน และถูกนำมาเป็นแนวทางการจัดการสาธารณสุขชายแดนระดับพื้นที่ โดยมีกระบวนการทำงานด้านการขับเคลื่อนข้อมูลปัญหาของพื้นที่ ความพร้อมของบุคลากร และการถอดบทเรียน (เพิ่งอ้าง) ซึ่งในกระบวนการดังกล่าวเน้นการรับฟังความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมของภาคีทุกภาคส่วนในการแก้ไขปัญหา ทั้งนี้ อำเภอแม่สอดมีเส้นทาง การพัฒนาและแก้ไขปัญหาโรคติดต่อชายแดน ดังนี้



ภาพที่ 2.3 เส้นทางการพัฒนาและแก้ไขปัญหาโรคติดต่อชายแดน

ที่มา: การพัฒนาเครือข่ายและการเตรียมความพร้อมรับมือโรคที่ระบาดในชายแดน อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก, 2556

การพัฒนาและแก้ไขปัญหาโรคติดต่อชายแดนของอำเภอแม่สอดตั้งแต่เริ่มดำเนินการนั้นเป็นกระบวนการสร้างการเฝ้าระวังและการสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ของระดับตำบลและอำเภอ ซึ่งมีการพัฒนาแตกต่างกันไปตามบริบทของพื้นที่ กล่าวคือ พื้นที่ราบมีการพัฒนาในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขณะที่พื้นที่ชายแดนมีการพัฒนาที่ Health Post, Border Malaria Post (BMP) แม่ตาวคลินิก และ SMRU (The Shoklo Malaria Research Unit) ซึ่งกลยุทธ์ในการทำงานสาธารณสุขชายแดนของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอด มี 4 ข้อ (การพัฒนาเครือข่ายและการเตรียมความพร้อมรับมือโรคที่ระบาดในชายแดน อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก, 2556 และบทสัมภาษณ์คุณศรีวรรณ หาญณรงค์ หัวหน้างานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอด, 16 กันยายน 2559) ดังนี้

1. ประชากรต่างชาติ ซึ่งมีการชักนำประชากรต่างชาติมาทำหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2547 โดยเริ่มกลุ่มแรกในพื้นที่โรงงานและขยายเข้าสู่พื้นที่ชุมชน และให้อาสาสมัครเหล่านี้ทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ (อสด.) พนักงานสาธารณสุขต่างชาติ (พสต.) อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (อสช.) และ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติคูชานาน (อสด.คูชานาน) ที่อยู่ในโครงการ Twin Village (หมู่บ้านคูชานานฝั่งชายแดนไทย-พม่า) ซึ่งจุดประสงค์

ของการเกิด พสต. และ อสต. นั้น เพื่อให้การสื่อสารทำได้อย่างทั่วถึง/เข้าใจ และการควบคุมป้องกันโรคเป็นไปอย่างครอบคลุม

2. เน้น 3 กลุ่ม 3 วัย 4 เสาหลัก ซึ่ง 3 กลุ่ม 3 วัยประกอบด้วย กลุ่มเด็กเยาวชน กลุ่มวัยแรงงาน และกลุ่มผู้สูงอายุ โดยมีหลักสำคัญ 4 ด้าน คือ โครงสร้าง ระบบ ทักษะ และค่านิยม ซึ่งดำเนินการผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่งเสริมสุขภาพ และวัดส่งเสริมสุขภาพ

3. การสร้างเครือข่ายการทำงาน ประกอบด้วยองค์กรภาครัฐ เอกชน และองค์กรระหว่างประเทศที่เข้าร่วมดำเนินการจัดการสาธารณสุขชายแดนในพื้นที่ รวมถึงกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขชาวไทยและต่างชาติ

4. การสร้างเครือข่ายสังคม ได้แก่ ภาคประชาชนหรือกลุ่มต่างๆ ทางสังคม กลุ่มเศรษฐกิจ การเมือง และกลุ่มอื่นๆ ที่จะเข้ามาทำงานร่วมกันเพื่อร่วมสร้างภาคีสุขภาพที่เข้มแข็ง

กลยุทธ์ต่างๆ เหล่านี้นำไปสู่การพัฒนาระบบสาธารณสุขชายแดนที่เน้นการทำงานเชิงรุก การป้องกันและควบคุมโรคเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของพื้นที่ชั้นใน โดยเน้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและการมีส่วนร่วมของประชากรทั้งชาวไทยและต่างชาติในพื้นที่ รวมถึงองค์กรต่างๆ เพื่อสร้างเครือข่ายการทำงานสุขภาพชายแดน

กลไกการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนในพื้นที่อำเภอแม่สอด: ภาคีเครือข่าย และอาสาสมัครสาธารณสุขไทยและต่างชาติ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลแม่สอดเป็นหน่วยงานหลักของภาครัฐที่ดำเนินงานด้านสาธารณสุขชายแดน กำหนดเป้าหมายการทำงานในระดับพื้นที่ตามยุทธศาสตร์แผนแม่บทและแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขชายแดน โดยได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขอำเภอ (พ.ศ.2561-2565) ไว้ 5 ด้าน คือ

1. เพิ่มศักยภาพและพัฒนาสุขภาวะของบุคลากรและภาคีเครือข่าย
2. สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการสุขภาพ
3. บูรณาการการทำงานกับภาคีเครือข่าย
4. ส่งเสริมการเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานของประชากรต่างชาติ
5. ขยายความร่วมมือการจัดการสุขภาพข้ามแดน

การดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน พื้นที่อำเภอแม่สอดมีหลักในการทำงานที่เน้นการมีส่วนร่วมและการสร้างเครือข่ายการทำงานในพื้นที่ในหลายระดับ เช่น ในระดับนโยบายมีการจัดตั้งคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอแม่สอด (คป.สอ) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการเครือข่าย กองทุนตำบล โดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอดทำหน้าที่ในการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลแม่สอดและหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลแม่สอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลินิกอบอุ่นเทศบาลนครแม่สอด เพื่อวางแผน สนับสนุน ควบคุม กำกับ ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพประชากรทุกกลุ่มวัยเพื่อขับเคลื่อนงานให้บรรลุตามยุทธศาสตร์ที่ตั้งไว้ และมีการทำงาน/การประสานร่วมกับหน่วยงานภาคเอกชนในพื้นที่

กลไกเครือข่ายการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดน

แนวทางการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพโลกที่ให้ความสำคัญในการเฝ้าระวัง การป้องกัน และการตอบโต้โรคและภัยคุกคามสุขภาพ และแผนแม่บทการแก้ปัญหาและการพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนของไทยแต่ละฉบับ เน้นให้ทุกภาคส่วนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการเสริมสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ การจัดการสุขภาพชายแดนของภูมิภาคต่างๆ ได้อาศัยการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ เอกชนหรือประชาชน ซึ่งนอกจากจะเป็นโอกาสหรือช่องทางในการทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาาร่วมกันแล้วนั้น สิ่งนี้ยังเป็นส่วนสำคัญในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของการจัดการสุขภาพชายแดนด้วยเช่นกัน

การดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนในพื้นที่อำเภอแม่สอด มีเครือข่ายการทำงานหรือภาคีสุขภาพที่ร่วมดำเนินการงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค ทั้งที่อยู่ในภาครัฐ (กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ) ภาคเอกชน (หอการค้า สภาอุตสาหกรรม สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ IRC, SMRU, ARC, PU-AMI, MAP, WVFT และ PLAN เป็นต้น) ภาคประชาชน (ได้แก่กลุ่มต่างๆ ทางสังคม รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขต่างๆ บุคลากรในท้องถิ่นและท้องถิ่น เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน แพทย์ประจำตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับต่างๆ) องค์กรเหล่านี้มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการทำงานระดับพื้นที่เพื่อการพัฒนาเครือข่ายและการเตรียมความพร้อมรับมือโรคที่ระบาดในชายแดนของอำเภอแม่สอด (การพัฒนาเครือข่ายและการเตรียมความพร้อมรับมือโรคที่ระบาดในชายแดน อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก, 2556) โดยองค์กรเอกชนที่ได้มีการประสานงานเพื่อร่วมปฏิบัติงานสาธารณสุขชายแดนในบางส่วนเป็นภาคีที่อยู่ในงานสาธารณสุขชายแดนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตากด้วยเช่นกัน



ภาพที่ 2.4 เครือข่ายงานสาธารณสุขชายแดนอำเภอแม่สอด (ก่อนปี พ.ศ.2559)

ที่มา: การพัฒนาเครือข่ายและการเตรียมความพร้อมรับมือโรคที่ระบาดในชายแดน อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก, 2556

บทบาทและภารกิจขององค์กรเอกชนที่เป็นเครือข่ายการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนที่สำคัญของพื้นที่สามารถแยกออกได้เป็น การดำเนินงานด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม โรคมาลาเรีย HIV/AIDs โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค และการจัดหาน้ำสะอาดเพื่อการบริโภค ซึ่งแต่ละองค์กรได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากแหล่งทุนต่างๆ เช่น สหภาพยุโรป กองทุนโลก USAID หรือ องค์การอนามัยโลก เป็นต้น โดยกิจกรรมขององค์กรเอกชน¹⁰ บางส่วนสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

- กลุ่มองค์กรดำเนินงานด้านวัณโรคและมาลาเรีย ได้แก่ SMRU, WVFT (World Vision Foundation of Thailand), IRC และ PU-AMI
- กลุ่มองค์กรดำเนินงานด้าน HIV/AIDS ได้แก่ WVFT, MAP, Plan และ PU-AMI
- กลุ่มบริการสุขภาพและสนับสนุนการดำเนินงานการฝึกอบรมบุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ แม่ตาวคลินิก IRC และ ARC
- กลุ่มองค์กรดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพในศูนย์พักพิงชั่วคราว ได้แก่ SMRU, PU-AMI, ARC, Solidarities และ สวท

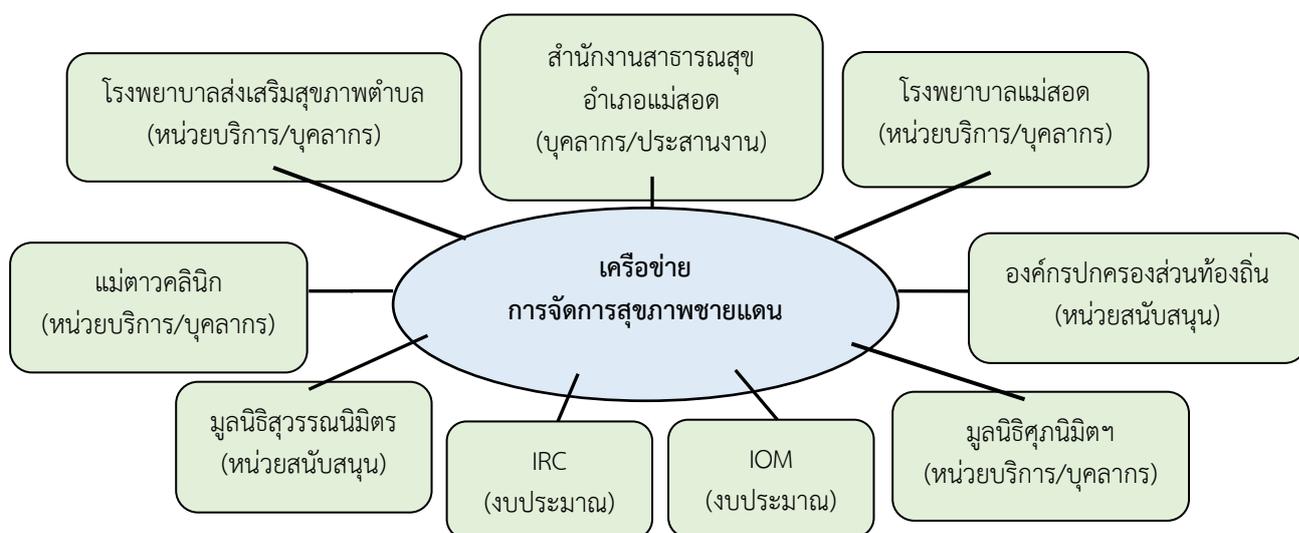
หากพิจารณาที่ภาคเอกชนหรือองค์กรอิสระที่เข้ามาเป็นเครือข่ายการทำงานสาธารณสุขชายแดน องค์กรเหล่านี้มีพันธกิจหรือกิจกรรมที่มุ่งส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานให้กับประชากรชายแดน ทั้งที่เป็นประชากรข้ามแดนและผู้ลี้ภัยที่เข้ามาอาศัยในศูนย์พักพิงชั่วคราวของจังหวัดตาก แม้ว่าโดยส่วนใหญ่แล้วภาคีเหล่านี้มุ่งช่วยเหลือผู้ข้ามแดนหรือประชากรต่างชาติเป็นหลัก แต่กิจกรรมการสนับสนุนต่างๆ ได้กลายเป็นเครือข่ายการทำงานสาธารณสุขชายแดนที่สำคัญของจังหวัดตากในการเตรียมความพร้อมรับมือกับโรคระบาดในพื้นที่

อย่างไรก็ตาม ด้วยเหตุผลของสถานการณ์ทางเศรษฐกิจของแหล่งสนับสนุนงบประมาณ เช่น สหภาพยุโรป (EU) และกองทุนโลก (Global Fund) หรือ การสิ้นสุดระยะเวลาการดำเนินงาน การเปลี่ยนกลุ่มเป้าหมายการดำเนินงาน เช่น IRC ซึ่งเป็นองค์กรสนับสนุนการฝึกอบรมการสาธารณสุขมูลฐานให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ และเป็นองค์กรที่ทำงานในระดับพื้นที่ได้สิ้นสุดการดำเนินโครงการ และมีการเสนอโครงการเพื่อช่วยเตรียมความพร้อมให้กับผู้ลี้ภัยที่อาศัยในศูนย์พักพิงในการเดินทางกลับประเทศ ขณะที่บางองค์กรยุติการดำเนินงานในเขตพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมาร์ และเข้าไปดำเนินงานในประเทศเมียนมาร์ เหตุผลต่างๆ เหล่านี้ทำให้ภาคีสุขภาพหลายองค์กรถอนตัวออกจากพื้นที่ (บทสัมภาษณ์คุณภาณีสิริสา แก้วบุญธรรม งานกิจการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก, วันที่ 31 ตุลาคม 2559) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้ส่งผลต่อการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนของพื้นที่พอสมควร เนื่องจากองค์กรเหล่านี้ คือ ภาคีเครือข่ายที่ดำเนินงานสุขภาพชายแดนร่วมกัน

ปัจจุบัน องค์กรเอกชนที่ยังคงทำงานสุขภาพชายแดนในพื้นที่ประกอบด้วย SMRU, ARC, Solidarities, Plan, MAP, World Vision และแม่ตาวคลินิก ซึ่ง 3 องค์กรแรกนั้นมีการดำเนินงานในศูนย์พักพิงชั่วคราว ด้าน Plan ดำเนินงานสุขภาพในพื้นที่แม่สอดโดยให้การสนับสนุนผ่าน MAP

¹⁰ รายละเอียดองค์กรโปรดดูภาคผนวก

Foundation ในส่วนของ World Vision ยังคงทำงานในระดับพื้นที่และเป็นภาคีเครือข่ายการทำงาน สุขภาพชายแดนร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอด โรงพยาบาลแม่สอด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขณะที่แม่ตาวคลินิกยังคงเป็นสถานบริการสุขภาพให้กับประชากรต่างชาติในพื้นที่และชาวเมียนมาร์ที่ข้ามแดนมาเพื่อรับบริการ อีกทั้งยังคงเป็นภาคีสำคัญในการทำงานสุขภาพชายแดนในพื้นที่อำเภอแม่สอด แม้เครือข่ายการทำงานสาธารณสุขชายแดนลดจำนวนลง แต่การดำเนินงานยังคงมีความต่อเนื่อง เพื่อสร้างความมั่นคงทางสุขภาพและลดความเสี่ยงจากภัยคุกคามสุขภาพให้กับประชากรพื้นที่ชายแดน โดยได้รับการสนับสนุนเวชภัณฑ์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก



ภาพที่ 2.5 เครือข่ายสุขภาพชายแดนอำเภอแม่สอดในปัจจุบัน

ที่มา: การศึกษาข้อมูลเอกสารและการสัมภาษณ์ภาคีเครือข่ายในการวิจัย

ตารางที่ 2.1 จำนวนสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอแม่สอด

สถานบริการสาธารณสุข	จำนวน (แห่ง)
โรงพยาบาลแม่สอด (ขนาด 365 เตียง)	1
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	19
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ถ่ายโอน)	3
โรงพยาบาลเอกชน (ขนาด 60 เตียง)	2
คลินิกเอกชน	17
แม่ตาวคลินิก	1
มาลาเรียคลินิก	3
หน่วยมาลาเรียในชุมชน	5
ศูนย์สุขภาพชุมชนต่างชาติ (Health Post) ของรัฐ	4
ศูนย์สุขภาพชุมชนต่างชาติ (Health Post) ของมูลนิธิศุภนิมิตฯ	25

ที่มา: ศรีวรรณ หาญณรงค์ (2560ก หน้า 5)

กลไกอาสาสมัครสาธารณสุขไทยและต่างชาติ

นอกจากการสร้างเครือข่ายในการดำเนินงานแล้ว งานสาธารณสุขชายแดนอำเภอแม่สอดยังได้สร้างกลไกการทำงานในพื้นที่ผ่านเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขไทยและต่างชาติ¹¹ พนักงานสาธารณสุขต่างชาติ¹² รวมทั้งแกนนำชุมชนทั้งที่เป็นคนไทยและต่างชาติ อาสาสมัครเหล่านี้ได้รับการอบรมให้มีความรู้ในเรื่องการป้องกันโรค การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานเพื่อให้เป็นสื่อกลางในการประสานและส่งต่อข้อมูลการควบคุมโรคในชุมชนไทยและชุมชนชาวต่างชาติ นอกจากนี้ในภาคปฏิบัติสำนักงานสาธารณสุขอำเภอร่วมกับโรงพยาบาลแม่สอดยังได้พัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติในพื้นที่ฝั่งเมียนมาร์ เพื่อขยายการส่งต่อข้อมูลและการควบคุมโรคเชิงรุกด้วย

ตารางที่ 2.2 จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอแม่สอดแยกตามประเภท

ประเภทอาสาสมัครสาธารณสุข	จำนวน (คน)
อาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอแม่สอด	2,257
อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ (อสต.)	734
อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติคู่ขนาน (ในหมู่บ้านคู่ขนาน)	130
อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติบัดดี้	53 คู่

ที่มา: ศรีวรรณ หาญณรงค์ (2560ก หน้า 5)

การสร้างเครือข่ายการดำเนินงานและกลไกเชิงรุกเฉพาะกิจ ที่เรียกว่าทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) และกลไกอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติที่ได้ขยายไปยังชุมชนที่อยู่ฝั่งตรงข้ามในประเทศเมียนมาร์ หรือ หมู่บ้านคู่ขนาน (twin villages) ทำให้สามารถเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมการแพร่ระบาดของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการดำเนินการควบคุมการระบาดของโรคมาเลเรียในปี พ.ศ.2559 ได้แสดงให้เห็นความเข้มแข็งในการประสานการทำงานอย่างเป็นระบบระหว่างหน่วยงานต่างๆ และการใช้กลไกอาสาสมัครสาธารณสุขไทยและต่างชาติทั้งในพื้นที่ประเทศ

¹¹ การสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ (อสต.) ที่ผ่านการอบรมเฉพาะโรค เฉพาะเรื่องที่เป็นนโยบายหรือหัวข้อตามการระบาดของโรค โดยเป็นบุคลากรที่ทำหน้าที่ประสานเชื่อมต่อระหว่างชุมชนกับ พสต. พสช. และบุคลากรสาธารณสุข และช่วยเหลือกิจกรรมของสาธารณสุขในการค้นหา/ติดตามผู้ป่วยวัณโรค การระบาดของโรคอหิวาตกโรค รมณรงค์วัคซิ้นคอตีบ/โปลิโอ และการทำหน้าที่ให้ความรู้กับชุมชน นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติในโรงงาน (อสต. โรงงาน) ซึ่งเป็นคนรุ่นใหม่ทำงานในโรงงานหรือสถานประกอบการ เพื่อสร้างการเข้าถึงการบริการวางแผนครอบครัวของแรงงานต่างชาติในโรงงานและลดอัตราการทำแท้ง โดยทำหน้าที่ให้ความรู้ แจกยาคุมกำเนิด และถุงยางอนามัย ซึ่งผลจากการพัฒนาในส่วนนี้ส่งผลให้อัตราการทำแท้งลดลงจากร้อยละ 2.9 ในปี พ.ศ.2543 เหลือร้อยละ 1.7 ในปี พ.ศ.2553 และมีการเข้ารับบริการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 53.7 เป็นร้อยละ 72.3 ในช่วงปีดังกล่าว ทั้งนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติที่มีคุณภาพจะได้รับการคัดเลือกเพื่อพัฒนาไปเป็นทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในชุมชนต่างชาติ (Surveillance Rapid Response Migrant Team: SRRMT)

¹² พนักงานสาธารณสุขต่างชาติ (พสต.) และ พนักงานสาธารณสุขชุมชน (พสช.) เป็นกลุ่มประชากรต่างชาติที่ได้รับการอบรมความรู้ในหลักสูตรการดูแลสุขภาพอนามัย เพื่อเข้าไปทำงานในคลินิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชุมชน

ไทยและเมียนมาร์ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยโรคมาลาเรียลดลงอย่างต่อเนื่อง และ ไม่พบผู้ป่วยจากโรคที่ ป้องกันได้ด้วยวัคซีน (คอตีบ ไอกรน โปลิโอ บาดทะยัก) ทั้งในประชากรไทยและต่างชาติ ตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2554-2559

ตารางที่ 2.3 จำนวนผู้ป่วยต่างชาติโรคมาลาเรีย อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปีงบประมาณ 2550-2559

ปีงบประมาณ	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559
จำนวนผู้ป่วยต่างชาติ	5591	4001	4217	3448	1969	149	167	64	27	15

ที่มา: งานยุทธศาสตร์ชายแดน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก

ตารางที่ 2.4 ผู้ป่วยโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2554-2559

โรค	2554		2555		2556		2557		2558		2559	
	ไทย	พม่า										
คอตีบ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ไอกรน	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
โปลิโอ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
บาดทะยักเด็กแรกเกิด	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
หัด	4	2	18	5	5	3	2	1	0	0	0	0

ที่มา: การนำเสนอข้อมูลของโรงพยาบาลแม่สอดในวันที่ 16 กันยายน 2559 ณ โรงพยาบาลแม่สอด และ ศรีวรรณ หาญณรงค์ (2560ข หน้า 58)

กลไกอาสาสมัครสาธารณสุขไทยและต่างชาติของพื้นที่แม่สอด นอกจากจะเป็นกลไกที่สำคัญยิ่งในการควบคุมโรคแล้ว ยังเป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนข้อมูลพื้นฐานเพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพและการจัดการสาธารณสุขชายแดนอีกด้วย กระบวนการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขไทยและต่างชาตินี้ดำเนินการอย่างเป็นระบบและมีความต่อเนื่อง โดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอด โรงพยาบาลแม่สอด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ทำการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่เป็นประจำทุกปี อาสาสมัครที่เข้ารับการอบรมมีทั้งที่เป็นอาสาสมัครเดิมและอาสาสมัครใหม่ และรวมไปถึงครูและนักเรียนในศูนย์การเรียนรู้¹³ ด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ยังมีผู้ที่เป็นแรงงานหรือเข้ามาประกอบอาชีพอื่นในชุมชน โดยผู้ที่ได้รับการคัดเลือกและผ่านการอบรมจะได้รับสิทธิในการรับบริการสุขภาพฟรี

¹³ ครูอนามัย/ผู้นำในโรงเรียน หรือ ศูนย์การเรียนรู้ต่างชาติ จะได้รับความรู้เพื่อให้สามารถติดตามดูแลสุขภาพ เช่น การรับวัคซีน การประเมินภาวะการเติบโต การตรวจสุขภาพเบื้องต้น การป้องกันและควบคุมลูกน้ำยุงลาย เป็นต้น

ข้อนำสังเกต คือ การสร้างและพัฒนา กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นกลไกพื้นฐานที่ทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชนในพื้นที่แม่สอดใช้ในการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่องค์กรเอกชน เช่น มูลนิธิศุภนิมิต แห่งประเทศไทย ศูนย์แม่สอด มีการคัดเลือกและพัฒนา กลุ่มอาสาสมัครต่างชาติ ซึ่งลักษณะเด่นของอาสาสมัครต่างชาติของมูลนิธิศุภนิมิต คือ การเป็นผู้นำในชุมชนต่างชาติ โดยผู้ที่ได้รับการคัดเลือกอาจเป็นทั้งผู้ที่มีสถานะและผู้ที่ไม่มีสถานะ หรือเป็นบุคคลที่ไม่ได้รับการรับรองตามกฎหมายไทย นอกจากนั้น บทบาทของอาสาสมัครต่างชาติของมูลนิธิฯ จะทำงานหลายๆ ด้านร่วมไปกับงานสุขภาพ และประกอบอาชีพแตกต่างกันออกไป เช่น กลุ่มที่ทำงานรับจ้างทั่วไปในภาคเกษตร ภาคบริการ และกลุ่มแรงงานในโรงงานอุตสาหกรรม

อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นกลไกที่ใช้ในการบริการเชิงรุกครอบคลุมพื้นที่ 7 ตำบลชายแดนของอำเภอแม่สอด มีรูปแบบการดำเนินการเฝ้าระวังในพื้นที่ 4 แบบ คือ พื้นที่ราบ พื้นที่สูง พื้นที่ชุมชนต่างชาติ และพื้นที่แนวชายแดน และได้ขยายการดำเนินงานจากการควบคุมไปสู่การส่งเสริมสุขภาพ การให้ภูมิคุ้มกันโรค เช่น คอตีบ โปลิโอ หัด งานด้านการอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว โดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอดให้การสนับสนุนวัคซีน อุปกรณ์การจัดเก็บวัคซีน วัสดุการแพทย์สำหรับให้บริการวัคซีน โดยร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งเพื่อจัดบริการวัคซีนพื้นฐานในหมู่บ้านคูขนาน และอาสาสมัครขององค์กรเอกชน/เครือข่ายอาสาสมัครชุมชน (Community Base Organization) ที่ได้รับการอบรมด้านวิชาการและทักษะโดยภาครัฐร่วมกับแม่ตาวคลินิก นอกจากนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติในบางพื้นที่ยังทำหน้าที่ในการติดตามการรักษาผู้ป่วยโรคมาเลเรียและวัณโรคในชุมชนชาวต่างชาติด้วย

โดยสรุป อาสาสมัครสาธารณสุขไทย/ต่างชาติ และภาคีเครือข่ายการทำงานที่ประสานความร่วมมือกันในทุกกระดับ เป็นกลไกสำคัญต่อการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนแม่สอดที่ได้พัฒนาและดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค รวมทั้งให้บริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน ในระยะเวลาที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน

บทที่ 3

ศูนย์สุขภาพชุมชน: กลไกบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานในแม่สอด

เครือข่ายภาคีงานสาธารณสุขชายแดนในพื้นที่แม่สอดได้พัฒนากลไกการดำเนินงานที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในพื้นที่ เริ่มจากการพัฒนาอาสาสมัครและการใช้กองทุนยาเพื่อดำเนินงานวางแผนครอบครัวและการอนามัยแม่และเด็กอันเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีการดำเนินการในระยะแรกๆ และเมื่อมีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ เช่น อหิวาตกโรค และมาลาเรีย กลุ่มบุคลากรสาธารณสุขได้พัฒนาเครือข่ายเพื่อการเฝ้าระวังและสอบสวนโรค นอกจากนี้เนื่องด้วยบุคคลต่างชาติในพื้นที่ชายแดนมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ หน่วยงานที่ทำงานด้านสาธารณสุขทั้งภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนได้พัฒนาเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน (Health Post) เพื่อเป็นพื้นที่ในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ และเป็นพื้นที่ของการประสานการทำงานร่วมระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์ในการให้บริการสุขภาพ

