

ข้อเสนอแนะการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.)

อดุลย์ บำรุง¹

บทสรุปผู้บริหาร

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาสมรรถนะและ การดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของประเทศไทยและจัดทำข้อเสนอแนะในเชิงบริหารและการประยุกต์ใช้ในเชิงบริหารจัดการในองค์กร โดยวิธีการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะ ซึ่งผลการศึกษามีดังต่อไปนี้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการพัฒนาสมรรถนะของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ควรต้องได้รับการสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรมทั้งจากภาครัฐและเอกชน ทั้งในด้านวิชาการและงบประมาณ โดยกำหนดบทบาทให้ชัดเจน การสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ทั้งด้านบุคลากร องค์ความรู้ และงบประมาณ รวมถึงการอำนวยความสะดวกด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม โดย กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย กระทรวงสาธารณสุข ควรเป็นผู้ดำเนินการในฐานะหน่วยงานเจ้าภาพในการดูแลและกำหนดนโยบาย (Policy maker)

2. ข้อเสนอแนะในการพัฒนาองค์กรสร้างกลไกขับเคลื่อนที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ (DHS) พัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภออย่างมีส่วนร่วมเสริมสร้างศักยภาพ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยการกำหนดยุทธศาสตร์ (Strategic plan) และแผนปฏิบัติการ (Plan of actions) และการบูรณาการแผนจากภาคส่วนต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องตั้งคณะอนุกรรมการ หรือทีมงาน รับผิดชอบงาน การส่งเสริมให้เกิดการ “บูรณาการ” ด้วยการใช้ทรัพยากรร่วมกัน ของภาคส่วนต่างๆ สร้างทีมแกนนำส่วนกลาง พัฒนาศักยภาพบุคลากร ทั้งภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สปสช. จัดสรรงบประมาณ ให้ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชน พร้อมพัฒนาหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกันส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งภายในจังหวัด ในระดับเขต และในภาพรวมของทั้งประเทศเพื่อการบริหารจัดการ การพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

¹ นายแพทย์เชี่ยวชาญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

Corresponding Author: Adun Bamrung. Email:abdunla.b@gmail.com

บทนำ (Introduction)

ระบบสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคมและเป็นส่วนหนึ่งของระบบความมั่นคงของทุกประเทศ ในปัจจุบันระบบสุขภาพของทุกประเทศทั่วโลกประสบปัญหาท้าทายที่ซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เช่นเดียวกับประเทศไทยกำลังเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความหลากหลาย ทั้งโครงสร้างของประชากรที่กำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ ครอบครัวยุคใหม่ เศรษฐกิจสังคมและเทคโนโลยีที่เปลี่ยนไป นอกจากนี้ยังมีการเคลื่อนย้ายของประชากร ทำให้มีปัจจัยเสี่ยงและภาวะคุกคามสุขภาพมากขึ้น แนวโน้มเป็นโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ขณะเดียวกันโรคมะเร็งและอุบัติเหตุยังถือเป็นสาเหตุการเสียชีวิต 2 อันดับแรกของคนไทย ปัญหาเหล่านี้ยังขาดระบบที่จะสร้างความตระหนักในการรับรู้ปัญหา เพื่อการเฝ้าระวัง และขาดกลไกการมีส่วนร่วมและการบูรณาการในการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่ และท้องถิ่นในการจัดการปัญหาด้วยตัวเอง กฎหมายและข้อระเบียบยังไม่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพและการมีสุขภาพที่ดีในระดับชุมชน จึงมีความจำเป็นที่ต้องเสริมศักยภาพ/บทบาทให้กับชุมชนในการจัดการปัจจัยเสี่ยงและภาวะคุกคามสุขภาพ อันเป็นสิ่งสำคัญเพื่อสร้างความต่อเนื่องและยั่งยืนของการพัฒนา¹

ระบบบริการเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) มีคุณลักษณะของการมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง บนพื้นฐานของการให้ความสำคัญ คุณค่า และศักยภาพของรายบุคคล-ครอบครัว-และชุมชน เพื่อสุขภาพของประชาชนทุกคนภายในอำเภอ มีเป้าหมายเดียวกัน “คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน” และ “คนไทยใส่ใจดูแลกัน (Thailand Caring and Sharing Society)”² โดยดำเนินงานในรูปแบบของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (DHB) ซึ่งเป็นทั้งผลผลิตที่มีพัฒนาการควบคู่มากับพัฒนาการของ DHS และเป็นกลไกสำคัญ³ ที่ส่งผลต่อการพัฒนาในการทำให้ DHS มีคุณลักษณะพึงประสงค์ตามเป้าหมายทั้งในระดับอำเภอและในภาพรวมของทั้งประเทศ^{4,5} ในปี พ.ศ. 2559 ได้มีพื้นที่นำร่อง 73 อำเภอ ขยายผลเป็น 200 อำเภอ ในปีงบประมาณ 2560 โดยเน้นประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกกลุ่มวัย และวางแผนการดำเนินการขยายพื้นที่ในปี พ.ศ. 2561 เป็น 400 อำเภอ และขยายพื้นที่ครอบคลุมทุกอำเภอใน ปี พ.ศ. 2562 เป็นจำนวน 878 อำเภอ คณะรัฐมนตรี จึงมีมติเห็นชอบให้มี “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” (พคอ.) ขึ้นทุกอำเภอ และการลงนามความร่วมมือ (MOU: Memorandum of Understanding) ระหว่างกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ⁶ เป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนเพื่อให้เห็นถึงความชัดเจนของทิศทางและการให้ความสำคัญในระดับนโยบาย พร้อมกับสนับสนุนให้ DHB มีความชัดเจน ในฐานะที่เป็นกลไกที่มี “ภาวะการนำร่วม (Collective Leadership)” โดยมีองค์ประกอบจากทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ดำเนินงานในรูปแบบของคณะกรรมการ มีนายอำเภอ เป็นประธาน สาธารณสุขอำเภอ เป็นเลขานุการ ประชาชน/องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น/หน่วยงานภาคเอกชนและตัวแทนภาครัฐ ร่วมเป็นคณะกรรมการ โดยร่วมกันแก้ไขปัญหาตามสภาพของพื้นที่ของตนเอง ซึ่งในแต่ละประเทศเองก็มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

