

▪ รายงานฉบับสมบูรณ์ ▪

โครงการ

พัฒนารอบการทำงานในระดับเขตสาธารณสุข
จังหวัด และอำเภอ (ระยะที่ 1)

สนับสนุนโดย
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

จัดทำโดย

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย (สวณ.)

Policy Research and Development Institute Foundation (PRI)



(กรกฎาคม 2558)

รายชื่อคณะวิจัย

1. นพ.วิพุธ	พูลเจริญ	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย (สวน.)
2. นางเพ็ญศรี	สงวนสิงห์	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย (สวน.)
3. นายธนาคม	วงศ์บุญธรรม	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย (สวน.)
4. นางสาวมริน	เปรมปรี	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย (สวน.)
5. นายวรณัย	นันทะบุตร	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย (สวน.)

รายชื่อคณะผู้เชี่ยวชาญ

1. รศ.นพ. สมเดช	พินิจสุนทร	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2. ศ.นพ. ปิยทัศน์	ทัศนาววัฒน์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
3. นายสุรพล	เหลียมสูงเนิน	นักวิชาการอิสระ
4. นายสมบัติ	เทศกุล	นักวิชาการอิสระ
5. นายกนต์พนัส	ดำรงวงศ์	นักวิชาการการเงิน การคลัง



สารบัญ

	หน้า
บทสรุปผู้บริหาร	
บทที่ 1 ความเป็นมา วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีการวิจัยและพัฒนา	1
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิด การพัฒนากรอบการทำงาน ระดับเขตสาธารณสุข จังหวัด และอำเภอ	8
บทที่ 3 สรุปผลการศึกษาวิจัยการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะการเงิน การคลังของเขตบริการสุขภาพที่ 8	26
บทที่ 4 สรุปผลการวิจัยการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะการพัฒนา กรอบระบบสุขภาพ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเขต อุดรธานี และอำเภอหนองแสง	43
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ ควบคุมโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ของเขต จังหวัดหนองคาย และอำเภอท่าบ่อ	57
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ การจัดการระบบขยะของเขต จังหวัดสกลนคร และอำเภอกุดบาก	67
บทที่ 7 บทสรุปและข้อเสนอแนะการพัฒนากรอบการทำงาน ในระดับเขตสาธารณสุข จังหวัด และอำเภอ	87
บรรณานุกรม	100



สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพที่ 2.1 กรอบแนวคิดและแนวทางการดำเนินงานจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (พ.ศ. 2557)	13
ภาพที่ 2.2 โครงสร้างของการสร้างระบบสุขภาพ ซึ่งมีองค์ประกอบ 6 ด้าน ซึ่งมุ่งไปยังเป้าประสงค์และผลลัพธ์ 4 ด้าน ผ่านการเข้าถึงบริการและคุณภาพ ของการระบบสุขภาพ	15
ภาพที่ 2.3 แสดงถึงวงจรการดำเนินงานของระบบสุขภาพ โดยมีกรอบการบริหารจัดการโครงสร้างและภาวะผู้นำเป็นแกนหลัก ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ	17
ภาพที่ 2.4 การติดตามประเมินผลเพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ (Monitoring and evaluation of health systems strengthening)	18
ภาพที่ 2.5 กรอบการจัดความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบาย และกระบวนการดูแลสุขภาพประชากรผู้สูงอายุ ในหมู่ภาคีภาคส่วนต่างๆ และเสริมหนุนสมรรถนะชุมชน	20
ภาพที่ 2.6 การปรับกรอบ Reflexive Governance ให้เป็นกรอบการทำงาน (Framework) ของหน่วยงาน สำหรับใช้ในการศึกษากระบวนการทำงานร่วมกันของภาคีสุขภาพ ในระดับเขต จังหวัด อำเภอ และภาคีชุมชน	25
ภาพที่ 3.1 มาตรการบันได 4 ขั้น เพื่อการเฝ้าระวัง กำกับ ติดตามผลการดำเนินงาน การเงินการคลัง	29
ภาพที่ 4.1 กรอบการวิเคราะห์การกระจายตัวของปัญหา และเหตุปัจจัยของปัญหาที่ครอบคลุมทุกมิติ	45
ภาพที่ 5.1 แสดงการจำแนกประชากรที่ต้องการบริการทางสุขภาพ ในแต่ละระดับของการดำเนินโรค (Disease Progression) เพื่อให้สามารถวิเคราะห์เหตุปัจจัยของความเปราะบาง และความเสี่ยง ตลอดจนวิเคราะห์ถึงภาคี ซึ่งควรจะเป็นผู้รับผิดชอบการดูแล และให้บริการลักษณะต่างๆ	59
ภาพที่ 6.1 แสดงขอบเขตขั้นตอนของการจัดการขยะ ซึ่งช่วยให้วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และเหตุปัจจัยที่ส่งผลให้การจัดการขยะในแต่ละส่วนของวงจรนี้ก่อปัญหาขึ้น รวมทั้งเอื้อให้ใช้ในการวางแผนการเงินได้ด้วย	72



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1 คะแนนความเสี่ยงทางการเงิน (FAI Risk Score)	27
ตารางที่ 3.2 มาตรการบันได 4 ขั้น เพื่อการเฝ้าระวัง กำกับ ติดตามผล การดำเนินงานการเงินการคลัง	28
ตารางที่ 3.3 เกณฑ์การประเมินคุณภาพบัญชี ปี 2555-2556	29
ตารางที่ 3.4 ผลการตรวจสอบคุณภาพบัญชี โรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 8 ปี 2555	32
ตารางที่ 3.5 ผลการตรวจสอบคุณภาพบัญชี โรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 8 ปี 2556	32
ตารางที่ 3.6 ตัวอย่างอัตราส่วนทางการเงินและหลักการวิเคราะห์	37
ตารางที่ 3.7 อัตราส่วนทางการเงินและหลักการวิเคราะห์ของเขตบริการสุขภาพที่ 8	38
ตารางที่ 6.1 แสดงเมตริกการกระจายตัวของปัญหา และการรับมือกับปัญหาการจัดการขยะ	70



สารบัญภาคผนวก

	หน้า
1. ข้อเสนอโครงการระยะที่ 1	105
2. เครื่องมือการเงิน การคลังของเขตบริการสุขภาพที่ 8	118
3. เครื่องมือคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเขต อุดรธานี และอำเภอหนองแสง	120
4. เครื่องมือควบคุมโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงของเขต จังหวัดหนองคาย และอำเภอท่าบ่อ	125
5. เครื่องมือการจัดการระบบขยะของเขต จังหวัดสกลนคร และอำเภอกุดบาก	130
6. ข้อเสนอโครงการระยะที่ 2	134



บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การศึกษาโครงการพัฒนารอบการทำงานในระดับเขตสาธารณสุข จังหวัด และอำเภอ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ร่วมกันพัฒนารูปแบบ (Model) การจัดการกับปัญหาในระดับพื้นที่อำเภอ ในรูปของ ระบบสุขภาพอำเภอ โดยมีองค์กรปกครองท้องถิ่น และภาคประชาคม กับหน่วยงานภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เข้าร่วมดำเนินงาน โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยการดำเนินงาน (Operation Research) ร่วมเรียนรู้การปฏิบัติงานใน 3 พื้นที่ และ 3 ประเด็น คือ อ.หนองแสง จังหวัดอุดรธานี ประเด็นการพัฒนา ระบบสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อ.ท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ประเด็นการควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และ อ.กุดบาก จ. สกลนคร ประเด็นการจัดการระบบขยะ มีข้อค้นพบ ดังนี้

1. การจัดทำแผนพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) มุ่งเน้นการจัดการบริการรักษาในโรงพยาบาล และแผนปรับปรุงการเงินระยะสั้น ซึ่งเป็นผลมาจากการวิเคราะห์ส่วนขาดของระบบสุขภาพ ที่ยึดอยู่กับตัวชี้วัด (indicators) ที่หน่วยงานจากส่วนกลางกำหนดเป็นตัวชี้วัดในระดับผลลัพธ์ (Outcomes) และผลกระทบ (Impacts) มุ่งบ่งชี้ส่วนขาดของบริการในโรงพยาบาล แต่ขาดตัวชี้วัดบริการทางด้านสาธารณสุข
2. การวิเคราะห์ข้อมูลและจัดลำดับความสำคัญที่ดำเนินการอยู่ในปี 2557 และ 2558 จำกัดอยู่ที่ข้อมูลการจัดบริการสุขภาพในด้านการรักษาพยาบาลเฉพาะบุคคล (Individual Care) ขาดการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพในภาพรวมของประชากร (Population Health) สมรรถนะการจัดการ (Effective Management) และข้อจำกัดเชิงโครงสร้างของภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จึงละเลยวิธีมองปัญหาทางด้านสาธารณสุข อนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น การจัดการขยะ การป้องกันแก้ไขมลพิษจากภาคส่วนอื่นๆ และการจัดการระบบสุขภาพแบบเป็นข่ายงาน (Governance) ในระดับ เขต จังหวัด และอำเภอ
3. การพัฒนาฐานข้อมูลทรัพยากรของเครือข่าย จำกัดอยู่ที่ข้อมูลของโรงพยาบาล มิได้นำเอาทรัพยากรของภาคส่วนอื่นๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนสุขภาพตำบล ภาคประชาสังคม (เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ฯลฯ) เข้ามาใช้ประกอบการวิเคราะห์ ฐานข้อมูลผู้ป่วยยังจำกัดเพียงข้อมูลจากการสำรวจ (Cross sectional Data Base) ทำให้ไม่สามารถปรับใช้ฐานข้อมูลแหล่งอื่น เช่น การบริการในโรงพยาบาล (Cohort longitudinal Data) ซึ่งมีอยู่แล้วเป็นฐานข้อมูลด้วย สำหรับวิเคราะห์ความครอบคลุม และคุณภาพบริการ เพื่อตรวจสอบการกระจายอย่างทั่วถึง ในแต่ละกลุ่มประชากร หรือ แต่ละประเด็นปัญหาสุขภาพสิ่งแวดล้อม



4. การจัดทำสรุปผลการดำเนินงานในรายงานประจำปีเมื่อสิ้นปี 2557 วางกรอบการรายงานตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข และมุ่งเฉพาะกลยุทธ์หลัก 6 ข้อ 15 เรื่อง ที่มุ่งเป็นประเด็นปัญหาสุขภาพตามตัวชี้วัดของกระทรวง ซึ่งเป็นตัวชี้วัดระดับ ปัจจัยนำเข้า (Input) และส่วนย่อยบางส่วนของกระบวนการจัดบริการ (Processes of services) ของการดูแลและรักษาพยาบาลเป็นหลัก ไม่ได้แสดงผลผลิต (Output) และ ผลลัพธ์ (Outcomes) ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญแต่ละกลุ่ม ทั้งยังอาศัยการวัดประเมินเปรียบเทียบกับ Rank กับเขตต่างๆ ในระดับประเทศ สะท้อนให้เห็นถึงการมุ่งแข่งขัน โดยไม่มุ่งบ่งชี้การปรับปรุงผลผลิต ผลลัพธ์ ที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากการพัฒนาการทางด้านการจัดระบบบริการสุขภาพอย่างรอบด้านขององค์กร หน่วยงาน โดยเปรียบเทียบวิธีการปรับปรุงประสิทธิภาพในพื้นที่รับผิดชอบของเขต
5. จากการร่วมศึกษาเรียนรู้กับทีมสาธารณสุขในทั้งสามพื้นที่ พบว่าข้อจำกัดในการเอื้ออำนวยให้การวิเคราะห์สถานการณ์วางแผน และติดตามกำกับภารกิจหน้าที่ ตลอดจนประเมินผลที่นำไปสู่การปรับปรุงสถานการณ์ทางสุขภาพของกลุ่มประชากร หรือ พื้นที่ชุมชน มีสาเหตุจากข้อจำกัดในการเตรียมสมรรถนะ ให้กับทีมงานเลขานุการของคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ ของทีมงานคณะกรรมการจังหวัด และทีมงานคณะกรรมการอำเภอให้เพียงพอสำหรับการดำเนินงาน ซึ่งควรครอบคลุมการบูรณาการกับภาคส่วนต่างๆ ทั้งที่อยู่ในกระทรวงสาธารณสุขด้วยกัน และกับกระทรวง หรือ ภาคประชาคมอื่นๆ ที่อยู่ในพื้นที่เขตเดียวกัน

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

1. การวิเคราะห์ปัญหาทางสุขภาพ และเหตุปัจจัยอย่างเป็นระบบร่วมกันระหว่างภาคี

ปัญหาของแต่ละพื้นที่นั้นเป็นผลมาจากหลากหลายเหตุปัจจัย ในพื้นที่ ซึ่งมีความแตกต่างกัน จึงควรมีการพัฒนาระเบียบวิธีวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพในภาคีในพื้นที่ แต่ละภาคส่วน มาตรการ และกลวิธีที่พัฒนาขึ้นมาในแต่ละพื้นที่นั้น มีผลต่อการเสริมหนุนให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในพื้นที่ต่างๆ ที่แตกต่างกัน ในกลวิธีเดียวกัน อาจจะไม่สามารถใช้ได้ในทุกพื้นที่

ผู้ปฏิบัติงานในแต่ละภาคส่วนยังยึดอยู่กับกรอบการทำงานตามเงื่อนไขโครงสร้างจากส่วนกลาง ซึ่งไม่ได้เกิดจากการวิเคราะห์เหตุปัจจัยเฉพาะ จึงไม่เอื้อให้เกิดการพัฒนาสมรรถนะของผู้ทำงานในพื้นที่ปฏิบัติการได้ แนวทางการพัฒนา จึงควรเสริมหนุนให้ผู้ปฏิบัติงานรู้จักสร้าง หรือ ประยุกต์ใช้ “ทฤษฎีโครงการ” สำหรับอธิบายความเชื่อมโยงเชิงตรรกะ แสดงแนวทางการแก้ไขปรับลดเหตุปัจจัยของปัญหาในพื้นที่ และความสัมพันธ์ในเงื่อนไขการดำเนินงาน กับรูปแบบวิธีการ ปฏิบัติงานอย่างเป็นเหตุเป็นผล ให้สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่



2. การกำหนดเป้าหมาย กลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ

การกำหนดเป้าหมายจากส่วนกลางนั้น เป็นเป้าหมายเชิงผลกระทบกว้างๆ ที่ไม่บ่งชี้วิธีการจัดกิจกรรมที่มีสัมฤทธิ์ผล เช่น การลดจำนวนผู้ป่วย ฯลฯ จึงส่งผลให้ผู้ให้บริการสุขภาพ ไม่ได้ถูกเสริมหนุนให้วางวิธีปฏิบัติงานเพื่อไปสู่เป้าหมายที่เป็นผลลัพธ์ได้ ทีมเลขานุการของคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ จึงควรพัฒนาและจัดวางเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ให้ผู้รับผิดชอบในแต่ละจังหวัด อำเภอ และตำบล สามารถกำหนดเป้าหมายเชิงปฏิบัติการของแต่ละหน่วยอย่างมีคุณภาพ คือ ตอบสนองต่อเหตุปัจจัยของภาวะทางสุขภาพของประชากรในแต่ละพื้นที่รับผิดชอบ และให้เป็นจริงได้ (Feasibility) ตามสมรรถนะ และข้อจำกัดของบุคลากรภาคีแต่ละภาคส่วน ซึ่งมีพันธกิจที่ต้องดำเนินงานอยู่ โดยไม่จำกัดเพียงแค่เฉพาะการให้บริการทางสุขภาพเฉพาะเรื่องย่อยๆ ในโรงพยาบาลเท่านั้น

3. การแปลกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติงานที่มุ่งประสิทธิผล

การยกระดับการดำเนินการที่เกิดประสิทธิผลนั้น ต้องจัดระบบการควบคุมกำกับคุณภาพบริการของแต่ละภาคีและร่วมกันติดตามผลการปฏิบัติงาน และคุณภาพงาน (Monitoring) ของการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งขึ้นอยู่กับความสามารถของกลไกการจัดการข่ายงาน

การบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพในระดับอำเภอ เป็นหน่วยเล็กที่สุดที่ควบคุมการใช้ทรัพยากร ทั้งด้านกำลังคน งบประมาณ เทคโนโลยีวัสดุและครุภัณฑ์ที่ใกล้ชิดกับชุมชน และกลุ่มเป้าหมายที่ต้องให้ บริการมากที่สุด จึงต้องมีระบบการพัฒนากลยุทธ์และการแปลกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติการมุ่งประสิทธิผล ที่สามารถติดตาม กำกับคุณภาพ และประเมินผลภายในได้อย่างครบวงจร โดยจะต้องจัดความร่วมมือกับภาคีในระดับพื้นที่ให้สามารถดำเนินงาน และปรับยกระดับประสิทธิผลได้ในทุกวงจร (รอบปี) ของการปฏิบัติงาน

ในขณะที่การบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพในระดับจังหวัด เป็นหน่วยสนับสนุนที่ต้องรับรู้และเสริมหนุนการดำเนินงานในวงจรจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอที่มุ่งประสิทธิผล ให้สามารถปรับปรุงยกระดับสมรรถนะการดำเนินงานทั้งในเชิงปริมาณ และคุณภาพได้อย่างต่อเนื่อง จึงต้องสามารถ ติดตาม กำกับคุณภาพการจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพในแต่ละอำเภอ และในแต่ละกลุ่มอาการปัญหาสุขภาพและเหตุปัจจัย รวมทั้งจัดกระบวนการประเมินผลที่หนุนเสริมพันธกิจอำเภอให้มีคุณภาพเพิ่มขึ้นได้

ส่วนคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพระดับเขต จัดเป็นกลไกจัดการข่ายงานในระดับ เขต ซึ่งเชื่อมโยงให้หน่วยงานภาคส่วนต่างๆ ในระดับเขต เข้ามาร่วมมีส่วนขับเคลื่อนภารกิจของแต่ละภาคส่วน ในระดับจังหวัด ให้สนับสนุนการดำเนินงานของวงจรเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น กลุ่มประชากรที่จังหวัดต้องวางแผนปฏิบัติการเสริมหนุน จึงเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอที่จังหวัดต้องติดตาม กำกับคุณภาพ สมรรถนะ และความครอบคลุมการให้บริการของอำเภอต่อแต่ละกลุ่ม ประชากร ในแต่ละประเด็นกลุ่มปัญหาและเหตุปัจจัยทางสุขภาพ ในขณะที่เครือข่ายบริการสุขภาพระดับเขต ก็ต้องทำการติดตาม กำกับคุณภาพ สมรรถนะ และความครอบคลุมการหนุนเสริมเพื่อพัฒนาสมรรถนะการทำงานของวงจรระดับอำเภอ ที่แต่ละจังหวัด



รับผิดชอบอยู่ วงจรจัดการข่ายงาน หรือ เครือข่ายบริการสุขภาพ ทั้ง 3 ระดับนี้ จะมีกลไกระดับเขต ทำหน้าที่ ทั้งการประสานงานภาคีจากภาคส่วนต่างๆ ในระดับเขต และเชื่อมโยงกับนโยบายของ ส่วนกลาง เพื่อแปลเป็นกลยุทธ์การขับเคลื่อนที่สามารถติดตาม และประเมินผลได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเฉพาะสำหรับระดับอำเภอ

1. สนับสนุนทรัพยากรสำหรับโครงการพัฒนารูปแบบการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (Model Development)

“รูปแบบ” (Model) สำหรับการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ ไม่อาจพัฒนาได้ด้วยการเชิญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน หรือ เจ้าหน้าที่ในระดับอำเภอ ที่เคยทำงานมายาวนาน มานำเสนอ รูปแบบ แล้วจัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม หากแต่รูปแบบดังกล่าว ควรมีการจัดวางองค์ประกอบที่เป็นทฤษฎี โครงการ (Program Theory) ให้ชัดเจน ดังที่อ้างถึง WHO’s 6 Blocks of Health Systems และ จำเป็นต้องทดสอบรูปแบบในระดับพื้นที่อำเภอ ที่มีคุณลักษณะพร้อมที่จะทดสอบได้

การพัฒนารูปแบบดังกล่าว ก็ไม่อาจดำเนินงานไปได้โดยใช้งบประมาณ หรือ ทีมวิชาการเฉพาะ หรือ เครื่องมือที่นำมาทดสอบ ตามภาระงานปกติได้ จึงควรมีการจัดสรรทรัพยากรสำหรับโครงการ พัฒนารูปแบบการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ ซึ่งจะต้องมีการสนับสนุน ภารกิจหลายด้าน เช่น

- ก. การจัดฝึกอบรมให้ผู้รับผิดชอบ Governance ของแต่ละอำเภอ ได้แก่ ทีมเลขานุการกิจ มี ความรู้ ความเข้าใจ ในกลวิธีที่จะต้องใช้ในแต่ละองค์ประกอบของ Model ซึ่งจะต้องเป็น การประชุมเชิงปฏิบัติการที่ทำอย่างต่อเนื่อง สลับไปกับการกลับไปทดสอบการปฏิบัติงาน ในพื้นที่
- ข. การพัฒนาครูฝึกปฏิบัติงาน (Coach) ของแต่ละอำเภอ สำหรับนำและพัฒนาภารกิจ การวิเคราะห์ปัญหา และจัดวางกิจกรรมให้สอดคล้องกับวงจรโครงการขององค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น และหน่วยงานในภาคส่วนต่างๆ ให้แก่ ภาคประชาคม ผู้นำท้องถิ่น และ อสม.
- ค. การจัดวาง และใช้ฐานข้อมูลของหน่วยงานที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์ในการรวบรวม และ ประมวลข้อมูลให้เป็นข่าวสาร สำหรับใช้ติดตาม กำกับ ความก้าวหน้าของการดำเนินงานใน ระดับตำบล และอำเภอ และฝึกอบรมให้ทีมงานสาธารณสุขอำเภอ และ รพ.สต. ให้ใช้ ประโยชน์ได้ในเชิงปฏิบัติ
- ง. งบประมาณสนับสนุนการส่งทีมเลขานุการกิจของคณะกรรมการสุขภาพอำเภอ ในการลง พื้นที่ในแต่ละตำบล หมู่บ้าน และชุมชน เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงาน โครงการที่แต่ละตำบลจัดทำเพื่อให้เป็นไปตามกรอบนโยบาย และแผนงานของระบบ สุขภาพอำเภอ
- จ. การสนับสนุนงบประมาณจัดฝึกอบรมให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในระยะการพัฒนา รูปแบบ และเครื่องมือในการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ เนื่องจากในช่วงแรก (1 ปี)



บุคลากรต่างๆ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังขาดความรู้ความเข้าใจในกระบวนการทำงานร่วมกัน

- ฉ. การเตรียมวิทยากรในระดับส่วนกลาง เขต และจังหวัด สำหรับสนับสนุนให้กับการทำงานในระดับอำเภอ โดยควรเตรียมวิทยากรเหล่านี้ให้สามารถรับภารกิจ เป็น Facilitators สำหรับการนำการประชุมเชิงปฏิบัติการ ให้กับทีมงานในระดับอำเภอได้อย่างต่อเนื่อง
- ข. การประมวลผลการจัดระบบสุขภาพอำเภอที่ทำทดสอบในพื้นที่ และนำเข้ามาปรับปรุงเป็นแนวทางคู่มือการทำงานในการพัฒนาภารกิจในแต่ละองค์ประกอบ ซึ่งมีบทเรียน และตัวอย่างที่ทดสอบแล้วในระดับพื้นที่ต่างๆ ได้อย่างชัดเจน

2. การจัดระบบฐานข้อมูลเดียวกันทั้งอำเภอ (Unified Database System)

ฐานข้อมูลที่ใช้อยู่ในอำเภอเดียวกันของ 2 หน่วยงาน ได้แก่ โรงพยาบาล และ รพ.สต. ซึ่งสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งคู่ แต่เป็นคนละฐานข้อมูล และเชื่อมโยงกันไม่ได้ ทำให้การทำงานร่วมกันต้องผ่านกรรมวิธีที่ซับซ้อนขึ้น โดยการคัดลอกข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ และส่งไปจัดไฟล์ใหม่เพื่อให้บุคลากรสามารถเรียกข้อมูลมาดูได้ ในขณะเดียวกันองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นก็มีฐานข้อมูลประชากร เศรษฐกิจ การประกอบอาชีพ สังคมและสวัสดิการสงเคราะห์สำหรับใช้ในการจ่ายเงินให้ในแต่ละเดือน ซึ่งแยกออกไปอีกส่วนหนึ่ง

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้แต่ละเขต และจังหวัดมีฐานข้อมูลเดียวกัน หากแต่ฐานข้อมูลดังกล่าวเป็นข้อมูลที่ได้จากการสำรวจในตอนต้นปี ประกอบด้วย ข้อมูลผู้สูงอายุ การคัดกรองความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคบางกลุ่ม เป็นต้น การประมวลข้อมูลเป็นรายปี และไม่ได้เชื่อมโยงกับฐานข้อมูลการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งมีความจำเป็นต้องจัดการประมวลผลเพื่อใช้วิเคราะห์ประสิทธิภาพการดูแลรักษาพยาบาล หรือ การเกิดโรคแทรกซ้อนในกลุ่มประชากรเหล่านี้

ข้อจำกัดเหล่านี้ ควรได้รับการแก้ไขโดยกลไกกลางของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ฐานข้อมูลบริการ และฐานข้อมูลการสำรวจเหล่านี้สามารถนำมาใช้ร่วมกัน และเอื้อให้ลดการลงทุนสำรวจในส่วนกลาง ซึ่งทำซ้ำซ้อนกับการสำรวจของแต่ละจังหวัด แต่ละเขต อันเป็นการเพิ่มภาระงานให้กับเจ้าหน้าที่ระดับตำบล รวมทั้งช่วยให้การจัดการฐานข้อมูล กับการประมวลวิเคราะห์ข้อมูล และนำมาใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสูงขึ้น



Executive Summary

Policy Research and Development Institute Foundation (PRI) conducted an “Operation Research or Intervention Research” to develop the “Model of District Health System” in three provinces of Public Health Region 10th. The research focused on three issues which are (1) Elderly Care System in Nong Sang District, Udon Thani; (2) Non Communicable Disease (NCDs) Management in Thabor District, Nong Khai, and (3) Systematic Waste Management in Kud Bak District, Sakon Nakorn. The research was run by joint learning method between the research team and the partners, which included local government, civil society, and local authority. As a result, there are five findings found in this operation.

1) The hospital service plan emphasizes only passive service delivery and short term financial management. Both points of emphasis is based on indicators set by the central public health authority. In fact, the outcome of service delivery plan is set by district hospitals that does not include public health service consideration. This causes, thus, the disintegration role and function between service provider unit and health promotion, so the service plan does not cover all issues of health system.

2) On the point of coverage of service, the research team found that there is some limitation of information and prioritization on health protection. As the information system analysis of 2014 and 2015, the coverage of information excludes population health, effective service management, and networking structure concerns. It causes two missing points in health protection and service. The health determinants; as such pollution, behavior, and livelihood, are overlooked in the service plan. The role and function, including participation, of the actors on the service system is also not concerned comprehensively, and it is incomplete governance in the system. Because of non - coverage information, the service is able to deliver only the phase of treatment service as a majority, but health promotion and the resolution on health problem determinant are provided in the correct direction.



3) According to the information management, the research team found the exclusion of resource information of the actors within the system. From the operation research, the database used in general is “Cross Sectional Database” which is available only in the health care service provider unit. In contrast, the “Cohort Longitudinal Database” that presents service quality, health status of population, and environmental health data is not connected with the information system of the service unit. Furthermore, the resource information from the all actors in the system needs to be included as a part of information system. The information system, hence, has to integrate entire partners’ information in both issues of health and social protection and care.

4) The district hospital and local health authorities are assigned to report annually in the operation result. The report result is based on the indicators that are not able to present actual output and outcome in each targeted population. Indicators cause the distortion of project improvement and development since the indicators does not reflect to the real circumstance. Because effectiveness of service is expected, the annual report and operational summary need to be adaptive with the local health issue and determinants rather than the general indicators from central authorities.

5) The capacity of secretariat team to perform the system analysis and offers the solution for planning, supervision, and evaluation to the district health commissioner. The function of secretariat or core team is to provide the policy issue and solution for deciding on the policy and planning. Moreover, the secretariat team needs to be capable to coordinate with multilevel and multifunctional organizations. The strengthening, thus, is needed for improving and developing secretariat team to coordinate and analyze health and social issues and resolutions.

Based on the findings of the operation research, there are three recommendations for strengthening health system for the Public Health Region 10th.

1) Health Problems and Determinants Analysis

Health issues are based on the locational determinants and social contexts. Local partners in the district should understand how to use the concept of “Program Theory”. It is the methodological technique to set objectives, output, and outcomes



to resolute the locational health determinants. Finally, the intervention on health promotion and care is able to systemize the plan and implementation.

2) Targeting, Strategy, and Implementation Plan

As the central authority set the general and implementation for the regional and local authorities, it is the difficulty to develop and implement the effective intervention. The secretariat team of health system needs to be strengthened on the capacity for developing strategy and outcome to the local partners on multilevel and multifunction of intervention. Moreover, the partners in the multilevel have to be able to set the output of health promotion and care activities. Therefore, the strengthening is needed for both secretariat team for set the outcome of strategy, and the local partners for setting the output of health promotion activities.

3) Strategy to Implementation

To enhance effectiveness of intervention, the secretariat team needs to set the supervision, monitoring, and evaluation system on each partners intervention in health promotion and care as well as the local partners have to set the internal monitoring and evaluation system while running on intervention. The effectiveness is strongly depended on “Governance” of health system.

Framework of Governance in each levels of the health system has their own particular role and function for the purpose of effective intervention. On the district level, the District Health System (DHS) is the smallest unit of resource management, and the closest unit to the community and target group of population. The DHS needs to have the effectiveness on strategy, tactic, and implementation. The effective intervention ought to have the system to monitor, supervise, and evaluate as annual cycle intervention. The secretariat team, hence, needs to make cooperation with the local partners to enhance effective annual policy and planning.

The provincial level of health system is the supportive and strengthening sector to the district health system’s governance. The support and strengthening have to enhance the potentiality of DHS in both quantity and quality. The provincial level, thus, should be capable to supervise, monitor, and evaluate the DHS’s governance and DHS coverage in health problems, determinants, and intervention. In



addition, provincial evaluation system has to empower the DHS obligation to have better quality of services.

On the regional level, the regional health system has to coordinate with the regional authorities who have their own obligation and mission related to health issues. The secretariat team of regional health system needs to integrate the regional authority's role and function to participate in the empowerment process to provincial and district health system.

Therefore, there are the linkage of Regional/Provincial/District Health System must be happened through the strategic planning, empowerment, supervision, monitoring, and evaluation of health promotion intervention. The District Health System is the closest unit to the community and target population in each health problems and determinants. The DHS has to plan the effective intervention which has the appropriation on output and outcome of intervention to the target population health. The monitoring and evaluation are for annual improvement of the intervention as a cycle. Provincial Health System is the supportive and supervised role and function to the DHS on the purpose to empower the DHS. The provincial level has to supervise, monitor, and evaluate the DHS, and install the monitoring and evaluation to the DHS for the intervention and governance implementation. The Regional Health System is the integration of variety of authorities related to health promotion, care, and protection from all ministries. They have to set the framework which covers the process of operation for both provincial and district health system, and supervision, monitoring, and evaluation for all levels of operation.

There are two recommendations for developing the DHS strengthening model.

1) The Resource for Model Development

The critical constraint decentralization stemmed from the limitation of the budget allocation to just for margin of existing intervention. The reorientation of model for allocation of budget to meet the demand of decentralization should be supported such following tasks.

- a. Empowerment and capacity building to update their governance system
- b. Capacity building for being coach or facilitator not trainer (lecturer)



- c. Skill building for health information system which centered at patients or clients
- d. Resources equipped for Secretariat of DHS to visit and conduct M&E session in fields
- e. Training on model development of the health intervention
- f. Reorientation of central, regional and provincial officers to decentralize model of DHS
- g. Allowance for integration of centralized implementation into health district system model

2) Unified Database System

Even in same district, there are currently two separated system of database. As a consequence, the use of information system among DHS users are fragmented. The analysis of the situation as a whole, then cannot be undertaken and the synchronization of the joint planning, then can never be formulated. Ironically, the lay people in the districts can communicate through their smart phone with application available in the community. Thus, the Ministry of Public Health have to unify the health database system to be efficiently used by the health care providers, local authority, volunteers and health care's clients.



บทที่ 1

ความเป็นมา วัตถุประสงค์ และขั้นตอนการศึกษาวิจัย

1. ความเป็นมาและเหตุผล

แนวคิดการจัดการระบบสาธารณสุขเป็นหน่วยงานในรูปของเขต จังหวัด อำเภอ และตำบล ซึ่งมีการวางรูปแบบการบริหารจัดการมายาวนาน และได้พยายามฟื้นฟูกลับมาใช้เป็นกลยุทธ์ (Strategy) สำคัญในการดำเนินงานกับระบบการจัดการสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งเชื่อว่าเอื้อให้เกิดการปกครองควบคุม (Governance) ที่เสริมให้เกิด คุณภาพและความครอบคลุม ของการให้บริการทางด้านสุขภาพ และการจัดการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน และแก้ไขภาวะคุกคามทางสุขภาพต่างๆ รวมถึงการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

อย่างไรก็ตาม การผลักดันขับเคลื่อนแนวคิดดังกล่าว ด้วยกลยุทธ์ ที่แปลไปสู่กิจกรรม และภารกิจของผู้ปฏิบัติงานให้ได้นั้น ผู้กำหนดนโยบาย และบริหารจัดการ ในระดับต่างๆ จำต้องรู้จักการวิเคราะห์ข้อจำกัดเชิงบริบทของการปกครอง บริหารจัดการ และกระบวนการปฏิรูปที่ดำเนินการอยู่ใน 2 ทศวรรษที่ผ่านมา โดยต้องย้อนกลับไปประมวลข้อจำกัดของการจัดการหน่วยงานองค์กร ที่ระบบสุขภาพต้องเผชิญในวาระการเปลี่ยนผ่านของสถานการณ์ทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และเทคโนโลยี ที่ เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ความต้องการ (Demand) และความจำเป็น (Needs) ทางสุขภาพผันแปรต่างไปจาก บริบทการบริหารจัดการเมื่อ 30 ปีที่แล้ว

การปฏิรูปโครงสร้างของภาครัฐ ใน พ.ศ. 2545 ส่งผลให้กระทรวงสาธารณสุขปรับเปลี่ยนพันธกิจสำคัญ ไปสู่การเป็นผู้กำหนดและขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพของประเทศ โดยอาศัยหน่วยงาน และองค์กรในภาคส่วน และระดับต่างๆ เป็นกลไกการร่วมดำเนินงาน ประกอบกับการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน ส่งผล ให้การกระจายการตัดสินใจ และทรัพยากร ออกไปสู่พื้นที่ปฏิบัติงานเปลี่ยนไป กระทรวงสาธารณสุขจึงต้องปรับรูปแบบ แนวคิด และวิธีการทำงานให้เท่าทันกับสถานการณ์ยิ่งขึ้น

กระทรวงสาธารณสุขได้เสนอกรอบการปฏิรูปเขตบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ต่อพลเรือเอกณรงค์ พิพัฒนาศัย หัวหน้าฝ่ายสังคมจิตวิทยา คณะรักษาความสงบแห่งชาติ เมื่อวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2557 โดยมีนโยบายประการหนึ่ง คือ การปฏิรูปเขตบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดตั้งคณะกรรมการฯและกลไกองค์กร ในส่วนกลาง และเขต เพื่อทำหน้าที่ควบคุมกำกับกับการกระจายทรัพยากร (ในโรงพยาบาล)

สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้จัดตั้งคณะกรรมการฯเสนอกรอบการทำงานเขตสาธารณสุขเพื่อประชาชน ให้มีความร่วมมือของภาคประชาชนในการจัดการทางสุขภาพ



กล่าวโดยสรุป เขตสาธารณสุข (เขตการปกครอง) เป็นการมอบอำนาจ หรือ กระจายความรับผิดชอบของหน่วยบริหารราชการส่วนกลางให้กับหน่วยงานผู้รับมอบหมายในพื้นที่แยกย่อย เป็นความพยายามที่จะกระจายอำนาจสู่ภูมิภาค (Decentralization) จากเดิม ที่เป็นการใช้อำนาจแบบรวมศูนย์ ไปสู่การกระจายไปสู่ เขต จังหวัด อำเภอ และตำบล

อย่างไรก็ตาม กรอบรูปแบบ ลักษณะ กลวิธี ในการจัดวางบทบาทหน้าที่ (Role and Function) ของเขตสาธารณสุขในทั้ง 2 แนวคิด ก็ยังขาดความชัดเจนลงตัวทางเทคนิควิธี รวมทั้งหน่วยราชการส่วนกลางเอง ก็ยังขาดทักษะการจัดการระดับเขตภายใต้กรอบการกระจายอำนาจ และวิวัฒนาการเทคโนโลยี และการสื่อสาร ที่ก้าวหน้าไปจากบริบทในอดีต

ระบบสาธารณสุขไทย รับแนวคิดของการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Systems: DHS จาก WHO ตามแนวทางสาธารณสุขมูลฐาน ตั้งแต่ พ.ศ. 2530 โดยการปรับมาสู่ “คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ” หรือ คปสอ. ซึ่งต่อมาเมื่อริเริ่มจัดวางระบบหลักประกันสุขภาพใน พ.ศ. 2542 ก็ได้จัดตั้งกลไกบริการสุขภาพภายใต้สัญญาค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อหัว “Contracted Unit of Primary Care” หรือ CUP ขึ้นรองรับภารกิจในระดับอำเภอ ตลอดจนเสริมหนุนให้ท้องถิ่น เข้ามามีส่วนร่วมลงทุนในการจัดบริการสุขภาพพื้นฐานในพื้นที่รับผิดชอบ และมีการประสานกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องให้เข้าร่วมจัดการระบบสุขภาพ

ทั้งนี้ ได้พบข้อจำกัดสำคัญของแนวคิดเขตสาธารณสุขและการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ ดังนี้

1. หน่วยงานวิชาการ และยุทธศาสตร์ ในส่วนกลางขาดกลไก และวิธีการในการประเมินรูปแบบ วิธีการ และเครื่องมือ ในระดับกลวิธี (Tactics) สำหรับขับเคลื่อนนโยบาย ให้บูรณาการลงสู่ระบบสุขภาพอำเภอ ซึ่งเป็นวงจรการจัดการนโยบายในระนาบพื้นที่บริการประชาชน ที่ควรดำเนินงานสู่ประชากรเป้าหมายอย่างต่อเนื่องยั่งยืน
2. หน่วยงานในระดับภูมิภาค และท้องถิ่น ยังใช้รูปแบบ วิธีการ และเครื่องมือ ที่คุ้นเคย และใช้กันมาตลอดเวลา ในการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนแต่ละ นโยบาย และยุทธศาสตร์ โดยขาดการประเมินประสิทธิผลที่เกิดขึ้นกับแต่ละกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ
3. หน่วยปฏิบัติงานในระดับหน่วยให้บริการ ให้บริการ และปฏิบัติงานตามกรอบปฏิบัติงาน เวชกรรมเฉพาะวิชาชีพ โดยไม่ได้มีการพัฒนาศักยภาพและสมรรถนะ

ในการจัดการข่ายงาน (Governance) กับภารกิจเฉพาะหน้าที่สอดคล้องกับสถานการณ์สำหรับเขตบริการสุขภาพที่ 8 ที่เป็นพื้นที่ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ดำเนินการศึกษา เพื่อพัฒนารอบการทำงานในพื้นที่ 3 จังหวัด และ อำเภอ คือ จังหวัด อุดรธานี อำเภอหนองแสง ประเด็นระบบสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดสกลนคร อำเภอกุดบาก ประเด็นการจัดการขยะ และจังหวัดหนองคาย อำเภอท่าบ่อ ประเด็นโรคเบาหวานและความดัน



2. เป้าประสงค์ และวัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบ (Model) ของการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในระดับเขต จังหวัด อำเภอ และตำบล ซึ่งมีท้องถิ่น และชุมชนร่วมกำหนดความจำเป็น (Needs) ในลักษณะการบริการ การควบคุม กำกับภาระงานสาธารณสุข และการแพทย์ ที่แตกต่างกันตามความจำเป็นของแต่ละจังหวัด หรือ พื้นที่ชุมชน ทั้งนี้ แต่ละรูปแบบจะต้องมีภาคประชาสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา และพัฒนาแนวทางร่วม ดำเนินงานกับภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่เลือกมา

วัตถุประสงค์ทั่วไป (General Objective)

สนับสนุนผู้บริหารของเขตสาธารณสุขที่ 8 อุดรธานี สปสช. เขต 8 และศูนย์ของกรมต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้ง มหาวิทยาลัย และหน่วยงานภาคส่วนต่างๆ เข้าร่วมหรือกำหนดประเด็นที่ จะวางกรอบการดำเนินงานในรูปประเด็นปัญหา (เช่น โรคติดต่อ หรือ สิ่งแวดล้อม) หรือ ปัญหาของกลุ่ม ประชากรตามวัย เพื่อร่วมกันพัฒนารูปแบบ (Model) การจัดการกับปัญหาในระดับพื้นที่อำเภอ ในรูปของ ระบบสุขภาพอำเภอ โดยมีองค์กรปกครองท้องถิ่น และภาคประชาคม กับหน่วยงานภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เข้าร่วมดำเนินงาน

วัตถุประสงค์เฉพาะ (Specific Objectives)

1. กำหนดกลุ่มปัญหาสุขภาพ และกลุ่มประชาชนเป้าหมาย เพื่อประมวลรูปแบบ และวิธีการดำเนินงาน และจัดบริการ หรือ สนับสนุนการขับเคลื่อนในทางยุทธศาสตร์ ให้สามารถบ่งชี้หน่วยงานที่มีพันธกิจหลักเกี่ยวข้องในการพัฒนารอบปฏิบัติการในพื้นที่ และกรอบการเสริมหนุน ทางวิชาการ เพื่อพัฒนาเทคนิควิธี เครื่องมือ รวมทั้งการสนับสนุนทรัพยากร และงบประมาณเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติงานในพื้นที่ชุมชน ตามที่กำหนดในนโยบายของประเทศ
2. จัดทำข้อสรุปของกรอบการปฏิบัติงานของหน่วยงานในส่วนกลางที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพของแต่ละกลุ่มประชาชนเป้าหมาย ทั้งในเชิงภารกิจเชิงยุทธศาสตร์การพัฒนายุทธวิธี เครื่องมือ วิธีการ โดยจัดประชุมวิชาการของกลุ่มหน่วยงานในส่วนกลางที่รับผิดชอบภารกิจเกี่ยวเนื่องกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ให้สามารถบ่งชี้ภารกิจเชิงปฏิบัติการของหน่วยงาน และกรอบการ วัดผลภารกิจที่ปรับทดสอบผลลัพธ์ในระดับพื้นที่ชุมชนของเขต 8 ในแต่ละจังหวัด
3. การจัดทำข้อสรุปของกรอบการปฏิบัติงานของหน่วยงานภูมิภาคในแต่ละเขต เพื่อปรับแก้กรอบปฏิบัติการจากส่วนกลาง ในแต่ละกลุ่มปัญหาสุขภาพของแต่ละกลุ่มประชากรเป้าหมาย ให้สอดคล้องกับบริบททางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมของแต่ละจังหวัด หรือ พื้นที่ชุมชน และ



กำหนดกรอบการปรับใช้ในทุกพื้นที่จังหวัด โดยกำหนดกรอบการทดสอบผลลัพธ์ ในพื้นที่อำเภอ ตำบล ตลอดจนกำหนดกรอบการขยายผลให้ครอบคลุมพื้นที่ทั้งจังหวัด ในระยะ 3 ปี

4. การจัดวางกรอบการปฏิบัติในแต่ละจังหวัด ให้ตอบสนองต่อกลุ่มดัชนีชี้วัดของแต่ละกลุ่ม ประชาชนเป้าหมาย โดยให้วินิจฉัยข้อจำกัด หรือ ส่วนขาดของหน่วยบริการ หรือ ผู้ปฏิบัติงานในเชิง สมรรถนะ เครื่องมือ วิธีการ ที่ใช้อยู่ในอดีตและปัจจุบัน เพื่อกำหนดแนวทางการปฏิบัติที่สามารถลด ข้อจำกัด หรือ ทดแทนส่วนขาดที่ค้นพบ และปรับใช้กรอบการปฏิบัติดังกล่าวให้เป็นดัชนีชี้วัด สมรรถนะ ทั้งในเชิงปริมาณ และคุณภาพ

5. การจัดวางกรอบการปฏิบัติของหน่วยบริการ หรือ หน่วยปฏิบัติงาน เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ สำนักงานสาธารณสุข อำเภอ ในอำเภอที่เลือกจากแต่ละจังหวัด แล้วปรับใช้รูปแบบ วิธีการ และเครื่องมือ จากส่วนกลาง หรือ ปรับพัฒนาโดยเขต จังหวัด เพื่อดำเนินงานในระดับพื้นที่ แล้วปรับใช้กรอบ ปฏิบัติงานดังกล่าว เป็นดัชนีชี้วัดสมรรถนะ ทั้งในเชิงปริมาณ และคุณภาพ

6. การจัดวางกรอบการปฏิบัติของประชาคม ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกับ หน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุขและภาคส่วนอื่นในระดับพื้นที่ชุมชน โดยให้ประชาชน กลุ่มเป้าหมายเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการวิเคราะห์ปัญหา เหตุปัจจัย ที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึง บริการ หรือ อุปสรรคต่อการบรรลุดัชนีชี้วัดในระดับประเทศของแต่ละพื้นที่ และร่วมจัด กิจกรรม โครงการ หรือ แผนงานข้อจำกัด ส่วนขาดต่างๆ ใช้เป็นดัชนีชี้วัดผลสัมฤทธิ์

7. การจัดสรรทรัพยากร และพัฒนารูปแบบ วิธีการสนับสนุนการประมวลผล การวิเคราะห์ผล การติดตามกำกับงานในระดับส่วนกลาง เขต จังหวัด และ อำเภอ เพื่อปรับแก้ระดับปฏิบัติการ ของภารกิจในแต่ละระดับ ให้สามารถยกระดับตัวชี้วัดการปฏิบัติงานของหน่วยงานที่รับผิดชอบ แต่ละ กลุ่มตัวชี้วัด และกลุ่มประชากร สำหรับใช้เป็นกรอบการประเมินผลการปฏิบัติการของ แต่ละ หน่วยงาน ตลอดจนเสนอให้หน่วยงานในระดับนโยบายประเทศ ปรับแก้ให้เหมาะสม

ทั้งนี้ ระยะเวลาของโครงการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 ใช้เวลา 8 เดือน และระยะที่ 2 ใช้เวลา 4 เดือน ซึ่งการศึกษานี้เป็นการดำเนินงานวิจัยของระยะที่ 1 จึงยังไม่ครอบคลุมกลุ่ม กิจกรรมภายใต้วัตถุประสงค์ที่ 7: การจัดสรรทรัพยากร และพัฒนารูปแบบ วิธีการสนับสนุนการ ประมวลผล การวิเคราะห์ผลการติดตามกำกับงานในระดับส่วนกลาง เขต จังหวัด และอำเภอ (ดู ภาคผนวก 1: ข้อเสนอโครงการพัฒนากรอบการทำงานในระดับเขตสาธารณสุข จังหวัดและอำเภอ)



3. ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการดำเนินการ **วิจัยการดำเนินการ (Operation Research)** ซึ่งเป็นวิธีการทางวิทยาศาสตร์ที่ช่วยตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในระบบองค์การต่างๆ ว่าควรจะดำเนินการอย่างไร แก้ไขปัญหาความร่วมมือกันระหว่างองค์การและปัญหาของงานต่างๆ ในองค์การอย่างไร และเป็นการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลการดำเนินงาน เพื่อนำมาจัดวางเป็นระบบ หรือทฤษฎี ที่จะทำให้การดำเนินงานต่อไปดียิ่งขึ้น ซึ่งมีการนำไปใช้ในวงการ โรงพยาบาล หน่วยราชการ ธุรกิจ และ อุตสาหกรรม ฯลฯ

ลักษณะของ วิจัยการดำเนินการ (Operation research)

- 1) เป็นการศึกษาและวิจัย ขั้นตอนในการดำเนินงานและประสานงาน (Research on operations) เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุด และทดสอบศักยภาพของหน่วยงานรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน
- 2) มีการพิจารณาปัญหาขององค์การเป็นส่วนรวม (Organizations as a whole) คือเข้าใจสถานการณ์และหน้าที่ของโครงสร้างของส่วนต่างๆ ภายในระบบที่มีความเกี่ยวพันกัน
- 3) เป็นการทำงานของผู้เชี่ยวชาญในด้านต่างๆ จากหลายสาขาวิชา (Interdisciplinary team effort) รวมทั้งให้ความสำคัญกับการลองปรับกิจกรรมของผู้ดำเนินงานในพื้นที่จริง
- 4) ให้ผลลัพธ์ หรือ แนวทางการแก้ปัญหา (Optimal decisions making) ของระบบที่ซับซ้อน ที่เป็นจริงได้ (Feasibility) เพื่อช่วยในการตัดสินใจ
- 5) ใช้หลักเกณฑ์ที่เป็นวิทยาศาสตร์ (Application of scientific method) อย่างมีขั้นตอนในการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ
- 6) มีลักษณะแบบ Quantitative model construction and analysis คือการสร้างรูปแบบทางคณิตศาสตร์แทนระบบที่ต้องการศึกษาและดำเนินการวิเคราะห์ สามารถให้คำตอบเป็นแนวทางที่เหมาะสม
- 7) สามารถระบุได้ว่าต้องมีข้อมูลส่วนใดมาเสริมหนุน งานวิจัยในอนาคต (Identification of further research needs)

พื้นที่การวิจัยการดำเนินงาน

เนื่องจากการวิจัยการดำเนินงาน เป็นกระบวนการที่ต้องเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในระบบงาน และการตัดสินใจเรียนรู้แก้ปัญหาาร่วมกัน จึงจำเป็นต้องได้รับความเห็นชอบและความร่วมมือจากผู้บริหารของหน่วยงาน โดยในกระบวนการพัฒนาข้อเสนอโครงการ ได้หารือขอความเห็นชอบจากผู้ตรวจราชการสาธารณสุขเขต 8 หลังจากนั้นได้ลงพื้นที่พูดคุยกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี หนองคาย และสกลนคร ที่สนใจเข้าร่วมการวิจัย และได้เสนอประเด็นการดำเนินงาน ดังนี้



- 1) การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอหนองแสง จังหวัดอุดรธานี
- 2) การควบคุมโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย
- 3) การจัดการระบบขยะ อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร

ทั้งนี้ สำหรับการศึกษาประเด็นการเงิน การคลังของเขตบริการสุขภาพที่ 8 ผู้วิจัยใช้วิธี สัมภาษณ์ผู้อำนวยการเขตบริการสุขภาพที่ 8 และพบว่าประเด็นการจัดการการเงิน การคลังของเขต บริการสุขภาพที่ 8 มีรูปแบบและการพัฒนาเครื่องมือ ที่ใช้เป็นตัวอย่างให้กับเขตบริการสุขภาพอื่นๆ และเป็นประเด็นที่อยู่ในความสนใจของผู้บริหารทั้งส่วนของจังหวัด และอำเภอ เนื่องจากมี โรงพยาบาลที่มีภาวะวิกฤตทางการเงินระดับต่างๆ

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

การดำเนินโครงการในระยะที่ 1 ภายใต้ระยะเวลา 8 เดือน คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาวิจัย ใน 4 ประเด็น ทั้งในประเด็นระดับเขต และ ระดับพื้นที่ โดยคณะนักวิจัย ได้จัดแบ่งทีมวิจัย ตามความ ชำนาญในแต่ละสาขา เพื่อดำเนินการศึกษาในประเด็นที่ถูกจัดแบ่ง ในทั้ง 4 ประเด็น

- 1) ร่วมเรียนรู้และพัฒนากรอบการดำเนินงาน (Operation Framework) ในแต่ละอำเภอที่ จังหวัดเลือกมา อันได้แก่ อำเภอหนองแสง จังหวัดอุดรธานี ประเด็นระบบสุขภาพ ผู้สูงอายุ อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร ประเด็นการจัดการขยะ และ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ประเด็นโรคเบาหวานและความดัน
- 2) รวบรวมวิเคราะห์การสนับสนุนจากส่วนกลาง เขต และ อำเภอ
- 3) พัฒนารอบการปฏิบัติงานของระบบสุขภาพอำเภอ ในแต่ละประเด็น
- 4) กำหนดกรอบการร่วมภารกิจของภาคประชาสังคม และท้องถิ่น
- 5) กำหนดกรอบการปฏิบัติงานของหน่วยงานบริการสุขภาพในพื้นที่ อำเภอ และจังหวัด
- 6) พัฒนารอบการสนับสนุนจากทีมงานของจังหวัด ในแต่ละประเด็น
- 7) ร่วมกับทีมงานระดับเขตพัฒนาและกำหนดแนวทางการสนับสนุนทางเทคนิค วิชาการ และทรัพยากร ให้กับการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ



ข้อจำกัดการศึกษา

ในกระบวนการดำเนินการวิจัยการดำเนินงานซึ่งต้องการความเห็นชอบและความร่วมมือ จากผู้ตรวจราชการสาธารณสุขเขต 8 และผู้บริหารหน่วยงานในพื้นที่ เป็นช่วงเวลาที่มีการปรับเปลี่ยนโยกย้ายผู้บริหาร ภายในกระทรวงสาธารณสุข และมีประเด็นเรื่องการบริหารและจัดสรรทรัพยากรระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับ สปสช. ทำให้การดำเนินโครงการมีความล่าช้า และมีอุปสรรคในการที่ภาคีเข้ามาร่วมวิเคราะห์ปัญหา สถานการณ์ เหตุปัจจัย จนสามารถวางแผนปฏิบัติการ และร่วมกันควบคุม กำกับภารกิจดำเนินงานและประเมินภารกิจ ร่วมกันได้

นอกจากนี้คณะนักวิจัยยังมีการปรับเครื่องมือให้สอดคล้องกับ การทดสอบรูปแบบกับระบบงานจริงของผู้ปฏิบัติงานทั้งในระดับตำบล อำเภอ จังหวัดและเขต ดังจะได้กล่าวต่อไปในบทที่ 2



บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิด

การพัฒนากรอบการทำงานระดับเขตสาธารณสุข จังหวัด และอำเภอ

แนวคิดการจัดการระบบสาธารณสุขในรูปของเขต จังหวัด อำเภอ และตำบล ซึ่งมีการวางรูปแบบการบริหารจัดการมายาวนาน และได้พยายามฟื้นกลับมาใช้เป็นกลยุทธ์ (Strategy) สำคัญในการดำเนินงานกับระบบการจัดการสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งเชื่อว่าเอื้อให้เกิดการปกครองควบคุม (Governance) ที่เสริมให้เกิด คุณภาพและความครอบคลุม ของการให้บริการทางด้านสุขภาพ และการจัดการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน และแก้ไขภาวะคุกคามทางสุขภาพต่างๆ รวมถึงการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

อย่างไรก็ตาม ความพยายามผลักดันขับเคลื่อนแนวคิดดังกล่าว ไปสู่กลยุทธ์ที่สามารถแปลงเป็นกิจกรรม และภารกิจของผู้ปฏิบัติงาน ผู้กำหนดนโยบาย และบริหารจัดการ ในระดับต่างๆ สู่กิจกรรมเชิงพื้นที่ ยังขาดการวิเคราะห์ข้อจำกัดเชิงบริบทของการปกครอง บริหารจัดการ และกระบวนการปฏิรูปที่ดำเนินอยู่ใน 2 ทศวรรษที่ผ่านมา ทั้งนี้ ระบบสุขภาพต้องเผชิญกับวาระการเปลี่ยนผ่านของสถานการณ์ทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และเทคโนโลยีที่เกิดขึ้นรวดเร็ว ส่งผลให้ความต้องการ (Demand) และความจำเป็น (Needs) ทางสุขภาพผันแปรไปจากเมื่อ 30 ปีที่แล้ว

การปฏิรูปโครงสร้างของภาครัฐ ใน พ.ศ. 2545 ส่งผลให้กระทรวงสาธารณสุข มีพันธกิจสำคัญในการกำหนดและขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพของประเทศ โดยอาศัยหน่วยงาน และองค์กรในภาคส่วน และระดับต่างๆ เป็นกลไกในการร่วมดำเนินงาน ประกอบกับการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน ส่งผลให้การกระจายการตัดสินใจ และทรัพยากร ออกไปสู่พื้นที่ปฏิบัติงาน เปลี่ยนไป ส่งผลให้กระทรวงสาธารณสุข ต้องปรับรูปแบบวิธีการทำงานให้ทันการณ์ขึ้น

กระทรวงสาธารณสุขได้เสนอกรอบการปฏิรูปเขตบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ต่อพลเรือเอกณรงค์ พิพัฒนาศัย หัวหน้าฝ่ายสังคมจิตวิทยา คณะรักษาความสงบแห่งชาติ เมื่อวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2557 โดยมีนโยบายประการหนึ่ง คือ การปฏิรูปเขตบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย

หลักการ

ปัจจุบัน ความเหลื่อมล้ำ การเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ และประสิทธิภาพ ยังเป็นปัญหาที่สำคัญใน ระบบ บริการสาธารณสุข จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนในการปฏิรูประบบบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ และให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ และประสิทธิภาพ ด้วยเหตุนี้ กระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดตั้งนโยบายเขตบริการสุขภาพ เพื่อกระจายการบริหารจัดการในรูปแบบเขตบริการสุขภาพ จำนวน 12 เขต ครอบคลุม 4-8 จังหวัด (ประชากร 4-5 ล้านคน)



เป้าประสงค์

- 1) สร้างความเสมอภาค และเป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากร (equity)
- 2) เพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ (access & quality)
- 3) เพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ (efficiency)
- 4) สร้างการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนอื่นๆ (social accountability)

มาตรการเร่งด่วน (ภายใน 1 ต.ค. 57)

- 1) จัดตั้งคณะกรรมการ และสำนักงานบริหารการเปลี่ยนแปลงภายใต้ สป.สธ.
- 2) ออกแบบการทำงานเขตบริการสุขภาพ พร้อมรับฟังความคิดเห็นจากทุกภาคส่วน
- 3) จัดตั้งสำนักงานเขตบริการสุขภาพจำนวน 12 เขต อย่างเป็นทางการ
- 4) คัดเลือก แต่งตั้งผู้บริหารสรรหาบุคลากรในสำนักงานเขตบริการสุขภาพ สรรหา คณะกรรมการเขตบริการสุขภาพ ทั้งระดับจังหวัด และระดับเขต
- 5) ปรับโครงสร้างบทบาทการทำงานในส่วนกลาง การมอบอำนาจให้คณะกรรมการและ ผู้อำนวยการสำนักงานเขตบริการสุขภาพ (CEO) และจัดรูปแบบการบริหารจัดการ ด้าน การเงินการคลัง การบริหารบุคลากร และอื่นๆ

มาตรการระยะยาว (1 ปี)

- 1) จัดสรรและกระจายทรัพยากรสุขภาพให้เกิดความทั่วถึงและเป็นธรรม
- 2) เพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน ภายใต้นโยบาย (service plan) 10 สาขา
- 3) จัดระบบบริการสุขภาพในทุกระดับตั้งแต่ปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ ให้มีคุณภาพ สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่
- 4) เพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ โดยการจัดซื้อร่วม
- 5) เพิ่มการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานจากทุกภาคส่วน ตั้งแต่ระดับหน่วยบริการจังหวัด และ เขต

กลไกในการขับเคลื่อน

- 1) ประกาศเป็นนโยบายเร่งด่วนของกระทรวงสาธารณสุข
- 2) สร้างความเข้าใจ และจัดเตรียมบุคลากร
- 3) ปรับบทบาทและภารกิจหน่วยงานส่วนกลางและส่วนภูมิภาค และ
- 4) สร้างการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

หลังจากนั้น ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2557 ได้จัดทำเอกสารร่างนโยบายเขตสาธารณสุข เพื่อรับ ฟังความ คิดเห็นจากฝ่ายต่างๆ โดยกำหนดกรอบคร่าวๆ ในด้านบุคลากร และบทบาท อำนาจหน้าที่ ในการบริหารจัดการ หากแต่ยังไม่มีเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน

เมื่อวันที่ 8 สิงหาคม พ.ศ. 2557 พล.ร.อ.ณรงค์ พิพัฒนาศัย รองหัวหน้าคณะรักษาความสงบ แห่งชาติ (คสช.) หัวหน้าฝ่ายสังคมจิตวิทยา เป็นประธานการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ



และแถลงข่าวผลการประชุม ที่อาคารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ นนทบุรี ซึ่งการประชุมครั้งนี้ มีผู้บริหารหน่วยงานหลักในระบบสุขภาพ ประกอบด้วย ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (กสธ.), เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), ผู้จัดการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสุขภาพ(สสส.), เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม(สปส.), และอธิบดีกรมบัญชีกลาง เข้าร่วมประชุมกับคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ด้วย โดยมีเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ทำหน้าที่เลขานุการ

ที่ประชุมมีมติให้เสนอต่อ คสช.ให้ความเห็นชอบการจัดตั้ง “เขตสุขภาพเพื่อประชาชน” เพื่อเป็นกลไก สำคัญกลไกหนึ่งในการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน

เขตสุขภาพเพื่อประชาชน จึงไม่ใช่เขตเชิงอำนาจ หรือ เชิงโครงสร้าง หรือ เขตบริหาร แต่เป็นเขตใน ลักษณะกลไกการทำงานร่วมกันของหน่วยงานหลักต่างๆ ที่ทำงานเกี่ยวกับสุขภาพในทุกมิติ เช่น กสธ., สปสช., สช., สสส., มหาวิทยาลัย หน่วยงานอื่นๆของรัฐ,องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ,เอกชน และภาค ประชาชน แบ่งกลุ่มจังหวัดออกเป็นเขต ทั้งประเทศอาจมีประมาณ 12-13 เขต เพื่อให้เกิดการทำงานแบบมีส่วนร่วมตามพันธกิจของแต่ละหน่วยงาน โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน (Area – Function - Participation: AFP) เพื่อ กำหนดทิศทางการพัฒนาสุขภาพในเขตร่วมกัน ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่ที่แตกต่างกัน เกิดการบูรณาการการทำงานและการใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล มีคุณภาพมากขึ้น โดยไม่เพิ่มภาระการเงินการคลังของประเทศ

สำหรับกลไกการทำงาน จะมี “คณะกรรมการอำนวยการเขตพื้นที่สุขภาพเพื่อประชาชน” เป็นกลไก อภิบาลแบบมีส่วนร่วมหรือแบบหุ้นส่วน องค์กรประกอบจะมาจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ได้แก่ กสธ., มหาวิทยาลัย, สปสช., สสส. , สช. , กลาโหม, กระทรวงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง, อบต. เป็นต้น ภาคสังคม ทั้งประชาสังคม เอกชน และภาควิชาการ ซึ่งรวมไปถึงองค์กรวิชาชีพต่างๆที่เกี่ยวข้อง หนุนเสริมการทำงานกันและกัน เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ (Health needs) ของประชาชนในพื้นที่นั้นๆ โดยแต่ละหน่วยงานไม่ใช่อำนาจเหนือกัน องค์กรยังคงมีอิสระในการทำงานตามอำนาจหน้าที่ของตน โดยทุกฝ่ายเข้ามาเป็นเจ้าของกลไกนี้ร่วมกัน สร้างให้มีความผูกพันและรับผิดชอบต่อการดำเนินงานในทุกระดับร่วมกัน (Collective accountability) ทั้งนี้ จะยึดหลักการ ทิศทางและแนวทางสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ ตามมติสมัชชา สุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและจัดการภัยคุกคาม สุขภาพ การบริการสุขภาพ การผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ การเงินการคลังและระบบหลักประกัน สุขภาพ และการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วม

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ในฐานะฝ่ายเลขานุการกล่าวปิดท้ายว่า จะได้เสนอเรื่องนี้ต่อ คสช.ให้ความเห็นชอบ ในขณะเดียวกันคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้เห็นชอบให้ตั้ง คณะทำงานพัฒนารูปแบบเขตสุขภาพเพื่อประชาชน มี นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา กรรมการสุขภาพแห่งชาติ จากภาคประชาชน เป็นประธาน มีหน้าที่พัฒนารูปแบบเขตสุขภาพเพื่อประชาชนนี้คือคิดรายละเอียดเรื่อง บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการฯ องค์กรประกอบ การได้มา การบริหารจัดการและการสนับสนุนต่างๆ ทั้งนี้ จะไม่มีการสร้างโครงสร้างใหม่หรือการของบประมาณเพิ่ม จะเป็นการใช้ทรัพยากรของหน่วยงานต่างๆ ที่มีอยู่แล้ว ร่วมกันทำงานโดยจะมีการรับ



ฟังความเห็นของภาคีภาคส่วนต่างๆ ต่อไปด้วย

นอกจากนั้น ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน ต่อการใช้การวัดผลการปฏิบัติงาน ของเจ้าหน้าที่รายบุคคล เพื่อ ใช้ประกอบการสร้างแรงจูงใจทำให้เป้าประสงค์ในการยกระดับสมรรถนะการปฏิบัติงาน ของหน่วยงานและองค์กร สับสนไขว้เขวไปด้วย เนื่องจากไม่อาจชี้แจงแสดงผลดีของการปฏิบัติงานของบุคคล จะเอื้อให้เกิดการพัฒนาบริการ และนำไปสู่ผลการปฏิบัติงานโดยตรง ต่อประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ให้ดีขึ้นได้อย่างไร?