เนื้อหาในบทนี้จะกล่าวถึงความเป็นมาของศูนย์สุขภาพชุมชน ลักษณะบริการและการเกิดขึ้นของศูนย์สุขภาพชุมชนที่อยู่ในการกำกับดูแลของเครือข่ายภาคีต่างๆ รวมทั้งวิเคราะห์เป้าหมายและศักยภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนากลไกเพื่อสนับสนุนการทำงานของศูนย์สุขภาพชุมชนอันเป็นวัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้

ระบบบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานในพื้นที่แม่สอด

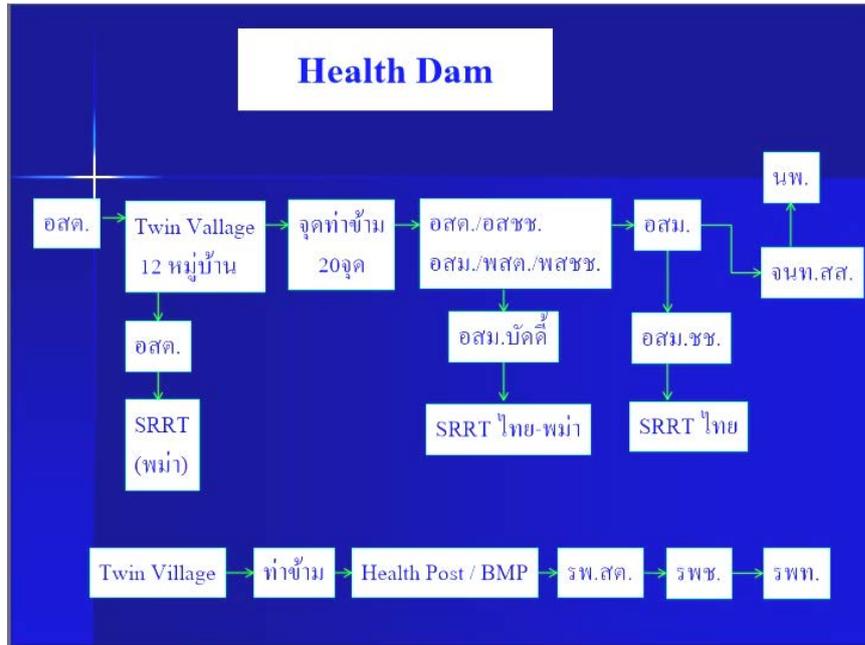
นอกจากการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนงานสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนแม่สอดแล้ว หน่วยงานสาธารณสุขได้พัฒนารูปแบบระบบบริการ 3 รูปแบบ คือ

1) การออกหน่วยเคลื่อนที่ (Mobile Clinic) ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ (อสต.) พนักงานสาธารณสุขต่างชาติ (พสต.) NGOs และ CBO เพื่อให้บริการวัคซีนในชุมชน โรงเรียน การดูแลหญิงตั้งครรภ์หลังคลอด การให้ความรู้ในการวางแผนครอบครัว

2) ศูนย์สุขภาพชุมชนต่างชาติ (Health Post) เป็นสถานบริการสาธารณสุขในชุมชนเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และเป็นหน่วยเฝ้าระวัง ป้องกัน คัดกรอง และควบคุมโรคในระดับชุมชน

3) กองทุนยาต่างชาติ (Migrant Drug Fund) ทำหน้าที่เป็นจุดคัดกรองโรคเบื้องต้นในชุมชน และเพิ่มการเข้าถึงยาสามัญประจำบ้าน ส่งเสริมให้เกิดการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนต่างชาติ และเป็นการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติในการบริหารจัดการ

ทั้งศูนย์สุขภาพชุมชนและกองทุนยาต่างชาติจัดเป็นแหล่งให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานในระดับชุมชน โดยในบางชุมชนจะพบได้มากที่ศูนย์สุขภาพชุมชนและกองทุนยาต่างชาติจะตั้งอยู่ในที่เดียวกัน ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นกลไกการดำเนินงานควบคุมโรคชายแดนที่สำคัญ นอกจากการใช้ศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานแล้ว งานสาธารณสุขในพื้นที่แม่สอดยังได้ใช้ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นกลไกหนึ่งของ “เขื่อนกั้นโรค (health dam)” ในความหมายของการทำหน้าที่เฝ้าระวัง คัดกรองและสอบสวนโรค เพื่อป้องกันการแพร่กระจายโรคในพื้นที่และจากผู้ที่ข้ามแดนมาจากพื้นที่ฝั่งเมียนมาร์

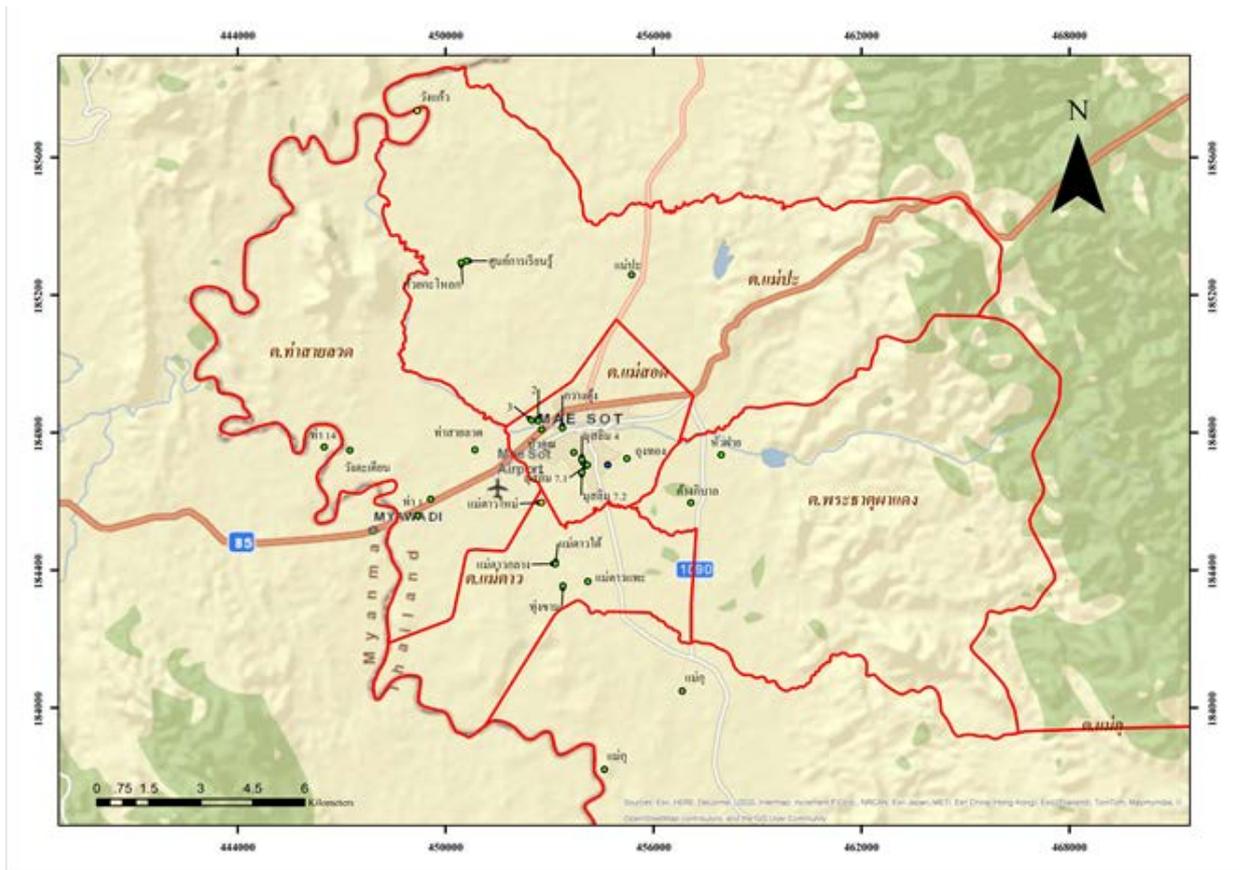


ภาพที่ 3.1 เชือกั้นโรค (Health Dam) อำเภอแม่สอด

ที่มา: การพัฒนาเครือข่ายและการเตรียมความพร้อมรับมือโรคที่ระบาดในชายแดน อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก, 2556

เป้าหมาย ประเภทและลักษณะบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน (Health Post)

ศูนย์สุขภาพชุมชนต่างชาติ (Health Post) ของอำเภอแม่สอดเป็นกลไกการทำงานสุขภาพชายแดนที่เกิดขึ้นเป็นแห่งแรกของประเทศไทย อีกทั้งยังเป็นการบริการสุขภาพเชิงรุกที่มีความสำคัญและได้รับความร่วมมือในการดำเนินการจากภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่อย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน อำเภอแม่สอดมีการจัดตั้ง Health Post จำนวน 29 แห่ง ซึ่งอยู่ในการกำกับดูแลของ 3 หน่วยงาน ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอด จำนวน 2 แห่ง โรงพยาบาลแม่สอด จำนวน 2 แห่ง และมูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย ศูนย์แม่สอด จำนวน 25 แห่ง โดยที่แต่ละหน่วยงานมีวัตถุประสงค์ของการจัดตั้ง รูปแบบการบริหารจัดการและการดำเนินงาน รวมถึงสถานที่ตั้งซึ่งมีทั้งความคล้ายคลึงและแตกต่างกัน และบุคลากรที่เข้ามาปฏิบัติหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชน คือ จิตอาสาที่ผ่านการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเข้ามาทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ (อสต.) พนักงานสาธารณสุขต่างชาติ (พสต.) โดยตำแหน่งที่ตั้งและรายละเอียดความเป็นมาและการบริการสุขภาพเชิงรุกผ่านศูนย์สุขภาพชุมชนในอำเภอแม่สอด มีดังนี้



ภาพที่ 3.2 ที่ตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนอำเภอแม่สอด

1. ศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อการควบคุม ฝ้าระวัง และป้องกันโรค¹⁴

การดำเนินการจัดการสุขภาพชายแดนของพื้นที่แม่สอดอาจกล่าวได้ว่าเริ่มต้นขึ้นในปี พ.ศ.2543 โดยเป็นการพัฒนาและแก้ไขปัญหาโรคติดต่อชายแดนของพื้นที่ เนื่องจากมีการพัฒนาทาง เศรษฐกิจชายแดน การเคลื่อนย้ายของสินค้าและผู้คน ซึ่งพัฒนาการในการจัดการสุขภาพชายแดนเริ่ม จากปัญหาการระบาดของโรคไข้เลือดออก จึงได้มีการจัดประชาคมในพื้นที่ในช่วงปี พ.ศ.2545-2546 จากนั้นเกิดความร่วมมือของภาคีเครือข่ายสุขภาพและการพัฒนาบุคลากรเพื่อปฏิบัติงานสุขภาพ ชายแดนในนาม “พนักงานสาธารณสุขต่างชาติ (พสต.)” และการสร้างทีมฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่ เร็ว (SRRT) ในช่วงปี พ.ศ.2547-2549 พร้อมทั้งพัฒนาระบบการบริการและส่งเสริมสุขภาพระหว่าง ชายแดน โดยจัดตั้งเป็นโครงการหมู่บ้านคู่ขนานขึ้นในปี พ.ศ.2551 จำนวน 12 คูในเขต 7 ตำบล ชายแดน ผู้ให้บริการประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติฝั่งไทย- เมียนมาร์ และในปี พ.ศ.2551-2552 ได้จัดตั้ง Health Post และ Border Malaria Post ขึ้นในเขต พื้นที่ชายแดนเพื่อรองรับประชากรต่างชาติที่อาศัยอยู่ในบริเวณดังกล่าวและประชากรต่างชาติที่ข้าม แแดนเพื่อมารับบริการ ปัจจุบันมีศูนย์สุขภาพชุมชนที่ดำเนินการโดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ แม่สอดจำนวน 2 แห่ง คือ บ้านวังแก้ว ตำบลแม่ปะ และ บ้านแม่ตาวแพะ ตำบลแม่ตาว

¹⁴ ข้อมูลการสัมภาษณ์ คุณศรีวรรณ หาญณรงค์ นักสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอด

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอดเห็นว่า Health Post ที่จัดตั้งขึ้นในชุมชนต่างชาติ ยังคงเป็นกลไกที่ใช้ในการดูแลสุขภาพประชากรได้ดีในระดับหนึ่ง เน้นการทำงานเชิงป้องกันโรค บริการส่งเสริมสุขภาพ และรักษาพยาบาลเบื้องต้น เพื่อช่วยลดความแออัดของผู้รับบริการใน โรงพยาบาลแม่สอด ลดช่องว่างทางการสื่อสาร เป็นจุดเฝ้าระวัง คัดกรองโรคติดต่อชายแดน และ ศูนย์ประสานงานของเครือข่ายสุขภาพชุมชน อีกทั้งเป็นการสร้างโอกาสและช่องทางให้ประชากร ต่างชาติเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายขึ้น ซึ่งมีจำนวนผู้มารับบริการมากกว่า 1,000 รายต่อปี (ศรวิวรรณ หาญณรงค์, 2560 หน้าที่ 10)

ทั้งนี้ เพื่อเป็นการรองรับประชากรต่างชาตินานาชาติจำนวนมากที่เข้ามาอาศัยในพื้นที่และคาดการณ์ว่า จะมีการเคลื่อนย้ายของประชากรในพื้นที่อย่างต่อเนื่องจากปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอแม่สอดได้จัดแบ่ง กระบวนการทำงานในกลุ่มประชากรต่างชาติ ดังนี้

1. การพัฒนาระบบบริการ เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น Health Post, Malaria Post, การออกหน่วยบริการเคลื่อนที่สู่ชุมชน (Mobile Clinic มีการจัดบริการฉีควัคซีน เดือนละ 1 ครั้ง)

2. การพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพ โดยการสร้าง “กองทุนยาต่างชาติ” เนื่องจาก ศูนย์สุขภาพชุมชนไม่สามารถเปิดบริการได้ครอบคลุมทุกพื้นที่ และหากพื้นที่ใดเป็นที่ตั้งของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การจัดตั้ง Health Post จะชะงักตัวลงไป ทั้งนี้ การตั้งศูนย์สุขภาพ ชุมชนในพื้นที่ห่างไกลเป็นข้อจำกัดของเจ้าหน้าที่ในการไปให้บริการ เนื่องจากสำนักงานสาธารณสุข อำเภอแม่สอดไม่สามารถส่งเจ้าหน้าที่เข้าไปปฏิบัติงานประจำในพื้นที่ได้ จึงมีความพยายามในการจัดตั้ง กองทุนยาต่างชาติให้ครบทุกชุมชน เนื่องจากสามารถดำเนินการได้ง่ายโดยอาศัยหลักการสาธารณสุข มูลฐานเดิมของกระทรวงสาธารณสุขและนำมาปรับใช้กับคนต่างชาติเพื่อให้สามารถดูแลรักษา ให้บริการเบื้องต้นในกรณีเจ็บป่วยเล็กน้อย มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และ ดำเนินการในรูปแบบของคณะกรรมการกองทุน กล่าวคือ มีการจัดตั้งกองทุนตั้งต้นให้และประสาน ความร่วมมือด้านงบประมาณจาก NGOs อาทิ มูลนิธิศุภนิมิตฯ มูลนิธิสุวรรณนิมิตร แม่ดาวคลินิก กองทุนนี้จัดตั้งเพื่อให้ประชากรที่เจ็บป่วยเบื้องต้นสามารถเข้าถึงบริการโดยไม่จำเป็นต้อง เดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลสามารถซื้อยาได้เองที่กองทุนยาต่างชาติ สามารถใช้บริการวัดไข้ และวัดความดันโลหิตเบื้องต้นได้ ดังนั้น กองทุนยาต่างชาติจะมีภาระงานไม่เท่ากับ Health Post เนื่องจาก Health Post ทำงานการส่งเสริม ป้องกัน การวางแผนครอบครัว กองทุนยาจึงมีลักษณะ การทำงานคล้ายกับศูนย์สุขภาพชุมชนขนาดย่อม (Sub Health Post) เพื่อเพิ่มช่องทางในการเข้าถึง บริการสุขภาพของประชากรต่างชาติ ขณะนี้อำเภอแม่สอดมีกองทุนยาต่างชาติจำนวน 12 แห่ง

3. การพัฒนาศักยภาพในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ (อสต.) เป็นการสร้างให้ ประชากรต่างชาติเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานด้านการบริการสุขภาพพื้นฐาน เพื่อแก้ไขปัญหา จำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่มีจำกัด และเพิ่มโอกาสในการสื่อสารและเข้าถึงบริการสุขภาพให้มากขึ้น ในกลุ่มประชากรต่างชาติ

4. การพัฒนาระบบข้อมูลประชากรให้เป็นระบบ การทำงานที่ผ่านมาเป็นการอาศัยการ อนุมาณ เนื่องจากการคำนวณประชากรต่างชาติตามจริงค่อนข้างทำได้ลำบาก อย่างไรก็ตามยังมีข้อมูล จำนวนประชากรที่แน่นอนจากศูนย์การเรียนรู้ต่างชาติจำนวนทั้งหมด 49 ศูนย์ (สนับสนุนและ

ดำเนินการโดย NGOs) แต่การทำงานที่ผ่านมา มีลักษณะการทำงานแบบแยกส่วน ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจึงประสานความร่วมมือไปยังองค์กรต่างๆ เพื่อจัดการวางแผนและบูรณาการงานร่วมกันโดยอาศัยข้อมูลเดียวกัน เพื่อเอื้อให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาพื้นที่ เช่น การจัดทำแบบฟอร์มข้อมูลของการรับวัคซีนในกลุ่มเด็กต่างชาติ เพื่อเป็นแบบตรวจบันทึกสุขภาพที่มีทั้งภาษาไทยและภาษาเมียนมาร์ให้กับศูนย์การเรียนรู้ต่างๆ โดยใช้หลักการจัดการลักษณะคล้ายคลึงกับโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของเด็กไทย แตกต่างกันเพียงการใช้เกณฑ์ที่ต่ำกว่าเล็กน้อย

ปัจจุบัน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอดอยู่ระหว่างการจัดทำพิกัดจีพีเอส (GPS) ของสถานบริการต่างๆ ในพื้นที่ รวมทั้งพัฒนาแบบสำรวจข้อมูล แบบบันทึกข้อมูลของประชากรต่างชาติซึ่งจะนำมาเก็บรวบรวมไว้ในสถานบริการเพื่อเป็นประวัติในการรักษา โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติเป็นผู้สำรวจและบันทึกข้อมูลซึ่งสำนักงานสาธารณสุขได้แยกข้อมูลออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

1. ชาวต่างชาติที่อยู่ในเมืองไทยจริงโดยพักอยู่ในบ้านของคนไทย มีลักษณะการทำงานคล้ายลูกจ้างในบ้าน
2. ชาวต่างชาติที่อยู่ในเมืองไทยแต่ปลูกบ้านเป็นของตนเอง
3. ชาวต่างชาติที่ปลูกบ้านอยู่ในชุมชนของชาวต่างชาติ
4. ชาวต่างชาติที่อยู่ในศูนย์การเรียนรู้
5. ชาวต่างชาติที่อยู่ในโรงงานอุตสาหกรรมหรือสถานประกอบการทั้งหมด

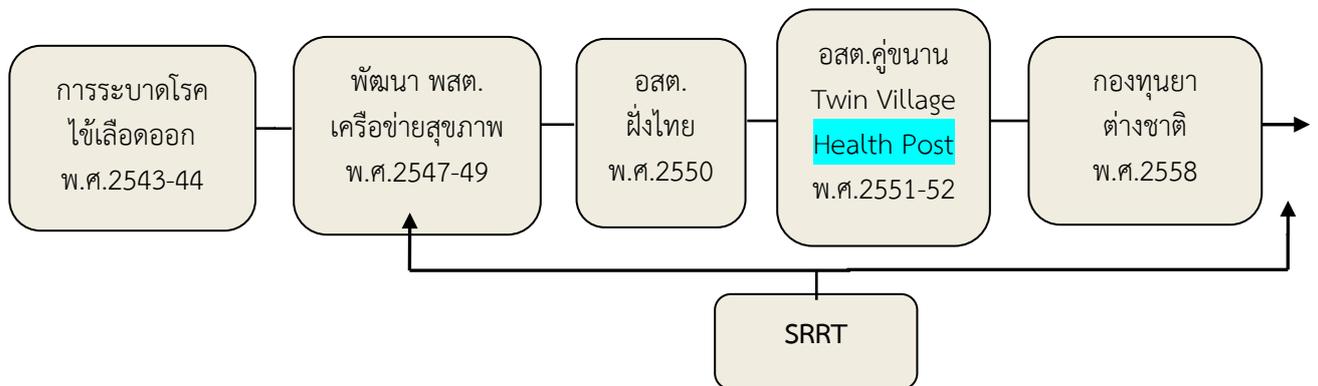
Health Post เป็นระบบกลไกการทำงานสุขภาพชายแดนที่ส่งผลสำเร็จในระดับหนึ่งในการดูแลสุขภาพประชากรต่างชาติ และเป็นการพัฒนาศักยภาพการให้บริการขั้นพื้นฐานพร้อมทั้งขยายความสามารถในการเข้าถึงบริการของประชากรต่างชาติในชุมชนดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ทว่าข้อจำกัดในการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอด คือ

1. งบประมาณ การดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนของแม่สอดได้รับการสนับสนุนจากองค์กร NGOs เป็นส่วนใหญ่และจากภาครัฐบ้าง (เช่น กระทรวงการต่างประเทศ) ขณะที่กลุ่ม NGOs มีข้อจำกัดในการร่วมสนับสนุนการดำเนินการด้วยเช่นกัน กล่าวคือ ภาคเอกชนไม่สามารถสั่งซื้อเวชภัณฑ์ยาได้ ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนการสนับสนุนออกมาในรูปแบบของค่าจ้างบุคลากร โดยที่เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่นำมาใช้เป็นของสำนักงานสาธารณสุข

2. บุคลากร การมีทรัพยากรบุคคลไม่เพียงพอเป็นข้อจำกัดในการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชน จึงส่งเสริมการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ เพื่อแบ่งเบาและแก้ไขข้อจำกัดดังกล่าว ทั้งนี้ งานอาสาสมัครไม่ได้รับค่าตอบแทน จึงควรมีการดูแลกลุ่มคนเหล่านี้ให้ดีขึ้น อาทิ การอนุญาตให้สามารถอาศัยอยู่ในพื้นที่ได้ ซึ่งปัจจุบันสำนักงานสาธารณสุขให้ความช่วยเหลือในการดูแลสวัสดิการบางอย่าง การมอบข้าวของเครื่องใช้จำเป็น เนื่องจากมีการพยายามผลักดันให้บุคลากรส่วนนี้กระจายตัวอยู่ในชุมชนต่างชาติและเข้าทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชนต่างชาติกองทุนยาต่างชาติ เพื่อดูแลสุขภาพเบื้องต้นของชุมชนและทำหน้าที่เป็นหน่วยประสานงานสุขภาพของพื้นที่

ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นกลไกที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอดใช้ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในกลุ่มประชากรต่างชาติ เพื่อเป็นการลดภาระของงานสาธารณสุข และสามารถ

ขยายไปสู่การพัฒนากระบวนการส่งต่อผู้ป่วยข้ามแดนและระบบบริการข้อมูล (พัฒนาการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอด แสดงไว้ดังภาพที่ 3.3)



ภาพที่ 3.3 พัฒนาการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอด

2. ศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน

การจัดการสาธารณสุขชายแดนของโรงพยาบาลแม่สอดตั้งอยู่บนวิสัยทัศน์ที่จะเป็นโรงพยาบาลชั้นนำด้านการแพทย์และสาธารณสุขชายแดน เน้นการทำงานด้านระบาดวิทยาในสาธารณสุขชายแดนเป็นสำคัญ แม้จะเป็นงานควบคุมโรค แต่เน้นการป้องกันโรค อาทิ โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนที่ต้องดำเนินการให้ได้ 100 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งได้รับการสนับสนุนวัคซีนจากกระทรวงการต่างประเทศ การพัฒนาทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เพื่อเป็นทีมควบคุมโรค (พัฒนาโดยนายแพทย์วิทยา สวัสดิวัตน์พิงศ์) หากกล่าวถึงการบริการสุขภาพเชิงรุกโดยการจัดการสาธารณสุขชายแดนและจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนนั้น เกิดจากการมองเห็นปัญหาแล้วจึงทำการแก้ไขปัญหาแต่ละประเด็นที่เกิดขึ้น (โรคติดต่อและไม่ติดต่อ) ดังนั้น การเริ่มต้นของศูนย์สุขภาพชุมชนจึงเกิดจากปัญหาและการหาวิธีแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ กล่าวคือ ประมาณ 20 ปีที่ผ่านมามีประชากรเด็กต่างชาติเข้ามาอาศัยในแม่สอดจำนวนมาก โดยมีสถานภาพเป็นผู้ติดตามผู้ปกครองและคนในครอบครัว เด็กบางคนไม่ได้รับวัคซีน ขณะที่เด็กบางคนได้รับวัคซีนคุณภาพไม่ดีนัก ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดโรคไอกรนคอตีบ ในประชากรกลุ่มดังกล่าว และผลจากการสำรวจพื้นที่พบว่าวัคซีนโรคดังกล่าวไม่ครอบคลุมประชากรกลุ่มนี้ เนื่องจากข้อจำกัดทางสถานะประชากร โรงพยาบาลแม่สอดจึงได้เริ่มต้นโครงการโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน (EPI) ในกลุ่มโรงเรียนต่างชาติ ต่อมาภายหลังจึงได้มีการจัดทำคลินิกเคลื่อนที่ (Mobile Service) เพื่อให้บริการวัคซีนมีความครอบคลุมพื้นที่ชุมชนคนต่างชาติมากขึ้น โดยบริการให้ทุกชุมชนจำนวน 2 เดือนต่อครั้ง พร้อมทั้งส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มแม่และเด็กโดยเน้นการฝากครรภ์และงานวางแผนครอบครัว ด้วยเห็นว่ามียุทธการเข้ารับการรักษาพยาบาลด้วยการทำแท้งในหญิงต่างชาติสูง จึงได้มีการจัดตั้ง “กองทุนยา” ซึ่งคล้ายคลึงกับกองทุนยาของกระทรวงสาธารณสุขในอดีต เพื่อให้บริการสุขภาพเบื้องต้น การจ่ายยาคุมกำเนิดการให้ความรู้ด้านการวางแผนครอบครัว เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการและความรู้ หลังจากการแก้ไขปัญหาที่พบว่ายุทธการเข้าถึงการวางแผนครอบครัวเพิ่มขึ้นจากต่ำกว่า 50 เปอร์เซ็นต์ เพิ่มขึ้นเป็น 75 เปอร์เซ็นต์ ส่งผลให้ทั้งยุทธการเกิดและการทำแท้งลดลง

หลังจากดำเนินการไปสักระยะ คณะทำงานพิจารณาว่าควรมีการจัดตั้งเป็นศูนย์บริการสุขภาพชุมชนเพื่อให้ประชากรทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงได้ ศูนย์สุขภาพชุมชนต่างชาติ (Health Post) แห่งแรกของประเทศไทยจึงเกิดขึ้นในปี พ.ศ.2547 ณ ชุมชนอิสลาม (ตั้งอยู่ในเขตเทศบาลนครแม่สอด เป็นชุมชนขนาดใหญ่ที่มีประชากรต่างชาติอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก ประกอบอาชีพหลากหลายและส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม) โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก International Organization for Migration (IOM) เพื่อทำการพัฒนางานสาธารณสุขต่างชาติโดยจัดทำหลักสูตรอบรมพนักงานสาธารณสุขต่างชาติ (พสต.) ด้วยแนวคิด “การมีสถานบริการประจำในชุมชน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงอย่างต่อเนื่อง” นอกจากนี้ ยังได้รับการสนับสนุนจากมูลนิธิศุภนิมิตฯ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอด ซึ่งเป็นเครือข่ายการทำงานสุขภาพร่วมกัน

