

## District Health Care Service: A Case Study in Bangkok Area

*Adjunct professor Porntep Siriwanarangsun M.D.,Ph.D.\**

*Surachai Chokkhanchitchai, MD.\*\**

### Abstract

District Health Care Service: A Case Study in Bangkok was accomplished by 180 days. The methodology of the study was to review the District Health Board (DHB) documents and the regulations of the office of the prime minister on quality of life improvement at the district (2018). Experts from various related organizations were invited to provide information and shared opinion on related issues. It was found that the system and mechanism for integration was very important for many public and private intervention at the district. The strategy and plane at the district level is the most important and should be participated by many agencies concerned. For the information aspect, there were disintegration data gathering , information analysis, and data and information sharing. For the administration aspect, an office to cooperate and serve as secretary office should be setting up at the district level. Many curriculums to train personnels should be planned by using new approaches. The integration of finance and budget should be done to increase the effectiveness of the system. Moral support is very much necessary to motivate the people in the local area. Development of public health at the district level could be accomplished by working together among public and private agencies. This is aimed to promote better quality of life of the people in the districts.

*\*Chairman of the Committee for Health Bangkok Metropolitan Council*

*\*\*Uthaithani Hospital, Uthaithani province*

## การจัดบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ: กรณีศึกษาพื้นที่กรุงเทพมหานคร

*ศ.(วุฒิกุณ) พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, พ.บ., ปร.ด.\**

*สุรชัย โชคครรชิตไชย, พ.บ.\*\**

### บทคัดย่อ

การศึกษาการจัดบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ : กรณีศึกษาพื้นที่กรุงเทพมหานคร ใช้เวลาในการศึกษา 180 วัน การศึกษาใช้การวิเคราะห์เอกสารการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ระดับอำเภอ และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 และเชิญผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ มาให้ข้อมูลและแสดงความคิดเห็น ในประเด็นต่างๆ ผลการศึกษาพบว่า ด้านการพัฒนาระบบและกลไกการทำงาน จะต้องอำนวยความสะดวกให้ ส่วนราชการต่างๆ ในภาครัฐและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันทำงานแบบบูรณาการในระดับอำเภอ และจังหวัด โดยต้องร่วมกันจัดทำยุทธศาสตร์สุขภาพ ในระดับอำเภอ นอกจากนี้จะต้องให้มีการพัฒนาระบบข้อมูลสารด้านสุขภาพ ที่มีปัญหาในการจัดการข้อมูลที่กระจัดกระจาย ให้มีความเชื่อมโยง ทั้งด้านข้อมูล และกระบวนการ ในด้าน การประสานงานในพื้นที่ ควรจัดให้มีโครงสร้างหน่วยงานเพื่อรองรับภารกิจ และทำหน้าที่เป็นสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาชีวิตระดับเขต หรือกลุ่มเขต และต้องมีการแต่งตั้ง อนุกรรมการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พชช.) ในด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร จะต้องเพิ่มสมรรถนะบุคลากรให้เกิดทักษะในการบูรณาการร่วมกัน ในพื้นที่ โดยการจัดอบรม พัฒนาบุคลากรด้วยหลักสูตรหรือวิธีการใหม่ๆ ด้านการเงินการคลัง จะต้องมีการบูรณาการงบประมาณจากทุกแหล่ง ในพื้นที่ระดับเขต และจะต้องเน้นการดำเนินงานเยี่ยมเสริมพลัง เพื่อสร้างแรงจูงใจด้านบวก ให้เกิดการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน

การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ จะต้องดำเนินการร่วมกันหลายส่วนราชการ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงศึกษาธิการ และหน่วยงานต่างๆ รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา โดยมีกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นคณะทำงานด้านเลขานุการ ที่คอยศึกษา ประเมินสภาวะสุขภาพ ของประชาชนในพื้นที่ โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำ โดยการช่วยเหลือ ซึ่งกันและกัน เน้นการดูแลประชาชนให้ครบทุกกลุ่มวัย ตั้งแต่วัยทารก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน หญิง ตั้งครรภ์ และเน้นหนักในผู้สูงอายุและผู้พิการ โดยจะต้องมีคณะกรรมการประสานงานระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วยส่วนราชการที่เกี่ยวข้องและองค์กรส่วนท้องถิ่น ตลอดจนผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา โดยใช้พื้นที่ เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ตามแนวทางประชารัฐ รวมทั้งการบูรณาการงบประมาณในการแก้ปัญหา พร้อมทั้งปรับแก้กฎระเบียบที่เกี่ยวข้องให้สามารถบูรณาการการบริหารจัดการ ในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้สามารถนำทรัพยากรในภาคเอกชน ประชาชน มาบูรณาการกับภาครัฐ ส่งเสริมให้เกิดกลไกประชารัฐ ในการขับเคลื่อนให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ต่อไป

