

แนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพ
โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ
ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ

โดย

แพทย์หญิงอุทัย วรรณวินิจ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการ

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร
หลักสูตร การป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ 60
ประจำปีการศึกษา พุทธศักราช 2560 – 2561

บทคัดย่อ

เรื่อง แนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต และระบบสุขภาพอำเภอ ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ

ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา

ผู้วิจัย แพทย์หญิงอุทัย วรรณวินิจ **หลักสูตร** วปอ. **รุ่นที่** 60

จากสภาพปัญหาของประชาชนคนไทย รัฐบาลได้ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ซึ่งกำหนดให้มีคณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับพื้นที่ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบ และมีประสิทธิภาพ โดยมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน เพื่อตอบสนองประเด็นยุทธศาสตร์ชาติข้อที่ 4 ด้านการสร้างโอกาส ความเสมอภาคทางสังคม และยุทธศาสตร์ชาติข้อที่ 5 ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งผู้วิจัยมีความเห็นว่า พชอ. ที่รัฐกำหนดไม่น่าจะเป็นแนวทางในการบริหารจัดการที่เหมาะสม สำหรับพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ จึงกำหนดวัตถุประสงค์ในการวิจัย เพื่อศึกษาวิเคราะห์ถึงความเหมาะสมในการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต และเสนอแนวทาง เพื่อการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพ ศึกษากรณี อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ รูปแบบการวิจัยเป็นเชิงคุณภาพ อิงกรอบการบริหารจัดการระบบสุขภาพ 6 Building Blocks ของ WHO เน้นการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้อง จากการศึกษาวิจัยพบว่า การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการของ พชอ. กรณี อำเภอเมืองฯ จังหวัดสมุทรปราการ ให้มีความสำคัญกับโครงสร้างการบริหารจัดการที่มีนายอำเภอ เป็นประธานกรรมการ และสาธารณสุขอำเภอ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเลขานุการ และควรมีโครงสร้างสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเลขานุการ และสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้ช่วยเลขานุการ เพื่อการบริหารจัดการทั้งในด้านทรัพยากรบุคคล ระบบงานบริการสุขภาพ ระบบยา และเวชภัณฑ์ให้ตรงตามประเด็นปัญหาของบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมินั้นๆ และยังเน้นถึงระบบการคืนข้อมูลกลับสู่ประชาชน เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ส่วนในเรื่องการคลังด้านสุขภาพเสนอให้ พชอ. ต้องมีงบประมาณเป็นของตนเอง เพื่อใช้ในการขับเคลื่อนงานในทุกมิติของการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน

Abstract

Title : Guidelines for the development of the Health Systems Management Model by the committee on the Improvement of the Quality of Life at the Area in 2018. Case Study in Muang District, Samutprakarn Province

Field : Social - Psychology

Name : Mrs. Rhuthai Wattanavinit **Course :** NDC **Class :** 60

To respond to national strategic issues no.4. Opportunities and Social Equality and National Strategy issues no. 5. Growth and Quality of Life for solution the problem of Thai people. For the promotion and development of the quality of life of Thai people in the area systematically and efficiently, with the integration of public, private and public sectors of the district, the Government has issued the Prime Minister's Regulation on the Improvement of the Quality of Life at the Area in 2018. The researcher, the director of Smut Prakarn center hospital where are health services, is of the opinion that the committee in issued the Prime Minister's Regulation on the Improvement of the Quality of Life at the Area in 2018. Government will not be the appropriate committee and management for the Samut Prakarn district. So the purpose of this research is to analyze the appropriateness of setting up a committee for quality of life development and proposing a guideline for the development of the health system management model for Muang district, Samut Prakarn province. The research model is qualitative that the concept based on WHO's 6 Building Blocks. Focus on targeted interviews. From the study found that the most of interviews have agree with committee. They are offer to the management structure that the district commissioner as Chairman and the district public health department or local government organization as a secretary. About informatics Health System, there should be a health information structure with local administration as a secretary, the district public health department is an assistant secretary for human resource management, health services medication and medical supplies meet the issues of the context of the primary care unit are the offer of development of the management model. It also emphasizes the return of information to the people for sustainable development. In Health Finance, Offers that the committee must have his own budget to use in driving all aspects of the development of people's quality of life.

คำนำ

คงปฏิเสธไม่ได้ว่า สุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดี และเหมาะสมของคนไทย คือปัจจัยจำเป็นขั้นพื้นฐานในการพัฒนาอุตสาหกรรมชาติให้บรรลุเป้าหมายแห่งรัฐ แต่ในสภาวะการณ์ปัจจุบัน คุณภาพชีวิตของคนไทยมีความไม่เหมาะสม โดยเฉพาะกลุ่มผู้มีรายได้น้อย กลุ่มผู้ด้อยโอกาส รัฐบาลจึงได้ให้ความสำคัญและกำหนดเครื่องมือ/วิธีการ เพื่อการพัฒนาชีวิตของคนไทยลงไปถึงระดับพื้นที่ด้วย การออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ที่ได้กำหนดให้มี กรรมการฯ ขึ้นมาชุดหนึ่งซึ่งเรียกว่า “พชอ.” มาขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ ผู้วิจัยจึงสนใจว่าในสังคมเมืองอุตสาหกรรมจังหวัดสมุทรปราการ ที่ตั้งอยู่ใน เขตปริมณฑลของจังหวัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีความหนาแน่นของประชากรทั้งที่มีทะเบียนราษฎร์ และแรงงานต่างถิ่น มีการเคลื่อนย้ายแรงงานอย่างรวดเร็วตลอดเวลา และมีฐานการเมืองที่เข้มแข็ง จะสามารถสวมทับเสื้อกโหลที่ตัด โดยบล็อคของระเบียบสำนักนายกฯดังกล่าวได้หรือไม่ และควรจะทำอย่างไร เพื่อให้บล็อกเสื้อกโหลนั้น สามารถปรับแต่งให้เหมาะสมกับพื้นที่ของอำเภอเมืองฯ จังหวัดสมุทรปราการ

เอกสารวิจัยฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ 60 สถาบันวิชาการป้องกันประเทศ ซึ่งมีหน้าที่จัดการศึกษาหลักสูตรเกี่ยวกับความมั่นคงแห่งชาติ และการป้องกันราชอาณาจักร ให้แก่ข้าราชการชั้นผู้ใหญ่ทั้งฝ่ายทหาร และพลเรือน พนักงานองค์การของรัฐ รัฐวิสาหกิจ รวมทั้งเอกชน โดยศึกษาปฏิบัติการวางแผน และนโยบายระดับชาติ การพัฒนาอุตสาหกรรมชาติ โดยมีเป้าหมายหลักให้ชาติไทย มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน

แพทย์หญิง

(ฤทัย วรรณวินิจ)

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร

หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ 60

ผู้วิจัย

สารบัญ

| | หน้า |
|--|----------|
| บทคัดย่อ | ก |
| Abstract | ข |
| คำนำ | ค |
| สารบัญ | ง |
| สารบัญตาราง | ฉ |
| สารบัญแผนภาพ | ช |
| บทที่ 1 บทนำ | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา | 1 |
| วัตถุประสงค์ของการวิจัย | 2 |
| ขอบเขตของการวิจัย | 2 |
| กรอบแนวคิดของการวิจัย | 3 |
| วิธีดำเนินการวิจัย | 3 |
| ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย | 4 |
| บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง | 5 |
| รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 | 5 |
| สรุปผลการประชุมคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ ครั้งที่ 2/2561 | 7 |
| ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 | 10 |
| แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข | 13 |
| WHO 6 Building Block | 16 |
| แนวคิดของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ | 19 |
| หน่วยบริการปฐมภูมิ | 20 |
| โครงสร้างยุทธศาสตร์ชาติ วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร (วปอ.) | 28 |

สารบัญ (ต่อ)

| | หน้า |
|--|------|
| บทที่ 3 บริบทของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ | 31 |
| บทที่ 4 การวิเคราะห์สภาพปัญหา และผลการวิจัย | |
| อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ | 36 |
| ความสัมพันธ์ของโครงสร้างยุทธศาสตร์ชาติของ วปอ. | 42 |
| บทที่ 5 สรุป และข้อเสนอแนะ | 49 |
| สรุป | 49 |
| ข้อเสนอแนะ | 49 |
| บรรณานุกรม | 51 |
| ภาคผนวก | 52 |
| ผนวก ก ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 | 53 |
| ผนวก ข แบบสอบถามในการทำการวิจัย | 60 |
| ประวัติย่อผู้วิจัย | 66 |

สารบัญตาราง

| | หน้า |
|--------------------------|------|
| ตารางที่ | |
| 4 – 1 ข้อคิดเห็นต่อ พชอ. | 46 |

สารบัญแผนภาพ

| แผนภาพที่ | | หน้า |
|-----------|--|------|
| 2-1 | Who 6 Building Block | 16 |
| 2-2 | ความสัมพันธ์ของโครงสร้างยุทธศาสตร์ชาติของ วปอ. | 29 |

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560

ในหมวดและมาตรา ที่เกี่ยวข้องในการศึกษามีดังนี้

1. หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย

มาตรา 27 บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมาย มีสิทธิและเสรีภาพและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน

ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน

การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคล ไม่ว่าด้วยเหตุความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิดเชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมืองอันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ หรือเหตุอื่นใด จะกระทำมิได้

มาตรการที่รัฐกำหนดขึ้น เพื่อขจัดอุปสรรคหรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถใช้สิทธิหรือเสรีภาพ ได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่น หรือเพื่อคุ้มครองหรืออำนวยความสะดวกให้แก่เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ หรือผู้ด้อยโอกาส ย่อมไม่ถือว่าเป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมตามวรรคสาม บุคคลผู้เป็นทหาร ตำรวจ ข้าราชการ เจ้าหน้าที่อื่นของรัฐและพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรของรัฐย่อมมีสิทธิและเสรีภาพเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป เว้นแต่ที่จำกัดไว้ในกฎหมาย เฉพาะในส่วนที่เกี่ยวกับการเมือง สมรรถภาพ วินัย หรือจริยธรรม

มาตรา 46 สิทธิของผู้บริโภคย่อมได้รับความคุ้มครอง

บุคคลย่อมมีสิทธิรวมกันจัดตั้งองค์กรของผู้บริโภคเพื่อคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของผู้บริโภค องค์กรของผู้บริโภคตามวรรคสองมีสิทธิรวมกันจัดตั้งเป็นองค์กรที่มีความเป็นอิสระ เพื่อให้เกิดพลังในการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของผู้บริโภค โดยได้รับการสนับสนุนจากรัฐ ทั้งนี้ หลักเกณฑ์และวิธีการจัดตั้ง อำนาจในการเป็นตัวแทนของผู้บริโภค และการสนับสนุนด้านการเงินจากรัฐให้เป็นไปตามที่กฎหมายบัญญัติ

มาตรา 47 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ
 บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย
 ตามที่กฎหมายบัญญัติ
 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐ โดยไม่เสีย
 ค่าใช้จ่าย

มาตรา 48 สิทธิของมารดาในช่วงระหว่างก่อนและหลังการคลอดบุตรย่อมได้รับความคุ้มครอง และช่วยเหลือตามที่กฎหมายบัญญัติ
 บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีและไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ และบุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐตามที่กฎหมายบัญญัติ

2. หมวด 5 หน้าที่ของรัฐ

มาตรา 55 รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริม และสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด

บริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย

รัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

3. หมวด 6 แนวนโยบายแห่งรัฐ

มาตรา 71 รัฐพึงส่งเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวอันเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญของสังคม จัดให้ประชาชนมีที่อยู่อาศัยอย่างเหมาะสม ส่งเสริม และพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่แข็งแรงและมีจิตใจเข้มแข็ง รวมตลอดทั้งส่งเสริม และพัฒนาการกีฬาให้ไปสู่ความเป็นเลิศ และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน

รัฐพึงส่งเสริม และพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้เป็นพลเมืองที่ดี มีคุณภาพและความสามารถสูงขึ้น

รัฐพึงให้ความช่วยเหลือเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ยากไร้ และด้อยโอกาส ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ และคุ้มครองป้องกันมิให้บุคคลดังกล่าว ถูกใช้ความรุนแรง หรือปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม รวมตลอดทั้งให้การบำบัด ฟื้นฟู และเยียวยาผู้ถูกระทำการดังกล่าว

ในการจัดสรรงบประมาณ รัฐพึงคำนึงถึงความจำเป็น และความต้องการที่แตกต่างกันของเพศ วัย และสภาพของบุคคล ทั้งนี้ เพื่อความเป็นธรรม

สรุปผลการประชุมคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ ครั้งที่ 2/2561 (20 เมษายน 2561)

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ที่ทำหน้าที่เป็นเลขานุการในการร่างยุทธศาสตร์ชาติที่มีเป้าหมายการพัฒนาประเทศ คือ ประเทศชาติมีความมั่นคง ประชาชนมีความสุข มีการยกระดับศักยภาพในหลากหลายมิติ เพื่อการพัฒนาเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง มีการพัฒนาคนในทุกมิติและในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ มีการสร้างโอกาส และความเสมอภาคทางสังคม มีการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และมีภาครัฐของประชาชน เพื่อประชาชนและประโยชน์ส่วนรวม ซึ่งประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ที่มีเป้าหมาย และประเด็นการพัฒนา คือ

1. ยุทธศาสตร์ด้านความมั่นคง มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญ คือ ประเทศชาติมั่นคง ประชาชนมีความสุข โดยเน้นการบริหารจัดการสถานะแวดล้อมของประเทศให้มีความมั่นคงปลอดภัย และมีความสงบเรียบร้อยในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับชาติ สังคม ชุมชน ไปจนถึงระดับความมั่นคงของมนุษย์ และทุกมิติ ทั้งมิติทางด้านการทหาร การเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม วิทยาศาสตร์เทคโนโลยี ทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม อาหาร น้ำ ไปจนถึงมิติทางพลังงาน โดยมุ่งเน้นการพัฒนาคน เครื่องมือ เทคโนโลยี และระบบฐานข้อมูลขนาดใหญ่ให้มีความพร้อมสามารถรับมือกับภัยคุกคามและภัยพิบัติได้ทุกรูปแบบ และทุกระดับความรุนแรง ควบคู่ไปกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านความมั่นคงที่มีอยู่ในปัจจุบัน และที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต โดยใช้กลไกการแก้ไขปัญหาแบบบูรณาการ ทั้งกับส่วนราชการ ภาคเอกชน ประชาสังคม และองค์กรที่ไม่ใช่รัฐ รวมถึงประเทศเพื่อนบ้าน และมิตรประเทศทั่วโลก บนพื้นฐานของหลักธรรมาภิบาล เพื่อมุ่งที่จะเอื้ออำนวยประโยชน์ต่อการดำเนินการของยุทธศาสตร์ชาติด้านอื่นๆ ตลอดถึงการบริหารประเทศของรัฐบาลให้สามารถขับเคลื่อนไปได้ตามทิศทาง และเป้าหมายที่กำหนด

2. ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญ เพื่อมุ่งเน้นการยกระดับศักยภาพในหลากหลายมิติ บนพื้นฐานแนวคิด 3 ประการ ได้แก่

2.1 “ต่อยอดอดีต” โดยมองกลับไปที่รากเหง้าทางเศรษฐกิจ อัตลักษณ์ วัฒนธรรม ประเพณี วิถีชีวิต และจุดเด่นทางทรัพยากรธรรมชาติที่หลากหลาย รวมทั้งความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบของประเทศในด้านอื่นๆ นำมาประยุกต์ผสมผสานกับเทคโนโลยีและนวัตกรรม เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของเศรษฐกิจและสังคมโลกสมัยใหม่

2.2 “ปรับปัจจุบัน” เพื่อปูทางสู่อนาคต ผ่านการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของประเทศ ในมิติต่างๆ ทั้งโครงข่ายระบบคมนาคมและขนส่ง โครงสร้างพื้นฐานวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และ ดิจิทัล และการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการพัฒนาอุตสาหกรรมและบริการอนาคต และ

2.3 “สร้างคุณค่าใหม่ในอนาคต” ด้วยการเพิ่มศักยภาพของผู้ประกอบการ พัฒนาคมนวัตกรรม รวมถึงปรับโมเดลธุรกิจ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของตลาด ผสมผสานกับยุทธศาสตร์ ที่รองรับอนาคต บนพื้นฐานของการต่อยอดอดีต และปรับปัจจุบัน พร้อมทั้งการส่งเสริมและ สนับสนุนจากภาครัฐ จะทำให้ประเทศไทยสามารถสร้างฐานรายได้และการจ้างงานใหม่ ขยาย โอกาสทางการค้าและการลงทุนในเวทีโลก ควบคู่ไปกับการยกระดับรายได้ และการกินดีอยู่ดี รวมถึงการเพิ่มขึ้นของคนชั้นกลางและลดความเหลื่อมล้ำในประเทศได้ในคราวเดียวกัน

3. ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ มีเป้าหมายการ พัฒนาที่สำคัญ เพื่อพัฒนาคนในทุกมิติ และในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ โดยคนไทย มีความพร้อมทั้งกาย ใจ สติปัญญา มีพัฒนาการที่ครอบคลุม และมีสุขภาวะที่ดีในทุกช่วงวัย มีจิต สาธารณะรับผิดชอบต่อสังคม และผู้อื่น มัธยัสถ์ อุดม ออบอ้อมอารี มีวินัย รักษาศีลธรรม และ เป็นพลเมืองดีของชาติ มีหลักคิดที่ถูกต้อง มีทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 มีทักษะสื่อสาร ภาษาอังกฤษและภาษาที่ 3 และอนุรักษ์ภาษาท้องถิ่น มีนิสัยรักการเรียนรู้และการพัฒนาตนเอง อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตสู่การเป็นคนไทยที่มีทักษะสูง เป็นนวัตกรรม นวัตกรรม ผู้ประกอบการ เกษตรกร ยุคใหม่และอื่นๆ โดยมีสัมมาชีพตามความถนัดของตนเอง

4. ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม มีเป้าหมายการ พัฒนาที่สำคัญที่ให้ความสำคัญการดึงเอาพลังของภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาคเอกชน ประชาสังคม ชุมชนท้องถิ่น มาร่วมขับเคลื่อน โดยการสนับสนุนการรวมตัวของประชาชนในการร่วมคิดร่วมทำ เพื่อส่วนรวม การกระจายอำนาจและความรับผิดชอบไปสู่กลไกบริหารราชการแผ่นดินในระดับ ท้องถิ่น การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการตนเอง และการเตรียมความพร้อมของ ประชากรไทย ทั้งในมิติสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสภาพแวดล้อมให้เป็นประชากรที่มีคุณภาพ สามารถพึ่งตนเอง และทำประโยชน์แก่ครอบครัว ชุมชน และสังคมให้มากที่สุด ขณะที่รัฐต้องให้ หลักประกันการเข้าถึงบริการและสวัสดิการที่มีคุณภาพอย่างเป็นธรรม และทั่วถึง

5. ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม มี เป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญ เพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในทุกมิติ ทั้งมิติด้าน สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม ธรรมชาติ และความเป็นหุ้นส่วนความร่วมมือระหว่างกันทั้งภายใน และภายนอกประเทศอย่างบูรณาการ โดยเป็นการดำเนินการบนพื้นฐานความเชื่อในการเติบโต ร่วมกัน ไม่ว่าจะผ่านทางเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิต โดยให้ความสำคัญกับการสร้าง

สมดุลทั้ง 3 ด้าน ไม่ให้มากหรือน้อยจนเกินไป อันจะนำไปสู่ความยั่งยืนเพื่อคนรุ่นต่อไปอย่างแท้จริง โดยใช้พื้นที่เป็นตัวตั้งในการกำหนดกลยุทธ์และแผนงาน การให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้เข้ามามีส่วนร่วมในแบบทางตรงให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมที่เหมาะสม

6. ยุทธศาสตร์ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญเพื่อปรับเปลี่ยนภาครัฐที่ยึดหลัก “ภาครัฐของประชาชนเพื่อประชาชนและประโยชน์ส่วนรวม” โดยภาครัฐต้องมีขนาดที่เหมาะสมกับบทบาทภารกิจ และแยกแยะบทบาทหน่วยงานของรัฐที่ทำหน้าที่ในการกำกับหรือในการให้บริการในระบบเศรษฐกิจที่มีการแข่งขัน มีขีดสมรรถนะสูง ยึดหลักธรรมาภิบาล ปรับวัฒนธรรมการทำงานให้มุ่งผลสัมฤทธิ์และผลประโยชน์ส่วนรวม มีความทันสมัย และพร้อมที่จะปรับตัวให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลกอยู่ตลอดเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การนำนวัตกรรม เทคโนโลยีข้อมูลขนาดใหญ่ และระบบการทำงานที่เป็นดิจิทัลเข้ามาประยุกต์ใช้อย่างคุ้มค่า และปฏิบัติงานเทียบได้กับมาตรฐานสากล รวมทั้งมีลักษณะเปิดกว้าง เชื่อมโยงถึงกัน และเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และโปร่งใส โดยทุกภาคส่วนในสังคมต้องร่วมกันปลูกฝังค่านิยมความซื่อสัตย์ สุจริต ความมัธยัสถ์ และสร้างจิตสำนึกในการปฏิเสธไม่ยอมรับการทุจริตประพฤติมิชอบอย่างสิ้นเชิง นอกจากนี้ กฎหมายต้องมีความชัดเจน มีเพียงเท่าที่จำเป็น มีความทันสมัย มีความเป็นสากล มีประสิทธิภาพ และนำไปสู่การลดความเหลื่อมล้ำและเอื้อต่อการพัฒนา โดยกระบวนการยุติธรรมมีการบริหารที่มีประสิทธิภาพ เป็นธรรม และไม่เลือกปฏิบัติ การอำนวยความสะดวกยุติธรรมตามหลักนิติธรรม

สำหรับประเด็นการปฏิรูปมี 6 ประเด็น ได้แก่

1. การให้เด็กเล็กได้รับการดูแลและพัฒนา ก่อนเข้ารับการศึกษา ก่อนวัยเรียน
2. การจัดตั้งกองทุนเพื่อใช้ในการช่วยเหลือผู้ขาดแคลนทุนทรัพย์ ลดความเหลื่อมล้ำทางการศึกษา และเสริมสร้างและพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพของครู
3. กลไกและระบบการผลิต คัดกรองและพัฒนาผู้ประกอบวิชาชีพครูและอาจารย์ ระบบค่าตอบแทน และกลไกระบบคุณธรรมในการบริหารงานบุคคลของผู้ประกอบวิชาชีพครู
4. การปรับปรุงการจัดการเรียนการสอน เพื่อให้ผู้เรียนสามารถเรียนได้ตามความถนัด
5. การปรับโครงสร้างของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อบรรลุเป้าหมายในการปรับปรุงการจัดการเรียนการสอน และ
6. การปฏิรูประบบการศึกษาและการเรียนรู้โดยรวมของประเทศ ผ่านการตราพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติฉบับใหม่

มีข้อเสนอแนะให้คณะกรรมการอิสระฯ ให้ความสำคัญกับการเร่งดำเนินการเรื่องที่สามารถดำเนินการได้ก่อน เช่น การพัฒนาทักษะการสอนของครู และการปรับปรุงหลักสูตรการเรียนการสอนที่เน้นการคิดวิเคราะห์ คุณธรรม จริยธรรม และการค้นหาศักยภาพเฉพาะของผู้เรียน เป็นต้น

หลักการการจัดทำ รูปแบบ และเค้าโครงของแผนแม่บทตามยุทธศาสตร์ชาติ ให้แผนแม่บทมีกรอบระยะเวลาดำเนินการ 20 ปี สามารถแบ่งช่วงระยะเวลาการพัฒนาตามแผนแม่บทเป็น 2 ช่วงๆ ละ 10 ปี และควรปรับปรุงให้สอดคล้องกับสถานการณ์อย่างสม่ำเสมอ

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่

พ.ศ.2561

เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อน และพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่เป็นไปในทิศทางยุทธศาสตร์และเป้าหมายอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป

ข้อ 4 ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่ง เรียกว่า “คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่” ซึ่งมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นที่ปรึกษา ประกอบด้วย

- (1) ปลัดกระทรวงมหาดไทย เป็นประธานกรรมการ
- (2) ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นรองประธานกรรมการ

(3) กรรมการโดยตำแหน่ง ได้แก่ ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ อธิบดีกรมการปกครอง อธิบดีกรมการพัฒนาชุมชน อธิบดีกรมควบคุมโรค อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น อธิบดีกรมอนามัย ปลัดกรุงเทพมหานคร เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

ข้อ 5 ให้คณะกรรมการมีอำนาจและหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(1) กำหนดเป้าหมายและแนวทางการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้หน่วยงานของรัฐและผู้ที่เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติ โดยมุ่งหมายให้มีการบูรณาการ ร่วมกันของหน่วยงานของรัฐในพื้นที่ในด้านทรัพยากร และภารกิจภายใต้อำนาจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน ของรัฐนั้น