Health Post ชุมชนอิสลามให้บริการสุขภาพที่มีความครอบคลุมเสมือนเป็นคลินิกของโรงพยาบาลที่ออกมาดำเนินการในชุมชน อาทิ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น คลินิกวัคซีน คลินิกฝากครรภ์ คลินิกวางแผนครอบครัว เปิดให้บริการทุกวัน ตั้งแต่เวลา 08.30-16.30 น. โดยมีพยาบาลวิชาชีพ ลูกจ้างชั่วคราว (เดิมคือ พนักงานสาธารณสุขต่างชาติ) เป็นผู้ให้บริการ ขณะที่ผู้มารับบริการส่วนใหญ่เป็นประชากรต่างชาติทั้งที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอแม่สอดและชาวต่างชาติจากประเทศเมียนมาร์ที่ข้ามมาใช้บริการ ทั้งนี้ ยังได้มีการจัดบริการเชิงรุกในโรงเรียน โรงเรียนต่างชาติและชุมชนด้วย

Health Post มะตินะฮ์ เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งที่สองที่ดำเนินการโดยโรงพยาบาลแม่สอด ตั้งอยู่ในชุมชนวัดหลวง (มีประชากรต่างชาติที่อาศัยอยู่ประมาณ 70 ครอบครัว ส่วนใหญ่ผู้หญิงประกอบอาชีพรับจ้างในโรงงานเย็บผ้า ขณะที่ผู้ชายเข้าไปทำงานรับจ้างรายวันในตัวเมืองแม่สอดหรือเก็บขยะชาย) เปิดให้บริการในปี พ.ศ. 2556 โดยการสนับสนุนของ IOM และ



International Rescue Committee Thailand (IRC) ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งนี้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิหรือการเจ็บป่วยทั่วไป บริการยาคุมกำเนิด และถุงยางอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งนี้เปิดให้บริการไม่ครอบคลุมเท่าแห่งแรก มีจำนวนผู้มารับบริการโดยเฉลี่ยประมาณ 10 คนต่อวัน

ภายหลังจากก่อตั้ง Health Post แห่งแรกได้ 3 ปี (พ.ศ.2550) อำเภอแม่สอดประสบปัญหาการระบาดของอหิวาตกโรคครั้งใหญ่ในแม่สอด จึงพัฒนาอาสาสมัครที่ทำงานอนามัยแม่และเด็กให้สามารถดูแลงานควบคุมโรคควบคู่กัน (เน้นงานส่งเสริมความสะอาดของชุมชนและแหล่งน้ำ) และเมื่อพิจารณาสาเหตุการเกิดโรคพบว่ามาจากพื้นที่ชายแดนที่รุกเข้าสู่พื้นที่แม่สอดขึ้นใน จึงประสานความร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอดจัดวางแนวทางในการเฝ้าระวังพื้นที่หมู่บ้านคูขนานชายแดนไทย-เมียนมาร์ จึงเป็นที่มาของโครงการหมู่บ้านคูขนานและการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข

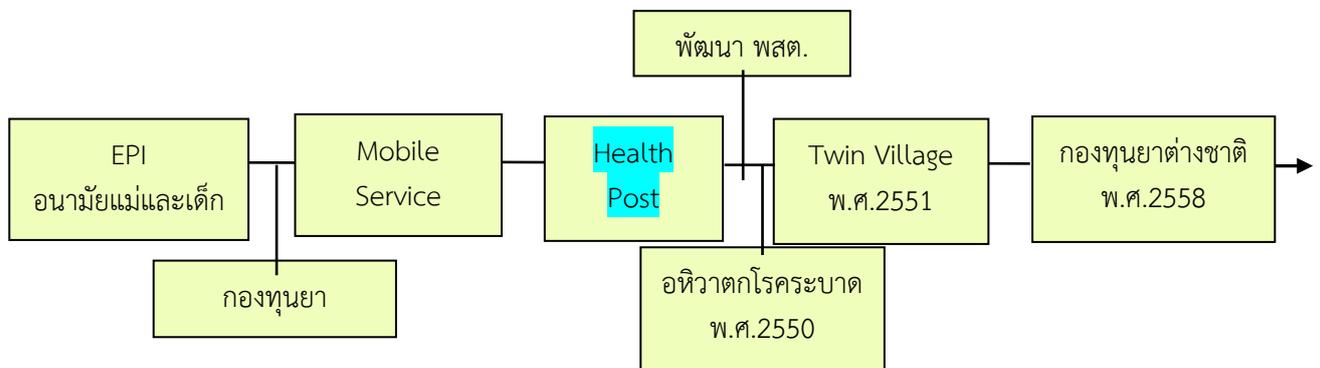
ต่างชาติในพม่า ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกับหมู่บ้านคูขนานฝั่งไทย (ดูแลโดยอาสาสมัครสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ) นอกจากการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน ปัจจุบันได้นำกองทุนยาต่างชาติเข้ามาเป็นช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพของชุมชน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติทำหน้าที่ช่วยเหลือในการแจกจ่ายยาพื้นฐาน ซึ่งกองทุนยาจัดตั้งอยู่ที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เส้นทางการพัฒนานี้เป็นกลไกการทำงานเพื่อการจัดการสาธารณสุขชายแดนของโรงพยาบาลแม่สอด และศูนย์สุขภาพชุมชนที่ได้ดำเนินการเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน

ปัจจุบันศูนย์สุขภาพชุมชนใช้งบประมาณในการดำเนินการจากเงินรายได้ของโรงพยาบาลแม่สอดเป็นหลัก โดยเขียนโครงการนำเสนอเป็นรายปี ใช้งบประมาณราว 2 แสนบาทต่อปี เพื่อเป็นค่าเวชภัณฑ์ สาธารณูปโภค การตรวจรักษา และการอบรม เป็นต้น ซึ่งสิ่งนี้เป็นส่วนหนึ่งของ **ข้อจำกัด** ของศูนย์สุขภาพชุมชน กล่าวคือ

1) มีข้อจำกัดด้านงบประมาณสนับสนุนและทรัพยากรบุคคลที่จะเข้ามาดำเนินการ เนื่องจากปัจจุบันไม่มีพนักงานสาธารณสุขต่างชาติ โรงพยาบาลจึงนำลูกจ้างชั่วคราวที่เคยเป็น พสต. เข้ามาช่วยดูแลในส่วนนี้

2) นโยบายในการบริหาร หากฝ่ายบริหารเล็งเห็นถึงประโยชน์ของการดำเนินการจะนำมาสู่ความยั่งยืนในการให้บริการ ซึ่งจะทำให้ไม่เกิดข้อจำกัดในด้านงบประมาณด้วยเช่นกัน

ทั้งนี้ คุณประโยชน์ของการจัดตั้ง Health Post ในชุมชนต่างชาติ คือ การลดภาระของผู้เจ็บป่วยไม่มากที่จะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล เนื่องจากการบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนเสมือนกับสถานอนามัยขนาดเล็ก และการมีศูนย์สุขภาพชุมชนไว้บริการชาวต่างชาติเป็นการสร้างความสามารถในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพ



ภาพที่ 3.4 พัฒนาการศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลแม่สอด

3. ศูนย์สุขภาพชุมชนในฐานะเป็นเครื่องมือการสร้างคามเข้มแข็งของชุมชน¹⁵

มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย ศูนย์แม่สอด ดำเนินการจัดการสุขภาพชายแดนโดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนโลกรอบที่ 2 (Global Fund round 2) ในปี พ.ศ.2552 เพื่อดำเนินการจัดการสุขภาพเกี่ยวกับ HIV/AIDs และ วัณโรคในกลุ่มประชากรต่างชาติ จึงได้มีการ

¹⁵ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ คุณธัญธรณ์ พงษ์ธรจิรพัชร, Project Coordinator มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย ศูนย์แม่สอด และการประชุมระดมความคิดเห็นเห็นการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชนร่วมกับกลุ่มเครือข่ายอาสาสมัคร (CBO)

คัดเลือกและอบรมแกนนำชุมชน และเมื่อได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนโลกรอบที่ 6 (Global Fund round 6) ที่มีการส่งเสริมรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนโดยให้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง จึงได้มีการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน (Health Post) เพื่อใช้เป็นวิธีในการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนให้สามารถดูแลและจัดการปัญหาในชุมชนของตนเองได้ โดยเป้าหมายหลักของการดำเนินงาน Health Post ของมูลนิธิ คือ การเป็นจุดกระจายสื่อ-ข้อมูลข่าวสารจุดคัดกรองโรค และจุดติดตามการรักษา ซึ่งเป็นการดำเนินงานแบบเชิงรุกเพื่อให้การบริการเข้าถึงกลุ่มประชากรในชุมชนให้มากที่สุด อีกทั้งยังเป็นการทำความเข้าใจกับชุมชนอย่างแท้จริง เพื่อส่งเสริมให้ Health Post สามารถดำเนินการต่อไปได้ โดยมีชุมชนเป็นหลักสำคัญในการดำเนินงานและเกิดความยั่งยืน อีกทั้งเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนต่างชาติที่ประสบปัญหาทางการเงินบัตรแสดงสถานภาพและการสื่อสาร ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการเข้ารับบริการสุขภาพ

Health Post ของมูลนิธิตั้งอยู่ในชุมชนที่มีประชากรต่างชาติอาศัยอยู่หนาแน่น หรือ เป็นพื้นที่ที่ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงได้ง่าย โดยจัดตั้ง ณ บ้านพักของผู้ที่ได้รับการคัดเลือกให้ทำหน้าที่เป็นแกนนำอาสาสมัคร มีการจัดสรรพื้นที่ภายในบ้านส่วนหนึ่งเป็นที่ทำการ เพื่อให้อาสาสมัครสามารถทำหน้าที่ได้สะดวกพร้อมๆ กับประกอบกิจวัตรประจำวันตามอาชีพของตนเองได้ตามปกติ ทั้งนี้ อาสาสมัครประจำศูนย์สุขภาพทั้งหมดไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ ปัจจุบันมี Health Post ที่อยู่ภายใต้การดูแลของมูลนิธิจำนวน 25 แห่ง กระจายอยู่ในพื้นที่ 6 ตำบล (ตำบลแม่สอด แม่ปะ แม่ตาว แม่กุ ท่าสายลวด และพระธาตุผาแดง) มีการบริการดูแลสุขภาพด้วยการเจ็บป่วยเบื้องต้น การวางแผนครอบครัว (ยาคุมกำเนิดและถุงยางอนามัย) โรคเฝ้าระวังตามฤดูกาล และโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคที่ประชากรต่างชาติให้ความสนใจอย่างมากในปัจจุบัน ทั้งนี้ อาสาสมัครได้รับการอบรมจากมูลนิธิ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอด โรงพยาบาลแม่สอด และเครือข่ายสุขภาพที่เกี่ยวข้อง โดยกระบวนการในการปฏิบัติงานจะได้รับการติดตามและอำนวยความสะดวกด้านวัสดุอุปกรณ์ เอกสารที่จำเป็นจากพนักงานสาธารณสุขต่างชาติ (พสต.) ของทางมูลนิธิ จำนวน 3 คน (พสต. 1 คน/Health Post 7-8 แห่ง) อีกทั้งยังเป็นเครือข่ายการทำงานสุขภาพชายแดนร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ด้วยเช่นกัน มูลนิธิศุภนิมิตฯ ให้ความสำคัญกับการติดตามการทำงานของอาสาสมัคร เนื่องจากสิ่งนี้ทำให้อาสาสมัครเห็นว่าการให้ความสำคัญในการทำงานของอาสาสมัครทุกคน และการที่อาสาสมัครได้รับการยอมรับจากชุมชน แรงงาน ผู้นำชุมชนชาวไทย-พม่า รวมทั้งหน่วยงานราชการไทย เป็นสิ่งสนับสนุนให้ผู้ทำงานมีความภาคภูมิใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งการทำงานของอาสาสมัครอย่างเข้มแข็งนี้เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดความยั่งยืนของศูนย์สุขภาพในชุมชน ขณะที่อาสาสมัครมีอิสระในการบริหารจัดการรูปแบบการดำเนินการ ซึ่งมีลักษณะการให้บริการที่ยืดหยุ่นกว่าของภาครัฐ เนื่องจากสถานที่ตั้งคือบ้านพักของแกนนำจึงสามารถเปิดให้บริการได้ตลอดเวลา

การดำเนินงานของศูนย์สุขภาพทั้ง 25 แห่งสามารถช่วยเหลือประชากรต่างชาติที่อาศัยอยู่ในชุมชนให้ได้รับความรู้และสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้สะดวกมากขึ้น เป็นวิธีหนึ่งในการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดโรคในพื้นที่ อีกทั้งยังเป็นการช่วยแบ่งเบาจำนวนประชากรที่จะเข้ามารับการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐได้ส่วนหนึ่งด้วย



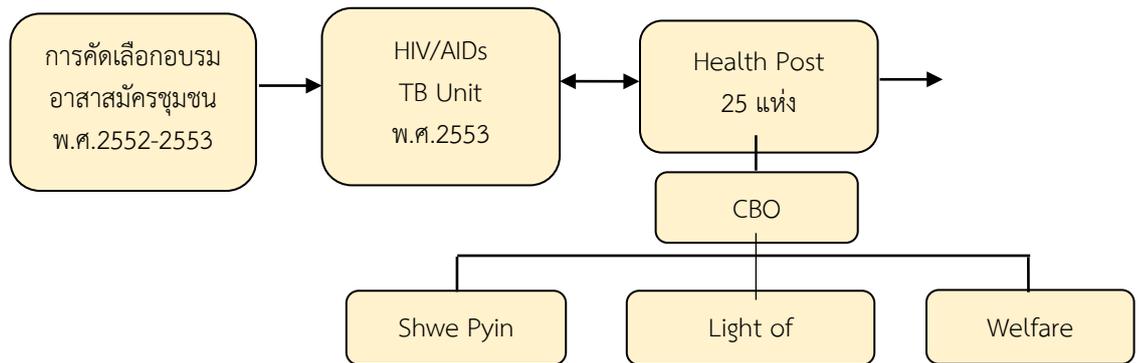
ภาพที่ 3.5 ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านหัวฝาย และ บ้านแม่ปะ

ความเข้มแข็งในการทำงานชุมชนและเครือข่ายอาสาสมัครของมูลนิธิได้สร้างให้ศูนย์สุขภาพชุมชนและอาสาสมัครเหล่านี้ มีใช้เป็นเพียงผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพเท่านั้น แต่พวกเขาเหล่านี้ก็กลายเป็นตัวแทนในการเรียนรู้ ทำงาน และดูแลชุมชนของตนเองในด้านอื่นไปพร้อมๆ กันด้วย เช่น อาชีพ สิทธิแรงงาน กฎหมาย การฉ้อโกง เป็นต้น เครือข่ายที่ทำงานร่วมกันนี้ได้รวมกลุ่มกันเป็นเครือข่ายอาสาสมัครชุมชน (Community Base Organization) โดยสมาชิกเครือข่ายประกอบด้วยอาสาสมัครชุมชนและประชากรต่างชาติทั่วไปที่ร่วมดำเนินการอย่างเข้มแข็งจนสามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาชุมชนของตนเองได้ อาทิ กลุ่มฉ้อโกงที่มีกองทุนการทำงานเป็นของตนเองและมีสมาชิกกลุ่มราว 400 คน ปัจจุบันมีเครือข่ายอาสาสมัครชุมชนของมูลนิธิ (CBO) จำนวน 3 กลุ่ม ใน 3 พื้นที่ชุมชนต่างชาติ ได้แก่

- 1) Shwe Pyin Lwar บ้านหัวฝาย
- 2) Light of Generation บ้านแม่ปะ หมู่ 10
- 3) Welfare Group บ้านแม่ตาวใต้

ข้อท้าทาย ของการดำเนินงานศูนย์สุขภาพในมุมมองของมูลนิธิ คือ การเคลื่อนย้ายประชากรต่างชาติที่เป็นอาสาสมัคร เพราะบุคคลเหล่านี้คือคนที่ได้รับการฝึกอบรม หากอาสาสมัครย้ายถิ่นอาศัยออกนอกเขตอำเภอแม่สอด จะต้องมีการพัฒนาอาสาสมัครหลักเข้ามาทำหน้าที่เป็นแกนนำอาสาสมัครประจำ Health Post นั้นๆ หรือ การเคลื่อนย้ายของประชากรต่างชาติในชุมชนไปอาศัยในชุมชนอื่น หากชุมชนปลายทางมีศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถเข้ารับบริการใน Health Post ได้ แต่ถ้าเป็นการเคลื่อนย้ายออกนอกพื้นที่ขณะที่กำลังอยู่ในช่วงการรักษาตัวจากโรคและไม่มีความรู้สุขภาพชุมชนในพื้นที่ปลายทางจะเกิดอุปสรรคในการติดตามการกินยา ซึ่งอาจนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการดื้อยาและการแพร่กระจายโรคในพื้นที่อื่นๆ

ขณะที่แกนนำอาสาสมัครเสนอข้อจำกัดในการดำเนินการ คือ ตัวของอาสาสมัครเองที่บางครั้งไม่สามารถเดินทางไปปฏิบัติงานได้ตลอดกระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการ เนื่องจากไม่มีบัตรแสดงสถานภาพส่งผลกระทบต่อการเดินทาง นอกจากนี้แล้ว การอบรมเพื่อให้สามารถฉีดยา-วัคซีนซึ่งเป็นการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร เพื่อเปิดโอกาสในการให้บริการที่ครอบคลุมมากขึ้น ด้วยคาดการณ์ว่าจะมีผู้เข้ามาใช้บริการเพิ่มขึ้นหลังจากที่แม่ตาวคลินิกย้ายสถานที่ทำการออกไปไกลจากแหล่งชุมชนมากขึ้น ส่งผลให้ประชากรต่างชาติในชุมชนเดินทางไปใช้บริการได้ไม่สะดวกเท่าที่ควร



ภาพที่ 3.6 พัฒนาการศูนย์สุขภาพชุมชน มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย ศูนย์แม่สอด

ศูนย์สุขภาพชุมชนในอำเภอแม่สอดดำเนินการผ่านทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชน และเปิดให้บริการมาเป็นระยะเวลา 7-13 ปี เป็นกลไกที่ใช้ในการจัดการสุขภาพชายแดนกับประชากรต่างชาติที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เมือง ชุมชนรอบนอก และแนวชายแดน ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวของทั้ง 3 องค์กรเป็นช่องทางและสร้างโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชากรต่างชาติได้มากขึ้น เพื่อลดภาวะการเจ็บป่วย ภาวะความแออัดในสถานพยาบาล ทว่า การดำเนินงานย่อมมีข้อจำกัดซึ่งพอจะสรุปได้ว่าเป็นความท้าทายในการจัดการงบประมาณและบุคลากร

ตารางที่ 3.1 ศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่แม่สอด: ความเป็นมา วัตถุประสงค์ การบริหารจัดการและประเภทการบริการ

องค์กร	ที่มาของการจัดตั้ง	วัตถุประสงค์ของการจัดตั้ง	รูปแบบการบริหารจัดการ	รูปแบบการบริการ
1. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอด	การระบาดของไข้เลือดออกนำไปสู่ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายสุขภาพและการพัฒนาบุคลากรในการปฏิบัติงานสุขภาพชายแดน	เพื่อการทำงานเชิงเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคในเขตพื้นที่ชายแดน (จัดตั้ง Health Post ในเขตตำบลชายแดน)	ผู้ให้บริการคือ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ (อสต.) ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอด	- หน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่ (รวมถึงการให้วัคซีนในเด็กเล็ก) - บริการสุขภาพพื้นฐาน
2. โรงพยาบาลแม่สอด	การเข้าถึงวัคซีนในเด็กต่างชาติ การส่งเสริมงานอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งลดอัตราการทำแท้งในกลุ่มประชากรต่างชาติ	เพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพพื้นฐานในกลุ่มประชากรต่างชาติที่อาศัยในเขตเมือง (จัดตั้ง Health Post ในเขตเทศบาลนครแม่สอด)	ให้บริการโดยพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลแม่สอด และพนักงานสาธารณสุขต่างชาติ โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการบริหารจัดการจากเงินรายได้ของโรงพยาบาล	- วัคซีนในเด็กเล็ก - ฝากครรภ์ การวางแผนครอบครัว - บริการสุขภาพพื้นฐาน
3. มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย	สร้างช่องทางในการสนับสนุนให้เกิดความเข้มแข็งของการจัดการชุมชนโดยอาสาสมัครต่างชาติ	เพื่อกระจายสื่อ-ข้อมูลข่าวสารการค้นหา คัดกรอง และติดตามผู้ป่วยวัณโรค และเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพพื้นฐานในกลุ่มประชากรต่างชาติที่อาศัยในพื้นที่ห่างไกลจากตัวเมือง (จัดตั้ง Health Post ในเขตตัวเมืองและตำบลชายแดน)	อาสาสมัครต่างชาติเป็นผู้ดูแลวางแผน บริหารจัดการศูนย์สุขภาพชุมชนของตนเองตามบริบทของชุมชนนั้นๆโดยอิสระ ภายใต้การแนะนำ ติดตามจากพนักงานสาธารณสุขต่างชาติของมูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย ศูนย์แม่สอด	- ค้นหา คัดกรอง ติดตามผู้ป่วยวัณโรค - บริการข้อมูล HIV/AIDs - การวางแผนครอบครัว - บริการสุขภาพพื้นฐาน

กลไกการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชน: ความท้าทายและเงื่อนไขในการดำเนินงาน

ศูนย์สุขภาพชุมชนเกิดขึ้นโดยมีจุดร่วมที่สำคัญ คือ การขยายบริการสาธารณสุขในชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาค่าบริการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น แต่เนื่องจากแต่ละแห่งมีเป้าหมายและดูแลบริหารจัดการในลักษณะต่างๆ กัน เงื่อนไขที่ส่งผลต่อการดำเนินงานจึงมีต่างๆ กัน

1. ศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 2 แห่งที่ดำเนินการโดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอด เน้นการเฝ้าระวังโรคติดต่อ โรคระบาดข้ามแดน ทำหน้าที่เป็นหน่วยคัดกรอง เฝ้าระวัง สืบสวนโรค และภัยคุกคามสุขภาพ เพื่อให้การป้องกันและควบคุมโรคเป็นไปอย่างเท่าทันสถานการณ์ ซึ่งศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นเป็นหนึ่งในกลยุทธ์ของการทำงานตามแนวทางเชื่อมป้องกันโรคและภัยคุกคามทางสุขภาพ (Health Dam) ซึ่งการจะประสบความสำเร็จมากขึ้นต้องได้รับความร่วมมือจากประเทศเมียนมาร์เพื่อให้เกิดกลไกการทำงานไปพร้อมๆ กันในสองฝั่งชายแดน

2. ศูนย์สุขภาพชุมชนในชุมชนเมืองแม่สอดทั้ง 2 แห่ง ซึ่งดำเนินการโดยโรงพยาบาลแม่สอด เน้นการบริการสุขภาพในกลุ่มประชากรต่างชาติที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครแม่สอด มีระบบการบริการที่ครอบคลุมทั้งการให้วัคซีน การวางแผนครอบครัว ฝากครรภ์ โรคทั่วไป เสมือนเป็นคลินิกในพื้นที่ของโรงพยาบาลที่มาเปิดบริการในชุมชน ซึ่งการดำเนินงานต้องการการสนับสนุนทรัพยากรที่เพียงพอทั้งในส่วนของบุคลากรและเวชภัณฑ์

3. ศูนย์สุขภาพชุมชนในชุมชนต่างชาติที่กระจายอยู่ในพื้นที่เมืองและชุมชนที่มีความห่างไกลจากเมือง ดำเนินการภายใต้การดูแลของมูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย ศูนย์แม่สอด จำนวน 25 แห่ง เป็นการให้บริการสุขภาพเบื้องต้น โดยจุดมุ่งหมายของศูนย์สุขภาพชุมชน คือ การนำศูนย์ฯ นี้มาเป็นวิธีในการสร้างพลังชุมชนให้มีศักยภาพในการดำเนินการแก้ไขปัญหาของชุมชนได้เอง และมีได้ดำเนินการเพียงแค่เรื่องสุขภาพเท่านั้น แต่มีการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นทั้งภาครัฐและเอกชนในประเด็นที่มีความครอบคลุมไปถึงเรื่องอื่นๆ ในชีวิตประจำวันของแรงงานและประชากรต่างชาติในชุมชน

จากการสังเกตและเยี่ยมชมศูนย์สุขภาพชุมชนทั้งสามประเภทข้างต้น อาสาสมัครสาธารณสุขจัดเป็นกลไกเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานที่สำคัญของศูนย์สุขภาพชุมชนทั้ง 3 ประเภท อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติจึงจัดเป็นกลไกที่สำคัญในการทำงานในพื้นที่ชายแดนที่มีความแตกต่างทางภาษาและปัญหาความไว้วางใจ อาสาสมัครต่างชาติเหล่านี้ได้ผ่านการฝึกอบรมความรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพและความเจ็บป่วยเบื้องต้น ทำหน้าที่กระจายข้อมูล/ข่าวสารสุขภาพสู่ชุมชน

นอกจากกลไกอาสาสมัครแล้ว ภาคีเครือข่ายก็เป็นกลไกสำคัญที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งศูนย์สุขภาพชุมชนให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมของมูลนิธิ/องค์กรเอกชนไม่แสวงผลกำไร (NGO) ทั้งที่เป็นองค์กรภายในและระหว่างประเทศ โรงเรียน โรงพยาบาลชุมชน สถาบันทางศาสนา และกลุ่มประชาสังคมในพื้นที่ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารดูแลศูนย์สุขภาพในแต่ละแห่งต่างเห็นตรงกันถึงประโยชน์ของการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน รวมทั้งเห็นศักยภาพของการใช้ศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อตอบสนองการดำเนินงานสาธารณสุขอื่นๆ แม้ในปัจจุบันยังมีข้อจำกัด/ความท้าทายในการดำเนินงานอยู่ก็ตาม

บทที่ 4

การพัฒนาโลกใต้นับสนุนศูนย์สุขภาพชุมชน: กรณีศึกษาการควบคุมเฝ้าระวังโรควัณโรค

*“วัณโรคเป็นภัยพิบัติทางสาธารณสุข คุณภาพความมั่นคงทางสุขภาพและเป็นความท้าทาย
ในการพัฒนา สังคมโลกกำลังต่อสู้กับการระบาดของวัณโรค โดยเฉพาะการต่อสู้
เพื่อกลุ่มคนยากจน กลุ่มคนที่มีความเปราะบาง และเป็นชายขอบทางสังคม”*

Dr. Mario Raviglione
Director, Global TB Programme,
World Health Organization¹⁸

วัณโรค เป็นโรคติดเชื้อที่เป็นปัญหาสำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริเวณพื้นที่ชายแดนที่มีการเคลื่อนย้ายผู้คนอย่างต่อเนื่อง ด้วยปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศต้นทางและปลายทาง ประกอบกับการแพร่กระจายเชื้อของโรคผ่านทางระบบทางเดินหายใจ ความรุนแรงของโรคจึงเกิดขึ้น หากไม่ได้รับการดูแล ป้องกัน และควบคุมอย่างจริงจัง อีกทั้งวัณโรคมิได้มีผลกระทบต่อสุขภาพกาย และใจของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังกระทบต่อระบบเศรษฐกิจของครัวเรือนและประเทศไปพร้อมๆ กัน หากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาหรือขาดความต่อเนื่องในการรักษา