\*ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข, สภากรุงเทพมหานคร

\*\*โรงพยาบาลอุทัยธานี, จังหวัดอุทัยธานี

## การดำเนินการศึกษาของคณะกรรมการ วิสามัญศึกษา

จากการศึกษาเอกสารต่างๆ เช่น ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ที่ประกาศในราชกิจจานุ

นุเบกษา เมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2561 และจากการสัมภาษณ์ประชุมสัมมนากลุ่มย่อยสามารถกำหนดเป้าหมายการดำเนินการและกรอบประเด็นการศึกษา แบ่งเป็น 3 หมวด

หมวดที่ 1 สาระสำคัญ ความเป็นมา สถานการณ์แนวโน้ม

หมวดที่ 2 สิ่งที่ต้องดำเนินการในการพัฒนาระบบและกลไกการทำงาน การจัดการระบบข้อมูลสารสนเทศ การประสานงานในระดับพื้นที่ การสนับสนุน ส่งเสริม การเพิ่มสมรรถนะ การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และกลไกการเงินการคลัง

หมวดที่ 3 ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อนำไปใช้ในพื้นที่

## ผลการศึกษา

### หมวดที่ 1

#### สาระสำคัญ ความเป็นมา สถานการณ์แนวโน้ม

วันที่ 5 มิถุนายน 2560 นายกรัฐมนตรีเป็นประธานการประชุมคณะกรรมการบริหารราชการแผ่นดินเชิงยุทธศาสตร์ในด้านการขับเคลื่อนด้านสาธารณสุข ได้เสนอให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board: DHB) เพื่อบูรณาการและกำกับดูแลการใช้จ่ายงบประมาณด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่ โดยให้นายอำเภอเป็นประธานกรรมการ และให้มีการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีเพื่อรองรับการดำเนินการดังกล่าว

เมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2561 ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ได้ลงประกาศในราชกิจจานุเบกษาที่มีผลบังคับใช้ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน อย่างเป็นองค์รวม โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาประเทศ

ตามแผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - พ.ศ. 2564) กรอบเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) การปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข แผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2560 - 2579 ทำให้ทุกภาคส่วนได้ช่วยกันขับเคลื่อนประเทศไทยไปสู่ความมั่นคง มั่งคั่งและยั่งยืนตามแนวคิดประเทศไทย 4.0 อย่างมีประสิทธิภาพ

### หมวดที่ 2

#### 2.1 ผลการศึกษาด้านการพัฒนาระบบและกลไกการทำงาน

โครงสร้างของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ประกอบด้วย 1) กลุ่มงานบริการทั่วไป 2) กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข 3) กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ 4) กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ 5) กลุ่มงานนิติการ 6) กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข 7) กลุ่มงานประกันสุขภาพ 8) กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ 9) กลุ่มงานทันตสาธารณสุข 10) กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล 11) กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย 12) กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด 13) กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีอำนาจหน้าที่ดำเนินการ 1) จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่จังหวัด 2) ดำเนินการและให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัด 3) กำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัด เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพแลมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ 4) ส่งเสริมสนับสนุน และประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุข

ในเขตพื้นที่จังหวัดให้เป็นไปตามนโยบายของกระทรวง 5) พัฒนาระบบสารสนเทศงานสุขศึกษาและการสื่อสารสาธารณะด้านสุขภาพในเขตพื้นที่จังหวัด และ 6) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

สำหรับ โครงสร้างและอำนาจหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ได้แก่ 1) จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่อำเภอ 2) ดำเนินการและให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอ 3) กำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอเพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ 4) ส่งเสริม สนับสนุน และประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอให้เป็นไปตามนโยบายของกระทรวง 5) พัฒนาระบบสารสนเทศงานสุขศึกษาและการสื่อสารสาธารณะด้านสุขภาพในเขตพื้นที่อำเภอ 6) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

