

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ: ความท้าทายและการพัฒนา
District Quality Development Committee: Challenges and Development

บทความวิชาการ (Academic article)

Corresponding author E-mail:0982694233ksp@gmail.com*

(Received: February 4, 2020; Revised: June 10, 2020;

Accepted: July 19, 2020)

กานต์ชัชพิสิฐ คงเสถียรพงษ์ (Karnchatpisit Khongsateinpong)^{1*}

ศิวิไลซ์ วรรณวีจิตร (Civilaiz Wanaratwichit)²

บทคัดย่อ

การดูแลสุขภาพประชาชนในอดีตนำแนวคิดงานสาธารณสุขมูลฐานมาใช้ในการดูแล ปัจจุบันปัญหาสุขภาพประชาชนเปลี่ยนไป มีเหตุปัจจัยรอบด้านทั้งจากตัวประชาชน องค์กรหน่วยงานภาครัฐและเอกชน การแก้ปัญหาต้องอาศัยการบูรณาการทุกภาคส่วน จึงมีแนวคิดเพิ่มเติม ได้แก่ ระบบสุขภาพอำเภอ โดยมี คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลุ่มจัดการสุขภาพประชาชนในอำเภอ เป้าหมาย คือ ชุมชนเข้มแข็งและประชาชนพึ่งพาตนเองภายใต้การสร้างการมีส่วนร่วม พบประเด็นปัญหาอุปสรรคระบบสุขภาพอำเภอ ในด้านรูปแบบการดำเนินการและการจัดการ ดังนั้นแนวทางการดำเนินงานคือ ผู้นำจะต้องมีภาวะผู้นำที่มีความมุ่งมั่นในการทำงาน มีการกระจายอำนาจและมีการจัดการแบบมีส่วนร่วม เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง ภายใต้การทำงานแบบเครือข่าย เพื่อร่วมกันดำเนินกิจกรรมที่เป็นปัญหาสุขภาพ หรือปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตประชาชนในพื้นที่ เพื่อผลลัพธ์ คือประชาชนเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/ตำบล (พชอ,พชต), การมีส่วนร่วมของชุมชน, คุณภาพชีวิต

ABSTRACT

Health care in the past used the concept of basic public health care. Nowadays, public health problems have changed. There are various factors, both from the people government and private organizations problem solving requires integration in all sectors. Therefore, there is an additional concept, namely the district health system, with the district quality of life development committee (PADC) as the public health management group in the target district are the strongly community and self-help citizens. Under engagement creation found problems, obstacles, and the district health system in the form of operations and management. Therefore, the operational guideline is that leaders must have leadership that is committed to work. There is decentralization and participatory management focusing

1 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

Doi Saket District Public Health Office, MPH., Doi Saket District, Chiangmai

2 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

Faculty of Public Health, Naresuan University, Phitsanulok

on the people as the center. Under network operation to jointly carry out activities that are health problems or problems that affect the way of life of the people in the area for the result that the people have a good quality of life

Keywords: District/sub-district, quality of life development committee, Community participation, Quality of life

บทนำ

องค์กรดูแลสุขภาพและภาคประชาชน คงไม่มีหน่วยงานใดปฏิเสธได้ว่า ปัจจุบันปัจจัยกำหนดทางสังคมมีความสำคัญและสามารถกำหนดทิศทางการพัฒนาสุขภาพได้ตามแนวคิดองค์การอนามัยโลกว่า ปัจจัยกำหนดทางสังคมของสุขภาพเป็นเงื่อนไขในสภาพแวดล้อมของคนตั้งแต่การเกิด มีชีวิต เรียนรู้ ทำงาน เล่น ฯลฯ ซึ่งมีผลต่อสุขภาพตามสภาวะที่หลากหลาย ทั้งยังมีผลต่อความเสี่ยงทางสุขภาพและต่อคุณภาพชีวิต (WHO, 1978) ซึ่งส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การดำเนินการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมา รัฐบาลได้ใช้กลไกการแก้ปัญหาสุขภาพด้วยแนวคิดระบบราชการ (Ideal-type bureaucracy) โดยเชื่อว่าเป็นระบบที่มีการบริหารแบบสมเหตุสมผล เนื่องจากการกำหนดบทบาทหน้าที่ตามความรู้ ความสามารถและมีขอบเขตอำนาจหน้าที่แต่ละลำดับชั้นไว้ควบคุม (Ringer and Fritz, 2004) โดยเน้นการดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพ จากฝ่ายข้าราชการซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุขเป็นหลัก ภาคประชาชนและองค์กรภาคส่วนต่าง ๆ เป็นเพียงกลุ่มที่เข้ามามีส่วนร่วมช่วยแก้ไขปัญหาเท่านั้น ทำให้รูปแบบการแก้ไขปัญหาไม่สอดคล้องกับปัจจัยกำหนดสุขภาพที่ไม่ได้มีเพียงระบบสุขภาพ หากยังประกอบด้วยสภาพสังคม สิ่งแวดล้อมในชุมชนและการปฏิบัติของประชาชนเอง ส่งผลต่อผลลัพธ์ของคุณภาพชีวิตของประชาชน อาจกล่าวได้ว่า แนวคิดหรือกระบวนการต้นแบบเดิมที่ให้บุคลากรสาธารณสุขเป็นแกนหลักในการดูแลสุขภาพ อาจไม่สามารถใช้ได้ผลอีกต่อไป

