

การลดความเหลื่อมล้ำในการให้บริการทางสุขภาพ โดย กลไก
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) :
District Health Board (DHB) กรณีศึกษา
พื้นที่อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

โดย

นายสุวพงศ์ กิติภัทย์พิบูลย์
รองผู้ว่าราชการจังหวัดตาก
สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย กระทรวงมหาดไทย

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร
หลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ ๖๐
ประจำปีการศึกษา พุทธศักราช ๒๕๖๐ - ๒๕๖๑

บทคัดย่อ

เรื่อง การลดความเหลื่อมล้ำในการให้บริการทางสุขภาพ โดย กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) : District Health Board (DHB) กรณีศึกษา พื้นที่อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา

ผู้วิจัย นายสุวพงศ์ กิติภัทย์พิบูลย์ **หลักสูตร** วปอ. **รุ่นที่** ๖๐

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อศึกษาการลดความเหลื่อมล้ำในการให้บริการทางสุขภาพโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) : District Health Board (DHB) เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการบริหารจัดการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) : District Health Board (DHB) ในพื้นที่อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น และเพื่อเสนอการบริหารจัดการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) : District Health Board (DHB) ในพื้นที่อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น เก็บข้อมูลโดยการวิจัยเอกสาร (Documentary Research) จากแหล่งข้อมูลชั้นปฐมภูมิ (Primary Source) และชั้นทุติยภูมิ (Secondary Source) ที่เป็นตำรา คู่มือ หนังสือ วารสาร บทความ วิทยานิพนธ์ รายงานการวิจัย เอกสาร แผนงาน รายงานการประชุม และเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และการวิจัยภาคสนาม (Field Research) เพื่อศึกษาแนวทางและรูปแบบในการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ด้วยเครื่องมือแบบสัมภาษณ์ (Interview Form) ชนิดกึ่งโครงสร้าง โดยใช้วิธีสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล (In – depth Interview) สัมภาษณ์กลุ่ม (Group Interview) ร่วมกับการบันทึกเสียง กลุ่มเป้าหมายได้แก่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วย จำนวน ๒๓ ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษาพบว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น มีกลไกการทำงานที่สนับสนุนการลดความเหลื่อมล้ำในการให้บริการทางสุขภาพของอำเภอในทุกๆ ด้าน ด้านโครงสร้างของคณะกรรมการที่มาจากหลายภาคส่วนตามระเบียบกฎหมาย มีการสร้าง “น้ำพองโมเดล” เพื่อให้สามารถเข้าถึงประชาชนลดความเหลื่อมล้ำในระดับพื้นที่ มีการบูรณาการบริหารจัดการทรัพยากรร่วมกัน มีการสร้างการมีส่วนร่วมให้ประชาชนในพื้นที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายแนวทางพัฒนาและการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ มีการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการที่เหมาะสมโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดยการสร้างเครือข่ายในแนวราบจากภาคประชาชน รวมทั้งมีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งการดำเนินงานในทุกด้านเป็นไปเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพลดความเหลื่อมล้ำของประชาชนในสังคม

ABSTRACT

Title Reducing inequalities in health services by empowered of District Health Board (DHB). Case study in Nam Phong district, Khon Kaen.

Field Social - Psychology

Name Mr.Suvapong Kitiphathiboon

Course NDC

Class 60

This qualitative research was carried out to study how to reduce health service inequality by District Health Board (DHB) in order to study the problem, difficulty and suggestion of District Health Board (DHB) governance in Nam Phong district, Khon Kaen. This research collected the data from Documentary Research by using Primary source and Secondary source including textbook, handbook, book, journal, article, report, document, objective plan, minute of meeting or related document. Moreover, we used Field Research to study the guideline and implementation pattern of the District Health Board by using Interview form in a semi-structured type which refers to the In-depth interview and Group Interview combine with voice recording. The target group consists of 23 respondents including District Health Board, related officers and patients. The result was analyzed by using Content Analysis.

The results of the survey indicate that District Health Board of Nam Phong district, Khon Kaen had a procedure for reduce health service disparity for all aspects. They created “Nam Phong Model” aim to access the people in each area like Community-based participatory for reducing disparity in area based and manage resource together. People in the area based can be a partner with DHB for creating policy, guideline and solution for solving their problems in each area. Moreover, District Health Board developed the appropriate management model using area as a based, people as the centered, create horizontal communication networks from people and follow up and evaluate performance regularly. Therefore, all procedure of District Health Board was targeted to reducing health services inequality in society.

คำนำ

การศึกษาการลดความเหลื่อมล้ำในการให้บริการทางสุขภาพ โดย กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.): District Health Board (DHB) กรณีศึกษาพื้นที่อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น เป็นงานวิจัยลักษณะวิชาสังคมจิตวิทยา เพื่อให้ทราบถึงแนวทางในการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการที่จะขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับประชาชนเพื่อลดความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงบริการสุขภาพในพื้นที่

เอกสารวิจัยเล่มนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการรวบรวมข้อมูลจากเอกสารต่างๆ และการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ และผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในด้านต่างๆ เช่น โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ การบริหารจัดการทรัพยากร การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอที่เหมาะสมกับพื้นที่ โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง การบูรณาการสร้างการมีส่วนร่วม แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน โดยมุ่งหวังจะนำผลการวิจัยไปปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ให้ดียิ่งขึ้น สามารถเป็นแบบอย่างและแนวทางให้พื้นที่อื่นได้นำไปเป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนและลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมต่อไป

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเอกสารวิจัยเล่มนี้จะเป็นประโยชน์บ้างไม่มากก็น้อย หากมีข้อผิดพลาดประการใด ผู้วิจัยขออภัยทุกประการ ท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณคณาจารย์ที่ปรึกษาที่ได้ให้คำแนะนำ ตลอดจนผู้บังคับบัญชา ผู้ใต้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่อนุเคราะห์ช่วยเหลือจนเอกสารวิจัยเล่มนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

(นายสุวพงศ์ กิติภัทย์พิบูลย์)

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร

หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ ๖๐

ผู้วิจัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
คำนำ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญแผนภาพ	ช
บทที่ ๑ บทนำ	๑
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	๑
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	๕
ขอบเขตของการวิจัย	๕
วิธีดำเนินการวิจัย	๖
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	๖
บทที่ ๒ การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	๗
นโยบายชาติด้านการสาธารณสุข	๗
นโยบายด้านการสาธารณสุขของจังหวัดขอนแก่น	๓๑
กรอบแนวคิดการวิจัย	๓๘
บทที่ ๓ การพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอ	๓๙
แนวทางการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง	๓๙
เอกสารประกอบการอธิบาย (ร่าง) ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. ๒๕๖๐	๔๙
คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	๕๔
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/เขต (พชอ./พชข.)	๕๘
ร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. ๒๕๖๐	๖๗
บทที่ ๔ การวิเคราะห์การลดความเหลื่อมล้ำในการให้บริการทางสุขภาพ โดย กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) : District Health Board (DHB) อำเภอโนนสะอาด จังหวัดขอนแก่น	๗๔
การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเอกสาร	๗๔
การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยภาคสนาม (การสัมภาษณ์)	๘๔

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ ๕ สรุปและข้อเสนอแนะ	๙๔
สรุป	๙๔
ปัญหา/อุปสรรค	๑๐๐
ข้อเสนอแนะ	๑๐๐
บรรณานุกรม	๑๐๓
ภาคผนวก	๑๐๕
ผนวก ก แบบสัมภาษณ์	๑๐๖
ผนวก ข ภาพถ่ายระหว่างลงพื้นที่สัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย	๑๐๗
ผนวก ค ภาพถ่ายระหว่างลงพื้นที่เยี่ยมผู้ป่วยที่ได้รับประโยชน์	๑๐๘
ประวัติย่อผู้วิจัย	๑๐๙

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
๑ - ๑	แสดงจำนวนหน่วยงานและสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น	๓
๒ - ๑	การจัดลำดับความสำคัญยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข)	๘
๒ - ๒	แสดงรายละเอียดแผนงานที่ ๒ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	๒๙
๒ - ๓	แสดงรายละเอียดพันธกิจและประเด็นยุทธศาสตร์ของแผนยุทธศาสตร์ พัฒนาสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น ๕ ปี (ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐)	๓๖
๒ - ๔	แสดงรายละเอียดประเด็นยุทธศาสตร์และเป้าประสงค์ของแผนยุทธศาสตร์ พัฒนาสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น ๕ ปี (ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐)	๓๗
๔ - ๑	แสดงรายละเอียดคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น	๘๕

สารบัญแผนภาพ

หน้า

แผนภาพที่

๒ - ๑	แสดงกรอบแนวคิดแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๙)	๙
๒ - ๒	แสดงความเชื่อมโยงของยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี กับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒	๑๑
๓ - ๑	แสดงการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่มีพื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง	๔๑
๓ - ๒	แสดงองค์ประกอบสำคัญ ๖ ประการของระบบบริการสุขภาพกับการจัดกลุ่มเป็น ๓ วาระของการปฏิรูป	๔๒
๓ - ๓	แสดงองค์ประกอบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)	๔๗
๓ - ๔	แสดงความสัมพันธ์ของ “ภาวะการณ้นำร่วม” ที่ส่งผลต่อคุณลักษณะการมีชีวิตของความเป็นอำเภอ	๕๐

บทที่ ๑

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระบบสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคมและเป็นส่วนหนึ่งของระบบความมั่นคงของทุกประเทศ องค์การอนามัยโลกได้เสนอว่าระบบสุขภาพเป็นระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยไม่จำกัดเพียงระบบบริการสาธารณสุขเท่านั้น ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ ระบุว่าระบบสุขภาพจะต้องส่งเสริมคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และให้ความสำคัญกับความเป็นธรรมและความเท่าเทียมกันในสังคม โดยการพัฒนาระบบสุขภาพต้องคำนึงถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinants of Health) ที่มีความหลากหลาย ทั้งจากภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม และอื่นๆ โดยจะต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่งกับการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนและการพึ่งตนเองได้ของประชาชนบนพื้นฐานของหลักคุณธรรม จริยธรรม มนุษยธรรม ธรรมภิบาล ความรู้และปัญญา ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยคนจากทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาสุขภาพรวมทั้งต้องมุ่งไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

ในปัจจุบันระบบสุขภาพของทุกประเทศทั่วโลกประสบปัญหาท้าทายที่ซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วเช่นเดียวกับประเทศไทยกำลังเผชิญกับสภาวะการณ์ที่มีความหลากหลาย ทั้งโครงสร้างของประชากรที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตลอดจนการเกิดปัจจัยภัยคุกคามสุขภาพของประชาชนจากภาวะโรคที่มีแนวโน้มเป็นโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น การเกิดโรคอุบัติใหม่ในพืชและสัตว์ โรคติดต่อจากสัตว์สู่คนมีแนวโน้มซับซ้อน รุนแรง และควบคุมยากขึ้น การเคลื่อนย้ายของประชากร การเข้ามาทำงานของแรงงานต่างชาติ ทั้งการเกิดภัยธรรมชาติที่จะมีความรุนแรงและมีความถี่มากขึ้น ความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ของคนกลุ่มต่างๆ ขณะเดียวกันโรคมะเร็งและอุบัติเหตุยังถือเป็นสาเหตุการเสียชีวิต ๒ อันดับแรกของคนไทย^๑ ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้มีแนวโน้มที่เกิดจากพฤติกรรมและวิถีการใช้ชีวิตของประชาชนซึ่งส่งผลต่อเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมอย่างมาก โดยยังขาดระบบข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังด้านการป้องกันโรคและภัยคุกคามสุขภาพ ขาดกลไกการมีส่วนร่วมและการบูรณาการในการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาสุขภาพของประชากรในระดับพื้นที่และท้องถิ่น กฎหมายและข้อระเบียบบางประการยังไม่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพและการมีสุขภาพที่ดีในระดับชุมชน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องเสริม

^๑ กระทรวงสาธารณสุข. “หนังสือด่วนที่สุด ที่ สธ ๐๒๓๑/ว ๔๙๔ เรื่องแนวทางการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ(District Health Board)”. ลงวันที่ ๑๖ มิถุนายน ๒๕๕๙. สิ่งที่มาด้วย ๓. หน้า ๑.

ศักยภาพและบทบาทให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการปัจจัยเสี่ยงและภาวะคุกคามสุขภาพ โดยชุมชนเอง อันเป็นหลักการที่สำคัญเพื่อสร้างความต่อเนื่องและยั่งยืนของการพัฒนา

ดังนั้น ในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยให้มีความเข้มแข็งขึ้นกว่าเดิมจึง จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพทั้งในด้านของระบบบริการสุขภาพที่ต้องมุ่งเน้นการ ให้บริการในระดับปฐมภูมิที่จะสามารถเชื่อมระหว่างชุมชนและการบริการในโรงพยาบาลได้อย่างไร รอยต่อ รวมถึงการมุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เข้มแข็ง โดยมุ่ง กระจายอำนาจการบริหารจัดการเพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพในระดับพื้นที่เพื่อตอบสนองต่อ ปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้อง กับแนวทางการพัฒนาประเทศตามแผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐ - พ.ศ.๒๕๖๔) ที่เสนอให้มีการมุ่งเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเน้น การป้องกันและควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinants of Health) รวมถึงการส่งเสริมการให้ ความสำคัญของมิติสุขภาพในทุกนโยบายสาธารณะ (Health in All Policies) เพื่อให้ทุกภาคส่วน ตระหนักถึงผลกระทบของนโยบายสาธารณะที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่โดยใช้ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ด้วยการทำงานอย่างมีส่วนร่วมของรัฐ ประชาสังคม และเอกชน ตาม แนวทางประชารัฐ เพื่อสร้างเสริมความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพอำเภอ นับเป็นความสำคัญในการ ขับเคลื่อนให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติ โดยประเทศไทยได้ดำเนินการนำร่อง ผ่านพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ จำนวน ๗๓ อำเภอ^๒ ด้วยความร่วมมือของกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ให้ความสำคัญกับการปฏิรูประบบบริการ สุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิรูปเพื่อเปลี่ยนฐานของระบบบริการจากโรงพยาบาลเป็นฐานสู่การมีพื้นที่เป็น ฐาน และจากบริการภายในระบบที่มีโรคเป็นศูนย์กลางสู่บริการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อทำ ให้ระบบบริการสุขภาพมีคุณลักษณะของการมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งได้มีการ ลงนามความร่วมมือ (MOU) ระหว่าง กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สปสช. และสสส. เมื่อวันที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๐ เพื่อขับเคลื่อนนโยบายประชารัฐ โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health Board : DHB) มีวัตถุประสงค์เพื่อ ร่วมกันพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน ทุกภาคส่วนที่ เกี่ยวข้องร่วมเป็นคณะกรรมการ ร่วมกันกำหนดเป้าหมายและประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ อำเภอร่วมกัน โดยใช้พื้นที่เป็นพื้นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ด้วยการทำงานอย่างมีส่วนร่วมของ รัฐ ประชาสังคม และเอกชน มีเป้าหมายคือ ประชาชนพึ่งตนเองได้อย่างเหมาะสม (Self Care) และเกิดการบูรณาการทำงานของหน่วยต่าง ๆ ในพื้นที่ เพื่อลดความซ้ำซ้อน และเสริมการใช้บ ริหารหว่างหน่วยงาน

^๒ เรื่องเดียวกัน. หน้า ๒.

จังหวัดขอนแก่นเป็นจังหวัดขนาดใหญ่ มีที่ตั้งที่ได้เปรียบทางด้านภูมิศาสตร์เป็นศูนย์กลางความเจริญของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย ๒๖ อำเภอ มีประชากรทั้งสิ้นประมาณ ๑.๘ ล้านคน เป็นเมืองเศรษฐกิจขนาดใหญ่และมีวิสัยทัศน์ในการดำเนินงานเพื่อให้จังหวัดขอนแก่นเป็นเมืองศูนย์กลางของอนุภาคลุ่มน้ำโขง ทั้งในมิติด้านการค้าการลงทุนและบริการด้านการคมนาคมขนส่งและโลจิสติกส์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านการศึกษา ด้านอุตสาหกรรมสีเขียว และด้านการประชุมและการท่องเที่ยว แม้ว่าการพัฒนาด้านการแพทย์และสาธารณสุขจะเป็นหนึ่งในวิสัยทัศน์การพัฒนาจังหวัด แต่ในภาพรวมแล้วความเจริญทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขยังกระจุกตัวอยู่ในเมืองใหญ่

ตารางที่ ๑ - ๑ แสดงจำนวนหน่วยงานและสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น ปี ๒๕๖๐

ลำดับ	อำเภอ	รพ.ภาครัฐ (แห่ง)	รพ.เอกชน (แห่ง)	ศสม. (แห่ง)	รพ.สต. (แห่ง)
๑	เมืองขอนแก่น	๗	๓	๕	๒๕
๒	บ้านฝาง	๑	-	-	๘
๓	พระยืน	๑	-	-	๕
๔	หนองเรือ	๑	-	-	๑๕
๕	ชุมแพ	๑	-	๑	๑๗
๖	สีชมพู	๑	-	-	๑๓
๗	น้ำพอง	๑	-	-	๑๘
๘	อุบลรัตน์	๑	-	-	๘
๙	กระนวน	๑	-	-	๑๒
๑๐	บ้านไผ่	๑	-	-	๑๓
๑๑	เปือยน้อย	๑	-	-	๓
๑๒	พล	๑	-	-	๑๓
๑๓	เวียงใหญ่	๑	-	-	๕
๑๔	เวียงน้อย	๑	-	-	๕
๑๕	หนองสองห้อง	๑	-	-	๑๓
๑๖	ภูเวียง	๑	-	-	๑๑
๑๗	มัญจาคีรี	๑	-	-	๑๑
๑๘	ชนบท	๑	-	-	๑๑
๑๙	เขาสวนกวาง	๑	-	-	๖
๒๐	ภูผาม่าน	๑	-	-	๖
๒๑	ซำสูง	๑	-	-	๕
๒๒	โคกโพธิ์ไชย	๑	-	-	๔
๒๓	หนองนาคำ	๑	-	-	๕
๒๔	บ้านแฮด	๑	-	-	๗

ตารางที่ ๑ - ๑ แสดงจำนวนหน่วยงานและสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น ปี ๒๕๖๐
(ต่อ)

ลำดับ	อำเภอ	รพ.ภาครัฐ (แห่ง)	รพ.เอกชน (แห่ง)	ศสม. (แห่ง)	รพ.สต. (แห่ง)
๒๕	โนนศิลา	๑	-	-	๖
๒๖	เวียงเก่า	๑	-	-	๓
	รวม	๓๒	๓	๖	๒๔๘

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, ๒๕๖๐. หน้า ๘

จากตารางที่ ๑ - ๑ จำนวนหน่วยงานและสถานบริการสาธารณสุข ปี ๒๕๖๐ ในพื้นที่อำเภอเมืองขอนแก่น มีจำนวนถึง ๔๐ แห่ง ในขณะที่อำเภอเวียงเก่ามีจำนวนเพียง ๔ แห่ง ซึ่งจากตารางแสดงให้เห็นได้ว่าการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของประชาชนในแต่ละพื้นที่ย่อมไม่เท่าเทียมกัน โดยเฉพาะพื้นที่อำเภอเมืองขอนแก่นมีหน่วยงานและสถานบริการสาธารณสุข (ไม่รวมคลินิกเอกชน) มากกว่าอำเภอขนาดเล็กและห่างไกลเป็นจำนวนถึง ๑๐ เท่าตัว เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างพื้นที่ในเมืองใหญ่กับชนบท โดยเฉพาะพื้นที่ชนบทห่างไกล ประชาชนส่วนใหญ่มีฐานะยากจน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ การเดินทางเข้ามารับการรักษายาบาลในเมืองที่มีศูนย์บริการทางการแพทย์ที่ทันสมัยกว่าก็เป็นเรื่องยาก ทั้งด้านการคมนาคมที่ไม่สะดวกและค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น หรือแม้กระทั่งการขนส่งผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาก็มีกระบวนการที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง/ไม่ทันเวลาอาจเป็นเหตุให้เกิดความสูญเสียและเสียชีวิตขึ้นได้

ดังนั้น การนำบริการระบบสุขภาพไปสู่ประชาชนในพื้นที่จึงน่าจะเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนได้เป็นอย่างดี สร้างความเท่าเทียมกันในสังคม ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขระหว่างพื้นที่ชนบทกับเมืองใหญ่ ตลอดจนเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในสังคมส่วนรวมให้ดีขึ้น จังหวัดขอนแก่นจึงได้ดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ โดยน่านโยบายของรัฐบาลมาสู่การปฏิบัติในพื้นที่ชนบทโดยใช้กลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health Board : DHB) ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ นำร่องในพื้นที่ ๕ อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองขอนแก่น ชุมแพ น้ำพอง อุบลรัตน์ และอำเภอหนองสองห้อง ซึ่งจากการดำเนินงานในพื้นที่อำเภอนำร่องในเบื้องต้นพบว่าการบูรณาการจากหลายภาคส่วนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม ในการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมประเมินผล และร่วมรับประโยชน์ โดยอำเภอเมืองขอนแก่นและอำเภออุบลรัตน์ เป็น ๒ ใน ๓ อำเภอที่ได้รับการคัดเลือกเข้ารับรางวัลในเวทีการประชุมวิชาการ HA Forum เมื่อวันที่ ๑๗ มีนาคม ๒๕๖๐ ณ อิมแพคฟอรัม เมืองทองธานี นอกจากนี้ อำเภออุบลรัตน์ได้รับการคัดเลือกเป็นพื้นที่ต้นแบบ ๙ เมืองที่พอสร้าง ก้าวอย่างที่ลูกตาม โดยทีวีบุรพาเป็นผู้สร้างสรรค์

การเผยแพร่ผลงานออกอากาศทางสถานีวิทยุโทรทัศน์ช่อง ๙^๓ ซึ่งจังหวัดขอนแก่นมีนโยบายในการขับเคลื่อนต่อเนื่องและขยายผลให้ครอบคลุมพื้นที่ทั้ง ๒๖ อำเภอในจังหวัดขอนแก่น ภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาในเรื่องการเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพในพื้นที่ชนบท สร้างความเท่าเทียม และลดความเหลื่อมล้ำในสังคมเมืองและชนบท ภายใต้ “โครงการขอนแก่นไม่ทอดทิ้งกัน ดูแลผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และสิ่งแวดล้อมที่ดี เมืองขอนแก่นน่าอยู่ น่าอาศัย ด้วยการจัดการขยะ”

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑. เพื่อศึกษาการลดความเหลื่อมล้ำการให้บริการทางสุขภาพโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ : District Health Board (DHB)
๒. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการบริหารจัดการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ : District Health Board (DHB) ในพื้นที่อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น
๓. เพื่อเสนอการบริหารจัดการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ : District Health Board (DHB) ในพื้นที่อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

ขอบเขตของการวิจัย

๑. การวิจัยครั้งนี้ มุ่งศึกษาการบริหารจัดการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ : District Health Board (DHB) อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ ในการบริหารจัดการพัฒนาคุณภาพชีวิต เพื่อช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการให้บริการทางสุขภาพแก่ประชาชน
๒. ประชากรกลุ่มที่ทำการวิจัย ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่หรือผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุข และประชาชนผู้รับบริการ/ผู้ป่วย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่ม ทั้งฝ่ายกำหนดนโยบาย ฝ่ายปฏิบัติ และประชาชนผู้รับบริการ/ผู้ป่วย
๓. พื้นที่ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกพื้นที่ในเขตอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น เป็นพื้นที่วิจัย เนื่องจากเป็นอำเภอนำร่องของจังหวัดขอนแก่น และเป็นอำเภอขนาดใหญ่
๔. ระยะเวลาการศึกษาวิจัย ช่วงเดือน พฤศจิกายน ๒๕๖๐ – เมษายน ๒๕๖๑

^๓สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. “การพัฒนาคุณภาพชีวิต ผ่านกลไก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอ : DHB”. (เอกสารประกอบการประชุมนายอำเภอ. ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๖๐).

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ซึ่งมีกระบวนการและขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

๑. การวิจัยเอกสาร(Documentary Research) ได้จากการศึกษาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลชั้นปฐมภูมิ (Primary Source) และชั้นทุติยภูมิ (Secondary Source) ที่เป็นตำรา คู่มือ หนังสือ วารสาร บทความ วิทยานิพนธ์ รายงานการวิจัย เอกสาร แผนงาน รายงานการประชุม และเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๒. การวิจัยภาคสนาม (Field Research) เพื่อศึกษาองค์ความรู้ ความเป็นมา สภาพปัญหา ปัจจุบัน แนวทาง และรูปแบบในการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เก็บข้อมูลด้วยเครื่องมือแบบสัมภาษณ์ (Interview Form) ที่สร้างขึ้น รวมทั้งการสังเกตการณ์ในการประชุมคณะกรรมการ หรือการลงพื้นที่ปฏิบัติงานในโอกาสต่าง ๆ

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

๑. ได้รู้กระบวนการและแนวทางการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ : District Health Board (DHB) ของอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ในการนำบริการด้านสุขภาพให้เข้าถึงประชาชนในพื้นที่เพื่อลดความเหลื่อมล้ำการให้บริการทางสุขภาพของประชาชน

๒. ได้ทราบถึงปัญหา อุปสรรค ในการทำงานและการนำนโยบายสู่การปฏิบัติในพื้นที่ ตลอดจนข้อเสนอแนะต่าง ๆ ในการบริหารจัดการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ : District Health Board (DHB) ในพื้นที่อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

๓. นำผลที่ได้จากการศึกษาเป็นแนวทางในการปรับปรุงการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น และเป็นต้นแบบให้อำเภออื่น ๆ นำจุดแข็งไปขยายผลสู่การปฏิบัติ นำไปศึกษาเป็นแนวทางและปรับใช้กับพื้นที่ ส่วนเมื่อพบจุดอ่อนประการใดจักได้นำมาสังเคราะห์นำเสนอวิธีแก้ไขปรับปรุงเพื่อความสมบูรณ์ของการบริหารจัดการและการดำเนินการต่อไป

บทที่ ๒

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

นโยบายชาติด้านการสาธารณสุข

นโยบายที่สำคัญของประเทศไทยด้านการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษานโยบาย แผนงาน ยุทธศาสตร์หลายส่วนด้วยกัน ดังนี้

๑. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข)^๑

ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๗๙) กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุข ใช้กลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ดังนี้

วิสัยทัศน์ (vision) เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี

พันธกิจ (mission) พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพ อย่างมีส่วนร่วม และยั่งยืน
เป้าหมาย (intention) ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพ
ยั่งยืน

ค่านิยม (core value) MOPH : Mastery , Originality , People-centered , Humility

Mastery คือ เป็นนายตนเอง

Originality คือ เร่งสร้างสิ่งใหม่

People-centered คือ ใส่ใจประชาชน

Humility คือ ถ่อมตนอ่อนน้อม

โดยแผนยุทธศาสตร์หลัก ประกอบด้วย ๔ ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ (๔ Excellence) ดังนี้ ๑) ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence) ๒) บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) ๓) บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ ๔) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) มีแผนงานโครงการ รวมทั้งสิ้น ๑๕ แผนงาน ๔๕ โครงการ ยุทธศาสตร์ ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) แบ่งออกเป็น ๔ ระยะ ช่วงละ ๕ ปี เพื่อให้จัดลำดับความสำคัญในการทำงาน และการจัดสรรทรัพยากร แบ่งได้ เป็น ๔ ช่วง คือ ช่วงที่ ๑ ปฏิรูประบบ (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) ช่วงที่ ๒ สร้างความเข้มแข็ง (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) ช่วงที่ ๓ สู่อำนาจยั่งยืน (พ.ศ. ๒๕๗๐ – ๒๕๗๔) ช่วงที่ ๔ เป็น ๑ ใน ๓ ของเอเชีย (พ.ศ. ๒๕๗๕ – ๒๕๗๙)

^๑ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๗๙) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๖๑). (๒๕๖๐).

ตารางที่ ๒ - ๑ การจัดลำดับความสำคัญยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข)

ช่วงเวลา	จุดเน้นหลัก	รายละเอียด
๒๕๖๐ - ๒๕๖๔	ปฏิรูประบบ	การปรับเปลี่ยนระบบบริหารจัดการที่ยังเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาอีกครั้ง การวางพื้นฐานระบบสุขภาพใหม่ เช่น การวางระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างบูรณาการ ลดค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพในระยะยาว การปรับระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำของแต่ละกองทุน เป็นต้น
๒๕๖๕ - ๒๕๖๙	สร้างความเข้มแข็ง	การจัดโครงสร้างพื้นฐาน กำลังคน รวมทั้งระบบการบริหารจัดการให้เข้มแข็ง รวมไปถึงระบบควบคุมป้องกันโรค งานอนามัยสิ่งแวดล้อม และที่สำคัญคือ การทำให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตัวเองได้
๒๕๗๐ - ๒๕๗๔	สู่ความยั่งยืน	เป็นช่วงที่ระบบสุขภาพของไทยต้องมีความยั่งยืนทางการเงิน การคลัง ประเทศสามารถพึ่งพาตนเองได้ โดยเฉพาะด้านยาและเวชภัณฑ์ ต่างๆ พึ่งพาต่างประเทศให้น้อยที่สุด
๒๕๗๕ - ๒๕๗๙	เป็น ๑ ใน ๓ ของเอเชีย	ระบบสุขภาพไทยจะต้องเป็นระบบสุขภาพที่ทันสมัย มีประสิทธิภาพ คุณภาพ สังคมมีส่วนร่วมสามารถตรวจสอบได้ ทั้งนี้ จะต้องสามารถแข่งขันหรือเทียบเคียงกับนานาชาติได้ โดยตั้งเป้าว่าจะต้องเป็น ๑ ใน ๓ ของเอเชีย ใน ๒๐ ปีข้างหน้า

ที่มา : สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๙. หน้า ๒.

๑.๑ กรอบแนวคิดแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๙)^๒

แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๙) ได้พัฒนาจากการวิเคราะห์เงื่อนไขและสถานการณ์ ภายใต้บริบทสิ่งแวดล้อมของสังคมไทย และกระแสโลกในปัจจุบันถึงแนวโน้มความท้าทายในอนาคตที่มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชน โดยแผนยุทธศาสตร์ฯ มีความสอดคล้องและเชื่อมโยงสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ (Sustainable Development Goals - SDGs) เป็นไปตามแนวทางของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี นโยบายรัฐบาล นโยบายประเทศไทย ๔.๐ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ

^๒ เรืองเดียวกัน. หน้า ๑๐.

ฉบับที่ ๑๒ รวมทั้งแนวนโยบายประชารัฐ และประเด็นเร่งด่วน เพื่อเป้าหมายการปฏิรูปประเทศไทยของรัฐบาล ซึ่งเกี่ยวข้องกับการปฏิรูปสาธารณสุข ๑๐ ประเด็นสำคัญ ได้แก่ ๑) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ๒) การพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster: PCC) ๓) การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) ๔) การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care: LTC) ๕) นโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) ๖) การพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉิน ด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Operation Center: EOC) ๗) การพัฒนาอุตสาหกรรมทางการแพทย์ครบวงจร ๘) การเพิ่มประสิทธิภาพการขึ้นทะเบียนและใบอนุญาต ๙) ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพ และ ๑๐) โครงการ GREEN & CLEAN Hospitals

แผนภาพที่ ๒ - ๑ แสดงกรอบแนวคิดแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.๒๕๖๐ - ๒๕๗๙)



ที่มา : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๐. หน้า ๑๐.

โดยกรอบแนวคิดการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติฯ นี้ เป็นกรอบการพัฒนาระยะยาว มุ่งเน้นเพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ “ประเทศไทย มีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้วด้วย การพัฒนาตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรหลักในการขับเคลื่อนที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายต่างๆ เพื่อเป้าหมายสูงสุดให้คนไทยมีสุขภาพดี

๑.๒ ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข

ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข ได้แบ่งออกเป็น ๔ ยุทธศาสตร์ ๑๕ แผนงาน ๔๕ โครงการ โดยมีรายละเอียดแผนงานดังนี้

๑.๒.๑ Promotion, Prevention & Protection Excellence

(ส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรคเป็นเลิศ)

- ๑.๒.๑.๑ พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย
- ๑.๒.๑.๒ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
- ๑.๒.๑.๓ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
- ๑.๒.๑.๔ การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

๑.๒.๒ Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)

- ๑.๒.๒.๑ การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
- ๑.๒.๒.๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
- ๑.๒.๒.๓ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร

และระบบส่งต่อ

- ๑.๒.๒.๔ การพัฒนาโครงการตามพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ
- ๑.๒.๒.๕ อุตสาหกรรมทางการแพทย์

๑.๒.๓ People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)

- ๑.๒.๓.๑ การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

๑.๒.๔ Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศ)

- ๑.๒.๔.๑ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
- ๑.๒.๔.๒ การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
- ๑.๒.๔.๓ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
- ๑.๒.๔.๔ การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ
- ๑.๒.๔.๕ การปรับโครงสร้างและพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ

แผนภาพที่ ๒ - ๒ แสดงความเชื่อมโยงของยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี กับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒



ที่มา : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๐. หน้า ๑๑.

๒. แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑^๓

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงปัจจัยทั้งภายในและภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต เช่น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรไทย การเปลี่ยนแปลงฐานเศรษฐกิจไปสู่ยุคดิจิทัลการเกิดของโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ การเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อที่

^๓ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑. (๒๕๖๐).

สามารถป้องกันได้ ปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม ภัยพิบัติธรรมชาติ และภัยก่อการร้าย เป็นต้น กระทรวงสาธารณสุขจึงจัดทำแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานของหน่วยงานภายในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของบริบททางสังคม นโยบายและยุทธศาสตร์ในระดับชาติ รวมไปถึงการปฏิรูปประเทศและปฏิรูประบบสุขภาพ ไปสู่ความเป็นประเทศไทย ๔.๐ โดยการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้ทบทวนแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ เริ่มจากการสังเคราะห์ การประเมินผลการดำเนินงานในระยะ ๙ เดือน และผลสรุปจากการประชุมระดมสมองของผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งในระดับส่วนกลางและส่วนภูมิภาค รวมทั้งการนำนโยบายประเทศไทย ๔.๐ ด้านสาธารณสุข มาพิจารณาร่วมกัน เพื่อปรับปรุงให้แผนยุทธศาสตร์มีความชัดเจน เป็นรูปธรรม มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการปฏิบัติงานยิ่งขึ้น จนได้แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ซึ่งสอดคล้องกับการจัดลำดับความสำคัญภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ซึ่งแบ่งออกเป็น ๔ ระยะ และในแต่ละระยะมีจุดเน้นแตกต่างกันไป โดยในระยะ ๕ ปีแรก (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) คือการมุ่งปฏิรูประบบสุขภาพ เน้นปรับเปลี่ยนโครงสร้างระบบบริหารจัดการที่ยังเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาอีกครั้ง รวมถึงการวางพื้นฐานระบบสุขภาพใหม่ เช่น การวางระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างบูรณาการ ลดค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพในระยะยาว การปรับระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อลดความเหลื่อมล้ำของแต่ละกองทุน เป็นต้น โดยมียุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ ๔ ด้าน คือ ๑) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence) ๒) ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) ๓) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ ๔) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ประกอบด้วย ๑๕ แผนงาน ๔๕ โครงการ และ ๘๐ ตัวชี้วัด โดยกำหนดเป้าหมาย และมาตรการที่ต้องการจะบรรลุให้ได้ภายใน ๑ ปี ให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลภายใต้งบประมาณและทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดความคุ้มค่ามากที่สุด รวมทั้งได้กำหนดแนวทางการถ่ายทอดยุทธศาสตร์และตัวชี้วัด สร้างความเข้าใจแก่ผู้ปฏิบัติงานในทุกะดับในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง และมีการติดตามประเมินผลที่สะดวก รวดเร็วเพื่อลดขั้นตอนในการปฏิบัติงานอีกด้วย

นอกจากนี้การทบทวนแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขจะมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องทุกปี เพื่อปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลอยู่เสมอ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” โดยในส่วนของแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ได้จัดทำขึ้นโดยเชื่อมโยงกับประเด็นดังต่อไปนี้

๒.๑ ร่างกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี^๔

คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๕๘ เห็นชอบให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี เพื่อจัดทำยุทธศาสตร์และกรอบการปฏิรูป เพื่อ

^๔เรื่องเดียวกัน. หน้า ๓.

จัดทำร่างกรอบยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี ใช้ในการขับเคลื่อนและพัฒนาประเทศ ให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” โดยยุทธศาสตร์ชาติที่จะใช้เป็นกรอบแนวทางการพัฒนาระยะ ๒๐ ปี ประกอบด้วย ๖ ยุทธศาสตร์ ดังนี้

๒.๑.๑ ยุทธศาสตร์ด้านความมั่นคง มีเป้าหมายทั้งในการสร้างเสถียรภาพภายในประเทศ และช่วยลดและป้องกันภัยคุกคามจากภายนอก รวมทั้งสร้างความเชื่อมั่นในกลุ่มประเทศอาเซียนและประชาคมโลกที่มีต่อประเทศไทย

๒.๑.๒ ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน เพื่อให้ประเทศไทยสามารถพัฒนาไปสู่การเป็นประเทศพัฒนาแล้ว ซึ่งจำเป็นต้องยกระดับผลิตภาพการผลิตและการใช้นวัตกรรมในการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันและการพัฒนาอย่างยั่งยืนทั้งในสาขาอุตสาหกรรม เกษตรและบริการ การสร้างความมั่นคงและปลอดภัยด้านอาหาร การเพิ่มขีดความสามารถทางการค้าและการเป็นผู้ประกอบการ รวมทั้งการพัฒนาฐานเศรษฐกิจแห่งอนาคต ทั้งนี้ภายใต้กรอบการปฏิรูปและพัฒนาปัจจัยเชิงยุทธศาสตร์ทุกด้าน อันได้แก่ โครงสร้างพื้นฐานและระบบโลจิสติกส์ วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรม การพัฒนาทุนมนุษย์ และการบริหารจัดการทั้งในภาครัฐและภาคธุรกิจเอกชน

๒.๑.๓ ยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน เพื่อพัฒนาคนและสังคมไทยให้เป็นรากฐานที่แข็งแกร่งของประเทศ มีความพร้อมทางกาย ใจ สติปัญญา มีความเป็นสากล มีทักษะการคิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล มีระเบียบวินัย เคารพกฎหมาย มีคุณธรรม จริยธรรม รู้คุณค่าความเป็นไทยมีครอบครัวที่มั่นคง โดยมีกรอบแนวทางที่ต้องให้ความสำคัญและเกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่

๒.๑.๓.๑ การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิตให้สนับสนุนการเจริญเติบโตของประเทศ

๒.๑.๓.๒ การสร้างเสริมให้คนมีสุขภาพที่ดี

๒.๑.๓.๓ การสร้างความอยู่ดีมีสุขของครอบครัวไทย เสริมสร้างบทบาทของสถาบันครอบครัวในการบ่มเพาะจิตใจให้เข้มแข็ง

๒.๑.๔ ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคม เพื่อเร่งกระจายโอกาสการพัฒนาและสร้างความมั่นคงให้ทั่วถึง ลดความเหลื่อมล้ำไปสู่สังคมที่เสมอภาคและเป็นธรรม โดยมีกรอบแนวทางที่ต้องให้ความสำคัญและเกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่

๒.๑.๔.๑ การสร้างความมั่นคงและการลดความเหลื่อมล้ำทางด้านเศรษฐกิจและสังคม

๒.๑.๔.๒ การพัฒนาระบบบริการและระบบบริหารจัดการสุขภาพ

๒.๑.๔.๓ การสร้างสภาพแวดล้อมและนวัตกรรมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตในสังคมสูงวัย

๒.๑.๕ ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม เพื่อเร่งอนุรักษ์ฟื้นฟูและสร้างความมั่นคงของฐานทรัพยากรธรรมชาติ และมีความมั่นคงด้านน้ำ รวมทั้งมีความสามารถในการป้องกันผลกระทบและปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและภัยพิบัติธรรมชาติ และพัฒนามุ่งสู่การเป็นสังคมสีเขียว

๒.๑.๖ ยุทธศาสตร์ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ เพื่อให้หน่วยงานภาครัฐมีขนาดที่เหมาะสมกับบทบาทภารกิจ มีสมรรถนะสูง มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลกระจายบทบาทภารกิจไปสู่ท้องถิ่นอย่างเหมาะสม มีธรรมาภิบาล

๒.๒ แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข)^๕

หลังจากที่นายกรัฐมนตรี (พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา) ได้มีข้อสั่งการเมื่อวันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๙ ให้ทุกส่วนราชการจัดทำแผนงานในภารกิจหลักของหน่วยงานระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๗๙) เพื่อให้สอดคล้องกับการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ในการจัดทำยุทธศาสตร์และกรอบการปฏิรูป และจัดทำร่างกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี เพื่อใช้ในการขับเคลื่อนและพัฒนาประเทศ ให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” กระทรวงสาธารณสุขในฐานะส่วนราชการ จึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ขึ้น ตามข้อสั่งการของนายกรัฐมนตรีฯ อีกทั้งระบบสุขภาพไทยกำลังเผชิญกับสิ่งที่ท้าทายจากระดับ อาชีพ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเปลี่ยนจากสังคมชนบทสู่สังคมเมือง การเชื่อมต่อการค้าการลงทุนทั่วโลก ตลอดจนความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ส่งผลให้ประชาชนมีความคาดหวังต่อคุณภาพของระบบบริการมากขึ้น ขณะที่งบประมาณภาครัฐเริ่มมีจำกัด ไม่เพียงพอต่อการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข ทำให้ระบบสุขภาพไทยต้องเตรียมเพื่อรับมือกับสิ่งต่างๆเหล่านี้ ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขในฐานะหน่วยงานหลักของประเทศ จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการกำหนดยุทธศาสตร์ระยะ ๒๐ ปี เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี และส่งผลต่อการใช้จ่ายภาครัฐด้านสุขภาพของประเทศต่อไป สอดรับกับการปฏิรูปประเทศไทยและการปฏิรูปด้านสาธารณสุข เพื่อสร้างความเข้มแข็งและมั่นคงยั่งยืนให้กับระบบสุขภาพทัดเทียมกับนานาประเทศในเอเชียได้ จึงได้วางทิศทางในการวางแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) เป็น ๔ ระยะ ระยะละ ๕ ปี และมีจุดเน้นหนักแต่ละระยะ คือ ระยะที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔ ปฏิรูประบบระยะที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙ สร้างความเข้มแข็ง ระยะที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๗๐ – ๒๕๗๔ สู่อุตสาหกรรมระยะที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๗๕ – ๒๕๗๙ เป็น ๑ ใน ๓ ของเอเชีย โดยยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ประกอบด้วย

วิสัยทัศน์ : เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี

พันธกิจ : พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพ อย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน

เป้าหมาย : ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

^๕ เรืองเดียวกัน. หน้า ๔.