(2) ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือและประสานงานกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ตลอดจนชุมชนในพื้นที่ เพื่อให้มีเป้าหมาย และแนวทางในการพัฒนา คุณภาพชีวิตที่เหมาะสมของแต่ละพื้นที่ โดยให้ยึดถือประโยชน์ของประชาชนเป็นสำคัญ

(3) ส่งเสริม สนับสนุน และแก้ไขปัญหาในการดำเนินงานของ พชอ. และ พชข. เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายและแนวทางที่คณะกรรมการ กำหนดใน (1) และเป้าหมายและแนวทางของแต่ละพื้นที่ใน (2)

(4) ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะแก่ พชอ. หรือ พชข. หรือหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายและแนวทางที่กำหนดใน (1) หรือเป้าหมายและแนวทางของแต่ละพื้นที่ใน (2)

(5) เสนอแนะแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขเพิ่มเติมหรือปรับปรุงกฎหมายหรือ กฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่

(6) กำกับดูแลและติดตามผลการดำเนินการของ พชอ. และ พชข. เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายและแนวทางที่คณะกรรมการกำหนดใน (1) และเป้าหมาย และแนวทางของแต่ละพื้นที่ใน (2)

(7) ปฏิบัติงานอื่นใดตามที่คณะรัฐมนตรีหรือนายกรัฐมนตรีมอบหมาย ในการดำเนินการตามวรรคหนึ่ง คณะกรรมการอาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ เพื่อปฏิบัติงาน ตามที่คณะกรรมการมอบหมายได้

ข้อ 7 ในแต่ละอำเภอของทุกจังหวัด เว้นแต่กรุงเทพมหานคร ให้มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอคณะหนึ่ง เรียกโดยย่อว่า “พชอ.” โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัด และพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเป็นที่ปรึกษา

ให้ พชอ. ประกอบด้วย นายอำเภอ เป็นประธานกรรมการ และกรรมการอื่นอีกจำนวนไม่เกินยี่สิบคน ซึ่งนายอำเภอแต่งตั้งจากบุคคลดังต่อไปนี้

(1) ผู้แทนหน่วยงานของรัฐในอำเภอ จำนวนไม่เกินหกคน ซึ่งอย่างน้อยต้องแต่งตั้งจากกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน จำนวนหนึ่งคน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนหนึ่งคน เป็นกรรมการ

(2) ผู้แทนภาคเอกชนในอำเภอ จำนวนไม่เกินหกคน โดยคัดเลือกจากผู้ประกอบวิชาชีพ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ประกอบกิจการด้านสุขภาพหรือสาธารณสุข สถานศึกษา เอกชน ผู้ประกอบวิชาชีพหรือประกอบกิจการอื่น เป็นกรรมการ

(3) ผู้แทนภาคประชาชนในอำเภอ จำนวนไม่เกินเจ็ดคน โดยคัดเลือกจากผู้ที่มีความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับการพัฒนาสังคมหรือชุมชนท้องถิ่น หรือภูมิปัญญาท้องถิ่น กลุ่มเครือข่ายหรือองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร หรือเครือข่ายอาสาสมัครที่ปฏิบัติงานในอำเภอเป็นกรรมการ

ให้สาธารณสุขอำเภอเป็นกรรมการและเลขานุการ และให้นายอำเภอแต่งตั้งกรรมการตาม (1) (2) และ (3) เป็นเลขานุการร่วมได้อีกจำนวนไม่เกินสองคน

ข้อ 12 ให้ พชอ. มีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(1) ดำเนินการให้เป็นไปตามเป้าหมายและแนวทางการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ที่คณะกรรมการกำหนดตามข้อ 5 (1)

(2) กำหนดแผนงานและเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เหมาะสมกับสภาพข้อเท็จจริง และสภาพปัญหาในพื้นที่

(3) ขับเคลื่อนให้มีการดำเนินการตามเป้าหมายและแนวทางที่คณะกรรมการกำหนดตามข้อ 5 (1) และแผนงานและเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ตาม (2) ให้เกิดการบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานของรัฐในพื้นที่ในด้านทรัพยากร บุคลากร งบประมาณ และภารกิจภายใต้อำนาจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานของรัฐนั้น

(4) สนับสนุน เสนอแนะ และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานในเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน และผู้ประกอบกิจการในพื้นที่ เพื่อตอบสนอง และแก้ไขปัญหาในพื้นที่ให้เป็นไปตามแผนงานและเป้าหมายที่กำหนดไว้ตาม (1) และ (2)

(5) ประสานงานหรือร่วมมือกับ พชอ. อื่น หรือ พชข. คณะกรรมการเขตสุขภาพ เพื่อประชาชนหรือหน่วยงานอื่นทั้งใน และนอกเขตพื้นที่ เพื่อแก้ไขปัญหา หรือพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง โดยเน้นให้เกิดการบูรณาการในการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(6) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เป็นไปตาม (1) และ (2)

(7) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่คณะกรรมการหรือตามที่ผู้ว่าราชการจังหวัดมอบหมาย การดำเนินงานตาม (2) ให้ พชอ. ประสานงานและร่วมกับหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนในพื้นที่ โดยขอให้หน่วยงานดังกล่าวส่งข้อมูล และเอกสารที่เกี่ยวข้องหรือที่จะเป็นประโยชน์ต่อ

การกำหนดแผนงาน และเป้าหมายดังกล่าวที่เหมาะสมกับสภาพพื้นที่ ทั้งนี้ การกำหนด แผนงาน และเป้าหมายดังกล่าวให้คำนึงถึงแผนพัฒนาจังหวัดและแผนพัฒนาภูมิภาคจังหวัดที่อำเภอผู้นั้นอยู่ในพื้นที่ด้วย

ข้อ 13 เมื่อ พชอ. จัดทำหรือแก้ไขแผนงานหรือเป้าหมายตามข้อ 12 (2) แล้ว ให้ พชอ. ส่งแผนงานหรือเป้าหมายดังกล่าว ให้ผู้ว่าราชการจังหวัดและคณะกรรมการ ในการนี้ให้ผู้ว่าราชการจังหวัดและคณะกรรมการ พิจารณาสับสนุนตามสมควร เพื่อให้ พชอ. สามารถดำเนินการ ตามแผนงานหรือเป้าหมายดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ให้ พชอ. ทบทวนแผนงานหรือเป้าหมายตามข้อ 12 (2) อย่างน้อยทุกสองปี หรือเมื่อมีข้อเท็จจริง หรือสถานการณ์เปลี่ยนแปลง

ข้อ 14 ให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นสำนักงานเลขานุการของ พชอ. รับผิดชอบในงานเลขานุการและงานธุรการของ พชอ. และคณะอนุกรรมการที่ พชอ. แต่งตั้ง รวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนที่เกี่ยวกับการดำเนินงานของ พชอ. ตลอดจนปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ พชอ. มอบหมาย และให้ดำเนินการในเรื่องดังต่อไปนี้ด้วย

(1) เป็นหน่วยงานกลางในการขับเคลื่อนตามเป้าหมายและแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่

(2) สนับสนุนและอำนวยความสะดวกด้านข้อมูลและการดำเนินงานของ พชอ. รวมทั้ง ประชาสัมพันธ์ หรือเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการต่างๆ เพื่อให้เป็นไปตามแผนงานเป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ ให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรับผิดชอบในการเบิกจ่ายประชุม ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการประชุม หรือค่าใช้จ่ายอื่นที่เกี่ยวข้อง

แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข

ได้พัฒนาจากการวิเคราะห์เงื่อนไข และสถานการณ์ภายใต้บริบทสิ่งแวดล้อมของสังคมไทย และกระแสโลกในปัจจุบันจนถึงแนวโน้มความท้าทายในอนาคตที่มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชน โดยแผนยุทธศาสตร์นี้มีความสอดคล้องและเชื่อมโยงสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ(Sustainable Development Goals: SDGs) เป็นไปตามแนวทางของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2560 ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี นโยบายรัฐบาล นโยบายประเทศไทย 4.0 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 รวมทั้งแนวนโยบาย ประชาธิปไตย และประเด็นเร่งด่วน เพื่อเป้าหมายการปฏิรูปประเทศไทยของรัฐบาลซึ่งเกี่ยวข้องกับการปฏิรูปสาธารณสุข 10 ประเด็นสำคัญ ได้แก่

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.)
2. การพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster : PCC)
3. การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)
4. การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC)
5. นโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients : UCEP)
6. การพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Operation Center : EOC)
7. การพัฒนาอุตสาหกรรมทางการแพทย์ครบวงจร
8. การเพิ่มประสิทธิภาพการขึ้นทะเบียนและใบอนุญาต
9. ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพพิเศษและ
10. โครงการ GREEN & CLEAN Hospitals

โดยกรอบแนวคิดการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาตินี้ เป็นกรอบการพัฒนาระยะยาว มุ่งเน้นเพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ “ประเทศไทย มีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้วด้วย การพัฒนาตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรหลักในการ ขับเคลื่อนที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายต่างๆ เพื่อเป้าหมาย สูงสุดให้คนไทยมีสุขภาพดี โดยมียุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ

1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence)
2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
3. ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ
4. บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจากการพัฒนาอย่างก้าวกระโดดในด้านวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีในช่วงศตวรรษที่ผ่านมา ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม รวมถึงวิถีชีวิตและรูปแบบการใช้ชีวิตของผู้คน แม้ความสำเร็จในการพัฒนาเทคโนโลยี ทางการแพทย์จะทำให้สามารถควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อได้ดีขึ้น ประชาชนมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวขึ้น แนวโน้มการเข้าถึงบริการสุขภาพดีขึ้น แต่อุบัติการณ์ของโรคเรื้อรัง ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน (Social Determinants of Health) มีความหลากหลายควบคุมได้ยากขึ้น โดยปัจจัยหลักที่มีผลกระทบต่อบริบทสุขภาพของคนไทย มีดังนี้

1. การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) จากที่ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) สัดส่วนประชากร กลุ่มผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเป็น 16.5% ในปี 2559 และมีแนวโน้มจะเพิ่มสูงถึง 32.2% ในปี 2575 นอกจากนี้แนวโน้มผู้สูงอายุที่ต้องอยู่ตามลำพัง เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้นตามไปด้วย ในขณะที่อัตราการเจริญพันธุ์รวมของประชากรไทยในปี 2559 อยู่ที่ 1.62 ซึ่งต่ำกว่าระดับทดแทนประชากร และคาดการณ์ว่าในปี 2583 อัตราการเจริญพันธุ์รวมอาจลดลงเหลือเพียง 1.3 ทำให้ประชากรวัยเด็ก และวัยแรงงานจะมีจำนวนลดลงจะส่งผลต่อจำนวนแรงงาน ความสามารถในการผลิต และเป็นความท้าทายในการพัฒนาประเทศที่สำคัญในอนาคต

2. สิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมกับสุขภาพที่ดี ปัจจุบันปัญหาที่เกิดจากการจัดการ และใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างไม่เหมาะสมส่งผลให้ทรัพยากรธรรมชาติเสื่อมโทรมลงอย่างมาก ทั้งยังมีปัญหาสิ่งแวดล้อมที่เพิ่มขึ้นตามการขยายตัวของเศรษฐกิจและความเป็นชุมชนเมือง ตัวอย่างเช่น ปัญหาขยะมูลฝอยที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพ โดยในปี 2559 มีปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น 27.06 ล้านตัน ในขณะที่การบริหารจัดการที่ถูกกำจัดอย่างถูกต้องมีเพียง 9.75 ล้านตันของปริมาณขยะมูลฝอยทั้งหมด ที่เกิดขึ้นในปี 2559 นอกจากนี้ยังมีปัญหามลพิษทางอากาศ ปริมาณฝุ่นละอองที่เกินค่ามาตรฐานหลายแห่ง ทั้งหมดนี้จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของคนไทยทั้งทางตรงและทางอ้อม

3. การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศจากภาวะโลกร้อน ความสมดุลที่เสียไป เนื่องจากผลอุณหภูมิจึงโลกที่สูงขึ้น ทำให้เกิดความแห้งแล้งเป็นระยะเวลายาวนานส่งผลกระทบต่อความอุดมสมบูรณ์ของดิน ป่าไม้ เกิดความเสื่อมโทรม แหล่งน้ำขาดแคลน ผลผลิตทางการเกษตรลดลง เกิดความเสี่ยงต่อการสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพ เกิดโรคระบาดในพืชและสัตว์ โรคที่เกิดจากแมลงเป็นพาหะที่สามารถแพร่ขยายพันธุ์ และเจริญเติบโตดีขึ้นในสภาพอากาศร้อน เช่น โรคมาลาเรีย เกิดภาวะน้ำท่วมและวาตภัย และสัมพันธกับอาหาร และน้ำดื่มที่ไม่สะอาด

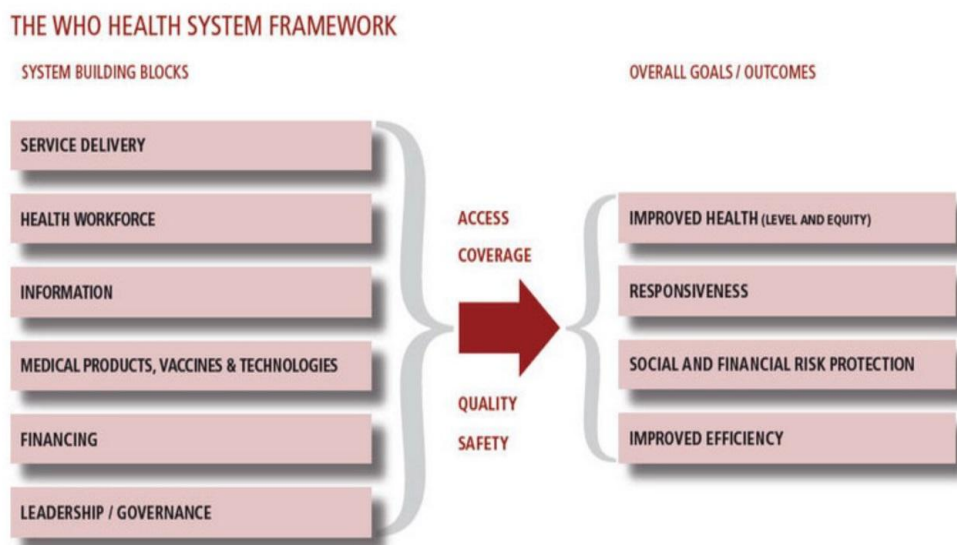
4. ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี จากการจัดอันดับของ World Economic Forum ได้จัดทำ “ดัชนีบ่งชี้ระดับความพร้อมของการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (The Networked Readiness Index : NRI)” จัดให้ประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 67 ในปี 2557 ดีขึ้นจากปี 2556 ที่ประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 74 จากทั้งหมด 148 ประเทศ แสดงถึงความก้าวหน้าและโอกาสในการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (Information and Communication Technology : ICT) ซึ่งอัตราการใช้เทคโนโลยีของคนไทยในปี 2558 พบว่า มีการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต 39.3 % คอมพิวเตอร์ 34.9% และโทรศัพท์มือถือ 79.3% ประชาชนสามารถติดต่อสื่อสารและเข้าถึงข้อมูลต่างๆ เพิ่มขึ้น แสดงถึงวิถีการดำรงชีวิต และความคาดหวังของประชาชนต่อระบบบริการ

สุขภาพที่เปลี่ยนไปตามความก้าวหน้าของเทคโนโลยีอันอาจเป็นไปได้ทั้งเชิงบวก และเชิงลบ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีจึงเป็นอีกปัจจัยสำคัญในการพัฒนายุทธศาสตร์ชาติฯ ฉบับนี้

5. การเชื่อมต่อการค้า และการลงทุนอย่างไร้พรมแดน เป็นวิวัฒนาการของโลกที่ไม่อาจหยุดยั้งได้ด้วยเหตุผลหลายประการประกอบกัน ดังตัวอย่างที่ประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสมาชิกของประชาคมโลกในด้านต่างๆ โดยเฉพาะกลุ่มประชาคมอาเซียนที่ประเทศไทยตั้งอยู่ในสภาพทางภูมิศาสตร์ที่เป็นศูนย์กลาง จึงเกิดประโยชน์อย่างมากต่อประเทศไทยในการส่งผลให้เกิดการส่งเสริมการลงทุนในประเทศ การส่งออก เกิดการจ้างงานเพิ่มขึ้น เป็นการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และส่งเสริมความสามารถในการแข่งขัน แต่อย่างไรก็ตามการเชื่อมต่ออย่างไร้พรมแดนเช่นนี้ก็มิ ผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนในหลายด้าน เช่น ในปี 2557 พบว่าในพื้นที่ 10 จังหวัดเขตเศรษฐกิจพิเศษที่มีแรงงานต่างชาติเป็นจำนวนมาก พบว่า อุบัติการณ์ของโรคมาลาเรีย อัตรการป่วยด้วยโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงกว่าพื้นที่อื่นของประเทศ รวมทั้งปัญหาจากแรงงานต่างชาติที่เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะแรงงานที่ผิดกฎหมายที่ไม่มีประกันสุขภาพหรือไม่มีความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ทำให้กระทรวงสาธารณสุขต้องรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เรียกเก็บไม่ได้ที่เพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ จาก 216.5 ล้านบาทในปี 2555 เป็น 399.5 ล้านบาท ในปี 2557 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข/2561/: (10-16) แผนยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปีด้านสาธารณสุข)

WHO 6 Building block

แผนภาพที่ 1-1 THE WHO HEALTH SYSTEM FRAMEWORK



ที่มา : Health Services Development, ออนไลน์, 2561.

6 องค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลกที่กำหนด มีดังนี้

1. ระบบงานบริการสุขภาพ การบริการสุขภาพในระบบสุขภาพเป็นปัจจัยพื้นฐานที่นำไปสู่สุขภาพของประชาชนที่ต้องอาศัยการมีเครือข่ายที่ให้บริการครอบคลุมตามความจำเป็นของประชาชนในกลุ่มเป้าหมายซึ่งรวมถึงงานป้องกัน งานรักษา งานฟื้นฟูสภาพ และงานส่งเสริมสุขภาพ มีการเข้าถึงบริการของประชาชนที่ปราศจากอุปสรรคในเรื่องค่าบริการ ภาษา วัฒนธรรม หรือภูมิประเทศ มีเครือข่ายการให้บริการไปถึงระดับชุมชน ระบบบริการสุขภาพนี้ต้องมีการกำหนดขอบเขตการคุ้มครองค่าบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนทุกคน มีความต่อเนื่องในกระบวนการรักษา ข้ามเครือข่ายเขตพื้นที่บริการได้ แยกบริการรักษาขั้นสูงเป็นระดับความซับซ้อน และยังครอบคลุมไปทุกกลุ่มอายุ คุณภาพงานบริการต้องเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย เป็นไปตามความจำเป็นของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม มีการประสานงานกันส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ และต้องมีประสิทธิภาพในการให้บริการซึ่งมีการจัดการที่ดี เพื่อบรรลุเป้าหมายและผลลัพธ์ที่ดีไปพร้อมกัน และที่สำคัญต้องมุ่งเน้นที่ “คน” เป็นศูนย์กลางในการให้บริการ ไม่ใช่ “โรค” หรือตัวเงินเป็นหลัก ประชาชนควรมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบการให้บริการและการประเมินผลด้วย จะได้เข้าใจถึงแหล่งที่มาของกองทุนค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในกระบวนการ ร่วมกันรับผิดชอบ ปลูกฝังให้ประชาชนดูแลสุขภาพก่อนที่จะป่วย

2. ความเพียงพอของทรัพยากรบุคคลในบริการสุขภาพ ความสามารถของประเทศที่จะบริหารจัดการทรัพยากรคน-เงิน-ของที่มีอยู่ทั้งหมดให้บรรลุเป้าหมายให้ประชาชนในประเทศมีสุขภาพดีนั้น ประเด็นเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพก็ต้องอาศัยบุคลากรที่มีความรู้ ทักษะ แรงจูงใจ และรับผิดชอบงานให้บริการสุขภาพ นอกจากนั้นจำนวนของบุคลากรที่เหมาะสมก็มีส่วนที่ทำให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้นได้เช่นกัน บุคลากรด้านสุขภาพหมายถึง บุคลากรทุกสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพ ทั้งที่ทำงานภาครัฐและภาคเอกชน เต็มเวลาหรือทำงานกึ่งเวลา ทำงานเดี่ยวหรือควบหลายงาน รวมถึงการได้รับหรือไม่ได้รับค่าจ้างก็ตาม นอกจากนี้ยังรวมกลุ่มบุคลากรที่ทำงานด้านการศึกษาในวิชาชีพสุขภาพ งานวิจัยและงานด้านส่งเสริมสุขภาพ การมองภาพรวมของทั้งประเทศและภูมิภาค เท่าที่เป็นอยู่ยังมีความขัดแย้งที่ยังมองภาคเอกชนดึงคนไปจากภาครัฐ อนาคต ทั้งภาครัฐและเอกชนก็อาจถูกดึงไปยังภูมิภาคอาเซียน หรือภูมิภาคอื่นก็ได้ การวิเคราะห์จึงต้องเห็นข้อมูลความต้องการของทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และทุกภาคส่วนทั้งหมดมาร่วมมือกันผลิตให้เพียงพอับความต้องการ ในอดีตภาคบริการอยากให้ภาควิชาการในมหาวิทยาลัยเร่งผลิต เมื่อได้รับการปฏิเสธภาคบริการก็ผลิตเสียเอง ผ่านมา 10-20 ปี ภาคบริการเลยต้องแบกภาระงานสอนไปด้วย ส่วนภาควิชาการงบประมาณไม่พอ ก็เพิ่มงานบริการขึ้นอีกแทนที่จะเพิ่มงานสอน หรืองานวิจัยที่สร้างคุณค่าให้เกิดขึ้นในการพัฒนางานบริการของประเทศ ปัจจุบันบุคลากรทั้งส่วนบริการและวิชาการ

จึงทำงานเหมือนกัน ต่างคนต่างทำและทำงานหนักทั้งสองส่วน นอกจากปัญหาการผลิตบัณฑิต สาขาสุขภาพแล้วยังมีปัญหาเรื่องค่าตอบแทนตามภาระงาน (Pay for performance; P4P) ที่ยังไม่สามารถสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรด้านสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม บทบาทขององค์กรวิชาชีพในสาขาต่างๆต้องมีส่วนร่วม ชี้นำแนวทางในการแก้ไขปัญหาภาครวมของประเทศ และของภูมิภาค การคิดแก้ไขปัญหาแบบแยกเป็นส่วนๆ หรือคิด เพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะเป็นคราวๆ ไป นอกจากไม่ทำให้ระบบสุขภาพมั่นคงแข็งแรงแล้วยังซ้ำเติมให้เกิดปัญหาที่เรื้อรังมากขึ้น

3. ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ ข้อมูลสารสนเทศที่เชื่อถือได้จะถูกนำไปใช้เป็นฐานในการตัดสินใจในทั้ง 6 เสาหลักของระบบสุขภาพและยังมีบทบาทในการนำเอานโยบายระบบสุขภาพไปปรับใช้ ควบคุม ดำเนินการทำวิจัยเพื่อพัฒนา แก้ไขในประเด็นปัญหาต่างๆ อาทิเช่น งานให้บริการ กำลังคน และกลไกการคลังด้านสุขภาพ ระบบสารสนเทศยังใช้ติดตาม และประเมินผลจัดการเวชระเบียน กระบวนการรักษา วิเคราะห์แผน สร้างโจทย์งานวิจัย สื่อสารข่าวสารไปยังประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ฯลฯ ในการบริหารระบบสุขภาพให้มีความเข้มแข็ง และเจริญได้อย่างยั่งยืนนั้น ผู้บริหารนโยบายต้องการข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญ ได้แก่ ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ ปัจจัยทั้งหมดที่นำเข้าสู่ระบบสุขภาพ ผลผลิตของระบบสุขภาพ ซึ่งรวมถึงความพร้อมการเข้าถึง คุณภาพ ผู้ใช้ข้อมูลข่าวสาร และผลลัพธ์ของระบบสุขภาพ อันได้แก่ อัตราตาย และอัตราการเกิดทุพพลภาพ สุขภาวะ ความพิการ รวมไปถึงการไม่ได้รับความธรรมจากการรับบริการ อาทิเช่น ขอบเขตการคุ้มครอง ผลลัพธ์จากการรักษาเปรียบเทียบจากวิธีที่ต่างกัน ต้นทุนการดำเนินการ ต้นทุนของการให้บริการของแต่ละกลุ่มโรค เป็นต้น