จากการเคลื่อนไหวปฏิรูปกลไกหลายด้านของประเทศไทย ทำให้กรอบแนวคิดการจัดตั้งเขตสาธารณสุข ยังต้องการกรอบข้อเสนอสู่ที่ชัดเจนในการจัดระบบปฏิบัติงาน และบริการสุขภาพ จึงควรจัดทำข้อเสนอ เป็น แนวทางเลือก สำหรับให้ผู้กำหนดนโยบายพิจารณาความเป็นจริงได้ (Feasibility) ต่อไป

แนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรม

1. แนวคิดการดำเนินงานเชิงโครงสร้าง (Structural Intervention)

มีการให้นิยามของ “การดำเนินงานเชิงโครงสร้าง” ในระดับสากล คือ “การดำเนินงานด้วยมาตรการทางสาธารณสุขให้เกิดการเสริมสร้างสุขภาพโดยมุ่งปรับเปลี่ยนโครงสร้างที่เป็นบริบท (Structural Context) ที่ก่อให้เกิดสุขภาวะแก่กลุ่มเป้าหมาย”

การดำเนินงานเชิงโครงสร้าง จึงเป็นการวางกรอบการทำงาน ที่มุ่งปรับเปลี่ยน กฎหมาย กฎเกณฑ์นโยบาย โครงสร้างทางกายภาพ โครงสร้างทางสังคม และการจัดองค์กร หรือ แม้แต่ มาตรฐานการปฏิบัติงาน (Standard Operation Procedure) ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางนิเวศสังคมของกลุ่มเป้าหมาย จนส่งผลต่อ การปรับลดพฤติกรรมเสี่ยง และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีประสิทธิภาพ และต่อเนื่องยั่งยืน

นโยบายดังที่กระทรวงสาธารณสุขมุ่งให้เกิดในลักษณะเขตสาธารณสุข และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติร่วมผลักดัน กล่าวได้ว่ามีรูปแบบที่สอดคล้องกับแนวคิดการดำเนินงานเชิงโครงสร้างดังกล่าว

2. แนวคิดการกระจายอำนาจระบบบริการสุขภาพ (Decentralization of Health Systems: Decision space, innovation and Performance)

สมมติฐานสำคัญของแนวคิดการกระจายอำนาจระบบบริการสุขภาพ ก็คือ หน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่มีข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสถานการณ์สุขภาพของพื้นที่ ดีกว่าหน่วยงานในส่วนกลาง จึงสามารถตัดสินใจทาง เลือกการจัดการทางสุขภาพได้เหมาะสมสอดคล้องกับความจำเป็นของคนในพื้นที่ จึงสามารถติดตาม กำกับ การทำงานของบุคลากรต่างๆ ในพื้นที่ สร้างแรงจูงใจ และวางกฎระเบียบตลอดจนกำหนดเกณฑ์การดำเนินงานได้อย่างเหมาะสมกับภาวะการณ์ที่แปรเปลี่ยนแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ กรอบความคิดดังกล่าวทำให้มุ่งจัด “เวทีกลไกร่วมตัดสินใจ (Decision-Space)” เพื่อจัดวางผังทางเลือกของการตัดสินใจ สำหรับทำบทบาทหน้าที่ พัฒนานวัตกรรม ที่เป็นทางเลือก ซึ่งแตกต่างจากการจัดแผนงานโครงการ ที่คุ้นเคยกันอยู่ยาวนาน ก่อนหน้าที่จะมีนโยบายกระจายอำนาจ



3. กรอบแนวคิดการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ

การทบทวนแนวคิดของการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ ฉบับประเทศไทย ที่ตีพิมพ์ โดย สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2557 เป็นการถอดบทเรียนการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอในช่วง 2 - 3 ปี ที่ผ่านมา เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ ให้ครอบคลุมทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ เพื่อสุขภาพของประชาชน ทั้งนี้ ได้ให้นิยามของระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) ซึ่งใช้ฐานคิด Six building block คือ

“ระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วน ด้วยการบูรณาการทรัพยากร ภายใต้บริบทของพื้นที่ ผ่านกระบวนการขึ้นชม และการจัดการความรู้ ส่งเสริมให้ประชาชน และชุมชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายร่วม เพื่อสุขภาพของประชาชน”

ทั้งนี้ โดยมีประเด็นสำคัญ (Key Words) ประกอบด้วย

ระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอ หมายถึง การทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอ ร่วมกันของทุกภาคส่วนที่มีลักษณะภารกิจซับซ้อน มีความสัมพันธ์ สามารถประสานและเชื่อมโยงเข้าด้วยกันได้โดยมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน

ทุกภาคส่วน หมายถึง องค์กรภาคีในพื้นที่ อาทิ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ(สสอ.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) วัด โรงเรียน หน่วยงานเอกชน ส่วนราชการภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และภาคประชาสังคม เป็นต้น

การบูรณาการทรัพยากร หมายถึง การจัดการ และใช้ประโยชน์จากทรัพยากร ทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ระบบข้อมูล สารสนเทศ และเทคโนโลยีร่วมกับองค์กรภาคีต่างๆ ในพื้นที่ ตามสภาพปัญหา

การจำแนกบริบทของระบบสุขภาพ เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. บริบทชุมชน: เชื่อมโยงกับความจำเป็นด้านสุขภาพ และการจัดบริการทั้งปัจจุบัน และแนวโน้มในอนาคต แยกเป็นสภาพทางกายภาพของสังคมชุมชน ศักยภาพของผู้นำชุมชน และทุนทางด้านสังคม ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความพร้อมของชุมชนในการจัดการกับปัญหา

2. บริบทองค์กร: สภาพพื้นฐานของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ และบริการปฐมภูมิ สะท้อนให้เห็นถึงความพร้อมในการจัดบริการเพื่อตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน แนวทางการพิจารณาวิเคราะห์บริบทของระบบสุขภาพ เป็นแนวทางสำคัญ สำหรับใช้ประกอบการวางแผนและดำเนินงาน ภายใต้เงื่อนไขบริบทที่แตกต่างกันของแต่ละพื้นที่อำเภอ หากแต่กรอบดังกล่าว ดังภาพที่ 2.1 ยังขาดองค์ประกอบของกลวิธีที่ใช้ในการปฏิบัติงานระดับอำเภอที่ชัดเจนเพียงพอ สำหรับปรับใช้เป็นทฤษฎีโครงการ (Program Theory) กำหนด เกณฑ์ที่ใช้ในการพัฒนา รวมทั้งใช้ในการประเมินผลการดำเนินงานได้



ภาพที่ 2.1 กรอบแนวคิดและแนวทางการดำเนินงานจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (พ.ศ. 2557)



3. กรอบแนวคิดการองค์ประกอบการพัฒนาาระบบสุขภาพ (Health System Development)

ในปี ค.ศ. 1987 (พ.ศ. 2530) องค์การอนามัยโลก ได้นำข้อเสนอเรื่องระบบสุขภาพอำเภอ ซึ่งแสดงให้เห็นองค์ประกอบและบทบาทสำคัญ (Essential Components and Function) ในการประชุมวิชาการของประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลกที่กรุงฮาราเร่ ประเทศซิมบับเว เพื่อให้เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนภารกิจสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) โดยมุ่งหลักการสำคัญ คือ



- 1) นโยบายระดับชาติที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานทางสุขภาพที่จำเป็นแก่ระบบสุขภาพอำเภอ
- 2) การกระจายอำนาจทั้งทางการจัดการกำลังคน และการเงินอย่างเหมาะสม
- 3) การพัฒนากระบวนการวางแผนและดำเนินงานในระดับอำเภอ
- 4) การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนให้มีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ
- 5) การสนับสนุนการร่วมมือระหว่างภาคส่วนในการร่วมจัดการระบบสุขภาพ
- 6) การพัฒนาภาวะผู้นำระดับอำเภอ
- 7) การระดมทรัพยากรจากทุกภาคส่วนในพื้นที่ และในระดับชาติ
- 8) การสร้างความยั่งยืนให้เกิดเป็นการดำเนินงานทางสุขภาพในระดับพื้นที่อำเภอ
- 9) การทบทวนและระบุบทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลใหม่ให้สามารถเชื่อมโยงภาคีต่างๆ ได้
- 10) การใช้งานวิจัยด้านระบบสุขภาพเป็นเครื่องมือในการแก้ไขปัญหาของระบบสุขภาพ ระดับอำเภอ
- 11) การสร้างความเป็นธรรมในระบบสุขภาพของอำเภอ
- 12) การสนับสนุนการระดมทรัพยากรในระดับนานาชาติทั้งในแบบพหุภาคี และทวิภาคี

หลังจากนั้น ในปี ค.ศ. 2007 (พ.ศ. 2550) องค์การอนามัยโลกได้พัฒนา และนำเสนอหลักการ และโครงสร้างของระบบสุขภาพ ให้มีโครงสร้าง และบทบาทที่ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยจัดวางเป็น องค์ประกอบพื้นฐาน 6 ด้าน (WHO's 6 Blocks for Health System) เพื่อให้สมาชิกประเทศ ซึ่งรวมถึงกระทรวงสาธารณสุข ของประเทศไทยได้นำกรอบแนวคิดไปใช้ไปใช้ในการจัดวาง และพัฒนา กลไก และกรอบการปฏิบัติงานของระบบสุขภาพในระดับต่างๆ (ทั้งระดับชาติ ระดับภูมิภาค ระดับ จังหวัด และระดับอำเภอ) โดยมีมุ่งหวังผลมุ่งเป้าประสงค์และผลลัพธ์สำคัญ 4 ด้าน คือ

1. ให้เกิดการปรับปรุงระดับ และความเป็นธรรมทางสุขภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย
2. จัดบริการได้ตอบสนองต่อประเด็นปัญหาสุขภาพ ที่เชื่อมโยงมาจากเหตุปัจจัยทางสังคมของชุมชน
3. ลดความเสี่ยงทางสังคม และการเงิน ให้ประชาชนเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้อย่างถ้วนทั่ว ครบถ้วน
4. การปรับปรุงประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของระบบสุขภาพ



ภาพที่ 2.2 โครงสร้างของการสร้างระบบสุขภาพ ซึ่งมีองค์ประกอบ 6 ด้าน ซึ่งมุ่งไปยังเป้าประสงค์และผลลัพธ์ 4 ด้าน ผ่านการเข้าถึงบริการและคุณภาพของการระบบสุขภาพ



องค์ประกอบของการสร้างระบบสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ในการสร้างระบบสุขภาพมีรายละเอียดดังนี้

1) การจัดบริการสุขภาพ (Service Delivery)

การจัดบริการสุขภาพเป็นส่วนสำคัญของระบบสุขภาพ ซึ่งมุ่งให้มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย มีคุณภาพทั้งในส่วนของคุณภาพผู้ให้บริการ และอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ในการให้บริการ บนเงื่อนไขของความคุ้มค่าในการใช้ทรัพยากร และบุคลากรจากภาคส่วนต่างๆ เพื่อให้เกิดการให้บริการสุขภาพที่จำเป็นได้ครอบคลุมทั่วถึงแก่ประชากรกลุ่มเป้าหมาย โดยบริการสุขภาพจะต้องประกอบด้วยบริการป้องกันโรค สร้างเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ ดังนั้น การจัดบริการสุขภาพจึงไม่ได้จำกัดเฉพาะการให้บริการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของทางราชการในระบบโรงพยาบาลเท่านั้น

2) ผู้ให้บริการสุขภาพ (Health Workforce)

การจัดการและพัฒนาบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพ ต้องสามารถตอบสนองต่อความต้องการบริการพื้นฐานที่จำเป็นในพื้นที่ มีหลักการให้บริการที่มีความเหมาะสมและตรงไปตรงมา และมีประสิทธิภาพในการให้บริการ เพื่อที่จะมุ่งไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีที่สุด ซึ่งระบบสุขภาพอำเภอจะต้องพิจารณาถึงความเพียงพอของบุคลากรในด้านต่างๆ การกระจายบุคลากรไปยังผู้รับบริการที่จำเป็นอย่างเหมาะสม ซึ่งบ่งชี้ได้ถึง ความรับผิดชอบ ความรอบรู้ในงานที่รับผิดชอบ และมีแสดงผลการดำเนินงานได้อย่างชัดเจน



3) ระบบข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ (Health Information Systems)

การจัดระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่สามารถสื่อสารข่าวสารให้กับผู้ตัดสินใจที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย ผู้บริหารงานระบบสุขภาพ ไปจนถึง ผู้ให้บริการสุขภาพที่เป็นเจ้าหน้าที่ เป็นอาสาสมัครในพื้นที่ หรือ ภาคเอกชน และชุมชน ที่เข้าร่วมให้บริการ รวมไปถึงข่าวสารแก่กลุ่มประชากรเป้าหมายที่จำเป็นต้องได้รับการ เพื่อให้แต่ละฝ่ายนำข่าวสารที่สื่อสารถึงตนไปใช้ในการตัดสินใจ ประกอบการบริหาร การปรับปรุงระบบบริการสุขภาพ การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในระดับต่างๆ รวมถึงนำไปใช้เป็นแนวทางประพฤติดิปฏิบัติของประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มุ่งให้มีสถานทางสุขภาพดีขึ้นด้วย

4) การเข้าถึงยา เวชภัณฑ์ เครื่องมือ และบริการที่จำเป็น (Access to Essential Medicines)

ระบบสุขภาพต้องสามารถที่จะเปิดโอกาสให้กลุ่มเป้าหมายต่างๆของระบบสุขภาพ เข้าถึงการ รักษาพยาบาล ยา วัคซีน และเทคโนโลยี ที่มีความจำเป็นสำหรับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และมีความคุ้มค่า ทั้งในเชิงวิทยาศาสตร์ และเศรษฐศาสตร์

5) ระบบการเงินการคลัง (Health Financing)

ระบบการเงินการคลังในแต่ละพื้นที่ชุมชน ควรต้องตอบสนองต่อความจำเป็นในการจัดบริการ ด้านต่างๆ ได้อย่างเข้มแข็งครบถ้วน ซึ่งมีความหมายถึงมีความเพียงพอของงบประมาณหรือกองทุนที่สามารถที่จะรองรับความต้องการบริการของกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงกองทุนก็ต้องมีภูมิคุ้มกันต่อความผันผวนทางเศรษฐกิจและเหตุการณ์ต่างๆที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ซึ่งจะเป็นการสร้างแรงจูงใจให้กับทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ร่วมจัดบริการให้กับกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6) การจัดการข่ายงานและภาวะผู้นำ (Governance and Leadership)

ประเด็นสำคัญที่สุดของระบบสุขภาพ คือ ประเด็นของการบริหารจัดการข่ายงานในแต่ละพื้นที่ชุมชน โดยจัดวางโครงสร้าง และภาวะผู้นำของภาคีสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการวางกรอบการดำเนินงานเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ ซึ่งจะประกอบไปด้วย การควบคุมที่มีประสิทธิภาพ การสร้างภาคีเครือข่ายดำเนินงาน การวางกฎระเบียบการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการออกแบบระบบ และการรับรู้ต่อการกิจหน้าที่ในภาคีแต่ละภาคส่วน



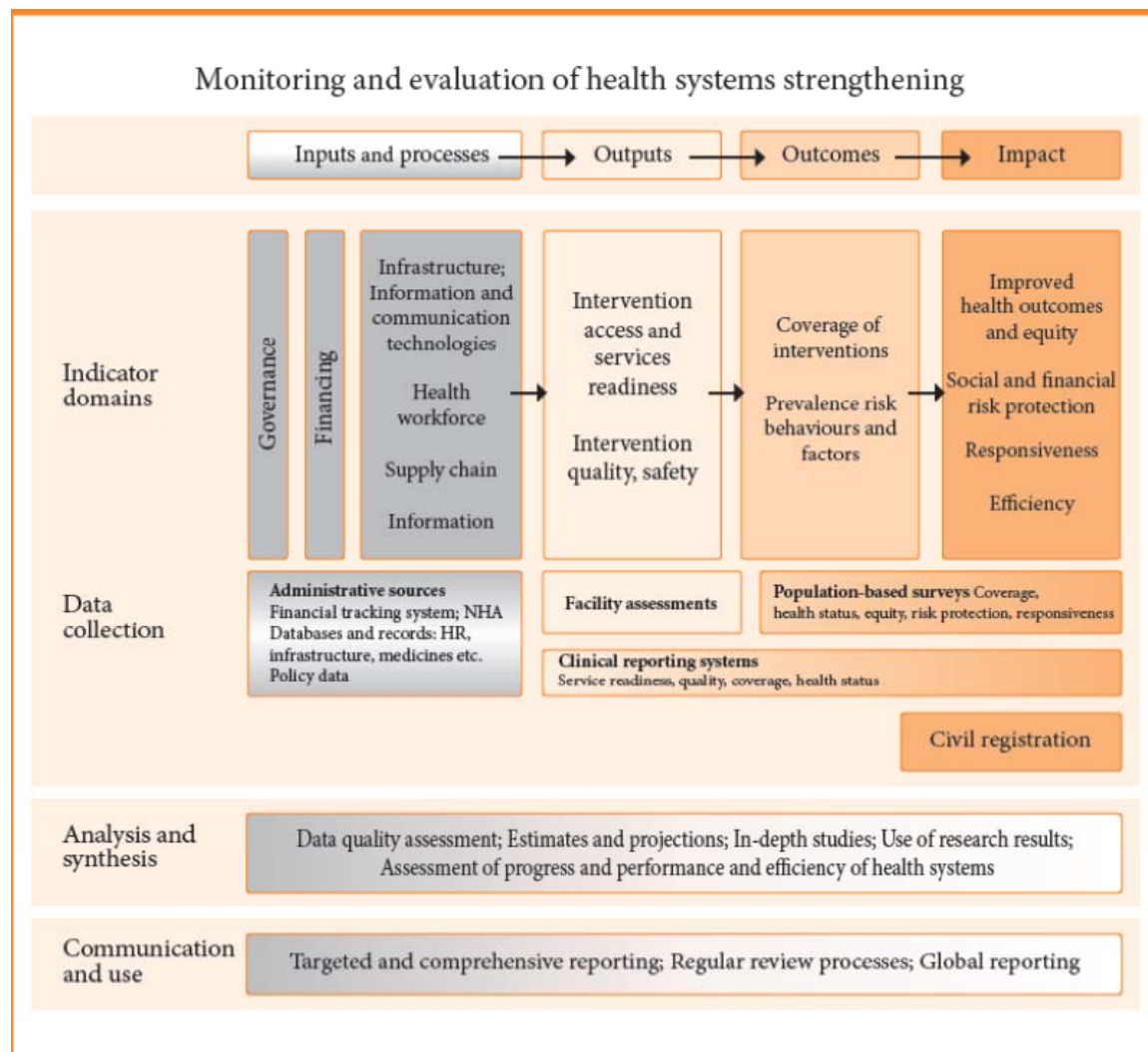
ภาพที่ 2.3 แสดงถึงวงจรการดำเนินงานของระบบสุขภาพ โดยมีกรอบการบริหารจัดการ โครงสร้างและภาวะผู้นำเป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ



ในการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพให้ได้ในวงจรที่ต่อเนื่องดังกล่าว เขตสาธารณสุข จึงควรมุ่งพัฒนาระบบสุขภาพในระดับอำเภอให้เกิดการจัดการที่เข้มแข็งและต่อเนื่อง ผ่านการ สนับสนุนให้เกิดการพัฒนากลไกระดับจังหวัด ให้เกิดระบบสุขภาพทั้งระดับจังหวัด และอำเภอที่ เข้มแข็งอย่างจริงจัง

ทั้งนี้ กรอบการพัฒนาความเข้มแข็งของระบบสุขภาพทั้งในระดับจังหวัด และอำเภอ อาจปรับ ใช้กรอบที่องค์การอนามัยโลกทบทวนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องมาหลายปี และเสนอรูปแบบวิธีการ ติดตามและประเมินผลความเข้มแข็งของระบบสุขภาพในแต่ละด้านดังภาพที่ 2.3 ซึ่งให้ความสำคัญ กับพื้นฐานสำคัญที่ใช้ข้อมูล และข่าวสาร โดยเฉพาะการวิเคราะห์ข้อมูล ให้เป็นข่าวสารที่สามารถ ใช้ในการตัดสินใจได้อย่างมีหลักเกณฑ์ และสามารถสื่อความเข้าใจกับกลุ่มภาคีต่างๆ ให้ใช้ข่าวสาร ส่วนนี้ในการตัดสินใจได้จริง

ภาพที่ 2.4 การติดตามประเมินผลเพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ (Monitoring and evaluation of health systems strengthening)



กรอบการดำเนินงานของระบบสุขภาพ ภายใต้กรอบการดำเนินงานระบบสุขภาพ ได้มีการนำเสนอกรอบการติดตามและประเมินผลเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ โดยมีความเกี่ยวเนื่องถึงปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินการ ผลผลิตของการดำเนินการ ผลลัพธ์ และผลกระทบทางสุขภาพ โดยตัวชี้วัดหลักคือ

- 1) โครงสร้างการบริหารจัดการ ระบบการเงิน ระบบข้อมูล และบุคลากรทางการบริการสุขภาพ สำหรับการเป็นปัจจัยนำเข้าและกระบวนการการดำเนินงาน ซึ่งเป็นการดำเนินการเก็บข้อมูลผ่านฐานข้อมูล บันทึก และข้อมูลเชิงสถิติ



2) การประเมินผลผลิตการดำเนินการโดยรวบรวมการเข้าถึงและความพร้อมของการบริการ คุณภาพและความปลอดภัยในการดำเนินการบริการและการให้การดูแล โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพของการเข้ารับบริการทั้งในเชิงของสิ่งอำนวยความสะดวกและการให้การรักษา

3) การวัดผลลัพธ์ โดยการวัดความครอบคลุมของการบริการและการดำเนินงาน ความแพร่หลายของพฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัย โดยการรวบรวมข้อมูลทางประชากรและการให้บริการในการดูแลและรักษาสุขภาพ

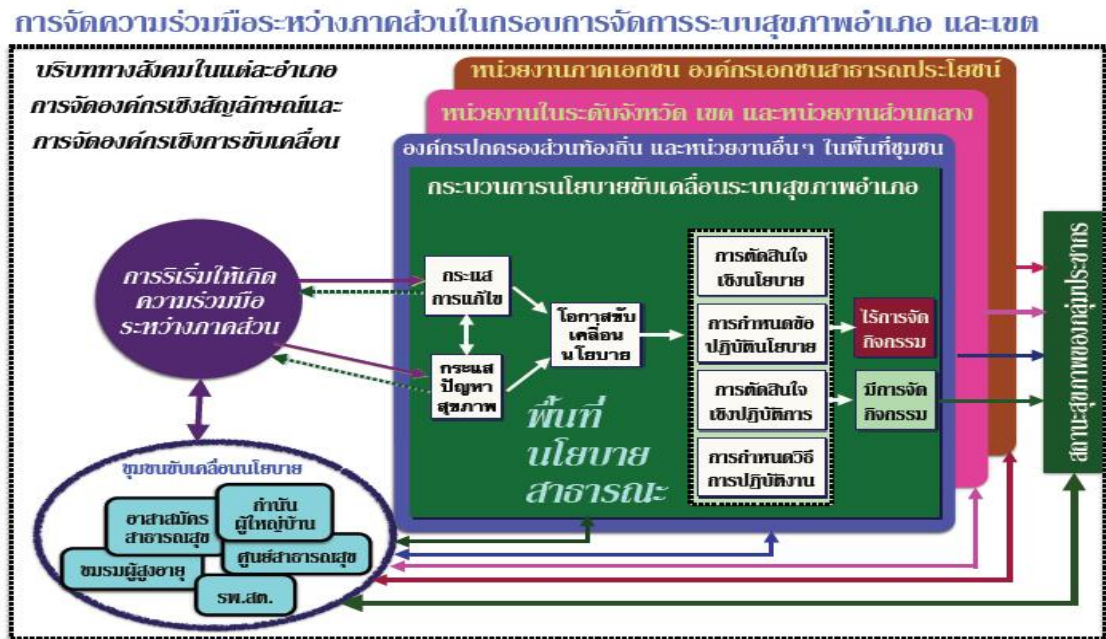
4) การวัดผลกระทบ คือการวัดประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ การปรับปรุงระบบสุขภาพ การปกป้องความเสี่ยงทางการเงินและสังคม และการตอบสนองต่อความต้องการบริการ ผ่านการรวบรวมข้อมูลประชากรที่ครอบคลุมทุกกลุ่มประชากร การเข้ารับบริการในการดูแลและรักษาสุขภาพ และการขึ้นทะเบียนประชากร

4. กรอบการมีส่วนร่วมในนโยบายสุขภาพเขต (Public Participation in Regional Health Policy)

ประเด็นสำคัญของระบบสุขภาพที่ต้องพิจารณาคือ กรอบโครงสร้างการจัดการข่ายงานองค์กร (Governance) ซึ่งถือเป็นแกนหลักของการขับเคลื่อนในการดำเนินงานระบบสุขภาพตามวงจรการดำเนินงานระบบสุขภาพ (ภาพที่ 2.2) จะเห็นได้ว่าการจัดการข่ายงานองค์กรเป็นแกนหลักในการดำเนินงาน ทั้งนี้ทางคณะผู้วิจัยได้มีการทบทวนกรอบการจัดการข่ายงานองค์กร (Governance) โดยมีการทบทวนหลักการจากการศึกษา “การมีส่วนร่วมในนโยบายสุขภาพท้องถิ่น (Public Participation in Regional Health Policy)” ซึ่งเป็นการวิจัยโดยคณะนักวิจัยจาก Department of Community Health, University of Calgary ซึ่งได้ดำเนินการศึกษาการมีส่วนร่วมและจัดการข่ายงานก่อนนโยบายสุขภาพในกรณีของ เขตแคลเกอรี (Calgary) ประเทศแคนาดา ซึ่งได้เจาะจงการศึกษาในประเด็นของการมีส่วนร่วมขององค์กรประชาสังคม ผู้มีส่วนได้เสีย และหน่วยงานอื่นๆ นอกเหนือจากหน่วยงานด้านสุขภาพ โดยข้อค้นพบของ คณะผู้วิจัยสามารถสรุปเป็นกรอบการดำเนินงานการตัดสินใจทางนโยบายและการดำเนินนโยบาย ตามระดับชั้นของการจัดการข่ายงาน (Multilevel of Governance) โดยมีองค์ประกอบคือ 1) บริบทเชิงสังคมและสถาบัน 2) ชุมชนขับเคลื่อนนโยบายและการมีส่วนร่วมระหว่างภาคส่วน 3) กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายในระบบสุขภาพ โดยมุ่งประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินการเพื่อการมีสถานะสุขภาพและสุขภาวะที่ดีของทุกกลุ่มประชากรในระบบสุขภาพ โดยในแต่ละองค์ประกอบสามารถอธิบายในรายละเอียดได้ ดังต่อไปนี้



ภาพที่ 2.5 กรอบการจัดความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบาย และกระบวนการดูแลสุขภาพประชากรผู้สูงอายุ ในหมู่ภาคีภาคส่วนต่างๆ และเสริมหนุนสมรรถนะชุมชน



4.1. บริบทเชิงสังคมและสถาบัน (Social Context and Institution)

องค์ประกอบส่วนแรกของกรอบการจัดทำงานองค์กร (Governance) คือการพิจารณาถึงบริบทเชิงสังคม สถาบัน และการจัดการองค์กรเชิงการขับเคลื่อน คือการวางบทบาทเป็นศูนย์กลางของการดำเนินงานของระบบสุขภาพอำเภอซึ่งจะทำหน้าที่ในการจัดสรรทรัพยากรและการเข้าถึงทรัพยากรอย่างทั่วถึงผ่านการวางระบบทางสังคมต่างๆ เช่น การเป็นองค์กรเชิงสัญลักษณ์ การวางกฎระเบียบ การกระตุ้นการมีส่วนร่วม และการควบคุมความสามารถทางเศรษฐกิจของระบบสุขภาพ ซึ่งโดยมากจะอยู่ในรูปแบบของกรอบคณะกรรมการอำนวยการหรือดำเนินการต่างๆ ซึ่งจะมีส่วนในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการวางแผนนโยบายระหว่างภาคีต่างๆภายใต้กรอบระบบสุขภาพ

4.2. ชุมชนขับเคลื่อนนโยบายและการมีส่วนร่วมระหว่างภาคส่วน (Policy Community and Public Participation)

ชุมชนขับเคลื่อนนโยบาย คือภาคส่วนต่างๆที่มีความเชี่ยวชาญหรือองค์ความรู้เฉพาะในด้านต่างๆในพื้นที่เพื่อร่วมกันสร้างหรือดำเนินนโยบายสุขภาพในพื้นที่เพื่อมุ่งในการแก้ไขปัญหาประเด็นเดียวกัน การดำเนินงานดังกล่าวดำเนินงานภายใต้แนวทางการดำเนินงานแบบเครือข่าย โดย



มุ่งเน้นถึงการมีส่วนร่วมในการแก้ไขประเด็นปัญหาอย่างทั่วถึงในทุกภาคส่วนและกลุ่มการดำเนินงานต่างๆในชุมชน เพื่อร่วมกันวางกรอบการพิจารณาในประเด็นสุขภาพและสังคมในระดับชุมชน รวมถึงการร่วมวางแผนแนวทางและหลักการการแก้ไขต่อไป

4.3 กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายในระบบสุขภาพ (Policy Making Process within the Local Health Sector)

กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายในระบบสุขภาพนั้นสามารถแบ่งการดำเนินงานย่อยออกเป็น 3 ส่วนคือ 1) การพิจารณาประเด็นปัญหาและการวางแผนนโยบาย 2) การวางแผนการปฏิบัติการ และ 3) การดำเนินงาน โดยในส่วนที่ 1 นั้น มีการพิจารณาประเด็นปัญหาจากเหตุปัจจัยทางสุขภาพและประชากรกลุ่มเป้าหมายเฉพาะในประเด็นปัญหาสุขภาพนั้นๆ ในส่วนที่ 2 คือการตัดสินใจในเชิงนโยบายและการวางแผนการดำเนินงานหรือการกำหนดข้อปฏิบัติงาน ซึ่งในส่วนนี้ยังไม่มีกิจกรรม (Non - Active) ซึ่งจะส่งต่อไปยังการตัดสินใจเชิงปฏิบัติงานและการกำหนดข้อวิธีการปฏิบัติงาน ซึ่งคือการจัดกิจกรรมในการดำเนินการ (Active)

กรอบการดำเนินงานมุ่งเน้นไปที่การปรับปรุงสถานะทางสุขภาพของกลุ่มประชากรต่างๆในแต่ละบริบทของพื้นที่ในระบบสุขภาพอำเภอ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การกำหนดนโยบายและการดำเนินการมีความสอดคล้องกับความต้องการบริการทางสุขภาพและสังคม (Demand) ภายในระบบสุขภาพให้ดีที่สุด

5. กรอบการจัดการจัดการข่ายงานองค์กรเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Reflexive Governance for Sustainable Development)

หลักการของการจัดการข่ายงานองค์กร (Governance)¹ มีหลากหลายรูปแบบและกรรมวิธีที่ใช้แพร่หลายในประเทศไทยคือ หลักการของการบริหารจัดการเป็นลำดับชั้น (Bureaucracy) หรือหลักการบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาล (Good Governance) ซึ่งได้มีการใช้อย่างแพร่หลายในทศวรรษหลังในประเทศไทยอีกทั้งในช่วง 3 ทศวรรษ ที่ผ่านมาได้มีการใช้หลักการของการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development) เข้ามาประกอบกับหลักวิธีการดำเนินงาน และความเกี่ยวเนื่องของหลักการบริหารจัดการเชิงโครงสร้าง ซึ่งมีภาคีหลากหลายกลุ่มมากขึ้น ทำให้ความสำคัญของกลุ่มที่ทำงานเป็นแกนกลางขับเคลื่อนระบบสุขภาพ (Core of Health System)

ดังนั้น การพิจารณาวิธีการในการบริหารจัดการเชิงโครงสร้างที่มีความเหมาะสมต่อระบบสุขภาพจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งหากย้อนกลับไปศึกษาถึงความมุ่งมั่นในองค์ประกอบทั้ง 6 ด้านในการสร้างระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก จะพบประเด็นของการมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงานต่างๆเพื่อมุ่งสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ด้วยเงื่อนไขดังกล่าว จึงมีการนำหลักการของ *Reflexive*

¹ แปลจาก René Kemp (2006)



Governance หรือที่ในภาษาไทยได้ถูกแปลโดย นพ.วิรุฬ ลิ้มสวาทว่า การ “**อภิบาลที่อาศัยกระบวนการไตร่ตรองสะท้อนคิด หรือ การอภิบาลสะท้อนคิด**”

หลักของ Reflexive Governance ถูกนิยามโดย Jan-Peter Voss และRené Kemp (2006) คือ กระบวนการของการตัดสินใจในเชิงนโยบาย การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ วางแผนกลยุทธ์ กำหนดผลผลิตและผลลัพธ์ อย่างมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้เสีย (Stakeholder) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผ่านการตัดสินใจเชิงสถาบัน (Institution) รวมถึงการมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบและดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคส่วน (Accountability) อย่างเป็นระบบเพื่อที่จะมุ่งแก้ไขประเด็นปัญหาเฉพาะในพื้นที่ระดับภูมิภาค จังหวัด อำเภอ ตำบล หรือชุมชน ซึ่งในแต่ละกระบวนการจะต้องสามารถที่จะกำกับ ติดตาม ประเมินผล และสะท้อนผลการดำเนินงานเพื่อนำไปพัฒนาการดำเนินงานต่อไป

จากนิยามของหลัก Reflexive Governance จะพบประเด็นสำคัญในการพิจารณาผ่านกลไกของ Reflexive Governance คือ 1) การวิเคราะห์ระบบภายใต้ความซับซ้อน ความไม่แน่นอน และความเกี่ยวพันระหว่างประเด็นปัญหาต่างๆ 2) การวางแผนเป้าหมายเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน และ 3) การดำเนินงานร่วมกัน

1) Reflexive Governance จะต้องดำเนินการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาที่มีความซับซ้อนและความไม่แน่นอนโดยอาศัยทักษะ องค์ความรู้ และความสามารถเฉพาะของหน่วยงานแต่ละภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อที่จะร่วมกันจัดแบ่งประเด็นปัญหา และวางบทบาทความรับผิดชอบต่อประเด็นปัญหานั้นๆ เพื่อที่จะร่วมกันหากลวิธี กระบวนการ และกลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหาตามกรอบทฤษฎีหรือหลักปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหา

2) Reflexive Governance สนับสนุนให้มีการร่วมกันกำหนดเป้าหมาย ผลผลิต และผลลัพธ์ในการแก้ไขประเด็นปัญหาทางด้าน สังคม เศรษฐกิจ สภาวะแวดล้อมและสุขภาพ ของประชากรผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในประเด็นปัญหานั้นๆ รวมถึงร่วมกันปรับปรุง แก้ไขกลวิธีในการแก้ไขปัญหาเพื่อมุ่งไปสู่ผลลัพธ์ที่วางเอาไว้ ตามสถานการณ์ต่างๆที่เปลี่ยนแปลงไปตามบริบทของสังคม เศรษฐกิจ และสภาวะแวดล้อม ของกลุ่มเป้าหมายหรือพื้นที่ดำเนินการนั้นๆ และการปรับปรุงเป้าหมาย ผลผลิตและผลลัพธ์ได้ หากที่การเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ต่างๆ

3) Reflexive Governance เป็นหลักการที่สนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานแบบการจัดการข้ามงานองค์กร โดยภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขประเด็นปัญหาร่วมกันดำเนิน กิจกรรม โครงการ เพื่อมุ่งสู่ประสิทธิผลในการแก้ไขปัญหาตามกรอบ ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบที่ได้มีการร่วมกันวางแผนเอาไว้ ทั้งนี้ การทำงานแบบเครือข่ายจะมีการร่วมดำเนินการติดตาม ประเมินผล และถอดบทเรียนร่วมกัน เพื่อปรับสภาพและแนวทางการดำเนินงานให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องมากขึ้นระหว่างภาคส่วนต่างๆ และการปรับปรุงเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปตามบริบทต่างๆ



อย่างไรก็ดี กรอบ Reflexive Governance มักถูกนำมาใช้ในประเทศในแถบทวีปยุโรป โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศเนเธอร์แลนด์ ที่มีการนำกรอบ Reflexive Governance มาประยุกต์ใช้อย่างมาก ในส่วนของประเทศไทยหรือแม้แต่ประเทศในแถบทวีปเอเชีย ยังไม่พบว่ามี ความชัดเจนในการประยุกต์ใช้กรอบ Reflexive Governance ในการดำเนินการปรับปรุงหรือแก้ไข ปัญหาต่างๆ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำตัวอย่างการปรับใช้กรอบ Reflexive Governance ของประเทศเนเธอร์แลนด์ ที่นำไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาล้างแ้วดล้อม เพื่อให้มีความสอดคล้องกับการพัฒนาอย่างยั่งยืน และผู้วิจัยนำเสนอกรณีศึกษาของมหาวิทยาลัยแห่งชาติสิงคโปร์ ที่ทำการศึกษาในประเด็นของการจัดการชายางาน (Governance) ในระบบบริการสุขภาพที่ไม่สมบูรณ์ใน 3 ประเทศเอเชีย ได้แก่ ประเทศจีน อินเดีย และประเทศไทย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) กรณีของประเทศไทย

กรณีของประเทศไทย การจัดทำนโยบายและแผนสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 เป็นกรณีศึกษาในการประยุกต์ใช้หลักการจัดการชายางาน (Governance) เพื่อประสานการดำเนินงาน (Collaborative) ใน 4 กระทรวงหลักของประเทศไทย ได้แก่ กระทรวงเกษตร การวางแผน และสิ่งแวดล้อม กระทรวงเกษตร กระทรวงการเศรษฐกิจ และกระทรวงคมนาคมและทรัพยากรน้ำ เพื่อวางแผนการจัดการกับความเปลี่ยนแปลงในระยะยาว 30 ปี การดำเนินการดังกล่าวเป็นการดำเนินการร่วมกันของทั้ง 4 กระทรวงที่ไม่มีอำนาจเหนือกัน และแต่ละกระทรวงมีบทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบเป็นของตนเองที่ชัดเจน โดยการตัดสินใจในการแก้ไขประเด็นปัญหาต่างๆ ในระยะยาว (Long Term Scenario) โดยกำหนดระยะเวลา 30 ปี

การดำเนินการจัดทำนโยบายและแผนสิ่งแวดล้อมแห่งชาติฉบับที่ 4 ของประเทศไทยก่อให้เกิดกลไกสำคัญในการร่วมแก้ปัญหาในแนวนอน (Horizontal Collaborative Solution) ซึ่งเป็นการทับซ้อนของเขตอำนาจการตัดสินใจระหว่างกระทรวงต่างๆ นอกจากนี้ยังมีการจัดการความร่วมมือในแนวตั้ง (Vertical Collaborative Solution) หรือการจัดการชายางาน เป็นสามระดับ คือระดับผู้กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ (Strategic) ระดับของที่ปรึกษาวิชาการหรือผู้เชี่ยวชาญ (Tactic) และระดับผู้ปฏิบัติงาน (Operational)

ดังนั้น การจัดการชายางาน (Governance) ทำให้ประเทศไทยสามารถที่จะแก้ไขปัญหาการทับซ้อนของอำนาจ และบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานต่างๆ (Overlapped Authority, Role and Function) ผ่านความร่วมมือจากหน่วยงานเหล่านั้น และรวมถึงการเชื่อมโยงประสานระดับของหน่วยงานและรัฐบาล ซึ่งมีอำนาจหน้าที่ในแต่ละพื้นที่ (Arena) ซึ่งมีวิธีการดำรงชีพ บริบทเชิงสังคม และวัฒนธรรมที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งทำให้ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการจัดการปัญหาล้างแ้วดล้อมได้เป็นอย่างดี

2) กรณีศึกษาการให้บริการสุขภาพในประเทศไทย จีน อินเดีย และไทย

คณะนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยแห่งชาติสิงคโปร์ ได้ทำการศึกษาการบริการสุขภาพ (Health Service Delivery) ใน 3 ประเทศ คือ จีน อินเดีย และไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ วัดประสิทธิผล การจัดการบริการทางสุขภาพของ 3 ประเทศ ซึ่งผลการศึกษาเบื้องต้นพบว่า อุปสรรคสำคัญของทั้งสามประเทศต่อประสิทธิผลในการจัดการบริการคือ ความซับซ้อนเป็นลำดับชั้น (Hierarchy) ในประเทศที่



ทำการศึกษาทั้ง 3 ประเทศ รวมถึงแนวทางการตัดสินใจแบบบนลงล่าง (Top – Down Policy) ทำให้ไม่สามารถที่จะสะท้อนถึงปัญหาเฉพาะในแต่ละพื้นที่ได้ แม้ในเวลาต่อมาประเทศทั้ง 3 โดยเฉพาะประเทศไทยมีการปรับปรุงระบบการจัดบริการสุขภาพ โดยลดความซับซ้อนเชิงโครงสร้างลำดับชั้น (Non – Hierarchy) และมีการนำระบบตลาด (Market – Based Service) มาจัดบริการ โดยแบ่งแยกฝ่ายผู้ให้บริการและผู้รับบริการก็ตาม การให้บริการก็ยังคงมีการยึดติดกับลำดับขั้นตอนและอำนาจรวมศูนย์ในทางปฏิบัติ ผู้วิจัยจึงได้สรุปถึงกรณีประเทศไทยว่า トラบเท่าที่ประเทศไทยยังมีระบบการบังคับบัญชาแบบลำดับชั้นที่มีความซับซ้อนและการสั่งงานจากส่วนกลางอยู่นั้น เป็นการยากสำหรับกรอบการจัดการข่ายงาน (Governance) และจะยังคงซึ่งความไม่สมบูรณ์ของระบบการบริการสุขภาพต่อไป

ดังนั้น แนวคิด Reflexive Governance คณะวิจัยได้นำมาปรับใช้เป็นกรอบการดำเนินการของระบบสุขภาพ ในส่วนของการกระตุ้นการมีส่วนร่วมในการมุ่งแก้ไขประเด็นปัญหาในพื้นที่ต่างๆ โดยการร่วมกันวิเคราะห์ประเด็นปัญหา การร่วมกันกำหนดทิศทางของผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ อีกทั้งการร่วมกันวางกรอบการดำเนินงาน เพื่อมุ่งไปสู่เป้าประสงค์ที่ได้ร่วมกันวางเอาไว้อย่างเป็นระบบ โดยทำให้เป็นวงจรการจัดการข่ายงานทั้งในระดับเขต ระดับจังหวัด ลงมาจนถึงการดำเนินการในระดับอำเภอ ดังภาพที่ 2.6



ภาพที่ 2.6 การปรับกรอบ Reflexive Governance ให้เป็นกรอบการทำงาน (Framework) ของข่ายงานองค์กร สำหรับใช้ในการศึกษากระบวนการทำงานร่วมกันของภาคีสุขภาพ ในระดับเขต จังหวัด อำเภอ และภาคีชุมชน



ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยการปฏิบัติงานของแต่ละประเด็น จึงได้พัฒนาเครื่องมือสำหรับทดสอบรูปแบบการดำเนินงานที่มีอยู่ในพื้นที่ รวมทั้งพิจารณาการปรับใช้เครื่องมือนี้ให้เป็นวงจรการดำเนินงานทั้งระดับเขต จังหวัด และอำเภอ ซึ่งส่วนประกอบดังนี้

- 1) การวิเคราะห์การกระจายของปัญหาสุขภาพและเหตุปัจจัย
- 2) การวิเคราะห์สมรรถนะของภาคีผู้รับผิดชอบการปรับแก้แต่ละเหตุปัจจัยในแต่ละระดับ (เขต จังหวัด อำเภอ)
- 3) การวิเคราะห์แนวทางในการปรับแก้บริบท และโครงสร้างของการดำเนินงานในการปรับแก้เหตุปัจจัยของปัญหา
- 4) การวางแผนปฏิบัติการ และเป้าหมายของแต่ละภาคีที่รับผิดชอบ
- 5) การจัดการการเรียนรู้เพื่อพัฒนาสมรรถนะของภาคีจากระบบติดตามกำกับคุณภาพ และการประเมินผล

บทที่ 3

สรุปผลการศึกษาวิจัยการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะการเงิน การคลังของเขตบริการสุขภาพที่ 8

โครงการพัฒนารอบการทำงานในระดับเขตสาธารณสุข จังหวัด และอำเภอ เป็นการศึกษาที่ได้หารือและร่วมมือกับผู้ตรวจราชการ ผู้บริหารของเขตบริการสุขภาพที่ 8 และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สกลนคร อุดรธานี และหนองคาย ซึ่งผู้บริหารทุกท่านได้แสดงความสนใจที่จะทบทวนวิธีการทำงาน การจัดสรรทรัพยากรที่เกี่ยวกับการจัดการดำเนินงานของตนเองในการทำงานกับภาคีภาคส่วนต่างๆ ให้เข้ามาร่วมวิเคราะห์ปัญหา สถานการณ์ เหตุปัจจัยทางสังคมร่วมกัน จนสามารถวางแผนปฏิบัติการ การจัดสรรทรัพยากร และร่วมกันควบคุมกำกับภารกิจการดำเนินงาน และประเมินผลด้วยกันได้ โดยประเด็นปัญหาทางสุขภาพที่แตกต่างกันของ 3 จังหวัด คือ ประเด็นการจัดการระบบสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอหนองแสง จังหวัดอุดรธานี ประเด็นการจัดการเบาหวาน ความดัน อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย และการจัดการระบบขยะ อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารเขตบริการสุขภาพที่ 8 และการทบทวนเอกสารผลการดำเนินงาน เขตบริการสุขภาพที่ 8 ได้กำหนดกลยุทธ์เชิงรุกด้านสุขภาพใน 5 กลุ่ม และการสนับสนุนใน 5 ด้าน โดยด้านการเงิน การคลัง (เครือข่าย CFO) เป็นด้านที่เกี่ยวข้องกับการจัดสรรทรัพยากรเพื่อการจัดการระบบสุขภาพที่เป็นประเด็นซึ่งทุกฝ่ายให้ความสำคัญในการพัฒนาประสิทธิภาพ โดยมีการพัฒนาแผนการเงิน การคลังอย่างต่อเนื่อง และมีเครื่องมือเฝ้าระวังปัญหาและใช้ในการบริหารประสิทธิภาพของกลุ่มโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการกับกลุ่มเป้าหมาย

1. ข้อมูล และวิธีการศึกษา (Data & Methodology)

คณะผู้ศึกษาได้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยการดำเนินงาน (Operation Research) ซึ่งมีวิธีการวิจัย (Methodology) โดยอาศัยการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบการเงิน การคลัง เพื่อประมวลระบบการทำงาน ในประเด็น (1) การพัฒนาประสิทธิภาพการวางแผนการเงินการคลัง (2) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการแก้ปัญหา (3) การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการบริหารจัดการ โดยมีข้อมูลทางการเงินการคลังที่ทำการศึกษาวิจัย (Research Data) ในช่วงปี 2555-2557 ซึ่งเป็นช่วงปีที่หน่วยบริการมีการปรับใช้นโยบายการบริหารการเงินการคลัง โดยมีข้อมูลและเอกสารอ้างอิงอื่นๆเรียงไว้ในบรรณานุกรม



2. ข้อจำกัดของวิธีการศึกษา (Disclaimer)

การศึกษาวិเคราะห์การดำเนินงานทางการเงินมีความจำกัดสำคัญคือ เป็นการศึกษาจากกรอบการทำงานในระดับเขตเป็นหลัก และไม่ได้ลงไปติดตามการดำเนินงานจัดการทางการเงินในระดับจังหวัด และอำเภอ เนื่องจากการจัดการทั้งระบบบัญชี และการเงิน ส่วนใหญ่ในระดับจังหวัด และอำเภอ เป็นกรอบระเบียบแบบแผนที่จัดวางมาจากส่วนกลาง และเจ้าหน้าที่ในส่วนต่างๆ (ยกเว้น จนท.การเงิน และจนท.บัญชี) ไม่ได้มีส่วนร่วมในการวางแผน หรือ ดำเนินงานในส่วนนี้มากนัก

แต่การทำงานในส่วนของโครงการอีก 3 ด้าน คือ การจัดการกับโรคเรื้อรัง (ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน) การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และการจัดการขยะ ก็ไม่พบว่า มีการปรับใช้กรอบปัญหาที่ดำเนินงานในระดับเขตกับระบบการเงิน บัญชี ของโรงพยาบาล ไปปรับใช้กับการดำเนินงานในแต่ละโครงการที่มีกิจกรรมลงสู่กลุ่มเป้าหมายเลย

ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า การระเบียบวิธีการศึกษาในด้านการเงิน การคลังของเขต 8 เป็นการศึกษาระบบการขับเคลื่อนในระดับเขตเป็นส่วนใหญ่ และมีการปรับปรุงสมรรถนะเฉพาะเจ้าหน้าที่บางส่วนของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลศูนย์ เท่านั้น มิได้ครอบคลุมไปถึงระบบสุขภาพในภาพรวมแต่อย่างใด

3. สถานการณ์ปัจจุบัน (Current Situation)

3.1) ดัชนีชี้วัดความเสี่ยงทางการเงิน (Financial Administration Index Risk Score)

ปัจจุบัน หน่วยบริการในสังกัดเขตบริการสุขภาพที่ 8 มีการปรับใช้นโยบายเพิ่มประสิทธิภาพทางการเงินการคลัง มีการวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงการเงินทุกเดือน เพื่อประเมินความเสี่ยงทางการเงิน (Financial Risk) โดยอาศัยดัชนีชี้วัดความเสี่ยงทางการเงินการคลังจำนวน 6 ดัชนี เพื่อประเมินให้คะแนนความเสี่ยงทางการเงิน 7 ระดับ (Financial Administration Index: FAI)

ตารางที่ 3.1 คะแนนความเสี่ยงทางการเงิน (FAI Risk Score)

ดัชนีชี้วัดความเสี่ยงทางการเงินการคลัง (Risk Score)	คะแนน Risk Score
อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน Current Ratio < 1.5	1 คะแนน
อัตราส่วนสินทรัพย์คล่องตัว Quick Ratio < 1.0	1 คะแนน
อัตราส่วนเงินสด Cash Ratio < 0.8	1 คะแนน
ทุนสำรองสุทธิติดลบ	1 คะแนน
ผลการดำเนินงานขาดทุน	1 คะแนน
ทุนสำรองไม่พอจ่ายหนี้ในอนาคต 3 เดือน	2 คะแนน
รวมทั้งสิ้น 6 ดัชนี	รวม 7 คะแนน



โรงพยาบาลจะรายงาน FAI Risk Score ให้เขตรับทราบ และมีการจัดทำฐานข้อมูลความเสี่ยงทางการเงินระดับประเทศ โดยรายละเอียดเกณฑ์การให้คะแนนความเสี่ยงทางการเงิน แสดงไว้ในตารางที่ 3.1

3.2) การพัฒนาประสิทธิภาพการเงินการคลัง และ ระบบเฝ้าระวัง

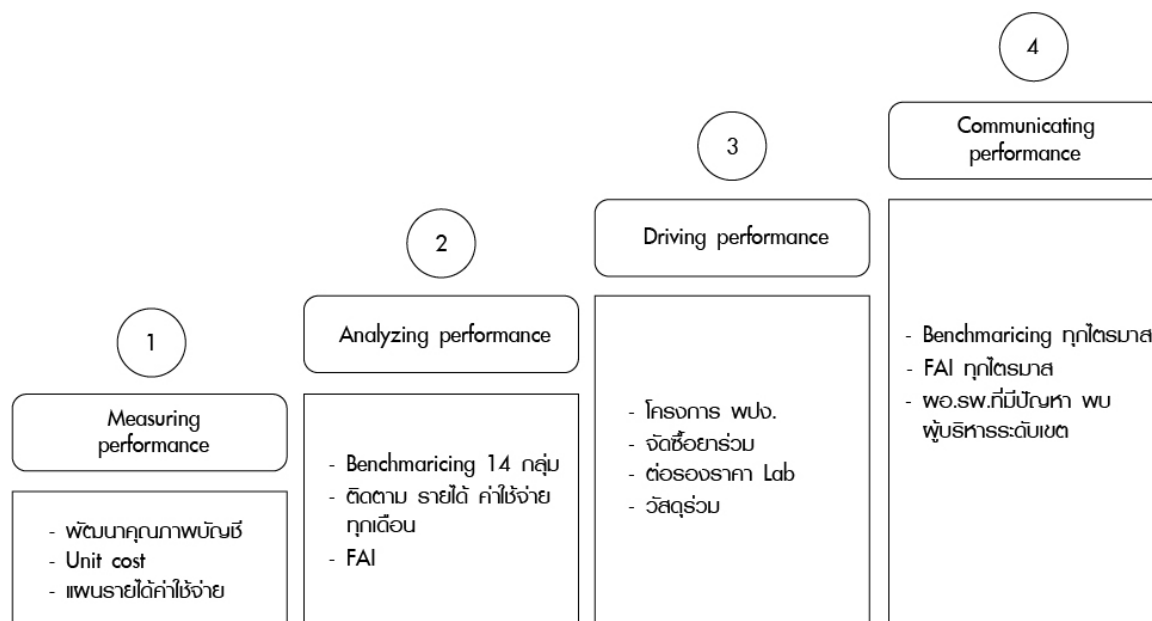
นอกจากนี้ โรงพยาบาลยังมีการพยากรณ์สถานการณ์ความเสี่ยงทางการเงินล่วงหน้า (Forecast) 1 เดือนก่อนสิ้นไตรมาส ทุกไตรมาส เพื่อเฝ้าระวังปัญหาวิกฤติทางการเงิน มีการปรับใช้แผนการพัฒนาประสิทธิภาพหน่วยบริการ (พงบ.) เป็นเครื่องมือในการพัฒนาการเฝ้าระวัง กำกับ ติดตามผลการดำเนินงาน การบริหารจัดการทางการเงินการคลัง ซึ่งประกอบไปด้วย มาตรการ 4 ขั้นตอน 1) Measuring Performance 2) Analyzing Performance 3) Driving Performance 4) Communicating Performance โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 3.2 และภาพที่ 3.1

ตารางที่ 3.2 : มาตรการบันได 4 ขั้น เพื่อการเฝ้าระวัง กำกับ ติดตามผลการดำเนินงานการเงินการคลัง

มาตรการ	กิจกรรม	เป้าหมาย
1) การวัด (Measuring)	การพัฒนาระบบบัญชี รพ.	คุณภาพบัญชีระดับ A และ B มากกว่า 90%
	การจัดทำ Unit Cost รพ.	คุณภาพข้อมูลระดับ A และ B มากกว่า 90%
	การจัดทำแผนรายได้ ค่าใช้จ่าย	รพ.มีแผนรายได้ค่าใช้จ่าย สมดุลมากกว่า 90%
2) การวิเคราะห์ (Analyzing)	Benchmarking รายได้/ รายจ่าย	ไม่เกิน 20% ของค่าเฉลี่ย
	FAI	รพ. ระดับ 7 ไม่เกิน 10%
3) การขับเคลื่อน (Driving)	โครงการ พงบ. 1 และ 2	รพ. เข้าโครงการ พงบ. ไม่เกิน 10%
	มาตรการการควบคุมภายใน	รพ. ผ่านมาตรฐาน มากกว่า 90%
	ติดตามใช้เงินตามแผนฯ	รพ. ใช้เงินตามแผน มากกว่า 90%
4) การสื่อสาร (Communication)	นำเสนอข้อมูลต่อผู้บริหาร	- FAI ทุกไตรมาส - เปรียบเทียบ (Benchmarking) ทุกไตรมาส



ภาพที่ 3.1 มาตรการบันได 4 ขั้น เพื่อการเฝ้าระวัง กำกับ ติดตามผลการดำเนินงาน
การเงินการคลัง



ทั้งนี้ โรงพยาบาลมีการทำแผนรายได้-ค่าใช้จ่าย และมีการประเมิน รายได้-ค่าใช้จ่ายจริง เทียบกับ แผนรายเดือน (Plan fin) มีการควบคุมรายจ่ายของโรงพยาบาลไม่ให้เกินค่าเฉลี่ย โดยมีดัชนีชี้วัดคือ ให้ โรงพยาบาลมีต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินค่าเฉลี่ยกลุ่มระดับบริการ² อย่างไรก็ดี จากผลการดำเนินงานปีที่ผ่านมา (2555-2557) พบปัญหาการคุณภาพบัญชีของโรงพยาบาลต่ำกว่าเกณฑ์ เขตบริการสุขภาพที่ 8 จึงมีการพัฒนาระบบคุณภาพบัญชีของโรงพยาบาลโดยมีเกณฑ์การประเมินคุณภาพบัญชี ดังแสดงไว้ในตารางที่ 3.3

ตารางที่ 3.3 เกณฑ์การประเมินคุณภาพบัญชี ปี 2555-2556

ปี 2555	ปี 2556
ประเมิน 4 ด้าน	ประเมิน 7 ด้าน
1. นโยบาย	1. เงินสด เงินฝากธนาคาร
2. ทะเบียนคุม	2. ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลและลูกหนี้อื่น
3. เอกสารการบันทึกบัญชี	3. วัสดุคงคลัง

² เกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการ หมายถึง ค่าเฉลี่ยเลขคณิตรวมค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean +1SD)โดยกำหนด ต้นทุนผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน หากค่าใดค่าหนึ่งเกินเกณฑ์จะถือว่ามีปัญหาประสิทธิภาพ / ต้นทุนต่อหน่วย หมายถึง ต้นทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในรวมทุกสิทธิ (total cost) ต่อหน่วยน้ำหนัก โดยผู้ป่วยนอก ใช้จำนวนครั้ง ผู้ป่วยในใช้ Adjust RW ที่คำนวณจากข้อมูลในบัญชีเกณฑ์คงค้าง ในลักษณะ Cost to charge โดยราคาcharge ใช้ราคาลูกหนี้ OPD และ ลูกหนี้ IPD ที่กลุ่มประกันสุขภาพได้แจ้งให้ทุกหน่วยศึกษา



ปี 2555	ปี 2556
4. การบันทึกบัญชี	4. ที่ดิน อาคารและครุภัณฑ์ 5. เจ้าหนี้การค้า ค่าใช้จ่ายค้างจ่ายและหนี้สินอื่นๆ 6. รายได้ค่ารักษาพยาบาลและรายได้อื่น 7. ค่าใช้จ่าย

ที่มา : แบบตรวจสอบคุณภาพบัญชีโดยคณะทำงานตรวจสอบคุณภาพบัญชีระดับเขตของเขตบริการสุขภาพที่ 8 (Auditor)

โดยภาพรวม การบริหารจัดการการเพิ่มประสิทธิภาพการเงินการคลังของเขตบริการสุขภาพที่ 8 ประกอบไปด้วย มาตรการที่หลากหลาย มีการจัดฝึกอบรมบุคลากรด้านบัญชีการเงิน การลดค่าใช้จ่ายโดยการซื้อขายร่วมๆ โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการเงินการคลัง (ฟปง.) การพยากรณ์ความเสี่ยงทางการเงินล่วงหน้า โดยผลการดำเนินงานโครงการเพิ่มประสิทธิภาพการเงินการคลังของเขตฯ 8 มีผลการดำเนินงานอยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ ทั้งนี้ ผู้เขียนได้ยกเอากรณีศึกษา ความถูกต้องของบัญชีการเงินและค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ มาเป็นกรณีศึกษาถึงสภาพปัญหา วิธีการแก้ปัญหา และประสิทธิผลการดำเนินงานของเขตฯ 8 โดยรายละเอียดของกรณีศึกษาดังกล่าว จะถูกกล่าวถึงในลำดับถัดไปในหัวข้อ : ความถูกต้องของบัญชีการเงินและค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ

4. ประเด็นปัญหา (Results and Analysis)

4.1) ความถูกต้องของบัญชีการเงินและค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ

การปรับใช้ชีวิตทางการเงินในตารางที่ 1 หน่วยบริการในสังกัดฯ จำเป็นต้องมีระบบการบันทึกและตรวจสอบบัญชี (Accounting Audit) ที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ จึงจะสามารถใช้ชีวิตทางการเงินที่กล่าวไว้ข้างต้นได้อย่างถูกต้องแม่นยำ อย่างไรก็ตามเนื่องจากบุคลากรในสังกัดโรงพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจด้านการเงินการบัญชีจำกัด ส่งผลให้มีความคลาดเคลื่อนของการบันทึกบัญชี เช่น การบันทึกบัญชีบางรายการไม่ถูกหมวดหมู่ โดยในไตรมาสที่ 3 ปี 2556 พบว่ามีหน่วยบริการที่ประสบปัญหาภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 7 จำนวน 25 แห่ง เมื่อวิเคราะห์สาเหตุ พบว่าสาเหตุเกิดจาก บัญชีไม่ถูกต้อง 8 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 28.5 ใช้จ่ายเกินค่าเฉลี่ย 17 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 60.6 และมีปัญหาเฉพาะ 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 10.6 ประเด็นปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพบัญชี อาทิเช่น

- (1) บันทึกบัญชีในส่วนของกองทุน รายได้ งบลงทุน ไม่ถูกต้อง บันทึกบัญชีผิดประเภท เช่น ค่าจ้างเหมาเป็นสินทรัพย์แต่ลงบัญชีเป็นค่าใช้จ่าย
- (2) จัดเก็บข้อมูล ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนไม่มีระบบตรวจสอบระหว่าง การให้บริการจริงกับใบสั่งยากับข้อมูลในระบบ เช่น รายได้ค่ารักษา OP, IP จาก Electronic File (โปรแกรม) ค่าวัสดุต่าง ๆ จากพัสดุ การบันทึกค่าใช้จ่ายต่าง ๆ



- (3) รายรับ ไม่พัฒนาระบบบัญชีที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ เช่น หน่วยจัดเก็บไม่บันทึกข้อมูลรายได้เข้าโปรแกรมส่งเบิก เช่น เยี่ยมบ้าน, ทันตกรรม
- (4) ทะเบียนคุมทรัพย์สินไม่ครบถ้วน เช่น มีครุภัณฑ์ 5 รายการแต่ลงบัญชี 1 รายการ ไม่มีระบบควบคุมครุภัณฑ์ เกิดการสูญหายได้ง่าย
- (5) คิดค่าเสื่อมราคาสินทรัพย์ไม่ถูกต้อง เช่น ครุภัณฑ์สำนักงาน ครุภัณฑ์วิทยาศาสตร์การแพทย์ จากปัญหาดังกล่าว ทางเขตบริการสุขภาพที่ 8 จึงได้วางกรอบพัฒนาบุคลากรด้านการเงินการคลังเพื่อลดปัญหาบัญชีไม่ถูกต้อง โดยมีการฝึกอบรมบุคลากรด้านบัญชีการเงินของโรงพยาบาล เพื่อลดปัญหาคุณภาพบัญชีต่ำกว่าเกณฑ์ จากผลการตรวจสอบคุณภาพบัญชีในปี 2555 โรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 8 ผ่านเกณฑ์ ระดับ B ขึ้นไป มีทั้งสิ้น 40 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 64.5 แต่เมื่อปรับเกณฑ์ในการตรวจคุณภาพบัญชี 7 ด้าน ในปี 2556 ผลการตรวจคุณภาพบัญชีพบว่าโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับ B ขึ้นไป มีเพียง 10 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 12.5 เขตบริการสุขภาพที่ 8 จึงได้มีการเร่งรัดให้โรงพยาบาลปรับปรุงคุณภาพบัญชีผ่านโครงการเพิ่มโครงการเพิ่มประสิทธิภาพหน่วยบริการที่มีปัญหาวิกฤตด้านการเงินระดับเขต และตรวจประเมินซ้ำในรอบที่ 2 พบว่า โรงพยาบาลมีคุณภาพบัญชีผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 95 รายละเอียดผลการตรวจคุณภาพบัญชีปี 2555-2556 ดังตารางที่ 3.4 และ ตารางที่ 3.5



ตารางที่ 3.4 ผลการตรวจสอบคุณภาพบัญชี โรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 8 ปี 2555

ลำดับ	จังหวัด	ระดับคุณภาพบัญชี				รวมจำนวน (แห่ง)
		A	B	C	D	
1	อุดรธานี	6 (31%)	6 (31%)	3 (15%)	4 (21%)	19
2	เลย	1 (7%)	7 (53%)	5 (38%)	0	13
3	หนองบัวลำภู	0	2 (33%)	2 (33%)	2 (33%)	6
4	นครพนม	1 (10%)	5 (50 %)	3 (30%)	1 (10%)	10
5	บึงกาฬ	4 (50%)	4 (50%)	0	0	8
6	หนองคาย	2 (33%)	2 (33%)	0	2 (33%)	6
7	สกลนคร	ตรวจโดยคณะกรรมการฯ จังหวัด				
ผลรวมทั้งเขต (แห่ง)		14	26	13	9	62
คิดเป็นร้อยละ		22.6%	41.9%	21.0%	14.5%	100.0%

ที่มา : สรุปผลการตรวจสอบคุณภาพบัญชีปี 2555 ณ ธันวาคม 2555

ตารางที่ 3.5 ผลการตรวจสอบคุณภาพบัญชี โรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 8 ปี 2556

จังหวัด	ระดับเกรด รอบที่ 1					ร้อยละ ที่ผ่านเกณฑ์	ระดับเกรด รอบที่ 2					ร้อยละ ที่ผ่านเกณฑ์
	A	B	C	D	F		A	B	C	D	F	
สกลนคร	2	-	9	5	2	11.1	10	8	-	-	-	100.0
อุดรธานี	1	1	8	4	5	10.5	5	13	-	1	-	94.7
หนองคาย	1	1	2	-	2	33.3	1	3	2	-	-	66.7
หนองบัวลำภู	-	-	1	2	3	-	1	5	-	-	-	100.0
บึงกาฬ	-	-	2	4	2	-	1	7	-	-	-	100.0
นครพนม	-	1	6	-	3	10.0	-	10	-	-	-	100.0
เลย	2	1	7	1	2	23.1	4	8	1	-	-	92.3
ผลรวมทั้งเขต	6	4	35	16	19	12.5	22	54	3	1	-	95.0