งานวิจัยนี้เป็นงานศึกษาเพื่อการพัฒนาโลกการทำงานสาธารณสุขชายแดนในพื้นที่แม่สอด ข้อมูลที่นำเสนอในบทก่อนหน้านี้แสดงให้เห็นว่า ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นกลไกที่มีอยู่เดิม โดยมีเป้าหมายเพื่อลดปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานและในขณะเดียวกันก็เป็นกลไกในการเฝ้าระวังโรคติดต่อในพื้นที่ชายแดน การดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชนใช้กลไกอาสาสมัครและภาคีเครือข่ายและในทุกๆ แห่งได้ตระหนักถึงข้อจำกัดด้านทรัพยากร (บุคลากรและเงินทุน) นอกจากนี้จากการทบทวนงานดำเนินการสุขภาพข้ามแดนในประเทศต่างๆ ได้ข้อสรุปที่สำคัญคือ การดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนต้องสอดคล้องกับความต้องการ/ปัญหาของพื้นที่ และเงื่อนไขของการทำงานที่สำคัญคือการทำงานร่วมอย่างจริงจังของภาคีเครือข่าย

เนื้อหาในบทนี้จะเป็นการกล่าวถึงการดำเนินงานเพื่อค้นหารูปแบบ/กลไกเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีอยู่เดิมให้เข้มแข็งขึ้น เนื่องด้วยศูนย์สุขภาพชุมชนเดิม มีกิจกรรมเพื่อการให้บริการขั้นพื้นฐานและการเฝ้าระวังโรค งานวิจัยนี้จึงได้เลือกวัณโรคเป็นกรณีศึกษาการพัฒนาโลกเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชน เนื่องด้วยวัณโรคเป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่และเป็นปัญหาทั้งในระดับชาติและระดับโลก และประเทศไทย ได้ประกาศยุทธศาสตร์ชาติในการดำเนินงานควบคุมโรควัณโรคภายในปี พ.ศ.2578

เนื้อหาของบทนี้จะแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกจะกล่าวถึงสถานการณ์วัณโรคในไทยและในพื้นที่แม่สอดและส่วนที่สองจะเป็นการกล่าวถึงการดำเนินงานเพื่อพัฒนาโลกใต้นับสนุนการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชน

ส่วนที่ 1: สถานการณ์และยุทธศาสตร์การดำเนินงานควบคุมวัณโรค

ในปี พ.ศ.2559 องค์การอนามัยโลกระบุว่าวัณโรคเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 9 ของประชากรโลกและเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ที่เกิดจากโรคติดเชื้อ ในปีดังกล่าววัณโรคได้คร่าชีวิต

¹⁸ World Health Organization, 2015, p.1

ประชากร 1.3 ล้านคน และมีผู้ป่วยวัณโรค 10.4 ล้านคน แบ่งเป็นผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 6.3 ล้านคน และเป็นผู้ป่วยดื้อยาหลายขนานจำนวน 490,000 คน (World Health Organization, 2017, p. 1) กล่าวได้ว่าวัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก ด้วยสถานการณ์ดังกล่าวสหประชาชาติและองค์การอนามัยโลกจึงได้รับรองวาระของประเทศสมาชิก โดยกำหนดให้การควบคุมและป้องกันวัณโรคเป็นเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ในกรอบสหประชาชาติ และในปี พ.ศ.2559 องค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (The End TB Strategy)¹⁹ ซึ่งมีวิสัยทัศน์ให้โลกปราศจากวัณโรค มีเป้าหมายลดอุบัติการณ์วัณโรคให้เหลือ 20 และ 10 ต่อแสนประชากรโลกภายในปี พ.ศ.2573 และ พ.ศ.2578 ตามลำดับ นั้นหมายถึงการลดอัตราการตายร้อยละ 95 และลดผู้ป่วยรายใหม่ลงร้อยละ 90 ภายในปี พ.ศ.2578 และเพื่อบั่นแปปใจว่าไม่มีครอบครัวใดที่ได้รับความเดือดร้อนด้านเศรษฐกิจ (Catastrophic Expenses) จากการป่วยด้วยวัณโรค (Thitima, 2017, เจาะลึกระบบสุขภาพ, 2560 และ World Health Organization, 2015, p.5)

ยุทธศาสตร์ยุติวัณโรคพัฒนาบน 3 เสาหลัก ด้วย 4 หลักการ²⁰ โดยเน้นการป้องกัน การดูแลรักษาที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง บทบาทภาคประชาสังคมในการทำงานร่วมกับภาครัฐ การจัดทำนโยบายที่เข้มแข็ง และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกยังได้จัดกลุ่มประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง (High Burden Country Lists) ออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่จำนวนและอัตราการป่วยวัณโรคสูง (TB) 2) กลุ่มที่มีจำนวนและอัตราการป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอช ไอ วี สูง (TB/HIV) และ 3) กลุ่มที่มีจำนวนและอัตราการป่วยดื้อยาหลายขนานสูง (MDR-TB) โดยประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูงทั้ง 3 กลุ่มที่กล่าวมา (สำนักวัณโรค, 2559 และ กรมควบคุมโรค, 2560ก)

สำหรับประเทศไทย สถาบันวิจัย จัดการความรู้ และมาตรฐานการควบคุมโรค (สวคร.) รายงานว่ามีผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 120,000 รายต่อปี คิดเป็นอัตราป่วย 171 แสนต่อประชากร (สวคร., 2559 หน้า 24) ซึ่งในจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ดังกล่าวเป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนการรักษาเพียงครึ่งหนึ่งเท่านั้น ซึ่งคิดเป็นอัตราความครอบคลุมในการรักษาประมาณร้อยละ 60 แสดงว่ามีผู้ป่วยอีกกว่าร้อยละ 40 ที่ไม่เข้าถึงการวินิจฉัยหรือเข้าถึงล่าช้า ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อไปสู่คนใกล้ชิดและชุมชน (ดังตารางที่ 4.1) ขณะที่จำนวนและอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน ตั้งแต่ปี พ.ศ.2555-2559 แสดงจำนวนและอัตราการตายจากวัณโรคเพิ่มขึ้นทุกปี (ดังตารางที่ 4.2)

¹⁹ เป็นยุทธศาสตร์ที่ให้ความสำคัญต่อการให้บริการที่ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ประสบปัญหาหรือมีข้อจำกัดในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ เช่น แรงงานข้ามชาติ โดยยุทธศาสตร์และการแก้ไขปัญหานี้เน้นการมีส่วนร่วมของภาคสาธารณสุขและฝ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การคุ้มครองทางสังคม แรงงาน และงานยุติธรรม เป็นต้น โดยได้มีการร้องขอให้เลขาธิการองค์การอนามัยโลกเข้าช่วยเหลือประเทศสมาชิกในการปรับและดำเนินการกลยุทธ์ โดยให้คำนึงถึงความสำคัญในการแก้ปัญหาวัณโรคดื้อยาและส่งเสริมความร่วมมือในการดำเนินงานข้ามพรมแดน (World Health Organization, 2016)

²⁰ เสาหลักของยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค ได้แก่ 1) การจัดการดูแลรักษาและป้องกันโรคร้อย่างบูรณาการโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 2) การจัดทำนโยบายและระบบสนับสนุนที่เข้มแข็ง และ 3) การเร่งรัดงานวิจัยและนวัตกรรม ขณะที่ 4 หลักการประกอบด้วย 1) รัฐบาลให้การดูแล สนับสนุน มีความรับผิดชอบ และมีระบบติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานและการประเมินผล 2) การสร้างความร่วมมือการดำเนินงานกับภาคประชาสังคมและชุมชน 3) การป้องกันและส่งเสริมสิทธิมนุษยชน จริยธรรม และความเท่าเทียม และ 4) การประยุกต์ยุทธศาสตร์และเป้าหมายในระดับประเทศให้สอดคล้องกับสถานการณ์และทรัพยากรที่มีอยู่ด้วยความร่วมมือจากระดับโลก (ข้อมูลเพิ่มเติมโปรดดู แผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ.2560-2564 และ The End TB Strategy)

ตารางที่ 4.1 จำนวนผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษาและอัตราความครอบคลุมการรักษา
ปีงบประมาณ 2557-2559

ปีงบประมาณ	ผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา (ราย)	อัตราความครอบคลุมการรักษา (ร้อยละ)
2557	67,789	59.0
2558	62,154	55.3
2559	67,193	59.4

ที่มา: กรมควบคุมโรค (2560ก)

ตารางที่ 4.2 จำนวนและอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน จากสาเหตุวัณโรค ปี พ.ศ.2555-2559

ปี	2555	2556	2557	2558	2559
จำนวน (คน)	5,354	5,496	5,936	6,084	6,107
อัตรา (ต่อแสนประชากร)	8.3	8.5	9.1	9.4	9.4

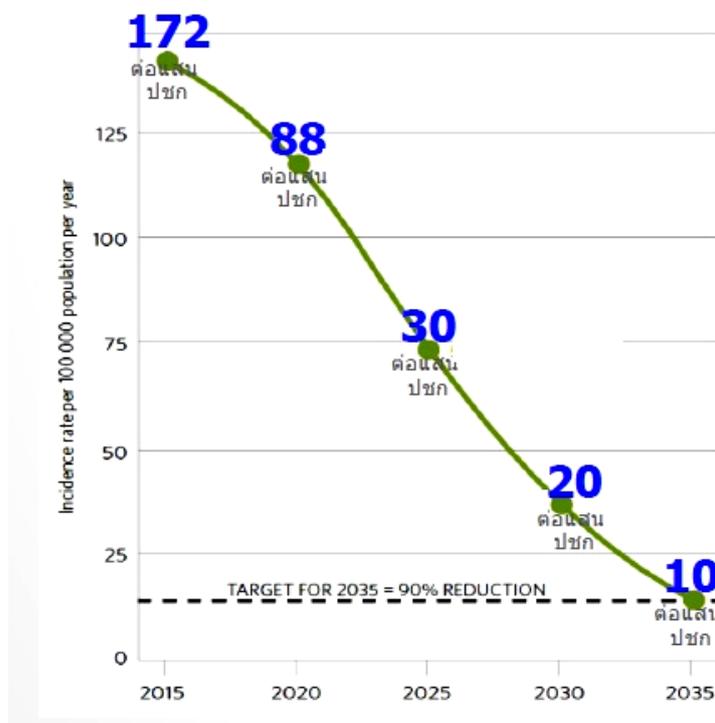
ที่มา: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. 2560. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2559. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, หน้า 82

นอกจากนี้ การที่ประเทศไทยถูกจัดให้เป็น 1 ใน 14 กลุ่มประเทศที่มีภาระวัณโรคสูงในทุกกลุ่ม แสดงให้เห็นว่านอกจากการเฝ้าระวังการแพร่เชื้อวัณโรคและการค้นหาเพื่อคัดกรองผู้ป่วยให้ทันที่แล้วก็แล้ว การติดตามผู้ป่วยวัณโรคให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องยังเป็นสิ่งที่ ประเทศไทยต้องดำเนินการอย่างจริงจังเพื่อป้องกันการเกิดภาวะป่วยดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) ซึ่งในปี พ.ศ.2558 พบว่ามีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาร้อยละ 2 และผู้ป่วยรายเก่าดื้อยาร้อยละ 19 ซึ่งภาวะ ดื้อยาหลายขนานส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยและเพิ่มความเสี่ยงการแพร่เชื้อวัณโรคดื้อยา นอกจากนี้ ยังสร้างผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือนและสังคมอย่างมาก เพราะทำให้ ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาจาก 2,000-4,000 บาทต่อคน เพิ่มเป็น 200,000-1,200,000 บาทต่อคน (กรมควบคุมโรค, 2560ก และ 2560ข)

เนื่องด้วยสถานการณ์วัณโรคดังที่กล่าวมาข้างต้น ประเทศไทยต้องลดอัตราการป่วยการตาย การขาดยา และป้องกันการดื้อยา จึงได้กำหนดยุทธศาสตร์ระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ.2558-2562)²¹ ขึ้น เพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาวัณโรคของประเทศ หลังจากนั้นเมื่อองค์การอนามัยโลกกำหนด

²¹ ดำเนินการใน 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การค้นหาผู้ป่วยตั้งแต่ยังไม่ปรากฏอาการ 2) นำเข้าสู่ระบบการรักษาอย่างต่อเนื่อง ติดตามการทานยา เพื่อช่วยลดการแพร่เชื้อไปสู่คนรอบข้างและในชุมชน 3) ลดอัตราผู้ป่วยรายใหม่ได้อย่างน้อยร้อยละ 20 สร้างให้ประชาชนเกิดการตื่นตัว ตระหนัก และมีความรู้ในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันวัณโรค และสร้างทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเพื่อนำไปสู่การลดการรังเกียจและตีตราผู้ป่วย

ยุทธศาสตร์ยุติวัณโรคให้หมดไปภายในปี พ.ศ.2578 ประเทศไทยจึงได้จัดให้วัณโรคเป็นวาระสำคัญ โดยกำหนดยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ.2560-2564 เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรคทั้งประเทศ มีเป้าหมายโดยรวมเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยจาก 171 ต่อแสน ประชากร ให้เหลือ 88 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ.2564 (ค.ศ.2020) และลดเหลือ 10 ต่อแสน ประชากรในปี ค.ศ.2035 หรือ พ.ศ.2578 (สวคร., 2559 หน้า 24) ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของ ยุทธศาสตร์ยุติวัณโรคที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้



ภาพที่ 4.1 อัตราอุบัติการณ์วัณโรคและอัตราตายในประเทศไทยและการคาดประมาณ
ที่มา: สุขสันต์ จิตติมณี (2560)

ทั้งนี้ เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายดังกล่าวข้างต้นยุทธศาสตร์ทั้ง 5 ของ แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ พ.ศ.2560-2564²² จึงประกอบด้วย การค้นหาให้พบ จบด้วยหายพัฒนา ระบบและเครือข่าย นโยบายมุ่งมั่น สร้างสรรค์นวัตกรรม ซึ่งในแต่ละยุทธศาสตร์มีเป้าประสงค์ให้เกิด การค้นหาผู้ป่วยที่ครอบคลุมและมีความรวดเร็วในการวินิจฉัยโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ แรงงาน ช้ามาชาติ ผู้ต้องขัง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้สูงอายุ เป็นต้น (กรมควบคุมโรค, 2560ก) โดยพัฒนา ศักยภาพการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ในการป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมโรค พร้อมทั้ง สนับสนุนเชิงนโยบายอย่างจริงจังด้วยการระดมทรัพยากร เร่งการศึกษาวิจัยที่สามารถชี้แนะ

²² ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งรัดค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคให้ครอบคลุมโดยการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง
ยุทธศาสตร์ที่ 2 ลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค
ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการป้องกัน ดูแลรักษาและควบคุมวัณโรค
ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างกลไกการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์อย่างยั่งยืน
ยุทธศาสตร์ที่ 5 ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมในการป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรค

ทางการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานวัณโรค และส่งเสริมนวัตกรรมที่สอดคล้องกับสถานการณ์ของพื้นที่ (เจาะลึกระบบสุขภาพ, 2560, สุขสันต์ จิตติมณี, 2560 และสำนักวัณโรค, 2559, หน้า 3, 31-37) เนื่องจากพบว่า การดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทยที่ผ่านมามีจำนวนการค้นพบผู้ป่วยในระดับต่ำ ระบบการรายงานและการเฝ้าระวังยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ

นอกจากวัณโรคจะเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับชาติแล้ว ยังเป็นปัญหาโรคติดต่อชายแดนที่มีความสำคัญของอำเภอแม่สอด โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานข้ามชาติซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มประชากรหลักที่เสี่ยงต่อการป่วยวัณโรค จึงมีการดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง ด้วยความร่วมมือของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยนำเอาการบริการสุขภาพเชิงรุกเข้าไปเป็นแนวทางสำคัญของการดำเนินงานและจัดการผ่านศูนย์สุขภาพชุมชน (Health Post) ซึ่งเป็นกลไกที่ดำเนินการร่วมกันระหว่างภาครัฐและเอกชน ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอด โรงพยาบาลแม่สอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และมูลนิธิศุภนิมิตฯ ศูนย์แม่สอด ทั้งนี้ การดำเนินการเพื่อป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรคของพื้นที่ในศูนย์สุขภาพชุมชนแต่ละแห่งมีอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติและพนักงานสาธารณสุขต่างชาติกลไกสำคัญในการปฏิบัติงานระดับพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในศูนย์สุขภาพชุมชนที่จัดตั้งขึ้นภายใต้การควบคุมดูแลของมูลนิธิศุภนิมิตอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการศูนย์สุขภาพชุมชนของตนเอง ด้วยกลไกการทำงานผ่านศูนย์สุขภาพชุมชนนี้ส่งผลให้อัตราการป่วยด้วยวัณโรคในกลุ่มประชากรต่างชาติของอำเภอแม่สอดลดลงตามลำดับ

สถานการณ์วัณโรคในพื้นที่อำเภอแม่สอด

การควบคุมการแพร่ระบาดเชื้อวัณโรครวมทั้งความต่อเนื่องในการบริการรักษาของผู้ป่วยในพื้นที่แม่สอดเป็นปัญหามาอย่างยาวนาน ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตากแสดงให้เห็นว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ.2540-2550 พื้นที่แม่สอดเป็นพื้นที่ที่มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคสูงกว่าพื้นที่อื่นๆ ในจังหวัดตากและส่วนใหญ่ของผู้ติดเชื้อวัณโรคในพื้นที่แม่สอดพบมากในกลุ่มแรงงานต่างชาติ (ดังตารางที่ 10) จำนวนผู้ติดเชื้อวัณโรคค่อยๆ ลดลงอย่างมากตั้งแต่ปี พ.ศ.2557 เป็นต้นมา แม้กระนั้นก็ดี การสัมภาษณ์บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่แม่สอดพบว่า ข้อมูลสถิติผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มแรงงานต่างชาติยังต่ำกว่าความเป็นจริงเนื่องจากลักษณะการเคลื่อนย้ายแรงงานต่างชาติซึ่งมีทั้งการข้ามแดนแบบไปเข้าเย็นกลับ การเข้ามาพักในพื้นที่แม่สอดเป็นระยะเวลาสั้นๆ ก่อนเดินทางไปในพื้นที่อื่น รวมทั้งการข้ามแดนและพำนักในพื้นที่อย่างไม่ถูกต้องตามกฎหมาย ลักษณะเหล่านี้เป็นอุปสรรคสำคัญในการคัดกรองผู้ป่วยใหม่และติดตามผู้ป่วยเพื่อการบริการรักษาอย่างต่อเนื่องนอกเหนือจากความแตกต่างทางภาษาซึ่งเป็นข้อจำกัดในการสื่อสารและการเข้าถึงแรงงานต่างชาติในพื้นที่

ตารางที่ 4.3 จำนวนผู้ป่วยวัณโรคใน 5 อำเภอชายแดนจังหวัดตาก ปีงบประมาณ พ.ศ.2540-2559

ปี	อำเภอ				
	แม่สอด	แม่ระมาด	ท่าสองยาง	พบพระ	อุ้มผาง
2540	24413	5318	12857	18572	6447
2541	23298	5941	8584	17218	6694
2542	28843	8140	15289	16914	10936
2543	19533	7113	14166	13317	845
2544	17377	7304	13281	14555	9813
2545	8982	3434	7367	7610	4989
2546	8880	2962	8304	5853	5713
2547	5390	2049	7663	4945	2905
2548	5752	1319	7590	5019	3453
2549	10115	2930	9351	8244	4791
2550	6661	1859	5026	5604	3585
2551	4788	2333	5904	4922	3319
2552	5260	2520	9732	6278	4115
2553	4342	1104	10294	3710	2859
2554	2455	818	10112	3083	1640
2555	989	826	8029	1471	2301
2556	1156	800	7282	906	3192
2557	401	416	3713	631	2463
2558	151	250	1489	471	1317
2559	87	144	615	304	503

ที่มา: งานยุทธศาสตร์ชายแดน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก

ตารางที่ 4.4 จำนวนผู้ป่วยวัณโรคอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปีงบประมาณ พ.ศ.2540-2559
(แยกชาวไทย/ต่างชาติ)

ปี	ไทย	ต่างชาติ	รวม (คน)
2540	6559	17854	24413
2541	6555	16743	23298
2542	7749	21094	28843
2543	5495	14038	19533
2544	5171	12206	17377
2545	2728	6254	8982
2546	1847	7033	8880
2547	1009	4381	5390
2548	865	4887	5752
2549	1708	8407	10115
2550	1070	5591	6661
2551	787	4001	4788
2552	1043	4217	5260
2553	894	3448	4342
2554	486	1969	2455
2555	220	149	989
2556	221	935	1156
2557	73	328	401
2558	30	121	151
2559	26	61	87

ที่มา: งานยุทธศาสตร์ชายแดน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาการพัฒนาารูปแบบ/กลไกเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชน

แม่สอด

โครงการวิจัยนี้เลือกศูนย์สุขภาพชุมชน (health post) เป็นกลไก (health mechanism) ในการลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายโรค (health risk reduction) และส่งเสริมความมั่นคงทางสุขภาพ (health security) ของชุมชนในพื้นที่ชายแดนแม่สอดโดยมีเครือข่ายภาคีองค์กรต่างๆ ที่ทำงานอยู่ในพื้นที่เดิมเป็นกลไกสนับสนุน (health mechanism network)

การสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชนนอกจากจะใช้ ภาคิเครือข่ายเป็นกลไกสนับสนุนแล้ว การทบทวนงานศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาสาธารณสุขในพื้นที่และงานศึกษาสุขภาพข้ามแดนในต่างประเทศพบว่า อาสาสมัคร ค่าใช้จ่ายในการรักษา/สวัสดิการการรักษาพยาบาล และการบริหารจัดการระบบส่งต่อ/การสื่อสารระหว่างเครือข่าย/หน่วยงานที่ดำเนินงานเป็นสามประเด็นสำคัญในการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดน

เนื้อหาในส่วนนี้จะกล่าวถึงศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่ตำบลแม่ตาว กระบวนการดำเนินการกลไกที่ได้ศึกษาและข้อสรุปงานศึกษา

การพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน: คำถามและเป้าหมายในงานวิจัยนี้

ดังที่ได้กล่าวไว้ในข้างต้น (บทที่ 3) ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นกลไกที่มีอยู่เดิมในพื้นที่อำเภอแม่สอด เป็นกลไกที่หน่วยงานสาธารณสุขระดับพื้นที่พัฒนาขึ้นโดยมีเป้าหมายเพื่อเป็นหน่วยบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานและการเฝ้าระวังโรค การดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชนใช้อาสาสมัครเป็นกลไกการดำเนินงานโดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เป็นพี่เลี้ยง อาสาสมัครสาธารณสุขจะเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ชุมชนรวมทั้งให้การปฐมพยาบาลขั้นต้น ให้ความรู้ในการอนามัยแม่และเด็กรวมทั้งโรคต่างๆ ที่พบบ่อยในชุมชน การดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชนได้สนับสนุนการทำงานสาธารณสุขในพื้นที่เป็นอย่างมาก²³

คำถามคือ “ศูนย์สุขภาพชุมชนจะขยายบทบาทเพื่อการเป็นผู้ให้การดูแลสุขภาพชุมชนในพื้นที่ได้ทั้งงานสาธารณสุขขั้นพื้นฐานและงานควบคุมโรคติดต่อสำคัญในพื้นที่ได้หรือไม่ หากมีความเป็นไปได้รูปแบบการดำเนินงานและกลไกสนับสนุนควรเป็นอย่างไร”

ศูนย์สุขภาพในเขตตำบลแม่ตาว อำเภอแม่สอด

งานวิจัยนี้เลือกศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่ตำบลแม่ตาว การคัดเลือกพื้นที่ตำบลแม่ตาวนี้ เนื่องจากจากเหตุผลหลายประการ คือ

1. พื้นที่ตำบลแม่ตาวเป็นพื้นที่ที่มีชุมชนแรงงานต่างชาติดำเนินการประกอบอาชีพในลักษณะต่างๆ กันทั้งการทำงานในภาคอุตสาหกรรม การรับจ้างทั่วไป และการเป็นแรงงานในภาคเกษตรกรรม
2. เป็นพื้นที่ที่มีศูนย์สุขภาพชุมชนที่ดำเนินการโดยรัฐ (ผ่านสาธารณสุขอำเภอ) และองค์กรเอกชน

²³ การสัมภาษณ์ บุคลากรในหน่วยงานสาธารณสุขทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ และในพื้นที่ และข้อมูลจากองค์กรเอกชนที่ทำงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่และชุมชน ให้ข้อมูลตรงกันและทุกกลุ่มเห็นความสำคัญของศูนย์สุขภาพชุมชนในการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่

3. เป็นพื้นที่ซึ่งมีหน่วยให้บริการสาธารณสุขในชุมชนหรือใกล้เคียงทั้งระดับพื้นฐานและขั้นสูง คือ มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ให้การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน และโรงพยาบาลแม่สอดซึ่งอยู่ในพื้นที่ติดกันและชุมชนสามารถเดินทางไปใช้บริการได้โดยง่าย

4. เป็นพื้นที่ซึ่งสามารถแสดงรูปแบบการเคลื่อนที่ของแรงงานข้ามแดน โดยตำบลแม่ตาวมีพื้นที่ซึ่งติดกับเขตติดต่อกับประเทศเมียนมาร์ โดยมีลำน้ำเมยเป็นเขตกันซึ่งแรงงานจากเมียนมาร์สามารถเดินทางข้ามลำน้ำเมยเพื่อเข้ามาทำงาน นอกจากนี้พื้นที่สองฝั่งของลำน้ำเมยเป็นพื้นที่เกษตรกรรมและแรงงานจะเดินทางข้ามแดนไปมาเพื่อการทำงานและการไปมาหาสู่กันในทั้งสองพื้นที่

ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปตำบลแม่ตาว

เทศบาลตำบลแม่ตาว แบ่งเขตการปกครองจำนวน 6 หมู่บ้าน มีประชากรไทยจำนวน 7,203 คน แบ่งเป็น เพศชายจำนวน 3,624 คน เพศหญิงจำนวน 3,579 คน และมีหลังคาเรือนจำนวน 966 หลังคาเรือน



ภาพที่ 4.2 อาณาเขตที่ตั้งของเทศบาลตำบลแม่ตาว

ที่มา: เทศบาลตำบลแม่ตาว. เว็บไซต์ <http://www.maetao.go.th/condition.php>

ตารางที่ 4.5 จำนวนประชากรในตำบลแม่ตาวจำแนกตามหมู่บ้าน ครั้วเรือน และเพศ

หมู่	ชื่อหมู่บ้าน	จำนวนประชากร (คน)			จำนวนครั้วเรือน
		ชาย	หญิง	รวม	
1	บ้านแม่ตาวใต้	536	513	1,049	421
2	บ้านแม่ตาวกลาง	781	796	1,577	773
3	บ้านแม่ตาวแพะ	872	882	1,745	966
4	บ้านแม่ตาวสันแป	426	419	845	349
5	บ้านแม่ตาวสันโรงเรียน	386	372	760	300
6	บ้านดอนไชย	621	597	1,218	462
รวม		3,624	3,579	7,203	3,271

ที่มา: เทศบาลตำบลแม่ตาว. เว็บไซต์ <http://www.maetao.go.th/condition.php>

เขตเทศบาลตำบลแม่ตาวมีการอาศัยอยู่ร่วมกันของประชากรไทยและต่างชาติ ประชากรไทยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพอาชีพเกษตรกรรม เช่น ทำนา ทำไร่ เลี้ยงสัตว์ ขณะที่ประชากรต่างชาติประกอบอาชีพเป็นแรงงานในโรงงานและรับจ้างทั่วไป ในเขตเทศบาลตำบลแม่ตาวเป็นที่ตั้งของโรงงานจำนวน 34 โรง มีแรงงานจำนวน 4,738 คน เป็นแรงงานหญิงจำนวน 3,339 คน และแรงงานชายจำนวน 1,399 คน

โรงงานทั้ง 34 แห่งนี้แบ่งเป็นโรงงานขนาดใหญ่ (มีแรงงานมากกว่า 1,000 คน) จำนวน 1 แห่ง ซึ่งเป็นโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูป โรงงานขนาดกลาง (มีแรงงานจำนวน 100 คน แต่ไม่เกิน 1,000 คน) จำนวน 13 แห่ง ส่วนใหญ่เป็นโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูปและโรงงานทอผ้า และโรงงานขนาดเล็ก (มีแรงงานไม่เกิน 100 คน) จำนวน 20 แห่ง จากข้อมูลจำนวนโรงงานที่กล่าวมานั้นสามารถแยกเป็นประเภทและจำนวนได้ดังนี้

ตารางที่ 4.6 ประเภทและจำนวนโรงงานในเขตเทศบาลตำบลแม่ตาว อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

ประเภท	จำนวน (แห่ง)
ทอผ้าและตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูป	15
ทอเสื่อไหมและเสื่อกันหนาว	3
โกดังเก็บรักษาเมล็ดพืช ลานตากและลำเลียงผลผลิต (ข้าวโพด)	3
โรงสี	2
ผลิตเม็ดพลาสติก เครื่องใช้ต่างๆ และถังสแตนเลส	2
เย็บชิ้นส่วนรองเท้า	1
ประเภท	จำนวน (แห่ง)
ตัดเย็บผ้าเซ็ดโต๊ะ	1
ผลิตกล่องกระดาษ/กล่องของขวัญ	1
บรรจุก๊าซ	1
ผลิตพลังงานไฟฟ้า	1

ผลิตเอทานอลเพื่อเป็นเชื้อเพลิง	1
แปรรูปไม้ทำส่วนประกอบอาคาร	1
ผลิตและประกอบอุปกรณ์ไฟฟ้า ผลิตภัณฑ์อิเล็กทรอนิกส์	1
ทำปลาหนึ่ง	1

ที่มา: ศูนย์บริการเบ็ดเสร็จด้านอุตสาหกรรม สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัดตาก (สาขาแม่สอด) 2560.

แหล่งบริการสาธารณสุขและศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่ตำบลแม่ตาว

เทศบาลตำบลแม่ตาวยังมีแหล่งให้บริการสุขภาพแบ่งเป็น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 แห่ง (หมู่ที่ 5 บ้านแม่ตาวสันโรงเรียน) ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน 6 แห่ง และศูนย์สุขภาพชุมชน 4 แห่ง โดยศูนย์สุขภาพชุมชนมีการบริหารดำเนินงานใน 2 รูปแบบ คือ 1. ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ดำเนินงานร่วมระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และมูลนิธิศุภนิมิตฯ และ 2. ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ดำเนินการโดยมูลนิธิศุภนิมิตฯ

ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ตั้งอยู่ในเขตหมู่ที่ 3 (แม่ตาวแพะ) เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนที่ก่อตั้งขึ้นโดยความร่วมมือและสนับสนุนการดำเนินงานซึ่งกันและกันระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ตาวและมูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งนี้ก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ.2560 โดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอดดำเนินการด้านอาคารสถานที่ สนับสนุนเวชภัณฑ์ และมูลนิธิศุภนิมิตฯ ให้การสนับสนุนบุคลากร (อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ) นอกจากนั้นยังได้รับการสนับสนุนบางส่วนจาก European Union ผ่านโครงการต่างๆ ที่ดำเนินงานโดยมูลนิธิศุภนิมิตฯ ศูนย์สุขภาพชุมชนนี้เปิดให้บริการเฉพาะวันอาทิตย์ เวลา 16.00-18.00 น. โดยให้บริการจำหน่ายยาสามัญประจำบ้าน สนับสนุนถุงยางอนามัย ฉีดยาคุมกำเนิด บริการให้คำปรึกษาเรื่องวัณโรคและโรคเอดส์ คัดกรองวัณโรค แจกสื่อให้ความรู้เรื่องการจดทะเบียนเกิด และโรคตามฤดูกาล

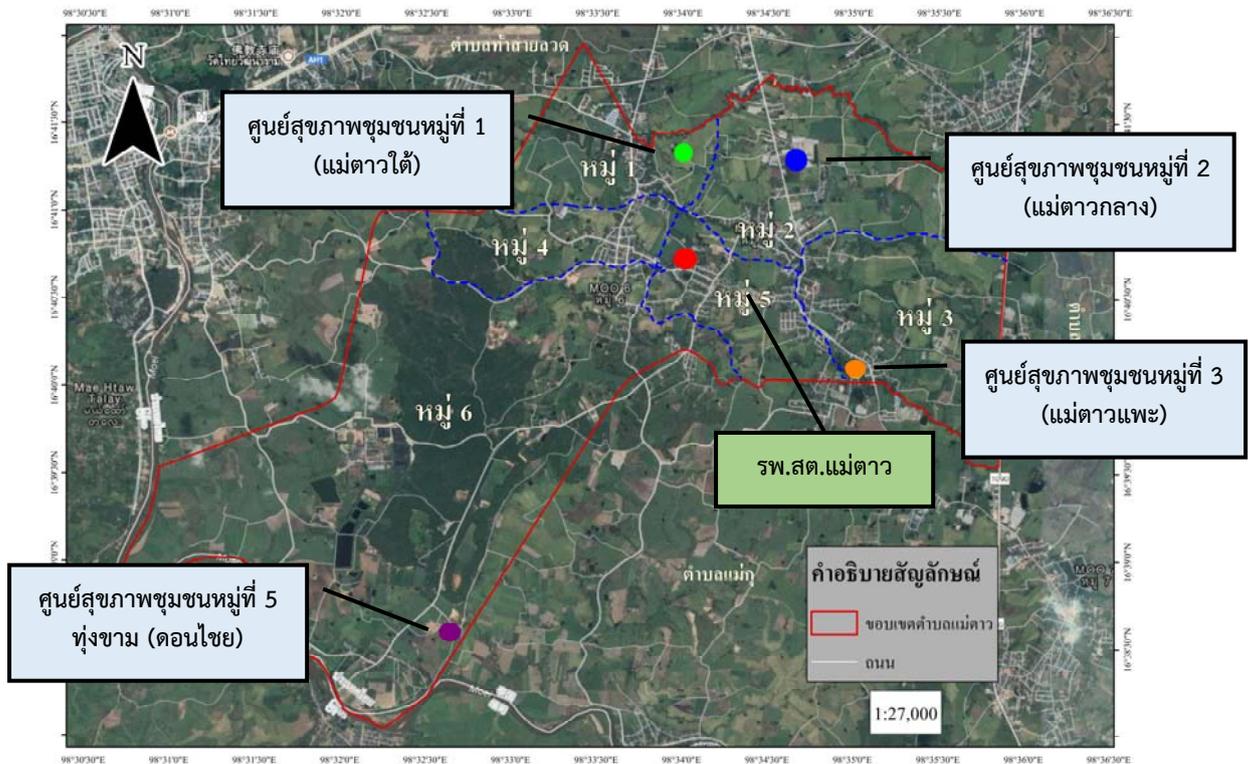
ศูนย์สุขภาพชุมชนนี้ตั้งอยู่ในพื้นที่ชุมชนอุตสาหกรรม โดยเฉพาะโรงงานอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้าขนาดใหญ่ซึ่งมีจำนวนแรงงานประจำในการทำงานในโรงงานมากกว่าหนึ่งพันคนจัดว่าเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนที่สร้างขึ้นเพื่อการเข้าถึงกลุ่มแรงงานต่างชาติและเพื่อเป็นกลไกในการให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน การให้ข้อมูลและการควบคุมโรค



ภาพที่ 4.3 ศูนย์สุขภาพชุมชนแม่ตาวแพะ (หมู่ที่ 3)

ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ดำเนินงานโดยมูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย ศูนย์แม่สอด

ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ดำเนินการโดยมูลนิธิศุภนิมิตฯ ในเขตพื้นที่ตำบลแม่ตาวมีจำนวนทั้งสิ้น 3 แห่ง ตั้งอยู่ในเขตหมู่ที่ 1, หมู่ที่ 2 และหมู่ที่ 6²⁴



ภาพที่ 4.4 ตำแหน่งที่ตั้งของศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเทศบาลตำบลตาว

ศูนย์สุขภาพชุมชนหมู่ที่ 1 (แม่ตาวใต้)

²⁴ หมู่ที่ 4 และ 5 ไม่มีศูนย์สุขภาพชุมชน เนื่องจากเป็นเขตที่ตั้งของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ตาว และเป็นพื้นที่ขนาดเล็กซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถให้บริการได้อย่างครอบคลุมในพื้นที่ดังกล่าว

พื้นที่ในหมู่ที่ 1 มีลักษณะกึ่งชุมชนเมืองกึ่งพื้นที่เกษตรกรรม ประชากรต่างชาติที่อาศัยในชุมชนนี้ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปและแรงงานก่อสร้างในตัวเมืองแม่สอด ศูนย์สุขภาพชุมชนของหมู่ที่ 1 ตั้งขึ้นในปี พ.ศ.2556 โดยมี Win Saw Oo ซึ่งปัจจุบันดำรงตำแหน่งผู้ใหญ่บ้าน²⁵ (วาระที่ 2) และเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติด้วย Win Saw Oo มีอาชีพรับจ้างทั่วไป และในบางช่วงได้ทำการรับจ้างก่อสร้างโดยเป็นผู้หาแรงงาน/รับเหมาก่อสร้าง



Win Saw Oo เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติเมื่อปี พ.ศ.2551 เดิม เขาใช้ส่วนบริเวณเฉลียงที่ยื่นออกนอกตัวบ้านในด้านหน้าของที่พักจัดเป็นพื้นที่ให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชน มีการให้ยาและเวชภัณฑ์จำเป็น อาทิ อุปกรณ์ล้างแผล ยาสามัญประจำบ้าน ยาเม็ดคุมกำเนิด และถุงยางอนามัย ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่พบบ่อยในชุมชน เช่น เอชไอวี/เอดส์ มาเลเรีย และวัณโรค เป็นต้น นอกจากนี้เนื่องด้วย Win Saw Oo เป็นเครือข่ายหลักในการประสานงานกับภาครัฐ และองค์กรเอกชนอื่นๆ จึงมีการให้ข้อมูลในด้านอื่นๆ ด้วย เช่น การทำบัตรแรงงานต่างชาติ การขึ้นทะเบียนเกิด นอกจากนี้ในพื้นที่นี้ยังเป็นศูนย์ข้อมูลพื้นฐานเพื่อสุขภาพชุมชนของศูนย์ประสานงานเขตแม่สอดมูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย ประชากรต่างชาติจะมาใช้บริการในช่วงเช้าและเย็น ซึ่งเป็นเวลาว่างจากการทำงาน

²⁵ ในพื้นที่แม่สอดซึ่งมีชุมชนแรงงานต่างชาติอยู่อย่างหนาแน่น การปกครองในชุมชนจึงมีการเลือกตั้งผู้ใหญ่บ้านซึ่งเป็นผู้ใหญ่บ้านที่เป็นตัวแทนของชาวไทย ดำรงตำแหน่งตามระเบียบราชการส่วนปกครองท้องถิ่น และมีการเลือกตั้งผู้ใหญ่บ้านชาวต่างชาติ (ชาวพม่า) เพื่อเป็นผู้ดูแลควบคุมชาวพม่าที่อพยพเข้ามาอาศัยในพื้นที่ ผู้ใหญ่บ้านชาวพม่าเป็นผู้ประสานงานระหว่างฝ่ายปกครองไทยที่ต้องการส่งข้อมูล ข่าวสารแก่กลุ่มชาวพม่าด้วย ดังนั้น ผู้ที่เป็นผู้ใหญ่บ้านพม่าจึงมักเป็นผู้ที่เข้ามาอยู่อาศัยในพื้นที่ประเทศไทยเป็นระยะเวลานานและมีความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยกับผู้ใหญ่บ้านไทยและหน่วยงานอื่นๆ ในภาครัฐ ผู้ใหญ่บ้านชาวพม่ามีวาระคราวละ 4 ปี และไม่ได้มีการกำหนดจำนวนวาระในการดำรงตำแหน่ง

ศูนย์สุขภาพชุมชนหมู่ที่ 2 (แม่ตาวกลาง)

พื้นที่หมู่ที่ 2 เป็นพื้นที่ชุมชนเมืองและมีโรงงานอุตสาหกรรมการเกษตรขนาดกลางตั้งอยู่ในพื้นที่ แรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่เป็นแรงงานในโรงงานอุตสาหกรรม และมีการตั้งถิ่นที่อยู่อาศัยเป็นชุมชนแรงงานในพื้นที่ที่ทางโรงงานจัดหาให้สำหรับในชุมชนนี้มีจำนวนประชากรต่างชาติอาศัยอยู่ราว 200-300 คน บ้านพักส่วนใหญ่ก่อสร้างด้วยไม้ไผ่ปลูกติดกันเป็นแนวยาว และเว้นทางเดินในช่องกลางไว้ บ้านแต่ละหลังขนาดประมาณ 2x2 เมตร ชั้นเดียวโดยยกพื้นสูงจากพื้นดินประมาณ 1 เมตร บ้านทุกหลังไม่มีห้องน้ำ โดยส่วนที่เป็นครัวจะอยู่ในบ้าน โดยใช้เตาที่ใช้ไม้เป็นเชื้อเพลิงเป็นส่วนแสดงพื้นที่ทำครัว ส่วนบ้านที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี (เนื่องจากได้เข้ามาทำงานนานกว่า เป็นลูกจ้างรายวันและมีรายได้ประจำจากการทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม) บางหลังใช้กระทะและหม้อหุงข้าวไฟฟ้า



เนื่องจากพื้นที่อาศัยของชุมชนเป็นพื้นที่ของโรงงานอุตสาหกรรม ทางเจ้าของโรงงานอุตสาหกรรมได้จัดสร้างห้องน้ำไว้จำนวน 4 ห้อง และบริเวณอาบน้ำให้ชุมชนใช้ร่วมกัน รวมทั้งเดินสายไฟฟ้าเข้ามาในชุมชน โดยในปี พ.ศ.2562 ทางโรงงานอุตสาหกรรมมีแผนก่อสร้างอาคารที่อยู่อาศัยเป็นตึก สำหรับแรงงานเหล่านี้ เนื่องจากสภาพอยู่อาศัยปัจจุบันมีความแออัดมาก



เนื่องจากสภาพอยู่อาศัยปัจจุบันมีความแออัดมาก เนื่องจากในบ้านบางหลังแม้จะมีแรงงานทำงานในโรงงานเพียงคนเดียวแต่แรงงานเหล่านี้ก็มีสมาชิกครอบครัวอื่นๆเช่น ภรรยา และ บุตร อาศัยอยู่ด้วย ดังนั้นในชุมชนนี้แม้จะเป็นช่วงเวลาทำงาน ชุมชนก็จะมีผู้หญิงและเด็กอยู่กันอย่างแออัดตลอดทั้งวัน

ศูนย์สุขภาพชุมชนของหมู่ที่ 2 นี้ตั้งขึ้นในปี พ.ศ.2556 (เช่นเดียวกับศูนย์สุขภาพชุมชน ในหมู่ที่ 1) และมี Ma Shwe Oo เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ สามีของ Ma Shwe Oo เป็นแรงงานในโรงงานอุตสาหกรรม ตัว Ma Shwe Oo ไม่ได้ทำงานและใช้พื้นที่ด้านหน้าของ ตัวบ้านเป็นพื้นที่ทำงาน มุมซ้ายด้านหน้าของ ตัวบ้านนี้มีการจัดวางกล่องยาสามัญประจำบ้าน อุปกรณ์ปฐมพยาบาลเบื้องต้น และหน้าบ้านจะมีป้าย “ศูนย์ข้อมูลพื้นฐานเพื่อสุขภาพชุมชนของศูนย์ประสานงานเขตแม่สอด มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย” Ma Shwe Oo ได้รับความไว้วางใจจากชาวพม่าในชุมชนและในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติในด้านการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก เห็นได้จากการที่หญิงพม่าที่ตั้งครรภ์จะมาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนนี้ โดย Ma Shwe Oo ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง/ล่ามให้แก่หญิงเหล่านี้เมื่อไปรับบริการตรวจครรภ์หรือการฉีดภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก ศูนย์สุขภาพชุมชนนี้ได้รับการสนับสนุนจากคริสตจักรแม่สอดในการจัดรถรับส่งหญิงตั้งครรภ์เพื่อไปรับบริการที่ โรงพยาบาลแม่ตาวคลินิก หรือที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในทุกวันพุธของทุกเดือน

ศูนย์สุขภาพชุมชนหมู่ที่ 6 (ทุ่งขามดอนไชย)

พื้นที่หมู่ 6 เป็นพื้นที่ที่มีอาณาเขตกว้างที่สุดกว่าหมู่อื่นๆ ในเขตตำบลแม่ตาว เป็นพื้นที่เกษตรกรรมเช่น อ้อย ข้าวโพด และผักชนิดต่างๆ ตามฤดูกาล พื้นที่ทางทิศตะวันตกของหมู่บ้านมีอาณาเขตติดกับลำน้ำเมย ซึ่งกั้นพรมแดนระหว่างไทย-เมียนมาร์ เนื่องจากลำน้ำเมยเป็นแม่น้ำสายเล็กๆ และในหน้าแล้งจะมีปริมาณน้ำน้อย การเดินทางข้ามลำน้ำเมยจึงเป็นไปได้ง่าย เจ้าของพื้นที่ดินในหมู่ 6 ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่อาศัยในเขตเมืองแม่สอด และได้จ้างแรงงานชาวพม่าทำการเพาะปลูก บ้านพักของแรงงานต่างชาติจึงเป็นบ้านพักที่ก่อสร้างด้วยไม้และตั้งอยู่ในพื้นที่ทำการเกษตรที่ตนรับจ้างดูแล บ้านแต่ละหลังปลูกสร้างอยู่ห่างไกลกัน นอกจากนั้นสภาพพื้นที่มีความทุรกันดารมากกว่าพื้นที่หมู่อื่นๆ การเดินทางเข้าออกพื้นที่มีถนนหลักลาดยางเพียงสายเดียว ส่วนการเดินทางไปในแต่ละบ้านจะเป็นถนนดิน ซึ่งมักเป็นถนนดินเดิมที่ใช้เพื่อการขนส่งผลผลิตของที่ดินในแต่ละแปลง การเดินทางจึงลำบาก โดยเฉพาะในฤดูฝน นอกจากนั้นบ้านพักส่วนใหญ่ในพื้นที่ยังไม่มีไฟฟ้า โดยผู้ที่ต้องการใช้ไฟฟ้า (เพื่อการสำรองไฟใช้ในอุปกรณ์มือถือ) จะต้องไปใช้ที่สำนักงานของทหารในพื้นที่



ศูนย์สุขภาพชุมชนหมู่ที่ 6 เพิ่งเริ่มให้บริการได้ประมาณ 1 ปี โดยมี Wa Wa Khaing ทำ



หน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ โดยใช้พื้นที่มุมหนึ่งของบ้านพักเป็นที่ทำงานของศูนย์สุขภาพชุมชน มีกล่องยาสามัญประจำบ้านและ ยาคุมกำเนิด และตลับเก็บเสมหะเพื่อส่งตรวจเชื้อไวรัส

ข้อมูลจากการพูดคุยกับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติพบว่า ศูนย์สุขภาพชุมชนมีบทบาทสำคัญในการกระจายข้อมูลที่จำเป็นแก่แรงงานชาวพม่าไม่เฉพาะแต่ข้อมูลด้านสุขภาพ

เท่านั้น และในศูนย์สุขภาพชุมชนที่ดำเนินการทั้งสามศูนย์ของมูลนิธิศุภนิมิตฯ ที่กล่าวมาข้างต้น กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติเห็นว่า การดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชนหมู่ที่ 2 ประสบความสำเร็จสูงกว่าที่อื่น แรงงานชาวพม่านิยมมาที่ศูนย์ฯ และ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติได้ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานระหว่างแรงงานกับหน่วยบริการสาธารณสุขในการเข้ารับบริการ เนื่องจากได้รับการสนับสนุนจากรัฐ

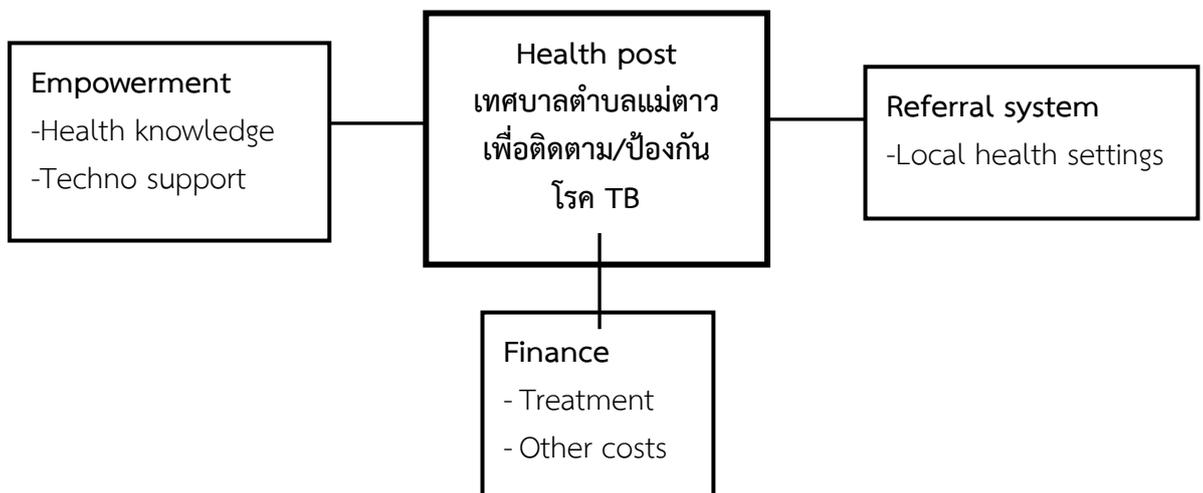
กรอบคิดในการพัฒนาโลกเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชน

จากการพูดคุยเพื่อค้นหารูปแบบ/กลไกและกรณีศึกษาเพื่อการสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชนระหว่างคณะนักวิจัย บุคลากรสาธารณสุขและผู้ทำงานในองค์กรเอกชนด้านสุขภาพในพื้นที่แม่สอด ได้ความเห็นที่ตรงกันในการใช้ศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อศึกษาการป้องกันโรคไวรัสและ

การติดตามผู้ป่วยเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรคในกลุ่มแรงงานต่างชาติ เนื่องด้วยปัญหาการควบคุมวัณโรคเป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ นอกจากนี้ยังเป็นปัญหาในระดับชาติและในระดับโลกตั้งข้อมูลสถานการณ์วัณโรคที่น่าเสนอในส่วนแรกของบทนี้

การทบทวนงานศึกษาการดูแลควบคุมโรควัณโรคในพื้นที่แม่สอดที่ผ่านมาจำนวน 2 ชิ้น ได้แก่ งานศึกษาของ Aiko Kaji et al (2015) และ Naomi Tschirhart et al (2017) ได้ให้ข้อค้นพบที่น่าสนใจเกี่ยวกับการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ต่อการดำเนินการควบคุมโรควัณโรค งานศึกษาทั้งสองชิ้นเก็บข้อมูลหลักในพื้นที่ในระยะเวลาใกล้เคียงกันคือ ช่วงปลายปี ค.ศ.2013 ถึงปลายปี ค.ศ.2014 และทั้งสองชิ้นให้ความสนใจกระบวนการทำงานร่วมกันของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่อันประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุขภาครัฐ ผู้ทำงานในหน่วยงานพัฒนาเอกชนและผู้ป่วยที่เป็นแรงงานต่างชาติ ข้อค้นพบสำคัญที่ได้คือ กลุ่มผู้มีส่วนได้เสียในพื้นที่ให้ข้อมูลด้านการขาดการติดต่อสื่อสารและการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพระหว่างภาคีเครือข่ายโดยเฉพาะในระดับพื้นที่ ประสิทธิภาพการทำงานของเครือข่ายระหว่างพื้นที่ข้ามแดนรวมทั้งการขาดการทำงานร่วมกันระหว่างพื้นที่ไทยและเมียนมาร์ ประสิทธิภาพของระบบการส่งต่อผู้ป่วยข้ามแดน และการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ รวมทั้งการพัฒนากระบวนการประกันสุขภาพเพื่อรองรับปัญหาค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคข้ามแดน

งานวิจัยนี้จึงกำหนดกลไกสำคัญที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชนในการควบคุมและติดตามผู้ป่วยวัณโรค ออกเป็น 3 ประเด็น ได้แก่ การสนับสนุนสร้างเสริมศักยภาพในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ (Empowerment) การจัดการระบบข้อมูลและการส่งต่อ (Referral system) และการจัดการทางการเงิน (Finance)



กระบวนการดำเนินงาน

คณะนักวิจัย บุคลากรสาธารณสุขและองค์กรเอกชนในพื้นที่ได้กำหนดรายละเอียดการดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความเข้มแข็งของกลไกทั้ง 3 คือ กลไกอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ กลไกการส่งต่อผู้ป่วย/ข้อมูล และกลไกการจัดการด้านค่าใช้จ่าย ดังแสดงในตารางด้านล่าง

ตารางที่ 4.7 กลไกในการสนับสนุนการดำเนินงานศูนย์สุขภาพจำแนกตาม กิจกรรมและภาคี
เครือข่าย

กลไก	ลักษณะกิจกรรม	ภาคีเครือข่าย
อาสาสมัครสาธารณสุข ต่างชาติ	- การค้นหา คัดเลือกอาสาสมัคร สาธารณสุขต่างชาติ ในพื้นที่ตำบลแม่ตาว - การอบรมความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ พัฒนา ศักยภาพด้านการค้นหา การติดตามผู้ป่วย วัณโรค	- มูลนิธิศุภนิมิตฯ ศูนย์แม่สอด - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลแม่ตาว - สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ แม่สอด
ระบบส่งต่อผู้ป่วย/ข้อมูล	- การร่วมกันพัฒนาระบบและช่องทางการ ส่งต่อผู้ป่วย และข้อมูลระหว่างพื้นที่ และหน่วยงานสาธารณสุข - การใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ในการประสาน ส่งต่อ ข้อมูลอย่างทั่วถึง และทันต่อ เหตุการณ์	- มูลนิธิศุภนิมิตฯ ศูนย์แม่สอด - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลแม่ตาว - สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ แม่สอด - โรงพยาบาลแม่สอด
การจัดการด้านค่าใช้จ่าย	การร่วมกันสนับสนุนค่าใช้จ่ายใน การรักษาและค่าใช้จ่ายอื่นๆ	- กระทรวงสาธารณสุข (รับผิดชอบเวชภัณฑ์ และ การตรวจ) - มูลนิธิศุภนิมิตฯ ศูนย์แม่สอด สนับสนุนค่าตรวจวินิจฉัย ค่าดูแลรักษา และค่าเดินทางแก่ ผู้ป่วยวัณโรคที่ไร้สิทธิ

โครงการวิจัยได้ดำเนินกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับองค์กรและบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ในช่วงระยะเวลา
ดังนี้

กลไกการพัฒนาอาสาสมัคร		
กิจกรรม	เครือข่ายดำเนินงาน	เวลาดำเนินการ
การคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุข ต่างชาติในพื้นที่ตำบลแม่ตาว	มูลนิธิศุภนิมิตฯ ศูนย์แม่สอด	ธันวาคม 2560
การอบรมให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ โรคและการดูแลผู้ป่วยวัณโรค	- สาธารณสุขอำเภอแม่สอด - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แม่ตาว - มูลนิธิศุภนิมิตฯ ศูนย์แม่สอด - คณะวิจัย (ร่วมสนับสนุน)	26 - 27 มกราคม 2561
กิจกรรม	เครือข่ายดำเนินงาน	เวลาดำเนินการ