### ข้อเสนอจากการศึกษา

เสนอให้มีการปรับปรุงโครงสร้างและภารกิจของหน่วยงานทั้งสำนักส่วนกลางและสำนักงานเขตของกรุงเทพมหานครเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ให้บรรลุเป้าหมาย

## 2.2 ผลการศึกษาด้านการจัดการระบบข้อมูลสารสนเทศ

ข้อมูลในพื้นที่กรุงเทพมหานคร กระจัดกระจาย ไม่เชื่อมต่อ ปัญหาการจัดการข้อมูลไม่มีเอกภาพ

จำเป็นต้องดำเนินการพัฒนาระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศเพื่อใช้ในการกำหนดเป้าหมายระยะ 5 ปี

การกำหนดเป้าหมายและแนวทางการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ เพื่อการตัดสินใจตาม ข้อ 5<sup>(1)</sup> โดยมีกรอบการดำเนินการเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับนโยบาย สถานการณ์ และคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่โดยคืนข้อมูลชี้เป้าปัญหาและปัจจัยเสี่ยง (Information) ดังนี้

1) ด้านโรคติดต่อ ได้แก่ วัณโรค ไข้เลือดออก ไข้หวัดใหญ่ โรคพิษสุนัขบ้า ตัวอย่างโรคพิษสุนัขบ้ามีข้อมูลสัตว์ คน รายอำเภอ ที่สามารถคืนให้ได้แบบ Real Time สามารถวิเคราะห์ สังเคราะห์ข่าวกรอง ความเสี่ยงได้ 5 มิติ ในเขตเสี่ยง

2) ด้านโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน การป้องกันอุบัติเหตุทางถนน (Road Traffic Injury: RTI) รวมทั้งภัยสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ บุหรี่ เหล้า โรคจากการประกอบอาชีพ แรงงานนอกระบบ เป็นต้น

3) ด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ขยะ และสิ่งแวดล้อม

4) ด้านกลุ่มวัย : ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ยากไร้ เด็กปฐมวัย

### ข้อเสนอจากการศึกษา

ต้องเร่งดำเนินการจัดการระบบข้อมูลเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน พชช. ทั้งเนื้อหา (Content) และกระบวนการ (Data Processing) การไหลเวียนของข้อมูล หน่วยรับส่งและหน่วยใช้ การใช้ Big Data รวมถึงข้อมูลกองทุนหลักประกันสุขภาพ

## 2.3 ผลการศึกษา ด้านการประสานงานในระดับพื้นที่

การบูรณาการงาน และการบริหารจัดการ แผนการพัฒนาระบบ และกลไกการทำงาน การสนับสนุน ส่งเสริม การบริการปฐมภูมิ หมอครอบครัว

(PCC) PP&P Excellence กองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่น คณะกรรมการเขตสุขภาพ เพื่อประชาชน (กขป.) โดยมุ่งหมายให้มีการบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานของรัฐในพื้นที่ในด้านทรัพยากรและภารกิจภายใต้อำนาจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานของรัฐนั้น เน้นการประสานงานแบบบูรณาการเพื่อรองรับการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต โดยศึกษารูปแบบการจัดโครงสร้างของสาธารณสุขจังหวัด มาจัดทำเป็นโครงสร้างสาธารณสุขกลุ่มเขต เพื่อรองรับภารกิจหน้าที่ การเป็นสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต ระดับกลุ่มเขต และสร้างความเชื่อมโยงกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จากการศึกษาพบกลไกการทำงานระดับชาติที่เชื่อมโยงกับกลไกระดับเขต

#### ข้อเสนอจากการศึกษา

เพื่อให้หน่วยงานของรัฐและผู้ที่เกี่ยวข้อง มีการบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานของรัฐ และเอกชนในพื้นที่ การบูรณาการที่รวมถึงทรัพยากรและภารกิจภายใต้อำนาจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานของรัฐนั้น ต้องร่วมกันส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือและประสานงานกันระหว่างหน่วยงานของรัฐภาคเอกชน และภาคประชาชน ตลอดจนชุมชนในพื้นที่ เพื่อให้มีเป้าหมายและแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมของแต่ละพื้นที่ โดยให้ยึดถือประโยชน์ของประชาชนเป็นสำคัญ