ยุทธศาสตร์ ๔ Excellence : ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) ยุทธศาสตร์ที่ ๓ ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) ยุทธศาสตร์ที่ ๔ บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

๒.๓ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔)^๖

ในช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ นี้ จะเป็นอย่างสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี โดยเน้นการปฏิรูปประเทศเพื่อแก้ปัญหาพื้นฐานด้านต่างๆของประเทศไทย ไม่ว่าจะเป็นด้านสังคมที่กำลังจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเมื่อสิ้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ การเชื่อมต่อด้านการค้าและเศรษฐกิจระดับคุณภาพและการเข้าถึงการศึกษาและการสาธารณสุข การขาดแคลนวัยแรงงาน ความเหลื่อมล้ำ รวมไปถึงการพัฒนานวัตกรรมใหม่ๆเพื่อรองรับการวิวัฒน์ของเทคโนโลยี และความเป็นอยู่ในสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว โดยหลักการสำคัญของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ เช่น การน้อมนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ต่อเนื่องมาตั้งแต่แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๙ รวมไปถึงการยึดวิสัยทัศน์ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” หรือเป็นคติพจน์ประจำชาติว่า “มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” เป็นต้น จึงจะเห็นได้ว่า การพัฒนาในช่วง ๕ ปีภายใต้แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๒ จึงถือเป็นกลไกหลัก และเป็น ๕ ปีแรกของการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๙) ไปสู่การปฏิบัติในลำดับแรกเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในระยะยาวได้ในที่สุด โดยยุทธศาสตร์ที่กำหนดในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๒ มีทั้งหมด ๑๐ ยุทธศาสตร์ โดยจะครอบคลุมทั้งในมิติเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม รวมไปถึงการมุ่งเน้นการพัฒนาพื้นฐานเชิงยุทธศาสตร์และกลไกสนับสนุนยุทธศาสตร์ให้สัมฤทธิ์ผลในทุกมิติ ประกอบไปด้วย

๒.๓.๑ ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์

๒.๓.๒ ยุทธศาสตร์การสร้างความเป็นธรรมลดความเหลื่อมล้ำในสังคม

๒.๓.๓ ยุทธศาสตร์การสร้างความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจและแข่งขันได้

อย่างยั่งยืน

๒.๓.๔ ยุทธศาสตร์การเติบโตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาที่

ยั่งยืน

๒.๓.๕ ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างความมั่นคงแห่งชาติดีเพื่อการพัฒนาประเทศสู่ความมั่งคั่งและยั่งยืน

๒.๓.๖ ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการในภาครัฐ การป้องกันการทุจริตประพฤติมิชอบและธรรมาภิบาลในสังคมไทย

๒.๓.๗ ยุทธศาสตร์การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและระบบโลจิสติกส์

^๖ เรืองเดียวกัน. หน้า ๕.

๒.๓.๘ ยุทธศาสตร์การพัฒนาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัย และ นวัตกรรม

๒.๓.๙ ยุทธศาสตร์การพัฒนาภาค เมือง และพื้นที่เศรษฐกิจ

๒.๓.๑๐ ยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อการพัฒนา

๒.๔ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒^๗

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) อยู่ภายใต้ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ เป็นแผนพัฒนาระยะ ๕ ปี และเป็นกลไกเชื่อมต่อ เป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ ด้าน สุขภาพ ให้สามารถนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม จึงได้ยึดหลักการ ดังนี้ (๑) ยึดหลักปรัชญา เศรษฐกิจพอเพียง (๒) ยึดคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนาเพื่อให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี (๓) ยึดเป้าหมาย อนาคตประเทศไทยปี ๒๕๗๙ ควบคู่กับกรอบเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) (๕) การปรับ โครงสร้างประเทศไทยไปสู่ประเทศไทย ๔.๐ (๖) ประเด็นการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (๗) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (๘) กรอบแนวทางแผนระยะ ๒๐ ปี ด้าน สาธารณสุข เพื่อวางฐานรากของระบบสุขภาพในระยะ ๕ ปี ให้เข้มแข็งเพื่อคนไทยมีสุขภาพแข็งแรง สามารถสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยแผนพัฒนา สุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ ประกอบด้วย

๒.๔.๑ วิสัยทัศน์ : ระบบสุขภาพไทยเข้มแข็ง เป็นเอกภาพ เพื่อคนไทย สุขภาพดีสร้างประเทศให้มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน

๒.๔.๒ พันธกิจ : เสริมสร้าง สนับสนุนและประสานให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน นักวิชาการและภาคประชาสังคม ในการอภิบาลและพัฒนา ระบบสุขภาพไทยให้เข้มแข็ง รองรับกับบริบทของการเปลี่ยนแปลงในอนาคต

๒.๔.๓ เป้าประสงค์ :

๒.๔.๓.๑ ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ลดลง

๒.๔.๓.๒ คนไทยทุกกลุ่มวัยมีสุขภาวะที่ดี ลดการตาย ก่อนวัยอันควร

๒.๔.๓.๓ เพิ่มขีดความสามารถของระบบบริการสุขภาพทุกระดับ ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก เหมาะสม

๒.๔.๓.๔ มีบุคลากรด้านสุขภาพที่ดูแลประชาชน ในสัดส่วนที่เหมาะสม

๒.๔.๓.๕ มีกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

๒.๔.๔ ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ : ประกอบด้วย

๒.๔.๔.๑ ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เร่งการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุก

^๗ เรืองเดียวกัน. หน้า ๖.

๒.๔.๔.๒ ยุทธศาสตร์ที่ ๒ สร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ
ในระบบบริการสุขภาพ

๒.๔.๔.๓ ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาและสร้างกลไกเพื่อเพิ่ม
ประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

๒.๔.๔.๔ ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาและสร้างความเข้มแข็งในการ
อภิบาลระบบสุขภาพ

๒.๕ นโยบายรัฐบาล^๕

ในรัฐบาลปัจจุบันโดยมีพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา เป็นนายกรัฐมนตรี ได้
แถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรีต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) เมื่อวันที่ ๑๒ กันยายน พ.ศ.
๒๕๕๗ โดยได้กำหนดแนวทางการแก้ปัญหาของประเทศเป็นสามระยะ และมีนโยบาย ๑๑ ด้าน โดย
นำยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศว่าด้วยการพัฒนาตามแนวพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระ
เจ้าอยู่หัว มาเป็นหลักสำคัญ รวมถึงใช้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง แนวทางของคณะรักษาความสงบ
แห่งชาติ และความต้องการของประชาชนเป็นแนวทาง ในการกำหนดนโยบาย ดังนี้

๒.๕.๑ การปกป้องและเชิดชูสถาบันพระมหากษัตริย์
๒.๕.๒ การรักษาความมั่นคงของรัฐและการต่างประเทศ
๒.๕.๓ การลดความเหลื่อมล้ำของสังคม และการสร้างโอกาสการเข้าถึง
บริการของรัฐ

๒.๕.๔ การศึกษาและเรียนรู้ การทะนุบำรุงศาสนา ศิลปะและวัฒนธรรม
๒.๕.๕ การยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพของ
ประชาชน

๒.๕.๖ การเพิ่มศักยภาพทางเศรษฐกิจของประเทศ
๒.๕.๗ การส่งเสริมบทบาทและการใช้โอกาสในประชาคมอาเซียน
๒.๕.๘ การพัฒนาและส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี
การวิจัยและพัฒนา และนวัตกรรม

๒.๕.๙ การรักษาความมั่นคงของฐานทรัพยากร และการสร้างสมดุล
ระหว่างการอนุรักษ์กับการใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืน

๒.๕.๑๐ ทุจริตและประพฤติมิชอบในภาครัฐ

๒.๕.๑๑ การปรับปรุงกฎหมายและกระบวนการยุติธรรม

โดยนโยบายที่เกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุขคือนโยบายด้านที่ ๕ การยกระดับคุณภาพ
บริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพของประชาชน โดยรัฐบาลจะวางรากฐานพัฒนาและเสริมความ
เข้มแข็งให้แก่การให้บริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชนโดยเน้นความทั่วถึงความมี
คุณภาพและประสิทธิภาพ ดังนี้

^๕ เรืองเดียวกัน. หน้า ๗.

๑. วางรากฐานให้ระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรในทุกภาคส่วนอย่างมีคุณภาพโดยไม่มีความเหลื่อมล้ำของคุณภาพบริการในแต่ละระบบและบูรณาการข้อมูลระหว่างทุกระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ

๒. พัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยเน้นการป้องกันโรคมามากกว่ารอให้ป่วยแล้วจึงมา รักษาสร้างกลไกการจัดการสุขภาพในระดับเขตแทนการกระจุกตัวอยู่ที่ส่วนกลางปรับระบบการจ้างงานการกระจายบุคลากรและทรัพยากรสาธารณสุขให้เหมาะสมกับท้องถิ่นและให้ภาคเอกชนสามารถมีส่วนร่วมในการจ้างบุคลากรเพื่อจัดบริการสาธารณสุขโดยรัฐเป็นผู้กำกับดูแลสนับสนุนความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชนในการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยส่งเสริมการลงทุนและการใช้ทรัพยากรและบุคลากรร่วมกันโดยมีข้อตกลงที่รัดกุมและเป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่าย

๓. เสริมความเข้มแข็งของระบบเฝ้าระวังโรคระบาดโดยเฉพาะโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ โดยมีเครือข่ายหน่วยเฝ้าระวังหน่วยตรวจวินิจฉัยโรคและหน่วยที่สามารถตัดสินใจเชิงนโยบายในการสกัดกั้น

การแพร่กระจายได้อย่างทันท่วงที

๔. ป้องกันและแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุในการจราจรอันนำไปสู่การบาดเจ็บและเสียชีวิตโดยการร่วมมือระหว่างฝ่ายต่างๆในการตรวจจับเพื่อป้องกันการรายงานและการดูแลผู้บาดเจ็บ

๕. ส่งเสริมการกีฬาเพื่อสุขภาพใช้กีฬาเป็นสื่อในการพัฒนาลักษณะนิสัยเยาวชนให้น้ำใจนักกีฬามีวินัยปฏิบัติตามกฎกติกา มารยาทและมีความสามัคคีอีกทั้งพัฒนานักกีฬาให้มีศักยภาพสามารถแข่งขันในระดับนานาชาติจนสร้างชื่อเสียงแก่ประเทศชาติ

๖. ประสานการทำงานระหว่างภาคส่วนต่างๆในสังคมเพื่อป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครกในวัยรุ่นและปัญหาด้านการแพทย์และจริยธรรมของการอุ้มบุญการปลูกถ่ายอวัยวะและสเต็มเซลล์โดยจัดให้มีมาตรการและกฎหมายที่รัดกุมเหมาะสมกับประเด็นที่เป็นปัญหาใหม่ของสังคม

๗. พัฒนาขีดความสามารถในการวิจัยด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขโดยจัดให้มีบุคลากรและเครื่องมือที่ทันสมัยและให้มีความร่วมมือทั้งระหว่างหน่วยงานภายในประเทศและหน่วยงานต่างประเทศโดยเฉพาะในการป้องกันและรักษาโรคที่มีความสำคัญ

๒.๖ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs)^๙

เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน หรือ Sustainable Development Goals: SDGs นั้น ริเริ่มโดยสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ (United Nations General Assembly: UN) เมื่อปีค.ศ. ๒๐๑๐ โดยเป็นการดำเนินงานต่อเนื่องจากเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ หรือ Millennium Development Goals: MDGs มีเป้าหมายเพื่อกระตุ้นให้ประเทศต่างๆ พัฒนาประเทศเพื่อขจัดความยากจน ความหิวโหย ส่งเสริมสิทธิมนุษยชน ความเท่าเทียม เทคโนโลยีที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และพร้อมรับมือต่อการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ ซึ่งได้สิ้นสุดลงเมื่อปี ค.ศ. ๒๐๑๕ หลังจากนั้น UN จึงได้ริเริ่มกระบวนการหารือเพื่อกำหนดวาระการพัฒนาภายหลังปี ค.ศ. ๒๐๑๕ (The Post – 2015 Development Agenda) ตามกระบวนทัศน์ “การพัฒนาที่ยั่งยืน” โดย

^๙ เรื่องเดียวกัน. หน้า ๘.

ประเด็นสำคัญของการจัดทำเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน หรือ Sustainable Development Goals : SDGs ประกอบไปด้วย ๑๗ เป้าหมายหลัก ที่ต้องบรรลุและดำเนินการให้ได้ภายในปี ค.ศ. ๒๐๓๐ ดังนี้

- ๒.๖.๑ ยุติความยากจนทุกรูปแบบทุกหนแห่ง
- ๒.๖.๒ ยุติความหิวโหยสร้างความมั่นคงทางอาหารยกระดับโภชนาการ และส่งเสริมเกษตรกรรมยั่งยืน
- ๒.๖.๓ สร้างหลักประกันสุขภาพและส่งเสริมสุขภาวะของทุกคนทุกวัย
- ๒.๖.๔ สร้างหลักประกันถ้วนหน้าความเท่าเทียมด้านคุณภาพการศึกษา และส่งเสริมโอกาสในการเรียนรู้ตลอดชีวิตสำหรับทุกคน
- ๒.๖.๕ บรรลุความเท่าเทียมทางเพศและสร้างความเข้มแข็งแก่ผู้หญิงและเด็กหญิง
- ๒.๖.๖ สร้างหลักประกันให้มีการบริหารจัดการน้ำและการสุขาภิบาลอย่างยั่งยืนสำหรับทุกคน
- ๒.๖.๗ สร้างหลักประกันการเข้าถึงพลังงานยุคใหม่ที่มีราคาซื้อหาได้ที่ เชื่อถือได้และมีความยั่งยืนสำหรับทุกคน
- ๒.๖.๘ ส่งเสริมความยั่งยืนความเท่าเทียมและการเติบโตทางเศรษฐกิจที่ยั่งยืนรวมทั้งโอกาสในการทำงานที่ดีและมีประสิทธิภาพสำหรับทุกคน
- ๒.๖.๙ เร่งสร้างระบบสาธารณูปโภคพื้นฐานส่งเสริมการพัฒนาอุตสาหกรรมที่เท่าเทียมและยั่งยืนและสนับสนุนนวัตกรรม
- ๒.๖.๑๐ ลดความเหลื่อมล้ำในประเทศและระหว่างประเทศต่างๆ
- ๒.๖.๑๑ ทำให้เมืองและที่ตั้งถิ่นฐานของประชาชนมีความเท่าเทียมปลอดภัยมั่นคงและยั่งยืน
- ๒.๖.๑๒ สร้างหลักประกันแก่ระบบการบริโภคและการผลิตที่ยั่งยืน
- ๒.๖.๑๓ ดำเนินการเรื่องการเปลี่ยนแปลงสภาวะภูมิอากาศและผลกระทบอย่างเร่งด่วน
- ๒.๖.๑๔ อนุรักษ์และใช้ทรัพยากรทางทะเลอย่างยั่งยืนเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน
- ๒.๖.๑๕ ปกป้องฟื้นฟูและส่งเสริมการใช้ระบบนิเวศภาคพื้นดินอย่างยั่งยืน การจัดการป่าไม้ที่ยั่งยืนต่อสู้กับการแปรสภาพเป็นทะเลทรายหยุดยั้งและฟื้นฟูความเสื่อมโทรมของพื้นดินและหยุดยั้งการสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพ
- ๒.๖.๑๖ ส่งเสริมสังคมที่มีสันติภาพและความเท่าเทียมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนสนับสนุนให้ทุกคนเข้าถึงความยุติธรรมสร้างสถาบันทางสังคมที่มีประสิทธิภาพเชื่อถือได้และมีความเท่าเทียมในทุกระดับ
- ๒.๖.๑๗ เสริมสร้างความเข้มแข็งแก่การปฏิบัติและฟื้นฟูความร่วมมือของพันธมิตรระดับโลกเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

๒.๗ ประเทศไทย ๔.๐^{๑๐}

ในอดีตที่ผ่านมา ประเทศไทยมีโครงสร้างเศรษฐกิจที่เริ่มจากสังคมเกษตรกรรม หรือ ประเทศไทย ๑.๐ เน้นการสร้างรายได้จากการเกษตรเป็นหลัก ต่อมาจึงปรับเข้าสู่อุตสาหกรรมเบา หรือ ประเทศไทย ๒.๐ โดยมุ่งเน้นแรงงานราคาถูก ใช้ทรัพยากรธรรมชาติที่มีในประเทศ เช่น สิ่งทอ อาหาร หลังจากนั้นก็ได้ปรับเปลี่ยนเข้าสู่ประเทศไทย ๓.๐ ที่ให้ความสำคัญกับอุตสาหกรรมหนัก เช่น รถยนต์ อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ โดยใช้ต้นทุนและเทคโนโลยีจากต่างประเทศ เพื่อเน้นการส่งออก ทำให้ประเทศไทยมีอัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจมีการเติบโตอย่างต่อเนื่อง สูงสุดที่ ๗ - ๘ % ต่อปี แต่เมื่อถึงจุดหนึ่งหลังปี พ.ศ. ๒๕๔๐ อัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจปรับลดลงมาอยู่ที่ ๓ - ๔ % ต่อปีเท่านั้น และทำให้ประเทศไทย ติดอยู่ในกับดักประเทศรายได้ปานกลางมากกว่า ๒๐ ปี การปรับเปลี่ยนอีกครั้ง เพื่อเข้าสู่ประเทศไทย ๔.๐ หรือ Thailand 4.0 จึงเป็นการปรับเปลี่ยนโครงสร้างเศรษฐกิจแบบเดิมที่ขับเคลื่อนด้วยอุตสาหกรรมไปสู่เศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม เพื่อผลักดันให้ประเทศหลุดพ้นจาก ๓ กับดักที่กำลังเผชิญ นั่นคือ กับดักประเทศรายได้ปานกลาง กับดักความเหลื่อมล้ำ และ กับดักความไม่สมดุลของการพัฒนา โดยใช้พลังประชารัฐในการขับเคลื่อน ผู้มีส่วนร่วมหลักประกอบด้วยภาคเอกชน ภาคการเงิน การธนาคาร มหาวิทยาลัย และสถาบันวิจัยต่างๆ โดยเน้นตามความถนัดและจุดเด่นของแต่ละองค์กร และมีภาครัฐคอยสนับสนุนโดยแปลงความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบ ให้เป็นความได้เปรียบในเชิงแข่งขัน โดยการเติมเต็มด้วยวิทยาการ ความคิดสร้างสรรค์ นวัตกรรม วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และการวิจัยและพัฒนา แล้วต่อยอดความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบเป็น ๕ กลุ่มเทคโนโลยีและอุตสาหกรรม เป้าหมายอันประกอบด้วย

๒.๗.๑ กลุ่มอาหาร เกษตร และเทคโนโลยีชีวภาพ (Food, Agriculture & Bio – Tech)

๒.๗.๒ กลุ่มสาธารณสุข สุขภาพ และเทคโนโลยีการแพทย์ (Health, Wellness & Bio – Med)

๒.๗.๓ กลุ่มเครื่องมืออุปกรณ์อัจฉริยะ หุ่นยนต์และระบบเครื่องกลที่ใช้อิเล็กทรอนิกส์ควบคุม (Smart Devices, Robotics & Mechatronics)

๒.๗.๔ กลุ่มดิจิทัล เทคโนโลยีอินเทอร์เน็ตเชื่อมต่อและบังคับอุปกรณ์ต่างๆ ปัญญาประดิษฐ์และเทคโนโลยีสมองกลฝังตัว (Digital, IoT, Artificial Intelligence & Embedded Technology)

๒.๗.๕ กลุ่มอุตสาหกรรมสร้างสรรค์ วัฒนธรรม และบริการที่มีมูลค่าสูง (Creative, Culture & High Value Services)

จากประเด็นที่ได้กล่าวมาข้างต้น ถือได้ว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญในการกำหนดแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ โดยในระยะ ๕ ปีแรกนี้มีจุดเน้นคือ การปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ โดยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย และสร้างความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องให้แก่ประชาชนตั้งแต่ผู้ที่ยังมีร่างกายแข็งแรง ไปจนถึงผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษา โดยควบคู่ไปกับการให้บริการด้านสุขภาพในเชิงรุก ปรับเปลี่ยน

^{๑๐} เรื่องเดียวกัน. หน้า ๑๐.

โครงสร้างการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ เพื่อเพิ่มกำลังคนและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลคนไทย พร้อมทั้งนำนวัตกรรมเดิมเสริมนวัตกรรมใหม่โดยใช้เทคโนโลยีที่มีอยู่ในปัจจุบันมาพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพให้สามารถเข้าถึงได้ง่ายและครอบคลุมทั้งประเทศ สอดรับกับการเป็นประเทศไทย ๔.๐ โดยเป็นไปอย่างมีธรรมาภิบาล โปร่งใส และมีคุณธรรม

๓. ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑^{๑๑}

๓.๑ วิสัยทัศน์ (Vision)

เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี

๓.๒ พันธกิจ (Mission)

พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพ อย่างมีส่วนร่วม และยั่งยืน

๓.๓ ค่านิยมองค์กร (Core Values) : MOPH

M: Mastery คือ เป็นนายตนเอง

O: Originality คือ เร่งสร้างสิ่งใหม่

P: People centered approach คือ ใส่ใจประชาชน

H: Humility คือ ถ่อมตนอ่อนน้อม

๓.๔ เป้าหมาย (Ultimate Goal)

ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

๓.๕ ตัวชี้วัดหลักระดับองค์กร (Corporate KPIs)

๓.๕.๑ อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy : LE) ไม่น้อยกว่า ๗๕ ปี

๓.๕.๒ อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy: HALE) ไม่น้อยกว่า ๖๕.๖ ปี

๓.๕.๓ ดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐

๓.๕.๔ ดัชนีสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐

๓.๕.๕ การเข้าถึง (Access) อัตราการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย ร้อยละ ๒๐

๓.๕.๖ ความครอบคลุม (Coverage) สัปดาห์แพทย์ ๑ คน ต่อประชากร ๓,๓๓๕ คน และ สัปดาห์เตียงของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ๒.๓ ต่อพันประชากร

๓.๕.๗ มีคุณภาพ (Quality) รพศ., รพท., รพ.สังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต ได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ร้อยละ ๑๐๐ และ รพช. ร้อยละ ๘๐

๓.๕.๘ มีธรรมาภิบาล (Governance) หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมิน ITA ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๐

^{๑๑} เรืองเดียวกัน. หน้า ๓๒.

๓.๖ คำรับรองการปฏิบัติราชการของปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี

๒๕๖๑

ที่มีคุณภาพ

๓.๖.๑ ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

Care Cluster)

๓.๖.๒ ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary

๓.๖.๓ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

๓.๖.๔ อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention Rate)

๓.๖.๕ ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน

๓.๗ คำรับรองการปฏิบัติราชการของผู้ตรวจราชการกระทรวง สาธารณสุข ปี ๒๕๖๑

มีคุณภาพ

๓.๗.๑ ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่

Care Cluster)

๓.๗.๒ ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary

๓.๗.๓ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

(Happinometer) ไปใช้

๓.๗.๔ ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน

๓.๗.๕ อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention Rate)

๓.๗.๖ ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน

๓.๗.๗ ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีม
ตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง

๓.๗.๘ ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์
GREEN&CLEAN Hospital

๓.๗.๙ ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU)

๓.๗.๑๐ ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยตาม ๑๒ โรคหัตถการ ได้รับ
บริการแบบ One Day Surgery

๓.๗.๑๑ อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ใน
โรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)

๓.๗.๑๒ จำนวนเมืองสมุนไพร

๓.๗.๑๓ ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ
ของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๓.๗.๑๔ ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพ
มาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้น ๓

๓.๗.๑๕ ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม

๓.๘ ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ (๔ Excellence)

๓.๘.๑ ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและคุ้มครองผู้บริโภคน เป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence)

๓.๘.๑.๑ วัตถุประสงค์ : เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพดี ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โดยมีระบบตอบสนองต่อภัยสุขภาพต่างๆตลอดจนมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพที่ดี อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีส่งผลให้อายุขัยเฉลี่ยและคุณภาพชีวิตดีขึ้น

๓.๘.๑.๒ เป้าหมายการพัฒนา :

๑. ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพที่ดี
๒. มีระบบป้องกัน ควบคุมโรค ระบบเฝ้าระวังโรคที่สามารถตอบสนองได้ทันที
๓. มีระบบคุ้มครองผู้บริโภคที่มีประสิทธิภาพ
๔. มีระบบการบริการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชน
๕. ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค

๓.๘.๑.๓ แผนงาน :

- (ด้านสุขภาพ)
- แผนงานที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย
- แผนงานที่ ๒ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
- แผนงานที่ ๓ การป้องกันควบคุมโรค และลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
- แผนงานที่ ๔ การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

๓.๘.๑.๕ ตัวชี้วัด :

๑. พัฒนาการเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สมวัยมากกว่า ร้อยละ ๘๐
๒. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ไม่เกิน ๔๐ ต่อพันประชากร
๓. อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี ๒๕๖๐
๔. มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพร้อยละ ๕๐
๕. จังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง ร้อยละ ๘๕

๖. การเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ไม่เกิน ๑๖ ต่อแสนประชากร
๗. รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมผ่านเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ระดับดีมาก ร้อยละ ๒๐ และมีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก อย่างน้อยจังหวัดละ ๑ แห่ง

๓.๘.๑.๖ มาตรการ/แนวทางการพัฒนา :

๑. พัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพโดยการพัฒนาศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
๒. พัฒนาคุณภาพมาตรฐานการบริการ (ANC /WCC /NCD)
๓. พัฒนาระบบฐานข้อมูลรายบุคคล และเชื่อมโยงระบบข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
๔. ส่งเสริมการผลิตและพัฒนาศักยภาพบุคลากร
๕. เสริมสร้างความเข้มแข็งของป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
๖. ส่งเสริมและสนับสนุน สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภค
๗. ผลักดันและบังคับใช้กฎหมาย
๘. บริหารจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี
๙. สนับสนุนการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

๓.๘.๒ ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

๓.๘.๒.๑ วัตถุประสงค์ :

เพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพครอบคลุมทั่วถึงลดความเหลื่อมล้ำของผู้รับบริการในด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งมีระบบการส่งต่อที่มีคุณภาพเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมกัน

๓.๘.๒.๒ เป้าหมายการพัฒนา :

๑. มีหมอครอบครัวดูแลประชาชนทุกครัวเรือน
๒. มีระบบบริการสุขภาพที่ได้คุณภาพมาตรฐาน
๓. มีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ
๔. มีเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ทันสมัย และสามารถแข่งขันได้ในระดับสากล
๕. มีความร่วมมือทั้งระหว่างหน่วยงานภายในประเทศ และหน่วยงานต่างประเทศโดยเฉพาะในการป้องกันและรักษาโรคที่มีความสำคัญ

๓.๘.๒.๓ แผนงาน :

แผนงานที่ ๑ การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)

แผนงานที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

แผนงานที่ ๓ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ครบวงจรและระบบการส่งต่อ

แผนงานที่ ๔ การพัฒนาตามโครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ

แผนงานที่ ๕ อุตสาหกรรมทางการแพทย์

๓.๘.๒.๔ ตัวชี้วัด :

๑. คลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster) ร้อยละ ๓๖

๒. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ ≥ 40 และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ≥ 50 ที่ควบคุมได้

๓. โรงพยาบาลส่งเสริมการดูแลสุขภาพอย่างสมเหตุผล ผ่านเกณฑ์ขั้น ๑ มากกว่าร้อยละ ๘๐ และขั้นที่ ๒ มากกว่าร้อยละ ๒๐

๔. คัดกรอง CVD Risk ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันร้อยละ $\geq 82.5\%$

๕. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง น้อยกว่าร้อยละ ๗

๖. อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่เกิน ๒๗ ต่อแสนประชากร

๗. อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่าร้อยละ ๑๒

๘. ร้อยละ ๑๕ ของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยตาม ๑๒ โรคหัตถการ ได้รับการแบบ One Day Surgery

๙. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ ๘๕

๑๐. จำนวนเมืองสมุนไพร อย่างน้อยเขตสุขภาพละ ๑ จังหวัด

๓.๘.๒.๕ มาตรการ/แนวทางการพัฒนา :

๑. พัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) โดยให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแล ทุกครัวเรือน

๒. พัฒนาระบบบริการตามแผนพัฒนาบริการสุขภาพ (Service Plan) ที่ครอบคลุมทุกระบบในการให้บริการทุกพื้นที่

๓. พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและ พัฒนาระบบเครือข่ายการส่งต่อทุกระดับให้มีประสิทธิภาพ
๔. ส่งเสริมการใช้การแพทย์แผนไทย การแพทย์ ทางเลือก ภูมิปัญญาและสมุนไพรไทย
๕. สนับสนุนหน่วยงานบริการด้านสุขภาพให้ได้ มาตรฐานสากล
๖. ส่งเสริมการพัฒนานวัตกรรมด้านสุขภาพ และ เทคโนโลยีทางการแพทย์
๗. สนับสนุนการพัฒนาบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญ เฉพาะด้าน

๓.๘.๓ ยุทธศาสตร์ที่ ๓ ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

๓.๘.๓.๑ วัตถุประสงค์ :

เพื่อให้มีกำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอและมีคุณภาพ มีการกระจายที่เหมาะสม เป็นธรรมและทั่วถึง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของ ประชาชนอย่างแท้จริง

๓.๘.๓.๒ เป้าหมายการพัฒนา :

๑. วางแผนอัตรากำลังให้สอดคล้องกับกรอบความ ต้องการอัตรากำลังคนของประเทศ
๒. กระจายสัดส่วนบุคลากรสุขภาพทั้งในเขตเมืองและ ชนบทให้มีความสมดุลกัน
๓. ดำรงรักษากำลังคนด้านสุขภาพ

๓.๘.๓.๓ แผนงาน :

แผนงานที่ ๑ การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคน ด้านสุขภาพ

๓.๘.๓.๔ ตัวชี้วัด :

๑. หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐
๒. อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention Rate) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕
๓. ร้อยละของจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐

๓.๘.๓.๕ มาตรการ/แนวทางการพัฒนา :

๑. พัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

- รักษากำลังคนด้านสุขภาพ
๒. ส่งเสริมและสนับสนุนการผลิต พัฒนา และธำรง
- สุขภาพ
๓. สร้างเครือข่ายการผลิตและพัฒนากำลังคนด้าน
๔. ส่งเสริมและพัฒนาผู้เชี่ยวชาญในระบบสุขภาพ
๕. มีระบบฐานข้อมูลผู้เชี่ยวชาญ

๓.๘.๔ ยุทธศาสตร์ที่ ๔ บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

๓.๘.๔.๑ วัตถุประสงค์ :

เพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลงและยั่งยืน ด้วยการบริหารจัดการอย่างมีธรรมาภิบาล ระบบบริหารจัดการที่โปร่งใสเป็นธรรม ตรวจสอบได้

๓.๘.๔.๒ เป้าหมายการพัฒนา :

๑. วางรากฐานให้ระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรในทุกภาคส่วนอย่างมีคุณภาพโดยไม่มีความเหลื่อมล้ำของคุณภาพบริการในแต่ละระบบ
๒. มีการบูรณาการข้อมูลระหว่างทุกระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ
๓. สร้างและพัฒนากลไกการดูแลด้านการเงินการคลัง

สุขภาพ

๔. มีระบบเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพ

๕. มีการทำวิจัยและนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์และ

สร้างนวัตกรรมใหม่ๆ

๓.๘.๔.๓ แผนงาน :

แผนงานที่ ๑ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กร

คุณภาพ

แผนงานที่ ๒ การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้าน

สุขภาพ

แผนงานที่ ๓ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

สุขภาพ

แผนงานที่ ๔ การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้าน

สุขภาพ

แผนงานที่ ๕ การปรับโครงสร้างและการพัฒนา

กฎหมายด้านสุขภาพ

๓.๘.๔.๔ ตัวชี้วัด :

๑. ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการ ร้อยละ ๖๐

๒. รพศ./รพท./รพ.สังกัดกรมการแพทย์,กรมควบคุมโรค,กรมสุขภาพจิต ร้อยละ ๑๐๐ และ รพช. ร้อยละ ๘๐ ผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓
๓. รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ร้อยละ ๒๕
๔. หน่วยบริการสามารถเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้ ร้อยละ ๖๐
๕. โรงพยาบาลที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน (ระดับ ๗ ไม่เกินร้อยละ ๖)
๖. หน่วยงานนำผลงานวิจัย/R๒R นำไปใช้ประโยชน์ ร้อยละ ๒๕
๗. หน่วยงานในสังกัดสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ประเมิน ITA ร้อยละ ๙๐

๓.๘.๔.๕ มาตรการ/แนวทางการพัฒนา :

๑. พัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริการจัดการภาครัฐ
๒. พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
๓. พัฒนาระบบฐานข้อมูลบริการ และเชื่อมโยงระบบข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (big data)
๔. บริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
๕. พัฒนาและส่งเสริมงานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ อย่างครบวงจร
๖. ปรับปรุงโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ
๗. ปรับปรุงโครงสร้างของหน่วยงานให้สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลง
๘. ปรับปรุงและพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ

๔. แผนงานที่ ๒ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

เมื่อวันที่ ๖ มิถุนายน ๒๕๖๐ มติของนายกรัฐมนตรี และที่ประชุมคณะกรรมการบริหารราชการแผ่นดินเชิงยุทธศาสตร์เห็นชอบข้อเสนอของกระทรวงสาธารณสุข ในการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสาธารณสุขให้เกิดผลใน ๑ ปี ๔ เดือน ประกอบด้วย การออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ในการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อส่งเสริมการทำงานแบบประชารัฐ โดยในปี ๒๕๕๙ มีจำนวน ๗๓ อำเภอ และเพิ่มเป็น ๒๐๐ อำเภอ ในปี ๒๕๖๐ ขยายผลเป็น ๔๐๐ อำเภอในปี ๒๕๖๑ และครอบคลุมทุกอำเภอในปี ๒๕๖๒ จำนวน ๘๗๘ อำเภอ

ตารางที่ ๒ - ๒ แสดงรายละเอียดแผนงานที่ ๒ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	
ระยะ ดำเนินการ	ปี ๒๕๖๑
เป้าหมาย (Goal)	เพิ่มคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำ โดยการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน “ช่วยเหลือ - ไม่ทอดทิ้ง - แบ่งปัน - ห่วงใยซึ่งกันและกัน”
ตัวชี้วัด (KPI)	ร้อยละ ๕๐ ของคณะพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ
ข้อมูล สถานการณ์ ปัจจุบัน/ Baseline	<p>การพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนด้วยระบบสุขภาพอำเภอ ตามหลักการ "พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง" โดยให้ทุกภาคส่วนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพ มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพตนเอง ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็ง โดยการสร้างกลไกของเครือข่ายที่ประสานการทำงานร่วมกัน การขับเคลื่อนในลักษณะดังกล่าวผ่านพื้นที่นำร่อง ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ จำนวน ๗๓ อำเภอ ด้วยความร่วมมือของกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีเงื่อนไขเบื้องต้นของการดำเนินการคือ จากความสมัครใจของพื้นที่เครือข่ายสุขภาพอำเภอที่เข้มแข็ง มีความหลากหลายของพื้นที่ ความหลากหลายของจำนวนประชากรทั้งในเขตเมือง เขตชนบท พื้นที่ลักษณะพิเศษ เช่น พื้นที่ชายแดน พื้นที่เกาะ พื้นที่ที่มีฐานทุนด้านสังคมและจะเป็นกรณีศึกษาหาแนวทางที่เหมาะสมที่สุดกับการพัฒนาครอบคลุมให้ทั่วประเทศ</p> <p>จากบทเรียนประสบการณ์ ที่มีภาวะการนำร่วมของภาครัฐ เอกชน และ ประชาชน เพื่อการขับเคลื่อน พชอ. อย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้ MOU ใน ๗๓ พื้นที่ ขยายเป็น ๒๐๐ พื้นที่ ในปี ๒๕๖๐ เป็นช่วงเริ่มต้นของการให้การสนับสนุนเชิงนโยบายอย่างเป็นทางการและเมื่อวันที่ ๖ มิถุนายน ๒๕๖๐ ได้มีมติของคณะรัฐมนตรี รับทราบตามสรุปสาระสำคัญการประชุมคณะกรรมการบริหารราชแผ่นดินเชิงยุทธศาสตร์ (บยศ.) เห็นชอบตามข้อเสนอของกระทรวงสาธารณสุข ในการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสาธารณสุขให้เกิดผลใน ๑ ปี ๔ เดือน</p>

ตารางที่ ๒ - ๒ แสดงรายละเอียดแผนงานที่ ๒ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (ต่อ)

ข้อมูล สถานการณ์ ปัจจุบัน/ Baseline	ประกอบด้วยกรอบระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อส่งเสริมการทำงานแบบประชารัฐ เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน มีการบูรณาการระหว่างหน่วยงานของรัฐ เอกชน และประชาชน อย่างมีส่วนร่วม				
มาตรการ (PIRAP)	P : Partnership	I : Investment	R : Regulation & Law	A : Advocate	B : Building Capacity
	๑. ก.มหาดไทย ๒. ก.สาธารณสุข ๓. ก.ศึกษาธิการ ๔. ก.การพัฒนา สังคมและความ มั่นคงของมนุษย์	๑. ประชาชนสามารถ ป้องกันภาวะเสี่ยง ด้านสุขภาพและมี สถานะสุขภาพดีขึ้น ๒. การบริหารจัดการ ระดมทรัพยากรในแต่ละ ภาคส่วนเพื่อแก้ไข ปัญหาตามบริบท	๑. ระบบการตรวจ ราชการกระทรวง สาธารณสุข กรณี ปกติ ๒. ร่าง ระเบียบสำนัก นายกรัฐมนตรีว่า ด้วยคณะ กรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ พ.ศ. ...	๑. ส่งเสริมการบูรณา- การ และมีส่วนร่วม ในทุกภาคส่วนที่มีผล ต่อสุขภาพ (Social Determinate of Health)	๑. สร้างและพัฒนาผู้ให้ บริการ ทีมผู้ให้บริการทั้งในสถาน บริการและเครือข่ายบริการทั้ง ภาครัฐและเอกชน ทีมแนวราบ/ แนวดิ่งที่สามารถเชื่อมและ ยึดโยงกับประชาชนอย่างเป็น ระบบทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ๒. สร้างความเข้มแข็งระบบข้อมูล และ Surveillance System

ที่มา : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๐. หน้า ๔๕

นโยบายด้านการสาธารณสุขของจังหวัดขอนแก่น

การดำเนินงานด้านสาธารณสุขของจังหวัดขอนแก่น ได้ยึดถือเอานโยบายด้านการสาธารณสุขของชาติ นโยบายด้านสาธารณสุขของกระทรวง ตลอดจนแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ของโลกมาเป็นแนวทางในการจัดทำแผนพัฒนาด้านสาธารณสุขของจังหวัด เพื่อดูแลพัฒนาสุขภาพของประชาชนให้มีคุณภาพ

๑. แผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น ๕ ปี (ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔)^{๑๒}

แผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น ๕ ปี (ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นได้รับทราบทิศทางขององค์กร กรอบแนวทางการปฏิบัติงานและการวัดผลการปฏิบัติราชการระยะ ๕ ปี (ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) ซึ่งบุคลากรทุกระดับจะได้ทำความเข้าใจเพื่อนำไปปฏิบัติ ผลักดันให้แผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพได้นำไปใช้จริง มีความก้าวหน้าและประสบผลสำเร็จแม้ในเวลาที่ผ่านมา ผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพ จังหวัดขอนแก่นมีแนวโน้มที่ดีขึ้นกว่าเดิม และยังเป็นบทเรียนที่สำคัญที่บุคลากรได้เรียนรู้ร่วมกันจากการแก้ไขปัญหาและพัฒนา งานอย่างสร้างสรรค์ ทำทนายและต้องดีกว่าเดิม แต่ปัญหาด้านสุขภาพที่มีความท้าทายเหล่านี้อย่างยังไม่สิ้นสุด และยังต้องการความร่วมมือ ร่วมแรง ร่วมใจจากบุคลากรทุกระดับในการแก้ปัญหาและพัฒนา งานสาธารณสุข ผลิตผลงานที่มีคุณภาพ อันจะสร้างความพึงพอใจให้กับประชาชนและคุ้มค่าต่อการกิจ ของรัฐต่อไป

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพ เพื่อให้หน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ได้มีการพัฒนาแก้ไขปัญหา งานสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง มีกรอบแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนและเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพ ๕ ปี (ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) อันประกอบด้วย ทิศทางขององค์กรระบบปฏิบัติการและระบบวัดผล โดยกระบวนการ ดำเนินการมุ่งเน้นการมีส่วนร่วม ทั้งบุคลากรภายในหน่วยงาน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นทุกระดับ ในทุกขั้นตอนของการจัดทำแผน และการมีส่วนร่วมของประชาชน ภาคีเครือข่าย ด้านสุขภาพทุกภาคส่วน ในการแสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมกระบวนการจัดทำแผน ยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพจังหวัดขอนแก่น ๕ ปี ได้ดำเนินการตามขั้นตอนครบทุกขั้นตอน เพื่อให้ครอบคลุมเนื้องานที่ต้องการดำเนินงานอย่างยุทธศาสตร์ คือ สร้างสรรค์ ทำทนาย ก้าวกระโดดและ โดดเด่น ดังนี้

๑. การกำหนดทิศทางขององค์กร (วิสัยทัศน์ พันธกิจ ประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์) ได้จากการวิเคราะห์ความต้องการทางยุทธศาสตร์ (Strategic Needs) ทั้งภายในและ

^{๑๒} สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. “แผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพจังหวัดขอนแก่น ๕ ปี (ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔)”. (๒๕๕๙). หน้า ๑.