การจัดทำแผนที่ชุมชนโดยอาสาสมัคร สาธารณสุขต่างชาติ	- สาธารณสุขอำเภอแม่สอด - มูลนิธิศุภนิมิตฯ ศูนย์แม่สอด	27 มกราคม 2561
กลไกการพัฒนาข้อมูล		
การประชุมเพื่อประสานความร่วมมือ กับ โครงการ PODD ²⁶ เพื่อ การใช้ แอปพลิเคชันในการรายงาน/ติดตามโรค	คณะผู้วิจัย	ธันวาคม 2560
การนำเสนอแอปพลิเคชัน PODD แก่ บุคลากรโรงพยาบาลแม่สอดและ สาธารณสุขและมูลนิธิศุภนิมิตฯ ในพื้นที่	- คณะผู้วิจัย - ทีม PODD คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	15 ธันวาคม 2560
การนำเสนอแอปพลิเคชัน PODD แก่ ปลัด จังหวัด และบุคลากรสาธารณสุขงาน ควบคุมโรค จังหวัดตาก	- ทีม PODD คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	12 กุมภาพันธ์ 2561
การนำเสนอแอปพลิเคชัน PODD แก่ผู้ ปฏิบัติงานของมูลนิธิศุภนิมิตฯ	- คณะผู้วิจัย - ทีม PODD คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	12 กุมภาพันธ์ 2561

การประเมินผลการดำเนินงานพัฒนากลไก

เนื่องจากโครงการวิจัยนี้มีระยะเวลา 1 ปี คือตั้งแต่ 1 พฤษภาคม 2560 - 30 เมษายน 2561 การดำเนินงานในช่วง 6 เดือนแรก (พฤษภาคม-ตุลาคม 2560) เป็นการศึกษา/ค้นหาข้อมูลทำความเข้าใจในแง่มุมต่างๆ ของพื้นที่แม่สอด สถานการณ์ทั่วไปและความเจ็บป่วยในพื้นที่ แหล่งบริการสาธารณสุขและกลุ่มภาคีเครือข่ายในพื้นที่ พร้อมทั้งกับการทบทวนงาน/โครงการบริการสุขภาพข้ามแดนในที่อื่นๆ เพื่อนำมากำหนดกรอบ/ประเด็นการดำเนินงานและการกำหนดกลไกการทำงาน สนับสนุนศูนย์สุขภาพชุมชนในกรณีศึกษาการควบคุมโรคโควิดใน 3 ประเด็นคือ กลไกอาสาสมัคร การพัฒนาระบบส่งต่อ/ข้อมูล และการจัดการด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรค

การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครและการดำเนินกิจกรรมอื่นๆ เริ่มในช่วงปลายเดือนมกราคม 2561 ซึ่งเป็นระยะเวลาที่โครงการวิจัยได้เข้าสู่เดือนที่ 9 ทำให้การดำเนินงานของอาสาสมัครที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพยังมีช่วงเวลาดำเนินงานค่อนข้างสั้นมาก โครงการวิจัยได้จัดประชุมเพื่อประเมินผลการดำเนินงานในวันที่ 24 มีนาคม 2561 โดยเป็นเวทีที่ให้กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติที่เข้าร่วมการอบรมและพัฒนาศักยภาพให้ความเห็นและข้อเสนอแนะต่อการพัฒนากิจกรรมสาธารณสุขในพื้นที่ โดยเฉพาะการติดตามผู้ป่วยโรคตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติที่ตนเองรับผิดชอบ

²⁶ โครงการ PODD ย่อมาจาก Participatory ONE Health Disease Detection รายละเอียดของโครงการ PODD แสดงไว้ในภาคผนวก

การประเมินผลการดำเนินงานสามารถสรุปเป็น 4 ประเด็น ดังนี้คือ

1. อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ

พื้นที่แม่สอดมีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขทั้งสิ้น 2,257 คน คิดเป็นอัตราอาสาสมัครสาธารณสุขต่อจำนวนครัวเรือนประชากรไทยเท่ากับ 1 คน: 15-20 ครัวเรือน และในพื้นที่มีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ 734 คน ทั้งที่อยู่ในชุมชนและโรงงานอุตสาหกรรม โดยจำนวนแรงงานต่างชาติทั้งที่ขึ้นทะเบียนและไม่ได้ขึ้นทะเบียนมีทั้งสิ้นกว่าสามแสนคน งานสาธารณสุขอำเภอแม่สอดได้กำหนดเป้าหมายให้มีสัดส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ ต่อแรงงานต่างชาติที่อาศัยในพื้นที่ คือ 1:300 นอกจากนี้ยังได้มีการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติในฝั่งเมียนมาร์ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา โดยจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติฝั่งเมียนมาร์ที่ได้รับการอบรมมีจำนวนทั้งสิ้น 130 คน อย่างไรก็ตามแรงงานต่างชาติเหล่านี้ได้เดินทางข้ามแดนไปมาและย้ายถิ่นในพื้นที่บ่อยครั้งซึ่งทำให้การคัดเลือกแรงงานต่างชาติที่มีคุณสมบัติเหมาะสมเพื่อการอบรมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติจึงทำได้ไม่ง่ายและทำให้ต้องมีการจัดการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติทุกๆ ปี



ภาพที่ 4.5 กิจกรรมการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติและการสำรวจจัดทำแผนที่ชุมชน
26 - 27 มกราคม 2561

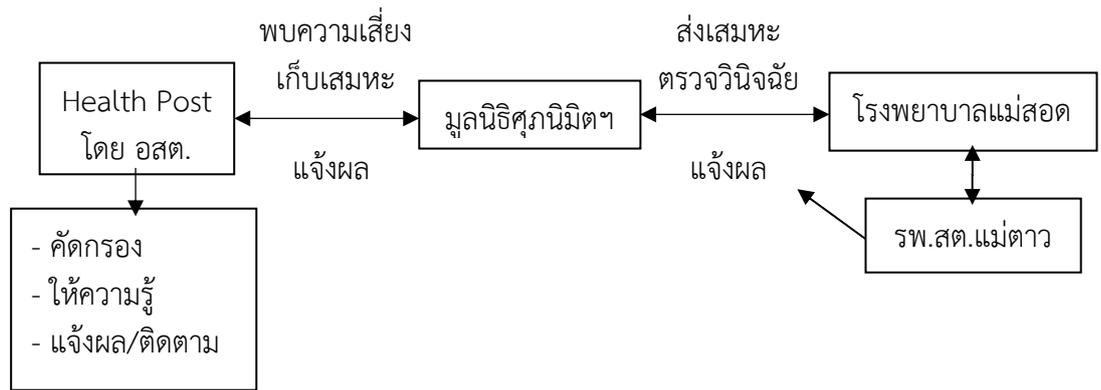
เมื่อพิจารณาเฉพาะการประเมินผลอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติในพื้นที่ตำบลแม่ตาวที่ได้รับการอบรมโดยการสนับสนุนบางส่วนจากโครงการวิจัยนี้ และประเมินโดยเฉพาะด้านการควบคุมติดตามผู้ป่วยวัณโรค ในช่วงหลังจากผ่านการอบรมจนถึงช่วงที่โครงการทำการประเมินผล (กุมภาพันธ์

- มีนาคม 2561) อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติยังไม่พบผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่จึงยังไม่มี การดำเนินการเกี่ยวกับการติดตามการรักษาผู้ป่วย

อย่างไรก็ดี ในจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติที่รับผิดชอบในศูนย์สุขภาพชุมชนหมู่ที่ 1, 2 และ 6 นั้น มีเพียงอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติในศูนย์สุขภาพชุมชนหมู่ที่ 1 เท่านั้นที่เคยมี ประสบการณ์การดูแลติดตามการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคเป็นจำนวน 4 คน ผู้ป่วยคนล่าสุดที่พบอยู่ ในช่วงปลายปี พ.ศ. 2560 ผู้ป่วยทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม หลังจากที่ได้ให้ความรู้แล้วเขาได้ ประสานกับมูลนิธิศุภนิมิตฯ ในการส่งตัวผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตรวจวินิจฉัย/รักษาจากโรงพยาบาลแม่สอด อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติกล่าวถึงบทบาทสำคัญของตนในการช่วยให้ความรู้และการเข้าถึง ผู้ป่วย เนื่องด้วยแรงงานต่างชาติส่วนใหญ่ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย จึงทำให้การรับข้อมูล/ ความรู้ด้านสุขภาพจากหน่วยงานสาธารณสุขภาครัฐในพื้นที่มีข้อจำกัด นอกจากนี้อาสาสมัคร สาธารณสุขต่างชาติยังมีบทบาทสำคัญในการกำกับกรกินยา การปรับพฤติกรรมผู้ป่วย/ครอบครัว เพื่อลดการแพร่เชื้อ รวมทั้งทำความเข้าใจกับชุมชนเพื่อช่วยลดอคติและการรังเกียจที่มีต่อผู้ป่วย วัณโรค

2. ระบบส่งต่อและเครือข่ายการทำงาน

โครงการวิจัยได้ศึกษาระบบการส่งต่อผู้ป่วยซึ่งมีอยู่เดิมในพื้นที่ แต่เนื่องจากระยะเวลาดำเนิน โครงการมีจำกัด จึงยังไม่มีผลการดำเนินการพูดคุยร่วมกันในด้านการส่งต่อผู้ป่วย อย่างไรก็ตามจากการ พูดคุยกับอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติและบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ ได้ข้อมูลว่า การดำเนินงาน วัณโรคของพื้นที่จะมีการประสานความร่วมมือกันขององค์กรต่างๆ แต่ยังไม่เป็นระบบที่สามารถส่งผล ให้มีการติดตามผู้ป่วยได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ กระบวนการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชนเรื่อง วัณโรค (ดังภาพที่ 4.6) ยังเป็นการประสานที่ไม่เชื่อมโยงกันทั้งระบบ การส่งต่อข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน ด้วยการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชากรต่างชาติต่างช่องทางกัน บางคนรับบริการผ่านศูนย์สุขภาพ ชุมชน บางคนไปโรงพยาบาลแม่สอดหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยตรง เมื่อได้รับการ วินิจฉัยและพบการติดเชื้อ ปัญหาที่พบบ่อยครั้งคือการติดตามผู้ป่วย เนื่องจากการเก็บและแจ้งข้อมูล ของแต่ละหน่วยงานต่างกัน บางครั้งผู้ป่วยมีชื่อเหมือนกันแต่ตัวบุคคลมิใช่คนเดียวกัน ซึ่งทำให้ยากต่อ การระบุตัวบุคคล ดังนั้น หากมีการพัฒนาระบบที่จะใช้ข้อมูลร่วมกันและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่าง องค์กรได้ทันทีจะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการติดตามผู้ป่วยเพิ่มขึ้น



ภาพที่ 4.6 ระบบการประสานระหว่างเครือข่ายและขั้นตอนการดำเนินการคัดกรองและติดตามผู้ป่วยวัณโรค

3. เทคโนโลยีสนับสนุนการส่งต่อข้อมูล

สืบเนื่องจากการขาดการประสานส่งต่อข้อมูลระหว่างเครือข่าย คณะผู้วิจัยได้ประสานทีม PODD ซึ่งดำเนินงานระบบเฝ้าระวังสุขภาพหนึ่งเดียวซึ่งได้เข้าร่วมพูดคุยกับบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลแม่สอด แกนนำควบคุมวัณโรคและประเด็นสุขภาพอื่นๆ ของมูลนิธิศุภนิมิตฯ เพื่อชี้แจงกระบวนการทำงานของแอปพลิเคชัน PODD และหารือถึงวิธีการนำแอปพลิเคชันในการจัดระบบและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างองค์กรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ และความเป็นไปได้ในการพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อใช้ในการติดตามผู้ป่วย

ผลของการดำเนินกิจกรรมในส่วนนี้พบว่า แอปพลิเคชันของทีม PODD จะสามารถใช้ได้ดีในพื้นที่ทดลอง 3 จังหวัดคือ เชียงราย ลำพูนและขอนแก่น โดยแกนนำ/อาสาสมัครในพื้นที่ได้รายงานอาการ/สิ่งก่อกวนที่พบในชุมชนต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และทำให้เกิดการเข้าไปควบคุมโรคได้อย่างทันท่วงที เช่น กรณีโรคแอนแทรกซ์ที่มีการระบาดในพื้นที่เมื่อต้นปี พ.ศ.2561 รวมทั้งการรายงานภัยพิบัติทางธรรมชาติอื่นๆ เช่น การเกิดไฟป่า ดินถล่ม เป็นต้น

อย่างไรก็ดี จากการพูดคุยร่วมกันในผู้ทำงานในพื้นที่แม่สอดร่วมกับทีม PODD พบว่า แอปพลิเคชันจะต้องมีการพัฒนาในประเด็นต่างๆ เช่น ภาษาที่ใช้ในการรายงานผ่านแอปพลิเคชันซึ่งจำเป็นต้องเป็นภาษาพม่า รวมทั้งทำฐานข้อมูลเพื่อรองรับการรายงานวัณโรค และการร่วมกันพัฒนาระบบที่สามารถรายงานการย้ายถิ่น เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคมีการย้ายถิ่นที่อยู่บ่อยครั้งและเป็นปัญหาสำคัญในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อและการติดตามการรักษา ซึ่งทีม PODD ได้ให้ความสนใจและรับจะไปพูดคุยเพื่อพัฒนาโปรแกรมต่อไป

4 การจัดการค่าใช้จ่าย

ผู้ที่ขึ้นทะเบียนแรงงานข้ามชาติสามารถใช้สิทธิในการรักษาได้เช่นเดียวกับประชากรไทย แรงงานต่างชาติดังกล่าวได้รับการสนับสนุนเวชภัณฑ์และการตรวจวินิจฉัยจากโรงพยาบาลแม่สอด นอกจากนี้ มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย ให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านการรักษาแก่แรงงานต่างชาตินี้ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนแรงงาน ปัญหาค่าใช้จ่ายเป็นประเด็นสำคัญซึ่งนอกจากค่ายาแล้ว ผู้ป่วย

จะต้องเสียค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ขณะมาตรวจรับการรักษารวมทั้งค่าจ้างที่ขาดหายไปจากการขาดงานเพื่อมารับการรักษา

การเก็บข้อมูลในพื้นที่พบว่า ในช่วงปลายปี พ.ศ.2560 องค์กรเอกชนระหว่างประเทศ ซึ่งเป็นองค์กรที่ไม่แสวงหากำไรได้ทดลองนำร่องการพัฒนาระบบประกันสุขภาพในกลุ่มประชากรต่างชาติในพื้นที่แม่สอด ใช้ชื่อว่ากองทุน M Fund โดยแบ่งการประกันออกเป็น 3 แผนตามสิทธิประโยชน์และจำนวนเงินที่แรงงานสมทบเข้ากองทุน ได้แก่

แผน A แรงงานจะต้องจ่ายเงินสมทบ 60 บาท/เดือน สิทธิประโยชน์เป็นการรักษาพยาบาลโรคทั่วไป (ไม่ซับซ้อน) และไม่สามารถนอนพักรักษาในโรงพยาบาลได้

แผน B แรงงานต้องจ่ายเงินสมทบ 100 บาท/เดือน สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลโรคทั่วไป (ไม่ซับซ้อน) และสามารถนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลได้

แผน C แรงงานต้องจ่ายเงินสมทบ 150 บาท/เดือน สิทธิประโยชน์ในการรักษาโรคทั่วไปและโรคเรื้อรัง รวมทั้งสามารถพักรักษาตัวในโรงพยาบาลได้

ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลด้านการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนนี้ ซึ่งหากการดำเนินงานของกองทุน M Fund ประสบความสำเร็จ ก็จะเป็นอีกภาคีเครือข่ายที่สามารถช่วยสนับสนุนเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางสุขภาพแก่แรงงานต่างชาติในพื้นที่ได้อย่างดี เนื่องจากแรงงานต่างชาติที่เข้าร่วมในกองทุนเป็นแรงงานต่างชาติที่ขึ้นทะเบียนแรงงานตามกฎหมายไทยและไม่ได้ขึ้นทะเบียน

นอกจากการจัดการด้านค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแล้ว การหาช่องทางและจัดระบบการสนับสนุนค่าใช้จ่ายแก่อาสาสมัครต่างชาติในการค้นหา/ติดตาม/และกำกับกักกันยาของผู้ป่วยก็เป็นเงื่อนไขสำคัญต่อการควบคุมโรค ข้อมูลพบว่ามูลนิธิศุภนิมิตฯ ได้ให้การสนับสนุนการดำเนินงาน โดยให้การสนับสนุนเครื่องอุปโภคบริโภคแก่อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติที่ทำหน้าที่ดังกล่าว

สรุป

การทบทวนสถานการณ์ความเจ็บป่วยด้วยวัณโรคในพื้นที่แม่สอดแม้จะเริ่มมีจำนวนผู้ป่วยลดลงอย่างเห็นได้ชัดตั้งแต่ปี พ.ศ.2557 เป็นต้น แต่สัดส่วนของผู้ป่วยที่เป็นชาวต่างชาติยังมีจำนวนที่สูงกว่าผู้ป่วยชาวไทย นอกจากนั้นสถานการณ์การเคลื่อนย้ายแรงงานต่างชาติรวมทั้งปัญหาการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองและรักษา ทำให้มีความเป็นไปได้มากที่จำนวนผู้ป่วยที่แสดงไว้จะเป็นจำนวนที่ต่ำกว่าความเป็นจริง

โครงการวิจัยนี้ศึกษาการใช้ศูนย์สุขภาพชุมชนในการควบคุมโรค/ติดตามผู้ป่วยวัณโรค โดยกำหนดกลไกย่อยเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชน แบ่งออกเป็น 3 กลไกย่อย คือ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ ระบบข้อมูล/การส่งต่อ และการจัดการด้านการเงิน/ค่าใช้จ่าย กระบวนการดำเนินงานยึดหลักการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพทั้งภาครัฐ องค์กรเอกชน กลุ่มองค์กรชุมชนในพื้นที่และคนในชุมชนที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ การพัฒนากรอบการทำงานโดยเริ่มจากท้องถิ่นและพัฒนาจากข้อความเห็นร่วมกันระหว่างกลุ่มภาคีเครือข่าย

โครงการวิจัยกำหนดการทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชนจำนวน 3 แห่งในพื้นที่ตำบลแม่ตาว โดยอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติที่ผ่านการอบรมความรู้ด้านสุขภาพ/การรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐาน และความรู้เกี่ยวกับวัณโรค (โดยการอบรมได้รับการสนับสนุนบางส่วนจากโครงการวิจัยนี้) ได้เริ่ม

ดำเนินการจัดทำแผนที่ชุมชน นอกจากนั้นโครงการวิจัยยังได้สนับสนุนข้อมูลด้านการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ในการรายงาน/ติดตามโรคในชุมชน โดยการประสานความร่วมมือกับทีม PODD คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งยินดีทดลองใช้แอปพลิเคชันที่ได้รับการพัฒนาขึ้นสำหรับการรายงานโรคในชุมชน หากแต่ต้องมีการปรับปรุงแอปพลิเคชันให้เหมาะสมกับพื้นที่ เช่น ภาษาที่ใช้ในรายงาน รวมทั้งลักษณะการรายงานผู้ป่วยที่มีการเคลื่อนย้ายเพื่อเป็นข้อมูลในการติดตามโครงการวิจัยนี้มีระยะเวลา 1 ปี (1 พฤษภาคม 2560 – 30 เมษายน 2561) ซึ่งจากการพูดคุยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่และจนกระทั่งมีข้อสรุปร่วมกันในการทดลองกิจกรรมดำเนินการต่างๆ ใช้ระยะเวลาและทำให้การดำเนินกิจกรรมต่างๆ ล่วงเลยเข้ามาถึงช่วงสามเดือนสุดท้ายของโครงการวิจัยและมีผลทำให้การประเมินผลกิจกรรมที่ทดลองดำเนินการดังกล่าวยังไม่สามารถดำเนินการได้

บรรณานุกรม

- การพัฒนาเครือข่ายและการเตรียมความพร้อมรับมือโรคที่ระบาดในชายแดน อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก. (2556). สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2559 เว็บไซต์: www.boe.moph.go.th/files/meeting/2013-12-17_9.00_10.45.pdf
- กรมควบคุมโรค. (2560ก). แผนงานควบคุมวัณโรค ปี 2560-2564. สืบค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2561 เว็บไซต์: http://plan.ddc.moph.go.th/meeting30_1augsep/meeting30_1/Documents/6.%20SALT/3.แผนงานควบคุมวัณโรค.pdf
- กรมควบคุมโรค. (2560ข). แผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔. สืบค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2561 เว็บไซต์: <http://thailandccm.org/wp-content/uploads/2017/03/National-Strategy-of-TB-program-2017-2021.ppt>
- กรมควบคุมโรค. (2560). สถานการณ์วัณโรคของประเทศไทย. กระทรวงสาธารณสุข สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2560 เว็บไซต์: <https://www.tbthailand.org/download/สถานการณ์วัณโรคของประเทศไทย%2010%20พย.%2060%20final%201.pdf>
- เจาะลึกระบบสุขภาพ. (2560). WHO จัด 'ไทย' ประเทศปัญหาวัณโรครุนแรงระดับโลก. สืบค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2561 เว็บไซต์: HFocus เจาะลึกระบบสุขภาพ <https://www.hfocus.org/content/2017/12/15020>
- ปนัดดา ปริญญา. (2556). มุมมองพยาบาลสาธารณสุข: ทิศทาง แนวโน้มในการวิจัย การจัดการบริการสุขภาพที่สอดคล้องและเกื้อหนุนกับการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 20 มีนาคม 2561 เว็บไซต์: <http://www.ns.mahidol.ac.th/english/th/document/PR/2556/seminar/Labor/2013-03-21%20.pdf>
- ศรียรรณ หาญณรงค์. (2560ก). ผลการวิเคราะห์งานและผลการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอแม่สอด. ตาก: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก.
- ศรียรรณ หาญณรงค์. (2560ข). แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพอำเภอแม่สอด พ.ศ.2561-2565. ตาก: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก.
- สถาบันวิจัย จัดการความรู้ และมาตรฐานการควบคุมโรค. (2559). แผนงานวิจัยด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พ.ศ. 2560 – 2564. กรุงเทพฯ: นิเวศธรรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย).
- สุขสันต์ จิตติมณี. (2560). โลกกับการยุติปัญหาวัณโรค: ความท้าทายของไทยสู่เป้าหมายสากล. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 18 เมษายน 2560 เว็บไซต์: <https://www.tbthailand.org/download/Manual/TB-Suksont29Mar2017.pdf>
- สำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ กรมควบคุมโรค. (ม.ป.ป.). แนวทางการสร้างกรอบความร่วมมือข้อตกลงระหว่างประเทศ. สำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

- สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 พิษณุโลก. (ม.ป.ป.). การขับเคลื่อนแก้ไขปัญหาชายแดนพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 พิษณุโลก. สืบค้นเมื่อ 2 ตุลาคม 2559. กรมควบคุมโรค
เว็บไซต์: oic.ddc.moph.go.th/new...9/11_%20DPC%209_Ampapan.pdf
- สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย และเครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2555). การใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยชาวลาวในประเทศไทย: กรณีศึกษาผลกระทบต่อโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทย. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก. (2558). ยุทธศาสตร์การดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก. สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2559. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก เว็บไซต์: www.tako.moph.go.th/borderhealth/assets/...q78uqfn_20150126.p...
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558.). การแก้ไขปัญหาและพัฒนาทางสาธารณสุขชายแดน ปีงบประมาณ 2558. สืบค้นเมื่อ 2 ตุลาคม 2559. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข เว็บไซต์: www.boe.moph.go.th/files/meeting/IHR2015/8.pdf
- สำนักวัณโรค. (2559). แผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ.2560-2564. สืบค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2561 เว็บไซต์: https://www.tbthailand.org/download/Manual/หนังสือแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ%20FINAL_NEWdes.pdf
- American Refugee Committee. (n.d.). Thailand. Retrieved October 30, 2016, from American Refugee Committee Web Site: <http://arcrelief.org/our-work/thailand/>
- Bustamante, A V. (2015). United States (US)-Mexico Bi-national Insurance Efforts and the Prospective Impacts of Healthcare Reforms in the US and Mexico In **Handbook of Medical Tourism and Patient Mobility** edited by Neil Lunt, Daniel Horsfall and Johanna Hanefeld, USA, Edward Elgar Publishing
- Connell, J. (2015). Medical Tourism – Concepts and Definitions In **Handbook of Medical Tourism and Patient Mobility** edited by Neil Lunt, Daniel Horsfall and Johanna Hanefeld, USA, Edward Elgar Publishing
- Druetz, T., Kadio, K., Haddad, S., Kouanda, S and Riddle, V.. (2015). Do Community Health Workers Perceive Mechanisms Associated with the Success of Community Case Management of Malaria? A Qualitative Study from Burkina Faso, **Social Science & Medicine**, Vol 124, pp 232-240
- Footman, K., Knai, C., Baeten, R., Glonti, K and McKee, M.. (2014). **Cross-border Health Care in Europe**, Policy Summary 14, Denmark, WHO Regional Office for Europe

- Glinos, I A, Baeten, R.. (2014). Dream VS Reality: Seven Case-studies on the Desirability and Feasibility of Cross-border Hospital Collaboration in Europe, **Social Science & Medicine**, Vol 117, pp. 18-24
- Glinos, I A, Baeten, R., Helble, M., Maarse, H. (2010). A Typology of Cross-border Patient Mobility, **Health & Place**, Vol 16, Issue 6, pp 1145-1155
- Laugesen, M.J. and Bustamante, A.V. (2010). A Patient Mobility Framework that Travel: European and United States-Mexican Comparisons, **Health Policy**, Vol 97, pp 225-231
- Mainil, T. (2012). **Transnational Health Care and Medical Tourism: Understanding 21st Century Patient Mobility**, PhD Dissertation, University of Antwerpen
- Mainil, T., Loon, F.C., Dinnie, K, Botterill, D, Platenkamp, V and Meulemans, H. (2012). Transnational Health Care: From a Global Terminology towards Transnational Health Region Development, **Health Policy**, Vol 108, pp. 37-44
- Shoklo Malaria Research Unit. (n.d.). Humanitarian Activities. Retrieved October 30, 2016, from Shoklo Malaria Research Unit Web Site: <http://shoklo-unit.com/humanitarian-activities>
- Thailand crisis briefing. (n.d.). Refugee in limbo Thailand. Retrieved October 31, 2016, from International Refugee Committee Thailand, Web Site: <https://www.rescue.org/country/thailand>
- Thitima. (2017). WHO จัด ‘ไทย’ เป็นประเทศ ‘วัณโรคสูง’ ครม. มีมติให้เป็นวาระชาติ - สรรส. รับ หนุนทุนวิจัย ‘ลดตาย ลดโรค ลดล้มละลายทางการเงิน’. สืบค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2561
เว็บไซต์: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
<https://www.hsri.or.th/researcher/media/news/detail/8927>
- World Health Organization. (2017). Global tuberculosis report 2017. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2015). The End TB Strategy. Geneva: the WHO Document Production Services.
- World Health Organization. (2016). The End TB Strategy: Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015. Retrieved March 12, 2018 from http://www.who.int/tb/post2015_strategy/en/
- Zhang J., Dong, J Q., Li, J Y., Zhang Y., Tian, Y H., Sun, X Y., Zhang, G Y., Li, Q P., Xu, X Y. and Cai, T.. (2016). Effectiveness and Impact of the Cross Border Healthcare Model as Implemented by Non-government Organizations: Case Study of the

Malaria Control Programs by Health Poverty Action on China-Myanmar Border,
Infectious Diseases of Poverty, Vol 5: 80.