ที่มา : สรุปผลการตรวจสอบคุณภาพบัญชีปี 2555 ณ 14 พฤศจิกายน 2556

จากตารางที่ 3.5 จะเห็นว่า โรงพยาบาลมีคุณภาพบัญชีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.5% เป็นร้อยละ 95% จึงอาจสรุปได้ว่า ยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลังเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาบัญชีไม่ถูกต้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น เขตและหน่วยเหนือควรให้การสนับสนุนงบประมาณเพื่อดำเนินกิจกรรมดังกล่าวอย่างต่อเนื่องต่อไป



4.2) ดัชนีชี้วัดทางการเงินการคลัง ยังขาดองค์ความรู้จากดัชนีชี้วัดทางการเงินการคลังด้านอื่นๆ นอกเหนือจากสภาพคล่องทางการเงิน

จากตารางที่ 3.1 จะเห็นได้ว่า อัตราส่วนทางการเงิน และระบบคะแนนความเสี่ยง (Risk Score) ที่โรงพยาบาลใช้มุ่งเน้นเฝ้าระวังสภาพคล่องทางการเงิน (Financial Liquidity) และความสามารถในการชำระหนี้ระยะสั้น ของโรงพยาบาลมากเป็นพิเศษ โดยยังขาดองค์ความรู้ของอัตราส่วนทางการเงินด้านอื่นๆ ดังจะเห็นได้ว่า ดัชนีชี้วัดความเสี่ยงทางการเงินส่วนใหญ่ที่กำหนดไว้ในเกณฑ์การวัดความเสี่ยงทางการเงิน (Current Ratio, Cash Ratio, Quick Ratio ทุนสำรองไม่พอจ่ายหนี้ในอนาคต 3 เดือน) มุ่งประเด็นความสนใจไปเรื่องสภาพคล่องของโรงพยาบาลมากเป็นพิเศษ โดยอัตราส่วนดังกล่าวไม่ได้สะท้อนถึงต้นเหตุของปัญหาที่แท้จริงของระบบการเงินการคลังของโรงพยาบาล อีกทั้งยังไม่ครอบคลุมผลการดำเนินงานด้านอื่นๆ ของโรงพยาบาลนอกเหนือไปจากสภาพคล่องทางการเงิน ทั้งนี้การวิเคราะห์ Quick Method โดยอาศัยอัตราส่วนทางการเงิน (Financial Ratios) ควรมีข้อมูลจากอัตราส่วนทางการเงิน (Financial Ratios) ที่ครอบคลุมผลการดำเนินงานทุกด้านเพื่อชี้วัดผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลโดยรวม

Brigham and Houston (2012) ได้กำหนดอัตราส่วนทางการเงินไว้ 5 กลุ่ม ประกอบด้วย³ อัตราส่วนสภาพคล่องทางการเงิน (Liquidity Ratios) อัตราส่วนประสิทธิภาพการดำเนินงาน (Operating Efficiency Ratios) อัตราส่วนความเสี่ยงทางการเงิน (Financial Risk Ratios) อัตราส่วนความสามารถในการทำกำไร (Profitability Ratios) และ อัตราส่วนมูลค่าตลาด (Market Value Ratios) จากอัตราส่วนทางการเงินมาตรฐานทั้ง 5 กลุ่มดังกล่าว โรงพยาบาลสามารถปรับใช้อัตราส่วนทางการเงินใน 4 กลุ่มแรกที่กล่าวไว้ข้างต้นเพื่อชี้วัดผลการดำเนินงาน ทั้งนี้ เนื่องจากโรงพยาบาลในภาครัฐไม่ใช่องค์กรที่แสวงหาผลกำไร ดังนั้นการปรับใช้อัตราส่วนมูลค่าตลาด (Market Value Ratio) จึงไม่มีความ

³ การวิเคราะห์อัตราส่วนทางการเงินที่ดี ควรครอบคลุมการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานทั้ง 5 ด้านคือ Liquidity Ratios, Operating Efficiency Ratios, Financial Risk Ratios, Profitability Ratios และ Market Value Ratios ทั้งนี้ อัตราส่วนทางการเงินทั้ง 5 กลุ่มดังกล่าว เป็นมาตรฐานทั่วไปที่ใช้วิเคราะห์ทางการเงินการคลัง (Common Financial Ratios) จึงมีเอกสารอ้างอิงถึง Financial Ratios ต่างๆ ดังกล่าวอยู่เป็นจำนวนมาก ทั้งนี้ผู้เรียบเรียง ได้อ้างอิงถึง Brigham et al. (2012) เนื่องจากเป็นเอกสารทางวิชาการที่มีการถูกอ้างอิงมากที่สุด เป็นมาตรฐานที่ใช้ในระบบการเงินการคลัง และถูกนำไปใช้ประกอบการเรียนทางการเงินของมหาวิทยาลัยชั้นนำต่างๆ ทั่วโลก อนึ่ง รายละเอียดของอัตราส่วนทางการเงินอื่นๆ ที่โรงพยาบาลควรให้ความสนใจ ได้กล่าวไว้ใน หัวข้อ ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา (Recommendations)



เหมาะสมกับสถานะการดำเนินงาน⁴ ทั้งนี้ รายละเอียดของอัตราส่วนทางการเงินด้านอื่นๆ ที่โรงพยาบาลควรให้ความสนใจ ได้เรียบเรียงไว้ในหัวข้อ ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา (Recommendations)

4.3) กรอบงบประมาณเหมาะสมจากรายหัวที่เหมาะสมต่อคุณภาพบริการที่คาดหวัง

จากการวิเคราะห์รายได้ของหน่วยบริการ พบว่า หน่วยบริการมีรายได้ส่วนใหญ่จากงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว ตาม พรบ. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) พ.ศ.2545 ซึ่งในการดำเนินงาน หน่วยบริการค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพสูงขึ้นมากกว่าเดิมมากกว่า 2 เท่า ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา จาก 1,202.4 บาท/คน ในปี พ.ศ. 2545 เป็น 2,895.09 บาท/คน ในปี พ.ศ. 2557 นอกจากนี้ การดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพ ส่งผลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการใช้บริการในสถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นมาก จากร้อยละ 49 ในปี พ.ศ. 2534 เป็น ร้อยละ 68.5 ในปี พ.ศ. 2552 จากสถานการณ์ดังกล่าว ทำให้สถานพยาบาลมีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น การจัดสรรงบประมาณให้แก่สถานพยาบาลโดยการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่ต่ำกว่าต้นทุนที่แท้จริง ทำให้งบประมาณที่ได้รับจัดสรรอาจไม่เพียงพอต่อความต้องการของหน่วยบริการเพื่อการดำเนินงาน โดยเฉพาะในระบบบริการภาครัฐนั้นงบประมาณสูงกว่าร้อยละ 50 ถูกใช้เป็นบุคลากร ทำให้สถานพยาบาลจำนวนมากอยู่ในสภาพมีหนี้สินต้องแบกรับภาระทางการเงินและขาดสภาพคล่องทางการเงิน โดยในปี 2554 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.1% ของ GDP ซึ่งเป็นอัตราที่ต่ำกว่าหลายประเทศในอาเซียนที่มีสถานทางเศรษฐกิจคล้ายคลึงกัน เช่น เวียดนาม (6.2%) หรือ ฟิลิปปินส์ (4.3%) และต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มประเทศตะวันออก (East Asia Pacific: 4.7%) และค่าเฉลี่ยของโลก (World Average : 10%) และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศ OECD หรือ องค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 12.2% นอกจากนี้ เป็นที่น่าสังเกตว่า ประเทศอื่นๆ ล้วนแล้วแต่ใช้งบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพต่อ GDP มากกว่าไทยเช่น เกาหลี 7.4% จีน 5.1% รัสเซีย 6.9% สหรัฐอเมริกา 17.1% เป็นต้น ทั้งที่ประเทศเหล่านี้ไม่มีโครงการหลักประกันสุขภาพที่รักษาฟรี แต่ประเทศไทยที่มีการปรับใช้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) กลับมีค่าใช้จ่ายเพื่อการสาธารณสุขต่ำกว่าประเทศอื่น โดยหากเปรียบเทียบประเทศกำลังพัฒนาที่มีการปรับใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพด้วยกัน เช่น ภูวนดา ก็มีงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อ GDP สูงถึง 11.2% ซึ่งสูงกว่าประเทศไทย นอกจากนี้โรงพยาบาลรัฐของประเทศไทยยังมีข้อจำกัดในการให้จ่ายร่วม (co-payment) ทำให้หน่วยบริการไม่สามารถจัดเก็บรายได้เพิ่มจากการจ่ายร่วม (co-payment) ได้

⁴ Market Value Ratio ที่กล่าวถึงในที่นี้ หมายถึง อัตราส่วนราคาในตลาด ต่อ กำไรสุทธิ (Market Price/Earnings ratio : P/E) หรือ อัตราส่วนราคาในตลาด ต่อ มูลค่าทางบัญชี (Market Price/Book value ratio : P/BV) ทั้งนี้ หน่วย บริการ ภาครัฐ เป็นองค์กรที่เน้นการให้บริการสังคมโดยไม่ได้มีการนำส่วนของผู้ถือหุ้น (Equity) เข้าจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์เพื่อแสวงหากำไร ดังนั้น Market Value Ratios จึงไม่มีความเหมาะสมในการปรับใช้กับ หน่วยบริการฯ



กล่าวโดยสรุป ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของไทยยังอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ เมื่อเทียบกับ (Benchmark) ประเทศอื่นๆ ทั่วภูมิภาค ซึ่งค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่กล่าวถึงนี้รวมถึงงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ขณะที่มีการกำหนดสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลที่หลากหลายและต้องได้มาตรฐาน ทั้งยังครอบคลุมประชากรทั่วประเทศ จึงทำให้เกิดปัญหาในระบบบริการอย่างมาก ดังนั้นรัฐบาลจึงควรพิจารณาให้ความสำคัญเพิ่มงบประมาณในส่วนนี้ และ/หรือ พิจารณาให้มีการจ่ายร่วม (co-payment) ซึ่งนอกจากเป็นการเพิ่มคุณภาพการรักษาพยาบาลให้กับประชาชนแล้ว ยังเป็นการช่วยหน่วยบริการที่ต้องทำงานภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด และเป็นแก้ปัญหาสาเหตุความขัดแย้งในระบบสาธารณสุขที่มีอยู่ขณะนี้

5. ข้อสังเกตอื่นๆ

ความเสี่ยงด้านสภาพคล่องอันเนื่องมาจากการเบิกจ่ายงบประมาณล่าช้า

นอกเหนือจากประเด็นงบประมาณรายได้ที่ไม่เหมาะสมกับรายจ่ายข้างต้น จากการวิเคราะห์รายได้ (Income Breakdown) พบว่า รายได้ของหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 8 ส่วนใหญ่ได้รับการจัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวมาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยในปี 2556 เขตบริการสุขภาพที่ 8 มีสัดส่วนประชากรตามสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) สูงถึงร้อยละ 82% สิทธิประกันสังคมร้อยละ 9% ข้าราชการ ร้อยละ 6% และสิทธิอื่นร้อยละ 3% ดังนั้น รายได้ของโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 8 ส่วนใหญ่จึงได้รับการจัดสรรจาก สปสช. ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ทำให้โรงพยาบาลมีรายได้ส่วนใหญ่ผูกติดกับงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว ทำให้โรงพยาบาลมีความเสี่ยงที่อาจจะประสบปัญหาสภาพคล่องได้ในกรณีที่ สปสช. เบิกจ่ายเงินให้โรงพยาบาลช้ากว่ากำหนด ทั้งนี้ เกณฑ์การจัดสรรเงินให้แก่หน่วยบริการ สปสช. จะจ่ายเงินล่วงหน้าให้กับโรงพยาบาลทุกไตรมาส เพื่อป้องกันไม่ให้โรงพยาบาลประสบปัญหาสภาพคล่องขณะดำเนินการ โดยผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา (2556-2557) ยังไม่พบปัญหาการจ่ายเงินล่าช้า อย่างไรก็ตาม ในไตรมาสที่ 1 ปี 2558 เริ่มพบปัญหาการได้รับเงินจัดสรรล่าช้าในบางหน่วยบริการ ทั้งนี้ หากสถานการณ์ยังดำเนินต่อไปตามทิศทางดังกล่าว อาจทำให้โรงพยาบาลประสบปัญหาสภาพคล่องได้ในอนาคต

6. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

ข้อ 1 อัตราทางการเงิน (Financial Ratios)

จากตารางที่ 3.1 จักเห็นได้ว่า ดัชนีชี้วัดความเสี่ยงทางการเงิน (FAI Risk Score) ซึ่งประกอบไปด้วย ดัชนีชี้วัดทั้ง 6 ตัวที่กล่าวไปข้างต้นนั้น สามารถใช้ชี้วัดประสิทธิภาพคล่องทางการเงิน แต่ มิได้ชี้วัดประสิทธิภาพทางการเงินการคลังด้านอื่นๆ โดยดัชนีชี้วัดความเสี่ยงทางการเงิน (FAI Risk Score) ปัจจุบันทั้ง 6 ตัว ไม่สามารถให้ความยั่งยืน (Sustainability) ในการใช้งานระยะยาว อันเนื่องมาจาก



อัตราส่วนทางการเงินที่ใช้ในดัชนีชี้วัดความเสี่ยงทางการเงิน (FAI) ยังขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับผลการดำเนินงานด้านอื่นๆ นอกเหนือไปจากสภาพคล่องของโรงพยาบาล

ลักษณะของดัชนีชี้วัดทางการเงินที่เหมาะสมแก่การใช้ชี้วัดผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลในระยะยาว ควรมีการกำหนดกฎเกณฑ์การชี้วัดให้ครอบคลุมถึงประสิทธิภาพการดำเนินงานของโรงพยาบาลด้านอื่นๆ นอกเหนือจากสภาพคล่องทางการเงินด้วย โดยอัตราส่วนทางการเงินที่โรงพยาบาลควรให้ความสนใจ ควรครอบคลุมการวิเคราะห์การเงินในด้าน อัตราส่วนสภาพคล่องทางการเงิน (Liquidity Ratios), อัตราส่วนประสิทธิภาพการดำเนินงาน (Operating Efficiency Ratios), อัตราส่วนความเสี่ยงทางการเงิน (Financial Risk Ratios) และ อัตราส่วนความสามารถในการทำกำไร (Profitability Ratios) ตัวอย่างของอัตราส่วนทางการเงินที่เสนอแนะและหลักการวิเคราะห์ต่างๆ ได้แสดงไว้ในตารางที่ 3.6



ตารางที่ 3.6 ตัวอย่างอัตราส่วนทางการเงินและหลักการวิเคราะห์

อัตราส่วน (Financial Ratio)	หมวด	หลักการวิเคราะห์
อัตราส่วนทุนหมุนเวียน (Current Ratio)รวมสินทรัพย์ หมุนเวียน / รวมหนี้สินหมุนเวียน	อัตราส่วนสภาพคล่องทาง การเงิน (Liquidity Ratio)	ถ้าอัตราส่วนนี้มีค่ามาก หมายถึง หน่วยงานมีความคล่องตัวสูงในการ ชำระหนี้ระยะสั้น
อัตราส่วนสินทรัพย์คล่องตัว (Quick Ratio) (เงินสด+เงินลงทุน ระยะสั้น+ลูกหนี้) / รวมหนี้สิน หมุนเวียน	อัตราส่วนสภาพคล่องทาง การเงิน (Liquidity Ratio)	ถ้าอัตราส่วนนี้มีค่ามาก หมายถึง หน่วยงานมีความคล่องตัวสูงในการ ชำระหนี้ระยะสั้นโดยอาศัยสินทรัพย์ หมุนเวียนที่หักสินค้าคงเหลือออก
อัตราหมุนเวียนสินทรัพย์รวม (Total Asset Turn Over) (รายได้สุทธิ/สินทรัพย์รวม)	อัตราส่วนประสิทธิภาพ การดำเนินงาน(Operating Efficiency Ratio)	อัตราส่วนนี้ชี้วัดประสิทธิภาพการใช้ สินทรัพย์เพื่อหารายได้
อัตราการหมุนเวียนของสินค้า (Inventory Turn Over) (ยาและเวชภัณฑ์ที่ใช้/ยาและ เวชภัณฑ์คงเหลือเฉลี่ย)	อัตราส่วนประสิทธิภาพ การดำเนินงาน (Operating Efficiency Ratio)	อัตราส่วนนี้แสดงถึง ประสิทธิภาพการบริหารสินค้าคง คลังของหน่วยงาน
อัตรากำไรจากการดำเนินงาน Operating Income Margin (กำไรจากการดำเนินงาน/รายได้ สุทธิ)	อัตราส่วนความสามารถ ในการทำกำไร (Profitability Ratio)	อัตราส่วนนี้ชี้วัดความสามารถทำ กำไรของหน่วยงาน และ แสดงถึง ความสามารถในการควบคุมต้นทุน
อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (Return on Assets) (กำไรสุทธิ/สินทรัพย์ทั้งหมด)	อัตราส่วนประสิทธิภาพ การดำเนินงาน(Operating Efficiency Ratio)	อัตราส่วนนี้ชี้วัดประสิทธิภาพการใช้ ทรัพยากรของหน่วยงาน
อัตราส่วนหนี้สินต่อสินทรัพย์รวม (Debt-to-Asset Ratio) (หนี้สินรวม/สินทรัพย์รวม)	อัตราส่วนความเสี่ยงทาง การเงิน (Financial Risk Ratio)	อัตราส่วนนี้แสดงสัดส่วนหนี้สินต่อ สินทรัพย์ ชี้วัดภาระหนี้และความ เสี่ยงของหน่วยงาน
อัตราผลตอบแทนจากเงินลงทุน (Return on Investment) (กำไรสุทธิ/ส่วนทุน)	อัตราส่วนความสามารถ ในการทำกำไร (Profitability Ratio)	อัตราส่วนนี้ ชี้วัดประสิทธิภาพการใช้ เงินลงทุน

ทั้งนี้หลักการวิเคราะห์ ควรให้น้ำหนักความสำคัญต่ออัตราส่วนประสิทธิภาพการดำเนินงาน (Operating Efficiency) มากกว่า อัตราส่วนความสามารถในการทำกำไร (Profitability Ratios) ทั้งนี้ เนื่องจาก โรงพยาบาลเป็นองค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไร อย่างไรก็ตาม ในระยะยาว เพื่อให้โรงพยาบาล สามารถดำเนินการต่อไปได้ในระยะยาว มีความจำเป็นที่จะต้องมียาได้สูงกว่ารายจ่าย และลดการพึ่งพา



การสนับสนุนหรือความช่วยเหลือจากภาครัฐให้น้อยลง ดังนั้น หลักการวิเคราะห์อัตราส่วนความสามารถในการทำกำไรที่เหมาะสม อาจไม่ใช่ประเด็นการทำกำไรสูงสุด แต่ควรให้ความสำคัญต่อการบริหารความยั่งยืนของโรงพยาบาล โดยอาศัยเกณฑ์การทำกำไรต่อเนื่องติดต่อกันเป็นเวลานาน เป็นตัวชี้วัดความยั่งยืนในการดำเนินงาน (Sustainability) ของหน่วยบริการ

ในปัจจุบัน เขตบริการสุขภาพที่ 8 ได้มีการปรับใช้ อัตราส่วนทางการเงินที่ถูกยกตัวอย่างไว้ในตารางที่ 3.7 ซึ่งเป็นอัตราส่วนที่มีความสำคัญแก่การชี้วัดประสิทธิภาพของโรงพยาบาลแต่ไม่ถูกกำหนดไว้ในเกณฑ์คะแนนความเสี่ยงทางการเงิน (FAI Risk Score) ผู้เรียบเรียงได้สรุปอัตราส่วนทางการเงิน ทั้ง 10 ดัชนี ที่เขตบริการสุขภาพที่ 8 ได้มีการปรับใช้งานอยู่ในปัจจุบัน และ หลักการวิเคราะห์ในทางปฏิบัติ (Practical Analysis Method) ไว้ในตารางที่ 3.8

ตารางที่ 3.7 อัตราส่วนทางการเงินและหลักการวิเคราะห์ของเขตบริการสุขภาพที่ 8

อัตราส่วน (Financial Ratio)	หมวด	หลักการวิเคราะห์ทางปฏิบัติ ⁵
อัตราส่วนทุนหมุนเวียน (Current Ratio)รวม สินทรัพย์หมุนเวียน / รวม หนี้สินหมุนเวียน	อัตราส่วนสภาพคล่องทาง การเงิน (Liquidity Ratio)	คำนวณอัตราส่วนทางการเงิน หาค่า เฉลี่ย (Average) และ ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน(Standard deviation) ของ กลุ่ม รพ. แล้วนำมาให้คะแนน
อัตราส่วนสินทรัพย์คล่องตัว (Quick Ratio)(เงินสด+เงิน ลงทุนระยะสั้น+ลูกหนี้) / รวมหนี้สินหมุนเวียน	อัตราส่วนสภาพคล่องทาง การเงิน(Liquidity Ratio)	คำนวณอัตราส่วนทางการเงิน หาค่า เฉลี่ย (Average) และ ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน(Standard deviation) ของ กลุ่ม รพ. แล้วนำมาให้คะแนน
อัตราส่วนเงินสด (Cash Ratio)(เงินสด+เงิน ลงทุนระยะสั้น) / รวมหนี้สิน หมุนเวียน	อัตราส่วนสภาพคล่องทาง การเงิน(Liquidity Ratio)	คำนวณอัตราส่วนทางการเงิน หาค่า เฉลี่ย (Average) และ ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน(Standard deviation)ของ กลุ่ม รพ. แล้วนำมาให้คะแนน
อัตราหมุนเวียนสินทรัพย์รวม (Total Asset Turn Over) (รายได้สุทธิ/สินทรัพย์รวม)	อัตราส่วน ประสิทธิภาพการ ดำเนินงาน (Operating Efficiency Ratio)	คำนวณอัตราส่วนทางการเงิน หาค่า เฉลี่ย (Average) และ ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน(Standard deviation)ของ กลุ่ม รพ. แล้วนำมาให้คะแนน
อัตรากาหมุนเวียนของสินค้า	อัตราส่วนประสิทธิภาพการ	คำนวณอัตราส่วนทางการเงิน หาค่า

⁵ หลักการวิเคราะห์ในทางปฏิบัติที่เขตบริการสุขภาพที่ 8 ใช้วิเคราะห์ อาศัยการคำนวณอัตราส่วนทางการเงิน ทั้ง 10 รายการ แล้วหาค่า Average และ Standard Deviation ของกลุ่ม รพ. จากนั้นจึงนำมาพิจารณาให้คะแนนโดยอาศัยหลักเกณฑ์ความเบี่ยงเบนของค่า Ratio ของรพ. เทียบกับค่า Average ของกลุ่ม รพ. เป็นเกณฑ์การให้คะแนน



อัตราส่วน (Financial Ratio)	หมวด	หลักการวิเคราะห์ทางปฏิบัติ ⁵
(Inventory Turn Over) (ยาและเวชภัณฑ์ที่ใช้/ยาและ เวชภัณฑ์คงเหลือเฉลี่ย)	ดำเนินงาน (Operating Efficiency Ratio)	เฉลี่ย (Average) และ ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน(Standard deviation)ของ กลุ่ม รพ. แล้วนำมาให้คะแนน
อัตราส่วนกำไรจากการ ดำเนินงาน (Operating Income Margin) (กำไรจากการดำเนินงาน/ รายได้สุทธิ)	อัตราส่วนความสามารถ ทางการทำกำไร (Profitability Ratio)	คำนวณอัตราส่วนทางการเงิน หาค่า เฉลี่ย (Average) และ ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน(Standard deviation)ของ กลุ่ม รพ. แล้วนำมาให้คะแนน
อัตราส่วนกำไรสุทธิ Net Income Margin (กำไรสุทธิ/รายได้สุทธิ)	อัตราส่วนความสามารถ ทางการทำกำไร (Profitability Ratio)	คำนวณอัตราส่วนทางการเงิน หาค่า เฉลี่ย (Average) และ ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน(Standard deviation) ของ กลุ่ม รพ. แล้วนำมาให้คะแนน
อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (Return on Assets) (กำไรสุทธิ/สินทรัพย์ทั้งหมด)	อัตราประสิทธิภาพการ ดำเนินงาน (Operating Efficiency Ratio)	คำนวณอัตราส่วนทางการเงิน หาค่า เฉลี่ย (Average) และ ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน(Standard deviation) ของ กลุ่ม รพ. แล้วนำมาให้คะแนน
อัตราส่วนหนี้สินต่อสินทรัพย์ รวม (Debt-to-Asset Ratio) (หนี้สินรวม/สินทรัพย์รวม)	อัตราส่วนความเสี่ยงทาง การเงิน (Financial Risk Ratio)	คำนวณอัตราส่วนทางการเงิน หาค่า เฉลี่ย (Average) และ ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน(Standard deviation) ของ กลุ่ม รพ. แล้วนำมาให้คะแนน
อัตราผลตอบแทนจากเงินลงทุน (Return on Investment) (กำไรสุทธิ/ส่วนทุน)	อัตราส่วนความสามารถ ทางการทำกำไร (Profitability Ratio)	คำนวณอัตราส่วนทางการเงิน หาค่า เฉลี่ย (Average) และ ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน(Standard deviation) ของ กลุ่ม รพ. แล้วนำมาให้คะแนน

ที่มา : เอกสารประกอบการนำเสนอ “การวิเคราะห์งบการเงิน10 ตัวชี้วัดของโรงพยาบาล ในเขตสุขภาพที่ 8” ดัชนี 10 ตัวชี้วัดการเงินการคลัง และ คะแนนความเสี่ยง (Risk Score) ของโรงพยาบาล ณ วันที่ 30 กันยายน 2557

กล่าวโดยสรุป เขตบริการสุขภาพที่ 8 ได้มีการพัฒนาเกณฑ์การชี้วัดทางการเงินการคลังเพิ่มเติมจากดัชนีเกณฑ์คะแนนความเสี่ยงทางการเงิน (FAI Risk Score) ซึ่งแนวทางการดำเนินงานของเขตฯ 8 มีความสอดคล้องกับข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาในอนาคต ที่หน่วยงานส่วนกลางควรพิจารณาถึงการปรับใช้อัตราส่วนทางการเงินให้มีความครอบคลุมผลการดำเนินงานหลายๆด้าน นอกเหนือจากอัตราส่วนสภาพคล่องทางการเงินที่ถูกประกาศใช้อยู่ในดัชนีเกณฑ์คะแนนความเสี่ยงทางการเงิน (FAI Risk Score) ในปัจจุบัน



ทั้งนี้ข้อสังเกตเพื่อการพัฒนาฯ หน่วยงานส่วนกลางสามารถพัฒนาหลักเกณฑ์การชี้วัด รพ. โดยอาศัยเกณฑ์การวิเคราะห์ที่ เขตฯ 8 ปรับใช้อยู่ในปัจจุบัน เป็นตัวอย่างประกอบการศึกษาความเป็นไปได้ในการพัฒนาหลักเกณฑ์การวิเคราะห์ความเสี่ยงทางการเงินในอนาคตให้มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ หน่วยงานส่วนกลาง อาจพิจารณาศึกษาความเป็นไปได้ในการพัฒนาหลักเกณฑ์การชี้วัด คุณภาพบริการ ต่อเม็ดเงินลงทุน (Quality of Service per invested capital) และ/หรือ การวิเคราะห์ อัตราส่วนต้นทุนบริการต่อการบริการที่เหมาะสม (Cost per Effective Intervention) ควบคู่ไปกับการวิเคราะห์ทางการเงิน ซึ่งหลักการวิเคราะห์ดังกล่าว จะมีบริบทของความเชื่อมโยงระหว่างการบริการ (Service) และต้นทุนบริการ (Cost) จึงมีเหมาะสมต่อการวิเคราะห์หน่วยบริการควบคู่ไปกับอัตราส่วนทางการเงิน

ข้อ 2 ระบบจ่ายร่วม (Co-payment)

หน่วยงานภาครัฐควรมีการประเมินและศึกษาความเป็นไปได้ของระบบการจ่ายร่วม (co-payment) เพื่อเพิ่มรายได้ให้แก่หน่วยบริการและเพิ่มคุณภาพบริการ อีกทั้งเพื่อตอบสนองความต้องการให้กับกลุ่มประชากรที่มีความต้องการทางสาธารณสุขที่หลากหลาย ทั้งนี้หากมีการปรับใช้การจ่ายร่วม (co-payment) แล้วหน่วยบริการสามารถเพิ่มคุณภาพบริการ และตอบสนองความต้องการทางสาธารณสุขแก่กลุ่มประชากรที่หลากหลายได้ดีขึ้น ภาพลักษณ์ของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็จะไม่ได้รับผลกระทบในเชิงลบจากการปรับใช้ระบบการจ่ายร่วมดังกล่าว และอาจมีผลกระทบต่อภาพลักษณ์ในเชิงบวก เนื่องจากหน่วยบริการสามารถเสนอบริการที่หลากหลายเพื่อตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย และเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายทางภาครัฐ

ข้อ 3 ประสิทธิภาพการดำเนินงาน , การประหยัดจากขนาด และการประหยัดจากขอบเขต (Operating Efficiency, Economy of Scale and Economy of Scope)

ทั้งนี้โรงพยาบาลที่ประสบปัญหาขาดสภาพคล่องเรื้อรัง ควรประเมินสถานการณ์ทางการเงินและการตลาดในพื้นที่รับผิดชอบของตน เช่น จำนวนผู้ลงทะเบียนสิทธิประเภทต่างๆ รายรับจากการดำเนินการและรายได้อื่นในแต่ละเดือน รายจ่ายที่สำคัญ การเคลื่อนไหวของกระแสเงินสดรายเดือน ภาระหนี้ที่ต้องชำระรายเดือน ทั้งนี้ หากหน่วยบริการประสบปัญหาการเงินเรื้อรัง ควรพัฒนาจินตภาพด้านการดำเนินงานสุขภาพใหม่ เช่น การควบรวมกับหน่วยบริการอื่น (Merger) การจ้างเหมาทำในรายการที่ไม่สำคัญต่อสุขภาพและไม่คุ้มทุน เพื่อความประหยัดจากขนาด (Economy of Scale) ทั้งนี้การดำเนินการลักษณะดังกล่าว ควรดำเนินการอย่างเป็นขั้นเป็นตอน โดยคำนึงถึงภาพลักษณ์ของประชาชนต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และไม่ควรมีการลดคุณภาพบริการ (Quality of Service) ลงไม่ว่ากรณีใดๆ เช่น การลดบุคลากรที่มีความจำเป็น การลดการใช้ยาที่จำเป็นหรือการใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ทั้งนี้ เพื่อไม่ให้กระทบขวัญและกำลังใจต่อผู้ปฏิบัติงานและลดผลกระทบต่อประชาชนผู้รับบริการทั้งใน



ด้านภาพลักษณ์ของประชาชนต่อระบบประกันสุขภาพ และ ในด้านคุณภาพบริการที่ประชาชนจะได้รับให้น้อยที่สุด

นอกจากนี้ โรงพยาบาลสามารถประยุกต์ใช้ หลักการประหยัดจากขนาด (Economy of Scale) เพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านต่างๆของโรงพยาบาลได้ อาทิเช่น การรวมกลุ่มของโรงพยาบาลหลายๆแห่ง เพื่อเพิ่มอำนาจการต่อรองในการซื้อเวชภัณฑ์, เครื่องมือแพทย์ และ ครุภัณฑ์ต่างๆ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม อย่างไรก็ดี การประยุกต์ใช้หลัก Economy of Scale ที่เกี่ยวข้องกับการลงทุนในระบบบริการสาธารณสุข ควรพิจารณาถึง Economy of Scope ที่เหมาะสมกับความต้องการบริการในแต่ละพื้นที่ประกอบการพิจารณาด้วย

ข้อ 4 การเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานโดยอาศัยการแบ่งลักษณะงานระหว่างส่วนกลางและเขตให้เหมาะสม (Clearer scope of work to increase Operating Efficiency)

เขตประกันสุขภาพ และ หน่วยงานส่วนกลาง ควรมีการแบ่งเขต งานที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพในการดำเนินงานเป็นสำคัญ อาทิเช่น การจัดฝึกอบรมบุคลากรทางบัญชี หน่วยงานส่วนกลางควรเป็นผู้รับผิดชอบ จัดการฝึกอบรม เนื่องจาก หน่วยงานกลาง มีความสามารถที่จะจัดหามูลค่าความรู้ ความสามารถ (Expertise) ในทางการเงินการคลัง มากกว่าเขตฯ โดยเขตฯและ หน่วยงานส่วนกลาง ควรร่วมกันพิจารณาดำเนินงานในลักษณะรวมศูนย์กลาง (Centralized) เพียงบางส่วน เฉพาะในกิจกรรมเชิงสนับสนุนบางกิจกรรมที่ส่วนกลางสามารถจัดทำได้ดีกว่าเขต (เช่น การฝึกอบรมบุคลากร, การจัดหาและปรับปรุงระบบสารสนเทศ (IT) เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน) โดยไม่ให้กระทบกับการบริการของเขตประกันสุขภาพ ซึ่งมีความรู้ความเข้าใจถึงความต้องการบริการในเขตพื้นที่ ที่ดีกว่าหน่วยงานกลาง ทั้งนี้ หากมีการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดดังกล่าว ให้เป็นรูปธรรม จะสามารถ เพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน และ สามารถปรับปรุงระบบบัญชีการเงินของทุกโรงพยาบาลให้ถูกต้องและเป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งระบบ

นอกจากนี้ หน่วยงานส่วนกลาง ควรสนับสนุนให้บุคลากรในหน่วยบริการ ได้รับการฝึกอบรมทักษะที่จำเป็นต่อการดำเนินงาน ก่อนที่จะมีการประกาศใช้ดัชนีชี้วัดประสิทธิภาพการดำเนินงาน ยกตัวอย่างเช่น หน่วยงานกลางควรมีการจัดฝึกอบรมบุคลากรทางบัญชีการเงินให้นักบัญชีของโรงพยาบาล ก่อนที่จะมีการประกาศใช้ดัชนีชี้วัดคุณภาพบัญชี ทั้งนี้ เพื่อไม่ให้กระทบต่อขวัญและกำลังใจของผู้ปฏิบัติงาน ในกรณีที่ผู้ปฏิบัติงานไม่ผ่านดัชนีชี้วัดทั้งที่ยังไม่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อน

ข้อ 5 นโยบายการกระจายงบประมาณ และ การพัฒนาระบบบัญชีเพื่อลงบันทึกค่าใช้จ่ายของเวชศาสตร์ป้องกัน (Capital distribution policy and Accounting for Preventive medicine operations)



ปัจจุบันรายได้ส่วนใหญ่ของหน่วยบริการมาจากได้รายได้จากอัตราค่ารักษาพยาบาลจากรายหัวจาก สปสช. ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ซึ่ง สปสช.ได้กำหนดเกณฑ์การจ่ายเงินให้หน่วยบริการ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานในส่วนของการดำเนินการเชิงป้องกัน (Preventive Medicine) ไว้ที่ร้อยละ 10 อย่างไรก็ตาม เกณฑ์การชี้วัดของการดำเนินการเชิงป้องกันในปัจจุบัน อาจยังไม่ตอบสนองความต้องการทางสาธารณสุขของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างถูกต้อง อาทิเช่น การจัดให้มีเกณฑ์การชี้วัด (KPI) การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงของโรค (Screening) ให้มีความครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมาย โดยไม่ได้มีการจัดทำ KPI เพื่อบริหารจัดการกับกลุ่มเสี่ยงที่ถูกคัดกรองมาแล้ว เป็นต้น

นอกจากนี้หน่วยบริการยังไม่มีกลไกการลงบันทึกบัญชีของการให้บริการเชิงป้องกัน ว่ามีการเบิกจ่ายงบประมาณดำเนินการเชิงป้องกัน (Actual Spending) แตกต่างไปจากแผนงบประมาณที่วางไว้ (Budget) มากน้อยเพียงใด จากสภาวะการณ์ดังกล่าว จึงยากแก่การวิเคราะห์ประสิทธิภาพการใช้จ่ายทรัพยากรของการดำเนินการเชิงป้องกัน (Cost effectiveness of Preventive medicine) ซึ่งมีความจำเป็นแก่การพิจารณาจัดสรรงบประมาณของระบบการดำเนินงานเชิงป้องกันในอนาคต

หน่วยงานส่วนกลางอาจพิจารณาการพัฒนาดัชนีชี้วัดประสิทธิผลของการให้บริการเชิงป้องกัน (Preventive medicine KPI) ให้มีประสิทธิภาพในการชี้วัดผลการดำเนินการให้ตรงกับความต้องการทางสาธารณสุขของกลุ่มเป้าหมายให้มากยิ่งขึ้น ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบบัญชีการเงินของการให้บริการในส่วนของการให้บริการเชิงป้องกัน (Preventive medicine) ให้แยกออกมาจากบัญชีหลักของโรงพยาบาล ทั้งนี้ เพื่อให้สามารถรองรับการพัฒนาดัชนีชี้วัดประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากร (Cost effectiveness) และ ดัชนีชี้วัดประสิทธิผลของการดำเนินงานเชิงป้องกัน (KPI) ต่อไปในอนาคต



บทที่ 4

สรุปผลการวิจัยการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ การพัฒนากรอบระบบสุขภาพ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ของเขต จังหวัดอุดรธานี และอำเภอหนองแสง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ได้ให้ข้อมูลข่าวสารที่แสดงให้เห็นถึงการให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งอำเภอหนองแสงเป็นตัวอย่างต้นแบบ เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่กำหนดให้จัดการระบบสุขภาพอำเภอในด้านผู้สูงอายุ โดยมีบทบาท ผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุข เป็นผู้ประสานงานให้ข้อมูลในระดับจังหวัด และร่วมลงพื้นที่กับคณะวิจัย การวิจัยการดำเนินงานโดยร่วมเรียนรู้กับภาคีระบบสุขภาพของอำเภอหนองแสง ผลการวิจัยการดำเนินงานวิเคราะห์ใช้กรอบดังภาพที่ 2.5 การปรับกรอบ Reflexive Governance ให้เป็นกรอบการวิเคราะห์กระบวนการทำงาน สำหรับเสนอแนะแนวการพัฒนาของภาคีสุขภาพในระดับเขต จังหวัด อำเภอ และภาคีชุมชน โดยมีประเด็นสำคัญ 5 ข้อ ดังนี้

- 1) การวิเคราะห์การกระจายของปัญหา และเหตุปัจจัยของปัญหาที่มุ่งแก้ไข หรือ ปรับลด
- 2) การวิเคราะห์สมรรถนะของภาคีผู้รับผิดชอบการควบคุมกำกับจัดเหตุปัจจัยที่สำคัญของปัญหา
- 3) การวิเคราะห์บริบทและโครงสร้างของการดำเนินงานแก้ไขปัญหา
- 4) การวางแผนปฏิบัติการที่แยกแยะเป้าหมายตามการดำเนินงานของแต่ละภาคีที่รับผิดชอบภารกิจ
- 5) การจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาสมรรถนะของภาคีจากระบบติดตาม กำกับคุณภาพ และประเมินผล

1. การวิเคราะห์การกระจายตัวของปัญหา และเหตุปัจจัยของปัญหา

ระดับเขต

เขตสุขภาพ 8 จัดทำแผนบริการสุขภาพ มีบริการที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ คือ การดูแลผู้ป่วยระยะยาว (LTC) และด้านจักษุ จึงอาจกล่าวได้ว่า ยังไม่ครอบคลุมการพัฒนาระบบสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และยังเป็นทิศทางของการจัดบริการที่เน้นไปที่การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวติดเตียง ที่มีสัดส่วนไม่มาก เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุทั้งหมด เนื่องจากเป็นนโยบายจากส่วนกลางที่มุ่งเน้นดัชนีชี้วัดดังกล่าว ทำให้กลายเป็นการทำงานเชิงรับ ที่ขาดการให้ความสำคัญกับการป้องกัน และสร้างเสริมสุขภาพ



ระดับจังหวัด

แม้ว่าจังหวัดอุดรธานีจะประกาศวาระจังหวัด “อุดรธานีเมืองผู้สูงอายุคุณภาพชีวิตที่ดี” แต่การวิเคราะห์สถานการณ์ ยังขาดการนำเสนอการกระจายตัวของปัญหา และเหตุปัจจัย ในด้านการบริการสุขภาพ พบว่าหน่วยงานระดับจังหวัด มีการวิเคราะห์ปัญหาจากแนวคิดการแบ่งประเภทผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม เป็นสำคัญ จึงทำให้ยุทธศาสตร์การทำงานมีมิติการบริการสุขภาพตามกลุ่มผู้สูงอายุที่ถูกจัดไว้ตามผลการคัดกรอง กล่าวคือ กลุ่มติดสังคม เน้นการสร้างความร่วมมือและการดูแลผ่านชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน และติดเตียงเน้นการบริการดูแลระยะยาว (LTC) และการจัดการบริการในชุมชน

ทั้งนี้ การมองภาพการบริการสุขภาพ ที่พิจารณาพร้อมกับมิติเศรษฐกิจและสังคม สิ่งแวดล้อม และด้านอื่นๆ ยังขาดแนวทางการสนับสนุน ให้ทีมงานสุขภาพ และภาคี ในพื้นที่อำเภอสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันปัญหาทางสังคมและสุขภาพเชิงรุก จึงยังไม่ได้จัดข้อมูลบ่งชี้ปัญหาส่วนนี้

ระดับอำเภอ

การขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุในอำเภอหนองแสง มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องมากกว่า 20 ปี โดยกลุ่มบุคลากรทางสาธารณสุขจากโรงพยาบาลหนองแสง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นผู้ประสานงานหลัก ดังนั้นการวิเคราะห์ปัญหา และสถานการณ์ของผู้สูงอายุ จึงเน้นในเรื่องของการดูแล และการจัดบริการสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ ขวสารสำหรับจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL Index) เป็นเครื่องมือสำคัญที่ใช้กันอยู่ ตัวอย่างข้อมูลสำรวจคัดกรอง ปี 2557 จำแนกผู้สูงอายุเป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 98.76 ประเภทติดบ้านร้อยละ 0.98 และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.27

ขวสารดังกล่าวมาใช้กำหนดเป็นแผนให้บริการการดูแลและเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในกลุ่มติดเตียง ส่วนกลุ่มติดสังคมก็จะเน้นในการออกกำลังกายและสันทนาการ และเมื่อกระทรวงสาธารณสุขให้นโยบาย มุ่งเน้นยุทธศาสตร์ในการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ยิ่งทำให้การขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุในระดับอำเภอ เน้นไปที่กลุ่มปัญหาผู้สูงอายุประเภทติดเตียงเป็นสำคัญมากขึ้น ทั้งที่ กลุ่มติดเตียงเป็นเพียงกลุ่มน้อย และจัดเป็นการให้บริการเชิงรับ (Passive) มากกว่าบริการป้องกันเชิงรุก

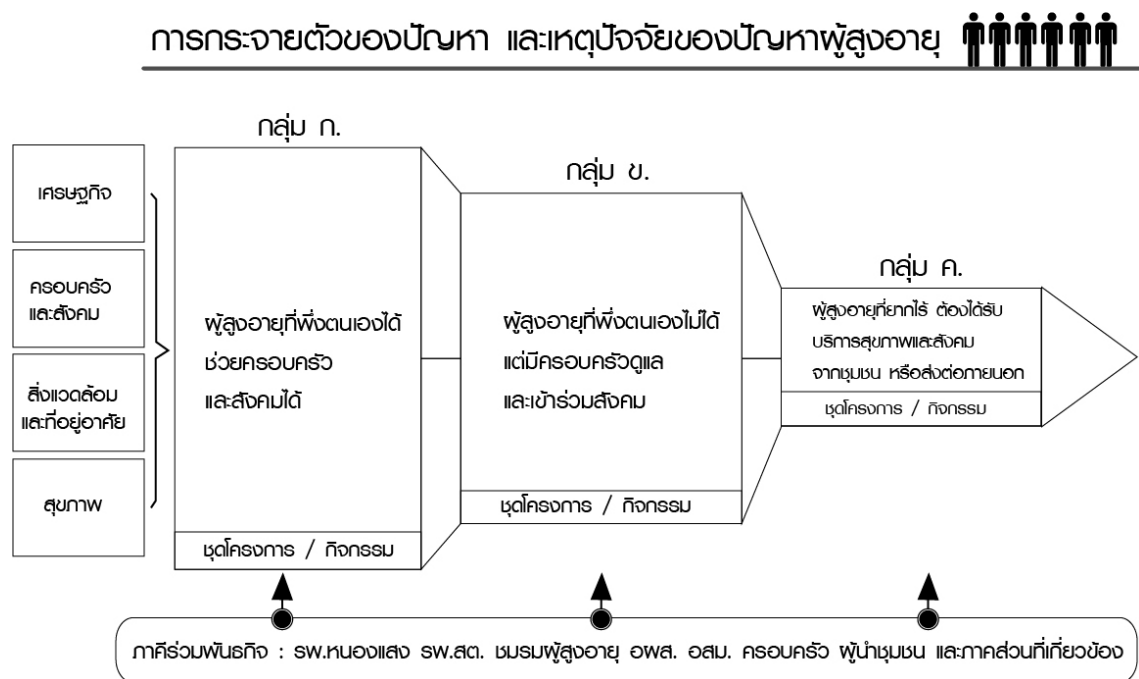
การวิเคราะห์ปัญหาด้วยขวสารที่ใช้แบ่งกลุ่ม ตามความสามารถในการดำเนินชีวิต ของผู้สูงอายุ เป็นหลัก แม้ได้จำแนกย่อยลงไป ถึงระดับรายตำบลและหมู่บ้าน จึงยังไม่ได้เอื้อให้ใช้ติดตามผลการจัดบริการสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ของผู้สูงอายุแต่ละคน เพราะยังขาดวิธีการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ แบบบูรณาการสุขภาพ ในทุกมิติ ที่บ่งชี้ถึงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เช่น มิติด้านเศรษฐกิจ สังคม และจิตวิญญาณ

เนื่องจาก ข้อมูลขวสาร ที่แสดงสถานการณ์ และปัญหาของผู้สูงอายุทางด้านเศรษฐกิจและสังคม มาจากแหล่งข้อมูล ซึ่งรวบรวมโดย อปท. ในฐานะข้อมูล จปฐ. ซึ่งยังมีได้นำมาใช้ร่วมวิเคราะห์ปัญหา และ



ไม่ได้ใช้ในการออกแบบโครงการ กิจกรรมให้ครอบคลุมผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ ทั้งๆ ที่ กลุ่มผู้สูงอายุที่ติดสังคม ตึตบ้านอาจช่วยเหลือกันเองได้ บางคนอาจเป็นกลุ่มเสี่ยงความดันและเบาหวานได้ นอกจากนี้กลุ่มติดสังคม ตึตบ้านนี้อาจเข้าไม่ถึงบริการการรักษาทุกคน เพราะสถานภาพทางเศรษฐกิจ ที่แตกต่างกัน ดังนั้น การวิเคราะห์ปัญหา และเหตุปัจจัย เพื่อออกแบบโครงการกิจกรรม จึงควรครอบคลุมผู้สูงอายุทุกกลุ่มใน มิติต่างๆ ดังภาพที่ 4.1

ภาพที่ 4.1 กรอบการวิเคราะห์การกระจายตัวของปัญหา และเหตุปัจจัยของปัญหา ที่ครอบคลุมทุกมิติ



ข้อเสนอแนะที่ได้ทดสอบเสริมหนุนการพัฒนา

คณะผู้ศึกษาวิจัยได้ทดสอบกระบวนการพัฒนารูปแบบ และวิธีการในการพัฒนาสมรรถนะในการ ร่วมกันประมวล และวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบในการ จัดบริการด้านต่างๆ เจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และอาสาสมัครสาธารณสุขร่วมกับ ชุมชมผู้สูงอายุ มีผลการดำเนินงาน ดังนี้

ระดับอำเภอ

กลไกคณะกรรมการที่ประกอบด้วย รพ.หนองแสง รพ.สต. ท้องถิ่นแต่ละแห่ง และชมรมผู้สูงอายุ ควรได้รับการพัฒนาให้มีสมรรถนะและทักษะในการใช้ข้อมูลข่าวสารประเมินสถานะสุขภาพ การเข้าถึง



และไม่ถึงบริการสุขภาพและสังคม ความเป็นอยู่รายได้ เศรษฐกิจ อาชีพ ความกดดัน สภาพครอบครัวของ ผู้สูงอายุ และสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย

ทั้งนี้ ควรจัดทำฐานข้อมูลลงไปถึงระดับรายบุคคล หมู่บ้าน และตำบลให้อยู่ในระบบฐานข้อมูล ออนไลน์ เพื่อลดภาระในการเก็บข้อมูลซ้ำซ้อนหลายครั้ง และเอื้อให้สามารถเรียกใช้ข้อมูลได้โดยง่าย

จากการที่คณะวิจัยทดลองจัดประชุมเชิงปฏิบัติการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุ โดยภาคี รพ. หนองแสง รพสต. ท้องถิ่นแต่ละแห่ง อสม. อพส. และชมรมผู้สูงอายุ ร่วมกันให้ข้อมูลทั้งที่มีอยู่ทั้งในระบบ ของ รพ. รพสต. อปท. และที่ไม่มีอยู่ในระบบ แล้วทดสอบด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพที่ อสม. อพส. หรือ ชมรม ผู้สูงอายุ รู้ และจดจำได้อยู่แล้ว

การร่วมดำเนินการดังกล่าว ส่งผลให้ภาคี เริ่มเข้าใจถึงการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุในมิติต่างๆ เช่น การเข้าถึงบริการ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ยังไม่มาร่วมกิจกรรมของชมรม (กลุ่มที่ชมรมยังเข้าไม่ถึง) กลุ่ม ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อเบาหวาน ความดันที่ไม่มาร่วมกิจกรรม กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มป่วยเป็น เบาหวาน ความดัน แต่เข้าไม่ถึงหรือไม่รักษาต่อเนื่อง กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในฐานะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และยัง ไม่ได้รับบริการสุขภาพและสังคม กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรม รพสต. ท้องถิ่นแล้ว จะมีการ ติดตามเปลี่ยนแปลงสถานะทางสุขภาพ รายได้ อาชีพ ได้ในระดับไหน (เหมือนเดิม แย่ลง ดีขึ้น)

การวิจัยร่วมปฏิบัติงานกับพื้นที่ ส่งผลให้ฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการผู้สูงอายุ มอบหมายให้ รพ.สต. ประสานรวบรวมข้อมูล จาก อสม. และท้องถิ่น เพื่อนำเสนอข้อมูลในมิติร่วมทางเศรษฐกิจ อาชีพ และสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละตำบล ในการประชุมคณะกรรมการผู้สูงอายุระดับอำเภอในครั้งที่ผ่านมา ภายหลังจากการประชุมคณะกรรมการผู้สูงอายุแล้ว ได้มีความร่วมมือกับ รพ.สต. ท้องถิ่นแต่ละแห่ง ใน การจัดทำโครงสร้างการเก็บข้อมูลและไหลเวียนข้อมูลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องร่วมกัน ผ่านโปรแกรมติดตาม สถานะผู้สุขภาพผู้สูงอายุออนไลน์ เพื่อร่วมกันทดลองและพัฒนาปรับปรุงในการวางแผน ติดตาม กำกับ ผลการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ระดับจังหวัด

จังหวัดจึงควรมีบทบาททำหน้าที่สนับสนุน การทำงานของคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ ให้ สามารถรวบรวม วิเคราะห์และใช้ข้อมูลทุกมิติของพื้นที่ เพื่อการวางยุทธศาสตร์ เป้าหมาย แผนปฏิบัติการ ที่ประกอบด้วยโครงการ/กิจกรรมที่มีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือการพัฒนาคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุตามบริบทเงื่อนไขของพื้นที่ ซึ่งน่าจะสร้างคุณค่าเพิ่ม (Value Added) ได้มากกว่า การใช้ ข้อมูลข่าวสารจากผลสำรวจสถานะสุขภาพรวมๆ หรือ ตัวชี้วัดจากส่วนกลางของสาธารณสุข อันจะเอื้อให้ จังหวัดพัฒนาศักยภาพ ของคน และเทคโนโลยี ที่มีอยู่แล้วรองรับการทำงานของคณะกรรมการอำเภอ



ระดับเขต

การจัดทำแผนบริการสุขภาพของเขต ควรพิจารณาปัญหาของกลุ่มประชากร (เช่นผู้สูงอายุ) โดยใช้การวิเคราะห์เหตุปัจจัยร่วม มากกว่า ใช้เพียงกรอบการจำแนกเป็นรายโรค ในกรณีประชากรผู้สูงอายุ เหตุปัจจัยของพฤติกรรมเสี่ยงร่วมของเบาหวานความดัน ที่ใช้ในการป้องกัน สร้างเสริมสุขภาพประชากร เพื่อมิให้กลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนแล้ว จึงเป็นประเด็นสำคัญ โดยเขตควรมีแนวทางการหนุนเสริมสมรรถนะของทีมจังหวัด ให้สามารถช่วยเหลือการทำงานกับกลไกของคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอในการรวบรวม วิเคราะห์ปัญหาของระบบสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

2. การวิเคราะห์สมรรถนะของภาคีผู้รับผิดชอบ

ในการจัดการและการดำเนินกิจกรรม ที่ครอบคลุมต่อการกระจายปัญหาด้านคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำเป็นต้องสร้างความมีส่วนร่วม ให้เกิดการร่วมดำเนินงานทุกภาคีที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น การพัฒนาทักษะและสมรรถนะของภาคีต่างภาคส่วน ให้มีความสามารถที่จะรับผิดชอบภารกิจได้ จึงส่งผลต่อประสิทธิภาพของการดำเนินงาน ในรูปข่ายงานเป็นอย่างดี

ระดับเขต

เขตบริการสุขภาพที่ 8 มีการจัดทีมงานและระดมทรัพยากรกำลังคนและเทคโนโลยี โดยใช้จุดแข็งของทีมโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในรูปของ Node และเจ้าภาพตามประเด็นที่กำหนดไว้เป็นเชิงรุกและเชิงรับ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับประเด็นผู้สูงอายุ ก็ถูกแยกส่วนการรับผิดชอบที่กระจายไปอยู่ในผู้รับผิดชอบที่แยกกันทำ

ทั้งนี้ ได้มอบหมายให้ โรงพยาบาลนครพนม เป็นเจ้าภาพรับผิดชอบเรื่องการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลหนองบัวลำภู เป็นเจ้าภาพเรื่องโรคตา จังหวัดหนองคาย เป็นเจ้าภาพ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง รวมทั้งความร่วมมือกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต และสำนักงานปฎิรูปสุขภาพแห่งชาติในการทำประเด็นธรรมนูญสุขภาพและเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

ในการมอบหมายงานให้โรงพยาบาล ที่มีความโดดเด่นแตกต่างกันไปเป็นเจ้าภาพหลัก นั้น เป็นการมอบหมายตามจุดแข็งของหน่วยบริการสุขภาพ เขตฯ จึงยังไม่ได้วิเคราะห์ถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สคร. และหน่วยงานนอกภาคส่วนสาธารณสุข ซึ่งมีศักยภาพในเรื่องทรัพยากร คน เงิน ของ เช่น ศูนย์เขตกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์ สำนักงานท้องถิ่นจังหวัด และพัฒนาชุมชน โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย อปท. ภาคีภาคประชาสังคม ฯลฯ เข้ามาร่วมอยู่ในกลไกขับเคลื่อนการทำงาน ทำให้เสียโอกาสในการบูรณาการความร่วมมือ ซึ่งต่างมีการกิจร่วมในการจัดการกับเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ รวมทั้งส่งผลต่อการดำเนินงานของ รพ.สต. ซึ่งเป็นพี่เลี้ยงชมรม ที่ยึดติดกับกิจกรรมและข้อมูลด้านบริการ รักษาดูแลโรค



ระดับจังหวัด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีจุดเด่นในการประสานผลักดันวาระจังหวัดด้านผู้สูงอายุ และร่วมจัดทำยุทธศาสตร์ “อุดรธานี เมืองผู้สูงอายุคุณภาพชีวิตดี” โดยมีการตั้งคณะกรรมการดำเนินงานการขับเคลื่อนวาระจังหวัดโดยมีคณะกรรมการอำนวยการ และคณะทำงานด้านต่างๆ คือ ด้านสุขภาพ ด้านสวัสดิการและรายได้ ด้านการศึกษา ด้านสภาพแวดล้อม ด้านสมัชชาสุขภาพ ด้านเครือข่ายผู้สูงอายุ ด้านข้อมูลข่าวสาร และคณะวิจัยเสริมหนุนหลายประเด็น

แต่การจัดตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานยังไม่อาจนำไปสู่การขับเคลื่อนงานตามยุทธศาสตร์ให้สำเร็จได้ เนื่องจาก พลังแฝง ที่สำคัญ คือ สมรรถนะ ของทีมเลขานุการ โดยเฉพาะ ทักษะ และสมรรถนะ ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพ และเหตุปัจจัยของปัญหา ที่นำเสนอต่อคณะกรรมการ จำต้องเอื้อให้เกิดบูรณาการ ที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้เกิดการหนุนเสริมการกำหนดนโยบายของคณะกรรมการฯ และเกิดการเปลี่ยนนโยบาย ไปสู่การปฏิบัติการที่เป็นขบวนการร่วมกัน แผนยุทธศาสตร์ของจังหวัดจึงแปลไปสู่การสร้างแผนปฏิบัติการร่วมได้ชัดเจน

ระดับอำเภอ

ภาคินโยบายคือ กลไกของคณะกรรมการสุขภาพผู้สูงอายุระดับอำเภอที่ ประกอบด้วย นายอำเภอ ผอ.โรงพยาบาลหนองแสง ผอ.รพ.สต. และประธานชมรมผู้สูงอายุระดับอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนภาคีปฏิบัติการ คือ หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิของ รพ.หนองแสง รพ.สต. อสม. อาสาสมัครผู้สูงอายุ (อผส.) ท้องถิ่นโดยฝ่ายพัฒนาชุมชน หรือกองสาธารณสุข หรือกองสวัสดิการสังคม และชมรมผู้สูงอายุที่เป็นตัวแทนของสมาชิกชมรมในแต่ละหมู่บ้าน

ภาคีสันับสนุนการดำเนินงาน คือ ครอบครัวของผู้สูงอายุ และผู้นำชุมชน ซึ่งพบว่าภาคีปฏิบัติการ คือ รพช. และ รพ.สต. ซึ่งมีพันธกิจในประเด็นการบริการสุขภาพตามแผนจังหวัดและเขต จึงขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุในรูปแบบของกิจกรรมการบริการสุขภาพเป็นสำคัญ ตามกรอบตัวชี้วัดของส่วนกลางและจังหวัดเป็นแผนดำเนินงาน จึงขาดสมรรถนะในการหนุนเสริมขบวนการภาคีที่มาจากหลากหลายภาคส่วน

อย่างไรก็ตาม ทั้ง 2 หน่วยงานและผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุจากท้องถิ่น ยังช่วยหนุนเสริมงานบริหารจัดการเอกสาร และการเงินของชมรมผู้สูงอายุ ที่เป็นจุดอ่อนของคณะกรรมการชมรมด้วย ในขณะที่ชมรมผู้สูงอายุของทุกตำบล มีสมรรถนะในการดำเนินกิจกรรมชมรมและมีความคิดริเริ่มในรูปแบบต่างๆ เช่น กองทุนฌาปนกิจ การออกกำลังกาย สันทนาการ หรือแม้แต่กลุ่มอาชีพต่างๆที่ได้รับการสนับสนุนจากท้องถิ่น โดยทุกท้องถิ่นให้ความสำคัญต่อการสนับสนุนงานผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และท้องถิ่นมีการประสานกับภาควิชาการสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ เช่น ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน กรมหม่อนไหม พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ในการพัฒนากลุ่มอาชีพอย่างต่อเนื่อง



จุดอ่อนสำคัญ คือ ชมรมผู้สูงอายุขาดการเสริมศักยภาพในการแสดงบทบาทและดำเนินกิจกรรมเชิงรุก และยังไม่มีข้อมูลเชื่อมโยงข้อมูลต่างๆ เช่น ข้อมูลจากการสำรวจ สุขภาพ ข้อมูลเศรษฐกิจฐานะของผู้สูงอายุ ไปสู่ชมรมผู้สูงอายุ สำหรับ อปท.ยังขาดสมรรถนะด้านการวิเคราะห์ปัญหาความร่วมมือการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต ดังนั้นแนวโน้มที่ต่างระดับ จะเป็นเรื่องการรักษาและบริการสุขภาพเป็นสำคัญ ในขณะที่ระดับพื้นที่ปัญหาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีมากกว่าเรื่องโรค

ข้อเสนอแนะที่ได้ทดสอบเพื่อเสริมหนุนการพัฒนา

ระดับอำเภอ

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จัดเป็นประเด็นหนึ่งในระบบสุขภาพอำเภอหนองแสง คณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ จึงควรสร้างความรู้ความเข้าใจ และหนุนเสริมสมรรถนะให้กับผู้บริหาร และคณะผู้รับผิดชอบงานของท้องถิ่น ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีทรัพยากรและหน้าที่เกี่ยวข้องสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทั้งในมิติเศรษฐกิจ อาชีพ รายได้ และการปรับสภาพแวดล้อม

ชมรมผู้สูงอายุของอำเภอหนองแสง มีศักยภาพและความเข้มแข็งเป็นพื้นฐานสำคัญอยู่แล้ว เนื่องจาก คณะกรรมการผู้สูงอายุมีประสบการณ์การทำงานในพื้นที่ต่อเนื่องยาวนาน มีความตั้งใจและผลงานบริหารที่เป็นตัวอย่างความสำเร็จ เช่น กองทุนฌาปนกิจ กลุ่มอาชีพ แต่ก็ยังมีข้อจำกัดในการจัดกิจกรรมให้ครอบคลุมเข้าถึงผู้สูงอายุทุกกลุ่ม และในทุกมิติ ดังนั้น รพ.สต. และโรงพยาบาลหนองแสง ซึ่งได้รับมอบหมายให้เป็นพี่เลี้ยงของชมรม จึงควรร่วมมือกับท้องถิ่นในฐานะที่เป็นผู้สนับสนุนงบประมาณ หนุนเสริมการพัฒนาสมรรถนะของชมรมให้มีบทบาทเชิงรุกเป็นผู้วางแผน และจัดทำโครงการ กิจกรรมให้เข้าถึงครอบคลุมผู้สูงอายุกลุ่มต่าง ๆ ทั้งในด้านการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ และการพัฒนาคุณภาพชีวิต รวมทั้งการเป็นผู้ติดตามผลของกิจกรรม นอกเหนือจากบทบาทเป็นผู้เยี่ยมบ้านในกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดเตียง และเป็นผู้ร่วมจัดกิจกรรมออกกำลังกาย สันทนาการ

ระดับจังหวัด

จุดอ่อนสำคัญของแผนยุทธศาสตร์จังหวัด คือไม่มีการจัดทำแผนปฏิบัติการให้ชัดเจน ดังนั้น ทีมงานของจังหวัด จึงควรได้รับการหนุนเสริมจากเขต ให้สามารถแสดงบทบาทและเพิ่มทักษะในการสนับสนุนคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอในการทำแผนปฏิบัติการ รวมถึงเสริมทักษะในการเป็นเลขานุการจัดการข่ายงานของคณะกรรมการจังหวัด และสมรรถนะในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาดังที่กล่าวมาแล้ว



ระดับเขต

เขตควรแสดงบทบาทในการหนุนเสริมสมรรถนะให้กับทีมงานจังหวัด ดังที่ได้วิเคราะห์เสนอแนะไว้ในข้างต้น ซึ่งการที่เขต 8 จะแสดงบทบาทในการหนุนเสริมทีมจังหวัดได้ ส่วนกลางควรมีกรอบและเครื่องมือที่ยืดหยุ่น และสนับสนุนให้ทีมงานของเขต 8 ได้พัฒนา ปรับใช้ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของแต่ละจังหวัด โดยส่วนกลางควรจัดกระบวนการหนุนเสริมสมรรถนะเขตสุขภาพในเรื่อง การจัดการวงจรแผนงานที่มุ่งประสิทธิผล แทนการถ่ายทอดกรอบเครื่องมือ ตัวชี้วัด ที่กำหนดมาจากส่วนกลางเพียงอย่างเดียว

3. การวิเคราะห์บริบท และโครงสร้างของปัญหา

ระดับเขต

กลวิธีในการดำเนินงานของเขตสุขภาพ ยึดติดอยู่กับตัวชี้วัด (KPI) ของกระทรวงสาธารณสุข โดยไม่ได้กำหนดกลยุทธ์หลักให้ชัดเจน เพียงแต่ให้ครอบคลุมกรอบงาน 15 ประเด็น ที่ถ่ายทอดมาจากกระทรวงและยึดกรอบการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม ส่งผลให้การพัฒนาบริการสุขภาพมุ่งเน้นไปที่การรักษาดูแลสุขภาพกลุ่มที่ป่วยติดเตียงเพียงอย่างเดียว ทำให้จำกัดวิธีคิดในการเสริมสร้างสมรรถนะทีมงานที่เป็นการจัดอบรมพัฒนาสมรรถนะพยาบาลจาก รพช. และรพสต. และจาก อสม./จิตอาสา ในการเป็นผู้ดูแลในชุมชน (Care giver) และ Home Care Manager จึงไม่ครอบคลุมสมรรถนะสำคัญของทีมจังหวัด

ระดับจังหวัด

การถ่ายทอดนโยบายจากส่วนกลางลงสู่จังหวัด ซึ่งมีประเด็น คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นวาระนโยบายของจังหวัด ซึ่งประกอบไปด้วย 6 ยุทธศาสตร์ ครอบคลุมการดำเนินงานที่สัมพันธ์กับมิติเหตุปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ 4 มิติด้วยกัน อันประกอบด้วย มิติทางเศรษฐกิจ มิติทางสุขภาพ มิติทางสังคม และมิติทางสภาพแวดล้อม

ทั้งนี้ ยุทธศาสตร์ของจังหวัด ได้กำหนดหน่วยงานต่างภาคส่วน บูรณาการ ซึ่งควรจะออกแบบงานร่วมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ แต่จากการดำเนินงานของจังหวัดที่ผ่านกลไกของสาธารณสุขจังหวัดพบว่า สาธารณสุขจะรับประเด็นงานและตัวชี้วัดของเขตบริการสุขภาพ มาออกแบบงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นน้ำหนักสำคัญ และมีความพยายามจะจัดให้สัมพันธ์กับยุทธศาสตร์ของจังหวัด แต่ก็พบว่า ยังมีอิทธิพลจากแนวคิดที่สื่อมาจากเขตบริการสุขภาพเป็นส่วนสำคัญ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องผู้สูงอายุสุขภาพดี เรื่องการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยติดเตียง ระบบการตรวจเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ และการตรวจคัดกรองผู้สูงอายุ



หากแต่ กรอบคิดดังกล่าว กลับถูกถ่ายทอดเข้าสู่ระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) อย่างแยกส่วน ส่งผลให้การจัดเก็บ การประมวล และการวิเคราะห์ตัวชี้วัดการทำงานด้านผู้สูงอายุระดับอำเภอ ขาดบูรณาการ เข้ากับภาคีสุขภาพจากหลายภาคส่วน แต่กลับดำเนินงานโดยหน่วยงานสาธารณสุขเป็นตัวขับเคลื่อนด้านการรักษา และการบริการสุขภาพเท่านั้น

ระดับอำเภอ

กรอบแนวคิดการจำแนกผู้สูงอายุออกตามความสามารถในการดำเนินชีวิต และพึ่งตนเอง ได้ปรับใช้ในอำเภอหนองแสง โดยมีการคำนึงถึง เงื่อนไขทางด้านเศรษฐกิจ และสังคมอยู่บ้าง ซึ่งแสดงให้เห็นจากการบ่งบอกของคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ หากแต่ มิได้มีการนำเข้ามาประกอบเป็นแผนปฏิบัติงานที่ถูกต้องแบบจากข้อมูลที่ถูกต้องทั้ง 4 มิติ

เนื่องจาก อำเภอหนองแสงมีชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง และได้รับการสนับสนุนจากภาคีท้องถิ่นและรพ. สต. อย่างต่อเนื่อง แต่เนื่องจากขาดการหนุนเสริมให้เกิดการพัฒนาโครงการและกิจกรรมที่มุ่งประสิทธิผล ส่งผลให้มีข้อจำกัด การแสดงผลสัมฤทธิ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือการเปลี่ยนแปลงทางสถานะทางสุขภาพ รายได้ เศรษฐกิจ รวมทั้ง ยังไม่ได้ทำกิจกรรมครอบคลุมผู้สูงอายุทุกกลุ่ม เช่น กลุ่มที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรม กลุ่มที่ยังเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพและสังคมทั้งที่จำเป็นต้องได้รับการ

หลังจากร่วมศึกษาระหว่างทีมภาคีในพื้นที่และคณะนักวิจัย ได้มีการแลกเปลี่ยนทดสอบกรอบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ ซึ่งภาคี อปท. ชมรมผู้สูงอายุ รพสต.บางแห่งได้เริ่มนำไปปรับใช้ใน กิจกรรมการออกกำลังกายของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่สัมพันธ์กับการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยชมรมบันทึกผลโปรแกรมการออกกำลังกายกับการเปลี่ยนแปลงในเรื่อง น้ำหนักตัว ค่าความดัน และค่าน้ำตาลในเลือด โดยใช้ร่วมกับข้อมูลของ รพสต.