ภายนอกองค์กร จากข้อมูล ๓ ด้าน คือ ด้านนโยบาย (Policy needs) ด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder needs) และด้านสภาพการณ์ (Business needs) กลับกรอง คัดสรรและแปลงเป็น จุดยืนทางยุทธศาสตร์(Strategic Positioning)

๒. การกำหนดระบบปฏิบัติการ (กลยุทธ์ แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมหลัก) ได้จากการ ประเมินศักยภาพขององค์กร โดยวิธี SWOT Analysis

๓. การกำหนดระบบวัดผล (ตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย รายละเอียดตัวชี้วัด เกณฑ์การ ประเมิน และเกณฑ์การให้คะแนน) ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา และการ เรียนรู้จากแผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพที่ผ่านมา นำมาปรับปรุง พัฒนางานและเป็นมาตรฐานในการ วัดผล

จากการจัดทำแผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพในครั้งนี้ สรุปผลได้ดังนี้

วิสัยทัศน์ “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบบริหารและบริการเป็นเลิศ ในเขตสุขภาพที่ ๗” ประกอบด้วย ๔ พันธกิจ ๔ ประเด็นยุทธศาสตร์ ๑๓ เป้าประสงค์ ๖๔ ตัวชี้วัด

แผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพจังหวัดขอนแก่น ดำเนินการอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบันได้ ทั้งนี้ เนื่องจากผู้บริหารทุกระดับได้ให้ความสำคัญรวมทั้งเป็นหลักในการขับเคลื่อนแผนทั้งระบบ และ เมื่อประสานกับการปฏิบัติงานของบุคลากรทุกระดับที่มีการปรับกระบวนการทัศน์ ให้มีแนวคิดและวิธีการ ทำงานแบบยุทธศาสตร์ ประกอบกับความตั้งใจ มุ่งมั่นในการทำงาน อันจะเป็นพลังผลักดันให้เกิดผล สัมฤทธิ์ต่องานที่มีคุณภาพ ประชาชนเกิดความพึงพอใจ คนทำงานมีความสุขและส่งผลต่อการมีสุข ภาวะที่ดีของประชาชนต่อไป

๑.๑ หลักการและเหตุผล

สืบเนื่องจาก พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการ บ้านเมืองที่ดี พ.ศ. ๒๕๔๖ หมวด ๓ กำหนดให้ส่วนราชการต้องจัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติ ราชการ มีการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติราชการ เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของ หน่วยงานและของรัฐ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความผาสุกและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน ประกอบกับแผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพจังหวัดขอนแก่น ได้สิ้นสุดลง และเพื่อให้มีการพัฒนางาน แบบยุทธศาสตร์ที่มีความต่อเนื่อง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จึงได้ดำเนินการจัดทำแผน ยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพจังหวัดขอนแก่น ๕ ปี (ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) เพื่อเป็น กรอบแนวทางการปฏิบัติราชการ ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น อัน สอดคล้องกับนโยบายของผู้บริหารทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค รวมถึงสามารถนำกรอบแนวทางดังกล่าว แปลงสู่การปฏิบัติ ส่งผลต่อการพัฒนางานสาธารณสุขในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม และเกิดผลสัมฤทธิ์ต่อ การดูแลสุขภาพประชาชนโดยมีกระบวนการดำเนินงานดังต่อไปนี้

๑.๑.๑ แต่งตั้งคณะทำงานยกร่างแผนยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย นายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัด เป็นประธานคณะทำงาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน โดยมีหัวหน้ากลุ่ม งานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขเป็นเลขานุการ

๑.๑.๒ วิเคราะห์สภาพแวดล้อมเพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ โดยวิเคราะห์สถานการณ์แนวโน้มเพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ เป็นการประเมินสถานการณ์และแนวโน้มต่างๆ ที่เกี่ยวข้องการดำเนินกิจกรรมเพื่อพัฒนาสุขภาพ มาคาดการณ์และจัดหมวดหมู่ให้เหมาะสมกับการกำหนดยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ในการวิเคราะห์จะไม่จำกัดอยู่สถานการณ์ด้านโรคภัยไข้เจ็บ และปัญหาด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนเท่านั้น แต่จะต้องวิเคราะห์นโยบาย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สถานการณ์ด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรม

๑.๑.๓ กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัดผลงานหลัก แผนที่ยุทธศาสตร์ คณะทำงานประชุมร่วมกันเพื่อกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัดผลงานหลัก แผนที่ยุทธศาสตร์โดยอาศัยข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ ภาพของหน่วยงาน (จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค : SWOT) คณะทำงานร่วมกันจัดทำรูปเล่มยุทธศาสตร์เป็นฉบับร่าง เพื่อเสนอขออนุมัติจากผู้บริหาร

๑.๑.๔ การถ่ายทอดสู่การปฏิบัติหลังจากอนุมัติแล้วคณะทำงาน โดยกลุ่มงานยุทธศาสตร์สาธารณสุข

๑.๑.๕ ติดตามประเมินผลยุทธศาสตร์โดยการกำหนดตัวชี้วัดค่าเป้าหมาย ติดตามผลโดยการนิเทศติดตามประเมินผล

๑.๒ วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นกรอบแนวทางการปฏิบัติราชการ ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น อันสอดคล้องกับนโยบายของผู้บริหารทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค รวมถึงสามารถนำกรอบแนวทางดังกล่าว แปรสู่การปฏิบัติ ส่งผลต่อการพัฒนางานสาธารณสุขในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม และเกิดผลสัมฤทธิ์ต่อการดูแลสุขภาพประชาชน

๑.๓ กรอบแผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น ๕ ปี (ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โดยคณะกรรมการบริหารเป้าประสงค์ แผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพระดับจังหวัด นักวิชาการสาธารณสุขระดับจังหวัดและอำเภอ ได้เข้าร่วมประชุมในวันที่ ๑๙ กันยายน ๒๕๕๙ (ครั้งที่ ๑) เพื่อวิเคราะห์ความต้องการทางยุทธศาสตร์ กลั่นกรองและแปลงความต้องการทางยุทธศาสตร์สู่จุดยืนทางยุทธศาสตร์ นำมากำหนดทิศทางยุทธศาสตร์ และในวันที่ ๒๖ – ๒๘ กันยายน ๒๕๕๙ (ครั้งที่ ๒) ครั้งที่ ๓ วันที่ ๑๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ และครั้งที่ ๔ วันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๕๙ คณะกรรมการบริหารเป้าประสงค์ แผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพระดับจังหวัด นักวิชาการสาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอและตำบล เข้าร่วมประชุมเพื่อประเมินศักยภาพขององค์กร กำหนดระบบปฏิบัติการและระบบวัดผล นอกจากนี้ ยังได้กำหนดให้มีการจัดเวทีสำหรับภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพทุกภาคส่วน เพื่อร่วมแสดงความคิดเห็น ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมต่อ(ร่าง)แผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น และคณะกรรมการบริหารแผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพจังหวัดขอนแก่น ได้ให้ความชอบแผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพจังหวัดขอนแก่น โดยมีรายละเอียดของแผนดังนี้

๑.๓.๑ วิสัยทัศน์ (Vision) :

“ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบบริหารและบริการเป็นเลิศในเขตสุขภาพที่ ๗”

ประชาชนสุขภาพดี หมายถึง การพัฒนาและให้ความสำคัญกับงานด้านส่งเสริมสุขภาพความคุ้มและป้องกันโรคโดยเน้นสร้างสุขภาพนำการซ่อมสุขภาพ P&P Excellence (Prevention and Promotion Excellence) เพื่อให้ประชาชนทุกคนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดขอนแก่น มีสภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ รวมถึงการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข

เจ้าหน้าที่มีความสุข หมายถึง การสร้างศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขให้มีความเป็นเลิศ (Excellence) ในทุกๆ ด้านพร้อมทั้งมีความสุข โดยเน้นงานด้าน human resource planning, human resource development และ human resource management

ระบบบริหารและบริการเป็นเลิศในเขตสุขภาพที่ ๗ หมายถึง หน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น มีระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพGovernance Excellence ให้ดีมีประสิทธิภาพโดยเน้นหนักด้านระบบข้อมูลสารสนเทศที่มีคุณภาพบนหลักการบริหารงาน อันประกอบด้วย ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล การตอบสนอง การรับผิดชอบ ความโปร่งใส การมีส่วนร่วม การกระจายอำนาจ หลักนิติธรรม ความเสมอภาค และมุ่งเน้นฉันทามติ และService Excellence การให้ความสำคัญของระบบบริการสุขภาพโดยเน้นหนักทั้งระบบปฐมภูมิ (primary care) ระบบบริการตาม Service plan และการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศ (Excellence Center) อีกทั้งเน้นหนักการบริการที่มีรอยยิ้มสร้างความประทับใจให้กับประชาชน

๑.๓.๒ พันธกิจ (Mission) :

๑.๓.๒.๑ สร้างสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

๑.๓.๒.๒ พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพและเป็นธรรม

๑.๓.๒.๓ พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะมีความสุขในการทำงาน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในการดูแลและจัดการระบบสุขภาพ

๑.๓.๒.๔ พัฒนาระบบบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาล

๑.๓.๓ ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue) :

๑.๓.๓.๑ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ สร้างเสริมสุขภาพ ฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและพัฒนากการคุ้มครองผู้บริโภคและการจัดการสิ่งแวดล้อม ให้มีประสิทธิภาพ

๑.๓.๓.๒ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนาคคุณภาพสถานบริการตามมาตรฐานลดความแออัดและจัดระบบบริการในเครือข่ายแบบไร้รอยต่อ

๑.๓.๓.๓ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะมีความสุขในการทำงานและสร้างความเข้มแข็งในภาคประชาสังคม

๑.๓.๓.๔ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาระบบบริหาร การจัดการทางการเงิน ระบบสารสนเทศและยุทธศาสตร์และการวิจัยและนวัตกรรมขององค์กร เพื่อสนับสนุนการให้บริการ

๑.๓.๔ เป้าประสงค์ (Goal) :

๑.๓.๔.๑ ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้รับการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่

๑.๓.๔.๒ มีการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคและภัยสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

๑.๓.๔.๓ ลดปัจจัยเสี่ยงและการเจ็บป่วยของประชาชน

๑.๓.๔.๔ มีระบบงานคุ้มครองผู้บริโภคและการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ

๑.๓.๔.๕ สถานบริการสุขภาพมีศักยภาพในการให้บริการตามมาตรฐาน Service Plan ของกระทรวงสาธารณสุข

๑.๓.๔.๖ สถานบริการสุขภาพผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน

๑.๓.๔.๗ ลดความแออัดในสถานบริการในระดับ Secondary Care ลง มีการส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

๑.๓.๔.๘ บุคลากรมีสมรรถนะที่เหมาะสมในการปฏิบัติราชการมีความพึงพอใจและมีความสุขในการปฏิบัติงาน

๑.๓.๔.๙ เครือข่ายภาคประชาสังคมมีความเข้มแข็ง

๑.๓.๔.๑๐ มีการจัดการที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใสตรวจสอบได้

๑.๓.๔.๑๑ สถานบริการด้านสุขภาพมีสถานะทางการเงินที่เหมาะสม

๑.๓.๔.๑๒ มีระบบข้อมูล แผนยุทธศาสตร์และการประเมินผลยุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิผล

๑.๓.๔.๑๓ มีนวัตกรรมในการให้บริการสุขภาพและด้านการบริหารงาน

ตารางที่ ๒ - ๓ แสดงรายละเอียดพันธกิจและประเด็นยุทธศาสตร์ของแผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น ๕ ปี (ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔)

พันธกิจ	ประเด็นยุทธศาสตร์
๑. สร้างสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัย สิ่งแวดล้อมและคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	๑. สร้างเสริมสุขภาพ ฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและพัฒนาการคุ้มครองผู้บริโภค และการจัดการสิ่งแวดล้อม ให้มีประสิทธิภาพ
๒. พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และเป็นธรรม	๒. พัฒนาคุณภาพสถานบริการตามมาตรฐาน ลดความแออัดและจัดระบบบริการใน เครือข่ายแบบไร้รอยต่อ
๓. พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะมีความสุขในการทำงานและ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในการดูแลและจัดการ ระบบสุขภาพ	๓. พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะมีความสุขในการทำงานและสร้างความเข้มแข็งใน ภาคประชาสังคม
๔. พัฒนาระบบบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาล	๔. พัฒนาระบบบริหาร การจัดการทางการเงิน ระบบสารสนเทศและยุทธศาสตร์ และ การวิจัยและนวัตกรรมมององค์กร เพื่อสนับสนุนการให้บริการ

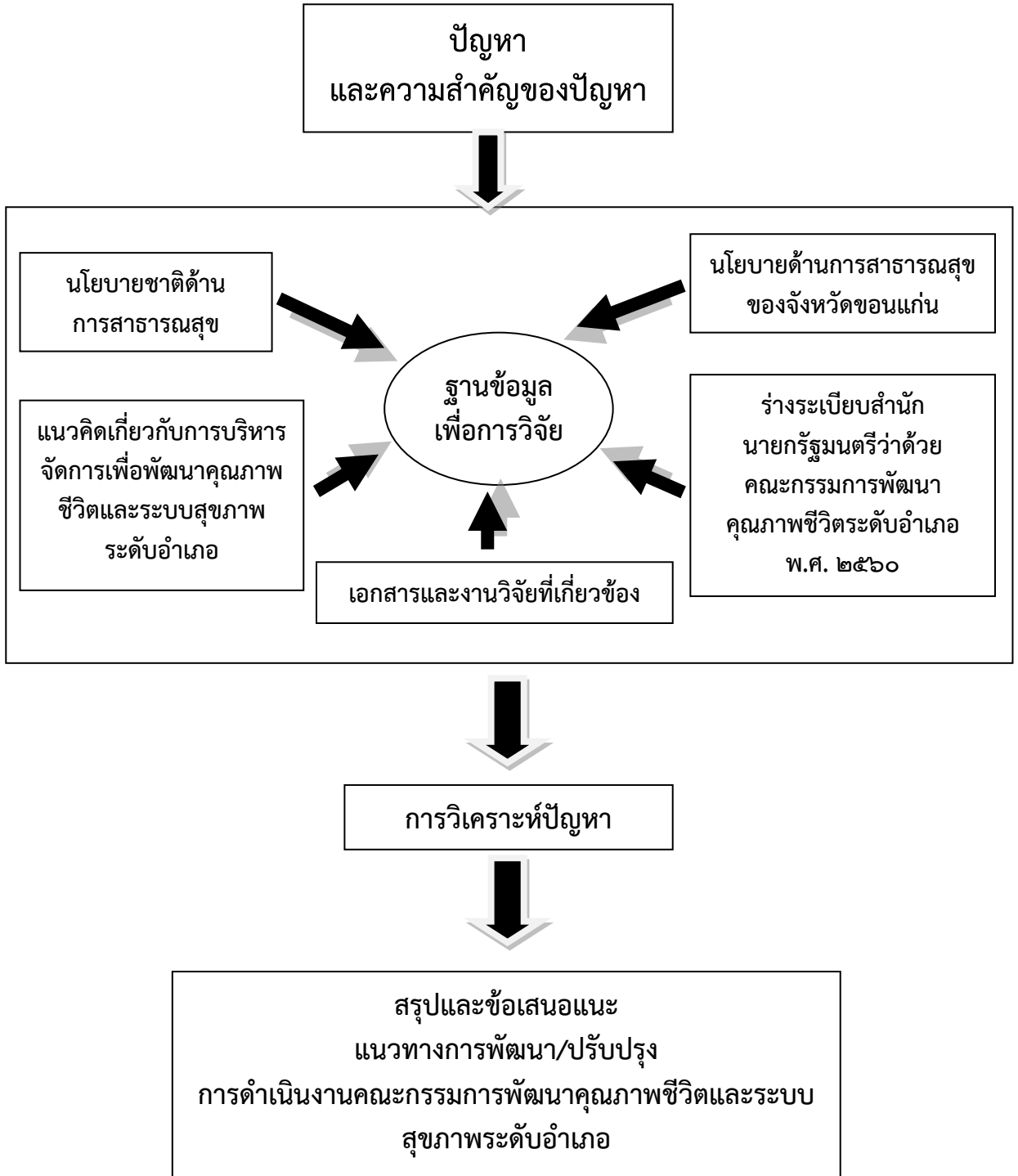
ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, ๒๕๕๙. หน้า ๑๒.

ตารางที่ ๒ - ๔ แสดงรายละเอียดประเด็นยุทธศาสตร์และเป้าประสงค์ของแผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น ๕ ปี (ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔)

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์
๑. สร้างเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค พัฒนาการคุ้มครองผู้บริโภค และการจัดการสิ่งแวดล้อมให้มีประสิทธิภาพ	๑. ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้รับการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่
	๒. มีการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคและภัยสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ
	๓. ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยของประชาชน
	๔. มีระบบงานคุ้มครองผู้บริโภคและการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ
๒. พัฒนาคุณภาพสถานบริการตามมาตรฐาน ลดความแออัดและจัดระบบบริการในเครือข่ายแบบไร้รอยต่อ	๕. สถานบริการสุขภาพมีศักยภาพในการให้บริการตามมาตรฐาน Service Plan ของกระทรวงสาธารณสุข
	๖. สถานบริการสุขภาพผ่านการรับรองรองคุณภาพตามมาตรฐาน
	๗. ลดความแออัดในสถานบริการในระดับ Secondary Care ลง มีการส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ
๓. พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะมีความสุขในการทำงานและสร้างความเข้มแข็งในภาคประชาสังคม	๘. บุคลากรมีสมรรถนะที่เหมาะสมในการปฏิบัติราชการ และมีความสุขในการทำงาน
	๙. เครือข่ายภาคประชาสังคมมีความเข้มแข็ง
๕. พัฒนาระบบบริหาร การจัดการทางการเงิน ระบบสารสนเทศและยุทธศาสตร์ การวิจัยและนวัตกรรมขององค์กร เพื่อสนับสนุนการให้บริการ	๑๐. มีการจัดการที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใสตรวจสอบได้ และบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ
	๑๑. สถานบริการด้านสุขภาพมีสถานะทางการเงินที่เหมาะสม
	๑๒. มีระบบข้อมูล แผนยุทธศาสตร์และการประเมินผลยุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิผล
	๑๓. มีนวัตกรรมในการให้บริการสุขภาพและด้านการบริหารงาน

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, ๒๕๕๙. หน้า ๑๓.

กรอบแนวคิดของการวิจัย



บทที่ ๓

การพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอ

แนวทางการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลางตามแนวทาง “ประชารัฐ”^๑

ระบบสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคมและเป็นส่วนหนึ่งของระบบความมั่นคงของทุกประเทศองค์การอนามัยโลกได้เสนอว่าระบบสุขภาพเป็นระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยไม่จำกัดเพียงระบบบริการสาธารณสุขเท่านั้น ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ ระบุว่าระบบสุขภาพจะต้องส่งเสริมคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และให้ความสำคัญกับความเป็นธรรมและความเท่าเทียมกันในสังคมโดยการพัฒนาสุขภาพต้องคำนึงถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinants of Health) ที่มีความหลากหลายทั้งจากภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม และอื่นๆ โดยจะต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่งกับการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนและการพึ่งตนเองได้ของประชาชนบนพื้นฐานของหลักคุณธรรม จริยธรรม มนุษยธรรม ธรรมาภิบาล ความรู้และปัญญา ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยคนจากทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาสุขภาพรวมทั้งต้องมุ่งไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

ในปัจจุบันระบบสุขภาพของทุกประเทศทั่วโลกประสบปัญหาท้าทายที่ซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วเช่นเดียวกับประเทศไทยกำลังเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความหลากหลาย ทั้งโครงสร้างของประชากรที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตลอดจนการเกิดปัจจัยภัยคุกคามสุขภาพของประชาชนจากภาวะโรคที่มีแนวโน้มเป็นโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น การเกิดโรคอุบัติใหม่ในพืชและสัตว์ โรคติดต่อจากสัตว์สู่คนมีแนวโน้มซับซ้อน รุนแรง และควบคุมยากขึ้น การเคลื่อนย้ายของประชากร การเข้ามาทำงานของแรงงานต่างชาติ ทั้งการเกิดภัยธรรมชาติที่จะมีความรุนแรงและมีความถี่มากขึ้น ความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ของคนกลุ่มต่างๆ ขณะเดียวกันโรคมะเร็งและอุบัติเหตุยังถือเป็นสาเหตุการเสียชีวิต ๒ อันดับแรกของคนไทย ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้มีแนวโน้มที่เกิดจากพฤติกรรมและวิถีการใช้ชีวิตของประชาชนซึ่งส่งผลต่อเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมอย่างมาก โดยยังขาดระบบข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังด้านการป้องกันโรคและภัยคุกคามสุขภาพ ขาดกลไกการมีส่วนร่วมและการบูรณาการในการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาสุขภาพของประชากรในระดับพื้นที่และท้องถิ่น กฎหมายและข้อระเบียบบางประการยังไม่เอื้อต่อการสร้าง

^๑ กระทรวงสาธารณสุข. “แนวทางการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลางตามแนวทาง “ประชารัฐ”. ๒๑ มิถุนายน ๒๕๕๙.

เสริมสุขภาพและการมีสุขภาพที่ดีในระดับชุมชน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องเสริมศักยภาพและบทบาทให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการปัจจัยเสี่ยงและภาวะคุกคามสุขภาพโดยชุมชนเอง อันเป็นหลักการที่สำคัญเพื่อสร้างความต่อเนื่องและยั่งยืนของการพัฒนา

ดังนั้น ในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยให้มีความเข้มแข็งขึ้นกว่าเดิมจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพทั้งในด้านของระบบบริการสุขภาพที่ต้องมุ่งเน้นการให้บริการในระดับปฐมภูมิที่จะสามารถเชื่อมระหว่างชุมชนและการบริการในโรงพยาบาลได้อย่างไร รอยต่อ รวมถึงการมุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เข้มแข็ง โดยมุ่งกระจายอำนาจการบริหารจัดการเพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพในระดับพื้นที่เพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาประเทศตามแผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - พ.ศ. ๒๕๖๔) ที่เสนอให้มีการมุ่งเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเน้นการป้องกันและควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ(Determinants of Health) รวมถึงการส่งเสริมการให้ความสำคัญของมิติสุขภาพในทุกนโยบายสาธารณะ (Health in All Policies) เพื่อให้ทุกภาคส่วนตระหนักถึงผลกระทบของนโยบายสาธารณะที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่โดยใช้ “พื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ด้วยการท างานอย่างมีส่วนร่วม ของรัฐ ประชาสังคม และเอกชน ตามแนวทางประชารัฐ เพื่อสร้างเสริมความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพอำเภอ นับเป็นจุดคานงัดที่สำคัญในการขับเคลื่อนให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติโดยดำเนินการนำร่องผ่านพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลางในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ จำนวน ๗๓ อำเภอ ด้วยความร่วมมือของกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ให้ความสำคัญกับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิรูปเพื่อเปลี่ยนฐานของระบบบริการจากโรงพยาบาลเป็นฐาน สู่อำเภอที่มีพื้นที่เป็นฐาน และจากบริการภายในระบบที่มีโรคเป็นศูนย์กลาง สู่อำเภอที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ระบบบริการสุขภาพมีคุณลักษณะของ การมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดยได้กำหนดหลักการ (Conceptual design) กรอบการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ตามแผนภาพที่ ๓ - ๑

แผนภาพที่ ๓ - ๑ แสดงการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่มีพื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง



ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๙. หน้า ๒

แผนภาพที่ ๓ - ๑ เป็นการนำเสนอภาพการจัดการสุขภาพในระดับอำเภอ/พื้นที่ (District/Local Health) ทำให้ระดับพื้นที่ที่มีความเข้มแข็ง บนพื้นฐานของการมีระบบที่สามารถตอบสนองตามความจำเป็นทางสุขภาพ ส่งผลให้เกิด “สุขภาวะ (Well-being)” ทั้งในระดับรายบุคคล ครอบครัว ชุมชน และทำให้ภาพรวมของทั้งอำเภอ/พื้นที่ มีคุณลักษณะของการเป็น “อำเภอ/เมืองสุขภาพดี (Healthy District/City)” เป็นการดำเนินการโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ให้มีความสำคัญกับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เชื่อมต่อกับระบบสุขภาพชุมชน ควบคู่กับ การปฏิรูประบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการดูแลตนเองของประชาชน (Health Information for Self Care) ซึ่งจะเป็นจุดเปลี่ยนทำให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลเพื่อการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เชื่อถือได้ และสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนสู่พฤติกรรมสุขภาพดีรวมถึงปฏิรูปให้มีการใช้การแพทย์แผนไทย ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพตามแนวคิด “การแพทย์หลักของชาติ” ในการพึ่งตนเอง ดูแลตนเอง และบูรณาการอยู่ในการให้บริการสุขภาพทุกระดับ เพื่อตอบสนองตามความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชน รวมทั้งมีระบบการสื่อสาร ระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นที่ เพื่อรองรับระบบการส่งต่ออย่างเป็นระบบ เชื่อมโยง รวดเร็ว การปฏิรูปเพื่อเปลี่ยนฐานของระบบบริการจาก “โรงพยาบาลเป็นฐาน” เป็น “พื้นที่เป็นฐาน” อยู่บนพื้นฐานของการไม่ลดความสำคัญของโรงพยาบาล โดยให้ความสำคัญกับการบูรณาการด้านการบริหารจัดการของระบบสุขภาพในระดับพื้นที่/อำเภอ เพื่อทำให้มีการอภิบาลระบบสุขภาพพื้นที่/อำเภอ (District/Local Health System Governance) ผ่านการมี “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” โดยมีตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ ทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เป็นองค์ประกอบของคณะกรรมการ กล่าวได้ว่าการมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ คือ ยุทธศาสตร์สำคัญ ที่เปรียบได้กับคานงัด (Main lever) ของการทำให้เกิดการเปลี่ยนฐานของระบบบริการ ผลการพิจารณาผ่านองค์ประกอบทั้ง ๖ ประการ (Six Building Blocks) ของระบบบริการสุขภาพตามกรอบแนวคิดของ

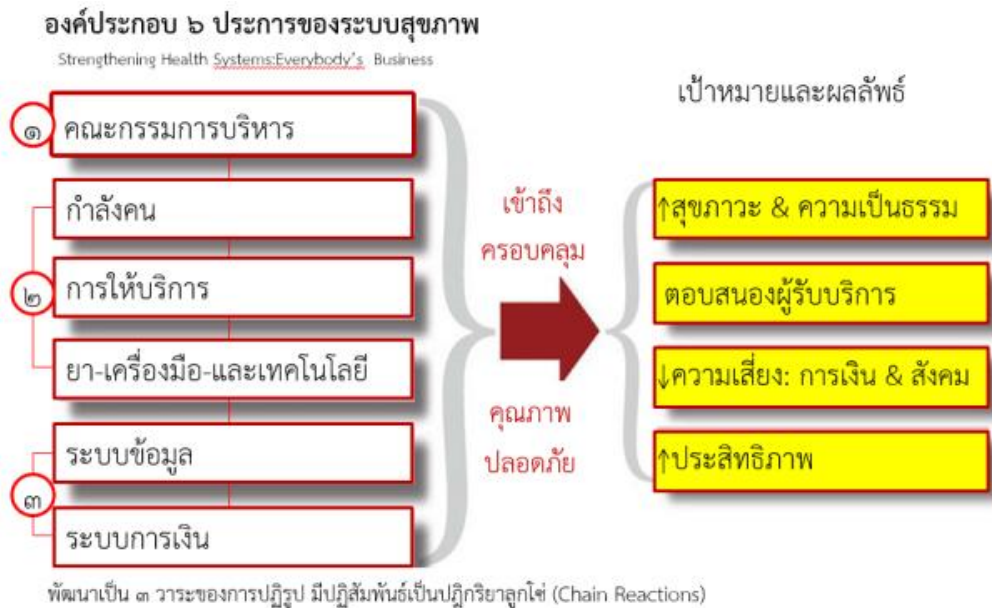
องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) โดยเน้นระบบบริการปฐมภูมิที่มีพื้นที่เป็นฐานและมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง นำมาพิจารณาจัดกลุ่มเป็นวาระการปฏิรูประบบบริการสุขภาพได้ ๓ วาระ ประกอบด้วย

วาระที่หนึ่ง คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) เป็นจุดคานงัดสำคัญ (Main Lever) เปลี่ยน “ฐาน” ของ “ระบบ” และ “บริการ” โดยมีองค์ประกอบสำคัญของระบบบริการสุขภาพ คือ ภาวะการณำ และธรรมาภิบาล

วาระที่สอง ทีมผู้ให้บริการแนวตั้ง/แนวราบ (Matrix Team) เป็นการขับเคลื่อนหลัก (Key Driver) เปลี่ยน “ศูนย์กลาง” ของ “ระบบ” และ “การให้บริการ” โดยมีองค์ประกอบสำคัญของระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วย กำลังคน การให้บริการ ยา-เครื่องมือ-และเทคโนโลยี

วาระที่สาม ระบบข้อมูล/กลไกการเงิน เป็นมาตรการ (เครื่องมือ) สำคัญที่ช่วยในการ “เปลี่ยน” และ “ขับเคลื่อน” และเป็นองค์ประกอบที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาควบคู่กัน จากการศึกษาข้อมูล นอกจากเป็นเงื่อนไขสำคัญ ในการเพิ่มคุณภาพบริการแล้ว ยังเป็นเงื่อนไขพื้นฐานในการทำให้กลไกการเงินถูกนำไปใช้เป็น “เครื่องมือ” เพื่อเพิ่มผลิตภาพให้กับระบบได้อย่างมีพลัง

แผนภาพที่ ๓ - ๒ แสดงองค์ประกอบสำคัญ ๖ ประการของระบบบริการสุขภาพกับการจัดกลุ่มเป็น ๓ วาระของการปฏิรูป



ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๙. หน้า ๔

ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการปฏิรูปประกอบด้วย การเพิ่มการเข้าถึง เพิ่มความครอบคลุม เพิ่มคุณภาพ และเพิ่มความปลอดภัย ให้กับระบบบริการ ส่งผลต่อการเพิ่มสุขภาวะ ความเป็นธรรม ตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชน ลดความเสี่ยงทางการเงินและทางสังคม ตลอดจนเพิ่มประสิทธิภาพให้กับระบบบริการโดยรวม

ดังนั้นจึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จะต้องทำการศึกษาทดลองหารูปแบบการบริหารจัดการระดับพื้นที่โดยใช้แนวคิด “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เพื่อสร้างเสริมความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพอำเภอ โดยจะขับเคลื่อนให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมาร่วมดำเนินการเพื่อให้ผลการศึกษาสอดคล้องกับความเป็นจริง สามารถปฏิบัติได้ และสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาของประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

๑. เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และบูรณาการร่วมกันในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชน
๒. เพื่อจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)
๓. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ ที่เหมาะสมกับพื้นที่
๔. เพื่อให้มีการจัดการทรัพยากร ด้านบุคลากร เทคโนโลยี สารสนเทศ องค์กรความรู้ และงบประมาณร่วมกัน

แนวทางดังกล่าวจะดำเนินการนำร่องผ่านพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลางใน ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ จำนวน ๗๓ อำเภอ โดยมีเงื่อนไขเบื้องต้นของการดำเนินการคือ จากความสมัครใจของพื้นที่เครือข่ายสุขภาพอำเภอที่เข้มแข็ง มีความหลากหลายของพื้นที่ ความหลากหลายของจำนวนประชากรทั้งในเขตเมือง เขตชนบท พื้นที่ลักษณะพิเศษ เช่น พื้นที่ชายแดน พื้นที่เกาะ พื้นที่ที่มีฐานทุนด้านสังคมและจะเป็นกรณีศึกษาหาแนวทางที่เหมาะสมที่สุดกับการพัฒนาครอบคลุมให้ทั่วประเทศในระยะต่อไป

เมื่อวันที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๕๙ ณ โรงแรมเซ็นทรา ศูนย์ราชการและคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แจ้งวัฒนะ กรุงเทพมหานคร กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ได้ทำพิธีลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ระดับนโยบายร่วมกัน และพิธีลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ระดับพื้นที่ระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ และนายอำเภอ ของพื้นที่ดำเนินการทั้ง ๗๓ อำเภอ สรุปการกำหนดบทบาท หน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน ดังต่อไปนี้

กระทรวงมหาดไทย : มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

๑. ดำเนินการให้เกิดระบบบริหารจัดการภายใต้โครงสร้าง “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างเป็นทางการ และมีประสิทธิภาพ เพื่อการบริหารจัดการ การพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ อย่างเป็นทางการ และยั่งยืน

๒. สนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ทั้งด้านบุคลากร องค์กรความรู้ และงบประมาณรวมถึงการอำนวยความสะดวกด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างเป็นทางการ และมีประสิทธิภาพ และเกิดความยั่งยืน

๓. สนับสนุนให้หน่วยงานภายใต้สังกัดกระทรวงมหาดไทย และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ และสนับสนุนทรัพยากรในการพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผล

๔. สร้างความรู้ ความเข้าใจให้ข้าราชการ เจ้าหน้าที่และพนักงาน ทั้งภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภายใต้สังกัดกระทรวงมหาดไทย ทราบถึงบทบาทและหน้าที่ของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” เพื่อให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม

กระทรวงสาธารณสุข (หน่วยงานในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) : มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

๑. สนับสนุนและส่งเสริมระบบบริหารจัดการภายใต้โครงสร้าง “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อการบริหารจัดการ การพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ อย่างมีประสิทธิภาพ และยั่งยืน

๒. สนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ทั้งด้านบุคลากร องค์ความรู้ และงบประมาณรวมถึงการอำนวยความสะดวกด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างเป็นธรรมาภิบาล มีประสิทธิภาพ และเกิดความยั่งยืน

๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพในการดำเนินงาน เพื่อสนับสนุน “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” และการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับพื้นที่

๔. สร้างความเข้าใจให้ข้าราชการ เจ้าหน้าที่ พนักงาน ภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และประชาชนทราบถึงบทบาทและหน้าที่ของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” เพื่อให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นรูปธรรม

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) : มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

๑. สนับสนุนและส่งเสริมระบบบริหารจัดการภายใต้โครงสร้าง “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างเป็นรูปธรรม และมีประสิทธิภาพ เพื่อการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ อย่างเป็นรูปธรรม และยั่งยืน

๒. สนับสนุนการพัฒนากลไกด้านการเงินการคลังสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการดำเนินการของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างเป็นรูปธรรม และมีประสิทธิภาพ

๓. สนับสนุน วิชาการ องค์ความรู้ และระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินงานของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)”

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) : มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

๑. สนับสนุนทรัพยากร ด้านงบประมาณ วิชาการ องค์ความรู้ และระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)”

๒. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” ประชาชนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และสมรรถนะในการจัดการปัจจัยที่กำหนดสถานะสุขภาพทางสังคม และความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy)

๓. สื่อสารประชาสัมพันธ์ ให้ประชาชน และเครือข่ายสุขภาพ มีความเข้าใจ และสร้างการมีส่วนร่วม ในการจัดการสุขภาพ และพัฒนาคุณภาพชีวิต

๑. บทบาทและหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) ประกอบด้วยสมาชิกที่ได้รับการแต่งตั้งหรือเลือกตั้งหรือคัดเลือก จากทั้งภาคสาธารณสุข ภาครัฐ ภาคเอกชน ท้องถิ่น และชุมชน ในอำเภอนั้นๆ มีวาระในการปฏิบัติงานตามที่กำหนด และมีหน้าที่ในการสนับสนุนและติดตามประเมินผลการดำเนินการให้บริการสุขภาพระดับอำเภอที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และเป็นธรรม รวมถึงประสานงานกับทุกภาคส่วนในการพัฒนาระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับอำเภอ

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) จะต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นสุขภาพหลักๆและประเด็นด้านการจัดการระบบและองค์กรต่างๆ ภายในอำเภอเป็นอย่างดี สนับสนุนให้เกิดการพัฒนา นโยบายสุขภาพที่เหมาะสมและนโยบายสาธารณะที่คำนึงถึงสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนสอดคล้องกับทิศทางและนโยบายของประเทศ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) จะทำหน้าที่ในการสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนสามารถดำเนินกิจกรรมต่างๆ ทั้งด้านวิชาชีพและการบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) ดังนี้

๑.๑ พิจารณาเห็นชอบแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของอำเภอ แผนการปฏิบัติงานพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตประจำปี รวมถึงงบประมาณ

๑.๒ พิจารณาเห็นชอบรายงานความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต ทุกไตรมาส รับทราบและเห็นชอบการจัดหาและนำทรัพยากรต่างๆจากหน่วยงานและองค์กรต่างๆภายในอำเภอมาใช้ร่วมกันรวมถึงการดำเนินนวัตกรรมในการใช้ทรัพยากรร่วมกันเพื่อการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตแก่ประชาชนภายในอำเภอ

๑.๓ ติดตามและประเมินผลความก้าวหน้าของแนวทางปฏิบัติและกิจกรรมต่างๆ ทางด้านสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนภายในอำเภอ

๑.๔ สนับสนุนให้มีกลไกการประกันคุณภาพ โดยมีการติดตามทั้งภายในและภายนอกเกี่ยวกับสินทรัพย์ สถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ ทรัพยากรทางการเงินและบุคลากรในระดับอำเภอ

๑.๕ รับฟัง ข้อเสนอเรียน คำอุทธรณ์ คำร้องทุกข์ จากประชาชน ชุมชน สาธารณะ และจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนภายในอำเภอ

๑.๖ สนับสนุนและส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆในการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนภายในอำเภอโดยรวมถึงความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและองค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ท้องถิ่น และชุมชน

๑.๗ สนับสนุนและส่งเสริมกลไกต่างๆเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนภายในอำเภออย่างยั่งยืน ตั้งแต่กระบวนการในการวางแผน การนำแผนไปปฏิบัติ การติดตาม และการประเมินผล

๑.๘ สนับสนุนให้ท้องถิ่นและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการให้บริการสุขภาพในพื้นที่ของชุมชน ที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนและชุมชนสามารถเข้าถึงได้อย่างเป็นธรรมและมีหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้า โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

๑.๙ แต่งตั้งคณะทำงานที่ประกอบด้วยสมาชิกจากภาคสาธารณสุข และอาจรวมถึงภาครัฐ ภาคเอกชน ท้องถิ่นและชุมชน ทำหน้าที่รับผิดชอบการจัดการระบบสุขภาพอำเภอและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนภายในอำเภอ ให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการประจำปี

๑.๑๐ แต่งตั้งคณะทำงานต่างๆ ของอำเภอ เพื่อสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอที่มีประสิทธิภาพ

๒. ข้อเสนอแนะในช่วงเริ่มต้นของการมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)

เนื่องจากการดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ พัฒนาบริการ และการดำเนินการเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ โดยมีพื้นที่เป็นฐาน จำเป็นต้องมีการบริหารจัดการผ่านการรับรู้สัมผัสและเข้าถึงสภาพ ปัญหาที่ มีความ ซับซ้อน จากองค์ประกอบ ของทั้งความยากเชิงเทคนิควิชาการ (Technically complicated problems) และความยากเชิงสังคม (Socially complicated problems) ดังนั้น องค์ประกอบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) จึงควรประกอบด้วย (จำนวนและกระบวนการสรรหา จะมีความชัดเจนมากขึ้น หลังจากมีการดำเนินการนำร่องในพื้นที่จริง)

แผนภาพที่ ๓ - ๓ แสดงองค์ประกอบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพ
อำเภอ (District Health Board)

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ(District Health Board)

ข้อเสนอเบื้องต้น

องค์ประกอบ	ที่มา	เลือกตั้ง	คัดเลือกกันเอง	แต่งตั้ง (คัดเลือกจากการสมัคร)	เป็นกรรมการ โดยตำแหน่ง
ประชาชน		ผู้นำโดยธรรมชาติ ประชาชนทั่วไป ...			
ภาคประชาชน		สมาชิกของกลุ่ม ชมรม องค์กรภาคประชาชน ...			
นักการเมืองท้องถิ่น		ผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมืองใน อปท. ...			
ภาคส่วนต่างๆ	รัฐ	สุขภาพ เกษตร ศึกษา พัฒนาสังคม ...			
	เอกชน	โรงพยาบาล คลินิก ร้านยา ...			
ผู้ประกอบการวิชาชีพทางสุขภาพ		พยาบาล เภสัช สาธารณสุข แพทย์ ทันตแพทย์ ...			

จำนวน ...๙-๑๑-๑๓-๑๕... คน

วาระ : ...??? วาระโดยตำแหน่งและคุณสมบัติ

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๙. หน้า ๘

ตัวอย่าง

๑. ตัวแทนประชาชน ให้ความสำคัญกับประชาชนทั่วไปในเขตพื้นที่/อำเภอในความหมายของการเป็น “ผู้นำโดยธรรมชาติ” ที่ไม่จำเป็นต้องเป็นนักการเมืองสมาชิกของกลุ่ม ชมรม หรือองค์กรภาคประชาชน จำนวน ๒ คน ด้วยกระบวนการสรรหา

๒. ตัวแทนภาคประชาชน หมายถึง ตัวแทนของสมาชิกของกลุ่ม ชมรม หรือองค์กรภาคประชาชน ที่มีอยู่ในเขตพื้นที่/อำเภอ จำนวน ๒ คน ด้วยกระบวนการสรรหา

๓. ตัวแทนนักการเมืองท้องถิ่น หมายถึง ตัวแทนของผู้ที่ดำรงตำแหน่งทางการเมือง ในองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นที่อยู่ในเขตพื้นที่/อำเภอ จำนวน ๒ คน ด้วยการคัดเลือกกันเองเพื่อส่งเป็นตัวแทนในนามของนักการเมืองท้องถิ่น

๔. ตัวแทนภาคเอกชน หมายถึง ตัวแทนของเจ้าของกิจการหรือผู้ให้บริการของโรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน ร้านขายยา หรือสถานบริการที่ให้บริการทางด้านสุขภาพที่อยู่ในเขตพื้นที่/อำเภอ จำนวน ๒ คน ด้วยกระบวนการสรรหา ด้วยการคัดเลือกกันเองเพื่อส่งเป็นตัวแทนในนามของตัวแทนภาคเอกชน

๕. ตัวแทนภาครัฐ ให้ความสำคัญกับภาคส่วนทางด้าน สุขภาพ มหาตไทย พัฒนาสังคม การศึกษา และเกษตร ที่อยู่ในเขตพื้นที่/อำเภอประกอบด้วย

๕.๑ โดยตำแหน่ง จำนวน ๓ คน จากภาคส่วนด้านสุขภาพ ๒ คน และจากมหาตไทย ๑ คน

๕.๒ โดยการสมัครและได้รับการแต่งตั้งจำนวน ๒ คน โดยให้ความสำคัญกับผู้ที่ไม่ได้มาจากภาคส่วนด้านสุขภาพและมหาตไทย

๖. ตัวแทนผู้ประกอบวิชาชีพทางสุขภาพ ที่มีสภาวิชาชีพรองรับ จากทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น พยาบาล เภสัชกร สาธารณสุข แพทย์ ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักเทคนิคการแพทย์ และผู้ให้บริการทางด้านการแพทย์แผนไทย ฯลฯ จำนวน ๒ คน ด้วยกระบวนการสรรหา

โดยมีวาระในการดำรงตำแหน่งเป็นเวลา ๒ - ๓ ปี เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการพัฒนาและหารูปแบบที่เหมาะสมของแต่ละพื้นที่ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ ควรมีบทบาทหน้าที่ในช่วงเริ่มต้น ดังนี้

๑. รับรู้ - ควบคุม - กำกับ - และประเมินสภาวะสุขภาพ - ปัญหาสุขภาพ - ปัจจัยเสี่ยง - ภาวะคุกคาม - และปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพพร้อมกับดำเนินการเพื่อสร้างและส่งเสริมสุขภาพ - แก้ปัญหาสุขภาพ - ปรับปรุงบริการ - ตลอดจนป้องกันและปกป้องประชาชนจากความเสี่ยงและภัยคุกคามต่างๆ ที่มีผลต่อสภาวะสุขภาพของประชาชน

๒. สร้าง - พัฒนา - และปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์จำเพาะ (Specific package) โดยระดม - ใช้ - และพัฒนาทรัพยากรและศักยภาพที่มีอยู่ภายในระบบตามความจำเป็น เพื่อเสริมกับชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบรัฐสวัสดิการและระบบประกันสุขภาพของรัฐ เช่น สวัสดิการข้าราชการ ประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นต้น ตามสิทธิที่ประชาชนได้รับเป็นพื้นฐานอยู่แล้วทุกคน

๓. สร้าง - พัฒนาผู้ให้บริการ - ทีมผู้ให้บริการ - สถานบริการ - และเครือข่ายบริการ โดยให้ความสำคัญกับทั้งภาครัฐและเอกชน ในลักษณะของการทำให้เกิดเป็น “ทีมแนวราบ/แนวตั้ง (Matrix Teams)” โดยมีองค์ประกอบทั้งสมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน สมาชิกในชุมชน ที่ให้การดูแลโดยที่ไม่มีค่าตอบแทนที่เป็นทางการ ซึ่งอาจได้รับการตอบแทนหรือค่าตอบแทนที่ไม่เป็นทางการ อสม. จิตอาสา สมาชิกในชุมชน หรือผู้ให้การดูแลที่มีค่าตอบแทนจากส่วนกลางและ/หรือพื้นที่ ผู้ให้การดูแลหรือให้บริการในวิชาชีพที่ผ่านการเรียนและฝึกอบรมอย่างเป็นทางการ ที่สามารถเชื่อมและยึดโยงกับประชาชนอย่างเป็นระบบทั้งในระดับรายบุคคล-ครอบครัว-และชุมชน และสามารถจัดการให้บริการในช่วงเวลาของการท การปกติหรือเวลาราชการ (Official hours) และเวลาที่สะดวกสำหรับการเข้าถึงบริการของประชาชน (Convenient hours) สามารถให้บริการได้ทั้งเวลาราชการ และเวลาราชการ

๔. รับรู้สถานะทางการเงินในภาพรวมของระบบบริการ และของแต่ละสถานบริการที่อยู่ในระบบพร้อมกันมีส่วนร่วมแก้ปัญหาในกรณีที่มีปัญหาของสถานะทางการเงินเกิดขึ้นในระบบบริการ เช่นการมีส่วนร่วมทางการเงินขององค์การปกครองส่วน เพื่อร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพของประชาชน ตลอดจนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์เฉพาะ (Specific Benefit Package) ตามความจำเป็นของปัญหาสุขภาพของแต่ละพื้นที่/อำเภอ

เอกสารประกอบการอธิบาย (ร่าง) ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. ๒๕๖๐^๒

หลักเหตุผลและความสำคัญ

ข้อความในระเบียบฯ

“เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิตและสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป”

๑. ความเป็นอำเภอ : คุณลักษณะและความจำเป็นของการขับเคลื่อน

การสัมผัส - รับรู้ - และเข้าถึงสภาพปัญหา ตลอดจนทราบถึงศักยภาพที่มีของทั้งระดับรายบุคคล - ครอบครัว - ชุมชน - และประชาชนกลุ่มต่างๆ ผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ บนพื้นฐานของความใกล้ชิดประชาชนขององค์ประกอบและภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ที่มีอยู่ในอำเภอ ส่งผลให้ “ความเป็นอำเภอ” มีศักยภาพของการเป็นตัวของตัวเอง - พึ่งตนเอง - และพึ่งพากันเอง กอปรกับศักยภาพดังกล่าวสามารถรองรับ เพื่อการมีปฏิสัมพันธ์อย่างสมดุล (ไม่เพียงแค่อ้อยตาม) กับการขับเคลื่อนตามแผนนโยบายหรือกิจกรรมที่ต่อเนื่องทั้งจากส่วนกลาง - เขต - หรือจังหวัด และปัจจัยต่างๆ จากภายนอก บนพื้นฐานของการตอบสนองตามความจำเป็นต่อสุขภาวะ และคุณภาพชีวิต ตามความจำเป็นของแต่ละบริบท กล่าวได้ว่าเป็นศักยภาพของการสร้างสมดุลตามคุณลักษณะของ “การมีชีวิต” กล่าวคือ “มุ่งมั่น - ปรับตัว - ซ่อมแซม - เชื่อมต่อ - สร้างเสริม - สร้างใหม่ - สร้างสมดุลในความหลากหลาย (มีธรรมชาติของความสัมพันธ์ที่มีความซับซ้อนและมีการปรับตัว)” ซึ่งสมรรถนะด้านการบริหารจัดการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริหารจัดการบนพื้นฐานของ “การมีภาวะการนำร่วม” โดยการมีส่วนร่วมจากทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ได้รับการพิสูจน์ว่า มีความสัมพันธ์กับคุณลักษณะของการมีชีวิตดังกล่าว (แผนภาพที่ ๓ - ๑)

^๒ สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารประกอบการอธิบาย (ร่าง) ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. ๒๕๖๐. (๒๕๖๐).