บทที่ 5

ศูนย์สุขภาพชุมชนและการจัดการสาธารณสุขชายแดน: บทสรุปและข้อเสนอแนะ

โครงการนี้มีเป้าหมายใช้งานวิจัยเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน เป็นการศึกษากลไก/กระบวนการ/กิจกรรมเดิมที่มีอยู่ในพื้นที่ และใช้งานวิจัยเพื่อหาแนวทางสนับสนุนและพัฒนางานให้เข้มแข็งขึ้น โครงการวิจัยสนับสนุนข้อมูลและเทคโนโลยีเพื่อการดำเนินงานในพื้นที่โดยยึดหลักการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนเพื่อดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน

โครงการวิจัยเลือกศึกษา ศูนย์สุขภาพชุมชน ในฐานะเป็นกลไกที่มีอยู่เดิมในพื้นที่ในการแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานของแรงงานต่างชาติและผู้ข้ามแดน โดยให้ความสำคัญกับอาสาสมัคร ข้อมูล/การส่งต่อผู้ป่วย และการจัดการด้านการเงิน ในฐานะเป็นกลไกย่อยที่สำคัญในการสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชนโดยใช้การควบคุมและติดตามผู้ป่วยวัณโรคเป็นกรณีศึกษาการดำเนินงาน

โครงการวิจัยต้องการตอบคำถามว่า “ศูนย์สุขภาพชุมชนจะขยายบทบาทการดูแลสาธารณสุขทั้งงานสาธารณสุขขั้นพื้นฐานและงานควบคุมโรคติดต่อสำคัญในพื้นที่ได้หรือไม่ หากมีความเป็นไปได้รูปแบบการดำเนินงานและกลไกสนับสนุนควรเป็นอย่างไร”

ข้อมูลจากการพูดคุยร่วมกับเครือข่ายผู้ทำงานด้านสุขภาพในพื้นที่ทั้งภาครัฐ เอกชนและชุมชน พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติเป็นกลไกสำคัญอย่างยิ่งในพื้นที่โดยเฉพาะด้านการติดตามผู้ป่วย การให้ข้อมูลข่าวสาร อันเนื่องจากข้อจำกัดด้านภาษาในการสื่อสารของกลุ่มแรงงานต่างชาติและบุคลากรสาธารณสุข นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติสามารถเป็นตัวอย่างแก่แรงงานต่างชาติอื่นๆ ในหลายๆ ด้าน ปัจจุบันกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข²⁷ มีนโยบายส่งเสริมการดำเนินงานอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ โดยได้มีงานวิจัยเพื่อพัฒนาเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติในปี พ.ศ.2559-2560 และได้พัฒนาระบบการสร้างเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ โดยการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติที่เป็นแกนนำและขยายการอบรมจากแกนนำสู่อาสาสมัครคนอื่นๆ สร้างเป็นเครือข่ายการทำงาน ประการสำคัญ คือ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพยังได้มีการพูดคุยถึงสถานะของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติซึ่งปัจจุบันยังไม่มีกรรับรอง และได้กล่าวถึงปัญหาอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติที่มีกรอพยพย้ายถิ่นทำให้การดำเนินงานในพื้นที่ไม่ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัญหาที่พบในพื้นที่แม่สอดเช่นเดียวกัน การไม่ได้รับรองสถานะของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติทำให้อาสาสมัครเหล่านี้ไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ด้านค่าป่วยการและสิทธิการรักษาพยาบาลดังเช่นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ชาวไทยได้รับ

สถานะของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติมีผลต่อความสำเร็จและประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ข้อมูลจากการพูดคุยร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติในโครงการวิจัยนี้พบว่า การอบรมและฝึกปฏิบัติทักษะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานวัณโรคในการที่จะช่วยค้นหาผู้เสี่ยงต่อการติดเชื้อและสามารถให้คำแนะนำในการส่งตรวจเชื้อ พร้อมทั้งช่วยเหลือในการติดตามการทานยาของผู้ป่วยได้ แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงงานอุตสาหกรรม อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติไม่สามารถกำกับการกินยาได้ในเนื่องจากไม่ได้รับอนุญาตให้เข้าไปในสถานที่ รวมทั้งในกรณีที่ผู้ป่วยมีการย้ายถิ่นที่

²⁷ ข้อมูลจาก “ สบส เตรียมเสนอ คกก อสม. พิจารณากำหนดทิศทาง อสต. ซึ่งมีประโยชน์ ป้องกันโรคแรงงานข้ามชาติ” Thu, 2018-04-19 15:10-- hfocus

อยู่อาศัย อาสาสมัครต่างชาติเหล่านี้ได้ประสานงานผ่านเครือข่ายองค์กรเอกชนอื่นๆ ในพื้นที่หรือกลุ่มองค์กรชุมชน²⁸ (ซึ่งใช้ความรู้จัก สนิทสนมเป็นการส่วนตัว) ติดต่อกัน ไปยังศูนย์สุขภาพชุมชน หรือหน่วยบริการสุขภาพของพื้นที่ปลายทางว่ามีผู้ป่วยวัณโรคเข้าไปพื้นที่

ข้อมูลจากผู้ทำงานในองค์กรเอกชน มูลนิธิศุภนิมิตฯ ในฐานะผู้สนับสนุนการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่า ศูนย์สุขภาพชุมชนในชุมชนต่างชาติมีส่วนช่วยในการดำเนินงานวัณโรคได้มาก ทั้งในส่วนของกระจายความรู้ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมการกระจายของโรค ช่วยให้การดำเนินการติดตามผู้ป่วยวัณโรคและการคัดกรองเข้าถึงชุมชนได้ง่ายขึ้น เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติเหล่านี้สามารถถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารไปยังแรงงานข้ามแดนในชุมชนได้โดยตรง การสื่อสารและการเข้าถึงบริการง่ายขึ้น รวมทั้งสามารถช่วยเหลือการบริการสุขภาพพื้นฐานด้วย ศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถบรรเทาความเจ็บป่วยและช่วยบางเบาภาระงานของสถานบริการสุขภาพของภาครัฐ ซึ่งเป็นการกระจายการดำเนินงานสู่พื้นที่ชุมชนได้ครอบคลุมมากกว่าการดำเนินงานโดยเจ้าหน้าที่รัฐและมูลนิธิเพียงอย่างเดียว

ในส่วนการรักษาและส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค ปัจจุบันมูลนิธิศุภนิมิตฯ ให้ความช่วยเหลือในการเดินทางของผู้ป่วยต่างชาติ ขณะที่ผู้ป่วยวัณโรคข้ามชาติบางรายได้รับการส่งต่อไปยังเมียนมาร์เพื่อทำการรักษาดำเนินการไปอย่างต่อเนื่องโดยกระทรวงสาธารณสุขของพม่า และในปัจจุบันองค์กรเอกชนระหว่างประเทศ IOM (International Organization for Migration) เข้าไปดำเนินการในเมียนมาร์ และเป็นผู้สนับสนุนการรักษาวัณโรคให้กับชาวเมียนมาร์ ซึ่งทางมูลนิธิศุภนิมิตฯ ได้เคยดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปเมียนมาร์ โดยมี IOM เป็นผู้ดำเนินการต่อ ซึ่งผู้ป่วยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ นอกจากนี้การจัดตั้งกองทุน M Fund ประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ในพื้นที่แม่สอดก็เป็นแนวทางที่อาจใช้พัฒนาให้เข้มแข็งขึ้นเพื่อใช้ในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป อย่างไรก็ตาม มีข้อกังวลในบุคลากรรัฐบางกลุ่มถึงแรงงานข้ามชาติที่ถือบัตรประกันสุขภาพของ M Fund ที่อาจใช้เป็นเหตุผลอ้างตนในการอาศัยอยู่ในพื้นที่อย่างไม่ถูกต้องตามกฎหมายต่อไปหรือไม่

โดยสรุป โครงการวิจัยได้ดำเนินงานสนับสนุนร่วมกับภาคีในพื้นที่เพื่อสร้างความเข้มแข็งของศูนย์สุขภาพชุมชนโดยใช้การดำเนินงานวัณโรคเป็นกรณีศึกษา สนับสนุนกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานของศูนย์ให้มีความเข้มแข็ง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติการเสริมองค์ความรู้และทักษะที่ได้ดำเนินการพัฒนาไปแล้วนั้นถูกนำไปใช้ในการดำเนินการ และเสียงสะท้อนของกระบวนการดำเนินงานเกิดขึ้นจากการลงมือปฏิบัติจริง ขณะที่การพัฒนาระบบข้อมูลการส่งต่อและการแลกเปลี่ยนข้อมูลนั้น ยังคงต้องพัฒนาร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่าย พัฒนาเทคโนโลยีในการส่งต่อรายงานข้อมูลเพื่อสร้างให้ศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นเนื่องจากกระบวนการดำเนินการในส่วนนี้เกิดข้อท้าทายในส่วนของภาระงานและลงข้อมูลผู้ป่วยที่ไม่ครบถ้วนหรือตรงกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เมื่อเข้าสู่กระบวนการติดตามของศูนย์สุขภาพชุมชนจะไม่สามารถดำเนินการได้ทันที ด้วยเหตุผลของการคัดกรองเพื่อยืนยันสถานภาพของบุคคลว่าตรงกันหรือไม่

การจัดการสาธารณสุขชายแดนแม่สอด: ข้อเสนอจากงานศึกษา

²⁸ ปัจจุบันในพื้นที่แม่สอดมีกลุ่มองค์กรชุมชน (CBO) จำนวนทั้งสิ้น 18 กลุ่ม

การทบทวนงานศึกษาพบว่า การจัดการสาธารณสุขชายแดนในประเทศต่างๆ ให้ความสำคัญต่อการดำเนินงานร่วมกันระหว่าง รัฐ ภาคีเครือข่าย และอาสาสมัครในพื้นที่ รูปแบบในการดำเนินงานมีได้หลากหลายแต่สิ่งที่น่าสังเกต คือ เป็นการดำเนินงานที่ตอบสนองความต้องการในพื้นที่และเริ่มดำเนินงานโดยบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ บทบาทของรัฐไม่ว่าจะเป็นรัฐท้องถิ่นและรัฐกลางจะเป็นผู้สนับสนุนและในหลายๆ กรณีจะดำเนินการลดอุปสรรคหรือแก้ไขระเบียบการดำเนินงานของรัฐเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน เช่น กรณีรัฐได้อนุญาตให้รัฐบาลเบลเยียมสามารถเป็นสถานพยาบาลสาขาหนึ่งของฝรั่งเศส สามารถรับโอนเงินจากกองทุนประกันสุขภาพฝรั่งเศสได้ และรัฐฝรั่งเศสได้ปรับระเบียบในการส่งต่อผู้ป่วยข้ามแดนและการกำหนดให้กองทุนประกันสุขภาพสามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลแก่สถานพยาบาลที่อยู่นอกประเทศได้

บริบทพื้นที่แม่สอด ลักษณะผู้ป่วยข้ามแดนและประเภทของบริการสุขภาพของผู้ป่วยข้ามแดนนั้นแตกต่างจากงานศึกษาการจัดการสาธารณสุขข้ามแดนในยุโรปและอเมริกา กล่าวคือ แรงงานต่างชาตินในพื้นที่แม่สอดมีส่วนน้อยที่ได้รับความคุ้มครองจากกองทุนประกันสังคมในขณะที่แรงงานส่วนมาก (อาจจะสองในสาม) เป็นแรงงานที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนและไม่ได้รับความคุ้มครองจากกองทุนประกันสังคม แรงงานเหล่านี้ไปใช้บริการจากทั้งสถานบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชนในพื้นที่และจากบริบทของประเทศเมียนมาร์ ซึ่งระบบสาธารณสุขยังมีการพัฒนาค่อนข้างน้อยและยังไม่มีระบบประกันสุขภาพ แรงงานกลุ่มนี้ไม่สามารถข้ามแดนกลับไปใช้บริการในประเทศของตนได้ ด้วยเงื่อนไขบริบทที่ต่างกันนี้ โครงการวิจัยมีข้อเสนอเพื่อการพัฒนาสาธารณสุขชายแดน ดังนี้

1. รัฐต้องเป็นผู้นำ/ผู้ประสานงานที่เข้มแข็งในการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดน

การดำเนินงานสาธารณสุขและการให้บริการสุขภาพจำเป็นต้องอาศัยความรู้ ความเชี่ยวชาญ และเครื่องมือ เวชภัณฑ์ ซึ่งทรัพยากรดังกล่าวมีการลงทุนไว้ในภาครัฐอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้บุคลากรทางการแพทย์ของรัฐจัดว่ามีสถานภาพสำคัญในการประสานความร่วมมือ จากกลุ่มต่างๆ ทั้งในส่วนของสาธารณสุขและส่วนงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง กลไกรัฐสามารถดำเนินการได้ในทุกระดับและส่วนงาน รัฐระดับสูงต้องสนับสนุนและเป็นผู้ช่วยแก้ไขข้อขัดข้องของรัฐในระดับท้องถิ่น

ข้อมูลในพื้นที่พบว่า การพัฒนาระบบการดูแล/ให้บริการสุขภาพในพื้นที่แม่สอดเริ่มจากบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลแม่สอด ซึ่งเป็นผู้นำและเห็นความสำคัญ/ทุ่มเทการทำงานเพื่อดำเนินการควบคุมและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่มาอย่างต่อเนื่อง ช่วงระยะเวลาดังกล่าวทำให้เกิดการพัฒนาระบบงานต่างๆ เป็นอย่างมาก รวมทั้งมีการจัดการที่ประสานงานในพื้นที่ได้อย่างดี เช่น งานอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานต่างชาติด และการควบคุมโรคติดต่อที่แพร่ระบาดในพื้นที่ เช่น อหิวาตกโรค ต่อเมื่อบุคลากรที่เป็นผู้นำได้หมดช่วงเวลาของการทำงานในพื้นที่ทำให้ประสิทธิภาพและความคล่องตัวในการดำเนินงานสุขภาพชายแดนลดลง อย่างไรก็ตาม ในช่วงท้ายของโครงการวิจัย ผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลแม่สอดได้ให้ความสำคัญของการควบคุมโรคติดต่อ และได้ปรากฏกิจกรรมการค้นหา/คัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนที่เข้มแข็งขึ้นและเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างเครือข่ายในพื้นที่ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ชัดเจนว่าการดำเนินงานด้านสุขภาพจำเป็นต้องอาศัยผู้นำในภาครัฐที่เป็นผู้ดูแลและตัดสินใจในการจัดลำดับความสำคัญในการทำงานด้าน

สุขภาพในแรงงานต่างชาติและจัดสรรบุคลากร เครื่องมือในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ โดยอาศัยภาคี
เครือข่ายในการสนับสนุนในพื้นที่

2. การยึดหลักการทำงานเครือข่ายร่วมที่ประสานผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน

เครือข่ายการทำงานเป็นกลไกการดำเนินการที่สำคัญทั้งในการกำหนดเป้าหมาย ยุทธวิธีและ
การดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในพื้นที่ เครือข่ายการทำงานมีทั้งองค์กรเอกชนและกลุ่มประชาสังคมหรือ
องค์กรชุมชนในท้องถิ่น ข้อเสนอ คือ ต้องมีการพัฒนากรอบประสานงานที่เอื้อประโยชน์แก่กันและกัน
ตัวอย่างการให้บริษัทประกันสุขภาพเอกชนเข้ามามีบทบาทสำคัญในการแก้ปัญหาค่าใช้จ่ายของชาว
ฝรั่งเศสที่ข้ามแดนไปใช้บริการที่เบลเยียม และ ชาวอเมริกันที่ข้ามไปใช้บริการที่เม็กซิโก เป็นกรณี
ตัวอย่างที่น่าสนใจ อย่างไรก็ตาม หากในพื้นที่แม่สอดได้มีการจัดการกองทุนร่วมระหว่างรัฐและเอกชน
ก็อาจเป็นแนวทางหนึ่งในการทดลองเพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหาค่าใช้จ่ายในการ
รักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นและเป็นภาระแก่โรงพยาบาลแม่สอดในปัจจุบัน

3. การรับรองสถานะอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ

บริบทพื้นที่และลักษณะผู้ใช้บริการสุขภาพในพื้นที่แม่สอดกล่าวได้ว่ามีความคล้ายคลึงกับ
บริบทพื้นที่ชายแดนสหรัฐอเมริกา-เม็กซิโก กล่าวคือ การอพยพของชาวต่างชาติเข้ามาในพื้นที่
มีมาแต่ในอดีตและชาวต่างชาติที่อยู่ในพื้นที่เป็นทายาทรุ่นที่สองหรือสามของผู้อพยพในรุ่นแรก
คนกลุ่มนี้มีทั้งที่เป็นผู้อยู่อาศัยโดยถูกต้องและไม่ถูกต้องตามกฎหมายท้องถิ่นและส่วนมากไม่ได้รับการ
คุ้มครองจากกองทุนประกันสุขภาพ อย่างไรก็ตามในกลุ่มชาวต่างชาติที่เป็นทายาทรุ่นถัดๆ มาน่าจะเป็น
อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติที่มีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่อง รวมทั้งสามารถเข้าถึง
ชาวต่างชาติที่เข้ามาใหม่และผู้ที่อาศัยอยู่เดิมได้เป็นอย่างดี

อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติเป็นกลไกการดำเนินงานในพื้นที่ที่สำคัญและจำเป็นต้อง
มีความต่อเนื่องในการทำงาน กลุ่มคนเหล่านี้ประสบปัญหาทั้งในด้านค่าใช้จ่ายเพื่อการดำรงชีพ
เนื่องจากเป็นกลุ่มที่อาสาเข้ามาช่วยงาน อาสาสมัครบางคนอาจไม่ได้ขึ้นทะเบียนแรงงานการรับรอง
สถานะของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขจะทำให้คนกลุ่มนี้มีกำลังใจทำงาน และหากมีการแก้ปัญหา
การขึ้นทะเบียนแรงงาน คนกลุ่มนี้จะสามารถทำงานในพื้นที่ได้อย่างต่อเนื่องและเป็นฐานข้อมูล
ทางด้านสุขภาพในชุมชนได้

4. การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อการประสานการทำงานร่วมของภาคีเครือข่าย

การดำเนินโครงการที่ยึดหลักการทำงานร่วมระหว่างภาคีเครือข่ายจะต้องพัฒนาระบบ
บริหารจัดการที่ทุกฝ่ายรับทราบอย่างชัดเจนในเป้าหมาย วิธีการดำเนินงาน รวมทั้งต้องรับทราบ
ถึงรูปแบบและบทบาทการทำงานของแต่ละหน่วยงาน รวมทั้งการพัฒนาระบบการประสาน/ส่งต่อ
ข้อมูลระหว่างเครือข่าย และการเชื่อมต่อกับเครือข่ายการทำงานกับภาครัฐ ทั้งในระดับชุมชน ท้องถิ่น
และประเทศ

โครงการวิจัยนี้เห็นความเป็นไปได้ในการกำหนดบทบาทของโรงพยาบาลแม่สอด
ในการเป็นพี่เลี้ยงและรับส่งผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเมียวดี และศูนย์สุขภาพที่อื่นๆ (health center)
ในเมียนมาร์ รวมทั้งอาจมีการเปิดให้บริการพิเศษในเมียนมาร์ ส่งบุคลากรสาธารณสุขเข้าไปสอน/
อบรมเป็นครั้งคราวในเมียนมาร์ การจัดการดังกล่าวจะช่วยในการพัฒนาระบบ/บริการสุขภาพ
ในเมียนมาร์ ลดปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพและลดความแออัดในการให้บริการสุขภาพในพื้นที่แม่

สอดคล้องกับการประสานงานดังกล่าวต้องอาศัยความร่วมมือดำเนินการในหลายระดับและระหว่างประเทศซึ่งไม่่ง่ายนัก แต่กรณีศึกษาที่ได้ทบทวนในบทแรกก็แสดงถึงความสำเร็จของการจัดการสุขภาพชายแดนในหลายๆ ที่จากความร่วมมือระหว่างประเทศ

ข้อจำกัดของงานวิจัยชิ้นนี้

งานวิจัยนี้ดำเนินการในระยะเวลา 1 ปี (1 พฤษภาคม 2560 – 30 เมษายน 2561) ตลอดระยะเวลาการวิจัยพบข้อจำกัดในการดำเนินงานที่เป็นเงื่อนไขของสถานการณ์ในพื้นที่และการประสานงานระหว่างโครงการฯ และองค์กรรัฐและเอกชนที่ร่วมเป็นภาคีเครือข่ายในการวิจัย กล่าวคือ บริบทการทำงานในพื้นที่แม่สอดในช่วงเวลาดำเนินโครงการวิจัยเป็นช่วงการเปลี่ยนแปลงระเบียบ/ข้อบังคับการขึ้นทะเบียนแรงงาน การเปลี่ยนแปลงผู้บริหารระดับสูงและระดับกลางในหน่วยงานสาธารณสุขภาครัฐ นอกจากนั้นบุคลากรภาครัฐในพื้นที่ได้รับมอบหมายภาระหน้าที่ในกิจกรรมระดับอำเภอที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาดังกล่าว ส่งผลต่อการประสานงานและการดำเนินงานของโครงการวิจัยในพื้นที่ แต่อย่างไรก็ดี สถานการณ์ดังกล่าวได้ทำให้เห็นความสำคัญของการที่บุคลากรรัฐจะต้องเป็นผู้นำและผู้ประสานการทำงานในแต่ละหน่วยงานในการจัดการปัญหาสาธารณสุขชายแดน

สืบเนื่องจากการที่โครงการวิจัยนี้ได้ใช้เวลาในช่วงหกเดือนแรกในการทำความรู้จักชุมชนและประสานการทำงานในพื้นที่ จึงทำให้การนำมาถึงข้อสรุปในความเห็นร่วมกันถึงการคัดเลือกศูนย์สุขภาพชุมชนที่จะเป็นพื้นที่ในการศึกษา และพิจารณาการใช้โรควัณโรคเป็นกรณีศึกษาการทำงานรวมทั้งการดำเนินการจัดการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติเพื่อเป็นกลไกย่อยในการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชนจึงเกิดขึ้นในช่วงปลายเดือนที่ 9 ของโครงการวิจัย แม้การจัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาตินี้จะได้กำหนดให้มีการดำเนินโครงการแทรกไปพร้อมกับระบบการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติที่มีอยู่เดิม ซึ่งเป็นระบบที่มีการดำเนินการร่วมกันระหว่างภาครัฐ คือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และภาคเอกชน คือ มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย ก็ตาม แต่เนื่องจากการกิจของหน่วยงานในพื้นที่จึงทำให้การจัดการอบรมได้เลื่อนเวลาออกไปและทำให้โครงการวิจัยยังไม่สามารถประเมิน/ปรับกลไกย่อยต่างๆ ทั้งอาสาสมัครระบบข้อมูล/การส่งต่อ และการจัดการด้านค่าใช้จ่ายได้อย่างชัดเจน

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1

ข้อมูลองค์กรเครือข่ายงานสาธารณสุขชายแดนอำเภอแม่สอด (ก่อนปี พ.ศ.2559)

เครือข่ายการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนอำเภอแม่สอดก่อนปี พ.ศ.2559 จำนวน 10 องค์กร ได้แก่

1) SMRU (Shoklo Malaria Research Unit) เป็นองค์กรอิสระที่ดำเนินงานภายใต้ความร่วมมือของคณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล และหน่วยวิจัยร่วมของมหาวิทยาลัยมหิดล และมหาวิทยาลัยอ็อกฟอร์ด ประเทศอังกฤษ (MORU) ได้รับการสนับสนุนจาก Wellcome Trust (UK) เพื่อบริการการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพแก่ประชากรชายแดนทั้งสองฝั่งของไทยและเมียนมาร์ ในเขตอำเภอแม่สอด ผ่านการดำเนินการวิจัยและการช่วยเหลือทางมนุษยธรรม โดยมีสำนักงานอยู่ที่อำเภอแม่สอดและศูนย์การทำงานในศูนย์พักพิงชั่วคราวแม่หละ ดำเนินการทั้งการบริการคลินิกเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังโรคมาลาเรียที่เคยเป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ตั้งแต่ช่วง ค.ศ.1990s จนกระทั่งปัจจุบันมีอัตราการแพร่ระบาดและการเจ็บป่วยด้วยโรคดังกล่าวลดลงในศูนย์ฯ นอกจากนี้ SMRU มีโครงการเกี่ยวกับวัณโรคที่เริ่มขึ้นในช่วงปลายปี พ.ศ.2556 ให้บริการวินิจฉัยและให้การรักษาแก่ผู้ป่วยวัณโรค วัณโรคดื้อยา วัณโรคจากการติดเชื้อเอชไอวี แก่ประชากรพลัดถิ่น ผู้อพยพ ผู้ข้ามแดนในเขตจังหวัดตากและจังหวัดเมียวดีของประเทศเมียนมาร์ โดยปี พ.ศ.2555 ได้มีการจัดตั้ง Tuberculosis Tak Border Initiative (TBBI) consortium ขึ้นเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในการต้านวัณโรคในเขตพื้นที่ชายแดน โดยความร่วมมือของ PU-AMI, IOM สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตากและโรงพยาบาลชายแดนทั้ง 5 อำเภอ ซึ่งในปี พ.ศ.2559 โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนจาก UK AID และได้รับทุนสนับสนุนการควบคุมวัณโรคในประเทศเมียนมาร์จาก Global Fund ทั้งนี้ SMRU มีโครงการอื่นๆ เพื่อบริการและส่งเสริมสุขภาพแก่ประชากรชายแดน อาทิ โครงการสุขภาพแม่และเด็ก เป็นต้น (Shoklo Malaria Research Unit, n.d.)

2) แม่ตาวคลินิก (Mae Tao Clinic) เริ่มก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ.2531 เพื่อให้บริการทางการแพทย์แบบไม่มีค่าใช้จ่ายแก่ประชากรชาวกะเหรี่ยง-เมียนมาร์ ให้บริการรักษาโรคและดูแลสุขภาพตั้งแต่โรคทั่วไป ผ่าตัดเบื้องต้น ผดุงครรภ์ สุขภาพเด็ก ห้องปฏิบัติการ ผลิตยาเทียม ธนาคารเลือด การป้องกันเอชไอวี/เอดส์ รักษามาลาเรีย ตรวจวัณโรคและส่งตัวผู้ป่วยไปเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล รวมถึงการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานในคลินิก นอกจากนี้แม่ตาวคลินิกได้ให้บริการดูแลสุขภาพและความรู้กับชุมชนแรงงานอพยพในอำเภอแม่สอดด้วยเช่นกัน

3) IRC Thailand (International Rescue Committee - Thailand) ช่วยเหลือผู้ลี้ภัยทั้ง ด้านมนุษยธรรม การดำรงชีวิต การสร้างความมั่นคง และความปลอดภัยในชีวิตแก่ผู้ลี้ภัยจากประเทศเมียนมาร์ที่เข้ามาอาศัยในประเทศไทย โดยการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน อาหาร-น้ำ การอนามัย การช่วยเหลือด้านกฎหมาย และการพิทักษ์เด็กและสตรี ซึ่งเริ่มโครงการตั้งแต่ปี พ.ศ.2535 (Thailand crisis briefing, n.d.) โดยโครงการหลักของ IRC ได้แก่ การจัดหาบริการทางการแพทย์โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีมีครรภ์และเด็ก การป้องกันและรักษาโรคมมาลาเรีย การมีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่ท้องถิ่นในการส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิ การฝึกอบรมด้านสุขภาพให้กับผู้พลัดถิ่นให้สามารถกลับไปช่วยเหลือประชาชนในชุมชนและหมู่บ้านได้ เป็นต้น สำหรับพื้นที่แม่สอด IRC ดำเนินการด้าน

สุขภาพในระดับท้องถิ่น โดยการเป็นเครือข่ายงานสาธารณสุขชายแดนด้านวัณโรคและการสนับสนุน การฝึกอบรมด้านสุขภาพให้กับอาสาสมัคร/พนักงานสาธารณสุขต่างชาติ

4) Solidarities องค์การของประเทศฝรั่งเศส มีโครงการด้านมนุษยธรรมในพื้นที่พักพิงชั่วคราว เริ่มขึ้นปี พ.ศ.2550 โดยมุ่งช่วยเหลือในการปรับปรุงสถานะความเป็นอยู่ของผู้ที่อาศัยในศูนย์พักพิงชั่วคราวแม่หละ ผ่านโครงการด้านน้ำ (จัดหาแหล่งน้ำสะอาดเพื่อการอุปโภคบริโภค ให้ความรู้ ในด้านการจัดการน้ำ) โครงการเกี่ยวกับการสุขอนามัย (การสนับสนุนการจัดสร้างห้องสุขาทั้งในศูนย์ฯ และหมู่บ้านใกล้เคียง) ส่งเสริมอนามัยและการป้องกันความเสี่ยง (การป้องกันโรคที่เกิดจากน้ำ การรักษาในพื้นที่ระบาดด้วย โรคมาลาเรียและไข้เลือดออก การป้องกันอันตรายจากภัยธรรมชาติ) เป็นต้น

5) ARC (American Refugee Committee) องค์การอิสระของสหรัฐอเมริกา มุ่งช่วยเหลือผู้ประสบความทุกข์ยากในการดำเนินชีวิตในหลายๆ ประเทศ สำหรับประเทศไทย ARC เน้นให้ความช่วยเหลือผู้อพยพ ผู้ลี้ภัย จากประเทศเมียนมาร์กว่า 2 ล้านคน ทั้งที่เข้ามาประกอบอาชีพและอาศัยอยู่ในศูนย์พักพิงชั่วคราว โดยให้ความช่วยเหลือประชากรทั้ง 2 กลุ่มดังกล่าวให้เข้าถึงการบริการและการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน สุขอนามัยและการบริการน้ำสะอาด นอกจากนี้ ยังดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้ลี้ภัยจากความรุนแรงและส่งเสริมให้มีความสามารถในการเลี้ยงชีพ ในพื้นที่อำเภอแม่สอด ARC ดำเนินงานในศูนย์พักพิงชั่วคราวผ่านเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครผู้อพยพที่มีความสามารถในการให้บริการการรักษาและบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน งานอนามัยแม่และเด็ก การศึกษาสุขภาพชุมชน การจัดหาผ้าสะอาด และการให้ความรู้เรื่องสุขอนามัยทำให้ประสบความสำเร็จในการป้องกันการเกิดอหิวาตกโรค ท้องร่วง และโรคติดเชื้อที่เกิดจากน้ำ โดยมีอัตราการเกิดโรคต่ำกว่า 5 เปอร์เซ็นต์ (American Refugee Committee, n.d.)