จังหวัดขอนแก่น มีการเข้าร่วม DHB ในปี 2559 จำนวน 5 อำเภอ ปี 2560 เพิ่มอีก 2 อำเภอ มีอีก 19 อำเภอที่ยังไม่ดำเนินการเตรียมความพร้อมในการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างเป็นรูปธรรม และการบริหารจัดการ การพัฒนาคุณภาพชีวิต และการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ อย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เพราะจะเห็นว่ายังมีอีกหลายพื้นที่ที่ยังไม่มีการดำเนินการ เอกสารวิชาการนี้ เป็นการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพัฒนา

สมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อให้ทราบสถานการณ์การดำเนินงาน รวมถึงการให้ข้อเสนอแนะในเชิงบริหาร และประโยชน์ในการประยุกต์ใช้ในเชิงบริหารจัดการ เพื่อให้การดำเนินการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นไปได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อวิเคราะห์แนวทางการพัฒนาสมรรถนะและการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของประเทศไทย
2. เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะในเชิงบริหารและการประยุกต์ใช้ในเชิงบริหารจัดการในองค์กร

ขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษาถึงแนวทางการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมุ่งความสนใจไปที่แผนยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนการพัฒนาและเพิ่มสมรรถนะให้กับ DHB พร้อมไปกับการขับเคลื่อน DHS โดยใช้แนวยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ ของกระทรวงสาธารณสุข

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาสมรรถนะและการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ

ชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ของประเทศไทย ให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ และวิเคราะห์และรวบรวมข้อมูลโดยจะศึกษาเป็นเชิงพรรณนาจากเอกสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากเอกสารทั้งที่เผยแพร่ในลักษณะสิ่งตีพิมพ์ บทความ รายงานผลการปฏิบัติงาน รวมทั้งฐานข้อมูลเผยแพร่ในฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ เว็บไซต์ต่างๆ

ผลการวิจัย (Result)

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่โดยใช้ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ด้วยการดำเนินงานมีส่วนร่วม ของรัฐ ประชาสังคม และเอกชน ตามแนวทางประชารัฐเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพอำเภอ นับเป็นจุดคานงัดที่สำคัญในการขับเคลื่อนให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติ ควบคู่กับการปฏิรูปข้อมูลข่าวสารเพื่อการดูแลตนเองของประชาชน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดี รวมถึงปฏิรูปให้มีการใช้แพทย์แผนไทย ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ รวมทั้งมีระบบการสื่อสารระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นที่ โดยให้ความสำคัญกับการบูรณาการด้านการบริหารจัดการของระบบสุขภาพในระดับพื้นที่/อำเภอเพื่อทำให้มีการอภิบาลระบบ

สุขภาพพื้นที่ ผ่านการมี “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health Board)

นโยบายการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health Board)

ในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยให้มีความเข้มแข็งขึ้นกว่าเดิม จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพทั้งในด้านของระบบบริการสุขภาพที่ต้องมุ่งเน้นการให้บริการในระดับปฐมภูมิที่จะสามารถเชื่อมระหว่างชุมชนและการบริการในโรงพยาบาลได้อย่างไร้รอยต่อ รวมถึงการมุ่งเน้นการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคที่เข้มแข็ง⁷ โดยมุ่งกระจายอำนาจการบริหารจัดการเพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพในระดับพื้นที่เพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาประเทศตามแผนการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560 - พ.ศ. 2564)⁸ เป็นต้นไป ผลการพิจารณาผ่านองค์ประกอบทั้ง 6 ประการ (Six Building Blocks) ของระบบบริการสุขภาพตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO)^{9,10} โดยเน้นระบบบริการปฐมภูมิที่มีพื้นที่เป็นฐานและมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง นำมาพิจารณาจัด

กลุ่มเป็นวาระการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ
ได้ 3 วาระ

วาระที่หนึ่ง คณะกรรมการพัฒนา
คุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ
(District Health Board) เป็นจุดคานงัด
สำคัญ (Main Lever) เปลี่ยน “ฐาน” ของ
“ระบบ” และ “บริการ” โดยมีองค์ประกอบ
สำคัญของระบบบริการสุขภาพ คือ ภาวะการ
นำ และธรรมาภิบาล