4. การเข้าถึงยา และเวชภัณฑ์ที่จำเป็น องค์การอนามัยโลกได้กำหนดกรอบการทำงานที่ต้องมีกลไกในระบบสุขภาพที่เอื้อให้ประชาชนเข้าถึงยา วัคซีน และเทคโนโลยีที่จำเป็น ซึ่งต้องมีคุณภาพ และความคุ้มค่ากับราคา อาจกำหนดเป็นบัญชียา และเวชภัณฑ์ แนวทางปฏิบัติ หรือเป็นมาตรฐานในระดับชาติ แสดงขั้นตอนและวิธีการกำหนดราคา สถานภาพการต่อรองราคา กำหนดมาตรฐานและคุณภาพของยาและเวชภัณฑ์ที่เข้าสู่ตลาดภายในประเทศ ระเบียบการจัดซื้อ การจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ให้มีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นระบบสุขภาพที่เข้มแข็งต้องเน้นมาตรการ”การใช้ยาอย่างเหมาะสม” เพื่อเป็นการลดอุบัติเหตุที่เชื่อคือยา เพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย และการฝึกอบรมบุคลากร

5. ระบบการคลังด้านสุขภาพ การคลังด้านสุขภาพเป็นรากฐานสำคัญที่จะหล่อเลี้ยงระบบสุขภาพด้วยกลไกการจ่าย การเก็บสะสมหรือแบ่งปันไปให้เกิดงานบริการที่ยังขาดไปในระบบ หรือแบ่งปันให้เกิดแรงจูงใจของบุคลากร หรือเอาไปซื้อยาและเวชภัณฑ์ให้ครอบคลุมงานบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชน เพื่อให้ภาพรวมของระบบสุขภาพมีความพร้อมให้บริการ

ประชาชนเข้าถึงได้ตลอดเวลา และสถานที่ที่สามารถบรรลุเป้าหมายให้มีสุขภาพดีได้อย่างต่อเนื่องและที่สำคัญคือปราศจากภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่มากจนต้องล้มละลาย ดังนั้นกลไกการคลังสุขภาพจึงมิได้หมายถึงแค่มีกองทุนเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการจัดสรรงบประมาณ ระบบการซื้อ และระบบการให้บริการด้านสุขภาพ โดยทั่วไปค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของแต่ละประเทศด้วยการเทียบสัดส่วนกับผลผลิตมวลรวมประชาชาติ (Gross Domestic Products; GDP) และตัวชี้วัดที่ระบุถึงภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในครัวเรือนคือ สัดส่วนของรายจ่ายด้านสุขภาพที่ต้องจ่ายเอง (out-of-pocket payment) ต่อรายได้ทั้งหมด

6. ภาวะผู้นำ และธรรมาภิบาล เป็นเรื่องสำคัญมากขึ้นในสถานการณ์ปัจจุบัน จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้นำต้องใส่ใจในยุทธศาสตร์การสร้างความสุขภาพที่คาดหวังไว้ให้สำเร็จ ต้องกำกับ ดูแล และควบคุม รับผิดชอบในการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสม และเป็นธรรม เนื่องจากมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมากมายหลายกลุ่ม ผู้นำมีความสำคัญมากในการบูรณาการทุกภาคส่วน ให้เกิดการเชื่อมประสานกันในระบบสุขภาพที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีนั้น ให้ระบบนี้เกิดความสมดุลและยั่งยืนของประเทศ

แนวคิดของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ

จากคำสั่งกระทรวงมหาดไทย เรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิต และระบบสุขภาพอำเภอ การพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชนด้วยระบบสุขภาพอำเภอตามหลักการ “พื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง” โดยให้ทุกภาคส่วนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิต และระบบสุขภาพ มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพตนเอง ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็ง โดยการสร้างกลไกของเครือข่ายที่ประสานการทำงานร่วมกัน การขับเคลื่อนในลักษณะดังกล่าวผ่านพื้นที่นำร่อง ในปีงบประมาณ 2559 จำนวน 73 อำเภอ ด้วยความร่วมมือของกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีเงื่อนไขในเบื้องต้นของการดำเนินการคือ จากความสมัครใจของพื้นที่เครือข่ายสุขภาพอำเภอที่เข้มแข็ง มีความหลากหลายของพื้นที่ ความหลากหลายของจำนวนประชากรทั้งในเขตเมือง เขตชนบท พื้นที่ลักษณะพิเศษ เช่น พื้นที่ชายแดนพื้นที่เกาะ พื้นที่ที่มีฐานทุนด้านสังคมและจะเป็นกรณีศึกษาหาแนวทางที่เหมาะสมที่สุดกับการพัฒนาครอบคลุมให้ทั่วประเทศจากบทเรียนประสบการณ์ ที่มีภาวะการนำร่วมของภาครัฐ เอกชน และ ประชาชน เพื่อการขับเคลื่อน พชอ. อย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้ MOU ใน 73 พื้นที่ ขยายเป็น 200 พื้นที่ ในปี 2560 เป็นช่วงเริ่มต้นของการให้การสนับสนุนเชิงนโยบายอย่างเป็นทางการและเมื่อวันที่ 6 มิถุนายน 2560 ได้มีมติของคณะรัฐมนตรี รับทราบ

ตามสรุปสาระสำคัญการประชุมคณะกรรมการบริหารราชแผ่นดินเชิงยุทธศาสตร์ (บยศ.) เห็นชอบตามข้อเสนอของกระทรวงสาธารณสุข ในการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสาธารณสุขให้เกิดผลใน 1 ปี 4 เดือน ประกอบด้วยการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อส่งเสริมการทำงานแบบประชารัฐ เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน มีการบูรณาการระหว่างหน่วยงานของรัฐ เอกชน และประชาชนอย่างมีส่วนร่วม

หน่วยบริการปฐมภูมิ

ความหมายของระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) (จากบันทึกนักวิชาการสาธารณสุข http://tonncub.blogspot.com/2012/09/blog-post_8.html) ได้สรุปความหมายของ Primary Care ว่าเป็นความหมายที่รวมทั้ง Primary Medical และ Primary Health Care ดังนั้น Primary Care จึงหมายถึง การให้บริการสาธารณสุขด้านแรกที่เน้นการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน จนเป็นสื่อในการนำความรู้และนำบริการสุขภาพที่มีคุณภาพไปสู่ประชาชน Primary Care จึงมีองค์ประกอบที่สำคัญอย่างน้อย 3 ประการ คือ

1. ความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน (Community relationship) เป็นการบ่งบอกว่า การดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ ไม่ใช่การดูแลเฉพาะโรค แต่ต้องดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชน มีความรู้จัก และเข้าใจกันระหว่างผู้ให้ และผู้รับบริการ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นที่จะทำให้เกิดการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ

2. สร้างความรู้ให้กับประชาชน (Empowerment) การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มุ่งหวังให้ประชาชนพึ่งตนเอง และสามารถดูแลตนเองไม่ให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค

3. บริการที่มีคุณภาพ (Quality of Care) บริการที่มีคุณภาพมี 2 มิติ คือ ด้านวิชาการทางการแพทย์ คือ รักษาถูกโรค ถูกคน ถูกเวลา ทำให้ผู้ป่วยหายป่วยจากโรค อีกมิติ คือ มิติทางสังคม ซึ่งหมายถึงองค์ประกอบหลัก 3 ประการ คือ

3.1 Continuity ความต่อเนื่องของการให้บริการ ทั้งขณะป่วย และขณะปกติ ดูแลตลอดชีวิตประชาชน

3.2 Integrated ผสมผสานเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียว หมายถึง การบริการที่มีการผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ

3.3 Holistic องค์กรวม คือ ดูแลคนทั้งคน ไม่ใช่เฉพาะโรค มีการนำมิติทางกาย จิต สังคม สิ่งแวดล้อมมาเชื่อมโยงการดูแล

การบริการปฐมภูมิ (Primary Care) เป็นบริการที่อยู่ใกล้ชีวิตประชาชน และชุมชนมากที่สุด จึงเน้นที่ความครอบคลุม มีการบริการผสมผสาน ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค ฟื้นฟูสภาพ จัดบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ชนบท สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน สำหรับในเขตเมืองอาจเป็น ศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร หรือ ศูนย์แพทย์ชุมชน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รพ.สต. (Sub-district Health Promoting Hospital) เป็นสถานพยาบาลประจำตำบลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีขีดความสามารถระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ได้รับการยกฐานะจากสถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชน ตามนโยบายของรัฐบาลรัฐบาลของนายกรัฐมนตรีอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ เมื่อปี พ.ศ. 2552 ซึ่งได้จัดสรรงบประมาณภายใต้ แผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็ง 2555 เพื่อยกระดับสถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชนให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการให้บริการสาธารณสุขที่หลากหลาย ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค โดยเกือบทั้งหมดจะไม่รับผู้ป่วยใน และไม่มีแพทย์ทำงานอยู่เป็นประจำ แต่จะอาศัยความร่วมมือกับแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ในลักษณะของ Contracting Unit of Primary Care ; CUP ซึ่งหมายถึง หน่วยบริการประจำที่เป็นคู่สัญญากับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการ ที่เรียกว่า "คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ" (คปสอ.หรือ CUP Board) ซึ่งจะประกอบไปด้วยกรรมการที่มาจากรายการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และเครือข่ายบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

บทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) ทำหน้าที่ในลักษณะให้บริการสาธารณสุขผสมผสาน ทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคมในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยมีจุดเน้นที่สำคัญ 3 ประการดังนี้

1. ดำเนินการเชิงรุก โดยมุ่งเข้าหาประชาชนและชุมชน เพื่อการสร้างสุขภาพเป็นหลัก รวมทั้งมุ่งจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่เป็นต้นเหตุของปัญหาสุขภาพ

2. บริการตลอด ๒๔ ชั่วโมง โดยที่สามารถปรึกษาแพทย์ในโรงพยาบาลพี่เลี้ยง หรือส่งต่อผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ทั้งนี้อาจมีบริการเตียงนอน เพื่อสังเกตอาการโดยไม่รับผู้ป่วยไว้ในอนค้ำงคืน และหากมีกรณีฉุกเฉินก็สามารถประสานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในการออกไปรับผู้ป่วย และให้การปฐมพยาบาลก่อนส่งต่อ

3. มีความเชื่อมโยงและมีส่วนร่วม โดยมีความเชื่อมโยงกับบริการสุขภาพในระดับอื่น ในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายอย่างมีประสิทธิภาพ และมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในการดำเนินงานของ ประชาชน ชุมชน และองค์กรปกครองท้องถิ่น

ปัญหาของระบบสาธารณสุขไทย

นายแพทย์โสภณ เมฆธน (คลินิกหมอครอบครัว (PCC : Primary Care Cluster นพ. โสภณ เมฆธน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข) ได้ให้ความเห็นไว้ว่า การให้บริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขของประเทศไทย ขณะนี้ขับเคลื่อนด้วยโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ทำให้เกิดความแออัด ใช้เวลานานในการรอรับบริการ เกิดปัญหาเรื่องการเข้าถึงบริการ และความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับการรักษาพยาบาล มีความไม่พึงพอใจในการรับบริการของพี่น้องประชาชน

การให้การดูแลรักษาจากผู้เชี่ยวชาญ ทำให้เกิดการดูแลเป็นรายโรค เฉพาะอวัยวะ ไม่มีเจ้าภาพในการดูแลแบบองค์รวม เวลามีปัญหาไม่รู้จะปรึกษาแพทย์ท่านใด แตกต่างจากคนที่มีญาติเป็นหมอ สามารถปรึกษา หรือถามปัญหาเวลาเจ็บไข้ได้ตลอดเวลาระบบบริการ และได้เสนอแนวคิดในการแก้ปัญหาว่า กระทรวงสาธารณสุข และรัฐบาลในยุคนี้ จึงต้องการแก้ไขปัญหาระบบบริการด้วย คลินิกหมอครอบครัว (PCC: Primary Care Cluster) เป็นระบบบริการที่มีทีมหมอครอบครัว ดูแลประชาชนในจำนวน 10,000 คน ต่อหนึ่งทีม มอบหมายพื้นที่ในการดูแลที่ชัดเจน ในรัฐธรรมนูญ ปีพ.ศ.2559 ในหมวดเรื่อง การปฏิรูประบบสาธารณสุข ระบุให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชน ในสัดส่วนที่เหมาะสม ประชาชนทุกคนทุกครอบครัวจะมีหมอครอบครัว เป็นญาติให้การดูแลแบบใกล้บ้าน ใกล้ใจ เหมือนพี่น้อง ประชาชนสามารถซื้อของเบ็ดเตล็ดที่ใช้ในชีวิตประจำวันได้ที่ร้านสะดวกซื้อหน้าปากซอย ไม่จำเป็นต้องไปที่ห้างสรรพสินค้า ในการเลือกซื้อสินค้าที่ใช้ใน

ชีวิตประจำวันให้ความสะดวกสบาย และเป็นกันเอง ตลอดจนดูแลได้ใกล้ชิดเหมือนคลินิกหมอส่วนตัวที่ยังได้รับความนิยมนจากประชาชนส่วนใหญ่

แนวทางการดำเนินงาน Primary Care Cluster สำหรับหน่วยบริการ

แนวทางการดำเนินงาน Primary care cluster นี้ จัดทำขึ้นภายใต้เจตนารมณ์ของนโยบายการจัดกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งมีเป้าประสงค์ที่สำคัญ คือ

1. เพื่อให้เกิดการดูแลประชาชนในพื้นที่ขนาดเหมาะสมได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถดูแลได้ทั่วถึง ประชาชนเข้าถึงบริการปฐมภูมิ ที่เป็นบริการด่านแรกได้เพิ่มมากขึ้น และได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพดีขึ้น

2. เพื่อการเชื่อมโยงบริการระหว่างปฐมภูมิ ทุติยภูมิกับตติยภูมิ โดยผ่านการบูรณาการ Service plan ทุกสาขา กับบริการระดับปฐมภูมิ ที่มีทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชากรตามกลุ่มวัยและทำหน้าที่จัดการระบบสุขภาพของชุมชน

3. เพื่อสร้างทีมดูแลสุขภาพประจำครอบครัวที่นำ โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและใช้หลักการของเวชศาสตร์ครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมในทุกครัวเรือนทั่วประเทศให้เกิดขึ้นภายใน 10 ปี

4. เพื่อช่วยให้บุคลากรที่มีอยู่อย่างจำกัดได้ช่วยเหลือกัน ในรูปแบบการจัดบริการร่วม และเกิดการจัดทรัพยากรต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แนวทางการดำเนินงาน Primary care cluster ประกอบด้วย 4 ส่วนสำคัญ คือ

1. การจัดกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ หรือ Primary care cluster
2. การจัดระบบบริการและ Primary Service Package เป็นแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อบูรณาการ Service plan กับการดูแลประชากรตามกลุ่มวัย

3. การบริหารจัดการ และการจัดระบบสนับสนุนเครือข่าย

4. การควบคุมกำกับ และติดตามประเมินผล

การจัดกลุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ Primary care cluster

1. หลักการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ประชาชนได้รับการดูแลจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Family physician) ซึ่งเป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาหนึ่งที่ใช้ปรัชญาการดูแลรักษาภาวะเจ็บป่วยของบุคคลโดยคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลเกี่ยวข้องกับสุขภาพ และการเจ็บป่วยอย่างรอบด้าน หลักการของเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นการดูแลสุขภาพที่ครบวงจร ซึ่งประกอบด้วยแนวคิดสำคัญ 5 ประการ คือ

1. Primary medical care หรือ Care on first contact basis การดูแลแต่แรกทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพ ทำการรักษาในขั้นต้น เน้นการดูแลสุขภาพของตนเอง ให้การดูแลรักษาที่ไม่ต้องพึ่งพาเทคโนโลยีขั้นสูง ตั้งอยู่ในชุมชน อยู่ใกล้บ้านผู้ป่วย สามารถเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานสะดวกสบาย เป็นการดูแลสุขภาพทุกเรื่องตั้งแต่แรก สามารถให้บริการอย่างสม่ำเสมอตามความจำเป็นที่ประชาชนต้องการ

2. บริการทางการแพทย์แบบองค์รวม (Holistic care) คือ การดูแล “คน” ไม่ใช่ดูแล “โรค” โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะไม่มองผู้ป่วยเพียงหนึ่งมุมมอง เฉพาะด้านชีววิทยา (โรค) ของผู้ป่วยแต่เพียงอย่างเดียว แต่จะมองผู้ป่วยทุกมิติ ทุกด้านที่มีผลกระทบต่ออาการเจ็บป่วยทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี เศรษฐกิจสังคม สิ่งแวดล้อม บุคคล ครอบครัว และชุมชน (Bio psycho social spiritual) เพื่อความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ มุ่งเน้นให้

ระบบบริการมีความละเอียดอ่อนต่อมิติความเป็นมนุษย์ (Humanistic sensibility) โดยปรับทัศนคติที่มองแบบแยกส่วนมาเป็นการมองชีวิตแบบองค์รวม ให้ความสำคัญกับทุกอย่างที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กัน แม้กระทั่ง “สถาปัตยกรรมโรงพยาบาลและสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา” ซึ่งการออกแบบระบบงาน อาคารสถานที่ บรรยากาศ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคม ที่ต้องคำนึงถึงความปลอดภัย ความสะดวกรวดเร็วทันสมัย ความสบายผ่อนคลาย ลดความเครียด ความวิตกกังวลและสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมด้วยมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ญาติ ครอบครัว และชุมชน

3. การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Continuing care) คือการดูแลทุกระยะตั้งแต่พฤติกรรมการณ์ดำเนินชีวิตขณะที่ยังไม่มีสภาวะการเจ็บป่วย การค้นพบความเสี่ยง ภาวะเจ็บป่วยระยะสุดท้ายของการป่วยจนถึงการเสียชีวิต เป็นการดูแลตลอดชีวิตของคนๆ นั้น รวมถึงครอบครัวและชุมชน โดยทีมสุขภาพที่มีความเข้าใจ ก่อให้เกิดความเชื่อมั่น ความไว้วางใจ ความศรัทธา และความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย (doctor-patient relationship)

4. การดูแลแบบครอบคลุมผสมผสาน (Comprehensive care) คือการดูแลสุขภาพครบถ้วนทุกด้าน ตั้งแต่การรักษาพยาบาลผู้ป่วย (treatment) ให้หายจากโรค การป้องกันโรค (prevention) ไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพ (promotion) ให้มีสุขภาพแข็งแรง และการฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) ไม่ให้เสื่อมถอยหรือพิการ การให้คำแนะนำวิธีการดูแลสุขภาพ การปฏิบัติตัว การพึ่งตนเองด้านสุขภาพให้เหมาะสม เพื่อประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5. มีระบบให้การศึกษาและการส่งต่อ (Consultation and referral system) เป็นผู้ให้คำปรึกษาเรื่องต่างๆ ทุกกลุ่มอายุ ทุกกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย สามารถช่วยให้คำแนะนำก่อนตัดสินใจเข้ารับบริการทางการแพทย์จากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางอื่นๆ รวมถึง ทำหน้าที่ช่วย

แนวทางการดำเนินงาน Primary Care Cluster สำหรับหน่วยบริการ 2 เชื่อมประสานและส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม พร้อมทั้งติดตามดูแลผลการรักษาตลอดการเจ็บป่วยร่วมกับแพทย์เฉพาะทาง เพื่อประสิทธิภาพและผลประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

ดังนั้น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือ หมอครอบครัวแตกต่างจากหมอเฉพาะทางสาขาอื่น ที่ไม่เน้นรักษาเฉพาะตัวโรคเพียงอย่างเดียว แต่ดูแลไปถึงความเจ็บป่วย (Illness) ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย และการเชื่อมโยงกับภาวะแวดล้อมต่าง ๆ ด้วย

Primary care cluster (PCC)

มีเป้าหมายในการจัดบริการในรูปแบบเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) ในด้านบริการเพื่อให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก รวดเร็ว บริการที่มีคุณภาพ

ปลอดภัย โดยผู้รับบริการ (ป่วยและไม่ป่วย) เป็นศูนย์กลาง ได้รับการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม สำหรับในด้านบริหารต้องการ ลดต้นทุนการบริการปฐมภูมิ มีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน /แบ่งปันกันอย่างคุ้มค่า และในด้านวิชาการ ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนถูกต้องทันเวลา สามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อการวิจัยที่มีบริบทจากบริการปฐมภูมิอย่างแท้จริง

PCC หมายถึง การรวมกลุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิให้เป็นเครือข่ายการดูแลประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกัน เป็นการประจำต่อเนื่อง ด้วยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มคุณภาพให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกัน และให้มีการบริหารจัดการ ใช้ทรัพยากรร่วมกันในกลุ่มปฐมภูมินั้นๆ ทั้งนี้ อาจเป็นการรวมกลุ่มหน่วยบริการเดิมหรือ จัดตั้งหน่วยบริการใหม่เสริม เพื่อให้ได้ตามมาตรฐานการพัฒนา Primary care cluster เป็นก้าวที่ต่อเนื่องจากนโยบาย “หมอประจำครอบครัว” ซึ่งได้จัดทีมหมอครอบครัว 1 ทีม ให้การดูแลประชากรประมาณ 10,000 คน จึงกำหนดให้ Primary care cluster 1 Cluster ประกอบด้วย ทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3 ทีม ให้การดูแลรับผิดชอบประชากรประมาณ 30,000 คน เพื่อสร้างเป็นเครือข่ายการดูแลร่วมกันในกลุ่มสหวิชาชีพ สามารถบริหารจัดการให้เกิดการหมุนเวียนของทรัพยากรภายในกลุ่มเครือข่ายให้ดำเนินการดูแลประชากรที่รับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

องค์ประกอบของ Primary care cluster (PCC) หน่วยเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิในการจัดหน่วยบริการให้ยึดจำนวนประชากรเป็นหลัก โดย 1 Cluster สามารถประกอบด้วย 1-3 ศูนย์ขึ้นกับบริบทของพื้นที่ (ให้ยึดเป้าหมายการเข้าถึงบริการเป็นสำคัญ) ในกรณีที่ตั้งของโรงพยาบาลศูนย์ หรือ โรงพยาบาลทั่วไป สามารถจัดบริการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือคลินิกเอกชนได้ หรือในพื้นที่ประชากรเบาบางอาจมีการจัดบริการร่วมระหว่างศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลแม่ข่ายกับพื้นที่ดูแลของสาธารณสุขอำเภอ คือ รพสต.ในเครือข่ายก็ได้

บทบาทหน้าที่ของ Primary care cluster(PCC)

1. เป็นหมอครอบครัว ที่ให้การดูแลใกล้ชิดกับประชาชน โดยยึดหลักการ “บริการทุกคนทุกที่ ทุกอย่างด้วยเทคโนโลยี”

2. เป็นทีมที่ดูแลรับผิดชอบสุขภาพร่วมกัน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค พื้นฟูสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภค ที่ดูแล “คน” เป็นองค์รวม ไม่ใช่ทำเป็นกิจกรรมหรืองาน

3. ใช้หลักการเวชศาสตร์ครอบครัว ดูแลความเจ็บป่วย (Illness) มากกว่าดูแลเฉพาะโรค (Disease)

4. การประชาสัมพันธ์ แนะนำและสื่อสารให้ประชาชนเข้าใจ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ

5. การจัดระบบข้อมูล ช่องทางการสื่อสาร และออกแบบการจัดบริการร่วมกัน

6. ทีมสหวิชาชีพ ควรได้มีการประชุม วางแผน ให้บริการ และติดตามประเมินผล สถานการณ์ของงาน และสุขภาพของประชาชนร่วมกัน

7. ทำงานร่วมกับชุมชน โดยใช้ทรัพยากร และศักยภาพของชุมชนในการดูแลสุขภาพ ประชาชนในพื้นที่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ในการดำเนินการของกลุ่มหน่วยปฐมภูมิ (Cluster) ให้ดำเนินการจัดบริการเป็นภาพรวม ยึดหลักการดูแลตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว สร้างการเข้าถึง บริการสุขภาพที่จำเป็น และสร้างความเข้าใจให้กับประชาชนและชุมชน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ และเจตนารมณ์ของนโยบายนี้