และควรแต่งตั้ง “คณะอนุกรรมการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน พชช.” เพื่อเป็นกลไกในการเชื่อมประสานและสนับสนุนการดำเนินงานระหว่าง พชช. กรุงเทพมหานคร

#### 2.4 ผลการศึกษาด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร

บทบาทของ พชช. ต้องเข้าใจบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ ต้องมีสมรรถนะในการวิเคราะห์

ประสานงานเพื่อให้เกิดการทำงานแบบบูรณาการในพื้นที่ บุคลากรต้องมีศักยภาพในการเป็นวิทยากรกระบวนการ การประสานบูรณาการ การวิเคราะห์ข้อมูล การพัฒนาศักยภาพคนให้สามารถดำเนินการบูรณาการใช้ทรัพยากรให้เกิดประสิทธิภาพ และจะต้องใช้อำนาจรัฐของเขตให้เกิดกระบวนการบูรณาการเพื่อทำตามภารกิจที่อยากจะทำ ในกระบวนการอบรมจะต้องมีการอบรมเชิงปฏิบัติการ คือ ฝึกปฏิบัติโดยใช้แนวทางการระดมการทำงานร่วมกันของหน่วยงานในพื้นที่

#### ข้อเสนอจากการศึกษา

ควรสนับสนุนการดำเนินงาน ดังนี้

1. การพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการเพื่อการขับเคลื่อนและสนับสนุนการดำเนินงาน พชช.
2. การพัฒนาหลักสูตร และพัฒนาระบบการให้บริการคำปรึกษา โดยพัฒนาคณะกรรมการวิชาการให้มีความสมรรถนะด้านการให้คำปรึกษา
3. การพัฒนาคนเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงนี้ได้ข้อสรุปเรื่องการพัฒนาคน เป็นการอบรมเพื่อเปลี่ยนแปลงวิถีทัศน์และทัศนคติ
4. การจัดอบรม ต้องจัดให้สอดคล้องกับกลุ่มคน ไม่ให้หนักกลับวิธีการอบรม ต้องใช้หลักการสอนผู้ใหญ่ เรียนแบบผู้ใหญ่ สร้างแรงบันดาลใจจากการฟัง

สรุปการอบรมต้องใช้เทคนิค A-I-C ในการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในพื้นที่ ต้องวิเคราะห์ให้ได้ว่าอะไรคือปัญหาของพื้นที่ แล้วเอาปัญหานั้นมาเป็นประเด็นในการขับเคลื่อนเป็นการทำงานร่วมกันในลักษณะบูรณาการระหว่างภาครัฐและภาคประชาชน โดยใช้เงินจากกองทุนท้องถิ่นจะมาปิดช่องว่างที่ภาครัฐทำไม่ถึงไม่ครอบคลุม

#### 2.5 ผลการศึกษา กลไกการเงินการคลัง

การพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน มีเงินจากหลายภาคส่วน เช่น สข. ในกลไก ประชากรรัฐ

กระทรวงพัฒนาสังคม สำนักงานป้องกันและบำบัด ยาเสพติด (ปปส.) พชอ. สำนักพัฒนาสังคม กองทุน พัฒนาบทบาทสตรี กองทุนผู้สูงอายุ รวมถึง NGOs และสถานประกอบการที่รับเงินจาก สสส. เพื่อดำเนินการพัฒนาสุขภาพ ในพื้นที่ หรือในองค์กร

### ข้อเสนอจากการศึกษา

ศูนย์บริการสาธารณสุขที่จะมาดูแลกองทุนสุขภาพท้องถิ่น และ พชช. ต้องจัดทำ รูปแบบและแนวทางการใช้เงินกองทุน โดยให้พัฒนารูปแบบจากการดำเนินงานของ สสส. โดยแบ่งจัดสรรงบประมาณบริหารจัดการ 10 เปอร์เซ็นต์ให้ส่วนกลาง จะมีเงินงบประมาณลงเขตประมาณ 9 ล้านบาท/เขต สิ่งที่เป็นห่วงและยำ คือ ไม่ใช่เป็นการให้เงินประชาชนไปทำงานแต่ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมอำนวยการ โดยภาครัฐเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