วาระที่สอง ทีมผู้ให้บริการแนวตั้ง/
แนวราบ (Matrix Team) เป็นการขับเคลื่อน
หลัก (Key Driver) เปลี่ยน “ศูนย์กลาง” ของ
“ระบบ” และ “การให้บริการ” โดยมี
องค์ประกอบสำคัญของระบบบริการสุขภาพ
ประกอบด้วย กำลังคน การให้บริการ ยา-
เครื่องมือและเทคโนโลยี

วาระที่สาม ระบบข้อมูล/กลไกการเงิน
เป็นมาตรการ (เครื่องมือ) สำคัญที่ช่วยในการ
“เปลี่ยน” และ “ขับเคลื่อน” และเป็น
องค์ประกอบที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนา
ควบคู่กัน จากการที่ข้อมูล นอกจากเป็น
เงื่อนไขสำคัญในการเพิ่มคุณภาพบริการแล้ว
ยังเป็นเงื่อนไขพื้นฐานในการทำให้กลไก
การเงินถูกนำไปใช้เป็น “เครื่องมือ” เพื่อเพิ่ม
ผลิตภาพให้กับระบบได้อย่างมีพลัง

ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการปฏิรูป
ประกอบด้วย การเพิ่มการเข้าถึง เพิ่มความ
ครอบคลุม เพิ่มคุณภาพ และเพิ่มความ
ปลอดภัย ให้กับระบบบริการ ส่งผลต่อการ
เพิ่มสุขภาพะ เพิ่มความเป็นธรรม ตอบสนอง

ต่อความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชน
ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่กระทรวงมหาดไทย
กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุน
สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จะต้อง
ทำการศึกษาทดลองหารูปแบบการบริหาร
จัดการระดับพื้นที่โดยใช้แนวคิด “พื้นที่เป็น
ฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เพื่อสร้างเสริม
ความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพอำเภอ
แนวทางดังกล่าวดำเนินการนำร่อง ใน
ปีงบประมาณ 2559 จำนวน 73 อำเภอ เมื่อ
วันที่ 30 มีนาคม 2559 ณ โรงแรมเซ็นทรา
ศูนย์ราชการและคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แจ้ง
วัฒนะ กรุงเทพมหานคร กระทรวงมหาดไทย
กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุน
สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ได้ทำพิธีลง
นามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU)
ระดับพื้นที่ ระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาล
สาธารณสุขอำเภอ และนายอำเภอ และ
นำเข้ามติ ครม. ระเบียบสำนักนายกฯ DHB
6 มิถุนายน 2560 ร่างระเบียบสำนัก
นายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนา
คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

**องค์ประกอบ บทบาทและหน้าที่
ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
และระบบสุขภาพอำเภอ (District Health
Board)**

ประกอบด้วยสมาชิกที่ได้รับการแต่งตั้ง
หรือเลือกตั้งหรือคัดเลือก จากทั้งภาค

สาธารณสุข ภาครัฐ ภาคเอกชน ท้องถิ่น และชุมชน ในอำเภอนั้นๆ มีวาระในการปฏิบัติงานตามที่กำหนด และมีหน้าที่ในการสนับสนุนและติดตามประเมินผลการดำเนินการให้บริการสุขภาพระดับอำเภอ รวมถึงประสานงานกับทุกภาคส่วนในการพัฒนายกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับอำเภอ องค์ประกอบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)¹¹ ประกอบด้วย

1) ตัวแทนประชาชน ภาคประชาชน จำนวน 1 คน ด้วยกระบวนการสรรหา

2) ตัวแทนนักการเมืองท้องถิ่น หมายถึง ตัวแทนของผู้ที่ดำรงตำแหน่งทางการเมือง ในองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นที่อยู่ในเขตพื้นที่อำเภอ จำนวน 2 คน ด้วยการคัดเลือกกันเองเพื่อส่งเป็นตัวแทนในนามของนักการเมืองท้องถิ่น

3) ตัวแทนภาคเอกชน หมายถึง ตัวแทนของเจ้าของกิจการหรือผู้ให้บริการของโรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน ร้านขายยา หรือสถานบริการที่ให้บริการทางด้านสุขภาพที่อยู่ในเขตพื้นที่อำเภอ จำนวน 2 คน ด้วยกระบวนการสรรหา ด้วยการคัดเลือกกันเองเพื่อส่งเป็นตัวแทนในนามของตัวแทนภาคเอกชน

4) ตัวแทนภาครัฐ ด้านสุขภาพ มหาไทย พัฒนาสังคม การศึกษา และเกษตร ที่อยู่ในเขตพื้นที่อำเภอ ประกอบด้วย