ข้อเสนอแนะที่ได้ทดสอบเพื่อเสริมหนุนการพัฒนา

ระดับอำเภอ

ทีมงานโรงพยาบาลหนองแสง และ รพสต. แสดงให้เห็นว่า สามารถปรับใช้แนวคิดในการเสริมหนุนสมรรถนะของชมรม และท้องถิ่น เพื่อกระจายภารกิจความรับผิดชอบให้ภาคีสามารถรับบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดำเนินงาน ทั้งในเรื่อง ของกิจกรรมการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ การเข้าถึงและสื่อสารกับผู้สูงอายุ การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุ เพราะขณะนี้ทั้ง รพ.หนองแสง และ รพสต.มีภาระล้นมือทั้งงานให้บริการสุขภาพ และงานที่สั่งมาจากจังหวัดและส่วนกลาง จนทำให้เข้าใจไขว้เขวว่าต้องเป็นผู้ทำเองทุกเรื่อง จึงเสียโอกาสในเป็นผู้เอื้ออำนวยให้เกิดการทำงานของข่ายงานภาคี ทั้งที่ชมรมท้องถิ่น มีความเข้มแข็งเป็นพื้นฐานอยู่แล้ว



ระดับจังหวัด

จังหวัดควรกำหนดเป้าหมายและแผนการดำเนินงานร่วมกับภาคีในระดับจังหวัด โดยให้ร่วมกันจัดกระบวนการวิเคราะห์และออกแบบแผนการทำงานในแต่ละภาคส่วน ให้ครอบคลุมทั้งประเด็นสุขภาพ ประเด็นสังคม และประเด็น โดยร่วมกันวางบทบาทที่จะสนับสนุนการทำงานเป็นทีมของระดับอำเภอตาม บริบทและความพร้อมที่แตกต่างกันของแต่ละอำเภอ เนื่องจากภารกิจของอำเภอในบางภาคส่วน เช่น การ พัฒนาสังคม และความมั่นคงมนุษย์ ไม่มีบุคลากรผู้รับผิดชอบในอำเภอ ต้องฝากงานไว้กับหน่วยงานอื่นๆ จึงต้องเตรียมกรอบการทำงานให้ชัดเจนในระดับจังหวัด

ระดับเขต

ทีมเลขานุการของคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพเป็นหัวใจสำคัญ และพื้นฐาน ในการประสานงานกับภาคส่วนต่างๆ ให้เข้ามาร่วมขับเคลื่อนภารกิจด้วยกัน จึงควรได้การเสริมหนุน สมรรถนะและทักษะ ให้สามารถจัดการ วิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารอย่างครอบคลุมมิติการพัฒนาคุณภาพ ชีวิต รวมทั้งให้มีทักษะในการปรับใช้วิธีการแปลข้อมูลให้เป็นข่าวสารสำหรับใช้สื่อสารกับภาคีในระดับเขต เนื่องจากหน่วยงานที่สนับสนุนภารกิจทางสังคม และเศรษฐกิจในกรณีคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อาจเป็นกลไก ในระดับเขต หรือ ภูมิภาค เช่น เขตพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์ ฯลฯ

การวางแผนพัฒนาสมรรถนะของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือ การส่งต่อมารับบริการในระดับเขต จึง ควรมีการวางแผนร่วมกัน และจัดสรรทรัพยากรลงเสริมหนุนในระดับจังหวัด และอำเภอ อย่างเหมาะสม

4. การวางแผนปฏิบัติการที่จำแนกเป้าหมายของภาคีผู้รับผิดชอบ

การวางแผนเป้าหมายการดำเนินงานคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในแต่ละระดับนั้น หากวิเคราะห์ตั้งแต่การใช้ ข้อมูล การกำหนดเป้าหมาย การกำหนดกรอบการทำงาน และความสัมพันธ์ตั้งแต่ระดับเขตสุขภาพ จนถึงชมรมผู้สูงอายุ จะพบความสอดคล้องและไม่สอดคล้องประเด็นต่างๆ ดังนี้

ระดับเขต

ในระดับเขตบริการสุขภาพที่ 8 นั้น จากยุทธศาสตร์ ปี 2558 พบว่า ยังไม่มีการวางยุทธศาสตร์ที่ เกี่ยวกับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ แต่แผนการปฏิบัติงานผู้สูงอายุนั้นจะแทรกอยู่ในงานโรคเรื้อรัง และอื่นๆ ซึ่งเป็นประเด็นรายโรค ไม่ใช่ประชากรกลุ่มวัย

เขตสุขภาพ จึงไม่ได้วางแผนปฏิบัติการเสริมหนุนการทำงานของจังหวัด และอำเภอในประเด็น คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างจริงจัง ถึงแม้จะเป็นนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบันก็ตาม



ระดับจังหวัด

ในระดับจังหวัดนั้น มีการกำหนดยุทธศาสตร์ผู้สูงอายุที่ลอกกรอบการเขียนแผนมาจากส่วนกลาง แต่ขาดการแปลแผนยุทธศาสตร์ ไปสู่กลยุทธ์ และกลวิธี ที่ทำงานได้จริงสำหรับผู้ปฏิบัติงาน การตั้งเป้าหมายเป็นเพียงการบอกถึงผลกระทบ (Impact) ที่อยากเห็น ขาดการระบุเป้าหมายเชิงปฏิบัติการ หรือ การเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมของผู้สูงอายุในระดับอำเภอ

ระดับอำเภอ

จากการร่วมเรียนรู้ทดสอบกรอบการจัดการแผนงาน โครงการที่มุ่งประสิทธิผล ระหว่างทีมวิจัยกับ ภาคผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุร่วมกับ อปท. และรพสต. ที่รับผิดชอบในแต่ละตำบล เริ่มมีการพัฒนา แผนปฏิบัติงานร่วมของภาคี ที่ครอบคลุมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ สังคมครอบครัว ชุมชน สภาพที่อยู่อาศัย ตลอดจนเศรษฐกิจ รายได้ อาชีพ

ข้อเสนอแนะที่ได้ทดสอบเพื่อเสริมหนุนการพัฒนา

ระดับอำเภอ

ทีมเลขานุการของคณะกรรมการสุขภาพอำเภอ ควรได้รับการพัฒนาให้มีสมรรถนะในการจัด กระบวนการให้ภาคีในแต่ละตำบล ประกอบด้วย รพ.สต. อปท. อสม. อผส. ชมรมผู้สูงอายุ และผู้นำชุมชน ได้ทบทวน ปรับปรุงร่างแผนปฏิบัติการที่ริเริ่มร่วมกันทำไว้แล้ว สำหรับเข้าสู่วงจรการดำเนินงานและระบบ บประมาณ ปี 2559 ที่มีการจัดรองรับไว้แล้ว

ระดับจังหวัด

จังหวัดควรทำงานร่วมกับภาคีในระดับจังหวัด จัดวางแผนปฏิบัติการของทีมจังหวัดให้ชัดเจน รองรับการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่จัดทำขึ้น ทั้งในเรื่อง การเสริมหนุนให้ทีมงานอำเภอ จัดการเชิง พฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ต้องการเปลี่ยนแปลงในแต่ละมิติ ภาคีปฏิบัติการผู้รับผิดชอบเป้าหมายในแต่ละ มิติ มาตรการหรือวิธีการที่มั่นใจว่ามีประสิทธิผลในการปรับลดพฤติกรรม ทรัพยากร คนเงินของที่ต้องใช้ ในแต่ละปี และใครเป็นภาคีสันับสนุน



ระดับเขต

ทีมเลขานุการของคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ ควรได้รับการพัฒนา ให้มีสมรรถนะในการจัดวางเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ให้ผู้รับผิดชอบในแต่ละจังหวัด อำเภอ และตำบล สามารถกำหนดเป้าหมายเชิงปฏิบัติการของแต่ละหน่วยอย่างมีคุณภาพ คือ ตอบสนองต่อเหตุปัจจัยของภาวะทางสุขภาพของประชากรในแต่ละพื้นที่รับผิดชอบ และให้เป็นจริงได้ (Feasibility) ตามสมรรถนะ และข้อจำกัดของบุคลากรภาคีแต่ละภาคส่วน ซึ่งมีพันธกิจที่ต้องดำเนินงานอยู่ โดยไม่จำกัดเพียงแค่เฉพาะการให้บริการทางสุขภาพในโรงพยาบาลเท่านั้น

5. การจัดการเรียนรู้พัฒนาสมรรถนะภาคีจากการติดตามประเมินผล

ระดับเขต

เขตนำกรอบตัวชี้วัดของส่วนกลาง แล้วนำมาตกลงร่วมกับจังหวัด และจัดการติดตามจากโปรแกรมค็อกพิท (Cockpit R8) ซึ่งจังหวัดได้ถ่ายมอบภารกิจให้ รพ.หนองแสง และ เครือข่าย รพสต.เป็นผู้ดำเนินการศิ่ย์อินส่งเข้ามา การกำหนดเป้าหมายจากส่วนกลาง จึงเป็นเป้าหมายเชิงผลกระทบ เช่น การลดจำนวนผู้ป่วย ฯลฯ แต่ไม่ได้แสดงขั้นตอนการปฏิบัติงานของผู้รับผิดชอบ และไม่ได้ใช้เป็นกรอบการติดตามกำกับภารกิจของหน่วยงานในระดับเขต และจังหวัด หากแต่มุ่งที่จะใช้ติดตามการเปลี่ยนแปลงของผลกระทบ

วิธีการติดตามผลดังกล่าว จึงไม่ได้ช่วยให้บุคลากรในระดับเขตเรียนรู้พัฒนาการของภาคีแต่ละส่วนในระดับเขต และจังหวัด แต่เป็นการให้ผู้ให้บริการสุขภาพได้ตระหนักถึงเป้าหมายที่มุ่งหวัง ซึ่งไม่สามารถปรับแก้การปฏิบัติงานเพื่อไปสู่เป้าหมายในภาพใหญ่ได้ และเนื่องจากไม่ได้สะท้อนผลสัมฤทธิ์ของภารกิจของเขต และจังหวัดได้ จึงไม่สามารถติดตามประเมินผลได้อย่างชัดเจน รวมทั้งทำให้ไม่มีโครงสร้างที่ชัดเจนในการจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในจังหวัด และเวที KM Long Term Care

ระดับจังหวัด

การถ่ายทอดตัวชี้วัดจากส่วนกลางมายังเขต และ จังหวัด แม้ว่าทีมจังหวัดจะมีการกำหนดยุทธศาสตร์ ครอบคลุมถึงมิติเศรษฐกิจ และสังคม แต่ยังขาดแผนปฏิบัติการ และจังหวัดยังไม่ได้กำหนดกลไก และทีมงานติดตามคุณภาพสนับสนุนแต่ละอำเภอ ทำให้การประเมินผลไม่อาจเกิดขึ้น เนื่องจากจังหวัดยังไม่มีแนวทางการให้การสนับสนุนให้ใช้ข้อมูลจากทุกมิติในภาคีข่ายงานของจังหวัด และอำเภอสำหรับกำกับ ติดตามการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม



หากการกำหนดแผนปฏิบัติการของจังหวัดให้ชัดเจนไม่เกิดขึ้น การติดตามกำกับภารกิจ และควบคุมคุณภาพ ตลอดจนการวัดประสิทธิผลในภาพรวมที่เกิดขึ้นกับแต่ละอำเภอ และจังหวัด ก็ไม่สามารถประเมินผลได้

ระดับอำเภอ

แผนปฏิบัติการมุ่งประสิทธิผลร่วมของแต่ละภาคีตามที่วิเคราะห์และเสนอแนะในข้อ 4 ถือเป็นกรอบและเกณฑ์ในการติดตาม กำกับ เพื่อปรับปรุงคุณภาพงานได้ทั้งในระหว่างการทำกิจกรรม และหลังกิจกรรม ซึ่งเป็นจุดวิกฤตสำคัญที่ขาดหายไปในการดำเนินงานของภาคี เนื่องจากที่ผ่านมา การทำกิจกรรมมักแยกกันไปทำโดยไม่ได้เห็นความเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตทุกมิติร่วมกัน และไม่มีการติดตามผลเชิงคุณภาพ หรือมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่อย่างไรในผู้สูงอายุ หรือหากมีการติดตามผลก็จะเป็นการนับจำนวนของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

แม้กระทั่งข้อมูลสุขภาพที่ถือว่า มีจุดแข็งในเรื่องการบันทึกผลการรักษาและการสำรวจในรูปแบบของโปรแกรม แต่ก็มีข้อจำกัด (ข้อมูลเวชระเบียน รพ.สต. (J) ข้อมูลเวชระเบียน รพ.หนองแสง (H) และข้อมูลจากการสำรวจ) มีข้อจำกัดไม่สามารถเชื่อมโยงเรียกใช้ข้อมูลร่วมกัน ส่วนของข้อมูลเศรษฐกิจและสังคม ท้องถิ่นมีการดำเนินการไว้แล้วบ้าง

ข้อเสนอแนะที่ได้ทดสอบเพื่อเสริมหนุนการพัฒนา

ระดับอำเภอ

ทีมงานของ รพ.หนองแสง ทำหน้าที่เสมือนเลขานุการของระบบสุขภาพอำเภอ สนับสนุนความร่วมมือกันระหว่าง รพ.หนองแสง รพ.สต. และท้องถิ่นทั้ง 5 แห่ง รวมทั้งประธานชมรมผู้สูงอายุ ในการนำเข้าสู่ข้อมูลสุขภาพและการจัดบริการ ข้อมูลประชากร เศรษฐกิจ และสังคมของผู้สูงอายุที่มีการเคลื่อนไหวเป็นปัจจุบัน เข้าสู่โปรแกรมออนไลน์ โดยมีโรงพยาบาลหนองแสงเป็นผู้ดูแลระบบ เพื่อทดลองการติดตามข้อมูลผู้สูงอายุเป็นรายคน รายหมู่บ้าน และรายตำบล และจัดให้มีการไหลเวียนข้อมูลรายงานผลเพื่อการพัฒนาาร่วมกันเป็นประจำทุกเดือน ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาข้อเสนอโครงการ ออกแบบโครงการ และกิจกรรมที่มุ่งผลลัพธ์เสนอในรอบปีงบประมาณ 2560

การทำงานในลักษณะดังกล่าว ซึ่งเมื่อจัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกันเพื่อสรุปแนวทางการทำงานมุ่งผลลัพธ์ที่ชัดเจน แสดงถึงศักยภาพของบุคลากรที่เพียงพอที่จะได้รับการเสริมหนุนสู่การพัฒนาในขั้นต่อไปได้



ระดับจังหวัด

ทีมงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรจัดกลไก และทีมงาน เพื่อประสานภาคีในต่างภาคส่วนของจังหวัดให้เข้ามาร่วมวางแผนปฏิบัติงานจังหวัด ให้ชัดเจน และเสริมหนุนให้อำเภอจัดทำแผนปฏิบัติงานในแต่ละอำเภอ โดยช่วยเป็นพี่เลี้ยงสนับสนุนเสริมการติดตามผลการดำเนินงานที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละอำเภอและครอบคลุมมิติคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การเตรียมทีมจังหวัดให้มีทักษะ และสมรรถนะเพียงพอในการติดตาม ประเมินผล ควรเป็นกรอบการทำงานในระยะต่อไป เพื่อให้เกิดแนวร่วมการทำงานอย่างต่อเนื่อง และสามารถควบคุมกำกับคุณภาพ รวมทั้งจัดระบบการประเมินผล เพื่อสร้างกรอบการเรียนรู้เพื่อพัฒนาคุณภาพงานผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง

ระดับเขต

ทีมเลขานุการของคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ ควรนำเป้าหมายเชิงปฏิบัติการที่ผู้รับผิดชอบในแต่ละจังหวัด อำเภอ และตำบล พัฒนาขึ้นตามความสอดคล้องของแต่ละพื้นที่มาใช้จัดวางเป็นกรอบโครงสร้างประเด็นที่ชัดเจนในการจัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในจังหวัด และการจัดเวที KM. เพื่อให้เกิดการพัฒนาสมรรถนะคนและคุณภาพงาน



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ การควบคุมโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ของเขต จังหวัดหนองคาย และอำเภอท่าบ่อ

การประมวลและวิเคราะห์ข้อมูลในกระบวนการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ได้ใช้กรอบแนวคิดในภาพที่ 2.5 เป็นพื้นฐานการวิเคราะห์ข้อจำกัดของระบบเขตสุขภาพ และสะท้อนแนวทางสำหรับพัฒนาระบบสุขภาพจังหวัด และระบบสุขภาพอำเภอ รวมทั้งเสนอแนะแนวทางการปรับปรุง แก้ไข ตลอดจนพัฒนาสมรรถนะของภาคีผู้ร่วมดำเนินงานให้เกิดความเข้มแข็งและยั่งยืน

ดังนั้น การจัดงานเป็นวงจรรายอย่างต่อเนื่องในรอบปี หรือ รอบ 2 – 3 ปี จึงเป็นเงื่อนไขในลักษณะร่วมใจกันทำงาน ซึ่งจะเป็นไปได้ กลไกจัดข่ายงานจำเป็นต้องมีกรอบรูปแบบ วิธีการ และเครื่องมือการทำงานกับแต่ละประเด็นปัญหา ที่มีสมรรถนะตามองค์ประกอบต่อเนื่องกัน ดังนี้

- 1) การวิเคราะห์การกระจายของปัญหา และเหตุปัจจัยของปัญหาที่มุ่งแก้ไข หรือ ปรับลด
- 2) การวิเคราะห์สมรรถนะของภาคีผู้รับผิดชอบการควบคุมกำจัดเหตุปัจจัยที่สำคัญของปัญหา
- 3) การวิเคราะห์บริบทและโครงสร้างของการดำเนินงานแก้ไขปัญหา
- 4) การวางแผนปฏิบัติการที่แยกแยะเป้าหมายตามการดำเนินงานของแต่ละภาคีที่รับผิดชอบภารกิจ
- 5) การจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาสมรรถนะของภาคีจากระบบติดตาม กำกับคุณภาพ และประเมินผล

1. การวิเคราะห์การกระจายของปัญหา และเหตุปัจจัยของปัญหา

กรอบ แนวทาง และวิธีการ การวิเคราะห์ปัญหาตามการกระจายในกลุ่มประชากร หรือ ระยะของการดำเนินโรค (เช่น เป็นกลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัย กลุ่มป่วยรับการรักษา กลุ่มเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน กลุ่มมีภาวะแทรกซ้อนต้องรักษาเพิ่มเติม) ในกรณีของโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน เพื่อกำหนดแนวทางการสนับสนุนให้ครอบคลุมประเด็นปัญหาเป็นส่วนสำคัญในขั้นตอนนี้ โดยเฉพาะการวิเคราะห์ที่ขยายไปถึงเหตุปัจจัยของปัญหาในแต่ละกลุ่ม เช่น เหตุปัจจัยของพฤติกรรมเสี่ยงของแต่ละกลุ่ม เหตุปัจจัยที่ไม่ได้รับการตรวจคัดกรอง หรือ เหตุปัจจัยที่ไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ฯลฯ) เพื่อให้สามารถนำไปสู่การวิเคราะห์สมรรถนะของภาคีผู้ที่เกี่ยวข้องจะเข้ามาร่วมรับผิดชอบต่อไป

ระดับเขต

การวิเคราะห์ปัญหาของเขต ไม่ได้แยกแยะพิจารณาปัญหาเชิงสมรรถนะในการวิเคราะห์ภารกิจในวงจรการจัดการของจังหวัด และระบบสุขภาพอำเภอในเรื่องความดันโลหิตสูง และเบาหวาน หากแต่ใช้



กรอบการกำหนดเกณฑ์การดำเนินงาน ที่ส่งผ่านลงมาเป็นดัชนีชี้วัดจากส่วนกลาง ได้แก่ อัตราส่วนของผู้ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง และเบาหวาน การให้ยาแก่ผู้ที่มี Stroke โดยอาศัยโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลจังหวัดเป็นผู้รับผิดชอบภารกิจ และการให้บริการหน่วยไตเทียม ทำให้ไม่ได้มองลักษณะของปัญหาการให้บริการแก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และเบาหวานอย่างต่อเนื่อง ทั้งๆ ที่หัวใจสำคัญของการป้องกัน และลดความพิการของผู้ป่วยเหล่านี้จากความเสียหายที่อวัยวะเป้าหมายเส้นเลือดขนาดเล็กที่หัวใจ สมอง ไต และเส้นเลือดเล็กปลายเท้า

ช่องทาง Stroke fast track เป็นช่องทางลดการเสียชีวิต และพิการ เฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยระยะที่มีภาวะแทรกซ้อนแล้ว ดังนั้น การจัดกลยุทธ์และจัดสรรทรัพยากรของเขต ควรเป็นการจัดบริการสุขภาพป้องกัน และติดตาม รักษาอย่างต่อเนื่อง ให้กับกลุ่มประชากร (จำนวนมากกว่า) ไม่กลายเป็นกลุ่มผู้ป่วยระยะที่มีภาวะแทรกซ้อน ตามภาพที่ 5.1

ระดับจังหวัด

จังหวัดกำหนดตัวชี้วัด อันเป็นการบ่งระบุความสำคัญของปัญหาในแต่ละอำเภอ โดยมุ่งเน้นที่ตัวชี้วัดความครอบคลุมของการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่ต้องสงสัยว่าเป็นโรค ในระดับตำบลเป็นส่วนสำคัญ โดยอาศัยฐานข้อมูลจากการสำรวจ ของ รพสต. ในช่วงเวลาดำเนินงานปีงบประมาณ เพื่อให้แต่ละรพ.สต. นำเข้าข้อมูลผู้ที่ได้รับการคัดกรอง และสถานะจำแนกเป็นปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่ต้องสงสัยเพื่อส่งต่อเข้าสู่ฐานข้อมูลของจังหวัด เพื่อให้จังหวัดส่งคืนข้อมูลเหล่านี้ให้กับอำเภอ และตำบลอีกทีหนึ่ง

ข่าวสารในลักษณะดังกล่าว จึงไม่เอื้อให้ผู้รับผิดชอบเชิงวิชาการ และสนับสนุนในระดับจังหวัด ประเมินวิเคราะห์สมรรถนะการจัดการระบบสุขภาพอำเภอในประเด็นความดันโลหิตสูง และเบาหวานได้อย่างครบวงจรจริง เนื่องจากอาศัยตัวชี้วัดในการดำเนินงานเพียงแค่การคัดกรองในระยะต้น กับการให้บริการในระยะปลาย ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่อวัยวะเป้าหมายแล้วเท่านั้น แต่ไม่สามารถวิเคราะห์คุณภาพการป้องกันกลุ่มเสี่ยง หรือ ลดพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายจำนวนมาก ให้มีโอกาสที่จะดำรงชีวิตอย่างปลอดภัยจากโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงได้ยาวนานขึ้น ซึ่งถือว่าเป็นคุณภาพบริการทางสุขภาพที่มีนัยสำคัญมากที่สุด ของการจัดการกลุ่มโรคเรื้อรังกลุ่มนี้

ระดับอำเภอ

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ และทีมสาธารณสุขอำเภอท่าบ่อ เป็นกลไกประสานงาน คป.สอ. ที่ทำหน้าที่จัดการระบบสุขภาพอำเภออย่างเข้มแข็ง หากแต่กรอบการวิเคราะห์ปัญหาที่กระจายตามกลุ่มเป้าหมายของอำเภอถูกกำหนดจากส่วนกลาง และจังหวัด ให้ต้องตอบสนองต่อตัวชี้วัดในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และผู้สงสัยเป็นผู้ป่วยเป็นส่วนสำคัญ ทำให้ละเลยการใช้ข้อมูลบริการผู้ป่วยซึ่งมีอยู่ในฐานข้อมูลของโรงพยาบาล และ รพ.สต. อยู่แล้วให้เป็นประโยชน์ในการประมวล และวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายที่เป็น



กลุ่มเสี่ยง กลุ่มต้องสงสัย กลุ่มผู้ป่วย และผู้ที่เริ่มมีสัญญาณพยาธิสภาพของอวัยวะเป้าหมาย คือ ไต สมอง หัวใจ และแผลที่เท้า ทำให้ขาดข้อมูลสำคัญในการบ่งชี้เหตุปัจจัยที่ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายแต่ละส่วน ซึ่งเข้าถึงระบบบริการแล้ว แต่ขาดการติดตาม การดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มนี้

ภาพที่ 5.1 แสดงการจำแนกประชากรที่ต้องการบริการทางสุขภาพ ในแต่ละระดับของการดำเนินโรค (Disease Progression) เพื่อให้สามารถวิเคราะห์เหตุปัจจัยของความเปราะบาง และความเสี่ยง ตลอดจนวิเคราะห์ถึงภาคี ซึ่งควรจะเป็นผู้รับผิดชอบการดูแล และให้บริการลักษณะต่างๆ



ข้อเสนอแนะที่ได้ทดสอบเพื่อเสริมหนุนการพัฒนา

การเรียนรู้ร่วมกับทีมงานในระดับจังหวัดหนองคาย และอำเภอท่าบ่อ โดยมุ่งเน้นที่ใช้ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล รพ.สต. และที่เก็บรวบรวมไว้ที่จังหวัด เพื่อให้สามารถแสดงจำนวนของประชากรที่จำแนกในตามระยะช่วงการดำเนินโรค (Disease Progression) และข้อมูลเชิงคุณภาพแสดงความสมบูรณ์ถูกต้อง ครบถ้วน (Comprehensiveness) ของการจัดบริการให้กับกลุ่มเป้าหมายในแต่ละระยะ เพื่อใช้พิจารณาวิเคราะห์คุณภาพ และประสิทธิผลของการดำเนินงาน

ส่วนสำคัญที่ได้ทดสอบ ให้ร่วมกันพัฒนาฐานข้อมูลที่มีอยู่แล้วในระดับอำเภอ เพื่อให้ใช้ข้อมูลที่มีอยู่ทั้งที่เป็นฐานข้อมูลจากทุกตำบล ประมวลรวมกับการดำเนินงานของ รพร.ท่าบ่อ และทีมงาน รพ.สต. 3 พื้นที่รับผิดชอบ เพื่อมุ่งเน้นที่การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง เพื่อนำกลุ่มเสี่ยงมาปรับลดพฤติกรรมเสี่ยง คือ การบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย จนเกิดผลต่อการลดดัชนีชี้วัดความเสี่ยงทางกาย ได้แก่ ลดรอบเอว ลดน้ำหนัก ลดดัชนีมวลกาย ลง จนในที่สุดลดน้ำตาลในเลือด และลดความดันโลหิตลงจนพ้นจากภาวะ



เสี่ยงภัยจากโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน เพื่อให้เห็นว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวทำให้เกิดประสิทธิผลโดยกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขได้ โดยมีทีมงานของ รพ.สต. เป็นผู้สนับสนุน ทั้งนี้โดยใช้งบประมาณสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเมื่อเชื่อมโยงข้อมูลเข้ากับระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาลจะใช้ในการจำแนกกลุ่มเป้าหมายได้ชัดเจนขึ้น

กระบวนการปรับเปลี่ยนสำคัญ อยู่ที่การร่วมเรียนรู้กับทีมของจังหวัด เพื่อให้ทีมงานของจังหวัดร่วมกับ รพ.ร. ทำบ่อ และนักวิชาการสาธารณสุขอำเภอ ร่วมกันประมวลข้อมูลในฐานข้อมูลที่มีอยู่ให้มีลักษณะการติดตามแต่ละกลุ่มประชากรที่ต่อเนื่อง (Cohort Study) และการค้นหาภาระงาน และวิธีทำงานที่จะต้องใช้ในการปรับลดปัจจัยเสี่ยงของประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัยว่าป่วย และกลุ่มที่มีอาการป่วยแล้ว แต่มียังคงมีพฤติกรรมเสี่ยง หรือ ลักษณะชีวภาพที่เอื้อต่อการดำเนินโรครุนแรงขึ้น เช่น มีน้ำหนักตัวสูง มีปริมาณน้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้ หรือ มีพฤติกรรมบริโภคอาหารเกินความจำเป็น หรือ ขาดการออกกำลังกาย

2. การวิเคราะห์สมรรถนะของภาคีผู้รับผิดชอบ

การวิเคราะห์สมรรถนะของการรับผิดชอบในแต่ละระดับลงไป คือ เขตวิเคราะห์การทำงานของภาคีในระดับเขตที่จะเสริมหนุนการทำงานของจังหวัด และจังหวัด วิเคราะห์ภาคีในระดับจังหวัดที่จะเสริมหนุนและพัฒนาสมรรถนะการจัดการระบบสุขภาพอำเภอในด้านความดันโลหิตสูง และเบาหวาน

ระดับเขต

ทีมงานในเขตสุขภาพเป็นผู้ดำเนินงานด้วยการจัดตั้งทีมงานขึ้นจากผู้ปฏิบัติงานในระดับจังหวัด ทำให้ไม่ได้ระดมทีมงานจากศูนย์ในระดับเขต ของกรมควบคุมโรค กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต หรือหน่วยงานสถาบันการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เข้ามาประกอบทีม เสริมสร้างสมรรถนะทั้งในด้านการจัดการผู้ป่วยที่เชื่อมโยงลงไปยังระดับชุมชน และการส่งต่อสู่จังหวัด ทำให้ภาระงานของทีมงานจังหวัดต้องเสียไปกับการทำงานในระดับเขต และไม่ได้วางกรอบการพัฒนาสมรรถนะให้สอดคล้องกับส่วนขาดที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานของระบบสุขภาพอำเภอในกรอบภาพที่ 5.1 ซึ่งบ่งชี้ว่า จุดอ่อนอยู่ที่การปรับลดพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่า แต่ไม่ได้มีการเสริมหนุนด้านนี้ให้ชัดเจน

ระดับจังหวัด

ผู้รับผิดชอบงานด้านความดันโลหิตสูง และเบาหวานในระดับจังหวัดหนองคาย รับผิดชอบภาระงานที่ต้องดูแล และพัฒนาระบบการจัดบริการให้กับผู้ป่วยในระดับเขตด้วย หากแต่ภาระงานที่จะติดตาม และ ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลข่าวสาร และการใช้ข่าวสารให้สอดคล้องกับความจำเป็นของผู้รับบริการในแต่ละระดับของภาวะการณ์การดำเนินโรคของแต่ละกลุ่มประชากร จากกรณีทดสอบทำงานกับ ทีมงานของอำเภอท่าบ่อแห่งเดียว ก็ไม่น่าจะเปิดโอกาสสามารถสนับสนุนงานทั้งเขตได้



ระดับอำเภอ

ทีมงานใน รพร. ทำบ่อ ที่ทำหน้าที่จัดการรายกรณี (Case Manager) มีองค์ประกอบครอบคลุมประเด็นปัญหาสำหรับการจัดการในคลินิก การรับผู้ป่วยใน การจ่ายผู้ป่วยกลับบ้าน และประสานการติดตามกับ รพ.สต. ในกรณีที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

อย่างไรก็ตาม ทีมงานส่วนนี้ ไม่ได้ถูกฝึกอบรม หรือ เตรียมตัวให้ทำงานในรูปแบบการจัดการสุขภาพในระดับประชากร (Population Health) ทำให้การตรวจสอบข่าวสารของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง หรือ กลุ่มต้องสงสัยว่าป่วย ไม่ได้รับการติดตาม และจัดการให้มีการส่งต่อผู้ป่วยมารับบริการอย่างต่อเนื่องได้ โดยเฉพาะ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มารับการรักษา หรือ ไปรับการรักษาที่อื่น ก็ไม่มีข้อมูลส่วนนี้ รวมทั้งในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น กับอวัยวะเป้าหมาย (Target Organ Damage) จนต้องเข้ารับบริการในด้านของไตวาย และต้องใช้ไตเทียม หัวใจวายจากเส้นเลือดหัวใจตีบ หรือ เส้นเลือดในสมองอุดตัน หรือ มีแผลที่เท้า ก็ไม่อาจวิเคราะห์ได้ว่าเป็นจากผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือ เป็นผู้ป่วยที่ขาดการรักษา หรือ ไปรับการรักษาด้วยยาสมุนไพร หรือ ที่สถานพยาบาลอื่นๆ ทำให้ประเมินประสิทธิผลของการดูแลรักษาโรคเรื้อรังเหล่านี้ไม่ได้

ข้อเสนอแนะที่ได้ทดสอบเพื่อเสริมหนุนการพัฒนา

การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวิเคราะห์ประเด็นปัญหาเหล่านี้ ส่งผลให้ ทีมงานของ รพร. ทำบ่อ และทีมงาน สสอ. ทำบ่อ รวมทั้งทีมงานจาก รพสต. 3 แห่งที่เข้าร่วมเรียนรู้ สามารถจัดการประมวลข้อมูลที่มีอยู่ให้เป็นข่าวสารสำหรับการวิเคราะห์สมรรถนะของทีมงาน และหาทางพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงาน เพื่อให้มีคุณภาพของบริการเพิ่มพูนขึ้นได้ แสดงให้เห็นว่า บุคลากรเหล่านี้มีศักยภาพที่จะจัดการวิเคราะห์สมรรถนะของบริการ เพื่อจัดการเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพบริการได้

3. การวิเคราะห์บริบทและโครงสร้างของปัญหาตาม

แนวทางการวิเคราะห์บริบทของสังคม และโครงสร้างของการจัดบริการ เป็นองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนา และปรับปรุงระบบบริการสุขภาพในทุกระดับให้สอดคล้องครอบคลุมเงื่อนไขปัญหาสุขภาพให้เกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงสุดอยู่ตลอดเวลา ดังนั้น ในระดับเขตสุขภาพ ผู้รับผิดชอบภารกิจส่วนนี้ก็ต้องติดตามเงื่อนไขของนโยบายส่วนกลาง และโครงสร้างที่ส่วนกลางกำหนดขึ้นตามเงื่อนไขเชิงนโยบาย และปรับให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่จะขับเคลื่อนในแต่ละเขต ในระดับจังหวัด ก็เช่นกัน ต้องปรับให้ทันความต้องการของนโยบายของแต่ละจังหวัด พร้อมกันนั้น ก็ต้องให้เอื้อต่อภาวะการณ์ของกำลังคน และสภาพปัญหาในแต่ละพื้นที่อำเภอ



ระดับเขต

หน่วยงานระดับเขตวางกรอบเป้าหมายของการทำงานในระดับเขตโดยขาดการวิเคราะห์บริบทของปัญหาสุขภาพของเขตอย่างรัดกุมชัดเจน สะท้อนให้เห็นจากการวิเคราะห์ลำดับความสำคัญของปัญหา ความดันโลหิตสูง และเบาหวานในพื้นที่อย่างชัดเจน แต่ยังติดอยู่กับเงื่อนไขดัชนีเปรียบเทียบของระดับเขตของประเทศ ทำให้ใส่ใจกับการยกลำดับที่จัดอันดับตามดัชนีชี้วัดการให้บริการครอบคลุมกับปัญหาเส้นเลือดในสมอง กับหน่วยให้บริการไต่สวนให้ครบถ้วนเป็นเป้าหมายสำคัญที่จะต้องเร่งรัดเพื่อให้ระดับสมรรถนะของเขตดูดีขึ้น หากแต่ยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับการป้องกันกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยมีให้ต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนต่อไปในอนาคต ทำให้ไม่ได้มุ่งผลักดันขับเคลื่อนให้แต่ละจังหวัดหาแนวทางพัฒนารูปแบบวิธีการปรับแก้พฤติกรรมเสี่ยง เพื่อลดปัจจัยคุกคามที่พัวพันกับผู้ป่วยเหล่านี้ต่อไปในอนาคต

ระดับจังหวัด

ผู้รับผิดชอบภารกิจการศึกษา และควบคุมความดันโลหิตสูง และเบาหวานในระดับจังหวัดมีศักยภาพ และพัฒนาสมรรถนะในการเสริมหนุนการปรับแก้ระบบบริการของระดับอำเภอได้ดี ดังแสดงให้เห็นจากการเรียนรู้ และปรับเปลี่ยนระบบการประมวลผลข้อมูลที่มีอยู่ให้เป็นข่าวสารสำหรับใช้ประเมินสถานการณ์ และพัฒนาระบบการควบคุมคุณภาพของระบบสุขภาพอำเภอได้อย่างมีหลักทางวิชาการ โดยไม่ต้องจัดวางระบบฐานข้อมูลขึ้นใหม่ ถือว่าเป็นสมรรถนะในการปรับปรุงระบบสุขภาพที่เป็นอยู่ในอำเภอได้อย่างมีประสิทธิภาพ สิ่งที่ต้องทดสอบต่อไป คือ จะสามารถนำวิธี และกระบวนการปรับปรุงคุณภาพระบบสุขภาพอำเภอที่ดังกล่าว ไปปรับใช้กับระบบสุขภาพอำเภออื่นๆ ต่อไป ได้ หรือ ไม่

ระดับอำเภอ

การประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับทีมงานในระดับอำเภอ และภาคีจาก รพ.สต. ทั้ง 3 พื้นที่ บ่งชี้ถึงความกระตือรือร้นที่จะปรับแก้ระบบ และเข้าใจถึงข้อจำกัดของระบบงานที่เป็นอยู่ รวมทั้งบริบททางสังคม และพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะการดำเนินโรคแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะ เริ่มที่จะเข้าใจแนวทางในการปรับระบบงานให้ภาคประชาคมในพื้นที่ และอาสาสมัครสาธารณสุข เข้ามามีส่วนร่วมในการรวบรวมข้อมูลบ่งชี้เหตุปัจจัยเชิงพฤติกรรมของแต่ละกลุ่มประชากร ซึ่งเอื้อให้เกิดการเรียนรู้ในการปรับแก้ หรือ ปรับลดพฤติกรรมเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง โดยวางกรอบการจัดความสัมพันธ์ร่วมกันกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับผิดชอบประชากรในแต่ละพื้นที่



ข้อเสนอแนะที่ได้ทดสอบเพื่อเสริมหนุนการพัฒนา

การทดสอบการพัฒนางจรโครงการร่วมกับทีมงานใน รพ.สต. 3 พื้นที่ และทีมงานของ รพร. ทำบ่อ แสดงข้อจำกัดของการจัดทำโครงการอย่างเป็นระบบ หากแต่สะท้อนว่า ควรจะต้องมีการพัฒนาศักยภาพการทำงานของทีมงานส่วนนี้ เพื่อให้ร่วมทำงานกับกองทุนสุขภาพตำบลในแต่ละพื้นที่ ให้เกิดการหนุนเสริมโดยตรงจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีบทบาทในการสนับสนุน ส่งเสริมการทำงานกับชุมชนให้มากกว่าที่เป็นอยู่ โดยอาจเริ่มเพียง 3 พื้นที่ แล้วค่อยๆ ขยายตัวออกไป

การจัดวางกรอบการทำงานในระดับนี้ ช่วยให้ทีมงานสนับสนุนการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานของจังหวัด และเขต เกิดความเข้าใจในลักษณะการหนุนเสริมภารกิจ และการวางแผนพัฒนาภารกิจส่วนนี้ให้ครบวงจร และดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องไปเรื่อยๆ โดยมีกระบวนการหนุนเสริมการเรียนรู้อย่างเป็นขั้นตอน และเป็นระบบต่อไป

4. การวางแผนปฏิบัติการที่จำแนกเป้าหมายของภาคีผู้รับผิดชอบ

ความชัดเจนของแผนปฏิบัติการในแต่ละระดับการทำงานเป็นส่วนสำคัญ ที่ควรจะต้องก่อให้เกิดการวางเป้าหมายที่เฉพาะลงไปกับภาคีผู้รับผิดชอบแต่ละส่วน และกำหนดขึ้นอย่างมีเหตุผลสอดคล้องกับเงื่อนไขสถานการณ์ของปัญหาสุขภาพแต่ละด้านในแต่ละระดับ

ระดับเขต

การทำงานในเขตสุขภาพไม่ได้เกิดจากความร่วมมือของภาคีภาคส่วนต่างๆ ดังนั้น การกำหนดเป้าหมายจึงทำโดยสำนักงานเขตสุขภาพ โดยอาศัยกรอบดัชนีตัวชี้วัดของส่วนกลางเป็นพื้นฐาน และไม่มี การจัดวางแผนปฏิบัติงานร่วมในแต่ละปีร่วมกับภาคีในระดับเขต เนื่องจากเขตไม่ได้คำนึงถึงความมุ่งหวังของนโยบายที่กำหนดขึ้นในแต่ละจังหวัด

หากพิจารณาการจำแนกเป้าหมายในงานผู้สูงอายุ เขตยังขาดแนวคิดในการสนับสนุนให้จังหวัดและอำเภอมีสมรรถนะที่จะวางนโยบายที่มุ่งความสำคัญร่วมกับภาคีในแต่ละพื้นที่ให้ทำงานได้เอง (Autonomy) ทำให้นโยบายที่จังหวัดเห็นว่าสำคัญกับสถานการณ์สุขภาพของจังหวัด ไม่ได้รับการหนุนเสริมจากเขต ดังนั้น การจำแนกเป้าหมายเป็นจังหวัดในเขต 8 ที่มีพันธกิจร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ ในจังหวัดจึงถูกละเลย

ระดับจังหวัด

ผู้รับผิดชอบในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แยกส่วนกันรับผิดชอบการทำงานตามเป้าหมายแต่ละส่วน โดยไม่ได้วางกรอบการทำงานร่วมกับภาคีในภาคส่วนอื่นๆ ของจังหวัด การกำหนดเป้าหมายก็เป็นไปตามที่ได้รับมอบหมายจากส่วนกลางและเขตลงมา โดยอาศัยคู่มือ แนวทาง ที่กำหนดมาจากส่วนกลาง



ส่งผลให้ไม่มีการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา เหตุปัจจัย และเป้าหมายของตนเอง รวมทั้งไม่ได้มีการบูรณาการเข้ากับแผนปฏิบัติการของภาคี หรือ ผู้ร่วมงานในฝ่ายต่างๆ ของ สสจ.

แม้ว่าจะเป็นวาระนโยบายที่กำหนดขึ้นเองโดยจังหวัด หากแต่ การทำงานเสริมหนุนให้แต่ละอำเภอทำงาน และจำแนกสถานการณ์ของแต่ละอำเภอให้สอดคล้องกับการสนับสนุนจากจังหวัด ก็ไม่ได้จัดวางเอาไว้ในแผนปฏิบัติงานของจังหวัด ดังนั้น จึงไม่อาจเห็นการจำแนกเป้าหมายให้ภาคีผู้รับผิดชอบในจังหวัดลงร่วมกันพัฒนาภารกิจในระดับอำเภอได้

ระดับอำเภอ

การทดสอบกระบวนการวิเคราะห์การทำงานร่วมกันในกลุ่มภาคีระดับตำบลช่วยให้เห็นว่า การทำงานร่วมกันกับภาคส่วนอื่นๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีโอกาสที่จะจัดให้เกิดขึ้นได้ หากแต่จะต้องมีการเสริมหนุนให้เกิดการวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน อย่างไรก็ตาม การจัดการให้เกิดบูรณาการในระดับอำเภอนั้นจนเกิดแผนปฏิบัติการร่วมผ่านคณะกรรมการประสานงานอำเภอ (คป.สอ.) ก็ยังจำกัดเฉพาะภาคีสองส่วนราชการคือ รพร. ท่าบ่อ กับ สสอ. ท่าบ่อเป็นส่วนสำคัญ การขยายภารกิจที่ยังจำกัดลงไปถึงกองทุนสุขภาพของแต่ละตำบล ซึ่งมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรับผิดชอบอยู่ เนื่องจากงานด้านการดูแลรักษา และควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน เป็นภารกิจที่อาศัยการคัดกรอง การวินิจฉัยโรค และการติดตามการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง อันเป็นภารกิจของหน่วยงานด้านสุขภาพเป็นหลัก

ข้อเสนอแนะที่ได้ทดสอบเพื่อเสริมหนุนการพัฒนา

การลงปฏิบัติงาน และเรียนรู้ร่วมกันระหว่างคณะวิจัย กับทีมงานของอำเภอท่าบ่อ ทั้งภาคส่วนของสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาคมในพื้นที่ เป็นการทดสอบศักยภาพที่ชี้ให้เห็นว่า ทีมงานในระดับอำเภอควรได้รับการเสริมหนุนให้มีพัฒนาการในด้านการจัดการภารกิจร่วมกันได้ หากหน่วยงานในระดับเขต และจังหวัด เข้าใจ และตระหนักในความสำคัญของการเสริมความเข้มแข็ง และสมรรถนะในการทำงาน ตลอดจนสร้างทักษะให้สามารถวางแผนปฏิบัติงาน และกำหนดเป้าหมายของแต่ละฝ่ายในระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้านให้ชัดเจนขึ้น และอย่างมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของภารกิจ

ผู้รับผิดชอบภารกิจของจังหวัด ที่เข้าร่วมจัดประชุมปฏิบัติการอย่างต่อเนื่องทุกครั้งในอำเภอท่าบ่อ ได้พัฒนาระบบฐานข้อมูลเชื่อมโยงกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ แม้ว่าจะต้องปรับปรุงการเชื่อมต่อฐานข้อมูลระหว่างหน่วยบริการที่ยังยาก แต่ก็จัดทำได้ในที่สุด แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของบุคลากรที่มีอยู่ซึ่งน่าจะพัฒนาต่อไป และจัดวางระบบของจังหวัดหนองคายได้อย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มจาก 3 ตำบล แล้วขยายไปให้เต็มพื้นที่อำเภอท่าบ่อ และขยายสู่อำเภออื่นๆ ในจังหวัดต่อไป

สำหรับการขยายในระดับเขต อาจจะต้องจัดการประสานกับหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข กรมต่างๆ ที่ยังไม่ได้มีส่วนร่วมกับเขตสุขภาพอย่างจริงจัง และทำงานร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ ในระดับเขตต่อไป



5. การจัดการเรียนรู้พัฒนาสมรรถนะภาคีจากการติดตามประเมินผล

กรอบการเรียนรู้ในทุกระดับที่เกิดจากการติดตามและประเมินผลร่วมกันเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่ง โดยที่จะต้องสามารถวิเคราะห์เหตุปัจจัย และสมรรถนะในการจัดการกับปัญหาทางสุขภาพในระดับของการเปลี่ยนแปลงแก้ไขเหตุปัจจัยเป็นส่วนสำคัญ

ระดับเขต

เขตวางกรอบการแก้ไขเหตุปัจจัยในลักษณะของการจัดบริการให้ครบถ้วนตามเกณฑ์สถานบริการที่ส่วนกลางกำหนด เช่น จะต้องมีการให้บริการให้บริการไต่ถาม หรือ จุดที่สามารถให้ยาสำหรับลดปัญหาโรคแทรกซ้อนจากเส้นเลือดในสมอง (Stroke) ในสถานบริการทางสุขภาพทั่วจังหวัด หรือ การจัดกระจายกำลังคนด้านการรักษาพยาบาลในแต่ละโรงพยาบาล เขตจึงไม่ได้ติดตามกำกับคุณภาพ และไม่ได้ประเมินผลการให้บริการสุขภาพอย่างครบวงจรของระดับจังหวัด และอำเภอ ส่งผลให้การทำงานของเขตไม่เอื้อให้เกิดการกระจายอำนาจอย่างแท้จริง แต่กลับเป็นการกำหนดรูปแบบการทำงานในเชิงปฏิบัติตามกรอบงานจากส่วนกลาง หรือ เป็นการต่อยอดการรวมอำนาจสู่ส่วนกลาง

วิธีการทำงานของเขตในท่ามกลางนโยบายการกระจายอำนาจจึงเป็นไปได้ยากขึ้น เนื่องจากการทำงานในเขตไม่ได้เสริมหนุนให้เกิดการทำงานร่วมกับภาคีอื่นๆ แม้แต่หน่วยงานที่เป็นศูนย์ของกรมต่างๆ ในระดับเขต หรือ ไม่ได้ทำงานร่วมกับภาคีอื่นๆ ด้านการรักษาพยาบาล เช่น หน่วยงานสังกัดสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาที่มีอยู่ในเขต ฯลฯ ดังนั้น แนวทางการร่วมเรียนรู้จากการประเมินผลซึ่งเป็นแกนกลางของการบูรณาการ และการกระจายอำนาจจึงเป็นส่วนขาดที่สำคัญของเขต

ระดับจังหวัด

บุคลากรของจังหวัดที่รับผิดชอบในด้านการดูแล รักษา และควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน เป็นผู้ที่ถูกมอบหมายให้ดูแลภารกิจส่วนนี้ในระดับเขตด้วย ซึ่งก่อให้เกิดความจำกัดของภารกิจที่จะต้องดำเนินงานในระดับจังหวัด และไม่อาจจัดการติดตามกำกับคุณภาพงาน และประเมินผลของทั้งจังหวัดได้เองร่วมกับภาคีในด้านอื่นๆ เนื่องจากถูกกำหนดแนวทางการประเมินผลให้ติดขัดกับการวิเคราะห์ผลตามดัชนีชี้วัดที่ส่วนกลางกำหนด ทำให้ขาดโอกาสที่จะวิเคราะห์สืบสาวลงไปถึงเหตุปัจจัยที่ส่งผลให้การดำเนินงานในระดับอำเภอไม่บรรลุประสิทธิภาพเท่าที่ควร แต่การจัดประชุมปฏิบัติการร่วมกับอำเภอ ก็แสดงให้เห็นศักยภาพ และโอกาสที่จะพัฒนาทีมงานระดับจังหวัดให้เกิดขึ้นเป็นจริงได้

ระดับอำเภอ

การทำงานด้านการควบคุมโรคของอำเภอยังขาดกระบวนการติดตามกำกับคุณภาพบริการในด้านการป้องกันโรค การสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลรักษาโรคอย่างต่อเนื่อง และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งยัง



ขาดกระบวนการประเมินผลวงจรการให้บริการสุขภาพที่เป็นระบบ ทั้งนี้สืบเนื่องจากการเตรียมบุคลากรในระดับระบบสุขภาพอำเภอ ที่ส่วนกลางกำหนดไว้ในคู่มือ หรือ การฝึกอบรมผู้ที่กำหนดให้ทำงานในด้านการดูแลรายกรณี (Case Management) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ยิ่งขาดแนวทางการประเมินผลในระดับการจัดการระบบสุขภาพของประชากร (Population Health Management) แต่ยึดกรอบการดูแลสุขภาพเฉพาะรายเป็นส่วนสำคัญ

ดังนั้น การปรับแก้ส่วนการเรียนรู้จากการติดตามประเมินผล จึงควรย้อนกลับไปที่แนวทางการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ และวิธีการในการฝึกอบรมร่วมไปกับการจัดการระบบสุขภาพ (Health System Management) ที่ทำไปพร้อมกัน เนื่องจากการฝึกอบรมที่ผ่านมาเป็นไปเฉพาะคน ไม่ได้ฝึกอบรมเป็นทีม ซึ่งการเตรียมบุคลากรในระดับนั้นอาจจำเป็นต้องทำไปร่วมกับการปฏิบัติงานจริง (On the job training) ในพื้นที่ ซึ่งเขต และจังหวัด ต้องวางกรอบการดำเนินงานดังกล่าวให้ชัดเจน

ข้อเสนอแนะที่ได้ทดสอบเพื่อเสริมหนุนการพัฒนา

การปรับแก้ส่วนของการเรียนรู้ในระยะสั้นๆ กับผู้ปฏิบัติงานในอำเภอทำบ่อยๆ ยังเป็นเพียงสะท้อนคิดให้เกิดพื้นฐานความเข้าใจในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ที่จำแนกประชากรตามระดับปัญหาการดำเนินโรคของประชากรแต่ละกลุ่ม และสื่อความเข้าใจให้เห็นว่า การจัดการกับปัญหาโรคเรื้อรังอย่างเป็นระบบ ไม่ควรจำกัดการมุ่งเน้นเป้าหมายไปที่กิจกรรมย่อยๆ เพียงส่วนเดียว แต่ควรจะต้องเข้าใจถึงภารกิจร่วมกันของหลายฝ่าย หลายภาคส่วน ที่จะนำไปสู่ประสิทธิผลของระบบสุขภาพอำเภอได้จริง

การทดสอบผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการกับทีมงานในระดับอำเภอ และตำบล โดยมีผู้ประสานงานจากจังหวัดเป็นผู้ร่วมเรียนรู้ ช่วยให้มีการปรับแก้กระบวนการ และระบบฐานข้อมูลได้อย่างชัดเจน แสดงให้เห็นได้ว่า แม้ระบบการจัดทำแผนปฏิบัติการยังไม่ได้วางให้สมบูรณ์ แต่ผู้ร่วมเป็นภาคีฝ่ายต่างๆ ได้เริ่มเรียนรู้และพัฒนามุมมองในการจัดการป้องกัน และควบคุมโรคเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ร่วมกันได้ โดยปรับบทเรียนที่รับดังกล่าวไปสู่การจัดวางระบบการติดตามและประเมินผล ที่ใช้ได้จริงในรอบปีงบประมาณต่อไป

ข้อจำกัดของกลุ่มเลขานุการของคณะกรรมการเขตสาธารณสุข ที่ไม่ได้เข้ามาร่วมเรียนรู้ อาจก่อให้เกิดอุปสรรคในการประสานงานระดับเขตต่อไป ซึ่งควรจะได้ขยายบทเรียนในอำเภอทำบ่อยๆ ระดับเขตอย่างเป็นระบบต่อไป โดยอาจขอให้การทำงานในพื้นที่ทดสอบบรรลุผลสัมฤทธิ์เบื้องต้นใน 1 ปี เสียก่อน จึงใช้เป็นต้นแบบบทเรียนต่อไป



บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ การจัดการระบบขยะของเขต จังหวัดสกลนคร และอำเภอกุดบาก

การศึกษากิจการการระบบขยะในพื้นที่อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร ประกอบไปด้วย 4 เทศบาล ตำบล คือ เทศบาลตำบลกุดบาก เทศบาลตำบลกุดไฮ เทศบาลตำบลกุดแฮด และเทศบาลตำบลนาม่อง มีการลงพื้นที่จัดประชุมแลกเปลี่ยน จัดประชุมกลุ่มย่อย การลงพื้นที่เยี่ยมชมพื้นที่ปฏิบัติงาน ใน ขณะเดียวกันทางคณะผู้วิจัยได้ลงพื้นที่สัมภาษณ์เทศบาลตำบลพังโคน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร ซึ่งเป็นเทศบาลแม่ข่ายในการจัดการขยะในระบบกลุ่มร่วมดำเนินการ (Cluster) ตามแผนบริหารจัดการขยะ มูลฝอยจังหวัดสกลนคร ในส่วนของการบริหารจัดการระดับจังหวัดได้สัมภาษณ์หน่วยงานรับผิดชอบหลัก และสัมภาษณ์หน่วยงานระดับเขตที่เกี่ยวข้องเพื่อศึกษาบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของหน่วยงานระดับ เขต

สรุปการวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาใช้กรอบตามภาพที่ 2.5 (การ ปรับกรอบ Reflexive Governance ให้เป็นกรอบการทำงาน (Framework) ในการวิเคราะห์ กระบวนการทำงานและเสนอแนะการพัฒนาของภาคีสุขภาพในระดับเขต จังหวัด อำเภอ และภาคีชุมชน) โดยมีประเด็นสำคัญ 5 ข้อ ดังนี้

- 1) การวิเคราะห์การกระจายของปัญหา และเหตุปัจจัยของปัญหาที่มุ่งแก้ไข หรือ ปรับลด
- 2) การวิเคราะห์สมรรถนะของภาคีผู้รับผิดชอบการควบคุมกำจัดเหตุปัจจัยที่สำคัญของปัญหา
- 3) การวิเคราะห์บริบทและโครงสร้างของการดำเนินงานแก้ไขปัญหา
- 4) การวางแผนปฏิบัติการที่แยกแยะเป้าหมายตามการดำเนินงานของแต่ละภาคีที่รับผิดชอบ การกิจ
- 5) การจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาสมรรถนะของภาคีจากระบบติดตาม กำกับคุณภาพ และ ประเมินผล

1. การวิเคราะห์การกระจายลักษณะปัญหา และเหตุปัจจัย

ระดับเขต

การดำเนินการศึกษากรอบการจัดการขยะในระดับเขต ทางคณะผู้วิจัยได้ลงพื้นที่ดำเนินการ สัมภาษณ์หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้ง เขตสุขภาพที่ 8 สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 9 ศูนย์โรคจากการ ประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สำนักงานควบคุมโรคที่ 7 กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 7



จากการสัมภาษณ์ คณะวิจัยพบว่า เขตสุขภาพที่ 8 ไม่ได้กำหนดประเด็นการจัดการขยะอยู่ในแผนการจัดการบริการ (Service Plan) ขณะที่สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 9 จำกัดประเด็นปัญหาเพียงแค่การควบคุมมลพิษและการสนับสนุนเทคโนโลยีขั้นสูงในการกำจัดขยะ ในส่วนของศูนย์โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สำนักงานควบคุมโรคที่ 7 ทางศูนย์ฯ มีภารกิจในเรื่องความเสี่ยงต่อการอุบัติของโรคและอุบัติเหตุน่ากลัวจากบ่อขยะ โรงงานกำจัดขยะ และเส้นทางการขนขยะ ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า ขาดกลไกการวิเคราะห์ปัญหาการเสริมหนุนการจัดการขยะภาพรวมในระดับเขต

ระดับจังหวัด

คณะวิจัยได้ลงพื้นที่สัมภาษณ์หน่วยงานระดับจังหวัดที่รับผิดชอบประเด็นการจัดการขยะผ่านกรอบ “เมืองสกลนครน่าอยู่” 2 หน่วยงาน คือ งานอาชีพเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร และงานสิ่งแวดล้อม สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัดสกลนคร

กรณีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร มีภารกิจในการดูแลควบคุมและป้องกันเหตุของโรคระบาดและเหตุรบกวน การดูแลสุขอนามัยประชาชน ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครไม่ได้มีแนวทางที่ชัดเจนในการแบ่งประเภทและมาตรการในการจัดการขยะที่มีภาวะความเสี่ยงต่อโรคระบาด เหตุรำคาญ และสุขอนามัยของประชาชน ที่ชัดเจนนอกจากการเฝ้าระวังเหตุเท่านั้น

ส่วนของสำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัดสกลนคร เป็นผู้รับผิดชอบจัดทำแผนการดำเนินงานการจัดการขยะจังหวัดสกลนคร มีการพิจารณาถึงความสามารถของบ่อขยะ และสถานีคัดแยกขยะ ซึ่งในกรณีของบ่อขยะนั้น ทางสำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัดมุ่งการปรับปรุง และยืดอายุการใช้งานบ่อขยะให้ยาวนานที่สุด อีกทั้งการพิจารณาสนับสนุนและส่งเสริมการก่อสร้างบ่อขยะและโรงงานกำจัดขยะเพิ่มขึ้นให้ครบตามแผนแม่บทการจัดการขยะของรัฐบาล คือ จำนวน 5 แห่ง ตลอดจนการพัฒนาแผนการสร้างสถานีคัดแยก และขนถ่ายขยะตามระยะทางเพื่อลดปริมาณขยะที่เข้าสู่บ่อขยะกลุ่มร่วมดำเนินการ

ดังนั้น ประเด็นการพิจารณาของหน่วยงานระดับจังหวัด คือ ระดับความสามารถของบ่อขยะในการรองรับปริมาณขยะที่เข้าสู่บ่อขยะ และระยะทางการขนส่งขยะจากท้องถิ่นต้นทางไปยังบ่อขยะในระดับกลุ่มร่วมดำเนินการ ซึ่งคณะวิจัยพิจารณาว่า การดำเนินการยังไม่ครอบคลุมการจัดการขยะทั้งหมด โดยเฉพาะการจัดการขยะติดเชื้อและขยะอันตราย และการครอบคลุมเหตุปัจจัยเกี่ยวเนื่องประเด็นทางสาธารณสุข โดยเฉพาะการเกิดโรคระบาด เหตุรำคาญ ความปลอดภัย และสุขอนามัยของชุมชนและประชากรในพื้นที่

สรุปว่า หน่วยงานในระดับจังหวัดก็มุ่งเน้นที่กรอบปฏิบัติการตามองค์ประกอบย่อยของระบบการจัดการขยะ โดยไม่ได้มีภาพของกรอบงาน (Framework) การจัดการขยะแบบครบวงจร เพื่อแสดงจุดอ่อน



จุดแข็ง หรือ โอกาสที่จะปรับปรุงแก้ไขประเด็นวิกฤติ (Critical Pathway) ซึ่งต้องมีข่าวสารแสดงองค์ประกอบและสมรรถนะในการจัดการขยะแบบครบวงจรของแต่ละอำเภอ (District) ซึ่งในกรณีของการจัดการขยะให้ครบวงจรดังกล่าว District หมายถึง Zone หรือ Cluster ของอำเภอที่จัดการภารกิจได้อย่างครบวงจร

ระดับกลุ่มร่วมดำเนินการเครือข่าย อปท.