นโยบายสาธารณสุขในปัจจุบันได้ให้ความสำคัญการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอเป็นหลัก โดยให้ระดับอำเภอเป็นผู้รับผิดชอบจัดการสุขภาพของประชาชนทั้งระบบ เป็นระบบสุขภาพอำเภอ (Archanuphap, Weerawong & Yanana, 2014) อำเภอเป็นหน่วยงานภาครัฐระดับภูมิภาคที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน เปรียบเสมือนประตูเชื่อมระหว่างประชาชนกับหน่วยงานของรัฐที่อยู่ในพื้นที่ ซึ่งมีหลากหลายหน่วยงาน อาทิ เช่น หน่วยงานปกครอง ตำรวจ สถาบันการศึกษา เกษตร สาธารณสุข พัฒนาชุมชน ปศุสัตว์ เป็นต้น หน่วยงานเหล่านี้เกี่ยวข้องกับปัจจัยกำหนดด้านสังคมทั้งสิ้น จุดแข็งคือสามารถระดมทรัพยากรจากภาคส่วนต่าง ๆ ให้เข้ามามีบทบาทในการทำหน้าที่แก้ไขปัญหาผ่านกระบวนการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข มีนายอำเภอเป็นประธาน (Office of the Prime Minister, 2018) เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนหรือชุมชน ผ่านกระบวนการบูรณาการทำให้เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐ เอกชนและประชาชนโดยเฉพาะภาครัฐ ไม่เพียงแต่กระทรวงสาธารณสุขแต่ยังมีกระทรวงมหาดไทยและกระทรวง ทบวง กรมต่าง ๆ ที่ดำเนินโครงการและกิจกรรมลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิดชุมชนเข้มแข็งและประชาชนสามารถพึ่งพาตนเอง ตลอดจนแก้ไขปัญหาของชุมชนด้วยตัวเอง แต่ในความเป็นจริงแล้วการ

ทำงานของหน่วยงานภาครัฐและเอกชนมีวัฒนธรรมองค์กรที่แตกต่างกันโดยสิ้นเชิง โดยภาครัฐจะมีการบริหารจัดการแบบรวมอำนาจหรืออำนาจนิยม ซึ่งแตกต่างจากภาคเอกชนที่เน้นการบริหารจัดการเชิงธุรกิจ ดังนั้น การกำหนดบทบาทหรือลักษณะการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจึงมีความสำคัญและจำเป็นที่ต้องมีความชัดเจน เป็นความท้าทายสำหรับระบบสุขภาพอำเภอเป็นอย่างยิ่ง ในประเด็นของวิธีการทำงาน รูปแบบการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อให้หน่วยงานรัฐและเอกชนตลอดจนภาคประชาชนสามารถทำงานร่วมกันและพร้อมขับเคลื่อนงานไปในทิศทางเดียวกันได้

บทความนี้ผู้เขียนมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายแนวคิดพัฒนาระบบสุขภาพตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน ปัญหาการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ ตลอดจนการนำเสนอแนวทางการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ให้ประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ คือชุมชนเข้มแข็งและประชาชนสามารถพึ่งพาตนเอง เพื่อผลลัพธ์สุดท้ายสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน

แนวคิดระบบสุขภาพไทยจากอดีตสู่ปัจจุบัน

ในอดีตที่ผ่านมาประเทศไทยได้นำแนวคิดงานสาธารณสุขมูลฐานมาใช้ดูแลสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างทั่วถึง ซึ่งแนวคิดดังกล่าวเกิดจากปัจจัยกำหนดสุขภาพที่แตกต่างกันทั่วโลกซึ่งส่งผลต่อสุขภาพของประชากรโลก ทำให้องค์การอนามัยโลกตระหนักถึงผลกระทบด้านสุขภาพของมวลมนุษยชาติ จึงเป็นเหตุผลสำคัญนำไปสู่การปฏิรูประบบงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศต่าง ๆ ซึ่งองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยได้จัดระบบบริการสุขภาพแบบผสมผสาน ดังนั้นจะเห็นได้ว่างานสาธารณสุขมูลฐานเป็นก้าวแรกของจุดเริ่มต้นการพัฒนาระบบสุขภาพไทย

ยุคต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพ ผ่านหน่วยบริการตั้งแต่ระดับกระทรวงจนถึงหน่วยบริการส่วนภูมิภาค ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนผ่านกลไก คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอหรือเรียกว่า “คปสอ.” ซึ่งเป็นการดำเนินงานโดยใช้โรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นหัวขบวนในการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพ การดำเนินงานหลักจะเป็นไปในรูปการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่และการร่วมบริหารจัดการงบประมาณ จุดอ่อนของรูปแบบการดำเนินการดังกล่าว พบว่า การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขนั้นไม่ได้รับความร่วมมือจากองค์กรภายนอกหน่วยงานสาธารณสุขเท่าที่ควร ทำให้การดำเนินงานที่ผ่านมาไม่สามารถแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนตามสภาพและบริบทปัจจุบันได้อย่างสมบูรณ์ เนื่องจากสภาพปัญหาสาธารณสุขที่เปลี่ยนไป เช่น ปัญหาโรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ โรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ ซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของคนรวมทั้งวิถีชีวิต วัฒนธรรมชุมชนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

ต่อมาจึงปรับเปลี่ยนแนวคิดทางการบริหารจัดการเพื่อก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมแก้ปัญหาสุขภาพและปัญหาอื่น ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตประชาชนในพื้นที่ผ่านโครงสร้างระบบสุขภาพอำเภอหรือเรียกว่า รสอ. (district health system: DHS) ซึ่งเป็นไปตามแนวคิด district health system ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1978) เพื่อส่งเสริมการทำงานด้านสุขภาพโดยมีหน่วยงานภาครัฐ 4 องค์กรหลักในการร่วมผลักดันขับเคลื่อนกิจกรรมหรือโครงการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพ

ชีวิต ประกอบไปด้วย โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/เทศบาล ตลอดจนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ผ่านงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ซึ่งได้กำหนดหลักการและแนวทางดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอตาม U-CARE (Archanuphap et al., 2014) นำไปสู่เป้าหมาย คือ ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ซึ่งการดำเนินการที่ผ่านมาถึงแม้มีการกระจายผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขไปยังหน่วยงานข้างเคียงในพื้นที่ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น แต่กระบวนการขับเคลื่อนและแก้ปัญหาสุขภาพเจ้าภาพหลักยังเป็นหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เหมือนเดิมไม่เปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ยังพบว่าการดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่ผ่านมาไม่สามารถดึงศักยภาพที่แท้จริงให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตลอดจนองค์กรอื่น ๆ มาเสริมพลังและร่วมขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในปี พ.ศ. 2561 รัฐบาลมุ่งหมายให้ประชาชนทุกคนได้รับการดูแลด้านสุขภาพและสังคมโดยใช้ฐานคิด “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” และเพื่อให้การปฏิบัติงานในพื้นที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน จึงมีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอหรือเรียกว่า พชอ. (Office of the Prime Minister, 2018) ให้เป็นกลไกในการขับเคลื่อนการแก้ปัญหาสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิต อันจะส่งผลให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการบูรณาการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน โดยยึดประโยชน์สูงสุด คือ ประชาชนเป็นศูนย์กลางในการบริหารจัดการ

บทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นการทำงานของหลายภาคส่วนที่เข้ามา มีบทบาทในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นภายในอำเภอตนเอง หรือภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ โครงสร้างคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอประกอบด้วย “นายอำเภอ” เป็นประธานคณะกรรมการ และ “สาธารณสุขอำเภอ” เป็นกรรมการและเลขานุการ โดยคณะกรรมการฯ แต่งตั้งจากบุคคล 3 กลุ่ม ดังต่อไปนี้ 1) ผู้แทนหน่วยงานของรัฐในอำเภอ 2) ผู้แทนภาคเอกชนในอำเภอ และ 3) ผู้แทนภาคประชาชนในอำเภอ (Office of the Prime Minister, 2018)

จากคุณสมบัติของคณะกรรมการฯ และอำนาจหน้าที่ดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีบทบาทที่สำคัญในการดำเนินงานขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ดังนั้น บทบาท ศักยภาพของคณะกรรมการฯ ตลอดถึงกระบวนการคัดเลือกผู้แทนจากภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนที่มีความพร้อม เป็นผู้นำ มีวิสัยทัศน์ มีภาวะผู้นำ มีศักยภาพการจัดการและมีความรู้ความสามารถ จึงมีความจำเป็นยิ่งเพื่อให้ได้ผู้นำในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอที่เหมาะสม

ปัญหาของการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อคุณภาพชีวิตประชาชน

จุดมุ่งหมายสุดท้ายปลายทางของการพัฒนาระบบสุขภาพไทยคือ “สุขภาพของประชาชน” ที่ผ่านมาระบบสุขภาพไทยได้ปรับเปลี่ยนยุทธศาสตร์ พันธกิจ จนมาถึงการสร้างนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ สิ่งสำคัญอย่างยิ่ง คือ ตัวระบบการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ที่ผ่านมามีปัญหา ดังต่อไปนี้

1. ด้านการนำองค์กรและการจัดการ

ผู้นำองค์กร ขาดการกำหนดทิศทางองค์กร เนื่องจากนโยบายระบบสุขภาพอำเภอขาดความชัดเจน ทั้งยังพบว่า ผู้นำมีภาระงานมาก ขาดความกระตือรือร้นทำให้คุณภาพบริหารลดลง ทั้งยังไม่มีการจัดการระบบคืนข้อมูลสู่ชุมชน (Chariyari, 2018) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาขององค์ประกอบที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของ พชอ. เขต 2 พบว่า ภาวะผู้นำ (leadership) เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง โดยมีผู้นำเป็นผู้สร้างและกำหนดวิสัยทัศน์ (Chomprasert & Chotikham, 2019)

องค์กรภายใน พบปัญหาด้านประสิทธิภาพในการทำงาน การมอบหมายงาน หรือเกิดจากความเหลื่อมล้ำในวิชาชีพในองค์กรเดียวกัน ทั้งนี้เนื่องจากงานนโยบายมาก ทั้งยังมีงานที่ได้รับมอบมาจากกระทรวงอื่น ๆ ซึ่งเป็นที่ทราบกันอยู่แล้วว่ากลุ่มงานสาธารณสุขระดับปฐมภูมิอยู่ภายใต้สาธารณสุขอำเภอ ซึ่งมีสายงานบังคับบัญชาที่ต้องขึ้นตรงกับนายอำเภอจึงไม่สามารถหลีกเลี่ยงภาระงานอื่น ๆ

ความร่วมมือระหว่างองค์กร เนื่องจากยังขาดความร่วมมือและการมีส่วนร่วมในการวางแผนบริหารจัดการโดยเฉพาะการสนับสนุนและมีส่วนร่วมของชุมชน (Techatawat, 2018) ซึ่งปัจจุบัน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) คือกำลังสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของประชาชนระดับตำบลและหมู่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนของ สุภัชญา สุนันตะ (Sunanta, 2018) ที่การศึกษาพบว่า องค์กรปกครองท้องถิ่นเป็นกลไกของการมีส่วนร่วมในเชิงปกครองหรือในเชิงโครงสร้างของชุมชนท้องถิ่นที่สำคัญ และการมีส่วนร่วมประชาชนก็เป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการผลักดันให้เกิดการดำเนินภารกิจการพัฒนาท้องถิ่นให้ขับเคลื่อนไปได้

การมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ขาดการสนับสนุนและมีส่วนร่วมของชุมชนเนื่องจากไม่ได้สร้างทัศนคติและกระตุ้นความกระตือรือร้นของประชาชนในพื้นที่ให้เห็นความสำคัญของงานด้านสาธารณสุขและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเอง จากการศึกษาของ สุภัชญา สุนันตะ (Sunanta, 2018) ในการเพิ่มบทบาทในรูปแบบกองทุนสุขภาพตำบลหรืองบประมาณจัดสรรจากท้องถิ่นสู่ชุมชนเพื่องานสาธารณสุขมูลฐานจะช่วยในการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการร่วมตัดสินใจให้มากขึ้น