โดยตำแหน่ง จำนวน 3 คน จากภาคส่วนด้านสุขภาพ 2 คน และมหาดไทย 1 คน

5) ตัวแทนผู้ประกอบการวิชาชีพทางสุขภาพ ที่มีสาขาวิชาชีพรองรับ จากทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น พยาบาล เกษษกร สาธารณสุข แพทย์ ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักเทคนิคการแพทย์ และผู้ให้บริการทางด้านการแพทย์แผนไทยฯลฯ จำนวน 2 คน ด้วยกระบวนการสรรหาโดยมีวาระในการดำรงตำแหน่งเป็นเวลา 2-3 ปี เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการพัฒนาและหารูปแบบที่เหมาะสมของแต่ละพื้นที่

บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) ดังนี้

1) รับรู้และประเมินสภาวะสุขภาพ-ปัญหาสุขภาพ-ปัจจัยเสี่ยง-ภาวะคุกคาม-และปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ

2) สร้าง-พัฒนา-และปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์จำเพาะ (Specific package) โดยระดมใช้ และพัฒนาทรัพยากรและศักยภาพที่มีอยู่ภายในระบบตามความจำเป็น

3) สร้าง-พัฒนาผู้ให้บริการ-ทีมผู้ให้บริการ-สถานบริการ-และเครือข่ายบริการ โดยให้ความสำคัญกับทั้งภาครัฐและเอกชน ในลักษณะของการทำให้เกิดเป็น “ทีมแนวราบ/แนวตั้ง (Matrix Teams)” ที่สามารถเชื่อมและยึดโยงกับประชาชนอย่างเป็นระบบทั้งในระดับรายบุคคล-ครอบครัว-ชุมชน

4) รับรู้สถานะทางการเงินในภาพรวมของระบบบริการ และสามารถบริหารจัดการระดมทรัพยากร ในแต่ละภาคส่วนเพื่อแก้ไขปัญหาตามบริบทของพื้นที่

การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ” (District Health Board: DHB) ได้ดำเนินการในพื้นที่นำร่อง (Pilot implementation) จำนวน 15 พื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาประเทศตามแผนการพัฒนาศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560 - พ.ศ.2564)^๑ การปรับโครงสร้างประเทศไปสู่ “ประเทศไทย 4.0” กรอบเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) การปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข และกรอบความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนด้วยระบบสุขภาพอำเภอ ต่อมาเมื่อวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2559 กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพได้สนับสนุนการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board: DHB) ในพื้นที่นำร่อง 73 อำเภอ โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้ลงนามคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ ประธาน คือ นายอำเภอ เลขานุการ คือ สาธารณสุขอำเภอ จำนวนเฉลี่ย 21 คน พบว่า กลไกดังกล่าวสามารถเสริมหนุนกลไก

ภาครัฐเดิมทำให้แต่ละพื้นที่นำร่องมีความสำเร็จและเกิดการเรียนรู้พร้อมจะขยายผลเป็น 200 พื้นที่ ในปีงบประมาณ 2560 โดยเน้นประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกกลุ่มวัยและวางแผนการดำเนินการขยายพื้นที่ในปี พ.ศ. 2561 เป็น 400 อำเภอ และขยายพื้นที่ครอบคลุมทุกอำเภอใน ปี พ.ศ. 2562 เป็นจำนวน 878 อำเภอ

กรณีศึกษาการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ” (District Health Board: DHB) อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

โรงพยาบาลน้ำพองเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F1 ขนาด 60 เตียงขยายเป็น 120 เตียงในปี พ.ศ. 2559 มีสถานบริการปฐมภูมิในเครือข่าย 18 แห่งให้บริการสุขภาพประชาชนในเขตอำเภอน้ำพองและพื้นที่ใกล้เคียงจัดบริการครอบคลุมการรักษาพยาบาลการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกัน/ควบคุมโรคและการฟื้นฟูสภาพมีการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและระบบส่งต่อแบบไร้รอยต่อจากตำบลสู่อำเภอและอำเภอสู่จังหวัดมีความเชี่ยวชาญการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วมการดูแลกลุ่มเสี่ยงและด้อยโอกาสคนพิการผู้สูงอายุกลุ่มเพื่อนน้ำพอง (กลุ่ม HIV) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายการเฝ้าระวังและยุติความรุนแรง

ในเด็กและสตรีนอกจากนี้ยังสร้างเครือข่ายรักษาส่งแหวดล้อมรักษาแม่น้ำป่าชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงร่วมกับที่ว่าการอำเภอ น้ำพอง ส่วนการพัฒนา ระบบแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลน้ำพองได้พัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิโดยมีพยาบาลชุมชนประจำหมู่บ้านและมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 และพัฒนาเป็นศูนย์เรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวเชื่อมกับนโยบายคลินิกหมอครอบครัวและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในปัจจุบัน¹²

ก. กระบวนการดำเนินงาน DHB อำเภอ น้ำพอง เริ่มดำเนินการตั้งแต่ ปี 2556 มีการดำเนินการตาม DHS และพัฒนาต่อเนื่องตามกระบวนการดังนี้

1. การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการตามคำสั่งอำเภอ โดยนายอำเภอน้ำพองเป็นประธาน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ขับเคลื่อนนโยบายคนไทยไม่ทอดทิ้งกัน