คณะวิจัยได้ดำเนินการลงพื้นที่สัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบขยะของเทศบาลตำบลพังโคน ซึ่งเป็นเทศบาลแม่ข่ายการจัดการขยะหนึ่งในจังหวัดสกลนคร และรับผิดชอบต่อเทศบาลทั้ง 4 แห่งในพื้นที่อำเภอ กุดบาก จากการสัมภาษณ์ปลัดเทศบาล และผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลพังโคน พบว่า เทศบาลตำบลพังโคนได้แบ่งประเภทของลูกข่ายตามการดำเนินกิจกรรมการลดขยะต้นทาง ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นลูกข่ายของเทศบาลตำบลพังโคน จะต้องทำข้อตกลงค่าใช้จ่ายการทิ้งและการกำจัดขยะกับเทศบาลตำบลพังโคน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้ดำเนินการจัดทำโครงการลดขยะต้นทางจะทำข้อตกลงที่ได้รับค่าบริการกำจัดขยะ 500 บาทต่อตัน ส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดไม่มีโครงการลดขยะต้นทางจะถูกคิดค่าบริการ 1,000 บาทต่อตัน ทั้งนี้ ท้องถิ่นใดที่ได้ทำข้อตกลงแล้วจะถูกเรียกเก็บค่าบริการตามปริมาณขยะที่ส่งเข้ามาทิ้งในแต่ละเดือนเพื่อการดำเนินการเก็บค่าใช้จ่ายในการทิ้งขยะ

แสดงให้เห็นว่า การทำงานของเทศบาลตำบลพังโคน วิเคราะห์กรอบการดำเนินกิจกรรมของลูกข่ายหรือ ทั้งข่ายงาน เพียงเพื่อเป็นข่าวสารพื้นฐานในการทำข้อตกลงเรื่อง “ค่าใช้จ่ายในการทิ้ง และกำจัดขยะ” เป็นสำคัญ ไม่ได้มีกลไกวิเคราะห์ และขับเคลื่อนการจัดการขยะแบบครบวงจรของข่ายงาน

สิ่งที่พบคือ เทศบาลตำบลพังโคน ยังต้องดำเนินการวางระบบการพัฒนาวิธีการจัดการข่ายงาน และการพัฒนาสมรรถนะของการเป็นหน่วยงานกลางในการดำเนินการจัดการขยะ ซึ่งจะต้องมีการจำแนกแบ่งแยกประเภทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างชัดเจน เพื่อจะได้ดำเนินการออกมาตรการและกลวิธีในการลดปริมาณขยะที่เข้าสู่บ่อขยะ ทั้งจากเทศบาลตำบลพังโคนเองและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นๆ

ระดับเครือข่าย อปท.

คณะวิจัยได้ลงพื้นที่จัดประชุมร่วมกับงานอาชีพเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและ งานสิ่งแวดล้อม สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัดสกลนคร ในพื้นที่อำเภอ กุดบาก โดยมีผู้แทนจากกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม และกองช่างสุขาภิบาล เทศบาลตำบลกุดบาก เทศบาลตำบลกุดไผ่ เทศบาลตำบลกุดแฮด และเทศบาลตำบลนาม่อง ซึ่งเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่อำเภอเดียวกันเข้าร่วมประชุม มีการสอบถามแลกเปลี่ยนและขั้นตอนการ



ดำเนินการจัดการขยะ พบว่า เทศบาลทั้ง 4 แห่งในเขตอำเภอกุดบากมีการแบ่งประเภทขยะเป็น 3 ประเภทคือ ขยะที่สามารถจัดการได้ ขยะที่ไม่สามารถจัดการได้ และขยะที่จัดการโดยหน่วยงานอื่นๆ

ขยะที่สามารถจัดการได้ คือ ขยะที่จัดการได้เองในครัวเรือนหรือในระดับชุมชน โดยมากเป็นขยะอินทรีย์ และขยะนำกลับไปใช้ใหม่ หรือรีไซเคิล โดยทางเทศบาลทั้ง 4 แห่งในอำเภอกุดบาก ได้มีการสนับสนุนและส่งเสริมการแยกขยะและการรับซื้อขยะรีไซเคิล ผ่านการดำเนินงานโครงการธนาคารขยะในแต่ละชุมชน ของเทศบาลทั้ง 4 แห่งในส่วนของขยะที่ไม่สามารถจัดการได้ เช่น ขยะอันตราย ขยะย่อยสลายยาก และขยะอุตสาหกรรม ทางเทศบาลทั้ง 4 แห่งได้มีการส่งเข้าระบบ ตามแผนบริหารจัดการขยะมูลฝอยของจังหวัดสกลนคร ซึ่งจะต้องมีการส่งเข้าบ่อขยะของเทศบาลตำบลกุดบากเอง หรือ ส่งต่อไปยังบ่อขยะของเทศบาลตำบลพังโคน ในฐานะเทศบาลแม่ข่ายการจัดการขยะ ในส่วนของขยะที่ได้รับการจัดการโดยหน่วยงานอื่นๆ ได้แก่ขยะติดเชื้อในคลินิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลซึ่งมอบหมายให้บริษัท เอกชนมารับไปกำจัดด้วยเตาเผาขยะติดเชื้อที่จังหวัดสระบุรี

ดังนั้น การแบ่งประเภทของขยะของเทศบาลทั้ง 4 แห่งในอำเภอกุดบากนั้น จำกัดอยู่เพียงกำจัดขยะเอง และส่งไปจัดการกำจัดขยะที่เทศบาลแม่ข่าย ยังไม่ได้วิเคราะห์ปัญหาขยะอย่างครบวงจรตามบริบทของพื้นที่โดยเฉพาะชุมชนส่วนใหญ่ยังเป็นพื้นที่ชนบทและมีขนาดพื้นที่กว้าง ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงขยะในทุกกลุ่มประเภท โดยเฉพาะอย่างยิ่งขยะติดเชื้อจากครัวเรือน และขยะอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งถูกนำมารวมเป็นขยะย่อยสลายยาก ซึ่งมีระดับความอันตรายและวิธีการจัดการที่แตกต่างกัน

จากการวิเคราะห์ประเด็นการจัดการขยะ ทั้งระดับจังหวัด กลุ่มร่วมดำเนินการเครือข่าย อปท. และระดับเครือข่าย อปท. นั้น สามารถสร้างระบบ เมตริก (Metric) การจัดการขยะ เพื่อแสดงถึงแนวทางการจำแนกการจัดการขยะ และประเด็นปัญหาตามสภาพบริบทของพื้นที่ ประเภทของขยะที่เกิดขึ้นและวิธีการจัดการขยะ ดังตารางที่ 6.1

ตารางที่ 6.1 แสดงเมตริกการกระจายตัวของปัญหาและการรับมือกับปัญหาการจัดการขยะ

ประเภทของขยะ	ชนบท	กิ่งเมือง	เมือง	ชานเมือง	วิธีการแก้ไขปัญหา
ขยะอินทรีย์	☆☆☆	☆☆	☆	☆☆	ครัวเรือนและชุมชน (ภูมิปัญญาชาวบ้าน)
ขยะรีไซเคิล	☆☆	☆☆☆	☆☆☆	☆☆☆	
เศษวัสดุจากการก่อสร้าง	☆	☆☆☆	☆☆	☆☆☆	ธุรกิจ หรือบริการสาธารณะ (การซื้อขาย หรืออุตสาหกรรม เช่น บ่อขยะ เตาเผาขยะ โรงแปลงขยะเป็นพลังงาน)
ขยะทั่วไป	☆☆	☆☆☆	☆☆☆	☆☆☆	
ขยะอันตราย	☆☆☆	☆☆☆	☆☆☆	☆☆☆	อุตสาหกรรม หรือบริการ



ประเภทของ ขยะ	ชนบท	กึ่งเมือง	เมือง	ชานเมือง	วิธีการแก้ไขปัญหา
ขยะติดเชื้อ	☆☆	☆☆	☆☆☆	☆☆	สาธารณะ(เทคโนโลยีขั้นสูงในการกำจัดขยะ เตาเผาขยะติดเชื้อ โรงบดทำลาย)

- ☆ มีปริมาณที่พบในแต่ละประเภทของพื้นที่น้อย
- ☆☆ มีปริมาณที่พบในแต่ละประเภทของพื้นที่ปานกลาง
- ☆☆☆ มีปริมาณที่พบในแต่ละประเภทของพื้นที่มาก

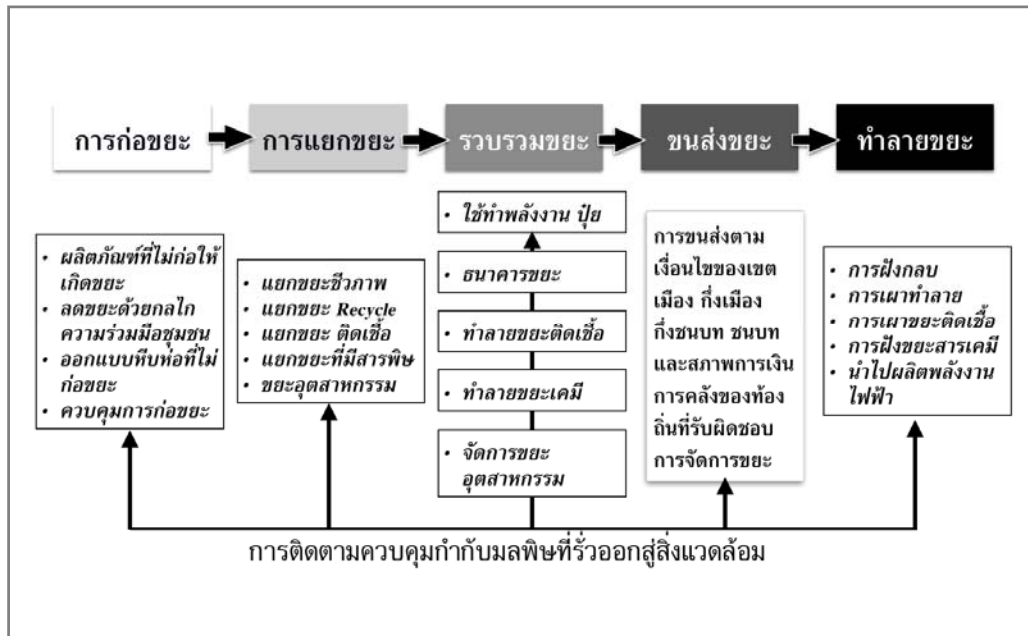
ข้อเสนอแนะที่ได้ทดสอบเพื่อเสริมหนุนการพัฒนา

การจัดการขยะของจังหวัดสกลนคร โดยแยกเป็นกลุ่ม (Zone หรือ Cluster) ของอำเภอมีส่วนดีในการที่เอื้อให้วางแผนจัดการขยะอย่างครบวงจร ไม่เพียงแต่กำจัดขยะเท่านั้น หากแต่แนวทางการวางแผนที่ดำเนินงานอยู่ไม่ได้จำแนกลำดับขั้นตอน หรือ วงจรการจัดการขยะให้เป็นระบบ ส่งผลให้การจัดการจำกัดอยู่ในกรอบการจัดการของแต่ละท้องถิ่น

แนวทางที่ควรจะต้องพัฒนา คือ ควรวางกรอบการจัดการให้กว้างขวางกว่ากรอบการดำเนินงานที่จัดทำกันอยู่ในปัจจุบัน ดังตารางที่ 6.1 รวมทั้งวางรูปแบบ (Model) ให้สามารถมีกลไกจัดการข้ามงาน ที่มีสมรรถนะในการทำงานได้ครอบคลุมทั้งระบบ เพื่อช่วยให้วางแผนงานสำหรับพัฒนาระบบอำเภอจัดการขยะ (District ที่ไม่จำกัดเพียงแค่อำเภอ) ที่ครอบคลุมเป็นเขตหลายอำเภอ หลายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยใช้กรอบงานดังภาพที่ 6.1



ภาพที่ 6.1 แสดงขอบเขตขั้นตอนของการจัดการขยะ ซึ่งช่วยให้วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และเหตุปัจจัยที่ส่งผลให้การจัดการขยะในแต่ละส่วนของวงจรนี้ก่อปัญหาขึ้น รวมทั้งเอื้อให้ใช้ในการวางแผนการเงินได้ด้วย



การวางกรอบรูปแบบทั้งวงจรการจัดการเอาไว้ล่วงหน้า จะช่วยให้ประเมินสถานการณ์ของแต่ละท้องถิ่น ว่าจัดการในแต่ละระยะใดได้ด้วยสมรรถนะเพียงใด? และสามารถวางแผนสนับสนุนให้เกิดการแก้ไขได้ทีละส่วน รวมทั้งวางแผนยกระดับการพัฒนาสมรรถนะของแต่ละท้องถิ่นได้เป็นระยะๆ ตามเงื่อนไขและข้อจำกัดของแต่ละพื้นที่

ระดับเขต

เขตสุขภาพควรจัดระบบการวางแผนสำหรับการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการจัดการขยะในแต่ละท้องถิ่น และแต่ละ Zone ให้ชัดเจนเป็นแผนของแต่ละท้องถิ่น และรวมเป็นแผนของแต่ละจังหวัด และจึงดำเนินการพัฒนากลไก เครื่องมือ และพื้นที่การเชื่อมโยงระบบการจัดการขยะภาพรวม เพื่อให้ทุกหน่วยได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาการจัดการ

ระดับจังหวัด

จังหวัดควรดำเนินการเป็นหน่วยปฏิบัติการขับเคลื่อนเครือข่าย ทั้งในการบริหารเชิงแนวดิ่งและแนวนราบ คือการเชื่อมต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งกับหน่วยงานระดับจังหวัดด้วยตนเอง (แนวนราบ) และการเชื่อมประสานกับหน่วยงานระดับเขต อำเภอ และท้องถิ่น (แนวดิ่ง)

ระดับกลุ่มร่วมดำเนินการเครือข่าย อบท.

กลุ่มร่วมดำเนินงานเครือข่าย อบท. เป็นหน่วยปฏิบัติการและพัฒนาแผนปฏิบัติการย่อยร่วมดำเนินการระหว่าง อบท. ภายในพื้นที่กลุ่มร่วมดำเนินการ

ระดับเครือข่าย อบท.

- 1) แต่ละ อบท. ควรดำเนินการจัดทำแผนงานและโครงการในการดำเนินการร่วมกัน ภายใต้บริบทเศรษฐกิจสังคมของชุมชนในพื้นที่
- 2) แต่ละ อบท. ควรพิจารณาการใช้ทรัพยากรการจัดการร่วมกัน โดยเฉพาะเครื่องมือเครื่องจักรกล และบุคลากร อาจรวมถึงการกำหนดกรอบงบประมาณประจำปีร่วมกันในการจัดการประเด็นร่วม

ข้อเสนอแนะประกอบเพิ่มเติม

(1) การวิเคราะห์ปัญหาและเหตุปัจจัยสำคัญที่เป็นความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อม (การจัดการขยะ) กับสาธารณสุข ช่องว่างสำคัญ คือ การพัฒนาฐานคิดการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ ที่ต้องวิเคราะห์ถึงความเชื่อมโยงของปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมกำหนดสุขภาพ (environmental determinant of health) ซึ่งจะเป็นเครื่องมือชี้วัดถึงสภาวะการณ์ของปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น โรคติดเชื่อกับการจัดการขยะ สาธารณภัยจากการจัดการขยะ การสุขาภิบาลการจัดการขยะ เป็นต้น นอกจากนี้ การวิเคราะห์ด้านสิ่งแวดล้อมด้านเดียวอาจจะไม่ครอบคลุม อาจจะจำเป็นต้องวิเคราะห์ไปถึงปัจจัยทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การพัฒนาที่ยั่งยืน เป็นต้น อีกด้วย

(2) การจัดขอบข่ายงานการจัดการขยะที่ครอบคลุมขยะทุกประเภท โดยมีใช้เน้นแต่ขยะอินทรีย์และขยะรีไซเคิลเท่านั้น ขยะติดเชื่อและขยะอันตรายมีความเสี่ยงและความเป็นอันตรายต่อสุขภาพของประชากรในพื้นที่มากกว่าขยะอินทรีย์และขยะรีไซเคิล ซึ่งที่ผ่านมาขยะติดเชื่อและขยะอันตรายยังไม่ได้มีการนำมาวิเคราะห์และพิจารณาการกระจายลักษณะปัญหา

(3) การพัฒนาฐานข้อมูลด้านการสาธารณสุข เพื่อการติดตามความเสี่ยงภัยของกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบาง (vulnerable group) และต้องพึงพิงบริการสาธารณสุข ประชากรกลุ่มนี้ เช่น คนเก็บรวบรวมและเก็บขนขยะ คนค้าขายตามเส้นทางถนน คนคัดแยกขยะในกองขยะ คนรับซื้อของเก่า ผู้ประกอบอาชีพรับซื้อขยะ เป็นต้น ซึ่งประชากรกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มประชากรที่ย้ายถิ่นฐานมาอยู่ในพื้นที่อย่างไม่มีหลักฐาน ทำให้ขาดสิทธิ และการเข้าถึงการบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานและการดูแลสุขภาพ

(4) การเชื่อมโยงหน่วยปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องทั้งระดับเขต จังหวัด และกลุ่มร่วมดำเนินการเครือข่าย อบท. ระดับอำเภอ เข้ามาร่วมวิเคราะห์กรอบขอบข่ายงานการจัดการขยะเชิงระบบ ตั้งแต่ต้นทางถึง



ปลายทาง โดยเน้นการจัดทำแผนพัฒนาการบริหารจัดการขยะที่มีองค์ประกอบ 7 ประเด็น ที่พิจารณาบนฐานเป้าหมายและยุทธศาสตร์เชิงนโยบาย และบริบททางสังคมที่แตกต่างกันไปของแต่ละชุมชน ประกอบด้วย กระบวนการทางความรู้ (knowledge) กระบวนการทางการเมือง (politics) กระบวนการบริหาร (administration) กระบวนการทางเศรษฐกิจและการเงิน (economic and finance) สภาวะแวดล้อม (environment) พิจารณาในเชิงความสามารถในการรองรับ (carrying capacity) ทางสิ่งแวดล้อม การเคลื่อนไหวทางสังคม (social movement) และ การพิจารณาเทคโนโลยีการจัดการที่เหมาะสม (appropriation management technology)

2. การวิเคราะห์ประเด็นสมรรถนะการดำเนินงานของภาคีผู้รับผิดชอบ

ระดับเขต

ในกรณีของเขตสุขภาพที่ 8 นั้น ไม่พบแผนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการจัดการขยะ โรคระบาดทางสิ่งแวดล้อม หรืออนามัยสิ่งแวดล้อมเลย ในขณะที่สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาค 9 นั้น มีสมรรถนะเป็นเพียงหน่วยงานสื่อสารคำสั่งหรือแนวทางจากหน่วยงานส่วนกลางไปยังท้องถิ่นเท่านั้น ในส่วนของศูนย์โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สำนักควบคุมโรคที่ 7 พบว่ามีการวางบทบาทในฐานะนักวิชาการ แต่ยังขาดบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้สนับสนุน ส่งเสริม อีกทั้งระบบการกำกับ ติดตาม และประเมินผล และกลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 7 พบว่ามีการวางบทบาทเป็นผู้สนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานต่าง ๆ ผ่าน รพ.สต. และมีการลงพื้นที่ ติดตาม และประเมินผลเป็นระยะ หากแต่ยังต้องเสริมสมรรถนะในส่วนของการเป็นที่ปรึกษาทางวิชาการ หรือผู้สนับสนุนการดำเนินงานที่มุ่งประสิทธิผลในประเด็นปัญหาของพื้นที่นั้น ๆ

ระดับจังหวัด

กรณีของหน่วยงานระดับจังหวัดทางคณะวิจัย มุ่งไปที่การศึกษาสมรรถนะในการจัดทำแผนการสนับสนุน และกรอบการกำกับ ติดตาม และประเมินผล และบทบาทการเป็นผู้ประสานงานหรือทีมเลขานุการดำเนินการจัดการขยะในระดับกลุ่มร่วมดำเนินการเครือข่าย อปท. และระดับเครือข่าย อปท. โดยมุ่งไปที่การศึกษาสมรรถนะของ งานอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สกลนคร และงานสิ่งแวดล้อม สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัดสกลนคร พบว่า งานอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม สสจ. สกลนคร ยังต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพในฐานะของผู้นิเทศงาน (Supervisor) เนื่องจากสิ่งที่ดำเนินการมีเพียงการเป็นผู้ติดต่อประสานงาน (Core Team) ของคณะกรรมการสุขภาพจังหวัดสกลนคร และเครือข่ายสกลนครน้อยอยู่ เท่านั้น แต่ไม่มีการนิเทศ หรือปรับปรุงการดำเนินงาน ในส่วนงานสิ่งแวดล้อม สสจ. สกลนคร พบว่าสามารถดำเนินการในฐานะของผู้ประสานงานดำเนินการ เพราะมีความสัมพันธ์กับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ในส่วนของการจัดทำแผน



สนับสนุนนั้นยังเป็นการทำแผนตามแนวทางของหน่วยงานส่วนกลางมากกว่าการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่ และการติดตามและประเมินผลยังไม่มีการนำผลมาปรับแผนการดำเนินงาน ดังนั้น ยังต้องมีการพัฒนาบทบาทหน้าที่ในฐานะทีมเลขานุการกิจต่อไป

ระดับกลุ่มร่วมดำเนินการเครือข่าย อบท.

เทศบาลตำบลพังโคนที่เป็นแม่ข่ายกลุ่มร่วมดำเนินการเครือข่าย อบท. ไม่ได้มีการจัดการเครือข่าย การจัดการขยะร่วมกัน สมรรถนะการดำเนินการจะเน้นที่

(1) ความสามารถตรงกับลูกข่ายในการดำเนินกิจกรรมลดขยะต้นทาง โดยใช้เครื่องมือทาง เศรษฐศาสตร์ คือ การเก็บค่าใช้จ่ายอัตราที่สูง เพื่อแลกกับการดำเนินกิจกรรมลดขยะต้นทางและการลด ขยะที่เข้าสู่บ่อขยะของเทศบาลตำบลพังโคน ที่เป็นไปตามข้อตกลงกับท้องถิ่นลูกข่ายที่ส่งขยะเข้ามาทิ้งใน บ่อขยะของเทศบาลตำบลพังโคน ซึ่งถูกกำหนดตามแผนบริหารจัดการขยะของจังหวัดสกลนคร

(2) ความสามารถในการบริหารจัดการบ่อขยะ เทศบาลตำบลพังโคนสามารถที่จะเปลี่ยนขยะที่อยู่ใน บ่อขยะเป็นรายได้และจัดสวัสดิการเสริมเพื่อนำมาประกอบกับรายได้ที่ได้รับจากท้องถิ่นลูกข่าย ทั้งนี้ เทศบาลตำบลพังโคนยังไม่สามารถควบคุมปริมาณขยะที่เข้าสู่บ่อขยะได้ ซึ่งทำให้ปริมาณขยะเกินกว่ากำลัง การรองรับของเทศบาล โดยเฉพาะขยะที่เกิดในพื้นที่เทศบาลตำบลพังโคน ที่เกิดจากการขยายตัวของการ พัฒนาเศรษฐกิจในพื้นที่

(3) ความสามารถในการบริหารชุมชนรอบบ่อขยะของเทศบาลตำบลพังโคน เทศบาลตำบลพังโคน สามารถที่จะดำเนินกิจกรรม และจัดสวัสดิการสนับสนุนชุมชนรอบบ่อขยะ หากแต่ยังไม่ได้มีการ เตรียมพร้อมในการรับมือกับสาธารณภัยที่จะเป็นเหตุฉุกเฉินจากบ่อขยะ

ระดับเครือข่าย อบท.

การศึกษาสมรรถนะของภาคีผู้รับผิดชอบในท้องถิ่น คณะวิจัยมุ่งพัฒนาสมรรถนะกองสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อม หรือส่วนงานสาธารณสุข หรือส่วนงานช่างสุขาภิบาล ของเทศบาลตำบลกุดบาก เทศบาล ตำบลกุดไฮ เทศบาลตำบลกุดแฮด และเทศบาลตำบลนาม่อง โดยเน้นประเด็นการศึกษา คือ ศักยภาพ การบริหารจัดการระบบบริการการเก็บขนและกำจัดขยะ และการดำเนินกิจกรรมการกำจัดขยะต้นทาง ของแต่ละเขตเทศบาล รวมถึงได้นำงบประมาณรายรับ-รายจ่ายของเทศบาลทั้ง 4 แห่ง มาร่วมวิเคราะห์ ระหว่างคณะวิจัยและผู้แทนจากเทศบาลทั้ง 4 แห่ง พบว่า เทศบาลตำบลกุดบากมีค่าใช้จ่ายสูงในการ บริหารจัดการ ทั้งค่าเก็บขน และค่าดำเนินกิจกรรมโครงการเพื่อลดขยะต้นทาง โดยข้อค้นพบจากนักวิจัย คือ อัตราส่วนค่าใช้จ่ายการจัดการขยะต่อรายได้ของท้องถิ่นที่ได้รับจากการเก็บภาษีท้องถิ่น มีอัตรา ส่วนสูงมาก ในส่วนของเทศบาลอีก 3 แห่ง ยังไม่มีการลงทุนในระบบการเก็บขนขยะ ทางคณะวิจัยได้ ทดลองประมาณการโดยใช้รูปแบบของเทศบาลตำบลกุดบากเป็นต้นแบบ พบว่ามีค่าใช้จ่ายที่สูงมากเมื่อ



นำมารวมกับงบประมาณในการดำเนินการกิจกรรมลดขยะต้นทางจะพบว่า ทั้ง 3 เทศบาลตำบลไม่สามารถที่จะดำเนินการจัดการขยะที่ระดับงบประมาณนี้ได้

ข้อเสนอแนะที่ได้ทดสอบเพื่อเสริมหนุนการพัฒนา

การจัดการขยะถูกกฎหมายกำหนดให้ อบท. เป็นหน่วยปฏิบัติการและรับผิดชอบการจัดการภายในพื้นที่ของ อบท. ที่ผ่านมา การดำเนินงานของบุคลากรของ อบท. จังหวัด และเขต จึงมีบทบาทและทำหน้าที่ตามกลไกทางกฎหมายกำหนด การพัฒนาสมรรถนะให้ครอบคลุมข่ายงานการจัดการขยะที่จะเกิดขึ้น จำเป็นต้องปรับบทบาทหน้าที่และกลไกการดำเนินงานของแต่ละเครือข่ายงานแต่ละระดับ โดยบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะแต่ละระดับจะมีบทบาท และจุดเน้นการทำหน้าที่ต่อการจัดการขยะที่ที่แตกต่างกัน

ระดับเขต

เขตสุขภาพ มีบทบาทสำคัญ คือ หนึ่ง การเป็นหน่วยพัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้แก่หน่วยงานระดับจังหวัดและเครือข่าย อบท. แต่ละกลุ่มเครือข่ายร่วมดำเนินงาน การเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการขยะที่เป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพกับการจัดการด้านการสาธารณสุข และสอง การเป็นกลไกพัฒนาความร่วมมือระหว่างองค์กรในระดับพื้นที่ โดยมีจังหวัดเป็นกลไก สนับสนุนการพัฒนาแต่ละเครือข่ายให้มีการขับเคลื่อนในทิศทางเดียวกัน

ระดับจังหวัด

ด้วยการมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก แต่ละหน่วยงานมีบทบาทของตนเองแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมาเครือข่ายจังหวัดทำหน้าที่เป็นเลขานุการทั่วไปของการสังการระดับจังหวัด ดังนั้น บทบาทสำคัญของข่ายงานระดับจังหวัดที่ต้องกำหนดใหม่ คือ การเป็นกลไกการพัฒนาความรู้และกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของหน่วยงานระดับจังหวัดและเครือข่าย อบท. ในพื้นที่ และการเป็นที่ปรึกษาการวิเคราะห์ข่ายงานการจัดการขยะ

ระดับกลุ่มร่วมดำเนินการเครือข่าย อบท.

กลุ่มร่วมดำเนินการเครือข่าย อบท. ที่ผ่านมา แต่ละ อบท. จะปฏิบัติการต่างคนต่างทำ ภายใต้ทรัพยากรของแต่ละองค์กร ทำให้ประสิทธิภาพและประสิทธิผลการปฏิบัติการไม่สามารถตอบสนองต่อปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างทันการณ์ บทบาทสำคัญของข่ายงานระดับอำเภอที่ต้องกำหนดใหม่ คือ การพัฒนา กลไกร่วมดำเนินงานในรูปแบบการร่วมกำหนดทิศทาง ร่วมการพัฒนา ร่วมทรัพยากร และร่วมการติดตามและประเมินผล



สมรรถนะที่จะต้องมีการดำเนินการพัฒนา คือ การพัฒนาบทบาทของการสนับสนุนการจัดทำแผนปฏิบัติการในระดับกลุ่มร่วมดำเนินการเครือข่าย อปท. โดยให้นักวิชาการของจังหวัดมีบทบาทเป็นพี่เลี้ยงและสนับสนุนให้ความช่วยเหลือแก่กลุ่ม โดยหน่วยงานระดับจังหวัดจะต้องมีความเข้าใจในบริบทของพื้นที่ดำเนินการ ทั้งในทางสังคม องค์กรความรู้ การเมือง ทรัพยากร สภาพทางสังคม เพื่อที่จะสามารถให้ข้อเสนอแนะและจัดการเสริมสมรรถนะได้อย่างเหมาะสมกับท้องถิ่นนั้น ๆ

ระดับเครือข่าย อปท.

สมรรถนะภาคีในระดับท้องถิ่นควรมุ่งเน้นไปที่สมรรถนะการจัดการขยะอย่างครบวงจร คือ การควบคุมตั้งแต่ต้นยังไม่เป็นขยะ เช่น การรณรงค์การลดการใช้ถุงพลาสติก การรณรงค์การนำกลับมาใช้ใหม่ (Reuse) เป็นต้น รวมถึงการจัดบริการที่มีความเหมาะสมกับสภาพบริบท (Context) กรอบขอบเขตการดำเนินงานของท้องถิ่น (Scope) ปริมาณขยะ (Scale) และขนาดความหนาแน่นของประชากร (Density) ซึ่งในส่วนนี้ต้องมีการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดำเนินการในพื้นที่ให้มีความเข้าใจการดำเนินการต่างๆ เพื่อลดผลกระทบทั้งทางสุขภาพ สังคม สิ่งแวดล้อม รวมไปถึงสถานะทางการเงินการคลังของท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรและองค์กร ประกอบเพิ่มเติม

(1) ความรู้ที่ว่าการจัดการเชิงระบบและการขับเคลื่อนเชิงเครือข่ายเป็นข้อจำกัดของบุคลากรในระดับเขต จังหวัด และอำเภอ ทำให้ขีดความสามารถในการพัฒนาการจัดการขยะเชิงระบบไม่ถูกขับเคลื่อน

(2) การพัฒนาพื้นที่และกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างองค์กรแต่ละระดับ ในหลายขั้นตอน กระบวนการจัดการขยะมีรูปแบบและการใช้ความรู้ชุดเดียวกัน กระบวนการถ่ายทอดความรู้ผ่านกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันจึงเป็นสิ่งจำเป็น ที่จะทำให้การดำเนินงานของแต่ละพื้นที่ได้นำประสบการณ์และความรู้มาแลกเปลี่ยนกัน และนำไปสู่การประยุกต์ใช้กับพื้นที่ อปท. ของตนเอง อีกทั้งกระบวนการเรียนรู้จะกลายเป็นพื้นที่ทางสังคมที่จะส่งต่อกระบวนการติดตามและประเมินผลให้ทุกฝ่ายได้เข้ามาร่วมกันพัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่อง

(3) การพัฒนาเครือข่ายร่วมดำเนินงานระหว่างองค์กร ที่ผ่านมาบุคลากรของแต่ละองค์กรจะรับผิดชอบงานภายใต้ภาระงานประจำที่ได้รับมอบหมายจากองค์กรและตามที่กฎหมายกำหนด การเชื่อมต่อการทำงานเชิงเครือข่ายจึงขาดไปในพื้นที่ดำเนินการ



3. การวิเคราะห์บริบทและโครงสร้างของการดำเนินงานแก้ไขปัญา

ระดับเขต

การดำเนินงานระดับเขต เขตสุขภาพที่ 8 ไม่มีกลไกใด ๆ ในความรับผิดชอบประเด็นทางสิ่งแวดล้อมและการจัดการขยะ ส่วนหน่วยงานอื่น ๆ มุ่งเน้นไปที่การวางบทบาทเป็นหน่วยบริหารและวิชาการ ที่มีหน้าที่เพียงการติดตามและการนิเทศงาน โดยไม่มีโครงสร้างกลไกการดำเนินงานในพื้นที่เป้าหมายชัดเจน อีกทั้งเป็นการดำเนินงานตามกรอบที่กฎหมายกำหนด เช่น สคร.7 และ อนามัยที่ 7 ดำเนินงานผ่าน สสจ. สกสนคร และ สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 9 ภายใต้กรมควบคุมมลพิษ ดำเนินงานผ่าน ทสจ.สกสนคร

ระดับจังหวัด

หน่วยงานระดับจังหวัดดำเนินการตามกรอบแนวคิดและวิธีปฏิบัติที่กำหนดโดยหน่วยงานส่วนกลาง ผ่านความร่วมมือ และการปฏิบัติการร่วมกับหน่วยงานระดับเขตหรือภาค

ระดับกลุ่มร่วมดำเนินการเครือข่าย อบท.

บทบาทของเทศบาลพังโคนในฐานะแม่ข่าย ยังไม่ได้วางโครงสร้างหรือกลไกใด ๆ ต่อการบริหารจัดการกลุ่มร่วมดำเนินการ การวางกรอบแนวทางการดำเนินงานเป็นการพัฒนาเฉพาะหน้า หรือเพียงการกระตุ้นให้หน่วยงานภาครัฐ-เอกชน หรือท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องดำเนินกิจกรรมลดขยะต้นทางเท่านั้น ซึ่งการลดปริมาณขยะต้นทางจะเน้นการลดขยะอินทรีย์ และขยะรีไซเคิล หรือขยะที่ขายได้เป็นหลัก ส่วนขยะติดเชื้อและขยะอันตรายไม่ได้อยู่ในขอบข่ายการดำเนินการ

การบริหารจัดการเครือข่าย ไม่มีการวางระบบกลไกในการบริหารจัดการในรูปแบบโครงสร้างหรือกรอบคณะกรรมการที่ชัดเจน ขึ้นกับการตัดสินใจของเทศบาลตำบลพังโคนเป็นหลัก โดยใช้หลักการการกำกับลูกข่าย อบท. ที่ป็นผู้นำขยะเข้ามาทิ้งด้วยมาตรการที่ง่ายมาก และทิ้งโดยไม่มีการคัดแยกต้องง่ายมากขึ้น

ระดับเครือข่าย อบท.

ทั้ง 4 เทศบาลในอำเภอกุดบาก มีการดำเนินการที่ไม่ครบตามขั้นตอนกระบวนการจัดการขยะ เน้นการลดปริมาณขยะ การเก็บรวบรวม เก็บขน และส่งเข้าสู่การฝังกลบขยะให้น้อยที่สุด ทั้งนี้ เน้นการจัดการขยะอินทรีย์และขยะรีไซเคิลเป็นหลักเท่านั้น ส่วนขยะอันตราย ขยะอิเล็กทรอนิกส์ และขยะติดเชื้อจากครัวเรือนยังไม่ได้มีการวางกรอบการจัดการ ในส่วนของการวางโครงสร้างจัดการภารกิจนั้น พบว่ามี



การดำเนินการเพียงระหว่างเทศบาลกับชุมชนและภาคเอกชนเท่านั้น หากแต่หน่วยงานอื่น ๆ ยังขาดการมีส่วนร่วม ซึ่งจะต้องมีการวางโครงสร้างในการอบการดำเนินงานที่มีภาคีที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมทุกภาคส่วน

ข้อเสนอแนะที่ได้ทดสอบเพื่อเสริมหนุนการพัฒนา

การจัดการขยะเชิงระบบมีขั้นตอนกระบวนการปฏิบัติการ 13 ขั้นตอน ซึ่งเป็นทฤษฎีโครงการที่นำมาใช้เป็นแนวทางการจัดวางโครงสร้างการจัดการภารกิจ ประกอบด้วย

(1) การส่งเสริมและสนับสนุนการออกแบบและใช้วัตถุดิบการผลิตสินค้า / บรรจุภัณฑ์ ที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม (green production)

(2) การลดปริมาณขยะผ่านกลไกต่าง ๆ ทางเศรษฐกิจสังคม (waste reduction) เช่น กลไกตลาดสินค้า / บรรจุภัณฑ์ เป็นต้น

(3) การส่งเสริมการบริโภคสินค้า / บรรจุภัณฑ์ ที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม (sustainability consumption promotion)

(4) การควบคุมการเกิดขยะ (waste generate control) ผ่านการบริโภคสินค้า / บรรจุภัณฑ์

(5) การใช้ประโยชน์จากขยะ (waste utilisation)

(6) การเก็บรวบรวมและคัดแยกขยะ ณ แหล่งกำเนิด (waste collection and separation at sources)

(7) การเก็บขนขยะ (waste transportation)

(8) การคัดแยกขยะ ณ สถานีขนถ่ายขยะ (waste separation at garbage transfer station)

(9) การขนส่งขยะ (waste logistics)

(10) การกำจัดขยะ (waste disposal)

(11) การกำกับติดตามการระบาดของมลพิษต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (การระบาดของโรค, การเจ็บป่วย ฯลฯ) ณ แต่ละขั้นตอนการจัดการขยะ

(12) การกำกับติดตามมลพิษ ณ แหล่งกำจัดขยะ (ทางอากาศ (กลิ่นเหม็น), ทางน้ำ (น้ำเสีย), โลหะหนัก, ฯลฯ) (disposal site hazard regulation and control)

(13) การบรรเทาสาธารณภัย ณ แหล่งกำจัดขยะ (ทางอากาศ, การเจ็บป่วย ฯลฯ) (disposal site disaster management)

ที่ผ่านมา เขตสุขภาพไม่ได้มีส่วนร่วมกับการจัดการขยะทุกขั้นตอนกระบวนการ มีเพียงหน่วยวิชาการระดับเขตที่เกี่ยวข้อง โดยหน่วยงานด้านสิ่งแวดล้อมเกี่ยวข้องกับขั้นตอนที่ (6) – (10) ด้านการสาธารณสุขเกี่ยวข้องกับขั้นตอนที่ (11) – (12) ทั้งนี้ หน่วยงานระดับจังหวัดด้านสิ่งแวดล้อมเข้ามามีส่วน



เกี่ยวข้องขั้นตอนที่ (6) – (10) ส่วนด้านการสาธารณสุขและอื่น ๆ ไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกขั้นตอน ส่วน
เครือข่าย อปท. จะปฏิบัติการในขั้นตอนที่ (6) – (10) เป็นหลัก

ระดับเขต

เขตสุขภาพควรเข้ามามีส่วนร่วม หนึ่ง การเป็นหน่วยพัฒนากรอบและกลไกการจัดทำแผนและคู่มือ
ขั้นตอนกระบวนการจัดการขยะให้แก่เครือข่าย อปท. สอง การจัดทำเครื่องมือกระบวนการ
ติดตามและประเมินผลให้แก่เครือข่ายจังหวัดและเครือข่าย อปท. ใช้เป็นเครื่องมือติดตามและประเมินผล
การดำเนินงานการจัดการขยะ และสาม การพัฒนากระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้แก่เครือข่ายแต่ละ
เครือข่าย

ระดับจังหวัด

จังหวัดควรเข้ามามีส่วนในการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติการเครือข่าย อปท. ระดับอำเภอ และการ
พัฒนากระบวนการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติการในเครือข่าย อปท.

ระดับกลุ่มร่วมดำเนินการเครือข่าย อปท.

กลุ่มร่วมดำเนินการเครือข่าย อปท. ควรร่วมกันวางกรอบขั้นตอนกระบวนการจัดการตาม
ทฤษฎีโครงการ ในรูปแบบการจัดการร่วม (co-operation) ในระดับพื้นที่ร่วมที่อยู่ใกล้เคียงกัน ทั้งนี้ ควร
พิจารณากรอบการใช้ทรัพยากรร่วม การกำหนดกฎกติกาการจัดการร่วม เป็นต้น

ระดับเครือข่าย อปท.

เครือข่าย อปท. ควรร่วมกันวางกรอบขั้นตอนกระบวนการจัดการขยะตามทฤษฎีโครงการ เพื่อ
ขยายขั้นตอนและกระบวนการปฏิบัติการของเครือข่าย อปท. ในแต่ละพื้นที่ อีกทั้งการจัดการบริการ
จะต้องพิจารณาความเหมาะสมกับขนาดของท้องถิ่น และปริมาณขยะที่เกิดขึ้นในพื้นที่ รวมถึงการสร้าง
การมีส่วนร่วมและส่งเสริมการเข้าร่วมดำเนินการของชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับอำเภอ

4. การวางแผนปฏิบัติการที่มีเป้าหมาย และจัดสมรรถนะที่เหมาะสม

คณะวิจัยได้ดำเนินการทดลองในลักษณะการทดลองทางสังคม (Social Laboratory) สำหรับกรณี
ทั้ง 4 เทศบาลตำบล โดยการนำผู้ที่เกี่ยวข้องมาร่วมวางแผนดำเนินการและค้นหาแนวทางในการพัฒนา
ศักยภาพ ในส่วนของเทศบาลตำบลพังโคน ทางคณะวิจัยได้ดำเนินการโดยการเสนอทางเลือกให้กับผู้ที่มี
อำนาจในเทศบาลตำบล เพื่อเป็นแนวทางการวางแผนงานและการพัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นลูกข่าย ในส่วนของหน่วยงานระดับจังหวัดทางคณะผู้วิจัยได้ดำเนินการในการจัดประชุมเชิง



ปฏิบัติการในระดับจังหวัดเพื่อที่จะให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะในระดับจังหวัดมาร่วมวางแผนการดำเนินงานจัดการขยะ รวมถึงแผนการพัฒนาศักยภาพของหน่วยงานในการเสริมหนุนการดำเนินงานของหน่วยงานในระดับท้องถิ่น พบดังนี้

ระดับเขต

แต่ละหน่วยงานในระดับเขตไม่มีแผนงานที่ชัดเจนในการส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินการจัดการขยะของหน่วยงานในระดับท้องถิ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเขตสุขภาพที่ 8 ที่ไม่มีการพิจารณาประเด็นดังกล่าว ในส่วนของสำนักควบคุมโรคที่ 7 มีส่วนในการวางบทบาทของนักวิชาการ แต่ไม่มีแผนงานในการเตรียมการหรือสนับสนุนที่ชัดเจน ในส่วนของศูนย์อนามัยที่ 7 มีแผนการทำงานที่มีเป้าหมายคือ การสร้างสุขอนามัยที่ดีให้เกิดขึ้นในพื้นที่ในรูปแบบการดำเนินกิจกรรมเป็นส่วน ๆ หากแต่มีประเด็นในเรื่องของความสอดคล้องของสถานการณ์จริงในพื้นที่ และในส่วนของสำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 9 มีแผนงานในการควบคุมมลพิษ หากแต่แผนงานไม่สอดคล้องกับการดำเนินกิจกรรมโครงการในพื้นที่ ซึ่งมุ่งไปที่การลดขยะต้นทางไม่ใช่การลงทุนในเทคโนโลยีการกำจัดขยะ

ระดับจังหวัด

จังหวัดสกลนครมีแผนการดำเนินการจัดการขยะมูลฝอย ภายใต้กรอบการดำเนินงานของเครือข่ายสกลนครอายุ ซึ่งเป็นแผนการปฏิบัติเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานของท้องถิ่นต่าง ๆ ในการดำเนินการจัดการขยะ มีเป้าหมายการลงทุนสถานีคัดแยกและขนถ่าย และการกำจัดขยะ แต่เมื่อถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ ท้องถิ่นกลับดำเนินการลดขยะต้นทาง ทำให้เห็นว่าแผนการดำเนินงานนั้นไม่สอดคล้องต่อการดำเนินการปฏิบัติ รวมถึงสมรรถนะของหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะมีเพียง 2 หน่วยงานเท่านั้นที่มีบทบาทเกี่ยวข้อง (Accountability) ต่อการดำเนินการจัดการขยะ ทั้งที่ ยังมีหน่วยงานอื่น ๆ ระดับจังหวัดที่มีภารกิจตามกฎหมายที่จะต้องเข้ามาร่วมดำเนินการจัดการขยะ ทั้งอุตสาหกรรมจังหวัด พลังงานจังหวัด เป็นต้น

ระดับกลุ่มร่วมดำเนินการเครือข่าย อปท.

เทศบาลตำบลพังโคนที่เป็นแม่ข่ายการรับขยะจากเครือข่าย อปท. เข้ามากำจัด ยังไม่มีแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบการจัดการร่วมกับกลุ่มร่วมดำเนินงานเครือข่าย อปท. ที่อยู่ภายในเครือข่ายเดียวกันที่ผ่านมา ถึงแม้ว่าเทศบาลพังโคนจะมีแผนปฏิบัติการเป้าหมายที่ต้องการให้เครือข่าย อปท. มีการจัดการขยะต้นทาง (ไม่ใช่การจัดการขยะทั้งระบบ) ความสำเร็จของเป้าหมายดังกล่าวก็ยังคงอยู่ในสภาวะการณ์ที่ไม่ประสบความสำเร็จ ซึ่งชี้วัดได้จากปริมาณขยะที่นำเข้ามาสู่การกำจัดในบ่อขยะของเทศบาลตำบลพังโคนมี



จำนวนเพิ่มมากขึ้น การดำเนินการที่ผ่านมาจึงไม่ได้มีการพิจารณาการพัฒนาศมรรถนะการดำเนินงานให้สอดคล้องหรือเหมาะสมต่อเป้าหมายที่กำหนดไว้

ระดับเครือข่าย อปท.

สิ่งที่ค้นพบจากการทดลองเชิงสังคม โดยคณะวิจัยได้เชิญผู้แทนท้องถิ่นทั้ง 4 แห่งในอำเภอกุดบาก เข้ามาร่วมกันระดมความคิดในเรื่องแผนการดำเนินการจัดการขยะ พบว่าท้องถิ่นยังไม่มีแผนการที่เหมาะสมต่อทุกประเภทของขยะที่สามารถเกิดขึ้นได้ในพื้นที่ อีกทั้งแผนการดำเนินการของเทศบาลตำบลยังเป็นแผนการที่เป็นกิจกรรมที่ไม่มีความต่อเนื่องในการดำเนินการ ซึ่งรวมถึงสมรรถนะของผู้ร่วมดำเนินการ เช่นธนาคารขยะที่เป็นองค์กรชุมชน มีความจำเป็นที่จะต้องเรียนรู้และพัฒนาในเรื่องของการจัดการการเงินชุมชน และสมรรถนะของร้านรับซื้อขยะที่ไม่สามารถแยกขยะอันตรายกับขยะรีไซเคิลออกจากกัน รวมถึง เจ้าหน้าที่ของท้องถิ่นที่ต้องปรับสมรรถนะในการวางแผนงานให้มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาในพื้นที่

ข้อเสนอแนะที่ได้ทดสอบเพื่อเสริมหนุนการพัฒนา

ระดับเขต

เขตสุขภาพ เป็นหน่วยพัฒนากรอบเป้าหมายการดำเนินการและการวิเคราะห์ตามขั้นตอนกระบวนการจัดการขยะ 13 ขั้นตอน โดยพิจารณากรอบทางเลือกเชิงยุทธศาสตร์ในแต่ละขั้นตอนที่จะนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้

สิ่งที่ต้องพิจารณาคือ การกำหนดเป้าหมายร่วมกันในประเด็นเรื่องการจัดการขยะ โดยใช้กรอบการดำเนินงาน หน้าที่ของแต่ละหน่วยงานระดับเขตเข้ามาร่วมพิจารณาประกอบ ดังนั้น หน่วยงานในระดับเขตจำเป็นต้องปรับในส่วนขอบเขตและความสอดคล้องของการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ มากกว่าการดำเนินการตามกรอบของหน่วยงานส่วนกลาง

ระดับจังหวัด

จังหวัดเป็นหน่วยพัฒนากระบวนการบริหารจัดการและประสานงานให้หน่วยงานต่าง ๆ ในระดับจังหวัดและเครือข่าย อปท. ได้เข้ามาร่วมแปลงเป้าหมายไปสู่การปฏิบัติการของแต่ละเครือข่าย

การดำเนินงานบริหารจัดการแผนในระดับจังหวัด จะต้องมีการทบทวนแผนการดำเนินงานให้มีความเหมาะสมกับบทบาทของผู้ส่งเสริม สนับสนุน และเสริมหนุนการดำเนินงานหน่วยงานระดับท้องถิ่น ซึ่งหน่วยงานในระดับท้องถิ่นจะได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานระดับจังหวัด ตามแต่บริบท ขนาด ปริมาณของขยะ และความหนาแน่นของประชากร ที่จะแปรผันตรงต่อกลวิธีในการจัดการขยะ



ดังนั้น จำเป็นที่จะต้องพัฒนาสมรรถนะการเป็นทีมหลักหรือทีมเลขานุการกิจ (Secretariat Team) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัดสกจนคร เพื่อที่จะประสานงาน สนับสนุน ส่งเสริม ส่งต่อ เชื่อมประสานงาน ได้ทั้งในแนวดิ่ง (การเชื่อมระหว่าง หน่วยงานระดับเขตกับเครือข่าย อปท.) และแนวราบ (การเชื่อมหน่วยงานระดับจังหวัด ที่มีพันธกิจร่วม เข้ามาดำเนินการ)

ระดับกลุ่มร่วมดำเนินการเครือข่าย อปท.

กลุ่มร่วมดำเนินการเครือข่าย อปท. ควรมีการพัฒนาทางเลือกการบริหารจัดการที่สอดคล้องกับ บริบททางเศรษฐกิจสังคมของพื้นที่ เพื่อหาหนทางที่ดีที่สุดในการตอบสนองต่อเป้าหมายการดำเนินงานที่ กำหนดไว้ อย่างไรก็ตาม ปัญหาพื้นฐาน คือ อปท. มีจำนวนบุคลากรจำกัด และกรอบงบประมาณเพื่อเพิ่ม จำนวนบุคลากรไม่สามารถดำเนินการได้ จึงกลายเป็นเงื่อนไขข้อจำกัดที่เกิดขึ้น

การพัฒนาการดำเนินการร่วมกันของกลุ่มร่วมดำเนินการเครือข่าย อปท. เป็นเรื่องใหม่ ของ เครือข่ายท้องถิ่น จุดเริ่มต้นที่สำคัญ คือ การกำหนดเป้าหมายการทำงานร่วมกัน ซึ่งที่ผ่านมายังไม่มี การดำเนินการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ต่อมา คือ แนวทางการดำเนินการร่วมกัน ที่จะพัฒนาไปสู่การเป็น แผนปฏิบัติการร่วมกัน ที่มีการนำเสนอไว้มี 2 แนวทาง คือ (1) การพัฒนาความร่วมมือในรูปแบบสหการ ภายใต้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับท้องถิ่นกำหนดไว้ และ (2) การพัฒนาความร่วมมือของเครือข่าย อปท. ใน รูปแบบการจัดซื้อจัดจ้างร่วมกัน ซึ่งเป็นกระบวนการปกติที่มีการพัฒนาในปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม การ พัฒนาการดำเนินการร่วมกันของเครือข่าย อปท. จำเป็นต้องมีคณะทำงานเชิงยุทธศาสตร์ระดับเครือข่าย เป็นกลไกขับเคลื่อนและเสริมสมรรถนะของเครือข่ายในการดำเนินงาน

ระดับเครือข่าย อปท.

หน่วยงานในระดับท้องถิ่น (อำเภอ/เทศบาล) ควรที่จะต้องพัฒนาแผนการดำเนินการจัดการขยะอย่าง เป็นรูปธรรม โดยการนำกิจกรรมที่ได้ดำเนินการมาเรียงให้เห็นภาพรวมของการดำเนินการจัดการ ขยะ เพื่อที่จะสามารถเล็งเห็นถึงเป้าประสงค์ในการจัดการขยะ ผลผลิต และผลลัพธ์ ในการดำเนิน กิจกรรมต่าง ๆ ในการจัดการขยะ ตลอดจนการจัดวางบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้อง โดย หน่วยงานระดับท้องถิ่นจะสามารถเห็นถึงจุดอ่อน และสิ่งที่ขาดหายไปในการดำเนินการจัดการขยะ เพื่อที่จะมุ่งปรับปรุง หรือร้องขอการเสริมสมรรถนะในการดำเนินการจากหน่วยงานระดับจังหวัดและเขต ต่อไป



5. การจัดการเรียนรู้จากการควบคุมกำกับคุณภาพ และประเมินผล

การดำเนินการศึกษาแนวการควบคุมกำกับคุณภาพ และประเมินผลในแต่ละระดับการดำเนินการจัดการขยะ โดยใช้วิธีการศึกษาในแบบสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง การจัดการประชุมแบบกลุ่ม เพื่อศึกษาการตัดสินใจของผู้รับผิดชอบการดำเนินการจัดการขยะ ตลอดจนการศึกษาแนวทางการกำกับติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน จากหน่วยงานในระดับจังหวัดและเขตที่ดำเนินการต่อท้องถิ่น และแม่ข่ายคลัสเตอร์การจัดการขยะ

ระดับเขต

เขตสุขภาพที่ 8 ยังไม่มีการกำกับ ติดตาม และประเมินผล มีเพียงการดำเนินงานของสำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 9 ที่ดำเนินการกำกับ ติดตาม และประเมินผล ระดับของมลพิษที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ซึ่งไม่ได้บ่งชี้ไปที่ขยะ กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 7 ที่มีการดำเนินการกับ รพ.สต. ในการดำเนินงานด้านสุขอนามัย หากแต่ยังไม่ได้บ่งชี้เฉพาะในส่วนขยะซึ่งเป็นเหตุปัจจัยทางสุขภาพอย่างหนึ่งในชุมชน ในส่วนของศูนย์โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สำนักงานควบคุมโรคที่ 7 มีแนวทางการดำเนินการแต่ไม่มีการปฏิบัติจริงในพื้นที่

ระดับจังหวัด

ระดับจังหวัดมีการติดตามเพียงการลดหรือเพิ่มปริมาณขยะ และแหล่งทิ้งหรือทำลายขยะเท่านั้น ไม่ได้มีการกำกับ ติดตาม และประเมินผลศักยภาพของท้องถิ่นในการดำเนินการจัดการขยะ และรวมถึงไม่มีการประเมินรายงานของหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะ

ระดับกลุ่มร่วมดำเนินการเครือข่าย อบท.

เทศบาลตำบลพังโคนได้มีการกำกับ ติดตาม และประเมินผลเพียงความสามารถในการรองรับบ่อขยะเท่านั้น ในส่วนของการติดตามการลดขยะต้นทาง หรือแม้แต่การกำกับติดตามความเสี่ยงของชุมชนรอบบ่อขยะก็ไม่ได้มีการดำเนินการ

ระดับเครือข่าย อบท.

ทั้ง 4 เทศบาลตำบล ไม่มีวิธีการกำกับและติดตามการดำเนินงาน ไม่ว่าจะเป็นการจแนงนับปริมาณขยะที่ขนเข้าสู่บ่อขยะ ต้นทุนของการจัดการ เป็นต้น แต่ทั้งนี้ มีการกำกับติดตามการณรงค์การเข้าร่วมเป็นสมาชิกธนาคารขยะของแต่ละชุมชน ซึ่งทางเทศบาลตำบลต่าง ๆ ได้ดำเนินการจแนงนับน้ำหนักปริมาณ



ขยะ และการดำเนินการนับจำนวนสมาชิก รายได้ และสวัสดิการที่จ่ายออกไป ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการขาดซึ่งความสอดคล้องในการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ

ข้อเสนอแนะที่ได้ทดสอบเพื่อเสริมหนุนการพัฒนา

การจัดการขยะในพื้นที่ที่ไม่มีระบบข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการจัดการ รวมถึงข้อมูลข่าวสารที่เชื่อมโยงประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการ เช่น สิ่งแวดล้อม การสาธารณสุข เศรษฐกิจ สังคม เป็นต้น ทั้งนี้ ข้อมูลสำคัญที่ต้องนำมาใช้กับการจัดการขยะ ตัวอย่างเช่น

- (1) การวิเคราะห์งบประมาณของ อปท. ที่นำมาใช้ในการจัดการขยะ
- (2) การวิเคราะห์สัมฤทธิ์ผลของต้นทุนการดำเนินกิจกรรมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะ
- (3) การพัฒนาทางเลือกของการจัดการขยะที่มีแนวทางมากกว่าที่กฎหมาย มาตรฐาน และแผนแม่บทการจัดการขยะ ที่หน่วยงานส่วนกลางได้กำหนดให้ อปท. ดำเนินการ
- (4) ข้อมูลปริมาณขยะกับพฤติกรรมกรบริโภคของครัวเรือนในพื้นที่ที่ก่อให้เกิดขยะ
- (5) ข้อมูลข่าวสารการเตรียมรับมือกับสาธารณภัยที่เกิดขึ้นจากการขนส่งและกำจัดขยะ ทั้งตามเส้นทางการขนส่ง และ ณ แหล่งกำจัดขยะ เป็นต้น

ระดับเขต

เขตสุขภาพเข้ามาร่วมพัฒนาฐานข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะ ทั้งที่เกี่ยวข้องโดยตรงและที่เป็นตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานของเครือข่าย อปท. เช่น ต้นทุนการจัดการขยะของแต่ละพื้นที่ การจัดเก็บค่าธรรมเนียมการเก็บขนขยะ เป็นต้น

ระดับจังหวัด

จังหวัดเข้ามาร่วมเป็นหน่วยประสานการดำเนินการในระดับเครือข่าย อปท. แต่ละเครือข่าย ซึ่งเครือข่ายระดับจังหวัดบางหน่วยได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลบางส่วนไว้แล้ว เช่น สาธารณสุขจังหวัด ท้องถิ่นจังหวัด เป็นต้น ซึ่งต้องมีการพัฒนาระบบข้อมูลที่เชื่อมต่อกับทุกท้องถิ่น เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์สถานการณ์ของขยะในแต่ละพื้นที่ รวมถึงการเข้าไปร่วมเรียนรู้ ถอดบทเรียนของชุมชนในแต่ละท้องถิ่นที่มีความแตกต่างกัน จะทำให้จังหวัดสามารถปรับปรุงการดำเนินงานในแผนยุทธศาสตร์ระดับจังหวัดได้ดี

ระดับกลุ่มร่วมดำเนินการเครือข่าย อปท.

ที่ผ่านมา กลุ่มร่วมดำเนินงานเครือข่าย อปท. ไม่ได้ออกแบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการจัดการขยะไว้เพื่อรองรับการจัดการ ดังนั้น การดำเนินงานของเครือข่าย อปท. จึงจำเป็นต้องพัฒนาข้อมูลข่าวสารเพื่อ



การจัดการทั้งระบบ และถูกพัฒนาขึ้นเป็นตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานของ อปท. แต่ละแห่ง และทั้งเครือข่าย อปท. ไปพร้อมกัน

ระดับเครือข่าย อปท.