2. ด้านกำลังคน พบว่า บุคลากรที่ทำงานด้านสาธารณสุขในระบบสุขภาพอำเภอมีความหลากหลายในวิชาชีพ ซึ่งส่งผลต่อความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันหรือเหลื่อมล้ำกัน ประกอบกับภาระงานที่มากกว่าจำนวนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานจริงจึงนำไปสู่ปัญหาความชัดเจนในบทบาทอำนาจหน้าที่ในแต่ละส่วน (Techatawat, 2018)

3. ด้านการดำเนินการแก้ปัญหาพัฒนาคุณภาพชีวิต พบว่า ในระดับพื้นที่มีหลายหน่วยงานร่วมกันดำเนินการแก้ไขปัญหาประชาชน ถึงกระนั้นก็ยังพบปัญหาด้านเอกภาพของทีมงานภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระดับอำเภอทำให้ประสบปัญหาและข้อขัดแย้งภายในองค์กร การทำงานไม่ราบรื่นส่งผลโดยตรงต่อการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนตลอดจนคุณภาพชีวิตของประชาชน (Lai-ngam & Jesada Pipat, 2018)

4. ด้านงบประมาณ พบว่า ไม่สามารถนำเงินงบประมาณที่มีอยู่ไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการงบประมาณ ตลอดจนการสร้างมาตรการวางแผนและตรวจสอบการใช้งบประมาณ (Techatawat, 2018)

5. ด้านเทคโนโลยี พบว่าการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ไม่ครอบคลุม ไม่มีเอกสารหรือคู่มือการเรียนรู้ที่เหมาะสมสำหรับแต่ละพื้นที่ขาดการเชื่อมโยงกับงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเช่น DHS, DHML, PCC, FCT เข้าด้วยกัน (Pattharawirakun, 2015)

6. ด้านข้อมูลข่าวสาร พบว่า การเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการดำเนินงานด้านสุขภาพที่ผ่านมาไม่มีเอกภาพ ข้อมูลมาจากหลายแหล่งหน่วยงาน ไม่เชื่อมต่อกัน ขาดการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน (Siriwanarangsana & Chokkharasitchai, 2018)

จากปัญหากระบวนการสุขภาพอำเภอ โดยการนำของฝ่ายสาธารณสุขและนายอำเภอที่ผ่านมาเกี่ยวข้องกับด้านการบริหารองค์กรทั้งภายนอกและภายใน สะท้อนให้เห็นว่าเกิดปัญหาในประเด็นการจัดการระบบสุขภาพอำเภอของผู้มีส่วนในการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพอำเภอ ซึ่งหากได้รับการพัฒนาประเด็นดังกล่าวจะทำให้ระบบสุขภาพอำเภอภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ประสบผลสำเร็จส่งผลให้ชุมชนเข้มแข็ง ยั่งยืนและประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี

แนวคิดของการพัฒนาระบบสุขภาพที่ดี

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า แนวคิดของการพัฒนาระบบสุขภาพที่ดีมีความหลากหลาย ผู้เขียนจึงขอเสนอข้อสังเคราะห์ ดังต่อไปนี้

1. ภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ

การจัดการความเป็นผู้นำและความร่วมมือเพื่อสุขภาพระดับอำเภอของ Chatora & Tumusiime (2004) ได้กล่าวไว้ว่า ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของสุขภาพอำเภอเกิดจากการจัดการและความเป็นผู้นำของผู้จัดการสุขภาพ ตลอดจนหุ้นส่วนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น ๆ ในระบบสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาบทบาทภาวะผู้นำกับการจัดการเชิงกลยุทธ์ของ กฤษณา พรหมชาติ และ สุวัต ศรีไหม (Promchart & Si Mai, 2017) ที่ชี้ให้เห็นว่าผู้นำต้องมีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกล สามารถบริหารจัดการองค์กรและภาคีท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงและขับเคลื่อนระบบตามยุทธศาสตร์ที่วางไว้

2. การจัดการแบบมีส่วนร่วม

แนวคิดของการมีส่วนร่วม Cohen and Uphoff (1981) ได้กล่าวว่า กลุ่มบุคคลหรือกลุ่มประชาชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจดำเนินในขั้นตอนต่าง ๆ ด้วยตนเอง เช่น การร่วมตัดสินใจร่วมพัฒนาและร่วมรับผลประโยชน์ ดังนั้นการจัดการให้เกิดการพัฒนาคุณภาพให้มีประสิทธิภาพสูงสุดต้องเริ่มจากการตั้งเป้าหมายร่วมกัน เน้นการทำงานแบบมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน (Malcolm et al., 2002) ผ่านกระบวนการวางแผน ติดตามและประเมินผล โดยอาศัยการมีส่วนร่วมจากคณะกรรมการทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง มีการใช้ประโยชน์จากระบบข้อมูลข่าวสารในพื้นที่มาประเมินสถานการณ์ปัญหาหรือทำนายเหตุการณ์ทางภาวะสุขภาพในอนาคต ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบันทึก การเก็บรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลนั้น ต้องทันสมัยและสามารถนำข้อมูลมาใช้ได้จริง เพื่อเป็นสื่อกลางในการเชื่อมโยงกับองค์กรและหน่วยงานภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกให้เห็นความสำคัญตระหนักถึงปัญหาโดยใช้วิธีการประชุมร่วมกันเสนอความคิดเห็น หรือการนำเสนอข้อมูลผ่านสื่อกลาง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการหรือความจำเป็นของประชาชน สิ่งที่ทำให้การขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ได้ผลลัพธ์ที่ดี คือ การมีนโยบายและแผนปฏิบัติงานที่ชัดเจนตลอดจนการมีส่วนร่วมและการติดตามงานอย่างจริงจัง (Wongmanee & Nuetsorn, 2017)

