

รายงานโครงการ

สังเคราะห์บทเรียนจาก

โครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการ
ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย



ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



ผู้เขียน	
ไพฑูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และคณะ	1 บทนำและทบทวนวรรณกรรม
ไพฑูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ วินัย ลิสมิทธิ์ สุดา ขำนุรักษ์ กวิน กลับลคุณ เกศทิพย์ บัวแก้ว	2. กรณีศึกษา เปรียบเทียบระบบดูแลผู้ป่วยภาวะไตวายเรื้อรัง อำเภอคลองขลุง จ.กำแพงเพชร และอำเภอกงหรา จ.พัทลุง
วิรัช เกษมทรัพย์ รัศมี ตันศิริสิทธิกุล ฉัตรชัย อิ่มอารมย์	3. นวัตกรรมระบบบริการสุขภาพสำหรับประชาชนที่เข้าถึงบริการ ได้ยากลำบากกรณีศึกษาเปรียบเทียบ โรงพยาบาลอุ้มผาง กับ โรงพยาบาลอุบลรัตน์
บวรศม ลีระพันธ์ วิชัย เอกพลากร	4. การดูแลระยะยาวในชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของ ผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชน: กรณีศึกษาอำเภอลำสนธิ อำเภอกุฉินารายณ์ และอำเภอศรีบุญเรือง
นวนรรณ ชีระอัมพรพันธุ์	5. การดูแลผู้พิการและเด็กกลุ่มเสี่ยงด้านพัฒนาการและการเรียนรู้ในถิ่น ทุรกันดาร:กรณีศึกษาจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย อำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย
บวรศม ลีระพันธ์ ไพฑูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ วิรัช เกษมทรัพย์ นวนรรณ ชีระอัมพรพันธุ์ ฉัตรชัย อิ่มอารมย์ รัศมี ตันศิริสิทธิกุล วิชัย เอกพลากร	6. บทสังเคราะห์และนัยเชิงนโยบาย
จัดทำโดย	ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ม.มหิดล 270 อาคาร3 ชั้น8 โรงพยาบาลรามาธิบดี
สนับสนุนโดย	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส) สัญญาเงินทุนเลขที่ สวรส 59-052

คำนำ

โครงการสังเคราะห์บทเรียนการพัฒนาสุขภาพในชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางในประเทศไทยเกิดขึ้นจากดำริของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขต้องการทำวารสารวิจัยระบบสาธารณสุขฉบับพิเศษเพื่อสอดคล้องกับการจัดประชุมนานาชาติเจ้าฟ้ามหิดล (Prince Mahidol Award Conference: PMAC) ในปี 2017 ซึ่งจะจัดในหัวข้อ Addressing the Health of Vulnerable Populations for an Inclusive Society และพบว่าไม่เคยมีการศึกษาหรือทำการถอดบทเรียนเรื่องนี้อย่างเป็นระบบ ประกอบกับทางภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ได้มีการนำนักศึกษาแพทย์ลงพื้นที่อย่างต่อเนื่องในพื้นที่ที่มีผลงานโดดเด่นจำนวนหนึ่ง จึงอาสาทำการถอดบทเรียนและสังเคราะห์บทเรียนในพื้นที่ตัวอย่างจำนวนหนึ่งที่มีผลงานโดดเด่นเป็นที่ประจักษ์ว่ามีการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนมาต่อเนื่องและมีผลงานเป็นที่ยอมรับของสังคม เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาและการศึกษาวิจัยในประเด็นดังกล่าวต่อไป การทำงานชิ้นนี้ทำภายใต้ข้อจำกัดของเวลาอันสั้น (ภายในสามเดือน) และต้องอาศัยความร่วมมือจากอาจารย์ในภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชนทุกท่านที่รับผิดชอบพื้นที่ต่างๆ และบุคลากรในพื้นที่ต่างๆ ที่ให้ข้อมูล ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

งานชิ้นนี้ได้บรรลุล่วงไปด้วยดี และถือเป็นครั้งแรกที่มีความพยายามทำความเข้าใจกับกลุ่มประชากรเปราะบางและสังเคราะห์บทเรียนการดำเนินงานในชุมชนอย่างเป็นระบบเพื่อการพัฒนาสุขภาพชุมชนให้ตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิผลต่อไป

ศ.นพ. ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (หัวหน้าโครงการ)

อ.ดร.นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์

ผศ.ดร.นพ.บวรศม ลีระพันธ์

ศ.ดร.นพ.วิชัย เอกพลากร

อ.ดร.นพ.วิรัช เกษมทรัพย์

อ.ดร.นพ.นวนรรน ธีระอัมพรพันธุ์

อ.นพ.ฉัตรชัย อิมอารมย์

อ.พญ.รัศมี ตันศิริสิทธิกุล

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

พฤศจิกายน 2559

สารบัญ

คำนำ	ii
สารบัญ	iii
สารบัญตาราง	vi
สารบัญรูปภาพ	vii
กิตติกรรมประกาศ	viii
บทนำและบทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ix
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการวิจัย	xiii
บทที่ 1 บทนำและทบทวนวรรณกรรม	1
วัตถุประสงค์ทั่วไป	2
วัตถุประสงค์เฉพาะ	2
ขอบเขต	2
แนวทางดำเนินการ	2
ประเด็นข้อมูลและแนวคำถามเพื่อเก็บข้อมูลของนักวิจัย	4
ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	7
การดูแลระยะยาว long-term care	11
การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชน (Community-based rehabilitation: CBR)	13
การนำเสนอผลการศึกษา	15
เอกสารอ้างอิง	16
บทที่ 2 กรณีศึกษา เปรียบเทียบระบบดูแลผู้ป่วยภาวะไตวายเรื้อรัง	19
อำเภอคลองขลุง จ.กำแพงเพชร และอำเภอกงหรา จ.พัทลุง	
บทนำและทบทวนวรรณกรรม	19
ผลการวิจัยและอภิปราย	23
บริบทเฉพาะของพื้นที่ (contexts)	23
ที่มาของการพัฒนาบริการไตเรื้อรัง	25
องค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพ	26
ระบบสนับสนุนการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วย และทีมงาน-	
ตลอดจนการดูแลตนเองของผู้ป่วย	29
กระบวนการทำงาน (process/management)	30
การมีส่วนร่วมของชุมชน (community engagement)	31

ผลงาน (outputs) และผลลัพธ์ (outcomes)	31
แนวโน้มความยั่งยืนของโครงการและความต้องการสนับสนุนเพื่อความยั่งยืนของโครงการ	32
สิ่งท้าทาย ปัญหาอุปสรรค	33
สรุปบทเรียนและข้อเสนอแนะทางนโยบายและทางปฏิบัติ	33
ข้อจำกัดของรายงาน	35
เอกสารอ้างอิง	36
บทที่ 3 นวัตกรรมระบบบริการสุขภาพสำหรับประชาชนที่เข้าถึงบริการได้ยากลำบาก	39
<u>กรณีศึกษาเปรียบเทียบโรงพยาบาลอุ้มผาง กับ โรงพยาบาลอุบลรัตน์</u>	
บทนำและบททวนวรรณกรรม	39
มาตรการในชุมชน	39
การขยายหน่วยบริการไปยังพื้นที่ห่างไกล: สุขกาย สุขใจไปกับสุขศาลา	39
การสร้างช่องทางการสื่อสาร: หัวใจสำคัญสำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพ	42
การรักษาเพื่อควบคุมป้องกันโรค	42
หมอดำแยความสวยงามของงานปฐมภูมิในพื้นที่ห่างไกล	43
การจัดการเรื่องสัญชาติและสิทธิการรักษาพยาบาล: โรงพยาบาลเพื่อคนไร้รัฐไร้สัญชาติ	44
สรุปบทเรียนการพัฒนามาตรการในระดับชุมชนของอำเภออุ้มผางเทียบกับอำเภออุบลรัตน์	46
นัยทางนโยบายและการวิจัย	48
เอกสารอ้างอิง	49
บทที่ 4 การดูแลระยะยาวในชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชน	
<u>กรณีศึกษาอำเภอลำสนธิ อำเภอภูผินารายณ์ และอำเภอครบุรี</u>	
บริบทของพื้นที่	50
กลุ่มประชากรเป้าหมายและประเด็นปัญหาสุขภาพ	51
ปัจจัยนำเข้าหรือโครงสร้างพื้นฐานของโครงการ	52
กระบวนการทำงาน การจัดการ ภาวะผู้นำ และการบริหารจัดการโครงการ	54
ผลงานและผลลัพธ์	56
การอภิปรายและการสรุปผล	58
เอกสารอ้างอิง	60

<u>บทที่ 5 การดูแลผู้พิการและเด็กกลุ่มเสี่ยงด้านพัฒนาการและการเรียนรู้ในถิ่นทุรกันดาร</u>	
<u>กรณีศึกษาจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย อำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย</u>	61
บทนำและบททวนวรรณกรรม	61
ผลการศึกษา	62
บริบทของพื้นที่	62
กลุ่มประชากรเป้าหมายและประเด็นปัญหาสุขภาพ	63
ปัจจัยนำเข้าหรือโครงสร้างพื้นฐานของโครงการ	67
กระบวนการทำงาน การจัดการ ภาวะผู้นำ และการบริหารจัดการโครงการ	72
ผลงานและผลลัพธ์	74
การอภิปรายและการสรุปผล	77
สรุปบทเรียนและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	79
เอกสารอ้างอิง	80
<u>บทที่ 6 บทสังเคราะห์และนโยบาย</u>	81
ความท้าทายในการทำความเข้าใจแนวคิดเรื่องประชากรกลุ่มเปราะบางทางสุขภาพในบริบท ของประเทศไทย	83
ความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างนโยบายสุขภาพระดับชาติและการดำเนินโครงการพัฒนา สุขภาพในชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบาง	86
การออกแบบบริการสุขภาพให้เหมาะสมกับลักษณะความเปราะบาง	89
คุณลักษณะของภาวะผู้นำที่ดีในโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการ ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบาง	94
การอภิปรายและการสรุปผล	97
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการวิจัย	101
เอกสารอ้างอิง	103

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1a ประเด็นที่น่าสนใจสำหรับ 8 กรณีศึกษาตามพื้นที่	3
ตารางที่ 1b ขอบเขตบริการดูแลระยะยาว (long-term care)	12
ตารางที่ 3a ผลของการดำเนินงานของสุซศาลาหมู่บ้าน 15 แห่ง ระหว่างปี 2556 – 2558	41
ตารางที่ 6a โครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่ม เปราะบางจากกรณีศึกษาในประเทศไทยจำนวน 8 กรณีศึกษาและผลลัพธ์ของแต่ละโครงการ	81
ตารางที่ 6b กรอบแนวคิดที่ใช้ออกแบบโครงการพัฒนาสุขภาพชุมชนตามลักษณะของประชากร กลุ่มเปราะบาง	91

สารบัญรูปภาพ

ภาพที่ 1a กรอบแนวคิดในการระบุประชากรกลุ่มเปราะบางที่มีความต้องการด้านสุขภาพ	8
ภาพที่ 1b กรอบแนวคิดในการศึกษานโยบายสาธารณะหรือโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบาง	9
ภาพที่ 1c องค์ประกอบของ CBR Matrix	14
ภาพที่ 2a อุบัติการณ์และจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับบริการทดแทนไตของ The Heart of England NHS Foundation Trust (HEFT)	20
ภาพที่ 2b มาตรการทั้งเจ็ดแจกแจงตามผู้ดำเนินการในคลองขลุงโมเดล	22
ภาพที่ 2c จังหวัดกำแพงเพชรและจังหวัดพิจิตร อันเป็นที่ตั้งของพื้นที่วิจัยได้แก่ อำเภอคลองขลุง และอำเภอกงหรา	23
ภาพที่ 3a ค่าใช้จ่ายการให้บริการในสุรศาลาที่อำเภออุ้มผางจังหวัดตากระหว่างปี 2554 – 2558	42
ภาพที่ 3b Conceptual framework of access to health care	47

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยชิ้นนี้เกิดขึ้นเป็นผลเนื่องจากการการจัดประชุมนานาชาติรางวัลเจ้าฟ้ามหิดลประจำปี 2560 (Prince Mahidol Award Conference: PMAC 2017) ซึ่งจัดในหัวข้อ Addressing the Health of Vulnerable Populations for an inclusive Society และทางสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขมีดำริจัดทำวารสารวิจัยระบบสาธารณสุขฉบับพิเศษในหัวข้อเดียวกัน และได้สนับสนุนงบประมาณแก่คณะผู้ดำเนินการวิจัยโครงการฯ เพื่อทำการถอดบทเรียนของพื้นที่ที่มีการพัฒนาระบบบริการรองรับประชาชนกลุ่มด้อยโอกาสต่างๆจนเป็นที่ประจักษ์ ซึ่งคณะนักวิจัยต้องขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่ให้การสนับสนุนงบประมาณเพื่อการนี้ และที่สำคัญต้องขอขอบคุณกลุ่มบุคคลต้นเรื่องที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าให้ข้อมูลสำหรับการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับนักวิจัย พร้อมอำนวยความสะดวกแก่คณะผู้วิจัยเพื่อลงพื้นที่ ดังนี้

1. นพ.อภิสิทธิ์ อารังวรกรูร โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จ.ขอนแก่น
2. นพ.กวิน กลัษคุณ และคุณสุดา ขำนุรักษ์ โรงพยาบาลกงหรา จ.พัทลุง
3. นพ.ภักดี สืบบุญการณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย จ.เลย
4. นพ.สันติ ลาภเบญจกุล โรงพยาบาลลำสนธิ จ.ลพบุรี
5. พญ.สกาเวื่อน นำแสงกุล โรงพยาบาลครบุรี จ.นครราชสีมา
6. นพ.วินัย ลีสมีทิม โรงพยาบาลลองชล จ.กำแพงเพชร
7. นพ.เฉลิมพงษ์ สุคนธพล และ พญ.เกศทิพย์ บัวแก้ว โรงพยาบาลพัทลุง จ.พัทลุง
8. นพ.ศิริชัย นามทรงศนีย์ และทีมไม้เลื้อย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จ.กาฬสินธุ์

และสุดท้าย ขอขอบพระคุณอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ต่างๆที่ได้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการดำเนินงานในครั้งนี้

คณะผู้วิจัย

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

โครงการสังเคราะห์บทเรียนจากโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย (Lessons learned from community-based health interventions for vulnerable populations in Thailand) มีวัตถุประสงค์เพื่อ ถ่ายทอดบทเรียนการพัฒนาแบบบริการ (service delivery models) สำหรับประชากรกลุ่มเปราะบางผ่านการวิเคราะห์และสังเคราะห์อย่างเป็นระบบ โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อ 1) วิเคราะห์เชิงกรณีศึกษาเปรียบเทียบ (comparative cross-case analysis) ที่มา ที่ไป ของรูปแบบบริการฯ โดยคำนึงถึงองค์ประกอบระบบสุขภาพตามกรอบคิด health systems building blocks 2) สังเคราะห์ลักษณะร่วมกัน (common features) และต่างกัน (different features) ในด้านที่มา ที่ไป และรูปแบบ (models) โดยคำนึงถึงองค์ประกอบระบบสุขภาพตามกรอบคิดhealth systems building blocks และ 3) สังเคราะห์ข้อเสนอแนะเพื่อการขยายผล(upscale) ระดับพื้นที่/สถานพยาบาลและระดับนโยบาย โดยอาศัยระเบียบวิธี สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ สืบค้นเอกสาร ศึกษาดูงาน และสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารและผู้รับผิดชอบในพื้นที่ ตัวอย่าง 8 แห่ง ประกอบด้วย อัมพวา จังหวัดตาก, อุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น, ด่านซ้าย จังหวัดเลย, ครบุรี จังหวัดนครราชสีมา, กุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์, ลำสนธิ จังหวัดลพบุรี, คลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร, และกงหรา จังหวัดพัทลุง หลังจากนั้นทางทีมนักวิจัยทำการวิเคราะห์สังเคราะห์หาความเชื่อมโยง ความเหมือน ความต่าง โอกาส การพัฒนา และสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเพื่อการขยายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้งหมด 8 กรณีศึกษา สามารถสังเคราะห์ข้อมูลเป็นประเด็นรองทั้งหมด 13 ประเด็น ซึ่งสรุปได้เป็นประเด็นหลักที่ค้นพบใหม่ทั้งหมด 4 ประเด็น ได้แก่

1) ความท้าทายในการทำความเข้าใจแนวคิดเรื่องประชากรกลุ่มเปราะบางทางสุขภาพในบริบทของประเทศไทย

1.1 “ประชากรกลุ่มเปราะบาง” ถือเป็นศัพท์ใหม่ที่อาจจะสร้างความสับสน บุคลากรที่ทำงานในพื้นที่ไม่เคย รับประทานแนวคิดเรื่องประชากรกลุ่มเปราะบางตามนิยามในวรรณกรรมมาก่อน แต่ละพื้นที่ทำงานในเรื่องดังกล่าวโดย ใช้ศัพท์ที่แตกต่างกันไปตามที่พบในวรรณกรรมทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เช่น “กลุ่มประชากรด้อยโอกาส”, “disadvantaged population”, “underserved population”, “underprivileged population” เป็นต้น ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่จึงมีความสงสัยและอาจสับสนว่าแนวคิดเรื่องประชากรกลุ่มเปราะบางทางสุขภาพ มีความเหมือน หรือความแตกต่างอย่างไรเมื่อเปรียบเทียบกับแนวคิดเดิมหรือคำศัพท์เดิมที่ใช้กันอยู่

1.2 ความเปราะบางขึ้นอยู่กับการให้คุณค่าของผู้กำหนดนโยบายในพื้นที่ การระบุหรือคัดเลือกประชากรซึ่ง เข้าข่ายเป็นประชากรกลุ่มเปราะบางมีความหลากหลายในแต่ละกรณีศึกษา สะท้อนขอบเขตที่กว้างขวางมาก (broad spectrum of vulnerability) ตั้งแต่ การให้คุณค่าต่อการสร้างโอกาสเพิ่มเติมให้แก่เด็กที่พื้นที่ห่างไกลให้มีโอกาสที่ เท่าเทียมกับเด็กในเมืองมากขึ้น (Bookstart) แต่ถ้าหากเทียบกับโครงการกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่มีปัญหาด้านการ

เรียนรู้ (learning disabilities) จะเห็นว่าประชากรกลุ่มหลังมีความเสี่ยงด้านสุขภาพมากกว่ามาก จึงอาจสรุปได้ว่าความเปราะบางเป็นภาวะสัมพัทธ์ (relativism) ขณะเดียวกัน มีมุมมองในการแยกแยะประชากรเปราะบางในสองลักษณะ คือ มองภาวะเปราะบางเป็นผลของกลไกหรือกระบวนการทางสังคม (social determinants of health) เช่น โครงการ Book Start, โครงการเกษตรพอเพียง (อำเภออุบลรัตน์) หรือมองภาวะเปราะบางเป็นผลจากการเจ็บป่วย หรือพิการแล้วเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับโครงการส่วนใหญ่ในรายงานนี้ ทั้งนี้มุมมองที่เสนอไม่ได้มุ่งหวังให้แบ่งแยกการกำหนดนโยบายหรือการปฏิบัติอย่างเบ็ดเสร็จเด็ดขาด ตรงกันข้ามกลับเสนอให้สลายข้อแทน เช่นเดียวกับการที่ระบบสุขภาพควรมีงานทั้งรุกและรับหนุนเสริมซึ่งกันและกัน คำถามคือ ควรถ่วงดุลระหว่างสองมุมมองดังกล่าวอย่างไรให้เหมาะสมมากขึ้นในด้านการจัดสรรทรัพยากรอันจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อคำนึงถึงลักษณะใช้โลของสถาบัน/หน่วยงาน (ยากจะประสานงาน/ร่วมมือกัน) ที่อาจจะเลือกให้น้ำหนักต่างกันโดยไม่ได้เจตนา และเป็นอุปสรรคต่อการทำงานหนุนเสริมกันเพื่อประโยชน์ของประชากรเปราะบางไม่ว่าจะมองจากมุมใด

1.3 กลุ่มประชากรชาติพันธุ์ชนกลุ่มน้อยไม่จำเป็นต้องเป็นประชากรกลุ่มเปราะบางทางสุขภาพในบริบทของประเทศไทย มีเพียงบางบริบทเท่านั้นที่มีเป้าหมายมุ่งเน้นการดูแลประชากรชาติพันธุ์ชนกลุ่มน้อยโดยเฉพาะ อย่างไรก็ตาม แม้โครงการส่วนใหญ่ไม่ได้มุ่งเน้นการพัฒนาสุขภาพของประชากรกลุ่มนี้โดยเฉพาะ แต่คณะทำงานในพื้นที่สามารถพัฒนาทักษะการทำงานที่มีความจำเพาะในแต่ละชุมชนที่มีประชากรกลุ่มชาติพันธุ์แตกต่างกันได้ และที่ชัดเจนกว่าคือการจัดล้ามแปลภาษาระหว่างผู้ให้บริการไทยกับผู้รับบริการจากพม่าของอุ้มผาง สิ่งนี้ไม่อาจเป็นไปได้หากขาดความคิดริเริ่มและเจตนาของผู้รับผิดชอบระบบบริการในพื้นที่เพื่อตอบสนองความต้องการอันหลากหลาย

1.4 ผู้ปฏิบัติงานในชุมชนพิจารณาการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพเป็นเกณฑ์ในการระบุประชากรกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ ในมุมมองของผู้ปฏิบัติงาน ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยังเข้าถึงบริการสุขภาพได้ แต่การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนและกลายเป็นโรคไตเรื้อรัง (CKDs) และต้องการระบบสนับสนุนการดูแลตนเอง (self-management supports) ที่บ้านหรือชุมชน อาจพิจารณาเข้าได้กับแนวคิดเรื่องประชากรกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพมากกว่า ทั้งนี้ มุมมองของผู้ปฏิบัติบางส่วนมุ่งเน้นเรื่องคนที่มีข้อจำกัดด้านทุนมนุษย์และทุนสังคม รวมทั้งการมีอุปสรรคในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพมากกว่าปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านอื่นๆ ในขณะที่ โครงการ Book Start ที่อำเภอด่านซ้าย และโครงการเกษตรพอเพียงที่อำเภออุบลรัตน์ มุ่งเน้นจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านอื่นๆ

2) ความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างนโยบายสุขภาพระดับชาติและการดำเนินโครงการงานพัฒนาสุขภาพในชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบาง

2.1 ความสำเร็จของโครงการโดยปราศจากการสนับสนุนจากนโยบายส่วนกลาง ความสำเร็จของโครงการพัฒนาที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ไม่ได้มีการสนับสนุนจากนโยบายส่วนกลาง แต่ผู้ปฏิบัติทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่พบในพื้นที่ตามที่ตนเข้าใจและเห็นความสำคัญ ซึ่งการไม่มีนโยบายหรือการสนับสนุนจากส่วนกลางนี้ อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่อาจส่งผลให้กรณีศึกษาเหล่านี้มีลักษณะของโครงการที่แตกต่างกันอย่างมากระหว่างตั้งแต่มุ่งเน้นกลุ่มคนที่เข้าไม่ถึงทุนทางสังคมและเข้าไม่ถึงระบบบริการสุขภาพไปจนถึงมุ่งเน้นโครงการแนวกว้างที่เน้นการพัฒนาปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ

2.2 ความสำเร็จของโครงการจากการลงมือปฏิบัติตามนโยบายให้เหมาะสมกับบริบท โครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนบางโครงการเกิดขึ้นและดำเนินการประสบความสำเร็จจากการที่ผู้ปฏิบัติในพื้นที่ด้านหนึ่งพยายามพัฒนาโครงการที่สอดคล้องกับนโยบายส่วนกลาง และในอีกด้านหนึ่งความสำเร็จของการทำงานดังกล่าวเกิดจากความสามารถในการปรับการปฏิบัติตามนโยบายให้สอดคล้องกับบริบทในแต่ละพื้นที่เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพที่พบในพื้นที่ได้

2.3 การขยายผลความสำเร็จของโครงการมีอุปสรรคจากขาดการสนับสนุนของนโยบายที่เหมาะสมในระดับชาติ โครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนบางโครงการทั้งที่เกิดขึ้นเองหรือเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามนโยบายจากส่วนกลางมีข้อจำกัดในขยายผลไปยังประชากรหรือพื้นที่อื่นๆได้ ซึ่งในมุมมองของผู้ปฏิบัติมองว่าเกิดจากการขาดการสนับสนุนเชิงนโยบายจากส่วนกลาง เช่น ขาดนโยบายการคลังสาธารณะที่เหมาะสม หรือ นโยบายจากส่วนกลางที่มีอยู่เป็นอุปสรรคต่อการขยายผลความสำเร็จของโครงการเหล่านั้น

3) การออกแบบบริการสุขภาพให้เหมาะสมกับลักษณะความเปราะบาง

3.1 การออกแบบบริการสุขภาพขึ้นอยู่กับกรอบแนวคิดที่ใช้วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ ลักษณะของโครงการมีความหลากหลายมาก ตั้งแต่โครงการที่มีฐานการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน โครงการซึ่งทำงานในชุมชน ไปจนถึงโครงการเพื่อพัฒนาบุคลากรสุขภาพเพื่อทำงานตอบสนองปัญหาสุขภาพในชุมชน มีการเลือกกลุ่มประชากรเป้าหมายจากการใช้กรอบแนวคิดที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับการกำหนดลักษณะของประชากรกลุ่มเปราะบางในแต่ละพื้นที่ ดังนั้นการออกแบบบริการสุขภาพให้เหมาะสมกับลักษณะความเปราะบางของกลุ่มประชากรเป้าหมายจึงถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิผลของโครงการเหล่านั้น อย่างไรก็ตาม โครงการพัฒนาสุขภาพชุมชนในทุกกรณีศึกษามีจุดร่วมคือ ทุกกรณีศึกษาเน้นการทำงานเชิงรุกในชุมชน บางกรณีศึกษาชี้ให้เห็นประเด็นการทำงานโดยภาคส่วนต่างๆ เพื่อให้เกิดโครงการดูแลและพัฒนาสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางในชุมชน และยังทำให้เกิดการทำงานร่วมมือกันระหว่างภาคส่วนต่างสาขาการพัฒนา (intersectoral collaboration) โดยเฉพาะการสร้างหุ้นส่วนในการทำงาน (partnership) หรือการผลิตร่วม (co-production) ระหว่างบุคลากรสุขภาพกับชุมชน โดยการเน้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมผลิตบุคลากรสุขภาพจากคนในชุมชนนั้นๆ

ทั้งนี้ยังมีข้อสังเกตว่า ทุกพื้นที่มีภาวะผู้นำ (อาจเป็นผอ.รพ.หรือไม่ก็ได้) ต่อเนื่องระยะยาว สิ่งนี้จะเป็นเงื่อนไขอันขาดเสียมิได้ต่อความสำเร็จในการสร้างหุ้นส่วนดังกล่าว ซึ่งต้องอาศัยระยะเวลาในการสะสมเครดิตจากการทำงานอย่างได้ผลจนนำไปสู่ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน นโยบายที่เอื้ออำนวยให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติเกาะติดพื้นที่ซึ่งน่าจะมีนัยสำคัญต่อการบ่มเพาะภาวะผู้นำและเชื่อมโยงไปถึงการสร้างหุ้นส่วนที่กล่าวมานี้

3.2 การขาดการออกแบบระบบสารสนเทศเพื่อติดตามและประเมินผลโครงการอย่างเป็นระบบ แม้ว่าคณะทำงานจะมีเป้าหมายในการทำงาน และมีกรอบแนวคิดในการทำงานชัดเจน แต่มักจะขาดการวางแผนหรือการออกแบบระบบสารสนเทศเพื่อติดตามและประเมินผลโครงการอย่างเป็นระบบ เป็นจุดอ่อนของกระบวนการจัดการโครงการพัฒนาสุขภาพชุมชนเพื่อประชากรกลุ่มเปราะบางที่พบในเกือบทุกกรณีศึกษา ทั้งโครงการที่มีลักษณะเป็นนวัตกรรมในพื้นที่และในโครงการที่เกิดจากนโยบายส่วนกลาง ทิศทางนโยบายที่น่าใคร่ครวญเพื่อเอื้อต่อการพัฒนาระบบสารสนเทศ น่าจะได้แก่ การพัฒนาขีดความสามารถประมวลและวิเคราะห์ข้อมูลของคนทำงานในพื้นที่ ซึ่งจะ

เป็นไปได้ก็ต่อเมื่อ ก) มีการลงทุนบุคลากรเฉพาะทางด้านนี้โดยคำนึงถึงหลักeconomy of scale เช่น รวมศูนย์บุคลากรในรพ.ชุมชนที่สามารถตอบสนองความต้องการได้ทั้งอำเภอ ข) สร้างเงื่อนไขให้เกิดการแข่งขันระหว่าง software vendor แทนที่จะปล่อยให้มีการผูกขาดโดยผู้ผลิตโปรแกรม HosXP ดังที่เป็นอยู่ ค) การจัดสรรทรัพยากรจากส่วนกลางโดยให้น้ำหนักกับการพิจารณาหลักฐานเชิงประจักษ์มากขึ้น

4) คุณลักษณะของภาวะผู้นำที่ดีในโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบาง

4.1 ภาวะผู้นำมีความสำคัญมากกว่าอำนาจหน้าที่ ภาวะผู้นำซึ่งมุ่งเน้นให้เกิดการสร้างนวัตกรรมเชิงระบบและเชิงนโยบายในพื้นที่มีผลต่อระดับความสำเร็จของการทำงาน และเนื่องจากการทำงานจำเป็นต้องอาศัยภาวะผู้นำในการทำงานกับบุคคลหรือองค์กรที่อยู่นอกโรงพยาบาล จึงสะท้อนถึงภาวะผู้นำที่ดีในองค์กรและชุมชนมากกว่าเพียงการใช้อำนาจหน้าที่เท่านั้น บางกรณีศึกษาสะท้อนภาวะผู้นำที่เกิดจากความเข้มแข็งทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการทำโครงการโดยตรง (academic leadership) ข้อมูลจากทุกกรณีศึกษาสะท้อนให้เห็นชัดเจนถึงคุณลักษณะของภาวะผู้นำซึ่งมีความเข้าใจในบริบทของประชากรกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ รวมทั้งบริบทของคณะทำงานทั้งในแง่ปัจจัยนำเข้า (input) และกระบวนการ (process) ซึ่งเป็นจุดแข็งและจุดอ่อนในการทำงานพัฒนาสุขภาพดังกล่าว ซึ่งรวมถึงความสามารถในการเข้าถึงความรู้และสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพของกลุ่มประชากรเปราะบางในพื้นที่ มีศักยภาพในการเข้าถึงแหล่งทุนและองค์ความรู้ภายนอกพื้นที่หรือแม้แต่ภายนอกประเทศ สาธารณสุข ความเข้าใจที่ลึกซึ้งในบริบทของกลุ่มประชากรในพื้นที่อาจสัมพันธ์กับการที่คณะทำงานในกรณีศึกษาเหล่านี้มีอิสระในการจัดการตนเอง (autonomy) สามารถการพัฒนาโครงการเพื่อพัฒนาสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะความเปราะบางที่กว้างขวางและแตกต่างกันได้

4.2 การสร้างการเรียนรู้ของคณะทำงาน ข้อมูลที่ได้จากบางกรณีศึกษาสะท้อนให้เห็นกระบวนการเรียนรู้เพื่อแก้ไขปัญหาของคณะทำงาน สร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ในคณะทำงานและในองค์กร และยังสะท้อนภาวะผู้นำที่สามารถเปลี่ยนแปลงผู้ตามหรือทีมงานให้กลายเป็นผู้นำ (transformative leadership) โดยไม่ต้องให้การทำงานทุกอย่างขึ้นอยู่กับผู้นำหรือตัวบุคคล และเป็นภาวะผู้นำที่สร้างทีมงานให้มีความสามารถในการจัดการกับปัญหาสุขภาพอื่นๆ ไม่จำกัดศักยภาพในการทำงานเพียงแค่การทำงานให้บรรลุเป้าหมายของโครงการพัฒนาสุขภาพเหล่านั้นเท่านั้น

4.3 ความเป็นอิสระในการทำงานช่วยสร้างนวัตกรรม โดยเฉพาะโครงการที่มีลักษณะเป็นนวัตกรรมจาก ‘bottom-up มากกว่า top-down’ มีแนวโน้มที่จะเกิดในพื้นที่ชนบท อยู่ในพื้นที่ห่างไกล โดยเฉพาะอำเภอรอบนอกที่อยู่ห่างไกลอำเภอเมืองของจังหวัดนั้นๆ ซึ่งส่วนหนึ่งน่าจะเกิดจากความห่างไกลศูนย์อำนาจตามกรอบของระบบราชการ ทำให้คณะทำงานในพื้นที่มีความเป็นอิสระในการเลือกทำงานซึ่งตนเห็นว่าสำคัญและมีอิสระในการเลือกทำงานในแบบที่ตนเห็นว่าเหมาะสม หรือการเป็นนายของตนเอง (autonomy) ช่วยสร้างนวัตกรรมเชิงระบบและเชิงนโยบายดังแสดงให้เห็นในกรณีศึกษาเหล่านี้

โดยสรุปการทำงานเพื่อตอบสนองตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางมีอยู่บ้างแล้วในบริบทต่างๆ ของประเทศไทย แต่คณะทำงานในแต่ละพื้นที่มีความเข้าใจในการทำงานในเรื่องนี้บางส่วนแตกต่างกันไปจากบริบทที่พบในวรรณกรรมเรื่องประชากรกลุ่มเปราะบางทางสุขภาพ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการวิจัย

1. การพิจารณาทำให้เรื่องประชากรกลุ่มเปราะบางเป็นประเด็นนโยบายสาธารณะที่ชัดเจนในสังคมไทย (agenda setting) โดยเฉพาะการกำหนดให้มีนิยามและกลไกสนับสนุนจากผู้กำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาสุขภาพของ “ประชากรกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ” ให้มีความชัดเจนมากขึ้นจากที่มีอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยในปัจจุบัน
2. ควรระมัดระวังไม่สร้างนโยบายเรื่องประชากรกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพที่อาจทำให้แต่ละพื้นที่ขาดความคล่องตัวในการปรับกระบวนการทำงานตามนโยบาย แต่ควรส่งเสริมให้เกิดภาวะผู้นำในระดับพื้นที่เพื่อทำงานให้เหมาะสมในแต่ละบริบท
3. ควรมีการสร้างเวทีวิชาการ รวมทั้งการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศสุขภาพในพื้นที่และระหว่างพื้นที่ เพื่อให้มีการศึกษาเปรียบเทียบและแลกเปลี่ยนแนวคิดด้านการจัดการโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนซึ่งตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางในประเทศไทยในบริบทต่างๆ
4. การศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อสังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้มุมมองของประชากรจากกลุ่มเปราะบางร่วมด้วย
5. ถ้า “ประชากรเปราะบาง” เป็นแนวคิดที่น่าสนใจในการต่อยอดการเข้าถึงบริการสุขภาพภายใต้ UC ในทางปฏิบัติยังมีความกำกวมในทุกระดับเกี่ยวกับแนวคิดและหลักการนี้ การทำความเข้าใจและหาข้อยุติ น่าจะเป็นไปด้วยการทดลองพัฒนาระบบบริการภายใต้ข้อยุติเบื้องต้นที่อาจมีมากกว่าหนึ่งชนิด
6. ถ้าจะขยายผลการพัฒนาอัมพางโมเดล ในมุมมองของระบบบริการสุขภาพข้ามพรมแดน (cross-border health care systems) องค์กรระหว่างประเทศและรัฐบาลไทยควรพิจารณาร่วมมือกันทดลองโมเดลนี้ในพื้นที่ชายแดนจังหวัดอื่นและประเทศอื่นที่ระดับเศรษฐกิจต่างกันและมีพรมแดนติดต่อกัน
7. น่าจะมีการวิจัยผลกระทบของระบบบริการที่อัมพางต่อสถานะสุขภาพของประชาชนประเทศเมียนมาร์บริเวณพรมแดนในแง่การลดภาระโรคและการป้องกันโรคระบาด เพื่อให้ได้ความรู้ที่จะระดมทรัพยากรเพิ่มเติมและลดภาระของประเทศไทยที่กำลังแบกรับค่าใช้จ่ายการดูแลสุขภาพประชาชนต่างด้าว
8. กรณีพยาบาลชุมชน ยังมีความจำเป็นต้องวิจัยเพิ่มเติมในเชิงปริมาณเพื่อประเมินผลผลิตและผลลัพธ์ว่าเป็นไปตามที่คาดหวังหรือไม่ โดยอาจใช้วิธีเปรียบเทียบระหว่างหมู่บ้านที่มีและไม่มีพยาบาลชุมชน ในอำเภออุบลรัตน์และอำเภออื่นๆที่ใช้รูปแบบนี้ เช่น อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น
9. แม้ว่าคลองขลุงและด่านซ้าย เป็นตัวอย่างนวัตกรรมที่น่าจะได้รับการส่งเสริมจากหน่วยเหนือคือ สสจ. มากกว่าที่ผ่านมา แต่เป็นที่น่าสนใจที่เงื่อนไขยังไม่บังเกิดซึ่งน่าจะเกี่ยวข้องกับระบบบริหารราชการแบบรวมศูนย์อำนาจ กระทรวงสาธารณสุขสมควรทบทวนประเด็นนี้ให้จริงจังภายใต้ทิศทางการดำเนินนโยบายเขตสุขภาพ ซึ่งดูเหมือนจะให้ความสำคัญมากขึ้นกับการกระจายอำนาจ
10. ข้อค้นพบจากด่านซ้าย เป็นตัวอย่างชัดเจนว่า หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีศักยภาพในการทำงานข้ามสาขา (intersectoral) อันเป็นประโยชน์แก่การจัดการกับ social determinants of health (SDH) ยิ่งมีความร่วมมือจากอุดมศึกษาหรือสถาบันวิชาการภายนอก เชื่อว่า จะขยายขอบเขตศักยภาพนี้ให้เกิดคุณประโยชน์แก่สังคมและชุมชนยิ่งขึ้นไป ถ้ามีการติดตามประเมินผลเชิงปริมาณจะยิ่งทำ

ให้เกิดความชัดเจนมากขึ้นว่า วิธีการของด้านซ้ายส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนSDH และสุขภาพชุมชน
กว้างขวางเพียงใด

1. บทนำและทบทวนวรรณกรรม

[I]t is in the context of global forces that the suffering of individuals acquires its own appropriate context. – Paul Farmer¹

นับแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับแรก ช่องว่างทางสังคมของประเทศไทยก็ถ่างออกอย่างต่อเนื่องเรื่อยมา จนปรากฏเด่นชัดทางการเมืองในสถานการณ์วิกฤตเสื้อสี (แดง-เหลือง) ที่ยังไม่มีแนวโน้มจะเยียวยาได้ ตราบจนวันนี้ ภายใต้แนวโน้มช่องว่างทางสังคมดังกล่าว ประชากรกลุ่มเปราะบาง (ปกป.) จึงเป็นคำที่มีความหมายมากขึ้นไม่เพียงในทางการเมืองและเศรษฐกิจ แต่ยังหมายรวมถึง การที่ ปกป. เสี่ยงต่อสุขภาพเสื่อมมากกว่าประชากรทั่วไปและโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพจำกัดมากกว่าด้วยแม้ว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ให้ความหวังมากกว่าในอดีตก็ตาม

ศาสตราจารย์ทางภาษาศาสตร์ แห่ง มหาวิทยาลัย MIT นาม Noam Chomsky ได้ตีแผ่ที่มาที่ไปอย่างน่าตื่นเต้นและหนักแน่นทางวิชาการเกี่ยวกับตัวเลข 1 ต่อ 99 อันหมายถึง อัตราส่วนการกระจุกตัวของความมั่งคั่งในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งในด้านหนึ่งสะท้อนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมในทางเสื่อมถอย อีกด้านหนึ่งสะท้อนนโยบายระหว่างประเทศของมหาอำนาจประเทศนี้อันส่งผลสะท้อนไปทั่วโลกอย่างต่อเนื่องนับแต่สงครามโลกครั้งที่สองสิ้นสุดลง² ส่วนหนึ่งของผลสะท้อนนั้นคือ ทิศทางการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมทั่วโลกที่ได้รับอิทธิพลจากสหรัฐฯ เช่นเดียวกับประเทศไทย ดังนั้นความท้าทายของปัญหาเกี่ยวกับ ปกป. ดังกล่าวจึงมิได้จำกัดเฉพาะประเทศไทย แต่เป็นโจทย์การพัฒนาาระบบสุขภาพระดับโลก

ผลงานของ นพ.พอล ฟาร์เมอร์ ในหนังสือชื่อ “ล่าฝันโพ้นภูเขา” (Mountains Beyond Mountains) ของ เทเรซี คิตเตอร์ เป็นตัวอย่างความสนใจระดับสากลในทางมนุษยธรรมและการแพทย์ต่อการรับมือกับความท้าทายที่กล่าวมา ในหนังสือเล่มนี้ ระบบสุขภาพอันล่มสลายเช่นเดียวกับการล้มละลายทางเศรษฐกิจสังคมจากการแทรกแซงของสหรัฐฯ นำไปสู่ความทุกข์ยากสุดประมาณของประชาชนส่วนใหญ่ในประเทศเฮติ ซึ่งนพ.ผู้นี้พยายามเยียวยาในขอบเขตที่เขาทำได้ นั่นคือการพัฒนารูปแบบบริการและนำไปสู่การสังเคราะห์บทเรียน ดังปรากฏในหนังสือเล่มนี้

ในประเทศไทย เรื่องราวของ “หมอเมืองพร้าว”³ ก็เป็นตัวอย่างเป็นอดีตอันยาวไกลยิ่งกว่าของ พอล ฟาร์เมอร์ อาจกล่าวได้ว่า เรื่องราวของ นายแพทย์อภิเชษฐ์ นาคเลขา หรือ หมอเมืองพร้าว นี้เป็นกุศโลบายตามรอยบุชนิยบุคคลท่านหนึ่งในประวัติศาสตร์การแพทย์ไทย นั่นคือ ศ.นพ.เสม พริ้งพวงแก้ว⁴ นับจากอดีตตราบจนปัจจุบัน น่าเชื่อว่าเรื่องราวทำนองนี้ปรากฏไม่เคยหยุดหย่อน ถ้าบทเรียนเหล่านี้ได้รับการถ่ายทอดออกมาผ่านการวิเคราะห์และสังเคราะห์อย่างเป็นระบบมากยิ่งขึ้น ก็อาจจะเกิดคุณูปการกว้างไกลไม่เพียงในขอบเขตการพัฒนาแรงบันดาลใจต่อปัจเจกดังเช่นกรณีหมอเมืองพร้าว แต่ยังอาจจะไปถึงการพัฒนาสุขภาพโดยรวม

This is why his (Paul Farmer's) mission – as he more recently explained to a reporter from *Business Week* – “is less about assisting the distant needy and more about repairing a broken world”

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อ.....

ถ่ายทอดบทเรียนการพัฒนาแบบบริการ (service delivery models) สำหรับประชากรกลุ่มเปราะบาง ผ่านการวิเคราะห์และสังเคราะห์อย่างเป็นระบบ

วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อ.....

1. วิเคราะห์เชิงกรณีศึกษาเปรียบเทียบ (comparative cross-case analysis) ⁵ที่มา ที่ไป ของรูปแบบบริการฯ โดยคำนึงถึงองค์ประกอบระบบสุขภาพตามกรอบคิด health systems building blocks⁶
2. สังเคราะห์ลักษณะร่วมกัน (common features) และต่างกัน (different features) ในด้านที่มา ที่ไป และ รูปแบบ (models) โดยคำนึงถึงองค์ประกอบระบบสุขภาพตามกรอบคิด health systems building blocks
3. สังเคราะห์ข้อเสนอแนะเพื่อการขยายผล (upscale) ระดับพื้นที่/สถานพยาบาลและระดับนโยบาย

ขอบเขต

ระบบสุขภาพอำเภอ (district health systems) 8 กรณีศึกษาดัง ตารางที่ 1a ซึ่งผู้เสนอโครงการคัดเลือกโดยอาศัย หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เข้าถึงได้ทางสื่อออนไลน์/เอกสารอื่นๆของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และประสบการณ์ตรง (tacit knowledge) ของผู้เสนอ

แนวทางดำเนินการ

1. การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากแหล่งดังกล่าวผ่านสื่อออนไลน์และการติดต่อกับเจ้าของแหล่งเอกสาร
2. ทบทวนเอกสารเบื้องต้น (scoping review) เพื่อค้นหาประเด็นที่จำเป็นต้องสืบค้นโดยตรง/เพิ่มเติมจากผู้รับผิดชอบในพื้นที่ แล้วลงพื้นที่รวบรวมหลักฐานโดยการสัมภาษณ์ (focus group or informal interviews) /สังเกต (direct observation)
3. การทบทวนและกลั่นกรองสาระสำคัญจากหลักฐานเชิงประจักษ์โดยผู้วิจัยจำนวน 10 คน โดยใช้หลักการ 2 ประการต่อไปนี้
 - ก) วิเคราะห์กรณีศึกษาในบริบทต่างๆ เพื่อหาความเข้าใจร่วมกัน (common ground) ระหว่างผู้วิจัย โดยคำนึงถึงองค์ประกอบระบบสุขภาพตามกรอบคิด health systems building blocks

- ข) วิเคราะห์หาความเชื่อมโยง ความเหมือน ความต่างระหว่างกรณีศึกษาโดยพยายามดำรงรักษาความสมบูรณ์ (richness) และเอกลักษณ์ (uniqueness) ของแต่ละกรณีศึกษา อันจะเพิ่มโอกาสมองเห็นแบบแผนหรือคุณลักษณะที่ไม่เคยปรากฏมาก่อน (emerging themes/unforeseen discoveries) ซึ่งมีความสำคัญยิ่งยวดต่อการบรรลุวัตถุประสงค์เฉพาะข้อ 3
- ค) สังเคราะห์ข้อเสนอแนะเพื่อการขยายผล (upscale) ระดับพื้นที่/สถานพยาบาลและระดับนโยบาย นั่นคือพยายามตอบคำถามว่า ส่วนใด/ลักษณะใดของความสำเร็จและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่ขยายผลได้เฉพาะพื้นที่ หรือระหว่างพื้นที่โดย ก) ไม่จำเป็นต้องอาศัยนโยบายสนับสนุน ข) จำเป็นต้องอาศัยนโยบายสนับสนุน (และนโยบายนั้นๆ คืออะไร)

ตารางที่ 1a ประเด็นที่น่าสนใจสำหรับ 8 กรณีศึกษาตามพื้นที่

พื้นที่	โครงการ
คนไร้รัฐ (อ.อุ้มผาง จ.ตาก)	— คลินิกกฎหมายสำหรับคนไร้รัฐ — สุขศาลาพระราชทาน — การอบรมหมอดำแย
คนจนและคนด้อยโอกาสในชนบท (อ.อุบลรัตน์ จ.ขอนแก่น)	— โครงการเกษตรกรรมตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง — การพัฒนารายยาชุมชน — การพัฒนาพยาบาลชุมชน — การพัฒนากลุ่มผู้ป่วย HIV/AIDS
เด็กที่มีพัฒนาการช้า/มีปัญหาการเรียน (อ.ด่านซ้าย จ.เลย)	— การกระตุ้นพัฒนาเด็ก (“Book Start”) — การพัฒนาพัฒนาการของกลุ่มเด็กที่มี learning disabilities (LDs) — โครงการขาเทียมพระราชทาน
ผู้ป่วยยากจน/ผู้ป่วยติดเตียง (อ.ครบุรี จ.นครราชสีมา)	— การพัฒนาบทบาทของผู้ช่วยแพทย์แผนไทยในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านหรือติดเตียง
ผู้พิการ/ผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยติดเตียง (อ.กุฉินารายณ์ จ.กาฬสินธุ์ และ อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี)	— การพัฒนาการดูแลระยะยาว — การฟื้นฟูสภาพในชุมชน — การพัฒนาทีมเยี่ยมบ้านแบบสหสาขาวิชาชีพ — การพัฒนานักอภิบาลชุมชน (community caretaker)
ป่วยไตวายเรื้อรัง (อ.งิ้วราย จ.พิจิตร)	— การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ประเด็นข้อมูลและแนวคำถามเพื่อเก็บข้อมูลของนักวิจัย

ประเด็น	แนวคำถาม
บริบทเฉพาะของพื้นที่ (contexts)	1. ลักษณะเฉพาะของพื้นที่ ประชากร เมือง-ชนบท เศรษฐกิจ เป็นอย่างไร? 2. ทรัพยากรในชุมชน/ระบบบริการสุขภาพในพื้นที่เป็นอย่างไร? 3. ลักษณะชุมชน วัฒนธรรม ประเพณี เครือข่ายชุมชนเป็นอย่างไร?
กลุ่มประชากรเป้าหมาย (targeted populations)	1. กลุ่มประชากรเป้าหมายคือใคร? 2. ประชากรกลุ่มเป้าหมายคือใคร? 3. คณะทำงานเลือกกลุ่มประชากรเป้าหมายอย่างไร? 4. คณะทำงานเลือกกลุ่มประชากรเป้าหมายโดยใช้แนวคิดที่สอดคล้องกับประชากรกลุ่มเป้าหมายหรือไม่/อย่างไร?
ประเด็นปัญหาสุขภาพ (health issues)	1. ประเด็นปัญหาสุขภาพที่คณะทำงานดำเนินงานแก้ไขคืออะไร? 2. แนวทางการดำเนินการของคณะทำงานมีความสอดคล้องกับแนวคิด/นิยาม/ขอบเขตกับแนวคิดการพัฒนาสุขภาพในชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเป้าหมายอย่างไรบ้าง?
ปัจจัยนำเข้าหรือโครงสร้างพื้นฐาน (input/infrastructure)	1. ทรัพยากรบุคคล a. Process owners: components of integrated care team components, roles and functions of each team member b. Policymakers: who are the project initiators and the project sponsors, and the projects were approved by whom? c. Other stakeholders in communities: partners, alliance, competitors 2. การเงินการคลัง a. What is the main financing sources for budgeting? b. How to be mobilize financing from other resources? c. How is the project's balance sheet? 3. ระบบข้อมูล a. What kinds of the data systems available for monitoring and evaluation? b. How to standardize the data? c. How to utilize the data? d. What mechanisms are used to organize patient and population data to facilitate efficient and effective care 4. ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support System: DSS) a. What are the training, guideline, supporting tools?

ประเด็น	แนวคำถาม
	b. What mechanisms are used to promote clinical care that is consistent with scientific evidence and patient preferences? 5. ระบบสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self-management Support) a. What are the roles of self-management support in clinical and non-clinical care in this settings? b. What mechanisms are used to empower and prepare patients to manage their health and health care? 6. อุปกรณ์ เครื่องมือ วัสดุ เทคโนโลยีอื่นๆ (ถ้ามี)
กระบวนการทำงาน (process/management)	1. ภาวะการนำ และการบริหารจัดการโครงการ (leadership and governance) a. What kinds of leadership are needed? b. Who are the leadership? c. How do the leaders lead? 2. การออกแบบและการจัดองค์กร (design and delivery) a. What are the services, intervention models? b. What is the nature of services provided, and component of services? c. What is the settings? Is it facilities-based, or outreach programs? d. What is the level of care? e. How the team is organized? f. What mechanisms to create a culture, organization and mechanisms that promote safe, high quality care? 3. การมีส่วนร่วมของชุมชน (community engagement) a. How to engage community members? b. What are the roles of community members? What is the contribution? c. What are the policy/resources, and how to mobilize the resources from the community? (e.g. using committees?)
ผลงาน (outputs) และ ผลลัพธ์ (outcomes)	1. ผลการดำเนินงานทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณในมุมมองของคณะทำงานหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (outputs) a. Intermediate outputs (บอกตัวชี้วัดที่เหมาะสม) b. Organizational/team learning (บอกตัวชี้วัดที่เหมาะสม)

ประเด็น	แนวคำถาม
	2. ผลการดำเนินงานทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณในมุมมองของผู้รับผลงาน (outcomes) a. Health outcomes (บอกตัวชี้วัดที่เหมาะสม)
ปัจจัยของความสำเร็จ (key success factors)	1. ผลลัพธ์ที่เป็นไปตามคาดหวัง a. What processes did happen as planned? Why? b. What outcomes did happen as planned? Why? 2. ผลลัพธ์ที่ไม่เป็นไปตามคาดหวังหรือมีสิ่งไม่คาดคิดที่เกิดขึ้นจริง (unexpected consequences) a. What processes didn't happen as planned? Why not? b. What outcomes didn't happen as planned? Why not? c. What unexpected consequences did happen? Why? 3. สิ่งท้าทาย ปัญหาอุปสรรคของคณะทำงาน 4. ประเด็นที่ได้คณะทำงานได้เรียนรู้ 5. แนวโน้มความยั่งยืนของโครงการและความต้องการสนับสนุนเพื่อความยั่งยืนของโครงการ

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเรื่องความเปราะบาง

ความเปราะบาง (Vulnerability) เป็นคำมาจากภาษาโรมัน vulnerare (verb) and vulnus (noun) ซึ่งแปลว่า บาดแผล (wound) ในพจนานุกรมภาษาอังกฤษให้นิยามไว้ว่า “อ่อนแอ ได้รับบาดเจ็บง่ายไม่ว่าจะเป็นทางกายภาพหรือทางอารมณ์ ถูกชักจูง ครอบงำ หรือถูกข่มเหง รุกรานได้ง่าย (weak, easily hurt physically or emotionally, influenced, abuse or attacked) ทั้งนี้แนวคิดเรื่องความเปราะบางได้มีการศึกษาอย่างจริงจังในช่วงปลายศตวรรษที่ 20 ในหลากหลายสาขา เช่น ด้านชีวฟิสิกส์ (biophysics) ในเรื่องภัยพิบัติทางธรรมชาติ ด้านมนุษยนิเวศ (human ecology) ด้านเศรษฐศาสตร์การเมือง (political economics) และ นิเวศวิทยาการเมือง (Political ecology) เป็นต้น⁷

มีผู้ให้นิยามเรื่องความเปราะบางไว้หลากหลาย แต่โดยรวมๆ แล้วหมายถึง “การสัมผัสหรือรับปัจจัยเสี่ยงต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดคิดและความตึงเครียด และมีความยากลำบากในการจัดการกับปัญหาที่ประสบอยู่”⁸ ดังนั้นในเรื่องความเปราะบางจึงขึ้นกับปัจจัยสองด้าน คือ 1) ปัจจัยเสี่ยงภายนอก ภาวะช็อก และความตึงเครียดที่ปัจเจก ครว้เรือน หรือชุมชนเผชิญอยู่ และ 2) ปัจจัยภายในคือศักยภาพในการจัดการกับสิ่งที่เผชิญอยู่ของปัจเจก ครว้เรือน หรือชุมชน โดยนัยของความหมายดังกล่าว ความเปราะบางจึงมีความเสี่ยงในสามด้านหลักคือ 1) ภาวะเสี่ยงของการได้รับภาวะวิกฤต ความตึงเครียด และภาวะช็อก 2) ภาวะเสี่ยงของการขาดศักยภาพในการจัดการกับภาวะที่เผชิญอยู่ และ 3) ภาวะเสี่ยงของความรุนแรงของผลกระทบและการปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่

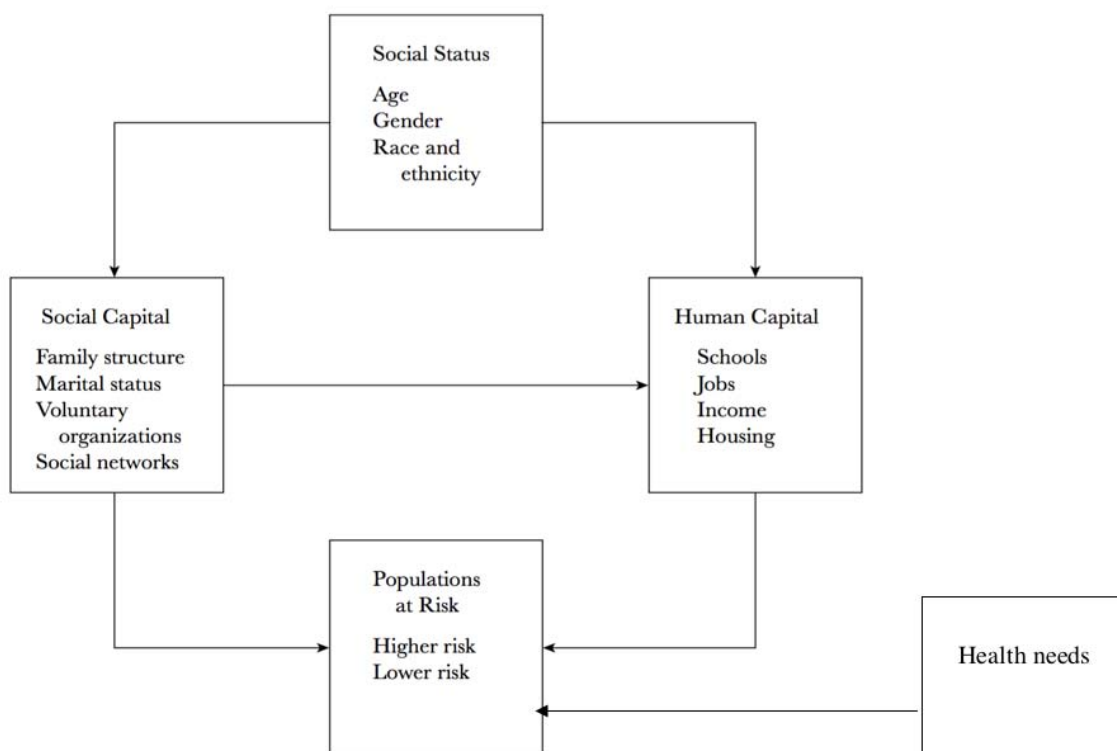
ทั้งนี้ภาวะเสี่ยงที่จะนำมาซึ่งความเปราะบางนั้นมีได้หลากหลาย เช่น ความเสี่ยงในวงจรชีวิตของคน (เกิด แก่ เจ็บ ตาย) ความเสี่ยงด้านสุขภาพ (การเจ็บป่วย โรคติดต่อ) ความเสี่ยงที่มาจากด้านสังคม (ความรุนแรง ความขัดแย้ง สงคราม การปล้น ฆ่า ฯลฯ) ความเสี่ยงด้านเศรษฐกิจ (ภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ) ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม (สิ่งแวดล้อมเป็นพิษ มลภาวะที่เกิดขึ้น) ภัยพิบัติทางธรรมชาติต่างๆ เป็นต้น จากนั้นนิยามและแนวคิดข้างต้น ความเปราะบาง จึงมีลักษณะพลวัต ไม่ได้ดำรงอยู่อย่างถาวร

ประชากรกลุ่มเปราะบางคือใคร?