การกำกับ ติดตาม และควบคุมคุณภาพระดับท้องถิ่น จะต้องมีการวางระบบข้อมูลในการติดตาม เช่น ปริมาณขยะ ต้นทุนการจัดการขยะ การเกิดของโรคระบาด เป็นต้น ซึ่งจะต้องเป็นระบบข้อมูลข่าวสารที่สามารถที่จะมีการปรับปรุงข้อมูลได้ตลอดเวลา (Timeline Monitoring) ซึ่งจะสะท้อนสถานการณ์ ในปัจจุบันของท้องถิ่นในการดำเนินการจัดการขยะ รวมถึงการแสดงถึงข้อมูลสุขภาวะในชุมชน ซึ่งมีผลมาจากเหตุปัจจัยทางสภาพแวดล้อม



บทที่ 7

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

การพัฒนารอบการทำงานในระดับเขตสาธารณสุข จังหวัด และอำเภอ

การศึกษาวิจัยการดำเนินงาน (Operation Research หรือ Interventional Research) โดยการเข้าร่วมปฏิบัติงาน และร่วมเรียนรู้วิเคราะห์ภารกิจ และทบทวนการดำเนินงานของทุกภาคีที่เกี่ยวข้องกับอำเภอ จังหวัดและเขตใน 3 พื้นที่ และ 3 ประเด็น ดังที่ได้วิเคราะห์ผลร่วมกับภาคีผู้ปฏิบัติงาน ตลอดจนมีการทดสอบแนวการปฏิบัติที่ค้นพบ และประมวลจากการทดสอบปฏิบัติการในพื้นที่ชุมชน แล้วจึงสรุปมาเป็นข้อเสนอแนะการพัฒนาในแต่ละประเด็น ประกอบด้วย

- ระบบสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
- การจัดการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน และ
- การจัดการระบบขยะ

ทั้งนี้ ข้อเสนอแนะและข้อเสนอแนะแนวทางการปรับปรุงพัฒนารอบการทำงานในระดับเขตสาธารณสุขระดับจังหวัดและอำเภอนี้ เป็นเพียงผลจากการศึกษาวิจัยโดยการเข้าร่วมปฏิบัติงานในระยะที่ 1 ซึ่งยังไม่ครอบคลุมกลุ่มกิจกรรมภายใต้วัตถุประสงค์ที่ 7 : การจัดสรรทรัพยากร และพัฒนารูปแบบ วิธีการสนับสนุนการประมวลผล การวิเคราะห์ผลการติดตามกำกับงานในระดับส่วนกลาง เขต จังหวัด และอำเภอ (ดูรายละเอียด ภาคผนวก 6 ข้อเสนอโครงการพัฒนารอบการทำงานในระดับเขตสาธารณสุขจังหวัดและอำเภอ)

ระดับเขตสุขภาพ

การดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพของเขต 8 และการดำเนินงานผ่านทีมเลขานุการคณะกรรมการฯ มีจุดแข็งในเรื่องของการจัดการเชื่อมประสานทรัพยากรที่เป็น บุคลากรองค์ความรู้ ความเชี่ยวชาญกับโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ให้เข้ามาเป็นทีมรับผิดชอบหลักในประเด็นยุทธศาสตร์ที่กำหนด อีกทั้งยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาข้อไม่ถูกต้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเขตและส่วนกลางควรให้การสนับสนุนงบประมาณเพื่อดำเนินกิจกรรมดังกล่าวอย่างต่อเนื่องต่อไป และมีข้อจำกัดในการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ จากประเด็นที่ร่วมทำงานในระดับจังหวัด และอำเภอ ต้องเผชิญกับอุปสรรคสำคัญ ต่อการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ตามที่กำหนดไว้ ดังนี้



การจัดทำแผนพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

มุ่งเน้นการจัดบริการด้านรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล และแผนการปรับปรุงการเงินการคลังระยะสั้น จนขาดแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งการป้องกันโรค สร้างเสริมสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และการฟื้นฟูสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม เป็นผลจากการวิเคราะห์ส่วนขาดของระบบบริการสุขภาพ ที่ยึดอยู่กับตัวชี้วัด (indicators) ซึ่งเป็นเป้าหมายที่หน่วยงานจากส่วนกลางกำหนดในลักษณะผลลัพธ์ (outcomes) และผลกระทบ (Impacts) มุ่งแสดงส่วนขาดของบริการในโรงพยาบาล มากกว่าที่จะแสดงส่วนขาดทางการสาธารณสุขในภาพรวม

1. การวิเคราะห์ข้อมูลและจัดลำดับความสำคัญที่ดำเนินการอยู่ในปี 2557 และ 2558

จำกัดอยู่ที่ข้อมูลการจัดบริการสุขภาพในด้านการรักษาพยาบาลเฉพาะบุคคล (Individual Care) ขาดการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพในภาพประชากร (Population Health) สมรรถนะการจัดการ (Effective Management) และข้อจำกัดเชิงโครงสร้างของภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทำให้ขาดมุมมองของปัญหาสาธารณสุข อนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น การจัดการขยะ การป้องกันแก้ไขมลพิษจากภาคส่วนอื่นๆ และการจัดการบริการสุขภาพแบบเป็นขบวนการ (governance) ในระดับจังหวัด และอำเภอ

2. การพัฒนาฐานข้อมูลทรัพยากรของเครือข่าย

อยู่ที่ข้อมูลของโรงพยาบาล มิได้นำเอาทรัพยากรของภาคส่วนอื่นๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนสุขภาพตำบล ภาคประชาสังคม (เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ฯลฯ) เข้ามาประมวลวิเคราะห์ฐานข้อมูลผู้ป่วยก็จำกัดเพียงข้อมูลจากการสำรวจ (Cross-section Data Base) ทำให้ละเลยการปรับใช้ฐานข้อมูลแหล่งอื่นที่มีอยู่แล้ว เช่น การบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Cohort longitudinal Data) ซึ่งมีอยู่เป็นฐานข้อมูลแล้ว มาวิเคราะห์ความครอบคลุม และคุณภาพบริการที่กระจายทั่วถึงในแต่ละกลุ่มประชากร หรือ ข้อมูลข่าวสารของปัญหาสุขภาพสิ่งแวดล้อม เหตุปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และสมรรถนะของชุมชน

3. การจัดทำสรุปผลการดำเนินงาน

ในรายงานประจำปีเมื่อสิ้นปี 2557 วางกรอบการรายงานตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข และมุ่งเฉพาะกลยุทธ์หลัก 6 ข้อ 15 เรื่อง ที่มุ่งเป็นประเด็นปัญหาสุขภาพตามตัวชี้วัดของกระทรวง ซึ่งเป็นตัวชี้วัดระดับ ปัจจัยนำเข้า (Input) และวิธีจัดบริการส่วนย่อย (Single Element of services) ทำให้ละเลยการวิเคราะห์ภาพรวมของกระบวนการในเชิงรูปแบบ (Models) ของการจัดบริการทั้งหมดของประเด็นปัญหา ที่สำคัญก็คือ ไม่ได้แสดงผลผลิต (Output) และ ผลลัพธ์ (Outcomes) ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มประชากรเป้าหมายของแต่ละปัญหาสุขภาพ จึงมุ่งเพียงวัดประเมินเปรียบเทียบกับ Rank กับเขตต่างๆ ในประเทศเท่านั้น โดยละเลยที่จะประเมินการปรับปรุงสมรรถนะของทีมงาน และผลผลิต ผลลัพธ์ ของ



ทีมงานในระดับจังหวัด และอำเภอ ซึ่งถือว่า เป็นการเปรียบเทียบการปรับปรุงประสิทธิผลของเขตสุขภาพ
เอง

จากการร่วมเรียนรู้กับทีมงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ในพื้นที่อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย เรื่อง
การจัดการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน อำเภอหนองแสง จังหวัดอุดรธานี เรื่อง การพัฒนา
คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งทั้งสองประเด็นให้ความสำคัญกับโรคและกลุ่มประชากร กับพื้นที่อำเภออุดรธานี
จังหวัดสกลนคร เรื่อง การจัดการระบบขยะ เป็นการให้ความสำคัญกับประเด็นอนามัยสิ่งแวดล้อม บ่ง
ชี้ให้เห็นว่าบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ และสำนักเลขานุการฯ
ที่ดำเนินงานตามหน้าที่ที่กำหนดทั้ง 4 ข้อ ยังต้องมีการปรับพัฒนาให้อำนวยความสะดวกต่อการพัฒนา
กระบวนการวิเคราะห์สถานการณ์วางแผน และติดตามกำกับภารกิจหน้าที่ ตลอดจนประเมินผล ที่นำไปสู่
การปรับปรุงสถานการณ์ทางสุขภาพของกลุ่มประชากร หรือ พื้นที่ชุมชน

สาเหตุสำคัญของการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ดังกล่าว เกิดจากข้อจำกัดในการเตรียมสมรรถนะ
ให้กับทีมงานเลขานุการของคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายบริการทางสุขภาพ ให้พอเพียงสำหรับ
การ ดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดเอาไว้ โดยทีมงานวิชาการของ สวน. ได้สรุปเหตุปัจจัยของ
ข้อจำกัดดังกล่าว ดังนี้

ข้อ 1 ทีมงานเลขานุการฯ ถูกกำหนดให้กำกับภารกิจในเชิงตรวจราชการจากส่วนกลาง แต่ขาดการ
เตรียมความพร้อมให้วางแผนพัฒนาสมรรถนะทีมงานจังหวัด และอำเภอ ให้สามารถปฏิบัติงานในบทบาท
การจัดการร่วม กับหน่วยงานที่รับผิดชอบนโยบายร่วมจากภาคส่วนต่างๆ (Governance) ของแต่ละระดับ
(จังหวัด และอำเภอ) ให้มีทักษะการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพร่วมกับเหตุปัจจัยทางสังคม (Social
Determinants) ของปัญหาสุขภาพ รวมทั้งมิได้มุ่งเน้นในการดำเนินงานร่วมกับภาคีภาคส่วนอื่นๆ ในแต่ละ
ระดับ ซึ่งเป็นหน่วยงาน หรือประชาคมที่มีพันธกิจในการจัดการกับเหตุปัจจัยเหล่านั้น ร่วมกับทีมงาน
สาธารณสุข

ข้อ 2 คณะกรรมการฯ ขาดกรอบการประสานงานกับทีมวิชาการภาคส่วนต่างๆ ในพื้นที่เขตที่
รับผิดชอบ เนื่องจาก ในระยะแรกของการดำเนินงานจำเป็นต้องทดสอบการประกอบทีมทำงานร่วมกัน เพื่อแก้ไข
ปัญหาสุขภาพระยะสั้นที่กำหนดขึ้นในระยะ 2 - 3 ปีที่ผ่านมา ทำให้การมองขอบเขตของปัญหาจำกัดอยู่
เพียงแค่การให้บริการเฉพาะโรค ขาดความครอบคลุมไปถึงการวิเคราะห์เหตุปัจจัยร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ
(เช่น สังคม สถาบันการศึกษา สิ่งแวดล้อม ฯลฯ) ซึ่งรับผิดชอบการแก้ไขป้องกันปัญหาในระดับเหตุปัจจัย
ทางสังคมในระดับเขต

ข้อ 3 ทีมงานเลขานุการฯ คู่้นเคยกับการติดตามประเมินการทำงานของหน่วยงานในพื้นที่อำเภอ
ตำบล ด้วย กลวิธีการนิเทศงาน (Supervision) และการตรวจราชการ (Inspection) เช่น การติดตาม คป
สอ. หรือ รพ.สต. แต่ขาดทักษะในกลวิธีกรร่วมศึกษาพัฒนาภารกิจ (Operation Development) ที่



มุ่งเน้นประสิทธิภาพ ในบริบทการบริหารจัดการในรูปแบบกระจายอำนาจ (Decentralization) ให้เกิดการทำงานร่วมกับระหว่างภาคส่วน (Inter-sectored Management) ในพื้นที่เครือข่ายบริการทางสุขภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาและลดเหตุปัจจัยของปัญหาไปพร้อมๆ กัน

ข้อ 4 ทีมงานเลขานุการฯ ไม่ได้รับการพัฒนาทักษะ และเสริมหนุนสมรรถนะ ให้สามารถจัดการข้อมูลข่าวสารอย่างเป็นระบบ ในการวางแผนการรวบรวมและประมวลผลข้อมูลทั้งจากการสำรวจ (Cross sectional Data) ร่วมกับข้อมูลบริการระยะยาวที่ต่อเนื่อง (Cohort Data) สำหรับใช้ในการวิเคราะห์สมรรถนะการจัดบริการสุขภาพ ที่สืบเนื่องไปสู่การพัฒนาข่าวสาร (Information) ที่นำไปใช้ในการสื่อสารความเข้าใจ (Communication) กับภาคส่วนต่างๆ จนเกิดการร่วมตัดสินใจ (Decision) ทั้งในคณะกรรมการฯ และกับภาคีภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้มีส่วนร่วมในการทำงานเป็นภาคีในแต่ละพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

ข้อ 5 คณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ มีบทบาทหน้าที่ซ้อนทับกันทั้งในเชิงการตรวจราชการ การนิเทศงาน และการพัฒนาหน่วยงานบริการสุขภาพ รวมทั้งมีข้อจำกัดทั้งในด้านปริมาณ หรือจำนวนของทีมงาน และสมรรถนะ ทักษะในการวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนพัฒนาเครือข่ายที่รับผิดชอบบทบาทหน้าที่ทั้ง 3 ส่วน ตลอดจนยังขาดการระดมความร่วมมือจากหน่วยงานระดับเขตของกรมต่างๆ ภายในกระทรวงสาธารณสุข ให้เข้ามามีส่วนร่วมภารกิจอย่างเป็นเอกภาพ ทำให้การใช้ทรัพยากรในการทำงานเขตสาธารณสุข ยังไม่เต็มตามประสิทธิภาพที่มุ่งหวัง

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

1. สำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพ เขต จังหวัดและอำเภอ

จากการวิเคราะห์ข้อจำกัดของการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพดังกล่าว บ่งชี้เงื่อนไข และประเด็นสำคัญที่นำไปสู่การปรับปรุงกลไก และวิธีการทำงานในการจัดการข่ายงานในระดับเขต ที่จำต้องเสริมหนุน ทั้งสมรรถนะ และรูปแบบวิธีการทำงานของ “สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ” ให้สามารถประสานภารกิจ และขับเคลื่อนการบริการทางสุขภาพได้อย่างเป็นองค์รวม ให้เกิดบูรณาการการป้องกันโรค สร้างเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพได้อย่างครบถ้วน

การจัดการข่ายงาน (Governance) ให้เกิดการร่วมวินิจฉัย หรือ วิเคราะห์ปัญหาและเหตุปัจจัยได้อย่าง เป็นระบบ นำไปสู่การกระจายภารกิจให้กับภาคีข่ายงานที่มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ จนมีเป้าหมายร่วมกัน สามารถแยกแยะบทบาทของภาคี ให้ร่วมปฏิบัติพันธกิจของแต่ละภาคส่วนได้อย่างสอดคล้องกัน จนส่งผลให้ ร่วมกันพัฒนาสมรรถนะและวางกลยุทธ์ ตลอดจนแปลกลยุทธ์ที่ร่วมกันกำหนดขึ้นให้เป็น



ปฏิบัติการ ที่นำไปสู่ ประสิทธิภาพการทำงานอย่างต่อเนื่อง ถือเป็นความท้าทายสำคัญของการจัดการ เครือข่ายบริการสุขภาพรวมของ แต่ละประเด็นในระดับอำเภอ โดยมีประเด็น 3 ส่วนสำคัญ ดังนี้

ส่วนที่หนึ่ง การวิเคราะห์ปัญหาทางสุขภาพ และเหตุปัจจัยอย่างเป็นระบบร่วมกันระหว่างภาคี

การร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและเหตุปัจจัยของปัญหาอย่างเป็นระบบ ภายในกลุ่มภาคีหลาย ภาค ส่วน ไม่ว่าในกรณีของปัญหาโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ปัญหาของกลุ่ม ประชากร เช่น กลุ่มผู้สูงอายุหรือ ปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น การจัดการขยะ ล้วนต้องการความ ร่วมมือ และความเข้าใจพื้นฐาน ของปัญหาร่วมกันระหว่างผู้รับผิดชอบต่างภาคส่วน ซึ่งมีพันธกิจที่ รับผิดชอบแตกต่างกัน ทั้งหน่วยงานราชการ ท้องถิ่น ภาคประชาคม และเอกชน จึงเป็นความท้าทายที่จะ พัฒนาปรับใช้วิธีการจัดการร่วมกัน ดังนี้

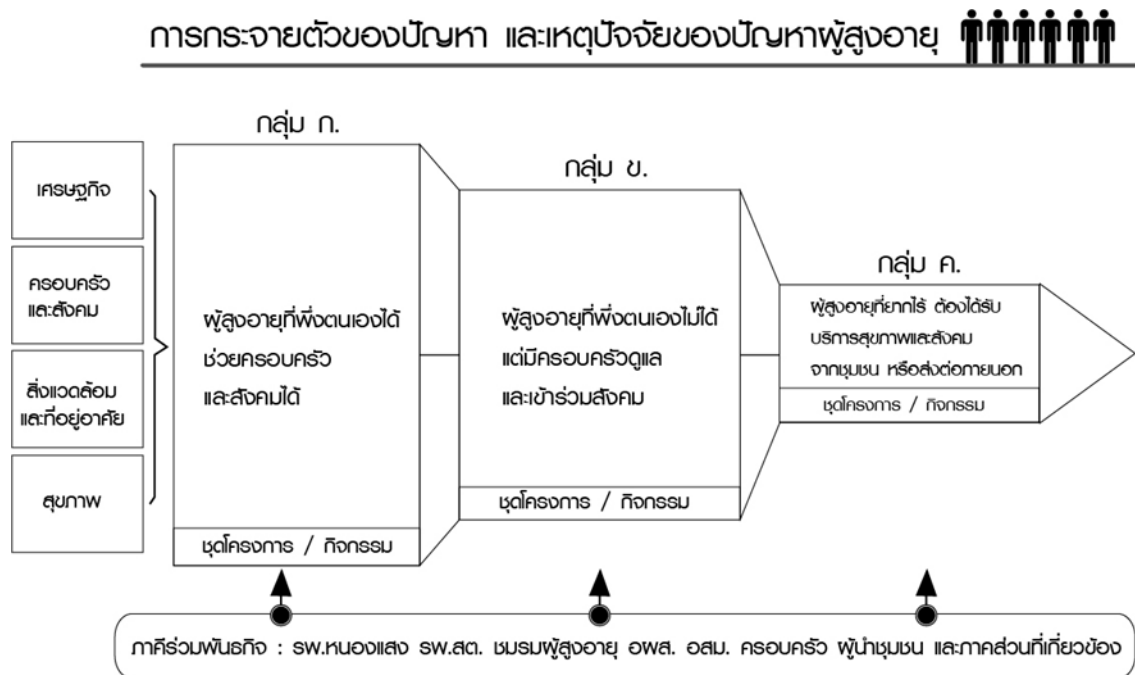
ประการแรก คือ ปัญหาสุขภาพในแต่ละพื้นที่ประชากร มีเงื่อนไขเหตุปัจจัยแตกต่างกัน เช่น เหตุ ปัจจัย ของความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันสูงและเบาหวาน ความเปราะบางของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม หรือ การจัดการขยะอย่างครบวงจร ตั้งแต่ ครั้วเรือน ชุมชน ท้องถิ่น ไปจนถึงระบบจัดการรวมในอำเภอ และจังหวัด

แนวทางการพัฒนาระเบียบวิธีวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ และเหตุปัจจัยทางสังคม (Social Determinants) ของปัญหาสุขภาพร่วมกันในหมูนานาภาคี ที่มีบทบาทในการแก้ไขปรับลดเหตุปัจจัยของ ปัญหาเหล่านี้ จึงเป็น หัวใจสำคัญที่นำไปสู่ความยั่งยืนในการจัดความร่วมมือ ร่วมใจปรับแก้ปัญหาด้วยกัน ทั้งนี้ การปรับใช้ระเบียบวิธี จำแนกกลุ่มเป้าหมายตามเงื่อนไขเหตุปัจจัยของปัญหาสุขภาพที่ต้องปรับแก้ โดยวินิจฉัยเหตุปัจจัยที่ต้องปรับแก้ทั้งกลุ่มอาการ (Syndromic solution) ที่เชื่อมโยงกันเข้ามา ประกอบเป็นปัญหา มิใช่มุ่งแก้ไขเพียงอาการเดียวของปัญหา อย่างแยกส่วนเท่านั้น

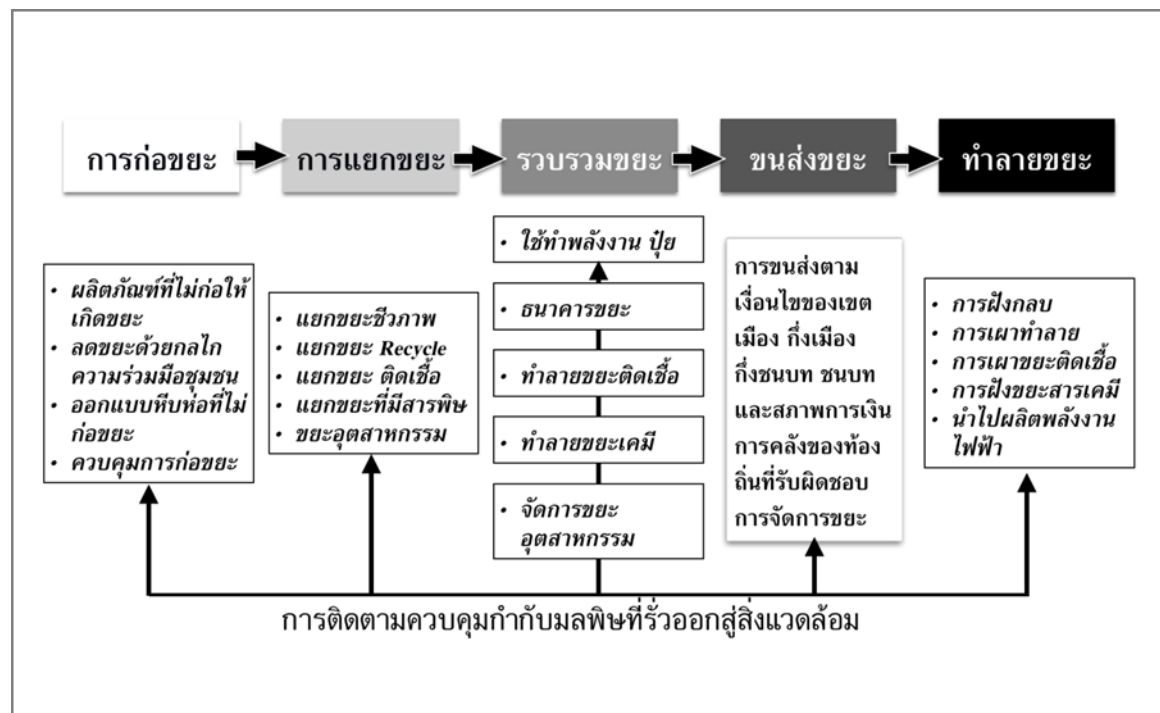
ดังนั้น ภาพที่ 4.1 และ 6.1 จึงเสนอตัวอย่างกรอบการวิเคราะห์ปัญหาทางสุขภาพ และเหตุปัจจัยอย่าง เป็นระบบร่วมกันระหว่างภาคี ดังนี้



ภาพที่ 4.1 กรอบการวิเคราะห์การกระจายตัวของปัญหา และเหตุปัจจัยของปัญหาที่ครอบคลุมทุกมิติ



ภาพที่ 6.1 แสดงขอบเขตขั้นตอนของการจัดการขยะ ซึ่งช่วยให้วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และเหตุปัจจัยที่ส่งผลให้การจัดการขยะในแต่ละส่วนของวงจรนี้ก่อปัญหาขึ้น รวมทั้งเอื้อให้ใช้ในการวางแผนการเงินได้ด้วย



ประการที่สอง คือ มาตรการและกลวิธีที่พัฒนาขึ้นมา มีประสิทธิผลต่อการเสริมหนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดความเสี่ยงของกลุ่มเป้าหมาย หรือให้เกิดการใช้บริการสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ใน กลุ่มประชากร ชุมชน และพื้นที่ต่างๆ ที่แตกต่างกัน กลวิธีเดียวกันอาจไม่ก่อให้เกิดประสิทธิผลที่เหมือนกันได้ แนวทางการพัฒนาระเบียบวิธีที่เอื้อให้ผู้ปฏิบัติงานแต่ละภาคส่วน ดำเนินงานต่อกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ในการปรับแก้เหตุปัจจัยแต่ละเรื่อง ให้สามารถรับรู้และเรียนรู้สัมฤทธิ์ผลของการปฏิบัติงานแต่ละด้าน ตลอดจนสะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดสมรรถนะในการดำเนินงาน จนสามารถนำมาปรับปรุงแก้ไขรูปแบบ วิธีการทำงานได้

ประการที่สาม คือ ผู้ปฏิบัติงานในแทบทุกภาคส่วนมักยึดติดกับรูปแบบ วิธีการ ทำงาน ตามเงื่อนไขเชิง โครงสร้าง (Structural Conditions) เช่น กรอบเวลาทำงาน กรอบงานจากส่วนกลาง วิธีปฏิบัติที่เคยทำต่อเนื่อง กันมา ฯลฯ ทำให้ไม่อาจยกระดับสมรรถนะการปฏิบัติงานให้ก้าวพ้นข้อจำกัดเหล่านี้ จึงจวนอยู่กับรูปแบบเดิม แนวทางการพัฒนาปรับใช้ “ทฤษฎีโครงการ” สำหรับใช้อธิบายความเชื่อมโยงเชิงตรรกะ แสดงเหตุปัจจัยของปัญหา และความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขเชิงโครงสร้างของการดำเนินงานในพื้นที่ กับรูปแบบวิธีการ ปฏิบัติงานอย่างเป็นเหตุเป็นผล เพื่อใช้เป็นพื้นฐานสำหรับวิเคราะห์ และปรับแก้บริบทของการปฏิบัติงานให้เหมาะสมสอดคล้องกับนิเวศวิทยาทางสังคมของพื้นที่ ตลอดจนเอื้อให้สามารถแยกพิจารณา พิเคราะห์สัมฤทธิ์ผลขององค์ประกอบในกระบวนการจัดกิจกรรม ช่วยให้ผู้ปรับแก้รูปแบบวิธีการ เครื่องมือ ที่ใช้อย่างถูกต้อง

ส่วนที่สอง การกำหนดเป้าหมาย กลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ

ข้อจำกัดสำคัญของผู้ให้บริการสุขภาพ เป็นผลมาจากส่วนกลางกำหนดให้รายงานเป้าหมายเชิงผลกระทบ เช่น ลดโรค โดยไม่ได้แสดงขั้นตอนการจัดกิจกรรมเป็นเป้าหมายเชิงกระบวนการ ทำให้ผู้ให้บริการสุขภาพไม่อาจปรับไปเป็นเป้าหมายเชิงปฏิบัติงานของผู้รับผิดชอบจากแต่ละภาคส่วนในแต่ละพื้นที่ ส่งผลให้ผู้ให้บริการสุขภาพแยกย่อยในแต่ละภาคส่วน ไม่อาจกำหนดและรับรู้เป้าหมายเชิงการปฏิบัติงานตามกลยุทธ์กลวิธีและแผนปฏิบัติงานเฉพาะ ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยภาคีผู้รับผิดชอบภารกิจแต่ละด้านในระดับพื้นที่ชุมชน ตัวอย่างเช่น การกำหนดเป้าหมายตรวจคัดกรองให้ครอบคลุม มิได้บ่งชี้ประสิทธิผลของการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานโดยตรง จึงต้องจำแนกให้ผู้ให้บริการเห็นอย่างชัดเจนว่า เมื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยงแล้ว สามารถจัดบริการให้กลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการที่จัดให้เพียงใด? บริการที่จัดให้มีประสิทธิผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงเพียงใด? และหากยังไม่มีประสิทธิผลเพียงพอ ต้องปรับแก้กลยุทธ์ กลวิธีทำงาน อะไร? และ อย่างไร? ดังนั้น การเสนอข้อมูลเพียงแค่อัตราการครอบคลุมการคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย จึงมิใช่ “ดัชนีชี้วัด การดำเนินงานสำคัญ (Key Performance Indicator)” ของการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน หากเป็นเพียงตัวชี้วัดการดำเนินงานเบื้องต้นเท่านั้น ซึ่งต้องเสริมหนุนให้



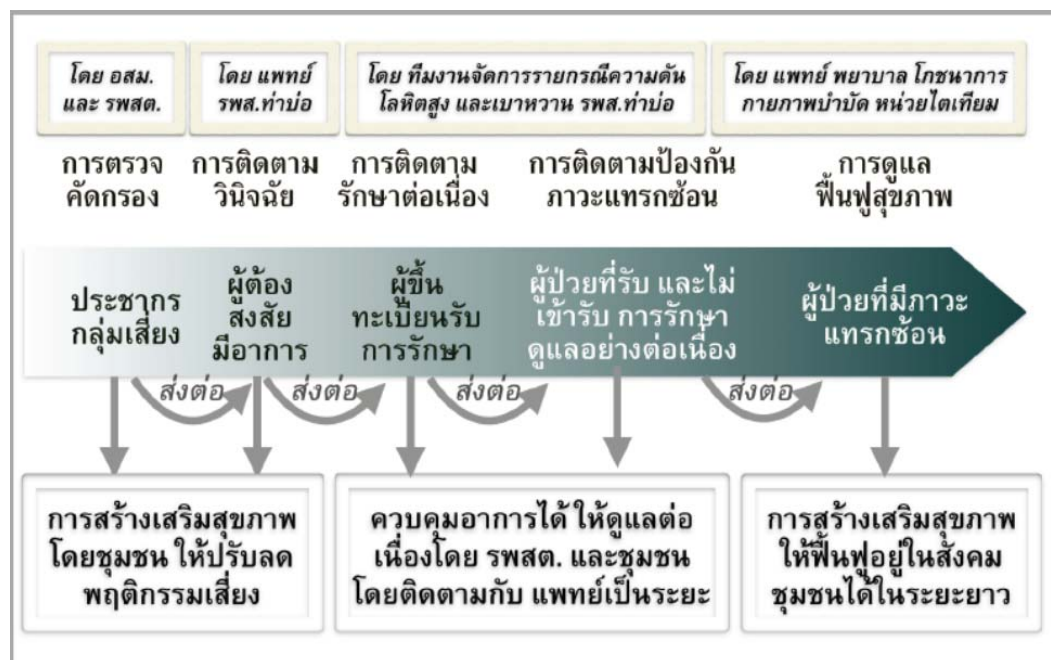
ทีมให้บริการในพื้นที่พัฒนาให้ชัดเจนต่อไป แผนปฏิบัติงานของแต่ละพื้นที่ชุมชน จึงต้องปรับให้รองรับกับจำนวนของกลุ่มเสี่ยง และลักษณะเหตุปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลให้แต่ละกลุ่มเป้าหมายย่อยมีพฤติกรรมเสี่ยง หรือ มีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง หรือ ไม่เกิดผลสัมฤทธิ์ในการปรับลดพฤติกรรมเสี่ยง ทำให้แผนปฏิบัติการดังกล่าวแตกต่างกัน และต้องให้การสนับสนุนจากอำเภอ จังหวัด และเขต แตกต่างกัน เนื่องจากต้องวางกลยุทธ์ และกลวิธีให้สอดคล้องกับเงื่อนไขเหตุปัจจัยดังกล่าว ทีมเลขานุการของคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ จึงควรพัฒนาและจัดวางเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ให้ผู้รับผิดชอบในแต่ละจังหวัด อำเภอ และตำบล สามารถกำหนดเป้าหมายเชิงปฏิบัติการของแต่ละหน่วยอย่างมีคุณภาพ คือ ตอบสนองต่อเหตุปัจจัยของภาวะทางสุขภาพของประชากรในแต่ละพื้นที่รับผิดชอบ และให้เป็นจริงได้ (Feasibility) ตามสมรรถนะ และข้อจำกัดของบุคลากรภาคีแต่ละภาคส่วน ซึ่งมีพันธกิจที่ต้องดำเนินงานอยู่ โดยไม่จำกัดเพียงแค่เฉพาะการให้บริการทางสุขภาพในโรงพยาบาลเท่านั้น

สำหรับภารกิจการทำฐานข้อมูลของทรัพยากรทางสุขภาพของหน่วยงานภาคส่วนต่างๆ ก็ควรจำแนก ตามกลุ่มอาการร่วมของปัญหา ซึ่งครอบคลุมทั้งกำลังคน เทคโนโลยี และงบประมาณของหน่วยงานและภาคีในภาคส่วนต่างๆ ที่มีพันธกิจเกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน ไม่จำกัดเฉพาะบุคลากรผู้ให้บริการในโรงพยาบาล หรือ การใช้งบประมาณ เครื่องมือ วัสดุครุภัณฑ์ที่ใช้อยู่ในโรงพยาบาลเท่านั้น เพื่อให้สามารถเสริมหนุนภาค ชุมชน ในการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และการจัดการสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ชุมชนของแต่ละกลุ่มได้เอง

ข้อเสนอดังกล่าวข้างต้น มีกรอบตัวอย่างที่ใช้ทดสอบร่วมกับทีมงานของจังหวัด และอำเภอทำบ่อ ในประเด็นการควบคุมโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ดังภาพที่ 7.1



ภาพที่ 7.1 แสดงตัวอย่างกรอบการพัฒนาารูปแบบโครงการที่มุ่งประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการวิเคราะห์จำแนกกลุ่มเป้าหมายและเหตุปัจจัย ตลอดจนสมรรถนะภาคีและการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย



ส่วนที่สาม การแปลกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติงานที่มุ่งประสิทธิผล

การบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพของแต่ละปัญหาสุขภาพ จำต้องเผชิญกับข้อจำกัดพื้นฐานหลังการเรียนรู้ศักยภาพ และสมรรถนะในการทำงานที่แตกต่างกันของภาคส่วนต่างๆ ที่ร่วมเป็นข่ายงาน หรือเครือข่าย เนื่องจากแต่ละภาคีแต่ละภาคส่วน มีพื้นฐานประสบการณ์การศึกษาแตกต่างกันมาก ส่งผลให้การเรียนรู้ หรือการรับรู้สภาพปัญหาสุขภาพในแต่ละเรื่อง หรือแต่ละกลุ่มอาการ ต้องการสื่อความเข้าใจด้วยวิธีการ และรูปแบบโครงสร้างการสื่อความหมาย ที่เอื้อให้ทุกฝ่ายร่วมตัดสินใจทางเลือกที่หลากหลายได้เอง มาตรการที่วางกรอบมาจากส่วนกลางและเขต จึงควรเปิดกว้างให้ภาคีในข่ายงานสามารถเรียนรู้ และ ปรับปรุงให้เข้ากับภาวะความรู้และศักยภาพการเรียนรู้ของภาคีแต่ละฝ่าย ตัวอย่างเช่น การเข้ารับการรักษา โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ซึ่งผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วย อาจมีความเข้าใจและข้อจำกัดในการเรียนรู้ ทำความเข้าใจกับระบบการดูแล รักษา ที่เป็นมาตรฐานหลัก ซึ่งกำหนดจากส่วนกลาง แต่การเสริมหนุนให้ผู้คนเหล่านี้ได้รับรู้และเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง โดยไม่ขาดกั้วต่อการเข้ามาร่วมเรียนรู้กับทีมงานสุขภาพในพื้นที่ จะช่วยเสริมหนุนให้เกิดการปรับตัวเข้าสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องต่อไปได้ แต่หากทีมงานสุขภาพในระดับพื้นที่ ชุมชน ไม่อาจชักจูงผูกพัน (Engage) ให้ประชากรกลุ่มนี้ได้เข้ามาร่วมกลุ่มร่วมเรียนรู้การดำเนินโรค (Disease Progression) ของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ก็เท่ากับลดประสิทธิผลของบริการสุขภาพลงด้วยเช่นกัน



การจัดการเรียนรู้ที่ช่วยให้ภาคีร่วมกันปรับตัว และยกระดับประสิทธิภาพการทำงานไปด้วยกันอย่างต่อเนื่อง ก็คือ การจัดระบบการควบคุมกำกับคุณภาพบริการของแต่ละภาคีและร่วมกันติดตามผล (Monitoring) การดำเนินงานของแต่ละฝ่ายร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการป้อนย้อนกลับ (Feedback) ข่าวดูของการติดตามผลดังกล่าว และร่วมกันคิดวิเคราะห์ปรับแก้ปัญหาด้วยกันเป็นระยะ ๆ ตลอดเวลา ที่ทำงานร่วมกันจะช่วยให้เกิด การเรียนรู้ร่วมกันอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการจัดเวทีการประเมินผล เพื่อให้เกิดการจัดทำรายงานความก้าวหน้าของการทำงานของเครือข่ายบริการร่วมกันในแต่ละระดับ (เช่น ตำบล อำเภอ จังหวัด และเขต) ตลอด จนใช้กระบวนการประเมินผลร่วมกัน ช่วยบ่งชี้แนวทางและวิธีการ ที่จะนำไปปรับใช้ในแต่ละปีต่อไปเรื่อยๆ การแปล กลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ จึงขึ้นกับ ความสามารถของกลไกการจัดการข่ายงาน หรือ เครือข่ายบริการในแต่ละระดับ (เขต จังหวัด อำเภอ ตำบล) ในการขับเคลื่อนวงจรการจัดการข่ายงานมุ่งประสิทธิภาพ ดัง ภาพที่ 2.5 ให้ต่อเนื่องไปได้ในแต่ละปี โดยที่เครือข่ายบริการแต่ละระดับ สามารถติดตาม กำกับ คุณภาพการให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมาย และใช้ ระบบการประเมินผลภายในของแต่ละระดับในการปรับปรุง ยกระดับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานได้อย่าง ต่อเนื่อง ทั้งนี้ เนื้อหาและรายละเอียดของการใช้ข้อมูลสำหรับติดตาม และประเมินผล เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ของกลไกจัดการข่ายงาน (Governance) ในแต่ละระดับย่อมแตกต่างกัน เพื่อให้สอดคล้องกับ ลักษณะพันธกิจของเครือข่ายบริการสุขภาพในแต่ละระดับ

การบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพในระดับอำเภอ เป็นหน่วยเล็กที่สุดที่ควบคุมการใช้ ทรัพยากร ทั้งด้านกำลังคน งบประมาณ เทคโนโลยีวัสดุและครุภัณฑ์ที่ใกล้ชิดกับชุมชน และกลุ่มเป้าหมาย ที่ต้องให้ บริการมากที่สุด จึงต้องมีระบบการพัฒนากลยุทธ์และการแปลกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติการมุ่ง ประสิทธิภาพ ที่สามารถติดตาม กำกับคุณภาพ และประเมินผลภายในได้อย่างครบวงจร โดยจะต้องจัด ความร่วมมือกับภาคีในระดับพื้นที่ให้สามารถดำเนินงาน และปรับยกระดับประสิทธิภาพได้ในทุกวงจร (รอบ ปี) ของการปฏิบัติงาน ในขณะที่การบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพในระดับจังหวัด เป็นหน่วย สนับสนุนที่ต้องรับรู้และเสริมหนุนการดำเนินงานในวงจรจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอที่มุ่ง ประสิทธิภาพ ให้สามารถปรับปรุงยกระดับสมรรถนะการดำเนินงานทั้งในเชิงปริมาณ และคุณภาพได้อย่าง ต่อเนื่อง จึงต้องสามารถ ติดตาม กำกับคุณภาพการจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพในแต่ละอำเภอ และใน แต่ละกลุ่มอาการปัญหาสุขภาพและเหตุปัจจัย รวมทั้งจัดกระบวนการประเมินผลที่หนุนเสริมพันธกิจ อำเภอให้มีคุณภาพเพิ่มขึ้นได้ ส่วนคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพระดับเขต จัดเป็น กลไกจัดการข่ายงานในระดับ เขต ซึ่งเชื่อมโยงให้หน่วยงานภาคส่วนต่างๆ ในระดับเขต เข้ามาร่วมมีส่วน ขับเคลื่อนภารกิจของแต่ละภาคส่วน ในระดับจังหวัด ให้สนับสนุนการดำเนินงานของวงจรเครือข่าย บริการสุขภาพอำเภอได้อย่างมีประสิทธิภาพ



ดังนั้น กลุ่มประชากรที่จังหวัดต้องวางแผนปฏิบัติการเสริมหนุน จึงเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอที่จังหวัดต้องติดตาม กำกับคุณภาพ สมรรถนะ และความครอบคลุมการให้บริการของอำเภอต่อแต่ละกลุ่ม ประชากร ในแต่ละประเด็นกลุ่มปัญหาและเหตุปัจจัยทางสุขภาพ ในขณะที่เครือข่ายบริการสุขภาพระดับเขต ก็ต้องทำการติดตาม กำกับคุณภาพ สมรรถนะ และความครอบคลุมการหนุนเสริมเพื่อพัฒนาสมรรถนะการทำงานของวงจรระดับอำเภอ ที่แต่ละจังหวัดรับผิดชอบอยู่ วงจรจัดการข่ายงาน หรือเครือข่ายบริการสุขภาพ ทั้ง 3 ระดับนี้ จะมีกลไกระดับเขตทำหน้าที่ ทั้งการประสานงานภาคีจากภาคส่วนต่างๆ ในระดับเขต และเชื่อมโยงกับนโยบายของส่วนกลาง เพื่อแปลเป็นกลยุทธ์การขับเคลื่อนที่สามารถติดตาม และประเมินผลได้อย่างต่อเนื่อง โดยกรอบการจัดการข่ายงานร่วมเรียนรู้ (Reflexive Governance) จะช่วยปรับลดประเด็นปัญหาทั้ง 5 ข้อ ที่ค้นพบจากการศึกษา

2. สำหรับระดับอำเภอ

2.1 สนับสนุนทรัพยากรสำหรับโครงการพัฒนารูปแบบการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (Model Development)

หากยอมรับว่า “รูปแบบ” (Model) สำหรับการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ ไม่อาจพัฒนาได้ด้วยการเชิญผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน หรือ เจ้าหน้าที่ในระดับอำเภอ ที่เคยทำงานมายาวนาน มาเสนอรูปแบบ แล้วจัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม หากแต่รูปแบบ ดังกล่าว ควรมีการจัดวางองค์ประกอบที่เป็นทฤษฎีโครงการ (Program Theory) ให้ชัดเจน ดังที่ กำหนดไว้ในกรณี ที่อ้างถึง WHO’s 6 Blocks of Health Systems และจำเป็นต้องทดสอบรูปแบบในระดับพื้นที่อำเภอ ที่มีคุณลักษณะพร้อมที่จะทดสอบได้

การพัฒนารูปแบบดังกล่าว ก็ไม่อาจดำเนินงานไปได้โดยใช้งบประมาณ หรือ ทีมวิชาการเฉพาะ หรือ เครื่องมือที่นำมาทดสอบ ตามภาระงานปรกติได้ จึงควรมีการจัดสรรทรัพยากรสำหรับโครงการพัฒนารูปแบบการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ ควรจะต้องมีการสนับสนุน ภารกิจหลายด้าน ดังตัวอย่าง เช่น

- ก. การจัดฝึกอบรมให้ผู้รับผิดชอบ Governance ของแต่ละอำเภอ ได้แก่ ทีมเลขานุการกิจ มีความรู้ ความเข้าใจ ในกลวิธีที่จะต้องใช้ในแต่ละองค์ประกอบของ Model ซึ่งจะต้องเป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการที่ทำอย่างต่อเนื่อง สลับไปกับการกลับไปทดสอบการปฏิบัติงานในพื้นที่
- ข. การพัฒนาครูฝึกปฏิบัติงาน (Coach) ของแต่ละอำเภอ สำหรับนำและพัฒนาภารกิจการวิเคราะห์ปัญหา และจัดวางกิจกรรมให้สอดคล้องกับวงจรโครงการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานในภาคส่วนต่างๆ ให้แก่ ภาคประชาคม ผู้นำท้องถิ่น และ อสม.
- ค. การจัดวาง และใช้ฐานข้อมูลของหน่วยงานที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์ในการรวบรวม และประมวลข้อมูลให้เป็นข่าวสาร สำหรับใช้ติดตาม กำกับ ความก้าวหน้าของการดำเนินงานในระดับตำบล



และอำเภอ และฝึกอบรมให้ทีมงานสาธารณสุขอำเภอ และ รพ.สต. ให้ใช้ประโยชน์ได้ในเชิงปฏิบัติ

- ง. งบประมาณสนับสนุนการส่งทีมเลขานุการกิจของคณะกรรมการสุขภาพอำเภอ ในการลงพื้นที่ในแต่ละตำบล หมู่บ้าน และชุมชน เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงานโครงการที่แต่ละตำบลจัดทำเพื่อให้เป็นไปตามกรอบนโยบาย และแผนงานของระบบสุขภาพอำเภอ
- จ. การสนับสนุนงบประมาณจัดฝึกอบรมให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในระยะการพัฒนา รูปแบบ และเครื่องมือในการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ เนื่องจากในช่วงแรก (1 ปี) บุคลากรต่างๆ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังขาดความรู้ความเข้าใจในกระบวนการทำงานร่วมกัน
- ฉ. การเตรียมวิทยากรในระดับส่วนกลาง เขต และจังหวัด สำหรับสนับสนุนให้กับการทำงานในระดับอำเภอ โดยควรเตรียมวิทยากรเหล่านี้ให้สามารถรับภารกิจ เป็น Facilitators สำหรับการประชุมเชิงปฏิบัติการ ให้กับทีมงานในระดับอำเภอได้อย่างต่อเนื่อง
- ช. การประมวลผลการจัดระบบสุขภาพอำเภอที่ทำทดสอบในพื้นที่ และนำเข้ามาปรับปรุงเป็นแนวทางคู่มือการทำงานในการพัฒนาภารกิจในแต่ละองค์ประกอบ ซึ่งมีบทเรียน และตัวอย่างที่ทดสอบแล้วในระดับพื้นที่ต่างๆ ได้อย่างชัดเจน

ดังนั้น การจัดเตรียมทั้งระบบ รูปแบบ วิธีการ และเครื่องมือในการทำงานแต่ละประเด็นปัญหาสุขภาพของระบบสุขภาพอำเภอ ควรมีการเตรียมให้พร้อมก่อนสั่งการให้ดำเนินงานในระดับพื้นที่ปฏิบัติงาน และควรจัดเตรียมทรัพยากรให้เพียงพอที่จะดำเนินงานอย่างเป็นระบบ

2.2 การจัดระบบฐานข้อมูลเดียวกันทั้งอำเภอ (Unified Database System)

ฐานข้อมูลที่ใช้อยู่ในอำเภอเดียวกันของ 2 หน่วยงาน ได้แก่ โรงพยาบาล และ รพ.สต. ซึ่งสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งคู่ แต่เป็นคนละฐานข้อมูล และเชื่อมโยงกันไม่ได้ ทำให้การทำงานร่วมกันต้องผ่านกรรมวิธีที่ซับซ้อนขึ้น โดยการคัดลอกข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ และส่งไปจัดไฟล์ใหม่เพื่อให้บุคลากรสามารถเรียกข้อมูลมาดูได้ ในขณะเดียวกันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็มีฐานข้อมูลประชากร เศรษฐกิจ การประกอบอาชีพ สังคมและสวัสดิการสงเคราะห์สำหรับใช้ในการจ่ายเงินให้ในแต่ละเดือน ซึ่งแยกออกไปอีกส่วนหนึ่ง

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้แต่ละเขต และจังหวัดมีฐานข้อมูลเดียวกัน หากแต่ฐานข้อมูลดังกล่าวเป็นข้อมูลที่ได้จากการสำรวจในตอนต้นปี ประกอบด้วย ข้อมูลผู้สูงอายุ การคัดกรองความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคบางกลุ่ม เป็นต้น การประมวลผลข้อมูลเป็นรายปี และไม่ได้เชื่อมโยงกับฐานข้อมูลการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งมีความจำเป็นต้องจัดการประมวลผลเพื่อใช้วิเคราะห์ประสิทธิภาพการดูแลรักษาพยาบาล หรือ การเกิดโรคแทรกซ้อนในกลุ่มประชากรเหล่านี้



ข้อจำกัดเหล่านี้ ควรได้รับการแก้ไขโดยกลไกกลางของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ฐานข้อมูล บริการ และฐานข้อมูลการสำรวจเหล่านี้สามารถนำมาใช้ร่วมกัน และเอื้อให้ลดการลงทุนสำรวจใน ส่วนกลาง ซึ่งทำซ้ำซ้อนกับการสำรวจของแต่ละจังหวัด แต่ละเขต อันเป็นการเพิ่มภาระงานให้กับ เจ้าหน้าที่ระดับตำบล รวมทั้งช่วยให้การจัดการฐานข้อมูล กับการประมวลวิเคราะห์ข้อมูล และนำมาใช้ ประโยชน์ในการปฏิบัติงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสูงขึ้น

2.3 กรอบและเกณฑ์การประเมินผลของระบบสุขภาพอำเภอ (DHS Evaluation Framework)

แนวทางการประเมินผลงานของระบบสุขภาพอำเภอ หรือ อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง ในปัจจุบันใช้ ตัวชี้วัดโรค หรือ ภัยคุกคาม หรือ กิจกรรมคัดกรอง เป็นเกณฑ์ชี้วัดประสิทธิผล และคุณภาพงานของระบบ สุขภาพอำเภอ ซึ่งไม่เอื้อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการจัดการ และการขับเคลื่อนนโยบายในภาพรวมของ ภาคองค์กรต่างๆ ที่เข้าร่วมทำงาน โดยเฉพาะ ไม่สามารถขยายภารกิจของการจัดระบบสุขภาพอำเภอ ให้ มีความเป็นอิสระสอดคล้องกับเงื่อนไขบริบทของพื้นที่ ตามคุณลักษณะของนโยบายกระจายอำนาจได้

การวางกรอบ และเกณฑ์การประเมินผลของระบบสุขภาพอำเภอ โดยจังหวัด เขตสุขภาพ หรือ ส่วนกลาง จึงควรจะยกระดับขึ้นสู่การประเมินสัมฤทธิ์ผลในการวิเคราะห์สถานการณ์ทางสุขภาพของแต่ละ กลุ่มประชากร และประเมินสมรรถนะในการพัฒนากลวิธีขึ้นมามีการจัดการกับเหตุปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ ที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาบริการให้มีคุณภาพต่อกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้ง ประเมินประสิทธิผล การยกระดับสุขภาพของแต่ละกลุ่มเป้าหมายที่ทำได้อย่างต่อเนื่องจริง

การจัดการระบบติดตาม และประเมินผล ในลักษณะดังกล่าว จะเอื้อให้เกิดการขับเคลื่อนวงจรการ วิเคราะห์เหตุปัจจัยของปัญหา การพัฒนาและปรับปรุงกลวิธีในการทำงานกับกลุ่มเป้าหมาย จนถึงผลลัพธ์ ทางสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายได้จริง หรือ เท่ากับเป็นการปรับใช้แนวทางการประเมินผลระบบสุขภาพ อำเภอ หากมีข้ออุปสรรค หรือ ข้อจำกัดในการทำงานของพื้นที่ใด เขตสาธารณสุข และสาธารณสุขจังหวัด ก็จะได้ลงไปปรับแก้ปัญหาคำเนินงานเหล่านั้นได้ทันทั่วถึง

วิธีการทำงาน และประเมินผลในลักษณะดังกล่าว ช่วยให้ระบบงานค่อยๆ ปรับตัว พร้อมไปกับการ พัฒนาบุคลากรของพื้นที่ โดยที่ส่วนกลาง เขต และจังหวัดจะสามารถเสริมหนุนให้การจัดการองค์กรของ พื้นที่อำเภอ และท้องถิ่น เข้มแข็งขึ้นเรื่อยๆ

ทั้งนี้ การเสนอแนะกรอบการพัฒนารายละเอียดของระดับอำเภอดังกล่าวข้างต้น จะเป็นการ ดำเนินการวิจัยและพัฒนาต่อในระยะที่ 2 ร่วมกับเขต จังหวัดและอำเภอใน 3 พื้นที่



บรรณานุกรม

กลุ่มงานอาชีพเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม สสจ.สกลนคร. 2557. **สู่ ๒ ทศวรรษ สกลนครน่าอยู่ เล่นจนได้เรื่อง (๒).** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร.

ข่ายสัญญาใจ อนามัยสิ่งแวดล้อมสกลนคร. 2555. **เล่นจนได้เรื่อง.** ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี.อุบลกิจ ออฟเซท การพิมพ์.

เขตบริการสุขภาพที่ 8. 2557. **เอกสารแผนการพัฒนาระบบการเงินการคลัง เขตบริการสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2557.**

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลทับกุง. **แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลทับกุง พ.ศ.2558-2561 เพื่อขับเคลื่อนวาระจังหวัด "ตำบลทับกุงผู้สูงอายุคุณภาพชีวิตดี".**

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดอุดรธานี.2557. **แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี พ.ศ. 2558 – 2561 เพื่อการขับเคลื่อนวาระจังหวัด “อุดรธานีเมืองผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตดี”.**

คณะทำงานการพัฒนาระบบกลไกการเฝ้าระวังสถานการณ์ด้านการเงินการคลังของสถานบริการสุขภาพ. 2547. **แนวทางการเฝ้าระวังสถานการณ์ด้านการเงินการคลังและทรัพยากรสุขภาพของสถานบริการในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข.** สำนักงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักพัฒนาการเงินการคลัง กระทรวงสาธารณสุข. **ฐานข้อมูลต้นทุนบริการ.** Available online at <http://cost.cfo.in.th>.

สำนักพัฒนาการเงินการคลัง กระทรวงสาธารณสุข. **ฐานข้อมูลรายงานการเงิน.** Available online at <http://hfo57.cfo.in.th>.

ณภัทร สิทธิศักดิ์. 2558. **งานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เขตที่ 8.**

เจตน์ ศิรธรานนท์. 2555. **สาธารณสุขประเทศไทยกับ AEC Unleashing the Potential of Thai Private Hospital for AEC,** Available Online at <http://www.thaiph.org/download/AEC/.pdf>



- ภูดิท เตชาวัฒน์. 2557. **ปฏิญญาฮาราเร่**ว่าด้วยการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบสุขภาพระดับ
อำเภอที่อยู่ฐานของการสาธารณสุขมูลฐาน (ตอนที่ 1- 2). สืบค้นจาก
<http://www.24dhs.org/24dhs/news.php?id=86>
- โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ท่าบ่อ. 2558. **ฐานข้อมูลโรค NCD.** สืบค้นจาก
<http://www.thabohospital.com/>
- ยลจิต บุตรเวทย์. 2557. **แผนพัฒนาคุณภาพการบริการ งาน NCD.** Available Online at
<http://www.nko.moph.go.th/main/>
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย. 2554. **การจัดการเชิงยุทธศาสตร์ 10 ขั้นตอน. คู่มือการจัดการ
เชิงยุทธศาสตร์ สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกลุ่มภาคี.** นนทบุรี, บริษัท คุณาไทย
จำกัด.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย. 2557. **เคล็ดวิชาช่วยพัฒนาปุมประสิทธิผลโครงการเอดส์.**
นนทบุรี. บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย. 2557. **กรอบและเกณฑ์ การพัฒนาและรับรองโครงการที่มี
ประสิทธิผล.** นนทบุรี. บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย. 2558. **รายงานการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอวารินชำราบ.**
นนทบุรี. บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2552. **กรอบแนวคิด พัฒนาการ และข้อเสนอเพื่อการพัฒนา.**
- สมบัติ เทศกุล. 2558. **การบริหารจัดการขยะ ระดับเขตสุขภาพภรณ์ศึกษา เขต 8. ผลงานนำเสนอ
การศึกษา กรอบการดำเนินงาน เขต จังหวัด อำเภอ.**
- สำนักงานเขตบริการสุขภาพที่ 8. 2557. **แผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ปี 2557. (ม.ท.ป.)**
- สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัดสกลนคร. 2558. **แผนบริหารจัดการขยะมูลฝอย
จังหวัดสกลนคร ระยะ 5 ปี (ปี 2558 – 2562).** จังหวัดสกลนคร
- สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2557. **การขับเคลื่อนระบบสุขภาพ
อำเภอ (รสอ.).** นนทบุรี
- เอกสารประกอบการประชุม คณะกรรมการเขตสุขภาพที่ 8 ครั้งที่ 2, วันที่ 27 มีนาคม 2558.



- Binagwaho A., Farmer P.E., Nsanzimana S., et al. 2014. **Rwanda 20 years on: investing in life.** Lancet; 384(9940):371-375. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60574-2.
- Blankenship K. M., Friedman S. R., Dworkin S., & Mantell J. E. 2006. **Structural interventions: concepts, challenges and opportunities for research.** Journal of Urban Health, 83(1), 59 - 72.
- Brealey R.A., Myers S.C., Allen F. 2010. **“Principles of Corporate Finance”**, 10th (International) Edition, McGraw-Hill.
- Cato, M.S. 2009. ***Green Economics: An Introduction to Theory, Policy, and Practice.*** Earthscan Publisher: London.
- Eugene F. Brigham and Joel F. Houston. 2012. **Fundamental of Financial Management**, 13th edition, Thomson South-Western Press.
- Hayashi R. 2013. **Universal Health Coverage (UHC) based on the valid population and research** , Background paper for the 7th National Health Research Forum, 15-16 October 2013 , Vientiane, LAO PDR.
- Hoover E.M. and Giarratani, F. 1984. ***An Introduction to Regional Economics.*** Knopf Doubleday Publishing Group: NY.
- Hillier D., Ross S., Westfield R., Jaffe J., and Jordan, B. 2010. **Corporate Finance**, 10th Edition, Mc Graw-Hill.
- Josefien V., Bart C., Wim V., Bruno M., Sara V., Monique V., Tom H., Marjan P., Guy k. 2010. ***Analyzing Health Systems to Make Them Stronger.*** Studies in Health Services Organization. Antwerp, Belgium.
- Kemp R. and Loorbach D. 2003. ***Governance for Sustainable Trough Transition Management.*** Paper for EAEPE 2003 Conference, November 7 – 10, 2003. Maastricht, the Netherland. Pg. 20.
- Kemp R. & Loorbach, D. 2006. ***Dutch policies to manage the transition to sustainable energy.***



- Ramesh M., Xun w, and Howlett M. **Governments and Governance in the Imperfect World of Health Care Delivery in China, India, and Thailand.** National University of Singapore
- Ramesh M., Xun W., & Howlett, M. 2013. *Second Best Governance? Governments and Governance in the Imperfect World of Health Care Delivery in China, India and Thailand.* In International Conference on Public Policy, Grenoble (pp. 26-28).
- Stuckler D., Feigl A., Basu S., McKee M. 2010. **The political economy of universal health coverage, Background paper for the global symposium on health systems research, 16-19 November 2010** , Montreux, Switzerland.
- Thurston W.E., MacKean G. Vollman A. Casebeer A. Weber M. Maloff B. and Bader J. 2005. **Public Participation in Regional Health Policy: a Theoretical Framework.** *Journal of Health Policy*, 73, 237 – 252.
- Voß J.P. and Kemp R. 2006. *Sustainability and Reflexive Governance: Introduction. Reflexive Governance for Sustainable Development.* Northampton, MA: Edward Elgar Publishing, Inc.
- Wilson D.C., Rodic L., Cowing M.J., Whiteman A., Stretz J., and Scheinberg, A. 2013. *Benchmark Indicators for Integrated & Sustainable Waste Management (ISWM).* ISWA World Congress 2013: Vienna.
- World Health Organization. 2014. **Health expenditure ratios Data by country, Global Health Observatory Data Repository Database.** Available online at <http://apps.who.int/gho/data/node.main.75>
- World Health Organization. 2007. *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action.* Geneva, Switzerland.
- World Health Organization. 2010. *Monitoring the Building Blocks of Health Systems: a Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies.* Geneva, Switzerland.



World Health Organization. 1988. *The Challenge of Implementation: District Health System for Primary Health Care*, Part A pp7-11 and Part C pp65 – 67. Geneva, Switzerland.

World Health Organization . Global Health Observatory Data Repository Database - Health expenditure ratios Data by country. Available online at <http://apps.who.int/gho/data/node.main.75>



ภาคผนวก 1 ข้อเสนอโครงการระยะที่ 1



โครงการพัฒนารอบการทำงานในระดับเขตสาธารณสุข จังหวัดและอำเภอ

ความเป็นมา

แนวคิดการจัดการระบบสาธารณสุขเป็นหน่วยงานในรูปของเขต จังหวัด อำเภอ และตำบล ซึ่งมีการวางรูปแบบการบริหารจัดการมายาวนาน และได้พยายามฟื้นกลับมาใช้เป็นกลยุทธ์ (Strategy) สำคัญในการดำเนินงานกับระบบการจัดการสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งเชื่อว่าเอื้อให้เกิดการปกครองควบคุม (Governance) ที่เสริมให้เกิด คุณภาพและความครอบคลุม ของการให้บริการทางด้านสุขภาพ และการจัดการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน และแก้ไขภาวะคุกคามทางสุขภาพต่างๆ รวมถึงการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

อย่างไรก็ตาม ความพยายามผลักดันขับเคลื่อนแนวคิดดังกล่าวไปสู่กลยุทธ์ที่สามารถแปลเป็นกิจกรรม และภารกิจของผู้ปฏิบัติงาน ผู้กำหนดนโยบาย และบริหารจัดการ ในระดับต่างๆ สู่กิจกรรมเชิงพื้นที่ ยังขาดการวิเคราะห์ข้อจำกัดเชิงบริบทของการปกครอง บริหารจัดการ และกระบวนการปฏิรูปที่ดำเนินอยู่ใน 2 ทศวรรษที่ผ่านมา ทั้งนี้ ต้องย้อนกลับไปประมวลข้อจำกัดของการจัดการกับหน่วยงาน (Networking Management) ที่ระบบสุขภาพต้องเผชิญ ในวาระการเปลี่ยนผ่านของสถานการณ์ทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และเทคโนโลยีที่เกิดขึ้นรวดเร็วส่งผลให้ความต้องการ (Demand) และความจำเป็น (Needs) ทางสุขภาพผันแปรไปจากเมื่อ 30 ปีที่แล้ว

การปฏิรูปโครงสร้างของภาครัฐ ใน พ.ศ. 2545 ส่งผลให้กระทรวงสาธารณสุขมีพันธกิจสำคัญในการกำหนดและขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพของประเทศ โดยอาศัยหน่วยงาน และองค์กรในภาคส่วน และระดับต่างๆ เป็นกลไกในการร่วมดำเนินงาน ประกอบกับการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน ส่งผล ให้การกระจายการตัดสินใจ และทรัพยากร ออกไปสู่พื้นที่ปฏิบัติงานเปลี่ยนไป ส่งผลให้กระทรวงสาธารณสุข ต้องปรับรูปแบบวิธีการทำงานให้ทันการณ์ขึ้น

กระทรวงสาธารณสุขได้เสนอกรอบการปฏิรูปเขตบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ต่อพลเรือเอกณรงค์ พิพัฒนาศัย หัวหน้าฝ่ายสังคมจิตวิทยา คณะรักษาความสงบแห่งชาติ เมื่อวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2557 โดยมีนโยบายประการหนึ่ง คือ การปฏิรูปเขตบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย

หลักการ

ปัจจุบัน ความเหลื่อมล้ำ การเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ และประสิทธิภาพ ยังเป็นปัญหาที่สำคัญในระบบ บริการสาธารณสุข จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนในการปฏิรูประบบบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ และให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ และประสิทธิภาพ ด้วยเหตุนี้ กระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดตั้งนโยบายเขตบริการสุขภาพ เพื่อกระจายการบริหารจัดการในรูปแบบเขตบริการสุขภาพ จำนวน 12 เขต ครอบคลุม 4-8 จังหวัด (ประชากร 4-5 ล้านคน)

เป้าประสงค์

- 1) สร้างความเสมอภาค และเป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากร (equity)
- 2) เพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ (access& quality)



- 3) เพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ (efficiency)
- 4) สร้างการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนอื่นๆ (social accountability)

มาตรการเร่งด่วน (ภายใน 1 ต.ค. 57)

- 1) จัดตั้งคณะกรรมการ และสำนักงานบริหารการเปลี่ยนแปลงภายใต้ สป.สธ.
- 2) ออกแบบการทำงานเขตบริการสุขภาพ พร้อมรับฟังความคิดเห็นจากทุกภาคส่วน
- 3) จัดตั้งสำนักงานเขตบริการสุขภาพจำนวน 12 เขต อย่างเป็นทางการ
- 4) คัดเลือก แต่งตั้งผู้บริหารสรรหาบุคลากรในสำนักงานเขตบริการสุขภาพ สรรหา คณะกรรมการเขตบริการสุขภาพ ทั้งระดับจังหวัด และระดับเขต
- 5) ปรับโครงสร้างบทบาทการทำงานในส่วนกลาง การมอบอำนาจให้คณะกรรมการและ ผู้อำนวยการสำนักงานเขตบริการสุขภาพ (CEO) และจัดรูปแบบการบริหารจัดการ ด้าน การเงินการคลัง การบริหารบุคลากร และอื่นๆ

มาตรการระยะยาว (1 ปี)

- 1) จัดสรรและกระจายทรัพยากรสุขภาพให้เกิดความทั่วถึงและเป็นธรรม
- 2) เพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน ภายใต้นโยบาย (service plan) 10 สาขา
- 3) จัดระบบบริการสุขภาพในทุกระดับตั้งแต่ปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ ให้มีคุณภาพ สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่
- 4) เพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ โดยการจัดซื้อร่วม
- 5) เพิ่มการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานจากทุกภาคส่วน ตั้งแต่ระดับหน่วยบริการจังหวัด และเขต

กลไกในการขับเคลื่อน

- 1) ประกาศเป็นนโยบายเร่งด่วนของกระทรวงสาธารณสุข
- 2) สร้างความเข้าใจ และจัดเตรียมบุคลากร
- 3) ปรับบทบาทและภารกิจหน่วยงานส่วนกลางและส่วนภูมิภาค และ
- 4) สร้างการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

หลังจากนั้น ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2557 ได้จัดทำเอกสารร่างนโยบายเขตสาธารณสุข เพื่อรับฟังความคิดเห็นจากฝ่ายต่างๆ โดยกำหนดกรอบคร่าวๆ ในด้านบุคลากร และบทบาท อำนาจหน้าที่ในการบริหารจัดการ หากแต่ยังไม่มีเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน

เมื่อวันที่ 8 สิงหาคม พ.ศ. 2557 พล.ร.อ.ณรงค์ พิพัฒนาศัย รองหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) หัวหน้าฝ่ายสังคมจิตวิทยา เป็นประธานการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และแถลงข่าวผลการประชุม ที่อาคารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ถนนพหลโยธิน ซึ่งการประชุมครั้งนี้ มีผู้บริหารหน่วยงานหลักในระบบสุขภาพ ประกอบด้วย ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (กสธ.), เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), ผู้จัดการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริม



สุขภาพ(สสส.), เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม(สปส.), และอธิบดีกรมบัญชีกลาง เข้าร่วมประชุมกับ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ด้วย โดยมีเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช.) ทำหน้าที่ เลขานุการ

ที่ประชุมมีมติให้เสนอต่อ คสช.ให้ความเห็นชอบการจัดตั้ง “เขตสุขภาพเพื่อประชาชน” เพื่อเป็น กลไก สำคัญกลไกหนึ่งในการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน

เขตสุขภาพเพื่อประชาชน จึงไม่ใช่เขตเชิงอำนาจ หรือ เชิงโครงสร้าง หรือ เขตบริหาร แต่เป็นเขต ใน ลักษณะกลไกการทำงานร่วมกันของหน่วยงานหลักต่างๆ ที่ทำงานเกี่ยวกับสุขภาพในทุกมิติ เช่น กสธ., สปสช.,สช.,สสส.,มหาวิทยาลัย หน่วยงานอื่นๆของรัฐ,องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น,เอกชน และภาค ประชาชน แบ่งกลุ่มจังหวัดออกเป็นเขต ทั้งประเทศอาจมีประมาณ 12-13 เขต เพื่อให้เกิดการทำงานแบบ มีส่วนร่วมตามพันธกิจของแต่ละหน่วยงาน โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน (Area – Function – Participation : AFP) เพื่อ กำหนดทิศทางการพัฒนาสุขภาพในเขตร่วมกัน ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่ที่ แตกต่างกัน เกิดการบูรณาการการทำงานและการใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ มี คุณภาพมากขึ้น โดยไม่เพิ่มภาระการเงินการคลังของประเทศ

สำหรับกลไกการทำงาน จะมี “คณะกรรมการอำนวยการเขตพื้นที่สุขภาพเพื่อประชาชน” เป็น กลไก อภิบาลแบบมีส่วนร่วมหรือแบบหุ้นส่วน องค์กรประกอบจะมาจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ได้แก่ กสธ., มหาวิทยาลัย, สปสช., สสส. , สช ., กลาโหม, กระทรวงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง, อปท. เป็นต้น ภาคสังคม ทั้ง ประชาสังคม เอกชน และภาควิชาการ ซึ่งรวมไปถึงองค์กรวิชาชีพต่างๆที่เกี่ยวข้อง หนุนเสริมการทำงาน กันและกัน เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ (Health needs) ของประชาชนในพื้นที่นั้นๆ โดยแต่ละ หน่วยงานไม่ใช่อำนาจเหนือกัน องค์กรยังคงมีอิสระในการทำงานตามอำนาจหน้าที่ของตน โดยทุกฝ่าย เข้ามาเป็นเจ้าของกลไกนี้ร่วมกัน สร้างให้มีความผูกพันและรับผิดชอบต่อการดำเนินงานในทุกระดับ ร่วมกัน (Collective accountability) ทั้งนี้ จะยึดหลักการ ทิศทางและแนวทางสำคัญของการปฏิรูป ระบบสุขภาพ ตามมติสมัชชา สุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การ ป้องกันโรคและจัดการภัยคุกคาม สุขภาพ การบริการสุขภาพ การผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ การเงินการคลังและระบบหลักประกัน สุขภาพ และการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เน้นการมี ส่วนร่วม

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ในฐานะฝ่ายเลขานุการกล่าวปิด ท้ายว่า จะได้เสนอเรื่องนี้ต่อ คสช.ให้ความเห็นชอบ ในขณะเดียวกันคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้ เห็นชอบให้ตั้ง คณะทำงานพัฒนารูปแบบเขตสุขภาพเพื่อประชาชน มี นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา กรรมการสุขภาพแห่งชาติ จากภาคประชาชน เป็นประธาน มีหน้าที่พัฒนารูปแบบเขตสุขภาพเพื่อ ประชาชนนี้คือคิดรายละเอียดเรื่อง บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการฯ องค์กรประกอบ การได้มา การ บริหารจัดการและการสนับสนุนต่างๆ ทั้งนี้ จะไม่มีการสร้างโครงสร้างใหม่หรือการของงบประมาณเพิ่ม จะ เป็นการใช้ทรัพยากรของหน่วยงานต่างๆ ที่มีอยู่แล้ว ร่วมกันทำงานโดยจะมีการรับฟังความเห็นของภาคี ภาคส่วนต่างๆ ต่อไปด้วย

นอกจากนั้น ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน ต่อการใช้การวัดผลการปฏิบัติงาน ของเจ้าหน้าที่รายบุคคล เพื่อ ใช้ประกอบการสร้างแรงจูงใจทำให้เป้าประสงค์ในการยกระดับสมรรถนะการปฏิบัติงาน ของ หน่วยงานและองค์กร สับสนไขว่เขวไปด้วย เนื่องจากไม่อาจชี้แจงแสดงผลดีของการปฏิบัติงานของบุคคล



จะเอื้อให้เกิดการพัฒนาบริการ และนำไปสู่ผลการปฏิบัติงานโดยตรง ต่อประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ให้ดีขึ้นได้อย่างไร?