แผนภาพที่ ๓ - ๔ แสดงความสัมพันธ์ของ “ภาวะการณ้นำร่วม” ที่ส่งผลต่อคุณลักษณะการมีชีวิตของความเป็นอำเภอ



ที่มา : สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๐. หน้า ๑๘

๒. เป้าหมายของการขับเคลื่อน

๒.๑ สุขภาวะ/คุณภาพชีวิต

สุขภาวะ ทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี หมายถึง “สุขภาวะ” ทั้งทางกาย - ใจ - สังคม/สิ่งแวดล้อม - ความเชื่อ/ศรัทธา/ปัญญา มีความอิสระเป็นตัวของตัวเองทางสุขภาพ - สามารถพึ่งตนเอง - ดูแลตนเอง มีความรู้ - ความฉลาด - และตื่นรู้ทางสุขภาพ บนพื้นฐานของการ “อยู่กับปัจจุบันได้ดี (โดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้ที่จะต้องได้รับการดูแลในระยะยาว ให้มีความสำคัญกับการอยู่กับปัจจุบันโดยเฉพาะอย่างยิ่งที่บ้าน-ในครอบครัว-และในชุมชนได้ดี)” ทำให้มี “คุณภาพชีวิตที่ดี” ทั้งนี้ในกรณีที่มี “ทุกขภาวะ” ที่เกินกว่าศักยภาพของการพึ่งและดูแลตนเอง ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ/การให้การดูแล ผ่านการมีวัฒนธรรมและการบริหารจัดการตามคุณลักษณะ “คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน/คนไทยใส่ใจดูแลกัน”

๒.๒ คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน/คนไทยใส่ใจดูแลกัน

คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน/คนไทยใส่ใจดูแลกัน หมายถึง ทรัพยากรที่มี และ/หรือ ที่มีการรวบรวมจากการแบ่งปัน - เอื้ออาทรต่อกัน - ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ผ่านกระบวนการ การต่างๆ ทั้งนี้นอกจากระบบรัฐสวัสดิการ ระบบประกันสุขภาพ และกลไกต่างๆ ในภาครัฐแล้ว ยังจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับความรู้สึกที่มีเอื้อโย - เห็นอกเห็นใจ - และไม่ทอดทิ้งกัน มีการบริหารจัดการ - จัดสรร - แบ่งปันอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อประโยชน์ต่อสุขภาวะและคุณภาพชีวิต

ของรายบุคคล-ครอบครัว-และชุมชน ส่งผลให้ประชาชนทุกคน สามารถเข้าถึงและได้รับบริการ/การดูแล ทั้งทางด้านสุขภาพและทางสังคมที่มี “คุณภาพ (องค์รวม – ต่อเนื่อง – ผสมผสาน – มีประสิทธิผล - และมีความปลอดภัย)” ตามความจำเป็น ผ่านกลไกการเชื่อมและยึดโยงอย่างเป็นระบบระหว่างระบบในภาพรวมของทั้งประเทศและในระดับอำเภอ กับประชาชนทั้งในระดับรายบุคคล – ครอบครัว - และชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ร่วมในระดับนานาชาติตามคุณลักษณะของ “การมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง”

๓. หลักการสำคัญ

๓.๑ ภาวะการนำร่วม

ภาวะการนำร่วม (Collective leadership) หมายถึง ภาวะการนำที่ให้ความสำคัญกับการเชื่อมโยงและการทำให้เกิดเป็นความร่วมมือขององค์ประกอบและภาคส่วนต่างๆ สร้างพื้นที่ของการมีส่วนร่วม ส่งผลให้การดำเนินกิจกรรมและการขับเคลื่อนเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง-มีพลัง-และมีความยั่งยืน ด้วยเป้าหมายของการทำให้เกิดเป็นวัฒนธรรม “คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน” “คนไทยใส่ใจดูแลกัน Thailand Caring Society)” ทั้งนี้องค์ประกอบของสมรรถนะที่ส่งผลให้เกิดเป็นภาวะการนำร่วมที่สำคัญประกอบด้วย

๓.๑.๑ การควบคุมตนเอง หมายถึง ความสามารถในการระลึกและรู้เท่าทันการรับรู้และอารมณ์ของตนเอง และควบคุมได้อย่างเหมาะสม สามารถจัดการกับความเครียดหรือภาวะที่เกิดความกดดันทางอารมณ์อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การมีพฤติกรรมการตอบโต้ที่สงบ - สร้างสรรค์ แม้จะถูกข่มขู่สามารถแก้ไขสถานการณ์โดยไม่เกิดความรุนแรงทางอารมณ์ รวมถึงการควบคุมตนเองมีผลให้ผู้อื่นสามารถสงบลงได้ เป็นต้น

๓.๑.๒ การให้คุณค่า หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ – เข้าใจ - และไม่ปฏิเสธ การรับรู้ – ความเชื่อ - ที่นำไปสู่การให้ความสำคัญและการเห็นถึงคุณค่าหรือค่านิยม ซึ่งอาจเหมือนหรือแตกต่างกันของสมาชิกและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาวะและคุณภาพชีวิตภายในอำเภอ เช่น การเห็นคุณค่าและให้ความสำคัญกับ การไม่ทอดทิ้งกัน ความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ การเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการ ความโปร่งใสตรวจสอบได้ เป็นต้น เปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ บนพื้นฐานของการประนีประนอม และพัฒนาเป็น “คุณค่าร่วม” เพื่อพัฒนาให้ “ความเป็นอำเภอ” มีคุณลักษณะตามคุณค่าร่วมดังกล่าวร่วมกัน

๓.๑.๓ ความสัมพันธ์ หมายถึง ความสามารถในการสร้างและพัฒนาความสัมพันธ์ ซึ่งเป็นฐานสำคัญของการสร้างการมีส่วนร่วม การได้รับความร่วมมือ ทั้งนี้การสร้างและพัฒนาความสัมพันธ์ควรอยู่บนพื้นฐานของการรับรู้และเข้าใจความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ภายในอำเภอ เพื่อพัฒนาให้เกิดเป็นฐานร่วม ซึ่งเป็นเงื่อนไขของการแก้ปัญหาพร้อมไปกับการขับเคลื่อนเพื่อการพัฒนา สุขภาวะและคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการขับเคลื่อน หรือการแก้ปัญหาที่มีองค์ประกอบของความยากเชิงสังคม

๓.๑.๔ การสื่อสาร หมายถึง ความสามารถในการรับฟัง รับข้อมูล พูด ส่งข้อมูล พูดคุย ติดต่อสื่อสาร ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ กับสมาชิกที่มีบทบาทที่แตกต่างภายในอำเภอ เพื่อลดการรับรู้หรือการมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน ไม่ตรงกัน หรือไม่เป็นไปในทิศทาง

เดียวกัน ที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต ทั้งนี้รวมถึงความสามารถในการสื่อสารเพื่อติดต่อประสานงาน หรือเจรจากับผู้เชี่ยวชาญ ในกรณีที่มีการแก้ปัญหาหรือการดำเนินการ เพื่อพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต ที่มีองค์ประกอบของความยากเชิงวิชาการ และมีจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน

๓.๑.๕ การนำการเปลี่ยนแปลง หมายถึง ความสามารถในการกระตุ้นหรือผลักดันการเปลี่ยนแปลงบนพื้นฐานของการทราบถึงประเด็น ซึ่งมีความเป็นพลวัต ที่จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้คุณลักษณะของ “ความเป็นอำเภอ” มีพัฒนาการที่เข้าใจและเป็นไปตามคุณลักษณะพึงประสงค์ตามเป้าหมายของการขับเคลื่อน และการมี “คุณค่าร่วม” ในระดับอำเภอร่วมกัน เช่น “คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน ” บนพื้นฐานของการรับรู้ และสัมผัสได้ถึงแรงต้านต่อการเปลี่ยนแปลง เช่น ความเคยชิน ความกลัวต่อความไม่แน่นอนของการเปลี่ยนแปลง เป็นต้น และสามารถโน้มน้าว สร้างขวัญกำลังใจในการทำให้ในที่สุดการเปลี่ยนแปลงสามารถเกิดขึ้นได้อย่างราบรื่น

๓.๑.๖ อำนาจ หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ เรียนรู้ ทำความเข้าใจ และใช้อำนาจ ทั้งอำนาจหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมายตามกฎระเบียบ ข้อบังคับ หรือสายบังคับบัญชา (Authority) และพลังอำนาจ (Power) ที่มีของตนเองและองค์ประกอบต่างๆ ภายในอำเภอ ที่มีส่วนช่วยเสริมหรือเพิ่มพลังการขับเคลื่อนเพื่อการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต พร้อมกับตระหนักถึงผลกระทบของการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันของอำนาจต่างๆ เหล่านี้ บนพื้นฐานของการทำให้ปฏิสัมพันธ์ดังกล่าว เกิดประโยชน์ต่อการดำเนินกิจกรรมต่างๆ มีการดำเนินการไปด้วยกัน หรือมีการดำเนินการไปในทิศทางเดียวกัน

๓.๒ การบูรณาการ

การบูรณาการ (Integration) หมายถึง การเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียวบนพื้นฐานของการลดช่องว่างลดความซ้ำซ้อนของการดำเนินการและการขับเคลื่อนต่างๆ เพื่อการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต ขององค์ประกอบและภาคส่วนต่างๆ ที่มีอยู่ภายในอำเภอ จนกระทั่งทำให้ช่องว่างและความซ้ำซ้อนของการดำเนินกิจกรรมและการขับเคลื่อนต่างๆ ดังกล่าวหมดไป อนึ่ง การบูรณาการให้ผลที่มากกว่าการนำผลลัพธ์ที่เกิดจากการดำเนินการโดยองค์ประกอบและภาคส่วนต่างๆ (ในกรณีที่ไม่มีการบูรณาการ) มารวมกัน และมากกว่าการดำเนินการในลักษณะเพียงเพื่อให้มีความสอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน (Alignment) การบูรณาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ อาจแบ่งออกได้เป็น ๒ ลักษณะที่ส่งผลต่อกัน ดังนี้

๓.๒.๑ การบูรณาการเชิงบริหารจัดการ (Managerial Integration) หมายถึง การบริหารจัดการที่ทำให้ช่องว่าง และความซ้ำซ้อนของการใช้ทรัพยากรที่มาจากภาคส่วนและองค์ประกอบต่างๆ หมดไป มีความเป็นหนึ่งเดียว ทำให้ทรัพยากรที่มีอยู่ถูกนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการบรรลุเป้าหมายผ่านการบูรณาการเชิงปฏิบัติการ ในลักษณะที่ทำให้การดำเนินการที่มีการเชื่อมโยงในทางปฏิบัติ เป็นการดำเนินการที่ส่งเสริมซึ่งกันและกันอย่างเต็มศักยภาพ

๓.๒.๒ การบูรณาการเชิงปฏิบัติการ (Operational Integration) หมายถึง การดำเนินการที่มีการเชื่อมโยงเป็นทีม/ภาคีเครือข่ายทั้งแนวนราบ/แนวตั้ง (Matrix Teams/Links/ Networks) โดยไม่มีช่องว่างและไม่มีความซ้ำซ้อน ตลอดจนมีการเชื่อมและยึดโยง

กับประชาชนอย่างเป็นระบบ ทั้งในระดับรายบุคคล - ครอบครัว - และชุมชน ส่งผลให้เกิดการบูรณาการระหว่าง การดูแลและให้บริการทางสุขภาพ - การดูแลและให้บริการทางสังคม-การลดภาวะคุกคามและความเสี่ยงทางสุขภาพและสุขภาพ - ตลอดจนกิจกรรมการสร้างและส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพต่างๆ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้การดูแลและให้บริการร่วมกันเป็นทีมและเป็นภาคีเครือข่ายของวิชาชีพต่างๆ เป็นการให้การดูแลและให้บริการร่วมกับจิตอาสา อาสาสมัครสาธารณสุขสมาชิกในชุมชน และสมาชิกในครอบครัว บนพื้นฐานของการให้ความสำคัญกับคุณค่าและศักยภาพของรายบุคคลในบริบทของครอบครัว - ครอบครัวในบริบทของชุมชน-และชุมชนในบริบทของความ เป็นอำเภอ

๓.๓ การมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วม (Participation) หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ การดำเนินกิจกรรม และการดำเนินการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์สถานการณ์ การวิเคราะห์ปัญหา การตัดสินใจ การวางแผน การดำเนินการตามแผน การควบคุมกำกับ และการประเมินผล ที่มีองค์ประกอบของ

๓.๓.๑ การพูดคุยแลกเปลี่ยน (Dialogue) ทั้งอย่างเป็นทางการ (เช่น การพูดคุยแลกเปลี่ยนในขณะทำหน้าที่ตามบทบาทหน้าที่ การทำประชาคม การประชุมในคณะกรรมการ อนุกรรมการฯ การประชุมที่มีการจัดอย่างสม่ำเสมอหรือที่มีการจัดการอย่างเป็นทางการ เป็นต้น) และไม่เป็นทางการ (เช่น ในขณะที่ดำเนินกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมงานบุญ กิจกรรมในเทศกาลต่างๆ เป็นต้น) ทั้งในระดับรายบุคคล ครอบครัว ชุมชน ตำบล องค์ประกอบและภาคส่วนต่างๆ บนพื้นฐานของการเปิดรับ หลักเหตุผลและตรรกะ (Logics) ที่เหมือนและแตกต่าง ซึ่งเป็นพื้นฐานของการทำให้เกิดความรู้สึกถึงการเข้ามาเป็นส่วนหนึ่ง (Engagement) การเป็นหุ้นส่วน (Partnership) และการมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของ (Ownership) ส่งผลให้เกิดเป็นฐานร่วม (Common Ground) เพื่อการขับเคลื่อนในประเด็นที่มีความจำเป็นต้องมีการขับเคลื่อน

๓.๓.๒ การตัดสินใจร่วมกัน (Common Decision) หมายถึง การตัดสินใจบนพื้นฐานของการให้ความสำคัญกับการทำให้เห็นถึงทางเลือก และเปิดโอกาสให้มีการร่วมกันเลือก ส่งผลให้การตัดสินใจดังกล่าว อยู่บนพื้นฐานของการมีความเห็นร่วม (Common/Mutual Agreement) ที่มีองค์ประกอบของ ความเข้าใจที่ตรงกัน (Common Understanding) บนพื้นฐานของการมีหลักเหตุผลหรือตรรกะที่ไม่แตกต่างหรืออยู่ในแนวทางเดียวกัน และมีความเข้าใจซึ่งกันและกัน (Mutual Understanding) บนพื้นฐานของการมีหลักเหตุผลหรือตรรกะที่ถึงแม้จะมีความแตกต่างหรือไม่อยู่ในแนวทางเดียวกัน เป็นองค์ประกอบสำคัญ

๓.๓.๓ การดำเนินการตามที่มีการตัดสินใจร่วมกัน (Decision Implementation) เป็นองค์ประกอบที่ทั้งสะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จของกระบวนการของการมีส่วนร่วม และช่วยกระตุ้นให้กระบวนการมีส่วนร่วมมีพัฒนาการ - เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง - และมีความเป็นระบบ กล่าวคือเป็นองค์ประกอบที่ทำให้เห็นถึง “ปรากฏการณ์” เช่น ปรากฏการณ์ของคนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน นอกจากช่วยเพิ่มระดับของความเข้าใจ - ความเห็นอกเห็นใจ - และความพร้อมของการร่วมให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ยังทำให้เห็นถึงการเสริมซึ่งกันและกันของความเชี่ยวชาญที่แตกต่าง (Different Expertise) เป็นการมีส่วนร่วมที่สะท้อนศักยภาพของการร่วมดูแล

และร่วมรับผิดชอบ (Sharing Responsibility) พร้อมไปกับการมีส่วนร่วมบริหารจัดการในการทำให้เกิดการพึ่งพาตนเอง (Self-Management) ส่งผลต่อการเพิ่มศักยภาพ (Empowerment) ที่ทำให้เห็นถึงทางเลือก - ทางออก - และการเพิ่มความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) เป็นกลไกสำคัญของการทำให้เกิดการพึ่งตนเอง (Self-Reliance) และดูแลตนเอง (Self-Care) ตามกระบวนการของการมีส่วนร่วมที่มีความสมบูรณ์ (Full Participation)

อนึ่ง การมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ ที่มีองค์ประกอบที่เป็นตัวแทนจากทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เป็นเงื่อนไขพื้นฐานที่สำคัญ ในการทำให้การมีส่วนร่วมเกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ มีพัฒนาการที่ต่อเนื่อง และมีความยั่งยืน

คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

๑. ข้อความในระเบียบฯ : การกำหนดให้มีคณะกรรมการนโยบายฯ

“อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๑ (๖) และ (๘) แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ นายกรัฐมนตรีโดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีจึงวางระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ.”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษา เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่ง เรียกว่า “คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” ซึ่งมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นที่ปรึกษา ประกอบด้วย

(๑) ปลัดกระทรวงมหาดไทย เป็นประธานกรรมการ

(๒) ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นรองประธานกรรมการ

(๓) ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ อธิบดีกรมการปกครอง อธิบดีกรมการพัฒนาชุมชน อธิบดีกรมควบคุมโรค อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น อธิบดีกรมอนามัย ปลัดกรุงเทพมหานคร เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกรรมการ

ให้รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบกลุ่มภารกิจด้านการพัฒนาการสาธารณสุข เป็นกรรมการและเลขานุการ และให้รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบกลุ่มภารกิจด้านการพัฒนาการสาธารณสุขแต่งตั้งผู้ช่วยเลขานุการจำนวนสองคน”

๑.๑ สารสำคัญ

กำหนดให้มีคณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ซึ่งมี ปลัดกระทรวงมหาดไทย เป็นประธานกรรมการ และปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นรองประธาน

กรรมการ ผู้บริหารระดับสูงจากกระทรวงต่างๆ และผู้บริหารกองทุน เป็นกรรมการ โดยมีรอง ปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบกลุ่มภารกิจด้านการสาธารณสุข เป็นกรรมการและเลขานุการ

๑.๒ เจตนารมณ์

กระบวนการขับเคลื่อนเพื่อการบรรลุเป้าหมาย “สุขภาวะ/คุณภาพชีวิต” และ “คนไทยใส่ใจดูแลกัน/คนอำเภอดูแลกันไม่ทอดทิ้งกัน” ผ่าน “คณะกรรมการ พขอ./พชช.” มีพื้นฐานมาจากกระบวนการที่สามารถแบ่งในภาพรวมได้เป็น ๒ ลักษณะกล่าวคือ

๑.๒.๑ กระบวนการจากส่วนกลาง สู่คณะกรรมการ พขอ./พชช. (Top-down process) ความสัมพันธ์ระหว่างคณะกรรมการนโยบายฯ กับคณะกรรมการ พขอ./พชช. เป็นส่วนหนึ่งของความสัมพันธ์จากส่วนกลาง

๑.๒.๒ กระบวนการจากรายบุคคล-ครอบครัว-ชุมชน สู่คณะกรรมการ พขอ./พชช. (Bottom-up process) วัตถุประสงค์ของการกำหนดให้มี “คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” คือการทำให้มีกลไกในภาครัฐจากส่วนกลาง ทำหน้าที่ให้การสนับสนุนการขับเคลื่อนตามคุณลักษณะจำเพาะของ “ความเป็นอำเภอ (District)” ในจังหวัดต่างๆ และ “ความเป็นเขต (District)” ในกรุงเทพมหานคร เพื่อการบรรลุเป้าหมาย “สุขภาวะ/คุณภาพชีวิต” และ “คนอำเภอดูแลกันไม่ทอดทิ้งกัน/คนไทยใส่ใจดูแลกัน” บนพื้นฐานของการมี “ภาวการณ์นำร่วมในพื้นที่ (Collective Local Leadership)” ซึ่งมีพื้นฐานมาจาก การลงนามการบันทึกความร่วมมือ (Memorandum of Understanding: MOU) ระหว่างกระทรวงมหาดไทย – กระทรวงสาธารณสุข – สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ – และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

ดังนั้น การกำหนดองค์ประกอบของคณะกรรมการนโยบายฯ จึงกำหนดด้วยหลักเหตุผลที่สำคัญ ๒ ประการ กล่าวคือ

๑. ฐานของพัฒนาการของการให้การสนับสนุน ผ่านการลงนามการบันทึกความร่วมมือ
๒. การมีองค์ประกอบที่ครอบคลุมตามความจำเป็น และมีจำนวนไม่มากเกินไป เพื่อให้การสนับสนุนและส่งเสริม ภาวการณ์นำร่วมในระดับพื้นที่ ทั้งภาวการณ์นำร่วมระดับอำเภอ ในจังหวัดต่างๆ และภาวการณ์นำร่วมระดับเขต ในกรุงเทพมหานคร ในการขับเคลื่อนเพื่อการพัฒนาสุขภาวะและคุณภาพชีวิตในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบและมีความคล่องตัว

๒. ข้อความในระเบียบฯ : อำนาจหน้าที่

“ข้อ ๔ คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- (๑) กำหนดนโยบายและทิศทางการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ (พขอ.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พชช.)
- (๒) สนับสนุนและแก้ไขปัญหาการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พชช.) เพื่อให้การดำเนินงานเกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม

(๓) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พชข.) ให้เป็นไปตามนโยบายและทิศทางที่กำหนด

(๔) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อพิจารณาหรือปฏิบัติการตามที่คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมอบหมาย

(๕) ปฏิบัติการอื่นใดที่จำเป็นและต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการดำเนินการตามระเบียบนี้ หรือตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หรือตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยหรือรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมอบหมาย

ข้อ ๕ การประชุมคณะกรรมการต้องมีกรรมการมาประชุมไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนกรรมการทั้งหมด จึงจะเป็นองค์ประชุม ในการประชุมคณะกรรมการ ถ้าประธานกรรมการไม่มาประชุมหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้ที่ประชุมเลือกกรรมการคนหนึ่งเป็นประธานในที่ประชุม การวินิจฉัยชี้ขาดของที่ประชุมให้ถือเสียงข้างมาก กรรมการคนหนึ่งให้มีเสียงหนึ่ง ในการลงคะแนน ถ้าคะแนนเสียงเท่ากันให้ประธานในที่ประชุมออกเสียงเพิ่มขึ้นอีกเสียงหนึ่งเป็นเสียงชี้ขาด”

๒.๑ สารสำคัญ

คณะกรรมการนโยบายฯ มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและทิศทางทางการพัฒนา ให้การสนับสนุนและแก้ไขปัญหาการดำเนินงาน และติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในจังหวัดต่างๆ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พชข.) ในกรุงเทพมหานคร

๒.๒ เจตนารมณ์

เจตนารมณ์ของการกำหนดให้คณะกรรมการนโยบายฯ มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและทิศทางของการพัฒนา ให้การสนับสนุนและแก้ไขปัญหาการดำเนินงาน ตลอดจนติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ของ พชอ. และ พชข. ซึ่งเป็นกลไกของการดำเนินงานในระดับอำเภอในจังหวัดต่างๆ และ กลไกของการดำเนินงานในระดับเขตในกรุงเทพมหานคร เป็นเจตนารมณ์ที่ต้องการส่งเสริมให้ “นโยบายและกระบวนการที่มีการส่งผ่านจากส่วนกลางลงสู่อำเภอ/เขต (Top-down process)” และ “กระบวนการจากการเข้าถึง – รับรู้ – สัมผัส ‘สุขภาวะ’ และ ‘ทุกขภาวะ’ ตลอดจนความเข้าใจ – เห็นอกเห็นใจ - และร่วมแบ่งปันทรัพยากร จากรายบุคคล – ครอบครัว – ชุมชน - ตำบล/แขวง – ขึ้นมาสู่อำเภอ/เขต (Bottom-up process)” ที่นอกจากสามารถดำเนินไปด้วยกันอย่างสมดุลแล้ว ยังจำเป็นต้องเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมซึ่งกันและกัน ดังนั้น ความสัมพันธ์ตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการนโยบายฯ ที่มีต่อคณะกรรมการ พชอ. และ พชข. จึงมีความแตกต่างไปจากความสัมพันธ์ในลักษณะของ “สายบังคับบัญชา” ที่เป็นความสัมพันธ์ตามคุณลักษณะของระบบราชการทั่วไป โดยไม่กระทบกับสายบังคับบัญชาที่เป็นการเชื่อมโยงจากส่วนกลางสู่อำเภอที่มีอยู่เดิมในระบบราชการ กล่าวคือ

๒.๒.๑ การกำหนดนโยบายและทิศทางของการพัฒนา เป็นการกำหนดในฐานะ “ภาครัฐจากส่วนกลาง” เป็นการกำหนดในลักษณะของปัจจัยนำเข้า (Inputs) เพื่อให้ พชอ. และ พชข. ซึ่งมีองค์ประกอบจากทั้ง “ภาครัฐ – ภาคเอกชน - และภาคประชาชน” ร่วมกันพิจารณา

และเรียงลำดับความสำคัญในการทำให้กระบวนการ “Top-down และ Bottom-up Processes” สามารถดำเนินการไปด้วยกัน และส่งเสริมซึ่งกันและกัน ตามความจำเป็นและความจำเป็นเฉพาะของบริบทของแต่ละอำเภอ/เขต เพื่อการบรรลุเป้าหมาย “สุขภาวะ/คุณภาพชีวิต” และ “คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน/คนไทยใส่ใจดูแลกัน”

๒.๒.๒ การสนับสนุนและแก้ปัญหาการดำเนินงาน อยู่บนพื้นฐานของ

๒.๒.๒.๑ การแก้ปัญหาให้ความสำคัญกับกรณีที่มีอุปสรรคของการ “การบูรณาการ” ทั้งการบูรณาการด้านการบริหารจัดการ และการบูรณาการเชิงปฏิบัติการ ในระดับอำเภอ/เขต โดยพิจารณาดำเนินการ และประสานงานกับภาคส่วนในส่วนกลางที่เกี่ยวข้อง ในการทำให้ข้อกำหนด กฎ ระเบียบ มีความยืดหยุ่น เพื่อเอื้อต่อการดำเนินการบนพื้นฐานของการทำให้เกิดการบูรณาการ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคส่วนและองค์กรประกอบต่างๆ ภายในอำเภอ/เขต

๒.๒.๒.๒ การสนับสนุนและส่งเสริมการเพิ่มสมรรถนะ “การมีภาวะการนำร่วม” ของ พชอ. และ พชข. เช่น การฝึกอบรม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การศึกษาดูงาน ตลอดจนการจัดให้มีกระบวนการเพิ่มสมรรถนะการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาสุขภาวะ/คุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ/เขต ให้มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบและมีความต่อเนื่อง

๒.๒.๒.๓ การสนับสนุนการวิจัยเพื่อขับเคลื่อนและเติมเต็ม (Implementation Research) และการประเมินผลเพื่อการพัฒนา (Developmental Evaluation) การดำเนินงานของ พชอ. และ พชข.

๒.๒.๓ การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ให้ความสำคัญกับการมีการวิเคราะห์ปัญหา – วิเคราะห์สถานการณ์ - และการเลือกประเด็นเพื่อขับเคลื่อนและดำเนินการอย่างมีส่วนร่วม (รวมถึงการผสมผสานระหว่างกระบวนการ Top - down และ Bottom - up Processes) การมีแผนยุทธศาสตร์ การบูรณาการแผนต่างๆ และการมีแผนปฏิบัติการรองรับการดำเนินการ การดำเนินการตามแผน การบูรณาการด้านการบริหารจัดการ การบูรณาการเชิงปฏิบัติการ การดำเนินกิจกรรมต่างๆ อย่างมีส่วนร่วม และผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมจากการดำเนินกิจกรรมและการขับเคลื่อนต่างๆ บนพื้นฐานของการรับรู้ถึง

๒.๒.๓.๑ กระบวนการทำงานของ พชอ. และ พชข.

๑. การประชุมของคณะกรรมการฯ เช่น การเตรียมประชุมโดยเลขาฯ การเข้าร่วมประชุมของคณะกรรมการที่เป็นตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ การนำประชุมโดยประธาน บรรยากาศของการมีส่วนร่วม ตลอดจนความสม่ำเสมอของการจัดให้มีการประชุม เป็นต้น

๒. การขับเคลื่อนงาน เช่น การทำประชาคม การลงพื้นที่ของคณะกรรมการฯ การดำเนินการร่วมกับภาคีเครือข่าย การมีคณะอนุกรรมการหรือทีมงานรับผิดชอบการดำเนินการหรือการขับเคลื่อนบางประเด็นที่มีความจำเป็น การสร้างและพัฒนาให้เกิดเป็นทีมและภาคีเครือข่ายเพื่อให้การดูแลทางสุขภาพและทางสังคม รวมถึงเพื่อการดำเนินการและขับเคลื่อนในประเด็นต่างๆ เพื่อพัฒนาสุขภาวะและคุณภาพชีวิต เป็นต้น บนพื้นฐานของความภูมิใจและพึงพอใจในการทำหน้าที่ กระตุ้น - หนุนเสริม - เติมเต็ม เพื่อทำให้ “คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน” กลายเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมสำคัญของอำเภอ

หมายเหตุ การร่วมลงพื้นที่กับคณะกรรมการ พชอ. และ พชข. ของตัวแทน
ของคณะกรรมการนโยบายฯ เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการประเมินกระบวนการทำงาน

๒.๒.๓.๒ ประโยชน์ที่ประชาชนได้รับจากกระบวนการทำงานของ
พชอ. และ พชข.

๑. การรับรู้ถึงพลวัตรของ “สุขภาวะ/ทุกข์ภาวะ” จาก
การมีปฏิสัมพันธ์ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการของคณะกรรมการ พชอ./พชข. (เชื่อมโยงกับ
การประเมินกระบวนการทำงาน)

๒. การมีกรณีตัวอย่างที่น่าสนใจ ที่แสดงให้เห็น
ประโยชน์ที่ประชาชนได้รับ ทั้งในระดับรายบุคคล ครอบครัว ชุมชน ตำบล และภาพรวมของทั้ง
อำเภอ

๓. การเป็นแหล่งเรียนรู้และศึกษาดูงาน

๔. การส่งเสริม – การพัฒนา - และการมีประสบการณ์
การวัด สุขภาวะและคุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอ/เขต ของ พชอ. และ พชข. ที่มีกระบวนการ
ทางวิชาการรองรับ เช่น การสร้างและพัฒนาเครื่องมือเพื่อการวัด การพัฒนากระบวนการวัด เป็นต้น
ทั้งการวัดเชิงภววิสัย (Objective Well-being) ซึ่งให้ความสำคัญกับการพัฒนาเครื่องมือเพื่อวัด
กิจกรรมทางด้านเศรษฐกิจและสิ่งอำนวยความสะดวก และตัวชี้วัดที่เป็นรูปธรรมต่างๆ และการวัดเชิง
อัตวิสัย (Subjective Well-being) ซึ่งให้ความสำคัญกับการพัฒนาเครื่องมือเพื่อวัดความพึงพอใจ
ความรู้สึก ทศนคติ ของทั้งระดับรายบุคคล – ครอบครัว – ชุมชน – ตำบล – และภาพรวมของทั้ง
อำเภอ

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/เขต (พชอ./พชข.)

๑. ข้อความในระเบียบฯ : การกำหนดให้มีคณะกรรมการ พชอ./พชข.

๑.๑ การกำหนดให้มีคณะกรรมการ พชอ.

“ข้อ ๖ ในทุกจังหวัดเว้นแต่กรุงเทพมหานคร ให้แต่ละอำเภอมีคณะกรรมการ
พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอคณะหนึ่ง เรียกโดยย่อว่า “พชอ.” ซึ่งมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นที่
ปรึกษา และมีกรรมการจำนวนไม่เกินยี่สิบเอ็ดคน ประกอบด้วย

(๑) นายอำเภอ เป็นประธานกรรมการ

(๒) ผู้แทนส่วนราชการ ผู้แทนหน่วยงานของรัฐ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น ผู้แทนกำนัน หรือผู้แทนผู้ใหญ่บ้านในอำเภอ ที่นายอำเภอแต่งตั้ง จำนวนไม่เกินหกคน เป็น
กรรมการ โดยผู้แทนส่วนราชการหรือผู้แทนหน่วยงานของรัฐให้แต่งตั้งจากปลัดอำเภอ ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาล พัฒนา การอำเภอ ผู้อำนวยการสถานศึกษา หรือผู้แทนส่วนราชการหรือหน่วยงานของ
รัฐอื่นที่เกี่ยวข้อง

(๓) ผู้แทนภาคเอกชนในอำเภอที่นายอำเภอแต่งตั้ง จำนวนไม่เกินหกคน
โดยคัดเลือกจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพอื่น ผู้แทนสถาน

ประกอบกิจการด้านสุขภาพหรือสาธารณสุข ผู้แทนสถานศึกษาเอกชน หรือผู้แทนสถานประกอบกิจการอื่น เป็นกรรมการ

(๔) ผู้แทนภาคประชาชนในอำเภอที่นายอำเภอแต่งตั้ง จำนวนไม่เกินเจ็ดคน โดยคัดเลือกจากผู้ที่มีความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับการพัฒนาสังคมหรือชุมชนท้องถิ่น ภูมิปัญญาท้องถิ่น หรือศาสนา ผู้นำทางศาสนา เครือข่ายหรือองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร เครือข่ายอาสาสมัคร เครือข่ายหรือองค์กรผู้บริโภค เครือข่ายหรือองค์กรเกี่ยวกับการสื่อสารมวลชน หรือเครือข่ายหรือองค์กรอื่น เป็นกรรมการ

ให้สาธารณสุขอำเภอเป็นกรรมการและเลขานุการ และให้นายอำเภอมีอำนาจแต่งตั้งกรรมการอื่นเป็นเลขานุการร่วมได้ตามความเหมาะสม

การคัดเลือกกรรมการตาม (๓) และ (๔) ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ พชอ. กำหนด

ข้อ ๗ กรรมการตามข้อ ๖ (๓) และ (๔) ต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

(๑) มีสัญชาติไทย

(๒) มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบห้าปีบริบูรณ์

(๓) ไม่เป็นบุคคลล้มละลายหรือเคยเป็นบุคคลล้มละลายทุจริต

(๔) ไม่เป็นคนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(๕) ไม่เคยต้องคำพิพากษาหรือคำสั่งของศาลให้ทรัพย์สินตกเป็นของ

แผ่นดินเพราะร่ำรวยผิดปกติหรือมีทรัพย์สินเพิ่มขึ้นผิดปกติ

(๖) ไม่เคยถูกไล่ออก ปลดออก ให้ออก หรือเลิกจ้างจากหน่วยงานของรัฐ หรือหน่วยงานของเอกชน เพราะทุจริตต่อหน้าที่ ประพฤติชั่วอย่างร้ายแรง หรือถือว่ากระทำการทุจริตและประพฤติมิชอบในวงราชการ

ข้อ ๘ กรรมการตามข้อ ๖ (๓) และ (๔) มีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละสองปี นับแต่วันที่ได้รับการแต่งตั้ง ผู้ซึ่งพ้นจากตำแหน่งแล้ว อาจได้รับการแต่งตั้งอีกได้ แต่จะดำรงตำแหน่งติดต่อกันเกินสามวาระไม่ได้

ในกรณีที่กรรมการตามข้อ ๖ (๓) หรือ (๔) พ้นจากตำแหน่งก่อนวาระให้นายอำเภอแต่งตั้งกรรมการตามข้อ ๖ (๓) หรือ (๔) แทน และให้ผู้ได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งแทนอยู่ในตำแหน่งเท่ากับวาระที่เหลืออยู่ของกรรมการซึ่งตนแทน เว้นแต่วาระของกรรมการนั้น จะเหลืออยู่ไม่ถึงเก้าสิบวัน นายอำเภอจะไม่ดำเนินการแต่งตั้งกรรมการแทนก็ได้ และในการนี้ให้คณะกรรมการประกอบด้วยกรรมการเท่าที่เหลืออยู่

ในกรณีที่กรรมการตามข้อ ๖ (๓) หรือ (๔) พ้นจากตำแหน่งตามวาระ หากยังมีได้มีการแต่งตั้งกรรมการดังกล่าวขึ้นใหม่ ให้กรรมการซึ่งพ้นจากตำแหน่งตามวาระนั้น อยู่ในตำแหน่งเพื่อดำเนินงานต่อไปจนกว่ากรรมการซึ่งได้รับแต่งตั้งใหม่เข้ารับหน้าที่

ข้อ ๙ นอกจากการพ้นจากตำแหน่งตามวาระ กรรมการตามข้อ ๖ (๓) และ (๔) พ้นจากตำแหน่ง เมื่อ

(๑) ตาย

(๒) ลาออก

(๓) พขอ. ให้ออก เพราะไม่สุจริตต่อหน้าที่ มีความประพฤติเสื่อมเสีย หรือหย่อนความสามารถ

(๔) ขาดคุณสมบัติหรือมีลักษณะต้องห้ามตามข้อ ๗

ข้อ ๑๐ ให้นำข้อ ๕ มาใช้บังคับกับการประชุมของ พขอ. ด้วยโดยอนุโลม

ข้อ ๑๑ พขอ. มีอำนาจแต่งตั้งที่ปรึกษาของ พขอ. เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดำเนินงานตามอำนาจหน้าที่ของ พขอ. และมีอำนาจแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อพิจารณา หรือ ปฏิบัติการตามที่ พขอ. มอบหมายได้

การประชุมคณะกรรมการ ให้นำข้อ ๕ มาใช้บังคับโดยอนุโลม

ข้อ ๑๙ ในวาระเริ่มแรก ให้ พขอ. ประกอบด้วยกรรมการตามข้อ ๖ (๑) และ (๒) และให้สาธารณสุขอำเภอเป็นกรรมการและเลขานุการ ปฏิบัติหน้าที่คณะกรรมการตามข้อ ๖ ไปพลางก่อนจนกว่าจะมีการแต่งตั้งกรรมการตามข้อ ๖ (๓) และ (๔) ซึ่งต้องไม่เกินหนึ่งร้อยยี่สิบวันนับแต่วันที่ระเบียบนี้ใช้บังคับ”

๑.๑.๑ สารสำคัญ

กำหนดให้ในแต่ละอำเภอของทุกจังหวัดเว้นแต่กรุงเทพมหานครมี คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) จำนวนไม่เกิน ๒๑ คน ประกอบด้วยผู้แทน ภาครัฐ จำนวนไม่เกิน ๖ คน ผู้แทนภาคเอกชน จำนวนไม่เกิน ๖ คน และผู้แทนภาคประชาชนใน อำเภอ จำนวนไม่เกิน ๖ คน โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นที่ปรึกษา นายอำเภอเป็นประธานกรรมการ และสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ

๑.๒ การกำหนดให้มีคณะกรรมการ พชข.

“ข้อ ๑๕ ในกรุงเทพมหานคร ให้แต่ละเขตมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับเขตคณะหนึ่ง เรียกโดยย่อว่า “พชข.” ซึ่งมีปลัดกรุงเทพมหานครเป็นที่ปรึกษา และมี กรรมการจำนวนไม่เกินยี่สิบสามคน ประกอบด้วย

(๑) ผู้อำนวยการเขต เป็นประธานกรรมการ

(๒) ผู้แทนส่วนราชการในเขต ผู้แทนหน่วยงานของรัฐในเขต ผู้แทนสมาชิก สภาเขตกรุงเทพมหานคร หรือผู้แทนสมาชิกสภากรุงเทพมหานคร ที่ผู้อำนวยการเขตแต่งตั้ง จำนวน ไม่เกิน หกคน เป็นกรรมการ โดยผู้แทนส่วนราชการหรือผู้แทนหน่วยงานของรัฐให้แต่งตั้งจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้แทนสถานศึกษา หรือผู้แทนส่วนราชการหรือหน่วยงานของรัฐอื่นที่ เกี่ยวข้อง

(๓) ผู้แทนภาคเอกชนในเขตที่ผู้อำนวยการเขตแต่งตั้ง จำนวนไม่เกินหกคน โดยคัดเลือกจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพอื่น ผู้แทนสถาน ประกอบกิจการด้านสุขภาพหรือสาธารณสุข ผู้แทนสถานศึกษาเอกชน หรือผู้แทน สถานประกอบ กิจการอื่น เป็นกรรมการ

(๔) ผู้แทนภาคประชาชนในเขตที่ผู้อำนวยการเขตแต่งตั้ง จำนวนไม่เกิน เจ็ดคน โดยคัดเลือกจากผู้ที่มีความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับการพัฒนาสังคมหรือชุมชนท้องถิ่น ภูมิ ปัญญาท้องถิ่น หรือศาสนา ผู้นำทางศาสนา เครือข่ายหรือองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร

เครือข่ายอาสาสมัคร เครือข่ายหรือองค์กรผู้บริโภค เครือข่ายหรือองค์กรเกี่ยวกับการสื่อสารมวลชน หรือเครือข่ายหรือองค์กรอื่น เป็นกรรมการ

ให้ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุขที่ผู้อำนวยการเขตแต่งตั้งเป็น กรรมการและเลขานุการ และให้หัวหน้าฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม และหัวหน้าฝ่าย สิ่งแวดล้อมและสุขภาพเป็นกรรมการและเลขานุการร่วม

การคัดเลือกกรรมการตาม (๓) และ (๔) ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ พชช. กำหนด

ข้อ ๒๐ ในวาระเริ่มแรก ให้ พชช. ประกอบด้วยกรรมการตามข้อ ๑๕ (๑) และ (๒) และให้ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุขที่ผู้อำนวยการเขตแต่งตั้งเป็นกรรมการและ เลขานุการ ปฏิบัติหน้าที่คณะกรรมการตามข้อ ๑๕ ไปพลางก่อนจนกว่าจะมีการแต่งตั้งกรรมการตาม ข้อ ๑๕ (๓) และ (๔) ซึ่งต้องไม่เกินหนึ่งร้อยยี่สิบวันนับแต่วันที่ระเบียบนี้ใช้บังคับ”

๑.๒.๑ สารสำคัญ

กำหนดให้ในแต่ละเขตของกรุงเทพมหานครมีคณะกรรมการ พัฒนาคูณภาพชีวิตระดับเขต (พชช.) ประกอบด้วยผู้แทนภาครัฐ ผู้แทนภาคเอกชน และผู้แทนภาค ประชาชนในเขต จำนวนไม่เกิน ๒๓ คน โดยมี ผู้อำนวยการเขต เป็นประธานกรรมการ ผู้อำนวยการ ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ผู้อำนวยการเขตแต่งตั้งเป็นเลขานุการ หัวหน้าฝ่ายพัฒนาชุมชนและ สวัสดิการสังคม และหัวหน้าฝ่ายสิ่งแวดล้อมและสุขภาพเป็นเลขานุการร่วม

๑.๓ เจตนารมณ์ของการกำหนดให้มีคณะกรรมการ พชช./พชช.