“ประชากรกลุ่มเปราะบาง” (vulnerable populations) โดยทั่วไปหมายถึง กลุ่มประชากรที่มีเศรษฐานะต่ำ , ชชาติพันธุ์ชนกลุ่มน้อย, ไม่มีหลักประกันสุขภาพ, เด็กในครัวเรือนยากจน, ผู้สูงอายุ, คนเร่ร่อน, ผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS และผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งรวมถึงการเจ็บป่วยทางจิต นอกจากนั้นคนในชนบทก็อาจจัดเป็นประชากรเปราะบางเนื่องจากมีสิ่งกีดขวางการเข้าถึงบริการสุขภาพ¹⁰ แต่หากพิจารณาความเปราะบางในด้านสุขภาพ อาจหมายรวมถึงผู้ที่มี “ความต้องการด้านสุขภาพ” (health needs) หรือมีความเสี่ยงที่จะมีสุขภาพไม่ดีทั้งในมิติสุขภาพกาย สุขภาพจิต และหรือสุขภาพด้านสังคม ตัวอย่างกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงในด้านสุขภาพกาย เช่น ผู้มีภาวะเสี่ยงสูงในแม่และเด็ก, ผู้มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและทุพพลภาพ, ผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS, ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นต้น ตัวอย่างกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงในด้านสุขภาพจิต เช่น ผู้ที่มีประวัติเคยเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท, ซึมเศร้า, อารมณ์แปรปรวน, สมาธิสั้น/hyperactivity, ติดสุราเรื้อรัง, ใช้สิ่งเสพติด, เคยฆ่าตัวตาย หรือผู้มีความเสี่ยงจะหนีออกจาก

บ้านหรือกลายเป็นผู้เร่ร่อน และตัวอย่างกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงในด้านสุขภาพด้านสังคม เช่น ผู้ที่อาศัยในครอบครัวที่ใช้ความรุนแรง, เป็นคนเร่ร่อน, แรงงานต่างด้าว หรือผู้ลี้ภัยทางการเมือง เป็นต้น

แต่เมื่อพิจารณาจากมุมมองมหภาคจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่ทำให้ประชากรกลุ่มนี้มีสุขภาพไม่ดีมักมีสาเหตุมาจากการขาดโอกาสและการเข้าถึงทรัพยากรเป็นสำคัญ¹¹ ซึ่งการเข้าถึงทรัพยากรของประชากรแต่ละกลุ่มขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่ 1) “สถานภาพทางสังคมของบุคคล” (social status) ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติชาติพันธุ์ 2) “ทุนสังคม” (social capital) หรือการผูกพันกับเครือข่ายในสังคม ได้แก่ โครงสร้างครอบครัว สถานภาพสมรส การมีเพื่อนหรือเครือข่ายต่างๆ และ 3) “ทุนมนุษย์” (human capital) ได้แก่ การศึกษา การมีงานทำ รายได้ สภาพที่อยู่อาศัยและความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์ของปัจจัยของบุคคลทั้ง 3 ด้านและความเปราะบางด้านสุขภาพของกลุ่มประชากรต่างๆ แสดงใน **ภาพที่ 1a**

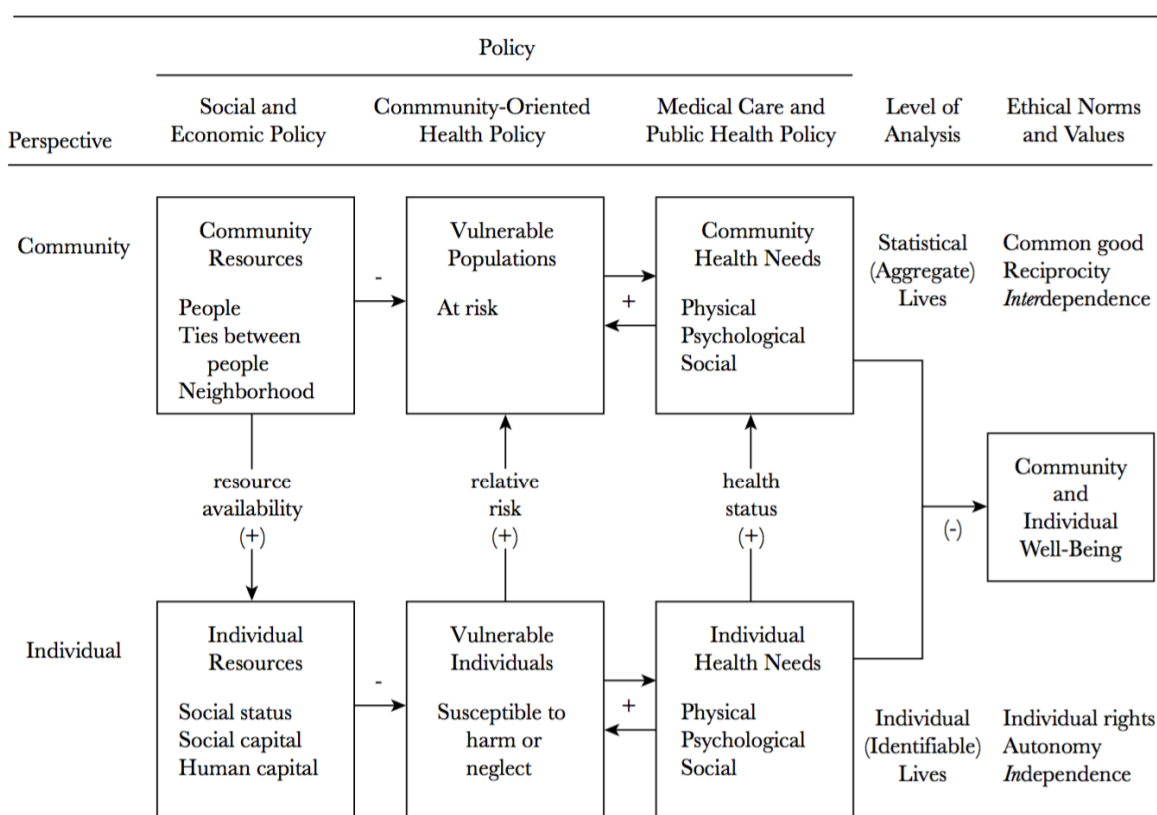


ภาพที่ 1a กรอบแนวคิดในการระบุประชากรกลุ่มเปราะบางที่มีความต้องการด้านสุขภาพ

(ที่มา : ดัดแปลงจาก Figure 1.2 in Aday LA. At risk in America: the health and health care needs of vulnerable populations in the United. 2nd ed. San Francisco, California: Jossey-Bass Inc.; 2002.)

เนื่องจากช่องว่างทางสังคมของประเทศไทยตั้งแต่ใช้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับแรกเริ่มกว้างออกอย่างต่อเนื่องจนปรากฏเด่นชัดในสถานการณ์วิกฤตทางการเมืองในช่วงทศวรรษ 2550 จนถึงปัจจุบัน ภายใต้แนวโน้มช่องว่างทางสังคมดังกล่าว “**ประชากรกลุ่มเปราะบาง**” จึงกลายเป็นแนวคิดที่มีความหมายมากขึ้นไม่เพียงในทางเศรษฐกิจและการเมือง แต่ยังหมายรวมถึง การที่กลุ่มประชากรดังกล่าวเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพมากกว่าประชากรทั่วไปและมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพจำกัด ความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพที่เกิดจากช่องว่างทางสังคม

ดังกล่าวยังคงมีอยู่ แม้ว่านโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยได้ให้ความหวังในการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าในอดีตก็ตาม นโยบายสาธารณะในระดับต่างๆ ทั้งนโยบายการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม นโยบายสุขภาพในชุมชน และนโยบายด้านสาธารณสุขและการจัดบริการสุขภาพมีผลกระทบทั้งในทางบวกและทางลบต่อสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางทั้งในระดับปัจเจกและในระดับชุมชน โดยปัจจัยกำหนดสุขภาพของ “ประชากรกลุ่มเปราะบาง” ขึ้นอยู่กับ 1) ทรัพยากรที่มีอยู่ในสังคมหรือชุมชน (resource availability) 2) ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ (relative risk) และ 3) สถานะด้านสุขภาพ (health status) ดังแสดงในภาพที่ 1b¹¹ ดังนั้น เพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพประชากรกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนานวัตกรรมในเชิงระบบหรือสร้างนโยบายสาธารณะที่มีความจำเพาะต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพทั้งในระดับปัจเจกและในระดับชุมชนดังกล่าว เพื่อสนับสนุนการทำโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย



Note: A plus sign indicates a direct relationship (the likelihood of outcomes increases as the predictor increases). A minus sign indicates an inverse relationship (the likelihood of outcomes decreases as the predictor increases).

ภาพที่ 1b กรอบแนวคิดในการศึกษา นโยบายสาธารณะหรือโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชน เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบาง

(Source: Figure 1.1 in Aday LA. At risk in America: the health and health care needs of vulnerable populations in the United. 2nd ed. San Francisco, California: Jossey-Bass Inc.; 2002.)

การพัฒนาสุขภาพในชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางเกี่ยวข้องกับการทำงานตามกรอบแนวคิดที่หลากหลาย ได้แก่ แนวคิดเรื่องการสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care: PHC)¹² แนวคิดเรื่องปัจจัยด้านสังคมกำหนดสุขภาพ (social determinants of health: SDH)¹³ ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในระดับกลุ่มประชากร (population-based health promotion)¹⁴ แนวคิดการดูแลปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว (primary care and family medicine)^{15 16} ซึ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยให้เข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องและทั่วถึง และแนวคิดเรื่ององค์ประกอบของระบบสุขภาพ (WHO's health systems building blocks)^{17 18} ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดทั่วไปซึ่งสามารถใช้ในการวางแผนนโยบายสุขภาพหรือโครงการพัฒนาสุขภาพของกลุ่มประชากรในระบบสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรทั่วไปรวมทั้งประชากรกลุ่มเปราะบาง นอกจากนั้น การพัฒนาสุขภาพในชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางยังเกี่ยวข้องกับการทำงานตามกรอบแนวคิดที่มีความจำเพาะต่อการจัดการปัญหาสุขภาพของประชากรในชุมชนที่มีความต้องการสุขภาพในลักษณะต่างๆ ซึ่งทำให้มีความจำเป็นในการออกแบบบริการสุขภาพหรือโครงการพัฒนาสุขภาพ (services design or interventions design) ที่แตกต่างกันออกไป ตัวอย่างเช่น การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยตามแบบจำลองการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (chronic care model)^{19 20} หรือแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (community-based rehabilitation: CBR)²¹ เป็นต้น

นอกจากนั้น การทบทวนวรรณกรรมพบว่า ชุมชนวิชาการด้านการพัฒนานโยบายสุขภาพและระบบสุขภาพในประเทศไทยยังคงไม่มีความเห็นร่วมว่า “ประชากรกลุ่มเปราะบาง” (vulnerable populations) ในบริบทของสังคมไทยในปัจจุบันได้แก่ประชากรกลุ่มใดบ้าง หรือควรใช้ทฤษฎีหรือแนวคิดใดในการกำหนดประชากรกลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ นอกจากนั้น แม้ในเวลาที่ผ่านมาประเทศไทยจะมีการดำเนินโครงการด้านสุขภาพในชุมชน (community-based health interventions) ที่มีความหลากหลายเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มต่างๆ ในหลายพื้นที่ของประเทศไทย แต่ยังคงขาดการสังเคราะห์ในภาพรวมว่าโครงการต่างๆ ที่มีอยู่เหล่านั้นพิจารณาเลือกกลุ่มประชากรเป้าหมายอย่างไร มีการให้นิยามของกลุ่มประชากรเป้าหมายดังกล่าวที่สอดคล้องหรือแตกต่างจากแนวคิดเรื่องประชากรเปราะบางอย่างไร ดังนั้น ถึงแม้ว่าประเทศไทยประสบความสำเร็จในการพัฒนาระบบสุขภาพในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา และมีการพัฒนาความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (health equity) จนกระทั่งสามารถดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543²² แต่ยังคงขาดการประยุกต์ใช้แนวคิดประชากรกลุ่มเปราะบาง และยังคงขาดการสังเคราะห์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าการจัดบริการสุขภาพในชุมชนที่มีอยู่ในปัจจุบันในประเทศไทยเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของประชากรกลุ่มเปราะบางเหล่านั้นคืออะไร มีกลไกในการทำงานอย่างไร รวมทั้งมีประสิทธิผลของการดำเนินงานเป็นอย่างไร มีปัญหาหรืออุปสรรคที่ทำให้วิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (best practice) จนยังไม่สามารถแพร่กระจายไปสู่บริบทหรือพื้นที่อื่นๆ หรือยังไม่สามารถขยายผลในระดับที่สูงขึ้นหรือกว้างขวางขึ้นได้ ทั้งนี้เนื่องจากหากไม่มีความเข้าใจแนวคิดที่ชัดเจนและตรงกัน หรือขาดนโยบายสาธารณะที่ชัดเจนในประเด็นดังกล่าว ก็อาจส่งผลให้ไม่มีกลไกเชิงนโยบายเพื่อสนับสนุนให้เกิดแนวทางปฏิบัติที่เป็นเลิศในการดูแลประชากรกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพในบริบทต่างๆ ของประเทศไทยที่มีความต้องการด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน หรืออยู่ในบริบทที่แตกต่างกันของประเทศไทย หรือเสียโอกาสในการเรียนรู้จากวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศที่มีอยู่ และขาดการเรียนรู้ อุปสรรคหรือ ความล้มเหลวเพื่อขยายผลการดำเนินงานไปทั่วประเทศ รวมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพของการทำงานในพื้นที่ใหม่ โดยไม่ต้องเสียทรัพยากรเพื่อลองผิดลองถูกด้วยตนเอง

เนื่องจากการทำงานกับประชากรกลุ่มเปราะบางแต่ละกลุ่มจำเป็นต้องมุ่งเน้นกระบวนการทำงานที่แตกต่างกัน การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นธรรม (accessibility of care) จึงยังสะท้อนการได้รับคุณภาพของบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับปัญหาเฉพาะกลุ่มประชากรด้วย (quality of care) ดังนั้น การประยุกต์ใช้แนวคิดเรื่องประชากรกลุ่มเปราะบางเป็นโอกาสพัฒนาให้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความสำเร็จตามเป้าหมายและมีความยั่งยืนมากยิ่งขึ้น เพราะจะเชื่อมโยงแนวคิด “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” (universal health coverage) เข้ากับแนวคิด “การมีสิทธิเข้าถึงบริการตามความจำเป็น” (targeted universalism)²³ ซึ่งพิจารณาว่าการทำงานอย่างเท่าเทียมกับประชากรทุกกลุ่มเป็นการปฏิเสธความแตกต่างของความต้องการด้านสุขภาพของประชากรแต่ละกลุ่ม ดังนั้นนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มุ่งเน้นการสร้างความเป็นธรรม จึงควรมุ่งเน้นการจัดบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมสำหรับกลุ่มประชากรที่มีความต้องการด้านสุขภาพเหมือนกัน และมุ่งเน้นการจัดบริการสุขภาพที่แตกต่างกันสำหรับกลุ่มประชากรที่มีความต้องการด้านสุขภาพที่แตกต่างกันด้วย

การดูแลระยะยาว long-term care

“การดูแลระยะยาว” (long-term care)²⁴ ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก หมายถึง กิจกรรมที่จัดโดยบุคคลอื่น โดยมีวัตถุประสงค์ทำให้ผู้ที่สูญเสียหรือผู้ที่เสี่ยงที่จะสูญเสียสมรรถนะอย่างมีนัยสำคัญและอย่างต่อเนื่องสามารถดำรงไว้ซึ่งสมรรถนะในการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสิทธิและเสรีภาพขั้นพื้นฐานเกียรติและศักดิ์ศรีของตน โดยมีหลักการสำคัญในการจัดการดูแลระยะยาว 2 ประการ ได้แก่ 1) การทำให้ผู้สูงอายุยังคงสามารถใช้ชีวิตอย่างมีเกียรติศักดิ์ศรี มีเสรีภาพที่จะปรารถนาถึงมีความสุขในชีวิตได้ แม้ว่าผู้สูงอายุจะสูญเสียสมรรถนะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ 2) การป้องกันการสูญเสียสมรรถภาพและการฟื้นฟูการสูญเสียสมรรถนะในการปฏิบัติกิจวัตรในการดำรงชีพ ซึ่งการจัดการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสมอาจช่วยทำให้ภาวะพึ่งพิงที่มีลดลงหรือหายไปได้

เนื่องจากเป้าหมายการดูแลสุขภาพระยะยาวคือการฟื้นฟูความสามารถของสมรรถนะของปัจเจก (functional ability) ซึ่งไม่ใช่เพียงแค่การช่วยเหลือพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างเดียว แต่รวมถึงการช่วยเหลือให้ปัจเจกซึ่งได้รับการดูแลระยะยาวสามารถเดินทางได้ สามารถสร้างและรักษาความสัมพันธ์กับคนอื่นในสังคม เรียนรู้พัฒนาและตัดสินใจ และได้ทำอะไรให้แก่ชุมชนได้ โดย Kane เสนอว่าเป้าหมายระดับปัจเจกของการดูแลที่บ้าน (Individual-level goals of home care) ควรประกอบด้วย 10 ประการดังนี้²⁵

- 1) สุขภาพดีขึ้นหรือไม่แย่ง (improve or maintain health)
- 2) อาการปวดหายไปและรู้สึกดีขึ้น (promote comfort and freedom from pain)
- 3) สมรรถนะร่างกายดีขึ้นหรือชะลอการถดถอย (improve or slow deterioration of functional ability)
- 4) ความรู้และทักษะดูแลตนเองดีขึ้น (improve consumer knowledge and self-care abilities)
- 5) ได้รับการดูแลช่วยเหลือตามความจำเป็น (meet needs for care and assistance)
- 6) สุขภาพจิตดีขึ้น ไม่ซึมเศร้า (enhanced psychological well-being)
- 7) สถานภาพทางสังคมดีขึ้น (enhanced social well-being) มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม มีบทบาทในครอบครัว ชุมชน มีงานอดิเรก มีอาชีพ และปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

- 8) อยู่อย่างมีความหวังและความหมาย (promote meaningful lives)
- 9) ช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดและมีอิสระในการตัดสินใจและเลือก (maximizing consumer independence and autonomy)
- 10) สามารถอาศัยอยู่ในบ้านตนเอง (allow the consumer to be at home)

เพื่อตอบสนองต่อเป้าหมายในการฟื้นฟูความสามารถของสมรรถนะ และยกระดับความเป็นอยู่ในด้านต่างๆ จึงจำเป็นต้องมีการจัดบริการที่หลากหลายที่มีการบูรณาการ เชื่อมโยง และต่อเนื่อง โดยใช้กลไกหลักที่สำคัญคือ การบริหารการดูแลโดยต้องจัดการให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะไม่ว่าจะจัดโดยคนในครอบครัว ผู้ช่วยผู้ดูแล ผู้จัดการและประสานการดูแล บริการที่จัดโดยชุมชน และบริการในสถานบริบาล (healthcare organizations) รวมถึงบริการที่สนับสนุนการจัดบริการของผู้ดูแล/ผู้ช่วยผู้ดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพ เช่น การจัดบริการพักฟื้นชั่วคราว (respite care) การจัดบริการให้ข้อมูล การอบรม กระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการ และการเงิน เป็นต้น

จากแนวคิดข้างต้น จะเห็นได้ว่าขอบเขตบริการของการดูแลระยะยาว (range of long-term care services) ครอบคลุมการจัดบริการด้านสังคม ด้านสุขภาพ และการบริหารการดูแล ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1b การทำให้ภาวะพึ่งพิงที่มีลดลงหรือหายไปได้พึ่งพิงจึงขึ้นอยู่กับความสามารถในการเข้าถึงบริการที่จำเป็น และการให้เกิดการบูรณาการการดูแลอย่างองค์รวมในทุกด้าน

ตารางที่ 1b ขอบเขตบริการดูแลระยะยาว (long-term care)	
ประเภทของการจัดบริการ	ตัวอย่างของบริการการดูแลระยะยาว
1.บริการด้านสังคม	
ดูแลการปฏิบัติกิจวัตรส่วนบุคคลพื้นฐาน (activities of daily living: ADL)	บริการแนะนำ ดูแล ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ ป้อนอาหาร ขับถ่าย การลุกจากเตียง การเคลื่อนย้าย
ดูแลการปฏิบัติกิจวัตรส่วนบุคคลเพิ่มเติม/งานบ้าน (instrumental activities of daily living: iADL)	ทำความสะอาดบ้าน หุงหาอาหาร ซักรีด จ้างจ่ายซื้อของจำเป็น การบำรุงซ่อมแซมบ้าน
ช่วยเหลือการเดินทาง	จัดการ จัดหา และรับส่งในการเดินทาง เช่น ไปโรงพยาบาล
สนับสนุนทางสังคม	โทรศัพท์ไปคุย ไปเยี่ยม ให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำในการตัดสินใจ
คุ้มครองทางกฎหมาย	การบริหารทรัพย์สินและการเงิน ป้องกันถูกหลอกลวง/ถูกทำร้าย
ปรับสภาพบ้าน	ปรับสภาพบ้านให้เอื้อต่อการดูแล เช่น ที่นอน ห้องน้ำ ราวทางเดิน พื้นบ้าน อุปกรณ์ฟื้นฟูสมรรถภาพ
ช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ/อาชีพ	สนับสนุนเบี้ยยังชีพ จัดหา/ส่งเสริมอาชีพแก่ผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล

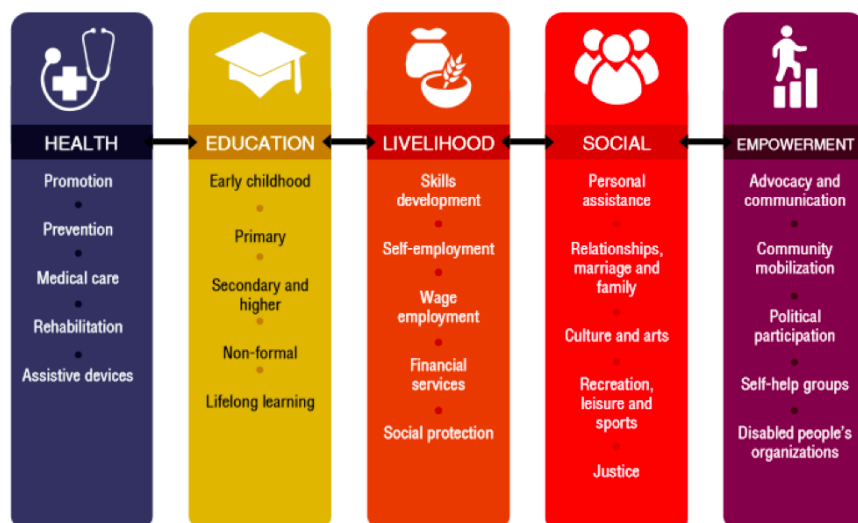
2.บริการด้านสุขภาพ	
บริการทางการแพทย์	ให้บริการรักษาพยาบาลทั่วไป สนับสนุนยา/เวชภัณฑ์และวัสดุทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน
บริการพยาบาล	ประเมิน/วางแผนการดูแลเพื่อให้สุขภาพดีขึ้น พ้นจากการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ลดเจ็บปวดทรมาน เช่น ทำแผล ดูแลสายสวนต่างๆ งดอุจจาระหน้าท้อง การดูแลเฉพาะ เช่น การให้อาหารทางเส้นเลือด เครื่องช่วยหายใจ เครื่องดูดเสมหะ การฟอกไต เป็นต้น
บริการการให้ยา	ช่วยเหลือในการบริหารการให้ยาทั้งยากิน ยาทา ยาเหน็บ ยาฉีด
บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ	ฟื้นฟูความสามารถของสมรรถนะด้านต่างๆซึ่งจัดโดยพยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด เช่น การบริหารข้อ ออกกำลังกล้ามเนื้อ ฝึกพูด ฝึกสมองและความจำ ฝึกการควบคุมกระเพาะปัสสาวะและลำไส้
บริการประคับประคอง	ดูแลช่วงท้ายชีวิตตามอาการให้ผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบไม่ทรมาน
ธนาคารอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์	มีอุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์ที่สามารถให้ยืมสำหรับผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงหรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน เช่น เตียงมีล้อและปรับเอนได้ เครื่องดูดเสมหะ เครื่องช่วยหายใจ ออกซิเจน
ตารางที่ 1b ขอบเขตบริการดูแลระยะยาว (long-term care) (ต่อ)	
ประเภทของการจัดบริการ	ตัวอย่างของบริการการดูแลระยะยาว
3.การบริหารการดูแล	ประชุมร่วมกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนการดูแลเฉพาะราย จัดการจัดหา นัดหมาย ประสานเพื่อให้ผู้มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็น ได้รับอุปกรณ์ที่จำเป็น การเดินทาง ติดตามประเมิน ให้ข้อมูลและประสานการผู้ให้บริการด้านต่างๆ

ที่มา: ปรับจาก Kane, R.A. (1999) และ Feldman และคณะ (2008) ²⁶

การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชน (Community-based rehabilitation: CBR)

“การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน” (community-based rehabilitation: CBR)²⁷ ตามนิยามของ องค์การอนามัยโลก หมายถึง กลยุทธ์ส่วนหนึ่งในการทำงานพัฒนาสุขภาพชุมชนเพื่อฟื้นฟูสภาพ ให้โอกาสที่เท่าเทียม และผนวกผู้พิการที่อยู่ชายขอบของสังคมให้เข้ามาอยู่สังคม โดยจัดการดำเนินโครงการพัฒนาสุขภาพร่วมกับหรือผ่านทาง การดำเนินงานของกลุ่มผู้พิการเอง ครอบครัวของผู้พิการ องค์กรผู้ดูแลสุขภาพ และชุมชน รวมทั้งองค์กรภาครัฐ และภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องในการจัดกิจกรรม 5 ด้าน ได้แก่ สุขภาพ การศึกษา อาชีพ สังคม และการบริการอื่นๆ ดังนั้น การจัดโครงการพัฒนาสุขภาพชุมชนสำหรับผู้พิการตามแนวคิด CBR จะประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 5 ด้าน เรียกว่า “the CBR matrix”²⁸ แต่ละโครงการสามารถจัดกิจกรรมด้านใดด้านหนึ่งหรือจัดกิจกรรมที่บูรณาการแต่ละด้านเข้าด้วยกันให้เหมาะสมกับเป้าหมายของโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนนั้นๆ ดังที่แสดงในภาพที่ 3

จากหลักการสำคัญในการจัดการดูแลสุขภาพระยะยาวและการจัดการฟื้นฟูสภาพในชุมชนข้างต้น เราจะเห็นได้ว่าการดูแลสุขภาพระยะยาวในชุมชนและการฟื้นฟูสภาพในชุมชน เป็นมาตรการที่สามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชนได้ และเนื่องจากเป็นประชากรกลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการในประเทศไทยเป็น “ประชากรกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ” (vulnerable populations)⁽⁵⁾ เนื่องจากเป็นประชากรกลุ่มที่มีปัจจัยกำหนดสุขภาพที่ทำให้ประชากรกลุ่มนี้มีความเสี่ยงด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป นอกจากนี้มีปัจจัยด้านปัจจัยคือความเสื่อมของสมรรถภาพทางร่างกายแล้วยังมีปัจจัยด้านสังคมที่ทำให้ผู้สูงอายุและผู้พิการอาจจะขาดโอกาสและการเข้าถึงทรัพยากรสุขภาพ ได้แก่ การมีแนวโน้มที่จะขาดแคลน “ทุนสังคม” (social capital) หรือการขาดความผูกพันกับเครือข่ายในสังคม หรืออาจจะขาดแคลน “ทุนมนุษย์” (human capital) โดยเฉพาะการมีงานทำหรือการมีรายได้ และสภาพที่อยู่อาศัยและความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุและผู้พิการ ดังนั้น การจัดระบบเพื่อดูแลสุขภาพระยะยาวในชุมชนอาจจะเป็นมาตรการสำคัญในการลดความเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้พิการที่เป็นประชากรกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย และสามารถเพิ่มความเป็นธรรมด้านสุขภาพในระบบสุขภาพของประเทศไทยโดยรวม



ภาพที่ 1c องค์ประกอบของ CBR Matrix

(ที่มา: การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน” (community-based rehabilitation: CBR)²⁹

นอกเหนือจากการจัดระบบการดูแลสุขภาพระยะยาวและการจัดการฟื้นฟูสภาพในชุมชนแล้ว ความสำเร็จของโครงการพัฒนาสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชน ยังขึ้นอยู่กับ การออกแบบบริการสุขภาพให้มีการบูรณาการการทำงานร่วมกับโครงการพัฒนาสุขภาพอื่นๆ ในชุมชน เช่น การบูรณาการการจัดการร่วมกับระบบการดูแลผู้ป่วยตามแบบจำลองการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (chronic care model) การทำงานกับอาสาสมัครชุมชนตามแนวคิดเรื่องการสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care: PHC) การจัดการปัจจัยด้านสังคม

กำหนดสุขภาพ (social determinants of health: SDH) ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในระดับกลุ่มประชากร (population-based health promotion) และการทำงานตามแนวคิดการดูแลปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว (primary care and family medicine) ดังได้กล่าวไปแล้วข้างต้น ซึ่งการบูรณาการการทำงานตามแนวคิดเหล่านี้เริ่มเกิดขึ้นบ้างแล้วในบางพื้นที่ของประเทศไทย แต่ยังคงขาดการสังเคราะห์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าการจัดระบบการดูแลสุขภาพระยะยาวในชุมชนเหล่านั้นมีกลไกในการทำงานอย่างไร รวมทั้งมีประสิทธิผลของการดำเนินงานเป็นอย่างไร หรืออุปสรรคที่ทำให้ยังไม่สามารถแพร่กระจายแนวทางวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (best practice) ไปสู่บริบทหรือพื้นที่อื่นๆ หรือยังไม่สามารถขยายผลในระดับที่สูงขึ้นหรือกว้างขวางขึ้นได้อย่างไรบ้าง ดังนั้น การถอดบทเรียนจากโครงการพัฒนาการดูแลสุขภาพระยะยาวในชุมชน (community-based long-term care) ซึ่งมีแนวทางวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศในการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชนของประเทศไทย จึงมีความสำคัญต่อสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนาโยบายสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลสุขภาพระยะยาว และการพัฒนาระบบสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มเปราะบางในประเทศไทยต่อไป

การนำเสนอผลการศึกษา

ในรายงานผลการศึกษานำเสนอข้อค้นพบ โดยแยกเป็นสองแนวทางหลักได้แก่

- ก) กรณีเปรียบเทียบโดยอาศัยลักษณะประชากรเป้าหมายที่ใกล้เคียงกัน สองหรือสามกรณี เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์เฉพาะสามประการให้ได้มากที่สุด ตามแนวทางนี้ การนำเสนอข้อค้นพบจำแนกย่อยได้เป็น 1) กลุ่มโรคเรื้อรัง(ไตวาย) 2) กลุ่มพื้นที่ห่างไกลหรือเข้าถึงบริการยากเพราะคมนาคมไม่สะดวกหรือไร้สัญชาติ 3) กลุ่มพิการ/ติดบ้าน-ติดเตียง/เด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้ กลุ่มนี้ยังแยกย่อยเป็นกรณีศึกษาที่อาศัยรูปแบบบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการ กับกรณีศึกษาที่อาศัยการจัดการกับปัจจัยด้านสังคมที่กำหนดสุขภาพ(social determinants of health,SDH)
- ข) บทสังเคราะห์ทุกกรณีศึกษารวมกันหมดเพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการวิจัยในภาพรวมเกี่ยวกับระบบบริการสำหรับประชากรกลุ่มเปราะบาง

เอกสารอ้างอิง

- ¹ Globalization and Paul Farmer's Reframing of Care By Professor Matthew Sparke, Geography and International Studies, University of Washington
<http://www.washington.edu/omad/ctcenter/projects-common-book/mountains-beyond-mountains/globalization/>
- ² Noam Chomsky: Who Rules the World? *Metropolitan Books*, 2016
- ³ หมอเมืองพร้าว พร้อม เลี้ยวหนึ่งแห่งความทรงจำ -100หนังสือดี 14 ตุลา-
- ⁴ รำลึกคุณูปการ"หมอเสม พริ้งพวงแก้ว"แพทย์ผู้มากบทบาท "พ่อเสม-หมอตลอดกาล"ของทุกคน
http://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid=1310112355
- ⁵ Samia Khan & Robert VanWynsberghe Cultivating the Under-Mined: Cross-Case Analysis as Knowledge Mobilization. Volume 9, No. 1, Art. 34 – January 2008. http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/334/729#footnote_1
- ⁶ World Health Organization 2010. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland
- ⁷ Philip, D. and Rayhan M.I. Vulnerability and Poverty: What are the cause and how are they related? Paper for Interdisciplinary course, International Doctoral Studies Program at ZEF, Bonn, November, 2004. Available from
http://www.zef.de/fileadmin/downloads/forum/docprog/Termpapers/2004_3a_Philip_Rayan.pdf
- ⁸ Chambers, R. Vulnerability, coping and policy. IDS Bulletin 1989 (20), 1-7
- ⁹ Watts, M.J. and Bohle, H.G. The space of vulnerability: the causal structure of hunger and famine. Progress in Human Geography 17(1): 1993; 43-67
- ¹⁰ Vulnerable Populations: Who Are They? American Journal of Managed Care. 2006;12(13 SUP):S349.
- ¹¹ Aday LA. At risk in America: the health and health care needs of vulnerable populations in the United. 2nd ed. San Francisco, California: Jossey-Bass Inc.; 2002.
- ¹² International Conference on Primary Health Care. The Declaration of Alma-Ata: World Health Organization; 1978 [Available from:
http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.

-
- ¹³ Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health Geneva: World Health Organization; 2008.
- ¹⁴ The First International Conference on Health Promotion. The Ottawa Charter for Health Promotion 1986 [Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>].
- ¹⁵ Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. New York: Oxford Univeristy Press; 1998.
- ¹⁶ Starfield B. Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy. New York: Oxford Univeristy Press; 1992.
- ¹⁷ World Health Organization. Everybody business : strengthening health systems to improve health outcomes : WHO's framework for action. The WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2007.
- ¹⁸ World Health Organization. The world health report 2000 - Health systems: improving performance. The WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2000.
- ¹⁹ Wagner EH, Grothaus LC, Sandhu N, Galvin MS, McGregor M, Artz K, et al. Chronic care clinics for diabetes in primary care: a system-wide randomized trial. Diabetes Care. 2001;24(4):695-700.
- ²⁰ Wagner EH, Austin BT, Michael Von K. Organizing Care for Patients with Chronic Illness. The Milbank Quarterly. 1996;74(4):511-44
- ²¹ World Health Organization. Community-based rehabilitation: CBR guidelines. Geneva: World Health Organization; 2010.
- ²² Thailand's Universal Coverage Scheme: Achievements and Challenges. An independent assessent of the first 10 years (2001-2010). Nonthaburi, Thailand: Health Insurance System Research Office; 2012.
- ²³ Powell JA. Post-racialism or Targeted Universalism. Denver University Law Review. 2008 (86s); 785 - 806
- ²⁴ WHO (2015) chapter 5 Long-term-care systems in World Report on Ageing and Health. WHO, Geneva. (หน้า 127)
- ²⁵ Kane, R.A. (1999) Goals of Home Care: Therapeutic, Compensatory, Either, or Both? Journal of Aging and Health: 11 (3) 299 - 321

-
- ²⁶ Feldman, P.H., Nadash, P., and Gursen, M.D. (2008) Long-Term Care in Kovner, A.R. and Knickman, J.R. (eds) Health Care Delivery in the United States. New York, Springer Publishing Company.
- ²⁷ World Health Organization. Community-based rehabilitation: CBR guidelines. Geneva: World Health Organization; 2010
- ²⁸ World Health Organization. Capturing the difference we make. Community-based rehabilitation indicators manual. Geneva: World Health Organisation; 2015.
- ²⁹ World Health Organization. Community-based rehabilitation: CBR guidelines. Geneva: World Health Organization; 2010.

2. **กรณีศึกษา** เปรียบเทียบระบบดูแลผู้ป่วยภาวะไตวายเรื้อรัง **อำเภอคลองขลุง** **กำแพงเพชร และอำเภอกงหรา จ.พัทลุง**

ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล¹ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์¹ วินัย ลิสมิทธิ² สุดา ขำนุรักษ์³ กวิน กลัษคุณ³ เกศทิพย์ บัวแก้ว⁴

บทนำและบททวนวรรณกรรม

ความเหลื่อมล้ำทางสังคมทำให้คำว่า ประชากรเปราะบางมีความหมายก็จริง แต่เท่าที่ผู้เขียนบททวนวรรณกรรมขณะนี้ยังไม่มีข้อยุติเกี่ยวกับนิยามของคำว่า “ประชากรเปราะบาง” อย่างไรก็ตาม อาจสรุปใจความสำคัญของความคิดเกี่ยวกับประชากรเปราะบางได้พอเป็นตัวอย่างว่า หมายถึง...

- ก) ประชากรที่มีความเสี่ยงเป็นพิเศษต่อภาวะคุกคามทางสุขภาพจนกระทบต่อสุขภาพให้ถดถอยในมิติต่างๆ (ตาย ทูพพลภาพ พิการ คุณภาพชีวิต) ส่วนใหญ่ประชากรเปราะบางมักได้แก่ คนจน สตรี เด็ก ขนผิวสี คนอพยพ ชาย/หญิงรักร่วมเพศ คนไร้บ้าน และผู้สูงอายุ^{1 2}
- ข) การให้ความสำคัญกับการประเมินและลดทอนความเสี่ยงต่อประชากรเปราะบาง³

ในประเทศร่ำรวย ประชากรกลุ่มเปราะบางได้รับการดูแลอย่างไรเมื่อประสบภาวะไตวายเรื้อรัง

กรณีโรคไตวาย ในถิ่นอาศัยของชนกลุ่มน้อยหรือประชากรยากจนในประเทศสหราชอาณาจักร โอกาสที่ผู้ประชากรจะตกอยู่ในภาวะที่จำเป็นต้องบำบัดทดแทนไตมากกว่าพื้นที่อื่น⁴ บ่งชี้ความเสี่ยงต่อภาวะไตวายของผู้ประชากรสองกลุ่มนี้มากเป็นพิเศษ ครั้นเมื่อไตวายแล้ว ผู้ป่วยจะตกอยู่ในภาวะทุพพลภาพอันหลากหลายมิติและมักถูกละเลยโดยเฉพาะในเด็ก⁴ ดังปรากฏหลักฐานในยุโรป 37 ประเทศ ว่า การเข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไตแปรปรวนมากระหว่างประเทศตามภาวะเศรษฐกิจ ที่น่าสนใจไม่น้อยคือ เด็กอายุน้อยที่สุดมักด้อยโอกาสมากที่สุดในการนี้ เมื่อผู้ป่วยเด็กโตเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ ความเหลื่อมล้ำระหว่างชนชาติในการเข้าถึงบริการมักเลวร้ายยิ่งขึ้น ภาวะทุพพลภาพอันหลากหลายมิติในผู้ป่วยไตวาย หมายถึง ความจำเป็นต่อบริการหลายชนิดในแต่ละประชากร ดังนั้นนอกจากการบำบัดทดแทนไต การดูแลทางโภชนาการก็จำเป็น

Williams ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับนโยบายสุขภาพกับการดูแลผู้ป่วยไตวาย พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายด้วยตนเองมากนัก มักเข้าถึงบริการทดแทนไตมากกว่าพวกที่รับภาระมาก⁵ ระบบหลักประกันสุขภาพจึงมีบทบาทสำคัญในการลดภาระค่าใช้จ่ายเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการมากกว่าเมื่อปล่อยให้พวกเขาต้องรับภาระด้วยตนเอง อย่างไรก็ตาม Williams เตือนว่า ความพยายามขยายชุดสิทธิประโยชน์ระบบหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้ป่วยไตวายอาจไม่ได้ผลตามคาดหวัง ถ้ารูปแบบบริการและรูปแบบการชดเชยค่าบริการไม่ได้คำนึงถึงการลด

¹ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามายิตติ

² รพ.คลองขลุง อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร

³ รพ.กงหรา อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง

⁴ รพ.พัทลุง จังหวัดพัทลุง

ช่องว่างความเหลื่อมล้ำเท่าที่ควร⁵ ยิ่งกว่านั้น ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชากรจน/กลุ่มด้อยโอกาสยังเข้าถึงบริการได้ยาก ปฏิบัติตนตามหลักวิชาการได้จำกัด จึงได้ประโยชน์น้อยกว่าบริการ จนไตวายมากขึ้น และอายุสั้นลงกว่าที่ควร

ในประเทศร่ำรวย ปรากฏหลักฐานว่าการส่งเสริมผู้ป่วยให้ดูแลตนเอง (disease self-management) ช่วยให้ผู้ป่วยไตวายปฏิบัติตามหลักวิชาการและลงเอยด้วยสุขภาพดีขึ้น ตายช้าลง ตลอดจนชะลอการบำบัดทดแทนไตได้จริง⁶ เช่นเดียวกัน การเข้าถึงแพทย์เฉพาะทางหรือสหวิชาชีพทางการแพทย์ช่วยชะลอภาวะไตเสื่อมถอย ลดโอกาสต้องล้างไต เมื่อมองเชิงระบบกว้างขึ้น โปรแกรมให้บริการไตวายระดับชุมชน (community-wide chronic kidney disease management programme) ปรากฏหลักฐานว่าโอกาสบำบัดทดแทนไตน้อยลง (ชะลอการเสื่อมของไต) หรือเมื่อจำเป็นต้องบำบัดทดแทนไตก็ทำได้เร็วขึ้น ตลอดจนลดความเข้มข้นของการดูแลระยะสุดท้ายโดยไม่จำเป็น⁴ องค์ประกอบของโปรแกรมนี้นี้ได้แก่ การค้นหาผู้ป่วย ติดตามในระดับปฐมภูมิ การประเมินกลุ่มเสี่ยงต่อไตวายโดยอาศัยการวิเคราะห์ฐานข้อมูลทางคลินิกและห้องปฏิบัติการ (ดูภาพที่ 2a)

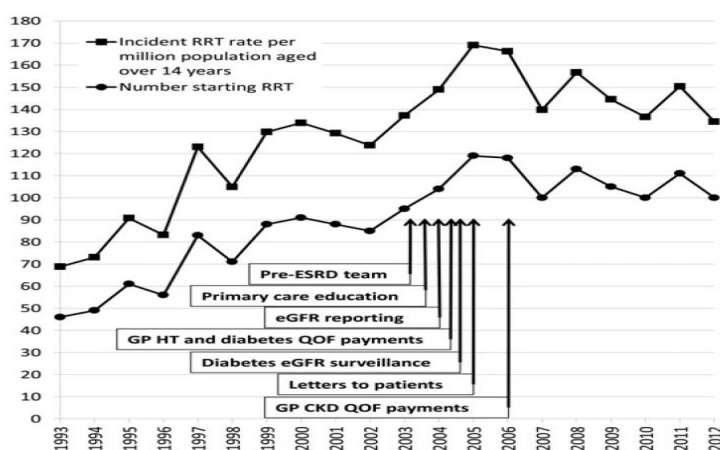


FIGURE 1: Patients starting RRT per year at HEFT displayed as the incident count and the adjusted rate per million population aged >14 years. (GP, general practice, i.e. primary care; HT, hypertension; QOF, Quality and Outcomes Framework.)

ภาพที่ 2a อุบัติการณ์และจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการทดแทนไตของ The Heart of England NHS Foundation Trust (HEFT)

กระนั้นก็ดี ในประเทศร่ำรวยนั่นเอง ชนกลุ่มน้อยและชนพื้นเมืองกลับไม่ได้ประโยชน์จากการส่งเสริมนี้เพราะพวกเขาเผชิญอุปสรรคทางสังคมวัฒนธรรม จนไม่สามารถดำเนินการทั้งหลายได้ตามแนวทางการส่งเสริมผู้ป่วยให้ดูแลตนเอง อันได้แก่ การเรียนรู้ด้วยตนเอง การติดตามประเมินสุขภาพด้วยตนเอง การปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการกินยา อาหาร ล้างช่องท้อง และการริเริ่มเปิดประเด็นโต้ตอบกับแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ระหว่างรับบริการแต่ละครั้ง แม้แต่ความพยายามประยุกต์แนวทางดังกล่าวให้เข้ากับชนกลุ่มน้อยและชนพื้นเมืองด้วยการจัดกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วย (peers) ไว้ด้วยกัน หรือมีล่ามแปลภาษาก็ยังไม่ประสบผลเท่าที่ควร

ดังนั้น การวิจัยพัฒนารูปแบบบริการสำหรับคนกลุ่มเปราะบางนี้ จึงควรเน้นให้พวกเขามีส่วนร่วมอย่างจริงจัง (genuine) นั่นคือ ไม่ใช่หลักคิดของต่างวัฒนธรรมไปครอบงำกระบวนการมีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น นอกจากนี้ ยังต้องคำนึงถึงข้อจำกัดของการมุ่งเน้นการพัฒนาความรู้ เจตคติและทักษะเพื่อการดูแลตนเอง (self-management) โดยมองข้ามการจัดการอุปสรรคทางสังคมวัฒนธรรม ซึ่งเปรียบเสมือนการลดความชันของภูเขาเพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางสามารถข้ามไปสู่จุดหมายได้

ในประเทศไทย ประชากรกลุ่มเปราะบางที่ไตวายได้รับการดูแลอย่างไร

ในประเทศไทย ภาวะไตวายเรื้อรังมีร้อยละ 14 (ในปีพ.ศ.2551) โดยมีความแตกต่างระหว่างพื้นที่และความตระหนักต่อภาวะนี้ยังจำกัด⁷ ก่อนการจัดตั้งกองทุนโรคไตโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช) ผู้ป่วยภาวะไตวาย มีโอกาสเข้าถึงบริการได้แตกต่างกันเนื่องจากทรัพยากรบุคคลและเครื่องฟอกเลือดอันเป็นทางเลือกหลักในเวลานั้นกระจายไม่เหมาะสมโดยกระจุกตัวอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล รวมทั้งหัวเมืองใหญ่⁸ ต่อมา ในปีพ.ศ.2550 สปสช.ได้ขยายชุดสิทธิประโยชน์ความคุ้มครองแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติให้ครอบคลุมการบำบัดทดแทนไต Renal Replacement Therapy (RRT) และตั้งแต่ 1 มกราคม 2551 เป็นต้นมา ได้คุ้มครองเรื่องการผ่าตัดปลูกถ่ายไต Kidney Transplantation (KT) ในกรณีที่สามารถหาไตบริจาคได้ และขยายการทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง⁹ ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยมีสัดส่วนบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องมากที่สุด(ร้อยละ58)¹⁰ อันเป็นทางเลือกที่คุ้มค่ามากที่สุด¹¹

เท่าที่ปรากฏรายงานล่าสุดเมื่อปี 2554 โอกาสเข้าถึงบริการฟอกเลือดเพิ่มขึ้นปีละ 8% (ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการ) ในขณะที่โอกาสเข้าถึงบริการล้างช่องท้องเพิ่มขึ้นปีละ 158% (ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย สิทธิบัตรทอง)¹² ดังนั้นจึงอนุมานได้ว่า ผู้ป่วยไตวายที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตมีแนวโน้มเข้าถึงบริการมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ไม่ปรากฏหลักฐานว่า โอกาสนั้นแตกต่างกันเพียงใดระหว่างประชากรทั่วไป กับประชากรกลุ่มเปราะบาง

ถ้าความสนใจอยู่ที่การจัดบริการทดแทนไตให้แก่ประชากรฯ ซึ่งมีโอกาสเข้าถึงน้อยกว่าคนทั่วไป ความพยายามในระดับอำเภอโดยเครือข่ายสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขอาจเป็นทางเลือกที่ให้ความหวังต่อการเพิ่มโอกาสเข้าถึงบริการทดแทนไตเพราะเป็นช่องทางใกล้ชิดประชาชนมากที่สุดโดยเฉพาะในชนบท ซึ่งเป็นถิ่นอาศัยของคนไทยส่วนใหญ่

รายงานของกระทรวงสาธารณสุขเมื่อพ.ศ. 2559 แสดง ร้อยละผู้ป่วยที่มีค่า eGFR (การทำหน้าที่ของไต) ลดลงต่ำกว่า 4 ml/min/1.73 m²/ปี แปรปรวนระหว่าง12 เขตสุขภาพตั้งแต่ 57.5 ถึง 64.5 (1.1เท่า) และเมื่อเปรียบเทียบตัวเลขนี้ระหว่างอำเภอ ก็จะพบความแปรปรวนมากขึ้นไปอีกเป็นสองเท่า (35.1 ถึง 74.8สำหรับเชียงใหม่ หรือ 37 ถึง 80.7 สำหรับสงขลา)¹³ ความแปรปรวนนี้บ่งชี้ความแตกต่างของการจัดบริการทดแทนไตที่ให้โอกาสผู้ป่วยเข้าถึงได้ต่างกัน และ/หรือมีคุณภาพต่างกันระหว่างพื้นที่ ถ้าจะขยายผลจากพื้นที่ซึ่งประสบความสำเร็จมากไปพื้นที่ซึ่งประสบความสำเร็จน้อยกว่า อะไรคือเงื่อนไขที่จำเป็นในเครือข่ายสถานพยาบาลระดับอำเภอเพื่อบรรลุผลสำเร็จนั้นๆ และจะสร้าง/พัฒนาเงื่อนไขเหล่านั้นได้อย่างไร

เมื่อเร็วๆ นี้ กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศขยายผล “คลองชลึงโมเดล” ในฐานะต้นแบบการจัดบริการทดแทนไตที่ปรากฏหลักฐานจากรายงานของ พญ.จุรีพร คงประเสริฐ ว่า ช่วยยืดเวลาล้างไตออกไปสองเท่าของตัวเลขที่บรรลุได้ด้วยรูปแบบมาตรฐาน¹⁴ บริการรักษาทดแทนไตของกลุ่มเปรียบเทียบ กับบริการต้นแบบ (คลองชลึง)นี้แตกต่างกันสามประการได้แก่ ในกลุ่มเปรียบเทียบนั้น ก) ไม่ได้จัดบริการโดยอาศัยทีมสหวิชาชีพสาธิตการปรุงอาหาร การออกกำลังกายด้วยยางยืด และการใช้ยาซ่อมเส้น ข) ไม่ได้บันทึกค่าความดันเลือด อาหาร จำนวนเม็ดยา และการออกกำลังกาย ค) เยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะ 3 - 4 ทุกรายเพียงปีละครั้ง ในขณะที่แบบคลองชลึงเยี่ยมปีละ 4 ครั้ง ผู้วิจัยระบุว่า เงื่อนไขแห่งความสำเร็จของแบบคลองชลึงได้แก่ ก) การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุข ผู้อำนวยการรพ.กำแพงเพชร รพ.คลองชลึง และรพ.ทรายทองวัฒนา ข) การได้รับการสนับสนุนจากทีมบริหารสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์ ค) ทีมคณะผู้วิจัยการออกแบบการวิจัย เป็นไปตามหลักการวิจัยที่ดี และมีการติดตามงานอย่างเป็นระบบ และ ง) ขั้นตอนในการวิจัย มีการฝึกอบรมให้บุคลากรทั้งทีมสหวิชาชีพ ทีมรักไต มีหัวข้อในการสอนผู้ป่วยอย่างชัดเจน นอกจากนั้นผู้วิจัยยังระบุมาตรการสำคัญ 7 ประการโดยแจกแจงผู้รับผิดชอบดำเนินการ ดังแสดงในภาพที่ 2b

มาตรการ	สถานบริการ	ชุมชน
1-5	การเฝ้าระวัง ติดตามในสถานบริการ (1)	การเฝ้าระวัง ติดตามในชุมชน (1)
	การสร้างความตระหนักในกลุ่มผู้ป่วย DMHT (2)	ความตระหนักในประชากรทั่วไป (2)
	การให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (4)	เสริมสร้างสิ่งแวดล้อม ลดเสียง (3) - ลดเกลือ - มาตรการทางสังคม - ออกกำลังกาย
	มาตรการพัฒนาคุณภาพการบริการ (5)	สนับสนุนการจัดการโรคไตเรื้อรัง (3)
6	- Case Manager - ทีมสหวิชาชีพ	- อสม. - Caregiver (อสม.)
7	จังหวัด	- รพ.สต./DHS/CUP/จังหวัด

ภาพที่ 2b มาตรการทั้งเจ็ดแจกแจงตามผู้ดำเนินการในคลองชลึงโมเดล¹⁴

ถ้าถามว่า เงื่อนไขแห่งความสำเร็จสามประการแรก (ก – ค) เกิดขึ้นได้อย่างไร ที่อำเภอคลองชลึง ขณะนี้ยังไม่มีคำตอบแน่ชัด ตัวอย่างคำถามที่มาที่ไปของคลองชลึงโมเดล อาจได้แก่ ภาวะการนำของผอ.รพ.คลองชลึงด้วยความใส่ใจพัฒนาการคัดกรองและส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวาย จนจัดตั้งคลินิกชะลอไตเสื่อมได้สำเร็จเมื่อ 2010¹⁵ ปัจจัยเหล่านี้คือคำตอบหรือไม่ การสนับสนุนจากแหล่งต่างๆ ที่กล่าวถึงปรากฏในลักษณะใด ในระยะยาวโมเดลนี้จะ