3. ประชาชนเป็นศูนย์กลาง

ในประเทศอาณานิคมส่วนใหญ่ แนวคิดนี้เกิดขึ้นจากความคิดของพลเมือง โดยอาศัยสิทธิปัจเจกนิยมและรัฐชาติ หมายถึง เมื่อมีการเพิ่มขึ้นของความทันสมัยทางการเมือง ประชาชนมีสิทธิในการแสดงความคิดเห็นตามการเรียนรู้ที่เปลี่ยนแปลง สำหรับประเทศจีนปัญญาชนชาวจีนพยายามปลูกฝังพลเมืองโดยการเรียนรู้จากประเทศตะวันตกของ Guo (2014) ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนา

คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ให้มีความยั่งยืนในประเทศไทย คือ ต้องยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี ประชาชนสามารถดูแลตนเอง (self-care) ทั้งมิติกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ และพร้อมรับมือต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างเท่าทัน แต่อย่างไรก็ตามการขับเคลื่อนให้บรรลุสุขภาพของประชาชนไม่สามารถกำหนดหรือมีแบบแผนแนวทางที่ชัดเจน เนื่องจากแต่ละอำเภอมิบริบทที่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องสถานที่ ภูมิศาสตร์ ขนาดของประชากรที่แตกต่างกัน จึงไม่สามารถบอกได้อย่างชัดเจนว่า ปัญหาเดียวกันอาจมีวิธีการจัดการที่เหมือนกันหรือแตกต่างกันไปอย่างไร ทั้งนี้ขึ้นกับแต่ละบริบทของพื้นที่ (Srichavanitchakorn et al., 2009)

4. การทำงานเป็นเครือข่าย

แนวคิดการทำงานเครือข่ายในหนังสือ *Advancing Collaboration Theory: Models, Typologies, and Evidence* ของ Miller-Stevens & John (2016) กล่าวไว้ว่า การทำงานเครือข่ายร่วมกันมีบทบาทสำคัญมากขึ้นระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน การทำงานร่วมกันได้กลายเป็นเครื่องหมายรับรองคุณภาพในความสัมพันธ์พื้นฐาน การทำงานจะเกิดจากประสบการณ์ที่ถูกสร้างขึ้นท่ามกลางการปฏิสัมพันธ์ที่ไม่เหมือนกัน โดยอาศัยความร่วมมือขั้นสูง นำเสนอรูปแบบการทำงานร่วมกันที่เป็นเอกลักษณ์ และมีลักษณะประเภทที่ช่วยเพิ่มความเข้าใจเพื่อให้เกิดความร่วมมือซึ่งกันและกัน ฉะนั้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนจึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน รูปแบบการทำงานเป็นเครือข่ายจึงจำเป็นอย่างยิ่ง ดังผลการศึกษาของ ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร, มานพ คณะโต และ กิตติมา โมะเมน (Mungjit, Kanato & Momen, 2013) พบว่า การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอให้มีประสิทธิภาพประกอบด้วย 5 ประเด็นหลัก คือ 1. การสร้างรูปแบบการบริหารจัดการเน้นการทำงานเป็นเครือข่ายสร้างความร่วมมือและประสานงานภายใต้คณะกรรมการบริหาร 2. กำหนดเป้าหมายในการพัฒนาระดับอำเภอ จัดสรรทรัพยากรให้เหมาะสมตามบริบทพื้นที่ 3. พัฒนาระบบบริการตามความต้องการของชุมชนส่งเสริมการทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4. สร้างบุคคลหรือหน่วยงานต้นแบบ 5. เสริมบริการคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพ เน้นการดูแลระยะเริ่มต้นสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

5. ความร่วมมือจากหลากหลายหน่วยงาน

การบรรลุเป้าหมายเกิดจากการทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิด มีความรับผิดชอบร่วมกันตามแนวคิดหนังสือ *Inspired Collaboration: Ideas for Discovering and Applying Your Potential* ของ Stoltz (2016) กล่าวว่า การปฏิบัติของเพื่อนบ้านในการช่วยเหลือเพื่อนบ้าน คือ การกำเนิดของชุมชนที่มีสุขภาพดีเปรียบเสมือน “รักเพื่อนบ้านเหมือนรักตนเอง” และแนวคิดการมีส่วนร่วม ของ Donnelly and Paula (2015) ระบุว่า การรวมพลังทางสังคมในการดำเนินงานภายในชุมชนท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่รวดเร็ว ภายใต้ความชอบธรรมทางสังคม การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและการเมือง ซึ่งเป็นผลให้กลุ่มทางสังคมสามารถร่วมกันคิดค้นและจัดระเบียบสถาบันของตนเองภายในวัฒนธรรมที่พวกเขาอยู่ร่วมกันซึ่งไม่ได้เป็นเพียงแนวคิดทางอุดมการณ์เดียวอีกต่อไป ต้องใช้การบูรณาการทางสังคมมาร่วมด้วย ผู้เขียนจึงเห็นว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากหลากหลายหน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชนและประชาชนซึ่งต้องอาศัยบุคคลที่สามารถเหนี่ยวนำ สร้างแรงจูงใจ ความร่วมมือ ตลอดจนสามารถกำหนดทิศทางและนโยบายที่สำคัญส่งผลกระทบต่อประชาชนโดยตรงซึ่งบุคคลที่จะเป็นผู้นำดังที่กล่าวมาข้างต้น คือ นายอำเภอ

จากข้อมูลทั้งหมดที่กล่าวมาสะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนาระบบสุขภาพส่วนใหญ่เป็นเรื่องของการทำงานทั้งแบบมีส่วนร่วมและแบบร่วมมือกัน โดยมุ่งให้ประชาชนเป็นศูนย์กลางในการดูแล ข้อมูลสะท้อนอย่างชัดเจนว่า ผู้นำการขับเคลื่อน หรือ พชอ. ต้องมีความเข้มแข็ง มีทักษะภาวะความเป็นผู้นำสูง เพื่อที่จะ

ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์หรือพันธกิจให้บรรลุผลตามเจตนารมณ์ของกฎหมายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผู้เขียนจึงขอเสนอข้อเสนอแนะทางการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในประเด็นสำคัญ ดังต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะทางการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพระดับอำเภอ

1. พัฒนาผู้นำและภาวะผู้นำ (Leader and Leadership)

เริ่มตั้งแต่การคัดเลือก การพัฒนา บทบาท และลักษณะของคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพระดับอำเภอ ผู้นำหรือผู้บริหารองค์กร คือ บุคคลสำคัญ (key man) ในการควบคุมและกำกับงานผ่านช่องทางคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) หรือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (อนุ พชอ.) ดังนั้นสิ่งที่ผู้นำควรตระหนักถึงเสมอ คือ การแสดงออกถึงความเป็นผู้นำหรือภาวะผู้นำผ่านกระบวนการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง (Chatora & Tumusiime, 2004; WHO, 2007) พร้อมออกติดตามและประเมินผลโครงการหรือแผนงานร่วมกับผู้ใต้บังคับบัญชาหากเกิดปัญหาในพื้นที่ อีกทั้งยังต้องปฏิบัติตนเองให้เป็นแบบอย่างที่ดี มีความมุ่งมั่นในการทำงาน สนับสนุนส่งเสริมการทำงานเชิงรุกในพื้นที่ร่วมกับองค์กรภาคี หรือประชาชนผ่านกระบวนการยกย่อง ชื่นชม และพร้อมให้รางวัลหากการทำงานบรรลุผลตามเป้าหมาย โดยเฉพาะผู้นำในระดับสูงที่มีผลต่อการผลักดันนโยบายด้านสุขภาพต่าง ๆ ผู้นำที่ขาดทักษะความสามารถทางการบริหารจะส่งผลกระทบต่อปฏิบัติงานและการจัดการประสิทธิภาพของระบบต่าง ๆ ในองค์กร ดังนั้น ผู้นำที่มาเป็นคณะกรรมการฯ ควรเป็นตัวผู้แทนภาคส่วนที่ดีตามข้อเสนอของ Collins & Barker (2001) ที่ระบุถึงคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพระดับอำเภอ ว่าควรดำเนินการคัดเลือกผู้แทนจากภาคส่วนต่าง ๆ โดยคำนึงถึงขีดความสามารถของบุคคล มีวิสัยทัศน์ในการมองปัญหาอย่างรอบด้านทุกมิติ สามารถวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อจัดทำแผนเชิงยุทธศาสตร์ได้สอดคล้องกับปัญหาพื้นที่และประสบการณ์ในการทำงาน มีความสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่น นอกจากนี้ควรมีการเสริมทักษะด้านบริหารบุคคลให้ผู้บริหาร เพื่อให้มีทักษะในการสร้างแรงจูงใจและเป็นแบบอย่างในความร่วมมือต่อการปฏิบัติงานในองค์กร ในส่วนการสร้างบรรยากาศการทำงานของคนในองค์กร ผู้นำต้องแสดงออกด้วยความจริงใจเปิดเผย อาจทำได้โดยการออกเยี่ยมเพื่อเสริมพลังในการทำงานของทีมงานและภาคส่วนต่าง ๆ ในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายตามแผนงานที่วางไว้ (Khamharnphol & Srirucha, 2018) มองปัญหาสุขภาพให้เป็นเรื่องของทุกคนที่จะสามารถร่วมกันคิด ร่วมกันแก้ปัญหา อีกทั้งยังต้องมีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากร ให้มีความรู้ ความสามารถ เกิดการผสมผสานงานทุกภาคส่วนและบูรณาการทรัพยากรสนับสนุนช่วยเหลือกันจึงจะประสบผลสำเร็จ (Chatora & Tumusiime, 2004)

ในมุมมองของผู้เขียนเห็นว่า นอกจากประเด็นผู้นำและภาวะผู้นำที่สำคัญยิ่งแล้ว ความเป็นหนึ่งเดียวของผู้นำในอำเภอเป็นสิ่งจำเป็นยิ่งเช่นกัน ผู้นำไม่ว่าจะเป็นผู้บริหารอำเภอ (นายอำเภอ) และผู้อำนวยการโรงพยาบาลต้องมีมุมมองด้านสุขภาพหรือภัยสุขภาพที่ไปในทิศทางเดียวกัน มีความสัมพันธ์เชิงราบมากกว่าแนวตั้ง โดยมีสาธารณสุขอำเภอเป็นโหนดคล้องกลางทำให้เกิดการทำงานร่วมกันทั้งสองฝ่ายเปรียบเสมือนกุนช้อที่ต้องมีข้อมูลที่ถูกต้องและทันสมัย นำเสนอปัญหาสาธารณสุขหรือปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนได้อย่างถูกต้อง ตรงเป้าหมาย อันนี้จึงถือว่าเป็นศาสตร์และศิลป์ในการเชื่อมความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้บริหารทั้งสองฝั่งให้ทำงานร่วมกันด้วยความราบรื่นหรือลดข้อขัดแย้งให้น้อยที่สุด

ข้อเสนอแนะต่อแนวทางการพัฒนาผู้นำ คือ 1) ควรเน้นบทบาทระบบติดตามและประเมินผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนและปฏิบัติงาน 2) ควรปรับกระบวนการทศน์ หรือมุมมองด้านสุขภาพให้มองเห็นการเชื่อมโยงระบบสุขภาพกับสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์ไม่สามารถแยกขาดจากกัน 3) ควรมีการเพิ่มศักยภาพทีมคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพระดับอำเภอและทีมอนุกรรมการพัฒนาสุขภาพระดับอำเภออย่างต่อเนื่อง เช่น การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาทักษะที่จำเป็น อาทิ ทักษะการบริหารองค์กร ทักษะการวางแผนและประเมินผล 4) ควรเน้นการออกเยี่ยมเสริมพลังให้กับกลุ่มภาคเครือข่ายภายในอำเภอเพื่อสร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ และ 5) เลือกผู้นำควรเป็นผู้แทนภาคส่วนที่ดี