จากการเคลื่อนไหวปฏิรูปกลไกหลายด้านของประเทศไทย ทำให้กรอบแนวคิดการจัดตั้งเขตสาธารณสุข ยังต้องการกรอบข้อเสนอที่ชัดเจนในการจัดระบบปฏิบัติงาน และบริการสุขภาพ จึงควรจัดทำข้อเสนอ เป็น แนวทางเลือก สำหรับให้ผู้กำหนดนโยบายพิจารณาความเป็นจริงได้ (Feasibility) ต่อไป

แนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรม

นโยบายดังที่กระทรวงสาธารณสุขมุ่งให้เกิดในลักษณะเขตสาธารณสุข และสำนักงานคณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติร่วมผลักดัน กล่าวได้ว่ามีรูปแบบของการดำเนินงานเชิงโครงสร้าง ซึ่งมีการให้นิยามของ “การดำเนินงานเชิงโครงสร้าง (Structural Intervention)” ในระดับสากล (Blankenship K.M., et.al. 2006) คือ “การดำเนินงานด้วยมาตรการทางสาธารณสุขให้เกิดการเสริมสร้างสุขภาพโดยมุ่งปรับเปลี่ยนโครงสร้างที่เป็นบริบท (Structural Context) ที่ก่อให้เกิดสุขภาวะแก่กลุ่มเป้าหมาย”

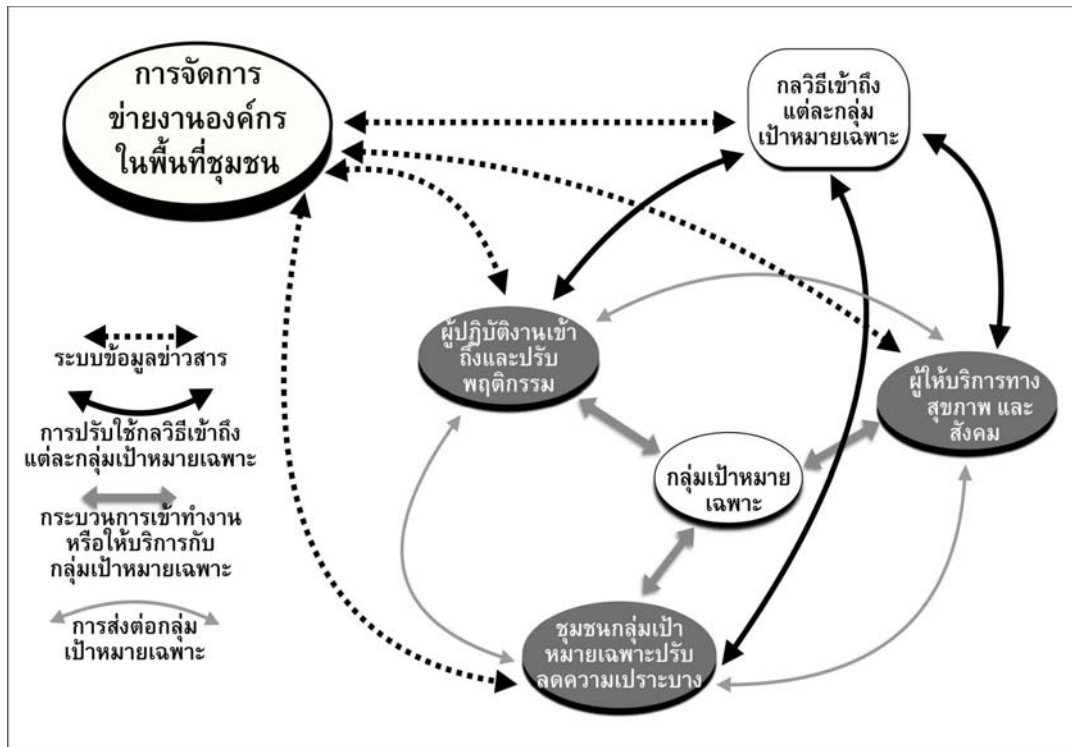
การดำเนินงานเชิงโครงสร้าง จึงเป็นการวางกรอบการทำงาน ที่มุ่งปรับเปลี่ยน กฎหมาย กฎเกณฑ์ นโยบาย โครงสร้างทางกายภาพ โครงสร้างทางสังคม และการจัดองค์กร หรือ แม้แต่มาตรฐานการปฏิบัติงาน (Standard Operation Procedure) ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางนิเวศสังคมของกลุ่มเป้าหมาย จนส่งผลต่อ การปรับลดพฤติกรรมเสี่ยง และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีประสิทธิภาพ และต่อเนื่องยั่งยืน

การทบทวนผลการดำเนินงานปรับแก้พฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค สหรัฐอเมริกาใน พ.ศ. 2546 (Academy for Educational Development, CDC, USA, 2003) บ่งชี้ความจำเป็น ของการดำเนินงานเชิงโครงสร้างในการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างพหุภาคีในแต่ละชุมชน ให้เกิดประสิทธิผลใน การปรับแก้พฤติกรรมเสี่ยง โดยให้รายละเอียดอย่างชัดเจนขึ้น ว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ และสร้างเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิผล และยั่งยืน คือ “การปรับรูปแบบวิธีการ ตามเงื่อนไขบริบททางสังคม ซึ่งแปรผันได้อย่างรวดเร็ว จำเป็นต้องวางโครงสร้างการจัดการในแต่ละพื้นที่ให้สามารถวิเคราะห์ ติดตาม พฤติกรรมเสี่ยงที่ผันแปร และเหตุปัจจัย ของพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มเป้าหมาย ให้ได้อย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยวิวัฒนาการ ทั้งทางเทคโนโลยีและเทคนิคสังคมเข้ามาพัฒนาวิธีการ และเครื่องมือ สำหรับใช้ในการปรับแก้พฤติกรรม ให้ทันการณ์อยู่เสมอ”

แนวคิดและสมมุติฐานสำคัญ (Bossert, T., “Decentralization of Health Systems: Decision space, innovation and Performance”, 1998) ของการกระจายอำนาจระบบบริการสุขภาพ ก็คือหน่วยงานต่างๆ ใน พื้นที่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสถานการณ์สุขภาพของพื้นที่ ดีกว่าหน่วยงานในส่วนกลาง จึงสามารถตัดสินใจทาง เลือกการจัดการทางสุขภาพได้เหมาะสมสอดคล้องกับความจำเป็นของคนในพื้นที่ จึงสามารถติดตาม กำกับ การทำงานของบุคลากรต่างๆ ในพื้นที่ สร้างแรงจูงใจ และวางกฎระเบียบตลอดจนกำหนดเกณฑ์การดำเนินงานได้อย่างเหมาะสมกับภาวะการณ์ที่แปรเปลี่ยนแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ กรอบความคิดดังกล่าวทำให้มุ่งจัด “เวทีกลไกร่วมตัดสินใจ (Decision-Space)” เพื่อจัดวางผังทางเลือกของการตัดสินใจ สำหรับทำบทบาทหน้าที่ พัฒนานวัตกรรม ที่เป็นทางเลือก ซึ่งแตกต่างจากการจัดแผนงานโครงการ ที่คุ้นเคยกันอยู่ยาวนาน ก่อนหน้าที่ จะมีนโยบายกระจายอำนาจ

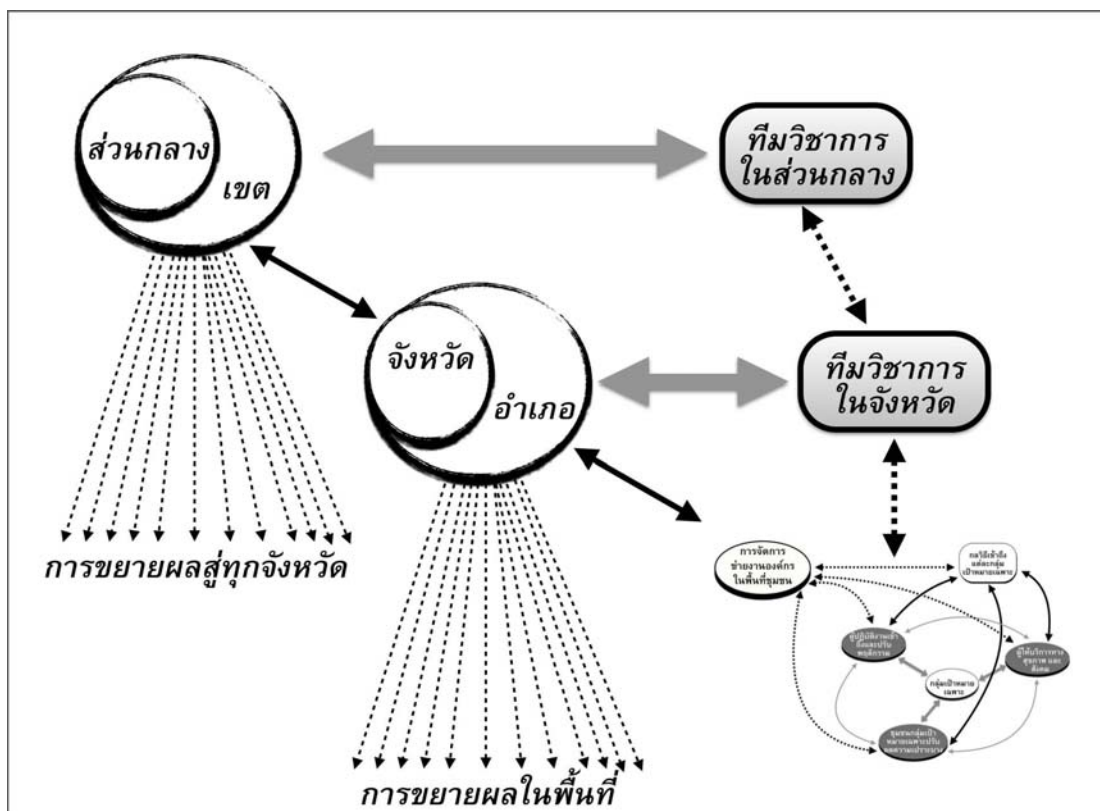


ภาพที่ 1 กรอบการวางรูปแบบ (Model) สำหรับรองรับการทำงานในระดับพื้นที่ชุมชน และระบบอำเภอ สุขภาพ เพื่อใช้เป็นกรอบสนับสนุนการกระจายอำนาจจากเขตลงสู่จังหวัด และอำเภอ



ประสบการณ์ที่มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาโยบายได้เรียนรู้จากการทำงานในโครงการ Thai Compendium ซึ่งได้รับการสนับสนุนจาก กองทุนโลกเพื่อต่อสู้โรคเอดส์ วัณโรค และมาเลเรีย ในระยะ 6 ปีที่ผ่านมา จึงพัฒนารอบแนวคิด ซึ่งเสนอเป็นหน่วยการปฏิบัติงานสุดท้าย (Front liner Unit) ในระดับอำเภอ และขับเคลื่อนการประสานงานกับทุกภาคส่วน รวมทั้งหน่วยงานในระดับพื้นที่ตำบล ซึ่งมีกรอบการทำงานร่วมกับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 2 แสดงวงจรการสนับสนุนการเรียนรู้สร้างรูปแบบ (Model) การดำเนินงานกับกลุ่มเป้าหมาย ในพื้นที่ชุมชน เพื่อให้หน่วยงานระดับจังหวัด อำเภอ และส่วนกลาง เขต พัฒนาและปรับปรุง รูปแบบสำหรับนำไปใช้ขยายผลกับกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะวิถีชีวิตเดียวกันในพื้นที่ชุมชนอื่นๆ



ซึ่งการพัฒนาแบบใน 7 จังหวัดของเขต 8 ในประเด็นปัญหาทางสุขภาพที่แตกต่างกัน จะช่วยให้มองเห็นความต้องการการสนับสนุนจากเขต และส่วนกลาง ดังนั้น เขตสาธารณสุข ก็อาจจัดวางเป็นรูปแบบการทำงานในการะงานทางสุขภาพด้านต่างๆ ขึ้นให้สอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่

การดำเนินงานตามกรอบแนวทางภาพที่ 2 จะต้องได้รับความร่วมมือ จากหน่วยงานต่างๆ ในระดับเขต และส่วนกลาง เพื่อจัดวางทีมทางวิชาการที่สอดคล้องกับปัญหาที่จะดำเนินงานในแต่ละจังหวัด ทั้งนี้ กรณีที่ ต้องการนักวิชาการจากภาคส่วนอื่นๆ (เช่น ปัญหาสิ่งแวดล้อมจากขยะ หรือ มลพิษจากเหมืองแร่) ก็อาจต้องใช้กรอบวิธีการทำงานที่ขยายความร่วมมือให้กว้างขวางขึ้น การดำเนินงานเพื่อวางรูปแบบ (Model) ในระดับ อำเภอ ตำบล จะเป็นฐานในการวิเคราะห์ความต้องการการสนับสนุนจากเขต และส่วนกลางได้ชัดเจนขึ้น

เป้าประสงค์ (Purpose)

เพื่อพัฒนารูปแบบ (Model) ของการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในระดับเขต จังหวัด อำเภอ และตำบล ซึ่งมีท้องถิ่น และชุมชนร่วมกำหนดความจำเป็น (Needs) ในลักษณะการบริการ การควบคุม กำกับภาระงานสาธารณสุข และการแพทย์ ที่แตกต่างกันตามความจำเป็นของแต่ละจังหวัด หรือ พื้นที่ชุมชน ทั้งนี้ แต่ละรูปแบบจะต้องมีภาคประชาสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา และพัฒนาแนวทางร่วม ดำเนินงานกับภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหาที่เลือกมา

วัตถุประสงค์ทั่วไป (General Objective)

สนับสนุนผู้บริหารของเขตสาธารณสุขที่ 8 อุดรธานี สปสช. เขต 8 และศูนย์ของกรมต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้ง มหาวิทยาลัย และหน่วยงานภาคส่วนต่างๆ เข้าร่วมหรือกำหนดประเด็นที่จะวางกรอบการดำเนินงานในรูปประเด็นปัญหา (เช่น โรคติดต่อ หรือ สิ่งแวดล้อม) หรือ ปัญหาของกลุ่มประชากรตามวัย เพื่อร่วมกันพัฒนารูปแบบ (Model) การจัดการกับปัญหาในระดับพื้นที่อำเภอ ในรูปของ ระบบสุขภาพอำเภอ โดยมีองค์กรปกครองท้องถิ่น และภาคประชาคม กับหน่วยงานภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เข้าร่วมดำเนินงาน

วัตถุประสงค์เฉพาะ (Specific Objectives)

1. กำหนดกลุ่มปัญหาสุขภาพ และกลุ่มประชาชนเป้าหมาย เพื่อประมวลรูปแบบ และวิธีการดำเนินงาน และจัดบริการ หรือ สนับสนุนการขับเคลื่อนในทางยุทธศาสตร์ ให้สามารถบ่งชี้หน่วยงานที่มีพันธกิจหลักเกี่ยวข้องในการพัฒนารอบปฏิบัติการในพื้นที่ และกรอบการเสริมหนุน ทางวิชาการเพื่อพัฒนาเทคนิควิธี เครื่องมือ รวมทั้งการสนับสนุนทรัพยากร และงบประมาณเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติงานในพื้นที่ชุมชน ตามที่กำหนดในนโยบายของประเทศ
2. จัดทำข้อสรุปของกรอบการปฏิบัติงานของหน่วยงานในส่วนกลางที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพของแต่ละกลุ่มประชาชนเป้าหมาย ทั้งในเชิงภารกิจเชิงยุทธศาสตร์การพัฒนายุทธวิธี เครื่องมือ วิธีการ โดยจัดประชุมวิชาการของกลุ่มหน่วยงานในส่วนกลางที่รับผิดชอบภารกิจเกี่ยวเนื่องกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ให้สามารถบ่งชี้ภารกิจเชิงปฏิบัติการของหน่วยงาน และกรอบการ วัดผลการกิจที่ปรับทดสอบผลลัพธ์ในระดับพื้นที่ชุมชนของเขต 8 ในแต่ละจังหวัด
3. การจัดทำข้อสรุปของกรอบการปฏิบัติงานของหน่วยงานภูมิภาคในแต่ละเขต เพื่อปรับแก้กรอบปฏิบัติการจากส่วนกลาง ในแต่ละกลุ่มปัญหาสุขภาพของแต่ละกลุ่มประชากรเป้าหมาย ให้สอดคล้องกับบริบททางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมของแต่ละจังหวัด หรือ พื้นที่ชุมชน และกำหนดกรอบการปรับใช้ในทุกพื้นที่จังหวัด โดยกำหนดกรอบการทดสอบผลลัพธ์ ในพื้นที่อำเภอ ตำบล ตลอดจนกำหนดกรอบการขยายผลให้ครอบคลุมพื้นที่ทั้งจังหวัด ในระยะ 3 ปี
4. การจัดวางกรอบการปฏิบัติในแต่ละจังหวัด ให้ตอบสนองต่อกลุ่มดัชนีชี้วัดของแต่ละกลุ่มประชาชนเป้าหมาย โดยให้วินิจฉัยข้อจำกัด หรือ ส่วนขาดของหน่วยบริการ หรือ ผู้ปฏิบัติงานในเชิงสมรรถนะ เครื่องมือ วิธีการ ที่ใช้อยู่ในอดีตและปัจจุบัน เพื่อกำหนดแนวทางการปฏิบัติที่สามารถลดข้อจำกัด หรือ ทดแทนส่วนขาดที่ค้นพบ และปรับใช้กรอบการปฏิบัติดังกล่าวให้เป็นดัชนีชี้วัดสัมฤทธิ์ผลทั้งในเชิงปริมาณ และคุณภาพ
5. การจัดวางกรอบการปฏิบัติของหน่วยบริการ หรือ หน่วยปฏิบัติงาน เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ



ในอำเภอที่เลือกจากแต่ละจังหวัด แล้วปรับใช้รูปแบบ วิธีการ และเครื่องมือ จากส่วนกลาง หรือ ปรับพัฒนาโดยเขต จังหวัด เพื่อดำเนินงานในระดับพื้นที่ แล้วปรับใช้กรอบ ปฏิบัติงานดังกล่าวเป็นดัชนีวัดสัมฤทธิ์ผล ทั้งในเชิงปริมาณ และคุณภาพ

6. การจัดวางกรอบการปฏิบัติของประชาคม ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกับ หน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุขและภาคส่วนอื่นในระดับพื้นที่ชุมชน โดยให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการวิเคราะห์ปัญหา เหตุปัจจัย ที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ หรือ อุปสรรคต่อการบรรลุดัชนีตัวชี้วัดในระดับประเทศของแต่ละพื้นที่ และร่วมจัด กิจกรรม โครงการ หรือ แผนงาน ข้อจำกัด ส่วนชาตต่างๆ ใช้เป็นดัชนีชี้วัดผลสัมฤทธิ์

7. การจัดสรรทรัพยากร และพัฒนารูปแบบ วิธีการสนับสนุนการประมวลผล การวิเคราะห์ผลการติดตามกำกับงานในระดับส่วนกลาง เขต จังหวัด และอำเภอ เพื่อปรับแก้ยกระดับปฏิบัติการ ของภารกิจในแต่ละระดับ ให้สามารถยกระดับตัวชี้วัดการปฏิบัติงานของหน่วยงานที่รับผิดชอบ แต่ละกลุ่มตัวชี้วัด และกลุ่มประชากร สำหรับใช้เป็นกรอบการประเมินผลการปฏิบัติการของ แต่ละหน่วยงาน ตลอดจนเสนอให้หน่วยงานในระดับนโยบายประเทศ ปรับแก้ให้เหมาะสม

สรุป

โครงการนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Operation Research) ในลักษณะระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัด และเขต ที่มีการดำเนินงานอยู่แล้วในทุกเขต โดยได้หารือกับผู้บริหารของเขต 8 ซึ่งได้แสดงความสนใจที่จะทบทวนวิธีการทำงาน ที่เกี่ยวกับการจัดการข่ายงานของตนในการทำงานกับภาคีภาคส่วนต่างๆ ให้เข้ามาร่วมวิเคราะห์ปัญหา สถานการณ์ เหตุปัจจัยทางสังคมร่วมกัน จนสามารถวางแผนปฏิบัติการ และร่วมกันควบคุมกำกับภารกิจการทำงาน และประเมินผลด้วยกันได้

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นการปรับใช้รูปแบบ (Model) ที่แสดงไว้ใน ภาพหน้าที่ 5 ถึง 6 ซึ่งทดสอบกับการระบบงานของผู้ร่วมดำเนินงานทั้งในระดับ ตำบล อำเภอ จังหวัด เขต และส่วนกลาง เพื่อพัฒนาสมรรถนะ และทดสอบ (Piloting) การประยุกต์ใช้รูปแบบที่ได้พัฒนากำหนดขึ้น เพื่อจะพิจารณาการปรับตัวของข้อจำกัดในระบบงานปัจจุบันที่จะต้องปรับตัวเข้ากับรูปแบบที่กำหนดไว้ ซึ่งส่วนหนึ่งจะขึ้นอยู่กับประเด็นปัญหาทางสุขภาพที่แต่ละพื้นที่เลือก ซึ่งจะมีองค์ประกอบของภาคีที่เข้าร่วมปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ และภาคีที่จะร่วมสนับสนุนในระดับจังหวัด เขต และส่วนกลาง ที่แตกต่างกัน และมีเงื่อนไขเชิงบริบทของฐานทางวิชาชีพที่เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย

ประโยชน์ที่จะได้จากงานวิจัยปฏิบัติการนี้ คือ ตัวอย่างของรูปแบบ กรอบ และเกณฑ์การวัดผลของระบบสุขภาพเพื่อประชาชนในประเด็นสุขภาพเฉพาะด้าน เพื่อที่จะได้เป็นต้นแบบในการนำไปพัฒนาในประเด็นปัญหาสุขภาพด้านอื่นๆ ต่อไป



แผนการดำเนินงาน : ใช้เวลา 12 เดือน แบ่งระยะเวลาโครงการ ดังนี้

- ระยะที่ 1 เดือนที่ 1-8 จำนวนงบประมาณ 5,893,888.- ล้านบาท
- ระยะที่ 2 เดือนที่ 9-12 เสนอแผนโครงการอีกครั้ง

กิจกรรม	ระยะเวลา เดือนที่											
วัตถุประสงค์ที่ 1 : พัฒนารอบปฏิบัติการในระดับพื้นที่	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.1) ปรึกษากับ 3 พื้นที่ ผู้บริหาร และคณะทำงานระดับพื้นที่ วิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพ เพื่อพื้นที่สามารถกำหนดปัญหาสุขภาพ และกลุ่มประชาชนเป้าหมาย	/											
1.2) สนับสนุนการประมวลรูปแบบ วิธีการดำเนินงานของแต่ละพื้นที่ กรอบการเสริมหนุนทางวิชาการเพื่อพัฒนาเทคนิควิธี เครื่องมือ รวมทั้งการสนับสนุนทรัพยากร และงบประมาณ	/	/	/									
วัตถุประสงค์ที่ 2 : จัดทำข้อสรุปการปฏิบัติงานของหน่วยงานส่วนกลาง	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
2.1) จัดประชุมวิชาการของกลุ่มหน่วยงานในส่วนกลางที่รับผิดชอบภารกิจเกี่ยวเนื่องกับแต่ละกลุ่มเป้าหมายให้สามารถบ่งชี้ภารกิจเชิงปฏิบัติการของหน่วยงาน		/	/									
2.2) จัดประชุมวิชาการของกลุ่มหน่วยงานในส่วนกลางที่รับผิดชอบภารกิจเกี่ยวเนื่องกับแต่ละกลุ่มเป้าหมายให้มีกรอบการวัดผลการกิจที่วัดผลลัพธ์ในระดับพื้นที่ชุมชนของ 3 พื้นที่				/		/		/	/	/	/	/
วัตถุประสงค์ที่ 3 : กรอบการปฏิบัติงานของหน่วยงานภูมิภาคในแต่ละเขต	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
3.1) จัดทำข้อสรุปของกรอบการปฏิบัติงานของหน่วยงานภูมิภาคในแต่ละเขต เพื่อปรับแก้กรอบปฏิบัติการจากส่วนกลาง ในแต่ละกลุ่มปัญหาสุขภาพของแต่ละกลุ่มประชากรเป้าหมายให้สอดคล้องกับบริบททางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมของแต่ละจังหวัด หรือ พื้นที่ชุมชน			/	/		/						
3.2) กำหนดกรอบการปรับใช้ในทุกพื้นที่จังหวัด โดยกำหนดกรอบการทดสอบผลลัพธ์ ในพื้นที่อำเภอตำบล ตลอดจนกำหนดกรอบการขยายผล								/	/	/	/	/



กิจกรรม	ระยะเวลา เดือนที่											
ให้ครอบคลุมพื้นที่ทั้งจังหวัด ในระยะ 3 ปี												
วัตถุประสงค์ที่ 4 : การจัดวางกรอบการปฏิบัติในแต่ละจังหวัดให้ตอบสนองต่อกลุ่มดัชนีชี้วัดของแต่ละกลุ่มประชากรเป้าหมาย	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
4.1) สนับสนุนทีมจังหวัดวินิจฉัยข้อจำกัด หรือ ส่วนขาดของหน่วยบริการ หรือ ผู้ปฏิบัติงานในเชิงสมรรถนะ เครื่องมือ วิธีการ ที่ใช้อยู่ในอดีตและปัจจุบัน			/	/								
4.2) สนับสนุนทีมจังหวัดให้กำหนดแนวทางการปฏิบัติที่สามารถลดข้อจำกัด หรือ ทดแทนส่วนขาดที่ค้นพบ และปรับใช้กรอบการปฏิบัติดังกล่าวให้เป็นดัชนีชี้วัดสัมฤทธิ์ผล ทั้งในเชิงปริมาณ และคุณภาพ					/	/						
วัตถุประสงค์ที่ 5 : จัดวางกรอบการปฏิบัติของหน่วยบริการ หรือ หน่วยปฏิบัติงาน	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
5.1) ทีมโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในอำเภอที่เลือกจากแต่ละจังหวัด ในการปรับใช้รูปแบบวิธีการ และเครื่องมือจากส่วนกลาง หรือ ปรับพัฒนาโดยเขต จังหวัด เพื่อดำเนินงานในระดับพื้นที่				/	/	/						
5.2) ทีมโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ปรับใช้กรอบปฏิบัติงานดังกล่าวเป็นดัชนีวัดสัมฤทธิ์ผล ทั้งในเชิงปริมาณ และคุณภาพ							/	/	/	/	/	/

วัตถุประสงค์ที่ 6 : วางกรอบการปฏิบัติของประชาคม ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกับหน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุขและภาคส่วนอื่นในระดับพื้นที่ชุมชน	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
6.1) หน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุขและภาคส่วนอื่นในระดับพื้นที่ชุมชนร่วมกับชุมชนท้องถิ่น โดยให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเข้ามามี	/	/	/									



กิจกรรม	ระยะเวลา เดือนที่											
ส่วนร่วมในการจัดการวิเคราะห์ปัญหา เหตุปัจจัย ที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ หรือ อุปสรรคต่อการบรรลุดัชนีตัวชี้วัดในระดับประเทศของแต่ละพื้นที่												
6.2) ชุมชนท้องถิ่นและประชากรกลุ่มเป้าหมาย ร่วมจัดกิจกรรม โครงการ หรือ แผนงานข้อจำกัด ส่วนขาดต่างๆ ใช้เป็นดัชนีชี้วัดผลสัมฤทธิ์					/		/	/	/	/	/	/
วัตถุประสงค์ที่ 7 : การจัดสรรทรัพยากร และ พัฒนารูปแบบ วิธีการสนับสนุนการประมวลผล การวิเคราะห์ผลการติดตามกำกับงานในระดับ ส่วนกลาง เขต จังหวัด และอำเภอ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
7.1) การจัดสรรทรัพยากร และ พัฒนารูปแบบ วิธีการสนับสนุนการประมวลผล การวิเคราะห์ผลการติดตามกำกับงานในระดับส่วนกลาง เขต จังหวัด และอำเภอ ผ่านโปรแกรมช่วยงานติดตาม online						/	/					
7.2) ปรับแก้ยกระดับปฏิบัติการของภารกิจในแต่ละระดับให้สามารถยกระดับตัวชี้วัดการปฏิบัติงาน ของหน่วยงานที่รับผิดชอบแต่ละกลุ่มตัวชี้วัด และ กลุ่มประชากร สำหรับใช้เป็นกรอบการประเมินผล การปฏิบัติการของแต่ละหน่วยงาน								/	/	/	/	/
7.3) เสนอให้หน่วยงานในระดับนโยบายประเทศ ปรับแก้ให้เหมาะสม											/	/

กรอบผลงานนำส่งของระยะที่ 1 (8 เดือน)

ภายในสิ้นเดือนที่ 4 :
1. ยกร่างกรอบปฏิบัติการในระดับพื้นที่ของ 3 อำเภอ ประกอบด้วย การกำหนดประเด็นปัญหาสุขภาพ ประชากรกลุ่มเป้าหมาย และการวิเคราะห์เหตุปัจจัย อุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ และ โดยหน่วยบริการ ของกระทรวงสาธารณสุข ภาคส่วนที่มีนโยบายสนับสนุนการปฏิบัติงานในพื้นที่ ชุมชน ท้องถิ่น
2. กรอบการสนับสนุนจังหวัดให้วินิจฉัยข้อจำกัด หรือ ส่วนขาดของหน่วยบริการ หรือ ผู้ปฏิบัติงานในเชิง สมรรถนะ เครื่องมือ วิธีการ ที่ใช้อยู่ในอดีตและปัจจุบัน เพื่อกำหนดแนวทางการปฏิบัติที่สามารถลด ข้อจำกัด หรือ ทดแทนส่วนขาดที่ค้นพบ และเตรียมการปรับใช้กรอบการปฏิบัติดังกล่าวให้เป็นดัชนีชี้วัด สัมฤทธิ์ผล ทั้งในเชิงปริมาณ และคุณภาพ
ภายในสิ้นเดือนที่ 6
3. กรอบปฏิบัติการในระดับพื้นที่ของ 3 อำเภอ ที่เชื่อมโยงกับกรอบการปฏิบัติในแต่ละจังหวัด และหน่วย



บริการ หรือหน่วยปฏิบัติงาน และชุมชนท้องถิ่นและประชากรกลุ่มเป้าหมาย โดยมีการแสดงการปรับใช้รูปแบบ วิธีการ และเครื่องมือการดำเนินงาน ตลอดจนถึงชี้วัดผลของแต่ละประชากรกลุ่มเป้าหมาย
4. แผนการจัดสรรทรัพยากรและพัฒนา รูปแบบ วิธีการสนับสนุนการประมวผล การวิเคราะห์ผลการติดตามกำกับงานในระดับอำเภอ จังหวัด เขต และส่วนกลางผ่านโปรแกรมออนไลน์
ภายในสิ้นเดือนที่ 8
5. รายงานทดลองแสดงการจัดสรรทรัพยากร และรูปแบบ วิธีการสนับสนุนการประมวผล การวิเคราะห์ผลการติดตามกำกับงานในระดับส่วนกลาง เขต จังหวัด และอำเภอ ผ่านโปรแกรมรายงานติดตาม online ปรับปรุง
6. สรุปรายงานโครงการระยะที่ 1 พร้อมบทสรุปผู้บริหาร และข้อเสนอแผนโครงการระยะ ที่ 2 (เดือนที่ 9-12)



ภาคผนวก 2 เครื่องมือการเงิน การคลังของเขตบริการสุขภาพที่ 8



แนวทางการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบระบบการเงินการคลัง เขตสุขภาพที่ 8
โครงการ พัฒนารอบการทำงานในระดับเขตสาธารณสุข จังหวัด และอำเภอ (ระยะที่ 1)

ส่วนที่ 1 แนวทางการสัมภาษณ์

1. มีการพัฒนาประสิทธิภาพการวางแผนการเงินการคลังอย่างไรบ้าง
2. มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการแก้ปัญหาอย่างไรบ้าง
3. มีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการบริหารจัดการอย่างไรบ้าง
4. งบประมาณที่ได้รับการจัดสรร พ.ศ. 2555 - พ.ศ. 2557 ของแต่ละ รพ.
(ทั้งในส่วนจาก สปสช. และ สธ. และรายได้อื่น)
5. อัตราค่าจ้างของแต่ละ รพ. (จำนวนแพทย์ แพทย์เฉพาะทาง พยาบาล และเจ้าหน้าที่ อื่นๆ)

ส่วนที่ 2 ขอความอนุเคราะห์ด้านเอกสาร (เอกสาร หรือไฟล์ Microsoft Excel) ดังนี้

1. เอกสารงบประมาณการเงินย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2555- 2557) ประกอบด้วย
 - 1) เอกสารงบดุล (Balance Sheet)
 - 2) เอกสารงบกำไร ขาดทุน (Income Statement)
 - 3) (หากเป็นไปได้) ขอความอนุเคราะห์แยกประเภทรายจ่ายรายปี ออกเป็น 3 หมวด
 - เงินเดือน
 - ครุภัณฑ์ และค่าใช้จ่ายทำการ (Operating Expense)
 - งบลงทุน(หากไม่สามารถทำได้) ขอความอนุเคราะห์ สัมภาษณ์พนักงานบัญชีการเงิน
2. ข้อมูลดัชนีชี้วัดเชิงคุณภาพบริการ (Quality of Service Indicators) ของแต่ละ รพ. ต้องส่งให้หน่วยงานส่วนกลาง



ภาคผนวก 3 เครื่องมือคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเขต อุตรธานี และอำเภอหนองแสง



แนวทางการสัมภาษณ์การจัดการระบบสุขภาพผู้สูงอายุ อ.หนองแสง จ.อุดรธานี
โครงการ พัฒนารอบการทำงานในระดับเขตสาธารณสุข จังหวัด และอำเภอ (ระยะที่ 1)

สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1. ความสัมพันธ์ ความร่วมมือของหน่วยงานหลักในชุมชน รพ. สต. รพช. อปท. ชมรม. อสม. อผส. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สสอ. สสจ.
2. ความสัมพันธ์และ Policy Initiative ที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ
3. แต่ละหน่วยงานมีการเก็บข้อมูลใดบ้างและ มีการใช้ข้อมูลอย่างไร
4. โครงการในชุมชนช่วยแก้ไขปัญหาในมิติใดบ้าง
5. มีการประเมินการบรรลุผลความสำเร็จของโครงการหรือไม่ อย่างไร หากมี การบรรลุผลสำเร็จนั้นส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างไร
6. หน่วยงานต่างๆ สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุ ได้อย่าง
 - 1) ครอบคลุมหรือไม่ อย่างไร
 - 2) ในมิติใดบ้าง และ
 - 3) สิ่งที่ทำตรงกับปัญหาผู้สูงอายุหรือไม่

สำหรับ โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1. ด้านข้อมูล
 - แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่มนี้ (กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง และกลุ่มติดสังคม) มีเกณฑ์อย่างไร
 - หน่วยงานใดเป็นผู้เก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูล มีความถี่ในการปรับปรุงมากน้อยเพียงใด และบันทึกอย่างไร
 - หน่วยงานใดเป็นผู้ใช้ข้อมูลเหล่านี้ หากมีผู้ใช้มากกว่าหนึ่งแหล่ง มีการใช้ข้อมูลร่วมกันอย่างไร
 - มีการประเมินการบรรลุผลความสำเร็จของโครงการหรือไม่ อย่างไร หากมี การบรรลุผลสำเร็จนั้นส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างไร
2. ด้านความสัมพันธ์
 - มีโครงการใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2557 โครงการนั้นได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณจากภาคส่วนใด และมีแผนงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2558 อย่างไรบ้าง ใครเป็นผู้สนับสนุน และมีภาคใดร่วมมือบ้าง
 - มีการประสานงานกับภาคีอย่างไร (เช่น สสอ. สสจ.ฯ)
 - มีการประเมินการบรรลุผลความสำเร็จของโครงการหรือไม่ อย่างไร หากมี การบรรลุผลสำเร็จนั้นส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างไร



สำหรับผู้สูงอายุ

1. ความสัมพันธ์ระหว่างชมรมผู้สูงอายุกับแต่ละภาคีเป็นอย่างไร
2. มีการประเมินการบรรลุผลความสำเร็จของโครงการหรือไม่ อย่างไร หากมี การบรรลุผลสำเร็จนั้น ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างไร
3. ในการดำเนินโครงการ พบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานหรือไม่ อย่างไร และมีข้อเสนอแนะ สำหรับการดำเนินงานครั้งต่อไปหรือไม่
4. มีจำนวนผู้สูงอายุที่ไม่เข้าชมรมจำนวนเท่าใด และมีการดำเนินการอย่างไรบ้างกับผู้สูงอายุ เหล่านั้น



แนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของท้องถิ่น

1. ประชากร

ประชากรชาย	ประชากรหญิง	รวม	ผู้สูงอายุ	
			ชาย	หญิง

2. จำนวนหมู่บ้าน

3. รายได้ประชากร

4. จำนวนผู้รับเบี้ยยังชีพ

อปท.	ผู้สูงอายุ	เพศ	
		ชาย	หญิง

5. งบประมาณที่ใช้โครงการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

จำนวนเงินสนับสนุนจาก สปสช.	
จำนวนเงินสมทบจาก อปท.	
รวม	

6. โครงการที่ทำกับผู้สูงอายุ หรือโครงการที่เกี่ยวข้อง

ปีงบประมาณ 2557		
ชื่อโครงการ	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
ปีงบประมาณ 2556		
ชื่อโครงการ	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
ปีงบประมาณ 2555		
ชื่อโครงการ	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ



แผนโครงการที่จะทำในปีงบประมาณ 2558

ชื่อโครงการ	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ

โครงการอื่นๆ

ชื่อโครงการ	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ



ภาคผนวก 4 เครื่องมือควบคุมโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงของเขต
จังหวัดหนองคาย และอำเภอท่าบ่อ



เครื่องมือ การประเมินทดสอบฐานข้อมูลสำหรับติดตาม และประเมินผล

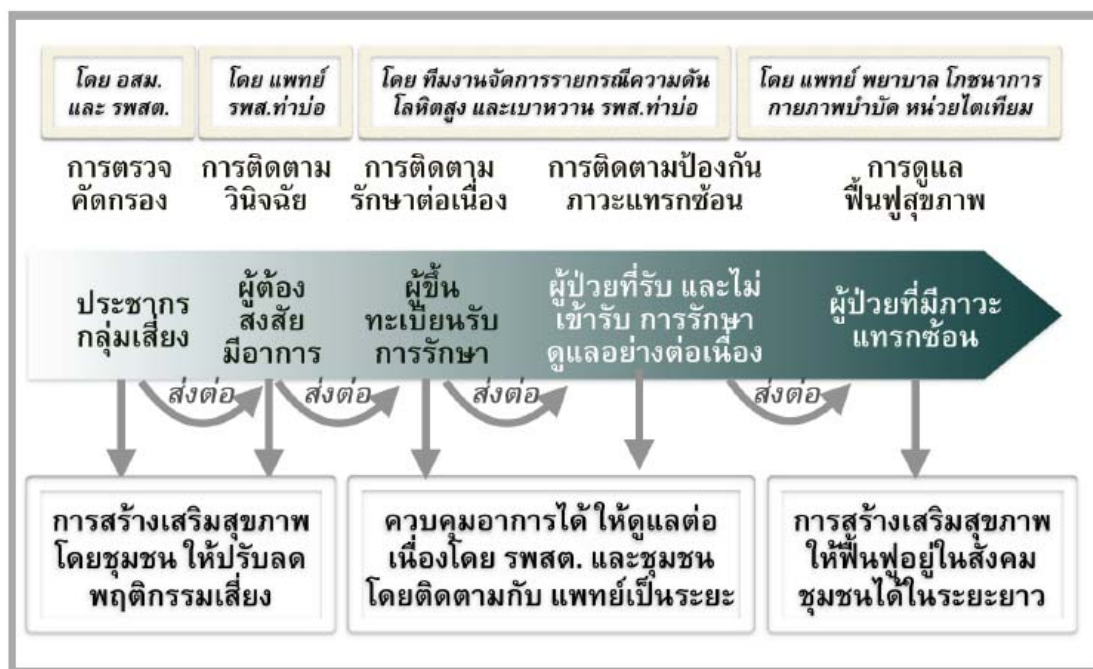
การจัดการกรณีความดันโลหิตสูงและเบาหวาน

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อ.ท่าบ่อ จ.หนองคาย

โครงการ พัฒนารอบการทำงานในระดับเขตสาธารณสุข จังหวัด และอำเภอ (ระยะที่ 1)

การจัดการให้เกิดการดูแล ติดตาม และรักษา ประชากรในพื้นที่ที่รับผิดชอบให้ครอบคลุมตั้งแต่มีสถานะความเสี่ยง (At Risk Population) ไปจนกระทั่งตรวจคัดกรองแสดงเป็นผู้ต้องสงสัย (Suspected Cases) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัย (Diagnosed Cases) จนถึงผู้ที่เริ่มมีความเสื่อมสลายของอวัยวะเป้าหมาย (Targetted Organ Damaged Cases) ซึ่งต้องดูแลไม่ให้กลายเป็น โรคหลอดเลือดในสมอง (Stroke) โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Heart Disease) และภาวะไตวาย (Renal Failure) ตลอดจนการติดตามดูแลผลแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน อย่างต่อเนื่อง จำเป็นต้องใช้ฐานข้อมูลติดตามประชากรกลุ่มต่างๆ เหล่านี้อย่างต่อเนื่อง ระยะยาว ที่เรียกว่า (Cohort Study Follow Up) เพื่อประมวลวิเคราะห์ และปรับปรุงภาระงานเหล่านี้

ภาพที่ 1 แสดงกรอบการจัดบริการให้กับประชากรกลุ่มเสี่ยงไปจนถึงการดูแลเมื่อได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน สำหรับกำหนดเป็นฐานข้อมูล เพื่อใช้ในการติดตาม และประเมินผล



การจัดการให้เกิดการดูแล ติดตาม และประเมินผลภารกิจของหน่วยงาน ภาครัฐ และประชาคมต่างๆ รวมถึงการเสริมหนุนให้ครอบครัวร่วมดูแล ติดตามแก้ไขปัญหาของประชากรกลุ่มนี้อย่างเป็นระบบ จึงต้อง



วางระบบการจัดการฐานข้อมูลที่สะท้อนคุณภาพการจัดบริการของภาคีทุกฝ่ายได้อย่างชัดเจน เพื่อให้เกิดการพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการแต่ละส่วนได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับบริบท และความต้องการ (Needs) ของประชากร หรือ ผู้ป่วยในแต่ละระยะช่วงของชีวิต

ภาพที่ 1 แสดงกลุ่มประชากร และผู้ป่วย ในแต่ละระยะช่วงชีวิต ซึ่งควรได้รับการดูแลที่แตกต่างกัน และผู้จัดการดูแลแต่ละกรณี (Case Managers) ควรวางแผนการจัดการฐานข้อมูลที่ใช้ในการประมวล จนสามารถใช้วิเคราะห์เป็นข่าวสารสำคัญ ที่นำมาสื่อความเข้าใจกับทีมงานภาคีทั้งในสถานบริการสุขภาพ (รพส. และรพ.สต.) กับผู้กำหนดนโยบายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และชุมชน (ชมรมความดันโลหิตสูง และเบาหวาน) เพื่อให้ร่วมทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดได้

การทดสอบประมวลสถานการณ์ของการจัดบริการให้กับประชากรกลุ่มต่างๆ ดังนี้

1. ประชากรกลุ่มเสี่ยง

จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยง ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน หรือ มีความเสี่ยงทั้งสองโรค ในแต่ละหมู่บ้าน แต่ละตำบล (ตามเขตรับผิดชอบของ อปท. และรพ.สต. และรวมจำนวนทั้งอำเภอ ตำบล ที่สำรวจไว้เมื่อเริ่ม ปี 2557

(ก) จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยง ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง และได้รับการคัดกรองใน ปี 2557 จำแนกตามหมู่บ้าน ตำบล และรวมทั้งอำเภอ ตำบล

(ข) จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรอง และสงสัยว่ามีอาการ จำแนกตามหมู่บ้าน ตำบล และรวมทั้งอำเภอ

(ค) แสดงอัตราความครอบคลุมการคัดกรอง ข/ก นำมาคูณด้วย 100 คิดเป็นเปอร์เซ็นต์ แสดงอัตราการส่วนของผู้ที่ต้องสงสัยต่อผู้ที่คัดกรอง ค/ข นำมาคูณด้วย 100 คิดเป็นเปอร์เซ็นต์ อัตราส่วนผู้ที่ยังเป็นกลุ่มเสี่ยงต้องการการเสริมสุขภาพต่อเนื่อง (ข-ค) ข นำมาคูณด้วย 100 เป็นเปอร์เซ็นต์ อัตราส่วนต่างๆ จำแนกตาม หมู่บ้าน ตำบล และอำเภอได้

2. ผู้ต้องสงสัยมีอาการ

ผู้ต้องสงสัยมีอาการ ส่งมารับการวินิจฉัย จำนวน ค มารับการวินิจฉัยจริงเป็นจำนวน ง และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง และเบาหวาน จำนวน จ ของแต่ละหมู่บ้าน ตำบล และรวมทั้งอำเภอ ในปี 2557

- อัตราส่วนของผู้ต้องสงสัยเข้ารับการวินิจฉัย คือ ง/ค
- อัตราส่วนของผู้ที่เข้ารับการวินิจฉัยที่เป็นผู้ป่วย คือ จ/ง
- อัตราส่วนของผู้ที่เข้ารับการวินิจฉัยที่เป็นกลุ่มเสี่ยง คือ (ง-จ)/ง
- จำนวนที่ต้องส่งต่อไปสร้างเสริมสุขภาพในระดับหมู่บ้าน และตำบล คือ (ข-ค) + (ง-จ)



ซึ่งต้องตรวจคัดกรองอีก ในปีต่อไปร่วมกับกลุ่มเสี่ยงใหม่ที่เพิ่มเข้ามา

3. ผู้ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วย

ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยในอำเภอท่าบ่อ เป็นกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่ (เป็นครั้งแรก) ในอำเภอท่าบ่อใน ปี 2557 คือ จ เข้าลงทะเบียนรับการรักษาในสถานบริการภายใต้การดูแลจัดการของรพส. ท่าบ่อ จำนวน ฉ คน อัตราส่วนเข้าลงทะเบียนรักษาใน ปี 2557 คือ ฉ/จ

ข้อมูลจากการสำรวจในหมู่บ้าน และตำบล แสดงผู้ป่วยที่ไปรับบริการที่หน่วยบริการอื่นๆ หรือ ไปรับบริการจากการแพทย์พื้นบ้านอย่างไรบ้าง? มีข้อมูลหรือไม่

4. ผู้ขึ้นทะเบียนรักษาในอำเภอท่าบ่อ

ผู้ที่เข้าลงทะเบียนรักษาใน ปี 2557 จำนวน ฉ ราย ได้รับการรักษาด้วยยาโภชนบำบัด และออกกำลังกาย จนควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ภายใน 3 เดือนแรกของการรักษา จำนวน ช คน

- อัตราผู้ป่วยรายใหม่ที่ควบคุมอาการได้ (Controlled Cases) คือ ช/ฉ
- อัตราผู้ป่วยรายใหม่ที่ควบคุมอาการไม่ได้ (Controlled Cases) คือ (ฉ-ช)/ฉ

การทำ Cohort เป็นระยะๆ สามารถทำย้อนหลังไปได้ตามเวชระเบียน แต่ในกรณีนี้ขอให้ทำเฉพาะกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาใน ปี 2557 และดูผลการรักษาเพียงแค่ระยะ 3 เดือนแรกก่อน หากทำได้ ก็ค่อยๆ ขยายมาเป็น 6 เดือน 9 เดือน และ 1 ปี ขึ้นไปเรื่อยๆ และเริ่มจากปี 2557 ก่อน แล้วจึงขยายย้อนหลังไปสู่วินิจฉัยก่อน

5. ผู้ป่วยที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนรักษาในอำเภอท่าบ่อ

การติดตามผู้ป่วยที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนรักษา อาจจะใช้ข้อมูลจากการสำรวจ หรือ ข้อมูลการรวมตัวเป็นชมราผู้เป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ที่ติดตามภาวะการดำเนินการดำเนินโรค และติดตามผลแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องก็ได้ สมมุติว่ารวบรวมได้เป็นจำนวน ช คน

6. ผู้ป่วยที่ตรวจพบเริ่มมีภาวะแทรกซ้อนกับสมอง หัวใจ และไต

การติดตามภาวะแทรกซ้อนของโรงพยาบาลในผู้ป่วยรวมของเบาหวาน (บ) และความดันโลหิตสูง (ลช) ใน ปี 2557 เป็นจำนวนมีเริ่มมีอาการแทรกซ้อน โดยการตรวจจอบประสาทตา (ทป) ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ(ทจ) และตรวจเลือดคั้นหาภาวะไตวาย (ทต) และนำมาหาอัตราส่วน ซึ่งในทางระบาดวิทยาคณิก ควรแยกตามระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค เพราะความสำเร็จในการควบคุมโรคจะอยู่ที่การดูแลรักษา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนมีโอกาสรเริ่มมีภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุดผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการเหล่านี้จะต้องได้รับการปรับแก้โดยการให้ยา โภชนบำบัด และการออกกำลังกาย ที่เคร่งครัดมากขึ้น เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเสื่อมทำลายของอวัยวะสมอง หัวใจขาดเลือด และไตวาย ซึ่งต้องได้

รับการรักษาดูแลต่อไป

7. ผู้ป่วยที่มีภาวะเสื่อมของสมอง หัวใจ และไตแล้ว

- ผู้ป่วยที่มีอาการ Stroke ในปี 2557 เป็นจำนวน X



- ผู้ป่วยที่มีอาการหัวใจขาดเลือด ในปี 2557 เป็นจำนวน Y
- ผู้ป่วยที่มีอาการไตวาย ในปี 2557 เป็นจำนวน Z
- ผู้ป่วยดังกล่าว มาจากหมู่บ้าน และตำบลใดบ้าง และ เริ่มป่วยเป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูงตั้งแต่เมื่อไร?
- ได้รับการรักษาขึ้นทะเบียนใน อ. ท่าบ่อ หรือ สถานพยาบาลอื่น หรือ ไม่ได้ได้รับการรักษา รวมทั้งมีผู้ป่วยที่มีอาการทั้ง 3 ประการมาก่อน และเสียชีวิตในปี 2557 หรือไม่? เพราะไร?



ภาคผนวก 5 เครื่องมือการจัดการระบบขยะของเขต จังหวัดสกลนคร และอำเภอกุดบาก



แนวทางการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบระบบการจัดการขยะ อำเภอกุฎบาก จังหวัดสกลนคร
โครงการ พัฒนารอบการทำงานในระดับเขตสาธารณสุข จังหวัด และอำเภอ (ระยะที่ 1)

ส่วนที่ 1 แนวทางการสัมภาษณ์

1. กรอบการเชื่อมต่อการบริหารจัดการขยะใน 3 ระดับ คือ ท้องถิ่น จังหวัด และเขต

หน่วยงานระดับเขต

- แนวทางการดำเนินงานตามบทบาท หน้าที่ ภารกิจ และพันธกิจ มีความเกี่ยวข้องกับการจัดการขยะอย่างไร
- ท่านได้มีการวางกรอบแนวทางการเสริมหนุนการดำเนินงานเรื่องการจัดการขยะแก่จังหวัด อำเภอ และท้องถิ่นไว้อย่างไร
- ที่ผ่านมาท่านได้ดำเนินการเรื่องใดบ้างในประเด็นการจัดการขยะ โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดสกลนคร
- ท่านมองว่าการวางบทบาทหน้าที่ ภารกิจและพันธกิจของหน่วยงานท่านประเด็นการจัดการขยะมีความเหมาะสมหรือไม่ และยังมีจุดอ่อนอย่างไรบ้าง

หน่วยงานระดับจังหวัด

- ตามบทบาท หน้าที่ ภารกิจ และพันธกิจ ของหน่วยงานท่านในประเด็นการจัดการขยะ
- ตามกรอบยุทธศาสตร์การจัดการขยะจังหวัดสกลนคร หน่วยงานของท่านได้รับการวางบทบาทอย่างไร และดำเนินการเป็นอย่างไรบ้าง
- ตามกรอบการปฏิบัติงานในการดำเนินการจัดการขยะจังหวัดสกลนคร ท่านพบปัญหา และอุปสรรค อย่างไรบ้าง และมีวิธีการในการปรับกรอบการดำเนินงานอย่างไรบ้าง
- ในอนาคตหน่วยงานของท่านมีการวางแผนการดำเนินงานอย่างไรบ้าง และมีความจำเป็นจะต้องปรับปรุงบทบาทหน้าที่ และภารกิจของหน่วยงานท่านเพื่อให้มีความเหมาะสมมากขึ้นหรือไม่อย่างไร

หน่วยงานระดับอำเภอ

- บทบาทของหน่วยงานระดับอำเภอ ในการสนับสนุนหรือส่งเสริมการดำเนินการจัดการขยะของเทศบาลทั้ง 4 แห่งในพื้นที่อำเภอกุฎบาก
- ความเป็นไปได้และความคิดเห็นของหน่วยงานระดับอำเภอในการเป็นหน่วยงานกลางเพื่อร่วมใช้ทรัพยากรในการจัดการขยะร่วมกัน



- ปัญหาและอุปสรรคในการที่จะให้ทั้ง 4 เทศบาลในอำเภอกุดบากดำเนินการร่วมบริหารจัดการขยะ โดยการแบ่งปันทรัพยากรและรายได้จากการดำเนินการจัดการขยะ ในมุมมองของหน่วยงานระดับอำเภอ

หน่วยงานระดับท้องถิ่น

- ในการดำเนินการจัดการขยะมีหน่วยงานใดร่วมรับผิดชอบบ้าง และมีบทบาทหน้าที่อย่างไร และผลการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานภาคีเป็นอย่างไร
- การจัดการขยะท่านได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานระดับอำเภอ จังหวัดและเขตอย่างไรบ้าง
- ปัญหาและอุปสรรคและสิ่งที่ต้องการเสริมสมรรถนะหรือการสนับสนุนจากหน่วยงานระดับจังหวัด หรือเขตมีอะไรบ้าง

2. กรอบการบริหารจัดการขยะในอำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร

- ที่ผ่านมามีการบริหารจัดการขยะอย่างไร มีกรอบการดำเนินงานอย่างไร มีทรัพยากรอะไรบ้าง และผลการดำเนินงานเป็นอย่างไรบ้าง
- ท่านมีการใช้จ่ายงบประมาณในเรื่องการจัดการขยะเป็นอย่างไร
- จากข้อมูลด้านงบประมาณและการจัดสรรทรัพยากร ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร และจะปรับปรุงนโยบายและแผนงานการจัดการขยะอย่างไรบ้าง และจะดำเนินการได้เมื่อใด ต้องการการสนับสนุนอย่างไร
- ท่านจัดการแบ่งประเภทขยะอย่างไร และมีการจัดการอย่างไร ครอบคลุมทุกประเภทขยะหรือไม่
- ท่านพบปัญหาและอุปสรรคในการจัดการขยะ และมีกรอบแนวคิดในการแก้ไขปัญหาอย่างไร

ส่วนที่ 2 ขอบความอนุเคราะห์ด้านเอกสาร

1. เอกสารยุทธศาสตร์ กรอบการดำเนินงาน และแนวทางการบริหารจัดการขยะในระดับเขต จังหวัด อำเภอ และท้องถิ่น
2. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้ง 4 แห่งในพื้นที่ อ.กุดบาก
3. ข้อมูลการดำเนินกิจกรรมโครงการ ของเทศบาลทั้ง 4 แห่งในพื้นที่อำเภอกุดบาก และผลของการดำเนินกิจกรรมโครงการในประเด็นการจัดการขยะ
4. ข้อมูลการเงินการคลังของท้องถิ่นทั้ง 4 แห่งในอำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร

รวบรวมข้อมูลโครงการจัดการขยะ ในประเด็นการจัดการทางการเงิน การคลังของหน่วยงาน เปรียบเทียบตามระดับของความเป็นชุมชนเมือง (Rural – Urban Interaction) และขนาดของการจัดการขยะ (Scope of Waste Management) ในพื้นที่เขตสาธารณสุขที่ 8 จากเทศบาลตำบลพังโคน และเทศบาลนครสกลนคร จังหวัดสกลนคร และเทศบาลนครอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี



ภาคผนวก 6 ข้อเสนอโครงการระยะที่ 2



ข้อเสนอ ระยะที่ 2

โครงการพัฒนาและสนับสนุนการขับเคลื่อนการทำงานเขตสาธารณสุขที่มุ่งประสิทธิผล

1. ความเป็นมา

แนวคิดการจัดการเขตสาธารณสุขปรับปรุงแบบจากการสนับสนุนทางวิชาการ และบริการในยุคที่ยังขาดแคลน บุคลากร และเทคนิควิชาการ เพื่อให้บริการแก่ประชาชนที่ขาดการคมนาคม สื่อสารในพื้นที่ห่างไกล ต้องอาศัยบริการรวมศูนย์สนับสนุนจากส่วนกลาง ที่ค่อยๆขยายขอบเขตบริการ กลายเป็นศูนย์ควบคุมโรคต่างๆ ศูนย์อนามัยแม่และเด็ก ศูนย์ระดับวิทยาเขต ศูนย์ฝึกอบรมสาธารณสุขมูลฐานภาค ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ภาค ฯลฯ ในพื้นที่ระดับภาค หรือ เขตทั่วประเทศ โดยมุ่งให้จัดบริการทางเทคนิควิธีเฉพาะด้าน ให้กับหน่วยงาน และประชาชนในภูมิภาค

ต่อมา กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาระบบตรวจราชการจากส่วนกลาง และปรับขยายไปสู่การนิเทศงานร่วมในเขต หรือ กลุ่มจังหวัด ในขณะที่ วิวัฒนาการทางเทคโนโลยีและเทคนิคสังคมเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และเกิดกระจายการพัฒนาไปสู่สถาบันการศึกษา สถาบันวิจัย อย่างกว้างขวางทั่วประเทศ ส่งผลให้สมรรถนะทางวิชาการขยายไปสู่สถาบัน ชำนาญเฉพาะสาขาต่างๆ ในต่างจังหวัด ทั้งในส่วนกลาง และภูมิภาค ส่งผลให้บทบาทการสนับสนุนทาง เทคนิควิธีการจากหน่วยวิชาการกระทรวงสาธารณสุขเปลี่ยนสู่การประสานงานทางวิชาการ และเพิ่มพันธกิจเชิงนโยบาย และหนุนเสริมทางยุทธศาสตร์มากขึ้น

ใน ปี 2555 กระทรวงสาธารณสุขได้ออก คำสั่งที่ 209/2555 เมื่อ วันที่ 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555 เรื่อง **การบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ** ซึ่งมีนัยสำคัญในการจัดทำ **“แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)”** เพื่อตอบสนองแนวโน้มความเปลี่ยนแปลงของสังคม และประชากร ตลอดจนให้ทันกับความต้องการทางด้าน สุขภาพของประเทศ มุ่งใช้รูปแบบเครือข่ายบริการ แทนการขยายโรงพยาบาลเป็นรายแห่ง ภายใต้หลักการ **“เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ”** เชื่อมโยงบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิเข้าด้วยกัน ให้ครอบคลุม บริการภายใน 4 - 8 จังหวัด ดูแลประชากรประมาณ 5 ล้านคน รวมทั้งสิ้น 12 เครือข่าย

คำสั่งดังกล่าว ได้กำหนดให้ตั้ง **“คณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพระดับเขต”** ตลอดจนจัดให้มี **“คณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด”** ขึ้น ประกอบด้วย คณะกรรมการฯ ที่มีส่วน ร่วมจากหน่วยบริการภาครัฐทุกสังกัด ทำหน้าที่ดูแลระบบบริการ การจัดสรรทรัพยากร การเงินการคลัง การส่ง ต่อภายในเครือข่าย ติดตาม ควบคุม กำกับ การดำเนินงาน และแก้ไขปัญหา สนับสนุน การดำเนินการให้เป็น ไปตามเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ที่กำหนด เพื่อสร้างระบบบริหารจัดการที่มีเอกภาพ

สาระสำคัญของการจัดการ คือ ให้จัดตั้ง “หน่วยงานรับผิดชอบประสานการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพระดับเครือข่าย” และมี “หน่วยงานรับผิดชอบในการประสานการบริหารจัดการ



เครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด” โดย **สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ** มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบหลัก ทำหน้าที่ ดังนี้

1. จัดทำแผนพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ได้แก่ แผนพัฒนาโครงสร้างระบบ บริการ แผนสนับสนุนทรัพยากร แผนพัฒนาคุณภาพบริการ และแผนพัฒนาระบบส่งต่อ
2. วิเคราะห์ข้อมูล และจัดลำดับความสำคัญ โดยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารจัดการ เครือข่ายบริการสุขภาพ
3. สร้างฐานข้อมูลทรัพยากรของเครือข่าย โดยจัดทำข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน และนำไปใช้ประโยชน์อย่างจริงจัง เช่น ข้อมูลพื้นฐานบุคลากรของโรงพยาบาลทุกระดับ ฯลฯ
4. จัดทำสรุปผลการดำเนินงานประจำปีเพื่อเสนอต่อผู้บริหาร

ผลจากการศึกษาวิธีการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพของ เขต 8 โดยการ สนับสนุนของ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ในปี 2557 - 2558 ได้สะท้อนข้อจำกัด ในการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ อันเป็นประเด็นสำคัญที่ควรปรับปรุงแก้ไข เติบโตตามบทบาทหน้าที่ ที่กำหนดไว้ ประกอบด้วย

1. การจัดทำแผนพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) มุ่งเน้นการจัดบริการด้าน รักษาพยาบาลในโรงพยาบาล และแผนการปรับปรุงการเงินการคลังระยะสั้น จนขาดแผนการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ ที่ครอบคลุมการป้องกันโรค สร้างเสริมสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และการฟื้นฟูสุขภาพ อย่างเป็นองค์รวม เป็นผลจากการวิเคราะห์ส่วนขาดของระบบบริการสุขภาพ ที่ยึดอยู่กับตัวชี้วัด (Indicators) ซึ่งเป็นเป้าหมาย ที่หน่วยงานจากส่วนกลางกำหนดในลักษณะผลลัพธ์ (Outcomes) และ ผลกระทบ (Impacts) มุ่งแสดง ส่วนขาดของบริการในโรงพยาบาล มากกว่า ส่วนขาดทางการสาธารณสุข ในภาพรวม

2. การวิเคราะห์ข้อมูล และจัดลำดับความสำคัญที่ดำเนินการอยู่ในปี 2557 และ 2558 จำกัดอยู่ที่ ข้อมูลการจัด บริการสุขภาพในด้านการรักษาพยาบาลเฉพาะบุคคล (Individual Care) ขาดการวิเคราะห์ ข้อมูลสุขภาพ ในภาพประชากร (Population Health) สมรรถนะการจัดการ (Effective Management) และข้อจำกัดเชิงโครงสร้างของภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทำให้ขาดมุมมองของปัญหาสาธารณสุข อนามัย สิ่งแวดล้อม เช่น การจัดการขยะ การป้องกันแก้ไขมลพิษจากภาคส่วนอื่นๆ และการจัดการบริการสุขภาพ แบบเป็นขบวนการ (Governance) ในระดับจังหวัด และอำเภอ

3. การพัฒนาฐานข้อมูลทรัพยากรของเครือข่าย จำกัดอยู่ที่ข้อมูลของโรงพยาบาล มิได้นำเอา ทรัพยากรของภาคส่วนอื่นๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนสุขภาพตำบล ภาคประชาสังคม (เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ฯลฯ) เข้ามาประมวลวิเคราะห์ แม้แต่ฐานข้อมูลผู้ป่วย ก็ยังจำกัดเพียงข้อมูลจากการ สัมภาษณ์ (Cross-sectional Data) ทำให้ไม่สามารถปรับใช้ฐานข้อมูลแหล่งอื่น เช่น การบริการใน



โรงพยาบาล (Cohort Longitudinal Data) ซึ่งมีอยู่เป็นฐานข้อมูลอยู่แล้ว มาวิเคราะห์ความครอบคลุม และคุณภาพบริการที่กระจายในแต่ละกลุ่มประชากร หรือ แต่ละกลุ่มปัญหาสุขภาพสิ่งแวดล้อม

4. การจัดทำสรุปผลการดำเนินงานในรายงานประจำปีเมื่อสิ้นปี 2557 วางกรอบการรายงานตาม ตัวชี้วัด (Indicators) ของ กระทรวงสาธารณสุข และมุ่งเฉพาะกลยุทธ์หลัก 6 ข้อ 15 เรื่อง ที่มุ่งเป็น ประเด็นปัญหาสุขภาพตามตัวชี้วัดของกระทรวง ซึ่งเป็นตัวชี้วัดระดับ ปัจจัยนำเข้า (Input) และ กระบวนการจัดบริการ (Processes of services) ของการดูแล และรักษาพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ ไม่ได้ แสดงผลผลิต (Output) และ ผลลัพธ์ (Outcomes) ของกลุ่มเป้าหมาย โดยการวัดประเมินเปรียบเทียบกับ Rank ของเขตในระดับประเทศ ไม่อาจบ่งชี้การปรับปรุงผลผลิต ผลลัพธ์ เปรียบเทียบการปรับปรุง ประสิทธิภาพของพื้นที่เองได้

จากการร่วมเรียนรู้กับทีมงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ในพื้นที่อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย เรื่อง การ จัดการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน อำเภอหนองแสง จังหวัดอุดรธานี เรื่อง การ พัฒนาคุณภาพ ชีวิตผู้สูงอายุซึ่งทั้งสองประเด็นให้ความสำคัญกับโรค และกลุ่มประชากร กับพื้นที่อำเภอ กุดบาก จังหวัด สกลนคร เรื่องการจัดการขยะ เป็นการให้ความสำคัญกับประเด็นอนามัยสิ่งแวดล้อม บ่ง ชี้ให้เห็นว่า บทบาท หน้าที่ของคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ และสำนักเลขานุการ ฯ ที่ดำเนินงานตามหน้าที่ ที่กำหนดทั้ง 4 ข้อ ยังต้องมีการปรับพัฒนาให้อื้ออานวยให้เกิดการวิเคราะห์ สถานการณ์วางแผน และติดตามกำกับภารกิจ หน้าที่ ตลอดจนประเมินผล ที่นำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพ ของบริการสุขภาพ และได้คำนึงถึงสถานการณ์ทางสุขภาพของกลุ่มประชากร หรือ พื้นที่ชุมชน