ยั่งยืนเพียงใด เมื่อพิจารณาการดูแลประชากรกลุ่มเปราะบาง เท่าที่มีรายงานเกี่ยวกับคลองขลุงโมเดลยังไม่ปรากฏประเด็นอันจำเพาะต่อการตอบสนองประชากรกลุ่มเปราะบาง

ในการนี้เพื่อให้สามารถพินิจวิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานของคลองขลุงได้ดีขึ้น พื้นที่การดำเนินงานของโรงพยาบาลกงหรา จังหวัดพัทลุง ซึ่งก็มีผลการดำเนินงานด้านนี้ที่ดีเป็นที่ประจักษ์จึงถูกใช้ในการเปรียบเทียบ

ผลการวิจัยและอภิปราย

เนื่องจากเนื้อหาในรายงานมีปริมาณมาก เพื่อให้ผู้อ่านติดตามผลการวิจัยและการตีความได้สะดวก ผู้วิจัยจึงนำเสนอผลการวิจัยและอภิปรายผลพร้อมๆ กันทีละหัวข้อย่อย ครอบคลุมเรื่อง บริบทเฉพาะของพื้นที่ ลักษณะของกลุ่มประชากรเป้าหมายและการเลือกกลุ่มประชากรเป้าหมายเพื่อจัดบริการ ประเด็นปัญหาสุขภาพ ที่มาของการพัฒนาบริการไต่เรือร้าง องค์ประกอบของระบบบริการ (ทรัพยากรบุคคล การเงินการคลัง ระบบข้อมูล ระบบสนับสนุนการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วย และทีมงานตลอดจนการดูแลตนเองของผู้ป่วย อุปกรณ์ เครื่องมือ วัสดุ เทคโนโลยีอื่นๆ) กระบวนการทำงาน ผลงาน (outputs) และผลลัพธ์ (outcomes) แนวโน้มความยั่งยืนของโครงการและความต้องการสนับสนุนเพื่อความยั่งยืนของโครงการ สิ่งท้าทาย ปัญหาอุปสรรค แล้วปิดท้ายด้วย สรุปบทเรียนพร้อมข้อเสนอแนะทางนโยบายและทางปฏิบัติ

บริบทเฉพาะของพื้นที่ (contexts)



ภาพที่ 2 c จังหวัดกำแพงเพชรและจังหวัดพัทลุง อันเป็นที่ตั้งของพื้นที่วิจัยได้แก่
อำเภอคลองขลุง และอำเภอกงหราตามลำดับ

อำเภอ กงหรา เป็นถิ่นอาศัยของประชากร 35,833 คน (พ.ศ. 2557) ด้วยความหนาแน่น 140 คนต่อตร.กม. กระจายใน 5 ตำบล 45 หมู่บ้าน และได้รับบริการสาธารณสุขจาก 4 เทศบาล 1 อบต (GPP 2013 จังหวัดพัทลุง 65,433 บาทต่อหัวต่อปี) ประชากรส่วนใหญ่เป็นชาวไทยถิ่นใต้ ใช้ภาษาไทยถิ่นใต้ในการสื่อสาร และนับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 55 และนับถือศาสนาพุทธร้อยละ 45 ทั้งนี้ ประชากรต่างด้าว 854 คน ที่ใช้บริการโอพีดี 21.1% เป็นพม่า โดยไม่ค่อยมีปัญหาสถานะและสิทธิ

อำเภอ คลองขลุงมีประชากรจำนวนมากกว่าอำเภอ กงหราเกือบสองเท่า (72,444 คน เมื่อพ.ศ. 2557) แต่กระจายเบาบางมากกว่า (92.48 คน/ตร.กม. ใน 10 ตำบล 101 หมู่บ้าน 4 เทศบาล 9 อบต) ประชากรอำเภอคลองขลุงน่าจะมีเศรษฐกิจดีกว่ากงหรา (GPP 2013 จังหวัดกำแพงเพชร 159,906 บาทต่อหัวต่อปี) ทั้งนี้ ประชากรต่างด้าว 3,596 คน ใช้บริการโอพีดี โดย 56.6% เป็นพม่า และ 68 คนมีปัญหาสถานะและสิทธิบัตรซึ่งว่าเป็นประชากรเปราะบางกลุ่มหนึ่งในอำเภอคลองขลุง

ลักษณะชุมชน วัฒนธรรม ประเพณี เครือข่ายชุมชน

ประเพณีเลี้ยงน้ำชา อันจำเพาะของชาวมุสลิมในภาคใต้ เป็นโอกาสให้รพ.กงหาระดมทุนสร้างอาคารบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังและไตวาย แม้ว่ากงหราเป็นพื้นที่ยากจนมากกว่าคลองขลุง ความยากจนและการศึกษาจำกัดทำให้ทางเลือกอาหารในชีวิตประจำวันพลอยจำกัดตามไปด้วย อาหารราคาถูก ด้อยคุณค่าทางโภชนาการ จึงเป็นที่นิยม เช่น บะหมี่สำเร็จรูป เคยมีตัวอย่างผู้ป่วยไตวายตั้งแต่ก่อนอายุสามสิบปีดำรงชีพด้วยการกินบะหมี่สำเร็จรูปกับปลากระป๋องเป็นอาหารชนิดเดียว โปรดสังเกตว่า การที่โรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) เป็นสาเหตุการตายหนึ่งในสองอันดับแรกของพัทลุง สอดคล้องกับข้อสังเกตเกี่ยวกับการกินอาหารโซเดียมมากเกินไป ซึ่งคล้ายกับที่เคยเป็นอยู่ในอดีตของประเทศญี่ปุ่นเมื่อหกสิบปีก่อน

ทรัพยากรในชุมชน/ระบบบริการสุขภาพในพื้นที่

รพ. กงหรา เป็นรพ.แห่งเดียวในอำเภอ มีขนาดสามสิบเตียงที่จัดอยู่ในพื้นที่กึ่งดาร์ แพทย์หมุนเวียนจำนวนมาก (สถิติอายุงานของผอ.ไม่เกินสามปี) มีภาระงานบริการผู้ป่วยในด้วยอัตราครองเตียง 54% โดยล่าสุด มีค่า CMI 0.46 บริการโรคเรื้อรังด้วยการ screen DM/HT ได้ครอบคลุม 94% HT admission 1.19 เท่า(target<1.00 เท่า)¹⁶ 63% ผู้ป่วยไตเสื่อมมีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73 m²/yr (เฉพาะรพ.กงหรา)¹⁷ ทั้งอำเภอกงหราสามารถค้นหา DM/HT with ผู้ป่วยไตเรื้อรัง ได้ 70.2 - 87.7% (83.5% ในส่วนของรพ.กงหรา)¹⁸

รพ.คลองขลุง เป็นรพ.แห่งเดียวของอำเภอเช่นกัน มีขนาด90 เตียง (ระดับ F1) สามารถชะลอไตเสื่อมโดย eGFR ลดลงไม่เกิน 4 มล/1.73ตรม/นาท/ปี ได้ 72% ทั้งอำเภอ จึงอยู่ในเกณฑ์ที่อาจดีกว่าของอำเภอกงหรา แม้ว่าค้นหา DM/HT with ผู้ป่วยไตเรื้อรัง ได้น้อยกว่า (67.3 - 88.2% กรณีอำเภอ และ 79.9% สำหรับรพ.)¹⁹ แม้ว่าทั้งสองอำเภอดำเนินการเรื่อง ผู้ป่วยไตเรื้อรัง มาในระยะเวลาใกล้เคียงกัน

กลุ่มประชากรเป้าหมาย (targeted populations)

กลุ่มประชากรเป้าหมายคือ ผู้ป่วยที่มีไตเสื่อม (ระยะ1-4) ในกรณีคลองขลุง โดยส่วนใหญ่เกิดจากเบาหวาน ความดัน ส่วนกรณีกงหารวมผู้ป่วยระยะ5 (ไตวาย) ด้วย คณะทำงานในทั้งสองพื้นที่ไม่ได้ใช้คำว่าประชากรเปราะบางในกระบวนการทำงาน ซึ่งเข้าใจได้ว่าเป็นคำที่ยังไม่แพร่หลายในวงการสาธารณสุข แต่ทีมสหวิชาชีพและผู้อำนวยการรพ.ทั้งสอง เชื่อมั่นว่า ผู้ป่วยไตเสื่อมส่วนใหญ่เป็นคนจนดังนั้นก็น่าจะสอดคล้องกับความหมายของประชากรกลุ่มเปราะบางที่กล่าวถึงข้างต้น

ทั้งสองพื้นที่คณะทำงานเลือกกลุ่มประชากรเป้าหมายโดยอาศัยเกณฑ์คัดกรองไตวายฯสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันเหมือนกัน ดูเหมือนงหาคำนี้ถึงกลุ่มเปราะบางเป็นการเฉพาะชัดเจนกว่าคลองชลฯ ดังจะเห็นได้จากการเน้นการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินอุปสรรคในการเข้าถึงบริการแล้วหาทางแก้ไขจนปรากฏรูปธรรมในเรื่องการปรับปรุงหรือสร้างห้องล้างไตที่บ้านให้ผู้ป่วยบางรายที่บ้านไม่มีห้องเฉพาะที่สะอาดเพียงพอแก่การล้างช่องท้อง และการจัดหาไข่ขาวให้ผู้ป่วยยากจนเหล่านั้น

ที่มาของการพัฒนาบริการไตเรื้อรัง

กรณีคลองชลฯ เดิมปี 2540 ได้รับเสนอบริจาคเครื่องฟอกโลหิตล้างไต (hemodialysis) และทุนส่งพยาบาล training hemodialysis 4 คน จากมูลนิธิโรคไตประเทศไทย แต่ผู้อำนวยการได้ปฏิเสธ เพราะคำนึงถึงภาระงบประมาณที่จะตามมา ประกอบกับขาดแคลนพยาบาลและไม่มีแพทย์อายุรกรรมเฉพาะทาง นอกจากนี้ รพ.เน้นบริบทการป้องกันส่งเสริมสุขภาพและ secondary medical care มากกว่าแต่เมื่อปี 2552 หลังจัดตั้งมูลนิธิรามาธิบดีได้ปรับให้มีการชะลอไตเสื่อมตรงกับบริบท รพ.คลองชลฯ จึงร่วมมือกันดำเนินงาน ส่วนกรณีพัทลุง/งหราชเริ่มจากแพทย์เฉพาะทางโรคไตของ รพ.พัทลุง ร่วมมือกับหัวหน้าทีมพยาบาลเวชปฏิบัติรพ.งหราชเพื่อหาทางออกให้กับคุณภาพบริการผู้ป่วยเรื้อรังที่ถดถอยเพราะภาระงานมากเกินไป

ประเด็นปัญหาสุขภาพ (health issues)

1. ประเด็นปัญหาสุขภาพที่คณะทำงานดำเนินงานแก้ไขคืออะไร?

พยายามชะลอไตเสื่อมโดยเน้นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานความดันเหมือนกันทั้งสองพื้นที่ ส่วนที่ต่างกันคือ ก) กงหรา/รพ.พัทลุงและเครือข่ายพยายามประสานงานระดมทรัพยากรจาก อปท. กองพันทหารช่าง ในพื้นที่และเหล่ากาชาดเพื่อจัดการปัจจัยสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจอันเป็นอุปสรรคต่อการล้างช่องท้องในผู้ป่วยที่ยากจนมาก ข) รพ.พัทลุงและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ อ.เมือง พัทลุงพยายามป้องกันภาวะไตเสื่อมในกลุ่มเสี่ยงเช่น พระภิกษุ ด้วยกิจกรรมประกวดปั่นโตสุขภาพ รณรงค์ใส่บาตรด้วยอาหารโซเดียมต่ำ หรือ โรงเรียน ไม่ขายน้ำอัดลมในบ้านสหกรณ์

2. แนวทางการดำเนินการของคณะทำงานมีความสอดคล้องกับแนวคิด/นิยาม/ขอบเขตเดียวกันกับแนวคิดการพัฒนาสุขภาพในชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางอย่างไรบ้าง?

เท่าที่ได้ทบทวนวรรณกรรมปรากฏว่า “การพัฒนาสุขภาพในชุมชน” (community health intervention) เป็นคำที่ไม่ได้มีนิยามเฉพาะ ในที่นี้จึงอิงแนวคิดของการพัฒนาสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนซึ่ง Wallerstein & Duran²⁰ ได้ชี้ประเด็นสำคัญไว้ว่าเป็นแนวทางผสมความรู้ทางวิชาการเข้ากับการปฏิบัติเพื่อความเท่าเทียมทางสุขภาพโดยผ่านการวิจัยแบบชุมชนมีส่วนร่วม (community-based participatory research) ภายใต้แนวทางนี้การถ่วงดุลอำนาจระหว่างผู้ให้กับผู้รับบริการเป็นประเด็นสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการที่กล่าวไว้ข้างต้นเกี่ยวกับการจัดการอุปสรรคทางสังคมวัฒนธรรม ซึ่งเปรียบเสมือนการลดความชันของภูเขาเพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางสามารถข้ามไปสู่จุดหมายได้^{5 21} อาศัยหลักการนี้ การสืบค้นหลักฐานจากพื้นที่พบว่า การจัดบริการผู้ป่วยไตวายในอำเภอคลองชลฯเป็นการริเริ่มโดยผู้ให้บริการ (รพ.คลองชลฯ) เน้นบทบาทของทีมนสหวิชาชีพตามแนวทางของสถาบันโรคไต

ภูมิราชนครินทร์ (เป็นตัวแทนแพทย์เฉพาะทางโรคไต) โดยมีทิศทางการมุ่งสู่การจัดบริการในหน่วยบริการให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย (ผู้ป่วยไตวาย) ทั้งอำเภอ และพยายามชะลอความเสี่ยงของไตโดยการควบคุมปัจจัยทางชีวภาพเป็นสำคัญ^{15 22}

กระนั้นก็ตาม การชะลอไตเสื่อมมีข้อจำกัดที่ยังมีผู้ป่วยกลายเป็นไตวายระยะท้ายได้รวดเร็ว รพ.คลองขลุงจึงกำหนดเกณฑ์ สำหรับการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้าสู่บริการทดแทนไต นอกจากนี้ ยังมีกระบวนการเยี่ยมบ้านด้วยทีสหวิชาชีพร่วมกับ อสม. และ จนท.รพ.สต. ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมและ empowerment ร่วมด้วยเพราะสุดท้ายต้องการให้ผู้ป่วยเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน ซึ่งได้รับการวิจัยจากคณะสังคมศาสตร์ จุฬาฯ ที่มีผลการศึกษาว่าผลดีที่เกิดมาจากความตระหนักของผู้ป่วยโดยชุมชนมีส่วนร่วม

หากทีมรพ.คลองขลุง และ รพ.สต. ไม่มีความสนใจและไม่ร่วมดำเนินการจนประสบผล โดยอาจอ้างว่าเพราะไม่ใช่นโยบายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ตัวอย่างนี้พบได้จากประสบการณ์ที่ทางมูลนิธิพยายามดำเนินการเช่นเดียวกันในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 1 – 2 ในเขตเมืองกำแพงเพชร ในปี 2555 - 57 แต่ไม่ประสบผลสำเร็จแม้ว่ารพ.กำแพงเพชรก็ใช้ทีมสหวิชาชีพซึ่งประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทางและทีมสหวิชาชีพที่ครบถ้วนมากกว่าคลองขลุง จึงอนุมานได้ว่า การบริหารจัดการที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการแปลงความรู้และแผนดำเนินการจากผู้เชี่ยวชาญโรคไตให้เกิดผลในทางปฏิบัติ

ในลักษณะที่ต่างกัน รพ.พัทลุงและรพ.งขลาเริ่มดำเนินการด้วยแนวคิดของตนเองอันพัฒนาขึ้นท่ามกลางการปฏิบัติจริงและการค้นคว้าทางทฤษฎีด้วยตนเองเป็นหลัก จุดตั้งต้นเกิดจากความรู้สึกของผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานความดันว่าภาระงานมากขึ้นจนกระทบต่อคุณภาพการดูแล แล้วลงเอยด้วยภาวะแทรกซ้อนหลายประการรวมภาวะไตเสื่อมด้วย อนึ่งจังหวัดพัทลุงเป็นจังหวัดที่ปรากฏรายงานความชุกของภาวะแทรกซ้อนทางไตสูงสุดในเขต 12²³ จึงพัฒนาบริการอย่างต่อเนื่องก่อนรพ.คลองขลุงโดยไม่ได้อาศัยรูปแบบการวิจัยอย่างเป็นกิจลักษณะ (randomized trial) เหมือน รพ.คลองขลุง ดังกล่าว แต่เป็นการเรียนไปทำไป โดยยึดประโยชน์ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางพยายามจัดอุปสรรคการเข้าถึงบริการทั้งทางชีวภาพ สิ่งแวดล้อม และปิดช่องว่างรอยต่อระหว่างสหวิชาชีพและระหว่างสถานพยาบาล Phattalung Line Group เป็นรูปธรรมหนึ่งของการใช้ ICT เพื่อสื่อสารระหว่างสมาชิกทั้งหมดในเครือข่ายสุขภาพทั่วทั้งจังหวัดพัทลุง

องค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพ

ทรัพยากรบุคคล

ทีมสหวิชาชีพ รพ.คลองขลุง(แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัดและนักโภชนาการ) คือ **Process owners** โดยผ่านการอบรมจากสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์ ทั้งนี้โปรดสังเกตว่า การดำเนินงานของคลองขลุงโมเดลเกิดก่อนที่จะเกิดการสร้าง case manager และ CKD nurse ดังนั้นในช่วงการดำเนินงานจะเน้นทีมสหวิชาชีพมากกว่า NCD nurse หรือ case manager แต่ในกระบวนการทำงานที่ทาง รพ.ถอดบทเรียนเองพบว่า system manager มีความสำคัญที่จะร้อยเรียงสหวิชาชีพมาทำงานเป็นทีม จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับรพ.หรือจังหวัดที่มาดูงาน CKD พบว่า การมี case manager และ CKD nurse กลับเป็นปัญหาการสร้างทีมสหวิชาชีพเพราะ ประการแรก หลายแห่งมองว่างานผู้ป่วยไตเรื้อรัง เป็นของ CKD nurse

และ Case manager แทนที่จะเป็นงานของสหวิชาชีพ หลายแห่งมองการสร้างทีมสหวิชาชีพไม่จำเป็นและต้องการ authority จนเป็นเรื่องสับสนกับระบบเดิม ประสบการณ์ระดับปฏิบัติจากพ.เหล่านี้จึงบ่งชี้ความไม่แน่นอน เกี่ยวกับการมี nurse case manager ว่าเป็นเงื่อนไขสนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคต่อการทำงานแบบทีมสหวิชาชีพ

รายงานของ ธีรยุทธ์ และคณะ ได้กล่าวถึงกรณีคลองขลุงว่า เครือข่ายชุมชนเพื่อการดูแลผู้ป่วยไตวาย (community chronic kidney disease care network/CCN) ประกอบด้วย บุคลากรประจำ รพสต 1 คน และอสม.3-5 คนในแต่ละตำบล เครือข่ายนี้ต้องผ่านการอบรมความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับภาวะไตวายฯ และการควบคุมอาหาร(รวมการบันทึกและแปลผลทางโภชนาการ) บทบาทของเครือข่ายฯคือการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยไตวายฯ 6-8 สัปดาห์หลังไปรพ.เพื่อติดตามผลการ บันทึกโภชนาการแล้วแปลผลให้ผู้ป่วยเข้าใจเพื่อควบคุมอาหารให้เหมาะสม วัดความดัน ติดตามการใช้ยาและการออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงยา/สารก่อพิษต่อไต

สำหรับ กรณีรพ.งทรา และรพ.พัทลุง ทีมสหวิชาชีพเป็นเจ้าภาพกระบวนการทำงาน คล้ายกับคลองขลุง แต่ต่างกันที่สองกลุ่มหลังไม่ได้เป็นไปตาม research protocols ที่นักวิชาการภายนอกพื้นที่ชี้แนะ เหมือนกรณีคลองขลุง นอกจากนี้ กทรา/พัทลุงโมเดลยังบูรณาการบทบาท NCD case manager และ CKD nurseเด่นชัดมากกว่าคลองขลุง

กรณีพัทลุง/กทรา บุคลากรระดับชุมชนได้แก่ พยาบาลเวชกรรมสังคม รพ.พัทลุง พยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชน เมือง เทศบาลเมืองพัทลุง พยาบาลรพสต อำเภอกงหรา และอสม. ผู้ดูแล อบต เหล่ากาชาดจังหวัด ธุรกิจท้องถิ่น คริวเรือน(บริจาคสร้างอาคารโรคเรื้อรัง)และกองพันทหารช่าง

การเงินการคลัง

ทั้งสองอำเภอดำเนินการด้วยงบประมาณจาก สปสช. ซึ่งจ่ายค่าดำเนินการหลายช่องทางได้แก่ กองทุนโรคเรื้อรัง กองทุนประกันสุขภาพตำบล (สมทบกับของอปท.) งบสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคท้องถิ่น (PP area-based) กองทุนโรคไต ในรายละเอียดพบว่า คลองขลุงดำเนินการด้วย งบP&P ที่สสจ.หรือเขตสุขภาพจัดสรรเพิ่มเป็นค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและค่ายากลุ่ม ACEI 3 แสนบาท/ปี ทดแทนค่าน้ำยาและค่ายาซึ่งไม่มีค่าตอบแทนอื่นๆ มีการจ่ายค่าเดินทางแก่ผู้ป่วยเพียงรายละ 400 บาทเฉพาะช่วง 2 ปีของการวิจัยโมเดล ไม่มีการจ่ายตอบแทนบุคลากรสำหรับการจัดบริการและการเยี่ยมบ้าน วิธีสร้างแรงจูงใจสำคัญของการดำเนินงานคือ การนำผลควบคุมโรคไตเรื้อรังมาต่อยอดการควบคุม DM&HT ด้วยการใช้งบประมาณหมวด QOF ของสปสช. เท่านั้น แม้แต่การอบรม อสม.ก็ได้รับการสนับสนุนค่าอาหารกลางวันเพียง 5 หมื่นบาทสำหรับทั้งอำเภอซึ่งจำกัดมาก

ประเด็นที่ตรงกันระหว่างสองอำเภอคือ พื้นที่ไม่ได้มีการวิเคราะห์ห้วงบุคลากรเงินอย่างเป็นระบบชัดเจน ที่น่าสนใจไม่น้อยคือ ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ คลองขลุง พัทลุง กทรา ไม่ได้ตั้งต้นจากความสำคัญในเรื่องเงินตอบแทน แต่มุ่งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและชุมชนเป็นสำคัญ

ข้อค้นพบเกี่ยวกับเงินบริจาคข้างต้นที่อำเภอองครักษ์ บ่งชี้ ความศรัทธาอันเกิดจากความสัมพันธ์อันดีและการชื่นชมต่อการบริการของผู้ป่วยและครอบครัว นับเป็นเงื่อนไขสำคัญในการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรต่างๆในชุมชนและนำไปสู่การระดมทุน

ระบบข้อมูล

การจัดเก็บ บันทึกข้อมูล

คลองขลุง จัดเก็บข้อมูลบันทึกการตรวจรักษาผู้ป่วยทุกคนด้วยระบบคอมพิวเตอร์ในคลังข้อมูล และสำรองข้อมูลในคอมพิวเตอร์ของคลินิกชะลอไตเสื่อมแยกต่างหาก การเข้าถึงข้อมูลได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารพ. คลองขลุง นำข้อมูลมาตรวจทานความถูกต้องกับฐานข้อมูลในคลินิกชะลอไตเสื่อม ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษามาจากงานประจำซึ่งการออกแบบเก็บบันทึกข้อมูลไม่ครอบคลุมข้อมูลเชิงพฤติกรรมและเชิงคุณภาพ ซึ่งจำเป็นต้องออกแบบการเก็บข้อมูลให้ครอบคลุม แต่ต้องไม่สร้างภาระงานแก่ทีมสหวิชาชีพที่ให้บริการเป็นภาระงานที่มากอยู่แล้วและไม่สร้างภาระผู้ป่วยในการรับบริการ ประการที่ 2 การประเมินผลจำกัดเพียงผู้ป่วยผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4

องครักษ์ ในส่วนคล้ายคลองขลุงคือ จัดเก็บข้อมูลบันทึกการตรวจรักษาผู้ป่วยทุกคนด้วยระบบคอมพิวเตอร์ในคลังข้อมูล และสำรองข้อมูลในคอมพิวเตอร์ของคลินิกชะลอไตเสื่อมแยกต่างหาก ส่วนต่างคือ ยังมีการบันทึกในกระดาษเพื่อช่วยให้เห็นภาพระยะยาวในผู้ป่วยแต่ละรายซึ่งไม่สามารถแสดงได้บนจอ HospXP และยังมีการแปลงข้อมูลเป็นการจัดกลุ่มผู้ป่วยด้วยปิงปองเจ็ดสีเพื่อคืนข้อมูลแก่ผู้ป่วยและอปท.เพื่อการดูแลตนเองและวางแผนสนับสนุนโดยลำดับ²⁴ อย่างไรก็ตาม องครักษ์ไม่ได้แสดงผลการวิเคราะห์ภาพรวมการดูแลผู้ป่วยไตเสื่อมไตวายให้เห็นชัดเจนเหมือนของคลองขลุง เนื่องจากข้อจำกัดด้านกำลังคนที่มีความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูลนั่นเอง

มาตรฐานข้อมูล

คลองขลุงเก็บข้อมูลทางห้องปฏิบัติการจากผลการทดสอบทางห้องปฏิบัติการของรพ.เพียงแห่งเดียว ข้อมูลทางคลินิกอื่นๆเป็นข้อมูลในงานประจำ นอกจากนี้ยังมีการวัดคุณภาพชีวิตด้วย Thai SF-36 health survey เฉพาะในส่วนของการรายงานผลการวิจัย²² ส่วนนี้ไม่ชัดเจนในกรณีองครักษ์/พัทลุง กล่าวคือ ผลตรวจทางชีวเคมีมีทั้งโดยห้องปฏิบัติการของรพ.และ strip tests โดยไม่ชัดเจนว่าใช้กระบวนการควบคุมคุณภาพอย่างไร อาจเป็นเพราะต้องการให้ความสะดวกผู้ป่วยเป็นสำคัญจึงจัดบริการถึงบ้าน องครักษ์/พัทลุงไม่มีการวัดคุณภาพชีวิต

การใช้ข้อมูล

รายงานของวินัย ลีสมีทธิและคณะ แสดงให้เห็นการใช้ข้อมูลเพื่อสะท้อนกลับไปยังผู้ป่วยเพื่อการดูแลตนเอง และยังนำมาวิเคราะห์ภาพรวมของการวิจัยไว้เป็นต้นแบบรองรับการขยายผล ชี้ความสามารถประการหลังนี้จำเป็นอย่างมากสำหรับการสรุปทบทเรียนเกี่ยวกับรูปแบบบริการอันจะเป็นประโยชน์ต่อการขยายผล กงหรา/พัทลุงมีการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลเช่นกัน โดยอาศัยเพียงสถิติเชิงพรรณนาเป็นหลัก การพัฒนางานจึงเป็นไปในลักษณะค่อยๆ เรียนจากการแก้ปัญหาผู้ป่วยทีละรายผสมผสานกับการประยุกต์ใช้ความรู้จาก CPG และการฝึกอบรมโดยทีมรพ.พัทลุง

ทั้งสองกรณีศึกษา อาศัยการฝึกอบรมทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายชุมชนดังกล่าวข้างต้นเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการให้การใช้ข้อมูลเพื่อดูแลผู้ป่วยเกิดประโยชน์เต็มที่ สำหรับข้อมูลทางห้องปฏิบัติการและข้อมูลทางคลินิกอื่นๆ ก็มีกลไกในระบบบริการปกตรองรับการใช้ประโยชน์

สิ่งที่คลองขลุงโมเดลมีชัดเจนกว่ากงหรา/พัทลุง คือ การใช้ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อพัฒนางาน ซึ่งน่าจะเป็นผลจากการนำโดยผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันโรคไตและผอ.รพ.คลองขลุงซึ่งมีความรู้ด้านการวิจัยระดับปริญญาเอก อันเป็นเงื่อนไขที่ทำให้ยากในระบบบริการสุขภาพทั่วไปของไทย

ระบบสนับสนุนการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วย และทีมงานตลอดจนการดูแลตนเองของผู้ป่วย

คลองขลุงอาศัย NKF-K/DOQI guidelines และ modified 24-hour dietary recalls หรือ Easy Dietary Assessment tool (EDA) เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยด้านยา อาหาร การออกกำลังกาย การวัดความดัน²² ผู้รับผิดชอบมีประสบการณ์ว่า การนำ EDA มาใช้เป็นไปได้อย่าง จึงมีการดัดแปลงจนเป็นเครื่องมือใหม่ ชื่อว่า “ไม้บรรทัดวัดเนื้อ” ซึ่งจะคล้าย slide rule สำหรับคำนวณปริมาณโปรตีนที่ผู้ป่วยบริโภคได้ง่ายขึ้น โดยอาศัยประสบการณ์ที่คลองขลุงและโภชนาการที่รพ.สถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์ นอกจากเครื่องมือเหล่านี้คลองขลุงได้ผสมผสานกับการฝึกอบรมทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายชุมชน ครั้นทีมงานพบว่าเครื่องมือเหล่านี้ไม่เพียงพอแก่การเข้าถึงความจริงทางพฤติกรรมกินอยู่ของผู้ป่วย ทีมจึงเลือกใช้การเยี่ยมบ้านเพื่อเน้นการหาความจริงด้วยการสังเกตแทน พร้อมๆ กับการให้ความสำคัญกับการสร้างความไว้วางใจจากผู้ป่วย ทำให้ทีมงานเชื่อว่าเข้าถึงความจริงมากขึ้นจนนำไปสู่การปรับวิธีและสารการสื่อสารเพื่อปรับการกินอยู่จนสามารถชะลอไตเสื่อมได้จริง

กงหรา/พัทลุงแม้ไม่ได้ใช้เครื่องมือชนิดเดียวกับคลองขลุง แต่ได้พัฒนาเครื่องมือขึ้นเองจากการดัดแปลงCPGs จากส่วนกลางผสมผสานกับประสบการณ์ตรงและการเยี่ยมบ้านโดยเน้นรายที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ดี (บ่งชี้จากค่าชีวเคมี) การเยี่ยมบ้านทำให้เข้าใจอุปสรรคการดูแลตนเองได้ชัดเจนขึ้นเช่นเดียวกับคลอง ขลุง จึงนำไปสู่การระดมทรัพยากรเพื่ออำนวยความสะดวกเช่น การสร้างห้องล้างไตดังกล่าวข้างต้น LINE app เป็นอีกเครื่องมือที่ทีมงานรพ.และรพสต. ทั้งจังหวัดพัทลุงใช้สื่อสารกันทางวิชาการเพื่อดูแลผู้ป่วย

อุปกรณ์ เครื่องมือ วัสดุ เทคโนโลยีอื่นๆ

กองหยา/พัสดุจะเริ่มจะนำเครื่องมือวัดโซเดียมแบบดิจิตอลมาใช้วัดปริมาณโซเดียมในอาหารปรุงก่อนกินเพื่อส่งเสริมการกินอาหารให้เหมาะสม

กระบวนการทำงาน (process/management)

กรณีคลองชลูง ภาวะการนำทีมอาศัย ผอ.รพ. ผสานภาวะการนำทางวิชาการของสถาบันฯและสมาคมโรคไต เชื่อมโยงกับภาวะการนำกลุ่มสหวิชาชีพผ่านรูปแบบการประชุม และการฝึกอบรม กรณีกองหยา ภาวะการนำมาจากพยาบาลอาวุโสด้านเวชปฏิบัติครอบครัว และงาน NCD (system manager) ซึ่งเป็นคนกองหยา มีความเชื่อมโยงกับการเมืองท้องถิ่นและภาคีต่างๆทั้งในอำเภอและนอกอำเภอ

ทั้งสองพื้นที่ ผู้นำอาศัยการสื่อสารที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ที่เป็นทางการได้แก่ การฝึกอบรม การประชุม การปรึกษาหารือระดับบุคคล การให้รางวัล การนิเทศงาน ที่ไม่เป็นทางการ ได้แก่ การให้รางวัล การชื่นชมในที่สาธารณะ การจัดกิจกรรมสันตนาการ การแสดงแบบอย่างที่ดี(role model) ในการดูแลผู้ป่วย ให้ความสะดวก เป็นกันเองในการให้คำปรึกษาแก่ทีมสหวิชาชีพ/รพสต

ในส่วนเป้าประสงค์ของบริการ คลองชลูงเน้นการชะลอไตเสื่อมด้วยการคัดกรองและติดตามการทำงานของไต ในผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันเท่านั้นเพราะมีหลักฐานว่ามีความเสี่ยงมากกว่าคนทั่วไปสิบเท่า เมื่อพบการทำงานของไตบกพร่องก็ชะลอด้วยการให้ความรู้เพื่อการกินยา-อาหาร-การออกกำลังกายให้เหมาะสม ทั้งนี้ช่องทางให้บริการประกอบด้วยคลินิกชะลอไตเสื่อม (โดยกำหนดตารางให้บริการผู้ป่วยแต่ละรายอย่างละเอียดชัดเจน เป็นมาตรฐานเดียวกัน⁵) ในรพ.คลองชลูง คลินิกโรคเบาหวาน/ความดัน และรพสต เสริมด้วยการเยี่ยมบ้านปีละ 4 ครั้งต่อรายในผู้ป่วยไตเสื่อมเพื่อกระตุ้นการกินยา กินอาหาร และออกกำลังกายดังกล่าวตลอดจนให้เข้าถึงความจริงเกี่ยวกับวิถีชีวิตผู้ป่วย อันเป็นประโยชน์ต่อการให้ความรู้ คำแนะนำ ที่สอดคล้อง แล้วส่งต่อเมื่อพบว่า ไตวาย

⁵ 6 ขั้นตอนได้แก่ 1). คัดกรองค้นหาผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ3และ4ในกลุ่มผู้ป่วยDMและHTและกลุ่มผู้ป่วยนอกที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยใช้เกณฑ์ค่าeGFR 15-59 ml/min/1.73m² 2). จัดบริการโดยทีมสหวิชาชีพประกอบด้วยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป, พยาบาล, เภสัชกร, นักกายภาพบำบัดและนักโภชนาการรวม5คน ซึ่งทุกคนผ่านvmaเรียบร้อยแล้ว 3). จัดระบบคลินิกให้บริการ 3 วัน/สัปดาห์ ดูแลผู้ป่วยวันละประมาณ 50 คน แต่ละคนต้องเข้าคลินิก 6 ครั้ง/ปีเพื่อรับความรู้ 6 หัวข้อ คือ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไต, โภชนาบำบัดสำหรับโรคไตเรื้อรัง, โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, การใช้ยาที่ถูกต้อง และการรักษาทดแทนไต 4). จัดตารางในคลินิก โดยแต่ละครั้งใช้เวลา 60 นาที พบสหวิชาชีพทุกคน แบ่งเป็นพบพยาบาลเพื่อตรวจร่างกายซักประวัติเบื้องต้น 5 นาที, ดูวิดีโอเรื่องไต 15 นาที, พบนักโภชนาการรับความรู้เรื่องอาหาร 15 นาที, พบเภสัชกรรับความรู้เรื่องยา 10 นาที, พบนักกายภาพบำบัดรับความรู้เรื่องการออกกำลังกาย 10 นาที และพบแพทย์เพื่อแจ้งผลการขึ้นสูตรและตรวจรักษาสั่งยา 5 นาที 5). จัดตารางตรวจเลือดกับปัสสาวะตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนดปีละ 2 ครั้งก่อนและหลังเข้ารับบริการ โรคร่วมอื่นๆ เช่น เบาหวานให้การตรวจขึ้นสูตรเพิ่มเติมตามแนวทางของโรคนั้นๆ(10) 6). จัดเก็บข้อมูลบันทึกการตรวจรักษาผู้ป่วยทุกคนด้วยระบบคอมพิวเตอร์ในคลังข้อมูล และสำรองข้อมูลในคอมพิวเตอร์ของคลินิกชะลอไตเสื่อมแยกต่างหาก

ที่น่าสนใจไม่น้อยคือ ภายหลังสิ้นสุดโครงการพัฒนาโมเดล รพ.คลองขลุงได้ขยายบริการครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงทุกประเภท เช่น ผู้ป่วยโรคเก๊าท์ มะเร็ง systemic lupus erythematosus เป็นต้น โดยเน้นเพียงระยะ 3-4-5 palliative care และกำลังสร้าง protocol สำหรับผู้ป่วยระยะ 1 - 2 เป็นงานวิจัย

ในส่วนของงทรา วางขอบเขตกลุ่มเป้าหมายให้บริการกว้างกว่าคลองขลุง โดยครอบคลุมผู้ป่วยไตเสื่อมและไตวายทั้งหมด โดยอาศัยช่องทางให้บริการคล้ายกับคลองขลุง ต่างกันที่ ก) การคัดกรองไม่ได้จำกัดเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานความดัน ข) ไม่ได้กำหนดความถี่ชัดเจนที่ผู้ป่วยจะต้องเข้าคลินิก ค) ตารางให้บริการในคลินิก ไม่ได้มีขั้นตอนละเอียดเหมือนของคลองขลุง ง) ทีมสหวิชาชีพไม่มีโภชนาการ และแม้มีนักกายภาพบำบัด ก็ไม่ได้ให้คำแนะนำด้านการออกกำลังกายแก่ผู้ป่วยไตเสื่อม-ไตวาย จ) การเยี่ยมบ้านไม่มีกำหนดความถี่คงที่สำหรับผู้ป่วยไตเสื่อมทุกรายเหมือนของคลองขลุง ฉ) เชื่อมโยงข้อมูลเยี่ยมบ้านถึงภาคีต่างๆ (เช่น อบท ภาษีอากร กองพันทหารช่าง ร้านขายขนม) เพื่อให้ความช่วยเหลือด้านอาหารและสิ่งแวดล้อมแก่ผู้ป่วยไตวายอันจำเป็นแก่การใช้บริการทดแทนไตได้อย่างถูกต้อง

การมีส่วนร่วมของชุมชน (community engagement)

คลองขลุง อาศัรพสตร และอสม เป็นช่องทางเข้าถึงครัวเรือนเพื่อให้บริการชะลอไตเสื่อมโดยใช้การเยี่ยมบ้าน และยังมีบริการอื่นๆทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรังทุกคนได้แก่ คัดกรองสุขภาพจิตจนได้รับรางวัลจากกรมสุขภาพจิต คลินิกฟ้าใสอดบุหรีและทันตกรรมฯ ตลอดจนการนำแพทย์แผนไทยมาร่วมสร้างความรู้เรื่องยาสมุนไพรที่ปลอดภัย

ในขอบเขตงานชุมชน รพ.งทรานอกจากอาศัรพสตร และอสมในงานเยี่ยมบ้านแล้ว ยังส่งผ่านข้อมูลเกี่ยวกับอุปสรรคในการเข้าถึงบริการทดแทนไต(อาหารและสิ่งแวดล้อม) ไปยังภาคีต่างๆนอกสาขาสุขภาพเพื่อแก้ไขข้อจำกัดด้านอาหารและสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยยากจนมากดังกล่าวแล้วข้างต้น ในด้านการป้องกันไตเสื่อมและโรคเรื้อรัง งทรา ยังมีกิจกรรมรณรงค์เรื่องดชยน้ำอัดลมในโรงเรียน และ เรื่องดสบุหรีในชุมชน

ผลงาน (outputs) และผลลัพธ์ (outcomes)

1. ผลการดำเนินงานทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณในมุมมองของคณะทำงานหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (outputs)
 - a. Intermediate outputs ได้แก่
 - ก) ชนิดและปริมาณอาหารและยา ที่ควรหลีกเลี่ยง/บริโภค
 - ข) ผู้ป่วย ESRD ที่ปฏิเสธ RRTแม้จะมีข้อบ่งชี้ จนบางคนเรียกว่า complication ของการชะลอไตเสื่อม แต่บางคนเรียกว่าทางเลือก พบว่าผู้ป่วยไตวายมากกว่า 80% ปฏิเสธบริการทดแทนไตหลายรายสามารถอยู่ได้ด้วย supportive therapy และหลายรายต้องการ palliative care

b. Organizational/team learning

- ก) ความสามารถกำหนดขอบเขตงาน ทิศทางการพัฒนางาน ตัวชี้วัดความสำเร็จในระยะสั้นและระยะกลาง
- ข) ความสามารถค้นหาอุปสรรคปัญหาภายใต้(ก)
- ค) ความสามารถค้นหาวิธีแก้ไข(ข) และระบุ/ระดมแหล่งความรู้/ทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการแก้ไข (ข)

2. ผลการดำเนินงานทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณในมุมมองของผู้รับผลงาน (outcomes)

a. Health outcomes

- ก) อัตราการติดเชื้อเยื่อหุ้มปอดในผู้ป่วยทดแทนไตด้วยCAPD และร้อยละผู้ป่วยกลุ่มนี้ซึ่ง dropout
- ข) ค่าเฉลี่ย eGFR ในผู้ป่วยไตเสื่อมลดลงน้อยกว่า 4 มล/นาที/1.73ตรม. ควบคุมน้ำตาลในเลือดและไขมันได้ ระดับคลอเลสเตอรอล

แนวโน้มความยั่งยืนของโครงการและความต้องการสนับสนุนเพื่อความยั่งยืนของโครงการ

คลองขลุง เป็นโมเดลที่ได้รับเงินอุดหนุนพิเศษจากระบบปกติก็จริงแต่เป็นในสัดส่วนที่น้อยมากและจำเพาะกับการบริหารจัดการข้อมูลตามหลักวิชาการ ส่วนใหญ่ของเงินดำเนินการได้มาจากระบบปกติจึงมีความเป็นไปได้ที่จะสืบสานในระยะยาว รวมทั้งขยายผล

ในมิติของการทำงานกับภาคี คลองขลุงโมเดลอาจไม่ชัดเจนในแง่การสร้างภาคีโดยเฉพาะอปท. อย่างไรก็ตามเนื่องจากมี 2 สถานีอนามัยถ่ายโอนแก่อปท.ซึ่งต้องการการมีส่วนร่วมสูงมาก ความเสี่ยงต่อความยั่งยืนในการทำงานกับอปท.คือ ปัญหาการเปลี่ยนผู้นำและนโยบายของอปท.บ่อยครั้งจึงอาจจะมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพกระบวนการภาคี(networking)ที่ยั่งยืนคงต้องมีความพอเหมาะตามบริบทและประชาชนได้ประโยชน์วัดได้ชัดเจน

กงหรา/พัทลุง ดำเนินการด้วยเงินในระบบปกติ และถ้าอนุมานว่าเงิน-วัสดุ-แรงงานสนับสนุนจากภาคีต่างๆในชุมชนเป็นสิ่งที่ดำรงอยู่ในระบบปกติแม้ไม่เหมือนกันในแต่ละพื้นที่ก็ตาม(ถ้าจะขยายผล) โมเดลของกงหรา/พัทลุงก็น่าจะยั่งยืนเช่นกัน อย่างไรก็ตาม ความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับความถี่ในการดำเนินมาตรการ และความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ทำให้ข้อสรุปนี้พลอยไม่ชัดเจนไปด้วยว่า ตกลงอะไรคือมาตรการที่ยั่งยืนและได้ผลจริง

สิ่งท้าทาย ปัญหาอุปสรรค

วินัย สลิสมิทธิ์ ตั้งสมมติฐานที่น่าสนใจว่า คลองชลประทานโมเดลยังไม่สามารถจัดการกับความเสี่ยงต่อไตเสื่อมของ คนวัยทำงาน นั่นคือพฤติกรรมเสี่ยงเรื่องการกินอาหาร, การใช้ยาแก้ปวดเมื่อยกลุ่ม NSAID มากอย่างไม่ระวัง, การดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ซึ่งมักมุงคล้ายเครียดและเป็นเครื่องมือเข้าสังคม นำเสียดายที่การศึกษานี้ขาด ข้อมูลส่วนนี้ จึงสมควรเพิ่มเติมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้เข้าไปในระบบการเก็บบันทึกต่อไป นอกจากนั้น ความท้าทายข้างหน้าสำหรับคลองชลประทาน คือ การพัฒนาบริการทดแทนไตให้เข้าถึงร้อยละ 80 ของผู้ป่วยไตวายที่ปฏิเสธ บริการนี้

ตรงกันข้าม ผู้รับผิดชอบพัสดุ/งบฯ เห็นว่าการขยายผลโมเดลในอำเภอเมืองพัทลุงและอำเภอกงหราอย่างเต็มรูปแบบทั้งจังหวัดพัทลุงและต่อไปยังจังหวัดอื่นในเขตสุขภาพ 12 เป็นความท้าทายที่รออยู่ ในส่วนของการขยาย ผล รพ.กงหรา กังวลเรื่อง

- ก. บุคลากร การบรรจุพยาบาลให้เป็นข้าราชการเพื่อลดความเสี่ยงที่จะสูญเสีย และการสรรหานักโภชนาการซึ่งยังไม่มีตำแหน่งในทีมงานปัจจุบัน
- ข. สำหรับอสม. ที่อำเภอกงหรา กังวลเกี่ยวกับภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อทำหน้าที่ต่างๆในบทบาท อสม.ซึ่งที่เป็นอยู่ อสม. ต้องรับภาระเองทั้งหมด ความห่วงใยนี้สอดคล้องกับของ พญ.เกศทิพย์ บัวแก้ว ซึ่งเพิ่มเติมในส่วนของบุคลากรด้วยว่าไม่มีงบประมาณรองรับค่าเดินทางและพาหนะ

สรุปบทเรียนและข้อเสนอแนะทางนโยบายและทางปฏิบัติ

- 1) ในระบบราชการแบบรวมศูนย์อำนาจ หน่วยบริการกลับมีอิสรภาพในขอบเขตที่พร้อมจะสร้างสรรค์นวัตกรรม ไม่สิ้นสุด เพราะเป็นระบบเปิดมากเพียงพอที่จะเรียนรู้และปรับตัว
- 2) ความต่อเนื่องของภาวะการนำน่าจะเป็นตัวแปรสำคัญต่อการสร้างสรรค์และธำรงรักษาคุณสมบัติในการสร้างนวัตกรรม ทั้งนี้ ภาวะการนำไม่จำเป็นต้องขึ้นกับแพทย์เท่านั้น ภาวะการนำที่มาจากแต่ละบุคคลมีความสำคัญเช่นเดียวกับภาวะการนำหมู่ซึ่งต้องการเวลาบ่มเพาะ ภายใต้ปฏิสัมพันธ์อันที่น้อยพื เพื่อนพ้องที่ใจตรงกัน นั่นคือ มุ่งประโยชน์ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ไม่ใช่ความสัมพันธ์แบบนายกับบ่าว (hierarchical) หรือ คู่ค้า (financial contracts)
- 3) ความรู้หรือหลักฐานเชิงประจักษ์ (explicit knowledge) สำคัญไม่ต่างจากความรู้จากการปฏิบัติหรือประสบการณ์ตรงของผู้ปฏิบัติ (tacit knowledge) การสื่อสารนโยบายโดยไม่ได้คำนึงถึงความรู้ลักษณะหลังย่อมเสี่ยงที่จะล้มเหลว เพราะผู้รับสารอาจสื่อความหมายได้ต่างจากผู้ส่งสาร นโยบายปฏิบัติเกี่ยวกับการสื่อสารนโยบายจึงหมายถึงการให้ความสำคัญกับการสื่อสารสองทางไม่ใช่การสั่งการหรือสื่อสารทางเดียวอย่างที่นิยมปฏิบัติ
- 4) นโยบายจากข้อสรุปสามประการดังกล่าว คือ ระบบตรวจราชการอันเป็นกลไกกำกับติดตามและบริหารงานส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุข ควรยืดหยุ่นตามสภาพแวดล้อมที่ต่างกันระหว่างพื้นที่พื้นที่ไหนที่จะยึดติดกับตัวชี้วัดอย่างแข็งทื่อ และตัวแทนจากส่วนกลางควรสนใจเรียนรู้ร่วมกับหน่วยบริการเพื่อให้ทุกฝ่ายได้ทำหน้าที่หนุนเสริมซึ่งกันและกัน นอกจากนั้น กลไกบริหารระดับจังหวัด ก็ควรให้ความสำคัญกับ

- ความต้องการของประชาชนและสภาพความเป็นจริงของพื้นที่มากกว่าตัวชี้วัดจากส่วนกลาง รายงานนี้พบข้อสังเกตว่า บทเรียนการขยายผลคลองชลโมเดลในจังหวัดกำแพงเพชรเป็นไปได้ลำบากเพราะท่าทีของกลไกบริหารที่ตรงกันข้ามกับที่กล่าวมา กล่าวคือ ทางจังหวัดไม่ให้ความสำคัญต่อบทเรียนจากคลองชลโมเดลเพราะเหตุที่ไม่มีนโยบายกระทรวงและไม่มีตัวชี้วัดการตรวจราชการ
- 5) หน่วยบริการส่วนใหญ่ขาดความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ นั่นคือมีข้อจำกัดในการเปลี่ยน tacit knowledge ให้เป็น explicit knowledge ความร่วมมือใกล้ชิดระหว่างหน่วยบริการกับสถานศึกษาอย่างกรณี คลองชล เป็นตัวอย่างที่ดีของการช่วยปิดจุดอ่อนนี้ อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตเพิ่มเติมจากพื้นที่ว่า การอ้างสิทธิ์ความเป็นเจ้าของข้อมูล และการกำหนดโครงสร้างระบบข้อมูล (โดยเน้นการตอบสนองหน่วยเหนือเป็นสำคัญ) ของกลไกบริหารระดับจังหวัดเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาขีดความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าว
 - 6) ระบบสารสนเทศระดับหน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญ่อาศัย platform เดียวคือ HospXP ที่อยู่ในฐานะผูกขาดและกำลังเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาระบบสารสนเทศ ตลอดจนเป็นภาระค่าใช้จ่ายเกินจำเป็นเมื่อมีความต้องการปรับเปลี่ยนโปรแกรมเพื่อให้ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ให้ทันความเปลี่ยนแปลง รัฐบาลควรส่งเสริมให้เกิดการแข่งขันพัฒนา platform เพื่อสลายการผูกขาด
 - 7) ในภาพใหญ่ ความร่วมมือระหว่างหน่วยซื้อบริการกับสถานศึกษานำไปสู่การสนับสนุนเงินอย่างเป็นระบบในการกระตุ้นนวัตกรรมมากกว่าการจัดสรรเงินแบบงบประมาณแผ่นดินทั่วไปซึ่งเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลไกงบประมาณกับหน่วยราชการเท่านั้น กล่าวคือ แบบแรกเงินมาพร้อมความรู้ (การฝึกอบรม สารสนเทศ CPG เป็นต้น) และความคาดหวังที่จับต้องได้ (key performance indicator) ยิ่งถ้ามีความยืดหยุ่นเพียงพอก็จะช่วยให้เงินอำนวยความสะดวกในการทำงานเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย/ชุมชนภายใต้บริบทที่หลากหลายได้ดียิ่งขึ้น แบบหลัง การจัดสรรเงินอาศัยวิธี historical-based budgeting ที่ใช้มานานและชัดเจนว่ามีโอกาสสร้างนวัตกรรมต่ำมากกว่าวิธีแรก จึงสมควรได้รับการทบทวนอย่างจริงจัง
 - 8) ภูมิภาคยังประสบความยากลำบากด้านบุคลากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งพื้นที่กั้นดาร์ ทำให้โอกาสสะสมบุคคลที่เชี่ยวชาญและมีบาร์มีเป็นไปได้ยาก จึงเป็นอุปสรรคสำคัญแก่การพัฒนางานให้ต่อเนื่องและสอดคล้องกับความต้องการของชุมชนซึ่งมีพลวัตเร็วกว่าการพัฒนาด้านบุคลากร ตัวอย่างเด่นชัดคือ ปัญหาสมองไหลจากรัฐไปเอกชน จากที่ลงไปที่รวย จากชนบทสู่เมือง ดังนั้นการจัดสรรบุคลากรและทรัพยากรอื่นๆควรให้น้ำหนักกับพื้นที่กั้นดาร์มากเป็นพิเศษโดยคำนึงถึงหลักความเท่าเทียม(equity) ควบคู่กับความคุ้มค่า(economy of scale, of scope)
 - 9) มองจากมุมของผู้ป่วย ภาระค่าใช้จ่ายจากรักษาทดแทนในภาวะไตวายเป็นทุกข้อย่างมากทั้งทางกายและทางใจ ในประสบการณ์ของแพทย์และพยาบาลที่คลองชลและงหรา/พหลุงต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เชื่อว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันจำนวนมากมักกังวลชัดเจนเมื่อได้ยินเรื่องความเสี่ยงต่อไตเสื่อมเทียบกับความเสี่ยงต่อตาบอด อัมพาตหรือขาด่วน แม้ว่าสิทธิการรักษาพยาบาลจะช่วยบรรเทาภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแต่ไม่อาจบรรเทาทุกข์จากการขาดรายได้ ความพยายามบรรเทาทุกข์ให้ผู้ป่วยของผู้ปฏิบัติในพื้นที่แม้เป็นไปได้ในขอบเขตจำกัดแต่น่าจะเป็นบทเรียนสำคัญแก่ผู้กำหนดนโยบายมหภาคว่า กระทรวงที่มีบทบาทหลักทางเศรษฐกิจควรให้ความสำคัญแก่การกระจายโอกาสและรายได้ให้มากกว่าที่ผ่านมา ส่วนที่ระบบบริการ

สุขภาพอาจทำได้เพิ่มเติมจากกรณีศึกษาทั้งสองคือ การให้ความสำคัญมากขึ้นกับการวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัว

- 10) ในมุมมองของระบบบริการสุขภาพ ข้อค้นพบเกี่ยวกับความกังวลเป็นพิเศษต่อไตเสื่อมดังกล่าวน่าจะเป็นโอกาสในการทำงานส่งเสริมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานความดัน โดยให้ความสำคัญกับการคัดกรองความเสี่ยงนี้และสื่อสารกับผู้ป่วย/ชุมชน ในทางวิชาการอาจทำการทดลองตามแนวทางนี้เทียบกับแนวทางเดิมทั้งในด้านประสิทธิภาพและความคุ้มค่าเปรียบเทียบกัน(cost-effectiveness)

ข้อจำกัดของรายงาน

ข้อค้นพบในรายงานนี้อาจจะไม่ใช่วิธีแทนของพื้นที่ในทางสถิติ และด้วยเวลาจำกัด ข้อค้นพบหลายประการยังไม่ได้ทดสอบ(cross validation)กับข้อมูลแหล่งอื่นๆที่ต้องอาศัยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือการสังเกตในปริมาณมากกว่าที่เวลาทำงานวิจัยนี้จะเอื้ออำนวย