6) World Vision Foundation of Thailand – WVFT (มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย ศูนย์แม่สอด) การดำเนินงานสุขภาพชายแดนขององค์กรมุ่งทำงานด้านวัณโรคและเอชไอวีในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในพื้นที่ตำบลแม่สอด ท่าสายลวด แม่ปะ และพระธาตุผาแดง โดยการจัดตั้ง Health Post ในชุมชนที่มีประชากรต่างชาติอาศัยหนาแน่นหรือในพื้นที่ห่างไกลจากสถานบริการสุขภาพ โดยมีอาสาสมัครในชุมชนเป็นแกนนำ การดำเนินงานด้านวัณโรคมีกิจกรรมการอบรมและป้องกันโรค รวมถึงการสอดส่องดูแล หากพบโรคจะมีการส่งต่อเพื่อรับการรักษาและมีผู้กำกับ การกินยา เพื่อติดตามการทานยาของผู้ป่วยให้มีความต่อเนื่อง ทั้งนี้ โครงการนี้เป็นการดำเนินการ ร่วมกับโรงพยาบาลแม่สอด ขณะที่การดำเนินงานด้านโรคเอดส์ มูลนิธิฯ บริการเจาะเลือดตามความสมัครใจ โดยส่งตรวจที่โรงพยาบาลแม่สอดหรือแม่ตาวคลินิก และมีระบบการส่งต่อผู้ป่วย กลับไปรับยาในฝั่งเมียวดี นอกจากนี้ยังมีโครงการป้องกันโรคเอดส์โดยการให้ข้อมูลและการแจกถุงยางอนามัย

7) MAP (มูลนิธิเพื่อสุขภาพและการเรียนรู้ของแรงงานกลุ่มชาติพันธุ์ สาขาแม่สอด) ดำเนินโครงการสุขภาพชายแดนในพื้นที่อำเภอแม่สอดและอำเภอแม่ระมาด โดยการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ สิทธิแรงงาน และการดูแลในกลุ่มเด็กและเยาวชน MAP ได้จัดตั้งศูนย์ชุมชนที่ชุมชนท่าอาด และแม่จะเลา เพื่อให้บริการความรู้ในประเด็นข้างต้น พร้อมทั้งแจกถุงยางอนามัยและยาคุมกำเนิด ทั้งนี้ องค์กรได้รับงบประมาณในการดำเนินงานจากองค์กร Plan

8) Plan ประเทศไทย มีสำนักงานใหญ่ตั้งอยู่ที่จังหวัดเชียงราย สำหรับการดำเนินงานในพื้นที่แม่สอดได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก SEDA ประเทศสวีเดน เพื่อดำเนินโครงการ Sexual Reproductive Health and Right ซึ่งในโครงการดังกล่าวมีแผนการดำเนินงานในด้าน HIV/AIDs การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การวางแผนครอบครัว และสุขภาพในกลุ่มเยาวชน กลุ่มเป้าหมายหลักของโครงการ คือ เยาวชนอายุระหว่าง 10-25 ปี ทั้งนี้ดำเนินงานผ่านการสนับสนุนภาคีขององค์กรที่แม่สอด คือ MAP โดยเริ่มการสนับสนุนมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2555

9) PU-AMI (Première Urgence-Aide Médicale Internationale) องค์กรอิสระระหว่างประเทศสนับสนุนสิ่งจำเป็นพื้นฐานแก่ประชากรที่ได้รับความลำบากจากวิกฤติทางมนุษยธรรม โดยให้ความช่วยเหลือด้านความมั่นคงทางอาหาร โภชนาการ สุขภาพ การฟื้นฟูโครงสร้างพื้นฐาน การปรับปรุงสุขอนามัย น้ำ และระบบเศรษฐกิจ โดยมีโครงการดำเนินงาน 16 ประเทศทั่วโลก สำหรับประเทศไทยได้ช่วยเหลือประชากรเมียนมาร์ที่อาศัยอยู่ในศูนย์พักพิงชั่วคราวของจังหวัดตาก จำนวน 3 แห่ง คือ แม่หละ อุ่มเปี้ยม และนุโพ ส่งเสริมสาธารณสุขมูลฐานและการฝึกอบรมทางการแพทย์ให้กับผู้ดำเนินการงานสุขภาพ โดยได้สนับสนุนการบริการทางคลินิกและการเฝ้าระวัง/ควบคุมโรค การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โครงการเกี่ยวกับ HIV/AIDS วัณโรค และสุขภาพจิต

10) สวท หรือ สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี เป็นองค์กรสาธารณกุศลแห่งแรกที่บุกเบิกงานวางแผนครอบครัวในประเทศไทย โดยใช้ชื่อย่อว่า สวท ซึ่งในพื้นที่จังหวัดตาก สวท เข้ามาเป็นภาคีในการดำเนินงานกับผู้อาศัยในศูนย์พักพิงชั่วคราว

ภาคผนวก 2

ระบบเฝ้าระวังสุขภาพหนึ่งเดียวของชุมชน (ผ่อดีดี: PODD)



พอดดี: ระบบเฝ้าระวังสุขภาพหนึ่งเดียวของชุมชน

นับตั้งแต่ปี พ.ศ.2557 คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ร่วมกับหลายภาคส่วนภายใต้เครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียวจังหวัดเชียงใหม่ โดยทุนสนับสนุนจากมูลนิธิสโกล ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้สร้างเครื่องมือดิจิทัลและระบบเฝ้าระวังโรค/ภัยพิบัติที่ชุมชนใช้งานและร่วมเป็นเจ้าของทำงานภายใต้ความร่วมมือของรัฐ เอกชน และชุมชน ผ่านการดำเนินงานของศูนย์ปฏิบัติการสุขภาพหนึ่งเดียวระดับตำบลในท้องถิ่นนำร่องทั่วจังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย ขอนแก่น และเครือข่ายขององค์การบริหารส่วนตำบลแม่ทา อ.แม่ออน จ.เชียงใหม่ เพื่อมุ่งหวังให้ อปท. มีเครื่องมือตรวจจับเหตุผิดปกติสุขภาพหนึ่งเดียวได้อย่างรวดเร็ว (Early Detection) โดยอาศัยสมาร์โฟนรายงาน ประมวลผล และแจ้งข่าวสารอัตโนมัติ (Real time) ทำให้ อปท. จัดการตอบสนองขั้นต้นในการระงับเหตุด้วยตนเองอย่างได้ผลและรวดเร็ว (Rapid Response) ตามแผนตอบสนองฉุกเฉินระดับตำบล มีผลช่วยสร้างความสามารถในการใช้ประโยชน์เทคโนโลยีดิจิทัลและเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในระดับฐานราก พร้อมช่วยเสริมประสิทธิภาพของระบบเฝ้าระวังโรคระบาดในคน สัตว์ และภัยพิบัติทางสิ่งแวดล้อม เป็นประโยชน์โดยตรงต่อการทำงานของภาครัฐ อุตสาหกรรมปศุสัตว์ อุตสาหกรรมอาหาร และสุขภาพทางสิ่งแวดล้อมด้วย

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ติดตั้งระบบพอดดี



องค์ประกอบสำคัญของระบบเฝ้าระวังสุขภาพหนึ่งเดียวที่ดีที่สุดและผลสำเร็จ

ระหว่างปี 2557-2559

ด้านระบบดิจิทัล



+ แผนตรวจติดตามระบบงานเฝ้าระวัง +
ทุกจังหวัดและไองานโดย สป. เพื่อติดตามการทำงานระบบ

- เช่น
- จำนวนอาสา
 - การรายงานของอาสา
 - การรับแจ้งเหตุ
 - กำหนดวิธีปฏิบัติการฉุกเฉิน
 - การแจ้งเตือนไปยังส่วนงานที่เกี่ยวข้อง
 - การประชาสัมพันธ์
 - การส่งข้อมูลระบบกลับโดยอัตโนมัติ



+ แอปพลิเคชันเฝ้าระวัง +
ทุกจังหวัดให้ทันส่วนงานในส่วนงาน
การตอบอาสาสมัครจากโครงการ
จาก สป. ที่ส่งกลับ จาก รพช.
สามารถใช้งานระบบเฝ้าระวังที่แบบ
ทันต่อ ๓๖๕ ชั่วโมงทุกวัน และสามารถ
เข้าถึงสามารถแจ้งเตือนข่าวสารระหว่าง
แผนตรวจติดตามระบบงานเฝ้าระวัง
อยู่ที่ สป. ไร้ขีดจำกัด

ด้านอาสาสมัครเฝ้าระวัง



+ เริ่มต้นที่อาสาสมัครจัดตั้ง +
4 คน/อปท. รวม 300 คน
ปัจจุบันมีอาสาสมัครเกินกว่า 4000 คน



ครอบคลุม 75 จังหวัดทั่วประเทศ โดยเน้นมาจากโครงการของ สป. และ
กระทรวงมหาดไทย รพช.



+ ชมรมอาสาสมัครดีจังหวัดเชียงใหม่ +
ถือเป็นรูปธรรมและดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการ
คณะกรรมการฯ ในชมรม



ชมรมอาสาสมัครดีจังหวัดเชียงใหม่
ในระดับอำเภอถึง 25 อำเภอในจังหวัดเชียงใหม่
และยังมีประมาณหนึ่งอำเภอจากโครงการ
เพื่อชมรมด้วยชมรมต่อไป



+ หลักสูตรอาสาสมัครเฝ้าระวัง +
จัดตั้งขึ้นเมื่อ ใจถึงอาสาสมัครใหม่ขึ้นมาและ
ทำให้อาสาสมัครมีศักยภาพ
พัฒนาตนเองไปสู่งานเป็นวิทยากรอาสาสมัคร
ในสถานอนามัยการแพทย์ของอาสาสมัคร
ชั้นต้น ชั้นสูง และวิทยากรอาสา

ด้านองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น



+ จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการ +
สำนักงานหนึ่งเดียวระดับตำบล
ทั้งสิ้น 70 แห่ง จาก 75 จังหวัด
โดยมีนายกเป็นประธาน มีปลัดเป็นรองนายก
และมีการตั้งภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในหน้าที่การ
เป็นคณะกรรมการศูนย์



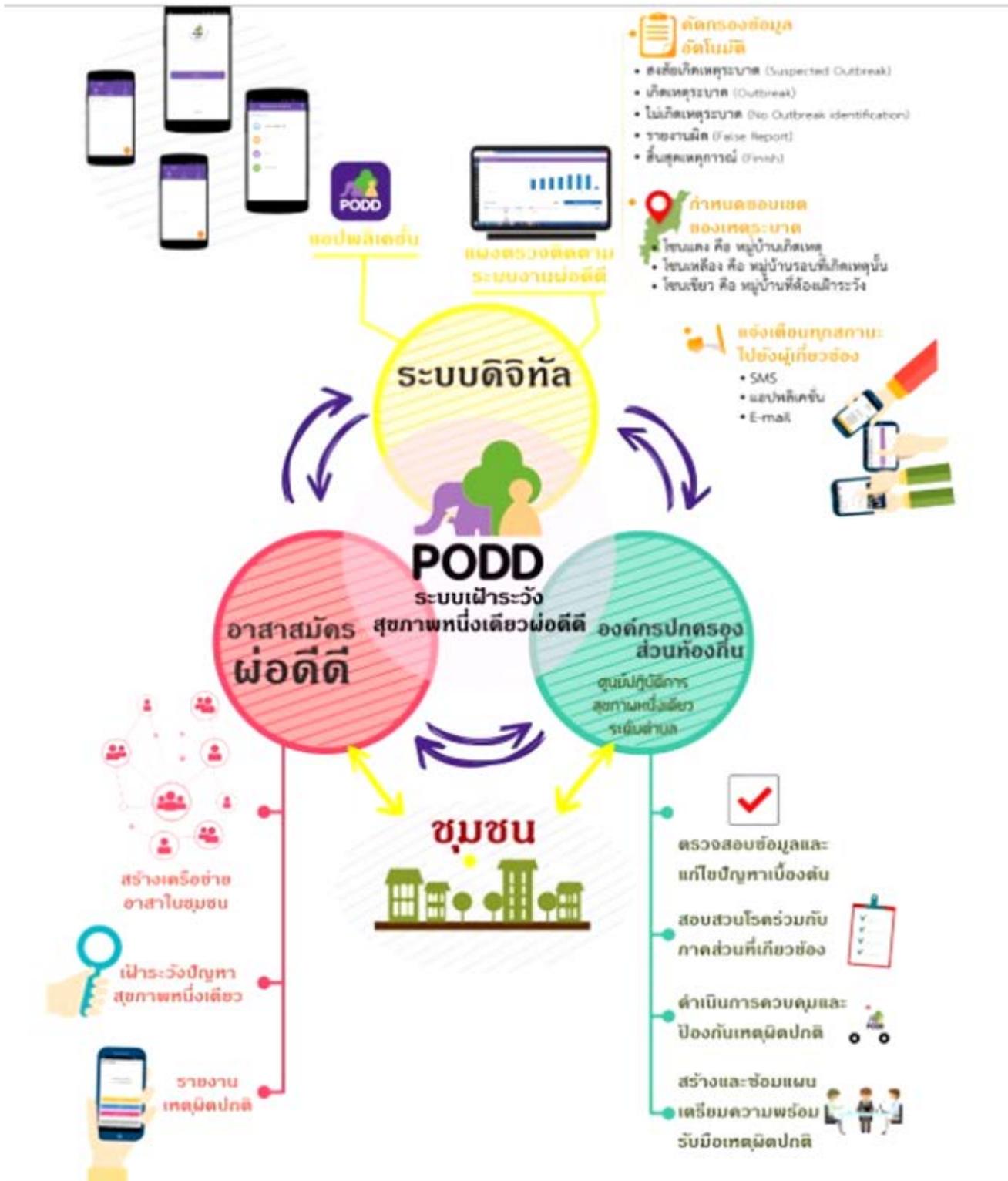
+ มีแผนงานและงบประมาณประจำปี +
ของศูนย์ปฏิบัติการสุขภาพหนึ่งเดียว
ระดับตำบล
ในการบริหารจัดการเชื่อมโยงและภายใน
ทุกภาคส่วนหนึ่งเดียวในชุมชน



+ ส่งเสริม ให้มีเวทีอาสาสมัครดี ในชุมชน +
เพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนิเทศ
ติดตามอาสาสมัคร



+ แต่งตั้งผู้รับผิดชอบระบบงานเฝ้าระวัง +
โดยทำหน้าที่ดูแลแผนตรวจติดตามระบบงานเฝ้าระวัง
ติดตามการทำงานของอาสาสมัครและดำเนินการแจ้ง
สุขภาพหนึ่งเดียวเฝ้าระวังและดำเนินการส่งเสริม
ให้มีระบบและอาสาสมัครดีจังหวัดนคร
พัฒนาของสำนักงานรัฐสภา
ให้มีความสอดคล้องกับกรม



ภาคผนวก 3

การเผยแพร่งานวิจัยของโครงการ

รองศาสตราจารย์ ดร.เทพินทร์ พัทธานรักษ์ หัวหน้าโครงการวิจัย ได้นำเสนอบทความวิชาการ เรื่อง Migrant Health Volunteer and TB Detection in Myanmar-Thai Border Context ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนหนึ่งที่ได้รับจากการวิจัยภายใต้โครงการ เครือข่ายสุขภาพชายแดนและบริการสุขภาพ พื้นฐาน: การส่งเสริมความมั่นคงทางสุขภาพในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษแม่สอด ในการประชุมวิชาการนานาชาติ 2nd International Conference on Burma/Myanmar Studies ระหว่างวันที่ 16-18 กุมภาพันธ์ 2561 ณ University of Mandalay ประเทศสาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาร์ โดยมีเนื้อหาในการนำเสนอ ดังนี้

Migrant Health Volunteer and TB Detection in Myanmar-Thai Border Context

Thapin Phatcharanuruk

Global Health Security

- The reduction in vulnerability of people around the world to new, acute or rapidly spreading risks to health, particularly those that threaten to cross international borders



Border and health security

Disease transmission

Workers at health risk

Health post and empowering migrant worker in Mae Sot

- Mae Sot Border context
- Various types of migrant worker from Myanmar
- Health situation (65% of TB infectious patients in Mae Sot are migrant workers)

Health Post
"Islam
Community"



Health Post
"Hua Fai" and
"Mae Pa"



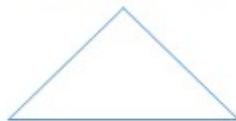
Health security approach

- Health network mechanism
- Government, non-government and community
- Community participation

Empowering migrant
health volunteer

Management;
Referral
system

Treatment cost
Social cost



Primary Healthcare Training for Migrant Health Volunteers:



**Community Mapping
Workshop**



Technological support

- Participatory ONE Health Disease Detection (PODD)
- Disease and disaster surveillance
- Moving to disease treatment and follow up

**TB detection and treatment in Myanmar-
Thai Border context**

- Health network mechanism and the crucial role of migrant workers in disease detection and treatment follow up
- Empowering migrant worker by knowledge provision and technological support

ภาคผนวก 4

สัญญาเลขที่ RDG60A0034

โครงการ “เครือข่ายสุขภาพชายแดนและบริการสุขภาพพื้นฐาน: การส่งเสริมความมั่นคงทางสุขภาพในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษแม่สอด”

ตารางสรุปกิจกรรม

วัตถุประสงค์	กิจกรรมที่วางแผนไว้	กิจกรรมที่ดำเนินการ	ผลที่ได้รับ
1. ศึกษาแนวทางการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายในการจัดการสาธารณสุขชายแดนพื้นที่แม่สอดในช่วงก่อนการเปิดประเทศของเมียนมาร์	1.สำรวจข้อมูลทุติยภูมิเกี่ยวกับการบริการสุขภาพ 2.สำรวจข้อมูลทุติยภูมิการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนของภาคีเครือข่ายฯ ผ่านศูนย์สุขภาพชุมชนและหมู่บ้านคู่ขนานในช่วงก่อนเปิดประเทศและหลังการเกิดประเทศของเมียนมาร์	1. ทบทวนการให้คำนิยามการจัดการสุขภาพข้ามแดนและตัวอย่างการดำเนินงานเรื่องดังกล่าวของพื้นที่ต่างๆ เพื่อวิเคราะห์ระบบ กระบวนการ และเครือข่ายการดำเนินงานสุขภาพข้ามแดน 2. ศึกษาข้อมูลการจัดการสาธารณสุขชายแดนของประเทศไทยและสัมภาษณ์การจัดการสุขภาพชายแดนในระดับพื้นที่ เพื่อนำเสนอรูปแบบ กระบวนการและกลไกการดำเนินงานสุขภาพชายแดนของอำเภอแม่สอดในช่วงเวลาที่ผ่านมาถึงปัจจุบัน	ผลการดำเนินกิจกรรมที่ได้รับตลอดทั้งโครงการ ประกอบด้วย 1. ข้อมูลความหลากหลายของคำและนิยามที่ใช้ในการอธิบายการข้ามแดนเพื่อสุขภาพและตัวอย่างการจัดการสุขภาพข้ามแดนเพื่อวิเคราะห์กระบวนการ กลไกและภาคีเครือข่ายอันเป็นเงื่อนไขสำคัญต่อการจัดการและดำเนินการเรื่องดังกล่าว ดังที่นำเสนอไว้ในรายงานการวิจัยบทที่ 1 2. การจัดการสาธารณสุขชายแดนของไทยตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขชายแดนในระดับชาติ แผน/ความร่วมมือการจัดการสาธารณสุขชายแดนของไทยและประเทศเพื่อนบ้าน การดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนในระดับจังหวัดตาก และการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่แม่สอด โดยนำเสนอรูปแบบและกลไกที่มีการดำเนินการในพื้นที่ในช่วงที่ผ่านมา ดังรายงานการวิจัยบทที่ 2
2. ศึกษาโอกาสและความท้าทายของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานโดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพพื้นฐาน ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน (Health post และ Twin village) ในช่วงหลังการเปิดประเทศเมียนมาร์จนถึงปัจจุบัน	1. สัมภาษณ์ความคิดเห็นและแนวทางการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนโดยการพัฒนาระบบบริการสุขภาพพื้นฐานของภาคีเครือข่ายผ่านการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนและหมู่บ้านคู่ขนานในช่วงก่อนและหลังการเปิดประเทศของเมียนมาร์ รวมทั้งทิศทางของการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชนและ	สัมภาษณ์ความคิดเห็นและแนวทางการโอกาสและข้อท้าทายในการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนจากภาครัฐและองค์การเอกชนซึ่งเป็นภาคีเครือข่ายสุขภาพชายแดน จากการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพพื้นฐานของภาคีเครือข่ายผ่านการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน (Health	

	<p>หมู่บ้านคูขนานในปัจจุบันและแนวโน้มการดำเนินงานอนาคต</p> <p>2. สัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้ใช้บริการต่อการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชนและหมู่บ้านคูขนาน</p>	Post)	3. ความเป็นมาของศูนย์สุขภาพชุมชน ลักษณะบริการและการเกิดขึ้นของศูนย์สุขภาพชุมชนที่อยู่ในการกำกับดูแลของเครือข่ายภาคีสุขภาพต่างๆ เป้าหมาย ศักยภาพ และข้อจำกัดของการดำเนินงาน ศูนย์สุขภาพชุมชนซึ่งเป็นข้อมูลในการพัฒนาโลกเพื่อสนับสนุนการทำงานของศูนย์สุขภาพ ดังที่ได้นำเสนอไว้ในบทที่ 3
3. การพัฒนาตัวแบบอันประกอบด้วยกลไก กระบวนการ และข้อมูลในการดำเนินงานภาคีเครือข่ายที่เป็นไปได้ในการส่งเสริมการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานเพื่อลดความเสี่ยงและสร้างความมั่นคงทางสุขภาพแก่คนในพื้นที่ชายแดนแม่สอด	<p>1. จัดกิจกรรมการประชุมครั้งที่ 1 เพื่อระดมความคิดเห็นของภาคีเครือข่าย แลกเปลี่ยนข้อมูลและความเห็นในศักยภาพการดำเนินงานและเสนอปัญหา อุปสรรค หรือข้อจำกัดในการดำเนินงานท่ามกลางบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป และร่วมร่างแนวทางการดำเนินงานเบื้องต้น</p> <p>2. จัดกิจกรรมการประชุมครั้งที่ 2 เพื่อให้ภาคีเครือข่ายร่วมเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาจากร่างแนวการดำเนินงานที่พร้อมนำไปเป็นแนวทางเพื่อทดลองดำเนินงานในพื้นที่</p> <p>3. จัดกิจกรรมการประชุมครั้งที่ 3 เพื่อให้ภาคีเครือข่ายรับฟังผลของการลงนำแนวการดำเนินงานไปปฏิบัติจริงในพื้นที่ ร่วมวิเคราะห์สถานการณ์และประเมินผลการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อทำการเสนอตัวแบบการพัฒนาโลกในการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายที่เป็นไปได้ในการส่งเสริมการ</p>	<p>1. จัดประชุมระดมความคิดเห็นครั้งที่ 1 เพื่อทราบความเห็นของเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ จากมูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย ศูนย์แม่สอด ในประเด็นศักยภาพการดำเนินงานและเสนอปัญหา อุปสรรค หรือ ข้อจำกัดในการดำเนินงานท่ามกลางบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป</p> <p>2. จัดประชุมระดมความคิดเห็นครั้งที่ 2 เพื่อร่างแนวการพัฒนาความเข้มแข็งของศูนย์สุขภาพชุมชนกรณีการควบคุมเฝ้าระวังโรคโควิด</p> <p>3. จัดการหนุนเสริม (Empower) โดยการพัฒนาความรู้และศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติที่ปฏิบัติหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชน</p> <p>4. จัดการประชุมร่วมกับมูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย ศูนย์แม่สอด ในประเด็นการ</p>	<p>4. รูปแบบ/กลไกเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีอยู่เดิมให้เข้มแข็งขึ้น โดยเลือกวิธีโรคเป็นกรณีศึกษาการพัฒนาโลกเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชน เนื่องจากเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในระดับโลก ระดับชาติ และระดับพื้นที่ อีกทั้งมีการสอดคล้องกับกิจกรรมการดำเนินการของศูนย์สุขภาพชุมชนในการบริการสุขภาพพื้นฐาน เฝ้าระวัง ป้องกันโรค และควบคุมโรค ดังนำเสนอไว้ในรายงานการวิจัยบทที่ 4</p> <p>5. สรุปการดำเนินการสุขภาพชายแดนผ่านศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อส่งเสริมความมั่นคงทางสุขภาพในพื้นที่แม่สอด พร้อมข้อจำกัดในการวิจัย ดังเสนอไว้ในรายงานการวิจัยบทที่ 5</p>

	<p>ดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานเพื่อลดความเสี่ยงและสร้างความมั่นคงทางสุขภาพแก่คนในพื้นที่ชายแดนแม่สอด</p> <p>4. กิจกรรมประเมินผลการดำเนินงาน</p> <p>5. สรุปโครงการวิจัย</p>	<p>หนุนเสริมเทคโนโลยีในการควบคุมเฝ้าระวังโรคโควิด โดยมียูทิลิตี้แอปพลิเคชันระบบเฝ้าระวังสุขภาพหนึ่งเดียว (PODD) นำเสนอการทำงานของระบบ โอกาสและข้อท้าทายในการนำมาใช้งานด้านโรค</p> <p>5. ประเมินผลรูปแบบการพัฒนาความเข้มแข็งของศูนย์สุขภาพชุมชนในการเฝ้าระวังโรคโควิด</p>	
--	--	--	--