2. วิเคราะห์และกำหนดประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต ร่วมกัน ดังนี้ 1) การจัดการขยะ 2) ลดอุบัติเหตุทางถนน 3) การจัดการโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง 4) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และ 5) คนน้ำพองไม่ทอดทิ้งกันนอกจากนี้เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ น้ำพอง ได้มีการพัฒนาปัญหาตามนโยบาย ใน 3 เรื่อง คือ

- 1) พยาธิใบไม้ตับ (OV), มะเร็งท่อน้ำดี (CCA) 2) ไอโอดีน-พัฒนาการเด็ก และ 3) โฉินิตจางในหญิงตั้งครรภ์

3. วิเคราะห์การจัดระบบบริการที่มีคุณภาพเชื่อมระบบจากแม่ข่ายและเชื่อมกับชุมชนโดยใช้เครื่องมือ DHS-PCA ในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้เกิดระบบสุขภาพอำเภอที่ดี มีคุณภาพและมีส่วนร่วม มีระบบสนับสนุนทั้งคน เงิน สิ่งของ ระบบข้อมูลข่าวสาร

4. จัดระบบการกำกับติดตามต่อเนื่องโดยการประชุม DHB ทุก 2 เดือน โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน

5. ประเมินผลการดำเนินงานและหาแนวทางการพัฒนาต่อเนื่องทำให้เกิดผลผลิต ผลลัพธ์ 4 ประเด็น ได้แก่ 1) คุณภาพการบริการ การพัฒนาทีมหมอครอบครัว ระบบสนับสนุนการจัดบริการปฐมภูมิ และ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ 2) พฤติกรรมและภาวะสุขภาพ มีฐานข้อมูลด้านสุขภาพตามกลุ่มอายุ และตามภาวะสุขภาพของกลุ่มผู้รับบริการ มีรูปธรรมการพัฒนาระบบการบริการโรคเรื้อรัง การดูแลฉุกเฉิน การสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มแม่และเด็ก การดูแลผู้สูงอายุ 3) การเข้าถึงบริการ ชุมชนได้รับการดูแลที่ครอบคลุมในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยทีมหมอครอบครัว การจัดกิจกรรมที่สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนให้เกิดการเข้าถึงสวัสดิการที่เหมาะสมทั้งรัฐสวัสดิการ 4) ความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต สร้างการมีส่วนร่วมในการ

จัดการสุขภาพโดยใช้กลไกประชาคมสุขภาพ
ร่วมพัฒนาศักยภาพให้เกิดกลุ่มเกษตร
อินทรีย์ในชุมชน และการจัดการขยะต้นทาง

**ข. ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและ
ระบบสุขภาพอำเภอน้ำพอง**

1. โรงพยาบาลประจักษ์

เป็นการทำงานในรูปแบบ
เครือข่ายโดยใช้รูปแบบเครือข่ายระบบ
สุขภาพอำเภอเมืองน้ำพองนำมาเป็นเครื่องมือใน
การทำงานร่วมกันกับภาคีสุขภาพที่เกี่ยวข้อง
ทั้งภาครัฐ เอกชนและประชาชนภายใต้การ
ทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ
ชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอเมืองน้ำพองเน้นการ
ประชุมแบบไม่เป็นทางการเป็นเครือข่ายตาม
แนวราบโดย **"ร่วมคิด ร่วมทำ อย่าง
สม่ำเสมอ"** เกิดการทำงานร่วมกันที่มี
ประสิทธิภาพตัวอย่าง

**การยกระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วย
และญาติตามโครงการโรงพยาบาลประจักษ์**
การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่าง
เข้าถึงและเป็นธรรม โครงการคนน้ำพองไม่
ทอดทิ้งกัน ผ่านกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ
กลุ่มประชากรที่ต้องการการดูแลพิเศษ การ
จัดทำผ้าป่าจัดหาเครื่องมือแพทย์ประจำ รพ.
สต.แห่งละ 1 ชุด (8 รายการ) เพื่อให้ผู้ป่วย
ติดบ้านติดเตียงมีใช้เมื่อต้องไปดูแลตัวเองที่
บ้าน การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ/คน
ด้อยโอกาส โดยประสานงานกับภาคเอกชน
บริษัท/โรงงาน จ้างเหมาบริการคนพิการ ตาม

มาตรา 33, 35 เข้าสู่งานทำงานในระบบ
สาธารณสุข จำนวน 47 คน มีการสร้างและ
ปรับสภาพบ้านให้ผู้สูงอายุ/คนพิการ จำนวน
42 หลัง รวมทั้งการเปิดโอกาสให้ประชาชน
ร่วมบริจาคสมทบทุนสร้างอาคารห้องพิเศษ 6
ชั้น ปีละ 1,000 บาท/คน ร่วมกันดูแลสุขภาพ
เมื่อเจ็บป่วยสามารถนอนพักรักษาตัวในห้อง
พิเศษโดยไม่เสียเงินค่าใช้จ่ายเพิ่ม เป็นต้น