การกำหนดให้จำนวนคณะกรรมการ พชช. มีจำนวนไม่เกิน ๒๑ คน และ คณะกรรมการ พชช. มีจำนวนไม่เกิน ๒๓ คน มีที่มาจากการสังเคราะห์บทเรียนจากการดำเนินการ ร่วมกันในรูปแบบของภาคีเครือข่ายเพื่อร่วมกันขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ และการดำเนินการภายใต้ MOU ซึ่งสอดคล้องกับบทเรียนจากประสบการณ์ในระดับนานาชาติ ในการทำให้จำนวนคณะ กรรมการฯ มีจำนวนที่ไม่มากเกินไป สามารถดำเนินการได้อย่างคล่องตัวในรูปแบบของคณะกรรมการฯ โดยมีนายอำเภอ/ผู้อำนวยการเขต เป็นผู้มีส่วนสำคัญในการทำให้มีกระบวนการคัดเลือกอย่างมี ส่วนร่วม และเป็นผู้แต่งตั้ง บนพื้นฐานของการทำให้คณะกรรมการฯ ที่ผ่านการคัดเลือกและได้รับการ แต่งตั้ง มีองค์ประกอบครบ และมีความสมดุลจากความเป็นตัวแทนของทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน

กระบวนการคัดเลือก อยู่บนพื้นฐานของการให้ได้มาซึ่งคณะกรรมการจาก ภาครัฐก่อน ซึ่งมีจำนวนไม่เกิน ๖ คน แล้วจึงร่วมกันคัดเลือกเพื่อให้ได้มาซึ่งคณะกรรมการภาคเอกชน จำนวนไม่เกิน ๖ คน และคณะกรรมการจากภาคประชาชนจำนวนไม่เกิน ๗ คน

กรณีการคัดเลือกผู้แทนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนกำนัน หรือ ผู้แทนผู้ใหญ่บ้านในอำเภอ เพื่อเป็นคณะกรรมการ พชช. และการคัดเลือกของผู้แทนสมาชิกสภาเขต กรุงเทพมหานคร หรือผู้แทนของสมาชิกสภากรุงเทพมหานคร เพื่อเป็นคณะกรรมการ พชช. เนื่องจาก เป็นการคัดเลือกบุคคลที่ได้ตำแหน่งมาจากการเลือกตั้งของประชาชน และในแต่ละอำเภอ/เขต มี จำนวนที่มีความชัดเจน ดังนั้น ควรมีกระบวนการคัดเลือกกันเอง แล้วจึงเสนอให้นายอำเภอ/ ผู้อำนวยการเขต เป็นผู้คัดเลือกและแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการฯ

วัตถุประสงค์สำคัญของการมีตัวแทนจากภาครัฐ - ภาคเอกชน - ภาคประชาชน มาอยู่ในคณะกรรมการ พชอ./พชช. คือ การทำให้มีเวทีการเชื่อมโยงระหว่างภาคส่วนเกิดขึ้นอย่างเป็นทางการ และการเป็นตัวแทนของภาครัฐในการเข้ามาเป็นคณะกรรมการฯ อยู่บนพื้นฐานของการอยู่ในตำแหน่งและได้รับการแต่งตั้ง ส่วนการเป็นตัวแทนของภาคเอกชนและภาคประชาชน มีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละ ๒ ปี นับแต่วันที่ได้รับการแต่งตั้ง ผู้ซึ่งพ้นจากตำแหน่งแล้ว อาจได้รับการแต่งตั้งอีกได้ แต่จะดำรงตำแหน่งติดต่อกันเกิน ๓ วาระไม่ได้ ทั้งนี้การทำให้มีความเป็นพลวัตรของการเป็นคณะกรรมการฯ เพื่อทำให้พัฒนาการของการเชื่อมโยงเป็นทีม/ภาคีเครือข่ายที่เป็นการเชื่อมโยงทั้งภายใน - และระหว่างภาคส่วนและองค์กรประกอบต่างๆ ที่มีอยู่ภายในอำเภอ มีการดำเนินการ และมีพัฒนาการที่ต่อเนื่อง มีความครอบคลุมในทุกองค์ประกอบในภาพรวมของทั้งอำเภอ

อนึ่ง การแต่งตั้งที่ปรึกษา การตั้งคณะอนุกรรมการฯ และการมอบหมายให้มีทีมงานทำหน้าที่รับผิดชอบการดำเนินการและการขับเคลื่อนงาน จะมีส่วนช่วยกระตุ้นให้เกิดพัฒนาการ และมีส่วนช่วยทำให้การเชื่อมโยงเป็นทีม/ภาคีเครือข่าย ทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน มีการเชื่อมและยึดโยงกับประชาชนอย่างเป็นระบบทั้งระดับรายบุคคล - ครอบครัว - และชุมชน

๒. ข้อความในระเบียบ : อำนาจหน้าที่

๒.๑ อำนาจหน้าที่คณะกรรมการ พชอ.

“ข้อ ๑๒ ให้ พชอ. มีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) กำหนดแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ

(๒) ดำเนินการให้เกิดการขับเคลื่อนตามแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ตาม (๑) โดยประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชนภายในและภายนอกเขตอำเภอ

(๓) บูรณาการและระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในอำเภอ ทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนตามแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ

(๔) สนับสนุนและส่งเสริมให้ท้องถิ่นและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม

(๕) เสนอแนะและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานในเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตต่อหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

(๖) ประสานงานกับ พชอ. ในอำเภออื่น หรือ พชช. เพื่อให้เกิดการบูรณาการ ในการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ

(๗) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ

(๘) เรียกให้ส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานของเอกชนในอำเภอ จัดส่งข้อมูล เอกสาร หรือหลักฐานที่เกี่ยวข้องหรือเป็นประโยชน์

ต่อการกำหนดแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ หรือการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ

(๙) ปฏิบัติการอื่นใดที่จำเป็นและต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการดำเนินการตามระเบียบนี้ หรือตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของ พชอ. หรือตามที่ได้ผู้ว่าราชการจังหวัดมอบหมาย

การดำเนินการตาม (๑) ให้รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ และภารกิจของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนประเมินสถานการณ์และสภาพปัญหาต่าง ๆ ในอำเภอด้วย

ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการเพื่อให้เกิดความร่วมมือกับทุกภาคส่วนเพื่อให้เป็นไปตามแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ที่กำหนดตาม (๑)

ข้อ ๑๓ ให้ พชอ. รายงานความก้าวหน้า ปัญหา หรืออุปสรรคในการดำเนินงาน รวมทั้งขอรับการสนับสนุนต่อผู้ว่าราชการจังหวัดและคณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หรือคณะกรรมการระดับจังหวัดที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอที่ พชอ. เห็นสมควร”

๒.๑.๑ สารสำคัญ

มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดแผนงานและยุทธศาสตร์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ และดำเนินการให้เกิดการขับเคลื่อนตามแผนงานดังกล่าว โดยบูรณาการและระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในอำเภอทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน

๒.๒ อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการ พชข.

“ข้อ ๑๖ ให้นำข้อ ๕ ข้อ ๗ ข้อ ๘ ข้อ ๙ ข้อ ๑๑ และข้อ ๑๒ มาใช้บังคับกับ พชข. ด้วยโดยอนุโลม

ข้อ ๑๗ ให้ พชข. รายงานความก้าวหน้า ปัญหา หรืออุปสรรคในการดำเนินงานรวมทั้งขอรับการสนับสนุนต่อผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครและคณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ”

๒.๒.๑ สารสำคัญ

มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดแผนงาน และยุทธศาสตร์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในเขต และดำเนินการให้เกิดการขับเคลื่อนตามแผนงานดังกล่าว โดยบูรณาการและระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในเขตพื้นที่ทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน

๒.๓ เจตนารมณ์ของการกำหนดอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการ พชอ./พชข.

การกำหนดอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการ พชอ./พชข. มีเจตนารมณ์ดังนี้

๒.๓.๑ การกำหนดแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ในการพัฒนาสุขภาวะและคุณภาพชีวิตในอำเภอ/เขต ให้กำหนดโดยให้ความสำคัญกับ “กระบวนการจากพื้นที่สู่คณะกรรมการ พชอ./พชข. (Bottom-up process)” เป็นการกำหนดบนพื้นฐานของการมีข้อมูลที่ได้มาจากการมีปฏิสัมพันธ์ การดำเนินกิจกรรม และการดำเนินการต่างๆ ทั้งกับระดับ

รายบุคคล - ครอบครัว - ชุมชน - ตำบล/แขวง - อำเภอ/เขต รวมถึงการเรียกให้ส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานของเอกชนในอำเภอ/เขต จัดส่งข้อมูล เอกสาร หรือหลักฐานที่เกี่ยวข้องหรือเป็นประโยชน์ ตามความจำเป็นต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต ตามพลวัตรในภาพรวมของอำเภอ/เขต (Inside - Out) ควบคู่ไปกับการพิจารณาทิศทางและ เป้าหมายที่กำหนดมาจากส่วนกลาง - เขต - จังหวัด (Top - down process) เพื่อให้สอดคล้องกับ การดำเนินการตามความจำเป็นของอำเภอ/เขต ทั้งนี้รวมถึงการพิจารณาตัวชี้วัด (Indicators) เครื่องมือที่ใช้สำหรับการวัด (Tools) และกระบวนการวัด (Measurement Methods) ที่มี พัฒนาการมาจากภายนอก ในการนำมาพัฒนาและนำมาใช้ให้มีความเหมาะสมกับพัฒนาการและ สถานการณ์ภายในอำเภอ/เขต (Outside - In)

๒.๓.๒ การดำเนินการให้เกิดการขับเคลื่อนตามแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ให้ดำเนินการบนพื้นฐานของการบูรณาการและระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในอำเภอ/เขต ทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมถึงสนับสนุนและส่งเสริมให้ท้องถิ่นและชุมชนเข้า มามีส่วนร่วม ตลอดจนเสนอแนะและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานในเรื่องการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตต่อหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยคำนึงถึงความสำคัญของการทำให้มีการเชื่อมโยง เป็นทีม/ภาคีเครือข่าย ที่มีการเชื่อมและยึดโยงกับประชาชน เพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุข ภาวะ/ทุกขภาวะและคุณภาพชีวิตอย่างเป็นระบบ ทั้งในระดับรายบุคคล - ครอบครัว - และชุมชน

๒.๓.๒.๑ การทำให้มีการเชื่อมโยงเป็นทีม/ภาคีเครือข่าย เพื่อ ส่งเสริมและพัฒนา “ความสัมพันธ์” เป็นเงื่อนไขที่เอื้อต่อการทำให้เกิดการบูรณาการเชิงปฏิบัติการ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของรายบุคคล - ครอบครัว - และชุมชน

๒.๓.๒.๒ การส่งเสริมและพัฒนา “ความสัมพันธ์” ทั้งนี้รวมถึงการ ประสานงานกับคณะกรรมการ พชอ./พช. ในอำเภอ/เขตอื่น เพื่อการบูรณาการและเพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพของการดำเนินการและการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ทั้งภายในและระหว่างอำเภอ/เขต

๒.๓.๓ การดำเนินการและขับเคลื่อนงานในส่วนที่เป็นความจำเพาะตาม บริบทของพื้นที่ เช่น การมีปัญหาสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่แตกต่างพร้อมกับการมีทรัพยากรจำนวนมาก ในภาคเอกชนในเขตเมือง การมีปัญหาสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่มีความจำเพาะและมีความ จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรบุคคลจากภาคประชาชนในเขตชนบททางไกล เป็นต้น ให้คณะกรรมการ พชอ./พช. พิจารณาสราง - พัฒนา - และปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์จำเพาะ (Specific package) เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามความจำเพาะและความจำเป็นของบริบทของพื้นที่ บนพื้นฐานของการระดม - ใช้ - และพัฒนาทรัพยากรและศักยภาพที่มีอยู่ภายในอำเภอ/เขต เพื่อ เสริมกับชุดสิทธิประโยชน์และทรัพยากรที่ได้รับการจัดสรรหรือสนับสนุนจากส่วนกลาง

๒.๓.๔ การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน นอกจากเป็นการ ดำเนินการผ่านการรับรู้โดยตรงจากการลงพื้นที่ การแลกเปลี่ยนระหว่างคณะกรรมการฯ คณะอนุ กรรมการฯ ทีมผู้รับผิดชอบ และผู้เกี่ยวข้องต่างๆ ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการแล้ว ยัง จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการมีข้อมูลเพื่อการควบคุมกำกับและประเมินสถานการณ์ที่มีความ ถูกต้อง ทั้งนี้รวมถึงการมีข้อมูลของการทำให้ทราบถึงสถานะทางการเงินตามความจำเป็น เช่น การ ดำเนินการให้มี “บัญชีเสมือน (Virtual Account)” เพื่อให้ทราบสถานการณ์และสถานะทางการ

เงิน ทำให้สามารถร่วมแก้ปัญหาและระดมทรัพยากรตามความจำเป็นในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับสถานะหรือความอยู่รอดทางการเงินของหน่วยงาน/สถานบริการ/และภาคีเครือข่าย ที่ให้บริการ/ให้การดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตในอำเภอ/เขต

อนึ่ง ข้อมูลจากการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน เป็นฐานสำคัญของการสังเคราะห์เป็นข้อมูลเพื่อรายงานความก้าวหน้า ปัญหา หรืออุปสรรคในการดำเนินงาน รวมทั้งขอรับการสนับสนุนต่อผู้ว่าราชการจังหวัด และคณะกรรมการนโยบายฯ หรือคณะกรรมการระดับจังหวัดที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอที่ พขอ./พช. เห็นสมควร

๓. ข้อความในระเบียบ: สำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการ พขอ./พช.

๓.๑ การกำหนดให้มีและการกำหนดอำนาจหน้าที่ของสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการ พขอ.

“ข้อ ๑๔ ให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นสำนักงานเลขานุการของ พขอ. และคณะอนุกรรมการที่ พขอ. แต่งตั้ง รับผิดชอบงานธุรการ และให้มีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) เป็นหน่วยงานกลางในการจัดทำแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ

(๒) เป็นหน่วยงานประสานงานในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ในการพัฒนา คุณภาพชีวิตในอำเภอ เพื่อเสนอต่อ พขอ. หรือคณะอนุกรรมการที่ พขอ. แต่งตั้ง

(๓) จัดเก็บ รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ

(๔) ปฏิบัติการ ประสานการปฏิบัติ ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือหน่วยงานของรัฐและเอกชน ให้เกิดการปฏิบัติการตามแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ

(๕) เป็นศูนย์ข้อมูลกลางในการประชาสัมพันธ์หรือเผยแพร่ข้อมูลและข่าวสารเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อให้เป็นไปตามแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ

(๖) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่ พขอ. หรือคณะกรรมการมอบหมาย ให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรับผิดชอบในการเบิกค่าใช้จ่ายประชุม ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการประชุม หรือค่าใช้จ่ายอื่นที่เกี่ยวข้อง”

๓.๑.๑ สารสำคัญ

กำหนดให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นสำนักงานเลขานุการของ พขอ. รับผิดชอบงานธุรการ และมีอำนาจหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางในการจัดทำแผนงานและยุทธศาสตร์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ ตลอดจนเป็นหน่วยงานประสานงานในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงานและยุทธศาสตร์ดังกล่าว

๓.๒ การกำหนดให้มีและการกำหนดอำนาจหน้าที่ของสำนักงาน เลขานุการคณะกรรมการ พชช.

“ข้อ ๑๘ ให้ศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นสำนักงานเลขานุการของ พชช. และคณะอนุกรรมการที่ พชช. แต่งตั้ง รับผิดชอบงานธุรการ และให้นำอำนาจหน้าที่ในข้อ ๑๔ มาใช้บังคับกับอำนาจหน้าที่ของศูนย์บริการสาธารณสุขด้วยโดยอนุโลม ให้ศูนย์บริการสาธารณสุข รับผิดชอบในการเบิกค่าเบี้ยประชุม ค่าใช้จ่าย ในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการประชุม หรือค่าใช้จ่ายอื่นที่เกี่ยวข้อง ในกรณีที่เขตใดมีศูนย์บริการสาธารณสุขมากกว่าหนึ่งแห่ง ให้ผู้อำนวยการเขต มอบหมายให้ศูนย์บริการสาธารณสุขแห่งใดแห่งหนึ่งทำหน้าที่ตามวรรคหนึ่งและวรรคสอง”

๓.๒.๑ สารสำคัญ

กำหนดให้ศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นสำนักงานเลขานุการของ พชช. รับผิดชอบงานธุรการ และมีอำนาจหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางในการจัดทำแผนงานและยุทธศาสตร์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในเขต ตลอดจนเป็นหน่วยงานประสานงานในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงาน และยุทธศาสตร์ดังกล่าว

๓.๓ เจตนารมณ์ของการกำหนดให้มีและกำหนดอำนาจหน้าที่ของ สำนักงานเลขานุการของ พชช./พชช.

เจตนารมณ์ของการกำหนดให้มีและการกำหนดอำนาจหน้าที่ของสำนักงาน เลขานุการของ พชช./พชช. มีดังนี้

๓.๓.๑ การเป็นหน่วยงานกลาง ประสานงาน ปฏิบัติการ และประสานการ ปฏิบัติ โดยให้ความสำคัญกับ “ภาวะการมีส่วนร่วม” ของคณะกรรมการ พชช./พชช. ที่มาจากทั้ง ภาครัฐ - ภาคเอกชน - และภาคประชาชน ในการร่วมกันจัดทำแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง ยุทธศาสตร์ ดำเนินกิจกรรมและการขับเคลื่อนงาน ตลอดจนติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน บนพื้นฐานของการส่งเสริม “การมีส่วนร่วม” ของภาคส่วนและองค์ประกอบต่างๆ ภายในอำเภอ/เขต เช่น การเตรียมประชุม การจัดประชุม (ให้ความสำคัญกับการเข้าร่วมประชุมของคณะกรรมการฯ ทุก คน ในกรณีที่เป็นการประชุมคณะกรรมการฯ) การเตรียมการเพื่อการมีกิจกรรม และการมีกิจกรรม เพื่อการขับเคลื่อนงาน (ให้ความสำคัญกับการเข้าร่วมของ คณะกรรมการฯ คณะอนุกรรมการ ทีมงาน และผู้ที่เกี่ยวข้องตามความจำเป็น) เป็นต้น โดยให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/ศูนย์บริการ สาธารณสุขที่ได้รับมอบหมาย รับผิดชอบในการเบิกค่าเบี้ยประชุม ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการประชุม หรือค่าใช้จ่ายอื่นที่เกี่ยวข้อง

๓.๓.๒ การจัดเก็บ รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการ พัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตในอำเภอ/เขต โดยให้ความสำคัญกับการมีข้อมูลเพื่อการควบคุม กำกับและประเมินผล (Monitoring and Evaluation) เพื่อทราบสถานการณ์ที่มีความสัมพันธ์กับ กิจกรรมที่มีการดำเนินการและประเด็นที่มีการขับเคลื่อน รวมถึงบัญชีเสมือน (Virtual Account) เพื่อทราบสถานการณ์ทางการเงินตามความจำเป็น

๓.๓.๓ การเป็นศูนย์ข้อมูลกลางในการประชาสัมพันธ์หรือเผยแพร่ข้อมูลและข่าวสารเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อให้เป็นไปตามแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ในการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตในอำเภอ/เขต

๔. การรักษาการตามระเบียบฯ

๔.๑ ข้อความในระเบียบฯ

“ข้อ ๒๑ ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามระเบียบนี้”

๔.๒ สารสำคัญ

กำหนดให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รักษาการตามระเบียบนี้

ร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. ๒๕๖๐^๓

ร่าง

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี

ว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

พ.ศ. ๒๕๖๐

เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน โดยบูรณาการ และประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพ ทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป

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

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. ๒๕๖๐”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

^๓สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารประกอบการอธิบาย (ร่าง)ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. ๒๕๖๐. (๒๕๖๐).

ข้อ ๓ ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่ง เรียกว่า “คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” ซึ่งมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นที่ปรึกษา ประกอบด้วย

(๑) ปลัดกระทรวงมหาดไทย เป็นประธานกรรมการ

(๒) ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นรองประธานกรรมการ

(๓) ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ อธิบดีกรมการปกครอง อธิบดีกรมการพัฒนาชุมชน อธิบดีกรมควบคุมโรค อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น อธิบดีกรมอนามัย ปลัดกรุงเทพมหานคร เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกรรมการ

ให้รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบกลุ่มภารกิจด้านการพัฒนาการสาธารณสุข เป็นกรรมการและเลขานุการ และให้รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบกลุ่มภารกิจด้านการพัฒนาการสาธารณสุข เป็นกรรมการและเลขานุการ และให้รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบ กลุ่มภารกิจด้านการพัฒนาการสาธารณสุขแต่งตั้งผู้ช่วยเลขานุการจำนวนสองคน

ข้อ ๔ คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) กำหนดนโยบายและทิศทางการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พชข.)

(๒) สนับสนุนและแก้ไขปัญหาการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พชข.) เพื่อให้การดำเนินงานเกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม

(๓) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พชข.) ให้เป็นไปตามนโยบายและทิศทางที่กำหนด

(๔) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อพิจารณาหรือปฏิบัติการตามที่คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมอบหมาย

(๕) ปฏิบัติการอื่นใดที่จำเป็นและต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการดำเนินการตามระเบียบนี้ หรือตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการ นโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หรือตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยหรือรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมอบหมาย

ข้อ ๕ การประชุมคณะกรรมการต้องมีกรรมการมาประชุมไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนกรรมการทั้งหมด จึงจะเป็นองค์ประชุม

ในการประชุมคณะกรรมการ ถ้าประธานกรรมการไม่มาประชุมหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้ที่ประชุมเลือกกรรมการคนหนึ่งเป็นประธานในที่ประชุม

การวินิจฉัยชี้ขาดของที่ประชุมให้ถือเสียงข้างมาก กรรมการคนหนึ่งให้มีเสียงหนึ่งในการลงคะแนน ถ้าคะแนนเสียงเท่ากันให้ประธานในที่ประชุมออกเสียงเพิ่มขึ้นอีกเสียงหนึ่งเป็นเสียงชี้ขาด

ข้อ ๖ ในทุกจังหวัดเว้นแต่กรุงเทพมหานคร ให้แต่ละอำเภอมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอคณะหนึ่ง เรียกโดยย่อว่า “พชอ.” ซึ่งมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นที่ปรึกษา และมีกรรมการจำนวนไม่เกินยี่สิบเอ็ดคน ประกอบด้วย

(๑) นายอำเภอ เป็นประธานกรรมการ

(๒) ผู้แทนส่วนราชการ ผู้แทนหน่วยงานของรัฐ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนกำนัน หรือผู้แทนผู้ใหญ่บ้านในอำเภอ ที่นายอำเภอแต่งตั้ง จำนวนไม่เกินหกคน เป็นกรรมการ โดยผู้แทนส่วนราชการหรือผู้แทนหน่วยงานของรัฐให้แต่งตั้งจากปลัดอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล พัฒนาการอำเภอ ผู้อำนวยการสถานศึกษา หรือผู้แทนส่วนราชการหรือหน่วยงานของรัฐอื่นที่เกี่ยวข้อง

(๓) ผู้แทนภาคเอกชนในอำเภอที่นายอำเภอแต่งตั้ง จำนวนไม่เกินหกคน โดยคัดเลือกจาก ผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพอื่น ผู้แทนสถานประกอบกิจการด้านสุขภาพหรือสาธารณสุข ผู้แทนสถานศึกษาเอกชน หรือผู้แทนสถานประกอบกิจการอื่น เป็นกรรมการ

(๔) ผู้แทนภาคประชาชนในอำเภอที่นายอำเภอแต่งตั้ง จำนวนไม่เกินเจ็ดคน โดยคัดเลือกจาก ผู้ที่มีความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับการพัฒนาสังคมหรือชุมชนท้องถิ่น ภูมิปัญญาท้องถิ่น หรือศาสนา ผู้นำทางศาสนา เครือข่ายหรือองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร เครือข่ายอาสาสมัคร เครือข่ายหรือองค์กรผู้บริโภครวม เครือข่ายหรือองค์กรเกี่ยวกับการสื่อสารมวลชน หรือเครือข่ายหรือองค์กรอื่น เป็นกรรมการ

ให้สาธารณสุขอำเภอเป็นกรรมการและเลขานุการ และให้นายอำเภอมีอำนาจแต่งตั้งกรรมการอื่นเป็นเลขานุการร่วมได้ตามความเหมาะสม

การคัดเลือกกรรมการตาม (๓) และ (๔) ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่พชอ. กำหนด

ข้อ ๗ กรรมการตามข้อ ๖ (๓) และ (๔) ต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

(๑) มีสัญชาติไทย

(๒) มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบห้าปีบริบูรณ์

(๓) ไม่เป็นบุคคลล้มละลายหรือเคยเป็นบุคคลล้มละลายทุจริต

(๔) ไม่เป็นคนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(๕) ไม่เคยต้องคำพิพากษาหรือคำสั่งของศาลให้ทรัพย์สินตกเป็นของแผ่นดินเพราะร่ำรวยผิดปกติหรือมีทรัพย์สินเพิ่มขึ้นผิดปกติ

(๖) ไม่เคยถูกไล่ออก ปลดออก ให้ออก หรือเลิกจ้างจากหน่วยงานของรัฐ หรือหน่วยงานของเอกชน เพราะทุจริตต่อหน้าที่ ประพฤติชั่วอย่างร้ายแรง หรือถือว่ากระทำการทุจริตและประพฤติมิชอบในวงราชการ

ข้อ ๘ กรรมการตามข้อ ๖ (๓) และ (๔) มีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละสองปี นับแต่วันที่ได้รับการแต่งตั้ง ผู้ซึ่งพ้นจากตำแหน่งแล้ว อาจได้รับการแต่งตั้งอีกได้ แต่จะดำรงตำแหน่งติดต่อกันเกินสามวาระไม่ได้

ในกรณีที่กรรมการตามข้อ ๖ (๓) หรือ (๔) พ้นจากตำแหน่งก่อนวาระ ให้นายอำเภอ แต่งตั้งกรรมการตามข้อ ๖ (๓) หรือ (๔) แทน และให้ผู้ได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งแทนอยู่ใน ตำแหน่งเท่ากับวาระที่เหลืออยู่ของกรรมการซึ่งตนแทน เว้นแต่วาระของกรรมการนั้น จะเหลืออยู่ไม่ ถึงเก้าสิบวัน นายอำเภอจะไม่ดำเนินการแต่งตั้งกรรมการแทนก็ได้ และในกรณีนี้ ให้คณะกรรมการ ประกอบด้วยกรรมการเท่าที่เหลืออยู่

ในกรณี ที่กรรมการ ตาม ข้อ ๖ (๓) หรือ (๔) พ้นจากตำแหน่งตามวาระ หากยังมีได้มี การแต่งตั้งกรรมการดังกล่าวขึ้นใหม่ ให้กรรมการซึ่งพ้นจากตำแหน่งตามวาระนั้น อยู่ในตำแหน่งเพื่อ ดำเนินงานต่อไปจนกว่ากรรมการซึ่งได้รับแต่งตั้งใหม่เข้ารับหน้าที่

ข้อ ๙ นอกจากการพ้นจากตำแหน่งตามวาระ กรรมการตามข้อ ๖ (๓) และ (๔) พ้นจาก ตำแหน่ง เมื่อ

(๑) ตาย

(๒) ลาออก

(๓) พขอ. ให้ออก เพราะไม่สุจริตต่อหน้าที่ มีความประพฤติเสื่อมเสีย หรือ หย่อนความสามารถ

(๔) ขาดคุณสมบัติหรือมีลักษณะต้องห้ามตามข้อ ๗

ข้อ ๑๐ ให้นำข้อ ๕ มาใช้บังคับกับการประชุมของ พขอ. ด้วยโดยอนุโลม

ข้อ ๑๑ พขอ. มีอำนาจแต่งตั้งที่ปรึกษาของ พขอ. เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับการ ดำเนินงานตามอำนาจหน้าที่ของ พขอ. และมีอำนาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อพิจารณา หรือ ปฏิบัติการตามที่ พขอ. มอบหมายได้

การประชุมคณะอนุกรรมการ ให้นำข้อ ๕ มาใช้บังคับโดยอนุโลม

ข้อ ๑๒ ให้ พขอ. มีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) กำหนดแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ในการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตในอำเภอ

(๒) ดำเนินการให้เกิดการขับเคลื่อนตามแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และ ยุทธศาสตร์ตาม (๑) โดยประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชนภายในและ ภายนอกเขตอำเภอ

(๓) บรณาการและระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในอำเภอ ทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนตามแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ในการ พัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ

(๔) สนับสนุนและส่งเสริมให้ท้องถิ่นและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม

(๕) เสนอแนะและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานในเรื่องการพัฒนา คุณภาพชีวิตต่อหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

(๖) ประสานงานกับ พขอ. ในอำเภออื่น หรือ พช. เพื่อให้เกิดการบูรณาการ ในการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ

(๗) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ

(๘) เรียกให้ส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือ หน่วยงานของเอกชน ในอำเภอ จัดส่งข้อมูล เอกสาร หรือหลักฐานที่เกี่ยวข้องหรือเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ หรือการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ

(๙) ปฏิบัติการอื่นใดที่จำเป็นและต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการดำเนินการตามระเบียบนี้ หรือตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของ พชอ. หรือตามที่ผู้ว่าราชการจังหวัดมอบหมาย

การดำเนินการตาม (๑) ให้รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ และภารกิจของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนประเมินสถานการณ์และสภาพปัญหาต่าง ๆ ในอำเภอด้วย

ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการเพื่อให้เกิดความร่วมมือกับทุกภาคส่วนเพื่อให้เป็นไปตามแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ที่กำหนดตาม (๑)

ข้อ ๑๓ ให้ พชอ. รายงานความก้าวหน้า ปัญหา หรืออุปสรรคในการดำเนินงาน รวมทั้งขอรับการสนับสนุนต่อผู้ว่าราชการจังหวัดและคณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หรือคณะกรรมการระดับจังหวัดที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอที่ พชอ. เห็นสมควร

ข้อ ๑๔ ให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นสำนักงานเลขานุการของ พชอ. และคณะอนุกรรมการที่ พชอ. แต่งตั้ง รับผิดชอบงานธุรการ และให้มีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) เป็นหน่วยงานกลางในการจัดทำแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ

(๒) เป็นหน่วยงานประสานงานในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ เพื่อเสนอต่อ พชอ. หรือคณะอนุกรรมการที่ พชอ. แต่งตั้ง

(๓) จัดเก็บ รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ

(๔) ปฏิบัติการ ประสานการปฏิบัติ ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือหน่วยงานของรัฐและเอกชน ให้เกิดการปฏิบัติตามแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ

(๕) เป็นศูนย์ข้อมูลกลางในการประชาสัมพันธ์หรือเผยแพร่ข้อมูลและข่าวสารเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อให้เป็นไปตามแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ

(๖) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่ พชอ. หรือคณะอนุกรรมการมอบหมายให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรับผิดชอบในการเบิกค่าเบี้ยประชุม ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการประชุม หรือค่าใช้จ่ายอื่นที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๑๕ ในกรุงเทพมหานคร ให้แต่ละเขตมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับเขต คณะหนึ่ง เรียกโดยย่อว่า “พชช.” ซึ่งมีปลัดกรุงเทพมหานครเป็นที่ปรึกษา และมีกรรมการจำนวนไม่เกินยี่สิบสามคน ประกอบด้วย

(๑) ผู้อำนวยการเขต เป็นประธานกรรมการ

(๒) ผู้แทนส่วนราชการในเขต ผู้แทนหน่วยงานของรัฐในเขต ผู้แทนสมาชิกสภาเขตกรุงเทพมหานคร หรือผู้แทนสมาชิกสภากรุงเทพมหานคร ที่ผู้อำนวยการเขตแต่งตั้ง จำนวนไม่เกิน หกคน เป็นกรรมการ โดย ผู้แทนส่วนราชการหรือผู้แทนหน่วยงานของรัฐให้แต่งตั้งจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้แทนสถานศึกษา หรือผู้แทนส่วนราชการหรือหน่วยงานของรัฐอื่นที่เกี่ยวข้อง

(๓) ผู้แทนภาคเอกชนในเขตที่ผู้อำนวยการเขตแต่งตั้ง จำนวนไม่เกินหกคน โดยคัดเลือกจาก ผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพอื่น ผู้แทนสถานประกอบการด้านสุขภาพหรือสาธารณสุข ผู้แทนสถานศึกษาเอกชนหรือผู้แทนสถานประกอบการอื่น เป็นกรรมการ

(๔) ผู้แทนภาคประชาชนในเขตที่ผู้อำนวยการเขตแต่งตั้ง จำนวนไม่เกินเจ็ดคน โดยคัดเลือกจากผู้ที่มีความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับการพัฒนาสังคมหรือชุมชนท้องถิ่น ภูมิปัญญาท้องถิ่น หรือศาสนา ผู้นำทางศาสนา เครือข่ายหรือองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร เครือข่ายอาสาสมัคร เครือข่ายหรือองค์กรผู้บริโภค เครือข่ายหรือองค์กรเกี่ยวกับการสื่อสารมวลชน หรือเครือข่ายหรือองค์กรอื่น เป็นกรรมการ

ให้ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุขที่ผู้อำนวยการเขตแต่งตั้งเป็นกรรมการและเลขานุการ และให้หัวหน้าฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม และหัวหน้าฝ่ายสิ่งแวดล้อมและสุขาภิบาลเป็นกรรมการและเลขานุการร่วม

การคัดเลือกกรรมการตาม (๓) และ (๔) ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ พชช. กำหนด

ข้อ ๑๖ ให้นำข้อ ๕ ข้อ ๗ ข้อ ๘ ข้อ ๙ ข้อ ๑๑ และข้อ ๑๒ มาใช้บังคับกับ พชช. ด้วย โดยอนุโลม

ข้อ ๑๗ ให้ พชช. รายงานความก้าวหน้า ปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินงานรวมทั้งขอรับการสนับสนุนต่อผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครและคณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ

ข้อ ๑๘ ให้ศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นสำนักงานเลขานุการของ พชช. และ คณะอนุกรรมการที่ พชช. แต่งตั้ง รับผิดชอบงานธุรการ และให้นำอำนาจหน้าที่ในข้อ ๑๔ มาใช้บังคับกับอำนาจหน้าที่ของศูนย์บริการสาธารณสุขด้วยโดยอนุโลม

ให้ศูนย์บริการสาธารณสุขรับผิดชอบในการเบิกค่าใช้จ่ายประชุม ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการประชุม หรือค่าใช้จ่ายอื่นที่เกี่ยวข้อง

ในกรณีที่เขตใดมีศูนย์บริการสาธารณสุขมากกว่าหนึ่งแห่ง ให้ผู้อำนวยการเขต มอบหมายให้ศูนย์บริการสาธารณสุขแห่งใดแห่งหนึ่งทำหน้าที่ตามวรรคหนึ่งและวรรคสอง

ข้อ ๑๙ ในวาระเริ่มแรก ให้ พชอ. ประกอบด้วยกรรมการตามข้อ ๖ (๑) และ (๒) และให้สาธารณสุขอำเภอเป็นกรรมการและเลขานุการ ปฏิบัติหน้าที่คณะกรรมการตามข้อ ๖ ไปพลางก่อนจนกว่าจะมีการแต่งตั้งกรรมการตามข้อ ๖ (๓) และ (๔) ซึ่งต้องไม่เกินหนึ่งร้อยยี่สิบวันนับแต่วันที่ระเบียบนี้ใช้บังคับ

ข้อ ๒๐ ในวาระเริ่มแรก ให้ พชช. ประกอบด้วยกรรมการตามข้อ ๑๕ (๑) และ (๒) และให้ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุขที่ผู้อำนวยการเขตแต่งตั้งเป็นกรรมการและเลขานุการ ปฏิบัติหน้าที่คณะกรรมการตาม

ข้อ ๑๕ ไปพลางก่อนจนกว่าจะมีการแต่งตั้งกรรมการตามข้อ ๑๕ (๓) และ (๔) ซึ่งต้องไม่เกินหนึ่งร้อยยี่สิบวันนับแต่วันที่ระเบียบนี้ใช้บังคับ

ข้อ ๒๑ ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามระเบียบนี้

ประกาศ ณ วันที่

พลเอก

(ประยุทธ์ จันทร์โอชา)

นายกรัฐมนตรี

บทที่ ๔

การวิเคราะห์การลดความเหลื่อมล้ำในการให้บริการทางสุขภาพ โดย กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) : District Health Board (DHB) อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ซึ่งมีกระบวนการและขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

๑. การวิจัยเอกสาร (Documentary Research) ได้จากการศึกษาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลชั้นปฐมภูมิ (Primary Source) และชั้นทุติยภูมิ (Secondary Source) ที่เป็นตำรา คู่มือ หนังสือ วารสาร บทความ วิทยานิพนธ์ รายงานการวิจัย เอกสารบรรยายสรุป แผนงาน รายงานการประชุม และเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๒. การวิจัยภาคสนาม (Field Research) เพื่อศึกษาองค์ความรู้ ความเป็นมา สภาพปัญหาปัจจุบัน แนวทาง และรูปแบบในการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอ เก็บข้อมูลด้วยเครื่องมือแบบสัมภาษณ์ (Interview Form) ที่สร้างขึ้น รวมทั้งการสังเกตการณ์ในการประชุมคณะกรรมการ หรือการลงพื้นที่ปฏิบัติงานในโอกาสต่าง ๆ

การนำเสนอผลการศึกษาระเบียงออกเป็น ๒ ส่วน คือ ส่วนที่เป็นข้อมูลจากเอกสาร ต่างๆ (การวิจัยเอกสาร) และข้อมูลจากการสัมภาษณ์ (การวิจัยภาคสนาม) ซึ่งมีผลสรุปดังรายละเอียดต่อไปนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเอกสาร

การพัฒนาคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น^๑

๑. ข้อมูลทั่วไป

อำเภอน้ำพองอยู่ทางทิศเหนือของจังหวัดขอนแก่น ห่างจากตัวจังหวัดประมาณ ๓๓ กิโลเมตร มีทางหลวงแผ่นดินหมายเลข ๒ (ถนนมิตรภาพ) และทางรถไฟสายกรุงเทพ ฯ - หนองคาย และทางหลวงแผ่นดินสายน้ำพอง - กระนวน - ท่าคันโท ผ่านเป็นเส้นหลัก แบ่งการปกครองออกเป็น ๑๒ ตำบล ๑๖๘ หมู่บ้าน มี ๒๖,๒๘๗ หลังคาเรือน มี ๖ เทศบาล

^๑โรงพยาบาลน้ำพอง. “การพัฒนาคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ อำเภอ น้ำพอง”. ๒๕๖๑.