สาเหตุสำคัญของข้อจำกัดการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ดังกล่าว เกิดจากขาดการเตรียม สมรรถนะทีมงานเลขานุการของคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายบริการทางสุขภาพ ให้พอเพียง สำหรับการ ดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ ที่กำหนดเอาไว้ โดย ทีมงานวิชาการของ สวน. ได้สรุปเหตุ ปัจจัยของข้อจำกัดที่สำคัญ ดังนี้

1. ทีมงานเลขานุการฯ ถูกกำหนดให้กำกับภารกิจในเชิงตรวจราชการจากส่วนกลาง แต่ขาดการ เตรียมความพร้อม ให้วางแผนพัฒนาสมรรถนะทีมงานจังหวัด และอำเภอ ให้สามารถปฏิบัติงานใน บทบาทการจัดการร่วม กับหน่วยงานที่รับผิดชอบนโยบายร่วมจากภาคส่วนต่างๆ (Governance) ของแต่ละ ระดับ (จังหวัด และอำเภอ) ให้มีทักษะการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพร่วมกับเหตุปัจจัยทางสังคม (Social Determinants) ของปัญหาสุขภาพ รวมทั้งมิได้มุ่งเน้นในการดำเนินงานร่วมกับภาคีภาคส่วนอื่นๆ ในแต่ละระดับ ซึ่งเป็นหน่วยงาน หรือ ประชาคม มีพันธกิจในการจัดการกับเหตุปัจจัยเหล่านั้น ร่วมกับทีมงาน สาธารณสุข

2. คณะกรรมการฯ ขาดกรอบการประสานงานกับทีมวิชาการภาคส่วนต่างๆ ในพื้นที่เขตที่ รับผิดชอบ เนื่องจาก ในระยะแรกของการทำงาน จำต้องทดสอบการประกอบทีมทำงานร่วมกันเพื่อแก้ไข ปัญหาสุขภาพระยะสั้นที่ กำหนดขึ้นใน ระยะ 2 - 3 ปีที่ผ่านมา ทำให้การมองขอบเขตของปัญหาจำกัดอยู่ เพียงแค่การให้บริการเฉพาะโรค ขาดความครอบคลุมไปถึงการวิเคราะห์เหตุปัจจัยร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ (เช่น สังคม สถาบันการศึกษา สิ่งแวดล้อม ฯลฯ) ซึ่งรับผิดชอบการแก้ไขป้องกันปัญหา ในระดับเหตุปัจจัย ทางสังคมในระดับเขต



3. ทีมงานเลขานุการฯ คำนึงเกี่ยวกับการติดตามประเมินการทำงานของหน่วยงานในพื้นที่อำเภอ ตำบล ด้วยกลวิธีการนิเทศงาน (Supervision) และการตรวจราชการ (Inspection) เช่น การติดตาม คป. สอ. หรือ รพ.สต. แต่ขาดทักษะในกลวิธีการร่วมศึกษาพัฒนาภารกิจ (Operation Research and Development) ที่มุ่งเน้นประสิทธิผล ในบริบทการบริหารจัดการในรูปแบบกระจายอำนาจ (Decentralization) ให้เกิดการทำงานร่วมกับระหว่างภาคส่วน (Inter-sectored Management) ในพื้นที่เครือข่ายบริการทางสุขภาพ เพื่อแก้ไขปัญหา และลดเหตุปัจจัยของปัญหา ไปพร้อมๆ กัน

4. ทีมงานเลขานุการฯ ไม่ได้รับการพัฒนาทักษะ และเสริมหนุนสมรรถนะ ให้สามารถจัดการข้อมูล ข่าวสารอย่างเป็นระบบ ในการวางแผนการ รวบรวมและประมวลข้อมูล ทั้งจากการสำรวจ (Cross sectional Data) ร่วมกับข้อมูลบริการระยะยาวที่ต่อเนื่อง (Cohort Database) สำหรับใช้ในการ วิเคราะห์สมรรถนะการจัดบริการสุขภาพ ที่สืบเนื่องไปสู่การพัฒนาข่าวสาร (Information) ที่นำไปใช้ในการ สื่อความเข้าใจ (Communication) กับภาคส่วนต่างๆ จนเกิดการร่วมตัดสินใจ (Decision) ทั้งในคณะ กรรมการฯ และกับภาคีภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้มีส่วนร่วมในการทำงานเป็นภาคีในแต่ละพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

5. คณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ มีบทบาทหน้าที่ซ้อนทับกัน ทั้งในเชิงการ ตรวจราชการ การนิเทศงาน และการพัฒนาหน่วยงานบริการสุขภาพ ทั้งที่ ยังมีข้อจำกัดในด้านปริมาณ หรือ จำนวนของทีมทำงาน และสมรรถนะ ทักษะในการวิเคราะห์ปัญหา และวางแผนพัฒนาเครือข่าย ที่รับผิดชอบบทบาทหน้าที่ทั้ง 3 ส่วน ตลอดจน ยังขาดการระดมความร่วมมือจากหน่วยงานระดับเขตของ กรมต่างๆ ภายในกระทรวงสาธารณสุข ให้เข้ามามีส่วนร่วมภารกิจอย่างเป็นเอกภาพ ทำให้การใช้ทรัพยากรใน การทำงานเขตสาธารณสุข ยังไม่เต็มตามประสิทธิภาพที่มุ่งหวัง

2. กรอบแนวคิดการจัดรูปแบบ และวิธีการจัดการ

จากการวิเคราะห์ข้อจำกัดของการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ ดังกล่าว บ่งชี้เงื่อนไข และประเด็นสำคัญ ที่นำไปสู่การปรับปรุงกลไก และวิธีการทำงาน ในการจัดการข่ายงานในระดับเขต ที่ จำต้อง เสริมหนุน ทั้งสมรรถนะ และรูปแบบวิธีการทำงานของ “สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบริหารจัดการ เครือข่ายบริการสุขภาพ” ให้สามารถประสานภารกิจ และขับเคลื่อนการบริการ ทางสุขภาพได้อย่างเป็นองค์รวม ให้เกิดบูรณาการการป้องกันโรค สร้างเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล และ ฟื้นฟูสุขภาพ ได้อย่างครบถ้วน

การจัดการข่ายงาน (Governance) ให้เกิดการทำงานวินิจฉัย หรือ วิเคราะห์ปัญหา และเหตุปัจจัยได้ อย่าง เป็นระบบ นำไปสู่การกระจายภารกิจให้กับภาคีข่ายงาน ที่มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ จนมี เป้าหมายร่วมกัน สามารถแยกแยะบทบาทของภาคีให้ร่วมปฏิบัติพันธกิจของแต่ละภาคส่วน ได้อย่าง สอดคล้องกันจนส่งผลให้ ร่วมกันพัฒนาสมรรถนะ และวางกลยุทธ์ตลอดจนแปลกลยุทธ์ที่ร่วมกันกำหนด ขึ้นให้เป็นปฏิบัติการ ที่นำไปสู่ ประสิทธิภาพการทำงานอย่างต่อเนื่อง ถือเป็นความท้าทายสำคัญ ของการ จัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ

วิวัฒนาการการจัดการข่ายงานอย่างมีส่วนร่วมเรียนรู้ (Reflexive Governance) มีการทดลอง และปรับใช้กับรูปแบบ และวิธีการขับเคลื่อนภารกิจเชิงการจัดการนโยบายในประเทศตะวันตกหลาย ประเทศ โดยใช้วาง เป็นกรอบการจัดการได้ทั้งในระดับของข่ายงานในระดับชุมชน เขต ประเทศ และ



ภูมิภาคในยุโรป ซึ่งน่าจะปรับ 3 ใช้เป็นกรอบการจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพได้โดยเฉพาะ หากมุ่งหวังให้ใช้เป็นทฤษฎีโครงการ (Program Theory) กำหนดกรอบ และเกณฑ์การพัฒนาสมรรถนะของทีมงานเลขานุการฯ อย่างเป็นระบบ

ภาพที่ 1 แสดงข้อท้าทายการจัดการข่ายงาน (Governance) และแนวทางการศึกษาวิเคราะห์ที่ทีมงานจัดการเครือข่าย ควรมีทักษะการวิเคราะห์ปัญหา กำหนดเป้าหมาย และพัฒนากลยุทธ์นำสู่วิธีการปฏิบัติงานร่วมภาคี



คณะผู้ร่วมเรียนรู้กับทีมงานในระดับเขต จังหวัด และอำเภอ ในการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ ของเขต 8 พบว่า เงื่อนไขที่ท้าทายการทำงานอย่างเป็นระบบ มีความคล้ายคลึงกับรูปแบบการจัดการข่ายงาน อย่างมีส่วนร่วมเรียนรู้เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน (Reflexive Governance for Sustainable Development) ในประเด็นสำคัญ 3 ส่วนหลัก ได้แก่

ส่วนที่หนึ่ง การวิเคราะห์ปัญหาทางสุขภาพ และเหตุปัจจัยอย่างเป็นระบบร่วมกันระหว่างภาคี

การร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ และเหตุปัจจัยของปัญหาอย่างเป็นระบบภายในกลุ่มภาคีหลายภาคส่วน ไม่ว่าในกรณีของ ปัญหาโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ปัญหาของกลุ่มประชากร เช่น กลุ่มผู้สูงอายุหรือ ปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น การจัดการขยะ ล้วนต้องการความร่วมมือ และความเข้าใจพื้นฐานของปัญหาร่วมกันระหว่างผู้รับผิดชอบต่างภาคส่วน ซึ่งมีพันธกิจที่



รับผิดชอบแตกต่างกัน ทั้งหน่วยงานราชการ ท้องถิ่น ภาคประชาคม และเอกชน จึงเป็นความท้าทาย ที่จะพัฒนาปรับใช้วิธีการจัดการร่วมกัน ดังนี้

ประการแรก คือ ปัญหาสุขภาพในแต่ละพื้นที่ประชากร มีเงื่อนไขเหตุปัจจัยแตกต่างกัน เช่น เหตุปัจจัย ของความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันสูง และเบาหวาน ความเปราะบางของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม หรือ การ จัดการขยะอย่างครบวงจร ตั้งแต่ ครั้วเรือน ชุมชน ท้องถิ่น ไปจนถึงระบบจัดการรวมในอำเภอ และจังหวัด

แนวทางการพัฒนาระเบียบวิธีวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ และเหตุปัจจัยทางสังคม (Social Determinants) ของปัญหาสุขภาพ ร่วมกันในหมู่นานาชาติที่มีบทบาทในการแก้ไขปรับลดเหตุปัจจัยของปัญหาเหล่านี้ จึงเป็น หัวใจสำคัญที่นำไปสู่ความยั่งยืนในการจัดความร่วมมือ ร่วมใจปรับแก้ปัญหาด้วยกัน ทั้งนี้ การปรับใช้ระเบียบวิธี จำแนกกลุ่มเป้าหมายตามเงื่อนไขเหตุปัจจัย ของปัญหาสุขภาพที่ต้องปรับแก้ โดยวินิจฉัยเหตุปัจจัยที่ต้องปรับแก้ของกลุ่มอาการ (Syndromic Solution) ที่เป็นปัญหา มิใช่มุ่งแก้ไขเพียงอาการของปัญหาที่แยกส่วนเท่านั้น

ประการที่สอง คือ มาตรการ และกลวิธีที่พัฒนาขึ้นมา มีประสิทธิภาพต่อการเสริมหนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดความเสี่ยงของกลุ่มเป้าหมาย หรือ ให้เกิดการให้บริการสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ในกลุ่มประชากร ชุมชน และพื้นที่ต่างๆ ที่แตกต่างกัน กลวิธีเดียวกันอาจไม่เอื้อให้เกิดประสิทธิภาพที่เหมือนกันได้ แนวทางการพัฒนาระเบียบวิธีที่เอื้อให้ผู้ปฏิบัติงานแต่ละภาคส่วน ดำเนินงานต่อกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ใน การปรับแก้เหตุปัจจัยแต่ละเรื่อง ให้สามารถรับรู้และเรียนรู้สัมฤทธิ์ผลของการปฏิบัติงานแต่ละด้าน ตลอดจนสะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดสมรรถนะในการดำเนินงาน จนสามารถนำมาปรับปรุงแก้ไขรูปแบบ วิธีการทำงานได้

ประการที่สาม คือ ผู้ปฏิบัติงานในแทบทุกภาคส่วนมักยึดติดกับรูปแบบ วิธีการ ทำงาน ตามเงื่อนไขเชิง โครงสร้าง (Structural Conditions) เช่น กรอบเวลาทำงาน กรอบงานจากส่วนกลาง วิธีปฏิบัติที่เคยทำต่อเนื่องกันมา ฯลฯ ทำให้ไม่อาจยกระดับสมรรถนะการปฏิบัติงานให้ก้าวพ้นข้อจำกัดเหล่านี้ จึงจวนอยู่กับรูปแบบเดิม แนวทางการพัฒนาปรับใช้ “ทฤษฎีโครงการ” สำหรับใช้อธิบายความเชื่อมโยงเชิงตรรกะ แสดงเหตุ ปัจจัยของปัญหา และความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขเชิงโครงสร้าง ของการดำเนินงานในพื้นที่ กับรูปแบบวิธีการ ปฏิบัติงานอย่างเป็นเหตุเป็นผล เพื่อใช้เป็นพื้นฐานสำหรับวิเคราะห์ และปรับแก้บริบท ของการปฏิบัติงานให้เหมาะสม สอดคล้องกับนิเวศวิทยาทางสังคมของพื้นที่ ตลอดจนเอื้อให้สามารถแยกพิจารณา วิเคราะห์สัมฤทธิ์ผลขององค์ประกอบในกระบวนการจัดกิจกรรม ช่วยให้ปรับแก้รูปแบบ วิธีการ เครื่องมือ ที่ใช้อย่างถูกต้อง

ส่วนที่สอง การกำหนดเป้าหมาย กลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ

ข้อจำกัดสำคัญของผู้ให้บริการสุขภาพ เป็นผลมาจากส่วนกลางกำหนดให้รายงานเป้าหมายเชิงผลกระทบ เช่น ลด โรค โดยไม่ได้แสดงขั้นตอนการจัดกิจกรรมเป็นเป้าหมายเชิงกระบวนการ ทำให้ผู้ให้บริการสุขภาพ ไม่อาจปรับไปเป็นเป้าหมายเชิงปฏิบัติงาน ของผู้รับผิดชอบจากแต่ละภาคส่วนในแต่ละพื้นที่ ส่งผลให้ผู้ให้บริการสุขภาพแยกย่อยในแต่ละภาคส่วน ไม่อาจกำหนด และรับรู้เป้าหมายเชิงการปฏิบัติงาน ตามกลยุทธ์กลวิธีและแผนปฏิบัติงานเฉพาะ ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยภาคีผู้รับผิดชอบภารกิจแต่ละ



ด้านในระดับพื้นที่ชุมชน ตัวอย่างเช่น การกำหนดเป้าหมายตรวจคัดกรองให้ครอบคลุม มิได้บ่งชี้ ประสิทธิภาพของการควบคุม โรคความดันโลหิตสูง และเบาหวานโดยตรง จึงต้องจำแนกให้ผู้ให้บริการเห็น อย่างชัดเจนว่า เมื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยงแล้ว สามารถจัดบริการให้กลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการที่จัดให้เพียงใด? บริการที่จัดให้มีประสิทธิผลต่อการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงเพียงใด? และหากยังไม่มีประสิทธิผล เพียงพอ ต้องปรับแก้กลยุทธ์การทำงาน อะไร? และ อย่างไร? ดังนั้น การเสนอข้อมูล เพียงแค่อัตราการ ครอบคลุมการคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย จึงมิใช่ “ดัชนีชี้วัด การดำเนินงานสำคัญ (Key Performance Indicator)” ของการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน หากเป็นเพียงตัวชี้วัดการดำเนินงาน เบื้องต้น เท่านั้น ซึ่งต้องเสริมหนุนให้ทีมให้บริการในพื้นที่พัฒนาให้ชัดเจนต่อไป แผนปฏิบัติงานของแต่ละ พื้นที่ชุมชน จึงต้องปรับให้รองรับกับจำนวนของกลุ่มเสี่ยง และลักษณะเหตุปัจจัยทางสังคม ที่ส่งผลให้แต่ละกลุ่มเป้าหมายย่อมมีพฤติกรรมเสี่ยง หรือ มีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง หรือ ไม่เกิด ผลสัมฤทธิ์ในการปรับลดพฤติกรรมเสี่ยง ทำให้แผนปฏิบัติการดังกล่าว แตกต่างกัน และต้องให้การ สนับสนุนจากอำเภอ จังหวัด และเขต แตกต่างกัน เนื่องจากต้องวางกลยุทธ์ และกลวิธีให้สอดคล้อง กับ เงื่อนไขเหตุปัจจัยดังกล่าว ทีมเลขานุการของคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ จึงควร พัฒนา และจัดวางเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ให้ผู้รับผิดชอบในแต่ละจังหวัด อำเภอ และตำบล สามารถ กำหนดเป้าหมายเชิงปฏิบัติการ ของแต่ละหน่วยอย่างมีคุณภาพ คือ ตอบสนองต่อเหตุปัจจัยของภาวะทาง สุขภาพของประชากรในแต่ละพื้นที่รับผิดชอบ และให้เป็นจริงได้ (Feasibility) ตามสมรรถนะ และ ข้อจำกัดของบุคลากร ภาควิชาแต่ละภาคส่วน ซึ่งมีพันธกิจที่ต้องดำเนินงานอยู่ โดยไม่จำกัดเพียงแค่เฉพาะ การให้บริการทางสุขภาพในโรงพยาบาลเท่านั้น

สำหรับภารกิจการทำฐานข้อมูลของทรัพยากรทางสุขภาพของหน่วยงานภาคส่วนต่างๆ ก็ควร จำแนกตามกลุ่มอาการร่วมของปัญหา ซึ่งครอบคลุมทั้งกำลังคน เทคโนโลยีและงบประมาณ ของ หน่วยงานและภาคี ในภาคส่วนต่างๆ ที่มีพันธกิจ เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน ไม่จำกัดเฉพาะบุคลากรผู้ ให้บริการในโรงพยาบาล หรือ การใช้งบประมาณ เครื่องมือ วัสดุครุภัณฑ์ที่ใช้อยู่ในโรงพยาบาลเท่านั้น เพื่อให้สามารถเสริมหนุนภาค ชุมชน ในการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และการจัดการสิ่งแวดล้อมใน พื้นที่ชุมชนของแต่ละกลุ่มได้เอง

ส่วนที่สาม การแปลกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติงานที่มุ่งประสิทธิผล

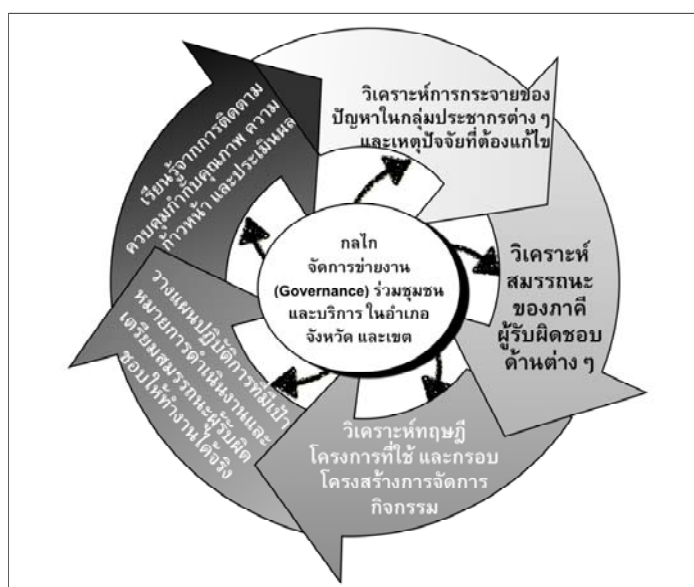
การบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ ของแต่ละปัญหาสุขภาพ จำต้องเผชิญกับข้อจำกัดพื้น หลัง การเรียนรู้ศักยภาพ และสมรรถนะ ในการทำงานที่แตกต่างกันของภาคส่วนต่างๆ ที่ร่วมเป็นข่างาน หรือ เครือข่าย เนื่องจากแต่ละภาคีแต่ละภาคส่วน มีพื้นหลังประสบการณ์การศึกษาแตกต่างกันมาก ส่งผล ให้การ เรียนรู้หรือ การรับรู้สภาพปัญหาสุขภาพในแต่ละเรื่อง หรือ แต่ละกลุ่มอาการ ต้องการสื่อความ เข้าใจด้วยวิธีการ และรูปแบบโครงสร้างการสื่อความหมาย ที่เอื้อให้ทุกฝ่ายร่วมตัดสินใจทางเลือกที่ หลากหลายได้เอง มาตรการที่วางกรอบมาจากส่วนกลาง และเขต จึงควรเปิดกว้างให้ภาคีในข่างาน สามารถเรียนรู้ และปรับปรุงให้เข้ากับภาวะความรู้ และศักยภาพการเรียนรู้ของภาคีแต่ละฝ่าย ตัวอย่างเช่น การเข้ารับการรักษาโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ซึ่งผู้ป่วย และญาติของผู้ป่วย อาจมี ความเข้าใจ และข้อจำกัดในการเรียนรู้ ทำความเข้าใจกับระบบการดูแลรักษา ที่เป็นมาตรฐานหลัก ซึ่ง กำหนดจากส่วนกลาง แต่การเสริมหนุนให้ผู้คนเหล่านี้ ได้รับรู้และเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง โดยไม่ขาดก้วต่อ



การเข้าร่วมเรียนรู้กับทีมงานสุขภาพในพื้นที่ จะช่วยเสริมหนุนให้เกิดการปรับตัวเข้าสู่พฤติกรรมสุขภาพ ที่ถูกต้องต่อไปได้ แต่หากทีมงานสุขภาพในระดับพื้นที่ ชุมชน ไม่อาจชักจูงผูกพัน (Engage) ให้ประชากร กลุ่มนี้ ได้เข้าร่วมกลุ่มร่วมเรียนรู้การดำเนินโรค (Disease Progression) ของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ก็เท่ากับลดประสิทธิผลของบริการสุขภาพลงด้วย เช่นกัน

การจัดการเรียนรู้ ที่ช่วยให้ภาคีร่วมกันปรับตัว และยกระดับประสิทธิผลการทำงานไปด้วยกันอย่างต่อเนื่อง ก็คือ การจัดระบบการควบคุมกำกับคุณภาพบริการของแต่ละภาคี และร่วมกันติดตามผล (Monitoring) การดำเนินงานของแต่ละฝ่ายร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการป้อนย้อนกลับ (Feedback) ข่าวสารของการติดตาม ผลดังกล่าว และร่วมกันคิดวิเคราะห์ปรับแก้ปัญหาด้วยกันเป็นระยะๆ ตลอดเวลา ที่ทำงานร่วมกัน จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะ การจัดเวทีการประเมินผล เพื่อให้เกิดการจัดทำรายงานความก้าวหน้าของการทำงานของเครือข่ายบริการร่วมกันในแต่ละระดับ (เช่น ตำบล อำเภอ จังหวัด และเขต) ตลอดจนใช้กระบวนการประเมินผลร่วมกัน ช่วยบ่งชี้แนวทาง และวิธีการที่จะนำไปปรับใช้ในแต่ละปีต่อไปเรื่อยๆ การแปลกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติงานที่มีประสิทธิผล จึง ขึ้นกับความสามารถของกลไกการจัดการข่ายงาน หรือ เครือข่ายบริการในแต่ละระดับ (เขต จังหวัด อำเภอ ตำบล) ในการขับเคลื่อนวงจรการจัดการข่ายงานมุ่ง ประสิทธิภาพ (ภาพที่ 1) ให้ต่อเนื่องไปได้ในแต่ละปี โดยที่เครือข่ายบริการแต่ละระดับ สามารถติดตาม กำกับ คุณภาพการให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมาย และใช้ระบบการประเมินผลภายในของแต่ละระดับ ในการปรับปรุง ยกระดับประสิทธิผลการปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่อง ดังภาพที่ 2 ทั้งนี้ เนื้อหาและรายละเอียดของการใช้ข้อมูล สำหรับติดตาม และประเมินผล เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ของกลไกจัดการข่ายงาน (Governance) ในแต่ละระดับย่อมแตกต่างกัน เพื่อให้สอดคล้องกับลักษณะพันธกิจของเครือข่ายบริการสุขภาพในแต่ละระดับ

ภาพที่ 2 แสดงบทบาทของคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพในแต่ละเขต ที่ขับเคลื่อนการดำเนินงานในจังหวัด อำเภอ และตำบล ในบริบทสังคมการเมืองมุ่งการกระจายอำนาจ



การบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพในระดับอำเภอ เป็นหน่วยเล็กที่สุดที่ควบคุมการใช้ทรัพยากร ทั้งด้านกำลังคน งบประมาณ เทคโนโลยีวัสดุและครุภัณฑ์ที่ใกล้ชิดกับชุมชน และกลุ่มเป้าหมายที่ต้องให้บริการมากที่สุด จึงต้องมีระบบการพัฒนากลยุทธ์ และการแปลงกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติการมุ่งประสิทธิผล ที่สามารถติดตาม กำกับคุณภาพ และประเมินผลภายในได้อย่างครบวงจร โดยจะต้องจัดความร่วมมือกับ ภาคีใน ระดับพื้นที่ ให้สามารถดำเนินงาน และปรับยกระดับประสิทธิผลได้ในทุกวงจร (รอบปี) ของการ ปฏิบัติงาน ในขณะที่การบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพในระดับจังหวัด เป็นหน่วยสนับสนุนที่ต้อง รับรู้ และเสริมหนุนการดำเนินงานในวงจรจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอที่มุ่งประสิทธิผล ให้ สามารถปรับปรุงยกระดับสมรรถนะการดำเนินงาน ทั้งในเชิงปริมาณ และคุณภาพได้อย่างต่อเนื่อง จึงต้อง สามารถ ติดตาม กำกับคุณภาพการจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพในแต่ละอำเภอ และในแต่ละกลุ่ม อากาศปัญหาสุขภาพ และเหตุปัจจัย รวมทั้งจัดกระบวนการประเมินผล ที่หนุนเสริมพันธกิจอำเภอให้มี คุณภาพเพิ่มขึ้นได้ ส่วนคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพระดับเขต จัดเป็นกลไกจัดการ หน่วยงานในระดับเขต ซึ่งเชื่อมโยงให้หน่วยงานภาคส่วนต่างๆ ในระดับเขต เข้ามาร่วมมีส่วนขับเคลื่อน การกิจของแต่ละภาคส่วน ในระดับจังหวัด ให้สนับสนุนการดำเนินงานของวงจรเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น กลุ่มประชากรที่จังหวัดต้องวางแผนปฏิบัติการเสริมหนุน จึงเป็น เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ ที่ จังหวัดจำต้องติดตาม กำกับคุณภาพ สมรรถนะ และความครอบคลุม การให้บริการของอำเภอ ต่อแต่ละกลุ่มประชากร ในแต่ละประเด็นกลุ่มปัญหาและเหตุปัจจัยทางสุขภาพ ในขณะที่เครือข่ายบริการสุขภาพระดับเขต ก็ต้องทำการติดตาม กำกับคุณภาพ สมรรถนะ และความ ครอบคลุมการหนุนเสริม เพื่อพัฒนาสมรรถนะการทำงานของวงจรระดับอำเภอ ที่แต่ละจังหวัดรับผิดชอบ อยู่ วงจรจัดการหน่วยงาน หรือ เครือข่ายบริการสุขภาพ ทั้ง 3 ระดับนี้ จะมีกลไกระดับเขตทำหน้าที่ ทั้งการ ประสานงานภาคีจากภาคส่วนต่างๆ ในระดับเขต และเชื่อมโยงกับนโยบายของส่วนกลาง เพื่อแปลเป็นกล ยุทธ์ การขับเคลื่อนที่สามารถติดตาม และประเมินผลได้อย่างต่อเนื่อง กรอบการจัดการหน่วยงานร่วมเรียนรู้ (Reflexive Governance) จะช่วยปรับลดประเด็นปัญหาทั้ง 5 ข้อ ที่ค้นพบจากการศึกษาทบทวนการ ทำงานระดับเขตในระหว่าง ปี 2557 - 2558 ที่สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข (สวรส.) ได้สนับสนุน มูลนิธิ สถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย (สวณ.) ศึกษา ดังกล่าวไว้ในส่วนที่ 1

3. เป้าประสงค์ (Purpose)

เพื่อพัฒนาและสนับสนุนการขับเคลื่อนรูปแบบ วิธีการ กรอบ และเกณฑ์การบริหารจัดการ เครือข่ายบริการสุขภาพ ระดับเขต จังหวัด และอำเภอ ในการจัดการประเด็นกลุ่มปัญหาสุขภาพและเหตุ ปัจจัย ที่มุ่งประสิทธิผลต่อกลุ่มประชากรเป้าหมาย และเสริมหนุนการกระจายอำนาจให้กับหน่วยงานใน ระดับจังหวัด อำเภอ ท้องถิ่นและชุมชน

4. วัตถุประสงค์ทั่วไป (General Objective)

เพื่อนำผลการศึกษาผลกระทบ ของการจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพระดับเขต และจังหวัด ที่ ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ การบริหารจัดการภาคีเครือข่าย และ ประสิทธิภาพในการจัดการทางการเงิน ระดับอำเภอ ใน 3 ด้าน 3 พื้นที่ คือ

- ด้านการควบคุมโรคความดัน โลหิตสูง และเบาหวาน ของ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย



- ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ของอำเภอหนองแสง จังหวัดอุดรธานี
- ด้านการจัดการขยะอย่างครอบคลุมครบวงจร ของอำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร

มาใช้พัฒนาและสนับสนุนการขับเคลื่อนรูปแบบ กรอบ และเกณฑ์การจัดการเครือข่ายบริการ สุขภาพระดับจังหวัด และเขต ที่มุ่งให้เกิดประสิทธิผล และความยั่งยืนในการขับเคลื่อนวงจรแผนปฏิบัติการจัดการบริการสุขภาพในแต่ละอำเภอ ร่วมกับทีมงานของเขต 8 ทีมงานของจังหวัดในเขต 8 และ ทีมงานระดับอำเภอ ที่เข้าร่วมเรียนรู้

5. วัตถุประสงค์เฉพาะ (Specific Objectives)

1. กำหนดรูปแบบ วิธีการ การจัดการฐานข้อมูล กรอบ และเกณฑ์ สำหรับใช้ในการขับเคลื่อน เครือข่ายจัดการ ป้องกัน แก้ไขกลุ่มปัญหาโรคเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ของอำเภอท่าบ่อ โดยเครือข่ายบริการ สุขภาพจังหวัดหนองคาย กลุ่มปัญหาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยเครือข่ายบริการ สุขภาพจังหวัดอุดรธานี กลุ่มปัญหาจัดการขยะ โดยเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดสกลนคร เพื่อใช้เป็น พื้นฐานการพัฒนา กลวิธี การสนับสนุนของแต่ละจังหวัด และนำไปใช้ในการวางแผนการเสริมหนุนจาก เครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด ในเขต 8

2. ประเมินผลการดำเนินงานของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ในด้านปัญหาโรคเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ของอำเภอท่าบ่อ ปัญหาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของอำเภอหนองแสง และ ปัญหาการจัดการ ขยะของอำเภอ กุดบาก ตลอดจนแนวทางการสนับสนุนจากจังหวัด และจัดเวที แลกเปลี่ยนกับผู้รับผิดชอบ ภารกิจทั้ง 3 ประเด็นปัญหาจากทุกจังหวัดในเขต 8 เพื่อพิจารณาวิเคราะห์ ความเป็นจริงได้ (Feasibility) และข้อจำกัด (Constraints) ในการขยายผลไปดำเนินงานในจังหวัดอื่นๆ ทั้งเขต 8

3. กำหนดรูปแบบ วิธีการ การจัดการฐานข้อมูล กรอบ และเกณฑ์การสนับสนุนจังหวัด และอำเภอ ในด้านการเสริมหนุนวงจรการจัดแผนปฏิบัติการของจังหวัด และอำเภอ ในด้านกลุ่มปัญหาโรคเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน กลุ่มปัญหาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กลุ่มปัญหาจัดการขยะ โดยทีมงานของ จังหวัดที่เป็นหน่วยงานนำร่อง ร่วมกับทีมงานระดับเขต เพื่อนำมาใช้เป็นพื้นฐานการวางแผนขับเคลื่อน กลุ่มปัญหาและเหตุปัจจัยทั้ง 3 กลุ่ม ให้ขยายครอบคลุมในแต่ละจังหวัด ทั้ง 8 จังหวัดของเขต 8

4. วางกรอบการจัดกลุ่มอาการปัญหาสุขภาพและเหตุปัจจัย ในแต่ละกลุ่มประชากร เพื่อใช้เป็น แนวทางให้ จังหวัด และ อำเภอใช้เป็นแนวทางการวิเคราะห์กลุ่มประชากร เหตุปัจจัยของพฤติกรรมเสี่ยง สำหรับใช้ ทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายที่มีพันธกิจรับผิดชอบ ต่อการปรับแก้เหตุปัจจัยของกลุ่มอาการ ปัญหาสุขภาพร่วมกันได้อย่างเป็นระบบ ตลอดจนใช้จัดลำดับความสำคัญของการดำเนินงาน ปรับแก้ ปัญหาสุขภาพ (Key Health Solution Performance) ของเขต จังหวัด และอำเภอ

6. กลุ่มกิจกรรม (Groups of Activities)

การจัดกิจกรรมได้จำแนกขั้นตอนการดำเนินงาน ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ดังนี้

6.1 การกำหนดรูปแบบ วิธีการ ขับเคลื่อนเครือข่ายบริการกลุ่มปัญหาสุขภาพในระดับอำเภอ

การจัดกิจกรรมเรียนรู้รูปแบบ วิธีการ การจัดการฐานข้อมูล สำหรับเป็นกรอบ และเกณฑ์ การ ทำงานร่วมกันระหว่างภาคีภาคส่วนต่างๆ ในการดำเนินงานทั้ง 3 กลุ่มปัญหาสุขภาพ ที่ใช้แนวทางการ



วิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายอย่างแยกแยะตามเหตุปัจจัยของปัญหา ที่ได้ดำเนินงานในปีที่ผ่านมาใน 3 อำเภอ 3 จังหวัดของเขต 8 เอื้อให้ก่อตัวเป็นรูปแบบคร่าวๆ และมีการวางแผนกิจกรรมดำเนินงานไปแล้ว หากแต่ยังไม่ได้จัดวางเป็นแผนปฏิบัติที่ชัดเจน และยังขาดการสื่อความเข้าใจกับจังหวัด และเขตในภาพรวม จึงจัดเป็นกิจกรรมสำคัญ ดังนี้

ก. การจัดเวทีใน 3 อำเภอ เพื่อจัดวางแผนปฏิบัติการในการดำเนินงานกับกลุ่มปัญหาสุขภาพทั้ง 3 ด้าน ให้สามารถวางแผนกิจกรรม และระดมทรัพยากรร่วมกันของภาคีด้านต่างๆ ในพื้นที่ตำบล หมู่บ้าน เพื่อให้ภาคี ภาคส่วนต่างๆ สามารถวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมาย และวางแผนการทำงานของแต่ละฝ่ายได้อย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มจากการดำเนินงานเบื้องต้นในปี 2558 และจัดการประสานงานให้เกิดการวางแผนร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ ให้มีการขยายภารกิจต่อไปใน ปี 2559 (ใช้เวลาประมาณ 3 เดือน)

ข. การประมวลรวบรวมข่าวสารที่ได้จากการทำงานใน ปี 2558 เพื่อจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกันในแต่ละอำเภอ (ในเดือนที่ 4) เพื่อพิจารณาความเป็นจริงได้ (Feasibility) และข้อจำกัดในการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ และปรับแก้แผนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับความเป็นจริง โดยให้ผู้ประสานงานของจังหวัด และเขต เข้าร่วมสังเกตการณ์ และเรียนรู้แนวทางจัดการ และแก้ไขอุปสรรคที่เกิดขึ้น ตลอดจนนำไปเป็นแนวทางในการวิเคราะห์โอกาส ที่จะขยายผลในระดับจังหวัด และเขต

ค. การจัดเวทีประชุมเชิงปฏิบัติการระดับจังหวัดของ จังหวัด หนองคาย อุดรธานี และสกลนคร โดยระดมความร่วมมือจากเครือข่ายภาคีที่มีพันธกิจรับผิดชอบโดยตรงต่อกลุ่มปัญหา และการปรับแก้เหตุปัจจัยของปัญหาสุขภาพที่แต่ละจังหวัดมุ่งเน้น เพื่อประมวลปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัด ในการดำเนินงานทั้ง 3 ประเด็น เพื่อบ่งชี้ข้อจำกัดของการดำเนินงานของระดับอำเภอที่จังหวัด หรือ ภาคีระดับจังหวัด และเขต สามารถเข้าไปคลี่คลายข้อจำกัด หรือ ปรับลดอุปสรรค เพื่อเสริมหนุนการดำเนินงานในระดับอำเภอ (เดือนที่ 5)

ง. การจัดเวทีประชุมเชิงปฏิบัติการระดับเขต โดยผู้ตรวจราชการสาธารณสุข และสาธารณสุขนิเทศ ในประเด็นกลุ่มปัญหาสุขภาพ และเหตุปัจจัยทั้ง 3 เรื่อง (จัดแยกกัน 3 ครั้ง) โดยระดมภาคีผู้เกี่ยวข้อง และมีบทบาทที่จะสนับสนุนเชิงนโยบาย ยุทธศาสตร์ และเทคนิควิธีได้ เพื่อวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัด ที่จังหวัด และอำเภอ ไม่สามารถแก้ไขได้เอง และจำเป็นต้องอาศัยการสนับสนุนช่วยเหลือจาก ภาคีในระดับเขต หรือ ในระดับส่วนกลาง เข้ามาช่วยเพื่อประมวลเป็นแนวทางปรับแก้กรอบการทำงานของเขตต่อไป

6.2 การประเมินผลการดำเนินงานขับเคลื่อนเครือข่ายบริการกลุ่มปัญหาสุขภาพในระดับอำเภอ

การประเมินผลเชิงพัฒนารูปแบบ (Formative Evaluation) เป็นการสนับสนุนจากภายนอกเพื่อให้บุคลากรในเครือข่ายบริการสุขภาพในระดับอำเภอ จากหลายภาคส่วน ได้เรียนรู้ร่วมกับคณะผู้ศึกษาและประเมินผล ทีมงานของ สวน. จะจัดผู้ชำนาญการเฉพาะด้าน ได้แก่ การดูแลทางคลินิก การจัดฐานข้อมูล เพื่อ ศึกษาผลสัมฤทธิ์เชิงระบาดวิทยา นักเศรษฐศาสตร์ และผู้ชำนาญการด้านการจัดการขยะครบวงจร เข้ามาเป็นกลุ่มสนับสนุนการจัดการติดตาม และประเมินผลอย่างเป็นระบบ ร่วมกับทีมงานบริหารจัดการเครือข่ายของอำเภอ

ก. สวน. จัดทีมงานผู้ชำนาญการที่ตรงกับเนื้อหาของการปฏิบัติงาน ในด้านการควบคุมความดันโลหิตสูง และเบาหวาน การดูแลผู้สูงอายุ และการจัดการขยะ เพื่อเข้าร่วมวางแผนกรอบการพัฒนาภารกิจ



อย่างต่อเนื่องใน ระยะเริ่มต้นของโครงการฯ ผู้ชำนาญการเหล่านี้ ได้มีส่วนในการจัดการเรียนรู้ร่วมกับ เครือข่ายผู้จัดบริการสุขภาพในแต่ละด้าน มาตั้งแต่ปี 2558 จึงสามารถร่วมวางกรอบการติดตาม กำกับ คุณภาพของภารกิจ ที่แต่ละภาคีดำเนินงานอยู่ และร่วมจัดวางฐานข้อมูลสำหรับการติดตาม และ ประเมินผล

ข. ทีมงานภาคีเครือข่ายจัดบริการแต่ละด้านของทั้ง 3 อำเภอ ที่ร่วมดำเนินงานกำหนดกรอบ วิธีการ และ เครื่องมือรวบรวมข้อมูลข่าวสารสำหรับติดตาม กำกับคุณภาพ และ ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถ ประมวลข้อมูล เป็นข่าวสารที่ใช้ร่วมกันในหมู่ภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพแต่ละด้าน ในขณะที่ทีมงานจาก สวน. สนับสนุนให้สามารถปรับใช้ระเบียบวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล ทั้งเชิงระบาดวิทยา การติดตามสถานการณ์สุขภาพระยะยาว (Cohort Study) และนำไปใช้ควบคู่กับข่าวสารเชิง เศรษฐศาสตร์ (ภายใน 3 เดือนแรก)

ค. การประชุมเชิงปฏิบัติการทุก 2 เดือน เพื่อนำข้อมูลมาแปลเป็นข่าวสาร ที่สามารถสื่อความ เข้าใจ (Communicable Information) ในระหว่างภาคีเครือข่ายที่ร่วมปฏิบัติงาน ซึ่งมีพื้นฐานความรู้ ความเข้าใจ และพื้นหลังการศึกษาแตกต่างกัน เพื่อศึกษาวิเคราะห์กระบวนการใช้ข่าวสารเหล่านี้ประกอบ ในการตัดสินใจของ ภาคีเครือข่ายผู้ให้บริการในระดับอำเภอ การประชุมเชิงปฏิบัติการนี้ จะเชิญทีมงาน ของจังหวัดเข้าร่วมเป็นผู้ ดำเนินการ หรือ กระบวนกร (Facilitators) และทีมงานของเขตร่วมเป็นผู้ สังเกตการณ์

ง. ทีมงานผู้ชำนาญการของ สวน. นำข้อสรุปจากการวางระบบการติดตาม และ ประเมินผลใน ประเด็น กลุ่มปัญหาสุขภาพ และเหตุปัจจัย ทั้ง 3 ด้าน ร่วมหารือ และวางแผนพัฒนากรอบการจัดการ ฐานข้อมูล (Database) สำหรับใช้ทำงานในระดับจังหวัด และเขต กับทีมงานข้อมูลข่าวสาร หรือ ผู้พัฒนา และดูแลระบบฐานข้อมูล ในระดับจังหวัด และในระดับเขตอย่างต่อเนื่องในช่วง 6 เดือน แรกของการ ดำเนินงาน และจะวางมาตรฐานของฐานข้อมูล ที่ใช้ร่วมกันในแต่ละประเด็นกลุ่มปัญหาสุขภาพ และเหตุ ปัจจัย

จ. ทีมงานของเขต จังหวัด ทั้ง 8 จังหวัด ร่วมกันกำหนดมาตรฐานของฐานข้อมูล ที่จะใช้ในระดับ อำเภอ จังหวัด และเขต เพื่อนำมาใช้เป็นกรอบ และเกณฑ์ในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานใน ระยะขยายผล โดยจะนำข้อสรุปเหล่านี้มาจัดทำเป็นปุมการทำงานมุ่งประสิทธิผล (Compendium for Health Problem Control) ของแต่ละประเด็นปัญหา และหากมีความชัดเจน อาจจัดทำเป็นคู่มือ แนวทาง สำหรับเสนอหน่วยงาน รับผิดชอบในส่วนกลางจัดทำเป็นทางการต่อไป

6.3 การวางรูปแบบ วิธีการในการสนับสนุนประเด็นกลุ่มปัญหาสุขภาพ 3 ด้านใน 3 จังหวัด

รูปแบบ วิธีการ เครื่องมือ และทักษะ ที่ต้องการในการสนับสนุนการทำงานในระดับอำเภอของการ ทำงานกับกลุ่มปัญหา ที่ค้ำถึงถึงเหตุปัจจัยที่ต้องปรับแก้ของ 3 ประเด็น (โรคเรื้อรังความดันโลหิตสูงและ เบาหวาน กับ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและการจัดการขยะ) มีแนวทาง และภาคีที่ร่วมทำงานแตกต่างกัน อย่างชัดเจน การ สนับสนุนให้เขตบริการสุขภาพ และจังหวัด มีสมรรถนะในการพัฒนา ประเมินผล และ ปรับปรุงกรอบ และเกณฑ์ การดำเนินงาน จึงเป็นหัวใจสำคัญของการสร้างเขตสุขภาพ และกลไกบริหาร จัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ จังหวัด ให้มีบทบาท และความสามารถ ในการวาง และปรับปรุงแบบ



วิธีการ เครื่องมือ และพัฒนาทักษะทีมงาน ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงบริบทสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองของแต่ละพื้นที่ โดยมีกิจกรรม ดังนี้

ก. ทีมวิชาการของ สวน. เสนอแนวทางในการพัฒนา และจัดวางรูปแบบ วิธีการ ฐานข้อมูล และเครื่องมือ ที่ต้องใช้ในการทำงานกับแต่ละประเด็นปัญหา (ทั้ง 3 ประเด็น) ให้ทีมงานผู้รับผิดชอบของแต่ละจังหวัด (ใน 3 จังหวัด) ได้รับรู้และเข้าใจถึงความจำเป็น ที่ต้องปรับปรุงให้สอดคล้องกับเงื่อนไขการจัดการปัญหาสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ และเอื้อให้ภาคีเครือข่ายในแต่ละอำเภอ สามารถปรับแก้รูปแบบ วิธีการ และเครื่องมือ ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงบริบททางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ในแต่ละพื้นที่ชุมชน ได้อย่างยั่งยืน (เดือนแรก)

ข. ทีมวิชาการของ สวน. และจังหวัด เสนอแนวทางการดำเนินงานกับประเด็นปัญหาทั้ง 3 ประเด็น ให้ผู้ตรวจราชการ สาธารณสุขนิเทศ ทีมงานระดับเขต ได้รับรู้และเข้าใจในประเด็นการดำเนินงานตามพันธกิจ ของ กลไกจัดการชายงาน 3 ระดับที่สำคัญ คือ (1) การจัดการระบบสุขภาพอำเภอ ให้สามารถจัดลำดับความสำคัญตามกลุ่มปัญหาสุขภาพ และเหตุปัจจัยทาง สังคมของกลุ่มปัญหาสุขภาพ เพื่อให้สามารถระดมภาคีให้ร่วมวินิจฉัยปัญหา วางแผนปฏิบัติงานร่วมกัน และสามารถติดตาม กำกับคุณภาพภารกิจ และประเมินผลได้อย่างต่อเนื่อง (2) การสนับสนุนการดำเนินงานจากเครือข่ายบริหารจัดการสุขภาพจังหวัด ที่ต้องระดม และพัฒนาสมรรถนะ ของภาคร่วมสนับสนุนจากหลายภาคส่วน เช่น กรณีกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ ภาควิชาการกระทรวงพัฒนาสังคม และความมั่นคงมนุษย์ กรณีปัญหาขยะ ภาควิชาการกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวง อุตสาหกรรม กระทรวงมหาดไทย ฯลฯ เพื่อให้วางกรอบ และแผนงานสนับสนุนที่ครอบคลุมพันธกิจของแต่ละหน่วยงาน (รวมทั้ง กรมต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข) (3) การหนุนเสริม และขับเคลื่อนภารกิจ ให้จังหวัด และอำเภอ สามารถแก้ไข ปัญหา อุปสรรค และลดข้อจำกัด ในด้านทรัพยากรสนับสนุน เทคนิควิชาการ และการพัฒนากลวิธีทางสังคมในการจัดการชายงาน จน สามารถจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยั่งยืน ได้ด้วยตนเอง

ค. ทีมวิชาการของ สวน. สนับสนุนเครือข่ายภาคีในระดับจังหวัด และเขตสาธารณสุข ให้ร่วมกันจัดวางแผนการ ดำเนินงานของแต่ละระดับ (เป็นแผน 1 ปีและ 3 ปี) เพื่อให้สามารถเริ่มภารกิจในระยะสั้น คือ ในปี 2558 และ ระยะปานกลาง ให้เกิดความชัดเจนในความรับผิดชอบ (Responsibility) และรับผิดชอบความก้าวหน้า ข้อจำกัด ปัญหา อุปสรรค และวิธีการปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงาน (Accountability) ให้ได้อย่างต่อเนื่องไปในช่วงเวลา 3 ปีข้างหน้า (จัดทำภายในเดือนที่ 4)

ง. กำหนดผู้รับผิดชอบการพัฒนา รูปแบบ วิธีการ เครื่องมือ และทักษะที่ต้องพัฒนาของบุคลากร ในระดับ จังหวัด และเขต เพื่อทำงานร่วมกับทีมวิชาการของ สวน. ในการดำเนินงานติดตาม กำกับแผนการดำเนินงานที่ กำหนดใน หัวข้อ (ค) และประเมินผลรวมพัฒนาเป็นกรอบ และเกณฑ์การดำเนินงาน (กำหนดในเดือนที่ 4)

จ. ทีมงาน สวน. ร่วมกับผู้รับผิดชอบการพัฒนา รูปแบบ ของจังหวัด และเขต นำเสนอกรอบที่พัฒนาขึ้นเป็นร่าง ในเดือนที่ 6 และจัดทำรายงานเสนอกับจังหวัดที่ดำเนินงาน (3 จังหวัด) ทุกๆ เดือน กับจัดทำรายงานเสนอ และขอความเห็นเพิ่มเติมกับทุกจังหวัดในเขต ผู้ตรวจราชการ สาธารณสุขนิเทศ และทีมงานเขต ทุก 2 เดือน



6.4 การกำหนดกรอบการจัดการกลุ่มปัญหาสุขภาพ ระดับจังหวัด อำเภอ ของเขต 8

แนวคิดการจัดการกับกลุ่มปัญหาสุขภาพ (Health Problem and Social Determinants) ซึ่งประมวลเอา เหตุปัจจัยทางสังคมที่ต้องจัดการแก้ไขอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ระดมภาคีภาคส่วนต่างๆ เข้ามาร่วมกันดำเนินงานได้อย่างครบวงจร แตกต่างไปจากกลยุทธ์การยกเอาปัญหาโรค (Disease Orientation) ขึ้นมาเป็นประเด็นในการจัดลำดับความสำคัญ และจัดการกับการดูแลรักษาโรค ที่แยกส่วน ออกจากการป้องกัน สร้างเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูคุณภาพชีวิต การประมวลกลุ่มปัญหาสุขภาพ ทั้งตาม การจำแนกกลุ่มประชากร (ตามนโยบาย กระทรวงสาธารณสุข) การควบคุมโรค (นโยบายที่มอบหมายให้ กรมควบคุมโรครับผิดชอบ) และภัยคุกคามสุข ภาพอื่นๆ จึงต้องกำหนดกรอบการจำแนก และจัดการกลุ่ม ปัญหาสุขภาพให้ชัดเจน มีกิจกรรมสำคัญ ดังนี้

ก. ประมวลกรอบวิธีการทำงานของกลุ่มปัญหาทั้ง 3 ประเด็นสุขภาพ จาก 3 อำเภอ โดยจัดการ ประชุมเชิงปฏิบัติการผู้รับผิดชอบในอำเภอ และจังหวัด ที่ทำงานกับ 3 กลุ่มปัญหาสุขภาพ โดยนำบทเรียน ที่ได้จากการประเมินผล มาใช้เปรียบเทียบกับการทำงานกับปัญหาประเด็นโรค ในพื้นที่อำเภอ อื่นๆ และจังหวัดอื่นๆ ในเขต 8 เพื่อพิจารณาจุดเด่น จุดด้อยของกระบวนการทำงานทั้ง 2 แบบ และจัดทำเป็น รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อนำเสนอต่อ หน่วยงานวิชาการระดับเขต และส่วนกลางของภาค ส่วนที่เกี่ยวข้อง

ข. การจัดประชุมสัมมนาคณะทำงานเขต 8 และหน่วยงานวิชาการระดับเขต ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่ม ปัญหาและเหตุปัจจัยของประเด็นสุขภาพทั้ง 3 กลุ่ม เพื่อพิจารณารายงานจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ และเพื่อพิจารณาความเป็นจริงได้ (Feasibility) ของการร่วมทำงานสนับสนุนการดำเนินการในลักษณะ ดังกล่าวในระดับจังหวัด และอำเภอ และวางแนวทาง หรือ กรอบการจัดการกับกลุ่มปัญหาสุขภาพ ที่ สามารถปรับใช้กับกลุ่มปัญหาสุขภาพอื่นๆ รวมทั้งช่องทางในการเผยแพร่แนวคิดกับหน่วยงานอื่นๆ ที่ เกี่ยวข้อง

ค. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการของทีมวิชาการที่รับผิดชอบทั้ง 3 ประเด็นในระดับส่วนกลาง เพื่อร่วม ทำความเข้าใจกับกรอบวิธีการ และแนวทางการสนับสนุนการจัดวางกรอบการทำงานร่วมกันในระดับ อำเภอ จังหวัด และเขต เพื่อให้สามารถบูรณาการพันธกิจของหน่วยงานหลายภาคส่วน ที่มีนัยสำคัญต่อ การขับเคลื่อนวงจรจัดการป้องกัน แก้ไขกลุ่มปัญหาสุขภาพ ที่มีเหตุปัจจัยทางสังคมร่วมกัน ดังที่แสดงให้ เห็นในการทำงานกับกลุ่มสุขภาพทั้ง 3 ประเด็น เพื่อนำเสนอต่อผู้กำหนดนโยบาย และผู้บริหารระดับ กระทรวงต่อไป

ง. จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย และแนวทางบริหารจัดการร่วมกันระหว่างทีมวิชาการของ สวน. ทีม วิชาการของหน่วยงานส่วนกลาง ที่รับผิดชอบกลุ่มปัญหาสุขภาพทั้ง 3 ประเด็น เพื่อเสนอต่อผู้บริหาร กระทรวงสาธารณสุข ให้กำหนด และวางต้นแบบในการทำงานเชิงวิชาการ แสดงบทบาทของหน่วยงานใน ส่วนกลาง และเขต ที่เสริมหนุนการบูรณาการภารกิจ และกระจายอำนาจการบริหารจัดการของภาคี เครือข่ายภาคส่วนต่างๆ ที่ทำงานในระดับพื้นที่ภูมิภาค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาคมใน ระดับอำเภอ



7. แผนการดำเนินงาน ใช้เวลา 9 เดือน ดังนี้

กลุ่มกิจกรรม	ระยะเวลา เดือนที่								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. การกำหนดรูปแบบ วิธีการ ขับเคลื่อนเครือข่ายบริการกลุ่มปัญหาสุขภาพในระดับอำเภอ									
ผลผลิต : (1) รูปแบบ (Model) ซึ่งมีทฤษฎีโครงการ (Program Theory) ที่นำมาใช้วางแผนปฏิบัติการของ 3 อำเภอใน 3 ประเด็นปัญหา ที่วางแผนร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และสอดคล้องกับความจริง ที่แสดงความต่อเนื่องยั่งยืน (Sustainability) (เดือนที่ 4) (2) ผลการดำเนินงานวางจรรยาบรรณของอำเภอ ให้สามารถปรับแก้ปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัด ที่อำเภอ ไม่สามารถแก้ไขเองได้ (เดือนที่ 9)									
ก.การจัดเวทีใน 3 อำเภอ เพื่อจัดวางแผนปฏิบัติการในการดำเนินงานกับกลุ่มปัญหาสุขภาพทั้ง 3 ด้าน	/	/	/						
ข.การประมวลรวบรวมข่าวสารที่ได้จากการทำงานในปี 2558 เพื่อนำมาใช้ในการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกัน ในแต่ละอำเภอ			/						
ค. การจัดเวทีประชุมเชิงปฏิบัติการระดับจังหวัด ของ จังหวัดหนองคาย อุดรธานีและสกลนคร โดย ระดมความร่วมมือจากเครือข่ายภาคีที่มีพันธกิจรับผิดชอบโดยตรงต่อกลุ่มปัญหา และการปรับแก้เหตุปัจจัยของ ปัญหาสุขภาพในแต่ละจังหวัดมุ่งเน้น				/					
ง. การจัดเวทีประชุมเชิงปฏิบัติการระดับเขต โดยผู้ตรวจราชการสาธารณสุข และสาธารณสุขนิเทศ ใน ประเด็นกลุ่มปัญหาสุขภาพ และเหตุปัจจัยที่ละประเด็น ทั้ง 3 เรื่อง (จัดแยกกัน 3 ครั้ง)					/				
2. การประเมินผลการดำเนินงานขับเคลื่อนเครือข่ายบริการกลุ่มปัญหาสุขภาพในระดับอำเภอ									
ผลผลิต : (1) ระเบียบวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล ทั้งประสิทธิผลเชิงระบาดวิทยาการติดตามสถานการณ์สุขภาพ ระยะยาว (Cohort Study) และกรอบการวิเคราะห์ประสิทธิภาพเชิงเศรษฐศาสตร์ และการเงิน สำหรับ 3 ประเด็น ใน 3 อำเภอ จะนำไปใช้ในการปรับปรุงภารกิจต่อไป (เดือนที่ 4) (2) แผนพัฒนาการจัดการฐานข้อมูล (Database Management) สำหรับใช้ทำงานใน 3 ประเด็นสุขภาพ ในระดับจังหวัด และเขต กับทีมงานข้อมูลข่าวสาร หรือ ผู้พัฒนาและดูแลระบบ ฐานข้อมูล ในระดับจังหวัด และในระดับเขตอย่างต่อเนื่อง (เดือนที่ 4) (3) มาตรฐานของฐานข้อมูลที่ใช้ร่วมกันในแต่ละระดับ เพื่อนำมาเป็นกรอบการติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน (เดือนที่ 8)									
ก. สวน. จัดทีมงานผู้ชำนาญการที่ตรงกับเนื้อหาของการปฏิบัติงานของ 3 ประเด็น เพื่อเข้าร่วมวางแผนกรอบการพัฒนาภารกิจอย่างต่อเนื่อง	/								
ข. ทีมงานภาคีเครือข่ายจัดบริการแต่ละด้านของทั้ง 3 อำเภอ ที่ร่วม	/	/	/	/	/	/	/	/	/



กลุ่มกิจกรรม	ระยะเวลา เดือนที่								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
ดำเนินงานกำหนดกรอบ วิธีการ และเครื่องมือรวบรวมข้อมูล ข่าวสารสำหรับติดตาม กำกับคุณภาพ และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง									
ค.การประชุมเชิงปฏิบัติการทุก 2 เดือน เพื่อนำข้อมูลมาแปลเป็น ข่าวสารที่สามารถสื่อความเข้าใจ (Communicable Information) ในระหว่างภาคีเครือข่ายที่ร่วมปฏิบัติงาน				/		/		/	/
ง. ทีมงานผู้ชำนาญการของ สวน. นำข้อสรุปจากการวางระบบการ ติดตาม และประเมินผลในประเด็น กลุ่มปัญหาสุขภาพ และเหตุ ปัจจัย ทั้ง 3 ประเด็น ร่วมหารือ และวางแผนพัฒนากรอบการ จัดการฐานข้อมูล (Database) สำหรับใช้ทำงานในระดับจังหวัด และเขต	/	/	/	/	/				
จ. ทีมงานของเขต จังหวัดทั้ง 8 จังหวัด ร่วมกันกำหนดมาตรฐาน ของฐานข้อมูลที่จะใช้ในระดับอำเภอ จังหวัด และเขต เพื่อนำมาใช้ เป็นกรอบ และเกณฑ์ในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ในระยะขยาย ผล						/	/	/	/
3. การวางรูปแบบ วิธีการในการสนับสนุนประเด็นกลุ่มปัญหาสุขภาพ 3 ด้านใน 3 จังหวัด									
ผลผลิต : (1) แผน 1 ปี และ 3 ปี การดำเนินงานของเครือข่ายภาคีในระดับจังหวัด และเขตสาธารณสุข เพื่อ สนับสนุนวงจรรงานของการทำงานใน 3 ประเด็นปัญหา ของ 3 อำเภอ (เดือนที่ 4) (2) รายงานผลการพัฒนารูปแบบ ของจังหวัด และเขต เสนอกับ 3 จังหวัดที่ดำเนินงาน กับจัดทำรายงาน เสนอ และขอความเห็นเพิ่มเติมกับทุกจังหวัดในเขต ผู้ตรวจราชการ สาธารณสุขนิเทศ และทีมงานเขต (เดือนที่ 8)									
ก. ทีมวิชาการของ สวน. เสนอแนวทางในการพัฒนา และจัดวาง รูปแบบ วิธีการ ฐานข้อมูล และเครื่องมือ ที่ต้องใช้ในการทำงานกับ แต่ละประเด็นปัญหา (ทั้ง 3 ประเด็น) ให้ทีมงานผู้รับผิดชอบ ของแต่ละ จังหวัด (ใน 3 จังหวัด)	/								
ข. ทีมวิชาการของ สวน. และจังหวัด เสนอแนวทางการดำเนินงาน กับประเด็นปัญหาทั้ง 3 ประเด็น ให้ผู้ ตรวจราชการ สาธารณสุข นิเทศ ทีมงานระดับเขต ได้รับรู้และเข้าใจในประเด็นการดำเนินงาน ตามพันธกิจ ของ กลไกจัดการชายงาน 3 ระดับ		/	/						
ค. ทีมวิชาการของ สวน. สนับสนุนเครือข่ายภาคีในระดับจังหวัด และ เขตสาธารณสุข ให้ร่วมกันจัดวางแผนการ ดำเนินงานของแต่ละ ระดับ (เป็นแผน 1 ปีและ 3 ปี) เพื่อให้สามารถเริ่มภารกิจในระยะ สั้น คือ ในปี 2558 และ ระยะปานกลาง				/					
ง. กำหนดผู้รับผิดชอบการพัฒนา รูปแบบ วิธีการ เครื่องมือ และ									



กลุ่มกิจกรรม	ระยะเวลา เดือนที่								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
ทักษะที่ต้องพัฒนาของบุคลากร ในระดับ จังหวัด และเขต เพื่อทำงานร่วมกับทีมวิชาการของ สวน.				/					
จ. ทีมงาน สวน. ร่วมกับผู้รับผิดชอบการพัฒนารูปแบบ ของจังหวัด และเขต นำเสนอกรอบที่พัฒนาขึ้นเป็นร่าง -จัดทำรายงานเสนอกับจังหวัดที่ดำเนินงาน (3 จังหวัด) ทุกๆ เดือน กับจัดทำรายงานเสนอ -ขอความเห็นเพิ่มเติมกับทุกจังหวัดในเขต ผู้ตรวจราชการ สาธารณสุขนิเทศ และทีมงานเขต ทุก 2 เดือน					/		/	/	/
4. การกำหนดกรอบการจัดการกลุ่มปัญหาสุขภาพ ระดับจังหวัด อำเภอ ของเขต 8									
ผลผลิต : (1) คณะทำงานเขต 8 และหน่วยงานวิชาการระดับเขต มีแนวทางการจัดลำดับความสำคัญของกลุ่มปัญหาสุขภาพ และเหตุปัจจัยร่วมในระดับอำเภอ และแนวทางในการระดมภาคีร่วมจัดการ ที่สามารถปรับใช้กับกลุ่มปัญหาสุขภาพอื่นๆ นอกเหนือไปจากกลุ่มปัญหาทั้ง 3 ประเด็น ที่นำมาใช้ในการศึกษา (เดือนที่ 7) (2) ข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อเสนอต่อผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ให้กำหนด และวางต้นแบบในการทำงานเชิงวิชาการ แสดงบทบาทของหน่วยงานในส่วนกลาง และเขต ที่เสริมหนุนการบูรณาการภารกิจ และกระจายอำนาจการบริหารจัดการของภาคีเครือข่ายภาคส่วนต่างๆ ที่ทำงานในระดับพื้นที่ภูมิภาคองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาคมในระดับอำเภอ (เดือนที่ 9)									
ก. ประมวลกรอบวิธีการทำงานของกลุ่มปัญหาทั้ง 3 ประเด็นสุขภาพ จาก 3 อำเภอ โดยจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการผู้รับผิดชอบในอำเภอ และจังหวัด ที่ทำงานกับ 3 กลุ่มปัญหาสุขภาพ				/	/	/			
ข.การจัดประชุมสัมมนาคณะทำงานเขต 8 และหน่วยงานวิชาการระดับเขตที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มปัญหาและเหตุปัจจัยของประเด็นสุขภาพทั้ง 3 กลุ่ม เพื่อพิจารณารายงานจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ และเพื่อพิจารณาความเป็นจริงได้ (Feasibility) ของการทำงานสนับสนุนการดำเนินการในลักษณะดังกล่าวในระดับจังหวัด และอำเภอ									/
ค.จัดประชุมเชิงปฏิบัติการของทีมวิชาการที่รับผิดชอบทั้ง 3 ประเด็นในระดับส่วนกลาง เพื่อร่วมทำความเข้าใจกับกรอบวิธีการ และแนวทางการสนับสนุนการจัดวางกรอบการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ จังหวัด และเขต เพื่อให้สามารถบูรณาการพันธกิจของหน่วยงานหลายภาคส่วน ที่มีนัยสำคัญต่อการขับเคลื่อนวงจรจัดการป้องกัน แก้ไข กลุ่มปัญหาสุขภาพ ที่มีเหตุปัจจัยทางสังคมร่วมกัน									/



กลุ่มกิจกรรม	ระยะเวลา เดือนที่								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
ง. จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย และแนวทางบริหารจัดการร่วมกันระหว่างทีมวิชาการของ สวน. ทีมวิชาการของหน่วยงานส่วนกลางที่รับผิดชอบกลุ่มปัญหาสุขภาพทั้ง 3 ประเด็น เพื่อเสนอต่อผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ให้กำหนด และวางต้นแบบในการทำงานเชิงวิชาการ									/