ค. ปัจจัยความสำเร็จ

- ผู้นำด้านสุขภาพทำงานด้าน
ชุมชนมายาวนานและต่อเนื่อง
- การมีนโยบายที่เอื้อต่อการ
ทำงานทั้งระดับของส่วนกลางและองค์กร
- ระบบสนับสนุนทั้งในส่วนของ
งบประมาณกำลังคนและอุปกรณ์สนับสนุน
- การทำงานแบบมีส่วนร่วมของ
ภาคีเครือข่าย ได้แก่ อบต. สาธารณสุขชุมชน
วัดโรงเรียนครอบครัวแกนนำ โรงงาน
อุตสาหกรรมภาคเอกชนและเครือข่ายต่างๆ
- มีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้
ร่วมคิดร่วมทำอย่างสม่ำเสมอทุกเดือนโดย
ผ่านเวทีการประชุมคณะกรรมการพัฒนา
คุณภาพชีวิต
- จัดเวทีวิชาการ/การรณรงค์เป็น
ประจำทุกปี
- การพัฒนาทักษะบุคลากรการ
ชื่นชมบุคคลต้นแบบอย่างต่อเนื่อง

ง. ข้อเสนอแนะ

- กลไกส่วนกลาง กระทรวงหลัก (มท, สธ, พม, ศธ) และภาคีภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อการปรับเปลี่ยน ขับเคลื่อน หนุนเสริม
- กลไกในพื้นที่ กลไกบูรณาการ ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ภาคเอกชน
- กลไกการเงิน ระยะสั้นทำ โครงการบริจาคปี ละ 1,000 บ้าน/คน โดยตั้ง มูลนิธิประชารัฐทุก รพ. ตามระเบียบการ ระเบียบ ระยะยาว ติดตามโครงการบริษัท ประชารัฐ (พรบ.ประชารัฐ) ประสาน มหาดไทย/DHB และจ้างงานคนพิการ ม.35
- กลไกวิชาการ เวทีแลกเปลี่ยน/ ถอดบทเรียน ทุก 1 เดือน (กรรมการปฏิรูป รพช./รพ.ประชารัฐ) เวทีชื่นชม ในเวทีประชุม วิชาการระดับจังหวัด การพัฒนาระบบ สุขภาพระดับอำเภอผ่านเวทีวิชาการวิจัย R2R

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

จากการลงนามความร่วมมือ (MOU: Memorandum of Understanding) ระหว่าง กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริม สุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อน เพื่อให้เห็นถึงความชัดเจนของทิศทางและ การให้ความสำคัญในระดับนโยบาย พร้อม กับสนับสนุนให้ DHB มีความชัดเจน ใน

ฐานะที่เป็นกลไกที่มี “ภาวะการนำร่วม (Collective Leadership)” โดยมีองค์ประกอบ จากทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาค ประชาชน เพื่อการขับเคลื่อน DHS อย่างมี ประสิทธิภาพ ปี 2559 เริ่มต้นดำเนินการ ภายใต้ MOU ใน 73 พื้นที่ และขยายเป็น 200 พื้นที่ ในปี 2560 อนึ่ง ในระดับนโยบาย มีแนวโน้มของการพัฒนา ที่จะทำให้ DHB มี มติคณะรัฐมนตรีและมีข้อกำหนดยอมรับ เพื่อการขยายผลอย่างเป็นระบบต่อไป ทั้งใน จังหวัดต่างๆ และในกรุงเทพมหานคร

องค์ประกอบของคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ควรมีมา จากทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาค ประชาชน ไม่ควรมีจำนวนที่มากเกินไปเพื่อ ความคล่องตัวในการดำเนินการร่วมกันในรูป ของคณะกรรมการฯ เพื่อครอบคลุมความเป็น ตัวแทนขององค์ประกอบต่างๆ ได้ครบถ้วน การดำเนินการเพื่อให้ได้มาซึ่งคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อาศัยความเป็นผู้นำของนายอำเภอ ร่วมกับ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสาธารณสุข อำเภอ ผ่านการปรึกษาหารือกับภาคส่วน และองค์ประกอบต่างๆ ภายในอำเภอ เพื่อ ร่วมกันสรรหาคณะกรรมการฯ ให้มี องค์ประกอบจากทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และ ภาคประชาชน ในจำนวนที่เหมาะสมกับบริบท ของแต่ละอำเภอ จากนั้นเสนอรายชื่อ คณะกรรมการฯ เพื่อให้ผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นผู้ลงนามบนพื้นฐานของการมีการ

เชื่อมโยงกันเป็นทีมและเป็นภาคีเครือข่ายภายใน DHS เป็นพัฒนาการที่มีการเติบโต การมี พชอ.จึงเป็นผลผลิต และเป็นการเติมเต็ม ในฐานะ “ตัวเร่งปฏิกิริยา” ของพัฒนาการของการขับเคลื่อน และการทำหน้าที่วางรากฐานเพื่อให้ “การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน” “คนภายในอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน” กลายเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมที่สำคัญของระบบสุขภาพ คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่ลงนามโดยผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญในการทำให้บทบาทหน้าที่ของ พชอ. มีคำสั่งรองรับอย่างเป็นทางการการมีกิจกรรมที่เป็นการดำเนินการร่วมกันของ พชอ. บนพื้นฐานของการวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์โดยการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนและองค์ประกอบต่างๆ ภายในอำเภอทำให้ในแต่ละอำเภอมีแผนยุทธศาสตร์แผนปฏิบัติการตลอดจนมีการเลือกประเด็นรองรับการขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตพร้อมกับมีกิจกรรมการดำเนินการและขับเคลื่อนเพื่อดำเนินการตามแผนดังกล่าวร่วมกัน