การจัดรูปแบบบริการของ PCC การดูแลประชาชนให้มีสุขภาพดีจำเป็นต้องอาศัย หน่วยบริการปฐมภูมิที่ใช้แนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัวเนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิที่ตั้งอยู่ใน ชุมชนมีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด อาศัยแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว (Family medicine) ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยแบบดูแลการเจ็บป่วย (Illness) ร่วมด้วย ไม่ใช่ดูแลโรค (Disease) อย่างเดียว, การสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย (Doctor-Patient relationship) การดูแลด้วยบุคลากรที่มีทักษะ ทางวิชาชีพที่แม่นยำ (Skillful Physician). การคำนึงถึงสถานการณ์และปัญหาสุขภาพของชุมชน ที่ดูแล (Community-based practice), ให้การดูแลสุขภาพอย่างรอบด้าน (Resource person to a defined population) เป็นต้น ทาการจัดบริการแบบ “สร้างนำซ่อม” ที่ผสมทั้ง 5 บทบาทการดูแลสุขภาพภาพประชาชน ได้แก่ การรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การ ควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟู สภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งต้องจัดการดูแลให้เกิดความต่อเนื่อง ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึง ระดับตติยภูมิให้เป็นบริการที่ไร้รอยต่อ (Seamless health service) การเชื่อมโยงการดูแลจาก โรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่ใช้กระบวนการรักษาพยาบาลทางการแพทย์เป็นหลัก เมื่อเข้าสู่ชุมชนต้อง ใช้การดูแลหลากหลายมิติ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลรักษาตนเองที่บ้านได้ จนมีสุขภาพดีไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อน ป้องกันให้มีการเจ็บป่วยซ้ำ หรือดูแลผู้ที่ไม่ป่วยให้คงสุขภาพที่ดีไว้ให้ได้ ไม่ให้ เกิดการแพร่กระจายการเจ็บป่วยในชุมชนได้

การดำเนินงานของ PCC ควรมีลักษณะที่สำคัญ ดังนี้

1. บริการผสมผสานในสถานบริการ
2. บริการต่อเนื่อง ได้แก่บริการเยี่ยมบ้าน (Home visit and Home care) การติดตาม ผู้ป่วยกรณี

เพื่อให้การดำเนินการจัดบริการในรูปแบบเครือข่ายบริการปฐมภูมิบรรลุ เป้าหมายที่วางไว้ จำเป็นต้องมีการควบคุม กำกับ ติดตามให้การสนับสนุน และประเมินผลการดำเนินงาน ดังนี้ คือให้

กำหนดแนวทาง และการจัดการข้อมูล เพื่อการติดตาม ประเมินผล พร้อมผู้รับผิดชอบในแต่ละส่วน
ควรมีการติดตามประเมินผลใน 3 รูปแบบ

1. ระบบปกติ จากระบบติดตามประเมินผลระดับอำเภอ
2. หน่วยงานภายนอก เช่น สสจ. สปสช เขต คปสอ. (DHB) พชอ.
3. การวิจัยประเมินผลในระยะแรก โดยหน่วยงานภายนอก

การจัดการระบบติดตาม ประเมินผล ภายใน การกำกับติดตาม และประเมินผลการ
ดำเนินงานในแต่ละระยะมีดังนี้

1. ความพร้อมในด้านการจัดบริการ : การเตรียมการด้านบุคลากร สถานที่ การ
จัดบริการ

- 1.1 ด้านบุคลากร พิจารณาในด้านจำนวนต่อประชากร และคุณภาพ คุณวุฒิ
ประสบการณ์ของบุคลากร

- 1.2 การจัดทีมงาน บทบาท และขอบเขตความรับผิดชอบของทีมงาน

2. การบริหารจัดการเครือข่าย : ด้านการบริหารจัดการงบประมาณ การจัดทำบัญชี
แยกตามหน่วย PCC การจัดการพัสดุ การจัดการข้อมูล

3. การติดตามในด้านระบบการบริการ ด้านต่างๆ และการบริหารจัดการสนับสนุน

- 3.1 พิจารณาคุณภาพของบริการในสถานพยาบาล การจัดระบบ เพื่อการดูแลผู้ป่วย
ต่อเนื่อง

- 3.2 คุณภาพของคลินิกบริการ โรคเรื้อรัง งานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค

4. การติดตาม ผลผลิตในการดำเนินงาน โดยดึงข้อมูลจากระบบข้อมูลปกติที่มีในด้าน
อัตราการให้บริการรักษาพยาบาล (ครั้งต่อคนต่อปี) สัดส่วนประชากรใช้บริการที่หน่วยปฐมภูมิ
ความครอบคลุมด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค KPI ของการให้บริการตามกลุ่มวัย เช่น สตรี
และเด็กปฐมวัย 0 - 5 ปีได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ร้อยละ, อัตราเด็ก 0-5 ปี มี
พัฒนาการสมวัย ร้อยละ 85 เป็นต้น

5. การประเมินผลลัพธ์ของบริการ การเข้าถึงบริการ และคุณภาพของบริการ รวมทั้ง
การรวบรวมข้อมูลค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่ใช้กับหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อสรุปเป็นค่าใช้จ่ายต่อ
หัวประชากร ส่วนการกำกับติดตามทางการดำเนินงาน Primary Care Cluster จากหน่วยงาน
ภายนอก ผู้มีหน้าที่ควบคุมกำกับ ติดตาม และประเมินผล ได้แก่ การตรวจราชการในระบบปกติและ
คณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ (District Health Board), พชอ. และหน่วยงานที่มีหน้าที่
รับผิดชอบบริการปฐมภูมิในส่วนกลาง

การวิจัยและพัฒนา เพื่อให้การขับเคลื่อนและปฏิรูปการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทยมีความเจริญก้าวหน้า และเป็นแบบอย่างของประเทศในประชาคมอาเซียน และภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้จะต้องมีการศึกษาวิจัยทั้งในระดับพื้นที่และระดับประเทศ ดังนี้

1. การถอดบทเรียนและหาตัวอย่างที่ดี (Best Practice)
2. การประเมินนโยบาย (Policy Development) เพื่อเปรียบเทียบระหว่างการดำเนินการตาม Primary Care Cluster Network ซึ่งมีการสนับสนุนทรัพยากร คน เงิน ของ และเครือข่ายตามที่กำหนดไว้ (Action Model) กับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Change Model) ซึ่งประกอบด้วยตัวชี้วัด (determinants) และผลที่เกิดขึ้น (outcome)
3. การวิจัยประเมินผล เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ให้บริการ (Provider) ผู้รับบริการ (Customer) และผู้ควบคุมกำกับ (Regulator) และผลกระทบ (Effect) ที่เกิดขึ้น

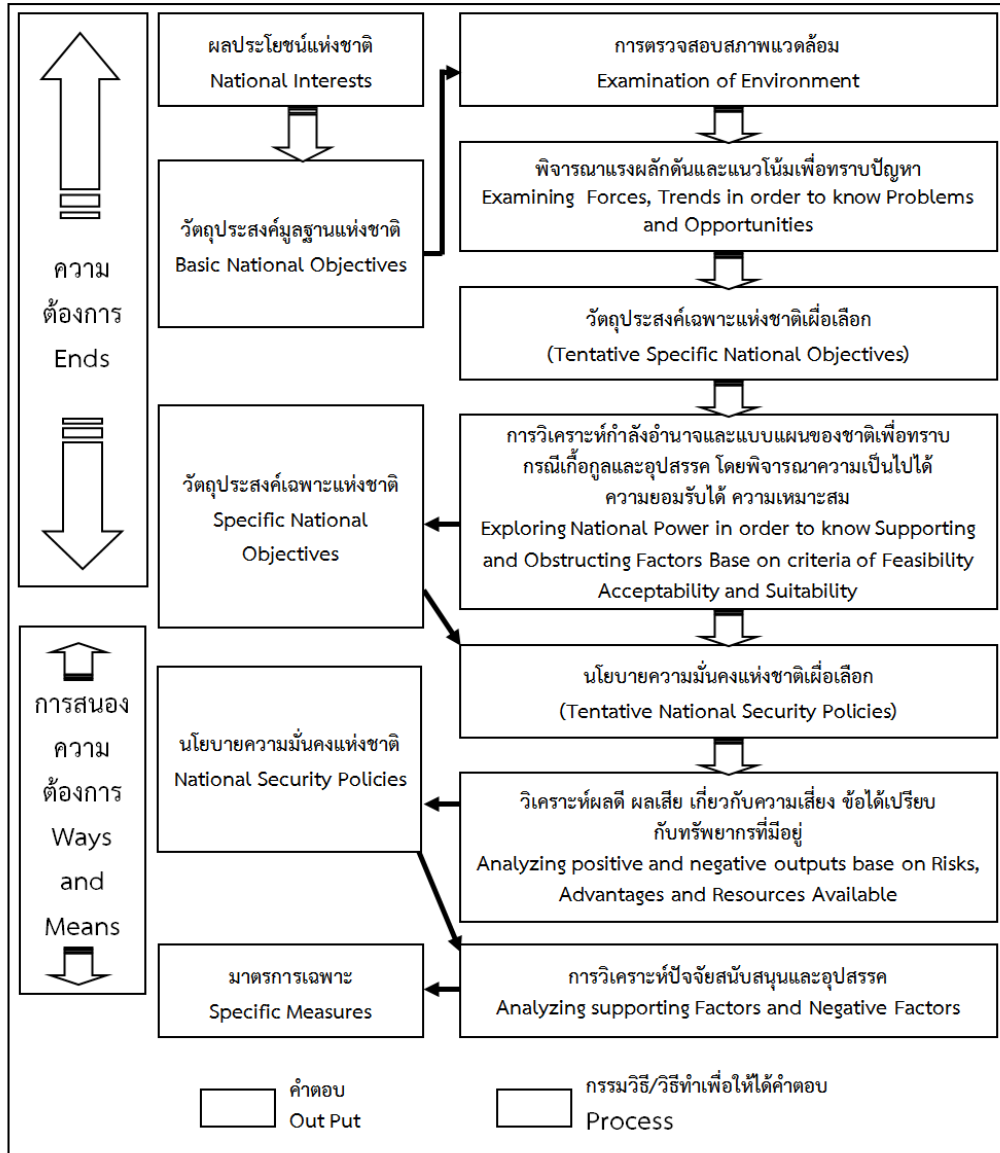
โครงสร้างยุทธศาสตร์ชาติ วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร (วปอ.)

วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร ปี 2560 ได้กำหนดกรอบการทำยุทธศาสตร์ชาติไว้ เพื่อให้ นักศึกษา วปอ. มองเห็นถึงความเชื่อมโยงในหลักการ ดังต่อไปนี้

1. ผลประโยชน์แห่งชาติ (National Interests) ของ นศ.วปอ.60 หมายถึง เป้าหมายแห่งชาติ เป็นแนวความคิดที่ได้ผ่านการระดมสมองร่วมกัน จากทุกองค์ประกอบของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งคาดว่าจะตอบสนองต่อการแก้ปัญหาในระดับชาติ และทำให้เกิดเป็นความมั่นคงระดับชาติด้วยเช่นกัน
2. วัตถุประสงค์มูลฐานแห่งชาติ (Basic National Objectives) หมายถึง เป้าหมายแห่งชาติ เป็นหลักมูลฐานของชาติที่ต้องครอบคลุมสภาพปัญหาและก่อให้เกิดความมั่นคงแห่งชาติ ที่สำคัญจะเป็นรูปธรรมที่นำไปสู่การดำเนินการที่มีปัจจัยที่คาดไม่ถึงอีกมากมายมาเกี่ยวข้อง ดังนั้น รัฐบาลต้องเพียรพยายามติดตาม กับท่า และแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุต่อผลประโยชน์แห่งชาติและก่อให้เกิดความมั่นคงถาวรมากที่สุด

แผนภาพที่ 2-2 ความสัมพันธ์ของโครงสร้าง ยุทธศาสตร์ชาติของ วปอ.สปท.

โครงสร้างยุทธศาสตร์ชาติของ วปอ.



ที่มา : กองยุทธศาสตร์ วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร, 2561.

3. การตรวจสอบสภาพแวดล้อม (Examination of Environment) จะเป็นการตรวจสอบสภาพแวดล้อมทางยุทธศาสตร์ทั้งภายใน และภายนอกประเทศ โดยปฏิบัติตามคณะกรรมการยุทธศาสตร์ในแต่ละด้านของกลุ่มยุทธศาสตร์ที่ วปอ. ได้จัดแบ่งตามกลุ่มของพลังอำนาจแห่งชาติ รวมถึงคณะกรรมการกลาง ซึ่งการทำงานของกลยุทธ์ทั้งหมด จะต้องทำงานอย่างประสาน

สอดคล้อง เพื่อให้เกิดการบูรณาการ การดำเนินการในการตรวจสอบจะใช้ข้อมูลปฐมภูมิ ข้อมูลทุติยภูมิ และแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ซึ่ง นศ.วปอ. แสวงหามาได้ ตลอดจนจากการบรรยาย และการถกแถลง ที่หลักสูตร วปอ. จัดไว้ให้ เป็นต้น ข้อมูลทั้งหมดจะมีผลต่อการกำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะแห่งชาติ

4. หาแรงผลักดัน (Forces) และแนวโน้ม (Trends) เพื่อพิจารณาปัญหา (Problem) และหาโอกาส (Opportunities)

5. วัตถุประสงค์เฉพาะแห่งชาติ (เพื่อเลือก) (Tentative Specific National Objectives) โดยใช้ ความต้องการ(ENDs) มาเป็นตัวกำหนด

6. วิเคราะห์กำลังอำนาจ และแบบแผนของชาติ เพื่อพิจารณากรณีที่เกี่ยวข้อง และอุปสรรคโดยพิจารณาความเป็นไปได้ (Feasibility) ความยอมรับได้ (Acceptability) ความเหมาะสม (Suitability)

7. วัตถุประสงค์แห่งชาติ (Specific National Objective) ที่เสนอ เมื่อประมวลผลรวมกลับกลุ่มพลังอำนาจ และคณะกรรมการกลางที่ วปอ. กำหนด สามารถทำการวิเคราะห์ และกำหนดนโยบายความมั่นคงแห่งชาติ (เพื่อเลือก)

8. วิเคราะห์ผลดี ผลเสีย เกี่ยวกับความเสี่ยง ข้อได้เปรียบกับทรัพยากรที่มีอยู่ (Risks / Advantages / Resources Available) โดยการนำนโยบายความมั่นคงแห่งชาติ (เพื่อเลือก) มาทำการวิเคราะห์ความเสี่ยงกับข้อได้เปรียบกับทรัพยากรที่มีอยู่ ทำให้ลำดับความสำคัญในการเสนอนโยบายความมั่นคงแห่งชาติ

สรุป ในการศึกษาแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ ต้องทำความเข้าใจกับสภาพปัญหาของพื้นที่ ตลอดจนแนวคิดของคณะกรรมการ เพื่อจะได้นำมาปรับใช้ตามเจตนาของรัฐธรรมนุญให้เหมาะสมกับกฎหมาย นโยบายแห่งรัฐ ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ส่วนแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการนั้น ต้องดำเนินการให้เห็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงตามตัวอย่างของโครงสร้างยุทธศาสตร์ชาติของ วปอ.สปท. จนเกิดผลสัมฤทธิ์ต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ตามที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ได้ตราไว้ หมวด 5 หน้าที่ของรัฐ มาตรา ๕๕ รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ฯ

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2560-2579) กำหนดวิสัยทัศน์ประเทศไทยไว้ว่า “ประเทศไทย มีความมั่งคั่ง มั่นคง ยั่งยืน เป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” หรือตามคติพจน์ “มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” ในมิติของความ “มั่นคง” ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงบริบททางสังคม ได้แก่ โครงสร้างของประชากรไทย การเปลี่ยนแปลงฐานเศรษฐกิจ ไปสู่ยุคดิจิทัล การเคลื่อนย้ายแรงงาน การเกิดของโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ การเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อที่สามารถป้องกันได้ ปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม ภัยพิบัติธรรมชาติ และภัยก่อการร้าย เป็นต้น ในมิติด้านความ “มั่งคั่ง” นั้นประเทศไทยมีภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพร้อยละ 5.2 ของ GDP และมีแนวโน้มสูงขึ้นจากโครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย บริบทสังคม ที่เปลี่ยน เป็นสังคมเมืองซึ่งมีพฤติกรรมการใช้บริการที่เปลี่ยนไปและขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม ในมิติของความ “ยั่งยืน” กระทรวงสาธารณสุขได้วางแนวทางในการขับเคลื่อน ยุทธศาสตร์และแผนงาน โดยใช้กลยุทธ์การบูรณาการงานแบบมีส่วนร่วม เมื่อวันที่ 6 มิถุนายน 2560 มีมติของคณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบตามข้อเสนอของกระทรวงสาธารณสุขในการขับเคลื่อน การปฏิรูประบบสาธารณสุขด้วยการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วย คณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อส่งเสริมการทำงานแบบประชารัฐเกิดการขับเคลื่อนการพัฒนา คุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน มีการบูรณาการระหว่างหน่วยงานของรัฐ เอกชน และประชาชนอย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชนด้วย ระบบสุขภาพอำเภอตามหลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” โดยให้ทุกภาคส่วน ในพื้นที่มีส่วนร่วม มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพตนเอง ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็ง โดยการสร้างกลไกของเครือข่ายที่ประสาน การทำงานร่วมกัน ด้วยความร่วมมือของกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงาน

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการขับเคลื่อนในลักษณะดังกล่าวผ่านพื้นที่นำร่อง ในปีงบประมาณ 2559 จำนวน 73 อำเภอ

จังหวัดสมุทรปราการเป็นเมืองอุตสาหกรรมอยู่ติดกรุงเทพมหานคร ที่มีประชากรตามทะเบียนราษฎร 1,288,158 คน เป็นชาย 617,406 คน หญิง 670,752 คน ประชากรส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) คิดเป็นร้อยละ 68 รองลงมาคือ วัยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) วัยเรียน (อายุ 5 - 14 ปี) และวัยเด็ก (อายุต่ำกว่า 5 ปี) คิดเป็นร้อยละ 13, 12 และ 5 ตามลำดับ สถานพยาบาลมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) หรือสถานีอนามัยเดิม จำนวนทั้งสิ้น 48 แห่ง ซึ่งมีจำนวนไม่เพียงพอ เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ส่วนกลางกำหนด รพ.สต. 1 แห่ง ควรรับผิดชอบประชากรไม่เกิน 10,000 คน ซึ่งจังหวัดสมุทรปราการมีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 1,269,912 คน ควรจะมี รพ.สต.จำนวน 126 แห่ง มีโรงพยาบาลภาครัฐ จำนวน 5 แห่ง บุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขาวิชาชีพรวมจำนวน 831 คน ซึ่งตามเกณฑ์ควรมีจำนวน 1,641 คน ดังนั้นเพื่อให้เกิดความ “ยั่งยืน” ตามเป้าหมายของรัฐบาลและจะได้ผลตามมาด้วยความ “มั่นคง” และ “มั่นคง” ที่สามารถส่งเสริมสุขภาพคนไทย ลดปัจจัยเสี่ยง และการเจ็บป่วยด้วยหลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) ผู้วิจัยจึงมองเห็นโอกาสในการทำเป็นกรณีศึกษาของอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในด้านสาธารณสุข ถึงความเหมาะสมในการจัดตั้งคณะกรรมการการพัฒนาคูณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอเมือง พร้อมข้อเสนอแนวทาง เพื่อการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ

วัตถุประสงค์การวิจัย

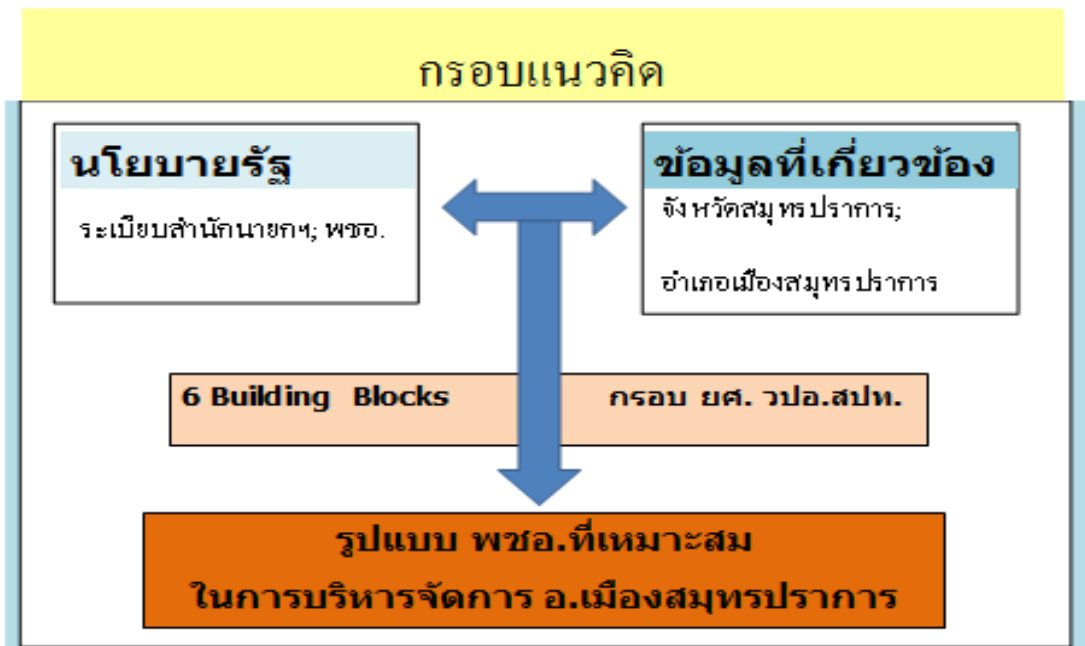
1. ศึกษา วิเคราะห์ ถึงความเหมาะสมในการจัดตั้งคณะกรรมการการพัฒนาคูณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการพัฒนาคูณภาพชีวิต และสุขภาพประชาชน
2. เสนอแนวทางเพื่อการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอของอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ

ขอบเขตการวิจัย

1. พื้นที่การวิจัย ในพื้นที่ในความรับผิดชอบของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสมุทรปราการ (CUP เมืองสมุทรปราการ)

2. การสัมภาษณ์ เน้นการสัมภาษณ์ผู้นำหน่วยงานของพื้นที่ที่อยู่ในบันทึกความร่วมมือของการพัฒนาคุณภาพชีวิต และระบบสุขภาพอำเภอ ได้แก่ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 6 สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ 6 นายอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ สาธารณสุขอำเภอเมือง ผู้นำชุมชนและประชาชน

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ สถานะสุขภาพของภาคประชาชนจะใช้ในการอ้างอิง เพื่อให้มองเห็นการเปลี่ยนแปลงได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

การลงพื้นที่ เพื่อการศึกษาวิจัย โดยการสัมภาษณ์จะทำให้ทราบมุมมองความคิดเห็นของภาคีเครือข่ายผู้เกี่ยวข้อง และผู้รับผลงานด้านสุขภาพ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการบริหารจัดการแบบบูรณาการ มีความชัดเจนเหมาะสมกับพื้นที่ที่ปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้น

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ได้ทราบถึงแนวทางในการจัดตั้งคณะกรรมการการพัฒนาคุณภาพชีวิต และระบบสุขภาพอำเภอที่ชัดเจน เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพประชาชน

2. ได้ทราบถึงแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอแบบบูรณาการ

คำจำกัดความ

คุณภาพชีวิต หมายถึง สภาพร่างกาย และจิตใจที่มั่นคงแข็งแรง มีความพอใจ สุขใจ สุขกาย และมีความสุข ทั้งนี้ คุณภาพชีวิตจะถูกคุกคามด้วยโรคและภาวะผิดปกติต่างๆ ของร่างกาย (ศจ.เกียรติคุณ พญ.พวงทอง ไกรพิบูลย์) ดังนั้น การประเมินคุณภาพชีวิตในการวิจัยครั้งนี้ทำการประเมินสุขภาพของประชาชนจาก

1. ความรู้ความเข้าใจและทัศนคติในพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกันระดับบุคคลครอบครัวและชุมชน
2. ภาวะคุกคามด้วยโรคและภาวะผิดปกติของร่างกาย

บทที่ 3

บริบทของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ การลงพื้นที่เพื่อการศึกษาวิจัยโดยการสัมภาษณ์ จะทำให้ทราบมุมมองความคิดเห็นของภาคีเครือข่ายผู้เกี่ยวข้อง และผู้รับผลงานด้านสุขภาพ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการบริหารจัดการแบบบูรณาการ มีความชัดเจนเหมาะสมกับพื้นที่ที่ปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้น

1. พื้นที่การวิจัย ในพื้นที่ในความรับผิดชอบของเครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลสมุทรปราการ (CUP เมืองสมุทรปราการ)

2. การสัมภาษณ์ เน้นการสัมภาษณ์ผู้นำหน่วยงานของพื้นที่ที่อยู่ในบันทึกความร่วมมือของการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ ได้แก่

- 2.1 ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 6
- 2.2 สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ 6
- 2.3 นายอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ
- 2.4 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
- 2.5 สาธารณสุขอำเภอเมือง
- 2.6 ผู้นำชุมชนและประชาชน