ตำบล คือ เทศบาลตำบลวังชัย เทศบาลตำบลน้ำพอง เทศบาลตำบลกุดน้ำใส เทศบาลตำบลลำน้ำพอง เทศบาลตำบลม่วงหวาน และเทศบาลตำบลสะอาด มีองค์การบริหารส่วนตำบล ๘ แห่งมีจำนวนประชากรทั้งหมดรวม ๑๐๙,๗๐๕ คน เป็นประชากรชาย ๕๔,๗๗๑ คน ประชากรหญิง ๕๔,๙๓๔ คน

โรงพยาบาลน้ำพองเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F๑ ขนาด ๖๐ เตียงขยายเป็น ๑๒๐ เตียงในปี ๒๕๕๙ มีสถานบริการปฐมภูมิในเครือข่ายจำนวน ๑๘ แห่ง มีบุคลากรจำนวน ๓๖๕ คน แบ่งเป็น แพทย์ ๑๒ คน และมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว inservice training ปี ๒ จำนวน ๓ คน ทันตแพทย์ ๙ คน เภสัชกร ๑๒ คน พยาบาลวิชาชีพ ๑๒๖ คน สหวิชาชีพอื่น ๓๙ คน และบุคลากรสายสนับสนุนจำนวน ๑๖๗ คน ให้บริการสุขภาพประชาชนในเขตอำเภอเมืองและพื้นที่ใกล้เคียง จัดบริการครอบคลุมการรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน/ควบคุมโรค และการฟื้นฟูสภาพ โดยมีศักยภาพในการจัดบริการคลินิกเฉพาะโรค โดยแพทย์เฉพาะทาง ได้แก่ ด้านอายุรศาสตร์ ๒ คนและแพทย์เฉพาะทางบางเวลา (part time) จากโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นและโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ได้แก่ ศัลยศาสตร์ สูติ - นรีเวช ออร์โธปิดิกส์ แพทย์โรคหัวใจ และจักษุแพทย์ (ตรวจรักษาและผ่าตัดต้อเนื้อ ต้อกระจก) การบำบัดทดแทนไต (การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม) และมีการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและระบบส่งต่อแบบไร้รอยต่อจากตำบลสู่อำเภอและอำเภอสู่จังหวัด มีความเชี่ยวชาญการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วม (ร่วมคิด ร่วมทำอย่างสม่ำเสมอ ตามหลักธรรม “อปริทานิยธรรม ๗”) การดูแลกลุ่มเสี่ยงและด้อยโอกาส คนพิการ ผู้สูงอายุ กลุ่มเพื่อนน้ำพอง (กลุ่ม HIV) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การเฝ้าระวังและยุติความรุนแรงในเด็กและสตรีร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเขตพื้นที่การศึกษา พัฒนาระบบการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาพัฒนาการเด็กในศูนย์เด็กเล็ก การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กที่มีปัญหาทางการเรียนรู้ในปฐมวัย ปัญหายาเสพติดและการตั้งครุภักดิ์ในวัยรุ่นในกลุ่มมัธยมศึกษา นอกจากนี้ยังสร้างเครือข่ายรักษาสังแวดล้อม รักษาแม่น้ำ ป่าชุมชน ตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงร่วมกับอำเภอเมืองน้ำพอง หน่วยงานตำรวจและทหารในพื้นที่ โดยมีคณะสงฆ์อำเภอเมืองน้ำพองเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณ ส่วนการพัฒนาระบบแพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัวและบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลน้ำพองได้พัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิโดยมีพยาบาลชุมชนประจำหมู่บ้าน และมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวตั้งแต่ ปี ๒๕๔๐ และพัฒนาเป็นศูนย์เรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวเชื่อมกับนโยบายคลินิกหมอครอบครัว และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในปัจจุบัน

๒. ผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาและระบบสาธารณสุขของอำเภอ

การวิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุข / ความเสี่ยงที่สำคัญ และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ดังนี้

๒.๑ จากโครงสร้างประชากร พบว่าสัดส่วนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อำเภอเมืองน้ำพองก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี ๒๕๔๘ เครือข่ายสุขภาพน้ำพองได้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อตอบสนองต่อความต้องการ เน้นการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อชะลอการเกิดความเสี่ยงโดยการสร้างกลุ่มส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน พัฒนาแกนนำในชุมชนให้เป็นผู้ดำเนินการทำกิจกรรม นอกจากนี้ในปี ๒๕๕๐ - ๒๕๕๕ ได้ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนา

สังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และองค์กร JICA ประเทศญี่ปุ่น พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ ภายใต้โครงการ “พัฒนารูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมเชิงบูรณาการโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ” โดยเลือกพื้นที่นำร่อง ๑ ตำบล ทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการและได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วตามสภาพปัญหา เช่น การทำฟันปลอมและการแก้ไขปัญหาช่องปาก การผ่าตัดต่อกระดูก การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เกิดกลุ่มส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ นำสู่การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เป็นการพัฒนาการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุระหว่างภาคส่วนสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน โดยมีการพัฒนาทั้งศักยภาพเครือข่ายและรูปแบบการดูแล ผ่านคณะกรรมการ long term care Care manager Care giver และทีมสหวิชาชีพ ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงได้รับการดูแลและฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสมตามความจำเป็น ในปัจจุบันอำเภอ นำพองเข้าร่วมโครงการการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน ๑๐ ตำบล ซึ่งในปี ๒๕๖๑ จะมีการขยายให้ครบทั้ง ๑๒ ตำบล

๒.๒ สืบเนื่องจากประชาคมรักษากลุ่มน้ำพอง (เครือข่ายสิ่งแวดล้อม) ได้ดำเนินงานเรื่องการรักษาน้ำ รักษาป่า และสิ่งแวดล้อมในชุมชน (ชยะ) อย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี ๒๕๔๐ จนถึงปัจจุบัน และในปี ๒๕๕๘ จังหวัดขอนแก่นมีนโยบาย “จังหวัดขอนแก่นเมืองสะอาด” และวางเป้าหมายให้อำเภอน้ำพองเป็นเขตอุตสาหกรรมเชิงนิเวศน์ นอกจากนี้พื้นที่ในอำเภอน้ำพองมีการจัดการขยะอย่างเป็นระบบ ๗ ตำบล ส่วนที่เหลือ ๕ ตำบลที่ยังไม่มีระบบการจัดการขยะ จึงเกิดการทิ้งขยะในที่สาธารณะ หรือทิ้งตามไร่นา ส่งกลิ่นเหม็นเน่า เป็นที่อาศัยของสัตว์พาหนะนำโรค ดังนั้น คณะกรรมการ DHB อำเภอน้ำพอง ร่วมกับประชาคมรักษากลุ่มน้ำพอง จึงได้นำประเด็นการจัดการขยะเป็นประเด็นการพัฒนานำสู่ “น้ำพองเมืองสะอาด”

๒.๓ อุบัติเหตุทางถนน จากข้อมูลสาเหตุการตายของอำเภอน้ำพอง ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ อันดับ ๓ คือ อุบัติเหตุจากรถจักรยาน จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ถนนที่เกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่เป็นถนนชนบท และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานคือ พฤติกรรมการดื่มสุราระหว่างขับขี่ การไม่สวมหมวกนิรภัย และวิศวกรรมจราจรในถนนที่ยังมีความเสี่ยง ดังนั้น เครือข่ายสุขภาพน้ำพอง ร่วมกับอำเภอน้ำพอง และหน่วยงานทุกส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน โรงงานอุตสาหกรรมในพื้นที่ ได้จัดตั้งคณะกรรมการศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) อำเภอน้ำพอง ซึ่งมีการประชุมวิเคราะห์จุดเสี่ยง ร่วมคิดร่วมเสนอการแก้ปัญหาอุบัติเหตุในถนนหลักและในชุมชนอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน และกิจกรรมรณรงค์ในช่วงเทศกาลสำคัญ จึงเกิดการเสริมสร้างพลังความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ขับเคลื่อนการบริหารจัดการด้านความปลอดภัยทางถนน ให้ลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุ การบาดเจ็บและการเสียชีวิตให้ลดลงเหลือน้อยที่สุด ในการดำเนินงานรณรงค์ร่วมกันให้เกิดวัฒนธรรมด้านความปลอดภัยทางถนนของชุมชนอย่างยั่งยืน และเป็นตัวอย่างที่ดีในระดับตำบล สามารถขยายผลไปสู่หมู่บ้าน ชุมชน ให้ทั่วถึงอย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน

๒.๔ โรคเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ DM, HT พบอัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการขึ้นทะเบียน จำนวน ๕,๑๔๘ ๕,๕๕๐ ๖,๕๖๑ คนตามลำดับ จึงมีการขยายฐานบริการเบาหวานสู่ปฐมภูมิครบทั้ง ๑๘ รพสต. และมีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลของผู้ป่วยโดยใช้บัตรประจำตัว (smart card) เพื่อให้สามารถดูข้อมูล

ปัจจุบันของผู้ป่วยและรักษาได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การที่ประชาชนมีอายุที่ยืนยาวขึ้นร่วมกับมี ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้น

นอกจากนี้ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ น้ำพอง ได้มีการพัฒนาปัญหาตามนโยบาย ใน ๓ เรื่อง คือ ๑) พยาธิใบไม้ตับ (OV), มะเร็งท่อน้ำดี (CCA) มะเร็งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในคน ไทยอันดับต้นๆ โดยเฉพาะโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘ จังหวัดขอนแก่น ได้คัดกรองประชาชนตั้งแต่อายุ ๔๐ ปีขึ้นไป เป็นคนอีสานโดยกำเนิด อาศัยอยู่มากกว่า ๔๐ ปี และมี ประวัติป่วยเป็นพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี มีกลุ่มเสี่ยงคิดเป็นร้อยละ ๕.๗๕ ในส่วนของอำเภอ น้ำพอง มีจำนวนการคัดกรอง ๔๕๑ ราย มีประวัติป่วย คิดเป็นร้อยละ ๒.๐๗ อย่างไรก็ตามอำเภอ น้ำพอง มีลำน้ำพองเป็นแม่น้ำสายหลักไหลผ่าน อาจส่งผลต่อความเสี่ยงในการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้ มากกว่าประชากรที่อาศัยอยู่ไกลแหล่งน้ำ ดังนั้น ประเด็นพยาธิใบไม้ตับ (OV), มะเร็งท่อน้ำดี (CCA) จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องได้รับการพัฒนาแก้ไข ๒) ไอโอดีน - พัฒนาการเด็ก และ ๓) โลหิตจางในหญิง ตั้งครรภ์ปี ๒๕๖๐ ในอำเภอ น้ำพองพบภาวะโลหิตจางตั้งแต่กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก ทั้งหมด จำนวน ๔๕๖ คน มีค่า Hct น้อยกว่าร้อยละ ๓๓ จำนวน ๒๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕.๑๗

๓. วิเคราะห์การจัดระบบบริการที่มีคุณภาพเชื่อมระบบจากแม่ข่ายและ เชื่อมกับชุมชน

เครือข่ายสุขภาพอำเภอ น้ำพองได้เลือกใช้เครื่องมือ DHS ในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้ เกิดระบบสุขภาพอำเภอที่ดี มีคุณภาพ และมีส่วนร่วม มีระบบสนับสนุนทั้งคน เงิน สิ่งของ ระบบ ข้อมูลข่าวสาร โดยมีกระบวนการพัฒนาที่สำคัญใน ๒ ประเด็น คือ การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ และการพัฒนาระบบบริการ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

๓.๑ การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ซึ่งประกอบด้วย ๒ ส่วนคือ

๓.๑.๑ การจัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการของเครือข่ายบริการ สุขภาพอำเภอ น้ำพอง โดยมีการกำหนดทิศทางนโยบาย กำหนดเป้าหมาย จัดทำแผนพัฒนาระบบ บริการสุข (Service Plan) กำหนดยุทธศาสตร์ในการพัฒนาด้านสาธารณสุข ครอบคลุมภารกิจด้าน การบริหารจัดการองค์กรให้มีประสิทธิภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยส่งเสริมสนับสนุนให้มีการบริหาร ทรัพยากรสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ มีระบบบริหารจัดการองค์กรและระบบเทคโนโลยี สารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ การบริการสุขภาพครอบคลุมด้านการรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสภาพให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการมีส่วนร่วมชุมชน มีการพัฒนาระบบบริการ รักษาพยาบาล ระบบสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคให้มีประสิทธิภาพ สนับสนุนให้เครือข่ายสุขภาพ ให้บริการได้คุณภาพไร้รอยต่อ

๓.๑.๒ จัดทำแผนการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน สนับสนุนงบประมาณเงินงานผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพ

๓.๒ การพัฒนาระบบบริการ มีการพัฒนาที่สำคัญใน ๕ ประเด็น คือ

๓.๒.๑ การพัฒนากำลังคนเพื่อสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยการมี ส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาคมสุขภาพ และองค์กรเอกชน ในโครงการผลิต พยาบาลชุมชนจากลูกหลานในชุมชน ผ่านกระบวนการเรียนรู้การอาสาตั้งแต่ขณะเป็นนักเรียน มีกระบวนการคัดเลือกแบบมีส่วนร่วม โปร่งใสและติดตามขณะศึกษา

๓.๒.๒ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร สนับสนุนส่งเสริมให้บุคลากรได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านวิชาชีพ จริยธรรม สร้างสัมพันธภาพ แรงจูงใจ ความสุข และความผูกพันต่อองค์กร และการจัดการความรู้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน

๓.๒.๓ พัฒนาระบบฐานข้อมูลชุมชนและการเข้าถึงข้อมูลโดยพัฒนาโปรแกรมจัดเก็บข้อมูลชุมชน (Namphong Data System : NDS) วิเคราะห์และคืนข้อมูลชุมชน

๓.๒.๔ สนับสนุนการดูแลด้านสุขภาพในชุมชน โดยใช้รูปแบบพยาบาลชุมชนหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นตัวเหนี่ยวนำให้เกิดการพัฒนา โดยบุคลากรสาธารณสุข ๑ คนรับผิดชอบดูแลสุขภาพประชากร กลุ่มสำคัญ ๒ - ๑ หมู่บ้าน นอกจากนี้ ยังมีระบบสนับสนุนการดำเนินงานปฐมภูมิ ได้แก่

๓.๒.๔.๑ ระบบยาและเวชภัณฑ์ มีกำหนดรายการบัญชียา รพ.สต. ภายใต้บัญชียาเดียวกับ รพ. การเบิกสำรองยามีการจัดทำแผนการใช้ยาร่วมกับ รพ.สต. การจัดเก็บยาตามมาตรฐาน และตรวจสอบภายในปีละ ๑ ครั้ง การคุ้มครองผู้บริโภคมีการจัดทำฐานข้อมูล (Information system) เพื่อให้เกิดระบบฐานข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ มีการพัฒนาศักยภาพ (Empowerment) องค์กรความรู้ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับกลุ่มต่างๆ ในชุมชน และมีการเฝ้าระวังและติดตามการเกิดการแพ้ยาซ้ำ

๓.๒.๔.๒ ระบบให้คำปรึกษา จัดบุคลากรทีม สหวิชาชีพรับผิดชอบพื้นที่ชัดเจน สามารถปรึกษาผ่านช่องทาง วิทยุสื่อสาร โทรศัพท์

๓.๒.๔.๓ ระบบส่งต่อ มีระบบส่งต่อ - ส่งกลับ ทั้งระบบเอกสาร โปรแกรม I - refer และทางโทรศัพท์

๓.๒.๔.๔ ระบบทันตกรรม จัดทำแผน oral health service plan จัดหาวัสดุครุภัณฑ์ เช่น การจัดหาโมบายยูนิตเก้าอี้สนาม ครุภัณฑ์ที่จำเป็น จัดตารางการออกปฏิบัติงานในพื้นที่ รพ.สต. ทุกแห่ง

๓.๒.๔.๕ ระบบกายภาพบำบัดการจัดทำฐานข้อมูลคนพิการออกแบบบริการร่วมกับทีมหมอครอบครัว และจัดทำแผนกองทุนร่วมกับคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล

๓.๒.๔.๖ ระบบงานเชิงรุก/เยี่ยมบ้าน กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ต้องดูแลพิเศษ พัฒนาศักยภาพบุคลากรในเครือข่าย การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ

๓.๒.๔.๗ ระบบการให้บริการผู้ป่วยเรื้อรัง จัดทำแนวทาง เวชปฏิบัติเบาหวาน ความดันโลหิตสูง/คู่มือแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย มีการติดตามผู้ป่วยที่ขาดการรักษา ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เพื่อให้ได้รับการรักษาต่อเนื่องและพัฒนาโปรแกรม Chronic web เพื่อการเชื่อมข้อมูลหน่วยเบาหวานและโรงพยาบาล

๓.๒.๔.๘ ระบบการประสานงานเครือข่ายสุขภาพในทุกกระดับ โดยช่องทางต่างๆ เช่น การใช้จดหมายโปรแกรมสารบัญ วิทยุสื่อสาร เป็นต้น

๓.๒.๔.๙ ระบบชั้นสูตรและห้องปฏิบัติการจัดทำระบบรับ-ส่ง LAB, แนวทางการปฏิบัติงานด้าน Lab ใช้ร่วมกันในเครือข่าย มีระบบตรวจสอบคุณภาพสนับสนุนอุปกรณ์ตรวจ LAB เช่น สติกเกอร์ Tube ตรวจ Lab เป็นต้น

๓.๒.๔.๑๐ ระบบการป้องกันการติดเชื้อ (IC) โดยพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโดยหลัก Isolation precaution จัดทำคู่มือ/แนวปฏิบัติ IC ใน รพ. สต. การบริหารจัดการรับ - ส่งขยะติดเชื้อ การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ผ้าห่อ set ทำแผล/อุปกรณ์การแพทย์ ด้านบุคลากรมีการตรวจสุขภาพประจำปี การให้บริการภูมิคุ้มกันที่จำเป็น การให้บริการเมื่อเกิดอุบัติเหตุถูกของมีคมทิ่มตำ/สัมผัสสารคัดหลั่ง

๓.๒.๕ การจัดบริการและการแก้ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ กระบวนการในการขับเคลื่อนงานและกิจกรรมที่สร้างผลลัพธ์ด้านสุขภาพในชุมชน เครือข่ายสุขภาพน้ำพอง ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุข (พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เภสัชกร ทันตภิบาล) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน ซึ่งเป็นผู้มีบทบาทร่วมพัฒนาและสร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชน ได้ร่วมกันเรียนรู้ วิเคราะห์ทุนและศักยภาพชุมชน เพื่อสรุปความพร้อมของชุมชนในการร่วมพัฒนาและสร้างการเรียนรู้ ภายใต้การศึกษาและวิเคราะห์ชุดข้อมูลชุมชน นำสู่การออกแบบงานพัฒนาที่สร้างผลลัพธ์ด้านสุขภาพตามความพร้อมของชุมชน ได้ประเด็นปัญหาที่ต้องพัฒนาร่วมกัน ดังนี้

๓.๒.๕.๑ การจัดการขยะ

๓.๒.๕.๒ ลดอุบัติเหตุทางถนน

๓.๒.๕.๓ การจัดการโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง

๓.๒.๕.๔ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

๓.๒.๕.๕ คนน้ำพองไม่ทอดทิ้งกัน

ซึ่งอำเภอน้ำพองได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยแนวทาง UCCARE ดังรายละเอียดต่อไปนี้

๑. Unity District Health Team มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานเชิงประเด็น โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เช่น ตัวแทนจากคณะสงฆ์ ครู อสม. อบต. เทศบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอน้ำพอง เป็นต้น ร่วมกันกำหนดพันธกิจ เป้าประสงค์ ยุทธศาสตร์ และจัดทำแผนงาน/โครงการ โดยบูรณาการงบประมาณจากภาครัฐและเอกชน

๒. Customer Focus มีการกำหนดช่องทางในการรับฟังปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการโดยผ่านช่องทาง คือ แบบประเมินความพึงพอใจ กล่องรับความคิดเห็น ช่องทางโทรศัพท์ เวทีประชุมหัวหน้าส่วนราชการ เวทีประชุมประชาคมระดับพื้นที่ เวทีประชุม อ.ส.ม ประจำเดือนของทุกพื้นที่ การจัดระบบเยี่ยมบ้านคุณภาพสอบถามทุกครั้งที่ลงไปเยี่ยมและติดตามดูแลผู้ป่วย และการจัดเวทีประชุมเพื่อทบทวนปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานนำสู่แผนการแก้ไข

๓. Community participation การดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ มีภาคีเครือข่ายการทำงานมาจากทั้ง ๓ ภาคส่วน คือ ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ผ่านกิจกรรมต่างๆ เช่น โรงเรียนคู่หูเด็กไทยพินดี การสื่อสารเตือนภัย โดยผ่านการประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความตระหนักเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพผ่านสื่อต่างๆ เช่น ทางวิทยุชุมชน หอกระจายข่าวสารประจำหมู่บ้าน เป็นต้น กิจกรรมงานบุญปลอดเหล้า/น้ำอัดลม การวิเคราะห์จุดเสี่ยงและการแก้ไขเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในชุมชน การจัดบริการเยี่ยมบ้านทั้งโดยทีมอาสาสมัคร แกนนำในชุมชน และทีมสหวิชาชีพ เป็นต้น

๔. Appreciation and engagement การพัฒนาระบบบริการในการแก้ไขปัญหาเชิงประเด็น มีการทำงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการระดับอำเภอ ที่มีการทำงานเป็นทีม มีเครือข่ายร่วมในการทำงาน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน เกิดกระบวนการเรียนรู้ในทีม เมื่อเกิดปัญหาได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้พูดคุยกันในการประชุม ร่วมหาแนวทางการแก้ไขปัญหาเป็นระบบ ซึ่งทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน และผลสำเร็จจากการได้ดูแลสุขภาพประชาชนสามารถทำให้เกิดความภาคภูมิใจ มีกำลังใจในการทำงาน เกิดเครือข่ายในการทำงานร่วมกัน เช่น เครือข่ายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เครือข่ายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เครือข่ายอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น

๕. Resource sharing and human development การจัดการทรัพยากรบุคคล/ การใช้ทรัพยากรบุคคลร่วมกัน โดยการจัดสรรตามสัดส่วนประชากรในแต่ละพื้นที่ การปฏิบัติงานด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่มีลักษณะเป็นการทำงานเป็นทีมที่เรียกว่าทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) ประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร กายภาพ พยาบาล แพทย์แผนไทย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๑๘ แห่งมีแผนพัฒนาบุคลากรระดับ CUP ที่ชัดเจน การจัดการทรัพยากรในด้านงบประมาณและสิ่งของใช้งบประมาณ สปสช. กองทุนสุขภาพตำบล รวมทั้งได้รับการสนับสนุนงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และโรงงานในพื้นที่อำเภอน้ำพอง

๖. Essential care มีพัฒนาการจัดบริการที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ เช่น ในประเด็นการดูแลโรคเรื้อรัง /เบาหวาน /ความดันโลหิตสูง มีการกำหนดแนวทางการดูแลและส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มปกติ และกลุ่มเสี่ยง จัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ. ๒ ส. ทั้งในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรม และประเมินผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นต้น ในประเด็นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน มีการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ พัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการดูแล โดยการพัฒนา Care manager Care giver การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลตามสภาพปัญหาและความต้องการ การเยี่ยมบ้านตามแผนโดย Care giver และทีมสหวิชาชีพ เป็นต้น

๔. ประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมา มีทิศทางและแนวทางการพัฒนาต่อเนื่อง

๔.๑ จากกระบวนการดำเนินงานที่ผ่านมาทำให้เกิดผลผลิต ผลลัพธ์ ๔ ประเด็น ได้แก่

๔.๑.๑ คุณภาพการบริการ การพัฒนาทีมหมอครอบครัว ระบบสนับสนุนการจัดบริการปฐมภูมิ และความพึงพอใจของผู้รับบริการ

๔.๑.๒ พฤติกรรมและภาวะสุขภาพ มีฐานข้อมูลด้านสุขภาพตามกลุ่มอายุ และตามภาวะสุขภาพของกลุ่มผู้รับบริการ มีรูปธรรมการพัฒนาระบบการบริการโรคเรื้อรัง การดูแลฉุกเฉิน การสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มแม่และเด็ก การดูแลผู้สูงอายุ

๔.๑.๓ การเข้าถึงบริการ ชุมชนได้รับการดูแลที่ครอบคลุมในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยทีมหมอครอบครัวที่ประกอบด้วย การดูแลทางด้านคลินิก การดูแลสุขภาพที่เหมาะสม การจัดกิจกรรมที่สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนให้เกิดการ

เข้าถึงสวัสดิการที่เหมาะสมทั้งรัฐสวัสดิการ เช่น เบี้ยยังชีพ ภายอุปการณ หลักประกันสุขภาพ เป็นต้น

๔.๑.๔ ความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต สร้างการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพโดยใช้กลไกประชาคมสุขภาพร่วมพัฒนา สนับสนุนให้เกิดกลุ่มเกษตรกรอินทรีย์ในชุมชน และการจัดการขยะต้นทาง เป็นต้น

๔.๒ ปัจจัยความสำเร็จ

การมีนโยบายที่เอื้อต่อการทำงานทั้งระดับของส่วนกลางและองค์กร มีระบบสนับสนุนทั้งในส่วนของงบประมาณ กำลังคน และอุปกรณ์สนับสนุนการทำงานอื่นๆ ภาศีเครือข่าย การทำงานแบบมีส่วนร่วมของภาศีเครือข่าย ได้แก่ อปท. สาธารณสุข ชุมชน วัด โรงเรียน ครอบครัว แกนนำ โรงงานอุตสาหกรรม ภาคเอกชน และเครือข่ายต่างๆ มีการประชุม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมคิด ร่วมทำอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน มีเวทีวิชาการ/การรณรงค์เป็นประจำทุกปี และมีการพัฒนาทักษะบุคลากร การชื่นชมบุคคลต้นแบบอย่างต่อเนื่อง

๔.๓ แนวทางพัฒนาต่อเนื่อง

ปัญหาด้านสุขภาพนั้นเกิดจากสาเหตุหลายปัจจัย ทั้งจากตัวบุคคลเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม ดังนั้น การจัดการกับปัญหาสุขภาพจึงต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน การทำงานในรูปแบบเครือข่ายจึงเป็นรูปแบบที่เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ นำพองนำมาเป็นเครื่องมือในการทำงานร่วมกับภาศีสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาศีรัฐ เอกชน และประชาชน โดยหลักธรรม "อปริหานิยธรรม" ซึ่งเป็นข้อปฏิบัติหรือธรรมอันเป็นเหตุไม่ให้เกิดความเสื่อม เน้นการประชุมแบบไม่เป็นทางการเป็นเครือข่ายตามแนวราบโดย "ร่วมคิด ร่วมทำ อย่างสม่ำเสมอ" เกิดการทำงานร่วมกันที่มีประสิทธิภาพ ตัวอย่างเช่น การยกระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและญาติตามโครงการโรงพยาบาลประชารัฐ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างเข้าถึงและเป็นธรรม โครงการคนน้ำพองไม่ทอดทิ้งกัน ผ่านกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือกลุ่มประชากรที่ต้องการการดูแลพิเศษ (คนทุกข์คนยาก ผู้ถูกกระทำรุนแรง ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยระยะท้าย เป็นต้น) การจัดทำผ้าป่าจัดหาเครื่องมือแพทย์ประจำ รพสศ. แห่งละ ๑ ชุด (๘ รายการ) เพื่อให้ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงยืมใช้เมื่อต้องไปดูแลตัวเองที่บ้าน การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยประสานงานกับภาคเอกชน บริษัท/โรงงาน จ้างเหมาบริการคนพิการ ตามมาตรา ๓๓, ๓๕ รวมทั้งการเปิดโอกาสให้ประชาชนร่วมบริจาคสมทบทุนสร้างอาคารห้องพิเศษ ๖ ชั้น ปีละ ๑,๐๐๐ บาท/คน ร่วมกันดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยสามารถนอนพักรักษาตัวในห้องพิเศษโดยไม่เสียเงินเพิ่ม เป็นต้น

๕. ผลงานและสิ่งที่ภาคภูมิใจ

๕.๑ พยาบาลชุมชน : งานสร้างสุขภาวะชุมชนอย่างยั่งยืน

มีประเด็นหลักในการพัฒนา คือ การผลิตพยาบาลและทันตภิบาลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน/อปท. สถาบันการศึกษา และโรงพยาบาลนำพอง โดยเมื่อปี พ.ศ.๒๕๔๔ จากปัญหาด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการ และการเปลี่ยนแปลงระบบหลักประกันสุขภาพ อปท. ในพื้นที่ตำบลน้ำพอง และโรงพยาบาลมีความต้องการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพประชาชนโดยจัดให้มี

พยาบาลประจำหมู่บ้านให้บริการตรวจรักษา ป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพ ประชาชนในพื้นที่ จึงมีการจัดพยาบาลวิชาชีพจำนวน ๖ คน สมัครงใจดูแลสุขภาพประชาชน คนละ ๒ – ๓ หมู่บ้าน รับผิดชอบทุกงานในชุมชนตนเอง ต่อมา อปท./ชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น วิทยาลัยพยาบาลราชชนนีสอนแก่น วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย และโรงพยาบาลน้ำพอง ได้ร่วมกันในการผลิตบุคลากรทางการพยาบาลและทันตภิบาล ตั้งแต่กระบวนการคัดเลือก เน้นเลือกเด็กดี เรียนได้ มากกว่าเด็กเก่ง เรียนดี การปรับหลักสูตร การติดตามต่อเนื่อง และพัฒนาต่อเนื่องหลังจบการศึกษา โดย อปท. และชุมชนมีส่วนสนับสนุนงบประมาณเป็นทุนการศึกษา และมีส่วนร่วมในการคัดเลือก โครงการนี้เป็นต้นแบบการพัฒนาบุคลากรโดยใช้พื้นที่เป็นฐานและหลักการพึ่งตนเองของพื้นที่ เป็นต้นแบบของการมีพยาบาลชุมชนประจำหมู่บ้านเพื่อสนับสนุนบริการปฐมภูมิ และการสนับสนุนพยาบาลพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชนอย่างแท้จริง ปัจจุบันมีพยาบาลปฏิบัติงานสนับสนุนบริการปฐมภูมิจำนวน ๖๐ คน เป็นนักเรียนทุนจำนวน ๔๙ คน มีทันตภิบาล จำนวน ๔ คน เป็นฐานกำลังคนด้านสร้างเสริมสุขภาพที่ทำงานร่วมกับชุมชนตามนโยบายต่างๆ ได้แก่ การสนับสนุนคลินิกหมอครอบครัว (PCC: Primary Care Clusters) การดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (Long Term Care) ผู้พิการ ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Care) และผู้ด้อยโอกาสในชุมชนในอนาคต

๕.๒ เครือข่ายส่งเสริมสุขภาพ (ผู้สูงอายุ) อำเภอ น้ำพอง

เป็นการดำเนินงานเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ชะลอความเสื่อม ป้องกัน และลดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ และสังคมไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วม ๓ ภาคส่วน คือ ๑) ภาคชุมชน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สภาสงฆ์ ผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุ อสม. และ อผส. ๒) ภาคสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลน้ำพอง / รพ.สต. สสจ.ขอนแก่น ศูนย์อนามัยที่ ๖ และ ๓) ภาคสังคม ได้แก่ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โรงเรียน ใช้แนวคิดการดำเนินงาน คือ การมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนของชุมชน การ Empowerment ชุมชนและกลุ่มผู้สูงอายุให้เกิดการรวมกลุ่มกันในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในการออกกำลังกาย การเรียนรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่น การฝึกสมาธิ การให้ความรู้เรื่องสุขภาพ การออม ให้ครอบคลุมทุกหมู่บ้านทุกตำบลในอำเภอน้ำพอง การพัฒนาแกนนำกลุ่มส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การส่งเสริมให้มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมทุกหมู่บ้านในตำบล การทำประชาคมผู้สูงอายุในตำบลเพื่อทำแผนงาน/โครงการผู้สูงอายุเสนอ อบต. การติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุทุกหมู่บ้านสม่ำเสมอทุกเดือน การส่งเสริมการจัดตั้งกองทุนดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และการส่งเสริมการเกิดเวทีร่วมเรียนรู้ของเครือข่ายหมุนเวียนไปจัดกิจกรรมหรือประชุมตามหมู่บ้านต่างๆ ทุกเดือน ผลลัพธ์เกิดเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในอำเภอน้ำพอง ผู้สูงอายุที่ถูกละทิ้งได้รับการดูแลจากชุมชนเกิดกองทุนดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ โดยเกิดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยชุมชนครบวงจร ๑ ตำบล คือ ตำบลสะอาด และกำลังขยายเป็นต้นแบบสู่ตำบลอื่นๆ ต่อไป นอกจากนี้ ในวันที่ ๙ เมษายนของทุกปีซึ่งถือเป็นวันผู้สูงอายุของอำเภอน้ำพอง ผู้สูงอายุจากทุกหมู่บ้านจะมีการนัดหมายเครือข่ายผู้สูงอายุร่วมกับกลุ่มสังฆประชาพัฒนาชุมชน มาร่วมกลุ่มที่วัดของท่านเจ้า

คณะอำเภอ (ปัจจุบันเป็นเจ้าของคณะจังหวัดขอนแก่น) ราว ๑,๐๐๐ คน เพื่อพึงธรรมชาติ ออกกำลังกาย และรดน้ำดำหัวผู้อาวุโสตามประเพณีปีใหม่ไทย ซึ่งนับเป็นจุดเริ่มต้นของนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ (Long Term Care) ของอำเภอน้ำพองอีกด้วย ซึ่งการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวผ่านระบบอาสาสมัคร มีการจัดตั้งคณะอนุกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ การอบรมอาสาสมัคร การพัฒนา Care manager จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุโดยประเมินภาวะสุขภาพ แบ่งประเภทผู้สูงอายุเป็น ๓ กลุ่ม จัดแผนการดูแลผู้สูงอายุรายกรณีในผู้สูงอายุกลุ่ม ๒ และ ๓ มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นที่เลี้ยง การประชุมคณะอนุกรรมการฯ และทีมการดูแลเพื่อการติดตามประเมินผล และปรับปรุงแผนการดูแล ผลลัพธ์ที่ได้ คือ ผู้สูงอายุประเภท ๒ จำนวน ๑,๐๗๔ คน กลุ่ม ๓ จำนวน ๑๔๕ คน ได้รับการดูแลครอบคลุมทุกคนตำบลสะอาด มีจำนวนผู้สูงอายุกลุ่ม ๒ จำนวน ๑๔๔ คน กลุ่ม ๓ จำนวน ๕ คน หลังจากพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว พบว่าผู้สูงอายุมี ADL ดีขึ้นจำนวน ๕๓ คน (ร้อยละ ๓๕) คงสภาพจำนวน ๘๖ ราย (ร้อยละ ๕๗) อาการแย่ลงจำนวน ๑๐ ราย (ร้อยละ ๖.๗) ในส่วนคนไข้ที่คงสภาพเมื่อมีอาสาสมัครเข้าไปดูแลทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ โดยมีอาสาสมัครช่วยทำกายภาพบำบัด ดูแลกิจวัตรประจำวัน เช่น ป้อนอาหาร อาบน้ำ ตัดผม ตัดเล็บรวมทั้งดูแลสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะ

๕.๓ การวินิจฉัยและแก้ไขปัญหาเด็กกลุ่มปัญหาการเรียนรู้อำเภอน้ำพอง (Learning Disorder) จังหวัดขอนแก่นร่วมกับเครือข่ายครูได้รับงบประมาณสนับสนุนจากบริษัทผลิตก๊าซธรรมชาติสินภู่ออม ส่วนของ HESS และ ปตท.สผ. มีกิจกรรมพัฒนา ดังนี้

๕.๓.๑ อบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบคัดกรองและส่งต่อเด็กที่มีปัญหาการเรียนจากโรงเรียนมาสู่โรงพยาบาล

๕.๓.๒ อบรมให้ความรู้ ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ปกครองในการดูแลและช่วยเหลือเด็ก

๕.๓.๓ จัดระบบบริการให้เข้าถึงง่ายและมีประสิทธิภาพสูงขึ้น จัดจ้างนักจิตวิทยาคลินิกประจำศูนย์พึ่งได้โรงพยาบาลน้ำพอง และจัดให้มีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นจากโรงพยาบาลขอนแก่น มาตรวจวินิจฉัยและรักษาที่โรงพยาบาลน้ำพอง

๕.๓.๔ ติดตามเยี่ยมบ้านในรายที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน ทำให้อัตราการเข้าถึงบริการของเด็กกลุ่มนี้ในพื้นที่น้ำพองจากเดิมต่ำกว่าร้อยละ ๒ เป็นร้อยละ ๑๙.๗๕

๕.๔ เครือข่ายชุมชนลดอุบัติเหตุ มีการดำเนินงานโดยการแต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) อำเภอน้ำพอง ประกอบด้วยภาคส่วนสาธารณสุข สถานีตำรวจภูธรน้ำพอง ทางหลวงชนบท อปท.ท้องที่ และภาคเอกชน สร้างเครือข่ายลดอุบัติเหตุในอำเภอด้วยการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ทั้งระดับครอบครัว ชุมชน และสถานบริการ ทำประชาคมเพื่อร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดจากอุบัติเหตุทางถนนจากฐานข้อมูลต่างๆ ได้แก่ ผู้บาดเจ็บ walk in มาโรงพยาบาล การสืบสวนการบาดเจ็บของทีม SRRT ข้อมูลจุดเสี่ยงจากท้องถนนและชุมชน ข้อมูลจากกู้ชีพ และภาพถ่ายอุบัติเหตุ การจัดเวทีประชาคมระดับพื้นที่โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพ มีทีม ศปถ.อำเภอเป็นที่เลี้ยง เลือกร้านที่นำร่องตำบลละ ๑ หมู่บ้าน เพื่อค้นหาจุดเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุในชุมชน โดยใช้ข้อมูลอุบัติเหตุในแต่ละตำบล และแผนที่

ชุมชน แบ่งระดับความรุนแรงโดยใช้แถบสี คือ ๑) สีแดง มีคนตายเริ่มจาก ๑ คน ๒) สีเหลือง เกิดอุบัติเหตุบ่อย มีการบาดเจ็บไม่ถึงตายแต่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ๓) สีเขียว เกิดบ่อยแต่ไม่ตายและอาจไม่บาดเจ็บซึ่งอาจไม่จำเป็นต้องมาโรงพยาบาล ไข่มติที่ประชุมในการแก้ไขจุดเสี่ยง ให้แก้ไขจุดเสี่ยงลำดับที่ ๑ และ ๒ ก่อน เป้าหมายการจัดการจุดเสี่ยงแบ่งเป็น ๓ ระยะ คือ ระยะสั้น ปรับภูมิทัศน์ติดตั้งสัญญาณไฟเตือน ทำป้ายบอกทาง สร้างวินัยจราจร และการตีเส้นถนน ระยะกลาง ติดไฟส่องสว่างตามแนวถนน และระยะยาว ขยายถนนในชุมชน เวทีประชาคมระดับพื้นที่ นำไปสู่การสร้างมาตรการการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน โดยทีมพี่เลี้ยงและแกนนำสะท้อนข้อมูลอุบัติเหตุ ชุมชนร่วมกันหาทางแก้ไขปัญหาและข้อตกลงในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน จัดทำเป็นมติ/กฎ กติกาของชุมชน และประกาศนำไปใช้ในชุมชน ผลลัพธ์ที่ได้ คือ เกิดการแก้ไขจุดเสี่ยงลำดับที่ ๑ และ ๒ ก่อนทั้งในถนนสายหลักและในชุมชน เช่น หมู่บ้านหนองหญ้าร้างกา บ้านนาเรียง บ้านบัวใหญ่ บ้านคำบง เป็นต้น โดยปรับภูมิทัศน์ ติดสัญญาณไฟเตือน ทำป้ายบอกทาง สร้างวินัยจราจร และการขีดสีตีเส้นถนน ติดไฟส่องสว่างตามแนวถนน และเวทีประชาคมระดับพื้นที่ เพื่อสร้างมาตรการ กฎ หรือกติกาของชุมชน นำสู่การพัฒนาเป็นนโยบายสาธารณะตามบริบทท้องถิ่น ทำให้เกิดการแก้ไขจุดเสี่ยงในชุมชนโดยชุมชนเอง ลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุและความรุนแรงของการบาดเจ็บ

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยภาคสนาม (การสัมภาษณ์)

การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยภาคสนามโดยการใช้แบบสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้างและไม่มีโครงสร้าง สัมภาษณ์คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพสต.) เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และผู้ป่วย รวมทั้งสิ้น ๒๓ คน โดยใช้วิธีสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคลและสัมภาษณ์กลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น ๖ ด้าน ดังนี้

๑. โครงสร้างและบทบาทหน้าที่

การดำเนินงานด้านการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System) ของอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ได้มีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบต่อเนื่องตลอดมา โดยยึดนโยบายรัฐบาลและนโยบายจังหวัดในการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพ ในระยะแรกการขับเคลื่อนงานพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอยังไม่เป็นผลเท่าที่ควรเพราะอยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงานด้านสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว ซึ่งมีเพียงสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลน้ำพองเป็นหน่วยหลักในการขับเคลื่อนการทำงาน

การพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ เริ่มมีการขับเคลื่อนให้เห็นผลอย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนเมื่อมีการลงนามความร่วมมือระหว่างกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อวันที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๕๙ จึงทำให้เกิดการผลักดันโดยกระทรวงมหาดไทยไปสู่การปฏิบัติในภูมิภาคทุกจังหวัดโดยผู้ว่าราชการจังหวัด ภายหลังจากการลงนามความร่วมมือดังกล่าวจังหวัดขอนแก่นมีคำสั่งที่ ๓๐๓๐/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๕๙ แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board : DHB) เพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพ

อำเภอโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ตามแนวทางประชารัฐ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน บูรณาการร่วมกันในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชน จนถึง ณ ปัจจุบันนี้ ได้มีการเสนอร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. ... เพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอตามแนวทางดังกล่าว

๑.๑ โครงสร้าง

๑.๑.๑ อำเภอ น้ำพอง ได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการในการขับเคลื่อนงานด้านการพัฒนาระบบสุขภาพของอำเภออยู่หลายวาระ จนถึงปัจจุบันมีคำสั่งอำเภอ น้ำพอง ที่ ๒๖/๒๕๖๑ ลงวันที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๖๑ แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น โดยใช้กรอบคณะกรรมการฯ ตามร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. ... มีรายละเอียดดังตารางที่ ๔ - ๑

ตารางที่ ๔ - ๑ แสดงรายละเอียดคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)		
ร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีฯ	คำสั่งอำเภอ น้ำพอง	ตำแหน่ง
<p>ข้อ ๖ ในทุกจังหวัดเว้นแต่กรุงเทพมหานคร ให้แต่ ละอำเภอมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอคณะหนึ่ง เรียกโดยย่อว่า “พชอ.” ซึ่งมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นที่ปรึกษา และมีกรรมการจำนวนไม่เกินยี่สิบเอ็ดคน ประกอบด้วย</p> <p>(๑) นายอำเภอ เป็นประธานกรรมการ</p> <p>(๒) ผู้แทนส่วนราชการ ผู้แทนหน่วยงานของรัฐ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนกำนัน หรือผู้แทนผู้ใหญ่บ้านในอำเภอ ที่นายอำเภอ แต่งตั้ง จำนวนไม่เกินหกคน เป็นกรรมการ โดยผู้แทนส่วนราชการหรือผู้แทนหน่วยงานของรัฐให้ แต่งตั้งจากปลัดอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล พัฒนาการอำเภอ ผู้อำนวยการสถานศึกษา หรือผู้แทนส่วนราชการหรือหน่วยงานของรัฐอื่นที่เกี่ยวข้อง</p> <p>(๓) ผู้แทนภาคเอกชนในอำเภอที่นายอำเภอ แต่งตั้ง จำนวนไม่เกินหกคน โดยคัดเลือกจากผู้ ประกอบ</p>	๑. นายอำเภอ น้ำพอง	ประธาน
	๒. ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล น้ำพอง	รองประธาน
	๓. ผู้กำกับการสถานีตำรวจ ภูธร น้ำพอง	กรรมการ
	๔. ผู้อำนวยการโรงเรียน น้ำพอง	กรรมการ
	๕. ปลัดอำเภอ	กรรมการ
	๖. พัฒนาการอำเภอ	กรรมการ
	๗. ท้องถิ่นอำเภอ	กรรมการ
	๘. นายกองค้การบริหาร ส่วนตำบลวังชัย	กรรมการ
	๙. กำนันตำบลวังชัย	กรรมการ
	๑๐. กำนันตำบลหนองกุง	กรรมการ
	๑๑. ผู้แทนบริษัท ฟินิกซ์ พัลพ แอนด์ เพเพอร์ จำกัด มหาชน	กรรมการ

ตารางที่ ๔ - ๑ แสดงรายละเอียดคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น (ต่อ)

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)			
ร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีฯ	คำสั่งอำเภอน้ำพอง	ตำแหน่ง	
<p>วิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพอื่น ผู้แทนสถานประกอบกิจการด้านสุขภาพหรือสาธารณสุข ผู้แทนสถานศึกษาเอกชน หรือผู้แทนสถานประกอบกิจการอื่น เป็นกรรมการ</p> <p>(๔) ผู้แทนภาคประชาชนในอำเภอที่นายอำเภอแต่งตั้ง จำนวนไม่เกินเจ็ดคน โดยคัดเลือกจาก ผู้ที่มีความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับการพัฒนาสังคมหรือชุมชนท้องถิ่น ภูมิปัญญาท้องถิ่น หรือศาสนา ผู้นำทางศาสนา เครือข่ายหรือองค์กรองค์กรเกี่ยวกับการสื่อสารมวลชน หรือเครือข่ายภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร เครือข่ายอาสาสมัคร เครือข่ายหรือองค์กรผู้บริโภค เครือข่ายหรือ</p> <p>หรือองค์กรอื่น เป็นกรรมการ</p>	๑๒. ผู้แทนบริษัท พานาโซนิค จำกัด มหาชน	กรรมการ	
	๑๓. ผู้จัดการโรงเรียนอนุบาลพูนสวัสดิ์	กรรมการ	
	๑๔. ประธานชมรมข้าราชการบำเหน็จบำนาญอำเภอ	กรรมการ	
	๑๕. ประธานชมรมผู้สูงอายุอำเภอ	กรรมการ	
	๑๖. นายกสมาคม อสม.	กรรมการ	
	๑๗. ประธานสตรีอำเภอ	กรรมการ	
	๑๘. ประธานพัฒนาบทบาทสตรีอำเภอ	กรรมการ	
	๑๙. สาธารณสุขอำเภอ	เลขานุการ	
	๒๐. หัวหน้างานศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว	ผู้ช่วยเลขานุการ	
	๒๑. นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	ผู้ช่วยเลขานุการ	
	คณะกรรมการที่ปรึกษา		
	๑. เจ้าคณะจังหวัดขอนแก่น		
	๒. เจ้าคณะอำเภอน้ำพอง		
	๓. รองเจ้าคณะอำเภอน้ำพอง		

จากตารางที่ ๔ - ๑ จะเห็นได้ว่าอำเภอน้ำพองได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีจำนวน ๒๑ คน และครอบคลุมตามกรอบของกฎหมายที่ระบุไว้ แต่มีสัดส่วนที่ไม่ถูกต้อง คือ ตามระเบียบข้อ ๖ (๒) ผู้แทนส่วนราชการ ฯลฯ ที่นายอำเภอแต่งตั้ง จำนวนไม่เกิน ๖ คน แต่อำเภอน้ำพองแต่งตั้งจำนวนทั้งสิ้น ๑๑ คน และ ตามระเบียบข้อ ๖ (๓) ผู้แทนภาคเอกชน ฯลฯ ที่นายอำเภอแต่งตั้ง จำนวนไม่เกิน ๖ คน แต่งตั้งจำนวน ๓ คน

ตามระเบียบข้อ ๖ (๔) ผู้แทนภาคประชาชน ฯลฯ ที่นายอำเภอแต่งตั้ง จำนวนไม่เกิน ๗ คน แต่งตั้งจำนวน ๕ คน

จากการศึกษาพบว่า คณะกรรมการตามโครงสร้างที่อำเภอหนองบัวแดงได้แต่งตั้งนั้น มีความเหมาะสมและสามารถบูรณาการการทำงานได้อย่างราบรื่น คณะกรรมการแต่ละคนมาจากภาคส่วนแต่ละกลุ่มซึ่งเป็นตัวแทนของภาคส่วนต่างๆ ในการประสานงานและการร่วมมือในการพัฒนาได้เป็นอย่างดี และการที่มีนายอำเภอเป็นประธานกรรมการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำพองเป็นรองประธานกรรมการ สาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ เป็นสิ่งที่สำคัญและเหมาะสมที่สุด