การมีทีมหลัก (Core team) หรือ คณะอนุกรรมการฯ ที่มีองค์ประกอบจากทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ที่มีการดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องและมีการจัดการเรียนเพื่อเพิ่มสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System Management Learning: DHML)

ช่วยเพิ่มสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอให้กับคณะอนุกรรมการฯ หรือ ทีมที่รับผิดชอบในการขับเคลื่อนในประเด็นดังกล่าว ทำให้มีรูปธรรมของพัฒนาการที่ชัดเจนของการเชื่อมโยงเป็นทีมและภาคีเครือข่าย (Matrix Teams/Links/Networks) ใน DHS ช่วย “กระตุ้น-หนุนเสริม-เติมเต็ม” ให้เกิดปรากฏการณ์ “คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน” โดยมีกระบวนการขับเคลื่อนในประเด็นดังกล่าวเป็นตัวเร่งปฏิกิริยาดังนั้นบทบาทของ พชอ.จึงจำเป็นต้องทำหน้าที่เสริมในลักษณะของการแสวงหา ในฐานะที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน เพื่อรับรู้ปัญหา พร้อมกับกระดมทรัพยากรที่มีอยู่ภายในระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อทำการแก้ปัญหาในกระบวนการเสริม ในลักษณะของกระบวนการจากพื้นที่สู่อำเภอ

ดังนั้น ในแง่ศักยภาพและการรองรับการพัฒนาสมรรถนะและการดำเนินงาน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอ จำเป็นอย่างยิ่งที่กระทรวงมหาดไทยกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จะต้องสนับสนุนและร่วมมือเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งและส่งเสริมระบบบริหารจัดการภายใต้โครงสร้าง “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)” อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อการบริหารจัดการ การพัฒนาคุณภาพชีวิต และ

สุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ และยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ก. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การพัฒนาสมรรถนะของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ควรต้องได้รับการสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรมทั้งจากภาครัฐและเอกชน ทั้งในด้านวิชาการและงบประมาณ โดยกำหนดบทบาทให้ชัดเจน การสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ทั้งด้านบุคลากร องค์ความรู้ และงบประมาณรวมถึงการอำนวยความสะดวกด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)” อย่างมีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาลมีประสิทธิภาพ และเกิดความยั่งยืน พร้อมทั้งจัดลำดับความสำคัญของมาตรการต่างๆ โดยกำหนดหน่วยงานเจ้าภาพและหน่วยงานสนับสนุนเพื่อแปลงยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติได้อย่างชัดเจน โดยใช้ **“พื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง”** โดยกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย กระทรวงสาธารณสุขควรเป็นผู้ดำเนินการในฐานะหน่วยงานเจ้าภาพในการดูแลและกำหนดนโยบาย (Policy maker)

ข. ข้อเสนอแนะในการพัฒนาองค์กร

จากผลการศึกษา กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย ในบริบทของการเป็นผู้นำด้านวิชาการควรจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสมรรถนะของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอและแผนเชิงรุกในแต่ละปีดังต่อไปนี้

1) กลยุทธ์ที่ 1 สร้างกลไกขับเคลื่อนที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ (DHS)

- การทำแผนยุทธศาสตร์ (Strategic plan) และแผนปฏิบัติการ (Plan of actions) และการ “บูรณาการ” แผนจากภาคส่วนต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

- การตั้งคณะอนุกรรมการ และ/หรือ ทีมงาน รับผิดชอบงานหรือประเด็นเพื่อการขับเคลื่อนและดำเนินการตามแผน¹³

- การส่งเสริมให้เกิดการ “บูรณาการ” ด้วยการให้ทรัพยากรร่วมกันของภาคส่วนต่างๆ เพื่อการขับเคลื่อนและดำเนินการร่วมกัน และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

- สร้างทีมแกนนำส่วนกลาง (Think Tank Team) ประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่สำคัญ ทำหน้าที่กำหนดทิศทาง นโยบาย และปรับเปลี่ยนกลยุทธ์และกิจกรรมให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

โดยมีสำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดี วิถีชีวิตไทยเป็นผู้ประสานงานหลัก

2) กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภออย่างมีส่วนร่วม

- พัฒนาศักยภาพบุคลากร ด้านสุขภาพในการดำเนินงาน เพื่อสนับสนุน “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ (พชอ.)” และการจัดบริการสุขภาพที่ เหมาะสมและสอดคล้องกับพื้นที่

- สร้างความรู้ ความเข้าใจให้ ข้าราชการ เจ้าหน้าที่และพนักงาน ทั้งภาครัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภายใต้สังกัด กระทรวงมหาดไทยทราบถึงบทบาทและ หน้าที่ของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)” เพื่อให้สามารถ ดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็น รูปธรรม¹⁴

- สนับสนุนและส่งเสริมกลไก ต่างๆ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ใน การพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของ ประชาชนภายในอำเภออย่างยั่งยืน ตั้งแต่ กระบวนการในการวางแผน การนำแผนไป ปฏิบัติ การติดตาม และการประเมินผล