จังหวัดสมุทรปราการเป็นสังคมเมืองอุตสาหกรรมที่ตั้งอยู่ในเขตปริมณฑลของจังหวัด กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย 6 อำเภอ มีประชากรตามทะเบียนราษฎรมากเป็นอันดับ 14 ของประเทศ และอันดับ 2 ของภาคกลาง รองจากกรุงเทพมหานคร จากข้อมูล ณ เดือนสิงหาคม 2559 จังหวัดฯ มีประชากรตามทะเบียนราษฎรทั้งสิ้น 1,288,158คน แยกเป็นชาย 617,406คน หญิง 670,752 คน เนื่องจากเป็นจังหวัดฯที่รองรับการขยายตัว จากกรุงเทพฯ และสนามบินนานาชาติสุวรรณภูมิ ทั้งในด้านการผลิตภาคอุตสาหกรรม การค้า การบริการและ การกระจายตัวของประชากร จึงทำให้จังหวัดฯ มีประชากรที่ย้ายถิ่นจากที่อื่นมาอาศัยอยู่ในพื้นที่เป็นจำนวนมาก ซึ่งมีทั้งประชากรที่เคลื่อนย้ายเข้ามาโดยแจ้งย้ายที่อยู่อย่างถูกต้อง และไม่แจ้งย้ายที่อยู่เข้ามาอาศัยทำให้จำนวน ประชากรที่มีอยู่จริงสูงกว่าจำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎรเกือบเท่าตัว โดยเฉพาะ

อย่างยิ่งผู้ที่อยู่ในวัยทำงานจะมีรายชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎรต่ำกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งจะพบว่าประชากรส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเมืองสมุทรปราการมากที่สุด รองลงมา คืออำเภอบางพลี และอำเภอพระประแดง ตามลำดับ โครงสร้างประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุ ต่ำกว่า 5 ปี/อายุ 5-14 ปี/อายุ 15-59 ปี และอายุ 60 ปีขึ้นไป เท่ากับ ร้อยละ 5.58/11.79/67.86 และ 12.88 ตามลำดับ โดยมีอัตราการขยายตัวเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนประชากรต่อพื้นที่จังหวัดฯ โดยเฉลี่ยประมาณ 1,253 คนต่อตารางกิโลเมตร ในพื้นที่ของอำเภอ เมืองสมุทรปราการ 190.55 ตารางกิโลเมตร มีประชากร 215,502 คน ครัวเรือน ทั้งหมด 514,553 คน เป็นชาย/หญิง เท่ากับ 246,198 /268,355 คน ตามลำดับ

แผนพัฒนาจังหวัดสมุทรปราการ ๔ ปี (พ.ศ.๒๕๕๘-๒๕๖๑) คณะกรรมการบริหารงานจังหวัดแบบบูรณาการ โดยได้กำหนดวิสัยทัศน์ในการพัฒนาจังหวัดว่า “เมืองอุตสาหกรรมสะอาดปลอดภัย น่าอยู่” วิสัยทัศน์ในการพัฒนาพื้นที่ว่า “เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ เกษตรปลอดภัย แหล่งท่องเที่ยวเชิงประวัติศาสตร์ และศิลปวัฒนธรรม ทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม มีความสมดุลกับการพัฒนาเมือง ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี สังคมมั่นคงปลอดภัย”

สภาวะสุขภาพของประชาชน อายุคาดเฉลี่ย (Life Expectancy of Birth) หมายถึง จำนวนปีที่คาดว่าจะคนจะมีชีวิตอยู่ นับตั้งแต่แรกเกิดจนเสียชีวิต เปรียบเทียบข้อมูล ในปี 2559/2553 ประชาชนจังหวัดสมุทรปราการมีอายุคาดเฉลี่ย ชาย : หญิง 66.93 : 74.22 ปี / 68.3 : 74.8 ปี จะเห็นได้ว่า เพศชายมีแนวโน้มที่เสียชีวิตเร็วขึ้น ขณะที่ข้อมูลระดับระดับประเทศที่มีอายุคาดเฉลี่ย ชาย : หญิง 71.8 : 78.6 ปี ในปี 2561 ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัด 5 ลำดับแรก ได้แก่

1. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ; โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
2. โรคไข้เลือดออก โรคอุบัติใหม่ ; โรคซิกาและโรคไข้หวัดนก
3. โรคมะเร็ง ; โรคมะเร็งเต้านมและโรคมะเร็งปากมดลูก
4. โรควันโรค
5. ยาเสพติด

และสาเหตุการตายที่สำคัญของจังหวัด ได้แก่

1. โรคมะเร็ง
2. โรคติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น

ส่วนหน่วยบริการด้านสาธารณสุขที่ไม่เพียงพอ ตามเกณฑ์มาตรฐานกำหนดในจังหวัดฯ พบว่า มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 48 แห่ง ซึ่งมีจำนวนไม่เพียงพอ เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ว่า รพ.สต.1 แห่งควรรับผิดชอบประชากรไม่เกิน 10,000 คน ซึ่งจังหวัดสมุทรปราการควรมี รพ.สต. จำนวน 126 แห่ง

โรงพยาบาลภาครัฐ จำนวน 5 แห่งที่มีบุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขาวิชาชีพรวมจำนวน 831 คน ซึ่งตามเกณฑ์ควรมีจำนวน 1,641 คน ยังขาดบุคลากรทางการแพทย์ในทุกสาขาวิชาชีพหลัก จำนวน 810 คน ส่วนอำเภอเมืองสมุทรปราการมีพื้นที่ 190.55 ตารางกิโลเมตร ประกอบด้วย เทศบาล 7 แห่ง เทศบาลนครสมุทรปราการ เทศบาลเมืองปากน้ำสมุทรปราการ เทศบาลตำบลสำโรงเหนือ เทศบาลตำบลบางปู เทศบาลตำบลแพรกษา เทศบาลตำบลด่านสำโรง และเทศบาลตำบลบางเมือง อบต. 4 แห่ง : แพรกษา บางด้วน บางโปรง เทพารักษ์ และแพรกษาใหม่ ประชากรในทะเบียนราษฎรของอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ 601,681 คน ที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลรัฐ 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลสมุทรปราการ สามารถแยกตามประเภทของสิทธิ์หลักได้ดังนี้ ร้อยละ 49 เป็นกลุ่มบัตรทอง ร้อยละ 39 เป็นกลุ่มประกันสังคม(แต่มาขึ้นสิทธิ์ที่ รพ รัฐเพียง ร้อยละ 8.2) มี รพ.สต. ในเครือข่าย รพ.รัฐ 28 แห่ง

สรุปสถานการณ์/แนวโน้ม และปัญหาที่สำคัญด้านการศึกษา ข้อมูลสถานศึกษาทั้งภาครัฐ และเอกชนของจังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 279 แห่ง มีจำนวนนักเรียน 410,552 คน คิดเป็น สัดส่วนนักเรียนต่อโรงเรียน 1,471 : 1 ส่วนการศึกษาในระดับอุดมศึกษา มีมหาวิทยาลัยทั้งภาครัฐ และเอกชน ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ จำนวน ๓ แห่ง ได้แก่ มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรีสมุทรปราการ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ จำนวนสถาบันการศึกษาที่สังกัด คณะกรรมการการอาชีวศึกษาในเขตจังหวัดฯ จำนวน 4 แห่ง ได้แก่วิทยาลัยเทคนิคสมุทรปราการ วิทยาลัยเทคนิคกาญจนาภิเษกสมุทรปราการ วิทยาลัยสารพัดช่าง สมุทรปราการ และวิทยาลัยการอาชีพพระสมุทรเจดีย์ ประชากรวัยเรียนในระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน มีจุดเริ่มต้นของการเรียนรู้ ที่แตกต่างกันกล่าวคือผู้เรียนระดับก่อนประถมศึกษาอายุ ๓ - ๕ ปี บางส่วนยังไม่ได้รับการเตรียม ความพร้อม เนื่องจากภาวะครอบครัวมีรายได้น้อย ส่งผลให้การพัฒนาคุณภาพการศึกษาไม่ค่อย บรรลุเป้าหมาย เนื่องจากสภาวะการจ้างแรงงานในพื้นที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิด การย้ายแรงงานกลับภูมิลำเนาเดิม ส่งผลให้มีนักเรียนย้ายเข้าและออกในสถานศึกษาติดตาม ผู้ปกครอง ส่งผลให้การเรียนไม่ต่อเนื่อง คุณภาพการศึกษาจึงไม่ดีเท่าที่ควร สถานภาพทางเศรษฐกิจ ของครอบครัวที่อยู่ในระดับต่ำ ทำให้ผู้เรียน บางส่วนมีภาวะ โภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของ กระทรวงสาธารณสุข และมีนักเรียนบางส่วนต้องช่วยเหลือผู้ปกครองทำงาน ทำให้เกิดปัญหาการ ขาดเรียน การซ้ำชั้น การออกกลางคัน ส่งผลให้ประสิทธิภาพการศึกษาลดลง จังหวัดสมุทรปราการ เป็นเมืองอุตสาหกรรม ทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพ อันเนื่องจากมลพิษทั้งทางด้านน้ำ ล้วน กลิ่น เสี่ยง และทางอากาศ ที่มีส่วนทำลายสุขภาพผู้เรียนส่งผลให้การ เรียนรู้ขาดประสิทธิภาพ

สถานการณ์ และแนวโน้มภาคอุตสาหกรรม จังหวัดสมุทรปราการ เป็นจังหวัดที่มีความได้เปรียบทางด้านภูมิศาสตร์ที่ตั้งอยู่ใกล้ศูนย์กลางของประเทศและยังเป็นแหล่งวัตถุดิบที่นำเข้าจากต่างประเทศ เป็นคลังสินค้าที่สำคัญนอกจากนี้ยังเป็นศูนย์กลางการขนส่งทั้งทางบก ทางน้ำและทางอากาศ ทำให้การขนส่งวัตถุดิบและสินค้า จากโรงงานอุตสาหกรรมในอำเภอต่างๆ มีความสะดวกและเสียค่าใช้จ่ายน้อย จึงมีส่วนสนับสนุนให้เกิดการลงทุนในภาคอุตสาหกรรมอย่างต่อเนื่องในปัจจุบันจังหวัดสมุทรปราการมีโรงงาน อุตสาหกรรมกว่า ๘,๓๕๑ แห่ง (โรงงานนอกนิคมอุตสาหกรรม ๖,๘๕๑ แห่ง ในนิคมอุตสาหกรรมบางปู ๔๒๐ แห่ง นิคมอุตสาหกรรมบางพลี ๑๓๐ แห่ง) โดยมีอุตสาหกรรมการผลิตที่สำคัญ ได้แก่ ยานยนต์และชิ้นส่วนรถยนต์ เครื่องจักร/อุปกรณ์ ผลิตภัณฑ์โลหะ ไฟฟ้า/ชิ้นส่วนอิเล็กทรอนิกส์ สิ่งทอ ผลิตภัณฑ์อาหาร แปรรูป เคมีภัณฑ์/พลาสติกเป็นต้น ในพื้นที่อำเภอ เมืองสมุทรปราการเอง มีโรงงานนอกนิคมอุตสาหกรรมจำนวน 1,926 โรงงาน เป็นเงินทุน 87,940,369,974 บาท จำนวนคนงาน 141,307 คน

สถานการณ์/แนวโน้มและปัญหาที่สำคัญด้านมลพิษทางน้ำ มลพิษทางน้ำของจังหวัดสมุทรปราการ มีสาเหตุสำคัญ คือ โรงงาน อุตสาหกรรมและชุมชนเมือง ปล่อยน้ำทิ้งสู่แหล่งธรรมชาติ รวมทั้งสารเคมีเป็นพิษต่างๆ ทำให้แหล่งน้ำเสีย เพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าว คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ จึงได้ออกประกาศ ฉบับที่ ๕ (พ.ศ. ๒๕๓๗) ออกตามความในพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕ ได้กำหนดให้ท้องที่เขตจังหวัดสมุทรปราการเป็นเขตควบคุมมลพิษ นอกจากนี้ยังได้มีการบังคับใช้ กฎกระทรวง “กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ แบบการเก็บสถิติ และข้อมูล การจัดทำบันทึกรายละเอียด และรายงานสรุปผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสีย พ.ศ. ๒๕๕๕” ออกตามความในมาตรา ๘๐ แห่ง พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เจ้าของ หรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ มีหน้าที่ต้องเก็บข้อมูลและรายงานสรุปการทำงานของระบบบำบัดน้ำ ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวคาดว่าจะช่วยให้คุณภาพน้ำใน แหล่งน้ำธรรมชาติของจังหวัดสมุทรปราการ มีคุณภาพดีขึ้นได้

สรุปสถานการณ์/แนวโน้ม และปัญหาที่สำคัญด้านเศรษฐกิจ จังหวัดสมุทรปราการ จังหวัดฯ มีรายได้หลักมาจาก ภาคอุตสาหกรรม/การขนส่ง/การค้าส่ง ค้าปลีก และการบริการด้านอสังหาริมทรัพย์ ร้อยละ 47/21 /14 และ 6 ตามลำดับ มีผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด จำนวน 603,423 ล้านบาท ข้อมูลรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่อครัวเรือนของคนไทยในปี 2558 จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า กรุงเทพฯ และปริมณฑล (กรุงเทพฯ, นนทบุรี, สมุทรปราการ, ปทุมธานี) มีสูงถึง 41,002 บาท ขณะที่รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่อครัวเรือนของระดับประเทศเฉลี่ยที่ 26,915 บาท

จากการสำรวจข้อมูลคุณภาพชีวิตคนไทยของคณะอำนาจการงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ถึงรายได้เฉลี่ยของประชากรแต่ละจังหวัดประจำปี 2559 พบว่า จังหวัดสมุทรปราการ ประชากรมีรายได้เฉลี่ยสูงที่สุดในประเทศไทยด้วยอัตรา 149,310 บาทต่อคนต่อปี รายได้เฉลี่ยของอำเภอเมือง สมุทรปราการ (ปี 2554) จำนวน 85,126.68 บาท/คน/ปี รายได้ส่วนใหญ่กระจุกตัวในภาคอุตสาหกรรมและการขนส่ง ไม่กระจายออกไปสู่ผู้คนส่วนใหญ่ของจังหวัด มูลค่าผลผลิตรวมทางเกษตรของจังหวัดลดต่ำลง ในขณะที่มีมูลค่าผลผลิตนอกภาคการเกษตรเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในเรื่องการผลิต และขนส่ง แสดงให้เห็นถึงการหดตัวในภาคการเกษตรกรรม และเปลี่ยนไปเป็น

นอกภาคการเกษตรกรรมยิ่งขึ้นเมื่อมีความแตกต่างในทางรายได้ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในด้านต่างๆ ติดตามมาตั้งแต่ที่อยู่อาศัย โอกาสทางการศึกษา สุขภาพ สาธารณูปโภค สาธารณูปการ คุณภาพ ชีวิต คนจน ซึ่งเป็นคนส่วนใหญ่อ่อนแอลง ชุมชนที่เกิดใหม่ ขาดการรวมกลุ่ม และความสามัคคี ทำให้ไม่เกิดความเข้มแข็งที่จะช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องพึ่งพิงภาครัฐ และนายทุนมากยิ่งขึ้น เมื่อคนเหล่านี้เข้าสู่ระบบ แรงงาน จากที่มีระดับการศึกษาต่ำ ขาดทักษะและความชำนาญระดับสูง ทำให้ถูกจัดเป็นแรงงานในกลุ่มไร้ฝีมือ รายได้น้อย ขาดการพัฒนา ไม่สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิต ขาดโอกาส มีแนวโน้มจะเป็นกลุ่มเสี่ยงในวงจรปัญหาต่างๆ อาทิเช่น ความยากจน มีหนี้สินเกี่ยวข้องกับยาเสพติด การพนัน อาชญากรรม ฯลฯ ทำให้ถูกละเลยในการพัฒนาและขาดการยอมรับที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม

ดังนั้นสภาพทางสังคมโดยรวมของจังหวัดสมุทรปราการที่มีผลิตภัณฑ์มวลรวมสูงถึง 603,423 ล้านบาท รายได้เฉลี่ย 149,310 บาท/คน/ปี ในส่วนของอำเภอเมืองฯ มีรายได้เฉลี่ย 85,126.68 บาท/คน/ปี รายได้ส่วนใหญ่กระจุกตัวในภาคอุตสาหกรรม และการขนส่ง มีการเคลื่อนย้ายแรงงาน มลพิษจากภาคอุตสาหกรรมล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ทั้งในภาคการศึกษาอย่างต่อเนื่อง การเจริญเติบโตของเด็กอย่างมีคุณภาพ การเพิ่มอายุคาดเฉลี่ยที่เสียชีวิตก่อนวัยอันควร ต้องอาศัยการทำงานอย่างบูรณาการทุกภาคส่วนในการบริหารจัดการระบบสุขภาพ การสื่อสารประชาสัมพันธ์ ระดับการเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ทั้งภาคประชาชน และการเข้าถึงภาคบริการ จนเกิดผลสัมฤทธิ์ตามทิศทางและเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตนั้น จะดำเนินการได้ด้วยรูปแบบ วิธีการที่หลากหลายแตกต่างออกไปจากสังคมเมือง หรือสังคมชนบทอื่นๆ

บทที่ 4

การวิเคราะห์สภาพปัญหา และ ผลการวิจัย อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิเคราะห์ถึงความเหมาะสมในการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและเสนอแนวทาง เพื่อการพัฒนา รูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ โดยให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพประชาชน

รัฐธรรมนูญ มาตรา 55 ได้บัญญัติไว้ว่า รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค และส่งเสริม และสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด และในมาตรา 71 หมวด 6 แนวนโยบายแห่งรัฐ ในรัฐธรรมนูญ ได้กำหนดหลักการไว้ว่า รัฐพึงเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว อันเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญของสังคม ส่งเสริม และพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้เป็นพลเมืองที่ดี มีคุณภาพ และความสามารถสูงขึ้น รัฐต้องจัดสรรงบประมาณตามความจำเป็นและความต้องการที่แตกต่างกันของเพศ วัย และสภาพของบุคคล ทั้งนี้ เพื่อความเป็นธรรม ทางรัฐบาลจึงได้กำหนดกลไกทางกฎหมายตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อน และพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่เป็นไปในทิศทางยุทธศาสตร์ และเป้าหมายอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาพทางกาย จิต และสังคม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี และเกิดความยั่งยืนสืบไป ซึ่งในข้อ 7 ได้กำหนดโครงสร้างให้แต่ละอำเภอของทุกจังหวัด เว้นแต่กรุงเทพมหานคร มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอคณะหนึ่ง เรียกโดยย่อว่า “พชอ.” โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดและพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเป็นที่ปรึกษา ให้ พชอ. ประกอบด้วย นายอำเภอ เป็นประธานกรรมการ และกรรมการอื่นอีก จำนวนไม่เกินยี่สิบคน ซึ่งนายอำเภอจะเป็น

คนแต่งตั้งจาก (1) ผู้แทนหน่วยงานของรัฐในอำเภอ จำนวนไม่เกินหกคน ซึ่งอย่างน้อยต้องแต่งตั้งจากกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน จำนวนหนึ่งคน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนหนึ่งคน เป็นกรรมการ (2) ผู้แทนภาคเอกชนในอำเภอ จำนวนไม่เกินหกคน โดยคัดเลือกจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์ และสาธารณสุข ผู้ประกอบกิจการด้านสุขภาพหรือสาธารณสุข สถานศึกษาเอกชน ผู้ประกอบวิชาชีพ หรือประกอบกิจการอื่น เป็นกรรมการ (3) ผู้แทนภาคประชาชนในอำเภอ จำนวนไม่เกินเจ็ดคนเป็นกรรมการ และให้สาธารณสุขอำเภอเป็นกรรมการ และเลขานุการ ให้นายอำเภอแต่งตั้งกรรมการตาม (1) (2) และ (3) เป็นเลขานุการร่วมได้อีก จำนวนไม่เกินสองคน นอกจากนี้ได้กำหนดอำนาจหน้าที่ของ พชอ.ตาม ข้อ 12 ในหลักการ เรื่อง ให้มีการขับเคลื่อนดำเนินการให้เป็นไปตามเป้าหมาย และแนวทาง กำหนดแผนงาน และเป้าหมาย สนับสนุน เสนอแนะ และให้คำปรึกษาในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เหมาะสมกับสภาพข้อเท็จจริง และสภาพปัญหาในพื้นที่อย่างมีบูรณาการ ร่วมกันของหน่วยงานของรัฐในพื้นที่ในด้านทรัพยากร บุคลากร งบประมาณ และภารกิจภายใต้ อำนาจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานของรัฐนั้น นอกจากนี้ยังกำหนดให้มีการประสานงานหรือร่วมมือกับ พชอ. อื่น หรือ พชข. คณะกรรมการเขตสุขภาพ เพื่อประชาชน หรือหน่วยงานอื่นทั้งใน และนอกเขตพื้นที่ มีการติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิต และปฏิบัติการอื่นใด ตามที่คณะกรรมการ หรือตามที่ผู้ว่าราชการจังหวัดมอบหมาย

ในการศึกษา “แนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ” ศึกษา กรณีอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ในครั้งนี้ได้ทำแบบสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายโดยอิงกรอบระบบสุขภาพ 6 Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก จำนวน 6 ข้อ ได้ทำการสัมภาษณ์ ผู้ราชการเขตสุขภาพ ที่ 6 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด นายอำเภอเมืองฯ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้ให้ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ คือ

คำถามข้อที่ 1. แนวทาง/รูปแบบของโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของคณะกรรมการ พชค.

ในการสัมภาษณ์เชิงลึกคือนายอำเภอเมืองฯ ในบทบาทของประธาน ให้ความเห็นว่าคุณคณะกรรมการ พชอ.ต้องมีความเข้าใจในคุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอ เป็นผู้ประสานงานทุกภาคส่วน สนับสนุนติดตาม และประเมินผล มีการดำเนินการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ โดยการกำหนดยุทธศาสตร์ และประสานทุกภาคส่วน ในการดำเนินงานให้เป็นไปตามยุทธศาสตร์ รวมทั้งคืนข้อมูลให้ชุมชน เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ส่วนสาธารณสุขอำเภอเมืองฯ ในบทบาทเลขานุการคณะกรรมการ พชอ. อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการให้ความเห็นว่า ด้านบริหารจัดการโครงสร้างต้องมีความเชื่อมโยงทุกมิติ คณะกรรมการมีการบูรณาการทุกภาคส่วน เข้าใจภารกิจ

บทบาทหน้าที่ โดยยึดหลักประชาชนเป็นศูนย์กลางการทำงาน ด้านงบประมาณ มีการจัดสรรงบประมาณไม่เหมาะสม ไม่สอดคล้องกับภาระกิจการดำเนินงานในการขับเคลื่อนคุณภาพชีวิต ขาดเอกภาพในการใช้งบประมาณอย่างเป็นธรรม ไม่สอดคล้องต่อการปฏิบัติงาน งบประมาณของท้องถิ่นจะเป็น โครงการเฉพาะที่แก้ไขปัญหาระดับพื้นที่ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ส่วนความคิดเห็นอื่นๆ ได้แก่

1. รูปแบบโครงสร้างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ตอบสนองในเรื่องคุณภาพชีวิตในภาพรวม แต่ข้อเสีย คือ ประชานและเลขาฯ เป็นส่วนราชการพลเรือน ทำให้ระบบการประสานทรัพยากรยังต้องใช้อำนาจในระบบราชการอยู่ มีข้อเสนอให้นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับอำเภอ เป็นเลขานุการ เพื่อการประสานงานด้วยเป็นแหล่งข้อมูลข่าวสาร มีทรัพยากรของชุมชน ส่วนสาธารณสุขอำเภอให้เป็นผู้ช่วยเลขานุการ

2. พชอ. เป็นการบูรณาการการทำงานของทุกภาคส่วน โดยใช้พื้นที่เป็นฐานโครงสร้างการทำงานควรมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน เพื่อการระดมทรัพยากร (คน เงิน ของ ความรู้) และบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ ด้วยหลักธรรมาภิบาล มีประสิทธิผล ประสิทธิภาพ คุ่มค่า โปร่งใส รับผิดชอบ ตรวจสอบได้ ตอบสนองต่อความจำเป็น/ความต้องการของประชาชนในพื้นที่ โดยนายอำเภอ อาจเป็นประธาน โดยตำแหน่ง หรือมอบหมายให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นที่ยอมรับ และมีทีมทำงาน อนุกรรมการที่เหมาะสมให้เกิดเอกภาพ และความต่อเนื่องในการทำงาน

3. ให้มีโครงสร้างกำหนดทิศทางภาพรวมระดับจังหวัด เพื่อการกำกับและติดตามพื้นที่ โดยมี ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน มีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนั้นๆ เป็นเลขานุการ

คำถามข้อที่ 2. แนวทาง/รูปแบบที่คณะกรรมการ พชค. กับระบบการคลังด้านสุขภาพ

สาธารณสุขอำเภอเมืองฯ เลขานุการ คณะกรรมการ พชอ. ได้ให้ข้อคิดเห็นไว้ว่า แหล่งงบประมาณระดับพื้นที่ที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่มาจากกองทุนสุขภาพท้องถิ่น และกองทุนไฟฟ้า ส่วนคณะกรรมการ พชอ. และคณะกรรมการกองทุนท้องถิ่นระบบสุขภาพจะเป็นคณะกรรมการคนละชุดกัน ดังนั้น จะทำให้การพิจารณาปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องอาจมีความแตกต่างในมุมมอง และข้อคิดเห็นต่อการใช้งบประมาณ กล่าวคือ กองทุนท้องถิ่นมีวัตถุประสงค์เฉพาะแก้ไขระบบสุขภาพ แต่วัตถุประสงค์ของ พชอ. เป็นวัตถุประสงค์ภาพรวมที่เกี่ยวข้องในปัจจัยทุกมิติ ซึ่งอาจจะไม่ตรงกันทำให้เป้าหมายการทำงานไม่สอดคล้องกันก่อให้เกิดปัญหาในการใช้งบประมาณพอสมควร ส่วนความเห็นอื่นๆ ได้แก่

1. ให้คณะกรรมการร่วมกันกำหนดแผนงาน เป้าหมาย งบประมาณดำเนินการและ ผู้รับผิดชอบ บูรณาการใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างมีเอกภาพและประสิทธิภาพ โดยงบประมาณ มาจากหลายส่วน ได้แก่

- 1.1 งบประมาณตาม Function ของภาครัฐ/กระทรวง/กรมต่างๆ ที่ลงไปในพื้นที่
- 1.2 งบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 1.3 งบประมาณที่มาจากภาคประชาชน/ภาคเอกชน และ
- 1.4 อื่นๆ

1.2. ให้มีการผสมผสานแหล่งงบให้ได้ตามระบบสุขภาพ

- 1.2.1. รพ.สต. การส่งเสริม/ป้องกัน/รักษา/ฟื้นฟู/คบ.ที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพ
- 1.2.2. ท้องถิ่น สนับสนุนการส่งเสริม/ป้องกัน/รักษา/ฟื้นฟู/คบ.ทั่วไป
- 1.2.3 ประชาสังคม ส่งเสริม/ป้องกัน/รักษาตนเอง/ครอบครัว/ชุมชน เช่น 3อ.2ส.