๑.๑.๒ นอกจากการแต่งตั้งคณะกรรมการตามกรอบของระเบียบแล้ว อำเภอหนองบัวแดงยังแต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษามาจากผู้นำทางศาสนา โดยใช้หลักการของ “บวร” คือ ฝ่ายพระสงฆ์ จำนวน ๓ รูป ได้แก่ เจ้าคณะจังหวัดขอนแก่น เจ้าคณะอำเภอหนองบัวแดง และรองเจ้าคณะอำเภอหนองบัวแดง นอกเหนือจากคณะกรรมการที่ระเบียบได้กำหนดไว้ จะเห็นได้ว่าในประเด็นนี้ ระเบียบได้กำหนดไว้ในข้อ ๖ (๔) ผู้แทนภาคประชาชน ฯลฯ สามารถแต่งตั้งผู้นำทางศาสนาให้เป็นคณะกรรมการได้ แต่อำเภอหนองบัวแดงได้พิจารณาถึงความเหมาะสมในการปฏิบัติงาน จึงแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการที่ปรึกษาแทน

๑.๑.๓ อำเภอหนองบัวแดงได้สร้าง “น้ำพองโมเดล” โดยใช้โมเดลของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นรูปแบบในการขยายเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เต็มพื้นที่ลงไปในระดับตำบลทุกตำบล บูรณาการการทำงานร่วมกันทุกภาคส่วน โดยมีคำสั่งอำเภอหนองบัวแดงตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) โดยลือคำสั่งของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีเจ้าคณะตำบลเป็นที่ปรึกษา นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นประธาน กำนันเป็นรองประธาน ผอ.รพสต.เป็นเลขานุการ ผู้อำนวยการโรงเรียนในพื้นที่ อสม. เครือข่ายกลุ่มต่างๆ ในพื้นที่ และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเป็นคณะกรรมการ เพื่อขับเคลื่อนนโยบายการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่

๑.๑.๔ นอกจากคณะกรรมการตามโครงสร้างที่ได้กล่าวมาแล้ว เนื่องจากโครงสร้างดังกล่าวเป็นรูปแบบโครงสร้างในแนวคิด อำเภอหนองบัวแดงได้ขยายเครือข่ายในแนวราบโดยแต่งตั้งเครือข่ายกลุ่มต่างๆ ที่อยู่ในพื้นที่หมู่บ้าน/ตำบลเข้ามามีส่วนร่วม เป็นการสร้างความร่วมมือบูรณาการการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้อำเภอหนองบัวแดงให้มีรูปแบบและหน่วยงานที่รับผิดชอบชัดเจน ครอบคลุมทุกกลุ่มทุกพื้นที่ เช่น โครงการจิตอาสา เครือข่ายสังฆประชาพัฒนาชุมชน กลุ่มอาชีพต่างๆ เครือข่าย อสม. เครือข่ายผู้สูงอายุ เครือข่ายคนพิการ เครือข่ายลดอุบัติเหตุทางถนน ประชาคมรักษ์ลุ่มน้ำพอง เครือข่ายผู้ติดเชื้อ HIV กลุ่มพิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี เป็นต้น

๑.๒ บทบาทหน้าที่

๑.๒.๑ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอหนองบัวแดง จังหวัดขอนแก่น มีบทบาทและหน้าที่ตามคำสั่งอำเภอหนองบัวแดง ที่ ๒๖/๒๕๖๑ ลงวันที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๖๑ ดังต่อไปนี้

๑.๒.๑.๑ กำหนดนโยบายและทิศทางการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

๑.๒.๑.๒ สนับสนุนและแก้ไขปัญหาการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

๑.๒.๑.๓ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

๑.๒.๑.๔ แต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อพิจารณาหรือปฏิบัติการตามที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมอบหมาย

๑.๒.๑.๕ ปฏิบัติการอื่นใดที่จำเป็นและต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการดำเนินการตามระเบียบนี้หรือตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หรือตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยหรือรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมอบหมาย

เนื่องจากในระหว่างการศึกษาได้มีการเสนอร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. ... และขณะนั้นยังไม่มีมีการประกาศใช้ระเบียบดังกล่าว ดังนั้น พชอ. อำเภอน้ำพอง จึงยังถือปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ตามคำสั่งเดิมที่มีอยู่ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า บทบาทหน้าที่ของ พชอ. ตามคำสั่งอำเภอน้ำพองยังไม่ชัดเจน คลุมเครือ และมีขอบเขตการทำงานที่แคบไม่ครอบคลุมการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิต ซึ่งแตกต่างจากบทบาทหน้าที่ตามร่างระเบียบฯ จึงส่งผลให้กรรมการบางคนไม่เข้าใจและไม่ทราบถึงบทบาทหน้าที่ของตนเอง

๑.๒.๒ การปฏิบัติหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ในทางปฏิบัติจะเห็นได้ว่าอำเภอน้ำพองได้ใช้กลไกของ พชอ. ดำเนินการแก้ไขปัญหาและการพัฒนาพื้นที่ในทุกๆ ด้านไม่เฉพาะแต่เรื่องของระบบสุขภาพและลงมือทำอย่างจริงจัง จากการศึกษพบว่า นายอำเภอเป็นผู้มีบทบาทในการขับเคลื่อนมากที่สุด มีภาวะผู้นำและทำงานเป็นที่ประจักษ์อย่างชัดเจนในการกำหนดนโยบาย การจัดทำงบประมาณ การกำกับดูแล การกระตุ้นการดำเนินงาน และการลงไปปฏิบัติงานในพื้นที่อย่างจริงจัง ทำให้ทีมงานมีขวัญกำลังใจในการทำงาน พร้อมใจกันตั้งใจขับเคลื่อนงานจนทำให้เกิดความสำเร็จ ทำให้เกิดความเชื่อถือ ความรักความศรัทธาจากประชาชนและทุกภาคส่วน เป็นผลทำให้เกิดพลังในการขับเคลื่อนการพัฒนา ตลอดจนการบูรณาการการทำงานที่ของคณะกรรมการอย่างเข้มแข็ง แต่ละคนซึ่งมาจากภาคส่วนต่างกันทำให้เกิดการกระจายสร้างเครือข่ายการทำงานที่กว้างขึ้น และเข้าถึงปัญหาในพื้นที่ได้รวดเร็วตรงจุด

นอกจากนี้ยังพบว่า บทบาทของคณะกรรมการในระดับตำบล (พชต.) และเครือข่ายกลุ่มต่างๆ ก็มีความสำคัญในการขับเคลื่อนงานในพื้นที่อย่างจริงจังและช่วยผลักดันการดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จ เครือข่ายในแนวราบเป็นตัวแทนประชาชน ผู้ด้อยโอกาส ผู้ป่วยในพื้นที่ ที่จะสะท้อนปัญหาในพื้นที่ขึ้นไปสู่ระดับนโยบายนำสู่การแก้ไขปัญหาและลดความเหลื่อมล้ำได้ตรงจุด

จากการศึกษายังพบอีกว่า พระสงฆ์ที่เป็นคณะกรรมการที่ปรึกษามีบทบาทหน้าที่ในการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของอำเภอน้ำพองเป็นอย่างมาก นอกจากจะเป็นศูนย์รวมทางจิตใจเป็นที่พึ่งที่ยึดเหนี่ยวของประชาชนแล้วยังเป็นผู้มีส่วนสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วม

จากประชาชน และผลักดันการดำเนินงานให้ประสบผลสำเร็จอย่างง่ายดายด้วยพลังความเคารพศรัทธาจากประชาชน

๒. การบริหารจัดการทรัพยากร

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นคณะกรรมการที่แต่งตั้งมาจากหลายภาคส่วน และเป็นคณะกรรมการที่แต่งตั้งขึ้นเพื่อกำหนดนโยบายและขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอหนองไผ่ได้ใช้คณะกรรมการชุดนี้เป็นหลักในการพัฒนาอำเภอในทุกๆ ด้าน โดยเฉพาะแต่เรื่องของระบบสุขภาพเท่านั้น การบริหารทรัพยากรที่มีจึงเป็นการบูรณาการจากทุกภาคส่วน

มีการจัดการทรัพยากรบุคคล/การใช้ทรัพยากรบุคคลร่วมกัน โดยการจัดสรรตามสัดส่วนประชากรในแต่ละพื้นที่ การปฏิบัติงานด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่มีลักษณะเป็นการทำงานเป็นทีมที่เรียกว่าทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) ประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร กายภาพ พยาบาล แพทย์แผนไทย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๑๘ แห่ง มีแผนพัฒนาบุคลากรที่ชัดเจน ในส่วนงานพัฒนาด้านอื่นๆ นอกเหนือจากคณะกรรมการหลัก พชอ. พชต. และเครือข่ายต่างๆ แล้ว ยังมีคำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้มาร่วมกันทำงานในแต่ละเรื่อง ปัญหาเฉพาะ หรือเป็นครั้งคราวตามเหตุการณ์สำคัญ

มีการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในระบบงานพัฒนาคุณภาพชีวิต มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลชุมชน และการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ การให้คำปรึกษาผ่านช่องทางโทรศัพท์ มีการนำวิทยุสื่อสารและเครือข่ายอินเทอร์เน็ตเข้ามาช่วยในการอำนวยความสะดวกในการทำงานให้ง่ายขึ้น

มีการพัฒนาองค์ความรู้และจัดการความรู้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติให้ทันสมัยอย่างสม่ำเสมอ และสร้างองค์ความรู้ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับกลุ่มต่างๆ ในชุมชนให้เฝ้าระวังและติดตามการป่วย นอกจากนี้ยังมีการจัดทำคู่มือแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยต่างๆ

ด้านงบประมาณไม่มีงบประมาณในการบริหารของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยตรง งบประมาณที่ใช้ในการพัฒนาเป็นงบประมาณของส่วนราชการแต่ละหน่วยได้นำมาบูรณาการจัดทำโครงการร่วมกัน หรือเป็นการรับนโยบายจาก พชอ. แล้วแต่ละภาคส่วนไปจัดทำโครงการให้สอดคล้องหรือสนับสนุนนโยบายของ พชอ. นอกจากนี้ งบประมาณที่ใช้ขับเคลื่อนการทำงานยังมาจากงบบูรณาการของอำเภอน้ำพอง และได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน เหล่ากาชาดจังหวัด มูลนิธิ องค์กรการกุศล และภาคประชาชน เช่น การขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากบริษัทเอกชนในพื้นที่ การทอดผ้าป่าเพื่อจัดหาเครื่องมือแพทย์ให้ รพ.สต. ๑๘ แห่ง เป็นต้น งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรให้ พชอ. โดยตรงเป็นงบดำเนินงานไม่เพียงพอต่อการบริหารจัดการ ที่ผ่านมาใช้เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการของคณะกรรมการ

๓. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอที่เหมาะสมกับพื้นที่ โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง

จากการศึกษาพบว่า รูปแบบของการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอที่เหมาะสมกับพื้นที่ โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง อำเภอ น้ำพอง ใช้รูปแบบ “น้ำพองโมเดล” มาเป็นรูปแบบขับเคลื่อนการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ เกิดขึ้นตามโครงสร้างในแนวดิ่งและแนวนอน ในแนวดิ่งระบบการขับเคลื่อนเริ่มต้นตั้งแต่ในระดับจังหวัด มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานในการขับเคลื่อนและถ่ายทอดสู่ระดับอำเภอ โดยอำเภอ น้ำพอง ได้นำน้ำพองโมเดลเป็นตัวขับเคลื่อนในพื้นที่ครอบคลุมทุกตำบล ส่วนโครงสร้างในแนวนอน คือ การขยายเครือข่ายความร่วมมือจากประชาชน เครือข่าย กลุ่มต่างๆ เป็นตัวแทนของประชาชนในพื้นที่ที่จะสะท้อนถึงปัญหา ความต้องการของประชาชนในพื้นที่ เป็นข้อมูลส่งกลับไปสู่โครงสร้างตามแนวดิ่ง คือ พชต. และ พขอ. ตลอดจนระดับจังหวัด และระดับประเทศ

๔. การบูรณาการสร้างการมีส่วนร่วม

จากการศึกษาพบว่า การบูรณาการสร้างการมีส่วนร่วมอำเภอ น้ำพอง ได้ให้ความสำคัญกับทุกภาคส่วน และเชิญทุกส่วนเข้ามาอยู่ในโครงสร้างการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ โดยการแต่งตั้งเข้ามาคณะกรรมการในอนุกรรมการ คณะทำงานต่างๆ สร้างระบบทีม การทำงานเป็นทีม ในการสั่งการบังคับบัญชา มีการสั่งงานทั้งทีมไม่มีการสั่งงานคนเดียว จุดประกายการแข่งขัน และมีการชมเชยเมื่องานสำเร็จ การดึงเอาจิตอาสาเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมของอำเภอ นอกจากการสร้างการมีส่วนร่วมอย่างเป็นทางการดังกล่าวแล้ว มีการสร้างการมีส่วนร่วมโดยการสร้างความเป็นเจ้าของให้กับบุคลากร หน่วยงานทุกภาคส่วนและประชาชนในพื้นที่ จะทำให้เกิดการรักษาและหวงแหน โดยการทำสิ่งที่เป็นเรื่องใกล้ตัว อะไรที่ประชาชนต้องการ อะไรที่ประชาชนจะได้รับ ประชาชนจะได้ประโยชน์ เมื่อเข้ามามีส่วนร่วมแล้วจะได้อะไร เช่น การทอดผ้าป่าประชารัฐซื้อเครื่องมือแพทย์ มีเป้าหมายเพื่อซื้อเครื่องมือแพทย์ครบชุดให้ รพสต. ๑๘ แห่ง เพื่อให้ผู้ป่วยติดเตียงในพื้นที่ได้ยืมใช้ เมื่อประชาชนในพื้นที่รู้ว่าสิ่งที่ พขอ. จะดำเนินการนั้นตรงกับความต้องการของพื้นที่ ก็ให้การสนับสนุนและเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ ทำให้โครงการประสบความสำเร็จ และมีงบประมาณเหลือไว้ใช้จ่ายในกิจกรรมอื่นอีกด้วย

๕. แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

จากการศึกษาพบว่า อำเภอ น้ำพอง มีการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ยังเป็นแผนระยะสั้น คือแผนประจำปี โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จัดทำเป็นแผนปฏิบัติการ การแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอ น้ำพอง ปี ๒๕๖๑ ภายใต้โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ น้ำพอง มีกิจกรรมหลักทั้งหมด ๘ กิจกรรม คือ ๑) แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ๒) ประชุมคณะกรรมการ ๓) ขับเคลื่อน ๓ ประเด็นหลัก ได้แก่ คนน้ำพองไม่ทอดทิ้งกัน การจัดการขยะต้นทาง และการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรแบบบูรณาการ ๔) ประชุม ๒ เดือน/ครั้ง ๕) ติดตามประเด็นขับเคลื่อน คนน้ำพองไม่ทอดทิ้งกันรายงานโดยโรงพยาบาล น้ำพอง การจัดการขยะต้นทางรายงานโดยท้องถิ่นอำเภอ น้ำพอง และการแก้ไข

ปัญหาอุบัติเหตุจราจรแบบบูรณาการรายงานโดย ศปถ.อ.น้ำพอง ๖) จัดทำรายงานการประชุม ๗) จัดทำรายงานตามแนวทาง UCCARE ๘) สรุป ประเมินผล

อำเภอน้ำพองใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มาเป็นกลไกขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต ๓ ประเด็นหลัก คือ คนน้ำพองไม่ทอดทิ้งกัน การจัดการขยะต้นทาง และการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรแบบบูรณาการ

จากการศึกษาพบว่า โครงการ/กิจกรรมด้านระบบการบริการสุขภาพถูกขับเคลื่อนภายใต้ประเด็น “คนน้ำพองไม่ทอดทิ้งกัน” ซึ่งอำเภอน้ำพองได้ใช้กลไก พชอ. ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในการเข้าถึงบริการ ลดความเหลื่อมล้ำในการให้บริการทางสุขภาพ จนประสบความสำเร็จหลายโครงการ อาทิเช่น

๑. โครงการผ้าป่าประชารัฐ เป็นโครงการริเริ่มของอำเภอน้ำพองและผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่นเห็นว่าเป็นโครงการที่ดีจึงสนับสนุนให้ดำเนินการทั้งจังหวัด ๒๖ อำเภอ โดยการจัดโครงการทอดผ้าป่าเพื่อซื้อเครื่องมือแพทย์ให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุ ตีตบ้าน ตีตเตียง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้เยี่ยมอุปกรณ์การแพทย์ไปใช้ที่บ้านเพื่อความสะดวกสบายในการรักษา เพราะในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารอยู่ห่างจากตัวอำเภอ การเข้ามารักษาบ่อยๆ ประชาชนก็จะเดือดร้อนเพิ่มขึ้น บางคนมีฐานะยากจน ต้องมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาและการเดินทาง หากมีอุปกรณ์การแพทย์ในพื้นที่ที่สามารถยืมไปใช้งานที่บ้านได้ ก็จะช่วยลดค่าใช้จ่ายและบรรเทาทุกข์ความเดือดร้อนในส่วนนี้ได้ ในส่วนของอำเภอน้ำพองเดิมที่โรงพยาบาลน้ำพองมีโครงการให้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้สูงอายุตีตบ้านตีตเตียงยืมเครื่องมือแพทย์ไปใช้ที่บ้าน แต่ก็ยังไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วย และผู้ป่วยบางคนอยู่ในพื้นที่ตำบลหมู่บ้านที่ไกลจากตัวอำเภอ การเข้ามาใช้บริการที่โรงพยาบาลมีความยากลำบากและมีค่าใช้จ่าย จึงนำปัญหานี้รายงานต่อคณะกรรมการ พชอ. เกิดเป็นโครงการทอดผ้าป่าสามัคคี “คนน้ำพองไม่ทอดทิ้งกัน เพื่อหาทุนในการจัดซื้อเครื่องมือแพทย์ดูแลผู้ป่วยตีตบ้านตีตเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้าย” เมื่อวันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๐ ได้ยอดเงินบริจาคผ้าป่าจำนวน ๑,๗๓๕,๑๖๗.๗๕ บาท สามารถซื้อเครื่องมือแพทย์ (เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องให้ยามอร์ฟินทางใต้ผิวหนัง เตียงนอน ที่นอนป้องกันแผลกดทับ เครื่องดูดเสมหะ ไซลิงค์ไต่เวอร์ ฯลฯ จำนวน ๘ รายการ) ให้ รพ.สต. ครบทั้ง ๑๘ แห่ง และมีงบประมาณเหลือสำหรับการดำเนินกิจกรรมการให้บริการสุขภาพอื่นอีกด้วย

๒. โครงการห้องพิเศษประชารัฐ เป็นโครงการริเริ่มของโรงพยาบาลน้ำพองและนำเข้าสู่กลไกของ พชอ. ขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดยปกติแล้วห้องพิเศษของโรงพยาบาลจะมีแต่ข้าราชการหรือผู้มีฐานะดี มาใช้บริการ เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายต่อห้องประมาณ ๑,๑๐๐ บาท/คืน คนจนหรือผู้ที่มีรายได้น้อยไม่ค่อยมีโอกาสใช้บริการห้องพิเศษ โครงการนี้จึงเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีโอกาสใช้บริการห้องพิเศษเท่าเทียมกับข้าราชการหรือผู้มีฐานะดี สามารถลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้ โดยประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้ร่วมบริจาคสมทบทุนสร้างอาคารห้องพิเศษ ๖ ชั้น ปีละ ๑,๐๐๐ บาท/คน เป็นการสร้างการมีส่วนร่วมให้ทุกคนได้ร่วมกันดูแลสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยสามารถนอนพักรักษาตัวในห้องพิเศษโดยไม่เสียเงินเพิ่ม ซึ่งปัจจุบันนี้โรงพยาบาลน้ำพองมีห้องพิเศษ จำนวน ๒๔ ห้อง และมีอาคารใหม่ที่กำลังก่อสร้างใกล้จะแล้วเสร็จซึ่งจะมีห้องพิเศษ จำนวน ๘๐ ห้อง ณ ปัจจุบันมีสมาชิกร่วมสมทบทุนแล้วประมาณ ๑,๐๐๐

กว่าคน เงินจำนวนนี้เมื่อหักค่าใช้จ่ายของห้องพิเศษแล้ว หากมีเงินเหลือสามารถนำเงินส่วนนี้ไปสนับสนุนการบริการเพิ่มพิเศษด้านอื่นๆ เช่น การนำเงินไปพัฒนาห้องพิเศษเดิมให้ดีขึ้น การเพิ่มค่าเวรให้พยาบาล แพทย์ ให้อุดูแลคนไข้เป็นพิเศษให้ดีขึ้นเหมือนโรงพยาบาลเอกชน และหากยังมีเงินเหลืออีกก็สามารถนำไปต่อยอดการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านอื่นๆ เช่น การให้ทุนการศึกษาแก่นักเรียนในพื้นที่ศึกษาต่อด้านพยาบาลหรือทันตภิบาล การดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น ประชากรในพื้นที่อำเภอ น้ำพองมีจำนวนประมาณ ๑๒๐,๐๐๐ คน เป้าหมายของโครงการนี้คือร้อยละ ๑๐ ของประชากร ซึ่งก็คือจำนวน ๑๒,๐๐๐ คน ก็จะได้เงินมาพัฒนาปีละ ๑๒ ล้านบาท และหากได้สมาชิกมากกว่านั้นก็จะจะมีเงินมาพัฒนาคุณภาพชีวิตสนับสนุนการบริการทางสุขภาพประชาชนให้เกิดความเท่าเทียมกัน ลดความเหลื่อมล้ำในสังคมต่อไป

๓. ทุนการศึกษา โครงการให้ทุนการศึกษาแก่เด็กนักเรียนมัธยมในพื้นที่ให้ศึกษาต่อด้านการพยาบาล การสาธารณสุข หรือทันตภิบาล โดยการขอโควตาจากจังหวัด วิทยาลัยสาธารณสุข วิทยาลัยพยาบาล แล้วคัดเลือกนักเรียนในพื้นที่ให้โอกาสคนน้ำพองได้สอบแข่งขันกันเองแล้วกลับมาทำงานให้กับพื้นที่ ที่ผ่านมามีพยาบาลตามโครงการนี้เรียนสำเร็จกลับมาทำงานแล้ว ๔๐ คน และขณะอยู่ระหว่างการศึกษาประมาณ ๑๐ คน

๔. ศูนย์ เดย์แคร์ผู้สูงอายุ เป็นโครงการความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และองค์กร JICA ประเทศญี่ปุ่น พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ ภายใต้โครงการ “พัฒนารูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมเชิงบูรณาการโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ” โดยเลือกพื้นที่นำร่อง ๑ ตำบล คือตำบลสะอาด ทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการและได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วตามสภาพปัญหา เช่น การทำฟันปลอมและการแก้ไขปัญหาช่องปาก การผ่าตัดต่อกระดูก การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เกิดกลุ่มส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ นำสู่การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เป็นการพัฒนาการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุระหว่างภาคส่วนสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน โดยมีการพัฒนาทั้งศักยภาพเครือข่ายและรูปแบบการดูแลผ่านคณะอนุกรรมการ long term care Care manager Care giver และทีมสหวิชาชีพ ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงได้รับการดูแลและฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสมตามความจำเป็น ในปัจจุบันอำเภอ น้ำพองเข้าร่วมโครงการการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน ๑๐ ตำบล ซึ่งในปี ๒๕๖๑ จะมีการขยายให้ครบทั้ง ๑๒ ตำบล

๕. ทีมหมอครอบครัว เป็นการสร้างเครือข่ายบริการสุขภาพโดยมุ่งเน้นที่จะดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่อำเภอ น้ำพอง ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล ควบคุม ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ ครอบครัวประชากรที่มีภาวะปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย มุ่งให้บริการเชิงรุก สร้างและพัฒนาทีมสุขภาพเพื่อการเข้าถึงบริการที่ครอบคลุมและมีคุณภาพ ประกอบด้วยทีมระดับอำเภอ ๑๙ ทีม ระดับตำบล ๖๐ ทีม ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน ๑๖๘ ทีม ซึ่งทีมหมอครอบครัว ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ แพทย์ ทันตแพทย์ ทันตภิบาล เภสัชกร เจ้าพนักงานเภสัชกรรม นักวิชาการสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด นักการแพทย์แผนไทย พยาบาลวิชาชีพ ผู้นำชุมชน อสม. แกนนำชุมชน ร่วมกันเป็นทีมดูแลสุขภาพชุมชนตามภารกิจ

๖. การติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

จากการศึกษาพบว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอป่าพอง จังหวัดขอนแก่น ได้มีการกำหนดการติดตามประเมินผลการดำเนินงานไว้ในแผนปฏิบัติการ การแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอป่าพอง ปี ๒๕๖๑ มีกำหนดการประชุม ๒ เดือน/ครั้ง หรือหากมีประเด็นเร่งด่วนที่จะต้องติดตามหรือรายงานก็สามารถบรรจุเข้ากับการประชุมประจำเดือนของอำเภอได้ทันที นอกจากนี้มีการติดตามประเด็นการขับเคลื่อนคนน้ำพองไม่ทอดทิ้งกันทุกเดือนในวาระการประชุมประจำเดือน มีการสรุปและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงานที่วางไว้

นอกจากนี้ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ยังมีการประชุมสัญจรเวียนไปในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้ง ๑๘ แห่ง อีกด้วย ซึ่งนอกจากจะเป็นการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานในพื้นที่แล้ว ยังเป็นการเข้าไปรับทราบข้อเท็จจริง รับรู้รับฟังปัญหาความต้องการของประชาชนในพื้นที่โดยตรง

ส่วนในระดับพื้นที่ตำบล คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ได้มีการประชุมทุกเดือน เพื่อติดตามการทำงาน การสรุปรายงานผลการทำงาน ตลอดจนการนำเสนอข้อมูลปัญหาความต้องการที่เกิดขึ้นในพื้นที่ เพื่อสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็ว

มีการบูรณาการการติดตามประเมินผลโครงการ/กิจกรรมของอำเภอในหลายๆ ด้านเข้าด้วยกัน คือ หากมีคณะทำงานลงพื้นที่ติดตามการดำเนินงานในด้านใดด้านหนึ่ง ก็ให้ติดตามงานในด้านอื่นๆ พร้อมกันในคราวเดียวกันด้วย

บทที่ ๕

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การศึกษาวิจัยการลดความเหลื่อมล้ำในการให้บริการทางสุขภาพ โดย กลไก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอหนอง จังหวัดขอนแก่น โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยโดยการสัมภาษณ์คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานโรงพยาบาลหนอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพสต.) เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และผู้ป่วย รวมทั้งสิ้น ๒๓ คน โดยใช้วิธีสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคลและสัมภาษณ์กลุ่ม โดยการศึกษาการบริหารจัดการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ด้านต่างๆ จำนวน ๖ ด้าน สรุปผลได้ ดังนี้

๑. โครงสร้างและบทบาทหน้าที่

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอหนอง จังหวัดขอนแก่น ปัจจุบันมีโครงสร้างตามคำสั่งอำเภอหนอง ที่ ๒๖/๒๕๖๑ ลงวันที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๖๑ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอหนอง จังหวัดขอนแก่น โดยใช้กรอบคณะกรรมการตามร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. ๒๕๖๐^๑ มีจำนวนคณะกรรมการทั้งสิ้น ๒๑ คน ครอบคลุมตามกรอบของกฎหมายที่ระบุไว้ แต่มีสัดส่วนที่ไม่ถูกต้อง คือ ผู้แทนส่วนราชการ ฯลฯ ที่นายอำเภอแต่งตั้ง จำนวนไม่เกิน ๖ คน แต่อำเภอหนองแต่งตั้งทั้งสิ้น ๑๑ คน และผู้แทนภาคเอกชน ฯลฯ ที่นายอำเภอแต่งตั้ง จำนวนไม่เกิน ๖ คน แต่งตั้งจำนวน ๓ คน และผู้แทนภาคประชาชน ฯลฯ ที่นายอำเภอแต่งตั้ง จำนวนไม่เกิน ๗ คน แต่งตั้งจำนวน ๕ คน จากการศึกษาพบว่า คณะกรรมการตามโครงสร้างที่อำเภอหนองได้แต่งตั้งนั้น มีความเหมาะสมและสามารถบูรณาการการทำงานได้อย่างราบรื่น คณะกรรมการแต่ละคนมาจากภาคส่วนแต่ละกลุ่มซึ่งเป็นตัวแทนของภาคส่วนต่างๆ ในการประสานงานและการร่วมมือในการพัฒนาได้เป็นอย่างดี และการที่ มีนายอำเภอเป็นประธานกรรมการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองเป็นรองประธานกรรมการ สาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ เป็นสิ่งสำคัญและเหมาะสมที่สุด การปฏิบัติหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอหนอง จังหวัดขอนแก่น ถึงแม้ว่า บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการตามคำสั่งอำเภอยังไม่ชัดเจนและครอบคลุม แต่ในทางปฏิบัติจะเห็นได้ว่า อำเภอหนองได้ใช้กลไกของ พชอ. ดำเนินการแก้ไขปัญหาและการพัฒนาพื้นที่ในทุกๆ ด้านไม่

^๑ปัจจุบันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเปลี่ยนชื่อเป็น “ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑” เมื่อวันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๖๑ เล่ม ๑๓๕ ตอนพิเศษ ๕๔ ง

เฉพาะแต่เรื่องของระบบสุขภาพ และมีการลงมือทำอย่างจริงจัง และจากการศึกษาพบว่า นายอำเภอเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนมากที่สุด มีภาวะผู้นำและทำงานเป็นที่ประจักษ์อย่างชัดเจนในการกำหนดนโยบาย การจัดทำงบประมาณ การสั่งการกำกับดูแล การกระตุ้นการดำเนินงาน และการลงไปปฏิบัติงานในพื้นที่อย่างจริงจัง ในทุกเรื่องนายอำเภอจะเป็นผู้นำที่มุ่งงานลงไปปฏิบัติด้วยตนเอง ทำให้บุคลากรในทีมงานมีขวัญกำลังใจในการทำงาน พร้อมใจกันตั้งใจขับเคลื่อนงานจนทำให้เกิดความสำเร็จ ทำให้เกิดความเชื่อถือ ความรักความศรัทธาจากประชาชน และทุกภาคส่วน เป็นผลทำให้เกิดพลังในการขับเคลื่อนการพัฒนา ตลอดจนการบูรณาการการทำงานที่ของคณะกรรมการอย่างเข้มแข็ง แต่ละคนซึ่งมาจากภาคส่วนต่างกันทำให้เกิดการกระจายสร้างเครือข่ายการทำงานที่กว้างขึ้น และเข้าถึงปัญหาในพื้นที่ได้รวดเร็วตรงจุด

นอกจากการแต่งตั้งคณะกรรมการตามกรอบของระเบียบแล้ว อำเภอน้ำพองยังแต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษามาจากผู้นำทางศาสนา โดยใช้หลักการของ “บวร” คือ ฝ่ายพระสงฆ์ จำนวน ๓ รูป ซึ่งได้แก่ เจ้าคณะจังหวัดขอนแก่น เจ้าคณะอำเภอน้ำพอง และรองเจ้าคณะอำเภอน้ำพอง นอกเหนือจากคณะกรรมการตามที่ระเบียบได้กำหนดไว้ จะเห็นได้ว่าในประเด็นนี้ ระเบียบได้กำหนดไว้ในส่วนผู้แทนภาคประชาชน ฯลฯ สามารถแต่งตั้งผู้นำทางศาสนาให้เป็นคณะกรรมการได้ แต่อำเภอน้ำพองได้พิจารณาถึงความเหมาะสมในการปฏิบัติงาน จึงแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการที่ปรึกษาแทน และจุดแข็งอีกอย่างหนึ่งคืออำเภอน้ำพองมีวัดสังกัดเจ้าคณะจังหวัดขอนแก่นอยู่ในพื้นที่ จึงสามารถแต่งตั้งเจ้าคณะจังหวัดเป็นประธานที่ปรึกษาได้ จากการศึกษพบว่า พระสงฆ์ที่เป็นคณะกรรมการที่ปรึกษาโดยเฉพาะท่านเจ้าคณะจังหวัดขอนแก่น จะมีบทบาทหน้าที่ในการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของอำเภอน้ำพองเป็นอย่างมาก นอกจากจะเป็นศูนย์รวมทางจิตใจเป็นที่พึ่งที่ยึดเหนี่ยวของประชาชนแล้ว ยังเป็นผู้มีส่วนสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมจากประชาชน การระดมทุน/ปัจจัยต่างๆ และผลักดันการดำเนินงานให้ประสบผลสำเร็จอย่างง่ายดายด้วยพลังความเคารพศรัทธาจากประชาชน

อำเภอน้ำพองได้สร้าง “น้ำพองโมเดล” โดยใช้โมเดลของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นรูปแบบในการขยายเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เต็มพื้นที่ลงไปในระดับตำบลทุกตำบล บูรณาการการทำงานร่วมกันทุกภาคส่วนโดยคำสั่งอำเภอน้ำพองแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) โดยลือคำสั่งของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีเจ้าคณะตำบลเป็นที่ปรึกษา นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นประธาน กำนันเป็นรองประธาน ผอ.รพสต.เป็นเลขานุการ ผู้อำนวยการโรงเรียนในพื้นที่ อสม. เครือข่ายกลุ่มต่างๆ ในพื้นที่ เครือข่ายภาคประชาชน และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเป็นคณะกรรมการเพื่อขับเคลื่อนนโยบายการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ บทบาทของคณะกรรมการในระดับตำบล (พชต.) และเครือข่ายกลุ่มต่างๆ ก็มีความสำคัญในการขับเคลื่อนงานในพื้นที่อย่างจริงจัง และช่วยผลักดันการดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จ

นอกจากคณะกรรมการตามโครงสร้างที่ได้กล่าวมาแล้ว เนื่องจากโครงสร้างดังกล่าวเป็นรูปแบบโครงสร้างในแนวตั้ง อำเภอน้ำพองได้ขยายเครือข่ายในแนวนอนโดยแต่งตั้งเครือข่ายกลุ่มต่างๆ ที่อยู่ในพื้นที่หมู่บ้าน/ตำบลเข้ามามีส่วนร่วมในคณะกรรมการ อนุกรรมการ และคณะทำงานต่างๆ เป็นการสร้างความร่วมมือบูรณาการการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้อำเภอน้ำพองให้มี

รูปแบบและหน่วยงานที่รับผิดชอบชัดเจน ครอบคลุมทุกกลุ่มทุกพื้นที่หมู่บ้าน/ตำบล เช่น โครงการจิตอาสา เครือข่ายสังฆประชาพัฒนาชุมชน กลุ่มอาชีพต่างๆ เครือข่าย อสม. เครือข่ายผู้สูงอายุ เครือข่ายคนพิการ เครือข่ายลดอุบัติเหตุทางถนน ประชาคมรักษ์ลุ่มน้ำพอง เครือข่ายผู้ติดเชื้อ HIV กลุ่มพิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี เป็นต้น เครือข่ายในแนวราบเป็นตัวแทนประชาชน ผู้ด้อยโอกาส ผู้ป่วยในพื้นที่ ที่จะสะท้อนปัญหาในพื้นที่ขึ้นไปสู่ระดับนโยบาย นำสู่การแก้ไขปัญหาและลดความเหลื่อมล้ำได้รวดเร็ว ทันเวลาและตรงจุด

๒. การบริหารจัดการทรัพยากร

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นคณะกรรมการที่แต่งตั้งมาจากหลายภาคส่วน และเป็นคณะกรรมการที่แต่งตั้งขึ้นเพื่อกำหนดนโยบายและขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอ น้ำพองได้ใช้คณะกรรมการชุดนี้เป็นหลักในการพัฒนาอำเภอในทุกๆ ด้าน โดยเฉพาะแต่เรื่องของระบบสุขภาพเท่านั้น การบริหารทรัพยากรที่มีจึงเป็นการบูรณาการจากทุกภาคส่วน

มีการจัดการทรัพยากรบุคคล/การใช้ทรัพยากรบุคคลร่วมกัน โดยการจัดสรรตามสัดส่วนประชากรในแต่ละพื้นที่ การปฏิบัติงานด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่มีลักษณะเป็นการทำงานเป็นทีมที่เรียกว่าทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) ประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร กายภาพ พยาบาล แพทย์แผนไทย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๑๘ แห่ง มีแผนพัฒนาบุคลากรที่ชัดเจน ในส่วนงานพัฒนาด้านอื่นๆ นอกเหนือจากคณะกรรมการหลัก พชอ. พชต. และเครือข่ายต่างๆ แล้ว ยังมีคำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้มาร่วมกันทำงานในแต่ละเรื่อง ปัญหาเฉพาะ หรือเป็นครั้งคราวตามเหตุการณ์สำคัญ

มีการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในระบบงานพัฒนาคุณภาพชีวิต มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลชุมชน และการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ การให้คำปรึกษาผ่านช่องทางโทรศัพท์ การนำวิทยุสื่อสารและเครือข่ายอินเทอร์เน็ตเข้ามาช่วยในการอำนวยความสะดวกในการทำงานให้ง่ายขึ้น มีการพัฒนาองค์ความรู้และจัดการความรู้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติให้ทันสมัยอย่างสม่ำเสมอ และสร้างองค์ความรู้ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับกลุ่มต่างๆ ในชุมชนให้เฝ้าระวังและติดตามการป่วย นอกจากนี้ยังมีการจัดทำคู่มือแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยต่างๆ

ด้านงบประมาณ งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรให้ พชอ. โดยตรงเป็นงบดำเนินงานไม่เพียงพอต่อการบริหารจัดการ ที่ผ่านมาใช้เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการของคณะกรรมการ งบประมาณที่ใช้ในการพัฒนาเป็นงบประมาณของส่วนราชการแต่ละหน่วยได้นำมาบูรณาการจัดทำโครงการร่วมกัน หรือเป็นการรับนโยบายจาก พชอ. แล้วแต่ละภาคส่วนไปจัดทำโครงการให้สอดคล้องหรือสนับสนุนนโยบายของ พชอ. นอกจากนี้ งบประมาณที่ใช้ขับเคลื่อนการทำงานยังมาจากงบบูรณาการของอำเภอน้ำพอง และได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน เหล่ากาชาดจังหวัด มูลนิธิ องค์กรการกุศล และภาคประชาชน เช่น การขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากบริษัทเอกชนในพื้นที่ การทอดผ้าป่าเพื่อจัดหาเครื่องมือแพทย์ให้ รพ.สต. ๑๘ แห่ง เป็นต้น

๓. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอที่เหมาะสมกับพื้นที่ โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง

จากการศึกษาพบว่า อำเภอน้ำพองใช้รูปแบบ “น้ำพองโมเดล” มาเป็นรูปแบบขับเคลื่อนการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ เป็นรูปแบบของการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอที่เหมาะสมกับพื้นที่ โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง เกิดขึ้นตามโครงสร้างในแนวคิดและแนวราบ ในแนวคิดระบบการขับเคลื่อนเริ่มต้นตั้งแต่ในระดับจังหวัด โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานในการขับเคลื่อนและถ่ายทอดสู่ระดับอำเภอมีนายอำเภอเป็นประธาน โดยอำเภอ น้ำพองได้ใช้น้ำพองโมเดลเป็นตัวขับเคลื่อนในพื้นที่ครอบคลุมทุกตำบล ส่วนโครงสร้างในแนวราบ คือ การขยายเครือข่ายความร่วมมือจากประชาชน และเครือข่ายกลุ่มต่างๆ เป็นตัวแทนของประชาชนในพื้นที่ที่จะสะท้อนถึงปัญหา ความต้องการของประชาชนในพื้นที่ เป็นข้อมูลส่งกลับไปสู่โครงสร้างตามแนวคิดคือ พชต. และ พชอ. ตลอดจนระดับจังหวัด และระดับประเทศ

๔. การบูรณาการการสร้างการมีส่วนร่วม

จากการศึกษาพบว่า ในการบูรณาการการสร้างการมีส่วนร่วมนั้น อำเภอ น้ำพองได้ให้ความสำคัญกับทุกภาคส่วน และเชิญทุกส่วนเข้ามาอยู่ในโครงสร้างการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยการแต่งตั้งเข้ามาเป็นคณะกรรมการในอนุกรรมการ คณะทำงานต่างๆ สร้างระบบทีมการทำงานเป็นทีม ในการสั่งการบังคับบัญชา มีการสั่งงานทั้งทีมไม่มีการสั่งงานคนเดียว จุดประกายการแข่งขันและมีการชมเชยเมื่องานสำเร็จ การดึงเอาโครงการจิตอาสาเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมของอำเภอ นอกจากการสร้างการมีส่วนร่วมอย่างเป็นทางการดังกล่าวแล้ว มีการสร้างการมีส่วนร่วมโดยการสร้างความเป็นเจ้าของให้กับบุคลากร หน่วยงานทุกภาคส่วนและประชาชนในพื้นที่ จะทำให้เกิดการรักษาและห่วงแหน โดยการทำสิ่งที่เป็นเรื่องใกล้ตัว อะไรที่ประชาชนต้องการ อะไรที่ประชาชนจะได้รับ อะไรที่ประชาชนจะได้ประโยชน์ เมื่อเข้ามามีส่วนร่วมแล้วจะได้อะไรบ้าง เช่น การทอดผ้าป่าประชารัฐซื้อเครื่องมือแพทย์ มีเป้าหมายเพื่อซื้อเครื่องมือแพทย์ครบชุดให้ รพ.สต. ๑๘ แห่ง เพื่อให้ผู้ป่วยติดเตียงในพื้นที่ได้ยืมใช้ เมื่อประชาชนในพื้นที่รู้ว่าสิ่งที่ พชอ. จะดำเนินการนั้นตรงกับความต้องการของพื้นที่ ก็ให้การสนับสนุนและเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ ทำให้โครงการประสบความสำเร็จและมีงบประมาณเหลือไว้ใช้จ่ายในกิจกรรมอื่นอีกด้วย เป็นต้น

๕. แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

จากการศึกษาพบว่า อำเภอ น้ำพองมีการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คือแผนประจำปี โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จัดทำเป็นแผนปฏิบัติการ “การแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอ น้ำพอง ปี ๒๕๖๑” ภายใต้โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ น้ำพอง มีกิจกรรมหลักทั้งหมด ๘ กิจกรรม คือ ๑) แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ๒) ประชุมคณะกรรมการ ๓) ขับเคลื่อน ๓ ประเด็นหลัก ได้แก่ คนน้ำพองไม่ทอดทิ้งกัน การจัดการขยะต้นทาง และการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรแบบบูรณาการ ๔) ประชุม ๒ เดือน/ครั้ง ๕) ติดตามประเด็นขับเคลื่อน คนน้ำพองไม่ทอดทิ้งกันรายงานโดยโรงพยาบาลน้ำพอง การจัดการขยะต้นทางรายงานโดยท้องถิ่นอำเภอ น้ำพอง และการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรแบบบูรณาการรายงานโดย ศปถ.อ.น้ำพอง ๖) จัดทำรายงานการประชุม ๗) จัดทำรายงานตามแนวทาง

UCCARE ๘) สรุป ประเมินผล ซึ่งแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตดังกล่าวเป็นเพียงแผนปฏิบัติการประจำปี ยังไม่มีแผนระยะยาวในการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของอำเภอที่ชัดเจน