## 2.6 ผลการศึกษาด้านการติดตามประเมินผล

ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินการและการประเมินผลด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตไม่มีการตั้งเป้าหมายและผู้รับผิดชอบการดำเนินงานเชิงบูรณาการที่ชัดเจน ทำให้การประเมินผลไม่สามารถดำเนินการได้ เช่น การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการจราจรทางถนน (RTI) ใน 50 เขต พบว่ามี 12 เขต ที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง ทำให้ไม่สามารถติดตามประเมินผลและดำเนินการด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างเป็นรูปธรรม

### ข้อเสนอจากการศึกษา

ให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชช.) โดยเน้นการเยี่ยมเสริมพลัง มุ่งสร้างแรงจูงใจด้านบวกโดยใช้ระบบข้อมูลสารสนเทศ และให้มีการติดตามประเมินผลแบบเชื่อมโยงไม่แยกส่วน เน้นบูรณาการระหว่างหน่วยงานวิชาการของกระทรวงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ใน 3 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 ระดับประเทศ ที่มี

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชพ.) ซึ่งเป็นระดับนโยบายประเทศ ระดับที่ 2 คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขต 13 กรุงเทพมหานคร (กชป.) และระดับที่ 3 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พชช.)

## หมวดที่ 3

### ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการนำไปใช้ในพื้นที่

เพื่อให้การทำงานตามแนวทางการจัดระบบสาธารณสุขระดับอำเภอ เขตกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2560 มีประสิทธิภาพ จึงขอเสนอให้กรุงเทพมหานครเตรียมการในประเด็นต่างๆ ดังนี้

#### 1. ด้านการพัฒนาระบบ

1.1 การทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิตเน้นเรื่องการใช้พื้นที่ระดับเขตเป็นที่ตั้ง และให้มีการบูรณาการโดยสร้างแรงจูงใจ ทั้งนี้ให้ผู้อำนวยการเขตในพื้นที่อำนวยการเขตให้เกิดการบูรณาการในระดับเขตอย่างเป็นรูปธรรม

1.2 ให้กรุงเทพมหานคร ร่วมกับสถาบันฯ ศูนย์วิชาการ ผู้รับผิดชอบพื้นที่กรุงเทพมหานครของกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน จัดให้มีหน่วยงานรับผิดชอบจัดทำระบบฐานข้อมูลคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่กรุงเทพมหานครให้มีความเชื่อมโยงกัน เพื่อกำหนดเป้าหมาย วางแผน และประเมินผล

1.3 ให้นำผลการดำเนินงานสร้างนโยบายสาธารณะจากคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ 13 กรุงเทพมหานคร มาพิจารณาใช้ในการวางแผนทำงานระดับเขต

1.4 พัฒนาบุคลากรอย่างน้อย 4 กลุ่ม ได้แก่ ประธาน เลขาธิการ ภาคประชาชน และทีมวิชาการ เพื่อให้เกิดความรู้ความสามารถ ทักษะการบูรณาการ และทัศนคติที่ดีในการดำเนินงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต

## 2. ด้านการปรับปรุงโครงสร้างหน่วยงาน

การปรับปรุงหน่วยงาน กรุงเทพมหานคร ด้านบริหารจัดการระดับพื้นที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้รองรับการรับมอบการกระจายอำนาจจากกระทรวงและหน่วยงานต่างๆ เช่น พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พระราชบัญญัติยา พระราชบัญญัติอาหาร พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พระราชบัญญัติประกันสังคม พระราชบัญญัติเสพติดให้โทษ ฯลฯ

ให้กรุงเทพมหานคร จัดตั้งหน่วยอำนวยการที่มีสำนักงานเลขานุการ อาจจะใช้ที่ทำงานเขตหรือศูนย์บริการสาธารณสุข ตามความเหมาะสม

## 3. ด้านการเงินการคลังสุขภาพ

ให้ผู้อำนวยการเขตบูรณาการการใช้ทรัพยากรในระดับเขตจากทุกภาคส่วน อาทิ กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร กองทุนด้านอุปถัมภ์ กองทุนสนับสนุนบริการสุขภาพ (Long Term Care) สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง กองทุนพัฒนาบทบาทสตรี และงบประมาณจากหน่วยงานอื่น เช่น กระทรวงพัฒนาสังคมฯ สำนักงานป้องกันและบำบัดยาเสพติด (ปปส.) สถาบันพัฒนาองค์กรเอกชน (พชอ.) รวมถึง NGOs และสถานประกอบการที่รับเงินจาก สสส. สปสช. ฯลฯ เพื่อดำเนินการพัฒนาสุขภาพในพื้นที่ หรือในองค์กร (เพิ่มเขียนชื่อเต็ม)