- สปสช. จัดสรรงบประมาณ ให้ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิต และ สุขภาพของประชาชน

3) กลยุทธ์ที่ 3 เสริมสร้างศักยภาพ พชอ. อย่างมั่นคงและยั่งยืน

- พัฒนาหลักสูตรการพัฒนา ศักยภาพของประธานคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และสร้าง เครือข่ายการทำงานร่วมกันของนายอำเภอ ร่วมกับกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

- ร่ว ม กับ ก ระ ท ร ว ง สาธารณสุข นักวิชาการ ภาควิชาในพื้นที่ สนับสนุนการเรียนรู้ District Health Management Learning: DHML แก่ทีม คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ¹⁵

- ส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์และการศึกษาดูงาน ระหว่าง พื้นที่/อำเภอ ของคณะกรรมการฯ คณะอนุ กรรมการฯ และทีมงานที่รับผิดชอบประเด็น เพื่อการขับเคลื่อน DHS

- ส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ทั้งภายในจังหวัด ในระดับเขต และใน ภาพรวมของทั้งประเทศ

- ส่งเสริมให้คณะกรรมการฯ คณะอนุกรรมการฯ หรือทีมงานที่รับผิดชอบ ประเด็นเพื่อการขับเคลื่อน DHS เข้าร่วม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในกรณีที่มีศูนย์ ประสานงานและจัดการเรียน (Learning and Coordinating Centre: LCC) มีความพร้อม และมีการจัดให้มีกระบวนการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ภายในจังหวัด หรือในพื้นที่ใกล้เคียง

- กระบวนการประชุมควรมี การประชุมอย่างสม่ำเสมอ เช่น ทุก 1-2 เดือน

บนพื้นฐานของการให้ความสำคัญกับการเข้าร่วมประชุมคณะกรรมการทุกคน เพื่อพัฒนา “ภาวะการณ้นำร่วม” ของคณะกรรมการฯ อย่างต่อเนื่อง

- สร้างทีมวิจัยเพื่อเติมเต็มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างนักวิจัย

ภายนอกและนักวิจัยภายในเกิดการทำงานร่วมกันระหว่างพื้นที่กับหน่วยงานทางวิชาการเป็นการเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติจริงเป็นการพัฒนาและเสริมสร้างสมรรถนะให้แก่กำลังคนในพื้นที่เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. สำนักบริหารการสาธารณสุข. การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสบ.) District Health System (DHS) ฉบับประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
2. สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย. แนวทางการดำเนินการบนพื้นฐานของการเชื่อมโยงระหว่างหลักการกับการสังเคราะห์บทเรียนจากประสบการณ์จากพัฒนาการและการดำเนินการใน 73 พื้นที่สู่การขยายผลเป็น 200 พื้นที่ 2560. กรุงเทพฯ: สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์; 2560.
3. Ministry of Health New Zealand. Guidelines for District Health Boards Mental Health Quality Monitoring and Audit. Wellington: New Zealand; 2002.
4. เดชา แซ่หลี่ และคณะ. เสริมคุณค่าปฐมภูมิด้วยระบบสุขภาพระดับอำเภอ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2557.
5. ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร, มานพ คณะโต, กิตติมา โมะเมน. การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ. วารสารการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2556; 1(3): 17-28.
6. สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย. บันทึกความร่วมมือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 2559 [ออนไลน์] 2559 [อ้างเมื่อ 2 มีนาคม 2561]. จาก <http://thlp.ops.moph.go.th/dhbinformation.php>.
7. Tarimo E, Fowkes FG. Strengthening the backbone of primary health care. World Health Forum 1989; 10(1): 74-79.
8. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ. แผนสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 พ.ศ.

- 2560-2564. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
9. World Health Organization. Maximizing positive synergies between health systems and Global Health Initiatives. [n.p.]; 2008.
 10. World Health Organization. Constitution of the World Health organization. Chron World Health Organ 1947; 1(1-2): 29-43.
 11. สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย. เอกสารประกอบการนำเสนอการประชุมคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูประบบสาธารณสุขด้านระบบบริการสุขภาพส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค แพทย์แผนไทย และศูนย์กลางด้านการแพทย์ครั้งที่ 2/2561 วันที่ 20 ธันวาคม 2561. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2561.
 12. โรงพยาบาลน้ำพอง. รายงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอโนนน้ำพอง. ขอนแก่น: โรงพยาบาลน้ำพอง; 2561.
 13. สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. เอกสารประกอบการอธิบาย(ร่าง)ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. 2560. นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์; 2560.
 14. Bonenberge M, Aikins M, Akweongo P, Wyss K. Factors influencing the work efficiency of district health managers in low-resource settings: a qualitative study in Ghana. BMC Health Services Research 2016; 16(12): 22-31.
 15. ศิราณี ศรีหามาต และคณะ. การเรียนรู้การบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอสู่การพัฒนาาระบบสุขภาพ. ขอนแก่น: วิทยาลัยการพยาบาลบรมราชชนนี สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น; 2559.