เอกสารอ้างอิง

- ¹ Flaskerud, Jacquelyn H.; Winslow, Betty J. Conceptualizing Vulnerable Populations Health-Related Research. *Nursing Research Issue: Volume 47(2)*, March/April 1998, pp 69-78
- ² Paula Braveman. HEALTH DISPARITIES AND HEALTH EQUITY: Concepts and Measurement *Annual Review of Public Health Vol. 27: 167-194.2006*
- ³ Omar D Cardona. The Need for Rethinking the Concepts of Vulnerability and Risk from a Holistic Perspective: A Necessary Review and Criticism for Effective Risk Management. In: *Mapping Vulnerability: Disasters, Development and People 2003*, G. Bankoff, G. Frerks, D. Hilhorst http://www.la-red.org/public/articulos/2003/nrcvrfhp/nrcvrfhp_ago-04-2003.pdf
- ⁴ Hugh C. Rayner, Jyoti Baharani, Indranil Dasgupta, Vijayan Suresh, Robert M. Temple, Mark E. Thomas and Steve A. Smith. Does community-wide chronic kidney disease management improve patient outcomes? *Nephrol Dial Transplant* (2014) 29: 644–649 doi: 10.1093/ndt/gft486
- 5 Amy W. Williams. Health Policy, Disparities, and the Kidney. *Advances in Chronic Kidney Disease*, Vol 22, No 1 (January), 2015: pp 54-59
- ⁶ Carolyn Ehrlich, Elizabeth Kendall, Sanjoti Parekh and Caroline Walters The impact of culturally responsive self-management interventions on health outcomes for minority populations: A systematic review. *Chronic Illness* 2016, Vol. 12(1) 41–57
- ⁷ Atiporn Ingsathit¹ , Ammarin Thakkinstian¹ , Amnart Chaiprasert² , Pornpen Sangthawan et al. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. *Nephrol Dial Transplant* (2010) 25: 1567–1575
- ⁸ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย การเข้าถึงบริการทดแทนไตอย่างถ้วนหน้าในประเทศไทย : การวิเคราะห์เชิงนโยบาย พ.ศ. 2548
- ⁹ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คู่มือบริหารกองทุน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559 การบริหารจัดการบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ตุลาคม 2558 http://kdf.nhso.go.th/document/ckd/59_ckd.pdf
- ¹⁰ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปีงบประมาณ 2557 http://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-about_result.aspx

-
- ¹¹ ยศ ตีระวัฒนานนท์ ต้นทุนประสิทธิภาพประสิทธิผลและต้นทุนอรรถประโยชน์ของการรักษาทดแทนไตในประเทศไทย ในสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย การเข้าถึงบริการทดแทนไตอย่างถ้วนหน้าในประเทศไทย : การวิเคราะห์เชิงนโยบาย พ.ศ. 2548
- ¹² Kearkiat Praditpornsilpa , Sookruetai Lekhyananda , Naline Premasathian , Pornchai Kingwatanakul et al. Prevalence Trend of Renal Replacement Therapy in Thailand: Impact of Health Economics Policy J Med Assoc Thai Vol. 94 Suppl. 4 2011
- ¹³ รายงานตามตัวชี้วัดในระดับการตรวจราชการ(PA) ปี 2559 KPI CKD 2.3 การชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 mL/min/1.73 m²/yr ปี 2559
http://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report_kpi.php?flag_kpi_level=8&flag_kpi_year=2016&source=kpi/kpi_ckd1.php&cat_id=e71a73a77b1474e63b71bccf727009ce&id=d843f25a088253c22344d771113cf409
- ¹⁴ จุริพร คงประเสริฐ แนวทางการดำเนินงานเพื่อลดโรคไตเรื้อรัง(CKD) ปี 2559 ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงการวิจัยและพัฒนาการป้องกันและชะลอการเสื่อมไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร
- ¹⁵ วินัย ลีสมิทธิ สุชาณี สุวัฒนารักษ์ สุชัยญา พรหมนิม ศุภสิทธิ์ พรรณนารุณทัย การศึกษาเพื่อชะลอไตเสื่อมสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลคลองขลุง:จากงานวิจัยสู่การปฏิบัติ วารสารวิชาการสาธารณสุข (รอตีพิมพ์)
- ¹⁶ ระบบประเมินผลตัวชี้วัด QOF เขต 12 ปีงบประมาณ 2559
http://203.157.229.33/qof2559/kpi_showmain.php
- ¹⁷ KPI CKD 2.3 การชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 mL/min/1.73 m²/yr เขตสุขภาพที่ 12 จังหวัดพัทลุง CUP โรงพยาบาลกงหรา ปี 2559
http://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report_kpi.php?flag_kpi_level=8&flag_kpi_year=2016&source=kpi/kpi_ckd1.php&cat_id=e71a73a77b1474e63b71bccf727009ce&id=d843f25a088253c22344d771113cf409
- ¹⁸ DM/HT with CKD detection rate 67.3-88.2% (79.9% รพข)
http://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report_kpi.php?flag_kpi_level=8&flag_kpi_year=2016&source=kpi/kpi_ckd2.php&cat_id=e71a73a77b1474e63b71bccf727009ce&id=0f6df79c2f8887f50d7879b5fe91c080
- ¹⁹ KPI CKD 1.1 ร้อยละของผู้ป่วย DM, HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง เขตบริการสุขภาพที่ 3 จังหวัดกำแพงเพชร อำเภอกองขลุง ปี 2559
http://kpt.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report_kpi.php?flag_kpi_level=8&flag_kpi_year=2016

<https://doi.org/10.1186/1745-6215-100-S1-S40>
&source=kpi/kpi_ckd2.php&cat_id=e71a73a77b1474e63b71bccf727009ce&id=0f6df79c2f8887f50d7879b5fe91c080

- ²⁰ Nina Wallerstein and Bonnie Duran. Community-Based Participatory Research Contributions to Intervention Research: The Intersection of Science and Practice to Improve Health Equity. American Journal of Public Health. April 2010, Vol. 100, No. S1 : pp. S40-S46
- ²¹ Raquel Greer and L. Ebony Boulware. Reducing CKD Risks Among Vulnerable Populations in Primary Care. *Advances in Chronic Kidney Disease*, Vol 22, No 1 (January), 2015: pp 74-80
- ²² Teerayuth Jiamjariyaporn^{1*}, Atiporn Ingsathit², Kriang Tungsanga³, Chatri Banchuin et al. Effectiveness of integrated care on delaying chronic kidney disease progression in rural communities of Thailand (ESCORT study): rationale and design of the study [NCT01978951]. *BMC Nephrology* 2014, 15:99
- ²³ เกศทิพย์ บัวแก้ว สรุบทบทเรียนการพัฒนาศูนย์บริการชะลอไตเสื่อม งานโรคไต โรงพยาบาลพัทลุง สิงหาคม 2559
- ²⁴ สุดา ขำนุรักษ์ การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยภาคีเครือข่าย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกงหรา สิงหาคม 2559

3. นวัตกรรมระบบบริการสุขภาพสำหรับประชาชนที่เข้าถึงบริการได้ยากลำบากกรณีศึกษาเปรียบเทียบ โรงพยาบาลอุ้มผาง กับ โรงพยาบาลอุบลรัตน์

วิรัช เกษมทรัพย์, รัชมิ ตันศิริสิทธิกุล, ฉัตรชัย อิมอารมย์

บทนำและทบทวนวรรณกรรม

เขตอำเภออุ้มผางอำเภอชายแดนของจังหวัดตาก มีพื้นที่ติดกับสหภาพเมียนมาเป็นระยะทางกว่า 180 กิโลเมตร และห่างจากอำเภอเมืองจังหวัดตากประมาณ 5 ชั่วโมงด้วยการเดินทางโดยทางรถยนต์ ขนาดของอำเภอมีพื้นที่ 2.7 ล้านไร่ถือว่าเป็นอำเภอที่มีขนาดใหญ่ที่สุดในประเทศทำให้แม้แต่การเดินทางจากหมู่บ้านไปสู่ตัวอำเภอหรือมารับบริการที่โรงพยาบาลอุ้มผาง ก็อาจจะต้องใช้เวลาเดินทางนับเป็นเวลาหลายชั่วโมงหรือเป็นวันในพื้นที่ห่างไกลตามภูเขาในช่วงฤดูฝน¹

อำเภออุ้มผางแบ่งเขตการปกครองเป็น 6 ตำบล 36 หมู่บ้าน สำหรับระบบบริการสุขภาพประกอบด้วยโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) 7 แห่งและสถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช.) อีก 6 แห่ง สุขศาลาพระราชทาน 2 แห่ง สุขศาลาหมู่บ้าน 13 แห่ง และ มีการสร้างสุขศาลาข้ามแดน 1 แห่ง² ประชากรที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลอุ้มผางอยู่ที่ประมาณ 67,687 (ใกล้เคียงกับของอำเภออุบลรัตน์ 65,000 กว่าคน) คนส่วนใหญ่เป็นชาติพันธุ์กะเหรี่ยง (ต่างจากอำเภออุบลรัตน์เกือบทั้งหมดเป็นคนอีสาน) ในปีงบประมาณ 2557 เป็นกลุ่มประชากรที่มีการสนับสนุนงบประมาณด้านสุขภาพจากราชการ 33,305 คน นอกนั้นเป็นกลุ่มประชากรที่ไม่มีงบประมาณสนับสนุนเพราะไม่มีสัญชาติไทยอีก 34,382 คน ซึ่งโรงพยาบาลก็รับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยทุกคนโดยไม่แบ่งแยกว่าผู้ป่วยนั้นจะเป็นคนชาติใด เชื้อชาติไหน ศาสนาใด หรือ พูดภาษาอะไร ยากดีมีเงิน ปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญก็ยังคงเป็นเรื่องการติดเชื้อ เช่น ท้องเสีย และ มาลาเรีย นอกจากนี้ยังมีปัญหาที่เร่งด่วนในเรื่องการคลอดบุตร ซึ่งมีความจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างทันทั่วถึงเพื่อลดอัตราการตาย การติดเชื้อ หรือ ลดการแพร่ระบาดไปสู่ประชาชนในวงกว้าง เป็นต้น อำเภออุบลรัตน์มีปัญหาโรคเรื้อรังมากกว่าชัดเจน

มาตรการในชุมชน

1. การขยายหน่วยบริการไปยังพื้นที่ห่างไกล: สุขกาย สุขใจไปกับสุขศาลา

โครงสร้างของระบบสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนที่เดินทางลำบากนอกจากจะมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) และ สถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช.) ระดับหมู่บ้านแล้ว พบว่าประชากรจำนวนมากก็ยังเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นล่าช้า เพราะความห่างไกลในแง่การคมนาคมของหลายพื้นที่ที่เป็นป่าเขา จึงทุรกันดารมากกว่าอำเภออุบลรัตน์ซึ่งเป็นพื้นราบ หมู่บ้านไกลจากรพ.อย่างมากก็เพียง 30 กม. อย่างไรก็ตาม ที่กล่าวมานี้เป็นภาพเปรียบเทียบเชิงกายภาพ อุปสรรคในการเข้าถึงยังเกี่ยวข้องกับเวลาที่พร้อมให้บริการ ระดับความฉุกเฉินเร่งด่วน และความนิยม/ยอมรับรูปแบบบริการ

ในเชิงกายภาพ อำเภออุ้มผางมีขีดจำกัดเนื่องจากโครงสร้างตามกรอบราชการกระจายไม่พอเพียงต่อการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในหลายพื้นที่ ทางโรงพยาบาลอุ้มผางจึงมีการจัดตั้งหน่วยบริการระดับปฐมภูมิขึ้นใน

หมู่บ้านห่างไกลอีกกว่า 15 แห่ง โดยเริ่มต้นทางโครงการสุขศาลาพระราชทานตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีที่มีพระราชดำริให้สร้างสุขศาลาในเขตหมู่บ้านห่างไกลที่บ้านเลตองคุ (สุขศาลาพระราชทานลำดับที่ 6) และบ้านแม่จันทะ (สุขศาลาพระราชทานลำดับที่ 7) ในปี พ.ศ. 2550² โรงพยาบาลอุ้มผางจึงได้ขอสนับสนุนเพิ่มเติมจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อสร้างสุขศาลาหมู่บ้านอีก 9 แห่ง และได้รับงบประมาณจากองค์กรปกครองท้องถิ่นสร้างอีก 2 หมู่บ้าน ในแต่ละสุขศาลาจะมีารวมถึงเครื่องมือจำเป็นสำหรับดูแลผู้ป่วย และมีบุคลากรประจำในแต่ละสุขศาลา ซึ่งได้จากการฝึกอบรมประชาชนให้สามารถดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นได้ (พนักงานสุขศาลา) ซึ่งในปี พ.ศ. 2555 มีพนักงานสุขศาลาทั้งหมด 28 คน ทำงานด้วยค่าจ้างกว่าปีละกว่าล้านบาท โดยทางองค์กรปกครองท้องถิ่นช่วยสนับสนุน 12 คน และ โรงพยาบาลอุ้มผางต้องแบกรับภาระอีก 15 คน

ที่น่าสนใจมากในแง่บริการข้ามพรมแดนประเทศคือ ในปี พ.ศ. 2556 รพ.อุ้มผางได้ตั้งสุขศาลาขึ้นในฝั่งของประเทศเมียนมาร์ตรงชายแดนบ้านก้อเซอ โดยมีการสนับสนุนให้มีการสร้างอาคารและสนับสนุนค่ายาและเวชภัณฑ์กว่า 77,000 บาท โดยให้บริการไป 3,332 ครั้ง (ตารางที่ 1) จึงสามารถช่วยลดปัญหาที่ผู้ป่วยต้องเดินทางข้ามแดนมารับการรักษาในประเทศไทยได้โดยมีการการช่วยพัฒนาเจ้าหน้าที่ประจำสุขศาลาซึ่งเป็นประชาชนชาวเมียนมาร์เอง³⁻⁴

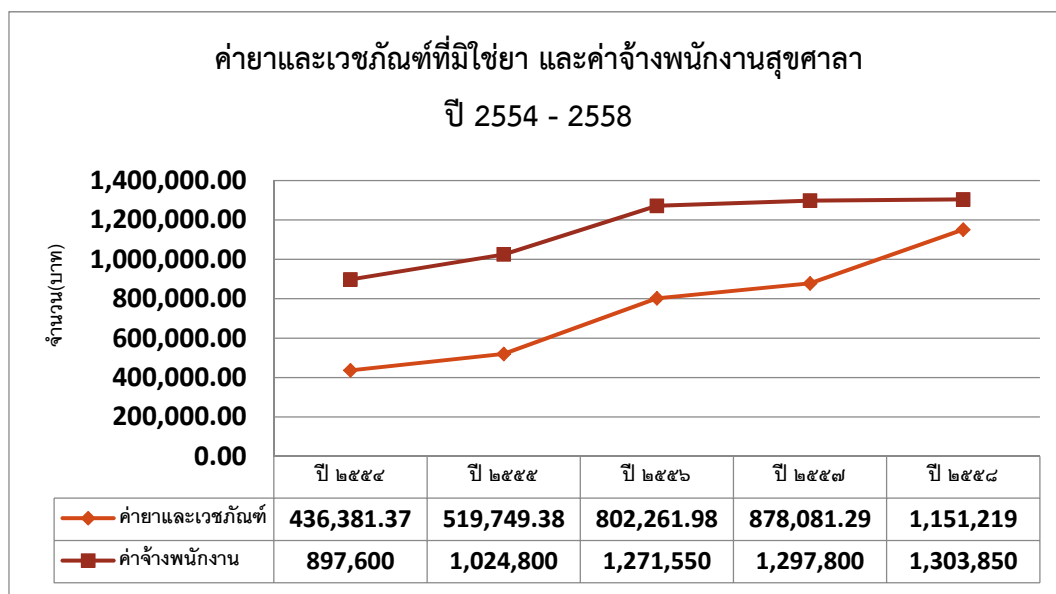
นอกจากการกระจายโครงสร้างหน่วยบริการเพิ่มขึ้น เทคโนโลยีการแพทย์และเทคโนโลยีสารสนเทศก็ถูกกระจายตามไปด้วยงบประมาณในการดำเนินการเป็นค่ายาและเวชภัณฑ์ของสุขศาลา 16 แห่ง ในรายงานของโรงพยาบาลอุ้มผางในปี พ.ศ. 2558 รวมกันปีละประมาณ 1.1 ล้านบาท สามารถช่วยดูแลผู้ป่วยได้ประมาณปีละกว่า 37,000 ราย⁵ โดยเวชภัณฑ์ที่มีอยู่ในสุขศาลานั้นเป็นเวชภัณฑ์ที่จำเป็นเช่น ยาปฏิชีวนะพื้นฐาน ยารักษามาลาเรีย ยาขยายหลอดลม ยาแก้แพ้ ฯลฯ ซึ่งสามารถใช้รักษาโรคพื้นฐาน จึงไม่ต้องส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาล และ ยังมีระบบสื่อสารด้วยวิทยุ ในบางพื้นที่ห่างไกลมากเช่นที่ สุขศาลาเลตองคุ ก็มีการใช้ระบบ internet และมีสัญญาณโทรศัพท์ผ่านดาวเทียม เป็นต้น ทำให้เห็นว่าการเตรียมกำลังคน ยา และ เวชภัณฑ์ต่างๆเพื่อรองรับผู้ป่วยที่จำเป็นได้

ในอดีตครั้งเมื่อการคมนาคมขนส่งจำกัดการเข้าถึงบริการยาจำเป็นก็เป็นประเด็นในอำเภออุบลรัตน์ จึงเคยมีกองทุนยาประจำหมู่บ้านเริ่มดำเนินการก่อนยุค UC ได้รับความนิยมนพอสมควรแต่เมื่อเข้าสู่ยุค UC และครัวเรือนกว่าร้อยละ 60 มีรถส่วนตัว ความนิยมซื้อยาจากกองทุนยาก็ลดลง

ตารางที่ 3 a ผลของการดำเนินงานของสุขศาลาในเขตอำเภออุ้มผาง 15 แห่ง และ สุขศาลาข้ามแดนบ้านก้อเซอ
ระหว่างปีงบประมาณ 2556 -2558

ลำดับ	สุขศาลา	ปีงบประมาณ					
		2556		2557		2558	
		จำนวนการใช้ บริการ (ครั้ง)	ค่ายาและ เวชภัณฑ์ (บาท)	จำนวนการใช้ บริการ (ครั้ง)	ค่ายาและ เวชภัณฑ์ (บาท)	จำนวนการ ใช้บริการ (ครั้ง)	ค่ายาและ เวชภัณฑ์ (บาท)
1	พระราชทานบ้าน เลตองคุ	6,246	94,297	3,656	142,088	4,242	167,966
2	พระราชทานบ้าน แม่จันทะ	4,359	205,892	5,077	272,669	7,711	413,608
3	บ้านกูโบ	643	29,869	703	31,583	1,207	46,870
4	บ้านยูไนท์	822	19,453	1,136	16,110	1,185	27,514
5	บ้านพอกระทะ	1,145	17,333	1,389	33,534	703	24,211
6	บ้านกุยเคลอะ	1,504	40,908	1,349	33,840	1,151	24,625
7	บ้านคอโซทะ	1,292	27,649	1,146	37,800	2,002	64,213
8	บ้านโซทะ	972	58,687	1,521	34,340	2,371	32,777
9	บ้านอุ้มผางคี	1,216	34,942	1,493	23,617	1,524	33,900
10	บ้านแม่ละมั่งคี	3,971	26,305	1,934	25,658	1,795	22,761
11	บ้านมะโอโคะ	3,562	16,589	3,911	17,419	4,706	31,122
12	บ้านทีจือซี	3,073	51,228	3,716	46,828	2,750	62,143
13	บ้านยะโมคี	923	15,033	920	17,504	795	18,136
14	บ้านแม่กลองใหญ่	3,658	63,203	3,143	51,590	2,376	59,859
15	บ้านทีโพจิ	1,251	23,187	1,689	23,912	1,123	36,336
16	ข้ามแดนบ้านก้อ เซอ (เมียนมาร์)	3,332	77,687	4,818	69,589	4,527	85,178
	รวม	37,969	802,262	37,601	878,081	37,168	1,151,219

แหล่งข้อมูล: รพ.อุ้มผาง จ.ตาก



ภาพที่ 3a ค่าใช้จ่ายการให้บริการในสุขศาลาที่อำเภออุ้มผางจังหวัดตากระหว่างปี 2554 – 2558

2. การสร้างช่องทางการสื่อสาร: หัวใจสำคัญสำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพ

ด้วยปัญหาความห่างไกลของพื้นที่ป่าเขาในเขตชายแดนไทยพม่า พบว่าการสื่อสารโทรศัพท์ที่ไม่อาจใช้ได้หลายพื้นที่ แม้ว่าการสื่อสารเป็นหัวใจสำคัญในการส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลอุ้มผางจึงได้วางโครงข่ายสารสนเทศไปทั่วทั้งอำเภอเพื่อที่จะได้เชื่อมต่อข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย จนสามารถรับส่งผู้ป่วยได้ทันเวลาเป็นจำนวนมาก ในปัจจุบันด้วยระบบเครือข่าย internet ผ่านดาวเทียมการสื่อสารจึงสามารถสื่อสารผ่านมือถือด้วย LINE application ซึ่งทำให้สามารถส่งทั้งรูปและข้อความให้สามารถแพทย์ประเมินอาการได้ดียิ่งขึ้น นี่คือการริเริ่มด้วยตัวการพึ่งตนเองของผู้รับผิดชอบระดับพื้นที่เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชากรเปราะบางในพื้นที่ห่างไกลความเจริญอย่างน่าชื่นชม

ในเรื่องนี้แม้ยังไม่ชัดเจนว่า ที่อำเภออุบลรัตน์รูปแบบการสื่อสารระหว่างพยาบาลชุมชนกับรพสต/รพอำเภออุบลรัตน์ ระหว่างวันที่พยาบาลชุมชนปฏิบัติงานในหมู่บ้านเป็นอย่างไร แต่อาจอนุมานจากรายงานวิจัยติดตามนโยบาย”หมอครอบครัว” ของไฟบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาลและคณะ¹⁰ ได้ว่า การสื่อสารน่าจะเป็นไปในรูปแบบคล้ายกัน ยกเว้นไม่มีความจำเป็นต้องอาศัยวิทยุเหมือนที่อุ้มผาง ในรายงานนี้ กว่าร้อยละ90 ของสมาชิกเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสื่อสารกันด้วย LINE application หรือโทรศัพท์มือถือ

3. การรักษาเพื่อควบคุมป้องกันโรค

ตรงข้ามกับสถานการณ์มาลาเรียในส่วนใหญ่ของประเทศ ตากยังเป็นจังหวัดที่มีอัตราการเกิดโรคมาลาเรียสูงสุดในประเทศมายาวนาน ยาต้านมาลาเรีย และชุดตรวจหาการติดเชื้อมาลาเรีย (กล้องจุลทรรศน์ และ test kits) เป็นเงื่อนไขสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยมาลาเรียรุนแรงรอดชีวิตได้ สิ่งนี้กระจายทั่วถึงอยู่ในสุขศาลาที่อำเภออุ้มผาง และ

หน่วยมาลาเรียน(malaria post)ทั่วจังหวัดตาก การอบรมชาวบ้านให้ตรวจหาเชื้อมาลาเรีย แล้วให้ยาต้านมาลาเรีย ทั้งหมดนี้นับเป็นกลไกและกระบวนการสำคัญในการควบคุมป้องกันโรคมมาลาเรียในพื้นที่ห่างไกลและขาดแคลน บุคลากรสุขภาพมีอาชีพ และ ถือเป็นมาตรการในการควบคุมโรคมมาลาเรียโดยตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อระยะ gametocyte จากคนสู่ยุงสู่คน ที่เป็นที่ยอมรับระดับสากลภายใต้หลักการของการป้องกันโรคระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) หรือ early diagnosis and treatment (EDT) ⁶

เช่นเดียวกับพื้นที่ส่วนใหญ่ของประเทศที่อำเภออุบลรัตน์ โรคเรื้อรังกำลังคุกคามสุขภาพชุมชน การคัดกรอง เบาหวาน-ความดันเป็นบริการมาตรฐานในการค้นหาผู้ป่วยในขั้นแรก อย่างไรก็ตามบริการคัดกรองปีละครั้งอาจไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายได้เท่าที่ควร เช่นเดียวกับข้อจำกัดในการให้บริการครอบคลุมความต้องการบริการสุขภาพ ด้านอื่นๆโดยเฉพาะในหมู่บ้านที่การคมนาคมไม่สะดวก ตลอดจนปัญหาความขาดแคลนพยาบาลซึ่งมีอัตราหมุนเวียน ออกจากพื้นที่หรือวิชาชีพมาก

รพ.อุบลรัตน์จึงจัดตั้งโครงการพยาบาลชุมชนตั้งแต่พ.ศ. 2549 โดยคัดเลือกนักเรียนจากชุมชนในอำเภออุบลรัตน์ และส่งไปฝึกอบรมในสถานศึกษาในจังหวัดขอนแก่น พร้อมทั้งเสริมความผูกพันต่อรพ.และพื้นที่ด้วยการฝึกปฏิบัติงานในรพ.อุบลรัตน์ระหว่างปิดภาคเรียน หลังจากเรียนจบแล้วในช่วงแรกจะต้องปฏิบัติงานใน รพ.อยู่ประมาณ 3 เดือนก่อนเพื่อเพิ่มพูนทักษะทางวิชาชีพ จึงได้เริ่มมาทำงานในชุมชนโดยมีพยาบาลผู้ประสานงาน (Supervisor) ดูแลติดตามตลอดเป็นเวลาประมาณ 3 เดือน หลังจากนั้นจึงค่อยๆ ปล่อยให้ได้ทำงานเอง จวบจนปัจจุบัน พยาบาล สำเร็จการฝึกอบรมแล้ว 40 คนกระจายให้บริการระดับหมู่บ้านสัปดาห์ละ 1 วัน เพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการ อย่างไรก็ตาม ไม่ปรากฏหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า โครงการนี้ประสบผลสำเร็จในแง่การเพิ่มการเข้าถึงบริการสักเพียงใด เนื่องจากข้อจำกัดของผู้รับผิดชอบโครงการในด้านการติดตามประเมินผลเชิงปริมาณ

4. หมอตำแยความสวยงามของงานปฐมภูมิในพื้นที่ห่างไกล

เช่นเดียวกับความขาดแคลนบุคลากรสุขภาพมีอาชีพในการควบคุมโรคมมาลาเรีย บริการอนามัยแม่และเด็กก็ ประสบอุปสรรคเดียวกันในอำเภออุ้มผางและท่าสองยาง ทำให้การคลอดบุตรเสี่ยงต่อบาดทะยักในทารก (tetanus neonatorum) เพราะหมอตำแยใช้ไม้ไผ่ตัดสายสะดือเด็ก การฝึกอบรมหมอตำแยในอำเภอทั้งสองให้ทำคลอดโดย ปลอดภัยจึงเป็นทางเลือกที่เหมาะสมในการแก้ไขอุปสรรคดังกล่าว^{5,6} ทำให้ลดอุบัติการณ์การติดเชื้อบาดทะยักในทารก ได้ เช่นเดียวกัน ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นความเสี่ยงของแม่ในพื้นที่ขาดแคลนเช่นนี้ การฝึกอบรมหมอตำแยให้ สอนปัสสาวะอย่างปลอดภัยเพื่อลดอุปสรรคระหว่างการคลอดเป็นอีกทางเลือกที่เหมาะสมและได้ผลในการลดความ จำเป็นในส่งต่อมารดาตกเลือดหลังคลอดเข้ารพ.

“ผมไม่ได้รวบรวมสถิติครับ แต่หลังจากสอนหมอตำแยสอนปัสสาวะ ผมไม่ถูกตามถีเหมือนแต่ก่อนอีก”... แพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุ้มผางที่ต้องเดินทางเข้าพื้นที่ทุรกันดารเพื่อทำคลอดในกรณีผู้ป่วยคลอดลำบากเป็นประจำให้ข้อมูล

โดยนอกจากจะมีการอบรมให้หมอตำแยมีความรู้ความเข้าใจในศาสตร์เกี่ยวกับการคลอดทางการแพทย์และความเข้าใจวิธีการป้องกันการติดเชื้อต่างๆ ก็มีเครื่องมือคือชุดทำคลอดที่จะประกอบด้วยทั้งลูกยางดูดเสมหะทารก สายสวนปัสสาวะมารดา (ช่วยให้คลอดง่ายขึ้น) ไบมีดปลอดภัยไว้ตัดสายสะดือ น้ำยาฆ่าเชื้อ ถุงมือปลอดภัย ฯลฯ ซึ่ง

เป็นอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการคลอด ซึ่งเป็นการให้เปล่าแก่หมอดำแยที่ผ่านการอบรมทุก เมื่อใช้แล้วสามารถมาเบิกชุดใหม่ได้ตามความต้องการ

ที่อำเภออุบลรัตน์ ในหมู่บ้านซึ่งพยาบาลชุมชนปฏิบัติงานและอาศัยอยู่ด้วยในฐานะลูกบ้าน อาจทำให้ผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน เช่น น้ำตาลในเลือดต่ำ เกร็ดเลือดต่ำจนเลือดออกใต้ผิวหนัง เข้าถึงบริการดูแลเบื้องต้นและส่งต่อได้สะดวกรวดเร็วขึ้น

“เคสเข้ามาปรึกษาล้ายๆ เป็นเกร็ดเลือดต่ำ มีจุดจ้ำเขียวตามตัว เราแนะนำให้ไปเจาะเลือดดูน่าจะเกร็ดเลือดต่ำวันรุ่งขึ้นเค้าก็ไป รพ.เลย ...คนไข้ได้รับเลือด...คนไข้มาขอบคุณเรา เพราะคนไข้ไม่รู้จะทำยังไง ชาวบ้านเราเห็นไข้เกร็ดเลือดต่ำ ตัวซีดก็จะบอกว่าเป็นผีพรายมาดูดไม่มีอะไรเดี๋ยวก็นหาย”พยาบาลชุมชน อำเภออุบลรัตน์

5. การจัดการเรื่องสัญชาติและสิทธิการรักษาพยาบาล: โรงพยาบาลเพื่อคนไร้รัฐ ไร้สัญชาติ

นอกจากอำเภออุ้มผางจะมีลักษณะภูมิประเทศทุรกันดารแล้วประชากรส่วนใหญ่ยังเป็นชาติพันธุ์กระเหรี่ยงทั้งที่มีสัญชาติไทย และ ไม่มีสัญชาติไทย โดยที่อุ้มผางพบว่าประชากรกว่าครึ่งหนึ่งไม่มีสัญชาติไทย ทำให้โรงพยาบาลไม่มีรายรับค่ารักษาพยาบาลตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อให้บริการประชากรกลุ่มนี้ แม้ว่ารพ.ได้ร้องของบประมาณเพิ่มเติมก็ไม่ค่อยจะเป็นผลเพราะสภาระบบัญญัติของพรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำกัดการอุดหนุนค่ารักษาพยาบาลสำหรับคนสัญชาติไทยเท่านั้น (มีเลขประจำตัว 13 หลัก) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุ้มผางจึงได้จัดทำบัตรประจำตัวให้กับประชาชนกลุ่มที่ไม่มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินี้ ซึ่งประชาชนกลุ่มนี้จะได้รับ “บัตรขาว” ให้ประชาชนกลุ่มเปราะบางนี้ให้เข้าถึงบริการที่โรงพยาบาลอุ้มผางได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเช่นเดียวกับกลุ่มประชาชนไทยที่ได้รับบัตรทอง โดยมีหลักในการคิดให้บริการโดยไม่คิดมูลค่าว่าจะช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะโรคติดเชื้อที่อาจจะแพร่ระบาดได้ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มยากจนและอยู่ห่างไกลถ้าไม่ได้รับการรักษาให้ถูกต้องและทันท่วงทีจะแพร่กระจายเชื้อไปสู่คนอื่นได้ และจะสามารถใช้การขึ้นทะเบียนบัตรขาวเป็นการสำรวจจำนวนประชากรกลุ่มที่ไม่มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพในอำเภอ การดำเนินการเพื่อบุคคลดั่งกล่าวจึงเป็นภาระทางการเงินแก่โรงพยาบาลที่มียอดรายจ่ายสังคมสงเคราะห์สะสมถึง 36 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2553⁶

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุ้มผางได้รับความช่วยเหลือจากภาคีต่างๆที่อุดหนุนให้โรงพยาบาลได้รับงบประมาณเพิ่มเติมจากค่าอุดหนุนรายหัวสุขภาพ โดยกลุ่มแรกที่ได้รับการช่วยเหลือคือกลุ่มบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทย แต่มีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร เป็นผู้ที่รอกการพิสูจน์สัญชาติ ได้เคยรับสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแต่ถูกถอนสิทธิเมื่อมีการตีความคำว่าผู้มีสิทธิใน พรบ.หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อ 18 มกราคม พ.ศ. 2548 โดยประชาชนกลุ่มนี้มีจำนวนหลายแสนคน โดยมีการรวมตัวกันของเครือข่ายโรงพยาบาลชายแดนเพื่อจุดประเด็นเรื่องการคืนสิทธิแก่ประชาชนกลุ่มนี้จน เกิดมติกรม.ที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2553 คืนสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและสิทธิ จนเกิดกองทุนคืนสิทธิเป็นประชาชนกว่า 4 แสนคนจากมติคณะรัฐมนตรีนี้ได้รับงบกว่าปีละ 900 ล้านบาท อย่างไรก็ตามแม้ได้ช่วยกันขับเคลื่อนเรื่องการคืนสิทธิได้จนสำเร็จ ประชากรกลุ่มที่เข้าข่ายได้คืนสิทธิที่โรงพยาบาลอุ้มผางดูแลมีเพียงประมาณ 5,000 คน ทำให้โรงพยาบาลยังต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายให้กับประชาชนกลุ่มที่ไม่เข้าข่ายได้รับการคืนสิทธิอื่นๆอีกกว่าสามหมื่นคน ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรดังนี้

1. คนที่ไม่มีเอกสารแสดงตนใดๆเลย ส่วนหนึ่งควรเป็นคนที่จะได้สิทธิสัญชาติไทย แต่ด้วยเกิดในถิ่นทุรกันดารห่างไกลและไม่มีความรู้จึงไม่ได้แจ้งเกิดและไม่ได้เพิ่มชื่อในทะเบียนบ้าน
2. คนที่โดยข้อเท็จจริงแล้วเป็นคนมีสัญชาติไทย แต่ได้รับการบันทึกในทะเบียนราษฎรไทยในฐานะคนต่างด้าว
3. คนต่างด้าวที่เกิดในประเทศไทย (ตั้งแต่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2535) และได้รับการบันทึกในทะเบียนราษฎรไทยในฐานะคนต่างด้าว บิดามารดาอาศัยอยู่ในประเทศไทยชั่วคราว
4. คนต่างด้าวที่เกิดนอกประเทศไทย บางส่วนเข้ามาอาศัยในประเทศไทยเป็นเวลานานแล้วและได้สิทธิอาศัยชั่วคราว
5. คนต่างด้าวที่ได้รับการบันทึกในทะเบียนราษฎรในฐานะแรงงานต่างด้าวจากพม่า
6. คนต่างด้าวที่อาศัยในพื้นที่พักพิงชั่วคราวและได้รับการบันทึกในทะเบียนบุคคลในฐานะผู้หนีภัยจากการสู้รบ ซึ่งในอำเภออุ้มผางมีพื้นที่พักพิงชั่วคราวอยู่ที่บ้านนุโพ ตำบลแม่จัน

ซึ่งด้วยสถานการณ์ทางการเงินของโรงพยาบาลที่ติดลบจำนวนมาก จึงเกิดแนวทางในการช่วยเหลือโดยเน้นที่การช่วยเหลือให้ประชาชนที่ไม่มีสิทธิกลับมา มีสิทธิตามกฎหมาย ซึ่งได้รับการจัดประกายจากการมาเยี่ยมของคณะของ ศ. นพ.วิจารณ์ พานิช นพ.นิรันดร์ พิทักษ์วัชระ และ รศ.ดร.พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร ที่ลงพื้นที่ระหว่างวันที่ 3 – 5 กันยายน พ.ศ. 2553 ที่สรุปกันว่าควรมีการดำเนินการด้านกฎหมายเพื่อคืนสิทธิแก่ประชาชนคนเล็กคนน้อย เหล่านี้ โดยได้รับความร่วมมือจาก สถาบันวิจัยและพัฒนาเพื่อเฝ้าระวังสถานะไร้รัฐและคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร มีจุดเริ่มต้นจากทางโรงพยาบาลจึงได้จัดตั้ง “โครงการก่อตั้งคลินิกกฎหมายอุ้มผางเพื่อปัญหาสถานะและสิทธิ” และพัฒนามาเป็น “คลินิกกฎหมายอุ้มผางเพื่อมนุษย์ชน” ขึ้นเมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม 2555 โดยมีเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครที่มาร่วมทำงาน โดยอาสาสมัครนั้นเป็นนักกฎหมายที่เข้าร่วมโครงการของมูลนิธิอาสาสมัครเพื่อสังคม (มอส.) ที่จะมาเป็นอาสาสมัครประมาณ 1 ปี ซึ่งการทำงานต้องมีการลงพื้นที่ เพื่อสัมภาษณ์ เก็บข้อมูลเอกสารมาวิเคราะห์และให้ความเห็นทางกฎหมายเพื่อเป็นหลักฐานในการพิสูจน์สถานะของประชาชนกลุ่มนี้ต่อไป

งานที่น่าจะเป็นรูปธรรมสำคัญของกลุ่มที่ทำงานด้านสถานะบุคคลแถบชายแดนคือการจัดให้มีเครือข่ายนำร่องโครงการจดทะเบียนการเกิดออนไลน์ ซึ่งเป็นความร่วมมือขององค์กรต่างๆ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักบริหารการทะเบียนราษฎร ยูนิเซฟ (UNICEF) เพื่อทำหน้าที่รับรองการเกิดให้กับผู้ที่เกิดในโรงพยาบาลในเครือข่าย ป้องกันการตกหล่นของการแจ้งเกิดซึ่งมีปัญหาอุปสรรคเกิดขึ้นบ่อยๆในพื้นที่ทุรกันดารเช่น อำเภออุ้มผาง ซึ่งหนังสือนี้เป็นเสมือนจุดเกาะเกี่ยวในการพิสูจน์สถานะบุคคลที่เกิดในอนาคต และทางรพ.อุ้มผางได้ใช้ข้อมูลออนไลน์นี้เชื่อว่าผู้ที่เกิดที่โรงพยาบาลรายได้ไปแจ้งเกิดแล้วหรือยังจากการเชื่อมต่อเครือข่ายกับสำนักทะเบียนเทศบาลตำบลอุ้มผาง เช่นในปี 2554 – 2555 มีคนเกิด 673 รายแจ้งเกิด 455 ราย นอกนั้นยังไม่แจ้งเกิดเป็นต้นความสำเร็จของรพ.อุ้มผางในเรื่องนี้ได้กลายเป็นแบบอย่างในปัจจุบันให้แก่โรงพยาบาลชายแดนไทยพม่า เขตจังหวัดตากแล้วอีกหลายแห่งคือ โรงพยาบาลท่าสองยาง โรงพยาบาลพบพระ โรงพยาบาลแม่ระมาด และ โรงพยาบาลแม่สอด

อำเภออุบลรัตน์ เป็นพื้นที่ไม่ติดชายแดนจึงไม่มีปัญหาคนไร้สัญชาติเหมือนอัมพวง อย่างไรก็ตาม หมู่บ้านห่างไกลจากรพ.หรือรพสต ก็อาจเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงเชิงกายภาพ นวัตกรรม พยาบาลชุมชนอาจเป็นคำตอบให้กับประเด็นนี้โดยเฉพาะสำหรับผู้สูงวัยและผู้ป่วยฉุกเฉิน

“อย่างตำบลศรีสำราญทางโน้น ไกลจาก รพ.เยอะมาก ตำบลนาคำก็การคมนาคมไม่ค่อยสะดวก อาจจะมีรถกันเยอะก็จริงแต่ชาวบ้านก็ต้องจ้างเหมารถมมา เพราะชาวบ้านยังไม่รู้จัก 1669 เราก็ช่วยประชาสัมพันธ์ ตอนนี้ก็เริ่มรู้มากขึ้น”พยาบาลชุมชนอำเภออุบลรัตน์

สรุปบทเรียนการพัฒนามาตรการในระดับชุมชนของอำเภออัมพวงเทียบกับอำเภออุบลรัตน์

จากข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาลอัมพวงและอำเภออุบลรัตน์ที่ยกมานั้น สามารถวิเคราะห์ได้ว่ากลุ่มผู้ป่วยเปราะบางของอำเภออัมพวงคือ เป็นกลุ่มชาติพันธุ์กระเหรี่ยง ผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล และมีฐานะยากจนหรือ ไม่มีสัญชาติไทย (กลุ่มไร้รัฐไร้สัญชาติ) มีโรคระบาดชุมชน โดยเฉพาะมาลาเรีย และมีปัญหาสุขภาพอื่นที่ต้องการการช่วยเหลือทันที เช่น การคลอดบุตร สำหรับอำเภออุบลรัตน์ ผู้สูงวัย และ ผู้ป่วยฉุกเฉินโดยเฉพาะในหมู่บ้านห่างไกลหรือการคมนาคมไม่สะดวกอาจเข้าข่ายกลุ่มเปราะบาง

การยกระดับการเข้าถึงบริการด้วยมาตรการระดับชุมชนต่างๆดังกล่าว สามารถวิเคราะห์เป็นบทเรียนได้ตามกรอบแนวคิดระบบบริการสุขภาพขององค์การอนามัยโลกในได้ดังนี้

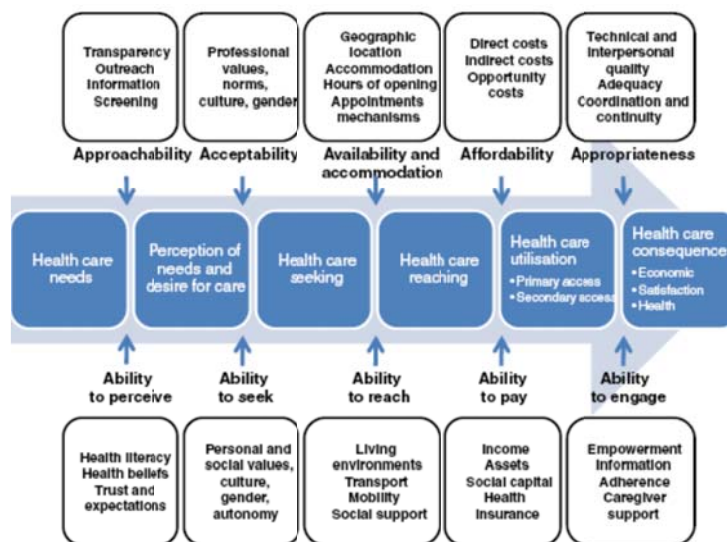
1. ในด้านโครงสร้าง พบว่ามาตรการในระดับชุมชนของอัมพวง หมายถึงการจัดตั้งสุขศาลาและหน่วยมาลาเรียในพื้นที่ห่างไกลเพื่อเปิดช่องว่างการเข้าถึงบริการในทางกายภาพ (physical access) นอกจากนี้ในด้านกำลังคน การแก้ปัญหาความขาดแคลนบุคลากรสุขภาพเมื่ออาชีพเป็นไปด้วยการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อขยายบริการไปที่ สุขศาลา และ malaria post หรือ บริการคลอดในครัวเรือนด้วยการฝึกอบรมประชาชนในพื้นที่และหมอดำแย้ให้มีความสามารถตามหลักวิชาการและสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน ในอดีตกองทุนยาที่อำเภออุบลรัตน์ก็เข้าข่ายเดียวกัน แม้ไม่ปรากฏหลักฐานชัดเจนว่า ทำให้การใช้ยาอย่างเหมาะสมแพร่หลายแตกต่างจากการไม่มีกองทุนยาหรือไม่ ครั้นมีUC กองทุนยาก็ลดบทบาทลงไปมาก
2. ในด้านเทคโนโลยี ได้มีการสนับสนุนทั้งยาและเครื่องมือแพทย์กระจายไปสู่บริการระดับปฐมภูมิ ได้แก่ ยาต้านมาลาเรีย ชุดตรวจหาการติดเชื้อมาลาเรีย หรือ ชุดทำคลอดสำหรับหมอดำแย้
3. ในด้านระบบสารสนเทศ รพ.อัมพวงขุดเซยความขาดแคลนสัญญาณโทรศัพท์ด้วยการสื่อสารทางวิทยุในพื้นที่ห่างไกลเพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยให้เป็นไปได้แม้มีข้อจำกัดดังกล่าว นอกจากนี้ปัจจุบันเมื่อมีระบบเชื่อมต่อสื่อสาร internet ผ่านดาวเทียมทำให้การปรึกษาปัญหาของผู้ป่วยและการส่งต่อเป็นไปได้อย่างดียิ่งขึ้น ซึ่งน่าจะคล้ายกับกรณีอำเภออุบลรัตน์และอำเภอส่วนใหญ่ในประเทศไทย
4. ด้านการเงินการคลัง รพ. เป็นปัญหาเสมอมาเพราะต้องดูแลผู้ป่วยโดยได้รับงบประมาณอุดหนุนน้อยกว่าจำนวนประชากรที่ต้องดูแลกว่าครึ่งเพราะประชาชนจำนวนมากเป็นคนไร้รัฐไร้สัญชาติ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยด้วยเพราะเมื่อไม่มีงบประมาณอุดหนุนที่ต้องมีเงินมาจ่ายค่ารักษาพยาบาล (ซึ่งทางโรงพยาบาลอัมพวงไม่เคยเรียกเก็บ) ทางโรงพยาบาลจึงได้พยายามแก้ปัญหาทั้งเรื่องงบประมาณและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยในพื้นที่โดยจัดตั้งคลินิกกฎหมายเพื่อนำนักนิติศาสตร์มาช่วยเร่งกระบวนการคืนสัญชาติให้กับประชาชนจำนวนหนึ่งในเขตชายแดน จึงสามารถบรรเทาปัญหาขาดสมดุล งบประมาณได้ระดับหนึ่ง อำเภอ

- อุบลรัตน์ไม่มีปัญหาด้านนี้ชัดเจน ที่น่าสนใจในกรณีอำเภออุบลรัตน์คือการลงทุนสร้างพยาบาลชุมชน ซึ่งมีหลักฐานเบื้องต้นว่าอาจทำให้การเข้าถึงบริการมีคุณภาพและสะดวกมากขึ้นสำหรับผู้สูงวัยและผู้ป่วยฉุกเฉิน
5. ทั้งหมดนี้แสดงให้เห็นภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบของผู้บริหารพ.ในระดับอำเภออย่างเด่นชัด ในการที่มุ่งที่จะให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนกลุ่มเปราะบาง (vulnerable population) ในเขตอำเภออุ้มผางโดยไม่เลือกปฏิบัติ เพราะประชาชนกลุ่มดังกล่าวในอุ้มผางนั้นตั้งอยู่ห่างไกลจากบริการสุขภาพ และมีอุปสรรคด้านการเงินในการจ่ายค่าบริการสุขภาพ ทำนองเดียวกับ กรณีอำเภออุบลรัตน์

ในแง่ของจุดประสงค์ในการจัดระบบบริการให้เกิดความเป็นธรรมในแง่การเข้าถึงบริการ (access to care) นั้น กรอบเรื่องนวัตกรรมในการช่วยให้เข้าถึงบริการสาธารณสุขมูลฐาน (innovations to assist access to primary health care (PHC) ของ Lauralie Richard และ คณะในปี 2016 (รูปที่ 2) น่าจะเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีในการนำมาร่วมวิเคราะห์⁹

จะเห็นได้ว่าจากกรอบเรื่องการเข้าถึงบริการนี้สามารถนำไปปรับใช้กับบริการปฐมภูมิหรือการสาธารณสุขมูลฐานในเขตชายแดนไทยพม่าบริเวณจังหวัดตากซึ่งถือเป็นนวัตกรรมส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน หรือ ปฐมภูมิได้ชัดเจน เพื่อตอบสนองต่อความต้องการสุขภาพ (health care needs) ของประชาชนโดยตรงด้วยการกระจายโครงสร้างบริการไปสู่พื้นที่ชายแดนห่างไกล (availability and accommodation) โดยการดำเนินการไม่ได้มีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการให้บริการแก่ประชาชนเพราะคำนึงถึงความสามารถในการจ่ายของประชาชนในพื้นที่ชนบทห่างไกลและยากจน (affordability) ทำนองเดียวกับบริการของพยาบาลชุมชนที่อำเภออุบลรัตน์

ประเด็นที่โดดเด่นมากในกรณีอุ้มผางคือ การตั้งคลินิกกฎหมายเพื่อคืนสิทธิความมีสัญชาติไทยให้กับประชาชนในเขตห่างไกลนี้ให้ได้มากที่สุด นั่นคือ การลดอุปสรรคทางการเงินของผู้ป่วยลงนอกเหนือจากระบบปกติ (ability to pay)



ภาพที่ 3b Conceptual framework of access to health care

นัยทางนโยบายและการวิจัย

1. ถ้า “ประชากรเปราะบาง” เป็นแนวคิดที่น่าสนใจในการต่อยอดการเข้าถึงบริการสุขภาพภายใต้ UC ในทางปฏิบัติยังมีความกำกวมในทุกระดับเกี่ยวกับแนวคิดและหลักการนี้ การทำความเข้าใจและหาข้อยุติ น่าจะเป็นไปด้วยการทดลองพัฒนาระบบบริการภายใต้ข้อยุติเบื้องต้นที่อาจมีมากกว่าหนึ่งชนิด
2. ถ้าจะขยายผลการพัฒนาอ้อมผางโมเดล ในมุมของระบบบริการสุขภาพข้ามพรมแดน(cross-border health care systems) องค์กรระหว่างประเทศและรัฐบาลไทยควรพิจารณาร่วมมือกันทดลองโมเดลนี้ในพื้นที่ชายแดนจังหวัดอื่นและประเทศอื่นที่ระดับเศรษฐกิจต่างกันและมีพรมแดนติดต่อกัน
3. น่าจะมีการวิจัยผลกระทบของระบบบริการที่อ้อมผางต่อสถานะสุขภาพของประชาชนประเทศเมียนมาร์บริเวณพรมแดนในแง่การลดภาระโรคและการป้องกันโรคระบาด เพื่อให้ได้ความรู้ที่จะระดมทรัพยากรเพิ่มเติมและลดภาระของประเทศไทยที่กำลังแบกรับค่าใช้จ่ายการดูแลสุขภาพประชาชนต่างด้าว
4. กรณีพยาบาลชุมชน ยังมีความจำเป็นต้องวิจัยเพิ่มเติมในเชิงปริมาณเพื่อประเมินผลผลิตและผลลัพธ์ว่าเป็นไปตามที่คาดหวังหรือไม่ โดยอาจใช้วิธีเปรียบเทียบระหว่างหมู่บ้านที่มีและไม่มีพยาบาลชุมชน ในอำเภออุบลรัตน์และอำเภออื่นๆที่ใช้รูปแบบนี้ เช่น อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

เอกสารอ้างอิง

1. จันทราภา จินดาทอง และ เนาวรัตน์ พลายน้อย (2556) การบริหารจัดการเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตประชากรผู้มีปัญหาสถานะบุคคล: กรณีการเข้าถึงบริการสุขภาพโรงพยาบาลอุ้มผาง จ.ตาก พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด กรุงเทพฯ
2. (2555). รายงานสถานสุภาพของประชาชนอำเภออุ้มผางจังหวัดตาก โรงพยาบาลอุ้มผาง จ.ตาก
3. (2556) “สมเด็จพระเทพฯ” ทรงติดตามผลการดำเนินโครงการตามพระราชดำริ จ.ตากจาก Chaoprayanews วันอังคาร 24 ธันวาคม 2556
<http://www.chaoprayanews.com/2013/12/24/โครงการในพระราชดำริ/>
4. เจ้าหน้าที่ระบบส่วนกลาง ระบบห้องสมุดข่าวสารและองค์ความรู้สำหรับประชาชน สำนักข่าวกรมประชาสัมพันธ์ 24 ธันวาคม พ.ศ. 2556
<http://knowledge.prd.go.th/th/site/news/detail/TROYAL5612237339>
5. (2558) ข้อมูลสถิติค่าใช้จ่ายและการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลอุ้มผาง เป็น excel file
6. Landier J., et.al. (2016) The role of early detection and treatment in malaria elimination. Mala J 15:363 DOI 10.1186/s12936-016-1399-y
7. (2555). คู่มือ พัฒนางค์ความรู้หมอตำแยในการดูแลแม่และเด็ก โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในถิ่นทุรกันดารเขตชายแดนไทย-พม่า โรงพยาบาลอุ้มผาง จ.ตาก
8. วิษซ์ เกษมทรัพย์ และ คณะ (2556) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในถิ่นทุรกันดารเขตชายแดนไทย-พม่า
9. Richard L. et. al. (2016). Equity of access to primary health care for vulnerable populations: the IMPACT international online survey of innovations. International Journal of Equity in Health 15:64.
10. ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล สุภา เพ็งพิศ สมชาย วิริติรมย์กุล นภาพร วาณิชย์กุล ทีมวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนนทบุรี โครงการวิจัยติดตามประเมินผลนโยบายทีมหมอครอบครัว ตุลาคม 2558
เสนอต่อ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

4. การดูแลระยะยาวในชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชน: กรณีศึกษาอำเภอลำสนธิ อำเภอกุฉินารายณ์ และอำเภอบรรพิต

บรรพิต ลีระพันธ์ และ วิชัย เอกพลากร

บริบทของพื้นที่

กรณีศึกษาทั้งสามพื้นที่มีแนวทางวิถีปฏิบัติทั้งที่คล้ายกันและต่างกัน กล่าวคือ อำเภอลำสนธิ และอำเภอกุฉินารายณ์ ได้รับการยอมรับว่าเป็นเลิศในการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชนของประเทศไทย มีบริบทเฉพาะใกล้เคียงกันถึงแม้ว่าจะอยู่คนละจังหวัดและคนละภาคของประเทศไทย ทั้งสามพื้นที่อยู่ในเขตชนบทเป็นส่วนใหญ่ ประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร อำเภอลำสนธิตั้งอยู่ทางตะวันออกสุดของจังหวัดลพบุรี (อยู่ติด จ.ชัยภูมิและ จ.นครราชสีมา) ห่างจากตัวจังหวัดประมาณ 120 กิโลเมตร ส่วนอำเภอกุฉินารายณ์ตั้งอยู่ทางตะวันออกสุดของจังหวัดกาฬสินธุ์ ห่างจากตัวจังหวัดประมาณ 80 กิโลเมตร แต่อยู่ในเส้นทางคมนาคมที่กำลังเจริญเติบโตและมีความสำคัญเพิ่มขึ้นเนื่องจากเป็นทางเชื่อมต่อระหว่างตะวันตกและตะวันออกของประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้าน (east-west corridor) ประชาชนส่วนใหญ่ในอำเภอลำสนธิพูดภาษาไทยกลาง ส่วนประชาชนส่วนใหญ่ในอำเภอกุฉินารายณ์เป็นคนไทยเชื้อสายลาวซึ่งพูดภาษาอีสาน (ผู้ลาว) และประชาชนบางส่วนเป็นชนกลุ่มน้อยชาวผู้ไท ซึ่งพูดภาษาผู้ไท และมีมรดกทางวัฒนธรรมที่เป็นเอกลักษณ์

บรรพิต อำเภอลำสนธิ จังหวัด นครราชสีมา ห่างจากอำเภอเมือง 81 กม.ไปทางทิศใต้ มีประชากร 95,470 คน ส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นเกษตรกร และรับจ้าง ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา มีผู้ป่วย stroke รายใหม่เกิดขึ้นในบรรพิต 500- 600 คนต่อปี แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปี ปี 2558 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 663 คน ในจำนวนนี้ ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้รุนแรง (ระดับ Modified Rankin Scale (MRS) ระดับ 4, 5) จำนวน 70 คน นอกจากนี้ยังมีผู้พิการจากอุบัติเหตุอีกจำนวนหนึ่ง ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนหนึ่งสามารถรับการฟื้นฟูที่รพ. แต่ส่วนใหญ่การเดินทางมา รพ. เป็นอุปสรรคหนึ่งของผู้ป่วยและญาติประสบและไม่สามารถมาทำกายภาพบำบัดได้อย่างเพียงพอต่อเนื่อง และตามด้วยภาวะพิการไม่สามารถเคลื่อนไหวเท่าที่ควรจะเป็น เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งภาวะแทรกซ้อนของการติดเชื้อ ฯลฯ

คณะทำงานในระบบสุขภาพอำเภอของทั้งสามพื้นที่มีฐานในการทำงานอยู่ที่โรงพยาบาลชุมชน โดยโรงพยาบาลลำสนธิเป็นโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ขนาด 30 เตียง และกำลังขยายเพิ่ม institute-based intermediate care/respite care ที่มีเตียงรองรับเพิ่มอีก 30 เตียง และมีการพัฒนาโครงการ “care team” (ภายหลังเรียกว่าโครงการ “คนลำสนธิไม่ทอดทิ้งกัน”) ภายใต้การนำของ นพ.สันติ ลาภเบญจกุล ผู้อำนวยการรพ. ลำสนธิ ซึ่งได้รับรางวัลแพทย์ชนบทดีเด่น ปี 2554 ของกองทุน นพ.กนกศักดิ์ พูลเกษร ของมูลนิธิแพทย์ชนบท ส่วนโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช (รพร.) กุฉินารายณ์ ได้รับการยกฐานะเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียงในปี พ.ศ.2555 มีแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทาง 5 สาขา ประกอบด้วย สาขาอายุรกรรม สาขากุมารเวชกรรม สาขาศัลยกรรม สาขาสตรี-นรีเวชกรรม และสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว มีการพัฒนา “ทีมไม่เลี้ยว” ของรพร.นำโดย นพ.สิริชัย นามทรงศนี แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งได้รับรางวัลแพทย์ชนบทดีเด่น ปี 2555 ของกองทุน นพ.กนกศักดิ์ พูลเกษร ของมูลนิธิแพทย์ชนบท ระหว่างสองรพ.ดังกล่าว รพ.บรรพิตเป็นรพ.ขนาด 60 เตียง ในปี พ.ศ.2557 มีแพทย์เชี่ยวชาญ

เฉพาะทาง 5 สาขา ประกอบด้วย สาขาศัลยกรรม สาขากุมารเวชกรรม สาขาศัลยกรรมอโรบิคส์ สาขาจิตเวช และ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว มีการพัฒนาคลินิกโรคเบาหวานซึ่งได้รับการยอมรับค่อนข้างกว้างขวางระดับหนึ่ง

กลุ่มประชากรเป้าหมายและประเด็นปัญหาสุขภาพ

คณะทำงานของทั้งสามกรณีศึกษาใช้แนวคิดในการทำงานเพื่อระบุกลุ่มประชากรเป้าหมายสอดคล้องกับ ประชากรกลุ่มเปราะบาง แม้ว่าจะไม่เคยรับทราบแนวคิดเรื่องประชากรกลุ่มเปราะบางมาก่อน โดยคณะทำงานของ อำเภอลำสนธิ เลือกลุ่มประชากรเป้าหมายเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยติดเตียงและกลุ่มผู้ป่วยพิการ (ทั้งทางกาย และทางจิตเวช โดยเฉพาะ “คนบ้า”) โดยพิจารณาจากประสบการณ์ตรงซึ่งเคยได้ไปเยี่ยมบ้านและพบผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านและผู้ป่วยพิการซึ่งยังไม่ได้รับการดูแลที่ดีพอ โดยมีประสบการณ์จากการทำ family folders ที่ทำให้สามารถ แยกแยะระหว่าง simple cases กับ complicated case และทำให้ได้พบกรณีผู้ป่วยที่มี “ช่องว่างระหว่างผู้ป่วยและ ผู้ให้บริการสุขภาพ” (“หมอไม่เข้าใจฉันหรอก”) ส่วนคณะทำงานของอำเภอกุฉินารายณ์เลือกลุ่มประชากรเป้าหมาย จากการใช้แนวคิดเรื่องเวชศาสตร์ครอบครัว (first contact, access) เริ่มต้นการพิจารณา 1) กลุ่มผู้ป่วยที่ “ไม่ได้รับประโยชน์จากรพ.” (เช่น ผู้ป่วยที่ไม่พบในรพ.แต่พบจากการเยี่ยมบ้าน ผู้พิการที่เดินทางลำบากและเข้าไม่ถึงรพ.) 2) กลุ่ม “คนทุกข์คนยาก” (ไม่มีญาติ ถูกทิ้ง จน หรือเป็นโรคที่น่ารังเกียจของสังคม เช่น จิตเภท หรือโรคทางจิตเวช ศาสตร์อื่นๆ) และ 3) กลุ่มผู้ป่วยที่เป็น “โรคโง่ๆ” คือเป็นโรคที่ป้องกันได้และรักษาได้ในระดับรพ. แต่ยังไม่ได้รับการ ดูแลที่ดีพอ ทำนองเดียวกัน กรณีรพ.นครบุรี คณะทำงานเลือกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง(สาเหตุจาก โรคหลอดเลือดสมอง, ผู้ชรา, อุบัติเหตุ ฯลฯ) และ มีปัญหาเศรษฐกิจหรือปัญหาในการเดินทางมารับบริการที่ รพ. หรือ รพ.สต.

“ในมุมมองของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่พิจารณาว่าประชากรกลุ่มเปราะบางต้องมียังสิ่งกีดขวางการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดำรงอยู่แม้ว่าจะมีการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้วก็ตาม เช่น ความพิการ การติดบ้านติดเตียง เป็นต้น ในขณะที่การเจ็บป่วยทั่วไปหรือความยากจนเพียงลำพังนั้นอาจไม่ใช่ความเปราะบาง ดังนั้น ผู้ป่วย CKDs โดยลำพังไม่น่าจะใช้ประชากรกลุ่มเปราะบาง ยิ่งเป็นผู้ป่วย NCDs ที่ไม่มี CKDs ยิ่งไม่น่าจะใช้ประชากรกลุ่มเปราะบาง”
-บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภอลำสนธิ

“ทีมไม่เลื่อยไม่รู้จักคำว่าประชากรกลุ่มเปราะบาง (เพิ่งได้ยินครั้งแรกจากนักวิจัย) แต่ทีมไม่เลื่อยเลือกทำงานกับคนไข้เฉพาะกลุ่มมาตั้งแต่แรกเริ่ม เรียกคนกลุ่มนี้ว่า ‘คนทุกข์คนยาก’ เริ่มจากคนไข้ที่เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ คนที่ต้องการบริการสุขภาพมากที่สุดแต่ได้รับประโยชน์จากโรงพยาบาลน้อยที่สุด นอกจากนั้น คณะทำงานมีประสบการณ์และถอดบทเรียนรูปแบบการทำงานที่แตกต่างกันระหว่างทำงานกับผู้ไทและผู้ลาว เนื่องจากวัฒนธรรมผู้ไทแตกต่างกับผู้ลาว ทำงานกับชุมชนผู้ลาว พูดคุยง่าย แต่ต้องเน้นเสียงส่วนใหญ่คือต้องพูดคุยกับทุกคนทุกกลุ่ม ทำงานกับผู้ไทไม่ง่ายเท่าผู้ลาว แต่หากพูดคุยกับผู้นำชุมชนรู้เรื่อง คนผู้ไทส่วนใหญ่จะทำตามผู้นำชุมชน”

-บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภอกุฉินารายณ์

คณะกรรมการของทั้งสามกรณีศึกษาใช้แนวคิดในการทำงานใกล้เคียงกัน โดยคณะกรรมการของอำเภอลำสนธิ เน้นการทำงานเป็นการทำงานเชิงรุกในชุมชน ไม่เน้นเฉพาะงานในรพ. และเน้นการทำงานร่วมกันของ 2 ทีมหลัก คือ ทีมดูแลด้านสุขภาพ (health sector) และทีมดูแลด้านสังคม (social sector) ซึ่งตรงกับแนวคิด community-based long-term care และเริ่มต้นจากปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ (ทางกายและทางจิตเวช) ที่เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพที่รพ. และมีแนวทางการดำเนินการของคณะกรรมการมีความสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาสุขภาพในชุมชน ไม่เน้นเฉพาะงานในรพ. แต่เพียงอย่างเดียว แต่เน้นการทำงานเป็นการทำงานเชิงรุกในชุมชน ส่วนคณะกรรมการของอำเภอกุฉินารายณ์เริ่มต้นจากการทำงานใน 3 ประเด็น ได้แก่ 1) มุ่งเน้นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ (ทางกายและทางจิตเวช) ที่เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพที่รพ. 2) มุ่งเน้นผู้ป่วย NCDs, และ 3) การพัฒนาศักยภาพของ สอ./รพ.สต. ในลักษณะ “จัดระบบ คิดเผื่อ” ซึ่งตรงกับแนวคิด community-oriented primary care และ community-based rehabilitation เช่นเดียวกัน คณะทำงานอำเภอศรีสมเด็จบริการเชิงรุกและรับ แต่ด้วยจำนวนนักกายภาพบำบัดไม่เพียงพอ (3 คน) เมื่อเทียบกับภาระงานจึงอาศัยผู้ช่วยแพทย์แผนไทยเสริมด้วยการให้บริการนวดที่บ้าน

ปัจจัยนำเข้าหรือโครงสร้างพื้นฐานของโครงการ

คณะกรรมการของลำสนธิและกุฉินารายณ์ใช้แนวคิดในการคัดเลือกปัจจัยนำเข้าหรือโครงสร้างพื้นฐานของการดำเนินโครงการดูแลสุขภาพพระยาวัยในชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชนในด้านทรัพยากรบุคคล คณะทำงานของอำเภอลำสนธิเริ่มต้นจากทรัพยากรบุคคลจากทีมแพทย์และพยาบาลที่ออกเยี่ยมบ้าน และทีมงานที่จัดทำ “family folder” ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาการจัดการทรัพยากรบุคคลจนมีรูปแบบการทำงานบูรณาการ ร่วมกันของ 2 ทีมหลัก คือ ทีมดูแลด้านสุขภาพ (health sector) และทีมดูแลด้านสังคม (social sector) เน้นการดูแลด้านสุขภาพนั้นโรงพยาบาลลำสนธิร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อจัดการและสนับสนุนให้บุคลากรของรพ.เดินทางไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผอ.รพ.เป็นผู้กำหนดนโยบายและผู้นำในการทำงานร่วมกับภาคสังคม เช่น อบต. และองค์กรพัฒนาชุมชนภาคเอกชน

ส่วนคณะกรรมการของอำเภอกุฉินารายณ์เริ่มต้นจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและนักกายภาพบำบัด พัฒนาเป็น “ทีมไม่เลื้อย” ที่ครอบคลุมสหสาขาวิชาชีพ (แพทย์ นักกายภาพบำบัด เกษตรกร พยาบาลวิชาชีพ สาธารณสุขชุมชน, etc.) ซึ่งมีนักกายภาพบำบัดเป็นหัวหน้าทีม และเป็นสมาชิกส่วนใหญ่ของทีม ส่วนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการ มีผอ.รพ.เป็นผู้สนับสนุน และทำงานร่วมกับภาคสังคม เช่น อบต. พระภิกษุ และองค์กรพัฒนาชุมชนภาคเอกชน

ปี 2556 – 2558 มีโครงการร่วมกันระหว่าง รพ. ครอบรู้และ รพ.สต.ทุกแห่ง สำรวจ ผู้ป่วยที่ติดบ้านติดเตียง 100 % ควบคู่กับการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่อจำหน่ายออกจากรพ.โดยมีการวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยในแผนระบุบทบาทและให้ช่วยเหลือผู้ดูแล (care giver) การปรับปรุงที่อยู่อาศัย ได้มีการติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยกลุ่ม

ที่มี Modified Rankin Score (MRS) grade 4 – 5 ทุกคน โดยมีการออกเยี่ยมเป็นทีมร่วมโรงพยาบาล, รพ.สต., พยาบาล, นักกายภาพบำบัด, แพทย์แผนไทย, ผู้ช่วยนวดแผนไทย และจิตอาสาในชุมชน

ในด้านการเงินการคลังเพื่อสนับสนุนการจัดระบบการดูแลสุขภาพระยะยาวในชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชน ทั้งคณะทำงานของอำเภอลำสนธิและคณะทำงานของอำเภอกุฉินารายณ์มีการใช้งบประมาณนอกเหนือจากเงินงบประมาณปกติของกระทรวงสาธารณสุข คณะทำงานของอำเภอลำสนธิมีการทำโครงการเพื่อขอทุนสสส. (กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ) การทำโครงการเพื่อขอทุนภาคเอกชน (เช่น กองทุนรวมคนไทยใจดี “B-KIND” โดยบริษัทหลักทรัพย์จัดการกองทุนรวมบัวหลวง จำกัด) การทำโครงการเพื่อสร้างความร่วมมือกับภาคเอกชน (เช่น ร้านปันกัน โดยมูลนิธิยุวพัฒน์)

ส่วนคณะทำงานของอำเภอกุฉินารายณ์มีทำโครงการเพื่อขอทุน สสส. มีทำโครงการเพื่อขอทุนภาคเอกชน (เช่น โอสสสกา) มีทำโครงการเพื่อสร้างความร่วมมือกับภาคเอกชนในพื้นที่ในการจ้างงานผู้พิการตามกฎหมาย มีขอกองทุนอบต. และขอกองทุนชุมชน (เช่น เงินฝากสวัสดิการชุมชน/สัจจะออมทรัพย์) การทำงานทั้งสามพื้นที่ไม่มีปัญหาสภาพคล่องหรือขาดทุน แต่มีข้อจำกัดของระเบียบการใช้เงินของอปท. ตามระเบียบ สตง. เป็นต้น

“คณะทำงานของอำเภอลำสนธิและกุฉินารายณ์ทำงานเรื่องการดูแลระยะยาวโดยการสร้างความร่วมมือกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น แต่มีปัญหาอุปสรรคเนื่องจากต้อง ‘ต่อสู้กับนโยบายส่วนกลาง’ เช่น อุปสรรคจากระเบียบสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) ที่ไม่เอื้อต่อการทำงาน หรือนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่เน้นการทำงานตาม KPI แบบปูพรมและอาจจะไม่เหมาะสมกับบริบท เป็นต้น”

–บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภอลำสนธิและกุฉินารายณ์

ความหลากหลาย ด้านแหล่งการเงินดังกล่าวปรากฏในอำเภอบริเช่นกัน ค่าใช้จ่าย ในการเยี่ยมบ้านและ บริการนวดไทยและกายภาพบำบัดที่บ้าน ได้จากเงินบำรุงโรงพยาบาล และ เงินบริจาคกองทุนหมอมูลนิธิ (เน้นช่วยเหลือผู้ป่วยที่ยากจน) และมีการประสานงานร่วมกับ อบต./เทศบาล ในการให้ความช่วยเหลือ ด้านสวัสดิการ การดูแลที่อยู่อาศัย และอุปกรณ์ที่จำเป็นต่างๆ เช่น เตียงลม, เครื่องผลิตออกซิเจน, เครื่องดูดเสมหะ, ออกซิเจน เป็นต้น

ในกระบวนการสร้างระบบสนับสนุนการตัดสินใจของคณะทำงาน (decision support systems: DSS) คณะทำงานของอำเภอลำสนธิมีระบบปรึกษาระหว่างทีมงาน แต่ผู้วิจัยค้นไม่พบ DSS ในลักษณะอื่นๆ ที่ชัดเจน ส่วนคณะทำงานของอำเภอกุฉินารายณ์มีการจัดระบบของทีมงานเยี่ยมบ้าน มี before action review: BAR (“pre-conference”) เพื่อเตรียมทีม และมี after action review: AAR (“post-conference”) เพื่อสรุปการเรียนรู้ของคณะทำงาน มีการจัดการความเสี่ยงโดยการวางมาตรการใช้ “ทีมชุดเล็ก” ลงไปเยี่ยมบ้านเพื่อเน้นความครอบคลุม แต่

มีระบบปรึกษา เพื่อระบุ complicated cases ที่ต้องนำขึ้นมาปรึกษา หรือนำ “ทีมชุดใหญ่” ลงไปเยี่ยมบ้านเพื่อ ประเมินปัญหาของผู้ป่วย

ในกระบวนการสร้างระบบสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและผู้พิการ (self-management support) คณะทำงานของอำเภอลำสนธิมีการปรับสภาพบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วย (การปรับสภาพบ้านให้เข้ากับ universal design โดยได้แนวคิดจากการแลกเปลี่ยนงานจากกุนินารายณ์) แต่ผู้วิจัยค้นไม่พบ self-management supports สำหรับผู้ป่วยและครอบครัวในลักษณะอื่นๆ ที่ชัดเจน ส่วนคณะทำงานของอำเภอกุนินารายณ์มีการพัฒนา/ดัดแปลง/ ประยุกต์ “กายอุปกรณ์” จากวัสดุที่หาได้ในพื้นที่ เพื่อส่งมอบให้แก่ผู้ป่วย มีการปรับสภาพบ้านให้เข้ากับสภาพชีวิต ของผู้ป่วย ไม่เน้น universal design มีการพัฒนาอาชีพและหาอาชีพให้กับผู้พิการที่ฟื้นฟูสภาพได้แล้ว (เช่น เปิด โรงงานและร้านรับสั่งทำเฟอร์นิเจอร์ โดยเชื่อมโยงกับโรงงานและท่าเรือที่มีไม้ลังเหลือใช้ และมีการจัดกระบวนการใน ครอบครัว เช่น การทำ family meetings เป็นต้น

ในด้านการพัฒนาและการประยุกต์ใช้อุปกรณ์ เครื่องมือ วัสดุ เทคโนโลยีอื่นๆ คณะทำงานของอำเภอลำสนธิ มีการสร้างตึกเพื่อเป็น “ศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะยาว” ภายในรพช. (กำลังดำเนินการก่อสร้าง) ส่วนคณะทำงานของ อำเภอกุนินารายณ์มีการพัฒนา “มาตรฐานของการบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้าน” มีการพัฒนา “มาตรฐานของกระเป๋ าอุปกรณ์เยี่ยมบ้าน” และการสร้างตึกเพื่อเป็น “ศูนย์สุขภาพชุมชน” ภายในรพร. (กำลังดำเนินการก่อสร้าง)

กระบวนการทำงาน การจัดการ ภาวะผู้นำ และการบริหารจัดการโครงการ

ผู้นำคณะทำงานของอำเภอลำสนธิทำบทบาทหน้าที่สนับสนุน เชื่อมโยง ผลักดันการขยายงานในนามผู้อื่น (servant leadership) วางบทบาทเป็นที่ปรึกษาทางวิชาการ และเชื่อมโยงบกับนักวิชาการในส่วนกลาง เช่น คณะ แพทยศาสตร์รพ.รามาธิบดี ม.มหิดล, สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.) ซึ่งอาจจะพิจารณาได้ ส่วน ผู้นำคณะทำงานของอำเภอกุนินารายณ์ทำบทบาทหน้าที่สนับสนุน เชื่อมโยง ผลักดันการขยายงานในนามผู้อื่น เป็นที่ ปรึกษาทางวิชาการ และเชื่อมโยงบกับนักวิชาการในส่วนกลาง เช่น คณะแพทยศาสตร์ ม.มหาสารคาม, คณะ แพทยศาสตร์รพ.รามาธิบดี ม.มหิดล, สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.) แล้ว ยังมุ่งเน้นการพัฒนา เปลี่ยนแปลงลูกทีมให้ทำงานเป็นทีมและพัฒนาให้สมาชิกของทีมทำงานได้เต็มศักยภาพของแต่ละคน (transformative leadership) เสริมพลังลูกทีม ให้โอกาสตัดสินใจ เน้นการสร้างทีมที่มี open-minded mindset และวางบทบาทของสมาชิกในทีมอย่างชัดเจน เช่น ทีมสหวิชาชีพเป็นคณาจารย์ นพ.สิริชัยเป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการ (“ไฟฉาย”) และเชื่อมโยงระหว่างนโยบายและการปฏิบัติ (“ตัวแปลงสัญญาณ”) และผอ.รพร.เป็นผู้สนับสนุน (“กุญแจ”)

“ในช่วงแรกๆ คณะทำงานมีความคิดเชิงระบบว่าอยากทำอะไรๆ แต่ออกแบบระบบไม่เป็น ข้อดี ของทีมสามสี่คนที่มาซึ่งชอบมาคุยกันบ่อยๆ เพื่อหาทางออก เวลากินข้าวก็มานั่งคุยกัน คุยบ่อยมาก แบบไม่เป็นทางการหลายครั้งลงรายละเอียดมาก แพทย์ผอ.ต้องการทำเรื่อง primary care ก็

ชอบไปคุยกับพยาบาล การคุยกันและทบทวนการทำงานบ่อยๆทำให้มันเกิดแนวคิดเชิงระบบมากขึ้น”

-บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภอลำสนธิ

“ทีมไม่เลื่อยมีการจัดวางบทบาทของสมาชิกในทีมที่ชัดเจน ทีมสหวิชาชีพเป็นคนทำงาน นพ.สิริชัย เป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการ เปรียบเหมือน ‘ไฟฉาย’ และเชื่อมโยงระหว่างนโยบายและการปฏิบัติ หรือทำหน้าที่ ‘ตัวแปลงสัญญาณ’ และผอ.รพร.เป็นผู้สนับสนุน หรือทำหน้าที่ “กุญแจ” นพ.สิริชัยแสดงบทบาทผู้นำทีมโดยเป็นผู้สนับสนุน เชื่อมโยง ผลักดันการขยายงานในนามลูกทีมหรือองค์กรอื่นๆ เป็นที่ปรึกษาทางวิชาการ และเชื่อมโยงกับนักวิชาการในส่วนกลาง เช่น คณะแพทยศาสตร์ ม.มหาสารคาม, คณะแพทยศาสตร์รพ.รามธิบดี ม.มหิดล, สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.) เน้นพัฒนาการทำงานเป็นทีมและพัฒนาให้สมาชิกของทีมทำงานได้เต็มศักยภาพของแต่ละคน ให้ออกาสตัดสินใจ และเน้นการสร้างทีมที่มี open-minded mindset”

-บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภอกุฉินารายณ์

“ตอนเริ่มคณะทำงานคิดจะทำ คณะทำงานเพียงต้องการช่วยเหลือเขา ไม่ได้มีแนวคิดอย่างเป็นระบบในการเลือกกลุ่มเป้าหมายในการดูแล แต่พอผ่านไประยะหนึ่งแล้วเริ่มมีนักกายภาพ เริ่มทำการสำรวจโดยพยาบาล แรกๆ เจอเด็กพิการและคนไข้ติดบ้านติดเตียงจำนวนมาก ให้นักกายภาพบำบัดลงไปทำกายภาพ พยาบาลลงไปทำการพยาบาล สิ่งที่ยากคือมีความต้องการบริการที่มากกว่าบริการทางการแพทย์ซึ่งไม่ใช่ความรับผิดชอบของระบบสาธารณสุข เช่นต้องการเตียงที่สามารถซั้ถ่ายได้บนเตียง คณะทำงานจึงเริ่มมองไปที่อุปกรณ์ต่างๆ ที่สามารถประดิษฐ์ได้ แต่ยังไม่เป็นระบบเอาช่างไม้มาช่วยออกแบบ เริ่มแนวคิดเรื่องต้องการปรับบ้าน ซึ่งบางบ้านยากจนมากก็ต้องไปหากองทุนหาคนมาบริจาคเพื่อจัดการปรับสภาพบ้านให้ ส่วนความคิดเรื่องนักบริบาลนั้นมาทีหลัง เพิ่งมองเห็นว่าต้องมีคนมาแบ่งเบาภาระของครอบครัว ทำไปได้สักระยะก็มองเป็นระบบมากขึ้น”

-บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภอลำสนธิ

“เนื่องจากคณะทำงานของอำเภอกุฉินารายณ์ส่วนใหญ่เป็นนักกายภาพบำบัด และทำงานกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้พิการ ดังนั้น คณะทำงานจึงเลือกใช้กรอบแนวคิด community-based rehabilitation (CBR) ขององค์การอนามัยโลกเป็นกรอบแนวคิดของการทำงานในชุมชน มีการวัดผลการดำเนินงานในหลายด้าน เช่น วัด activities of daily living (ADL) ของกลุ่มประชากรเป้าหมาย แต่ก็ได้ขยายกรอบการทำงานให้เหมาะสมกับบริบทด้วย เช่นในปัจจุบัน คณะทำงานเริ่มมุ่งเน้นการทำงานเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อทำให้เกิดการจ้างงานตามกฎหมายในกลุ่มผู้พิการที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพแล้ว เป็นต้น

-บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภอกุฉินารายณ์

ในด้านการออกแบบและการจัดองค์กร (design and delivery) คณะทำงานของอำเภอลำสนธิมีการเรียกชื่อทีมปรับเปลี่ยนไปตามเวลาและบริบทในการนำเสนองาน แต่ทุกชื่อล้วนเน้นลักษณะการทำงาน (“care team/ continuous care team/ long-term care team”) เน้นการสร้างระบบการทำงาน (“สำสนธิเป็นสายระบบ ไม่คิดเชิงปัจเจกเท่านั้น หากระบบไม่รองรับต้องสร้างระบบและโครงสร้าง”) และเน้นกระบวนการทำงาน 3 ประเด็น ได้แก่ 1) เน้นการพัฒนาสมาชิกของทีมซึ่งมี “skill mix” 2) เริ่มต้นจากการทำ community services และพยายามสร้างระบบ เมื่อเจอปัญหาที่ดูแลไม่ได้ด้วยระบบที่มีอยู่ (“คนที่อยู่ระหว่างกล่อง หรือจับใส่กล่องใดกล่องหนึ่งไม่ได้”) ก็ต้องสร้างหรือต่อยอดพัฒนาระบบใหม่ และ 3) ใช้วิธีคิดในการจัดการสมัยใหม่ (“หากติดที่สดง. ก็ต้องขยับไปใช้เงินของตัวเอง”) มีการวางแผนทำงานในลักษณะ social enterprise โดยพัฒนาพื้นที่ในรพ.เป็น nursing home ขนาด 10-30 เตียง และกัน 10 เตียงสำหรับผู้ป่วย middle class ที่จ่ายเงินได้ไว้หากำไรเพื่อไปทำงานพัฒนาต่อ)

ส่วนคณะทำงานของอำเภอกุฉินารายณ์มี “ทีมไม้เลื้อย” เป็นหน่วยหลักในการทำงานแบบเครือข่าย โดยมีทีมไม้เลื้อยเป็น node ของเครือข่าย เน้นการสร้าง นักกายภาพบำบัด, เกสเซอร์, พยาบาล ให้มีทักษะด้านการจัดการที่เพียงพอที่จะสามารถทำหน้าที่เป็น “case manager ในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้ มีกระบวนการสร้างทีมที่ชัดเจน (มีการดูแลทีมงานนอกเหนือจากการทำงาน เช่น เรื่องอาหารการกิน, มีกระบวนการ “รับน้องใหม่” เพื่อพัฒนาทักษะของสมาชิกใหม่ในการทำงานร่วมกันเป็นทีม และมีการพัฒนา skill mix ของสมาชิกเพื่อให้ทีมสามารถทำงานแบบ cross-functional มีการพัฒนาจนกลายเป็น transprofessional healthcare team และคณะทำงานพิจารณาทีมไม้เลื้อยเป็น “ห้องทดลองงานปฐมภูมิ” เพื่อทำหน้าที่ค้นหานวัตกรรมด้านระบบบริการที่มี flexibility of focus เมื่อมองย้อนหลังไป (เช่น ทีมไม้เลื้อยมีการปรับเปลี่ยนอย่างต่อเนื่อง จากมุ่งเน้นผู้พิการ เป็นผู้ป่วยจิตเวช เป็นการสร้างอาชีพของผู้พิการ เป็นต้น)

คณะทำงานอำเภอบรรพบุรี ไม่มีชื่อเรียกเฉพาะ แต่ก็ทำงานเป็นเครือข่ายระหว่างทีมรพ.บรรพบุรีและรพ.สต.ในลักษณะทีมสหวิชาชีพซึ่งหนุนเสริมกันตั้งแต่บริการคนไข้ไปจนถึงบริการเยี่ยมบ้านโดยจัดสรรบทบาทของฝ่ายต่างๆ อย่างชัดเจน เช่น แพทย์ เป็นผู้ประเมิน ผู้ป่วย ให้คำปรึกษา และเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีความยากลำบาก หรือมีปัญหาซับซ้อน ผู้ช่วยแพทย์แผนไทยให้บริการนวดไทยและกายภาพบำบัด ที่ รพ./รพ.สต. และที่บ้าน ตามแผนที่กำหนด ภายในคณะทำงานมีการพัฒนาขีดความสามารถเพิ่มเติมให้แก่ ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย และผู้ดูแลตลอดจนจิตอาสา ในลักษณะ off-the-job และ on-the-job

ในด้านกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน (community engagement) คณะทำงานของอำเภอลำสนธิมีการพัฒนาระบบ “นักอภิบาลชุมชน” (community caretakers) ซึ่งถูกจ้างงานโดยอบต. ให้นักอภิบาลชุมชนแต่ละคนดูแลประมาณ 7 - 8 cases ที่ต้องการการดูแลระยะยาวในชุมชน ปัจจุบันทั้งอำเภอมียุ “นักอภิบาลชุมชน” 45 คน ส่วนคณะทำงานของอำเภอกุฉินารายณ์มีการพัฒนา “ศูนย์โฮมสุข” ร่วมกับรพ.สต.และอบต. เพื่อพัฒนาอาสาสมัครเข้ามาฝึกอบรมและทำหน้าที่เป็น community-based rehabilitation/caretakers ทั้งสามพื้นที่มีการทำงานโดยชุมชนเป็นเจ้าของร่วมในการทำงานและอบต.เป็นเจ้าของร่วมของผลงาน แต่ คณะทำงานของอำเภอลำสนธิมีการ

จัดตั้งคณะกรรมการ และมีโครงสร้างในการทำงานและโครงสร้างการบริหารคน/เงิน/ของ/วิชาการที่ชัดเจน ส่วนคณะทำงานของอำเภอภูผินารายณ์ใช้ทีมไม้เลื้อยเป็นตัวประสาน ไม่มีคณะกรรมการ/โครงสร้างชัดเจน ยกเว้นตามที่ระบุในการทำโครงการต่างๆ ลักษณะนี้คล้ายรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนกรณีศรีบุรี ซึ่งปรากฏในรูปธรรมในด้านการวางแผนดูแล เงินบริจาคของผู้มีจิตศรัทธา และการสนับสนุนของอปท.ดังกล่าวข้างต้น

ผลงานและผลลัพธ์

ในด้านการประเมินผลงาน (outputs) ในมุมมองของคณะทำงานหรือมุมมองของเจ้าของกระบวนการ คณะทำงานของอำเภอลำสนธิไม่มีการวัดที่ชัดเจน แต่มีการประเมิน “ความสุขของคนทำงาน” อย่างสม่ำเสมอ ส่วนคณะทำงานของอำเภอภูผินารายณ์ในด้านการประเมินผลงานด้วยตนเองหลังจากดำเนินงานมาประมาณ 7 ปี พบว่าจำนวนคนที่เข้าถึงบริการสุขภาพเชิงรุกมากขึ้นทุกปี จำนวนบริการสุขภาพที่ให้มากขึ้นทุกปี เช่น จำนวนผู้ได้รับการฟื้นฟูสภาพ จำนวนการปรับสภาพบ้าน จำนวนผู้ได้รับการสร้างอาชีพ จำนวนผู้ได้รับการดูแลจาก community caretakers ของ “ศูนย์โฮมสุข” และผู้พิการได้รับการฟื้นฟูจากนักกายภาพบำบัดอย่างน้อย 1 ครั้ง/คน/ปี มีการเรียนรู้ของทีมงาน เรียนรู้จากงานที่เคยติดขัด จนทีมงานสามารถ “แก้ไขสิ่งที่เคยแก้ไขไม่ได้ได้” เช่น สามารถสร้างงานให้ผู้พิการในพื้นที่โดยอาศัยกลไกตามมาตรา 33, 34, 35 ของพ.ร.บ. ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 (แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2556) มีการขยายบทบาทของสมาชิกทีมงานในแต่ละวิชาชีพ (“นักกายภาพบำบัดเคย “ตัน” ที่การทำงานฟื้นฟูสภาพแต่ตอนนี้ทำได้ในเรื่องการจัดการ “ความทุกข์” ของผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความสุขให้ทั้งผู้ป่วยและตัวนักกายภาพบำบัดเอง) และเริ่มมีการขยายงานไปในระดับจังหวัด เช่น การมี “ศูนย์โฮมสุข” ทั้งจ.กาฬสินธุ์ การสร้างระบบเพื่อจ้างงานผู้พิการตามกฎหมายทั้งจ.กาฬสินธุ์โดยทีมไม้เลื้อยทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานโครงการฯ

ด้านผลงานครุบุรีมีจุดเด่นต่างจากสองพื้นที่แรกชัดเจน กล่าวคือ เยี่ยมบ้านได้ครอบคลุม 100% เช่นเดียวกัน ในด้านการประเมินผลลัพธ์ ปรากฏว่าระหว่างในปี 2556 - 57 จากการประเมินโดย MRS ผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้น เพิ่มขึ้นจาก 88 % เป็น 93% อัตราเข้ารับบริการคนไข้ในด้วยภาวะแทรกซ้อนลดลงจาก 0.7 % เป็น 0.2%

กรณีลำสนธิ ในด้านการประเมินผลลัพธ์ (outcomes) ในมุมมองของผู้รับผลงาน ได้แก่ ประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการในพื้นที่ คณะทำงานของอำเภอลำสนธิไม่มีการวัดที่ชัดเจน แต่มีความพยายามประเมินการเปลี่ยนแปลงของ “quality of life” ของผู้ที่ได้รับการดูแลระยะยาว ส่วนคณะทำงานของอำเภอภูผินารายณ์ในด้านการประเมินผลลัพธ์ของการทำงานด้วยตนเองโดยติดตามจำนวนผู้ป่วยที่ดูแลตัวเองได้ (independency) โดยพิจารณาตามหลัก community-based rehabilitation และวัดผลลัพธ์การทำงานจาก ADLs ของผู้ป่วย (แต่ยังไม่ได้วัด iADLs) โดยคณะทำงานทั้งสามพื้นที่มีการเรียนรู้จากการทำงานและมีการปรับเปลี่ยนเป้าหมายในการทำงาน

ตลอดเวลา ทำนองเดียวกันคณะทำงานอำเภอครบุรี มีการติดตามผู้ป่วย ในคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง และการเยี่ยม บ้าน การประเมินผลผู้ป่วยเริ่มต้นและการติดตามใช้แบบประเมิน Modified Rakin Scale

“ทีมไม่เลื่อยพยายามสร้างระบบข้อมูลเพื่อติดตามผลลัพธ์ของโครงการรวมถึงเพื่อใช้ประเมินผล แต่พบความยากลำบากจากการที่ตัวชี้วัดที่กระทรวงกำหนดให้ไม่สะท้อนการทำงานของทีม อย่างไรก็ตามเริ่มการรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบมาไม่นาน โดยเก็บข้อมูลจำนวนผู้ป่วยที่ดูแลตัวเองได้ (independency) โดยพิจารณาตามหลัก community –based rehabilitation (CBR) และวัด activities of daily living (ADL) แต่หากดูจากตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ หลังจากดำเนินงานมาประมาณ 6-7 ปี พบว่าจำนวนคนที่เข้าถึงบริการสุขภาพเชิงรุกมากขึ้นทุกปี จำนวนบริการสุขภาพที่ให้มากขึ้นทุกปี เช่น จำนวนผู้ได้รับการฟื้นฟูสภาพ จำนวนการปรับสภาพบ้าน จำนวนผู้ได้รับการสร้างอาชีพ จำนวนผู้ได้รับการดูแลจาก community caretakers ของ ‘ศูนย์โฮมสุข’ และผู้พิการได้รับการฟื้นฟูจากนักกายภาพบำบัดอย่างน้อย 1 ครั้ง/คน/ปี”

–บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภอกุฉินารายณ์

“ความสำเร็จของการทำงานของทีมไม่เลื่อยส่วนหนึ่งสามารถพิจารณาจากการเรียนรู้ ทีมไม่เลื่อย มีเรียนรู้จากการทำงานจากงานที่เคยติดขัด ทีมงานสามารถ ‘แก้ไขสิ่งที่เคยแก้ไขไม่ได้ได้’ เช่น สามารถสร้างงานให้ผู้พิการในพื้นที่โดยอาศัยกลไกตามมาตรา 33, 34, 35 ของพ.ร.บ. ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 (แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2556) มีการขยายบทบาทของสมาชิกทีมงานในแต่ละวิชาชีพ ส่งผลให้ให้นักกายภาพบำบัดในทีมซึ่งเคยรู้สึกรำคาญการทำงานตามวิชาชีพของตนมักจะ ‘ดัน’ ที่ rehab แต่ตอนนี้สามารถทำได้ในเรื่องการจัดการ ‘ความทุกข์’ ของผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความสุขให้ทั้งผู้ป่วยและตัวนักกายภาพบำบัดเอง สามารถขยายโครงการจากระดับอำเภอไปยังในระดับจังหวัด เช่น การมี ‘ศูนย์โฮมสุข’ ครอบคลุมทั้งจังหวัดกาฬสินธุ์ การสร้างระบบเพื่อจ้างงานผู้พิการตามกฎหมายทั้งจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีทีมไม่เลื่อยทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานโครงการดังกล่าว”

–บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภอกุฉินารายณ์

การอภิปรายและการสรุปผล

การวิเคราะห์เชิงกรณีศึกษาเปรียบเทียบ (comparative cross-case analysis) ของการจัดระบบการดูแลสุขภาพพระยาวัยในพื้นที่อำเภอครบุรี อำเภอลำสนธิและอำเภอกุฉินารายณ์ พบว่ามีการทำงานเพื่อตอบสนองตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรผู้สูงอายุและผู้พิการซึ่งเป็นประชากรกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย การทำงานดังกล่าวมีอยู่บ้างแล้วในหลายชุมชน แต่อาจจะขาดการสนับสนุนเชิงวิชาการให้การทำงานเหล่านั้น กลายเป็นประเด็นเชิงนโยบายที่เชื่อมโยงกับประเด็นความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (health equity)^(1, 2) จากกรณีศึกษาพบว่าคณะทำงานทั้งสามอำเภอมีกำหนดกลุ่มประชากรเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุและผู้พิการ โดยเฉพาะกลุ่มที่ติดบ้านติดเตียงและไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ตามปกติ นอกจากนั้นยังเป็นกลุ่มประชากรที่มีข้อจำกัดด้าน

สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (low-socioeconomic status) และเป็นกลุ่มประชากรที่มีความต้องการด้านสุขภาพในระยะยาวซึ่งมีความเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้งหรือการถูกระงับการดูแลสุขภาพไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพในระยะยาว (populations with long-term health needs with risks of negligence or abuse) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด “ประชากรกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ”

ผลการศึกษาโครงการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพระยะยาวในชุมชนสำหรับกลุ่มประชากรผู้สูงอายุและผู้พิการพบว่าการทำงานทั้งสามพื้นที่เป็นมากกว่าโครงการระยะสั้น มุ่งเน้นการทำงานระยะยาว และมุ่งเน้นการพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบ (systems innovations)^(3, 4) ดังนั้น ผู้กำหนดนโยบายสุขภาพในระดับประเทศซึ่งมีโอกาสพบเห็นโครงการตัวอย่างที่ดีในระดับพื้นที่สามารถเรียนรู้และพัฒนาต่อยอดเป็นนโยบายในระดับประเทศได้ อย่างไรก็ตาม การพัฒนานโยบายสุขภาพในระดับประเทศอาจเกิดจากการที่ผู้กำหนดนโยบายได้มีโอกาสพบเห็นโครงการตัวอย่างที่ดีในระดับพื้นที่ แต่ถ้าหากการพัฒนานโยบายระดับประเทศมีเป้าหมายไม่สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่อื่นๆ หรือมีการพัฒนานโยบายที่ทำให้แต่ละพื้นที่ขาดความคล่องตัวในการปรับกระบวนการทำงานตามนโยบาย รวมทั้งการติดตามและประเมินผลตามนโยบายที่ไม่ยืดหยุ่นตามบริบทตลอดจนมองข้ามความสำคัญของการเรียนรู้ร่วมกัน ก็อาจทำให้นโยบายจากส่วนกลางกลายเป็นอุปสรรคเพื่อสนับสนุนโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางในประเทศไทยในพื้นที่ต่างๆ ได้

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากความสำเร็จของการทำงานในทั้งสามพื้นที่ที่มีลักษณะจำเพาะซึ่งเกิดจากปัจจัยการพัฒนาในพื้นที่ จำเป็นต้องอาศัยภาวะผู้นำในพื้นที่ (local leaders) ซึ่งจากกรณีศึกษาทั้งสองกรณีศึกษาแสดงให้เห็นถึงคุณลักษณะของภาวะผู้นำซึ่งทำหน้าที่รับใช้ทีมงาน (servant leadership)⁽⁵⁾ และผู้นำที่พัฒนาทีมงาน (transformative leadership)⁽⁶⁾ รวมทั้งการแสดงความเป็นผู้นำทางวิชาการและการเป็นผู้ที่เข้าใจจุดอ่อนและจุดแข็งในบริบทของพื้นที่ ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดอาจจากทุนสังคมของบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งทำงานในพื้นที่มานาน ได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงาน หรือเป็นที่ยอมรับในสังคมจากผลงานอันเป็นเชิงประจักษ์ในการทำงานด้านอื่นๆ มาก่อน ทำให้การที่โครงการส่วนใหญ่ในกรณีศึกษาซึ่งเป็นการทำงานซึ่งใช้โรงพยาบาลชุมชนเป็นฐานและขยายไปทำงานร่วมกับชุมชนโดยมีแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้นำจึงเป็นบริบทที่ใช้ทุนทางสังคมดังกล่าวได้เป็นอย่างดีสามารถเชื่อมโยงทุนสังคมอื่นๆ ที่มีอยู่ในพื้นที่และดึงมาใช้เป็นทรัพยากรของโครงการพัฒนาสุขภาพชุมชน เพื่อพัฒนาทุนมนุษย์และทุนสังคมให้ประชากรกลุ่มเปราะบางที่เป็นผู้สูงอายุและผู้พิการได้

ดังนั้น ผู้กำหนดนโยบายสุขภาพในระดับชาติ ควรส่งเสริมการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพระยะยาวในชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชนผ่านการพัฒนาความเข้มแข็งให้กับผู้นำในระดับพื้นที่ ซึ่งรวมถึงการพัฒนาระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (health information systems) ทั้งในระดับประเทศและในระดับพื้นที่ และการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ (health information technology)⁽⁷⁾ ทั้งในด้านการเก็บข้อมูล (data collection) และการใช้ข้อมูล (data utilization) เพื่อช่วยสนับสนุนการทำงานของคณะทำงานในพื้นที่ และเพื่อทำให้การวางแผนพัฒนาสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางในประเทศไทยในระยะถัดไปวางอยู่บนหลักฐาน มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพมากขึ้น รวมทั้งช่วยให้คณะทำงานมีโอกาสได้เรียนรู้จุดอ่อนและจุดแข็งในแต่ละบริบทได้ดีขึ้น สามารถพัฒนาโครงการที่มีความจำเพาะกับจุดอ่อนและจุดแข็งในแต่ละบริบทได้ดีมากยิ่งขึ้น รวมทั้งทำให้เกิดความสะดวกในการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ และทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ได้อย่างลึกซึ้งและเป็นระบบมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, Reich MR. Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity. New York, USA: Oxford University Press; 2004.
2. World Health Organization. Equity World Health Organization; 2014 [Available from: <http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en/>].
3. Zuckerman B, Margolis P, Mate K. Health services innovation: The time is now. JAMA. 2013;309 1113–4.
4. Berwick DM. Disseminating innovations in health care. JAMA. 2003 289(1969–1975).
5. Greenleaf RK. The servant as leader. Revised ed. Indianapolis, IN: Robert K. Greenleaf Center; 1991.
6. Bass BM. From transactional to transformational leadership: Learning to share the vision. Organizational Dynamics. 1990;18(3):19-31.
7. Jha AK, Doolan D, Grandt D, Scott T, Bates DW. The use of health information technology in seven nations. Int J Med Inform. 2008;77(12):848-54.

5. การดูแลผู้พิการและเด็กกลุ่มเสี่ยงด้านพัฒนาการและการเรียนรู้ในถิ่นทุรกันดาร: กรณีศึกษาจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย อำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย

นวนรรน ธีระอัมพรพันธุ์

บทนำและทบทวนวรรณกรรม

ยี่สิบปีก่อนกำเนิดระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ในท้องถิ่นทุรกันดารแห่งหนึ่งถือกำเนิดขึ้น ณ อำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย ติดชายแดนไทย-ลาว ห่างไกลจากกรุงเทพมหานครกว่า 500 กิโลเมตร ตลอดระยะเวลากว่า 40 ปี โรงพยาบาลแห่งนี้มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพียง 8 คน โดยนายแพทย์ภักดี สืบบุญการณ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคนปัจจุบัน ดำรงตำแหน่งนี้มานานถึงเกือบสามสิบปี ในขณะที่ผู้อำนวยการคนอื่นๆ ส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งดังกล่าวเพียงคนละ 1-2 ปี เช่นเดียวกับการดำรงตำแหน่งนี้ในโรงพยาบาลชุมชนในถิ่นทุรกันดารส่วนใหญ่ของประเทศไทย

ในช่วงเวลาที่ผู้อำนวยการคนปัจจุบัน ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย (รพ.ด่านซ้าย) เป็นผู้บริหารงานนั้น โรงพยาบาลแห่งนี้ก็ได้มีเรื่องราวการพัฒนาจนกรอบระบบบริการสุขภาพทั่วไปมากมายหลายชิ้น ได้รับรางวัลต่างๆ มากมาย เช่น รางวัลสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลที่เอื้อต่อการบำบัดเยียวยา (Healing Environment Awards) และรางวัล Humanized Healthcare Awards ระดับองค์กร จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลในปี 2553 สำหรับนายแพทย์ภักดี สืบบุญการณ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอง ก็ได้รับรางวัลแพทย์ดีเด่นในชนบทประจำปี 2553 จากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล การดูแลประชากรกลุ่มเปราะบาง (ผู้พิการ) ซึ่งเป็นขอบเขตของรายงานฉบับนี้ เป็นเพียงบางส่วนของเรื่องราวการพัฒนาของโรงพยาบาลแห่งนี้ แต่ถือได้ว่าเป็นตัวอย่างโครงการที่สะท้อนถึงแนวคิดและจิตวิญญาณ ในการพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ของชาวด่านซ้ายของผู้อำนวยการโรงพยาบาลและทีมงานจากภาคส่วนต่างๆ ได้เป็นอย่างดี

จนถึงมิถุนายน 2559 ประเทศไทย มีผู้พิการทั้งสิ้น 1.6 ล้านคน โดยอาศัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด (ร้อยละ 40) โดยร้อยละ 6 ของคนพิการในประเทศไทย เป็นคนพิการที่อยู่ในวัยเด็กและวัยศึกษา (แรกเกิดถึงอายุ 21 ปี) ซึ่งในจำนวนนี้ มีสัดส่วนประเภทความพิการทางสติปัญญา ทางการเรียนรู้ หรือทางออทิสติกมากกว่าร้อยละ 30^[1] ด้วยภาวะพิการหรือบกพร่องของพวกเขาและข้อจำกัดของระบบบริการสุขภาพและบริบททางสังคมของประเทศไทย จึงเชื่อได้ว่า พวกเขาส่วนใหญ่ย่อมอยู่ในภาวะด้อยโอกาสหรือเปราะบาง การสร้างองค์ความรู้เพื่อตอบสนองความจำเป็นของประชากรกลุ่มเหล่านี้ จึงมีความสำคัญทั้งในทางวิชาการและการพัฒนาระบบที่เกี่ยวข้อง

โครงการของ รพ.ด่านซ้ายที่เกี่ยวข้องกับประชากรกลุ่มเปราะบาง และผู้วิจัยได้ทำการศึกษาในรายงานฉบับนี้มี 4 โครงการ ได้แก่

1. โครงการหนังสือเล่มแรก (Bookstart)
2. โครงการดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า
3. โครงการหาเทียมพระราชทาน
4. โครงการอารยสถาปัตย์

ทั้ง 4 โครงการ มุ่งเน้นประชากรกลุ่มเปราะบาง 2 กลุ่มหลัก คือ ผู้พิการ และเด็กกลุ่มเสี่ยงด้านพัฒนาการและการเรียนรู้ ซึ่งเป็นโครงการที่มีวัตถุประสงค์ และรูปแบบการทำงานที่แตกต่างกัน แต่เกิดขึ้นใน รพร.ด่านซ้าย เช่นเดียวกัน การศึกษาถึงที่มาและการจัดการของแต่ละโครงการควบคู่กัน จึงช่วยให้สามารถเปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างของแต่ละโครงการ เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เอื้อต่อการดูแลประชากรกลุ่มเปราะบางในอำเภอด่านซ้ายได้ ซึ่งจะช่วยเติมเต็มให้การถอดบทเรียนและจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายต่อประชากรกลุ่มเปราะบางในประเทศไทยมีความเหมาะสมและรอบด้านมากยิ่งขึ้น

ผลการศึกษา

1. บริบทของพื้นที่

อำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย เป็นเมืองชายแดนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย มีอาณาเขตติดประเทศลาว อยู่ห่างจากตัวจังหวัดเลย ประมาณ 80 กิโลเมตร อำเภอด่านซ้ายประกอบด้วย 10 ตำบล 99 หมู่บ้าน พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นหุบเขา มีพื้นที่ราบเพียงประมาณร้อยละ 20 อาชีพหลักของชาวบ้านคือเกษตรกรรม เช่น ปลูกข้าวโพด ซึ่งรายได้จะเปลี่ยนแปลงตามกลไกตลาด ทำให้อำเภอด่านซ้ายมีรายได้ต่อหัวประชากรต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับอำเภออื่นๆ ในจังหวัดเลย ภายหลังมีผู้อพยพไปทำงานต่างถิ่นมากขึ้น เพราะราคาข้าวโพดและผลิตผลทางการเกษตรไม่ค่อยดี ชาวบ้านส่วนใหญ่มีนิสัยกินง่ายอยู่ง่าย อาศัยการหาของป่าตามฤดูกาล เช่น หน่อไม้ ผักต่างๆ ยังไม่ได้ใช้ชีวิตแบบคนเมืองมากนัก นอกจากนี้ยังเป็นเมืองที่มีประชากรย้ายถิ่นเข้ามาค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับอำเภออื่นๆ เช่น อำเภอภูเรือ ซึ่งมีคนภายนอกเข้ามาอยู่อาศัยและถือครองพื้นที่เพื่อใช้ประโยชน์ค่อนข้างมาก จุดนี้ทำให้ผู้นำของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็นผู้ใหญ่บ้าน กำนัน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เป็นคนในพื้นที่แทบทั้งหมด จึงเข้าใจวิถีชีวิตของชาวบ้านและสามารถทำงานร่วมกันได้ดี

ในด้านวัฒนธรรมประเพณีของชาวด่านซ้ายนั้น ถือเป็นทุนทางสังคมที่เข้มแข็งมากเมื่อเทียบกับที่อื่น มีการรวมกลุ่มกันตั้งแต่ประเพณีฮีตสิบสองคองสิบสี่ของชาวอีสาน ซึ่งมีความโดดเด่นเป็นพิเศษที่อำเภอด่านซ้าย และยังมีการปฏิบัติกันในโอกาสต่างๆ เช่น แต่งงาน ป่วย ชื่นบ้านใหม่ นอกจากนี้ ชาวด่านซ้ายมีผู้นำทางจิตวิญญาณ คือ เจ้าพ่อกวน และเจ้าแม่นางเทียม ซึ่งจุดเด่นของวัฒนธรรมประเพณีของชาวด่านซ้าย คือ แทบจะเป็นแห่งเดียวในประเทศไทย ที่ยังคงมีองค์ประกอบสำคัญของวัฒนธรรมประเพณี 3 อย่างอยู่ด้วยกัน คือ ตัวบุคคล ประเพณีที่ต้องปฏิบัติ และสถานที่ศักดิ์สิทธิ์ ซึ่งที่อื่นๆ มักเหลือเพียงสถานที่ศักดิ์สิทธิ์ และมีประเพณีที่แปรเปลี่ยนไปตามกาลเวลาและบริบทของพื้นที่ รวมทั้งการท่องเที่ยวที่ทำให้ประเพณีมีความบิดเบี้ยวไป ในขณะที่ในอำเภอด่านซ้าย ยังคงรักษาประเพณีเก่าแก่ที่ปฏิบัติกันมานานอยู่ และมีตัวบุคคลที่เป็นที่เคารพนับถือของชาวบ้าน เป็นกลุ่มคนที่ดูแลบ้านเมืองสืบทอดกันมาหลายชั่วอายุคน เรียกว่า เจ้าพ่อกวน และเจ้าแม่นางเทียม ประเพณีเหล่านี้ช่วยเสริมเรื่องกำลังใจสำหรับชาวบ้านที่เจ็บป่วย และทำให้เกิดเครือข่ายในชุมชน อย่างไรก็ตาม กลุ่มเครือข่ายอื่นๆ นอกเหนือจากการรวมกลุ่มตามวัฒนธรรมประเพณี เช่น กลุ่มเกษตรอินทรีย์ กลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มทอผ้า กลุ่มผู้พิการ ยังมีน้อยและมักมีขนาดเล็ก เป็นการรวมตัวกันเป็นหย่อมๆ ยังไม่เข้มแข็งมาก

ปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่เป็นเรื่องของพฤติกรรมการดื่มเหล้า ซึ่งเป็นสิ่งที่มีมานานจากการที่ข้าราชการที่อื่นที่มาปฏิบัติงานในอำเภอด่านซ้ายซื้อเหล้าเลี้ยงชาวบ้านเพื่อสร้างความสัมพันธ์ ทำให้เกิดปัญหาการกินเหล้าอย่างแพร่หลายเป็นปัญหาสะสมของคนวัยแรงงาน ชาวบ้านส่วนใหญ่อาจขาดความรู้ทำให้ถูกหลอกให้ซื้อผลิตภัณฑ์ต่างๆ ได้ง่าย นอกจากนี้ ปัจจุบันชาวบ้านมีการรับประทานอาหารสมัยใหม่มากขึ้น จึงมีแนวโน้มของการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้น

พฤติกรรมการเข้าถึงบริการสุขภาพของชาวบ้านของอำเภอด่านซ้าย ถือเป็นจุดเด่น แม้จะมีข้อจำกัดด้านการเดินทาง แต่ รพ.ด่านซ้าย ซึ่งปัจจุบันเป็นโรงพยาบาลชุมชน 60 เตียง ได้พัฒนาระบบบริการมาเป็นเวลานานจนเป็นที่ยอมรับและศรัทธาของชาวบ้าน ชาวบ้านจึงสามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลได้ง่าย นอกจากนี้ โรงพยาบาลยังเข้าใจความเชื่อและวิถีชีวิตของชาวบ้าน และพยายามออกแบบการให้บริการที่สอดคล้องกับความเชื่อท้องถิ่น หากผู้ป่วยจะกลับไปไหว้หิ้งพระที่บ้าน หามอพื้นบ้านตามความเชื่อความศรัทธา ทางโรงพยาบาลก็ไม่ห้าม แต่จะให้บริการควบคู่กันไปด้วย โดยเฉพาะสำหรับช่วงวาระที่สำคัญของชีวิต เช่น การเกิด การตาย ซึ่งโรงพยาบาลแห่งนี้จะบูรณาการความเชื่อท้องถิ่นกับการแพทย์แผนปัจจุบันได้อย่างแนบสนิท นอกจากนี้ห่มอพื้นบ้านที่ชาวบ้านศรัทธาก็มักจะพูดให้กำลังใจชาวบ้านและส่งเสริมให้มีความประพฤดีและการปฏิบัติตัวที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับสิ่งที่โรงพยาบาลพยายามส่งเสริมเป็นอย่างดี และทำให้ความเชื่อเหล่านี้ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพจากโรงพยาบาล

ปัญหาสำคัญประการหนึ่งของชาวบ้าน คือ การคมนาคมที่ยากลำบากและใช้เวลานาน เนื่องจากหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นหุบเขา และไม่มีรถประจำทาง กว่าครึ่งหนึ่งของหมู่บ้านทั้งหมด ชาวบ้านต้องใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมงในการเดินทางมาโรงพยาบาลชุมชน และใช้เวลาอีกกว่าหนึ่งชั่วโมงครึ่งในการเดินทางจากโรงพยาบาลชุมชนไปยังตัวเมืองของจังหวัดเลย ทำให้เป็นปัญหาอุปสรรคในการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน โดยเฉพาะปัญหาฉุกเฉินของแม่และเด็ก

2. กลุ่มประชากรเป้าหมายและประเด็นปัญหาสุขภาพ

สำหรับโครงการหนังสือเล่มแรก (Bookstart) มีจุดเริ่มต้นจากการที่ด่านซ้ายเป็นอำเภอห่างไกล แทบไม่มีร้านหนังสือเลยสักร้าน บุคลากรของโรงพยาบาลเองเริ่มทยอยมีลูก ซึ่งลูกของบุคลากรมักจะได้รับโอกาสมากกว่าลูกของชาวบ้านในอำเภอ กล่าวคือ มีหนังสือใช้ เมื่อปี 2544 ทีมงานของโรงพยาบาลได้มีโอกาสไปดูงานในที่ต่างๆ และเล็งเห็นว่าควรส่งเสริมให้เด็กๆ ในอำเภอมีโอกาสเข้าถึงหนังสือต่างๆ มากขึ้น จึงมีการตั้งห้องสมุดเด็กขึ้นในโรงพยาบาล จากนั้นก็เริ่มมีเครือข่าย มีการทำนิทานในโรงพยาบาลขึ้น มีประชาสัมพันธ์เชิญชวนบุคคลภายนอกมาร่วมเป็นเครือข่าย เปิดให้เด็กๆ และผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ หลังจากนั้นก็มีโครงการระดับประเทศซึ่งมีนโยบายอยากให้เด็กไทยอ่านหนังสือ เกิดเป็นโครงการหนังสือเล่มแรก (Bookstart) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจึงมอบหมายให้กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน นำแนวคิดดังกล่าวมาปรับใช้ โดยศึกษาแนวคิดของประเทศต่างๆ เช่น อังกฤษ ญี่ปุ่น แล้วทดลองทำการสั่งซื้อหนังสือสำหรับเด็กมาใช้และเปิดโอกาสให้เด็กๆ มาเลือกหนังสือที่สนใจและยืมไปอ่านได้ หลังจากนั้น ในปี 2547 โครงการ Bookstart ได้สอบถามความสนใจเข้าร่วมโครงการมาทางโรงพยาบาล โรงพยาบาลจึงได้เข้าร่วมโครงการ โดยกลุ่มเป้าหมายหลักของโครงการ Bookstart จะเน้นที่เด็กอายุ 6-9 เดือน เนื่องจากเป็นช่วงจังหวะที่พัฒนาการของเด็กเอื้อต่อการเรียนรู้มากที่สุด หลังจากนั้นทางโรงพยาบาลได้ขยายกลุ่มเป้าหมายไปสู่เด็กที่

อายุมากขึ้น เนื่องจากทีมงานทำแล้วมีความสุขและเห็นผลลัพธ์ที่น่าประทับใจ จนกลุ่มเป้าหมายในปัจจุบัน ครอบคลุมตั้งแต่เด็กอายุ 0-5 ปี และหญิงตั้งครรภ์

“เริ่มแรกกำหนดไว้ที่อายุ 6-9 เดือนก่อน แล้วก็เริ่มขยายเด็กที่อายุเยอะขึ้น และหญิงตั้งครรภ์ ตอนเริ่มแรกที่ 6-9 เดือน เพราะเขาบอกว่าในช่วงที่นิ่งได้ เริ่มเรียนรู้ มองเห็น ทักษะการพูด กล้ามเนื้อตา ตอนที่ขยายกลุ่มเป้าหมาย ที่มาคือ สิ่งที่สัมผัสได้คือทำแล้วมีความสุข เห็นความกระตือรือร้นเห็นผลสำเร็จ ความสัมพันธ์ใหม่ของครอบครัว แม่ ยาย เห็นเอาถุงหนังสือไปหุงนวดด้วย ปกติคนสาธารณสุขไม่ค่อยได้เห็นภาพแบบนี้ เลยเกิดแรงบันดาลใจ ตอนแรกที่ทำเป็นงานวิจัย ซึ่งงานวิจัยเมื่อจบก็จบไป แต่นี่เขาอยากทำต่อ หาทุนเอง [นายกเทศมนตรี]ก็สนิทกับเรา สนับสนุนตลอดเลย จุดสำคัญคือเจ้าหน้าที่เกิดความประทับใจกับงานที่ทำ”

บันทึกการให้สัมภาษณ์ของทีมงานโครงการหนังสือเล่มแรก (Bookstart) รพร.ด่านซ้าย

ในขณะที่โครงการดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า เริ่มจากพบว่า เด็กกลุ่มที่ครูหรือผู้ปกครองพามาตรวจ เพราะปัญหาพัฒนาการหรือปัญหาการเรียนรู้ แต่ทาง รพร.ด่านซ้าย ต้องส่งตัวไปยังโรงพยาบาลเลย ยังคงกลับมารับการรักษาที่ รพร.ในสภาพเดิม เนื่องจากระยะทางที่ห่างไกล และเศรษฐกิจของครอบครัว ทำให้ไม่มีเงิน ไม่มีรถที่จะเดินทางไปโรงพยาบาลเลย จึงมีแนวคิดที่จะดูแลเด็กกลุ่มนี้ให้ได้ดีขึ้นที่ รพร.ด่านซ้าย ทั้งนี้ สำหรับเด็กวัยเรียนที่ครูพามาเรียนนั้น มีนักศึกษาแพทย์ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่มาฝึกปฏิบัติงานที่ รพร.ด่านซ้าย ทำการศึกษาเรื่องเด็กที่มีความพิการทางการเรียนรู้ (Learning Disability หรือ LD) ถึงสภาพปัญหาและสาเหตุ พบว่าปัญหาส่วนหนึ่งมาจากปัจจัยที่เกิดขณะคลอด และอีกส่วนหนึ่งเกิดจากการเลี้ยงดู เมื่อครูเริ่มส่งเด็กมาตรวจมากขึ้น และตัวผู้ปฏิบัติงานเองได้รับการอบรมเรื่องจิตเวชเด็กและวัยรุ่น จึงกลับมาจัดระบบเพื่อคัดกรองและดูแลเด็ก โดยแบ่งเด็กออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1. เด็กอายุ 0-5 ปีที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้าตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด (เช่น น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ 2,500 กรัม เด็กที่คลอดก่อนกำหนด เด็กที่มี Birth Asphyxia เด็กที่มีภาวะตัวเหลืองหลังคลอด และเด็กที่เกิดจากแม่วัยรุ่น เป็นต้น) หรือเด็กที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือ PCU ตรวจพบภายหลังว่ามีพัฒนาการล่าช้า
2. เด็กวัยเรียน ระดับอนุบาล 1-3 ที่ทางโรงเรียนส่งมาเนื่องจากพบปัญหาด้านการเรียนรู้

“ในการเลือกกลุ่มเสี่ยง หมอเด็กดูจากสมุดสีชมพู ว่ามีปัจจัยเสี่ยงจากการคลอดเรื่องอะไรบ้าง ประกอบการที่นักศึกษาแพทย์ review เด็กที่จะมีปัญหาเรื่องการเรียนในอนาคตมาจากอะไร มาเป็นนิยามของเด็กกลุ่มเสี่ยง ตอนที่นักศึกษาแพทย์มาเขาทำเด็กวัยเรียน แต่พอ review ไปบางครั้งเด็ก LD อาจจะมาเป็นตอน 0-5 ปี เราเลยคิดว่าถ้าบริหารจัดการตั้งแต่ 0-5 ปี มันก็จะลดลง เราเลยค้นหา”

บันทึกการให้สัมภาษณ์ของทีมงาน รพร.ด้านซ้าย

ส่วนโครงการขาเทียมพระราชทานเริ่มต้นจากการที่ทางโรงพยาบาลออกไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ดูแล ซึ่งกลุ่มหนึ่งเป็นผู้ป่วยที่ต้องใส่ขาเทียม แล้วพบว่า เมื่อทำการขึ้นทะเบียนผู้พิการ หรือต้องส่งต่อผู้ป่วยไปทำขาเทียมที่ตัวจังหวัด ผู้ป่วยส่วนหนึ่งจะไม่ยอมไปทำขาเทียม เนื่องจากการเดินทางยากลำบาก ซึ่งการเดินทางมา รพร.ด้านซ้ายของผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็ยากลำบากอยู่แล้ว หากจะต้องเดินทางไปที่โรงพยาบาลจังหวัดก็จะลำบากมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ การเตรียมการเพื่อทำขาเทียมให้ผู้ป่วยแต่ละรายมีความซับซ้อนหลายขั้นตอน ผู้ป่วยต้องเดินทางไป-กลับกว่า 4-5 ครั้งกว่าจะได้ขาเทียม ทีมงานของ รพร.ด้านซ้าย จึงตระหนักในปัญหาของผู้ป่วยกลุ่มนี้ และเป็นจังหวะเวลาที่มูลนิธิขาเทียมในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี กำลังจะเปิดอบรมช่างของโรงพยาบาลชุมชนเพื่อทำหน้าที่เป็น node ในการทำขาเทียมให้ผู้พิการ ทางโรงพยาบาลมีความสนใจและเห็นว่าด้วยสภาพพื้นที่ที่ทางไกลจึงจะเป็นประโยชน์มากต่อผู้ป่วย จึงได้ส่งบุคลากรไปอบรมและกลับมาพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลให้สามารถจัดทำขาเทียมให้ผู้พิการได้ในที่สุด โดยกลุ่มเป้าหมายรวมถึงผู้พิการขาขาดทุกคน โดยไม่เลือกชาติ ศาสนา ซึ่งเป็นเงื่อนไขที่ทางมูลนิธิขาเทียมกำหนด

“ทุกคนที่ขาขาดเข้าระบบทั้งหมด บัตรอะไรก็ได้ ถ้าคนลาวฟรี ช่วงที่เบิกไม่ได้ แต่ทุกวันนี้ฟรีหมดเลย ข้อนี้เป็นประเด็นที่น่าจดจำมาก ประโยชน์ของมูลนิธิขาเทียมฯ มี 3 อย่าง 1. สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ต้องเป็นเทคโนโลยีที่คนไทยคิด... 2. วัสดุเกือบทั้งหมดต้องเป็นในประเทศไทย 3. ต้องไม่เลือกชาติ ศาสนา สองข้อแรกผมเข้าใจ แต่ข้อสามผมไม่เข้าใจว่าทำไมต้องระบุไว้ในปรัชญา แต่ตอนนี้ผมเข้าใจแล้ว ครั้งหนึ่งเราเคยใช้ดินแดนไทยไปทิ้งระเบิดรอบบ้านเขา วันนี้เราต้องช่วยเขา เพราะขาเทียมเริ่มมาจากการเหยียบกับระเบิดของประเทศรอบบ้านเรา จะเห็นว่าโครงการจะอยู่แถวชายแดนกัมพูชา...”

บันทึกการให้สัมภาษณ์ของผู้อำนวยการ รพร.ด้านซ้าย

ในขณะที่โครงการอารยสถาปัตย์เพิ่งเริ่มดำเนินการในปี 2559 นี้ มุ่งเน้นการปรับสภาพแวดล้อมทั้งในที่อยู่ออาศัยและในที่สาธารณะของอำเภอด่านซ้าย ตามหลักการออกแบบเพื่อคนทั้งมวล (universal design) เพื่อตอบโจทย์ปัญหาของผู้พิการและผู้สูงอายุ โดยจุดเริ่มต้นมาจากการที่ทางทีมงานของ รพร.ด้านซ้าย พบว่า มีผู้สูงอายุจำนวนพอสมควรที่เจ็บป่วย โดยเฉพาะอุบัติเหตุหกล้มในบ้าน ทำให้กระดูกหัก และมีภาวะนอนติดเตียง ต้องดูแลรักษาที่บ้านอย่างต่อเนื่อง นักกายภาพบำบัดของโรงพยาบาลจึงพยายามหาทางป้องกันก่อนจะเกิดอุบัติเหตุ ประกอบกับทางโรงพยาบาลได้ให้การดูแลผู้พิการจำนวนมากในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา รวมทั้งได้เข้าใจสภาพปัญหาด้านสภาพแวดล้อม

มากขึ้นเมื่อได้รับฟังเสียงสะท้อนจากผู้พิการที่ทางโรงพยาบาลรับเข้าทำงาน นอกจากนี้ ทีมงานของโรงพยาบาลได้มีโอกาสร่วมโครงการอบรม “งานบันดาลใจ” ของนายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ ทำให้ได้มีโอกาสสะท้อนชีวิตและหาคุณค่าในงานที่ทำ เพื่อให้ตนมีความสุข

“รากของงานนี้อยู่ที่ว่าเราต้องอยู่กับคนพิการ ผู้สูงอายุ ต้องมีการรับคนไข้แบบนี้ และเริ่มมีผู้สูงอายุประเภท fracture มาเยอะ ล้มในบ้าน แล้วเรามีหน้าที่ไปดูแลตอนที่นอนติดเตียงแล้ว แล้ว.... เราก็มีคนพิการที่ต้องดูแล ใน 20 ปีที่ผ่านมา และได้ฟังเสียงคนพิการเยอะ เริ่มต้นจากฟังเสียงเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่เป็นผู้พิการคนแรกเลย ความลำบากของความพิการ ความต้องการในการดูแลตัวเองแต่ยังไม่ได้รับสิ่งนั้น แต่ว่ายังถูกจำกัดด้วยอะไรหลายๆ อย่าง ที่จะทำให้เขากลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติได้ นี่คือการรับฟังเรื่องราวจากหลายๆ คน”

“...อีกคน คือผู้พิการที่ทางโรงพยาบาลเคยช่วยดูแล เป็นคนที่ไม่เอื้อเฟื้อแล้ว เรามีความรู้สึกว่าเขา น่าจะมีศักยภาพในการที่จะมาช่วยคนอื่นๆ แต่ก็ยังติดขัดทุกอย่าง ทั้งๆ ที่เราเองก็ชวนหลายรอบแล้ว อาจเป็นเพราะเขาไม่ค่อยเปิดตัวกับสังคมด้วยติดกับคำว่าพิการของเขา ยังไม่เคยถามจนกระทั่งมาทำงานอารยสถาปัตย์นี้แหละ จึงรู้สึกว่าเขาใช้เลย โจทย์นี้น่าจะตอบชีวิตเขาได้ อีกอย่างคือได้มีโอกาสไปเข้าร่วมโครงการงานบันดาลใจของอาจารย์หมอโกมาตร ซึ่งเป็นอีกตัวที่ทำให้เราได้สะท้อนชีวิตตัวเอง ว่างานอะไรที่สามารถให้คุณค่ากับตัวเอง ทำแล้วสามารถต่อยอดทั้งงานปกติของตัวเองและทำให้เรามีความสุขไปด้วย เลยมาเจอว่าตั้งแต่เด็กจนมาทุกวันนี้อะไรที่เราอยากจะทำ ตัวเองเป็นคนที่ชอบงานศิลปะ ไม่เคยได้เรียนวิศวะ สถาปัตย์ เพราะต้องมาเรียนกายภาพ...”

บันทึกการให้สัมภาษณ์ของทีมงานโครงการอารยสถาปัตย์ รพร.ด่านซ้าย

จะเห็นได้ว่า การเลือกกลุ่มประชากรเป้าหมายของทั้ง 4 โครงการของ รพร.ด่านซ้าย สอดคล้องกับกรอบแนวคิดในการระบุประชากรกลุ่มเปราะบางที่มีความต้องการด้านสุขภาพที่ใช้ในการศึกษา^[2] ซึ่งดัดแปลงจาก Aday^[2] แต่ไม่ได้เริ่มต้นขึ้นจากการทบทวนและคิดวิเคราะห์หรือวางแผนการทำงานตามทฤษฎีเพื่อให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเปราะบาง แบบ deductive approach หากแต่เริ่มต้นจากการค้นพบปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายจากสภาพการทำงานจริง ที่ทางโรงพยาบาลเห็นว่ามีข้อจำกัดมากกว่าคนปกติ ซึ่งอาจเรียกได้ว่าเป็นลักษณะการทำงานแบบ inductive approach ร่วมกับทัศนคติของทีมงานที่มีใจในการทำงานเพื่อผู้ป่วยและสังคม นำมาสู่การระบุกลุ่มเป้าหมายที่ทางโรงพยาบาลต้องการช่วยแก้ปัญหา และการหาวิธีการที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา ซึ่งบ่อยครั้งก็อาศัยโอกาสที่เข้ามาจากองค์กรภายนอก เช่น มูลนิธิฯ มูลนิธิหนังสือเพื่อเด็ก เป็นต้น

ข้อจำกัดของกลุ่มเป้าหมายเหล่านี้ ที่สอดคล้องกับกรอบแนวคิดในการระบุประชากรกลุ่มเปราะบางของ Aday^[2] ได้แก่

- ด้านสถานะทางสังคม (social status) เช่น อายุ ความบกพร่องด้านการเรียนรู้ ความพิการ เชื้อชาติและสัญชาติ (ชาวเขมรราชทาน)
- ทุนทางสังคม (social capital) และ/หรือทุนมนุษย์ (human capital) ที่พร่องลง เช่น สภาพชีวิตความเป็นอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ติดชายแดน ชาวบ้านมีรายได้น้อย เดินทางไปยังตัวจังหวัดลำบาก

- ความจำเป็นด้านสุขภาพ (health needs) ที่มีมากกว่าประชากรทั่วไป เช่น เด็กกลุ่มเสี่ยงพัฒนาการล่าช้าหรือเด็กที่มีปัญหาการเรียนรู้, ผู้พิการ ตลอดจนผู้สูงอายุ

มีข้อสังเกตว่า กลุ่มเป้าหมายในโครงการหนังสือเล่มแรกนั้น ไม่ใช่เด็กที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพโดยตรง แต่เป็นเด็กปกติ ทั้งนี้เพราะลักษณะของโครงการนี้เป็นงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ (health promotion) ในเด็กปกติ เป็นสำคัญ จึงอาจมีผู้ที่เห็นว่ากลุ่มเป้าหมายของโครงการนี้ไม่ใช่ประชากรกลุ่มเปราะบางโดยตรง อย่างไรก็ตาม ที่มาของโครงการนี้จากการสัมภาษณ์ทีมงาน มาจากข้อจำกัดของเด็กในอำเภอด่านซ้ายซึ่งอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ไม่มีร้านหนังสือที่ชาวบ้านสามารถเข้าถึงได้ และเศรษฐกิจโดยรวมของชาวด่านซ้ายเมื่อเทียบกับเด็กในเมืองใหญ่ หรือแม้กระทั่งเทียบกับลูกของบุคลากรในโรงพยาบาลเอง ดังนั้น ในสายตาของทีมงานนั้น เด็กปกติในอำเภอด่านซ้าย ก็ถือเป็นประชากรกลุ่มเปราะบาง ด้วย เมื่อคำนึงถึงสถานะทางสังคม ทนทางสังคม และทุนมนุษย์ ประกอบกัน โดยเฉพาะหากเปรียบเทียบกับเด็กในครอบครัวที่มีฐานะดีและอาศัยอยู่ในเมืองใหญ่ นอกจากนี้ เมื่อคำนึงถึงช่วงอายุของเด็กที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของโครงการนี้ ซึ่งโดยธรรมชาติ พัฒนาการและการเรียนรู้ของพวกเขาขึ้นอยู่กับการศึกษาของบุคคลอื่น เช่น พ่อแม่ และสังคม เป็นหลัก เด็กจึงอยู่ในสถานะทางสังคมที่ด้อยกว่าผู้ใหญ่ในการเข้าถึงทรัพยากรที่เอื้อต่อการพัฒนาตนเองโดยปริยาย การพิจารณาว่าประชากรกลุ่มใดถือเป็นประชากรกลุ่มเปราะบางบ้าง จึงอาจไม่สามารถขีดเส้นเป็นขาวกับดำ (binary) ได้ชัดเจนเสมอไป โครงการหนังสือเล่มแรกนี้จึงเป็นตัวอย่างที่ส่งเสริมมุมมองที่ว่า ความเปราะบาง (อาจเรียกว่า “vulnerability”) ของประชากรกลุ่มเปราะบาง มีลักษณะเป็นช่วง (spectrum) การพิจารณาว่าเป็นประชากรกลุ่มเปราะบางหรือไม่จึงน่าจะขึ้นอยู่กับที่มาและวัตถุประสงค์ของโครงการด้วย และควรเปรียบเทียบ (relative) กับประชากรกลุ่มอื่นประกอบกัน

3. ปัจจัยนำเข้าหรือโครงสร้างพื้นฐานของโครงการ

ทรัพยากรบุคคลคือหัวใจสำคัญของทั้ง 4 โครงการของ รพ.ด่านซ้าย โดยในโครงการหนังสือเล่มแรกนั้น ดำเนินการโดยกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนของโรงพยาบาลเป็นหลัก โดยมีหน้าที่จัดหาหนังสือ สอนการใช้หนังสือให้กับพ่อแม่ที่เข้าร่วมโครงการ ติดตามผลการดำเนินงาน และประสานภาคส่วนต่างๆ เพื่อขอรับการสนับสนุน แต่มีการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ ด้วย กล่าวคือ พ่อแม่เป็นผู้ใช้หนังสือ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ช่วยดำเนินการในระดับหมู่บ้าน เช่น จัดหาสถานที่และชักชวนชาวบ้านมาเข้าร่วมโครงการ นอกจากนี้ยังมีอาจารย์ของมูลนิธิหนังสือเพื่อเด็ก เป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการของโครงการ ทำหน้าที่ช่วยคัดเลือกหนังสือ หาหนังสือราคาถูก และเป็นวิทยากรอบรมให้กับทางโรงพยาบาล

สำหรับโครงการดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า จำเป็นจะต้องมีบุคลากรความเชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็กของ รพ.ด่านซ้าย ที่ทำงานร่วมกันเป็นทีม ทั้งแพทย์ พยาบาล และนักจิตวิทยาเป็นสำคัญ โดยทำงานร่วมกับเครือข่าย รพ.สต. นอกจากนี้สำหรับเด็กวัยเรียนยังต้องอาศัยความร่วมมือของครูและโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการด้วย โดยได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดีจากผู้อำนวยการและบุคลากรของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) เขต 3

“ทาง รพ. จะต้องออกแบบบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญมารองรับ คนที่มีความรู้แบบนี้คนที่สามของเรากำลังเรียนอยู่ รพ.เราถึงต้องมีพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นถึง 3 คน หมอเด็ก 1 คนที่ให้ความสนใจเรื่องงานแบบนี้ ถ้าเกิดหมอเด็กไม่สนใจ เขาคงไม่อยู่กับเราแล้ว บังเอิญว่าหมอเด็กสนใจ และเราต้องเติมคนไปช่วย สถานที่ก็ต้องมีให้อุปกรณ์”

“ควรมีนักจิตวิทยาด้วย ของเราเพิ่งลาออกไป แต่เรายังสามารถตรวจ IQ โดยใช้ชวาร์ตซ์ได้ และโรคจิตที่กุมารแพทย์ของเราวินิจฉัยได้ ที่อื่นๆ ส่วนใหญ่หมอจะไม่ค่อยวินิจฉัยโรคทางจิตเวช”

“กุมารแพทย์เราสนใจ เรามีพยาบาลดูแล OPD โดยตรง พยาบาลห้องคลอดคอยลงทะเลเป็นเด็ก มีพยาบาลฝ่ายเวชฯ ที่พร้อมที่จะส่ง มีทั้งทีมองค์กรแพทย์ ทีมนักกิจกรรมบำบัด ทีม IPD ทีมพยาบาลเวชฯ องค์กรประกอบเหมาะสม”

บันทึกการให้สัมภาษณ์ของผู้บริหารและทีมงาน รพ.ด่านซ้าย

โครงการขานเชิญพระราชทาน ทางมูลนิธิฯรับสมัครบุคลากรโรงพยาบาลเข้าอบรม โดยทั่วไปทางมูลนิธิจะรับอบรมให้ผู้พิการเป็นลำดับแรก แต่ทาง รพ.ด่านซ้าย ไม่มีผู้พิการเป็นบุคลากรในขณะนั้น จึงส่งบุคลากรของแผนกกายภาพบำบัดไปรับการอบรม เมื่อเวลาผ่านไป บุคลากรท่านนี้มีความเชี่ยวชาญในการทำขาเทียมจนทางมูลนิธิเชิญไปร่วมเป็นวิทยากรในการอบรมทำขาเทียมบ่อยครั้ง และได้รับการยอมรับเป็นอย่างมากในการอบรมทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งกลายเป็นการลงทุนในทรัพยากรมนุษย์และการส่งเสริมศักยภาพของบุคลากรที่มีคุณภาพอย่างยิ่ง โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลพยายามหาโอกาสในการส่งเสริมบุคลากรในโครงการ แม้จะมีข้อจำกัดในการบริหารทรัพยากรบุคคลในระบบราชการ โดยเฉพาะในเรื่องค่าตอบแทนและความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน (career path) เป็นอุปสรรคสำคัญ

“มูลนิธิ จะคบเราด้วย 2 เหตุผล คือ 1. เพราะเราเป็นรุ่นแรก ทำมายาวนาน สร้างชื่อเสียง และผมเองก็เป็นคนเลือก รพ.รุ่นต่อๆ ไปให้มูลนิธิด้วย เพราะผมจะเลือก รพ.ที่รักชาวบ้านจริงๆ ที่ผมเลือกทุกวันนี้เขาไปหมดนะ 2. เพราะคุณ... [บุคลากรของ รพ.] เขาเก่งมาก ขนาดทำมาสิบปีแล้วยังไปฟื้นฟูความรู้ตลอด มูลนิธิจะมีออกหน่วยที่ละร้อยขา ในการออกหน่วยแต่ละครั้งเขาจะมาเชิญคนของทีมเราทั้งสองคนไปร่วม แล้วเขาฝีมือดีมาก เวลาไปไหนเขาเป็นอาจารย์ที่สอนทำขาเทียม ไปมาหลายประเทศ จีน บังคลาเทศ พม่า มาเลเซีย ลาว กัมพูชา ยิ่งไปเขาก็ยิ่ง expert นี่คือการ refresh course ของเรา และเครื่องมือที่ได้มา เขาเองก็ปรับปรุง ปรับแต่ง apply ให้อยู่เสมอ ซึ่งทางมูลนิธิฯ ดีใจมากที่เราได้คนอย่างนี้ร่วมงาน...”

“...[บุคลากรของ รพ. ในโครงการขานเชิญพระราชทาน] เป็นคนด่านซ้ายโดยกำเนิด ขยันมาก คิดเป็น มีน้ำใจ อยู่ที่นี่เป็นช่าง แต่ออกไปข้างนอกเขาเป็นอาจารย์นะ ไปมาหลายประเทศมาก เวลาเขาไปต่างประเทศสอนเรื่องการทำขาเทียม กลับมาผมจะถามเขาว่าไปไหนมาบ้าง กินอะไรมาที่ต่างประเทศ เขาจะภูมิใจ นี่คือเทคนิคของทีมในการช่วยให้เขามีความสุขกับงาน เราภูมิใจกับเขามาก เราโชคดีที่มีคนเก่ง...จริงๆ ควรสนับสนุนให้สอช่างฝีมือ เพียงแต่มาอยู่ที่นี่ขอกรอบเพิ่มไม่ได้

กระทรวงต้องรอให้จบศิริราชสองปีก่อน ปอส... ที่เขาอยู่ได้ เพราะที่นี่คือบ้านของเขา ผมและ [ทีมงาน] ให้เกียรติเขามา ทุกคนไม่มีโอกาสเหมือนเขา...ควรมีการสนับสนุนเรื่องเงินเดือน ตำแหน่งประจำ อยู่ในกรอบของกระทรวง ตำแหน่งอนุปริญาที่ยังดี...เงินเดือนเขายังไม่ถึงหมื่นเลย ดีที่เขาพอเพียง และการได้มีโอกาสเข้าเฝ้าสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ ทำให้เขาภูมิใจ...”

บันทึกการให้สัมภาษณ์ของผู้อำนวยการ รพร.ด่านซ้าย

สำหรับโครงการอารยสถาปัตย์ นักกายภาพบำบัดของ รพร.ด่านซ้าย ซึ่งเป็นผู้ริเริ่มโครงการนี้ เป็นผู้วางแผนและดำเนินโครงการเป็นหลัก โดยมีทีมงานมาสนับสนุน เช่น เครือข่ายผู้สูงอายุและผู้พิการ ที่รู้จักกัน มาช่วยเดินสำรวจปัญหาของสภาพแวดล้อมในชุมชนที่มีปัญหาต่อผู้พิการหรือผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ยังอาศัยเครือข่ายผู้นำในชุมชน และส่วนราชการต่างๆ มาเป็นผู้สนับสนุนด้วย

“เป็นงานใหม่ ไม่มีในกรอบ เลยลองหาเครือข่าย เพราะงานนี้เป็นงานของคนพิการ เด็ก ผู้สูงอายุ ทางสังคม เลยไปหา พม. (หน่วยงานพัฒนาสังคมของจังหวัด) ประจวบเหมาะที่เขายกกว่าเป็นกรอบของประเทศถูกซ้ำ และในจังหวัดของเราถูกซ้ำเหมือนกัน แต่ไม่มีพื้นที่ไหนเอาเลย เราก็เลยเขียนโครงการมาขอประมาณ ได้มาแปดหมื่นบาท... มีการเชิญทุกภาคส่วนเข้ามา เล่นตั้งแต่มีมติจิตวิญญาณเลย เจ้าพ่อกวน นายอำเภอ อย่างเจ้าพ่อกวนท่านเป็นผู้รับเหมามาก่อน จะรู้เรื่องการออกแบบ การก่อสร้าง เรื่องไหนควรทำ ไม่ควรทำ และดูแลในเรื่องมติจิตวิญญาณ ซึ่งถ้าท่านชี้คนที่ต้องเอาด้วย และหัวหน้าส่วนราชการ โดยเฉพาะเทศบาล นายกเทศบาล เริ่มกระบวนการด้วยการ set term ก่อน ที่มาที่ไปแรกคือการประกาศทาง Facebook ของด่านซ้าย ว่าเราจะมียางแบบนี้ อยากจะเชิญคนที่อยากสำรวจเมือง ทั้งคนพิการ ผู้สูงอายุ หรือใครก็ได้ที่อยากจะอาสาเป็นทีมร่วมเดินสำรวจในเมือง ว่าเราจะได้เห็นอะไรบ้างในเมืองของเรา เหมาะหรือไม่เหมาะสมยังไง”

“เมื่อประชุมเสร็จ ก็แบ่งการสำรวจเมืองเป็น 4 สาย ประกอบด้วยนายอำเภอ ผู้ประกอบการ ตัวแทนร้านค้า เทศบาล แขวงการทาง คนพิการก็มาด้วย เราให้คนพิการเป็นหลัก เดินทุกสายเลย โดยให้ stakeholder มารับรู้ด้วย หลังจากสำรวจเมืองเสร็จก็ประชุมกัน เงินแปดหมื่นที่ได้มาก็มาใช้กับพวกนี้แหละ เจอลิงผิดปกติที่รายการ ยิ่งเทศบาลหนักกว่าเขาเลย เจอเยอะมาก แต่ก็ดีถือเป็นโอกาสพัฒนา...”

บันทึกการให้สัมภาษณ์ของผู้อำนวยการและทีมงาน รพร.ด่านซ้าย

หลายโครงการของ รพร.ด่านซ้าย จะเห็นการทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการ ระหว่างทีมดูแลด้านสุขภาพ (health sector) และทีมดูแลด้านสังคม (social sector) ดังจะเห็นจากการทำงานร่วมกันระหว่างกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน รพร.ด่านซ้าย กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชนในโครงการหนังสือเล่มแรก ระหว่างทีมแพทย์และพยาบาลของ รพร.ด่านซ้าย กับครูในโรงเรียนต่างๆ และ สพฐ. ในโครงการดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงพัฒนาการ

ล่าช้า และระหว่างที่ทีมงานด้านกายภาพบำบัดของ รพร.ด่านซ้าย กับส่วนราชการอื่นๆ ในพื้นที่ และภาคประชาสังคม ในโครงการอารยสถาปัตย์

ในส่วนของปัจจัยนำเข้า (input) ด้านการเงินการคลังนั้น แตกต่างกันไปตามลักษณะของแต่ละโครงการ โดยโครงการหนังสือเล่มแรก มีแหล่งเงินทุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือ เทศบาล เป็นหลัก มีบางส่วนที่ได้รับการสนับสนุนเงินจากชาวบ้าน กองทุนสุขภาพตำบล และเงินสาธารณสุขมูลฐานของหมู่บ้านที่ อสม. ดูแล ซึ่งโครงการนี้ใช้งบประมาณไม่มากนัก

“เงินที่เราขอเล็กน้อยมากเมื่อเทียบกับเงินอื่นๆ ประมาณ 500 บาท/หัว/คน ค่าหนังสือ ซึ่งถูกมาก ใช้ได้ 5 ปีเลย หนังสือของตำบลด่านซ้ายเก็บที่เราหมดเลย เทศบาลตำบลด่านซ้ายทำตั้งแต่ปี 2550 เด็กประมาณ 50 คน เทศบาลตำบลศรีสองรักอีกประมาณ 50 คน ประมาณ 100 คน ประมาณปีละห้าหมื่น เมื่อได้เงินมา เราก็ซื้อหนังสือเลยให้เท่ากับจำนวนเด็ก และพอจะทำในปีต่อไป ได้เงินมาก็ซื้อเลย แทบจะไม่มีถือเงินเลย รพ. ไม่ต้อง support เงิน เพราะผนวกกับงานประจำไปเลย ถ้าทำเฉพาะตำบลด่านซ้ายยังไม่ต้องใช้เงินเพิ่ม แต่ถ้าต้องขยายไปทั้งอำเภอเดี๋ยวก็ต้องใช้เงินเพิ่ม”

บันทึกการให้สัมภาษณ์ของทีมงานโครงการหนังสือเล่มแรก (Bookstart) รพร.ด่านซ้าย

ในขณะที่โครงการดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า อาศัยเงินที่เขียนโครงการขอจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำหรับการจัดอบรมและคู่มือพัฒนาการที่ต้องแจกให้กับกลุ่มเป้าหมาย โดยในปีปัจจุบัน ใช้จ่ายไปประมาณ 2-3 หมื่นบาท ส่วนทางโรงเรียนและ สพฐ. สนับสนุนค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับการอบรมครู และบุคลากรของโรงเรียนของตน และทาง รพ.สต. ของงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบลขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เช่น ขอค่าอาหารเลี้ยงเวลาจัดอบรมแม่ในการคัดกรองเด็ก เป็นต้น เพื่อให้ทาง อบต. และชุมชนได้มีส่วนร่วมและเห็นความสำคัญของการดูแลเด็ก ส่วนโครงการขาเทียมพระราชทาน ทางโรงพยาบาลไม่มีค่าใช้จ่ายโดยตรง เนื่องจากทางมูลนิธิขาเทียมฯ สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์และค่าใช้จ่ายในการทำขาเทียมให้ทั้งหมดตั้งแต่ก่อนที่จะสามารถเบิกจ่ายจากทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ และเมื่อสามารถเบิกจ่ายค่าทำขาเทียมจากกองทุนของ สปสช. ให้ผู้ป่วยแต่ละรายได้ ทางมูลนิธิฯ ก็ยังคงสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์เช่นเดิมโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย ทำให้ทางโรงพยาบาลมีรายได้เพิ่มขึ้นจาก สปสช.

“ช่วงแรกที่ทำ เรายังไม่มีค่าใช้จ่าย เพราะอาจารย์จากมูลนิธิฯ ลงทุนออกค่าใช้จ่ายให้ก่อน สปสช. ยังไม่รู้จักเลยเบิกไม่ได้ ทำมาประมาณ 2-3 ปี สปสช. แจ้งมาว่าได้ขาละก็บาท และโอนเงินมาให้ที่หลัง เราเลยอยู่ได้ ส่วนมูลนิธิเองก็คงได้เงินบริจาคมาก่อนหน้านั้นอยู่แล้ว... ทำเสร็จก็ค่อยไป ทำให้ รพ.ของเรามีรายได้เพิ่มขึ้น ศักยภาพของเราในปีนี้ ประมาณล้านสองแสนบาท ต้นทุนได้เข้าประมาณ 7,500 บาท เบิกจาก สปสช. ประมาณ 20,000 บาท ก็อยู่ได้”

บันทึกการให้สัมภาษณ์ของผู้อำนวยการ รพร.ด่านซ้าย

ส่วนโครงการอารยสถาปัตย์ มีประเด็นที่น่าสนใจด้านการเงินการคลัง คือ โดยลักษณะของโครงการซึ่งเน้นการปรับสภาพแวดล้อม ซึ่งเป็นงานด้านการป้องกันมากกว่ารักษา และเชื่อมโยงกับมิติด้านสังคมและปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสังคม (social determinants of health)^[3]ค่อนข้างมาก ทำให้มีข้อจำกัดด้านงบประมาณในระบบราชการ ซึ่งมองว่างานดังกล่าวไม่อยู่ในกรอบด้านสุขภาพที่หน่วยงานด้านสาธารณสุข เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) จะสามารถจะอนุมัติงบประมาณได้ ทำให้ทางทีมงานต้องหาแหล่งทุนอื่นมาสนับสนุน ประจวบเหมาะ กับแนวคิดด้าน universal design ที่เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง และนโยบายของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) จึงทำให้โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนเงินทุนจากหน่วยงานด้านพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ของจังหวัด ประเด็นนี้เป็นตัวอย่างของข้อจำกัดเชิงนโยบายที่ผู้กำหนดนโยบายควรพิจารณาหาแนวทางสนับสนุนเพื่อลดอุปสรรคต่อการดูแลประชากรกลุ่มเปราะบางผ่านโครงการที่ต้องอาศัยการสนับสนุนอย่างมากแต่ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นมีความคุ้มค่าอย่างยิ่ง

*“การเปลี่ยนลักษณะแบบนี้ต้องใช้เงินมากมาย เพราะมันต้องเปลี่ยนความคิดทุกอย่าง เปลี่ยน
แนวนโยบายที่แต่ละกระทรวงก็ไม่เหมือนกัน คิดบนพื้นฐานนี้ แต่ก็ไม่ลองก็ไม่รู้ เลยทำโครงการ
ขึ้นมา เมื่อทำเสร็จจะยื่นให้จังหวัด สสจ. ตีกลับมา กลายเป็นว่าไม่ใช่หน้าที่ของเรา เราโดนแบบนี้
หลายๆ ครั้ง เมื่อครั้งงานส่งเสริมกีฬาเด็ก ยื่นโครงการไปเขาก็บอกว่าไม่ใช่หน้าที่ของเรา”*

บันทึกการให้สัมภาษณ์ของทีมงานโครงการอารยสถาปัตย์ รพร.ด่านซ้าย

สำหรับระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (decision support system) นั้น ก็แตกต่างกันไปตามลักษณะของแต่ละโครงการเช่นเดียวกัน โดยโครงการหนังสือเล่มแรกอาศัยคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญของมูลนิธิหนังสือเพื่อเด็ก และอาจารย์แพทย์ของภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี รวมทั้งพิจารณาเลือกหนังสือที่เหมาะสมกับอายุของเด็ก รวมทั้งอาศัยเสียงตอบรับจากเด็กเองมาเป็นข้อมูล ส่วนโครงการดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า อาศัยแนวทางการคัดกรองที่จัดทำโดยกรมสุขภาพจิต รวมทั้งมีการอบรมบุคลากรของ รพ.สต. และโรงเรียน ที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยคัดกรองและส่งต่อเด็กมายังโรงพยาบาล ส่วนโครงการขาเทียมพระราชทานนั้น อาศัยการอบรมในหลักสูตรของมูลนิธิขาเทียมฯ ซึ่งจะอบรมทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติประมาณ 3-4 เดือนจนสามารถทำได้คล่องแคล่ว ในขณะที่โครงการอารยสถาปัตย์ ได้รับการสนับสนุนทางวิชาการจากคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีปทุม ซึ่งส่งอาจารย์และนักศึกษามาช่วยศึกษาและออกแบบ ซึ่งในปัจจุบันยังต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญเป็นหลักเนื่องจากเพิ่งเริ่มโครงการ แต่ในอนาคตมีแผนที่จะจัดอบรมเป็นหลักสูตรให้กับช่างในพื้นที่เพื่อให้สามารถออกแบบและปรับปรุงสภาพแวดล้อมเองเบื้องต้นได้

ในด้านระบบสนับสนุนการดูแลตนเอง (self-management support) นั้น มีความโดดเด่นเป็นพิเศษในโครงการหนังสือเล่มแรก ซึ่งจะมีการสอนพ่อแม่ให้ทราบวิธีการอ่านหนังสือกับลูกที่เหมาะสม และพยายามให้พ่อแม่ที่มีประสบการณ์ อ่านหนังสือกับลูกเก่งแล้ว เป็นพี่เลี้ยงให้พ่อแม่คนอื่นๆ และพยายามสร้างพลังอำนาจ (empower) ให้พ่อแม่ว่าเขาทำได้ ส่วนโครงการดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า ก็จะมีการรวมกลุ่มของพ่อแม่หรือผู้ปกครองของเด็กที่มีปัญหาเพื่อให้แนะนำช่วยเหลือกัน สำหรับโครงการอารยสถาปัตย์ ผู้พิการถือเป็นทีมงานที่สำคัญในทุกขั้นตอน โดยนอกจากการเดินสำรวจสภาพแวดล้อมในชุมชนแล้ว ผู้พิการยังมีส่วนร่วมในการออกแบบและปรับปรุงสภาพแวดล้อมอีกด้วย ทางทีมงานเองก็พยายามส่งเสริมให้ตัวแทนผู้พิการเป็นผู้นำในการทำงานขับเคลื่อนเรื่องนี้ร่วมกับส่วนราชการและองค์กรต่างๆ ด้วย การมีส่วนร่วมเหล่านี้ ช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจ (empower) ให้ผู้พิการมี

ความเชื่อมั่นในตัวเองและมีส่วนร่วม (engage) ในการดูแลตนเอง การขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง และการสร้างการยอมรับในสังคมได้ดียิ่งขึ้น

4. กระบวนการทำงาน การจัดการ ภาวะผู้นำ และการบริหารจัดการโครงการ

ทั้ง 4 โครงการของ รพร.ด้านซ้ายนั้น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทำหน้าที่ผู้สนับสนุนอยู่เบื้องหลัง แต่ส่งเสริมให้บุคลากรที่เป็นทีมงานของโครงการเป็นเจ้าของโครงการหรือผู้นำในการจัดการโครงการ นอกจากนี้โครงการเหล่านี้ยังเป็นโครงการที่มีคุณค่าเพื่อผู้ด้อยโอกาส ที่ผู้ปฏิบัติงานสัมผัสถึงผลลัพธ์ของงานได้ดี ทำให้บุคลากรมีความภาคภูมิใจและมีความสุขในการทำงาน ดังตัวอย่างการสนับสนุนทีมงานของโครงการชาเขียวพระราชทานที่ได้กล่าวไปแล้ว ซึ่งจะเห็นว่าผู้อำนวยการโรงพยาบาลวางตัวในบทบาทที่สอดคล้องกับแนวคิด servant leadership^[4] และส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงทางบวกของลูกทีมและพัฒนาให้ทีมงานสามารถทำงานได้เต็มศักยภาพ ตามแนวคิด transformative leadership^[5] เช่นเดียวกับกรณีศึกษาของอำเภอภูผินารายณ์และอำเภอลำสนธิ

สิ่งหนึ่งที่ปรากฏเห็นเด่นชัดในการทำงานของโครงการเหล่านี้ของ รพร.ด้านซ้าย คือ การทำงานร่วมกับองค์กรของภาคส่วนต่างๆ (intersectoral collaboration) ซึ่งมีการมีส่วนร่วมในหลายระดับ^[6] โครงการชาเขียวพระราชทาน เป็นการทำงานที่เริ่มต้นจากโครงการของมูลนิธิชาเขียวฯ ที่ต้องการสนับสนุนการทำชาเขียวในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งอาจเรียกได้ว่าเป็นการมีส่วนร่วมในระดับ cooperation แต่เมื่อเวลาผ่านไป ความเชี่ยวชาญของบุคลากรของ รพร.ด้านซ้าย นำไปสู่การได้รับเชิญเป็นวิทยากรของมูลนิธิฯ ในหลายโอกาส การทำงานเริ่มมีลักษณะของการมีส่วนร่วมในระดับ collaboration มากยิ่งขึ้น เช่นเดียวกับโครงการหนังสือเล่มแรก ซึ่งการทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีลักษณะของ cooperation และการประสานงาน (coordination) คือเป็นการประสานงานเพื่อขอรับเงินงบประมาณสนับสนุนโครงการ มีลักษณะของการ “ร่วมคิด ร่วมทำ” (collaboration) บ้างแต่ยังไม่ชัดเจนนัก ส่วนโครงการดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า ซึ่งกลุ่มเป้าหมายส่วนหนึ่งเป็นเด็กวัยเรียนซึ่งต้องทำงานร่วมกับทางโรงเรียนและ สพฐ. นั้น ในระยะแรกน่าจะเป็นความร่วมมือในลักษณะของการประสานงาน (coordination) แต่เมื่อทำงานร่วมกันได้ระยะหนึ่งก็พัฒนาไปสู่ความร่วมมือแบบ “ร่วมคิด ร่วมทำ” (collaboration) มากยิ่งขึ้น และที่เห็นเด่นชัดที่สุดคือการทำงานร่วมกันแบบร่วมคิดร่วมทำ (collaboration) หลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาควิชาการ และภาคประชาชน ในโครงการอารยสถาปัตย์

“วิธี approach ท้องถิ่น เราบอกว่าเราจะทำงานกับเด็ก ท่านนายก[เทศมนตรี] เมื่อทำงานกับเด็กก็ไม่มีอะไรเสีย ครอบคลุมเห็นความสำคัญ และคนในท้องถิ่นเองมีลูกเขาเคยใช้ ก็จะช่วยสนับสนุนเราลูกของเจ้าหน้าที่เทศบาลด้านซ้ายหลายคนมาเข้าโครงการกับเรา และเห็นผล คนใช้เท่านั้นถึงจะรู้ว่าดีหรือไม่ดี อย่างเทศบาลศรีสองรัก ลูกท่านปลัดใช้ ท่านเลยสนับสนุนเต็มที่ บอกว่าลูกเขาได้ใช้ลูกคนอื่นก็ควรได้ใช้ อย่างนายกไม่มีลูก แต่เราก็คุยกันเล่นๆ ว่าคนที่ทำงานโครงการหนังสือก็ไม่มีใครมีลูกสักคน แต่ท่านนายกก็สนับสนุนมาตลอด ด้วยความสัมพันธ์ส่วนตัวด้วย เพราะพ่อเขากับพ่อเราก็นิพนธ์กันอยู่ เมื่อเราเสนอโครงการอะไรเขาก็รับอยู่แล้ว”

บันทึกการให้สัมภาษณ์ของทีมงานโครงการหนังสือเล่มแรก (Bookstart) รพร.ด้านซ้าย

“เราเชิญ ผอ.สพฐ. มาคุย และเล่าปัญหาให้ฟังเวลาที่ครูพาเด็กมาตรวจ ไม่ใช่แค่ปัญหาเรื่องเรียนอย่างเดียว แต่จะมีปัญหาเรื่องการดูแลเป็นส่วนใหญ่ เพราะเขาเองก็ปวดหัวเรื่องการมีห้องเรียนพิเศษจะต้องทำยังไง เมื่อมีต้นแบบก็ดี...โรงเรียนเกี่ยวโดยตรง...มีการจัดอบรมการคัดกรองทุกปีที่โรงเรียน เดิมเขาก็จัดของเขา ทำให้ความเข้าใจขาดตอนไป แต่เมื่อได้คุยกับ สพฐ. เขาก็เชิญเรามาอบรมร่วมกัน เอาปัญหาด้านพฤติกรรมมาคุยกับครู ซึ่งเด็กสามารถที่จะอยู่ในห้องเรียนได้ แต่ต้องอาศัยความรู้ในการปรับพฤติกรรมเด็ก ซึ่งเด็กอาจจะเรียนไม่เก่งแต่อาจจะสามารถทำกิจกรรมอื่นๆได้...”

บันทึกการให้สัมภาษณ์ของผู้อำนวยการและทีมงาน รพร.ด่านซ้าย

“เราคิดว่าระยะที่ 1 น่าจะใช้เวลาประมาณ 1 ปี แต่ปรากฏว่าเร็วกว่าที่คิดไว้ มันมีก้อนที่ 2 เข้ามาโดยที่ไม่คาดคิด บังเอิญว่าได้เจอกับอาจารย์ คณะสถาปัตย์ ศรีปทุมที่มาดูงานของเรา และชวนกันไปเยี่ยมบ้านคนไข้ และมี story telling ว่าการจัดการของช่างในพื้นที่ ที่เกี่ยวข้องกับอารยสถาปัตย์มันทำให้เกิดความทุกข์กับคนคนไหนพอสมควร จะมีวิธีการยังไงเพื่อช่วยเขาโดยเร็วที่สุด เพราะบ้านคนไข้คนนี้ให้ช่างมาทำ 5 ครั้งแล้ว หมดหลายแสนแล้ว ก็ยังมีปัญหา อาจารย์เขาก็เลยเอาเรื่องนี้ไปเสนอที่ ม.ศรีปทุม จากนั้นคนบดึลงมาดูพื้นที่เองเลยว่าด่านซ้ายกำลังจะทำอะไร เกี่ยวข้องกับคณะสถาปัตย์ ยังไง จากนั้นเราก็ดูว่าจุดแข็งจุดอ่อนของเรามีอะไรบ้าง พบว่าจุดแข็งของเรามีทั้งเรื่องการนำขนาดของอำเภอกำลังพอดี เป็นพื้นที่ที่น่าจะทำได้ มีความเข้มแข็งเรื่องการรวมกลุ่ม เพราะใน phase แรกๆ กลุ่มผู้ประกอบการเข้มแข็งมาก เพราะเขามีประเด็นในเรื่องของการท่องเที่ยวด้วย และในตัวของผู้นำ ทั้งผู้นำชุมชน ผู้นำด้านสุขภาพ ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำทางจิตวิญญาณก็เอาด้วย และคิดว่าน่าจะขับเคลื่อนได้เร็วกว่าที่คิดไว้ เราคิดว่าสัก 10 ปี แต่ท่านบอกว่า 3 ปีก็ run ได้แล้ว...ตอนแรกก็มาออกแบบหน้างานก่อน ใช้เวลา 1 วัน มาดูพื้นที่ที่เราสำรวจไว้ก่อน กลับไปท่านก็ไปบูรณาการภาควิชาใหม่หมดเลย เป็นหลักสูตรลงมา เนื่องจากเขาเห็นแล้วว่าตอนเรียนเขาแยกเด็กเรียนเป็น section เด็กไม่เคยเอาวิชาการมาใช้ในพื้นที่ เลยไปคิดหลักสูตรใหม่ จัดเด็ก 30 คน เพื่อลงภาควิชา...มาอยู่ 1 อาทิตย์ แบ่งสายให้เด็กลงพื้นที่ วัด ออกแบบ...และทำเวทีเสนอให้ชุมชนดูว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงแบบนี้...”