คำถามข้อที่ 3. แนวทาง /รูปแบบ ของ คณะกรรมการ พชค. กับการบริหารจัดการ ให้เกิดความเพียงพอของทรัพยากรบุคคลในระบบบริการสุขภาพ ทั้งในด้านกำลังคนที่มีความรู้ ทักษะ แรงจูงใจ และรับผิดชอบงานให้บริการด้านสุขภาพ

1. คณะกรรมการ พชค. กับการได้มา ซึ่งบุคลากรที่เพียงพอของภาระงานตลอดจน การบริหารจัดการทดแทน มีข้อคิดเห็นดังนี้

1.1 ควรมีระบบข้อมูลเชื่อมโยงเครือข่ายด้านสุขภาพที่บริหารจัดการด้านบุคลากร ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 ภาครัฐใช้บุคลากรที่มีอยู่ ทำงานร่วมกันใกล้ชิดมีเอกภาพมากขึ้น ยึดปัญหา พื้นที่ และประชาชนเป็นตัวตั้ง โดยต้องพัฒนาระบบคิด การบริหารจัดการ วิธีการทำงาน สร้าง ทีมงานร่วมกัน ขณะเดียวกันก็ระดมกำลังคนนอกภาครัฐ จิตอาสา ทั้งภาคเอกชน ภาคประชาชน มาร่วมจำนวนเพิ่มมากขึ้น

1.3. ประชาชนทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง และชุมชน

2. คณะกรรมการ พชค. กับระบบการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลของ รพ.สต. มี ข้อคิดเห็นดังนี้

2.1 มีการคืนข้อมูลด้านสุขภาพให้ประชากรในพื้นที่ และสร้างแกนนำด้านสุขภาพ จะทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืน โดยการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วน

2.2 มีการบริหารจัดการสอดคล้องกับหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) โดยให้มี บุคลากรของ รพ.สต. เข้าร่วมเป็นกรรมการ

2.3 คณะกรรมการวางแผนในภาพรวมของอำเภอ สนับสนุนรพสต. ให้มีบุคลากรที่เพียงพอ เช่น ให้นักเรียนไปเรียน แล้วกลับมาทำงานในพื้นที่

2.4. คนทำงานควรมาจากภาครัฐ ร้อยละ 50 และจากภาคท้องถิ่น ร้อยละ 50

3. คณะกรรมการ พชค. กับระบบการพัฒนาทรัพยากรบุคคล เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของพื้นที่ มีข้อคิดเห็นดังนี้

3.1. มีการวิเคราะห์สภาพปัญหา และหาแนวทางจัดการ ขบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน มีชุมชนในการจัดการปัญหาของชุมชน โดยมีภาครัฐสนับสนุนในข้อมูลวิชาการ

3.2 การวางเป้าหมายที่ชัดเจนของ พชอ. ย่อมนำมา ซึ่งการพัฒนาบุคลากรทั้งภาครัฐ และเครือข่าย

3.3. บริหารจัดการ สร้างทีมงาน พัฒนาวิธีคิด โดยการฝึกอบรม และทำงานร่วมกัน

4. คณะกรรมการ พชค. กับระบบการกำกับผลงาน และการประเมินผลสัมฤทธิ์ในงานของบุคลากรมีข้อคิดเห็นดังนี้

4.1. มีการถอดบทเรียนการดำเนินงานหลังจากได้มีการดำเนินงาน เพื่อทบทวนสิ่งที่ได้ดำเนินการ และผลการดำเนินงาน เพื่อนำมาพัฒนาการดำเนินงานในอนาคตในรูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดำเนินงานทุกภาคส่วน

4.2 ร่วมกำหนดทิศทาง เป้าหมายที่ชัดเจน วิธีการประเมิน และระยะเวลาที่แน่นอนพร้อมสนับสนุน สร้างขวัญกำลังใจให้บุคลากร

คำถามข้อที่ 4. แนวทาง /รูปแบบของคณะกรรมการ พชค. กับการพัฒนาระบบงานบริการสุขภาพ

1. คณะกรรมการ พชค. กับการจัดการข้อมูลสุขภาพในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย มีข้อคิดเห็นดังนี้

1.1. อาศัยฐานข้อมูลด้านสุขภาพ ที่มีอยู่จากแหล่งต่างๆ ที่ครบถ้วนสมบูรณ์ จากทุกหน่วยงาน และเครือข่ายในพื้นที่มา จัดการวิเคราะห์แก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ตรงประเด็นมากขึ้น กว่ามองเชิงสุขภาพอย่างเดียว พร้อมการนำเสนอ นำไปใช้ในการทำงาน และสื่อสารกับประชาชน

2. คณะกรรมการ พชค. กับ การบริหารจัดการ รพ.สต. มีข้อคิดเห็นดังนี้

2.1. ควรได้วิเคราะห์ถึงปัญหา/ศักยภาพ ในแต่ละ รพสต. เพื่อการพัฒนา สนับสนุน และแก้ปัญหาต่างๆ ร่วมกัน

2.2 เป็นการนำเสนอข้อเสนอแนะในการจัดบริการที่เหมาะสม โดยภาคส่วนต่างๆ ของชุมชนให้ประชาชนได้รับประโยชน์

3. คณะกรรมการ พชค. กับการประสานส่งต่อข้อมูล และประชาชนกลุ่มเป้าหมาย มีข้อคิดเห็นดังนี้

3.1. นำข้อมูลจากการวิเคราะห์ให้หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้ใช้ประโยชน์ให้ประชาชนได้ทราบ มี health literacy

3.2. เป็นผู้ประสานการส่งต่อข้อมูลให้กับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และติดตามการใช้ประโยชน์ของชุดข้อมูลนั้นๆ

4. คณะกรรมการ พชค. กับโรงพยาบาลที่รับการส่งต่อ มีข้อคิดเห็นดังนี้

4.1. พัฒนาข้อมูลที่เป็นในกรณีการส่งต่อ ร่วมจัดระบบส่งต่อ ประสานงานสื่อสารกับประชาชนในพื้นที่ และสนับสนุนการดำเนินงานของรพ.

4.2. เป็นผู้ประสานการส่งต่อชุดข้อมูลจากภาคีเครือข่ายที่ต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น และเสนอแนะรูปแบบในการบริหารจัดการที่เหมาะสม

คำถามข้อที่ 5. แนวทาง/รูปแบบของคณะกรรมการ พชค. กับการบริหารจัดการ เพื่อการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น

1. แนวทาง / รูปแบบของคณะกรรมการ พชค. กับการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นในการส่งเสริม ป้องกันโรค มีข้อคิดเห็นดังนี้

1.1 สนับสนุน และบูรณาการการจัดการยา ในการส่งเสริมสุขภาพให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างทั่วถึง รวมทั้งแนะนำรูปแบบในการบริหารจัดการที่เหมาะสม

1.2 พชค. มีทรัพยากรในการจัดหาและเวชภัณฑ์พื้นฐาน โดยระบุให้ชัดเจน และสอดคล้องกับปัญหา และบริบทของพื้นที่ส่วนในภาพรวมเป็นหน้าที่ของภาครัฐ

1.3 มีระบบการจัดการอยู่แล้ว โดย รพ./รพสต. คณะกรรมการอาจช่วยสนับสนุนในส่วนที่ยังขาดแคลนจำเป็น

1.4 ต้องสร้างความรู้ความเข้าใจ และพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยา/พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

คำถามข้อที่ 6 การพัฒนาประสิทธิภาพของระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ ในข้อคำถามนี้จะมี 4 ข้อย่อย

1. โครงสร้างสายบังคับบัญชาของคณะกรรมการ พชค. ในการพัฒนาประสิทธิภาพของระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ มีข้อคิดเห็นดังนี้

1.1. เป็นการประสานในแนวราบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนางานที่เหมาะสมกับพื้นที่

1.2 ควรมีคณะทำงาน หรืออนุกรรมการ มีการกำหนดโครงสร้างการบังคับบัญชาที่เหมาะสม เช่น มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเลขานุการ สาธารณสุขอำเภอเป็นผู้ช่วยเลขานุการเชื่อมประสานดำเนินการ และรายงานต่อคณะกรรมการ พชอ.

2. แนวทาง/รูปแบบที่คณะกรรมการ พชค. กับการจัดการข้อมูลสุขภาพมีข้อคิดเห็นดังนี้

2.1. มีทีมงานจัดการ ออกแบบระบบ ทั้งการจัดเก็บข้อมูล การดึงข้อมูลที่มีอยู่จากระบบปกติของหน่วยงานต่างๆ ที่มีอยู่แล้ว มาวิเคราะห์ นำไปใช้ ในบางกรณีที่จำเป็นอาจใช้วิธีการสำรวจเพิ่มเติม

3. แนวทาง/รูปแบบที่คณะกรรมการ พชค. ใช้ข้อมูลข่าวสารในการตัดสินใจ เพื่อร่วมในการบริหารจัดการ รพ.สต.

3.1. รพ.สต. สามารถนำเสนอข้อมูลต่างๆ เพื่อการทำงาน หรือบริหารจัดการให้คณะกรรมการทราบ/พิจารณา เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

4. คณะกรรมการ พชค. กับโรงพยาบาลที่รับการส่งต่อข้อมูล และประชาชนกลุ่มเป้าหมาย

4.1 การใช้ฐานข้อมูลเดียวกัน เพื่อสะดวกในการวางแผนทั้งข้อมูลสุขภาพ และข้อมูลปัจจัยแวดล้อม เช่น สภาพบ้าน สังคม วัฒนธรรม ฯลฯ

4.2 มีการจัดระบบข้อมูลข่าวสารที่เชื่อมต่อถึงกัน ให้การสนับสนุนทรัพยากร สร้างความเข้าใจกับประชาชน

ความสัมพันธ์ของโครงสร้างยุทธศาสตร์ชาติของ วปอ.

ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำผลการวิเคราะห์จากการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายมาตรวจสอบความเชื่อมโยงตามหลักการของความสัมพันธ์ของโครงสร้างยุทธศาสตร์ชาติของ วปอ. เพื่อให้บรรลุตามยุทธศาสตร์ชาติในประเด็น ยุทธศาสตร์ที่ 4. ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคมมีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญที่ให้ความสำคัญการดึงเอาพลังของภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาคเอกชน ประชาสังคม ชุมชนท้องถิ่น มาร่วมขับเคลื่อน และ ยุทธศาสตร์ 5 ด้าน การสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญ เพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในทุกมิติ ทั้งมิติด้านสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม ธรรมชาติและความเป็นหุ้นส่วนความร่วมมือระหว่างกันทั้งภายใน และภายนอกประเทศอย่างบูรณาการ

1. ผลประโยชน์แห่งชาติ (National Interests) ของ นศ.วปอ.60 ที่มีความสัมพันธ์หลักในการศึกษาครั้งนี้คือ 3 ใน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2. การดำรงอยู่อย่างมั่นคงของชาติ และการมีเกียรติ

มีศักดิ์ศรีในประชาคมระหว่างประเทศ ข้อที่ 3. การมีความมั่งคั่งทางเศรษฐกิจ ประชาชนอยู่ดีมีสุข มีเกียรติศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และข้อที่ 4. การมีทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพ มีขีดความสามารถในการแข่งขัน มีคุณธรรม จริยธรรม ภาควิชาในวัฒนธรรม และความเป็นไทย

2. วัตถุประสงค์มูลฐานแห่งชาติ (Basic National Objectives) รัฐบาลได้ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ให้มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เรียกโดยย่อว่า “พชอ.” โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัด และพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเป็นที่ปรึกษา ให้ พชอ. ประกอบด้วยนายอำเภอ เป็นประธานกรรมการ และกรรมการอื่นอีก จำนวนไม่เกินยี่สิบคน

3. การตรวจสอบสภาพแวดล้อม (Examination of Environment) ของอำเภอเมืองจังหวัดสมุทรปราการ

4. หาแรงผลักดัน (Forces) และแนวโน้ม (Trends) เพื่อพิจารณาปัญหา (Problem) และหาโอกาส (Opportunities)

จากข้อ 3 และข้อ 4 ในการประเมินสภาพแวดล้อมของเทศบาลนครสมุทรปราการ (SWOT Analysis) พบปัจจัย และสถานการณ์เปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อการพัฒนาที่สร้างความเจริญเติบโตให้แก่เทศบาลนครสมุทรปราการเป็นอย่างมาก ทั้งด้านโครงสร้างพื้นฐาน เศรษฐกิจ สังคม ทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และการบริหารจัดการ ทำให้ประชาชนได้รับความสะดวกสบายในการดำรงชีวิตมีโอกาสเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข และการศึกษามากขึ้น หากประเมินผลการพัฒนาในมิติแห่งความสมดุล ความพอดี และการมีภูมิคุ้มกัน เพื่อมุ่งพัฒนาสู่สังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน ภายใต้แนวปฏิบัติของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง พบว่าการเติบโตของท้องถิ่นอยู่บนพื้นฐานของการใช้ทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมอย่างสิ้นเปลือง ขาดความสมดุลระหว่างการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยวิเคราะห์จากสถานการณ์ ดังนี้

1. สถานการณ์ด้านเศรษฐกิจ การขยายตัวของเศรษฐกิจชุมชน เกิดขึ้นบนพื้นฐานของการเร่งขยายตัวในเชิงปริมาณเป็นหลัก ทั้งเรื่อง กองทุนหมู่บ้าน SML อุดหนุนชุมชนอยู่ดีมีสุข ซึ่งมุ่งเน้นเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันมากกว่าการสร้างเสริมเข้มแข็งของเศรษฐกิจด้านการพึ่งตนเอง

2. สถานการณ์ด้านสังคม ของอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการที่เป็นสังคมอุตสาหกรรมตั้งอยู่ในเขตปริมณฑล มีโรงพยาบาลรัฐขนาด 600 เตียง 1 แห่งซึ่งตั้งอยู่ในอำเภอเมืองและรับผิดชอบประชากรทั้งจังหวัด โดยมี รพ.ชุมชนใน 5 อำเภอเป็นเครือข่ายการรักษา ส่งต่อผู้ป่วย มี รพ.สต. ในเครือข่าย รพ.รัฐ 28 แห่ง ในภาพรวมของจังหวัดสมุทรปราการมีรายได้สูงเป็นลำดับที่ 2 ของประเทศ มีผู้สูงอายุประมาณ ร้อยละ 13 คน มีบุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขาวิชาชีพรวม

จำนวน 831 คน ซึ่งตามเกณฑ์ควรมีจำนวน 1,641 คน ยังขาดบุคลากรทางการแพทย์ในทุกสาขา วิชาชีพหลัก จำนวน 810 คน สภาพปัญหาด้านสาธารณสุข มีอัตราตายจากมะเร็งเป็นอันดับหนึ่ง รองมาคืออัตราตายจากอุบัติเหตุ การเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพของประชาชน ผู้ด้อยโอกาสยังเป็นประเด็นที่ปัญหาสำคัญ และด้วยเป็นเขตปริมณฑลผู้นำในพื้นที่ส่วนใหญ่ จะเดินทางมาทำงานไม่ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่ การประเมิน กำกับติดตามต่อเนื่องในงานบางอย่างจึงยังเป็นปัญหา ดังนั้น ภาวะผู้นำการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจึงสำคัญมาก เทศบาลนครสมุทรปราการ ได้ขยายโอกาสทางการศึกษาให้มีถึงระดับมัธยมศึกษา แต่คุณภาพการศึกษายังไม่เพียงพอในการปรับตัวให้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง และประสบปัญหาวิกฤตค่านิยมที่เป็นผลจากการเลื่อนไหลของวัฒนธรรมต่างชาติ ทั้งทางสื่อมวลชนและเทคโนโลยีสารสนเทศ วัฒนธรรมที่ดึงมาบางอย่างกำลังเลือนหาย และระบบคุณค่าที่ดึงมาในอดีตเริ่มเสื่อมถอย พฤติกรรม การดำรงชีวิตและปฏิสัมพันธ์ของคนในชุมชนปรับเปลี่ยนไป โดยกระแสวัตถุนิยมเข้าสู่ชุมชนส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตของคนในชุมชน ทำให้สถาบันครอบครัว สถาบันการศึกษา และสถาบันศาสนามีบทบาทในการอบรมเลี้ยงดู ให้ความรู้ ปลูกฝังศีลธรรม ให้มีคุณภาพ และจริยธรรมลดน้อยลง

3. สถานการณ์ด้านทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม การพัฒนาทางด้านโครงสร้างพื้นฐาน และเศรษฐกิจ ทำให้ทรัพยากรธรรมชาติถูกใช้อย่างสิ้นเปลือง และประชากรที่นับวันมีแต่จะเพิ่มมากขึ้น ทั้งประชากรที่มีชื่ออยู่ในเขตเทศบาลนครสมุทรปราการ และประชากรแฝง ได้สร้างแรงกดดันต่อทรัพยากรธรรมชาติให้เสื่อมโทรมลง มีทั้งการบุกรุกที่สาธารณะ เพื่อใช้เป็นที่อยู่อาศัย การใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างฟุ่มเฟือย ส่งผลให้เกิดปัญหามลพิษเพิ่มขึ้น โดยคุณภาพอากาศ และน้ำ อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่ามาตรฐาน ปริมาณของขยะมูลฝอย และของเสียอันตรายมีมากขึ้น เกินศักยภาพในการกำจัด

เมื่อดำเนินการประเมินเทศบาลนครสมุทรปราการด้วยเครื่องมือ SWOT Analysis

1. จุดแข็ง (Strengths)

- 1.1 ระบบการเมืองเสียงข้างมาก ลดระดับความขัดแย้งในการบริหารงาน
- 1.2 การนำเทคโนโลยีที่ก้าวหน้ามาช่วยในการ ปรับปรุงและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน
- 1.3 เป็นเมืองที่อยู่ใกล้สนามบินสุวรรณภูมิ สามารถรองรับการคมนาคมขนส่งทั้งทางบกและทางน้ำ เป็นโอกาสที่จะช่วยในการพัฒนาเศรษฐกิจและ สังคม
- 1.4 พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการ กระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีอำนาจหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะ เพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นตาม ศักยภาพของท้องถิ่นเอง

1.5. พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2542 สนับสนุนให้มีการจัดการศึกษาที่สอดคล้องกับ ความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นอย่างเท่าเทียม และทั่วถึง

2. จุดอ่อน (Weaknesses)

2.1 ไม่มีกฎหมายบังคับให้ผู้ที่อยู่อาศัยจริงในพื้นที่ต้องย้ายเข้ามาเป็นประชากรในท้องถิ่นนั้นๆ ทำให้เกิดประชากรแฝงจำนวนมาก มีผลต่อการจัดสรรเงินอุดหนุน เนื่องจากเงินอุดหนุนจะคิดจากจำนวนประชากรที่อยู่ในทะเบียนบ้านท้องถิ่นนั้นๆ

2.2 ความผันผวนของระบบเศรษฐกิจ โดยเฉพาะ ราคาน้ำมันส่งผลกระทบต่อการพัฒนาท้องถิ่น

2.3 กระแสวัฒนธรรมสมัยใหม่ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็ก และเยาวชนในท้องถิ่นเกิดการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม และภูมิปัญญาท้องถิ่น

2.4 เป็นองค์กรที่ต้องรองรับภารกิจตามนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล แต่มีงบประมาณจำกัด

3. โอกาส (Opportunities)

3.1 ระบบการเมืองเสียงข้างมาก ลดระดับความ ขัดแย้งในการบริหารงาน

3.2 การนำเทคโนโลยีที่ก้าวหน้ามาช่วยในการ ปรับปรุงและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน

3.3 เป็นเมืองที่อยู่ใกล้สนามบินสุวรรณภูมิ สามารถ รองรับบริการคมนาคมขนส่งทั้งทางบกและทางน้ำ เป็นโอกาสที่จะช่วยในการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคม

3.4 พระราชบัญญัติกำหนดแผน และขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีอำนาจหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะ เพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นตามศักยภาพของท้องถิ่นเอง

3.5 พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2542 สนับสนุนให้มีการจัดการศึกษาที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นอย่างเท่าเทียม และทั่วถึง

4. ข้อจำกัด (Threats)

4.1 ไม่มีกฎหมายบังคับให้ผู้ที่อยู่อาศัยจริงในพื้นที่ต้องย้ายเข้ามาเป็นประชากรในท้องถิ่นนั้นๆ ทำให้เกิดประชากรแฝงจำนวนมาก มีผลต่อการ จัดสรรเงินอุดหนุน เนื่องจากเงินอุดหนุนจะคิดจากจำนวนประชากรที่อยู่ในทะเบียนบ้านท้องถิ่นนั้นๆ

4.2 ความผันผวนของระบบเศรษฐกิจ โดยเฉพาะราคาน้ำมัน ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาท้องถิ่น

4.3. กระแสวัฒนธรรมสมัยใหม่ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็ก และเยาวชนในท้องถิ่น
เกิดการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่น

4.4. เป็นองค์กรที่ต้องรองรับภารกิจตามนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล แต่มีงบประมาณ
จำกัด

การเป็นสังคมอุตสาหกรรมที่สร้างรายได้หลักของจังหวัดจึงเป็น โอกาสในการ
ดำเนินการเชิงรุกของภาครัฐ และการขอความร่วมมือในลักษณะของ CSR ตลอดจนการลด
ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมจากอุตสาหกรรมต่างๆ

5. วัตถุประสงค์เฉพาะแห่งชาติ (เพื่อเลือก) (Tentative Specific National Objectives)
โดยใช้ความต้องการ (ENDs) เป็นตัวกำหนดจากการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย มีข้อคิดเห็น
ข้อเสนอแนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เรียกโดยย่อว่า “พชอ.” โดยสรุป ดังนี้
ตารางที่ 4-1 ข้อคิดเห็นต่อ พชอ.

| หัวข้อเรื่อง พชอ. | ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ |
|---|---|
| โครงสร้างและบทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบ | <ol style="list-style-type: none"> 1. ประชาชนและเลขาฯยังเป็นข้าราชการมีผลต่อการใช้อำนาจของรัฐ มี ข้อเสนอให้นำายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับอำเภอ เป็น เลขานุการเพื่อการประสานงานด้วยเป็นแหล่งข้อมูลข่าวสาร มีทรัพยากรของชุมชน และสาธารณสุขอำเภอให้เป็นผู้ช่วยเลขานุการ 2. การบูรณาการการทำงานโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน เพื่อการระดม ทรัพยากรและบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ ด้วยหลักนิติรัฐ ตอบสนองต่อความจำเป็น/ความต้องการของประชาชนในพื้นที่ โดย นายอำเภอ อาจเป็นประธาน โดยตำแหน่ง หรือมอบหมายให้ ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นที่ยอมรับ และมีทีมงาน อนุกรรมการ ที่เหมาะสมให้เกิดเอกภาพและความต่อเนื่องในการทำงาน 3. มีโครงสร้างกำหนดทิศทางภาพรวมระดับจังหวัดเพื่อการกำกับ และติดตามพื้นที่โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน มีนายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดนั้นๆ เป็นเลขานุการ |
| ระบบการคลังด้านสุขภาพ | <ol style="list-style-type: none"> 1. คณะกรรมการร่วมกันกำหนดแผนงาน เป้าหมาย งบประมาณที่มา จากหลากหลายภาคส่วน ดำเนินการและผู้รับผิดชอบ บูรณาการใช้ ทรัพยากรร่วมกันอย่างมีเอกภาพและประสิทธิภาพ 2. ให้มีการผสมผสานแหล่งงบให้ได้ตามระบบสุขภาพ รพ.สต. การ ส่งเสริม/ป้องกัน/รักษา/ฟื้นฟู/คบ.ที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพท้องถิ่น สนับสนุนการส่งเสริม/ป้องกัน/รักษา/ฟื้นฟู/คบ.ทั่วไป ประชาสังคม ส่งเสริม/ป้องกัน/รักษา...ตนเอง/ครอบครัว/ชุมชน |