## 4. ด้านระบบติดตามประเมินผล

ให้มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชช.) เพื่อเป็นกลไกในการเชื่อมประสานและสนับสนุนการดำเนินงานระหว่าง พชช. กรุงเทพมหานคร และ พชพ. ให้มีหน้าที่ให้คำปรึกษา ประเมินผลการดำเนินงานของ 6 กลุ่มเขต และภาพรวมของกรุงเทพมหานครเพื่อใช้ในการดำเนินงานของ พชพ. และคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนเขต 13 โดยเน้นการเยี่ยมเสริมพลัง และให้มีการติดตามประเมินผลแบบเชื่อมโยงไม่แยก

ส่วน เน้นบูรณาการระหว่างหน่วยงานวิชาการของกระทรวงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ต้องพิจารณาความสอดคล้องของกลไกทั้ง 3 ระดับ ระดับประเทศ ระดับจังหวัด และระดับเขต

5. ด้านการบริหารระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนแบบมีส่วนร่วม

5.1 เน้นการสร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลงภาคประชาชนในการจัดระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นพื้นที่เขตเป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง

5.2 ให้มีการสร้างจิตอาสาภาคประชาชน เพื่อเสริมการจัดบริการปฐมภูมิที่รัฐไม่สามารถให้บริการได้ครอบคลุม เช่น Care Giver ในกลุ่มผู้สูงอายุ อาสาสมัครผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน และวัยรุ่น เป็นต้น

6. ให้มีการพัฒนาฝีมือพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขตโดยการมีส่วนร่วมระหว่าง กรุงเทพมหานคร สถาบันฯ ศูนย์วิชาการของกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้อง

7. กรุงเทพมหานคร เร่งรัดการออกระเบียบและข้อบัญญัติในดำเนินการด้านงบประมาณและการเบิกจ่ายให้เกิดความยืดหยุ่นและคล่องตัว

## วิจารณ์

การพัฒนาการจัดบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ เป็นพื้นฐานการดำเนินการด้านสุขภาพที่สำคัญในปัจจุบันและอนาคต ด้วยสภาวะสุขภาพในปัจจุบัน กลุ่มประชากรส่วนใหญ่จะมีอายุเฉลี่ยสูงขึ้นจนบางพื้นที่ของประเทศไทย สภาวะประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ดังนั้นการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ โดยการมีส่วนร่วมของส่วนราชการต่างๆ ตั้งแต่กระทรวงมหาดไทย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา และหน่วยงานต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข จึงมีความสำคัญที่จะสามารถดูแลประชากรในชุมชนได้ทุกกลุ่มวัย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ

วัฒนา นันทะเสน<sup>(2)</sup> ที่ว่า ผลลัพธ์ของการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยผลการประเมินชี้ให้เห็นเป็นการ และความเชื่อมโยงของ 5 ปัจจัยสำคัญ คือ 1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ 2) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน 3) การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการและตัวผู้ให้บริการเอง 4) การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร และ 5) การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น โดยเน้นการแก้ไขปัญหาตามบริบทของพื้นที่ (CBL) ในการพัฒนาระบบสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานหนึ่งอำเภอหนึ่งประเด็นสุขภาพ (One District One Project (ODOP)) เพื่อแก้ไขปัญหาตามบริบทในพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชน

ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information technology: IT) มีความสำคัญและเจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว และผลักดันให้ประเทศมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาทางสังคมด้านต่างๆ อย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามพื้นที่ กทม. ต้องเผชิญกับกระแสการเปลี่ยนแปลงที่ซับซ้อนมากขึ้น สภาวะสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ทางเศรษฐกิจ การเมืองวัฒนธรรมและ สิ่งแวดล้อม การบริหารงานสาธารณสุขในทุกระดับจึงจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลข่าวสารที่มีความถูกต้อง ครบถ้วน เชื่อถือได้ และทันต่อเหตุการณ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุพล พรหมมาพันธุ์<sup>(3)</sup> ที่พบว่า ข้อมูลสารสนเทศในระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อการบริหารจัดการแผนยุทธศาสตร์ เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กร และการพัฒนากระบวนการในการทำงานให้ได้ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น จากผลการศึกษาครั้งนี้ ควรส่งเสริมระบบการทำงานผ่านระบบการใช้ข้อมูลสารสนเทศในการบริหารจัดการแผนยุทธศาสตร์ใน พชช. และควรมีแผนการพัฒนาศักยภาพในกลุ่ม

ผู้ใช้ในระดับผู้ใช้งานและภาคีเครือข่าย เพื่อให้ระบบข้อมูลสารสนเทศมีความถูกต้องมากยิ่งขึ้นเพื่อนำมาใช้ในการวางแผนและการจัดการแผนยุทธศาสตร์ต่อไป

การประสานงาน การทำงานเป็นทีมของ พชช. ภายใต้คณะกรรมการบริหารซึ่งประกอบไปด้วยบุคลากรหลายภาคส่วน ในรูปแบบการบริหารจัดการที่มุ่งเน้นเน้นผลลัพธ์ การทำงานร่วมกันและเชื่อมประสานงานกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งพื้นที่ กทม. เป็นพื้นที่พิเศษ ซึ่งมีการจัดการโดยท้องถิ่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุริยะ วงศ์คงคาเทพ<sup>(4)</sup> พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่าง ผู้บริหารท้องถิ่นกับสถานบริการในพื้นที่ส่งผล ทำให้เกิดการดำเนินงานเป็นทีมเครือข่าย เพื่อพัฒนาการดำเนินงานด้านสุขภาพในระดับ พื้นที่ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การพัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนงาน จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาบุคลากรแกนนำให้มีส่วนร่วมจึงจะเกิดผลสัมฤทธิ์ บุคลากรต้องเข้าใจบทบาทหน้าที่ ซึ่งจากการศึกษาของวินัย ลีสmith และคณะ<sup>(5)</sup> ที่ได้ศึกษาบทบาทที่เหมาะสมของกระทรวงสาธารณสุขภายใต้การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข พบว่าบทบาทที่เหมาะสมของกระทรวงสาธารณสุขที่เชื่อมโยงกับ อปท. เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคควรเน้นด้านพัฒนาคุณภาพชีวิต การดูแลกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ การป้องกันโรคที่พบบ่อยในพื้นที่ และด้านบริการสังคมที่เป็นตัวชี้วัดสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขต้องมีบทบาทควบคุมโรคที่เกิดระบาดรุนแรงและต้องการวิชาการที่ก้าวหน้า และจากการศึกษาของเกสร วงศ์มณี<sup>(6)</sup> ที่ศึกษารูปแบบระบบสุขภาพระดับอำเภอเพื่อมุ่งสู่อำเภอสร้างเสริมสุขภาพ และพบว่าในกระบวนการด้านการขับเคลื่อนการพัฒนาศักยภาพ แกนนำจะทำให้ผลการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชประสบความสำเร็จ

การติดตามประเมินผล การดำเนินงานที่ยั่งยืนได้ ต้องเกิดจากการมีส่วนร่วม ของประชาชน ด้วย ซึ่งจากการศึกษาของ เนาวรัตน์ เจียรวิวัฒน์วงศ์ และคณะ<sup>(7)</sup> ที่ศึกษาการเรียนรู้เชิงบูรณาการระบบสุขภาพระดับอำเภอและทีมหมอครอบครัว ในการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ ด้วยกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน คุณภาพ: สุขสำราญ ห่วงใยกัน ด้วยทีมหมอครอบครัว พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาคนผ่านกระบวนการจัดการเรียนรู้ เพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (DHML) ทำให้เห็นรูปแบบการมีส่วนร่วมในรูปเครือข่ายทุกภาคส่วนชัดเจนยิ่งขึ้น ผ่านการเรียนรู้แบบใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Learning: CBL) ซึ่งภาคประชาชนที่เป็นทีมผู้เรียนได้ร่วมเรียนรู้กับทีมสุขภาพ เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ทำให้ยิ่งเกิดความเข้าใจ และปรับเปลี่ยนทัศนคติในการดูแลสุขภาพว่า การดูแลสุขภาพไม่ใช่ความรับผิดชอบของบุคลากรสาธารณสุขแต่เพียง