“คนบดึคณะสถาปัตย์ ม.ศรีปทุม มาดูงาน...ตัวผมเองก็ไปพูดทำทนายว่า ไม่อยากเห็นสถาปนิกสร้างบ้านให้เศรษฐี ปัญหาของเราคือ คนยากจนไม่เคยมีสถาปนิกออกแบบ จริงๆ แล้วสถาปนิกต้องมาดูคนยากจน เขาชอบ ถูกใจเขา”

บันทึกการให้สัมภาษณ์ของผู้อำนวยการและทีมงานโครงการอารยสถาปัตย์ รพร.ด่านซ้าย

5. ผลงานและผลลัพธ์

สำหรับผลงาน (outputs) นั้น โครงการส่วนใหญ่มีการเก็บข้อมูลอยู่บ้าง แม้ในบางโครงการจะยังเป็นการเก็บข้อมูลที่ไม่เป็นระบบนัก โดยในโครงการหนังสือเล่มแรก เคยมีการทำการสำรวจกลุ่มตัวอย่างบางหมู่บ้านที่เข้าร่วมโครงการ เมื่อปี 2556-2557 พบว่า ร้อยละ 96 ได้ใช้หนังสือในโครงการตั้งแต่ตั้งครรภ์ แต่เด็กที่ได้รับการอ่านหนังสือให้ฟังทุกวัน มีประมาณร้อยละ 63 โดยบางส่วนอ่านวันละ 2 ครั้งขึ้นไป และมีระยะเวลาการอ่านตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไป ต่อครั้ง ทีมงานของโครงการประเมินว่าถือว่าการอ่านหนังสือในโครงการในระดับที่ค่อนข้างมาก เป็นที่น่าพอใจ แต่ทีมงานพยายามส่งเสริมให้มีการอ่านหนังสือต่อยอดให้ลูกฟังเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การสำรวจดังกล่าว ทำเพียงบางหมู่บ้าน และเป็นผลการดำเนินงานเมื่อหลายปีมาแล้ว จึงมีความคิดที่จะทำ survey อีกครั้งหนึ่ง รวมทั้งออกแบบวิธีการติดตามที่เป็นระบบมากยิ่งขึ้น

โครงการดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า มีการติดตามผลในด้านการเข้าถึงบริการ ซึ่งมีตัวชี้วัดที่ผู้กำหนดนโยบายระดับประเทศกำหนดว่า ต้องมีการคัดกรอง และตรวจพบเด็กกลุ่มเสี่ยงมากกว่าร้อยละ 20 ของจำนวนผู้ที่ได้รับการคัดกรองทั้งหมด ส่วนในเด็กวัยเรียน เป้าหมายระดับประเทศกำหนดให้คัดกรองเด็กที่เสี่ยงเป็นสมาธิสั้น หรือออทิสติก อย่างน้อยร้อยละ 15 แต่ทาง รพร.ด่านซ้าย ปรับตัวชี้วัด โดยวัดว่าเด็กที่ครูในโรงเรียนที่ร่วมโครงการคัดกรองและส่งปรึกษา มา ได้รับการตรวจในสัดส่วนเท่าใด

ส่วนโครงการขาเทียมพระราชทาน ก็มีการบันทึกสถิติจำนวนผู้มารับบริการทำขาเทียมที่ รพร.ด่านซ้าย เป็นตัวชี้วัดในเชิง output รวมทั้งมีข้อมูลจากการรับลงทะเบียนผู้พิการทุกประเภท ซึ่งตอนนี้ น่าจะมีข้อมูลผู้พิการในอำเภอด่านซ้ายที่ครอบคลุมแล้ว รวมทั้งมีการทวนสอบกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ว่ามีผู้พิการประเภทขาขาดกี่ราย เคยได้รับการหรือไม่ อย่างไร ซึ่งในปัจจุบันก็ถือว่าครอบคลุมดีแล้ว ในขณะที่โครงการอารยสถาปัตย์ ซึ่งเพิ่งเริ่มดำเนินการ ยังไม่มีการเก็บข้อมูลที่ชัดเจน แต่มีแผนที่จะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับความตระหนัก และเข้าใจของผู้ประกอบการในพื้นที่ต่อความสำคัญของการออกแบบเพื่อรองรับผู้พิการและผู้สูงอายุ และมีเป้าหมายที่จะวัดระดับความร่วมมือ และจำนวนโครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่ผู้ประกอบการใช้งบประมาณของตนเอง เนื่องจากในปัจจุบันมีการรณรงค์และจัดทำแผนยุทธศาสตร์ในพื้นที่ เพื่อรณรงค์ให้ผู้สูงอายุมาเที่ยวด่านซ้ายและมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการท่องเที่ยวของกลุ่มเป้าหมายกลุ่มนี้

สำหรับผลลัพธ์เชิงคุณภาพ (outcomes) นั้น หลายโครงการยังไม่มีวิธีการเก็บข้อมูลและประเมินผลที่เป็นระบบ แต่มีข้อมูลจากการสังเกตหรือสอบถามอย่างไม่เป็นทางการมาสนับสนุนอยู่บ้าง เช่น โครงการหนังสือเล่มแรก ทีมงานของกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและสังคม รพร.ด่านซ้าย สังเกตเห็นว่า พัฒนาการของเด็กในโครงการส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ เมื่อเทียบกับเด็กในตำบลอื่นของอำเภอที่ไม่มีโครงการนี้ ซึ่งพัฒนาการบางอย่าง เช่น fine motor skills อาจได้รับการส่งเสริมจากการอ่านหนังสือในโครงการนี้ และมีตัวชี้วัดพัฒนาการของเด็กที่อยู่ในความดูแลว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือไม่ นอกจากนี้ยังมีกรณีศึกษาที่น่าสนใจ เช่น เด็ก 9 เดือน ที่พูดคำบางคำได้ ซึ่งทีมงานตั้งข้อสังเกตว่า อาจเกิดจากการอ่านหนังสือในโครงการนี้ก็เป็นได้ แม้จะไม่สามารถหาหลักฐานมายืนยันได้ชัดเจน

โครงการดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า เน้นการวัดอัตราการคัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยง ซึ่งเป็นตัวชี้วัดเชิงปริมาณ (output) เป็นหลัก แต่สำหรับผลลัพธ์ (outcomes) นั้น ยังไม่มีการวัดอัตราความสำเร็จที่เป็นระบบที่ชัดเจน มีเพียงการคืนข้อมูลเกี่ยวกับเด็กให้ครูหรือฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องรับไปปรับในการจัดการเรียนการสอนให้เหมาะสม แต่ยังไม่มีความรู้หรือข้อมูลว่าการคัดกรองดังกล่าวช่วยให้เกิดประโยชน์ต่อพัฒนาการ สุขภาพ หรือคุณภาพชีวิตของเด็ก

อย่างไร ส่วนโครงการขาเทียมพระราชทาน มีการติดตามความพึงพอใจของผู้พิการหลังได้รับขาเทียมใหม่ประมาณ 1 สัปดาห์ แต่ไม่ได้มีการติดตามต่อเนื่องถึงผลการรักษา สุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้พิการในระยะยาว นอกจากนี้ โครงการอารยสถาปัตย์ เนื่องจากยังเป็นช่วงเริ่มต้นของโครงการ จึงเน้นการวางแผนวัตถุประสงค์ตัวชี้วัดผลงาน (output) เป็นหลัก ยังไม่มีการวางแผนผลลัพธ์ (outcomes) เช่น ความพึงพอใจหรือคุณภาพชีวิตของผู้พิการและผู้สูงอายุในอำเภอด่านซ้ายอย่างเป็นรูปธรรมในระยะนี้ของโครงการ

โครงการหนังสือเล่มแรก ถือเป็นโครงการที่ผลการดำเนินงานในภาพรวมเป็นไปตามความคาดหวัง มีการขยายกลุ่มเป้าหมาย ได้รับความร่วมมือจากชุมชนและท้องถิ่นเป็นอย่างดี แต่มีข้อจำกัดเรื่องกระบวนการติดตามผลยังไม่เป็นระบบ แต่สิ่งที่เกิดขึ้นเกินความคาดหวัง คือ ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดีขึ้น และการสนับสนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆ ในชุมชน

“สิ่งที่เกิดนอกเหนือความคาดหวัง ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดีขึ้น เพราะเป็นเวลาแห่งคุณภาพ เด็กพัฒนาการช้าที่สามารถมาใช้หนังสือได้ และสามารถสร้างสัมพันธ์กับคนอื่นได้ง่ายขึ้น อย่างเด็ก ดาวัน เมื่อพ่อแม่ใช้หนังสือกับเขา เขาก็สามารถคุยกับคนอื่นๆ สื่อสารได้ เราไม่ได้คิดว่าเขาจะได้นะ อีกอย่างคือ ไม่ได้คาดหวังแต่แอบหวัง แต่ก็เกิดขึ้น คือ บทบาทของท้องถิ่นต่อการพัฒนาเด็กเริ่มขึ้น แล้ว เมื่อ 5 ปีก่อน เทศบาลยอมลงทุนทำสนามเด็กเล่นราคาสองล้านเลย ปกติเขาไม่ค่อยทำกัน ยิ่ง ตอนนั้นไม่ค่อยมีเงินด้วย ตอนนั้นลงทุนทำศูนย์เด็กเพิ่มอีก 1 แห่งเลย ลงทุนกับครูศูนย์เด็กใหม่ อาหารสำหรับเด็ก คือเทศบาลเราไม่ได้มีเงินมากแต่เขาก็มาสนใจเด็กในมุมอื่นๆ เราดีใจมาก”

“ผลพลอยได้ ได้ความสัมพันธ์ของครอบครัวของเด็กที่มีต่อ รพ. เปลี่ยนจากความสัมพันธ์ของคนใช้ เด็กที่เพียงแค่มามีตัววัดขึ้นเป็นสนใจอย่างอื่นด้วย การอ่านหนังสือไม่ได้เป็นหน้าที่ของ รพ. ที่ต้องไป ทำ แต่เขาได้ความรู้สึกว่า รพ. ใส่ใจ นอกเหนือจากมีการรักษาพยาบาล จึงมีแรงบันดาลใจที่จะทำ อย่างอื่นตามมา”

บันทึกการให้สัมภาษณ์ของผู้อำนวยการและทีมงาน รพร.ด่านซ้าย

ในโครงการดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า สิ่งที่เป็นไปตามแผน คือ การที่ทาง รพร.ด่านซ้าย สามารถส่งเสริมศักยภาพของ รพ.สต. ให้สามารถคัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยงได้ ผู้ปกครองส่วนหนึ่งมีความสนใจ แต่ยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงครูในศูนย์เด็กเล็ก ทำให้ยังไม่สามารถคัดกรองได้ดีนัก นอกจากนี้ ในกลุ่มของครูในโรงเรียน บางส่วนยังมีทัศนคติในแง่ลบต่อนักเรียนที่มีปัญหาการเรียนรู้ ซึ่งอาจมองว่าเด็กกลุ่มนี้พัฒนาไม่ได้ กลายเป็นปัญหาของทางโรงเรียน ซึ่งทางโครงการจำเป็นจะต้องเข้าไปสร้างความเข้าใจและพัฒนาความร่วมมือกับโรงเรียนเหล่านี้อีกกว่า 100 แห่ง ที่ยังไม่ได้เข้าไป อย่างไรก็ตาม สิ่งที่เกิดขึ้นเกินความคาดหมาย คือความร่วมมือของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) เขต 3 ซึ่งให้ความร่วมมืออย่างเต็มที่ และช่วยจัดการจนสามารถดูแลเด็กกลุ่มนี้ได้ดีขึ้น

“เรื่องการ contact กับ สพฐ. ได้ ไม่เคยคิดว่าเราจะได้คุย ไม่เคยคิดว่าเรามีบทบาทสำคัญ เพราะเด็กมีปัญหาที่มาหาเรา ก็ตรวจเท่านั้น แต่จริงๆ คนที่จัดการได้ดีคือเขา และในกลุ่มของผู้ปกครองที่ได้คุย ทัศนคติในการดูแลถูกเปลี่ยนไป คือ เขาไม่ได้คุยกันระหว่างครู ผู้ปกครอง และสาธารณสุข มองกันคนละทาง ครูมองเรื่องเรียน ผู้ปกครองก็โยนให้โรงเรียน เมื่อเกิดปัญหาโยนมาที่สาธารณสุข

ไม่ได้มาบูรณาการร่วมกัน เปลี่ยนเป็นครูก็เข้าใจ ผู้ปกครองเข้าใจเด็กมากขึ้น วิธีการเลี้ยงดูที่เหมาะสม ได้คุยกัน”

บันทึกการให้สัมภาษณ์ของทีมงานโครงการดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า รพร.ด่านซ้าย

สิ่งที่เกิดขึ้นเกินความคาดหมายจากโครงการขาเทียมพระราชทาน คือ ทีมงานแผนกกายภาพบำบัดของโรงพยาบาล สามารถพัฒนาวัสดุอุปกรณ์ Ankle foot orthosis (AFO) กันเท้าตก ขึ้นเพื่อใช้กับผู้ป่วยได้โดยประยุกต์หลักการของการทำขาเทียมมาคิดค้นขึ้นเอง ซึ่งถือเป็นการต่อยอดความรู้และทักษะที่มี ในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยของโรงพยาบาลมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม ความท้าทายที่สำคัญของโครงการนี้ คือ การธำรงรักษาบุคลากรในโครงการ และส่งเสริมขวัญกำลังใจและความภาคภูมิใจในงาน เนื่องจากถือเป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถและทำประโยชน์ให้กับผู้ป่วยที่พิการได้เป็นอย่างมาก

โครงการอารยสถาปัตย์ แม้จะอยู่ในช่วงเริ่มแรก แต่ก็พบสิ่งที่เกิดขึ้นเกินความคาดหมาย คือ ความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่พร้อมจะขับเคลื่อนไปได้เร็ว รวมทั้งการรวมตัวของกลุ่มผู้ประกอบการที่ร่วมกันเองและพยายามขับเคลื่อนด้วยกลุ่มของเขาเอง โดยอาศัยงบประมาณของตนเอง ตลอดจนการเข้ามาสนับสนุนของนักวิชาการ เช่น คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีปทุม ซึ่งทั้งหมดช่วยให้โครงการเดินหน้าไปได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ การสนับสนุนงบประมาณและการสนับสนุนเชิงนโยบาย ของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ในพื้นที่ที่ช่วยให้โครงการนี้เกิดขึ้นได้แม้จะมีอุปสรรคจากการสนับสนุนภายในกระทรวงสาธารณสุขก็ตาม

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย กล่าวถึงข้อเสนอเชิงนโยบายในฐานะผู้นำของทีมงานที่มีประสบการณ์ดูแลประชากรกลุ่มเปราะบางทั้ง 4 โครงการ ว่า โครงการเหล่านี้ เริ่มต้นจากปัญหาจากการทำงานจริงของผู้ปฏิบัติ นำไปสู่แรงบันดาลใจและความพยายามที่จะหาทางแก้ปัญหาของประชากรกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ เมื่อได้ดูแลประชาชน และได้เห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ความสุขที่เกิดขึ้น รวมทั้งการสนับสนุนของผู้เกี่ยวข้อง จะช่วยให้การทำงานเกิดความยั่งยืน ดังนั้น หากจะขยายผลเพื่อดูแลประชากรกลุ่มเปราะบางในพื้นที่อื่นๆ จึงไม่ควรออกนโยบายสั่งให้ดำเนินงานทั่วประเทศแล้วกำหนดผลงาน ตัวชี้วัด เพราะจะตัดตัวแปรด้านความสุขของผู้ปฏิบัติออกไป นอกจากนี้ การแสวงหาความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ อย่างจริงจังเพื่อความร่วมมือที่ยั่งยืน จำเป็นต้องใช้เวลา ไม่สามารถเร่งรัดได้ รวมทั้งต้องตระหนักถึงปัจจัยเชิงบริบทในพื้นที่ที่แตกต่างกัน นำไปสู่สภาพปัญหาที่ต่างกัน ความพร้อมที่แตกต่างกัน และวิธีการจัดการ (implementation approach) ที่อาจแตกต่างกัน

“ข้อเสนอเชิงนโยบายของผม คือ อย่านรณรงค์เรื่องนี้เด็ดขาด เพราะ Bookstart จะทำได้ก็ต่อเมื่อเกิดความเข้าใจเท่านั้น หมายถึงคนที่จะไปอธิบาย ตัวคนทำต้องเข้าใจก่อน การมอบหนังสือ ไม่ใช่ให้ถุงไปแล้วถ่ายรูปลง Facebook แล้วก็เสร็จ แต่ต้องทำด้วยความเข้าใจ ด้วยความรักเท่านั้น เพราะฉะนั้น เมื่อไม่รณรงค์ก็อย่ามากำหนดพื้นที่เป้าหมายว่าต้อง 100% แต่ต้องทำตามความพร้อม ไม่งั้นจะเสียของ”

“1) ไม่ต้องรอใครสั่ง เรื่องทุกเรื่องเกิดจากความทุกข์ของคนที่เขาสัมผัส นี่คือวิธีคิดของคนด่านซ้าย
2) หน่วยงานสัมผัสด้วยตัวเอง อย่างทีมงานที่ดูแลเด็กพัฒนาการช้า เขาเห็นเลยคนไข้ของพัฒนาการเด็ก ผมไม่เห็นเพราะผมไม่ใช่หมอเด็ก ของ Bookstart เหมือนกัน เห็นเด็กขาดโอกาส ให้หน่วยงานสัมผัสเองแล้วหน่วยงานจะขงขึ้นมา ผมแค่ตัวไปประสานเท่านั้นเอง ฉะนั้นเริ่มต้นจากความทุกข์ของ

คนใช้ทั้งนั้น 3) การมีส่วนร่วมของแต่ละภาคส่วนต่างๆ ที่ไม่ใช่ช่องทางปกติ ถ้าปกติก็เหมือนเดิม ทำ
เขาเทียมเสร็จ อยากได้คนใช้ก็ติดต่อ รพ.สต. แต่ผมไม่ได้ยุ่งเลย เรื่องนี้ไม่ได้ผ่าน สสจ. เลยนะ แต่ไป
ทาง พม. อบต. โดยตรง สสจ. ไม่รู้เรื่องเขาเทียมเลย คนทำงานสัมผัสความทุกข์เอง 4) งานที่เขา
จะต้องมีความสุขด้วยตัวของเขาเอง หน้าที่ของผมคือทำให้เขามีความสุข ผ่านการเล่า หากคนมาช่วย
เล่า การเอนักศึกษามาถอดบทเรียน นี่คือเทคนิคของผม คือเรื่องทุกอย่างอาจไม่เป็นระบบมาก
นัก แต่เมื่อมีคนมาถามเราก็ต้องเรียบเรียง จากที่ไม่เป็นระบบก็เริ่มเป็นระบบมากขึ้น”

บันทึกการให้สัมภาษณ์ของผู้อำนวยการ รพร.ด่านซ้าย

การอภิปรายและการสรุปผล

จุดเด่นของการพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มเป้าหมายของ รพร.ด่านซ้าย คือ การมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วน (intersectoral collaboration) ซึ่งรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมที่น่าสนใจ คือ การประยุกต์หลักการร่วมผลิต (co-production) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของ Elinor Ostrom^[7] สตรีคนแรกที่ได้รับรางวัลโนเบลสาขาสันติภาพ การประยุกต์แนวคิดของการร่วมผลิตมาใช้ในการดูแลประชากรกลุ่มเปราะบางนี้เห็นเด่นชัดในโครงการอารยสถาปัตย์ของ รพร.ด่านซ้าย ซึ่งตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ระบุว่า อุปสรรค (barriers) ในการใช้ชีวิตของผู้พิการ มีตั้งแต่ อุปสรรคทางกายภาพต่อการเข้าถึงบริการและการใช้ชีวิตในสังคม การขาดเทคโนโลยีเพื่อช่วยผู้พิการ (assistive technology) ทักษะการเข้าถึงผู้พิการ และลักษณะบริการ ระบบ และนโยบายที่อาจไม่ช่วยหรือขัดขวางการมีส่วนร่วมของผู้พิการ^[8] ที่อำเภอด่านซ้าย การปรับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพเพื่อผู้พิการ ครอบคลุมทั้งภายในบ้านและนอก บ้าน ซึ่งดูเหมือนว่าจุดเริ่มต้น มาจากความพยายามของนักกายภาพบำบัดเพื่อจัดการอุปสรรคภายในบ้านของผู้พิการ บางราย จึงเกิดความพยายามสร้างความตระหนักขึ้นในชุมชนผ่านการสำรวจสภาพแวดล้อมในชุมชนที่เป็นอุปสรรค โดยการมีส่วนร่วมของผู้พิการ ผู้สูงอายุ ประชาชน และหน่วยงานต่างๆ และได้ขอความช่วยเหลือทางวิชาการนอก พื้นที่ที่ได้รับการสนับสนุนจากคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีปทุม นำไปสู่การวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อน ของการปรับสภาพแวดล้อมทางกายภาพเพื่อผู้พิการในอำเภอด่านซ้าย ซึ่งพบจุดแข็งอย่างน้อย 3 ประการ คือ การนำ (leadership) ทั้งในแง่บุคคลและทิศทาง ความเข้มแข็งในการร่วมกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มผู้ประกอบการท้องถิ่นหรือ ธุรกิจข้างเคียงซึ่งมีความเข้มแข็งมากเนื่องจากจะได้รับประโยชน์โดยตรงจากการท่องเที่ยว และขนาดของอำเภอที่ พอดีสำหรับการลงทุนพัฒนา

ผู้อำนวยการ รพร.ด่านซ้าย ได้ให้แนวคิดเพิ่มเติมว่า การปรับสภาพแวดล้อมนอกบ้าน คล้ายกับแนวคิดจาก ประเทศญี่ปุ่น ว่าเหตุใดเขาจึงเปลี่ยนเมืองของเขาได้ และเปลี่ยนได้ทั้งหมด ซึ่งเมื่อคิดเช่นนั้นก็ไม่ต้องไปหางบประมาณ มากมาย เมื่อคนคิดเป็นแล้วก็ง่ายขึ้น เช่น การนั่งรถไปกับนายกเทศมนตรี แล้วมองเห็นสายไฟรุงรัง ก็คุยกันเรื่อง สายไฟ ท่านก็บอกว่าคำนวณแล้วเอาลงดินงบประมาณ 10 ล้านบาท แต่ก็มีข้อมูลการวิจัยมาสนับสนุนว่าถ้าเอาลงดิน จะปลอดภัยและประหยัดอย่างไร จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นได้ทั้งเมือง ในระยะยาว ผู้อำนวยการ รพร.ด่านซ้าย ต้องการให้เด็กๆ ค้นเคยกับการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อผู้พิการโดยตั้งต้นที่โรงเรียน เด็กๆ จะได้ค้นเคยกับหลักการนี้ แทนที่จะมองว่าเป็นสิ่งแปลกประหลาด ดังนั้น แม้ว่าห้องน้ำผู้พิการในบางที่ไม่มีคนเข้าใช้ แต่โรงเรียนก็ต้องทำ สัญลักษณ์ไว้ มีทางลาดที่เป็นต้นแบบในโรงเรียน เพื่อให้เด็กได้ค้นเคย การร่วมผลิตจึงหมายถึงการเตรียมคนรุ่นหลังให้ พร้อมทางความคิดตั้งแต่เยาว์วัย

ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้โครงการเหล่านี้ประสบความสำเร็จ คือ การทำงานที่สอดคล้องกับแนวคิด “เจ้าภาพ เจ้ามือ เจ้าของ” โครงการอารยสถาปัตย์ มีนักกายภาพบำบัดของ รพ.ด่านซ้าย เป็น “เจ้าภาพ” เนื่องจากต้องดูแลรักษาผู้ป่วยพิการ และเป็นคนชอบงานศิลปะ เมื่อได้รับผิดชอบงานด้านนี้ จึงเกิดแรงบันดาลใจที่จะพัฒนาการดูแลผู้ป่วยพิการในพื้นที่ โดยนำแนวคิดด้าน universal design มาประยุกต์ใช้ เมื่อได้รับการสนับสนุนทางวิชาการจากมหาวิทยาลัยศรีปทุม และการสนับสนุนทรัพยากรจากส่วนราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ประกอบการต่างๆ ในฐานะ “เจ้ามือ” ภายใต้การนำของนายอำเภอ จึงเกิดการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่ดำเนินไปอย่างมีพลัง โดยมีทุกฝ่ายร่วมเป็น “เจ้าของ” ภายใต้วิธีทำงานแบบ “ร่วมผลิต” แม้ว่าจะต้องติดตามดูผลงานและผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อผู้ป่วยและผู้สูงอายุในโอกาสต่อไป

สรุปบทเรียนและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. เช่นเดียวกับประสบการณ์ในพื้นที่อื่นๆ กรณีศึกษาที่อำเภอด่านซ้ายนี้ ไม่สามารถให้ข้อยุติเกี่ยวกับนิยามของประชากรเปราะบางได้ แม้ว่าผู้รับผิดชอบในพื้นที่จะเชื่อว่ากลุ่มประชากรเป้าหมาย คือ ประชากรกลุ่มเปราะบาง โดยวิธีคิดที่มองประชากรกลุ่มนี้เป็นประชากรกลุ่มเปราะบาง ที่ขาดโอกาสในบางมิติ และมีความจำเป็นในการดูแลเป็นพิเศษ สอดแทรกอยู่ในแนวคิดที่ให้สัมภาษณ์ในรายงานฉบับนี้
2. ภาวะการนำ อันเกิดจากผู้อำนวยการ รพร.ด่านซ้าย ซึ่งทำงานต่อเนื่องยาวนานในอำเภอด่านซ้าย เช่นเดียวกับกรณีอื่น เช่น อุบลรัตน์ อัมพาง คลองขลุง และกงหรา (แม้ไม่ใช่แพทย์ผู้อำนวยการในสองอำเภอหลัง) น่าจะเป็นเงื่อนไขสำคัญต่อการริเริ่มและพัฒนานวัตกรรมด้านต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน
3. บทบาทของสถาบันอุดมศึกษาหรือสถาบันวิชาการส่วนกลาง ดังเช่นมหาวิทยาลัยศรีปทุมในกรณีด่านซ้าย มีความหมายต่อการเสริมส่งนวัตกรรมของพื้นที่ แม้ว่าการณิด่านซ้าย ยังเป็นช่วงเริ่มแรกของการทำงาน บทบาทนี้จึงยังไม่เด่นชัดนักในมิติการวัดผลผลิตและผลลัพธ์ทางปริมาณดังเช่นกรณีคลองขลุง
4. ทั้งที่คลองขลุงและด่านซ้าย เป็นตัวอย่างนวัตกรรมที่น่าจะได้รับการส่งเสริมจากหน่วยเหนือ คือ สสจ. มากกว่าที่ผ่านมา แต่เป็นที่น่าเสียดายที่เงื่อนไขยังไม่บังเกิด ซึ่งน่าจะเกี่ยวข้องกับระบบบริหารราชการแบบรวมศูนย์อำนาจ กระทรวงสาธารณสุขควรทบทวนประเด็นนี้ให้จริงจังภายใต้ทิศทางการดำเนินนโยบายเขตสุขภาพ ซึ่งดูเหมือนจะให้ความสำคัญมากขึ้นกับการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น
5. ด้วยข้อจำกัดของเวลาดำเนินการรวบรวมข้อมูล และการเข้าถึงข้อมูลเชิงปริมาณในเวลาลงพื้นที่ที่จำกัด จึงไม่สามารถวิเคราะห์ผลผลิตและผลลัพธ์ต่อกลุ่มเป้าหมายในกรณีด่านซ้ายในเชิงลึกได้ เช่นเดียวกับพื้นที่อื่นๆ
6. ข้อค้นพบจากด่านซ้าย เช่นเดียวกับอุบลรัตน์ เป็นตัวอย่างที่ชัดเจนว่า หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีศักยภาพในการทำงานข้ามสาขา (intersectoral) อันเป็นประโยชน์แก่การจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสังคม (social determinants of health) ยิ่งมีความร่วมมือจากอุดมศึกษาหรือสถาบันวิชาการภายนอก เชื่อว่า จะขยายขอบเขตศักยภาพนี้ให้เกิดคุณประโยชน์แก่สังคมและชุมชนยิ่งขึ้นไป กล่าวอีกนัยหนึ่ง อำเภอทั้งสองได้เป็นแบบอย่างของการสร้าง platform สำหรับการพัฒนามาตรหลัก “ร่วมผลิต” (co-production) ที่ควรขยายผลให้กว้างไกลสืบไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. รายงานสถานการณ์คนพิการประจำเดือนกันยายน พ.ศ. 2559. กรุงเทพมหานคร: กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ; 2559. สืบค้นจาก http://dep.go.th/sites/default/files/files/news/Report_PWDS_SEP2559.pdf
2. Aday LA. At risk in America: the health and health care needs of vulnerable populations in the United States. 2nd ed. San Francisco (CA): Jossey-Bass Inc.; 2002. Figure 1.2
3. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008 [cited 2016 Oct 26]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf
4. Greenleaf RK. The servant as leader. Revised ed. Indianapolis (IN): Robert K. Greenleaf Center; 1991.
5. Bass BM. From transactional to transformational leadership: learning to share the vision. Organizational Dynamics. 1990;18(3):19-31.
6. Mattessich P. Cooperation, coordination and collaboration table. Arlington (VA): The Nature Conservancy; 2012 [cited 2016 Oct 26]. Available from: <https://www.conservationgateway.org/Files/Pages/cooperation-coordination-.aspx>
7. Ostrom E. Crossing the great divide: coproduction, synergy and development. World Development. 1996;24(6):1073-87.
8. International classification of functioning, disability and health. Geneva: World Health Organization; 2001 [cited 2016 Oct 26]. Available from: http://psychiatr.ru/download/1313?view=name=CF_18.pdf

6. บทสังเคราะห์และนัยเชิงนโยบาย

บวรศม สิริพันธ์, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, วิชัช เกษมทรัพย์, นวนรรณ อีระอัมพรพันธุ์, ฉัตรชัย อิมอามมย์, รัชมี ดันศิริสิทธิกุล, วิชัย เอกพลากร

โครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางในประเทศไทยที่ได้จากกรณีศึกษาในประเทศไทยทั้ง 8 กรณีศึกษา และผลลัพธ์ของแต่ละโครงการ สามารถสรุปได้โดยย่อแสดงในตารางที่ 6a

ตารางที่ 6a โครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางจากกรณีศึกษาในประเทศไทยจำนวน 8 กรณีศึกษาและผลลัพธ์ของแต่ละโครงการ

พื้นที่	โครงการ	ผลลัพธ์ของโครงการ
คนไร้รัฐ (อ.อุ้มผาง จ.ตาก)	— คลินิกกฎหมายสำหรับคนไร้รัฐ — สุขศาลาพระราชทาน — การอบรมหมอตำแย	— จำนวนคนที่ได้รับการคืนสถานะคนไทยเพิ่มขึ้น — จำนวนการใช้บริการสุขศาลาและจำนวนค่าใช้จ่ายยาที่ใช้ในสุขศาลาเพิ่มขึ้น — จำนวนผู้ป่วยจากพื้นที่ห่างไกลที่เข้าถึงบริการคลอดอย่างปลอดภัยมากขึ้น
คนจนและคนด้อยโอกาสในชนบท (อ.อุบลรัตน์ จ.ขอนแก่น)	— โครงการเกษตรกรรมตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง — การพัฒนารายยาชุมชน — การพัฒนาพยาบาลชุมชน — การพัฒนากลุ่มผู้ป่วย HIV/AIDS	— จำนวนครอบครัวที่ทำโครงการเกษตรพอเพียงเพิ่มขึ้น — จำนวนร้านยาที่เข้าร่วมโครงการฯ คงที่แต่จำนวนประชาชนที่เข้าถึงการใช้ยาอย่างปลอดภัยเพิ่มขึ้น — จำนวนพยาบาลชุมชน และความครอบคลุมของการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้น — จำนวนศูนย์คำคุณและสมาชิกของศูนย์ฯ ที่มีงานทำหรือมีรายได้หรือมีสังคมเพิ่มขึ้น
เด็กที่มีพัฒนาการช้า/มีปัญหาการเรียน (อ.ด่านซ้าย จ.เลย)	— การกระตุ้นพัฒนาเด็ก (“Book Start”) — การพัฒนาพัฒนาการของกลุ่มเด็กที่มี learning disabilities (LDs) — โครงการขานเฝ้าพระราชทาน	— จำนวนเด็กในโครงการ LDs เพิ่มขึ้น และจำนวนโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการ LDs เพิ่มขึ้น — ความครอบคลุมเด็กแรกเกิดที่เข้าร่วมโครงการ Book Start เพิ่มขึ้น — จำนวนเด็กที่มีความเสี่ยงที่ได้รับการป้องกันไม่ให้มีพัฒนาการช้าเพิ่มขึ้น (prevented)

พื้นที่	โครงการ	ผลลัพธ์ของโครงการ
		delayed development) — จำนวนคนได้รับขาเทียมเพิ่มขึ้น
ผู้ป่วยยากจน/ผู้ป่วยติดเตียง (อ.ครบุรี จ.นครราชสีมา)	— การพัฒนาบทบาทของผู้ช่วยแพทย์แผนไทยในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านหรือติดเตียง	— หน้าที่การทำงานของผู้ป่วยดีขึ้น (improved functionality by Modified Rankin Scale) — ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยติดบ้านหรือติดเตียงลดลง (bedsore, pneumonia, UTIs)
ผู้พิการ/ผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยติดเตียง (อ.กุฉินารายณ์ จ.กาฬสินธุ์ และ อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี)	— การพัฒนาการดูแลระยะยาว — การฟื้นฟูสภาพในชุมชน — การพัฒนาทีมเยี่ยมบ้านแบบสหสาขาวิชาชีพ การพัฒนาพนักงานกอบีบาลชุมชน (community caretaker)	— คนแก่และคนพิการในชุมชนถูกทอดทิ้งลดลง — ความครอบคลุมของการเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้น — จำนวนการฟื้นฟูสภาพที่บ้านเพิ่มขึ้น — จำนวนการปรับสภาพบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเพิ่มขึ้น — จำนวนคนพิการที่ได้รับการจ้างงานใหม่เพิ่มขึ้น — จำนวนพนักงานกอบีบาลชุมชนและผู้ที่ได้รับการดูแลจากพนักงานกอบีบาลชุมชนเพิ่มขึ้น
ป่วยไตวายเรื้อรัง (อ.กงหรา จ.พัทลุง)	— การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	— หน้าที่ไตเสื่อมลดลง (extended renal functions) — การเข้าถึงการรักษาทดแทนไตดีขึ้น (better access to renal replacement therapy)

จากข้อมูลที่ได้จากกรณีศึกษาทั้งหมด 8 กรณีศึกษาในประเทศไทย ผู้วิจัยสามารถสังเคราะห์ข้อมูลเป็นประเด็นหลักที่ค้นพบใหม่ทั้งหมด 4 ประเด็น (emerging themes) โดยมีประเด็นรองทั้งหมด 13 ประเด็น (subthemes) ดังต่อไปนี้

1. ความท้าทายในการทำความเข้าใจแนวคิดเรื่องประชากรกลุ่มเปราะบางทางสุขภาพในบริบทของประเทศไทย (challenging sense-making of the vulnerable population concept in Thai contexts):

จากการสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากกรณีศึกษาทั้งหมด พบว่าบุคลากรที่ทำงานในโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มต่างๆ ในประเทศไทย ใช้แนวคิดในการทำงานที่สอดคล้องกับเรื่องความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (health equity) และตอบสนองปัญหาสุขภาพในพื้นที่โดยมีการทำงานกับประชากรกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพแต่ไม่เคยรับทราบแนวคิดเรื่องประชากรกลุ่มเปราะบางตามนิยามในวรรณกรรมมาก่อน ซึ่งสอดคล้องกับการที่ชุมชนวิชาการและผู้กำหนดนโยบายสุขภาพในระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย มีการทำงานเพื่อพัฒนาความเป็นธรรมด้านสุขภาพมาอย่างยาวนาน แต่ยังไม่เคยมีนิยามที่ชัดเจน และอาจยังไม่มี ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดเรื่องประชากรกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพที่ชัดเจนและเหมาะสมกับบริบทของไทย ในทางวิชาการระดับสากลก็เช่นกัน ผู้เสนอรายงานนี้ยังไม่พบเอกสารบ่งชี้ฉันทานุมัติเกี่ยวกับนิยามของประชากรเปราะบาง

1.1. ศัพท์ใหม่ที่จะสร้างความสับสน (the confused terminology):

“ทีมไม่เลื่อยไม้รู้จักคำว่าประชากรกลุ่มเปราะบาง (เพิ่งได้ยินครั้งแรกจากนักวิจัย) แต่ทีมไม่เลื่อย เลื่อยทำงานกับคนไข้เฉพาะกลุ่มมาตั้งแต่แรกเริ่ม เรียกคนกลุ่มนี้ว่า ‘คนทุกข์คนยาก’ เริ่มจากคนไข้ ที่เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ คนที่ต้องการบริการสุขภาพมากที่สุดแต่ได้รับประโยชน์จากโรงพยาบาล น้อยที่สุด”

–บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภอกุฉินารายณ์

บุคลากรที่ทำงานในโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนเพื่อตอบสนองปัญหาสุขภาพในพื้นที่ไม่เคยรับทราบแนวคิดเรื่องประชากรกลุ่มเปราะบางตามนิยามในวรรณกรรมมาก่อนแล้ว นักวิจัยยังพบว่า คณะทำงานในแต่ละพื้นที่ มีความเข้าใจในการทำงานในเรื่องดังกล่าวโดยใช้ศัพท์ที่ความแตกต่างกันไปตามที่พบในวรรณกรรมทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ตัวอย่างเช่น “กลุ่มประชากรด้อยโอกาส”, “disadvantaged population”, “underserved population”, “underprivileged population” เป็นต้น ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่จึงมีความสงสัยและอาจสับสนว่าแนวคิดเรื่องประชากรกลุ่มเปราะบางทางสุขภาพ มีความเหมือนหรือความแตกต่างอย่างไรเมื่อเปรียบเทียบกับแนวคิดเดิมหรือคำศัพท์เดิมที่ใช้กันอยู่

1.2. ความเปราะบางขึ้นอยู่กับการให้คุณค่าของผู้กำหนดนโยบายในพื้นที่ (the value judgement of vulnerability):

“คณะทำงานของอำเภอด่านซ้ายพิจารณาว่า เด็กด่านซ้ายอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ในอำเภอด่านซ้ายแทบ จะไม่มีร้านหนังสือเลยสักร้าน เป็นการจุดประกายแรกในการริเริ่มโครงการ ‘Book Start’ โดย มองเห็นว่าลูกเจ้าหน้าที่รพ.มีหนังสือใช้ มีโอกาสมากกว่าคนอื่นๆ จึงต้องการให้เด็กๆ ในชุมชนมี

โอกาสบ้าง ทำให้เกิดเป็นห้องสมุดเด็กในรพ.เป็นก้าวแรก จากนั้นก็เริ่มมีเครือข่ายมากขึ้น มีการทำ
นิทานในรพ.มากขึ้น และมีการให้บุคคลภายนอกมาเป็นเครือข่ายด้วยการประชาสัมพันธ์ มีเด็กๆ
และผู้ปกครองสนใจเข้าร่วม จากนั้นก็มีโครงการระดับประเทศที่มีนโยบายอยากให้เด็กไทยอ่าน
หนังสือ และมีโครงการ Book Start ตามมา”

-บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภอด่านซ้าย

การระบุหรือคัดเลือกประชากรซึ่งเข้าข่ายเป็นประชากรกลุ่มเปราะบางเพื่อเป็นเป้าหมายของการพัฒนา
โครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนมีความหลายหลายในแต่ละกรณีศึกษา ผู้วิจัยพบว่าแนวคิดเรื่องความเปราะบางของ
คณะทำงานสะท้อนขอบเขตที่กว้างขวางมาก (broad spectrum of vulnerability) ดังจะเห็นได้ชัดเจนจาก
กรณีศึกษาของอำเภอด่านซ้าย ซึ่งดำเนินการโครงการ Book Start ซึ่งมีเป้าหมายในการกระตุ้นพัฒนาในเด็กตั้งแต่
แรกเกิด โดยคณะทำงานพิจารณาเห็นว่า เด็กทุกคนในพื้นที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย เพราะเป็นเด็กที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลและ
มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมไม่ดี ซึ่งเป็นการให้คุณค่าต่อการสร้างโอกาสเพิ่มเติมให้แก่ประชากรกลุ่มดังกล่าว นั้น
คือเป็นการให้มีโอกาสในชีวิตแก่เด็กในพื้นที่ห่างไกลให้มีโอกาสที่เท่าเทียมกับเด็กในเมืองใหญ่มากขึ้น หรือเป็นการให้
คุณค่าแก่เด็กซึ่งมีความเปราะบางมากกว่าเมื่อเทียบกับผู้ใหญ่ แต่ถ้าหากพิจารณากับโครงการอื่นๆ โดยเฉพาะ
โครงการกระตุ้นพัฒนาการแก่เด็กที่มีปัญหาทางการเรียนรู้ (learning disabilities) ในอำเภอด่านซ้ายเอง จะพบว่า
โครงการ Book Start มุ่งเน้นเด็กทั่วไปที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพน้อยกว่ามากโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนที่
มุ่งเน้นกลุ่มประชากรเป้าหมายที่เป็นเด็กซึ่งมี learning disabilities เป็นต้น หรือสามารถสรุปอีกนัยหนึ่งได้ว่าความ
เปราะบางเป็นภาวะสัมพัทธ์ (relativism)

ในทางวิชาการ มีผู้เสนอมุมมองแยกแยะประชากรเปราะบางที่น่าสนใจลักษณะหนึ่งคือ มองภาวะเปราะบาง
เป็นผลของกลไกหรือกระบวนการทางสังคม (social determinants of health) มุมมองนี้สอดคล้องกับโครงการ
Book Start, โครงการเกษตรพอเพียง (อำเภออุบลรัตน์) หรือมองภาวะเปราะบางเป็นผลจากการเจ็บป่วย หรือพิการ
แล้วเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ มุมมองนี้สอดคล้องกับโครงการส่วนใหญ่ในรายงานนี้²⁴⁾ เจตนาของผู้เสนอมุมมองนี้ไม่ได้
มุ่งหวังให้มีการแบ่งแยกการกำหนดนโยบายหรือการปฏิบัติอย่างเบ็ดเสร็จเด็ดขาด ตรงกันข้ามกลับเสนอให้สลายข้อ
แทน เช่นเดียวกับการที่ระบบสุขภาพควรมีงานทั้งรุกและรับหนุนเสริมซึ่งกันและกัน เมื่อมอง 8 กรณีศึกษานี้ในฐานะ
เงาส่องภาพประเทศ ก็อาจกล่าวได้ว่าการไม่แยกขั้วนี้คือปรากฏการณ์จริงของการแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ต่างๆ
ของประเทศไทย คำถามที่น่าจะสำคัญในเชิงนโยบายคือ ควรถ่วงดุลระหว่างสองมุมมองดังกล่าวอย่างไรให้เหมาะสม
มากขึ้นในด้านการจัดสรรทรัพยากรอันจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อคำนึงถึงลักษณะไฮโลของสถาบัน/หน่วยงาน (ยาก
จะประสานงาน/ร่วมมือกัน) ที่อาจจะเลือกให้น้ำหนักต่างกันโดยไม่ได้เจตนา และเป็นอุปสรรคต่อการทำงานหนุนเสริม
กันเพื่อประโยชน์ของประชากรเปราะบางไม่ว่าจะมองจากมุมใด

1.3. กลุ่มประชากรชาติพันธุ์ชนกลุ่มน้อยไม่จำเป็นต้องเป็นประชากรกลุ่มเปราะบางทางสุขภาพในบริบทของประเทศไทย (the minorities ethnics not necessarily vulnerable):

“นอกจากอำเภออุ้มผางและอำเภอท่าสองยางจะมีลักษณะภูมิประเทศทุรกันดารแล้วประชากรส่วนใหญ่ยังเป็นชาติพันธุ์กระเหรี่ยง ทั้งที่มีสัญชาติไทย และไม่มีสัญชาติไทย โดยที่อุ้มผางพบว่าประชากรกว่าครึ่งหนึ่งไม่มีสัญชาติไทย ทำให้ไม่มีรายหัวเข้ารับการรักษาพยาบาลให้กับโรงพยาบาลตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลอุ้มผางได้จัดทำบัตรขาวขึ้นเพื่อเป็นหลักประกันให้กับผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการดำเนินการจัดตั้งคลินิกกฎหมายขึ้นในโรงพยาบาลเพื่อที่จะพิสูจน์สัญชาติของประชาชนที่ไร้สัญชาติ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นคนไทยที่เกิดเมืองไทย มีบรรพบุรุษอยู่ประเทศไทยมานาน หรือเป็นผู้ที่มีสิทธิที่จะมีสัญชาติไทยด้วยเหตุอื่นแต่ติดที่ขั้นตอนเอกสารต่างๆ ทำให้ประชาชนเหล่านี้สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นเมื่อเจ็บป่วยและโรงพยาบาลก็จะได้รับค่ารายหัวสำหรับไว้ใช้ในการรักษาพยาบาลด้วย ปัจจุบันมีการจัดตั้งคลินิกกฎหมายขึ้นในโรงพยาบาลชายแดนไทยพม่า เขตจังหวัดตากแล้วอีกหลายแห่งคือที่โรงพยาบาลอุ้มผาง โรงพยาบาลท่าสองยาง โรงพยาบาลพบพระ และโรงพยาบาลแม่ระมาด”

–บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภออุ้มผาง

“คณะทำงานมีประสบการณ์และถอดบทเรียนรูปแบบการทำงานที่แตกต่างกันระหว่างทำงานกับผู้ไทและผู้ลาว เนื่องจาก วัฒนธรรมผู้ไทแตกต่างกับผู้ลาว ทำงานกับชุมชนผู้ลาว พูดคุยง่าย แต่ต้องเน้นเสียงส่วนใหญ่คือต้องพูดคุยกับทุกคนทุกกลุ่ม ทำงานกับผู้ไทไม่ง่ายเท่าผู้ลาว แต่หากพูดคุยกับผู้นำชุมชนรู้เรื่อง คนผู้ไทส่วนใหญ่จะทำตามผู้นำชุมชน”

–บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภอกุฉินารายณ์

จากกรณีศึกษาทั้งหมด มีเพียงการทำงานในบางบริบทที่ครอบคลุมการดูแลประชากรชาติพันธุ์ชนกลุ่มน้อยของไทย (ethnic minorities) ได้แก่ อำเภออุ้มผาง (ชนเผ่ากระเหรี่ยง) และอำเภอกุฉินารายณ์ (ชนเผ่าผู้ไท) รวมทั้งการดูแลประชากรต่างชาติที่เข้ามาทางชายแดนอำเภออุ้มผาง (พม่า) อย่างไรก็ตามมีเพียงโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนในกรณีศึกษาอำเภออุ้มผางเท่านั้นที่มีเป้าหมายมุ่งเน้นการดูแลประชากรชาติพันธุ์ชนกลุ่มน้อยโดยเฉพาะ ส่วนโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนในกรณีศึกษาส่วนใหญ่รวมถึงกรณีศึกษาอำเภอกุฉินารายณ์ ไม่ได้เป็นการมุ่งเจาะจงดูแลชาติพันธุ์ชนกลุ่มน้อยเหล่านั้นเท่านั้น แต่โครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนในกรณีศึกษาเหล่านั้นครอบคลุมการดูแลประชากรชาติพันธุ์ชนกลุ่มน้อยเพราะประชากรชนกลุ่มน้อยเหล่านั้นเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพกลุ่มหนึ่งที่อาศัยในพื้นที่

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนในกรณีศึกษาส่วนใหญ่จะไม่ได้มุ่งเน้นการพัฒนาสุขภาพของประชากรกลุ่มชาติพันธุ์โดยเฉพาะ แต่ผู้วิจัยค้นพบว่าคณะทำงานในบางพื้นที่สามารถพัฒนาทักษะการทำงานที่มีความจำเพาะในแต่ละชุมชนที่มีประชากรกลุ่มชาติพันธุ์แตกต่างกันได้ ดังตัวอย่างจากกรณีศึกษาอำเภอกุฉินารายณ์ ซึ่งแม้คณะทำงานจะไม่ได้มีโครงการพัฒนาสุขภาพเพื่อดูแลประชากรชาติพันธุ์ชนกลุ่มน้อยโดยเฉพาะ แต่คณะทำงาน

เรียนรู้และค้นหารูปแบบการทำงานที่เหมาะสม จนได้เป็นบทเรียนวิธีการทำงานที่แตกต่างกันระหว่างการทำงานในพื้นที่ชุมชนผู้ลาวและชุมชนผู้ไท ที่ชัดเจนกว่า ในแง่การตอบสนองความต้องการจำเพาะทางชาติพันธุ์ พบที่รพ.อุ้มผาง ในลักษณะของการจัดล่ามแปลภาษาระหว่างผู้ให้บริการไทยกับผู้รับบริการจากพม่า สิ่งนี้อาจเป็นไปได้หากขาดความคิดริเริ่มและเจตนาของผู้รับผิดชอบระบบบริการในพื้นที่เพื่อตอบสนองความต้องการอันหลากหลาย

1.4. ผู้ปฏิบัติงานในชุมชนพิจารณาการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพเป็นเกณฑ์ในการระบุประชากรกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ (the accessibility to health services as a criteria of vulnerable populations from practitioner's perspective):

“ในมุมมองของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่พิจารณาว่าประชากรกลุ่มเปราะบางต้องมีสิ่งกีดขวางการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดำรงอยู่แม้ว่าจะมีการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้วก็ตาม เช่น ความพิการ การติดบ้านติดเตียง เป็นต้น ในขณะที่การเจ็บป่วยทั่วไปหรือความยากจนเพียงลำพังนั้นอาจไม่ใช่ความเปราะบาง ดังนั้น ผู้ป่วย CKDs โดยลำพังไม่น่าจะใช้ประชากรกลุ่มเปราะบาง ยิ่งเป็นผู้ป่วย NCDs ที่ไม่มี CKDs ยิ่งไม่น่าจะระบุประชากรกลุ่มเปราะบาง”

–บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภอลำสนธิ

ในมุมมองของผู้ปฏิบัติงานในโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCDs) หากเป็นผู้ป่วยที่ยังเข้าถึงบริการสุขภาพได้ อาจพิจารณาทำโครงการดังกล่าวเป็น community interventions ในกลุ่มประชากรทั่วไป (general populations) แต่ไม่ใช่สำหรับประชากรกลุ่มเปราะบาง แต่การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนและกลายเป็นโรคไตเรื้อรัง (CKDs) และต้องการระบบสนับสนุนการดูแลตนเอง (self-management supports) ที่บ้านหรือชุมชน อาจพิจารณาเข้าได้กับแนวคิดเรื่องประชากรกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพมากกว่า และจำเป็นต้องมีการพัฒนาสุขภาพของประชากรกลุ่มนี้โดยเฉพาะ ทั้งนี้ มุมมองของผู้ปฏิบัติงานส่วนนี้อาจมุ่งเน้นเรื่องคนที่มีข้อจำกัดด้านทุนมนุษย์และทุนสังคม รวมทั้งการมีอุปสรรคในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพมากกว่าปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านอื่นๆ ในขณะที่ โครงการBook Startที่อำเภอด่านซ้าย และโครงการเกษตรพอเพียงที่อำเภออุบลรัตน์ มุ่งเน้นจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านอื่นๆ

2. ความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างนโยบายสุขภาพระดับชาติและการดำเนินโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบาง (the complex relationships between the formulation national policy and the implementation of community interventions)

จากการสังเคราะห์ข้อมูลพบว่าจุดเริ่มต้นของโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนจากกรณีศึกษาทั้งหมด รวมทั้งความสำเร็จของโครงการเหล่านั้นในการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบาง และการพัฒนาความเป็นธรรมด้านสุขภาพในบริบทต่างๆ ของประเทศไทย ไม่ได้มีความสัมพันธ์กับการพัฒนานโยบายสุขภาพ

ระดับชาติในรูปแบบเดียว แต่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานโยบายสุขภาพและการปฏิบัติตามนโยบายสุขภาพระดับชาติในหลายหลายรูปแบบ ได้แก่

2.1. ความสำเร็จของโครงการโดยปราศจากการสนับสนุนจากนโยบายส่วนกลาง (the successful interventions despite lacking supports from national policies)

“ในการเลือกกลุ่มเสี่ยงของเด็กที่มี learning disabilities (LDs) เริ่มจากหมอเด็กช่วยดู โดยดูจากสมุดสีชมพูว่าเด็กแรกเกิดมีปัจจัยเสี่ยงจากการคลอดเรื่องอะไรบ้าง ประกอบกับมีนักศึกษาแพทย์มาช่วยทบทวนเด็กที่จะมีปัญหาเรื่องการเรียนในอนาคตมาจากอะไรมาเป็นนิยามของเด็กกลุ่มเสี่ยง แต่พอรีวิไปบางครั้งเด็กที่มี LDs อาจจะเป็นตอน 0-5 ปี ทีมงานเลยคิดว่าถ้าจัดการตั้งแต่ 0-5 ปี มันก็จะลดลง และเริ่มค้นหาความเสี่ยงตั้งแต่แรกเกิด”

–บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภอด่านซ้าย

“กลุ่มประชากรเป้าหมายของอุบลรัตน์คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ กลุ่มประชาชนยากจน มีปัญหาเศรษฐกิจมีปัญหาในการเดินทางมารับบริการที่ รพช. หรือ รพ.สต. ในชุมชน โดยพิจารณาทำทั้งอำเภอจากปัญหาในพื้นที่ส่วนใหญ่ทำเกษตรกรรมพืชเชิงเดี่ยวมีรายได้น้อย ประชาชนเข้าไม่ถึงระบบบริการ และกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเปราะบาง โดยอาศัยพยาบาลชุมชน เครือข่ายอสม. รวมถึงภาคส่วนเอกชนเช่น ร้านค้าของชำชุมชน”

–บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภออุบลรัตน์

จากการสังเคราะห์ข้อมูลจากกรณีศึกษาทั้งหมด พบว่าโครงการโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนบางโครงการเกิดขึ้นและดำเนินการประสบความสำเร็จโดยไม่ได้มีการสนับสนุนจากนโยบายส่วนกลาง ผู้ปฏิบัติในพื้นที่ส่วนใหญ่ในกรณีศึกษาทั้งหมดไม่ได้ทำงานเพียงแคในลักษณะปฏิบัติตามนโยบายจากส่วนกลาง (policy implementations) แต่ทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่พบในพื้นที่ตามที่ตนเข้าใจและเห็นความสำคัญ ตัวอย่างเช่น โครงการพัฒนาเศรษฐกิจพอเพียงในชุมชน (อ.อุบลรัตน์) โครงการพัฒนากายอุปกรณ์ (อ.ภูผินารายณ์) โครงการพยาบาลชุมชน (อ.น้ำพอง และอ.อุบลรัตน์) โครงการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กที่มี learning disabilities และโครงการ Book Start (อ.ด่านซ้าย) ซึ่งการไม่มีนโยบายหรือการสนับสนุนจากส่วนกลางนี้ อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่อาจส่งผลให้กรณีศึกษาเหล่านี้มีลักษณะของโครงการที่แตกต่างกันอย่างมากระหว่างตั้งแต่มุ่งเน้นกลุ่มคนที่เข้าไม่ถึงทุนทางสังคมและเข้าไม่ถึงระบบบริการสุขภาพไปจนถึงมุ่งเน้นโครงการแนวกว้างที่เน้นการพัฒนาปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ

2.2. ความสำเร็จของโครงการจากการลงมือปฏิบัติตามนโยบายให้เหมาะสมกับบริบท (the successful interventions due to contextualization in implementing national policies)

“กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศขยายผล ‘คลองขลุงโมเดล’ ในฐานะต้นแบบการจัดบริการทดแทนไต และคณะทำงานของอำเภอกงหราเลือกกลุ่มประชากรเป้าหมายโดยอาศัยเกณฑ์คัดกรอง

ไต่ถามสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันเลือดสูงเช่นเดียวกันกับอำเภอคลองขลุง แต่ดูเหมือน
คณะทำงานของอำเภอองครักษ์คำนึงถึงประชากรกลุ่มเปราะบางเป็นการเฉพาะชัดเจนกว่าคลองขลุง
ดังจะเห็นได้จากการเน้นการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินอุปสรรคในการเข้าถึงบริการแล้วหาทางแก้ไขจน
ปรากฏรูปธรรมในเรื่องการปรับปรุงหรือสร้างห้องล้างไตที่บ้านให้ผู้ป่วยบางราย ซึ่งบ้านไม่มีห้อง
เฉพาะที่สะอาดเพียงพอแก่การล้างช่องท้อง รวมทั้งการจัดหาไข่ขาวให้ผู้ป่วยยากจนเหล่านั้น”

–บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภอองครักษ์และคลองขลุง

จากการสังเคราะห์ข้อมูลพบว่าโครงการโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนบางโครงการเกิดขึ้นและดำเนินการ
ประสบความสำเร็จจากการที่ผู้ปฏิบัติในพื้นที่ด้านหนึ่งพยายามปฏิบัติตามนโยบายจากส่วนกลางหรือพัฒนาโครงการที่
สอดคล้องกับนโยบายส่วนกลาง (policy implementations) และในอีกด้านหนึ่ง ความสำเร็จของการทำงานดังกล่าว
เกิดจากความสามารถในการปรับการปฏิบัติตามนโยบายให้สอดคล้องกับบริบทในแต่ละพื้นที่เพื่อให้สามารถแก้ไข
ปัญหาสุขภาพที่พบในพื้นที่ได้ ตัวอย่างเช่น นโยบายการคลังสุขภาพที่จ่ายเงินเพื่อดูแลผู้ป่วยไตวายทั่วประเทศมี
ข้อจำกัดในการทำงานให้เข้าถึงประชาชนในหลายพื้นที่ แต่การทำงานที่อำเภอคลองขลุงและอำเภอองครักษ์แสดงให้เห็น
ถึงประสิทธิผลที่แตกต่างออกไป ซึ่งเป็นผลมาจากการลงมือปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่

การจัดเลี้ยงน้ำชา เพื่อระดมทุนสร้างอาคารหลังใหม่ให้ผู้ป่วยNCDที่องครักษ์ เป็นตัวอย่างเด่นชัดถึงความรอบรู้
ในประเพณีท้องถิ่นของพยาบาลอาวุโสรพ.งพ.สามารถนำมาใช้อย่างได้ผล ในด้านตรงกันข้ามความเข้าใจและ
ตระหนักของผู้อำนวยการรพ.คลองขลุงต่อภาระค่าใช้จ่ายอันไม่เหมาะสมที่จะตามมาถ้ารพ.รับเครื่องฟอกเลือดบริจาค
จากมูลนิธิโรคไต ทำให้รพ.คลองขลุงปฏิเสธที่จะรับบริจาค

2.3. การขยายผลความสำเร็จของโครงการมีอุปสรรคจากขาดการสนับสนุนของนโยบายที่เหมาะสมใน ระดับชาติ (the limited scale-up of successful interventions due to lacking supports from national policies)

“คณะทำงานของอำเภอด่านซ้ายเริ่มจากการรับรู้คนไข้ในพื้นที่ซึ่งต้องการหาเตียงก่อน ทั้งๆ ที่งาน
กายภาพบำบัดมีมาก่อนเปิดแผนกมาเกือบสี่ปีแล้ว มีการออกไปเยี่ยมบ้านคนไข้หลายๆ ราย
โดยเฉพาะกลุ่มที่ใส่ขาเทียม เวลาจดทะเบียนคนพิการหรือส่งต่อคนไข้ไปทำขาเทียมแต่คนไข้ไม่ไป
เพราะจะต้องเข้าไปที่จังหวัดซึ่งการเดินทางลำบากมาก ระบบของ รพ.เลย หรือ รพ.ที่จะรับเคาะเข้า
ไปค่อนข้างซับซ้อน กว่าจะได้ขาเทียมสักหนึ่งขาต้องมีการไปและกลับๆ หลายครั้ง คณะทำงานจึง
พิจารณาว่าควรจะได้ทำอะไรที่มาสเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยกลุ่มนี้ ประจวบเหมาะกับตอนนั้นมูลนิธิขา
เทียมกำลังจะเปิด node และมาเล็งเห็นเลยติดต่อผ่านผอ.รพ.ว่ามูลนิธิกำลังจะเปิดอบรมช่างของ
รพ.ชุมชน รุ่นที่ 1 จึงเป็นที่มาของการทำโครงการขาเทียมพระราชทาน”

–บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภอด่านซ้าย

“คณะทำงานของอำเภอลำสนธิและภูมินารายณ์ทำงานเรื่องการดูแลระยะยาวโดยการสร้างความร่วมมือกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น แต่มีปัญหาอุปสรรคเนื่องจากต้อง ‘ต่อสู้กับนโยบายส่วนกลาง’ เช่น อุปสรรคจากระเบียบสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) ที่ไม่เอื้อต่อการทำงาน หรือนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่เน้นการทำงานตาม KPI แบบปูพรมและอาจจะไม่เหมาะกับบริบท เป็นต้น”

–บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภอลำสนธิและภูมินารายณ์

โครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนบางโครงการ ทั้งที่เกิดขึ้นเองหรือเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามนโยบายจากส่วนกลางมีข้อจำกัดในการดำเนินการประสบความสำเร็จในระดับที่กว้างขึ้น เช่น ไม่สามารถขยายผลไปยังประชากรกลุ่มอื่นๆ ได้ หรือไม่สามารถขยายผล best practices ไปทั่วประเทศได้ ซึ่งในมุมมองของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่พบว่า เกิดจากการขาดการสนับสนุนเชิงนโยบายจากส่วนกลาง ตัวอย่างเช่น การขาดนโยบายการคลังสาธารณะที่เหมาะสมเพื่อจ่ายเงินสนับสนุนโครงการพัฒนาฯ เพื่อผู้ป่วยพิการตามแนวทางของอำเภอด่านซ้าย เป็นต้น นอกจากนี้ ในมุมมองของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ โครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนที่ประสบความสำเร็จอาจจะเป็นเพราะโครงการมีข้อจำกัดในการขยายผลการดำเนินการไปในพื้นที่อื่นๆ หรือไม่สามารถประสบความสำเร็จในระดับที่กว้างขึ้น ไม่สามารถขยายผลไปยังประชากรกลุ่มอื่นๆ ได้ หรือไม่สามารถขยายผล best practices ไปทั่วประเทศได้ เนื่องจากนโยบายจากส่วนกลางที่มีอยู่เป็นอุปสรรคต่อการขยายผลความสำเร็จของโครงการเหล่านั้น ตัวอย่างเช่น การขยายผลการดำเนินโครงการดูแลผู้ป่วยระยะยาวที่มีตัวอย่างจากอำเภอลำสนธิไปทั่วประเทศภายใต้นโยบายที่ทีมหมอครอบครัวของกระทรวงสาธารณสุข (family care team: FCT) แต่การถ่ายทอดนโยบายไม่เพียงพอที่จะสร้างความเข้าใจแก่บุคลากร หรือการขาดนโยบายการคลังสาธารณะที่เหมาะสมเพื่อจ่ายเงินสนับสนุนการจัดบริการทางสังคม (social services) ในโครงการดูแลผู้ป่วยระยะยาว (long-term care) ตามแนวทางของอำเภอลำสนธิหรืออำเภอกุฉินารายณ์ ทำให้ขาดแคลนงบประมาณที่จะนำมาใช้ในการปรับสภาพบ้านให้เหมาะสม หรือการจัดจ้างผู้ดูแล/อภิบาลในชุมชน (community caretakers) ในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ เป็นต้น

3. การออกแบบบริการสุขภาพให้เหมาะสมกับลักษณะความเปราะบาง (services design customized to the nature of vulnerability)

จากการสังเคราะห์ข้อมูลจากทุกกรณีศึกษาพบว่า เนื่องจากลักษณะของโครงการพัฒนาสุขภาพชุมชนของกลุ่มประชากรเปราะบางมีความหลากหลาย (broad spectrum of vulnerability) ดังนั้น ประสิทธิภาพของโครงการพัฒนาสุขภาพชุมชนของกลุ่มประชากรเปราะบางเหล่านี้จึงขึ้นอยู่กับภาระปัญหาของกลุ่มเป้าหมายและการออกแบบการจัดบริการสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาเหล่านั้น

3.1. การออกแบบบริการสุขภาพขึ้นอยู่กับกรอบแนวคิดที่ใช้วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ (services design as a product of conceptual frameworks)

“เนื่องจากคณะทำงานของอำเภอกุณินารายณ์ส่วนใหญ่เป็นนักกายภาพบำบัด และทำงานกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้พิการ ดังนั้น คณะทำงานจึงเลือกใช้กรอบแนวคิด community-based rehabilitation (CBR) ขององค์การอนามัยโลกเป็นกรอบแนวคิดของการทำงานในชุมชน มีการวัดผลการดำเนินงานในหลายด้าน เช่น วัด activities of daily living (ADL) ของกลุ่มประชากรเป้าหมาย แต่ก็ได้ขยายกรอบการทำงานให้เหมาะสมกับบริบทด้วย เช่นในปัจจุบัน คณะทำงานเริ่มมุ่งเน้นการทำงานเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อทำให้เกิดการจ้างงานตามกฎหมายในกลุ่มผู้พิการที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพแล้ว เป็นต้น

–บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภอกุณินารายณ์

“ที่อุ้มผางเครื่องมือสำคัญที่สามารถลดอัตราการป่วยตายของผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกลที่มีอยู่ในสุซศาลา หรือ คีอยามาลาเรีย และเครื่องตรวจหาเชื้อมาลาเรีย (กล้องจุลทรรศน์ และ test kit) ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตในกรณีที่เชื้อมาลาเรียรุนแรงได้ ที่ทำสองอย่างแม้จะไม่มี การสร้างสุซศาลาทั่วไปแต่ก็มีการตั้ง malaria post ซึ่งดำเนินการในลักษณะเดียวกันคือให้การฝึกอบรมชาวบ้านเป็นผู้ช่วยตรวจหาเชื้อมาลาเรีย และให้การสนับสนุนยาและเครื่องมือตรวจหาเชื้อมาลาเรีย ไปที่สุซศาลา หรือ malaria post เพื่อที่จะตรวจหาเชื้อและรักษาให้เร็วที่สุด ซึ่งนอกจากจะตรงกับแนวคิดsecondary prevention ที่เน้นเรื่องการ early detection และ prompt treatment แล้ว มาตรการกระจายยาและเครื่องมือไปที่สุซศาลานี้เป็น primary prevention ซึ่งเป็นเครื่องมือทางสาธารณสุขที่สำคัญที่ใช้สำหรับควบคุมป้องกันให้อัตราการระบาดของโรคมาลาเรียลดลงด้วย”

–บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภออุ้มผาง

“ตอนเริ่มคิดจะทำ เพียงต้องการช่วยเหลือเขา ไม่ได้มีแนวคิดอย่างเป็นระบบในการเลือกกลุ่มเป้าหมายในการดูแล แต่พอผ่านไประยะหนึ่งแล้วเมื่อเรามีนักกายภาพ เริ่มทำการสำรวจโดยพยาบาล แรกๆเจอเด็กพิการและคนไข้ติดบ้านติดเตียงเยอะมาก นักกายภาพลงไปทำกายภาพ พยาบาลลงไปทำการพยาบาล สิ่งที่ยากคือมันต้องการบริการที่มากกว่าบริการทางการแพทย์ซึ่งไม่ใช่ ความรับผิดชอบของระบบสาธารณสุข แต่บทเรียนจากเคสแรกทำให้เข้าใจตรงนี้ พอไปดูเคสอื่นมัน ทำให้เราเข้าใจว่าเราไม่ได้ต้องการเพียงการพยาบาลหรือฟื้นฟูต้องการบริการอะไรอื่นอีกบ้างที่จะทำ ให้เขาดีขึ้น เช่นเขาต้องการเตียงที่สามารถขับถ่ายได้บนเตียง เราเริ่มมองไปที่อุปกรณ์ต่างๆ ที่สามารถประดิษฐ์ได้แต่ยังไม่เป็นระบบเท่าไร ก็เอาช่างไม้มาช่วยออกแบบ เริ่มแนวคิดเรื่องต้องการ ปรับบ้านเป็นห้องแรกๆเลยที่ต้องทำ บางบ้านยากจนมากเราก็ต้องไปหากองทุนหาคนมาบริจาคเพื่อ จัดการปรับสภาพบ้านให้เขา ส่วนความคิดเรื่องนักบริบาลนั้นมาทีหลังตอนแรกก็ไม่ได้มีแนวคิดเรื่อง ต้องมีคนมาแบ่งเบาภาระของครอบครัว ทำไปได้สักระยะก็มองเป็นระบบมากขึ้น”

–บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภอลำสนธิ

จากการสังเคราะห์ข้อมูลจากทุกกรณีศึกษาพบว่า ลักษณะของโครงการพัฒนาสุขภาพชุมชนมีความหลากหลายมาก ตั้งแต่โครงการที่มีฐานการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน (health programs based on community hospitals) โครงการซึ่งทำงานในชุมชน (community-based health programs) ไปจนถึงโครงการเพื่อพัฒนาบุคลากรสุขภาพเพื่อทำงานตอบสนองปัญหาสุขภาพในชุมชน (community involvement in building human resources for health) ทั้งนี้เนื่องจากคณะทำงานในแต่ละกรณีศึกษา มีการเลือกกลุ่มประชากรเป้าหมายจากการใช้กรอบแนวคิดที่ค่อนข้างหลากหลาย ขึ้นอยู่กับการกำหนดลักษณะของประชากรกลุ่มเป้าหมายในแต่ละพื้นที่ ดังแสดงในตารางที่ 2

ดังนั้น การออกแบบบริการสุขภาพ (services design or interventions design) ให้เหมาะสมกับลักษณะความเปราะบางของกลุ่มประชากรเป้าหมายจึงถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิผลของโครงการเหล่านั้น อย่างไรก็ตาม โครงการพัฒนาสุขภาพชุมชนในทุกกรณีศึกษามีจุดร่วมคือ คณะทำงานของทุกกรณีศึกษาเน้นการทำงานเชิงรุกในชุมชน ไม่เน้นเฉพาะงานในโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นอกจากนั้น บางกรณีศึกษาชี้ให้เห็นประเด็นการทำงานโดยภาคส่วนต่างๆ เพื่อให้เกิดโครงการดูแลและพัฒนาสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางในชุมชน และยังทำให้เกิดการทำงานร่วมมือกันระหว่างภาคส่วนต่างสาขาการพัฒนา (intersectoral collaboration) โดยเฉพาะการสร้างหุ้นส่วนในการทำงาน (partnership) หรือการผลิตร่วม (co-production) ระหว่างบุคลากรสุขภาพกับชุมชน โดยการเน้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมผลิตบุคลากรสุขภาพจากคนในชุมชนนั้นๆ ดังตัวอย่างที่แสดงให้เห็นในโครงการพยาบาลชุมชน (อ.อุบลรัตน์) การพัฒนาศูนย์โฮมสุข (อ.กุนินารายณ์) หรือการพัฒนานักอภิบาลชุมชน (อ.ลำสนธิ) เป็นต้น

โปรดสังเกตว่า ทุกพื้นที่ที่มีภาวะผู้นำ(อาจเป็นผอ.รพ.หรือไม่ก็ได้) ต่อเนื่องระยะยาว สิ่งนี้น่าจะเป็นเงื่อนไขอันขาดเสียมิได้ต่อความสำเร็จในการสร้างหุ้นส่วนดังกล่าว ซึ่งต้องอาศัยระยะเวลาในการสะสมเครดิตจากการทำงานอย่างได้ผลจนนำไปสู่ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน นโยบายที่เอื้ออำนวยให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติเกาะติดพื้นที่จึงน่าจะมีความสำคัญต่อการบ่มเพาะภาวะผู้นำและเชื่อมโยงไปถึงการสร้างหุ้นส่วนที่กล่าวมานี้

ตารางที่ 6b กรอบแนวคิดที่ใช้ออกแบบโครงการพัฒนาสุขภาพชุมชนตามลักษณะของประชากรกลุ่มเปราะบาง

ประชากรกลุ่มเปราะบาง	กรอบแนวคิดที่ใช้ออกแบบโครงการพัฒนาสุขภาพชุมชน
คนไร้รัฐ	— การสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care: PHC) — การป้องกันโรคระดับที่หนึ่ง (primary prevention) และการป้องกันโรคระดับที่สอง (secondary prevention) — การสร้างเสริมสุขภาพในระดับกลุ่มประชากร (population-based health promotion) — ปัจจัยด้านสังคมกำหนดสุขภาพ (social determinants of health: SDH) และการสร้างเสริมสุขภาพในระดับกลุ่มประชากร (population-based health promotion)

ประชากรกลุ่มเปราะบาง	กรอบแนวคิดที่ใช้ออกแบบโครงการพัฒนาสุขภาพชุมชน
คนจนและคนด้อยโอกาสในชนบท	— ปัจจัยด้านสังคมกำหนดสุขภาพ (social determinants of health: SDH) — การผลิตร่วมกับชุมชน (co-production of health workforce with community)
เด็กที่มีพัฒนาการช้า/มีปัญหาการเรียน	— เวชศาสตร์ครอบครัว (family medicine) — การป้องกันโรคระดับที่หนึ่ง (primary prevention) และการป้องกันโรคระดับที่สอง (secondary prevention) — แบบจำลองการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (chronic care model: CCM) — ปัจจัยด้านสังคมกำหนดสุขภาพ (social determinants of health: SDH) และการสร้างเสริมสุขภาพในระดับกลุ่มประชากร (population-based health promotion)
ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/ผู้ป่วยติดเตียง	— เวชศาสตร์ครอบครัว (family medicine) — การป้องกันโรคระดับที่หนึ่ง (primary prevention) และการป้องกันโรคระดับที่สอง (secondary prevention) — แบบจำลองการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (chronic care model: CCM)
ผู้พิการ/ผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยติดเตียง	— เวชศาสตร์ครอบครัว (family medicine) และการดูแลปฐมภูมิแบบมุ่งเน้นชุมชน (community-oriented primary care: COPC) — แบบจำลองการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (chronic care model: CCM) — การฟื้นฟูสภาพในชุมชน (community-based rehabilitation: CBR) — การดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชน (community-based long-term care)
ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	— เวชศาสตร์ครอบครัว (family medicine) และการดูแลปฐมภูมิแบบมุ่งเน้นชุมชน (community-oriented primary care: COPC) — แบบจำลองการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (chronic care model: CCM)

3.2. การขาดการออกแบบระบบสารสนเทศเพื่อติดตามและประเมินผลโครงการอย่างเป็นระบบ (the limited information systems for monitoring and evaluation as a common weakness):

“รพ.อุ้มผางไม่ได้รวบรวมสถิติเรื่องภาวะตกเลือดหลังคลอด แต่หลังจากสอนหมอดำแยสวนปัสสาวะ ผอ.รพ.อุ้มผางให้ข้อมูลว่าจากเดิมที่ต้องเดินทางเข้าพื้นที่ทุรกันดารเพื่อทำคลอดในกรณีที่ผู้ป่วยคลอดลำบากเป็นประจำให้ข้อมูล ถูกตามไปดูคนไข้กลุ่มดังกล่าวไม่ถี่เหมือนแต่ก่อนอีก”

–บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภออุ้มผาง

“ทีมไม่เลื่อยพยายามสร้างระบบข้อมูลเพื่อติดตามผลลัพธ์ของโครงการรวมถึงเพื่อใช้ประเมินผล แต่พบความยากลำบากจากการที่ตัวชี้วัดที่กระทรวงกำหนดให้ไม่สะท้อนการทำงานของทีม อย่างไรก็ตามเริ่มการรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบมาไม่นาน โดยเก็บข้อมูลจำนวนผู้ป่วยที่ดูแลตัวเองได้ (independency) โดยพิจารณาตามหลัก community –based rehabilitation (CBR) และวัด activities of daily living (ADL) แต่หากดูจากตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ หลังจากดำเนินงานมาประมาณ 6-7 ปี พบว่าจำนวนคนที่เข้าถึงบริการสุขภาพเชิงรุกมากขึ้นทุกปี จำนวนบริการสุขภาพที่ให้มากขึ้นทุกปี เช่น จำนวนผู้ได้รับการฟื้นฟูสภาพ จำนวนการปรับสภาพบ้าน จำนวนผู้ได้รับการสร้างอาชีพ จำนวนผู้ได้รับการดูแลจาก community caretakers ของ ‘ศูนย์โฮมสุข’ และผู้พิการได้รับการฟื้นฟูจากนักกายภาพบำบัดอย่างน้อย 1 ครั้ง/คน/ปี”

–บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภอกุฉินารายณ์

จากการสังเคราะห์ข้อมูลในกรณีศึกษาส่วนใหญ่พบว่า แม้ว่าคณะทำงานจะมีเป้าหมายในการทำงาน และมีกรอบแนวคิดในการทำงานชัดเจน แต่มักจะขาดการวางแผนหรือการออกแบบระบบสารสนเทศเพื่อติดตามและประเมินผลโครงการอย่างเป็นระบบ (systematic monitoring and evaluation) ซึ่งการขาดการวางแผนหรือการที่คณะทำงานไม่สามารถออกแบบระบบสารสนเทศเพื่อติดตามและประเมินผลโครงการอย่างเป็นระบบนี้ เป็นจุดอ่อนของกระบวนการจัดการโครงการพัฒนาสุขภาพชุมชนเพื่อประชากรกลุ่มเปราะบางที่พบในเกือบทุกกรณีศึกษา ทั้งโครงการที่มีลักษณะเป็นนวัตกรรมในพื้นที่โดยไม่ได้เกิดขึ้นจากนโยบายส่วนกลาง และในโครงการที่เกิดจากนโยบายส่วนกลาง

ทิศทางนโยบายที่น่าใคร่ครวญเพื่อเอื้อต่อการพัฒนาระบบสารสนเทศ น่าจะได้แก่ การพัฒนาขีดความสามารถประมวลและวิเคราะห์ข้อมูลของคนทำงานในพื้นที่ ซึ่งจะไปได้ก็ต่อเมื่อ ก) มีการลงทุนบุคลากรเฉพาะทางด้านนี้โดยคำนึงถึงหลักeconomy of scale เช่น รวมศูนย์บุคลากรในรพ.ชุมชนที่สามารถตอบสนองความต้องการได้ทั้งอำเภอ ข) สร้างเงื่อนไขให้เกิดการแข่งขันระหว่างsoftware vendor แทนที่จะปล่อยให้มีการผูกขาดโดยผู้ผลิตโปรแกรม Hospital XPดังที่เป็นอยู่ ค) การจัดสรรทรัพยากรจากส่วนกลางโดยให้น้ำหนักกับการพิจารณาหลักฐานเชิงประจักษ์มากขึ้น

4. คุณลักษณะของภาวะผู้นำที่ดีในโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบาง (Traits of good leadership in community health interventions for vulnerable populations):

จากการสังเคราะห์ข้อมูลในกรณีศึกษาทั้งหมด พบว่าการจุดเริ่มต้นของโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนจากกรณีศึกษาทั้งหมด รวมทั้งความสำเร็จของโครงการเหล่านั้นในการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบาง และการพัฒนาความเป็นธรรมด้านสุขภาพในบริบทต่างๆ ของประเทศไทย เป็นผลมาจากภาวะผู้นำของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่มากกว่าการอาศัยอำนาจหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ทำให้มีแนวโน้มเกิดเป็นนวัตกรรมที่มีลักษณะ bottom-up มากกว่า top-down สามารถปรับการทำงานให้เข้ากับบริบท แต่ยังมีโอกาสพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและการประเมินผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนเหล่านั้นอย่างเป็นระบบ

4.1. ภาวะผู้นำมีความสำคัญมากกว่าอำนาจหน้าที่ (focusing on leadership rather than authority):

“ภาวะการนำที่มาจากผอ.รพ.คลองขลุง ผสานภาวะการนำทางวิชาการของสถาบันฯและสมาคมโรคไต เชื่อมโยงกับภาวะการนำกลุ่มสหวิชาชีพผ่านรูปแบบการประชุม และการฝึกอบรม ส่วนกรณีกองทราย ภาวะการนำมาจากพยาบาลอาวุโสด้านเวชปฏิบัติครอบครัว และงาน NCD ในฐานะ ‘system manager’ ซึ่งเป็นคนกองทราย มีความเชื่อมโยงกับการเมืองท้องถิ่นและภาคีต่างๆทั้งในอำเภอและนอกอำเภอ ทั้งสองพื้นที่ ผู้นำอาศัยการสื่อสารที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ที่เป็นทางการได้แก่ การฝึกอบรม การประชุม การปรึกษาหารือระดับบุคคล การให้รางวัล การนิเทศงานที่ไม่เป็นทางการ ได้แก่ การให้รางวัล การชื่นชมในที่สาธารณะ การจัดกิจกรรมสันทนาการ การแสดงแบบอย่างที่ดี (role model) ในการดูแลผู้ป่วย ให้ความสะดวก เป็นกันเองในการให้คำปรึกษาแก่ทีมสหวิชาชีพและทีมรพ.สต.”

-บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภอกองทรายและคลองขลุง

“ทีมไม่เลื้อยมีการจัดวางบทบาทของสมาชิกในทีมที่ชัดเจน ทีมสหวิชาชีพเป็นการทำงาน นพ.สิริชัยเป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการ เปรียบเหมือน ‘ไฟฉาย’ และเชื่อมโยงระหว่างนโยบายและการปฏิบัติ หรือทำหน้าที่ ‘ตัวแปลงสัญญาณ’ และผอ.รพ.เป็นผู้สนับสนุน หรือทำหน้าที่ “กุญแจ” นพ.สิริชัยแสดงบทบาทผู้นำทีมโดยเป็นผู้สนับสนุน เชื่อมโยง ผลักดันการขยายงานในนามลูกทีมหรือองค์กรอื่นๆ เป็นที่ปรึกษาทางวิชาการ และเชื่อมโยงกับนักวิชาการในส่วนกลาง เช่น คณะแพทยศาสตร์ ม.มหาสารคาม, คณะแพทยศาสตร์รพ.รามธิบดี ม.มหิดล, สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.) เน้นพัฒนาการทำงานเป็นทีมและพัฒนาให้สมาชิกของทีมทำงานได้เต็มศักยภาพของแต่ละคน ให้โอกาสตัดสินใจ และเน้นการสร้างทีมที่มี open-minded mindset”

-บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภอกุฉินารายณ์

“การฝึกอบรมหมอต้าแยในอำเภอทั้งสองให้ทำคลอดโดยปลอดเชื้อจึงเป็นทางเลือกที่เหมาะสมในการแก้ไขอุปสรรคในพื้นที่ห่างไกล ทำให้ลดอุบัติเหตุการติดเชื้อบาดทะยักในทารกได้ เช่นเดียวกันภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นความเสี่ยงของแม่ในพื้นที่ขาดแคลนเช่นนี้ การฝึกอบรมหมอต้าแยให้สวนปัสสาวะอย่างปลอดเชื้อเพื่อลดอุปสรรคระหว่างการคลอดเป็นอีกทางเลือกที่เหมาะสมและได้ผลในการลดความจำเป็นในส่งต่อมารดาตกเลือดหลังคลอดเข้ารพ.”

-บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภออุ้มผาง

คุณลักษณะของภาวะผู้นำที่ดี (good leadership) ในโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบาง และมีความสำคัญมากกว่าอำนาจหน้าที่ (authority) ซึ่งการส่งเคราะห์ข้อมูลจากกรณีศึกษาทั้งหมดแสดงให้เห็นถึงภาวะผู้นำซึ่งมุ่งเน้นให้เกิดการสร้างนวัตกรรมเชิงระบบและเชิงนโยบายในพื้นที่ ภาวะผู้นำมีผลต่อระดับความสำเร็จของการทำงาน ซึ่งแม้ว่าผู้นำของโครงการส่วนใหญ่เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน แต่เนื่องจากการทำงานจำเป็นต้องอาศัยภาวะผู้นำในการทำงานกับบุคคลหรือองค์กรที่อยู่นอกโรงพยาบาล จึงสะท้อนถึงภาวะผู้นำที่ดีในองค์กรและชุมชนมากกว่าเพียงการใช้อำนาจหน้าที่เท่านั้น

โครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางในบางกรณีศึกษายังสะท้อนภาวะผู้นำที่เกิดจากความเข้มแข็งทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการทำโครงการโดยตรง (academic leadership) ดังเช่นที่แสดงให้เห็นที่อำเภอคลองขลุง ซึ่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีภาวะผู้นำทางวิชาการในลักษณะที่สามารถโน้มน้าวผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมโรคไตให้ยอมรับ หรือดังตัวอย่างที่แสดงให้เห็นที่อำเภอครบุรี และอำเภอกุฉินารายณ์ซึ่งแพทย์ผู้รับผิดชอบโครงการไม่ใช่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน แต่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ข้อมูลจากทุกกรณีศึกษายังสะท้อนให้เห็นชัดเจนถึงคุณลักษณะของภาวะผู้นำซึ่งมีความเข้าใจในบริบทของประชากรกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ มีความเข้าใจบริบทในการทำงานเป็นอย่างดีทั้งบริบทที่มีความจำเพาะของปัญหาสุขภาพของกลุ่มประชากรเปราะบางในพื้นที่ รวมทั้งบริบทของคณะทำงานทั้งในแง่ปัจจัยนำเข้า (input) และกระบวนการ (process) ซึ่งเป็นจุดแข็งและจุดอ่อนในการทำงานพัฒนาสุขภาพดังกล่าว ซึ่งรวมถึงความสามารถในการเข้าถึงความรู้และสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพของกลุ่มประชากรเปราะบางในพื้นที่ เช่น การออกแบบของบริการสุขภาพโดยพิจารณาตามองค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพ (อ.คลองขลุง อ.กงหรา) หรือผู้นำในการทำโครงการในบางพื้นที่ (อ.ลำสนธิ) มีศักยภาพในการเข้าถึงแหล่งทุนและองค์ความรู้ภายนอกพื้นที่หรือแม้แต่ภายนอกระบบสาธารณสุข ความเข้าใจที่ลึกซึ้งในบริบทของกลุ่มประชากรในพื้นที่อาจสัมพันธ์กับการที่คณะทำงานในกรณีศึกษาเหล่านี้มีอิสระในการจัดการตนเอง (autonomy) สามารถพัฒนาโครงการเพื่อพัฒนาสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายของโครงการพัฒนาสุขภาพที่มีลักษณะความเปราะบางที่กว้างขวางและแตกต่างกันได้

4.2. การสร้างการเรียนรู้ของคณะทำงาน (team learning):

“ความสำเร็จของการทำงานของทีมไม่ใช่ว่าส่วนหนึ่งสามารถพิจารณาจากการเรียนรู้ ทีมไม่ใช่ว่ามีเรียนรู้จากการทำงานจากงานที่เคยติดขัด ทีมงานสามารถ ‘แก้ไขสิ่งที่เคยแก้ไขไม่ได้ได้’ เช่น สามารถสร้างงานให้ผู้พิการในพื้นที่โดยอาศัยกลไกตามมาตรา 33, 34, 35 ของพ.ร.บ. ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 (แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2556) มีการขยายบทบาทของสมาชิกทีมงานในแต่ละวิชาชีพ ส่งผลให้ให้นักกายภาพบำบัดในทีมซึ่งเคยรู้สึกรู้ว่าการทำงานตามวิชาชีพของตนมักจะ ‘ตัน’ ที่ rehab แต่ตอนนี้สามารถทำได้ในเรื่องการจัดการ ‘ความทุกข์’ ของผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความสุขให้ทั้งผู้ป่วยและตัวนักกายภาพบำบัดเอง สามารถขยายโครงการจากระดับอำเภอไปยังในระดับจังหวัด เช่น การมี ‘ศูนย์โฮมสุข’ ครอบคลุมทั้งจังหวัดกาฬสินธุ์ การสร้างระบบเพื่อจ้างงานผู้พิการตามกฎหมายทั้งจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีทีมไม่เลี้ยงทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานโครงการดังกล่าว”

-บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภอกุฉินารายณ์

“ช่วงแรกๆ มีความคิดเชิงระบบว่าอยากทำอะไรหลายๆ แต่ออกแบบระบบไม่เป็น ข้อดีของทีมสามสี่คนนี้ที่มีคือชอบมาคุยกันบ่อยมากเพื่อหาทางออก เวลากินข้าวก็มานั่งคุยกัน คุยบ่อยมากแบบไม่เป็นทางการหลายครั้งลงรายละเอียดมาก ปัจจุบันนี้สัปดาห์ก็ยังเป็นแบบนี้อยู่ ทำเรื่อง PMC ก็ชอบไปคุยกับพยาบาล การคุยกันและทบทวนการทำงานบ่อยๆทำให้มันเกิดแนวคิดเชิงระบบมากขึ้น”

-บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภอลำสนธิ

การสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากบางกรณีศึกษาสะท้อนให้เห็นกระบวนการเรียนรู้เพื่อแก้ไขปัญหาของคณะทำงาน สร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ในคณะทำงานและในองค์กร (team/organizational learning) และยังสะท้อนภาวะผู้นำซึ่งแสดงคุณลักษณะสามารถเปลี่ยนแปลงผู้ตาม (transformative leadership) ดังจะเห็นจากตัวอย่างของผู้นำในการทำโครงการในพื้นที่ต่างๆ โดยเฉพาะ อ.กุฉินารายณ์ อ.ด่านซ้าย อ.งิ้ว อ.คลองขลุง ซึ่งผู้นำทำหน้าที่พัฒนาทีมงานให้กลายเป็นผู้นำ โดยไม่ต้องให้การทำงานทุกอย่างขึ้นอยู่กับผู้นำหรือตัวบุคคล และเป็นภาวะผู้นำที่สร้างทีมงานให้มีความสามารถในการจัดการกับปัญหาสุขภาพอื่นๆ ไม่จำกัดศักยภาพในการทำงานเพียงแต่การทำงานให้บรรลุเป้าหมายของโครงการพัฒนาสุขภาพเหล่านั้นเท่านั้น

4.3. ความเป็นอิสระในการทำงานช่วยสร้างนวัตกรรม (autonomy creating innovations):

“แม้ว่ารพ. คลองขลุงเป็นส่วนหนึ่งของภาพใหญ่ในระบบบริหารราชการแบบรวมศูนย์ของประเทศ แต่ผู้วิจัยได้ค้นพบปรากฏการณ์ที่บ่งชี้อิสระภาพในการตัดสินใจและดำเนินการจนเห็นรูปธรรมในเชิงโครงสร้าง อันแตกต่างไปจากรพ. อำเภอกันตังเดียวกันในอำเภออื่นอีกหลายแห่ง ตัวอย่างที่เด่นชัดและสอดคล้องกับการยึดประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางคือ การมีพื้นที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยไตเสื่อม การรวมโครงสร้างบริการดูแลระหว่างการคลอดและหลังคลอดไว้ด้วยกันเพื่อ

ความสะดวกและปลอดภัยของผู้ป่วย การมีห้องประชุมสำหรับพยาบาลหอผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมการทำงานเป็นทีม เป็นต้น ข้อค้นพบเหล่านี้บ่งชี้ว่าอิสรภาพในการบริหารองค์กรที่กล่าวมาเป็นไปเพื่อตอบสนองต่อการดูแลผู้ป่วยโดยอาศัยการทำงานเป็นทีม”

-บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภอคลองขลุง

การสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากทุกกรณีศึกษาแสดงให้เห็นว่า บริบทที่ทำให้เกิดการพัฒนาคอร์แกนพัฒนาสุขภาพในชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย โดยเฉพาะโครงการที่มีลักษณะเป็นนวัตกรรมจาก ‘bottom-up มากกว่า top-down’ หรือไม่ได้เกิดจากนโยบายส่วนกลาง มีแนวโน้มที่จะเกิดในพื้นที่ชนบท อยู่ในพื้นที่ห่างไกล โดยเฉพาะอำเภอรอบนอกที่อยู่ห่างไกลอำเภอเมืองของจังหวัดนั้นๆ ซึ่งส่วนหนึ่งน่าจะเกิดจากความห่างไกลศูนย์อำนาจตามกรอบของระบบราชการ ทำให้คณะทำงานในพื้นที่มีความเป็นอิสระในการเลือกทำงานซึ่งเห็นคุณค่าและมีส่วนร่วมในการเลือกทำงานในแบบที่ตนเห็นว่าเหมาะสมหรือการเป็นนายของตนเอง (autonomy) ช่วยสร้างนวัตกรรมเชิงระบบและเชิงนโยบายดังแสดงให้เห็นในกรณีศึกษาเหล่านี้

การอภิปรายและการสรุปผล

การศึกษาชิ้นนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงประจักษ์ชิ้นแรกที่เป็นการศึกษาวิเคราะห์เพื่อวิเคราะห์เชิงกรณีศึกษาเปรียบเทียบ (comparative cross-case analysis) ครอบคลุมถึงที่มาที่ไปของรูปแบบบริการหรือมาตรการเพื่อพัฒนาสุขภาพในชุมชนที่มีในระบบสุขภาพของประเทศไทย เพื่อสังเคราะห์คุณลักษณะของโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย ทั้งที่มีลักษณะร่วมกันและลักษณะที่แตกต่างกัน โดยพิจารณาองค์ประกอบระบบสุขภาพตามกรอบแนวคิด WHO’s building blocks of health systems รวมทั้งกรอบแนวคิดอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยพิจารณาความสัมพันธ์ของการทำงานโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนเหล่านี้กับมาตรการต่างๆ ในระบบสุขภาพชุมชนที่มีประสิทธิภาพในการเข้าถึงและเสริมพลังประชากรกลุ่มเปราะบางที่พบในวรรณกรรมเรื่องประชากรกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากทุกกรณีศึกษาพบว่า การทำงานเพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางในประเทศไทยมีมานานแล้วในหลายชุมชน แต่อาจจะขาดการสนับสนุนเชิงวิชาการให้การทำงานเหล่านั้นกลายเป็นประเด็นเชิงนโยบายที่เชื่อมโยงกับประเด็นความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (health equity)^(18, 19) ของประเทศไทย รวมทั้งยังอาจขาดความเชื่อมโยงกับความเคลื่อนไหวในระดับสุขภาพโลก (global health)^(20, 21) ในเรื่องความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะคณะทำงานในแต่ละพื้นที่มีความเข้าใจในการทำงานในเรื่องนี้โดยใช้ศัพท์ที่ความแตกต่างกันไปจากที่พบในวรรณกรรมเรื่อง “ประชากรกลุ่มเปราะบางทางสุขภาพ” พวกเขาอาจจะคุ้นเคยกับศัพท์อื่นๆ ซึ่งปรากฏในระบบสุขภาพไทยมานานก่อนหน้านักวิจัยชิ้นนี้ เช่น “กลุ่มประชากรด้อยโอกาส” มากกว่า หรืออาจมีความสับสนหรือมีความเข้าใจในเรื่องนี้ไม่ตรงกันเพราะแนวคิดเรื่องความเปราะบาง (vulnerability) เชื่อมโยงอยู่กับปัจจัยด้านสังคมกำหนดสุขภาพ (social determinants

of health) ซึ่งในหลายกรณีอาจทำให้การพิจารณาประชากรกลุ่มความเปราะบางขึ้นอยู่กับการให้คุณค่า (value judgment) ของผู้กำหนดนโยบายหรือผู้ให้บริการสุขภาพ ดังจะเห็นได้ชัดเจนจากกลุ่มประชากรชาติพันธุ์ชนกลุ่มน้อย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามักจะถูกพิจารณาเป็นความเปราะบางด้านสุขภาพ แต่ในบริบทของประเทศไทย กลุ่มประชากรชาติพันธุ์ชนกลุ่มน้อยอาจถูกพิจารณาเป็นประชากรกลุ่มเปราะบางทางสุขภาพหรือไม่ก็ได้ขึ้นอยู่กับบริบททางสังคมของชนกลุ่มนั้น ตัวอย่างเช่น ชาวผู้ไทที่ จ.กาฬสินธุ์อาจไม่ได้ถูกพิจารณาว่ามีความเปราะบางด้านสุขภาพ แต่ชาวกระเหรี่ยงที่ จ.ตากอาจถูกพิจารณาเป็นประชากรกลุ่มความเปราะบางด้านสุขภาพ เป็นต้น

ดังนั้น หากผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพเชื่อว่าการประยุกต์ใช้แนวคิด “ประชากรกลุ่มเปราะบาง” เป็นโอกาสในการพัฒนานโยบายสุขภาพและระบบสุขภาพให้แตกต่างจากที่ผ่านมา ก็มีความจำเป็นที่ผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ จะต้องกำหนดนิยามหรือเกณฑ์การจำแนก “ประชากรกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ” ให้มีความชัดเจนมากขึ้น เนื่องจากจะทำให้มีผลต่อการพัฒนานโยบายหรือการสนับสนุนเชิงนโยบายเพื่อมุ่งเน้นการพัฒนาสุขภาพของประชากรกลุ่มนั้นๆ ให้มากกว่าที่เป็นอยู่ โดยมีความจำเพาะเจาะจง และอาจพิจารณาเป็นเข็มมุ่งในการพัฒนาความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (health equity) ในบริบทของประเทศไทยที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยพบว่าผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในพื้นที่ต่างๆ จำแนกกลุ่มประชากรเป้าหมายที่สอดคล้องกับแนวคิด “ประชากรกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ” โดยใช้เหตุผลหรือเกณฑ์การคัดเลือกหรือการจัดลำดับความสำคัญ (criteria for selection or prioritization) ของกลุ่มประชากรเป้าหมายในการพัฒนาสุขภาพที่แตกต่างกันไป ดังนั้น เพื่อพัฒนาความเป็นธรรมด้านสุขภาพในบริบทของประเทศไทยให้ชัดเจนมากขึ้น ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากกรณีศึกษาทั้งหมด และสังเคราะห์เป็นแนวคิดที่ได้รับจากมุมมองของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในพื้นที่ต่างๆ ภายใต้บริบทระบบสุขภาพของประเทศไทย เพื่อให้ผู้กำหนดนโยบายสุขภาพพิจารณาจำแนกกลุ่มประชากรเป้าหมายที่มีปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสังคม (social determinants of health) อย่างน้อย 2 ใน 3 ปัจจัย ต่อไปนี้เป็นประชากรกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ :

- 1) ประชากรที่มีข้อจำกัดด้านสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (low-socioeconomic status): ตัวอย่างเช่น คนจน คนไร้รัฐ คนชายขอบในสังคม ชาติพันธุ์กลุ่มน้อย เป็นต้น
- 2) ประชากรที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ (limited accessibility to healthcare services): ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยติดบ้านหรือติดเตียง ผู้พิการ (ทั้งทางกายและทางจิตเวช) ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ เป็นต้น
- 3) ประชากรที่มีความต้องการด้านสุขภาพในระยะยาวและมีความเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้งและการถูกกระทำทารุณหากไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพในระยะยาว (populations with long-term health needs and risks of negligence or abuse): ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยติดบ้าน/ติดเตียง เป็นต้น

เนื่องจากความขาดแคลนระบบสารสนเทศและการติดตามและประเมินผลโครงการอย่างเป็นระบบเป็นประเด็นที่ค้นพบจากทุกกรณีศึกษา และน่าจะเป็นโอกาสพัฒนาที่สำคัญของระบบสุขภาพของประเทศไทย ดังนั้น ผู้กำหนดนโยบายสุขภาพควรพัฒนานโยบายเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสารสนเทศด้านสุขภาพทั้งใน

ระดับประเทศและในระดับพื้นที่ ทั้งในด้านการเก็บข้อมูล (data collection) และการใช้ข้อมูล (data utilization) เพื่อช่วยให้การพัฒนาสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางในประเทศไทยในระยะถัดไปมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น ช่วยให้คณะทำงานมีโอกาสได้เรียนรู้จุดอ่อนและจุดแข็งในแต่ละบริบทได้ดีขึ้น และพัฒนาโครงการที่มีความจำเพาะกับจุดอ่อนและจุดแข็งในแต่ละบริบทได้ดีมากยิ่งขึ้น รวมทั้งทำให้เกิดความสะดวกในการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ และทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ได้อย่างลึกซึ้งและเป็นระบบมากขึ้น

ผลการศึกษาโครงการพัฒนาสุขภาพชุมชนสำหรับกลุ่มประชากรเปราะบางในหลายกรณีศึกษาเป็นมากกว่าโครงการระยะสั้น คณะทำงานในหลายพื้นที่ทำงานระยะยาวโดยมุ่งเน้นการพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบ (systems innovations)^(22, 23) และผู้กำหนดนโยบายสุขภาพในระดับประเทศซึ่งมีโอกาสพบเห็นโครงการตัวอย่างที่ดีในระดับพื้นที่ที่สามารถเรียนรู้และพัฒนาต่อยอดเป็นนโยบายในระดับประเทศได้ ดังกรณี โครงการชะลอไตเสื่อมที่อำเภอคลองขลุง โครงการBook Startที่อำเภอด่านซ้าย เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การพัฒนานโยบายสุขภาพในระดับประเทศอันอาจเป็นผลจากการที่ผู้กำหนดนโยบายได้มีโอกาสพบเห็นโครงการตัวอย่างที่ดีในระดับพื้นที่ แต่ถ้าหากการพัฒนานโยบายระดับประเทศมีเป้าหมายไม่สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่อื่นๆ หรือมีการพัฒนานโยบายที่ทำให้แต่ละพื้นที่ขาดความคล่องตัวในการปรับกระบวนการทำงานตามนโยบาย รวมทั้งการติดตามและประเมินผลตามนโยบายที่ไม่ยืดหยุ่นตามบริบทตลอดจนมองข้ามความสำคัญของการเรียนรู้ร่วมกัน ก็อาจทำให้นโยบายจากส่วนกลางกลายเป็นอุปสรรคเพื่อสนับสนุนโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนให้ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางในประเทศไทยในพื้นที่ต่างๆ ได้

ความสำเร็จอย่างยั่งยืนของโครงการพัฒนาสุขภาพชุมชนสำหรับกลุ่มประชากรเปราะบางจำเป็นต้องอาศัยภาวะผู้นำในแต่ละพื้นที่ กรณีศึกษาทั้งหมดแสดงให้เห็นถึงคุณลักษณะของภาวะผู้นำ ทั้งความเป็นผู้นำทางวิชาการและการเป็นผู้ที่เข้าใจจุดอ่อนและจุดแข็งในบริบทของพื้นที่ ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดอาจจากทุนทางสังคม (social assets) ของบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งทำงานในพื้นที่มานาน ได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงานและเป็นที่ยอมรับในสังคมจากผลงานอันเป็นเชิงประจักษ์ในการทำงานด้านอื่นๆ มาก่อน เช่น เป็นแพทย์ซึ่งเคยได้รับรางวัลแพทย์ชนบทดีเด่น (อ. อุบลรัตน์ อ. อัมผาง อ. ลำสนธิ อ. กุณินารายณ์) โครงการส่วนใหญ่ในกรณีศึกษาซึ่งเป็นการทำงานที่ใช้โรงพยาบาลชุมชนเป็นฐานและขยายไปทำงานร่วมกับชุมชนโดยมีแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้นำจึงเป็นบริบทที่ใช้ทุนทางสังคมดังกล่าวได้เป็นอย่างดี สามารถเชื่อมโยงทุนทางสังคมอื่นๆ ที่มีอยู่ในพื้นที่ หรือกระทั่งอยู่นอกพื้นที่ มาใช้เป็นทรัพยากรของโครงการพัฒนาสุขภาพชุมชนได้

การศึกษาชิ้นนี้มีข้อจำกัดบางประการที่เกิดจากระเบียบวิธีวิจัย ประการแรก เนื่องจากการศึกษาชิ้นนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพที่มีการคัดเลือกกรณีศึกษาและผู้ให้ข้อมูลหลักที่ไม่ครอบคลุมกลุ่มประชากรเปราะบางด้านสุขภาพที่มีอยู่ทั้งหมดในประเทศไทย ดังนั้น ประชากรบางกลุ่มที่อาจมีความสำคัญในเชิงนโยบายเรื่องกลุ่มประชากรเปราะบาง เช่น กลุ่มชาติพันธุ์ชนกลุ่มน้อยชาวเล จ.ภูเก็ต หรือชาวเงาะป่าซาไก จ.ยะลา ยังไม่ได้ถูกรวมอยู่ในกรณีศึกษาในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพชิ้นนี้ หรือกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงในการดูแลตนเองเมื่อต้องเข้ารับบริการสุขภาพ เช่น นักโทษ หรือกลุ่มประชากรที่อาจมีตราบาททางสังคม (stigmatized groups) เช่น กลุ่มบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ (Lesbian Gay Bisexual and Transgender: LGBT) หรือกลุ่มวัยรุ่นที่ความเสี่ยงต่อยาเสพติด

การค้าประเวณี และการตั้งครรภ์ที่ไม่พึง เป็นต้น ดังนั้น อาจมีความจำเป็นต้องมีการศึกษาเพื่อพิจารณาประเด็นทางสังคมที่อาจมีความจำเพาะกับความเปราะบางด้านสุขภาพของกลุ่มประชากรเปราะบางเหล่านี้ต่อไปในอนาคต ประการที่สอง การศึกษาชิ้นนี้มีข้อจำกัดจากการที่โครงการพัฒนาสุขภาพชุมชนในกรณีศึกษามีความหลากหลาย ทำให้มีข้อจำกัดไม่สามารถเปรียบเทียบประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการออกแบบบริการสุขภาพเพื่อจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เหมือนกันได้โดยตรง นอกจากนั้นยังไม่สามารถหาหลักฐานเชิงปริมาณเพื่อประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพของโครงการพัฒนาสุขภาพชุมชนเหล่านี้ได้ จำเป็นต้องมีการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาประสิทธิผลและประสิทธิภาพของโครงการพัฒนาสุขภาพชุมชนต่อไป และประการสุดท้าย เนื่องจากการศึกษาชิ้นนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพซึ่งใช้มุมมองให้ผู้ให้บริการสุขภาพเป็นหลัก จึงยังขาดการสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากประชากรจากกลุ่มเปราะบางโดยตรง จำเป็นต้องมี ต่อไป

อย่างไรก็ตาม การศึกษาวิจัยชิ้นนี้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์สำคัญ ซึ่งมีผลต่อความเข้าใจเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพและการเสริมพลังประชากรกลุ่มเปราะบางที่เหมาะสมสำหรับบริบทต่างๆ ของสังคมไทย คณะผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อให้ผู้กำหนดนโยบายนำไปพิจารณาในการพัฒนานโยบายสุขภาพและการจัดการโครงการพัฒนาสุขภาพชุมชน (implications for policy and practice) ได้แก่ การพิจารณาทำให้เรื่องประชากรกลุ่มเปราะบางเป็นประเด็นนโยบายสาธารณะที่ชัดเจนในสังคมไทย (agenda setting) โดยเฉพาะการกำหนดให้มีนิยามและกลไกสนับสนุนจากผู้กำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาสุขภาพของ “ประชากรกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ” ให้มีความชัดเจนมากขึ้นจากที่มีอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยในปัจจุบัน และพัฒนาให้การทำงานเพื่อพัฒนาสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางกลายเป็นส่วนหนึ่งของการติดตามและประเมินความก้าวหน้าในการพัฒนาความเป็นธรรมด้านสุขภาพของประเทศไทยอย่างเป็นระบบ (systematic monitoring and evaluation of health equity) และควรระมัดระวังไม่สร้างนโยบายเรื่องประชากรกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพที่อาจทำให้แต่ละพื้นที่ขาดความคล่องตัวในการปรับกระบวนการทำงานตามนโยบาย แต่ควรส่งเสริมให้เกิดภาวะผู้นำในระดับพื้นที่เพื่อทำงานให้เหมาะสมในแต่ละบริบท รวมทั้งมีข้อเสนอแนะสำหรับผู้ปฏิบัติและแหล่งทุนที่สำคัญคือ ควรมีการสร้างเวทีวิชาการ รวมทั้งการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศสุขภาพในพื้นที่และระหว่างพื้นที่ เพื่อให้มีการศึกษาเปรียบเทียบและแลกเปลี่ยนแนวคิดด้านการจัดการโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนซึ่งตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางในประเทศไทยในบริบทต่างๆ เพื่อต่อยอดความรู้ และเพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของระบบบริการสุขภาพ และสามารถขยายผลโครงการที่ประสบความสำเร็จให้สามารถนำไปปฏิบัติได้ในพื้นที่อื่นๆ ในประเทศไทยต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการวิจัย

1. การพิจารณาทำให้เรื่องประชากรกลุ่มเปราะบางเป็นประเด็นนโยบายสาธารณะที่ชัดเจนในสังคมไทย (agenda setting) โดยเฉพาะการกำหนดให้มีนิยามและกลไกสนับสนุนจากผู้กำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาสุขภาพของ “ประชากรกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ” ให้มีความชัดเจนมากขึ้นจากที่มีอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยในปัจจุบัน
2. ควรระมัดระวังไม่สร้างนโยบายเรื่องประชากรกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพที่อาจทำให้แต่ละพื้นที่ขาดความคล่องตัวในการปรับกระบวนการทำงานตามนโยบาย แต่ควรส่งเสริมให้เกิดภาวะผู้นำในระดับพื้นที่เพื่อทำงานให้เหมาะสมในแต่บริบท
3. ควรมีการสร้างเวทีวิชาการ รวมทั้งการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศสุขภาพในพื้นที่และระหว่างพื้นที่ เพื่อให้มีการศึกษาเปรียบเทียบและแลกเปลี่ยนแนวคิดด้านการจัดการโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนซึ่งตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางในประเทศไทยในบริบทต่างๆ
4. การศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อสังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้มุมมองของประชากรจากกลุ่มเปราะบางร่วมด้วย
5. ถ้า “ประชากรเปราะบาง” เป็นแนวคิดที่น่าสนใจในการต่อยอดการเข้าถึงบริการสุขภาพภายใต้ UC ในทางปฏิบัติยังมีความกำกวมในทุกระดับเกี่ยวกับแนวคิดและหลักการนี้ การทำความเข้าใจและหาข้อยุติ น่าจะเป็นไปด้วยการทดลองพัฒนาระบบบริการภายใต้ข้อยุติเบื้องต้นที่อาจมีมากกว่าหนึ่งชนิด
6. ถ้าจะขยายผลการพัฒนาอัมพางโมเดล ในมุมมองระบบบริการสุขภาพข้ามพรมแดน (cross-border health care systems) องค์กรระหว่างประเทศและรัฐบาลไทยควรพิจารณาร่วมมือกันทดลองโมเดลนี้ในพื้นที่ชายแดนจังหวัดอื่นและประเทศอื่นที่ระดับเศรษฐกิจต่างกันและมีพรมแดนติดต่อกัน
7. น่าจะมีการวิจัยผลกระทบของระบบบริการที่อัมพางต่อสถานะสุขภาพของประชาชนประเทศเมียนมาร์บริเวณพรมแดนในแง่การลดภาระโรคและการป้องกันโรคระบาด เพื่อให้ได้ความรู้ที่จะระดมทรัพยากรเพิ่มเติมและลดภาระของประเทศไทยที่กำลังแบกรับค่าใช้จ่ายการดูแลสุขภาพประชาชนต่างด้าว
8. กรณีพยาบาลชุมชน ยังมีความจำเป็นต้องวิจัยเพิ่มเติมในเชิงปริมาณเพื่อประเมินผลผลิตและผลลัพธ์ว่าเป็นไปตามที่คาดหวังหรือไม่ โดยอาจใช้วิธีเปรียบเทียบระหว่างหมู่บ้านที่มีและไม่มีพยาบาลชุมชน ในอำเภออุบลรัตน์และอำเภออื่นๆที่ใช้รูปแบบนี้ เช่น อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น
9. แม้ว่าคลองขลุงและด่านซ้าย เป็นตัวอย่างนวัตกรรมที่น่าจะได้รับการส่งเสริมจากหน่วยเหนือคือ สสจ. มากกว่าที่ผ่านมา แต่เป็นที่น่าเสียดายที่เงื่อนไขนี้ยังไม่บังเกิดซึ่งน่าจะเกี่ยวข้องกับระบบบริหารราชการแบบรวมศูนย์อำนาจ กระทรวงสาธารณสุขสมควรทบทวนประเด็นนี้ให้จริงจังภายใต้ทิศทางการดำเนินนโยบายเขตสุขภาพ ซึ่งดูเหมือนจะให้ความสำคัญมากขึ้นกับการกระจายอำนาจ
10. ข้อค้นพบจากด่านซ้าย เป็นตัวอย่างชัดเจนว่า หน่วยงานในสังกัด กระทรวงสาธารณสุขมีศักยภาพในการทำงานข้ามสาขา (intersectoral) อันเป็นประโยชน์แก่การจัดการกับ social determinants of health (SDH) ยิ่งมีความร่วมมือจากอุดมศึกษาหรือสถาบันวิชาการภายนอก เชื่อว่า จะขยายขอบเขตศักยภาพนี้ให้

เกิดคุณประโยชน์แก่สังคมและชุมชนยิ่งๆขึ้นไป ถ้ามีการติดตามประเมินผลเชิงปริมาณจะยิ่งทำให้เกิดความชัดเจนมากขึ้นว่า วิธีการของด้านซ้ายส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนSDH และสุขภาพชุมชนกว้างขวางเพียงใด

1. Vulnerable Populations: Who Are They? American Journal of Managed Care. 2006;12(13 SUP):S349.
2. Aday LA. At risk in America: the health and health care needs of vulnerable populations in the United. 2nd ed. San Francisco, California: Jossey-Bass Inc.; 2002.
3. International Conference on Primary Health Care. The Declaration of Alma-Ata: World Health Organization; 1978 [Available from: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.
4. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health Geneva: World Health Organization; 2008.
5. The First International Conference on Health Promotion. The Ottawa Charter for Health Promotion 1986 [Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.
6. Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. New York: Oxford Univeristy Press; 1998.
7. Starfield B. Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy. New York: Oxford Univeristy Press; 1992.
8. World Health Organization. Everybody business : strengthening health systems to improve health outcomes : WHO's framework for action. The WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2007.
9. World Health Organization. The world health report 2000 - Health systems: improving performance. The WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2000.
10. Wagner EH, Grothaus LC, Sandhu N, Galvin MS, McGregor M, Artz K, et al. Chronic care clinics for diabetes in primary care: a system-wide randomized trial. Diabetes Care. 2001;24(4):695-700.
11. Wagner EH, Austin BT, Michael Von K. Organizing Care for Patients with Chronic Illness. The Milbank Quarterly. 1996;74(4):511-44.
12. World Health Organization. Community-based rehabilitation: CBR guidelines. Geneva: World Health Organization; 2010.

13. Thailand's Universal Coverage Scheme: Achievements and Challenges. An independent assessment of the first 10 years (2001-2010). Nonthaburi, Thailand: Health Insurance System Research Office; 2012.
14. Creswell JW. Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Inc.; 2007.
15. Charmaz K. Constructing grounded theory. London, UK: Sage; 2006.
16. Strauss A, Corbin J. Basic of qualitative research: Grounded theory procedure and techniques. Newbury Park, CA: Sage; 1990.
17. Strauss K, Maclean C, Troy A, Littenberg B. Driving Distance as a Barrier to Glycemic Control in Diabetes. JGIM: Journal of General Internal Medicine. 2006;21(4):378-80.
18. Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, Reich MR. Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity. New York, USA: Oxford University Press; 2004.
19. World Health Organization. Equity World Health Organization; 2014 [Available from: <http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en/>].
20. Prince Mahidol Award Conference Secretariat. Report on the conference on global health post 2015 accelerating equity. Nakorn Pathom, Thailand: Mahidol University; 2016.
21. World Health Organization. Gender, equity and human rights in the Sustainable Development Goals 2015 [Available from: <http://www.who.int/gender-equity-rights/news/ger-in-sdg/en/>].
22. Zuckerman B, Margolis P, Mate K. Health services innovation: The time is now. JAMA. 2013;309 1113-4.
23. Berwick DM. Disseminating innovations in health care. JAMA. 2003 289(1969-1975).
24. Isabelle Bartkowiak-Thérona and Nicole L. Asquithb. Conceptual divides and practice synergies in law enforcement and public health: some lessons from policing vulnerability in Australia. POLICING AND SOCIETY, 2016 <http://dx.doi.org/10.1080/10439463.2016.1216553>