ตารางที่ 4-1 ข้อคิดเห็นต่อ พชอ. (ต่อ)

| หัวข้อเรื่อง พชอ. | ข้อคิดเห็น ข้อเสนอ |
|--|--|
| การบริหารจัดการด้าน ทรัพยากรมนุษย์ | <ol style="list-style-type: none"> 1. ภาครัฐใช้บุคลากรที่มีอยู่ ทำงานร่วมกันใกล้ชิดมีเอกภาพมากขึ้น ยึดปัญหาพื้นที่และประชาชนเป็นตัวตั้ง โดยต้องพัฒนาระบบคิด การบริหารจัดการ วิธีการทำงาน สร้างทีมงานร่วมกัน ขณะเดียวกัน ก็ระดมกำลังคนนอกภาครัฐ จัดอาสาสมัครภาคเอกชน ภาคประชาชน มาร่วมจำนวนเพิ่มมากขึ้น 2. วางแผนในภาพรวมของอำเภอ สนับสนุน รพสต. ให้มีบุคลากรที่เพียงพอ เช่น ให้ทุนนักเรียนไปเรียน แล้วกลับมาทำงานในพื้นที่ 3. คนทำงานควรมาจากภาครัฐ 50% และจากภาคท้องถิ่น 50% 4. ร่วมกำหนดทิศทาง เป้าหมายที่ชัดเจน วิธีการประเมิน และ ระยะเวลาที่แน่นอนพร้อมสนับสนุน สร้างขวัญกำลังใจให้บุคลากร |
| การพัฒนาระบบบริการ สุขภาพ | <ol style="list-style-type: none"> 1. อาศัยฐานข้อมูลด้านสุขภาพ ที่มีอยู่จากแหล่งต่างๆ ที่ครบถ้วน สมบูรณ์ จากทุกหน่วยงานและเครือข่ายในพื้นที่มา จัดการวิเคราะห์ จะแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ตรงประเด็นมากขึ้นกว่ามองเชิงสุขภาพอย่างเดียว พร้อมการนำเสนอ นำไปใช้ในการทำงาน และสื่อสารกับ ประชาชน 2. ควรได้วิเคราะห์ถึงปัญหา/ศักยภาพ ในแต่ละรพสต. เพื่อการพัฒนา สนับสนุน และแก้ปัญหาต่างๆร่วมกัน 3. นำข้อมูลจากการวิเคราะห์ให้หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้ใช้ ประโยชน์ให้ประชาชนได้ทราบมี Health Literarcy 4. พัฒนาข้อมูลที่จำเป็นในกรณีการส่งต่อ ร่วมจัดระบบส่งต่อ ประสานงาน สื่อสารกับประชาชนในพื้นที่และสนับสนุนการ ดำเนินงานของรพ. |
| การบริหารจัดการเพื่อการ เข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่ จำเป็น | <ol style="list-style-type: none"> 1. พชอ. มีทรัพยากรในการจัดหาและเวชภัณฑ์พื้นฐาน โดยระบุให้ ชัดเจนและสอดคล้องกับปัญหาและบริบทของพื้นที่ส่วนในภาพรวม เป็นหน้าที่ของภาครัฐ 2. ต้องสร้างความรู้ความเข้าใจและพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยา/พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ |

ตารางที่ 4-1 ข้อคิดเห็นต่อ พชอ. (ต่อ)

| หัวข้อเรื่อง พชอ. | ข้อคิดเห็น ข้อเสนอ |
|--------------------------------------|---|
| ประสิทธิภาพของระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ | <ol style="list-style-type: none"> 1. มีคณะทำงานหรืออนุกรรมการ ออกแบบระบบ ทั้งการจัดเก็บข้อมูล การดึงข้อมูลที่มีอยู่จากระบบปกติของหน่วยงานต่างๆ ที่มีอยู่แล้ว มาวิเคราะห์ นำไปใช้ในบางกรณีที่น่าจะเป็นอาจใช้วิธีการสำรวจเพิ่มเติมดำเนินการ และรายงานต่อคณะกรรมการ พชอ. 2. รพสต.สามารถนำเสนอข้อมูลต่างๆ เพื่อการทำงานหรือบริหารจัดการ ให้คณะกรรมการทราบ/พิจารณา เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 3. การใช้ฐานข้อมูลเดียวกันเชื่อมกันทั้งจังหวัด เพื่อสะดวกในการวางแผนทั้งข้อมูลสุขภาพและข้อมูลปัจจัยแวดล้อม เช่น สภาพบ้าน สังกม วัฒนธรรม ฯลฯ |

6. วิเคราะห์กำลังอำนาจ และแบบแผนของชาติ เพื่อพิจารณากรณีที่เกี่ยวเนื่องและอุปสรรค โดยพิจารณาความเป็นไปได้ (Feasibility) ความยอมรับได้ (Acceptability) ความเหมาะสม (Suitability) ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ

7. วัตถุประสงค์แห่งชาติ (Specific National Objective) ที่เสนอ

8. วิเคราะห์ผลดี ผลเสีย เกี่ยวกับความเสี่ยง ข้อได้เปรียบกับทรัพยากรที่มีอยู่ (Risks/Advantages/Resources Available)

จากการวิเคราะห์ในข้อ 6,7 และ 8 ของพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการนั้น พบว่า พลังอำนาจทั้งในส่วนที่มองเห็นได้ และพลังอำนาจแฝงขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะเข้มแข็งมาก ดังนั้น โครงสร้างตามข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะที่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีหน้าที่รับผิดชอบเป็นเลขานุการ และสาธารณสุขอำเภอ เป็นผู้ช่วยเลขานุการ น่าจะมีความเป็นไปได้ และเหมาะสมในการประสานงานอย่างยิ่ง และส่งผลต่อการพัฒนาของระบบสุขภาพตามองค์ประกอบใน 6 Building Blocks ตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านการสร้างโอกาส และความเสมอภาคทางสังคม และยุทธศาสตร์ 5 ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม

บทที่ 5

สรุป และข้อเสนอแนะ

สรุป

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก กรณีอำเภอเมืองฯ จังหวัดสมุทรปราการ ผู้ถูกสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า มีความเหมาะสมในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการของ พชอ. และเพิ่มเติมคือการให้ความสำคัญกับโครงสร้างการบริหารจัดการที่มีนายอำเภอ เป็นประธานกรรมการ และสาธารณสุขอำเภอหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเลขานุการ และควรมีโครงสร้างสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเลขานุการ และสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้ช่วยเลขานุการ เพื่อการบริหารจัดการทั้งในด้านทรัพยากรบุคคล ระบบงานบริการสุขภาพ ระบบยาและเวชภัณฑ์ให้ตรงตามประเด็นปัญหาของบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมินั้น ๆ และยังเน้นถึงระบบการคืนข้อมูลกลับสู่ประชาชน เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ส่วนในเรื่องการคลังด้านสุขภาพเสนอให้ พชอ. ต้องมีงบประมาณเป็นของตนเอง เพื่อใช้ในการขับเคลื่อนงานในทุกมิติของการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในด้านความเหมาะสมของโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของคณะกรรมการ พชอ.
 - 1.1. ให้มีการถ่วงดุลอำนาจระหว่าง ประธานคณะกรรมการ พชอ. คือ นายอำเภอ และเลขานุการหรือ ผู้ช่วยเลขานุการ ไม่ควรเป็นข้าราชการที่มีเงาอำนาจบังคับบัญชาทับซ้อน
 - 1.2. ให้มีโครงสร้างที่กำหนดทิศทางภาพรวมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด โดยท่านผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เป็นเลขานุการ
 - 1.3. กำหนดให้มีช่องทางและ/หรือรูปแบบในการคืนข้อมูลให้ประชาชน เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน
 - 1.4. ให้มีคณะกรรมการหรืออนุกรรมการด้านการพัฒนาประสิทธิภาพของข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ โดยเสนอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นประธาน และสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ

2. ข้อเสนอแนะในแนวทาง เพื่อการพัฒนา รูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพ

2.1. ให้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ต้องมีงบประมาณในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะ ไม่ควรเอา งบประมาณจากภาคส่วนอื่นๆ มาทำการขับเคลื่อนในระบบเพราะกองทุน หรืองบประมาณจากภาค ส่วนอื่นๆ จะมีวัตถุประสงค์เฉพาะเรื่องนั้นๆ

2.2. ให้ พชอ. มีการบริหารจัดการสอดคล้องกับหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) โดยให้มีบุคลากรของ รพ.สต. เข้าร่วมเป็นกรรมการ ร่วมกำหนดทิศทาง เป้าหมายที่ชัดเจน วิธีการ การประเมิน และระยะเวลาที่แน่นอนพร้อมสนับสนุน สร้างขวัญกำลังใจให้บุคลากร ให้ภาครัฐใช้ บุคลากรที่มีอยู่ทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดมีเอกภาพมากขึ้น มีการคืนข้อมูลด้านสุขภาพให้ประชากร ในพื้นที่และสร้างแกนนำด้านสุขภาพจะทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืนโดยการทำงาน ร่วมกันของทุกภาคส่วน ให้มีการระดมกำลังคนนอกภาครัฐ จัดอาสาทั้งภาคเอกชน ภาคประชาชน มาร่วมทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

2.3 ให้มีการคืนข้อมูลด้านสุขภาพกลับสู่ประชาชน เพื่อการสร้างทีมงานร่วมกัน พัฒนาระบบคิด การบริหารจัดการ วิธีการทำงาน โดยยึดปัญหาพื้นที่ และประชาชนเป็นตัวตั้ง

2.4 ให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องสนับสนุนบุคลากรมาทำงานร่วมกันที่ หน่วยปฐมภูมิ ร้อยละ 50

2.5 ให้ พชอ. ใช้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพทั้งปัญหาสุขภาพของประชากรในพื้นที่ และปัญหาในด้านศักยภาพของรายหน่วยบริการ(รพ.สต.)มาทำการวิเคราะห์เพื่อดำเนินการแก้ไข ปัญหาให้ตรงประเด็นและสื่อสารกับประชาชน กระตุ้นให้มี health literacy ตลอดจนร่วม พัฒนาการส่งต่อผู้ป่วย

2.6 ให้ พชอ. มีทรัพยากรในการจัดหา และเวชภัณฑ์พื้นฐานที่สอดคล้องกับ ปัญหาและบริบทของพื้นที่ พร้อมระบุชื่อ จำนวนให้ชัดเจน ส่วนยาและเวชภัณฑ์ในภาพรวมให้เป็น หน้าที่ของภาครัฐ และ พชอ. ต้องสร้างความรู้ความเข้าใจและพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยา/พฤติกรรม สุขภาพของประชาชนในพื้นที่

2.7 ให้ มีคณะกรรมการหรืออนุกรรมการ เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพของข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพของพื้นที่ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยให้องค์กรส่วนท้องถิ่นเป็นเลขานุการ และสาธารณสุขอำเภอ เป็นผู้ช่วยเลขานุการ

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กฎหมาย

“รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณบดินทรเทพยวรางกูร”.

ราชกิจจานุเบกษา, เล่ม ๑๓๔ ตอนที่ ๔๐ ก, 6 เมษายน 2560, หน้า 1-18.

“ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561”.

ราชกิจจานุเบกษา, เล่ม 135 ตอนพิเศษ 54 ง, 9 มีนาคม 2561, หน้า 1-7.

เอกสารไม่ตีพิมพ์

คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักงาน. “สรุปผลการประชุม

คณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ ครั้งที่ 2/2561 ”. 20 เมษายน 2561

มหาดไทย,กระทรวง.”คำสั่งกระทรวงมหาดไทย เลขที่ 0211.3/ว3520 ลงวันที่ 20 มิถุนายน 2559

เรื่อง การพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ”. 2559

ป้องกันราชอาณาจักร, วิทยาลัย. “โครงสร้างยุทธศาสตร์ชาติ”. 2560

สาธารณสุข, กระทรวง. “แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560 - 2579)”.

ปีงบประมาณ 2561.

วารสาร

สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล. “ผู้นำระบบวิจัยเพื่อการพัฒนา นโยบายที่นำไปสู่สุขภาพของประชาชาติ”.

วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. ปีที่ 9 (ฉบับที่ 2 เม.ย.-มิ.ย. 58). 2558.

ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

เทศบาลนครสมุทรปราการ, สำนักงาน. “สรุปผลการพัฒนาเทศบาลนครสมุทรปราการในปี 2560.”

(ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : <http://www.samutprakancity.go.th/result.php#a2>, 2561.

ภาคผนวก

ผนวก ก
ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี
ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561

หน้า ๑
เล่ม ๑๓๕ ตอนพิเศษ ๕๔ ง ราชกิจจานุเบกษา ๙ มีนาคม ๒๕๖๑

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี
ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่
พ.ศ. ๒๕๖๑

เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ เป็นไปในทิศทางยุทธศาสตร์ และเป้าหมาย อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมกัน ในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๑ (๖) และ (๘) แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ นายกรัฐมนตรีโดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี จึงวางระเบียบไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในระเบียบนี้

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่

“หน่วยงานของรัฐ” หมายความว่า ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรมหาชน และหน่วยงานอื่นของรัฐ และให้หมายความรวมถึงกำนันผู้ใหญ่บ้านด้วย

“พื้นที่” หมายความว่า อำเภอ หรือเขตในกรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี

ข้อ ๔ ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่ง เรียกว่า “คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่” ซึ่งมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นที่ปรึกษาประกอบด้วย

(๑) ปลัดกระทรวงมหาดไทย เป็นประธานกรรมการ

(๒) ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นรองประธานกรรมการ

(๓) กรรมการโดยตำแหน่ง ได้แก่ ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ อธิบดีกรมการปกครอง อธิบดีกรมการพัฒนาชุมชน อธิบดีกรมควบคุมโรค อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น อธิบดีกรมอนามัย ปลัดกรุงเทพมหานคร เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

(๔) กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนสามคน ซึ่งคณะกรรมการแต่งตั้งจากผู้มีความรู้ความสามารถด้านการพัฒนาสังคม และด้านการแพทย์และสาธารณสุข

ให้รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบกลุ่มภารกิจด้านการพัฒนาการสาธารณสุข เป็นกรรมการและเลขานุการ

ให้ปลัดกระทรวงมหาดไทยแต่งตั้งผู้ช่วยเลขานุการ จำนวนสองคน โดยมาจากข้าราชการในกระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข อย่างละหนึ่งคน เป็นผู้ช่วยเลขานุการ

ให้สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข เป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการ รับผิดชอบในงานเลขานุการของคณะกรรมการ และประสานงานกับหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของคณะกรรมการ ตลอดจนปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

ข้อ ๕ ให้คณะกรรมการมีอำนาจและหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) กำหนดเป้าหมายและแนวทางการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้หน่วยงานของรัฐและผู้ที่เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติ โดยมุ่งหมายให้มีการบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานของรัฐในพื้นที่ในด้านทรัพยากรและภารกิจภายใต้อำนาจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานของรัฐนั้น

(๒) ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือและประสานงานกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ตลอดจนชุมชนในพื้นที่ เพื่อให้มีเป้าหมายและแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมของแต่ละพื้นที่ โดยให้ยึดถือประโยชน์ของประชาชนเป็นสำคัญ

(๓) ส่งเสริม สนับสนุน และแก้ไขปัญหาในการดำเนินงานของ พชอ. และ พชข. เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายและแนวทางที่คณะกรรมการกำหนดใน (๑) และเป้าหมายและแนวทางของแต่ละพื้นที่ใน (๒)

(๔) ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะแก่ พชอ. หรือ พชข. หรือหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายและแนวทางที่กำหนดใน (๑) หรือเป้าหมายและแนวทางของแต่ละพื้นที่ใน (๒)

(๕) เสนอแนะแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขเพิ่มเติมหรือปรับปรุงกฎหมายหรือกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่

(๖) กำกับดูแลและติดตามผลการดำเนินการของ พชอ. และ พชข. เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายและแนวทางที่คณะกรรมการกำหนดใน (๑) และเป้าหมายและแนวทางของแต่ละพื้นที่ใน (๒)

(๗) ปฏิบัติงานอื่นใดตามที่คณะรัฐมนตรีหรือนายกรัฐมนตรีมอบหมาย

ในการดำเนินการตามวรรคหนึ่ง คณะกรรมการอาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ เพื่อปฏิบัติงานตามที่คณะกรรมการมอบหมายได้

ข้อ ๖ การประชุมคณะกรรมการต้องมีกรรมการมาประชุมไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนกรรมการทั้งหมด จึงจะเป็นองค์ประชุม

ให้ประธานกรรมการเป็นประธานในที่ประชุม ในกรณีที่ประธานกรรมการไม่มาประชุมหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้รองประธานกรรมการเป็นประธานในที่ประชุม ถ้าประธานกรรมการและรองประธานกรรมการไม่มาประชุมหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้ที่ประชุมเลือกกรรมการคนหนึ่งเป็นประธานในที่ประชุม

การวินิจฉัยชี้ขาดของที่ประชุมให้ถือเสียงข้างมาก กรรมการคนหนึ่งให้มีเสียงหนึ่งในการลงคะแนน ถ้าคะแนนเสียงเท่ากัน ให้ประธานในที่ประชุมออกเสียงเพิ่มขึ้นอีกเสียงหนึ่งเป็นที่ยุติ

ข้อ ๗ ในแต่ละอำเภอของทุกจังหวัด เว้นแต่กรุงเทพมหานคร ให้มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอคณะหนึ่ง เรียกโดยย่อว่า “พขอ.” โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดและพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเป็นที่ปรึกษา

ให้ พขอ. ประกอบด้วย นายอำเภอ เป็นประธานกรรมการ และกรรมการอื่นอีกจำนวนไม่เกินยี่สิบคนซึ่งนายอำเภอแต่งตั้งจากบุคคลดังต่อไปนี้

(๑) ผู้แทนหน่วยงานของรัฐในอำเภอ จำนวนไม่เกินหกคน ซึ่งอย่างน้อยต้องแต่งตั้งจากกำนันหรือผู้ใหญ่บ้าน จำนวนหนึ่งคน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนหนึ่งคน เป็นกรรมการ

(๒) ผู้แทนภาคเอกชนในอำเภอ จำนวนไม่เกินหกคน โดยคัดเลือกจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ประกอบกิจการด้านสุขภาพหรือสาธารณสุข สถานศึกษาเอกชน ผู้ประกอบวิชาชีพหรือประกอบกิจการอื่น เป็นกรรมการ

(๓) ผู้แทนภาคประชาชนในอำเภอ จำนวนไม่เกินเจ็ดคน โดยคัดเลือกจากผู้ที่มีความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับการพัฒนาสังคมหรือชุมชนท้องถิ่น หรือภูมิปัญญาท้องถิ่น กลุ่มเครือข่ายหรือองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร หรือเครือข่ายอาสาสมัครที่ปฏิบัติงานในอำเภอ เป็นกรรมการ

ให้สาธารณสุขอำเภอเป็นกรรมการและเลขานุการ และให้นายอำเภอแต่งตั้งกรรมการตาม (๑) (๒) และ (๓) เป็นเลขานุการร่วมได้อีกจำนวนไม่เกินสองคน

ให้นำความในข้อ ๖ มาใช้บังคับกับการประชุมของ พขอ. ด้วยโดยอนุโลม

ข้อ ๘ กรรมการตามข้อ ๗ วรรคสอง (๒) และ (๓) ต้องมีสัญชาติไทย และมีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบห้าปีบริบูรณ์ มีที่อยู่หรือปฏิบัติงานอยู่ในเขตพื้นที่

ในกรณีที่มีความจำเป็นหรือเห็นสมควรเพื่อประโยชน์ของทางราชการ นายอำเภออาจแต่งตั้งกรรมการซึ่งมิใช่บุคคลสัญชาติไทยได้ โดยบุคคลนั้นต้องมีที่อยู่ในพื้นที่นั้นมาไม่น้อยกว่าห้าปี

ข้อ ๙ กรรมการตามข้อ ๗ วรรคสอง (๑) (๒) และ (๓) มีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละสองปีนับแต่วันที่ได้รับแต่งตั้ง และอาจได้รับแต่งตั้งอีกได้

หน้า ๔

เล่ม ๑๓๕ ตอนพิเศษ ๕๔ ง

ราชกิจจานุเบกษา

๙ มีนาคม ๒๕๖๑

เมื่อครบกำหนดตามวาระในวรรคหนึ่ง หากยังมีได้มีการแต่งตั้งกรรมการขึ้นใหม่แทนให้กรรมการซึ่งพ้นจากตำแหน่งตามวาระนั้นอยู่ในตำแหน่งเพื่อปฏิบัติหน้าที่ต่อไปจนกว่ากรรมการซึ่งได้รับแต่งตั้งใหม่เข้ารับหน้าที่

ข้อ ๑๐ นอกจากการพ้นจากตำแหน่งตามวาระกรรมการตามข้อ ๗ วรรคสอง (๒) และ (๓) พ้นจากตำแหน่ง เมื่อ

(๑) ตาย

(๒) ลาออก

(๓) นายอำเภอมีคำสั่งให้ออก เพราะบกพร่องต่อหน้าที่หรือมีความประพฤติเสื่อมเสียหรือหย่อนความสามารถ

(๔) ขาดคุณสมบัติตามข้อ ๘ วรรคหนึ่ง

ในกรณีที่กรรมการตามข้อ ๗ วรรคสอง (๑) พ้นจากตำแหน่งที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นผู้แทนของหน่วยงานนั้น ให้พ้นจากการเป็นกรรมการด้วย

ในกรณีที่กรรมการตามข้อ ๗ วรรคสอง (๑) (๒) และ (๓) พ้นจากตำแหน่งก่อนวาระตามวรรคหนึ่ง ให้นายอำเภอแต่งตั้งกรรมการขึ้นแทนตำแหน่งที่ว่างโดยเร็ว

ข้อ ๑๑ ให้ พขอ. มีอำนาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อพิจารณาหรือปฏิบัติกรตามที่ พขอ. มอบหมายได้ตามความจำเป็นและสอดคล้องกับอำนาจและหน้าที่ของ พขอ.