ฝ่ายเดียว แต่ภาคประชาชนต้องมีส่วนร่วมเพื่อ การดำเนินการที่ยั่งยืน และจากการศึกษาของ สุวภัทร นักรู้กมลพัฒน์ และคณะ<sup>(8)</sup> ที่ศึกษาการประเมินผลการดำเนินการของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ กรณีอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี จากการประเมินเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอในครั้งนี้ตาม CIPP Model สรุปได้ว่า กระบวนการ มีการติดตามการดำเนินการ โดยการเยี่ยมนิเทศ เมื่อมีปัญหาจะ ให้การช่วยเหลือ โดยมีฝ่ายยุทธศาสตร์ของสาธารณสุขจังหวัด เป็นผู้ดูแล ซึ่งทั้งนี้ สุรเกียรติ อาชานานุภาพ<sup>(9)</sup> กล่าวว่า การพัฒนากลไกการบริหารจัดการตามแนวทางของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DSH) ไม่มีวันจบ ควรพัฒนาต่อเนื่องไปตามบริบทสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชนในพื้นที่ ที่แปรไปตามสภาวะ สภาพสังคม เศรษฐกิจ การเมือง สิ่งแวดล้อม ฯลฯ

## เอกสารอ้างอิง

1. ขตากร ศิริคุณ วุฒิพงศ์ ภัคดีกุล การประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนาเครือข่าย บริการสุขภาพระดับอำเภอ (District Health: DHS) ในพื้นที่จังหวัดสกลนคร วารสารการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2557;2(1):1-12.
2. วัฒนา นันทะเสน. การประเมินผลการพัฒนางานระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2558; 7(3):105-113.
3. สุพล พรหมมาพันธุ์. การใช้เทคโนโลยีเพื่อเป็นกลยุทธ์ความได้เปรียบของมหาวิทยาลัยเอกชน. Royal Thai Air Force Medical Gazette. 59(2), 46-52 ใน สมเกียรติยศ วรเดช และคณะการใช้ข้อมูลสารสนเทศในการจัดการแผนยุทธศาสตร์ฯ วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ. 2558;18(2):28-36.
4. สุริยะ วงศ์คงคาเทพ, ภูษิต ประคองสาย, สุณี วงศ์คงคาเทพ และอังคณา จรรยา กุลวงศ์. โครงการประเมินผลเพื่อพัฒนาศักยภาพ และประสิทธิภาพกองทุน สุขภาพระดับตำบลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้แนวคิดการบริหารจัดการที่ดี. (ม.ป.ท.), 2553.

5. วินัย ลีสมิทธิ และสมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. บทบาทที่เหมาะสมของกระทรวงสาธารณสุขภายใต้การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข (The Appropriate Roles of the Ministry of Public Health within Health Care Decentralization). (ม.ป.ท.), 2553.
6. เกษร วงศ์มณี และณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. รูปแบบระบบสุขภาพระดับอำเภอเพื่อมุ่งสู่อำเภอสร้างเสริมสุขภาพด้านสุขภาพจิต อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 2560;35(2):232-241
7. เนาวรัตน์ เจียรวิวัฒน์วงศ์, ดาราวรรณ รองเมือง, นัสรียา สือมะ, แวตตา ขอจ่วนเตี้ย, โกมาซุม ภูผา, นิศารัตน์ สวนสัน, และคณะ. การเรียนรู้เชิงบูรณาการระบบสุขภาพระดับอำเภอและทีมหมอครอบครัว ในการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ ด้วยกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน คุณภาพ: สุขสำราญ ห่วงใยกัน ด้วยทีมหมอครอบครัว. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2559;3(2):1-16.
8. สุภภัทร นักรู้กำลังพัฒนา, นิชนันท์ สุวรรณภูฏ, ยมนา ชนะนิล, ภูษณิศา มีนาเขตร. การประเมินผลการดำเนินการของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ กรณีอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2559;7(2):105-130.
9. สุธเกียรติ อาชานานุภาพ. แนวทางการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพอำเภอเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืน. วารสารคลินิก 2556;337(1)