อำเภอน้ำพองใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มาเป็น กลไกขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต ๓ ประเด็นหลัก คือ “คนน้ำพองไม่ทอดทิ้งกัน” “การจัดการ ชยะต้นทาง” และ “การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรแบบบูรณาการ” จากการศึกษาพบว่า โครงการ/กิจกรรมด้านระบบการบริการสุขภาพถูกขับเคลื่อนภายใต้ประเด็น “คนน้ำพองไม่ทอดทิ้ง กัน” ซึ่งอำเภอน้ำพองได้ใช้กลไก พชอ. ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในการเข้าถึงบริการทาง สุขภาพ การลดความเหลื่อมล้ำในการให้บริการทางสุขภาพ จนประสบความสำเร็จหลายโครงการ อาทิเช่น โครงการผ้าป่าประชารัฐ “คนน้ำพองไม่ทอดทิ้งกัน เพื่อหาทุนในการจัดซื้อเครื่องมือแพทย์ ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้าย” เมื่อวันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๐ ได้ยอดเงิน บริจาคผ้าป่าจำนวน ๑,๗๓๕,๑๖๗.๗๕ บาท สามารถซื้อเครื่องมือแพทย์ (เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องให้ยामอร์ฟินทางใต้ผิวหนัง เตียงนอน ที่นอนป้องกันแผลกดทับ เครื่องดูดเสมหะ และไซ ลิงค์ไดเวอ์ ฯลฯ จำนวน ๘ รายการ) ให้ รพ.สต. ครบทั้ง ๑๘ แห่ง และมีงบประมาณเหลือ สำหรับการดำเนินกิจกรรมการให้บริการสุขภาพอื่นอีกด้วย โครงการห้องพิเศษประชารัฐ เป็น โครงการที่เปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีโอกาสใช้บริการห้องพิเศษเท่าเทียมกับข้าราชการหรือผู้มีฐานะ ดี สามารถลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้ โครงการให้ทุนการศึกษาแก่เด็ก นักเรียนมัธยมในพื้นที่ให้ศึกษาต่อด้านการพยาบาล การสาธารณสุข หรือทันตภิบาล โดยการขอ ใ้ขอจากจังหวัด วิทยาลัยสาธารณสุข วิทยาลัยพยาบาล แล้วคัดเลือกนักเรียนในพื้นที่ให้โอกาส คนน้ำพองได้สอบแข่งขันกันเองแล้วกลับมาทำงานให้กับพื้นที่ โครงการศูนย์เฝ้าระวังผู้สูงอายุ เป็น โครงการความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ มนุษย์ และองค์กร JICA ประเทศญี่ปุ่น พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ ภายใต้โครงการ “พัฒนารูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมเชิงบูรณาการโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ” ทำให้ ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการและได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วตามสภาพปัญหา เช่น การทำฟันปลอมและ การแก้ไขปัญหาช่องปาก การผ่าตัดต่อกระดูก การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ และอาสาสมัครดูแล ผู้สูงอายุในชุมชน เกิดกลุ่มส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ นำสู่การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงในชุมชน เป็นการพัฒนาการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุระหว่างภาคส่วนสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน โดยมีการพัฒนาทั้งศักยภาพเครือข่ายและรูปแบบการดูแล ผ่านคณะอนุกรรมการ long term care Care manager Care giver และทีมสหวิชาชีพ ทำให้ ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงได้รับการดูแลและฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสมตามความจำเป็น และโครงการทีม หมอครอบครัว เป็นการสร้างเครือข่ายบริการสุขภาพโดยมุ่งเน้นที่จะดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ อำเภอน้ำพอง ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล ควบคุม ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ ครอบคลุมประชากรที่มีภาวะปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย มุ่งให้บริการเชิงรุก สร้างและพัฒนาทีม สุขภาพเพื่อการเข้าถึงบริการที่ครอบคลุมและมีคุณภาพ ประกอบด้วยทีมระดับอำเภอ ๑๙ ทีม ระดับตำบล ๖๐ ทีม ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน ๑๖๘ ทีม ซึ่งทีมหมอครอบครัวประกอบด้วยทีมสห วิชาชีพ แพทย์ ทันตแพทย์ ทันตภิบาล เภสัชกร เจ้าพนักงานเภสัชกรรม นักวิชาการ

สาธารณสุข นักกายภาพบำบัด นักการแพทย์แผนไทย พยาบาลวิชาชีพ ผู้นำชุมชน อสม. แกนนำชุมชน ร่วมกันเป็นทีมดูแลสุขภาพชุมชนตามภารกิจ

๖. การติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

จากการศึกษาพบว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอป่าพอง จังหวัดขอนแก่น ได้มีการกำหนดการติดตามประเมินผลการดำเนินงานไว้ในแผนปฏิบัติการ การแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอป่าพอง ปี ๒๕๖๑ มีกำหนดการประชุม ๒ เดือน/ครั้ง หรือหากมีประเด็นเร่งด่วนที่จะต้องติดตามหรือรายงานก็สามารถบรรจุเข้ากับการประชุมประจำเดือนของอำเภอได้ทันที นอกจากนี้มีการติดตามประเด็นการขับเคลื่อนคนน้ำพองไม่ทอดทิ้งกันทุกเดือนในวาระการประชุมประจำเดือน มีการสรุปและประเมินผลการดำเนินงานตามแผน นอกจากนี้ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ยังมีการประชุมสัญจรเวียนไปในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้ง ๑๘ แห่ง อีกด้วย ซึ่งนอกจากจะเป็นการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานในพื้นที่แล้ว ยังเป็นการเข้าไปรับทราบข้อเท็จจริง รับรู้รับฟังปัญหาความต้องการของประชาชนในพื้นที่โดยตรง

ส่วนในระดับพื้นที่ตำบล คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ได้มีการประชุมทุกเดือน เพื่อติดตามการทำงาน การสรุปรายงานผลการทำงาน ตลอดจนการนำเสนอข้อมูลปัญหาความต้องการที่เกิดขึ้นในพื้นที่ เพื่อสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็ว

นอกจากนี้ยังมีการบูรณาการการติดตามประเมินผลโครงการ/กิจกรรมของอำเภอในหลายๆ ด้านเข้าไว้ด้วยกัน คือ หากมีคณะกรรมการ/อนุกรรมการ หรือคณะทำงานลงพื้นที่ติดตามการดำเนินงานในด้านใดด้านหนึ่งก็ให้ติดตามงานในด้านอื่นๆ พร้อมกันในคราวเดียวด้วย

สรุปได้ว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอป่าพอง จังหวัดขอนแก่น มีกลไกการทำงานที่สนับสนุนการลดความเหลื่อมล้ำในการให้บริการทางสุขภาพของอำเภอในทุกๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นโครงสร้างของคณะกรรมการที่มาจากหลายภาคส่วน รวมถึงการสร้าง “น้ำพองโมเดล” คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) เพื่อให้สามารถเข้าถึงประชาชนลดความเหลื่อมล้ำในระดับพื้นที่ และสร้างเครือข่ายในแนวราบเพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางพัฒนาและการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เป็นการลดความเหลื่อมล้ำในระดับนโยบาย การบูรณาการบริหารจัดการทรัพยากร การสร้างการมีส่วนร่วม การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการที่เหมาะสมโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง รวมทั้งการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในทุกด้านเป็นไปเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในสังคม ตลอดจนโครงการต่างๆ ที่ดำเนินการก็ใช้กลไกของ พชอ. ให้การสนับสนุนขับเคลื่อน เช่น โครงการทอดผ้าป่าประชารัฐซื้อเครื่องมือแพทย์ให้ รพ.สต. ๑๘ แห่ง เพื่อให้ผู้ป่วยในพื้นที่ได้ยืมใช้ ไม่ต้องเดินทางเข้ามาถึงตัวอำเภอ โครงการทีมหมอครอบครัว โครงการพยาบาลชุมชน ก็เป็นการลดความเหลื่อมล้ำโดยการนำบริการสุขภาพไปสู่ประชาชนในพื้นที่ โครงการห้องพิเศษประชารัฐเปิดโอกาสให้ผู้มีรายได้น้อยได้ใช้บริการทางสุขภาพเท่าเทียมกับข้าราชการและผู้ที่มีฐานะดี ตลอดจนโครงการให้ทุนการศึกษา ด้านการสาธารณสุขสำหรับเด็กนักเรียนในพื้นที่ก็ยังเป็นการลดความเหลื่อมล้ำด้านการศึกษา การจ้างผู้พิการทำงานในหน่วยงาน โรงงาน บริษัท หรือห้างร้านเอกชนในพื้นที่ ก็เป็นการช่วยลดความเหลื่อมล้ำในสังคมได้เช่นเดียวกัน

ปัญหา/อุปสรรค

การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น มีปัญหาอุปสรรคที่สำคัญในการดำเนินงานที่พบ ดังนี้

๑. ด้านงบประมาณ เนื่องจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ไม่ได้เป็นหน่วยงานของรัฐจึงไม่มีงบประมาณเป็นของตนเอง งบประมาณที่จัดสรรให้เป็นงบสนับสนุนจาก สปสช. จัดสรรผ่านหน่วยงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อมาขับเคลื่อนการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีจำนวนจำกัด ไม่เพียงพอต่อการดำเนินงานเพื่อการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ส่วนงบประมาณที่จัดสรรมาเพื่อดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพนั้น ก็จะจัดสรรผ่านมาให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขโดยตรง และเป็นงบประมาณที่ใช้เฉพาะเรื่อง ถึงแม้ว่างบที่ได้รับจัดสรรมาให้บางพื้นที่ไม่จำเป็นต้องใช้ในเรื่อนั้นแต่ขาดแคลนในเรื่องอื่น ก็ไม่สามารถโยกย้าย ปรับเปลี่ยน หรือบริหารให้เป็นงบประมาณสำหรับเรื่องอื่นได้ จึงเป็นอุปสรรคในการขับเคลื่อนการดำเนินงานของ พชอ.

๒. ด้านบุคลากร เนื่องจากการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นเรื่องใหม่และบทบาทหน้าที่ตามคำสั่งที่ใช้อยู่ยังไม่ชัดเจน จึงทำให้คณะกรรมการบางคนที่เป็นบุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งเข้ามาใหม่และยังไม่เคยเข้ามาร่วมทำงานในการพัฒนาอำเภอ ไม่เข้าใจในบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการอย่างถ่องแท้ชัดเจน นอกจากนี้ คณะกรรมการระดับตำบล (พชต.) คณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานในบางพื้นที่มีประสิทธิภาพในการทำงานต่ำกว่าพื้นที่อื่น ทำให้การขับเคลื่อนการทำงานล่าช้า หรือสนองตอบความต้องการของประชาชนได้ไม่เต็มที่เท่าที่ควร

๓. ด้านแผนงาน เนื่องจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นองค์กรที่เพิ่งเริ่มต้นใหม่ การจัดทำแผนงานพัฒนาชีวิตระดับอำเภอเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานในระยะยาวยังไม่มี แผนงานที่มีอยู่เป็นแผนระยะสั้น และงบประมาณที่ได้รับจัดสรรสำหรับการดำเนินการนั้นไม่เพียงพอต่อการขับเคลื่อนงานในระยะยาว ดังนั้นแผนงานจึงเป็นเพียงปฏิบัติการระยะสั้นประจำปีเท่านั้น แผนงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพในปัจจุบันที่ดำเนินการในอำเภอส่วนใหญ่เป็นแผนงาน/โครงการของหน่วยงานแต่ละหน่วยดำเนินการเอง และยังเป็นการทำงานตามแผนแบบแยกส่วนเนื่องจากยังไม่มีกระบวนการแผนเข้าด้วยกัน

ข้อเสนอแนะ

ผลจากการศึกษาวิจัยการลดความเหลื่อมล้ำในการให้บริการทางสุขภาพ โดย กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

๑. ในด้านโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ ถึงแม้ว่าอำเภอ น้ำพองจะแต่งตั้งคณะกรรมการครบถ้วนตามกรอบของระเบียบกฎหมายและมีคณะกรรมการที่ปรึกษาเพิ่มเติม นอกเหนือจากระเบียบกำหนด แต่สัดส่วนของคณะกรรมการก็ไม่สอดคล้องกับสัดส่วนของระเบียบ ซึ่งสัดส่วนของผู้แทนส่วนราชการ ฯลฯ มีสัดส่วนที่มากกว่าส่วนอื่น ในประเด็นนี้ อาจทำให้ไม่

สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของกฎหมายที่ต้องการให้คณะกรรมการมาจากหลายภาคส่วนในสัดส่วนที่เหมาะสม การแต่งตั้งกรรมการตามสัดส่วนของกฎหมายจะเป็นการสร้าง/ขยายเครือข่ายการทำงานให้กว้างขึ้น และครอบคลุมได้มากขึ้น ถึงแม้ว่าคณะกรรมการที่เป็นผู้แทนส่วนราชการจะเป็นผู้มีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนการทำงานของ พชอ. แต่ก็สมควรปรับสัดส่วนให้สอดคล้องกับระเบียบ เพราะไม่ว่าจะอย่างไรก็ตามหน่วยงานส่วนราชการก็ต้องปฏิบัติตามนโยบายของรัฐบาลอยู่แล้ว ดังนั้น อำเภอน้ำพองอาจปรับสัดส่วนใหม่ โดยลดจำนวนผู้แทนส่วนราชการลง และเพิ่มจำนวนผู้แทนส่วนอื่นๆ ที่ยังไม่ครบตามสัดส่วน เพื่อเป็นการขยาย/กระจายเครือข่ายของทุกภาคส่วนให้กว้างขึ้น ส่วนคณะกรรมการผู้แทนส่วนราชการที่ลดลงนั้นอาจแต่งตั้งให้เป็นที่ปรึกษา อนุกรรมการ คณะทำงาน ด้านต่างๆ แทนได้

๒. ด้านบุคลากร เนื่องจากยังมีคณะกรรมการบางคนโดยเฉพาะคณะกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้งใหม่ ยังไม่เข้าใจในบทบาทหน้าที่และการดำเนินงานของ พชอ. หน่วยงานผู้รับผิดชอบต้องจัดอบรมให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอและเรื่องบทบาทหน้าที่ของ พชอ. ก่อนที่จะแต่งตั้งหรือมอบหมายภารกิจให้ปฏิบัติ นอกจากนี้ยังต้องช่วยกระตุ้นให้คณะกรรมการได้เข้ามามีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมของการดำเนินงานของ พชอ. รวมทั้งการมอบหมายภารกิจที่เกี่ยวข้องให้รับผิดชอบดำเนินการ ก็จะช่วยให้คณะกรรมการเข้าใจบทบาทหน้าที่และการทำงานของ พชอ. และเข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานของ พชอ. ได้มากขึ้น

นอกจากนี้ เนื่องจากระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ ได้ประกาศใช้เมื่อวันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๖๑ ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ พชอ. ไว้อย่างชัดเจนและครอบคลุม ดังนั้น อำเภอน้ำพองควรปรับแก้ไขคำสั่งในเรื่องการกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการให้ชัดเจนและครอบคลุมตามที่ระเบียบกฎหมายกำหนด

ในการขับเคลื่อนงานในระดับพื้นที่ตำบล (พชต.) ในบางพื้นที่ที่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพการทำงานต่ำกว่าพื้นที่อื่น อาจกระตุ้นการทำงานโดยใช้แนวทางการแข่งขัน การชมเชย การให้รางวัล และอาจใช้ผลการดำเนินงานเป็นตัวชี้วัดในการประเมินผลการปฏิบัติงานในการเลื่อนเงินเดือนประจำปีก็ได้

๓. ด้านงบประมาณ ในกรณีที่งบประมาณไม่เพียงพอ พชอ. สามารถหาแหล่งงบประมาณสนับสนุนจากแหล่งต่างๆ ได้ เช่น การใช้งบประมาณของอำเภอ การขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่มีภารกิจในด้านนั้นๆ การขอรับการสนับสนุนจากภาคเอกชน บริษัท โรงงาน ห้างร้านต่างๆ ทั้งในพื้นที่และนอกพื้นที่ การขอรับการสนับสนุนจากเครือข่ายภาคประชาชน เช่น การทอดผ้าป่าซื้อเครื่องมือแพทย์ ดังเช่นได้ดำเนินการจนเป็นผลสำเร็จ หรือการให้ประชาชนได้เข้าร่วมโครงการเพื่อสุขภาพต่างๆ เช่น โครงการห้องพิเศษประชารัฐ เป็นต้น ซึ่งหากการขับเคลื่อนงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอประสบผลสำเร็จ ก็อาจสามารถผลักดันให้รัฐบาลสนับสนุนงบประมาณมาให้ดำเนินงานในอนาคตเพิ่มขึ้นได้

๔. ด้านแผนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอควรเร่งจัดทำแผนงานและโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอให้เป็นแผนหลักในการขับเคลื่อนการทำงาน ทั้งที่เป็นแผน

ระยะสั้น ระยะกลาง ระยะยาว เพื่อที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจะได้มีแนวทางในการขับเคลื่อนงานอย่างมีเป้าหมายและมีแนวทางที่ชัดเจน การมีแผนงานที่ชัดเจนจะช่วยให้วางแผนงบประมาณและบริหารงบประมาณในการทำงานได้ง่ายและรัดกุมยิ่งขึ้น ยกตัวอย่างเช่น แผนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพหากมีการวางแผนดำเนินงานในระยะ ๑ ปี ๓ ปี ๕ ปี ฯลฯ ก็จะทำให้การดำเนินงานขับเคลื่อนไปตามแผน สามารถวางแผนสรรหางบประมาณเพื่อมาดำเนินการสำเร็จได้ง่ายขึ้น หากยังไม่สามารถจัดทำแผนระดับอำเภอได้ในระยะแรกควรบูรณาการแผนงาน/โครงการพัฒนาชีวิตและระบบสุขภาพที่มีอยู่ของหน่วยงานต่างๆ ให้มารวมไว้เป็นแผนอำเภอ เพื่อให้คณะกรรมการ พชอ. ได้เห็นภาพรวมของการพัฒนาของอำเภอ และจะได้ใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนกำหนดแนวทางในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน รวมทั้งสนับสนุนและติดตามแผนงาน/โครงการที่มีในปัจจุบันให้สำเร็จได้

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

หนังสือ

สาธารณสุข, กระทรวง. เอกสารประกอบการอธิบาย (ร่าง)ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วย
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. ๒๕๖๐. นนทบุรี : บริษัท เดอะ

กราฟิก ซิสเต็มส์ จำกัด, ๒๕๖๐.

สัมภาษณ์

เข้มชาติ ชุมแวงวาปี, ประธาน อสม.อำเภอเมือง. สัมภาษณ์. ๒๐ เมษายน ๒๕๖๑.

จิตาภา คงทรัพย์, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลเมือง.

สัมภาษณ์. ๑๒ มกราคม ๒๕๖๑.

ฉัตรชัย โลหะมาตย์, กำนันตำบลวังชัย. สัมภาษณ์. ๑๒ มกราคม ๒๕๖๑.

ชาญณรงค์ อรรถบุตร, ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอเมือง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง.

สัมภาษณ์. ๑๒ มกราคม ๒๕๖๑.

ฐิติมา แสนโชติ, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเมือง.

สัมภาษณ์. ๑๒ มกราคม ๒๕๖๑.

ณัฐวุฒิ จันทะแสง, นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หัวหน้าฝ่ายสุขภาพและป้องกันโรค

โรงพยาบาลเมือง. สัมภาษณ์. ๑๒ มกราคม ๒๕๖๑.

เดชา สุรพล, นายกองค้การบริหารส่วนตำบลวังชัย. สัมภาษณ์. ๑๒ มกราคม ๒๕๖๑.

ตา คุณเนตร, ผู้ป่วย. สัมภาษณ์. ๑๒ มกราคม ๒๕๖๑.

บุญช่วย วงษ์ซารู, ประธานชมรมข้าราชการบำนาญอำเภอเมือง. สัมภาษณ์. ๙ เมษายน

๒๕๖๑

บุญมี วันอาทิตย์, ผู้ป่วย. สัมภาษณ์. ๑๒ มกราคม ๒๕๖๑.

บุญสี แข็งฤทธิ์, ผู้ป่วย. สัมภาษณ์. ๑๒ มกราคม ๒๕๖๑.

ประจักษ์ จันทะราช, สาธารณสุขอำเภอเมือง. สัมภาษณ์. ๑๒ มกราคม ๒๕๖๑.

พรวิสาข์ ชาทุม, นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง.

สัมภาษณ์. ๑๒ มกราคม ๒๕๖๑.

พิเชษฐ์ ชุมแวงวาปี, ผู้ป่วย. สัมภาษณ์. ๑๒ มกราคม ๒๕๖๑.

มนตรี แผลมทอง, ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลวังชัย. สัมภาษณ์. ๑๒ มกราคม ๒๕๖๑.

วิชัย อัครภาคย์, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมือง. สัมภาษณ์. ๑๘ เมษายน ๒๕๖๑

วิษณุ จันทร์โพธิ์, พัฒนาการอำเภอเมือง. สัมภาษณ์. ๙ เมษายน ๒๕๖๑.

ศศิธรณ์ นนทะโมลี, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเมือง. สัมภาษณ์. ๑๘ เมษายน

๒๕๖๑.

ศุภชัย ลีเขาสูง, นายอำเภอน้ำพอง. สัมภาษณ์. ๑๒ มกราคม ๒๕๖๑.
สมบัติ คำภักดี, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังชัย. สัมภาษณ์. ๑๒ มกราคม ๒๕๖๑.

สมรรถชัย ไสยโสภณ, ประธาน อสม.ตำบลวังชัย. สัมภาษณ์. ๑๒ มกราคม ๒๕๖๑.
สุรรัตน์ ดาวเรือง, หัวหน้างานศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลน้ำพอง. สัมภาษณ์. ๑๘ เมษายน ๒๕๖๑

อุทัยวรรณ ประทุมชุมภู, เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังชัย.
๑๒ มกราคม ๒๕๖๑.

เอกสารไม่ตีพิมพ์

น้ำพอง, โรงพยาบาล. “การพัฒนาคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ อำเภอ น้ำพอง”.
๒๕๖๑.

สาธารณสุข, กระทรวง. “แนวทางการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบ
สุขภาพอำเภอ (District Health Board) โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็น
ศูนย์กลางตามแนวทาง “ประชารัฐ””. ๒๕๕๙.

สาธารณสุข, กระทรวง. “แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข)”. ๒๕๕๙.

สาธารณสุข, กระทรวง. “แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ
พ.ศ. ๒๕๖๑”. ๒๕๖๐.

สาธารณสุข, กระทรวง. “แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. ๒๕๖๐ –
๒๕๗๙) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๖๑)”. ๒๕๖๐.

สาธารณสุข, กระทรวง. “หนังสือด่วนที่สุด ที่ สธ ๐๒๓๑/ว ๔๙๔ เรื่องแนวทางการพัฒนา
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ(District Health Board)”.
๑๖ มิถุนายน ๒๕๕๙.

สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, สำนักงาน. “การพัฒนาคุณภาพชีวิต ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนา
คุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอ : DHB”. เอกสารประกอบการประชุม
นายอำเภอ. ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๖๐.

สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, สำนักงาน. “แผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพจังหวัดขอนแก่น ๕ ปี
(ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔)”. ๒๕๕๙.

ภาคผนวก

ผนวก ก
แบบสัมภาษณ์

<p>แบบสัมภาษณ์</p> <p>ชื่อโครงการวิจัย : การลดความเหลื่อมล้ำในการให้บริการทางสุขภาพ โดยกลไก โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) : District Health Board (DHB) กรณีศึกษา พื้นที่อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น</p>
<p>ชื่อ – สกุล ผู้สัมภาษณ์ : นายสุวพงศ์ กิติภัทย์พิบูลย์ วัน/เดือน/ปี ที่สัมภาษณ์ :</p> <p>เวลา : น. สถานที่ :</p>
<p>ชื่อ – สกุล ผู้ถูกสัมภาษณ์ : เพศ : อายุ :</p> <p>ปี</p> <p>สถานภาพ : ศาสนา : ระดับการศึกษา :</p> <p>อาชีพ : อายุงาน :</p>
<p>คำถามในการสัมภาษณ์</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) : District Health Board (DHB) มีความเหมาะสมหรือไม่ ควรปรับปรุงแก้ไขอย่างไร ๒. การบริหารจัดการทรัพยากรมีการดำเนินการอย่างไร (บุคคล เทคโนโลยี สารสนเทศ องค์กรความรู้ งบประมาณ) ๓. มีวิธีการอย่างไรในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอที่เหมาะสมกับพื้นที่ โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ๔. การบูรณาการสร้างการมีส่วนร่วมทำอย่างไร ๕. มีแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอหรือไม่ อย่างไร ๖. มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานหรือไม่ อย่างไร ๗. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ผนวก ข

ภาพถ่ายระหว่างลงพื้นที่สัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย
ในพื้นที่อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น



ผนวก ค

ภาพถ่ายระหว่างลงพื้นที่เยี่ยมผู้ป่วยที่ได้รับประโยชน์จาก
โครงการผ้าป่าพระราชัฐ “คนน้ำพองไม่ทอดทิ้งกัน เพื่อหาทุนใน
การจัดซื้อเครื่องมือแพทย์ดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง
และผู้ป่วยระยะสุดท้าย”



ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ	นายสุวพงศ์ กิติภัทย์พิบูลย์
วัน เดือน ปีเกิด	๑๐ มีนาคม ๒๕๐๕
การศึกษา	นิติศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง การจัดการภาครัฐและภาคเอกชนมหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิต- พัฒนบริหารศาสตร์ (NIDA)
ประวัติการทำงานโดยย่อ	พ.ศ. ๒๕๓๒ ปลัดอำเภอ กรมการปกครอง พ.ศ. ๒๕๕๒ ผู้อำนวยการสำนัก กรมการปกครอง พ.ศ. ๒๕๕๔ ผู้ตรวจราชการ กรมการปกครอง พ.ศ. ๒๕๕๖ ปลัดจังหวัดระนอง กรมการปกครอง พ.ศ. ๒๕๕๗ ปลัดจังหวัดชัยนาท กรมการปกครอง พ.ศ. ๒๕๕๗ รองผู้ว่าราชการจังหวัดแม่ฮ่องสอน พ.ศ. ๒๕๕๙ รองผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น พ.ศ. ๒๕๖๐ รองผู้ว่าราชการจังหวัดตาก
ตำแหน่งปัจจุบัน	รองผู้ว่าราชการจังหวัดตาก

สรุปย่อ

ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา

เรื่อง การลดความเหลื่อมล้ำในการให้บริการทางสุขภาพ โดย กลไกคณะกรรมการ
พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) : District Health Board (DHB)
กรณีศึกษา พื้นที่อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

ผู้วิจัย นายสุพวงค์ กิติภักย์พิบูลย์ หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ 60

ตำแหน่ง รองผู้ว่าราชการจังหวัดตาก

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระบบสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคมและเป็นส่วนหนึ่งของระบบความมั่นคงของทุกประเทศ องค์การอนามัยโลกได้เสนอว่าระบบสุขภาพเป็นระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยไม่จำกัดเพียงระบบบริการสาธารณสุขเท่านั้น ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ระบุว่าระบบสุขภาพจะต้องส่งเสริมคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และให้ความสำคัญกับความเป็นธรรมและความเท่าเทียมกันในสังคม โดยการพัฒนาสุขภาพต้องคำนึงถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinants of Health) ที่มีความหลากหลาย ทั้งจากภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม และอื่นๆ โดยจะต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่งกับการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนและการพึ่งตนเองได้ของประชาชนบนพื้นฐานของหลักคุณธรรม จริยธรรม มนุษยธรรม ธรรมาภิบาล ความรู้และปัญญา ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยคนจากทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาสุขภาพรวมทั้งต้องมุ่งไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่โดยใช้ “พื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ด้วยการทำงานอย่างมีส่วนร่วมของรัฐ ประชาสังคม และเอกชน ตามแนวทางประชารัฐ เพื่อสร้างเสริมความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพอำเภอ นับเป็นความสำคัญในการขับเคลื่อนให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติ โดยประเทศไทยได้ดำเนินการนำร่องผ่านพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง ในปีงบประมาณ 2559 จำนวน 73 อำเภอ ด้วยความร่วมมือของกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ให้ความสำคัญกับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิรูปเพื่อเปลี่ยนฐานของระบบบริการจากโรงพยาบาลเป็นฐานสู่การมีพื้นที่เป็นฐาน และจากบริการภายในระบบที่มีโรคเป็นศูนย์กลางสู่บริการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อทำให้ระบบบริการสุขภาพมีคุณลักษณะของการมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งได้มีการลงนามความร่วมมือ (MOU) ระหว่าง กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สปสช. และ สสส. เมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2560 เพื่อขับเคลื่อนนโยบายประชารัฐ โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health Board : DHB) มีวัตถุประสงค์เพื่อร่วมกันพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องร่วมเป็นคณะกรรมการ ร่วมกันกำหนดเป้าหมายและประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของอำเภอร่วมกัน โดยใช้พื้นที่เป็นพื้นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ด้วยการทำงานอย่างมีส่วนร่วมของ

รัฐ ประชาสังคม และเอกชน มีเป้าหมายคือ ประชาชนพึ่งตนเองได้อย่างเหมาะสม (Self Care) และเกิดการบูรณาการทำงานของหน่วยต่าง ๆ ในพื้นที่ เพื่อลดความซ้ำซ้อน และเสริมการใช้งบระหว่างหน่วยงาน

จังหวัดขอนแก่นเป็นจังหวัดขนาดใหญ่ มีที่ตั้งที่ได้เปรียบทางด้านภูมิศาสตร์เป็นศูนย์กลางความเจริญของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย 26 อำเภอ มีประชากรทั้งสิ้นประมาณ 1.8 ล้านคน เป็นเมืองเศรษฐกิจขนาดใหญ่และมีวิสัยทัศน์ในการดำเนินงานเพื่อให้จังหวัดขอนแก่นเป็นเมืองศูนย์กลางของอนุภาคลุ่มน้ำโขง ทั้งในมิติด้านการค้าการลงทุนและบริการ ด้านการคมนาคมขนส่งและโลจิสติกส์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านการศึกษา ด้านอุตสาหกรรมสีเขียว และด้านการประชุมและการท่องเที่ยว แม้ว่าการพัฒนาด้านการแพทย์และสาธารณสุขจะเป็นหนึ่งในวิสัยทัศน์การพัฒนาจังหวัด แต่ในภาพรวมแล้วความเจริญทางด้านทางการแพทย์และสาธารณสุขยังกระจุกตัวอยู่ในเมืองใหญ่ โดยเฉพาะพื้นที่อำเภอเมืองขอนแก่นมีหน่วยงานและสถานบริการสาธารณสุข (ไม่รวมคลินิกเอกชน) จำนวน 40 แห่ง ในขณะที่อำเภอเวียงเก่ามีจำนวน 4 แห่ง ดังนั้น การเข้าถึงบริการทางสุขภาพของประชาชนในแต่ละพื้นที่ย่อมไม่เท่าเทียมกัน เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างพื้นที่ในเมืองใหญ่กับชนบท โดยเฉพาะพื้นที่ชนบทห่างไกล ประชาชนส่วนใหญ่มีฐานะยากจน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ การเดินทางเข้ามารับการรักษาพยาบาลในเมืองที่มีศูนย์บริการทางการแพทย์ที่ทันสมัยกว่าก็เป็นเรื่องยาก ทั้งด้านการคมนาคมที่ไม่สะดวกและค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น หรือแม้กระทั่งการขนส่งผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาหากมีกระบวนการที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง/ไม่ทันเวลาอาจเป็นเหตุให้เกิดความสูญเสียและเสียชีวิตขึ้นได้

ดังนั้น การนำบริการระบบสุขภาพไปสู่ประชาชนในพื้นที่จึงน่าจะเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนได้เป็นอย่างดี สร้างความเท่าเทียมกันในสังคม ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขระหว่างพื้นที่ชนบทกับเมืองใหญ่ ตลอดจนเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในสังคมส่วนรวมให้ดีขึ้น จังหวัดขอนแก่นจึงได้ดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ โดยนำนโยบายของรัฐบาลมาสู่การปฏิบัติในพื้นที่ชนบทโดยใช้กลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health Board : DHB) ในปี พ.ศ. 2560 นำร่องในพื้นที่ 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองขอนแก่น ชุมแพ น้ำพอง อุบลรัตน์ และอำเภอหนองสองห้อง ซึ่งจากการดำเนินงานในพื้นที่อำเภอนำร่องในเบื้องต้นพบว่าการบูรณาการจากหลายภาคส่วนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม ในการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมประเมินผล และร่วมรับประโยชน์ และจังหวัดขอนแก่นมีนโยบายในการขับเคลื่อนต่อเนื่องและขยายผลให้ครอบคลุมพื้นที่ทั้ง 26 อำเภอในจังหวัดขอนแก่นภายในปี พ.ศ. 2560

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการลดความเหลื่อมล้ำการให้บริการทางสุขภาพโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) : District Health Board (DHB)

2. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการบริหารจัดการของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.): District Health Board (DHB) ในพื้นที่ อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

3. เพื่อเสนอการบริหารจัดการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.): District Health Board (DHB) ในพื้นที่อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ มุ่งศึกษาการบริหารจัดการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.): District Health Board (DHB) อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการในการบริหารจัดการพัฒนาคุณภาพชีวิต เพื่อช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการให้บริการทางสุขภาพแก่ประชาชน

2. ประชากรกลุ่มที่ทำการวิจัย ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่หรือผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุข และประชาชนผู้รับบริการ/ผู้ป่วย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่ม ทั้งฝ่ายกำหนดนโยบาย ฝ่ายปฏิบัติ และประชาชนผู้รับบริการ/ผู้ป่วย จำนวน 23 ราย

3. พื้นที่ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกพื้นที่ในเขตอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น เป็นพื้นที่วิจัย เนื่องจากเป็นอำเภอนำร่องของจังหวัดขอนแก่น และเป็นอำเภอขนาดใหญ่

4. ระยะเวลาการศึกษาวิจัย ช่วงเดือน พฤศจิกายน 2560 – เมษายน 2561

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ซึ่งมีกระบวนการและขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

1. การวิจัยเอกสาร (Documentary Research) ได้จากการศึกษาข้อมูลจาก แหล่งข้อมูลชั้นปฐมภูมิ (Primary Source) และชั้นทุติยภูมิ (Secondary Source) ที่เป็นตำรา คู่มือ หนังสือ วารสาร บทความ วิทยานิพนธ์ รายงานการวิจัย เอกสาร แผนงาน รายงานการประชุม และเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. การวิจัยภาคสนาม (Field Research) เพื่อศึกษาองค์ความรู้ ความเป็นมา สภาพปัญหาปัจจุบัน แนวทาง และรูปแบบในการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เก็บข้อมูลด้วยเครื่องมือแบบสัมภาษณ์ (Interview Form) ที่สร้างขึ้น โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและสัมภาษณ์กลุ่ม รวมทั้งการสังเกตการณ์ในการประชุมคณะกรรมการ และการลงพื้นที่ปฏิบัติงาน เช่น การเยี่ยมเยียนผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ที่ได้รับการช่วยเหลือจากโครงการ

ผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยพบว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น มีกลไกการทำงานที่สนับสนุนการลดความเหลื่อมล้ำในการให้บริการ

ทางสุขภาพของอำเภอในทุกๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านโครงสร้างของคณะกรรมการที่มาจากหลายภาคส่วนครอบคลุมตามที่ระเบียบกำหนด การใช้หลักการ “บวร” เข้ามาเป็นองค์ประกอบในโครงสร้าง การสร้าง “น้ำพองโมเดล” หรือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) เพื่อให้สามารถเข้าถึงประชาชนลดความเหลื่อมล้ำในระดับพื้นที่ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ และการสร้างเครือข่ายใน แนวราบเพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางพัฒนาและการแก้ไขปัญหา ที่เกิดขึ้นเป็นการลดความเหลื่อมล้ำในระดับนโยบาย ด้านการบูรณาการบริหารจัดการทรัพยากรเป็น การบูรณาการจากทุกภาคส่วน มีการจัดการทรัพยากรบุคคล/การใช้ทรัพยากรบุคคลร่วมกัน โดยการ จัดสรรตามสัดส่วนประชากรในแต่ละพื้นที่ การปฏิบัติงานด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่มีลักษณะเป็นการ ทำงานเป็นทีม ด้านการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอที่เหมาะสมกับพื้นที่ โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดยการใช้รูปแบบ “น้ำพองโมเดล” มาเป็นรูปแบบ ขับเคลื่อนการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ เป็นรูปแบบของการบริหารจัดการระบบสุขภาพ อำเภอที่เหมาะสมกับพื้นที่ โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง เกิดขึ้นตามโครงสร้างใน แนวตั้งและแนวราบ ด้านการบูรณาการสร้างการมีส่วนร่วม อำเภอ น้ำพองได้ให้ความสำคัญกับทุก ภาคส่วน และเชิญทุกส่วนเข้ามาอยู่ในโครงสร้างการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยการแต่งตั้ง เข้ามาเป็นคณะกรรมการในอนุกรรมการ คณะทำงานต่างๆ สร้างระบบทีม การทำงานเป็นทีม รวมทั้งการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในทุกด้านเป็นไปเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในสังคม ตลอดจนโครงการต่างๆ ที่ดำเนินการก็ใช้กลไกของ พชอ. ให้การสนับสนุนขับเคลื่อน เช่น โครงการ ทอดผ้าป่าประชารัฐซื้อเครื่องมือแพทย์ให้ รพ.สต. 18 แห่ง เพื่อให้ผู้ป่วยในพื้นที่ได้ยืมใช้ ไม่ต้อง เดินทางเข้ามาถึงตัวอำเภอ โครงการทีมหมอครอบครัว โครงการพยาบาลชุมชน ก็เป็นการลดความ เหลื่อมล้ำโดยการนำบริการสุขภาพไปสู่ประชาชนในพื้นที่ โครงการห้องพิเศษประชารัฐเปิดโอกาสให้ ผู้มีรายได้น้อยได้ใช้บริการทางสุขภาพเท่าเทียมกับข้าราชการและผู้ที่มีฐานะดี ตลอดจนโครงการให้ ทุนการศึกษาด้านการสาธารณสุขสำหรับเด็กนักเรียนในพื้นที่ก็ยังเป็นการลดความเหลื่อมล้ำด้าน การศึกษา การจ้างผู้พิการทำงานในหน่วยงาน โรงงาน บริษัท หรือห้างร้านเอกชนในพื้นที่ ก็เป็น การช่วยลดความเหลื่อมล้ำในสังคมได้เช่นเดียวกัน

ข้อเสนอแนะ

ผลจากการศึกษาวิจัยการลดความเหลื่อมล้ำในการให้บริการทางสุขภาพ โดย กลไก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น มีข้อ เสนอแนะ ดังนี้

1. ด้านโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ ถึงแม้ว่าอำเภอ น้ำพองจะ แต่งตั้งคณะกรรมการครบถ้วนครอบคลุมตามกรอบของระเบียบกฎหมายและมีคณะกรรมการที่ พิธีการเพิ่มเติมนอกเหนือจากระเบียบกำหนด แต่สัดส่วนของคณะกรรมการก็ไม่สอดคล้องกับสัดส่วน ของระเบียบ ซึ่งสัดส่วนของผู้แทนส่วนราชการ ฯลฯ มีสัดส่วนที่มากกว่าส่วนอื่น ในประเด็นนี้ อาจ ทำให้ไม่สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของกฎหมายที่ต้องการให้คณะกรรมการมาจากหลายภาคส่วนใน สัดส่วนที่เหมาะสม การแต่งตั้งกรรมการตามสัดส่วนของกฎหมายจะเป็นการสร้าง/ขยายเครือข่าย การทำงานให้กว้างขึ้น และครอบคลุมได้มากขึ้น ถึงแม้ว่าคณะกรรมการที่เป็นผู้แทนส่วนราชการจะ

เป็นผู้มีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนการทำงานของ พชอ. แต่ก็สมควรปรับสัดส่วนให้สอดคล้องกับระเบียบ เพราะไม่ว่าจะอย่างไรก็ตามหน่วยงานส่วนราชการก็ต้องปฏิบัติตามนโยบายของรัฐบาลอยู่แล้ว ดังนั้น อำเภอน้ำพองอาจปรับสัดส่วนใหม่ โดยลดจำนวนผู้แทนส่วนราชการลง และเพิ่มจำนวนผู้แทนส่วนอื่นๆ ที่ยังไม่ครบตามสัดส่วน เพื่อเป็นการขยาย/กระจายเครือข่ายของทุกภาคส่วนให้กว้างขึ้น ส่วนคณะกรรมการผู้แทนส่วนราชการที่ลดลงนั้นอาจแต่งตั้งให้เป็นที่ปรึกษา อนุกรรมการ คณะทำงานด้านต่างๆ แทนได้

2. ด้านบุคลากร ในส่วนของคณะกรรมการที่ยังไม่เข้าใจในบทบาทหน้าที่และการทำงานของ พชอ. อาจต้องให้ความรู้และกระตุ้นให้เข้ามามีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมของการทำงานของ พชอ. รวมทั้งมอบหมายภารกิจที่เกี่ยวข้องให้รับผิดชอบดำเนินการ จะช่วยให้เข้าใจบทบาทหน้าที่และการทำงานของ พชอ. และมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานของ พชอ. ได้มากขึ้น ในการขับเคลื่อนงานในระดับพื้นที่ตำบล (พชต.) ในบางพื้นที่ที่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพการทำงานต่ำกว่าพื้นที่อื่น อาจกระตุ้นการทำงานโดยใช้แนวทางการแข่งขัน การชมเชย การให้รางวัล และอาจใช้ผลการดำเนินงานเป็นตัวชี้วัดในการประเมินผลการปฏิบัติงานในการเลื่อนเงินเดือนประจำปีก็ได้

3. ด้านงบประมาณ ในกรณีที่งบประมาณไม่เพียงพอ พชอ. สามารถหาแหล่งงบประมาณสนับสนุนจากแหล่งต่างๆ ได้ เช่น การใช้งบประมาณของอำเภอ การขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่มีภารกิจในด้านนั้นๆ การขอรับการสนับสนุนจากภาคเอกชน บริษัท โรงงาน ห้างร้านต่างๆ ทั้งในพื้นที่และนอกพื้นที่ การขอรับการสนับสนุนจากเครือข่ายภาคประชาชน เช่น การทอดผ้าป่าซื้อเครื่องมือแพทย์ ดังเช่นได้ดำเนินการจนเป็นผลสำเร็จ หรือการให้ประชาชนได้เข้าร่วมโครงการเพื่อสุขภาพต่างๆ เช่น โครงการห้องพิเศษประชารัฐ เป็นต้น ซึ่งหากการขับเคลื่อนงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอประสบผลสำเร็จ ก็อาจสามารถผลักดันให้รัฐบาลสนับสนุนงบประมาณมาให้ดำเนินงานในอนาคตเพิ่มขึ้นได้

4. ด้านแผนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอควรเร่งจัดทำแผนงานและโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอให้เป็นแผนหลักในการขับเคลื่อนการทำงาน ทั้งที่เป็นแผนระยะสั้น ระยะกลาง ระยะยาว เพื่อที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจะได้มีแนวทางในการขับเคลื่อนงานอย่างมีเป้าหมายและมีแนวทางที่ชัดเจน การมีแผนงานที่ชัดเจนจะช่วยให้วางแผนงบประมาณและบริหารงบประมาณในการทำงานได้ง่ายและรัดกุมยิ่งขึ้น ยกตัวอย่างเช่น แผนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพหากมีการวางแผนดำเนินงานในระยะ 1 ปี 3 ปี 5 ปี และแผนระยะยาว ก็จะทำให้การดำเนินงานขับเคลื่อนไปตามแผน สามารถวางแผนสรรหางบประมาณเพื่อมาดำเนินการสำเร็จได้ง่ายขึ้น หากยังไม่สามารถจัดทำแผนระดับอำเภอได้ในระยะแรกควรบูรณาการแผนงาน/โครงการพัฒนาชีวิตและระบบสุขภาพที่มีอยู่ของหน่วยงานต่างๆ ให้มารวมไว้เป็นแผนอำเภอ เพื่อให้คณะกรรมการ พชอ. ได้เห็นภาพรวมของการพัฒนาของอำเภอ และจะได้ใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนกำหนดแนวทางในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน รวมทั้งสนับสนุนและติดตามแผนงาน/โครงการที่มีในปัจจุบันให้สำเร็จได้