พขอ. อาจแต่งตั้งบุคคลผู้มีความรู้หรือประสบการณ์ที่จะยังประโยชน์ในการปฏิบัติหน้าที่เป็นที่ปรึกษาพิเศษของ พขอ. เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดำเนินงานตามอำนาจหน้าที่ของ พขอ. ด้วยได้

การประชุมคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงาน ให้เป็นไปตามที่ พขอ. กำหนด

ข้อ ๑๒ ให้ พขอ. มีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) ดำเนินการให้เป็นไปตามเป้าหมายและแนวทางการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ที่คณะกรรมการกำหนดตามข้อ ๕ (๑)

(๒) กำหนดแผนงานและเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เหมาะสมกับสภาพข้อเท็จจริงและสภาพปัญหาในพื้นที่

(๓) ขับเคลื่อนให้มีการดำเนินการตามเป้าหมายและแนวทางที่คณะกรรมการกำหนดตามข้อ ๕ (๑) และแผนงานและเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ตาม (๒) ให้เกิดการบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานของรัฐในพื้นที่ในด้านทรัพยากร บุคลากร งบประมาณ และภารกิจภายใต้อำนาจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานของรัฐนั้น

(๔) สนับสนุน เสนอแนะ และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานในเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน และผู้ประกอบกิจการในพื้นที่ เพื่อตอบสนองและแก้ไขปัญหาในพื้นที่ให้เป็นไปตามแผนงานและเป้าหมายที่กำหนดไว้ตาม (๑) และ (๒)

ข้อ ๑๕ ในกรุงเทพมหานคร ให้แต่ละเขตมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขตคณะหนึ่ง เรียกโดยย่อว่า “พชช.” โดยมีปลัดกรุงเทพมหานครและสมาชิกสภากรุงเทพมหานครในเขตนั้น เป็นที่ปรึกษา

ให้ พชช. ประกอบด้วย ผู้อำนวยการเขต เป็นประธานกรรมการ และกรรมการอื่นอีก จำนวนไม่เกินยี่สิบสองคนซึ่งผู้อำนวยการเขตแต่งตั้งจากบุคคล ดังต่อไปนี้

(๑) ผู้แทนหน่วยงานของรัฐในเขต จำนวนไม่เกินเจ็ดคน ซึ่งอย่างน้อยต้องแต่งตั้งจาก ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมาย จำนวนหนึ่งคน เป็นกรรมการ

(๒) ผู้แทนภาคเอกชนในเขต จำนวนไม่เกินหกคน โดยคัดเลือกจากผู้ประกอบวิชาชีพ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ประกอบกิจการด้านสุขภาพหรือสาธารณสุข สถานศึกษาเอกชน ผู้ประกอบวิชาชีพหรือประกอบกิจการอื่นเป็นกรรมการ

(๓) ผู้แทนภาคประชาชนในเขต จำนวนไม่เกินเจ็ดคน โดยคัดเลือกจากผู้ที่มีความรู้ หรือประสบการณ์เกี่ยวกับการพัฒนาสังคมหรือชุมชนท้องถิ่นหรือภูมิปัญญาท้องถิ่น กลุ่มเครือข่าย หรือองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรหรือเครือข่ายอาสาสมัครที่ปฏิบัติงานในเขต เป็นกรรมการ

ให้หัวหน้าฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขต เป็นกรรมการและเลขานุการ และให้หัวหน้าพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมาย เป็นกรรมการและเลขานุการร่วม

ข้อ ๑๖ ให้นำข้อ ๖ ข้อ ๘ ข้อ ๙ ข้อ ๑๐ ข้อ ๑๑ ข้อ ๑๒ และข้อ ๑๓ มาใช้บังคับกับ พชช. ด้วยโดยอนุโลม

ข้อ ๑๗ ให้ฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขต เป็นสำนักงานเลขานุการ ของ พชช. รับผิดชอบในงานเลขานุการและงานธุรการของ พชช. และคณะกรรมการที่ พชช. แต่งตั้ง และให้นำความในข้อ ๑๔ วรรคหนึ่ง มาใช้บังคับกับอำนาจหน้าที่ของฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขต ด้วยโดยอนุโลม

เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติหน้าที่ของ พชช. ให้กรุงเทพมหานครจัดสรรงบประมาณเพื่อเป็น การสนับสนุนค่าเบี้ยประชุม ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการประชุม หรือค่าใช้จ่ายอื่น ที่เกี่ยวข้องของ พชช. ด้วย

ข้อ ๑๘ ให้ดำเนินการแต่งตั้งกรรมการใน พชช. ตามข้อ ๗ ให้แล้วเสร็จภายในหกสิบวัน นับแต่วันที่ระเบียบนี้มีผลบังคับใช้

ในวาระเริ่มแรก หากได้มีการแต่งตั้งกรรมการตามข้อ ๗ วรรคสอง (๑) แล้ว ให้ พชช. ประกอบด้วยกรรมการตามข้อ ๗ (๑) และให้สาธารณสุขอำเภอเป็นกรรมการและเลขานุการ ปฏิบัติหน้าที่ไปพลางก่อนจนกว่าจะได้มีการแต่งตั้งกรรมการครบถ้วนตามข้อ ๗

ข้อ ๑๙ ให้ดำเนินการแต่งตั้งกรรมการใน พชช. ตามข้อ ๑๕ ให้แล้วเสร็จภายในหกสิบวัน นับแต่วันที่ระเบียบนี้มีผลบังคับใช้

ในวาระเริ่มแรก หากได้มีการแต่งตั้งกรรมการตามข้อ ๑๕ วรรคสอง (๑) แล้ว ให้ พชช. ประกอบด้วยกรรมการตามข้อ ๑๕ (๑) และให้ฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขต เป็นกรรมการและเลขานุการ และหัวหน้าพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมาย เป็นกรรมการและเลขานุการร่วม ปฏิบัติหน้าที่ไปพลางก่อนจนกว่าจะได้มีการแต่งตั้งกรรมการครบถ้วน ตามข้อ ๑๕

ข้อ ๒๐ ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รักษาการตามระเบียบนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๗ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา

นายกรัฐมนตรี

ผนวก ข

แบบสอบถามในการทำวิจัยของนักศึกษา วปอ รุ่นที่.60 เรื่อง แนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ” ศึกษากรณีอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ

| |
|--|
| <p>แบบสอบถามในการทำวิจัยของนักศึกษา วปอ รุ่นที่.60 เรื่อง คณะกรรมการ พชอ. ใช้ 6 องค์ประกอบของระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลกเป็นกรอบในการศึกษาแนวทาง/รูปแบบในการจัดตั้ง การบริหารจัดการของคณะกรรมการการพัฒนาคุณภาพชีวิต และระบบสุขภาพอำเภอแบบบูรณาการ กรณีศึกษาพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ</p> <p>ข้อความ/สัมภาษณ์ เป็นการสัมภาษณ์บุคคลที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย</p> |
|--|

ตำแหน่งงานปัจจุบัน.....

1. ข้อมูลทั่วไป อายุ ปี เพศ ()หญิง ()ชาย
2. ประสบการณ์ในการทำงานที่ตำแหน่งนี้.....ปี

| |
|--|
| <p>ข้อความที่ 1 โครงสร้าง บทบาทหน้าที่ของ คณะกรรมการ พชค.</p> <p>แนวทาง / รูปแบบ ของโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของ คณะกรรมการ พชค. ที่ควรแสดงออกถึงภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลในการสร้างระบบสุขภาพที่ต้องกำกับ ดูแล และควบคุม รับผิดชอบในการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมและเป็นธรรม</p> <p><u>ข้อคิดเห็น</u></p> |
|--|

| ตำแหน่งปัจจุบัน (กลุ่มในพื้นที่โดยตรง / กลุ่มในพื้นที่รับผิดชอบ) | หน้าที่ที่ควรเป็นใน คณะกรรมการ พชค. | เหตุผล |
|---|--|--------|
| 1. นายอำเภอ 2. นายองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นระดับอำเภอ 3. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐ ในระดับอำเภอ 4. สาธารณสุขอำเภอ 5. ผู้อำนวยการ โรงเรียนของรัฐ ในอำเภอ 6. กำนัน 7. ผู้ใหญ่บ้าน 8. หน่วยงานเอกชนในพื้นที่ 9. ผู้นำชมรม 10. อื่น ๆ | | |
| 1. ผู้ว่าราชการจังหวัด.. 2. นายองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น ระดับจังหวัด 3. นายแพทย์สาธารณสุข จังหวัด 4. ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลรัฐ ในระดับจังหวัด 5. ผู้ตรวจราชการ..... 6. สาธารณสุขนิเทศ..... 7. อื่น ๆ | | |

| ข้อความที่ 2 การเงิน การคลัง | ข้อคิดเห็น |
|---|------------|
| <p style="text-align: center;">แนวทาง / รูปแบบที่คณะกรรมการ พชค. กับระบบการคลังด้านสุขภาพ (เป็นรากฐานที่จะหล่อเลี้ยงระบบสุขภาพด้วยกลไกการจ่าย การเก็บสะสมหรือแบ่งปันไปให้กิจการบริการที่ยังขาดไปในระบบ)</p> | |
| <p>2.1 แนวทาง / รูปแบบที่ คณะกรรมการ พชค. กับ แหล่งที่มาของงบประมาณที่ เกี่ยวข้องกับสุขภาพของ ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ</p> | |
| <p>2.2 อื่น ๆ</p> | |

| ข้อความที่ 3. คนทำงาน | ข้อคิดเห็น |
|---|------------|
| <p>แนวทาง /รูปแบบ ของ คณะกรรมการ พชค. กับการบริหารจัดการให้เกิดความเพียงพอของทรัพยากรบุคคลในระบบบริการสุขภาพ ทั้งในด้านกำลังคนที่มีความรู้ ทักษะ แรงจูงใจและรับผิดชอบงานให้บริการด้านสุขภาพ</p> | |
| <p>3.1 คณะกรรมการ พชค. กับการได้มาซึ่งบุคลากรที่เพียงพอของภาระงานตลอดจนการบริหารจัดการทดแทน</p> | |
| <p>3.2 คณะกรรมการ พชค. กับการระบบการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลของ รพ.สต.</p> | |
| <p>3.3 คณะกรรมการ พชค. กับการระบบการพัฒนาทรัพยากรบุคคลเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของพื้นที่</p> | |
| <p>3.4 คณะกรรมการ พชค. กับการระบบการกำกับผลงานและการประเมินผลสำคัญในงานของบุคลากร</p> | |
| <p>3.5 อื่น ๆ</p> | |

| ข้อคำถามที่ 4. ระบบบริการ | ข้อคิดเห็น |
|---|------------|
| แนวทาง /รูปแบบ ของ คณะกรรมการ พชค. ก้บการพัฒนาระบบงานบริการสุขภาพ (มีเครือข่ายให้บริการที่เข้าถึงและครอบคลุมระดับชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบตามความจำเป็นในกลุ่มเป้าหมาย) | |
| 4.1 คณะกรรมการ พชค. ก้บการจัดการข้อมูลสุขภาพในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย | |
| 4.2 คณะกรรมการ พชค. ก้บการบริหารจัดการ รพ.สต. | |
| 4.3 คณะกรรมการ พชค. ก้บการประสานส่งต่อข้อมูลและประชาชนกลุ่มเป้าหมาย | |
| 4.4 คณะกรรมการ พชค. ก้บโรงพยาบาลที่รับการส่งต่อข้อมูลและประชาชน | |
| 4.5 อื่น ๆ | |
| ข้อคำถามที่ 5. การบริหาร | ข้อคิดเห็น |
| แนวทาง / รูปแบบคณะกรรมการ พชค. ก้บการบริหารจัดการเพื่อการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (มีกลไกที่เอื้อให้ประชาชนเข้าถึงยา วัคซีน และเทคโนโลยีที่จำเป็นซึ่งต้องมีคุณภาพ และความคุ้มค่ากับราคา) | |
| 5.1 แนวทาง / รูปแบบของ คณะกรรมการ พชค. ก้บการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นในการส่งเสริม ป้องกันโรค | |
| 5.2 อื่น ๆ | |

| ข้อคำถามที่ 6. ระบบสารสนเทศ | ข้อคิดเห็น |
|---|------------|
| การพัฒนาประสิทธิภาพของระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (มีข้อมูลใช้ในการตัดสินใจบริหารจัดการทรัพยากร การติดตามประเมินผล การควบคุมและกำกับ การทำวิจัยเพื่อพัฒนา) | |
| 6.1 โครงสร้างสายบังคับบัญชาของคณะกรรมการ พชค. ในการพัฒนาประสิทธิภาพของระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ | |
| 6.2 แนวทาง / รูปแบบที่คณะกรรมการ พชค. กับการจัดการข้อมูลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ | |
| 6.3 แนวทาง / รูปแบบที่คณะกรรมการ พชค. ใช้ข้อมูลข่าวสารในการตัดสินใจเพื่อร่วมในการบริหารจัดการ รพ.สต. | |
| 6.4 คณะกรรมการ พชค. กับโรงพยาบาลที่รับการส่งต่อข้อมูลและประชาชนกลุ่มเป้าหมาย | |
| 6.5 อื่น ๆ | |

ด้วยความขอบคุณ/แพทย์หญิงฤทัย วรรณวินิจ

(ผอ. รพ.สมุทรปราการ/ประธานคณะกรรมการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพ อ.เมือง จ.สมุทรปราการ)

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล

นางฤทัย วรรณวินิจ

วัน เดือน ปีเกิด

วันที่ 18 ตุลาคม 2504

การศึกษา

พ.ศ.2528 แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น

พ.ศ.2532 วุฒิบัตร สาขาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

พ.ศ.2541 พัฒนบริหารศาสตรมหาบัณฑิต NIDA

พ.ศ.2547 นิติศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

ประวัติการทำงาน

พ.ศ.2528 นายแพทย์ ระดับ 4 โรงพยาบาลอุดรธานี

พ.ศ.2532 วุฒิบัตร สาขาวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลอุดรธานี

พ.ศ.2555 ผู้อำนวยการระดับสูง โรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา

พ.ศ.2557 ผู้อำนวยการระดับสูง โรงพยาบาลหนองบัวลำภู จังหวัดหนองบัวลำภู

พ.ศ.2555 ผู้อำนวยการระดับสูง โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี

ตำแหน่งปัจจุบัน

- ผู้อำนวยการระดับสูง โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ

สรุปย่อ

ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา

เรื่อง แนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต และระบบสุขภาพอำเภอ ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอเมืองจังหวัดสมุทรปราการ

ผู้วิจัย แพทย์หญิงฤทัย วรรณวินิจ หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ 60

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการ

ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา

จังหวัดสมุทรปราการเป็นสังคมเมืองอุตสาหกรรมที่อยู่ในเขตปริมณฑล มีประชากร 1,288,158 คน เป็นกลุ่มอายุ มากกว่า 60 ปี / 15-59 ปี และ 5-14 ปี ร้อยละ 12.88 / 67.86 และ 5.88 ตามลำดับ อายุคาดเฉลี่ยของ ชาย/หญิง ในปี พ.ศ.2559 คือ 66.93 / 74.22 ปี ปัญหาสุขภาพที่สำคัญคือโรคเรื้อรังโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน สาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 คือ โรคมะเร็ง ประชากรในเขตอำเภอเมืองฯ จำนวน 601,681 คน ซึ่งมีรายได้เฉลี่ย 85,126.68 บาท/คน/ปี ขณะที่รายได้เฉลี่ยของทั้งจังหวัดคือ 149,310 บาท/คน/ปี บ่งบอกถึงสภาพเศรษฐกิจที่รวยกระจุกจนกระจายส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งการศึกษาและสุขภาพะ รัฐบาลได้ทำการทบทวนและให้ความสำคัญกับการทำงานแบบบูรณาการในพื้นที่มากขึ้น มีการบันทึกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลางตามแนวทางประชารัฐ ระหว่าง กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ช่วงเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2560 ได้มีคำสั่งกระทรวงมหาดไทยเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ เป็นโครงการนำร่องโดยให้ทุกภาคส่วนในพื้นที่มีส่วนร่วมมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพตนเองควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็ง โดยการสร้างกลไกของเครือข่ายที่ประสานการทำงานร่วมกัน ในเวลาต่อมารัฐบาลได้ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 เพื่อให้มีคณะกรรมการดำเนินงาน “พชอ.” มาขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ กรณีศึกษาถึงความเหมาะสมและแนวทางการบริหารจัดการของ “ พชอ.” ในอำเภอเมืองจังหวัดสมุทรปราการจึงเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในด้านสาธารณสุขในครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เป็นการศึกษาวิเคราะห์ถึงความเหมาะสมในการจัดตั้งคณะกรรมการการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการพร้อมเสนอแนวทางเพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการ

ขอบเขตของการวิจัย

พื้นที่การวิจัยในความรับผิดชอบของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสมุทรปราการ ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากการสัมภาษณ์ตามกรอบระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก 6 องค์ประกอบ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นจากเอกสาร การสัมภาษณ์ เพื่อทราบมุมมองความคิดเห็นของภาคีเครือข่ายผู้เกี่ยวข้องแล้วนำมาเป็นแนวทางในการบริหารจัดการแบบบูรณาการ มีความชัดเจนเหมาะสมกับพื้นที่ที่ปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้น

ผลการวิจัย

1. แนวทาง/รูปแบบของโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของคณะกรรมการ พชค. นายอำเภอเมืองฯ ให้ความเห็นว่า กรรมการ พชค. ต้องมีความเข้าใจในคุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอ เป็นผู้กำหนดยุทธศาสตร์และประสานงานกับทุกภาคส่วน สนับสนุนติดตามและประเมินผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ มีการคืนข้อมูลให้ชุมชนเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน และนายอำเภอควรเป็นประธานเพราะเป็นหัวหน้าหน่วยราชการที่มีหน้าที่ในการดูแลความเป็นอยู่ของประชาชนในพื้นที่ ส่วนสาธารณสุขอำเภอเมืองฯ ให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมว่า โครงสร้างควรมีความเชื่อมโยงทุกมิติ ทุกเครือข่าย ด้านงบประมาณมีการจัดสรรที่ไม่เหมาะสม ไม่สอดคล้องภาระกิจการทำงานที่จะขับเคลื่อนคุณภาพชีวิต ขาดเอกภาพในการใช้งบประมาณอย่างเป็นธรรมชาติ ไม่สอดคล้องต่อการปฏิบัติงาน งบประมาณที่มาจากท้องถิ่นจะเป็นโครงการเฉพาะแก้ไขปัญหาระดับพื้นที่ที่มีวัตถุประสงค์เฉพาะ และ สาธารณสุขอำเภอควรเป็นกรรมการและเลขานุการ พชค. ด้วยสามารถบูรณาการได้ทุกภาคส่วน

ข้อคิดเห็นอื่นๆ การที่กำหนดให้ ประธานและเลขานุการเป็นข้าราชการพลเรือนจะ มีการทับซ้อนของงานแห่งอำนาจ ควรให้

1.1 องค์กรท้องถิ่นดำรงตำแหน่งเลขานุการ และ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ช่วยเลขานุการ

1.2 นายอำเภอเป็นประธานแต่มอบหมายให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นที่ยอมรับ และมีทีมงานเป็นอนุกรรมการที่เหมาะสม มีเอกภาพในการทำงาน

1.3 มีโครงสร้างที่กำหนดทิศทางภาพรวมระดับจังหวัดเพื่อกำกับ และติดตามพื้นที่ โดยมี ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานและนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขานุการ

2. แนวทาง/รูปแบบที่คณะกรรมการ พชค. กับระบบการคลังด้านสุขภาพนายอำเภอเมืองฯ ให้ข้อคิดเห็น ว่า มีการประสานความร่วมมือในการบูรณาการการงบประมาณจากทุกภาคส่วน ในพื้นที่ให้เกิดการใช้งบประมาณที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพส่งผลให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อย่างยั่งยืนส่วนสาธารณสุขอำเภอเมืองฯ ให้ข้อคิดเห็น ว่า

1.1 ระบบการคลังด้านสุขภาพ อ.เมืองฯ มีแหล่งงบประมาณระดับพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง จากกองทุนสุขภาพท้องถิ่น และกองทุนไฟฟ้า

1.2 คณะกรรมการ พชอ. กับคณะกรรมการกองทุนท้องถิ่นระบบสุขภาพ ซึ่งเป็น คณะกรรมการคนละชุดจะมีความแตกต่างในเป้าหมายการทำงาน การพิจารณาปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องจึงมาสอดคล้องกัน เช่น กองทุนท้องถิ่นระบบสุขภาพมีวัตถุประสงค์เฉพาะแก่ประชาชน สุขภาพ แต่ คณะกรรมการ พชอ. จะเน้นวัตถุประสงค์ภาพรวมทุกมิติ ดังนั้นจึงเสนอให้ พชอ. ต้องมี งบประมาณขับเคลื่อนโดยเฉพาะ

3. แนวทาง/รูปแบบของคณะกรรมการ พชค. กับการบริหารจัดการให้เกิดความเพียงพอ ของทรัพยากรบุคคลในระบบบริการสุขภาพทั้งในด้านกำลังคนที่มีความรู้ ทักษะ แรงจูงใจและ รับผิดชอบงานให้บริการด้านสุขภาพ จากการสัมภาษณ์ให้ข้อคิดเห็น ว่า ภาครัฐควรใช้บุคลากรที่มี อยู่ทำงานร่วมกันใกล้ชิดมีเอกภาพมากขึ้น ประชาชนทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ตนเองและชุมชน สนับสนุนรพสต.ให้มีบุคลากรที่เพียงพอ เช่น ให้นักเรียน ไปเรียน แล้วกลับมา ทำงานในพื้นที่ คนทำงานควรมาจากภาครัฐและท้องถิ่นอย่างละครึ่ง ร่วมกำหนดทิศทาง เป้าหมาย ที่ชัดเจน วิธีการประเมิน และระยะเวลาที่แน่นอนพร้อมสนับสนุน สร้างขวัญกำลังใจให้ บุคลากร

4. แนวทาง/รูปแบบของคณะกรรมการ พชค. กับการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพ

ข้อคิดเห็น ให้มีฐานข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งต่างๆที่ครบถ้วนสมบูรณ์จาก ทุกหน่วยงาน และเครือข่ายในพื้นที่มาจัดการวิเคราะห์จะแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ตรงประเด็นมากขึ้น

กว่ามองเชิงสุขภาพอย่างเดียว พร้อมการนำเสนอ นำไปใช้ในการทำงาน และสื่อสารกับประชาชน พัฒนาข้อมูลที่เป็นไปในกรณีการส่งต่อ ร่วมจัดระบบส่งต่อ ประสานงาน สื่อสารกับประชาชน ในพื้นที่และสนับสนุนการดำเนินงานของรพ.

5. แนวทาง/รูปแบบคณะกรรมการ พชค. กับการบริหารจัดการเพื่อการเข้าถึงยา และเวชภัณฑ์ที่จำเป็นข้อคิดเห็นที่ได้จากการสัมภาษณ์ พชอ. มีทรัพยากรในการจัดหา และเวชภัณฑ์พื้นฐาน โดยระบุให้ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหา และบริบทของพื้นที่ส่วนในภาพรวมเป็นหน้าที่ของภาครัฐต้องสร้างความรู้ความเข้าใจ และพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยา/พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

6. การพัฒนาประสิทธิภาพของระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ มีข้อคิดเห็นจากการสัมภาษณ์ คารมืองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเลขานุการ สาธารณสุขอำเภอเป็นผู้ช่วยเลขานุการ เชื่อมประสานข้อมูลแล้วนำเข้า พชอ. ในการวางแผน วางเป้าหมาย ของการดำเนินการของ พชอ. มีทีมงานจัดการ ออกแบบระบบ ทั้งการจัดเก็บข้อมูล การดึงข้อมูลที่มีอยู่จากระบบปกติของหน่วยงานต่างๆที่มีอยู่แล้ว มาวิเคราะห์ นำไปใช้ในบางกรณีที่เป็นอาจใช้วิธีการสำรวจเพิ่มเติม

ข้อเสนอแนะ

แนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการ พชอ. ศึกษากรณีอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ได้ข้อสรุปและเสนอแนะดังนี้

1. โครงสร้างของ พชอ. ให้นายอำเภอเป็นประธานกรรมการ โดยตำแหน่ง ส่วนการทำงานนั้น อาจจะทำให้ผู้ทรงคุณวุฒิดำเนินการส่วนเลขานุการหลักเล็งอำนาจสั่งการ โดยตำแหน่ง จึงให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ มีการบูรณาการการทำงาน โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน เพื่อการระดมทรัพยากร และบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ ด้วยหลักนิติรัฐ ตอบสนองต่อความจำเป็น/ความต้องการของประชาชนในพื้นที่

2. ระบบการคลังด้านสุขภาพให้มีการร่วมกันกำหนดแผนงาน เป้าหมาย งบประมาณ ที่มาจากหลากหลายภาคส่วน ดำเนินการ และผู้รับผิดชอบ บูรณาการใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างมีเอกภาพ และประสิทธิภาพ

3. การบริหารจัดการด้านทรัพยากรมนุษย์ให้ พชอ. ร่วมกำหนดทิศทาง เป้าหมายที่ชัดเจน วิธีการประเมิน และระยะเวลาที่แน่นอนพร้อมสนับสนุน สร้างขวัญกำลังใจให้บุคลากร

4. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ พชอ. อาศัยฐานข้อมูลด้านสุขภาพ จัดการวิเคราะห์ นำไปใช้ในการทำงาน และสื่อสารกับประชาชน ทำการวิเคราะห์ถึงปัญหาศักยภาพในแต่ละ

รพสต. เพื่อการพัฒนาสนับสนุน และแก้ปัญหาต่างๆ ร่วมกัน ร่วมพัฒนาข้อมูลที่เป็นในกรณีการส่งต่อ ประสานงาน สื่อสารกับประชาชนในพื้นที่และสนับสนุนการดำเนินงานของรพ.

5. การบริหารจัดการ เพื่อการเข้าถึงยา และเวชภัณฑ์ที่จำเป็นให้ พชอ. ระบุความต้องการให้ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหา และบริบทของพื้นที่ ส่วนในภาพรวมเป็นหน้าที่ของภาครัฐ ต้องสร้างความรู้ความเข้าใจ และพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยา พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

6. ประสิทธิภาพของระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ ให้ พชอ. ร่วมออกแบบระบบให้ รพสต. สามารถนำเสนอข้อมูลต่างๆเพื่อการทำงานหรือบริหารจัดการให้คณะกรรมการทราบ/พิจารณา เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง พัฒนาการใช้ฐานข้อมูลเดียวกันเชื่อมกันทั้งจังหวัด เพื่อสะดวกในการวางแผนทั้งข้อมูลสุขภาพและข้อมูลปัจจัยแวดล้อม เช่น สภาพบ้าน สิ่งคม วัฒนธรรม ฯลฯ