2. พัฒนาระบบการทำงานมุ่งให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้

เริ่มตั้งแต่การระดมความคิดร่วมกันมีส่วนร่วม ปรับเปลี่ยนวิธีคิดและการเพิ่มขีดความสามารถการเสริมสร้างให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง มีศักยภาพสามารถพึ่งพาตนเองได้ และพร้อมแก้ไขปัญหาด้วยตัวเอง มองปัญหาที่กระทบต่อคุณภาพชีวิตเป็นเรื่องของทุกคนในชุมชน เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและชุมชนต้องเตรียมความพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลง โดยรัฐต้องส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของกลุ่มผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระดับพื้นที่ผ่านเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนทัศนคติในการทำงาน (Alfredo, 2010) ปรับเปลี่ยนวิธีคิดเปิดมุมมองใหม่ ๆ เช่น การฝึกอบรมให้ความรู้แกนนำชุมชน เพื่อให้พวกเขาเหล่านี้เป็นผู้จุดประกายในการนำเสนอโครงการผ่านเวทีประชาคม สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน (Kanchanawong, 2019) ทั้งนี้การเพิ่มขีดความสามารถชุมชนต้องพยายามทำให้ชุมชนมองเห็นปัญหาร่วมกัน และร่วมตัดสินใจแก้ปัญหาทุกขั้นตอน เน้นการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนตระหนักเห็นปัญหา สร้างการรับรู้ของประชาชนในการดำเนินงานต่าง ๆ ผ่านเวทีการถอดบทเรียนเสริมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Somdee, 2018) และการศึกษาดูงานชุมชนต้นแบบ

ในส่วนของผู้เขียนเห็นว่า วิธีที่ทำให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้นอกจากกระบวนการดังกล่าวข้างต้นแล้ว การสร้างโครงสร้างการทำงานที่ให้ชุมชนมีส่วนร่วมตัดสินใจและมีระบบที่เลี้ยงจะช่วยพัฒนาชุมชนได้แบบก้าวกระโดด เช่น การจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) หรือระดับหมู่บ้าน (พชม.) เพื่อสร้างการมีส่วนร่วม ซึ่งจะสอดคล้องกับแนวนโยบายส่วนกลาง ทำให้ชุมชนสามารถขับเคลื่อนและแก้ปัญหาได้อย่างรวดเร็ว หากมีปัญหาระดับงานก็จะสามารถปรึกษาพี่เลี้ยงระดับอำเภอได้โดยตรง แต่การเกิดชุมชนเข้มแข็งต้องฝึกให้ชุมชนแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่โดยการพัฒนาศักยภาพทีมงานในชุมชน สร้างบุคลากรรุ่นใหม่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ปรับเปลี่ยนวิธีคิดและมีการคืนข้อมูลให้ชุมชนผ่านเวทีประชุมหมู่บ้าน และประชุมหัวหน้าส่วนราชการในพื้นที่ รวมทั้งการคัดเลือกตัวแทนชุมชนไม่ว่าจะเป็น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน นายกเทศบาล/อปท.และสมาชิกเทศบาล ฯลฯ ซึ่งตำแหน่งเหล่านี้ล้วนแต่ส่งผลกระทบต่อประชาชนในพื้นที่ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม อาจเป็นผลกระทบเชิงบวกหรือเชิงลบก็ได้ หากประชาชนต้องเลือกผู้แทนเหล่านี้ควรเลือกผู้แทนเหล่านี้จากแนวนโยบาย ความรู้ความสามารถและประสบการณ์ทำงานที่ผ่านมา นอกเหนือจากเหตุผลส่วนตัว เช่น ความเป็นเครือญาติที่พี่น้อง เป็นต้น หากชุมชนใดสามารถดำเนินการตามแนวทางนี้เชื่อได้ว่าชุมชนจะเกิดการพัฒนาในด้านต่าง ๆ มีการแข่งขันเสนอนโยบายที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนผ่านผู้แทนชุมชนทุกระดับ ทำให้ประชาชนมีโอกาสทางเลือกเพิ่มมากขึ้นกว่าปัจจุบัน

3. พัฒนาศักยภาพการกระจายอำนาจและการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ

เริ่มตั้งแต่มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ และการเข้าถึงงบประมาณการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถือเป็นหน่วยงานที่ทำงานใกล้ชิดประชาชนหน่วยงานหนึ่ง โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายการบริหารจัดการ ทิศทางเพื่อการพัฒนาท้องถิ่นของตนเอง อย่างอิสระโดยยึดผลประโยชน์ของประชาชนในพื้นที่เป็นหลัก ประชาชนสามารถมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการผ่าน ผู้แทนที่มาจากการเลือกตั้งของประชาชนในพื้นที่นั้น ๆ เอง (Sumah & Baatiema, 2019) ซึ่งการมีส่วนร่วมของประชาชนจึงเป็นหัวใจของการกระจายอำนาจอย่างแท้จริง โดยกระบวนการกระจายอำนาจต้องคำนึงถึงความพร้อมของชุมชน เช่น ประชาชนสามารถเรียกร้องการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนได้ (Sunanta, 2018) และอีกส่วนหนึ่ง คือ การที่ประชาชนสามารถเข้าถึงงบประมาณโดยตรงของ อปท. และงบประมาณที่ อปท. สนับสนุน เช่น งบกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ซึ่งเป็นงบที่ประชาชนและองค์กรต่าง ๆ ที่อยู่ชุมชนไม่ว่าจะเป็นโรงเรียน, รพ.สต, ชุมชน สามารถขอใช้ได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งตรงนี้อาจหากมีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ได้สำเร็จจะเป็นโอกาสที่จะสามารถยื่นขอสนับสนุนเงินงบประมาณผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ (สปสข.) เพื่อใช้สร้างความร่วมมือแก้ปัญหาสุขภาพหรือปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน

มุมมองผู้เขียนมองว่าหน่วยงานต่าง ๆ ที่อยู่ในชุมชนตลอดจนประชาชนทั้งหมดต้องพยายามร่วมกันแก้ปัญหา โดยไม่ควรคิดว่าเป็นคนละหน่วยงานกัน จะช่วยให้การทำงานง่ายขึ้น ถ้าคิดว่าตั้งแต่เริ่มว่าไม่ใช่หน่วยงานเดียวกันการทำงานหรือประสานงานก็จะทำได้ยาก อีกส่วนหนึ่ง คือ ผู้บริหารท้องถิ่นต้องเปิดใจกว้างรับฟังปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องสุขภาพ สังคมและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น และมองชุมชนเหมือนบุคคลในครอบครัวตนเองก็จะทำให้การแก้ไขปัญหาได้ตรงประเด็น และสามารถดึงศักยภาพชุมชนให้มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจมากขึ้น นำไปสู่การพึ่งพาตนเองได้ในที่สุด

สรุป

แนวคิดระบบสุขภาพอำเภอ โดยมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นผู้นำในการจัดการสุขภาพประชาชนในอำเภอให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ที่ผ่านมายังพบปัญหากระบวนการดำเนินการ และการจัดการทั้งระบบ การพัฒนาการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จึงควรมีหลักการดำเนินงานที่สำคัญ คือ ผู้นำจะต้องมีภาวะผู้นำที่มีความมุ่งมั่นในการทำงาน มีการกระจายอำนาจ และมีการจัดการแบบมีส่วนร่วม เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง ภายใต้การทำงานแบบเครือข่าย นับว่าเป็นการเปิดโอกาสและการกระตุ้นให้ประชาชน ชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพด้วยตนเองอย่างแท้จริง โดยอาศัยการสร้างเครือข่ายความร่วมมือจากหน่วยงานรัฐและเอกชนตลอดจนประชาชนซึ่งเป็นเจ้าของพื้นที่ ภายใต้กระบวนการของทีมงานผู้นำ ทั้งนี้ เพื่อให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอสามารถขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอ เพื่อผลลัพธ์ท้ายสุด สู่ประชาชนเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นที่มาของ พชอ. รวมถึงการพัฒนาศักยภาพของ พชอ. จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง

References

- Alfredo Ortiz Aragon. (2010). A case for surfacing theories of change for purposeful organization capacity development. *IDS Bulletin*.
- Archanuphap, S., Weerawong, T. & Yanana, T. (2014). District health system drive (DHSO) and district health system (DHS). Thailand edition. (in Thai).
- Chatora, R., & Tumusiime, P. (2004). Module 4: Planning and implementation for district health services. Brazzavill: WHO Regional Office for Africa.
- Chomprasert, C. & Chotikham, T. (2019). Transformational leadership and teamwork affecting the effectiveness of the quality of life development committee at district level health area 2. *Journal of disease and health hazards*, 13(1), 34-47. (in Thai).
- Cohen, J.M., & Uphoff, N.T. (1981). Rural development participation: concept and measure for project design implementation and evaluation: rural development committee center for international studies. New York: Cornell University Press.
- Collins, C., & Barker, C. (2001). Health sector decentralization and management: developing a district general policy on management. *Tropical Doctor*, 31(1), 11-15.
- Guo, Z. (2014). The emergence of the citizen concept in modern China. *Journal of Chinese Political Science*, 9(4), 349-364.
- Kanchanawong, K. (2019). Implementation of district health system in health region 12. *Medical Journal Region 11*, 33(1), 59-71. (in Thai).
- Malcolm, L., Wright, L., Barnett, P. & Hendry, C. (2002). Clinical leadership and quality in district health. boards in New Zealand.
- Mungjit, P., Kanato, M., & Momen, K. (2013). District health system development. *Journal of Community Health Development Khon Kaen University*, 1(3), 17-28. (in Thai).
- Office of the Prime Minister. (2018). Regulations of the office of the prime minister on the development of quality of life at the local level. (in Thai).
- Pattharawirakun T. (2015). Evaluation of district health system management project management. Khao Saming District. Trat Province. (in Thai).
- Promchart, K. & Si Mai, S. (2017). The role of leadership and strategic management in the 21st Century. *Executive Journal*, 37(1), 14-26 (in Thai).
- Srichavanitchakorn, S., Wetchasuthanon, K. & Lee Smith, W. (2009). Situation, potential and readiness of the tripartite in Developing community health systems in 12 sub - districts. *Journal of Health System Research Journal*, 3 (3), 398-401. (in Thai).
- Stoltz & Dorothy. (2016). *Inspired Collaboration: Ideas for Discovering and Applying Your Potential*. An imprint of the American Library Association Chicago.
- Sumah, A.M. & Baatiema, L. (2019). Decentralization and management of human resource for health in the health system of Ghana. *A Decision Space Analysis Article* 4, 8(1), 28-39.

Sunanta, S. (2018). Local administrative organization and the role of community health promotion. *Journal of Health and Public Health Law*, 4(1), 98-107 (in Thai).

WHO. (1978). *Health organization. Health for all series no. 1: Primary health care Geneva: World Health Organization.*

WHO. (2007). *Towards better leadership and management in health: Report on and International Consultation on Strengthening Leadership and Management in Low-Income Countries. Geneva: World Health Organization.*

Wongmanee, K. & Nuetsorn, N. (2017). Removing the lesson on district health system model to the district to enhance mental health status, Lom Sak district, Phetchabun province. *Journal of Nursing and health care*, 35(3), 232-242. (in Thai).